日本消化器病学会
関東支部第360回例会

プログラム・抄録集

当番会長：獨協医科大学内科学（消化器）講座　主任教授　入澤　篤志

令和2年7月4日
（Web配信期間：令和2年8月3日−令和2年8月31日）
Web開催

日本消化器病学会関東支部第360回例会
プログラム・抄録集
Web開催

当番会長：獨協医科大学内科学（消化器）講座　主任教授　入澤　篤志
〒321-0293　栃木県下都賀郡壬生町大字北小林880
TEL　0282-86-1111

会　　期：令和２年７月４日
（Web配信期間：令和２年８月３日-令和２年８月31日）

＜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Webサイト内でのプレゼンテーションとなります。**
3．発表スライドに際しては，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．質問される方は，所属と氏名を明らかにし，質問フォームへ入力をお願いします。
6．**専修医・研修医セッションの発表については，奨励賞を選考します。**
7．**参加費は2,000円です。**
1）サイトより参加登録をいただき，お支払いをお願いいたします。（クレジット決済のみ）
2）参加登録が完了された方に，第360回例会のWeb開催へ参加の為のIDとパスワードをご連絡いたします。
また，参加証は会期終了後，郵送にて参加登録の住所へお送りいたします。
8．プログラム・抄録集をご希望の場合は，運営準備室までご連絡ください。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）

※Web開催のサイトならびに参加登録は８月３日～31日を予定しております。
準備が整い次第，日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

［問い合わせ］
日本消化器病学会関東支部第360回例会運営準備室
〒100-0013 東京都千代田区霞が関1-4-2大同生命霞が関ビル14階
日本コンベンションサービス株式会社　内
E-mail：jsge360kanto@convention.co.jp/Tel：03-3508-1214

日本消化器病学会関東支部第360回例会

特別講演

「慢性膵炎診療のパラダイムシフト」

みやぎ県南中核病院企業団　企業長・日本消化器関連学会機構　理事長　**下瀬川　徹** 先生

司会　学校法人獨協学園　名誉理事長・獨協医科大学　名誉学長　**寺野　彰** 先生

スポンサードセミナー

「炎症性腸疾患治療の新時代の幕開け」

滋賀医科大学医学部　消化器内科　教授　**安藤　朗** 先生

司会　慶應義塾大学医学部　内視鏡センター　教授　**緒方　晴彦** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

スポンサードセミナー

「胃癌・膵癌診療における内視鏡がもたらす新たな可能性」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　消化器疾患・生活習慣病学分野　助教　**佐々木文郷** 先生

和歌山県立医科大学　内科学第二講座（消化器内科）　講師　**蘆田　玲子** 先生

司会　獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　教授　**玉野　正也** 先生

共催：富士フイルムメディカル株式会社

演　題		座　長	演　題		座　長
(1) 研修医Ⅰ（小腸･大腸）	1～4	福田　知広	(14) 食道	46～49	中川　正敏
(2) 研修医Ⅱ（肝）	5～7	竹内　啓人	(15) 胃･十二指腸 1	50～52	草野　央
(3) 研修医Ⅲ（膵･その他）	8～11	漆原　史彦	(16) 胃･十二指腸 2	53～56	齋藤　恵介
(4) 専修医Ⅰ（食道）	12～14	宮口　和也	(17) 小腸･大腸	57～59	内田　志野
(5) 専修医Ⅱ（胃･十二指腸）	15～17	江郷　茉衣	(18) 肝 1	60～63	萩原　雅子
(6) 専修医Ⅲ（小腸･大腸１）	18～21	岡田　昌浩	(19) 肝 2	64～66	向津　隆規
(7) 専修医Ⅳ（小腸･大腸２）	22～24	斎藤　彰一	(20) 胆･膵１	67～70	山部　茜子
(8) 専修医Ⅴ（肝）	25～28	清水　崇行	(21) 胆･膵２	71～74	上原　一帆
(9) 専修医Ⅵ（胆･膵１）	29～31	常見美佐子	(22) 胆･膵３	75～78	善如寺　暖
(10) 専修医Ⅶ（胆･膵２）	32～35	藤田　曜	(23) その他	79～81	松下美紗子
(11) 専修医Ⅷ（胆･膵３）	36～38	小堀　郁博			
(12) 専修医Ⅸ（その他１）	39～42	高須　綾香			
(13) 専修医Ⅹ（その他２）	43～45	片山　正			

特別講演

「慢性膵炎診療のパラダイムシフト」

みやぎ県南中核病院企業団　企業長
日本消化器関連学会機構　理事長　**下瀬川　徹** 先生

司会　学校法人獨協学園　名誉理事長
獨協医科大学　名誉学長　**寺野　彰** 先生

・・・・・・演者の先生ご紹介・・・・・・

下瀬川（しもせがわ）　徹（とおる）先生

みやぎ県南中核病院企業団企業長
日本消化器関連学会機構理事長

【略歴】
1979年３月　東北大学医学部医学科卒業
同　　６月　東京都立駒込病院内科研修医
1982年２月　東北大学第三内科入局
1982年10月　山梨医科大学医学部・研究生
1983年７月　東北大学大学院医学研究科・研究生
1984年１月　東北大学医学部附属病院・医員
1986年12月　米国オクラホマ州立大学医学部・研究員
1987年７月　米国イリノイ州立大学医学部・研究員
1989年７月　米国イリノイ州立大学医学部・助手
1990年２月　東北大学医学部附属病院・助手
1997年７月　東北大学医学部附属病院・助教授
1998年９月　東北大学医学部・教授
1999年４月　東北大学大学院医学系研究科消化器病態学分野・教授
2002年11月　東北大学医学部附属病院　副病院長
2003年10月　東北大学病院　副病院長
2009年11月　東北大学病院　副病院長
2012年４月　東北大学病院　病院長・東北大学　副学長
2015年４月　東北大学医学研究科長・医学部長
2017年４月　東北大学大学院医学系研究科消化器病態学分野・教授
2017年10月　みやぎ県南中核病院企業団　企業長
現在に至る

【所属学会・研究班】
日本消化器関連学会機構（JDDW）：理事長
Asian Pacific Association of Gastroenterology（APAGE）：財務担当理事
日本消化器病学会：前理事長
日本膵臓学会：名誉理事長，前理事長
国際膵臓学会（IAP）：元理事長
日本内科学会：功労会員，元理事
厚生労働省　難治性膵疾患に関する調査研究班：元班長

【賞罰】
Vay Liang and Frisca Go Award for Lifetime Achievement（2019年）
Okuda State of the Art Lecture Award（2019年）

スポンサードセミナー

「炎症性腸疾患治療の新時代の幕開け」

滋賀医科大学医学部　消化器内科　教授　**安藤　　朗** 先生

司会　慶應義塾大学医学部　内視鏡センター　教授　**緒方　晴彦** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

……演者の先生ご紹介……

安藤（あんどう）　朗（あきら）先生

滋賀医科大学医学部　消化器内科　教授

略歴

昭和59年３月26日　滋賀医科大学医学部卒業
昭和59年６月16日　滋賀医科大学付属病院第二内科研修医
昭和61年５月１日　社会保険滋賀病院内科医員
昭和63年４月１日　滋賀医科大学大学院医学研究科博士課程入学
平成３年４月１日　日本学術振興会特別研究員（DC）
平成４年３月23日　医学博士（滋賀医科大学　第116号）
平成５年３月１日　滋賀医科大学検査部助手
平成７年２月１日　滋賀医科大学第二内科（現、消化器・血液内科）助手
平成10年５月16日　滋賀医科大学第二内科（現、消化器・血液内科）講師
平成11年９月１日　ハーバード大学・マサチューセッツ総合病院消化器科へ留学
平成21年12月１日　滋賀医科大学大学院感染応答・免疫調節部門　教授
平成26年４月１日　滋賀医科大学医学部　消化器内科　教授
　　光学医療診療部部長、輸血部部長、細胞治療部部長
平成29年４月１日　滋賀医科大学保健管理センター所長

学会活動

日本消化器病学会（理事）、日本消化管学会（理事）、日本消化器免疫学会（理事）、日本炎症性腸疾患学会（理事）、日本機能性食品医用学会（理事）、JDDW総務企画委員
President of AOCC（Asian Organization for Crohn's & Colitis）
WGO（World Gastroenterology organization）Publications Committee member
日本内科学会（評議員、指導医、総合内科専門医）
日本消化器病学会（財団評議員、指導医、専門医）
日本消化器内視鏡学会（社団評議員、指導医、専門医）
日本消化管学会（評議員、専門医）、日本消化器免疫学会（評議員）、日本膵臓学会（評議員）、日本血液学会（代議員、指導医、専門医）
Journal of Gastroenterology（Editor-in-Chief）
Journal of Gastroenterology and Hepatology（Associate Editor）
Digestion（Editor-in-Chief）
Frontiers in Medicine Gastroenterology（Associate Editor）
Innate Immunity（Associate Editor）

スポンサードセミナー

「胃癌・膵癌診療における内視鏡がもたらす新たな可能性」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　消化器疾患・生活習慣病学分野　助教　**佐々木文郷** 先生

和歌山県立医科大学　内科学第二講座（消化器内科）　講師　**蘆田　玲子** 先生

司会　獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　教授　**玉野　正也** 先生

共催：富士フイルムメディカル株式会社

……演者の先生ご紹介……

佐々木文郷（ささきふみさと） 先生

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　消化器疾患・生活習慣病学分野　助教

略歴

2001年４月　　佐賀医科大学医学部卒業後、宮崎医科大学第二内科へ入局
2007年４月　　鹿児島大学　消化器疾患・生活習慣病学入局
2012年４月-10月　自治医科大学消化器内科に国内留学
2014年４月　　現職

【所属学会・専門医・評議員】日本内科学会総合内科専門医、JMECCインストラクター、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医・学術評議員・九州支部評議員、日本消化器病学会専門医・指導医・学術評議員・九州支部評議員、日本消化管学会胃腸科専門医・指導医、日本肝臓学会専門医、LECS研究会世話人
【受賞歴など】第４回日韓IBDシンポジウム(2010)Distinguished Investigator award、第１回世界内視鏡学会(2017) Best abstract award/Best video award、JDDW2015ポスター優秀演題

蘆田（あしだ）　玲子（れいこ） 先生

和歌山県立医科大学　内科学第二講座（消化器内科）　講師

略歴

平成10年３月　大阪市立大学医学部卒業
平成10年４月～平成12年3月　大阪市立総合医療センター　臨床研修医
平成15年４月～平成16年3月　愛知県がんセンター　消化器内科　レジデント
平成17年４月～平成19年3月　大阪市立十三市民・北市民病院　医員
平成19年７月～平成21年9月
University of California Irvine Medical Center Clinical Instructor.
平成22年４月～平成23年３月　大阪医科大学　第二内科　助教
平成23年４月～令和２年３月　大阪国際がんセンター　検診部　副部長
令和２年４月より和歌山県立医科大学　第二内科　講師

研修医セッション

評価者

国立病院機構　宇都宮病院　外科　増田　典弘
自治医科大学　消化器肝臓内科　菅野　敦
国立国際医療研究センター病院　消化器内科　横井　千寿

（1）研修医Ⅰ（小腸・大腸）　座長　北里大学北里研究所病院　消化器内科　福　田　知　広

1．腸閉塞を契機に診断した小腸 T 細胞性悪性リンパ腫の 1 例

草加市立病院　消化器内科　○木村　晶平，笠野　由佳，内館　　梢，町田　智世
五十嵐　亮，小橋健一郎，鎌田　和明，矢内　常人
同　血液内科　村田　　健
同　病理診断科　阿部　志保

2．横行結腸神経内分泌癌の播種性骨髄癌腫症に対し化学療法により播種性血管内凝固症候群から離脱させ救命しえた 1 例

東京大学医学部附属病院　消化器内科　○山崎　智文，藤澤　剛太，吉田俊太郎，宮嶋　　望
小田原成彬，近藤　　僚，小峰　弓子，山田　篤生
小池　和彦
同　病理部　阿部　浩幸
同　消化器内科
同　光学医療診療部　石橋　　嶺，中田　史子

3．病変の色調が経時的に変化した直腸肛門部悪性黒色腫の一例

日本大学医学部附属板橋病院　○岩崎　俊斗
日本大学病院　鈴木　　翔，草野　　央，市島　諒二，池原　久朝
後藤田卓志
JA 秋田厚生連由利組合総合病院　堀井　敏喜

4．潰瘍性大腸炎の寛解導入期に腸管外の多様な症状の治療に難渋した一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○吉田　亘輝，田中　孝尚，高木　優花，久野木康仁
金澤美真理，阿部圭一朗，金森　　瑛，永島　一憲
渡邊　詔子，井澤　直哉，山宮　　知，有阪　高洋
星　　恒輝，眞島　雄一，富永　圭一，飯島　　誠
郷田　憲一，入澤　篤志

（2）研修医Ⅱ（肝）　座長　東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学講座　竹　内　啓　人

5．CPT-11 長期投与によって大量腹水を伴う肝障害を合併した直腸がんの一例

とちぎメディカルセンターしもつが　消化器内科　○福島　貴広，中元　明裕，櫻井　祐輔，上野　　貴
角田　真人，砂田富美子，倉田　秀一

6．胆嚢シンチグラフィーで胆嚢ジスキネジアと原発性胆汁性胆管炎（PBC）の合併を診断した一例

東京慈恵会医科大学附属病院　消化器・肝臓内科　○山崎　吉人，宮下　春菜，秋田　義博，野口　正朗
中野　真範，猿田　雅之

7．巨大な下大静脈腫瘍栓を呈した肝細胞癌切除後に長期生存を得られた一例

獨協医科大学　第二外科　○篠田　雄平，白木　孝之，宮下将太郎，仁木まい子
清水　崇行，山口　教宗，朴　景華，松本　尊嗣
櫻岡　佑樹，森　昭三，礒　幸博，青木　琢
窪田　敬一

（3）研修医Ⅲ（膵・その他）　　座長　足利赤十字病院　内科　漆　原　史　彦

8．嚢胞破裂を契機に発見された男性の膵粘液性嚢胞腫瘍（MCN）の一例

東京大学　消化器内科　○白石　裕也，能登谷元聡，齋藤　圭，水野　卓
佐藤　達也，石垣　和祥，齋藤　友隆，高原　楠昊
濱田　毅，木暮　宏史，小池　和彦
同　肝胆膵外科　市田　晃彦，有田　淳一，長谷川　潔
同　消化器内科
東京大学医学部付属病院　光学医療診療部　白田龍之介，中井　陽介

9．ERCP 後重症急性膵炎後の感染性被包化壊死に横行結腸穿破を合併し，経皮的ドレナージにより救命しえた一例

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

10．バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術により治療した左胃静脈腎静脈シャントの 1 例

獨協医科大学　第二外科　○矢澤　那奈，清水　崇行，須田光太郎，宮下正太郎
仁木まい子，佐藤　駿，多胡　和馬，朴　景華
松本　尊嗣，白木　孝之，櫻岡　佑樹，森　昭三
礒　幸博，青木　琢，窪田　敬一
同　放射線科　塩山　靖和

11．下痢を契機に発見された腸管 T 細胞性リンパ腫の 1 例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○石川　学，山宮　知，川田　陽介，手塚　勇吾
根本　玲奈，牧　竜一，稲葉　康記，高木　優花
吉永　智則，金澤美真理，近藤　真之，田中　孝尚
阿部圭一朗，金森　瑛，富永　圭一，飯島　誠
郷田　憲一，入澤　篤志

専修医セッション

評価者

慶應義塾大学　医学部内視鏡センター　細江　直樹
武蔵野赤十字病院　消化器科　中西　裕之
国立国際医療研究センター病院　消化器内科　山本　夏代

（4）専修医Ⅰ（食道）　座長　埼玉医科大学　総合診療内科/埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　宮　口　和　也

12. 縦隔内穿破をきたした特発性食道粘膜下血腫の一例

関東労災病院　○鈴木　啓太，矢野雄一郎，石井　侃，佐藤洋一郎
岩田俊太郎，中尾　友美，小林　俊介，大森　里紗
金子　麗奈，鎌田健太郎，池原　孝

13. 内頸動脈瘤コイル塞栓術後に生じた食道粘膜下血腫の一例

順天堂大学医学部付属順天堂医院　○丸山　貴史，松本　紘平，藤澤　聡郎，鈴木　信之
牛尾　真子，谷田貝　昴，大川　良洋，松本　健史
山科　俊平，澁谷　智義，北条麻理子，伊佐山浩通
池嶋　健一，椎名秀一郎，永原　章仁

14. 胸部下行大動脈 Penetrating atherosclerotic aortic ulcer 破裂による食道穿破の一例

東京歯科大学市川総合病院　○木村　容子，中村　健二，中代　幸江，鍛治場　寛
今村　峻輔，荒畑　恭子，片山　正，財部紗基子
尾城　啓輔，岸川　浩，西田　次郎
同　臨床検査科　佐々木　文

（5）専修医Ⅱ（胃・十二指腸）　座長　国立がん研究センター中央病院　内視鏡科　江　郷　茉　衣

15. クラインフェルター症候群合併の高度肥満症に対し Bariatric surgery が奏功した 1 例

自治医科大学　消化器一般外科　○千葉　蒔七，齋藤　心，細谷　好則，松本　志郎
金丸　理人，高橋　和也，北山　丈二，佐田　尚宏
同　内分泌代謝学部門　岡田　健太
同　消化器一般外科　四谷メディカルキューブ　春田　英律

16. トラスツズマブの心毒性が輸血を契機に顕在化した心不全の 1 例

地域医療機能推進機構　東京蒲田医療センター　○若林　宗弘，松清　靖，原　健三，桃崎志保奈
小野　優香，青木　貴哉，宮澤　秀明，石井　耕司
東邦大学医療センター大森病院　消化器内科　藤澤理沙人

17. 肝門部領域胆管癌に対する化学療法中に十二指腸静脈瘤破裂を来し、経皮門脈ステント留置術と内視鏡的静脈瘤硬化療法にて止血し救命しえた一例

がん研究会有明病院　肝胆膵内科　○福田晃史郎，三重　尭文，古川　貴光，山田　悠人
武田　剛志，春日　章良，松山　眞人，佐々木　隆
尾阪　将人，笹平　直樹
同　上部消化管内科　平澤　俊明
同　画像診断センター　松枝　清

（6）専修医Ⅲ(小腸・大腸１)　座長　自治医科大学　内科学講座　消化器内科部門　岡　田　昌　浩

18. パテンシーカプセルが滞留した放射線性小腸炎の１例

北里大学医学部　消化器内科学　○原田　洋平，金澤　潤，別當　朋宏，川岸　加奈
横山　薫，佐田　美和，小泉和三郎
同　消化器内科学　新世紀医療開発センター　小林　清典
同　病理学　高橋　博之

19. 20代で早期大腸癌を併発した若年発症大腸クローン病の一例

千葉市立青葉病院　消化器内科　○藤本健太郎，橘川　嘉夫，小関　寛隆，畠山　一樹
宮本　禎浩
同　外科　小田　健司
慶應義塾大学医学部　外科学教室(一般・消化器)　岡林　剛史，鶴田　雅士，門野　政義
同　病理学教室　下田　将之

20. 下部消化管内視鏡検査の前処置にて急性低ナトリウム血症を来した１例

獨協医科大学医学部　内科学(消化器)講座　○川田　陽介，山宮　知，田中　孝尚，手塚　勇吾
根本　玲奈，牧　竜一，稲葉　康記，高木　優花
吉永　智則，金澤美真理，近藤　真之，阿部圭一朗
金森　瑛，富永　圭一，飯島　誠，郷田　憲一
入澤　篤志

21. ペムブロリズマブ関連腸炎が疑われた１例

埼玉医科大学病院　総合診療内科　○松本　悠，宮口　和也，塩味　里恵，芦谷　啓吾
中元　秀友
同　消化管内科　都築　義和，大庫　秀樹，今枝　博之
同　病理診断科　石澤　圭介，山田　健人

（7）専修医Ⅳ(小腸・大腸２)　座長　がん研究会有明病院　下部消化管内科　斎　藤　彰　一

22. トファシチニブが著効した治療抵抗性難治性潰瘍性大腸炎の一例

獨協医科大学埼玉医療センター　○藤原　猛，大浦　亮祐，岡田　舜，山口真裕美
藤本　洋，須田　季晋，玉野　正也
獨協医科大学埼玉医療センター
同　内視鏡センター　片山　裕視

23. 内視鏡的に摘出したS状結腸魚骨穿通の1例

越谷誠和病院　○嶋田　智樹
獨協医科大学埼玉医療センター　豊田　紘二，山口真裕美，松本　純一，草野　祐実
片山　裕視，玉野　正也

24. 術前化学放射線療法が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

獨協医科大学病院　第二外科　○須田光太郎，蜂谷　裕之，多胡　和馬，渋谷　紀介
高木　和俊，石塚　満，青木　琢，窪田　敬一

（8）専修医Ⅴ（肝）　座長　獨協医科大学　第二外科　清　水　崇　行

25. 歯科治療が原因と考えられたFusobacterium naviformeによる肝膿瘍の一例

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

26. 肝原発リンパ上皮腫様癌の一例

那須赤十字病院　○谷口　亜依，江部　敏生，中田　洋介，吉田　徹
新井　由季，佐藤　隆

27. アルコール性肝硬変に合併したspur cell anemiaを認めた一例

東京都立多摩総合医療センター　消化器内科　○荒井　克大，下地　耕平，井上　大，並木　伸

28. Vp 4のC型肝細胞癌に対して放射線照射によりCRとなりDAAによりSVRを達成した一例

帝京大学医学部　内科学講座　○駒崎　伸伍，磯野　朱里，淺岡　良成，丸山　喬平
中村　直裕，八木みなみ，三木　淳史，青柳　仁
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

（9）専修医Ⅵ（胆・膵1）　座長　獨協医科大学　内科学（消化器）講座　常　見　美佐子

29. Campylobacter jejuniが起因菌と考えられた急性胆管炎の一例

東京医科大学臨床医学系　消化器内科学分野　○塩谷　健斗，殿塚　亮祐，山本健治郎，祖父尼　淳
土屋　貴愛，石井健太郎，田中　麗奈，本定　三季
向井俊太郎，永井　一正，黒澤　貴志，小嶋　啓之
山田真由香，糸井　隆夫

30. 大腸癌術後9年で異時性胆管転移を来した一例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科　○田島　慎也，田中　貴志，新後閑弘章，齋藤　倫寛
馬場　隆成，前谷　容
同　外科　長尾さやか，浅井　浩司
同　放射線科　吉田　匡宏
同　病理診断科　横内　幸

31. 肝門部胆管癌との鑑別及び採石に経口胆道鏡が有用であった肝内結石の 1 例

千葉大学医学部附属病院　○石野　貴雅，杉山　晴俊，加藤　直也

(10) 専修医Ⅶ(胆・膵２)　　座長　埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　藤　田　　曜

32. 胆管炎と胆嚢炎を契機とし，門脈血栓症を発症した一例

河北総合病院　消化器内科　○堀江　沙良，島田　高幸，栗崎　雅史，花岡　有紀
土家　　清，山下　浩子，五十嵐裕章

33. 腹部大動脈瘤の圧排によると考えられる肝外性胆汁うっ滞の 1 例

横須賀市立うわまち病院　消化器内科　○本庄　香子，諸井　厚樹，佐藤　晋二，高野　幸司
森川瑛一郎，池田　隆明

34. 腹腔鏡下胆嚢摘出術にて診断し得た好酸球性胆嚢炎の 1 例

日本医科大学付属病院　消化器外科　○松永　　龍，神田　知洋，松下　　晃，吉岡　正人
清水　哲也，川島　万平，高野竜太朗，吉田　　寛

35. 内視鏡的経乳頭的膵嚢胞ドレナージにより軽快した感染性 IPMN の 1 例

杏林大学医学部　消化器内科学　○山田　貴大，後藤　知之，大島　康太，神林　孔明
北田　修一，野坂　岳志，太田　博崇，落合　一成
権藤　興一，渡邉　俊介，土岐　真朗，森　　秀明
久松　理一

(11) 専修医Ⅷ(胆・膵３)　　座長　獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　小　堀　郁　博

36. 両側副腎の褐色細胞腫に膵神経内分泌腫瘍が合併した一例

獨協医科大学　第二外科　○宮下将太郎，白木　孝之，仁木まい子，多胡　和馬
清水　崇行，山口　教宗，朴　　景華，松本　尊嗣
櫻岡　佑樹，森　　昭三，礒　　幸博，青木　　琢
窪田　敬一

37. 術後肝転移再発・再々発をきたした膵 solid-pseudopapillary neoplasm の 1 切除例

杏林大学医学部　消化器・一般外科　○中島正太郎，鈴木　　裕，本多　五奉，百瀬　博一
松木　亮太，小暮　正晴，正木　忠彦，須並　英二
森　　俊幸，阿部　展次，阪本　良弘
東京都健康長寿医療センター　外科　中里　徹矢
杏林大学医学部　病理学教室　磯谷　一暢，柴原　純二，吉池　信哉，望月　　眞
菅間　　博，氣賀澤秀明，大倉　康男

38. 化学療法が奏功した膵粘液性嚢胞腺癌の一例

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

(12) 専修医Ⅸ(その他１)　　座長　聖路加国際病院　消化器内科　高　須　綾　香

39. 大動脈から単独分枝した孤立性左胃動脈解離の一例

横須賀市立市民病院　消化器内科　○善浪　佑理，山近　由衣，高畑　　豪，道端　信貴
小松　和人

40. 内科的疾患と鑑別困難であった Slipping rib syndrome の一例

神奈川県立足柄上病院　○丹羽　一博，國司　洋佑，塚本　　恵，曽谷　祐貴
柳橋　崇史，倉上　優一，岩渕　敬介，吉江浩一郎
加藤　佳央

41. 培養検査が陰性であった特発性脾膿瘍の１切除例

獨協医科大学　第二外科　○仁木まい子，清水　崇行，須田光太郎，宮下正太郎
佐藤　　駿，多胡　和馬，朴　　景華，白木　孝之
櫻岡　佑樹，森　　昭三，磯　　幸博，石塚　　満
青木　　琢，窪田　敬一

42. 腹部 Dynamic CT 検査が診断の一助となった Fitz-Hugh-Curtis 症候群の一例

秦野赤十字病院　○曽谷　祐貴，三浦　雄輝，鈴木　伸吾，池田　彰彦
田中　克明
神奈川県立足柄上病院　　國司　洋佑，加藤　佳央
横浜市立大学附属病院　　前田　　愼

(13) 専修医Ⅹ(その他２)　　座長　東京歯科大学市川総合病院　消化器内科　片　山　　正

43. CT が診断に有用だった膵臓へ穿通した胃潰瘍の一例

水戸協同病院　総合診療科　○鈴木　克哉，片山　真穂
同　　消化器内科　　有賀　啓之，水井　恒夫，鹿志村純也

44. 肝細胞癌術後局所再発による胆管内腫瘍栓で肝機能障害，胆道出血を来した一例

済生会横浜市南部病院　消化器内科　○渋井　俊祐，石井　寛裕，金子　芹奈，諸橋　啓太
芝山　幸佑，松岡　裕人，山城　謙人，鈴木　悠一
金丸　雄志，京　　里佳，所　知加子，菱木　　智
川名　一朗
同　　消化器外科　　上田　倫夫，福島　忠男

45. 複視を契機に発見され超音波内視鏡下穿刺吸引術が診断に有用だったびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の１例

群馬大学医学部附属病院　消化器肝臓内科　○井上真紀子，清水　雄大，清水創一朗，植原　大介
善如寺　暖，須賀　孝慶，戸島　洋貴，石田　克敏
山崎　勇一，佐藤　　賢，柿崎　　暁，浦岡　俊夫
同　　血液内科　　半田　　寛
同　　病理診断科　　伊古田勇人

一般演題

(14) 食道　　座長　獨協医科大学　第一外科　中　川　正　敏

46. 大腸に多発転移を来した食道原発悪性黒色腫の1例

獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　○桑田　潤，紀　仁，鈴木　優仁，太田　貴寛
正岡　亮，林　和憲，玉野　正也
同　内視鏡センター　片山　裕視

47. 繊維筋性異形成による右気管支動脈瘤破裂が食道胃粘膜下血腫を来した一例

聖路加国際病院　○吉本　隆晃，池谷　敬，白鳥　安利，山本　和輝
高須　綾香，岡本　武士，奥山　秀平，高木　浩一
福田　勝之

48. 縦隔炎を伴う食道穿孔に対し経鼻縦隔ドレナージが有効だった一例

聖路加国際病院　消化器内科　○白鳥　安利，池谷　敬，吉本　隆晃，山本　和輝
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　消化器内科　中村　健二

49. PDT後に局所再発を来した食道表在癌に対してサルベージESDを施行した1例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○金森　瑛，稲葉　康記，吉永　智則，近藤　真之
田中　孝尚，阿部圭一朗，鈴木　統裕，菅谷　武史
富永　圭一，郷田　憲一，中村　哲也，入澤　篤志

(15) 胃・十二指腸1　　座長　日本大学医学部　消化器肝臓内科　草　野　　央

50. 吐血を契機に診断された好酸球性胃腸症の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○久野木康仁，井澤　直哉，田中　孝尚，阿部圭一朗
金森　瑛，渡邊　詔子，富永　圭一，飯島　誠
郷田　憲一，入澤　篤志

51. アニサキスが刺入した早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した1例

春日部厚生病院　内科
獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　○菅井　祐之
同　消化器内科　北川　智之，太田　貴寛，藤原　猛，岡田　舜
正岡　梨音，片山　裕視，玉野　正也
同　病理診断科　伴　慎一

52. 成人発症したHelicobacter pylori未感染Menetrier病に早期胃癌を合併した1例

足利赤十字病院　内科　○福士　耕
獨協医科大学病院　内科学（消化器）講座　郷田　憲一，金澤美真理，嘉島　賢，金森　瑛
入澤　篤志
獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　紀　仁，高橋　史成
獨協医科大学病院　病理診断科　山岸　秀嗣
順天堂大学大学院医学研究科　人体病理病態学　八尾　隆史

(16) 胃・十二指腸２　　座長　東京慈恵会医科大学　内科学講座（消化器・肝臓内科）　齋　藤　恵　介

53. 緊急内視鏡検査を要した新型コロナウイルス(COVID-19)陽性消化管出血患者の１例

東海大学医学部附属病院　内科学系　消化器内科学　○金子　元基，水上　　創，森　　貴裕，上田　　孝
伊藤　彩乃，森町　将司，藤本龍太郎，佐野　正弥
小玉　敏生，寺邑英里香，川西　　彩，中原　史雄
川嶌　洋平，鶴谷　康太，門馬　牧子，藤澤　亜美
広瀬　俊治，加川　建弘，松嶋　成志，鈴木　秀和

54. 膵十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫により十二指腸狭窄を来した１例

東邦大学医療センター大森病院　○吉峰　尚幸，永井　英成，宅間　健介，天沼　　誠
小林康次郎，荻野　　悠，向津　隆規，松井　哲平
和久井紀貴，岡野　直樹，五十嵐良典

55. 胃 ESD 後に crowned dens 症候群を発症した一例

聖路加国際病院　消化器内科　○岡本　武士，池谷　　敬，福田　勝之

56. CDH 1 遺伝子異常を伴った早期胃癌の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○近藤　真之，阿部圭一朗，金森　　瑛，鈴木　統裕
郷田　憲一，入澤　篤志

(17) 小腸・大腸　　座長　順天堂大学医学部　消化器内科　内　田　志　野

57. 炎症性狭窄を伴ったメッケル憩室出血の一例

昭和大学医学部　内科学講座　消化器内科学部門　○中谷　真也，居軒　和也，及川　　脩，鈴木　統大
菊池　一生，田代　知映，牛腸　俊彦，柳澤　文人
紺田　健一，田川　徹平，久保田祐太郎，東條　正幸
木原　俊裕，矢野雄一郎，吉田　　仁
昭和大学病院　内視鏡センター　山村　冬彦
こにしクリニック　小西　一男
竹内胃腸内科医院　竹内　義明

58. 便潜血陽性を契機に診断した限局性消化管 AL 型アミロイドーシスの一例

獨協医科大学日光医療センター　消化器内科　○小島原駿介，佐藤　　愛
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　山宮　　知，川田　陽介，手塚　勇吾，根本　玲奈
牧　　竜一，稲葉　康記，高木　優花，吉永　智則
金澤美真理，近藤　真之，田中　孝尚，阿部圭一朗
金森　　瑛，富永　圭一，飯島　　誠，郷田　憲一
入澤　篤志

59. 胃癌術後の S-１併用術後補助療法施行中に生じた難治性薬剤起因性大腸炎の１例

独立行政法人国立病院機構宇都宮病院　消化器内科
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○前田　光徳
独立行政法人国立病院機構宇都宮病院　消化器内科　菅谷　洋子
同　外科　小川　　敦，増田　典弘
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　入澤　篤志
独立行政法人国立病院機構宇都宮病院　消化器病センター
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　岩崎　茉莉，陣内　秀仁，土田　幸平

(18) 肝１　　座長　東京慈恵会医科大学附属第三病院　消化器肝臓内科　萩　原　雅　子

60. 人間ドックにおける Transient Elastography 測定の試み

獨協医科大学埼玉医療センター附属越谷クリニック
獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科　○白橋　亮作，玉野　正也
獨協医科大学埼玉医療センター附属越谷クリニック　寺本　実加，貴田あかり，奥住　裕二
獨協医科大学埼玉医療センター　臨床検査部　内山　健二

61. 肝動注化学療法主体の治療で CR が得られた Vp 3 肝細胞癌の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○手塚　勇吾，眞島　雄一，川田　陽介，稲葉　康記
久野木康仁，渡邊　詔子，有阪　高洋，大谷津まり子
飯島　誠，入澤　篤志

62. 防風通聖散による薬物性肝障害の２例

東京北医療センター　消化器内科　○光定　聖弥，岩田　朋之，小川　祐貴，藤原　悠史
浅野　侑，間渕　一壽，吉田　見紀，三澤　綾子

63. 胃穹窿部静脈瘤破裂を契機に診断された先天性門脈体循環シャントの一例

東邦大学医療センター大森病院　消化器センター内科　○藤井　紘大，松井　哲平，中川　晧貴，吉峰　尚幸
天沼　誠，小林康次郎，荻野　悠，向津　隆規
和久井紀貴，篠原　美絵，永井　英成，五十嵐良典

(19) 肝２　　座長　東邦大学医療センター大森病院　消化器内科　向　津　隆　規

64. 自然消退を呈した肝原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の１例

東京医科大学　消化器内科　○高橋　宏史，杉本　勝俊，種井　博紀，林　林真里
本多　英仁，山田真由香，掛川　達矢，冨田　裕介
和田　卓也，吉益　悠，竹内　啓人，糸井　隆夫
同　血液内科　片桐誠一郎
同　放射線科　齋藤　和博

65. 低血糖症を発症した混合型肝癌の１例

栃木県済生会宇都宮病院　消化器内科　○志波　俊輔，堀江　知史，石山　涼子，齋藤　友哉
深澤　弘行，望月　万里，千嶋さやか，田原　利行

66. 妊娠中より肝障害を認め児に肝不全をきたした，産褥期に確定診断された成人 Still 病の一例

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

(20) 胆・膵 1　　座長　獨協医科大学　内科学（消化器）講座　山　部　茜　子

67. 特発性血小板減少性紫斑病を併存し、早期発見に至った十二指腸乳頭部癌の一例

東京都立広尾病院　消化器内科　○目時加奈恵，鈴木　伸治，岡本　英子，藤井　　崇
武井ゆりあ，田代　祥博，森田　祐規，山田　浩貴
曽我　早良
同　血液内科　亀高未奈子
同　外科　井石　秀明，野口　典男，了徳寺大郎，織田福一郎
同　病理診断部　田中　道雄

68. Peroral Cholangioscopy（POCS）が診断に有用であった intracystic papillary neoplasm（ICPN）合併重複胆嚢の一例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科　○村嶋　佑美，肱岡　　範，原井　正太，丸木　雄太
大場　彬博，永塩　美邦，近藤　俊輔，森実　千種
上野　秀樹，奥坂　拓志
同　肝胆膵外科　吉野　　潤，水井　崇浩，高本　健史，伴　　大輔
奈良　　聡，江崎　　稔，島田　和明

69. PTGBD 留置後 16 日目に抜去し、胆汁性腹膜炎を生じた急性胆嚢炎の 1 例

日本大学医学部　内科学系消化器肝臓内科学分野　○大澤　朗太，渋谷　　仁，高橋　利実，後藤田卓志
森山　光彦

70. 長期間留置により抜去困難となった Fully-covered self-expandable metal stent を内視鏡的に摘除し得た一例

東京医科大学病院　消化器内科　○南　　裕人，殿塚　亮祐，祖父尼　惇，土屋　貴愛
石井健太郎，田中　麗奈，向井俊太郎，山本健治郎
朝井　靖二，松波　幸寿，黒澤　貴志，本間　俊裕
糸井　隆夫

(21) 胆・膵２　　座長　北里大学メディカルセンター　消化器内科　上　原　一　帆

71. 急性膵炎後に発症した盲腸穿孔

獨協医科大学埼玉医療センター　○舟田　　圭，小堀　郁博，早川　富貴，鈴木　優仁
行徳　芳則，北濱　彰博，片山　裕視，玉野　正也

72. 急性膵炎 6 か月後に walled-off necrosis から壊死性筋膜炎を来した 1 例

獨協医科大学日光医療センター　消化器内科　○佐藤　　愛，小島原駿介，佐久間　文
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　増山　智史，近藤　真之

73. EUS-FNB で腹腔内膿瘍を形成した Acinar cell carcinoma の一例

東京医科大学病院　消化器内科　○篠原　裕和，祖父尼　淳，土屋　貴愛，石井健太郎
田中　麗奈，殿塚　亮祐，向井俊太郎，山本健治郎
朝井　靖二，松波　幸寿，黒澤　貴志，本間　俊裕
南　　裕人，糸井　隆夫
新座志木中央総合病院　消化器内科　本定　三季
東京医科大学八王子医療センター　消化器内科　永井　一正，小嶋　啓之

74. 主膵管腫瘍進展が顕著であった膵腺房細胞癌の 2 例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科　○真下　翔太，肱岡　　範，前原　耕介，久田　裕也
北村　英俊，佐竹　智行，原井　正太，吉成　元宏
丸木　雄太，大場　彬博，永塩　美邦，近藤　俊輔
森実　千種，上野　秀樹，奥坂　拓志

(22) 胆・膵 3　　座長　群馬大学医学部附属病院　消化器・肝臓内科　善如寺　　暖

75. 膵神経内分泌腫瘍との鑑別に苦慮した膵 solid-pseudopapillary neoplasm の一例

北里大学メディカルセンター　消化器内科　○立川　紗月，木田　光広，北原　　言，上原　一帆
金子　　亨，大塚　俊和，田原久美子，渡邊　真彰

76. 造影 EUS、ERCP での細胞診が有用であった主膵管内腫瘍の 1 例

東京女子医科大学　消化器内科　○赤尾　潤一，高山　敬子，田中マリ子，大塚　奈央
長尾　健太，田原　純子，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　病態病理学分野　古川　　徹

77. 診断に苦慮した IgG 4 陰性自己免疫性膵炎の 1 例

上都賀総合病院　内科　○海宝　雄太，佐藤　知之，佐久間俊行，坂入慧一郎
北村　昌史，近藤　裕子，吉住　博明
同　　病理部　豊田　亮彦

78. ERC で確定診断がつかず EUS-FNA で診断し得た肝門部領域胆管癌の一例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科　○河原　　駿，永塩　美邦，肱岡　　範，北村　英俊
原井　正太，前原　耕介，佐竹　智行，吉成　元宏
久田　裕也，丸木　雄太，大場　彬博，近藤　俊輔
森實　千種，上野　秀樹，奥坂　拓志

(23) その他　　座長　国家公務員共済組合連合会立川病院　消化器内科　松　下　美紗子

79. 腹痛を主訴に来院され診断に難渋した正中弓状靭帯圧迫症候群の 1 例

聖マリアンナ医科大学東横病院　消化器病センター　○吉田　良仁，落合　康利，原　　雅樹，川島亜貴世
五十嵐央祥，黄　　世揚，中嶋　孝司
聖マリアンナ医科大学　消化器肝臓内科　伊東　文生

80. 腹腔鏡下に摘出した脾原発平滑筋肉腫の 1 例

横浜市立大学医学部　消化器・腫瘍外科　○井上　　栞，清水　康博，本間　祐樹，中山　岳龍
三宅謙太郎，薮下　泰宏，熊本　宜文，松山　隆生
遠藤　　格

81. 後腹膜腫瘤に対する EUS-FNA が診断に有用であった、全身性 AL アミロイドーシスと限局性 AL アミロイドーシスを合併した 1 例

埼玉医科大学総合医療センター　消化器・肝臓内科　○堀　裕太朗，松原　三郎，大塚　武史，須田健太郎
新井　智洋，砂田　莉沙，鈴木　美緒，田川　　慧
田中　孝幸，加藤　秀輔，山鹿　　渚，内田　党央
石橋　　朗，寺井　悠二，荒井　亮士，可児　和仁
高林英日己，加藤　真吾，岡　　政志，名越　澄子

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
３６１	永　原　章　仁 (順天堂大学医学部　消化器内科)	９月12日（土）	Web開催	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磯病院　消化器内科学)	2021年 ２月27日（土）	東　京 海運クラブ	10月30日～ 12月２日予定
３６４	池　上　　正 (東京医科大学茨城医療センター　消化器内科)	４月24日（土）	東　京 海運クラブ	2021年１月13日～ ２月17日予定
３６５	五十嵐　良　典 (東邦大学医療センター大森病院　消化器内科)	７月10日（土）	東　京 海運クラブ	３月24日～ ５月12日予定

演題の申込はインターネットにてお願いいたします。
詳細につきましては「URL:http://jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto」をご覧ください。

2020・2021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
３７	永　瀬　　肇 (横浜労災病院　消化器病センター)	11月15日（日）	東　京 シェーンバッハ・サボー	未　　定
３８	加　藤　直　也 (千葉大学大学院医学研究院　消化器内科学)	2021年 ６月６日（日）	東　京 シェーンバッハ・サボー	未　　定

次回（第361回）例会のお知らせ

期　　日：2020年９月12日（土）

会　　場：本例会は、Zoomを用いて行う予定です。発表者はご自身のご施設あるいは発信会場（順天堂大学）からライブでご発表頂き、司会者と質疑応答ができるよう調整中です。

特別講演：「わが国の便秘診療の現状と課題 ～エビデンスに基づいた治療戦略～」
演者：愛知医科大学　内科学講座・消化管内科　教授　春日井邦夫
司会：順天堂大学医学部　消化器内科　教授　永原　章仁

ランチョンセミナー：「逆流性食道炎の病態の新知見、ボノプラザン治療を含め」
演者：日本医科大学　消化器内科学　主任教授　岩切　勝彦
司会：東京医科大学　消化器内視鏡学分野　主任教授　河合　　隆

専門医セミナー：「ドクターガストロ～君のサマリーをブラッシュアップ～」
第18回専門医セミナー（第358回例会　2020年2月22日午後開催）に続き、本例会でも、専門医セミナーを開催いたします。
今回は、これまでと異なり、皆さんのサマリーをどのようにブラッシュアップするとより良いサマリーになるかを展開していきます。
詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：**永原　章仁**（順天堂大学医学部　消化器内科　教授）
〒113-8421　東京都文京区本郷2-1-1　TEL　03-3813-3111
（連絡先）日本消化器病学会関東支部第361回例会運営事務局
〒113-0033　東京都文京区本郷4-1-5　石渡ビル6F　㈱プランニングウィル
TEL　03-6801-8084／FAX　03-6801-8094／E-mail jsge361kanto@pw-co.jp

◆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 腸閉塞を契機に診断した小腸T細胞性悪性リンパ腫の1例

草加市立病院　消化器内科[1)]，同　血液内科[2)]，
同　病理診断科[3)]
木村晶平[1)]，笠野由佳[1)]，内館　梢[1)]，町田智世[1)]，五十嵐亮[1)]，
小橋健一郎[1)]，鎌田和明[1)]，村田　健[2)]，阿部志保[3)]，矢内常人[1)]

【症例】81歳，女性 【現病歴】20XX年12月に腹痛，嘔気を主訴に前医を受診した．腹部CTで近位空腸の一部に不整な壁肥厚があり，同部位より口側の腸管が著明に拡張し，液体貯留も見られ，腸閉塞を疑い当科を紹介受診し入院した．【臨床経過】入院後，絶飲食，補液，胃管による腸管の減圧を開始した．自覚症状は改善し，胃管からの排液も消失した．しかし第7病日の腹部CTでは近位空腸の壁肥厚が残存しており，精査目的にX線透視下で上部消化管内視鏡検査を行った．トライツ靱帯を越えた切歯120cmの小腸壁に，7-8cmにわたる全周性の浮腫および壁肥厚を認めたが，スコープの通過性は良好であった．食事を再開後も再発せず，第12病日に退院した．生検による病理所見は，HE染色では小型～中型の異型リンパ球がびまん性に増殖し，腺管上皮内に密に浸潤していた．免疫染色では浸潤リンパ球においてCD3(＋) CD5(－) CD4(－) CD8(weakly+) CD56(－) TIA-1(－) Ki67index70%であった．以上より，小腸T細胞性悪性リンパ腫と診断し，翌年2月より血液内科でCHOP療法を施行し，継続している．【考察】 小腸悪性リンパ腫は比較的稀な疾患であるが，その約8割はB細胞性である．消化管原発のT細胞性悪性リンパ腫は約40%が空腸，約30%が回腸と小腸原発が多く，男女比は2：1程度である．腹痛を契機に診断される症例が最も多いが，約4割は診断時に穿孔しており，約1割は本症例のように腸閉塞を発症している．治療の主体は化学療法であり，施設によっては病変が限局している場合は手術も考慮される．予後は非常に不良であり診断後の1年生存率は約40%とされている．今回我々は腸閉塞を契機として小腸T細胞性悪性リンパ腫と診断した一例を経験した．比較的稀な疾患であり，示唆に富む症例と考えられたため，若干の文献的考察を交えて報告する．

小腸T細胞性悪性リンパ腫，小腸腫瘍

2 横行結腸神経内分泌癌の播種性骨髄癌腫症に対し化学療法により播種性血管内凝固症候群から離脱させ救命しえた1例

東京大学医学部附属病院　消化器内科[1)]，
同　光学医療診療部[2)]，同　病理部[3)]
山崎智文[1)]，藤澤剛太[1)]，吉田俊太郎[1)]，宮嶋　望[1)]，阿部浩幸[3)]，
小田原成彬[1)]，近藤　僚[1)]，石橋　嶺[1,2)]，中田史子[1,2)]，小峰弓子[1)]，
山田篤生[1)]，小池和彦[1)]

【症例】71歳女性。背部痛を主訴に近医整形外科を受診。炎症反応高値で、化膿性脊椎炎が疑われ、抗菌薬治療が行われるも改善を認めず、当院を紹介受診した。ALP、LDH、sIL-2Rの上昇を認め、転移性骨腫瘍や血液腫瘍を疑い、骨髄生検を施行した。組織は索状増殖を示す低分化な腫瘍で、免疫染色(synaptophysin+/ chromograninA+/ Ki-67陽性率＞20%/ p53の完全消失/ ATRX+/ CDX2+)から消化管由来の神経内分泌癌（NEC）と考えられた。背部痛が強く、疼痛コントロールおよび精査目的に入院とした。造影CTで右側横行結腸に壁肥厚、胃の幽門近傍に20mm大の腫大リンパ節を認め、PET-CTでは、これらの部位に加え、全身の骨に強い集積を認めた。下部消化管内視鏡ではCTの壁肥厚部位に一致して、狭窄を伴う半周性の表面粗造な粘膜下腫瘤様病変を認め、病理組織は骨髄病変と類似したNECであった。以上より、大腸NECを原発とする播種性骨髄癌腫症と診断した。腫瘍マーカーは、proGRPは正常範囲内であったが、NSEの上昇を認めた。診断時、急速に進行する播種性血管内凝固症候群（DIC）を併発しており、救命困難と考えられたが、輸血およびトロンボモジュリン製剤投与による支持療法に加え、CDDP+CPT-11（IP療法）による化学療法を開始し、背部痛は消失、DICも改善したため退院となった。その後、IP療法を合計2コース施行し、PET-CTで、全身の骨への集積の低下を確認した。【考察】播種性骨髄癌腫症は、固形癌がびまん性に骨髄に転移し、細血管障害性溶血性貧血やDICを合併した病態と定義される。貧血、出血傾向、腰背部痛を3主徴とし、ALP、LDHの上昇や、骨シンチグラフィーで四肢体幹骨への集積亢進が特徴的で、予後不良だが、早期の化学療法が予後改善に重要とされる。原発巣は胃癌、乳癌、肺癌などの報告が多い。本症例は、播種性骨髄癌腫症としては典型的な症状、検査所見であったが、原発巣が大腸NECである点は極めて珍しい。さらに、化学療法によりDICから離脱し、救命された貴重な症例であり、文献的考察とともに報告する。

播種性骨髄癌腫症，大腸神経内分泌腫瘍

3 病変の色調が経時的に変化した直腸肛門部悪性黒色腫の一例

日本大学医学部附属板橋病院[1)]，日本大学病院[2)]，
JA 秋田厚生連由利組合総合病院[3)]
岩崎俊斗[1)]，鈴木　翔[2)]，堀井敏喜[3)]，草野　央[2)]，市島諒二[2)]，
池原久朝[2)]，後藤田卓志[2)]

【症例】81歳男性　【主訴】便潜血検査陽性　【既往歴】脂質異常症、逆流性食道炎、腰椎椎間板ヘルニア【現病歴】検診の便潜血検査陽性の精査を目的に前医で下部消化管内視鏡検査を受けた。内視鏡検査で肛門から下部直腸に隆起性病変を認めたため、精査加療を目的に当科紹介となった。【検査所見と臨床経過】前医の内視鏡検査では、肛門管から下部直腸にかけて約1/2周性の隆起性病変を認めた。病変は大部分が白色調を呈し表面平滑で数珠状に隆起しており、GISTなどの粘膜下腫瘍を疑う所見であった。初回の検査から2週間後に当科で施行した内視鏡検査では、病変の大きさに変化はなかったが、隆起部分全体が黒色調に変化していた。生検の病理検査では、HE染色にて明瞭な核小体を有する大型円形核と両染性の胞体を有する腫瘍細胞を認め、胞体内には茶褐色調の色素顆粒を認めた。免疫染色では増殖している腫瘍細胞はHMB45一部陽性、melan A陽性であり、悪性黒色腫と診断した。胸腹部CT検査では、多発肝転移と周囲リンパ節腫大を認め、直腸肛門部悪性黒色腫T3，N1，M1a，Stage IVa（大腸癌取扱い規約に準じる）と診断した。高齢であるため積極的な治療は行わず緩和治療の方針とした。初診から6か月経過した現在も生存中である。【考察】悪性黒色腫はメラノサイト由来の悪性腫瘍であり、消化管原発の悪性黒色腫は全悪性黒色腫のうち約0.4-1.6%と稀な疾患である。また、典型的な黒色調を呈さない低色素の症例では診断に苦慮することが多い。今回、病変の色調が経時的に変化した直腸肛門部悪性黒色腫の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

悪性黒色腫，直腸肛門部腫瘍

4 潰瘍性大腸炎の寛解導入期に腸管外の多様な症状の治療に難渋した一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
吉田亘輝，田中孝尚，高木優花，久野木康仁，金澤美真理，
阿部圭一朗, 金森　瑛, 永島一憲, 渡邊詔子, 井澤直哉, 山宮　知,
有阪高洋，星　恒輝，眞島雄一，富永圭一，飯島　誠，郷田憲一，
入澤篤志

症例は30代女性。罹患期間16年間の潰瘍性大腸炎（全大腸炎型・ステロイド依存型）。5-ASA、免疫調節薬にて寛解維持治療を行なっていたが、症状再燃のため、X年1月に寛解導入目的に入院となった。入院時の重症度は重症で、第3病日に寛解導入目的にInfliximab (IFX) の投与を開始した。しかし、第12病日頃より、発熱、皮疹、右眼の強膜炎が出現。抗菌薬の投与を行った。皮疹・強膜炎に関しては、潰瘍性大腸炎の腸管外合併症と判断し、寛解導入治療に加え、皮疹は皮膚科、強膜炎に対しては、眼科にコンサルテーションを行った。その後、解熱傾向であったが、第19病日から咳嗽を認めるようになった。胸部CTでは明らかな炎症所見を認めず、薬剤性を鑑別にあげ、5-ASAを変更し、免疫調節薬の休薬を行った。一旦は解熱傾向であったが、第21病日より再度発熱を認め、抗菌薬を再開。潰瘍性大腸炎に対しては、病勢把握のため第27病日に大腸内視鏡検査を施行した。内視鏡的に粘膜炎症は改善傾向であり、IFXは有効と判断した。抗菌薬を再開してからも発熱は遷延していたため、感染は否定的と判断。新規薬剤など、入院前後から投与されている薬剤を一度整理し、可能なものは休薬とした。その後は皮疹、強膜炎、咳嗽も軽快したため、第46病日に退院となった。潰瘍性大腸炎の寛解導入期に、腸管外に認めた症状への対応に難渋した症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎，腸管外合併症

5 CPT-11長期投与によって大量腹水を伴う肝障害を合併した直腸がんの一例

とちぎメディカルセンターしもつが　消化器内科
福島貴広, 中元明裕, 櫻井祐輔, 上野　貴, 角田真人, 砂田富美子, 倉田秀一

大腸（結腸・直腸）がんに対する化学療法はここ数年で飛躍的な進歩を遂げ、殺細胞性抗癌剤に加え、分子標的薬や近年では症例は限られるが免疫チェックポイント阻害剤も一般診療に導入されている。切除不能進行大腸癌であっても腫瘍縮小すれば外科治療に進める可能性があるが、基本的レジメンは5-FUにオキサリプラチン（L-OHP）またはイリノテカン（CPT-11）を併用した殺細胞性薬剤が主体である。一方で長期の薬剤投与による副作用も薬剤特異的であり、それらを適切に軽減する事でより良いQOLに貢献できる事も知られている。【症例】60歳、男性。高血圧・高脂血症にて内服加療歴あり、57歳時に便潜血・肝機能障害を指摘された事を契機に直腸がん・転移性肝腫瘍の診断となり化学療法を開始される。Panitumumab+FOLFOX療法で一次化学療法を開始し、腫瘍縮小し直腸原発切除を施行できたが、各種検査より肝予備能がChild分類B相当と判断され肝広範囲切除は困難と診断され、再度化学療法を継続となった。2次化学療法をBevacizumab＋IRIS療法を開始し腫瘍マーカーの漸減など抗腫瘍効果を認めていた。14コース施行した時点での画像評価では残存肝転移病変の悪化は認めなかったものの、大量の腹水貯留を認めた。細胞診を複数回提出するも悪性細胞の検出は認めなかった事、また利尿剤や肝庇護療法を行う事で腹水も消褪した事より薬剤性肝障害と判断。以前に肝生検でNASHの診断をされた既往もありCPT-11によってNASHが悪化したものと判断した。その後、利尿剤や肝庇護療法にて腹水の減少も得られ抗が治療を再開できた。【考察】CPT-11による脂肪肝の発症は知られている事だが、本症例のように長期使用による既往疾患のNASHが可逆的な悪化を来すのは稀な症例と思われる。若干の文献的考察をふまえて報告する。

直腸がん，化学療法

6 胆嚢シンチグラフィーで胆嚢ジスキネジアと原発性胆汁性胆管炎（PBC）の合併を診断した一例

東京慈恵会医科大学附属病院　消化器・肝臓内科
山崎吉人，宮下春菜，秋田義博，野口正朗，中野真範，猿田雅之

【症例】48歳，女性【主訴】心窩部痛【現病歴】X-2年9月、臨床的に原発性胆汁性胆管炎(PBC)が疑われ，胆道系酵素上昇が軽微のため外来経過観察としていた．X年6月に乳癌に対し，術前化学療法(エンドキサン・ドキソルビシン)を開始した．X年9月より食後の心窩部痛を自覚し，同時期より肝胆道系酵素の上昇を認めた．オキセサゼイン，ボノプラザン，ブチルスコポラミンの内服を開始したが症状の改善が認められず，肝胆道系酵素も上昇傾向のため，12月に精査目的に入院した．【入院後経過】入院時の血液検査は，AST:43U/ L，ALT:49U/ L，ALP:1383U/ L，γ GTP:430U/ L，IgG:2040mg/ dL，抗ミトコンドリアM2抗体:447U/ mLであった．絶食にて肝胆道系酵素は低下したが，食事を再開すると再上昇し，心窩部痛も再燃した．総胆管結石，Lemmel症候群などの総胆管の器質的閉塞による胆道内圧上昇を疑い，CT，MRCP，EUS，上部消化管内視鏡検査を施行するも異常所見は認めなかった．十二指腸機能不全（SOD：Sphincter of Oddi dysfunction）や胆嚢ジスキネジアなどの機能的異常を伴う疾患を疑い，胆道シンチグラフィーを施行したところ，胆嚢の収縮能低下を認め，胆嚢ジスキネジアによる食後の疼痛と診断した．また，細胆管レベルでの胆汁うっ滞も認め，PBCの増悪の合併も疑われた．そのため肝生検を施行したところ、慢性非化膿性破壊性胆管炎と非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、PBCに矛盾しない所見であった．以上より、肝胆道系酵素の上昇はPBCの増悪と判断した．胆嚢ジスキネジアに対してフロプロピオンの内服を開始したところ、食後の疼痛は改善した．また，PBCに対してウルソデオキシコール酸の内服を行ったところ肝胆道系酵素の低下を認めた．全身状態が安定したため退院し，現在も外来に通院している．【結語】胆道シンチグラフィーを施行することでPBC増悪と胆嚢ジスキネジアが同時に発症する極めて稀な症例を鑑別することができた．

胆道シンチグラフィー，胆嚢ジスキネジア

7 巨大な下大静脈腫瘍栓を呈した肝細胞癌切除後に長期生存を得られた一例

獨協医科大学　第二外科
篠田雄平，白木孝之，宮下将太郎，仁木まい子，清水崇行，山口教宗，朴　景華，松本尊嗣，櫻岡佑樹，森　昭三，礒　幸博，青木　琢，窪田敬一

症例は71歳女性。X-2ヶ月に下腿浮腫を主訴に近医受診し、CT検査で肝内の巨大な腫瘍を指摘され、当院紹介受診となる。諸検査の結果、肝右葉に巨大な肝細胞癌を認め、右肝静脈を介して下大静脈(IVC)から右心房内にかけて腫瘍栓を形成している状態であり、三尖弁に嵌頓を来しかねない状態であった。心不全徴候もありPerformance statusは2-3の状態であり高リスクではあったが、根治切除を施行する方針となった。X日に肝右葉切除＋IVC、右心房腫瘍栓摘出（開心術）＋T-tube留置を施行。手術時間12時間55分，出血量21589ml。IVC腫瘍栓は腎静脈以下から右心房内まで連続して存在しており、体外循環を用いた状態で、IVCから心房までを前面で開放し、腫瘍栓を全て遺残なく切除し得た。（T3, N0, M0: stage 3）術後は中等度の肝不全徴候を認めたが、補充療法のみで軽快。術後41日目に軽快退院となった。術後は、患者希望もあり補助療法などは行わずに、経過観察の方針となった。その後の経過として、術後X+12ヶ月にS3に単発再発を認めたため、再肝切除を施行(T1, N0, M0: stage 1)。X+18ヶ月に頸椎転移を指摘され、これに対してトモセラピー（40Gy/ 8fr）をX+20ヶ月に施行。さらにその際のPET検査でIVC近傍にもリンパ節転移を認めたため、X+21ヶ月にTACE施行。さらにX+39ヶ月で多発する肺転移を認め、これに対してレンバチニブを開始した。現在X+43ヶ月が経過し、肝内再発は認めず、肺転移はレンビマによりSD。リンパ節に関してはCR、頸椎転移に関してもCRの状態である。考察：Kokudoらによれば、IVC腫瘍栓を伴っている場合、全生存率の中央値は1. 39年であり、IVC腫瘍栓は肝細胞癌の予後不良因子の一つである。本症例に関しても、術後の余命は極めて厳しい予想がされていたが、集学的治療が奏功し術後4年近くが経過し生存中である。レンバチニブなどの適応薬剤の増えるのに伴い、肝細胞癌に対する手術を含めた集学的治療の重要性は増しており、IVC腫瘍栓などの予後不良因子が存在する症例でも、積極的な加療を行うことで、長期生存が得られる可能性があると示唆される。

肝細胞癌，下大静脈腫瘍栓

8 嚢胞破裂を契機に発見された男性の膵粘液性嚢胞腫瘍（MCN）の一例

東京大学　消化器内科[1)]，同　肝胆膵外科[2)]，
東京大学医学部付属病院　光学医療診療部[3)]
白石裕也[1)]，能登谷元聡[1)]，齋藤　圭[1)]，水野　卓[1)]，市田晃彦[2)]，佐藤達也[1)]，白田龍之介[1,3)]，石垣和祥[1)]，齋藤友隆[1)]，高原楠昊[1)]，濱田　毅[1)]，木暮宏史[1)]，有田淳一[2)]，中井陽介[1,3)]，長谷川潔[2)]，小池和彦[1)]

【症例】30歳男性．【現病歴】心窩部痛を自覚し，近医を受診．血液検査で炎症反応高値とCTで膵尾部嚢胞及び嚢胞周囲の脂肪織濃度上昇を認め，感染性膵仮性嚢胞疑いの診断で当院に転院搬送となった．【既往歴・生活歴】特になし．機会飲酒．【来院時現症】意識清明，血圧128/ 80mmHg，脈拍100/ 分，体温39. 0℃，呼吸数18/ 分，上腹部に圧痛，筋性防御を認めていた．【血液検査所見】WBC 16100 / μL，血清AMY 60 U/ L，血清p-AMY 41 U/ L，CRP 6. 49 mg/ dL，CEA 2. 8 ng/ mL，CA19-9 7 U/ mL，DUPAN-2 5486 U/ mL．【入院後経過】CTで膵尾部に75mm大の内部に隔壁を伴う嚢胞性病変を認め，周囲に液体貯留を認めた．MRI-T2強調画像では内部隔壁は厚く，cyst in cystの所見も認めた．病変と主膵管との交通は明らかでなく，主膵管拡張は見られなかった．以上から膵粘液性嚢胞腫瘍（Mucinous cystic neoplasm: MCN）及び嚢胞破裂が疑われた．外科と協議の結果，嚢胞ドレナージ及び待機的外科切除の方針となり，EUSガイド下膵嚢胞ドレナージ（EUS-PCD）を施行した。その際に嚢胞壁の超音波内視鏡ガイド下経穿刺針的鉗子生検（EUS-TTNB）も施行した．生検の結果は粘液産生性の円柱上皮が見られ，一部に卵巣様間質を認め，免疫染色でER，PgR陽性細胞を認め，MCNに矛盾しない所見であった．EUS-PCD後、症状改善し、第36病日に膵体尾部切除術を施行した．病理結果はMucinous cystadenomaであり，術後半年が経過し，再発を疑う所見を認めていない．【考察】MCNは女性例がほとんどであり，男性例は5%以下と稀である．さらに，嚢胞破裂を契機に診断されるMCNの報告は国内で自験例も含め医中誌で検索しうる範囲で8例と少数であった．嚢胞破裂により発症した男性のMCNの一例という極めて稀な症例を経験したため過去の文献を踏まえ考察する．

膵粘液性嚢胞腫瘍，破裂

9 ERCP後重症急性膵炎後の感染性被包化壊死に横行結腸穿破を合併し，経皮的ドレナージにより救命しえた一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター[1)]，
横浜市立大学医学部　消化器内科学[2)]
原田　聡[1)]，佐藤　健[1)]，土屋洋省[1)]，舩岡明宏[1)]，鈴木良優[1)]，
戸塚雄一朗[1)]，小宮山哲史[1)]，三輪治生[1)]，金子　卓[1)]，杉森一哉[1)]，
沼田和司[1)]，前田　愼[2)]

【症例】76歳，男性【主訴】腹痛，発熱【現病歴】20XX年Y月、中部胆管癌の疑いに対して，前医で精査目的にERCPを施行したところ，翌日に，ERCP後膵炎を発症した．CT検査で腎下極を超えて炎症の波及を認め，重症急性膵炎と診断し，呼吸状態の悪化も認め，全身状態管理のため，ERCP施行後3日目に当院救命救急センターに転院搬送となった．人工呼吸管理を含む集中治療を行い，全身状態が改善したため，転院8日目に抜管し，当科に転科となった．その後，明らかな感染兆候を認めず，経過良好のため，転院30日目に退院した．退院10日目の外来で，腹痛の再燃，発熱，炎症反応の上昇が認められ，被包化壊死（WON）への感染と診断し，同日再入院となった．【入院後経過】入院後，絶食，補液，DRPMの投与を行った．入院時点でのCT検査では，WONの増大は認めたが，明らかなfree airは認めなかった．第3病日に，EDチューブを留置し，経腸栄養を開始した．第15病日にフォローアップのためCT検査を施行したところ，WON内部および右横隔膜下にかけて，多量のfree airを認め，WONの横行結腸穿破と診断した．外科と協議の上，開腹ドレナージはリスクが高いと判断し，経皮的ドレナージを行う方針とした．同日，超音波ガイド下経皮的膿瘍ドレナージを施行し，12Frのドレーンを膿瘍腔内に留置した．第36病日に20Frのドレーンに交換し，ドレナージ効果は良好であったが，ドレーン造影で横行結腸が造影され，瘻孔の自然閉鎖は得られなかった．全身状態の改善を待ち，第63病日にイレオストミーを造設し，経口摂取の再開が可能となった．その後は，膿瘍腔が著明に縮小し，経過は良好で，第86病日にリハビリ目的で前医に転院となった．感染性被包化壊死に結腸穿破を合併し，経皮的なドレナージにより救命可能であった貴重な症例を経験したため，若干の文献的考察を加えて報告する．

感染性被包化壊死，経皮ドレナージ

10 バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術により治療した左胃静脈腎静脈シャントの1例

獨協医科大学　第二外科[1)]，同　放射線科[2)]
矢澤那奈[1)]，清水崇行[1)]，須田光太郎[1)]，宮下正太郎[1)]，
仁木まい子[1)]，佐藤　駿[1)]，多胡和馬[1)]，朴　景華[1)]，松本尊嗣[1)]，
白木孝之[1)]，櫻岡佑樹[1)]，森　昭三[1)]，礒　幸博[1)]，青木　琢[1)]，
窪田敬一[1)]，塩山靖和[2)]

（症例）症例は68歳女性。非アルコール性肝硬変を背景肝とした左胃静脈腎静脈シャントにより、繰り返す肝性脳症を患っていた。左胃静脈の瘤径が太く、後縦隔内にも側副血行路を認めることから、内視鏡的静脈瘤硬化療法は困難であると判断し、手術目的で当科紹介となった。肝機能はChild-Pugh分類A であったが、門脈圧亢進症に伴う著明な血小板減少（4.4万/μl）と糖尿病を有しており、手術よりはバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術（BRTO：Balloon-occluded Retrograde Transvenous Obliteration）の方が侵襲が少なく、良い適応であると考え、BRTOによる左胃静脈腎静脈シャント塞栓を施行した。右大腿静脈を穿刺して、左腎静脈にアクセスした。バルーン付きカテーテルを用い、左胃静脈瘤と後縦隔内の側副血行路をハプトグロビン静注後にモノエタノールアミンオレイン酸塩とコイルを用いて塞栓とした。術翌日薬液をカテーテルから用手吸引にて回収して、シース抜去とした。塞栓後3日目に胃潰瘍と十二指腸潰瘍を認めたが、保存的加療で改善し、塞栓後18日目で軽快退院となった。塞栓後6か月経過して、腹水貯留が著明となり、入院加療となった。塞栓後7か月に吐血を認め、上部消化管内視鏡検査施行した。塞栓前に認めなかった食道静脈瘤（Lm・F2・Cb）と胃静脈瘤（Lg-c・F1）と胃噴門部後壁の胃潰瘍出血を認め、潰瘍出血に対してクリッピングによる止血を行った。門脈圧低下目的で脾動脈塞栓術を施行したが、腹水排液量と汎血球減少は改善を認めなかった。さらに塞栓の際の造影検査でS7に20mm・S2に17mmの肝細胞癌を認めた。塞栓後8ヵ月でBSC・DNRの方針となり、他院へ転院となった。（考察）。本症例は、左胃静脈塞栓による胃の血液うっ滞から胃潰瘍を繰り返したと考えられた。また塞栓後半年で治療不応な肝不全へ移行したのは、BRTO後の著明な門脈圧亢進が背景にあると考えられた。本症例は塞栓前の肝機能が保たれていただけに、BRTOの適応や塞栓の程度に関しては、さらなる検討が必要であると考えられた。

バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術，門脈大循環シャント

11 下痢を契機に発見された腸管T細胞性リンパ腫の1例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
石川　学，山宮　知，川田陽介，手塚勇吾，根本玲奈，牧　竜一，
稲葉康記，高木優花，吉永智則，金澤美真理，近藤真之，田中孝尚，
阿部圭一朗，金森　瑛，富永圭一，飯島　誠，郷田憲一，
入澤篤志

【症例】70歳台，男性【主訴】下痢【現病歴】20XX年Y-1月に下痢があり前医を受診した．貧血，血小板減少が認められ，当院血液内科を紹介され受診した．PET-CTにて右骨盤内に比較的強いFDGの集積亢進部位（SUV max=7.1）が認められ，20XX年Y月に精査加療目的に当科を紹介された．【既往歴】尿路感染症【身体所見】血圧123/86 mmHg，心拍数77回/分，体温36.3℃，呼吸数20回/分，SpO2 98%(room air)，腹部：平坦・軟・圧痛なし，頚部リンパ節を複数個触知する，右鼠経リンパ節腫大あり【血液検査所見】WBC 3.600/μL，Hb 8.7 g/dL，Plt 8.7×10^4/μL，BUN 13 mg/dL，Cr 0.64 mg/dL，AST 17U/L，ALT 18U/L，LDH 295U/L，Glu 89mg/dL，Na 141 mEq/L，K 4.4 mEq/L，Cl 108 mEq/L，可溶性IL-2レセプター 2210U/mL 血【画像検査所見】腹部骨盤造影CT：腹腔内リンパ節腫大，下部消化管内視鏡検査：回盲弁から上行結腸にかけて発赤・びらんを伴う易出血性の浮腫性粘膜を認める．【経過】下部消化管内視鏡検査にて認めたびらん部位より生検を施行した．病理組織学的検査では，粘膜固有層から粘膜下層に及ぶリンパ球を主体とする細胞浸潤を認めた．免疫染色では，CD3陽性，CD20陰性であり，腸管T細胞性リンパ腫と診断となった．その後，血液内科にてTHP-COP（ピラルビシン，シクロホスファミド，ビンクリスチン，プレドニゾロン）療法を導入した．【結語】消化管原発性悪性リンパ腫は，消化管悪性腫瘍の5%と比較的稀であるが，節外性悪性リンパ腫においては35%を占める疾患である．腸管（小腸・大腸）原発における組織型は，びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫（DLBCL）が最多であり，T細胞性リンパ腫は9%と頻度が低い．一般的にT細胞リンパ腫は治療抵抗性で予後不良であることが多い．本症例のように，下部消化管内視鏡検査にてびまん性の顆粒状・粗造ないし不整な粘膜やびらんを認めた際は腸管T細胞性リンパ腫を鑑別に挙げ，各種画像検査と併せ正確な病期診断を行い，速やかに治療を開始する必要がある．

腸管T細胞性リンパ腫，下部消化管内視鏡検査

12 縦隔内穿破をきたした特発性食道粘膜下血腫の一例

関東労災病院
鈴木啓太，矢野雄一郎，石井　侃，佐藤洋一郎，岩田俊太郎，
中尾友美，小林俊介，大森里紗，金子麗奈，鎌田健太郎，
池原　孝

症例は36歳男性。X-2日に多量飲酒後心窩部痛と嚥下困難感が持続。夜間症状の増悪あり、当院救急搬送された。血液検査では WBC13200/μl、BUN31mg/dL、Cre1.87mg/dL、CRP4.12mg/dLと炎症反応の上昇と、BUN/Creの上昇を認めた。胸腹部造影CTで上部から下部食道にかけて内腔を圧排する血腫を認めた。血腫が食道の筋層を穿通し、縦隔内へ露出しており、食道粘膜下血腫の縦隔内穿破、縦隔炎の合併と診断した。消化管出血・穿孔を疑う初見はなく、活動性出血もないことから保存的加療を実施した。第8病日のC Tで血腫の軽度縮小を確認し、第9病日の上部消化管内視鏡検査を行った。中下部食道に表面平滑で柔らかなS M T様隆起を認めた。第11病日食道造影で、造影剤はスムーズに肛門側に通過すること確認し食事を開始した。その後のC Tで更なる血腫の縮小を確認し、第20病日に退院となった。特発性食道粘膜下血腫は、Mallory-Weiss症候群やBoerhaave症候群とともに、食道内圧上昇により惹起される自己損傷に分類される。発症機序として、内圧上昇のために粘膜下層にずれが生じ、粘膜下の血管が破綻することによって、血腫が形成されると報告されている。保存的療法で治癒することが多く、粘膜下までの病変のため、血腫が破綻しても比較的浅い潰瘍を形成して治癒するとされている。縦隔内穿破した特発性食道粘膜下血腫は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道粘膜下血腫，縦隔穿破

13 内頸動脈瘤コイル塞栓術後に生じた食道粘膜下血腫の一例

順天堂大学医学部付属順天堂医院
丸山貴史，松本紘平，藤澤聡郎，鈴木信之，牛尾真子，谷田貝昴，
大川良洋，松本健史，山科俊平，澁谷智義，北条麻理子，
伊佐山浩通，池嶋健一，椎名秀一郎，永原章仁

【症例】50歳代女性【主訴】胸背部痛【既往歴】5年前左内頚動脈瘤コイル塞栓術【現病歴】当院脳神経外科で左内頸動脈瘤コイル塞栓術後再発に対して再度コイリング術が施行された。血栓塞栓性合併症予防のため、術前より抗血小板剤2剤（アスピリン100mg/ 日、クロピドグレル25mg/ 日）を投与され、術中にヘパリン投与が加えられていた。手術は全身麻酔下、経鼻胃管挿入の上で行われ、手術終了時、直ちに経鼻胃管は抜去された。術後3時間後より、嘔気の出現、突然の激しい前胸部・背部痛が出現した。胸腹部造影CTにて胸部上部～腹部食道にかけて造影効果の乏しい腫瘤影を認めたため当科紹介となった。【経過】術翌日、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、切歯列より25-38cmにかけて縦走する2/ 3周性の暗赤色調粘膜下腫瘍様隆起を認め、食道粘膜下血腫と診断した。絶食・補液管理とし、PPI（ボノプラザン）及び胃粘膜保護薬（スクラルファート、エカベトナトリウム）投与を開始したところ、胸背部痛は術後2日目に改善した。術後7日目に再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、粘膜下血腫は消失し、同部位に縦走する潰瘍を認め、血腫の自然脱落が考えられた。活動性出血は認めなかった。食事再開し、術後14日目に退院となった。【結語】本症例は術前の抗血小板療法、術中の抗凝固療法に加え、胃管挿入の物理的刺激が食道粘膜下血腫の誘因となった可能性が考慮された。内頸動脈瘤コイル塞栓術後に広範な食道粘膜下血腫を生じた症例を経験した。稀な病態と考えられたため考察を加え報告する。

食道粘膜下血腫，抗血栓療法

14 胸部下行大動脈Penetrating atherosclerotic aortic ulcer破裂による食道穿破の一例

東京歯科大学市川総合病院[1]，同　臨床検査科[2]
木村容子[1]，中村健二[1]，中代幸江[1]，鍛治場寛[1]，今村峻輔[1]，
荒畑恭子[1]，片山　正[1]，財部紗基子[1]，尾城啓輔[1]，佐々木文[2]，
岸川　浩[1]，西田次郎[1]

症例は60代男性．高血圧症、慢性腎臓病に対し維持透析中で通院中であった．受診1か月前より上腹部痛を自覚し、入院前日に39度の発熱と嘔気も伴い救急車で当院搬送となった．受診時の血液検査でWBC 10500/ μl、CRP 10. 9mg/ dL、Hb 7. 9g/ dLと炎症反応上昇及び貧血を認めた．胸部から骨盤部の造影CTを施行し、下部食道に腫瘤性病変が疑われた．炎症反応上昇や貧血の原因は明らかでなく、精査目的に緊急入院となった．第5病日に上部消化管内視鏡検査(EGD) を施行し、萎縮性胃炎と下部食道に頂部に黒色変化を伴う潰瘍底を有する粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた．3型腫瘍との鑑別に生検を2カ所施行し、病理所見は高度の炎症細胞浸潤を伴った壊死性変化で悪性所見は認めなかった．第8病日の夜間に複数回の吐血を認め緊急内視鏡を行った．食道内に新鮮血餅が多量に貯留し、下部食道の隆起性病変から噴出性出血を認め、視野確保が困難で緊急血管造影を行う方針となった．血管造影前に造影CTを再施行し、下部食道と大動脈の間に仮性瘤を認め、周囲に血腫を疑う不均一な軟部影を伴っていた．約4か月前にEGDが施行され食道に異常を認めず、入院時の造影CTを後方視的に再評価し、胸部下行大動脈にpenetrating atherosclerotic aortic ulcer (PAAU) の破裂を疑う約5mmの突起状に造影される構造を認めた．緊急のステントグラフト内挿術を検討したが、長期間の維持透析中の末期腎不全患者で、入院前よりADL低下があり、vital signが不安定で処置のリスクが高く、家族が侵襲的な追加治療を希望せず保存的に経過観察し、第17病日に再度吐血し死亡退院となった．剖検を施行し、胸部下行大動脈に裂隙を認め、周囲に血腫を形成し食道に穿破していた．大動脈には動脈硬化性変化を認めるが瘤形成は無く、PAAUの破裂に伴う血腫が食道に穿破し消化管出血を来したと診断した．本症例のような消化管出血は稀な病態であるが、経過や内視鏡所見およびCTを詳細に観察し本病態を疑えれば早期の介入を行えた可能性が示唆される症例であり文献的考察を加え報告する．

食道穿破，食道大動脈瘻

15 クラインフェルター症候群合併の高度肥満症に対しBariatric surgeryが奏功した1例

自治医科大学　消化器一般外科[1]，同　内分泌代謝学部門[2]，
四谷メディカルキューブ[3]
千葉蒔七[1]，春田英律[1,3]，齋藤　心[1]，細谷好則[1]，岡田健太[2]，
松本志郎[1]，金丸理人[1]，高橋和也[1]，北山丈二[1]，佐田尚宏[1]

クラインフェルター症候群（以下KS）は、男性の性染色体のうちX染色体が一つ以上多いことで生じる一連の症候群であり、四肢細長、思春期来発遅延、精巣委縮、無精子症などを主徴とする。比較的合併することの多い疾患として糖尿病、呼吸器疾患、骨粗鬆症、知能低下などが報告されており、肥満体型を示す症例も珍しくない。症例は28歳男性。身長185cm、体重160kg、BMI46. 8kg/ m2で高血圧症、睡眠時無呼吸症候群を合併していた。内科的治療抵抗性肥満の診断で当院に手術目的に紹介受診。LH・FSH高値を認め、LHRH試験では反応低下を呈していた。染色体検査を行い、47XXYを認めKSと診断された。高度肥満および関連合併症の改善を目的として腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を施行した。術前合併症は全て寛解し、総体重減少率は術後1年目に29%、術後5年目でも27%と長期的な減量が得られている。結婚され挙児希望もあったが、ホルモン補充療法には消極的であった。高度肥満を合併するKSの症例に対してbariatric surgeryを行った報告はこれまでに認めない。肥満および関連合併症を改善する事が、患者のQOL向上に寄与したと考えている。術後のQOL評価を合わせて報告する。

クラインフェルター症候群，Bariatric surgery

16 トラスツズマブの心毒性が輸血を契機に顕在化した心不全の1例

地域医療機能推進機構　東京蒲田医療センター[1]，
東邦大学医療センター大森病院　消化器内科[2]
若林宗弘[1]，松清　靖[1]，原　健三[1]，藤澤理沙人[2]，桃崎志保奈[1]，
小野優香[1]，青木貴哉[1]，宮澤秀明[1]，石井耕司[1]

【症例】77歳、男性。【主訴】息切れ。【現病歴】2019年1月下旬に進行胃癌（U, 2型, 30mm, tub2, T3N2M1(HEP) HER2+ cStage4）の診断となり、3月よりSOX+Tmabによる1次治療を開始した。奏功判定は10コース終了時点でPRで13コースまで施行とした。2019年12月初旬に黒色嘔吐と息切れを認め血液検査でHb 6. 9 g/ dLの貧血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胃幽門前庭部にNSAIDs潰瘍と思われる多発胃潰瘍を認めた。絶食補液管理としPPI投与に加えて第1、2病日に濃厚赤血球2単位づつ輸血した。第3病日の未明に呼吸苦を認め、胸部レントゲン写真で肺水腫と胸水貯留の所見を認めた。経胸壁心エコーで全周性の壁運動低下を認め、左室駆出率は67%から48%へ低下を認めた。うっ血性心不全と診断し非侵襲的陽圧換気と利尿薬投与を行い保存的加療を行った。経過良好で第10病日に退院となった。1カ月後の左室駆出率は59%まで改善している。【考察】トラスツズマブの副作用として心毒性がありEFで表される心機能低下を認める。総投与期間や総投与量に無関係であり心筋生検でも特徴的な所見は得られない。現時点では機序は不明であるが、HER2受容体を介した心筋保護作用の阻害が原因と考えられている。投薬中止と心不全加療により心機能は約8割で可逆性であるとされる。トラスツズマブ投与下の無症候性心機能低下例に対し輸血等の急激な循環過負荷により心不全が顕在化することがあるため注意を要すると考えた。

トラスツズマブ，心毒性

17 肝門部領域胆管癌に対する化学療法中に十二指腸静脈瘤破裂を来し、経皮門脈ステント留置術と内視鏡的静脈瘤硬化療法にて止血し救命しえた一例

がん研究会有明病院　肝胆膵内科[1)]，同　上部消化管内科[2)]，
同　画像診断センター[3)]
福田晃史郎[1)]，三重尭文[1)]，古川貴光[1)]，山田悠人[1)]，武田剛志[1)]，
春日章良[1)]，松山眞人[1)]，佐々木隆[1)]，尾阪将人[1)]，平澤俊明[2)]，
松枝　清[3)]，笹平直樹[1)]

【症例】77歳 女性【現病歴】20XX-1年2月、肝機能障害を契機に肝門部領域胆管癌と診断。肝両葉への局所進行により切除不能と診断し、Gemcitabine+Cisplatin併用療法を開始した。20XX 年2月腫瘍増悪により2次治療としてS-1療法へ変更。胆道閉塞に対してはUncovered metallic stent3本による胆道ドレナージを行っていた。【経過】20XX年4月、悪心・嘔吐、黒色便で救急搬送となり、Hb5. 3g/ dLの高度貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査で上十二指腸角に頂部にびらん形成を伴う十二指腸静脈瘤を認めたが自然止血が得られていたため観察のみで終了。CT上門脈左枝閉塞と右前後区域枝高度狭窄を認め、内視鏡で確認した静脈瘤と一致して著明な遠肝性の側副血行路が認められた。内視鏡による止血は困難と判断したが、翌日に再出血により一時的に出血性ショックとなったため、Cancer Board承認の下、救命処置として門脈圧減圧目的に門脈ステント留置の方針とした。経皮経肝的に門脈右前区域枝を穿刺。造影により門脈本幹～右前区域枝にかけて6cm長の高度狭窄を認め、8mm径×6cm長の動脈ステント(Epic Vascular Stent, Boston Scientific社製) を留置。バルーン拡張を追加し狭窄解除に成功するとともに、門脈血流の改善と静脈瘤への血流低下を認めた。ステント内血栓予防目的にヘパリンを開始としたが、夜間に再度暗赤色便を伴う血圧低下を認めたためヘパリンを中止。第3病日に静脈瘤の残存するびらんにヒストアクリル1. 8mLによる内視鏡的静脈瘤硬化療法(EIS) を施行。食事再開後も再出血なく、第12病日に退院となった。【考察】門脈狭窄を伴う切除不能肝門部領域胆管癌に対する長期化学療法中に十二指腸静脈瘤破裂を来した症例を経験した。進行がんの門脈狭窄による静脈瘤破裂に対し門脈減圧治療とEIS併用の有用性が示唆された。

十二指腸静脈瘤破裂，門脈狭窄

18 パテンシーカプセルが滞留した放射線性小腸炎の1例

北里大学医学部　消化器内科学[1)]，
同　消化器内科学　新世紀医療開発センター[2)]，同　病理学[3)]
原田洋平[1)]，金澤　潤[1)]，別當朋宏[1)]，川岸加奈[1)]，横山　薫[1)]，
佐田美和[1)]，小林清典[2)]，小泉和三郎[1)]，高橋博之[3)]

【症例】76歳女性【主訴】黒色便【経過】24年前に子宮頸癌に対し手術および化学放射線療法を施行。3年程前から心窩部痛や腹痛を繰り返し認め、便通異常も認められていた。各種検査を施行するも器質的異常はなく、機能性胃腸症と診断され、腹痛に対してはペイン外来にて加療されていた。20XX年X月黒色便を認め、その後も黒～暗赤色下痢が持続し、徐々に倦怠感が増悪。ふらつきや息切れも認めたため、5日後に当院を受診した。血液検査でHb 5. 3と著明な貧血を認め、精査加療目的に緊急入院となった。上部内視鏡検査ではびらん性胃炎のみであった。貧血に対しては輸血を施行し、入院後は明らかな黒色便は認められなかった。大腸内視鏡検査ではS状結腸～直腸に放射線性腸炎の所見を認めたが、明らかな出血源を認めなかったため、小腸通過確認目的にパテンシ－カプセル(PC) を内服した。しかしPCの排泄なく、第5病日の腹部単純X線ではPCは上行結腸付近に描出、第6病日には描出されなかったため、第7病日に経口小腸造影を行った。小腸には複数の狭窄と癒着、炎症性変化を認め、放射線性小腸炎が考えられた。造影剤通過は問題なかったため、栄養剤から開始した。五分粥を摂取したところで二ボー像を認め、再度禁食・輸液にて症状の改善を認めた。第13病日に施行した経口小腸内視鏡検査では、中部空腸に潰瘍と狭窄を認めた。狭窄部の口側には茶色の異物を認め、回収したところPCのコーティング膜と判明した。狭窄部の肛門側にも複数の狭窄を認め、潰瘍と絨毛の平低化、萎縮を認めたことから放射線小腸炎と診断した。多発狭窄に対しバルーン拡張を検討したが、放射線性小腸炎では粘膜がもろく、穿孔の危険性を考え、保存的治療を選択した。栄養剤および低残渣三分粥・三分菜では腹痛なく、貧血の進行もなく退院となった。その後は食事コントロールで状態は安定しており、外来で経過観察中である。【考察】小腸と大腸に放射線性照射後の晩期障害による潰瘍，狭窄を呈した症例を経験した。狭窄例においてはパテンシーカプセルでも滞留する可能性があることを念頭に置く必要がある。

放射線性小腸炎，小腸狭窄

19 20代で早期大腸癌を併発した若年発症大腸クローン病の一例

千葉市立青葉病院　消化器内科[1)]，同　外科[2)]，
慶應義塾大学医学部　外科学教室(一般・消化器）[3)]，
同　病理学教室[4)]
藤本健太郎[1)]，橘川嘉夫[1)]，小関寛隆[1)]，畠山一樹[1)]，宮本禎浩[1)]，
小田健司[2)]，岡林剛史[3)]，鶴田雅士[3)]，門野政義[3)]，下田将之[4)]

【症例】29歳　男性【現病歴】12歳時（X-17年）血便で発症し、潰瘍性大腸炎と他院で診断。15歳時（X-13年）に治療継続のため、当院に紹介。16歳時（X-12年）に行った大腸内視鏡検査にて上行結腸に縦走潰瘍を認めたため、大腸型クローン病に診断変更。以降抗TNF α 抗体製剤（アダリムマブ）および免疫調節剤（アザチオプリン）を中心に治療を継続した。29歳時（X年）のサーベイランス目的大腸内視鏡検査で残存する直腸の炎症部位に、境界不明瞭な不整粘膜を認め、同部よりmoderately＞poorly differentiated adenocarcinomaを検出した。本人の希望より他院にてロボット支援下低位前方切除＋回盲部切除術が施行された。術後病理にて早期直腸癌（33×30mm, tub1＞tub2, pTis, Ly0, V0, PN0, Stage0）の診断となった。【考察】クローン病長期罹患例では炎症粘膜を背景に発癌するリスクが高くなると言われ、近年は癌合併例が増加している。文献上ではクローン病における癌合併率は0. 5-3. 0%と非罹患者に比べ相対危険度が約3. 2倍高いとされている。癌の早期発見は難しく、サーベイランスの方法についても確立されたものはない。診断時にはリンパ節転移や遠隔転移を伴い、進行した状態で見つかることも少なくないが、今回クローン病合併癌を早期発見しえた一例を経験した。今後クローン病合併癌のサーベイランス法の確立が急務であると考えられた。

大腸癌，クローン病

20 下部消化管内視鏡検査の前処置にて急性低ナトリウム血症を来した1例

獨協医科大学医学部　内科学(消化器) 講座
川田陽介，山宮　知，田中孝尚，手塚勇吾，根本玲奈，牧　竜一，
稲葉康記，高木優花，吉永智則，金澤美真理，近藤真之，
阿部圭一朗，金森　瑛，富永圭一，飯島　誠，郷田憲一，
入澤篤志

【症例】70歳台，女性【主訴】意識障害【現病歴】以前に4回の下部消化管内視鏡施行歴がある．20XX年Y月に大腸腺腫に対するEndoscopic Mucosal Resection(EMR) 目的に入院した．入院時の血清Naは140mEq/ Lであった．前処置として第1病日21時にピコスルファートナトリウム水溶液0. 75% 10 mlを経口投与した．第2病日6時から経口腸管洗浄剤2Lを2時間かけて内服したが前処置が不十分だったため，経口腸管洗浄剤2Lが追加処方され内服した．前処置終了後の検査待機時間に意識障害を認めた．【既往歴】高血圧【神経学的所見】JCS：I-2，GCS：E4V4M6，物品呼称不可，眼位正中，眼球運動迅速眼振なし，閉眼正常，挺舌正中，両側上下肢挙上可能，右上肢の安静時振戦5Hz程度あり．【血液検査所見】WBC 8300/ μL，Hb 10. 6 g/ dL，Plt 14. 3×10^4 / μL，BUN 12 mg/ dL，Cr 0. 40 mg/ dL，Glu 159mg/ dL，Na 122 mEq/ L，K 2. 8 mEq/ L，Cl 86 mEq/ L 血清浸透圧255 mOsm/ kg，ACTH 12. 6pg/ ml、血清コルチゾール 27. 7 μgl/ dL、ADH 3. 5pg/ mL【尿検査所見】尿浸透圧 390mOsm/ kg，尿中Na 82 mEq/ L【画像検査所見】頭部MRI：拡散強調像で高信号領域なし【経過】MRIで急性期脳梗塞は否定した．入院時は正常値であった血清Naが122mEq/ Lと急激に低下しており，意識障害の原因として急性低Na血症を考えた．高張食塩水の持続点滴によりNaの補正を行い，徐々に意識状態の改善を認めた．第5病日の血液検査にて血清Naは144mEq/ Lに補正された．浸透圧性脱髄症候群などの偶発症を認めず，第6病日に退院となった．【結語】経口腸管洗浄剤による低ナトリウム血症・意識障害は比較的稀な偶発症である．本症例は、神経学的所見や血液検査所見からてんかんやバソプレシン不適合分泌症候群も鑑別に挙げることができるが，経口腸管洗浄剤による前処置により水中毒を誘発し，急性低Na血症が原因の意識障害を起こしたと考えられた．高齢者では下部消化管内視鏡検査の前処置により電解質異常などの重篤な偶発症を引き起こすことを念頭に置く必要がある．

下部消化管内視鏡検査，低ナトリウム血症

21　ペムブロリズマブ関連腸炎が疑われた1例

埼玉医科大学病院　総合診療内科[1)]，同　消化管内科[2)]，
同　病理診断科[3)]
松本　悠[1)]，都築義和[2)]，宮口和也[1)]，塩味里恵[1)]，芦谷啓吾[1)]，
大庫秀樹[2)]，石澤圭介[3)]，山田健人[3)]，中元秀友[1)]，今枝博之[2)]

【症例】58歳女性【主訴】血便【現病歴】20XX年7月A病院で非小細胞肺癌と診断された。シスプラチンとペメトレキセド併用または単剤治療され20XX＋2年7月ペムブロリズマブ単剤療法が開始された。20XX年11月7コース終了後、癌性疼痛が強くパクリタキセルに変更された。20XX＋2年12月（ペムブロリズマブ最終投与後約30日）腹痛、鮮血便を認めB病院の大腸内視鏡で非特異的直腸炎としてメサラジン2400mgを内服したが症状の改善を認めなかった。20XX＋3年2月肺炎および血便精査目的にA病院入院となった。大腸内視鏡検査で直腸に限局して膿栓が付着した炎症性粘膜を認め潰瘍性大腸炎（UC）が疑われた。病理組織所見で陰窩膿瘍や胚細胞減少を認めないが、びまん性炎症細胞浸潤がありUCが疑われ、治療ガイドラインに準じてメサラジン2250mg、PSL40mgで加療を開始された。10回前後であった排便回数は3回前後まで減少し血便も改善したため、PSLを漸減した。3月上旬から排便回数が5〜6回程度に増悪し当科に入院となった。【入院後経過】血液検査で白血球、CRPの上昇を認めた。CMV抗原陰性、Clostridium difficile抗原陽性、毒素陰性であった。大腸内視鏡検査はS状結腸までの観察で直腸からS状結腸に非連続性にびまん性炎症・潰瘍病変を認めた。病理組織所見はびまん性炎症細胞浸潤、胚細胞減少、陰窩膿瘍を認め潰瘍性大腸炎の活動期に矛盾しない所見であったが、アポトーシスは目立たず粘膜への好中球優位の浸潤を認めた。UC様腸炎の増悪が疑われたが、ペムブロリズマブ最終投与から約30日後の発症であり免疫チェックポイント阻害剤関連腸炎も考慮しPSL40mgを開始した。加療後より血便は改善したが、肺癌に伴う多発脳梗塞や低栄養、電解質異常などをきたし死亡した。【考察】非小細胞肺癌に対してニボルマブやペムブロリズマブなどの免疫チェックポイント阻害薬よる治療が行われている。近年、Immunerelated adverse effect(irAE) としてUC類似の免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎の報告が散見されている。本症例はirAEとしても典型的ではないが示唆に富むと考え文献的考察を加えて報告する。

ペムブロリズマブ，irAE

22　トファシチニブが著効した治療抵抗性難治性潰瘍性大腸炎の一例

獨協医科大学埼玉医療センター[1)]，同　内視鏡センター[2)]
藤原　猛[1)]，大浦亮祐[1)]，岡田　舜[1)]，山口真裕美[1)]，藤本　洋[1)]，
須田季晋[1)]，片山裕視[1,2)]，玉野正也[1)]

患者は57歳男性で20XX―15年に、前医で潰瘍性大腸炎と診断された。5―アミノサリチル酸製剤（5―ASA製剤）ではコントロールが難しく、入退院を繰り返していた。過去にステロイドで2度寛解導入歴があるが、その後にステロイド抵抗性となった。20XX―2年に白血球除去療法(LCAP) を施行したのちアダリマブを導入したが効果なく、インフリキシマブに変更された。導入後は効果が認められたが、次第に投与後5―6Wでの効果減弱が出現した。投与後4W持たなくなったため入院。大腸内視鏡検査では、直腸から下降結腸までmayo3の活動性炎症所見を認めた。ステロイドの総投与量も多くなり、さらなる治療目的に20XX年に当科に紹介となった。当初タクロリムス導入予定であったが、年末に転院したため血中濃度調整が不十分となるため、前医でも一定の効果が認められたLCAPを導入した。年明けからタクロリムスを導入して効果あり、軽快退院した。3か月の投与終了後は、5―ASA製剤とアザチオプリンでは維持ができなかった。前医でインフリキシマブに効果が認められたため、血中抗体の出来ずらいゴリムマブを投与したがあまり効果は認められなかった。次にトファシチニブを投与したところ、著効を示した。2週後から症状はほぼ消失し、その後の大腸内視鏡検査では粘膜寛解を達成した。現在も本剤投与中で経過は良好である。トファシチニブは2018年から潰瘍性大腸炎に使用可能な内服薬で、ヤヌスキナーゼ阻害剤である。トファシチニブは既存薬と違う機序の薬剤で、多剤不応の本症例にも効果があったものと思われる。非常に示唆に富む症例と思われ、若干の文献的考察を交えて報告する。

潰瘍性大腸炎，トファシチニブ

23　内視鏡的に摘出したS状結腸魚骨穿通の1例

越谷誠和病院[1)]，獨協医科大学埼玉医療センター[2)]
嶋田智樹[1)]，豊田紘二[2)]，山口真裕美[2)]，松本純一[2)]，草野祐実[2)]，
片山裕視[2)]，玉野正也[2)]

【症例】87歳、男性【主訴】右下腹部痛【既往歴】慢性心不全、心房細動、胸部大動脈瘤、右腸骨動脈瘤、高血圧【内服歴】降圧薬、利尿剤、抗血栓薬【食事歴】3日前にたらちり鍋【臨床経過】20XX年X月X日から下腹部痛を認め、一度は軽快したが、その後症状再燃したため当院を受診。採血にて炎症反応の上昇を認め、腹部CTを施行するとS状結腸周囲に軽度脂肪織濃度の上昇と腸管内に魚骨を疑う所見がみられた。病歴を再聴取すると魚骨の誤飲の自覚があることを確認。free airは認めないことから穿孔には至っていないと判断し、S状結腸魚骨穿通との診断で同日に緊急入院となった。翌日に下部内視鏡検査を施行し、S状結腸に3cm大の魚骨を2本認めた。観察時に穿通はしていなかったが、一部粘膜が浮腫状で炎症を疑う所見はあった。把持鉗子で安全に除去し、除去後に腹痛、炎症反応の改善を認めたため20XX年X月X日に退院となった。【考察】穿通・穿孔部位としては生理的狭窄部の多い食道や、回盲弁によって消化管内容物が滞留する回腸、そして大腸においては自由度が高く腸管蠕動が大きい横行結腸やS状結腸に多いとされる。消化管異物による穿通や穿孔は頻度としては少ないものの、一度起これば、とりわけ下部消化管穿孔の場合に比較的早期から重篤な細菌性腹膜炎を引き起こす可能性が高いため、第1選択として外科的に穿孔部を含めた異物の除去が行われていた。しかし、最近になって消化管異物における下部消化管穿通、穿孔においても内視鏡的な異物除去で治療し得る報告例が散見されている。本症例は自覚症状の増悪、軽快を認めたため魚骨は可動性良好であると考えた。また、限局した腹部所見でCTにて腹水やfree airといった穿孔を疑う所見もなく、安定した全身状態であった。内視鏡的治療が可能な部位であることから魚骨は安全に摘出可能と判断し、内視鏡的に除去することとなった。

魚骨，穿通

24　術前化学放射線療法が奏功し、切除可能となった巨大直腸癌の1例

獨協医科大学病院　第二外科
須田光太郎, 蜂谷裕之, 多胡和馬, 渋谷紀介, 高木和俊, 石塚　満,
青木　琢，窪田敬一

症例は75歳、男性。血便を主訴に当科を紹介受診した。精査の結果、上部直腸を主座とした最大径120mm大の直腸癌(中分化型管状腺癌、cT4bN1bM0 cStage3a) と診断された。狭窄が高度であったため、S状結腸双孔式人工肛門を造設し、術前化学放射線療法の方針となった。Capecitabine(2400mg/ day) 内服併用の放射線治療 (45Gy/ 25Fr) を施行した後、FOLFOX + Panitumumab療法を計9コース施行した。腫瘍が最大径17mmまで縮小したため手術の方針となった。腹腔鏡補助下低位前方切除術、小腸部分切除、膀胱部分切除、回腸人工肛門造設術 (手術時間10時間、出血70ml) を施行した。合併症無く15病日目に退院となった。病理組織検査において、腫瘍は一部の粘膜以外すべて線維化巣に置き換えられており、治療効果判定はGrade2であった。また、リンパ節転移も認められなかった。術後4カ月経過するが、無再発生存中であり、回腸人工肛門閉鎖術を予定している。術前化学放射線療法により根治的切除が可能となった局所進行直腸癌の1例を経験したため、文献的考察も含めて報告する。

直腸癌，術前化学放射線療法

25 歯科治療が原因と考えられたFusobacterium naviformeによる肝膿瘍の一例

埼玉医科大学総合医療センター　消化器・肝臓内科
加藤秀輔, 松原三郎, 田中孝幸, 田川　慧, 鈴木美緒, 堀裕太郎, 山鹿　渚, 内田党央, 須田健太郎, 石橋　朗, 寺井悠二, 大塚武史, 可児和仁, 高林英日己, 加藤真吾, 岡　政志, 名越澄子

【症例】81歳、女性【主訴】発熱、右季肋部痛【既往歴】高血圧【生活歴】飲酒；機会飲酒 喫煙；なし【現病歴】来院2週間前から発熱、1週間前から右季肋部痛を自覚し当院受診となった。来院時体温37. 6℃、身体所見で肝叩打痛、血液検査でWBC 15400/ μl、CRP 12. 8mg/ dl、AST 56U/ L、ALT 65U/ L、ALP 635U/ L、γ GTP 148U/ Lと炎症反応・肝胆道系酵素の上昇、腹部CTで肝右葉S7領域に6×5cm大の周囲造影効果を伴う低吸収領域を認め肝膿瘍の診断で緊急入院となった。【入院後経過】入院当日に経皮的肝膿瘍穿刺吸引術施行し、SBT/ ABPC 3g×4回/ 日の点滴静注を開始した。感染経路の精査目的に上・下部消化管内視鏡検査施行したが異常所見は認めず、またエコー・CTで胆石や胆管狭窄なども認めなかった。血液培養は陰性であったが、膿瘍穿刺液培養からFusobacterium naviformeが検出され、来院2ヶ月ほど前に抜歯をしていたことが判明し、口腔内からの血行性感染と判断した。口腔外科受診したが歯周組織は概ね良好で感染源となる病巣は認めなかった。経過は良好で第3病日には解熱認め、適宜エコーでフォローし膿瘍の縮小を確認、血液検査も改善したため抗菌薬をAMPC500mg + CVA125mg ×3回/ 日の経口投与に変更し第24病日退院とした。その後エコーで膿瘍消失を確認し、抗菌薬計35日間投与で加療終了となった。【考察】肝膿瘍は一般的に菌薬長期投与が必要となることが多く、血液培養に加え膿瘍穿刺液培養を行い原因菌の同定に努めることが重要である。本症例では膿瘍穿刺液から口腔内常在菌であるFusobacterium属が検出され、他に感染巣を認めないことから抜歯部位を感染巣と判断をするに至った。肝膿瘍は一般的に悪性腫瘍、糖尿病、肝硬変などの基礎疾患を有する症例に発症することが多く、基礎疾患のない肝膿瘍患者では歯科治療を含めた口腔内の診察も重要であると考えられる。【結語】歯科治療が原因と考えられた肝膿瘍の一例を経験したので報告する。

肝膿瘍，歯科治療

26 肝原発リンパ上皮腫様癌の一例

那須赤十字病院
谷口亜依，江部敏生，中田洋介，吉田　徹，新井由季，佐藤　隆

【主訴】発熱【症例】62歳・男性
【経過】200X年C型慢性肝炎に対してインターフェロンフリー治療を受けSVRとなった。200X+2年3月に感冒症状あり近医受診しインフルエンザAの診断で抗ウイルス薬処方された。しかしその後も10日以上の発熱および炎症反応高値をみとめ当院紹介され同年3月18日入院となった。既往歴：C型慢性肝炎・高血圧・現在精神疾患で通院中。入院時は39℃の発熱、頻脈および軽度の腹部圧痛のみであった。血液検査はWBC 40, 800、CRP 16mg/ dlと炎症反応高値、AST 26IU/ l、ALT 38IU/ l、ALP 589IU/ l、腫瘍マーカー（AFP、PIVKA−2）は正常であった。各種検査で高度の炎症をきたすような他病変を認めずCTで肝S4に約6cm大の腫瘤あり肝膿瘍を考え抗生剤使用開始した。しかし肝腫瘤はCTで造影効果あり、MRIで腫瘤はT1協調で等信号、T2協調では淡く高信号であるが、膿瘍を示すような強い高信号は得られなかった。肝細胞癌は否定できず、炎症反応改善後に手術等の治療を検討していた。2週間以上の抗生剤治療継続にもかかわらず発熱および炎症反応は改善せず、確定診断目的に同年4月に経皮的肝生検施行した。病理組織でlymphoepithelioma/ undifferentiated carcinomaと診断した。
【考察】リンパ上皮腫様癌は未分化型上咽頭癌であるリンパ上皮腫癌に 類似した組織像を呈し，上咽頭以外に発生する腫瘍で分類不能癌に分類される。唾液腺，乳腺，胃，胆嚢，子宮頸部，膀胱などで報 告例が散見されるが肝原発の報告は少ない。今回、我々は炎症反応高値で肝膿瘍や他の肝腫瘍のと鑑別に非常に苦慮した肝原発のリンパ上皮腫様癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

lymphoepithelioma−like carcinoma，肝原発

27 アルコール性肝硬変に合併したspur cell anemiaを認めた一例

東京都立多摩総合医療センター　消化器内科
荒井克大，下地耕平，井上　大，並木　伸

【緒言】アルコール性肝硬変に重度溶血性貧血を合併したspur cell anemiaが報告されている。肝移植による治癒症例が報告されているが、その他の治療成績は悪く、確立した治療法はない。今回、spur cell anemiaに対して禁酒のみで改善を認めた一例を経験したため報告する。【症例】55歳、男性。【主訴】貧血。【既往歴】アルコール性肝硬変。【嗜好歴】飲酒：9%ウォッカ4000ml/ 日、喫煙：なし。【現病歴】アルコール性肝硬変で近医に通院していた方が、約1ヵ月で急速に進行した高度溶血性貧血で紹介入院となった。重症アルコール性肝硬変(Child C) を背景に溶血性貧血パターン(間接ビリルビン高値、網状赤血球高値) を示しており、末梢血塗抹標本でspur cellに類似した有棘赤血球を認め、他の溶血性貧血が否定的であったためspur cell anemiaと診断した。spur cell anemiaに対して確立した治療法はなく、有効な治療報告は肝移植のみであった。禁酒できていないアルコール性肝硬変に対して緊急の肝移植は適応外であり、まずは禁酒で様子を見ることにした。入院での安静、禁酒により緩徐に溶血性貧血は改善して第20病日に退院となった。その後、精神科での禁酒入院などを経て、末梢血塗抹標本でspur cellの減少を認めた。【考察】spur cell anemiaはアルコール性肝硬変に合併する重度溶血性貧血であり、本邦で数例しか報告されていない。肝移植以外の有効な治療法は報告が少なく、アルコール依存症だと肝移植を受けられる可能性が低くなる。本症例は禁酒のみで溶血性貧血の改善を認めており、待機的肝移植を受けるためにも徹底した禁酒が重要と考える。

アルコール性肝硬変，spur cell anemia

28 Vp4のC型肝細胞癌に対して放射線照射によりCRとなりDAAによりSVRを達成した一例

帝京大学医学部　内科学講座
駒崎伸伍, 磯野朱里, 淺岡良成, 丸山喬平, 中村直裕, 八木みなみ, 三木淳史，青柳　仁，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

【症例】78歳、男性【現病歴】慢性C型肝炎、高尿酸血症で当科フォロー中。X−2年6月、S5 1. 5cm , S8 1. 8cm肝細胞癌初発を認めた。X−2年9月、X−1年2月、X−1年10月、TACEを3回施行した。X年1月、CTにて再発およびVp4の門脈腫瘍栓を伴う前区域の多発再発を認めた。このときAFP 1471. 2 ng/ mL、L3 60. 7%、PIVKA−II 18176 mAU/ mLの上昇を認めていた。X年2月、TAI施行後、門脈本幹の腫瘍栓に対して放射線39Gy/ 13fr の照射を施行した。X年4月、TACEを追加後、画像検査および腫瘍マーカーで慎重に経過観察を行った。腫瘍マーカーが低下し、画像上も再発がないことを確認して、X年11月からX+1年1月までソホスブビル＋レジパスビル12週による抗ウイルス療法を行った。X＋1年2月、CTにてS6に再発を認め、RFA目的で入院となった。【経過】S6 2. 1cmの病変に対してRFA施行。S8はUSで認識困難であったため、このとき治療は行わず、経過観察としたが、4月、退院後外来フォローでAFP465. 1と増加あり、S8早期濃染が2cm大までの増大を認めたため、再入院、人工腹水作成のうえ、RFA施行が可能であった。その後、AFP 3. 2、PIVKA−II 17、AFP−L3 0. 5%といずれも正常化。画像においても再発所見を認めず、C型肝炎に関してもSVR24を達成し、外来経過観察中である。【考察】DAAは副作用が少なく高率にSVRを達成することが可能である。しかし、肝細胞癌治療後症例では、DAA治療後に早期再発や高悪性度病変再発の報告があり、DAA治療のタイミングは慎重に検討することが必要である。本症例では、Vp4の高度進行症例であったが、放射線照射が著効し病変コントロールが可能であった。DAA治療は、残存病変の再燃がないことを慎重に評価した後に行った。施行後、再発を認めたが、RFAで病勢をコントロールすることが可能であった。【結語】放射線治療が著効したVp4の高度進行C型肝細胞癌症例に対して、DAA治療を行うことでSVRを達成し、癌のコントロールも可能であった症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

門脈腫瘍栓，DAA

29 Campylobacter jejuniが起因菌と考えられた急性胆管炎の一例

東京医科大学臨床医学系　消化器内科学分野
塩谷健斗，殿塚亮祐，山本健治郎，祖父尼淳，土屋貴愛，
石井健太郎，田中麗奈，本定三季，向井俊太郎，永井一正，
黒澤貴志，小嶋啓之，山田真由香，糸井隆夫

80歳代女性。201X年10月に黄疸を主訴に当院を受診した。精査の結果、膵頭部癌および悪性胆道狭窄の診断にて、fully covered self-expandable metal stent (FCSEMS) を留置され、以降は患者の希望により、積極的治療は行わず経過観察となっていた。また、初診時より2-5行/日程度の下痢を認めていたが、発熱等なく膵癌の随伴症状による下痢と考え、膵酵素剤と止痢剤を投与され経過をみていた。しかし、症状の改善乏しく、食思不振も出現してきたため、同年12月6日に入院した。入院後、便培養を施行したところ*Campylobacter jejuni (C.jejuni)*が検出されたが、発熱もなく下痢症状も改善傾向にあったため、抗菌薬の投薬を行わず経過をみていた。第10病日に39℃の発熱を認め、精査を行ったところインフルエンザ(A型)を発病し、抗インフルエンザ薬（オセルタミビル150mg/日 5日間）の投与を行った。しかし、その後も発熱が持続していたため、第15病日に腹部造影CTを施行したところ、胆管拡張を認めたため、胆管ステント機能不全に伴う急性胆管炎（中等症）と診断し、同日に内視鏡的逆行性胆管造影検査を行った。留置されているFCSEMS内にカテーテルを挿入すると、FCSEMSより感染胆汁の流出を認め、胆汁培養を提出後に、FCSEMS内を通して胆管内に7Frのプラスチックステントを追加留置した。その後、胆汁培養および血液培養より*C.jejuni*が検出されたため、同菌が起因の急性胆管炎と診断し、抗菌薬AZM 500mg/日を3日間投与したところ、速やかに解熱し全身状態も良好となり、廃用症候群に対するリハビリテーションを経て、第42病日に退院した。*C.jejuni*は感染性腸炎の原因として広く知られているが、胆管炎の起因菌としては極めて稀であり、文献的考察を加え報告する。

Campylobacter jejuni，急性胆管炎

30 大腸癌術後9年で異時性胆管転移を来した一例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科[1)]，同　外科[2)]，
同　放射線科[3)]，同　病理診断科[4)]
田島慎也[1)]，田中貴志[1)]，新後閑弘章[1)]，齋藤倫寛[1)]，馬場隆成[1)]，
長尾さやか[2)]，浅井浩司[2)]，吉田匡宏[3)]，横内　幸[4)]，前谷　容[1)]

症例：75歳代男性。201X年に大腸癌、cT3aN0M0-StageII(大腸癌取り扱い規約第7版)と診断し、同年に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。最終病理診断はpT3, INFb, ly2, v2, pPM0, pDM0であった。術後補助化学療法としてUFT/LVを内服していたが、術後9か月で肝転移(S2)を認め、肝外側区域切除術を施行した。その後全身化学療法としてmFOLFOX6を12コース施行した。術後8年1か月で肝転移(S4+S6)を認め、FOLFIRI+BVを5コース、FOLFIRIを2コース行った後に、転移性肝腫瘍に対し、肝拡大内側区域切除術+S6部分切除術を施行した。術後9年2か月で胆管炎を契機に胆管腫瘍を認めた。組織診でAdenocarcinomaであり、免疫染色の結果から大腸癌胆管転移と診断した。全身化学療法(TS-1)、放射線療法(54Gy/30回)を行い、現在も治療中である。大腸癌の異時性胆管転移の報告は稀であり若干の文献的考察を加え報告する。

胆管転移，大腸癌

31 肝門部胆管癌との鑑別及び採石に経口胆道鏡が有用であった肝内結石の1例

千葉大学医学部附属病院
石野貴雅，杉山晴俊，加藤直也

【症例】65歳女性
【現病歴】他院で行われた血液検査で肝機能異常を指摘された．MRI検査で両葉の肝内胆管拡張と，総胆管から肝内胆管にかけてT2強調画像で低信号を呈する領域を認め，肝門部胆管癌もしくは肝内結石と診断された．前医を紹介受診し，超音波内視鏡検査・造影CT検査を施行されたが，明らかな結石を指摘されなかった．同院で内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）を施行され，胆管結石除去術を試みるも少量の排石を見るのみで肝門部病変は処置困難であった．胆汁細胞診・ブラシ細胞診を提出で悪性所見は見られなかった．胆石除去・悪性腫瘍の可能性について，精査・加療目的に当科に紹介された．
【臨床経過】当初体外衝撃波結石破砕術を併用してERCPでの採石を試みたが，両葉肝内胆管で結石は充満しており少量しか排石できなかった．そこで，経口胆道鏡（POCS）を用いて電気水圧衝撃波胆管結石破砕（EHL）を行ったところ，結石の破砕は良好であった．結石は白色のコレステロール結石が多く，一部黒色石の混在を見た．肝内胆管に直視下で明らかな腫瘤を認めず，散見した発赤・粗造粘膜から生検を提出したが，炎症性変化を認めるのみで悪性所見は見られなかった．ERCP・EHLを繰り返し，現在はtube freeで過ごすことが出来ている．
【考察】肝内結石の成因はビリルビンカルシウム石が多いが，本症例は白色のコレステロール結石であったため，CT陰性石であり，胆管癌との鑑別にPOCSが有用であった．一般的に肝内結石は肝外結石よりも困難例が多いが，本症例は有症状の両葉結石であり，手術加療も逡巡される中で，POCSを使用したEHLが砕石に有用であった．処置困難な肝内結石への内視鏡的なアプローチの手段としてPOCSは有効であると考えられた．
【結語】肝門部胆管癌との鑑別及び砕石にPOCSが有用であった肝内結石の1例を経験した．

肝内結石，経口胆道鏡

32 胆管炎と胆嚢炎を契機とし，門脈血栓症を発症した一例

河北総合病院　消化器内科
堀江沙良，島田高幸，栗崎雅史，花岡有紀，土家　清，山下浩子，
五十嵐裕章

症例は54歳男性．2週間前から心窩部痛を繰り返しており，疼痛が増強したため当院を受診した．血液検査では肝胆道系酵素上昇，腹部造影CTでは総胆管と肝内胆管の拡張を認めた．総胆管結石性胆管炎を疑い，禁食としABPC/SBT 9g/日を開始した．第2病日にも心窩部痛が持続しており，総胆管結石に対しERCPを行い，ESTと採石を行った．処置後は心窩部痛が消失していたが，処置翌日から再度心窩部痛が出現し，発熱と黄疸，肝酵素の上昇を認めた．造影CT施行し，肝内胆管拡張の増悪と胆嚢の壁肥厚，腫大を認め，門脈左枝は血栓閉塞していた．残存していた総胆管結石と胆嚢炎併発により心窩部痛が出現し，黄疸と肝酵素増悪の原因となったと考え，第4病日に再度ERCPを行った．胆管造影では総胆管結石の残存を認め，採石及びERBDチューブと胆嚢内にENGBDチューブを留置した．また，門脈血栓に対しヘパリンを同日から開始とした．その後は肝胆道系酵素，黄疸は改善傾向となり，腹痛も消失した．第6病日にENGBDチューブの造影を行い，胆嚢から胆管への胆汁の流れを確認しENGBDチューブは抜去した．第8病日の造影CTでは門脈左枝の血栓は縮小していたため，ヘパリンからワーファリンに変更した．その後胆管炎・胆嚢炎も改善し，第16病日に退院となった．本症例は血栓性素因や膠原病を疑う所見はなく，門脈血栓は胆管炎と胆嚢炎の炎症の波及に起因した血栓症と考えられた．このような症例は原因となった胆道感染症のコントロールと抗凝固療法を早期に開始することが望ましいとされている．本症例は1か月後の造影CTでは門脈血栓の消失が確認でき，ワーファリンを終了とした．胆管炎と胆嚢炎による門脈血栓症を発症し，胆道感染症治療と早期の抗凝固療法で門脈血栓が消失した一例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する．

胆管炎，門脈血栓症

33 腹部大動脈瘤の圧排によると考えられる肝外性胆汁うっ滞の1例

横須賀市立うわまち病院　消化器内科
本庄香子，諸井厚樹，佐藤晋二，高野幸司，森川瑛一郎，
池田隆明

症例：84歳、女性。主訴：肝機能障害。既往歴：74歳時に脳動脈瘤に対しクリッピング治療。高血圧で投薬治療中。現病歴：201X年1月上旬、腰部脊柱管狭窄症の治療目的にて整形外科入院、この時に肝機能障害を指摘され当科紹介となった。身体所見：血圧114/48mmHg、右大腿外側から膝部に自発痛、痺れを認めた。検査成績：WBC 6800/ μl、RBC 356×10^4/ μl、Hb 11.2g/dl、Hct 35.8%、Plt 20.9×10^4/ μl、CRP1.21mg/dl、AST 64U/L、ALT 43U/L、LDH 231U/L、ALP 1669U/L、γ-GTP 979U/L、T-Bil 0.86mg/dl、AMY 97U/L、BUN 12.9mg/dl、Cr0.87 mg/dl、HBsAg(-)、HCAb(-)。臨床経過：胆道系酵素上昇を主体とした肝機能障害として薬物性肝障害、原発性胆汁性胆管炎等の鑑別を行った。しかし、原因となる薬物投与歴はなく、また抗ミトコンドリア抗体も陰性であった。腹部CTでは大動脈下端部の限局性解離性大動脈瘤により膵頭部が圧排され、左右肝管から総胆管の拡張所見が認められた。MRCPでも壁在血栓を伴う腹部大動脈瘤により膵頭部が圧排され、下部胆管が嘴状に圧排・狭窄している所見が確認できた。ERCPでは、カニューラ挿入時の抵抗感と、胆管走行の偏移が認められた。胆汁細胞診はclass 1との結果であった。腹部大動脈瘤の圧排による肝外性胆汁うっ滞の可能性が高いと診断した。当院心臓血管外科で腹部大動脈瘤は手術適応と診断され、同意が得られたため人工血管置換術施行の方針となった。術後には胆道系酵素は正常化し、認められた総胆管拡張も消失した。考察：腹部大動脈瘤の合併症としての胆道圧排、そして、これが原因の肝外性胆汁うっ滞は稀であり、臨床経過を含め示唆に富むと考え報告する。

腹部大動脈瘤，肝外性胆汁うっ滞

34 腹腔鏡下胆嚢摘出術にて診断し得た好酸球性胆嚢炎の1例

日本医科大学付属病院　消化器外科
松永　龍，神田知洋，松下　晃，吉岡正人，清水哲也，川島万平，
高野竜太朗，吉田　寛

好酸球性胆嚢炎は胆嚢壁に好酸球優位な浸潤を伴うまれな疾患である。今回、我々は好酸球性胆嚢炎に対し腹腔鏡下胆嚢炎を施行し、その後発症した血管炎による末梢神経障害に対し、ステロイドパルス療法を導入できた一例を報告する。症例は60歳、男性。好酸球増多症および好酸球性胃炎が疑われ、当院内科にて精査中であったが、徐々に食後の心窩部痛を自覚するようになった。画像所見上、胆嚢腫大、壁肥厚およびデブリスエコーがみられたため、急性胆嚢炎と診断、PTGBDが施行され、炎症反応の改善が認められた。PTGBD後に手術目的に当科紹介となり、PTGBD16日後に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、経過良好なため術後4日目に内科転科となった。病理結果は胆嚢全層への高度好酸球浸潤と好酸球を中心とした血管炎を認め、好酸球性胆嚢炎と診断された。転科後、術前より認めていた両手の痺れが増悪したため、血管炎による多発単神経障害と判断し、感染症がないことを確認したのちにステロイドパルス療法が導入され、自覚症状の改善と好酸球増多の改善が認められた。

好酸球性胆嚢炎，好酸球増多症

35 内視鏡的経乳頭的膵嚢胞ドレナージにより軽快した感染性IPMNの1例

杏林大学医学部　消化器内科学
山田貴大，後藤知之，大島康太，神林孔明，北田修一，野坂岳志，
太田博崇，落合一成，権藤興一，渡邉俊介，土岐真朗，森　秀明，
久松理一

症例は60歳代女性。201X年8月，膵嚢胞性病変の感染にて他院に入院し，保存的加療で軽快した．同年9月より当院へ転医し経過観察を開始した．腹部MRI検査や腹部超音波検査にて，膵頭部の嚢胞は主膵管と交通を有する30mm大の多房性嚢胞性病変であり，分枝型IPMNと診断した．感染徴候はなく経過され，6か月おきに画像で経過観察を行っていた．201X+1年6月に発熱と心窩部痛を主訴に受診，造影CT検査にて，膵頭部のIPMNは45mm大まで増大し，緊満と被膜の肥厚および周囲脂肪織濃度の上昇を認めた．炎症反応も高値であり，IPMNの感染が考えられ緊急入院となった．主膵管との交通が確認できていたため，第2病日に内視鏡的逆行性膵管造影検査を施行した．膵頭部から主膵管造影を行うと嚢胞内に造影剤の流入が確認でき，カテーテルを嚢胞内に挿入し，吸引を行ったところ，排液は黄白色調の膿汁であった．排液の細菌培養ではKlebsiella pneumoniaeが検出された．嚢胞内に経鼻ドレナージチューブを留置し，第21病日の造影CT検査でIPMNは縮小，炎症反応も正常化したため，経鼻ドレナージチューブを抜去し退院となった．医学中央雑誌で「IPMN」、「感染」と「IPMN」、「膿瘍」で検索したところ，該当する報告は認めなかった．PubMedで「IPMN」「infection」で検索すると，1件の報告があるのみであった．本症例では膿瘍培養からKlebsiella pneumoniaeが検出されたことから，腸管由来の感染が疑われた．既報では，IPMNへの感染経路として，経乳頭的な逆行性感染や，腸管内からのbacterial translocationが示唆されているが，本症例においては，発症前の抗菌薬使用はなく，腸管疾患も認めていないことから，bacterial translocationよりは経乳頭的な逆行性感染の可能性が考えられた．内視鏡的経乳頭的ドレナージ術が有効であった非常に稀な感染性IPMNを経験したため報告する．

IPMN，感染

36 両側副腎の褐色細胞腫に膵神経内分泌腫瘍が合併した一例

獨協医科大学　第二外科
宮下将太郎，白木孝之，仁木まい子，多胡和馬，清水崇行，
山口教宗，朴　景華，松本尊嗣，櫻岡佑樹，森　昭三，礒　幸博，
青木　琢，窪田敬一

症例は28歳男性。近医で施行した人間ドックで、膵頭部および両側副腎に腫瘍を指摘され、X-3ヶ月に当院へ紹介となった。膵頭部腫瘍はEUS-FNA施行し膵神経内分泌腫瘍（NEN-G2）と診断。血清のホルモン値は正常であり、非機能性であると考えられた。両側副腎腫瘍に関しては、血中・尿中カテコラミンの上昇およびMIBGシンチ陽性であることから、両側褐色細胞腫の診断となった。甲状腺および副甲状腺、脳下垂体には特記すべき異常は認めなかった。外科切除のため、αブロッカーを導入したうえで当科紹介、両側副腎摘出術・膵頭十二指腸切除術・門脈合併切除の方針となった。手術は10時間54分、出血量1025mlであった。術中所見で腫瘍は上腸間膜静脈に強く浸潤していたため、合併切除し血行再建を行った。術後合併症としてGrade Bの膵液瘻を認めたが、保存的に改善し術後43日目に軽快退院となった。術後病理では、副腎腫瘍は両側共に褐色細胞腫であり、pheochromocytoma of the adrenal gland scaled score（PASS）は両側共に0点であり、良性の褐色細胞腫の診断となった。膵頭部腫瘍も術前診断通りKi-67陽性細胞は最大で10%であり、NEN-G2の診断となった。腫瘍径は52mmと大きく、門脈への浸潤は病理上でも高度に認められ、一部は内腔へ突出する像を認め、リンパ節転移も陽性であったことから、NEN-G2に対する術後補助化学療法としてストレプトゾシン（STZ）+フルオロウラシル療法を施行する方針となった。現在3クールを施行して術後6か月で、無再発生存中である。考察：褐色細胞腫に膵神経内分泌腫瘍を合併した症例の場合、鑑別を要するのはvon Hippel-Lindau病である。本症例には明かな脳脊髄系の血管腫や網膜の血管腫などは認められず、家族歴にも特記すべき症例が存在していない。同疾患でないと仮定した場合、両疾患の同時的発症の症例報告は、医中誌やPubMedで検索した限りでは認められず、非常に稀な症例であると考えられた。文献的考察を交えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍，褐色細胞腫

37 術後肝転移再発・再々発をきたした膵solid-pseudopapillary neoplasmの1切除例

杏林大学医学部　消化器・一般外科[1)]，
東京都健康長寿医療センター　外科[2)]，
杏林大学医学部　病理学教室[3)]
中島正太郎[1)]，鈴木　裕[1)]，本多五奉[1)]，百瀬博一[1)]，松木亮太[1)]，
小暮正晴[1)]，正木忠彦[1)]，須並英二[1)]，森　俊幸[1)]，阿部展次[1)]，
阪本良弘[1)]，中里徹矢[2)]，磯谷一暢[3)]，柴原純二[3)]，吉池信哉[3)]，
望月　眞[3)]，菅間　博[3)]，氣賀澤秀明[3)]，大倉康男[3)]

【症例】51歳，女性
【現病歴】胃・脾・脾静脈浸潤を伴う膵solid-pseudopapillary neoplasm（SPN）に対して尾側膵切除+胃部分切除術の既往がある患者．病理診断はT3，N0，M0，Stage IIA．免疫組織学的にMIB-1 indexはhotspotで30%，腫瘍全体では5%未満であった．術後外来フォローしていたが，2年後に肝S7への転移再発を認め肝部分切除術施行した．病理組織学的にはSPNの肝転移であった．その後経過観察していたが，さらに3年6か月後（初回手術より5年6か月）に新たな肝転移認め，手術の方針となった．
【既往歴】関節リウマチにて内服中
【血液検査値】貧血なく肝胆道系酵素の上昇もなし．Plt 36．8万/μL，Alb 4．2g/dL，PT 97．8%．リウマチの影響かCRP 1．09 mg/dLと軽度上昇．腫瘍マーカーはCEA 1．3 ng/mL，CA19-9 55．4 U/mL，AFP 1．3ng/mL，PIVKA-II 17．7 mAU/mL．ICG15-R 4．1%と肝機能障害は認めず．
【画像】造影CTで肝S6表面に12mmのリング状の造影効果を伴う低吸収腫瘤あり．その他，S8に5-8mmの低吸収腫瘤を4か所に認めた．MRIではS6腫瘤はT1強調像で低信号，T2強調像では淡い高信号．拡散強調像で高信号，ADC値も低下していた．S8腫瘍は拡散強調像での高信号はやや弱いものの、S6腫瘤と同様の所見をしめした．FDG-PETではS6腫瘤と，S8腫瘤の一部に異常集積を認めた．
【術前診断】転移性肝腫瘍
【手術】肝S6，S8の表面にある腫瘤は白色調，弾性硬に触知．術中超音波検査ではS6腫瘤およびS8腫瘤のうち3カ所が高輝度に描出された．ソナゾイド造影ではvascular phaseで淡い造影効果を認め，Kupffer phaseは低輝度に描出された．Pringle法により肝門遮断し，Clamp crushing methodにて腫瘍からmarginをとり肝部分切除術施行した．病理組織診断はSPN肝転移（S6，S8×3か所）．術後4か月経過し，再発は認めていない．
【結語】一般的にSPNは予後良好な腫瘍であるが，転移再発症例や悪性度の高い予後不良例の報告も散見されている．SPN根治切除術後の再発・再々発は稀であり，供覧に値すると考えられたため報告する．

膵solid-pseudopapillary neoplasm（SPN），再発

38 化学療法が奏功した膵粘液性嚢胞腺癌の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター[1)]，
横浜市立大学医学部　消化器内科学[2)]
湯川　達[1)]，三輪治生[1)]，榊原俊哉[1)]，土屋洋省[1)]，杉森　慎[1)]，
西村正基[1)]，戸塚雄一朗[1)]，小宮山哲史[1)]，金子　卓[1)]，杉森一哉[1)]，
沼田和司[1)]，前田　慎[2)]

【症例】75歳．女性．【主訴】上腹部痛【原病歴】X年2月上腹部痛，腹腔内嚢胞性病変の精査目的に当科紹介受診．腹部造影CTで，膵尾部に12cm大の不整な壁肥厚を伴う嚢胞性病変を認めた．また，肝門部リンパ節腫大，腹水貯留を認め，腹水細胞診で，Adenocarcinomaを検出したため，膵粘液性嚢胞腺癌（MCC），リンパ節転移，腹膜播種と診断した．【治療経過】切除不能MCCに対する有効な治療法の報告はないことから，膵癌に準じた全身化学療法を行う方針となった．X年4月より，1次治療としてGemcitabine（GEM）単独療法を開始．4ヶ月目に肝門部リンパ節の増大を認め，Progressive Disease（PD）と判定した．X年8月より，2次治療としてS1単独療法を開始．6ヶ月目に肝門部リンパ節の増大により，PDと判定した．X＋1年3月，3次治療としてGEM＋nab Paclitaxel（GnP）療法を開始．3ヶ月目のCTで明らかな腫瘍の縮小を認め，Partial Response（PR）と判定した．好中球減少（Grade 3）により，投与量を減量しながら，治療を継続．13ヶ月目に原発巣の増大によりPDと判定した．この時点で，全身状態は良好であったため，X＋2年4月，4次治療としてmodified FOLFIRINOX（mFFX）療法を導入．2ヶ月目のCTで明らかな腫瘍縮小効果（PR）を認めた．以後，休薬をはさみながら20ヶ月目までに20コースを施行していたが，X＋3年12月にPDと判定．X＋4年1月より，5次治療としてGEM+S1療法を開始したが，10ヶ月目PDと判定し，化学療法を終了した．その後，緩和療法を継続し，病勢は緩徐に増悪．X＋5年12月に現病死となった．【考察】GnP・FFX療法は，切除不能膵癌の有効な治療法だが，MCCにおける有効性は報告されていない．自験例では，同法により明らかな腫瘍縮小効果を認め，予後延長に寄与する治療選択であったため，報告する．

膵粘液性嚢胞腺癌，化学療法

39 大動脈から単独分枝した孤立性左胃動脈解離の一例

横須賀市立市民病院　消化器内科
善浪佑理，山近由衣，高畑　豪，道端信貴，小松和人

【症例】患者は57歳の男性。呼吸困難感と嘔気を主訴に救急外来を受診した。心疾患は否定的であったが心窩部に圧痛があり、CTでは胃前庭部から十二指腸に周囲の脂肪織濃度上昇と腹水を認めたため入院となった。腹水は肝表面と脾周囲に貯留し、一部高吸収域も含んでおり出血を疑った。翌朝に腹痛増悪・腹膜刺激症状を認め、造影CTを施行したところ左胃動脈解離・腹腔内出血の診断がついた。IVRもしくは観血的治療の適応と考え他院へ転院搬送となった。しかし降圧のみで腹部症状は改善傾向であったため保存的治療の方針となり、転院4日後に当院に再入院した。上部消化管内視鏡検査では胃の虚血は軽度であり、Ca拮抗薬とARB・β阻害剤で収縮期血圧が140 mmHg以下となるように血圧コントロールを行い第18病日に退院となった。【考察】大動脈解離を伴わない腹部動脈の解離は非常に稀であり、その治療法は確立されていない。しかし94．4%の症例は保存的治療が選択されているという報告もある。症状を慎重に観察し、動脈瘤の合併や解離の増悪など、侵襲的治療の適応となる事象がなければ保存的加療でも予後が良好である可能性が示唆された。【結語】孤発性の左胃動脈解離に対し、保存的治療で加療した一例を経験したので報告する。

動脈解離，左胃動脈

40 内科的疾患と鑑別困難であったSlipping rib syndromeの一例

神奈川県立足柄上病院
丹羽一博，國司洋佑，塚本　恵，曽谷祐貴，柳橋崇史，倉上優一，
岩渕敬介，吉江浩一郎，加藤佳央

症例は高血圧、虫垂炎の他に特記すべき既往のない71歳の女性。X-4日から心窩部から右季肋部にかけての痛みが出現し、X-1日に当院の外来を受診された。その際は血液検査、腹部CT、超音波検査を施行されたが、原因特定されなかったため、後日上部消化管内視鏡検査を行う予定となっていた。しかし、痛みが増悪したためにX日に当院救急外来を受診された。身体診察では心窩部から右季肋部の狭い範囲に限局して鋭い圧痛が認められたが、心電図や腹部CT、血液検査では明らかな異常所見は認められなかった。内臓痛よりも体性痛が疑われたため、身体所見をさらに進めたところ、Hooking Maneuverが陽性となったためSlipping rib syndromeと診断した。その場で疼痛部位にリドカイン注射液を局所注射したところ症状は改善したため、鎮痛薬としてナプロキセンを処方し、外来経過観察とした。その後は鎮痛薬を終了した後も症状の再燃なく、診察終了となった。Slipping rib syndromeは仮肋に付着する肋軟骨の過剰運動性が原因となり、肋軟骨の亜脱臼、肋間筋の緊張、肋間神経の刺激などが起こり、痛みが生じる疾患である。症状は、肋軟骨部の激しい間欠的な痛みで、呼吸や体の屈曲、運動などが痛みの引き金となる。診断には肋骨縁に指を掛け、上方に引っ張る動作をするHooking Maneuverという手技が用いられ、痛みが誘発されればSlipping rib syndromeを強く疑う所見となる。痛みが軽度であれば、鎮痛剤で保存的に治療が可能であり、本症例では肋間神経ブロックと、鎮痛薬の内服で症状の改善が得られた。Slipping rib syndromeには肋軟骨炎、胸骨痛症候群、剣状突起痛、肋骨骨折、疲労骨折、胸膜炎などが鑑別として挙げられるが、心窩部痛、季肋部痛は胆嚢炎や急性冠症候群などの消化器疾患や循環器疾患とも鑑別が必要となる。本症例では胆石疝痛や、胃十二指腸潰瘍による疼痛と鑑別を要した。血液検査、画像検査からは異常所見が認められず、身体所見からSlipping rib syndromeの診断に至った一例を経験したため報告する。

Slipping rib syndrome，季肋部痛

41 培養検査が陰性であった特発性脾膿瘍の1切除例

獨協医科大学　第二外科
仁木まい子，清水崇行，須田光太郎，宮下正太郎，佐藤　駿，多胡和馬，朴　景華，白木孝之，櫻岡佑樹，森　昭三，磯　幸博，石塚　満，青木　琢，窪田敬一

(症例) 症例は55歳女性。左胸部痛と発熱を主訴に当院を受診。既往歴として1か月前に脳梗塞を認め、他院にて加療を受けていた。レントゲン上、左胸水貯留を認め、左胸膜炎の疑いで入院加療となった。入院時のCTで、脾臓内に10cm大の多発性嚢胞性病変を認め、胸膜炎ではなく、脾膿瘍の診断となった。入院後の抗菌薬加療により解熱と炎症反応低下を認めた。心エコー検査では、疣贅は認めなかったが、重度の僧帽弁閉鎖不全症を認めていた。また入院時の血液培養を含む各種培養検査は陰性であった。入院後第16病日に撮影したCTで脾膿瘍の縮小を認めず、感染の再燃を防ぐ目的で入院後第17病日に手術を施行した。事前のCTにて脾臓の腫大を認めたため、腹腔鏡ではなく開腹脾臓摘出術施行した。脾臓は炎症の影響で左横隔膜下と後腹膜に強く癒着しており、摘出に難渋した。手術は6時間36分、出血量は3846mlであった。脾臓は12×10cmで、割面は多房性嚢胞が存在していた。まあ嚢胞内部に膿汁を認め、培養検査を提出したが、陰性であった。病理所見では、脾臓内に好中球の集簇を認めることから、膿瘍形成していると判断した。しかしながら、Gram染色では菌体を確認できなかった。術後低栄養や軽度の膵液漏によるドレーン感染を認めたが保存的加療で改善し、術後第72病日で退院となった。(考察) 本症例はDuke診断基準を満たしてはいないが、発熱があったこと・脳梗塞の既往・重度の弁膜症による急性心不全を認めたことから、臨床上は感染性心内膜炎を背景とした疣贅による脾膿瘍の発症を疑った。しかしながら、血液培養と脾臓の培養液は細菌・真菌ともに陰性であり、特発性脾膿瘍の診断をせざる得なかった。治療に関しては抗菌薬治療による解熱と炎症反応の低下は認めたものの、画像上腫瘍の縮小は認めなかった。画像上膿瘍の縮小を認めない場合は、感染再燃や膿瘍穿破を防ぐ目的で、本症例のように開腹脾臓摘出術を第一選択とすべきであると考えられた。

脾膿瘍，脾臓

42 腹部Dynamic CT検査が診断の一助となったFitz-Hugh-Curtis症候群の一例

秦野赤十字病院[1)]，神奈川県立足柄上病院[2)]，
横浜市立大学附属病院[3)]
曽谷祐貴[1)]，三浦雄輝[1)]，國司洋佑[2)]，鈴木伸吾[1)]，池田彰彦[1)]，加藤佳央[2)]，田中克明[1)]，前田　愼[3)]

【症例】25歳女性【主訴】右季肋部痛【生活歴】当院受診前1週間以内に男性パートナーと性交渉あり。【現病歴】X-2日より右季肋部痛認めたため、同日近医A受診し、十二指腸潰瘍疑いにて、エソメプラゾール処方帰宅となった。X-1日になっても右季肋部痛改善認めないため、近医B受診し、精査目的に当院救急外来紹介受診した。腹部超音波検査行ったが、右季肋部痛の原因となる病変は認めず、対症療法にてアセトアミノフェン処方帰宅となった。X日になっても右季肋部痛持続するため当院内科外来受診した。痛みは深吸気にて増悪し、右季肋部に叩打痛と圧痛を認めた。血液検査ではCRP：7. 54mg/ dLと炎症反応上昇認め、尿検査にて妊娠反応は陰性、膿尿や細菌尿は認めなかった。腹部Dynamic CT検査にて、動脈相で肝左葉内側区域から右葉前区域の肝被膜に沿った濃染像を認めた。年齢、病歴、性交渉歴、Dynamic CT検査の結果を踏まえて、Fitz-Hugh-Curtis症候群を疑い、X日より入院。同日よりCMZ+MINOにて加療開始した。X+1日に上部消化管内視鏡検査行ったが、異常所見は認めなかった。X+2日には右季肋部痛は完全に消失し、患者自身の子育ての関係もあり、AZM+MNZ内服に切り替え、同日退院となった。退院後、入院時に採取した尿中Chlamydia trachomatis PCRが陽性となったためFitz-Hugh-Curtis症候群（以下FHCS）の診断となった。X+8日の外来にて血液検査にて炎症反応改善し、腹部症状再燃認めなかったため、終診となった。【考察】若い女性の右季肋部痛の鑑別にてFHCSは考慮しなければならない。FHCSを疑う際に行う検査として病原体検査、血清抗体価検査があるが、一般的に検査提出から検査結果が出るまで数日間を要する。しかしその点、画像検査は施行直後に結果が出るため、すぐに診断の一助となる。本症例は、腹部Dynamic CT検査の動脈相にて肝被膜に沿った濃染像を認め、肝皮膜の炎症を示唆する所見を得た。病歴も含めてFHCSの疑いとして早期治療介入することが可能となり、早期症状改善を得られた。

Fitz-Hugh-Curtis症候群，CT画像

43 CTが診断に有用だった膵臓へ穿通した胃潰瘍の一例

水戸協同病院　総合診療科[1)]，同　消化器内科[2)]
鈴木克哉[1)]，有賀啓之[2)]，片山真穂[1)]，水井恒夫[2)]，鹿志村純也[2)]

【はじめに】上部消化管出血は緊急内視鏡検査を行う頻度の高い病態で、近年の急速な高齢化に伴い高齢者症例が増加している。内視鏡治療困難例では血管内治療、外科手術となるが内視鏡前に判断することは困難なことがあるが、症状からCTなどの画像検査を行わず緊急内視鏡を施行することも多い。
【症例】60代、男性。(主訴) 心窩部痛、黒色便。(既往歴) 椎間板ヘルニア。(生活歴) 飲酒なし。喫煙15本/ 日。(現病歴) 来院数日前から空腹時の心窩部痛、黒色便を認め、2日前から腹痛が徐々に増悪したため、近医を受診し、上部消化管出血疑いで当院へ紹介となった。(身体所見) 平坦、軟、心窩部に圧痛あり。(血液検査) Hb11. 2g/ dlと軽度の貧血を認めた。(造影CT) 胃体部後壁を陥凹と周辺の壁肥厚を認め、周囲脂肪織濃度の上昇、膵前面にfree airあった。(治療と経過) 以上より膵臓へ穿通した胃潰瘍と診断し、外科に相談し腹膜刺激症状ないため絶食の上、保存治療を行った。CTでfree airの消失、胃壁の肥厚改善を確認し、第14病日に内視鏡を行い、潰瘍を胃角部小湾に認めるが表面は白苔に覆われ改善していた。以後、PPI投与を継続し退院となり、外来でH. pylori陽性だったため除菌治療を行い現在まで再燃はない。
【考察】消化性潰瘍の病因としてH. pylori感染、非ステロイド消炎鎮痛薬の内服などがあげられる。10万人当たりの年間発生は20~60人と報告され、穿孔は潰瘍患者の5%程度に生じるとされる。自験例は治療前にCTを行い、膵臓へ穿通を診断することができた。内視鏡前に治療困難例を評価することが困難なこともあるが、当院で治療した151例(2016年4/ 1-2018年3/ 31、静脈瘤、内視鏡治療後の症例は除外) での検討では、困難例は胃潰瘍3例、十二指腸潰瘍2例で、止血可能例と困難例で血液検査やAIMS65などのスコアで検討したが有意差はなかったが、治療前にCTでの評価できた症例では主要血管が出血に関連することが確認でき、有用であると考えられた。今回、CTが診断に有用だった膵臓へ穿通を診断し保存治療できた胃潰瘍の一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

胃潰瘍，穿通

44 肝細胞癌術後局所再発による胆管内腫瘍栓で肝機能障害，胆道出血を来した一例

済生会横浜市南部病院　消化器内科[1)]，同　消化器外科[2)]
渋井俊祐[1)]，石井寛裕[1)]，金子芹奈[1)]，諸橋啓太[1)]，芝山幸佑[1)]，松岡裕人[1)]，山城謙人[1)]，鈴木悠一[1)]，金丸雄志[1)]，京　里佳[1)]，所知加子[1)]，上田倫夫[2)]，菱木　智[1)]，福島忠男[2)]，川名一朗[1)]

【症例】82歳女性 【主訴】食欲不振【現病歴】慢性C型肝炎に対して20XX-4年にダクラタスビル・アスナプレビル併用療法を行いウイルス学的著効（SVR）達成し，以降外来での経過観察を継続していた．20XX-1年6月に肝S4に30×35mmの肝細胞癌を認め，同年8月に腹腔鏡下肝S4部分切除，胆嚢摘出術を行った．病理結果は中分化型肝細胞癌であり，断端には焼灼変性を受けた癌がみられたが，臨床的にはR0切除が得られていると判断していた．術後，貧血が持続し，20XX年1月から食欲低下，体重減少がみられた．同年2月血液検査で胆道系酵素の上昇，貧血，CTで胆汁性嚢胞（biloma），胆管拡張を認め，3月4日精査入院となった．【入院後経過】MRCPでは左右肝管から総胆管内に長径30mmの腫瘤がみられ，両葉肝内胆管の拡張がみられた．EUSで肝門部に25. 9×15. 2mmの低エコー腫瘤が充満しており，左右肝管まで浸潤していた．ソナゾイドで造影すると胆管腫瘍は早期動脈相で濃染し，肝門部領域胆管癌または肝細胞癌の再発が疑われた．3月6日ERCPで胆管腫瘍より生検行い，ERBDを留置し肝機能障害は改善傾向となったが，病理で悪性所見は得られなかった．3月13日再度ERCP行い，擦過細胞診より前回手術時と相同の異型細胞がみられた．肝細胞癌術後，S4局所再発による胆管内腫瘍栓を疑い手術の方針となり，3月21日一旦退院した．3月31日胆管炎を併発しており，ERCP行うと胆道内に血腫がみられ胆道出血が持続しており，胆道鏡で胆管内の腫瘍からの持続出血を認めた．ERBDの入れ替えを行い，4月9日退院した．4月20日肝左葉切除術，胆管形成術を施行した．病理は肝細胞癌再発に伴う胆管内腫瘍栓であった．今回，肝細胞癌術後，S4局所再発による胆管内腫瘍栓で肝機能障害，胆道出血を来した症例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する．

肝細胞癌，胆管内腫瘍栓

45 複視を契機に発見され超音波内視鏡下穿刺吸引術が診断に有用だったびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

群馬大学医学部附属病院　消化器肝臓内科[1)]，同　血液内科[2)]，同　病理診断科[3)]
井上真紀子[1)]，清水雄大[1)]，清水創一朗[1)]，植原大介[1)]，善如寺暖[1)]，須賀孝慶[1)]，戸島洋貴[1)]，石田克敏[1)]，山崎勇一[1)]，佐藤　賢[1)]，柿崎　暁[1)]，浦岡俊夫[1)]，半田　寛[2)]，伊古田勇人[3)]

【症例】65歳男性．【主訴】複視，左眼瞼下垂，頭痛．【既往】胆嚢摘出術後．B型肝炎ウイルス既往感染．【現病歴】X-1年11月，複視が出現し，前医を受診しステロイド加療が行われたが改善せず，X年1月，当院に紹介された．CTにて左海綿静脈洞に占拠性病変を認め，症状は海綿静脈洞症候群によるものと考えられた．同月，症状増悪ありステロイドパルスを施行したが改善を認めなかった．CTでは膵体尾部腫瘤，多発肝・脾腫瘤，腹腔内腫瘤，胸膜腫瘤を，FDG-PETでは椎体や肋骨に多発集積を認めた．LDH 486IU/L，CEA 2．2ng/mL，CA19-9 6mAU/mL，DUPAN-2 27U/mL，sIL-2R 1004U/mLだった。同月，比較的安全に組織採取可能と考えられた13x10mm大の膵腫瘤に対しAquire(Boston scientific) 22G針にて超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行した．施行後，自覚症状はないものの一過性にアミラーゼ上昇を認めた．組織では中～大型異形リンパ球の増殖を認め，LCA，CD20陽性，bcl-6少数陽性，CD3，CD5，CD10，MUM-1，AE1/AE3，CAM5．2，S-100，EBER陰性，MIB-1陽性率40%程度であり，びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断した．Lugano分類stageIV，国際予後指標で高リスク群であり，2月，R-CHOP療法にメトトレキセート髄注の併用を開始し，症状は一定の改善を得た．【考察】海綿静脈洞症候群126例の報告では63%で腫瘍が原因とされ，原発巣の検索が重要である．DLBCLの組織診断には治療薬の選択や予後予測のために組織形態・マーカー・染色体異常の診断が必要であり，19G針を使用する報告が多い．本例では小病変で穿刺困難であったため安全性を考慮し22Gのフランシーン形状針を使用した．組織形態・マーカーまでの診断となったが神経予後の悪化を懸念し治療を優先した．結果的にアミラーゼ上昇をきたし針の選択は妥当だったと考える．EUS-FNAは低侵襲性や簡便性から悪性リンパ腫症例の診断法の一つとして有用である可能性が示唆された．

膵，悪性リンパ腫

46 大腸に多発転移を来した食道原発悪性黒色腫の1例

獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科[1)]，同　内視鏡センター[2)]
桑田　潤[1)]，紀　　仁[1)]，鈴木優仁[1)]，太田貴寛[1)]，正岡　亮[1)]，林　和憲[1)]，片山裕視[2)]，玉野正也[1)]

症例は73歳の女性。強皮症および間質性肺炎にて当院皮膚科、呼吸器内科で加療中の方である。20XX年2月より嘔気、食思不振を主訴に皮膚科に入院した。入院時CTでは全身性リンパ節腫脹を、下部食道に軟部陰影を認めた。嘔気、便潜血反応陽性にて精査目的に当科紹介となった。上下部消化管内視鏡検査施行し、食道に30mm大の隆起性病変、結腸、直腸にびらんを伴うSMT様の隆起性病変を多数認めた。腹部の皮下硬結及び食道、結腸の生検から悪性黒色腫の診断となった。皮膚には悪性黒色腫を疑う病変はなく、病変の大きさから食道原発悪性黒色腫を疑った。PET-CTでは消化管の他に肺や脳など全身に多数の転移性病変を認め、Stage4であり、pembrolizumabで治療を開始し、現在加療中である。今回、我々は比較的まれな疾患である食道原発悪性黒色腫に、若干の文献的考察を加えて報告する。

悪性黒色腫，食道

47 繊維筋性異形成による右気管支動脈瘤破裂が食道胃粘膜下血腫を来した一例

聖路加国際病院
吉本隆晃，池谷　敬，白鳥安利，山本和輝，高須綾香，岡本武士，奥山秀平，高木浩一，福田勝之

【目的】食道胃粘膜下血腫は稀な病態である。気管支動脈瘤の破裂が原因となった食道胃粘膜下血腫に対して侵襲的治療が必要となった報告は少ない。今回、食道胃粘膜下血腫の原因となった繊維筋性異形成(Fibromascular Dysplasia:FMD)による右気管支動脈瘤に対して経カテーテル動脈塞栓術(Transcatheter Arterial Embolization :TAE）が有効であった症例を経験したため報告する。【症例】89才女性、身長140cm、体重29kg。既往は高血圧、胃潰瘍術後(Billroth I法)。主訴は心窩部痛。胸腹部造影CTで右気管支動脈仮性瘤の破裂とそれに伴う食道胃粘膜下血腫の所見を認めた。【経過】血圧低下を認め来院当日に右気管支動脈瘤に対して緊急TAEを施行し、血圧安定が得られた。各種画像検査で椎骨動脈中枢側、両側腎動脈など多数のstring of beads appearanceを認めたことからFMDと診断した。TAE後は保存加療にて経過観察した。第3病日の上部内視鏡検査では上部食道から胃体上部にかけて血腫による圧排および胃体上部の粘膜裂創を認めた。その後血腫の自然縮小が得られたため、第10病日に食事再開し、第41日目に退院となった。【結語】今回、FMDによる気管支動脈瘤の破裂が原因となった稀な食道胃粘膜下血腫を経験した。TAEが有効であったため、文献的考察を交えて報告する。

食道胃粘膜下血腫，繊維筋性異形成(Fibromascular Dysplasia:FMD)

48 縦隔炎を伴う食道穿孔に対し経鼻縦隔ドレナージが有効だった一例

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　消化器内科[2)]
白鳥安利[1)]，池谷　敬[1)]，吉本隆晃[1)]，山本和輝[1)]，高須綾香[1)]，岡本武士[1)]，奥山秀平[1)]，高木浩一[1)]，中村健二[2)]，福田勝之[1)]

【背景】食道表在癌に対する標準治療は内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)である。亜全周性・全周性食道癌のESD後狭窄予防にステロイド治療の報告があるが、術後狭窄を生じた際には内視鏡的バルーン拡張術が必要となる。内視鏡的バルーン拡張術は、食道穿孔の最も多い原因と考えられている。食道穿孔は早期診断がなされればclippingによる閉鎖の上に保存治療が可能であるが、診断が遅れた際には縦隔炎や敗血症を併発し、致命的となる。今回、内視鏡的バルーン拡張術後6日目に食道穿孔の診断がなされた症例を経験した。縦隔炎・縦隔膿瘍を合併していたが、経鼻縦隔ドレナージを含めた保存加療で改善が得られた。考察を混えて報告する。【症例】70歳男性。心筋梗塞、ペースメーカー留置、全周性食道癌に対しESDの既往あり。胸部不快感を主訴に来院。6日前に食道ESD後狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術(計16回目)を施行されていた。精査の結果、バルーン拡張部の食道穿孔および縦隔炎、50 X 50 mmの縦隔膿瘍の診断となった。患者の全身状態は安定していたため、外科医コンサルトの上、経鼻縦隔ドレーン留置(5Fr、pigtail型、胆道用ドレナージチューブ)を含めた保存加療を開始した。第3病日に炎症がpeak out、その後徐々に膿瘍腔の縮小傾向を認めた。第8病日以降、膿瘍腔のドレナージ不良に対しチューブ洗浄を追加した。膿瘍が消退した第15病日にチューブ抜去、第21日に穿孔部の自然閉鎖が得られ、第25病日に退院となった。フォロー20ヶ月後まで、炎症や症状の再燃は認めていない　今回、縦隔炎を併発した食道穿孔症例を経験した。穿孔後すでに6日経過と考えられたが、経鼻縦隔ドレナージを含めた保存加療で改善が得られた。経鼻縦隔ドレナージは縦隔炎を伴う食道穿孔の治療に有効であると考えられる。

食道穿孔，縦隔ドレナージ

49 PDT後に局所再発を来した食道表在癌に対してサルベージESDを施行した1例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
金森　瑛, 稲葉康記, 吉永智則, 近藤真之, 田中孝尚, 阿部圭一朗, 鈴木統裕，菅谷武史，富永圭一，郷田憲一，中村哲也，入澤篤志

【はじめに】食道癌に対する化学放射線療法 (Chemoradiation Therapy : CRT) は根治が得られる内科的な治療として普及しているが、遺残再発の問題を孕んでいる。CRT後の遺残再発に対する治療には外科手術が一般だが、周術期合併症の頻度が高く、侵襲は甚大である。最近、保険収載された光線力学療法 (Photodynamic Therapy : PDT) は、比較的低侵襲で治療効果も高いとされているが、PDT後に再発した場合の治療方針は確立されていない。【症例】80歳台、男性。201X－9年11月に食道癌 (T2N0M0, Stage II) に対して、近医でCRTを施行しCR (Complete Response) となった。201X－1年2月に内視鏡検査で切歯33cm胸部食道にヨード不染帯を認め、生検でSCCが検出され、CRT後再発と診断された。明らかな転移巣はなく、PDT目的に当院紹介となり、同6月にPDTを施行した。PDT18ヶ月後の内視鏡検査でPDT部位に20mm大の浅い陥凹を示すヨード不染帯を認めた。生検で粘膜下層浸潤を疑うSCCと診断されたため、サルベージ目的に同10月に内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic Submucosal Dissection : ESD) を施行した。組織学的には深達度T1b−SM2 (350 μ m)、脈管浸潤・断端ともに陰性（R0）であった。追加治療せず厳重経過観察とし、ESD6ヶ月後の現在、無再発生存中である。【考察】食道癌CRT後のPDTの治療成績はCR率が59. 5%、5年無増悪生存率が20. 7%と報告されおり、遺残再発率の高さが課題である。PDT後遺残・再発に関する治療方針は確立しておらず、食道切除やPDT再施行などの報告が散見されるものの、ESDされた症例の報告はない。今回、我々はPDT後に遺残再発した表在癌に対してESDを行い、安全にR0切除し術後経過良好な1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

PDT，ESD

50 吐血を契機に診断された好酸球性胃腸症の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
久野木康仁，井澤直哉，田中孝尚，阿部圭一朗，金森　瑛，渡邊詔子，富永圭一，飯島　誠，郷田憲一，入澤篤志

【背景】好酸球性胃腸炎(EGE) は好酸球の異常な浸潤による消化管粘膜障害を来す稀な疾患である．胃病変としては粘膜発赤，腫脹，びらんがしばしばみられるものの，潰瘍病変を伴う例は稀である．【症例】60歳台，男性【主訴】吐血【生活歴】飲酒：機会飲酒．喫煙：30本/ 日を42年間．【既往歴】下咽頭癌術後，S状結腸癌術後【現病歴】X年1月31日，コーヒー残渣様嘔吐を来し，脱力症状が出現した．2月5日に眩暈が増悪し当院に救急搬送された．Hgb 9. 0と軽度の貧血を認められたが，バイタルサインは安定しており翌日待機的に上部消化管内視鏡検査 (EGD) が予定された．EGD当日に再度吐血をしたため緊急入院した．【入院時現症】意識清明．BT 36. 1 ℃，HR 101 bpm, BP 130/ 60 mmHg．眼球結膜は蒼白．腹部は平坦，軟．圧痛なし．【経過】入院時よりオメプラゾール40mg/ dayの点滴投与を開始した．緊急EGDでは多発潰瘍を認め，そのうち胃体中部大弯後壁側の潰瘍は露出血管を伴っており，止血鉗子による焼灼止血及びクリッピングを行った．第4病日にEGDの再検を行い，潰瘍の改善を認めたため同日より食事及びボノプラザン20mg/ dayの内服を開始．その後は再出血なく経過し，第9病日に退院された．【考察】本症例では，潰瘍辺縁より採取した生検組織の病理所見において100HPFを超える好酸球浸潤を認めたことで後方視的にEGEの診断に至った．以前から整形外科疾患に対して漫然とロキソプロフェンを内服しており，EGEとして非典型的な胃潰瘍を来した背景にはNSAIDsによる胃粘膜防御機構の破綻がEGEによる胃粘膜の炎症に複合的に作用した可能性がある．【結語】稀と考えられる胃潰瘍を伴うEGEを経験したので文献的考察を加え報告する．

好酸球性胃腸症，胃潰瘍

51 アニサキスが刺入した早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した1例

春日部厚生病院　内科[1)]，
獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科[2)]，
同　病理診断科[3)]
菅井祐之[1,2)]，北川智之[2)]，太田貴寛[2)]，藤原　猛[2)]，岡田　舜[2)]，正岡梨音[2)]，片山裕視[2)]，伴　慎一[3)]，玉野正也[2)]

症例は40歳代女性。人間ドックで施行した上部消化管内視鏡検査で胃体部に褪色調の陥凹性病変を指摘され、生検でGroup5（印環細胞癌）のため精査加療目的で当科を紹介受診した。当科で上部消化管内視鏡検査を再検査し、体下部前壁に径10mm大の0−IIc型病変を確認した。病変の周囲4か所を生検し組織学的に陰性であることを確認し内視鏡治療の適応病変と判断した。内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行する際に病変を確認したところ病変部位にアニサキスの刺入を認めた。アニサキス虫体が深部まで刺入しており、術前の摘除は困難であったためESDを施行し病変を一括切除した。術後の潰瘍底に刺入しているアニサキスを鉗子で摘除した。病理組織学的所見は印環細胞癌の診断で腫瘍は粘膜内にとどまっており、深達度pT1a（m）、静脈侵襲と脈管侵襲を認めず、深部断端および側方断端は陰性であった。また、病変部位に限局した潰瘍がみられ、周囲に好酸球浸潤を認めた。胃の病変部位にアニサキスが刺入しやすいとする報告が散見され、アニサキス症を診断する際には早期胃癌を含めた他疾患の合併に留意する必要がある。アニサキスが刺入した早期胃癌に対して内視鏡治療を施行した症例は稀少であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

早期胃癌，アニサキス

52 成人発症したHelicobacter pylori未感染Menetrier病に早期胃癌を合併した1例

足利赤十字病院　内科[1)]，
獨協医科大学病院　内科学（消化器）講座[2)]，
獨協医科大学埼玉医療センター　消化器内科[3)]，
獨協医科大学病院　病理診断科[4)]，
順天堂大学大学院医学研究科　人体病理病態学[5)]
福士　耕[1)]，郷田憲一[2)]，金澤美真理[2)]，嘉島　賢[2)]，金森　瑛[2)]，紀　仁[3)]，高橋史成[3)]，山岸秀嗣[4)]，八尾隆史[5)]，入澤篤志[2)]

症例は60歳台女性．生来健康であったが，一過性の黒色便を認めた後，健診にて貧血（血中ヘモグロビン6. 1g/ dl）を指摘されたため当院を受診した．上部消化管造影X線および内視鏡検査にて胃巨大皺壁を認めた．また低蛋白血症（血清アルブミン3. 4g/ dl）とともに，蛋白漏出シンチグラフィー検査で胃からの蛋白漏出を認めた．上部消化管内視鏡検査にて胃巨大皺壁の一部は40mm大の亜有茎性隆起呈していたため，診断と治療をかねて内視鏡的に切除した．組織学的には腫大した卵円形核を有する異型細胞が，表層で不規則管状構造を示し，深部では嚢胞状に拡張しつつ増殖する像を粘膜層内に限局して認めた．p53蛋白陽性細胞も認められることから高分化管状腺癌と診断された．非腫瘍部には腺窩上皮の過形成と固有胃腺の萎縮を認め，Menetrier病に相当する組織像であった．成人発症のMenetrier病はH. pylori感染との関連性が多く報告されており，少数ながら発癌症例もみられる．本症例はH. pylori未感染ながらMenetrier病を発症し，さらに発癌に至った極めて稀少な症例と考えられ，文献的考察を加え報告する．

Menetrier病，胃癌

53 緊急内視鏡検査を要した新型コロナウイルス(COVID-19)陽性消化管出血患者の1例

東海大学医学部附属病院　内科学系　消化器内科学
金子元基，水上　創，森　貴裕，上田　孝，伊藤彩乃，森町将司，藤本龍太郎，佐野正弥，小玉敏生，寺邑英里香，川西　彩，中原史雄，川鳥洋平，鶴谷康太，門馬牧子，藤澤亜美，広瀬俊治，加川建弘，松嶋成志，鈴木秀和

【症例】74歳，女性【現病歴】COVID-19家族内発生による濃厚接触者として施行されたPCR検査で陽性と判明し，当院救命救急科で入院管理となった。患者は十二指腸潰瘍で小腸切除術の既往があり，関節リウマチに対しプレドニゾロンの，陳旧性心筋梗塞に対しバイアスピリンの内服歴を有する。入院第1病日より低酸素血症のため人工呼吸器装着となるも酸素化不良のため，第4病日にV-V ECMO(体外式膜型人工肺)が導入された。第9病日より経鼻胃管から血性排液が認められ，翌日，血便に続きショック状態となり消化器内科にコンサルテーションとなった。患者は陰圧個室に隔離されており，密閉された空間での内視鏡による咳嗽や嘔吐反射はウイルスを含む飛沫やエアロゾルの拡散を来すため，医療従事者への感染リスクは高く，ひいては院内感染につながるリスクが高いと考えられたため，内視鏡精査の適応については院内で慎重に検討した。第12病日に上部消化管内視鏡精査を施行し，胃内は凝血塊と体部小彎前壁に胃管接触による線状びらんを認めたが，出血源は同定できず，小腸吻合部からの出血などが疑われた。【考察】COVID-19陽性の重症患者においては，ECMOによるヘパリン化での出血傾向，集中治療室及び，挿管管理下でのストレス，ファビピラビル(アビガン)内服投与のためにも必要な胃管挿入による機械的接触刺激など消化管出血リスクは高くなることが想定され，今後も内視鏡的止血など緊急内視鏡検査の必要も発生してくることが予測される。今回，我々はCOVID-19陽性の消化管出血例を経験し，COVID-19パンデミック下での消化管出血に対する内視鏡治療における感染防護対策についても示唆に富む症例と考え，文献的考察を含め報告する。

COVID-19，消化管出血

54 膵十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫により十二指腸狭窄を来した1例

東邦大学医療センター大森病院
吉峰尚幸，永井英成，宅間健介，天沼　誠，小林康次郎，荻野　悠，向津隆規，松井哲平，和久井紀貴，岡野直樹，五十嵐良典

症例は48歳男性。20XX年10月17日に，急激な上腹部痛が出現したため近医を受診。腹部造影CT検査で後腹膜血腫を認め，精査および加療目的で当科へ転送された。来院時の理学所見は意識清明，呼吸数22回/分，血圧106/58mmHg，脈拍80回/分・整。腹部はやや膨満しており，心窩部に強い圧痛を認めたが反跳痛は認めなかった。血液検査ではHb10.3g/dlと貧血を認め，さらに前医の腹部造影CT検査で膵頭部を中心とした動脈瘤破裂に伴う血腫が疑われたため，緊急腹部血管撮影を行った。総肝動脈は血管乖離を認め，上腸間膜動脈から下十二指腸動脈を介して固有肝動脈へ流入する血行動態を呈しており，さらに後下十二指腸動脈の分枝が動脈瘤破裂の原因血管と判断し，コイリングを行うことで止血に成功した。第5病日より食事を開始したが第11病日に嘔吐を認めた。上部消化管造影検査を行ったところ，後腹膜血腫による十二指腸水平部の圧排に伴う消化管狭窄の存在が明らかとなり，経鼻胃管を挿入した。その後血腫の自然消褪と共に胃管からの排液は徐々に減少し，食事摂取も可能となり退院した。膵十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫により十二指腸狭窄を来たした1例を経験した。膵十二指腸動脈の分枝に発症したと考えられる動脈瘤破裂に対して，動脈瘤内へのコイリングが不可能であり，その領域に関与する後下膵動脈分枝をコイリングしたが完全止血へは至らず，緩徐な止血により血腫の増大と消褪が消化管狭窄の状態に影響したと考えられ，文献的考察を加え報告する。

後腹膜血腫，十二指腸狭窄

55 胃ESD後にcrowned dens症候群を発症した一例

聖路加国際病院　消化器内科
岡本武士，池谷　敬，福田勝之

【症例】75歳男性。3か月前に胃体下部の胃底腺型胃癌に対して内視鏡下粘膜剥離術（ESD）の施行歴があり，その他既往歴はない。胃体上部にも同様の病変が指摘され2度目のESDを施行し，3日後に問題なく退院した。ESD後6日目に微熱と強い後頚部痛が生じたためESD後9日目に来院した。首の運動で増悪する中等度の持続痛であり，首を回旋することが全くできなくなっていた。血液検査で軽度炎症反応を認めた。リウマチ因子，抗核抗体，副甲状腺ホルモン，電解質，尿酸値はいずれも正常であった。頚椎CT検査で軸突起周囲に特徴的な石灰化を認め，crowned dens症候群（CDS）と診断した。胃ESD後であったためNSAIDを避けコルヒチンを処方したところ3日後に症状の完全焼失を認めた。その後2年間の経過で再発を認めていない。【考察】CDSは環軸関節にピロリン酸カルシウム結晶沈着が生じる偽痛風の稀な発症形式であり，頚部痛以外に頭痛，関節痛，顎爬行，めまいなどが併発することもある。約半数で骨髄炎，リウマチ性多発筋痛症，頚部脊椎症など他疾患と誤診される。関節穿刺が困難な部位であるためCTで診断されることがほとんどである。NSAIDとコルヒチンが第一選択であり，数日以内に疼痛が消失することが多い。高齢者に多く，手術後の発症は多く報告されている。内視鏡治療後のCDS発症はERCP後に4例，大腸EMR後に1例と合計5例報告されているが，ESD後のCDS発症は報告されていない。本症例では2回のESDを同様に施行し2回目のみに発症しており，リスク因子の明確化には症例の蓄積を要する。

ESD，偽痛風

56 CDH1遺伝子異常を伴った早期胃癌の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
近藤真之，阿部圭一朗，金森　瑛，鈴木統裕，郷田憲一，入澤篤志

症例は41歳の男性．胸焼けを主訴に近医を受診した．上部消化管内視鏡検査(EGD)を受けた際，胃角部後壁にびらんを指摘され，生検にてsignet ring cell carcinomaと診断されたため，精査・加療目的で当院へ紹介され受診した．当科EGDにおいて萎縮性変化を認めず，胃角部後壁に境界明瞭な退色調の平坦な病変を認めた．NBI拡大観察では表面微細模様および微小血管構造に明らかな不整は認めなかった．超音波内視鏡では壁構造に異常は認めなかった．以上の所見から15mm大，0-IIb，未分化型，進達度M，UL0の早期胃癌と診断し，内視鏡的切除の適応拡大病変と考えられたため，内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)にて病変を切除した．切除検体の病理診断はsignet ring cell carcinoma，T1a，ly0，V0，HM0，VM0であり，内視鏡根治度B(eCura B)であった．家族歴において姉が35歳で胃癌にて死亡されており，実父弟に胃癌手術歴があった．近親者にも若年発症の胃癌を認めたため，遺伝性びまん性胃癌(HDGC)を疑い，本人に同意を得て遺伝子検査を依頼したところ，CDH1病的バリアントを認めたため，HDGCと診断した．内視鏡的に視認不可能な微小癌病巣が多発している可能性が考慮されるため，現在，予防的胃全摘術の施行を検討している．　家族胃癌家系に発生するHDGCは欧米からの報告が大多数であったが，近年，本邦からの報告も増加している．報告されている多くはHelicobacter pylori (H. pylori) 未感染胃を背景に印鑑細胞癌が多発している症例であった．H. pylori未感染，未分化型胃癌，若年性発症の患者に対しては，HDGCを念頭において，詳細に家族歴を聴取すべきである．H. pylori感染率が低下している本邦においてトピックであるH. pylori感染陰性胃癌の一つとしてHDGCを認識しておくべきと思われる．自験例は貴重な症例と考えられたため，文献的考察を加えて報告する．

遺伝性びまん性胃癌，CHD1遺伝子異常

57 炎症性狭窄を伴ったメッケル憩室出血の一例

昭和大学医学部　内科学講座　消化器内科学部門[1)]，
昭和大学病院　内視鏡センター[2)]，こにしクリニック[3)]，
竹内胃腸内科医院[4)]
中谷真也[1)]，居軒和也[1)]，及川　脩[1)]，鈴木統大[1)]，菊池一生[1)]，
田代知映[1)]，牛腸俊彦[1)]，柳澤文人[1)]，紺田健一[1)]，田川徹平[1)]，
久保田祐太郎[1)]，東條正幸[1)]，木原俊裕[1)]，矢野雄一郎[1)]，
小西一男[3)]，竹内義明[4)]，山村冬彦[2)]，吉田　仁[1)]

【症例】40歳代男性。200X年に消化管出血で入院精査を行ったが出血源は不明であり、経過観察されていた。200X+8年3月に下血を認め、当科を受診した。腹部症状はなく、血液検査でHb10g/ dlと貧血を認め、精査目的のため入院した。上下部消化管内視鏡検査、CT検査では出血源を認めず、Obscure gastrointestinal bleeding(OGIB) と診断した。小腸カプセル内視鏡検査では、回腸末端に黒色腸液を認め、小腸出血が疑われた。追加精査としての小腸内視鏡は本人の同意が得られず、経過観察とした。その後退院し、外来経過観察で貧血は改善した。追加精査として腹部MRIを施行したが、出血源は不明であった。同年12月に再度下血を主訴に当科を受診し、精査目的に再入院した。経肛門小腸内視鏡を施行し、バウヒン弁より50cm口側の下部回腸にびらんを伴った憩室を認めた。また憩室近傍の口側腸管に狭窄を認め、スコープ通過は困難であった。同部位の造影を行ったところ狭窄径4mm、狭窄長1cmであり、造影範囲ではその他の狭窄や憩室は認めなかった。メッケル憩室を疑い、メッケルシンチグラフィを施行したが、有意所見は得られなかった。憩室による出血および炎症性狭窄を疑い、200X + 9年3月に当院消化器外科で小腸部分切除術を施行した。術後病理で憩室に異所性胃粘膜を認め、メッケル憩室と診断した。術後は下血の再燃を認めていない。メッケル憩室は成人の約2%に発見される消化管奇形であり、ほとんどが生涯無症状で経過するとされているが、そのうちの約5%に合併症が発生するとされ、出血や穿孔、腸閉塞、憩室炎などがある。本症例ではOGIBの原因としてメッケル憩室が疑われ、病理結果で初めて確定診断がなされた。また、経肛門小腸内視鏡では回腸の高度炎症性狭窄を認めているが、カプセル内視鏡は通過しており、当院でのOGIBの経過観察中に狭窄が形成されたことが予想される。OGIBに対するカプセル内視鏡施行時の滞留リスクについて、頻度は低いが認識すべきと考えられた。

OGIB，メッケル憩室

58 便潜血陽性を契機に診断した限局性消化管AL型アミロイドーシスの一例

獨協医科大学日光医療センター　消化器内科[1)]，
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座[2)]
小島原駿介[1)]，山宮　知[2)]，川田陽介[2)]，手塚勇吾[2)]，根本玲奈[2)]，
牧　竜一[2)]，稲葉康記[2)]，高木優花[2)]，吉永智則[2)]，金澤美真理[2)]，
近藤真之[2)]，田中孝尚[2)]，阿部圭一朗[2)]，金森　瑛[2)]，富永圭一[2)]，
佐藤　愛[1)]，飯島　誠[2)]，郷田憲一[2)]，入澤篤志[2)]

【症例】40歳台，男性．【主訴】特記事項なし．【現病歴】20XX年Y月検診にて便潜血陽性を指摘された．2次精査目的に前医を受診し，下部消化管内視鏡検査を施行された．大腸に散在するびらんを認め，病理学的検査が施行された．同部位よりアミロイド沈着を認めたため，精査・加療目的に当院に紹介され，入院した．【既往歴】胆嚢ポリープ【身体所見】血圧104/ 65mmHg，心拍数65/ 分，体温36. 3℃，呼吸数16/ 分，SpO296%（RA），腹部：平坦・軟・圧痛なし．四肢：両下肢に浮腫なし，関節痛なし．心音：清，呼吸音：清．【血液検査所見】WBC 6, 200/ μL，Hb 14. 2 g/ dL，Ht 42. 5%，Plt 19. 1×104 / μL，BUN 18 mg/ dL，Cr 0. 81 mg/ dL，TP 6. 5g/ dL，Alb 4. 1g/ dL，AST 36 IU/ L，ALT 28 IU/ L，ALP 191U/ L，LDH 195 IU/ L，γ-GTP 18 IU/ L，CRP 0. 01 mg/ dl，PT% 115 %，APTT 28, 5秒，D-dimer 0. 9 μg/ mL，CEA 1. 2 mg/ dl CA19-9 5 U/ dl，T-SPOT 陰性，アミロイドA蛋白3. 5MCG/ ml【尿検査所見】尿蛋白：陰性，尿潜血：陰性，B-J蛋白陰性【画像検査所見】頭胸腹部造影CT：明らかな異常所見なし．経口的ダブルバルーン内視鏡検査（DBE）：十二指腸から小腸にかけて多発する白色小隆起を認めた．経肛門的DBE：大腸に散在するびらんを認めた．前医での生検部位に血腫を認めた．【入院後経過】入院後，経口的・経肛門的DBEを施行し，消化管アミロイドーシスを疑う多発白色小隆起を認めた．腎機能障害，心血管系病変，慢性炎症を疑う所見は認めなかった．骨髄検査では，多発性骨髄腫や高ガンマグロブリン血症の診断には至らなかった．消化管病変の免疫染色よりAL型アミロイドーシスの診断となり，消化管病変以外の臓器に病変を認めないことから限局性AL型消化管アミロイドーシスの診断となった．【結語】便潜血陽性を契機に診断したアミロイドーシスの報告例はきわめて少ない．限局性消化管AL型アミロイドーシスは予後良好とされているが，その長期予後は明らかではなく，他臓器障害の出現等を経過観察していく必要がある．

アミロイドーシス，便潜血

59 胃癌術後のS-1併用術後補助療法施行中に生じた難治性薬剤起因性大腸炎の1例

独立行政法人国立病院機構宇都宮病院　消化器内科[1)]，
同　消化器病センター[2)]，同　外科[3)]，
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座[4)]
前田光徳[1, 4)]，菅谷洋子[1)]，岩崎茉莉[2, 4)]，陣内秀仁[2, 4)]，土田幸平[2, 4)]，
小川　敦[3)]，増田典弘[3)]，入澤篤志[4)]

【症例】60歳代男性。【主訴】便秘，腹痛，下血．【現病歴】胃体部癌にて腹腔鏡下幽門側胃切除術，R-Y再建術を受けた後，S1 + DOC併用術後補助療法を施行された．初回投与から1か月後に便秘，腹痛，下血が出現し，S-1の内服を中止した．その後も症状が持続するため入院となった．入院後に下部消化管内視鏡検査（CS）を施行したところ，S状結腸から直腸にかけて粘膜の不整形潰瘍，出血，狭窄，粘膜浮腫を認め，病理所見では非特異性大腸炎であった．またDLSTではS-1が陽性であった．以上よりグレード3の腸炎，結腸潰瘍と診断し，禁食，点滴管理を行った．入院後2週間目に再度CSを施行したが，直腸粘膜の潰瘍，狭窄，出血は残存していた．その後入院から約1か月経過して，症状が改善傾向となり，退院が可能となった．発症から2か月後にCSを再検したところ，潰瘍は縮小し，狭窄は改善していた．【考察】薬剤起因性大腸炎は，抗菌薬等で多くみられ，通常は1週間程度で軽快する．しかしS-1による消化管潰瘍は0. 5%，消化管出血は0. 3%程度にみられ，1－2か月以上続く難治性症例も報告されている．S-1はテガフール・ギメラシル・オテラシルカリウム配合剤であり，もっとも半減期が長いテガフールでも13. 1時間と短いものの，副作用の発現時期の中央値は3～4週目、回復までの期間の中央値は1～2週目と報告されいる． S-1の薬理効果により腸炎が長くなる可能性が考えられ，S-1投与時のまれな副作用として留意すべき疾患と考えられた．

S-1，薬剤起因性大腸炎

60 人間ドックにおけるTransient Elastography測定の試み

獨協医科大学埼玉医療センター附属越谷クリニック[1)]，
獨協医科大学埼玉医療センター　臨床検査部[2)]，
同　消化器内科[3)]
白橋亮作[1, 3)]，寺本実加[1)]，貴田あかり[1)]，奥住裕二[1)]，内山健二[2)]，
玉野正也[1, 3)]

【目的】人間ドック受検者にTransient Elastography（TE）測定を行い、各種臨床パラメーターとの関連を検討することを目的とした。【方法】対象は当院人間ドックを受診した411名。TE測定に際しては文書で説明を行い、同意を得た受診者のみに施行した。肝疾患の既往が明らかな症例は対象から除外した。早朝空腹時に腹部超音波検査を行った後に右肋間からTEを行った。測定は10回行い、測定の中央値を検討に用いた。TEの測定にはEchosens社のフィブロスキャン430ミニを用いた。測定結果を5kPa以上の群（TE高値群）と5kPa未満の群（TE正常群）に分け、年齢、性別、BMI、血圧、超音波上の脂肪肝の有無、および各種血液生化学検査値について比較した。2群間の比較にはMann-Whitney検定またはカイ二乗検定を用い、p値0. 05未満を統計学的有意差ありと判断した。【成績】TEは377例で施行され、男性210例、女性167例、平均年齢は53. 4（30-85）歳であった。測定値の平均は4. 1（1. 7-16. 2）kPaであり、TE高値群は48例、TE正常群は329例であった。両群間で、年齢、性別に有意差はなかったが、BMIはTE高値群で優位に高値であり、拡張期血圧もTE高値群で優位に高値であった。超音波上の脂肪肝はTE高値群で18/ 48例、TE正常群では107/ 329例に認め、両群間に有意差は認めなかった。血液生化学検査では、AST、ALT、GGT、白血球、Hb、尿酸、HbA1cがTE高値群で優位に高値を呈した。HDLコレステロールと血小板はTE高値群で優位に低値であった。377例中、HBs抗原陽性例を3例に認めたがいずれもTE正常群であった。今回の377例にはHCV抗体陽性例は認めなかった。【結論】肝疾患の既往のない人間ドック受診者の48/ 377例（12. 7%）にTE高値群を認めた。TE測定値は肝機能検査の他に生活習慣病との関連が示唆され、今後は二次検査を担当する医療機関と、より密接に連携した検討が必要と思われた。

Transient Elastography，生活習慣病

61 肝動注化学療法主体の治療でCRが得られたVp3肝細胞癌の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
手塚勇吾, 眞島雄一, 川田陽介, 稲葉康記, 久野木康仁, 渡邊詔子, 有阪高洋, 大谷津まり子, 飯島　誠, 入澤篤志

症例は60代男性。既往に高血圧、糖尿病がある。20XX年11月に上部消化管出血疑い、多発肝腫瘍、門脈腫瘍塞栓疑いで近医から紹介。上部消化管内視鏡検査で明らかな出血はなく、多発肝腫瘍は肝細胞癌、Vp3と診断された。背景肝は肝硬変で腹水を伴い、Child-Pughスコアは 7点B、その成因はHBV+アルコールと診断された。手術、TACE、分子標的薬の適応はなく、 肝動注化学療法(Low dose FP) を開始した。5日間の持続投与を1コースとし、試験的に3コース施行したところ腫瘍マーカーの低下を認めたため、20XX+1年8月までに計13コース行い、腫瘍塞栓は消退し、残存したS2病変1個に、20XX+1年11月にTACEを追加、以降再発なく経過していた。20XX+3年3月にMRIで再発が疑われたが4月のCTAP/ CTHAで再発はないと診断し、現在までCRを維持している。肝動注化学療法は、肝癌診療ガイドライン2017年版で弱い推奨ながら、有効例の報告も多くみられる。今回、肝動注化学療法主体の治療でCRを得た症例を経験したので報告する。

肝細胞癌，肝動注化学療法

62 防風通聖散による薬物性肝障害の2例

東京北医療センター　消化器内科
光定聖弥, 岩田朋之, 小川祐貴, 藤原悠史, 浅野　侑, 間渕一壽, 吉田晃紀, 三澤綾子

【背景】防風通聖散は肥満や中性脂肪減少を目的として使用量が増加していると言われている。今回、市販の防風通聖散の内服により肝障害を引き起こした2例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。【症例1】53歳女性、入院2ヶ月前から市販薬の防風通聖散を内服していた。入院1週間前より黄疸・倦怠感を認め近医を受診し、急性肝障害を指摘され当院へ紹介・入院した。入院時に黄疸を認め、血液検査ではALT 1410 U/ L、AST 1330 U/ L、T-Bil 9. 3 mg/ dL、PT % 89. 6 %であった。自己抗体やウィルス関連マーカーは全て陰性で、画像検査でも異常は認めなかった。内服歴より防風通聖散による肝障害を疑い内服を中止し経過観察を行った。 入院7日目に黄疸が遷延するため肝生検を行うと、門脈域と小葉内に炎症細胞浸潤を認めたが線維化は乏しい結果であり、何らかの急性肝炎が疑われた。防風通聖散に対するリンパ球刺激試験(DLST) は陽性で、DDW-J2004 のスコアリングは10点であり、防風通聖散による薬物性障害と診断した 。入院15日には肝障害は軽快し退院した。【症例2】27歳女性、入院3ヶ月前から防風通聖散を内服していた。入院1週間前より食欲不振・倦怠感あり、黄疸を認めたため当院を受診した。血液検査ではALT 1912 U/ L、AST 1565 U/ L、T-Bil 9. 2 mg/ dL、PT % 50. 1 %であった。自己抗体やウィルス関連マーカーは全て陰性で、画像検査でも異常は認めなかった。内服歴より防風通聖散による肝障害を疑い内服を中止し経過観察を行った。 その後肝酵素は速やかに低下し、防風通聖散についてDLSTは陽性であった。DDW-J2004 のスコアリングは10点であり、防風通聖散による薬物性肝障害と診断した。【考察・結語】防風通聖散による薬物性肝障害の2例を経験した。防風通聖散は肥満症に対して、内臓脂肪量の減量、胴囲の減少、インスリン抵抗性改善の効果を注目されている。一方で、市販薬として容易に内服できることや、近年の痩身志向による適応を間違えた内服により、本症例のような市販の防風通聖散による薬物性肝障害が増加する可能性が考慮された。

薬物性肝障害，黄疸

63 胃穹窿部静脈瘤破裂を契機に診断された先天性門脈体循環シャントの一例

東邦大学医療センター大森病院　消化器センター内科
藤井紘大, 松井哲平, 中川皓貴, 吉峰尚幸, 天沼　誠, 小林康次郎, 荻野　悠, 向津隆規, 和久井紀貴, 篠原美絵, 永井英成, 五十嵐良典

【症例】18歳男性。20XX年2月17日に、誘因なく突然血便が出現したため当院を受診し た。腹部造影CT検査で著明な脾腫および側副血行路の発達、そして食道および胃穹窿部静脈瘤を認めた。緊急上部内視鏡検査で、胃穹窿部にF2の赤色栓を伴う静脈瘤を認め胃穹窿部静脈瘤破裂と診断し、67%NBCAを局注して止血を行った。入院後に経静脈的逆行性門脈造影、腹部血管造影および経皮的肝生検を行い、先天性門脈体循環シャント（congenital porto-systemic shunt: CPS）と診断した。なお、F3RC2の食道静脈瘤が併存していたため、2回の内視鏡的静脈瘤硬化療法（EIS）を追加し、第27病日に退院となった。 【考察】本症例では門脈本幹は消失している一方で、肝内門脈の構造は経静脈的逆行性門脈造影および病理組織で保たれている事が明らかとなった。本症例は、眞田らの分類で extrahepatic Type II CPSに該当した。CPSの診断契機として、乳児期以降は肝結節性病変、肝性脳症、肺合併症を契機として診断されることが最も多いとされており、静脈瘤出血を契機に診断された本症例は稀であると考えられる。本症例では食道・胃静脈瘤のコン トロールは良好に保たれているが、今後シャントに対する塞栓術や肝移植などの根治的な治療について慎重に検討を重ねる必要があると考えられた。【結語】胃穹窿部静脈瘤破裂を契機に診断されたCPS症例の報告は稀であり、若干の文献 的考察を加え報告する。

先天性門脈体循環シャント，胃静脈瘤

64 自然消退を呈した肝原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

東京医科大学　消化器内科[1]，同　血液内科[2]，同　放射線科[3]
高橋宏史[1]，杉本勝俊[1]，種井博紀[1]，林林真里[1]，本多英仁[1]，山田真由香[1]，掛川達矢[1]，冨田裕介[1]，和田卓也[1]，吉益　悠[1]，竹内啓人[1]，片桐誠一郎[2]，齋藤和博[3]，糸井隆夫[1]

症例は89歳男性．近医で肝胆道系酵素上昇を指摘され腹部超音波検査を施行したところ肝前区域から内側区域を主座とする12cm大の単発性肝腫瘍を認めたため当院を受診した．造影CTでは造影効果の乏しい境界明瞭な充実性腫瘍を認めた．血液検査所見ではHBV，HCV，HIV感染を示唆する所見は認めずAFP，PIVKA2，CA19-9，CEAも陰性だった．可溶性IL-2レセプター高値だったため悪性リンパ腫を考慮し肝腫瘍生検を施行した．免疫組織学的所見ではCD20やCD79 α 陽性を示すB細胞が増生しておりCD5（+），CD10（-），bcl-2（+），bcl-6（+），MUM1（+），EBER-ISH（-），Ki-67標識率は約50%だったことから非胚中心B細胞型（non-GCB）のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（diffuse large B-cell lymphoma：DLBCL）の診断となった．また，Caccamoの診断基準によると肝原発悪性リンパ腫は，肝臓に限局したリンパ腫で，診断後少なくとも6ヶ月間は脾臓，骨髄，リンパ節，末梢血もしくは他の組織などの他臓器に浸潤を認めないものと定義されている．本症例は骨髄検査でリンパ腫細胞の浸潤はなく，当院初診6ヶ月後に施行したFDG-PET-CT検査でも病変は肝に限局していたため肝原発と診断した．さらに，本症例は積極的加療を希望されなかったため無治療で2020年4月現在まで画像検査を経時的に行っているが，腫瘍は一度増大傾向を示したものの以後は自然消退傾向を呈し再増大は認めていない．肝原発悪性リンパ腫は節外性リンパ腫の0. 41%，肝原発悪性腫瘍の0. 07%とされ稀な疾患である．肝原発悪性リンパ腫の発症においてはいくつかの原因が推定され最近ではHCV感染例の報告も散見されるが，原因は不明である．治療としてはCHOP療法を基本にした化学療法が有効であるとする報告も多いが最適な治療指針も確立されていない．肝原発リンパ腫の治療後の予後についてAvlonitisらの報告では平均生存期間が15ヵ月とされているが，症例により3ヶ月から124ヶ月とばらつきも多い．今回我々は悪性肝腫瘍の中でも稀な肝原発DLBCLが自然消退した1例を経験したので文献的考察を含めて報告する．

肝臓，悪性リンパ腫

65 低血糖症を発症した混合型肝癌の1例

栃木県済生会宇都宮病院　消化器内科
志波俊輔，堀江知史，石山涼子，齋藤友哉，深澤弘行，望月万里，千嶋さやか，田原利行

【症例】73歳男性【主訴】意識障害【病歴】誘因なく意識障害（JCS1桁）が出現したため近医へ救急搬送された。病着時血糖値が24 mg/ dLと著しく低値であったためブドウ糖を静注したところ意識は速やかに清明となったが，低血糖の原因が判然としなったことから同院に緊急入院した。CTで肝萎縮と多発肝腫瘍がみられ、入院後も低血糖発作を繰り返すため当院に転院した。【臨床経過】低血糖症を来たす原因として血中インスリン濃度や膵画像所見からインスリノーマは否定され、巨大肝腫瘍に伴うNon−islet cell tumor hypoglycemia：NICTHである可能性が高いと考えた。就寝前の補食やデキサメタゾン投与を行い血糖コントロールは良好となった。一方で多発肝腫瘍は肝細胞癌が疑われたが、治療に耐えられる肝予備能がないと考えられ家族と協議の上でBSCとして入院後約1ヶ月で退院した。しかし、退院5日目に自宅で呼吸困難となり翌未明に当院に搬送されるも呼吸状態改善せず同日永眠され、病理解剖を行った。膵臓にはIPMN/ IPMC病変を認めたもののインスリノーマは認められなかった。肝臓はF3相当の線維化があり、ほぼ全域に腫瘍が及んでいた。ほとんどは中〜低分化型肝細胞癌であったが、一部に粘液産生性胆管細胞癌の成分が混在していた。肺には高度の瀰漫性肺胞傷害の像を認め、背景に蜂巣肺様変化があったことから死因として肺線維症の急性増悪の可能性も考えられた。【考察】本症例では内分泌学的検査のみでは説明できない低血糖症があり、巨大腫瘍、血中インスリン濃度低下、血中IGF−1/ somatomedin C濃度低下という特徴からIGF−2産生腫瘍によるNICTHであった可能性が高いと考えられた。当院では電気泳動や免疫染色を行うことができずIGF−2の存在を証明することはできなかったがIGF−2産生に加え巨大な肝癌が肝正常組織を置換したことで、肝臓における糖新生機能、グリコーゲン蓄積機能が廃絶し低血糖がより重篤になった可能性があると考えられた。混合型肝癌におけるNICTHの報告は過去になく、胆管細胞癌成分からIGF−2が分泌されるかは不明である。

混合型肝癌，Non−islet cell tumor hypoglycemia

66 妊娠中より肝障害を認め児に肝不全をきたした，産褥期に確定診断された成人Still病の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科[1)]，
同　小児科[2)]
田中健丈[1)]，浅野岳晴[1)]，杉山洋平[2)]，佐藤洋明[2)]，森野美奈[1)]，松本圭太[1)]，賀嶋ひとみ[1)]，小糸雄大[1)]，三浦孝也[1)]，高橋裕子[1)]，石井剛弘[1)]，坪井瑠美子[1)]，大竹はるか[1)]，吉川修平[1)]，藤原純一[1)]，関根匡成[1)]，上原健志[1)]，松本吏弘[1)]，宮谷博幸[1)]，眞嶋浩聡[1)]

【症例】24歳女性【既往歴】16歳時，頭髪脱毛にステロイド，シクロスポリンの1年間内服加療．【現病歴】妊娠28週に行った採血でAST 261 U/ L，ALT 175 U/ Lの肝機能障害を認め当科紹介．採血では抗核抗体や抗ミトコンドリア抗体は陰性だったが自己免疫性肝疾患は否定できずUDCA 600 mg/ 日の内服を開始．肝酵素はやや改善を認めたため経過観察とした．妊娠35週で破水し経膣分娩．出産直後は特に症状を認めず退院したが，出産2週間後より咳嗽，40 ℃の弛張熱，体幹および四肢の淡い紅斑，頸部のリンパ節腫大，関節痛，AST 54 U/ L，ALT 31 U/ Lの肝機能障害を認め入院．肝生検を施行したが，非特異的炎症変化と軽度の脂肪肝のみで，明らかな自己免疫性肝炎の所見は認めなかった．また，リンパ節生検では造血器腫瘍や悪性腫瘍も否定的．フェリチン6681 ng/ mLと高値で，リウマトイド因子など自己免疫性関連検査では全て陰性であったことから，Yamaguchiらの診断基準により成人Still病の診断で膠原病内科に転科し，ステロイド治療を開始した．出産後の児の採血では，TB 3. 2 mg/ dL，DB 1. 35mg/ dL，AST 1053 U/ L，ALT 234 U/ L，LDH 1345 U/ L，ALP 656 U/ Lと肝胆道系酵素の著明な上昇を認めた．さらに血球貪食症候群，肝不全を認め，更なる集中治療を要し他院へ転院．1ヶ月後に父より生体肝移植術を施行され，救命することができた．遺伝子的にも網羅的に調べられたが，組織検査と合わせ児の肝不全の原因は不明であった．【考察】妊娠中にみられる肝機能障害には，ウイルス性肝炎や脂肪肝など以外に膠原病も鑑別に挙げられる．また既に診断された膠原病合併妊娠の場合でも産褥期に増悪することがある．今回我々の経験した，産褥期に主症状が出現し成人Still病と診断された症例はまれであり，さらに児が肝不全で肝移植まで至った経緯もあり，文献的考察を含め報告する．

肝機能障害，成人Still病

67 特発性血小板減少性紫斑病を併存し、早期発見に至った十二指腸乳頭部癌の一例

東京都立広尾病院　消化器内科[1)]，同　血液内科[2)]，同　外科[3)]，同　病理診断部[4)]
目時加奈恵[1)]，鈴木伸治[1)]，岡本英子[1)]，藤井　崇[1)]，武井ゆりあ[1)]，田代祥博[1)]，　森田祐規[1)]，山田浩貴[1)]，曽我早良[1)]，亀高未奈子[2)]，井石秀明[3)]，野口典男[3)]，了徳寺大郎[3)]，織田福一郎[3)]，田中道雄[4)]

【症例】80歳、男性【主訴】鼻出血【既往歴】特記事項なし【現病歴】201X年7月、鼻出血を主訴に近医を受診したところ、眼球結膜の黄染と右季肋部の圧痛も同時に認めた。血液検査で炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認め、血小板数は300/ μ1と著明に減少しており、腹部・骨盤造影CT検査で総胆管結石および胆管拡張を認めたため、急性閉塞性化膿性胆管炎によるDICと診断され、精査加療目的に当院紹介受診となった。【経過】来院後緊急で内視鏡的胆道ステント留置術を施行した。術後より肝胆道系酵素及び炎症反応は改善傾向となるも、血小板数は400/ μ1と増加を認めないため、血液疾患を疑い第5病日に骨髄穿刺による精査を行った。骨髄穿刺の結果、巨核球の増多、M/ E比正常、また血液検査にて抗血小板抗体陽性であったため特発性血小板減少性紫斑病（以下ITP）の診断となった。血清ピロリ抗体が陰性のためプレドニン30mg/ 日の内服を開始したところ、第12病日には血小板数は15. 7万/ μ1まで増加した。前医の造影CT及び当院で施行したMRCPでは総胆管内に結石を認める他、Vater乳頭から下部胆管にかけて造影される不整な壁肥厚を認め、十二指腸乳頭部癌あるいは下部胆管癌の存在が疑われた。第15病日に内視鏡的逆行性胆道造影検査を施行したところVater乳頭の粘膜には明らかな異常所見は認められなかったが、Vater乳頭直上から下部胆管に不整な狭窄を認めた。内視鏡的乳頭切開術を施行したところ、切開部の口側に発赤調の不整な隆起を認めたため、同部位より生検を行った結果、腺癌が検出され十二指腸乳頭部癌の診断となった。全身CT検査では明らかな転移を認めないため、cT1N0M0, cStageIAと考えられた。プレドニンを徐々に15mgまで減量し、血小板数の減少なく安定していた為、第98病日に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術後合併症はなく、経過良好なため第153病日に自宅退院となった。【考察】ITPに併存する固形癌の報告は稀であり、本症例のようにITPによる鼻出血を契機に十二指腸乳頭部癌が早期発見された貴重な症例であると考え報告する。

十二指腸乳頭部癌，特発性血小板減少性紫斑病

68 Peroral Cholangioscopy (POCS) が診断に有用であったintracystic papillary neoplasm(ICPN) 合併重複胆嚢の一例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科[1)]，
同　肝胆膵外科[2)]
村嶋佑美[1)]，肱岡　範[1)]，原井正太[1)]，丸木雄太[1)]，大場彬博[1)]，永塩美邦[1)]，近藤俊輔[1)]，森実千種[1)]，上野秀樹[1)]，奥坂拓志[1)]，吉野　潤[2)]，水井崇浩[2)]，高木健史[2)]，伴　大輔[2)]，奈良　聡[2)]，江崎　稔[2)]，島田和明[2)]

症例は80歳代女性、3年前から内部に結節性病変を有する肝嚢胞性病変を指摘されていた。結節の増大を認めたため精査加療目的で当院紹介となった。腹部造影CTでは，肝S4/ 5下面に突出する50mm大の単房性嚢胞性病変を認め，総肝管との交通を認めた。嚢胞内部には早期動脈相で造影効果を伴う最大26mmの隆起性病変が複数箇所に認められた。MRIで嚢胞はT1WI低信号、T2WI高信号を呈し、隆起性病変はT1WI等信号、T2WI低信号を示した。EUSでは有茎性で表面乳頭状の隆起性病変を認め、ソナゾイド造影では不均一な淡い造影効果を呈しており、肝実質への浸潤所見は認めなかった。以上の所見から、胆管と交通を有する肝嚢胞性腫瘍を疑った。粘液産生の有無、隆起性病変の進展範囲診断のためERCおよびPOCSを施行した。乳頭部に開大や粘液排出は認めなかった。ERCでは総肝管から連続して嚢胞性病変が描出された。POCS(SpyScope DS II)では、嚢胞内にIp型乳頭状隆起性病変を認める他は、胆管内には上皮内進展の所見は認めなかった。POCS下に隆起性病変を生検し乳頭腺癌の診断を得た。ERCでは右肝管は明瞭に描出されなかったが、POCSで右肝管合流部を認識し，左右肝管合流部は嚢胞交通管よりも上流に位置していることを確認した。以上より嚢胞性病変は胆管と大きな交通枝を有し総肝管に合流していること、正常胆嚢は別に存在することから、肝嚢胞性腫瘍に加え重複胆嚢（副胆嚢）に発生した乳頭腺癌も鑑別に挙げ、拡大胆嚢摘出術を施行した。病理診断では、嚢胞壁には平滑筋を含む3層構造を認めたことから副胆嚢と診断された。また、隆起性病変に加え、副胆嚢上皮は広くnon−invasive adenocarcinomaを認めた。以上より、重複胆嚢（副胆嚢）に合併したICPNと診断した。【考察】重複胆嚢はまれな先天異常であり、合併症としては胆石症が最も多く胆嚢癌は3. 4%と極めて少ない。本症例は副胆嚢管の分岐形態よりGross分類D型と分類した。POCSによる胆管走行精査で、胆嚢癌合併重複胆嚢を疑い術式選択に有用であった1例を経験したので報告する。

重複胆嚢，ICPN

69 PTGBD留置後16日目に抜去し、胆汁性腹膜炎を生じた急性胆嚢炎の1例

日本大学医学部　内科学系消化器肝臓内科学分野
大澤朗太，渋谷　仁，高橋利実，後藤田卓志，森山光彦

【症例】70歳代、男性。急性期脳梗塞で他科へ入院していた。入院第14病日に腹痛を訴え、身体診察で右季肋部に圧痛を認めた。血液検査では炎症反応が上昇し、腹部超音波検査では胆嚢腫大、胆嚢壁の肥厚、胆嚢結石を認めた。循環障害を伴っており重症の急性胆嚢炎と診断した。循環動態が不安定で耐術困難と判断し、同日に経皮経肝胆嚢ドレナージ術（PTGBD）を行った。7Fr pig tailカテーテルを挿入し、100mlの膿性胆汁が吸引され、術後は症状、血液検査ともに改善した。自宅退院可能な状態に至ったため一旦退院とし、待機的手術を行う方針とした。第23病日に内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ（ETGBD）を行い、第29病日（PTGBD留置後16日目）にPTGBDカテーテルを抜去したが、直後に強烈な腹痛を生じた。同日施行した腹部単純CTで胆嚢は虚脱していたが、胆嚢周囲に限局した脂肪識濃度の上昇を認めた。胆汁性腹膜炎と診断し、禁食、抗菌薬で保存的加療を行い改善した。現在、胆嚢炎の再発なく経過している。【考察】瘻孔が安定しPTGBDカテーテルを安全に抜去できる期間として留置後1–2週間との報告が多い。本症例では留置から抜去まで2週間以上の期間を明け、内視鏡的に内瘻化し、クランプ後に再燃がないことを確認していたが胆汁性腹膜炎が生じた。胆汁性腹膜炎を生じた原因としては、コントロール不良の糖尿病があったことや、重症感染症後による栄養状態不良で瘻孔の形成に時間を要したことなどが考えられる。PTGBDは安全性、有効性ともに高い手技であるが、稀に偶発症を生じる。本症例のように抜去の際に偶発症が生じることもあり、留意する必要がある。

PTGBD，胆汁性腹膜炎

70 長期間留置により抜去困難となったFully-covered self-expandable metal stentを内視鏡的に摘除し得た一例

東京医科大学病院　消化器内科
南　裕人, 殿塚亮祐, 祖父尼惇, 土屋貴愛, 石井健太郎, 田中麗奈, 向井俊太郎，山本健治郎，朝井靖二，松波幸寿，黒澤貴志，本間俊裕，糸井隆夫

症例は50歳女性。2013年に他院で、アルコール性慢性膵炎による良性遠位胆管狭窄に対してFully-covered self-expandable metal stent（FCSEMS）10mm×6cmを留置されていた。その後、急性胆管炎を繰り返していたが、その度にバルーン等でステント内掻爬術が繰り返し行われていた。しかし、次第に胆管炎のコントロールが困難となったため、当科を紹介され受診した。当科でまずERCPを施行したところ、長期間留置されていたFCSEMSはステントのカバー部分が脱落し、またステントのメッシュ間隙を超えて良性肉芽が侵入している状態であった。スネアにて抜去を試みるも困難であったため、胆管炎の予防およびステント内腔に侵入する良性肉芽の抑制を目的として、FCSEMSをstent in stentの形で一時的に留置した。その後、胆管炎の再発なく経過し、FCSEMS追加留置4及び9ヶ月後にステント抜去を試みたが困難であった。しかし、FCSEMS追加留置18ヶ月後に撮影した腹部CT検査にてステントの自然脱落が確認された。その後に施行したERCPでも、遠位胆管狭窄は改善しており、以降はステントフリーで胆管炎の再発なく経過している。今回、抜去困難なFCSEMSに対して、stent in stentの形でFCSEMSを追加留置したことで、抜去し得た一例を経験したので報告する。

stent in stent，FCSEMS

71 急性膵炎後に発症した盲腸穿孔

獨協医科大学埼玉医療センター
舟田　圭，小堀郁博，早川富貴，鈴木優仁，行徳芳則，北濱彰博，片山裕視，玉野正也

症例は52歳、男性。元々大酒家であったがX年1月ごろより飲酒量が増加した。同年2月17日、腹痛で前医を受診し血液検査、CT検査で急性膵炎の診断となり3月5日当院紹介、受診となった。当院受診時のアミラーゼは154U/l，リパーゼは292U/1と膵酵素の軽度の上昇を認め、白血球19700/μl，CRP12. 68mg/dlと炎症反応の上昇、Cre1. 02mg/dlと軽度の腎機能障害を認めた。造影CT検査では広範囲に急性膵周囲液体貯留(acute peripancreatic fluid collection;APFC)を認めた。発症から時間経過している状況であったが、軽症急性膵炎の治療に則り(予後因子1点、造影CT grade1（1点))、大量補液・抗菌薬・蛋白分解酵素阻害剤の投与を開始した。その後尿排泄は良好で速やかに腎機能障害は改善を認め、炎症反応も徐々に改善傾向にあった。しかし第13病日に38℃台の発熱と腹痛を認め、血液検査では炎症反応の再上昇、またCT検査では左胸水の増加と広範囲の膵仮性嚢胞を認め、感染性膵仮性嚢胞によるものと考えられた。抗生剤をPIPC/TAZ→MEPMに変更、保存的加療で経過観察とし、その後腹部症状は改善し炎症反応も低下を認めたが、第28病日頃より腹部膨満の訴えを認めた。第30病日のCT検査では腹水の増加、横行結腸より口側の腸管拡張を認め、炎症波及に伴う横行結腸の狭窄による大腸イレウスと考えられた。外科的治療も考慮したが、炎症波及のコントロールができればイレウスの改善が期待できると判断し、まずは内科的加療の方針となった。第31病日に感染性膵仮性嚢胞に対してEUS下ドレナージを施行した。第32病日に腹痛の増悪、CT画像で腹腔内にfree airの所見を認め、大腸穿孔が疑われ緊急手術となった。術中に盲腸に腸管穿孔部を確認し、イレウスによる腸管内圧の亢進で盲腸穿孔を来たしたと考えられた。【考察】急性膵炎に合併する腸管穿孔の報告は少なく、また穿孔部位としては虚血の影響を受けやすい横行結腸の脾湾曲部が多い。盲腸に穿孔を来たした報告はこれまでになく、貴重な一例を経験したため報告する。

急性膵炎，結腸穿孔

72 急性膵炎6か月後にwalled-off necrosisから壊死性筋膜炎を来した1例

獨協医科大学日光医療センター　消化器内科[1)]，
獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座[2)]
佐藤　愛[1)]，小島原駿介[1)]，佐久間文[1)]，増山智史[2)]，近藤真之[2)]

【はじめに】壊死性筋膜炎は皮下組織と筋膜に急速かつ広範な壊死を起こす感染症で死亡率も高く予後不良の疾患である. 今回ERCP後膵炎walled-off necrosisのコントロールに苦慮し, 膵炎発症6か月後に左側腹胸部の壊死性筋膜炎を生じ救命しえた一例を経験したため報告する. 【症例】70歳台女性. 2019年7月総胆管結石にて膵管ガイドワイヤー法にてEST後バルーン採石術を施行された. その後ERCP後膵炎（重症壊死性膵炎）となりWONを形成した. 抗生剤で保存的に加療され9月上旬に退院した. しかし, 炎症が再燃し10月に再入院, 胃からEUSガイド下ドレナージ（AXIOS留置）が施行され、さらに6日後左側腹部の腹腔内膿瘍に対しても経皮的にドレナージナーブが留置された. 内視鏡的necrosectomyやドレーンの洗浄により, 膿瘍腔は完全には消失しなかったが, 炎症は制御されたと考えられ49日後にドレーン及び58日後にAXIOSは抜去された（両側pig tailステントを留置）. しかし, 食事量の低下, 廃用症候群にて抜去18日後に退院した. 退院15日後全身倦怠感が増し16日後呼吸苦が出現し受診, CTにて左側腹部の膿瘍が増悪し, 皮下に広範囲に広がっており, 同日緊急入院し, 同部位に対し再度経皮的ドレナージが施行された. しかし全身状態が増悪し, DICに陥り, CT再検にて皮下に広がるガス像が確認され, 壊死性筋膜炎と診断. 入院4日目に緊急手術が施行された. 筋層下に著明な膿瘍形成が見られ, 壊死組織と共に可及的に切除された（培養にてKlebsiella pneumoniae, Enterococcus faecium）. 連日の層部洗浄及び抗生剤にて炎症は改善傾向となり, 術後13日で切開創は縫合された. しかし, 脳梗塞を同時に発症していたことが確認され, 左片麻痺は改善したが気管切開, 胃ろう造設が行われた. 【結語】ERCP後膵炎からWONを来し, 壊死性筋膜炎を生じた一例を経験した. 結果的にWONの感染制御不足及び低栄養状態が背景にあったと考えられ, WONが残存している場合には対応が後手に回ることがないようより積極的かつ慎重な対処を要することが教訓として示唆された.

急性膵炎，壊死性筋膜炎

73 EUS-FNBで腹腔内膿瘍を形成したAcinar cell carcinomaの一例

東京医科大学病院　消化器内科[1)],
新座志木中央総合病院　消化器内科[2)],
東京医科大学八王子医療センター　消化器内科[3)]
篠原裕和[1)], 祖父尼淳[1)], 土屋貴愛[1)], 石井健太郎[1)], 田中麗奈[1)], 殿塚亮祐[1)], 本定三季[2)], 向井俊太郎[1)], 永井一正[3)], 山本健治郎[1)], 朝井靖二[1)], 松波幸寿[1)], 黒澤貴志[1)], 小嶋啓之[3)], 本間俊裕[1)], 南　裕人[1)], 糸井隆夫[1)]

症例は70歳代男性．上部消化管内視鏡検査にて体中部後壁に壁外性圧排を認め，精査目的に腹部単純CTを施行したところ，膵尾部に内部不均一で膨張性に発育する40mm大の腫瘤性病変を認めた．1ヶ月後に心窩部痛が増悪し，腹部造影CTにて腫瘤は65mm大へと増大していた．超音波内視鏡(EUS)では膵尾部に内部エコー不均一な腫瘤性病変を認め，ソナゾイド造影では病変は主に辺縁が造影され，内部はごく一部が造影されるのみであった．確定診断を目的にフランシーン形状の22G針を用いてEUS-fine needle biopsy(FNB)を施行した(吸引法，ストローク20回)．穿刺時は病変内のみでストロークを行い，穿刺後はドップラー法で出血がないことを確認したうえで検査を終了とした．EUS-FNBによる診断はAcinar cell carcinoma(ACC)であった．検査直後および翌日には症状はなかったが，徐々に腹痛の増悪を自覚し，検査6日後に外来を受診された．腹部造影CTでは，網嚢腔と左傍結腸溝に嚢胞性病変が新たに出現し，膵尾部の腫瘤性病変と網嚢腔の嚢胞性病変には画像上連続性を認めた．穿刺に伴う変化と考えられ，発熱と腹痛を伴っていたため入院の上，絶食管理の上で抗菌薬による保存的加療を行った．しかし，症状の改善が乏しく，炎症反応の高値も続き，保存的加療では改善が得られないと判断し，膵体尾部脾合併切除術(胃部分切除+結腸合併切除)を施行した．肉眼的には，淡褐色から黄白色調を呈し周囲圧排性に増殖する充実性腫瘍を認め，同充実性病変の尾側の胃壁と腫瘍に挟まれた領域に出血や壊死を伴う嚢胞性病変が形成されていた．組織学的には充実性腫瘍部では，好酸性から好塩基性胞体と円形腫大核を有する均一な腫瘍細胞が増殖しておりACCの所見であった．一方嚢胞状病変部では好中球の密な集簇巣が目立ち，壊死組織の付着や炎症性肉芽組織増生がみられ，膿瘍の所見であった．膿瘍腔内等の膵外領域に播種性病変は認められなかった．

膵癌，EUS-FNB

74 主膵管腫瘍進展が顕著であった膵腺房細胞癌の2例

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

【背景】膵腺房細胞癌(ACC)は稀な膵腫瘍であり，その発生頻度は全膵腫瘍の約0.4%とされる．その中でも，膵管内進展を伴うものはさらに頻度が少ない．今回，膵管内進展を伴うACCの2例を経験したので報告する．
【症例1】70歳代女性．CTで主膵管拡張を指摘され紹介された．CT/EUSでは膵体部に境界明瞭，輪郭不整で，expansiveな印象のある25mm大の低エコー腫瘤を認め，腫瘍の頭尾側で主膵管内進展を認めた．EUS-FNAを施行した結果，充実胞巣を形成する異型細胞を認め，免疫染色ではTrpisin(+)，Bcl-10(+)，Synaptophysin(−)，ChoromograninA(−)，CD56(−)を示した．以上よりACCと診断した．術前画像診断で遠隔転移は認めず膵体尾部脾臓合併切除術を施行した．病理の結果でもACCの診断で，膵体部の膵実質に腫瘤を形成していた．膵管内進展に関しては主に分枝膵管内で増生しており，一部主膵管内にも腫瘍栓を形成していた．術後7ヶ月間再発なく経過している．
【症例2】80歳代男性．腹部超音波検査で主膵管拡張を指摘され，膵癌の疑いで当院に紹介された．造影CTでは，膵内に腫瘤は認めず，膵頭部主膵管内に充満するlow density areaを認め，周囲との境界は不明瞭であった．EUSでも主膵管内を主座とする境界不明瞭，輪郭不整な低エコー領域を認め，術前診断としては，膵管内進展を伴うACC，ITPN，IPMNが考えられ，亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行し，病理の結果ACCと診断された．膵管内腫瘍栓は膵頭部主膵管～乳頭部膵管，副膵管，膵頭部分枝膵管内にも進展していた．膵実質内の病変は主膵管近傍実質周辺にわずかに認めるのみだった．術後21カ月再発なく経過している．
【考察】ACCの29.2%に主膵管内進展を伴うとされる．症例1は膵実質内に病変の主座を認め，かつ膵管内にも腫瘍栓を認めるものだったが，症例2のように膵実質内に病変がはっきりせず，主膵管内病変が主座である症例もあった．膵管内に腫瘍が存在する例では，IPMNやITPNなどの膵管内腫瘍のみならず，膵管内進展を伴うACCも鑑別に挙げるべきと考えられる．

膵腺房細胞癌，膵管内腫瘍

75 膵神経内分泌腫瘍との鑑別に苦慮した膵solid-pseudopapillary neoplasmの一例

北里大学メディカルセンター　消化器内科
立川紗月，木田光広，北原　言，上原一帆，金子　亨，大塚俊和，田原久美子，渡邊真彰

【症例】47歳女性．右卵管水腫，CEA, CA19-9高値で治療目的に当院婦人科を紹介受診した．手術希望なく一度経過観察となるも，その後治療を希望され切除術施行．CEA, CA19-9高値残存の検査で悪性腫瘍が疑われ，精査のため当院消化器外科へ紹介となった．PET-CT検査で膵尾部にFDG集積を認めたため膵癌が疑われ，当科で精査を行った．腹部造影CT検査では膵尾部に後期相で濃染を示す腫瘤性病変を認め，同部位はMRI検査の拡散強調像では高信号を示していた．超音波内視鏡検査(EUS)で膵尾部に13mm大の境界明瞭で辺縁整，内部均一な低エコー腫瘤を認め，尾側膵管の拡張は認められなかった．膵神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine neoplasm:NEN)，膵solid-pseudopapillary neoplasm(SPN)が疑われ，超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を施行した．病理所見では，類円形の核を有する細胞が腺房状構造を呈していた．免疫染色ではSynaptophysin, CD10, β-cateninが陽性であり，Chromogranin-Aは陰性で膵SPNが疑われ，膵NENとの鑑別も含め手術予定となった．腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術が施行され，膵SPNの診断となった．膵SPNは稀な腫瘍として知られているが，術前診断でNENとの鑑別に苦慮した一例を経験したため報告する．

膵SPN，膵NEN

76 造影EUS、ERCPでの細胞診が有用であった主膵管内腫瘍の1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　病態病理学分野[3)]
赤尾潤一[1)]，高山敬子[1)]，田中マリ子[1)]，大塚奈央[1)]，長尾健太[1)]，田原純子[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)]

［症例］70代、男性［現病歴］201X年より他院で主膵管拡張に対し経過観察されていたが、201X+3年11月に主膵管拡張の増悪を認め当院に紹介となった。［検査］Amy 66 U/L、Lip 19 U/L、CA19-9 7 U/mLであった。CTでは膵尾部の主膵管は8mmに拡張していたが、明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。EUSでは拡張した主膵管の十二指腸側に主膵管内に充満する淡いlow echoの充実成分を認めた。造影EUSでは充実成分は膵実質と比較しisoからややlowであった。ERCPでは体部主膵管に乳頭状の透亮像を認めた。Trefleを用い擦過細胞診を提出し、ENPDを留置しSPACE(Serial pancreatic juice aspiration cytological examination)を施行した。［経過］擦過細胞診の結果より、gastric type(pyloric gland type)のIPMCが疑われ腹腔鏡下膵体尾部切除を行った。切除標本では主膵管内にポリープ状の隆起性病変を認め、病理結果はIntraductal papillary mucinous carcinoma, noninvasiveであった。組織亜型はgastric type(pyloric gland type)であった。［考察］本症例は、現在の規約ではgastric typeのIPMNに分類される、pyloric gland adenomaに相当する病変と思われる。文献では膵腫瘍全体の0.2%とまれな腫瘍とされ、CTでの造影効果は正常膵実質より弱く造影されると報告されている。本症例ではCTでは腫瘍の判別は困難であったが、造影EUSで主膵管内の腫瘍が同定された。また術前画像診断ではITPNとの鑑別も困難であったが、ERCPでの膵液細胞診を行うことで術前にgastric type(pyloric gland type)のIPMCと診断可能であった。造影EUS、ERCPでの細胞診が有効であった主膵管内腫瘍の一例を経験したので、文献的考察を加えここに報告する。

主膵管内腫瘍，pyloric gland adenoma

77　診断に苦慮したIgG4陰性自己免疫性膵炎の1例

上都賀総合病院　内科[1)]，同　病理部[2)]
海宝雄太[1)]，佐藤知之[1)]，佐久間俊行[1)]，坂入慧一郎[1)]，北村昌史[1)]，
近藤裕子[1)]，吉住博明[1)]，豊田亮彦[2)]

【症例】47歳　女性【現病歴】腹痛、皮膚黄染を主訴に近医受診。肝障害を認め当院紹介となる。【検査所見】WBC7300/ μl, T-Bil8. 3mg/ dl, AST318IU, ALT524IU, LDH316IU, ALP1680IU, γ -GTP818IU, AMY107 IU, CRP0. 18mg/ dl, HbA1c5. 6%, IgGS-4 63. 2mg/ dl, CEA1. 8ng/ ml, CA19-9 5. 9U/ ml, 腹部超音波：びまん性膵腫大、膵頭部に約30mmの低エコー腫瘤を認めた。胆膵dynamic CT：同腫瘤は膵実質相で低吸収、後期相で漸増性に増強効果を認めた。頚部～下腹部造影CT：腺組織の腫大や膵以外に腫瘤なし。MRCP：胆管は全体に拡張し膵頭部で急激に狭窄途絶、主膵管も同部で途絶し尾側膵管は数珠状に拡張。核酸強調画像で腫瘤部を中心とし膵全体が高信号、ADCは低信号であった。EUS：peripancreatic hypoechoic marginを認め、造影効果に乏しい膵頭部腫瘤からFNA施行。ERCP：IDUSで遠位胆管から内側エコー層が肥厚し、狭窄部で全周性肥厚を認めた。狭窄部から生検施行し、胆管ステント留置。FNA、胆管生検の細胞診、組織診に悪性所見は認めず、ともに中程度のlymphoplasmacytosisを認め間質線維化を伴うが自己免疫性膵炎、IgG4関連硬化性胆管炎の病理確定診断基準は満たさなかった。【経過】びまん性膵腫大、硬化性胆管炎の臨床画像所見より、自己免疫性膵炎臨床診断基準2018の確診を満たし、自己免疫性膵炎による膵頭部腫瘤と診断。プレドニゾロン40mg漸減経過観察した。腹痛、膵腫大は改善し腫瘤も縮小した。ステロイド投与開始2ヶ月後にERCP施行した。胆管拡張、遠位胆管狭窄は消失。膵管狭窄、尾側膵管拡張も消失した。【考察】自己免疫性膵炎は、時に閉塞性黄疸で発症し膵腫瘤を形成する。IgG4陽性が診断に有用だが、IgG4陰性症例は約20％認め、確定診断に病理組織学的確診や膵外病変診断が必要で診断に苦慮する。本症例もIgG4陰性で、腫瘤尾側の膵管像は膵癌を思わせ、慎重に治療した。また膵胆管病理所見でlymphoplasmacytosisを認めるがIgG4陽性形質細胞は少なく、CD20抗体で染色されるリンパ球は少量で、CD3抗体で染色されるリンパ球が多数確認され、IgG4真陰性自己免疫性膵炎の可能性が示唆された。

膵頭部腫瘤，IgG4真陰性

78　ERCで確定診断がつかずEUS-FNAで診断し得た肝門部領域胆管癌の一例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科
河原　駿, 永塩美邦, 肱岡　範, 北村英俊, 原井正太, 前原耕介, 佐竹智行, 吉成元宏, 久田裕也, 丸木雄太, 大場彬博, 近藤俊輔, 森實千種, 上野秀樹, 奥坂拓志

【背景】遠隔転移を伴わない胆管癌の確定診断には、ERC下の細胞診、組織診が一般的であるが、この感度は低く、確定診断に至らないことがある。一方でEUS-FNAは胆管癌の診断においても高い診断能が報告されている。ただし、これは転移リンパ節に対するEUS-FNAや遠位胆管癌に対する成績も含んでの報告であり、肝門部領域胆管癌に対して、原発自体に対するEUS-FNAの既報は少ない。今回、ERC下生検で診断がつかず、EUS-FNAで診断し得た肝門部領域胆管癌を経験したので報告する。
【症例】症例は70歳代男性、アルコール性肝障害・HBVキャリアで近医通院中であった。黄疸を主訴に前医を受診し、肝門部領域胆管癌が疑われた。ERCP施行され、Trefleを用いた擦過組織診が行われたが、悪性細胞は認めなかった。精査のため当院へ紹介となった。
CTでは左右肝管合流部から胆嚢管合流部にかけて造影される壁肥厚を認め、壁肥厚は右肝動脈と接していた。リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。確定診断とドレナージ目的にERCPを施行した。ERCでは肝門部領域の胆管狭窄 (Bismuth type IIIa) を認めた。狭窄部に対してSpy Biteによる生検に加えTrefleによる細胞診/組織診を行ったが、悪性の診断は得られなかった。切除を企図したが、残肝容積と肝予備能力の問題で、切除不能と判断した。化学療法導入にあたり、確定診断目的にEUS-FNAを試みた。EUSでは肝門部領域胆管に腫瘍による壁肥厚を認めた。同部位に対して、22G EZ-Shot3を用いて、十二指腸球部よりEUS-FNAを3回施行し、組織診/ 細胞診ともにAdenocarcinomaの診断が得られた。
【結語】2回のERC下の組織診断では悪性の診断が得られなかったが、EUS-FNAで診断し得た肝門部領域胆管癌の一例を経験した。経胆道アプローチで組織診断困難な症例に対するEUS-FNAは肝門部領域胆管癌に対してもレスキューとして有用である。

EUS-FNA，肝門部領域胆管癌

79　腹痛を主訴に来院され診断に難渋した正中弓状靭帯圧迫症候群の1例

聖マリアンナ医科大学東横病院　消化器病センター[1)]，
聖マリアンナ医科大学　消化器肝臓内科[2)]
吉田良仁[1)]，落合康利[1)]，原　雅樹[1)]，川島亜貴世[1)]，五十嵐央祥[1)]，
黄　世揚[1)]，中嶋孝司[1)]，伊東文生[2)]

【緒言】正中弓状靭帯圧迫症候群（median arcuate ligament syndrome MALS）は，正中弓状靭帯により腹腔動脈起始部が圧迫され，血流異常や動脈瘤，上腹部虚血症状を起こすことがある比較的稀な疾患である．側副血行路が形成されることで無症状のことが多いが，動脈瘤が破裂した場合には，迅速な対応が求められる．今回，我々は腹痛を主訴に来院された若年者の正中弓状靭帯圧迫症候群の1例を経験したので報告する．【症例】20歳，女性．腹痛，嘔吐があり近医を受診したところ急性胃腸炎と診断され，内服加療を行ったが改善に乏しく当院に紹介受診となった．当院で血液検査，上部消化管内視鏡，造影腹部CT検査を施行し，MALSと診断した．腹痛は経口摂取時の相対的虚血が原因と考えられ食事摂取量のコントロールにより症状の改善を認めているため外来で慎重な経過観察を行っている．【考察】MALSの根治的治療としては正中弓状靭帯の切離となる．膵十二指腸動脈瘤を形成している場合，TAEでの治療困難症例に対しては膵頭十二指腸切除といった患者負担の大きな外科手術が必要となることもある．本症例では動脈瘤の合併等は認めず保存的加療で改善を認めた．しかしながら，今後症状増悪時の手術加療，動脈瘤形成時の予防的塞栓の検討等，慎重な経過観察が必要である．【結語】比較的稀な疾患ではあるものの初期症状として腹痛で受診する若年の本疾患の患者もいると思われ，若干の文献的考察を加えて報告する．

腹痛，正中弓状靭帯圧迫症候群

80　腹腔鏡下に摘出した脾原発平滑筋肉腫の1例

横浜市立大学医学部　消化器・腫瘍外科
井上　栞, 清水康博, 本間祐樹, 中山岳龍, 三宅謙太郎, 薮下泰宏, 熊本宜文, 松山隆生, 遠藤　格

【背景】原発性脾腫瘍は比較的稀な疾患である．今回われわれは，腹腔鏡下にて摘出した脾原発平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する．【症例】患者は48歳，男性．検診で施行した腹部超音波検査で脾腫瘍を指摘され，精査加療目的に当科紹介となった．腹部造影CTでは脾臓に長径70mmの内部不均一な腫瘍を認め，左横隔膜と広範に接しており浸潤が疑われた．造影パターンは経時的な増強効果を認めた． PET-CTでは同腫瘍にSUVmax=19. 5の集積亢進を認めたが，他部位への異常集積は認めなかった．画像所見からは，悪性リンパ腫や血管肉腫などの原発性脾腫瘍が疑われ，診断的治療のため腹腔鏡下脾臓摘出術を企画した．腫瘍は腹膜および横隔膜へ浸潤しており，一部合併切除を行った．術後経過は良好であり術後9日目に退院となった．摘出標本にて腫瘍は最大径10cmに及んでおり，病理学組織学的所見では杆状～卵円形の腫大核を持つ紡錘形腫瘍細胞が束状となり錯綜するように増殖していた．免疫染色では，desmin(＋)，SMA(－)，CD34(－)を示し，以上より脾原発平滑筋肉腫と診断した．【まとめ】脾原発悪性腫瘍は悪性リンパ腫や血管肉腫の報告は散見されるが，脾原発平滑筋肉腫の報告は医中誌で調べうる範囲では1件のみと極めて稀であり，文献的考察を加え報告する．

脾臓，平滑筋肉腫

81　後腹膜腫瘤に対するEUS-FNAが診断に有用であった、全身性ALアミロイドーシスと限局性ALアミロイドーシスを合併した1例

埼玉医科大学総合医療センター　消化器・肝臓内科
堀裕太朗, 松原三郎, 大塚武史, 須田健太郎, 新井智洋, 砂田莉沙, 鈴木美緒, 田川　慧, 田中孝幸, 加藤秀輔, 山鹿　渚, 内田党央, 石橋　朗, 寺井悠二, 荒井亮士, 可児和仁, 高林英日己, 加藤真吾, 岡　政志, 名越澄子

症例は68歳、男性。検診で蛋白尿を指摘され、ネフローゼ症候群の疑いで当院腎・高血圧内科に入院した。腎生検を施行したところ、メサンギウム領域に沈着性病変を認め、DFS染色で橙色を呈し偏光顕微鏡では緑色の複屈折性を示し、KMnO4処理で抵抗性であったことからnon-AAアミロイドーシスと診断した。その上で、尿中BJPが陽性となり遊離軽鎖も上昇、当院血液内科にて骨髄生検を施行し多発性骨髄腫の診断がついたことから、non-AAアミロイドーシスのうちALアミロイドーシスと診断した。腹部超音波検査、腹部造影CT検査を施行したところ、後腹膜に長径4. 5cmの内部石灰化を伴う平滑な腫瘤を認めた。アミロイドーシスとは異なる腹腔内腫瘍なども鑑別に挙がったため当科紹介となり、消化管アミロイドーシス検索目的に上下部消化管内視鏡および後腹膜腫瘤に対してEUS-FNAを施行したところ、消化管生検、EUS-FNAともにアミロイドの沈着を認めた。腎臓、骨髄、消化管など複数臓器にアミロイドの沈着を認めたことから全身性ALアミロイドーシスと考えられ、後腹膜腫瘤に関しては蓄積したアミロイドによって腫瘤を形成したアミロイドーマであると考えられた。全身性ALアミロイドーシスの症例においてはアミロイドーマを形成することは稀であり、アミロイドーマ自体が限局性アミロイドーシスの一部であることを強く示唆するという報告がある。すなわち、本症例においては、全身性ALアミロイドーシスの診断となっていたがEUS-FNAによってアミロイドーマの診断がついたことから、全身性ALアミロイドーシスに限局性ALアミロイドーシスが併存している稀な症例であると考えられた。超音波検査や腹部造影CT検査で偶然発見された無症候性の後腹膜腫瘤に対して、EUS-FNAによる組織生検が診断に有用であった全身性ALアミロイドーシスと限局性ALアミロイド―シスを合併した1例を経験した。

後腹膜腫瘤，アミロイドーシス