

日本消化器病学会 関東支部第362回例会

プログラム・抄録集



当番会長：日本医科大学 消化器外科 教授 吉田 寛
令和2年12月5日

(Web配信期間：令和2年12月5日正午-令和2年12月25日正午)
Web開催

日本消化器病学会関東支部第362回例会

プログラム・抄録集

Web開催

当番会長：日本医科大学 消化器外科 教授 吉田 寛
〒113-8603 東京都文京区千駄木1-1-5
TEL：03-3822-2131

会 期：令和2年12月5日（土）
（Web配信期間：令和2年12月5日（土）正午～令和2年12月25日（金）正午）

<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362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（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。
8. プログラム・抄録集をご希望の場合は、運営事務局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令和2年12月5日（土）～令和2年12月25日（金）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362回例会運営事務局

〒169-0072 東京都新宿区大久保2-4-12

株式会社 春恒社 内

E-mail : jsge362@secretariat-div.jp / TEL : 03-6273-8202

日本消化器病学会関東支部第362回例会

特別講演

諸般の事情により中止となりました

スペシャルレクチャー

「初診で活かせる 消化器病学における超音波活用法
～ 日本超音波医学会 専門医が教える レクチャー&ライブセミナー ～」

日本大学病院 消化器内科 超音波検査室室長 小川 眞広 先生

共催：キヤノンメディカルシステムズ株式会社

共催セミナー 1

「消化管神経内分泌腫瘍に対する治療戦略」

国立がん研究センター中央病院 消化管内科 平野 秀和 先生

司会 日本医科大学 消化器外科 講師 進士 誠一 先生

共催：帝人ヘルスケア株式会社

共催セミナー 2

「早期慢性膵炎の診断と治療」

日本医科大学 消化器内科学 教授 二神 生爾 先生

司会 順天堂大学医学部消化器内科 教授 伊佐山浩通 先生

共催：マイランEPD合同会社

演 題	座 長	演 題	座 長
(1) 研修医Ⅰ（食道） 1～4	松本 晶	(14) 専修医Ⅶ（胆） 56～59	田邊 智英
(2) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸） 5～9	高須 綾香	(15) 専修医Ⅷ（膵・その他） 60～63	金谷 洋平
(3) 研修医Ⅲ（大腸） 10～13	齊藤 陽一	(16) 食道・胃・十二指腸 1 64～67	内藤咲貴子
(4) 研修医Ⅳ（肝） 14～18	飯塚 圭介	(17) 食道・胃・十二指腸 2 68～71	上里 昌也
(5) 研修医Ⅴ（肝・胆） 19～23	末永 大介	(18) 小腸・その他 72～74	清水 寛路
(6) 研修医Ⅵ（肝・その他） 24～27	保田 智彦	(19) 大腸 1 75～77	菊地 翁輝
(7) 研修医Ⅶ（膵） 28～31	吉田 祐士	(20) 大腸 2 78～80	太田 竜
(8) 専修医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 32～35	小峯 修	(21) 肝 81～83	叶川 直哉
(9) 専修医Ⅱ（小腸） 36～38	諸星 雄一	(22) 肝・胆 1 84～86	吉川 修平
(10) 専修医Ⅲ（大腸 1） 39～42	水谷 知裕	(23) 肝・胆 2 87～89	沖永 裕子
(11) 専修医Ⅳ（大腸 2） 43～45	原 敬介	(24) 胆 90～92	小林慎二郎
(12) 専修医Ⅴ（肝 1） 46～50	後町 武志	(25) 膵 93～96	有住 俊彦
(13) 専修医Ⅵ（肝 2） 51～55	小暮 正晴	(26) 膵・その他 97～100	松本 尊嗣

スペシャルレクチャー

「初診で活かせる 消化器病学における超音波活用法」 ～日本超音波医学会 専門医が教えるレクチャー&ライブセミナー～

演者：日本大学病院 消化器内科 超音波検査室室長 **小川 眞広** 先生

共催：キヤノンメディカルシステムズ 株式会社

………演者の先生ご紹介………

おがわ まさひろ
小川 眞広 先生

日本大学医学部内科学系消化器肝臓分野 准教授
日本大学病院 消化器内科 超音波検査室室長

Profile

昭和63年 6 月 日本大学医学部第三内科学教室所属
平成 1 年 6 月 駿河台日本大学病院内科勤務
平成10年11月 駿河台日本大学病院 超音波室室長 就任
平成16年 6 月 日本大学医学部消化器肝臓内科 講師 就任
平成20年 6 月 日本大学医学部内科学系消化器肝臓分野 診療准教授 就任
平成26年10月 日本大学病院 消化器科科長、超音波室室長 就任
平成27年 2 月 日本大学医学部内科学系消化器肝臓分野 准教授 就任

(所属学会)

日本超音波医学会 : 理事、専門医、指導医、代議員、教育委員長、
専門医委員、査読委員、肝腫瘍用語委員ほか
日本がん検診・診断学会 : 理事、専門医委員長、評議員、専門医委員長
日本消化器がん検診学会 : 理事、認定医、評議員、超音波部会：幹事
日本消化器病学会 : 専門医
日本消化器内視鏡学会 : 認定医
日本内科学会 : 認定医
日本肝臓学会 : 専門医
日本がん治療認定医、日本医師会認定産業医

共催セミナー 1

「消化管神経内分泌腫瘍に対する治療戦略」

国立がん研究センター中央病院 消化管内科 **平野 秀和** 先生

司会 日本医科大学 消化器外科 講師 **進士 誠一** 先生

共催：帝人ヘルスケア株式会社

………演者の先生ご紹介………

ひらの ひでかず
平野 秀和 先生

国立がん研究センター中央病院 消化管内科

Profile

2010～2012 静岡県立総合病院 初期研修医
2012～2015 静岡県立総合病院 腫瘍内科 医師
2015～2017 国立がん研究センター中央病院 固形腫瘍系レジデント
2017～ 国立がん研究センター中央病院 消化管内科 医員

共催セミナー 2

「早期慢性膵炎の診断と治療」

日本医科大学 消化器内科学 教授 **二神 生爾** 先生

司会 順天堂大学医学部消化器内科 教授 **伊佐山浩通** 先生

共催：マイランEPD合同会社

………演者の先生ご紹介………

ふたがみ せいじ
二神 生爾 先生

日本医科大学 消化器内科学 教授

Profile

平成2年3月	日本医科大学	卒業
平成2年5月	日本医科大学	第三内科入局
平成19年4月	日本医科大学	消化器内科学 講師
平成26年4月	日本医科大学	消化器内科学 准教授
平成29年1月	日本医科大学	武蔵小杉病院 消化器内科 部長
平成29年4月	日本医科大学	武蔵小杉病院 消化器内科 病院教授
平成29年10月	日本医科大学	消化器内科学 教授
平成30年4月	日本医科大学	武蔵小杉病院 内視鏡センター センター長
平成31年4月	日本医科大学	武蔵小杉病院 副院長

研究テーマ

機能的ディスペプシア、早期慢性膵炎、胃癌と遺伝子多型など

所属学会

日本消化器病学会評議員、日本消化器病学会財団評議員、日本消化器内視鏡学会評議員、日本ヘリコバクター学会評議員、日本内科学会、日本神経消化器病学会評議員、日本臨床生理学会理事
機能的消化管障害ガイドライン作成委員、日本消化管学会ガイドライン委員
慢性便秘症 ガイドライン作成委員
日本消化器病学会雑誌編集員(2015年7月～)
日本医科大学雑誌編集委員(2018年5月～)
日本消化器内視鏡学会査読委員(2020年4月～)

学会賞など

内視鏡医学研究振興財団研究助成(2013年)、日本消化管学会賞(2010年)、
日本消化器病学会奨励賞(2009年)、アストラゼネカリサーチグラント受賞(2008年)、日本ヘリコバクター学会小林六造賞受賞(2007年)、日本臨床薬理財団賞受賞(2003年)、日本消化器内視鏡学会賞受賞(1999年)

研修医セッション

— 評価者 —

東京都保健医療公社	多摩北部医療センター	消化器内科	柴田 喜明
さいたま市民医療センター	外科		塩谷 猛
日本医科大学	消化器外科		松田 明久

(1) 研修医 I (食道) 座長 東京慈恵会医科大学附属第三病院 外科 松 本 晶

1. 特異な形態を呈した食道粘表皮癌の1例

千葉大学医学部附属病院 先端応用外科学 ○西岡 祐里, 水藤 広, 坂田 治人, 上里 昌也
早野 康一, 村上健太郎, 加野 将之, 豊住 武司
浦濱 竜馬, 松本 泰典, 磯崎 哲朗, 松原 久裕
同 消化器内科学 松村 倫明

2. 食道胃接合部癌の脈絡膜転移再発に対して局所放射線療法とSOX療法が奏功した1例

横浜国立大学市民病院 消化器外科 ○加藤 智尋, 田中 優作, 田中 宗伸, 木下 颯花
藤井 義郎, 高橋 正純
同 眼科 大西 英之
同 病理診断科 林 宏行

3. 重度の肺拡散能障害を伴う局所進行食道癌の患者に対して集学的治療を行い、根治切除が施行できた一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 外科 ○鹿野 莉乃, 松本 晶, 黒河内喬範, 入村 雄也
仲吉 朋子, 岡本 友好

4. 気管閉塞を伴う食道癌に対して放射線療法で救命し得た1例

東京女子医科大学病院 消化器・一般外科 ○齋藤 貴範, 鈴木 和臣, 小川 杏平, 前田 新介
小竹 将, 芹澤 朗子, 工藤 健司, 谷口 清章
成宮 孝祐, 山本 雅一

(2) 研修医 II (胃・十二指腸・小腸) 座長 聖路加国際病院 消化器内科 高 須 綾 香

5. 非代償性肝硬変に合併したカンジダ胃潰瘍の一例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○堀江 真生, 尾城 啓輔, 中代 幸江, 荒畑 恭子
片山 正, 財部紗基子, 中村 健二, 岸川 浩
西田 次郎

6. 早期胃癌が疑われESD施行した後に確定診断に至ったサイトメガロウイルス胃炎の1例

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科 ○五十嵐宏伸, 芳賀 祐規, 神戸美千代, 酒井 美帆
西村 光司, 進行内綾子, 宮村 達雄, 伊藤 健次
阿部 朝美, 金田 暁, 多田 稔, 齋藤 正明
杉浦 信之

7. 骨転移で診断され、化学療法を10年間継続し、休薬後4年間無再発を維持している進行胃癌の一例

板橋中央総合病院 消化器病センター 内科 ○奥秋 匠, 奥秋 匠, 坂口 恵美, 坂上谷 侑
甲斐 亮三, 佐藤 利紀, 金子 浩明, 今西真実子
青木いづみ, 山中 太郎, 大井 至

8. 口腔底癌の腹膜播種により小腸閉塞をきたした1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○浅野 宏樹, 趙 利奈, 久保田 大, 佐藤 淳一
小畑 美穂, 佐久間信行, 永尾 清香, 田村 直樹
三浦 裕子, 水谷 浩哉, 高橋 悠, 坂口 賀基
辻 陽介, 小池 和彦
同 感染制御部 皆月ちひろ
同 予防医学センター 深川 一史, 新美 恵子, 山道 信毅
同 光学医療診療部 大木 大輔

9. 回盲部悪性リンパ腫を先進部として発症した腸重積の一例

茅ヶ崎市立病院 臨床研修科 ○本間 実
同 消化器内科 村田 依子, 鶴田 絢子, 藤野 洋平, 上地 大樹
乾 麻美, 辻川真太郎, 後藤 駿吾, 内田 苗利
秦 康夫, 栗山 仁

(3) 研修医Ⅲ(大腸) 座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 齊 藤 陽 一

10. 肝細胞癌に対してレンパチニブ投与中に消失した大腸ポリープの1例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○服部 竜也, 葉山 惟信, 塩田 香織, 箕輪真寿美
肥田 舞, 桐田久美子, 吉田 祐土, 大久保知美
西本 崇良, 鮑本 哲兵, 藤森 俊二
日本医科大学付属病院 消化器内科 糸川 典夫, 厚川 正則, 岩切 勝彦

11. 肺腺癌に対してnivolumab投与中にITPを生じ下部消化管出血をきたした1例

小張総合病院 消化器内科 ○竹内 優太, 村松 雄輔, 新野 智, 河添 啓介
山下 加美, 吉井 克己
同 呼吸器内科 二宮 浩樹

12. S状結腸原発Gastrointestinal stromal tumorと診断された腹腔内巨大腫瘍の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○佐々 真優, 早川 優香, 金子 俊, 稲田 賢人
桐野 桜, 山下 洸司, 大澤玲於奈, 関口 修平
樋口 麻友, 高浦 健太, 前屋舗千明, 安井 豊
土谷 薫, 中西 裕之, 板倉 潤, 黒崎 雅之
泉 並木
同 外科 大和美寿々, 小郷 泰一, 井ノ口幹人

13. Persistent descending mesocolonを伴う直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除を行った1例

さいたま市民医療センター 外科 ○増田 司, 渋谷 肇, 塩谷 猛, 浅古謙太郎

(4) 研修医Ⅳ(肝)

座長 伊勢崎市民病院 内科 飯塚圭介

14. 長期自然経過を観察し得た肝多包性エキノコックス症疑いの一例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター ○竹中 雄輝

同 消化器内科 小木曾智美, 小笠原友里, 高鹿 美姫, 新田 裕樹
佐川 孝臣, 五十嵐悠一, 児玉 和久, 谷合麻紀子
中村 真一, 徳重 克年

15. 市販薬であるカロリーミットにより発症した薬剤性肝障害の一例

日本医科大学武蔵小杉病院・消化器内科 ○加藤 世奈, 阿川 周平, 牧田 智彦, 野崎 雄一
山脇 博士, 小高 康裕, 植木 信江, 二神 生爾

16. 遺伝子解析により確定された大量輸血後のE型急性肝炎の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 総合教育研修センター ○川西 真明

同 消化器内科 河崎 翔, 田中 将平, 伊藤 剛, 北畑富貴子
水谷 知裕, 新田沙由梨, 福田 将義, 村川美也子
油井 史郎, 根本 泰宏, 岡田英理子, 大島 茂
井津井康浩, 中川 美奈, 土屋輝一郎, 柿沼 晴
東 正新, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一

17. 内科治療で劇症化の回避が可能になった抗ミトコンドリアM2抗体陽性を伴う急性肝不全の一例

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)
慶應義塾大学病院 卒後臨床研修センター
慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)

○柴田 麻衣
野口二三枝, 楮 柏松, 田淵 貴也, 春日 良介
星 瞳, 吉田 文, 森川 麗, 谷木 信仁
中本 伸宏, 金井 隆典

18. リファキシミン内服によりPIVKA-IIが著明に上昇した肝性脳症の一例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○中川 亜実, 近藤まゆ子, 須永 将梧, 北川 清宏
野田まりん, 久武 裕太, 寺元 研, 東澤 俊彦
岡村 幸重

(5) 研修医Ⅴ(肝・胆)

座長 日立総合病院 消化器内科 末永大介

19. 発熱を主症状とした肝血管腫の一切除例

杏林大学医学部付属病院 肝胆脾外科 ○鍵渡 宝, 松本 亮太, 百瀬 博一, 小暮 正晴
鈴木 裕, 森 俊幸, 阪本 良弘
同 病理学教室 柴原 純二

20. 正常肝に発生した肝細胞癌に対して集学的治療が奏功した1例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター ○江藤晃一郎

杏林大学医学部 消化器内科学 清水 孝夫, 川村 直弘, 菊池 扇輝, 箕輪慎太郎
三浦 みき, 關 里和, 森 秀明, 久松 理一
同 消化器・一般外科学 百瀬 博一, 松本 亮太, 小暮 正晴, 鈴木 裕
森 俊幸, 阪本 良弘
同 病理学教室 大森 嘉彦, 柴原 純二
新百合ヶ丘総合病院 肝疾患低侵襲治療センター 國分 茂博

21. IgG 4 関連硬化性胆管炎による腫瘤形成により胆管癌との鑑別が困難であった 1 例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター ○中田 剛嗣
同 消化器・一般外科 植村修一郎, 樋口 亮太, 谷澤 武久, 松永雄太郎
時任 史聡, 山本 雅一
同 病理診断科 山本 智子

22. 胸腔内穿破を引き起こした黄色肉芽腫性胆嚢炎に対し保存的加療で改善した 1 例

埼玉石心会病院 消化器内科 ○薄田 暁, 水野 寿一, 山田 葵, 宮本 勇治
阿部 敏幸

23. C 型慢性肝炎治療後、肝障害を契機に診断された IgG 4 関連硬化性胆管炎 + 自己免疫性膵炎の一例

東京通信病院 消化器内科 ○井川 彩土, 松井 徹, 古谷 建悟, 加藤 知爾
小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋

(6) 研修医 VI (肝・その他) 座長 日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科 保 田 智 彦

24. 肝細胞癌腹膜播種術後の肝内再発に対する根治的外科切除が可能であった 1 例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 ○園田 匡史, 三原 史規, 伊藤 橋司, 清松 知充
徳原 真, 山田 和彦, 竹村 信行, 國土 典宏

25. 後腹膜に発生した paraganglioma の 1 例

NTT 東日本関東病院 外科 ○隅野 幹斎, 冲永 裕子, 神馬真里奈, 壺谷 友宏
高山 真秀, 渡辺 祐記, 布施 匡啓, 田中 雄也
佐久間 淳, 樫山 将士, 中嶋健太郎, 佐藤 彰一
長尾 厚樹, 里館 均, 奈良 智之, 野家 環

26. 再発を認めた無症候性の成人特発性気腹症の 1 例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○山下 麻由, 清川 博史, 小松 拓実, 中本 悠輔
近江 亮介, 服部 美紀, 佐藤 義典, 池田 佳子
山下 真幸, 山本 博幸, 前畑 忠輝, 安田 宏
伊東 文生
同 消化器・一般外科 牧角 良二, 大坪 毅人

27. 脾内副脾に発生した epithelial cyst の 1 切除例

獨協医科大学 第二外科 ○坂野めぐみ, 松本 尊嗣, 青木 琢, 宮下将太郎
山口 教宗, 櫻岡 佑樹, 白木 孝之, 森 昭三
磯 幸博, 窪田 敬一

(7) 研修医 VII (膵) 座長 日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 吉田 祐 士

28. 糖尿病の増悪を契機に診断された自己免疫性膵炎の 1 例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 初期研修医 ○藤枝 弥結
同 消化器内科 有賀 啓之, 鹿志村純也

29. 膵癌との鑑別を要した上行結腸癌膵転移の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○廣池 聡, 永井 一正, 奴田原大輔, 菊地 美穂
阿部 正和, 松江 右武, 平良 淳一, 中村 洋典
北村 勝哉

30. EUS-FNA が術前診断に有用であった径10mmの膵神経内分泌腫瘍の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○金井 春果, 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
同病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗
横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 細野 邦広

31. 腫瘍内の脾動脈仮性動脈瘤破裂に対し脾動脈塞栓術で止血しえた膵体部癌の一例

草加市立病院 消化器内科 ○木村 晶平, 南家 一徳, 笠野 由佳, 内館 梢
五十嵐 亮, 町田 智世, 小橋健一郎, 鎌田 和明
矢内 常人
同 放射線科 中川 恒明
同 病理診断科 阿部 志保

専修医セッション

— 評価者 —

独立行政法人 地域医療機能推進機構	東京山手メディカルセンター	消化器内科	佐野 弘仁
東京慈恵会医科大学	上部消化管外科		矢野 文章
日本医科大学	消化器内科		糸川 典夫

(8) 専修医 I (食道・胃・十二指腸) 座長 さいたま 市民医療センター 外科 小峯 修

32. 左腰背部に皮膚転移を認めた食道癌の一例

東京労災病院 消化器内科 ○折原 慎弥, 南雲 秀樹, 上田 基文, 副島 啓太
高橋伸太郎, 乾山 光子, 大場 信之, 西中川秀太

33. 術前化学療法で切除可能となった若年発症の巨大胃 GIST の 1 例

東邦大学医学部医学科内科学講座消化器内科学分野 (大森) ○井上楠奈子, 菊池 由宣, 井上 慶一, 北條 紋
岸本 有為, 岡野 直樹, 五十嵐良典
国立がんセンター中央病院 胃外科 石津 賢一, 神谷 綾子, 山形 幸徳
東邦大学医学部医学科病院 病理学講座 二本柳康博, 栃木 直文, 渋谷 和俊

34. 組織球肉腫 (histocytic sarcoma) に対して、外科的治療を行った 1 例

日本医科大学 消化器外科 ○松永 龍, 金沢 義一, 松野 邦彦, 柿沼 大輔
増田 有香, 安藤 文彦, 萩原 信敏, 野村 務
加藤 俊二, 吉行 俊郎, 吉田 寛

35. 幽門側胃切除術・Billroth- II 法再建後の膵体尾部癌残胃吻合部浸潤による輸入脚症候群に対して胆管チューブステントを留置した 1 例

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

(9) 専修医 II (小腸) 座長 横浜州市市民病院 消化器内科 諸 星 雄 一

36. 腸内細菌異常増殖症に合併した非特異性多発性小腸潰瘍症 (chronic enteropathy associated with SLCO 2 A 1 : CEAS) が疑われる一例

三井記念病院 消化器内科 ○谷口 勝城, 関 道治, 貝發 美香, 照屋 聖仁
村上 恵太, 今井 誠, 岩井 凌, 福村 幸代
佐藤 公紀, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎
大木 隆正, 田川 一海, 戸田 信夫
杏林大学医学部 消化器内科学 關 里和, 久松 理一
千葉大学医学部 消化器内科学 加藤 順

37. 意識消失発作で搬送された下部消化管出血の15歳女児例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○岡田 侑大, 岩本 真帆, 山川 俊, 酒井 康行
田村めぐみ, 岩男 彩, 春田 明子, 中島 典子
今津 博雄, 後藤田卓志, 森山 光彦
同 小児外科 藤田 衣里, 花田 学, 細川 崇, 上原秀一郎
越永 従道

38. 小腸出血を契機に診断された小腸濾胞性リンパ腫の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○大浦 克之, 柳井 優香, 篠原進太郎, 栗飯原隼人
浦部 昭子, 遠藤 剛, 田中 美帆, 龍野奈央子
泉 敦子, 濱田麻梨子, 増田恵利香, 西家由里子
大武 優希, 渡邊 一弘, 赤澤 直樹, 横井 千寿
山本 夏代, 山田 和彦, 猪狩 亨, 秋山 純一

(10) 専修医Ⅲ(大腸1)

座長 東京医科歯科大学 消化器内科 水谷 知裕

39. 膀胱癌に対する免疫チェックポイント阻害剤により大腸炎を呈した一例

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

40. 肛門管癌に対して放射線化学療法施行中に5-FU脳症を発症した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○近藤 千晶, 板木 春衣, 宮下 春菜, 石本 詩子
永田 祐介, 西村 尚, 澤田 亮一, 天野 克之
猿田 雅之

41. S状結腸癌閉塞に対して大腸ステントを留置し横行結腸に開口した1例

昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門(藤が丘病院) ○堤 翼, 遠藤 利行, 菰淵 瑛美, 杉山美沙紀
玉井 直希, 古川 拓人, 浅見 哲史, 岩橋 健太
長田 真二, 新谷 文崇, 吉田詠里加, 小渋 尚子
高野 祐一, 五味 邦代, 黒木優一郎, 山本 頼正
長濱 正亞

42. 当科で経験したCronkhite-Canada症候群5例の治療経過

日本医科大学 消化器内科学 ○土生 亜実, 星本 相理, 西本 崇良, 大森 順
橋野 史彦, 秋元 直彦, 佐藤 航, 田中 周
辰口 篤志, 藤森 俊二, 岩切 勝彦

(11) 専修医Ⅳ(大腸 2) 座長 日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科 原 敬 介

43. 側方発育型大腸腫瘍 LST-G(M)の結節部自然脱落による出血性ショックの1例

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター ○森田友梨子, 工藤 進英, 石垣 智之, 林 武雅
黒木 貴典, 加藤 駿, 椎名 脩, 神山 勇太
前田 康晴, 松平 真悟, 豊嶋 直也, 三澤 将史
工藤 豊樹, 小形 典之, 久行 友和, 若村 邦彦
宮地 英行, 馬場 俊之, 澤田 成彦, 石田 文生

44. 腹腔鏡下に診断, 治療し得た盲腸捻転症の1例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○船津屋拓人, 石部 敦士, 田村 裕子, 笠原 康平
中川 和也, 小澤真由美, 小坂 隆司, 秋山 浩利
遠藤 格

45. 直腸原発 Goblet cell carcinoid の1例

自治医科大学附属病院 消化器外科 ○小林龍ノ介, 太田 学, 本間 祐子, 熊谷 祐子
東條 峰之, 太白 健一, 佐田友 藍, 直井 大志
井上 賢之, 鯉沼 広治, 笹沼 英紀, 山口 博紀
佐久間康成, 川平 洋, 堀江 久永, 細谷 好則
味村 俊樹, 北山 丈二, 佐田 尚宏

(12) 専修医Ⅴ(肝 1) 座長 東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 後 町 武 志

46. 肝機能異常で診断に苦慮した急性肝炎の一例

南那須地区広域行政事務組合立那須南病院 ○谷口 統
那須赤十字病院 江部 敏生, 中田 洋介, 新井 由季, 吉田 徹
佐藤 隆

47. 軟骨毛髪低形成症を背景に重篤な経過を辿った慢性胆汁うっ滞型の肝硬変症の一例

北里大学 医学部 消化器内科 ○鴻上 太郎, 魚嶋 晴紀, 岩崎秀一郎, 和田 尚久
窪田 幸介, 日高 央, 中澤 貴秀, 渋谷 明隆
小泉和三郎
同 小児科 江波戸孝輔

48. 急性虫垂炎との関連が考えられた肝膿瘍の一例

東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 消化器内科
同 消化器外科 ○川間健太郎
同 消化器内科 四宮 航, 宮本真由子, 長谷川雄太, 柴田 喜明
同 消化器外科 高橋 豊, 山田 卓司, 河合 陽介, 大平 慧

49. 硬化型肝細胞癌に TACE と MWA の併用治療を行った一例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○大森 将史, 中寺 英介, 池村 宗朗, 佐久間 聖
祓川真由子, 伊藤 光一, 福嶋 浩文, 上山 浩也
今 一義, 澁谷 智義, 永松 洋明, 丸山 紀史
山科 俊平, 伊佐山浩通, 池嶋 健一, 椎名秀一郎
永原 章仁

50. 外傷を伴わない肝仮性動脈瘤破裂の一例

国家公務員共済組合連合会 立川病院 消化器内科 ○古田 孝一, 古宮 憲一, 松下美紗子, 宮澤 正治
金子光太郎, 柏崎 一男, 岡村 哲平, 橋本 統
慶應義塾大学消化器内科 金井 隆典

(13) 専修医Ⅵ(肝2)

座長 杏林大学 消化器・一般外科 小 暮 正 晴

51. 自己免疫性肝炎に併発した肝 Adrenal rest tumor の1例

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 ○中村 駿介, 掛川 達矢, 竹内 啓人, 高橋 宏史
富田 裕介, 阿部 正和, 吉益 悠, 笠井 美孝
杉本 勝俊, 古市 好宏, 糸井 隆夫

52. 出血性肝嚢胞に類似した非アルコール性脂肪肝炎由来肝細胞癌の一例

東京女子医科大学 消化器内科 ○八辻 将, 小木曾智美, 齊藤 里美, 佐川 孝臣
谷合麻紀子, 清水 京子, 徳重 克年
同 消化器・一般外科 小寺 由人, 大森亜紀子, 山本 雅一
東京セントラルパソロジーラボラトリー 中野 雅行

53. 肝原発未分化腫瘍の一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○張 つばみ, 小嶋清一郎, 荻原 直樹, 永田 順子
三島 佑介, 新聞 淑雅, 横田 将, 安斎 和也
津田 真吾, 伊藤 裕幸, 渡辺 勲史, 鈴木 孝良
同 病理診断科 杉山 朋子, 田尻 琢磨

54. 出血性ショックで救命救急センターに搬入された巨大海綿状血管腫破裂の1例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○清水 友貴, 三浦 亮, 生坂 顕, 八木みなみ
三木 淳史, 磯野 朱里, 青柳 仁, 阿部浩一郎
有住 俊彦, 相磯 光彦, 小田島慎也, 浅岡 良成
山本 貴嗣, 田中 篤
同 外科学講座 近藤 里江, 渋谷 誠, 佐野 圭二
帝京大学医学部附属病院 病院病理部 石田 毅, 笹島ゆう子

55. 多発肝転移により急速に死亡の転帰を辿った神経内分泌癌の2例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○藤野 洋平, 村田 依子, 鶴田 絢子, 上地 大樹
乾 麻美, 辻川真太郎, 後藤 駿吾, 内田 苗利
秦 康夫, 栗山 仁

(14) 専修医Ⅶ(胆)

座長 日本医科大学 消化器・肝臓内科 田 邊 智 英

56. 経皮経肝の内視鏡的碎石が可能であった胆管胆嚢穿通を伴う肝内結石症の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○齋藤 剛, 渡邊 彩子, 菊山 智博, 足立 貴子
松本光太郎, 綱島 弘道, 辻川 尊之, 土井 晋平

57. 胆嚢捻転による急性胆嚢炎の二例

東京共済病院 消化器科 ○小林 諒平, 松本 浩明, 冲永 康一, 平昭 衣梨
渡部 衛, 宍戸 華子, 永山 和宜
同 低侵襲外科 古山 貴基
東京医科歯科大学 消化器内科 岡本 隆一

58. ERCP および胆道鏡で肝門部領域胆管癌と原発性硬化性胆管炎を鑑別した1例

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 消化器内科 ○佐藤 博紀, 七里 頼子, 三留 典子, 仲 ありさ
有馬 功
済生会横浜市南部病院 消化器内科 石井 寛裕

59. Granulocyte-colony stimulating factor(G-CSF)産生胆嚢癌の1例

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科 ○葛生 健人, 山口 祐佳, 川島 捺未, 中島 聡美
田邊 浩紹, 細矢さやか, 石井 研, 山田 英司
野中 敬, 松島 昭三, 小松 達司
同 病理診断科 田辺美樹子, 新野 史
同 外科 山本 悠史, 関戸 仁

(15) 専修医Ⅷ(脾・その他)

座長 日本医科大学 消化器外科 金 谷 洋 平

60. 脾仮性嚢胞-門脈瘻に対し内視鏡治療が有効であった一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○辻 実季, 遠藤 壮登, 長谷川直之, 寺崎 正彦
丹下 義隆, 萩原 悠也, 福田 智史, 溝上 裕士

61. 術後病理診断で Intraductal tubular adenoma(ITA)と診断された脾頭部嚢胞性腫瘍の一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 ○中村 優圭, 水谷 聡, 谷合 信彦, 上田 純志
中田 亮輔, 春名 孝洋, 松谷 毅
同 病理診断科 許田 典男
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

62. 入院後の左胃動脈瘤形成と腹腔内出血より診断に至った分節性動脈中膜融解症の一例

河北総合病院 消化器内科 ○水野 文裕, 島田 高幸, 土屋 杏平, 栗崎 雅史
高石 幸人, 土家 清, 山下 浩子, 五十嵐裕章

63. 診断に苦慮した全身性アミロイドーシスの1例

昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門 ○中谷 溪, 中島 陽子, 坂木 理, 音山 裕美
杉浦 育也, 石井 優, 居軒 和也, 梶原 敦
魚住祥二郎, 下間 祐, 打越 学, 吉田 仁

一般演題

(16) 一般演題(食道・胃・十二指腸 1) 座長 東京医科大学 消化器内科 内 藤 咲貴子

64. 粘膜下浸潤を疑う食道表在癌が1カ月の経過で消失した1例

日本医科大学 消化器内科学 ○石井菖太郎, 小泉英里子, 恩田 毅, 野田 啓人
樋口 和寿, 後藤 修, 貝瀬 満, 岩切 勝彦

65. 食道 ESD 後狭窄予防にステロイド局注・内服併用療法を施行し肺アスペルギルス症を呈した1例

千葉大学大学院 先端応用外科学 ○山口有輝子, 浦濱 竜馬, 豊住 武史, 米本 昇平
加藤直菜美, 磯崎 哲朗, 水藤 広, 丸山 哲郎
村上健太郎, 上里 昌也, 松原 久裕

66. 骨肉腫既往のある若年性食道癌の1例

慶應義塾大学医学部 外科学(一般・消化器) ○森本 洋輔, 川久保博文, 松田 諭, 入野 誠之
福田 和正, 中村理恵子, 和田 則仁, 北川 雄光

67. 胃瘻造設後に消化管出血を伴う胃気腫症および門脈気腫症を来した一例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○北村 倫香, 河越 哲郎, 田邊 智英, 大城 雄
糸川 典夫, 後藤 修, 貝瀬 満, 岩切 勝彦

(17) 一般演題(食道・胃・十二指腸 2) 座長 千葉大学医学部 先端応用外科 上 里 昌 也

68. Zenker 憩室に対して外科的憩室切除後に軽快した1例

日本医科大学 消化器外科 ○櫻井 宏貴, 萩原 信敏, 野村 務, 金沢 義一
柿沼 大輔, 松野 邦彦, 安藤 文彦, 加藤 俊二
吉行 俊郎, 吉田 寛

69. 胃癌に対する LADG における術中手技「脾下縁三角脂肪 Pancreas-Inferior Triangular fat: PIT fat 牽引」と「脾臓圧迫」の術後脾液瘻の比較検討

日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科 ○櫻澤 信行, 新井 洋紀, 保田 智彦, 久下 恒明
鈴木 英之
日本医科大学 消化器外科 金沢 義一, 松野 邦彦, 吉田 寛

70. 腹腔鏡補助下胃全摘術 Roux-en-Y 再建後に生じた Petersen's hernia の一例

日本医科大学多摩永山病院 外科 ○松井 隆典, 向後 英樹, 和田 尚人, 野村 聡
高田 英志, 平方 敦史, 丸山 弘, 横山 正
牧野 浩司
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

71. 非乳頭部十二指腸 SM 癌のリンパ節転移危険因子に関する臨床病理学的検討

がん研有明病院 消化器内科 ○吉水 祥一, 渡海 義隆, 並河 健, 堀内 裕介
石山晃世志, 由雄 敏之, 平澤 俊明, 藤崎 順子
同 病理部 河内 洋
同 肝胆脾外科 伊藤 寛倫

(18) 一般演題(小腸・その他)

座長 東京医科歯科大学 消化器内科 清水 寛 路

72. 急激な転帰を辿った好中球減少性腸炎の1例

日本医科大学千葉北総病院 外科 ○山下 貴正, 吉森 大悟, 入江 利幸, 久下 恒明
青木 悠人, 保田 智彦, 原 敬介, 篠塚恵理子
近藤 亮太, 新井 洋紀, 柿沼 大輔, 川野 陽一
松本 智司, 渡邊 昌則, 鈴木 英之
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

73. 小腸内視鏡で診断し, パルーン閉鎖下逆行性経静脈的塞栓術で止血した小腸静脈瘤出血の一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科
藤沢市民病院 放射線診断科 ○稲垣 尚子
横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎
藤沢市民病院 消化器内科 近藤 新平, 大西 美沙, 金村 知樹, 榎本 昌人
東 大輔, 山近 由衣, 吉村 勇人, 阿南 秀征
濱田 潤, 林 公博, 合田 賢弘, 安藤 知子
岩瀬 滋
同 放射線診断科 安井 一馬, 藤井 佳美, 塚本 浩

74. 中心静脈ポート留置後3年8ヶ月で生じたカテーテル自然部分断裂の1例

日本医科大学 消化器外科 ○山形 周, 園田 寛道, 宮坂 俊光, 栗山 翔
上田 康二, 武田 幸樹, 岩井 拓磨, 高橋 吾郎
進士 誠一, 松田 明久, 山田 岳史, 吉田 寛

(19) 一般演題(大腸1)

座長 公立昭和病院 消化器内科 菊地 翁 輝

75. 長期経過で憩室炎から潰瘍性大腸炎に類似する病態を呈した憩室関連腸炎の症例

JCHO 相模野病院 消化器病センター ○三枝 陽一, 今泉 弘, 金 明哲, 小鷲 慶太
吉田 宗紀, 井廻 佑介, 稲葉 紀子, 三橋 利温
大井田正人
北里大学病院 病理学 桑尾 定仁
南町田病院 消化器内科 竹谷 彩

76. XELOX + bevacizumab 療法施行中に可逆性後部白質脳症症候群をきたすも, 後治療として FOLFIRI + ramucirumab を安全に施行しえた進行大腸癌の1例

日本医科大学 消化器外科 ○小川祐太郎, 高橋 吾郎, 山田 岳史, 太田 竜
園田 寛道, 進士 誠一, 松田 明久, 岩井 拓磨
武田 幸樹, 上田 康二, 栗山 翔, 宮坂 俊光
吉田 寛

77. 多発進行直腸癌に対し術前化学療法施行後、完全奏功となった1例

日本医科大学千葉北総病院 外科	○久下 恒明
医療法人社団威風会 栗山中央病院 外科	
日本医科大学千葉北総病院 外科	松本 智司, 渡邊 昌則, 櫻澤 信行, 川野 陽一
	新井 洋紀, 近藤 亮太, 原 敬介, 篠塚恵理子
	青木 悠人, 保田 智彦, 入江 利幸, 吉森 大悟
	山下 貴正, 鈴木 英之
医療法人社団威風会 栗山中央病院 外科	藤平 威夫
日本医科大学 消化器外科	松田 明久, 吉田 寛

(20) 一般演題(大腸 2)

座長 日本医科大学 消化器外科 太 田 竜

78. 転移性大腸腫瘍を認めた悪性黒色腫の一例

東京医科大学病院 臨床医学系 消化器内科学分野	○井田 知宏, 内藤咲貴子, 福澤 誠克, 村松 孝洋
	篠原 裕和, 清宮 怜, 香川 泰之, 松本 泰輔
	班目 明, 森瀬 貴之, 内田久美子, 小山 洋平
	杉本 暁彦, 糸井 隆夫
同 人体病理学分野	松林 純, 長尾 俊孝

79. 食道癌に対する全身化学療法中に糞便性閉塞性大腸炎による広範腸管壊死を発症した1例

日本医科大学 消化器外科	○光井 大, 松田 明久, 山田 岳史, 進士 誠一
	太田 竜, 園田 寛道, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨
	武田 幸樹, 上田 康二, 栗山 翔, 宮坂 俊光
	吉田 寛

80. 右鼠径リンパ節転移をきたした盲腸癌の1例

日本医科大学多摩永山病院 外科	○長嶺 嘉通, 堀田 正啓, 関口久美子, 大草 幹大
	丸山 弘, 牧野 浩司
日本医科大学 消化器外科	吉田 寛

(21) 一般演題(肝)

座長 千葉大学医学部 消化器内科 叶 川 直 哉

81. 抗てんかん薬により誘発された DIHS (drug induced hypersensitivity syndrome : 薬剤誘発性過敏症候群) の一例

筑波記念病院 消化器内科	○大塚公一朗, 添田 敦子, 野本 怜, 谷中 夏海
	田島 聖也, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智 大介
	池澤 和人, 中原 朗
同 心臓血管外科	末松 義弘

82. 肝障害を契機に発見された全身性アミロイドーシスの2例

千葉大学医学部付属病院 消化器内科	○黒杉 茜, 中村 昌人, 岩永 光巨, 宇野澤秀美
	佐久間崇文, 藤田 尚人, 神崎 洋彰, 興梠 慧輔
	小林 和史, 叶川 直哉, 清野宗一郎, 近藤 孝行
	斎藤 朋子, 小笠原定久, 鈴木英一郎, 中本 晋吾
	大岡 美彦, 太和田暁之, 千葉 哲博, 加藤 直也

83. 保存的治療抵抗性の門脈肺高血圧症に対しバルン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を施行した一例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○大内 麻愉, 清野宗一郎, 近藤 孝行, 宇野澤秀美
岩永 光巨, 藤田 尚人, 佐久間崇文, 神崎 洋彰
興梠 慧輔, 中村 昌人, 叶川 直哉, 鈴木英一郎
中本 晋吾, 千葉 哲博, 加藤 順, 加藤 直也
同 消化器内科学
千葉大学医学部附属病院 臨床研究開発推進センター 小林 和史, 小笠原定久
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学
同 臨床腫瘍学 太和田暁之, 新井 誠人

(22) 一般演題(肝・胆 1) 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 吉 川 修 平

84. 十二指腸浸潤をきたした肝細胞癌の一例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器病センター ○阿部 翼, 岩渕 省吾, 津田 享志, 清水 弘仁
清水 実

85. アルコール性肝硬変に合併した混合型肝癌の1剖検例

東京都健康長寿医療センター 消化器内科 ○羽鳥 清華, 白倉 英知, 松川 美保, 上垣佐登子

86. 経皮経肝胆道ドレナージルートを介したランデブー ERCP 後に *Klebsiella oxytoca* による腹壁気腫を伴う蜂窩織炎を発症した1例

千葉労災病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 竹内 良久, 石神 秀昭, 齋藤 遼
後藤 千尋, 栗津 雅美, 石川賢太郎, 久我 明司
榎谷 佳生

(23) 一般演題(肝・胆 2)

座長 NTT 東日本関東病院 外科 冲 永 裕 子

87. 術前診断のつかなかった肝血管筋脂肪腫に対して腹腔鏡下肝部分切除を施行した1例

東京大学医学部 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科 ○真木 治文, 金子 順一, 桐谷 翔, 小林 光助
市田 晃彦, 河口 義邦, 石沢 武彰, 赤松 延久
有田 淳一, 長谷川 潔
同 病理部 山澤 翔
同 放射線科 中井 雄大, 渡谷 岳行
同 消化器内科 佐藤 雅哉, 小池 和彦

88. 胃癌肝転移と鑑別が困難であった肝内結石症の1例

日本医科大学千葉北総病院 外科 ○入江 利幸, 青木 悠人, 山下 貴正, 吉森 大悟
久下 恒明, 保田 智彦, 原 敬介, 篠塚恵理子
近藤 亮太, 新井 洋紀, 柿沼 大輔, 川野 陽一
松本 智司, 渡邊 昌則, 鈴木 英之
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

89. 超音波内視鏡ガイド下肝内胆管胃瘻孔形成術 (EUS - HGS) により黄疸改善を得られた経乳頭的アプローチ困難な膵頭部癌の一例

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

(24) 一般演題(胆) 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 小林 慎二郎

90. 腹腔鏡下胆嚢摘出術中に判明した胆嚢肝管の1例

日本医科大学 消化器外科 ○櫻井 宏貴, 清水 哲也, 神田 知洋, 川島 万平
金谷 洋平, 吉岡 正人, 松下 晃, 吉田 寛

91. 腹腔鏡下肝外胆管切除+腹腔鏡下肝管空腸吻合術を施行した先天性胆道拡張症の1例

神栖済生会病院 外科
日本医科大学 消化器外科 ○下田 朋宏, 中村 慶春, 大野 崇, 坂田 義則
同 消化器外科 吉田 寛

92. 診断に難渋した胆嚢摘出術後落下結石による腹壁膿瘍の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○龍野奈央子, 山本 夏代, 大浦 克之, 田中 美帆
栗飯原隼人, 遠藤 剛, 増田恵利香, 濱田麻梨子
西家由里子, 大武 優希, 柳井 優香, 渡辺 一弘
横井 千寿, 小島 康志, 赤澤 直樹, 柳瀬 幹雄
秋山 純一
同 肝胆膵外科 三原 史規, 竹村 信行
同 病理診断科 猪狩 亨

(25) 一般演題(膵) 座長 帝京大学医学部 内科学講座 有 住 俊 彦

93. 腹腔内膿瘍を合併し内視鏡的ドレナージで軽快した膵性腹水の一例

昭和大学病院 消化器内科 ○西原 成俊, 下間 祐, 石井 優, 三井 佑太
宇佐美智乃, 吉田 仁

94. 急性膵炎に合併した左胃動脈領域仮性動脈瘤の一例

日本医科大学多摩永山病院 消化器内科 ○大野 弘貴, 津久井 拓, 石川裕美子, 早瀬 健人
佐藤 航, 新福 摩弓, 田中 周, 石井菖太郎
半田 忠靖
同 放射線科 山口 英宣, 小林 由子
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 岩切 勝彦

95. hemosuccus pancreaticus を来した浸潤性膵管癌の1例

日本医科大学多摩永山病院 外科 ○和田 尚人, 横山 正, 丸山 弘, 平方 敦史
高田 英志, 向後 英樹, 野村 聡, 堀田 正啓
古木 裕康, 牧野 浩司
日本医科大学多摩永山病院 外科
坪井病院 外科 鈴木 幹人
日本医科大学 消化器外科 吉田 寛

96. 術前に診断し得た膵粘液癌の一例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○北村 英俊, 脇岡 範, 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 高本 健史, 奈良 聡, 伴 大輔, 江崎 稔
島田 和明
同 病理診断科 平岡 伸介

(26) 一般演題(脾・その他)

座長 獨協医科大学 第二外科 松 本 尊 嗣

97. 保存的加療を行った後腹膜気腫を伴うアルコール性急性膵炎の1例

獨協医科大学 第二外科 ○塩田 稔人, 清水 崇行, 須田光太郎, 宮下将太郎
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
磯 幸博, 高木 和俊, 石塚 満, 青木 琢
窪田 敬一

98. 結腸浸潤部からの出血による Oncologic emergency にて手術を行った膵尾部腺扁平上皮癌の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器一般外科 ○臼井 創大, 井田 圭亮, 天野 優希, 土橋 篤仁
小林慎二郎, 小泉 哲, 大坪 毅人
同 病理診断科 小池 淳樹

99. 幽門輪温存膵頭十二指腸切除術後の長期栄養状態に関する検討

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 ○天野 優希, 小林慎二郎, 土橋 篤仁, 井田 圭亮
小泉 哲, 大坪 毅人

100. 真性多血症に発生した特発性脾破裂に対して脾摘術を施行した1例

日本医科大学 消化器外科 ○重盛 治彦, 川島 万平, 吉岡 正人, 松下 晃
清水 哲也, 神田 知洋, 金谷 洋平, 高野竜太郎
吉田 寛

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
363	白 井 孝 之 (東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科)	2021年 2月27日 (土)	東 京 海運クラブ	2020年10月29日～ 12月3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
366	久 松 理 一 (杏林大学医学部 消化器内科学)	9月18日 (土)	東 京 海運クラブ	6月9日～ 7月14日予定
367	穂 苅 量 太 (防衛医科大学校 内科学 (消化器))	12月11日 (土)	東 京 海運クラブ	9月1日～ 10月6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。

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
38	加 藤 直 也 (千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)	6月6日 (日)	東 京 シェンバツハ・サポー	未 定
37	清 水 京 子 (東京女子医科大学 消化器内科)	11月21日 (日)	東 京 シェンバツハ・サポー	未 定

次回 (第363回) 例会のお知らせ

期 日：2021年2月27日 (土)

会 場：海運クラブ

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

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線、半蔵門線、南北線：永田町駅4、5、9番出口 2分

銀座線、丸ノ内線：赤坂見附駅D (弁天橋) 出口 5分

特別講演：「胃癌薬物療法に残るクリニカルクエスト」

演者：京都大学医学部附属病院 次世代医療・iPS細胞治療研究センター 早期医療開発科

大学院医学研究科 早期医療開発学 教授 中島 貴子

司会：東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科

教授 白井 孝之

ランチョンセミナー1：「IBD治療とマネジメント」

演者：昭和大学藤が丘病院 消化器内科

講師 黒木優一郎

司会：大船中央病院 光学診療部

部長 吉田 篤史

ランチョンセミナー2：「酸関連疾患治療の変遷と展望—最新知見を踏まえた薬剤選択のコツ—」

演者：国立国際医療研究センター病院 消化器内科

診療科長 秋山 純一

司会：平塚共済病院 消化器内科

統括部長 西山 竜

専門医セミナー：「ドクターガストロ～臨床推論からの消化器病学～」

第19回専門医セミナー (第361回例会 2020年9月12日 (土) 開催) に続き、本例会でも

専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*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：白井 孝之 (東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科 教授)

〒259-0198 神奈川県中郡大磯町月京21-1

TEL 0463-72-3211 / FAX 0463-72-5228 / E-mail jsge363kanto@pw-co.jp

事務局長：荒瀬 吉孝 (東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科)

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、その他の事務上のことは、

下記関東支部事務局へお願いいたします。

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・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 特異な形態を呈した食道粘表皮癌の1例

千葉大学医学部附属病院 先端応用外科学¹⁾,
同 消化器内科学²⁾,
西岡祐里³⁾, 水藤 広¹⁾, 坂田治人¹⁾, 上里昌也¹⁾, 早野康一¹⁾,
村上健太郎¹⁾, 加野将之¹⁾, 豊住武司¹⁾, 浦濱竜馬¹⁾, 松本泰典¹⁾,
磯崎哲朗¹⁾, 松村倫明²⁾, 松原久裕¹⁾

症例は71歳男性。2020年6月より食物通過障害の症状が出現し前医を受診した。上部消化管内視鏡検査で食道狭窄がみられたが、当初生検で悪性所見はみられなかった。7月に水分摂取で嘔吐するようになり、症状が進行するため当院へ紹介となった。血液検査では、CA19-9の異常高値を認めたが、CEA、SCC、SYFRAは軽度高値にとどまっていた。CTでは、18cmにわたる食道の全周性狭窄がみられ、縦隔リンパ節の腫大と傍大動脈リンパ節の腫大を認めた。当院での内視鏡検査では、切歯27cmからEGJまで内腔狭窄があり、通常径内視鏡は通過できなかったが、細径スコープは通過可能であった。当院での初回の生検でもやはり悪性所見はみられず、EUSでは全周性に均一な筋層の肥厚を認め、食道内圧検査では下部食道に持続的な高収縮帯がみられた。原発性食道癌、転移性食道腫瘍、アカラシアなどの鑑別のため、PET-CTを行いSUVmax5.9までのFDG異常集積がみられた。9月にEUS-FNAを施行したところ、組織像では低分化な扁平上皮癌の所見であったが、免疫染色ではp40(+), CK5/6(+), CEA(+), CA19-9(+)であり、扁平上皮系と腺系の両者の分化傾向が共存した癌が疑われ、粘表皮癌(mucoepidermoid carcinoma)の診断となった。胸部食道癌(MtLUIG(27-45cm), 全周, 18cm, type4, 粘表皮癌, cT4b(気管, 気管支, 大動脈) N4M0 cStageIV)の臨床診断のもと、経鼻栄養チューブを挿入し栄養管理を行いながら、化学療法を開始、継続している。粘表皮癌は原発性食道癌の中でも稀な癌であり、本症例では粘膜面に露出せず、食道長軸に沿って18cm長にもわたり浸潤するという特異な形態を呈していた。診断に苦慮した稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

食道粘表皮癌, 食道狭窄

2 食道胃接合部癌の脈絡膜転移再発に対して局所放射線療法とSOX療法が奏功した1例

横浜市立市民病院 消化器外科¹⁾, 同 眼科²⁾,
同 病理診断科³⁾,
加藤智尋¹⁾, 田中優作¹⁾, 田中宗伸¹⁾, 木下颯花¹⁾, 大西英之²⁾,
林 宏行³⁾, 藤井義郎¹⁾, 高橋正純¹⁾

【背景】転移性脈絡膜腫瘍は、悪性腫瘍患者の生存期間延長に伴い、報告数が増加している。しかし、原発巣としては乳癌や肺癌が多くを占め、消化管癌からの転移は、統計によると全体の4%と極めて稀である。今回、食道胃接合部癌 Siewert I 型、pT1bN0M0、Stage IBの根治切除後、28ヶ月目に左側の視野異常が出現し、精査の結果、脈絡膜転移と診断された1例について経験したので報告する。【症例】80歳男性。X年2月定期検診の上部消化管内視鏡検査でBarrett食道腺癌と診断され、当科入院となった。同月、胸部中下部食道切除術、後縦隔経路、胸腔内吻合、胃管再建が施行され、組織型tub1-2, HER2 score 1, ly1, v0, pT1bN0M0, Stage IBであった。術後2年間再発なく経過していたが、X+2年5月多発肺転移が指摘された。同年6月には左眼の変視が出現し、頭部MRIを実施したところ、脈絡膜転移と診断されたため、食道胃接合部癌Siewert I 型の再発として、SOX 100療法および左眼球に対して局所放射線療法(45Gy/回)が開始された。有害事象としてGrade1の下痢とGrade 3の食思不振が出現したが、CA19-9の低下と全身状態の改善とともに、眼症状の改善と脈絡膜転移巣の縮小を認めた。【考察】胃癌の転移性脈絡膜腫瘍の症例報告は、これまで十数例と稀である。脈絡膜転移症例は、血行性に全身への多発転移を伴い、予後不良と考えられている。眼症状の進行による失明により、患者のQOLが著しく損なわれることから、早期の診断と治療介入が重要で、文献的にその対策を検討する。

食道胃接合部癌, 転移性脈絡膜腫瘍

3 重度の肺拡散能障害を伴う局所進行食道癌の患者に対して集学的治療を行い、根治切除が施行できた1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 外科
鹿野莉乃, 松本 晶, 黒河内喬範, 入村雄也, 仲吉朋子,
岡本友好

【はじめに】患者の高齢化に伴い重度の並存疾患を伴う食道癌の患者は増えている。食道の切除再建術は侵襲が高いため、耐術能が低い患者には適応にならない場合が多かったが、近年術式の工夫や周術期管理の発展により、その適応は拡大されている。今回、我々は並存疾患に重度の呼吸障害があり、通過障害を伴う局所進行食道癌に対して、集学的な術前管理の後、手術治療を選択し良好な経過をたどった1例を経験したので報告する。【症例】61歳女性。高度なつかえ感を主訴に近医で上部消化管内視鏡を施行したところ、食道癌と診断され、治療目的で当院に紹介された。精査の結果、食道扁平上皮癌Lt cT4a(横隔膜脚) N2M0 StageIVaと診断された。また、並存疾患に甲状腺機能低下症と重度の肺拡散能障害(DLCO2=22, Room Air PaO2 49mmHg, PaCO2 35mmHg)を認めた。高度な通過障害と体重減少を認めていたため、内視鏡的に胃瘻を造設し栄養管理を行い、在宅酸素療法を導入しつつ、術前補助化学療法(DCF)を3コース施行後手術を施行した。肺拡散能の低下があるため、麻酔管理上CO2による気胸は好ましくないと判断され、両肺換気の胸腔鏡手術は選択しなかった。手術はまず片肺換気での麻酔管理が可能なることを試験胸腔鏡で判断したのちに、右開胸下に胸部操作、腹部は腹腔鏡補助下に切除を行った。横隔膜脚は合併した。再建は通常通り、胃管で胸骨後経路に施行した。術後は特に合併症なく軽快したが、在宅調整に時間がかかり術後49日目に退院した。現在、術後約2年軽快したが、再発なく外来で経過観察を行っている。【結語】今回、重度の呼吸障害がある局所進行食道癌に対して、集学的な術前管理の後、手術治療を行った症例を経験した。術前の管理や術式の工夫で良好な経過をたどることが出来た。

食道癌, 呼吸障害

4 気管閉塞を伴う食道癌に対して放射線療法で救命し得た1例

東京女子医科大学病院 消化器・一般外科
齋藤貴範, 鈴木和臣, 小川杏平, 前田新介, 小竹 将, 芹澤朗子,
工藤健司, 谷口清章, 成宮孝祐, 山本雅一

進行食道癌からの気管浸潤、食道気管支漏の発生は10~15%と報告されており、時に気管閉塞を来し救命が必要な状況になり得る病態である。今回、進行食道癌の左気管支浸潤を来し呼吸不全となった症例の、放射線治療により救命し得た症例を報告する。症例は70歳代、男性。嚥下困難を主訴に前医を受診し、胸部中部食道癌と診断されて当院紹介受診となった。精査の結果、左気管支浸潤を疑う進行胸部中部食道癌(cT4b N4 M0 Stage IVa)と診断された。治療方針として化学放射線療法となったが、治療開始予定日の入院14日目に呼吸状態の悪化あり。精査の結果、左気管支浸潤の増悪による左高度無気肺、呼吸不全の状態であった。気管挿管を施行し、入院18日目に気管ステント留置を試みるも、狭窄強く留置不可であった。気管切開を施行した後に、放射線療法の方針として、狭窄部を中心に3Gy×10回の緊急照射を入院31日目から開始したところ、無気肺は改善。CTでも左気管支の開通が確認できた。呼吸状態は安定し、入院50日目に気管切開チューブを抜去した。現在は化学放射線療法を継続している。気管閉塞に対する標準治療として気管ステントが第1選択となるが、照射量を調整することで放射線療法での気管浸潤縮小が可能であった。ステント留置が困難であった食道癌気管浸潤症例に対して、放射線療法は積極的に選択すべき治療法と考えられる。

食道癌気管浸潤, 放射線治療

5 非代償性肝硬変に合併したカンジダ胃潰瘍の一例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科
堀江真生, 尾城啓輔, 中代幸江, 荒畑基子, 片山 正, 財部紗基子,
中村健二, 岸川 浩, 西田次郎

【症例】82歳, 女性【主訴】呼吸苦, 浮腫【現病歴】4年前に肝硬変疑いを指摘されていたが, 転倒による骨折のため通院困難となり前医で訪問診療されていた。2週間前から浮腫増悪しており, 胸水増加による呼吸苦も出現したため当院を紹介受診した。血液検査ではHb5.9g/dl, PT 53%, PT-INR 1.43, Alb2.2g/dl, TB3.9mg/dl, BUN40.4mg/dl, Cr1.95mg/dlと高度貧血及び肝予備能低下, 腎機能障害を認めた。CTでは肝臓の変形や萎縮から肝硬変の状態であり, 少量腹水, 皮下浮腫を認めた。貧血による高拍出性心不全及び低アルブミン血症に伴う浮腫と診断し, 赤血球輸血, 利尿薬, BCAA投与で治療を行い改善傾向となった。第3病日に貧血精査のために上部内視鏡を施行し, 胃体上部小弯に厚い白苔を伴う潰瘍を認めた。観察時には活動性出血はなく, 生検施行し終了した。その後制酸薬で加療したが, 第12病日にHb低下を伴う黒色嘔吐があり, 内視鏡再検で胃潰瘍の治癒不良の所見を認めた。生検結果で潰瘍底に多数のカンジダが指摘され, 血清ビロリIgG抗体陰性であったことからカンジダ胃潰瘍と診断し, フルコナゾール100mgを開始した。その後は再出血の所見なく外来で治療継続中である。【考察】食道カンジダ症は日常診療でも高頻度に認められるが, カンジダが胃潰瘍に関与することは比較的稀である。既報ではカンジダ胃潰瘍は高齢者や糖尿病患者での発症例が多く, 真菌症が免疫抑制状態で合併することが多いことを考慮すると, 胃における免疫低下を示唆すると考えられる。検索した範囲内で非代償性肝硬変にカンジダ胃潰瘍を合併した報告はなく, 貴重な症例と考え報告する。

カンジダ胃潰瘍, 非代償性肝硬変

6 早期胃癌が疑われESD施行した後に確定診断に至ったサイトメガロウイルス胃炎の1例

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科
五十嵐宏伸, 芳賀祐規, 神戸美千代, 酒井美帆, 西村光司,
進行内綾子, 宮村達雄, 伊藤健次, 阿部朝美, 金田 暁, 多田 稔,
齋藤正明, 杉浦信之

【症例】78歳, 男性。【現病歴】冠動脈バイパス術後にエドキサパン内服中であった。X年10月, 腰背部痛で内科初診され, CTの胸腰椎, 肋骨および骨盤骨の硬化性変化およびPSA 406.60 ng/mlと高値で前立腺癌多発骨転移の診断となった。内分泌治療の方針となり, X年12月にPSA 1.28 ng/mlと奏功していたが, 治療中に息切れを自覚し, 鉄欠乏性貧血を指摘された。上部消化管内視鏡検査を施行し, 前庭部小弯から幽門部にかけて発赤調で辺縁不整な潰瘍性病変を認め, 生検で胃癌が否定できない異型細胞を認めた。X+1年1月内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)目的で入院となった。【検査所見】白血球数5000/ μ l, 異型リンパ球は認めず。Hb 9.8 g/dl, AST 20 U/l, ALT 15 U/l, CEA 1.4 ng/ml。【臨床経過】ESD施行し, 25×10mm大の検体を得た。病理学的所見では, 15×10mm大の病変の半分ほどが腺上皮を消失し, 血管内皮の腫大が非常に目立つ幼若な肉芽組織へと置き換えられていた。腫大した内皮の中に非常に大型で核内封入体をもつサイトメガロウイルス(CMV)感染細胞が確認された。潰瘍辺縁の腫大した腺上皮にも腫大した核内封入体を認めた。免疫染色にて封入体はCMV陽性であった。改めて評価した血液検査ではCMV-IgM陰性, CMV-IgGは陽性, CMVpp65抗原(C7-HRP)は陰性であり, 既往感染/慢性感染パターンであった。ESD施行後, 再発や増悪を示す所見はみられていない。【考察】CMV胃炎等多様な病変を呈し潰瘍性病変では消化性潰瘍, NSAIDs胃潰瘍等も鑑別に挙げられ画像診断のみで鑑別困難なことも多い。診断には組織検査が有用だが感度が低く, 診断には十分な組織量を要することもある。本症例のように免疫抑制状態でない患者においても, 胃潰瘍性病変の鑑別診断としてサイトメガロウイルス胃炎を考慮する必要がある。【結語】早期胃癌との鑑別を要しESD後に確定したCMV胃炎の一例を経験した。

早期胃癌, サイトメガロウイルス胃炎

7 骨転移で診断され, 化学療法を10年間継続し, 休業後4年間無再発を維持している進行胃癌の一例

板橋中央総合病院 消化器病センター 内科
奥秋 匠, 奥秋 匠, 坂口恵美, 坂上谷佑, 甲斐亮三, 佐藤利紀,
金子浩明, 今西真実子, 青木いづみ, 山中太郎, 大井 至

初診時57歳女性。2006年1月に左側胸部と背部の痛みを主訴に当院整形外科を受診。転移性骨腫瘍の診断で当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では胃体上部小弯に巨大な2型病変を認め, 生検でModerately differentiated adenocarcinoma, Group Vであった。さらにCT検査で多発肝転移, 大動脈周囲リンパ節転移, 骨シンチグラムで多発骨転移を認めた。以上より進行胃癌, cStage IVbと診断。PS 0であったためSP療法, TS-1 120 mg/day (3週内服2週休薬) + CDDP 80 mg/day (day 8)を開始。第3クール後の検査では, 肝転移およびリンパ節転移の消失, 原発巣の著明な縮小を認めた。第6クール後は原発巣および転移巣ともにcCRとなり, TS-1 120 mg/dayの単独投与(3週内服2週休薬)に変更した。第22クール後に脂肪肝と門脈圧亢進症による食道胃静脈瘤の出現を認め, TS-1の投与スケジュールを2週内服3週休薬に変更。cCRを維持していたため, 10年間で投与終了とした。治療開始から14年, 化学療法の投与終了後4年経過した現在も再発兆候を認めず, CRを維持している。文献的な考察では, 原発巣, 転移巣ともに消失した症例は多数報告されているが, 本症例のように骨転移の消失をみた報告例は他に, TRの1例のみであった。当時の切除不能進行胃癌の化学療法はSP療法のみであり, 5年生存率は5%であった中で, 骨転移まで来したにも関わらず, 内科的治療のみで消失状態を維持している本症例は非常に稀と考え, 文献的考察を含めて報告する。

進行胃癌, 長期生存

8 口腔底癌の腹膜播種により小腸閉塞をきたした1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 感染制御部²⁾,
同 予防医学センター³⁾, 同 光学医療診療部⁴⁾,
浅野宏樹¹⁾, 趙 利奈¹⁾, 皆月ちひろ²⁾, 久保田大¹⁾, 佐藤淳一¹⁾,
小畑美穂¹⁾, 佐久間信行¹⁾, 永尾清香¹⁾, 田村直樹¹⁾, 三浦裕子¹⁾,
深川一史³⁾, 大木大輔⁴⁾, 水谷浩哉¹⁾, 高橋 悠¹⁾, 坂口賀基¹⁾,
辻 陽介¹⁾, 新美恵子³⁾, 山道信毅³⁾, 小池和彦¹⁾

【症例】62歳 男性【主訴】腹痛【既往歴】2型糖尿病 痔瘻(33歳 手術)口腔底癌(57歳 術後 58歳 頸部リンパ節再発, 術後 59歳 左頸部リンパ節再発, 術後・化学放射線療法後)【現病歴】20X0年1月腹痛を主訴に当科受診, 腹部レントゲン撮影にてniveauを認め, 腹部CTにて骨盤内小腸に限局性の壁肥厚と肛門側腸管の虚脱を認め閉塞起点と考えられた。開腹手術歴や腹部への放射線治療歴がなく, 原因不明の小腸閉塞の診断にて精査加療目的に入院となった。【経過】入院後絶食補液, イレウス管挿入し, イレウス造影にて骨盤内小腸のループ形成が疑われCT再検を行ったが, 明らかな内ヘルニア所見はなかった。第8病日造影剤の大腸への流出を認めたため完全な閉塞は否定的と判断し, また症状, レントゲン像にも改善がみられるためイレウス管を抜去し食事再開した。第16病日より腹痛と嘔吐を認めCT再検にて同部位閉塞起点の小腸閉塞再燃を指摘され, 再度イレウス管を挿入した。第21病日の造影で直腸まで造影されたため, イレウス管を抜去, 食事を再開したが, 第24病日に再燃した。保存加療に抵抗性のため当院外科紹介となり, 腹腔鏡下イレウス解除術の方針となった。術中, 原発不明がんの腹膜播種と思われる結節性病変を認め小腸-小腸バイパス術が施行された。術後の腹膜細胞診にてclass V, 腹膜組織診にて扁平上皮癌が検出された。精査目的に上部・下部消化管内視鏡検査, PET-CT, 陰囊・前立腺超音波検査を行ったが明らかな原発巣を指摘できなかった。精査結果と既往歴から口腔底癌・腹膜播種の診断となり当院耳鼻咽喉科にて化学療法の方針となった。【結語】再燃を繰り返した原因不明の小腸イレウスに対し, 腹腔鏡下手術による播種結節の同定で診断が確定した症例を経験した。口腔底癌は一般に肺, 肝臓, 甲状腺, 骨, 腎臓, 副腎などに転移することが知られており腹膜播種の報告例は少ない。今回, 口腔底癌の腹膜播種により小腸閉塞をきたしたという稀少な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

イレウス, 口腔底癌

茅ヶ崎市立病院 臨床研修科¹⁾, 同 消化器内科²⁾
 本間 実¹⁾, 村田依子²⁾, 鶴田絢子²⁾, 藤野洋平²⁾, 上地大樹²⁾,
 乾 麻美²⁾, 辻川真太郎²⁾, 後藤駿吾²⁾, 内田苗利²⁾, 秦 康夫²⁾,
 栗山 仁²⁾

症例は64歳女性。本人希望で毎年上下部消化管内視鏡検査及びCT検査を施行し、X-1年5月のCT検査でも腫瘍性病変は認めず、6月の下部消化管内視鏡検査も終末回腸を含めて粗大病変を認めなかった。株消化管内視鏡検査のちょうど1年後のX年6月に間欠的な腹痛を自覚し、悪心・腹部膨満も出現したため当科受診しCT検査を施行したところ、回盲部腫瘍を認めた。造影CTでは回盲部に造影効果を示す比較的均一な腫瘍を認め、同日の腹部超音波検査では回盲部にMultiple concentric ring signを認め、近位回腸の拡張を認めた。上記の結果から回盲部腫瘍に伴う腸重積と診断し、回盲部切除術を施行した。術中所見では、バウヒン弁から5cm口側の回腸に発生した直径5cmのI型腫瘍を先進部として、回腸が上行結腸に陥入している状態で、術前診断と矛盾しなかった。病理診断はびまん性大細胞型リンパ腫であった。術後経過は良好で、血液内科を有する他院で化学療法を施行し、現在外来通院中である。腸重積は小児の好発疾患として認知されており、そのうち特発性が90%、器質的要因によるものが10%と報告されている。一方成人では器質的疾患によるものが90%に対して特発性が10%程度と逆転している。器質的疾患には癌腫、ポリープ、憩室があり、特に癌腫によるものが全体の60%と言われている。もともと毎年内視鏡検査及びCT検査を施行していた患者であったが、結果的に腸重積発症で診断された回盲部悪性リンパ腫の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸重積, 小腸腫瘍

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾,
 日本医科大学付属病院 消化器内科²⁾
 服部竜也¹⁾, 葉山惟信¹⁾, 塩田香織¹⁾, 箕輪真寿美¹⁾, 肥田 舞¹⁾,
 桐田久美子¹⁾, 吉田祐士¹⁾, 大久保知美¹⁾, 西本崇良¹⁾, 鮑本哲兵¹⁾,
 糸川典夫²⁾, 厚川正則²⁾, 藤森俊二²⁾, 岩切勝彦²⁾

【症例】71歳男性。【現病歴】大酒家で既往に高血圧、多血症、前立腺肥大がある。背部痛を主訴に近医で施行した胸部CTにて多発肝腫瘍が認められ精査目的で当科紹介となった。肝後区域に最大径9cm腫瘍、また肝両葉で数cm以下の腫瘍が散在しており、造影CTではいずれも肝細胞癌の造影パターンであった。背景肝の各種肝炎ウイルスマーカーは陰性、腫瘍マーカーはAFP 8.08ng/mL、PIVKA-2 6510mAU/mL、CEA 2.6ng/mLであった。M2BPGi 3.88 C.O.I.、IV型コラーゲン7S 13.8ng/mLと肝繊維化進行を認めるが、肝予備能はChild-Pugh class Aと代償性肝硬変の所見であった。画像所見と合わせてアルコール性肝硬変に起因した多発肝細胞癌c-stage IVaと臨床診断した。肝後区域9cm大肝細胞癌に対してDEB-TACE施行後、3月からレンパチニブ開始とした。この初回導入目的の入院中に施行した下部消化管内視鏡検査で、肝彎曲に腺腫と思われる一部発赤調の炎症性粘膜を伴う8mm大のJNET 2A 1pポリープを認めた。その後の外来では有害事象もなくレンパチニブを継続できており、造影CTではPR判定(mRECIST)と経過は順調であった。中長期の予後が期待でき、本人のポリープ切除希望もあったため、同年6月に下部消化管内視鏡検査を再施行した。念入な観察・施行医交代や反転操作での検索なども行い、肝彎曲のポリープを指摘できず、この3か月間に消退した可能性が示唆された。【考察】レンパチニブと同種の経口マルチキナーゼ阻害薬であるレグラフエニブは治療不能な進行・再発の結腸・直腸癌に対する薬物療法として確立されており、現在レンパチニブの有効性も検討されている。結腸・直腸癌に対して効果が期待される血管内皮細胞増殖因子(VEGF)阻害作用などが、本症例のポリープ阻血にも奏功し消退に至らしめたと推察される。【結語】肝細胞癌に対してレンパチニブ投与中に消失した大腸ポリープの1例を経験した。

レンパチニブ, 大腸ポリープ

小張総合病院 消化器内科¹⁾, 同 呼吸器内科²⁾
 竹内優太¹⁾, 村松雄輔¹⁾, 新野 智¹⁾, 河添啓介¹⁾, 山下加美¹⁾,
 吉井克己¹⁾, 二宮浩樹²⁾

【症例】79歳、女性【現病歴】悪性胸水を伴う肺腺癌に対して2017年より化学療法施行、2020年X月より四次治療としてnivolumab投与を開始した。10コース投与4日目に血便を主訴に救急外来受診。shock vitalであり、血液検査ではplt 5000/ μ lと著明な低値を認めた。緊急で下部消化管内視鏡検査を施行したところ、盲腸粘膜不整部から湧出性出血を認め、APCにより止血を得た。連日の血小板輸血にも上昇みられず、第4病日にITPの可能性も考慮し、mPSL 40mg/dayを開始した。第5病日の血液検査ではPA-IgG 542ng/107cellと高値であった。同日mPSL 1g/dayのステロイドパルス療法を開始するも一時的に血小板値の上昇を認めたのみであった。第9病日に骨髄穿刺施行、同日より免疫グロブリン製剤の投与を開始した。その後、第13病日にはplt 13.7万と上昇をみとめ、再度著明な減少は認めておらず、安定した経過を辿っている。【考察】免疫チェックポイント阻害薬(ICIs)の副作用である免疫関連有害事象(irAE)として、血液学的疾患が生じることは稀であり、Grade3、4の重篤なものに限れば0.7%であったと報告されている。irAEとして生じたITPの治療は、既報によると古典的ITPと同様であることが多く、自験例においてもパルス療法を含めたステロイド治療、IVIG投与により血小板の上昇を得ることができた。更に自験例ではGrade3の盲腸出血も認め、内視鏡的止血術を必要とした。内視鏡的加療まで必要としたITPに関する報告例はまれである。我々も内視鏡的処置時には診断に難渋し、血小板輸血への反応性が悪い事で初めてITPを想起することができた。幸いにも経過中に致死的な再出血をきたすことは無かったが、来院時の重症度からも、早期にICIsによるITPを鑑別し、治療を開始することが求められた。【結語】ICIsの合併症として比較的稀なITPの症例を経験したのでこれを報告する。臨床経過、治療反応性など不明な点も多く今後の症例集積が望まれる。

nivolumab, ITP

武蔵野赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 外科²⁾
 佐々真優¹⁾, 早川優香¹⁾, 金子 俊¹⁾, 稲田賢人¹⁾, 桐野 桜¹⁾,
 山下洗司¹⁾, 大澤玲於奈¹⁾, 関口修平¹⁾, 樋口麻友¹⁾, 高浦健太¹⁾,
 前屋鋪千明¹⁾, 安井 豊¹⁾, 土谷 薫¹⁾, 中西裕之¹⁾, 板倉 潤¹⁾,
 大和美寿々²⁾, 小郷泰一²⁾, 井ノ口幹人²⁾, 黒崎雅之¹⁾,
 泉 並木¹⁾

【症例】50歳代男性。X年5月より左下腹部痛、頻尿、食思不振が出現した。8月に近医を受診して腹部超音波検査を行ったところ、腹腔内腫瘍を認め、当院を紹介受診した。造影CTでは骨盤内に17cmの多血性腫瘍を認め、腫瘍によりS状結腸が圧排されていた。怒張した下腸間膜動脈が腫瘍辺縁へ向かって走行しており、drainage veinは下腸間膜静脈へ還流していた。また左腎下極レベルの腹側に10cm、左腸骨後レベルの左下腹部に4cm、左腹壁下に1cmの腫瘍を認め、腹膜播種が疑われた。リンパ節転移や肝転移はじめ遠隔転移は認めなかった。上記画像所見より、S状結腸を原発とした管外発育型腫瘍と考えた。確定診断のため、外科にて腹腔鏡下腫瘍生検を行った。腹腔鏡下で観察すると骨盤内に占拠する腫瘍は一部小腸とも癒着しており、左腎下極レベルの腫瘍は大網で被覆されていた。また腹壁や大網には腹膜播種が多数みられた。原発巣からの針生検は行わず、大網の播種結節を2箇所切離して摘出した。病理組織学的には、HE染色で類円形核を有する紡錘形細胞が花筵状配列をとって密に増殖しており、核分裂像は目立たなかった(2/50HPF)。免疫染色ではDOG-1(+), KIT(+), CD34(+), α -SMA(+), S-100(-), Ki-67陽性率約3.2%であった。画像所見とあわせてS状結腸原発のGastrointestinal stromal tumor(GIST)と診断した。転移性GISTとしてイマチニブで治療した。【考察】大腸原発のGISTは全消化管GISTの10%未満と稀である。画像診断は非特異的な所見をとることが多く、他疾患との鑑別が困難であるため免疫染色を含めた組織診断が必須となる。GISTならびに鑑別疾患の画像所見について比較し、文献的考察を加えて報告する。

S状結腸GIST, 腹腔内腫瘍

13 Persistent descending mesocolonを伴う直腸癌に対し腹腔鏡下低位前方切除を行った一例

さいたま市民医療センター 外科
増田 司, 渋谷 肇, 塩谷 猛, 浅古謙太郎

Persistent descending mesocolon(PDM)は発生過程において下行結腸間膜が背側および外側の壁側腹膜と癒合せず、下行結腸が内側に偏位し、S状結腸が小腸間膜や右骨盤腹膜に癒着する固定異常である。血管走行では、下腸間膜動脈が放射状に分岐することがある。今回我々は術中に固定異常を認識した症例を経験したので報告する。症例は74歳男性、便潜血陽性の精査目的で当院へ紹介となった。既往歴は高血圧症、高尿酸血症にて内服加療中。下部内視鏡検査所見では肛門縁より8cmの直腸に1/2周性の2型腫瘍を認め、生検にて高分化腺癌と診断された。注腸検査所見では直腸RSに40mm×20mm大の腫瘍を認めた。腹部造影CT検査所見では直腸に壁肥厚の濃染を認めた。明らかにリンパ節転移および遠隔転移は認めなかった。手術所見は通常通りのポート配置で手術開始したところS状結腸が右側腸管の腸間膜に癒着しており、下行結腸も内側方向へ偏位しており下行結腸の固定異常を認めた。下行結腸が偏位した部位には大網の癒着を認めた。まず大網、S状結腸の癒着を剥離し、通常通りの解剖とした。血管走行を確認し、下腸間膜動脈根部で処理をし、低位前方切除術、D3郭清を施行した。術後は合併症なく経過し、11PODで退院となった。PDMは最近知見も増え術前診断されるようになってきた。今回の我々の症例は注腸所見でS状結腸が右側に偏位しており、下行結腸も肛門側の固定異常を疑う所見があり、腹部造影CT検査所見での血管走行はS状結腸動脈が右側へ分岐をし、術前診断が可能であったと思われる。PDMが予想される症例では、血管走行に注意して正常解剖になるように剥離操作することが重要で手術時間が長くなることを考慮しなければならない。

Persistent descending mesocolon(PDM), 直腸癌

14 長期自然経過を観察し得た肝多包性エキノコックス症疑いの一例

東京女子医科大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾, 同 消化器内科²⁾
竹中雄輝¹⁾, 小木曾智美²⁾, 小笠原友里²⁾, 高鹿美姫²⁾, 新田裕樹²⁾, 佐川千恵²⁾, 五十嵐悠一²⁾, 児玉和久²⁾, 谷合麻紀子²⁾, 中村真一²⁾, 徳重克年²⁾

【症例】89歳、女性【主訴】腹部膨満、体動困難【既往歴】65歳 甲状腺乳頭癌、85歳 大腸癌【現病歴】北海道礼文島で出生し12歳まで島内で生活していた。46歳時に吸気時の右側腹部痛を自覚し、近医を受診した。肝腫大を指摘され当科を紹介受診し、精査のため入院した。腹部エコー検査で右葉に多房性の肝囊胞性病変を認めた。肝生検では局在性にうっ血と門脈域に線維化、脂肪滴、核の空胞化を認めた。腹腔鏡検査では肝表に突出する大小不同の多数の囊胞性病変を認め、腎にも囊胞を認めたことから多発肝腎囊胞が疑われた。その後、退院は自己中断された。84歳時に腹水貯留で他院に入院した際、生活歴と臨床所見から肝多包性エキノコックス症が疑われた。肝囊胞の精査を検討したが、すでに囊胞は変性し治療不能と考えられたことから見送られた。88歳時より食道静脈瘤のため当科再診。肝囊胞はほぼ肝全域を占め門脈右枝は閉塞、肝組織は外側部一部を残すのみで囊胞壁に沿ってリング状の石灰化を認めた。89歳時に歩行、体動困難で当院に救急搬送となった。血液検査では血清アルブミン 2.4g/dL、総ビリルビン 2.2 mg/dL、AST 49 U/L、ALT 22 U/L、 γ -GTP 40 U/L、プロトロンビン時間 57.1%であり、Child-Pugh 12点、grade Cの非代償性肝硬変の診断となった。胸腹水貯留を著明に認め、利尿剤調整を行うも明らかな減少はなかった。肝性脳症、胃前庭部毛細血管拡張症からの出血も来し、肺水腫も進行して呼吸状態が徐々に悪化し、併発した尿路感染症による敗血症により永眠された。【考察】感染性コックス症の届出のほとんどが国内流行地の北海道であり、また臨床経過より肝多包性エキノコックス症が疑われた。確定診断には至らなかったが未治療で長期自然経過を追跡した貴重な症例であり、若干の文献的考察も加えて報告する。

肝多包性エキノコックス症, 非代償性肝硬変

15 市販薬であるカロリミットにより発症した薬剤性肝障害の一例

日本医科大学武蔵小杉病院・消化器内科
加藤世宗, 阿川周平, 牧田智彦, 野崎雄一, 山脇博士, 小高康裕, 植木信江, 二神生爾

症例は53歳女性、X年8月上旬に腹痛と黄疸を認め、近医を受診し、肝胆系酵素の上昇を認めたため当院紹介受診となった。受診時ALP 499 IU/L、AST 456 IU/L、ALT 643 IU/L、 γ -GTP 616 IU/L、T-Bil 3.59 mg/dL、D-Bil 2.77 mg/dLと著明な肝機能異常を認め、腹部CTにて明らかな肝腫瘍等は認めないものの肝腫大があり、急性肝炎を疑う所見であったため、精査目的に入院となった。既往歴はなく、飲酒は機会飲酒、喫煙歴は無い。家族歴として父親に胆管癌があった。入院後の血液検査では各種肝炎ウイルスマーカーや自己抗体は陰性であり、明らかな肝機能障害の原因となりうる所見認めなかった。病歴より閉塞性黄疸を疑い、第5病日にMRCPを施行したところ、総胆管に一部狭窄を疑う所見を認め、胆管癌による閉塞性黄疸も否定できないため、第6病日にERCP、ENBDチューブ留置を行った。その際にMRCPでの狭窄部において行った擦過細胞診と連日の胆汁細胞診は全てclass IIであった。ENBDチューブより胆汁は良好に排出されていたが、Bil値が増悪傾向であることから閉塞性黄疸は否定的と考え、第9病日のENBD造影にて再度狭窄のないのを確認した後ENBDチューブ抜去を行い、再度行ったMRCPでも狭窄が無いことより閉塞性黄疸は否定された。第12病日施行の肝生検では脂肪肝と胆汁うっ滞型の肝炎を疑う所見を認め、再度詳しく病歴を聴取したところ、同年5月より大人のカロリミット(株式会社ファンケル)の服用があったことが判明した。これらより薬剤性肝障害を疑い、ウルソデオキシコール酸の内服を開始した。第15病日にT-Bil 8.5、D-Bil 6.5まで上昇を認めたが、第22病日にBil値のピークアウトを認め、その後の改善傾向より外来ワークシート。大人のカロリミットのDLSTは陽性で、DWW-J2005ワークシート診断基準のスコアリングでは7点となり、薬剤性肝障害と診断した。今回診断に難渋した肝機能障害の一例を経験した。日常に服用され、薬剤の認識がないため病歴聴取の際に伝えないことがある。他の薬剤性肝障害の報告とも比較検討し報告する。

薬剤性肝障害, 肝炎

16 遺伝子解析により確定された大量輸血後のE型急性肝炎の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 総合教育研修センター¹⁾, 同 消化器内科²⁾
川西真明¹⁾, 河崎 翔²⁾, 田中将平²⁾, 伊藤 剛²⁾, 北畑富貴子²⁾, 水谷知裕²⁾, 新田沙由梨²⁾, 福田将義²⁾, 村川美也子²⁾, 油井史郎²⁾, 根本泰宏²⁾, 岡田英理子²⁾, 大島 茂²⁾, 井津井康浩²⁾, 中川美奈²⁾, 土屋輝一郎²⁾, 柿沼 晴²⁾, 東 正新²⁾, 朝比奈浩浩²⁾, 岡本隆一²⁾

【症例】73歳男性。【既往歴】73才：大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症、73才：右中葉肺癌【飲酒歴】なし【現病歴】20XX年4月大動脈弁狭窄兼閉鎖不全症に対して大動脈弁置換術を施行し、術中と術後心タンポナーデに対し複数回輸血(濃厚赤血球を計32単位、新鮮凍結血漿を計260単位、濃厚血小板を計80単位)を行った。5月に軽快退院したが、2週間後の外来受診時に肝酵素上昇を認め、薬物性肝障害を疑い薬物中止で経過を見たが6月に肺癌手術目的で再入院したところAST 617 U/L、ALT 364 U/Lと増悪を認めた。精査にて4月に陰性であったHBs抗体・HCV抗体の陽転化およびHEV-IgA抗体陽性を認めたが、HBV DNA、HCV RNAはいずれも陰性でありHEV RNAのみ10000 copies/mlと陽性だったことからE型急性肝炎と診断した。保存的加療にて肝酵素は改善し、7月にはHEV RNAの陰性化を確認した。HEVの感染経路として生肉等の摂食歴はなく輸血との関連を疑った。輸血製剤の保管検体計49本についてHEV-NATを施行したところ、新鮮凍結血漿1本、濃厚赤血球1本の計2本がNAT陽性となり、ORF1、2領域のシーケンスにて新鮮凍結血漿検体中HEVと患者血清中HEVは全塩基配列が一致しgenotype 3であった。【考察】輸血後の肝障害の鑑別として稀ながらE型肝炎を念頭に置く必要がある。本症例も当初薬物性肝障害を疑ったが、スクリーニングによるIgA-HEV抗体陽性からE型急性肝炎の診断に至った。輸血後E型肝炎のリスクとして高齢、免疫抑制状態などがあり本症例も手術侵襲による影響が考えられたが、輸血後59日で肝酵素のピークアウトを認め慢性化はきたさなかった。また本症例では新鮮凍結血漿が感染源として同定されたが、献血検体におけるNAT陽性率が4% (2/49)と既報に比べ極めて高かった。2020年8月からHEVの個別NATスクリーニングが全国で導入され今後は輸血感染の減少が期待されるが、新鮮凍結血漿については1年間回検体が混在するため引き続きの注意が必要である。【結語】遺伝子解析により確定された大量輸血後のE型急性肝炎の症例を経験したので報告する。

E型肝炎, 輸血感染

17 内科治療で劇症化の回避が可能になった抗ミトコンドリアM2抗体陽性を伴う急性肝不全の一例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）¹⁾、
慶應義塾大学病院 卒後臨床研修センター²⁾
柴田麻衣^{1,2)}、野口二三枝¹⁾、楢 柏松¹⁾、田淵貴也¹⁾、春日良介¹⁾、
星 瞳¹⁾、吉田 文¹⁾、森川 麗¹⁾、谷木信仁¹⁾、中本伸宏¹⁾、
金井隆典¹⁾

【症例】54歳、男性【主訴】皮膚黄染【現病歴】X年7月に皮膚黄染を指摘され前医受診したところ肝胆系酵素の著明上昇を認め入院、保存的に加療されるも改善に乏しかった。抗ミトコンドリアM2抗体(AMA-M2)強陽性(245U/mL)、ANA 80倍が判明し、黄疸(T-bil=32.0mg/dL)、PT-INR延長(2.07)増悪に対し移植の適応考慮のため当院転院。胆道閉塞や肝炎ウイルスの急性感染は否定された。【経過】転院時MELD score 32、岩手医大劇症化予測 86%であったが2度以上の肝性脳症を認めず移植の概要説明のみ行なった。ANA80倍陽性であったがIgG 1560mg/dL、男性、AMA陽性のため1999 revised IAIHG診断基準では(生検前)7点と確診・疑診にならず、Paris基準を満たさなかった。臨床的には急性発症重症型AIHに矛盾しないため国際ガイドラインに準拠し入院当日からPSL trialを施行。ALT、PT-INR改善傾向となるも肝予備能は正常化せず、第14病日に肝生検を実施した。中沼分類CA2 HA3とPBCの所見を示唆する一方、AIHを示唆するemperipolesis, interface activity、更に急性発症重症型AIHを示唆するcentrilobular necrosisも認めため、PSL-partial responderとして第24病日に漸減中PSLに加えてシクロスポリンA持続静注を開始した。経過中CMV antigenemia陽転を認めたがガンシクロビルにて陰転し、肝予備能が改善傾向(MELD score 13)となったため第47病日に退院した。現在は肝予備能正常であり外来通院継続中である。【考察】急性発症重症型AIHは非典型的な経過を辿ることが多い。しかし急性肝不全は自然経過のみでは予後不良であり早急な治療介入が推奨される。一般的にM2抗体陽性PBCに対しPSLが奏功しないためPSLの開始が躊躇されることもあるが、本症例のようにPBC+AIH overlap症候群でAIHの要素が急性重症型として発症する可能性があり注意が必要。【結語】内科治療で劇症化の回避が可能になった抗ミトコンドリアM2抗体陽性を伴う急性肝不全の一例を経験した。当院で経験した5例のM2抗体陽性急性発症重症型AIHのまとめ及び若干の文献的考察を加え報告する。

急性肝不全、自己免疫性肝炎

18 リファキシミン内服によりPIVKA-IIが著明に上昇した肝性脳症の一例

佐野厚生総合病院 消化器内科
中川亜実、近藤まゆ子、須永将梧、北川清宏、野田まりん、
久武裕太、寺元 研、東澤俊彦、岡村幸重

【背景】リファキシミンは、腸内細菌のDNA依存性RNAポリメラーゼに作用する難吸収性抗菌薬である、肝性脳症の新規治療薬である。副作用として便秘・下痢、偽膜性腸炎などが挙げられるが、リファキシミンがビタミンK代謝やPIVKA-IIに与える影響に関する報告はない。【症例】77歳女性。201X-3年からC型肝炎代償性肝硬変で当科通院中で、肝細胞癌に対して2度のTACE施行歴があった。201X-1年4月よりDAA製剤を導入したところ肝性脳症を併発した。以降、肝性脳症を繰り返す状況が続いていた。レボカルニチンと排便コントロールにてDAA製剤を完遂し、その後SVRを得ることができた。その後も肝性脳症の増悪を認めたため、リファキシミンの内服を開始した。201X年6月から、それまで正常化していたPIVKA-IIが単調増加し同年12月には658に至った。ダイナミックCT検査を施行しても、肝細胞癌の再発を認めなかった。その後もPIVKA-IIの上昇が続いていたためリファキシミンによるビタミンKの代謝異常を疑い、ビタミンKの投与を開始したところPIVKA-IIは正常範囲まで改善した。【考察】PIVKA-IIは一般に背景肝に影響を受けない肝細胞癌マーカーとして利用される。しかし本症例においては画像上肝細胞癌の再発を認めず、慢性的なビタミンK代謝異常をきたしたと考えられた。極端な食事量減少はなかったため単純な食餌性のビタミンK1摂取不足は考えにくく、リファキシミン長期内服による腸内細菌叢の変化を原因としたビタミンK2吸収障害に加えて、ビタミンK代謝を阻害する機序が存在する可能性が示唆される。肝性脳症の新規治療薬であるリファキシミンによるビタミンKの代謝異常を来した報告は過去になく、希少な症例でありここに報告する。

リファキシミン、PIVKA-II

19 発熱を主症状とした肝血管腫の一切除術

杏林大学医学部付属病院 肝胆外科¹⁾、同 病理学教室²⁾
鍵渡 宝¹⁾、松木亮太¹⁾、百瀬博一¹⁾、小暮正晴¹⁾、鈴木 裕¹⁾、
柴原純二²⁾、森 俊幸¹⁾、阪本良弘¹⁾

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

肝血管腫、肝切除術

20 正常肝に発生した肝細胞癌に対して集学的治療が奏功した1例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター¹⁾、
杏林大学医学部 消化器内科学²⁾、同 消化器・一般外科学³⁾、
同 病理学教室⁴⁾、
新百合ヶ丘総合病院 肝疾患低侵襲治療センター⁵⁾
江藤晃一郎¹⁾、清水孝夫²⁾、川村直弘²⁾、菊池扇輝²⁾、箕輪慎太郎²⁾、
三浦みき³⁾、關 里和³⁾、百瀬博一³⁾、松木亮太³⁾、小暮正晴³⁾、
鈴木 裕³⁾、森 俊幸³⁾、阪本良弘³⁾、大森嘉彦⁴⁾、柴原純二⁴⁾、
國分茂博⁵⁾、森 秀明³⁾、久松理一²⁾

症例:50歳代女性。主訴:特になし。現病歴:201X-1年10月、前医で肝機能障害と腹部超音波で肝内に腫瘍影を認め201X年1月に消化器外科に入院した。腹部造影CTで肝S4/S5領域に動脈相で濃染し後期相でwash-outする長径90mmの腫瘍影を認めた。肝細胞癌を考へ、201X年2月に肝切除術を施行した。病理診断は分化型肝細胞癌であり非癌部は正常肝が背景で炎症細胞浸潤、線維化や脂肪変性は認めなかった。経過観察中の201X年10月、Gd-EOB-DTPA造影MRI(以下、EOB-MRI)で肝内に数か所の腫瘍影を認め、一部は肝細胞癌相では低信号、拡散強調像では高信号として描出された。造影超音波はS4に15mm、S7に25mmの血管相で濃染する病変を認め後血管相で造影欠損域として描出されたため肝細胞癌の再発と考へた。201X年11月、上記の病変に対してラジオ波焼灼療法(以下、RFA)施行目的で当科へ入院した。既往歴:気管支喘息。常用薬なし。飲酒歴なし。現症:意識清明。血圧115/77 mmHg。体温36.7℃。脈拍78/分。整。貧血・黄疸なし。腹部平坦。軟。腹部正中に手術痕あり。肝腫触知せず。腹水なし。下腿浮腫なし。検査所見:血液、凝固能、生化学検査に異常所見なし。肝炎ウイルス陰性。抗核抗体や抗ミトコンドリアM2抗体は陰性。腫瘍マーカーはAFP 132.8 ng/ml、PIVKA-II 281 mAU/mlと上昇あり。経過:入院後、S4、S7の病変に対してRFAを施行した。退院後201X年12月、EOB-MRIを施行したところ肝細胞癌相で最大で12mmの計5か所の造影欠損像を認め一部は拡散強調像で高信号を呈した。AFP、PIVKA-IIは低下せず肝細胞癌の再発と考へた。前治療から短期間で急速に腫瘍影が増大していることを考へ同年同月、同部位にエビリンシン使用しDEB-TACEを施行した。その後は再発もなく経過している。考察:肝細胞癌は慢性肝炎患と関連があり肝炎ウイルスの他、アルコール性肝炎、非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)、自己免疫性肝炎患等原因となる。しかし非硬変肝に発生する肝細胞癌も少なからず存在し近年ではB、C型肝炎のない肝臓からの発生頻度は増加している。症例は正常肝に発生し、肝切除後に再発を認めた1症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

肝細胞癌、正常肝

21 IgG4関連硬化性胆管炎による腫瘤形成により胆管癌との鑑別が困難であった1例

東京女子医科大学 卒後臨床研修センター¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 中田剛嗣¹⁾, 植村修一郎²⁾, 樋口亮太²⁾, 谷澤武久²⁾, 松永雄太郎²⁾, 時任史聡³⁾, 山本智子³⁾, 山本雅一²⁾

症例は50歳男性。嘔気、皮膚黄染あり前医受診。血液検査にて黄疸 (T-bil: 9.9 mg/dl) および肝胆系酵素上昇あり (IgG4値は143 mg/dl)、造影CTにて肝門部に辺縁不整、境界不明瞭な低吸収域を認め、ERCPにて肝門部領域胆管に狭窄像を認めた。胆汁細胞診はClass 3、胆管狭窄部および十二指腸乳頭生検では炎症性変化のみでIgG4陽性形質細胞は<1/HPFであった。以上病理組織学的には確定できなかったものの画像検査にて肝門部領域胆管癌が疑われたため、ENBD減黄後に当科紹介となった。当院造影CTでも肝門部に辺縁不整、境界不明瞭、hypovascularな腫瘍像あり同腫瘤により肝門部胆管は狭窄、門脈主幹に接し前区域枝は巻き込まれ狭小化しており、Bismuth 3a型肝門部領域胆管癌、門脈浸潤 (本幹～前区域枝)、右肝動脈浸潤 (組織学的証明なし) と診断し、右肝に門脈塞栓術を行った後に右肝尾状葉切除、胆管切除再建、門脈合併切除再建を施行した。術後重腸閉塞を認めたが、保存的加療にて改善し第33病日に退院した。肉眼的には肝門部胆管粘膜面には不整を認めず、剖面にて肝門部領域および前区域門脈周囲に黄白色の結節を認めた。病理組織学的に結節部はリンパ球浸潤を伴う強い炎症、線維化を伴い、IgG4陽性形質細胞 >30/HPFおよび閉塞性静脈炎も認め、IgG4関連硬化性胆管炎 (IgG4-related sclerosing cholangitis: IgG4-SC) と診断された。以上のごとく、本症例はIgG4-SCにより腫瘤を形成し、門脈を巻き込んでいた。肝外病変を伴わないIgG4-SCで、さらに術前精査にて門脈浸潤を伴う肝門部胆管癌との鑑別が困難であり、門脈合併切除再建まで行わざるを得なかった、という点で稀有であるといえるため、若干の文献的考察を含め報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎、肝門部領域胆管癌

22 胸腔内穿破を引き起こした黄色肉芽腫性胆嚢炎に対する保存的加療で改善した1例

埼玉石心会病院 消化器内科
薄田 暁, 水野寿一, 山田 葵, 宮本勇治, 阿部敏幸

【症例】78歳男性。【既往歴】肺気腫合併線維症、アスペルギルス菌球症、在宅酸素療法 (3.5L/分)、2型糖尿病【現病歴】20XX-1年に黄色肉芽腫性胆嚢炎を疑われ経過観察されていた。20XX年X月呼吸苦増悪、右季肋部痛出現し当院内科外来受診した。CTを撮影したところ、胆嚢が横隔膜を貫き胸腔内に穿破しており、胸水貯留も見られたため当科に紹介となり緊急入院となった。【入院経過】呼吸機能低下しており手術は困難であったため、カルバペネムIgを1日3回投与し保存的加療の方針となった。状態改善せず、第4病日に内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージを施行した。胆嚢造影では胆嚢頸部が狭窄しており、胸腔内穿破している底部はその先にあることが確認された。胆汁培養でメチシリン耐性表皮ブドウ球菌が検出されたため第10病日にクリンダマイシン600mgの1日2回投与に変更した。第1病日にはCRP29.2mg/dLであったが第14病日にはCRP4.5mg/dLまで改善した。また胸水貯留に対して第11病日、第15病日に胸腔穿刺を施行し、血性胸水合計900mL排液した。胸水培養では菌は検出されず、胸水生化学ではビリルビン5.0mg/dLと高値であり胆嚢が胸腔と交通していることが示唆された。その後状態改善し、第19病日にドレナージチューブ抜去し、第27病日に退院となった。【考察と結語】黄色肉芽腫性胆嚢炎は胆嚢壁の肥厚を伴う胆嚢炎で壁内に黄色のxanthoma cellと呼ばれる組織球を主体とした肉芽腫を形成する疾患である。周囲組織に炎症性浸潤を伴い進展し、胆嚢癌との鑑別が問題となることがある。本症例は胆汁細胞診でClass2の検出に留まり黄色肉芽腫性胆嚢炎と暫定診断を下し治療の継続を行った。臨床経過から炎症が横隔膜に波及し、胸腔内穿破を引き起こしたと考えられる。我々が検索した限りでは本邦での胆嚢炎胸腔内穿破報告例は見られず比較的まれな疾患と考えられるため報告する。

黄色肉芽腫性胆嚢炎、内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ

23 C型慢性肝炎治療後、肝障害を契機に診断されたIgG4関連硬化性胆管炎+自己免疫性膵炎の一例

東京通信病院 消化器内科
井川彩土, 松井 徹, 古谷建悟, 加藤知爾, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

症例は70歳男性。C型慢性肝炎に対してDAA製剤で治療後、2年間SVRを維持していた。定期的な外来採血でGOT 119 IU/L、GPT 166 IU/Lと軽度の肝機能障害と胆道系酵素の上昇を認めた。腹部CTを撮影したところ、肝門部胆管に造影効果を有する壁肥厚および肝内胆管の拡張を認めた。ERCPでは肝門部に比較的スムーズな胆管狭窄を認め、同部位から胆管生検を行ったが、悪性所見や有意なIgG4陽性細胞は認めなかった。超音波内視鏡では肝門部胆管に腫瘍性病変を認め、膵実質は早期慢性膵炎の像を呈していた。膵に対して超音波内視鏡下穿刺吸引を行ったところ、著明なIgG4陽性細胞浸潤、花筈状線維化および閉塞性静脈炎を認めた。IgG4関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) + 1型自己免疫性膵炎 (AIP) を念頭にPSL30mgから経口投与を開始したところ、肝胆系酵素は低下し、基準範囲内に落ち着いた。IgG4-SCとAIPは良性的の全身疾患の一つであるが、悪性腫瘍との鑑別が困難な場合がある。両者が並存する頻度は高く、発見の契機としては腹痛や倦怠感、黄疸などが挙げられる。いずれも特異的なものではないものの、症状が出現すれば診断の手がかりとなることが多い。本症例は肝炎治療後、軽度の肝障害で偶発的に発見されたため、当初は典型的な画像所見を呈さなかった可能性がある。胆管病変の画像診断は困難であったが、IgG4-SC+AIPを念頭に施行したEUS-FNAが診断に役立った一例であった。

硬化性胆管炎、自己免疫性膵炎

24 肝細胞癌腹膜播種術後の肝内再発に対する根治的外科切除が可能であった1例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科
園田匡史, 三原史規, 伊藤橋司, 清松知充, 徳原 真, 山田和彦, 竹村信行, 國土典宏

【緒言】肝細胞癌の肝外転移 (肺転移、副腎転移、リンパ節転移、播種) に対する標準的治療法は分子標的治療薬であるが、肝内病変がない場合、もしくはコントロール良好な場合には外科的切除を含む局所療法が検討されることがある。今回、肝細胞癌腹膜再発切除後の肝内再発に対して根治的外科切除が可能であった1例を報告する。【症例】84歳男性。nonBnonC肝細胞癌に対して肝亜区域 (S5) 切除術後5年目に肝穹曲部への腹膜播種 (単発) を指摘され、播種結節および右半結腸切除術を施行された。高齢にて補助療法は施行せず経過を見たが、播種切除より1年後のフォローCTにて肝S2に造影効果を伴う腫瘍影 (18mm大) が認められた。同部位はdynamic MRIにて動脈相でリング状増強後にwash out傾向があり、肝細胞相で取り込み低下を認め、肝細胞癌再発と考えられた。肝機能はChild Pugh分類A (5点)、ICG試験にて15分値14.6%であった。明らかな播種再発は認められなかったため、肝 (S2) 部分切除術を施行、病理所見では低分化型の肝細胞癌であった。明らかな合併症なく術後7日目に退院した。現在播種切除後1年3ヵ月、再肝切除後3ヵ月、腫瘍マーカーの上昇認めず、画像上も明らかな再発を認めることなく、経過観察中である。【結語】肝細胞癌腹膜再発切除後の肝内再発に対して根治的外科切除が可能であった1例を経験した。腹膜再発であっても切除により病勢のコントロールが可能となる場合がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌、腹膜播種

NTT 東日本関東病院 外科

隅野幹章, 沖永裕子, 神馬真里奈, 壺谷友宏, 高山真秀, 渡辺祐記, 布施匡啓, 田中雄也, 佐久間淳, 嵯山将士, 中嶋健太郎, 佐藤彰一, 長尾厚樹, 里館 均, 奈良智之, 野家 環

症例は66歳女性。近医スクリーニング目的の腹部エコー検査で肝尾状葉に接する直径35mm大の低エコー腫瘍を指摘され当院紹介受診。腹部造影CT検査では後腹膜に境界明瞭で辺縁の早期濃染効果を有する腫瘍として描出された。超音波内視鏡検査では、一部石灰化を伴い内部に嚢胞を有する腫瘍であった。超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で、紡錘形細胞の増殖像が認められParaganglioma(傍神経節腫)の疑いで、手術の方針となった。術中所見では腫瘍は後腹膜に存在し、富血性で右下横隔動脈からのfeedingと下大静脈へのドレーナージ血管が目立った。また、腹腔動脈右側の腹腔神経節からの連続性がありparagangliomaに合致する所見であった。腫瘍から距離をとり神経束を切離し完全切除した。paragangliomaは自律神経系の傍神経節組織から発生する腫瘍で、広義の褐色細胞腫に分類される。腹腔原発では後腹膜、とくに腎周囲・大動脈周囲に好発する。後腹膜腫瘍は全腫瘍の0.2%と稀な疾患であるがparagangliomaは後腹膜腫瘍のうちの約2%と非常に稀である。本症例につき文献的考察を加えて報告する。

後腹膜腫瘍, paraganglioma

獨協医科大学 第二外科

坂野めぐみ, 松本尊嗣, 青木 琢, 宮下将太郎, 山口教宗, 櫻岡佑樹, 白木孝之, 森 昭三, 儀 幸博, 窪田敬一

症例は43歳男性。32歳時、下行結腸癌に対する外科切除の既往あり。検診の腹部超音波検査にて膵尾部の嚢胞性病変を指摘され、経過観察されていたが増大傾向を認めたため、精査加療目的に当科紹介となった。血液検査では腫瘍マーカーの上昇無し、腹部超音波検査では単房性の嚢胞性病変の内部に4mm大の隆起性病変を認めた。ダイナミックCTでは膵尾部に15mmの薄い隔壁を伴う嚢胞性病変を認めた。PETでは有意なFDGの異常集積は指摘出来なかった。以上から増大傾向を伴う膵管内乳頭粘液性腫瘍を第一に考え膵体尾部切除術を施行した。術後はISGPF grade Bの膵液瘻を認めたが保存的に改善し第35病日に軽快退院した。切除標本上、膵尾部、脾門部に近接した脂肪織内に18x15mmの嚢胞性病変を認め、組織学的に嚢胞は副脾の内部に形成された、重層扁平上皮に覆われた単房性嚢胞で、epithelial cystと診断した。膵内副脾に発生するepithelial cystは非常に稀であり、術前に確定診断されることは少ない。今回、術後病理検査にて診断し得た1例を経験したので文献的考察を含め報告する。

副脾, epithelial cyst

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾,

同 消化器・一般外科²⁾

山下麻由¹⁾, 清川博史¹⁾, 小松拓実¹⁾, 中本悠輔¹⁾, 近江亮介¹⁾, 服部美紀¹⁾, 佐藤義典¹⁾, 池田佳子¹⁾, 山下佳幸¹⁾, 山本博幸¹⁾, 前畑忠輝¹⁾, 安田 宏¹⁾, 牧島良二²⁾, 大坪毅人²⁾, 伊東文生¹⁾

【症例】78歳、女性【既往歴】慢性閉塞性肺疾患、高血圧、心房細動、胆石胆囊炎、虫垂炎、腹壁瘢痕ヘルニア、早期胃痛【常用薬】リパーロキサパン、ジルチアゼム塩酸塩、カンデサルタンシレキセチル、ベラパミル塩酸塩、ビソプロロールフル塩酸塩、インデカテロール塩酸塩、グリコピロニウム臭化物カプセル【生活歴】飲酒歴：なし、喫煙歴：15本/日(50歳時禁煙)【経過】20XX年9月CT検査にて右肺中葉に小結節陰影が指摘されたため、20XX年10月24日CT検査を施行したところ、偶発的に腹腔内遊離ガスが指摘された。造影CT検査にて消化管穿孔を示唆する所見はなく、腹痛を認めず、血液検査にて炎症反応上昇も認めなかったことから特発性気腹症が疑われ経過観察目的に入院となった。第5病日のCT検査では腹腔内遊離ガスは消失しており、食事開始するも症状出現なく、第7病日に退院となった。退院後、上部および下部消化管内視鏡、カプセル内視鏡、経口的ダブルバルーン小腸内視鏡を実施したが全消化管に腹腔内遊離ガスの原因となり得る異常所見は認めなかった。また、泌尿器科および産婦人科疾患の有無について精査目的に超音波検査およびMRI検査を行ったが、腹腔内遊離ガスの原因となるような異常所見を認めず、特発性気腹症と診断した。その後、無症状にて外来通院されていたが、20XX+1年9月18日に施行したCT検査にて再度腹腔内遊離ガスが認められ、前回同様は無症候性であり特発性気腹症の再発と診断した。【考察】特発性気腹症は比較的稀な疾患であるが、外科的手術を施行された報告も少なくない。腹腔内遊離ガスは消化管穿孔に伴ってみられることが多い所見であり、外科的緊急手術の適応を考慮する必要があるが、腹部症状に乏しい場合には、本症を念頭に置くことで不必要な手術侵襲を回避できる可能性がある。今回われわれは再発を認めた無症候性の成人特発性気腹症を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

特発性気腹症, 無症候性

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 初期研修医¹⁾,

同 消化器内科²⁾

藤枝結祐¹⁾, 有賀啓之²⁾, 鹿志村純也²⁾

【はじめに】自己免疫性膵炎(Autoimmune pancreatitis, 以下AIP)は膵内分泌・外分泌両機能の低下をきたす。2002年の全国調査では67%に糖尿病の合併が報告され、AIPの治療には糖尿病を含めた治療を検討する必要がある。今回、糖尿病の増悪を契機に診断されたAIPを経験したので報告する。

【症例】70代、男性。(主訴)糖尿病増悪。(既往歴)62歳、糖尿病。63歳、心筋梗塞。(生活歴)喫煙15本/日。飲酒1合/週。(現病歴)X年Y月白内障治療で他院眼科を受診時に糖尿病の増悪を指摘され当院へ紹介となった。(身体所見)バイタルは保たれていたが両側顎下部の無痛性腫大を認めた。(血液検査)糖尿病はHbA1C 10.4%と高値で、IgG 2126mg/dl、IgG4 572mg/dlと上昇していた。肝胆道系酵素の上昇はなく、他に軽度の腎機能低下を認めた。(画像)CTで膵臓は全体に腫大し被膜様構造が疑われた。MRIやERCPでは膵頭部に狭細像を認め、ERCP時に行った膵液細胞診では悪性所見を認めなかった。(経過)顎下部の腫大は耳鼻科で精査を行い、唾液腺炎と考えられた。自己免疫性膵炎臨床診断基準2018より自己免疫性膵炎 確診と診断し、ステロイド治療を開始した。糖尿病に対してはインスリンによる強化療法を開始した。治療により顎下部の腫大や糖尿病は改善しインスリン治療は中止し内服治療を継続している。

【まとめ】厚生労働省難治性膵疾患に関する調査研究班が2005年に行った全国調査では膵性糖尿病の年間受療者数は約2万人と推定され、成因としては慢性膵炎が4割と最多で、AIPは全体の約6%であった。AIPの治療目的で使用されるステロイド治療により25~40%の症例で改善すると報告されるが、ステロイドにより高血糖を誘発するため、通常の糖尿病と比較し血糖管理が重要であり、当院の症例に文献的考察を加え報告する。

自己免疫性膵炎, 糖尿病

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
廣池 聡, 永井一正, 奴田原大輔, 菊地美穂, 阿部正和, 松江右武,
平良淳一, 中村洋典, 北村勝哉

症例は66歳女性。20XX年Y月近医での血液検査にてHbA1cおよびCA19-9, Span-1の上昇と腹部USにて膵頭部腫瘍, 周囲リンパ節腫大を認めた。膵癌が疑われ精査加療目的に当院紹介となった。血液検査にてCEA 332 ng/mL, CA19-9 > 12,000 IU/mLと上昇し, 造影CTにて膵頭部に遅延性濃染を呈する35mm大の腫瘍と肝臓内に多発する乏血性腫瘍を認めた。膵頭部腫瘍は超音波内視鏡(EUS)所見上, 境界明瞭な低エコー腫瘍として描出され, 胆管に圧排狭窄像を認めた。膵腫瘍, 肝腫瘍, 脾周囲の腫大リンパ節に対してEUS下穿刺生検(EUS-FNB)を施行したところ, 組織診断結果はいずれもadenocarcinomaであった。胆管の圧排狭窄像が膵癌としては非典型的の所見であったが, 膵頭部癌の肝・リンパ節転移と考えられた。再度施行した造影CTにて上行結腸に腫瘍を認めたため大腸内視鏡検査を施行したところ, 上行結腸に3型腫瘍を認め, 生検にてadenocarcinomaと診断した。EUS-FNB検体を免疫染色したところ, いずれもCK20+, CK7-, CDX+, MUC2+, CA19-9-であり, 大腸癌を示唆する染色パターンであった。以上より上行結腸癌の膵転移, 肝・リンパ節転移と診断した。大腸癌の他臓器転移のうち膵転移の頻度は1.7%と稀である。本症例は造影CTにて上行結腸腫瘍を拾い上げ, EUS-FNB検体の免疫染色にて診断に至った。EUSの胆管圧排狭窄像は膵癌として非典型的な所見であり, 膵腫瘍を認めた場合は他臓器癌の膵転移も鑑別に挙げるのが重要と考えられた。今回, 膵癌との鑑別を要した上行結腸癌膵転移の1例を経験したので報告する。

膵転移, 免疫染色

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同病理検査科²⁾,
横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学³⁾
金井春果¹⁾, 本庄香子¹⁾, 諸井厚樹¹⁾, 佐藤晋二¹⁾, 高野幸司¹⁾,
森川瑛一郎¹⁾, 池田隆明¹⁾, 飯田真枝²⁾, 辻本志朗²⁾, 細野邦広³⁾

症例: 63歳、女性。現病歴: 糖尿病、脂質異常症で近医通院中、スクリーニングで施行した腹部エコーで膵体部に嚢胞性病変を指摘され、画像精査目的で当科紹介受診となった。検査成績: WBC 7600/μl, RBC 492x10³/μl, Hb 13.2 x10³/μl, Hct 42%, Plt 33.1 x10³/μl, AST 17U/l, ALT 14U/l, LDH 195U/l, ALP 190U/l, γ-GTP 11U/l, AMY 48U/l, CEA 3.4ng/ml, CA19-9 < 2.0U/ml。臨床経過: 膵体部病変の評価目的で施行したMRIで、膵体部の小嚢胞以外に、膵頭部にT2WIで僅かに高信号、DWIで拡散低下を示す径10mmの小結節を指摘された。Dynamic CTでは、同部位に多血性の小腫瘍の存在が疑われた。画像所見より膵神経内分泌腫瘍(P-NET)を疑い、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)による組織診断の方針とした。辺縁に血流を認める内部均一な低エコー腫瘍を膵頭部に確認し生検を施行した。組織所見では、異型性に乏しい腫瘍細胞のシート状増生を認め、同細胞は免疫染色でchromogranin A, synaptophysinおよびCD56が陽性であり、MIB-1標識率は2%未満であった。以上よりP-NET G1と診断した。機能性NETを疑う臨床症状はなく非機能性と考えられた。転移性病変は認められず外科的治療を希望されたため、膵部分切除施行の方針とした。考察: 径10mmの非機能性と考えられるP-NET G1の症例を経験した。他の病変を診断する目的で施行した画像検査で偶然に発見され、術前診断にEUS-FNAが有用であった症例であり、示唆に富むと考え報告する。

EUS-FNA, 膵神経内分泌腫瘍

草加市立病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾,
同 病理診断科³⁾
木村晶平¹⁾, 南家一徳¹⁾, 笠野由佳¹⁾, 内館 梢¹⁾, 五十嵐亮¹⁾,
町田智世¹⁾, 小橋健一郎¹⁾, 鎌田和明¹⁾, 中川恒明²⁾, 阿部志保³⁾,
矢内常人¹⁾

【症例】症例は65歳女性。X-1年12月に心窩部痛、食思不振、体重減少を主訴に当院を受診した。腹部造影CT検査で膵体部に腫瘍を認め、超音波内視鏡下穿刺吸引法でadenocarcinomaと診断した。腹腔動脈浸潤を伴う膵体部癌Stage IIIと診断し、X年2月に化学療法を導入目的に入院した。第1病日に撮影したCT検査では腫瘍内にair densityを認め、十二指腸との瘻孔形成が疑われた。第2病日にgemcitabine + nab-paclitaxelを投与した。第9病日に吐血し、緊急で撮影した腹部造影CT検査では腫瘍内を走行している脾動脈近位部の仮性動脈瘤および腫瘍内へのextra vasationを認め、十二指腸との瘻孔を通じて出血したと考えた。バイタルは安定していたため上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部前壁に形成された瘻孔より拍動性出血を認めたが、出血源は視認できず内視鏡的止血は困難であった。放射線科へ血管造影検査を依頼し、脾動脈近位部の仮性動脈瘤の破裂と、十二指腸へのextra vasationを確認したため、コイル塞栓にて止血した。その後は再出血なく経過し食事開始を検討したが、瘻孔を通じた腫瘍への物理的刺激により再出血させるリスクが高いと考え、第16病日に腹腔鏡下胃空腸バイパス術を施行した。当科で緩和療法を行い第33病日に転院した。【考察】膵臓癌が消化管出血を合併する際は、膵管出血や、癌の直接浸潤による胆管出血、消化管出血などが代表的であり、本症例のように脾動脈で仮性動脈瘤破裂をきたし、腫瘍の消化管浸潤による瘻孔から出血した症例は極めて稀である。同様の症例は医中誌で検索されうる範囲では1例のみであり、本症例と同様にgemcitabine + nab-paclitaxelを1クール投与した後に胃十二指腸動脈で仮性動脈瘤破裂をきたしていた。本症例も示唆に富む1例であったので若干の文獻的考察を交えて報告する。

膵癌, 消化管出血

東京労災病院 消化器内科
折原慎弥, 南雲秀樹, 上田基文, 副島啓太, 高橋伸太郎, 乾山光子,
大場信之, 西中川秀太

【症例】94歳男性。【主訴】嚥下時つかえ感, 食事摂取困難。【既往歴】COPD, 脳梗塞, 高血圧, 前立腺肥大症。【生活歴】喫煙: 25本/日を56年, 飲酒: 多量飲酒歴がある。【現病歴】13年前に肺扁平上皮癌で化学放射線治療後, 再発なく外来通院していた。20XX-2年に固形物の嚥下時痛を主訴に受診し, 上部消化管内視鏡検査の結果, 胸部中部食道の進行食道癌と診断された。高齢であり全身状態を考慮し, 積極的治療は行わず, 外来で対症療法的な内服治療, 定期的な画像検査, 内視鏡検査を行っていた。20XX年7月, 嚥下時つかえ感が悪化し, 摂食困難となり, 精査加療を目的に入院した。【入院後経過】上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 既知の進行食道癌による食道狭窄を認めた。経口摂取は困難と判断し, 本人, 家族と相談の上, 今後の栄養経路は胃瘻からの経管栄養で行う方針とした。一方, 入院時の全身診察の結果, 左腰背部に皮膚腫瘍を認めた。腫瘍は35×25mm大, 紅色結節様で可動性は良好であった。良性皮疹と転移性皮膚腫瘍を鑑別するため, 第24病日に皮膚腫瘍摘出を実施した。組織診は, 中～低分化扁平上皮癌であり, 食道扁平上皮癌の皮膚転移病変と診断した。切除断端は陰性であった。また, 入院中に頭痛の訴えがあり, 頭部CTにて左後頭部に溶骨性骨転移病変も判明し, 同部に疼痛緩和目的の放射線照射も行った。BSCの方針で第39病日に緩和ケア施設へ退院した。【考察】皮膚転移は担癌患者の約5%で認め, 原発巣としては, 乳癌, 肺癌, 大腸癌などが知られている。今回, 皮膚転移の原発巣としては稀な食道癌の症例を経験した。

食道癌, 皮膚転移

東邦大学医学部医学科内科学講座消化器内科学分野（大森）¹⁾、国立がんセンター中央病院 胃外科²⁾、東邦大学医学部医学科病院 病理学講座³⁾、井上楠奈子¹⁾、菊池由宣¹⁾、井上慶一¹⁾、北條 紋¹⁾、石津賢一²⁾、神谷綾子²⁾、山形幸徳²⁾、岸本有為¹⁾、二本柳康博³⁾、栃木直文³⁾、岡野直樹¹⁾、渋谷和俊³⁾、五十嵐良典¹⁾

【背景】Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)は胃が原発の症例が多く、中高年に発症することが知られている。治療は原則として外科的切除であるが、腫瘍径が大きく切除不能な巨大GISTに対して術前にイマチニブを投与することが有効とされるが、まだ確立されていない。われわれは若年発症の巨大GISTがイマチニブ投与にて切除可能となった症例を経験したので報告する。【症例】32歳女性。第2子出産後1ヶ月健診では特に異常を指摘されなかったが、出産2ヵ月後に腰痛が出現し整体師より腹部腫瘍を指摘されたため当院総合診療科を受診した。腹部造影CTにて上腹部～下腹部にかけて約25cm大の巨大腫瘍を認め、壁外発育性の巨大胃GISTが疑われ当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では明らかな粘膜下腫瘍様病変を認めず、送気にて胃体上部は進展不良であった。FDG-PETでは不均一なFDG高集積を認める巨大腫瘍として観察されGISTに合致する所見であった。確定診断目的に胃内からEUS-FNAを施行した。免疫組織学的検索にてCD34、c-kitが強陽性でSMA、Desmin、S-100が陰性であったことからGISTと診断した。CTで少量の腹水を認めたため腹膜播種が疑われた。2019年11月よりイマチニブの内服を開始した。その結果、投与1ヵ月後のFDG-PETで腫瘍は縮小し、FDGの集積も減弱していた。イマチニブ投与を継続しその後も著明に縮小を認めたため、治療開始6ヵ月後に外科的治療が施行された。手術所見では肝転移および腹膜転移も認めなかった。【結語】われわれは巨大胃GISTに対し、術前化学療法を行うことで切除可能となった1例を経験したため文献学的考察を加えて報告する。

胃GIST, 化学療法

日本医科大学 消化器外科

松永 龍, 金沢義一, 松野邦彦, 柿沼大輔, 増田有香, 安藤文彦, 萩原信敏, 野村 務, 加藤俊二, 吉行俊郎, 吉田 寛

【緒言】組織球肉腫 (histocytic sarcoma:HS) の消化管発生は極めて稀である。我々は胃に発症したHSを経験し外科的治療を行った。文献的考察を加えて報告する。【症例】70代女性。内視鏡にて胃穹隆部から体上部大弯側に巨大腫瘍あり。CTにて胃の巨大腫瘍、傍大動脈・左総腸骨動脈リンパ節の腫大を認めた。内視鏡生検の病理でHSの診断。血液内科にて化学療法を施行されるも不応であり、今後は腫瘍が増大し胃破裂、もしくは動脈性出血の危険性が高いと判断され開腹噴門側胃切除が施行。開腹すると、腫瘍は横隔膜と左下肺にまで浸潤し、噴門側胃切除、左横隔膜、左下肺下葉合併切除を施行。摘出組織の免疫染色はCD68(+), Lysozyme(+), CD21(-), CD35(-), CD1a(-), myeloperoxidase(-), S100(-)であった。【考察】HSは形態学、免疫組織学的に組織球の性状を有する極めて稀な悪性腫瘍である。発生部位は約1/3がリンパ節で、次いで消化管、脾臓、軟部組織、皮膚である。HSの治療法は確立されておらず、多くが余命2年以内と予後不良である。自験例では組織球マーカーであるCD68とLysozymeいずれも陽性で、HSと確定診断。今後の胃破裂や出血が予測され、胃切除を施行した。PubMed, 医中誌にて消化管発生の組織球肉腫を検索したところ、9例認めた。内、胃原発の組織球肉腫は5例認め、その他は小腸であった。全例で胃切除が行われており、3例は追加で化学療法が行われていた。【結語】HSは非常に稀な疾患であり、適切な治療法確立のためにも症例の蓄積と検討が必要である。自験例でも今後の厳重な経過観察が必要であると考えらる。

組織球肉腫, 胃切除

大和市立病院 消化器内科

濱 崇哲, 亀田 亮, 厚坂励生, 浅見昌樹, 柳田直毅, 山本和寿

症例は81歳男性。36歳時に十二指腸潰瘍に対して幽門側胃切除術(Billroth-II法再建)を施行されている。20XX年3月頃から続く食欲不振、嘔気を主訴に5月当院を受診した。来院時に施行した腹部CTで脛体部の低吸収腫瘍、および同腫瘍の残胃・輸入脚への浸潤が疑われ、輸入脚、胆管、胆嚢の著明な拡張を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ残胃吻合部近傍の輸入脚に高度な狭窄を認め、狭窄部は内視鏡で通過不能であった。CA19-9も高値であり、脛体部癌残胃・輸入脚浸潤による輸入脚症候群と診断し、ドレナージ目的のため拡張した輸入脚に内視鏡的にENBDチューブを留置した。良好なドレナージが得られ、翌日より食事を再開したが、腹部症状の出現を認めなかった。また、腹腔動脈や上腸間膜動脈への浸潤を認め、切除不能な局所進行腫瘍であったことから、バイパス手術を提示したが希望されず、ステント留置の方針としたが、吻合部と狭窄部が近接し、吻合部径も十分ではなかったため、十二指腸ステントは留置による吻合部での輸出脚への通過障害が懸念され、胆管チューブステント(pig tail 7Fr×4cm)を留置した。その後全身化学療法を希望され、Gemcitabine療法を導入した。その後8月に嘔吐、腹部膨満感が出現し、当院救急外来を受診した。腹部CTではステントの逸脱はみられなかったが、輸入脚が著明に拡張しており、胆管ステントの閉塞が疑われ、ステント交換を行った。しかし、7日後に再度嘔吐を認め、腹部CTでステントの空腸への逸脱と、輸入脚の拡張がみられた。そのため胆管ステントを2本(7Fr×7cm, 7Fr×4cm)留置とした。その後症状改善し、腹部CTでも輸入脚拡張の改善を認めた。Billroth-II法再建後の脛癌残胃・輸入脚浸潤による輸入脚症候群に対し、胆管ステント留置を施行した1例を経験したので報告する。

輸入脚症候群, 胆管ステント

三井記念病院 消化器内科¹⁾、杏林大学医学部 消化器内科学²⁾、千葉大学医学部 消化器内科学³⁾谷口勝城¹⁾、関 道治¹⁾、貝發美香¹⁾、照屋聖仁¹⁾、村上恵太¹⁾、今井 誠¹⁾、岩井 凌¹⁾、福村幸代¹⁾、佐藤公紀¹⁾、近藤真由子¹⁾、高木 馨¹⁾、小島健太郎¹⁾、大木隆正¹⁾、田川一海¹⁾、關 里和²⁾、久松理一²⁾、加藤 順³⁾、戸田信夫¹⁾

【症例】患者は51歳、男性。両親が親族婚。13歳時に胃潰瘍にて幽門側胃切除、Billroth II法再建術が施行された。2001年に健康診断にて貧血を指摘され当院紹介受診となった。上部・下部消化管内視鏡検査では出血源は同定されず、鉄欠乏による小球性低色素性貧血に対して鉄剤投与が開始された。以降は吻合部潰瘍・狭窄に対して定期的な内視鏡的バルーン拡張術を実施している。2019年より著明な低アルブミン血症を認め、2020年6月に下腿浮腫の増悪を認め精査加療目的で入院となった。便脂肪染色陽性であり、上部消化管内視鏡検査による輸入脚の腸液培養にて *Klebsiella pneumoniae* 10⁷/mL および *Streptococcus* sp. 10⁶/mL と腸内細菌異常増殖症の定義を満たすことから、盲腸路症候群、これに伴う腸管吸収障害による低アルブミン血症を疑った。しかし抗生剤投与を開始するも低アルブミン血症の改善に乏しく、腹部・骨盤造影CTにて遠位回腸の壁肥厚と周囲リンパ節腫脹を認めたため、経肛門のダブルバルーン小腸内視鏡での精査を実施した。終末回腸には特記すべき異常所見は認めないものの、遠位回腸には境界明瞭な斜走傾向のある浅い潰瘍が多発しており、同部位での管腔狭小化を認めるスコープの通過は困難であった。病理学的検査を実施し、HE染色では非特異的な腸炎所見を認めるのみであったが、免疫染色により SLC02A1 欠損が示唆され、非特異性多発性小腸潰瘍症(chronic enteropathy associated with SLC02A1: CEAS)が強く疑われた。その後の診察にて太鼓ばち状指を認め、レントゲンでは長管骨の骨膜性肥厚を認めた。腸内細菌異常増殖症およびCEASに伴う低アルブミン血症と判断し、外来での加療を継続している。

【結論】腸内細菌異常増殖症に合併した非特異性多発性小腸潰瘍症(CEAS)が疑われる一例を経験した。文献的考察を踏まえて報告する。

非特異性多発性小腸潰瘍症, 腸内細菌異常増殖症

37 意識消失発作で搬送された下部消化管出血の15歳女児例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾、
岡 小児外科²⁾
岡田侑大¹⁾、岩本真帆¹⁾、山川 俊¹⁾、酒井康行¹⁾、田村めぐみ¹⁾、
岩男 彩¹⁾、春田明子¹⁾、中島典子¹⁾、今津博雄¹⁾、後藤田卓志¹⁾、
森山光彦²⁾、藤田衣里²⁾、花田 学²⁾、細川 崇²⁾、上原秀一郎²⁾、
越永從道²⁾

【症例】15歳女児。早産・低出生体重児(696g)で、日齢5に胎便関連性腸閉塞で人工肛門造設術、半年後に閉鎖術を施行されていたが、その後は健康に過ごしていた。朝方、意識消失発作と痙攣を2回認め、救急車で前医を受診するも、頭部CT、腹部エコー、血液検査で有意所見を認めず、帰宅にて経過観察となった。午後14時頃～多量の血便を認め、立位困難となり、再び救急搬送され、前医に入院となった。朝の受診から約半日で、ヘモグロビンが11から6.7g/dlまで低下したこともあり、輸血が開始され、下部消化管出血の精査加療目的に、同日深夜に当院小児科へ転院となった。造影CT検査では結腸内に多量の血液を認めたが出血部位は同定できなかった。搬送時はBP109/51、HR76/分であったが、診察中にショック状態となり、緊急で全身麻酔下に下部消化管内視鏡検査を施行した。手術室でも血圧が60台まで低下する状態で、術中1600mlの輸血を要した。内視鏡では、回腸末端から多くの血液流出を認め、小腸出血と診断し、開腹手術に移行した。手術所見では、回盲部から40cmの回腸に、不規則な腸管拡張と暗赤色の内容物貯留があり、同部位に吻合部と思われる瘢痕を認めた。長軸方向に切開したところ、腸間膜側に露出血管を伴う小潰瘍が認められ、静脈性の出血が続いていた。縫合では止血困難であったため、同部位を楔状に切除し、止血を確認した。術後の経過は良好で、11病日目に退院となった。【考察】小児では、ショック状態となる下部消化管出血は稀であるが、既往や経過から適切に診断し、他科と連携した迅速な対応が必要である。

意識消失発作、下部消化管出血

38 小腸出血を契機に診断された小腸濾胞性リンパ腫の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
大浦克之、柳井優香、篠原進太郎、栗飯原隼人、浦部昭子、
遠藤 剛、田中美帆、龍野奈央子、泉 敦子、濱田麻梨子、
増田恵利香、西家由里子、大武優希、渡邊一弘、赤澤直樹、
横井千寿、山本夏代、山田和彦、猪狩 亨、秋山純一

【症例】70歳代女性。【現病歴】来院2日前からの血便による歩行困難で、当院に救急搬送された。来院時Hb4.0g/dlと高度貧血を認め、消化管出血が疑われ当科に入院した。【経過】入院時の造影CTではextravasationを認めなかった。上下部消化管内視鏡検査を施行したところ、終末回腸から上行結腸にかけて血性の液貯留を認めた。翌日再度血便があり、造影CTで小腸にextravasationを認め小腸出血と診断した。経肛門ダブルバルーン内視鏡検査では出血点に到達できなかった。経口ダブルバルーン内視鏡検査で最深部に血腫を認めたが、操作性が悪く出血点を同定できず、止血処置困難であり、口側にクリッピングを行い終了した。その後再び多量の血便を認めたため、IVRを施行した。クリップの近傍にextravasationを認めたことから出血部位を特定でき、TAEを施行し止血を得た。その後2日間出血なく経過したが、食事再開に伴い再出血を認め、翌日外科で小腸部分切除術を施行した。肉眼的には小さな出血点を認めるのみで明らかな粘膜の異常所見は認めなかったが、病理で濾胞性リンパ腫の診断となった。sIL-2R 820U/mlと軽度上昇していた。PET-CTでは腹腔内リンパ節数個にSUVmax 6.30までのFDG集積を認めた。術後経過良好で再出血は認めなかった。【考察】小腸悪性リンパ腫は、時に小腸出血の原因となる。小腸濾胞性リンパ腫の内視鏡所見には、白色顆粒状隆起の集簇、多発小隆起、潰瘍などが挙げられている。自験例は肉眼的にそのような所見を認めず、小さな出血点を認めるのみであり、内視鏡またはTAEにて止血されていたは見逃していた可能性があった。小腸出血において肉眼的に非典型的でも、悪性リンパ腫が背景に存在する可能性があり、止血後も慎重なフォローが必要と考えられた。【結語】小腸出血に対して小腸部分切除術を施行したことで診断に至った。肉眼的に非典型的な小腸濾胞性リンパ腫の1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

小腸出血、濾胞性リンパ腫

39 膀胱癌に対する免疫チェックポイント阻害剤により大腸炎を呈した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
佐藤香美、松本吏弘、小島 稔、佐々木吾也、田中健太、松本圭太、
小糸雄大、賀嶋ひとみ、三浦孝也、高橋裕子、坪井瑠美子、
石井剛弘、吉川修平、藤原純一、関根匡成、上原健志、浅野岳晴、
宮谷博幸、眞嶋浩聰

【症例】66歳、男性 【主訴】下痢、腹痛 【現病歴】20XX年に浸潤性膀胱癌発症し、その後放射線治療、経尿道的膀胱切除術を経て化学療法導入されていた。約1年後に全身多発転移を認め、pembrolizumabを開始されたところ、水様性下痢を発症し、下痢に伴う急性腎前性腎不全で緊急入院となった。【既往歴】アルコール性肝硬変 【臨床経過】入院時CTで、横行結腸から下行結腸にかけて一部ハウストラの減弱を伴う壁肥厚を認めた。下部内視鏡検査をでは、癒着が強くS状結腸までの挿入となったが、S状結腸において粘膜浮腫および数か所のびらんを認めるのみであった。pembrolizumabによる免疫関連有害事象(irAE)の大腸炎と診断し、PSL1mg/kg/day静注療法を開始。1週間継続するも、症状改善に乏しく、ステロイド抵抗性と判断し、infiximab 5mg/kgを導入した。徐々に症状は改善し、3ヶ月で計4回infiximabを投与し、CTで所見の改善を得たことからinfiximabを離脱した。【考察】免疫チェックポイント阻害剤はがん細胞への免疫系の活性化をもたらし、新たな抗癌治療として注目されている。一方で、その作用機序からirAEを発症することがあり、発見が遅れると重篤になる場合もある。infiximabはがん増悪や感染症の罹患リスクを高める可能性があるが、irAE大腸炎に対する治療効果は一定数に認められている。本症例も効果が認められた一例であったことから、今回報告する。

irAE大腸炎、免疫チェックポイント阻害剤

40 肛門管癌に対して放射線化学療法施行中に5-FU脳症を発症した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
近藤千晶、板木春衣、宮下春菜、石本詩子、永田祐介、西村 尚、
澤田亮一、天野克之、猿田雅之

【症例】50歳代女性
【主訴】血便
【現病歴】202X年2月頃より食後の腹部違和感の精査のため下部消化管内視鏡(CS)を施行したところ横行結腸の全周性狭窄及び肛門部腫瘍を指摘され、横行結腸癌(adenocarcinoma)、肛門管癌(squamous cell carcinoma)と診断された。同年4月に横行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半切除術(D3郭清)を施行した。術後の経過は良好であり、同年5月に肛門管癌(pT3pN0M0 StageII)に対して5-FU+シスプラチン(FP)+放射線(RT)施行目的に入院となった。【入院後経過】第4病日より放射線化学療法(FP+RT)を開始した。治療開始後より食欲不振を認め、第6病日に尿量減少、第8病日には腎機能障害を認め、薬剤性腎障害や腎前性腎不全による急性腎障害が疑われたため、一時治療を中断した。第9病日より意識レベルの低下を認め、頭部MRIにて5-FU脳症が疑われたため被疑薬を中止した。第11病日に酸素濃度の低下を認めたためCTを施行したところ、急性肺血栓塞栓症の診断となりヘパリンを開始した。第12病日には意識清明となり、第15病日より放射線治療を再開した。その後は意識障害の出現なく経過し、第56病日に退院となった。【考察】意識障害の原因としては、頭部MRIにて脳梁や大脳白質などに拡散障害を伴う病変を認め、障害の分布や化学療法開始早期の意識障害、薬剤中止後の早期意識レベル改善という経過から5-FU脳症が疑われた。その後、急性肺血栓塞栓症を発症したため当初予定していた脳波検査を施行できなかったが、脳症の検出感度は頭部CTや頭部MRI検査よりも脳波検査の方が高いことが知られており、左右対称性の徐波化が認められる。意識障害の鑑別では、電解質異常やCTやMRI、脳波などの画像検査、臨床経過などを総合的に判断することが重要であると考えられた。【結語】肛門管癌に対してFP+RT施行中に5-FU脳症を発症した一例を経験した。5-FUの早期副作用として嘔気・嘔吐や末梢神経障害が多いと報告されているが、急性脳症も発症しうることを念頭に置き、意識障害出現時には様々な観点から原因検索を行うことが重要である。

5-FU脳症、意識障害

昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門（藤が丘病院）
堤 翼, 遠藤利行, 菰田瑛美, 杉山美沙紀, 玉井直希, 古川拓人,
浅見哲史, 岩橋健太, 長田真二, 新谷文崇, 吉田詠里加, 小洪尚子,
高野祐一, 五味邦代, 黒木優一郎, 山本頼正, 長濱正亜

【症例】57歳男性【現病歴】1か月前からの腹部膨満感および食思不振を主訴に当院紹介受診。CT上S状結腸に腫瘍性病変を認め、口側結腸および小腸の拡張を伴っていたことからS状結腸癌閉塞と診断、同日緊急入院とした。減圧処置が必要と判断し翌日大腸ステント留置術を施行。SD junction部にスコープ通過不能な全周性狭窄あり、ガストログラフィンにて造影すると口側腸管が造影されたため、同部位にガイドワイヤーを通したうえでNitix 10cm大腸用ステントを留置した。その後排便を認め腹部症状も改善がみられた。翌日フォローCTを施行したところ、ステントはS状結腸から下行結腸を介さずに横行結腸に開口している所見を認めた。ステント周囲にはfree airは認めなかったため、S状結腸腫瘍と横行結腸に瘻孔を形成しており、同部位にステントが留置されたと思われた。その後も減圧効果は良好であったため待機的手術の方針となり、第15病日に腹腔鏡補助下結腸左半切除術施行とした。切除検体はS状結腸と横行結腸の高度癒着部位にステント留置されていることが確認できた。病理は横行結腸とは炎症性肉芽や線維化で癒着がみられたが、ステント留置部には癌の浸潤はみられなかった。その後経過問題なく、第23病日に退院となった。【結語】大腸癌閉塞に対し、癒着による瘻孔形成部位へのステント留置となり合併症なく良好な減圧が得られた1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

大腸ステント, 瘻孔

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター
森田友梨子, 工藤進英, 石垣智之, 林 武雅, 黒木貴典, 加藤 駿,
椎名 脩, 神山勇太, 前田康晴, 松平真悟, 豊嶋直也, 三澤将史,
工藤豊樹, 小形典之, 久行友和, 若村邦彦, 宮地英行, 馬場俊之,
澤田成彦, 石田文生

【症例】77歳女性【主訴】血便【既往歴】高脂血症【現病歴】血便を主訴に近医を受診後、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。【現症】血圧164/79mmHg、脈拍100回/分、腹部は平坦軟で圧痛はみられなかった。大量の鮮血血便を認めた。血液検査所見:Hb 13.4g/dl, BUN 17.1mg/dl, Cr 0.53mg/dl。【経過】腹部造影CTが施行され、S状結腸内にextravasationを認めたため、緊急でTAEを試みた。S状結腸近傍までマイクロカテーテルを挿入し腸管内腔に活動性出血を認めたが、責任血管の同定は困難であった。手技中に多量の血便を来し収縮期血圧が一時的60mmHgまで低下した。輸液全開投与にて血圧は改善したが、造影で活動性出血が消失していることが確認され手技を終了とした。血液検査を再度施行し、Hb 9.0g/dlと急速に低下しておりRCC2単位、FFP2単位の輸血を開始した。出血源を探るため、腸管洗浄は行わない状態で同日緊急下部消化管内視鏡検査を行った。内視鏡は便塊で先進不能となる脾彎曲部まで挿入した。S状結腸遠位側にLST-G(M)を認め、粗大結腸の頂部に少量の血餅付着があったため、出血源である可能性を考え剥離するも出血は来さず止血処置は行わなかった。可視範囲に大腸憩室は認めなかった。翌日、腸管洗浄液を内服の上、再度下部消化管内視鏡検査を施行したところ、当病変の粗大結腸部の頂部に潰瘍面が形成されていた。LST-G(M)の粗大結腸部の頂部が自然脱落し動脈性の出血が生じ、TAEの最中に自然止血した経過が考えられた。当検査より36日後にESDを実施し一括切除を行った。病理結果は、Adenocarcinoma in adenoma, tub1>tub2>muc, pT1b(SM1515μm)、INFb、Lylb、Vla、BD2、HM0、VM0であった。【結語】大腸腫瘍の自然脱落による出血は稀な病態である。今回我々はLST-G(M)の粗大結腸部の自然脱落による出血性ショックを経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

LST, 下部消化管出血

日本医科大学 消化器内科学
土生亜実, 星本相理, 西本崇良, 大森 順, 橋野史彦, 秋元直彦,
佐藤 航, 田中 周, 辰口篤志, 藤森俊二, 岩切勝彦

【はじめに】Cronkhite-Canada症候群(以下CCS)は、消化管に多数の非腫瘍性ポリープが発生する高齢男性に多い非遺伝性疾患であり、本邦では比較的報告例が多いが、世界的には希少である。特徴的な皮膚症状を伴い、蛋白漏出性胃腸症を高率に伴う。当教室では比較的若い女性を含むCCSを5症例経験しており治療を含めた臨床経過を報告する。【症例】症例は男性4例、女性1例で、診断時の年齢中央値は67歳(47-80)。来院時の主訴は、貧血、食思不振・体重減少、味覚低下、色素沈着等である。身体所見として、5例中5例で、下痢、爪甲萎縮、色素沈着を認め、4例中3例で脱毛、味覚障害、体重減少を伴った。検査所見として、5例中4例で胃および大腸のポリポージス、蛋白漏出(α 1-ATもしくは蛋白漏出シンチで確認)を認め、5例中4例で小腸ポリポージスを認めた。治療前の4例の検査平均値は、albumin 2.8 g/dl, total protein 5.0 g/dl, hemoglobin 12.7 g/dl, total cholesterol 157 mg/dl, CRP 0.4 mg/dlであった。症状出現から診断までに要した時間は、平均5.8ヶ月、中央値6ヶ月(2-12)であった。治療内容として入院後にTPNを要したのは5例中1例、ステロイドによる初期治療には5例中5例で症状の改善を認めた。最近経験した1例を除く、4例の経過観察期間は、平均90ヶ月、中央値50ヶ月(32-196)あり、1例は合併症の前立腺癌悪化に伴い転院となり、3例はプレドニン単独で、1例はプレドニンとazathioprineの併用で寛解維持となっている。しかし、プレドニンを減量すると症状が増悪し、増量すると副作用が出現するため、高齢でかつ長期にわたると維持に苦慮する症例もあり、必要最小限のステロイドで病勢をコントロールすることが求められる。当教室で経験したCCSの5例を、治療経過とともに文献的な考察を加えて報告する。

Cronkhite-Canada症候群, 消化管ポリポージス

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学
松津屋拓人, 石部敦士, 田村裕子, 笠原康平, 中川和也,
小澤真由美, 小坂隆司, 秋山浩利, 遠藤 格

51歳女性。2日前からの腹痛を主訴に受診した。来院時身体所見では腹部全体に圧痛を認めるものの、明らかな腹膜刺激徴候は認めなかった。造影CT検査では、骨盤部正中に拡張した腸管を認め、すぐ肛門側の腸管軸性のねじれと同部位での狭窄を認めた。狭窄部肛門側の腸管が上行結腸であったことから、盲腸捻転症を疑った。腸管虚血を疑う所見は認めなかったが、盲腸捻転症の自然解除が期待できないこと、腸管壊死に陥るリスクがあることから、緊急手術を施行した。腹腔鏡下の観察で、上行結腸間膜の後腹膜への癒合不全を認め、上行結腸腸間膜背側の空間へ回盲部が捻転し入り込んでおり、盲腸捻転症とそれに伴う腸閉塞と診断した。回盲部を引き出して捻転を解除し、再発予防のため盲腸壁を後腹膜、壁側腹膜へ固定し終刀した。術後経過は良好で第10病日に退院した。盲腸捻転症は比較的高頻度の疾患で術前診断が困難であることが多い。今回我々は、腸閉塞に対し腹腔鏡手術にて盲腸捻転症を診断、治療した1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

盲腸捻転, 腹腔鏡手術

自治医科大学附属病院 消化器外科

小林龍ノ介, 太田 学, 本間祐子, 熊谷祐子, 東條峰之, 太白健一, 佐田友藍, 直井大志, 井上賢之, 鯉沼広治, 笹沼英紀, 山口博紀, 佐久間康成, 川平 洋, 堀江久永, 細谷好則, 味村俊樹, 北山丈二, 佐田尚宏

症例は73歳男性。近医で施行された下部消化管内視鏡検査で直腸Rbに不整形の隆起性病変を認め生検の結果、Group 5, adenocarcinoma, sigであり、直腸癌の診断で当院へ紹介となった。当院で施行した下部消化管内視鏡検査では直腸Rb左側壁、ヘルマン線にかなり歯状線近傍まで進展する約3cmの2型病変を認めた。生検の結果は、病理組織学的には間質に粘液を有し、核の偏在する杯細胞に類似する異型細胞が腺管を形成していた。また免疫染色でSynaptophysin (+), Chromogranin A (+)であり、Ki-67 indexは約30%で、Goblet cell carcinoid (GCC)の診断であった。術前のCT、直腸MRIでは、他臓器浸潤を認めず、リンパ節転移やその他明らかな遠隔転移なく、手術の方針となった。手術は腹腔鏡下直腸切断術を施行した。術後SSIは見られたものの、経過良好で術後21日目に退院となった。病理組織学的には、高分化管状腺癌像と細胞質内に粘液に富み核の偏在した杯細胞ないしは印環細胞様の類円形細胞を認め、一部には細胞外粘液貯留を認めた。免疫染色では、Synaptophysin (+), Chromogranin A (+), CK 20 (+), CEA (+), MUC2 (+)で、MIB-1陽性率は30-40%程度であり、直腸Goblet cell carcinoidの診断であった。Goblet cell carcinoidは主に虫垂を原発とすることが多く、直腸原発はこれまでに報告が少ないため、文献的考察を踏まえて報告する。

Goblet cell carcinoid, 直腸

南那須地区広域行政事務組合立那須南病院¹⁾,

那須赤十字病院²⁾

谷口 統¹⁾, 江部敏生²⁾, 中田洋介²⁾, 新井由季²⁾, 吉田 徹²⁾,

佐藤 隆²⁾

【症例】61歳男性【主訴】なし【既往歴】糖尿病【生活歴】飲酒：3-4合/日【現病歴】20XX-1年11月29日より糖尿病に対し、シタグリブチン50 mg投与開始となっていた方。20XX年3月6日他科施行の血液検査で偶然に肝機能障害を指摘され、当科コンサルトとなる。【経過】血液検査にてトランスアミナーゼは4桁まで上昇していたが全身状態安定しており、特段自覚症状は認めなかった。腹部CTでは肝十二指腸間膜内のリンパ節腫大及びperiportal edemaを認め、急性肝障害として矛盾しない所見であり、精査加療目的に入院となった。肝庇護薬での加療を開始し、徐々に肝障害は改善傾向となった。当初はアルコール性肝障害やシタグリブチンによる薬剤性肝障害が疑われていたが、第7病日にHE-IgA抗体陽性と判明し、急性E型肝炎と診断した。再度病歴を確認すると3月1日に河原でイノシシ肉を焼肉にして摂取した事が明らかとなり、潜伏期間としては短い感染源と判断した。肝庇護薬を11日間投与継続しトランスアミナーゼは2桁まで改善したため退院となった。発症までの期間は短く定型的ではないが貴重な症例と考え文献的考察を加え報告する。

E型肝炎, イノシシ

北里大学 医学部 消化器内科¹⁾, 同 小児科²⁾

鴻上太郎¹⁾, 魚嶋晴紀¹⁾, 岩崎秀一郎¹⁾, 和田尚久¹⁾, 窪田幸介¹⁾,

日高 央¹⁾, 中澤貴秀¹⁾, 渋谷明隆¹⁾, 小泉和二郎¹⁾,

江波戸孝輔²⁾

【緒言】軟骨毛髪低形成症は、低身長、毛髪異常、免疫不全を特徴とする稀な疾患である。病態は不明瞭な点が多く、様々な合併症を伴うため、予後は不良と報告される。今回われわれは、治療に難渋した肝硬変合併軟骨毛髪低形成症の1例を経験したため報告する。【症例】31歳、男性、200X年より当院小児科で軟骨毛髪低形成症、無ガンマグロブリン血症に対して免疫グロブリン補充療法を行っていた。200X+5年頃より原因不明の肝機能障害が出現。CT検査で肝右葉を中心に萎縮性変化、著明な脾腫及び脾腎シャントが認められたため当科紹介となった。来院時身体所見：身長 101.6 cm、体重 21.8 kg、血液検査：PLT 4.3 万/ μ l、Alb 4.6 g/dl、T-Bil 1.6 mg/dl、AST 54 IU/l、ALT 43 IU/l、HBs抗体(+), HBc抗体(+), HBs抗原(-), HBV-DNA(-)。消化管内視鏡検査では食道静脈瘤(Ls, F3, cb, RC(+))、胃静脈瘤(Lg-c, F2, cb, RC(-))を認めた。以上より、軟骨毛髪低形成症に合併した肝硬変および食道静脈瘤と診断された。静脈瘤は破裂の危険性があるため、内視鏡的食道静脈瘤結紮術および硬化療法を含めた治療を複数回施行したがその後も静脈瘤が残存した。肝硬変症については原因が不明であったため対症療法を行ったが、200X+12年肝不全の進行に伴い永眠された。病理解剖では、肝繊維化著明、炎症細胞浸潤は認めず、胆管周囲の壁肥厚が認められた。また、肝細胞内のHBs抗原検査を行ったところ陽性であった。【考察】軟骨毛髪低形成症は非常に稀な疾患であり、長期経過に関する報告も少ない。死因は、免疫不全関連に伴う感染症や悪性腫瘍など報告されている。本例は、著明な門脈圧亢進症を伴う肝硬変の増悪が死因となった。肝硬変の原因は、病理所見において胆汁うっ滞が著明であることから、無ガンマグロブリン血症に報告される、慢性的胆汁うっ滞に起因した肝硬変であったと推測した。一方で、血液検査上HBV-DNAは陰性であったが、肝細胞内のHBs抗原が陽性であり、HBV感染が本症例の病態に対して影響を与えた可能性も否定できず、定期的に外部投与されていた免疫療法が肝硬変の進行を早めた可能性も考慮された。

慢性胆汁うっ滞, 軟骨毛髪低形成症

東京都保健医療公社 多摩北部医療センター 消化器内科¹⁾,

同 消化器外科²⁾

川間健太郎^{1,2)}, 四宮 航¹⁾, 宮本真由子¹⁾, 長谷川雄太¹⁾,

高橋 豊²⁾, 山田卓司²⁾, 河合陽介²⁾, 大平 慧²⁾, 柴田喜明¹⁾

穿孔性虫垂炎との関連が考えられた肝膿瘍の一例【背景】過去には穿孔性虫垂炎から引き続き感染の波及が、肝膿瘍のもっとも一般的な原因であり、穿孔性虫垂炎発症4か月後に肝膿瘍を発症した報告もある。今回、穿孔性虫垂炎発症9ヶ月後に肝膿瘍を発症した症例を経験したので報告する。【症例】27歳男性、12日間持続する右肩痛と、4日前からの発熱を主訴に当院総合内科外来を受診した。既往歴：受診9ヶ月前に他院にて穿孔性虫垂炎、腹膜炎に対し腹腔鏡下虫垂切除、洗浄ドレナージ術が施行された。生活歴：海外渡航歴なし、同性との性交渉歴なし。診察時腹痛、肝叩打痛、右肋骨脊柱角叩打痛は認めなかった。労作時の呼吸数増多と軽微な意識障害を認めた。採血検査で肝逸脱酵素、胆道系酵素上昇、CRP 17.19 mg/dlを認め、qSOFA 2点を満たしており、敗血症、膿瘍形成の可能性を考慮して頸胸腹部骨盤造影CTを撮影した。肝S6、S7被膜下に沿う多房状腫瘍を認め、肝膿瘍と考えた。同日よりメロペネム静注を開始したが、効果に乏しかったため、入院4日目に経皮的ドレナージを行った。膿瘍部の培養からStreptococcus anginosus, Bacteroides thetaiotaomicronが検出され、細菌性肝膿瘍と診断した。入院中に施行した下部消化管内視鏡、経胸壁心エコーでは明らかな異常は指摘できなかった。入院32日目に膿瘍部造影を行い、膿瘍の縮小を確認し、33日目に退院した。【考察】穿孔性虫垂炎後9ヶ月経過して発症した細菌性肝膿瘍の一例を経験した。細菌性肝膿瘍の原因疾患として、古典的には穿孔性虫垂炎後の感染波及があげられるが、現代では報告は散発的なものにとどまっている。細菌性肝膿瘍はしばしば不明熱の原因となり、特異的な症状にも乏しいために、穿孔性虫垂炎の病歴を聴取し、肝膿瘍を想起することは、早期診断のために重要と考えられる。【結語】穿孔性虫垂炎後の原因不明の発熱では、肝膿瘍を念頭に置いて全身検索を行うことが、早期発見に重要であると考えられる。

細菌性肝膿瘍, 穿孔性虫垂炎

順天堂大学 医学部 消化器内科

大森将史, 中寺英介, 池村宗朗, 佐久間聖, 祇川真由子, 伊藤光一, 福嶋浩文, 上山浩也, 今 一義, 澁谷智義, 永松洋明, 丸山紀史, 山科俊平, 伊佐山浩通, 池嶋健一, 椎名秀一郎, 永原章仁

硬化型肝細胞癌にTACEとMWAの併用治療を行った一例順天堂大学医学部 消化器内科【症例】82歳 女性【主訴】なし(肝腫瘍精査目的)【現病歴】当院循環器内科に弁膜症で通院中、20XX年5月に近医にて乾性咳嗽の精査目的に施行された胸部単純CTで、間質性肺炎と共に肝S5/6に28mm大の低吸収を示す腫瘍を認めた。同年10月上旬、肝腫瘍精査目的に当科へ紹介受診。12月上旬に心筋虚血精査目的で当院循環器内科に入院し、肝腫瘍の精査も行った。【経過】これまで肝障害を指摘されたことがなく、血液検査でもウイルス抗体や自己抗体は陰性で特に背景肝の肝疾患を疑う所見に乏しかった。AFP315ng/ml、PIVKA-II 520mAU/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。Dynamic CTで腫瘍は動脈相で内部不均一に早期濃染され門脈相・平衡相で遷延し、腹側に造影効果のないlow density areaを認めた。EOB-MRIもdynamicでは同様の造影パターンであり肝細胞相では造影効果の欠損を認めた。肝細胞癌としては造影パターンが非典型的であり、胆管細胞癌・硬化型肝腫など鑑別のために肝腫瘍生検を施行した。結果、核質に富んだ腫瘍細胞を認め、その周囲を強い繊維性間質に取り囲まれており、腫瘍は免疫染色でHepPar1、Glipican3の陽性所見を認め硬化型肝細胞癌(sHCC)の診断に至った。28mmの単発の肝腫瘍でありまず手術を検討したが、弁膜症(AR, MR)や間質性肺炎といった基礎疾患があり82歳と高齢である背景を考慮し、局所療法を行う方針とした。腫瘍が門脈に接しており、MWA単独では腫瘍が残存するリスクがあり、12月下旬にTACEを先行して行い、20XX+1年2月下旬に同腫瘍にMWAを施行、合併症は特に認めず、腫瘍の焼灼は良好であった。治療後AFP142ng/ml、PIVKA-II 96mAU/mlと減少し、画像上も現在に至るまで再発は認めていない。【考察・結語】sHCCは肝細胞癌の0.65%と稀な腫瘍であり、これまでの報告では術後検体により診断がついた例が多い。今回生検により治療前に診断でき局所療法を選択した硬化型肝細胞癌の症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

硬化型肝細胞癌, 局所療法

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野

中村駿介, 掛川達矢, 竹内啓人, 高橋宏史, 富田裕介, 阿部正和, 吉益 悠, 笠井美孝, 杉本勝俊, 古市好宏, 糸井隆夫

【症例】68歳女性。【既往歴】66歳時に肺がん手術。甲状腺癌フォロー中。【現病歴】201X年1月より肝機能障害が出現した。他院で血液検査を施行したところ抗核抗体陽性、IgG高値であった。肝生検施行し、自己免疫性肝炎(AIH)と診断され、プレドニゾン(PSL)の内服が開始された。スクリーニングのCT・MRI検査で肝S7に径1mm大の肝細胞癌を疑う腫瘍性病変を認め、精査依頼あり当科紹介受診となった。【経過】Dynamic CTでは肝S7辺縁に径10mm大の腫瘍性病変を認め、動脈相で濃染し、門脈相・平衡相で低吸収域となった。プリモビスト造影MRI検査では、腫瘍は動脈相で濃染し、肝細胞相で低信号となった。動脈相では副腎から腫瘍へ血管が走行している所見を認めた。Chemical shift imagingでは、信号低下により、脂肪含有が示唆された。造影超音波検査では、動脈相で濃染し、クーパー細胞相で欠損像を呈した。鑑別診断として肝Adrenal rest tumor(HART)が挙がり、131I-アドステロールシンチを施行したところ、肝腫瘍に一致する集積亢進、左副腎の集積低下を認めた。確定診断目的で肝生検を施行したところ、HARTと診断された。内分泌学的評価では、コルチゾールの過剰分泌は認めず、典型的な臨床所見を認めないことから、非機能性と判断した。その後、定期的に血液検査や画像検査を行いフォローしているが、サイズ増大なく、無症状にて経過している。【まとめ】HARTは比較稀な腫瘍であり、肝細胞癌との鑑別に苦慮することが多い。手術や局所療法を施行される症例がみられるが、本症例は肝生検でHARTと診断することができた。また、AIHに併発したHARTの症例報告はなく、貴重な症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

肝Adrenal rest tumor, 自己免疫性肝炎

国家公務員共済組合連合会 立川病院 消化器内科¹⁾, 慶應義塾大学消化器内科²⁾

古田孝一¹⁾, 古宮憲一¹⁾, 松下美紗子¹⁾, 宮澤正治¹⁾, 金子光太郎¹⁾, 柏崎一男¹⁾, 岡村哲平¹⁾, 橋本 統¹⁾, 金井隆典³⁾

症例は77歳男性。糖尿病に対して、メトホルミンを内服中で外傷歴などはない。腹部全体の疼痛で当院に緊急搬送。血液検査で肝逸脱酵素の上昇を認めた。腹部単純CTを施行したところ、巨大な肝腫瘍性病変とその内部に血腫を認め同日入院した。当初は、腫瘍径(12cm)や出血を伴うことから、肝細胞癌の破裂を第一に考えたが、画像上の肝硬変像や肝炎、アルコール多飲など、肝細胞癌のリスクは認めなかった。第4病日にダイナミックCTを施行したところ再出血が判明、緊急で腹部血管造影施行。透視画像で仮性動脈瘤の描出を認めたため、肝仮性動脈瘤の破裂と診断し、動脈塞栓術を施行した。血腫の増大に伴い一時的に肝機能は悪化した。塞栓術後は再出血もなく、肝機能は経時的に改善した。4ヶ月後の現在のところ、再発は認めていない。今回、我々は明らかな外傷を伴わない肝仮性動脈瘤破裂の一例を経験した。医中誌で検索しても肝仮性動脈瘤破裂は外傷性でないものは稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

肝仮性動脈瘤, 肝仮性動脈瘤

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾, 東京セントラルパソロジーラボトリー³⁾

八辻 将¹⁾, 小木曾智美¹⁾, 齊藤里美¹⁾, 佐川孝臣¹⁾, 谷合麻紀子¹⁾, 清水孝子¹⁾, 徳重克年¹⁾, 小寺由人²⁾, 大森重紀子²⁾, 山本雅一²⁾, 中野雅行³⁾

【症例】71歳、女性【既往症】胆石、糖尿病、脂質異常症【現病歴】X-10年に他院にて肝腫瘍のため抗がん剤治療を行った際に、肝S7に13cm大の嚢胞性病変を指摘された。肝障害の指摘はなかった。X-9年に嚢瘍消失を確認され終診となった。X-1年12月の腹部造影CT検査では同病変は78mm大に縮小傾向であったが、壁や内部に小石灰化を認めた。X年6月の単純MRI検査では嚢胞径に変化はないものの、最大29mm大の壁に結節が複数出現した。腫瘍性病変の可能性が考えられ当院へ紹介受診し、8月に精査目的で入院となった。入院時Body mass indexは24.5 kg/m²、血液検査はAST 36 U/L、ALT 35 U/L、 γ -GTP 44 U/L、空腹時血糖117 mg/dL、HbA1c 7.0%、中性脂肪 357 mg/dL、AFP 6 ng/mL、PIVKA-II 17 mAU/mLであった。造影CT検査では肝S7に皮膜様構造を有する81×67mmの嚢胞性病変を認めた。嚢胞内部の吸収値はやや高く、前医でのCT所見とは異なり後期相で壁に造影効果を認め、また造影される充実様の部分も複数認められた。造影MRI検査ではT1強調像で高信号、T2強調像で通常の嚢胞より低信号で、内部は不均一であった。皮膜様構造を有し、嚢胞内部に造影効果・拡散制限のある充実様の部位を認め、悪性を否定できない所見であった。11月に肝後区域切除術を施行した。病理組織検査では、10cmの内部が出血壊死した腫瘍であり、一部1.5cmの黄色壊死した領域を認めた。同部位に残存細胞はほとんど見られないが、鍍銀染色で網状線維が厚い索状構造を呈し、細胞異型を伴うことから肝細胞癌の診断となった。なお非腫瘍病変は非アルコール性脂肪肝炎(慢性活動性肝炎:脂肪変性S2、炎症A2、線維化F3)の所見であった。【結語】出血により嚢胞性変化を来した非硬変肝由来の肝細胞癌は稀であり、他の肝嚢胞性疾患との鑑別を要した。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

肝細胞癌, 肝嚢胞

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾
張つばみ¹⁾、小嶋清一郎¹⁾、荻原直樹¹⁾、永田順子¹⁾、三島佑介¹⁾、
新聞淑雅¹⁾、横田 将¹⁾、安斎和也¹⁾、津田真吾¹⁾、伊藤裕幸¹⁾、
渡辺勲史¹⁾、鈴木孝良¹⁾、杉山朋子²⁾、田尻琢磨²⁾

【症例】56歳男性 【主訴】右側腹部痛 【既往歴】てんかん
【現病歴】2020年6月初旬に突然の右側腹部痛を自覚し、夜間救急外来を受診された。CTで肝臓に最大径84mm大の複数の低吸収域および肝門部リンパ節腫脹を認め、肝内胆管癌とその肝転移疑いとして当院紹介受診となった。【経過】PET/CTを含む各種画像検査にて多発リンパ節転移および肺転移・骨転移を認めた。悪性腫瘍の精査目的に狙撃肝生検を施行したところ、N/C比の高い腫瘍細胞の浸潤を認め、腺管構造や索状構造は不明瞭であった。免疫染色では間葉系マーカーのVimentinが陽性、血管内皮に発現するCD31、上皮に発現するcytokeratin AE1/AE3、CK CAM5.2、CK7、CK20が軽度陽性であった以外は、肝細胞系マーカーのArginase-1、肝細胞癌マーカーのGlypican-3 はじめ、CEA、Desmin、CD68、c-kitは全て陰性であった。Ki67陽性細胞は60~70%と極めて多数認め、high gradeと考えられた。以上よりcarcinomaを起源とするUndifferentiated carcinoma、いわゆるcarcinosarcomaの診断に至った。手術適応はなく、肉腫としてAI療法（ドキシソルビン+イフォスファミド）を2クール施行するとともにがん遺伝子パネル検査（FoundationOne）を施行しており、現在結果待ちである。【考察】肝未分化癌は極めて稀な疾患であり、肝原発の上皮性腫瘍のうち2%以下とされ、原発性肝悪性腫瘍の約0.5%と言われていた。肝動脈塞栓術後に肝細胞癌が肉腫様変化をきたす症例はしばしば報告されるが、前治療歴のない肝原発未分化腫瘍の報告は少ない。また、報告例の多くは外科的切除が行われているが、化学療法の報告例は少ない。我々は今回、外科的切除適応外の肝原発未分化癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝腫瘍, 未分化癌

茅ヶ崎市立病院 消化器内科
藤野洋平、村田依子、鶴田絢子、上地大樹、乾 麻美、辻川真太郎、
後藤駿吾、内田苗利、秦 康夫、栗山 仁

【症例1】71歳男性。4年前から前立腺癌に対してホルモン療法を行っていた。症状はなかったが、肝胆系酵素の上昇を認め当科紹介。CT検査では肝腫大、胆嚢萎縮を認め急性肝炎様を呈した。造影効果は斑状で腫瘍性病変は指摘できなかった。腹部超音波検査では肝内多発腫瘍影を認め、bull's eye patternを呈した。造影超音波検査では、動脈相で明らかな早期濃染は認めないが後期で類円形の欠損像を多数認めた。転移性肝癌を疑ったがPSAの上昇はなかった。原発巣精査の予定であったが第14病日に急速に呼吸不全を呈し死亡した。病理解剖では、肝臓4200gと腫大しておりほぼ腫瘍で置換されていた。前立腺には腺癌は残存なく一部に神経内分泌癌を認め、ホルモン療法中に神経内分泌分化したと推定された。直接死因は肝不全として矛盾しないと考えられた。【症例2】72歳男性。2ヶ月前から食欲不振、腹部膨満感があり近医で加療を受けていたが、改善なく食事摂取不良で救急外来受診。受診時、血液検査で肝胆系酵素の上昇を認めた。CT検査では肝腫大、胆嚢萎縮を認め急性肝炎様を呈した。造影効果は斑状であった。腹部超音波検査では低エコー腫瘍を多数認め、bull's eye patternもみられたため原発不明癌、多発肝転移の疑いで入院した。肝炎の可能性も否定できなかったため肝生検を施行し、原発巣精査のため上部消化管内視鏡検査を施行したところ食道に腫瘍を認めた。第8病日に急変し死亡した。病理結果は食道および肝臓で神経内分泌癌の診断となった。【考察】神経内分泌腫瘍の画像所見は悪性度が高くなるにつれて、乏血性腫瘍の像を呈すると言われており、本症例は造影CTで2例とも明らかな腫瘍性病変を指摘できなかったが、腹部超音波検査を行うことでびまん性に転移性肝腫瘍があることが判明した。びまん性に転移性肝腫瘍を認めた場合、神経内分泌癌を鑑別する必要がある。当科初診時から1~2週間で死亡し急速な転帰を辿った2症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

神経内分泌癌, 多発肝転移

帝京大学 医学部 内科学講座¹⁾、同 外科学講座²⁾、
帝京大学医学部附属病院 病院病理部³⁾
清水友貴¹⁾、三浦 亮¹⁾、生坂 顕¹⁾、八木みなみ¹⁾、三木淳史¹⁾、
磯野朱里¹⁾、青柳 仁¹⁾、阿部浩一郎¹⁾、有住俊彦¹⁾、相磯光彦¹⁾、
小田島慎也¹⁾、浅岡良成¹⁾、山本貴嗣¹⁾、田中 篤¹⁾、近藤里江²⁾、
渋谷 誠²⁾、佐野圭二²⁾、石田 毅³⁾、笹島ゆう子³⁾

症例は53歳女性。高血圧と肝障害の指摘をされていたが無治療で経過観察となっていた。肝障害は、ビール1000ml、焼酎水割り7杯の飲酒量があり、アルコール性が疑われた。20XX年6月、飲酒後数時間したところで、悪心、嘔吐、上腹部痛を認め、体動困難となったため家族が救急要請を行った。救急隊現着時に血圧68/28mmHgとショック状態であり、当院救命救急センターに搬入となった。来院後、血圧は補液に反応し、100mmHgまで改善を認めたが、血液検査でHb9.8g/dlと低値で、腹部超音波で肝表面にecho free spaceを認めたため、腹腔内出血を疑い、腹部ダイナミックCTを施行した。CTでは肝両葉に肝血管腫が多発している状態であった。明らかな造影剤の血管外漏出は認めなかったが、S5/6の長径80mm大の腫瘍は内部高吸収域と肝外への突出を認め、近傍に凝血塊を認めた。以上の所見から、肝血管腫破裂と診断し、同日緊急血管塞栓術を施行した。血管塞栓術中に明らかな造影剤の血管外漏出はなかったが、責任血管と考えられる部位に対して塞栓を施行した。その後、新規出血は認めず全身状態は改善し、病態は安定した。肝両葉に血管腫が多発していたが、破裂を認めた病変に対しては外科的治療が必要と判断した。全身評価を行った後に、20XX年7月に当院外科でS6肝部分切除術を行った。病理診断はCavernous hemangiomaとなっており積極的に悪性を疑うような所見は認めなかった。肝血管腫は肝良性腫瘍で最も頻度が高い。一般的には増大なく経過としてとされているが、経口避妊薬や副腎皮質ホルモンの内服、妊娠などを契機として増悪するという報告もある。しかし、本症例において明らかな増悪因子は認めなかった。アルコール多飲で増悪するとの報告もあるが、増悪因子としてのエビデンスは乏しい。肝血管腫破裂は1990年代以降の死亡率は3.2%と言われていた。良性疾患であるが、破裂により死亡するリスクも伴っており、巨大肝血管腫の場合は定期的なフォローアップが必要と考える。貴重な症例を経験したので、文献的考察もふまえて報告する。

肝血管腫, 破裂

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科
齋藤 剛、渡邊彩子、菊山智博、足立貴子、松本光太郎、網島弘道、
辻川尊之、土井晋平

【背景】肝内結石は再発率が高く治療に難渋する。内視鏡的治療は経皮経肝の内視鏡下破砕術（PTCS）と経乳頭の内視鏡治療に大別される。解剖学的位置や胆管径の細さから内視鏡的破砕術の難易度も高い。今回PTCSを行い肝内結石除去が可能であった1例を経験した。【症例】81歳、男性。うつ血性心不全、慢性腎臓病で維持透析中。2014年総胆管結石治療歴あり。2020年4月食思不振、発熱で当院当科紹介受診。CTで肝前後区に多発小結石、肝内胆管拡張を認め、肝内結石性胆管炎と診断し入院。第9病日にERCP施行。総胆管、前区結石を一部除去したが肝内結石多数のため完全除去出来ずEBDを留置し終了。後日内視鏡的除去の予定とした。第50病日に発熱で再入院。ERCP施行しSpyglassDSによる観察・結石除去を試みたが、右肝管の狭窄が高度であり前区結石のみ除去した。第54病日に再度ERCP施行し、後区結石の除去を試みたが前後区分岐部に変形・狭窄を認め、胆管と交通する囊状構造物が造影され、ENBDを留置し終了。CTでENBDの先端が胆嚢内にあり、胆嚢底部から結腸への造影剤の漏出を確認。過去のCTでは慢性胆嚢炎を認めており、炎症による胆管胆嚢交通、横行結腸胆嚢瘻が形成されたと考えられ、胆嚢内から胆嚢への瘻孔を通じ結石が侵入したと推測された。症状安定のため退院となったが、第107病日に発熱で再入院。後区中心に多発肝内結石残存あり、117病日にPTCDを施行、瘻孔を順次拡張し、131病日にPTCSを挿入。肝内多発小結石を十二指腸に落させた。前後区分岐部に巨大結石があり、胆嚢内から交通してきた結石による胆道狭窄があったことが判明した。138、142病日にEHLで破砕し、以後複数回の処置により結石の完全除去を行った。第152病日にPTCDubeを抜去。経過良好で159病日に退院となった。【結語】慢性胆嚢炎による胆管胆嚢交通、胆嚢結腸瘻を伴う肝内結石症を経験した。肝内結石は内視鏡破砕困難時は外科的治療で広範囲な肝切除を考慮する必要がある。本症例では肝切除に加え腸管切除も行う可能性もあり、経皮経肝的破砕術が有効であったといえる。

肝内結石, 胆管炎

東京共済病院 消化器科¹⁾、同 低侵襲外科²⁾、
東京医科歯科大学 消化器内科³⁾
小林諒平¹⁾、松本浩明¹⁾、沖永康一¹⁾、平沼衣梨¹⁾、渡部 衛¹⁾、
宍戸華子¹⁾、古山貴基²⁾、永山和宜¹⁾、岡本隆一³⁾

【症例1】50歳代女性【主訴】心窩部痛【病歴】元々アルコール多飲歴のある方。20XX年6月より心窩部痛・食思不振・全身倦怠感が出現した。自主的に禁酒したが症状の改善乏しく当院を受診した。著明な肝胆道系酵素の上昇を認め、アルコール性肝障害に対する加療目的に入院した。【経過】入院後は肝胆道系酵素の緩やかな改善を認めたが上記症状は残存していた。第9病日に右季肋部痛の訴え、39.2℃の発熱、CRP 14.75 mg/dLと炎症反応高値を認めた。同日にCT撮影したところ胆嚢の腫大と壁肥厚の増悪を認め急性胆嚢炎の診断とした。絶食・補液・CMZによる保存的加療を開始したが改善乏しく緊急手術を施行したところ、胆嚢捻転による急性胆嚢炎の所見であった。術後経過良好のため自宅退院した。【症例2】80歳代女性【主訴】腹痛【病歴】20XX年3月、突然の悪心・冷汗・上腹部痛を自覚した。翌日も症状改善しないため、当院内科を紹介受診したところ、WBC 13,000/μL、CRP 2.31 mg/dLと炎症反応高値と腹部単純CTで胆嚢の腫大・壁肥厚を認めたため、胆嚢炎もしくは胆嚢癌の疑いで同日消化器内科へ緊急入院した。【経過】絶食・補液・CTXによる保存的加療を開始した。しかし、入院翌日にCRP 26.42 mg/dLと著明な高値を認め、造影CTを追加したところ壁肥厚は著明であるものの増強効果が弱いことから胆嚢癌ではなく胆嚢捻転による壊疽性胆嚢炎の可能性が示唆された。緊急手術を施行したところ、胆嚢捻転による壊疽性変化を伴う胆嚢炎の所見であった。術後経過良好のため自宅退院した。【結語】胆嚢捻転は胆嚢頸部もしくは胆嚢管で捻転を起こすことで生じるもので、急性腹痛の原因となる比較的な疾患である。しかしながら、血行障害による虚血性変化や壊疽性変化が出現し緊急性が増すことから迅速で確実な診断が求められる疾患でもある。今回、我々は胆嚢捻転を2例経験し、特に症例2については各種検査結果により術前診断することができたので若干の文献的考察も含め報告する。

胆嚢捻転、急性胆嚢炎

ERCPおよび胆道鏡で肝門部領域胆管癌と原発性硬化性胆管炎を鑑別した1例

JCHO 横浜保土ヶ谷中央病院 消化器内科¹⁾、
済生会横浜市南部病院 消化器内科²⁾
佐藤博紀¹⁾、七里頼子¹⁾、三留典子¹⁾、仲ありさ¹⁾、有馬 功¹⁾、
石井寛裕²⁾

【症例】82歳男性。【主訴】体重減少。【既往歴】狭心症、心房細動、胆嚢炎、COPD。【現病歴】20XX年7月に体重減少および糖尿病増悪を主訴に当院受診された。CTで肝内胆管の拡張、肝門部領域胆管の壁肥厚および造影効果を認め、遠位胆管に結石を認めた。精査加療目的に入院となった。【経過】肝門部領域胆管癌および総胆管結石の疑いでERCPを施行し、ERCで肝門部の不整狭窄、遠位胆管の結石を認めた。右胆管は造影されなかった。採石し、胆管生検を施行したが、悪性所見を認めなかった。2回目ERCPを施行したところ、左肝管狭窄を認め、憩室様突出や数珠状所見を呈した。原発性硬化性胆管炎(PSC)が疑われ、セカンドオピニオン目的で他院へ紹介し胆道鏡を施行した。胆管の粘膜面は明らかな腫瘍性変化を認めず、瘢痕変化のみであった。胆管生検でもcholangitisのみであり、PSCと診断した。【考察】悪性腫瘍を疑う主訴で来院され、肝門部領域胆管癌疑いで画像検査、繰り返しの胆管生検および胆道鏡を用いて精査した結果、PSCの診断となった1例について若干の文献的考察を加えて報告する。

原発性硬化性胆管炎、胆道鏡

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、同 外科³⁾
葛生健人¹⁾、山口桂佳¹⁾、川島捺未¹⁾、中島聡美¹⁾、田邊浩紹¹⁾、
細矢さやか¹⁾、石井 研¹⁾、山田英司¹⁾、野中 敬¹⁾、松島昭三¹⁾、
小松達司¹⁾、田辺美樹子²⁾、新野 史²⁾、山本悠史³⁾、関戸 仁³⁾

【緒言】G-CSF産生腫瘍はさまざまな悪性腫瘍で報告されており、肺癌が最も多いとされているが、肝臓領域に合併するものはまれであり、予後は極めて不良とされている。今回G-CSF産生胆嚢癌に対して手術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】70歳女性。既往歴、通院歴はなし。腹部膨満、右下腹部痛で近医受診し、胆嚢腫瘍が疑われたため当科紹介受診となった。初診時、発熱はなく、血液検査でWBC 69200/μL(好中球分葉核球 87%)、RBC 342万/μL、PLT 485万/μL、AST 24U/L、ALT 19U/L、ALP 861U/L、γGTP 156U/L、総ビリルビン 0.5mg/dL、CRP 10.87mg/dLと胆道系酵素の上昇とともに著明な白血球の上昇、CRP高値を認めた。腹部造影CT検査では胆嚢底部に8cm大の腫瘍状の胆嚢壁肥厚を認めた。胆嚢腫瘍と肝臓との境界は一部不整であった。また門脈周囲に腫大リンパ節を認め胆嚢癌CT3a、N1、M0、cStage3Bと診断した。血清G-CSF活性値を測定するとともに、造血管腫瘍除外のために骨髄穿刺を施行した。骨髄塗抹標本からは腫瘍性異型は認めず、顆粒球系優位の過形成性骨髄組織が認められた。また血清G-CSF活性値は207pg/mLと高値であった。G-CSF産生胆嚢癌疑いで拡大胆嚢摘出術を施行した。手術翌日にはWBC 37800/μL、3日後にはWBC 9300/μLと速やかに低下した。手術検体の病理所見では体底部の胆嚢床部に8×7×6cmの乳頭状から結節状の腫瘍を認め、組織学的には充実型の低分化腺癌、中分化型管状腺癌、及び全体の1/6程度に扁平上皮癌を認め、胆嚢漿膜へ浸潤しており、肝実質浸潤が認められた。リンパ節は2/14で陽性であった。また腫瘍検体の抗G-CSF抗体を用いた免疫染色は陽性を示した。以上より、G-CSF産生胆嚢癌と診断した。【結語】G-CSF産生胆嚢癌に対して手術を施行した一例を経験した。G-CSF産生腫瘍に対する治療については、最も頻度の高いG-CSF産生肺癌においても特異的な治療法は存在せず、手術適応や化学療法は原発巣に応じた治療法が選択されているのが現状である。今後の経過も含めて大変興味深い症例であり、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢癌、G-CSF産生腫瘍

腓骨性囊胞-門脈瘻に対し内視鏡治療が有効であった一例

筑波大学附属病院 消化器内科
辻 実季、遠藤壮登、長谷川直之、寺崎正彦、丹下義隆、萩原悠也、
福田智史、溝上裕士

【症例】59歳、男性。拡張型心筋症、大球性貧血の既往歴あり。エタノール換算30g/日の飲酒歴あり。1か月前から全身倦怠感、下痢を認め、近医定期受診時の胸部X線で胸水を指摘された。造影CTを施行したところ、胸腹水に加え、腓骨性囊胞(以下PPC)から連続する18mm大の門脈内の低吸収域を認め、門脈血栓症疑いで当院転院となった。血液検査ではアミラーゼ856U/L、リパーゼ864U/Lと腓骨性囊胞上昇を認めた。一方で、白血球 9200/μL、CRP 0.25mg/dLと炎症反応上昇は認めなかった。MRCP T2強調画像では腓骨部の主腓管が破綻し、腓骨部足側に広がる長径9cmのPPCを認めた。またこのPPCに接した門脈/上腸間膜静脈合流部に、T2強調画像で明瞭な高信号となる構造物を認め、造影CTで指摘された門脈内の低吸収構造物に一致していた。上記画像検査結果より、腓骨性囊胞-門脈瘻(以下PPVF)を疑い、内視鏡的腓管ドレーナージの方針となった。内視鏡的逆行性腓管造影ではVater乳頭から腓管は描出されず、副乳頭からドレーナージとし、腓管破綻部をまたぐように腓管ステント5Frを留置した。5日後の造影CTではPPVFによる門脈内の低吸収域は縮小していたが、同時に発熱や炎症反応上昇あり、CT所見からPPC感染を併発したものと考えられ、超音波内視鏡的腓骨性囊胞ドレーナージを追加した。発症1か月後の造影CTでは、PPCの縮小とともに、PPVFによる門脈内の低吸収域は消失した。【考察】PPVFは急性・慢性肝炎の稀な合併症で、その発生機序は諸説あり定まっていない。確定診断には手術や経皮的門脈穿刺など高侵襲な処置が必要であるが、近年MRIによる診断の有用性が報告されており、本症例でもMRIで明瞭な画像所見が得られたため診断に至った。内視鏡的治療の有用性の報告は数少ないため、貴重な症例と考えられる。

腓骨性囊胞-門脈瘻、慢性腓炎

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
日本医科大学 消化器外科³⁾、
中村優圭¹⁾、水谷 聡¹⁾、谷合信彦¹⁾、上田純志¹⁾、中田亮輔¹⁾、
春名孝洋¹⁾、松谷 毅¹⁾、許田典男²⁾、吉田 寛³⁾

IPMCの術前診断で手術を施行し、病理診断でIntraductal tubular adenoma(ITA)と診断された一例を経験したため報告する。患者は64歳男性。急性膵炎のため入院し、その後の精査で膵鉤部に22.6×33.6mm大の多房性嚢胞性病変を認め、分枝型IPMCの術前診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行した。術後の病理診断で主膵管および分枝部において乳頭状の増生を認め、核異型は弱く粘液成分に乏しい病変であり、intraductal tubular adenoma (ITA)と診断した。ITAは2010年のWHO分類では胃型IPMNの1亜型として扱われており、極めて稀な症例である。文献的考察を加え、報告する。

IPMN, IPMC

昭和大学医学部内科学講座消化器内科学部門

中谷 溪、中島陽子、坂木 理、音山裕美、杉浦育也、石井 優、
居軒和也、梶原 敦、魚住祥二郎、下間 祐、打越 学、
吉田 仁

【症例】60歳代、男性【主訴】全身倦怠感、腹部膨満感、下痢【現病歴】201X年12月肝機能障害を認め精査を行うが明らかな異常所見なく、UDCA (600mg/日)内服で軽快し経過観察となった。201X+1年5月頃から全身倦怠感、腹部膨満感、6月頃から水様性下痢、低アルブミン血症を認めた。上部・下部消化管内視鏡検査、PET-CT、およびタンパク漏出シンチグラフィも異常所見を認めなかった。下痢、低アルブミン血症の悪化があり、同年10月精査加療目的に入院した。【経過】入院時アルブミン2.5g/dl、一日2回程度の水様性下痢を認めていた。低アルブミン血症の鑑別にアミロイドーシスを考え、再度上部消化管内視鏡検査を施行した。異常所見は認めないものの、十二指腸球部より生検し、間質と血管壁に淡好酸性の硝子化様の所見を認めた。コンゴレッド染色弱陽性、DFS染色陽性、kappa鎖陽性で、ALアミロイドーシスの診断に至った。第24病日からVCD療法を開始したが薬剤性間質性肺炎を発症し、第35病日永眠した。【考察】全身性アミロイドーシスは、アミロイドが身体諸臓器に沈着することで様々な機能障害をきたす疾患である。診断には主要症状と所見が重要であり、病理結果から確定診断に至る。アミロイドーシスが疑われる場合は、内視鏡所見の有無に関わらず、積極的に胃、十二指腸、または直腸から生検を行う必要がある。本症例は下痢も軽度、尿蛋白も少量であるにも関わらず、低アルブミン血症が顕著であった。各種画像検査では明らかな異常を指摘できず、原因の特定に難渋した。低アルブミン血症を呈するが画像所見に乏しいような場合には、アミロイドーシスの可能性を考えて消化管の生検を行うことが重要と考えられた。我々は診断に苦慮した全身性アミロイドーシスの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

全身性アミロイドーシス、低アルブミン血症

河北総合病院 消化器内科

水野文裕、島田高幸、土屋杏平、栗崎雅史、高石幸人、土家 清、
山下浩子、五十嵐裕章

【症例】64歳女性【主訴】腹痛【臨床経過】受診当日、突然発症の腹痛を主訴に当院に救急搬送された。来院時、上腹部を中心に強い腹痛の訴えがあり、触診では圧痛、反跳痛を認めた。血液検査では非特異的炎症所見を認めるのみであり、腹部造影CT、上部消化管内視鏡を施行するも腹痛の原因を特定できず、鎮痛薬を投与し経過観察入院とした。第3病日に強い腹痛の再燃と共にショックバイタルとなり、急速補液により状態安定を得た。翌第4病日の血液検査で貧血の進行(Hb 15.3g/dL→10.5g/dL)、腹部造影CT再検で20mm大の左胃動脈瘤、腹腔内血腫を認めた。左胃動脈瘤から腹腔内出血に至ったと推察され、緊急での血管内治療や外科的治療が必要と判断した。同日高度医療機関に転送し速やかに腹腔動脈造影を施行、出血源と考えられた左胃動脈瘤及びそこから分枝する左肝動脈瘤に対しコイル及びシアノクレリット系薬剤で塞栓術を施行した。その際の造影で腹部大動脈からの分枝に多数の数珠状動脈瘤を認め、分節性動脈中膜融解症(以下SAM)と診断した。その後は症状の再燃なく経過し、第12病日に自宅退院した。【考察】SAMは主に腹部大動脈から分枝する動脈に、分節状の中膜融解を機序とし、解離性動脈瘤が形成され、しばしば多発し破裂を来す疾患である。臨床的には非炎症性、非動脈硬化性の腹腔内出血で、血管造影で数珠状の不整な拡張と狭窄を認めることにより診断する。本症例は入院時造影CTでは確認できなかった左胃動脈瘤を第4病日のCTと血管造影で明確に認めており、急性の経過で左胃動脈瘤形成から腹腔内出血を来したことが確認できる貴重な症例である。原因不明の突然発症の腹痛、ショック、貧血進行を来した症例では、SAMを背景とする腹腔内出血を考慮し、迅速に画像評価を行い、血管内治療や外科治療を検討する必要がある。

分節性動脈中膜融解症, SAM

日本医科大学 消化器内科学

石井昌太郎、小泉英里子、恩田 毅、野田啓人、樋口和寿、
後藤 修、貝瀬 満、岩切勝彦

【症例】72歳、女性【主訴】なし(食道精査目的)【既往歴】間質性肺炎、冠縮性狭心症【経過】当院呼吸器内科に間質性肺炎の精査・加療目的に通院中、CTで偶発的に胃壁外腫瘍を認めたため精査目的に当科紹介となった。X日にEGD・EUSを施行した結果、既知の胃壁外腫瘍は19mmのGISTであった。一方、同検査にて胸部下部食道(切歯32-34cm)右壁に13mm大の0-Ile+IIa病変を認め、NBI拡大観察ではIPCLはmiddle-AVAを伴うB2血管を呈していた。一方、病変は厚みがあり、畳の目曇りの消失を伴っていたことから、食道癌(Lt, 13mm, 0-Ile+IIa, SM2以深>MM~SM1)と診断し、ヨード散布の上生検施行したところ、squamous cell carcinomaであった。次に、X+14日に深達度再評価目的に施行したEGDでは、肉眼型は0-Ileに変化し、厚みや畳の目曇り消失の所見は消失していた。また、EUSでは第3層は非薄化あるものの連続性は保たれており、内視鏡的深達度はMM~SM1と診断し、ESD施行の方針とした。さらに、X+32日のESD日の観察では、白色光・NBI観察共に既知の食道癌は視認できない状態であった。NBI観察でbrownish areaかつヨード染色で淡染域となる近傍の小領域を2か所生検したがいずれも悪性所見は認めなかった。現在慎重に経過観察中である。尚、本経過中には、間質性肺炎に対してX-5日にステロイドパルス療法、X-3日からシクロスポリン内服を開始していた他、X-7日・X+4日・X+17日にCT(心筋シンチを含む)を撮影していた。【考察】粘膜下浸潤を疑う食道癌が約1カ月の経過で消失した症例を経験した。経過中、ステロイドパルス療法、免疫抑制療法、複数回の放射線検査が施行された他、EGDの際にはヨード散布、2か所の生検が施行されている。放射線照射は食道癌に有効であり、本邦では根治的な食道癌化学放射線治療として計60Gy/30Frを要するが、本症例ではCT1回につき約30mSv以下と極めて少量であった。また、医学中央雑誌やPubMedで文献を検索したがステロイドやシクロスポリン、ヨード散布などで食道癌の消失をきたした報告は確認できず、複合的要因が食道癌の消失をきたしたと考えられた。

食道表在癌、内視鏡的粘膜下層剥離術

千葉大学大学院 先端応用外科学

山口有輝子, 浦濱電馬, 豊住武史, 米本昇平, 加藤直菜美, 磯崎哲朗, 水藤 広, 丸山哲郎, 村上健太郎, 上里昌也, 松原久裕

【はじめに】全周性食道ESDでは術後狭窄が問題となる。近年、食道ESD後の術後狭窄予防としてステロイドの有用性が報告されている。一方、ステロイドには易感染が問題となることがあり、使用には注意が必要である。今回、全周性食道ESDの狭窄予防に局注・内服ステロイドを併用し、肺アスペルギルス症を呈した1例を経験した。【症例】68歳男性【現病歴】2019年6月に検診の上部消化管内視鏡検査で食道癌疑いとなり、当院消化器内科に紹介。早期食道癌3病変(A:切歯24-29cm全周、30mm長、LPM、B:切歯30-30cm、2/5周、20mm、EPC:切歯35-38cm、全周、30mm長、MM)の診断で、2019年7月に2病変(A、B)、11月に病変(C)に対して2期的にESDを施行した。術後はそれぞれ狭窄予防としてステロイド局注・内服併用療法が行われた。ステロイド局注にはESD直後にトリアムシロロン100mg、その後1週間毎にトリアムシロロン100mgの局注が7回行われた。内服はESDの2日後よりプレドニゾロンが30mg、その後2週間毎に5mgずつ漸減された。病変(C)は病理診断で尿管侵襲陽性であったため、追加治療のため2019年12月に当科紹介となった。術前に施行したCT検査で右肺上葉に空洞性病変を認め、咳嗽もあったことから感染症内科に紹介となり、肺アスペルギルス症の診断となった。抗真菌薬投与を行い、アスペルギルス症の病勢が落ち着いたので、2020年4月に右開胸開腹食道亜全摘術後縦隔経路胃管再建術を施行した。経過良好にてPOD16に退院となった。術後の病理診断では食道癌の遺残はなく、現在無再発生存中である。【考察】本症例ではステロイドの局注・内服併用療法により結果としてESD後食道狭窄は生じなかった。しかし日和見感染によるアスペルギルス症を発症し、手術が遅延した点には留意しなければならない。現在、JCOG1217で早期食道癌に対するESD後の狭窄予防を目的とするステロイド内服療法およびステロイド局注療法のランダム化比較第III相試験が行われている。ステロイドの併用療法も含め、若干の文献的考察を加え、報告する。

食道ESD, 狭窄予防

慶應義塾大学医学部 外科学 (一般・消化器)

森本洋輔, 川久保博文, 松田 諭, 入野誠之, 福田和正, 中村理恵子, 和田則仁, 北川雄光

症例は36歳男性。20年前に骨肉腫に対し化学療法および手術施行された。前医で逆流性食道炎と高血圧をフォロー中に胸部下部食道に隆起性病変を認め、生検にて扁平上皮癌の診断となり、精査加療目的に当科を紹介受診された。上部消化管内視鏡検査にて切歯35cmから40cmの胸部下部食道に全周性の発赤調隆起性病変を認め、拡大観察にて血管不透見部分に一部B2様血管を認めたことから深達度SM2の表在型食道癌と診断した。また、PET-CTにて胃小弯側の腫大リンパ節にFDG集積を認め、食道癌 Lt cT1bN1 (#1) M0 cStageIIと診断した。過去の化学療法の副作用による慢性腎障害 (eGFR 37 ml/min/1.73m2) を認めており、術前化学療法は施行せず、根治手術 (ロボット支援下食道亜全摘術、3領域リンパ節郭清、後縦郭経路胃管再建、頸部食道胃管吻合、胸管合併切除、空腸瘻造設術) を施行した。手術時間は476分、出血量は100gであった。術後明らかな縫合不全や反回神経麻痺を認めなかった。術後12日目に嚥下評価施行し、嚥下機能に異常認めず、術後13日目より経口摂取を開始した。以降も術後経過良好につき、術後22日目に自宅退院となった。病理組織学的には、ごく僅かに脈後分化を伴う扁平上皮癌であり、病理学的進行度はpT1b (SM3) N1 (#1) M0 pStageIIであった。本症例は骨肉腫既往のある若年性食道癌の1例である。飲酒喫煙歴がなく非典型的な症例であり、遺伝学的背景の他に化学療法による二次癌の可能性も考えられる。若干の文献的考察を加えこれを報告する。

若年性食道癌, 骨肉腫

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科

北村倫香, 河越哲郎, 田邊智英, 大城 雄, 糸川典夫, 後藤 修, 貝瀬 満, 岩切勝彦

症例は61歳男性。既往に脳梗塞、深部静脈血栓症がある。脳梗塞による重度の嚥下機能障害に対して20XX年8月に当施設で胃瘻造設術を施行、胃瘻造設8日後にリハビリテーション病院に転院となった。胃瘻造設9日後から暗赤色便、収縮期血圧90mmHg台を認めたため当院救急搬送となり、上部消化管出血の疑いで緊急入院となった。来院時血液検査は、腎機能低下、UN/Cr比開大、Hb8.8g/dlと貧血を認め、その他特記すべき異常所見は認めなかった。胸腹部単純CTでは、胃拡張、門脈主幹・肝内門脈内および胃壁内に気腫を認めた。1時間半後に撮影した腹部造影CTでは、門脈主幹気腫は消失しており、造影剤の血管外漏出は認めず、腸間膜動脈および腸管の造影効果は保たれていた。緊急上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行したところ、胃内に多量のコアゲラ貯留と食道胃接合部 (EGJ) に血管断端を伴う小潰瘍を認め、漏出性出血を認めた。以上より胃瘻造設後に生じた胃壁内・門脈内気腫とそれに伴う胃粘膜障害からの出血と診断した。出血源に対して焼灼止血術を施行、濃厚赤血球輸血2単位投与、PPI投与、経腸栄養中止、深部静脈血栓症に対して使用のリクシアナの中止にて治療開始した。胃瘻造設10日後のEGDでは、EGJ直下に焼灼止血後治癒痕を認めた。胃穹隆部から胃体中部の大彎前壁から後壁にかけて広範に漏出性出血を伴う発赤びらんを認め、CT画像上の胃壁内気腫の分布と一致していた。胃瘻造設部周囲には粘膜障害は認めなかった。胃瘻造設13日後の腹部単純CTで門脈気腫および胃壁内気腫の消失を確認した。胃瘻造設16日後のEGDではEGJ直下の焼灼止血癒痕の縮小を認め、胃穹隆部から胃体中部のびらんの改善を認めた。胃瘻造設18日後より経腸栄養再開、深部静脈血栓症の残存を認めたためリクシアナ再開し、その後経過良好のためリハビリテーションに転院とした。今回、我々は胃瘻造設後に消化管出血を伴う胃気腫症および門脈気腫症をきたし、保存的加療で気腫症の回復とともに内視鏡所見の軽快を経時的に観察し得た症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

胃気腫症, 胃瘻造設後

日本医科大学 消化器外科

櫻井宏貴, 萩原信敏, 野村 務, 金沢義一, 柿沼大輔, 松野邦彦, 安藤文彦, 加藤俊二, 吉行俊郎, 吉田 寛

はじめに：食道憩室は比較的にまれな疾患であり、全消化管憩室の約1%と報告されており、咽頭食道部に発生するZenker憩室はそのうち10%とされている。今回、5年間咽頭の違和感を自覚し、Zenker憩室の診断で外科的憩室切除施行後に症状の軽快を認めた症例を経験したため報告する。症例：58歳男性、5年前より咽頭部違和感、食事の逆流、咳嗽を自覚し耳鼻科通院中であった。咽頭部所見では両側披裂部の発赤、浮腫を認め、逆流性食道炎の診断で内服加療されていた。その後症状の増悪を認め、消化器内科紹介となった。上部内視鏡検査、食道内圧検査では機能的障害は否定的であったが、食道造影検査で頸部にバリウムの貯留を伴うcm大の突出を認め、Zenker憩室の診断となり当科紹介となった。再度上部内視鏡検査施行しZenker憩室を確認し食道憩室切除術を施行した。経過問題なく術後9日目に退院となった。また現在外来通院中であり症状の増悪なく経過している。考察：Zenker憩室は憩室の拡張に伴い嚥下障害、頸部膨脹、咽頭の違和感、食物の逆流に伴う咳嗽、誤嚥性肺炎など様々な症状を呈する。しかしながら無症状や軽度の違和感で診断がつかない症例もあり原因不明の逆流症状や咽頭の違和感を呈する症例ではZenker憩室も念頭に置き、診療する必要があると考える。

食道憩室, Zenker憩室

胃癌に対するLADGにおける術中手技「膝下縁三角脂肪Pancreas-Inferior Triangular fat: PIT fat牽引」と「脾臓圧迫」の術後脾液瘻の比較検討

日本医科大学千葉北総病院 外科・消化器外科¹⁾,
日本医科大学 消化器外科²⁾
櫻澤信行¹⁾, 新井洋紀¹⁾, 保田智彦¹⁾, 久下恒明¹⁾, 金沢義一²⁾,
松野邦彦²⁾, 鈴木英之¹⁾, 吉田 寛²⁾

【緒言】胃癌術後の脾液瘻は発症すると治療にしばしば難渋し、時に致命的となる重篤な合併症である。近年脾臓を直接圧迫しない手技で脾液瘻が軽減できる報告があり、当科での脾臓圧迫と非圧迫手技で比較検討したので報告する。【方法】2017年2月～2020年7月までの期間に施行した胃癌に対するLADG(年齢40～90 平均69.8。男51、女30例。再建法B-I 28, B-II 2, R-Y 51例)計81例を脾臓圧迫(A群)の56例と膝下縁の三角脂肪牽引(B群)25例で術後ドレーンAMYと脾液瘻孔の発生頻度について比較検討した。【結果】年齢、性別等両群で有意差なし、手術時間はA群の中央値268分とB群の中央値327分で $P=0.002$ で有意差あり。出血は両群とも中央値5gで $P=0.66$ で有意差なし。術後合併症(CDのIIIA以上、 $P=1$)と脾液瘻($P=0.53$)は両群で発生頻度に有意差なかったが、術後1日目のドレーンアミラーゼではA群の中央値571 U/LとB群の中央値336 U/Lで $P=0.038$ で有意差あり。【まとめ】脾臓を直接圧迫する従来の方法(A群)と脾臓を直接触らずに下縁の三角の脂肪を牽引してmove the groundを施行して脾周囲のリンパ節を郭清する手技(B群)では術後のドレーンアミラーゼは有意に低下したが、脾液瘻の発生では有意差はなかった。またB群のほうが有意に手術時間が長く、今後検討を要する。

胃癌, 脾液瘻

非乳頭部十二指腸SM癌のリンパ節転移危険因子に関する臨床病理学的検討

がん研有明病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾,
同 肝胆脾外科³⁾
吉水祥一¹⁾, 河内 洋²⁾, 渡海義隆¹⁾, 並河 健¹⁾, 堀内裕介¹⁾,
石山晃世志¹⁾, 由雄敏之¹⁾, 平澤俊明¹⁾, 伊藤寛倫³⁾, 藤崎順子¹⁾

【背景・目的】非乳頭部十二指腸SM癌(SM癌)は、他臓器と同様に転移リスクがあり、リンパ節転移(LNM)陽性例は予後不良となることが示唆されている。しかしながら、SM癌はその疾患頻度の低さから臨床病理学的特徴は明らかになっていない。【対象・方法】当院では2006年～2018年に早期十二指腸癌149例に対して内視鏡的切除(ER)または外科切除を施行した。最終病理診断に基づきM癌137例(92%)と、SM癌12例(8%)の臨床病理学的所見を比較検討した。また、SM癌のLNM危険因子について検討した。【結果】患者背景は男性92例、女性57例、年齢中央値64歳(36-86)、治療方法はER:外科切除=84:65例であった。M癌とSM癌の比較では、腫瘍径、色調には有意差がなかった。部位が乳頭口側の割合は、M癌:SM癌=47%(65/137例):83%(10/12例)とSM癌で有意に多く($P=0.017$)、肉眼型が複合型(0-IIa+IIc)の割合は、M癌:SM癌=5%(5/137例):50%(6/12例)とSM癌で有意に多かった($P<0.001$)。脈管侵襲(LVI)陽性率はM癌:SM癌=0%(0/137例):50%(6/12例)とSM癌で有意に高かった($P<0.001$)。免疫染色によるSM癌12例の形質発現は、胃型4例、胃腸混合型7例、腸型1例であった。所属リンパ節郭清を行った外科切除42例のLNM陽性率は、M癌:SM癌=0%(0/31例):46%(5/11例)とSM癌で有意に高かった($P<0.001$)。SM癌における組織型別のLNM陽性率は、高・中分化:低分化=25%(2/8例):100%(3/3例)であり、低分化は全例がLNM陽性であった。LVI陽性例のLNM陽性率は60%(3/5例)、LVI陰性例のLNM陽性率は33%(2/6例)であった。SM浸潤距離別では、粘膜筋板からの浸潤距離が $<500\mu\text{m}$: $500\sim 999\mu\text{m}$: $1000\mu\text{m}\leq$ =50%(2/4例):50%(1/2例):40%(2/5例)であり、浸潤距離が $<500\mu\text{m}$ であってもLNM陽性率を認めた。【結語】少数例の検討ではあるが、SM癌のLNM陽性率45%と高頻度であった。特に、組織型が低分化、LVI陽性例はLNM陽性の頻度が高い可能性が示唆された。

非乳頭部十二指腸SM癌, リンパ節転移危険因子

腹腔鏡補助下胃全摘術 Roux-en-Y再建後に生じた Petersen's herniaの一例

日本医科大学多摩永山病院 外科¹⁾,
日本医科大学 消化器外科²⁾
松井隆彰¹⁾, 向後英樹¹⁾, 和田尚人¹⁾, 野村 聡¹⁾, 高田英志¹⁾,
平方敦史¹⁾, 丸山 弘¹⁾, 横山 正¹⁾, 牧野浩司¹⁾, 吉田 寛²⁾

症例は75歳男性。二年前に当院で胃癌に対して腹腔鏡補助下胃全摘術(結腸前 Roux-en-Y再建)を施行した。嘔吐を主訴に当院救急搬送され、CTで十二指腸の著明な拡張と腹水貯留を認めたため、内ヘルニアを疑い緊急手術の方針となった。術中所見では、Y脚の著明な拡張・発赤及びその間膜基部の発赤、Petersen's defectを認め、Y脚がPetersen's defectに入り込んだ事による内ヘルニア(Petersen's hernia)と診断した。腸管の虚血性変化は認めなかったため、間隙を閉鎖し、手術は終了。経過良好で術後3日目に食事再開し、8日目に退院となった。近年、胃癌の根治手術としてRoux-en-Y法による再建が多く用いられている。従来のBillroth法と比較し、縫合不全や逆流性の胃炎や食道炎が生じにくいとされているが、一方で内ヘルニアの発症を指摘されている。胃切除後内ヘルニアの発生頻度は0.1-0.3%と比較的稀であるが、腹腔鏡手術が普及するにつれて内ヘルニアの発生は増加しているとされる。腹腔鏡下手術は開腹術と比べ癒着が少なく腸管の自由度が高いため、内ヘルニアの発生率が高いと考えられている。胃切除後内ヘルニアのうちPetersen's herniaでの内ヘルニアが60%ともっとも頻度が高く、予防としては、Petersen's defectの閉鎖やヘルニア門が小さい結腸前再建が推奨される。Petersen's herniaは間隙が比較的広いため腸管絞扼は少ないが、大量の小腸が間隙に落ち込むことにより小腸間膜根部の捻転が生じ、血流障害を来し、広範な小腸切除が必要になる事もある。本症例では、Y脚がPetersen's defectに入り込んでいたため、小腸間膜が屈曲する事によりSMVが根部で途絶するリスクが高いと考えられる。術中所見としても全小腸の浮腫状変化を認めており、早期に手術する事により腸管切除をせずに対処する事が可能であった。本症例の様にY脚が嵌入了したPetersen's herniaの報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

Petersen's hernia, 腹腔鏡補助下胃全摘術後

急激な転帰を辿った好中球減少性腸炎の1例

日本医科大学千葉北総病院 外科¹⁾,
日本医科大学 消化器外科²⁾
山下真正¹⁾, 吉森大悟¹⁾, 入江利幸¹⁾, 久下恒明¹⁾, 青木悠人¹⁾,
保田智彦¹⁾, 原 敬介¹⁾, 篠塚恵理子¹⁾, 近藤亮太¹⁾, 新井洋紀¹⁾,
柿沼大輔¹⁾, 川野陽一²⁾, 松本智司²⁾, 渡邊昌則¹⁾, 鈴木英之¹⁾,
吉田 寛²⁾

【症例】77歳、男性【既往歴】脳出血、胃潰瘍、白内障術後【臨床経過】2日間続く腹痛を主訴に受診、腹部CTで回腸の局所的壁肥厚・腸間膜の浮腫性変化を指摘されたため、腸閉塞の診断で入院となった。2日後に嘔吐・腹痛の増悪・著明な腹満を認めたため腹部CTを施行したところ、腸間膜の浮腫性変化の増悪を認めたため、絞扼性腸閉塞の診断で緊急手術施行した。術中所見では回腸腸間膜と大網の癒着を認め、同部位の回腸に血流障害を疑う色調変化を認めた。腸管の壊死は認めないため腸切除は行わずイレウス管を挿入し手術終了とした。帰室後からやや酸素化が悪い経過を認めていたが、術後2日目に呼吸状態の著明な増悪を認めたため、ARDSの診断でICUでの人工呼吸器管理となった。入室後より汎血球減少及び凝固機能の低下を認め連日補充療法を行うも改善乏しい状態であった。その後血液像にて芽球の増加を認めたため血液疾患を疑い骨髓穿刺を施行したところ急性骨髄性白血病の診断に至った。その後も集中治療継続するも状態改善せず術後17日目に永眠された。【考察】好中球減少性腸炎は細胞障害性化学療法剤の投与が原因となることが多いが、今回の様に血液疾患を背景としたものも存在する。症状は発熱、右下腹部痛、嘔吐、腹部膨満、水様性下痢症状となっており、虫垂炎、クローン病、虚血性腸炎等との鑑別が必要となる。今回絞扼性腸閉塞の診断にて緊急手術を施行した好中球減少性腸炎の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

好中球減少性腸炎, 急性骨髄性白血病

横浜市立大学附属病院 消化器内科¹⁾、
 藤沢市民病院 消化器内科²⁾、同 放射線診断科³⁾
 稲垣尚子^{1,3)}、近藤新平²⁾、大西美沙²⁾、金村知樹²⁾、榎本昌人²⁾、
 東大輔²⁾、山近由衣²⁾、吉村勇人²⁾、阿南秀征²⁾、濱田潤²⁾、
 林公博²⁾、合田賢弘²⁾、安藤知子²⁾、安井一馬³⁾、藤井佳美³⁾、
 塚本浩³⁾、岩瀬滋³⁾、前田慎¹⁾

症例は82歳女性。C型肝硬変を背景とし肝細胞癌、食道静脈瘤の治療歴、2回の開腹手術歴あり。1か月前からの繰り返す黒色便、貧血の進行を認め上下部消化管内視鏡検査施行も出血源は同定できず輸血で対応していた。経過から小腸出血を疑い、後日近医で小腸カプセル内視鏡検査を予定していたが、再び黒色便、ふらつきが出現しヘモグロビン6.8mg/dLと貧血の進行を認め緊急入院となった。胸腹部造影CT検査では明らかな造影剤の血管外漏出は認めなかった。出血源同定・止血目的で経口のシングルバルーン小腸内視鏡検査(BAE)を施行した。骨盤内小腸に赤色栓を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め小腸静脈瘤と診断した。内視鏡的クリップ止血術後に造影CT検査を再検し、卵巣静脈瘤が排血路の小腸静脈瘤と確定診断した。翌日、卵巣静脈瘤根治目的にバルーン閉鎖下逆行性経静脈の塞栓術(BRTO)を施行した。左腎静脈からアプローチし、側副路をコイル塞栓後に5%EOを用いて卵巣静脈瘤の塞栓を行い良好な止血が得られた。その後、再出血なく経過し、術後3年経過した現在も肝機能の増悪はなく外来通院可能となっている。小腸静脈瘤出血はまれな疾患であり、診断・治療ともに難渋する場合が多い。今回BAEで診断し、BRTOで止血を得られた貴重な1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸出血，異所性静脈瘤

日本医科大学 消化器外科
 山形 周、園田寛道、宮坂俊光、栗山 翔、上田康二、武田幸樹、
 岩井拓磨、高橋吾郎、進士誠一、松田明久、山田岳史、
 吉田 寛

中心静脈カテーテル断裂の原因としては鎖骨下静脈経由で留置した際のピンチオフ症候群がよく知られており、近年では抗悪性腫瘍剤治療や栄養障害の治療を目的とした中心静脈ポート留置は右内頸静脈経由で行われることが多い。今回われわれは右内頸静脈経由で行われた中心静脈ポート留置後3年6ヶ月で生じたカテーテル自然部分断裂の1例を経験したので報告する。症例は72歳男性。3年8ヶ月前に中心静脈ポート留置術を行なった。手術は右内頸静脈からカテーテルの穿刺を行い、皮下トンネルを作成して右前胸部のポートと接合した。その後mFOLFO6による術前化学療法を6コース行い、3年5ヶ月前に腹腔鏡補助下腹会陰直腸切断術を施行した。術後も補助化学療法としてmFOLFO6療法を行なったが、2コース目でエルブラットによるアレルギー反応を認め、化学療法は中止され、以後2年8ヶ月にわたり中心静脈ポートは使用されていなかった。7ヶ月前、肺腫瘍を認め、CTガイド下生検により大腸癌肺転移と診断されたため、6ヶ月前より再び中心静脈ポートを使用し、FOLFIRI+ラムシルマブによる化学療法を開始した。再開後4ヶ月、治療2日目に鎖骨上部のカテーテル走行部に一致した圧痛、水疱形成を認めた。カテーテルの破損を疑い、治療を中止した。その際、ポートの逆血、生理食塩水フラッシュによる疼痛部位の膨隆、疼痛の増悪は認めなかった。2週間後に中心静脈ポート抜去と左内頸静脈穿刺での中心静脈ポート再造設術を行なった。抜去したポートから生理食塩水を注入して検索すると、疼痛を生じていた部位でカテーテルの部分断裂を認めた。患者から詳細に聴取すると、乗用車を頻繁に運転しており、シートベルトの肩ベルトが当たった時折痛みが生じていたとのことであり、シートベルトによる慢性刺激がカテーテル部分断裂の一因ではないかと考えられた。

中心静脈カテーテル，自然断裂

JCHO 相模野病院 消化器病センター¹⁾、
 北里大学病院 病理学²⁾、南町田病院 消化器内科³⁾
 三枝陽一¹⁾、今泉 弘¹⁾、竹谷 彩²⁾、金 明哲²⁾、小嵩慶太¹⁾、
 吉田宗紀¹⁾、井畑佑介¹⁾、稲葉紀子¹⁾、桑尾定仁²⁾、三橋利温¹⁾、
 大井田正人¹⁾

【症例】50歳男性【主訴】下腹部痛【現病歴】一ヶ月継続する下腹部痛で受診。腹部診察で下腹部に軽度の圧痛があり、血液検査、腹部CT検査、下部消化管内視鏡検査を施行したところS状結腸に憩室を認め、憩室から膿汁の排出を認めた。S状結腸憩室炎と診断し抗生剤：レボフロキサシン500mgの内服を行い軽快した。しかし抗生剤をやめると1ヶ月程度で腹痛の再発を繰り返し抗生剤の内服を繰り返した。腹痛の再発が頻回のため外科的切除を検討するため当院外科に受診したが、ご本人が外科的切除は希望しなかった。1年後に経過観察目的の内視鏡検査を施行したところ、S状憩室炎の部位に潰瘍性大腸炎様の粘膜変化を限局性に認めた。SASA製剤：メサラジン細粒2000mgの内服を開始して症状の軽快を認め抗生剤の内服頻度が減った。約2年後に水様性下痢10回、血便、腹痛があり予約外受診。血液検査で貧血、炎症反応高値で緊急入院となった。【経過】緊急内視鏡検査を施行したところ、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎に類似した内視鏡所見であった。プレドニゾン50mg/day点滴、顆粒球除去療法、メサラジン細粒4000mgの内服を行った。治療開始して速やかに症状は改善し、貧血は消失、炎症反応陰性化しては退院となった。【考察】結腸憩室炎から潰瘍性大腸炎類似なる病態を憩室関連腸炎と言われている。しかし憩室関連腸炎の症例報告は少なく病態、治療の文献的考察を含め報告したい。

憩室関連腸炎，憩室関連腸炎の病態

日本医科大学 消化器外科
 小川祐太郎、高橋吾郎、山田岳史、太田 竜、園田寛道、進士誠一、
 松田明久、岩井拓磨、武田幸樹、上田康二、栗山 翔、宮坂俊光、
 吉田 寛

【はじめに】可逆性後部白質脳症症候群(Posterior reversible encephalopathy syndrome; PRES)は、血管新生阻害剤などが原因となり、意識障害や痙攣など中枢神経症状を呈する重篤な副作用である。今回bevacizumab(BEV)使用時にPRESをきたすも、後治療としてramucirumab(RAM)を安全に使用しえた症例を経験した。【症例】49歳、女性【既往歴・家族歴】特記事項なし【経過】上行結腸癌、腹膜播種、転移性肺腫瘍の診断で、拡大結腸右半切除+腹膜播種切除術施行。病理診断は、tub2=muc、T3、Ly1a、V1b、N1b(3/31)、pStageIVc(P2、PUL2)。RAS変異陽性(Q61H)であったため、術後19日目よりXELOX+BEV療法を導入した。5コース目より高血圧が出現したため降圧剤開始したが、6コース時に痙攣および意識障害を発症したため緊急入院。脳MRIで、両側後頭葉から頭頂葉の白質にT2強調画像で高信号領域を認め、PRESと診断した。治療は抗痙攣薬、抗腫瘍薬の投与および厳密な降圧治療を行い、数日で意識障害と頭痛は改善。神経学的後遺症は認めなかった。以後、CPT-11単剤、FOLFOXIRIのレジメンを選択したが腫瘍増大を来したため、嚴重な血圧管理の下FOLFIRI+RAMを導入した。血圧上昇やPRESの再燃を認めず、腫瘍マーカー値の減少を認めた。【考察】RAS変異型大腸癌における血管新生阻害剤はkey drugであるため、同薬剤でPRESを発症した場合、以降のレジメン選択に難渋する。本症例においては、performance statusや腫瘍の病勢を総合的に評価のうえ、嚴重な血圧モニタリングのもと、安全にRAMの導入をしえた。

可逆性後部白質脳症症候群，血管新生阻害剤

77 多発進行直腸癌に対し術前化学療法施行後、完全奏功となった1例

日本医科大学千葉北総病院 外科¹⁾,
医療法人社団威風会 栗山中央病院 外科²⁾,
日本医科大学 消化器外科³⁾
久下恒明^{1,2)}, 松田明久³⁾, 松本智司¹⁾, 渡邊昌則¹⁾, 櫻澤信行¹⁾,
川野陽一¹⁾, 新井洋紀¹⁾, 近藤亮太¹⁾, 原 敬介¹⁾, 篠塚恵理子¹⁾,
青木悠人¹⁾, 保田智彦¹⁾, 入江利幸¹⁾, 吉森大悟¹⁾, 山下貴正¹⁾,
藤平威夫²⁾, 鈴木英之³⁾, 吉田 寛³⁾

【緒言】欧米の局所進行直腸癌に対する標準治療は、術前化学療法+全直腸切除であるのに対し、本邦の標準治療は全直腸切除±側方郭清である。いずれも良好な局所制御効果は認められているが、遠隔転移制御に関しては十分でなく、術前の全身化学療法が注目されている。今回、多発進行直腸癌に対して術前CapeOX+BV療法で完全奏功が得られた症例を経験したので報告する。(症例)70歳、男性。1か月前からの排便困難を主訴に当院を受診した。直腸診で肛門縁より7cmに腫瘍を触知した。下部消化管内視鏡検査では直腸RSに2/3周性の2型腫瘍及び肛門縁より7cmのRbに1/3周性の2型腫瘍を認め、生検は共にGroup5, tub1-2であった。CT検査では直腸RS及びRbに造影効果を伴う壁肥厚を認めた。直腸間膜内に3個の腫大したリンパ節及び両肺に転移を否定できない多発結節を認めた。以上からRS、Rb癌、cT3N1bM1a, cStageIVaと診断、切除不能直腸癌に対する全身化学療法の方針とし、CapeOX+BV療法を6コース施行した。RS、Rb癌は著明に縮小、隆起は完全に平坦化し生検でも癌細胞は検出されなかった。直腸壁の肥厚及びリンパ節の腫大は消失していた。両肺の多発結節はPET-CT検査で転移ではなく、既往の肺結核に伴う結節と判明した。全身化学療法は奏功したと判断し(vcStage0)、化学療法終了6週後に腹腔鏡補助下低位前方切除術+回腸人工肛門造設術を施行した。術後1年現在、無再発生存中である。(考察)局所進行直腸癌に対して欧米では一般に術前化学放射線療法が行われているが、放射線療法に伴う有害事象が問題となっている。侵襲の大きい直腸癌術後においては、術後補助化学療法の導入率が低いことが知られており、忍容性の高い術前に全身化学療法を行うことで遠隔転移の抑制や局所制御への乗せ効果が期待されている。一方術前化学療法の有効性については未だ確立されておらず、本邦のガイドラインでも現時点で推奨はされていないため今後臨床的意義が明らかになることを期待する。(結語)多発進行直腸癌に対し術前化学療法施行後、完全奏功が得られた1例を経験した。

術前化学療法, 病理学的完全奏功

79 食道癌に対する全身化学療法中に糞便性閉塞性大腸炎による広範腸管壊死を発症した1例

日本医科大学 消化器外科
光井 大, 松田明久, 山田岳史, 進士誠一, 太田 竜, 園田寛道,
高橋吾郎, 岩井拓磨, 武田幸樹, 上田康二, 栗山 翔, 宮坂俊光,
吉田 寛

【緒言】 閉塞性大腸炎は大腸閉塞に伴う腸管内圧上昇により粘膜血流障害、さらには腸管壊死から致命的となる疾患であり、時に宿便がその要因となることがある。今回、食道癌に対する全身化学療法中に糞便性広範腸管壊死を来した症例を経験したので報告する。【症例】66歳、男性。併存疾患：閉塞性動脈硬化症、糖尿病。頸部食道癌(T3, N3, M0, Stage3)に対して全身化学療法(DCF療法)開始後より5日間の排便を認めず、開始7日目に糞便性腸閉塞を発症した。排便、緩下剤での保存的治療を施行したが、翌日全身状態の悪化を認め、腹膜炎および敗血症性ショックに対して緊急手術の方針となった。WBC 200/ μ L、Neu 28/ μ L、PCT 100ng/ml以上、急性期DICスコア4点。術中所見：腹腔内は明らかな汚染腹水は認めなかった。終末回腸～脾彎曲部にかけて高度虚血および全層壊死を認めた。腸管粘膜面を念入に観察することで正確な虚血範囲を同定した上で虚血腸管を切除し、回腸および肛門側断端(下行結腸)で人工肛門造設を施行した。術後、骨髄抑制が遷延したが回復し、残存腸管の血流不全等の合併症なく経過した。【考察】宿便による閉塞性大腸炎から重症腸管壊死に至る症例はまれである。本症例では化学療法による易感染性、脱水がその発生に関与していたと思われ、全身化学療法中の患者では、下痢のみではなく高度の便秘にも注意するべきである。また、肛門側断端を人工肛門とすることで術後の腸管血流の評価をすることができた。

糞便性閉塞性大腸炎, 食道癌

78 転移性大腸腫瘍を認めた悪性黒色腫の一例

東京医科大学病院 臨床医学系 消化器内科学分野¹⁾,
同 人体病理学分野²⁾
井田知宏¹⁾, 内藤咲貴子¹⁾, 福澤誠克¹⁾, 村松孝洋¹⁾, 篠原裕和¹⁾,
清宮 怜¹⁾, 香川泰之¹⁾, 松本泰輔¹⁾, 班目 明¹⁾, 森瀬貴孝¹⁾,
内田久美子¹⁾, 小山洋平¹⁾, 杉本暁彦¹⁾, 松林 純²⁾, 長尾俊孝²⁾,
糸井隆夫¹⁾

【症例】39歳男性【主訴】左上腕皮膚腫瘍【既往歴】なし【現病歴】20XX-2年7月より当院皮膚科にて悪性黒色腫(cTXN1bM1a cStage4: 第7版American Joint Committee on Cancer ガイドライン)と診断され、アムプロリズマブ 2mg/kgによる加療を開始した。原発巣は加療よりpartial responseを維持していた。20XX年4月に病状フォロー目的でPET-CT検査を施行したところ、S状結腸に異常集積を認めたため精査目的にて当科に紹介受診となった。【経過】下部消化管内視鏡検査では、S状結腸に半周性の周堤を伴う潰瘍性病変を認めた。内視鏡上は単発であることや肉眼型より進行大腸癌や神経内分泌腫瘍、悪性リンパ腫が疑われた。しかし、経過からは悪性黒色腫による転移性大腸腫瘍も鑑別として考えられた。病理組織所見は、粘膜固有層を中心とした中型-大型の不整形腫大核を有する異型細胞を認め、免疫染色ではS-100(+), MelanA(+), HMB45(+), cytokeratinAE1/AE3(-), LCA(-)を示し、以上より悪性黒色腫のS状結腸転移と診断した。【考察】転移性消化管腫瘍の中では大腸転移は頻度が少なく、多くは多発性である。中でも悪性黒色腫は全身に転移を来した予後不良な疾患であるものの、生前に消化管への転移が診断される割合は1%にも満たないと報告されている。今回、悪性黒色腫の転移性大腸腫瘍を経験したので文献的考察を加えて報告をする。

転移性大腸腫瘍, 悪性黒色腫

80 右鼠径リンパ節転移をきたした盲腸癌の1例

日本医科大学多摩永山病院 外科¹⁾,
日本医科大学 消化器外科²⁾
長嶺嘉通¹⁾, 堀田正啓¹⁾, 関口久美子¹⁾, 大草幹大¹⁾, 丸山 弘¹⁾,
牧野浩司¹⁾, 吉田 寛²⁾

非常に稀な右鼠径リンパ節転移をきたした盲腸癌に対して、ICG蛍光法を用いて転移経路を詳細に検討した1例を経験したので報告する。症例は70歳男性。便潜血反応陽性で下部内視鏡検査を行なったところ、盲腸に全周性の2型腫瘍を認め、病理組織学的に低分化腺癌(por1)と診断された。胸腹部造影CT検査では結腸傍リンパ節腫大の他(#201-#203)、右鼠径リンパ節(#292rt)、腹腔動脈周囲リンパ節腫大(#7, #9, #16a)、左副腎転移を認めた。右鼠径リンパ節生検を施行し、病理組織学的に低分化大腸癌のリンパ節転移と診断された。以上より、盲腸癌, cT4aN2bM1b (ADR, LYM), cStageIVbと診断した。mFOLFOX6+Panitumumab療法を8コース施行後の効果判定は、原発巣のみ遺残したPRとなったため、腹腔鏡補助下回盲部切除(D3郭清)を施行した。術後のリンパ節再発を予測する目的で、ICG蛍光法を用いた転移経路の評価を行った。方法は、術前2日下に下部内視鏡下で、腫瘍周囲に4箇所ICGを0.3mlずつ粘膜下層に局注した。全身麻酔後に体表のリンパ節への取り込みをPDEで評価した。術中はIRモードで腫瘍と#201への取り込みを確認した。他、腹腔内での取り込みは認めなかったため、腹腔鏡下で腫瘍背側にICGを局注した。再度IRモードでリンパ流の観察を行った。上腸間膜動脈方向へのリンパ流を確認し、#203への取り込みを認めたが、#213への取り込みはなく、郭清の上縁は#203とした。右鼠径方向へのリンパ流は、腹壁経路及び外腸骨方向は明らかでなかった。右側結腸を後腹膜より移動後に、後腹膜へのICGの流入は認めなかった。鼠径リンパ節転移をきたした盲腸癌の報告は非常に少なく、転移経路は明らかではない。本症例ではICG蛍光法を用いて詳細な検討を行ったものの、リンパ行性転移経路の証明はできず、血行性転移が転移経路として考え得られた。術中画像を供覧し、文献的考察を加えて報告する。

鼠径リンパ節転移, 盲腸癌

抗てんかん薬により誘発されたDIHS (drug induced hypersensitivity syndrome : 薬剤誘発性過敏症候群) の一例

筑波記念病院 消化器内科¹⁾, 同 心臓血管外科²⁾
大塚公一朗¹⁾, 添田敦子¹⁾, 野本 怜¹⁾, 谷中夏海¹⁾, 田島聖也¹⁾,
岩井健太郎¹⁾, 小林真理子¹⁾, 越智大介¹⁾, 池澤和人¹⁾, 中原 朗¹⁾,
末松義弘²⁾

【背景】急性肝障害の原因として、HHV-6再活性化によるDIHSの症例報告が散見される。今回、大血管手術後の続発性けいれん発作に対し開始されたフェニトインで、DIHSを発症した症例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性【主訴】全身黄染、全身性皮疹【既往歴】特記なし【生活歴】機会飲酒【現病歴】2020年6月初旬、上行大動脈解離にて緊急手術となった。術後けいれん発作ありフェニトインが開始された。7月初旬より発熱あり、7月中旬にはAST683U/L、ALT807U/Lとなり7月下旬より全身性の皮疹が出現した。その後 総bil. 11mg/dlと高度黄疸がみられ、当科へのコンサルテーションがあり併診を開始した。【経過】肝障害の極期では総bil. 11mg/dl, PT活性50%まで悪化を認めた。典型的な経過からフェニトインによるDIHSを疑い、HHV-6 PCRを提出したところ、陽性であった。診断基準を全て満たし、DIHSと確定した。保存治療では改善に乏しく、7月末PSL60mg/日で開始した。著効を認め、漸減し退院可能となった。【考察】薬剤性重症肝障害の原因の一つにDIHSがある。皮疹を伴い遷延する急性肝障害の鑑別の際、DIHSも念頭におく必要がある。

DIHS, HHV-6

肝障害を契機に発見された全身性アミロイドーシスの2例

千葉大学医学部付属病院 消化器内科
黒杉 茜, 中村昌人, 岩永光巨, 宇野澤秀美, 佐久間崇文,
藤田尚人, 神崎洋彰, 興栞慧輔, 小林和史, 叶川直哉, 清野宗一郎,
近藤孝行, 斎藤朋子, 小笠原定久, 鈴木英一郎, 中本晋吾,
大岡美彦, 太和田暁之, 千葉哲博, 加藤直也

【症例1】64歳男性。主訴：肝障害。現病歴：X-1年に整形外科での術前検査で肝胆道系酵素の上昇を指摘された。他院消化器内科で原因精査が行われたが、診断には至らなかった。その後も肝障害が持続したため、X年に当科紹介となった。ウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎、薬物性肝障害などを示唆する所見は無く、尿蛋白陽性とIgG低値を認めたためアミロイドーシスを疑った。経静脈的肝生検・腎生検・骨髄生検を施行し、組織へのアミロイド蛋白の沈着を認め、全身性アミロイドーシス (ALアミロイドーシス) と診断した。【症例2】75歳男性。主訴：食思不振。現病歴：Y-1年に食思不振精査の血液検査で肝胆道系酵素の上昇を指摘された。各種検査を施行されたが肝障害の原因は不明であり、ウルソデオキシコール酸内服で経過観察となった。しかし、その後の肝障害が増悪傾向であり、Y年に当科紹介となった。当科受診時には下腿浮腫・腎障害が出現していた。尿蛋白陽性からアミロイドーシスを疑い、腎生検でアミロイド沈着を認め、ALアミロイドーシスと診断した。軽度肝腫大、低血圧があり、全身性アミロイドーシスと考えられた。【考察】全身性アミロイドーシスはアミロイド蛋白が全身諸臓器に沈着し、機能障害をきたす疾患である。沈着した臓器に応じて、肝腫大・心不全・消化器症状・腎障害・神経症状など多様な臨床症状を示す。今回、肝障害を契機に発見された2例を報告する。肝障害の原因検索は血液検査や腹部超音波検査が中心であるが、本症例ではこれらの検査で診断に至らず、尿検査で蛋白尿を認めたことがアミロイドーシスを疑う契機となった。原因不明の肝障害では肝生検が考慮されるが、全身性アミロイドーシスでは経皮的肝生検は出血のリスクが高く、避けるべき検査とされている。症例1では事前に肝アミロイド沈着を疑ったため、経静脈的肝生検を選択し、出血リスクを回避することができた。【結語】原因不明の肝障害では全身性アミロイドーシスも念頭に置き、尿検査等の他臓器障害の検索も検討することが重要であると考えられた。

全身性アミロイドーシス, 肝障害

保存的治療抵抗性の門脈肺高血圧症に対しバルン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を施行した一例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学¹⁾,
千葉大学医学部附属病院 臨床研究開発推進センター²⁾,
千葉大学大学院医学研究院 臨床腫瘍学³⁾
大内麻ゆ¹⁾, 小林和史^{1,2)}, 清野宗一郎¹⁾, 近藤孝行¹⁾, 宇野澤秀美¹⁾,
岩永光巨¹⁾, 藤田尚人¹⁾, 佐久間崇文²⁾, 神崎洋彰¹⁾, 興栞慧輔¹⁾,
中村昌人¹⁾, 叶川直哉¹⁾, 小笠原定久^{1,2)}, 鈴木英一郎¹⁾, 中本晋吾¹⁾,
太和田暁之^{1,3)}, 千葉哲博^{1,3)}, 新井誠人^{1,3)}, 加藤 順¹⁾,
加藤直也¹⁾

【はじめに】保存的加療ではコントロール困難であった、門脈大循環短絡を伴う肺高血圧症に対しバルン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(B-TO)を施行した症例を経験した。稀な病態と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】60歳女性。肺動脈性肺高血圧症にてX-18年より呼吸器内科に通院されていた。X-6年に超音波検査で門脈大循環短絡(左胃静脈-左腎静脈)、肝腫瘍を指摘され、当科紹介となった。背景肝に明らかな異常を認めず、非硬変性門脈圧亢進症と考えられた。肝腫瘍は生検にて限局性結節性過形成の診断となった。X-3年頃よりNH3値の上昇を認めたが、保存的加療で症状なく経過していた。X-1年より肺高血圧の緩徐な増悪を認めたが、有効な追加治療が無く経過観察を継続していた。状態悪化が続いたため、合併症のリスクを検討した上でX年5月にB-TOを施行した。事前の造影CTや当日の血管造影所見では対象となる左胃静脈-左腎静脈短絡以外に明らかな血管走行異常を認めず、型通りにはB-TOを行った(5% EOI計15.1mL, コイル塞栓併用)。超音波ドプラ検査では、門脈本幹血流量は術前180mL/minから術後700mL/minまで増大し、治療2ヶ月後も同様の流量が維持され、門脈血栓、腹水の出現は認めなかった。術後NH3値は著明に低下した。肺高血圧症の評価として、三尖弁収縮期圧較差は術前96mmHgから術後10日で83mmHgまで低下し、自覚症状も若干の改善を認めた。しかしながら、術後3ヶ月の時点で96mmHgまで再び上昇し、呼吸苦の悪化を認めた。【考察】肺高血圧症に門脈圧亢進症を伴う場合、B-TOは肺高血圧症を改善させる可能性があるが、本症例ではその効果は一過性に留まっている。既報によれば門脈肺高血圧症は、シャント血管の塞栓により肺高血圧症の進行防止を期待できるが、肺動脈圧や肺血管抵抗を正常化させることは困難であると報告されている。治療に伴う合併症や血行動態変化の影響などのリスクを考慮しつつも、早期の治療介入の検討が必要と考えられる。稀な病態であり、今後長期的な推移を含めた症例経験の蓄積が望まれる。

門脈肺高血圧症, バルン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

十二指腸浸潤をきたした肝細胞癌の一例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器病センター
阿部 翼, 岩渕省吾, 津田享志, 清水弘仁, 清水 実

【症例】77歳男性【主訴】黄疸【現病歴】2017年7月から褐色尿・白色便・体重減少を認め、前医に黄疸を指摘されて当科を紹介受診。来院時の採血で初めてHCV陽性が判明した。【臨床経過】T. Bil 26mg/dLと著明高値であり、肝内・リンパ節転移・胆管・門脈浸潤を伴う、S3/4の4cm大の境界不明瞭・辺縁不整な腫瘍を認め、T4N1M1 Stage4Bの肝細胞癌と診断した。黄疸の原因は肝門部の腫瘍による胆管閉塞であった。減黄目的にERCPを施行し、右肝内胆管へmetallic stent留置した。施行時、十二指腸球部に複数の隆起性病変を認めたが生検は施行しなかった。Stent留置後、S3腫瘍と肝門部に放射線治療を行い腫瘍縮小が得られた。数日経過のちに黒色便を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部の隆起性病変に止血術を施行した。その病変は腫瘍性病変であり、免疫染色の結果から肝細胞癌の十二指腸浸潤と診断した。残存する肝内外肝細胞癌に対してTACEとソラフェニブ内服を行い、通院を継続していたが、2018年2月に急性胆管炎を発症して緊急入院となった。stent閉塞が疑われ、再度施行したERCPで、十二指腸球部の腫瘍増大と遠位胆管内への腫瘍浸潤が認められた。胆管stentを追加留置し、抗生剤で加療を行なったが、徐々に肝不全が進行し、診断から8ヶ月後に癌死した。病理解剖は希望されなかった。【考察】肝細胞癌の十二指腸浸潤は非常に稀である。本症例は、血行性転移の可能性も否定できないが、胆管や転移リンパ節からの直接浸潤の可能性が高いと考えられた。TACEにより肝内腫瘍のコントロールはついていたが、十二指腸・胆管浸潤した肝外病変のコントロールがつけられず病状が悪化したものと考えられた。肝細胞癌は治療の進歩や多様化により、非典型例や多様な経過を示す症例が多く経験されるようになった。肝細胞癌患者の消化管出血時は十二指腸浸潤や転移も考慮に入れて診療をする必要があると考えられた。また、肝外病変のコントロールにも留意する必要があると考えられた。【結語】十二指腸浸潤をきたした肝細胞癌の一例を経験した。経過が迫った貴重な症例と考えられるため報告する。

肝細胞癌, 慢性C型肝炎変

東京都健康長寿医療センター 消化器内科
羽鳥清華, 白倉英知, 松川美保, 上垣佐登子

【緒言】混合型肝癌は単一腫瘍内に肝細胞癌と胆管細胞癌の両成分が混在する腫瘍であり、肝細胞癌と比してその予後は不良である。比較的稀な疾患が故に疫学、リスク因子、治療、予後に一定の見解はなく、さらなる症例の蓄積が必要である。今回我々は、画像検査で転移性肝癌と診断しさらなる検査・治療を考慮していた矢先、急激に全身状態が悪化し永眠、剖検で混合型肝癌の診断に至った1例を経験したため報告する。

【症例】症例は65歳、男性、倦怠感を主訴に来院し多発肝腫瘍とアルコール性肝硬変を指摘され入院となった。ダイナミック造影CT検査で多発肝腫瘍が認められたがリング状早期濃染を示し遅延相でwashoutする腫瘍と淡く遅延濃染する腫瘍が混在し、転移性肝癌が疑われた。また両肺に多発小結節が認められ転移性肺癌が疑われた。下部内視鏡検査に異状なく上部内視鏡検査を施行したところ食道早期癌が疑われた。腫瘍マーカーはAFP 2816 ng/mLとSCC 5.1 ng/mL、CA19-9 41U/mLと上昇がみられた。急激に全身状態が悪化し第15病日に永眠した。剖検の結果は混合型肝癌の多発肝内転移とリンパ節転移、肺転移の診断であった。肝門部領域に55x45x40mmの結節性病変を認め、組織学的には充実性中型胞巣を硬い線維が取り巻く構造を呈する成分が主体で一部胞巣に腺型分化を示す成分が同一結節内に認められた。免疫組織化学マーカーは前者はCK7(-)、CK19(-)、Hepatocyte(+), AFP(一部+)より硬変型肝細胞癌、後者はCK7(-)、CK19(+), MUC1(+), Hepatocyte(一部+), AFP(-)より胆管細胞癌の所見であり、混合型肝癌と診断された。肝内に多発する転移巣では腺腔構造を伴う胆管癌分化を示す成分が優位であった。

【結語】転移性肝癌に典型的な画像所見を呈したもののAFPの上昇など腫瘍マーカーの不一致を示し、最終的に剖検で混合型肝癌と診断された1例を経験した。混合型肝癌は原発性肝癌の0.74%と稀な腫瘍であり、貴重な症例であると考え報告する。

混合型肝癌, 多発肝内転移

経皮経肝胆道ドレーナージルートを介したランデブーERCP後にKlebsiella oxytocaによる腹壁気腫を伴う蜂窩織炎を発症した1例

千葉労災病院 消化器内科
高橋幸治, 竹内良久, 石神秀昭, 齋藤 遼, 後藤千尋, 栗津雅美, 石川賢太郎, 久我明司, 榎谷佳生

【症例】86歳の男性。【現病歴】眼球黄染あり、当院を受診した。血液検査と造影CT検査で肝外胆管腫瘍による閉塞性黄疸と診断し、精査・加療目的で入院とした。【臨床経過】内視鏡的逆行性胆管膵管造影法(Endoscopic retrograde cholangiopancreatography, 以下、ERCP)による胆道ドレーナージを試みた。しかし、十二指腸乳頭が憩室縁に位置していたため、カテーテルの胆管挿管が不成功となり、右肋間より7Frチューブを用いて経皮経肝胆道ドレーナージ(Percutaneous transhepatic biliary drainage, 以下、PTBD)を施行した。翌日、ランデブーERCP手技を用いて内視鏡的乳頭括約筋切開術後にUncoveredの胆管金属ステントを留置し、PTBDルートにも7Frのチューブを留置した。ランデブー法による胆管ステント留置時に行った胆管擦過の細胞診では、悪性所見は得られなかった。2日後、PTBD刺入部の疼痛が増強し、握雪感も認めた。CTで腹壁内気腫を認め、刺入部を中心とした腹壁蜂窩織炎と判断し、メロベネム投与を開始しPTBDチューブを抜去して、切開排膿を施行した。膿培養からはKlebsiella oxytocaを検出し、腸管からの逆行性胆道感染により刺入部の蜂窩織炎を起こしたものと考えられた。その後は状態改善し、排膿処置の追加や腹壁のデブリドマンは必要とせず、ランデブーERCPから22日後に退院した。【考察】本症例で腹壁気腫を呈した理由として、ランデブー法を行った際の内視鏡での送気による影響、胆管ステントを通しての腸管ガスの逆流、Klebsiella oxytocaによるガス産生、または、培養で検出されなかったガス産生菌の混合感染が存在した可能性などが考えられた。軟部組織感染症で気腫を呈する場合、壊死性筋膜炎やガス壊疽も考慮する必要があるが、この場合は直ちにデブリドマンなどの外科的処置を必要とするため、慎重な判断が求められる。PTBD後、体動によりチューブ刺入部痛が起きることも多いが、安静時に疼痛が強くなった場合などは、刺入部感染を疑って、早急に適切な対応を行う必要がある。

ランデブー法, 逆行性胆道感染

術前診断のつかなかった肝血管脂肪腫に対して腹腔鏡下肝部分切除を施行した1例

東京大学医学部 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 放射線科³⁾, 同 消化器内科⁴⁾
真木治文¹⁾, 金子順一¹⁾, 桐谷 翔¹⁾, 小林光助¹⁾, 市田晃彦¹⁾, 河口義邦¹⁾, 石沢武彰¹⁾, 赤松延久¹⁾, 有田淳一¹⁾, 山澤 翔²⁾, 中井雄大³⁾, 渡谷岳行³⁾, 佐藤雅哉⁴⁾, 小池和彦⁴⁾, 長谷川潔¹⁾

【背景】画像診断が進歩した現在においても、術前診断が困難な肝腫瘍が存在する。

【症例】40歳代女性。健診の腹部超音波検査にて肝S3に1.5×0.7cm大で、楕円形の被膜は有さない低エコー腫瘍を指摘された。造影CTにて早期濃染を示し、後期相では淡い染まり抜けを呈した。悪性腫瘍も否定できず、精査加療目的に当院消化器内科へ紹介となった。飲酒歴なし、肥満歴なし。血液検査上肝機能は正常で、肝炎ウイルス陰性で、肝障害を示唆する所見なし。各種腫瘍マーカーは陰性だった。造影超音波ではKupffer相で欠損影として描出された。MRIではT2強調像では囊胞よりは低い高信号、T1強調像では低信号を呈した。脂肪の含有は認めなかった。拡散制限を認めた。EOB-MRIの肝細胞相では明瞭な低信号を呈した。転移性肝癌を示唆する他臓器病変は認めず。肝細胞癌他悪性腫瘍の可能性は低いと判断され、経過観察の方針となった。1年4ヶ月後に、腫瘍は1.8cm大と緩徐な増大傾向を示した。PETにて異常集積は認めず。Mucosa Associated Lymphoid Tissue lymphomaやreactive lymphoid hyperplasia, Inflammatory typeの肝細胞腺腫やinflammatory pseudotumor、神経内分泌腫瘍などの鑑別診断を挙げたが、術前診断は困難だった。切除適応につき当科コンサルトされ、診断的加療目的に腹腔鏡下肝切除を提示したところ、患者の希望もあり、腹腔鏡下肝S3部分切除術を施行した。腫瘍はS3グリソンに近接していたが、悪性度の高い腫瘍は想定していなかったため、分枝のみ切除し部分切除を施行した。術後経過良好で第6病日退院された。病理組織学的には類上皮様の筋成分が優位な血管脂肪腫と診断された。免疫染色ではGlypican3陰性、HMB45陽性、c-kit陰性だった。

【結語】術前診断のつかなかった肝血管脂肪腫に対して診断的加療目的に腹腔鏡下肝部分切除術を施行した1例を経験した。

肝血管脂肪腫, 腹腔鏡下肝切除

胃癌肝転移と鑑別が困難であった肝内結石症の1例

日本医科大学千葉北総病院 外科¹⁾, 日本医科大学 消化器外科²⁾
入江利幸¹⁾, 青木悠人¹⁾, 山下貴正¹⁾, 吉森大悟¹⁾, 久下恒明¹⁾, 保田智彦¹⁾, 原 敬介¹⁾, 篠塚恵理子¹⁾, 近藤亮太¹⁾, 新井洋紀¹⁾, 柿沼大輔¹⁾, 川野陽一¹⁾, 松本智司¹⁾, 渡邊昌則¹⁾, 鈴木英之²⁾, 吉田 寛²⁾

症例は72歳 男性。体重減少を契機に胃癌の診断となり、手術目的に当科紹介となった。既往に高血圧・糖尿病があり、加療中である。初診時の精査にて肝S5に腫瘍を認めており、胃癌・同時性肝転移の診断で2期的に根治切除の方針となった。開腹胃全摘術を先行して行い、2ヶ月後に腹腔鏡下肝(S5)部分切除術を施行。病理では肝腫瘍はfibrosisで悪性所見はなく、pT3N0M0 StageIIAの病期診断となった。補助化学療法なしで経過観察としていたが、9ヶ月後に総胆管結石症を発症し、開腹胆管十二指腸吻合術を施行。さらに1年後の今回、腹部CTで肝S3に新たに23mm大の腫瘍の出現を指摘された。血液検査所見では肝機能は問題なく、腫瘍マーカーはCA19-9 350.6U/mlと上昇を認めた。EOB造影MRIではCTと同部位に肝細胞相にて軽度低信号になる腫瘍を認めた。また、PET-CTでは腫瘍部位にFDG集積を認めた。以上より胃癌肝転移の術前診断となり、腹腔鏡下肝(S3)部分切除術を施行した。術中のICG蛍光法による観察では扇形にICG集積を認め、同部を切除したところ、白色、充実性の病変があり、その中樞側胆管に小結石を認めた。病理ではfibrosisと肝内結石の診断であり、悪性所見は認めなかった。術後経過は良好で、術後6日で退院となった。今回、われわれは術前診断に難渋し、2度に渡り手術を施行した肝内結石症の1例を経験した。日常臨床において診断が困難な肝腫瘍性病変にしばしば遭遇する。腹腔鏡下肝部分切除は低侵襲であり、術前に確定診断が困難な場合にも、診断的治療として十分許容されることがえられる。

肝良性腫瘍, 腹腔鏡手術

超音波内視鏡ガイド下肝内胆管胃瘻孔形成術（EUS-HGS）により黄疸改善を得られた経乳頭のアプローチ困難な膵頭部癌の一例

千葉市立海浜病院 消化器内科

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

【症例】81歳 男性 【主訴】呼吸困難, 浮腫 【現病歴】X-13日から上記症状出現し, 以降も症状持続するためX日に当院を受診した。Hb 7.0の貧血と胸部X線で心拡大を認め, 心不全の診断で当院循環器に入院となった。利尿剤内服で心不全症状は落ち着いたが, 貧血原因精査目的の上部消化管内視鏡検査で十二指腸角に他臓器癌十二指腸浸潤と考える潰瘍形成を認めた。その後造影CTを撮影し, 進行膵頭部癌が疑われたため消化器内科に転科となった。【既往歴】糖尿病, 総胆管結石, 慢性心房細動 【転科後の経過】転科後に黄疸増悪あり, 減黄目的で第23病日にERCPを施行したが十二指腸狭窄増悪のために側視鏡が通過できず, 十二指腸ステントのみ留置終了とした。その後第29病日に再度ERCP施行し金属ステントのメッシュ間から胆管内にカテーテル挿入し胆管金属ステント展開を試みたが屈曲のために展開できなかった。第35病日に超音波内視鏡（EUS）を施行し経胃胆管ステントを留置した。以降は徐々に黄疸改善あり, 第40病日に退院となった。【考察】通常膵頭部癌による閉塞性黄疸に対しては経乳頭の胆道ドレナージを行うことが多いが, 十二指腸直接浸潤などで十二指腸に高度狭窄がある場合は処置が困難となる。その場合は十二指腸ステント留置後に再度経乳頭のアプローチを行う他, 経皮的あるいはEUSガイド下で経胃・経十二指腸の肝内胆管へアプローチする方法がある。今回は胆道ドレナージに苦慮し, EUS-HGSにより黄疸改善を得られた1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-HGS, EUS-BD

腹腔鏡下胆嚢摘出術中に判明した胆嚢肝管の1例

日本医科大学 消化器外科

櫻井宏貴, 清水哲也, 神田知洋, 川島万平, 金谷洋平, 吉岡正人, 松下 晃, 吉田 寛

はじめに:胆嚢肝管は肝臓のある領域をドレナージする肝管が胆嚢もしくは胆嚢管に直接合流するものであるが, この胆管破格に気づかずには術中に損傷すると胆汁漏に難渋することとなる。今回, 腹腔鏡下胆嚢摘出術中に胆嚢肝管を認識し, 胆嚢頸部にて胆管を形成し胆嚢肝管を温存した1例を経験したので報告する。症例:58歳女性。食後に激しい右上腹部痛が出現し, 前医に入院となった。その後肝機能悪化あり, 総胆管結石による急性胆管炎を疑われ, 当院内科に消化器内科に救急搬送され入院となった。当院内科にてERCPを施行するも, 体動時に十二指腸粘膜損傷があり, 深部挿管に至らなかった。その後, DICCTにて精査したところ胆嚢結石を認めるも, 総胆管結石は明らかになく, 症状および血液検査も改善傾向を呈したため, 胆嚢結石に対する胆嚢摘出手術目的に当科紹介となった。腹腔鏡下胆嚢摘出術では, まずカロー三角を十分に剥離し, 胆嚢管, 胆嚢動脈を同定した。さらに胆嚢頸部から体部に向かい胆嚢床から胆嚢を授動したが, 肝管と思われる白い索状物が胆嚢床から胆嚢体部に直接合流していた。この時点で胆嚢肝管を疑い, 胆嚢肝管温存, 胆嚢亜全摘の方針とした。胆嚢肝管が完全に温存できるように胆嚢頸部を切開し, 同部にある結石を可及的に摘出後に, 術中胆管造影を施行したところ, 胆嚢肝管の支配領域はS5の一部と判断した。胆嚢頸部断端をロール状に連続縫合し胆管を形成し胆嚢肝管の温存が可能であった。術後は合併症の発症なく, 第5病日に退院となった。術後6か月目のDICCTでは, 胆嚢管のらせん構造 (Heister valve) に連続する胆嚢肝管が温存されていた。術後12カ月の血液検査でも肝機能に異常は認めず。結語:胆嚢肝管やLuschka管の胆道破格の存在に気づかずこれら胆管を損傷すると胆汁漏に難渋することがあり, 胆嚢摘出術を行う外科医は解剖の熟知を要する。術前の胆道精査で認識が可能であった可能性もあり, 注意深い術前胆道分岐の理解が必要である。胆嚢肝管の診断, 治療方針について, 文献的考察を加えて報告する。

胆嚢肝管, 腹腔鏡下胆嚢摘出術

腹腔鏡下肝外胆管切除+腹腔鏡下肝管空腸吻合術を施行した先天性胆道拡張症の1例

神栖済生会病院 外科¹⁾, 日本医科大学 消化器外科²⁾

下田朋宏^{1,2)}, 中村慶春^{1,2)}, 大野 崇^{1,2)}, 坂田義則^{1,2)}, 吉田 寛²⁾

【背景】先天性胆道拡張症は高率に胆道痛を合併するため, 手術が必要である。近年, 腹腔鏡手術の有用性が報告されており, 2016年4月に腹腔鏡下胆道拡張症手術が保険収載されたが, 普及するには至っていない。その理由の一つに, 限られた施設での施行となっている事が挙げられる。当院で施行した一例を挙げ, 先天性胆道拡張症における腹腔鏡手術の有用性を考察する。【症例】77歳 男性 【主訴】なし 【現病歴】他疾患フォロー目的に腹部CTを撮影したところ, 胆嚢ポリープ (手術後に, 病理組織から早期胆嚢癌と診断) および総胆管の拡張を認め, 精査の結果, 先天性胆道拡張症 (戸谷分類Ic型) と診断した。【既往歴】前立腺肥大症 【臨床経過】早期胆嚢癌を合併した先天性胆道拡張症に対し, 腹腔鏡下胆道拡張症手術 (肝外胆管切除+胆嚢摘出+肝管空腸吻合) を施行した。手術時間は330分, 術中出血量は75 mlであった。合併症なく経過し, 術後第11病日に独歩で退院となった。現在, 胆嚢癌に対し, 外来でサーベイランス継続中であり, 再発は認めない。【考察】本症例において, 術中・術後経過は良好であり, 在院日数も比較的短期であった事から, 先天性胆道拡張症における腹腔鏡手術は有用であると思われる。腹腔鏡手術は術後に手術動画をを用いてレビューが可能である事や, 教材も動画で実際の手術手技を確認できるなど, 教育面において非常に優れている。また, 日々, ドライ/ウェットトレーニングを, そして腹腔鏡下胃・大腸手術や腹腔鏡下胆嚢摘出術, ヘルニア手術などを重ねて研鑽を積み重ね, 腹腔鏡手術手技における普遍的なエッセンスを学ぶ事ができる。本症例を経験し, 地域基幹病院における高難度腹腔鏡下手術の安全な実践についても勘案することができた。

先天性胆道拡張症, 腹腔鏡下胆道拡張症手術

診断に難渋した胆嚢摘出術後落下結石による腹壁膿瘍の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科¹⁾,

同 肝胆膵外科²⁾, 同 病理診断科³⁾

龍野奈央子¹⁾, 山本夏代¹⁾, 大浦克之¹⁾, 田中美帆¹⁾, 粟飯原卓人¹⁾, 遠藤 剛¹⁾, 増田恵利香¹⁾, 濱田麻梨子¹⁾, 西家由里子¹⁾, 大武優希¹⁾, 柳井優香¹⁾, 渡辺一弘¹⁾, 横井千寿¹⁾, 小島康志¹⁾, 赤澤直樹¹⁾, 柳瀬幹雄²⁾, 秋山純一¹⁾, 三原史規³⁾, 竹村信行¹⁾, 猪狩 亨³⁾

症例は71歳、女性。20XX-2年に当院で胆嚢炎に対し待機的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。胆嚢内は結石で充満しており, 慢性炎症による影響で胆嚢床剥離時に胆嚢壁に小孔が開き, 少量の胆汁流出を認めた。検体の組織学的所見は慢性胆嚢炎+胆嚢筋筋腫であった。20XX-1年10月に右側腹部から背部の違和感を自覚。20XX年3月尿管結石症を疑われ, 当院泌尿器科を受診。CTで肝S7と右横隔膜背側に接し早期濃染される25mm大の扁平な腫瘍, それと連続して肝S7実質内に遅延性に増強される15mm大の扁平な腫瘍を認めた。腫瘍はいずれもPET-CTでFDG集積亢進 (SUVmax=9.24, 8.51) を認めた。炎症所見は軽度高値 (白血球数 6620/μL, CRP 0.72mg/dL), 腫瘍マーカー (CEA, CA19-9, CA125, AFP, PIVKA-II) はいずれも正常範囲内であった。画像所見から横隔膜原発の悪性腫瘍, 転移性肝腫瘍, 原発不明癌の腹膜播種, 悪性リンパ腫を疑い, 経皮的針生検を行ったが, 病理組織学的所見はreactive lymphoid hyperplasiaで診断に至らなかった。2か月後のCT再検で腫瘍の軽度増大がみられたことから, 外科と協議し腫瘍切除術を予定した。術中に腫瘍内部から胆石と胆汁が排出され, 胆嚢摘出術時の落下結石による遺残腫瘍と診断し, 腹腔鏡下腫瘍ドレナージ, 肝部分切除, 横隔膜合併切除術を施行した。術後経過は良好で, 第7病日に退院した。病理組織学的所見では, リンパ球主体の炎症細胞浸潤がみられ, 器質化した腫瘍と考えられた。腹腔鏡下胆嚢摘出術は胆嚢炎や胆嚢結石の標準術式として普及しているが, 後期合併症の一つに落下結石による腹腔内膿瘍の報告が散見される。症状は右側腹部~背部痛が最も多く, 手術から症状出現までの期間は1ヶ月~49ヶ月と幅がある。膿瘍形成はコレステロール結石よりもビリルビン結石に多く, 膿瘍の好発部位は落下結石が死角となりやすい右横隔膜下やモリソン窩である。本症例では術前の画像検査で診断に至らず, 低侵襲な腹腔鏡下手術で診断的治療を行えた。若干の文献的考察を加えて報告する。

膿瘍, 胆嚢結石

昭和大学病院 消化器内科

西原成俊, 下間 祐, 石井 優, 三井佑太, 宇佐美智乃,
吉田 仁

臍性腹水は慢性肝炎患者の1-3.5%に発症する比較的稀な合併症であり、確立された治療法はない。今回我々は慢性肝炎および膵管破綻により臍性腹水を呈し、処置後に感染を合併するも内視鏡的加療にて軽快し得た一例を経験したので報告する。症例は30歳代女性。大酒家で、3年前に急性肝炎による入院歴がある。当院受診4ヶ月前より腹部膨満感を自覚し、前医を受診した。アルコール性肝硬変による肝性腹水と診断されたが、投薬加療およびCARTで改善せず当院に紹介、入院となった。腹水穿刺では腹水中アミラーゼが2689U/Lと高値であった。第4病日のEUSでは膵実質に石灰化を認め、慢性肝炎と診断したが、明らかな膵管破綻部位は同定できなかった。第7病日のMRCPで膵尾部実質の連続性が不明瞭な部位を認め、同部位は第10病日のERPにて造影剤の漏出が認められたため、膵液瘻による臍性腹水と診断した。EPST後に5Fr経鼻膵管ドレナージ(ENPD)チューブ先端を主膵管から破綻部を越えて尾側膵管へ留置した。第15病日に発熱し、造影CTでは腹水貯留部位は被包化しており、腹腔内膿瘍と診断した。抗菌薬投与と膿瘍内へENPDチューブを留置し持続ドレナージを行った。第22病日に排液が停止しENPDチューブを交換。感染は改善し、第35病日に経乳頭的に内瘻化膵管ステントを留置したが、再度発熱し、第41病日にENPDチューブを再留置。第51病日に内瘻化し第57病日に退院とした。しかし第62病日に腹痛が再燃し入院。経過観察のみで退院可能な状態に改善するも、第80病日に感染が再燃。第87病日にENPDチューブを再留置した。第87病日、超音波内視鏡下に経胃壁的に内瘻化を試みるも、膿瘍サイズが小さく不可能であった。第91病日に再度内瘻化(7Fr, 12cm)し、以降は膿胞感染を認めなかったことから、第97病日に退院。第185、287病日に内瘻化チューブ(8.5Fr, 10Fr)の交換を行い、第380病日のERPでは膵管破綻部はなく膵管狭窄も改善しており、臍性腹水の再燃リスクは低いと考え、チューブは抜去した。現在外来にて腹水および感染の再燃はなく経過観察中である。臍性腹水の病態、治療について文献的考察を加えて報告する。

臍性腹水, 慢性肝炎

日本医科大学多摩永山病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾,
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科³⁾,
大野弘貴¹⁾, 津久井拓¹⁾, 石川裕美子¹⁾, 早瀬健人¹⁾, 山口英宜²⁾,
佐藤 航¹⁾, 小林由子²⁾, 新福摩弓¹⁾, 田中 周¹⁾, 岩切勝彦³⁾,
石井昌太郎¹⁾, 半田忠靖¹⁾

症例は48歳男性。主訴は上腹部痛。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。飲酒歴は15歳よりビール1L/日、喫煙歴も15~20本/日。現病歴は、主訴あり近医受診。上部消化管内失鏡検査を施行され、異常を認めなかったため当院を紹介受診。来院時意識清明で、血圧134/92mmHg、脈拍100/分。胸部身体所見に異常なく、心窩部から左上腹部に圧痛を認めた。血液所見で白血球数9100、CRP18.6、血中アミラーゼ値652と上昇を認めたため、腹部造影CTを行ったところ、膵体尾部の著明な腫脹と仮性膵嚢胞を疑う腫瘍影を認め、また、動脈相では結節状の高吸収域が胃体部小弯に接して出現しており、仮性動脈瘤が疑われたため、入院絶食として肝炎の加療して経過観察した。しかし、仮性動脈瘤の増大をみたため、血管造影を施行。左胃動脈の分枝に動脈瘤をみたため、6本のマイクロコイルを用いて分枝血管の塞栓術を行った。術後、経過は良好で、術後11病日に行った造影CTでは、動脈瘤と周囲の高吸収域は縮小していた。また、肝炎も改善傾向あり、術後15病日で退院となった。今回、急性肝炎に合併した左胃動脈の仮性動脈瘤に対して塞栓術を用いて治療したので、報告した。急性肝炎は、時に仮性動脈瘤の原因となるが、左胃動脈分枝に形成した報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

急性肝炎, 仮性動脈瘤

日本医科大学多摩永山病院外科¹⁾, 坪井病院 外科²⁾,
日本医科大学病院 消化器外科³⁾,
和田尚人¹⁾, 横山 正¹⁾, 丸山 弘¹⁾, 平方敦史¹⁾, 高田英志¹⁾,
向後英樹¹⁾, 野村 聡¹⁾, 堀田正啓¹⁾, 古木裕康¹⁾, 鈴木幹人^{1,2)},
牧野浩司¹⁾, 吉田 寛³⁾

症例は86歳女性。ふらつき・黒色便を主訴に当院受診となった。来院時にHb7.3 g/dlの貧血を認め、腹部造影CTで膵体尾部に56×28mm大の内部に造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査にてVater乳頭より噴出する出血を認め、膵体尾部瘻に伴うhemosuccus pancreaticus (以下、HPと略記)と診断した。同日緊急血管造影検査を施行し、脾動脈にencasementを認めたため、出血部位と判断し塞栓術を施行した。塞栓術後に貧血は改善傾向であったが、第13病日に再び貧血の進行を認めた。再度上部消化管内視鏡検査にて観察を行うと、入院時同様HPを認めた。第18病日に膵体尾部切除術を施行した。術中標本摘出後の術中内視鏡にてHPの消失を確認した。術後は貧血の速やかな改善を認め、第35病日に退院となった。摘出標本の病理結果はInvasive ductal carcinoma (pT3N1M0 pStage2B)であった。HPとは、膵管内に直接出血し、Vater乳頭を経由して消化管内に出血がみられる病態と定義される。原疾患として悪性腫瘍に伴うものは稀であると報告されるが、HPの死亡率は25-40%と高率であり、臨床上的重要な病態である。治療はinterventional radiology (以下、IVRと略記)を第一選択とする報告が多く見受けられ、緊急手術を回避できる可能性がある。一方、6ヶ月以内の再発率も約30%と報告されており、確実な止血には手術が必要であるとされる。本症例でもIVRによる止血処置を先行することで緊急手術を回避し、待機的に原発巣切除とすることで根治的切除が可能となり、術後無再発生存に寄与したと考える。今回、我々はHPを来した膵体尾部に発生した浸潤性膵管癌の1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

hemosuccus pancreaticus, 浸潤性膵管癌

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⁾, 同 病理診断科³⁾,
北村英俊¹⁾, 脇岡 範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⁾, 高本健史²⁾, 奈良 聡²⁾,
伴 大輔²⁾, 江崎 稔²⁾, 奥坂拓志¹⁾, 平岡伸介³⁾, 島田和明³⁾

【症例】60歳女性。子宮頸癌術後フォロー目的のPET-CTでSUV値の上昇のない膵尾部腫瘍を指摘された。腫瘍マーカーはCEA 6.9 ng/ml, CA19-9 2011 ng/mlと高値であった。腹部USで膵尾部に40mm大の境界明瞭な腫瘍を認め、内部に微小嚢胞成分やhigh-echo spotを認めた。造影CTでは内部に石灰化を伴う低吸収腫瘍を認め、腫瘍辺縁に遷延性の造影効果を認めた。体部主膵管に拡張を認めたが、膵管との連続性は明らかでなかった。MRIでは不均一にT2 WIでやや高信号、T1 WIで低信号を呈した。MRCPでは腫瘍と主膵管との連続性は明らかでなかった。以上よりSolid-pseudopapillary neoplasm, Mucinous carcinoma, MCN, IPMNが鑑別となった。EUSでは後方エコー増強を伴う境界明瞭な低エコー腫瘍を膵尾部に認めた。腫瘍に被膜はなく、内部は線状、点状の高エコー領域と低エコー領域が入り混じるmixed echo patternを呈していた。膵管と腫瘍は連続しており、膵管内には粘液様高エコーを有していた。ソナゾイド造影では腫瘍充実部の隔壁が淡く造影された。以上よりEUSでは粘液癌の可能性を強く疑った。IPMNの存在は指摘できなかったため、粘液癌として、膵管癌の一亜型かIPMN由来浸潤癌型かの鑑別は困難であった。T2NM0 cStageIb (JPS 第7版)の術前診断で腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。術後検体の肉眼所見で腫瘍は40mm大で剖面では内部は大小の粘液で充満した嚢胞の集簇から形成される蜂巣状の形態であった。腫瘍内部にはmucinous lakeが形成され、細胞成分は粘液の中に浮遊するように存在した。一部に中分化管状腺癌を認め、膵管に腫瘍進展を認めた。免疫染色ではMUC1, MUC2, MUC5AC, CDX-2が陽性、MUC6, CD10, β-cateninが陰性であった。主膵管内進展があることから、IPMN由来の可能性が推察されたが、IPMNの構造は明らかでなく、粘液癌ではあるが、その由来の判別は困難であった。結果、最終病理診断は膵粘液癌T2N1aM0 pStageIb (JPS 第7版)であった。【結論】膵粘液癌を術前に診断することができた。

膵粘液癌, EUS

獨協医科大学 第二外科

塩田 裕人, 清水 崇行, 須田 光太郎, 宮下 将太郎, 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, 磯 幸博, 高木 和俊, 石塚 満, 青木 琢, 窪田 敬一

【症例】症例は78歳男性。2ヵ月前に前医にてアルコール性重症急性肺炎で入院加療されていた。肺炎は保存的加療で改善し、軽快退院となっていた。しかしながら、その後も禁酒できず、腹痛が出現し、前医を受診した。CTでは軽度の脾腫大と血清アミラーゼ1340IU/lと上昇を認め、アルコール性急性肺炎の再燃と診断され、入院加療し、セフトリアキソン2g/dayとナファモスタット50mg/day投与開始となった。前医入院2病日に39度台の発熱とCRP36と著明な炎症反応上昇を認め、再度CTを撮影すると、肝十二指腸間膜内と脾周囲に後腹膜気腫を認めた。仮性嚢胞形成や被包化壊死は認めなかった。後腹膜気腫があるため、外科的介入の必要性を考慮され、当科へ転院搬送となった。搬送時、意識レベル低下と全身チアノーゼを認め、集中治療室管理となった。敗血症によると思われる乳酸アシドーシスを認め、メイロンによるpHの補正を行い、意識レベル低下と全身チアノーゼの改善を認めた。入院時血液培養は陰性であったが、嫌気性菌感染も疑い、eGFR12ml/min/1.73m²と腎機能障害のため、メロペネム0.5gq12hrを入院当日より開始した。入院3病日に一般病棟へ転棟し、入院後9病日で解熱を得られ、入院後12病日にはCRP4.6mg/dlと炎症反応低下を認めた。入院後のフォローアップのCTでは後腹膜気腫が減少しており、入院後14病日に抗菌薬投与終了し、療養目的で前医へ転院となった。【考察】本症例はアルコール性急性肺炎後の続発性感染による後腹膜気腫が考えられた。肺炎による後腹膜気腫をきたした症例の報告は少なく、治療法も確立されていない。本症例では、緊急手術も検討されたが、抗菌薬が奏功したため、外科的介入が不要であった。海外の報告では、後腹膜気腫を伴う肺炎に対して開腹手術を行った場合、全身状態の悪化および予後不良になる可能性が報告されており、従来のガイドラインの通り、被包化壊死を伴わなければ、後腹膜気腫を伴う急性肺炎に対し保存的加療も治療の選択肢の1つになりうると思われた。

後腹膜気腫, 肺炎

聖マリアンナ医科大学 消化器一般外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
白井 創大¹⁾, 井田 圭亮¹⁾, 天野 優希¹⁾, 土橋 篤仁¹⁾, 小林 慎二郎¹⁾,
小泉 哲¹⁾, 小池 淳樹²⁾, 大坪 毅人¹⁾

症例は77歳、男性。血便を主訴に前医を受診。精査で施行した腹部CT検査で、脾門部、胃体部、結腸脾彎曲部に浸潤を伴う腓尾部腫瘍を認めた。上部内視鏡検査では胃体上部後壁に腫瘍の露出を認めた。また、下部内視鏡検査では下行結腸に易出血性の浸潤を認め、3/4周性の狭窄も呈しておりscopeの通過は困難であった。以上から、Pt. TS4, 結節型, cT3NxM1, cStage4の肺癌と診断した。画像所見から切除手術での根治性は乏しいと考えられたが、貧血の進行が止まらず、また大腸閉塞も来たしていたことからOncologic emergencyと判断し準緊急で手術の方針とした。術中所見では胃壁への浸潤と横行結腸の浸潤を認めた。尾側脾切除の脾切離を先行して行い、横行結腸部分切除、胃胃所切除も施行した。術後病理診断は、Adenosquamous carcinoma, pPbt, pTS4, 結節型, pT3NxM1, pStage4であり、脾臓、横行結腸、胃にそれぞれ組織学的にも浸潤を認めていた。術後経過は良好で第20病日に独歩で軽快退院となった。腓腺扁平上皮癌は稀な組織型であり、通常の肺癌に比べ腫瘍径が大きく、局所進行度が高いとされている。自験例では胃や結腸の内腔へ露出するような形で浸潤を来していたが、上腸間膜動脈や腹腔動脈への浸潤所見はなく、根治性は乏しいものの原発巣は切除可能であった。出血や閉塞、穿孔などを来した症例はOncologic emergencyの適応であり、緩和的治療の面からは有用であると思われた。

腓腺扁平上皮癌, Oncologic emergency

聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科

天野 優希, 小林 慎二郎, 土橋 篤仁, 井田 圭亮, 小泉 哲,
大坪 毅人

【目的】pylorus-preserving pancreatoduodenectomy (PPPD) 後の長期栄養状態を評価することを目的に術前後の血液栄養指標とBMIを検討した。【対象と方法】2005年1月から2014年10月にかけて聖マリアンナ医科大学病院でpancreatoduodenectomy (PD) を施行した症例は240例で、そのうちPPPDは193例であった。PPPDを施行した193例のうち、術後5年経過した時点で無再発生存していた45例であった。この45例を対象としてretrospectiveに検討した。評価項目は血清総蛋白 (TP)、血清アルブミン (Alb)、Body Mass Index (BMI) とし、それぞれの項目について術前値と術後2週間、1年、5年の値をpaired t-testでそれぞれ比較した。各検定の有意水準は0.05とした。【結果】TPは術前の平均が6.8 g/dLであった。術後2週間では6.3 g/dLであったが (P<0.0001)、術後1年で7.1 g/dLまで増加し (P=0.005) 以降も術後5年まで術前値より高い値であった。Albは術前の平均が4.1 g/dLであった。術後2週間では3.5 g/dLであったが (P<0.0001)、術後1年では4.15 g/dL、5年では4.13 g/dLと術前値と同等であった (P=0.134, P=0.505)。BMIは術前の平均値が22.1 kg/m²であった。術後2週間で17.3 kg/m²まで低下し (P<0.001)、術後5年経過後も19.0 kg/m²であり (P=0.005)、術前値よりは低かったが29人 (64.4%) が基準値以内であった。【結論】PPPDにおいて長期経過後も栄養状態は十分保たれていた。

pylorus-preserving pancreatoduodenectomy (PPPD), 長期栄養

日本医科大学 消化器外科

重盛 治彦, 川島 万平, 吉岡 正人, 松下 晃, 清水 哲也, 神田 知洋,
金谷 洋平, 高野 竜太郎, 吉田 寛

特発性脾破裂は脾破裂の中で稀な疾患である。今回、TAEでコントロール困難であった特発性脾破裂に対して脾摘術を施行した症例を経験したので報告する。症例は51歳の男性で左側腹部痛を主訴に近医を受診。胃腸薬を処方されたが改善せず当院を受診。精査の結果脾損傷が疑われ緊急血管造影検査施行。造影剤の血管外漏出を認めたため経カテーテルの動脈塞栓術 (transcatheter arterial embolization; TAE) を施行した。処置後、左側腹部痛改善せず造影CT施行したところ脾臓内部に活動性出血を認めたため翌日緊急血管造影検査を施行。脾臓内部に仮性動脈瘤を疑う造影剤のpoolingを認めたが明らかな出血点是不明であった。血管造影検査での止血は困難と判断し当科で緊急脾臓摘出術を施行する方針となった。開腹すると血性腹水を多量に認めた。脾臓は腫大しており脾門部と背側の被膜が広範囲で損傷し自壊・出血していた。脾体部で脾動脈を確保し出血をコントロールし、脾臓を授動。腓尾部を一括で確保し、脾動脈、脾静脈を個別に結紮切離し脾臓を摘出した。手術時間は2時間13分。出血は557ml、摘出された脾臓重量は1073gであった。特発性脾破裂の原因としては造血器腫瘍の浸潤、腫瘍の増大、EB virus感染などによる急激な脾腫大などがあげられるが、真性多血症患者に発症した症例はほとんどない。真性多血症患者に発症した脾破裂の1例について、文献的考察を加えて報告する。

脾臓, 真性多血症

日本消化器病学会関東支部第362回例会〔Web学会〕は、
下記の企業・団体の多大なご支援により開催できますことを、心より御礼申し上げます。

日本消化器病学会関東支部 第362回例会
会長 吉田 寛

＜共催セミナー＞

- ・キヤノンメディカルシステムズ株式会社
- ・帝人ファーマ株式会社
- ・マイランEPD合同会社

＜WEB展示＞

- ・アッヴィ合同会社
- ・株式会社アムコ
- ・GEヘルスケア・ジャパン株式会社
- ・日機装株式会社
- ・日本メディカルネクスト株式会社

＜プログラム集広告＞

- ・アッヴィ合同会社
- ・EAファーマ株式会社
- ・エーザイ株式会社
- ・MSD株式会社
- ・オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社
- ・科研製薬株式会社
- ・株式会社大塚製薬工場
- ・株式会社ツムラ
- ・株式会社メディコン
- ・杏林製薬株式会社
- ・コヴィディエンジャパン株式会社
- ・サノフィ株式会社
- ・塩野義製薬株式会社
- ・ジョンソンエンドジョンソン株式会社
- ・ゼリア新薬工業株式会社
- ・第一三共株式会社
- ・大鵬薬品工業株式会社
- ・武田薬品工業株式会社
- ・田辺三菱製薬株式会社
- ・日本イーライリリー株式会社
- ・ミヤリサン製薬株式会社
- ・持田製薬株式会社

(敬称略 50音順・2020年10月1日現在)