

日本消化器病学会 関東支部第363回例会

プログラム・抄録集



当番会長：東海大学医学部附属大磯病院 消化器内科 教授 白井 孝之

令和3年2月27日

(Web配信期間：令和3年2月27日正午～3月26日)

Web開催

日本消化器病学会関東支部第363回例会

プログラム・抄録集

Web開催

当番会長：東海大学医学部附属大磯病院 消化器内科 教授 白井 孝之
〒259-0198 神奈川県中郡大磯町月京21-1
TEL：0463-72-3211

会 期：令和3年2月27日（土）
（Web配信期間：令和3年2月27日（土）正午～3月26日（金））

<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Webサイト内でのプレゼンテーションとなります。
一部プログラムは2月27日（土）にライブ配信のみとなります。
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363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. 評議員会はオンデマンドにて開催いたします。
 - 1) 評議員会配信期間：2月27日（土）11時40分～3月4日（木）正午（この期間以外での受付は行いません。）
 - 2) 評議員会への参加については第363回例会の参加登録が必要です。
9. 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開催の参加登録は令和3年2月19日（金）正午よりオンラインにて開始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363回例会運営事務局

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

株式会社プランニングウィル内

E-mail：jsge363kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第363回例会

特別講演

「胃癌薬物療法に残るクリニカルクエスチョン」

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 中島 貴子 先生
司会 東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科 白井 孝之

共催セミナー 1 ★2月27日（土）13：00～13：45 Webによるライブ配信のみ

「炎症性腸疾患診療の実際 ～EIMマネジメントを含む～」

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 黒木優一郎 先生
司会 大船中央病院光学診療部 吉田 篤史 先生
共催：アッヴィ合同会社

共催セミナー 2 ★2月27日（土）14：00～14：45 Webによるライブ配信のみ

「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～」

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 秋山 純一 先生
司会 平塚共済病院 消化器内科 西山 竜 先生
共催：武田薬品工業株式会社

第20回専門医セミナー

「ドクターガストロ～目からうろこ 腹部診察の理論と実践～」

★日本消化器病学会3単位取得できます

講師 杏林大学医学部 医学教育学 矢島 知治 先生

演 題	座 長	演 題	座 長
(1) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸・小腸）1～5	中村 淳	(12) 専修医Ⅷ（肝2）49～52	今城 健人
(2) 研修医Ⅱ（大腸）6～10	芦谷 啓吾	(13) 専修医Ⅸ（胆）53～55	久田 裕也
(3) 研修医Ⅲ（肝・胆・膵）11～15	山田 美鈴	(14) 専修医Ⅹ（膵）56～59	川西 彩
(4) 研修医Ⅳ（膵・その他）16～19	太田 博崇	(15) 食道・胃・十二指腸60～64	泉 敦子
(5) 専修医Ⅰ（食道）20～23	樋口 和寿	(16) 小腸65～68	金子 桂士
(6) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸1）24～28	渡辺 晃識	(17) 大腸69～73	村田 依子
(7) 専修医Ⅲ（胃・十二指腸2）29～33	佐藤 渉	(18) 肝174～78	岡田 浩介
(8) 専修医Ⅳ（小腸）34～37	松尾 康正	(19) 肝279～81	荒瀬 吉孝
(9) 専修医Ⅴ（大腸1）38～40	加納 嘉人	(20) 胆82～86	永島 一憲
(10) 専修医Ⅵ（大腸2）41～44	久武 祐太	(21) 膵87～91	土屋 貴愛
(11) 専修医Ⅶ（肝1）45～48	上野 敬史		

特別講演

「胃癌薬物療法に残るクリニカルクエスション」

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 教授 **中島 貴子** 先生
司会 東海大学医学部附属大磯病院 消化器内科 教授 **白井 孝之**

………演者の先生ご紹介………

なかじま たかこ
中島 貴子 先生

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 教授

【学歴】

平成10年1998年3月 横浜市立大学医学部卒業

【勤務歴】

平成10年1998年5月 大森赤十字病院研修医
平成12年2000年5月 横浜市立大学第2内科入局
平成12年2000年5月 神奈川県立足柄上病院内科
平成14年2002年6月 国立がんセンター中央病院
内視鏡部レジデント
平成17年2005年4月 国立がんセンター中央病院
消化器内科がん専門修練医
平成19年2007年4月 国立がんセンター東病院
臨床開発センター
治療開発リサーチレジデント
平成19年2007年10月 国立がんセンター中央病院
外来化学療法科・消化器内科医員
平成22年2010年7月 聖マリアンナ医科大学
臨床腫瘍学 講師
平成24年2012年4月 聖マリアンナ医科大学
臨床腫瘍学 准教授
平成28年2016年4月 聖マリアンナ医科大学
臨床腫瘍学 教授
令和2年2020年3月 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
教授
聖マリアンナ医科大学
臨床腫瘍学 客員教授
令和2年2020年6月 京都大学医学部附属病院
早期医療開発科 診療科長
京都大学医学研究科
早期医療開発学分野 教授

【資格】

日本内科学会認定医、総合内科専門医、指導医
日本消化器内視鏡専門医
消化器病専門医
がん薬物療法専門医、日本臨床腫瘍学会指導医
がん治療認定医

【受賞歴】

2003年 日本消化器内視鏡学会学会賞
2004年 12th United European Gastroenterology Week
Travel Grants
2005年 Digestive Disease Week and the 106th Annual
Meeting of the American Gastroenterological
Association 2005 Travel Grants
第5回Journal of Gastroenterology High Citation
Award

【主な国内所属学会・臨床試験グループ・委員歴】

日本内科学会：評議員
日本癌学会：評議員、International Sessions組織委員会委員
日本臨床腫瘍学会：協議員、男女共同参画委員会委員長、学
術集会部会恒常委員消化器部会委員長
日本癌治療学会：制吐薬適正使用ガイドライン改訂ワーキン
ググループ委員
日本がんサポーターブケア学会：理事、評議員、学術企画・教育委
員会委員、Patient reported outcome(PRO)
ワーキンググループ委員長、Integration
of oncology and palliative care(IOP)
ワーキンググループ委員長
大腸癌研究会：ガイドライン委員会委員
日本胃癌学会：代議員、将来構想委員会委員、プログラム委
員会委員
日本肝胆膵外科学会：転移性肝癌国際診療ガイドライン作成
委員会委員

共催セミナー 1

令和3年2月27日（土）13：00～13：45 Webによるライブ配信

「炎症性腸疾患診療の実際 ～EIMマネジメントを含む～」

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 講師 **黒木優一郎** 先生

司会 大船中央病院 光学診療部 部長 **吉田 篤史** 先生

共催：アッヴィ合同会社

………演者の先生ご紹介………

くろ き ゆういちろう

黒木優一郎 先生

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 講師

略歴

1999年3月	昭和大学	医学部医学科卒業
1999年4月	昭和大学	藤が丘病院 内科研修医
2001年7月	昭和大学	藤が丘病院 消化器内科 員外助手
2004年4月	昭和大学	藤が丘病院 消化器内科 助手
2008年3月	国家公務員共済組合連合	虎の門病院 消化器科
2010年7月	昭和大学	藤が丘病院 消化器内科 助教
		学位(医学博士)取得
2013年4月	昭和大学	藤が丘病院 消化器内科 専任講師
現在に至る		

専門領域

大腸、小腸疾患の診断・治療

大腸腫瘍の内視鏡診断・治療(ESD)、炎症性腸疾患の診断・治療

所属学会・資格

日本内科学会	総合内科専門医
日本消化器内視鏡学会	指導医、専門医、評議員
日本消化器病学会	指導医、専門医、評議員
日本消化管学会	胃腸科指導医、専門医、代議員
日本がん治療認定医機構	がん治療認定医
日本カプセル内視鏡学会	カプセル内視鏡認定医
日本炎症性腸疾患学会	
日本大腸肛門病学会	
日本肝臓学会	
日本大腸検査学会	

共催セミナー 2

令和3年2月27日（土）14：00～14：45 Webによるライブ配信

「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～」

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** 先生

司会 平塚共済病院 消化器内科 統括部長 **西山 竜** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

………演者の先生ご紹介………

あきやま じゅんいち
秋山 純一 先生

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 診療科長

学歴

1993年3月 国立筑波大学医学専門学群 卒業

職歴

1993年5月 国立国際医療センター 内科研修医
1995年5月 国立国際医療センター 消化器科 レジデント
1998年4月 国立国際医療センター 消化器科 臨床研修指導医
1999年4月 国立国際医療センター 消化器科 厚生労働技官
2005年2月 国立国際医療センター 運営局(政策医療推進調整官)(併任)
2005年4月 - 2010年3月 早稲田大学 先端科学・健康医療融合研究機構 客員教授(兼任)
2007年4月 国立国際医療センター 内視鏡医長
2010年4月 - 2012年6月 Stanford University School of Medicine Division of Gastroenterology and Hepatology, Visiting Scholar (Professor Triadafilopoulos)
2012年7月 国立国際医療研究センター 消化器内科 医長
2013年6月 国立国際医療研究センター 消化器内科 診療科長(併任)
2016年4月 国立国際医療研究センター 臨床研究連携・バイオバンク部門長(併任)

所属学会

日本内科学会, 日本消化器病学会, 日本消化器内視鏡学会, 日本食道学会, 日本ヘリコバクター学会, 日本消化管学会, 日本神経消化器病学会
米国内科学会(ACP), 米国消化器病学会(AGA)

学会委員会など

WHO : ICD-11 Revision, Morbidity Reference Group (疾病分類グループ), member
日本消化器病学会 : ICD-11 検討委員会 委員
日本消化器病学会 : GERD ガイドライン作成委員会 委員
日本食道学会 : GERD 検討委員会 委員
日本消化管学会 : ガイドライン小部会(食道運動障害診療指針)委員
日本消化器内視鏡学会 : 薬事・社会保険委員会 委員

受賞

Excellent Junior Resident of the Year, 国立国際医療センター, 1995年4月20日
Astra Zeneca GERD Award, GERD研究会, 東京, 2002年11月16日
AGA(American Gastroenterological Association) Poster of Distinction Award,
DDW(Digestive Disease Week), Chicago, USA 2005年5月17日

第20回専門医セミナー

「ドクターガストロ ～目からうろこ 腹部診察の理論と実践～」

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。
今回は、腹部診療の理論と実践について、実際の診療風景をまじえて
講師の矢島知治先生が解説していきます。

※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。
（日本消化器病学会関東支部第363回例会における参加登録ならびに参
加費をお支払いください。）

※専門医更新単位3単位取得できます。
（受講者には参加証明証を後日、お送りいたします。）

講 師：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）

研修医セッション

— 評価者 —

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門	井野 裕治
東海大学医学部 内科学系 消化器内科学	広瀬 俊治
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科	豊永 貴彦

(1) 研修医Ⅰ(胃・十二指腸・小腸) 座長 東海大学医学部付属東京病院 消化器内科 中 村 淳

1. 致死的 pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) を合併した胃癌に対して化学療法が有効であった一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○宇野 広隆, 福田 壮馬, 辻 実希, 福田 智史
 小野田 翼, 萩原 悠也, 鈴木 宏清, 丹下 善隆
 新里 悠輔, 坪 大輔, 山田 武史, 山本 祥之
 森脇 俊和, 奈良坂俊明, 鈴木 英雄

2. 胆石性胆嚢炎の保存的加療中に発症した Bouveret 症候群の1例

足利赤十字病院 消化器内科 ○天下井恵理, 石川 睦, 増山 智史, 福士 耕
 漆原 史彦, 鈴木 統裕, 室久 俊光

3. 胃内の6本の歯ブラシを内視鏡的に摘出し得た一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科学 ○柏渕 浩一, 伊藤 彩乃, 森 貴裕, 上田 孝
 金子 元基, 森町 将司, 佐野 正弥, 藤本龍太郎
 寺邑英里香, 門馬 牧子, 中原 史雄, 水上 創
 藤澤 美亜, 松嶋 成志, 鈴木 秀和

4. 回腸に多発潰瘍を伴い診断に苦慮した腸管子宮内膜症の一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○五月女浩子, 河本 亜美, 竹中 健人, 日比谷秀爾
 清水 寛路, 伊藤 剛, 水谷 知裕, 油井 史郎
 根本 泰宏, 藤井 俊光, 齊藤 詠子, 永石 宇司
 長堀 正和, 大塚 和朗, 岡本 隆一
 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 小金井一隆
 東京医科歯科大学 病理部 富井 翔平

5. 術前診断に苦慮したデスマイド型線維腫症の1例

順天堂大学 医学部附属 練馬病院 消化器外科 ○河合 健司, 須郷 広之, 町田 理夫, 宮野 省三
 渡野邊郁雄, 関根 悠貴, 棚寝 重史, 岩永 直紀
 麻 由夏, 古屋 怜慈, 小田 遼馬, 川満健太郎
 雨宮 浩太

(2) 研修医Ⅱ(大腸)

座長 埼玉医科大学 総合診療内科 芦 谷 啓 吾

6. 細胞診で痔瘻癌が疑われ根治切除が可能であったクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○白岩 友里, 小金井一隆, 辰巳 健志, 二木 了
 黒木 博介, 小原 尚, 中尾 詠一, 杉田 昭
 松島クリニック 福島 恒男

7. 薬物療法が奏功した上部消化管病変を伴う潰瘍性大腸炎の一例

NTT 東日本関東病院 消化管内科 ○鶴 眞夫, 瀧田麻衣子, 稲本 林, 紅林真理絵
高柳 駿也, 木本 義明, 鈴木雄一郎, 石井 鈴人
小野 公平, 根岸 良充, 港 洋平, 村元 喬
大圃 研
同 消化器内科 松橋 信行
同 病理診断科 三浦 咲子, 森川 鉄平

8. 活動期潰瘍性大腸炎に合併した側方発育型腫瘍に対して ESD を施行しえた一例

埼玉医科大学 総合診療内科 ○三井絵里花, 塩味 里恵, 芦谷 啓吾, 松本 悠
宮口 和也, 中元 秀友
同 消化管内科 都築 義和, 大庫 秀樹, 今枝 博之
同 消化器・肝臓内科 塩川 慶典, 持田 智
同 病理診断科 石澤 圭介, 山田 健人

9. Adalimumab の二次無効により Ustekinumab ヘスイッチし臨床的および内視鏡的寛解が得られた Crohn 病の 1 例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター ○君塚 拓也
杏林大学医学部 消化器内科学 三浦 みき, 尾崎 良, 徳永創太郎, 箕輪慎太郎
三井 達也, 齋藤 大祐, 櫻庭 彰人, 林田 真理
三好 潤, 松浦 稔, 久松 理一

10. 魚骨による膿瘍形成性虫垂炎に対して interval appendectomy を施行した 1 例

水戸済生会総合病院 臨床研修センター ○鴨志田 愛
同 外科 金子 宜樹, 東 和明, 加藤 修志, 丸山 常彦
筑波大学 消化器外科 小田 竜也

(3) 研修医Ⅲ(肝・胆・膵) 座長 東海大学医学部付属大磯病院 外科 山 田 美 鈴

11. 肝外発育型肝細胞癌の 1 例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○小林 信也, 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

12. IVR を用いた集学的治療により難治性の肝性脳症治療が奏功した 1 例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○石山 貴博, 近藤まゆ子, 須永 将梧, 北川 清宏
野田まりん, 久武 祐太, 寺元 研, 東澤 俊彦
関根 忠一, 岡村 幸重

13. 乳癌術後化学療法中に胆管転移を来した 1 例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○寺谷 茄夏, 川田 陽介, 嘉島 賢, 久野木康仁
永島 一憲, 水口 貴仁, 井澤 直哉, 瀧本 洋一
山宮 知, 山部 茜子, 星 恒輝, 常見美佐子
富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志
獨協医科大学 病理診断学講座 野田 修平, 中里 宜正, 石田 和之

14. 繰り返す膵炎のため膵頭十二指腸切除術を施行した膵胆管合流異常の一例

東京通信病院 消化器内科 外科 ○大塚 智暉
同 消化器内科 松井 徹, 古谷 建悟, 加藤 知爾, 小林 克也
関川憲一郎, 光井 洋
同 外科 奥田 純一

15. Gemcitabine plus nab-paclitaxel 療法中に Posterior reversible encephalopathy syndrome を発症した膵癌の一例

東京大学医学部 消化器内科 ○菊地 佑真, 鈴木由佳理, 齋藤 圭, 猪熊 顕之
金井 祥子, 野口 賢作, 佐藤 達也, 石垣 和祥
齋藤 友隆, 高原 楠晃, 濱田 毅, 水野 卓
木暮 宏史, 小池 和彦
東京大学附属病院 光学医療診療部 白田龍之介, 中井 陽介

(4) 研修医Ⅳ(膵・その他) 座長 立正佼成会附属 佼成病院 消化器内科 太田 博 崇

16. 被包化膵壊死を合併した膵頭部癌に対して術前化学療法を施行し、膵頭十二指腸切除術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○結城 颯, 吉崎 雄飛, 有田 淳一, 長谷川 潔

17. 膵 myeloid sarcoma による閉塞性膵炎の1例

防衛医科大学校 消化器内科 ○林 哲也, 堀内 知晃, 鈴木 晴也, 千谷 菜花
松田 康里, 池山 佳輔, 小野 晋治, 富岡 明
伊東 傑, 西井 慎, 溝口 明範, 秋田 義博
成松 和幸, 東山 正明, 富田 謙吾, 穂苅 量太
防衛医科大学校病院 光学医療診療部 高本 俊介

18. 腹腔動脈起始部狭窄による膵十二指腸動脈瘤破裂に対して IVR 治療で止血を得た一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○鈴木 圭人, 栗飯原隼人, 秋山 純一, 田中 美帆
龍野奈央子, 増田恵利香, 大武 優希, 西家由里子
渡邊 一弘, 赤澤 直樹, 横井 千寿, 山本 夏代
柳瀬 幹雄, 田嶋 強

19. 基礎疾患のない高齢女性に発症した内臓播種性水痘・带状疱疹ウイルス感染の1例

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 臨床研修センター ○青山 夏海
同 消化器・肝臓内科 五十嵐洋介, 松尾 康正, 薩田 洋輔, 野口 陽平
高橋 秀明, 松本 伸行
聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 山本 博幸, 伊東 文生

専修医セッション

評価者

慶應義塾大学医学部	オルガノイド医学／消化器内科	杉本 真也
JR 東京総合病院	消化器外科	池田 真美
千葉大学大学院医学研究院	先端応用外科学	上里 昌也

(5) 専修医Ⅰ(食道)

座長 日本医科大学 消化器内科学 樋口 和 寿

20. 横行結腸の脱出により胃前庭部の軸捻転を認めた食道裂孔ヘルニアの1例

昭和大学 医学部 内科学講座消化器内科学部門 ○山崎 裕太, 坂木 理, 中谷 真也, 杉浦 育也
居軒 和也, 吉田 仁
同 消化器一般外科 五藤 哲, 大塚 耕司, 村上 雅彦

21. 右室内転移を来した表在型食道癌の1例

三井記念病院 消化器内科 ○村上 恵太, 戸田 信夫, 貝發 美香, 照屋 聖仁
谷口 勝城, 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, 関 道治, 田川 一海
同 循環器内科 手塚 匠海
同 心臓血管外科 山岡 大将
同 病理診断科 森田 茂樹

22. HER 2 陽性の原発性食道腺癌の一例

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

23. LSBE に発生した Barrett 食道表在癌に対して ESD で一括完全切除しえた1例

獨協医科大学 消化器内科 ○稲葉 康記, 金森 瑛, 根本 玲奈, 吉永 智則
金澤美真理, 近藤 真之, 久野木康仁, 田中 孝尚
阿部圭一郎, 鈴木 統裕, 富永 圭一, 郷田 憲一
入澤 篤志

(6) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸1)

座長 北里大学医学部 消化器内科学 渡辺 晃 識

24. 食道裂孔ヘルニアと未破裂右胃大網動脈瘤を合併した症例に対し、腹腔鏡下噴門形成術および右胃大網動脈瘤切除を施行した症例

自治医科大学附属病院 消化器一般外科 ○千葉 小夜, 千葉 蒔七, 金丸 理人, 倉科憲太郎
齋藤 心, 細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏

25. AIDS 治療中に抗酸菌による胃壁外腫瘍を合併した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○小島 柊, 浅野 岳晴, 賀嶋ひとみ, 三浦 孝也
松本 吏弘, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

26. 上部消化管内視鏡検査を契機に上腸間膜動脈解離を発症した一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○海江田祐太, 岸本翔太郎, 常松 令, 中野 雅
同 炎症性腸疾患先進治療センター 小林 拓, 宮谷 侑佑, 阿曾沼邦央, 日比 紀文
同 腫瘍センター 西村 賢
同 放射線科 矢内原 久
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 森久保 拓, 北條 紋, 福田 知広, 佐上晋太郎

27. 急速に増大した胃粘膜下腫瘍の一例

東京警察病院 消化器科 ○三好耕太郎, 塩川 俊郎, 植倉 知永, 徳山 信行
中田和智子, 八木岡 浩, 小椋 啓司

28. 十二指腸静脈瘤に対してB-RTOが奏功した1例

船橋市立医療センター 消化器内科 ○伊在井 亮, 水本 英明, 渡部 主樹, 藤井 渚夕
笠松 伸吾, 石井 清文, 東郷 聖子, 関 厚佳
小林 照宗, 安藤 健, 松谷 正一

(7) 専修医Ⅲ(胃・十二指腸2) 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 外科 佐 藤 渉

29. 心房細動に対してアブレーション施行後に急性麻痺性胃拡張を発症した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○近藤 千晶, 宮崎 亮佑, 山田 沙織, 廣瀬 克哉
岩下 祐子, 嶋田真梨子, 澁谷 尚希, 宮下 春菜
豊永 貴彦, 櫻井 俊之, 猿田 雅之

30. イマチニブ休薬による急性増悪を背景にNICTHを合併した胃GIST術後再発の1例

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) ○千田 彰彦, 川崎 健太, 櫻井陽奈子, 堀江 沙良
津軽 開, 戸ヶ崎和博, 下寄啓太郎, 浜本 康夫
金井 隆典
同 腫瘍センター 平田 賢郎, 林 秀幸
同 病理診断科 河原 徹, 牧内 里美
同 内科学(腎臓内分泌代謝) 岩原 彰秀, 川合 未来, 杉山 和俊, 目黒 周

31. 腎摘後11年で胃転移を来した腎細胞癌の1例

済生会横浜市東部病院 消化器内科 ○並木 萌子, 野上 章, 星 健介, 氏田 互
鈴木 雄太, 岩崎 将, 大久保雄介, 佐藤 真司
馬場 毅, 中野 茂
同 消化器外科 平田 雄紀, 江川 智久

32. 便秘による胃内圧上昇が原因と考えられた胃壁内気腫症の一例

日産厚生会 玉川病院 消化器内科 ○岡田奈央子, 山口 和久, 佐藤 信維, 松井 太吾
永嶋 裕司
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典
がん研有明病院 病理部
日産厚生会 玉川病院 病理診断科 河内 洋

33. 集学的な支持療法によって、化学療法を再導入できた胃癌の1例

東京医科大学病院 消化器内科学分野 ○平泉 泰翔, 中坪 良輔, 鳴瀬 郁, 貝塚 玄樹
神田 遼弥, 鈴木 由華, 黒澤 貴志, 山内 芳也
祖父尼 淳, 糸井 隆夫
同 放射線医学分野 高良 祐葵, 糸永 知広, 大高 純, 佐口 徹
斎藤 和博

(8) 専修医Ⅳ(小腸) 座長 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科 松 尾 康 正

34. 右半結腸切除術後に発症し、診断に苦慮した虚血性小腸炎の一例

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

35. 多発性骨髄腫の化学療法に起因したと思われる蛋白漏出性胃腸症の1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○永井 康貴, 高津 智弘, 吉原 努, 三澤 昇
芦荻 圭一, 大久保秀則, 中島 淳

36. 腫瘍の急速な増大により短期間に異時性穿孔をきたした単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫の一例

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科 ○中村 公彦, 清島 亮, 岡林 剛史, 茂田 浩平
松井 信平, 佐々木健人, 門野 政義, 小桐 雅世
加藤 悠人, 小関 優歌, 水野 翔大, 角田 潤哉
崎本 優里, 原 良輔, 坂本 恭子, 北川 雄光

37. メッケル憩室穿孔の一例

帝京大学医学部附属病院 消化器内科 ○青木 直晃, 丸山 喬平, 塚本 允雄, 端山 軍
松田 圭二, 橋口陽二郎, 望月 眞, 笹島ゆう子
中村 直裕, 三木 淳史, 青柳 仁, 磯野 朱里
三浦 亮, 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

(9) 専修医Ⅴ(大腸1) 座長 東京医科歯科大学医学部附属病院 がん先端治療部 加 納 嘉 人

38. アфта様病変から長期経過で典型的クローン病に進展した一例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○飯田 淳貴, 金澤 潤, 横山 薫, 別當 朋広
川岸 加奈, 佐田 美和, 小泉和二郎
同 新世紀医療開発センター 小林 清典

39. ベドリズマブ(VED)と顆粒球除去療法(GMA)の併用療法で寛解導入を得た難治性潰瘍性大腸炎の1例

立正佼成会附属佼成病院 消化器内科 ○平塚 智也, 池崎 修, 中尾 充宏, 嶋田 隆介
田邊 秀聡, 太田 博崇, 田部井弘一, 高橋 信一
杏林大学医学部 消化器内科学 久松 理一

40. 鋸歯状病変由来と考えられた上行結腸 pT 1 b(SM) 癌の 1 例

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター ○黒木 貴典, 工藤 進英, 中村 大樹, 森田友梨子
小川 悠史, 前田 康晴, 一政 克朗, 石垣 智之
松平 真悟, 豊嶋 直也, 小形 典之, 三澤 将史
工藤 豊樹, 久行 友和, 林 武雅, 若村 邦彦
宮地 英行, 馬場 俊之, 石田 文生
同 臨床病理診断科 根本 哲生

(10) 専修医Ⅵ(大腸2)

座長 佐野厚生総合病院 消化器内科 久 武 祐 太

41. α -グルコシダーゼ阻害剤が原因と考えられた腸管気腫症の 1 例

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

42. メサラジンにより心タンポナーゼをきたした潰瘍性大腸炎の 1 例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○北原 麻衣, 岩本 真帆, 岩男 彩, 田村めぐみ
酒井 康行, 山川 俊, 春田 明子, 杵渕 広志
中島 典子, 神田 達郎, 今津 博雄, 森山 光彦
日本大学病院 消化器内科 後藤田卓志

43. 回収困難だった大腸ポリープを、加工したシリンジを用いて回収した一例

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

44. ベドリズマブが遅効性を示した難治性潰瘍性大腸炎の 1 例

東京医療センター 消化器科 ○村上宗一郎, 中里 圭宏, 松谷 直美, 平井悠一郎
宮永 亮一, 渡邊 多代, 菊池 真大

(11) 専修医Ⅶ(肝1)

座長 伊勢崎市民病院 内科 上 野 敬 史

45. 妊娠 32 週に診断し、帝王切開術と肝切除術を同日に施行した肝細胞癌の 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○早川 富貴, 行徳 芳則, 須田 季晋, 草野 祐実
正岡 梨音, 太田 貴寛, 岡田 舜, 鈴木 優仁
藤原 猛, 山口真裕美, 鈴木 一義, 玉野 正也
同 外科 吉富 秀幸
同 産婦人科 高倉 聡

46. 経過中に急速な進展を認めた B 型慢性肝炎合併肝細胞癌の一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○篠原進太郎, 遠藤 剛, 大浦 克之, 渡辺 一弘
栗飯原隼人, 浦部 昭子, 田中 美帆, 龍野奈央子
濱田麻梨子, 柳井 優香, 赤澤 直樹, 秋山 純一
柳瀬 幹雄
同 臨床検査科 斎藤 明子, 正木 尚彦
日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科 野崎 雄一
国立国際医療研究センター病院 病理検査科 岸野 裕也, 三角 健人
同 肝胆膵外科 竹村 信行, 国土 典宏

47. 漏出性乳糜胸水貯留を来した原発性胆汁性胆管炎による肝硬変の一例

佐野厚生総合病院 内科 ○須永 将梧, 岡村 幸重, 近藤まゆ子, 北川 清宏
野田まりん, 久武 祐太, 寺元 研, 東澤 俊彦
関根 忠一

48. アルコール性肝硬変に悪性リンパ腫を合併した一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○白滝 理博, 小嶋清一郎, 荻原 直樹, 津田 真吾
張 つほみ, 新聞 淑雅, 横田 将, 安斎 和也
伊藤 裕幸, 永田 順子, 渡辺 勲史, 鈴木 孝良
同 病理診断科 平岩真一郎

(12) 専修医Ⅷ(肝2)

座長 横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 今 城 健 人

49. 自己免疫性肝炎でフォロー中に二次性好酸球増多症候群を発症し偶発的に原発性硬化性胆管炎の合併が判明した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科 ○池田 朱里, 平岡 栄治
同 消化器内科 山口恵理子, 本村 廉明
同 膠原病内科 岩波 慶一

50. Budd-Chiari 症候群を呈した巨大肝嚢胞に対して経皮的嚢胞ドレナージが奏効した 1 例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○丹羽 一博, 國司 洋佑, 塚本 恵, 曾谷 祐貴
柳橋 崇史, 加藤 佳央
横浜市立大学附属病院 消化器内科学 前田 慎

51. 肝膿瘍に眼内炎を併発した 2 例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○東 哲之, 田邊 智英, 河野 惟道, 新井 泰史
岩下 愛, 糸川 典夫, 金子 恵子, 厚川 正則
岩切 勝彦

52. 巨大肝嚢胞により下大静脈症候群を発症し、経皮的肝嚢胞穿刺・経皮的ミノサイクリン投与により軽快した 1 例

横須賀共済病院 消化器内科 ○宇賀 美杉, 田中 志尚, 白川 純平, 大山 文子
新見 真央, 大坪 加奈, 野澤さやか, 古谷 晴子
小馬瀬一樹, 田邊 陽子, 新井 勝春, 渡辺 秀樹
鈴木 秀明

- (13) 専修医Ⅹ(胆) 座長 国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 久田 裕也
53. *Clostridium perfringens* 菌血症を伴った壊疽性胆嚢炎の一例
 那須赤十字病院 消化器内科 ○谷口 亜依, 中田 洋介, 江部 敏生, 吉田 徹
 新井 由季, 佐藤 隆, 小林 恭子, 五十嵐高広
54. 多発肝転移を有した胆嚢原発神経内分泌癌の一例
 順天堂大学 医学部 消化器内科 ○岩野 知世, 伊藤 光一, 丸山 紀史, 池村 宗朗
 佐久間 聖, 祓川真由子, 福嶋 浩文, 中寺 英介
 上山 浩也, 藤澤 聡郎, 澁谷 智義, 山科 俊平
 池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁, 伊佐山浩通
55. 急性胆管炎後に発症した胆道出血に対し、経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)を施行した1例
 JA とりで総合医療センター 消化器内科 ○川内結加里, 佐藤 陽香, 磯崎 岳, 三代 博之
 相川恵里香, 永井 瑞紀, 後藤 文男, 嶋田 謙
 河村 貴広
- (14) 専修医Ⅹ(膵) 座長 東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 川西 彩
56. IgG 4上昇を伴う限局性膵腫大の自然寛解後にIgG 4上昇を伴わないびまん性膵腫大を呈した自己免疫性膵炎の1例
 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○天野 博之, 安井 伸, 丸田四季子, 山田 俊儒
 菅 元泰, 浅野 公將, 嶋 由紀子, 泉水美有紀
 三浦 義史, 永畠 裕樹, 横山 昌幸, 日下部裕子
 杉山 晴俊, 大野 泉, 三方林太郎, 加藤 直也
57. 膵尾部癌切除後5年目にEUS-FNA後のNeedle tract seedingによる胃壁転移再発をきたした1例
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○湯川 達, 西村 正基, 土屋 洋省, 戸塚雄一郎
 杉森 慎, 小宮山哲史, 三輪 治生, 金子 卓
 杉森 一哉, 沼田 和司
 横浜市立大学 消化器内科学教室 前田 慎
58. 膵内分泌腫瘍と鑑別を要した膵内副脾の一例
 順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○古城 詩子, 野元 勇佑, 牛尾 真子, 矢野慎太郎
 磯野 峻輔, 大川 博基, 多田 昌弘, 西 慎二郎
 深見久美子, 中津 洋一, 荻原 伸悟, 岩本 志穂
 降旗 誠, 北村 庸雄, 長田 太郎
59. 高トリグリセリド血症を伴う重症急性膵炎に対して血漿交換、膵局所動注療法を行った一例
 国立病院機構 水戸医療センター 消化器科 ○鄭 黎佳, 石田 博保, 杉山雄太郎, 山浦 正道
 下山田雅大, 伊藤 有香, 山口 高史

一般演題

(15) (食道・胃・十二指腸) 座長 がん研有明病院 上部消化管内科 泉 敦 子

60. 表在型食道悪性黒色腫の1例

東海大学医学部附属大磯病院 外科 ○間室 奈々, 亀井佑太郎, 山田 美鈴, 古川 大輔
鈴木 俊之, 西 隆之, 島田 英雄

61. 吸入ステロイド嚥下療法が有効であった好酸球性食道炎の1例

東京医科大学 消化器内科学分野 ○中島 啓佑, 香川 泰之, 鈴木 由華, 村松 孝洋
根本 大樹, 清宮 怜, 松本 泰輔, 森瀬 貴之
内田久美子, 班目 明, 小山 洋平, 杉本 暁彦
福澤 誠克, 糸井 隆夫

62. 免疫チェックポイント阻害薬投与中に水痘を発症した高齢がん患者の一例

東京医科大学病院 消化器内科 ○鈴木 由華, 山内 芳也, 鳴瀬 郁, 平泉 泰翔
貝塚 玄樹, 神田 遼弥, 中坪 良輔, 黒澤 貴志
祖父尼 淳, 糸井 隆夫
同 皮膚科 岩井もなみ, 大倉 正寛, 西川 哲史, 川上 洋
原田 和俊

63. Linitis Plastica 型胃癌の診断に胃壁 EUS-FNA が有用であった一例

聖路加国際病院 消化器内科 ○岡本 武士, 高木 浩一, 福田 勝之

64. 自己免疫性胃炎を背景としたスキルス胃がんの1例

がん研究会有明病院 消化器内科 ○小野山裕亮, 松野 高久, 並河 健, 渡海 義隆
堀内 裕介, 石山晃世志, 由雄 敏之, 平澤 俊明
土田 知宏, 藤崎 順子
同 病理部 河内 洋
同 胃外科 布部 創也
同 消化器内科
同 胃外科 吉水 祥一

(16) (小腸) 座長 JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 金子 桂 士

65. パテンシーカプセル服用45日後に内視鏡で遺残が確認されたクローン病の一例

千葉大学附属病院 消化器内科 ○小川 慶太, 金山 健剛, 加藤 順, 石川 翼
白鳥 航, 長島 有輝, 大浦 弘嵩, 金子 達哉
徳長 鎮, 明杖 直樹, 太田 佑樹, 沖元謙一郎
斎藤 景子, 松村 倫明, 新井 誠人, 加藤 直也

66. 下痢で発症した *Streptobacillus notomytis* による鼠咬症の1例

東京警察病院 消化器科 ○植倉 知永, 徳山 信行, 塩川 俊郎, 三好耕太郎
中田和智子, 八木岡 浩, 小椋 啓司

67. 小腸潰瘍癒痕の経過観察中に小腸穿孔を来した1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○金子 桂士, 中河原浩史, 菊田大一郎, 堤 菜津子
藤川 博敏
同 検査科 桂 義久

68. 傍十二指腸乳頭憩室内の腸石が落下し小腸閉塞を発症した一例

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

(17) (大腸)

座長 茅ヶ崎市立病院 消化器内科 村 田 依 子

69. 肛門周囲膿瘍を合併した Crohn 病に対してウステキヌマブが奏功した一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○田中 美帆, 秋山 純一, 大浦 克之, 篠原進太郎
栗飯原隼人, 浦部 昭子, 遠藤 剛, 龍野奈央子
濱田麻梨子, 大武 優希, 柳井 優香, 渡辺 一弘
赤澤 直樹, 横井 千寿

70. 原因究明に難渋したウラビジル薬剤性腸炎の一例

大船中央病院 消化器・IBD センター ○鍋田 陽昭, 森川 吉英, 吉田 篤史, 遠藤 豊

71. 膿瘍形成をきたしたものの保存的加療で自然消退した直腸腸間膜脂肪織炎の1例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾・消化器病センター ○清水 実, 藤川 智章, 岩渕 省吾

72. 直腸吻合部上病変に対して環状吻合の構造に基づき ESD を行なった1例

千葉大学 医学部附属病院 先端応用外科 ○加藤直菜美, 丸山 哲郎, 上里 昌也, 浦濱 竜馬
水藤 広, 山口有輝子, 米本 昇平, 松原 久裕

73. 潰瘍性大腸炎に対する自己組織化ペプチドを用いた新規治療法の開発

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○中田 昂, 植原 大介, 橋本 悠, 田中 寛人
戸島 洋貴, 栗林 志行, 浦岡 俊夫

(18) (肝1) 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科／筑波大学附属病院 つくば予防医学研究センター 岡 田 浩 介

74. 門脈血栓治療中の新型コロナウイルス感染を契機に急激な血小板減少を来した肝癌合併肝硬変の1例

東海大学医学部附属東京病院 消化器肝臓センター 消化器内科 ○中村 淳, 白石 光一, 森 貴裕, 三島 佑介
白滝 理博, 仁品 玲子, 五十嵐宗喜, 青木 純
東海大学医学部附属病院 消化器内科 上田 孝, 鈴木 秀和

75. AIH variant を有する抗平滑筋抗体単独陽性の肝炎型 PBC の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○金子 桂士, 藤川 博敏, 菊田大一郎, 堤 菜津子
中河原浩史
帝京大学溝口病院 第4内科 宮川 浩
日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 森山 光彦

76. Fontan 術後の長期経過中に鬱血肝により肝細胞癌を併発した一例

東海大学医学部附属大磯病院 消化器内科 ○吉原 四方, 杉山 悟, 荒瀬 吉孝, 出口 隆造
白井 孝之
東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 鈴木 秀和

77. 肝原発腺扁平上皮癌の1例

東海大学医学部附属大磯病院 消化器内科 ○杉山 悟, 吉原 四方, 荒瀬 吉孝, 出口 隆造
白井 孝之
東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 鈴木 秀和

78. 肝原発類上皮血管内皮腫に対してラジオ波焼灼術を施行した1例

柏市立柏病院 消化器内科 ○村田 彩, 戸田 晶子, 飯塚 泰弘, 飯塚 和絵
藤木 純子, 沼田真理子, 望月奈穂子, 酒井 英樹

(19) (肝2) 座長 東海大学医学部附属大磯病院 消化器内科 荒瀬 吉孝

79. 胆管炎を疑ったが、感染性心内膜炎の診断に至った症例

社会医療法人 熊谷総合病院 消化器内科 ○比留間晴彦, 斎藤 雅彦, 土合 克巳, 松井真理子
門野源一郎, 石川 武志, 野村 祐介, 村上 規子

80. 緩徐に増大し早期濃染を呈する肝内胆管癌の1切除例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター-外科 ○矢澤 慶一, 武田 和永, 澤田 雄, 渡邊 純
佐藤 勉, 國崎 主税
同 病理診断科 稲山 嘉明
横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 遠藤 格
横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター-外科
同 病理診断科 千葉佐和子

81. レンパチニブ投与中の腫瘍内出血に対しTAEが奏功した1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○原 英展, 新井 啓介, 中野 悠, 普天間朝久
申 貴広, 荒井 克大, 金子 由佳, 榎 一臣
伊東 詩織, 深見 裕一, 池宮城秀和, 吉野 耕平
先田 信哉

(20) (胆) 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 永島 一憲

82. Neuroendocrine Carcinoma of the Gallbladder の2例

東海大学医学部附属八王子病院 消化器外科 ○吉井 久倫, 和泉 秀樹, 阿部 凛, 関 太要
宇田 周司, 茅野 新, 数野 暁人, 山本壮一郎
向井 正哉, 野村 英治, 幕内 博康

83. 術前化学療法を施行しpCRを得られた局所進行肝門部領域胆管癌の1例

横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科 ○笹本真覇人, 薮下 泰宏, 清水 康博, 中山 岳龍
三宅謙太郎, 本間 祐樹, 熊本 宜文, 松山 隆生
遠藤 格
同 病理部 宇高 直子

84. 超高齢者の自然排泄された胆石イレウスの1例

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

85. 胆嚢病変に対する 22G フランシーン形状穿刺針を用いた EUS-FNA で診断し得た胆嚢癌の1例

千葉ろうさい病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 齋藤 遼, 竹内 良久, 後藤 千尋
粟津 雅美, 石川賢太郎, 石神 秀昭, 久我 明司
榎谷 佳生

86. 肝内胆管癌術後リンパ節再発に対し化学療法継続し長期生存した1例

東海大学医学部附属大磯病院 外科 ○山田 美鈴, 古川 大輔, 間室 奈々, 亀井佑太郎
鈴木 俊之, 西 隆之, 島田 英雄
東海大学医学部附属病院 消化器外科 中郡 聡夫

(21) (膵) 座長 東京医科大学医学部 臨床医学系 消化器内科学分野 土 屋 貴 愛

87. アルコール性慢性膵炎を背景とした脾破裂に対して保存的に加療した1例

JCHO 横浜中央病院消化器・肝臓内科 ○菊田大一郎, 堤 菜津子, 藤川 博敏
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 森山 光彦
JCHO 横浜中央病院消化器・肝臓内科
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 中河原浩史, 金子 桂士

88. 診断に苦慮し、急速な転帰をたどった脱分化型脂肪肉腫の1例

東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 ○小玉 敏生, 川畠 洋平, 森町 将司, 山路 葉子
川西 彩, 加川 建弘, 鈴木 秀和
同 基盤診療学系 病理診断学 生駒 悠

89. 膵転移を契機に発見された膵体部癌の1例

東海大学医学部附属八王子病院 消化器内科 ○新聞 淑雅, 伊藤 裕幸, 横田 将, 白滝 理博
張 つばみ, 荻原 直樹, 安斎 和也, 津田 真吾
永田 順子, 小嶋清一郎, 渡辺 勲史, 鈴木 孝良

90. 結腸瘻・十二指腸瘻を伴った感染性膵仮性嚢胞に対して内視鏡的閉鎖術が有用であった一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器病センター内科 ○藤井 紘大, 藤本 愛, 水谷 沙織, 中川 皓貴
木村 祐介, 吉本 憲介, 鳥羽 崇仁, 原 精一
宅間 健介, 岸本 有為, 伊藤 謙, 岡野 直樹
五十嵐良典

91. 急性膵炎発症早期に後腹膜気腫をきたした一例

獨協医科大学病院 日光医療センター 消化器内科
獨協医科大学病院 消化器内科 ○小島原駿介, 佐久間 文
獨協医科大学病院 日光医療センター 消化器内科 佐藤 愛
獨協医科大学病院 消化器内科 入澤 篤志

2021・2022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
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	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
368	松 岡 克 善 (東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科)	2022年 2月5日(土)	東京 海運クラブ	10月20日～ 11月24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 シェンパツハ・サポー	未 定
39	清 水 京 子 (東京女子医科大学 消化器内科)	11月21日(日)	東京 シェンパツハ・サポー	未 定

次回(第364回) 例会のお知らせ

期 日：2021年4月24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：「肝繊維化改善を目指した新たな治療戦略―間葉系幹細胞を用いた治療および細胞フリー治療の試み―」

演者：新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 教授 寺井 崇二

司会：東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 教授 池上 正

ランチョンセミナー1：「炎症性腸疾患関連」

演者：埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 准教授 加藤 真吾

司会：東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 内視鏡センター長・准教授 岩本 淳一

ランチョンセミナー2：「C型肝炎関連」

演者：自治医科大学内科学講座 消化器内科部門 准教授 森本 直樹

司会：日立製作所日立総合病院 副院長 鴨志田敏郎

当番会長：池上 正(東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 教授)

【運営事務局】株式会社サンプラネット メディカルコンベンション事業部

〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F

TEL：03-5940-2614/FAX：03-3942-6396

E-mail：jsge364kanto@sunpla-mcv.com

◆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 致死のpulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM)を合併した胃癌に対して化学療法が有効であった一例

筑波大学附属病院 消化器内科

宇野広隆, 福田壮馬, 辻 実希, 福田智史, 小野田翼, 萩原悠也, 鈴木宏清, 丹下善隆, 新里悠輔, 坪 大輔, 山田武史, 山本祥之, 森脇俊和, 奈良坂俊明, 鈴木英雄

【症例】72歳, 女性。4ヶ月前から労作時呼吸困難が出現し, 1ヶ月前から徐々に増悪したため前医へ緊急入院した。低酸素血症があり, 右心カテテル検査で肺動脈性肺高血圧症が示唆された。低酸素血症悪化に伴う呼吸困難が進行したため, 当院循環器内科へ転院となった。肺血管拡張薬を開始したが循環・呼吸不全は進行し, 当院入院第4病日に人工呼吸管理となり, 経皮的心肺補助装置(PCPS)を導入した。肺血流シンチグラフィでは両肺末梢優位に多発する微細欠損像を認めた。造影CT検査では両側下肺野にすりガラス陰影を認め, 胃周囲・傍大動脈リンパ節は腫大し, 溶骨性病変が多発していた。CEA 206 ng/ml, CA19-9 88.9 U/mlと腫瘍マーカー高値を認めた。第8病日に上部消化管内視鏡検査を施行し, 胃体上部大弯を中心とした4型病変(中分化型-低分化型腺癌)を認めた。以上より, 現病は進行胃癌によるpulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM)と臨床診断した。全身管理により循環・呼吸動態は徐々に改善し, 第13病日にPCPSから, 第20病日に人工呼吸管理から離脱した。PTTMの根本的治療として胃癌に対する化学療法を行う方針となり, 第23病日よりmFOLFOX6療法を開始した。2コース目終了時には肺高血圧の改善を認め, 上部消化管内視鏡検査では4型胃癌は著明に縮小していた。現在も化学療法を継続中である。【考察】PTTMは肺動脈の微小腫瘍塞栓によって肺高血圧症や呼吸不全を呈する病態で, 急速進行性の致死的疾患である。今回我々は全身管理の下, 胃癌によるPTTMと診断し, 化学療法が奏効したことによって致死の状況を脱することができた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。

PTTM, 胃癌

2 胆石性胆管炎の保存的加療中に発症したBouveret症候群の1例

足利赤十字病院 消化器内科

天下井恵理, 石川 陸, 増山智史, 福士 耕, 漆原史彦, 鈴木統裕, 室久俊光

【背景】胆石性胆管炎の保存的加療中合併症の中に胆嚢十二指腸瘻がある。胆嚢十二指腸瘻形成後, 胆嚢内結石が十二指腸内に嵌頓し, 胃内排泄障害をきたす病態はBouveret症候群と呼ばれ, 稀である。【症例】89歳男性, 胆石性胆管炎に対して当科で保存的加療後退院し, 胆嚢摘出術を予定していたが自己判断で外来通院なく経過していた。退院後30日経過後, 嘔気を主訴に当科外来を受診された。造影CTでは内部に2個の胆石を有する腫脹した胆嚢を認め, 十二指腸球部は狭窄しており, 口側胃内腔拡張を認めたため, 胆石性胆管炎の炎症波及による十二指腸狭窄と診断し胃管ドレナージ・禁飲食・抗菌薬加療を開始した。その後炎症反応は改善したが, 嘔気・腹部膨満感の改善に乏しかったため造影CTを再検したところ, 胆嚢十二指腸瘻が形成され, 内部の胆石が十二指腸球部に落石・嵌頓し, 口側の胃内腔の著明な拡張を認めた。上部消化管内視鏡検査では2個の胆石のうち1個は胃内, もう一方は十二指腸球部側から幽門輪に嵌頓していた。胆石の十二指腸への嵌頓が閉塞の原因と判断し, 内視鏡下で2個とも胃内に誘導後, それぞれ回収可能な大きさにまで破砕し回収した。処置後は経過良好で入院19日目で軽快退院し現在当科外来フォロー中である。【考察】胆嚢十二指腸瘻の原因は胆石性胆管炎が最多であるが, 十二指腸潰瘍の胆嚢穿通や胆嚢癌の十二指腸浸潤の報告もある。医学中央雑誌で「Bouveret症候群」(原着論文のみ、会議録を除く)で検索すると, 自験例を除いた本邦報告例は62例のみであった。Bouveret症候群の治療法の中には外科的治療もあるが, 全身麻酔のリスクがある場合は内視鏡下の嵌頓結石回収がより望ましいと考えられた。【結語】本邦63例目のBouveret症候群を経験した。胆石性胆管炎で十二指腸狭窄を来した場合, 保存的加療後, 短期間で胆石イレウスに至る可能性があるため, 慎重にフォローする必要があると考えられる。

Bouveret症候群, 胆嚢十二指腸瘻

3 胃内の6本の歯ブラシを内視鏡的に摘出し得た一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科学

柏瀬浩一, 伊藤彩乃, 森 貴裕, 上田 孝, 金子元基, 森町将司, 佐野正弥, 藤本龍太郎, 寺邑英里香, 門馬牧子, 中原史雄, 水上 創, 藤澤美亜, 松嶋成志, 鈴木秀和

【症例】36歳男性【主訴】歯ブラシ誤飲【既往歴】自閉症、アスペルガー症候群、喘息【内服薬】なし【現病歴】自閉症、アスペルガー症候群にて施設入所中。歯ブラシを使用している姿を施設職員が確認していたが, その後, 歯ブラシの本数が足りないことが判明した。本人に確認したところ, 異物感のある喉頭部に歯ブラシを用いて刺激しようとしていたところ, そのまま歯ブラシを飲み込んでしまったことが発覚したため, 救急要請となった。【所見】JCSI, BT36.7℃, BP110/60mmHg, HR72/min, RR12/min, SpO2:100%(RA) 身体所見: 口腔内出血、発赤腫脹なし 皮下に握雪感なし(心音: 純 肺野: 清 腹部: 平坦・軟 圧痛なし 反跳痛なし 腹部単純X線 腹部CTにて胃内に歯ブラシを疑う異物を複数個確認した。【経過】長径15cm超の歯ブラシのため, 十二指腸球部の通過は困難と判断し, 異物回収目的に緊急内視鏡施行した。視野確保目的に透明キャップを着装し胃内挿入した。胃内には歯ブラシを6本確認した。歯ブラシの柄にスネアをかけて保持し, 柄を食道に誘導した後, スコープごと抜き去ることを6回繰り返した。内視鏡にて食道、胃内を観察し, 明らかな出血や裂傷がないことを確認し手技終了とした。回収した歯ブラシはブラシ部分の腐食具合から長期間胃内に存在していたことをうかがわせるものもあり, 半ば常習的に歯ブラシ誤飲を繰り返していた可能性が示唆された。【考察】本症例の歯ブラシには経時的変化を伴っており, 以前より異物誤飲を繰り返していたと考えられる。本症例の歯ブラシのように長い異物は胃内に停留することが推測された。異物誤飲について当院の過去5年間の症例について文献的考察を加えて報告する。【結語】誤飲された6本の歯ブラシを内視鏡的に摘出し得た一例を経験した。

異物誤飲, 内視鏡的異物除去

4 回腸に多発潰瘍を伴い診断に苦慮した腸管子宮内膜炎の一例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾,

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科²⁾,

東京医科歯科大学 病理部³⁾

五月女浩子¹⁾, 河本亜美¹⁾, 小金井一隆²⁾, 富井翔平³⁾, 竹中健人¹⁾, 日比谷秀爾¹⁾, 清水寛路¹⁾, 伊藤 剛¹⁾, 水谷知裕¹⁾, 油井史郎¹⁾, 根本泰宏¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 齊藤詠子¹⁾, 永石宇司¹⁾, 長堀正和¹⁾, 大塚和朗¹⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】35歳女性, 腹部手術歴なし。月経痛に対しNSAID内服歴があった。X年1月に小腸閉塞を3回発症し, 炎症性腸疾患の疑いで当院へ転院した。MR enterography (MREC) では遠位回腸に狭窄を認め, 腸閉塞の責任病変と考えた。小腸内視鏡では回腸末端から遠位回腸にかけて打ち抜き様の多発潰瘍と潰瘍を伴う狭窄を認めた。感染や腫瘍性疾患が否定的であったため, 腸管型パーチェット病などを疑ったが, 消化管以外に所見がないことより単純性潰瘍と考えて, 経口ブレドニゾロンとアザチオプリンで治療を開始した。X+3年2月にMRECで回腸末端に炎症が疑われ, プデソニドで治療した。X+5年5月に既知の回腸病変を契機とした腸閉塞で入院し, 保存的加療で改善した。同年7月に小腸内視鏡検査を施行したところ, 回腸病変に改善は見られなかった。検査翌日に再度腸閉塞を発症し, 保存的加療で改善したが, 同病変が内科的治療抵抗性であったこと, 内視鏡的拡張術が困難であったこと, かつ腸閉塞を繰り返していることから手術適応と見え, 回腸部分切除術が施行された。切除部位の病理では子宮内膜と見られる島状組織が筋層内や粘膜内に認められ, 腸管子宮内膜炎に伴う小腸狭窄と診断された。【考察】子宮内膜炎は若年女性の約10%に見られ, 卵巣やダグラス窩などに多く発生するが, 稀に肺, 膀胱や腸管にも生じることがある。腸管子宮内膜炎は直腸, S状結腸などに好発し, 粘膜下腫瘍様の肉眼型を呈することが多く, 本症例のように遠位回腸の多発潰瘍と狭窄で発生し, 腸閉塞を来したという報告は少ない。鑑別としては炎症性腸疾患, 感染性腸炎, 虚血性腸炎, 悪性腫瘍などが挙げられるが, 臨床症状や画像所見での診断は難しく, 組織学的診断が必要である。本症例は腹部症状と月経との関連が乏しく, 内視鏡生検でも子宮内膜組織を認めなかったため, 術前に診断を得ることができなかった。若年女性における腸管の多発潰瘍と狭窄, あるいは繰り返す小腸閉塞という病歴に対し, 腸管子宮内膜炎も鑑別の一つに挙げるのが重要と考えられた。

腸管子宮内膜炎, パーチェット病

順天堂大学 医学部附属 練馬病院 消化器外科

河合健司, 須郷広之, 町田理夫, 宮野省三, 渡野遼都雄, 関根悠真, 襦寝重史, 岩永直紀, 麻 由夏, 古屋怜慈, 小田遼馬, 川満健太郎, 雨宮浩太

【はじめに】デスマイド型線維腫症はWHO腫瘍分類において、悪性と良性の中間型に分類される。腹腔内と腹腔外に分類され腸間膜に生じた場合、デスマイド型線維腫症と他の間葉系腫瘍との鑑別はしばしば困難である。今回、術前検査から腸間膜GISTが疑われたが、病理学的検査にてデスマイド型線維腫症と診断された症例を経験したので報告する。【症例】症例は67歳の女性。X年7月に腹部正中の腫瘤を自覚し、検診の腹部CTで左側腹部に腫瘤性病変を認めたため、当院紹介受診となった。当院の腹部造影CTでは左側腹部に最大径7.8cm大の辺縁平滑なsolid tumorを認め、腸間膜原発の間葉系腫瘍であるGISTを疑った。腹部MRIの所見は、左腹部に境界明瞭平滑な腫瘤を認め、T1WIで低信号、T2WIでやや高信号不均一、拡散強調画像で高信号を呈しておりGISTと矛盾しない所見であった。以上より小腸間膜GIST疑いで手術を行った。術中所見は小腸間膜に腫瘤を認め、横行結腸間膜と胃壁にも浸潤していることから、小腸部分切除術+横行結腸部分切除術+胃部分切除術を行った。腫瘤の断面は均一な淡黄色-淡褐色腫瘤であり、組織学的に類円形-短紡錘形核を有した紡錘形細胞が束状になって錯綜しながら増生しているのを確認した。周囲に浮腫性変化を伴った血管や、部分的に厚いコラーゲン束も伴っていた。免疫染色ではc-kit陰性、CD34：陰性、SMA：一部陽性、 β catenin：陽性であることからデスマイド型線維腫症と診断した。今回、文献的考察を加えて、症例を報告する。

デスマイド, 腸間膜腫瘍

細胞診で痔瘻病が疑われ根治切除が可能であったクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科¹⁾, 松島クリニック²⁾

白岩友里¹⁾, 小金井一隆¹⁾, 辰巳健志¹⁾, 二本 丁¹⁾, 黒木博介¹⁾, 小原 尚¹⁾, 中尾詠一¹⁾, 杉田 昭¹⁾, 福島恒男³⁾

症例は53歳男性。31歳時にクローン病と診断され、回盲部切除術が施行された。その後、肛門周囲膿瘍、痔瘻に対しseton法を2回施行された。5-アミノサリチル酸製剤と43歳時からInfliximabで加療されていた。10年前から毎年痔瘻に対し擦過細胞診が行われていた。53歳時の細胞診でclass IIIBと診断され痔瘻病が疑われ当科に紹介受診した。初診時、直腸の左右に二次孔を認め、診断確定と腫瘍の広がり確認のため、全身麻酔下に瘻管内と肛門管の生検術を施行し、肛門右側の一次孔、二次孔からmucinous adenocarcinomaが検出された。CT、MRIでは主病変は瘻管として描出され、腫瘍は形成していなかった。遠隔転移、周囲臓器への直接浸潤の所見はなく、直腸周囲に4個のリンパ節腫大を認め、痔瘻癌(TXN1M0)と術前診断した。根治手術が可能と判断し、直腸切断術を施行した。術中所見では肝転移、腹膜播種は認めず、クローン病の病変は回腸に数か所の縦走潰瘍を認めたが、回腸上行結腸吻合部も含め高度の狭窄はなく、手術操作は行わなかった。会陰操作では左右2ヶ所の二次孔を完全に切除するように十分にmarginを取りつつ皮膚切開を施行し、瘻管を完全に切除するよう広範囲に直腸肛門周囲の剥離を行った。切除標本の肉眼所見では直腸には活動性病変はなく、肛門に痔瘻が2ヶ所あり、うち1ヶ所には粘液の貯留を認めた。病理組織学的検査では歯状線原発口とした左右2本の瘻管を認め、うち肛門右側の瘻管に沿ってmucinous adenocarcinomaを認めた。周囲への浸潤、脈管・血管浸潤はなく、断端は陰性であった。最終診断は痔瘻癌(T2N0M0 pStage1)であった。直腸粘膜は慢性炎症細胞浸潤のみで肉芽腫を認めずクローン病の活動性は軽度と考えられた。クローン病に合併した直腸肛門管癌は進行して発見され、根治手術ができない症例が多い。また、診断には生検など病理組織診断が重要とされるが、内視鏡検査が困難など定期的な検査を施行できない症例も多い。本症例の経過から、クローン病に合併する痔瘻癌の診断に定期的な分泌物の細胞診は低侵襲で有効な方法となり得ると考えられた。

クローン病, 直腸肛門管癌

薬物療法が奏功した上部消化管病変を伴う潰瘍性大腸炎の一例

NTT 東日本関東病院 消化管内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾

鶴 眞夫¹⁾, 瀧田麻衣子¹⁾, 稲本 林¹⁾, 紅林真理絵¹⁾, 高柳駿也¹⁾, 木本義明¹⁾, 鈴木雄一郎¹⁾, 石井鈴人¹⁾, 小野公平²⁾, 根岸良充²⁾, 港 洋平¹⁾, 村元 喬¹⁾, 大圃 研¹⁾, 松橋信行²⁾, 三浦咲子³⁾, 森川鉄平³⁾

【症例】44歳女性【主訴】嘔吐、下痢、血便【現病歴】X年7月下旬より嘔吐および1日10行ほどの血性下痢が持続し、軽快しないため8月初旬に当科紹介受診となった。採血にて炎症反応高値と高度貧血を認め、下部内視鏡検査では上行結腸から直腸にかけて連続する、血管透見像の消失した浮腫状粗造粘膜を認めた。潰瘍性大腸炎(全大腸炎型)として、5-ASA内服を開始したが、症状の改善が得られず入院となった。【入院後経過】中等症の潰瘍性大腸炎として、5-ASAに加えてPSL40mg/日の投与を開始したところ、血便の回数は減少したものの嘔吐の改善は得られなかった。上部内視鏡検査を施行したところ胃体部から前庭部にかけて、大腸病変に類似したびまん性に広がる粗造粘膜とびらんの多発を認めた。病理組織では粘膜固有層深部に好中球、リンパ球を主体とした炎症細胞浸潤を認め、腺窩内に好中球の集簇を認めた。H. pyloriやその他の感染を疑う所見を認めず、GDUC(gastro-duodenitis with ulcerative colitis)と診断し、5-ASAの半量を粉砕投与とした。その後、速やかに嘔気は改善し、血便も消失したため第12病日に退院となった。退院後はステロイドを漸減したが、症状の再燃を認めず、同年11月に投与を終了とした。再検した上部内視鏡検査では胃の炎症所見は改善していた。現在に至るまで5-ASAの半量を粉砕投与とすることで症状なく経過している。【考察】潰瘍性大腸炎の4.7-8.2%に上部消化管病変を伴うと報告されている。その多くは大腸全摘後の報告であるが、本症例は発症時に上部消化管病変を合併しており、潰瘍性大腸炎に対する治療で改善が得られた。潰瘍性大腸炎と診断された患者が嘔気や心窩部痛を訴えた場合は、上部内視鏡検査を施行することが望ましいと考える。【結語】上部消化管病変を合併した潰瘍性大腸炎に対して、ステロイドおよび5-ASA粉砕投与が奏功した1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 上部消化管病変

活動期潰瘍性大腸炎に合併した側方発育型腫瘍に対してESDを施行しえた一例

埼玉医科大学 総合診療内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾,

同 消化器・肝臓内科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾
三井絵花¹⁾, 塩味和恵¹⁾, 都築義和²⁾, 石川慶典³⁾, 芦谷啓吾¹⁾, 松本 悠¹⁾, 宮口和也²⁾, 大庫秀樹²⁾, 塩澤圭介⁴⁾, 山田健人⁴⁾, 持田 智³⁾, 中元秀友¹⁾, 今枝博之²⁾

症例は80歳台、男性。15年前に発症の潰瘍性大腸炎(UC)患者で、ステロイド抵抗例のためベトリズマブを投与されていたが、寛解には至っていなかった。今回の大腸内視鏡で全大腸に発赤、びらん、小潰瘍を認め、Mayo endoscopic score 2点であった。また、直腸RsからRaに径約4cmの表面顆粒状の扁平隆起性病変を認め、生検でgroup 4で、UC関連腫瘍も否定できなかった。周囲粘膜の生検では腫瘍性変化はみられなかった。高齢でもあり、限局していたため、ステロイド坐剤を投与したのちにESDを施行した。ESD施行時には腫瘍性病変の周囲粘膜の炎症は幾分軽減していた。non lifting sign陰性で、ESD施行中、粘膜下層の線維化はさほどではなく、一括切除しえた。偶発症はみられなかった。切除標本の病理組織所見では一部にhigh grade dysplasiaを伴うtubular adenomaで、断端陰性、p53陰性からsporadic adenomaであった。高齢UC患者の増加に伴い、UC合併腫瘍性病変が増加し、sporadicな腫瘍性病変に対する内視鏡治療の報告が散見されている。UC合併腫瘍性病変では、UCに対する治療により寛解状態での内視鏡治療が望まれるが、UCの治療が奏功しない場合もある。今回寛解に至っていない状態でsporadicな腫瘍性病変に対してESDを施行し、治癒切除しえた1例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

潰瘍性大腸炎, 側方発育型腫瘍

Adalimumabの二次無効によりUstekinumabへスイッチし臨床的および内視鏡的寛解が得られたCrohn病の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⁾
君塚拓也¹⁾, 三浦みき²⁾, 尾崎 良²⁾, 徳永創太郎²⁾, 箕輪慎太郎²⁾,
三井達也²⁾, 齋藤大祐²⁾, 櫻庭彰人²⁾, 林田真理²⁾, 三好 潤²⁾,
松浦 稔²⁾, 久松理一²⁾

【緒言】近年、Crohn病（CD）患者は増加の一途を辿り、同時に様々な新規治療薬も登場しており内科治療の選択肢は多岐に渡る。生物学的製剤においても抗TNF α 抗体製剤に続き2017年3月よりIL-12-23をターゲットとした抗体製剤であるUstekinumab（UST）が保険承認され、多くの症例に対し使用されている。今回われわれは抗TNF α 抗体製剤の二次無効によりUSTへスイッチし、臨床的および内視鏡的寛解が得られた症例を経験したため報告する。【症例】症例は50歳代女性。既往歴は子宮筋腫、家族歴に特記すべき事項はない。201X-10年に大腸型CDと診断された。このときInfliximabが投与されたが、投与時反応（呼吸困難、動悸、発熱）を認めたため、Adalimumab（ADA）へスイッチされた。ADAにより寛解導入が得られ、以降ADA40mgの投与継続により寛解が維持されていたが、201X-2年に再燃した。肛門病変も出現し、Prednisolone（0.5mg/kg）が開始された。その後症状は軽快傾向を認めたが、Prednisoloneの漸減により再燃した。経過中にAzathioprineの併用が開始されたが有効性は乏しく、大腸内視鏡検査を施行したところ横行結腸に著明な縦走潰瘍の出現を認めた。その後ADAは80mgへ増量されるも寛解には至らず、ADAは二次無効と判断し201X年よりADAはUSTへスイッチした。UST初回投与直後より症状は徐々に改善傾向を示し、2回目の投与後に臨床的寛解に至った。UST開始半年後に施行された大腸内視鏡検査では前回観察された潰瘍性病変は瘢痕化を呈し、内視鏡的寛解が得られていた。以降もUSTの投与が継続され、臨床的および内視鏡的寛解が維持されている。【考察】CDに対する生物学的製剤の使用において、寛解維持療法中に出現する効果減弱が大きな問題となる。薬剤により免疫原性は異なるが、適切に疾患活動性をモニタリングし効果減弱の出現を把握することが必要であり、その上で生物学的製剤の増量や投与期間の短縮、免疫調節薬の最適化、もしくは本症例のように異なる生物学的薬剤へのスイッチを考慮すべきである。

Crohn病, 炎症性腸疾患

魚骨による膿瘍形成性虫垂炎に対してinterval appendectomyを施行した1例

水戸済生会総合病院 臨床研修センター¹⁾, 同 外科²⁾,
筑波大学 消化器外科²⁾
鴨志田愛¹⁾, 金子宜樹²⁾, 東 和明²⁾, 加藤修志²⁾, 丸山常彦²⁾,
小田竜也²⁾

魚骨による急性虫垂炎の報告は散見されるが、interval appendectomy（以下IA）を施行した報告は認めない。今回、われわれは、IAを施行しえた魚骨による膿瘍形成性虫垂炎の1例を経験したので報告する。症例は80歳、男性。2日前より腹痛が出現し経口摂取困難となり、近医を受診。急性虫垂炎の疑いで当院紹介受診となった。右下腹部に圧痛を認め、腹部超音波、腹部CT検査で膿瘍形成を伴う急性虫垂炎と虫垂内に線状石灰化物質を認めた。拡大手術回避を念頭に、注意深い観察の下、IAの方針とした。抗生物質による保存的治療を行い約6ヶ月後に腹腔鏡下のIAを施行した。虫垂の腫大は認めず、先端が後腹膜に軽度癒着しているのみであった。術後は合併症なく経過し、術後3日で退院となった。虫垂内部には10 mm長の針状物質を2本認め、虫垂先端に潰瘍瘢痕を認めたが、明らかな穿孔部位は認めなかった。病理検査で針状物質は魚骨と診断した。魚骨による急性虫垂炎は穿孔のリスクが高いという報告もあり、診断時に穿孔や膿瘍を認めない症例は、速やかな虫垂切除術が必要と考えられるが、既に膿瘍形成を認める場合にはIAも治療戦略の1つとなり得ると思われた。

interval appendectomy, 魚骨

肝外発育型肝細胞癌の1例

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

【症例】83歳、男性。既往歴：糖尿病、狭心症（64歳時、冠動脈ステント留置）にて治療中。現病歴：胸部不快感のスクリーニング目的で施行した胸部CTで左横隔膜下に腫瘤を指摘され、精査治療目的で当科紹介となった。【検査成績】WBC 5800/ μ l、RBC 389x10⁴/ μ l、Hb 11.9g/dl、Hct 37.1%、Plt 12.3x10⁴/ μ l、AST 28U/L、ALT 13U/L、LDH 189U/L、ALP 198U/L、 γ -GTP 25U/L、T-Bil 0.78mg/dl、BUN 17.3mg/dl、Cr 1.03mg/dl、HbA1c 8.4%、HC抗体(-)、HBs抗原(-)、AMA(-)、ANA(-)。CEA 3.1ng/ml、CA19-9 7.3U/ml。【臨床経過】腹部CTで肝左葉外側区域と胃体上部大弯に接する長径約8cmの腫瘤が認められた。造影CTでは、左肝動脈血流が茎様構造を経由して腫瘤に直接に流入していた。動脈相で腫瘤辺縁は濃染し、中心部に向かって徐々に造影される所見が認められた。上部消化管内視鏡では、噴門から体上部に圧排性隆起を認め、超音波内視鏡で同部位に胃固有筋層との境界が不明瞭な腫瘤を確認した。AFP 243ng/ml、L3分画96.2%と増加しており、画像所見と合わせて肝外発育型肝細胞癌と診断した。手術治療の希望はなく、肝動注化学塞栓（TACE）による治療方針となった。【考察】肝外発育型肝細胞癌は特殊な形態を呈する稀な肝細胞癌である。肝との移行部の性状により有茎型と肝外突出型に分類される。本例は偶発の機会に診断された有茎型の肝外発育型肝細胞癌症例であり、示唆に富むと考え報告する。

肝外発育型肝細胞癌, 有茎型

IVRを用いた集学的治療により難治性の肝性脳症治療が奏功した1例

佐野厚生総合病院 消化器内科
石山貴博, 近藤まゆ子, 須永将梧, 北川清宏, 野田まりん,
久武祐太, 寺元 研, 東澤俊彦, 関根忠一, 岡村幸重

【症例】53歳女性。【主訴】肝性脳症。【現病歴】X-7年10月、下腿浮腫、貧血、血小板減少を検診にて指摘され、内科を受診した。骨髄穿刺を実施したが血液疾患は否定的であり、特発性門脈圧亢進症の疑いとなった。経過観察中に肝機能障害および高アンモニア血症が増悪し各種肝炎ウイルスマーカーも陰性であったため、X-3年9月に肝生検を実施し、NASH 肝硬変の診断となった。X年8月、ビリルビン上昇および保存的治療で改善が乏しいII度の肝性脳症昏睡を認め、消化器内科入院となった。【臨床経過】腹部造影CTを実施したところ、脾静脈と門脈本幹に著明な口径差を認め、上腸間膜静脈より供血される複数の巨大シャントを認めた。本症例では脾静脈側へのシャントが巨大であり、一期的に上腸間膜静脈本幹へPTOを実施するだけでは、新規側副血行路形成を招き、門脈圧低下が不十分になると考えられた。従って、PSEを用いて脾静脈側のシャントを縮小させた上で、二期的にPTOを実施することとなった。X年8月PSE、同年12月PTOを実施し明らかな合併症なく退院となった。IVR治療の併用によりChild Pugh score 7点から5点まで肝予備能改善を認め、血小板数およびPT%の上昇を認めた。また、内科的治療では改善が乏しかった肝性脳症昏睡度もII度からI度まで軽快し、臨床症状により改善が認められた。現在は外来にて経過観察を行っているが、再増悪なく経過良好である。【考察】内科的に治療抵抗性な門脈圧亢進症による肝性脳症の患者に対して、IVR治療を用いた集学的治療により臨床症状および肝予備能の回復を認めた1例を経験した。本症例ではシャントが巨大かつ複数発達しており、PSEおよびPTOを併用することにより難治性の肝性脳症治療に成功した。肝性脳症の治療戦略として、新規に登場した難吸収性抗菌薬を中心とした内服薬が推奨されているが、その病態を考慮したうえで、IVRも選択肢として検討する必要がある。

肝性脳症, IVR

13 乳癌術後化学療法中に胆管転移を来した1例

獨協医科大学 医学部 内科学（消化器）講座¹⁾、
獨協医科大学 病理診断学講座²⁾
寺谷嘉夏¹⁾、川田陽介¹⁾、嘉島 賢¹⁾、久野木康仁¹⁾、永島一憲¹⁾、
水口貴仁¹⁾、井澤直哉¹⁾、瀧本洋一¹⁾、山宮 知¹⁾、山部茜子¹⁾、
星 恒輝¹⁾、常見美佐子¹⁾、富永圭一¹⁾、飯島 誠¹⁾、郷田憲一¹⁾、
野田修平²⁾、中里宜正²⁾、石田和之²⁾、入澤篤志¹⁾

【症例】30歳女、女性【主訴】眼球結膜黄染【現病歴】20XX-3年に右乳癌に対し右乳房切除+右腋窩リンパ節郭清術が施行された。その後、術後化学療法を継続されていたが20XX年Y月に眼球結膜黄染と血液検査にて肝胆系酵素の上昇を指摘された。黄疸精査目的に当科を紹介され入院した。【既往歴】虫垂炎、卵巣嚢腫【身体所見】血圧123/76mmHg、心拍数58回/分、体温35.8℃、眼球結膜黄染あり。腹部：平坦・軟で圧痛なし【血液検査所見】WBC 3,900/ μ L、Hb 14.1 g/dL、Plt 23.4 $\times 10^4$ / μ L、AST 112 IU/L、ALT 212 IU/L、ALP 422 IU/L、GGT 399 IU/L、T-Bil 4.7 mg/dL、D-Bil 2.9 mg/dL、CRP 0.26 mg/dL、Amylase 29 IU/L、CA19-9 64 IU/mL、CEA 48.8 ng/mL、AFP 2 ng/dL、PIVKA2 104 mAU/mL、IgG4 24.1 mg/dL【画像検査所見】腹部造影CT：平衡相にて多発肝内低吸収腫瘍、肝門部リンパ節腫大、総胆管壁の造影効果を認める。MRCP：遠位胆管から肝門部胆管にかけて狭窄を認める。肝内胆管の拡張を認める。【入院後経過】肝門部胆管狭窄による閉塞性黄疸と診断し、第4病日に内視鏡的逆行性胆管造影を施行した。胆管造影では、遠位胆管から肝門部胆管にかけて比較的表面が平滑な狭窄を認め、肝内胆管には非連続性に多発狭窄を認めた。肝門部胆管狭窄部より生検を施行し、胆道ドレーナージ目的にプラスチックステントを留置した。胆管狭窄部の病理組織学的所見は、腫瘍の主座は上皮下にあり、CK7（-）、CK20（+）、IgG4（-）、Estrogen receptor（+）、E-cadherin（+）であり、乳癌の胆管転移と診断した。その後も黄疸の改善なく、原疾患の増悪のため第16病日に緩和ケア病棟に転院した。【考察】乳癌の遠隔転移は肺、骨、肝臓、脳が多く、胆管転移は極めてまれである。本症例は、胆管造影では不整のない多発狭窄を呈しており、典型的な悪性胆道狭窄像とは異なっていた。これは病理学的に癌の進展が上皮下であったためと考える。乳癌の胆管転移はまれであるが、乳癌の既往がある閉塞性胆管症例においては、画像所見から病理学的所見を推定し鑑別疾患に挙げ精査する必要性がある。

胆管転移、胆管狭窄

14 繰り返す膵炎のため膵頭十二指腸切除術を施行した 膵胆管合流異常の一例

東京通信病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
大塚智暉^{1,2)}、松井 徹¹⁾、古谷建悟¹⁾、加藤知爾¹⁾、小林克也¹⁾、
関川憲一郎¹⁾、奥田純一²⁾、光井 洋¹⁾

症例は53歳女性。10代後半から2ヶ月に1回の頻度で腹痛発作を認めていたが原因不詳のまま対症的にみていた。48歳の頃、前医で急性膵炎と診断され、同時に膵胆管合流異常症および総胆管嚢腫症と診断された。膵炎および胆道がん予防目的に胆嚢・総胆管切除・総肝管空腸吻合術を施行された。しかしその後も膵炎を繰り返したため、精査加療目的に当院紹介となった。当院受診時、膵酵素の著明な上昇を認め、腹部CTでは膵周囲の脂肪組織濃度の上昇、副脾管に膵石を認めた。膵管評価目的にERCPを試みたが、膵頭部の主膵管の狭窄が強く、尾側膵管の評価は困難であった。保存的に軽快したが、その後も数か月に1度の頻度で膵炎を繰り返した。副脾管および主膵管における膵液流出障害が原因と考え、膵頭十二指腸切除術を施行した。膵胆管合流異常症は解剖学的に膵管と胆管が十二指腸壁外で合流する先天性の形成異常で、小児期に腹痛、嘔吐や黄疸で発見されることが多い。膵液と胆汁が恒常的に混ざることによって胆道癌の発生母地となり、若年での悪性腫瘍発症例もあるため、診断確定後は早期の手術（分流通、胆嚢摘出、胆管切除）が推奨される。本症例は先天的に腹側膵管が細く化しており背側膵管が発達していたが、慢性的な炎症のため膵石が背側膵管に詰まり急性膵炎を繰り返したと考えられる。膵機能の低下が危惧され、長期的な経過を考慮し、膵頭十二指腸切除術を施行した一例であった。

膵胆管合流異常症、膵頭十二指腸切除術

15 Gemcitabine plus nab-paclitaxel 療法中に Posterior reversible encephalopathy syndrome を発症した膵癌の一例

東京大学医学部 消化器内科¹⁾、
東京大学附属病院 光学医療診療部²⁾
菊地佑真¹⁾、鈴木由佳理¹⁾、齋藤 圭¹⁾、猪熊顕之¹⁾、金井祥子¹⁾、
野口賢作¹⁾、佐藤達也¹⁾、白田龍之介²⁾、石垣和祥¹⁾、齋藤友隆¹⁾、
小原楠英¹⁾、濱田 毅¹⁾、水野 卓¹⁾、木暮宏史¹⁾、中井陽介²⁾、
小池和彦¹⁾

【症例】75歳、女性【主訴】食思不振、下痢、腹痛【既往歴】慢性腎不全【現病歴】201X年3月背部痛を契機に膵腫瘍を指摘され当科紹介となった。造影CTで膵体部痛、リンパ節転移、左副腎転移（腫瘍取扱い規約第7版Stage IV）、EUS-FNAでAdenocarcinomaの診断となった。Gemcitabine plus nab-paclitaxel (GnP)を導入し、7コース後CTはstable diseaseであった。12月GnP 9コース目投与2日後から食思不振、下痢、腹痛が出現し当科緊急入院となった。【経過】薬剤性腸炎として保存的加療を開始したが、第3病日に37.5℃の発熱、汎血球減少を認め、発熱性好中球減少症及び好中球減少性腸炎としてG-CSF、セフェム塩酸塩の投与を開始した。入院後から収縮期血圧160-180mmHgと高血圧が持続し、アゼルニジピン16mg、テルミサルタン80mgを開始した。第7病日に急激な酸素化悪化、意識障害、心不全を来し、血液検査で血小板減少、破碎赤血球の出現、腎機能悪化、LDH上昇を認めた。自己抗体やクームス試験、便培養は陰性であり、悪性腫瘍に伴う血栓性微血管障害と考へられた。利尿薬と硝酸イソソルビド持続静注により心不全は改善したが、意識障害の遷延を認めた。頭部単純CTや髄液検査、脳波検査で異常なく、第14病日に施行した頭部MRIでは、T2強調画像とFLAIR像で両側大脳皮質下の多発高信号域、脳幹・小脳の浮腫を伴うびまん性高信号を認めた。臨床経過、画像所見よりPosterior reversible encephalopathy syndrome (PRES)と診断した。降圧療法を強化したが意識障害の改善乏しく、腎障害、心不全が増悪し第43病日死亡した。【考察】PRESは脳後部に皮質下の血管性浮腫が生じ、脳症などの神経症候を示す疾患で多くは可逆性で予後良好とされる。本症例では脳幹浮腫を来したため、加療開始後も意識障害が遷延した。化学療法は発症原因の一つであり、Gemcitabineは代表的薬剤である。早期診断と治療開始が重要であり、化学療法中の副作用としてPRESも念頭に置く必要がある。【結語】GnP療法中にPRESを発症した膵癌の一例を経験した。

膵癌、化学療法

16 被包化膵壊死を合併した膵頭部癌に対して術前化学療法を施行し、膵頭十二指腸切除術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科
結城 颯、吉崎雄飛、有田淳一、長谷川潔

症例は48歳男性。20XX-1年11月に倦怠感と尿黄染を主訴に前医を受診した。精査にて膵頭部癌cT3(CH1, RP1), N0, M0 cStageIIAと診断されたが、このときのERCP・EUS-FNA施行後に膵炎を発症した。保存的治療にて改善し前医を退院したが、同年12月に施行したCTで膵周囲から左側腹部にかけて被包化膵壊死 (WON) の形成を認めた。膵頭部癌に対する手術適応について当院に紹介されたが、WONを合併した状態での手術の施行は困難と判断した。手術までの膵癌の進行を抑制するためにGEM + nab-PTXによる術前化学療法を施行し、WONの改善後に手術を施行する方針となり、20XX年1月より治療を開始した。その間WONに対しては、ENPD留置によるドレーナージとネクロセクトミーを施行した。同年4月、WONの縮小を確認したため術前化学療法を3コースで終了した。治療効果判定はSDであり、同年5月に根治を目指した切除術を施行した。膵周囲組織は強固に癒着しており、横行結腸間膜を合併切除し、門脈周囲の剥離は難渋したが結合組織を切離することで検体を摘出、合併症なく終了した。手術時間は13時間43分、出血量は2860mLであった。術後は一過性に食思不振の遷延を認めたが、その後の経過は良好であり、同年6月に自宅退院となった。退院後は術後補助化学療法としてS-1の内服を継続し、術後7か月時点で明らかな再発は認めていない。今回我々はWONを合併した膵頭部癌に対して、術前化学療法を施行しWONの縮小を確認した後、安全に手術を施行し得た。WONを合併した膵癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行した報告は稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

膵癌、被包化膵壊死

17 脾 myeloid sarcoma による閉塞性肺炎の1例

防衛医科大学 消化器内科¹⁾、
防衛医科大学病院 光学医療診療部²⁾
林 哲也¹⁾、堀内知晃¹⁾、鈴木晴也¹⁾、千谷菜花¹⁾、松田康里¹⁾、
池山佳輔¹⁾、小野晋治¹⁾、富岡 明¹⁾、伊東 傑¹⁾、西井 慎¹⁾、
溝口明範¹⁾、秋田義博¹⁾、成松和幸¹⁾、東山正明¹⁾、富田謙吾¹⁾、
穂苅量太¹⁾、高本俊介²⁾

【症例】49歳の男性。【経過】2013年に急性骨髄性白血病(AML/MRC, FAB分類:M4)と診断され、寛解導入療法と地固め療法を行われ、分子学的寛解を得られていたが、2017年に中枢神経浸潤を認め化学療法が行われた。同年に血液学的寛解を認め、造血幹細胞移植が実施された。以降は分子学的寛解が維持されていたが、2020年X月に白血病が再発し、化学療法を行いながら造血幹細胞移植を調整中であった。2020年X+3月に発熱と腹痛が出現し、造影CTで急性肺炎の所見を認めたため、当院へ入院となった。MRCPで腫瘍性病変による脾頭部主胆管の途絶が認められ、脾腫瘍の診断目的にEUS-FNAを施行した。病理検査で脾 myeloid sarcoma と診断した。肺炎は保存的加療で軽快せず、腫瘍による閉塞性肺炎と考えられ、ERCPで脾管ステントを留置し、その後肺炎症状は軽快した。【考察】Myeloid sarcomaは骨髄系細胞が腫瘍を形成する病態で、AMLの病型の一つである。皮膚、リンパ節、骨、骨膜に発症することが多く、脾臓へ発症するものは比較的稀である。AMLに対する造血幹細胞移植の3年後に発症し、EUS-FNAで診断され、ERCPで加療した、脾 myeloid sarcomaによる閉塞性肺炎の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。

Myeloid sarcoma, Pancreatic tumor

18 腹腔動脈起始部狭窄による脾十二指腸動脈瘤破裂に対してIVR治療で止血を得た一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
鈴木主人、栗飯原隼人、秋山純一、田中美帆、龍野奈央子、
増田恵利香、大武優希、西家由里子、渡邊一弘、赤澤直樹、
横井千寿、山本夏代、柳瀬幹雄、田嶋 遼

【背景】脾十二指腸動脈瘤は破裂のリスクが高く、腹腔内出血や後腹膜出血で死亡リスクのある緊急度の高い疾患である。今回腹腔動脈狭窄による脾十二指腸動脈瘤破裂に対してIVR治療を行い止血が得られ、その後の経過で腹腔動脈狭窄と微小内臓動脈瘤が自然消失した一例を経験したので、文献考察を加えて報告する。【症例】89歳男性。発熱と胸部圧迫感を主訴に当院を紹介受診した。血液検査にて軽度の貧血があり、肝・胆道系酵素上昇とD-Bil上昇を認めた。腹部CTで腹腔動脈起始部の狭窄と腹腔動脈瘤、更に十二指腸第二部周囲の腸間膜内に血腫を認めた。明かな造影剤血管外漏出像は認められなかったものの、近傍に動脈瘤を認め、後上脾十二指腸動脈(PSPDA)-後下脾十二指腸動脈(PIPDA) arcadeに生じた脾十二指腸動脈瘤の破裂による血腫が考えられた。第2病日、初回のIVRで、上腸間膜動脈-PIPDA経路でTAEを実施し、脾十二指腸動脈瘤への血流低下を確認した。第4病日のCTで動脈瘤は開存しており、血栓化及び動脈瘤の縮小が認められなかったため第7病日にPSPDA経路で塞栓術を行った。第10病日に撮像したCTにて、脾十二指腸動脈瘤の縮小と十二指腸第二部周囲の腸間膜内血腫の縮小を認めたが、腹腔動脈起始部の狭窄と腹腔瘤以外に胃十二指腸動脈や肝動脈に多数の微小内臓動脈瘤の顕在化を認めた。MALSによる腹腔動脈起始部の狭窄と腹腔動脈瘤の形成の可能性が考えられ、手術を検討したが、3ヶ月後のCTで、腹腔動脈起始部の狭窄と微小内臓動脈瘤の自然消失を認めた。【考察】脾十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の約2%程度と極めて稀な疾患である。本症例では脾十二指腸動脈瘤破裂に対して複数回のTAEによって止血が得られた。その後、MALSによる腹腔動脈起始部狭窄、腹腔動脈瘤や微小内臓動脈瘤の形成が疑われたため、手術も検討されたが、自然消失したため、侵襲的治療を行わず経過観察で良好な経過が得られた。【結語】腹腔動脈狭窄による脾十二指腸動脈瘤破裂に対して複数回のIVR治療で止血を得た一例を経験した。

脾十二指腸動脈瘤, MALS

19 基礎疾患のない高齢女性に発症した内臓播種性水痘・带状疱疹ウイルス感染の1例

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 臨床研修センター¹⁾、
同 消化器・肝臓内科²⁾、聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科³⁾、
青山夏海¹⁾、五十嵐洋介²⁾、松尾康正²⁾、薩田洋輔²⁾、野口陽平²⁾、
高橋秀明²⁾、山本博幸³⁾、松本伸行²⁾、伊東文生³⁾

基礎疾患のない高齢女性に発症した内臓播種性水痘・带状疱疹ウイルス感染症の1例【症例】70代女性【既往歴】特記事項なし【現病歴】20XX年10月X日に下腹部痛を自覚し、徐々に増悪したため10月X+4日に当院を受診した。来院時37.8℃の発熱と左下腹部を中心とした広範な腹膜刺激症状を認めた。腹部造影CTでは横行結腸遠位部の腸管壁肥厚と脾周囲脂肪組織濃度上昇を認め、大腸炎、急性肺炎を疑い、精査加療目的で入院となった。第2病日に頭部、顔面、体幹を中心に疼痛を伴う小水疱が出現したため第3病日に皮膚科を受診したところ汎発性带状疱疹が強く疑われ、腹部所見もこれによるものと考えられたため、同日よりアシクロビル(500mg/日)の経静脈的投与を行った。抗ウイルス薬投与後には徐々に皮膚の改善と共に腹部症状の改善を認めた。第3病日の採血検査では、水痘・带状疱疹ウイルス(varicel-la-zoster virus: VZV)血清IgG EIA値 ≥ 128 、IgM抗体指数1.24であった。第5病日に施行したVZV抗原検出キット(デルマクイック)が陽性であった。消化管内視鏡では胃に多発するびらんを認め、上行結腸、下行結腸にはびらんと浅い潰瘍が散見された。第15病日に行った腹部CTでは腸管壁の肥厚と脾周囲の脂肪組織濃度上昇は消失していた。以上の経過から腹膜播種性VZV感染症と診断し、経過良好のため第19病日に退院となった。外来で採取したベア血清はIgG EIA値 ≥ 128 、IgM抗体指数0.91であった。悪性腫瘍や後天性免疫不全症候群の罹患を疑い各種検査を施行したが有意な所見は認めなかった。【考察】基礎疾患のない患者に発症する腹膜播種性VZV感染症は稀である。しかし、極めて重篤な症例も報告されている。皮膚所見が遅れて出現することもあり、感染症状を伴う原因不明の汎発性腹膜炎症例では、本疾患を念頭に丁寧な全身診察と経過観察が重要であると考え報告する。

内臓播種性水痘・带状疱疹ウイルス感染, 腹痛

20 横行結腸の脱出により胃前庭部の軸捻転を認めた食道裂孔ヘルニアの1例

昭和大学 医学部 内科学講座消化器内科学部門¹⁾、
同 消化器一般外科²⁾
山崎裕太¹⁾、坂本 理¹⁾、中谷真也¹⁾、杉浦育也¹⁾、居軒和也¹⁾、
五藤 哲²⁾、大塚耕司²⁾、村上雅彦²⁾、吉田 仁¹⁾

【症例】60歳代男性【主訴】嘔吐、心窩部違和感【現病歴】20XX年11月から食思不振、嘔吐を自覚し当科受診した。腹部レントゲン写真では胃拡張を認めるも小腸のニボーやガス貯留も認めなかったため上部小腸の狭窄を疑い腹部単純CT検査を施行した。食道裂孔ヘルニアから横行結腸が縦膈に陥入し胃前庭部の捻れをとまう胃の排出障害を認めた。胃拡張強く胃管挿入し精査加療目的で入院した。【経過】胃管による減圧を行い翌日器質的疾患の除外および狭窄部位評価目的に透視下で上部消化器一般外科で腹腔鏡下で脱出した横行結腸を腹腔内に戻し噴門形成術及びヘルニア修復術を施行した。術後経過は良好であった。【考察】横行結腸の脱出により前庭部の胃軸捻転を認めた食道裂孔ヘルニアの症例を経験した。一般的に食道裂孔ヘルニアは滑脱型(I型)が多いが、本症例は胃の逸脱を伴わず横行結腸のみ脱出した複合型(IV型)に分類される。結果的に前庭部を軸とした捻転を伴い排出障害を認めた症例である。治療は本症例のように手術による逸脱臓器を腹腔内に戻しヘルニア門の修復が一般的であり保存的に改善することは少ない。横行結腸単独に脱出による胃の軸捻転を伴う通過障害は珍しく、非常に興味深い症例であり若干の文献的考察を踏まえて報告する。

食道裂孔ヘルニア, 胃軸捻転

21 右室内転移を来した表在型食道癌の1例

三井記念病院 消化器内科¹⁾、同 循環器内科²⁾、
同 心臓血管外科³⁾、同 病理診断科⁴⁾
村上恵太¹⁾、戸田信夫¹⁾、貝發美香¹⁾、照屋聖仁¹⁾、谷口勝城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⁾、関 道治¹⁾、手塚匠海²⁾、
山岡大将³⁾、森田茂樹⁴⁾、田川一海¹⁾

【症例】症例は84歳男性。3週間程前から両下肢の浮腫を認め、平地歩行時の息切れや胸部違和感が出現するようになったため当院受診した。血液検査で血小板低下、フィブリノーゲン低値を、また経胸壁心臓超音波検査で右室内に巨大腫瘍性病変を認めたため心室内腫瘍及びそれに伴う播種性血管内凝固症候群に対する精査加療目的に同日緊急入院した。第5病日に心臓腫瘍摘出術を施行し術後経過は良好であった。腫瘍の病理所見では低分化扁平上皮癌が疑われたため第25病日に上部消化管内視鏡を施行したところ、胸部中部～下部食道にコード染色で不染を呈する表在平坦型病変を認めた。生検で中～低分化扁平上皮癌と診断され、切除検体の組織型とも一致し一部リンパ管侵襲も認められたため、表在型食道癌の右室内転移(cT1bN0M1)と考えた。年齢やADLを考慮した上で本人、家族と相談した結果、化学療法、放射線療法は行わず支持療法のみを行う方針となり、また予期される心血管系の致死合併症に対しても積極的な治療は行わない方針となった。症状緩和の上自宅環境調整を進めていたが、第52病日に突然の背部痛、酸素需要の増大と血圧低下を認めた。急速に全身状態は悪化し、同日永眠された。病理解剖ではSM3の表在型食道癌、胃噴門と上腸間膜動脈周囲へのリンパ節転移、右室腔に充滿する腫瘍を認め、また肺内肺動脈に多数の腫瘍栓、梗塞巣が存在した。病歴も踏まえ食道を原発巣とした転移性心臓腫瘍による肺動脈腫瘍栓が直接死因と考えた。【結論】肺動脈腫瘍栓による突然死を来した表在型食道癌・心内膜転移の一例を経験した。食道癌が直接浸潤することなく心内転移を来した症例は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道癌、転移性心臓腫瘍

22 HER2陽性の原発性食道腺癌の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 東京新宿メディカルセンター 消化器内科
石坂昌太郎、木原俊裕、森下慎二、栗原光崇、佐野方美、浅井玄樹、
岡崎明佳、藤江 肇、松本政雄、新村和平

【症例】77歳男性。【既往歴】生体肝移植のドナーのため肝切除後。【病歴】201X年7月、尿閉、腎機能障害にて当院内科外来を受診し、前立腺肥大症に伴う腎後性腎不全を認めた。受診時のCTにて肝臓に多発する不明瞭な低吸収結節を認め、原発精査のため上部消化管内視鏡を施行した。切歯より30cmの食道後壁から発赤調の不整粘膜を認め、NBIでは不整なbrownish areaが散在していた。切歯より38cmから41cmでは全周性にنادらかな隆起を認め一部で陥凹に伴い狭窄していた。41cmから43cmまでは全周性に発赤調の粗造粘膜を認めた。NBI観察では切歯より43cmで食道粘膜と胃噴門部の腺上皮との境界は明瞭であった。コード染色にて30cmから43cmまで不染を呈した。生検では核の腫大した異形細胞が増生し核の大小不同、核の配列の乱れが認められた。免疫染色ではCK7陽性、CK20陽性であり、わずかに粘液産生を示す腫瘍を認め低分化腺癌が第一に考慮される所見であった。一部で扁平上皮成分を疑う箇所も認めた。また、HER2染色ではIHC3+であった。肝臓の病変に対しては生検を施行し、同一病変と考えられる病理組織学的診断を得た。治療はHER2陽性の胃癌に準じ、トラスツマブ、カベシタビン、シスプラチン療法を開始した。5コース施行後、二次治療としてラムシルマブ、パクリタキセル療法を3コース、三次治療としてニボルマブを4コース施行したが診断から11ヶ月後に永眠された。【考察】原発性食道腺癌の報告は少なく、稀な症例の診断、治療を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

原発性食道腺癌、HER2

23 LSBEに発生したBarrett食道表在癌に対してESDで一括完全切除しえた1例

獨協医科大学 消化器内科
稲葉康記、金森 瑛、根本玲奈、吉永智則、金澤美真理、近藤真之、
久野木康仁、田中孝尚、阿部圭一郎、鈴木統裕、富永圭一、
郷田憲一、入澤篤志

【背景】食事の欧米化、肥満の増加、H. pyloriの感染率の低下などにより本邦における胃食道逆流症の罹患率は増加しておりそれに伴い胃食道逆流症との関連性が明らかなBarrett食道および食道腺癌は増加傾向にある。本邦のBarrett食道の大多数はSSBE (Short segment Barrett's esophagus)でLSBE (long segment Barrett's esophagus)は極めてまれである。またLSBEからは多発・びまん性に発癌する傾向があるため表在癌の側方進展範囲診断に難渋する場合も少なくSSBE発癌例に比し完全切除率(R0切除)が低いとされる。また、広範囲切除になる場合が多く内視鏡切除後の狭窄予防を講じる必要がある。【症例】60代、男性。前医にて定期的に上部消化管内視鏡検査で、胸部下部食道に隆起性病変を認め、生検で腺癌と診断されたため、当院を紹介され受診した。当科で行った上部消化管内視鏡検査では、食道胃接合部から延びるLSBE (C4, SM6, S) を認めその一部に1cm大の比較的高い発赤調の隆起性病変を認めた。隆起の表面は粗ざうで、NBI拡大内視鏡では不明瞭化した不規則な粘膜パターンと口径不同を伴う不規則な血管パターンが観察された。また、隆起性病変以外の平坦部にも、不規則な粘膜・血管パターンが広範囲に認めた。以上より、陰性生検で組織学的に非腫瘍性であったLSBEの一部を除き、広範囲に表在性腫瘍が進展している診断し、ESD (endoscopic submucosal dissection)による亜全周切除を施行した。組織学的には分化型腺癌(未分化成分なし)、深達度は深層筋板 (DMM)、脈管浸潤陰性、水平・垂直切除断端ともに陰性と診断され一括完全治療切除であった。ESD後の狭窄予防のため潰瘍部にトリアムシノロンを100mg局注した。軽度の術後狭窄をきたしたが、内視鏡的バルーン拡張術2回で完全に解除された。ESD7ヶ月後の現在、常食摂取可能で無再発生存中である。【結論】LSBEにびまん性広範囲に発癌した極めてまれなBarrett食道表在癌に対して的確に術前診断し安全にQOLを保ちつつESDで一括完全切除しえた1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

バレット食道腺癌、LSBE

24 食道裂孔ヘルニアと未破裂右胃大網動脈瘤を合併した症例に対し、腹腔鏡下噴門形成術および右胃大網動脈瘤切除を施行した症例

自治医科大学附属病院 消化器一般外科
千葉小夜、千葉詩七、金丸理人、倉科憲太郎、齋藤 心、細谷好則、
北山文二、佐田尚宏

右胃大網動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の中でも約0.4%と希少であり、成因の一つとしてSegmental arterial mediolysis (SAM) が近年注目されている。SAMは腹部大動脈から分岐する臓器動脈およびその分枝の動脈に中膜融解が起り解離性動脈瘤を形成する。内臓の断裂が起り、動脈壁が解離すると外膜が拡張して動脈瘤が形成されるものである。今回我々が経験した症例は77歳男性、胸焼けを主訴に前医受診し、上部消化管内視鏡検査で食道裂孔ヘルニアと逆流性食道炎(LA分類 grade D)を認めた。PPI内服にて改善を認めず、手術を希望し当科紹介受診した。また、数年前から直径10mmの右胃大網動脈瘤をフォローされており、増大・破裂の危険性を考慮し、食道裂孔ヘルニア手術時に同時切除を行った。術後病理所見では、動脈壁の繊維性肥厚、石灰化、硝子変性や粘液状変化などの変性により壁構造が不明瞭化していた。右胃大網動脈瘤の予防的切除は極めて稀だが、手術やinterventional radiology (以下IVR) が有効であったとの報告がある。IVRは動脈瘤までのアプローチが困難な場合もあり、本症例においても腹腔鏡下噴門形成術と同時切除の方針とした。病理所見を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

未破裂右胃大網動脈瘤、Segmental arterial mediolysis (SAM)

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
小島 柊, 浅野岳晴, 賀嶋ひとみ, 三浦孝也, 松本吏弘, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

73歳男性。後天性免疫不全症候群(Acquired Immunodeficiency Disease: AIDS)で抗ウイルス薬治療中。既往に前立腺肥大症があるが結核の指摘はない。腹部症状は認めなかったがスクリーニングの腹部エコーにて偶発的に、肝外側区の肝表から胃壁に連続する低エコー腫瘍を認めたため当科紹介となった。血液検査ではALP 337U/Lと軽度上昇以外に肝胆道系酵素は正常、結核菌特異的インターフェロンガンマ陰性、 β Dグルカン陰性、HIV-1 RNA定量20コピー未満/mL、CD4陽性リンパ球細胞数81/ μ L、腫瘍マーカーはAFP、PIVKA II、CEA、CA19-9いずれも正常値であった。CTでは胃体部前壁から肝左葉にかけて連続する3.8cmの乏血流性の不整形腫瘍を認め、総肝動脈周囲、門脈背側リンパ節腫大も伴っていた。肺野に異常は認めなかった。PET-CT(positron-emission tomography CT)では前述の胃から肝左葉にかけての腫瘍以外に左頸下線、肝門部門脈周囲、前立腺に集積を認めた。上部消化管内視鏡では胃内腔の粘膜面に腫瘍露出は認めず、下部消化管内視鏡でも腫瘍やびらんなどは認めなかった。画像はどれも非典型的ではあるが、悪性腫瘍(低分化肝細胞癌、胆管癌、胃癌)や悪性リンパ腫、GIST(Gastrointestinal Stromal Tumor)を鑑別と考え、腫瘍より針生検を行った。組織学的には壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫を認め、免疫染色でも悪性リンパ腫や癌腫を示唆する所見は認めなかった。壊死巣の中にZiehl-Neelsen染色で陽性の桿菌が認められ、抗酸菌感染症に矛盾しない所見と考えられた。HIV感染症の新規報告数は近年横ばいであるが、AIDS患者は年々増加し、今後診察する機会が増えてくると想定される。そのような免疫不全患者の腹腔内腫瘍には抗酸菌症による肉芽腫を鑑別における必要があると考えられ、文献的考察を加え報告する。

AIDS, 抗酸菌感染症

東京警察病院 消化器科
三好耕太郎, 塩川俊郎, 植倉知永, 徳山信行, 中田和智子, 八木岡浩, 小椋啓司

【症例】61歳女性。2016年6月に人間ドックの胸部単純CT検査で胃体上部大彎に胃壁から突出する15mm大の石灰化を伴う腫瘍を指摘された。同日の上部消化管内視鏡検査では同部位に5mm大の胃粘膜下腫瘍(submucosal tumor:SMT)を認めた。2017年6月にはCT検査で腫瘍の増大はなく、内視鏡検査では指摘できなかった。翌2018年6月のCT検査では同部位に30×15mm大の軟部濃度の出現を認めた。精査加療を勧められたが受診せず。8か月後の2019年4月に当科を初診した。無症状ではあったが、CT検査では腫瘍は92mm大に増大し、内部壊死を認めた。転移や多臓器への浸潤は認めなかった。手術適応と判断し当院外科に紹介し、2019年6月に腹腔鏡下胃部分切除術を行った。腫瘍は脾間膜との癒着を認めたが、他臓器への浸潤はなく一括で摘出した。手術検体は105×65×60mm大で表面平滑で境界明瞭であった。免疫染色ではKIT、CD34が陽性。S-100と α SMAは陰性であり、消化管間質腫瘍(Gastrointestinal Stromal Tumor:GIST)と診断した。50高倍率視野中に10個以上の核分裂像を認め、腫瘍径は10cmを超えており、Modified-Fletcher分類でhigh riskであった。術後補助化学療法として3年間の予定でimatinibの投与を開始した。2020年2月に術部から膝尾部にかけて小結節が散在し、膝尾部には30×20mm大の腫瘍が出現した。同年6月のCT検査では60×50mm大に増大し、診断目的にCTガイド下生検を実施した。病理検体ではKIT、CD34がともに陰性でfibromyxoid tumorの診断でGISTの再発は確定できなかった。増大傾向を認めることから同年8月からsunitinibに変更し加療中である。【考察】SMTは無症状で腫瘍径が2cm未満かつ悪性所見を認めなければ年1-2回程度の経過観察が推奨される。後方視的に考察すると本例は以前より認めた石灰化に軟部濃度が出現したタイミングでの精査加療が望ましかったものと考えられる。その後、病変は急速に増大し、外科治療や化学療法が必要であった。新規出現もしくは急な変化を伴うSMTに対しては時期を逃さず精査加療を検討することが肝要であると考えた。

胃粘膜下腫瘍, 消化管間質腫瘍

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾, 同 腫瘍センター³⁾,
同 放射線科⁴⁾

海江田祐太¹⁾, 小林 拓²⁾, 岸本翔太郎³⁾, 森久保拓⁴⁾, 宮谷佑佑²⁾, 北條 紋^{1,2)}, 福田知広^{1,2)}, 阿曾治邦²⁾, 佐上晋太郎^{1,2)}, 西村 賢³⁾, 矢内原久⁴⁾, 常松 令¹⁾, 日比紀文²⁾, 中野 雅¹⁾

【症例】60歳代、女性【現病歴】2014年発症の大腸型クローン病で6-メルカプトプリン 60mg内服にて寛解維持していた。スクリーニング目的に施行した上部消化管内視鏡検査(鎮静剤無し)にて検査の苦痛に加え腹部違和感を自覚した。検査翌日になり腰痛、腹痛を自覚し安静臥床で過ごしていたが、その後も腹痛は持続し、検査2日後の朝より痛みの増悪を認め体動困難となったため当院へ救急搬送された。【既往歴】脂質異常症、50歳代 大腸型クローン病。【身体所見】血圧124/64mmHg、脈拍68bpm、体温36.3°C、SpO2 99%(室内気)、腹部は軟、腹部全体に圧痛あり、反跳痛あり、腸蠕動音減弱なし。【画像所見】造影剤アレルギー歴があり単純CTを撮像し上腸間膜動脈周囲に脂肪組織濃度上昇と分岐部から6cmに軽度血管拡張を認めた。消化管穿孔を疑うfree airや腹水は認めなかった。腹部MRIでは上腸間膜動脈の根部から解離腔を認めた。真腔の閉塞は認められなかった。【臨床経過】上腸間膜動脈解離の診断で入院となった。腸管虚血が無く、腹部症状は入院第1病日午前ピークに徐々に改善していたため外科併診の上、安静・禁食での経過観察とした。第3病日より低用量アスピリン内服を開始した。入院第5病日に施行した腹部超音波検査では消化管ガスで描出不良域があったものの可視範囲で末梢側の血流途絶は認めなかった。症状が消失しており、血流障害も示唆されなかったため入院第7病日に食事を再開した。食事再開後も腹痛の再発なく第17病日に退院となった。【考察】孤発性上腸間膜動脈解離のリスク因子として男性、高血圧、喫煙が報告されている。本症例は喫煙歴のみがリスクであった。本症例は上部消化管内視鏡検査中からの腹部不快感を訴えており、上部消化管内視鏡検査が発症契機となった可能性がある。既報では内視鏡検査後に腹部不快感、腹痛を認め2週間後に孤立性上腸間膜動脈解離の診断に至った症例報告が1例存在した。上部消化管内視鏡検査後の腹部不快感、腹痛を訴える患者では偶発症として上腸間膜動脈解離の可能性も考慮する必要がある。

上腸間膜動脈解離, 上部消化管内視鏡検査

船橋市立医療センター 消化器内科
伊在井亮, 水本英明, 渡部主樹, 藤井渚夕, 笠松伸吾, 石井清文, 東郷聖子, 関 厚佳, 小林照宗, 安藤 健, 松谷正一

十二指腸静脈瘤は比較的にまれな疾患であり、その血行動態は十分解明されてはおらず、治療法も確立しているとは言えない。当院にて術前に画像検査により血行路を詳細に検討したうえで治療を行い、良好な治療効果を得られた十二指腸静脈瘤の1例を報告する。症例は47歳女性。腰椎すべり症の術前検査にてアルコール性肝硬変と診断され当科に紹介となった。上部消化管内視鏡と造影CTを施行したところ、食道と十二指腸胃水平部に静脈瘤を認めた。食道静脈瘤に対して内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)施行後に十二指腸静脈瘤の治療を行う方針となった。ドプラエコーと造影CTにて、上腸間膜静脈と脾静脈の合流部付近から分岐する遠肝性の側副血行路が静脈瘤の供血路となっており、排血路は右卵巣静脈を介して下大静脈へ合流していた。治療方針としてバルーン逆行性経静脈塞栓術(B-RTO)を選択した。右内経静脈からバルーンカテーテルを挿入し、右卵巣静脈起始部からの逆行性造影にて十二指腸静脈瘤ならびに供血路が造影された。右卵巣静脈の末梢側をコイルで塞栓したのち、5% ethanolamine oleate with iopamidol(EOI)を用いてB-RTOを施行した。治療効果判定の造影CTでは十二指腸静脈瘤は血栓化されており、上部消化管内視鏡でも静脈瘤の消失を確認できた。当院で治療を行った十二指腸静脈瘤は本症例を含めて5例であるが、静脈瘤の血行路はそれぞれ異なっていた。十二指腸静脈瘤は血行動態を考慮した治療法を選択することにより、良好な治療効果が期待できるものと考えられた。

十二指腸静脈瘤, B-RTO

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
近藤千晶, 宮崎亮佑, 山田沙織, 廣瀬克哉, 岩下祐子, 嶋田真梨子, 澁谷尚希, 宮下春菜, 豊永貴彦, 櫻井俊之, 猿田雅之

【症例】70歳代男性【主訴】嘔吐【現病歴】X-7年2月に心房細動(Af)に対してアブレーション(ABL)を施行した。ABL後はAfの再発を認めず経過したが、X年2月より脈の結滞を認めAfの再発を認めた。X年4月からダビガトランを開始したが、ABLの希望があり同年6月Y日に再度ABLを施行した。ABL施行翌日から嘔吐を認めたが、1-2回であり、嘔吐後の症状軽快などからABL施行後3日目に退院となった。しかし、退院後翌日から食後嘔吐を繰り返し、食事摂取困難や体重減少が出現し、CTにて著明な胃拡張を認めたため7月Y-20日に入院となった。【入院後経過】絶食・補液で加療し、著明な胃拡張に対しては経鼻胃管を挿入して減圧を図った。消化器症状に対して6君子湯を開始し、徐々に腹部膨満感は改善した。第5病日に器質的疾患の精査目的に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃内に食物残渣が多量であったが、幽門輪に明らかな狭窄は認めずスコープの通過は良好であった。その後、経鼻胃管を抜去し第6病日より腸蠕動促進薬を開始した。嘔気や腹部膨満などの症状は認めなかったため、第11病日より食事を再開し、食上後も経過良好であったため第19病日に退院となった。【考察】急性胃拡張は流出路狭窄や胃不全麻痺によって発症するが、本症例では幽門部狭窄などは認めず、X-1年の上部消化管内視鏡検査では異常所見の指摘はなく、ABL施行後から症状が出現したことからABLによる胃食道神経障害で胃不全麻痺を発症したと考えられた。胃の蠕動運動に関与する迷走神経は食道周囲で神経叢を形成しており、食道を横切るようなABLは蠕動障害の危険因子とされている。本症例では2度目のABLの際に食道を横切る操作を行ったため、神経障害を発症し急性胃拡張をきたしたと考えられた。【結語】心房細動に対してABL施行後に急性胃拡張を発症した一例を経験した。心房細動及び心房粗動に対するABLは近年増加傾向であり、今後このような症例を目にする機会は増加すると考えられる。ABL後の腹部膨満感や嘔吐などの症状と遭遇した際には急性麻痺性胃拡張の可能性を念頭に置く必要がある。

急性胃拡張, アブレーション

済生会横浜市東部病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾
並木萌子¹⁾, 野上 章¹⁾, 星 健介¹⁾, 氏田 互¹⁾, 鈴木雄太¹⁾,
若崎 将¹⁾, 大久保雄介¹⁾, 佐藤真司¹⁾, 馬場 毅¹⁾, 平田雄紀²⁾,
江川智久²⁾, 中野 茂¹⁾

症例は66歳男性。近医で施行した血液検査でHb8.6g/dlと貧血を認めた。上部消化管内視鏡では胃粘膜下腫瘍を認め、生検したところ拍動性出血を来した。止血操作が必要となり当院に紹介となった。当院で施行した造影CTでは左胃動脈と交通する高吸収域な腫瘍として描出され、上部消化管内視鏡では体中部大弯に20mm大の発赤調の胃粘膜腫瘍様を確認された。病変から漏出性出血が見られたため、クリップで止血を行った。後日行ったEUSでは内部に複雑な血管構築を認める粘膜下病変として観察された。質的診断は困難であったが、血管と交通しており、今後再出血する可能性が高く、内視鏡的に止血困難であると推察されたため経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)が選択された。血管造影では、術前CTで確認されたように左胃動脈と交通する濃染する腫瘍を認めた。この際、静脈の早期描出はなく動脈静脈奇形は否定された。左胃動脈の2本の分枝を各々塞栓し、濃染像が消失したことを確認し終了とした。しかし、TAEから1か月後に施行したEUSでは腫瘍の大きさに著変はなく内部の血管は未だ豊富な状態であった。外来で経過観察していたが、TAEから2か月後に黒色便にて受診となった。上部消化管内視鏡を行うと既知の病変から漏出性出血が見られた。内視鏡的にクリップで止血を試みたが、止血困難であり、ヒストアクリルを用いて辛うじて一時止血を得た。再出血が予想されたため、引き続き腹腔腔下胃局所切除術を施行した。病理所見は、大型で淡明な胞体と大小不同の核・核質の増加を伴った腫瘍細胞が、腺管状・束状の配列を呈しており、免疫染色ではCK7陰性、RCC陽性であった。本症例は11年前に右腎細胞癌(T1bN0M0)に対し右腎摘出術を施行されており、以上から腎細胞癌の転移であると判断した。今回、腎摘後11年で胃転移を来した腎細胞癌の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

腎細胞癌胃転移, 消化管出血

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)¹⁾,
同 腫瘍センター²⁾, 同 病理診断科³⁾,
同 内科学(腎臓内分泌代謝)⁴⁾
千田彰彦¹⁾, 川崎健太¹⁾, 櫻井陽奈子¹⁾, 堀江沙良¹⁾, 津軽 開¹⁾,
戸ヶ崎和博¹⁾, 下寄啓太郎¹⁾, 平田賢郎²⁾, 林 秀幸²⁾, 浜本康夫¹⁾,
河原 徹³⁾, 牧内里美³⁾, 岩原彰秀⁴⁾, 川合未来⁴⁾, 杉山和俊⁴⁾,
目黒 周⁴⁾, 金井隆典¹⁾

【背景】消化管間質腫瘍(GIST)の治療はc-kit, PDGFRAの特定の遺伝子異常がドライバー変異となっていることが判明してから大きく変化した。予後は格段に改善した。一方、一部のGISTは未だ予後不良であり、今回我々は治療経過中に持続する低血糖発作を発症し、症状コントロールに難渋する症例を経験した。近年GISTにおける上記遺伝子変異以外のエビデンスティックな異常も報告されており、治療経過における腫瘍性質の変化という観点から興味深い症例と考えるため報告する。【症例】68歳男性。20xx年8月胃GISTに対して、胃部分切除術を施行した。20xx+1年に肝転移再発をきたし、イマチニブの内服を開始し、限局的な肝転移増悪に対して、RFA、肝切除を施行した。その後、イマチニブ不応、スニチニブ不応、レゴラフェニブ不応となったため、20xx+10年2月よりbeyond PDでイマチニブを内服再開とした。同年7月初旬に治験登録目的にイマチニブ一時休業後、8月初旬から呼吸困難を認め他院受診、CTで両肺に浸潤影を伴うすりガラス陰影を認めた。また血液検査上、血糖値40mg/dLと低血糖の所見を認め、同院入院となった。抗生剤投与、ブドウ糖の持続点滴でも、状態改善せず当院転院となった。転院後、イマチニブ再開に伴い、肺の陰影は改善、病勢悪化に伴う癌性リンパ管症であったと診断した。しかし、低血糖に関しては、イマチニブやデカドロン内服後も夜間低血糖が遷延し、ブドウ糖持続点滴を継続した。血清IGF2値が正常値であるにも関わらず、IGF1値の顕著な低下がみられ、その他の内分泌異常を認めなかったことから、腫瘍からのbig IGF2過剰産生を伴う非胰岛細胞腫瘍性低血糖症(NICTH)と診断した。その後、11月中旬から食事摂取や内服が困難となり、現病増悪に伴いその3日後に永眠された。【結語】今回我々はイマチニブ休業による急性増悪を背景にNICTHを合併した胃GIST術後再発の症例を経験した。

GIST, NICTH

日産厚生会 玉川病院 消化器内科¹⁾,
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科²⁾,
がん研有明病院 病理部³⁾,
日産厚生会 玉川病院 病理診断科⁴⁾
岡田奈央子¹⁾, 山口和久¹⁾, 佐藤信維¹⁾, 松井太吾¹⁾, 永嶋裕司¹⁾,
河内 洋^{3,4)}, 五十嵐良典²⁾

【症例】47歳男性【既往歴】左視床出血、左中大脳動脈領域の脳梗塞、便秘症【現病歴】入院2日前より複数回の嘔吐があり、翌日には血液様の嘔吐を認めた。前医で行った腹部CT検査にて腸閉塞及び消化管穿孔の疑いで当院を紹介受診した。【臨床経過】前医の腹部CT画像にて、胃は拡張し胃壁内に気腫を認め、腸管内にはガスと便貯留が著明であった。胃周囲の気腫像より消化管穿孔の可能性も考慮したが、動脈血ガスやバイタルが安定していたため、胃壁内気腫症の診断にて保存的に加療する方針とした。消化管内の減圧のために絶食・胃管留置し、炎症反応高値に対しては抗生剤投与にて加療を行った。なお血液培養は陰性であった。第7病日のCT検査にて胃壁内気腫は改善を認めた。第8病日に上部消化管内視鏡検査を行ったところ、穹窿部から体上部大弯側にかけてびまん性発赤を呈していたが、粘膜壊死等の所見は認めなかった。第13病日のCT検査では胃壁内気腫は消失したため食事を開始し、第29病日のCT検査で増悪はなく第35病日に退院した。【考察】胃壁内気腫症は稀な疾患であるが、適切な処置で予後は比較的良好とされている。一方で気腫性胃炎は壊死などを伴う細菌性感染が原因で致死率の高い疾患である。両者の鑑別は重要であるが、明確な診断基準はなく、臨床判断に委ねられているのが現状である。本例は消化管壊死を示す所見に乏しく、全身状態も安定していたため胃壁内気腫症と判断し保存的に治療し軽快した。胃壁内気腫症は様々な原因から発症することが報告されているが、本症例では高度の便秘による胃内圧上昇が原因と考えられる稀な成因ため若干の文献的考察を含め報告する。

胃壁内気腫症, 気腫性胃炎

東京医科大学病院 消化器内科学分野¹⁾、
同 放射線医学分野²⁾
平泉泰翔¹⁾、中坪良輔¹⁾、鳴瀬 郁¹⁾、貝塚玄樹¹⁾、神田遼弥¹⁾、
鈴木由華¹⁾、黒澤貴志¹⁾、山内芳也¹⁾、祖父尼淳¹⁾、高良祐葵²⁾、
糸永知広²⁾、大高 純²⁾、佐口 徹²⁾、斎藤和博²⁾、糸井隆夫¹⁾

症例は70歳の女性。スクリーニング目的に行われた腹部超音波検査で膵尾部に腫瘍を指摘され、当院を紹介受診となった。当院にて切除不能胃癌と診断され、SOX+trastuzumab併用療法が開始となった。しかし、3コース後に黒色便が出現し、上部消化管内視鏡検査が行われた。原発巣は増大し、浸出性出血を認めていた。内視鏡やIVRでの止血は困難と判断され、止血目的に放射線照射が施行された。止血は得られ、二次治療の導入が検討されたが、一次治療中に認めた血小板低下が回復せず治療導入が困難であった。CT上、腫瘍により脾静脈は狭小化し、脾腫を伴っていたことから血小板減少の原因と考え、経動脈的部分的脾臓塞栓術 (partial splenic embolization; PSE) が行われた。PSE後、血小板は速やかに上昇した。その後、二次治療としてPaclitaxel+Ramcirumab併用療法が導入され、現在も治療継続中である。近年の切除不能がん患者の生存期間の延長には薬剤自体の進歩とともに支持療法の進歩が関与していると考えられる。本症例も腫瘍増悪に伴う消化管出血に対して放射線照射、脾機能亢進に対してPSEと積極的に支持療法を行うことにより、全身状態を整えて抗腫瘍治療を再導入することが可能となり、生存期間の延長も期待される。胃がんの出血に対する緩和的放射線治療の奏効率は80%とも報告されており、有効な治療法として期待される。また、胃癌では時に脾静脈に浸潤し、脾静脈閉塞をきたす。脾静脈の閉塞により、脾腫をきたし血小板低下を惹起する。このような病態に対して脾摘が有用であることが報告されてきたが近年ではより低侵襲な治療としてPSEが注目されている。PSEは薬剤起り因性血小板減少に対しては有効であるとの臨床試験も報告されており本症例でも直前の血小板が $66 \times 10^3 / \mu\text{l}$ から術後5日目は $141 \times 10^3 / \mu\text{l}$ と上昇し、化学療法を再導入することができた。今回、我々は支持療法を集学的に行うことにより化学療法を再導入できた胃がん患者に一例を経験したため報告する。

胃癌, PSE

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

鶴田絢子、後藤駿吾、上地大樹、藤野洋平、乾 麻美、辻川真太郎、
内田苗利、村田依子、秦 康夫、栗山 仁

【症例】85歳男性【主訴】腹痛、血便【既往歴】77歳：上行結腸癌に対する右半結腸切除術【現病歴】3日間続く腹痛と発熱、血便を主訴に当院を受診した。身体所見では右下腹部に軽度の圧痛を認め、血液検査では炎症反応の亢進を認めた。腹部造影CTで吻合部から回腸末端にかけて小腸壁の造影効果増強を伴う全周性の壁肥厚と周囲の脂肪組織濃度上昇を認め、精査目的に同日入院となった。大腸内視鏡検査では吻合部から回腸終末20cm程度まで全周性の潰瘍を認めた。病理検査では肉芽腫や血管炎、腫瘍性病変は否定的であり、便培養検査でも有意な菌の発育は認めず、便中CDトキシンは陰性であった。また、血中結核菌IFN- γ 測定やCMV抗原血症も陰性であった。以上より、原因は判然としないものの非特異的な小腸炎と考え、抗菌薬、整腸剤による保存的加療を開始した。しかし、禁食により一時的な解熱は得られるものの腹痛は遷延しており、経口摂取を開始すると腹痛の増悪や発熱を繰り返した。第32病日に下部消化管内視鏡検査の再検を行なったが改善は見られず、腸管超音波検査では終末回腸20cm程度に渡り全周性の壁肥厚と蠕動の低下を認め、高度の炎症が示唆された。症状出現から1ヶ月程度が経過していたが改善せず、画像検査や臨床所見から虚血性小腸炎が疑われた。内科的治療では加療困難と判断したため診断と治療を含めた外科手術を施行し、病理検査でも虚血性小腸炎として矛盾しないと考えられた。【考察】虚血性小腸炎は小腸の血流障害に起因する小腸病変である。腹痛、発熱で急性発症し、数ヶ月の経過で腸閉塞をきたすことが多い。今回、大腸癌術後吻合部を末端として病変を認めたことから、元々血流が脆弱な部位に何らかの原因で虚血に至ったことが考えられた。発熱を伴う腹痛として内科的治療で軽快せず症状が遷延する場合には、虚血性小腸炎を鑑別の一つとして念頭に置く必要があると考えられるため、文献的考察とともに報告する。

虚血性小腸炎, 上行結腸癌術後

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

永井康貴、高津智弘、吉原 努、三澤 昇、声苺圭一、大久保秀則、
中島 淳

【症例】66歳女性。特記すべき既往なし。【現病歴】増悪する右膝痛を主訴に当院整形外科を受診し、右大腿骨腫瘍性病変を指摘された。尿中ベンンスジョーンズ蛋白陽性を認め、骨髄腫の疑いで血液内科へ紹介となった。PET-CTで多発性溶骨性病変が指摘され、多発性骨髄腫 (Multiple Myeloma: 以下MM) と診断された。MMの初回化学療法であるボルテゾミブ/レナリドミド/デキサメタゾン (VRd) 療法が開始されたが、day17に食欲不振、腹痛、下痢が出現。炎症反応上昇、CTで腸管全体の粘膜下浮腫、腸液貯留を認め、腸炎の併発が考えられた。同時期より血中アルブミン濃度が治療前4.3g/dLから、1か月で1.5g/dLへ急激に低下。下痢も1か月以上続いたため、消化器内科に紹介となった。消化管アミロイドーシスを疑い下部消化管内視鏡検査を施行したが、消化管粘膜へのアミロイド沈着はみられなかった。また尿中蛋白は陰性で、腸管からの蛋白漏出が疑われたため、蛋白漏出シンチグラフィを施行したところ3/6/24時間後のPlanner像で上行結腸～脾彎曲部に広がる集積を認め、蛋白漏出性胃腸症と診断した。病歴からは薬剤による続発性の可能性を考え、MMの治療はいったん中止し、可能な限り薬剤を中止した。腸管安静、高カロリー輸液、アルブミン輸血などを行った。2週間後、CTで小腸の著明な壁肥厚、周囲脂肪組織濃度上昇を伴う小腸炎の所見を認め、小腸カプセル内視鏡で全小腸にびらん、輪状潰瘍などが散見された。1か月間の絶食を経て経口摂取を開始したところ、経過は良く下痢の再発なく、低脂肪・高蛋白食を指導し、day69に退院した。4か月経過した現在も再発なく常食を摂取できるようになりアルブミン4.4g/dLまで改善した。【考察】本症例における蛋白漏出性胃腸症は、消化管アミロイドーシスを契機としておらず、MMに由来する病態は考えにくい。VRd療法に起因する薬剤性の病態が疑われた。これまでにVRd療法による蛋白漏出性胃腸症の報告はなく貴重な症例と考えられるため、考察を加えて報告する。

蛋白漏出性胃腸症, 多発性骨髄腫

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科

中村公彦、清島 亮、岡林剛史、茂田浩平、松井信平、佐々木健人、
門野政彦、小桐雅世、加藤悠人、小関優歌、水野翔太、角田潤哉、
崎本優里、原 良輔、坂本恭子、北川雄光

症例は60歳代、女性。下腹部痛を認め、前医より腸閉塞の診断で精査加療目的に当院紹介受診となった。CT検査で骨盤内に8mm大の内部にairおよび液体貯留を伴う腫瘍を認め、口側小腸の拡張を認めた。腫瘍周囲の少量のfree airから穿孔が疑われ、緊急手術が施行された。骨盤内に腫瘍と一塊となった小腸を確認し、腫瘍の小腸腸間膜内への穿通を認めた。腫瘍を取り除くように小腸部分切除術を施行した。その他の小腸にも1~2cm程度の腫瘍を触知したが、その時点では明らかな狭窄や穿孔所見は認めなかったため切除せずに手術終了した。術後経過は良好で、第15病日に退院となった。病理診断は単形成上皮向性腸管T細胞リンパ腫(以下、MEITL)であった。MRI検査で前縦隔、小横隔膜角、肝表面にリンパ節病変を認め、臨床病期IV期の診断となった。早期に化学療法を予定していたが、退院後5週目に上腹部痛を認め、精査のため施行されたCT検査で小腸に複数の壁肥厚と骨盤内のfree airおよび腸瘍形成を認めた。腸管病変およびリンパ節病変は1ヶ月前より明らかに増大していた。腸管病変による穿孔が疑われ、同日緊急手術を施行した。トライツ靱帯から肛門側8cmに穿孔した腫瘍を確認し、その他少なくとも3か所、母指頭大までの触知可能な腫瘍を認めた。経過から、腫瘍が再度穿孔をおこす可能性を考慮し、触知可能な腫瘍全てを含めた約6cmの小腸を切除した。病理診断は前回同様MEITLであった。術後第11日目に原病評価のため施行したCT検査で、他病変のさらなる増大を認めた。術後早期ではあったが、早急な化学療法の開始が必要と判断され、術後第19病日よりCHOP療法が開始された。MEITLの11.5~37%は緊急手術で初めて診断され、穿孔例の生存期間中央値は2.9ヵ月とその予後は極めて不良である。消化管原発悪性リンパ腫の穿孔に対する手術後、化学療法開始までの期間の推奨はないのが現状である。本症例のように別病変が急速に増大することで異時性穿孔をきたす可能性を考慮すると、術後速やかに化学療法の導入が考慮されるべきと考えられた。

MEITL, 異時性穿孔

帝京大学医学部附属病院 消化器内科

青木直見, 丸山喬平, 塚本允雄, 端山 軍, 松田圭二, 橋口陽二郎, 望月 真, 笹島ゆう子, 中村直裕, 三木淳史, 青柳 仁, 磯野朱里, 三浦 亮, 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

症例は51歳男性。20XX年8月初旬に食思不振と下痢のため近医を受診した。熱中症と診断され自宅療養していたが軽快せず、更に腹痛も出現したため救急要請し当院に搬送された。搬入時、腹部全体に圧痛があり血液検査で白血球 24800 / μ l、CRP 20.70 mg/dlと高値だった。腹膜刺激症状はなかった。腹部単純CT検査では骨盤内回腸の浮腫性肥厚、周囲の脂肪浸潤度の上昇を認め、回腸炎の診断で入院となった。禁食、補液、抗菌薬（タゾバクタムピペラシリン）で治療を開始したが炎症反応は改善せず、入院第3病日の腹部造影CTでは既存の所見の増悪に加え回腸周囲及び膀胱直腸窩への腹水貯留がみられた。抗菌薬を増量したものの、第11病日の腹部造影CTでは膀胱直腸窩から頭側にかけて被膜を形成する液体貯留を認め、腹腔内膿瘍と診断した。翌日CTガイド下で腹腔内膿瘍を穿刺しドレーンチューブを留置した。第22病日にドレーンチューブ造影を施行したところ、膿瘍腔から回腸内腔へ造影剤の漏出がみられ、回腸穿孔に伴う腹腔内膿瘍と診断し第32病日に小腸部分切除術を施行した。病理所見では切除小腸にメッケル憩室を認め、同部位に穿孔がみられメッケル憩室穿孔の診断に至った。第37病日から食事を開始し、第43病日に退院した。メッケル憩室はもともと頻度の高い（約2-4%）消化管先天奇形とされている。多くは無症状であるが、時に出血や腸重積、憩室炎を発症することが知られている。本症例のような穿孔例は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

メッケル憩室, 穿孔

立正佼成会附属佼成病院 消化器内科¹⁾,

杏林大学医学部 消化器内科学²⁾

平塚智也¹⁾, 池崎 修¹⁾, 中尾充宏¹⁾, 嶋田隆介¹⁾, 田邊秀聡¹⁾, 太田博崇¹⁾, 田部井弘一¹⁾, 久松理一²⁾, 高橋信一¹⁾

症例は50歳女性。罹患期間10年の左側大腸炎型・潰瘍性大腸炎(UC)で、3年前から再燃・寛解を繰り返し、ステロイド(PSL)内服加療の漸減を繰り返すも病勢悪化を認め、当院紹介受診。初診時PSL15mg/日・5アミノサリチル酸(5-ASA)3g/日内服加療中、初診時Lichtiger index(LI)は10点、血液検査は、貧血(Hb9.1 g/dl)・低アルブミン血症(Alb3.2g/dl)・炎症反応上昇(CRP1.3mg/dl)を認めた。下行結腸内視鏡検査では、直腸からS状結腸にかけて、Mayo endoscopic subscore(MES)2の中等症の活動期UCの所見を認めた。PSL抵抗性の難治性UCと診断し、VEDによる寛解導入療法を開始した。初回VED投与後にLI 7点に改善がみられたが、2回目のVED投与5日後に臨床症状の悪化をきたし受診。血液検査で、炎症反応上昇(CRP9.1mg/dl)・低アルブミン血症の進行(Alb2.7g/dl)を認め入院加療となった。入院時LIは10点、入院後intensive GMA(3回/週)を開始した。GMA開始後は、炎症反応・LIとも改善し、GMA10回施行にて炎症反応は陰性化・LI2点まで改善、臨床的寛解を得た。以後VED維持投与と5-ASA4.8g/日内服加療で寛解維持され、VED開始半年後の全大腸内視鏡検査では、MES0の粘膜治癒を確認した。昨今、難治性UCに対して各種生物学的製剤が開発・導入され、それぞれに治療効果を示しており、VEDは消化管粘膜の $\alpha 4 \beta 7$ インテグリンとMadCAM-1との結合を阻害する事で消化管粘膜へのリンパ球浸潤を抑制する効果が期待されるが、一方他の生物学的製剤に比して安全性は高いものの、寛解導入効果が緩徐であるとの報告もある。今回GMAにて活性化した顆粒球・単球を効率的に除去したことにより、VEDの寛解導入療法を増強された可能性があり、文献的考察も加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, ベドリズマブ

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾,

同 新世紀医療開発センター²⁾

飯田淳貴¹⁾, 金澤 潤¹⁾, 横山 薫¹⁾, 別當朋広¹⁾, 川岸加奈¹⁾, 佐田美和¹⁾, 小林清典²⁾, 小泉和二郎²⁾

【症例】30歳男性【主訴】下痢・腹痛【現病歴】20XX年5月(23歳時)から下痢を認め、近医で肛門周囲膿瘍に対して切開排膿を施行されていた。他院にて施行した下部消化管内視鏡検査(CS)では大腸に炎症性腸病所見を認め、クローン病(CD)が疑われたが確定診断には至らなかった。メサラジン3000 mg/日を開始するも下痢症状は改善なく、精査加療目的に当院へ紹介となった。CSではS状結腸にやや縦走配列傾向のアフタ様病変を認めるのみで、生検組織から非乾酪性類上皮細胞肉芽腫は検出されなかった。上部消化管内視鏡検査と経管小腸造影検査では有意な所見は認めなかった。メサラジンの継続で下痢症状は安定し、20XX+2年で通院を自己中断した。20XX+8年に10回以上/日の下痢と腹痛を認め、当科を再受診した。CSにて終末回腸から下行結腸にかけてアフタ様病変、S状結腸から直腸にかけて縦走潰瘍を認め、経口小腸造影検査にて下部回腸に縦走潰瘍と狭窄所見を認めたことからCD小腸大腸型と診断した。メサラジン3000 mg/日とPSL 30 mg/日を開始し、現在ウスデキヌマブ療法を導入している。【考察】典型的なCDの画像所見を呈さず、アフタ様病変のみを有するaphthous-type CD(A型CD)は診断後60か月以内に約88%が典型的CDに進展することよりCDの初期像と考えられている。また、アフタ様病変からの生検での非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の検出率は24%程度と決して高くなく、A型CDを疑う場合は定期的な画像検査による経過観察と病理検査が必要である。

クローン病, aphthous-type CD

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター¹⁾,

同 臨床病理診断科²⁾

黒木貴典¹⁾, 工藤進英¹⁾, 中村大樹¹⁾, 森田友梨子¹⁾, 小川悠史¹⁾, 前田康晴¹⁾, 一政克朗¹⁾, 石垣智之¹⁾, 松平真悟¹⁾, 豊嶋直也¹⁾, 小形典之¹⁾, 三澤将史¹⁾, 工藤豊樹¹⁾, 久江友和¹⁾, 林 武雅¹⁾, 若村邦彦¹⁾, 宮地英行¹⁾, 馬場俊之¹⁾, 石田文生¹⁾, 根本哲生²⁾

症例は60代女性。便潜血陽性で前医下部消化管内視鏡検査施行され、上行結腸に隆起性病変認めため、精査目的に当院紹介受診した。当院下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に粘液付着を高度に認める40mmの発赤調の隆起性病変を認めた。インジゴカルミン散布像では、病変中心の粗大結節と小型結節が集簇した平坦型隆起病変として認識し、肉眼型はLST-G(Mix)と診断した。NBI拡大観察では粗大結節に血管の口径不同、蛇行した血管を認めJ-NET Type2Bとした。クリスタルバイオレット染色下拡大観察像では病変の平坦隆起部は一部に開II型pit patternを示し、粗大結節は辺縁不整、内腔狭小を伴う不整なpit patternを示しVI型高度不整型pit patternと診断した。また粗大結節のEndocytoscopy(EC)像では核の腫大を認めEC分類におけるEC3aであった。以上より粘膜下層深部浸潤を強く疑ったが、患者の希望によりTotal biopsy目的に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理診断はAdenocarcinoma in SSA/P, pT1b(SM 2815 μ m), tub1>muc, INFb, Ly0(D2-40), V0(VB), BD1, HM0, VM1であった。その後追加切除施行し、リンパ節転移は認めなかった。病理所見から鋸歯状病変由来と考えられた上行結腸のpT1b(SM)癌の1例を経験したため報告する。

大腸, SM癌

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科
原 勇輔, 西山 竜, 北川博之, 寺田昌弘, 河西顕太郎, 菊地秀彦,
里道哲彦, 山崎好喜

CT検査で腸管気腫が偶発的に発見され、 α -グルコシダーゼ阻害剤の中止により改善した腸管気腫症の1例を経験したので報告する。【症例】70歳、男性。既往歴:糖尿病、慢性過敏性肺臓炎。生活歴:喫煙(20本/日×40年間)、アルコール:機会飲酒。主な治療薬:プレドニゾロン、 α -グルコシダーゼ阻害剤、DPP4阻害薬、超速効型インスリン。他科で行われたCT検査において上行から横行結腸の腸管壁、腸管膜、後腹膜、及び縦隔内にAir densityが認められ腸管気腫症と診断した。初診時腹痛、発熱など自覚症状を認めなかった。下部消化管内視鏡検査では上行結腸から横行結腸までびまん性に多発するSMT様隆起が認められた。同部位より生検を行い、病理組織学的に慢性炎症細胞浸潤、近傍に嚢胞状空隙を認めた。治療は便秘による腸管内圧上昇を防ぐ目的で緩下剤を処方した。またこれまで約1年間に服用されていた α -グルコシダーゼ阻害剤を原因薬剤と考え、中止とした。2か月後のCT検査で腸管気腫は改善した。このことから本症例では α -グルコシダーゼ阻害剤が腸管気腫症の原因と考えられた。

腸管気腫症、 α -グルコシダーゼ阻害剤

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾,
日本大学病院 消化器内科²⁾
北原麻衣¹⁾, 岩本真帆¹⁾, 岩男 彩¹⁾, 田村めぐみ¹⁾, 酒井康行¹⁾,
山川 俊¹⁾, 春田明子¹⁾, 柞淵広志¹⁾, 中島典子¹⁾, 神田達郎¹⁾,
今津博雄¹⁾, 後藤田卓志²⁾, 森山光彦¹⁾

【症例】16歳、女性。血便の精査目的に近医で下部消化管内視鏡検査を受け、全結腸型の潰瘍性大腸炎と診断された。同日からメサラジン(リアルダ)4800mg/dayの内服が開始され、血便は軽快したが、20日後から頸部、肩、肘間の痛み、その後、39℃の発熱が出現した。近医で消炎鎮痛剤の投薬を受けたが、易疲労感、胸痛、呼吸苦が増悪したため、別の医院を受診し、漢方薬が処方された。呼吸苦はさらに悪化し、32日後に総合病院で心タンポナーゼと診断され当院へ転院となった。起坐呼吸の状態、頸動脈怒張あり、CTR75%と著明な心拡大を認め、WBC6900/ μ l、Hb9.2g/dl、CRP19.8mg/dlと貧血、炎症反応高値を認めた。薬剤性の急性心膜炎を疑い、救命センターで、開窓心嚢液穿刺の準備をしながら、5-ASAの休薬、NSAIDsとコルヒチンの投与、輸血を含む全身管理を行った。入院3日後 $\sim$ 心嚢液が減少傾向となり、心膜炎の再発予防のためコルヒチン0.5mg/dayの内服を続け、17病日に退院となった。その後、潰瘍性大腸炎に対して、プレドニン、顆粒球吸着療法、アザチオプリンの投与を行った。【考察】近年、潰瘍性大腸炎の患者数は著しく増加しており、key drugである5-アミノサリチル酸製剤(5-ASA製剤)の処方頻度も増えている。5-ASAは従来、副作用が少なく、安全な薬剤として使用されてきたが、時に、本例のように、重い副作用が生じる場合もある。起こりうる副作用を正しく理解し、副作用が疑われるときには、すみやかに薬剤を中止することが、5-ASAを適切に処方していくことにつながると思われた。

5-ASA、心タンポナーゼ

済生会横浜市南部病院 消化器内科
山城謙人, 所知加子, 金子芹奈, 諸橋啓太, 芝山幸佑, 松岡裕人,
渋谷俊祐, 鈴木悠一, 金丸雄志, 京 里佳, 石井寛裕, 菱木 智,
川名一朗

【症例】77歳 男性【現病歴】X年2月、貧血の精査目的で施行した下部消化管内視鏡で多発大腸ポリープを認めた。直腸Rbに約45mm(#1)と約25mm(#2)のIpポリープがあり、いずれも内視鏡治療適応と判断し、3月上旬にEMR目的で入院となった。【臨床経過】入院後、#1と#2のIpポリープに対しEMRを施行した。両ポリープとも一括切除したが、#1はサイズが大きく肛門からの回収に難渋した。最初にネットで回収を試みたが、肛門で引っかかり回収できなかった。次にオーバーチューブ外筒(内径16mm)を挿肛しその中に検体を引き込もうとするも内径が小さく困難であった。これ以上太いオーバーチューブは当院になかったため急遽30mlシリンジを切断し、内径約25mmのチューブを作成した。切断面が滑らかになるように火で熱して溶解させた。オーバーチューブと同様に挿肛し、五脚鉗子でシリンジ内に検体を引き込み、マギール鉗子で掴みながらシリンジと一緒に回収した。最終的に分割せず検体を回収でき、病理結果は両ポリープともTubular adenocarcinoma with adenoma component、粘膜内癌の診断となり、治癒切除の判定であった。【考察】EMR切除検体が大きく肛門通過に難渋する場合、スライディングチューブや、有柄肛門鏡を用いる方法が報告されている。我々も、当院採用のオーバーチューブを用いたが内径が小さく検体回収が困難であったため、太さを選択できるシリンジを加工する方法で対応し分割せず回収できた。病理診断を正確にするためにも検体を分割せず回収することは重要である。シリンジを加工することにより簡易的に内径の異なるチューブが作成可能であり、このような大きなポリープの回収に有用な方法の1つと考える。

大腸EMR、検体回収

東京医療センター 消化器科
村上宗一郎, 中里圭宏, 松谷直美, 平井悠一郎, 宮永亮一,
渡邊多代, 菊池真大

【緒言】活動期潰瘍性大腸炎(UC)の生物学的製剤の選択肢は増えており、インテグリンに作用するベドリズマブも1例である。ベドリズマブは効果発現が遅いことで知られるが、治療法の変更を検討するほど遅効性に反応した症例を経験したので報告する。【症例】19歳男性【既往歴】扁桃炎【現病歴】20XX-2年に中等症の全大腸型UCと診断しメサラジンを開始した。メサラジンに対してアレルギーがあり、ステロイドを開始したが、ステロイド抵抗性であり顆粒球吸着療法を施行して寛解導入した。その後は軽症で再燃することがあったが、顆粒球吸着療法で改善した。20XX年3月に再燃し、顆粒球吸着療法を施行しても改善せず、同年4月にアダリムマブを開始した。改善に乏しく同年6月に増悪したため同月よりベドリズマブを開始した。3投目投与3週間後に発熱で入院となったが保存的加療で改善し退院となった。その後も臨床症状の改善は乏しく、治療法の変更を検討していた。しかし退院1週間後に腹痛はあるものの血便は消失し、下痢やCRP値、内視鏡所見も改善し、ベドリズマブの投与を継続した。その後も徐々に症状は改善し、投与を継続している。【結語】ステロイド抵抗性の難治性UCに対してベドリズマブの3回の投与後も改善せず他の治療法への変更を検討していた際に有効性を示した興味深い1例を経験した。若干の文献を交えて報告する。

潰瘍性大腸炎、ベドリズマブ

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 産婦人科³⁾

早川富貴¹⁾、行徳芳則¹⁾、須田季晋¹⁾、草野祐実¹⁾、正岡梨音¹⁾、太田貴寛¹⁾、岡田 舜¹⁾、鈴木優仁¹⁾、藤原 猛¹⁾、山口真裕美¹⁾、鈴木一義¹⁾、吉富秀幸²⁾、高倉 聡³⁾、玉野正也¹⁾

症例は37歳、女性。20XX年6月に妊娠12週の検診でHBs抗原陽性を指摘され前医を受診。HBVキャリアーと診断され、腹部超音波検査を施行されたが特記すべき所見は認められなかった。妊娠30週に再診した際の腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘されたため、当科を初診した。初診時は妊娠32週であった。AST 20 U/L、ALT 14 U/L、ALP 337 U/L、LDH 152 U/L、GGT 12 U/L、T-Bil 0.53 mg/dL、TP 6.4 g/dL、ALB 2.9 g/dL、WBC 7.3 × 10⁹/L、RBC 3.48 × 10¹²/L、Hgb 10.7 g/dL、PLT 23 × 10⁴/μL、PT% 129.5%、AFP 1612 ng/mL、PIVKA-2 177 mAU/mL、AFP-L3 2.5%。HBs抗原陽性、HBs抗体陰性、HBc抗体抗力価陽性、HBc抗原陰性、HBc抗体陽性、HBV Genotype C、HBV DNA 2.5 LogIU/mL、HCV抗体陰性。腹部超音波検査では、肝Seg. 6の辺縁から肝外に突出する6cm大の腫瘍を認めた。ソナゾイドを用いた造影超音波では、腫瘍は早期血管相で均一に強く濃染し、クーパー相では周囲肝に比べて低エコーを呈した。同日に施行した単純MRIでは超音波所見と同様に肝Seg. 6に6cm大の腫瘍性病変認め、T2高信号・拡散強調像で高信号・ADC mapで信号低下を認めた。腫瘍は単発で、肝内転移および門脈腫瘍塞栓は認めなかった。以上より、肝細胞癌(cT2N0M0 cStage2)と診断。妊娠34週に帝王切開術と肝部分切除術を同日に施行した。妊婦の肝細胞癌は稀であり、予後が悪いとされてきた。しかし近年では妊娠を継続しつつ治療を介入することで、予後は改善傾向にある。一方で、妊娠合併肝細胞癌の多くはB型肝炎を病因としている。HBVキャリアーの妊婦においては、妊娠中の腹部超音波検査による肝細胞癌のスクリーニングが重要であると思われる。

B型肝炎、肝細胞癌

国立国際医療研究センター病院 消化器内科¹⁾、同 臨床検査科²⁾、

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科³⁾、

国立国際医療研究センター病院 病理検査科⁴⁾、

同 肝胆脾外科⁵⁾

篠原進太郎¹⁾、斎藤明子²⁾、遠藤 剛³⁾、大浦克之¹⁾、渡辺一弘¹⁾、栗飯原真人¹⁾、浦部昭子¹⁾、田中美帆¹⁾、龍野奈央子¹⁾、濱田麻梨子¹⁾、柳井優香¹⁾、赤澤直樹¹⁾、秋山純一¹⁾、柳瀬幹雄¹⁾、正木尚彦²⁾、野崎雄一³⁾、岸野裕也⁴⁾、三角健人⁴⁾、竹村信行⁵⁾、国土典宏⁵⁾

【諸言】HBV関連肝細胞癌(HCC)は、その病態により大きく予後が異なる。今回我々は、B型慢性肝炎を背景に、治療後経過中に極めて急速な転移を辿ったHCC症例を経験したので報告する。【症例】50歳男性【既往歴】うつ病【嗜好】機会飲酒、喫煙30本/日【家族歴】母B型肝炎、HCC【現病歴と経過】X-20年肝機能障害を指摘されるも放置。X-7年近医より肝酵素異常、HBs Ag(+)にて当科紹介受診。AST/ALT 62/125、eAg(-)、eAb(+), HBV-DNA 5.7 log copies/mL、BMI 28%。肝生検にてA2F1と診断された。X-6年エンテカビル開始。X-4年HBV-DNAは検出されず。X-3年肝酵素は正常化した。X-6年CTでS8に乏血性結節を指摘され、X-5年同部位を含む2か所(S8、S4)に多血性結節を認めHCCと診断。初回TACEを施行した。以後再発病巣に対しX-3年S6 TACE、X-2年S2/3 TACE+右葉肝動注後、肝外側区域切除術を施行。いずれもAFP上昇を認め治療後は正常化した。その後も4ヶ月ごとにCTで経過観察を行い、X年Y-4月の時点では小リンパ節腫大以外再発所見を認めなかった。X年Y月肝両葉に多発するリンパ管浸染、大動脈リンパ節腫脹、多発結節、多発骨転移を認めた。CA19-9軽度上昇以外腫瘍マーカーは陰性であった。多発肝転移の可能性も考え精査を行ったが他に原発巣は認めなかった。Y+1月肝腫瘍生検にて低分化型肝細胞癌と診断され、レンパチニブ12mg/dayを開始した。Y+3月CTでHCCは一時的に軽度縮小を認めるも以後増大。全身状態は悪化しY+5月転院先の病院で死亡した。【結論】本症例は肝炎の抗ウイルス剤開始前にHCCが発症し肝酵素正常化までに3年を要したこと、3度の治療は効果あるもHCCは多発傾向にあったことが、低分化型HCCを生じた要因と考えられる。肝切除術後約2年明らかな再発徴候を認めなかったが、このような病態を十分に認識し経過観察や治療を行うことが重要である。

肝細胞癌、B型慢性肝炎

佐野厚生総合病院 内科

須永将梧、岡村幸重、近藤まゆ子、北川清宏、野田まりん、久武祐太、寺元 研、東澤俊彦、関根忠一

【症例】70歳、女性。【主訴】呼吸困難。【経過】当院受診2ヶ月間に心筋梗塞に伴う心不全で他院にて加療を受けていた。この際に原発性胆汁性胆管炎による肝硬変を指摘された。利尿薬や選択的β遮断薬(ビソプロロール)の投薬を受けて退院し、直後の経過は良好であった。しかし当院受診前日から呼吸困難を自覚し、呼吸不全の状態により救急搬送となった。胸部X線写真では大量の右片側性胸水貯留を指摘された。胸水穿刺では黄白色乳状胸水が得られ、胸水中性脂肪高値かつ胸水蛋白質及びLDH低値であり漏出性乳糜胸水と診断された。腹部CT検査では極微量の腹水を指摘されたが穿刺採取は困難であった。手術歴・外傷歴や胸水の悪性所見などはなく、肝硬変および心不全による体液貯留の影響と判断された。穿刺排液を繰り返しながら利尿薬調整や非選択的β遮断薬(カルベジロール)導入が行われた。入院直後は排液後にも増悪する右片側性胸水の貯留傾向があったが、第17病日から胸水量が減少に転じたことから呼吸状態の改善があり、第20病日に軽快退院した。第28病日の胸部X線写真での肋膈隔膜角は鋭化しており、以後胸水出現の所見はない。【考察】乳糜胸水のほとんどは滲出性であり、漏出性は稀とされている。肝硬変は漏出性乳糜胸水の原因となり得。門脈圧亢進による胸腔内圧上昇が乳糜胸水出現に起因すると言われるが機序は明らかではない。我々の症例では保存的加療の中でβ遮断薬の変更が行われたが、これが門脈圧低下に作用し病態改善に寄与した可能性が示唆された。肝硬変に漏出性乳糜胸水を合併し、保存的加療により改善を認めた稀有な症例であり、文献的考察を交えて報告する。

乳糜胸水、肝硬変

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⁾

白滝理博¹⁾、小嶋清一郎¹⁾、荻原直樹¹⁾、津田真吾¹⁾、張つばみ¹⁾、新間淑雅¹⁾、横田 将¹⁾、安斎和也¹⁾、伊藤裕幸¹⁾、永田順子¹⁾、渡辺勲史¹⁾、鈴木孝良¹⁾、平岩真一郎²⁾

【症例】58歳 男性【主訴】血圧低下、発熱、右腰部痛【既往歴】アルコール性肝硬変(Child-pugh C)、肝細胞癌術後、難治性腹水、腹壁癰疽ヘルニア、2型糖尿病(糖尿病性壊疽：右下肢切断)、細菌性特発性腹膜炎、創部感染症、門脈血栓症【現病歴】糖尿病、アルコール性肝硬変で前医通院されていたが自己中断し、3年前に下肢のしびれで前医受診したところ超音波検査にて肝細胞癌(S6)を指摘され当院へ紹介となった。2年前に肝細胞癌に対して肝部分切除術を行い、その後は創部感染症や特発性細菌性腹膜炎、腹水増悪で複数回入院したが腹水穿刺と抗生剤加療で経過良好であった。X年3月に発熱、右側腰部痛で受診し、pre shock状態であったため緊急入院となった。入院時採血はWBC:11900/μL、AST:55U/L、ALT:35U/L、T-Bil:0.8mg/dL、CRP:13.7mg/dlであり、CTで腹壁癰疽ヘルニア近傍に低吸収域を認め皮下膿瘍と腸腰筋膿瘍が疑われた。さらに尾髄には90×65mmの巨大腫瘍が指摘されたがまずは全身状態の安定化を優先した。皮下膿瘍へ経皮的ドレナージを行い、全身状態の改善を待ってから右側腹部腫瘍を生検し、組織診・免疫化学染色よりびまん性大細胞性B細胞リンパ腫(DLBCL) germinal center B-cell-like (GCB) typeの診断となった。また、入院中に黒色便精査のため上部消化管内視鏡検査施行し多発胃・十二指腸潰瘍を認めた。PPIで治療後に再検しこちらもDLBCLであった。上記の経過よりAnn Arbor分類IV期 A分類、国際予後指標 3点(病期、LDH、PS)と診断した。血液腫瘍内科と協議し化学療法を開始する予定であったが、繰り返す感染と低栄養により肝機能は経時的に悪化しており、全身状態安定化のため転院となった。【考察】リンパ増殖性疾患と肝硬変の関係については1971年に報告されて以降報告数が増えており、HCV、HBC、自己免疫性肝炎との合併の報告は散見される。本症例はアルコールが背景の肝硬変であるがDLBCLを合併しており、上記以外の肝硬変でも悪性リンパ腫を留意した検査が必要であると考えられ、肝硬変と悪性リンパ腫について若干の文献的考察を踏まえて報告する。

アルコール性肝硬変、DLBCL

自己免疫性肝炎でフォロー中に二次性好酸球増多症候群を発症し偶発的に原発性硬化性胆管炎の合併が判明した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 膠原病内科³⁾
池田朱里¹⁾, 山口恵理子²⁾, 岩波慶一³⁾, 本村廉明²⁾, 平岡栄治¹⁾

【症例】36歳 女性【主訴】紅斑【既往症】劇症A型肝炎、アトピー性皮膚炎【現病歴・経過】X-5年前、劇症A型肝炎を発症し、支持療法で改善した。一時的にAST・ALTは正常範囲内に改善したが、肝障害が再度出現し遷延したため精査をした。血液検査では抗平滑筋抗体陽性、IgG 2804 mg/dLと高値であり、肝生検ではインターフェイシス肝炎およびリンパ球・形質細胞主体の浸潤を認め、自己免疫性肝炎(AIH)と診断した。プレドニゾン60mgを開始、漸減しプレドニゾン5-6mgで維持していた。X年5月に誘因なく紅斑が出現し、末梢血好酸球数が6000/ μ Lと増加していた。好酸球増多症候群(HES)の原因精査をしたところPR3-ANCA陽性が判明した。しかしANCA関連血管炎に合致する身体所見・臓器障害は認めず、併存疾患のアトピー性皮膚炎による二次性好酸球増多症候群(HES)と診断した。PR3-ANCA陽性を示す疾患の検索を行ったところ、MRCPで肝内胆管の数珠状拡張と総胆管の狭窄と拡張の混在を認め、原発性硬化性胆管炎(PSC)が疑われたが、HESを合併していたことから好酸球性胆管炎の可能性も考慮した。アトピー性皮膚炎およびHESに対してステロイド・シクロスポリン・デュピルマブを用いて加療を行い、好酸球数が改善したにも関わらず、胆管の所見に変化はなかった。X年10月に肝生検を施行した。病理所見は好酸球浸潤を認めず、比較的中枢側の胆管周囲に輪状の線維化所見を認め、PSCに矛盾しない所見であった。以上よりAIHに合併したPSCと診断した。【考察】AIHにPSCが合併することはよく知られているが、症例としては少ない。今回、我々はHESの精査中PR3-ANCA陽性が判明し、それを契機にPSCの診断に至った症例を経験した。文献的考察を加え報告する。

自己免疫性肝炎, 原発性硬化性胆管炎

肝膿瘍に眼内炎を併発した2例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科
東 哲之, 田邊智英, 河野惟道, 新井泰央, 岩下 愛, 糸川典夫, 金子恵子, 厚川正則, 若切勝彦

【症例1】60歳代男性【主訴】発熱、左眼の視力低下【現病歴】47歳時に十二指腸Vater乳頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術後、糖尿病に対してインスリン治療を継続中、直近のHbA1cは7.5%であった。20XX年9月に39℃台の発熱、左眼腫脹および視力低下を主訴に当院眼科を紹介受診し眼内炎の診断で緊急入院となった。第2病日に眼内炎に対して硝子体手術が施行され、前房内の膿貯留および広範な網膜壊死を認め洗浄ドレナージが行われた。第3病日に原因検索目的に全身CT撮像したところ肝膿瘍が認められたため、当科紹介となった。【経過】抗生剤PIPC/TAZ投与による加療に加え、第5病日に経皮的肝膿瘍ドレナージ術を施行したところ培養検査で*Klebsiella Pneumoniae*を検出した。第8病日、眼球内の感染コントロール不良により視力回復は困難との判断となり眼球摘出術が施行された。術後の経過は良好で第29病日自宅退院となった。

【症例2】60歳代男性【主訴】倦怠感【病歴】20年来2型糖尿病に罹患しており内服治療継続中であり、直近のHbA1cは9.1%であった。20XX年5月倦怠感が出現したため前医を受診した。腹部エコーおよび腹部CTで肝膿瘍の診断となり前医入院し抗生剤CEZ投与による治療が開始となった。その後徐々に右眼の視力低下を認め、第10病日には光覚弁の状態となり当院転院搬送となった。眼科で内因性眼内炎の診断となり緊急入院となった。【経過】肝膿瘍に併発した眼内炎と診断し、抗生剤PIPC/TAZ、抗真菌薬MNZ投与による加療を開始した。転院後第2病日、眼内炎に対し硝子体手術を施行した。菌塊による硝子体混濁と、網膜壊死が認められた。肝膿瘍に対しては保存的治療のみで徐々に膿瘍の縮小が得られた。血液培養、硝子体培養いずれも陰性であった。眼球に対しては眼科にて複数回の硝子体手術が行われたが、最終的には光覚弁の状態となった。

【結語】肝膿瘍は血行性に他臓器に感染を引き起こし、特に眼内炎を併発することがあり注意を要する。易感染性の基礎疾患を有する肝膿瘍に眼内炎を併発した2例を経験したため、文献的考察も含め報告する。

肝膿瘍, 眼内炎

Budd-Chiari症候群を呈した巨大肝嚢胞に対して経皮的嚢胞ドレナージが奏効した1例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科¹⁾,
横浜市立大学附属病院 消化器内科学²⁾
横濱一博¹⁾, 國司洋佑¹⁾, 塚本 恵¹⁾, 曾谷祐貴¹⁾, 柳橋崇史¹⁾, 加藤佳央¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】74歳男性。心窩部痛、下腿浮腫で前医を受診し、巨大肝嚢胞・肝障害を指摘され、当院を紹介受診した。腹部超音波・CTで150×100 mmの巨大肝嚢胞と胸腹水を認め、嚢胞の圧排により下大静脈は狭窄していた。血液検査では、AST 67 U/L, ALT 104 U/L, ALP 711 U/L, γ -GTP 272 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認め、1ヶ月間で4 kgの体重増加、著明な下腿浮腫も認め、3年前のCTでは120×90 mm大であり、その他の症候は認めなかった。巨大肝嚢胞により下大静脈が圧排され続発性Budd-Chiari症候群を来したと判断した。超音波ガイド下で経皮的経肝的嚢胞穿刺を行い、7Fr. ビッグテール型カテーテルを嚢胞内に留置し、黄色透明な内容物を1200 ml用手吸引した。嚢胞造影で胆管と交通がないことを確認し、術当日・翌日にそれぞれミノサイクリン塩酸塩を300 mgずつ注入した。術翌日の血液検査では、AST 21 U/L, ALT 32 U/L, ALP 378 U/L, γ -GTP 156 U/Lと改善した。第6病日に嚢胞造影で病変が縮小していることを確認しカテーテルを抜去した。心窩部痛、下腿浮腫は著明に改善し、第8病日に軽快退院した。3週間後の腹部CTでは嚢胞径は75×50 mm大に縮小し、胸腹水は消失し、体重は元の体重に減少した。4ヶ月後のCTでは嚢胞径30×15 mmまで縮小し、10ヶ月後には10 mm以下の小嚢胞が数ヶ所に残存するのみとなった。【考察】今回、多彩な症候を呈する巨大肝嚢胞に対し、ドレナージ術が著効した症例を経験した。下腿浮腫、胸腹水、肝障害は肝嚢胞の上下大静脈圧排によるBudd-Chiari症候群様の症候として、また心窩部痛は巨大嚢胞の腹部直接圧排による症状として説明可能である。巨大肝嚢胞によりBudd-Chiari症候群様症候を来した報告は少なく、これをドレナージで改善させた報告は検索範囲で存在しなかった。貴重で示唆に富む症例であったため報告する。

Budd-Chiari症候群, 肝嚢胞

巨大肝嚢胞により下大静脈症候群を発症し、経皮的肝嚢胞穿刺・経皮的ミノサイクリン投与により軽快した1例

横須賀共済病院 消化器内科
宇賀美杉, 田中志尚, 白川純平, 大山文子, 新見真央, 大坪加奈, 野澤さやか, 古谷晴子, 小馬瀬一樹, 田邊陽子, 新井勝春, 渡辺秀樹, 鈴木秀明

【症例】84歳女性。【既往歴】たこつぼ型心筋症、慢性心不全、高血圧症、変形性膝関節症。【主訴】右側腹部痛、両下腿浮腫。【現病歴】X-1年9月、近医で肝障害(AST 116 U/L, ALT 79 U/L, ALP 1,934 U/L, γ -GTP 799 U/L)を指摘され当科紹介受診となった。CTにて肝に複数の嚢胞を認め、うち右葉には16×13 cmの巨大肝嚢胞を認め、これにより正常肝が圧排されて肝障害を来したと考えた。外科に開窓術の適応を相談するも、高齢でADL低下もあることより手術は施行しない方針となった。同年10月に経皮的肝嚢胞ドレナージおよび経皮的ミノサイクリン投与を行い、肝嚢胞の縮小および肝障害の改善を得た。その後は外来でフォローとし、無症状で経過しX年1月のCTで最大の肝嚢胞は11×7 cmにまで縮小していた。しかし、X年10月、徐々に体重増加あり右側腹部痛も伴うようになった。肝障害はAST 50 U/L, ALT 32 U/L, ALP 880 U/L, γ -GTP 239 U/Lと増悪しており、CTにて最大の肝嚢胞は14×10 cmと増大傾向となり下大静脈を圧排する程であった。両下腿浮腫も伴い増悪し階段昇降も困難となる程であり、肝嚢胞の上下大静脈圧排による下大静脈症候群を来していると考えた。同年11月、経皮的肝嚢胞ドレナージおよび経皮的ミノサイクリン投与を行い、下腿浮腫は著明に改善し肝嚢胞も縮小した。肝障害についてもAST/ALTは正常値、ALP 481 U/L, γ -GTP 118 U/Lと改善した。本症例について、文献学的考察も加えて報告とする。

肝嚢胞, 肝障害

那須赤十字病院 消化器内科

谷口亜依, 中田洋介, 江部敏生, 吉田 徹, 新井由季, 佐藤 隆, 小林恭子, 五十嵐高広

【症例】79歳男性。右上腹部を主訴に来院した。血液検査で炎症反応上昇を認め、腹部CTでは胆嚢頸部と胆嚢管に石灰化結石と緊満した胆嚢を認めたため急性胆嚢炎と診断した。以前より糖尿病性腎症4期を指摘されており、緊急手術を行うことによる透析のリスクを考慮し、保存的加療の方針となった。しかし翌日も症状改善せず、MRCPでは胆嚢底部内腔に空気貯留を認め気腫性胆嚢炎と考えられた。経皮経肝胆嚢ドレナージ（以下PTGBD）を行うと、血液と空気が吸引された。PTGBD後症状はすみやかに改善し、血液培養、胆汁培養からClostridium perfringensが検出され抗菌薬加療を継続した。早期の手術を検討したが、手術侵襲により緊急透析となる可能性があり、まずは抗菌薬加療で全身状態を改善させた上で、第14病日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後は緊急透析の必要はなく、経過良好で術後16病日（入院第30病日）に退院となった。切除検体の胆嚢壁構造は不明瞭であり、壊疽性胆嚢炎と診断した。【考察】気腫性胆嚢炎は胆嚢壁の虚血性変化に引き続くガス産生菌感染により胆嚢内、胆嚢壁内、稀に胆嚢内にガス像を呈し、ガイドライン上は中等症に分類される。糖尿病に合併しやすい、壊疽性胆嚢炎に発展すると穿孔して敗血症に移行しやすいと言われている。本症例も基礎疾患にコントロール不良の糖尿病があり、血液培養、胆汁培養からClostridium perfringensが検出され、壊疽性胆嚢炎に至った。急性胆嚢炎に対する治療方針については、手術リスクが高い患者に対してはPTGBDが推奨されており、本症例もPTGBDと抗菌薬投与で炎症を落ち着かせてから待機的に胆嚢摘出術を行ったことで、合併症なく術後経過したと考えられる。【結語】Clostridium perfringensによる気腫性胆嚢炎から壊疽性胆嚢炎に至り、PTGBD施行後待機的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した一例を経験した。文献的考察を加味し報告する。

壊疽性胆嚢炎, Clostridium perfringens菌血症

順天堂大学 医学部 消化器内科

岩野知世, 伊藤光一, 丸山紀史, 池村宗朗, 佐久間聖, 祇川真由子, 福岡浩文, 中寺英介, 上山浩也, 藤澤聡郎, 澁谷智義, 山科俊平, 池嶋健一, 椎名秀一朗, 永原章仁, 伊佐山浩通

【症例】60歳代 女性 【主訴】なし（胆嚢腫瘍に対する精査加療目的）【現病歴】2016年に右腎盂癌に対して手術歴があり、1年毎に造影CTで経過観察されていた。2020年1月に施行された造影CTで胆嚢内の腫瘍性病変と多発する肝腫瘍を認めた。胆嚢腫瘍は肝外胆管へ浸潤・進展し胆管閉塞を来していた。前医で内視鏡的胆管ドレナージが行われ、その際の胆管擦過細胞診で小細胞癌の結果となり、精査加療目的に当科を紹介受診した。【経過】前医での病理診断は細胞診のみであったため、当院では肝腫瘍から生検を施行した。HE染色ではN/C比が高く、クロマチンの凝集した裸核状の腫瘍細胞が木目込み状に充実性に増殖しており、背景には壊死も散見された。免疫染色ではKi-67 index 80-90%の結果であった。前医の病理診断と合致する結果であり、胆嚢原発神経内分泌癌と診断した。化学療法は小細胞肺癌に準じて、シスプラチン+イリノテカンを選択し、3月より治療を開始した。4コース目終了時点で造影CTではSDの判定であり、NSEなどの腫瘍マーカーは低下していたため腫瘍抑制効果は得られていると考えられた。しかし、その後腫瘍は増大傾向に転じ、6コース目終了時点で全身状態不良のため化学療法の継続が困難となった。原病の進行により、10月に永眠した。OSは7ヶ月でPFSは5ヶ月であった。【結語】胆嚢原発の神経内分泌癌は稀な疾患であり、特徴的な画像所見が無く治療方針決定のために病理診断が重要となる。原発巣と転移巣の病理検査から診断し、化学療法を施行した症例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

神経内分泌癌, 胆嚢

JAとりで総合医療センター 消化器内科

川内結加里, 佐藤陽香, 磯崎 岳, 三代博之, 相川恵里香, 永井瑞紀, 後藤文男, 嶋田 謙, 河村貴広

【背景】肝仮性動脈瘤は頻度の低い病態だが、破裂した場合は大量出血を来し致死的な経過をたどる可能性がある。今回我々は、急性胆嚢炎に対し内視鏡的胆道ドレナージを施行後、肝仮性動脈瘤破裂によると考えられる肝被膜下出血・胆道出血を来した一例を経験したため報告する。【症例】75歳男性。X年X-X月総胆管結石性胆管炎に対し逆行性経胆管造影（Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography, ERCP）で胆管ステントを留置している。同年X月に発熱・皮膚黄染・体動困難で当院を受診した。来院時、体温37.4℃、血液検査ではWBC 7690/μl、CRP 11.08 mg/dl、T-Bil 5.13 mg/dl、ALP 1693 U/lと炎症反応・肝胆道系酵素の上昇を、腹部単純CTでは既知の胆管ステント及び上流の肝内胆管の拡張を認め、ステント閉塞による胆管炎と診断、同日ERCPで胆管ステント交換を施行した。一時的に肝胆道系酵素は低下したが、第7病日にT-Bil 5.19 mg/dl、ALP 2554 U/lと再度増悪、Hb 12.2 g/dl（入院時15.0 g/dl）と貧血を認めた。単純CTで肝表に液体貯留・胆管内に軟部影があり、造影CTを撮像したところ肝S8に動脈瘤を認め、仮性動脈瘤破裂による肝被膜下出血・胆道出血と判断した。緊急の血管造影でextravasationを認め、TAEを施行した。その後、貧血の進行はなかったが、肝胆道系酵素高値が継続し、胆管内の血腫の影響を考え、第9病日にERCPを施行し胆管ステントを追加した。第22病日、経過良好にて退院となった。【考察】急性胆嚢炎後に発症した肝仮性動脈瘤破裂による胆道出血に対し、TAEを施行し軽快した症例を経験した。肝仮性動脈瘤の発生原因は、臨床的経過からは急性胆管炎の炎症波及及びERCP時のガイドワイヤー操作に伴う胆管壁損傷の2通りの可能性が挙げられるが、本症例では両者の複合的な要因が考えられた。急性胆管炎及びERCP後の肝仮性動脈瘤及び胆道出血は比較的稀な病態であり、文献的考察を加えて報告する。

胆道出血, ERCP

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

天野博之, 安井 伸, 山田四子, 山田俊儒, 菅 元泰, 浅野公将, 嶋田紀子, 泉水美有紀, 三浦義史, 永島裕樹, 横山昌幸, 日下部裕子, 杉山晴俊, 大野 泉, 三方林太郎, 加藤直也

【背景】自己免疫性脾炎（AIP）はリンパ球と形質細胞の高度な浸潤と線維化を組織学的特徴とし、自己免疫機序が想定される疾患で、ステロイド治療後の再発や自然寛解が報告されている。今回我々はIgG4上昇を伴う限局性脾腫大を呈し、自然寛解の後、血清IgG4上昇を伴わずにびまん性脾腫大を呈した1型AIPと考えられる症例を経験した。【症例】70歳代、男性。X-6年に血清IgG4の上昇とCTで限局性脾尾部腫大を認め当科に紹介となる。血清IgG4は2480 U/Lと高値で1型AIPを疑い、超音波内視鏡下穿刺吸引検査（EUS-FNA）や内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査（ERCP）で精査を行ったがAIPの診断基準を満たさなかった。無症状であったため経過観察としたところ、血清IgG4は自然に低下し、限局性脾尾部腫大も自然に改善した。以降も定期Followを継続していたところ、X年8月のCTで脾のびまん性腫大と脾尾部の主膵管拡張を認めた。血清IgG4は正常範囲内で脾外病変は認められなかった。X年9月の血液検査で肝胆道系酵素とビリルビンの上昇を認め、AIPの再燃による閉塞性黄疸が疑われ再精査となった。膵管造影で膵頭部から膵体部に主膵管の不整狹細部と脾尾部の主膵管拡張を認めた。また胆管造影で脾内胆管の狭窄を認め、減黄目的に胆管ステントを留置した。EUS-FNAでは悪性所見や高度のリンパ球や形質細胞の浸潤、IgG4陽性形質細胞浸潤、花筈状線維化、閉塞性静脈炎は認められなかった。臨床的にAIPが疑われ、ステロイド治療を行ったところ、脾腫大の改善が認められ、AIPと考えられた。自己免疫性脾炎臨床ガイドライン2018の診断基準では疑診であった。【考察】AIPはステロイド非投与例の56%で寛解が得られたと近年報告されている。しかしながら寛解後の経過については不明な点も多い。本症例はIgG4上昇を伴う限局性脾腫大を認めたが自然寛解し、約6年後にIgG4上昇を伴わないびまん性脾腫大で再燃したAIPと考えられる。本症例は自然寛解後のAIPの経過を知る上で興味深い症例であり、若干の文献考察とともに報告する。

自己免疫性脾炎, IgG4

横浜市立大学附属市民総合医療センター¹⁾ 消化器病センター¹⁾,
横浜市立大学 消化器内科学教室²⁾
湯川 達¹⁾, 西村正基¹⁾, 土屋洋省¹⁾, 戸塚雄一郎¹⁾, 杉森 慎¹⁾,
小宮山哲史¹⁾, 三輪治生¹⁾, 金子 卓¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 沼田和司¹⁾,
前田 慎²⁾

【症例】85歳女性【現病歴】X年2月 膵尾部腫瘍性病変の精査目的に当院紹介受診。腹部造影CTで膵尾部に長径25mmの遷延性濃染を伴う低濃度腫瘍を認めた。同月施行したEUS-FNAで胃体部より検体を採取した。生検検体から腺癌が検出され、膵尾部癌と診断した。【治療経過】X年4月 膵体尾部切除術・脾臓摘出術を施行し、病理診断はpT3(Rp1, PVsp1)N0M0 Stage2Aであった。S-1による術後補助化学療法を開始したが、有害事象のため2ヶ月で終了となった。以後明らかな再発所見なく経過していたが、X+4年5月に撮像した腹部造影CTで、胃の内腔から切除断端にかけて不規則に連続する不整形腫瘍を認めた。X+4年7月に上部消化管内視鏡を施行したところ、胃体上部後壁に長径35mmの1型腫瘍を認め、生検から腺癌が検出された。画像上の特異な腫瘍の進展形式と併せて膵尾部癌のneedle tract seedingによる胃壁再発の報告は未だ少なく、どのようにfollow upすべきか、更に症例を蓄積し検討する必要がある。今回、術後51ヶ月目で発見されたneedle tract seedingによる胃壁再発の1症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵癌, EUS-FNA

国立病院機構 水戸医療センター 消化器科
鄭 黎佳, 石田博保, 杉山雄太郎, 山浦正道, 下山田雅大,
伊藤有香, 山口高史

【はじめに】急性膵炎の成因のひとつとして高脂血症が知られている。特にTG値が1,000mg/dLを超える急性膵炎発症のリスクが高まるとされている。【症例】37歳女性【主訴】上腹部痛【既往歴】糖尿病、脂肪肝【内服歴】エンパグリフロジン、ビルダグリブチン、メトホルミン塩酸塩【家族歴】父：糖尿病、高脂血症【嗜好歴】飲酒習慣なし、喫煙歴：past smoker 10本/日×12年。【現病歴】2020年X月Y日上腹部痛が出現し、前医を受診、精査加療目的に当院へ転院搬送となった。【身体所見】腹部：腸蠕動音亢進減弱なし、平坦・軟、上腹部～臍周囲にかけて圧痛あり。【検査結果】pH 7.307, pO₂ 84.9 mmHg, BE -9.4 mmol/L, WBC 134,00 / μ L, Hb 17.6 g/dL, Ht 41.6 %, Plt 25.6万 / μ L, Amy 195 IU/L, Lip 62 U/L, Na 118 mmol/L, Ca 8.1 mg/dL, T-cho 1045 mg/dL, TG 9595 mg/dL, BUN 0.4 mg/dL, Cre 0.40 mg/dL, LDH 40 U/L, CRP 1.06 mg/dL。腹部CT：膵頭部を中心に腫大を認めた。前腎傍腔までの液体貯留あり。膵実質に明らかな造影不良域なし。胆石なし。【入院後経過】急性膵炎の診断で入院、来院時予後因子1点、造影CT grade 0点だった。大量輸液、蛋白分解酵素阻害薬、抗菌薬で治療開始した。第2病日予後因子2点、造影CT grade 2点、膵酵素上昇、WBC、CRP上昇を認めた。第2病日血漿交換療法、第2-4病日膵局所動注療法を施行した。第6病日腹部自発痛・圧痛は消失、第8病日食事を再開した。血糖コントロールを継続し、第27病日自宅退院となった。【結語】高トリグリセリド血症を伴う重症急性膵炎に対して早期に血漿交換、膵局所動注療法を施行しその後良好な経過をたどった一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

膵炎, 高トリグリセリド血症

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科
古城詩子, 野元勇佑, 牛尾真子, 矢野慎太郎, 磯野峻輔, 大川博基,
多田昌弘, 西慎二郎, 深見久美子, 中津洋一, 荻原伸悟, 岩本志穂,
降旗 誠, 北村庸雄, 長田太郎

【症例】59歳女性。【主訴】なし。【現病歴】X-1年10月に人間ドックで施行された腹部超音波検査で胆管拡張を認め、造影CT検査で偶発的に膵尾部に嚢胞性病変を指摘され精査加療目的にX年1月に当院紹介受診した。【経過】造影CT検査では、膵尾部に辺縁に強い造影効果を伴う腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査で膵尾部に20mm大の高エコー腫瘍を認め、内部の低エコー領域はソナゾイド造影で膵臓組織より強い造影効果を認めた。画像所見から嚢胞変性を伴った膵内分泌腫瘍を考えた。超音波内視鏡下穿刺吸引法での生検を検討したが、腫瘍の播種につながる可能性を考慮し施行せず、X年4月に診断的治療目的に腹腔鏡下膵尾部切除術を施行した。病理検査で膵尾部に異所性脾臓の白脾髄・赤脾髄認め、膵内副脾から発生したepidermal cystの診断であった。【考察】膵内副脾は半数以上が偶発的に発見され膵尾部に壁肥厚を伴うもしくは様々な固体物質を含む単房性の嚢胞であり、造影検査にて脾臓と同じ造影効果を示すことが特徴である。しかし術前に確定診断をつけることは難しいため外科的切除が行われることがある。膵尾部に嚢胞を認めた際に、膵内副脾も鑑別疾患として想起することが必要であると考えられた。本症例は稀であるが、鑑別診断を行う上で教育的であり若干の文献的考察を加えて報告する。

副脾, 膵腫瘍

東海大学医学部付属大磯病院 外科
間室奈々, 亀井佑太郎, 山田美鈴, 古川大輔, 鈴木俊之, 西 隆之,
高田英雄

症例は61歳女性。嚥下困難を主訴に前医を受診され、精査目的に当院に紹介となった。上部消化管内視鏡検査では上切歯裂28-31cm右側から後壁主体に黒色色調を呈する病変と31-34cmに黒色の粘膜面を認めた。生検結果はMalignant Melanoma、免疫染色結果はVimentin (+) HMB45 (+) MelanA (+) S-100 (+) MITF (+) SMA (-) Desmin (-) CD34 (-) C-KIT (+) DOG-1 (-) AE1/3 (-)であった。有意なリンパ節腫大や明らかな遠隔転移は指摘されなかった。食道悪性黒色腫cT2N0M0 cStage2の診断で右開胸胸部食道全摘、開腹胸骨後経路胃管再建術を施行した。切除標本の病理結果はMalignant Melanoma, pT1b-SM3, N1 (106R×1)であった。術後大きな合併症なく軽快退院となった。定期経過観察としていたが、術後2年のCTで多発肺転移・肝転移が指摘され、現在Nivolumabによる免疫療法を開始している。本邦において食道発生の悪性黒色腫は全食道悪性腫瘍の約0.1~0.2%と稀である。進行が非常に早く予後不良で、平均生存期間は1年未満とされている。治療に関しても一定の見解が得られていない。今回我々は表在型食道悪性黒色腫に対し外科的切除を行い、比較的長期生存が得られた1例を経験したため若干の文献的考察をふまえて報告する。

食道, 悪性黒色腫

東京医科大学 消化器内科学分野

中島啓佑, 香川泰之, 鈴木由華, 村松孝洋, 根本大樹, 清宮 怜, 松本泰輔, 森瀬貴之, 内田久美子, 班目 明, 小山洋平, 杉本曉彦, 福澤誠克, 糸井隆夫

【症例】69歳、男性【主訴】呑酸、胸やけ【現病歴】20XX-1年4月より呑酸、胸やけが出現し、4月下旬に前医を受診した。ボノプラザン・ファルマセド、アルギン酸ナトリウムを処方され内服したが、症状が改善しなかった。20XX年6月に前医で上部消化管内視鏡検査が施行された。食道粘膜からの生検組織診断で好酸球性食道炎が疑われたため、当院へ紹介受診となった。【経過】来院時の血液検査では好酸球数が軽度上昇し、同日施行した上部消化管内視鏡検査では、縦走溝、輪状溝、白色プラーク、粘膜肥厚、びらんなどの好酸球性食道炎を示唆する内視鏡所見が見られた。4ヶ所の病理検体から好酸球が平均93個/HPF見られ、好酸球性食道炎と診断された。吸入ステロイド嚥下療法としてブデソニド1.6mg/日の内服が開始された。1ヶ月半後の外来では臨床症状の改善を認め、同日施行された血液検査では血中好酸球数は正常化していた。ステロイド嚥下療法開始後約2ヶ月半後に経過観察の上部消化管内視鏡検査が行われたが、縦走溝は一部残存するも輪状溝は不明瞭化し、粘膜浮腫とびらは消退傾向であった。同日の生検病理像の好酸球浸潤は平均20個/HPFであり、組織学的にも改善が見られた。【考察】好酸球性食道炎は欧米に比して本邦では有病率が低いとの報告がある。さらに特徴的な内視鏡所見を呈さない症例でも病理組織所見から好酸球性食道炎の診断に至る症例もあり、典型的な内視鏡所見を呈する好酸球性食道炎は稀である。医学中央雑誌で2009年から2020年において、「好酸球性食道炎」をキーワードに検索したところ、好酸球性食道炎の診断に至ったと報告された症例は27例であった。中でも、びらんや潰瘍形成を伴うような顕著な炎症が示唆される症例はわずか4例であった。1例はPPI、2例は吸入ステロイド嚥下療法、1例はステロイド全身投与を行い、いずれも治療効果は良好であった。本症例ではPPI抵抗性だったが、吸入ステロイド嚥下療法が有効だった。典型的な内視鏡所見に加え、びらん形成を呈する強い炎症が認められた好酸球性食道炎を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

好酸球性食道炎, 吸入ステロイド嚥下療法

聖路加国際病院 消化器内科

岡本武士, 高木浩一, 福田勝之

【症例】70歳女性。1か月前から腹部膨満感を自覚したため他院受診。胃壁肥厚、肝内胆管拡張、11cm大の巨大卵巣腫瘍、腹膜播種の所見が見られ当院紹介受診となった。血液検査で軽度の炎症反応上昇のほか、CEA、CA19-9、CA125がいずれも軽度上昇していた。上部消化管内視鏡検査では食物残渣が目立ち、胃幽門部に全周性の壁肥厚と狭窄を認め、内視鏡が辛うじて通過可能であった。鑑別としてKrukenberg腫瘍を伴うlinitis plastica型胃癌、膵臓癌の胃壁浸潤と腹膜播種、卵巣癌の胃・十二指腸壁浸潤が考えられたが、胃粘膜の生検はGroup 1の結果であった。超音波内視鏡検査で膵内胆管の途絶を認めるも腫瘍影は認めず、胃壁の著明な肥厚を認めた。胃壁に対して19G針でEUS-FNAを行い、合併症なく終了した。印環細胞癌の診断とすため胃原発と考えられ、linitis plastica型胃癌として化学療法が開始された。【考察】Linitis plastica型胃癌では内視鏡下生検が陰性となり、診断に苦慮することが少なくない。いわゆるKrukenberg腫瘍の場合、胃と卵巣のどちらか原発で判断することが困難のこともある。開腹術の適否を含めた治療方針が大きく異なることから原発巣の特定は重要である。胃の印環細胞癌がlinitis plastica型を呈し得ること、Krukenberg腫瘍の原因となりやすいことが知られている一方、卵巣を原発とする印環細胞癌は報告があるものの、非常に稀である。胃原発と判断し、卵巣癌であった場合に適応となる開腹術を回避することができ、早期に化学療法が開始できた。胃壁に対するEUS-FNAの報告は増加傾向にあり、本症例のような場合において安全かつ有用であると考えられた。

胃癌, EUS-FNA

東京医科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 皮膚科²⁾鈴木由華¹⁾, 山内芳也¹⁾, 鳴瀬 郁¹⁾, 平泉泰翔¹⁾, 貝塚玄樹¹⁾, 神田遼弥¹⁾, 中井良輔¹⁾, 黒澤貴志¹⁾, 岩井もなみ²⁾, 大倉正寛²⁾, 西川哲史²⁾, 川上 洋²⁾, 祖父尼淳¹⁾, 原田和俊²⁾, 糸井隆夫¹⁾

症例は70歳の男性。20XX年に、心窩部痛を主訴に、当院を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査およびCT検査にて進行食道癌Stage4a、原発性肺癌 Stage2aと診断された。食道癌が予後規定因子と考えられたため、食道癌に対する治療として化学放射線療法(5-FU/ cisplatin併用療法)が開始されたが4コース終了後、PD判定となった。二次治療としてnivolumabが開始された。2コース投与後、甲狀腺炎を認めたため一時中断されたが、甲狀腺機能の鎮静化を確認してnivolumabが再開された。しかし、3コース目Day3頃より全身掻痒感、左側腹部痛を自覚し、day5からは38度台の発熱を認めるようになりDay8緊急入院となった。入院時に四肢を中心として体幹や頭部に小水泡が散在しており一部の水泡には痂皮が付着していた。皮膚科にて水痘と診断され、アシクロビルによる治療が開始された。nivolumabをはじめとした免疫チェックポイント阻害薬 (immune checkpoint inhibitor; ICI) による治療では日和見感染に関する報告は少ない。ICIとVZVの発症に関する報告も我々が医学中央雑誌で検索した限りでは報告がなく、PubMedでも症例報告は1例のみであった。しかし、免疫チェックポイント阻害薬が投与された悪性黒色腫患者740名を対象としたコホート研究ではVZVを含めた5例の重篤なウイルス感染症が認められたとの報告もあるため注意が必要である。一般的に高齢者水痘の発症機序としては、水痘または帯状疱疹患者に接触後、水痘が発症することから高齢者水痘は神経節のVZVとは別の外来性の再感染の可能性が考えられている。しかし、本症例はCOVID19の影響もあり外出はほとんどしておらず、接触は親近者に限られているため再感染のリスクは非常に低く再感染が再活性化かの判断は難しい。ICIと水痘の発症のメカニズムについては、ICIがT細胞を刺激することによってVZVに対する過敏反応が促進され発症に至るのではないかと推察されているが不明な点も多く、今後のさらなる研究が必要と考える。今回、我々はICI治療中に水痘を発症した高齢癌患者の一例を経験したため報告する。

免疫チェックポイント阻害薬, 水痘

がん研究会明病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 胃外科³⁾小野山裕亮¹⁾, 松野高久¹⁾, 並河 健¹⁾, 渡海義隆¹⁾, 吉水祥一^{1,3)}, 堀内裕介¹⁾, 石山晃世志¹⁾, 由雄敏之¹⁾, 平澤俊明¹⁾, 土田知宏¹⁾, 河内 洋²⁾, 布部創也³⁾, 藤崎順子¹⁾

【症例】60歳代女性。検診の上部消化管内視鏡で早期胃がんを認め、精査加療目的で紹介受診となった。当院における上部消化管内視鏡で体上部後壁に15mm大の0-IIcの早期胃がんを認め、深達度SM2と診断した。生検でpor, sigを認めた。術前診断cT1bN0M0、cStage1とし、腹腔鏡下胃切除術を施行した。しかし、術中に切除胃の肛門側切除端端陽性(固有筋層に広範にがん細胞が存在し、一部漿膜に達する)の迅速病理結果報告があり、早期胃がんと読んでいた病変が4型胃がんであることが発覚し、胃全摘に術式を変更する方針となった。術後の病理診断はAdenocarcinoma, por2>sig, pT4a, INFc, Ly0, V1b, Pn1b, pPM0, pDM0, pStageIIB : T4aN0M0であった。背景粘膜は幽門腺領域で腸上皮化生を認めず、G細胞過形成があり、胃底腺領域においては腸上皮化生が部分的にみられ、壁細胞減少とECL細胞過形成を認めた。免疫染色で同様の所見を確認し、自己免疫性胃炎(Autoimmune Gastritis:以下AIG)に合致した。保存血清の測定でもガストリン値3300 pg/mL、抗胃壁細胞抗体X80であった。【考察】AIGは胃がんの発生源の一つとして考えられている。そのリスク要因として、(1)悪性貧血の合併、(2)高度の萎縮性変化、(3)腸上皮化生の存在、(4)AIGの長期罹患、(5)50歳以上などが挙げられるが、いずれもAIGの晩期に認められる特徴であり、胃癌発生もAIGの晩期合併症の一つと言える。しかし、AIGにみられる胃がんは、高度に萎縮した胃体部に多く見られ、組織型は高分化型腺癌、深達度は粘膜内癌が多いとされている。検索した限りではAIGに発症した進行胃がんの報告はあったが、スクリス胃がんの合併は見られなかった。AIGにおける胃がん発生の機序に関してはいまだに不明な点が多く、スクリス胃がんを合併した今回の症例について、文献的考察を含めて報告する。

自己免疫性胃炎, スクリス胃がん

千葉大学附属病院 消化器内科

小川慶太, 金山健剛, 加藤 順, 石川 翼, 白鳥 航, 長島有輝, 大浦弘高, 金子達哉, 徳長 鎮, 明杖直樹, 太田佑樹, 沖元謙一郎, 斎藤景子, 松村倫明, 新井誠人, 加藤直也

【背景】カプセル内視鏡(CE)を施行する際、消化管の開存性を確認するためパテンシーカプセル(PC)を使用する。今回、予期しない形でPCの遺残を指摘された症例を経験した。【症例】45歳女性。19年前に小腸型クローン病を発症した。9年前回腸穿孔発症し、回盲部切除・回腸人工肛門造設、6年前に人工肛門閉鎖を行った。その後アゲリムマブで加療していたが、1年前にS状結腸穿孔により横行結腸人工肛門造設を行った。今回、病状経過観察のためにCEを予定し、開存性確認のためPCを服用した。3日後の再診日までに人工肛門から排泄を確認できず、同日撮影した腹部レントゲンにおいても遺残は見られなかった。血液検査で炎症反応の上昇が見られたことから病勢の増悪が疑われ、さらに3日後に造影CTを撮影すると、回盲部切除後吻合部を中心に炎症所見が見られた。PC内服後45日目に経人工肛門小腸ダブルバルン内視鏡検査を行うと、回腸人工肛門閉鎖部に活動性潰瘍を伴う狭窄を認め、狭窄部の口側に虚脱したPCのコーティング膜を認めたため、鉗子で狭窄の肛門側へ誘導した。狭窄部口側には潰瘍が散在し、高度変形のためさらに口側への挿入は困難であった。【考察】本症例ではPC内服後にレントゲン、CTで遺残が確認されなかったため排泄されたものと考えられたが、その後の内視鏡により高度消化管狭窄の口側にコーティング膜を認めた。高度の狭窄・変形によりPCが早期に崩壊し造影剤が漏れ出たものと考えられ、VCEを行っていた場合停留する可能性が高かった。日常診療においてPCの排泄が確認できないことは多く、その場合33時間以内にレントゲンを撮影し遺残がない場合にはすでに排泄されたものと考えVCEを施行することがある。しかし本症例のように画像上PCを確認できなくとも早期に崩壊している場合もあり、狭窄・変形が疑われる症例においてはVCE停留のリスクを十分に考慮すべきである。【結語】小腸型クローン病の症例で、PCの排泄がなく、画像上も認めなかったものの、狭窄部に遺残していた症例を経験した。同様の症例は複数あり、注意すべきである。

パテンシーカプセル, クローン病

東京警察病院 消化器科

植倉知水, 徳山信行, 塩川俊郎, 三好耕太郎, 中田和智子, 八木岡浩, 小椋啓司

【症例】93歳男性【主訴】下痢【現病歴】2019年7月x日から下痢があり、x+2日から脱力、食思不振、発熱を認めた。x+3日に自宅で倒れているところを妻が発見し、救急を請された。血液検査でCRP 13.5 mg/dL, WBC 11700/μLと炎症反応の上昇を認め、精査加療目的に入院とした。【既往歴】高血圧、前立腺癌【入院時現症】体温36.9度、血圧132/57 mmHg、脈拍83/分、整、SpO2 96%、意識清明、口腔内汚染あり、眼瞼結膜貧血なし、頸部鎖骨上リンパ節触知せず、心雑音なし、右肺優位に両側下肺にcrackles聴取、腹部異常所見なし、下腹浮腫なし、皮膚乾燥あり、足底・手掌に発疹散在。【入院後経過】入院時の継続する下痢から感染性腸炎と考え、抗菌薬投与を開始し、徐々に軽快した。入院時の血液培養からグラム陰性フィラメント状桿菌の検出あり、生活環境を改めて聴取すると、1年前から家にネズミが出現し、接触の可能性があるとのことで、鼠咬症を疑った。抗菌薬により炎症反応、全身状態の改善が得られ、第23病日で抗菌薬投与を終了し、退院された。当院で起因菌確定できず、後日、国立感染症研究所で血液培養検体からPCR法による特異的遺伝子検出を行い、Streptobacillus notomytisと同定された。【考察】鼠咬症は3~10日の潜伏期を経て菌血症を起こし、皮疹や発熱、多関節炎をきたす比較稀な感染症で、意識障害、肺炎、髄膜炎など多彩かつ重篤な病態を合併することがある。S. moniliformisは野生ラットの口腔内常在菌で、2015年にクマネズミ由来株が、S. notomytisとして、S. moniliformisから独立した新菌種として提唱された。鼠咬症は、咬傷がなくとも糞尿で汚染された飲食物を介した経口感染や吸入感染が知られている。未治療時の致死率は13%とされ、治療はペニシリン系、セフェム系、テトラサイクリン系の抗菌薬が奏功する。本症例では、下痢の他、発熱、脱力、頸部痛、皮疹を認め、抗菌薬投与にて治療した。【結語】下痢で発症したS. notomytisによる鼠咬症の1例を経験した。原因不明の多彩な症状を認めた際には、居住環境を含む詳細な問診が必要である。

下痢, Streptobacillus notomytis

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 消化器・肝臓内科¹⁾,同 検査科²⁾金子桂士¹⁾, 中河原浩史¹⁾, 菊田大一郎¹⁾, 堤菜津子¹⁾, 藤川博敏¹⁾, 桂 義久²⁾

【緒言】小腸潰瘍瘻瘻の経過観察中に小腸穿孔を来した症例を経験したので報告する。【症例】症例は60歳代、女性で、主訴は腹痛。既往歴には、卵巣嚢腫、子宮内膜症、子宮筋腫があった。5年前に貧血を指摘され、上部消化管内視鏡では十二指腸潰瘍瘻瘻、下部消化管内視鏡では非特異的腸炎と出血源がなく、小腸バルーン内視鏡を施行したところ、回盲部から約70cmの回腸に輪状潰瘍瘻瘻を伴う狭窄があった。悪性や炎症性腸疾患、結核等は否定的であり、狭窄部に点墨し外来で経過観察していた。経過良好であったが、突然臍周囲の腹痛があり、救急外来を受診した。受診時体温36.6℃、血圧113/61 mmHg、脈拍83回/分、整、眼瞼結膜に貧血なく、臍下部に圧痛と反跳痛があったが、筋性防御はみられなかった。CTで肝表面と十二指腸周囲に遊離ガスがあり、小腸穿孔疑いで緊急手術を施行した。腹部全体に膿性腹水が中等量あり、点墨部位に約1mm大の穿孔を認めたため、小腸部分切除術を施行した。術後の経過は良好で、術後8日で退院した。病理結果は、穿孔部に12×35mm大の潰瘍形成があり、肉芽腫・血栓形成や憩室、腸毒性病変は認められなかったため、単純潰瘍による穿孔の診断であった。【考察】全消化管穿孔の中で小腸穿孔は約22%と報告されているが、その原因は外傷が多く、非外傷性としてはヘルニア嵌頓やイレウスが多く、次いで異物、炎症、潰瘍、腫瘍、血管性病変、特発性がある。自験例では、外傷や腫瘍、血管性病変等、手術検体の病理結果から特異的な組織像は認められず、単純性潰瘍であった。非特異性単純性潰瘍は高齢者に多く見られ、下部小腸に発生する円形潰瘍で単発例が多く、深い潰瘍であることが多い。その中で穿孔は7%に認められたという報告がある。自験例では、比較的高齢で、穿孔部位も下部小腸の方である点から、非特異性単純性潰瘍と考えられ、非特異性単純性潰瘍が多発し癒着化することで、腸閉塞には至らなくとも狭窄部位の口側で小腸が拡張・菲薄化を繰り返し、腸管蠕動により一過性に内圧が上昇したことで、腸管壁が穿孔をきたした可能性があると推測された。

小腸穿孔, 非特異性単純性潰瘍

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

上地大樹, 村田依子, 鶴田絢子, 藤野洋平, 乾 麻美, 辻川真太郎, 後藤駿後, 内田苗利, 秦 康夫, 栗山 仁

【背景】十二指腸憩室内腸石はまれであり、穿孔、Lemmel症候群、腸閉塞などの合併症が報告されている。今回我々は、十二指腸憩室内腸石の落石により腸閉塞を発症し内視鏡的破砕を試みた1例を経験したので報告する。【症例】アルコール性肝硬変で通院中の65歳女性。嘔吐と左側腹部痛のため当院を受診した。CTでは上部空腸に閉塞機転を有する腸管拡張を認め、閉塞機転では腸管内に内部不均一な腫瘤陰影を認め、小腸閉塞の診断で入院となった。入院翌日に施行した上部消化管内視鏡では腫瘤を確認できず、CTで空腸肛門側への移動が確認された。腹部超音波では音響陰影を伴う38mm大の腫瘤が確認された。1年前のCTと比較すると十二指腸憩室内に同様の内部不均一腫瘤を認め、憩室内腸石の落石による腸閉塞と診断した。経鼻胃管による減圧で保存的加療としたが、第8病日のCTで腫瘤が上部回腸に停滞していることが確認された。第15病日に小腸鏡検査を施行し確認された腸石に対して把持鉗子・スネアによる破砕を試みたが腸石の一部の破砕に留まり、第17病日の小腸鏡でも同様の結果であったため、手術加療の方針とした。第19病日に開腹結石除去術が施行され、5cm大の腸石が摘出された。その後は、術後合併症なく経過し第27病日に自宅退院となった。【考察】十二指腸憩室内腸石は稀であり、合併症を生じた場合やCTで偶発的に発見されることが多い。これまでの報告では外科的摘出術が必要になる場合が多く、本症例では内視鏡治療を試みた。内視鏡により小腸閉塞部への到達は可能であったが、腸石の全貌は把握できず、把持鉗子、スネアによる破砕も奏功せず、外科的摘出が有効であった。【結語】我々が経験した腸石による腸閉塞について若干の文献的考察を含め報告する。

腸石, 腸閉塞

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
田中美帆, 秋山純一, 大浦克之, 篠原進太郎, 粟飯原隼人,
浦部昭子, 遠藤 剛, 龍野奈央子, 濱田麻梨子, 大武優希,
柳井優香, 渡辺一弘, 赤澤直樹, 横井千寿

【症例】20歳代男性【経過】X-11年 腹痛症状を契機にCrohn病と診断、X-8年にイレウスを発症し、小腸の高度狭窄と小腸-直腸瘻孔を認め、低位前方切除術および小腸部分切除術を施行した。その後はメサラジン、アザチオプリン、アダリムマブで治療していたが、年に1-2回肛門周囲膿瘍の再燃を繰り返し、その都度内服の抗菌薬加療で改善を認めていた。X-3年6月末より肛門周囲の疼痛あり、LVFX内服を開始しても疼痛増悪傾向であり7月7日入院となった。アダリムマブ中止し、11時方向の肛門周囲膿瘍に対して切開排膿しABPC/SBTを開始したが、CRP 4.6 mg/dLまで上昇したため第32病日に3時方向の膿瘍切開排膿を行った。第46病日にCRP 0.42mg/dLまで低下し、MRIにて膿瘍のコントロールを確認した上で、ウステキヌマブ260mg静注と抗菌薬はCPF 800mg+MNZ 1000mg内服に変更し、第50病日に退院となった。3週間後にはCRP陰転化し、以後は外来で8週毎にウステキヌマブ90mg皮下注を継続した。X-3年12月(ウステキヌマブ3回目投与時)に内服抗菌薬を終了した。X-2年2月(ウステキヌマブ4回目投与時)には痔瘻からの滲出液は消失し、MRIでは3時方向の肛門周囲膿瘍は残存するものの、11時方向は閉鎖を認めた。その後も8週おきのウステキヌマブ投与を継続していたが、X-1年4月から遠方に就職したことを機に通院が困難となりウステキヌマブ投与が12週間となった。X年5月の血液検査でCRP 0.27 mg/dL、X年8月にはCRP 0.37 mg/dLと上昇傾向でMRIで痔瘻の一部増悪を認めたため、再度8週毎の投与に変更しその後はCRP 0.14 mg/dLと正常化している。【考察】肛門周囲膿瘍を伴うCrohn病に対してウステキヌマブが奏功した一例を経験した。肛門病変を合併するCrohn病に対する内科的治療、特にウステキヌマブによる治療効果について文献的考察を加えて報告する。

Crohn病, 肛門周囲膿瘍

大船中央病院 消化器・IBD センター
鍋田陽昭, 森川吉英, 吉田篤史, 遠藤 豊

【症例】72歳、女性【主訴】下痢、食欲不振【既往歴】パーキンソン病【アレルギー歴】花粉症のみ【内服歴】レボドパ・カルビドパL100錠、プラミベキソール塩酸塩水和物、ウラビジル徐放カプセル【現病歴】X-1年7月に前医神経内科でパーキンソン病と診断され、治療を開始した。治療開始直後から1日5回以上の下痢が出現し持続。X年6月に前医消化器内科を受診したが原因が特定できず。X年7月に当院に紹介となった。食事摂取不良のため精査目的に入院となった。【経過】腹部所見はなく、採血ではWBC 4590/ μ l, CRP 0.61mg/dl, Alb 3.1g/dlと軽度の炎症反応上昇を認め、便培養ではClostridium difficileが検出した。CMV Antigenemia, 結核菌特異的IFN- γ は陰性であった。腹部CT検査では全結腸に浮腫があり、慢性下痢症の検索として下部内視鏡検査を行なったところ全結腸に地図状の発赤、びらんを認めた。第4病日に内服を全て中止し、レボドパ注射液の点滴を行なった。第5病日に下痢は改善、食事ができるようになった。第7病日にチャレンジテストとしてウラビジル徐放カプセルのみ再開したところ、数時間後には下痢が多量に出現したため第8病日に内服を中止し、下痢は改善した。その後は食事摂取良好のため第15病日に退院となった。【考察】薬剤関連の消化管障害はアレルギーや直接的な細胞障害、薬物の沈着、細菌叢の変化など原因は多岐にわたる。発症の確率が高いものなら想定しやすいが、そうでなければ症状と結びつけるのは難しい場合がある。詳細な問診から診断に至ったが、ウラビジルによる消化管障害の報告はなく貴重な症例と考えられ報告をする。

薬剤性腸炎, ウラビジル

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾・消化器病センター
清水 実, 藤川智章, 岩渕省吾

【症例】39歳男性。【主訴】腹痛。【家族歴】特記事項なし。【既往歴】副鼻腔炎。【現病歴】来院5日前に倦怠感と悪寒、体熱感を自覚。食思はなく、食事は摂取できず。深夜から頻回な水様性下痢と下腹部痛が出現。来院4日前、近医を受診し、腸炎の診断で帰宅。その後も下痢・腹痛・発熱が持続し、頭痛・腎部痛もあり、当院を紹介受診となる。【経過】来院時39.5度の発熱があり、身体所見では下腹部正中から右下腹部にかけて圧痛を認めた。採血では肝胆道系酵素が軽度上昇し、CRP 31.32mg/dLと著明な上昇を認めた。腹部エコー、腹部造影CTにて胆泥を認めたが、胆嚢炎や胆管炎を示唆する所見は認めず。第2病日に下部消化管内視鏡を施行したが異常所見は認めず。便培養、血液培養を繰り返したが結果は全て陰性であった。入院後も38-39度の発熱が持続し、不明熱として、熱源検索のために骨髓穿刺、骨髓液培養を行ったが有意な所見は得られず。第7病日に再度、腹部造影CTを施行した所、直腸の浮腫性肥厚と周囲脂肪組織混濁を認め、直腸周囲に膿瘍を疑う所見を認めた。骨盤部の造影MRIを施行し、直腸周囲に多発膿瘍を形成した直腸腸間膜脂肪炎と判断した。抗生剤投与を継続し、第10病日頃から徐々に水様性下痢は軟便に変化し、発熱・腹痛・腎部痛共に改善傾向を認め、第16病日に退院となる。退院1ヶ月後の骨盤部MRIでは直腸周囲の膿瘍残存を認めたが、採血でCRP・血沈は正常化しており、自覚症状もなく経過観察とした。また退院4ヶ月後の骨盤部MRIでは膿瘍の消失を確認した。【考察】腸間膜脂肪炎は一般的に予後良好な、可逆的な炎症性疾患である。高度な炎症を伴う場合、稀に膿瘍形成をきたすことが報告されており、既報では主に開腹ドレーナージ等が選択されている。今回、直腸腸間膜脂肪炎で直腸周囲に膿瘍形成を伴ったものの、保存的加療で自然消滅した1例を経験した。膿瘍形成を伴っていても、保存的に加療できる可能性を示しており、文献的考察を交え本例を報告する。

直腸腸間膜脂肪炎, 膿瘍

千葉大学 医学部附属病院 先端応用外科
加藤直菜美, 丸山哲郎, 上里昌也, 浦濱竜馬, 水藤 広,
山口有輝子, 米本昇平, 松原久裕

症例は64歳男性。他院にて直腸重複癌に対して低位前方切除術+D3郭清を施行し、pT3(SS)N1、Tis(M)N0M0であった。13ヶ月後の下部消化管内視鏡で吻合部直上に20mm大の0-Isp様の腫瘍を認め、生検でadenoma、high gradeの診断であった。吻合部直上の病変のため内視鏡治療困難と判断され当院に紹介となった。精査の結果、絨毛状の腫瘍であり表面構造からは完全には癌を否定できないが、深部浸潤は否定的であり内視鏡治療が可能と考えた。初回手術の消化管の吻合は機械的環状吻合としており、stapleは口側・肛門側の腸管壁を全層で2列になって貫いている。そのため粘膜下層剥離の際には、吻合部直上では内反した筋層に近接する形となるが、繊維化により層が同定出来ない場合にはstapleを切除しない限りは筋層切離も可能と判断しESDを開始した。予想通り、吻合部直上では繊維化が強く、層の同定は困難であったが、stapleを確認しながら剥離することで、穿孔なく切除可能であった。ESD時間は46分で合併症なく終了した。術後は経過良好であり、術後7日目で退院した。病理結果ではTubulovillous adenoma、high gradeであり、切除断端陰性で根治切除を得られた。大腸術後吻合部の腫瘍に対するESDは、医学中央雑誌、pubmedでも報告は稀である。報告内でも吻合部に対するESDは技術的に難しく合併症リスクも高いと言われている。今回、我々はstapleを含む消化管吻合部の構造を理解して望むことで、安全にESDを行うことが出来た。当院で経験した症例に関して、若干の文献的考察を含めて報告する。

ESD, 吻合部

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学
中田 昂, 植原大介, 橋本 悠, 田中寛人, 戸島洋貴, 栗林志行, 浦岡俊夫

【はじめに】炎症性腸疾患は近年増加傾向にあり、発症年齢が若いことから、長期罹患による発癌などが問題になっている。特に潰瘍性大腸炎は罹患患者数が多く、内科的治療での病勢コントロールに難渋し、外科的治療を必要とする処置などを必要とするケースも少なくない。一方、潰瘍性大腸炎の治療については、様々な薬剤や投与方法の開発が進められており、多くの治療法が選択可能となってきた。しかし、薬剤による副作用や長期的使用によるQOL低下など課題があるとされている。今回我々は、潰瘍性大腸炎による局所炎症のコントロールを目的として、一部疾患に対してすでに臨床使用されている自己組織化ペプチドを用いた動物実験により、新たな潰瘍性大腸炎治療薬について feasibility study を行い検討した。【方法】BALB/cマウスにデキストラン硫酸ナトリウム(DSS)2.5w/v%水溶液を10日間飲水させ、潰瘍性大腸炎(UC)誘発モデルマウスとした。投与7-9日目に生食塩液もしくは自己組織化ペプチドを注射した。炎症評価は、結腸の長さ及びDisease Activity Indexスコア、体重減少率で行った。【結果】生食注射群(n=5)/自己組織化ペプチド注射群(n=4)にて評価を行った。平均値の比較では、腸管長が69.36mm/75.71mm、DAIスコア(Day10)は3.8/2.8、体重減少率は20.6%/14.1%と改善傾向を認めた。両群での明らかな有意差は見られなかった。【考察/結論】自己組織化ペプチド注射により、潰瘍性大腸炎モデルマウスにおいて、腸管長の短縮、DAIスコア及び体重減少の抑制を認め、炎症局所コントロールに有用である可能性が示唆された。今後、サンプル数や薬剤投与時期について追加での検討を行い、潰瘍性大腸炎治療への臨床応用を目指す。

潰瘍性大腸炎, 自己組織化ペプチド

東海大学医学部付属東京病院 消化器肝臓センター 消化器内科¹⁾,
東海大学医学部付属病院 消化器内科²⁾
中村 孝¹⁾, 白石光一¹⁾, 森 貴裕¹⁾, 三島佑介¹⁾, 白滝理博¹⁾,
上田 淳²⁾, 仁品玲子¹⁾, 五十嵐宗喜¹⁾, 青木 純¹⁾, 鈴木秀和²⁾

82歳女性【主訴】腹部膨満。【既往】30歳帝王切開、40歳胆のう結石手術。65歳自己免疫性肝炎、2型糖尿病、脂肪肝。73歳食道静脈瘤結紮術。78歳肝臓ラジオ波焼灼術。79歳膀胱脱手術。両側尿管ステント留置【経過】4か月前から腹部膨満あり肝硬変による腹水と診断され紹介入院。【入院時検査】WBC6,790/ μ l, RBC343万/ μ l, Hb10.8g/dl, Ht33.9%, PLT14.3万/ μ l, PT62%, INR1.31, Ddimer11.9 μ g/ml, FDP10 μ g/ml, AT3 39, Alb2.3g/dl, Tbil4.7mg/dl, AST59IU/l, ALT13IU/l, γ -GTP52IU/l, ALP513IU/l, BUN10.1mg/dl, Cr0.77mg/dl, Na140mEq/l, K2.7mEq/l, CRP2.4mg/dl, NH356 μ g/dl, IgG3479mg/dl, IgA1152mg/dl, AFP30.2ng/ml 胸部・腹部CT: 肝臓内肝癌複数、門脈本幹血栓、腹水多量、肺野異常なし。腹水性状漏出性。【入院経過】フロセミド、スピロラクトン内服、アルブミン補給と腹水穿刺行いトルバタポン追加、2週間で体重は10kg減少した。門脈血栓に対しAT3製剤1500単位/日10日間行った。入院19日目発熱あり尿路感染と診断し抗菌薬開始、32日目に胸部CTで両側肺にcovid-19感染を疑わせる多発陰影を認めたため、同日PCR施行、翌日陽性が判明した。39日目の血小板が3日前の9.9万/ μ lから0.2万/ μ lへ急激に減少した。多量の吐血があり、食道静脈瘤破裂の可能性があり緊急内視鏡止血術を施行した。静脈瘤からの出血は認められず、胃粘膜のoozing複数個所に観察され、血小板減少に伴う出血と判断した。DICを疑い、セリンプロテアーゼ阻害薬持続点滴、AT3 1500単位開始、血小板輸血、RBC輸血、新鮮凍結血浆輸血を続けた。しかし血小板は上昇せず43日目は血小板0.3万/ μ lと改善なくFDP20、Dダイマー5.1 μ g/mlに増加した。44日目夜間に嘔気と吐血が出現し、45日目突然徐脈となり心停止となった。【考察】近年covid-19の血栓症合併が多数報告されており、本症例の突然死の原因としてもcovid-19関連の血栓症による肺塞栓が強く疑われた。covid-19拡大の比較的早期に経験した一症例として、文献的考察を加え報告する。

covid-19, 凝固異常

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
帝京大学溝口病院 第4内科²⁾,
日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科³⁾
金子桂士¹⁾, 藤川博敏¹⁾, 菊田大一郎¹⁾, 堤菜津子¹⁾, 中河原浩史¹⁾,
宮川 浩²⁾, 森山光彦³⁾

【症例】40歳の女性。既往歴なし、薬剤歴なし、飲酒歴1合/日。【現病歴】定期的に検診を受けていたが、肝機能障害を指摘されたことはなかった。今回、検診で肝機能障害を指摘されたため、当院を受診した。自覚症状はなく、AST 42 IU/l, ALT 49 IU/l, ALP 559 IU/l, γ -GTP 189 IU/lであったため、外来で定期的に血液検査や画像検査を行い、経過観察していた。既知の肝炎ウイルスは陰性で、ANA < $\times$ 40, AMA IF < $\times$ 20, AMA (M2) Ab < 1.5, anti-LKM-1Ab(-), ACA(-)であった。また、腹部超音波検査では肝実質はやや粗造で、VCTE 5.3 kPa, CAP 203 dB/mと正常であった。初診から約2か月後に、AST 189 IU/l, ALT 233 IU/l, ALP 908 IU/l, IgG 2372 mg/dlと悪化し、抗平滑筋抗体(ASMA)が320倍と判明したため、自己免疫性肝炎(AIH)を疑い、肝生検目的で入院となった。

【経過】肝生検の組織像では、慢性肝障害の像を呈していた。門脈域はリンパ球や形質細胞等の炎症細胞浸潤で拡大し、Interface hepatitisを伴い、肉芽腫も認められた。小葉間胆管は、原発性胆汁性胆管炎(PBC)における中沼分類CA2に相当する慢性胆管炎を認めた。肝実質では、炎症細胞浸潤や色素性組織球が散見され、CZ(N)(Centrilobular zonal necrosis)を一部の中心静脈域に認め、AIHの国際診断基準で15点、簡易法で7点であった。多彩な組織像やASMA陽性であったことから、肝炎型PBCにAIHのvariantを伴った病態と考え、プレドニゾン(PSL)25mg/日とウルソデオキシコール酸(UDCA)600mg/日より治療を開始した。1年かけて漸減し、現在PSL 5mg/日とUDCA 600mg/日で継続加療中であるが再燃はなく、ALT 6 IU/l, ALP 91 IU/l, IgG 694mg/dlと沈静化しており、今後も厳重に経過観察していく予定である。

【まとめ】原因不明の肝機能障害の中には、非典型的な自己免疫性肝炎が隠れていることがあるため、臨床経過や病理組織像などから総括して診断する必要がある。ASMAの測定はkeyになりえる。また、本例は肝炎型PBCにAIHの急性増悪時や急性肝炎型にしばしば認めらるCZ(N)を有しており、貴重な症例と思われるため報告した。

抗平滑筋抗体, 肝炎型PBC

東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科¹⁾,
東海大学医学部 内科学系 消化器内科学²⁾
吉原四方¹⁾, 杉山 悟¹⁾, 荒瀬吉孝¹⁾, 出口隆造¹⁾, 白井孝之¹⁾,
鈴木秀和²⁾

症例は40歳の男性で、三尖弁閉鎖症に対して生後1カ月にFontan手術・ASD閉鎖手術の既往のある患者。20XX年Y月、近医で大量腹水と肝腫瘍を指摘されたため同月他院を受診。精査にて巨大肝細胞癌・門脈腫瘍塞栓・多発肺転移の診断となり、積極的な治療は困難と判断された。自宅待機中の2か月後に少量の吐血を認め、当院入院となった。上部消化管内視鏡検査では、IMVDとPHG所見のみで活動性の出血性病変は認めなかった。その後、高度腹水に対してアルブミン製剤・ループ利尿薬・抗アルドステロン薬を使用しコントロールを図りつつ、シスプラチンによる肝動注化学療法を施行した。AFP・PIVKA-2の低下を認めたが効果は限局的で、肝動注療法を行った約1か月後に死亡された。先天性心疾患に対してFontan手術を行った長期経過中に、慢性的な心拍出量の低下と血流鬱滞により肝障害が生じ肝線維化の進展と肝細胞癌の発症をきたす報告例が稀ながらも認められ、定期的な肝画像検査が必要と考えられる。

Fontan術後, 肝細胞癌

東海大学医学部付属大磯病院 消化器内科¹⁾、
東海大学医学部 内科学系 消化器内科学²⁾
杉山 悟¹⁾、吉原四方¹⁾、荒瀬吉孝¹⁾、出口隆造¹⁾、
鈴木秀和²⁾

【症例】65歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】入院1か月前に心窩部痛で前医を受診され、胃炎と診断された。その後、心窩部痛が再発し当院受診され緊急入院となった。【既往歴】無し【入院時所見】腹部：平坦 軟 圧痛なし【入院時検査所見】白血球1.07万/ μ l、Hb 13.3 g/dl、血小板35.9万/ μ l、AST135 U/L、ALT 110 U/L、 γ -GTP 1255 U/L、ALP1383 U/L、CRP1.52 mg/dl、各種肝炎ウイルス検査：陰性、CEA175 ng/ml、AFP定量 10.2 ng/ml、CA19-9 1689 U/ml、PIVKA-2 21 mAU/ml【腹部エコー】多数の腫瘍を認めた。個々の腫瘍の境界は不明瞭であった。【造影CT】肝左葉から肝右葉S8やS7には肝実質を置換するような多発結節を認めた。境界やや不明瞭、辺縁有意な造影効果で分葉状、門脈優位相から平衡相にかけてdelayed enhancementを認めた。【造影MRI】Dynamic studyでは肝実質に比して乏血性の増強効果を示す結節も認めた。Central necrosisを来している結節もみられた。【入院後経過】肝腫瘍生検を施行したところ腫瘍包膜内にAlcian blue-PAS染色陽性の腺腔が散見された。免疫組織化学的に腫瘍巣は斑状にCK7陽性、CK20陽性でCK5/6やp63の陽性像もみられた。以上より腺癌と扁平上皮癌の混在を認め、腺扁平上皮癌と診断した。まもなく腫瘍崩壊症候群を生じたため水溶性ブレンディン20mg開始した。しかし、徐々に全身状態が悪化し化学療法の導入は困難であった。緩和医療の方針となり第22病日に死亡した。【考察】肝原発腺扁平上皮癌は、肝内胆管癌の亜型とされておりその割合は2~3%。成因は不明だが、腺癌と扁平上皮癌の移行像が病理学的にみられることが多い。悪性度が強く、巨大な腫瘍を形成し隣接臓器へ直接浸潤することも多い。CTでは肝内胆管癌と同様に造影効果が乏しいが、辺縁に強く造影効果を認めたり、内部に壊死や囊胞変性を認める症例が多いことが特徴である。確固たる治療指針は示されていないが、手術や胆管癌に準じた化学療法が施行される。【結語】肝原発腺扁平上皮癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

肝原発腺扁平上皮癌，肝内胆管癌

柏市立柏病院 消化器内科
村田 彩、戸田晶子、飯塚泰弘、飯塚和絵、藤木純子、沼田真理子、
望月奈穂子、酒井英樹

【症例】70歳、男性【現病歴】肝疾患の既往はなく機会飲酒の方。X年1月に失神のため当院循環器内科を受診し、CTで肝両葉の多発腫瘍を認め、当科を受診となった。当初は転移性肝腫瘍が鑑別に挙がり全身悪性腫瘍検索を行ったが悪性腫瘍は指摘できなかった。同年6月に肝腫瘍生検を施行しSuspicious veno-occlusive disease of the liverの結果であった。その後フォロー継続し、造影CTでは平衡相で淡く増強があり、EOB-MRIではGd-EOB-DTPAのわずかな取り込みあり、拡散低下はなしという所見であったが質的診断は困難であった。X年からX+4年の4年間で大きさの変化は最大の病変が22mmから25mmになったのみで明らかな増大はなかった。腫瘍マーカーもAFP、PIVKA-2、CEA、CA19-9は全て基準値内で経過していた。X+5年6月のEOB-MRIで肝S5に20mm大の新規病変の出現を認め、同年7月に肝腫瘍生検を施行したところepitheloid hemangioendotheliomaの診断となった。ラジオ波焼灼術による治療を行う方針とし、X+5年9月に肝S6、S7、S5のサイズの大きい3病変に対してラジオ波焼灼術を行った。今後、未治療の残存病変に対してラジオ波焼灼術による治療を予定している。【考察】肝原発類上皮血管内皮腫は稀な疾患で診断が困難であり、肝腫瘍生検をしても診断が難しいこともある。本症例も1度目の生検では診断に至らず、2度目の生検で診断した。治療法に関しては肝切除を行っている報告が多いが、本症例のように多発病変の場合は肝移植が検討される。しかしながら本邦では肝移植は現実として困難であり、本症例は転移がなく根治を目指してラジオ波焼灼術を選択した。肝原発類上皮血管内皮腫に対してラジオ波焼灼術を施行した症例は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝原発類上皮血管内皮腫，ラジオ波

社会医療法人 熊谷総合病院 消化器科内科
比留間晴彦、齋藤雅彦、土合克巳、松井真理子、門野源一郎、
石川武志、野村祐介、村上規子

【症例】60歳、男性。【現病歴】約3週間以上続く発熱にて当院受診、血液検査にて胆道系優位に肝胆道系酵素上昇を認めたため、当科紹介受診となった。発熱以外は症状の訴えはなく、身体所見上も特記所見を認めなかった。造影CT・MRCP・EUSなど各種画像検査は肝胆道系に総胆管結石など異常所見を認めなかったが、白血球とCRPが高値であったため、胆管炎として経口抗菌薬処方にて外来経過観察とした。経過観察中に突然の左側腹部痛を認め、造影CT再検にて脾臓梗塞、また、初診時に採取した血液培養からGNRが検出され、感染性心内膜炎を疑い精査加療のため入院した。【経過】経胸壁心エコー、経食道心エコーともに明かな疣贅を認めなかったが、口腔内常在菌である *Aggregatibacter aphrophilus* が検出されたことや、口腔内不衛生な状態であったことなども鑑み、臨床的に修正Duke心内膜炎基準から感染性心内膜炎と診断し、抗菌薬治療を継続した。左側腹部痛は数日で消失、発熱も数日で解熱し、新たな塞栓症状も認めず、経過良好のため、第20病日に退院した。【考察】本症例の肝胆道系酵素上昇の原因として、EUSを含めた画像検査にて明らかな異常を認めなかったため、敗血症性肝障害が考えられた。敗血症性肝障害の肝胆道系酵素上昇の機序など文献的考察を加えて報告する。

敗血症性肝障害，感染性心内膜炎

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学³⁾
千澤慶一¹⁾、武田和永¹⁾、澤田 雄¹⁾、渡邊 純¹⁾、佐藤 勉¹⁾、
千葉佐和子^{1,2)}、稲山嘉明²⁾、國崎主税¹⁾、遠藤 格³⁾

【背景】肝内胆管癌はhypovascularな腫瘍であり、dynamic CT早期相では、腫瘍濃染はほとんどみられない。早期濃染を呈する肝腫瘍の鑑別としては細胆管細胞癌や低分化型の肝内胆管癌が挙げられる。また、緩徐な発育を示す肝内胆管癌は非常に稀である。【症例】症例は70歳代男性。既往に舌癌、腎癌、糖尿病を認めた。前医で腎癌術後の経過観察目的でCTを定期的に施行していた。肝S8に2cm大の腫瘍影を認め、6か月後に2.3cm大、さらに11か月後には3.5cm大と増大した。Dynamic CTでは、早期濃染し比較的辺縁から造影される腫瘍で、肝血管腫の診断で経過観察されていた。腫瘍影を認めた当初から2年6か月後に、肝腫瘍は5cm大と増大したため、精査加療目的に当院に紹介受診された。ウイルスマーカーはHBc抗体陽性、腫瘍マーカーは、CEA・CA19-9は正常範囲で、PIVKA-II 47 mAU/mlの軽度上昇を認めた。原発性肺癌が併存し治療方針決定のため、肝腫瘍生検を施行した。低分化腺癌を検出し、免疫染色ではCK7、CK19は陽性、CK20、RCC、CDX2、GPC3、TTF-1は陰性であった。肝内胆管癌と術前診断し、肝S8亜区域切除を施行した。病理組織学的検討では、中分化から低分化腺癌の肝内胆管癌と最終診断した【考察】造影効果に富む肝内胆管癌はこれまでも報告されている。辺縁の増強効果が非常に強いもの、全体が均一に濃染されるもの、内部が不均一に造影されるものなどが報告されているが、本症例の濃染像は辺縁部が主体であった。【結語】今回我々は緩徐に増大した肝内胆管癌を経験した。緩徐に発育し早期濃染を呈する肝腫瘍でも、肝内胆管癌を念頭におくべきと考えられる。

肝内胆管癌，早期濃染

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科

原 英展, 新井啓介, 中野 悠, 普天間朝久, 申 貴広, 荒井克大, 金子由佳, 榎 一臣, 伊東詩織, 深見裕一, 池宮城秀和, 吉野耕平, 先田信哉

【症例】70歳代後半, 65kgの男性【既往歴】2型糖尿病, 高血圧, 狭心症【生活歴】飲酒歴や家族歴特記事項は認めない【現病歴】糖尿病で前医通院中。2020年7月に肝機能異常を認め腹部超音波検査を施行したところ, 肝右葉を占拠する巨大な肝腫瘍を認めた。精査加療目的に当科紹介受診となった。造影CTでは肝右葉に16×13cm大の巨大な多血性腫瘍を認め, 肝臓内の多発転移, 肺転移疑いを認めた。臨床上の病期診断ではT4N0M1 cStage4Bと診断した。肝炎ウイルスは陰性であり, 飲酒歴もないことや数年前から脂肪肝を指摘されていたため背景肝はNASHと考えられた。Child-Pugh scoreは5点, ALBI gradeは-2.31の2aであった。Up to Seven Criteriaを参考にレンパチニブを12mgから投与開始の方針となった。投与開始1週間後の定期外来で右季肋部痛と炎症反応高値および肝機能障害を認めた。同日緊急入院となり造影CTを施行したところ腫瘍内部の壊死と腫瘍内の出血を認めた。腹部所見や全身状態の悪化なく待機的にTAEの方針とした。TAE施行後は状態も安定し, 再度外来でレンパチニブ再開の方針となった。【考察】近年TACE不適の概念からTKIを早期に導入する症例が増えてきている。しかしレンパチニブによる強い血管新生阻害により腫瘍壊死や腫瘍内出血を来す症例も認めている。腫瘍内出血を来した際に保存的加療もしくはTAEを行うかは施設ごとで判断をしているのが現状である。今回TAEを行うことで良好な経過をたどっている1例を経験したため, 症例の経過とともに文献的な考察も含めて報告する。

レンパチニブ, 腫瘍内出血

東海大学医学部付属八王子病院 消化器外科

吉井久倫, 和泉秀樹, 阿部 凜, 関 太要, 宇田周司, 茅野 新, 数野暁人, 山本壮一郎, 向井正哉, 野村英治, 幕内博康

【緒言】胆嚢のNeuroendocrine Carcinoma(以下, NEC)は稀な組織型である。神経内分泌腫瘍の約0.5%が胆嚢を含む肝外胆管に発生する。非常に稀な胆嚢NEC2例を経験したため報告する。【症例1】55歳女性。腹部膨満感・背部痛にて精査加療目的に当院紹介受診。腹部超音波・造影CT:胆嚢底部に42×25mm充実性腫瘍を認め肝床部との境界は不明瞭であった。術前診断は胆嚢癌の疑いにて手術。術中所見:胆嚢癌は十二指腸球部壁に浸潤していたため胆嚢摘出+肝床部切除+十二指腸部分切除+Roux-en-Y再建を施行した。病理組織学的検査:大小不同の胞巣を腫瘍細胞がびまん性に浸潤増殖し低分化の組織像であった。免疫染色:クロモグラニンA(-) synaptophysin(+) CD56(+) Ki-67 70%であり胆嚢NECの診断となった。術後1か月で肝門部リンパ節再発を認め化学療法を行ったが, 術後1年で永眠された。【症例2】80歳女性。胆嚢炎後, 4年間外来で経過観察され, 定期的超音波で胆嚢腫瘍を指摘された。腹部超音波・造影CT:胆嚢から連続するようにS4/5に72×38×65mmの低エコー腫瘍を認め, 胆嚢癌の疑いにて手術。肝中央2区域切除を施行した。病理組織学的検査:N/C比の高い細胞が充実性胞巣構造をとり, 腺管形成に乏しい低分化の像であった。核分裂像は多数認められた。免疫染色:クロモグラニンA(+) synaptophysin(+) CD56(+) Ki-67 60%であり大細胞型の胆嚢NECであった。術後3か月無再発生存中である。【考察】胆嚢NECは非常に稀であり, 症例報告や少数の症例での報告がほとんどである。Lee et alは34例の胆嚢NECを報告し, 1年・3年・5年全生存率が64%・35%・19%と報告し非常に予後の悪い疾患と考えられる。症例1も術後1か月での早期再発であった。【結語】非常に稀な胆嚢Neuroendocrine Carcinomaの2例を経験した。

胆嚢, Neuroendocrine Carcinoma

横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科¹⁾, 同 病理部²⁾

笹本真嗣人¹⁾, 数下泰宏¹⁾, 清水康博¹⁾, 中山岳龍¹⁾, 三宅謙太郎¹⁾, 本間祐樹¹⁾, 熊本宜文¹⁾, 松山隆生¹⁾, 宇高直子²⁾, 遠藤 格¹⁾

当科では, 局所進行肝門部領域胆管癌に対して, 術前化学療法(NAC)を導入した後に切除を行うことで, 治療成績の向上に努めている。今回, NACを施行しpCRが得られ, 長期生存している症例を経験したため報告する。症例は63歳女性。近医にて閉塞性黄疸, 肝胆道系酵素の上昇を指摘され, 当科紹介となった。精査にて, 肝門部領域胆管癌の診断。術前画像より門脈浸潤, 右肝動脈浸潤を認めたため, NAC施行後に切除の方針とした。CTで原発巣は25mmであった。胆管ステントによる減黄を施行した後, NACとして, gemcitabine (GEM) + S-1 (GS)療法を計3コース行った。化学療法後, 腫瘍は8mmへ縮小を認め, Response rateはPRと診断した。術式は, 拡大肝門部胆管切除, 胆管空腸吻合, 右肝動脈合併切除再建術を施行した。術後病理では癌細胞の残存を認めず, 効果判定はpCRであった。術後補助化学療法としてGS療法を6コース施行した。術後7年無再発で経過していたが, 腹膜播種再発を認め, gemcitabine + cisplatin (GC)療法を開始した。6か月間SDを維持できたため, 腹膜播種切除を施行。4か月後に再度, 腹膜播種再発を認めた。GC療法, GS療法を1年半施行し, 再度, 腹膜播種切除術を行った。現在, 腹膜播種の多発再発を認め, 現在外来通院中である。腹膜播種再発を来しているものの, 術後12年と長期生存を得られている。今回我々は, 局所進行肝門部領域胆管癌に対してNACを含めた集学的治療を施行することで, 再発をきたしたものの現在まで12年と長期生存している症例を経験したので, 文献的考察を含めて報告する。

肝門部領域胆管癌, 術前化学療法

東京労災病院 消化器内科

高橋伸太郎, 副島啓太, 南雲秀樹, 上田基文, 折原慎也, 乾山光子, 大場信之, 西中川秀太

【症例】102歳, 女性【主訴】嘔吐, 悪寒【現病歴】20XX-7年急性胆管炎にて入院加療が行われた。20XX-1年12月, 20XX年2月, および3月に急性胆管炎・急性胆嚢炎で入院し治療が行われた。胆嚢・胆管結石を認めていたが, 超高齢であることから外科手術は施行されなかった。20XX年4月嘔吐と悪寒が出現し, 外来を受診した。血液検査で白血球増多を認め, CT検査では胆嚢壁の肥厚と胆道気腫を認めた。また, Treitz靱帯を越えた近位空腸に径3cm大の結石を認めた。同年3月のCT検査で認めていた胆嚢結石が消失していることから胆嚢結石が瘻孔から移動したのと考えられ, 精査・加療目的に入院となった。【既往歴】2型糖尿病, 認知症, 左大腿骨頸部骨折【身体所見】血圧146/83 mmHg, 心拍数127 bpm, 体温38.9℃, 右季肋部に圧痛あり【血液検査所見】WBC12400/μl, Hb 11.9 g/dl, T-Bil 1.2 mg/dl, AST 22 IU/l, ALT 15 IU/l, ALP 112 IU/l, γ-GTP 35 IU/l, CRP 0.46 mg/dl【入院後経過】絶食, 補液, 抗菌薬投与を開始したが, 第3病日に遠位空腸に移動した結石によりイレウスが惹起されたため, イレウス管を挿入し減圧を行った。第8病日にCT検査で結石が結腸に到達していることを確認できたため, イレウス管を抜去した。第9病日に食事を再開した。第15病日のCTで結石が排出されていることを確認し退院となった。【結語】医学中央雑誌にて2011年以降, 「胆石」「瘻孔」「イレウス」をキーワードに検索すると48症例の報告があった。そのうち41例が外科的手術が施行されており, 非手術は7例であった。7例のうち6例は内視鏡治療にて排石されており, 自然排泄されたものは1例のみであった。保存的治療で自然排泄された超高齢者の胆石イレウスを経験したので報告する。

胆石, イレウス

千葉ろうさい病院 消化器内科

高橋幸治, 齋藤 遼, 竹内良久, 後藤千尋, 栗津雅美, 石川賢太郎, 石神秀昭, 久我明司, 榎谷佳生

【背景】胆嚢は胆汁を含む臓器であり、穿刺による胆汁性腹膜炎や播種のリスクがあるため、胆嚢病変に対するEUS-FNAの適応は限定的とされ、報告例も少なく、まだ普及しているとは言いがたいのが現状と思われる。今回、胆嚢腫瘍に対するEUS-FNAで病理学的に診断し得た胆嚢癌の1例を経験したため報告する。【症例】77歳、女性。【現病歴】3か月前からの全身倦怠感と食思不振があり、当院を受診した。血液検査では、CEA 85.8 ng/mL、CA19-9 511 U/mLと腺癌の腫瘍マーカーの上昇を認めた。造影CT検査では、胆嚢内腔を充滿する腫瘍と、肝臓内に多発する腫瘍を認め、精査・加療目的で入院とした。【臨床経過】胆嚢腫瘍の多発肝転移であり、腺癌と神経内分泌腫瘍が鑑別と考えられた。全身化学療法を行うために病理学的診断が必要と判断し、入院2日目に胆嚢腫瘍に対するEUS-FNAを施行した。肝腫瘍は内部に液体成分を伴っており、壊死組織を採取する可能性があるため、胆嚢腫瘍を穿刺する方針とした。十二指腸球部より、22Gフランシーン形状穿刺針を用いて胆嚢腫瘍を穿刺して検体を採取した。胆嚢腫瘍の病理結果は低分化型腺癌であった。進行胆嚢腺癌T3aN1M1 cStage4Bの診断となった。EUS-FNAの病理結果を待つ間に食思不振が徐々に強くなったため、全身化学療法は希望されず、Best supportive careの方針となった。合併症はなく経過し、EUS-FNAから15日後に自宅に退院となり、EUS-FNAから31日後に永眠された。【考察】自験例では化学療法につなげることができなかったが、胆嚢病変に対するEUS-FNAは病理学的診断において有用な方法と考えられた。また、胆嚢病変に対するEUS-FNAの穿刺針は細径の25G針が一般に推奨されているが、22G針でも特に合併症など起こらず施行し得た。

EUS-FNA, 胆嚢

JCHO 横浜中央病院消化器・肝臓内科¹⁾,日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野²⁾菊田大一郎¹⁾, 中河原浩史^{1,2)}, 金子桂士^{1,2)}, 堤兼津子¹⁾,藤川博敏¹⁾, 森山光彦²⁾

【緒言】脾破裂は外傷によるものの報告が多く、非外傷性脾破裂は脾破裂全体の1%未満と稀な疾患とされている。原因として、悪性腫瘍、慢性肝炎の炎症波及、伝染性単核球症などが報告されている。今回アルコール性慢性肝炎を背景とした非外傷性脾破裂に対して保存的に加療した症例を経験したため報告する。【症例】50歳代、男性。アルコール性慢性肝炎の急性増悪で3回の入院歴があり、脾頭部に仮性脾嚢胞も形成していたことから外来にて経過観察中であった。10日前からの左側腹部痛を主訴に外来受診となり、腹部骨盤造影CTを施行したところ脾臓の被膜下に、血液成分と思われる高濃度域を伴う12cmの嚢胞様構造が認められた。非外傷性脾破裂が疑われたものの、活動性出血を示唆する造影剤の血管外漏出はなく、バイタルサインも安定していたこと、およびHb 9.0g/dlと高度貧血もなかったことから保存的加療での治療を開始した。第3病日にCT施行も病変の増大および造影剤の血管外漏出はなかったため、侵襲的治療介入せずに保存的加療を継続した。腹部症状および血液検査もその後は自然軽快し、第21病日に退院となった。その後も定期的に経過観察を継続しているが、発症後1年の経過で症状再燃および新規の出血は認めていない。【考察】非外傷性脾破裂の明確な治療基準はないため、症例に応じて治療方針を検討すべきである。本症例ではバイタルサインや入院時画像検査から脾臓摘出および経カテーテル動脈塞栓術を施行せずに、脾機能温存も加味し保存的加療で経過観察とした。仮性脾嚢胞の定期的な画像経過観察を施行していたため、非外傷性脾破裂の鑑別として注意すべき脾悪性腫瘍の可能性が高くないことも積極的に脾臓摘出を施行しなかった理由のひとつでもあるが、慢性肝炎急性増悪を再燃させないよう禁酒など患者教育を継続することも重要であると考えられた。

非外傷性脾破裂, 慢性肝炎

東海大学医学部付属大磯病院 外科¹⁾,東海大学医学部付属病院 消化器外科²⁾山田美鈴¹⁾, 古川大輔¹⁾, 間室奈々¹⁾, 亀井佑太郎¹⁾, 鈴木俊之¹⁾, 西 隆之¹⁾, 島田英雄¹⁾, 中郡聡夫²⁾

【症例】61歳 女性【現病歴】X-6年3月に肝内胆管癌にて肝S8亜区域切除を行った。病理組織学的所見は中分化型腺癌、腫瘍形成型、pT3N0M0 Stage3であった。術後補助療法として、S-1を6ヶ月間投与したが、X-4年4月のCTで外側区域に再発をみとめた。単発であったため、X-4年7月、外側区域切除を施行した。病理組織学的所見は初回切除病変と類似する中分化型腺癌であった。再度補助療法としてS-1を6ヶ月間投与した。X-3年7月のCTで傍大動脈リンパ節の腫脹があり、PET-CTでも同リンパ節にFDGの集積をみとめたためリンパ節再発と診断した。X-3年10月よりgemcitabine + cisplatinを開始し、X-2年4月のCTでは腫脹していたリンパ節は縮小した。耳鳴が出現し、X-2年5月よりgemcitabine単剤に変更し化学療法を継続しているが、X年9月のCTでもリンパ節は縮小を維持しており他臓器転移もみとめていない。肝内胆管癌術後再発に対し手術後、リンパ節再発があり、これに対し抗がん剤を継続し術後6年半と長期生存している貴重な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

肝内胆管癌, 長期生存

東海大学医学部 内科学系 消化器内科学¹⁾,同 基盤診療学系 病理診断学²⁾小玉敏生¹⁾, 川島洋平¹⁾, 森町将司¹⁾, 山路葉子¹⁾, 川西 彩¹⁾, 加川建弘¹⁾, 鈴木秀和¹⁾, 生駒 悠²⁾

【症例】54歳男性【現病歴】心窩部痛を主訴に、前医を受診した。腹部CTにて脾頭部に8cm大の腫瘍性病変と肝に多発する腫瘍性病変を指摘されたため、精査加療目的に当院紹介受診となる。【既往歴】拡張型心筋症、心房細動、COPD【家族歴】父：肺癌【経過】当院での腹部造影CTの所見では、脾頭部から十二指腸にかけて、低吸収を示す10cm大の不整形腫瘍性病変を認め、動脈相で腫瘍の一部に造影効果を伴っていた。病変近傍の腸管膜リンパ節の腫大があり、リンパ節転移が疑われた。肝両葉に、リング状造影効果を示す低吸収域が多発しており、肝転移と思われた。腹部造影MRIでは主病変は多房性嚢胞と充実部により構成され、充実部では強い拡散低下の所見を認めた。血液中のCEA、CA19-9は正常であった。脾頭部の病変に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)による生検を、肝転移巣に対して肝腫瘍生検を施行した。EUS-FNAによる細胞診の結果はClass V, adenocarcinomaであったため、多発肝転移を伴う脾頭部癌と診断した。化学療法の施行を検討していたが、腹部膨満の症状が増悪したため外来を受診された。精査目的に撮影した腹部CT上では、短期間での腹膜播種結節の著しい増大と腹水貯留を認めた。Performance Statusの悪化を伴っていたため化学療法は施行せず、緩和治療を行った。当院初診より第63病日に死亡退院となった。死後に病理解剖を施行し、組織学的に核の多形性の強い類円形から紡錘形細胞のびまん性、充実性増殖が見られ、免疫組織化学的にMDM2、CDK4が陽性であったことから脱分化型脂肪肉腫と診断された。多発肝転移、多発リンパ節転移、腹膜播種を伴っていた。生前のFNA検体においても免疫染色を再度施行し、MDM2、CDK4陽性が確認された。【考察】脂肪肉腫は悪性軟部腫瘍の10%を占めるが、そのうち脱分化型脂肪肉腫は約5%と比較的稀な疾患である。診断に難渋することも多いとされ、現在確立された治療はなく予後不良とされる。生前の診断確定が得られず、急速な転帰をたどった脱分化型脂肪肉腫の1例を経験したため若干の文献的考察を含めて報告する。

EUS-FNA, 肉腫

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科
新聞淑雅, 伊藤裕幸, 横田 将, 白滝理博, 張つほみ, 荻原直樹,
安斎和也, 津田真吾, 永田順子, 小嶋清一郎, 渡辺勲史,
鈴木孝良

症例は67歳、女性。20XX年5月に膵部皮下腫瘍を自覚していた。6月に腹痛を主訴に前医を受診した。身体所見上は20mm大の硬い皮下腫瘍として触知され、針生検にてAdenocarcinomaの組織像が得られた。当院画像では膵体部に70×40mmの腫瘍と尾側主膵管拡張が見られ、後日施行した内視鏡精査にて皮下腫瘍と同様のAdenocarcinomaが得られた。膵転移、多発肝転移、傍大動脈リンパ節転移を伴う膵体部癌 T4N1aM1 cStageIVとの診断で化学療法の方針となった。8月よりTS-1 80mg内服開始の上で膵体部に50.4Gr 28Frの局所放射線療法施行。TS-1は4週で投与終了とし、10月よりGnP(80%dose)療法3クール施行後、12月の腹部造影CT検査にて原発巣は縮小傾向が見られたものの多発肝転移巣の増大と右骨盤腔に巨大な嚢胞性腫瘍を認め、卵巣痛疑いにて婦人科にて、20XX+1年1月に右付属器切除術を行った。病理結果より膵癌と同様のAdenocarcinomaが得られ、右卵巣転移である事が判明した。2月よりGnP療法を再開するも、白血球減少と貧血の2系統の骨髄抑制が出現したが中止基準には達しておらず化学療法継続となった。3月に腹部造影CT検査にてPDの評価となるも抗がん剤投与後の骨髄抑制が強く、GnP療法6クール施行にて中止とした。5月よりFOLFIRINOX(80%dose)にて開始、有害事象は嘔気が出現するものの制吐剤にて自制範囲内であり、8月の腹部造影CT検査にてPDに評価であった。同時期より貧血の進行が見られ、定期的な輸血投与が必要な状態となる。9月より腹満感が出現し10月に腹部造影CT検査にて傍大動脈リンパ節転移増大あり、両側腎腎症が見られるものの腎機能障害は見られず。下腹浮腫の出現したため利尿剤投与開始とした。11月に乏尿と腎機能障害が見られ、リンパ節腫大に伴う両側尿管狭窄に対して尿管ステント留置にて腎機能改善するものの、X+1年11月に診断後14カ月の経過で死亡となった。悪性腫瘍の膵転移はSister Mary Joseph's nodule(SMJN)と呼ばれ、悪性腫瘍の遠隔転移としては比較的まれとされている。今回、膵転移を契機に発見された膵体部癌の1例を経験し、貴重であると考えたので膵癌の膵転移について本邦の報告例の文献的考察を加えて報告する。

膵臓がん、膵転移

獨協医科大学病院 日光医療センター 消化器内科¹⁾、
獨協医科大学病院 消化器内科²⁾
小島原駿介^{1,2)}、佐藤 愛¹⁾、佐久間文^{1,2)}、入澤篤志²⁾

【症例】70歳台、男性。【主訴】心窩部痛【現病歴】20XX-14年から高血圧、脂質異常症、慢性腎不全にて当院に通院していた。習慣性飲酒があり、20XX年Y-3月にアルコール性急性膵炎にて入院した。退院後も飲酒を継続しており、20XX年Y月飲酒後に心窩部痛が出現し、当院を受診した。アミラーゼの上昇と、腹部単純CTにて膵頭部周囲に脂肪濃度の上昇があり、急性膵炎と診断され再度緊急入院した。【身体所見】血圧83/59mmHg、心拍数39回/分、体温35.6℃、呼吸数18回/分、腹部：心窩部痛に自発痛・圧痛あり。【血液検査所見】WBC 10,790/ μ L、CRP 0.09mg/dL、BUN 45 mg/dL、Cr 3.86 mg/dL、LDH 126 IU/L、Ca 9.9 mg/dL、Amy 1,340 U/L【治療経過】腎機能は平時と変わらず入院時予後因子2点、CTgrade1点(単純CT)にて軽症膵炎と判定した。入院後、心窩部痛は改善傾向であったが、第3病日に39度の発熱を認めCTを再検した。脂肪濃度の上昇範囲の拡張はなかったが、膵周囲の後腹膜、網嚢内に気腫を認め、ガス産生菌感染による後腹膜気腫と考えられ、MEPMを開始した。開腹による腹腔内ドレナージの必要性や十二指腸穿孔等の可能性も考慮し、同日外科に転科した。転院後同日に、血圧と意識レベルの低下を認めたが、保存的加療にて改善し第10病日には食事を開始した。血培では起菌菌を同定できなかったが、膵炎の増悪なく状態が安定したため第13病日に当科に再転科し、抗菌薬4週間投与を行い退院した。後腹膜気腫は発症後26日の時点で残存していたが、消退傾向である。【結語】急性膵炎に後腹膜気腫を伴った一例を経験した。早期から広範囲の後腹膜気腫を伴う症例は稀であり、かつ保存的加療で改善したため、文系的考察を加えて報告する。

膵炎、後腹膜気腫

結腸瘻・十二指腸瘻を伴った感染性膵仮性嚢胞に對して内視鏡的閉鎖術が有用であった一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器病センター内科
藤井絳大, 藤本 愛, 水谷紗織, 中川皓貴, 木村祐介, 吉本憲介,
鳥羽崇仁, 原 精一, 宅間健介, 岸本有為, 伊藤 謙, 岡野直樹,
五十嵐良典

症例は80歳女性。20XX年5月2日に嘔吐、上腹部痛で他院を受診し特発性重症急性膵炎の診断で入院となった。保存的加療にて症状は軽快し、炎症反応や膵酵素も低下傾向であったが、6月初旬頃より再度炎症反応が上昇したため造影CT検査を施行したところ胃背側から右腎腹側にかけて膵仮性嚢胞を認め感染性膵仮性嚢胞と診断された。6月29日にドレナージ目的に当院消化器内科に転院となった。転院時、上腹部痛を認め血液検査ではCRP25.0mg/dl、白血球22,700/mm³と高値であった。入院後、膵仮性嚢胞に対して経皮的、経胃的ドレナージを施行の上それぞれの経路よりネクロセクトミーを施行したが上腹部痛は改善せず、CRPや白血球数も低下しなかった。ドレナージを施行したところ複数の膵仮性嚢胞結腸瘻及び膵仮性嚢胞十二指腸瘻が確認された。結腸瘻に対して計3回、十二指腸瘻に対して計3回の内視鏡用・全層縫合器Over-The-Scope Clip(Ovesco Endoscopy社)システムとSure Clip(エム・シー・メディカル社)を用いた瘻孔閉鎖を行い、10月23日にドレナージにて完全閉鎖を確認した。上腹部痛は消失しCRP2.2mg/dl、WBC5800/mm³と低下し、その後も悪化することなく経過した。ADL低下により自宅退院は困難となったため長期療養目的に11月18日に転院となった。今回、感染のコントロールが困難な結腸瘻、十二指腸瘻を伴う感染性膵仮性嚢胞に対してOver-The-Scope ClipとSure Clipを用いた内視鏡的瘻孔完全閉鎖が有用であった一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膵仮性嚢胞、仮性嚢胞結腸瘻

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第363回例会 Web開催にあたり下記の企業、団体より格別のご協力を賜りました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

日本消化器病学会関東支部 第363回例会
会長 白井 孝之

<共催セミナー>

アッヴィ合同会社

武田薬品工業株式会社

<寄付>

カイゲンファーマ株式会社

社会医療法人ジャパンメディカルアライアンス

キッセイ薬品工業株式会社

東海大学医学部同窓会（星医會）

宗教法人寒川神社 寒川病院

株式会社望星薬局

株式会社サンライフ

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

<広告>

アストラゼネカ株式会社

中外製薬株式会社

アッヴィ合同会社

株式会社ツムラ

アボット ジャパン合同会社

東亜新薬株式会社

EAファーマ株式会社

東海教育産業株式会社

大塚製薬株式会社

日本イーライリリー株式会社

株式会社大塚製薬工場

ノーベルファーマ株式会社

オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

ファイザー株式会社

杏林製薬株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

ギリアド・サイエンシズ株式会社

堀井薬品工業株式会社

株式会社JIMRO

マイランEPD合同会社

第一三共株式会社

ミヤリサン製薬株式会社

大鵬薬品工業株式会社

持田製薬株式会社

田辺三菱製薬株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

（敬称略50音順・2021年1月26日現在）