

日本消化器病学会 関東支部第364回例会

プログラム・抄録集



当番会長：東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 教授 池上 正

令和3年4月24日

Web開催

日本消化器病学会関東支部第364回例会

プログラム・抄録集

Web開催

当番会長：東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 教授 池上 正
〒300-0395 茨城県稲敷郡阿見町中央3-20-1
TEL：029-887-1161

会 期：令和3年4月24日（土）

<発表者、参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべてWebサイト内でのプレゼンテーションとなります。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 質問される方は、所属と氏名を明らかにし、質問フォームへ入力をお願いします。
6. 専修医・研修医セッションの発表については、奨励賞を選考します。
7. 参加費は2,000円です。
 - 1) サイトより参加登録をいただき、お支払いをお願いいたします。
 - 2) 参加登録が完了された方に、第364回例会のWeb開催へ参加の為のIDとパスワードをご連絡いたします。
また、参加証（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。
8. プログラム・抄録集をご希望の場合は、運営事務局までご連絡ください。1部1,000円にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）

※Web開催のサイトならびに参加登録は3月29日～4月24日を予定しております。
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第364回例会運営事務局
〒112-0012 東京都文京区大塚3-5-10 住友成泉小石川ビル6F
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
E-mail：jsge364kanto@sunpla-mcv.com/TEL：03-5940-2614

日本消化器病学会関東支部第364回例会

令和3年4月24日(土)

8：00～8：05			開 会 の 辞（第1会場）		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ（胃・十二指腸 ₁ ）1～3	8：05～8：23	阿部圭一郎			
(2) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸 ₂ ）4～6	8：23～8：41	五十嵐宗喜			
(3) 専修医Ⅲ（小腸・大腸 ₁ ）7～9	8：41～8：59	永山 学			
(4) 専修医Ⅳ（小腸・大腸 ₂ ）10～13	8：59～9：23	石橋 朗			
(5) 専修医Ⅴ（小腸・大腸 ₃ ）14～17	9：23～9：47	松本 太一			
9：47～9：52 休憩					
(6) 専修医Ⅵ（肝・胆・膵 ₁ ）18～21	9：52～10：16	須賀 孝慶			
(7) 専修医Ⅶ（肝・胆・膵 ₂ ）22～25	10：16～10：34	佐川 孝臣			
(8) 専修医Ⅷ（肝・胆・膵 ₃ ）26～29	10：34～10：58	市田 崇			
(9) 専修医Ⅸ（肝・胆・膵 ₄ ）30～33	10：58～11：22	三浦 亮			
			11：22～11：52 評議員会（第2会場）		
12：00～12：45 共催セミナー1（第1会場）					
「潰瘍性大腸炎の治療戦略～新規Biologics製剤を含めて～」					
埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科 准教授/埼玉医科大学かわごえクリニック IBDクリニック外来 加藤 真吾 先生					
司会 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 准教授 岩本 淳一 先生					
共催：田辺三菱製薬株式会社					
12：00～12：45 共催セミナー2（第2会場）					
「見えてきたHCV撲滅への道標—Hospital Microeliminationのすすめ—」					
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 先生					
司会 日立総合病院 副院長 鴨志田敏郎 先生					
共催：アッヴィ合同会社					
12：45～13：00 専修医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
13：00～13：55 特別講演（第1会場）					
「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—」					
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 先生					
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					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(10) 胃・十二指腸・小腸 34～37	13：55～14：19	西澤 俊宏	(18) 肝・胆・膵(1) 62～65	13：55～14：19	荒木 眞裕
(11) 大腸（1）38～40	14：19～14：37	前屋舗千明	(19) 肝・胆・膵(2) 66～68	14：19～14：37	星野 崇
(12) 大腸（2）41～43	14：37～14：55	大塚公一郎	(20) 肝・胆・膵(3) 69～72	14：37～15：01	山口 雄司
(13) 大腸（3）44～46	14：55～15：13	紀 仁			
15：13～15：18			閉 会 の 辞（第1会場）		

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式をご視聴ください。
(第1会場 12:45～)

特別講演 (第1会場 13:00～13:55)

「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—」

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 先生
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

………演者の先生ご紹介………

てらい しゅうじ
寺井 崇二 先生

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

現所属

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
新潟大学医歯学総合病院 肝疾患相談センターセンター長
光学医療診療部部長
栄養管理部部長
新潟大学研究推進機構 副機構長

学歴

1990年 山口大学医学部卒業
1997年 山口大学大学院医学研究科修了 医学博士（指導教官：沖田 極教授）

職歴

1990年-1991年 山口大学医学部附属病院医員（研修医）
1997年-2000年 アメリカ国立癌研究所（NCI/NIH）（客員研究員）
2010年-2014年 山口大学大学院医学系研究科 消化器病態内科学分野 准教授
2015年より 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
2020年より 新潟大学研究推進機構 副機構長

主な資格・学会活動

日本消化器病学会（甲信越支部支部長、再生医療研究推進委員会委員長、財団評議員）、
日本肝臓学会（理事、評議員）、日本消化器内視鏡学会（社団評議員、甲信越支部幹事）、
日本再生医療学会（理事、代議員）、日本内科学会（評議員）、日本肥満学会（評議員）、
日本高齢消化器病学会（理事）、肝細胞研究会（世話人）、肝臓洞壁研究会（世話人）、
日本超音波医学会代議員、American Association for Study of Liver Disease（Fellow）、
文部科学省NBRP Medaka オブザーバー

共催セミナー 1 (第1会場 12:00~12:45)

「潰瘍性大腸炎の治療戦略 ～新規Biologics製剤を含めて～」

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 准教授
埼玉医科大学かわごえクリニック IBDクリニック外来 **加藤 真吾** 先生
司会 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 准教授 **岩本 淳一** 先生

共催：田辺三菱製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

かとう しんご
加藤 真吾 先生

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 准教授
埼玉医科大学かわごえクリニック IBDクリニック外来

学歴

1985(昭和60)年3月	大阪府立天王寺高等学校卒業
1991(平成3)年3月	防衛医科大学校医学科卒業
1998(平成10)年9月	防衛医科大学校教育部 医学研究科消化器病学専攻入学
2002(平成14)年10月	同上 修了

職歴

1991(平成3)年6月7日	防衛医科大学校病院 初任実務研修(研修医)
1993(平成5)年6月1日	自衛隊熊本病院 診療科(内科)
1995(平成7)年8月8日	防衛医科大学校病院 医官専門研修(内科学第二講座)
1998(平成10)年9月24日	防衛医科大学校教育部 医学研究科(消化器病学専攻)
2000(平成12)年9月1日	米国カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校 留学
2002(平成14)年4月30日	同上 終了帰国
2002(平成14)年10月2日	自衛隊福岡病院 診療科(内科)
2004(平成16)年8月1日	防衛医科大学校内科学第二講座(医員)
2005(平成17)年8月31日	防衛庁退職
2005(平成17)年9月1日	埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 講師
2010(平成22)年5月1日	同 准教授

学位

博士(医学) (大学評価・学位授与機構) 2003(平成15)年2月25日取得

免許・資格

日本内科学会認定専門医	取得年月日平成8年9月20日
日本内科学会指導医	取得年月日平成19年9月1日
日本消化器病学会指導医・専門医	取得年月日平成16年1月1日
日本消化器内視鏡病学会指導医・専門医	取得年月日平成17年12月1日

学会及び社会における活動等

日本消化器病学会	正会員・関東支部例会 評議員
日本消化器内視鏡学会	評議員・関東地方会 評議員
日本潰瘍学会	評議員
日本神経消化器病学会	評議員
日本消化器免疫学会	評議員
日本消化吸収学会	評議員
日本内科学会	正会員
日本肝臓学会	正会員
日本消化管学会	正会員
日本カプセル内視鏡学会	正会員

共催セミナー 2(第2会場 12:00~12:45)

「見えてきたHCV撲滅への道標 —Hospital Microeliminationのすすめ—」

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 准教授 **森本 直樹** 先生

司会 日立総合病院 副院長 **鴨志田敏郎** 先生

共催：アッヴィ合同会社

………演者の先生ご紹介………

もりもと なおき
森本 直樹 先生

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 准教授

略歴

1991年 千葉大学医学部卒業
第一内科学教室(現 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)入局
1995年 千葉大学大学院医学研究科 入学
1999年 同 卒業

1991年 千葉大学第一内科 研修医
1992年 沼津市立病院 内科 医員
1996年 放射線医学総合研究所 研究員
1999年 下都賀総合病院 内科・消化器科 医長
2002年 静岡がんセンター 画像診断科 医長
2005年 下都賀総合病院 内科・消化器科 部長
2012年 下都賀総合病院 診療部長
2013年 自治医科大学 消化器内科 講師
2017年 自治医科大学 消化器内科 准教授
2018年 6月-9月 University College London, Royal Free Hospital留学

日本内科学会	総合内科専門医、指導医
日本消化器病学会	専門医、指導医、学会評議員
日本肝臓学会	専門医、指導医、東部会評議員
日本消化器内視鏡学会	専門医、指導医
日本超音波医学会	専門医、指導医
日本がん治療認定医機構	認定医、暫定教育医
日本IVR学会	専門医

日本肝臓学会 肝がん撲滅運動栃木県責任者
日本肝臓学会 幹事
栃木県肝疾患診療連携拠点病院責任者

専門

肝疾患、肝細胞癌
消化器がんの診断治療

第1会場（午前の部）

8:00~8:05

—開会の辞—

—評価者—

東京医科大学	石井健太郎
筑波大学 消化器内科	鈴木 英雄
武蔵野赤十字病院 消化器科	中西 裕之

(1) 専修医Ⅰ（胃・十二指腸1） 8:05~8:23 座長 獨協医科大学 内科学（消化器）講座 阿部 圭一郎

1. 非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬により免疫関連胃食道炎を発症した一例

株式会社 日立製作所 日立総合病院 ○岡 靖紘, 浜野由花子, 中村 凌, 澤藤 拓
馬淵 敬祐, 山口 雄司, 末永 大介, 大河原 悠
大河原 敦, 柿木 信重, 谷中 昭典, 平井 信二
鴨志田敏郎

2. コーラ溶解療法と内視鏡的破石術の併用で治療を行った柿胃石の3例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○岡田 舜, 須田 季晋, 鈴木 優仁, 太田 貴寛
早川 富貴, 藤原 猛, 山口真裕美, 正岡 梨音
正岡 亮, 紀 仁, 片山 裕視, 玉野 正也

3. 胃異所性腺の壁内感染を繰り返し外科的加療を行った一例

江東病院 消化器内科 ○巾 麻奈美, 森 広樹, 渡辺 大地, 上山 三鈴
三好由里子, 橋本周太郎, 須山 由紀, 佐々木 仁
太田 一樹, 小林 修

(2) 専修医Ⅱ（胃・十二指腸2） 8:23~8:41 座長 東海大学医学部付属東京病院 消化器内科 五十嵐 宗喜

4. ball valve syndrome をきたした胃穹窿部 GIST の1例

高崎総合医療センター 消化器科 ○田村 優樹, 長沼 篤, 館山 夢生, 糸井 祐貴
柴崎絵理奈, 鈴木 悠平, 綿貫 雄太, 増田 智之
上原 早苗, 星野 崇, 安岡 秀敏, 柿崎 暁
石原 弘

5. 若年女性の家族性大腸腺腫症に発症した胃底腺ポリポースを伴う早期胃癌の1例

杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科 ○田中 佑治, 大木亜津子, 鶴見 賢直, 橋本 佳和
長尾 玄, 竹内 弘久, 鈴木 裕, 阪本 良弘
須並 英二, 阿部 展次
同 病院病理部・病理診断科 北濱圭一郎, 藤原 正親, 菅間 博

6. 比較的急激な経過を辿った Cronkhite-Canada 症候群に合併した切除不能進行胃癌

土浦協同病院 消化器内科 ○三原 晶子, 西平成嘉子, 河上 和輝, 大友有紀子
金子 朋浩, 山崎 友裕, 渡辺研太郎, 佐野 慎哉
杉山 勇太, 藤原 俊, 鈴木雄一朗, 上山 俊介
市田 崇, 草野 史彦

(3) 専修医Ⅲ(小腸・大腸1) 8:41~8:59 座長 自治医科大学附属病院 消化器センター内科 永山 学

7. ボノプラザンの投与が契機となった蛋白漏出性胃腸症の一例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター ○宇野 広隆, 石毛 和紀, 永瀬 将臣, 福田 邦明

8. 消化管穿孔における診断的腹腔鏡の有用性

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○櫻井 宏貴, 園田 寛道, 山田 岳史, 太田 竜
進士 誠一, 松田 明久, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨
武田 幸樹, 上田 康二, 栗山 翔, 宮坂 俊光
吉田 寛
同 病理診断科 梶尾 雄介, 寺本 康弘

9. 巨大な直腸腺腫を内視鏡的完全切除することで改善した低アルブミン血症の一例

自治医科大学内科学講座消化器内科学部門 ○田中 朗嗣, 岩下ちひろ, 林 芳和, 上野 航
富樫 茉実, 矢野慶太郎, 井野 裕治, 渡邊 俊司
竹澤 敬人, 森川 昇玲, 岡田 昌浩, 砂田圭二郎
山本 博徳

(4) 専修医Ⅳ(小腸・大腸2) 8:59~9:23 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 石橋 朗

10. サイトメガロウィルス初感染を併発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 ○杵渕 広志, 岩本 真帆, 岩男 彩, 田村めぐみ
酒井 康行, 山川 俊, 春田 明子, 中島 典子
神田 達郎, 今津 博雄, 森山 光彦
日本大学病院 後藤田卓志

11. 潰瘍性大腸炎の治療中に出現したEBV陽性直腸悪性リンパ腫の一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○田村 大和, 青柳 仁, 浅岡 良成, 丸山 喬平
中村 直裕, 八木みなみ, 三木 淳史, 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, 山本 貴嗣, 田中 篤

12. 巨大炎症性ポリポースを合併し高度な狭窄症状を呈した潰瘍性大腸炎の1例

獨協医科大学 内科学(消化器)講座 ○山口真太郎, 阿部圭一朗, 手塚 勇吾, 嘉島 賢
金澤美真理, 金森 瑛, 渡邊 詔子, 有阪 高洋
星 恒輝, 眞島 雄一, 富永 圭一, 飯島 誠
郷田 憲一, 入澤 篤志
同 第一外科 井原 啓佑, 中村 隆俊, 小嶋 一幸

13. 大腸癌に合併したS.bovisによる感染性心内膜炎の一例

筑波大学附属病院 ○辻 実季, 山本 祥之, 森脇 俊和, 山田 武史
丹下 義隆, 萩原 悠也, 福田 智史, 鈴木 英雄

(5) 専修医Ⅴ(小腸・大腸3) 9:23~9:47 座長 東京都立墨東病院 消化器内科 松本 太一

14. メサラジン粉碎投与が有効であった胃びまん性病変合併の潰瘍性大腸炎の1例

横浜労災病院 消化器内科 ○城野 紡, 内山 詩織, 二瓶 真一, 今井友里加
遠山 翔大, 富田 尚貴, 稲垣 淳太, 加藤 ゆり
芹澤 奏, 鈴木 雅人, 小宮 靖彦, 関野 雄典
永瀬 肇
同 内視鏡部 金沢 憲由, 川名 憲一

15. Epstein-Barr Virus の初感染を契機に増悪した潰瘍性大腸炎の1例

さいたま市立病院 ○川村 優介, 加藤まゆみ, 金田 浩幸, 篠崎 博志
三浦 邦治, 西尾 恵, 町田 健太, 山本 傑

16. 皮膚筋炎を合併した大腸型クローン病の1例

獨協医科大学 医学部 ○石川 学, 田中 孝尚, 川田 陽介, 増山 智史
金澤美真理, 久野木康仁, 阿部圭一朗, 金森 瑛
渡邊 詔子, 富永 圭一, 飯島 誠, 郷田 憲一
入澤 篤志

17. 多臓器転移で発見され, 遺伝子変異解析で原発診断が可能であった4型進行大腸癌の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○山内 友愛, 池田 厚, 樺 映志, 林田 翔
石井 重登, 谷口源太郎, 村上 敬, 深田 浩大
松本 健史, 山科 俊平, 澁谷 智義, 伊佐山浩通
池嶋 健一, 椎名秀一郎, 永原 章仁

(6) 専修医Ⅵ(肝・胆・膵1) 9:52~10:16 座長 群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学 須賀 孝慶

18. 抗PD-1抗体とチロシンキナーゼ阻害剤により重篤な肝障害を来した1例

東京女子医科大学病院 消化器病センター ○吉水 知洋, 小木曾智美, 小笠原友里, 佐川 孝臣
五十嵐悠一, 児玉 和久, 谷合麻紀子, 徳重 克年

19. ニボルマブ初回投与で免疫関連有害事象による劇症肝炎をきたした1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○和田 直大, 野上 麻子, 本多 靖, 小川 祐二
今城 健人, 米田 正人, 斎藤 聡, 中島 淳
同 病理診断科 村岡枝里香

20. 肝細胞癌術後10年目に新たな多血性病変を認めたB型慢性肝炎の1例

東京医科大学茨城医療センター ○中川俊一郎, 玉虫 惇, 森山 由貴, 柿崎 文郎
上田 元, 門馬 匡邦, 小西 直樹, 屋良昭一郎
平山 剛, 岩本 淳一, 本多 彰, 池上 正

21. EUS-FNAにより術前に診断できた膵退形成癌の1例

茨城県立中央病院・地域がんセンター 消化器内科 ○安部 計雄, 真下 翔太, 本多 寛之, 石橋 肇
山岡 正治, 大関 瑞治, 五頭 三秀, 荒木 眞裕
天貝 賢二
同 外科 西塔 翔吾, 藤沼 八月, 星川真有美, 京田 有介
山本 順司
同 病理診断科 斉藤 仁昭

(7) 専修医Ⅶ(肝・胆・膵2) 10:16~10:34 座長 東京女子医科大学病院 消化器内科 佐川 孝 臣

22. 非代償性肝硬変に合併した抗菌薬による薬剤性肺炎の2例

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

23. 肺移植を契機に血栓症を合併した先天性巨大門脈瘤の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○根本 玲奈, 飯島 誠, 川田 陽介, 手塚 勇吾
牧 竜一, 吉永 智則, 近藤 真之, 有阪 高洋
眞島 雄一, 入澤 篤志

24. アザチオプリンで薬剤性肝障害を来した自己免疫性肝炎の1例

JA とりで総合医療センター 消化器内科 ○佐藤 陽香, 川内結加里, 磯崎 岳, 三代 博之
相川恵里花, 永井 瑞紀, 後藤 文男, 河村 貴広

25. 演題取り下げ

(8) 専修医Ⅷ(肝・胆・膵3) 10:34~10:58 座長 土浦協同病院 消化器内科 市田 崇

26. 肝臓原発骨髄脂肪腫の1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○牛谷 将博, 高橋 宏史, 掛川 達矢, 富田 裕介
吉益 悠, 竹内 啓人, 杉本 勝俊, 糸井 隆夫

27. TACE およびレンパチニブによる集学的治療により縮小後に根治的肝切除術が可能となった進行肝細胞癌の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○碓氷 七瀬, 中山 伸朗, 鈴木 隆信, 佐藤 彩
牛山 勲, 濱田 大祐, 植村 隼人, 山羽 晋平
湖上 彰, 浅見真衣子, 菅原 通子, 中尾 将光
今井 幸紀, 富谷 智明, 持田 智
埼玉医科大学 国際医療センター 消化器外科 渡辺雄一郎, 合川 公康, 岡本 光順
同 病理診断科 美山 優, 安田 政実

28. 進行肝細胞癌においてカボザンチニブの有効性が示唆された2症例

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

29. 原発性硬化性胆管炎に類似する胆管像を呈した好酸球性胆管炎の1例

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

(9) 専修医Ⅸ(肝・胆・膵4) 10:58~11:22 座長 帝京大学医学部内科学講座 三 浦 亮

30. 急性閉塞性化膿性膵管炎に対して内視鏡的経鼻膵管ドレナージが奏功した一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○富野 琢朗, 下地 耕平, 小林加代子, 周東万里恵
片岡 史弥, 渡邊 昌人, 福田 啓太, 延澤 翼
梅村 佳世, 横田 拓也, 肱岡 悠子, 三浦 夏希
中園 綾乃, 井上 大, 堀家 英之, 吉岡 篤史
小倉 祐紀, 並木 伸

31. 膵尾部癌と鑑別が困難であった膵尾部限局性の自己免疫性膵炎の1例

上都賀総合病院 ○佐藤 知之, 吉住 博明, 近藤 裕子, 海宝 雄太
坂入慧一郎, 佐久間俊行

32. 膵癌の直接浸潤により食道胃接合部狭窄を来した1例

日立総合病院 ○中村 凌, 末永 大介, 馬淵 敬祐, 山口 雄司
浜野由花子, 大河原 悠, 大河原 敦, 柿木 信重
平井 信二, 鴨志田敏郎

33. 限局性急性膵炎として発症しその後2年の経過で顕在化した膵尾部癌の一例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 ○荒木 建一, 中原 一有, 路川 陽介, 森田 亮
佐藤 純也, 関根 章裕, 石田 潤, 伊東 文生
川崎市立多摩病院 消化器・肝臓内科 末谷 敬吾
聖マリアンナ医科大学 横浜市立西部病院 消化器・肝臓内科 五十嵐洋介

13：00～13：55

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―

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 先生

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

(10) 胃・十二指腸・小腸 13：55～14：19 座長 国際医療福祉大学 消化器内科 西澤 俊宏

34. 胃癌に骨髄異形成症候群を併発し、貧血が遷延していた一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○辛島 遼, 藤本 愛, 中川 皓貴, 小林康次郎
瀧ノ上和弘, 五十嵐良典
同 血液腫瘍内科 恩田 直輝, 名取 一彦

35. 内視鏡下粘膜下層剥離術にて診断し得た胃 MiNEN の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○中川美由貴, 沖元謙一郎, 松村 倫明, 白鳥 航
長島 有輝, 石川 翼, 徳長 鎮, 金子 達哉
大浦 弘嵩, 金山 健剛, 明杖 直樹, 太田 佑樹
齋藤 景子, 新井 誠人, 加藤 順, 加藤 直也

36. LCIG（レボドパ・カルビドパ配合経腸療法）導入のための、簡単・確実かつ短時間で可能なNJチューブ留置法

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科 ○佐藤巳喜夫, 間宮 孝, 江南ちあき, 服部 純治
海老原次男

37. サルコイドシスを有する若年男性に生じた異所性膀胱併存空腸間質腫瘍の1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○柴田 昌幸, 笹本 貴広, 山口 智央, 田川 慧
大江 啓史, 成田 圭, 中村めぐみ, 小林 倫子
田中由理子, 三科 友二, 三科 雅子, 明石 雅博
土屋 昭彦, 西川 稿, 山中 正己
同 外科 尾崎 貴洋
同 肝臓内科 高森 頼雪
同 病理診断科 長田 宏巳
同 消化器内科
帝京大学 医療技術学部 滝川 一

(11) 大腸(1) 14:19~14:37

座長 武蔵野赤十字病院 消化器科 前屋舗 千 明

38. 潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘後回腸嚢炎から繰り返す大量血便に infliximab が奏功した一例

埼玉医科大学 消化管内科
同 総合診療内科 ○芦谷 啓吾, 都築 義和, 大庫 秀樹, 今枝 博之
同 総合診療内科 塩味 里恵, 松本 悠, 中元 秀友

39. 腸管外合併症を有する潰瘍性大腸炎に対しウスチキヌマブが奏功した一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○山名 瑤子, 遠藤 利行, 河西 千恵, 清水 寛
野田 淳, 松原 大, 山脇 将貴, 浅見 哲史
長田 真二, 岩橋 健太, 吉田詠里加, 新谷 文崇
小林 孝弘, 小澁 尚子, 東畑美幸子, 高野 祐一
五味 邦代, 黒木優一郎, 山本 頼正, 長濱 正亞

40. 難治性潰瘍性大腸炎に対する新規生物学的製剤ベドリズマブの有効性の検討

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○篠原 裕和, 吉村 直樹, 園田 光, 酒匂美奈子
深田 雅之
東京医科大学 消化器内科 根本 大樹, 福澤 誠克, 糸井 隆夫

(12) 大腸(2) 14:37~14:55

座長 筑波記念病院 消化器内科 大塚 公一郎

41. 当院における腸管ペーチェット病に対して抗 TNF- α 抗体を導入した症例の予後不良因子の検討

町田市民病院 内科
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○蜂谷 眞未
同 消化器・肝臓内科 櫻井 俊之, 宮下 春菜, 丸山 友希, 永田 祐介
宮崎 亮佑, 野口 正朗, 澤田 亮一, 山崎 琢士
猿田 雅之

42. 実地臨床医家におけるクローン病 CD へのウスチキヌマブ UST 治療の実際

大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀

43. 経皮経肝静脈瘤塞栓術が奏功した人工肛門静脈瘤出血の1例

北里大学 医学部 消化器内科 ○松下 昌裕, 日高 央, 魚嶋 晴紀, 窪田 幸介
和田 尚久, 岩崎秀一郎

(13) 大腸(3) 14:55~15:13

座長 獨協医科大学埼玉医療センター 紀 仁

44. 超音波内視鏡検査にて術前診断を行った虫垂嚢腫性病変の2例

東京都立墨東病院 ○酒井 駿
がん・感染症センター都立駒込病院 小泉 浩一, 清水口涼子, 高雄 暁成, 柴田 理美
夏目壮一郎, 高雄 美里, 中野 大輔, 山口 達郎
堀口慎一郎

45. COVID-19 流行による進行大腸癌診断への影響

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

46. 腸管スピロヘータが検出された潰瘍性大腸炎症例の検討

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○柿崎 文郎, 岩本 淳一, 森山 由貴, 中川俊一郎
玉虫 惇, 上田 元, 門馬 匡邦, 小西 直樹
屋良昭一郎, 平山 剛, 本多 彰, 池上 正
同 病理診断科 森下由紀雄

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

東京医科大学茨城医療センター	消化器内科	平山 剛
千葉大学	消化器内科	松村 倫朗
上尾中央総合病院		三科 友二

(14) 研修医Ⅰ（消化管） 8：23～8：47

座長 筑波大学附属病院消化器内科 高山 敬子

47. 早期食道癌(T 1 a-LPM)にもかかわらず多発肝転移・骨転移・腎転移をきたしたと考えられる一例
検例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○楊 天芸, 関口 修平, 稲田 賢人, 山下 洸司
桐野 桜, 大澤玲於奈, 早川 優香, 樋口 麻友
高浦 健太, 前屋舗千明, 金子 俊, 玉城 信治
安井 豊, 土谷 薫, 中西 裕之, 板倉 潤
高橋 有香, 黒崎 雅之, 泉 並木

同 病理部 櫻井うらら

48. クロウン病に対してウステキヌマブを投与中に血球貪食症候群・壊死性リンパ節炎を発症した一例

国立病院機構千葉医療センター消化器内科 ○山本 祐実, 芳賀 祐規, 新行内綾子, 宮村 達雄
伊藤 健治, 阿部 朝美, 金田 暁, 多田 稔

同 総合内科 上原多恵子, 西村 光司, 齋藤 正明, 杉浦 信之

49. 先天性角化不全症に伴う免疫不全症関連腸炎に合併した早期大腸癌の1例

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科 ○田中真由子, 大科 枝里, 河崎 翔, 田中 将平
河本 亜美, 日比谷秀爾, 清水 寛路, 竹中 健人
齊藤 詠子, 藤井 俊光, 長堀 正和, 大塚 和朗
岡本 隆一

同 外科 松山 貴俊, 絹笠 祐介

同 小児科 今井 耕輔

同 病理部 富井 翔平

50. メトトレキサートによる出血性小腸潰瘍の1例

防衛医科大学校 消化器内科 ○吉岡 幹士, 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
伊藤 傑, 溝口 明範, 成松 和幸, 富田 謙吾
穂苅 量太

防衛医科大学校病院 東山 正明, 高本 俊介

(15) 研修医Ⅱ（肝） 8：47～9：11

座長 さいたま赤十字病院 高橋 正憲

51. 心窩部痛を主訴に来院したベンズブロマロンによる薬物性肝障害の一例

日本大学附属板橋病院 内科学系 消化器肝臓内科 ○星野慶次郎, 石井 大雄, 本田 真之, 金子 朋弘
山名陽一郎, 高橋 央, 佐々木玲奈, 熊川まり子
増崎 亮太, 水谷 卓, 松本 直樹, 山上 裕晃
神田 達郎, 森山 光彦

52. 肝膿瘍の治療中にメトロニダゾール脳症を発症した一例

水戸済生会総合病院 ○目時 佳恵, 宗像 紅里, 高橋 彩月, 金野 直言
今井 雄史, 大川原 健, 廣澤 拓也, 青木 洋平
柏村 浩, 仁平 武

53. 肝細胞癌破裂に対する肝動脈塞栓療法後に COVID-19 感染症を併発した1例

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

54. HBV 既往感染患者に認めた急性肝不全の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○沼尻 大地, 上田 元, 森山 由貴, 中川俊一郎
玉虫 惇, 門馬 匡邦, 小西 直樹, 屋良昭一郎
平山 剛, 岩本 淳一, 本多 彰, 池上 正
同 病理診断科 森下由紀雄

(16) 研修医Ⅲ(胆・脾) 9:11~9:35 座長 日本医科大学武蔵小杉病院消化器外科 水 谷 聡

55. 中部胆管原発と考えられる小細胞癌の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○高田 雅人, 本庄 香子, 諸井 厚樹, 佐藤 晋二
高野 幸司, 森川瑛一郎, 池田 隆明
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

56. EUS-FNA で診断し得た膵悪性リンパ腫の1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○芳鐘 一, 榎藤 興一, 神林 孔明, 北田 修一
野坂 岳志, 後藤 知之, 落合 一成, 渡邊 俊介
土岐 真朗, 久松 理一
同 病理学教室 磯谷 一暢, 岡部 直太, 大森 嘉彦, 藤原 正親
柴原 純二

57. Modified FOLFIRINOX により病学的完全寛解が得られた局所進行膵頭部癌の一例

がん研有明病院 ○田中 伸弥, 武田 剛志, 三重 堯文, 古川 貴光
山田 悠人, 春日 章良, 松山 真人, 佐々木 隆
尾阪 将人, 笹平 直樹

58. 経乳頭のドレナージが奏功した多発膵仮性嚢胞の一例

つくばメディカルセンター病院 消化器内科 ○朽津 駿介, 西 雅明, 浜田 善隆, 伊藤 嘉美
川越 亮承

(17) 研修医Ⅳ(その他) 9:35~9:53 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 小 西 直 樹

59. 肝嚢胞と小腸の癒着が一因と考えられた小腸型 Chilaiditi 症候群の一例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○渡部 正也, 柴田 理美, 川本 健二, 高雄 暁成
清水口涼子, 小泉 浩一
同 放射線診療科 黒川真理子, 高木 康信

60. 胃軸捻転症の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○伊東 優, 金野 直言, 高橋 彩月, 青木 洋平
大川原 健, 廣澤 拓也, 今井 雄史, 宗像 紅里
柏村 浩, 仁平 武
同 外科 金子 宣樹, 東 和明, 加藤 修志, 丸山 常彦

61. WON を伴う急性膵炎で発症した自己免疫性膵炎の一例

筑波記念病院・消化器内科 ○松本 佳奈, 大塚公一郎, 添田 敦子, 永井 志歩
野本 怜, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智 大介
池澤 和人

第2会場（午後の部） 一般演題

(18) 肝・胆・膵（1） 13：55～14：19 座長 茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 荒木 眞 裕

62. 1型糖尿病の経過中に glycogenic hepatopathy を認めた1例

柏市立柏病院 ○戸田 晶子, 村田 彩, 飯塚 泰弘, 沼田真理子
藤木 純子, 土井奈穂子, 酒井 英樹

63. 急性肝炎様に発症した自己免疫性肝炎の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○福本 剛, 中塚 拓馬, 黒崎 滋之, 建石 良介
小池 和彦
同 放射線科 谷島 智哉, 中井 雄大
同 病理部 日向 宗利

64. 当院における肝細胞癌に対する Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法の使用経験

水戸医療センター 消化器科 ○杉山雄太郎, 鄭 黎佳, 山浦 正道, 下山田雅大
伊藤 有香, 石田 博保, 山口 高史

65. 肝細胞癌自然退縮の一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○高橋 彩月, 仁平 武, 廣澤 拓也, 今井 雄史
金野 直言, 宗像 紅里, 大川原 健, 青木 陽平
柏村 浩
同 緩和ケア科 高久 秀哉
同 外科 丸山 常彦

(19) 肝・胆・膵（2） 14：19～14：37 座長 国立病院機構 高崎総合医療センター 星 野 崇

66. ステロイドが著効した抗 PD-L 1 抗体起因性硬化性胆管炎の1例

東海大学医学部付属病院 ○伊藤 彩乃, 小玉 敏生, 山路 葉子, 川西 彩
川畠 洋平, 加川 建弘

67. 胆嚢結石嵌頓解除後の急性胆嚢炎に対して EUS-GBD を施行した1例

千葉ろうさい病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 斎藤 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

68. 当院における化膿性肝膿瘍の検討

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

(20) 肝・胆・膵（3） 14：37～15：01 座長 日立総合病院 消化器内科 山口 雄 司

69. NRAS 変異を示し、未分化癌を伴う膵粘液性嚢胞腺癌の1例

群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科 ○久永 悦子, 吉田 由佳, 伊古田勇人
群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学 佐野 孝昭
群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科 石井 範洋, 調 憲

70. 画像診断に苦慮した SPN の 1 例

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 ○川田 陽介, 嘉島 賢, 永島 一憲, 金澤美真理
久野木康人, 近藤 真之, 佐久間 文, 福士 耕
水口 貴仁, 井澤 直哉, 山宮 知, 山部 茜子
星 恒輝, 入澤 篤志
慶應義塾大学医学部消化器内科 瀧本 洋一
獨協医科大学医学部第二外科 白木 孝之, 窪田 敬一
獨協医科大学病理診断学 石田 和之

71. 自己免疫性膵炎の長期経過観察中に併発した膵癌に対し膵体尾部切除術を施行した一例

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科 ○小島 英哲, 北郷 実, 八木 洋, 阿部 雄太
長谷川 康, 堀 周太郎, 田中 真之, 中野 容
北川 雄光
同 消化器内科 岩崎 栄典
同 病理診断科 眞杉 洋平
同 放射線診断科 奥田 茂男

72. EUS-FNA にて診断し経過観察が可能であった膵神経鞘腫の 2 例

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 ○鳴瀬 郁, 祖父尼 淳, 井田 知宏, 中村 駿介
中坪 良輔, 本間 俊裕, 朝井 靖二, 向井俊太郎
糸井 隆夫

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
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 苺 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
369	佐伯 浩 司 (群馬大学大学院医学系研究科総合外科学講座 消化管外科学分野)	5月14日(土)	東京 海運クラブ	2022年2月9日～ 3月16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・サボー	5月20日(木)
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・サボー	未 定

次回(第365回)例会のお知らせ

期 日：2021年7月10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 7分

特別講演：「対策型大腸がん検診への大腸内視鏡検査導入を見据えて」

演者：国立研究開発法人国立がん研究センター中央病院 検診センター 検診センター長 松田 尚久

司会：東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 教 授 五十嵐良典

女性医師セッション：「消化管表在癌の内視鏡診断」

「食道表在癌の内視鏡診断と治療」

演者：がん・感染症センター都立駒込病院 内視鏡科 医 長 前田 有紀

「早期胃癌の内視鏡診断と治療」

演者：東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 助 教 藤本 愛

「早期大腸癌の内視鏡診断と治療」

演者：公益財団法人がん研究会 有明病院 下部消化管内科 副部長 千野 晶子

司会：公益財団法人がん研究会 有明病院 内視鏡診療部 部 長 藤崎 順子

ランチョンセミナー

当番会長：五十嵐良典(東邦大学医療センター大森病院消化器内科 教授)

【運営事務局】株式会社JTBコミュニケーションデザイン ミーティング&コンベンション事業部

〒105-8335 東京都港区芝3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング

E-mail: jsge_kanto365@jtbcom.co.jp

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

日本消化器病学会関東支部 第38回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2021年6月6日（日） 9：00～16：50

会 場：WEB開催（当日のライブ配信のみ）

会 長：加藤 直也（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

主 題：「進化する消化器病診療－最新のトピックスー」

◆開会の辞◆加藤 直也（第38回教育講演会会長）

◆モーニングセミナー1◆「攻撃因子と防御因子から考えるGERD治療～漢方薬も含めて～」

講師：竹内 利寿（大阪医科大学附属病院 消化器内視鏡センター）

司会：加藤 順（千葉大学大学院医学研究院消化器内科／千葉大学医学部附属病院 内視鏡センター）

◆モーニングセミナー2◆「GERD診療における最近の知見

～GERD診療ガイドライン2021の改訂のポイントを含めて～」

講師：岩切 勝彦（日本医科大学 消化器内科学）

司会：秋山 純一（国立国際医療研究センター病院 消化器内科）

◆講演1◆「炎症性腸疾患診療の最近のトピック」

講師：加藤 順（千葉大学大学院医学研究院消化器内科／千葉大学医学部附属病院 内視鏡センター）

司会：勝野 達郎（千葉大学柏の葉診療所 東洋医学センター）

◆講演2◆「大腸腫瘍の内視鏡診断と治療」（仮）

講師：矢作 直久（慶應義塾大学病院 腫瘍センター）

司会：後藤田卓志（日本大学医学部内科学系消化器肝臓内科学分野）

◆ランチョンセミナー◆

「分子メカニズムからみた肝細胞癌の薬物療法～分子標的薬と免疫療法の役割と治療効果予測～」

講師：千葉 哲博（千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学）

「実臨床からみた肝細胞癌薬物療法のポテンシャル」

講師：大部 誠道（君津中央病院 消化器内科 肝臓内科）

司会：古瀬 純司（杏林大学医学部 腫瘍内科学）

◆講演3◆「NASH/NAFLD肝臓の現状」（仮）

講師：建石 良介（東京大学医学部附属病院 消化器内科）

司会：池嶋 健一（順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学）

◆講演4◆「胃癌に対する最新の診断・治療」

講師：土屋 貴愛（東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野）

司会：真口 宏介（手稲溪仁会病院 教育研究センター／亀田総合病院 消化器内科）

◆アフタヌーンセミナー◆「完成型に近づいたDAAs治療のまとめと残された課題」

講師：瀬崎ひとみ（虎の門病院肝臓センター）

司会：三上 繁（キッコーマン総合病院）

◆講演5◆「消化器癌のゲノム医療」（仮）

講師：久保木恭利（国立がん研究センター東病院 先端医療開発センター）

司会：石井 浩（千葉県がんセンター治験臨床研究センター）

◆支部長挨拶◆長谷川 潔（東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科／人工臓器・移植外科）

◆閉会の辞◆加藤 直也（第38回教育講演会会長）

参加方法：事前参加登録制となりますので、2021年5月20日（木）までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。参加費（4,000円、テキスト代含む）は事前振込となります。

なお一度お振込いただいた参加費は原則的にご返金致しませんので予めご了承ください。

※定員になり次第、締め切らせていただきます。（定員500名）

更新単位：18単位

※参加証は全てのプログラムの視聴完了後に確認問題にご回答いただき、正解すると視聴サイトより参加証がダウンロードできます。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第38回教育講演会 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 担当:高橋誠一

〒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: kantok38@sunpla-mcv.com

1 非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬により免疫関連胃食道炎を発症した一例

株式会社 日立製作所 日立総合病院
岡 靖哉, 浜野由花子, 中村 凌, 澤藤 拓, 馬淵敬祐, 山口雄司,
末大介, 大河原悠, 大河原敦, 柿木信重, 谷中昭典, 平井信二,
鴨志田敏郎

【背景】免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の登場で、近年癌治療の選択肢が増えている。一方でICIに特有の有害事象 (irAE) が報告されている。消化管関連irAEの大部分は大腸炎や小腸炎などの下部消化管病変が占めており、上部消化管病変の報告は稀である。今回我々は稀少であるICIに伴う胃食道炎を経験したために、その一例を報告する。【症例】症例は64歳男性。63歳時に肺腺癌 (T2aN3M0 cStage IIIB) と診断され、1st line治療として、Pembrolizumab (PEM) が開始された。8コース開始後から食欲不振、貧血が緩徐に進行したために、当院入院となった。第5病日に施行した上部消化管内視鏡検査では頸部食道から十二指腸球部までの全域に潰瘍性大腸炎に類似した多発びらんを認めた。PEMの投与を中止し、ボノプラザン・フマル酸塩、レバミピドの投与を開始したが、食欲不振は改善せず、第12病日には咽頭痛が出現した。第16病日に再施行した上部消化管内視鏡検査では咽喉頭にもびらんを認めた。下部消化管内視鏡検査では異常を認めなかったが、胃の生検で炎症細胞浸潤に加え、陰窩炎、陰窩膿瘍も認められたため、上部消化管を中心とするirAE胃食道炎と診断した。PSL 1mg/kg/dayの投与を開始し、臨床症状および内視鏡所見の改善を認めた。【考察】ICIは近年適応が拡大され、幅広い癌で使用されるために、irAEは今後も増えることが予想される。その中でもICIに伴う胃食道炎の報告はわずかで、十分な臨床経過を追えた報告、irAEが咽喉頭まで及んだ報告はほとんどない。今回の症例では胃食道炎の病変進行の経過、治療介入から改善に至るまでの経過を追えており、貴重な症例と考えた。【結論】極めて稀な免疫関連胃食道炎を経験したため、貴重な症例として報告する。

免疫チェックポイント阻害薬, irAE

2 コーラ溶解療法と内視鏡的破石術の併用で治療を行った柿胃石の3例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科
岡田 舜, 須田季晋, 鈴木優仁, 太田貴寛, 早川富貴, 藤原 猛,
山口真裕美, 正岡梨音, 正岡 亮, 紀 仁, 片山裕規,
玉野正也

【はじめに】胃石は、食物や毛髪などの異物が胃液や胃粘液の作用により、不溶性の結石を胃内で形成したものであり、付着によって成長し次第に増大する。胃石は構成成分により植物胃石、毛髪胃石、毛髪植物胃石に分類される。本邦では、植物胃石である柿胃石が最多で約70%を占めている。胃石は稀な症例であるが、胃潰瘍や腸閉塞などの合併症をきたすため、治療が必要である。当院で3例の胃石症を経験したため報告する。【症例1】74歳女性。心窩部痛と貧血の精査目的に上部消化管内視鏡検査が施行された。胃内に8センチ大の結石と出血性胃潰瘍の所見を認めた。1日350mlのコーラを約1カ月間飲用させ、内視鏡検査を施行した。コーラを直接胃石に散布して、内視鏡的処置具を用いて、結石の破碎除去に成功した。【症例2】85歳男性。嘔気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5センチ大の結石と潰瘍の所見を認めた。症例1と同様にコーラ溶解療法を施行した。計3回の内視鏡検査で、結石をすべて除去した。【症例3】77歳の女性。胃部不快感の精査で、胃内に8センチ大の結石を認めた。約8カ月間コーラの飲用を行った。また、術前に経鼻胃管を挿入して計3Lのコーラを注入した。計3回の内視鏡検査を行い、破碎と除去を試みたが、結石は一部しか破碎できなかった。治療後に残存した結石が、小腸に嵌頓してイレウスを発症した。外科的切除にて結石除去が行われた。【考察】胃石の治療は、内科的治療が第一選択であり、コーラ溶解療法と内視鏡的治療を組み合わせる方が一般的である。しかし、コーラによる胃石が溶解される機序は明らかになっていない。症例1と症例2は、有害事象なく結石の除去が可能であったが、症例3は結石の除去が困難であった。また、内視鏡治療後にイレウスを発症して外科手術が必要となった。3例とも、コーラを毎日飲用したことによる耐糖能異常は認められなかった。【結論】当院で3例の胃石症に対してコーラ溶解療法を行ったため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃石, コーラ

3 胃異所性腚の壁内感染を繰り返し外科的加療を行った一例

江東病院 消化器内科
巾麻奈美, 森 広樹, 渡辺大地, 上山三鈴, 三好由里子,
橋本周太郎, 須山由紀, 佐々木仁, 太田一樹, 小林 修

【症例】37歳 女性【主訴】心窩部痛、嘔気嘔吐【現病歴】来院前日に心窩部痛、嘔気嘔吐を認め近医受診したところ血液検査で炎症反応の上昇を認め当院に紹介受診となった。来院時、vitalは体温37.1℃、脈拍84回/分、血圧 163/84 mmHg、SpO2(RA) 97%であった。心窩部激痛を認め、嘔気嘔吐症状も強かった。WBC 13690 / μ l、CRP 6.18 mg/dlであり造影CT検査で胃前底部に著明な壁肥厚と壁内液体貯留を認め精査加療目的に入院となった。【経過】上部消化管内視鏡検査にて胃前底部後壁に表面に陥凹を有する粘膜面正常の約3cm大の粘膜下腫瘍が認められた。10年前も同様の症状、CT所見にて他院加療歴があった。腫瘍の局在と既往歴、他院でのCT所見から異所性腚の壁内感染を疑い絶食による腸管安静と抗生剤加療を行い症状は軽快した。第56病日に上部消化管内視鏡検査を再検したところ、胃前底部の腫瘍は縮小し、渦巻き様の陥凹を伴っていた。今回の病歴と他院での臨床症状及びCT所見からも感染を繰り返していると考えられ、本人の手術希望もあることから、診断的治療として腹腔鏡補助下幽門側胃切除術を施行した。胃体部後壁に腫瘍を認め、幽門部より十二指腸・腚全面に癒着しており、剥離は非常に困難であったため、腫瘍切除後Billroth-II法にて再建した。病理組織学的所見で、胃粘膜から粘膜下層にかけてランゲルハンス島を欠く腚腺房構造を認め胃異所性腚の診断となった。手術施行後、約半年経過しているが再燃なく経過良好である。【考察】胃異所性腚の壁内感染を繰り返し外科的加療を行った1例を経験した。胃異所性腚の壁内感染は稀であり貴重な症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

胃粘膜下腫瘍, 胃異所性腚

4 ball valve syndromeをきたした胃穹隆部GISTの1例

高崎総合医療センター 消化器科
田村優樹, 長沼 篤, 館山夢生, 糸井祐貴, 柴崎絵理奈, 鈴木悠平,
綿貫雄太, 増田智之, 上原早苗, 星野 崇, 安岡秀敏, 柿崎 暁,
石原 弘

【背景】胃の腫瘍性病変が十二指腸に脱出し、幽門を閉塞して腹痛、嘔吐などを来す病態はball valve syndrome (以下BVS) と定義される。脱出する腫瘍は幽門輪に近い部位に存在するものが多いが、穹隆部の非上皮性腫瘍がBVSを惹起するのは稀である。今回当院で胃穹隆部から十二指腸球部に脱出した消化管間質腫瘍 (Gastrointestinal stromal tumor, 以下GIST) の1例を経験したので報告する。【症例】患者: 67歳 女性。主訴: 心窩部痛。現病歴: 20XX年頃に30mm大の胃穹隆部粘膜下腫瘍 (以下SMT) を指摘され、以後定期的に経過観察されていた。SMTは徐々に増大し、50mm大になったため手術が検討されていた。20XX+10年5月から食後の心窩部不快感を自覚した。5月25日夜から心窩部痛を自覚し、5月29日に黒色便を認め、翌日近医にて上部消化管内視鏡検査 (以下GIF) が施行され、胃穹隆部SMTが十二指腸球部に脱出しており、精査加療目的に当科へ紹介となった。造影CT検査で胃穹隆部に腔へ突出する長径43mmの腫瘍性病変が認められ、十二指腸球部に脱出していた。GIFでは胃穹隆部SMTが十二指腸球部に脱出していたものの、内視鏡の通過は可能であった。しかし内視鏡的整復が不可能であったため、開腹手術に移行した。手術では胃穹隆部腫瘍の十二指腸球部への脱出を解除した上で、腫瘍切除を施行した。病理診断の結果、腫瘍は胃穹隆部の筋層から発生した紡錘形細胞であり、免疫染色ではc-kit, CD34ともに陽性であった。核分裂像は強拡大50視野当たり3個、Ki-67は8%であった。以上の所見から中リスクGIST (modified-Fletcher分類) と診断した。術後2年が経過しているが、再発は認めない。【考察】一般的にBVSは胃前底部病変で生じる頻度が高いが、胃穹隆部GISTが十二指腸球部へ脱出した報告は自験例の他十数例と稀である。いずれも腫瘍径が大きく、下垂に足り得る大型GISTであった。穹隆部GISTであっても本症例のようにBVSを発症する場合があるため、腫瘍径が大きい場合にはBVSも念頭に入れた経過観察が必要である。

ball valve syndrome, GIST

杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科¹⁾,
同 病院病理部・病理診断科²⁾
田中佑治¹⁾, 大木亜津子¹⁾, 北濱圭一郎²⁾, 鶴見賢直¹⁾, 橋本佳和¹⁾,
長尾 玄¹⁾, 竹内弘久¹⁾, 鈴木 裕¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 須並英二¹⁾,
藤原正親²⁾, 菅間 博²⁾, 阿部展次¹⁾

症例は24歳女性。主訴は特になし。2018年の22歳時に家族性大腸腺腫症 (FAP) と診断され、以降サーベイランス目的に定期的に上・下部消化管内視鏡検査を施行されていた。その他の既往症なし。母、姉、母方の叔父母・祖父・曾祖母もFAPと診断されている。予防的大腸切除は未施行である。2018年の下部消化管内視鏡検査では、全結腸・直腸に多発するポリープを認め、大腸腺腫であった。2019年の上部消化管内視鏡検査では、胃底部に周囲と同色調の無茎性隆起が多発しており、胃底腺ポリープを伴っていた。胃底腺ポリープ領域の中、胃体上部大弯を中心に浅い陥凹を伴う約4cm大の白色扁平隆起領域を認め、生検にてdysplasia associated with fundic gland polypであった。2020年の上部消化管内視鏡検査では、前年度検査時と同部位への生検にて高分化管状腺癌 (tub1) が検出され、胃癌と診断された。胃底腺ポリープの数や大きさに著変はなかった。胃癌は胃底腺ポリープ多発領域の中に存在したが、分化型粘膜内癌と診断し、全身麻酔下内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した (周囲の胃底腺ポリープ12個と共に病変部を一括完全切除: 切除標本径58X50mm)。術後経過は良好でクリニカルパス通り第6病日に退院となった。腫瘍は病理組織学的にM, Gre, 0-IIa + IIc, 37X35mm, tub1 in fundic gland polyp-associated dysplasia, pT1a(M), pUL0, Ly0, V0, pHM0, pVM0と診断された。背景粘膜は異型を伴う胃底腺粘膜であり、本領域に異型を伴う胃底腺ポリープを1個認めた。腫瘍周囲の胃底腺ポリープ12個には異型や悪性所見は認めなかった。異型を伴う胃底腺ポリープ・胃底腺ポリープと胃癌の発生の関連性は病理組織学的には判断できなかった。FAPに合併する胃底腺ポリープでは高頻度にAPC遺伝子変異や腫瘍性変化を認め、散発性のものと異なり腺窩上皮に異型を伴うことが報告されており、本病態における癌化の機序としてdysplasia-carcinoma sequenceが示唆されている。本症例はFAPにおける胃癌発生機序を考察する上で貴重な症例であり、文献的考察を加え報告する。

家族性大腸腺腫症, 早期胃癌

国立病院機構霞ヶ浦医療センター
宇野広隆, 石毛和紀, 永瀬将臣, 福田邦明

症例は80歳台の女性。胆嚢十二指腸漏のため、幽門測胃切除およびroux-y再建術の既往がある。20XX年2月に上部消化管内視鏡と同時に胃粘膜生検を受けたところ、生検部位からの出血が持続したため、ボノプラザンの内服が開始された。2か月後より下腿浮腫が出現し、アルブミン値の著明な低下を認めた (3.3mg/dlから2.1mg)。99m-Tc-HASシンチグラフィでは、24時間後に大腸にRIの集積を認め、微量の消化管への蛋白漏出を示唆する所見であり、蛋白漏出性胃腸症と診断した。また、血液検査では、血清胆汁酸の異常高値を認め、腸管内細菌異常増殖の可能性が示唆された。ボノプラザンの休薬とメトロニダゾールの内服で、アルブミン値の改善、浮腫の消失、腸管内RI漏出の消失が得られた。腸管内細菌異常増殖がボノプラザン投与による、胃酸分泌抑制により惹起された可能性が示唆され、若干の考察とともに報告する。

蛋白漏出性胃腸症, 腸管内細菌異常増殖

土浦協同病院 消化器内科
三原晶子, 西平成嘉子, 河上和輝, 大友有紀子, 金子朋浩,
山崎友裕, 渡辺研太郎, 佐野慎哉, 杉山勇太, 藤原 俊,
鈴木雄一朗, 上山俊介, 市田 崇, 草野史彦

【背景】非腫瘍性のCronkhite-Canada症候群 (CCS) に胃癌の合併例があることはよく知られている。CCSに合併した胃癌は切除可能であることが多いが、今回CCSに合併した切除不能進行胃癌を経験したので報告する。

【症例】74歳男性

【臨床経過】20XX-2年10月健診異常で大腸ポリープを認め、切除目的に当院紹介受診した。臨床症状はなかったがEGD/CSでは胃、十二指腸、大腸にポリープを認め、病理組織学的に腺管小囊胞状拡張、間質浮腫、細胞浸潤を認めたことから20XX-1年3月にCCS疑いと診断した。同時に胃体部小弯に60mm大の靱色調の0-IIa病変を認め、生検の結果Group3であった。胃腺腫に対してESD施行の方針とし、切開ラインの粘膜の抗炎症目的にブレドニゾロン30mg/日を開始した。20XX年7月、ESD施行前の治療効果判定で病変粘膜のひきつれを認め、同部位の生検でadenocarcinoma (tub2, tub1) と診断された。全身精査で多発肝転移、リンパ節腫大を認めたためHER2陰性胃癌cTXN1M1 (HEP) Stage IVBと診断した。20XX年9月から化学療法を開始し、1stline SOX療法、2ndline Ramucirumab + nab-Paclitaxelを行うも奏効せず、20XX+1年2月に死亡した。【考察】CCS合併胃癌の発癌経路には(1) adenoma-carcinoma sequence (2) denovo発癌 (3) CCSポリープと独立して発生する癌の可能性が考えられている。CCS合併胃癌は病変は大きいものの比較的浅層で粘膜下層にとどまり、高分化腺癌の割合がやや高いという報告がある一方で、p53の蓄積が見られる悪性度の高い胃癌やCCSによる介在粘膜の炎症で肉眼的判別が困難で癌が潜在化するという報告もある。今回、比較的急激な経過を辿ったCCSに合併した切除不能進行胃癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Cronkhite-Canada症候群, 胃癌

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
櫻井宏貴¹⁾, 園田寛道¹⁾, 山田岳史¹⁾, 太田 竜¹⁾, 進士誠一¹⁾,
松田明久¹⁾, 高橋吾郎¹⁾, 岩井拓磨¹⁾, 武田幸樹¹⁾, 上田康二¹⁾,
栗山 翔¹⁾, 宮坂俊光¹⁾, 吉田 寛¹⁾, 梶尾雄介²⁾, 寺本康弘²⁾

【はじめに】小腸原発悪性リンパ腫は穿孔する頻度が高くまた、術前診断が困難であり治療開始が遅れる傾向にあり、予後不良な症例が多い。今回原因不明の消化管穿孔に対し診断的腹腔鏡を行い小腸穿孔と診断し、腹腔鏡補助下に手術を施行後、早期の化学療法導入を行った悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。【症例】81歳女性、腹部全体に腹痛を自覚し、その後嘔吐・嘔気持続あり当院受診。腹部CT検査で多量の腹腔内遊離ガス・腹水貯留を認め緊急手術施行した。腹腔鏡下で腹腔内を観察すると膿性腹水あり、回腸末端より約7cm口側に直径cmの穿孔部を認め、腹腔鏡下補助下洗浄ドレナージ、小腸部分切除、小腸ストマ増設を施行した。術後6日目、腹部CT検査で遺残膿瘍ありCTガイド下ドレナージ施行し、術後20病日に退院となった。退院後病理学診断でびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断となった。血液内科で化学療法施行の方針となり、術後43日後に化学療法を開始した。【考察】小腸穿孔は非外傷性消化管穿孔の4.7-6.2%と報告されており、25-40%の症例では腹膜刺激症状を欠くと報告されている。また、小腸内には胃・十二指腸・大腸と異なり生理的な腸管ガスがあるため画像上典型的な所見がなく、術前の小腸穿孔の診断は難しいとされている。消化管穿孔の原因部位がわからない腹膜炎の症例では診断的腹腔鏡を行い、診断・術式を決定することが重要である。また、小腸悪性リンパ腫の穿孔頻度は7-47%と他の悪性腫瘍に比べ高率であり、また穿孔例は特に予後不良との報告もあり早期の化学療法を施行することが重要である。

消化管穿孔, 腹腔鏡

自治医科大学内科学講座消化器内科学部門

田中朗嗣, 岩下ひろ子, 林 芳和, 上野 航, 富樫実実, 矢野慶太郎, 井野裕治, 渡邊俊司, 竹澤敬人, 森川昇玲, 岡田昌浩, 砂田圭二郎, 山本博徳

【症例】79歳女性【主訴】全身性浮腫、肛門から脱出する手拳大の腫瘍
 【現病歴】2ヶ月前から、肛門より手拳大の腫瘍脱出・血便を繰り返していた。脱出した腫瘍は自然還納せず、その度に救急外来で用手還納されていた。1ヶ月前、全身性浮腫・腹部膨満が出現し、前医へ入院した。著明な低アルブミン血症と貧血を認め、胸腹部造影CTで大量の胸腹水貯留と造影効果を伴う70mm大の直腸腫瘍を認め、精査加療目的に当院へ転院した。【転院後経過】転院時は全身性浮腫により体動困難だった。血液検査はHb 6.6 g/dL、血清アルブミン 1.8 g/dLで、肝機能・腎機能は正常だった。腹水穿刺結果は漏出性腹水で、細胞診も陰性であり、低アルブミン血症による浮腫・胸腹水と診断した。全大腸内視鏡検査では直腸RaからRbにかけて75mm大の0-Is+2aの絨毛状腫瘍を認めた。低アルブミン血症の原因に消化管からの蛋白漏出を疑ったが、慢性下痢や電解質異常はなく、蛋白漏出シンチグラムで消化管に集積は認めなかった。全身状態改善の為にアルブミン補充と経口栄養摂取を行い、2週間後には浮腫・胸腹水は消失し血清アルブミン3.0g/dLまで改善したが正常化はせず、貧血も継続していた。経過から脱出を繰り返す直腸絨毛状腫瘍からの出血に伴う低アルブミン血症と考え、直腸腫瘍の切除を検討した。外科と経肛門的腫瘍切除について協議したが、腫瘍の口側を経肛門的に視認できない為、ESDで腫瘍全体を確実に切除する方針とした。ESD直前に腫瘍が肛門より脱出して還納に時間を要したが、偶発症なく一括切除できた。腫瘍最大径は115mmだった。病理結果は高異型度管状絨毛状腺腫で、水平断端・垂直断端は陰性だった。ESD後は偶発症なく経過し、術後10日目に退院した。退院後2ヶ月目の血液検査でHb10.6g/dL、血清アルブミン3.6g/dLまで改善し、自立した日常生活が可能となった。【考察】医中誌・PubMedでは消化管上皮性絨毛状腺腫を内視鏡的に完全切除することで改善した低アルブミン血症の報告はなく、本症例のESDは低侵襲かつ有効であり、有用性が高いと思われたので報告する。

低アルブミン血症、直腸絨毛状腫瘍

帝京大学 医学部 内科学講座

田村大和, 青柳 仁, 浅岡良成, 丸山喬平, 中村直裕, 八木みなみ, 三木淳史, 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, 山本貴嗣, 田中 篤

症例は48歳男性。20XX-10年、潰瘍性大腸炎を発症。他院で加療されていたが、ステロイド依存例のため、20XX-2年当院紹介となった。外来にてMMX型メサラジン、アザチオプリン、ゴリムマブ、ステロイド注腸、顆粒球除去療法で加療され、ステロイド内服は減量中止となっていた。20XX-1年12月、発熱、肛門痛が出現し、近医受診。直腸内視鏡にて下部直腸に潰瘍を伴った全周性の腫瘍性病変を認めたため、当院へ連絡、20XX年1月、精査加療目的で入院となった。大腸内視鏡検査を施行し、下部直腸に全周性に隆起を伴った粗大な潰瘍性病変を認め、生検の結果、EBV陽性のB細胞性リンパ腫と診断された。アザチオプリンとゴリムマブによる免疫抑制が発症に影響している可能性があり、PETでは直腸病変のみの集積で全身状態も良好であったため、MMX型メサラジンのみで外来経過観察の方針となった。3月、5月と内視鏡でフォローし直腸病変の改善を認めた。5月の検査では潰瘍部の生検からCMVも認めたためバルガンシクロビルの投与も行った。8月に施行した大腸内視鏡検査およびCTで直腸病変は改善傾向であり、生検結果でもリンパ腫の検出は認めなくなった。11月の内視鏡で潰瘍性大腸炎の増悪を認めたため再入院となり、ステロイド再開、悪性リンパ腫との関連性が低いという報告があるベドリズマブを導入した。ステロイドを減量し退院、外来で経過観察中である。EBV関連リンパ増殖性疾患は免疫抑制によるEBV再活性化に伴い発症することがあり、移植後症例やメソトレキサート治療中の関節リウマチ症例で報告されている。潰瘍性大腸炎と悪性リンパ腫合併の頻度は低いとされているが本症例と同様に長期間の免疫抑制剤投与に伴う症例の報告が散見されるようになっている。本症例では潰瘍の生検からCMVも認めバルガンシクロビルが投与されているが、EBVに適用はないものの経過に影響を与えた可能性もあり興味深い。貴重な症例を経験したので、文献的考察もふまえて報告する。

EBV関連リンパ増殖性疾患、免疫抑制剤

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²⁾杵刈広志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⁾, 中島典子¹⁾, 神田達郎¹⁾, 今津博雄¹⁾, 森山光彦¹⁾, 後藤田卓志²⁾

【はじめに】潰瘍性大腸炎(UC)とサイトメガロウイルス(CMV)感染症の関係は以前から報告されているが、再活性化例が多く、初感染例の報告は稀である。【症例】27歳・女性で、3年前に全大腸炎型・中等症のUCと診断され、5-ASA4800mgとAZA25mgで6か月間寛解維持されていた。12週間前から再燃を認めたため、8週間前からAZAを50mgに増量、ブデソニド注腸を6週間使用した。その後2週間は下痢・血便は消失していたが、突然38℃の発熱を認め、翌日外来を受診し、精査目的に入院となった。高熱、リンパ節腫脹、脾腫を認めたが、血便の増悪はなく、AZAを休業し感染症の精査をすめた。入院時の血液検査では、白血球4400(リンパ球8.6%)/ μ L、ヘモグロビン13.4g/dL、血小板17万/ μ Lであったが、5病日目には白血球1800(リンパ球8%)/ μ L、ヘモグロビン10.8g/dL、血小板9万/ μ Lと急激な汎血球減少を認めた。入院時のCMV IgM(+), CMV IgG(-), C7-HRP(+), 直腸の病理組織検査でCMVが検出され、CMV初感染と診断し、5病日目からガンシクロビルの投与を開始した。19病日目まで高熱が続いたが、骨髄検査で血球貪食像は認められず、汎血球減少は徐々に改善した。抗ウイルス剤中止後の経過も良好となり、第27病日目に退院となった。尚、潰瘍性大腸炎は入院中軽度の排便回数の増加を認めたが、顕著な増悪は認められず、有形便1回/日の維持が可能となったため、追加治療は行わず5-ASAの内服・坐剤を継続し、外来にて経過観察の方針とした。【考察】UCに併発するCMV感染症には、本例のように急激に発症し、脾腫や汎血球減少を呈する初感染例もあり、迅速に診断しUCの病態に合わせた慎重な対応が必要である。

サイトメガロウイルス感染症、潰瘍性大腸炎

獨協医科大学 内科学(消化器)講座¹⁾, 同 第一外科²⁾山口真太郎¹⁾, 阿部圭一朗¹⁾, 土塚勇吾¹⁾, 嘉島 賢¹⁾, 金澤美真理¹⁾, 金森 瑛¹⁾, 渡邊詔子¹⁾, 有阪高洋¹⁾, 星 恒輝¹⁾, 眞島雄一¹⁾, 富永圭一¹⁾, 飯島 誠¹⁾, 郷田憲一¹⁾, 入澤篤志¹⁾, 井原啓佑²⁾, 中村隆俊²⁾, 小嶋一幸²⁾

症例は40歳代男性。2004年発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎患者。メサラジン4g/日の内服で寛解維持されていたが、2021年1月初旬より血便を認め近医を受診し精査加療目的に当院を紹介受診した。受診時のバイタルサインは異常ないが、右下腹部に圧痛・自発痛が認められた。排便回数は15行/日で著明な顕血便を認めた。血液生化学的検査では血清Alb2.4mg/dlと低値でCRP13.3mg/dl・赤沈118mm(1時間値)と著明な上昇を認めた。腹部CT検査では上行結腸～横行結腸に著明な壁肥厚を伴う腸管全体の拡大を認めた。下部消化管内視鏡検査を施行され、肝彎曲部を主座に高度な閉塞所見を呈する特異な形態の炎症性ポリポーススあり、肝彎曲より以深へのスコープの挿入は困難であった。横行結腸～脾彎曲部までは潰瘍が散在しておりS状結腸～直腸には異常を認めなかった。1年前の近医での下部消化管内視鏡検査では同所見はなく、短い経過で病変が進行し狭窄を呈しており今後イレウス発症の可能性が高いと考えられた。また、貧血や低蛋白血症の進行を認めたことから、内科的治療は困難と判断し外科的手術を行う方針とした。炎症性ポリポーススは、消化管の炎症や潰瘍形成後の粘膜再生の過程で形成され、管腔内に突出した隆起性病変である。潰瘍性大腸炎では、経過中、15～30%に炎症性ポリポーススの合併を認めることの報告があるが、本症例のように、区域性に密集した localized giant inflammatory polypoidosis (以下、LGIP)という状態にまで至ることは稀である。LGIPの本邦報告例は未だ少なく、急速に進行し閉塞症状まで来した本症例は貴重であると考えられ文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、炎症性ポリポースス

13 大腸癌に合併したS. bovisによる感染性心内膜炎の一例

筑波大学附属病院

辻 実季, 山本祥之, 森脇俊和, 山田武史, 丹下義隆, 萩原悠也, 福田智史, 鈴木英雄

【症例】67歳、女性。2か月前からの下痢を主訴にX-1月前医を受診した。Hb4.6g/dlと貧血を認め、精査の結果直腸癌cT4bN3M1a cStage4aと診断された。X月Y日当院入院し、38.7℃と発熱を認めたが、Y+3日腹腔鏡下S状結腸双孔式人工肛門造設術施行後解熱し、Y+11日化学療法目的に当科転科した。38.2℃と再度発熱を認め、血液検査ではWBC9200/ μ l、CRP2.40mg/dlと炎症反応上昇を認めた。血液培養2set採取後、アンピシリンナトリウム・スルバクタムナトリウムを開始し解熱し、炎症反応も改善したため、Y+19日mFOLFOX6+ペバシズマブ療法を開始した。Y+21日Streptococcus bovis(以下S. bovis)を検出した。同日経胸壁、経食道心エコーを施行し、僧帽弁後尖は腱索断裂により脱脱し、逸脱弁尖に可動性のある疣贅(最大14mm×6mm)が付着し、重度僧帽弁逆流症を認めた。頭部MRIでは左放線冠領域に微小新鮮梗塞を認めた。S. bovisによる感染性心内膜炎(以下IE)の診断となり、抗菌薬をベンジルペニシリンカリウムに変更した。その時点で神経症状、心不全症状はなく、ペバシズマブ投与から30-45日後程度に弁置換術を検討の方針となった。Y+22日最終健常4時間前の運動性失語、右片麻痺が出現し、頭部MRIでは急性期脳梗塞、左中大脳動脈M2上行枝塞栓症を認め、血栓回収術が施行された。神経症状残存なく、Y+39日XELOX療法に変更し開始した。血液培養陰性確認後6週間で抗菌薬投与を終了し、Y+57日自宅退院した。【考察】S. bovisはグラム陽性の連鎖球菌で、健康人の腸内細菌叢にも存在するが、大腸新生物とS. bovisの糞便感染、腸血症、IEには関連があるとされる。S. bovis菌血症を認めた場合、大腸新生物、IEの合併を考慮し、下部消化管内視鏡、心エコーを施行するべきである。今回大腸癌に合併したS. bovisによるIEの一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

大腸腫瘍, S. bovis

14 メサラジン粉砕投与が有効であった胃びまん性病変合併の潰瘍性大腸炎の一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡部²⁾

城野 紡¹⁾, 内山詩織¹⁾, 二瓶真一¹⁾, 今井友里加¹⁾, 遠山翔大¹⁾, 富田尚貴¹⁾, 稲垣淳太¹⁾, 加藤ゆり¹⁾, 芹澤 奏¹⁾, 鈴木雅人¹⁾, 小宮靖彦²⁾, 金沢憲由²⁾, 関野雄典¹⁾, 川名憲一²⁾, 永瀬 肇¹⁾

【背景】一般的に潰瘍性大腸炎(UC)は大腸に局限する病変と考えられてきたが、近年、胃や十二指腸など上部消化管病変の合併例の報告が増加しており、Gastro-duodenitis with UC(GDUC)やdiffuse ulcerative upper-GI mucosal inflammation(DUMI)などと呼称されている。しかし、その明確な治療法は確立されていない。今回、胃びまん性病変合併の潰瘍性大腸炎に対してメサラジン粉砕投与が有効であった1例を経験したので報告する。【症例】45歳男性。X年に他院にてUCと診断されメサラジン単剤加療されていたが、X+1年に通院を自己中断していた。X+5年7月に血便を認め当院初診となった。下部消化管内視鏡にてMatts Grade2の直腸炎型UC中等症の診断となり、メサラジン2.4g/dayを開始し症状は改善した。X+7年9月に1日5回以上の血便があり、Matts Grade3、左側結腸型への病勢増悪を認めた。メサラジン3.6g/dayへの増量で症状は改善し、以降臨床的寛解を維持していた。X+10年8月に1日5回以上の血便とともに激しい心窩部痛や食思不振が出現した。1ヶ月間エンメプラゾール20mgにより加療されたが、症状の改善は認めなかった。上部消化管内視鏡(EGD)を施行したところ、胃体部への膿性粘液の付着、びまん性発赤、点状出血、浮腫、易出血性を認めた。UC関連胃粘膜病変を疑い、9月よりメサラジン2gは粉砕で、メサラジン2gは錠剤で処方され、1週間で著明に症状の改善を認めた。12月にはEGDで胃病変の改善傾向が確認された。X+12年8月には胃、大腸ともに内視鏡的粘膜治癒に至った。【結語】直腸炎型から全大腸炎型に進んだ潰瘍性大腸炎に胃びまん性病変を合併した1例を経験した。本症例ではメサラジンの投与形態の変更が上部消化管症状の改善に有用であった。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

潰瘍性大腸炎, 上部消化管病変

15 Epstein-Barr Virusの初感染を契機に増悪した潰瘍性大腸炎の1例

さいたま市立病院

川村優介, 加藤まゆみ, 金田浩幸, 篠崎博志, 三浦邦治, 西尾 恵, 町田健太, 山本 傑

近年Epstein-Barr Virus (EBV)の再活性化が潰瘍性大腸炎(UC)の難治化の一因と報告されているが因果関係は明らかではない。今回EBVの初感染を契機に増悪したUCの1例を経験したので報告する。【症例】20歳女性【病歴】2018年11月に6か月間持続する排便時出血で受診した。大腸内視鏡(colonoscopy:CS)で全大腸型UCと診断し、5-aminosalicylic acid(5-ASA製剤)1500 mg内服とベタメタゾン坐剤1g/日を再開した。少量の血性下痢が持続したため5-ASA製剤4800 mg内服へ増量し、5-ASA坐剤1g/日を追加した後に臨床的に寛解が得られ、ベタメタゾン坐剤を漸減後に中止した。2020年11月に10回以上の血性下痢及び腹痛があるため、UC増悪の診断で緊急入院した。【経過】臨床的重症度は中等症であり補液、絶食及び5-ASA製剤4800 mg内服とベタメタゾン坐剤1g/日で加療した。第2病日には血性下痢は改善傾向だったが、38℃台の発熱が持続した。第3病日CS施行し盲腸から上行結腸及び直腸に膿性粘液、アフタ様びらん、浮腫を認め中等症であった。白血球とCRPは上昇し、第4病日にプレドニゾロン(PSL)30 mg内服を開始した。第5病日より肝障害が出現し、スルファメトキサゾール・トリメトプリム錠(ST)による薬剤性肝障害を疑い第7病日に中止した。第11病日以降肝障害は改善傾向だったが、異型リンパ球の増加、免疫血清学検査でEBV抗VCM-IgM抗体10倍、EBV抗VCM-IgG抗体160倍、EBV抗EBNA 10未満の結果となり、EBV初感染による伝染性単核球症(以下IM)と診断した。発熱はIMの症状と考え、第11病日PSL半量にし、第12病日に中止した。今回のCS時の生検病理ではEBER陽性細胞認め、2018年の生検病理では認めなかったため、EBV初感染が潰瘍性大腸炎増悪の原因と考えた。PSL中止後も再燃なく経過し、第16病日に退院した。【結語】これまで難治性UCの一因が免疫抑制剤や生物学的製剤使用下でのEBV再活性とする報告は散見されたが、EBVの初感染がUCの増悪要因となった報告はなかった。EBV初感染後に潰瘍性大腸炎の増悪をきたし、IM発症までの経過を追えた貴重な症例と考え報告する。

潰瘍性大腸炎, Epstein-Barr Virus

16 皮膚筋炎を合併した大腸型クローン病の一例

獨協医科大学 医学部

石川 学, 田中孝尚, 川田陽介, 増山智史, 金澤美真理, 久野木康仁, 阿部圭一郎, 金森 瑛, 渡邊詔子, 富永圭一, 飯島 誠, 郷田憲一, 入澤篤志

症例は30代女性。20代の頃から目の周りに断続的に湿疹を認めていた。X年8月頃より症状が悪化。倦怠感、上腕・大腿の筋肉痛も認められるようになり、同年10月当院皮膚科を紹介受診。抗体検査、筋生検を経て皮膚筋炎と診断された。また、以前より慢性的な下痢症状があり、近医で過敏性腸症候群と診断され内服加療が行われていた。X+1年6月頃より下痢症状が増悪。精査加療目的に同年8月に当科を紹介受診した。下部消化管内視鏡検査では、S状結腸に局限して縦走潰瘍が認められ、肛門部の診察ではSkin tagと痔瘻が認められた。病理学的検査では、炎症細胞浸潤と非乾酪性類上皮肉芽腫が認められクローン病と診断した。同年9月に精査加療目的に当科に入院した。カプセル内視鏡検査や、小腸内視鏡検査、上部消化管内視鏡検査では、炎症粘膜は認められなかった。寛解導入目的に、もともと皮膚筋炎に対して維持投与されていたプレドニゾロン10mg/日を70mg/日まで増量した。しかし、入院7日目に初回検査時に陰性であった抗原特異的インターフェェロン- γ 遊離検査が陽性であることが判明し、呼吸器内科に診察を依頼。咳嗽はなく、喀痰塗抹検査は陰性で、胸部CT上炎症所見も認められないことから、潜在性結核と診断。プレドニゾロンは継続のまま、イソニアジドの投与を開始した。腹部症状が改善したため、第24病日に退院した。皮膚筋炎を合併したクローン病は既報も少なく、非常に稀である。本症例ではクローン病の寛解導入時に潜在性結核も併存していた。貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

クローン病, 皮膚筋炎

17 多臓器転移で発見され、遺伝子変異解析で原発診断が可能であった4型進行大腸癌の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科

山内友愛, 池田 厚, 樺 映志, 林田 翔, 石井重登, 谷口源太郎, 村上 敬, 深田浩大, 松本健史, 山科俊平, 瀧谷智義, 伊佐山浩通, 池嶋健一, 椎名秀一郎, 永原章仁

【症例】51歳女性【主訴】咳嗽【現病歴】20XX年8月より続く咳嗽を主訴に10月に近医を受診した。胸部X線検査にて両側肺野に浸潤影を認め、肺炎疑いで当院紹介受診となった。CT検査で両肺に多発結節影及び間質影、多発肝腫瘍、脾体部腫瘍、横行結腸の不整な壁肥厚、腹膜播種結節および少量腹水を認めた。重複痛・原発不明癌の精査目的に入院となった。【臨床経過】経気管支生検、肝腫瘍生検、超音波内視鏡下脾腫瘍生検(EUS-FNA)、下部消化管内視鏡検査(CS)を施行した。EUS所見上は脾体部に境界明瞭な低エコー腫瘍を認め、主脾管の途絶および尾側腸管の拡張を認めた。CSでは横行結腸に高度の浮腫・肥厚を伴う全周性狭窄を認めた。病理学的に肺生検、肝腫瘍生検、脾腫瘍生検、大腸生検のいずれの検体も低分化腺癌の診断であった。免疫染色所見では全ての検体でTTF-1、NapsinAともに陰性であり、原発性肺癌は否定的であった。画像所見からは原発性脾癌、原発性大腸癌が鑑別疾患としてあげられたが病理学的には臓器特異的な所見は得られず、原発巣の診断には至らなかった。経過中に癌性リンパ管症の増悪に伴う酸中毒の急激な低下を認め、4型進行大腸癌および転移性脾腫瘍の頻度が少ないことや、脾癌の家族歴も考慮し、臨床的に切除不能原発性脾癌と診断し、一次治療としてmFOLFIRINOX療法を導入した。その後判明した遺伝子変異解析の結果はKRAS/NRAS変異陰性、BRAF変異陽性であり、遺伝子変異の頻度から4型進行横行結腸癌 cT4aN3M1c cStage4c (UICC第8版)と診断した。最終的にBRAF変異陽性の切除不能進行大腸癌としてFOLFIRI+Bev療法を開始した。その後原発巣、癌性リンパ管症共に改善が見られ、退院となった。【結語】多臓器転移で発見され、原発診断に難渋し、遺伝子変異解析が診断の決め手となった4型進行大腸癌の1例を経験したので文献的な考察を加えて報告する。

4型大腸癌、BRAF陽性

19 ニボルマブ初回投与で免疫関連有害事象による劇症肝炎をきたした一例

横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学¹⁾、

同 病理診断科²⁾

和田直大¹⁾、野上麻子¹⁾、村岡枝里香²⁾、本多 靖¹⁾、小川祐二¹⁾、今城健人¹⁾、米田正人¹⁾、斎藤 聡¹⁾、中島 淳¹⁾

【背景】免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象(irAE)はあらゆる臓器で報告され肝障害の頻度も高率である。今回、我々は食道がんに対するニボルマブ初回投与後に劇症肝炎をきたした一例を経験した。【症例】81歳男性。嘔吐を主訴に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査で切歯列28-33cmに3/4周性の2型病変(病理:扁平上皮癌)を認め、胸部中部食道癌cT3N2M0 stage3と診断された。当初は手術加療を視野に、術前化学療法(5-FU+CDDP)を1コース施行されたが、吐血をきたし、全身状態の低下を認めた。手術加療は困難と判断され、二次療法としてニボルマブ 240mg投与された。ニボルマブ投与の19日後に嘔吐を主訴に外来受診し、重症急性肝炎の診断で当科紹介となり緊急入院した。臨床経過より、ニボルマブによるirAEと判断し、ステロイドハーフパルス療法(メチルプレドニゾン500mg/日)を行ったが、第3病日に肝性脳症が出現し、第7病日に死亡確認となった。病理解剖では肝臓は萎縮性変化を認め、亜広範性肝細胞壊死を認めた。線維化をはじめとする慢性変化は認めず、門脈を中心に浸潤するリンパ球はCD8陽性細胞が主体であり、病理学的にもirAEが示唆された。【考察】食道がんに限らず免疫チェックポイント阻害薬は既存の抗がん剤より生存効果の延長効果が相次いで報告され、今後の使用頻度は急増することが想定される。一方で肝障害を含めたirAEの報告があり、肝障害の出現頻度は3-10%の頻度、8-12週間後に起こることが多い。本症例は急激な経過で治療の効果なく、死亡の転帰となった例であるが、病理解剖でirAEに特徴的なCD8陽性T細胞が肝生検で認められ、原因の特定がし得た例であり、病理解剖から得られた考察、既報の文献的考察も含めて報告する。

irAE、重症急性肝炎

18 抗PD-1抗体とチロシンキナーゼ阻害剤により重篤な肝障害を来した1例

東京女子医科大学病院 消化器病センター

吉水知洋, 小木曾智美, 小笠原友里, 佐川孝臣, 五十嵐悠一, 児玉和久, 谷合麻紀子, 徳重克年

免疫チェックポイント阻害剤(ICI)の使用頻度が増加し、合併症の報告も増えている。当科で経験した肝障害について報告する。【症例】53歳男性。2ヶ月前からの下肢浮腫・肉眼的血尿を主訴に前医を受診。エコーで右腎腫瘍を指摘され、当院泌尿器科を紹介受診した。造影CTで早期濃染・洗い出しを認め、淡明細胞型腎細胞癌(TNM分類cT3N0M0、病期stage3)が疑われた。IVC腫瘍塞栓を認め、抗PD-1抗体(ペムブロリズマブ)+チロシンキナーゼ阻害剤(TKI、アキシチニブ)による術前化学療法を開始した。ペムブロリズマブを2回、アキシチニブを35日間投与後から徐々に肝胆道系酵素の上昇(T-BIL 1.4 mg/dL、AST 327 U/L、ALT 1093 U/L、ALP 242 U/L、 γ -GTP 22 U/L)と甲状腺機能低下を認め内服薬を中止した。当科に紹介・入院となった。肝炎ウイルス陰性、抗核抗体は上昇なく、抗ミトコンドリアM2抗体5.5、抗サイログロブリン抗体10 IU/mL、TPO抗体陰性であり、免疫関連有害事象(irAEs)と考えられた。肝生検ではlobular hepatitisの所見を認め、CD8+陽性であった。薬剤リンパ球刺激試験では、アキシチニブが陽性だった。grade 3の肝障害に対し、PSL 50 mg/day、UDCA 600 mg/dayと甲状腺機能低下に対しレボチロキシン 25 μ g/dayの内服を開始した。その後徐々に肝胆道系酵素、甲状腺機能は改善傾向となり、PSLを漸減した。【考察】抗PD-1抗体+TKI投与後に肝障害をきたした症例を経験した。irAEsは多様性、多発性、持続性が指摘される。本例では、irAEsにTKIによる薬剤性肝障害も合併し重篤化した可能性が考えられた。【結語】ICIおよびTKIは今後益々需要が高まると考えられ、合併症の管理が重要である。

免疫関連有害事象、薬剤性肝障害

20 肝細胞癌術後10年目に新たな多血性病変を認めたB型慢性肝炎の1例

東京医科大学茨城医療センター

中川俊一郎, 玉虫 惇, 森山由貴, 柿崎文郎, 上田 元, 門馬匡邦, 小西直樹, 屋良昭一郎, 平山 剛, 岩本淳一, 本多 彰, 池上 正

HBs抗体陽性、HBV-DNA高値の慢性B型肝炎。肝腫瘍の出現を契機に59歳時に当院に紹介された。200X年10月に当院消化器外科にて肝細胞癌に対しS8亜区域切除を施行。病理所見はvv1, sm(-), T3N0Mo stage IIIであった。術前に抗ウイルス療法は施行されておらず、術後核酸アタログ製剤を内服しながら消化器内科にて定期フォローしていた。HBV-DNAは陰性化しALTは正常化、順調に経過していたが、10年後の201X年2月に施行した造影CTにてS4に早期濃染を示す病変を認め、造影MRI、造影超音波検査を追加し、肝細胞癌再発の診断となった。肝予備能は良好であり肝細胞癌として当院消化器外科にて再度内側区域切除を施行した。病理検査にてリンパ球様細胞が密に増殖しており、濾胞構造も見られ、肝細胞癌ではなくMALTリンパ腫の可能性が高いと診断された。切除断端は陰性であり、追加治療は行わずに定期フォローを行っていたが、201X+1年7月に行った造影MRIにてS8に再燃を疑う所見を認め、造影超音波を行ったところ、前回と同様に肝細胞癌を疑わせる所見であった。前回も同様の画像所見でMALTリンパ腫の診断に至ったことから、腫瘍生検を試みた。病理所見では積極的にMALTリンパ腫を示唆する所見はみとめなかったものの、確定診断に至らず。本人希望もあり、再度外科に手術を依頼し、S8部分切除を施行した。病理所見は1年前の病理所見と類似しており、MALTリンパ腫の再燃と考えられた。今回も切除断端は陰性であったが、術後1年での再発ということもあり、現在は外科にてR-CHOP療法を行っている。

肝臓、MALTリンパ腫

茨城県立中央病院・地域がんセンター 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 安部計雄¹⁾, 真下翔太¹⁾, 本多寛之¹⁾, 石橋 肇¹⁾, 山岡正治¹⁾, 大関瑞治¹⁾, 五頭三秀¹⁾, 荒木真裕¹⁾, 西塔翔吾²⁾, 藤沼八月²⁾, 星川真有美²⁾, 京田有介²⁾, 斉藤仁昭³⁾, 天貝賢二¹⁾, 山本順司²⁾

【はじめに】膵退形成癌は稀な膵癌の一組織型で予後不良とされている。今回、EUS-FNAにより術前に膵退形成癌と診断することができた1切除例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】60歳代男性。20XX年9月に血糖コントロール不良の精査のため、前医で施行したCT検査で膵尾部に腫瘍性病変を認め、当院へ紹介。来院時、診察所見は特記所見なかった。PET-CT検査では膵尾部にFDG高度集積を伴う15mm大の低吸収腫瘍を認め、遠隔転移や主要動脈の浸潤を認めず切除可能膵癌と考えた。膵癌腫瘍マーカーはいずれも陰性であった。超音波内視鏡検査では膵尾部に13x11mmの輪郭整、境界明瞭、内部エコー均一な低エコー腫瘍を認めた。FNAを施行したところ、非常に高度の核異型や核腫大および多核を呈する異型細胞の増殖を認め、退形成癌が考えられた。GEM+TS-1による術前補助化学療法を2コース行い、膵体尾部切除術を施行した。術後軽度の膵液瘻の他は重大な合併症なく自宅退院した。病理所見では巨大核、分葉核、奇怪な核など多形性に富む腫瘍細胞の増殖を認め、また短紡錘形核を有する腫瘍細胞の充実性増殖を認めた。退形成癌で多形細胞型と紡錘細胞型の混在と判断した。現在は術後補助化学療法の導入について検討予定である。

【考察】膵退形成癌は肉腫様増生を呈する膵癌の一種として1954年に初めて報告された。膵癌登録報告2007によると本症の報告数は38例、膵癌全体の0.14%と稀である。細胞形態により巨細胞型、多形細胞型、紡錘細胞型、破骨細胞様巨細胞型に分類される。破骨細胞様巨細胞型は10年生存率56.8%と予後良好であるが、前3者の生存期間中央値は6.0ヵ月、5.0ヵ月、6.0ヵ月と予後不良である。

膵癌, 膵退形成癌

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器) 講座 根本玲奈, 飯島 誠, 川田陽介, 手塚勇吾, 牧 竜一, 吉永智則, 近藤真之, 有阪高洋, 真島雄一, 入澤篤志

【症例】30歳台、女性【主訴】なし【現病歴】2歳時から頭蓋骨腫瘍、心臓腫瘍、肺血流異常で他医で加療されていたが、確定診断には至らなかった。また門脈本幹の著明な拡張(以下門脈瘤)も指摘されていた。20XX-7年から慢性呼吸不全の増悪を認め、当院に紹介された。内科的治療に抵抗性で、20XX-2年に脳死肺移植に登録された。20XX年Y月に脳死右肺移植を施行されたが、術後8日目に肝機能障害とD-dimer上昇を認め、造影CTで門脈瘤内に以前に認められなかった血栓の充満(横径64mm)を認めた。【血液検査所見】WBC 12400/ μ L、Hb 9.2 g/dL、血小板 13万/ μ L、PT 79%, D-dimer >30 μ g/ml, AST 368 U/L, ALT 382 U/L, T-Bil 2.4 mg/dL, D-Bil 1.0 mg/dL, BUN 27 mg/dL, Cr 0.31 mg/dL, CRP 4.44 mg/dL, 【臨床経過】腹部造影CTでは、門脈は肝外から右枝本幹まで囊状の著明な拡張を認め、内部に血栓の充満を認めるが、肝内門脈の血流は門脈壁と血栓のわずかな間隙から保たれていた。門脈瘤内の血栓に対し、ヘパリンとAT-3製剤で加療を開始した。術後12日目に超音波検査を施行し、門脈左枝は開存しており、右枝は血栓の間隙から血流を認め、血栓の著明な縮小を認めなかったが門脈血栓は保たれていた。術後15日目にD-dimerの低下を認め、エドキサパンの内服に変更した。術後61日目に超音波検査で門脈血栓の有意な縮小(横径38mm)を認め、術後74日に退院した。【考察】肺検体の病理組織で、葉間の肺静脈の拡張を認め、結合組織障害による血管構造の脆弱性が疑われたことから、門脈瘤も同様な機序で形成されたと考えられた。巨大な門脈瘤内は乱流が発生しやすく、周術期の凝固線溶系異常から血栓形成に至ったと思われる。【結語】肺移植を契機に血栓を合併した巨大門脈瘤を経験した。

門脈瘤, 門脈血栓症

筑波記念病院 消化器内科

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

【症例1】80歳女性。2016年に自己免疫性肝炎による肝硬変と診断(診断時Child-Pugh 11点)された。プレドニゾロン等による治療を開始し、Child-Pugh 8点まで改善したが、2020年初旬から肝機能は悪化傾向となった。同年6月に化膿性椎間板炎を併発したためミノマイシンでの抗菌薬加療を行った。同年9月に呼吸困難感が出現し、右肝性胸水及び左肺の薬剤性肺炎と診断された。薬剤性肺炎の原因はミノマイシンと考えられた。ステロイド治療を行ったが、呼吸状態の改善に乏しく、肝不全進行も伴い死亡した。【症例2】61歳女性。2013年に非アルコール性脂肪肝炎を原因とする肝硬変と診断(診断時Child-Pugh 11点)され、通院加療を継続した。2020年11月頃から肝機能は増悪し、難治性腹水、肝性脳症、肝腎症候群を呈した。腹腔内感染に伴う敗血症を合併し、セフトリアキソンで加療した。同年12月には呼吸困難感が出現し、胸部CT、気管支鏡での精査の結果、器質性肺炎と診断。その原因はセフトリアキソンによる薬剤性と考えられた。ステロイドパルス療法を行い、器質性肺炎は改善傾向となったが肝不全が進行し死亡した。【考察】薬剤性肺炎は、薬剤による直接的細胞障害作用と炎症反応・免疫活性化を介した間接的細胞障害作用により発症する。今回肝硬変末期に合併した抗菌薬起因性の薬剤性肺炎を2例経験し、いずれも救命できなかった。非代償性肝硬変の末期には門脈-体循環シャントの出現により肝代謝が低下し、腸肝循環で代謝されるべき炎症性サイトカイン等が肺循環に流入し、肺での炎症が惹起されやすくなる機序が推察される。非代償性肝硬変に合併した薬剤性肺炎の報告は少ないが、薬剤性肺炎を合併した場合、サイトカインストームの抑制が難しく、極めて予後不良な病態と考える。早期診断、治療、そして何よりも薬剤性肺炎を引き起こしやすい薬剤の回避が重要と考え報告する。

非代償性肝硬変, 薬剤性肺炎

JAとりで総合医療センター 消化器内科

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

【症例】56歳女性【主訴】黄疸【現病歴】35歳時発症の自己免疫性肝炎(以下、AIH)で2016年に再燃しプレドニゾロン(以下、PSL) 30mgで改善した。漸減2mgで維持していたが、2019年に再燃した。PSL 30mgで肝酵素は正常化し再度漸減した。2020年5月に7.5mgで再燃したため、同月PSL 30mgに増量するとともにアザチオプリン(以下、AZA)併用を開始した。PSL 25mgまで減量したが肝酵素の上昇、黄疸の出現があり入院した。【経過】入院直前の採血ではALT 425 U/L、 γ -GTP 2228 U/L、T. Bil 3.72mg/dlであった。画像検査で胆管閉塞はなく、各種ウイルスマーカーは陰性であった。入院後PSLは外来時と同量の25mgを継続したが、第2病日よりAZAによる薬剤性肝障害の可能性を考慮し、AZA内服を中止した。入院同日に施行した肝生検は、interface hepatitisを伴う門脈炎、比較的高度な肝細胞壊死、形質細胞浸潤を認めAIHに矛盾しない所見と脂肪性肝炎の合併も示唆された。AZA内服中止後、第14病日にALT 53 U/Lと肝酵素は改善傾向となり第15病日に退院した。薬剤性肝臓病刺激試験でAZA陽性となり、臨床経過も併せてAZAによる薬剤性肝障害と診断した。その後PSLを漸減したが10mgで再燃し、ミコフェノール酸モフェテルの併用を開始しPSLを漸減中である。【考察】ステロイド抵抗性AIHに対してはPSLとAZAの併用療法が有効とされる。AZA導入で大半の症例はコントロールできるが、AZA不耐・不応の症例の治療法は確立されていない。またAZAによる薬剤性肝障害が出現した場合AIH増悪との鑑別が難しくなる。本症例はAZA抵抗性のAIHとAZAによる薬剤性肝障害の判断が難しかった一例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

自己免疫性肝炎, アザチオプリン

TACEおよびレンパチニブによる集学的治療により縮小後に根治的肝切除術が可能となった進行肝細胞癌の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾,
埼玉医科大学 国際医療センター 消化器外科²⁾,
同 病理診断科³⁾
碓氷七瀬¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 鈴木隆信¹⁾, 佐藤 彩¹⁾, 牛山 毅¹⁾,
濱田大祐¹⁾, 植村隼人¹⁾, 山羽晋平¹⁾, 洲上 彰¹⁾, 浅見真衣子¹⁾,
菅原通子¹⁾, 中尾将光¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 富谷智明¹⁾, 渡辺雄一郎²⁾,
合川公康²⁾, 岡本光順²⁾, 美山 優³⁾, 安田政実³⁾, 持田 智¹⁾

76歳の女性。Genotype 1b, 高ウイルス量のC型肝硬変。50歳時のインターフェロン治療が無効で、以後、無治療で経過していた。腹部エコー検査で肝腫瘍を指摘され。Alb 4.2 g/dL, AST 84 U/L, ALT 107 U/L, TB 1.0 mg/dL, NH3 19 μg/dL, PT 102%, 血小板18.5万, AFP 10.1 ng/mL, PIVKAI 292 mAU/mL。C-Pスコア5点。造影CTでは肝前・後区域に87×77 mmの主腫瘍とS5に9 mmの娘結節を伴う多血性肝細胞癌が見られた。根治的肝切除は困難と判断し、DEB-TACEを後区域枝から施行。4週後の造影CTで主腫瘍は76×72 mm, 娘結節は3 mmに縮小したが、造影効果は残存した。TACEの治療効果はSDと判定し、レンパチニブ8 mg/日を開始した。5週後には、主腫瘍は67×60 mmに縮小し、早期濃染域も縮小、造影効果は減弱した。その3か月後には主腫瘍は63×64 mmで、S5病変は消失したが、S7に10 mmの新たな娘結節が出現した。レンパチニブを休業とし、DEB-TACEを実施し、4週後には主腫瘍は61×56 mmとさらに縮小したが、娘結節とともに造影効果が残存した。レンパチニブを再開し、2ヶ月後に主腫瘍は57×56 mmに縮小し、肝細胞癌の占拠部位は肝S7に限定していた。C-Pスコア6点, ICGRI5は21.9%で肝障害度B。根治的肝切除が可能と判断し、肝S7重区域切除を施行した。レンパチニブを含む集学的治療により、根治的肝切除が可能になった肝細胞癌症例で、肝癌の治療体系を再考する際に示唆に富むと考えて報告する。

レンパチニブ, TACE

肝臓原発骨髓脂肪腫の1例

東京医科大学病院 消化器内科
牛谷将博, 高橋宏史, 掛川達矢, 富田裕介, 吉益 悠, 竹内啓人,
杉本勝俊, 糸井隆夫

【症例】42歳, 男性【主訴】なし【現病歴】当院で全身性エリテマトーデス(SLE), ループス腎炎で加療中だった。今回健康診断で肝腫瘍を指摘され、当院で腹部超音波検査を施行したところ肝S4/8に80mm大の境界明瞭な高エコー腫瘍を認めたため精査目的に当科を紹介受診した。【経過】血液生化学検査では腎機能障害以外に異常所見は認めず、肝腫瘍マーカー(AFP, AFP-L3分画, PIVKA-2)も陰性だった。腹部造影超音波検査, 単純MRI検査を施行すると、同病変は腹部造影超音波検査ではVascular phaseで腫瘍辺縁から造影されるものの明らかなfill inは認めず、Kupffer phaseに至るまで周囲肝と等エコーだった。一方で、単純MRI検査ではchemical shift imagingで脂肪の含有が示唆され、拡散強調画像では腫瘍辺縁を中心に拡散制限を認めた。肝細胞癌も鑑別疾患として考慮されたため超音波下肝生検を施行した。病理組織学的検査では、脂肪細胞の増生や末梢血及び三系統の造血細胞の増生からなる骨髓様組織を認めたため骨髓脂肪腫の診断となった。【考察】骨髓脂肪腫は骨髓巨核球, 赤芽球, 骨髓芽球の3系統の骨髓造血細胞と脂肪細胞で構成される間葉系由来の主に副腎皮質に発生する非機能性良性腫瘍であり、肝臓発生症例は比較的稀である。医学中央雑誌で「肝」, 「骨髓脂肪腫」のキーワードで検索したところ、1973年から2005年までの間で肝臓原発骨髓脂肪腫は15例しか報告されていない。報告例は全例、病理組織学的に確定診断されているが、10例が外科的切除、1例が剖検、1例が開腹肝生検、3例が超音波下肝生検という内訳であった。悪性疾患との鑑別は画像診断のみでは困難であり、悪性を否定しきれずに手術が行われ診断が得られることもこれまででは多かった。本症例も、画像診断で肝細胞癌も鑑別疾患として考慮し、まずは低侵襲的な超音波下肝生検を選択した。最近では腹部超音波下肝生検が普及し、自検例を含め侵襲的な治療を伴わずの確な病理組織学的診断が得られることは有用と考えられた為、文献的考察を加えて報告する。

肝臓原発骨髓脂肪腫, 骨髓脂肪腫

進行肝細胞癌においてカボザンチニブの有効性が示唆された2症例

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

【緒言】進行肝細胞癌において免疫チェックポイント阻害薬を含めた薬剤の開発が進み、治療体系が大きく変化している。カボザンチニブは、以前より国外で肝細胞癌に対して承認が得られていたが、Cabozantinib-2003試験で日本人での安全性が確認され、2020年11月に本邦でも2次治療以降での治療薬として承認された。今回当院でカボザンチニブが有用であった2例を経験したため初期使用経験として報告する。【症例1】70代男性。背景肝はアルコール性肝炎。XX年に7cm大の肝腫瘍を指摘された。XX+1年に肝切除を施行するも、XX+2年に再発し、再手術を施行した。同年、肝S2及び右副腎に再発したためレンパチニブを導入したが、PDとなり2次治療としてXX+3年にカボザンチニブ60mg/日を導入した。肝S2の病変は消失し、副腎転移は緩徐な増大を示すものの全体としてはSDであった。血小板減少や下痢の有害象があり、20mg/日に減量するも計24ヶ月に渡り内服継続した。肝内病変は消失を維持し、副腎転移果みの増大を認めたため、XX+5年に副腎転移に対し腫瘍摘出術を施行した。【症例2】80代男性。背景肝はHCV。YY年に初発肝細胞癌に対し肝切除を施行した。その後、再発病変に対し局所療法施行するも制割困難となりYY+6年にレンパチニブを導入したが、新たに脾転移を認めた。2次治療としてソラフェニブを使用するもPDとなり、3次治療としてレゴラフェニブを使用した。SDを維持していたが蛋白尿の制御に難渋し内服中止せざるを得なかった。YY+7年に4次治療としてカボザンチニブを40mg/日で開始した。蛋白尿の著明な増悪はなく内服継続可能で、SDを維持している。【結論】症例1に関しては有害事象あるものの長期内服が可能であり、かつ肝内病変を制御できたため副腎転移の摘出に繋げることができた点が特徴的であった。症例2に関しては、4次治療としてカボザンチニブ導入しSD判定を維持し得た症例であった。複数の薬剤が治療選択可能な中で治療ストリームの構築が重要となるが、カボザンチニブは2次治療のみならず3次治療以降としても十分選択肢となりうる可能性がある。

カボザンチニブ, 分子標的薬

29 原発性硬化性胆管炎に類似する胆管像を呈した好酸球性胆管炎の1例

帝京大学医学部附属溝口病院消化器内科¹⁾、同 第四内科²⁾
菊山智博¹⁾、松本光太郎¹⁾、斎藤 剛¹⁾、足立貴子¹⁾、渡邊彩子¹⁾、
綱島弘道¹⁾、辻川尊之¹⁾、菊池健太郎²⁾、土井晋平¹⁾

【背景】好酸球性胆管炎は胆管領域に好酸球主体の炎症細胞浸潤を来す稀な疾患であり、確立した診断基準や治療法は存在しない。今回ERCPを施行し胆管生検で診断された好酸球性胆管炎の一例を経験したので報告する。【症例】症例は72歳女性。既往歴にてんかん、高血圧があり神経外科外来通院中。X-2年4月の血液検査で肝胆道系酵素上昇と好酸球増加を認め、精査加療目的に当科紹介受診された。血液検査所見はWBC 8600/ μ L (好酸球50.9%)、肝胆道系酵素はAST 113U/L、ALT 109U/L、ALP 993U/L、 γ GT 311U/Lと上昇していた。当初は薬剤性肝障害を疑い、5月よりPSL 20mg/日を開始したところ肝障害の改善を認めた。ステロイドを漸減しX-1年2月に治療終了としたが、X年7月頃より再び好酸球増加と肝障害を認めた。腹部超音波検査、腹部造影CT検査で総胆管拡張と左右肝管の壁肥厚を認めた。X年11月にERCPで肝外胆管の狭窄、肝門部から総胆管にかけて壁不整と拡張、総胆管領域に憩室様突出を認めた。経乳頭の胆管生検を施行し、好酸球主体の炎症細胞浸潤 (20-30/HPF) を認めた。臨床所見及び病理所見から好酸球性胆管炎と診断し、X年12月よりPSL 20mg/日を開始した。治療開始後より速やかに肝胆道系酵素と好酸球数は低下した。【考察】好酸球性胆管炎の胆管像は多彩であり、胆管痛や原発性硬化性胆管炎 (PSC) との鑑別に難渋することがある。本例は当初好酸球数と肝胆道系酵素の上昇を来していたが、明らかな胆道異常所見を認めなかった。好酸球性胆管炎における好酸球浸潤は時間的、空間的に不均一に生じている可能性が指摘されており、本例においても時間経過とともに胆道領域への好酸球浸潤により胆管炎が顕在化したと考えられた。本例は胆管生検による病理組織検査で診断に至ったが、PSCでも好酸球浸潤を認めることがあり、これまでの病歴や臨床検査をもとに鑑別を行う必要がある。【結語】PSCに類似する胆管像であったが、胆管生検で好酸球性胆管炎の診断に至り、ステロイド治療により著効した一例を経験した。

好酸球性胆管炎，原発性硬化性胆管炎

30 急性閉塞性化膿性膵管炎に対して内視鏡的経鼻膵管ドレナージが奏功した一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科
富野琢朗，下地耕平，小林加代子，周東万里恵，片岡史弥，
渡邊昌人，福田啓太，延澤 翼，梅村佳世，横田拓也，脇岡悠子，
三浦夏希，中園綾乃，井上 大，堀家英之，吉岡篤史，小倉祐紀，
並木 伸

【症例】87歳男性【現病歴】20XX年Y月4日14時頃から発熱，悪寒戦慄を自覚し、当院に搬送された。血液検査で膵酵素と血液炎症反応の上昇を認め、造影CTを撮像した。CTで膵頭部主膵管内に膵石を認め、尾側膵管の拡張を伴っていたが、膵頭部周囲の脂肪組織濃度上昇や膵実質の造影不良域は認めなかった。膵石による急性閉塞性化膿性膵管炎が疑われ、当科に入院、緊急ERCPの方針となった。【入院後経過】入院当日に緊急ERCPを行った。主乳頭から主膵管へ挿管したが狭窄部を通過できず、副乳頭からガイドワイヤー (GW) を出し、GWを通じて副乳頭から副膵管へ挿管し、狭窄部より尾側の膵管に挿管した。膵液を吸引すると、白濁しており、感染膵液が疑われた。副乳頭切開術を行い、内視鏡的経鼻膵管ドレナージ (ENPD) を留置して処置終了とした。入院後はSBT/ABPCによる抗菌薬治療と膵管ドレナージを行い、第5病日以降発熱なく経過した。提出した血液培養，膵液培養からは大腸菌が検出されており、抗菌薬への感受性は良好であった。第13病日に再度ERCPを行った。副乳頭から副膵管に挿管し、ENPDを抜去したのちに内視鏡的副乳頭バルーン拡張術を行い、PSを留置した。続いて主乳頭から主膵管に挿管して膵管口切開術を行い、処置終了とした。その後も経過良好であり、第15病日に抗菌薬投与を終了し、第16病日に自宅退院となった。【考察】膵石によって急性閉塞性化膿性膵管炎を発症した一例を経験した。本疾患は国内でも限られた症例数しか報告されていないが、内視鏡的ドレナージへの反応性は良好とされている。本疾患の治療について、文献的考察を加えて報告する。

急性閉塞性化膿性膵管炎，内視鏡的経鼻膵管ドレナージ

31 膵尾部痛と鑑別が困難であった膵尾部限局性の自己免疫性膵炎の1例

上都賀総合病院
佐藤知之，吉住博明，近藤裕子，海宝雄太，坂入慧一郎，
佐久間俊行

【主訴】心窩部痛【症例】41歳，男性【現病歴】来院前日からの心窩部痛を自覚し、徐々に増悪したため、救急外来を受診。血液検査上炎症反応上昇と膵酵素上昇，造影CTで膵尾部に限局する腫瘤影と膵臓周囲の脂肪組織濃度上昇あり，膵尾部痛の疑いで精査，加療目的に入院した。【経過】入院時の造影CT検査で周囲の血管浸潤を疑う乏血性の膵尾部腫瘍と周囲のリンパ節腫脹を認め，膵尾部痛が強く疑われた。血液検査ではDUPAN-2 96 U/ml，SPAN-1 3 U/ml，IgG4 180mg/dlだった。超音波内視鏡検査で膵尾部の限局性腫大と主膵管の狭細化を認めた。入院9日目の造影CTで膵尾部腫瘍の血流の改善と周囲のリンパ節腫大の改善あり，入院10日目のERCPでは主膵管の狭細化を認めた。入院2日目の超音波内視鏡下穿刺吸引法の病理所見では悪性所見はなく，AIPに特異的な所見も得られなかった。診断の治療目的でプレドニゾロンの導入を行ったところ，プレドニゾン導入2ヶ月目のフォローアップのERCPで主膵管狭細化の改善を確認し，AIPの診断に至った。【考察】来院時のCTやMRCPで膵尾部に腫瘤を認めたが，周囲の脈管浸潤やリンパ節腫大が目立ち当初は膵尾部痛が疑われ手術を検討されていた。しかし，EUSの所見や自然経過で形態変化や症状の改善が得られた点は膵癌の経過としては合わなかった。精査を行い，AIPの診断に至った【結語】膵臓癌と鑑別が困難であった膵尾部限局性の自己免疫性膵炎の1例を経験した。

腫瘤形成性膵炎，自己免疫性膵炎

32 膵癌の直接浸潤により食道胃接合部狭窄を来した1例

日立総合病院
中村 凌，末永大介，馬淵敬祐，山口雄司，浜野由花子，大河原悠，
大河原敦，柿木信重，平井信二，鴨志田敏郎

【症例】82歳男性【主訴】嚥下困難【現病歴】20XX年4月頃より食思不振となり、8月に近医にてEGDを施行するも、異常所見は認められなかった。11月より嚥下困難が出現し、症状増悪したため、11月8日に当院救急外来を受診した。【既往歴】高血圧，糖尿病【嗜好歴】喫煙：20本/日X50年，飲酒：焼酎水割り3杯/日X50年【経過】受診時の血液検査にてCEA 5.0ng/ml，CA19-9 727U/mlと腫瘍マーカーの上昇を認め，造影CTにて膵体部に背側浸潤の強い腫瘍性病変を認めた。尾側膵管は5.4mmと拡張し，腫瘍は大動脈を這う様に後腹膜浸潤しており，頭側では食道胃接合部 (EGJ) を取り囲む様に浸潤し，食道内には食塊の貯留を認めた。また両肺に多発する結節影を認め，膵体部癌，肺転移と考えられた。精査目的で同日入院した。第2病日に食道狭窄および直接浸潤の評価目的にEGDを施行するも粗大病変は認めなかった。第3病日に施行したEUSにて膵体部に27.6×24.8mmの八頭状低エコー腫瘤を認めた。腫瘍は腹腔動脈と上腸間膜動脈に沿って全周性に背側浸潤しており，さらに大動脈を這う様に頭側へ浸潤していた。25Gフレンチレーション針にて，大動脈近傍よりEUS-FNAを施行した。易消化であれば経口摂取可能であったため，自宅退院とした。その後，病理結果にて，組織診では悪性所見を認めず，細胞診ではClassIIIの結果であった。同年12月にEUS-FNA目的に再度入院とした。通常の上部消化管内視鏡は通過したものの，EGJの狭窄が増悪しており，超音波内視鏡の通過が困難であった。EGJより腫瘤を描出できたため，22Gフレンチレーション針にてEUS-FNAを施行した。病理結果より組織診にて腺癌を認めたため，膵癌と確定診断した。EGJの狭窄による通過障害に対して化学療法や姑息照射についても検討したが，本人希望より積極的治療は行わない方針となり，近医に転院となった。【結語】本症例は，直接浸潤によりEGJの狭窄を来した膵体部癌の一例である。EGJからのEUS-FNAより病理学的に膵癌と確定診断した。本症例は比較的稀な病態を呈していると考え，報告する。

膵癌，食道胃接合部狭窄

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
川崎市立多摩病院 消化器・肝臓内科²⁾、
聖マリアンナ医科大学 横浜市立西部病院 消化器・肝臓内科³⁾、
荒木建一¹⁾、中原一有¹⁾、路川陽介¹⁾、森田 亮¹⁾、末谷敬吾²⁾、
佐藤純也³⁾、五十嵐洋介³⁾、関根章裕¹⁾、石田 潤¹⁾、伊東文生¹⁾

症例は58歳男性。既往に糖尿病があり、アルコール多飲歴はなし。心窩部痛を主訴に当院を受診した。血液検査にて血清膵アミラーゼ値が872 U/Lと高値であり、腹部造影CTにて膵尾部の限局性腫大とその周囲の脂肪組織濃度上昇を認めたため、軽症急性膵炎（予後因子0点、CT grade1）の診断で入院となった。なお、血液検査では腫瘍マーカー（CA19-9、CEA、DUPAN-2、SPan-1）や抗核抗体、IgG、IgG4は正常であった。EUSでは、膵尾部の限局性腫大部は低エコーに描出され、悪性否定目的にEUS-FNAを施行した結果悪性所見は認めなかった。膵炎は保存的加療で改善し、外来経過観察となった。その後、経時的に膵尾部の腫大は改善傾向を認めたが、腫大部のすぐ頭側の膵実質は限局性の萎縮を認めた。しかし、腫大部および萎縮部ともに明らかな腫瘍や膵管拡張などの所見はみられなかった。膵炎発症から約2年後に糖尿病の増悪とDUPAN-2の上昇を認めたため造影CTを施行したところ、膵実質萎縮部に一致して20mm大の低吸収腫瘍を認めた。しかし、腫瘍の尾側主膵管の拡張は認めなかった。MRCPでも腫瘍尾側の主膵管拡張はみられなかったが、腫瘍部はDWIで拡散低下を認めた。EUSでは腫瘍は低エコー腫瘍として描出され、内部にpancreatic duct penetrating signを認めた。造影EUSでは同病変は乏血性腫瘍として描出された。腫瘍と腫瘍形成性膵炎などの良性疾患の鑑別のためEUS-FNAを施行したところ、Adenocarcinomaと診断され、膵尾部癌cT2N0M0、cStageIBと判断した。ゲムスタビンとS-1による術前化学療法を行った後に、膵体尾部切除術を施行した。最終病理診断は膵尾部癌（20×1mm、結節型、Adenocarcinoma、pT3、sci、INFe、lyl、v0、ne1、mpd0、pS1、pRP0、pPV0、pA0、pPL1、pOO0、pPCM0、pDPPM0、pN1）であった。今回我々は限局性急性膵炎にて発症し、2年の経過で顕在化した膵癌の一例を経験したので報告する。

膵尾部癌，腫瘍形成性膵炎

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
中川美由貴、沖元謙一郎、松村倫明、白鳥 航、長島有輝、
石川 翼、徳長 鎮、金子達哉、大浦弘嵩、金山健剛、明杖直樹、
太田佑樹、齋藤景子、新井誠人、加藤 順、加藤直也

【症例】60歳代女性。上部消化管内視鏡検査にて胃角小弯に潰瘍を伴う隆起性病変を認め精査加療目的に当院紹介受診となった。【経過】上部消化管内視鏡検査にて胃体下部小弯に25mm大のIIa+Is病変を認めた。NBI拡大内視鏡上、SM軽度浸潤までの高分化腺癌を疑った。生検でも高分化腺癌の結果で内視鏡下粘膜下層剥離術の方針となった。病理では腺癌と神経内分泌細胞癌（NEC）が混在しており隆起表層を主体に腺癌組織を、Is部の深部に NEC を認め mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasms（MiNEN）と診断した。腫瘍はSM1000 μmに浸潤しD2-40にてLy（+）であった。追加で幽門側胃切除術となり7番リンパ節に転移を認めた。術後3ヵ月現在無再発生存中である【考察】非内分泌細胞成分と内分泌細胞成分が混在する場合に、それぞれ病巣の30%以上を占める腫瘍を新WHO分類に基づいてMiNENと呼称する。MiNENは稀な疾患ではあるが通常型の腺癌と比して予後が悪く進行も急であることが報告されている。本症例では粘膜深部にNEC成分が認められたことから生検の診断が困難であった。今回経験した胃MiNENに対して、若干の文献的考察を含めて報告する。

ESD，MiNEN

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾、
同 血液腫瘍内科²⁾
辛島 遼¹⁾、藤本 愛¹⁾、中川皓貴¹⁾、小林康次郎¹⁾、瀧ノ上和弘¹⁾、
恩田直輝²⁾、名取一彦²⁾、五十嵐良典¹⁾

症例は64歳男性。20XX年他院で早期胃癌と診断されたが本人が治療を希望されなかった。20XX+3年11月、歩行時に息切れを自覚するようになり、徐々に悪化した。体動困難となったため当院に救急搬送となった。入院時身体所見は意識清明、体温37.5℃、脈拍72回/分、血圧126/66mmHg、眼瞼結膜に貧血あり、腹部は平坦かつ軟、心窩部に圧痛を認めた。黒色便を認め血液検査ではHb3.2g/dLと著明に低値、BUN25mg/dL、Cr0.91mg/dL、Fe20 μg/dL、UIBC154 μg/dLであった。上部消化管出血を疑い、緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、前医で胃癌を指摘されていた体上部後壁に潰瘍を伴う進行胃癌を認めた。しかし、出血や露出血管はみられなかったため止血処置は行わず、濃厚赤血球を計12単位輸血したところ、第2病日には黒色便は消失し、Hb8.3g/dLに上昇し症状は消失した。第6病日の血液検査は、WBC2800/μL、Hb9.5g/dLであり、再度上部消化管検査を行い出血がないことを確認した。造影CT検査ではリンパ節を含め他臓器転移はなく、cT2N0M0 cStageIIBと診断し、外科手術の方針とした。しかし、その後黒色便を認めなかったにもかかわらず、Hb8-9g/dL台で貧血は遷延し、WBCも2000-3000/μLと低値であり、血液像で幼稚細胞を認めたことから血液疾患の併存を疑った。第16病日に骨髄生検を施行し、骨髄異形成症候群と診断、改訂国際予後予測スコアリングシステム（IPSS-R）ではhigh risk群に該当し、予後不良群であったため、胃癌の外科手術は延期とし、骨髄異形成症候群の治療を優先して行うこととなった。骨髄異形成症候群の治療経過中に胃癌を発症した報告は散見されるが、本症例のように胃癌の診断後に骨髄異形成症候群を発症した報告は稀である。進行胃癌患者において、黒色便が消失したにもかかわらず遷延する貧血は、癌からの出血のみならず血液疾患併存の可能性も考慮するべきであると考え報告する。

胃癌，骨髄異形成症候群

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科
佐藤已喜夫、間宮 孝、江南ちあき、服部純治、海老原次男

【背景・目的】レボドパ・カルビドパ配合経腸療法（LCIG）は進行パーキンソン病（PD）に対し極めて有効な治療である。LCIG導入の際に必須の経鼻小腸（NJ）チューブ留置には、内視鏡を通した把持鉗子でチューブを掴んで小腸に留置する方法が行われている（従来法：CM）。しかし、CMでは時間がかかり、留置不成功となることもある。我々はより簡単・確実かつ短時間で施行できるNJチューブ留置法（オーバーザワイヤー法、OWM）を開発したので有用性と安全性を検討した。

【患者・方法】OWMとは腹臥位で経鼻内視鏡を十二指腸まで挿入し内視鏡の鉗子孔を通してイレウス管用ガイドワイヤーを空腸に留置したのち、先端開放型に加工したLCIG用NJチューブをオーバーワイヤーで留置する方法である。2018年3月～2021年1月に本院でLCIGを導入した全9例について挿入法と挿入時間、空腸への留置成功率、鎮静方法、偶発症について、院内倫理委員会の承認を得てレトロスペクティブに検討した。

【結果】CM：1例、挿入時間82分、留置成功率0%であった。OWM：8例、平均挿入時間13.0分、留置成功率100%であった。処置はいずれも意識下鎮静法で施行された。大きな偶発症は認めなかった。

【考察】CMでは先端閉鎖型・ビッグテイル型のNJチューブを挿入するため、咽頭などの屈曲部では通過困難だった。一方、OWMではガイドワイヤーを先行して空腸に留置するため上記の問題点を解決できた。

【結論】OWMは意識下鎮静法で施行でき、かつ、低リスク・短時間なNJチューブ留置方法であり、良好な留置成功率を達成した。LCIG導入のためのNJチューブの留置が容易になることはLCIG導入に協力できる消化器内科医を増やし、短時間で挿入できることは偶発症の軽減を期待できることからLCIG導入患者の適応を広げることになると期待される。

パーキンソン病，経鼻小腸チューブ

上尾中央総合病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 肝臓内科³⁾、
帝京大学 医療技術学部⁴⁾、上尾中央総合病院 病理診断科⁵⁾、
柴田昌幸¹⁾、笹本貴広¹⁾、尾崎貴洋²⁾、山口智央¹⁾、田川 慧¹⁾、
大江啓史¹⁾、成田 圭¹⁾、中村めぐみ¹⁾、小林倫子¹⁾、田中由理子¹⁾、
三科友二¹⁾、三科雅子¹⁾、明石雅博¹⁾、高森頼雪³⁾、土屋昭彦¹⁾、
西川 稿¹⁾、滝川 一^{1,4)}、山中正己¹⁾、長田宏巳⁵⁾

【はじめに】消化管間質腫瘍(GIST)は消化管の間葉系組織から発生する腫瘍で、人口10万人あたり1-2人程度と発生頻度は非常にまれである。GISTはあらゆる世代で発生するとされるが、30歳未満の若年で生じることは非常にまれである。さらに、サルコイドーシス患者にGISTが発生した報告もほとんどなく、GISTに異所性腭が併存することも極めてまれである。【症例】29歳、男性。24歳からサルコイドーシスを指摘されていた。健診でHb低下を指摘され近医を受診。腹部CT検査で小腸腫瘍を指摘され精査加療目的に当科紹介となった。小腸ダブルバルーン内視鏡では空腸に30 mm大の粘膜下隆起性病変を認め、中心に潰瘍を伴っていた。潰瘍辺縁から生検したが、生検組織からは異型細胞は得られなかった。この小腸腫瘍が出血源と診断し、外科に紹介し腹腔鏡下小腸部分切除が施行された。術後経過は良好で合併症も認めず、術後第7病日に退院となった。摘出された腫瘍は異所性腭が併存したGISTであった。【考察】腭由来の非上皮性腫瘍は腭腫瘍の1-2%と非常にまれである。サルコイドーシス患者に肺腫瘍が合併しやすいことは報告されているが、肉腫については報告がない。異所性腭もGISTやサルコイドーシスに関連していたとの報告は無い。全て偶然併存していたと考えられ、極めてまれな症例であり報告する。

GIST, サルコイドーシス

埼玉医科大学 消化器内科¹⁾、同 総合診療内科²⁾、
芦谷啓吾^{1,2)}、都築義和^{1,2)}、塩味里恵²⁾、松本 悠²⁾、大庫秀樹^{1,2)}、
中元秀友²⁾、今枝博之^{1,2)}

症例は67歳、男性。罹病期間数年の潰瘍性大腸炎(UC)患者で内科治療抵抗性のため(詳細不明)、A病院で20XX年1月に腹腔鏡補助下大腸全摘術、回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を施行された。頭痛に対しPSL4から8mgを常時内服していた。4月中旬、一過性意識消失で当院一般消化器外科に搬送され、小腸穿孔・汎発性腹膜炎と診断された。穿孔部位直接縫合閉鎖・腹腔内洗浄を施行された。5月に回腸切除ストマ閉鎖術を施行され外来で経過観察されていた。血便で7月にA病院に入院し改善した(1回目: Hb6.7台、輸血)。8月に血便で入院し回腸囊炎の診断でA病院に入院後改善(2回目Hb5.9台、輸血)。11月血便でB病院に入院した(3回目: Hb10.7、フラジール、シプロキサン)。退院後当院外来または近医に通院し、時々下痢を自覚するも安定していた。20XX+3年11月血便で当院にて下部内視鏡を施行し回腸囊炎と診断し輸血、抗菌薬投与で改善し外来経過観察とした(4回目: Hb 10.7)。20XX+4年6月血便で当院当科に入院となった(5回目: Hb 8.0、輸血)。Pouchより口側からの出血を認めカプセル内視鏡を施行し空腸に出血を認めるもDouble-balloon内視鏡で明らかな出血源は不明であった。その後血便を認めず外来で経過観察としたが、7月(6回目: Hb 7.1、輸血)、8月上旬(7回目: Hb 10.2)、8月下旬(8回目: Hb 5.9輸血)、9月上旬(9回目: Hb 6.7輸血)、9月下旬(10回目: Hb 6.2、輸血)、10月上旬(11回目: Hb 6.2輸血)に血便で入院した。この際、内視鏡ではoozingを伴う回腸囊炎であった。この際輸血施行とともにinfiximab (IFX 5mg/kg)を導入した。その後は少量の血便を数回自覚するも12月下旬以後血便を認めず、20XX+5年2月上旬現在血便を認めず安定している。大腸全摘後回腸囊炎から大量出血を繰り返す症例は比較的少なく、また治療としてステロイドが投与されることが多いが、今回IFXが奏功した症例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

回腸囊炎, infiximab

昭和大学藤が丘病院 消化器内科
山名瑠子、遠藤利行、河西千恵、清水 寛、野田 淳、松原 大、
山脇将貴、浅見哲史、長田真二、岩橋健太、吉田詠里加、新谷文崇、
小林孝弘、小澁尚子、東畑美幸子、高野祐一、五味邦代、
黒木優一郎、山本頼正、長濱正亞

【症例】30代女性【主訴】関節痛、下肢紅斑、血便、腹痛【既往歴】小児喘息【現病歴】X-8年発症の左側結腸炎型の潰瘍性大腸炎で、中等度再燃を繰り返すステロイド依存例であった。X-3年に潰瘍性大腸炎関連気管支炎を合併しプレドニゾロン30mg/日で再寛解導入後、アザチオプリン50mg/日と経口5-ASA製剤にて寛解維持していた。X年6月中旬より腸管症状の中等度再燃と末梢性脊椎関節炎を合併し、プレドニゾロン20mg/日を導入した。腸管症状と関節炎の改善を認めたが、ステロイド漸減中に共に再燃。加えて下肢の結節性紅斑の合併もみられ、寛解導入かつステロイド漸減中止目的でX年10月ウステキヌマブを導入の方針となった。ウステキヌマブ導入後、腸管症状、腸管外病変ともに改善し、ステロイド中止後も寛解維持を得られている。【結語】腸管外合併症を有した潰瘍性大腸炎に対しウステキヌマブが奏功した一例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

腸管外合併症, ウステキヌマブ

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科¹⁾、
東京医科大学 消化器内科²⁾、
篠原裕和¹⁾、吉村直樹¹⁾、園田 光¹⁾、酒匂美奈子¹⁾、深田雅之¹⁾、
根本大樹²⁾、福澤誠克²⁾、糸井隆夫²⁾

【目的】TNF α 阻害剤とは一線を画する生物学的(Bio)製剤 $\alpha 4\beta 7$ インテグリン抗体製剤ベドリズマブ(VDZ)の適応により潰瘍性大腸炎(UC)患者の治療選択肢が増え、TNF α 阻害剤、ウステキヌマブ(UST)不耐、2次無効症例におけるUC患者の寛解導入率の向上が期待できるが、有効性についてのエビデンスは少ない。今回、VDZを導入したUC症例の治療成績を検証しVDZの有効性と安全性について検討した。【方法】当院にてVDZを導入したステロイド投与歴のある活動期UC35例(平均年齢42.9 $\pm$ 18.0歳<18-81>)を対象としp-Mayoスコアを用いて導入6週、30週時の短期、中期の治療成績を検証した。【成績】導入6週時の有効性は著効(p-Mayoスコア1以下かつ血便スコア0)10例(28.6%)、有効10例(28.6%)、無効15例(42.8%)であり有効率は57.2%であった。導入時5.9 $\pm$ 1.1の平均p-Mayoスコアは2週時4.6 $\pm$ 2.0、6週時は2.9 $\pm$ 1.9(p<0.01)まで低下していた。Bio製剤naïve(N)群は18例、failure(F)群は17例あり、各有効率はN群13/18(72.2%)、F群7/17(41.2%)でありN群の方が有効率が高かった。F群17例についてfailure数で検証するとa)1剤failure12例、b)2剤failure4例、c)3剤failureは3例あり、各有効率はa)2/10(20.0%)、b)3/4(75.0%)、c)2/3(66.7%)でありTNF α 阻害剤多剤failure症例でも有効であった。維持療法移行症例22例(N群10:F群12例)中の30週時の有効性を検証すると18例(81.8%)が有効で投与を継続していた。N群、F群の有効率は9/10(90.0%)、9/12(75%)でN群の方が中期の寛解維持率も高かった。6週時に有効性を認めなかったが継続投与した症例は6例あり、30週時に4例(66.7%)で有効性を認めた。30週までの経過中に副作用による投与中止はなく、81歳の高齢者も含め重篤な副作用は認めなかった。【結論】VDZの作用発現はTNF α 阻害剤と比べるとやや遅く6週以降で有効性を認める症例が多いが、TNF α 阻害剤と同様にBio製剤failure症例よりnaïve症例のほうが有効性が高く、活動期中等UC症例においては1stのBio製剤として用いることで治療成績の更なる向上が期待できると考えられた。

潰瘍性大腸炎, ベドリズマブ

町田市民病院 内科¹⁾,
東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科²⁾
蜂谷真未^{1,2)}, 櫻井俊之²⁾, 宮下春菜²⁾, 丸山友希²⁾, 永田祐介²⁾,
宮崎亮佑²⁾, 野口正朗²⁾, 澤田亮一²⁾, 山崎琢士²⁾, 猿田雅之²⁾

【背景】腸管ペーチェット病(腸管BD)は回盲部を中心に深掘れ潰瘍を代表とする粘膜障害を呈する疾患である。腸管穿孔や出血のため手術加療を要することもあり決して予後良好な疾患ではない。近年infliximab(IFX)やadalimumab(ADA)などの抗TNF- α 抗体が保険適応となったが、その効果に関する報告は多くはない。【目的】当院で腸管BDに対して抗TNF- α 抗体を導入した症例のうち、手術を回避した症例と手術を要した症例の患者背景と手術に関連する因子について明らかにする。【方法】2006年11月から2020年7月までに当院で腸管BDに対して抗TNF- α 抗体を導入した症例を抽出し、年齢、性別、MDSの有無、治療内容、抗TNF- α 抗体導入時の血液生化学検査結果について診療録を用いて後方視的に調査した。手術を回避した症例と手術を要した症例に分け、手術に関連する因子の有無を解析した。【結果】当院で抗TNF- α 抗体を導入した症例は13例であり、手術を回避したのは8例(IFX5例, ADA3例)、手術を要したのは5例(IFX5例)であった。抗TNF- α 抗体導入からの観察期間の中央値は手術回避例で32か月、手術例で41か月であった。手術理由の内訳は腸管穿孔2例、出血コントロール1例、病勢コントロール1例、敗血症性ショック1例であった。抗TNF- α 抗体導入から手術に至るまでの中央値は9週と短期であった。発症年齢、性別、病型、HLA-A26/B51の有無、MDSの有無について両群間に統計学的有意差はみられず、抗TNF- α 抗体以外の併存治療薬についても両群間に統計学的有意差はみられなかった。手術例では抗TNF- α 抗体導入時にHb 8.6 g/dl, Alb 2.6 g/dl, CRP 6.8 mg/dlと非手術症例(Hb 11g/dl, Alb 4.1 g/dl, CRP 0.29 mg/dl)と比較して炎症が強い傾向にあり、またMDS例が多くみられた。【結論】抗TNF- α 抗体導入時の病勢が強い症例で手術に至りやすい傾向があった。

腸管ペーチェット病, 抗TNF- α 抗体

北里大学 医学部 消化器内科
松下昌裕, 日高 央, 魚嶋晴紀, 窪田幸介, 和田尚久,
岩崎秀一郎

症例は53歳、男性、直腸癌、S5・7肝転移に対して直腸切除術・肝切除術・人工肛門造設術を施行後に多発肝転移を認め、術後10か月後から化学療法(カペシタビン、オキサリプラチン、ペバシズマブ)を継続されていた。術前精査にて判明したHBVキャリア(HBs抗原陽性、HBe抗体陽性、HBV-DNA陽性)で消化器内科にて、化学療法導入後よりエンテカビルが投与されていた。化学療法投与後から血小板の低下を認め、術後1年4か月後の腹部造影CTにて人工肛門静脈瘤を認めた。術後1年6か月後から人工肛門からの出血を認め人工肛門静脈瘤出血の診断となった。静脈瘤塞栓術の適応と判断され、当院消化器内科に入院となり経皮経肝静脈瘤塞栓術を施行した。主な排水路として、左大腿静脈が描出され、バルーン閉塞下、左大腿静脈圧低下など条件を変えて血行動態を把握した。バルーン閉塞・左大腿静脈圧迫の状態では5%モノエタノールアミノオレイン酸塩+ゼラチンスポンジ1mlで塞栓を行った後、近位側をコイルで塞栓し血流を遮断し下腸間膜静脈の静脈瘤の消失を確認し処置を終了とした。塞栓術後4日後に明らかな術後合併症なく退院となった。大腸癌の化学療法のkey drugであるオキサリプラチンの副作用として知られている類洞閉鎖症候群は、類洞内皮細胞が障害されることにより発症し、門脈圧亢進症による消化管静脈瘤や腹水等がみられる。本症例では化学療法による類洞閉鎖症候群をきたし、血小板低下と人工肛門静脈瘤出血を認め人工肛門静脈瘤塞栓術が奏功した。人工肛門静脈瘤に対して静脈瘤塞栓術が奏功した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

類洞閉鎖症候群, 人工肛門静脈瘤

大森敏秀胃腸科クリニック
大森敏秀

【背景】【目的】UST: ustekinumabが中等症から重症・既存治療効果不十分のクローン病CD: Crohn's diseaseの寛解維持治療に上市されて既に3年が経過した。生物学的製剤の適正使用の観点から、開業医実地臨床医家での臨床使用状況を報告する。【方法】当院におけるUST治療開始から連続12症例をCDAI: Crohn's disease activity index, CRP, Albの0w, 8w, 直近最終投与時点の後方視的に解析した。【結果】男性9名女性3名、平均年齢44.8歳、平均罹病期間17.4年、小腸型L1 3人、大腸型L2 3人、小腸大腸型L3 6名であった。UST前治療はIFX: 5mg/kg 5人、IFX 10mg/kg 1人、IFX 4w 3名、ADA: adalimumab 80mg 1名、治験1名、naive 1名であった。変更理由はIR: infusion reaction 副作用3名、内視鏡的潰瘍残存2名、効能不足5名、悪性腫瘍発生1名であった。UST開始変更効果群7名(CDAI<150または合併症治癒)の平均はCDAI 127 $\pm$ 69(0w)=>72 $\pm$ 46(8w)=>72 $\pm$ 33(最終投与評価時)、CRP 2.7mg/dl=>0.7=>0.46, alb 4.12g/dl=>4.78=>4.84と静注1回後の8w、最終評価時点でデータのさらなる改善を見ている。UST変更後悪化群3名はCDAI 232(0w)=>196(8w)=>222(最終投与評価時)、CRP 1.1mg/dl=>2.4=>2.4, alb 3.4g/dl=>3.1=>3.3でそれぞれ、IFX再開1名(悪性腫瘍治療完了後)、ADAへ変更2例であり、変更後は臨床寛解を得ている。今回の観察でUSTに伴う副反応有害事象は見られなかった。【考察】【結語】USTは静注後8w時点での効果も良好で、副作用がなく、実地臨床医家でも安全に治療が行えた。IFXからの変更にも有用である。

実地医家, ウステキヌマブ

東京都立墨東病院¹⁾, がん・感染症センター都立駒込病院²⁾
夏井 駿¹⁾, 小泉浩一²⁾, 清水口涼子²⁾, 高雄暁成²⁾, 柴田理美²⁾,
夏目壮一郎²⁾, 高雄美里²⁾, 中野大輔²⁾, 山口達郎²⁾,
堀口慎一郎²⁾

超音波内視鏡検査にて術前診断を行った虫垂囊腫性病変2例を経験したので報告する。【症例1】48歳男性。便潜血陽性を主訴に前医の下部消化管内視鏡検査で盲腸に粘膜下腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科に紹介となった。腹部CTでは虫垂は拡張し内腔は液体で充滿し、一部で虫垂の壁の肥厚を認めた。内視鏡検査では、虫垂開口部に正常粘膜に覆われた隆起性病変を認め、超音波内視鏡検査では、虫垂内にハローを伴う低エコー腫瘍を認めた。虫垂粘液瘤の診断で外科的治療の方針とした。【症例2】49歳女性。2019年12月頃より心窩部痛あり、2020年7月に前医を受診し精査が行われ、下部消化管内視鏡検査では盲腸に粘膜下腫瘍の所見で、腹部CTでは虫垂の内腔に液体成分の貯留と根部の充実性腫瘍を指摘された。精査加療目的に当科に紹介され、9月に初診となった。超音波内視鏡検査では、虫垂の内腔に液体成分が貯留し、根部に類円形の低エコー腫瘍を認めた。腫瘍性病変による虫垂粘液瘤と診断し外科的治療の方針とした。【考察】虫垂粘液囊腫は比較的稀な疾患であり、虫垂病変の0.08-4.19%とされている。虫垂の根部が閉塞することにより分泌粘液が貯留し囊胞性腫瘍を形成した状態と定義されている。原因は炎症、屈曲、捻転、腫瘍などがある。放置された場合、破裂によって腹膜偽粘液腫の原因となる。そのため、虫垂粘液囊腫を認めた際には手術による治療を行う必要がある。ただし、原因となる疾患によって術式が異なるため術前の診断は重要である。超音波内視鏡検査で虫垂囊腫性病変の質的診断が可能になるため、術前検査として有用と考えられた。

虫垂のう腫性病変, 超音波内視鏡検査

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

【背景】2020年は、COVID-19の世界的流行や個人防護具の不足などを理由に、内視鏡診療の制限を要した。医療施設の診療制限に加え、患者側の受診控えによる疾患増悪が懸念されている。【目的】COVID-19流行が当院の進行大腸癌診断に与えた影響について明らかにする。【対象】2018年4月～2020年12月に、当施設で大腸内視鏡（CS）で診断をした進行大腸癌症例。【方法】非COVID期群（2018年4月～2020年3月）とCOVID期群（2020年4～2020年12月）に分類した。両群における進行大腸癌発見数・発見率、性別、年齢、管腔狭窄の程度、検査契機について比較検討した。【結果】進行大腸癌は110例（非COVID期群84例、COVID期群26例）であった。各群のCS件数に対する発見率は3.2%/3.6%（ $p=0.638$ ）、男性は56例/14例（66.7%/53.8%）（ $p=0.252$ ）、年齢は75.5 $\pm$ 9.34歳/76.0 $\pm$ 9.4歳（ $p=0.693$ ）、CS通過不可能な狭窄は32例/6例（38.1%/23.1%）（ $p=0.238$ ）、CROSS 0～1は12例/2例（14.3%/7.7%）（ $p=0.512$ ）で、いずれも有意差を認めなかった。検査契機では、大腸がん検診の二次精査目的が13例/3例（15.5%/11.5%）（ $p=0.758$ ）、有症の精査目的が33例/15例（39.3%/57.7%）（ $p=0.116\%$ ）で、いずれも有意差は認めなかった。【考察/結論】COVID期にやむを得ず内視鏡診療制限を要したが、明らかな悪影響は認めなかった。COVID-19感染予防対策と進行大腸癌診断の両者を考慮した体制は妥当であったと思われる。しかしながら、発見率は有意差がないもののCS件数自体は減少しており、医療施設の把握していない隠れた進行大腸癌が多く存在している可能性がある。多くの施設で内視鏡診療制限を解除しつつある現在こそ、大腸がん検診や有症患者の受診を積極的に促す必要があると考える。

大腸癌, COVID-19

46 腸管スピロヘータが検出された潰瘍性大腸炎症例の検討

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
柿崎文郎¹⁾, 岩本淳一¹⁾, 森山由貴¹⁾, 中川俊一郎¹⁾, 玉虫 惇¹⁾,
上田 元¹⁾, 門馬匡邦¹⁾, 小西直樹¹⁾, 屋良昭一郎¹⁾, 平山 剛¹⁾,
本多 彰¹⁾, 池上 正¹⁾, 森下由紀雄²⁾

【目的】腸管スピロヘータ症はBrachyspira属グラム陰性桿菌を原因とする人畜共通感染症である。近年日常診療において病理学的にヒト腸管スピロヘータ（HIS）感染を指摘される症例が増加している。また近年潰瘍性大腸炎（UC）にHISを合併する症例も報告されている。【方法】当院にて大腸内視鏡検査を施行し生検にてHISを診断された潰瘍性大腸炎（UC）症例を対象とし臨床像と内視鏡像を検討した。【成績】HIS合併のUC症例の検討では、症例数5例、年齢は46.6 $\pm$ 12.7、全例男性、罹患年数は10.6 $\pm$ 4.6年、病型は全体腸炎型3例、左側大腸炎型0例、直腸炎型2例であった。HIS診断部位は、上行結腸1例、横行結腸1例、直腸2例、全大腸1例であった。HIS検出部位の内視鏡所見は、横行結腸びらん性変化が1例、直腸地図状潰瘍が1例、直腸びらんが1例、上行結腸発赤1例、全大腸潰瘍が1例であった。UC治療はステロイド治療中3例、免疫調整剤や生物学的製剤治療中の症例はなく、5ASAのみの症例が2例であった。HIS合併UC5例の治療は、メトロニダゾール投与した症例は3例、5ASAのみで治療継続が1例、活動性UCの治療を優先し5ASAにAZA、生物学的製剤でUC治療を追加して、HISに対する治療なしで経過観察中の症例が1例であった。【結論】当院でHISを診断された症例は、過形成性ポリープ、腺腫、UC症例が多かったがHIS合併UCは5例全例男性であった。HIS合併UCの内視鏡像は、局所的にびらんや潰瘍が目立つ症例、内視鏡mayo0-1で寛解している症例、広範囲に内視鏡mayo3-4の潰瘍を伴う症例であった。今回HISの治療を要した3例中2例はステロイド長期投与中で局所的に糜爛増悪や地図状潰瘍を認めた症例であった。HIS治療を要したUC例を経験し、特に男性例のステロイド長期治療例で、局所的糜爛、潰瘍が目立つ症例では、HISの関与を念頭におく必要が示唆された。

ヒト腸管スピロヘータ（HIS）、潰瘍性大腸炎

47 早期食道癌（T1a-LPM）にもかかわらず多発肝転移・骨転移・腎転移をきたしたと考えられる一剖検例

武蔵野赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 病理部²⁾
楊 天芸¹⁾, 関口修平¹⁾, 稲田賢人¹⁾, 山下洗司¹⁾, 桐野 桜¹⁾,
大澤玲於奈¹⁾, 早川優香¹⁾, 樋口麻友¹⁾, 高浦健太¹⁾, 前屋鋪千明¹⁾,
金子 俊¹⁾, 玉城信治¹⁾, 安井 豊¹⁾, 土谷 薫¹⁾, 中西裕之¹⁾,
板倉 潤¹⁾, 高橋有香¹⁾, 櫻井うらら²⁾, 黒崎雅之¹⁾, 泉 並木¹⁾

【症例】68歳男性
【現病歴】X-1年12月頃からの左下腹部痛と糖尿病コントロール悪化を契機に、精査加療目的にX年1月に当科初診となった。造影CTを撮影したところ、多発肝腫瘍、L1椎体溶骨性腫瘍、左腎上極低吸収結節を認めいずれも転移性腫瘍を疑う所見であった。上部消化管内視鏡、大腸内視鏡、腫瘍マーカー検査を施行したところ上部消化管内視鏡で深達度が粘膜筋板（MM）～粘膜下層（SM1）程度を疑う表在食道癌を認めたが、所属リンパ節転移を認めないという、SCC抗原が正常値であることから食道癌が原発巣の可能性は低いと判断した。肝腫瘍生検を施行したところ扁平上皮癌であることが判明し、免疫染色の結果からは食道癌原発が否定できない所見であった。¹⁸F-FDG PET/CTでは食道への集積は認めなかったものの、その他に扁平上皮癌として原発巣になり得る臓器に有意な集積は無く、食道癌原発として化学療法を施行する方針とした。X年3月より5-fluorouracil+cisplatin（FP）療法を開始し、同時に腰椎椎変による疼痛の緩和目的に放射線照射を開始した。X年5月、2クール目のFP療法施行中に、全身性浮腫の出現及び血清クレアチニン値の急激な上昇で急性腎障害を発生し、大葉性肺炎を合併してX年5月31日に呼吸不全で死亡した。剖検では食道癌は粘膜固有層（LPM）に留まり、明らかな脈管侵襲やリンパ節転移を認めず、一方で食道癌以外に扁平上皮癌の原発巣となり得る臓器（咽頭、扁桃、肺、膀胱など）には明らかな腫瘍性変化は認められなかった。【考察】深達度が粘膜内にとどまる早期食道癌はリンパ行性、血行性ともに転移の恐れがきわめて低いと考えられている。本症例では剖検にて食道以外に明らかな原発巣を認めないことを確認しており、他臓器からの遠隔転移の可能性は低いことを裏付けている。初診時に早期食道癌が多発遠隔転移しており、剖検まで施行された貴重な一例を経験したため、文献の考察を加えてここに報告する。

早期食道癌, 遠隔転移

48 クロウン病に対してウステキヌマブを投与中に血球貪食症候群・壊死性リンパ節炎を発生した一例

国立病院機構千葉医療センター消化器内科¹⁾, 同 総合内科²⁾
山本祐実¹⁾, 芳賀祐規¹⁾, 上原多恵子²⁾, 西村光司²⁾, 新行内綾子¹⁾,
宮村達雄¹⁾, 伊藤健治¹⁾, 阿部朝美¹⁾, 金田 暁¹⁾, 多田 稔¹⁾,
齋藤正明²⁾, 杉浦信之²⁾

【症例】58歳男性【主訴】発熱【現病歴】クロウン病に対し、X-4年よりインフリキシマブにて加療されていたが、発熱にて不耐になったためX-2年よりウステキヌマブに切り替え治療中であつた。X年1月、1週間以上続く発熱を主訴に入院となる。体温38.7℃、血液検査ではWBC 1600/ μ l、好中球 376/ μ l、HGB 12.7g/dl、PLT 18万/ μ lと白血球数、好中球減少を認め、フェリチン1045ng/ml、CRP 10.20mg/dlと高値であつた。EBV-DNAとHBV-DNAは検出せず、C7-HRP陰性、 β -Dグルカン 6.9pg/ml、抗核抗体80倍、ANCAの上昇は認めず。CTではリンパ節疑う腹腔内腫瘍があり、悪性リンパ腫が鑑別に挙がる一方で、クロウン病に伴う重症感染症が否定できずメロベネム、およびガンマグロブリンを投与開始した。第4病日、WBC 1100/ μ l、好中球 280/ μ lとさらに低下したため骨髄穿刺・生検施行し、血球貪食症候群と診断。メチルプレドニゾン 1000mg/日、3日間投与した。第12病日にWBC 10900/ μ l、好中球 7760/ μ lと上昇認め、造影CTで認めていた腹腔内リンパ節を腹腔鏡下生検施行し、組織球性壊死性リンパ節炎（菊地病）と診断した。発熱なく全身状態も良好のためステロイド漸減し、第36病日退院となった。【考察】メサラジンやステロイド抵抗性のクロウン病に対して、抗TNF- α 抗体や抗IL-12/23抗体といった生物学的製剤の有効性が確認されているが、副作用として重篤感染症が報告されている。本症例のようにクロウン病に菊地病を合併した報告は稀であるが、重症感染症との鑑別は重要で、積極的に骨髄穿刺・骨髄生検を考慮すべきであり、報告する。

ウステキヌマブ, 組織球性壊死性リンパ節炎

東京医科歯科大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 小児科³⁾、同 病理部⁴⁾
 田中真由子¹⁾、大科枝里¹⁾、河崎 翔¹⁾、田中将平¹⁾、河本亜美¹⁾、日比谷秀爾¹⁾、清水寛路¹⁾、竹中健人¹⁾、齊藤詠子¹⁾、藤井俊光¹⁾、長堀正和¹⁾、松山貴俊²⁾、網笠祐介²⁾、今井耕輔³⁾、富井翔平⁴⁾、大塚和朗¹⁾、岡本隆一¹⁾

【症例】30歳代男性。X-22年に爪の萎縮、体幹と下肢に皮疹と色素脱失が出現した。X-15年頃に頭髪の薄さと皮膚の増強を自覚し、血液検査で軽度の汎血球減少が出現した。X-5年6月から腹痛、下痢、微熱が頻回に見られ、下部消化管内視鏡検査(CS)では虫垂とS状結腸に縦走潰瘍を認めた。クローン病が鑑別に挙がったが、潰瘍部組織の病理学的検査では形質細胞やリンパ球、好酸球の浸潤と、EBV-encoded small RNA in situ hybridization(EBER-ISH)陽性のリンパ球が検出され、クローン病として非典型的であった。末梢血中のT細胞、NK細胞にEBウイルス感染はなく、慢性活動性EBウイルス感染症は否定的であった。X-2年7月頃から腹部症状が増悪し、同年11月当院紹介受診となった。X-1年1月のCSでは既知の病変に加えて横行結腸と直腸・肛門管に新たに縦走潰瘍の出現を認め、病理学的検査では炎症細胞浸潤、尿管の捩れ、配列不整、杯細胞の減少があるが、アポトーシスも目立ち、クローン病や潰瘍性大腸炎に非典型的であった。病歴から遅発性免疫不全症を疑い遺伝子解析を行ったところ、DKC1遺伝子に変異を認め、軽度の骨髄不全症と大症状(網状色素沈着、爪の萎縮)、小症状(頭髪の喪失、白髪)と併せて先天性角化不全症の診断に至った。合併する消化管病変は免疫不全症関連腸炎と考えられた。腹部症状の増悪に対してX-1年6月からベドリスマブを開始したが、血管炎型薬疹が出現し中止となった。同年10月のCSで肛門管に連続する潰瘍からHigh grade dysplasiaが検出され、炎症性発癌の関与が考えられた。X年1月に直腸切開術・S状結腸人工肛門造設術が施行された。術後病理診断は高分化腺癌、pTisN0M0、stage0であった。【考察】先天性角化不全症は、テロメア長の維持機能の障害を背景とする先天性骨髄不全症候群である。皮膚症状や低身長、歯芽の異常、骨髄不全が見られ、悪性疾患を合併することがある。免疫不全症関連腸炎の併発は稀で、炎症性発癌を示唆する報告はこれまででない。早期診断により治療しえた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。

先天性角化不全症、炎症性発癌

日本大学附属板橋病院 内科学系 消化器肝臓内科
 星野慶次郎、石井大雄、本田真之、金子朋弘、山名陽一郎、高橋 央、佐々木玲奈、熊川まり子、増崎亮太、水谷 卓、松本直樹、山上裕晃、神田達郎、森山光彦

【症例】39歳、男性【現病歴】1週間持続する心窩部痛を主訴に前医受診し、血液検査を施行したところ、AST1,077 IU/L、ALT 1,297 IU/L、 γ -GTP 231 IU/L、T-Bil 9.4mg/dL、D-Bil 6.3 mg/dLと肝機能異常を認めた。当科紹介受診し、精査加療目的に入院となった。【既往歴】気管支喘息、高尿酸血症【内服歴】百草散(入院3か月前に数回内服)、ピラスチン(入院6か月前まで内服)、ベンズブロマロン【既往歴】手術歴、輸血歴、飲酒、喫煙、刺青、薬物自己注射歴、薬物アレルギー歴等なし【入院後経過】入院後に各種画像診断から胆道系疾患は否定的であった。薬物性肝障害を考え、内服薬を中止し、SNMC 100 mLの投与を開始した。血液検査上肝胆道系酵素改善傾向のために第18病日にSNMC 60 mLに減量、第22病日よりSNMC隔日投与とし、第28病日に退院、外来経過観察とした。第46病日SNMCを終了し、第59病日に肝胆道系酵素の正常化を確認した。【考察】肝機能障害の原因について画像上器質的疾患はみられず、各種ウイルスマーカーの検索からも急性ウイルス性肝炎等も否定的であった。高尿酸血症治療薬として、入院7か月前にアロプリノールからベンズブロマロンに内服薬が変更されていた。薬剤性肝炎を疑い百草散、ピラスチン、ベンズブロマロンに対し薬剤リンパ球刺激試験(DLST)を行ったところすべて陽性であり、内服歴等からはベンズブロマロンによる薬物性肝障害と診断した。【結論】ベンズブロマロンによる急性肝不全は本邦で多数報告されている。今回、心窩部痛を主訴に来院した同剤による薬物性肝障害を経験し、若干の文献的考察及び注意喚起を含めて報告する。

薬剤性肝炎、薬剤リンパ球刺激試験

防衛医科大学校 消化器内科¹⁾、防衛医科大学校病院²⁾
 吉岡幹士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⁾、伊藤 傑¹⁾、溝口明範¹⁾、成松和幸¹⁾、富田謙吾¹⁾、穂苅量太¹⁾、東山正明²⁾、高本俊介²⁾

【症例】40代女性【経過】2006年に関節リウマチと診断され、ブレドニンとメトトレキサート(MTX)で治療していた。その後ブレドニンは漸減中止し、MTXの内服を継続していた。2020年X月に多量の血便を認め、精査加療目的に当院へ入院となった。Dynamic CTでは、回盲部に浮腫状の肥厚を認めたが、腸管に造影剤の血管外漏出は認めなかった。大腸内視鏡検査では、回盲終末の腸間膜付着部対側に潰瘍性病変を認めた。入院中に血便を認め、回腸終末の潰瘍の露出血管に対して内視鏡的にクリップでの止血術を行った。血液検査、便培養検査では、腸結核、CMV腸炎、感染性腸炎は否定的であり、大腸内視鏡下生検の結果では、MTX関連リンパ増殖性疾患、リンパ腫や小腸癌は否定され、MTX休薬で潰瘍が改善をみとめたことから、MTXによる薬剤性小腸潰瘍と診断した。関節リウマチに対しては、MTXは中止し、トシリズマブを使用する方針となった。【考察】薬剤関連の消化管障害は治療開始の早期に出現することが多いが、長期継続内服中に出現した場合には、当該薬剤との関連を疑うことが難しくなる。当初はMTX関連リンパ増殖性疾患を疑っていたが検査結果からは否定的であった。14年と長期にわたるMTXの内服中に出現した、薬剤性小腸潰瘍の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。

メトトレキサート、小腸潰瘍

水戸済生会総合病院
 目時佳恵、宗像紅里、高橋彩月、金野直言、今井雄史、大川原健、廣澤拓也、青木洋平、柏村 浩、仁平 武

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

肝臓癌、メトロニダゾール脳症

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

症例は80歳台女性。アルツハイマー型認知症にてグループホーム入所中の20XX年Y月、嘔吐のため救急要請。救急隊到着時黒色便を認め、ショックバイタルのため当院へ搬送され、入院となった。腹部骨盤部造影CTにて肝S5, S6に造影効果のある腫瘤とS5腫瘤周囲の肝被膜下に血腫を認めた。血液検査にてHBs抗原陽性、PIVKA-II陽性であり、S5の肝細胞癌破裂と診断した。第3病日に同部位に対して肝動脈塞栓療法 (TAE) を施行した。第9病日に発熱し、第10病日にCOVID-19 PCR検査陽性となり、感染症病棟へ転棟した。ファビピラビル、デキサメタゾン、レムデシビルなどCOVID-19感染症の治療を行った。第24病日に著明な高血糖と代謝性アシドーシスを認め、救命病棟へ転棟し、インスリン投与と脱水補正をした。その後、意識レベルの低下と低酸素血症が進行し、気管挿管を行ったが同日死亡した。臨床経過からCOVID-19感染症により血液凝固系障害を生じ、脳梗塞を発症したと考えられた。肝細胞癌破裂に対するTAE後にCOVID-19感染症を併発した稀な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, COVID-19感染症

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
沼尻大地¹⁾, 上田 元¹⁾, 森山由貴¹⁾, 中川俊一郎¹⁾, 玉虫 惇¹⁾,
門馬匡邦¹⁾, 小西直樹¹⁾, 屋良昭一郎¹⁾, 平山 剛¹⁾, 岩本淳一¹⁾,
本多 彰¹⁾, 池上 正¹⁾, 森下由紀雄²⁾

77歳女性。45歳時にHBs抗原陽性を指摘され、HBVキャリアとして外来通院していたが、65歳時にHBs抗原は陰性化。74歳時に大腸癌術後の既往があり、その際もHBs抗原は陰性であった。その後、免疫抑制・化学療法の施行歴はない。X-1日より皮膚黄染が出現し前医を受診。著名な肝機能障害を認めたため、精査加療目的で当院紹介となった。来院時は意識清明であったが、Bil 13.7 mg/dL・AST 1213 IU/L・ALT 926 IU/L・PT 34.9%・Plt 9.0/μLと劇症肝炎 (急性肝不全) を呈しており、ICU管理となった。HBs抗原 24839.8 IU/mLと高度に陽転化を認めており、HBV再活性化による劇症肝炎が疑われた。その後の検査では、HBV-DNA 6.9 Log IU/mL, Genotype C, HBc抗体陽性, IgM-HBc抗体陰性であり、HBV急性感染とは合致せず、再活性化 (de novo 肝炎) として矛盾ない結果であった。X日より、FFPおよびエンテカビル0.5mg/日を投与開始とした。X+1日よりステロイドパルス (メチルプレドニゾロン1000mg/日) を3日間施行した。X+2日に、NH3の上昇と羽ばたき振戦の出現を認めたため「昏睡型」と判断し、人工肝補助 (CHDF+血漿交換) を開始した。計4回の血漿交換を施行し、X+14病日にはCHDFを離脱したため一般病棟管理となった。その後も徐々に肝機能は改善していき、X+23日には、HBs抗原 273.94 IU/mL, HBV-DNA 3.0 Log IU/mLにまで漸減した。X+33日には、Bil 3.0 mg/dL・AST 61 IU/L・ALT 40 IU/L・PT 65.0%にまで改善したため、X+36日に退院となった。その後、X+69日に再入院して肝生検を施行した。その際には、Bil 1.3 mg/dL・AST 33 IU/L・ALT 11 IU/L・PT 68.3%と肝機能は正常化していた。今回我々は「誘因のない」HBV再活性化によるde novo B型肝炎を発症した症例を経験した。de novo B型肝炎は、急性肝炎に比較して劇症化する頻度が高く、劇症化した場合には内科的治療による救命例は存在しないとの報告もあり、予後は特に不良である。「誘因のない」de novo肝炎の頻度やリスク要因は不明であり、今後の症例の集積が必要である。

de novo B型肝炎, 急性肝不全

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
高田雅人¹⁾, 本庄香子¹⁾, 諸井厚樹¹⁾, 佐藤晋二¹⁾, 高野幸司¹⁾,
森川瑛一郎¹⁾, 池田隆明¹⁾, 飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾

症例: 92歳、女性。主訴: 黄疸。既往歴: 91歳時に洞不全症候群 (ペースメーカー植え込み) および大動脈弁狭窄 (人工弁置換術)。高血圧、脂質異常症で服薬治療中。現病歴: 20XX年11月上旬、特に誘因なく褐色尿が出現、近医を受診し黄疸を指摘され当科に紹介入院となった。入院時検査成績: WBC 3800/μL, CRP 0.32 mg/dL, AST 178 U/L, ALT 320 U/L, ALP 1113 U/L, γ-GTP 457 U/L, T-Bil 9.05 mg/dL, AMY 46 U/L, CEA 4.0 ng/mL, CA19-9 112.2 U/mL。入院後経過: 腹部CTで中部胆管に20mm大の腫瘍性病変、総胆管、肝内胆管の拡張、胆嚢腫大および肝門部リンパ節腫大を認めた。造影CTで腫瘍性病変は淡く造影された。胆管腫瘍による閉塞性黄疸として内視鏡的胆管ドレナージの方針とした。胆管造影にて中部胆管に平坦な途絶像を認め、同部位を生検の上でプラスチックステントを留置した。生検組織ではN/C比の高い異型細胞の小集塊が認められた。免疫染色で異型細胞はCD56(+), MIB-1(+), Synaptophysin(-), Chromogranin A(-) であり小細胞癌と考えられた。NSEは12.1 ng/mLと基準域内であったが、ProGRPは88.8 pg/mLと軽度上昇を示した。肺病変など他に原発となる病変はなく、胆管原発の小細胞癌と診断した。ステント留置後、黄疸は順調に改善した。腫瘍性病変に対する積極的治療の希望はなく、年齢、全身状態を考慮し保存的治療の方針となった。考察: 胆管原発の小細胞癌は稀であり、画像所見を含め示唆に富む症例と考え報告する。

胆管, 小細胞癌

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 病理学教室²⁾
芳鐘 一¹⁾, 権藤興一¹⁾, 神林孔明¹⁾, 北田修一¹⁾, 野坂岳志¹⁾,
後藤知之¹⁾, 落合一成¹⁾, 渡邊俊介¹⁾, 土岐真朗¹⁾, 磯谷一暢²⁾,
岡部直太²⁾, 大森嘉彦²⁾, 藤原正親²⁾, 柴原純二²⁾, 久松理一¹⁾

症例は60歳代男性。褐色尿、灰白色便を主訴に当院受診した。肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部造影CTで膵頭部から背側へ進展する60mm大の乏血性腫瘍を認めた。さらに、遠位胆管の狭窄と総胆管及び肝内胆管の拡張を認めたが、膵管の拡張は認めなかった。また、腫瘍は上腸間膜動脈周囲へ進展していたが、膵管の狭窄像は認められなかった。腫瘍マーカーはCA19-9 38.9 U/mL, DUPAN-2 936 U/mL, SPAN-1 175 U/mLと高値であり、可溶性IL-2 レセプターも954 U/mLと高値であった。画像所見から膵腫瘍による閉塞性黄疸と診断し、第2病日に内視鏡的胆道ドレナージ術を施行した。胆管狭窄部より病理検査を施行したが、悪性所見は認めなかった。第18病日、病理診断目的に超音波内視鏡下針生検 (以下EUS-FNA) を施行した。膵腺房細胞間に密に浸潤する異型リンパ球を認め、免疫染色でCD20, BCL-2, BCL-6, CD10が陽性, CD3, CD5, CD43, MUM-1, Cyclin D1が陰性より、Follicular lymphomaと診断した。PET-CTでは節性病変は認めず、膵と肝右葉10mm大の病変に集積を認め、膵悪性リンパ腫の診断にて化学療法を開始した。現在診断より6か月経過しているが、病変の縮小を認め治療を継続している。膵悪性リンパ腫は膵悪性腫瘍の0.5%未満と稀な疾患であり、乏血性腫瘍として膵癌や腫瘍形成性膵炎との鑑別が問題となる。大きな腫瘍として発見されることが多く、膵管狭窄像や膵管拡張像に乏しいことが特徴とされているが、画像のみで診断することは困難であり、近年ではEUS-FNAでの診断報告が散見される。悪性リンパ腫の診断は、表面マーカー検査や染色体・遺伝子検査による腫瘍細胞の生物学的特性の情報も重要であり、悪性リンパ種を念頭においた場合は、十分量の組織検体採取が必要であると考えられる。今回、膵悪性リンパ腫を疑い、20Gの穿刺針で十分な検体量を採取することで、確定診断に至った症例を経験したため報告する。

膵悪性リンパ腫, EUS-FNA

がん研有明病院

田中伸弥, 武田剛志, 三重堯文, 古川貴光, 山田悠人, 春日章良, 松山真人, 佐々木隆, 尾阪将人, 笹平直樹

症例は50代女性。20〇〇年7月より上腹部痛、掻痒感が出現し、採血で肝機能障害、腹部超音波検査で肝内胆管拡張を指摘され、前医を紹介受診。腹部造影CT検査で膵頭部癌による閉塞性黄疸が疑われ、胆管プラスチックステント留置後、精査加療目的に当院を紹介受診。当院施行の腹部造影CTで膵頭部に総肝動脈(CHA)と180度以上の接触を伴う22mm大の腫瘤を認め、局所進行膵頭部癌と診断となった。PETおよび腹部造影MRIでは明らかな遠隔転移は認めなかった。EUS-FNAによる確定診断(低分化型腺癌)および胆管金属ステント留置後、8月よりmodified FOLFIRINOX(mFFX)による全身化学療法を開始。mFFX 7コース施行後、腫瘍マーカーは正常化し(CA19-9 213.7 → 15.9 U/mL)、CTでpartial response(PR)が得られたが、その後は次第に抗瘍剤の投与量の減量にもかかわらず、好中球数<1500/mm3が遷延するようになり、化学療法継続が困難と考えられた。mFFX 11コース施行後、腫瘍マーカーは正常値(CA19-9 9.1 U/mL)、CTでもPRを維持し、当院cancer boardで根治手術可能と判断し、conversion手術の方針となった。20〇〇+1年3月門脈および肝動脈切除を伴う亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術後にClavien-Dindo分類でgrade 2の脾液漏を認めたが、第31病日に退院となった。術後病理診断は、膵管内に軽度異型上皮を認めるものの、癌の遺残は認めず、化学療法後の治療効果判定はgrade 4であり、pathological complete response(pCR)と診断した。本人の希望でS1による術後補助化学療法を半年間施行したが、現在術後約1年間無再発である。今回mFFXによりpCRが得られた局所進行膵癌の一例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

膵頭部癌, 病理学的完全寛解

つくばメディカルセンター病院 消化器内科

朽津駿介, 西 雅明, 浜田善隆, 伊藤嘉美, 川越亮承

【背景】膵仮性嚢胞は膵炎における合併症として重要である。有症状や感染合併例が治療対象となり、経皮的、経消化管的、経乳頭のドレナージや、外科手術など様々な方法で治療される。今回我々は膵尾部の巨大な多発嚢性膵癌に対して、内視鏡的経乳頭の治療を試行して奏功した一例を経験したので報告する。【症例】60歳男性【既往歴】アルコール性慢性膵炎、高血圧症で近位通院中【現病歴】X年1月に心窩部痛を主訴に近医を受診。血液検査、CTにて慢性膵炎急性増悪、仮性脾動脈瘤破裂と診断され当院へと紹介された。当院のCTでも膵炎に合併した多発する巨大膵仮性嚢胞と、嚢胞内への動脈瘤穿破を認めたため、同日緊急TAEを施行した。TAE成功後も心窩部痛の症状が遷延しており、疼痛コントロールおよび膵炎の治療を継続した。しかし、膵仮性嚢胞は増大傾向であり、腹部症状も持続していることからドレナージを行う方針とした。画像所見では多発する膵仮性嚢胞は、膵体部主膵管の狭窄によって、膵尾部側の脾液が膵外流出していることで形成されていると考えられた。経皮的ドレナージでは抜去が困難になることが予測され、EUS下経胃的ドレナージでは内瘻化チューブの今後の閉塞や抜去による再発が危惧されたため、経乳頭的膵管ドレナージを第一選択として施行した。ガイドワイヤーで主膵管狭窄部を通してENPDチューブを挿入することで嚢胞径は著明に縮小した。後日、狭窄部をバルーン拡張して、pig tail catheterを膵仮性嚢胞内へと挿入して十二指腸乳頭出しで留置した。その後の経過は良好で嚢胞径は縮小傾向であったため、X年2月に退院した。現在は外来フォロー中であり、今後数か月で抜去予定となっている。【考察】膵管狭窄が原因の膵仮性嚢胞に対しては、経乳頭的ドレナージを第一選択として用いることが有効と考える。

膵仮性嚢胞, 経乳頭のドレナージ

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,

同 放射線診療科²⁾
渡部正也¹⁾, 柴田理美¹⁾, 川本健二¹⁾, 高雄暁成¹⁾, 清水口涼子¹⁾, 黒川真理子²⁾, 高木康信²⁾, 小泉浩一¹⁾

【症例】85歳女性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】X年12月29日に心窩部痛と嘔吐を契機に受診された。腹膜刺激症状はなく採血で明らかな炎症反応の上昇は認めなかった。腹部造影CT検査では小腸壁の限局した浮腫性変化や少量の腹水を認めた。通過障害にともなう症状と考え腸管安静と抗菌薬の投与を行った。X+1年1月4日に症状は消失したため経口摂取を再開したが、嘔気が出現し腹部X線検査で小腸ガスの貯留および液面形成を認めたためイレウス管を挿入した。1月14日にイレウス管より小腸造影検査を行うと横隔膜と肝臓右葉の間に嵌入した小腸で管腔の狭小化と造影剤の通過障害が見られ、小腸型Chilaiditi症候群に伴うイレウスと考えた。小腸造影検査後の腹部単純CT検査では管腔の狭小化を伴う小腸が石灰化を伴う肝嚢胞壁と接する所見を認めたが、明らかな絞扼や腸管虚血を疑う所見はなく、症状も消失していたため、保存的治療を継続する方針とした。その後症状や腹部X線検査での小腸ガス像はともに改善し、1月18日にイレウス管を抜去し経口摂取を再開した。再度行った小腸造影検査では、肝臓と横隔膜間への腸管の嵌入像は残存していたが、造影剤の通過障害はなく1月26日に退院とした。【考察】Chilaiditi症候群は肝臓と横隔膜の間に腸管が嵌入することにより主に消化器症状をきたす疾患である。嵌入臓器としては結腸が多く小腸型Chilaiditi症候群は比較的稀である。小腸型Chilaiditi症候群は絞扼性イレウスの合併頻度が高いため、外科的処置のタイミングや必要性に関して慎重な観察や判断が求められる。今回保存的に経過をみることでできた要因に関して、Chilaiditi症候群の機序を本症例に照らし合わせて考察したため若干の文献的考察を加えて報告する。

Chilaiditi 症候群, イレウス

水戸済生会総合病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾

伊東 優¹⁾, 金野直言¹⁾, 高橋彩月¹⁾, 青木洋平¹⁾, 大川原健¹⁾, 廣澤拓也¹⁾, 今井雄史¹⁾, 宗像紅里¹⁾, 柏村 浩¹⁾, 仁平 武¹⁾, 金子宣樹²⁾, 東 和明²⁾, 加藤修志²⁾, 丸山常彦²⁾

【はじめに】胃軸捻転症は比較的古くは良性疾患である。今回、我々はTreitz靱帯の不形成が関与していると考えられる高齢の胃軸捻転症に対して、腹腔鏡下固定術を行った症例を経験したので報告する。【症例】症例は84才女性で、嘔吐などのため他院受診し、腹部単純レントゲンにてニボー像が認められたことからイレウスの疑いで当科紹介された。CTにて胃噴門部～穹窿部が体の右側に位置し、体部は頭側に反転しつつ、前庭部は体の右側に位置していることから胃軸捻転症と診断した。内視鏡的に整備を行ったが、CT画像上不完全捻転状態が続いていることから腹腔鏡下胃固定術を行った。術後経過は良好で、再発なく経過している。【考察】胃捻転症は解剖学的な、年齢など様々な条件が加わり発症する。文献的な考察を加えて発表する予定である。【結語】高齢発症の胃軸捻転症を経験した。治療は根治術である腹腔鏡下胃固定術を行い、良好な経過である。

胃軸捻転症, 高齢者

筑波記念病院・消化器内科

松本佳奈, 大塚公一朗, 添田敦子, 永井志歩, 野本 怜, 岩井健太郎, 小林真理子, 越智大介, 池澤和人

【背景】自己免疫性膵炎 (autoimmune pancreatitis: AIP) は、激しい腹痛を伴い発症する急性膵炎とは異なり、無症状あるいは軽度の腹痛もしくは背部痛を認める程度であることが多い。また画像検査では通常は膵のびまん性腫大など特徴的な所見を示し、急性膵炎をきたすことはまれである。今回われわれはwalled-off necrosis (WON) を伴う急性膵炎にて発症したAIPを経験したので報告する。【症例】60歳代男性、既往歴：特記事項なし、常用薬なし。飲酒歴：平日は飲酒しないが、休日は昼間から飲酒 (焼酎約720mL程度) していた。左側腹部痛を主訴に近医を受診し、炎症反応は低値であったがCTで膵尾部腫大があり膵炎疑いと診断された。外来にて抗菌薬と膵酵素阻害剤で治療されたが改善なく、CRP13 mg/dLまで上昇したため当院へ紹介入院となった。CTで膵尾部に7cm大のWONを認め、アルコール性急性膵炎と診断し保存的加療を行い11病日に退院した。しかし退院2週間後から徐々に心窩部痛が悪化、CRPは0.71mg/dLであったがAMY700U/Lと上昇し、WONの増悪も認めため急性膵炎再燃と診断し入院となった。退院後は飲酒せず、原因検索目的でIgG4を測定したところ829mg/dLと高値であった。AIPの診断的治療のためprednisolone (PSL) 35mg/dayを開始したところ、CT上著効を認め27病日退院となった。【考察】本症例は血中IgG4上昇がみられtype 1 AIPと考えられる。近年type 2 AIPの50%程度に急性膵炎を生じることが報告されているが、type 1 AIPでの急性膵炎の報告は検索しえず稀と考えられる。急性膵炎の成因としてのAIPの頻度は少ないが、通常の膵炎とは異なりPSLによる治療の検討を要し、鑑別すべき病態と考える。

自己免疫性膵炎, walled-off necrosis

柏市立柏病院

戸田晶子, 村田 彩, 飯塚泰弘, 沼田真理子, 藤本純子, 土井奈穂子, 酒井英樹

【症例】42歳女性【既往歴】脂質異常症、甲状腺機能亢進症【現病歴】35歳 (X-7年) 時当院内内分泌内科で1型糖尿病と診断され、インスリン療法を行っていたが、血糖コントロールは不良であった。飲酒歴なし。当初肝障害は認めなかったが、X-4年1月にはALT 100 U/L台と緩徐に増悪傾向であった。X年11月にAST 340 U/L、ALT 280 U/Lと増悪し当科紹介。【経過】HbA1C 12.9%、抗核抗体 160倍であった。腹部超音波検査では、肝辺縁鈍化、肝脾腫を認め、明らかな脂肪肝は認めなかった。鑑別としてNASH、自己免疫性肝炎、薬剤性肝障害を挙げ、イブラグリフロジン (半年間内服)、ビタミンD2 (半年間内服) を中止とした。しかし肝障害は改善せず、薬剤性は否定的であった。X+1年1月に肝生検施行。HE染色では門脈域は保持され、門脈周囲域に線維化拡大は見られなかった。実質内の炎症細胞浸潤は軽度、胆汁うっ滞はなし。慢性肝炎を示唆するようなinterface-hepatitisは見られなかった。よって少なくとも自己免疫性肝炎は否定的であり、酢酸トコフェロール内服で経過観察を行った。しかしALT 150 U/L程度の肝障害が持続し、7月から同業を中止、ウルソデオキシコール酸を開始した。肝障害が改善しないため、9月に上記検体の再評価を行ったところ、肝細胞は軽度肥体の膨化を示していた。PAS染色で肝細胞質内に陽性顆粒の充満を認め、ジアスターゼ処理後に消化されており、グリコーゲン顆粒と判断した。glycogenic hepatopathyの診断となり、グリコーゲンの沈着により肝腫大をきたしたものと考えられた。1型糖尿病のコントロールは不良で、肝腫大は改善せず、肝障害はALT 70 U/L程度からやや改善傾向で、加療継続中である。【考察】glycogenic hepatopathyは稀であるが、血糖コントロール不良の1型糖尿病などで認められる。NAFLDとの鑑別が問題となるが、同疾患と異なり肝硬変、肝細胞癌に進行せず可逆的であるといわれている。持続的な高血糖で増悪するとされているが、完全に解明されておらず、線維化進行の報告や再発などの問題点もあり文献的考察を交えて報告する。

glycogenic hepatopathy, 1型糖尿病

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾,同 病理部³⁾福本 剛¹⁾, 中塚拓馬¹⁾, 黒崎滋之¹⁾, 谷島智哉²⁾, 中井雄大²⁾, 日向宗利³⁾, 建石良介¹⁾, 小池和彦¹⁾

【症例】47歳男性【生活歴】飲酒歴20 g/日、喫煙歴なし【服用薬】なし【既往歴】なし【家族歴】肝疾患の家系歴なし【現病歴】20XX年4月右側腹部痛を主訴に肝胆道系酵素上昇を認め前医入院、その後自然軽快し退院した。5月初旬に肝酵素の再上昇を認めたため入院。プレドニゾロン40mg内服開始され精査加療目的に当院へ転院となった。【入院時現症】意識清明、眼球結膜・皮膚に黄染あり、腹部平坦軟、圧痛なし、両下肢浮腫なし、体温36.6℃、脈拍62回/分、血圧118/62 mmHg【入院時検査所見】Alb 3.3 g/dL、AST 128 IU/L、ALT 383 IU/L、T-Bil 6.1 mg/dL、D-Bil 3.8 mg/dL、PT 98%、NH3 67 μg/dL、肝炎ウイルス各種抗原抗体 陰性、IgG 1699 mg/dL、IgM 69 mg/dL、抗核抗体 陰性、抗ミトコンドリアM2抗体 陰性【画像所見】単純CTで肝臓のcentral zoneに低吸収域が見られ造影CTで同部位に動脈相から平衡相まで造影効果の持続所見を認めた。MRI: T1強調画像で低信号、T2で高信号。【経過】転院後、肝酵素は徐々に減少傾向となり、プレドニゾロンを漸減した。経皮的肝生検を行い、門脈域における高度の炎症細胞浸潤、interfaceへの炎症波及と肝細胞の壊死所見を認め自己免疫性肝炎 (AIH) に矛盾しない病理像を得た。【考察】急性肝炎様に発症するAIHは、抗核抗体やIgG陰性の場合があり治療開始が遅れるリスクがある。AIHに特異的な画像所見はないとされるが、急性肝不全様の発症様式を呈するAIHでは単純CTで不均一な低吸収領域を呈することがあると報告されている。本症例においても上記特徴的な画像所見を認め、遅滞なく治療を行い良好な転帰が得られたため報告する。

自己免疫性肝炎, 急性肝炎

水戸医療センター 消化器科

杉山雄太郎, 鄭 黎佳, 山浦正道, 下山田雅大, 伊藤有香, 石田博保, 山口高史

【背景】切除不能な肝細胞癌 (HCC) を対象とする第3相臨床試験IMbrave150試験でAtezolizumab + Bevacizumab併用療法のSorafenibに対する全生存期間 (OS)、無増悪生存期間 (PFS) での優越性が示された。IMbrave150試験の結果を受け、2020年9月に切除不能なHCCに対するAtezolizumab + Bevacizumab併用療法の適応追加が承認された。2021年2月現在、当院において切除不能なHCCに対してAtezolizumab + Bevacizumab併用療法を導入した2例を経験した。【症例1】69歳、男性2018年6月の健診で肝機能障害を指摘されたのを契機に同年7月に初回診断されたアルコール性肝硬変、HCCの患者。2018年7月のCTで診断されたS1のHCCに対して同年9月に肝部分切除術を施行した。2019年6月のCTで多発HCCが出現し、同年7月にTACEを施行した。同年8月のCTで右葉のHCC残存に対してTACEを施行した。2020年11月のEOB-MRIで両葉多発HCCが出現した。Child-Pugh Aであり全身薬物療法の方針となり、2021年1月より一次治療Atezolizumab + Bevacizumab併用療法を開始した。【症例2】72歳、男性2017年4月に出血性十二指腸潰瘍の治療後、経過観察中の血液検査で肝機能障害を指摘されたのを契機に同年11月に初回診断されたアルコール性肝硬変、HCCの患者。2018年1月に肝部分切除術を施行した。2019年5月のEOB-MRIでS2、S3にHCC再発、超音波での描出が困難であることからTACEの方針となり、同年6月にTACEを施行した。2019年11月のCTで両葉多発HCCが出現した。Child-Pugh Aであり全身薬物療法の方針となり、同年12月より一次治療Lenvatinibを開始した。最良抗腫瘍効果はPRであった。蛋白尿、腎機能障害の出現のため休業、減量を挟み継続したが2022年5月のCTでPDと判定した。同年5月より二次治療Sorafenib、9月より三次治療Ramucicromabを開始したが、いずれも初回効果判定のCTでPDと判定した。2021年2月より四次治療としてAtezolizumab + Bevacizumab併用療法を開始した。当院におけるHCCに対するAtezolizumab + Bevacizumab併用療法の使用経験を、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, Atezolizumab

水戸済生会総合病院 消化器内科¹⁾, 同 緩和ケア科²⁾, 同 外科³⁾
高橋彩月¹⁾, 仁平 武¹⁾, 廣澤拓也¹⁾, 今井雄史¹⁾, 金野直言¹⁾, 宗像紅里¹⁾, 大川原健¹⁾, 青木陽平¹⁾, 柏村 浩¹⁾, 高久秀哉²⁾, 丸山彦彦³⁾

【はじめに】我々はC型肝炎に合併した門脈腫瘍栓を有する多発肝細胞癌の自然退縮例を経験したので報告する。【症例】61歳男性、主訴は腹部膨満、32歳でC型肝炎摘出されたが無治療であった。現病歴、当院受診1ヶ月ほど前より徐々に腹部膨満が出現し近医受診、肝障害腹水が認められ、当院紹介となった。入院時データは血算:WBC5800/mm³, Hb14.0g/dl, PLT 19.5万/mm³, 生化学:TP8.7g/dl, Alb3.5g/dl, AST169IU/l, ALT78IU/l, LDH387IU/l, ALP334IU/l, γ -GTP205IU/l, Tbil. 51mg/dl, BUN17.2mg/dl, Cr0.99mg/dl, Na128.7mEq/l, K5.0mEq/l, Cl: 96.7mEq/l, BS:95mg/dl, HbA1c 4.8%, CRP:0.14mg/dl, HCVAb(+), serotype1, HCV-RNA 4.9logIU/ml, HBsAg(-), AFP 8245ng/ml (L3 2.2%), PIVKA2 18949 mAU/ml, PT72% (INR1.2), 肝予備能Child-PughB。肝両葉に多発腫瘍を認め、門脈本幹に腫瘍栓があり、stage4aの肝細胞癌と診断した。その後、腹水は減少、消化管出血出現、全身状態悪化し、Child-PughCとなり抗癌治療は断念した。緩和的治療としたが次第に全身状態改善し、肝細胞癌退縮を確認し、AFP 692ng/ml, PIVKA2 1522 mAU/mlとなり受診後6週間で退院となった。受診4ヶ月後では、肝細胞癌残存が2カ所あるが、腫瘍マーカーも更に減少し (AFP23.6ng/ml (L3 5.9%), PIVKA2 27 mAU/ml)、肝予備能もChild-PughAとなっている。【結語】C型肝炎患者に発生した肝細胞癌自然退縮を報告した。肝細胞癌は肝両葉に多発し、門脈本幹腫瘍栓を合併、全身状態悪化のため抗癌治療を一時断念した。しかし自然退縮により、全身状態は著しく改善した。

肝細胞癌, 自然退縮

千葉ろうさい病院 消化器内科
高橋幸治, 斎藤 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, 梶谷佳生

【症例】87歳、男性。【現病歴】腹痛を主訴に前医を受診。エコーで総胆管結石を指摘され、当院へ搬送された。【臨床経過】総胆管結石症の診断でERCPを施行し、総胆管結石除去と胆管プラスチックステント留置術を施行した。処置後に腹痛は改善したものの、ERCPより2日後に腹痛と発熱が出現したためCT検査を行うと、胆嚢結石が胆嚢頸部に嵌頓し、急性胆嚢炎を起こしていた。高度の肺気腫があり、全身麻酔下の胆嚢摘出術に対する耐術能はないと判断し、診断同日にPTGBDを施行した。その翌日には胆嚢結石の嵌頓は解除されており、PTGBDチューブから造影剤を注入すると、総胆管から十二指腸まで造影された。EUSでは胆嚢は虚脱していた。しかし、胆嚢摘出術に対する耐術能がない症例であり、今後の急性胆嚢炎の再燃リスクを減少させる目的で、同日にEUS-GBDを施行する方針とした。PTGBDより生理食塩水を注入し、19G EZShot3plusで十二指腸球部より胆嚢を穿刺し、7Fr ESダイレターで瘻孔拡張を行い、7Fr 7cmのDouble pig-tailステントを留置した。胆嚢壁が固く、瘻孔拡張時からは介助者にデバイス操作を全て委ねた。経過良好で、EUS-GBDから6日後にPTGBDチューブを抜去し、その翌日に独歩退院とした。【考察】通常、EUS-GBDは胆嚢頸部から胆嚢管の閉塞があり緊満している状態で施行することがほとんどであるが、閉塞のない状態でもPTGBDより生理食塩水を注入しなからであれば、鈍的拡張で施行し得た。ただし、内視鏡医がEUSのスコア操作とデバイス挿入を1人で行って処置を完遂することは困難であり、介助者にデバイス操作を全て委ねるなどの工夫が必要と考えられた。

EUS-GBD, 急性胆嚢炎

東海大学医学部付属病院
伊藤彩乃, 小玉敏生, 山路葉子, 川西 彩, 川島洋平, 加川建弘

【症例】53歳女性【現病歴】左乳癌術後の再発・転移に対して当科受診の2年前から化学療法を開始され、8ヶ月前よりアテゾリズマブ (抗PD-L1抗体)、nab-パクリタキセルの併用による治療が行われていた。1ヶ月ほど前より右季肋部痛の症状が出現した。乳腺外科定期受診時の血液生化学検査で肝胆道系酵素の上昇と、腹部超音波検査で胆嚢壁肥厚を指摘され、急性胆嚢炎の疑いで当科へコンサルト、緊急入院となった。【検査所見】WBC 6500/ μ L, AST 169U/L, ALT 320U/L, ALP 3576U/L, γ -GTP 604U/L, T-Bil 0.6mg/dl, D-D-Bil 0.2mg/dl, CRP 4.65mg/dl 【画像検査所見】腹部CT:胆嚢壁肥厚、総胆管壁肥厚を認めた。腹部MRI:胆管に明らかな狭窄や閉塞は見られなかった。ERCP:胆管壁はやや肥厚であったが、明らかな狭窄は認めなかった。IDUS:胆管壁に連続した全周性かつ均一な壁肥厚を認めた。【経過】診察時にMurphy徴候が陽性であり、血液生化学検査にて肝胆道系酵素やCRPの上昇を認め、入院時の腹部CTにて胆嚢壁および総胆管壁の肥厚が見られたため、急性胆嚢炎および急性胆管炎を疑ったが、胆道に明らかな閉塞機転を認めず、発熱やビリルビン上昇も見られなかったことからいづれも非典型的と考えられた。臨床経過より免疫関連有害事象(irAE)としての硬化性胆管炎の可能性を疑い、精査目的にERCP施行時に胆管生検を行ったところ、悪性所見はなくIgG4陽性細胞の浸潤も明らかでない一方、胆管上皮への好中球浸潤が目立って観察され、過去の報告とも矛盾しなかった。ウルソデオキシコール酸の服用を開始したが改善に乏しく、経口プレドニゾン30mg/日の服用を開始したところ症状は軽快し、画像所見上も胆管壁、胆嚢壁肥厚の改善が見られた。【考察】近年、抗PD-L1抗体や抗PD-L1抗体といった免疫チェックポイント阻害薬投与に伴うirAEとして硬化性胆管炎の報告があり、ステロイド投与が奏功しない症例も見受けられる。免疫チェックポイント阻害薬の適応拡大に伴い今後、同様の症例の増加が予想されることもあり、若干の文献的考察を加え報告する。

免疫チェックポイント阻害剤, 硬化性胆管炎

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

【目的】肝膿瘍は比較稀な疾患であるが、起病因菌により様々な経過をたどることが知られている。今回我々は当院における化膿性肝膿瘍の臨床的特徴について検討した。【方法】2016年1月から2020年12月の間に当院で診療を行った化膿性肝膿瘍の20例を対象とし基礎疾患、起病因菌、臨床経過について検討した。【結果】症例は男性12例、女性8例、平均年齢は72歳 (50-93歳)、主訴は、発熱14例 (70%)、腹痛12例 (60%)であった。基礎疾患は糖尿病が11例、胆嚢症例が7例、胆嚢・胆管結石が5例であった。病変部位は右葉11例、左葉6例、両葉3例、単発が14例、多発が6例であった。20例中16例で血液培養を調べており、このうち12例 (75%) が陽性であった。穿刺を行ったのは10例で、このうち9例 (90%) で膿培養が陽性であった。起病因菌はKlebsiella pneumoniaeが8例と最も多く、Escherichia coliが3例、K. pneumoniaeとE. coliの混合感染が1例であった。K. pneumoniaeが起病因菌の場合にはString testを行っているが、K. pneumoniae単独感染のうち、string test陽性は5例、陰性は3例であった。多臓器播種を認めた症例は2例あり、String testは陽性、陰性各1例ずつであった。DICを合併したものは3例であり、すべて起病因菌はK. pneumoniaeで、このうち2例がString test陽性であった。治療は抗菌薬投与のみによるものが10例、膿瘍穿刺を行ったのが10例で、そのうちドレーナージチューブを留置し得たのが7例であった。ドレーナージチューブの留置期間は平均26.0日 (7-49日) で、抗菌薬による治療期間は平均50.3日 (16-82日) であった。早期に転院した症例を除くと、平均入院期間は39.1日 (14-132日) であった。【結語】糖尿病や悪性疾患などの基礎疾患を有する症例が多かった。起病因菌としてはK. pneumoniaeが最も多くString test陽性例で重症化する傾向があった。

化膿性肝膿瘍, Klebsiella pneumoniae

群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科¹⁾、
群馬大学大学院医学系研究科 病理診断学²⁾、
群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科³⁾、
久永悦子¹⁾、佐野孝昭²⁾、吉田由佳¹⁾、石井範洋³⁾、調 憲³⁾、
伊古田勇人¹⁾

【症例】20代女性【主訴】腹部膨満、左季肋部～背部痛【既往歴】特になし。【現病歴】上記主訴のため前医受診。造影CTで腭尾部に巨大な嚢胞性病変を認め、当院へ紹介となった。【術前画像診断】造影CTでは、腭尾部に長径16cmの嚢胞性病変が認められ、壁の一部に造影効果がみられ、MRIでは、嚢胞辺縁に小嚢胞が集簇する充実性構造を認めた。PET-CT検査では、嚢胞辺縁に結節状の異常集積巣（SUVmax 7.4）がみられた。【手術】腭尾部のmucinous cystic neoplasm (MCN)の診断にて、腭体尾部脾および左副胃合併切除術と所属リンパ節郭清が行われた。【病理診断】切除検体では、腭体尾部に長径16cmの嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞壁は厚い線維性壁から成り、一部内腔に突出する隆起を伴っていた。組織学的には、嚢胞壁内面は粘液産生性高円柱上皮で覆われ、上皮内癌相当の異型を伴っていた。上皮下間質には卵巣様間質が認められた。嚢胞上皮から連続して浸潤癌が認められ、一部に低～未分化癌成分を伴っていた。未分化癌成分は、浸潤癌の約20%を占め、細胞接着性に乏しく、索状配列～個細胞性に増殖し、一部rhabdoidであった。未分化癌成分では、免疫染色でkeratin (AE1/AE3)陽性、vimentin陽性、INI-1陽性（欠失なし）であった。以上より、未分化癌成分を伴う腭粘液性嚢胞腺癌と診断した。所属リンパ節1個に転移が認められた。【RAS遺伝子検査】上皮内癌を含む嚢胞裏装上皮と、未分化癌成分の両者で、同一のNR4S、Q61変異が検出された。【考察】本例で特徴的な点は、NR4S変異である。これは、NR4Sが本例のdriver mutationであること、未分化癌が嚢胞内面の高分化腺癌と同じ起源を持ち、この高分化腺癌から未分化癌が発生したことを示唆している。文献的検索では、腭MCNでNR4S変異の報告は本例以外にはない。本例で見られたQ61変異はKR4Sにおいては稀であるが、NR4Sにおいては高頻度で、皮膚悪性黒色腫ではNR4S変異のうちQ61が最も頻度が高い。よって本例は、皮膚悪性黒色腫で代表的なNR4S変異が腭MCNで検出された稀な症例と考えられる。

mucinous cystic neoplasm, NR4S変異

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座¹⁾、
慶應義塾大学医学部消化器内科²⁾、
獨協医科大学医学部第二外科³⁾、獨協医科大学病理診断学⁴⁾、
川田陽介¹⁾、嘉島 賢¹⁾、永島一憲¹⁾、金澤美真理¹⁾、久野直康¹⁾、
近藤真一²⁾、佐久間文¹⁾、福士 耕¹⁾、水口貴仁¹⁾、井澤直哉¹⁾、
瀧本洋一²⁾、山宮 知¹⁾、山部茜子¹⁾、星 恒輝¹⁾、白木孝之³⁾、
石田和之⁴⁾、窪田敬一³⁾、入澤篤志¹⁾

【はじめに】充実性偽乳頭状腫瘍（SPN）は低悪性度腫瘍と分類され、全腭腫瘍の3%程度と比較的稀な腫瘍である。典型例では充実成分と嚢胞成分が混在する境界明瞭な腫瘍であり、しばしば石灰化を有する。若い女性の腭体尾部に好発し、嚢胞内出血をきたしやすいために初発症状は腹痛が多いと報告されている。今回、画像診断に苦慮したSPN症例を経験したため、若干の考察を加えて報告する。【症例】10歳台男性。近医で施行された腹部CTで腭体部腫瘍を指摘され、精査目的で紹介され受診した。血液検査では腫瘍マーカー含めて特記事項はなかった。腹部単純CTでは腭体部に境界明瞭な25mm大の低吸収域を認め、石灰化や嚢胞変性等は認めなかった。MRIでは病変部はT1で低信号、T2で高信号を示した。拡散強調画像で高信号を示し、ADCは低値であった。MRCPでは膵管の途絶や拡張はなく、病変部は描出不良であった。PETでは病変部に一致して集積亢進部を認めた（SUV max = 4.97）。EUSでは腭に20mm大の周囲脾実質に比してややエコー輝度の高い病変を認めた。内部には一部音響陰影を伴う高エコー結節を認め、周囲を取り囲むような血管を認めた。ソノガイド造影EUSの早期相では、病変部に造影剤が点状に入り込む様子が観察された。典型例ではないが画像所見からSPNや神経内分泌腫瘍（NET）が考えられた。EUS-FNAを施行し迅速細胞診で小型の類円形細胞を確認した。病理では免疫染色結果も含めSPNと診断され、手術方針となった。【結語】本症例は、SPNとして非典型的な画像所見であり、画像診断に苦慮した。近年、FNAの普及によって腭腫瘍の診断は飛躍的に向上したが、FNAであっても事前の画像所見から病態を予測して行わなければ検体の解釈を誤ってしまうこともある。有用な検査とするには術者が事前にしっかりと画像診断を行うことが重要であると考え、画像診断の重要性を再認識した症例であった。

SPN, 充実性偽乳頭状腫瘍

慶應義塾大学病院 一般・消化器外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、
同 病理診断科³⁾、同 放射線診断科⁴⁾、
小島英哲¹⁾、北郷 実¹⁾、岩崎栄典²⁾、真杉洋平³⁾、奥田茂男⁴⁾、
八木 洋¹⁾、阿部雄太¹⁾、長谷川康¹⁾、堀周太郎¹⁾、田中真之¹⁾、
中野 容¹⁾、北川雄光¹⁾

膵腫瘍の診断において自己免疫性膵炎と膵癌の鑑別はしばしば臨床問題となるが、両者を併発した症例の報告は稀である。今回我々は自己免疫性膵炎の経過観察中に膵癌を併発し、外科的切除を施した一例を経験したため報告する。症例は89歳男性。以前よりCTにて膵腫大や膵石といった慢性膵炎所見を認めていたが、特に症状なく経過観察をされていた。経過中右顎下腺腫脹を呈したことから顎下腺摘出術を施行された。病理にてIgG4関連慢性硬化性唾液腺炎と診断されたことから、膵炎所見についてもIgG4関連疾患の膵病変と考えられた。術後3年目より、血中IgG4が徐々に上昇傾向となり、CTにて膵体部から尾部にかけて主膵管拡張、周囲軟部陰影を認め自己免疫性膵炎の増悪が疑われた。EUS-FNAにより悪性所見を否定されたのち、寛解導入療法としてPSL 40mgより開始され、IgG4値低下とともに膵炎所見は速やかに改善を認めた。3年後の定期フォローのCTで膵体部を中心に膵腫大の悪化を認め、MRIにても同部位でDWI高値、主膵管狭小化所見を認めたことから自己免疫性膵炎の再燃、膵癌の併発などが疑われ、再度EUS-FNAを施行された。穿刺吸引細胞診で膵癌の診断であり、膵体尾部切除を施行された。術後経過は良好であり、現在外来経過観察中である。切除検体の病理においては、腫瘍の及んでいない背景膵の部分においても高度の形質細胞・リンパ球浸潤、花筈状線維化、閉塞性静脈炎といった所見のほか、IgG4陽性細胞も≥100/HPFと非常に多く、自己免疫性膵炎を背景に合併した膵癌であると考えられた。近年、自己免疫性膵炎の中には本症例の様に通常の慢性膵炎様の経過に移行する症例があることが知られている。自己免疫性膵炎と膵癌の関連性については明確な科学的根拠は無いものの、このような症例においては特に膵癌の併発可能性について常に留意し、疑われる所見を認めた場合には積極的な精査を行う必要がある。

自己免疫性膵炎, 膵癌

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野
鳴瀬 郁、祖父仁淳、井田知宏、中村駿介、中坪良輔、本間俊裕、
朝井靖二、向井俊太郎、糸井隆夫

膵原発の神経鞘腫は稀な良性腫瘍で、特徴的な臨床症状がないことや多彩な画像所見を呈することから、術前に診断することは困難とされており、最終的に手術で診断確定される場合が多い。神経鞘腫では変性をきたしやすいという組織学的特徴から、超音波内視鏡下穿刺吸引生検（EUS-FNA）による診断は難しいとされているが、今回EUS-FNAにて膵神経鞘腫と診断し、不要な手術をせず経過観察しえた2症例を経験したので報告する。症例1は60代の女性20XX年6月脳腫瘍術後の経過観察中、冷や汗、眩暈を自覚し腹部CTを撮像したところ膵尾部に2cm大の腫瘍を指摘され、精査目的で紹介受診となった。造影CTにて膵尾部から脾門部に突出し、均一に淡く造影される23mm大の腫瘍を認め、造影MRIにてT1及びT2強調画像で低信号、漸増性に造影され、辺縁部の造影効果を呈した。EUSで境界明瞭な低エコーを呈し、造影EUSでisovascularityを呈した。膵腺房細胞癌、膵内分泌腫瘍、Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) が鑑別に上がったが画像での診断は困難でありEUS-FNAを施行した。病理学的には、集簇する紡錘形細胞を認め、免疫染色にてS-100蛋白陽性より膵神経鞘腫と診断した。Ki-67ラベリングインデックス（LI）は1-2%と増殖能は低いことから手術は行わず経過観察となった。5年間経過観察中であり、30mm大とやや増大はあるが悪性を示唆する所見は認めていない。症例2は30代の女性、2年前より膵腫瘍を指摘され近医にて経過観察されていたが、20XX年9月に精査を希望され当院紹介受診となった。造影CTにて膵鉤部から門脈左側に接し、漸増性に造影される22mm大の腫瘍を認め、MRIにてT1強調画像で低信号、T2強調画像で低-高信号が混在する像を呈した。EUSで境界明瞭な低エコーを呈し、造影EUSでhypovascularityを呈した。SPNや膵内分泌腫瘍の他、パラゴンリオーマも鑑別に上がり123I-MIBGシンチを施行後、EUS-FNAを施行した。病理学的には疎に分布する紡錘形細胞を認め、免疫染色にてS-100蛋白陽性より膵神経鞘腫と診断した。Ki-67（LI）は5%以下と増殖能は低いため手術は行わず経過観察中である。

膵神経鞘腫, 膵腫瘍