

日本消化器病学会 関東支部第365回例会

プログラム・抄録集



当番会長：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
令和3年7月10日
オンライン開催

日本消化器病学会関東支部第365回例会 プログラム・抄録集 オンライン開催

当番会長：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
〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1
TEL：03-3762-4151

ライブ配信会期：令和3年7月10日（土）

オンデマンド配信会期：令和3年7月14日（水）～7月31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. 発表はすべて会場の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365回例会のオンライン開催へ参加の為のID、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）はオンライン開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。

※オンライン開催のサイトならびに参加登録の公開期間は6月29日（火）～7月31日（土）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365回例会運営事務局

〒105-0014 東京都港区芝3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング12F

株式会社JTBCコミュニケーションデザイン 事業共創部

E-mail：jsge_kanto365@jtbcom.co.jp

※新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、運営事務局はテレワークを実施しております。原則E-mailでお問い合わせいただきますようご協力をお願いいたします。

日本消化器病学会関東支部第365回例会

令和3年7月10日(土)

8:55~9:00		開 会 の 辞 (第1会場)			
第1会場 (午前の部)		第2会場 (午前の部)		第3会場 (午前の部)	
時 間	演 題・座 長	時 間	演 題・座 長	時 間	演 題・座 長
9:00~9:24	(1) 専修医Ⅰ (食道・胃) 1~4 田中 匡実	9:00~9:24	(12) 専修医Ⅶ (肝・胆・膵1) 44~47 安藤さつき	9:00~9:24	(22) 専修医Ⅷ (肝・胆・膵2) 88~91 小林 正典
9:24~9:48	(2) 専修医Ⅱ (胃) 5~8 山本 慶郎	9:24~10:00	(13) 研修医Ⅰ (食道・胃) 48~53 高柳 卓矢	9:24~9:48	(23) 専修医Ⅸ (肝・胆・膵3) 92~95 菊田大一郎
9:48~10:12	(3) 専修医Ⅲ (胃・小腸) 9~12 内藤咲貴子	10:00~10:30	(14) 研修医Ⅱ (小腸・大腸) 54~58 鳥羽 崇仁	9:48~10:12	(24) 専修医Ⅹ (肝・胆・膵4) 96~99 荒井 潤
10:12~10:20	休憩			10:12~10:20	休憩
10:20~10:44	(4) 専修医Ⅳ (大腸1) 13~16 山田 哲弘	10:32~11:02	(15) 研修医Ⅲ (肝・胆) 59~63 齋藤 圭	10:20~10:44	(25) 専修医Ⅺ (肝・胆・膵5) 100~103 河野 惟道
10:44~11:08	(5) 専修医Ⅴ (大腸2) 17~20 藤本 愛			10:44~11:08	(26) 専修医Ⅻ (肝・胆・膵6) 104~107 水口 貴仁
11:08~11:32	(6) 専修医Ⅵ (その他) 21~24 梅沢翔太郎	11:02~11:32	(16) 研修医Ⅳ (膵) 64~68 富嶋 享	11:08~11:32	(27) 専修医Ⅼ (肝・胆・膵・その他) 108~111 高橋 幸治
11:32~11:45	休憩			11:32~11:45	休憩
11:45~12:15	評議員会				
12:25~13:05 ランチョンセミナー1 (第1会場)			12:25~13:05 ランチョンセミナー2 (第2会場)		
「GERD診療ガイドライン2021 ～GERDの病態の新知見を含めて～」			「胃ESDの進歩；適応から診断・治療まで」		
日本医科大学 消化器内科学 岩切 勝彦 先生 司会 東京医科大学 消化器内視鏡学分野 河合 隆 先生 共催：武田薬品工業株式会社			国家公務員共済連合会虎の門病院 消化器内科 布袋屋 修 先生 司会 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 前谷 容 先生 共催：第一三共株式会社／アストラゼネカ株式会社		
13:15~13:25 専修医・研修医奨励賞表彰式 (第1会場)					
13:25~14:25 特別講演 (第1会場)					
「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」 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 センター長 松田 尚久 先生 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					
第1会場 (午後の部)		第2会場 (午後の部)		第3会場 (午後の部)	
時 間	演 題・座 長	時 間	演 題・座 長	14:35~16:05	
14:35~14:59	(7) 肝 25~28 荻野 悠	14:35~14:53	(17) 食道 69~71 日原 大輔	「女性医師の会」 特別企画・臨床セミナー 「消化管表在癌の内視鏡診断」 静岡がんセンター 内視鏡科 前田 有紀 先生 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 藤本 愛 先生 がん研究会有明病院 下部消化管内科 千野 晶子 先生 司会 がん研究会有明病院 内視鏡診療部 藤崎 順子 先生 共催：オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社	
14:59~15:23	(8) 門亢症・胆嚢 29~32 向井俊太郎	14:53~15:17	(18) 胃・十二指腸 72~75 牧口 茉衣		
15:23~15:47	(9) 膵1 33~36 鎌田健太郎	15:17~15:41	(19) 小腸・その他 76~79 岡本 陽祐		
15:47~16:05	(10) 膵2 37~39 原 精一	15:41~16:05	(20) 大腸1 80~83 永尾 清香		
16:05~16:29	(11) その他 40~43 山口 和久	16:05~16:29	(21) 大腸2 84~87 宮本 康雄		
16:30~16:35	閉 会 の 辞 (第1会場)				

専修医・研修医セッションの発表者は、奨励賞表彰式に視聴参加してください。
(13:15~)

特別講演 (第1会場 13:25～14:25)

「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」

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 センター長 **松田 尚久** 先生
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**

………演者の先生ご紹介………

まつだ たかひさ
松田 尚久 先生

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 センター長

現職

国立がん研究センター中央病院 検診センター長 (内視鏡科兼務)
国立がん研究センター社会と健康研究センター 検診開発研究部長 (医学博士)

学歴および職歴

平成6年3月 山形大学医学部卒業
平成6年5月 山形県立中央病院 内科研修医
平成10年5月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 レジデント
平成13年5月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 がん専門修練医
平成15年6月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 医員
平成20年4月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 医長
平成22年6月 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 外来医長
平成27年4月 国立がん研究センターがん予防・検診研究センター 検診部長
平成28年1月 国立がん研究センター中央病院 検診センター長 (内視鏡科兼務)
国立がん研究センター社会と健康研究センター 検診開発研究部長 兼務

所属学会

日本内科学会 (認定医)、日本消化器内視鏡学会 (評議員・指導医)、日本消化器病学会 (指導医)、日本消化管学会 (胃腸科専門医・指導医)、日本消化器がん検診学会 (代議員)、日本大腸肛門病学会、日本がん予防学会、日本癌学会、日本癌治療学会、米国消化器内視鏡学会

専門領域

消化管内視鏡診断・治療、大腸がんスクリーニング・サーベイランス

主な研究歴

- 研究代表：1) 厚生労働科学研究費補助金がん臨床研究；Japan Polyp Study、2) 新島Study、3) 研究開発費；大島Study
- 研究分担：1) AMED；大腸内視鏡検診の有効性評価のためのランダム化比較試験：秋田スタディ (工藤進英班)、2) AMED；がん化学予防薬の実用化をめざした大規模臨床研究 (石川秀樹班)、3) 青森プロジェクト (福田眞作班)

各種学会委員

日本消化器内視鏡学会：内視鏡スクリーニング認定医制度委員会 (委員長)、日本消化器がん検診学会：大腸がん検診精度管理委員会 (委員)、大腸CT検査技師認定委員会 (委員)、大腸がん検診マニュアル作成委員会 (委員)

ランチョンセミナー 1 (第1会場 12:25~13:05)

GERD診療ガイドライン2021 ～ GERDの病態の新知見を含めて～

日本医科大学 消化器内科学 主任教授 **岩切 勝彦** 先生
司会 東京医科大学 消化器内視鏡学分野 主任教授 **河合 隆** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

………演者の先生ご紹介………

いわきり かつひこ
岩切 勝彦 先生

日本医科大学 消化器内科学 主任教授

略歴

1980年4月	日本医科大学 入学
1986年3月	日本医科大学 卒業
1986年6月	日本医科大学 第3内科 入局
1993年12月	学位取得(Gastroesophageal reflux and esophageal motility in patients with esophageal varices, Gastroenterol Jpn, 1993)
1994年1月	助手
1998年4月	講師
2000年8月	Royal Adelaide Hospital (Australia)、Department of Gastrointestinal Medicine に「GERDの病態」研究のため留学
2001年9月	日本医科大学 第3内科 復帰
2004年10月	助教授(現准教授)
2005年4月	日本医科大学付属病院 内視鏡センター 室長
2012年6月	日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 部長、内視鏡センター 室長
2013年4月	日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 病院教授
2015年4月	日本医科大学大学院 医学研究科消化器内科学分野 主任教授
2021年2月	日本医科大学付属病院 副院長

ランチョンセミナー2 (第2会場 12:25~13:05)

胃ESDの進歩；適応から診断・治療まで

国家公務員共済連合会虎の門病院 消化器内科 部長 **布袋屋 修** 先生
司会 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授 **前谷 容** 先生

共催：第一三共株式会社／アストラゼネカ株式会社

………演者の先生ご紹介………

ほ て や し ゅ う
布袋屋 修 先生

国家公務員共済連合会虎の門病院 消化器内科 部長

略歴

1994年 3 月	杏林大学 医学部 卒業
1994年 4 月	虎の門病院 内科 研修医
1999年 4 月	虎の門病院 消化器内科 医員
2009年10月	虎の門病院 消化器内科 医長
2017年 4 月	虎の門病院 消化器内科 主任部長、内視鏡部部長 現在に至る

「女性医師の会」特別企画（第3会場 14:35～16:05）

臨床セミナー

「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」

前田 有紀 先生（静岡がんセンター 内視鏡科 医長）

「早期胃癌の内視鏡診断と治療」

藤本 愛 先生（東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 助教）

「早期大腸癌の内視鏡診断と治療」

千野 晶子 先生（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）

司会：藤崎 順子 先生（公益財団法人がん研究会有明病院 内視鏡診療部 部長）

<ご案内>

消化器病専門医を志す女性医師において、内視鏡検査は必要なスキルと思われます。今回、キャリアアップ支援の一環として、「特別企画・臨床セミナー」を開催いたします。基本を再確認したい中堅医師、また、ライフイベントを経て臨床現場復帰を目指す先生方にも広くおすすめしたい特別セミナーです。

・・・演者の先生ご紹介・・・

前田 有紀 先生

平成16年 九州大学医学部卒業

平成18年 倉敷中央病院 消化器内科

平成21年 仙台オープン病院 消化器内科

平成29年 仙台厚生病院 消化器内科

令和1年 都立駒込病院 内視鏡科

令和3年 静岡がんセンター 内視鏡科

藤本 愛 先生

平成13年 東邦大学医学部卒業

東邦大学医学部附属大森病院第一内科入局

平成21年 国家公務員共済組合連合会虎の門病院消化器内科

平成23年 東邦大学医療センター大森病院消化器内科

平成25年 慶應義塾大学医学部腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門

平成30年 独立行政法人国立病院機構東京医療センター消化器内科

令和2年から 東邦大学医療センター大森病院消化器内科

千野 晶子 先生

平成9年 東邦大学医学部卒業

平成11年 昭和大学藤が丘病院消化器内科入局

平成14年 癌研究会附属癌研病院（旧有明病院）消化器内科入局

令和17年 がん研有明病院 移転とともに現在に至る

共催：日本消化器病学会関東支部第365例会

オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

第1会場（午前の部）

8：55～9：00

—開会の辞—

—評価者—

東京医科大学	臨床医学系消化器内科学分野	土屋 貴愛
帝京大学医学部	内科学講座	小田島慎也
日本大学医学部	消化器肝臓内科学分野	増崎 亮太

(1) 専修医Ⅰ（食道・胃） 9：00～9：24 座長 虎の門病院 消化器内科 田 中 匡 実

1. 吐血を契機に診断された食道粘膜類天疱瘡の1例

帝京大学医学部附属病院	内科	○原田 文人, 阿部浩一郎, 小田 実, 田村 大和 柳澤 大輔, 大和 洸, 丸山 喬平, 青柳 仁 磯野 朱里, 三浦 亮, 有住 俊彦, 相磯 光彦 小田島慎也, 浅岡 良成, 山本 貴嗣, 田中 篤
帝京大学ちば総合医療センター	内科	高橋健太郎, 佐藤 隆久, 小尾俊太郎
同	病理部	山崎 一人

2. 通過障害を契機に診断に至った好酸球性食道炎の一例

大森赤十字病院	消化器内科	○山崎 大, 須藤 拓馬, 西口 貴則, 桑原 洋紀 諸橋 大樹, 井田 智則, 河野 直哉, 中岡 宙子 新倉 利啓, 有本 純, 岡田 直也, 山岡 賢治 山田 恵爾, 千葉 秀幸, 後藤 亨
同	病理診断科	河内 洋

3. Hypercontractile esophagus との鑑別を要しバルーン拡張術を施行した成人の先天性食道狭窄症の一例

日本医科大学	消化器内科学	○鶴澤 隆宏, 川見 典之, 星野慎太郎, 星川 吉正 田邊 智英, 門馬 絵理, 竹之内菜菜, 花田優理子 肥田 舞, 貝瀬 満, 岩切 勝彦
--------	--------	--

4. 伝染性単核球症に伴う胃周囲リンパ節腫大を契機に発見されたEBウイルス関連胃炎の1例

日産厚生会玉川病院	消化器内科	○岡田奈央子, 山本 慶郎, 吉本 憲介, 松井 太吾 永嶋 裕司, 菅野 純
東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	五十嵐良典

(2) 専修医Ⅱ（胃） 9：24～9：48 座長 日産厚生会玉川病院 消化器内科 山 本 慶 郎

5. 上部消化管内視鏡検査で胃0-IIc様病変と胃潰瘍を認めた好酸球性胃腸炎の1例

独立行政法人労働者健康安全機構	千葉ろうさい病院	○酒井 美帆
独立行政法人国立病院機構	千葉医療センター	芳賀 祐規, 西村 光司, 新行内綾子, 宮村 達雄 伊藤 健治, 阿部 朝美, 金田 暁, 多田 稔 斎藤 正明, 神戸美千代

6. 神経浸潤により癌性髄膜炎へ進展したと考えられた胃癌の1剖検例

国保直営総合病院君津中央病院 消化器内科 ○尾崎 友美, 熊谷純一郎, 射矢 れい, 片山 慶一
高橋 知也, 弓田 冴, 川上 寛人, 春名 智弘
飯野陽太郎, 三根 毅士, 大部 誠道, 吉田 有
駒 嘉宏, 藤森 基次, 畦元 亮作
同 病理診断科 野口 寛子

7. 肺癌・脳転移に対してゲフィチニブ内服中に難治性胃潰瘍合併した1症例

虎の門病院 消化器内科 ○重光 章鈞, 田中 匡実, 小田切啓之, 岡村 喬之
落合 頼業, 早坂淳之介, 鈴木 悠悟, 光永 豊
野村 浩介, 瀧之上和弘, 松井 啓, 菊池 大輔
布袋屋 修

8. 門脈腫瘍栓を合併した胃癌の一例

筑波大学水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科 ○藤川健太郎, 鹿志村純也, 堀籠 祐一, 岡田 健太
有賀 啓之
同 消化器外科 倉田 昌直, 稲川 智

(3) 専修医Ⅲ(胃・小腸) 9:48~10:12

座長 東京医科大学 消化器内科 内 藤 咲貴子

9. 胃 vanishing tumor を呈した胃アニサキス症の一例

北里大学医学部 消化器内科 ○小川 大輔, 渡辺 真郁, 玉置 明寛, 黒須 貴浩
安達 快, 蓼原 将良, 長谷川力也, 奥脇 興介
岩井 知久, 木田 光広

10. 内翻した Meckel 憩室による成人腸重積の1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○齋藤 孝太, 村上 貴寛, 塩澤 一恵, 松井 貴史
渡邊 学, 前谷 容
同 外科 榎本 俊行
同 病理診断科 大原関利章

11. 黒色便を契機にカプセル内視鏡、ダブルバルーン内視鏡で診断された小腸癌

東海大学医学部付属病院 内科学系消化器内科学 ○山口 徹, 中江 浩彦, 金子 元基, 藤本龍太郎
佐野 正弥, 寺邑英里佳, 門馬 牧子, 藤澤 美亜
上田 孝, 荒瀬 吉孝, 伊藤 裕幸, 加川 健弘
松嶋 成志, 鈴木 秀和

12. 保存的に改善した腸管気腫症の1例

独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院 消化器内科 ○南雲 秀樹, 井上楠奈子, 嵐山 真, 折原 慎弥
上田 基文, 高橋伸太郎, 吉峰 尚幸, 乾山 光子
大場 信之, 西中川秀太

(4) 専修医Ⅳ(大腸1) 10:20~10:44 座長 東邦大学医療センター佐倉病院 山田 哲弘

13. 5-ASA 不耐症を来した潰瘍性大腸炎の1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○田島 慎也, 日原 大輔, 堀江 義政, 里井 新
岸 洋佑, 齋藤 孝太, 竹中 祐希, 栽原 麻希
枇杷田雅仁, 富永 健司, 前谷 容
同 病理診断科 横内 幸
東邦大学医学部, 銀座セントラルクリニック 鈴木 康夫

14. 結核性心膜炎により心タンポナーデを来したウステキヌマブ使用中のクローン病の1例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 ○根本 玲奈, 田中 孝尚, 金澤美真理, 渡邊 詔子
阿部圭一朗, 金森 瑛, 富永 圭一, 入澤 篤志
同 内科学(呼吸器・アレルギー)講座 九嶋 祥友, 知花 和行
同 内科学(心臓・血管/循環器)講座 正和 泰斗
北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター 日比 紀文

15. 先行感染を契機にミラー・フィッシャー症候群を発症した潰瘍性大腸炎の1例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○坂口 吉朗, 白井 萌子, 小林 楓, 射矢 れい
内藤 大輔, 関 駿介, 西宮 哲生, 大内 祐香
木村 道明, 柴本 麻衣, 岩下 裕明, 宮村 美幸
菊地 秀昌, 山田 哲弘, 中村健太郎, 高田 伸夫
松岡 克善
同 神経内科 相羽 陽介, 館野 冬樹, 榊原 隆次

16. インフリキシマブで加療中のクローン病に高安静脈炎を合併した1例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科 ○堀籠 祐一, 有賀 啓之, 岡田 健太, 鹿志村純也

(5) 専修医Ⅴ(大腸2) 10:44~11:08 座長 東邦大学医療センター大森病院 藤本 愛

17. リンパ管腫が原因と考えられた腸重積症の1例

水戸協同病院 総合診療科 ○梶原 知巳
同 消化器内科 有賀 啓之, 堀籠 祐一, 岡田 健太, 鹿志村純也

18. 偶発的に発見されたS状結腸憩室に嵌入した魚骨に対し、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した1例

横浜労災病院 消化器内科 ○佐伯 優美, 金澤 憲由, 内山 詩織, 小田 貴之
林 映道, 城野 紡, 二瓶 真一, 今井友里加
春日 範樹, 稲垣 淳太, 高柳 卓矢, 小宮 靖彦
関野 雄典, 永瀬 肇
同 外科 澤田 尚人, 花岡 俊晴, 岡崎 靖史, 篠藤 浩一
同 病理診断科 長谷川直樹, 角田 幸雄

19. ITP 患者に対する大腸ESD後の難治性出血にOver-the-scope clipが有効であった一例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○地主 龍平, 田島 知明, 寺田 里絵, 宮口 和也
中野 佑哉, 真下 由美, 良沢 昭銘

20. 大腸 ESD 中にシングルバルーンオーバーチューブが腸管内に迷入し、内科的に抜去し得た一例

関東労災病院 消化器内科 ○石井 侃, 小林 俊介, 林 幹士, 佐藤洋一郎
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 中尾 友美, 岸本 有為, 池原 孝
関東労災病院 消化器内科 秋山 ゆり, 中崎奈都子, 大森 里紗, 矢野雄一郎
金子 麗奈, 鎌田健太郎

(6) 専修医Ⅵ(その他) 11:08~11:32 座長 総合新川橋病院 消化器内科 梅 沢 翔太郎

21. 診断に難渋した成人発症型家族性地中海熱の1例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科 ○飯高 正典, 居軒 和也, 樋口 健佑, 鈴木 統大
中谷 真也, 菊池 一生, 牛腸 俊彦, 柳澤 文人
紺田 健一, 東條 正幸, 片桐 敦, 吉田 仁
昭和大学病院 臨床遺伝医療センター 和泉美希子
信州大学医学部脳神経内科, リウマチ・膠原病内科 岸田 大

22. 結核性腹膜炎の一例

東京労災病院 消化器内科 ○井上楠奈子, 嵐山 真, 南雲 秀樹, 折原 慎弥
上田 基文, 高橋伸太郎, 吉峰 尚幸, 乾山 光子
大場 信之, 西中川秀太

23. EUS-FNB が診断に有用であった後縦隔腫瘤を形成したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○林 真里, 中坪 良輔, 向井俊太郎, 土屋 貴愛
松波 幸寿, 永井 一正, 殿塚 亮祐, 田中 麗奈
石井健太郎, 祖父尼 淳, 糸井 隆夫

24. 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) で術前診断が可能であった副腎皮質癌の一例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○杉本 啓, 水出 雅文, 勝田 景統, 地主 龍平
千谷 奈花, 宮口 和也, 小川 智也, 齊藤 陽一
中野 佑哉, 藤田 曜, 田島 知明, 谷坂 優樹
真下 由美, 良沢 昭銘

第1会場（午後の部）

13：25～14：25

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

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 センター長 松田 尚久 先生

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

(7) 一般演題(肝) 14：35～14：59 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 荻野 悠

25. 感染性子宮筋腫に伴う多発性肝膿瘍の1例

東邦大学医療センター大森病院 ○中川 皓貴, 岡野 直樹, 伊藤 謙, 宅間 健介
岩崎 将, 渡辺 浩二, 木村 祐介, 水谷 沙織
岡田奈央子, 五十嵐良典, 栃木 直文, 渋谷 和俊

26. アテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法中、肺転移に pseudoprogression が見られた進行肝細胞癌の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○掛川 達矢, 土谷 薫, 安井 豊, 田中 雄紀
石堂 舜, 稲田 賢人, 山下 洸司, 早川 優香
延澤 翼, 松本 浩明, 樋口 麻友, 高浦 健太
田中 将平, 金子 舜, 前屋敷千明, 中西 裕之
黒崎 雅之, 泉 並木

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 杉本 勝俊, 糸井 隆夫

27. 化学療法が著効した肝門部胆管原発印環細胞癌の一例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 ○嘉島 賢, 山宮 知, 久野木康仁, 佐久間 文
吉田 栄継, 山浦 正道, 水口 貴仁, 永島 一憲
井澤 直哉, 入澤 篤志

同 病理診断学講座 小野崎聖人, 大和田温子, 石田 和之

28. 多彩な副作用を呈したが、レンパチニブが奏功した巨大HCCの一例

JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○芳賀 大生, 藤川 博敏, 中河原浩史, 金子 桂士
菊田大一郎, 河田 州

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

(8) 一般演題(門亢症・胆嚢) 14:59~15:23

座長 東京医科大学病院 向井 俊太郎

29. 直接穿刺によるフォーム硬化療法が奏功した結腸ストーマ静脈瘤の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○藤原希彩子, 近藤 孝行, 宇野澤秀美, 小川 慶太
石野 貴雅, 中川美由貴, 岩永 光巨, 藤田 尚人
佐久間崇文, 神崎 洋彰, 興梠 慧輔, 小林 和史
中村 昌人, 清野宗一郎, 叶川 直哉, 小笠原定久
中本 晋吾, 千葉 哲博, 加藤 順, 加藤 直也

30. 肝外門脈閉塞, 十二指腸静脈瘤破裂を来し肝癌との鑑別が問題となった結核性リンパ節炎の1例

東京ベイ浦安・市川医療センター 消化器内科 ○加藤 綾, 山口恵梨子, 岡本 梨沙, 本村 廉明
同 IVR科 船越 拓
同 感染症科 織田鍊太郎

31. 胆嚢癌による胆嚢腹壁瘻の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○氏田 互, 岩崎 将, 並木 萌子, 五十嵐良典
済生会横浜市東部病院 消化器内科 星 健介, 野上 章, 鈴木 雄太, 佐藤 真司
馬場 毅, 大久保雄介, 中野 茂

32. 膵胆管合流異常症に合併した胆嚢印環細胞癌の1例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○野田 淳, 高野 祐一, 山脇 将貴, 浅見 哲史
小林 孝弘, 新谷 文崇, 長濱 正亞
同 消化器・一般外科 高橋 裕季, 若林 哲司, 松尾 憲一, 田中 邦哉
同 臨床病理診断科 楯 玄秀, 小川 高史

(9) 一般演題(膵1) 15:23~15:47

座長 関東労災病院 消化器内科 鎌田 健太郎

33. 膵腫瘍に対するEUS-FNA/Bの最適な穿刺回数の検討

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科 ○鈴木 雅人, 野中 敬, 松島 昭三, 小松 達司
横浜労災病院 消化器内科 関野 雄典

34. オビスツズマブ・ベンダムスチン併用療法が奏功した膵濾胞性リンパ腫の2例報告

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○岡本 武士, 佐々木 隆, 森 千奈津, 三重 堯文
古川 貴光, 山田 悠人, 武田 剛志, 春日 章良
松山 真人, 尾阪 将人, 笹平 直樹
同 病理部 高松 学

35. EUS-FNAによって確定診断を得た膵神経鞘腫の1例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○森 千奈津, 佐々木 隆, 三重 堯文, 古川 貴光
山田 悠人, 岡本 武士, 武田 剛志, 春日 章良
松山 真人, 尾阪 将人, 笹平 直樹
同 画像診断部 平塚真生子
同 病理部 高松 学

36. 術後の胆・膵管狭窄による閉塞性黄疸、腹腔内膿瘍、腎被膜下膿瘍に対して施行した超音波内視鏡下胆管、膵管、膿瘍ドレナージ術が奏功した一例

順天堂大学医学部医学科 順天堂医院 ○壁村 大至, 富嶋 享, 太田 寛人, 牛尾 真子
福間 泰斗, 萩川真由子, 高橋 翔, 鈴木 彬実
高崎 祐介, 伊藤 光一, 石井 重登, 竹田 努
藤澤 聡郎, 池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁
伊佐山浩通
同 練馬病院 池村 宗朗

(10) 一般演題(膵2) 15:47~16:05 座長 済生会横浜市東部病院 消化器内科 原 精一

37. Trousseau 症候群をきたした Groove 膵癌の1例

東邦大学医療センター大森病院 内科学講座消化器内科科学分野(大森) ○若林 宗弘, 山口 和久, 宅間 健介, 小原 大和
穴戸 泰紀, 小川友里恵, 新井 典岳, 菊池 由宜
五十嵐良典
同 内科学講座神経内科学分野(大森) 森岡 治美, 狩野 修
同 病院病理学講座(大森) 若山 恵, 渋谷 和俊

38. 偶発的に指摘された, 膵管内乳頭状粘液性腫瘍に併存した膵管内気腫の一例

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院 ○中尾 友美, 鎌田健太郎, 林 幹士, 佐藤洋一郎
石井 侃, 中崎奈都子, 小林 俊介, 大森 里紗
矢野雄一郎, 金子 麗奈, 岸本 有為, 池原 孝
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典

39. 膵体部癌術後に多発胃転移を来した一例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○山田 悠人, 佐々木 隆, 森 千奈津, 三重 堯文
古川 貴光, 岡本 武士, 武田 剛志, 春日 章良
松山 真人, 尾阪 将人, 笹平 直樹
同 病理部 高松 学

(11) 一般演題(その他) 16:05~16:29 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 山口 和久

40. 急性虫垂炎を契機に診断されたびまん性肝内石灰化の1例

JCHO 東京蒲田医療センター
東邦大学医療センター大森病院 ○原 健三, 岡本 陽祐, 向津 隆規, 若林 宗弘
JCHO 東京蒲田医療センター 桃崎志保奈, 小野 優香, 青木 貴哉, 宮澤 秀明
石井 耕司, 住野 泰清
東邦大学医療センター大森病院 五十嵐良典

41. EUS-FNA が診断に有用であった巨大後腹膜腫瘤の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○水谷 沙織, 岡野 直樹, 中川 皓貴, 木村 祐介
吉本 憲介, 原 精一, 宅間 健介, 岸本 有為
伊藤 謙, 五十嵐良典
同 消化器センター外科 石井 淳, 前田 徹也
同 病理診断科 定本 聡太, 栃木 直文, 渋谷 和俊

42. 剖検によって診断した血管内大細胞型 B 細胞リンパ腫の 1 例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○平塚 智也, 藤川やすえ, 大島 康太, 宮本 尚彦
羽田 裕, 楠原 光謹, 大野亜希子, 久松 理一
同 病理学 岡部 直太, 柴原 純二

43. 長期観察中に形態および血行動態の変化を認めた腸間膜血管腫の 1 例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○副島 啓太, 天沼 誠, 小林康次郎, 荻野 悠
松清 靖, 松井 哲平, 和久井紀貴, 初山 浩一
永井 英成, 五十嵐良典
独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院消化器内科 吉峰 尚幸
独立行政法人地域医療推進機構 東京蒲田医療センター消化器内科 向津 隆規

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

千葉大学医学部附属病院	消化器内科	杉山 晴俊
東京慈恵医科大学	内科学講座 消化器・肝臓内科	櫻井 俊之
北里大学医学部	消化器内科学	魚嶋 晴紀

(12) 専修医Ⅶ(肝・胆・膵1) 9:00~9:24 座長 埼玉医科大学医学部 消化器内科・肝臓内科 安 藤 さつき

44. 肝膿瘍の合併により診断に難渋した肝原発性悪性リンパ腫の一例

済生会横浜市東部病院	消化器内科	○野上 章, 岩崎 将, 星 健介, 氏田 互
東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	並木 萌子, 佐藤 真司, 中野 茂
済生会横浜市東部病院	消化器内科	鈴木 雄太, 馬場 毅, 大久保雄介
同	病理科	木村 徳宏
東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	五十嵐良典

45. 癌性心膜炎による心タンポナーデを来した肝内胆管癌の一例

東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	○田中 潤治, 荻野 悠, 天沼 誠, 小林康次郎
		松井 哲平, 和久井紀貴, 永井 英成, 原 精一
		菊池 由宜, 木村 隆輔, 木村 祐介, 副島 啓太
		岩田俊太郎, 鈴木 啓太, 並木 萌, 原 健三
		若林 宗弘, 五十嵐良典
同	循環器内科	篠原 雅哉
同	病理診断科	栃木 直文

46. 長期間の発熱をきたし手術適応となった巨大肝血管腫の一例

東京女子医科大学病院	消化器病センター	消化器内科	○吉水 知洋, 小木曾智美, 新井 里子, 堀内健太郎
			佐川 孝臣, 谷合麻紀子, 徳重 克年
同	消化器・一般外科		有泉 俊一, 本田 五郎, 江川 裕人

47. 外科的切除し得た β -catenin 活性型肝細胞腺腫の1例

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

(13) 研修医Ⅰ(食道・胃) 9:24~10:00 座長 横浜労災病院 消化器内科 高 柳 卓 矢

48. 口腔内アフタ、毛嚢炎、食道潰瘍を伴いベーチェット病と鑑別を要したクローン病の一例

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

49. 放射線治療後の局所遺残再発食道癌に対する光線力学的療法導入の経験

杏林大学医学部 消化器・一般外科 ○片平 勇介, 竹内 弘久, 小島 洋平, 鶴見 賢直
橋本 佳和, 大木亜津子, 阪本 良弘, 須並 英二
阿部 展次
同 消化器内科 権藤 興一, 久松 理一

50. 肉眼的に消失した乳癌が8年後に4型胃癌類似型転移として再発した一例

深谷赤十字病院 消化器科 ○古川 陽子, 川辺 晃一, 葛西 豊高, 佐藤 伸悟
江藤 宏幸, 荻野 太郎, 伊藤 博

51. イマチニブにより縮小を得て根治切除し得た胃 GIST の1例

自治医科大学 消化器一般移植外科 ○及川 修平, 森嶋 計, 下平健太郎, 青木 裕一
目黒 由行, 宮戸 秀世, 遠藤 和洋, 笹沼 英紀
佐久間康成, 北山 丈二, 佐田 尚宏

52. 繰り返す十二指腸潰瘍から Zollinger-Ellison 症候群の診断に至った1例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○川勝 紗樹, 小林 正典, 栗原 正道, 東 正新
長堀 正和, 大塚 和朗, 岡本 隆一
同 肝胆脾外科 赤星 径一, 田邊 稔
同 病理部 小林 大輔

53. Blue rubber bleb nevus syndrome の小腸血管腫に対しクリッピングが有効であった1例

虎の門病院 消化器内科 ○新田 久美, 松井 啓, 水町 碧, 山重 大樹
岡村 喬之, 落合 頼業, 早坂淳之介, 瀧之上和弘
光永 豊, 鈴木 悠悟, 田中 匡実, 小田切啓之
野村 浩介, 菊池 大輔, 布袋屋 修
虎の門病院付属健康管理センター 荒木 昭博

(14) 研修医Ⅱ(小腸・大腸) 10:00~10:30 座長 済生会横浜市東部病院 消化器内科 鳥羽 崇仁

54. 術前診断が困難であった開腹歴のない大網索状物による絞扼性腸閉塞の1例

地域医療機能推進機構横浜中央病院 ○須澤 綾友, 河田 洲, 藤川 博敏
地域医療機能推進機構横浜中央病院
日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科学分野 菊田大一郎, 芳賀 大生, 金子 桂士, 中河原浩史

55. 大腸憩室出血に対し3回の動脈塞栓術で止血が得られず結腸切除術に至った一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 ○金城 華奈, 八木 隆太, 古屋 怜慈, 欄寝 重史
岩永 直紀, 山本 剛史, 伊藤 謙, 関根 悠貴
雨宮 浩太, 宮野 省三, 渡野邊郁雄, 町田 理夫
須郷 広之

56. 上行結腸憩室出血に対する経カテーテル的動脈塞栓術後に腸管狭窄を来し、内視鏡的バルーン拡張術が奏効した1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○桃原 理子, 藤澤 剛太, 青木 智則, 石橋 嶺
早河 翼, 立石 敬介
同 放射線科 坂本 直也, 石田 尚利

57. カペシタビンによる全消化管粘膜脱落および重篤な消化管出血を救命し得た dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD)欠損症の1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○富崎 鈴菜, 萩原 悠也, 山本 祥之, 辻 実季
福田 智史, 福田 壮馬, 小野田 翼, 鈴木 宏清
丹下 善隆, 新里 悠輔, 小林真理子, 山田 武史
森脇 俊和, 鈴木 英雄, 土屋輝一郎

58. 特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を併発するも治療が奏効し化学療法を継続しえた S 状結腸癌の一例

東京通信病院 消化器内科 ○坂井有里枝, 加藤 知爾, 内藤 恵里, 匹田 祐樹
古谷 建悟, 松井 徹, 小林 克也, 関川憲一郎
光井 洋
同 血液内科 金井 光, 水地 大輔

(15) 研修医Ⅲ(肝・胆) 10:32~11:02 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 齋 藤 圭

59. 胆嚢癌との鑑別が困難であった肺肉腫様癌胆嚢転移の一例

獨協医科大学 第二外科 ○吉松 政樹, 白木 孝之, 鈴木 隆志, 田中 元樹
清水 崇行, 山口 教宗, 朴 景華, 松本 尊嗣
櫻岡 佑樹, 磯 幸博, 青木 琢, 窪田 敬一

60. 胆嚢胆管瘻 (Corlette 1 型) より総胆管への排石を認めた Mirizzi 症候群の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○阿久澤泰樹, 高橋 宏太, 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

61. 末梢肝内胆管のびまん性嚢胞様拡張を来した急性胆管炎の一例

獨協医科大学 内科学 (消化器) 講座 ○稲葉 航平, 根本 玲奈, 山宮 知, 井澤 直哉
星 恒輝, 入澤 篤志
同 日光医療センター 久野木康仁, 吉永 智則, 小島原駿介, 佐藤 愛

62. 基礎疾患のない中年男性に認めた多発肝細胞腺腫の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○木澤 隆介, 中川 千夏, 住吉 那月, 上田 薫
澤田 亮一, 佐伯 千里, 及川 恒一, 鳥巢 勇一
猿田 雅之
同 病院病理部 深澤 寧, 原田 徹, 羽野 寛

63. 無治療の血友病 A 患者に生じた肝細胞癌破裂の一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○永井 翼, 三原裕一郎, 佐々木 脩, 金子 順一
風見 由祐, 吉崎 雄飛, 長田梨比人, 市田 晃彦
河口 義邦, 石沢 武彰, 赤松 延久, 有田 淳一
長谷川 潔
同 検査部 西川 真子, 滝口 純

(16) 研修医Ⅳ(脾) 11:02~11:32 座長 順天堂大学医学部附属順天堂医院 富 嶋 享

64. 脾癌との鑑別が困難であった腫瘍形成性自己免疫性脾炎の1例

順天堂大学 医学部附属練馬病院 総合外科 ○東 浩輔, 八木 隆太, 古屋 怜慈, 棚寝 重史
岩永 直紀, 山本 剛史, 伊藤 謙, 関根 悠貴
雨宮 浩太, 宮野 省三, 渡野邊郁雄, 町田 理夫
須郷 広之
同 病理診断科 發知 詩織, 小倉加奈子, 松本 俊治

65. 脾石によるバスケット嵌頓に対し、経口膵管鏡下に EHL (電気水圧式結石破碎術) を用いて嵌頓解除に成功した一例

横浜市立大 肝胆膵消化器病学 ○二見 旬祐, 八木 伸, 栗田 裕介, 長谷川 翔
佐藤 高光, 細野 邦広, 中島 敦, 窪田 賢輔

66. ミノサイクリンによる薬剤性脾炎の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター ○萱場 舜彬, 小糸 雄大, 関根 匡成, 佐々木吾也
佐藤 杏美, 小島 柊, 延嶋 広大, 松本 圭太
賀嶋ひとみ, 三浦 孝也, 石井 剛弘, 吉川 修平
上原 健志, 浅野 岳晴, 松本 吏弘, 宮谷 博幸
眞嶋 浩聡

67. 左側門脈圧亢進症を呈した IgG 4 関連後腹膜線維症の一例

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

68. 脾仮性動脈瘤コイル塞栓術が奏功した Hemosuccus pancreaticus の1例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○長谷野道子, 鈴木 悠一, 杉山 勇太, 内田 要
金子 芹奈, 諸橋 啓太, 西脇 友紀, 榎本 昌人
丹羽 一博, 渋谷 俊祐, 石井 寛裕, 京 里佳
所 知加子, 菱木 智, 川名 一朗

第2会場（午後の部） 一般演題

(17) 一般演題(食道) 14:35~14:53 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 日原 大 輔

69. LSBE 背景の異時性、同時性多発表在型バレット食道腺癌に対して内視鏡治療を施行しバレット上皮長が縮小した1例

がん研有明病院 上部消化管内科 ○森田 祐規, 渡海 義隆, 並河 健, 吉水 祥一
堀内 裕介, 石山晃世志, 由雄 敏之, 平澤 俊明
藤崎 順子
同 病理部 中野 薫, 河内 洋

70. 造影剤アレルギーに対して造影剤非混合下EO法が有用であった食道静脈瘤の症例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 ○川田 陽介, 永島 一憲, 吉田 栄継, 水口 貴仁
山宮 知, 山部 茜子, 星 恒輝, 入澤 篤志

71. 内視鏡的に切除し得た胸部上部食道に発生した食道腺癌の1例

がん研有明病院 ○鈴木 晴也, 藤崎 順子, 中野 薫, 河内 洋
福山 知香, 森田 祐規, 渡邊 昌人, 泉 敦子
清水 良, 東 佑香, 中尾 栄祐, 渡海 義隆
並河 健, 吉水 祥一, 堀内 裕介, 石山晃世志
由雄 敏之, 平澤 俊明

(18) 一般演題(胃・十二指腸) 14:53~15:17 座長 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 牧 口 茉 衣

72. 2日半のピロリ除菌パック製剤内服で除菌に成功した1例

大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀

73. 有茎性に発育した管外発育型胃GISTの1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○並木 萌子, 岩崎 将, 氏田 互, 五十嵐良典
済生会横浜市東部病院 消化器内科 野上 章, 星 健介, 鈴木 雄太, 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
同 病理 石井 壽晴

74. 長期経過を辿った胃底腺粘膜型腺癌の1例

がん研有明病院 上部消化管内科 ○清水 良, 並河 健, 藤崎 順子
同 病理部 河内 洋

75. 食道癌の放射線治療後に生じた出血性放射線性胃炎に対してアルゴンプラズマ凝固療法を行った2例

千葉大学 大学院医学研究院 先端応用外科学 ○米本 昇平, 上里 昌也, 坂田 治人, 早野 康一
村上健太郎, 加野 将之, 豊住 武司, 松本 泰典
水藤 広, 高橋 理彦, 磯崎 哲朗, 藏田 能裕
林 秀樹, 松原 久裕

(19) 一般演題(小腸・その他) 15:17~15:41 座長 JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科 岡本 陽 祐

76. 胃瘻の自己抜去に対して保存的加療を行い、同部位から再造設できた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
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

77. 内視鏡的クリッピング後も出血を繰り返した小腸 Dieulafoy 潰瘍の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○鈴木 啓太, 藤本 愛, 西川 雄祐, 團 宣博
松野 高久, 福士 剛蔵, 土方 一範, 木村 隆輔
鳥羽 崇仁, 山口 和久, 五十嵐良典
同 消化器センター外科 鏡 哲, 池田 裕一, 栗原 聰元, 船橋 公彦
同 病理診断科 二本柳康博, 澁谷 和俊

78. 鼠経ヘルニアを主訴として偶然発見となった小腸巨大平滑筋腫の一例

池上総合病院 消化器センター ○眞田 和賢, 鈴木 理之, 大島 由佳, 深澤 麻希
飛田 浩輔, 石川 健二, 伊勢 円佳, 和久津重紀子
加持順一郎, 柴山 泰久, 高安 博之

79. 当院における小腸腫瘍の診断と治療についての統計学的解析

がん研究会有明病院 下部消化管内科
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○松野 高久
がん研究会有明病院 下部消化管内科 斎藤 彰一, 井出 大資, 千野 晶子, 五十嵐正広
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典

(20) 一般演題(大腸1) 15:41~16:05 座長 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 永尾 清香

80. 劇症型アメーバ性大腸炎に腸管穿孔をきたし、救命し得た1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○岩田俊太郎, 福士 剛三, 鈴木 啓太, 原 健三
團 宣博, 松野 隆久, 土方 一範, 新井 典岳
鳥羽 崇仁, 木村 隆輔, 藤本 愛, 伊藤 謙
五十嵐良典
同 総合診療急病センター外科 本田 善子, 島田 長人
同 病理部 栃木 直文, 澁谷 和俊

81. 副腎皮質ステロイド静注療法が有効であった骨髄異形成症候群関連腸炎の1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○濱 憲輝, 森瀬 貴之, 内藤咲貴子, 河野 真
山内 芳也, 杉本 暁彦, 内田久美子, 班目 明
山口 隼, 香川 泰之, 篠原 裕和, 村松 孝洋
根本 大樹, 松本 将, 山西 文門, 神田 遼弥
福澤 誠克, 糸井 隆夫
同 内視鏡センター 河合 隆

82. ペムブロリズマブによる免疫関連有害事象(irAE)大腸炎に対してサラゾスルファピリジンが著効した1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○石川 直樹, 山田 武史, 小林真理子, 山本 祥之
森脇 俊和, 鈴木 英雄, 土屋輝一郎

83. リンパ節転移を来した polypoid growth 型の早期大腸癌の一例

がん研有明病院 下部消化管内科 ○小林 輝, 斎藤 彰一, 山本 浩之, 榎本 有里
十倉 淳紀, 石岡 充彬, 安江 千尋, 井出 大資
千野 晶子, 五十嵐正広
同 病理診断科 河内 洋

(21) 一般演題(大腸2) 16:05~16:29 座長 北里研究所病院 消化器内科 宮本 康雄

84. 自己免疫性溶血性貧血を合併した潰瘍性大腸炎の一例

北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター
同 消化器内科 ○北條 紋, 森久保 拓, 福田 知広, 佐上晋太郎
同 炎症性腸疾患先進治療センター 小林 拓, 田島 萌夢, 宮谷 侑佑, 阿曾沼邦央
日比 紀文
同 血液内科 中野 雅, 半田 誠

85. 内視鏡治療後の出血に対する当院での止血処置の実例

がん研有明病院 下部消化管内科 ○榎本 有里, 斎藤 彰一, 千野 晶子, 井出 大資
安江 千尋, 石岡 充彬, 十倉 淳紀, 山本 浩之
小林 輝, 五十嵐正広

86. ショートタイプシングルバルーン小腸内視鏡を用いた大腸ステント留置

亀田総合病院 消化器内科 ○白鳥 俊康, 中路 聡, 南雲 大暢, 仲地健一郎
吉村 茂修, 川満菜津貴, 吉岡 航, 井上 薪
吉村 莊平, 齋藤 慶太, 大園 太貴, 船登 智將
西脇 拓郎, 岩崎 巨征, 駒形 明紀, 蘆川 堯

87. 臍頭十二指腸切除術後 Braun 吻合の腸間膜間隙に発生した内ヘルニアの1例

群馬大学大学院 肝胆膵外科学 ○新木健一郎, 山中 崇弘, 萩原 慶, 石井 範洋
塚越真梨子, 渡辺 亮, 播本 憲史, 調 憲

第3会場（午前の部）

— 評価者 —

慶応義塾大学医学部	消化器内科	岩崎 栄典
日本医科大学	消化器内科学	後藤 修
埼玉医科大学	消化器内科・肝臓内科	菅原 通子

(22) 専修医Ⅷ(肝・胆・膵2) 9:00~9:24 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 小林 正典

88. 胆道鏡にて特徴的な胆管粘膜所見を認めた irAE (immune-related adverse event) 肝障害・胆管炎の一例

順天堂大学医学部消化器内科 ○佐久間 聖, 富嶋 享, 岩野 知世, 池村 宗朗
萩川真由子, 高橋 翔, 鈴木 彬実, 伊藤 光一
福嶋 浩文, 中寺 英介, 上山 浩也, 深田 浩大
藤澤 聡郎, 石川 大, 内山 明, 椎名秀一朗
永原 章仁, 池嶋 健一, 伊佐山浩通

89. 内視鏡及びデバイスの工夫により減黄に成功した Intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB) の一例

群馬大学 大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○大島 啓一, 善如寺 暖, 阿部 貴紘, 村上 立真
清水 雄大, 糸井 祐貴, 佐藤 圭吾, 春日 健吾
橋本 悠, 金山 雄樹, 須賀 孝慶, 保坂 浩子
田中 寛人, 戸島 洋貴, 栗林 志行, 山崎 勇一
佐藤 賢, 浦岡 俊夫

90. 心窩部痛を契機に診断された先天性胆道拡張症・膵胆管合流異常の1例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 総合診療科 ○島原 立樹
同 消化器内科 有賀 啓之, 堀籠 祐一, 岡田 健太, 鹿志村純也

91. Segmental arterial mediolysis による胆嚢出血を来した1例

関東労災病院 消化器内科 ○佐藤洋一郎, 林 幹人, 石井 侃, 秋山 ゆり
中尾 友美, 中崎奈都子, 小林 俊介, 大森 里紗
矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 金子 麗奈, 岸本 有為
池原 孝

(23) 専修医Ⅸ(肝・胆・膵3) 9:24~9:48 座長 JCHO 横浜中央病院 消化器肝臓内科 菊田 大一郎

92. 若年女性にみられた ANA 陰性, IgG 値正常の自己免疫性肝炎の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科学分野 ○北原 麻衣, 神田 達郎, 石井 大雄, 本田 真之
水谷 卓, 山名陽一郎, 熊川まり子, 佐々木玲奈
金澤 芯依, 増崎 亮太, 松本 直樹, 楡井 和重
山上 裕晃, 森山 光彦

93. 妊娠中に増悪し重症化した自己免疫性肝炎の一例

獨協医科大学 内科学（消化器）講座 ○山口真太郎, 有阪 高洋, 寺谷 茄夏, 石川 学
川田 陽介, 増山 智史, 眞島 雄一, 富永 圭一
飯島 誠, 郷田 憲一, 入澤 篤志

94. パゾパニブによる薬物性肝障害の 1 例

東海大学医学部付属八王子病院 内科学系 消化器内科 ○森 貴裕, 鈴木 孝良, 渡辺 勲史, 永田 順子
広瀬 俊治, 川畠 洋平, 津田 真吾, 横田 将
荻原 直樹, 山路 葉子, 張 つほみ, 白滝 理博
小嶋清一郎

95. ペムプロリズマブ投与 2 年後に肝障害を呈した 1 例

JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○河田 洲, 藤川 博敏, 芳賀 大生, 菊田大一郎
金子 桂士, 中河原浩史
同 病理診断科 桂 義久

(24) 専修医 X (肝・胆・膵 4) 9:48~10:12 座長 昭和大学病院 消化器内科 荒 井 潤

96. 難治性肝性胸水に対する胸腔腹腔シャントが著効した 2 例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○森 大地, 魚住祥二郎, 杉浦 育也, 樋口 健佑
音山 裕美, 及川 脩, 中谷 真也, 中島 陽子
山口 明香, 石井 優, 梶原 敦, 荒井 潤
下間 祐, 打越 学, 坂木 理, 吉田 仁

97. 異なる門脈大循環短絡路に対して経時的な 2 回のシャント塞栓術が奏功した門脈圧亢進症の一例

自治医科大学内科学講座 消化器内科 ○上野 航, 佐藤 直人, 三浦 光一, 森本 直樹
渡邊 俊司, 野本 弘章, 磯田 憲夫, 山本 博徳

98. 胆嚢に転移した悪性リンパ腫の 1 例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○光井 大, 川島 万平, 吉岡 正人, 松下 晃
清水 哲也, 上田 淳志, 入江 利幸, 吉田 寛
同 病理診断学 寺崎 泰弘

99. シングルバルーン小腸内視鏡でのドレナージが奏功した胃癌術後, Roux-en-Y 再建後の腹膜播種再発による輸入脚症候群の 1 例

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

(25) 専修医Ⅺ(肝・胆・膵5) 10:20~10:44 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 河野 惟道

100. 原発性硬化性胆管炎の経過中にリンパ節の著明な腫大と肝障害の急性増悪を認め診断に難渋した一例

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 ○中丸 瑠奈, 吉村 築, 石野 勇康, 中村 洋介
西脇 友紀, 日下恵理子, 天野 仁至, 山田 博昭
西郡 修平, 小柏 剛, 濱中 潤, 岡 裕之
近藤 正晃

101. HBV 無症候性キャリア合併妊娠中に急性増悪を来した一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科
厚木市立病院 消化器内科
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○力石 智子
東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 野口 正朗, 萩原 雅子, 庄司 亮, 大澤 顕之
光吉 優貴, 佐藤 優子, 青木 祐磨, 鹿野 智裕
三浦由紀子, 日高 章寿, 木下 晃吉, 小池 和彦
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之
東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科
厚木市立病院 消化器内科 板垣 宗徳

102. アルコール性肝硬変患者に壊死性筋膜炎を来し救命し得た1例

済生会横浜市東部病院 消化器内科 ○星 健介, 中野 茂, 野上 章, 並木 萌子
氏田 互, 鈴木 雄太, 岩崎 将, 佐藤 真司
馬場 毅, 大久保雄介
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典

103. 肝障害を契機に診断に至った粟粒結核の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○植田 鍊, 柳瀬 幹雄, 秋山 純一, 小島 康志
横井 千寿, 山本 夏代, 赤澤 直樹, 斎藤 明子
柳井 優香, 大武 優希, 久田 裕也, 鈴木 桂悟
増田恵利香, 龍野奈央子, 西尾 洋人, 大浦 克之
遠西 孝夫

(26) 専修医ⅩⅡ(肝・胆・膵6) 10:44~11:08 座長 獨協医科大学病院 内科学(消化器)講座 水口 貴仁

104. EUS-FNAにて診断し得た悪性黒色腫腭転移の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○竹中 祐希, 齋藤 倫寛, 新後閑弘章, 田中 貴志
馬場 隆成, 前谷 容
同 病理診断科 高橋 啓

105. 門脈瘻を形成し多彩な合併症を来した膵頭部嚢胞性病変の1例

三井記念病院 消化器内科 ○村上 恵太, 北村 友里, 古要 優樹, 竹熊 勇登
貝發 美香, 照屋 聖仁, 佐藤 公紀, 近藤真由子
高木 馨, 小島健太郎, 大木 隆正, 関 道治
戸田 信夫

106. 悪性大静脈症候群に伴う下腿浮腫に対して下大静脈ステント留置術が奏功した膵頭部癌の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○加藤 由子, 三輪 治生, 角田翔太郎, 遠藤 和樹
西村 正基, 戸塚雄一朗, 金子 卓, 杉森 一哉
沼田 和司
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

107. Lymphoepithelial Cyst に対して腹腔鏡下膵体尾部切除を施行した一例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学教室 ○竹下 裕介, 清水 康博, 三宅謙太郎, 藪下 泰宏
澤田 雄, 本間 祐樹, 松山 隆生, 遠藤 格

(27) 専修医ⅩⅡ(肝・胆・膵・その他) 11:08~11:32 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 高 橋 幸 治

108. 一過性に十二指腸狭窄をきたした輪状膵の1例

国立病院機構 千葉医療センター 総合内科 ○大金 良規, 芳賀 祐規, 尾崎 友美, 新行内綾子
西村 光司, 宮村 達雄, 伊藤 健治, 阿部 朝美
金田 暁, 齊藤 正明, 杉浦 信之, 多田 稔

109. 脾動脈単独解離を契機とした脾梗塞の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○中島 菖子, 三枝慶一郎, 関 彩千子, 今村 峻輔
石塚 隆浩, 平川 旭人, 林 智康, 田沼 浩太
横山 歩, 上田 真裕, 岸野 竜平, 中澤 敦
同 腫瘍内科 小倉 望, 星野 舞, 船越 信介
同 放射線科 金田 智

110. 抗凝固薬内服中にもかかわらず脾梗塞をきたした一例

地域医療機能推進機構東京蒲田医療センター 内科
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○鈴木 伝, 向津 隆規, 井上 慶一, 岡本 陽祐
地域医療機能推進機構東京蒲田医療センター 内科 眞壽田真由香, 桃崎志保奈, 小野 優香, 青木 貴哉
宮澤 秀明, 石井 耕司, 住野 泰清
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典

111. 子宮頸癌膵転移による閉塞性膵炎に対して放射線治療を行い軽快した一例

慶應義塾大学医学部 消化器内科 ○中島 悠貴, 岩崎 栄典, 茅島 敦人, 町田雄二郎
川崎慎太郎, 堀部 昌靖, 金井 隆典
同 病理診断科 川井田みほ, 眞杉 洋平

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
366	久松 理一 (杏林大学医学部 消化器内科学)	9月18日(土)	オンライン開催	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
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
370	大 竹 孝 明 (国際医療福祉大学医学部 消化器内科)	7月16日(土)	東 京 海運クラブ	4月6日～ 5月18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・2022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
39	清 水 京 子 (東京女子医科大学 消化器内科)	11月21日(日)	オンライン開催	未 定
40	池 上 正 (東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)	2022年 6月19日(日)	東 京 シェーンバウ・サボー	未 定

次回(第366回)例会のお知らせ

期 日：2021年9月18日(土)

会 場：オンライン開催

海運クラブを配信本部としてWEBライブ配信いたします。

※特別講演のみオンデマンド配信を予定しております。

特別講演：「ヒトiPS細胞オルガノイドを用いた新規肝疾患治療法の開発」

演者：東京大学医科学研究所 幹細胞治療研究センター 再生医学分野 教 授 谷口 英樹

司会：杏林大学医学部 消化器内科学 教 授 久松 理一

ランチョンセミナー：「潰瘍性大腸炎の治療戦略 - ウステキヌマブの役割 -」

演者：岩手医科大学 内科学講座 消化器内科消化管分野 教 授 松本 主之

司会：東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之

専門医セミナー：「ドクターガストロ」

本会同様にオンラインにて、専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：久松 理一 (杏林大学医学部 消化器内科学 教授)

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

TEL 0422-47-5511 / FAX 0422-71-5381 / E-mail jsge366kanto@pw-co.jp

事務局長：松浦 稔 (杏林大学医学部 消化器内科学)

◆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 吐血を契機に診断された食道粘膜類天疱瘡の1例

帝京大学医学部附属病院 内科¹⁾, 帝京大学ちば総合医療センター 内科²⁾, 同 病理部³⁾
原田文人¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 高橋健太郎²⁾, 小田 実¹⁾, 田村大和¹⁾, 柳澤大輔¹⁾, 大和 洗¹⁾, 丸山喬平¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 佐藤隆久²⁾, 有住俊彦¹⁾, 相磯光彦¹⁾, 小田島慎也¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 山崎一人³⁾, 山本貴嗣¹⁾, 小尾俊太郎²⁾, 田中 篤¹⁾

症例は84歳、女性。201X年より類天疱瘡に対して当院皮膚科でブレドニゾロンを投与されていた。202X年1月に嚥下時つかえ感と胸部違和感を自覚し、その後吐血したため当院を受診し入院となった。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ食道の上切歯列28cmに血腫が嵌頓していた。安全性を考慮し、血腫から胃側への挿入は行わなかった。翌日再検したところ血腫は縮小しており、内視鏡も通過可能となったため食事を開始した。第8病日の内視鏡検査で血腫の存在した部位に粘膜傷害がみられ生検を行った。病理組織学的所見では、蛍光抗体法で食道粘膜基底部にIgG、C3の沈着を認め、食道粘膜類天疱瘡と診断した。粘膜類天疱瘡は類天疱瘡の亜型とされており、BP180やラミニン332などの表皮基底膜部抗原に対する自己抗体により、口腔内や食道、外陰部、肛門周囲などに表皮下水疱やびらん性病変が生じる自己免疫性水疱症である。口腔粘膜や眼瞼結膜にみられることが多く食道からの発生はまれである。また、吐血を主訴に発見されるという特異な経過であったため、文献的考察を含めて報告する。

粘膜類天疱瘡, 血腫

2 通過障害を契機に診断に至った好酸球性食道炎の1例

大森赤十字病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
山崎 大¹⁾, 須藤拓馬¹⁾, 西口貴則¹⁾, 桑原洋紀¹⁾, 諸橋大樹¹⁾, 井田智則¹⁾, 河野直哉¹⁾, 中岡宙子¹⁾, 新倉利啓¹⁾, 有本 純¹⁾, 岡田直也¹⁾, 山岡賢治¹⁾, 山田恵爾¹⁾, 千葉秀幸¹⁾, 河内 洋²⁾, 後藤 亨¹⁾

好酸球性食道炎は好酸球の集積により食道の機能不全に陥り、食道運動障害を主症状とする疾患概念である。今回、食物残渣の通過障害を契機に診断に至った好酸球性食道炎を経験した。症例は39歳男性。以前より液体の嚥下は問題なく行えたが、固形物の嚥下時に嘔気を感じてきた。2020年9月某日肉類を摂取したところ食道の通過障害を自覚し、それ以降の嚥下物を全て嘔吐したため救急要請となった。CT検査で食道を閉塞している高吸収異物を認め、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、切歯より25cmの胸部食道に灰白色の塊を認め、食物残渣と考えられた。鉗子で残渣を除去し改めて食道を観察すると切歯15-20cmの頸部食道には白色の縦走溝を、また20-25cmの胸部食道は輪状狭窄を呈しており、残渣存在部位で最も狭窄が高度であった。下部の食道では蠕動運動も認められたが、狭窄部での蠕動運動は殆ど見られなかった。この時点で食道蠕動運動障害を考え、食事指導及びプロトンポンプ阻害薬を処方の上で2週間後に上部消化管内視鏡検査を再検した。粘膜所見は初診時から大きな改善はなく、計5箇所の生検を施行したところ、狭窄部から口側の生検2箇所で20個/HPF以上の好酸球の浸潤が見られた。一方で末梢血の好酸球増多はなく、またViewアレルギー-39では原因となる食物アレルギーは検出されなかった。以上より好酸球性食道炎による食道運動障害と確定診断した。重症度判定は来院時の症状スコアより12点であり軽症に分類された。その後はPPIの継続によって症状が消失したため、PPIが奏功したと考えた。ガイドライン上は8週間以上のPPI内服継続の後、中止のタイミングに一定の基準がないため、再燃のリスクを説明した上で内服中止の希望があったことで、8週間の投与で終了とした。症状スコア上は軽症であったものの食道の狭窄が強かったことから局所ステロイド治療の導入も考えたが、治療希望がなかったため施行しなかった。現在に至るまで症状の再燃は来していない。若年者で食道のつかえ感や嚥下障害を認めている場合、好酸球性食道炎の可能性を考慮する必要があると考える。

食道蠕動運動障害, 好酸球性食道炎

3 Hypercontractile esophagusとの鑑別を要しバルーン拡張術を施行した成人の先天性食道狭窄症の1例

日本医科大学 消化器内科学
鶴澤隆宏, 川見典之, 星野慎太郎, 星川吉正, 田邊智英, 門馬絵理, 竹之内葉菜, 花田優理子, 肥田 舞, 貝瀬 満, 岩切勝彦

症例は41歳、男性。小学生の頃より食べものが詰まる症状があり水分で流し込んでいた。当科受診の一週間前に、ステーキを食べて食道で詰まり、前医で上部消化管内視鏡にて肉片を除去した。その際に下部食道に経口スコープが通過しない狭窄部を認め、精査目的で当科紹介受診した。当院で再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、切歯40cmに経口スコープが通過しない器質的狭窄部を認め、狭窄部の粘膜は血管透見が不良であった。切歯43cmのEGJは弛緩を認めた。胸部CTでは食道壁の肥厚は認めず、食道造影では下部食道の軽度伸展不良を認めた。食道内圧検査 (high resolution manometry of the starlet [ver. 8.1-19.8] を使用) を施行したところ、下部食道からLESにかけて異常強収縮を認め、食道収縮力の指標であるDCI値はLES部分を含めると最大15532mmHg-s-cmと高値であった。LES弛緩の指標であるIRPは12mmHgと正常であった。一次性的食道運動障害分類であるシカゴ分類v4.0における、hypercontractile esophagusのサブグループであるhypercontractile LESに類似した所見であった。治療は内視鏡的バルーン拡張術を計3回施行し、最大14mmまで拡張した。治療後狭窄部は経口内視鏡が通過可能となり、つかえ感の改善を認めた。本症例は幼少期からつかえ感を認めており先天性食道狭窄症と診断した。また食道内圧検査所見が一次性食道運動障害のhyper contractile esophagusに類似していたが、本症例は器質的食道狭窄により生じた二次性的食道運動障害と考えられた。成人になり発見される先天性食道狭窄症はまれであり、食道の異常強収縮を呈し一次性食道運動障害との鑑別も要した貴重な症例であったため、文献的考察を加えて報告する。

先天性食道狭窄症, hypercontractile esophagus

4 伝染性単核球症に伴う胃周囲リンパ節腫大を契機に発見されたEBウイルス関連胃炎の1例

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⁾
岡田奈央子¹⁾, 山本慶嗣¹⁾, 吉本憲介¹⁾, 松井太吾¹⁾, 永嶋裕司¹⁾, 菅野 純¹⁾, 五十嵐良典²⁾

症例は20歳代女性。既往歴は特記事項なし。入院7日前から咽頭痛を認め、抗菌薬、解熱鎮痛薬、漢方薬を内服していた。その後倦怠感を自覚し、入院同日から右側腹部痛と38℃台の発熱を認めたため当院受診した。血液検査にてWBC3200/ μ L、CRP1.14 mg/dl、AST191 U/L、ALT186 U/Lと軽度炎症反応高値と肝酵素の上昇を認め、急性肝障害の精査加療のため入院となった。A、B、C、E型肝炎ウイルスやCMV、抗ミトコンドリア抗体、抗核抗体は陰性であった。EBV IgMの上昇とEBNA抗体陰性であったことから初感染の伝染性単核球症に伴うEBウイルス性肝炎と診断した。入院時の腹部CTにて胃周囲のリンパ節腫大を認めたため上部消化管内視鏡検査を施行したところ、穹窿部などに円形の粘膜の発赤・びらんを数カ所認めた。病理組織検査では、高度のリンパ球浸潤を認め、EBER-ISHにてリンパ球の10-20%がEBV感染細胞であった。入院後、補液と安静にて肝酵素はAST565 U/L、ALT804 U/Lをピークに改善傾向となり、咽頭痛、倦怠感などの症状も消失したため第13病日に退院となった。その後上部消化管内視鏡検査を再検したところ、穹窿部などに認めたびらんは改善しており、同びらんはEBウイルス感染が原因のびらん性胃炎と考えた。今回、伝染性単核球症に伴う胃周囲リンパ節腫大を契機に発見されたEBウイルス関連胃炎の1例を経験した。EBウイルス関連胃炎の報告は少なく、文献的考察を含めて報告する。

伝染性単核球症, 胃炎

5 上部消化管内視鏡検査で胃0-IIc様病変と胃潰瘍を認めた好酸球性胃腸炎の1例

独立行政法人労働者健康安全機構 千葉ろうさい病院¹⁾、
独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター²⁾、
酒井美帆¹⁾、芳賀祐規²⁾、西村光司²⁾、新行内綾子²⁾、宮村達雄²⁾、
伊藤健治²⁾、阿部朝美²⁾、金田 暁²⁾、多田 稔²⁾、斎藤正明²⁾、
神戸美千代²⁾

【症例】26歳女性【臨床経過】既往歴にアトピー性皮膚炎のある女性。多数の食物アレルギーがありスギやハウスダスト、ネコ、イヌなどの特異的IgEクラスが高いことを指摘されている。5ヶ月前より空腹時の腹痛を自覚していたが医療機関は受診されなかった。2日前より常時腹痛が生じるようになり近医を受診。上部消化管内視鏡検査（EGD）にて胃角部～前庭部小弯にA1 stage潰瘍を認め、胃体部・前庭部に0-IIc様平坦陥凹病変を認めた。拡大観察では粘膜構造は明瞭であり、不整な微小血管は認められなかった。潰瘍周辺粘膜、平坦陥凹部位より生検し、いずれも20個/HPF以上の好酸球浸潤を認め好酸球性胃腸炎と診断された。末梢血では好酸球割合の上昇を認めていた。尿中ピロリ抗体陰性であった。プロトンポンプ阻害薬(PPI)投与で腹痛は改善得られた。EGD再検し潰瘍はH1 stageに改善し陥凹は消失し、退色調粘膜に変化していた。胃粘膜組織所見は変化なく食道粘膜からも生検行いが好酸球浸潤は認めなかった。PPI内服中断により腹痛再燃したがEGD所見変化なく内服再開により腹痛改善得られており再燃は認められていない。【考察】好酸球性胃腸炎の内視鏡所見は非特異的でアレルギー疾患の病歴や末梢血好酸球上昇から疑う必要がある。本症例はステロイド投与せずPPIのみで改善が得られた1例であった。

好酸球性胃腸炎, 胃潰瘍

6 神経浸潤により癌性髄膜炎へ進展したと考えられた胃癌の1剖検例

国保直営総合病院君津中央病院 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、
尾崎友美¹⁾、熊谷純一郎¹⁾、射矢隼一¹⁾、片山慶一¹⁾、高橋知也¹⁾、
弓田 牙¹⁾、川上寛人¹⁾、春名智弘¹⁾、飯野陽太郎¹⁾、三根毅士¹⁾、
大部誠道¹⁾、吉田 有¹⁾、駒 嘉宏¹⁾、藤森基次¹⁾、畦元亮作¹⁾、
野口寛子²⁾

【症例】65歳男性。X年9月より食思不振を自覚した。腹部膨満感や黒色便も伴うようになり、1ヶ月で10kg体重が減少した。11月に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査で幽門狭窄を伴う2型進行胃癌を認め、精査加療目的で当院を紹介受診された。当院でも上部消化管内視鏡検査を施行したところ腫瘍により通過障害を来しており、緊急入院とした。病理結果はGroup 5、印環細胞癌で、各種検査と併せてcStageIV T3N3M1の診断とした。消化管狭窄に対して外科にて胃空腸バイパス術を行った。術後3日目より嘔気や頭痛が出現し、血液検査では血清Na 115mEq/Lと低Na血症を認めた。Na補正を行い改善した後も見当識障害や幻視の症状があり、癌性髄膜炎やせん妄が考えられた。腰椎穿刺を施行し髄液圧の著明な上昇と髄液糖の低下を認め、髄液細胞診からも癌細胞を認めたことから癌性髄膜炎と診断した。頭部造影MRI所見も癌性髄膜炎に矛盾しなかった。患者の希望もあり術後18日目よりSOX療法を開始したが翌日突然意識レベルの低下を認め、半日後に永眠された。【考察】剖検では胃低分化腺癌であり、癌細胞は大動脈周囲の神経束や神経節に浸潤し更に脊髄神経根に沿って浸潤していた。これは癌性髄膜炎への進展様式が神経浸潤によるものであると推測される結果であった。癌性髄膜炎の進展様式は血行性・リンパ行性・骨転移からの浸潤が主に報告されている。神経周囲に沿って癌細胞が浸潤していた症例も報告されているが神経浸潤自体の報告数は少なく、今回末梢神経からの浸潤によって癌性髄膜炎に至ったと思われる1例を経験したので報告する。

胃癌, 癌性髄膜炎

7 肺癌・脳転移に対してゲフィチニブ内服中に難治性胃潰瘍合併した1症例

虎の門病院 消化器内科
重光章鈞、田中匡実、小田切啓之、岡村喬之、落合頼業、
早坂淳之介、鈴木悠悟、光永 豊、野村浩介、瀧之上和弘、
松井 啓、菊池大輔、布袋屋修

【背景】ゲフィチニブは胃内のpHが上昇することで吸収が低下し、血中濃度が低下することが報告されており、添付文書にも制酸剤との併用注意と記載されている。したがって、ゲフィチニブ内服下で胃潰瘍を併発するなどと制酸剤が必要な場合には治療が難渋すると予想されるが、そのような報告はほとんどない。今回は肺癌に難治性胃潰瘍を合併した症例を経験したので報告する。【症例】70歳代、女性【経過】当院呼吸器内科で肺癌・脳転移に対してゲフィチニブで加療されている女性。また、脳梗塞に対してアスピリンを内服中であった。202x年y月より心窩部痛継続していたため、上部消化管内視鏡（EGD）を施行したところ胃角小弯前壁より20mm大の胃潰瘍が指摘されたため、ラベプラゾール10mgが開始された。y+2ヶ月に再度EGDを行ったが、胃潰瘍は著変なかった。潰瘍より生検を施行した。その1週間後にふらつき主訴に救急外来受診され、Hb 7.1 g/dLと著明な貧血認めため、緊急でEGDを施行した。胃内には多量の黒色のコアグラを認めたが、潰瘍から活動性の出血は認めなかった。食事を再開し、ポノプラザンとレバミピドを開始した。入院第6病日に吐血と血圧低下を認めため、緊急でEGDを行ったところ潰瘍底に露出血管認められ、ここから拍動性の出血を認めため止血処置を行った。その後の経過は良好であり、自宅退院となった。今後外来で胃潰瘍の治療を確認し、ポノプラザンの休薬を検討している。【考察】ゲフィチニブはpHが上昇すると吸収が悪くなるため通常制酸剤との併用は行わないことがよいとされる。しかしながら、本症例のように生命に関わる難治性の胃潰瘍などを認めた場合には呼吸器内科医と相談したうえで酸剤の投与が必要であると考えられた。近年ゲフィチニブと制酸剤の併用は生命予後に影響しないとの報告もあるため今後ゲフィチニブ内服患者に対する制酸剤併用の臨床データの集積が必要であると考えられた。

ゲフィチニブ, 胃潰瘍

8 門脈腫瘍栓を合併した胃癌の一例

筑波大学水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科¹⁾、
同 消化器外科²⁾、
藤川健太郎¹⁾、鹿志村純也¹⁾、堀籠祐一¹⁾、岡田健太¹⁾、倉田昌直²⁾、
稲川 智²⁾、有賀啓之¹⁾

【はじめに】門脈腫瘍栓を来す胃癌は稀であることもあり治療戦略も確立されていない。【症例】70代、男性（主訴）倦怠感と胸痛（既往歴）25歳 肺結核を治療した。（生活歴）20歳から20本/日の喫煙しているが飲酒はしない。（現病歴）来院5日前から倦怠感を自覚していた。胸痛を訴えて当院救急外来を受診した。採血検査でヘモグロビン6.3g/dL、心電図で虚血性変化を認めたが貧血による変化と考えた。CT検査で胃瘤からの出血が疑われて入院精査となった。上部消化管内視鏡検査で胃体部小弯に自壊して出血を来す大きな1型の腫瘍性病変を認めた。生検で中分化型腺癌と診断した。造影CTで門脈内に胃癌から左胃静脈を経て進展する腫瘍栓を認めたが、肝転移は無かった。3番と8番リンパ節腫大もあり転移と判断した。以上から門脈腫瘍栓を合併した胃癌 T3N2M0 stageIIIと診断した。外科にて胃全摘+門脈腫瘍栓摘出術を行った。病理学的にも胃癌が左胃静脈を介して門脈内に進展していることを確認できたが門脈腫瘍栓は完全に摘出できずに遺残した。術後にOxaliplatin+S-1(SOX)を導入したが骨髄抑制と食欲低下が強く、S-1単独治療として継続した。化学療法導入前の腫瘍マーカーはCEA 9.5、AFP 19.3であったが正常化し、門脈内に認めた腫瘍栓も徐々に縮小して画像上は消失している。【考察】胃癌から門脈腫瘍栓を来すことは稀である。本症例では肝転移が無いこと、病変からの出血により高度貧血となっていたことから術前化学療法を行わずに門脈腫瘍栓も含めて胃癌を切除する方針とした。しかし、門脈内の腫瘍栓が明らかに遺残してしまったがS-1による化学療法を行い、幸いに奏功している。門脈腫瘍栓合併胃癌に対する治療戦略は確立されていない現状を踏まえ、本症例での経験に文献学的考察を加え報告する。

胃癌, 門脈腫瘍栓

北里大学医学部 消化器内科

小川大輔, 渡辺真郁, 玉置明寛, 黒須貴浩, 安達 快, 蓼原将良, 長谷川力也, 奥脇興介, 若井知久, 木田光広

症例は50歳女性。腹痛を主訴に前医の夜間救急外来を受診した。血液検査と腹部超音波検査が施行されたが、有意な所見は指摘されず対症療法で帰宅した。疼痛が強いため、後日再検査の方針となり、腹痛発症から4日後に腹部CTと上部内視鏡検査を施行した。上部内視鏡検査では胃角部大弯に表面平滑な胃粘膜下腫瘍の形態を呈する隆起性変化を認めたため、精査目的に当科を紹介受診した。初診時には腹部症状は消失していた。精査目的の超音波内視鏡検査 (EUS: Endoscopic Ultrasonography) では第3層を主座とし、一部第4層との境界が不明瞭な約13mmの低エコーな病変として描出され、頂部に陥凹を伴う粘膜下腫瘍の形態を呈していた。生検を施行したが、確定診断に至る組織は得られなかった。異所性腺を第一に疑い、半年後にEUS再検査の方針とした。半年後のEUSでは同部位は瘢痕化し、粘膜下腫瘍は消失していた。胃 vanishing tumor と考えられ、抗アニサキス抗体IgG・IgA抗体を測定すると陽性であった。もう一度病歴を詳細に聴取すると、腹痛の直前にサバを食べたことが判明し、臨床的にアニサキス症に伴う胃 vanishing tumor と診断した。胃 vanishing tumor を呈するアニサキス症は比較的特異的であり、文献的な考察を加えて報告する。

アニサキス, vanishing tumor

東海大学医学部付属病院 内科学系消化器内科学

山口 徹, 中江浩彦, 金子元基, 藤本龍太郎, 佐野正弥, 寺邑英里佳, 門馬牧子, 藤澤美亜, 上田 孝, 荒瀬吉孝, 伊藤裕幸, 加川健弘, 松嶋成志, 鈴木秀和

【症例】49歳男性【主訴】心窩部痛、黒色便【既往歴】虫垂炎術後、尿管結石、高血圧、糖尿病【家族歴】母：糖尿病【現病歴】2年前に心窩部痛と黒色便を認め前医で精査をしたが、異常所見は認めなかった。20XX年3月に心窩部痛、黒色便が再発し前医に紹介された。症状に対し、IBSを疑い内服加療が行われたが、症状改善はみられず、経過中貧血の進行を認めたため、5月に再度、上部消化管内視鏡検査と下部消化管内視鏡検査を施行されたが明らかな出血源を認めなかった。以降も症状持続しており、原因精査のため10月に当院を紹介受診した。【経過】CT上明らかな出血源認めず、カプセル内視鏡検査を施行したところ、上部空腸に潰瘍性病変を認めた。病変部に出血を認め、その近傍にカプセル内視鏡が滞留したため、出血精査とカプセル内視鏡回収のために入院となった。入院後、経口的にダブルバルーン内視鏡検査を実施したところ、トライツ靱帯より約40cm肛側の空腸に全周性のtype 2病変を認め、同部を生検し、腫瘍部に滞留していたカプセルを回収した。生検組織は高分化型腺癌で、空腸癌cT3N2M0 stageIIIBと診断し11月に腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。病理結果より、小腸腺癌type 2、pT4aN0M0 stageIIBの診断であった。術後5か月間、再発なく経過している。【考察】小腸腫瘍は全消化管腫瘍の約5%と稀な疾患である。腹痛、腹部膨満感、腸閉塞、消化管出血、体重減少などの症状を呈するが、早期癌では無症状のことが多く、また内視鏡的診断が困難で診断された時点で進行癌であることが多い。治療は、stageI-IIIについては病巣の切除が主であり、根治術後は経過観察を行うことが一般的とされる。当院での小腸癌3例を加え、さらに若干の文献的考察を加えて報告する。

カプセル内視鏡, 小腸癌

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾

齋藤孝太¹⁾, 村上貴寛¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 松井貴史¹⁾, 榎本俊行²⁾, 大原関利章³⁾, 渡邊 学¹⁾, 前谷 容¹⁾

【症例】50代、女性【現病歴】1ヶ月前から持続する心窩部痛、食思不振、嘔吐を主訴に近医を受診した。診察上、特記すべき異常所見を認めなかったため、内服にて経過観察となっていたが、症状は改善せず、腹部単純CT検査を施行した。CT検査では回腸に腸重積所見を認めた。先進部には脂肪濃度を呈する腫瘍性病変を認めることから脂肪腫が疑われ、精査加療目的で当院紹介となった。小腸内視鏡検査を施行、肛門縁から195cmの終末回腸に10cmの有茎性腫瘍性病変を認めた。小腸腫瘍による腸重積を疑い、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。終末回腸から約40cm口側の回腸に重積部位を認め、重積を解除し、腫瘍部を含めた回腸を部分切除した。病理組織学的所見にて病変の先端部に腺房と導管からなる腺類似組織を伴う真性憩室を認めたことから内翻したMeckel憩室であると診断した。【考察】Meckel憩室は卵黄腸管の遺残に起因する真性憩室であり、その発生頻度は約1-2%とされている。治療を要する合併症として、腸閉塞、憩室炎、腸重積、潰瘍出血が報告されており、発生頻度は4.2-6.4%とされている。一方、腸重積の大半は乳幼児に発症する。成人の腸重積は比較的特異的であり、ほとんどは腫瘍性病変や憩室などの器質的疾患を伴い、Meckel憩室が原因となるものは約3%と少ない。術前にMeckel憩室と診断された症例は14.3%に過ぎず、腹部CT検査で腸重積管内に脂肪濃度の腫瘍像が認められることが多く、小腸脂肪腫との鑑別を要する。本症例も術前検査では脂肪腫が疑われた。成人腸重積症例において、先進部に脂肪濃度を呈する腫瘍を認めた場合はMeckel憩室内翻による腸重積も鑑別疾患の1つとして念頭におく必要がある。

Meckel憩室, 腸重積

独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院 消化器内科
南雲秀樹, 井上楠奈子, 嵐山 真, 折原慎弥, 上田基文,
高橋伸太郎, 吉峰尚幸, 乾山光子, 大場信之, 西中川秀太

症例は83歳女性。既往に糖尿病があり近医で通院中だった。10日ほど前から腹痛を認め、食事がとれなかったため近医を受診し上部消化管内視鏡と腹部超音波検査を施行されたが異常を認めなかった。当院で腹部CT検査を行ったところ小腸及び結腸に広範囲に壁を穿する腸管気腫を指摘され精査目的に入院となった。造影CT検査では血管系の異常や明らかな壊死所見を認めず門脈内ガスも指摘できなかった。また発熱や炎症反応の上昇も認めなかった。絶食と補液と酸素投与で保存的加療を行ったところ第3病日に腹痛が軽快し腹部CTでも腸管気腫が改善したため第4病日から食事を開始したところ腹痛が再燃した。腹部CT検査を施行したが腸管気腫の増悪はなく、腸液の貯留が目立ち蠕動運動の低下が考えられた。再び絶食として腹痛が改善したため経腸栄養剤から再開した。慎重に食上げを行い腹痛の再燃なく第11病日に腹部CTでは腸管気腫は消失していた。大腸内視鏡を用いて透視下に十二指腸から空腸を観察したが腸管壁の気腫像は指摘できなかった。経過良好につき第14病日に退院した。腸管気腫症は腸管の粘膜下や漿膜下に含気性囊胞を生じる病態である。腸管気腫の原因として強皮症などの膠原病が原因となることが知られているが。本症例では各種自己抗体は陰性であり、 α -グルコシダーゼ阻害薬や分子標的薬などの薬剤の内服歴もなかった。今回明らかな原因を指摘できない腹痛を伴う広範な腸管気腫症の1例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

腸管気腫症, 腹痛

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾,
東邦大学医学部、銀座セントラルクリニック³⁾
田島慎也¹⁾, 日原大輔¹⁾, 堀江義政¹⁾, 里井 新¹⁾, 岸 洋佑¹⁾,
齋藤孝太¹⁾, 竹中祐希¹⁾, 栽原麻希¹⁾, 枇杷田雅仁¹⁾, 富永健司¹⁾,
横内 幸²⁾, 鈴木康夫³⁾, 前谷 容¹⁾

【症例】30歳台男性【現病歴】202X年9月、数年来の慢性的な下痢を主訴に紹介医を受診。大腸内視鏡により全大腸に血管透見像の消失やアフタ様変化を認め、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断し、5-ASA4000mg/日が開始となった。5-ASA開始後一旦症状は改善を認めたが、内服開始1か月後から発熱と腹痛が出現したため紹介医を再診。WBC 12,500/μl, CRP 17 mg/dlと炎症反応上昇を認め、潰瘍性大腸炎増悪の疑いでプレドニゾン15mg/日内服が開始された上で当院紹介となり、精査目的で入院となった。入院時37.9℃の発熱、さらに脈拍94回/分と頻脈を認め、腹部診察では右側腹部に圧痛を認めた。血便は認めないが水様性下痢であり排便回数は4-5回/日であった。採血ではWBC 17,000/μl, CRP 13 mg/dlと炎症反応の上昇、赤沈(68 mm/h)の亢進、Hb 12.8 g/dlと貧血を認めた。臨床的重症度では中等症であるが、当院で再度施行した入院時の大腸内視鏡所見は軽度発赤・血管透見像の消失・細顆粒状粘膜を認める程度でMayoの内視鏡分類ではGrade 1となり、臨床的重症度と内視鏡的重症度で解離が認められた。そのため、潰瘍性大腸炎増悪よりも5-ASA不耐症を疑いメサラジン中止で経過を見る方針とした。中止後から、腹部症状や炎症反応は改善傾向となり退院となった。現在は外来で整腸剤のみで経過観察しているが、再燃は認めていない。【考察】5-ASA不耐症は5-ASA製剤投与開始後一時的に症状の改善を認め、その後1ヶ月以内に症状増悪を認めるが、臨床所見に比べて内視鏡所見が軽度であることが特徴的とされている。5-ASA不耐症に関して、若干の文献的考察を加えて報告する。

5-ASA不耐, 潰瘍性大腸炎

結核性心膜炎により心タンポナーデを来したウステキヌマブ使用中のクローン病の1例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座¹⁾,
同 内科学(呼吸器・アレルギー)講座²⁾,
同 内科学(心臓・血管/循環器)講座³⁾,
北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター⁴⁾
根本玲奈¹⁾, 田中孝尚¹⁾, 金澤美真理¹⁾, 渡邊詔子¹⁾, 阿部圭一郎¹⁾,
金森 瑛¹⁾, 富永圭一¹⁾, 九嶋祥友²⁾, 知花和行³⁾, 正和泰斗³⁾,
日比紀文⁴⁾, 入澤篤志¹⁾

【症例】20歳台、女性【主訴】倦怠感、易疲労感【現病歴】内科治療(生物学的製剤)に抵抗性の難治性クローン病として200X年Y-4月に回盲部切除術を施行された。術後はウステキヌマブ(UST)とアザチオプリン(AZA)で寛解維持をされていたが、Y月に倦怠感、易疲労感を自覚し、腹部症状の悪化、発熱も伴ったため当科外来を受診した。【経過】身体所見及び画像所見から心タンポナーデの診断となり、同日緊急で心嚢穿刺ドレナージを施行した。心嚢液は淡血性で、約500mlの排液が得られた。穿刺液の検体は滲出液で、抗酸菌培養・塗抹・Tb-PCRは陰性であったが、アデノシンデミナーゼが118U/Lと高値であったため、結核性心膜炎と診断した。イソニアジド300mg/day, リファンプシシン450mg/day, エタンプトール750mg/day, ストレプトマイシン1000mg(週3回筋注)の4剤併用で加療を開始しUSTとAZAは中止した。その後、症状の改善が得られ、心嚢液の再貯留も認めず第15病日に退院した。クローン病はUSTとAZAの中止に伴い再燃を認めたため、抗結核薬4剤を併用しつつUSTを再開した。【結語】IL-12/23p40やTNF-αを阻害する薬剤は結核菌の再賦活のリスクが高まると考えられている。本症例は、アダリヌマブ、インフリキシマブに治療抵抗性を示し、3番目の生物学的製剤としてUSTが選択された。潜在性結核を有する炎症性腸疾患患者を治療する際には、抗TNF-α抗体製剤の使用にかかわらず、結核の再活性化を避けるために細心の注意を払う必要がある。

クローン病, 潜在性結核

先行感染を契機にミラー・フィッシャー症候群を発症した潰瘍性大腸炎の1例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科¹⁾,
同 神経内科²⁾
坂口吉朗¹⁾, 白井萌子¹⁾, 小林 楓¹⁾, 射矢れい¹⁾, 内藤大輔¹⁾,
関 駿介¹⁾, 西宮哲生¹⁾, 大内祐香¹⁾, 木村道明¹⁾, 柴本麻衣¹⁾,
岩下裕明¹⁾, 宮村美幸¹⁾, 菊地秀昌¹⁾, 山田哲弘¹⁾, 中村健太郎¹⁾,
高田伸夫¹⁾, 松岡克善²⁾, 相羽陽介²⁾, 館野冬樹²⁾, 榊原隆次²⁾

【症例】25歳女性【病歴】20XX-8年に全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、5-アミノサリチル酸 3600mg/日の内服にて寛解維持されていた。20XX-1年11月中旬に発熱、鼻汁、腹痛、下痢といった感染症状を認めた。その後上記症状は軽快したが、11月下旬より突然の歩行困難、四肢のしびれ、嘔りにくさを自覚し近医受診し、精査目的に当院神経内科に紹介受診となった。受診時の身体所見上では左眼の外転制限、下肢MMT4/4と低下、両上下肢の腱反射消失、両手首以遠・両下肢のしびれ感を認め、歩行はフリーハンドで5m程度までしか出来なかった。血液検査および神経伝導検査では特記すべき所見はなく、髄液検査の結果で細胞数7/mm³、糖定量51mg/dl、蛋白定量60mg/dlと蛋白細胞解離の所見を認めた。臨床経過と合わせてGuillain-Barre syndrome(以下GBS)またはその類縁疾患であるミラー・フィッシャー症候群といった脱髄性疾患を疑い精査加療目的に入院となった。免疫グロブリン静注療法(Intravenous immunoglobulin: IVIG)を第1病日から第5病日まで施行したところ症状は軽快し、早期よりリハビリも行うことで後遺症を残すことなく第11病日に退院となった。尚入院時および入院中には潰瘍性大腸炎の増悪は認められなかった。後日外来にて入院中に提出した採血にて抗CQ1IgG抗体が陽性となりミラー・フィッシャー症候群の診断となった。【考察】抗TNF-α抗体の使用に伴い脱髄性疾患を生じた症例の報告はいくつか散見されるが、本症例は抗TNF-α抗体製剤は使用していない。潰瘍性大腸炎患者に脱髄性疾患を合併した症例報告はいくつか散見されており、文献的考察を踏まえ報告する。

潰瘍性大腸炎, 脱髄性疾患

インフリキシマブで加療中のクローン病に高安動脈炎を合併した1例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科
堀籠祐一, 有賀啓之, 岡田健太, 鹿志村純也

【はじめに】クローン病と大動脈炎症候群は臓器特異性をもった自己免疫疾患で、両疾患とも原因不明の疾患である。高安動脈炎では10%程度に炎症性腸疾患を合併すると報告があるが、その多くは潰瘍性大腸炎である。今回、クローン病加療中に合併した稀な症例を経験したので報告する。

【症例】23歳女性。(現病歴)幼少期から下痢を繰り返していたが、X-1年3月発熱、下痢、血便、関節痛を認め、他院を受診するも症状改善なく当院へ紹介された。CTでは全大腸の壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡検査で終末回腸から直腸まで非連続性の縦走潰瘍、不整形潰瘍、アフタを認めた。小腸造影では遠位回腸に縦走潰瘍がみられ、中等症の小腸大腸型クローン病と診断した。栄養療法、5ASAによる治療に加え、アダリヌマブでの治療を導入するも症状寛解得られず、X年1月よりインフリキシマブを導入し、臨床的寛解を得られた。寛解後も血沈の上昇は持続していたが、症状の再燃なく、排便習慣の変化もなかった。同年9月腹痛認め、血便などの症状はなく、CTを行い、腸管の変化はなかったが、腹部下行大動脈の大動脈壁肥厚を認めた。後日、PET-CTを行い、胸部下行大動脈、腹部大動脈に集積を認め、高安動脈炎と診断した。リウマチ内科に相談し、ステロイド加療を開始した。腹部症状の再燃はなく、血沈も正常値となり、現在も外来加療中である。

【まとめ】クローン病は消化管に原因不明の全層性肉芽腫性炎症をきたす慢性疾患で、消化管以外に腸管外合併症をきたすことがある。高安動脈炎は若年女性に好発する原因不明の非特異的大型血管炎で、炎症性腸疾患に合併する既知の腸管外合併症とされているが、本邦における合併に関する報告は稀であり、自験例に文献的考察を加え報告する。

クローン病, 高安動脈炎

17 リンパ管腫が原因と考えられた腸重積症の1例

水戸協同病院 総合診療科¹⁾, 同 消化器内科²⁾
梶原知巳¹⁾, 有賀啓之²⁾, 堀籠祐一²⁾, 岡田健太²⁾, 鹿志村純也²⁾

【はじめに】成人の腸重積症は腸重積症全体の1-5%と比較的まれな疾患である。大腸では悪性腫瘍が原因となることが多いが、良性疾患であるリンパ管腫が原因となことは非常に稀である。【症例】90代、女性。(主訴)腹部腫痛。(既往歴)高血圧、心不全、虚血性心身疾患、Lewy小体型認知症。(生活歴)飲酒なし。喫煙なし。(現病歴)来院4日前の夜間より嘔気、腹痛認め、食欲不振が出現し、症状続くため、来院前日に近医を受診。左下腹部に腫痛を触れ、精査目的に当院へ紹介となった。(身体所見)膨満、軟、下腹部に腫痛あり。(血液検査)Hb10.8g/dlと軽度の貧血を認め、TP、Albの低下を認めた。(造影CT)横行結腸が肛門側の腸管に進出しtarget signを認め、腸重積となった。先進部に腫瘍が疑われた。(治療と経過)以上より大腸癌などを先進部とした腸重積を疑い、外科に相談し手術を行った。横行結腸は大網も巻き込み、S状結腸近傍まで先進していた。腸管の壊死もあったため、腸管切除の上、人工肛門増設を行った。術後の病理で壊死が主体であったが腸重積の原因がリンパ管腫と考えられた。治療後、心不全などの基礎疾患あるため、体液バランスに考慮しながら加療し改善後、退院となった。【考察】腸重積症の成人発症は稀で、全体の1-5%と報告されている。成人ではほとんどが器質的疾患を原因とし、小腸が約半数、回腸が3割、大腸が2割とされる。その原因の多くは悪性疾患であるが、良性腫瘍は稀であり、リンパ管腫はその原因としては極めてまれである。リンパ管腫は内皮細胞によって覆われた複数のリンパ管からなるリンパ系の発生奇形で、腹腔内のリンパ管腫は非常にまれである。多くは腸間膜に発症するが、大腸は全体の5%未満で、その好発は横行結腸、上行結腸、盲腸とされる。また画像所見から悪性腫瘍の可能性を否定できず、開腹手術となったが、良性疾患のため注腸造影検査や下部内視鏡検査により腸重積の整備や腸管虚血の可能性が低いと判断された症例では待機的に手術が行われた報告もあった。今回、稀な症例を経験したので文献学的考察を加え報告する。

腸重積, リンパ管腫

18 偶発的に発見されたS状結腸憩室に嵌入した魚骨に対し、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
佐伯優美¹⁾, 金澤憲由¹⁾, 内山詩織¹⁾, 小田貴之¹⁾, 林 映道¹⁾, 城野 紘¹⁾, 二瓶真一¹⁾, 今井友里加¹⁾, 春日範樹¹⁾, 稲垣淳太¹⁾, 高柳卓史¹⁾, 小宮靖彦¹⁾, 関野雄典¹⁾, 永瀬 肇¹⁾, 澤田尚人¹⁾, 花岡俊晴²⁾, 岡崎靖史²⁾, 篠藤浩一²⁾, 長谷川直樹³⁾, 角田幸雄³⁾

症例は78歳男性。膀胱癌術後の経過観察のために20XX年3月24日に施行された単純CT検査でS状結腸部の異物を指摘され、4月2日に消化器内科受診となった。既往歴には16年前に心筋梗塞、その他高血圧、高脂血症、高尿酸血症があったが内服治療にてコントロールされていた。腹痛や血便などの自覚症状はなく、S状結腸部に索状高吸収構造物と同部位の腸管壁肥厚、周囲脂肪組織濃度上昇、リンパ節腫脹を認めるとともに、S状結腸の広範囲に多発する憩室を認めた。CT検査の数日前に鯛の入った鍋料理を食したという病歴から異物は魚骨と考えられた。血液検査では白血球8,300/ μ l、CRP0.29と炎症反応上昇は軽微であったため、自然排泄を期待し9日後に再度CT検査を施行した。しかし所見が変わりはなく、索状物の両端が憩室内に嵌入している可能性が考えられた。同日緊急透視下下部消化管内視鏡検査を施行し異物除去を試みた。S状結腸に魚骨と考えられる索状物を認め、その両端は憩室内に嵌入していた。鉗子で把持を試みたが不可能であり、ガスシログラフィ造影を行ったところ腸管外への漏出は認めなかった。自然排泄、及び内視鏡的除去も困難と判断し、抗生剤投与を行うとともに4月13日に待機的に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。病理検査所見では、腸管壁の漿膜下組織まで達する骨組織を認め、周囲に好中球や形質細胞及びリンパ球などの高度炎症細胞浸潤を示す肉芽組織を形成していた。術後経過は良好であり、4月22日に退院となった。魚骨による消化管穿孔は非常に稀であり、穿孔部位は小腸が多いとされるが、食道から直腸までの部位にも発生する。本症例では無症状であったが、穿孔、膿瘍形成リスクもあるため切除治療に至ったものであり、文献的考察を加えて報告する。

魚骨, 結腸憩室

19 ITP患者に対する大腸ESD後の難治性出血にOver-the-scope clipが有効であった一例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科
地主龍平, 田島知明, 寺田里絵, 宮口和也, 中野佑哉, 真下由美, 良沢昭銘

大腸ESD (Endoscopic submucosal dissection: 内視鏡的粘膜下層剥離術)における後出血率は2.0%程度と報告されている。今回、我々はESD後の約2週間に4度にわたる再出血を来した症例を経験したため報告する。症例は76歳の男性。早期大腸癌(横行結腸、表面隆起型、20mm)に対する内視鏡治療目的に当院へ紹介となった。既往にITP (Immune thrombocytopenia: 免疫性血小板減少症)があり、初診時の血小板数は $7.2 \times 10^4/\mu$ Lと低値であったが出血症状もなく全身状態は良好であったため、ESDを施行した。目立った術中出血や穿孔などの偶発症なくわずか30分で一括切除した。ところがESD後7日目に血便を認め緊急大腸内視鏡検査を施行した。ESD後の粘膜欠損部から滲出性出血を認めたため止血クリップの留置及び止血鉗子での焼灼によって止血を得た。その際、血小板数は 3.0×10^4 から $5.0 \times 10^4/\mu$ L程度で推移していたため再出血予防目的にトロンボポエチン受容体作動薬(エルトロンボパグ: 12.5mg/日)によるITP加療も併せて開始した。しかし経過観察中のESD後11日目及び13日目に再出血を認めたため上記と同様の止血術を行った。ところが再度15日目に4回目となる出血を認めたため、最終的に消化管全層縫合デバイスであるOTSC (Over-the-scope clip)を1個使用し止血術を行った。その後は再出血を認めず、またITP加療の効果もあり血小板数は $5.0 \times 10^4/\mu$ L以上で推移し、ESD後34日目に退院となった。OTSCは高額な費用が問題となるが、本症例のような難治性出血に対しては効果があり、もう少し早い段階での使用を検討すべきであった。また血小板数低値の患者に対し内視鏡治療を行う際の血小板数に関する明確な基準はないが、事前に血小板数の確認及び低値の場合は増加させた上で治療に臨むなどの対応も必要と考える。

ESD後出血, OTSC (Over-the-scope clip)

20 大腸ESD中にシングルバルーンオーバーチューブが腸管内に迷入し、内科的に抜去し得た一例

関東労災病院 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⁾
石井 侃^{1,2)}, 小林俊介^{1,2)}, 林 幹士^{1,2)}, 佐藤洋一郎^{1,2)}, 秋山ゆり¹⁾, 中尾友美^{1,2)}, 中崎奈都子¹⁾, 大森里紗¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾, 金子麗奈¹⁾, 鎌田健太郎¹⁾, 岸本有為^{1,2)}, 池原 孝^{1,2)}

症例: 67歳女性。便潜血を主訴に大腸内視鏡を施行したところ、上行結腸に3/4周性10cm大の0-IIa (LST-G mixed type)病変を認めた。大腸粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection: ESD)の適応と判断し、シングルバルーンオーバーチューブ(オリパス社; ST-CB1)使用下で治療用スコープ(PCF-290TI)を用いて大腸ESDを試みた。オーバーチューブ使用下でも操作性不良であり、根元まで挿入した状態で治療継続していたが、本人の体動時にオーバーチューブが腸管内に迷入した。透視にて直腸S状部に迷入したオーバーチューブを確認した。スネアでオーバーチューブの肛門側を把持し、牽引するも抜去不可であった。2本目の下部内視鏡をオーバーチューブに通し、口側から拡張用バルーンも用いてスコープ2本を同時に引いて抜去した。スコープをPCF-H290ZIに変更し、観察したところ、腸管内に粘膜損傷は見られたが、穿孔は認めなかった。PCF-H290ZIでは深部結腸での操作性が良好となったため、治療継続し病変を一括切除した。考察: スコープの操作性不良は大腸の治療における困難要因の一つである。様々なデバイスによる工夫がなされているが、本症例ではシングルバルーンオーバーチューブにおけるトラブルを経験した。トラブルシューティングの一助となるようにここに報告する。また、深部結腸のESDを行う場合は、治療用スコープにこだわることなく、操作性を考慮したスコープ選択も重要であると考える。

下部ESD, シングルバルーンオーバーチューブ

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科¹⁾、
昭和大学病院 臨床遺伝医療センター²⁾、
信州大学医学部脳神経内科, リウマチ・膠原病内科³⁾
飯高正典¹⁾、居軒和也¹⁾、樋口健佑¹⁾、鈴木統大¹⁾、中谷真也¹⁾、
菊池一生¹⁾、牛腸俊彦¹⁾、柳澤文人¹⁾、紺田健一³⁾、東條正幸¹⁾、
片桐 敦¹⁾、和泉美希子²⁾、岸田 大³⁾、吉田 仁¹⁾

症例は50歳の男性。家族歴として特記事項なし。40歳台から年1回程度で生じる腹痛および38度以上の発熱に対し、大腸憩室炎疑いで抗菌薬加療が行われ、その都度改善していた。症状の頻度は徐々に増加し、月1回に及び、精査加療目的に当院を紹介受診した。受診時の血液検査でCRP 13.47mg/dLと炎症反応上昇および腹部CTで小腸壁の軽度肥厚を認め、小腸炎の診断で入院した。入院後は、絶食・補液・抗菌薬加療で症状、血液検査結果ともに改善した。食事開始後も症状再燃なく、退院したが、腹痛、発熱は再燃し対症療法で改善することを繰り返した。症状間歇期には血液検査でも炎症反応含め異常所見を認めなかった。精査で施行した上下消化管内視鏡検査、腹部エコーおよび腹部MRIでは異常所見を認めなかった。また、腹部CTで認めた小腸壁肥厚の精査としてカプセル内視鏡検査、小腸内視鏡検査、メッケルシンチグラフィーを施行したが、異常所見を認めなかった。CRP値上昇を伴い約2日間続く38度以上の発熱を3回以上繰り返しており、発作間歇期にこれらが消失していること、および発熱時の随伴症状として腹痛を有していたことから、家族性地中海熱(familial Mediterranean fever: FMF)と診断した。コルヒチン(0.5mg/日)で加療開始し症状は消失した。遺伝カウンセリング後に施行した遺伝学的検査では、MEFV exon 10のM694Iのヘテロ接合体の変異が認められ、遺伝学的にもFMFと診断した。FMFの発作は自然寛解するが、頻回の発作は患者のQOLを低下させる。本邦のFMFは地中海地方と比べ発症年齢が高いことが特徴であり、成人発症型FMFは原因不明の発熱・腹痛の診療において考慮すべき病態と考えられた。診断に難渋したFMFの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

腹痛・発熱、MEFV exon 10のM694Iのヘテロ接合体の変異

東京労災病院 消化器内科
井上楠奈子、嵐山 真、南雲秀樹、折原慎弥、上田基文、
高橋伸太郎、吉峰尚幸、乾山光子、大場信之、西中川秀太

症例は86歳女性。202X年1月中旬より便秘、腹部膨満感、下腿浮腫が出現した。近医を受診したところ腹水貯留を指摘され、当院を紹介受診した。血液検査では貧血、低Alb血症、CRP上昇を認め、CA125U/mlと高値であった。胸腹部CTでは大量腹水貯留と大綱の結節状肥厚、腹膜肥厚を認め、明らかな原発巣は指摘できなかったが腹膜播種や癌性腹膜炎が疑われた。また、右肺上葉に石灰化結節を認めた。腹部超音波検査や内視鏡検査、婦人科検査では特記すべき異常所見は認めなかった。腹水穿刺を施行し、細胞診は陰性であったが腹水中ADA83.8IU/Lと高値であり、結核性腹膜炎が疑われた。腹水培養・PCRは抗酸菌陰性であったが、それらの検出率は低く補助診断として腹水中ADAが最も簡便かつ有効とされているため、結核性腹膜炎として抗結核剤3剤(isoniazid, rifampicin, ethambutol)による化学療法を開始した。治療開始後第8病日のCTで腹水は減少し、自覚症状も軽快し退院した。現在外来にて通院加療を行っている。結核性腹膜炎は全結核に対して0.1~0.7%と報告されており、本邦における結核の新規登録数は減っているが、結核性腹膜炎の割合は増加傾向にある。早期に診断し適切な治療を行えば予後は良好であるが、診断が遅延すると重症化し致死的ともなる疾患である。急性腹症や不明熱の精査中に診断されることがあり、しばしば婦人科悪性疾患と鑑別を要する。腹水からの結核菌の検出率は低いが、腹水のADAの測定が感度、特異度とも高く、投薬期間は従来の抗結核療法に準じ6ヶ月間は必要とされる。癌性腹膜炎との鑑別に苦慮した結核性腹膜炎の1例を経験したため報告する。

腹膜炎, 結核

東京医科大学病院 消化器内科
林 真里、中坪良輔、向井俊太郎、土屋貴愛、松波幸寿、永井一正、
殿塚亮祐、田中麗奈、石井健太郎、祖父尼淳、糸井隆夫

【はじめに】近年、関節リウマチ治療薬であるメトトレキサート(MTX)の使用頻度が増加し、MTXに起因するメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(methotrexate-associated lymphoproliferative disorders: MTX-LPD)の報告が散見される。今回、MTXでの関節リウマチの治療経過中に発生した後縦隔腫瘍に対して施行した超音波内視鏡下穿刺生検(Endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy: EUS-FNB)にてMTX-LPDが疑われ、MTXの休薬のみで腫瘍の縮小が確認できたことからMTX-LPDと診断した1例を経験したので報告する。【症例】60代、男性。200X年に関節リウマチを発症し、他院で治療を開始した。200X+2年からMTXとタクロリムスを併用し、治療経過は良好であった。200X+20年11月、造影CT検査で偶発的に後縦隔に40mm大の造影効果を有する類円形腫瘍を認めた。FDG-PET/CT検査でも同部位に集積を認めたが他に集積を有する腫瘍は認めなかった。身体所見では発熱や体重減少などの異常所見は認めず、血液検査ではsIL-2Rは軽度上昇していたがLDHは正常範囲内であった。後縦隔腫瘍に対して病理学的診断のためのEUS-FNB目的で当科に紹介となった。コンベックス型EUSによる経食道観察で、縦隔内に40×20mm大の境界明瞭で辺縁整、内部は均一な低エコー腫瘍を認め、22ゲージのFranseen形状針を用いてEUS-FNBを施行した(穿刺回数1回)。病理組織所見は、異型リンパ球の浸潤を認め、免疫染色でCD20、CD79aが陽性、Ki-67標識率は5%であり、MTX-LPDが疑われた。MTX休薬による経過観察を行い、200X+21年2月のCT検査で縦隔腫瘍は20mm大に縮小を認め、MTX-LPDの臨床診断となった。現在タクロリムス内服のみの治療を継続し6ヶ月間増悪なく経過している。【結語】MTXで治療中の関節リウマチ患者においてリンパ節腫大や節外性腫瘍を認めた場合には、MTX-LPDを考慮して生検による診断確定を行う必要がある。

EUS-FNB, メトトレキサート

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科
杉本 啓、水出雅文、勝田景統、地主龍平、千谷奈花、宮口和也、
小川智也、齊藤陽一、中野佑哉、藤田 曜、田島知明、谷坂優樹、
真下由美、良沢昭銘

【症例】70代男性【現病歴】3年前より高血圧症に対して内服加療を開始。血圧コントロール不良でありスクリーニング目的でCTを撮影したところ、左副腎に隣接した43mm大の不均一な造影効果のある腫瘍を認めた。またMRIでは血性成分を含有した囊胞変性を伴う副腎腫瘍であった。精査加療目的で当院に紹介となった。【臨床経過】内分泌学的検査により、腫瘍による潜在性クッシング症候群と原発性アルドステロン症が示唆された。また24時間尿中メタネフリン量とノルメタネフリン量の上昇はなく、123I-MIBGシンチグラフィーでは腫瘍の集積はなく、褐色細胞腫を強く示唆する所見はなかった。副腎皮質癌を第1に考え、その他に悪性リンパ腫や多臓器癌の副腎転移を鑑別に挙げた。外科的治療を予定し、その術前診断のため、超音波内視鏡下穿刺吸引法(endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: EUS-FNA)を実施した。超音波内視鏡では左副腎に隣接した38mm大の類円形の囊胞変性を伴う腫瘍を認めた。同腫瘍に対して22G穿刺針で2回穿刺を実施し、病理組織学的診断にて副腎皮質癌の診断を得たうえで、副腎摘除術を行った。【考察】副腎皮質癌は稀な腫瘍で予後不良とされており、診断時は手術困難なことも少なくない。本症例は、EUS-FNAにより副腎皮質癌と術前診断が可能であり、根治術が得られた。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

副腎皮質癌, EUS-FNA

東邦大学医療センター大森病院

中川皓貴, 岡野直樹, 伊藤 謙, 宅間健介, 岩崎 将, 渡辺浩二, 木村祐介, 水谷沙織, 岡田奈央子, 五十嵐良典, 栃木直文, 渋谷和俊

症例は50歳女性。発熱、上腹部痛、視力低下を主訴に受診、血液検査で著明な炎症反応上昇と肝胆系酵素の上昇を認めた。造影CT検査で肝両葉に多発するリング状濃染を呈する低吸収域および多発する子宮腫瘍と子宮後壁に内部にガスを有する低吸収域を認めた。骨盤内単純MRIでは子宮底部、体部筋層内に筋腫と思われる多発性腫瘍を認めた。子宮後壁の腫瘍はT2強調画像で低信号から高信号が混在した不均一な像を呈しており、脂肪抑制T1強調画像で軽度高信号を呈していた。また、ガスを疑う無信号域が多発しており、拡散強調画像でも不均一な高信号を呈していた。血液培養から*Klebsiella pneumoniae*が検出され、感染性子宮筋腫および多発性肝膿瘍、細菌性内炎が考えられた。抗菌薬投与による保存的加療にて経過観察していたが、第5病日より激しい下腹部痛を来とし、子宮後壁のガス像が増悪した。第13病日に施行した造影CT検査では肝内および子宮内の液体貯留は縮小傾向であったが軽度であった。感染性子宮筋腫は子宮筋層内に存在しドレーナージ困難であったこと、抗菌薬治療のみで感染コントロールがつかなかったことから第24病日に腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行した。摘出した子宮は小児頭大に腫大し、後壁の筋腫を切開すると茶色の組織液が流出した。子宮筋層内の膿瘍は培養結果陰性であった。付属器は特記すべき異常は認めなかった。病理組織学検査では変性子宮筋腫と子宮腺筋症であり、悪性腫瘍の合併は認めなかった。第39病日の造影CTで多発性肝膿瘍は著明に縮小し、骨盤内の膿瘍再燃は認めなかった。術後経過良好であり第42病日に退院した。変性子宮筋腫は時に感染を伴い治療に難渋することがある。今回多発性肝膿瘍を伴い子宮全摘術により治療した感染性子宮筋腫を経験したため、文献的考察を加え報告する。

肝膿瘍, pyomyoma

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座¹⁾, 同 病理診断学講座²⁾嘉島 賢¹⁾, 山宮 知¹⁾, 久野木康仁¹⁾, 佐久間文¹⁾, 吉田栄継¹⁾, 山浦正道¹⁾, 水口貴仁¹⁾, 永島一憲¹⁾, 井澤直哉¹⁾, 小野崎聖人²⁾, 大和田温子²⁾, 石田和之²⁾, 入澤篤志¹⁾

【症例】70歳代, 女性【主訴】皮膚黄染【現病歴】20XX年Y月に皮膚黄染を自覚し前医を受診した。血液検査にて肝胆系酵素上昇を指摘された。精査加療目的に当院当科を紹介され受診した。腹部造影CTにて肝門部腫瘍を指摘され入院した。【既往歴】気管支喘息, 脂質異常症【身体所見】血圧115/70mmHg, 心拍数115回/分, 呼吸数16回/分, 体温36.3℃, SpO2 98% (room air), 眼球結膜及び皮膚の黄染を認める。腹部: 平坦・軟で圧痛なし【血液検査所見】WBC 6,100/ μ L, Hb 13.2g/dL, Plt 26.7 $\times$ 104/ μ L, AST 210U/L, ALT 430U/L, ALP 1557U/L, GGT 561U/L, T-Bil 8.6mg, D-Bil 6.5mg, BUN 11.0mg/dL, Cr 0.49mg/dL, Na 136mEq/L, K 3.6mEq/L, Cl 105mEq/L, CRP 0.91mg/dL, CEA 25.97ng/mL【画像検査所見】腹部造影CT: 肝門部に約60mm大の腫瘍性病変を認めた。肝内胆管の拡張と肝外胆管の狭小化・壁肥厚像を認めた。両側肝動脈浸潤を認めた。【経過】肝門部胆管狭窄による閉塞性黄疸と診断し、第2病日に内視鏡的逆行性胆管造影 (ERCP) を施行した。胆管造影ではBismuth IIIa型の肝門部胆管狭窄を認めた。胆管狭窄部より胆管生検を施行し、胆管ドレーナージ目的に左右肝管にプラスチックステントを留置した。病理組織学的所見は、印環細胞癌の形態をとる低分化腺癌が示唆された。胆道系の腺癌としては稀な組織形態であるため原発巣精査を行った。PET-CTでは肝門部から遠位胆管にかけて中等度のFDG集積亢進部位 (SUV max=6.07) を認めた。他に原発巣とならうる所見は認めなかった。上下部消化管内視鏡検査においても明らかな異常所見を認めなかった。以上より、胆管原発の印環細胞癌と診断した。肝門部胆管癌cStage IVa) に対し、ゲムシタビン・シスプラチンによる全身化学療法を導入した。以後、化学療法を継続しており、Y+3月の血液検査にてCEAは6.51ng/mLに低下した。【結語】胆管原発の印環細胞癌は極めてまれで、その予後は不良とされているにも関わらず有効な化学療法は確立していない。本症例は化学療法が著効したと考えられ、今後慎重に治療経過を観察する必要がある。

胆管癌, 印環細胞癌

武蔵野赤十字病院 消化器科¹⁾東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野²⁾掛川達矢¹⁾, 土谷 薫¹⁾, 安井 豊¹⁾, 田中雄紀¹⁾, 石堂 舜¹⁾, 稲田賢人¹⁾, 山下洗司¹⁾, 早川優香¹⁾, 延澤 翼¹⁾, 松本浩明¹⁾, 樋口麻友¹⁾, 高浦健太¹⁾, 田中将平¹⁾, 金子 舜¹⁾, 前屋敷千明¹⁾, 中西裕之¹⁾, 杉本勝俊²⁾, 黒崎雅之¹⁾, 糸井隆夫²⁾, 泉 並木¹⁾

症例は75歳, 男性。X年にS8 2.8cmの肝細胞癌およびChild-Pugh Aのアルコール性肝硬変にて当科紹介受診、ラジオ波焼灼療法を行い、その後も再発に対して局所療法を施行した。X+3年に肝内再発、胸骨転移、肋骨転移、肺転移の診断となり、他院で陽子線治療を行った。その後、肝内病変は制御されるも肺転移が増大し、右横隔膜上に播種と思われる病変も出現したためX+8年にレンパチニブを導入、投与後13ヶ月stable diseaseを維持した。X+10年にAFPの上昇およびgrade2の下痢でperformance status(PS)も低下していたため、二次治療としてアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法を開始した。4コース施行後(投与開始約10週後)のCTで肺転移は28%増大を認め、RECIST基準(ver. 1.1)ではprogressive diseaseと判定した。一方で上昇傾向であったAFPは低下し、新規病変もなくPSが良好に維持されていたため治療を継続した。7コース施行後(投与開始約20週後)のCTでは治療前と比較して肺転移、右横隔膜播種は46%縮小しpartial responseの判定となり、現在も治療を継続している。免疫チェックポイント阻害剤では腫瘍増大後に腫瘍縮小を認めることがあると報告されているが、肝細胞癌における同事象の報告は未だ少ない。今回我々は肝細胞癌におけるアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法中にpseudoprogressionを経験したため文献的考察を加え報告する。

pseudoprogression, 肝細胞癌

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⁾賀光大生¹⁾, 藤川博敏¹⁾, 中河原浩史¹⁾, 金子桂士¹⁾, 菊田大一郎¹⁾, 河田 州¹⁾, 森山光彦²⁾

【症例】81歳男性【主訴】特になし【現病歴】2型糖尿病と脂質異常症で近医外来を通院中、定期受診の血液検査でAST 193 U/L、ALT 28 U/L、 γ -GTP 241 U/Lの肝障害と腹部超音波検査で肝腫瘍を認め、精査目的に20XX年Y月に当科を紹介受診した。腫瘍マーカーはAFP 9459 ng/mL、PIVKA-II 77400 MAU/mLと高値であった。造影CT検査で肝右葉に血管侵襲(Vps, Vvs)を伴う最大径13 cmの境界明瞭な多血性腫瘍および多発肺転移を認め、肝細胞癌(HCC) cT4N0M1 Stage IVBと診断した。肝炎ウイルスマーカーは陰性でICGを含めた肝予備能からは非腫瘍部は正常肝と推測した。Y+1月からレンパチニブ8 mg/日の治療を開始した。Y+2月の造影CTでは腫瘍の動脈相濃染は消失し、多発肺転移の一部は縮小、一部は増大しておりPRであった。また手足症候群と潜在的甲状腺機能低下症を発症したため、チラーヂンの内服を開始した。Y+5月の血液検査で好酸球数の上昇傾向を認め、Y+6月には好酸球37.9%、4050個/ μ Lと増悪を認めたためレンパチニブ4 mg/日に減量し、好酸球数は改善した。Y+9月の造影CT検査でもHCCの動脈相濃染は認めず、多発肺転移も縮小を認めPRであり、AFP 362 ng/mL、PIVKA-II 209 MAU/mLまで改善した。Y+11月の造影CTでは腫瘍辺縁に造影効果を認め、腫瘍マーカーも再度上昇傾向のため腹部血管造影を行ったところ腫瘍の辺縁にA7、前区域枝から供血される腫瘍濃染を認めたため、DEB-TACEを追加治療し、現在に至る。

【考察】高齢のcStage IVBの巨大肝細胞癌患者に対してレンパチニブによる治療を開始し、好酸球増多症、潜在的甲状腺機能低下症、手足症候群など多彩な副作用を呈したが、奏功(PR)した一例を経験した。レンパチニブによる好酸球増多症の報告は極めて少なく、貴重な症例と思われる、文献的考察をふまえて報告する。

肝細胞癌, レンパチニブ

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

藤原希彩子, 近藤孝行, 宇野澤秀美, 小川慶太, 石野貴雅,
中川美由貴, 岩永光巨, 藤田尚人, 佐久間崇文, 神崎洋彰,
興栢慧輔, 小林和史, 中村昌人, 清野宗一郎, 叶川直哉,
小笠原定久, 中本晋吾, 千葉哲博, 加藤 順, 加藤直也

【はじめに】ストーマ静脈瘤は、門脈圧亢進症を併発したストーマ造設患者にみられる合併症である。今回我々は、アルコール性肝硬変に合併した結腸ストーマ静脈瘤に対し、ポリドカノールを用いたフォームを使用し、直接穿刺による硬化療法が奏功した出血性ストーマ静脈瘤を経験したので報告する。【症例】症例は76歳男性。X-8年直腸癌に対しHartmann手術を施行し、同時期よりアルコール性肝硬変・食道静脈瘤も認め経過をみていた。X-1年10月肝細胞癌を認め当院受診された。X-1年12月肝動脈化学塞栓術(TACE)施行するも、腫瘍の急速な増大に加え門脈腫瘍栓(PVTT)も認め、放射線治療後X年2月よりレンパチニブ内服を開始した。X年3月門脈本幹に血栓を認め、抗凝薬開始前の上部消化管内視鏡検査で食道静脈瘤再発を認めた。X年4月大量腹水による腹部膨満で救急受診され入院。利尿剤増量・アルブミン投与でも腹水改善せず、食道静脈瘤に対し内視鏡的結紮術(EVL)を施行した。EVL後、門脈血栓に対し低分子ヘパリン投与を開始したが、投与翌日ストーマからの下血を認めた。下部消化管内視鏡検査では静脈瘤確認できないも、CTではストーマ周囲の静脈拡張があり、治療適応と判断した。腹水のため経皮経肝静脈瘤閉塞術は困難であり、静脈瘤直接穿刺による塞栓術を行う方針となった。腹壁外のストーマ静脈瘤供血路をエコーガイド下で直接穿刺し、下腸間膜静脈まで4Frシースを留置した後、結腸枝より末梢のストーマ寄りの血管内をコイルングおよび50%のヒストアクリル0.5mLを注入し供血路の血流を遮断。コードに比べCO2で静脈瘤が良好に造影されたため、塞栓目的に3%ポリドカノール2mL・空気8mLを混合したフォームを2mL、3%ポリドカノール2mL・リピオドール4mL・空気6mLを混合したフォームを1mL静脈瘤内に注入し、腹部超音波・CTにて静脈瘤が血栓傾向であることを確認した。術後下血再燃なく抗凝薬内服に変更し退院となった。【結語】腹水を伴うストーマ静脈瘤に対し、直接穿刺により経静脈的に供血路を塞栓後、フォーム硬化療法を行う事は有用であると考えられた。

ストーマ静脈瘤, フォーム硬化療法

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,済生会横浜市東部病院 消化器内科²⁾氏田 互¹⁾, 岩崎 将¹⁾, 星 健介²⁾, 野上 章²⁾, 並木萌子¹⁾,
鈴木雄太²⁾, 佐藤真司²⁾, 馬場 毅²⁾, 大久保雄介²⁾, 中野 茂²⁾,
五十嵐良典¹⁾

症例は72歳の女性。胆嚢癌・肝転移にて外来化学療法を施行しており、右側腹部痛にて当院を受診。血液検査にて炎症反応の上昇を認め、CTにて胆嚢癌の右季肋部への直接浸潤と腹壁内に膿瘍形成を認め入院加療となる。第1病日からTAZ/PIPCを開始し、第6病日に開窓術とドレーン留置によるドレナージを施行し膿汁・血性排液を認めた。炎症反応と自覚症状は改善傾向を認めたが、今後緩和病院への転院方針となり、第11病日にドレーンを抜去。その後炎症反応は増悪傾向であったが、自覚症状の再燃なくCTR投与のみ継続とし、第26病日に緩和病院へ転院した。胆嚢癌の腹壁への直接浸潤による瘻孔形成の例は報告例が稀であるが、疼痛や腫脹・発赤などの主訴で受診する例が多い。成因としては自験例では胆嚢癌が直接腹壁に浸潤し瘻孔を形成したと考えられたが、他に胆嚢底部と腹壁が炎症性に癒着した後に穿通する例もある。治療として外科的切除例が多いが、自験例では適応なくドレナージのみを施行した。若干の文献的考察を交えて症例報告をする。

胆嚢癌, 胆嚢腹壁瘻

東京ベイ浦安・市川医療センター 消化器内科¹⁾,同 IVR 科²⁾, 同 感染症科³⁾加藤 綾¹⁾, 船越 拓²⁾, 織田鍊太郎³⁾, 山口恵梨子¹⁾, 岡本梨沙¹⁾, 本村康明¹⁾

【症例】70代, 男性。【主訴】吐血【現病歴】数日前からの黒色便, 受診同日に吐血があり救急要請。【既往歴】10年前に前立腺癌摘出術。【内服薬】ロスバスタチン 2.5 mg, アロプリノール 100 mg。【生活歴】飲酒, 喫煙なし。【臨床経過】受診時ショック状態であり、緊急上部消化管内視鏡検査を行った。十二指腸下脚に大量の凝血塊と共に活動性出血を認めるも出血源の特定は出来なかった。造影CT検査で脾頭部付近に乏血性腫瘍, 同部位に高度の門脈狭窄と、十二指腸に発達した求肝性側副血行路があることが判明した。門脈狭窄による十二指腸静脈瘤破裂と考えたが、輸血により血圧が安定したため追加処置はせずICUに入室した。第8病日に静脈瘤破裂予防的に経皮経肝的静脈瘤硬化術と門脈ステント挿入術を行った。門脈狭窄の原因となった脾頭部近傍の腫瘍に関して、当初は通常型瘻瘍と考えたがEUS-FNAで類上皮肉芽腫が検出され、結核性リンパ節炎を疑った。EUS-FNAを再検したが抗酸菌培養やチールニールセン染色は陰性であり、再度検査入院を組む方針として一旦退院した。退院から約1ヶ月後に発熱, 肝障害, 汎血球減少を呈し再入院した。肝生検では脾近傍腫瘍と同様に類上皮肉芽腫を認めチールニールセン染色陽性となり、血液の結核菌の培養およびPCRも陽性と判明, 粟粒結核による結核性リンパ節炎, 血球貪食症候群と診断した。抗結核薬による治療を開始し全身状態は改善傾向である。【考察】十二指腸静脈瘤の最も多い原因は肝硬変だが、肝外門脈閉塞症が原因となることもある。肝外門脈閉塞症を見たときには、瘻瘍や血栓の他に稀な疾患ではあるが腹部結核性リンパ節炎も鑑別に含める必要がある。また、今回は一度目の生検では診断に至らなかったが、血液の抗酸菌培養や肝生検から確定診断に至った。結核菌は検体から証明するのが困難な感染症であり、疑わしい場合には複数回検体を採取することが診断に繋がる。

十二指腸静脈瘤, 結核性リンパ節炎

昭和大学藤が丘病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾,
同 臨床病理診断科³⁾野田 淳¹⁾, 高野祐一¹⁾, 山脇将貴¹⁾, 浅見哲史¹⁾, 小林孝弘¹⁾,新谷文崇¹⁾, 高橋裕季²⁾, 若林哲司²⁾, 松尾憲一²⁾, 田中邦哉²⁾,楯 玄秀³⁾, 小川高史³⁾, 長濱正亜¹⁾

症例は47歳男性。一週間前からの心窩部痛・発熱を主訴に前医を受診した。腹部CTでは胆嚢が著明に腫大し腹腔にairを伴っていた。胆嚢壁構造は一部で不明瞭であり、壊疽性胆嚢炎と診断された。CTガイド下ドレナージを施行し炎症は改善した。HbA1c 14%と高度の糖尿病がありインスリン療法が導入された。ドレーン留置のまま4か月後に胆嚢摘出術が予定されたが、血清CEA 29.8ng/mLと上昇をみとめ当院に精査目的に紹介となった。上部・下部消化管内視鏡検査では腫瘍性病変を認めなかった。EUSを施行すると膵管と胆管は十二指腸壁外で合流し共通管を形成していた。ERCPを施行し膵胆管合流異常症と確定診断した。胆汁中AMYは130767U/Lと高値であった。胆汁細胞診では悪性所見を認めず、腫大した肝十二指腸間膜のリンパ節からEUS-FNAを施行し細胞診でClassIIIであった。病理学的な確認はないものの胆嚢癌を疑い開腹手術を施行した。腹腔内には播種と思われる多数の結節がみられ、胆嚢壁の一部とリンパ節を術中迅速病理に提出したところ印環細胞癌が検出された。非切除と判断し胃空腸バイパス・腸瘻増設を施行し、化学療法を導入した。稀な症例と考えられ、文献的考察とともに報告する。

胆总管合流異常, 胆嚢印環細胞癌

独立行政法人国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科¹⁾、
横浜労災病院 消化器内科²⁾
鈴木雅人¹⁾、関野雄典²⁾、野中 敬¹⁾、松島昭三¹⁾、小松達司¹⁾

【背景・背景】膀胱腫瘍病変に対するEUS-FNA/Bは正診率が高く、合併症発生率も非常に低い検査である。しかし、穿刺回数が増えるほどneedle tract seedingのリスクは増加するため、不必要な穿刺は避けるべきである。近年、ROSEが穿刺回数の減少や適正な検体採取に有用であるとされているが、人員の問題から多くの病院では導入できておらず、そのような環境での最適な穿刺回数を検討した。【対象と方法】2019年4月から2020年9月までに、膀胱腫瘍に対してEUS-FNA/Bを行った連続64人67例を対象に検討を行った。症例は後ろ向きに情報収集を行い最適な穿刺回数と初回の穿刺で診断が確定した因子について検討した。最適な穿刺回数については、穿刺を重ねることによる診断感度の上昇が5%未満の場合とした。初回の穿刺で診断が確定した因子については単変量解析および多変量解析を行い検討した。【結果】年齢中央値は70.5歳(32-86)、男女比32:32、膀胱部病変32例、膀胱尾部病変35例であった。疾患は膀胱癌48例、神経内分泌腫瘍7例、慢性膀胱炎5例、その他8例であった。病変径は20mm未満が24例、20mm以上が42例であり、使用した穿刺針は22G フランシオン形状針(Acquire, Boston Scientific社) 43例、22G ランセット形状針 22例(EZ shot 3 plus, Olympus社)、その他2例であった。67例全体での診断感度は90%(60/67)であった。穿刺回数を重ねることによる診断感度は79%/81%/90%/90%(1回目/2回目/3回目/4回目)であり、3回が最適な穿刺回数であった。初回の穿刺で診断が確定した因子については22G フランシオン形状針のみが検出された。22G フランシオン形状針に限った検討では、穿刺回数を重ねることによる診断感度は93%/95%/98%/98%(1回目/2回目/3回目/4回目)であった。【考察・結論】ROSEが導入されていない環境での、膀胱腫瘍に対するEUS-FNA/Bの最適な穿刺回数は3回であった。22G フランシオン形状針で穿刺した場合の最適な穿刺回数は1回であった。ただし、後ろ向きの検討であり今後安全で確実な診断をつけるため更なる検討を要する。

膀胱腫瘍, EUS-FNA

オビヌツズマブ・ベンダムスチン併用療法が奏功した
膀胱癌性リンパ腫の2例報告

がん研究会有明病院 肝胆脾内科¹⁾、同 病理部²⁾
岡本武士¹⁾、佐々木隆¹⁾、高松 学²⁾、森千奈津¹⁾、三重亮文¹⁾、
古川貴光¹⁾、山田悠人¹⁾、武田剛志¹⁾、春日章良¹⁾、松山真人¹⁾、
尾阪将人¹⁾、笹平直樹¹⁾

【症例1】67歳男性。腹部超音波検査にて脾臓部に多発する腫瘍を指摘され当科紹介となった。PET/CTでは脾臓部(SUVmax 6.7)および傍大動脈リンパ節(SUVmax 2.4)に集積を認めた。超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行し、濾胞性リンパ腫(G1-2、Stage II、FLIPI 1 (age))の診断となった。オビヌツズマブ・ベンダムスチン併用(GB)療法6コース施行後に完全寛解が確認された。オビヌツズマブ維持療法に移行後9ヶ月において寛解を維持している。【症例2】70歳男性。膀胱腫瘍精査目的に当科紹介となった。EUS-FNAを3回施行するも、非特異的なリンパ球浸潤を認め、明らかな腫瘍性変化を確認できなかった。徐々に腹部リンパ節の増大を認め、PET/CTでは脾臓大(SUVmax 4.1)に加えて左鎖骨上窩・縦郭・腹腔内リンパ節腫大を認めた。腹腔鏡下リンパ節生検にて濾胞性リンパ腫(G1-2、Stage IIIA、FLIPI 1 (age))の診断となった。GB療法6コース施行後に完全寛解が確認され、オビヌツズマブ維持療法に移行後6ヶ月において寛解を維持している。【考察】脾悪性リンパ腫は悪性リンパ腫の0.1%、脾原発腫瘍の0.2%を占める非常に稀な疾患である。びまん性大細胞性B細胞リンパ腫が最も多く、高齢男性に好発する。CD20治療薬オビヌツズマブは濾胞性リンパ腫の一次治療として承認されているが、脾濾胞性リンパ腫における効果は報告されていない。GB療法にて完全寛解に至り、オビヌツズマブ単剤による寛解を維持している脾濾胞性リンパ腫の2例を経験したため、文献の考察を加えて報告する。

膀胱腫瘍, 悪性リンパ腫

がん研究会有明病院 肝胆脾内科¹⁾、同 画像診断部²⁾、
同 病理部³⁾
森千奈津¹⁾、佐々木隆¹⁾、平塚真生子²⁾、高松 学²⁾、三重亮文¹⁾、
古川貴光¹⁾、山田悠人¹⁾、岡本武士¹⁾、武田剛志¹⁾、春日章良¹⁾、
松山真人¹⁾、尾阪将人¹⁾、笹平直樹¹⁾

【症例】50代、男性。【主訴】なし。【現病歴】20XX年人間ドックの造影CT検査で15mm大の脾臓部腫瘍を指摘され、当院を紹介受診した。【既往歴】脊髄腫瘍(30歳頃 神経鞘腫の診断で経過観察中)、高血圧症、うつ病、【生活歴】喫煙なし、飲酒なし。【臨床経過】血液検査でCEA、CA19-9は陰性であった。造影CT検査では、総肝動脈直下の脾臓部上縁に、漸増性に不均一な造影効果の増強を認める境界明瞭で辺縁整な15mm大の腫瘍性病変を認めた。腫瘍は部分的に脾実質と連続しているが、半周以上は脾実質や門脈との間に脂肪組織が介在していた。なお他院で施行された20XX-8年の単純CT検査があり、それと比較して明らかな増大はなかった。MRI検査では、同腫瘍はT2WIで不均一に高信号で周囲に被膜を有した。なおTh11-12右椎間孔にT2WIで高信号の既知の脊髄神経鞘腫を認めた。臨床経過、CT・MRI画像から神経鞘腫が鑑別疾患として挙げられ、本人の希望もあり確定診断目的にEUS-FNAを施行した。EUSでは脾臓部に15mm大の境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍が描出され、周囲の脾実質に対しbeak signを示した。十二指腸下行部から22G FNB針を使用し2回穿刺した。病理組織は、細胞密度の低い紡錘形細胞腫瘍であり、免疫染色でS-100(+), CD117(-), CD34(-), SMA(-)を示した。以上より、神経鞘腫と診断され近医で経過観察となった。【考察】神経鞘腫はSchwann細胞より発生した腫瘍として1910年に初めて報告され、脊髄、脳神経、頸部、四肢などから発生するものが多い。一方で、脾病変は極めて稀である。これまでは外科的切除により確定診断が得られている報告が多いが、近年のFNB針の登場により免疫染色も可能となっており、確定診断が付きやすくなっている。脾神経鞘腫の明確な悪性性基準はないため、軟部組織に発生する悪性末梢神経鞘腫の診断基準がしばしば代用される。本症例は腫瘍径、核分裂像、細胞密度などから悪性は疑われない。経過観察の方針となった。【結語】EUS-FNAによって確定診断を得た脾神経鞘腫の1例を経験した。

脾神経鞘腫, EUS-FNA

術後の胆・膵管狭窄による閉塞性黄疸、腹腔内腫瘍、
腎被膜下腫瘍に対して施行した超音波内視鏡下胆
管、膵管、腫瘍ドレナージ術が奏功した一例

順天堂大学医学部医学科 順天堂医院¹⁾、同 練馬病院²⁾
壁村大至¹⁾、富嶋 享¹⁾、池村宗朗¹⁾、太田寛人¹⁾、牛尾真子¹⁾、
福岡泰斗¹⁾、抜川真由子¹⁾、高橋 翔¹⁾、鈴木彬実¹⁾、高崎祐介¹⁾、
伊藤光一¹⁾、石井重登¹⁾、竹田 努¹⁾、藤澤聡郎¹⁾、池嶋健一¹⁾、
椎名秀一朗¹⁾、永原章仁¹⁾、伊佐山浩通¹⁾

【症例】28歳男性【既往歴】H. pylori感染胃炎【現病歴】潰瘍瘢痕に伴う十二指腸狭窄(球部-上十二指腸角)に対し、2020年1月に開腹下幽門側胃十二指腸切除・Billroth I法再建術を施行した。術後に乳頭部付近の胆膵管狭窄に起因する膵液瘻と閉塞性黄疸が出現、経皮的腹腔・胆嚢ドレナージチューブ留置にて膵液瘻は改善したが、胆管炎を繰り返したために8月に当科に紹介された。内視鏡的にファーター乳頭が確認できなかったため、超音波内視鏡下胆道ドレナージ(EUS-HGS)を施行した。10月に発熱と左側腹部痛で来院、炎症反応高値、腹部CTで脾門部腫瘍(6.7×6.2cm)と特徴的な画像を呈する左腎被膜下腫瘍(14.1×10.4cm)を認め入院となった。【入院後経過】2ヶ所の腫瘍に対してそれぞれEUS下腫瘍ドレナージ術(EUS-AD)を施行し、プラスチックステント(PS)を挿入した。穿刺液は何れも膿性で、腫瘍素高値(Amy 16284 U/L)であった。また、EUS下膵管ドレナージ術を追加し膵液の排泄路を確保した。手技中の造影で頭部主膵管は完全に閉塞しており、尾側膵管から腫瘍腔へ造影剤の流出を認めた。術後、腫瘍腔は縮小し、炎症反応の改善を認めた。3か月後のCTで腫瘍は消失し、PS抜去後も再発なく経過している。【考察】本症例は、胆管・膵管・腫瘍(2ヶ所)のそれぞれに対してEUS下ドレナージを施行し、低侵襲に臨床症状の改善が得られた。脾門部腫瘍は仮性嚢胞と考えられたが、腎被膜下腫瘍については漏出した膵液が穿破し、特異的な画像を呈したものと考えた。しかし、同様の症例は検索し得た文献では認めず稀な病態と考えられた。【結語】幽門側胃十二指腸切除後の胆管狭窄による閉塞性黄疸及び膵管狭窄による腹腔内腫瘍、腎被膜下腫瘍に対して複数のEUS下ドレナージが有効だった症例を経験した。

interventional EUS, 腎被膜下腫瘍

東邦大学医療センター大森病院 内科学講座消化器内科学分野(大森)¹⁾, 同 内科学講座神経内科学分野(大森)²⁾, 同 病院病理学講座(大森)³⁾, 若林宗弘¹⁾, 山口和久¹⁾, 宅間健介¹⁾, 小原大和¹⁾, 穴戸泰紀¹⁾, 小川友里恵¹⁾, 新井典岳¹⁾, 菊池由宜¹⁾, 森岡治美²⁾, 狩野 修²⁾, 若山 恵³⁾, 渋谷和俊³⁾, 五十嵐良典¹⁾

【背景】Trousseau症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固異常により様々な血栓塞栓症を生じる病態で傍腫瘍性症候群の1つとされる。今回、Groove痔瘻の診断後にTrousseau症候群をきたした1例を経験したので報告する。【症例】79歳、女性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】2021年3月上旬より心窩部痛を主訴に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査で十二指腸狭窄を認めた。3月中旬に当院を紹介受診し精査加療の目的で入院した。血液検査で肝胆系酵素高値と貧血を認め、腫瘍マーカーであるCA19-9は100542 U/mlと高値を示していた。腹部造影CT検査でGroove領域、十二指腸への浸潤を伴うφ25mm大の乏血性腫瘍と多発肝腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行し十二指腸下行部狭窄の潰瘍面より生検を行った。病理診断はAdenocarcinomaであった。以上よりGroove痔瘻 cT3N1M1(HEP) cStage4と診断した。第7病日に十二指腸ステント留置術を行い経口摂取再開し、化学療法の方針となった。第10病日に左半身の不全麻痺と構音障害を認め、頭部MRI検査で両側大脳半球に血流支配に一致しない新規の多発梗塞巣を認め、Trousseau症候群と診断した。ヘパリンNaの持続点滴とエダラボンを開始し、第40病日に緩和ケア病棟へ転院した。【考察】Trousseau症候群は、腫瘍細胞由来の組織因子による外因系凝固機構の活性化により、動脈・静脈血栓症が生じる病態である。痔瘻におけるTrousseau症候群の合併症例はこれまで報告が散見されており、発生の機序として腺癌から分泌されるムチンが第10因子を活性化することが一因とされている。われわれが医学中央雑誌にて「Groove痔瘻」「Trousseau症候群」のキーワードで検索した結果、これまでに該当する報告は認めなかった。今回、Trousseau症候群をきたしたGroove痔瘻の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Groove痔瘻, Trousseau症候群

がん研究会有明病院 肝胆脾内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 山田悠人¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 高松 学²⁾, 森千奈津¹⁾, 三重亮文¹⁾, 古川貴光¹⁾, 岡本武士¹⁾, 武田剛志¹⁾, 春日章良¹⁾, 松山真人¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 笹平直樹¹⁾

症例は67歳女性。201X年7月、人間ドックの腹部超音波検査で膵腫瘍を指摘され、8月に当科紹介となった。血液検査では、CA19-9 269 U/mlと上昇を認めた。造影CT検査では膵体部に動脈早期相で低吸収域、遅延相で増進性の造影効果を示す14 mm大の辺縁不整な腫瘍性病変を認めた。尾側膵管は拡張し、腫瘍は脾動脈に接触していたが、その他主要血管との接触や明らかな周囲臓器への直接浸潤を認めなかった。EUSでも膵体部に11 mm大の不整形な低エコー腫瘍として描出された。PET-CTでは膵腫瘍に一致してSUVmax = 5.0のFDG集積亢進を認めた。その他モダリティでも明らかな遠隔転移を認めなかった。以上より、切除可能膵体部癌cT3N0M0 stageIIAと画像診断した。当時の当院標準診療としてEUS-FNAなしでupfront手術の方針で、9月に膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的所見では、中分化型管状腺癌pT3N1aM0 stageIIBであり、腹膜への露出は認めなかった。術後補助S-1療法が6か月間施行されたが、201X+1年6月に肺転移再発を認め、GEM+nab-PTX療法を開始。201X+1年12月に腫瘍増悪のためmodified FOLFIRINOX療法へ変更。201X+2年3月に無症候性肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症のためrivaroxabanを開始。血栓の縮小を認めたため化学療法を継続したが、腫瘍増悪のため201X+2年9月にGEM+erlotinib療法に変更した。しかしそのすぐ後に、黒色便と貧血進行を認め緊急入院。造影CT検査で胃に多発した壁肥厚を認め、他に明らかな出血源を認めなかった。上部消化管内視鏡では、胃体部から穹隆部にかけて、delleを伴う易出血性の粘膜下腫瘍が多発していた。生検所見は中分化型管状腺癌であり、切除した腫瘍と類似した病理組織像であったため、膵癌の多発胃転移と診断した。rivaroxaban中止のうえで止血目的の緩和照射(30Gr/10Fr)を施行したが、貧血コントロール不良、肺転移増悪のため緩和治療の方針となり、201X+2年11月に永眠された。今回、膵体部癌術後2年で多発胃転移を認めた症例を経験した。膵癌の胃転移は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

膵癌, 胃転移

偶発的に指摘された、膵管内乳頭状粘液性腫瘍に伴った膵管内気腫の1例

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院¹⁾, 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科²⁾, 中尾友美¹⁾, 鎌田健太郎¹⁾, 林 幹士¹⁾, 佐藤洋一郎¹⁾, 石井 侃¹⁾, 中崎孝子¹⁾, 小林俊介¹⁾, 大森里紗¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾, 金子麗奈¹⁾, 岸本有為¹⁾, 池原 孝¹⁾, 五十嵐良典²⁾

【背景】膵管内気腫は稀な病態であり、医原的または何らかの疾患により膵管瘻孔をきたした症例や、膵炎や胆管炎に関連した症例の報告が大半である。【症例経過】症例は70歳男性。X-1年に施行された造影CTでは膵に異常を認めなかった。X年7月上旬上部消化管内視鏡で早期胃癌を認め、遠隔転移検索目的に単純CTを施行したところ、偶発的に膵頭部囊胞、膵頭部から膵体部にかけて断続する主膵管内のair densityを認め、膵管内気腫と診断した。早期胃癌に対しては内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し、治癒切除であった。十二指腸鏡で乳頭部を観察すると、乳頭には開口部が2か所観察され、膵胆管分離開口と考えられた。膵管開口部は軽度開大していた。同年8月に施行した造影CTでは膵管内気腫は消失しており、6-7mmの主膵管拡張と膵頭部の約20mmの囊胞性病変を認めた。MRCPでは膵頭部に約20mmのT1で低信号、T2で高信号の多房性囊胞を認め、EUSでも主膵管と交通のある16×7mmの多房性囊胞性病変を認めた。主膵管は最大6mmと拡張していたが、囊胞内部に結節は認めなかった。分枝膵管型膵管内乳頭状粘液性腫瘍(IPMN)と診断し、EUSとMRCPでの画像フォローを行っているが、膵管内気腫の再燃はなく経過している。【考察】本症例は無症候性であり、画像検査で偶発的に膵管内気腫を認めた。また同時に前年には認めなかったIPMNが指摘された。粘液分泌による乳頭開口部の開大や膵胆管分離開口を認めており、膵管内にガスが混入した一因として考えられる。現時点まで無症候性の膵管内気腫の報告は5例、IPMNに併存する膵管内気腫の報告は2例と非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

膵管内気腫, 膵管内乳頭状粘液性腫瘍

急性虫垂炎を契機に診断されたびまん性肝内石灰化の1例

JCHO 東京蒲田医療センター¹⁾, 東邦大学医療センター大森病院²⁾, 原 健三^{1,2)}, 岡本陽祐^{1,2)}, 向津隆規^{1,2)}, 若林宗弘^{1,2)}, 桃崎志保奈¹⁾, 小野優香¹⁾, 青木貴哉¹⁾, 宮澤秀明¹⁾, 石井耕司¹⁾, 住野泰清¹⁾, 五十嵐良典²⁾

【症例】60歳代・男性、病歴期間10年の2型糖尿病に罹患しており、糖尿病性腎症の合併あり。20XX年に重症肺炎による敗血症性ショックで他院に入院。その際の治療経過中に急性腎障害を併発し持続血液透析が行われた。肺炎改善後も腎機能の改善がなく、維持透析に移行していた。入院中に行われた腹部超音波検査では、慢性肝障害のみを指摘されていた。20XX+2年、当院を受診する前日に夕食後から右下腹部に限局した腹痛が出現し、翌日の救急外来を受診した。右下腹部の圧痛を認め、血液検査でCRP 20.62 mg/dL, WBC 10670/μLと著明な炎症反応の上昇と、AST 117 IU/L, ALT 92 IU/L, ALP 549 IU/L, γGTP 124 IU/Lと肝胆系酵素の上昇がみられた。原因検索のため行った腹部超音波検査で肝右葉実質が極めて不整であり、肝S5, 6は広範囲におよぶacoustic shadowがあり十分な所見が得られなかった。腹部CT検査では肝右葉の広範囲におよぶびまん性で粗大点状石灰化と虫垂腫大及び周囲の脂肪織濃度の上昇を認め、急性虫垂炎とびまん性肝内石灰化の精査加療目的に同日緊急入院となった。急性虫垂炎に対しては抗菌薬治療を行い、炎症反応は改善し第18病日に退院した。本症例ではびまん性肝内石灰化がみられたが、軟部組織および各臓器への石灰化には転移性石灰化と異栄養性石灰化があると考えられている。転移性石灰化はカルシウムおよびリン酸の血清レベルが上昇した場合や血清カルシウム-リン酸生成物が高い場合に正常な組織で発生するとされている。異栄養性石灰化は、カルシウムとリン酸濃度の血清レベルが正常である場合に損傷した組織または壊死した組織で発生するとされている。本症例では当院受診2年前に他院において敗血症性ショックから腎不全に陥った経過があり、異栄養性石灰化が考えられた。異栄養性石灰化が肝内にびまん性に認められる症例は極めて稀な病態であり若干の文献的考察を加えて報告する。

肝内石灰化, 異栄養性石灰化

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科¹⁾, 同 消化器センター外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 水谷沙織¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 中川皓貴¹⁾, 木村祐介¹⁾, 吉本憲介¹⁾, 原 精一¹⁾, 宅間健介¹⁾, 岸本有為¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 五十嵐良典¹⁾, 石井 淳²⁾, 前田徹也²⁾, 定本聡太³⁾, 栃木直文³⁾, 渋谷和俊³⁾

【症例】40歳女性【主訴】腰背部の違和感【現病歴】会社健診の腹部エコーで脾腫瘍を指摘され、精査目的に当科紹介受診となった。【臨床経過】入院時理学的所見および血液検査では腫瘍マーカーを含め、特記すべき所見は認められなかった。造影CTでは脾尾側左後腹膜に境界明瞭な10cm大の造影効果の乏しい腫瘍を認め、内部に点状の石灰化が確認された。左腎は圧排され、腫瘍の辺縁に左副腎が引き伸ばされるように存在しており、左副腎由来の腫瘍の可能性が疑われた。腹部単純MRIではT2強調画像で不均一な高信号、T1強調画像では等信号から低信号、拡散強調画像では腫瘍辺縁に拡散低下が目立つ所見であった。超音波内視鏡検査では左腎上方に巨大腫瘍を認め、同腫瘍に対して経胃的に超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診・組織診 (EUS-FNA/B) を施行した。病理組織学的結果からganglioneuromaが疑われ、左副腎原発の神経節細胞腫と考えられた。内分泌学的検査では内分泌非活性の腫瘍と考えられた。開腹全摘術を施行し、130mm×140mm×55mm大の剖面黄白色調の腫瘍が摘出された。左副腎は腫瘍前面に位置し剥離は容易であった。摘出標本の病理組織学的所見ではS-100陽性の紡錘形細胞が束状、錯綜配列を示しつつ増殖しており、その中に混在してガングリオン細胞が散見され小石灰化物も広い範囲で認められた。明らかな悪性所見はなく、最終的に左後腹膜から発生したganglioneuromaと診断された。【考察】ganglioneuromaは交感神経節より発生する神経原性腫瘍の一種で、分化度の高い良性腫瘍である。好発部位は縦隔(40%)、後腹膜(30%)、副腎(22%)などが多い。一方、後腹膜腫瘍の中に占めるganglioneuromaの頻度は0.7%~1.8%と非常に低い。画像検査のみではneuroblastoma(神経芽細胞腫)、ganglioneuroblastoma(神経芽細胞腫)との鑑別が困難であり、術前に確定診断を得るためには病理組織学的診断が唯一の決め手となる。今回EUS-FNAが術前診断に有用であったため報告する。

EUS-FNA, ganglioneuroma

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾, 独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院消化器内科²⁾, 独立行政法人地域医療推進機構 東京蒲田医療センター消化器内科³⁾, 副島啓太¹⁾, 天沼 誠¹⁾, 吉峰尚幸²⁾, 小林康次郎¹⁾, 荻野 悠¹⁾, 向津隆規³⁾, 松清 靖¹⁾, 松井哲平¹⁾, 和久井紀貴¹⁾, 杉山浩一¹⁾, 永井英成¹⁾, 五十嵐良典¹⁾

【背景】血管腫は全身のどの部位にも発生する良性腫瘍であるが、腸間膜原発の血管腫は稀である。腸間膜に発生する腫瘍は原発性のものと、他臓器の悪性腫瘍により二次的に転移したものがあり、良性和悪性の比率は3対1と良性のほうが多い。腸間膜血管腫は腸間膜原発性良性腫瘍の約13%の頻度で認められるという報告がある。今回、他疾患の経過観察中に指摘され、経時的な変化を認めた腸間膜血管腫を経験したもので報告する。【症例】52歳男性。2014年に肝細胞癌(背景肝は慢性B型肝炎)に対して他院で肝切除術を施行しており、2015年5月より経過観察目的に当院紹介受診となった。初診時より腹部造影CT検査にて複数の腸間膜血管腫を認めており、経過観察を行っていた。当初は最大径24×26mmであり、造影CT動脈相では濃染はなく、門脈相にて辺縁の濃染を認め、静脈血流支配の腸間膜血管腫であった。2019年では最大径16×20mmと縮小しており、造影CT動脈相にて腫瘍辺縁に濃染を呈し、以前認めなかった動脈血流が認められた。経時的に腫瘍径は縮小傾向で造影効果の変化も認めたことから、腹部造影超音波及び腹部血管造影検査を再度施行した。腹部超音波検査では不整形な低エコー腫瘍を呈しており、明らかな血流シグナルは認められなかったが、造影超音波検査では早期血管相にて周囲腸間膜の造影効果が増大されたが腫瘍では認められず、腫瘍は造影30秒後から10分間にわたる長い造影効果が確認された。この造影所見から、腫瘍の造影効果は静脈血流による造影効果であると考えられた。腹部血管造影検査における上腸間膜動脈造影では動脈相で明らかな腫瘍濃染像は認められず、静脈相で腸間膜静脈の細血管からの腫瘍濃染が認められた。【結論】今回、我々は長期経過観察中に形態的变化を認めた腸間膜血管腫を経験した。形態および血行動態の変化は硝子化変性による変化であると考えられたが、非常に稀な疾患であることから文献的考察を加えて報告する。

腸間膜血管腫, 腸間膜原発性良性腫瘍

杏林大学医学部 消化器内科学¹⁾, 同 病理学²⁾, 平塚智也¹⁾, 藤川やすえ¹⁾, 大島康太¹⁾, 宮本尚彦¹⁾, 羽田 裕¹⁾, 楠原光謹¹⁾, 大野亜希子¹⁾, 岡部直太²⁾, 柴原純二²⁾, 久松理一¹⁾

【症例】70歳代、男性。既往に糖尿病、脂質異常症があり前医通院中であった。202X年2月より陰嚢水腫および下腿浮腫を認め、同年3月上旬に前医を受診し、CT検査で多量の腹水を認めたため精査加療目的に紹介受診した。当院で施行した血液検査では低アルブミン血症を認め、腹部超音波検査およびCT検査で慢性肝障害、左門脈左枝に血栓または塞栓を疑う閉塞所見を認めた。また全身にリンパ節腫大は認められなかった。浮出性腹水の原因検索を行うとともに門脈閉塞に対して抗凝固療法を開始したが、第13病日に急激な腹痛と腹部膨満を訴えた。CT検査で上腸間膜静脈領域を主座とした広範な小腸虚血を呈していたが、全身状態の悪化から外科的手術は困難と判断された。第14病日には多量の血便が出現し、第16病日に死亡した。病理解剖の結果、核型不整を示す中型~大型のリンパ腫細胞が全身諸臓器の血管内に増殖し浸潤しており、免疫組織学的染色でCD20/CD79aが陽性、CD3が陰性であったため血管内大細胞型B細胞リンパ腫(IVLBCL)と診断した。なお門脈の他、上腸間膜静脈や空腸および結腸静脈に多数の腫瘍塞栓を認め回腸は出血を伴った壊死を呈していた。【考察】IVLBCLは血管内腔に選択的に増殖する稀な節外性B細胞性リンパ腫である。浸潤臓器によって多彩な症状を呈し、また非腫瘍形成性の進展形式をとる事から腫瘍性疾患を想定する事が困難な事例がある。確定診断には骨髓検査をはじめとした生検が必要であるが急速な経過を辿る場合は生前診断に難渋する例も少なくない。今回我々は生前に診断に至らず、剖検にて診断したIVLBCLの1例を経験したので文献を踏まえて報告する。

血管内大細胞型B細胞リンパ腫, 剖検

済生会横浜市東部病院 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾, 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科³⁾, 野上 章^{1,3)}, 岩崎 将^{1,3)}, 星 健介^{1,3)}, 大田 互^{1,3)}, 並木萌子^{1,3)}, 鈴木雄太¹⁾, 佐藤真司^{1,3)}, 馬場 毅¹⁾, 久田保雄¹⁾, 中野 茂^{1,3)}, 木村徳宏²⁾, 五十嵐良典³⁾

症例は55歳男性。20XX年5月に急性心筋梗塞の治療歴がある。20XX年6月24日、定期外来受診時に発熱、炎症反応高値を認め、腹部造影CTで肝S8にリング状濃染を呈する肝占拠性病変を認めたため精査目的に当科を紹介受診した。画像検査結果と血液検査結果より肝臓癌の疑いで入院となったが、抗血小板薬を2剤内服していたため穿刺治療はせずに抗菌薬投与による保存的加療の方針となった。入院後、治療により炎症反応は速やかに改善し、全身状態も良好であったため第6病日に退院した。退院後、7月に撮影した造影CTで肝占拠性病変は縮小傾向であったが、比較的大きく残存していたため悪性腫瘍である可能性も考慮して、その後も計6週間の抗菌薬内服を行った上で再度造影CT、造影MRI (EOB-MRI) を撮影しフォローアップを行った。経過中にCEA、CA19-9、AFPなどの腫瘍マーカーの上昇は認められなかった。11月に撮影した造影CTで肝占拠性病変は急速に増大し、縦隔浸潤、右肺門・縦郭に軟部影が認められ、肝内胆管癌による多発リンパ節転移が疑われた。確定診断を目的に抗血小板薬を休薬して肝生検を行った。病理所見では腫大した不整核を有するN/C比の高い異型細胞がびまん性に密に増殖しており、免疫組織化学的にはLCA(+), CD20(+), CD79a(+), CD5(+), CD10(+), CD3(-), サイクリンD1(-), サイトケラチン(-), hepatocyte抗原(-), TTF-1(-), クロモグラニン(-), シナプトフィジン(-)であった。以上より、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断した。肝原発悪性リンパ腫は極めてまれな疾患であるが、本例のような肝臓癌を疑う画像所見であっても、治療傾向の乏しい場合は腫瘍性病変を考慮する必要がある。またそこで肝・胆道系腫瘍マーカーの上昇も認めない場合は肝原発性悪性リンパ腫の可能性をさらに考慮して可溶性IL-2レセプターの測定、肝生検を行うべきであると考えられたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝臓癌, 肝原発性悪性リンパ腫

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 循環器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾
田中潤治¹⁾, 荻野 悠¹⁾, 天沼 誠¹⁾, 小林康次郎¹⁾, 松井哲平¹⁾,
和久井紀貴¹⁾, 永井英成¹⁾, 原 精一¹⁾, 菊池由宜¹⁾, 木村隆輔¹⁾,
木村祐介¹⁾, 篠原雅哉²⁾, 副島啓太¹⁾, 岩田俊太郎¹⁾, 鈴木啓太¹⁾,
並木 萌¹⁾, 原 健三¹⁾, 若林宗弘¹⁾, 栃木直文³⁾, 五十嵐良典¹⁾

胆癌患者にまれに合併する痛性心膜炎は一般的に予後が悪いことが知られている。原疾患としては肺癌、乳癌等が多い[1]とされるが、肝内胆管癌は稀である。さらに心タンポナーデに至ることは極めて稀である[2]。今回我々は、痛性心膜炎から心タンポナーデを来した肝内胆管癌の一例を経験した。症例は50代男性。20XX年9月に咳嗽を主訴に受診した。胸部単純CT検査で両肺に多発結節、びまん性顆粒状陰影、胸水を指摘された。PET-CTで肝左葉にFDG高集積を伴う55mmの腫瘍性病変を認めた。また縦隔および腹腔内リンパ節腫大、転移性骨腫瘍も認められた。肝腫瘍生検を行い、病理組織学的にadenocarcinomaが認められ、肝内胆管癌の肺転移、癌性リンパ管症、全身リンパ節転移および骨転移と診断した。呼吸症状があり早急に化学療法を導入する方針としGEM+CDDP+S-1療法を開始した。癌性リンパ管症にはリンデロン4mgを投与し、在宅酸素を導入して退院した。以降、外来化学療法を3クール継続した。退院2か月後のCT検査は、癌性リンパ管症は改善傾向であったが、肝内胆管癌に対してはPD判定であった。また新たに心嚢液貯留を認めた。その後数日で急激な呼吸困難が出現し緊急入院した。心嚢液貯留の増加を来しており、癌性心膜炎による心タンポナーデと診断した。症状緩和のために心嚢液ドレナージを施行した。心嚢液性状は血性であり、病理学的にadenocarcinomaが認められた。心嚢液ドレナージにより呼吸困難の改善を認めたため退院した。在宅で緩和治療を行った。心タンポナーデ発症後16日目に永眠された。癌性心膜炎を併発した肝内胆管癌に対して心嚢ドレナージを施行した示唆に富む1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。[1] Massimo I, et al. Relation of Acute Pericardial Disease to Malignancy. Am J Cardiol 2005;95:1393-4[2] 大倉祐二. がん性心タンポナーデ心臓ドレナージからさらに生存期間が延長。 導入がんセンター新潟病院医誌 2016;55:1-6

肝内胆管癌, 心タンポナーデ

東京医科大学病院 消化器内科

上村 淳, 竹内啓人, 掛川達矢, 富田裕介, 高橋宏史, 吉益 悠, 杉本勝俊, 糸井隆夫

【症例】33歳男性【主訴】特になし【現病歴】他院で施行された超音波内視鏡検査で肝S4に16mm大の腫瘍性病変を認めたため精査目的に当院紹介となった。【経過】血液検査では肝機能は正常であり、肝腫瘍マーカー(AFP, AFP-L3分画, PIVKA-II)も基準値内であった。肝腫瘍は腹部造影CT検査の動脈相で濃染し、門脈相と平衡相でwash outを呈した。一方、腹部造影超音波検査ではArterial phaseで腫瘍内部まで濃染し、Kupffer phaseでは周囲肝と等エコーであった。プリモビスト造影MRI検査では、肝細胞造影相で淡い低信号を呈し、拡散強調像で淡い高信号を示した。鑑別疾患として肝細胞癌も考慮されたため経皮的肝生検を施行した。病理学的には、内部に門脈域様構造を認める肝細胞様の腫瘍細胞が細索状配列を呈し密に増殖した β -catenin-inflammatory typeの肝細胞腺腫と診断された。境界明瞭な腫瘍であるが、以後腹部超音波検査で経過をみたところ、約16ヶ月で腫瘍径が増大傾向(16→27mm)を示したため、悪性転化の可能性を考慮し、腹腔鏡下肝S4部分切除術を施行した。【考察・結語】肝細胞腺腫は比較的稀な良性腫瘍であり、腫瘍破裂による腹腔内出血のリスクや悪性転化のリスクを考慮し外科的切除されることがある。特に β -catenin活性型は臨床的に他の重型より悪性転化の危険性が高く外科的切除される報告が散見される。今回、外科的切除し得た増大傾向を伴う β -catenin活性型の肝細胞腺腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。診断名 肝細胞腺腫

 β -catenin型肝細胞腺腫, 外科的切除

東京女子医科大学病院 消化器病センター 消化器内科¹⁾,
同 消化器・一般外科²⁾
吉水知洋¹⁾, 小木曾智美¹⁾, 新井里子¹⁾, 堀内健太郎¹⁾, 佐川孝臣¹⁾,
谷合麻紀子¹⁾, 有泉俊一²⁾, 本田五郎²⁾, 江川裕人²⁾, 徳重克年¹⁾

肝血管腫は良性の肝腫瘍であり、多くは無症状で経過する。不明熱の原因として考えられた肝血管腫に対し、診断的治療のため切除を行った症例を経験したので報告する。【症例】53歳女性。ビルの使用歴はない。シェーグレン症候群で当院リウマチ内科通院中、40℃の発熱を認めた。初診時の血液検査では白血球 6,900/ μ L, C反応性蛋白 29.24 mg/dLと炎症反応の上昇を認め、腹部造影CT, MRI検査で肝S8/7, S3/2に10cm大の内部出血を伴う肝血管腫を疑う所見を認めた。画像検査では肝腫瘍以外の異常所見は認めず、各種培養はいずれも陰性であった。悪性腫瘍、感染性心内膜炎や髄膜炎、呼吸器感染症は認めなかった。シェーグレン症候群の増悪は否定的で、その他の膠原病の合併も認めなかった。抗菌薬、解熱薬の投与で37℃後半に解熱したが、中止により症状は再燃した。発熱は約3ヶ月継続した。Gaシンチグラフィでは肝右葉に軽度集積があり、肝血管腫が熱源として考えられた。診断的治療目的に腹腔鏡下肝S3, S8切除を行った。術後4日目は36℃台に解熱し、その後発熱は認めず、術後7日目に退院した。病理診断は海綿状肝血管腫であり、悪性所見は認めなかったが、腫瘍内部に出血を認めた。【考察】自然出血により発熱をきたした巨大肝血管腫に対し、診断的治療として腹腔鏡下肝切除術を行い、根治に至った症例を経験した。肝血管腫であっても最大径10cm以上の症例、腫瘍内出血や腫瘍破裂例は手術適応となる。【結語】本例のように巨大で出血を伴う肝血管腫は不明熱の原因となることにも留意する必要がある。

肝血管腫, 発熱

埼玉医科大学 総合診療内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾新野捺美¹⁾, 塩味里恵¹⁾, 都築義和^{1,2)}, 松本 悠¹⁾, 大庫秀樹^{1,2)}, 中元秀友¹⁾, 今枝博之^{1,2)}

【症例】63歳、女性。X年6月に咽頭痛を主訴に耳鼻科を受診し、急性咽頭炎と診断された。9月に再度咽頭痛出現し、口腔内にアフタを認めたが自然軽快した。その後も口腔内アフタを時々自覚していた。12月に口腔内の疼痛と同時に口唇上部、頬部に皮疹が出現し、皮膚科で毛嚢炎と診断された。その後食欲低下、体重減少を認め、精査目的で入院した。経過中、明らかな嚥下痛・下痢・腹痛を認めなかった。

【経過】入院時の血液検査ではCRP 18.35mg/dL, WBC 8,860/ μ Lと炎症反応の上昇を認めた。生化学ではalb 2.4, K 2.9と低アルブミン、低K血症を認めた。上部消化管内視鏡で食道に多発する類円形の潰瘍を認めた。大腸内視鏡ではS状結腸に非連続性に縦走潰瘍を認めたが、回腸末端には潰瘍病変を認めなかった。腹部造影CTでは小腸に明らかな壁肥厚等を認めなかった。また、病理組織検査では典型的な非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めず、繊維増生を伴っていた。当初再発性口腔内に痛性アフタ、毛嚢炎、食道潰瘍から陰部潰瘍や眼症状を認めないもののパーチェット病を否定できなかったが、大腸内視鏡像から腸管外合併症としての皮膚病変を伴う食道大腸クローン病と診断した。インフリキシマブ5mg/kgを開始し、炎症反応の改善を認め外来で経過観察とした。

【考察】腹部症状が乏しく、再発性口腔内アフタ、食道潰瘍、毛嚢炎から当初パーチェット病が疑われたが、下部消化管内視鏡検査所見からクローン病の診断に至った一例を経験した。腹部所見に乏しくとも、食欲低下、体重減少などの全身症状や腸管外合併症が前景に立つ炎症性腸疾患の可能性が否定できない症例では消化管のスクリーニングは重要であると考えられた。

クローン病, 食道潰瘍

杏林大学医学部 消化器・一般外科¹⁾、同 消化器内科²⁾
片平勇介¹⁾、竹内弘久¹⁾、権藤興一²⁾、小島洋平¹⁾、鶴見賢直¹⁾、
橋本佳和¹⁾、大木亜津子¹⁾、阪本良弘¹⁾、須並英二¹⁾、久松理一²⁾、
阿部展次¹⁾

(背景と目的)放射線治療後の局所遺残再発食道癌(放後再発食道癌)に対する光線力学的療法(Photodynamic Therapy: PDT)は、内視鏡下に行う低侵襲なサルベージ療法として期待されている。しかし、PDTは、光感受性物質投与後の厳重な照度管理を必要とするなど、その管理はやや煩雑で施設導入は拡がっていないのが現状である(都内では2施設のみだった)。今回、我々の施設において放後再発食道癌に対するPDTを導入した。研修医として、新たな治療法を導入・実施する現場を経験したのでその実際を供覧する。(症例) 82歳男性。Mt領域の20mm大0-IIa病変(生検でscc)。cT1b(SM2-3)N0と診断し外科的治療を勧めたが患者はこれを希望せず、放射線治療単独が施行された。照射約5ヶ月後のEGDでは、腫瘍は大きさに変化を認めなかったものの、SMT様に肉眼形態が変化し、腫瘍の遺残が考えられた。EUSでは腫瘍エコーは筋層にとどまっており、CTでは縦隔およびその他のリンパ節腫大を認めなかった。サルベージ療法として、化学療法、手術、PDTを提示した。PDTは、当施設で施行していなかったが、導入に向けて約1年前より施設見学等の準備が行われていた。当施設でPDTの第一例目になることも説明したところ、患者と家族は当施設でのPDTを希望した。PDTに対する説明書を作成し、メディカルスタッフに対する勉強会を行い、施設内での患者に関わる全ての場所に対する照度計測も事前に十分行うなどの準備がなされた。施設内における高難度新規医療技術評価室での実施申請が承認された後、経験豊富なプロクターを招聘し、その指導下でPDTを施行した。術中偶発症を認めず、術後経過は良好であり、術後2週間の光感受性試験で陰性を確認後、退院した。(考察と結論)低侵襲で局所治療効果が得られるPDTは、高齢者等の手術ハイリスク例に対する治療選択肢の一つとして今後期待できると考えられた。新たな治療法を安全に導入・実施するには、1) 院内外のルールに則り十分時間をかけて綿密に準備を行うこと、2) 多くのメディカルスタッフの協力が重要かつ不可欠であることを学び、今後の医師人生に役立つ貴重な経験になったと考えられた。

放射線治療後の局所遺残再発食道癌、光線力学的療法

肉眼的に消失した乳癌が8年後に4型胃癌類似型転移として再発した一例

深谷赤十字病院 消化器科
古川陽子、川辺晃一、葛西豊高、佐藤伸悟、江藤宏幸、荻野太郎、伊藤 博

【症例】50歳代、女性。

【現病歴】20XX-8年9月に右乳房のしこりと皮膚の引きつれを自覚し、針生検にて右乳癌(浸潤性小葉癌)と診断された経緯がある。治療希望せず未治療であったが、しこりは自然消失した。20XX年1月より腹部膨満感、便秘、体重減少を自覚し、前医受診した。造影CT検査で、左側胸水と大量腹水を認め、精査加療目的に当院紹介受診した。

【経過】腹水細胞診では、明らかな腫瘍細胞を検出できず、乳房超音波検査、乳腺MRIでも明らかな腫瘍性病変は描出されなかった。下部消化管内視鏡検査では、S状結腸は壁外浸潤により狭窄していた。上部消化管内視鏡検査では、穹隆部から体部大弯に襞肥厚・硬化を認め、4型胃癌類似の所見であった。病理組織診ではS状結腸、胃のいずれからも腫瘍細胞が見られ、免疫染色でGATA3、ER、PgR陽性であった。骨盤部MRIでは両側卵巣充実性腫瘍、仙骨転移を認めた。以上より、原発巣は肉眼的に消失していたが、右乳癌を原発とした胃・両側卵巣・仙骨転移、S状結腸浸潤と診断した。

【考察】本症例は、乳癌の原発巣が消失したにも関わらず、8年ぶりに胃・卵巣への転移性腫瘍という形で転移を示した点が特徴である。4型胃癌類似型転移は転移性胃癌の中でも数%と稀であるが、特に乳癌からの転移に特徴的とされている。浸潤性小葉癌の胃転移では印鑑細胞癌の様相を示すこともあり、通常のHE染色では原発性胃癌との鑑別が困難である。自験例は転移の可能性も考慮し、免疫染色を行うことで適切に診断できた。以上の点より貴重な一例と考え、報告する。

4型胃癌類似型転移、乳癌胃転移

自治医科大学 消化器一般移植外科
及川修平、森嶋 計、下平健太郎、青木裕一、目黒由行、宮戸秀世、
遠藤和洋、笹沼英紀、佐久間康成、北山丈二、佐田尚宏

症例は63歳男性。腹部の膨隆を主訴に近医を受診した。単純CTで腹腔内に最大径24cmの腫瘍を認め精査加療目的に当院へ紹介となった。当院での造影CTでは腹腔内に24x18x17cmの膨張性発育を示す腫瘍を認めた。腫瘍内には動脈血流が豊富で周囲には発達した側副血行も認めた。腫瘍は胃を圧排し大腸や小腸、脾臓などにも接していた。上部消化管内視鏡検査では胃の粘膜面には異常所見はなく、壁外性の圧排を認めた。胃から壁外性に発育した粘膜下腫瘍が疑われた。EUS-FNAでは紡錘細胞の増殖を認めc-kit、CD34、DOG1いずれも陽性を示しGISTと診断した。切除を検討したが複数臓器の合併切除もしくは切除不能となる可能性を考慮し化学療法を先行する方針とした。イマチニブ400mg開始したところ腫瘍は縮小傾向を認め、内部の血流も低下し、周囲の発達した静脈も改善を認めた。6か月の化学療法後に切除可能と判断し手術の方針とした。開腹所見では腫瘍は網膜内に存在し胃体部後壁から発生していた。横行結腸の一部浸潤しており、胃部分切除、横行結腸部分切除を行い根治切除可能であった。術後はイマチニブを再開し3か月が経過した現在、外来通院中である。今回、拡大手術が必要もしくは根治切除不可能となる可能性のあるGISTに対してイマチニブ投与により腫瘍の縮小や周囲の血流低下を得ることができ、安全に根治手術が可能となった胃GISTの1例を経験したため文獻的考察を加えて報告する。

胃GIST、イマチニブ

繰り返す十二指腸潰瘍からZollinger-Ellison症候群の診断に至った1例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾、同 肝胆膵外科²⁾、
同 病理部³⁾
川勝紗樹¹⁾、小林正典¹⁾、栗原正道¹⁾、東 正新¹⁾、長堀正和¹⁾、
赤星径一²⁾、田邊 稔³⁾、小林大輔³⁾、大塚和朗³⁾、岡本隆一¹⁾

【症例】73歳男性【既往歴】下咽頭癌(70歳)、反復性十二指腸潰瘍穿孔(70歳、71歳)、逆流性食道炎【現病歴】50歳頃から反復する十二指腸潰瘍や逆流性食道炎に対してプロトンポンプ阻害薬(PPI)で加療されていた。69歳時に下咽頭癌を診断されたが、抗PD-L1抗体製剤を含む放射線化学療法を行われ70歳時に寛解となっていた。しかし、治療中に十二指腸潰瘍穿孔を来とし、緊急手術を行われ穿孔部閉鎖、大網被覆術を施行されたが、その4ヶ月後にも再度十二指腸潰瘍穿孔を来した。抗PD-L1抗体製剤を使用されていた経過から自己免疫性腸炎の関与も考えPSLの投与と抗菌薬にて保存的に加療された。その後も食道炎や十二指腸炎を繰り返し、下痢や食思不振のため入院して絶食、補液、PPIの投与で軽快することを繰り返していた。経過からZollinger-Ellison(ZE)症候群が疑われてはいたが、ガストリン値は1530 pg/mLと高値ではあったもののPPI投与中で、また造影CTでは明らかな腫瘍も指摘できず確定診断に至らなかった。今回、やはり逆流性食道炎、十二指腸炎が悪化し、下痢と食思不振から緊急入院した。【経過】以前と同様、絶食、補液、PPI投与で症状は軽快した。既往を踏まえて、改めてZE症候群を疑いdynamic CTを行うと十二指腸下行脚に早期に濃染する粘膜下腫瘍と近傍のリンパ節腫大を認めた。直視鏡では壊瘍の引き連れや炎症後の浮腫により腫瘍が同定できなかったことから側視鏡で観察すると、CTと同部位に径8mm大の粘膜下腫瘍を認め、生検でガストリノーマを診断することができた。【考察】経過からZE症候群が疑われていたにもかかわらず比較的高齢にわたって診断に至らなかったが、Dynamic CTを撮像することで腫瘍の局在が明らかとなり、診断可能であった1例を経験した。機能性神経内分泌腫瘍は小さくても有症状となり、1回の造影CTでは指摘できない可能性があることから、ZE症候群などが疑われる際には、繰り返しdynamic CTを撮像することが必要な可能性がある。類似の症例を文獻的に考察した結果を踏まえて早期診断の可否につき考察して報告する。

Zollinger-Ellison症候群、神経内分泌腫瘍

虎の門病院 消化器内科¹⁾、
虎の門病院付属健康管理センター²⁾
新田久美¹⁾、松井 啓¹⁾、水町 碧¹⁾、山重大樹¹⁾、荒木昭博²⁾、
岡村喬之¹⁾、落合頼業¹⁾、早坂淳之介¹⁾、湖之上和弘¹⁾、光永 豊¹⁾、
鈴木悠悟¹⁾、田中匡実¹⁾、小田切啓之¹⁾、野村浩介¹⁾、菊池大輔¹⁾、
布袋屋修¹⁾

＜背景＞Blue rubber bleb nevus syndrome(BRBNS)は14,000人に1人と稀な疾患であり、皮膚と消化管に血管腫が多発し、時に出血を伴うことが特徴である。BRBNSの消化管血管腫に対する確立した治療法はない。今回我々は、ダブルバルーン小腸内視鏡でクリッピングを行った症例を経験したので報告する。＜症例＞20代男性。＜主訴＞息切れ、全身倦怠感。＜既往歴＞10代、肩関節内血管腫、左上腕の皮膚血管腫。＜家族歴＞特記事項なし。家族内に血管腫の発症なし。＜現病歴＞1年前に息切れ、倦怠感を自覚し近医受診。Hb 4g/dL台の、鉄欠乏性貧血と診断された。鉄剤を内服しながら、上部・下部消化管内視鏡を行ったが器質的病変を認めず、原因不明の消化管出血の診断で当科紹介受診。小腸カプセル内視鏡検査で小腸に多発する出血性血管腫を認め、精査加療目的に入院となった。＜入院後経過＞左上腕や背部の皮膚にも血管腫を認め、BRBNSと診断した。経肛門ダブルバルーン小腸内視鏡検査にて回腸中部に表面に発赤・びらんを伴う10mm大の青紫調の立ち上がりならぬSMT様隆起性病変を認めた。カプセル内視鏡検査で認めた出血性血管腫と考え、クリッピングによる内視鏡的止血術を施行したところ、腫瘍の縮小を認めた。＜考察＞BRBNSにおける消化管血管腫の合併率は88.4%と高頻度で、未治療では時に大量の出血をきたすことがあり予後を左右する要因である。BRBNSは非常に稀な疾患であるが故に現在確立した治療法はない。これまでは消化管血管腫に対しては腸管切除が行われていたが、近年は内視鏡的治療の報告が増加しており、本邦ではポリペクトミー、レーザー凝固法、エタノール局注法、EMR、ポリドカノール局注法などの報告がある。レーザー凝固や局注法、EMRなどの治療法は、血管腫が粘膜下層に及ぶことから、穿孔リスクが懸念される。クリッピングは本邦での報告例はほとんどなく、非常に貴重な症例を経験したため報告する。

Blue rubber bleb nevus syndrome, 小腸血管腫

地域医療機能推進機構横浜中央病院¹⁾、
日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科学分野²⁾
須澤綾友¹⁾、菊田一郎^{1,2)}、河田 洲¹⁾、芳賀大生^{1,2)}、金子桂士^{1,2)}、
中川原浩史^{1,2)}、藤川博敏¹⁾

【緒言】絞扼性腸閉塞は注意しなければならない急性腹症の1つであり、早期診断および早期治療が重要となる。しかし開腹歴のない絞扼性腸閉塞は稀であり、発症早期に診断が困難な症例も多い。今回われわれは、開腹歴のない大網索状物による絞扼性腸閉塞に対し、早期治療をすることで腸管切除を回避できた症例を経験したため報告する。【症例】50歳代、女性。既往歴・開腹歴なし。20XX年某日午前5時からの突然の臍部痛を自覚し、症状が増強したため同日午前7時に救急搬送となった。診察時、臍部中心の自発痛および同部位の軽度圧痛が認められたものの、腹膜刺激徴候は認められなかった。血液生化学検査では炎症反応を含めて異常値は認められず、血液ガスではLactate 2.06 mmol/lと軽度高値以外に有意所見は認められなかった。腹部単純CTでは腸管膜の一部に脂肪織の濃度上昇が認められ、経過観察目的に同日緊急入院となった。しかしその後も鎮痛薬投与による症状改善はなく、同日午前11時に腹部造影CTを施行したところ、小腸の造影不良およびDouglas窩に腹水が認められた。腸閉塞所見は認められなかったものの、小腸虚血が疑われたため発症から8時間後に緊急開腹手術となった。術中所見は回腸末端から20cmに大網と小腸間膜によるバンド形成が確認され、同部位の口側に虚血腸管が20cm認められた。バンドを切除し加温したところ、腸管の色調回復および蠕動運動が確認されたため、腸管切除せずに終了となった。術後経過も問題なく、第10病日に退院となった。【考察】絞扼性腸閉塞は緊急手術が必要となる疾患である。しかし本症例は救急搬送時の身体所見および検査所見から絞扼性腸閉塞を推測することは困難であり、造影CT所見も小腸虚血は疑われないものの、腸閉塞所見は認められず絞扼性腸閉塞を術前に診断するのは困難であった。しかし時間を空けて造影CTを施行した際の所見の変化が、発症後数時間での緊急手術施行および腸管切除の回避につながった一因であり、症状経過を確認することの重要性を認識する症例であった。

絞扼性腸閉塞, 大網索状物

順天堂大学医学部附属練馬病院
金城華奈、八木隆太、古屋怜慈、襦襦重史、岩永直紀、山本剛史、
伊藤 謙、関根悠貴、雨宮浩太、宮野省三、渡野遼都雄、町田理夫、
須郷広之

【はじめに】大腸憩室出血は7から9割で自然止血を得られるが、再出血によりコントロールに難渋することもあり。止血方法には内視鏡的止血術、動脈塞栓術や外科手術が挙げられるが、それらの治療選択や介入のタイミングについては慎重な判断が必要となる。今回、上行結腸憩室出血に対して動脈塞栓術を3回施行するも止血を得られず、右半結腸切除術を施行した1例を経験したので、止血法の選択や介入の至適タイミングの考察を加え報告する。

【症例】症例は77歳の男性で、椎体炎のため内科に入院加療中であり、既往の労作性狭心症に対しバイアスピリンを内服していた。入院後第16病日に暗赤色便を認めたが、緊急上部、下部内視鏡検査では明らかな出血源を認めなかった。第23病日に食事再開、第26病日にバイアスピリン内服を再開したところ、第27病日より再度血便を認め第29病日の造影CTで回腸末端に造影剤の血管外漏出を認めた。このため緊急血管造影検査を施行し、右結腸動脈の末梢から出血を認めコイルリング止血した。しかし第31病日に再度下血を認め造影CTを施行し造影剤の血管外漏出が疑われ、再度緊急血管造影検査を施行したが明らかな出血は認められなかった。第34病日からは連日の血便があり、第38病日に造影CTで明らかな出血所見は認めなかったものの緊急血管造影を施行。出血点を同定できなかったため、下部消化管内視鏡検査を施行し、上行結腸肝湾曲部の出血が疑われた箇所をクリップでマークしたのち再度血管造影を施行した。結果、クリッピングと同部位に血管外漏出の所見がありコイルリングを施行した。しかし、第39病日に再度出血、造影CTで回盲部に血管外漏出を認め、血管造影を施行し、回結腸動脈をコイルリングおよびゼラチンスポンジを用いて塞栓とした。その後も血便を認め、これ以上の内科的治療は困難となり、当科へコンサルト。止血目的に開腹手術を施行した。明らかな結腸穿孔や壊死は認められなかったものの、腸管血流を考慮し結腸右半切除術を施行した。術後経過は良好でありPODに内科へ転科となった。

大腸憩室出血, 結腸切除術

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾
松原理子¹⁾、藤澤剛太¹⁾、青木智則¹⁾、石橋 嶺¹⁾、早河 翼¹⁾、
坂本直也²⁾、石田高利²⁾、立石敬介¹⁾

【背景】経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)は、消化管出血に対する主要な止血術の1つである。TAEの合併症として虚血性腸炎は最も注意すべきものの1つであるが、それによる狭窄の報告は少ない。今回、上行結腸憩室出血に対するTAE後に虚血性腸炎による回盲部の腸管狭窄を来し、内視鏡的バルーン拡張術が奏効した症例を経験したため、ここに報告する。【症例】91歳男性。鮮血便を主訴に当院に救急搬送された。造影CT検査で上行結腸に憩室および造影剤の血管外漏出を認め、憩室出血と診断した。バイタルサインが不安定でありTAEの方針となった。回結腸動脈の造影で上行結腸近位の血管外漏出を認めた。出血に関与するvasa rectaへのマイクロカテーテルの挿入が困難であったため、辺縁動脈主体にゼラチンスポンジで塞栓した。TAE後も血便が持続し血液検査で炎症反応上昇を認めたため、造影CT検査を施行したところ、上行結腸の腸管壁肥厚・造影効果不良および壁内気腫を認め、TAEによる虚血性腸炎と考えられた。保存的加療で症状・検査所見ともに改善したため、入院26日目に近医に転院、その後自宅退院した。3ヶ月後、腹痛を主訴に当院を再受診し、造影CT検査で回盲部を閉塞起点とする腸閉塞を認め緊急入院した。入院11日目の経肛門のダブルバルーン内視鏡検査で回盲部に高度狭窄を認め、内視鏡的バルーン拡張術を施行した。入院14日目にもバルーン拡張術を追加し、食事開始後も腸閉塞の再発なく経過したため入院23日目に退院した。【考察】TAEによる虚血性腸炎後の腸管狭窄という稀な合併症の原因として、虚血性腸炎が造影効果不良・壁内気腫を伴う重要なものであったこと、病変が回盲部近傍であったことが関連していると考えられた。狭窄長が最大3cm程度で明らかな潰瘍・膿瘍の合併もなく、内視鏡的バルーン拡張術を選択した。【結語】TAEによる回盲部近傍の重度な虚血性腸炎後は、後期合併症としての腸管狭窄に留意すべきである。また、狭窄に対する治療選択肢の1つとして、内視鏡的バルーン拡張術を検討すべきである。

経カテーテル的動脈塞栓術, 腸管狭窄

カペシタビンによる全消化管粘膜脱落および重篤な消化管出血を救命し得た dihydropyrimidine dehydrogenase (DPD) 欠損症の1例

筑波大学附属病院 消化器内科

富崎鈴菜, 萩原悠也, 山本祥之, 辻 実季, 福田智史, 福田壮馬, 小野田翼, 鈴木宏清, 丹下善隆, 新里悠輔, 小林真理子, 山田武史, 森脇俊和, 鈴木英雄, 土屋輝一郎

【症例】64歳, 男性。【主訴】発熱, 下痢。【現病歴】前医で直腸癌(cStageIIIb)に対して高位前方切除術を施行し, 術後補助療法としてカペシタビン+オキサリプラチン併用療法を開始した(Day1)。Day11に発熱, 下痢が出現した。Day19に高度脱水, 発熱性好中球減少症(FN)と診断され, 同院緊急入院となった。補液, 抗生剤, G-CSFによる加療を継続し脱水, FNは改善したが, Day28に血便が出現し, 長期間持続した。上下部消化管内視鏡検査の結果, 胃潰瘍および全結腸の粘膜脱落を認め, 回腸側から血液の流出もあり, 小腸出血も否定できないことから, Day46に当院へ転院となった。【経過】転院後, 上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 多発胃潰瘍に加え, 食道粘膜は全周性に脱落していた。経肛門ダブルバルーン内視鏡検査では, 回腸は全周性に粘膜が脱落し潰瘍形成を認めた。全消化管に渡る粘膜の脱落が出血の原因と考えられ, 内視鏡的止血は困難と判断し, 大量輸血を中心とする対症療法を継続する方針となった。入院後測定した末梢血単核球のDPD活性値は $<1.06 \text{ U/mg protein}$ と検出下限未満であり, DPD欠損症と診断した。以降, 出血性ショック2回を含む消化管出血が続いたが, 総輸血量としてRBC184単位, PC360単位, FFP92単位を行い, Day69を最後に血便は認めなくなった。内視鏡上, 消化管粘膜障害は改善傾向にあるが, 吸収障害は改善なく中心静脈栄養を継続中である。直腸癌の再発は認めない。【考察】カペシタビンなどのフッ化ピリミジン系抗癌剤は体内に投与されるとその律速酵素であるDPDによって80-90%が代謝され効力を失う。しかしDPD欠損症の患者ではフッ化ピリミジン系抗癌剤を代謝できないことによる重篤な有害事象から死亡した報告も散見される。本邦では稀とされているDPD欠損症に対しフッ化ピリミジン系薬剤が投与された23例のうち, 全消化管に粘膜脱落を認め, 長期に渡り消化管出血を来したものの救命し得た報告はみられない。他の報告との比較, 文献的考察を含め報告する。

DPD欠損, カペシタビン

特発性血小板減少性紫斑病(ITP)を併発するも治療が奏効し化学療法を継続しえたS状結腸癌の1例

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 血液内科²⁾

坂井有里枝¹⁾, 加藤知爾¹⁾, 内藤恵里¹⁾, 匹田祐樹¹⁾, 古谷建悟¹⁾, 松井 徹¹⁾, 小林克也¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 金井 光²⁾, 水地大輔²⁾, 光井 洋¹⁾

【症例】68歳, 男性【主訴】血小板減少【現病歴】X-1年10月, 小球性貧血が出現し, 11月に腹腔内多発リンパ節転移・多発肝転移を伴うS状結腸癌の診断となった。同月, 開腹S状結腸切除術+D3郭清, 小腸部分切除術(pT3N0M1 pStageIV)施行し, 12月より術後化学療法としてmFOLFOX+Panitumumabの投与を開始した。5コース施行後, X年3月に皮膚脱落による中心静脈ポート露出で再留置。6コース施行目的に入院した。【経過】第2病日, 抗癌剤投与前に38.7度の発熱を認め, 血液培養でMRSA陽性が判明。中心静脈ポート感染として, ポート抜去とVCM 1g q12hrで治療を行った。その後, 第15病日に血小板数 $3000/\mu\text{L}$ と著明な減少を認めた。VCMによる薬剤性血小板減少を疑い, 同薬の投与中止と輸血や免疫グロブリン大量静注療法を行うも奏効せず。第29病日の骨髄穿刺で異常を認めず, 特発性血小板減少性紫斑病(idiopathic thrombocytopenic purpura: ITP)と診断した。第30病日よりロンボポエチン受容体作動薬Eltrombopag 12.5 mg/dayの内服を開始した。*H. Pylori*抗体陽性のため除菌治療を行ったが, 血小板数の上昇に乏しく, 第44病日よりEltrombopagを25 mg/dayに増量した。第47病日よりPrednisolone (PSL) 30 mg/dayで内服を追加したところ, 第52病日に血小板数 $19000/\mu\text{L}$ と回復傾向を認め, 第53病日に退院となった。EltrombopagとPSLは減量しながら内服継続し, 退院より2ヶ月後のX年7月に血小板数 $145000/\mu\text{L}$ と上昇し, 化学療法を再開した。24クール施行後, リンパ節転移・肝転移はCRとなり, 血小板数も正常範囲を維持している。【考察】ITPを併発するもロンボポエチン受容体作動薬で加療しながら原疾患に対する化学療法を継続しえた症例は少なく, 文献的考察を加えて報告する。

ITP, 大腸癌化学療法

胆嚢癌との鑑別が困難であった肺肉腫様癌胆嚢転移の1例

獨協医科大学 第二外科

吉松政樹, 白木孝之, 鈴木隆志, 田中元樹, 清水崇行, 山口教宗, 朴 基華, 松本尊嗣, 櫻岡佑樹, 磯 幸博, 青木 琢, 窪田敬一

症例は82歳男性。X-9年に胃噴門部癌に対して胃全摘、脾摘、脾体尾部切除、RY再建術を施行。X-5年に左肺扁平上皮癌に対して左肺上葉切除施行。X-2年に右肺肉腫様癌に対して右肺上葉切除を施行。X-2ヶ月nのCTで、胆嚢近傍に3cm大の腫瘍像を認め、胆嚢癌の診断となり当科紹介となった。腫瘍は胆嚢を壁外から圧排する形で存在し、リンパ節転移も考えられる所見であった。1胆嚢癌、2胃癌リンパ節転移、3肺癌リンパ節転移の診断で拡大胆嚢摘出術の方針となった。術中所見で、腫瘍は胆嚢漿膜内に存在し、一部肝への浸潤が疑われたため、予定通り拡大胆嚢摘出術施行の方針となった。周囲リンパ節郭清は#13, #12c, #12aを迅速診断に提出し陰性。#8aは胃癌切除後の癒着が高度であることから省略した。胆嚢管断端も陰性で、胆管切除は行わなかった。手術時間は4時間56分、出血量300ml。術後経過は順調で術後14日目に軽快退院となった。病理結果は、腫瘍は胆嚢壁内に存在しており粘膜は正常であった。組織学的には紡錘形の細胞が充実性に増殖しており、組織形態的には肺扁平上皮癌の組織に近い形態であった。しかし、免疫染色を行ったところ、その染色態度は肺肉腫様癌の像に近いことから、最終的に肺肉腫様癌胆嚢転移の診断となった。現在術後無再発生存中である。考察：肺癌の転移先としては骨、脳、肝などが多く、腹腔内への転移は比較的稀である。Abramsらによる1,000例以上の剖検症例の報告で、肺癌症例で胆嚢転移を1.9%に認めたという結果であり、決して稀な転移形態ではないが、生存中の切除症例報告は非常に稀である。発見契機は、本症例のようにフォローの画像検査で胆嚢腫瘍を指摘される形が多いが、急性胆嚢炎を契機とする症例も見られる。しかし、術前に肺癌胆嚢転移と診断されている報告はなく、術前診断は非常に困難である。そのため、肺癌切除後の胆嚢腫瘍に対しては、胆嚢転移である可能性を念頭において治療方針を決定する必要があると考えられた。結語：非常に稀な肺癌胆嚢転移の切除例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢癌, 胆嚢転移

胆嚢胆管瘻(Corlette 1型)より総胆管への排石を認めたMirizzi症候群の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科

阿久澤泰樹, 高橋宏太, 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：85歳、女性。主訴：右上腹部痛、黄疸。現病歴：20XX年5月中旬、右上腹部痛にて当科受診し、胆嚢頸部結石(径20mm)を伴う急性胆嚢炎の診断で入院治療を受けた。退院後、外科で胆嚢摘予定となったが、6月中旬に胆嚢炎の再燃があり、炎症波及による横隔膜下膿瘍の形成が認められ経皮的ドレーナージ治療を受けた。炎症所見改善後の胆嚢手術予定となったが、胆嚢周囲膿瘍の形成があり、保存的治療による経過観察となっていた。12月中旬に右上腹部痛が出現、黄疸を指摘され入院となった。入院時検査成績：WBC 23000/ μL 、CRP 38.93mg/dL、AST 52U/L、ALT 66U/L、ALP 163U/L、 γ -GTP 166U/L、T-Bil 3.56mg/dL、AMY 20U/L。入院後経過：腹部CTで胆嚢頸部結石は消失しており、肝内胆管の拡張および総胆管下部に20mm大の結石を認めた。総胆管結石による閉塞性胆管炎と診断し、プラスチックステントによる内視鏡的胆道ドレーナージを施行した。画像上の経過および胆道造影所見から、Mirizzi症候群の病態でCorlette 1型の胆嚢胆管瘻を形成、この瘻口から結石が総胆管に排石されたものと診断した。炎症所見改善後、内視鏡的胆管結石除去術を施行した。考察：Corlette 1型の胆嚢胆管瘻から総胆管への排石を認めたMirizzi症候群の1例を経験し、画像所見、臨床経過を含め示唆に富む症例と考え報告する。

Mirizzi症候群, 胆嚢胆管瘻

61 末梢肝内胆管のびまん性囊胞様拡張を来した急性胆管炎の一例

獨協医科大学 内科学（消化器）講座¹⁾、
同 日光医療センター²⁾、
根葉航平¹⁾、久野木康仁²⁾、吉永智則²⁾、小島原駿介²⁾、佐藤 愛²⁾、
根本玲奈¹⁾、山宮 知¹⁾、井澤直哉¹⁾、星 恒輝¹⁾、入澤篤志¹⁾

【はじめに】末梢肝内胆管のびまん性囊胞様拡張を伴う急性胆管炎の一例を経験した。急性胆管炎の胆管拡張の形態としては極めて稀と考えられ、これを報告する。【主訴】発熱、黄疸。【現病歴】200XX-1年12月30日に腹痛を自覚、翌日から発熱も出現。20XX年1月上旬より黄疸が出現するも自宅で経過観察をされていた。症状改善せず、1月18日に近医を受診し急性胆管炎が疑われ、当院を紹介受診。炎症反応高値およびCTでの肝内胆管拡張を認めた。意識障害及び腎機能障害を認めており、重症急性胆管炎の診断で緊急入院した。【既往歴】特記事項なし。【主な入院時現症】体温 37.7℃、脈拍 120/分、眼球結膜及び全身に黄染を認める。腹部は平坦かつ軟、圧痛を認めず、腫瘍を触知しない。MRCP:肝両葉の末梢胆管にびまん性に小囊胞状の拡張を認める。肝内胆管は高度に拡張し、下部胆管に信号欠損を認める。【入院後経過】入院後直ちに抗菌薬投与を開始した。MRCPでは総胆管結石が胆管閉塞の原因と考えられたが、肝外胆管拡張の他、肝内にびまん性に存在する多数の微小な囊胞構造を認め、Caroli病やvon Meyenburg complexも疑われた。高度の腎機能障害に加え、呼吸障害が出現したため、ICU入室の上で経皮経肝ドレナージで減黄を図り、全身状態が安定した段階で内視鏡的逆行性胆管ドレナージを行った。のちに内視鏡的採石術も行い、全身状態が改善したため、第75病日に退院。退院後3ヶ月に行ったMRCPでは囊胞様拡張は消失していた。【考察】肝臓にびまん性に多発囊胞を来す疾患としてCaroli病や、von Meyenburg's Complexが知られており、いずれも今回提示した症例に類似した画像を呈するが、非可逆性の形態異常であり、本症例では否定的であった。また、多発微小膿瘍の可能性も考えられたが、ドレナージ直後のCTで囊胞が消失しており、経過から多発微小膿瘍も否定的と考えられた。3週間の長きにわたり急性胆管炎を経過観察されていた例は稀と考えられ、未治療であったことが胆管形状の囊胞化に寄与した可能性もある。

急性胆管炎、微小囊胞

62 基礎疾患のない中年男性に認めた多発肝細胞腺腫の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
同 病院病理部²⁾、
木澤隆介¹⁾、中川千夏¹⁾、深澤 寧²⁾、原田 徹²⁾、羽野 寛²⁾、
住吉那月¹⁾、上田 薫¹⁾、澤田亮一¹⁾、佐伯千里¹⁾、及川恒一¹⁾、
鳥巢勇一¹⁾、猿田雅之¹⁾

【症例】41歳男性【主訴】なし【既往歴】なし【常用薬】なし【飲酒歴】なし【家族歴】母が大腸癌（現病歴）X年12月健診の腹部エコーで肝内に多発結節を認め精査目的に当院を受診した。EOB-MRI検査で肝両葉に最大23mmの肝細胞相で低信号を示す多発占拠性病変を認めた。S3最大病変はT1強調画像で等信号out-of-phaseで低信号を示すことから脂肪含有が示唆され、T2強調画像と拡散強調画像で淡い高信号、造影早期相で淡い早期濃染と平衡相で軽度washoutを認めた。ダイナミック造影CT検査で肝実質より僅かに低濃度の境界明瞭で辺縁平滑な病変が多発し、動脈相で僅かにリング状の造影効果を認めるが門脈相と平衡相では肝実質より造影効果は乏しかった。ソナゾイド造影超音波検査でS3最大病変は高エコー結節として描出され、造影では早期相で濃染し門脈相で背景肝実質と同様に濃染されクーパー相でwashoutは認めなかった。各種腫瘍マーカー（AFP、PIVKA2、CEA、CA19-9）は陰性で上下部消化管内視鏡検査で腫瘍性病変は認めなかった。前述の検査で診断に至らなかったためS3最大病変に対して腫瘍生検を施行した。病理組織では肝細胞の増殖性変化を認め、核は類円形で小型だがN/C比が上昇し軽度の核異型を認めた。異型が軽度で不規則な脂肪沈着が散見されること、免疫組織学的にL-FABPが消失し、GS、CRP、SAAが陰性であることからHNF1 α 不活性型肝細胞腺腫と診断された。X+1年2月、4月にEOB-MRI検査で経過観察し病変は著変なく経過している。【考察】肝細胞腺腫は比較的高頻度の肝良性腫瘍であり典型的では孤発であり若年～中年女性に認めることが多い。WHO分類ではHNF δ 不活性型、 β -カテナン活性化型、炎症性型、分類不能型に分けられ、画像的に肝細胞癌と類似する点があり、ときに腫瘍が増大し出血や悪性転化のリスクがあるため留意すべきである。肝細胞腺腫が10個以上多発する病態を肝細胞腺腫症と定義され、世界的にも報告が少ない極めて稀な病態である。今回、生来健康な男性の肝細胞腺腫症を経験したためここに報告する。

肝細胞腺腫、多発

63 無治療の血友病A患者に生じた肝細胞癌破裂の一例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科¹⁾、
同 検査部²⁾、
永井 翼¹⁾、三原裕一郎¹⁾、佐々木脩¹⁾、金子順一¹⁾、西川真子²⁾、
滝口 純²⁾、風見由祐¹⁾、吉崎雄飛¹⁾、長田梨比人¹⁾、市田晃彦¹⁾、
河口義邦¹⁾、石沢武彰¹⁾、赤松延久¹⁾、有田淳一¹⁾、長谷川潔¹⁾

＜背景＞血友病Aは先天的に凝固第8因子が欠損・低下している疾患で、因子活性が低いほど出血傾向が強くなる。今回、我々は無治療の血友病A患者に生じた肝細胞癌破裂に対して緊急止血術・肝切除術を施行したので報告する。＜症例＞50歳代男性。小児期に血友病Aと診断され、当初は定期加療を行われていたが30代時に自己判断で通院を終了していた。以降は、同疾患に対するフォローなく経過していた。1病日目：腹痛を主訴に前急救外来受診。造影CTにて肝細胞癌破裂の診断に至る。加療目的に当院搬送となった。腫瘍は肝S8dor領域に存在する40mm大の古典的肝細胞癌であり、破裂により腹腔内出血を来しており活動性出血が持続している状態であった。同日緊急血管内治療を行う方針とし、クロスエイト（第8因子製剤）投与後にA8dorのコイル塞栓術を施行した。同処置にて活動性出血が収まったため、全身状態の改善を待ち4病日目に輸注試験を施行。輸注試験では、トラフ値5.0%、30分後69.8%、クリアランス1.7ml/kg/hr、半減期26.1hrだった。血液内科のアドバイスの下に第8因子の補充を行い23病日目に肝部分切除術を行った。＜結果＞11病日目に肝S8部分切除術を施行した。手術時間は2時間22分、術中出血量は230ml、術前・術中・術後を通じて第8因子のモニタリングを行い、適宜第8因子を補充しつつ手術をトラブルなく終了した。術後経過は概ね順調に経過。抜糸のタイミングまで第8因子を補充し23病日目に退院となった。＜考察＞血友病Aを背景に持つ患者に生じた肝細胞癌破裂の一例を経験した。血友病患者に対する腹部手術の周術期管理について若干の文献的考察を含めて報告する。

血友病、肝細胞癌

64 腺癌との鑑別が困難であった腫瘍形成性自己免疫性肺炎の1例

順天堂大学 医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、
東 浩輔¹⁾、八木隆太¹⁾、古屋怜慈¹⁾、棚裏重史¹⁾、岩永直紀¹⁾、
山本剛史¹⁾、伊藤 謙¹⁾、関根悠貴¹⁾、雨宮浩太¹⁾、宮野省三¹⁾、
渡野遼都雄¹⁾、町田理夫¹⁾、須郷広之¹⁾、發知詩織²⁾、小倉加奈子²⁾、
松本俊治²⁾

【はじめに】自己免疫性肺炎はしばしば閉塞性黄疸で発症し、時に肺腫瘍を形成する特有の肺炎である。腫瘍形成性自己免疫性肺炎と腺癌は鑑別が困難である場合が多い。今回、術前診断として腺癌を疑い、切除後の病理検査で自己免疫性肺炎の診断となった1例を経験したので報告する。【症例】患者は71歳女性。子宮体癌のため当院産婦人科で手術予定であったが、術前検査のPET-CTで肺尾部に限局した集積を認め精査の結果、通常腺癌の診断で当科へ紹介となった。既往として66歳、70歳時にCA19-9高値を指摘されたが、精査の結果異常なしの結果であった。飲酒歴、自己免疫性疾患の既往は認めない。紹介時、血液検査ではCA19-9 90.6 U/mLの上昇を認めたもののIgG4 75.8 mg/dLと正常範囲内であった。超音波内視鏡検査では脾体部に15mm大の低エコー腫瘍を認め、PET-CTでは同部位に一致する集積を、また造影CT検査でも長径32mm大の腫瘍を認めた。以上の所見から脾体尾部癌を強く疑い脾体尾部切除術を施行した。術後病理検査では脾管周囲にリンパ球・形質細胞の浸潤を伴う線維化と免疫染色にてIgG4陽性の形質細胞を認め、IgG4関連自己免疫性肺炎の診断であった。画像検査で限局した腫瘍像を示し、IgG4陰性の自己免疫性肺炎は比較的多くあり文献的考察を加え報告する。

IgG4関連肺炎、脾腫瘍

膀胱石によるバスケット嵌頓に対し、経口膀胱鏡下にEHL（電気水圧式結石破碎術）を用いて嵌頓解除に成功した一例

横浜市立大 肝胆膀胱消化器病学

二見旬祐, 八木 伸, 栗田裕介, 長谷川翔, 佐藤高光, 細野邦広, 中島 敦, 窪田賢輔

症例は50歳、男性。膀胱石を伴う慢性膀胱炎に対し、内視鏡的膀胱管ステント留置と膀胱除去を繰り返し行っていた。内視鏡単独治療では除去困難な膀胱石を、経口膀胱鏡（SpyScopeDS2）を用いてEHLで破碎・除去する目的でERCP（endoscopic retrograde cholangio pancreatography）が施行された。膀胱造影を行うと膀胱頭部に複数の膀胱石が認められ、尾側の尿管は拡張していた。SpyScopeDS2を尿管内に挿入し視認できる膀胱石を、EHLを用いて破碎した。膀胱破碎後にバスケットカテーテルで破碎された膀胱石を回収しようとしたが、破碎した膀胱石がバスケット内に積み重なり嵌頓してしまった。バスケットカテーテルの抜去は困難であり手元でバスケットカテーテルを破壊し、バスケットカテーテルを残したまま一度スコープを除去した。再度スコープを挿入し、バスケットカテーテル脇からSpyScopeDS2を尿管内に挿入した。バスケット内に嵌頓した積み重なった膀胱石を視認し、EHLで破碎したところバスケットカテーテルの抜去が可能となった。出血や消化管穿孔など明らかな合併症は認めず、尿管ステントを留置し処置終了とした。処置後の経過も問題なく処置後4日目に退院となった。バスケット嵌頓は内視鏡的胆石/膀胱除去術の重大な合併症であり、その対処法としてはエンドトリプターの使用やESWL（体外衝撃波結石破碎術）が一般的に知られている。今回、バスケット嵌頓に対するトラブルシューティングとして、経口膀胱鏡下にEHLを用いて嵌頓した膀胱石を破碎することで嵌頓解除に成功した一例を経験したので報告する。

慢性膀胱炎, 膀胱石

左側門脈圧亢進症を呈したIgG4関連後腹膜線維症の一例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科

中村共生, 片山 正, 荒畑恭子, 財部紗基子, 尾城啓輔, 中村健二, 岸川 浩, 渡邊周之, 西田次郎

【症例】73歳、男性【主訴】腰痛【既往歴】右腎盂癌術後、膀胱癌術後【現病歴】X年3月に健診でHb 8g/dLの小球性貧血を指摘され、同時期より腰痛を自覚した。4月に近医を受診し、貧血の進行と体重減少を認め、当科を紹介受診した。腹部造影CTでは左腎周囲に不均一な造影効果を伴う低吸収域および胃静脈瘤、脾動脈の口径不整を認めた。脾動脈の血行動態破綻に伴う特発性後腹膜血腫が疑われた。しかし貧血の進行は緩徐であり、濃厚赤血球液輸血、安静による保存的加療が開始された。血管造影検査では明らかなextravasationは認められなかった。造影CTを再度確認したところ大動脈周囲にも軟部陰影を認め、血清IgG4 226mg/dLと高値を認めたことからIgG4関連後腹膜線維症が疑われた。また同病変による脾静脈圧排により左胃静脈を供血路とした胃静脈瘤を形成しており、左側門脈圧亢進症の病態が考慮された。EGDではF1相当の胃静脈瘤が認められた。PET-CTでは左腎周囲および大動脈周囲の病変に著明なFDG集積を認めたため、左腎周囲の病変に対してEUS-FNAを行った。中等度の炎症細胞浸潤を伴う豊富な線維性組織を認め、悪性所見は否定的であった。またIgG4陽性細胞が15/HPF程度認められ、IgG4関連後腹膜線維症の診断基準では準確診例に相当した。プレドニゾロン0.6mg/kgより内服開始したところ、1か月後の造影CTでは後腹膜線維症病変の縮小および胃静脈瘤の消失を認めた。その後プレドニゾロンを漸減し、6か月後の造影CTでも改善を維持している。【考察】左側門脈圧亢進症は脾炎、脾瘤などによる脾静脈圧排により発症することが多いとされる。後腹膜線維症による発症は国内では数例の症例報告がある程度で、非常に珍しい。左側門脈圧亢進症の大多数は無症状態で経過するが、稀に静脈瘤破裂による急性出血を発症する。治療は現病に対するものが基本である。本症例でもステロイド投与による現病の改善と共に、左側門脈圧亢進症の改善を認めた。文献的考察を加えて報告する。

左側門脈圧亢進症, 後腹膜線維症

ミノサイクリンによる薬剤性膀胱炎の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター

萱場舜彬, 小糸雄大, 関根匡成, 佐々木吾也, 佐藤杏美, 小島 柊, 延嶋広大, 松本圭太, 賀嶋ひとみ, 三浦孝也, 石井剛弘, 吉川修平, 上原健志, 浅野岳晴, 松本吏弘, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

症例は10代後半女性。顔面の尋常性ざ瘡の診断でミノサイクリン200mg/日が開始された。7日後より心窩部痛、嘔吐症状が出現、10日後の近医での血液検査で血清アミラーゼの上昇があり急性膀胱炎の診断で当院紹介となった。当院受診時、上腹部の圧痛、血液検査にて尿型血清アミラーゼ680 U/Lと尿酵素の上昇を認めた。腹部造影CT検査にて膀胱尾部の造影不良域あり、両腎下極以遠まで液体貯留を認めた。その後因子3点、CT Grade3で重症急性膀胱炎の診断となった。ミノサイクリンによる薬剤性膀胱炎と考え、内服を中止、大量補液、メシル酸ナファモスタット投与、鎮痛薬投与および、感染予防目的にメロペネム投与を開始した。治療開始後、呼吸状態悪化がありICUでの加療を行ったがその後は改善、炎症反応も改善傾向であった。発症37日後に発熱しCTにて膀胱周囲に感染性被包化壊死（walled off necrosis : WON）を認めた。発症42日後にWONに対して経皮的膿瘍ドレナージを施行し、縮小した。しかしドレナージチューブをクランプすると再燃したため、内視鏡的逆行性膀胱造影を行ったところ、主尿管とWONの交通があり、内視鏡的経鼻膀胱ドレナージ（ENPD）を施行した。その後改善みられたためENPDを尿管ステントへ入れ換え、発症103日後に退院となった。後日尿管ステントを抜去したがWON再燃は認めなかった。膀胱炎の原因としては、飲酒歴がないこと、CTとエコー検査にて結石がないこと、MRCPにて尿管癒合不全が無いこと、IgG、IgG4は正常範囲内であったこと、中性脂肪も正常範囲内であったことからミノサイクリンによる薬剤性膀胱炎と考えた。薬剤性膀胱炎は膀胱炎の成因の0.8%と少なく、ミノサイクリンによる薬剤性膀胱炎の報告は1例のみと、非常に希であるため文献的考察を加えて報告する。

薬剤性膀胱炎, ミノサイクリン

脾仮性動脈瘤 コイル塞栓術が奏功したHemosuccus pancreaticusの1例

済生会横浜市南部病院 消化器内科

長谷野道子, 鈴木悠一, 杉山勇太, 内田 要, 金子芹奈, 諸橋啓太, 西脇友紀, 榎本昌人, 丹羽一博, 洪井俊祐, 石井寛裕, 京 里佳, 所知知子, 菱木 智, 川名一朗

【症例】85歳、女性【主訴】黒色便【現病歴】X-1年3月、腹部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を施行した。術後から脾炎を繰り返すようになり、X-1年5月には腹部単純CTで脾尾部に仮性嚢胞が出現した。外来で経過観察を継続し、X年3月の腹部dynamic CTでは脾尾部嚢胞に接して脾仮性動脈瘤の出現を認めた。その後、黒色便を時折認めるようになった。X年4月の他科定期外来受診時に一過性に意識消失を認め、血液検査でもHb 6.2g/dLと著明な貧血の進行を認めた。当科にコンサルトがあり、消化管出血の精査目的に緊急入院となった。【入院後経過】入院後、上部消化管内視鏡検査を施行したところ十二指腸乳頭からの出血を認めた。腹部dynamic CTを施行したところ脾尾部嚢胞の増大および嚢胞内の低吸収域と、隣接する脾仮性動脈瘤の増大を認めた。脾仮性動脈瘤の脾仮性嚢胞内穿破からHemosuccus pancreaticus（HP）を来したと考えられ、第4病日に脾仮性動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した。その後は黒色便や貧血の進行はなく経過し、第12病日に退院となった。【考察】腹部大動脈瘤ステントグラフト挿入後からの反復性脾炎に起因する脾仮性嚢胞、脾仮性動脈瘤からHPを来した症例を経験した。脾炎の経過中に脾動脈瘤を伴う場合はHPを念頭に置いて慎重に経過観察すべきと考えられたので、文献的考察を加えて報告する。

Hemosuccus pancreaticus, 脾仮性嚢胞性出血

LSBE背景の異時性、同時性多発表在型バレット食道腺癌に対して内視鏡治療を施行しバレット上皮長が縮小した1例

がん研有明病院 上部消化管内科¹⁾、同 病理部²⁾
森田祐規¹⁾、渡海義隆¹⁾、並河 健¹⁾、吉水祥一¹⁾、堀内裕介¹⁾、
石山晃世志¹⁾、由雄敏之¹⁾、平澤俊明¹⁾、藤崎順子¹⁾、中野 薫²⁾、
河内 洋²⁾

背景：Long Segment Barrett's Esophagus(以下LSBE)背景のバレット食道腺癌は本邦では稀である。今回我々はLSBE背景に発生した異時性、同時性バレット食道腺癌に対して内視鏡治療を施行した1例を経験したため報告する。症例：70歳代男性。腎癌術後経過観察のPET-CTで胸部下部食道に異常集積を認め、上部消化管内視鏡検査(以下EGD)にてC9M10のLSBE、切歯より35cmにbrownish areaを認め生検を行った。病理診断はAdenocarcinoma(tub1)であり、バレット食道腺癌の診断でEndoscopic Submucosal Dissection(以下ESD)を施行し、腫瘍径6mm, tub1, pT1a-DMM, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。その後バレット食道腺癌が複数回発見され、初回ESDより6か月後に2病変目(2mm, pT1a-SMM)、18か月後に3病変目(7mm, pT1a-DMM)に対してESDを施行し、いずれも脈管侵襲なく断端陰性であった。19か月後に施行した4病変目(3mm, pT1a-LPM)のESDでは水平断端不明であったため、1か月後に切除断端部から生検を行い残存病変がないことを確認した。33か月後に5病変目が発見され、32×20mmのESD標本内に、ターゲット病変以外に微小癌が19個確認された。いずれも深達度はpT1a-SMMであった。39か月後、47か月後に6, 7病変目が発見され、5病変目と同様にESD標本内に微小癌がそれぞれ17個、15個確認された。また6度のESDによる扁平上皮化の結果、バレット粘膜長がC2M4と縮小したため、7回目のESD時に残存バレット粘膜に対するAPC焼灼も施行した。最終的にバレット粘膜長はC0.5 M1とさらに縮小し、最終ESD、APC焼灼から48か月間再発なく経過している。考察：バレット食道に対する治療方針は本邦と欧米では異なる。本邦ではターゲット生検による病変同定のための治療が行われるが、欧米ではランダム生検によりablation等が選択される。本症例は治療初期には範囲同定可能な病変が計4か所異時性に認められたが、ESD5回目以降は切除標本内に同時性多発微小癌が認められ、LSBEにおける発癌および進展を考察する上で重要な症例と考えられた。

LSBE, バレット食道腺癌

内視鏡的に切除し得た胸部上部食道に発生した食道腺癌の1例

がん研有明病院
鈴木晴也、藤崎順子、中野 薫、河内 洋、福山知香、森田祐規、
渡邊昌人、泉 敦子、清水 良、東 佑香、中尾栄祐、渡海義隆、
並河 健、吉水祥一、堀内裕介、石山晃世志、由雄敏之、
平澤俊明

【症例】60歳代、男性。主訴なし。前医で健診目的に上部消化管内視鏡検査を施行したところ胸部上部食道に隆起性病変を認めたため、精査加療目的に当院へ紹介となった。【内視鏡所見】上部消化管内視鏡検査では、胸部上部食道に6mm大の境界明瞭な隆起性病変を認めた。NBI拡大観察ではwhite zoneで囲まれた領域に拡張・蛇行した異型血管を認め腺癌と考えたが、周囲に異所性胃粘膜の所見は認めなかった。生検組織診断はadenocarcinoma, tub1, papであった。内視鏡上、大きさ6mm、肉眼型0-IIa, 組織型 tub1/pap, 予測深達度EP/LPMと考え、内視鏡的粘膜下層剥離術による一括切除をおこなった。【病理組織学的所見】切除検体の病理組織診断は5×3mm, Type 0-IIa, adenocarcinoma (tub>tub2>pap), pT1a-MM, INFb, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。病変周囲には異所性胃粘膜はみられず、組織学的に由来を推定することはできなかった。深達度はpT1a-MMであったが、他の非治療因子が存在しないため、追加治療は行わず慎重に経過観察する方針となった。【考察】胸部上部食道に発生し、内視鏡的に切除し得た表在型食道腺癌という稀な1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

食道腺癌, 内視鏡的粘膜下層剥離術

造影剤アレルギーに対して造影剤非混合下EO法が有用であった食道静脈瘤の症例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座
川田陽介、永島一憲、吉田栄継、水口貴仁、山宮 知、山部茜子、
星 恒輝、入澤篤志

はじめに：食道静脈瘤に対する予防治療として、Ethanalamine oleate (EO)を血管内に注入して供血路まで塞栓を行うEIS(EO法)が有用であるされている。EOに造影剤を混合することでEOの注入範囲を確認しながら安全に手技を施行できるが、造影剤のアレルギーがある場合にはその限りではない。EVLで対応できる症例も存在するが、再発を繰り返す難治例や血行動態的にEO法が必要な症例も存在する。今回、造影剤アレルギーがある食道静脈瘤の症例で造影剤非混合下EO法が有用であった2症例を経験したので報告する。症例1：30歳台、男性。静脈瘤の再発を繰り返している難治例。背景肝はNASH。糖尿病。食道静脈瘤治療の既往あり。LmF1CbRC++の食道静脈瘤あり。今までの治療で造影剤アレルギーを指摘されていたが、再発難治例であり、造影剤非混合下EO法の方針とした。2セッション施行され、その後ASの血管外注入法やAPC地固め法を施行している。症例2：60歳台、男性。背景肝はアルコール。糖尿病。肝細胞癌術後。虫垂炎術後の既往あり。LmF2CbRC++の食道静脈瘤。EUSでは壁外傍食道静脈の発達と1mm以下の貫通静脈を認めた。造影CTでは左胃静脈を供血路、奇静脈系を排血路とした血行動態であり、目立つシャントは確認されなかった。EO法が施行されたが、その後に造影剤のアレルギーと判断された。残存血管があることから、以降は造影剤非混合下EO法が施行され、現在コントロールされている。結語：食道静脈瘤に対する造影剤非混合下EO法は、シャントへの流出を確認できないままの治療になるため、一般的な治療としては確立されていない。しかしながら、患者の年齢、既往、予後、血行動態などを考慮した上では選択の余地があるものと考えられる。今回、造影剤アレルギーの症例に対して、難治例や再発リスクが高いこと、患者の予後が見込めることから、造影剤非使用下EO法を行った。合併症なく十分な治療効果が得られており、限定的ではあるが症例に応じて考慮される治療法の1つであると考えられた。

造影剤アレルギー, 食道静脈瘤

2日半のピロリ除菌パック製剤内服で除菌に成功した1例

大森敏秀胃腸科クリニック
大森敏秀

【背景】ピロリ慢性胃炎の治療として、ポノプラザンパック製剤による除菌は一般化しているが、アドヒアランス低下、副作用にて内服継続ができない場合の除菌率低下がある。今回2日半合計5回の除菌治療薬内服のみで、除菌に成功した症例を経験したので、報告する。【主訴】検診便潜血陽性、貧血【現病歴】元来健康で、検診で上記指摘されて初診。下部消化管内視鏡にて異常がなく、上部消化管内視鏡にて、器質的疾患は見られなかったが、迅速ウレアーゼ試験が陽性で、Helicobacter Pylori感染が判明した。【既往歴】【家族歴】【嗜好歴】特記すべきことなし。【臨床経過】X年1月5日朝よりポノプラザンパック400(ポノプラザン20mg/回、アモキシシリン750mg/回、クラリスロマイシン200mg/回、1日2回7日間)を内服開始した。しかし食欲不振、嘔吐が出現し、1月7日朝まで内服して(合計5回)再診した。不耐症状を疑い、服薬を中止し、点滴など保存的対処を行った。採血 CRP 0.1mg/dl、白血球数11500/ μ lで他、生化学に異常は見られなかった。DLST薬剤リンパ球刺激試験にてアモキシシリン陽性、クラリスロマイシン陽性であった。ポノプラザンは未検であった。その後症状は速やかに改善し、除菌治療中止後約6週後の2月20日におこなった呼気テストでは0.6%で、わずか2日半合計5回しか内服できなかったにも関わらず、除菌に成功していた。【考察】ラベプラゾールを含む三剤治療にて7日間投与除菌率91%、5日間投与で70%との報告がある。ランプラゾールを含む三剤治療で2日半合計5回内服、ポノプラザンを含む三剤で2日合計4回内服、で除菌成功とされた症例報告もあり、強力な胃酸分泌低下にて除菌に成功する症例も存在することが確認された。【結語】2日半合計5回の除菌薬内服にて、除菌治療に成功した1症例を経験したので、報告をした。

除菌治療中断, Helicobacter Pylori 除菌治療

73 有茎性に発育した管外発育型胃GISTの1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾、
済生会横浜市東部病院 消化器内科²⁾、同 消化器外科³⁾、
同 病理⁴⁾、
並木萌子¹⁾、岩崎 将¹⁾、氏田 互¹⁾、野上 章²⁾、星 健介²⁾、
鈴木雄太²⁾、大久保雄介²⁾、佐藤真司²⁾、馬場 毅²⁾、中野 茂²⁾、
平田雄紀³⁾、石井壽晴⁴⁾、五十嵐良典¹⁾

症例は83歳男性。心窩部痛を自覚し、他院を受診しCT撮影したところ腹腔内腫瘍を指摘され当院紹介となった。当院で施行した単純腹部CTでは胃体上部大弯に16mmの粘膜下腫瘍と左傍結腸溝に60mmの腫瘍を認めた。腹腔内腫瘍は下行結腸や空腸と接してはいるものの連続性は認めなかった。MRIではT2強調像や拡散強調像で高信号を示す境界明瞭な腹腔内腫瘍として描出され、胃体上部にも同信号の所見を呈する粘膜下腫瘍を指摘された。質的診断目的に上部消化管超音波検査を行うと、腹腔内腫瘍は内部に囊胞性病変を伴う60mmの乏血性・低エコーな腫瘍性病変として描出され、胃に異常は見られなかった。穿刺ルートに結腸が被ってしまうため穿刺での診断は困難であった。内科的に質的診断不能であり、外科的に診断的治療を行う方針とした。腹腔下で胃後壁を観察したところ、胃体上部大弯に2cmの壁外性に発育する腫瘍を認め、同部位から索状物で2本左傍結腸溝に向かって伸びていき既知の腹腔内腫瘍と連続性を示していた。よって、腹腔鏡下胃局所切除術を施行した。摘出した腫瘍は58×93×50mmであり、腫瘍は胃固有筋層から漿膜下に存在していた。病理組織検査で腫瘍は多形の核をもつ紡錘形細胞が充実性に増殖し、免疫染色ではc-kit(+), SMA(-)であった。以上よりGISTと診断した。核分裂はほとんど見られず増殖能は低かったが腫瘍径5cm以上でありリスク分類は中間リスクと判断した。RetroにCTを確認すると、胃のSMTと腹腔内腫瘍は細い索状構造物で連続していることが確認された。また、MRIでは両者の連続性は確認できなかった。有茎性に発育した管外発育型胃GISTの症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

GIST, 管外発育型

74 長期経過を辿った胃底腺粘膜型腺癌の1例

がん研有明病院 上部消化管内科¹⁾、同 病理部²⁾、
清水 良¹⁾、並河 健¹⁾、河内 洋²⁾、藤崎順子¹⁾

症例は74歳男性。2007年にS状結腸癌の精査加療目的で当院紹介となった。S状結腸癌に対しては同年、手術(pStageII:T3, N1, M0)と術後補助化学療法(UFT/LV療法)が施行されていた。術前精査に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)にて、胃体上部大弯後壁のびらんに対して生検を行い結果はGroup1であった。その後毎年EGDは施行されており、2013年には同部位は発赤が目立つ平坦隆起性病変へと形態が変化していた。悪性疑いで生検施行するも結果はGroup1であり、2016年以降は同部位に対して毎年生検を施行していた。2020年にAdenocarcinomaが検出され、免疫染色にてMUC6、Pepsinogen-I、MUC5ACが陽性であり胃底腺粘膜型腺癌を疑う所見であった。その後の精査内視鏡で、病変は20mm大の発赤調の隆起性病変として観察され、辺縁は粘膜下腫瘍様隆起を伴い、中央の発赤陥凹部はNBI拡大内視鏡にて窩間部の開大と大小不同の管状構造、loop様の異型血管が認められ分化型腺癌に矛盾しない所見であった。超音波内視鏡検査にて、腫瘍は低エコー領域として視認可能であり、概ね第3層は連続して保たれていることから予測深達度はM/SM1>SM2と判断し、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。術後病理診断は0-IIa, 19×14mm, Adenocarcinoma, tub1, pT1b1(400μm), Ly0, V0, pUL0, pHM0, pVM0、免疫染色にてMUC5ACは表層を中心に陽性、MUC6、Pepsinogen-IIは表層から深部まで陽性であり、胃底腺粘膜型腺癌の診断であった。内視鏡的根治術(B/cCuraB)であり定期フォローの方針とした。胃底腺型腺癌は、近年提唱・確立比較的新しい疾患概念であり、病理組織学的には、Pepsinogen-I, H⁺/K⁺-ATPase、MUC6陽性の胃底腺細胞へのみに分化している病変である。さらに、胃底腺細胞への分化に加え、MUC5AC陽性の腺窩上皮への分化成分も伴う病変を胃底腺粘膜型腺癌としている。近年その報告数の増加とともに臨床病理学的特徴が明らかにされつつあるが、胃底腺粘膜型腺癌は胃底腺型腺癌に比較して稀であると考え、長期経過観察を行い診断・治療に至った報告は少ない。今回、長期経過を追うことができた貴重な症例を経験したため報告する。

胃底腺粘膜型腺癌, 長期経過

75 食道癌の放射線治療後に生じた出血性放射線性胃炎に対してアルゴンプラズマ凝固療法を行った2例

千葉大学 大学院医学研究院 先端応用外科学
米本昇平, 上里昌也, 坂田治人, 早野康一, 村上健太郎, 加野将之, 豊住武司, 松本泰典, 水藤 広, 高橋理彦, 磯崎哲朗, 藏田能裕, 林 秀樹, 松原久裕

症例1) 81歳男性。腹部食道癌(cT3N0M0, cStageII)に対して、根治切除術の希望なく、化学放射線療法(5-FU+CDDPを1コース、54Gy照射)を行った。効果判定SDで、追加の化学療法を行い、効果判定CRとなり、外来経過観察を行っていた。放射線治療開始から10ヵ月後、繰り返す貧血があり、上部消化管内視鏡検査を行ったところ、体上部に複数の毛細血管拡張と湧出性出血を認め、放射線性胃炎による出血と考えられた。アルゴンプラズマ凝固法(APC)で複数回の焼灼を行ったが止血されず、高圧酸素療法を併用した。計8回のAPCを要したが、最終的に止血し得た。症例2) 69歳男性。胸部食道癌、肝転移、多発リンパ節転移(cT3N4M1, cStageIVb)に対して、他院で化学放射線療法(5-FU+CDDP3コース、50Gy照射)を行った。原発巣と肝転移巣は縮小が得られたものの、鎖骨上窩リンパ節と大動脈周囲リンパ節の増大を認め、それぞれ40Gyの追加照射を行った。リンパ節は縮小し、引き続き化学療法を行っていたが、最初の治療開始から5ヵ月後に貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃体上部から胃角にかけて湧出性出血を認め、放射線性胃炎の診断となった。APCを計4回行ったが止血が得られず、当院に紹介となった。追加で計5回のAPCを行い、貧血の進行は抑えられたが、化学療法中断中に腹膜播種が明らかとなり、治療開始から8ヵ月で原病死となった。消化管は放射線障害を受けやすい臓器のひとつであり、晚期障害は照射後数ヵ月経て出現する。粘膜下の線維芽細胞や血管内皮細胞の損傷により、間質の線維化、血管内腔の狭小化を来とし、慢性虚血を生じて発症する。放射線性胃炎の重症例では難治性出血、潰瘍、穿孔、狭窄などを生じるとされ、自験例も難治性の出血を来した。治療については高圧酸素療法や手術、最近ではAPCの有効性を述べた報告がみられる。APCでは多くが繰り返しの焼灼を要し、自験例でも同様であった。上腹部に放射線治療の既往がある患者では、本疾患の可能性を考慮し、また治療抵抗性であることを念頭におき診療に当たる必要がある。

出血性放射線性胃炎, アルゴンプラズマ凝固療法

76 胃瘻の自己抜去に対して保存的加療を行い、同部位から再造設できた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¹⁾、
日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野²⁾、
金子桂子¹⁾、中河原浩史¹⁾、菊田大一郎¹⁾、堤菜津子¹⁾、藤川博敏¹⁾、
森山光彦²⁾

【緒言】胃瘻造設5日目に自己抜去に伴う腹膜炎を発症したが、保存的治療で軽快し、約5ヶ月後に同部位から胃瘻を再造設できた症例を経験したので報告する。

【症例】症例は80歳代、女性。大腿骨転子部骨折で入院中に誤嚥性肺炎を併発し、嚥下機能が低下したため、バンパー・ボタン型の胃瘻を造設した。患者は従命が取れたため、身体拘束やつなぎ介護者は使用していなかった。造設3日目に白湯の投与を開始したが、同5日目に患者が胃瘻のチューブを引っ張り、同6日目の腹部CTで胃瘻の脱落と中等量の腹腔内遊離ガスが認められた。胃瘻造影で腹腔内への漏れはなく、瘻孔が出来つつあると考えられたため胃瘻を抜去し、保存的加療を行った。同12日目に遊離ガスが減少したため経管栄養を開始し、往診医の意向で中心静脈カテーテル(CVC)を留置して退院となった。約5ヶ月後にCVCが閉塞し、精神状態が安定していたため、再度胃瘻造設依頼があった。ポートも検討したが自己抜去のリスクが低い状態であり、前回胃瘻造設部位に潰瘍瘻痕がなかったため、前回とは同部位にバンパー・ボタン型の胃瘻を造設した。今回はつなぎ介護者を着用し、自己抜去の予防策を行った。偶発症はなく、翌日から胃瘻の使用を開始し自宅退院となった。

【考察】胃瘻は1980年にGaudererとPonskyによって発表され、短時間で簡便に造設出来るため、主に経口摂取困難な高齢者や重度心身障害児を対象に普及している。胃瘻造設後の偶発症は、自己抜去、腹膜炎、幽門狭窄、創部感染等がある。認知症がなく従命が取れていても、高齢者は突然不穏になることがあり、胃瘻造設後はつなぎ介護者や身体拘束が必要であると考えられた。医中誌で胃瘻の自己抜去は4例あり、3例は尿道バルーンカテーテル留置後に胃瘻カテーテルを再挿入、1例は瘻孔から出血で止血困難なため緊急手術を行っていた。本症例では、胃瘻造影で腹腔内への漏れはなく、瘻孔が出来つつあると考えられたため保存的加療を行った。また、精神状態が安定し自己抜去のリスクが低く、胃粘膜に癒着化がなければ、胃瘻再造設して良いと考えられた。

胃瘻, 再造設

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科¹⁾,
同 消化器センター外科²⁾, 同 病理診断科³⁾,
鈴木啓太¹⁾, 藤本 愛¹⁾, 西川雄祐¹⁾, 團 宜博¹⁾, 松野高久¹⁾,
福土剛蔵¹⁾, 土方一範¹⁾, 木村隆輔¹⁾, 鳥羽崇仁¹⁾, 山口和久¹⁾,
鏡 哲²⁾, 池田裕一²⁾, 栗原聰元²⁾, 船橋公彦²⁾, 二本柳康博³⁾,
澁谷和俊³⁾, 五十嵐良典¹⁾

高血圧で内服治療中の82歳女性。黒色便で2020年1月から11月に他院で6回の入院を繰り返した。造影CT検査、上下部消化管内視鏡、小腸カプセル内視鏡、出血シンチグラフィでは出血源は不明で小腸内視鏡検査目的で紹介受診された。経口・経肛門小腸内視鏡検査を施行したところ、Treitz靱帯から50cm肛門側の上部空腸に血餅が付着した血管露出を伴うDieulafoy潰瘍を認めた。責任病巣と考えSureClipを用いてクリッピングした。潰瘍の肛門側約50cmの空腸まで断続的にangioectasiaを認めアルゴンプラズマ凝固法(APC)で焼灼した。しかし、1か月後に多量の黒色便を認め、血液検査でHgb6.7g/dlであり再入院となった。黒色便は入院翌日に消失したが、入院時の造影CTや第2病日に施行したカプセル内視鏡では出血源を同定できなかった。第4病日に経口小腸内視鏡検査を施行したところ、クリップは残存しており出血は見られなかった。クリッピングを追加し、angioectasiaに対してAPCで焼灼した。第11病日に施行した腹部血管造影検査では異常を認めず、第15病日の血液検査でHgb8.3g/dlであり退院となった。しかし、2週間後に多量の黒色便を認め、血液検査ではHgb5.7g/dlであり再入院した。入院日の造影CTでは出血源は不明で、黒色便は入院翌日に消失した。出血源と考えられた潰瘍を内視鏡的にクリッピングし、クリップが残存していたにも関わらず短期間で出血を繰り返したことから、クリップとangioectasiaを含む60cmの空腸を腹腔鏡補助下で外科切除した。切除腸管断端から減菌した内視鏡を挿入して経口・経肛門小腸内視鏡で到達できなかった小腸粘膜を観察し、他に出血源がないことを確認後に腸管を吻合した。退院後の血液検査はHgb9.4g/dl、病理所見はクリッピング部位にびらん状に粘膜下層の線維化、および慢性炎症細胞浸潤と拡張した大小の血管を認めた。小腸Dieulafoy潰瘍の報告例は少なく、文献的考察を加え報告する。

小腸出血, 小腸Dieulafoy潰瘍

池上総合病院 消化器センター

真田和賢, 鈴木理之, 大島由佳, 深澤麻希, 飛田浩輔, 石川健二,
伊勢円佳, 和久津亜紀子, 加持順一郎, 柴山泰久, 高安博之

【緒言】日常臨床で画像検査を行う機会が多くなり、偶然に腫瘍が発見される機会も比較的多くなった。今回我々は鼠経ヘルニアを主訴に受診となり、画像検査にて偶然に骨盤内巨大腫瘍を認め、最終手術病理診断から小腸平滑筋腫であった1例を経験したので報告する。【症例】20歳代 男性【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】20XX年以前よりの右鼠経部膨隆を主訴に当院初診。【画像検査】CT：右骨盤腔内にφ150mmの比較的造影効果が強い内部均一の腫瘍像あり。【手術】開腹回盲部切除術 手術時間約3時間 術後経過は比較的良好で第10病日で退院。【病理】核異型の乏しい紡錘形細胞の渦巻状に増生を認め、免疫染色にてc-kit、DOG-1、CD-34、Desmin、S-100陰性で、Vimentin陽性、αSMA陽性を認め、平滑筋腫と診断となった。【考察】平滑筋腫は自覚症状なく臨床的に画像検査にて偶然に発見されることが比較的多い。ただ巨大なものの報告例は比較的少なく、若干の文献的考察を交えて報告する。

小腸, 平滑筋腫

がん研究会有明病院 下部消化管内科¹⁾,
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科²⁾,
松野高久^{1,2)}, 斎藤彰一¹⁾, 井出大資¹⁾, 千野晶子¹⁾, 五十嵐正広¹⁾,
五十嵐良典²⁾

【目的】本邦における小腸疾患の内視鏡的診断は近年、発展を遂げている。小腸疾患の当院での経験とそれに基づく今後の診断治療に関して、考察し報告する。

【方法】2008年から2018年における当院での十二指腸を除く小腸疾患、空腸、回腸(回盲部を含む)の病変に対しての検討を行った。なお、大腸原発の小腸壁への直接浸潤腫瘍は除いた。

【結果】空腸病変は35症例で平均年齢63.0歳、男女比24:11であった。

内訳は空腸原発が25例、他臓器からの転移が10例であった。原発疾患の内訳はGIST13例、腺癌4例、腺腫1例、悪性リンパ腫3例、デスモイド1例、カルチノイド1例、肉腫1例、平滑筋腫1例であった。転移症例は肺癌の転移が4症例と最も多く、次いで婦人科腫瘍2例、膀胱癌1例、尿管癌1例、腎細胞癌1例、結腸癌1例であった。術式は開腹手術が33例、腔鏡手術が1例、EMRが1例であった。

回腸病変は82症例で平均年齢60.1歳、男女比51:31であった。

内訳は回腸原発が75例、多臓器からの転移が7例であった。原発疾患の内訳は腺腫30例、腺癌5例、悪性リンパ腫16例、GIST9例、カルチノイド5例、肉腫2例、Peutz-Jegherポリープ3例、脂肪腫2例、Pyogenic granuloma1例、腸間膜腺腫1例、炎症性ポリープ1例であった。転移症例は肺癌2例、卵巣癌2例、胆管癌1例、結腸癌1例、子宮内膜癌1例であった。術式は開腹手術41例、腹腔鏡手術7例、内視鏡手術34例(ポリープ切除16例、EMR7例、ESD4例、EPMR1例、コールドポリープ切除4例、ホットバイオプシー2例)であった。腫瘍径は有意に空腸病変が大きく、症状は空腸病変で有意に症状があった。また術式は回腸病変の方が内視鏡治療が多く、回腸病変が生存に関して有意に長かった。

【考察】空腸病変の方が回腸病変と比べ腫瘍径が大きく、症状出現が有意に高く、そして予後が不良であった。また、空腸病変に対して回腸病変の内視鏡的診断治療が多かった。これは大腸内視鏡検査で回盲部から回腸まで挿入し、観察したのと考えられた。通常の大腸内視鏡検査でも可能な限り回腸を観察することが病変発見に有用であると考えられる。

回腸腫瘍, 空腸腫瘍

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科¹⁾,同 総合診療急病センター外科²⁾, 同 病理部³⁾

岩田俊太郎¹⁾, 福土剛三¹⁾, 鈴木啓太¹⁾, 原 健三¹⁾, 團 宜博¹⁾,
松野隆久¹⁾, 土方一範¹⁾, 新井典岳¹⁾, 鳥羽崇仁²⁾, 木村隆輔²⁾,
藤本 愛¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 本田善子²⁾, 島田長人²⁾, 栃木直文³⁾,
澁谷和俊³⁾, 五十嵐良典¹⁾

症例は48歳女性。1ヶ月前から遷延する腹痛を主訴に前医を受診し、虫垂炎の疑いで入院した。しかし、次第に腹痛の増悪並びに頻回の下痢を認めたため、腹部CTを撮影したところ、全結腸の壁肥厚と多量の腹水を認めた。下部消化管内視鏡検査では全結腸にわたって、スキップして深掘れ潰瘍と縦走傾向の潰瘍を認めたことから、重症クロン病の疑いで当院に転院となった。腸管感染症の併発を疑い抗生剤投与で加療を開始した。第3病日に便培養結果からEntamoeba histolyticaの陽性認めため、アメーバ性大腸炎と診断し同日からメトロニダゾール1500mg/dayを追加投与した。感染経路は患者が風俗業従業員であったことから、経口感染と判断した。第6病日に腹痛の増悪と板状硬を認めたため、腹部造影CTを施行したところ、盲腸から横行結腸の造影効果の低下ならびに著明な腸管拡張、さらには上行結腸周囲には腸管外airを認めたため、腸管壊死並びに穿孔を伴う劇症型アメーバ性大腸炎と診断した。同日右半結腸切除・腹腔洗浄ドレナージ術を施行した。術後経過は良好で、メトロニダゾールは術後14日目まで投与し再燃ないため終了。第38病日に退院した。アメーバ性大腸炎は症状が軽微で、投薬のみで良好な経過をたどるとされている。しかし、稀に消化管穿孔や腹膜炎をきたし劇症化することが知られている。その際の致死率は40-100%に及び極めて予後不良である。劇症型アメーバ性大腸炎で腸管穿孔をきたし、救命し得た症例の報告は少なく、貴重な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

アメーバ性大腸炎, 消化管穿孔

東京医科大学病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡センター²⁾
濱 憲輝¹⁾、森瀬貴之¹⁾、内藤貴子¹⁾、河野 真¹⁾、山内芳也¹⁾、
杉本暁彦¹⁾、内田久美子¹⁾、班目 明¹⁾、山口 隼¹⁾、香川泰之¹⁾、
篠原裕和¹⁾、村松孝洋¹⁾、根本大樹¹⁾、松本 将¹⁾、山西文門¹⁾、
神田遼弥¹⁾、福澤誠克¹⁾、河合 隆²⁾、糸井隆夫¹⁾

症例は67歳、男性。2019年9月頃より全身倦怠感を認め近医を受診し、血液検査で貧血、血小板減少を認めた。骨髄穿刺の結果、8番染色体異常(trisomy 8)を伴わない骨髄異形成症候群(MDS)と診断され、2020年2月に当院血液内科へ転院となった。同種造血幹細胞移植が考慮され支持療法が開始されたが、2021年10月より頻回の水様便を認めた。感染性腸炎が疑われ抗菌薬内服による加療を開始されたが半年間症状改善なく2021年3月に発熱、腹痛と下痢症状の増悪を認め緊急入院となった。入院時の血液検査では炎症反応高値と汎血球減少、腹骨盤部単純CT検査では回盲部から上行結腸にかけて周囲の脂肪組織濃度の上昇とリンパ節腫大を伴った大腸粘膜の浮腫性変化を認めた。各種培養検査は全て陰性であったが、便中C. difficile毒素が陽性であった。C. difficile腸炎を疑い腸管安静とバンコマイシン内服による加療を開始したが反応性は不良であった。大腸内視鏡検査では上行結腸に輪状潰瘍を伴う潰瘍、回盲部から上行結腸にかけて浮腫性変化を伴った易出血性粘膜と浅い潰瘍の多発を認めた。浅い潰瘍は回腸その他全結腸にも散見された。感染性腸炎、炎症性腸疾患のほか易感染性宿主という患者背景と長期的な臨床経過、内視鏡所見等から腸結核等も含めた各種検査を行った。全ての検査所見が陰性であること、腹部症状出現後trisomy 8の新規発現がないことを確認し、第25病日に副腎皮質ステロイド静注療法(10mg/kg)を開始したところ症状は著明に改善を認めた。第36病日の腹骨盤部単純CT検査では炎症性変化の改善を認め、第41病日の大腸内視鏡検査では炎症性変化の改善と潰瘍の消退を認めた。以後ステロイド投与量を漸減するも症状増悪を認めず経過良好で第62病日に退院となった。trisomy 8を伴うMDSでは腸管バネット病に類似した腸管病変を併発し得ることが報告されている。今回我々は腸炎症状出現時にもtrisomy 8を認めず副腎皮質ステロイドの投与が有用であったMDS関連腸炎の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

骨髄異形成症候群関連腸炎、染色体異常

筑波大学附属病院 消化器内科
石川直樹、山田武史、小林真理子、山本祥之、森脇俊和、鈴木英雄、土屋輝一郎

【症例】72歳、男性【現病歴】右下葉肺腺癌、胸骨転移に対して右下葉、胸骨柄合併切除後、左下葉再発に対してペムプロリズマブが開始された。投与開始から5か月後(8クール後)に免疫関連有害事象(irAE)皮膚炎を発症し、ステロイド外用で軽快した。11か月(16クール)後に血便が出現したため当科へ紹介となった。発熱や腹痛は認めず、血液検査では白血球7600/μL、CRP<0.03mg/dLと炎症反応の上昇は認めなかった。CTで直腸壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡検査(CS)で下行結腸と直腸に限局した血管透視像の消失ならびに粘膜粗造、多発性びらんを認めた。生検では炎症細胞の浸潤が高度で陰窩膿瘍や杯細胞の減少を認めるが、サイトメガロウイルス陽性細胞や類上皮細胞肉芽腫は認めなかった。以上より、irAE大腸炎と診断し、ペムプロリズマブを中止して経過観察を行った。2週間後の外来で血便の頻度は減少していたが、1か月後には4行/日以上の下痢も出現するようになった。高齢であることからステロイドの副作用を懸念し、限局性腸炎としてサラゾスルファピリジン(SASP) 2000 mg/日で治療を開始した。投与5日目から下痢と血便は改善し、1か月後には便性状が正常化した。CSでも粘膜の炎症所見は著明に改善していた。irAE大腸炎の再増悪やSASPの副作用は認めていないため、ペムプロリズマブを再開し、症状に合わせてSASPを調整していく方針である。【考察】irAE大腸炎は免疫チェックポイント阻害薬使用患者のうちの1-16%で発症し、比較的頻度の高い有害事象である。休薬で改善が乏しい場合は第一選択薬としてステロイドが用いられるが、その副作用が度々問題となる。irAE大腸炎の内視鏡所見、病理所見は潰瘍性大腸炎(UC)との類似が指摘されており、UC治療薬の有効性が期待されている。5-アミノサリチル酸(5-ASA)製剤で軽快した症例も複数報告されていることから、SASPや5-ASA製剤はirAE大腸炎の初期治療に有用である可能性が示唆された。irAE大腸炎の治療に関して文献的考察を加えて報告する。

免疫関連有害事象(irAE)、サラゾスルファピリジン

がん研有明病院 下部消化管内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
小林 輝¹⁾、斎藤彰一¹⁾、山本浩之¹⁾、榎本有里¹⁾、十倉淳紀¹⁾、
石岡文彬¹⁾、安江千尋¹⁾、井出大資¹⁾、千野晶子¹⁾、五十嵐正広¹⁾、
河内 洋²⁾

【症例】69歳、女性【現病歴】健診で便潜血陽性を指摘され、精査目的に近医で施行された下部消化管内視鏡検査でS状結腸に15mm大の隆起性病変を認め、精査加療目的に当院紹介された。【既往歴】高血圧、脂質異常症【内視鏡所見】S状結腸に15mm大の隆起性病変を認めた。頂部には一段と高く発赤の強い隆起を伴い、タルマ様の形態を呈していた。病変観察では立ち上がりはくびれを有し、可動性良好で、肉眼型0-Isp(垂有茎型)と診断した。NBI併用拡大観察にて辺縁部はSurface/ Vessel patternともに整でJNET-Type 2A相当であったが、頂部の一段高い発赤隆起部に一致して不規則分岐を示す口径不同の血管を認めJNET-Type 2Bと診断した。色素拡大観察でも同様に、辺縁部はIV型pit patternが主体で腺腫成分の残存と考えたが、頂部はVI型(高度不整)と診断した。【臨床経過】内視鏡所見からはSM浸潤も示唆されたが、画像上は転移性病変を認めず、完全摘除生検目的にESDを施行した。【病理組織学的所見】14mm大のpolypoid growthを示す病変で辺縁には高度異型絨毛管状腺腫が残存し、内視鏡状一段高い発赤隆起として観察された領域に一致し、中～高分化腺腫を認めた。粘膜筋板は断裂し、表層から約6700 μmの浸潤を認め、リンパ管・静脈侵襲高度、Budding grade 3、深部・水平断端は陰性であった。【経過】非治癒切除と判断し、後日追加切除として腹腔鏡補助下S状結腸切除術を施行し、241リンパ節転移を1個認めた。術後経過1年で転移再発は認めていない。【考察】15mmと比較的小型ながら、高度の脈管侵襲を伴い、リンパ節転移を来した一例を経験したので報告する。

早期大腸癌、リンパ節転移

北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター¹⁾、
同 消化器内科²⁾、同 血液内科³⁾
北條 紋^{1,2)}、小林 拓¹⁾、田島萌夢¹⁾、森久保拓^{1,2)}、宮谷佑佑¹⁾、
福田知広^{1,2)}、阿曾沼邦央¹⁾、佐上晋太郎^{1,2)}、中野 雅³⁾、
半田 誠³⁾、日比紀文¹⁾

【主訴】貧血【症例】38歳女性【現病歴】18歳時に潰瘍性大腸炎と診断され、これまでステロイド依存の経過に対し、タクロリムス、アダリムマブ、ゴリムマブ、トファシチニブ、ベドリズマブ、ウスデキヌマブで加療も多剤に不耐もしくは効果不十分であり、活動性は慢性に持続していた。2か月前よりアダリムマブを再導入し、5-アミノサリチル酸、タクロリムス少量内服を併用して外来通院していた。血便は認めていなかったにもかかわらず進行するヘモグロビンの低下(2か月間で8.8→7.2g/dl)を認めた。血液検査所見から自己免疫性溶血性貧血と診断したものの高度貧血により全身状態不良となり緊急入院となった。【入院時現症】眼瞼結膜貧血、眼球結膜黄染、皮膚黄染を認めた。【検査所見】赤血球1.67×10⁶/μl、ヘモグロビン6.1g/dl、MCV 118.6fl、MCH 36.6pg、網状赤血球294.4%、総ビリルビン3.3mg/dl、ハプトグロビン≤10mg/dl、直接クームス陽性、CRP 2.05mg/dl、アルブミン3.3g/dl。下部消化管内視鏡検査で肝弯曲から遠位に広範囲にMayo endoscopic subscore3相当の活動性所見、腹部超音波検査で軽度脾腫を認めた。【入院後経過】第1病日よりプレドニゾン(PSL)30mgの投与を開始としたがHb 5.2と貧血の進行を認め輸血も要したことから第3病日にPSL40mgへ増量したところ、第8病日には網状赤血球の上昇はピークアウトした。その後、ヘモグロビン値は9.6g/dlまで上昇し、総ビリルビン値は第16病日に正常化した。腹部症状、CRPも0.01mg/dlに改善し、PSLは25mgまで漸減し第40病日に退院となった。第16病日より6-メルカプトプリン(MP)を併用、嘔気が出たが少量から漸増し、退院後4か月経過した現在も貧血、腸管症状どちらも再燃なく経過、PSL 11mg/日、6MP 10mgにて寛解を維持している。【考察】潰瘍性大腸炎に自己免疫性溶血性貧血を合併することは比較稀であり、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎、自己免疫性溶血性貧血

がん研有明病院 下部消化管内科

榎本有里, 斎藤彰一, 千野晶子, 井出大資, 安江千尋, 石岡充彬, 十倉淳紀, 山本浩之, 小林 輝, 五十嵐正広

近年内視鏡技術の進歩に伴い、内視鏡治療件数は増加している。内視鏡治療における重要な偶発症の一つに後出血があるが、後出血とは、内視鏡治療後にHb 2.0 g/dL以上の低下、あるいは顕血便を来し、内視鏡的止血術が必要とされるものと定義され、切除直後に発生する早期出血 (immediate bleeding) と晚期出血 (delayed bleeding) に分けられる。早期出血は凝固不良が主な原因であり、特に有茎性の病変では出現頻度が高く、晚期出血は治療後に形成される潰瘍からの出血であり凝固過多が原因である事が多い。ただし、後出血は切除時のポリープ栄養血管への障害だけでなく、腸管蠕動や便による刺激、治療後潰瘍の拡大による血管露出によって引き起こされるため、手技に関わらずある一定の頻度で起こりうる。さらに医原性出血ではあるが、必ずしも全例緊急内視鏡検査の適応となる訳ではなく、血便の持続、Hbの低下を認める場合は動脈性出血を念頭において緊急内視鏡検査を行うべきである。しかしながら緊急大腸内視鏡検査は前処置が不十分な状況下で行うことが多く、出血部位の同定は検査記録により容易であったとしてもスコープ挿入性の難易度が高いことから多くの知識や経験が要求される。以上から、できる限り後出血を防ぐための術中マネジメントも重要である。今回S状結腸の20mm大の亜有茎性病変に対し大腸粘膜切除術 (EMR) 施行時に、拍動性出血を伴った症例に対し止血術を施行した。その際の画像を閲覧しながら、当院における止血処置の実際の方法と工夫について概要を説明する。

下部消化管出血, 止血処置

亀田総合病院 消化器内科

白鳥俊康, 中路 聡, 南雲大暢, 仲地健一郎, 吉村茂修, 白満菜津貴, 吉岡 航, 井上 薪, 吉村莊平, 齋藤慶太, 大園太貴, 船登智将, 西脇拓郎, 岩崎巨征, 駒形明紀, 蘆川 堯

【緒言】大腸悪性狭窄に対する大腸ステント留置は、安全性・効果ともに良好であり、現在は一般的な処置となっている。しかし狭窄部が深部結腸にある場合、前処置が出来ない状態で内視鏡を挿入しなければならず、目的部に到達後も操作性が悪くステント留置に難渋することもある。そのため当院では深部結腸狭窄症例へのステント留置は、内視鏡径が細いショートタイプシングルバルーン小腸内視鏡であるSIF-H290Sを使用することで対応している。今回、当院における深部結腸狭窄症例に対するステント留置の成績を報告する。【方法】2012年～2021年で、上行結腸～肝湾曲部までの結腸癌による消化管狭窄に対して消化管ステントを留置した11例を対象とした。2018年以前の7例は、内視鏡はGIF-T2T40もしくはCFを使用し10Frステントを留置している (A群)。それ以降の4例は、内視鏡はSIFを使用し9Frステントを留置している (B群)。両群間における狭窄部位までの到達時間・処置時間を比較した。【結果】A群:B群で、年齢中央値は82歳:82歳、男女比は4/3:2/2であった。狭窄部位までの到達時間中央値は24分:11分と差は認めなかったが、ステント留置にかかった時間は32分:26.5分・総処置時間は56分:37.5分とB群で有意に短かった ($p<0.05$)。【結語】SIFは先端部外径が9.2mmであり、従来の大腸内視鏡と比較しても細い。そのため、限られたスペースでも内視鏡の操作に優れ、結腸深部においても狭窄部の確認やステント留置が行いやすいと考えられた。

大腸ステント, ショートタイプシングルバルーン内視鏡

群馬大学大学院 肝胆脾外科学

新木健一郎, 山中崇弘, 萩原 慶, 石井範洋, 塚越真梨子, 渡辺 亮, 播本憲史, 調 憲

【背景】臍頭十二指腸切除 (PD) による再建後の合併症には、胃排出遅延 (DGE) や輸入脚症候群などが挙げられる。今回我々は、亜全胃温存臍頭十二指腸切除 (SSPPD) 術後の比較的早期にBraun吻合に伴う腸間膜間隙に内ヘルニアを経験した。PDに伴うBraun吻合に関連する内ヘルニアの報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。【症例】74歳、男性。遠位胆管癌に対してSSPPDを施行。SSPPD術後9病日より嘔吐を認め、DGEと診断し経鼻胃管を挿入した。その後、造影CTと胃管からのチューブ造影では、胃空腸吻合部からBraun吻合にかけての腸管拡張を認め、Braun吻合より肛門側は腸管虚脱しており、限局的な閉塞性イレウスが疑われた。上部消化管内視鏡では、Braun吻合部の輸出脚側の移行部に腸管のねじれによると思われる狭窄を認めた。以上より、Braun吻合の輸出脚側の狭窄に伴う閉塞性イレウスと診断し、保存的治療を行った。本症例はISGPF gradeBの胆汁漏も合併しており、尿液漏の改善後でもイレウス症状の改善が得られずSSPPD術後37病日に再手術を行った。手術所見は、胃空腸吻合とBraun吻合の腸間膜間隙の背側から輸出脚 (肛門側) 腸管が入り込み内ヘルニアを起こしていた。手動的に還納し、腸間膜間隙を縫合閉鎖し手術を終えた。術後合併症なく術後16病日 (SSPPD術後53病日) で退院。術後2年以上経過し、イレウス症状や胆管癌の再発を認めない。【考察】PD術後のBraun吻合に伴う腸間膜間隙への内ヘルニアの会議録を3件認めたが、本病態と同じ文献報告は認めなかった。胃切除後Billroth-II再建に伴うBraun吻合に関連した内ヘルニアの報告は散見される。文献よりPD術後の胃空腸吻合では前結腸経路は妥当だが、内ヘルニアを予防することが重要と考えられた。また、腹腔鏡手術の普及により消化管再建の間隙に起因する内ヘルニアが報告されるようになっており、再建ごとに間隙閉鎖について再考するべきと考えられた。【結語】SSPPD術後の胃空腸吻合-Braun吻合間の腸間膜間隙に伴う内ヘルニアを発症し、再手術を要した症例を経験した。

臍頭十二指腸切除術, 内ヘルニア

順天堂大学医学部消化器内科

佐久間聖, 富嶋 享, 岩野知世, 池村宗朗, 秋川真由子, 高橋 翔, 鈴木彬実, 伊藤光一, 福嶋浩文, 中寺英介, 上山浩也, 深田浩大, 鈴木聡郎, 石川 大, 内 明, 椎名秀一朗, 永原章仁, 池嶋健一, 伊佐山浩通

【症例】60歳代、女性【主訴】発熱【既往歴】1型糖尿病、乳癌【現病歴】2020年9月に左肺腺癌・肝転移と診断され、10月下旬よりCBCDA+PEM+Pembrolizumabを開始。12月に発熱と肝胆道系酵素の上昇を認め入院。【臨床経過】発熱・腹痛と肝胆道系酵素上昇を認めた (AST 526 U/L, ALT 306 U/L, ALP 856 U/L, γ -GTP 644 U/L)。造影CTでは肝実質の不均一な造影を認め、EUSでは胆管拡張と胆管・胆嚢壁の肥厚を認めた。胆嚢内に胆泥を認めた為、胆泥による胆管炎を考慮第1病日にERCPを施行し、ESTに引き続きENBDを留置した。肝胆道系酵素の改善と解熱が得られ、第3病日にENBD抜去。しかし、第4病日に再度肝胆道系酵素が上昇した。胆管閉塞は認めないが抗生剤治療が奏功せず、発熱と肝胆道系酵素上昇が継続。画像と臨床経過よりirAE (immune-related adverse event) 肝障害と胆管炎を考えた。胆道鏡と肝生検を施行し、胆道鏡では総胆管粘膜の浮腫状変化と輪状ひだ様変化を認め、胆管組織ではCD8陽性のリンパ球浸潤を認めた。肝組織でも門脈域にCD8陽性のリンパ球浸潤を認めた。irAE肝障害/胆管炎の診断で第15病日よりPSL45mg (0.8mg/kg/day) を開始。5日毎に5~1mgずつ漸減し、肝胆道系酵素の経時的な改善を認め第43病日に退院となった。【考察】免疫チェックポイント阻害薬による有害事象として発症した胆管炎はまれで、胆道鏡で胆管内腔を確認した報告はさらに少ない。irAE胆管炎の治療は、免疫チェックポイント阻害薬の中止と免疫抑制薬である。胆道ドレーナジは効果に乏しいことが多く、胆泥などを伴う場合は胆泥による胆管炎との鑑別でPSL治療導入が遅れる可能性がある。本症例は、肝組織変化のみならず総胆管変を合併した希な症例であり、胆道鏡下観察が診断の一助になる可能性が考えられた。【結語】Pembrolizumabに起因したirAE肝障害/胆管炎で、胆道鏡にて胆管壁を観察し得た一例を経験したので報告する。

irAE胆管炎, 胆道鏡

89 内視鏡及びデバイスの工夫により減黄に成功した Intraductal papillary neoplasm of the bile duct (IPNB) の一例

群馬大学 大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学
大島啓一, 善如寺暖, 阿部貴紘, 村上立真, 清水雄大, 糸井祐貴,
佐藤圭吾, 春日健吾, 橋本 悠, 金山雄樹, 須賀孝慶, 保坂浩子,
田中寛人, 戸島洋貴, 栗林志行, 山崎勇一, 佐藤 賢,
浦岡俊夫

【症例】70歳代男性。【主訴】黄疸。【現病歴】X年Y月、皮膚黄染を自覚し前医を受診した。著明な胆管拡張と嚢胞状腫瘍を認め精査目的に当院へ転院となった。【経過】胆管精査のためERCPを実施、胆管内に粘液を多量に認め粘液及び胆管内腫瘍が黄疸の原因と考えられた。総胆管に7Fr pig tail ENBDを留置したが減黄は得られず、B5に5Fr straight ENBD、左肝内胆管の嚢胞内に7Fr pig tail ENBDに入れ替えたが減黄は不十分だった。胆汁細胞診で診断が得られなかったため経口胆道鏡(Spy Scope DS II)を施行したところ、右胆管の2次分枝からB5とB8の分岐部にかけて乳頭状腫瘍を認めた。総胆管、左胆管は粘液のため観察困難だった。腫瘍を経口胆道鏡直視下に生検し乳頭状の腫瘍細胞を認め、臨床所見と併せてIPNBと診断した。B6に5Fr straight ENBD、左肝内胆管の嚢胞内に7Fr pig tail ENBDを留置し減黄が得られた。肝切除を目標に経皮経肝門脈塞栓術を施行したが、残存容積が足りず化学療法の方針となった。内癒化するにあたり粘液によるステント閉塞が懸念されたためステントを乳頭だしにする必要があった。B6に5Fr ENBDを300mmに切ったステント、左胆管に8.5Fr 150mm straight、左肝内胆管の嚢胞内に7Fr 180mm double pig tailを留置した。減黄が不十分であったため、B6を6Frのステントにサイズアップ、B8に7Fr 200mm straight、左肝内胆管の嚢胞内に7Fr 180mm double pig tailを留置したところ減黄が得られた。化学療法導入後、B6を7.2Frのステントにサイズアップし治療継続中である。【考察】IPNBは過剰な粘液を産生し減黄に難渋することが多い。本症例では減黄に難渋したものの、経口胆道鏡による腫瘍の進展所見を参考にした正確なドレナージ領域の設定や使用するステントの工夫により減黄に成功した。【結語】IPNBのように減黄に難渋する症例においては、経口胆道鏡を積極的に適用した正確なドレナージ領域の設定とそれに応じた適切なデバイスの使用が重要である。

IPNB, 胆道ドレナージ

90 心窩部痛を契機に診断された先天性胆道拡張症・脾 胆管合流異常の1例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 総合診療科¹⁾,
同 消化器内科²⁾
島原立樹¹⁾, 有賀啓之²⁾, 堀籠祐一²⁾, 岡田健太²⁾, 鹿志村純也²⁾

【はじめに】脾・胆管合流異常では脾管と胆管が十二指腸壁外で合流し、十二指腸乳頭部括約筋の作用がその合流部に及ばず、脾液と胆汁の相互逆流により胆管炎や脾炎、胆道痛など様々な病態を生じる。

【症例】20代、男性。(主訴)心窩部痛。(既往歴・家族歴)特記すべきものなし。(生活歴)喫煙なし。機会飲酒。アレルギーなし。(現病歴)X年Y月22時頃に腹部不快あり、安静にしていたが、症状改善なく救急外来を受診された。来院後、症状は改善したが来院後のCTで総胆管拡張の指摘あり精査のため消化器内科へ紹介となった。(来院時身体所見)バイタルは保たれ、心窩部に軽度圧痛を認めた。(来院時血液検査)軽度の肝胆道系酵素の上昇を認めた。(画像)CT:肝内胆管の拡張はないが、総胆管は23mmに拡張していた。MRI:総胆管は紡錘状に拡張し、脾・胆管合流異常を認めた。ERCP:造影で共通管を認め、脾管、胆管が同時に造影された。胆管へ選択的に挿入し造影し、総胆管は紡錘状に拡張していた。胆汁内のアミラーゼは51635 U/Lと上昇し、細胞診はClassⅡで悪性所見を認めなかった。(経過)以上より脾・胆管合流異常、先天性胆道拡張症(戸谷分類Ⅰc、Alonso-Lej分類Ⅰ型)と診断した。十分な説明を行い、脾液と胆汁の混和を遮断する分流手術を行った。現在も外来で定期的な経過観察を行なっている。

【まとめ】脾・胆管合流異常は解剖学的に脾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ある。脾・胆管合流異常症は比較的前後良好な疾患であるが、成人における胆道癌合併頻度は、先天性胆道拡張症 21.6%、胆管非拡張型脾・胆管合流異常 42.4%と高く、術後も発癌のリスクがあるため厳重な経過観察が必要であり、当院の症例に文献的考察を加え報告する。

脾・胆管合流異常, 先天性胆道拡張症

91 Segmental arterial mediolysisによる胆嚢出血を来した 1例

関東労災病院 消化器内科
佐藤洋一郎, 林 幹人, 石井 侃, 秋山ゆり, 中尾友美,
中崎奈都子, 小林俊介, 大森里紗, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎,
金子麗奈, 岸本有為, 池原 孝

【緒言】Segmental arterial mediolysis(以下SAM)は、動脈の非炎症性・非動脈硬化性の変性疾患で、主に腹部内臓動脈の中膜の分節性の融解をきたす。今回、稀少な胆嚢動脈のSAMを経験したため報告する。【症例】58歳男性【主訴】腹痛【既往歴】軟骨形成不全症、高血圧症、胃潰瘍、突発性難聴【現病歴】202X年Y月Z日、食後に突然の上腹部痛が出現し、その後嘔吐を認めたため救急搬送となった。【臨床経過】身体所見として心窩部から臍上部にかけて圧痛を認めた。血液検査では、炎症と胆道系優位の肝胆道系酵素の上昇、CEA 10.1ng/mL、CA19-9 670U/mLと高値を認めた。腹部造影CTでは、胆嚢壁のびまん性肥厚と粘膜の不整所見があり、胆嚢内腔から総胆管にかけて出血を疑う高吸収域を認めた。胆嚢粘膜の不整像から胆嚢腫瘍による胆道出血を疑い入院となった。全身状態良好であったため、精査の上、待機的に胆嚢摘出術の方針となった。第2病日に肝胆道系酵素の悪化、腹部CT再検査で肝内胆管および総胆管拡張の増悪を認め、胆道出血による閉塞性黄疸を来したため減黄目的に内視鏡的経鼻胆管ドレナージを施行した。胆汁細胞診は、ClassⅡの結果であり、悪性所見は認めなかった。MRCPでは、腫瘍性病変を示す所見は認めなかった。第7病日に診断的治療目的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った。病理の結果、Segmental arterial mediolysis of the gall bladderの診断となった。【考察】当初胆嚢腫瘍による胆道出血を疑うも、切除病理標本よりSAMの診断に至った。胆嚢粘膜上皮の異型は認めなかった。医学中央雑誌で1980年から2020年までの期間で「Segmental arterial mediolysis」「胆嚢」をkey wordで検索した限りでは自験を含めて4例であり、胆嚢動脈のSAMの報告例は少なく、文献的な考察を踏まえて報告する。

Segmental arterial mediolysis, 胆嚢出血

92 若年女性にみられたANA陰性、IgG値正常の自己 免疫性肝炎の1例

日本大学医学部 消化器肝臓内科学分野
北原麻衣, 神田達郎, 石井大雄, 本田真之, 水谷 卓, 山名陽一郎,
熊川まり子, 佐々木玲奈, 金澤忠依, 増崎亮太, 松本直樹,
楢井和重, 山上裕晃, 森山光彦

【背景・目的】自己免疫性肝炎は、自己免疫機序が関与する慢性肝炎であり、中年以降の女性に好発することが特徴的とされ、典型例ではその診断は比較的容易である。今回、20歳代女性にみられたANA陰性、IgG値正常の自己免疫性肝炎の1例を報告する。【症例】24歳、女性。主訴は倦怠感。当院受診約2カ月前の健診で肝機能異常を指摘され、前医受診。AST 272 IU/L、ALT 401 IU/Lと肝機能改善しないため、精査加療目的に当科紹介入院となった。手術歴および輸血歴、薬物自己注射歴、刺青歴を認めなかった。機会飲酒のみ。約3年前から近医で十味散毒湯を処方されるも、前医受診以降中止(DLSTも陰性)。UDCAにて嘔気中止の既往あり。肝疾患家族歴なし。身長158 cm、体重49.1 kg、37°C、身体所見に特記事項なし。初回入院時 AST 338 IU/L、ALT 455 IU/L、ALP 344 IU/L、G-GTP 80 IU/L、血小板 21万、PT 66%、INR 1.27、T-Bil 0.99 mg/dL、TP 7.0 g/dL、Alb 4.0 g/dL、IgG 1,527 mg/dL、IgA 255 mg/dL、IgM 100 mg/dL、ANA、LKM1、AMAM2等自己抗体および各種ウイルスマーカーは陰性。甲状腺機能正常。ESR 9 mm/1h、COVID19-Ag(-)。SNMC 100 mL/日にて肝機能低下、患者の強い希望により、肝生検を施行せず、入院25日目に一旦退院。外来経過観察するも肝機能改善せず。当院初診約2カ月後再入院肝生検施行し、自己免疫性肝炎の所見が得られたため、当院初診約3カ月後PSL 40 mg/日を開始した。当院初診約6カ月後 AST 20 IU/L、ALT 24 IU/L、PT 89%、INR 1.07と改善。外来にてPSL 15 mg/日継続中である。AIHスコア初診時および肝生検後、PSL導入後でそれぞれ5点および10点、12点(AIH疑診)であった。【考察・結論】本症例は肝生検にて診断した若年女性に発症したANA陰性、IgG値正常の自己免疫性肝炎であり、ステロイド導入にて寛解した。薬物服用歴がある場合には、AIHスコアが低く出ることもあり注意が必要である。貴重な症例と考えられたので若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, 若年発症

獨協医科大学 内科学（消化器）講座

山口真太郎, 有阪高洋, 寺谷茹夏, 石川 学, 川田陽介, 増山智史, 眞島雄一, 富永圭一, 飯島 誠, 郷田憲一, 入澤篤志

20代女性。パセドウ病に対して20XX年にアイソトープ治療後他科に通院していた。20XX+1年に肝逸脱酵素の上昇を認め観察されていたが改善なく、3ヶ月後抗核抗体高値から自己免疫性肝炎を疑われ当科を初診した。自覚症状は特になが黄疸を認め肝障害が増悪していたため入院した。その際妊娠8週であった。入院時AST1287U/L, ALT677U/L, 総ビリルビン12.6mg/dL, アルブミン3.0g/dL, PT45%と不良なためステロイドパルス療法を施行後、プレドニゾロンを投与した。IgG>4000mg/dLと高値であり、肝生検では中心静脈周囲に著明な肝細胞の壊死脱落を認め、ロゼット形成もみられ自己免疫性肝炎に矛盾しない所見であった。ステロイド治療後transaminaseは低下し、肝予備能も改善した。妊娠と肝障害増悪の関連などについて興味深い症例と思われ報告する。

自己免疫性肝炎, 妊娠

JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
河田 洲¹⁾, 藤川博敏¹⁾, 芳賀大生¹⁾, 菊田大一郎¹⁾, 金子桂士¹⁾, 中河原浩史¹⁾, 桂 義久²⁾

【症例】79歳男性【主訴】肝障害【経過】X年に当院呼吸器内科でcT4N2M1aの肺癌（多形癌）、癌性胸膜炎に対して、ヒト化抗ヒトPD-1モノクローナル抗体（ペムプロリズマブ）による化学療法を計32回おこなった。腫瘍は縮小しPRと判定され経過良好であった。しかしX+2年Y月にALT 39 U/L, ALP 852 U/L, γ GTP 235 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。同年Y+1月にはT-B 1.6 mg/dl, AST 89 U/L, ALT 116 U/L, ALP 2047 U/L, γ GTP 559 U/Lと悪化したため当科に紹介となる。肝炎ウイルスは陰性, ANA 40倍(homogenous, speckled), AMAは陰性でIgG値, IgG4値, ANCAは正常であった。CTや腹部超音波検査で肝腫瘍はなく, MRCPでは総肝管の狭窄を認め、免疫関連有害事象(以下irAE)と考え、投薬を中止した。肝組織像では線維化はごく軽度で、門脈域は中等度のリンパ球浸潤と少数の好酸球浸潤を認め、免疫染色で多くのリンパ球はCD3陽性で分布ではCD8, CD4陽性細胞が目立ち、CD20陽性細胞はわずかであった。小葉間胆管では胆管障害像を認め、CD8陽性細胞の上皮内浸潤を認めた。細胆管増生部には反応性と思われる好中球を多数認めた。肝実質には肉芽種炎症やCZN(centrilobular zonal necrosis)も認め多彩な病理所見を呈した。硬化性胆管炎様のMRCP所見や肝組織像からirAE関連肝障害と診断し、PSL40mgを開始したところ、肝胆道系酵素や胆管狭窄所見は改善し、半年後には2.5mgまで漸減し維持量とした。

【考察】免疫チェックポイント阻害剤による治療は幅広く、悪性腫瘍に適応となり、消化器医師も使用する頻度が多くなってきた。本例のように、導入してから2年後と長期経過中にirAEが発症することもあり、患者管理の重要性も含め、今後多くの症例の集積が必要である。若干であるが文献的考察を加え報告する。

ペムプロリズマブ, 免疫チェックポイント阻害剤

東海大学医学部付属八王子病院 内科学系 消化器内科

森 貴裕, 鈴木孝良, 渡辺勲史, 永田順子, 広瀬俊治, 川島洋平, 津田真吾, 横田 将, 荻原直樹, 山路葉子, 張つばみ, 白滝理博, 小嶋清一郎

【症例】80歳男性【主訴】褐色尿【現病歴】今回入院する約5か月前に左腎細胞癌、膝尾部転移に対して、腹腔鏡下左腎切除、膝尾部切除術を施行した。病期はpT1bNOM1 Stage IVであった。手術1か月後より、腎細胞癌の肺転移に対して、ペムプロリズマブ、アキシチニブによる加療を開始され、約7週間投与したが、食欲不振、全身倦怠感のため中止した。約6週間前にパゾパニブの内服を開始したところ、投与開始から約2週間後より肝逸脱酵素とビリルビン値の上昇を認めた。パゾパニブは約4週間投与され、約2週間前に内服を中止された。その後も肝逸脱酵素とビリルビン値は上昇し、薬物性肝障害の疑いで当科へ依頼された。入院前日の採血で、AST 250 U/L, ALT 244 U/L, T-Bil 8.4 mg/dLを認め、精査加療目的に入院した。【経過】パゾパニブによる薬物性肝障害の診断で対症療法にて経過観察を行った。肝障害の原因について精査を行ったが、ウイルス感染、自己免疫疾患、胆道疾患は否定された。入院9日目に肝生検を行い薬物性肝障害に矛盾しないHepatic injuryの所見であった。入院後もビリルビン値は増悪し、入院16日目にT-Bil 20.0 mg/dLまで上昇した。入院18日目より副腎皮質ステロイド30mgを開始した。その後、徐々にビリルビン値は低下した。入院43日目にT-Bil 5.1 mg/dLまで低下し、入院45日目に自宅退院した。【考察】パゾパニブは、2012年に米国で承認され、血管内皮増殖因子受容体に対して活性のあるマルチキナーゼ阻害剤であり、進行性腎細胞癌および軟部組織肉腫の治療に使用される。臨床的に明確な肝毒性を指摘されており、重度の急性肝障害および肝不全により死亡に至る例も報告されている。今回、パゾパニブによる薬物性肝障害を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

パゾパニブ, 薬物性肝障害

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門

森 大地, 魚住祥二郎, 杉浦育也, 樋口健佑, 音山裕美, 及川 脩, 中谷真也, 中島陽子, 山口明香, 石井 優, 梶原 敦, 荒井 潤, 下関 祐, 打越 学, 坂本 理, 吉田 仁

肝硬変に伴う難治性肝性胸水に対して胸腔腹腔シャント留置により、胸水減少を認め呼吸苦が改善し在宅での生活が可能となった症例を経験したので報告する。症例1:PBC(Child B)の89歳女性で、食道静脈瘤、直腸静脈瘤に対して内視鏡的静脈瘤硬化療法(EIS)、脾腫に対して部分的脾動脈塞栓術(PSE)を施行した既往がある。肝性胸水に伴う呼吸苦にて5回の入院歴あり。胸水穿刺、利尿剤およびアルブミン投与でコントロールをしていたが、呼吸苦のため頻回の胸水穿刺が必要となり徐々にコントロールが困難となったため胸腔腹腔シャントを留置した。留置直後は疼痛のためポンプチャンパのポンピングが出来なかったが、1週間後からは可能となった。ポンピングにより腹水が増悪したため月に数回の腹水穿刺が必要となったが、胸水が著明に減少した事による呼吸苦が改善したため自宅退院が可能となった。症例2:NBNC-LC(Child C)69歳男性。肝細胞癌に対して治療を繰り返していたが、肝性胸水の増悪に伴う呼吸苦により胸水穿刺を繰り返すことにて対応していた。穿刺回数が週2日以上となり胸腔腹腔シャントを留置した。胸水の減少を認め呼吸苦は改善し退院が可能となった。難治性胸水に対する胸腔腹腔シャントは症例数が少なく確立された方法ではないが、局所麻酔にて作成は可能であり手技に伴う侵襲も少なく、QOLを著しく改善し、在宅での生活を可能にさせる有効な方法と考えられた。

肝性胸水, 胸腔腹腔シャント

自治医科大学内科学講座 消化器内科

上野 航, 佐藤直人, 三浦光一, 森本直樹, 渡邊俊司, 野本弘章, 磯田憲夫, 山本博徳

【症例】50代男性。【主訴】吐血, 意識障害。【現病歴】X年1月, アルコール性肝硬変に合併した胃静脈瘤破裂に対し前医で応急処置として内視鏡的静脈瘤結紮術が行われ, 追加治療目的に当科紹介。当科入院時, 肝硬変重症度はChild-Pugh分類でGrade B, 9点(アルブミン:3点, ビリルビン:2点, 脳症:2点, PT%:1点, 腹水:1点), MELD score 8であった。造影CTにて径11mmの胃腎シャントと径15mmの脾腎シャントが存在した。また肝S5, S6, S7, S8に最大径16mmのHCCを認めた。【治療経過】まず静脈瘤再破裂防止のため, 静脈瘤の排血路である胃腎シャントに対してバルーン閉塞下逆行性静脈瘤塞栓術(BRTO)を施行し, 胃静脈瘤は消失した。肝不全兆候がなかったことを確認後にHCCに対し肝動脈化学塞栓療法(TACE)を施行した。肝性脳症は初回入院時よりII度であり, BRTOやTACE後も持続した。3月以降はIII度以上の肝性脳症が頻回に起こり, 分岐鎖アミノ酸製剤, リファキミシン, レボカルニチンが追加されたが, II度以上の肝性脳症が遷延した。X年6月, BRTO時から存在した脾腎シャントの径が15mmから18mmへ増大し, 肝性脳症悪化の原因と考え, シャント閉塞術を考慮した。塞栓術施行前のChild-Pugh score 8点, Grade B, MELD score 9で, また経過中肝不全兆候がなかったことから, シャント塞栓術は可能と判断した。蛇行する脾腎シャント途中で左腰静脈も排出路となっていたため, 硬化剤の使用は危険と判断し, コイルで塞栓した。術後2日目まで羽ばたき振戦は消失し, 治療60日後でアルブミン値は2.8から3.2g/dlに, PT%は57.0から79.3%に上昇し, 治療62日後にはナンバーコネクションテストは200秒から67秒, アンモニア値も119から94mmol/lまで改善した。脾腎シャント塞栓術後も腹水や胃食道静脈瘤の悪化を認めていない。【考察】本例では大きな門脈大循環シャントが複数存在したが, 肝予備能, 門脈圧への影響, 塞栓物質を慎重に判断して塞栓術を行ったことにより, 良好な転帰に到達できた。

門脈圧亢進症, シャント塞栓術

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾, 同 病理診断学²⁾
光井 大¹⁾, 川島万平¹⁾, 吉岡正人¹⁾, 松下 晃¹⁾, 清水哲也¹⁾,
上田淳志¹⁾, 入江利幸¹⁾, 寺崎泰弘²⁾, 吉田 寛¹⁾

【緒言】悪性リンパ腫は一般的に全身のリンパ節に発生し, それ以外の臓器を原発とするものは30-40%を占め, 節外性リンパ腫と呼称されている。そのうち半数がWaldeyer's ring, 鼻腔に発生する。次いで胃, 小腸, 大腸などの消化管病変に発生するとされている。胆嚢に浸潤した悪性リンパ腫は比較的稀であり貴重な1例を報告する。【症例】54歳 男性【現病歴】2020年1月左頤下部および頸部の腫瘍を痔核し当院受診。精査で左頤下部, 両側頸部, 鎖骨上窩, 縦隔, 腹腔内, 骨盤内リンパ節腫脹を認め, 可溶性IL-2Rが1814U/mlと高値であったことから悪性リンパ腫が疑われた。2月19日診断目的に頤下リンパ節摘出術が行われ, 免疫組織染色ではCD20, CD23, CD10が陽性, Ki-67は50%であり, 濾胞様構造を認めB細胞性リンパ腫(Diffuse Large B cell Lymphoma)の診断となった。PET-CTで胆嚢頸部に帯状の壁肥厚を認め, リンパ腫浸潤もしくは胆嚢癌が疑われ, 胆嚢摘出術目的に当科紹介となった。4月1日当科で腹腔鏡下胆嚢摘出術施行した。また, 術中所見で胆嚢管近傍のリンパ節腫大を認めこれも同時に摘出。摘出した胆嚢漿膜面は壁不整あり, 同部の粘膜面は保たれて転移を示唆する所見であった。病理所見は胆嚢及びリンパ節は頤下リンパ節と同様の所見を認めDLBCL浸潤の診断となった。術後経過は良好で4月3日退院。その後血液内科でR-CHOP療法6コース施行, 全身の多発リンパ節腫大は縮小し現在経過観察中である。【考察】悪性リンパ腫は全身のいずれの部位でも発生しうるが, 胆嚢の悪性リンパ腫は本邦でも報告が少なく, 貴重な1例を経験したので報告する。

胆嚢, 悪性リンパ腫

済生会横浜市南部病院

諸橋啓太, 金丸雄志, 鈴木悠一, 金子芹奈, 松岡裕人, 芝山幸佑, 山城謙人, 渋谷俊祐, 京 里佳, 石井寛裕, 所知加子, 菱木 智, 川名一朗

【症例】79歳, 男性 【主訴】発熱 【現病歴】20XX-3年11月に胃癌に対して開腹幽門側胃切除, Roux-en-Y 再建(以下R-Y再建)を施行された。20XX年11月に上記主訴で当院に救急搬送された。来院時の血液検査で肝胆道系酵素の著明な上昇を認め, CTでは腹膜播種結節による輸入脚の狭窄があり, 盲端側の腸管拡張と著明な胆管拡張を認めた。腹膜播種結節による輸入脚症候群で閉塞性黄疸に至ったと判断し内視鏡治療目的に同日緊急入院となった。【入院後経過】入院同日に緊急でシングルバルーン小腸内視鏡による内視鏡的ドレナージを試みた。Y脚吻合部を超えて輸入脚部にスコープを挿入していくと, 発赤, 粗造な粘膜面を伴う高度狭窄を認めた。スコープは通過困難であり, カテーテルとガイドワイヤーにて狭窄部を通過し7Fr 7cm pigtail型プラスチックステントを2本留置したところ, 多量の膿汁が排出された。ステント留置後は肝胆道系酵素, 炎症反応は順調に低下した。今後の治療方針については本人とも相談のうえでbest supportive careの方針となった。第11病日に再度小腸内視鏡による処置を行い, プラスチックステントを金属ステント(HANAROSTENT, colon, uncovered, 22 mm x 120 mm)に交換した。その後も経過は良好で, 第32病日に自宅退院となった。現在まで閉塞性黄疸の再燃などはなく, 近医で経過観察中である。【考察】胃腸術後の腹膜播種結節による輸入脚症候群, 閉塞性黄疸に対し, 小腸内視鏡での輸入脚のドレナージが有効であった1例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

輸入脚症候群, 内視鏡的ドレナージ

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院

中丸瑠奈, 吉村 築, 石野勇康, 中村洋介, 西脇友紀, 日下恵理子, 田野仁志, 山田博昭, 西郡修平, 小柏 剛, 濱中 潤, 岡 裕之, 近藤正晃

【症例】42歳男性【臨床経過】潰瘍性大腸炎および原発性硬化性胆管炎で当院消化器内科通院中であった。20XX年4月経過観察のためのMRI上, 肝門部リンパ節腫大が疑われたため造影CTも追加精査したところ, 肝門部及び腹部傍大動脈リンパ節の腫大を認め, 悪性リンパ腫なども否定できない所見であった。精査検討中に腹痛と発熱, 胆球結膜黄染が出現したため救急外来受診し, 血液検査で肝胆道系酵素異常(AST 371U/L, ALT 630U/L, ALP 1076U/L, γ -GTP 218U/L, T-Bil 5.5mg/dL)を認めたため, 20XX年5月5日に当科緊急入院とした。リンパ節腫大に対しEUS-FNAを施行したところ悪性リンパ腫が疑われたが, 確定診断には至らなかったため開腹リンパ節生検を施行した。その結果悪性リンパ腫は否定的で反応性リンパ節腫大の診断であった。ただ, 上記の経過中にも肝障害・黄疸悪化を認めたため, デキサメタゾン40mgを開始したところデータは改善傾向となり, 一度ステロイドを中止すると肝障害の増悪を認めたため, プレドニゾン30mgで加療再開した。悪性リンパ腫は否定され肝障害原因検索目的で肝生検を施行した。病理所見上onion skin appearanceを認め, 原発性硬化性胆管炎として矛盾しなかったが, interface hepatitisとリンパ球を主体とした炎症細胞の浸潤も認め, 原発性硬化性胆管炎だけでは説明がつかない高度な肝障害をとらなっていた。抗核抗体2560倍, IgG4832mg/dlと高値であり, ステロイドにより改善したことから自己免疫性肝炎とのオーバーラップが疑われた。その後もデータの悪化は認めず, 6月16日からPSL25mgへ減量し6月20日に退院した。【結語】原発性硬化性胆管炎の経過中に自己免疫性肝炎とのオーバーラップが疑われた一例を経験した。腹腔内リンパ節の急激な増大が先行し, 悪性疾患の合併も否定できず診断に苦慮した症例であり, 文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, 原発性硬化性胆管炎

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
厚木市立病院 消化器内科²⁾、
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科³⁾
力石智子^{1,2,3)}、野口正朗¹⁾、萩原雅子¹⁾、庄司 亮¹⁾、大澤顕之¹⁾、
光吉優貴¹⁾、佐藤優子¹⁾、青木祐磨¹⁾、鹿野智裕¹⁾、三浦由紀子¹⁾、
日高章寿¹⁾、板垣宗徳^{1,2)}、木下晃吉¹⁾、小池和彦¹⁾、猿田雅之³⁾

【症例】29歳、女性、初妊婦、幼少期に垂直感染によるHBVキャリアと診断されたものの経過観察は行われていなかった。妊娠中期に行ったスクリーニング検査においてHBs抗原陽性が指摘され、肝機能は正常であるもののHBe抗原陽性、HBV-DNA 8.4 LogIU/mLと高値を認めた。妊娠後期にはALT 46 U/Lと肝機能増悪傾向であったが、妊娠中であることを考慮し核酸アナログは投与せず慎重経過観察とした。出産後から肝逸脱酵素の上昇を認め、出産1ヵ月後検診ではAST 597 U/L、ALT 694 U/Lと著明に増悪し、B型肝炎の急性増悪にて入院となった。肝生検では、軽度の線維増生を認め新犬山分類A2-3/F1であった。入院後も、劇症化の兆候はないもののAST/ALT高値が遷延していたため、核酸アナログの導入を検討したが、自己免疫によるセロコンバージョンを期待し、慎重経過観察とした。肝機能障害が改善傾向となったため、外来経過観察とした。出産3ヶ月後にはAST 28 U/L、ALT 31 U/Lまで改善し、HBe抗原の低下も認められている。

【結語】HBV無症候性キャリアの女性が妊娠を契機にB型肝炎の急性増悪に至った一例を経験した。

HBV急性増悪、妊娠

済生会横浜市東部病院 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⁾
星 健介¹⁾、中野 茂¹⁾、野上 章¹⁾、並木萌子¹⁾、氏田 互¹⁾、
鈴木雄太¹⁾、岩崎 将¹⁾、佐藤真司¹⁾、馬場 毅¹⁾、大久保雄介¹⁾、
五十嵐良典²⁾

症例は49歳、男性。発熱・意識障害にて当院搬送となる。既往にchild-pugh分類A-Bのアルコール性肝硬変あり。来院時のバイタルサインとしてJCS1-1、呼吸数36回/分、脈拍123回/分、血圧110/60mmHgであった。右下肢腫脹・疼痛が著明であり血液検査、CT検査の結果、右下肢の壊死性筋膜炎による敗血症ショック・DICを来していると考えられた。呼吸・循環動態も不安定であり、人工呼吸管理等も含めて集中治療管理となった。壊死性筋膜炎に関しては抗生剤に加えて、入院同日に切開洗浄、外科的デブリードマンを行った。しかしその後も感染巣は短時間で拡大し、左下肢、陰嚢、腹壁まで波及していた。感傷を含めた手術を検討したが、切除部位が広範囲になること、術中死のリスクが高いことをご家族に提示したところ、手術加療を望まれなかった。原因菌はVibrio vulnificusと判明したので抗生剤加療を含めた保存的加療の方針となった。炎症の波及が著しく一時は救命困難であったが、その後敗血症・DICは緩やかに改善し、人工呼吸器離脱するまで全身状態は改善した。その後下肢に関しては壊死しており、感染源となり得ること等を考慮して十分なinformed consentを得て、第20病日に右下肢、第72病日に左下肢の切断術を施行した。また肝硬変に関しては今回の壊死性筋膜炎を契機としてchild-pugh分類Cに増悪、利尿剤3剤併用するもコントロール不良な腹水も出現し、頻回な腹水穿刺が必要となった。しかし下肢切断術を施行後、栄養状態は改善、腹水も減少し利尿剤も漸減することが可能となった。リハビリテーション継続のため第118病日に退院となった。Vibrio vulnificus感染は健常者では軽度の胃腸炎症状に留まることが多いが、アルコール性肝硬変などの患者に合併すると重症化しやすい。特に敗血症を来すと致死率は50%以上とされる。今回我々は救命し得たVibrio vulnificus感染による壊死性筋膜炎を来したアルコール性肝硬変の1例を経験したので文献的考察を加えた上で報告する。

肝硬変、壊死性筋膜炎

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

植田 錬、柳瀬幹雄、秋山純一、小島康志、横井千寿、山本夏代、
赤澤直樹、斎藤明子、柳井優香、大武優希、久田裕也、鈴木桂悟、
増田恵利香、龍野奈央子、西尾洋人、大浦克之、遠西孝夫

【症例】81歳男性【現病歴】20代に肺結核に対して1年程の薬剤治療歴のある81歳男性。X-1年9月に右胸水貯留を認め、循環器内科を受診し胸腔穿刺を施行した。胸水は滲出性で、ADA 76.5 U/Lと高値であったため結核性胸膜炎の疑いとして呼吸器内科を受診された。精査を行ったところ、結核菌PCR検査、喀痰塗抹検査、OFT検査はそれぞれ陰性であり、炎症反応と胸水貯留は改善傾向であったことから経過観察とされた。X年3月に呼吸困難を主訴に呼吸器内科を受診されたが、胸水貯留の増加は無く、心不全も否定的であった。血液学的検査にてAST 296 U/L、ALT 100 U/L、ALP 804 U/L、 γ -GTP 222 U/L、T-Bil 3.8 mg/dlと肝胆道系酵素と総ビリルビンの上昇を認め、38度台の発熱もあったため精査目的に消化器内科に入院となった。【経過】アルコール性肝硬変が背景疾患にあったが、入院2か月前には肝酵素は正常値であり、急性肝障害が疑われた。CT検査ではびまん性の肝腫大と腹水貯留のみが指摘された。他の特異的な所見として可溶性IL-2レセプター 7580 U/ml、LDH 570 U/Lと高値を認めていた。悪性リンパ腫等の免疫疾患も鑑別に挙げ、第8病日にPET-CT検査を施行したところ、肝臓全域、横隔膜上下リンパ節、肺野、胸膜に集積がみられた。肝障害による凝固機能異常があることから第13病日に経頸静脈の肝生検を施行した。第15病日に組織診断にて類上皮肉芽腫を認め、オーラミン染色を追加したところ、結核菌を疑う桿菌の染色陽性所見がみられた。CT検査では肺野にびまん性の微細粒状影を認め、粟粒結核の診断として第16病日に呼吸器内科に転科し、抗結核薬による治療が行われた。【考察】粟粒結核は血行性に散布した2つ以上の臓器に病変が生じた結核の事を言う。肝結核の合併は多くの症例で認められるが、肝障害を来した粟粒結核は稀である。粟粒結核の生検による診断において肝生検は最も感度が高いとされ、本症例においても確定診断に至った。今回我々は肝障害を契機に診断に至った粟粒結核の1例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

肝生検、結核

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾
竹中祐希¹⁾、齋藤倫寛¹⁾、新後閑弘章¹⁾、田中貴志¹⁾、馬場隆成¹⁾、
高橋 啓²⁾、前谷 容¹⁾

症例は60歳台、男性。20XX-12年に左眼脈絡膜悪性黒色腫に対して、当院眼科にて硝子体手術を施行された。20XX-6年に肝転移が出現したため当科紹介となり、経皮的ラジオ波焼灼術(RFA)を施行された。以後、肝転移が新出する度にRFAが施行され、計6回のRFA施行歴があった。20XX年に施行した経過観察目的の腹部MRIで脾頭部腫瘍と脾体尾部の脾管拡張を認めた。脾頭部腫瘍はT1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号、拡散強調画像では拡散制限を認めた。腹部dynamic CTではMRIと同様に脾頭部に境界不明瞭な腫瘍を認め、同部は平衡相でわずかに遷延性の造影効果を認めた。典型的な浸潤性脾管癌の画像所見ではなく、既往からも悪性黒色腫の肝転移が疑われたが、浸潤性脾管癌の可能性を完全には否定できず、組織学的確定診断のためにEUS-FNAを施行した。FNA検体の組織学的所見は、核小体の明瞭な大型核と好酸性の細胞質からなる円形または紡錘形の異形細胞の集簇を認め、異形細胞の細胞質にはメラニンと考えられる褐色色素を認めた。免疫組織化学所見はHMB45とMelan Aが強陽性であり、悪性黒色腫の脾転移と診断した。本例は原発である左眼脈絡膜悪性黒色腫に対する手術後に悪性黒色腫が産生するエンドセリンの血中濃度が手術操作により急激に上昇し肺血管瘤瘍が起こった事によると考えられる肺高血圧クレーゼを発症し重篤化した経緯があったが、外科的切除ではなく免疫チェックポイント阻害薬での治療が適当と判断した。FNA検体を用いたBRAF変異解析ではBRAF変異は検出されなかった。本人希望により転医となったhigh volume centerにてニボルマブの投与が開始された。悪性黒色腫は転移を来しやすい予後不良な腫瘍として知られているが、脾への転移は稀である。本症例は浸潤性脾管癌との鑑別を要したが、EUS-FNAにより適切に診断でき、さらにFNA検体からの遺伝子変異検索の結果から適切な種類の免疫チェックポイント阻害薬を選択し治療を開始する事が可能であった。

EUS-FNA、悪性黒色腫

105 門脈瘻を形成し多彩な合併症を来した脾頭部嚢胞性病変の1例

三井記念病院 消化器内科

村上恵太, 北村友里, 古要優樹, 竹熊勇登, 貝發美香, 照屋聖仁, 佐藤公紀, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎, 大木隆正, 関 道治, 戸田信夫

【症例】症例は66歳男性。人間ドックの腹部超音波検査で脾嚢胞性病変、脾管拡張、門脈血流消失を指摘され当科紹介となった。腹部造影CT検査で、脾頭部嚢胞性病変と上腸間膜静脈の交通及び門脈の造影欠損を指摘され、脾嚢胞性病変の上腸間膜静脈穿破による脾管門脈瘻及び流入脾液による門脈血置換と診断した。超音波内視鏡下穿刺吸引検査(EUS-FNA)で門脈と脾頭部嚢胞性病変を穿刺したが、細胞診はClass2と悪性所見は認めなかった。血流停止域が広範であり側副血行路が発達していたため外科切除は不可能とされ、無症状であることを踏まえ経過観察の方針となった。その後門脈内脾液貯留は増悪傾向であり、診断から15か月後、定期フォローの造影CT検査で左肝動脈と接した置換門脈内に仮性動脈瘤が出現した。同部位に対してコイル塞栓術による血管内治療を施行し良好な血流遮断が得られた。また診断から31か月後に発熱と黒色便が出現した。造影CT検査を施行したところ門脈内にair densityが見られ、拡張した門脈の十二指腸穿破及び門脈腫瘍と診断した。抗生剤投与の上、経皮肝経的に門脈内ドレナージュチューブ留置を行い膿瘍化した内容物を吸引したところ炎症反応は改善した。さらに内視鏡的逆行性脾管造影検査(ERP)を行って脾管と門脈の交通を評価したところ、副脾管から分岐した下頭枝に破綻を認めた。同部位が門脈と交通していると判断し、主脾管、副脾管からそれぞれ脾管ステントを留置した。その後も全身状態は安定しており、チューブとステントを留置したまま現在も外来フォローを継続している。

【結論】脾嚢胞性病変が門脈瘻を形成し、門脈内に広範に脾液に置換された稀な1例を経験した。脾嚢胞の合併症として感染や周囲臓器への穿破は報告されているが、門脈系と交通した報告は極めて少なく、文献的考察を加えて報告する。

脾嚢胞性病変, 門脈瘻

106 悪性大静脈症候群に伴う下腿浮腫に対して下大静脈ステント留置術が奏功した脾頭部癌の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¹⁾、

横浜市立大学医学部 消化器内科学²⁾

加藤由子¹⁾, 三輪治生¹⁾, 角田翔太郎¹⁾, 遠藤和樹¹⁾, 西村正基¹⁾, 戸塚雄一朗¹⁾, 金子 卓¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 沼田和司¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】71歳男性【主訴】下腿浮腫【現病歴】2017年、脾頭部癌・腹膜播種と診断され、全身化学療法を施行されていた。2020年9月頃より下腿浮腫を自覚し、腹部CT検査では腫瘍の十二指腸浸潤による下大静脈の閉塞を認めたため、悪性大静脈症候群と診断した。利尿薬の内服を開始したが、下腿浮腫の改善を認めないため、2021年3月下旬に大静脈ステント留置術目的に入院となった。右大腿静脈よりアプローチし、腎部下大静脈から腎後部にかけて、80mm×20mm、60mm×20mmコスモテックスステントを留置した。ステント留置の際には、重複部が両側腎静脈にかからないよう留置した。狭窄部両側の圧較差は、ステント留置前3.75倍(遠位部/近位部15/4mmHg)から留置後には1.38倍(遠位部/近位部11/8mmHg)と著明に改善した。ステント留置後の下大静脈造影では、閉塞部の血流が改善し、側副血行路の描出は著明に軽減された。抗凝固療法は、治療前より深部静脈血栓症に対して内服していたリパーロキサパンを継続した。処置後、有害事象を認めず、経過良好にて、2日後に退院した。留置8日目には下腿浮腫の著明な改善を認めた。

【結語】脾頭部癌・下大静脈浸潤に対する大静脈ステント留置術が奏功した症例を経験したため、若干の文献的考察を合わせて報告する。

脾癌, 大静脈ステント

107 Lymphoepithelial Cystに対して腹腔鏡下脾体尾部切除を施行した1例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学教室

竹下裕介, 清水康博, 三宅謙太郎, 数下泰宏, 澤田 雄, 本間祐樹, 松山隆生, 遠藤 格

症例は78歳男性。他院にて脾尾部に40x30mmの嚢胞性病変を指摘され、分枝型IPMNの診断で経過観察されていた。フォローアップ目的に施行した超音波内視鏡にて嚢胞内部に7mmの結節が出現し、精査・加療目的に当院紹介となった。血液検査ではCEA・CA19-9は基準値内であったが、DUPAN-2は310U/mlと軽度上昇を認めた。CTでは脾尾部に壁石灰化を伴う約30mm多房性嚢胞を認め、同病変はMRIにて内部にT2強調像で低信号、拡散強調画像で高信号を示す約6mmの結節を含んでいた。同結節はPET-CTにてSUVmax 1.2の軽度集積を認めた。超音波内視鏡で主脾管との交通が疑われたが主脾管の拡張は認めなかった。以上より、壁に結節の造影効果は明らかではなかったが、分枝型IPMN HRS陽性と診断し、腹腔鏡下脾体尾部切除術を施行した。手術時間は198分、出血量は200ml、経過良好で術後10日目に退院となった。腫瘍は最大径40mmの多房性嚢胞性腫瘍で、病理学的検査では嚢胞内腔は扁平上皮に覆われ、リンパ濾胞を認めた。内腔には結節は認められず、コレステリン結晶を伴う凝血塊を少量認めた。嚢胞上皮にも明らかな悪性所見は認めず、脾リンパ上皮嚢胞(Lymphoepithelial Cyst: LEC)と診断した。脾LECは比較的稀な良性的脾嚢胞性疾患とされ、術前診断は困難であることが多く、診断的切除が行われることが多い。今回われわれは腹腔鏡下に切除しえた脾LECの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

脾LEC, 脾嚢胞性腫瘍

108 一過性に十二指腸狭窄をきたした輪状脾の1例

国立病院機構 千葉医療センター 総合内科

大金良規, 芳賀祐規, 尾崎友美, 新行内綾子, 西村光司, 宮村達雄, 伊藤健治, 阿部朝美, 金田 暁, 齊藤正明, 杉浦信之, 多田 稔

【症例】58歳女性。【臨床経過】X年3月27日より上腹部痛、嘔気を自覚した。翌日に近医を受診し急性腸炎と診断されたが、症状の改善がなく4月10日に当院に紹介受診された。血液検査では脱水による腎前性腎障害、腹部単純CT検査では脾頭部腫瘍および十二指腸狭窄の所見が見られ、食事摂取が困難であったことから緊急入院とした。輸液投与により腎機能障害は改善し、第4病日に撮影した腹部造影CT検査では、十二指腸下行脚を取り囲むような脾実質があった。また上部消化管内視鏡検査では、十二指腸水平脚へのガストログラフィンの流出は良好であったが、狭窄により十二指腸へのスコープ挿入は出来なかった。症状の原因は輪状脾による十二指腸狭窄と判断し、絶食管理を継続した。第18病日に上部消化管内視鏡検査を再評価したところ、十二指腸水平脚まで容易に挿入可能であり、飲水、食事を再開した。食上げ後も腹痛や嘔気症状の再燃はなく、第24病日に自宅退院とした。【考察】輪状脾は脾臓が十二指腸下行脚を取り囲む先天性奇形であり、十二指腸狭窄に伴う症状や繰り返す脾炎で発見されることが多い。十二指腸狭窄は新生児の頻回な嘔吐によって診断される症例が多いが、無症候性に経過し成人で診断される場合も存在する。小児、成人ともにパイパス術や切除術等の外科的治療が行われることが多い。今回、成人発症の十二指腸狭窄をきたした輪状脾の1例を経験した。保存的治療により軽快しており、十二指腸炎や脾炎を原因とした一過性の症状として考えられた。

輪状脾, 十二指腸狭窄

109 脾動脈単独解離を契機とした脾梗塞の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾、同 放射線科³⁾

中島昌子¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、関千子¹⁾、小倉 望²⁾、今村峻輔¹⁾、石塚隆浩¹⁾、平川旭人¹⁾、林 智康¹⁾、田沼浩太¹⁾、横山 歩¹⁾、星野 舞²⁾、上田真裕¹⁾、岸野竜平¹⁾、船越信介²⁾、中澤 敦¹⁾、金田 智³⁾

【症例】60歳、女性【主訴】左側腹部痛【既往症】2型糖尿病、本態性高血圧、脂質異常症、膜性腎症、腎盂腎炎【家族歴】特になし【現病歴】入院1週間前より38℃前後の間欠熱を認めるようになり、左側腹部痛も出現した。安静にて経過観察していたが、疼痛増悪したため、当院救急外来を受診した。血液検査で炎症反応およびD-dimer高値、腹部単純CTにて脾臓に低吸収域を認め、梗塞、膿瘍などの精査加療目的に入院となった。【入院後経過】第2病日、腹部造影CTで脾臓腹側に梗塞像を認め、脾梗塞の診断となった。造影CT、心エコー、心電図、下肢静脈エコーなどの画像検査および血液検査にて血栓素因検索を行ったが明らかな異常所見は指摘できなかった。腹痛は持続しており炎症反応も増悪していたため、第11病日に腹部dynamic CTを施行したところ、脾門部領域の脾動脈に内腔の狭小化、壁肥厚を認め、脾動脈解離を契機とした脾梗塞の診断となった。その後も腹痛は持続し、炎症反応は漸増したが、第13病日をピークに炎症反応は改善傾向となり腹痛も改善傾向となったため、第22病日に退院となった。【考察】脾梗塞の原因は、心房細動、自己免疫疾患、感染症、血液疾患など多岐にわたるが、脾動脈解離によるものは稀である。さらに腹部内臓動脈解離は大動脈解離を伴って発症するとされており、本症例のように脾動脈単独解離の発生頻度は非常に低いといわれている。今回、我々は脾動脈単独解離を契機とした脾梗塞の一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

脾梗塞, 脾動脈解離

111 子宮頸癌腫転移による閉塞性膀胱炎に対して放射線治療を行い軽快した一例

慶應義塾大学医学部 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾

中島悠貴¹⁾、岩崎栄典¹⁾、茅島敦人¹⁾、町田雄二郎¹⁾、川崎慎太郎¹⁾、堀部昌靖¹⁾、川井田みほ²⁾、真杉洋平²⁾、金井隆典¹⁾

【症例】症例は58歳女性。入院2年前に婦人科で子宮頸癌cStageIIBに対して同時化学放射線療法を施行後、6ヶ月前に肺転移で再発し、パクリタキセル、カルボプラチン、ペバシズマブ療法を開始、2ヶ月前からペバシズマブの維持療法を行っていた。入院2週間前から間欠的な左側腹部の自発痛があり、婦人科を受診、膀胱素上昇、造影CT検査で膀胱部の腫瘍性病変と尾側の膀胱大を指摘され消化器内科へ入院となった。大量補液、疼痛コントロールを行い症状は改善した。造影CT、MRI、PET検査で膀胱癌の質的鑑別が困難であった。EUS-FNAを施行したところ病理学的に扁平上皮癌の診断となり、以前の組織と比較検討し、子宮頸癌の腫転移に伴う閉塞性膀胱炎と診断した。保存的治療のみでは症状が改善しないため膀胱切除術を推奨したが希望されず、最終的に放射線治療を選択した。肉眼的腫瘍体積として52.5Gyとなるように計45Gyの照射を施行したところ、閉塞性膀胱炎の画像所見、症状は改善した。その後膀胱癌の指摘もあり、全脳照射後、引き続き抗腫瘍治療を継続している。【考察】子宮頸癌の腫転移の報告はまれである。転移性腫瘍による閉塞性膀胱炎は強い腹痛によりQOLが大きく低下するが治療に難渋することが経験される。本症例においては放射線感受性が高い腫瘍であり、速やかな治療効果を得ることができた。転移性腫瘍による閉塞性膀胱炎に対して放射線治療の効果が得られた報告は少なく、文献的考察を含め考察した。【結論】転移性腫瘍による閉塞性膀胱炎は手術療法だけではなく腫瘍の特性に合わせた治療選択が必要である。

閉塞性膀胱炎, 放射線治療

110 抗凝固薬内服中にもかかわらず脾梗塞をきたした一例

地域医療機能推進機構東京蒲田医療センター 内科¹⁾

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科²⁾

鈴木 伝^{1,2)}、向津隆規^{1,2)}、井上慶一^{1,2)}、岡本陽祐^{1,2)}、真壽田真由香¹⁾、桃崎志保奈¹⁾、小野優香¹⁾、青木貴哉¹⁾、宮澤秀明¹⁾、石井耕司¹⁾、住野泰清¹⁾、五十嵐良典²⁾

【症例】80歳台女性【主訴】発熱【既往歴】静脈洞血栓症による脳梗塞、症候性てんかん、認知症、高血圧症、肺結核、子宮筋腫、COVID-19感染症【現病歴】201X年に静脈洞血栓症による出血性脳梗塞をきたし、ワルファリン(WF)内服中であった。受診前日より37℃台の微熱と心窩部痛が出現し、改善しないため当院を受診して精査目的に同日入院した。【経過】左背部の叩打痛を認め、血液検査・腹部造影CT検査を施行した。血液検査ではCRP13.09mg/dL、WBC13270/ μ Lと炎症反応の上昇がみられた。腹部造影CT検査では動脈相から平衡相で脾臓に広範な造影不良域があり、脾梗塞と診断した。炎症反応が高く、細菌感染の合併を考え、セフトラゾールの投与を開始した。第3病日には解熱し、第5病日の血液検査でCRP値は4.99mg/dLと低下した。第16病日に経過観察のため、造影CT検査を行ったところ脾臓の造影不良域は縮小していたが、脾静脈に新鮮血栓が認められた。今回の脾梗塞の原因は心エコー検査や心電図検査で心疾患は否定的であり、外傷歴のないことから血栓閉塞と考え、入院前より内服していたWF 3mg/日でPT INR 1.58とコントロールが良好であったため、WFを継続した。しかし、脾静脈に新鮮な血栓が出現したため、WFをヘパリンに置換した。血栓の原因精査のためプロテインCおよびプロテインSを測定したが正常範囲内、AT3活性を測定したところ、75%と軽度低下していた。経過中AT3活性は59%まで低下した。特発性血栓症の診断基準と照らし合わせてAT3製剤の投与を行った。【結論】本症例は、脾臓の動脈内に血栓が生じた原因として特発性血栓症が鑑別し上がると考えた。WFによるPT INRは治療域にあったが、新鮮血栓が認められたために精査を行って、上記と診断した。既往歴を含めて繰り返す血栓症を引き起こす症例を経験した。今後、確定診断のためには遺伝子検査が必要である。

脾梗塞, 特発性血栓症

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第365回例会オンライン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365回例会
当番会長 五十嵐良典

<共催セミナー>

アストラゼネカ株式会社

オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

第一三共株式会社

武田薬品工業株式会社

<広告>

アステラス製薬株式会社

アッヴィ合同会社

株式会社アビス

株式会社アムコ

EAファーマ株式会社

株式会社LSIメディエンス

大塚製薬株式会社

オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

株式会社カネカメディックス

キヤノンメディカルシステムズ株式会社

杏林製薬株式会社

クックメディカルジャパン合同会社

クラウメド株式会社

GEヘルスケア・ジャパン株式会社

株式会社JIMRO

すみれ医療株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

センチュリーメディカル株式会社

大日本住友製薬株式会社

大鵬薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社

中外製薬株式会社

株式会社ツムラ

日本化薬株式会社

日本イーライリリー株式会社

株式会社パイオラックスメディカルデバイス

富士フイルムヘルスケア株式会社

マイランEPD合同会社

ミヤリサン製薬株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2021年6月15日現在)