

日本消化器病学会 関東支部第367回例会

プログラム・抄録集



当番会長：防衛医科大学校 内科学（消化器）教授 穂苅 量太

令和3年12月11日

Web開催

（Web配信期間：令和3年12月11日～25日）

日本消化器病学会関東支部第367回例会

プログラム・抄録集

Web開催

当番会長：防衛医科大学校 内科学（消化器） 教授 穂苅 量太
〒359-8513 埼玉県所沢市並木3-2
TEL：04-2995-1211

会 期：令和3年12月11日（土）
（Web配信期間：令和3年12月11日（土）10時～12月25日（土）17時まで）

＜発表者、参加者の皆様へ＞

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はWebサイト内でのプレゼンテーションとなります。
ランチョンセミナーは12月11日（土）にライブ配信のみとなります。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 質問される方は、所属と氏名を明らかにし、質問フォームへ入力をお願いします。
6. 専修医・研修医セッションの発表については、奨励賞を選考します。
7. 参加費は2,000円です。
 - 1) サイトより参加登録をいただき、お支払いをお願いいたします。（クレジット決済のみ）
 - 2) 参加登録が完了された方に、第367回例会のWeb開催へ参加の為のIDとパスワードをご連絡いたします。
また、参加証（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。
8. 評議員会は12月11日（土）にZoomによるライブ開催となります。
 - 1) 評議員会：12月11日（土）11時45分～12時25分（この日時以外での受付は行いません。）
 - 2) 評議員会への参加については第367回例会の参加登録が必要です。
9. プログラム・抄録集をご希望の場合は、運営事務局までご連絡ください。1部1,000円にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）

※Web開催の参加登録は令和3年12月1日（水）正午よりオンラインにて開始を予定しております。
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第367回例会運営事務局
〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F
株式会社プランニングウィル内
E-mail：jsge367kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第367回例会 令和3年12月11日(土)

特別講演

「腸内細菌と消化器疾患の関わり」

滋賀医科大学 消化器内科 教授 **安藤 朗** 先生
司会 防衛医科大学校 内科学（消化器）教授 **穂苅 量太**

評議員会 ★12月11日（土）11：45～12：25 Webによるライブ配信のみ

ランチョンセミナー ★12月11日（土）12：30～13：20 Webによるライブ配信のみ

共催：ヤンセンファーマ株式会社

司会 埼玉医科大学病院 消化管内科 准教授 **都築 義和** 先生

講演1 「潰瘍性大腸炎の治療目標 ～内視鏡的治癒と組織学的治癒～」

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 准教授 **富永 圭一** 先生

講演2 「今、注目したい腸管外合併症」

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 准教授 **松本 吏弘** 先生

演 題	座 長	演 題	座 長
(1) 研修医Ⅰ（消化管1） 1～4	三好佐和子	(12) 専修医Ⅳ（下部消化管2） 48～52	菊地 秀昌
(2) 研修医Ⅱ（消化管2） 5～8	三角 宜嗣	(13) 専修医Ⅴ（下部消化管3） 53～57	豊永 貴彦
(3) 研修医Ⅲ（消化管3） 9～13	田中 将平	(14) 専修医Ⅵ（肝・胆・膵1） 58～63	中澤 学
(4) 研修医Ⅳ（肝・胆・膵1） 14～17	大城 雄	(15) 専修医Ⅶ（肝・胆・膵2） 64～68	高橋 幸治
(5) 研修医Ⅴ（肝・胆・膵2） 18～21	竹澤 敬人	(16) 専修医Ⅷ（肝・胆・膵3） 69～73	石井 重登
(6) 研修医Ⅵ（肝・胆・膵3） 22～24	池田 良輔	(17) 上部消化管 74～76	久保田 陽
(7) 研修医Ⅶ（肝・胆・膵4） 25～28	石井健太郎	(18) 下部消化管1 77～81	橋本 悠
(8) 研修医Ⅷ（その他） 29～32	秋山慎太郎	(19) 下部消化管2 82～86	田中 孝尚
(9) 専修医Ⅰ（上部消化管1） 33～37	辻 陽介	(20) 肝・胆・膵1 87～89	成松 和幸
(10) 専修医Ⅱ（上部消化管2） 38～42	田沼 浩太	(21) 肝・胆・膵2 90～92	伊東 傑
(11) 専修医Ⅲ（下部消化管1） 43～47	根本 泰宏		

特別講演

「腸内細菌と消化器疾患の関わり」

滋賀医科大学 消化器内科 教授 **安藤 朗** 先生

司会 防衛医科大学校 内科学（消化器）教授 **穂苅 量太**

………演者の先生ご紹介………

あんどう あきら
安藤 朗 先生

滋賀医科大学 消化器内科 教授

略歴

1984年 3 月 滋賀医科大学医学部卒業
1984年 4 月 滋賀医科大学付属病院第二内科研修医
1986年 5 月 社会保険滋賀病院内科医員
1988年 4 月 滋賀医科大学大学院医学研究科博士課程入学
1991年 4 月 日本学術振興会特別研究員（DC）
1992年 3 月 医学博士（滋賀医科大学 第116号）
1993年 3 月 滋賀医科大学検査部助手
1995年 2 月 滋賀医科大学第二内科（現消化器・血液内科）助手
1998年 5 月 滋賀医科大学第二内科（現消化器・血液内科）講師
1999年 9 月 マサチューセッツ総合病院消化器科へ留学
2009年12月 滋賀医科大学大学院感染応答・免疫調節部門 教授
2014年 4 月 滋賀医科大学医学部 消化器内科 教授
光学医療診療部部長、輸血部部長、細胞治療部部長
併任

学会活動

日本炎症性腸疾患学会（理事長）、日本消化器病学会（理事）、日本消化管学会（理事）、
日本消化器免疫学会（理事）、日本小腸学会（理事）、日本潰瘍学会（理事）
Journal of Gastroenterology (Editor-in-Chief：2013年～2019年)
Digestion (Editor-in-Chief：2019年～)
Journal of Gastroenterology and Hepatology (Associate Editor：2013年～)
Frontiers in Medicine Gastroenterology (Associate Editor)
President of AOCC (Asian Organization for Crohn's & Colitis) 2018～2019年

ランチョンセミナー

令和3年12月11日(土) 12:30～13:20 Webによるライブ配信

共催：ヤンセンファーマ株式会社

司会 埼玉医科大学病院 消化管内科 准教授 **都築 義和** 先生

講演1 「潰瘍性大腸炎の治療目標 ～内視鏡的治療と組織学的治療～」

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 准教授 **富永 圭一** 先生

………演者の先生ご紹介………

とみなが けいいち 先生
富永 圭一 先生

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 准教授

略歴

2000年3月 獨協医科大学医学部医学科卒業
2000年5月 獨協医科大学病院 消化器内科臨床研修医
2002年4月 石橋総合病院 内科、獨協医科大学大学院医学研究科入学
2006年3月 獨協医科大学大学院医学研究科卒業
2006年4月 獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 助手
2007年4月 獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 助教
2009年4月 足利赤十字病院 内科
2010年9月 足利赤十字病院 内科副部長
2012年4月 獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 助教
2012年7月 獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 学内講師
2018年1月 獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 講師
2020年11月 獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 学内准教授

所属学会

日本内科学会（認定内科医）
日本消化器病学会（消化器病専門医・指導医 学会評議員 関東支部評議員）
日本消化器内視鏡学会（消化器内視鏡専門医・指導医 学術評議員 関東支部評議員）
日本消化管学会（胃腸科専門医）
日本癌学会
日本大腸肛門病学会
日本炎症性腸疾患学会
日本カプセル内視鏡学会（認定医）
日本高齢消化器病学会
European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO) international member

司会 埼玉医科大学病院 消化管内科 准教授 **都築 義和** 先生

講演2「今、注目したい腸管外合併症」

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 准教授 **松本 吏弘** 先生

………演者の先生ご紹介………

まつもと さとひろ
松本 吏弘 先生

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 准教授

略歴

平成11年 3月 自治医科大学卒業
平成11年 5月 国立病院機構長崎医療センター 初期研修
平成13年 5月 上対馬病院内科
平成14年 5月 自治医大さいたま医療センター消化器内科 後期研修
平成15年 5月 上五島病院内科
平成20年 4月 自治医大さいたま医療センター消化器内科 助教
平成26年 4月 自治医大さいたま医療センター消化器内科 講師
平成30年 5月 自治医大さいたま医療センター消化器内科 准教授(現職)

所属学会

日本内科学会・指導医、日本消化器内視鏡学会・指導医、日本消化器病学会・指導医、日本消化器がん検診学会・認定医

評議員

日本消化器病学会評議員・関東支部評議員
日本消化器内視鏡学会評議員・関東支部評議員

特別講演

腸内細菌と消化器疾患の関わり

滋賀医科大学 消化器内科 安 藤 朗 先生

司会 防衛医科大学校 内科学（消化器） 穂 苅 量 太

研修医セッション

評価者

獨協医科大学 消化器内科	富永 圭一
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科	松本 吏弘
埼玉医科大学病院 消化管内科	大庫 秀樹

(1) 研修医 I (消化管 1) 座長 杏林大学医学部 総合医療学 三 好 佐 和 子

1. スポンジ誤飲による食道異物の一例

東京歯科大学 市川総合病院 臨床研修医 ○城谷 良太
同 消化器内科 尾城 啓輔, 片山 正, 荒畑 恭子, 財部紗基子
中村 健二, 岸川 浩, 西田 次郎

2. 造影 CT にて血管外漏出を認めた出血性胃潰瘍に対して血管内治療およびポリグリコール酸シート被蓋法を施行した 1 例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○小野明日香, 山本 圭, 中村 駿介, 貝塚 玄樹
菊地 美穂, 南 裕人, 富田 祐介, 松江 右武
奴田原大輔, 平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

3. 剖検で原発巣が IIa + IIc 型胃癌と診断された播種性骨髄癌腫症・癌性リンパ管症の一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○竹内錬太郎, 上山 恭平, 高橋光一郎, 秋田 貴之
大木 沙織, 須藤 大輔, 大澤 陽介, 一石英一郎
大竹 孝明, 佐藤 貴一, 高後 裕
同 病理部 岡田 真也

4. 過形成ポリープの経過観察中に癌を合併し遡及的に検討しえた一例

新東京病院 消化器内科 ○川木 雄斗, 外山 雄三, 宇賀治良平, 長浜 隆司
前田 元, 西澤 秀光, 小森那々子

(2) 研修医Ⅱ(消化管2) 座長 東京女子医科大学 消化器内視鏡科 三角 宜嗣

5. 術前診断が困難であったスキルス胃癌浸潤の一例

順天堂大学 医学部附属 練馬病院 総合外科 ○横山 充, 須郷 広之, 町田 理夫, 渡野 遼郁雄
宮野 省三, 雨宮 浩太, 関根 悠貴, 伊藤 謙
山本 剛史, 岩永 直紀, 藤澤 将大, 田中 遥
川崎 一生

6. タール便を契機に発見された十二指腸原発 GIST の1例

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科 ○勝海 愛, 高城 健, 壽美竜太郎, 白川 貴大
友近 瞬, 早川 宇宙, 生形 晃男, 伊倉 顕彦
新井 潤, 山口 晃弘, 倉持みずき, 細田 泰雄
同 外科 富田 祐輔, 江頭 有美, 津和野伸一
同 病理診断科 石田 剛

7. 内視鏡的減圧のみで治癒した胃軸捻転症の一例

筑波メディカルセンター病院 診療部 臨床研修科 ○佐藤 匠
同 消化器内科 浜田 善隆, 石川 直樹, 城山真美子, 西 雅明

8. 小腸シングルバルーン内視鏡で診断した小腸癌の一例

災害医療センター 消化器内科 ○関戸 清佳, 関口 修平, 慶徳 大誠, 津川 直也
柴田 勇, 大野 志乃, 佐々木善浩, 板倉 潤
小野 圭一
同 病理診断科 平野 和彦

(3) 研修医Ⅲ(消化管3) 座長 武蔵野赤十字病院 消化器科 田中 将平

9. 新型コロナウイルス感染症による自宅待機中に発症した出血性大腸炎の1例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 ○徳元 友哉, 橋本 哲, 吉岡 藍子, 鈴木 優仁
笠原 大海, 氏原 哲郎, 水野 敬宏, 倉岡 直亮
西垣 佑紀, 小柳 佳成, 松井 茂

10. 直腸憩室内に発生した腺腫と鑑別を要した隆起性病変の一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○梁井由香子, 野田 啓人, 阿川 周平, 中村 拳
鶴澤 隆宏, 津島 里奈, 田邊 智英, 山脇 博士
植木 信江, 渡邊 嘉行, 二神 生爾

11. COVID19 ワクチン接種による症状増悪が示唆された潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○原口真梨奈, 松本 悠, 塩味 里恵, 齋藤 雅也
水流佐方里, 青柳龍太郎, 中元 秀友
同 消化管内科 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之

12. 潰瘍性大腸炎に DIC を併発し手術により改善した1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○立野 瑞樹, 小金井一隆, 辰巳 健志, 黒木 博介
小原 尚, 齋藤紗由美, 杉田 昭

13. 大腸ステント留置後の方針決定に悩んだ高齢閉塞性大腸癌患者の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○篠田 司, 柴田 理美, 清水口涼子, 高雄 暁成
同 内視鏡科 飯塚 敏郎

(4) 研修医Ⅳ(肝・胆・膵1)

座長 日本医科大学 消化器内科学 大 城 雄

14. C型肝炎DAAs治療で高ビリルビン血症を呈し、容量調節でSVRを得た一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 ○足立 駿祐, 大久保裕直, 斎藤 紘昭, 福生 有華
中寺 栄介, 大久保捷奇, 山形 亘, 佐伯 至勇
宇都宮尚典, 池村 宗朗, 小田倉里奈

15. 原因不明な若年性肝細胞癌に対して集学的治療を行い長期生存を得た一例

がん・感染症センター 都立駒込病院 肝臓内科 ○北原 愛弓, 木村 昌倫, 今村 潤, 木村 公則
同 病理科 比島 恒和

16. Lenvatinib投与3日後に肝細胞癌破裂をきたし死亡した巨大肝細胞癌の一例

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター ○鷺見 健翔
同 肝胆膵消化器病学 野上 麻子, 小林 貴, 本多 靖, 桐越 博之
齊藤 聡, 中島 淳
同 病理部 村岡枝里香, 岩下 広道
同 臨床検査部 米田 正人

17. 黄疸で発症した原発不明の悪性黒色腫の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○佐久間千晶, 森山 由貴, 柿崎 文郎, 上田 元
門馬 匡邦, 中川俊一郎, 玉虫 惇, 小西 直樹
屋良昭一郎, 平山 剛, 岩本 淳一, 本多 彰
池上 正

(5) 研修医Ⅴ(肝・胆・膵2)

座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 竹 澤 敬 人

18. レボカルニチン投与が不顕性肝性脳症に奏功した一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科 ○小井土文香, 松本 浩明, 田中 雄紀, 石堂 舜
稲田 賢人, 霧野 桜, 山下 洸司, 延澤 翼
早川 優香, 掛川 達矢, 樋口 麻友, 高浦 健太
田中 将平, 金子 俊, 前屋舗千明, 安井 豊
土谷 薫, 中西 裕之, 黒崎 雅之, 泉 並木

19. 巨大肝嚢胞に起因した肝性脳症の制御に経皮的嚢胞ドレナージ・硬化療法が有用であった一例

草加市立病院 消化器内科 ○渡辺 雅人, 渡辺 翔, 杉浦 光太, 白石 織栄
南家 一徳, 内館 梢, 町田 智世, 五十嵐 亮
小橋健一郎, 矢内 常人

20. 術前診断しえたガス産生化膿性肝膿瘍破裂の1例

東京大学医学部附属病院 総合研修センター ○住田悠太郎
同 肝胆膵外科/人工臓器・移植外科 風見 由祐, 金子 順一, 長田梨比人, 三原裕一郎
市田 晃彦, 河口 義邦, 石沢 武彰, 赤松 延久
有田 淳一, 長谷川 潔

21. Atezolizumab + Bevacizumab により異時性に2種類の免疫関連有害事象(irAE)を生じた肝細胞癌の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○佐藤美奈代, 鈴木 徳之, 山田 友春, 南 達也
建石 良介, 藤城 光弘

(6) 研修医Ⅵ(肝・胆・膵3) 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科 池田 良輔

22. HIV 感染症に合併した若年発症の肝門部胆管癌の1切除例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 ○鈴木 圭人, 三原 史規, 竹村 信行, 伊藤 橋司
稲垣 冬樹, 國土 典宏
同 外科 清松 知充, 山田 和彦
同 エイズ治療・研究開発センター 菊池 嘉

23. 十二指腸乳頭部生検が診断に有用であったIgG 4関連硬化性胆管炎・自己免疫性膵炎の1例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○小林 誠, 新見 真央, 小林 正典, 福田 将義
村川美也子, 東 正新, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩
岡本 隆一

24. 石灰乳胆汁による閉塞性胆管炎の1例

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

(7) 研修医Ⅶ(肝・胆・膵4) 座長 東京医科大学 消化器内科 石井 健太郎

25. Von-Hippel-Lindau 病(VHL 病)に合併した漿液性嚢胞腫瘍(Serous cystic neoplasm: SCN)の一例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○姫川 昊, 喜多絵美里, 辻本 彰子, 須藤研太郎
中村 和貴, 石井 浩, 傳田 忠道
同 肝胆膵外科 有光 秀二, 加藤 厚
同 臨床病理部 伊丹真紀子

26. 造影CTで指摘できなかった膵管癌の二例

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科 ○林 春菜, 岩崎 暁人, 伏見 光, 品川 希帆
枇杷田裕佑, 目黒 公輝, 高井 佑輔, 清水 智樹
真田 治人, 酒井 英嗣

27. 分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍の経過観察中に進行膵臓がんを発症した一例

地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○山田 凜々, 中里 圭宏, 韓 可, 佐野 貴哉
南 一洋, 木下 聡, 武下 達矢, 碓井 真吾
吉田 武史
同 病理診断部 清水 健

28. 十二指腸乳頭部生検後に重症急性膵炎を発症し集学的治療で救命し得た一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○今井 よい, 遠藤 和樹, 西村 正基, 杉森 慎
戸塚雄一郎, 小宮山哲史, 三輪 治生, 金子 卓
杉森 一哉, 沼田 和司
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

(8) 研修医Ⅷ(その他)

座長 筑波大学医学医療系 消化器内科 秋山 慎太郎

29. EUS-FNA で診断した悪性黒色腫腹腔内転移の一例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科 ○小塚 淳紀, 佐藤 悦基, 服部 大輔, 田村 哲男
小山里香子, 今村 綱男
同 病理診断科 大澤 一太

30. 結核による腹壁腫瘍の一例

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科 ○石山 皓一, 芳賀 祐規, 伊藤 健治, 大金 良槻
尾崎 友美, 宮村 達雄, 西村 光司, 新行内綾子
阿部 朝美, 金田 暁, 多田 稔, 齊藤 正明
杉浦 信之
同 呼吸器内科 相川雄太郎
同 外科 里見 大介

31. EUS-FNA にて診断に至った後腹膜線維症を伴う IgG 4 関連疾患の一例

横浜労災病院 内科 ○酒井友里花
同 消化器内科 春日 範樹, 小田 貴之, 佐伯 優美, 林 映道
城野 紡, 二瓶 真一, 今井友里加, 稲垣 淳太
高柳 卓矢, 小宮 靖彦, 金沢 憲由, 内山 詩織
関野 雄典, 永瀬 肇

32. 腹膜炎を契機に診断し得た家族性地中海熱の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○永沼 秀崇, 清川 博史, 飯島 良彦, 荒木 建一
中本 悠輔, 加藤 正樹, 服部 美紀, 佐藤 義典
山本 博幸, 前畑 忠輝, 安田 宏, 伊東 文生

専修医セッション

— 評価者 —

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／消化器内科	佐上晋太郎
(独) 国立病院機構 災害医療センター 消化器内科	佐々木善浩
防衛医科大学校 内科学2	和田 晃典

(9) 専修医 I (上部消化管1) 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 辻 陽 介

33. 若年で発症した食道バレット腺癌の一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○山田 倫子, 中園 綾乃, 山崎 友裕, 山城 雄也
三浦 夏希, 横田 拓也, 下地 耕平, 井上 大
堀家 英之, 吉岡 篤史, 並木 伸

34. 全周性の表在型食道癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術後に複数回のステロイド局注療法のみでフォローアップを行った一例

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 消化器内科 ○岩崎 巨征, 仲地健一郎, 蘆川 堯, 駒形 明紀
船登 智将, 西脇 拓郎, 大園 太貴, 齋藤 慶太
吉村 壮平, 井上 薪, 吉岡 航, 川満菜津貴
吉村 茂修, 白鳥 俊康, 南雲 大暢, 原澤 尚登
中路 聡

35. 特徴的な内視鏡所見より collagenous gastritis の診断となった1例

川口市立医療センター 消化器内科 ○松本 卓大, 永井晋太郎, 周東 成美, 小西 啓貴
井上 啓, 尾上 雅彦, 菊池 浩史

36. ショックにて搬送され、集中治療を要した胃蜂窩織炎の一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科 ○岸 洋祐, 原 雅樹, 角田 樹生, 小松 拓実
吉田 良仁, 高橋 秀明, 松本 伸行
同 内視鏡部 黒木優一郎
聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科 伊東 文生

37. ペムブロリズマブ投与後に広範な胃粘膜障害を認め鑑別に苦慮したサイトメガロウイルス胃病変の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○澤藤 拓, 小林真理子, 石川 直樹, 野本 怜
城山真美子, 福田 智史, 福田 壮馬, 小野田 翼
萩原 悠也, 鈴木 宏清, 山田 武史, 山本 祥之
秋山慎太郎, 森脇 俊和, 奈良坂俊明, 坂本 琢
鈴木 英雄, 土屋輝一郎
同 呼吸器内科 武石 岳大, 松山 政史

(10) 専修医Ⅱ(上部消化管2) 座長 東京都済生会中央病院 消化器内科 田 沼 浩 太

38. アミロイドーシス胃病変に胃癌を合併した1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○松下 瑞季, 野元 勇佑, 山内 友愛, 矢野慎太郎
磯野 峻輔, 大川 博基, 中津 洋一, 西 慎二郎
深見久美子, 荻原 伸悟, 降旗 誠, 北村 庸雄
長田 太郎

39. 生検による確定診断が困難であった胃未分化型癌の1例

昭和大学病院医学部内科学講座消化器内科学部門 ○富士 貴弘, 居軒 和也, 樋口 健佑, 鈴木 統大
菊池 一生, 中谷 真也, 牛腸 俊彦, 柳澤 文人
紺田 健一, 木原 俊裕, 矢野雄一郎, 打越 学
片桐 敦, 吉田 仁
昭和大学病院内視鏡センター 山村 冬彦

40. 多発十二指腸潰瘍, 多発小腸潰瘍を認めたIgA 血管炎の一例

自衛隊中央病院 消化器内科 ○石川麟太郎, 丸田 紘史, 藤田 知彰, 吉岡 幹士
村原 なみ, 武智千津子, 青野 茂昭, 徳永 徹二

41. 消化管血管腫に対しての硬化療法が長期的に有効であった青色ゴムまり様母斑症候群の1例

千葉大学 大学院 医学系研究院 消化器内科学 ○村田菜穂子, 明杖 直樹, 石川 翼, 白鳥 航
長島 有輝, 金子 達哉, 金山 建剛, 太田 佑樹
對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤 景子, 松村 倫明
加藤 順, 加藤 直也

42. 内視鏡的整復術に成功した成人胃軸捻転症の一例

帝京大学医学部附属病院 内科 ○生坂 顕, 大和 洸, 青木 直晃, 清水 友貴
小田 実, 原田 文人, 田村 大和, 櫻井美代子
松本 康祐, 丸山 喬平, 磯野 朱里, 青柳 仁
三浦 亮, 有住 俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也
浅岡 良成, 相磯 光彦, 山本 貴嗣, 田中 篤

(11) 専修医Ⅲ(下部消化管1) 座長 東京医科歯科大学 消化器病態学 根 本 泰 宏

43. オルメサルタンによる薬剤性下痢が疑われた1例

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

44. イレウスを伴った多発腹腔内デスマイド腫瘍の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科 ○飯島 良彦, 清川 博史, 中本 悠輔, 加藤 正樹
佐藤 義典, 山本 博幸, 前畑 忠輝, 安田 宏
伊東 文生
同 病理診断科 土居 正知

45. 小腸内視鏡により診断し得た肺多形癌の小腸転移の1例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○森岡 晃平, 小池 祐司, 安藤 裕子, 和田 直大
岩井 佑太, 飯塚 武, 米井翔一郎, 友成 悠邦
岩瀬 麻衣, 福田 知広, 角田 裕也, 今村 諭
長久保秀一, 諸星 雄一, 藤田由里子, 小松 弘一

46. 潰瘍性大腸炎に再発性多発軟骨炎を合併した1例

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

47. メサラジンによる薬剤性心筋炎をきたした潰瘍性大腸炎の一例

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○佐野 方美, 木原 俊裕, 石坂昌太郎, 栗原 光累
岡崎 明佳, 浅井 玄樹, 藤江 肇, 森下 慎二
新村 和平, 松本 政雄

(12) 専修医Ⅳ(下部消化管2) 座長 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 菊 地 秀 昌

48. 腸管バーチェット病様所見を呈したA20ハプロ不全症の一例

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, 糸井 祐貴, 鎗木 琢也, 斎藤 豊和
根岸 駿, 武波 知彦, 佐藤 圭吾, 中田 昂
春日 健吾, 橋本 悠, 田中 寛人, 保坂 浩子
栗林 志行, 浦岡 俊夫

49. サイトメガロウイルス陽性の潰瘍性大腸炎におけるウステキスマブ使用例の検討

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○松本留美衣, 酒匂美奈子, 岩本 志穂, 園田 光
岡野 荘, 高添 正和, 深田 雅之

50. Crohn 病に合併した直腸癌の一例

北里大学医学部 消化器内科学 ○小川 大輔, 別當 朋広, 伊藤 隆士, 金澤 潤
川岸 加奈, 横山 薫, 佐田 美和, 草野 央
北里大学医学部附属新世紀医療開発センター 小林 清典
北里大学医学部 下部消化管外科 内藤 剛
同 病理部 三枝 信

51. MDS に対する臍帯血移植後に腸管PTLDを発症した一例

東京都健康長寿医療センター 消化器内科 ○富野 琢朗, 松川 美保, 葦沢 龍人, 羽鳥 清華
大隅 瞬, 白倉 英知, 正谷 一石

52. 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, 岡田 健太, 鹿志村純也

(13) 専修医 V (下部消化管 3) 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 豊 永 貴 彦

53. 出血性痔核の経過観察中に出現した特発性腸管囊胞様気腫症の 1 例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○山田 貴大, 徳永創太郎, 齋藤 大祐, 藤麻 武志
荻原 良太, 森久保 拓, 尾崎 良, 箕輪慎太郎
三井 達也, 三浦 みき, 櫻庭 彰人, 林田 真理
三好 潤, 松浦 稔, 久松 理一
同 病理学 吉池 信哉

54. クローン病との鑑別を要した *Plesiomonas shigelloides* 慢性腸炎の一例

大船中央病院 消化器・IBD センター ○杉山美沙紀, 遠藤 豊, 川本 翔, 鍋田 陽昭
森川 吉英, 吉田 篤史, 上野 文昭

55. 白色粘膜下腫瘍様の内視鏡所見を認めた腸結核の一例

東京都立大塚病院 内科 消化器内科 ○曾我 早良, 田中 啓, 軽部 莉佳, 八木田純子
川本 健二, 松井 祐樹, 大井 尚子, 白崎 友彬
本林麻衣子, 倉田 仁, 檀 直彰, 忠願寺義通

56. ステロイド投与が原因と考えられる腸管気腫症の一例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○吉村 祐亮, 代永 和秀, 松田 明久, 宮坂 俊光
栗山 翔, 上田 康二, 武田 幸樹, 岩井 拓磨
太田 竜, 進士 誠一, 園田 寛道, 山田 岳史
吉田 寛

57. 高齢発症で重症化し手術加療に至った潰瘍性大腸炎の 1 例

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座 ○山口真太郎, 金澤美真理, 増山 智史, 田中 孝尚
渡邊 詔子, 富永 圭一, 入澤 篤志
同 第一外科 高柳 雅, 藤田 純輝, 井原 啓佑, 中村 隆俊
同 病理診断学講座 石田 和之

(14) 専修医 VI (肝・胆・膵 1)

座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 中 澤 学

58. 肝血管腫に膿瘍形成した 1 例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○齋藤恵理子, 中川 千夏, 上田 薫, 佐伯 千里
及川 恒一, 猿田 雅之
同 外科学講座 恒松 雅, 春木孝一郎, 安田 淳吾, 古川 賢英
恩田 真二, 坂本 太郎, 後町 武志, 池上 徹
同 病院病理部 前田 未来, 清川 貴子

59. 腎細胞癌に対して投与したニボルマブ中止後遅発性に発症した硬化性胆管炎の1例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○牛山 勲, 中山 伸朗, 山羽 晋平, 倉田 隼人
友利 勇大, 浅見真衣子, 塩川 慶典, 内田 義人
藤井 庸平, 打矢 紘, 中澤 学, 安藤さつき
中尾 将光, 菅原 通子, 今井 幸紀, 富谷 智明
持田 智

埼玉医科大学国際医療センター 泌尿器腫瘍科 西本紘嗣郎
埼玉医科大学 病理学講座 浜田 芽衣, 佐々木 惇

60. 自然退縮を来した門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌の1例

横浜労災病院 消化器内科 ○二瓶 真一, 金沢 憲由, 小田 貴之, 佐伯 優美
林 映道, 城野 紡, 今井友里加, 稲垣 淳太
春日 範樹, 高柳 卓矢, 小宮 靖彦, 内山 詩織
関野 雄典, 永瀬 肇

61. 診断に苦慮した巨大肝腫瘍の1例

帝京大学 医学部 附属 溝口病院 消化器内科 ○苗村 佑太, 勝倉 暢洋, 齋藤 剛, 菊山 智博
足立 貴子, 松本光太郎, 渡邊 彩子, 綱島 弘道
辻川 尊之, 土井 晋平
同 第四内科 菊池健太郎

62. 術後再発肝細胞癌に対し分子標的薬、免疫療法、肝動注化学療法など集学的治療によりCRに至った一例

さいたま市立病院 消化器内科 ○濱田 敬右, 星 瞳, 山本 傑, 町田 健太
西尾 恵, 瀧本 洋一, 三浦 邦治, 牟田口 真
金田 浩幸, 金子 文彦
同 内科 加藤まゆみ
同 放射線診断科 小川 遼
慶應義塾大学 医学部 放射線診断科 田村 全

63. 肝腫大を契機に診断に至った全身性アミロイドーシスを伴う多発性骨髄腫の1例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○半田 祐太, 村田 依子, 乾 麻美, 山崎 雄馬
鶴田 絢子, 川島 捺未, 辻川真太郎, 後藤 駿吾
秦 康夫, 栗山 仁

(15) 専修医Ⅶ(肝・胆・膵2)

座長 千葉大学病院 消化器内科 高 橋 幸 治

64. 胆道鏡下の狙撃生検で診断した胆管癌の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○榎本 昌人, 石井 寛裕, 内田 要, 杉山 勇太
諸橋 啓太, 金子 芹奈, 丹羽 一博, 西脇 友紀
渋谷 俊祐, 鈴木 悠一, 京 里佳, 所 知加子
菱木 智, 川名 一郎

65. 腹腔鏡下胆嚢摘出術時の落下結石による腹腔内膿瘍の一例

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院 消化器内科 ○廣瀬 克哉, 川村 愛子, 白壁 和彦, 横山 寛
根岸 道子, 二上 敏樹
同 外科 小村 伸朗
東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

66. 腸回転異常症に伴う先天性脾奇形により反復性脾炎を来したため幽門輪温存脾頭十二指腸切除術を施行した一例

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

67. IPMC との鑑別に難渋した脾頭部癌の1例

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

68. 脾臓癌との鑑別が困難で診断に苦慮した限局型自己免疫性脾炎(AIP)の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○関 彩千子, 田沼 浩太, 中島 菖子, 石塚 隆浩
今村 峻輔, 平川 旭人, 林 智康, 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 病理診断科 廣瀬 茂道

(16) 専修医Ⅷ(肝・胆・脾3)

座長 順天堂大学医学部 消化器内科 石井 重登

69. 非典型的な画像所見を呈し術前診断に苦慮した pancreatobiliary type IPMN 由来浸潤癌の1例

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 ○山口 右真, 石井健太郎, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛
田中 麗奈, 殿塚 亮祐, 向井俊太郎, 松波 幸寿
山本健治郎, 朝井 靖二, 永井 一正, 小嶋 啓之
本間 俊裕, 中坪 良輔, 平川 徳之, 糸井 隆夫
同 臨床医学系消化器・小兒外科分野 永川 裕一

70. IgA 腎症に対するステロイドパルス療法後に急性脾炎, 巨大脾仮性嚢胞を来した1例

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門 ○古川 拓人, 小林 孝弘, 野田 淳, 山脇 将貴
浅見 哲史, 岩橋 健太, 高野 祐一, 長濱 正亞
同 消化器内科部門
小田原市立病院 消化器内科 丸岡 直隆

71. FOLFIRINOX 療法が奏功した cStage 4 の脾癌の一例

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科 ○榊原 俊哉, 原田 聡, 永島 愛一, 中丸 瑠奈
石野 勇康, 塚本 恵, 石田 彩花, 日下恵理子
天野 仁至, 西郡 修平, 吉村 築, 小柏 剛
濱中 潤, 岡 裕之, 近藤 正晃

72. 巨大 IPMC (intraductal papillary mucinous carcinoma) の胆管穿破に対し FCSEMS (fully covered self expandable metallic stent) 留置が奏功した 1 例

東京警察病院 消化器科 ○塩川 俊郎, 八木岡 浩, 手銭 悠, 岩井 凌
徳山 信行, 神宝 隆行, 中田和智子, 小椋 啓司

73. ステロイドにても狭窄の改善を認めない IgG 4 関連胆管炎の一例

東埼玉総合病院 消化器内科 ○鈴木 美緒, 三関 哲矢, 山口真裕美, 青木 直晃
齋藤 格, 吉田 正史

一般演題

(17) 上部消化管

座長 北里大学医学部 消化器内科 久保田 陽

74. 腎移植後免疫抑制剤内服中に難治性食道炎を発症した食道アカラシアに対して、Heller-Dor 手術を行い奏効した一例

慶應義塾大学医学部 外科学教室(一般・消化器) ○辻 貴之, 中村理恵子, 松田 諭, 福田 和正
川久保博文, 北川 雄光

75. EUS-FNA が診断に有用であった胃癌吻合部再発の 1 例

自治医科大学 消化器内科 ○伊藤 佳菜, 菅野 敦, 三輪田哲郎, 長井 洋樹
安藤 梢, 福嶋 敬宜, 玉田 喜一, 山本 博徳

76. 小腸内に遺残したバンパー型胃瘻カテーテルを経肛門的に小腸内視鏡で回収しえた一例

横浜労災病院 消化器内科 ○城野 紡, 小田 貴之, 佐伯 優美, 林 映道
二瓶 真一, 今井友里加, 稲垣 淳太, 春日 範樹
高柳 卓矢, 小宮 靖彦, 内山 詩織, 関野 雄典
同 内視鏡部 金沢 憲由, 永瀬 肇

(18) 下部消化管 1

座長 群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 橋本 悠

77. クロウン病に対するベドリズムブの有効性について

地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○酒匂美奈子, 園田 光, 岡野 荘, 岩本 志穂
高添 正和, 深田 雅之

78. 潰瘍性大腸炎の増悪に合併した 2 型自己免疫性膵炎の 1 例

慶應義塾大学病院 消化器内科 ○鈴木 祥平, 三上 洋平, 川崎慎太郎, 清原 裕貴
吉松 裕介, 南木 康作, 河口 貴昭, 筋野 智久
高林 馨, 岩崎 栄典, 細江 直樹, 緒方 晴彦
金井 隆典

79. 妊娠中に発症し救命しえた劇症型アメーバ性大腸炎の 1 例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患 (IBD) センター ○湯川 達, 中森 義典, 渡部 衛, 竹内 加奈
大矢 浩貴, 豊田 純哉, 平山 敦大, 池田 礼
斑目 明, 西尾 匡史, 松林 真央, 小柏 剛
藤井 彩子, 芝田 渉, 木村 英明, 国崎 玲子
同 病理診断科 稲山 嘉明
横浜市立大学 消化器内科学教室 前田 慎

80. 末梢性関節炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例

日本大学 医学部 消化器肝臓内科 ○石川 慶朋, 杉田 知実, 堀井 敏喜, 岩男 彩
小椋加奈子, 市島 諒二, 池原 久朝, 後藤田卓志

81. アルツハイマー型認知症によるアドヒアランス不良が原因で増悪した潰瘍性大腸炎に対し治療変更を行った1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○砂田 莉沙, 加藤 真吾, 石垣 佑樹, 内田 信介
酒井 駿, 高橋久一郎, 新井 智洋, 加藤 秀輔
堀 裕太郎, 中川 慧人, 内田 党央, 石橋 朗
寺井 悠二, 大塚 武史, 細見英里子, 可児 和仁
高林英日己, 松原 三郎, 岡 政志, 名越 澄子

(19) 下部消化管2 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 田 中 孝 尚

82. 減汗性外胚葉形成不全症に合併した潰瘍性大腸炎の一例

東海大学医学部附属八王子病院 消化器内科 ○津田 真吾, 白滝 理博, 張 つほみ, 森 貴裕
荻原 直樹, 山路 葉子, 横田 将, 川瀧 洋平
広瀬 俊治, 永田 順子, 渡辺 勲史, 鈴木 孝良

83. Amyand's hernia の1例

辻仲病院 消化器外科・大腸肛門外科 ○安田 卓, 川村 敦子, 指山 浩志

84. アザチオプリンとフェブキソスタットの相互作用による汎血球減少症を来した1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○高馬 将郎, 野村 慧, 丸山 貴史, 菰川真由子
赤澤 陽一, 芳賀 慶一, 落合 一成, 松本 紘平
野村 収, 石川 大, 今 一義, 澁谷 智義
伊佐山浩通, 池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁

85. 結腸憩室出血に対する Endoscopic Band Ligation (EBL) による止血術の有用性の検討

横浜労災病院 消化器内科 ○稲垣 淳太, 金沢 憲由, 佐伯 優美, 小田 貴之
林 映道, 城野 紡, 二瓶 真一, 今井友里加
春日 範樹, 高柳 卓矢, 小宮 靖彦, 内山 詩織
関野 雄典, 永瀬 肇

86. 除菌療法が奏効した直腸 MALT リンパ腫の1例

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

(20) 肝・胆・膵1 座長 防衛医科大学校病院 内科学講座(消化器内科) 成 松 和 幸

87. 肝細胞癌を合併した Noonan 症候群の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○石渡 栞, 山崎 勇一, 植原 大介, 須賀 孝慶
戸島 洋貴, 佐藤 賢, 浦岡 俊夫
同 総合外科学講座 肝胆膵外科分野 調 憲
同 病態病理学 横尾 英明
同 消化器・肝臓内科学 柿崎 暁
国立病院機構高崎総合医療センター 臨床研究部

88. 典型的な画像所見を認めた類上皮血管内皮腫の一例

がん研究会 有明病院 肝胆膵内科 ○宇田川翔平, 佐々木 隆, 森 千奈津, 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 画像診断センター 画像診断部 平塚真生子
同 臨床病理センター 病理部 山下 亨子, 高松 学

89. ソナゾイド造影超音波が診断に有用だった肝血管筋脂肪腫の1例

東京医科大学病院 消化器内科 ○中島 一彰, 高橋 宏史, 杉本 勝俊, 上村 淳
平泉 泰翔, 和田 卓也, 阿部 正和, 吉益 悠
竹内 啓人, 糸井 隆夫

(21)肝・胆・膵2

座長 防衛医科大学校病院 内科学講座（消化器内科） 伊 東 傑

90. 貯留嚢胞に対する経乳頭のドレナージ術が再発予防に寄与したと考えられる急性膵炎の1例

深谷赤十字病院 消化器科 ○佐藤 伸悟, 葛西 豊高, 江藤 宏幸, 荻野 太郎
同 消化器科
かわべ内科 川辺 晃一

91. IgG 4 関連偽腫瘍の経過中に合併した難治性乳糜腹水の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○氏田 互, 宅間 健介, 岩田俊太郎, 水谷 沙織
中川 皓貴, 木村 祐介, 渡辺 浩二, 岩崎 将
伊藤 謙, 岡野 直樹, 永井 英成, 松田 尚久
五十嵐良典
同 消化器外科 前田 徹也
同 病院病理 深澤 由里, 澁谷 和俊

92. 腹腔動脈解離に合併した膵十二指腸動脈瘤の一例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 ○高橋 智昭, 三宅謙太郎, 松木 裕輝, 清水 康博
藪下 泰宏, 澤田 雄, 本間 祐樹, 松山 隆生
遠藤 格
同 放射線科 小山 新吾

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
368	松 岡 克 善 (東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科)	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科学講座 消化器外科分野)	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 (国際医療福祉大学病院 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
371	小 林 清 典 (北里大学医学部 新世紀医療開発センター)	9月24日(土)	東 京 海運クラブ	6月15日～ 7月20日予定
372	前 谷 容 (東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科)	12月10日(土)	東 京 海運クラブ	8月24日～ 9月28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。

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
40	池 上 正 (東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)	6月19日(日)	東 京 シェンパツハ・サボー	未 定
41	吉 田 仁 (昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門)	11月13日(日)	東 京 シェンパツハ・サボー	未 定

次回(第368回)例会のお知らせ

期 日：2022年2月5日(土)

会 場：海運クラブ

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

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線、半蔵門線、南北線：永田町駅4、5、9番出口 2分
銀座線、丸ノ内線：赤坂見附駅D(弁天橋)出口 7分

特別講演：「IBD臨床研究の5 W 1 H」

演者：小林 拓 (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)

司会：松岡 克善 (東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科)

ランチョンセミナー：『クローン病の治療戦略 - ウステキスマブの役割 - (仮)』

演者：猿田 雅之 (東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科)

司会：久松 理一 (杏林大学医学部 消化器内科学)

専門医セミナー：「ドクターガストロ」

第21回専門医セミナー(第366回例会 2021年9月18日(土)開催)に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：松岡 克善 (東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授)

事務局長：山田 哲弘 (東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科)

【運営事務局】株式会社トレスパードコンベンション

〒162-0825 東京都新宿区神楽坂2-12-1-502

Tel : 03-6280-7482 Fax : 03-6280-7483

E-mail : jsgekanto368@trespesado.jp

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、その他の事務上のことは、下記関東支部事務局へお願いいたします。

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

TEL 0422-71-5288 FAX 0422-47-5523

E-mail : kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 スポンジ誤飲による食道異物の一例

東京歯科大学 市川総合病院 臨床研修医¹⁾、
同 消化器内科²⁾
城谷良太¹⁾、尾城啓輔²⁾、片山 正²⁾、荒畑基子²⁾、財部紗基子²⁾、
中村健二²⁾、岸川 浩²⁾、西田次郎²⁾

【症例】81歳女性。【主訴】嘔吐、食欲不振。【現病歴】認知症のため施設入所中であった。X年5月1日の15時頃に嘔吐があり、その後から経口摂取してもすぐに嘔吐する状態が続いた。5月2日朝、吐物中に2cm角大のウレタンスポンジを認め、38度の発熱もあった。5月6日朝6時頃、嘔吐後に約10分間の意識レベル低下があった。その後回復し歩行も可能となったものの、食思不振が持続しており、1週間排便もないため、当院救急外来を受診した。受診時のバイタルサインや身体診察所見、血液検査所見に明らかな異常は認めなかった。胸腹部CTで食道ヘルニア内に含気を有する貯留物を認め、口側食道が拡張していた。問診からスポンジ誤飲による食道異物を疑い、緊急上部内視鏡を施行した。食道ヘルニア内は大量のスポンジで充満しており、処置に難渋したものの内視鏡的に全て摘出した。摘出には5脚把持鉗子が最も有用であった。食道内にスポンジによる圧迫が原因と考えられる潰瘍形成を認めたが、活動性出血や穿孔はなく、制酸薬による保存的治療で軽快した。【考察】食道異物の原因は多岐にわたるが、スポンジによる報告例は少なく、比較的可能な原因と考えられた。当院では2017年1月から2021年5月までに42例の食道異物に対して内視鏡的異物除去術を行ったが、スポンジは本症例が初めてであった。スポンジは柔らかいが、消化管内に充満すると通過障害をきたすのみならず組織圧迫による潰瘍や穿孔のリスクがある。さらに胃よりも肛門側へ流れると不消化性のためイレウスの原因となり、外科的摘出を要するため、ハイレスクな消化管異物といえる。本症例では、問診によりスポンジ誤飲を疑うことができたが、CT所見のみでは想起することが困難であり、高齢者や認知症患者で消化管異物を認めたときは、丁寧な問診が重要と考えられた。今回、まれなスポンジ誤飲による食道異物の一例を経験したため報告した。

スポンジ誤飲、食道異物

2 造影CTにて血管外漏出を認めた出血性胃潰瘍に対して血管内治療およびポリグリコールシート被蓋法を施行した1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
小野明日香、山本 圭、中村駿介、貝塚玄樹、菊地美穂、南 裕人、
富田祐介、松江右武、奴田原大輔、平良淳一、中村洋典、
北村勝哉

【症例】76歳女性【現病歴】1週間前から労作時の疲労感を自覚し、来院前日から発汗、動悸を認めていた。来院日に吐血し、意識レベルの低下を認めたため当院に救急搬送された。【経過】腹部骨盤部造影CTにて胃内に血餅と左胃動脈分枝からの血管外漏出を認め、仮性動脈瘤が疑われた。初療担当科が血管内治療（IVR）の適応と判断し、緊急IVRを行った。IVRにて仮性動脈瘤は明らかでなかったが、左胃動脈分枝に潰瘍による浸食と考えられる広域不整を認め、動脈塞栓術を行った。翌日施行した上部消化管内視鏡（EGD）にて胃体中下部小彎に30mm大の潰瘍と中心部に露出血管とコイルの露出を認めた。禁食およびプロトンポンプ阻害薬による治療を継続したが、第5病日のEGDにてコイル周囲に10mm程の筋層欠損による深い潰瘍を認め穿通が疑われたため、インフォームド Consentのもと第10病日に潰瘍部にポリグリコール酸（PG）シート被蓋法を行った。その後のEGDにて潰瘍底に再生上皮を認めたため食事を開始し、再出血なく第28病日に退院となった。【考察】通常、出血性胃潰瘍が疑われる場合EGDを行い止血困難例に対しIVRを行うが、本症例はEGDに先行して造影CTを施行したことにより、侵襲的な検査を回避して早急にIVRにて止血することができた。また、動脈塞栓術後にコイルの露出を認める胃潰瘍に対してPGシート被蓋法の有効性が示唆される症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

出血性胃潰瘍、血管内治療

3 剖検で原発巣がⅡa+Ⅱc型胃癌と診断された播種性骨髄癌腫症・癌性リンパ管症の一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科¹⁾、同 病理部²⁾
竹内鍊太郎¹⁾、上山恭平¹⁾、高橋光一郎¹⁾、秋田貴之¹⁾、大木沙織¹⁾、
須藤大輔¹⁾、大澤陽介¹⁾、一石英一郎¹⁾、大竹孝明¹⁾、佐藤貴一¹⁾、
高後 裕¹⁾、岡田真也²⁾

症例は50歳代男性。X年4月に息苦しさを主訴に近医を受診した。Hb 3.7g/dLと高度貧血があったため、精査・加療目的で紹介された。高度貧血に対し赤血球液6単位輸血を施行し、また血小板3.4万/ μ L、FDP 256.5 μ g/mL、PT-INR 1.80と急性期DIC診断基準7点でDICの確定診断となり、濃厚血小板10単位や新鮮凍結血漿4単位の補充も行った。身体所見では眼瞼結膜の蒼白を認めるのみで、腹部は平坦、軟で圧痛なく、直腸診では血便は認められなかった。血液検査でMCV 101fLで網赤血球数6.32%であった。Hbの数値からして急性出血による貧血は考えにくかったが、消化管出血の精査目的に施行したEGD及びCSでは出血性病変はなく、明らかな悪性所見を見出せなかった。CTでは全身性の骨転移を疑う骨硬化像があり、転移性骨腫瘍と診断した。血液検査では白赤芽球症もみられ、骨髄転移も疑われた。なお、入院後から血小板が3万/ μ Lを下回っており、濃厚血小板投与後も一時的な改善が見られずに低下する状態であることから、骨髄生検は施行できないと判断した。また、腫瘍マーカーではCEAが39.8ng/mLと高値であったので腺癌が疑われた。CT縦隔条件では、両側胸水と縦隔リンパ節の軽度腫脹があり、肺野条件では左右共に気管支血管束の肥厚があったが、肺野に原発巣を疑う腫瘍影はなかった。また、造骨性骨硬化像を呈する乳房・前立腺にも明らかな悪性を疑う腫瘍像はなかった。その他にも胆嚢や膵臓に明らかな悪性腫瘍を示唆する所見はなく、原発巣の特定には至らなかった。入院8日目に突然意識レベルが低下し、CTから急性硬膜下血腫と診断されたが、手術適応外で同日永眠された。病理解剖の結果、播種性骨髄癌腫症と癌性リンパ管症を呈した胃前底部小彎のⅡa+Ⅱc型胃癌(pT2N3M1)の診断であった。播種性骨髄癌腫症及び癌性リンパ管症は急速な転移をたどり、生前に原発巣の診断がつかず、治療介入できないこともしばしばある。本例もそのような教訓とすべき症例であり、本疾患の原発巣検索に関する消化器領域の注意点に関しての考察を加えて報告する。

播種性骨髄癌腫症、癌性リンパ管症

4 過形成ポリープの経過観察中に癌を合併し週及的に検討しえた一例

新東京病院 消化器内科
川木 雄斗、外山雄三、宇賀治良平、長浜隆司、前田 元、
西澤秀光、小森那々子

【背景】胃過形成性ポリープは日常診療においてしばしば遭遇する非腫瘍性病変である。H. pylori感染に伴う萎縮性胃炎を背景とする粘膜に発生し、一般的には緩徐な発育を呈することが多い。一方過形成性ポリープの癌化例の報告も散見され慎重な対応を要することがある。今回我々は過形成性ポリープの経過観察中に癌を合併し週及的に検討し得た症例を経験したので報告する。【症例】87歳男性【主訴】なし【現病歴】X-3年から胃過形成性ポリープの診断で当院消化器内科にて経過観察していた。同年H. pylori抗体陽性にて除菌し便抗原にて陰性を確認していた。X年、鉄欠乏性貧血が進行し便潜血陽性のため当院消化器内科紹介受診となった。【臨床経過】当院での上部消化管内視鏡では胃体下部後壁の萎縮を伴う背景粘膜に隆起性病変を認めた。白色光では頂部に白苔の付着を認め、NBI拡大観察では基部には腺窩辺縁上皮が均一で窩間部の開大所見とWZ不均一な腺管密度の高い不整な腺管構造を認めた。同部位からの生検にてadenocarcinomaと診断した。内視鏡的治療（EMR）を施行し、切除検体では基部には腺窩上型過形成性病変を認め、頂部では高～中分化型管状腺癌を認めた。【結語】過形成性ポリープの癌化例を経験したため、組織学的検討及び文献的考察を含めて考察する。

胃過形成性ポリープ、癌化

5 術前診断が困難であったスキルス胃癌浸潤の一例

順天堂大学 医学部附属 練馬病院 総合外科
横山 充, 須郷広之, 町田理夫, 渡野遼都雄, 宮野省三, 雨宮浩太,
関根悠貴, 伊藤 謙, 山本剛史, 岩永直紀, 藤澤将大, 田中 遥,
川崎一生

【はじめに】スキルス胃癌に対する超音波内視鏡下穿刺生検法(EUS-FNA)の生検陽性率は71.4-82.6%と報告されている。今回、われわれは胃幽門部腫瘍に対するEUS-FNAでGISTが疑われたものの、術中所見で浸潤を認め腫頭十二指腸切除術を施行し、術後検体でスキルス胃癌の診断となった1例を経験したため報告する。【症例】49歳女性、食思不振と体重減少(7kg/3ヶ月)を主訴に前医を受診し、CT検査で幽門狭窄と胃の著明な拡張を認め当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査で食道、胃、十二指腸に明らかな粘膜病変を認めなかったが、幽門部は狭窄しており細径スコープのみ通過可能であった。造影CTでは幽門部に不整な造影効果を伴う壁肥厚が見られ、遠隔転移は認めなかった。幽門部の肥厚性病変に対して超音波内視鏡を行ったところ、低エコー域が見られ第4層と連続していたが、他臓器浸潤を示す所見は見られなかった。EUS-FNAを試行し、病理検査では紡錘形細胞の増生を認め、免疫染色の結果からGISTも完全に否定できず、胃幽門部GISTの疑いで腹腔鏡下幽門側胃切除術を予定し手術を施行した。術中所見では、胃大網の白色結節を認め、術中迅速病理検査では異型細胞を認めた。また胃幽門部腫瘍は漿膜面に露出しており、脛鉤部および胃十二指腸動脈に浸潤し剥離困難であったため開腹に移行し、腫頭十二指腸切除術を行った。術後経過は良好で、術後25日目に退院となった。術後病理結果では進行胃癌、L, Circ, Type4, 35×70mm, por2>sig>muc, pT4b(SI, 脾臓), INFc, Lyla(D2-40), V1c(EVG), pPMO(25mm), pDMO(190mm), HER2陰性, pT4b(SI脾臓)NOM1(播種) pStage IVbの結果であった。現在術後補助化学療法を施行している。

スキルス胃癌, 腫頭十二指腸切除術

6 タール便を契機に見えられた十二指腸原発GISTの1例

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科¹⁾,
同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
勝海 愛¹⁾, 高城 健¹⁾, 壽美竜太郎¹⁾, 白川貴大¹⁾, 友近 瞬¹⁾,
早川宇宙¹⁾, 生形見男¹⁾, 伊倉顕彦¹⁾, 新井 潤¹⁾, 山口晃弘¹⁾,
倉持みずき¹⁾, 細田泰雄¹⁾, 富田祐輔²⁾, 江頭有美²⁾, 津和野伸一²⁾,
石田 剛³⁾

【症例】70歳代、女性【主訴】ふらつき、タール便【現病歴】X年7月、主訴を自覚、翌日になって軽快しないため救急要請し、当院へ救急搬送された。来院時の血液検査でヘモグロビン値8.5g/dLと低値であり、尿素窒素/クレアチニン比の上昇も認め、上部消化管出血が疑われたため同日緊急入院となった。【経過】入院時の腹部骨盤部造影CT検査所見で撮像範囲内に明らかなextravasationは認められなかったが、十二指腸上行脚の内腔から壁外に突出する26mmほどの境界明瞭で表面平滑な腫瘍性病変を認めた。内部は辺縁を中心に造影され、明らかな壊死やのう胞様変化は認められず、粘膜下腫瘍を疑った。翌日に実施した上部消化管内視鏡検査では、十二指腸水平脚から上行脚に15mm大の半球状の隆起性病変を認め、粘膜下腫瘍として矛盾しない所見であった。頂部に潰瘍形成を認めたものの、活動性出血は認められなかった。形状とcushion sign陰性であることから、gastrointestinal stromal tumor (GIST)を疑った。出血源として矛盾しないと診断し外科へ紹介、X年8月に小腸部分切除術施行。Treitz靱帯より数cm口側の腸管に腫瘍を認めた。検体の病理組織検査所見で腫瘍細胞は紡錘形、免疫染色でc-kit陽性を呈し、核分裂像は2/50HPFs程度であったため、低リスクのGISTと診断した。術後はタール便や貧血の進行はなく、転移再発を示唆する所見も認めていない。【考察】下血を契機に見えられた十二指腸原発GISTの1例を経験した。GISTの臓器別発生頻度は胃が60-70%、小腸が20-30%に対し、十二指腸は5%前後とされており、比較的稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

GIST, 粘膜下腫瘍

7 内視鏡的減圧のみで治癒した胃軸捻転症の一例

筑波メディカルセンター病院 診療部 臨床研修科¹⁾,
同 消化器内科²⁾
佐藤 匠¹⁾, 浜田善隆²⁾, 石川直樹²⁾, 城山真美子²⁾, 西 雅明²⁾

【症例】60歳代、男性【主訴】腹痛【現病歴】受診前日から左上腹部痛と嘔吐が出現し、当院救急外来を受診した。身体診察では左上腹部膨隆を認め、造影CTにて著明な胃拡張、脾の位置異常を認め、胃軸捻転症の診断に至った。胃管挿入を試みたが、先端を胃内に誘導することはできなかった。同日、緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、食道胃接合部に捻転によると思われる変形狭窄を認めた。胃内に大量の食物残渣の貯留ならびに暗赤色調の胃粘膜が認められ、体位変換を行うも幽門輪を視認することはできなかった。内視鏡的に約1500mL排液した後に、ガイドワイヤー併用にて胃管を挿入したところ、腹部所見は著明に改善した。入院3日目に胃管より消化管造影を施行したところ、胃の形態は正常であり、体位変換により十二指腸へ造影剤の流出を認めた。内視鏡でも食道裂孔ヘルニアや内腔狭窄などの形態異常は認めず、捻転は解除されたと判断した。入院4日目より食事を再開し、再燃することなく経過している。【考察】胃軸捻転症は成人では非常に稀であるが、致死率が高く、早期診断が必要な疾患である。分類として特発性と二次性に分かれ、食道裂孔ヘルニアなどが原因となる二次性が多いとされているが、本症例では明らかな背景疾患はなく、特発性であったと考えられる。胃軸捻転症の治療は胃管挿入による減圧、内視鏡的整復術や外科的胃固定術が選択肢となる。本症例においては、内視鏡的減圧のみで捻転を解除でき、低侵襲的に治療を行うことができた。胃軸捻転症は、胃および周囲臓器が壊死を起こす前にCT等による早期診断が大切であり、それが可能だった場合に胃管挿入やそれに引き続く内視鏡的治療は、術前に考慮すべき治療法である。【結語】内視鏡的減圧のみで治癒した胃軸捻転症の一例を経験した。

胃軸捻転症, 上部消化管内視鏡

8 小腸シングルバルーン内視鏡で診断した小腸癌の一例

災害医療センター 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
関戸清佳¹⁾, 関口修平¹⁾, 慶徳大誠¹⁾, 津川直也¹⁾, 柴田 勇¹⁾,
大野志乃¹⁾, 佐々木善浩¹⁾, 板倉 潤¹⁾, 平野和彦²⁾, 小野圭一¹⁾

【症例】74歳男性【現病歴】X年1月に血便、2月から心窩部の不快感が出現した。3月より食後嘔吐を繰り返すようになり、体重が10kg程度減少したため前医を受診した。上部消化管内視鏡・大腸内視鏡検査が施行されたが、嘔吐の原因となるような所見は認められなかった。単純CTにて上部空腸に通過障害が認められたため、精査目的に当科初診となった。造影CTでは上部空腸レベルで全周性の小腸壁肥厚と狭窄を認め、胃～上部空腸にかけて強い拡張を認めた。小腸腫瘍による通過障害を疑い、小腸シングルバルーン内視鏡を行った。上部空腸に2型の進行癌を疑う腫瘍性病変を認め、生検の結果はadenocarcinomaであった。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は指摘できず、小腸癌cT3N0M0 cStage IIaの診断となり、当院外科により開腹小腸部分切除術+D2相当郭清術が施行された。病理診断では、腫瘍の漿膜面への一部露出、中等度のリンパ管侵襲と静脈侵襲、高度の神経侵襲を認め、p stage IIb, Type2:51×35mm, tub1>tub2>por2, pT4a(SE), Ly1b(SS), V1b(SS), Pn1b, Infb, pMO(73mm), pDMO(118mm), pRo, pRM0, pN0(小腸間筋リンパ節0/4)の診断となった。X年10月よりcapecitabine+oxaliplatin(XELOX)による術後補助化学療法を開始した。【考察】小腸の通過障害を契機に診断された原発性小腸癌の一例を経験した。原発性小腸癌は全消化管癌の中でも稀であり、小腸内視鏡での肉眼的観察・病理診断を行うことができた。本症例に対して若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸癌, 小腸内視鏡

9 新型コロナウイルス感染症による自宅待機中に発症した出血性大腸炎の1例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科
徳元友哉, 橋本 哲, 吉岡藍子, 鈴木優仁, 笠原大海, 氏原哲郎, 水野敬宏, 倉岡直亮, 西垣佑紀, 小柳佳成, 松井 茂

【症例】10代後半、男性【主訴】腹痛、新鮮血便【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【現病歴】2021年9月咳嗽、嗅覚異常を自覚したため、民間検査施設を受診した。新型コロナウイルスPCR陽性のため自宅待機の指示を受けた。発症6日後突然臍周囲の腹痛を自覚し、同日夕食後下痢と共に新鮮血便が出現した。その後も複数回血便が持続し、腹痛も改善しないため、発症7日後当院へ救急搬送され同日当科に入院した。【身体所見】身長 175.6cm、体重 60kg、体温37.2℃、血圧128/81mmHg、脈拍85回/分、SpO₂ 99%(room air)。貧血、黄疸なし。胸部にラ音を認めず、腹部は右下腹部から心窩部にかけて圧痛あり、筋性防御なし。【検査所見】WBC:10700/ μ l、RBC:516 $\times$ 10³/ μ l、Hb:15.8g/dl、Ht:44.3%、Plt:16.8 $\times$ 10³/ μ l、CRP:2.78mg/dl、D-dimer:3.2 μ g/ml、肝・腎機能・電解質に異常所見なし。胸腹部単純CT検査:両肺に浸潤影、すりガラス影なし。結腸から直腸に著明な浮腫性壁肥厚を認めた。粗大な高濃度動脈内血栓や静脈の高度虚脱は認めなかった。【経過】入院後は絶食による腸管安静、ホスホマイシン2000mg/日内服を開始した。その後も1日10回以上血便があり、発症9日後に大腸内視鏡検査を施行した。大腸全体に発赤浮腫状粘膜、特に近位大腸で所見が強く、S状結腸では縦走傾向の発赤粘膜を認めた。発赤部からの生検では典型的な粘膜虚血性変化は認められなかったが、臨床症状および内視鏡所見より虚血性腸炎と診断した。発症11日後より腹痛、血便は消失し食事を再開し、発症14日後に退院した。【考察】新型コロナウイルスに関連した若年者発症の一過性虚血性大腸炎の報告はない。本症例は非典型的な虚血性腸炎で、原因は不明であるが、新型コロナウイルス感染に伴う微小血栓が関与している可能性がある。文献的考察を含め、本会で報告する。

虚血性腸炎, 新型コロナウイルス感染症

10 直腸憩室内に発生した腺腫と鑑別を要した隆起性病変の一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科
梁井由香子, 野田啓人, 阿川周平, 中村 拳, 鶴澤隆宏, 津島里奈, 田邊智英, 山脇博士, 植木信江, 渡邊嘉行, 二神生爾

近年、大腸憩室症を認める患者が増加しており、大腸憩室と腺腫の関連も報告されている。しかし、憩室内に腫瘍性病変を伴う例の報告は少ない。今回は、直腸憩室内に腺腫と鑑別を要した隆起性病変を認める症例を経験したため、報告する。症例は86歳女性。施設入所中の患者。約2週間前から血便を認めており、断続的に少量ながら血便を認めていた。その後、食事摂取量の低下と共に体動困難となり救急要請となり入院となった。既往には、アルツハイマー型認知症、陳旧性脳梗塞、左大腿骨骨折がある。鎮痛コントロールのためセレコキシブを内服していた。入院時、意識清明、vital sign等は安定していた。採血上は、WBC 23460/ μ l、Hb9.0g/dl、CRP 27.9mg/dlと強い炎症反応を認めており、尿沈査でWBC多数であり、尿路感染症による炎症と考えられた。抗生剤投与により解熱傾向となり、第4病日目に血便に対する精査目的のため、大腸内視鏡検査を施行した。大腸内視鏡検査により明らかな出血源は認められず、直腸内に憩室を認めた。憩室内には出血を伴わない隆起性病変を認め、拡大NBI観察では乳頭状の粗大な腺管構造と不規則なループ状血管の増生を認めた。血管構造の不整からJNET type 2Bと考え、腺腫を疑い生検を施行した。生検結果は強い炎症性変化を認めるもののgroup 1であった。経過より憩室炎後の炎症治療過程を見ている可能性が考えられ、憩室炎治療過程を知ることができる貴重な一例であった。今後このような隆起成分がどのような症例に認め、出血や再発などとの関連が解明されることが望まれる。

大腸憩室, 腺腫

11 COVID19ワクチン接種による症状増悪が示唆された潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾
原口真梨奈¹⁾, 松本 悠¹⁾, 塩味里恵¹⁾, 齋藤雅也²⁾, 水流佐方里¹⁾, 青柳龍太郎¹⁾, 大庫秀樹²⁾, 都築義和²⁾, 中元秀友¹⁾, 今枝博之²⁾

【症例】40歳、男性【主訴】腹痛、下痢、血便【現病歴】2019年2月に潰瘍性大腸炎(UC)・左側結腸炎型と診断されメサラジン顆粒、ブデゾニド注腸で治療を開始された。同年8月に血便、腹痛の増悪を認め大腸内視鏡検査で全大腸炎型への進展を認めた。PSL70mg/day静注+血球成分除去療法(G-CAP)2回/wの加療で症状は改善し、外来通院中であった。2020年8月にCOVID19ワクチンの2回目を接種した。接種翌日に39℃台の発熱を認めたが熱は1日で解熱した。しかし解熱した翌日から1日7~8回の水様性血便が出現した。当院を受診しアザチオプリン25mgが開始されるも症状の改善がないため精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時のCRPは1.36mg/dlと軽度上昇を認めた。CMV抗原・T-SPOT・便培養は陰性であった。入院後に施行した大腸内視鏡検査で全大腸にMES3の活動性炎症を認めた。PSL70mg (1mg/kg)+G-CAPで治療を開始した。治療開始後も腹部症状、大腸内視鏡検査での粘膜炎症の改善を認めなかった。PSL抵抗性と診断したクロリムス(Tac)急速飽和療法に変更した。PSLは漸減しTacを6mg/dayで開始した。血中濃度の目標を10~15ng/mlに設定した。Tac開始後より血便、排便回数は改善した。しかしその後血中濃度が21.5ng/mlまで上昇し腎機能障害が出現したためタクロリムスを中断した。その後血中濃度が低下し4mg/dayで再開後退院となった。【考察】COVID19ワクチン接種による再燃が示唆されたUCの1例を経験した。UCは感染、ストレス、食生活によって症状増悪することが知られている。本症例はCOVID19ワクチン投与後に腹部症状が増悪しており関連が示唆された。潰瘍性大腸炎増悪とCOVID19ワクチンの関連に関して文献的考察を含め報告する。

潰瘍性大腸炎, COVID19ワクチン

12 潰瘍性大腸炎にDICを併発し手術により改善した1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科
立野瑞樹, 小金井一隆, 辰巳健志, 黒木博介, 小原 尚, 齋藤紗由美, 杉田 昭

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に播種性血管内凝固(DIC)が併発する場合があり、死亡例も報告されている。今回、DICを併発し、手術により改善したUCの1例を経験したので報告する。【症例】57歳男性。1か月前から下痢が出現し、その後血便、腹痛、発熱を認め、前医に入院した。排便回数が15行/日で、シプロフロキサシンが投与された。各種培養検査、CMV抗原、CDトキシンはいずれも陰性で、内視鏡検査所見から重症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎、Matts grade4と診断され、5Aミノサラチル酸製剤内服とプレドニゾン(PSL)60mg/日静注が開始された。排便回数は5~7行/日に減少し、血便、腹痛、CRPも改善したが、寛解には至らなかった。入院時から血小板数が減少、AT、FDP、Dダイマーは高値で、治療開始後も増悪した。入院第6病日に血小板数15,000/ μ l、AT69.0%, FDP31.5 μ g/mlでDIC score 6点となり、合計で照射赤血球濃厚液6単位、照射濃厚血小板120単位を輸血した。精査で血液疾患は否定的で、UCによるDICと診断され、第22病日、当科に転院した。転院時、血小板数47,000/ μ l、PT比1.17、Dダイマー1.55 μ g/mlと凝固能亢進は持続し、ガストログラフイン注腸造影検査で直腸から横行結腸まで深播れ潰瘍が多発しており、DICを合併した重症UCで、内科治療では改善に時間を要すると判断し、転院当日、大腸全摘、回腸囊肛門吻合術、回腸人工肛門造設術を施行した。術中所見では横行結腸から肛門側の著明な壁肥厚と腸間膜の肥厚があり、切除標本の肉眼像では、上行結腸から直腸にびまん性に深い潰瘍があり残存粘膜は偽ポリポシスを呈していた。病理組織検査所見では主に粘膜下層深部までの潰瘍と、高度の炎症細胞浸潤を認め、明らかな血栓は認めなかった。術中に照射濃厚血小板20単位の輸血を施行して以降、術後11日目に血小板数は82,000/ μ lに上昇し、その後、凝固能も改善し、DICを脱した。術後19日目に、血小板数280,000/ μ lまで回復し、経過良好で術後26日目に退院した。【結語】DICを合併しUC以外の原因が否定的で、UCが内科治療で改善しない場合、全身状態も考慮し、適切なタイミングで手術に踏み切る必要があると考えられた。

潰瘍性大腸炎, 播種性血管内凝固症候群

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡科²⁾
篠田 司¹⁾, 柴田理美¹⁾, 清水口涼子¹⁾, 高雄暁成¹⁾, 飯塚敏郎²⁾

【症例】89歳女性。【主訴】腹痛、下痢。【現病歴】20XX年7月19日に2日間持続する腹痛、下痢、経口摂取不良を主訴に前医受診され、腹部造影CT検査で下行結腸癌による腸閉塞を指摘され、8月3日精査加療目的に当科受診された。【入院後経過】大腸内視鏡検査では脾彎曲に全周性の2型病変を認め、生検はadenocarcinoma (tub2/tub1)であった。腹部造影CT検査では脾彎曲に造影効果を伴う不整な壁肥厚を認め、短径7mm大までの腸管傍リンパ節の腫大を3箇所認めた。明らかな遠隔転移所見は認めずT3N1bM0、cStageIIIと診断した。もともとADL全自立であったことからBridge to Surgery(；BTS)を目標として減圧目的に22mm径、6cmの大腸ステントを留置した。ステント留置後より腹痛および下痢症状の改善を認め、翌日より単品食から食事を開始した。術前の栄養評価にControlling nutritional status (CONUT) scoreを用いていたが、CONUT scoreが7から8と入院時より増悪し、ADLの改善も乏しかったため、本人・家族と相談の上手術は行わない方針となり、8月24日に退院となった。【考察】閉塞性大腸癌に対する減圧処置として大腸ステントは有効である。大腸ステントは根治的手術を前提とした術前のBTSとして用いられることが多いが、手術を行わない症状緩和目的(palliation; PAL)にも用いられる。根治切除の可能性がある閉塞性大腸癌に対してはBTSを検討するが、高齢者においては根治切除が期待できても本症例のように全身状態によりBTSよりPAL目的の大腸ステントの方が妥当である例が存在する。しかしその判断基準は明らかではない。当院で過去10年間に大腸ステントを留置された高齢閉塞性大腸癌68例を後方視的に検討し、予後の観点からCONUT scoreがその判断基準の一助となる可能性が示唆されたため報告する。

閉塞性大腸癌, CONUT

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科
足立駿祐, 大久保裕直, 斎藤紘昭, 福生有華, 中寺栄介,
大久保捷奇, 山形 亘, 佐伯至勇, 宇都宮尚典, 池村宗朗,
小田倉里奈

【背景】HCV DAAs治療で用いられるNS3/4A阻害剤には高ビリルビン(Bil)血症の副作用がしばしばみられ、これはOATP1B1の基質である本薬剤と間接Bilが競合阻害するためとされる。また肝細胞特異性造影剤Gd-EOB-DTPAは同様にOATP1B1/1B3の基質である。今回、NS3/4A阻害剤であるGlecaprevir (GLE)投与中に遷延性の高Bil血症を呈し、用量調整を行い治療した1例を経験したもので報告する。【症例】80代女性、C型慢性肝炎に対してGLE 300mg/PIB 120mg 8週間の治療を企図した。治療前ALT 27 IU/L、T-Bil 1.4mg/dl、D-Bil 1.0mg/dlであった。治療前のEOB-MRI肝細胞相で背景肝造影効果(Contrast Enhancement Index: CEI)が1.027と著しく低下していた。治療7日目にT-Bil 3.5mg/dl、D-Bil 1.5mg/dlと高Bil血症を認めたが、肝細胞障害はなく同量を継続した。なお、GLEトラフ値は8410ng/mlであった。11日目にはALT 36IU/Lと上昇傾向、T-Bil 3.1mg/dl、D-Bil 1.3mg/dlでGLEによるdrug-bilirubin interactionを考え、GLE200mg/PIB80mgに減量した。14日目はT-Bil 2.5mg/dl、D-Bil 0.9mg/dlと黄疸の改善は見られるも、HCV-RNAは1.3(14日目)から1.6(16日目)Log IU/mlと上昇に転じたため、28日目からはGLE 200mg/PIB 80mg、GLE 300mg/PIB 120mgの隔日投与に変更した。その後はT-Bil 2.7mg/dl、D-Bil 0.9mg/dl(35日目)で概ね変化なく推移し、57日目にHCV-RNA陰性化が見られ、その後GLE 200mg/PIB 80mgで継続し72日目で内服終了となった。【考察】本例は治療前のEOB-MRI画像のCEI値からOATP機能の低下があると考え、高Bil血症発症を予想していた。実際に非抱合型優位の高Bil血症が発現時はGLEトラフ値も異常高値を示していた。肝障害も出現傾向にあるためGLEの減量を行ったところウイルス排除が低下したため用量調節を行い、忍容性の範囲内で治療を完結できた。GLE/PIB治療は非抱合型優位の高Bil血症を呈する場合があり、治療中はT-BilのみならずD-Bilの測定ときめ細やかなモニタリングも必須であり、またその発現予測にOATP機能イメージングであるGd-EOB-DTPA MRIも有用であった。

C型肝炎ウイルス, 抗ウイルス薬

がん・感染症センター 都立駒込病院 肝臓内科¹⁾,
同 病理科²⁾
北原愛弓¹⁾, 木村昌倫¹⁾, 今村 潤¹⁾, 比島恒和²⁾, 木村公則¹⁾

【症例】39歳女性【主訴】腰痛【現病歴】X-1年末腰痛が出現し、近医受診。CTでL3とS3に骨融解像を認め、X年1月当院整形外科受診。CTで多発肝腫瘤を認め、AFP458500ng/ml、PIVKA5638mAU/mlと腫瘍マーカー上昇を認めたため原発性肝細胞癌が疑われ当科紹介。血液検査ではHBsAg(-)、HbCAb(-)、HCVAb(-)、抗核抗体(-)、AMA(-)であった。肝腫瘍生検から高分化肝細胞癌(cT3N0M1、stage4B)と診断。X年2月より骨転移に対して放射線照射を先行した上でレニパニブによる治療を開始した。2か月後のCTではPRで、腫瘍マーカーも低下したが、高血圧、食欲不振、浮腫が出現し、5月治療中断。降圧薬と利尿薬で症状は改善し、8月ソラフェニブに変更して治療再開。しかし、9月のCTでPDのため、10月からアテゾリズマブとペバシズマブの併用療法を開始。X+1年1月蛋白尿でペバシズマブ中止。2月に骨転移増悪認めアテゾリズマブ中止。同月放射線照射を行い、3月からカボザンチニブ開始。その後蛋白尿あり減量、4月に胃潰瘍で入院のため治療中断。その後更に減量して再開したが6月に右大腿骨近位部病的骨折のため再度中断。7月に再開したが、9月上旬のCTで腫瘍が急速に増大しており、正常肝がほぼ残存していないことからBSCの方針となった。9月下旬にはHCCが破裂し緩和ケア病棟に入院、10月中旬に死亡した。【考察】若年性肝細胞癌は頻度が0.8%と非常に稀である。その大半はHBV感染が原因だが、全くの正常肝から発生する割合は更に低い。そのため標準治療の有効性や予後については不明である。本邦での非B非C若年性肝細胞癌の報告によれば、多くの症例で肝切除術が行われており、自験例のように診断時に肝外転移を伴っている報告は数例のみであった。自験例は肝外転移を伴う若年性肝細胞癌に対して分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬を投与するなど集学的治療を行うことで長期生存を得ており、今後の若年性肝細胞癌の治療において示唆に富む症例であると考えられる。

若年性肝細胞癌, 分子標的薬 免疫チェックポイント阻害薬

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター¹⁾,
同 肝胆膵消化器病学²⁾, 同 病理部³⁾, 同 臨床検査部⁴⁾
鷲見健翔¹⁾, 野上麻子²⁾, 村岡枝里香²⁾, 岩下広道³⁾, 小林 貴²⁾,
本多 靖²⁾, 米田正人⁴⁾, 桐越博之²⁾, 斉藤 聡²⁾, 中島 淳²⁾

【症例】80歳男性。心窩部痛を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で多発肝腫瘍を認めたため当科紹介となった。背景肝はnonBnonCでアルコール性は否定的だった。Child-Pugh分類A・ALBI score -2.7 ALBI grade1と肝予備能は保たれ、腫瘍径は最大で15cm大の巨大腫瘍を有する両葉多発結節性病変であった。Up-to-seven基準外かつChild-Pugh分類Aのintermediate stageであり、Lenvatinib (LEN) 導入後にTACEを行うLEN-TACE sequential therapyの方針とした。体重55kg、LEN 8mg/日開始3日後に急性腹症の出現、20分後に心肺停止となり、心肺蘇生の甲斐なく不幸の転機となった。死亡時画像診断(Ai)で肝細胞癌破裂による出血性ショックが疑われ、病理解剖で確定診断となった。【考察】肝細胞癌の治療ガイドラインのBarcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) stagingでIntermediate stage (stage B)のup-to-seven基準外の症例においてはLENの先行投与は肝予備能を低下させることなくかつ高いレスポンスが期待できるとされる。また腫瘍径が5cm以上の大型肝細胞癌では1回のconventional TACEでは薬剤の量が足りず複数回の治療を行わねばならぬことよりLEN-TACE sequential therapyの有効性が報告されている。しかしながら、肝表面に突出する巨大肝細胞癌では破裂による出血が危惧される病態であるため、一部の症例ではTACE先行のTACE-LENを検討した方が良い症例もあると考えられた。LENによる腫瘍出血の報告もあり、このような巨大肝細胞癌に対するLEN-TACEの投与について、病理解剖から得られた考察、既報の文献的考察も含めて報告する。

肝細胞癌, Lenvatinib

17 黄疸で発症した原発不明の悪性黒色腫の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科
佐久間千晶, 森山由貴, 柿崎文郎, 上田 元, 門馬匡邦,
中川俊一郎, 玉虫 惇, 小西直樹, 屋良昭一郎, 平山 剛,
岩本淳一, 本多 彰, 池上 正

【症例】22歳男性【主訴】黄疸、左季肋部痛【現病歴】20XX年6月初旬より心窩部不快感が出現し近医を受診。表層胃炎・肝血管腫と診断されていた。7月中旬に黄疸出現し前医を受診。血液検査・腹部単純CTで肝機能障害および高ビリルビン血症が認められたため、当院紹介の予定となった。しかし、左季肋部痛持続のため当院救急外来受診し、精査加療目的で入院となった。【既往歴】なし【生活歴】飲酒なし【家族歴】肝疾患なし【内服歴】なし【入院時現症】意識清明、眼結膜の黄染あり、心肺異常なし、左上腹部圧痛あり【入院時検査所見】血液検査ではAST 193IU/L、ALT 213IU/L、LDH 429IU/L、ALP 897IU/L、 γ -GTP 198IU/L、T-Bil 5.6mg/dl、画像検査では肝両葉に淡い低吸収域を認め、肝脾腫・腹水を認めた。【入院後経過】肝炎ウイルス、抗核抗体・抗ミトコンドリア抗体も陰性で、EBVの新規感染も否定的だった。入院後も左季肋部痛は残存し、肝胆道系酵素も低下せず、肝生検を実施した。その結果肝細胞に腫瘍細胞が増殖しており、個々の腫瘍細胞は大小不同を伴う類縁～卵円形の核をもち、メラニン顆粒をもつものが多かった。また免疫染色で腫瘍細胞は、HMB45+、MelanA+、S-100+といった悪性黒色腫のマーカーで陽性を認め、メラニン漂白法ではメラニン色素が消去された。以上より腫瘍は悪性黒色腫の診断となった。全身の原発精査を行ったが、原発巣を示唆する所見は明らかではなく、原発不明の悪性黒色腫・多発肝転移の診断となった。BSCも考慮する進行度であったが非常に若年であることからニボルマブ単剤療法を実施した。しかし2コース実施するも黄疸は著明に上昇し疼痛も強く、ご家族と相談し自宅で緩和ケア継続の方針とした。その後自宅退院となり、自宅で死亡確認となった。【考察】悪性黒色腫の2-6%は原発不明であり、肝原発の悪性黒色腫は極めて稀で十分な報告がなされていない。実際、肝原発の悪性黒色腫に対する診断基準は定められておらず、本症例でも肝原発と確定診断することは極めて困難であった。【結語】黄疸で発症した原発不明の悪性黒色腫の一例を経験したので報告した。

悪性黒色腫, 黄疸

18 レボカルニチン投与が不顕性肝性脳症に奏功した一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科
小井土文香, 松本浩明, 田中雄紀, 石堂 舜, 稲田賢人, 霧野 桜,
山下洸司, 延澤 翼, 早川優香, 掛川達矢, 樋口麻友, 高浦健太,
田中将平, 金子 俊, 前屋鋪千明, 安井 豊, 土谷 薫, 中西裕之,
黒崎雅之, 泉 並木

【症例】70歳女性【現病歴】20XX年にC型肝硬変および肝細胞癌治療後のフォロー目的で当科紹介受診した。初診時より血中アンモニア濃度が高値を示し不顕性肝性脳症評価のため患者に同意を得て定期的に近赤外線トポグラフィ(NIRS; near-infrared spectroscopy)でフォローを行った。課題負荷10秒における前頭葉酸素化ヘモグロビン濃度上昇は20XX年4月に0.172mMmmと正常であったものが20XX年10月には0.014mMmmに低下しており不顕性肝性脳症が疑われた。同年11月よりレボカルニチン1200mg内服開始したところ、12月のNIRSでは0.105mMmmと改善を認めた。その後も不顕性肝性脳症を疑う所見は乏しく、良好な経過を辿っていたが、20XX+1年6月に薬剤性皮疹が疑われレボカルニチン中止したところ、20XX+1年7月に行ったNIRSでは-0.035mMmmまで低下したため、20XX+1年7月末よりレボカルニチン投与再開とした。【考察】肝性脳症には精神神経症状は明らかで無いが精密検査で精神神経機能の異常が指摘される不顕性肝性脳症があり、交通事故との関連が報告されている(Am J Gastroenterol. 2007)。肝性脳症では脳血流および脳局所の酸素消費が低下(Gastroenterol. 2009)し、肝硬変患者の脳機能低下をNIRSで課題負荷時の脳局所の酸素化ヘモグロビン濃度変化として評価可能である(Hepatol Res. 2014)。本症例はレボカルニチン投与および中止に相関してNIRSによる脳機能変化を認めた。レボカルニチン投与による不顕性肝性脳症改善効果について長期経過観察された報告はなく、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝性脳症, 肝硬変

19 巨大肝嚢胞に起因した肝性脳症の制御に経皮的嚢胞ドレナージ・硬化療法が有用であった一例

草加市立病院 消化器内科
渡辺雅人, 渡辺 翔, 杉浦光太, 白石織栄, 南家一徳, 内館 梢,
町田智世, 五十嵐亮, 小橋健一郎, 矢内常人

【症例】73歳 男性【現病歴】4年前に腹部超音波検査にて10cm大の単純性肝嚢胞を指摘されていた。3か月前より尿失禁・着衣不能などの行動変容を認めたが、徐々に増悪し、来院当日に意識障害で当院へ救急搬送された。来院時バイタルは正常で、意識障害(GCS:E4V2M4)と高アンモニア血症(NH3:157 μ g/dL)を認めた。腹部CTでは肝硬変を示唆する所見はなく、門脈・下大静脈を圧排する20cm超の単発巨大肝嚢胞および脾腎シャントなど側副血行路を多数認めた。意識状態は分岐鎖アミノ酸製剤の経静脈投与によりGCS:E4V4M4まで改善した。上記より、正常肝を背景に巨大肝嚢胞による長期の門脈圧迫で門脈・大循環系シャントが形成され、肝性脳症をきたしたと診断した。入院2日目に施行した経皮的嚢胞ドレナージでは4000mlの排液を認め、その後意識は完全に清明となった。嚢胞は漿液性で総ビリルビン:0.1mg/dL、細胞診:Class Iであり単純性肝嚢胞と診断した。再発予防のため入院13日目よりミノサイクリン注入硬化療法を3日間施行した。排液が無くなった入院21日目にドレナージチューブを抜去し、退院した。以降3か月間、肝性脳症の再燃なく経過している。【考察】単純性肝嚢胞は通常無症状であり経過観察されることが多い。だが嚢胞が増大し食思不振などの症状が出現した場合、あるいは感染を併発した場合には治療適応となる。単純性肝嚢胞による門脈圧亢進症/門脈・大循環系シャントが肝性脳症をきたした報告はこれまで無い。本例は単純性肝嚢胞の治療により肝性脳症の長期制御に成功した非常に稀な症例であり、文献的考察も加えて報告する。

肝性脳症, 肝嚢胞

20 術前診断しえたガス産生化膿性肝膿瘍破裂の1例

東京大学医学部附属病院 総合研修センター¹⁾,
同 肝胆臓外科/人工臓器・移植外科²⁾,
住田悠太郎¹⁾, 風見由祐²⁾, 金子順一²⁾, 長田梨比人²⁾,
三原裕一郎²⁾, 市田晃彦²⁾, 河口義邦²⁾, 石沢武彰²⁾, 赤松延久²⁾,
有田淳一²⁾, 長谷川潔²⁾

症例は87歳、男性。既往として認知症と高血圧があり、腎硬化症による末期腎不全に対して透析が導入されていた。2020年X月術当日2日前、左側腹部痛と下痢が出現し、経口摂取および自立歩行が困難となった。さらに腹痛が増悪したため当院に救急搬送された。来院時、体温 37.0℃、収縮期血圧70mmHg、脈拍数120/bpmとショックバイタルを呈していた。腹部は板状硬、左上腹部に反跳痛を認めた。血液検査では白血球数 19200/ μ L、好中球分画 93%、C-reactive protein 27 mg/dLであった。単純CTでは肝外側区域に径140mmの低吸収域を認め、その周囲の壁様構造の連続性が腹側で一部失われており内部にガス像を認めた。近傍には腹水と腹腔内遊離ガス像を認めた。消化管近傍に限局した遊離ガス像や腹水、壁肥厚など認めず、消化管穿孔はないと推測した。輸液によりバイタルは安定したため、肝膿瘍破裂による汎発性腹膜炎と診断し緊急手術を施行した。開腹時、肝外側区域腹側に穿孔および排膿を認めた。内腔を可及的に吸引し、腹腔内を生理食塩水で洗浄した。膿瘍腔内、左・右横隔膜下、ダグラス窩、肝表にドレーンを留置し手術を終了した。手術時間は1時間14分、腹水量を除いた出血量は10mlであった。当初メロペネムとバンコマイシンの併用で抗菌治療を開始したが、術中腹水培養よりEscherichia coliが検出され、術後病日(POD)5に感受性からアンピシリン/スルバクタムへ変更した。POD17より肝膿瘍ドレーンを開放管理とした。胆汁の排出は認めなかった。その後、全身状態改善しPOD32に転院した。ガス産生化膿性肝膿瘍破裂は極めてまれであり、文献的考察を含めて報告する。

術前診断, 肝膿瘍破裂

東京大学医学部附属病院 消化器内科
佐藤美奈代, 鈴木徳之, 山田友春, 南 達也, 建石良介,
藤城光弘

【現病歴】C型慢性肝炎で、約20年前にインターフェロンによりウイルス学的著効を達成した。6年前に造影CTで肝細胞癌と診断し肝S8切除を行い、再発病変に対し肝動脈塞栓術を繰り返し施行した。入院1年前にCTで肝細胞癌の多発再発を認めレンパチニブを導入したが、倦怠感と食欲不振が増悪し4か月で休薬となった。病勢進行からソラフェニブを導入したが、蛋白尿と心臓伝導障害出現し1か月で休薬となった。入院5か月前にAtezolizumab + Bevacizumabを導入し、投与15日目にGrade4の肝障害が出現し免疫関連有害事象(irAE)による肝障害としてプレドニゾロンで加療し投与97日目に投与を終了した。今回投与154日目に心窩部痛を主訴に来院し、重症急性膵炎の診断で入院となった。Grade4のアミラーゼ上昇 (Amy 2241 U/L, P-Amy 2211 U/L) を認め、造影CTで膵頭部優位の膵腫大と周囲の脂肪組織の濃度上昇、腎下極に遠の炎症波及を認めた。irAEによる重症急性膵炎と考え、保存的加療を開始した。保存的加療のみで改善が得られ第40病日に退院となった。本症例は投与231日目に永眠した。【考察】本症例では肝細胞癌に対するAtezolizumab + Bevacizumab導入後にirAEによる肝障害を発症し、肝障害の軽快後にirAEによる急性膵炎を発症した。Atezolizumab + BevacizumabによるirAEの発生頻度は2.7%であり、投与後発症までの期間については5-232日と幅広く報告されている。irAE膵炎では本症例のように保存的加療で改善することが多いが、改善が乏しい場合には迅速なステロイド導入が必要になる。他癌において免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) によるirAEを生じると生存期間が改善するとの報告があり、同一症例においてより多くの種類のirAEを発症した方が予後がよいとする報告もある。一方、肝細胞癌においては同一のICI投与に対し異なる重症irAEを発症した症例は未だ稀である。本症例は複数のirAEを発症し、最終投与から約7か月生存できた貴重な1例と考え、文献的考察を加えて報告する。

Atezolizumab + Bevacizumab, irAE

国立国際医療研究センター病院 肝胆脾外科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 エイズ治療・研究開発センター³⁾
鈴木圭人¹⁾, 三原史規¹⁾, 竹村信行¹⁾, 伊藤藤司¹⁾, 稲垣冬樹¹⁾,
清松知充²⁾, 山田和彦²⁾, 菊池 嘉³⁾, 國土典宏¹⁾

【緒言】HIV感染症は、カポジ肉腫や非ホジキンリンパ腫などのAIDS関連腫瘍だけでなく、非AIDS関連腫瘍の発症リスクも増加させることが分かっている。しかし、胆管癌を合併する症例は稀である。今回HIV感染症に肝門部胆管癌を合併し、外科的に切除した1例を経験したので報告する。【症例】44歳、男性【既往歴】21歳よりHIV感染症で当院エイズ治療・研究開発センターからつけ、同年より抗レトロウイルス療法 (ART) を導入し、以降コントロール良好で、最近のCD4陽性Tリンパ球は700/μL程度、血中HIV-RNA量は検出限界以下 (Target Not Detected; TDN) で経過していた。20XX年8月、黄疸と心窩部痛を主訴に当院消化器内科受診。腹部造影CTで両葉肝内胆管拡張と左肝管近位部の胆管壁肥厚を認め、肝門部胆管癌を疑った。減黄の為にB8に胆管ステント (7Fr x 12cm Flexima) を留置し、その際に施行したERCPではBismuth IIIbの胆管狭窄を認め、狭窄部位から行った胆管生検は、腺癌として矛盾しない所見であった。腫瘍マーカー (CEA, CA 19-9) は正常範囲内であった。以上より、HIV感染症に合併した肝門部胆管癌と診断した。明らかな遠隔転移やリンパ節転移は認められず手術の方針とした。肝予備能は、Child-Pugh分類はgrade A、減黄後のICG15分停滞率は5.6%と正常であった。20XX年9月、左肝+尾状葉切除、肝外胆管切除、リンパ節郭清、肝管空腸吻合術を施行した。術後第9病日、胃内容排出遅延によると思われる嘔吐が出現したが、2日間の禁食にて自然寛解した。以降、術後経過は良好で、術後第17病日に退院となった。最終病理診断は高-中分化型腺癌pT3N0M0 pStageIIaであった。【結語】稀なHIV感染症に合併した若年発症の肝門部胆管癌を外科的に切除した1例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

HIV, 肝門部胆管癌

東京医科歯科大学病院 消化器内科
小林 誠, 新見真史, 小林正典, 福田将義, 村川美也子, 東 正新,
大塚和朗, 朝比奈靖浩, 岡本隆一

【症例】17歳女性。【主訴】上腹部痛。【現病歴】202X年2月から食後の上腹部痛が出現した。4月に前医を受診し、胆道系酵素の上昇を認め、造影CTで膵腫大・下部胆管狭窄を指摘された。IgG4関連疾患が疑われたが、IgG4は50mg/dlと低値であり、腹痛も自然軽快したため経過観察となった。しかし、5月に心窩部痛と胆道系酵素の再上昇を認め、MRIでCT同様、膵腫大・主膵管狭細化・下部胆管狭窄を指摘されたため、精査目的に6月に当院を紹介受診された。【既往歴】なし。【臨床経過】内視鏡観察で十二指腸乳頭は腫大しており、超音波内視鏡検査では全膵で慢性膵炎を示唆する低エコー化・びまん性腫大を認めた。IgG4関連疾患の可能性を考慮して超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) や内視鏡的膵胆管造影検査 (ERCP) の必要性を説明したが保護者から同意が得られなかった。IgG4関連疾患の他病変検索目的にPET-CTも行ったが有意な集積は指摘できなかった。内視鏡観察時に行った乳頭部生検でIgG4陽性細胞25個/HPF (IgG4/IgG : 0.4) と増加していた。当院で改めて行ったMRCPで肝門部胆管にも狭窄を認めたことからIgG4関連硬化性胆管炎および膵管の狭細像、膜様構造を認めたことから自己免疫性膵炎 (AIP) が疑われた。膵実質や胆管の組織診断がない状況では確定診断にはならないことを説明し、十分にICを行った上で診断的治療目的にステロイド治療を開始した。ステロイド導入1ヶ月後の内視鏡観察では乳頭部の腫大は改善し、乳頭部生検でもIgG4陽性細胞20個/HPF (IgG4/IgG : 0.2) と減少していた。【考察】十二指腸乳頭部はAIPの炎症波及や胆管の終末部として病勢の影響を受けることが知られており、IgG4関連胆管炎や膵炎の診断において補助診断としての有用性が報告されている。本症例では診断においてERCPやEUS-FNAを行えない状況の中、治療の開始判断に乳頭部生検が有用であったため、文献的考察を加えて報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎, 十二指腸乳頭部生検

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
豊福優衣¹⁾, 高橋宏太¹⁾, 諸井厚樹¹⁾, 佐藤晋二¹⁾, 高野幸司¹⁾,
森川瑛一郎¹⁾, 池田隆明¹⁾, 飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾

【症例】84歳、女性。主訴：腹痛、黄疸。【既往歴】心筋梗塞で冠動脈ステント治療 (72歳)、盲腸癌で手術 (75歳)、高血圧にて治療中。【現病歴】20XX年6月下旬、特に誘因なく右側腹部痛が出現、症状が持続するため当院救急外来受診し、黄疸を指摘され入院となった。【入院時検査成績】WBC 3600/μL、RBC 306x10⁹/μL、Hb 10.2g/dL、Hct 33.6%、Plt 13.8x10⁹/μL、CRP 16.08mg/dL、AST 212U/L、ALT 164U/L、ALP 730U/L、γ-GTP 136U/L、T-Bil 3.2mg/dL、AMY 271U/L。【入院後経過】腹部CTで胆嚢、総胆管内に鏡面像を示す石灰化した胆汁の貯留を認めた。また、胆嚢管結石および肝内胆管、総胆管の拡張を確認した。腹部超音波では、鏡面像を形成する高エコー成分を胆嚢腔内に確認した。臨床経過および画像所見より、石灰乳胆汁の総胆管流出による閉塞性胆管炎と診断した。抗菌薬投与を開始し、内視鏡的胆道ドレナージを施行した。ドレナージ施行時の所見としてVater乳頭部は腫脹し、胆管開口部に乳白色粘稠性の胆汁流出を認めた。ドレナージ治療後は、腹痛、炎症反応を含めた検査成績は速やかに改善し、その後開腹胆摘術を施行した。摘出した胆嚢は線維性壁肥厚が目立つ慢性胆嚢炎で悪性病変は認められなかった。【考察】本例は石灰乳胆汁の総胆管への流出に起因した閉塞性胆管炎であり、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。

石化乳胆汁, 閉塞性胆管炎

千葉県がんセンター 消化器内科¹⁾, 同 肝胆膵外科²⁾, 同 臨床病理部³⁾, 姫川 昊¹⁾, 喜多絵美里¹⁾, 辻本彰子¹⁾, 須藤研太郎¹⁾, 中村和貴¹⁾, 石井 浩¹⁾, 有光秀二²⁾, 加藤 厚²⁾, 伊丹真紀子³⁾, 傳田忠道¹⁾

【症例】60歳台, 女性。X-1年VHL病にてフォロー中, 造影CTにて左腎に多発する多血性腫瘍および膵頭部に造影効果を有する31 mm大の腫瘍, 膵鉤部に同様の20mm大の腫瘍を認めた。膵腫瘍はMRCPではT2にて高信号, DWIにて高信号を示し, 造影超音波内視鏡検査では膵頭部に早期に濃染する2か所の腫瘍を認め, 膵管との交通はみられなかった。画像上, SCNが疑われるが, 腎癌の膵転移も否定できない所見であり, 外科的切除の方針となった。X年, 全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除術および左腎摘術を施行した。病理学的には, 膵頭部に2か所の腫瘍を認め, 腫瘍内に異型の乏しい大小の囊胞が多数形成され, SCNの診断となった。腎腫瘍は多発する淡明型細胞癌の診断であった。【考察】SCNは膵腫瘍全体の1~2%を占め, Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) 分類では本症例はVHL関連SCNに分類される。VHL病では7~12%にSCNを合併し, 悪性化は稀だが, 膵内に多発する病変を認めるとされ, 本症例もVHL関連SCNの特徴に一致していた。今回, 多発するSCNの一例を経験したので, 自験例と文献的考察を加え報告する。

漿液性囊腫瘍, Von-Hippel-Lindau病

地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科¹⁾, 同 病理診断部²⁾, 山田凛々¹⁾, 中里圭宏¹⁾, 韓 可¹⁾, 佐野貴哉¹⁾, 南 一洋¹⁾, 木下 聡¹⁾, 武下達矢¹⁾, 碓井真吾¹⁾, 清水 健²⁾, 吉田武史¹⁾

6年前より分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)を年1回の造影CTで定期フォローしていた。約11か月前の画像では軽度の増大傾向を認めていたが, 16mm大程度であり, 充実成分や膵管拡張はなく悪性を疑わせる明らかな所見は認めなかった。しかし, 今回, 心窩部痛・食欲低下・嘔気を主訴に受診した。造影CTでは浸潤を伴う膵頭部腫瘍および多房性囊胞内に充実成分がみられ, リンパ節転移, 肺転移および腹膜播種を認めた。画像所見及び腫瘍マーカー上昇から膵臓がんと診断した。アルコール性肝硬変による肝機能低下があったため, ゲムシタビン単剤による化学療法を開始した。4回投与後, 呼吸困難が出現し, 肺炎像がみられたため加療目的に入院とした。ゲムシタビンによる薬剤性間質性肺炎が疑われ, ステロイドパルス療法を行うも改善が認められず第30病日に死亡した。病理解剖では併存癌を示す所見はなく, IPMN由来の悪性化が考えられた。また薬剤性間質性肺炎を示す所見は明らかではなく, ゲムシタビンによる肺炎との因果関係ははっきりしなかった。2017年IPMN国際ガイドラインに則り経過フォローしていたが転移を伴う進行がんで発見され救命することができなかった症例を経験した。若干の文献的考察をふまえて報告する。

膵管内乳頭粘液性腫瘍, 膵臓がん

国家公務員共済組合連合会 横浜共済病院 消化器内科 林 春菜, 岩崎暁人, 伏見 光, 品川希帆, 枇杷田裕佑, 目黒公輝, 高井佑輔, 清水智樹, 真田治人, 酒井英嗣

【症例1】81歳男性。うつ血性心不全, 糖尿病の診断で通院中であつた。スクリーニングで施行した腹部超音波検査で, 偶発的に膵頭部の低エコー腫瘍が指摘された。膵ダイナミックCTを施行したが, 膵腫瘍は指摘できず, 膵管拡張や尾部側の膵萎縮といった副所見も明らかではなかった。追加で行ったMRIでは, 膵頭部に3.0×2.7cm大の拡散強調像上高信号を呈する腫瘍が見られた。腫瘍部はダイナミック造影早期では濃染が見られず, 後期相で漸増型濃染を示し, 腫瘍として矛盾しない所見であった。超音波内視鏡検査でも膵頭部に境界明瞭な25mm大の低エコー腫瘍として描出された。後日EUS-FNAを行い, adenocarcinomaと診断した。所属リンパ節転移や遠隔転移は指摘できず, cStage1B (T2N0M0) 相当と考えられた。術前化学療法後に膵頭十二指腸切除術を目指す方針とした。

【症例2】72歳男性。腹痛を主訴に受診し, 胆石性急性膵炎の診断で治療を行った。初診時の画像検査で膵尾部膵管の軽度拡張がみられたため, 通院で経過観察とした。精査のため, MRIを施行したが腫瘍性病変は指摘出来なかった。超音波内視鏡検査でfollow upを行ったところ, 拡張膵管の頭部に13mm大の低エコー腫瘍を認めた。EUS-FNAでadenocarcinomaと診断し, 膵体尾部切除術を行った。

【考察】膵癌の画像診断には造影CT, 造影MRI, 超音波内視鏡検査が推奨されている。膵癌に対する造影CTの感度は89%と報告されているが, 特に2cm以下の小膵癌に対して感度が劣るとされている。膵腫瘍が疑われた場合, 複数の画像検査を行うことが望ましいと考えられた。膵癌の画像診断における各種画像検査の特性について, 若干の文献的考察を加え報告する。

膵癌, 超音波内視鏡

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⁾, 今井よい¹⁾, 遠藤和樹¹⁾, 西村正基¹⁾, 杉森 慎¹⁾, 戸塚雄一郎¹⁾, 小宮山哲史¹⁾, 三輪治生¹⁾, 金子 卓¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 沼田和司¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】51歳男性【現病歴】2015年十二指腸乳頭部腫瘍に対し内視鏡的乳頭切除術を行った。病理結果は腺癌であった。断端の判断が困難であり, その後定期的に当院の外来で内視鏡下生検およびCT検査によるフォローアップを行っていた。2021年2月下旬フォローアップ目的の内視鏡検査で乳頭部生検を施行した。数時間後に心窩部痛を主訴に救急外来を受診し, 重症急性膵炎の診断で入院となった。【既往歴】高血圧【嗜好歴】飲酒歴: ビール1400ml/週4日, 喫煙歴: 20本/日(18~43歳)【入院後経過】予後因子1点, CTgrade3の重症急性膵炎の診断で入院。同日気管挿管後に内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を行い膵管ステントの留置を行った。第14病日のCTで膵周囲には巨大なacute necrotic collectionが出現し, その後経時的に増大を認めていた。第40病日にフォローアップで撮影した造影CTで膵十二指腸領域の動脈に仮性動脈瘤を認め, 動脈塞栓術(TAE)を行った。腹腔内には巨大なwalled off necrosis(WON)が形成され, 第51病日にはWON内の仮性動脈瘤が破裂し, 脾動脈に対し動脈塞栓術を施行した。WONに対しては左側腹部からの経皮的ドレーナージおよび内視鏡的ネクロセクトミーを計6回施行し, その後縮小が得られ, 最終的にWONはほぼ消失した。感染のコントロールは良好となったが, 長期臥床による廃用症候群のためADLおよび嚥下機能が著しく低下した。第151病日に胃瘻造設を行い, 第181病日に療養型病院へ転院となった。【考察】十二指腸乳頭部生検後に発症した重症急性膵炎の一例を経験した。乳頭部生検後に重症急性膵炎を発症することは非常に稀であり, 若干の文献的考察をふまえて報告する。

乳頭部生検, 膵炎

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
小塚淳紀¹⁾, 佐藤悦基¹⁾, 服部大輔¹⁾, 田村哲男¹⁾, 小山里香子¹⁾,
大澤一太²⁾, 今村綱男¹⁾

【症例】70歳代女性。X-4年5月に他院にて左上顎洞原発悪性黒色腫と診断され、ニボルマブ投与で寛解導入した。X-1年10月、大腸炎および甲状腺炎をきたしたため、免疫関連有害事象としてニボルマブが中止となった。X年6月、腰部脊柱管狭窄症にて当院整形外科を受診。術前精査のCTで臍前面・胃体部小弯背側に8ヶ月前の他院のCTでは認めなかった35mm大の腫瘍が新たに出現した。PET-CTを含む複数の画像検査で評価を行うも、他部位に異常は認めず単発病変であった。GISTやリンパ腫などの可能性が疑われ、EUS-FNAを施行した。病理結果は悪性黒色腫であり、腹腔内転移再発と診断した。【考察】EUS-FNAが診断に寄与した悪性黒色腫の腹腔内転移の症例を経験した。悪性黒色腫の進展様式として腹膜播種は少なくない。しかしながら、比較的急速に単発の巨大腫瘍として腹腔内転移が生じるケースは非常に稀であり、報告する。

悪性黒色腫, EUS-FNA

横浜労災病院 内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾
酒井友里花¹⁾, 春日範樹¹⁾, 小田貴之²⁾, 佐伯優美²⁾, 林 映道²⁾,
城野 紡²⁾, 二瓶真一²⁾, 今井友里加²⁾, 稲垣淳太²⁾, 高柳卓矢²⁾,
小宮靖彦²⁾, 金沢憲由²⁾, 内山詩織²⁾, 関野雄典²⁾, 永瀬 肇²⁾

【症例】63歳男性【主訴】左下腿浮腫【既往】膜性腎症【現病歴】202X年3月頃より左下腿浮腫を自覚しており、同年4月に近医を受診した際の単純CTで腹部腫瘍を指摘されたため、同年5月に精査目的で当院を受診した。造影CTでは左右骨盤壁から仙尾骨前面に連続する造影効果を伴った軟部濃度腫瘍を認めた。また左下肢の著明な浮腫を認めていたが、血栓は指摘されなかった。経肛門的に超音波内視鏡を施行したところ、左右総腸骨動脈の周囲に境界不明瞭な内部不均一の低エコー病変と、それによる左総腸骨静脈の閉塞を認めた。同年6月上旬に腹痛と嘔吐が出現し、2日後に当院外来を受診した。血液検査、腹部CTで急性肺炎と診断し、緊急入院となった。肝胆系酵素が上昇していたため、胆石性肺炎の除外目的にMRCPを施行した結果、遠位胆管狭窄を認めた。その後の血液検査で血清IgG4が258 mg/dlと高値であることが判明し、後腹膜腫瘍を含めた一連の病態がIgG4関連疾患であることが予想された。診断目的にERCPで胆管生検を施行したが、炎症性変化のみの病理所見であった。続いて後腹膜腫瘍に対してEUS-FNAを施行したところ、形質細胞の浸潤とIgG4/IgG $\geq$ 40%の病理結果であった。自己免疫性肺炎の確定診断は基準を満たさなかったが、IgG4関連疾患包括的診断基準で確定診断となった。ステロイド0.6 mg/kg/dayを導入したところ、左下腿浮腫は速やかに改善し、治療開始から2か月後のCTで後腹膜腫瘍の縮小を認めた。【考察】IgG4関連後腹膜線維症に対しては腹腔鏡下生検やCTガイド下生検、試験的開腹で診断をつける場合や、後腹膜の生検が困難であり他病変での生検で診断を付けることが多い。今回はIgG4関連後腹膜線維症に対しEUS-FNAで確定診断が得られた一例を経験したので報告する。

IgG4関連疾患, EUS-FNA

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科¹⁾,
同 呼吸器内科²⁾, 同 外科³⁾
石山皓一¹⁾, 芳賀祐規¹⁾, 伊藤健治¹⁾, 相川雄太郎²⁾, 里見大介²⁾,
大金良樹¹⁾, 尾崎友美¹⁾, 宮村達雄¹⁾, 西村光司¹⁾, 新行内綾子¹⁾,
阿部朝美¹⁾, 金田 暁¹⁾, 多田 稔¹⁾, 齊藤正明¹⁾, 杉浦信之¹⁾

【症例】74歳男性【現病歴】30代と40代のときに2度の肺結核に対する内服治療歴がある。X-13年2月胃痛に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術、Billroth-I再建された。X-4年2月から前立腺癌に対しホルモン療法、X-2年6月から重粒子線治療を施行された。X年3月7日からの食欲不振、体重減少の精査目的に3月15日に当院紹介され、経口摂取不良のため入院した。【臨床経過】入院後の血液データでは、CEA 1.5ng/mL、CA19-9 <2.0U/mLと腫瘍マーカーは正常であり、その他のデータも異常は認められなかった。上部消化管内視鏡を施行し、Grade Cの逆流性食道炎を認めたほかは異常を認めなかった。胸腹部CTでは肝S6表面に接する18mm×18mmの石灰化を伴う腫瘍がみられた。X-4年のCTでは8mm×15mmであり、軽度増大傾向にあり、肝実質よりは腹膜由来の充実性腫瘍を疑ったが、各種画像検査では診断に至らず、外科的に切除する方針となった。また右肺尖部に石灰化を伴う炎症性変化を認め、X-4年のCTと比べて肺尖部の胸膜肥厚が増悪しており、ガフキー0であったがT-SPOT陽性であったため、結核再発を否定できないと判断した。3月23日から抗結核薬（イスコンチン、リファンピシン、エタンブロール、ピラマイド）による治療を先んじて行い、6月22日腹壁腫瘍摘出術が施行された。肉眼的には嚢胞状の病変で膿性内容物の貯留、壊死を認めた。組織学的には中心に広範な壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫の形成が認められ、Ziehl-Neelsen染色では明らかな抗酸菌は検出されなかったが、結核による病変と考えられ、腹壁結核と診断した。【考察】結核の罹患率は減少傾向であるが、2016年の新届出結核患者のうち、肺外結核の患者数は22.8%と増加傾向である。肺外結核には原発性と続発性があり、原発性は非常に稀である。続発性では血行性、リンパ行性に分類され、発生部位では右上腹部が多く、前腹壁深部リンパ節が多いためと考えられている。本症例でも2度の結核治療歴があり、リンパ行性に腹壁に感染したものと考えられた。本例は長期の経過を偶然CTで比較し得た興味深い症例と考え報告した。

腹壁結核, 腹壁腫瘤

聖マリヤンナ医科大学 消化器・肝臓内科
永沼秀崇, 清川博史, 飯島良彦, 荒木建一, 中本悠輔, 加藤正樹,
服部美紀, 佐藤義典, 山本博幸, 前知忠輝, 安田 宏,
伊東文生

【症例】44歳、男性【既往歴】再発性多発軟骨炎、骨粗鬆症【家族歴】父：成人T細胞白血病、母：橋本病、姉：橋本病【生活歴】飲酒歴：機会飲酒、喫煙歴 20本/日（37歳時禁煙）【起始経過】20歳頃より2ヶ月に1回から2回の頻度で腹痛と38度台の発熱を認め、数日間ですぐ軽快することを繰り返してきた。20歳台後半に他院を受診し精査されたが原因不明であった。20XX年1月より腹痛と発熱の頻度が週1回へと増加していた。20XX年6月腹痛増悪にて当院当科に受診となった。心窩部および臍周囲に自発痛と圧痛を認め、血液検査で高度炎症反応上昇を認めた。腹部造影CTにて腹膜の肥厚と腸管膜脂肪織の濃度上昇を伴う腹膜炎が認められ、周期的発熱のエピソードを認めることから家族性地中海熱を疑った。MEFV遺伝子解析結果では、EXON 10 codon 694においてメチオニンからイソロイシンの変異を伴うMEFV遺伝子のヘテロ変異が確認され家族性地中海熱の診断となった。コルヒチン1.0mg/日の内服開始後、炎症反応は経時的に改善し、周期的発熱及び腹痛は完全に消失した。また、コルヒチン投薬後の腹部CTでは腹膜肥厚は改善し、腸管膜の脂肪織濃度上昇も消失した。その後再発なく外来通院中である。【考察】家族性地中海熱（以下FMF）は38℃を超える周期性発熱と漿膜炎を主徴とする遺伝性周期性熱症候群の一つであり、常染色体劣性の遺伝病である。無治療で症状が反復するとアミロイドーシスを合併することがあり、早期の治療介入が重要である。本症例は炎症検査所見の著明な上昇を伴う周期性発熱を反復しており、FMFの典型例であった。FMFは診断さえつければ有効な治療法が存在するが、本症を疑わない限り診断には至らないため、本症を認識する意義は大きい。今回我々は腹膜炎を契機に診断し得た家族性地中海熱の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

家族性地中海熱, 腹膜炎

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科

山田倫子, 中園綾乃, 山崎友裕, 山城雄也, 三浦夏希, 横田拓也, 下地耕平, 井上 大, 堀家英之, 吉岡篤史, 並木 伸

【背景】食道バレット腺癌はいまだ本邦における全食道癌の中に占める割合は少ないものの、近年増加傾向にある疾患である。発癌リスク因子の1つに高齢があり、若年での発症は少ないとされている。今回、20歳代で発症した食道バレット腺癌の症例を経験したので報告する。【症例】20歳代男性【既往歴】両大血管右室起始症、完全型心内膜欠損症、上部心臓型総肺静脈還流異常症術後、食道裂孔ヘルニア術後、内臓逆位【現病歴および経過】X-4年に黒色嘔吐を主訴に当科を受診、精査目的に施行された上部消化管内視鏡検査でlong segment Barrett's esophagus (LSBE)を指摘され、その後も定期的に上部消化管内視鏡検査を施行されていた。X年3月の上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部のバレット上皮内後壁に表面が白苔に覆われた10 mm大の0-I型の隆起性病変を認め、生検を施行した。病理組織診はtub1であり、食道バレット腺癌と診断した。X年4月にNBI拡大観察を用いて精査を行い、隆起の周囲に広範なIIa部分を伴う重全周性の表在型癌と診断した。内視鏡治療の適応と判断し、他院で内視鏡的粘膜下層剥離術を施行され、治療切除となった。【考察】本症例は高齢での発症が多くみられる食道バレット腺癌を20歳代で発症した貴重な症例であり、文献的考察を含めて報告する。

食道バレット腺癌, バレット食道

全周性の表在型食道癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術後に複数回のステロイド局注療法のみでフォローアップを行った一例

医療法人鉄蕉会 亀田総合病院 消化器内科

岩崎巨征, 仲地健一郎, 蘆川 克, 駒形明記, 船登智将, 西脇拓郎, 大園太貴, 齋藤慶太, 吉村壮平, 井上 新, 吉岡 航, 川満菜津貴, 吉村茂修, 白鳥俊康, 南雲大暢, 原澤尚登, 中路 聡

症例は87歳男性。体重減少の精査目的に行った上部消化管内視鏡検査で胸部食道中部に発赤調の表面隆起性病変を認めた。通常観察では同部位の血管透見消失を認め、NBI拡大観察では全周性で長径30mmのbrownish areaとして認識された。病変の一部には日本食道学会拡大内視鏡分類 Type B2の異常血管を認め、深達度はT1a-MM~T1b-SM1と内視鏡治療の相対的適応と判断した。2021年3月、同病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic Submucosal Dissection: ESD)を行った。処置直後にESD後狭瘻の予防としてTriamcinolone Acetonide (TA) 100 mg/mLを潰瘍周囲と潰瘍底に50回に分けて局注した。処置後経過は良好で、術後3日目の上部消化管内視鏡検査でTA 100 mgの局注を追加して退院とした。退院後も食道狭窄や処置に伴う偶発症なく経過した。術後17日目と45日目に外来で内視鏡検査を行い、治療過程の潰瘍部にそれぞれTA 50 mgの局注を追加した。術後45日目の内視鏡検査では癒瘍の中に新規の潰瘍を形成していたが、同部位の周囲には局注の追加を避けて経過観察したところ、術後87日目の内視鏡検査時には改善していた。術後の内視鏡検査ではいずれも癒瘍部分の内視鏡の通過は良好で、術後約6か月の間ステロイドの全身投与や内視鏡的バルーン拡張術を施行せずに経過している。食道の3/4周以上の広範開剥離例では高頻度に術後狭窄を来し、2017年版の食道癌診療ガイドラインでは、予防的バルーン拡張術、ステロイド局注療法、ステロイド全身投与のいずれかを行うことを強く推奨されている。頻回の拡張術が必要となる例も多く、患者や医療経済上の負担が大ききことが問題視されているが、今回我々は全周性の表在型食道癌に対するESD後に複数回のステロイド局注療法のみでフォローアップを行った一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道ESD, ケナコルト

川口市立医療センター 消化器内科

松本卓大, 永井晋太郎, 周東成美, 小西啓貴, 井上 啓, 尾上雅彦, 菊池浩史

【症例】28歳女性【現病歴】1年前から胃もたれと胃の焼灼感を自覚し、1年で10kgほど体重減少した。検診の上部消化管造影で異常を指摘されたため、当院に精査加療目的で紹介受診となった。【臨床経過】上部消化管内視鏡を施行し胃体上部から中部の大弯測にかけて、内部に取り残し様の島状粘膜を伴う褪色調不整形陥凹面を認めた。また上十二指腸角で炎症による浮腫があり、ファイバーの通過障害があった。血清ピロリ菌抗体検査は陰性、梅毒やサイトメガロウイルス抗原も陰性であった。病理検査の結果、粘膜上皮直下に帯状の膠原線維の増生を認めcollagenous gastritisの診断となった。プロトンポンプ阻害薬の投与を開始し、病変の炎症とびらん改善を認めた。また十二指腸の浮腫も改善し通過障害の改善も認め、本人の自覚症状も改善した。外来でプロトンポンプ阻害薬の継続で経過観察をしている。【考察】生検の結果、粘膜上皮下の10 μm以上のcollagen bandの肥厚があったため、collagenous gastritisの診断となった。プロトンポンプ阻害薬、H2ブロッカー、ステロイド、IBD治療薬などが試されているが、治療法は確立されていない。【結語】特徴的な内視鏡所見よりcollagenous gastritisの診断となった1例を経験した。

collagenous gastritis, collagen band

ショックにて搬送され、集中治療を要した胃蜂窩織炎の一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・肝臓内科¹⁾

同 内視鏡部²⁾

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・肝臓内科³⁾

岸 洋祐¹⁾, 原 雅樹¹⁾, 角田樹生¹⁾, 小松拓実¹⁾, 吉田良仁¹⁾,

黒木優一郎²⁾, 高橋秀明¹⁾, 松本伸行¹⁾, 伊東文生³⁾

症例は60歳女性。当院転院搬送5日前より腹痛を来し、転院同日に症状増悪あり、前医救急搬送された。その時点でショックおよび急性腎機能障害を認めたため、集学的治療目的にて転院搬送された。来院時には呼吸状態の増悪も認められたため、人工呼吸器管理を含めた集学的加療を開始した。基礎疾患には自己免疫性肝炎を有し、プレドニゾロン15 mg、アザチオプリン75 mg内服中であり、易感染状態であったと考えられた。血液検査では著明な炎症所見を認め、CT検査では胃粘膜の広範な浮腫性変化を来しており、胃液培養よりStaphylococcus epidermidisが検出されたことから胃蜂窩織炎による敗血症性ショックと診断した。全身状態不良により外科的加療を含めた観血的な治療は困難と判断され、治療開始時より広域抗菌薬による保存的治療を行ったところ、治療反応がみられたため、待機的な上部消化管内視鏡を施行した。内視鏡所見としては広範な粘膜脱落と白色の膿汁貯留を認め、胃蜂窩織炎の像として矛盾のないものであった。膿汁流出確認後、炎症所見は速やかに改善し、CT所見、内視鏡所見も著明な改善を認め、人工呼吸器から離脱、軽快退院となった。胃蜂窩織炎は比較的稀な胃全層における非特異的化膿性炎症性疾患であり、診断、治療が遅れることによる死亡例が多い疾患である。治療は外科的胃切除や内視鏡的粘膜下層切開ドレーナージが救命、予後の観点からも趨勢を占めているが、昨今では抗菌薬の進歩により重症例でも保存加療で救命できる症例が増加してきている。今回の症例では比較的早期から適切な抗菌薬治療を含めた集学的治療を行ったことで観血的治療を回避できた一例を経験したので、多少の文献的考察を加えて報告する。

胃, 蜂窩織炎

37 ペムブロリズマブ投与後に広範な胃粘膜障害を認め鑑別に苦慮したサイトメガロウイルス胃病変の一例

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾、同 呼吸器内科²⁾
澤藤 拓¹⁾、小林真理子¹⁾、石川直樹¹⁾、野本 怜¹⁾、城山真美子¹⁾、
福田智史¹⁾、福田壮馬¹⁾、小野田翼¹⁾、萩原悠也¹⁾、鈴木宏清¹⁾、
山田武史¹⁾、山本祥之¹⁾、秋山慎太郎¹⁾、森脇俊和¹⁾、奈良坂俊明¹⁾、
坂本 琢¹⁾、鈴木英雄¹⁾、土屋輝一郎¹⁾、武石岳大²⁾、松山政史²⁾

【症例】60歳代男性。肺扁平上皮癌に対する一次治療として202X年3月からペムブロリズマブ併用化学療法を開始した。5月に免疫関連有害事象(irAE)腸炎(CTCAE grade2)を認めたためペムブロリズマブを中止し、腸炎は保存的に軽快した。同年7月にはirAEとしての無顆粒球症をきたしたため入院し、プレドニゾロン(PSL)を開始した。入院時のCTでは胃に浮腫状壁肥厚を認め、上部消化管内視鏡検査(EGD)では胃前底部粘膜の広範な脱落と残存粘膜の偽ポリポスを認めた。胃体部では線状の深掘れ潰瘍と発赤した浮腫状粘膜を認めた。ウイルス性胃潰瘍や薬剤性、irAE潰瘍との鑑別を要した。病理組織では胃粘膜の慢性炎症細胞浸潤とアポトーシスを認め、潰瘍底ではサイトメガロウイルス(CMV)陽性細胞を認めた。1週間後のEGD再検ではPSL治療のみで胃粘膜は緩徐に再生していたが、病理組織では再度CMV陽性細胞を認めた。血液検査でもCMVアンチゲネミア陽性であったためCMV胃病変と考えガンシクロビルを開始した。ガンシクロビル治療開始2週後のEGDでは胃粘膜の再生と潰瘍の改善を認めた。【考察】本症例ではPSL投与前のCTで胃の浮腫状壁肥厚を認めており、無顆粒球症による易感染状態がCMV胃病変を惹起し広範な潰瘍を形成したと考えた。しかし、慢性炎症細胞浸潤を伴うびまん性胃炎や不整形潰瘍を呈するirAE胃病変の特徴も同時に認めており、irAEは多臓器に同時性に出現し得ることや、PSL投与のみでCT所見が改善傾向となったことから、irAE胃病変が併存した可能性を否定できなかった。最終的にガンシクロビル投与で明らかな潰瘍の改善と粘膜の再生を認めた点から、CMVが胃潰瘍の主因であったと推察した。広範な潰瘍を呈し、鑑別に苦慮した貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

サイトメガロウイルス胃病変、irAE胃粘膜障害

38 アミロイドーシス胃病変に胃癌を合併した1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科
松下瑞季、野元勇佑、山内友愛、矢野慎太郎、磯野峻輔、大川博基、
中津洋一、西慎二郎、深見久美子、荻原伸悟、降旗 誠、北村庸雄、
長田太郎

【症例】70歳台男性、良性単クローン性高ガンマグロブリン血症(MGUS)、ネフローゼ症候群で通院されていた。20XX年に胃体中部前壁の3cm大の胃粘膜下腫瘍の陥凹部から生検し、アミロイド蛋白の沈着を認め、多臓器障害の合併から全身性アミロイドーシスと診断した。全身性アミロイドーシスに対して化学療法を行い経過観察されていた。その後3年間は内視鏡検査で経過観察および生検を行なったが、明らかな悪性所見は無く、アミロイド沈着の残存のみであった。20XX+5年に貧血を主訴に上部消化管内視鏡施行した。胃体中部前壁に胃粘膜下腫瘍の隆起部の一部に自壊を伴う滲出性出血を認めた。内視鏡的止血処置を行ったが効果得られず、上皮性の隆起部位から生検を行ったところ中分化腺癌が検出された。その後、胃幽門側切除術が施行され、切除検体はpT4a(SE)N0M0、StageIIBであり、隆起部位にアミロイドの沈着を認めた。【考察】骨髄腫類縁疾患に伴う全身性アミロイドーシスはAL型アミロイドーシスで、消化管内視鏡像は結節状隆起をきたすことが特徴である。本症例も胃体中部前壁の胃粘膜下腫瘍として認識されていた。薬物治療を行うも腫瘍は残存し、同部位に胃癌の合併を認めた。今回同部位から難治性出血を認めたが、原因として胃癌の発生と粘膜下浸潤に伴って、粘膜下腫瘍が自壊し出血した可能性が示唆された。AL型アミロイドーシスの胃内結節部位に胃癌が併発することは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

原発性アミロイドーシス、胃癌

39 生検による確定診断が困難であった胃未分化型癌の1例

昭和大学病院医学部内科学講座消化器内科学部門¹⁾、
昭和大学病院内視鏡センター²⁾
富士貴弘¹⁾、居軒 和也¹⁾、樋口健佑¹⁾、鈴木統大¹⁾、菊池一生¹⁾、
中谷真也¹⁾、牛腸俊彦¹⁾、柳澤文人¹⁾、紺田健一¹⁾、木原俊裕¹⁾、
矢野雄一郎¹⁾、打越 学¹⁾、片桐 敦¹⁾、山村冬彦²⁾、吉田 仁¹⁾

症例は70歳台、男性。C型慢性肝炎フォロー中の20XX年10月に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胃体中部大彎に15 mm大の褪色調陥凹性病変を認めた。未分化型癌を疑い生検施行したがGastritis、Group1の診断であった。胃内視鏡生検の偽陰性と考え、短期間でEGD再検査の方針とした。20XX年に追加で2回、20XX+1年に2回、20XX+2年に2回、20XX+3年に1回内視鏡生検を施行したがGastritis、Group1の診断であった。20XX+4年のEGDでは関心領域の陥凹近傍に粘膜下腫瘍様隆起を認め、同部位の生検を行ったが、悪性所見は得られなかった。20XX+5年のEGDでは粘膜下腫瘍様隆起の増大を認め、EUSでは第2層由来の低エコー腫瘍として認識された。同部位を深く生検したところAdenocarcinoma(tub1、2)、Group5が検出され、胃癌と診断した。隆起成分より深達度はcSMと診断、遠隔転移は認めず幽門側胃切除を施行した。術後病理はAdvanced gastric cancer(L, Gre, Type0-IIc like advanced, 24×18mm, tub2+por2, pT2(MP), INFb, Lylc(D2-40), V1a(VB), pM0(35mm), pM0(180mm), pN0(0/25))であった。内視鏡所見から胃癌が疑われ生検を繰り返したが、病理結果による確定診断に至るまで6年を要した。初回発見時であれば内視鏡切除の適応病変であったと考えられた。上皮性腫瘍診断のgold standardとしての内視鏡生検の限界を示す、稀ではあるが示唆に富んだ症例であると考える。

胃未分化型癌、内視鏡

40 多発十二指腸潰瘍、多発小腸潰瘍を認めたIgA血管炎の一例

自衛隊中央病院 消化器内科
石川麟太郎、丸田紘史、藤田知彰、吉岡幹士、村原なみ、
武智千津子、青野茂昭、徳永徹二

【症例】30代男性。【主訴】血便【現病歴】20XX年6月X日に咽頭痛が出現し、近医でラスクフロキサシン塩酸塩錠を処方されたが皮疹を認めたため自己中断した。X+5日から前腕と下腿の腫脹、皮疹および筋肉痛を、X+8日から腹痛を、X+10日から水様便及び血便を認め、同日入院となった。【現症及び検査所見】両前腕及び両下腿に鮮紅色の点状出血をわずかに認めた。血液検査では炎症反応上昇、Dダイマー高値を認め、尿検査では微量アルブミン尿を認めた。腹部造影CT検査で遠位回腸の全周性の浮腫性肥厚および粘膜の造影増強効果の亢進を認めた。上部消化管内視鏡(EGD)では多発十二指腸潰瘍を、大腸内視鏡検査では回腸末端に多発潰瘍を認めた。【臨床経過】多発十二指腸潰瘍に対し、PPI投与を開始し、禁食補液とした。X+13日に紫斑が両下腿に出現し、アナフィラクトイド紫斑を疑った。血液検査では、第13因子は47%と低下しており、IgAは正常範囲内で補体価は高値、p-ANCAは陰性であった。皮膚生検は、H-E染色では白血球破砕性血管炎の像を認め、蛍光免疫法では血管壁周囲にIgAの沈着を認め、IgA血管炎と確定診断した。第13因子20 ml/日を3日間補充後、腹痛、水様便、血便は改善したため食事を再開しステロイドは投与せずだったが、X+24日に施行したEGDで十二指腸潰瘍の改善がみられず、同日プレドニン(PSL)30 mgを開始した。PSLを20 mgまで漸減したところでX+31日に退院とした。外来でPSLを漸減終了としたが再発なく経過し、退院3ヶ月後のEGDで十二指腸潰瘍の治療を確認し、腎炎の発症なく経過している。【考察】IgA血管炎は紫斑、関節症状、腹部症状、腎炎を特徴とする微小血管炎であるが、紫斑は自然消退や再発を繰り返す。腹部症状が強い場合は確定診断困難でもIgA血管炎が強く疑われれば早期の治療開始が重要である。本症例はIgA血管炎の典型例であり、文献的考察を含めて報告する。

IgA血管炎、十二指腸潰瘍

41 消化管血管腫に対しての硬化療法が長期的に有効であった青色ゴムまり様母斑症候群の1例

千葉大学 大学院 医学系研究院 消化器内科学
村田菜穂子, 明杖直樹, 石川 翼, 白鳥 航, 長島有輝, 金子達哉,
金山建剛, 太田佑樹, 對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤景子, 松村倫明,
加藤 順, 加藤直也

【症例】34歳女性【現病歴】25歳時に黒色便を主訴に近医受診し、胃の血管腫を認め、当院に紹介となった。当院で上部消化管内視鏡検査、下部内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査を行い、食道以外の消化管に多発する血管腫を認めた。また、小腸には血液の貯留も認めた。黒色便があり、貧血の原因は胃もしくは上部小腸の血管腫からの出血と考えられた。ダブルバルーン内視鏡下に胃前庭部2か所と上部小腸12か所の血管腫に対して、ポリドカノールの局注による硬化療法を施行した。その後、PPI、粘膜保護剤、鉄剤、プロバイオティクス内服継続し、内視鏡検査経過観察中である。約9年間、明らかな血管腫からの出血や貧血の進行は認めず、追加治療が不要であった。【考察】青色ゴムまり様母斑症候群は皮膚や消化管を中心とした全身臓器に血管腫を合併する症候群である。ほとんどが散発性であるが、9番染色体短腕の異常が指摘された常染色体優性遺伝の報告もある。消化管に血管腫を合併することが多く、貧血の原因となるため、治療適応となることがある。内視鏡的粘膜切除術やクリッピング、硬化剤局注療法などが普及している。当院で施行したポリドカノールの硬化療法は1回の施行で効果が得られ、その後、9年間追加治療が不要であった。青色ゴムまり様母斑症候群に合併した消化管血管腫に対するポリドカノール局注療法の安全性、長期的な効果が示された1例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

青色ゴムまり様母斑症候群、ポリドカノール

42 内視鏡的整復術に成功した成人胃軸捻転症の1例

帝京大学医学部附属病院 内科
生坂 顕, 大和 洸, 青木直見, 清水友貴, 小田 実, 原田文人,
田村大和, 櫻井美代子, 松本康祐, 丸山喬平, 磯野朱里, 青柳 仁,
三浦 亮, 有住俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也, 浅岡良成,
相磯光彦, 山本貴嗣, 田中 篤

症例は腹部手術歴など特記すべき既往のない76歳男性。突然発症の腹痛を主訴に救急外来を受診。腹部造影CT検査で胃の著明な拡張、噴門部および幽門部近傍のcaliber changeに加えclosed loopを認め、急性間膜性胃軸捻転症と診断した。胃壁造影効果は保たれおり血流障害はないと判断し内視鏡的整復術を施行した。上部消化管内視鏡検査では、胃食道吻合部は屈曲が強く、捻転による狭窄が疑われた。狭窄を突破したところ、噴門部小弯側に発赤、びらんを認めたが、粘膜の血流障害を示唆する所見は認めなかった。幽門部近傍の狭窄部は判然とせず、十二指腸下行脚まで到達し直線化したことを透視下で確認の上、処置終了とした。食事再開し問題なく自宅退院となった。本人の希望もあり胃壁固定などの再発予防処置は行っていないが現在に至るまで再発は認めていない。胃軸捻転症は、稀な疾患であり、内視鏡的に整復された報告例も少ない。その特徴や治療方針、予後など若干の文献的考察を加え報告する。

胃軸捻転症、胃

43 オルメサルタンによる薬剤性下痢が疑われた1例

大和市立病院 消化器内科
濱 崇哲, 亀田 亮, 山下啓和, 浅見昌樹, 柳田直毅,
山本和寿

症例は78歳女性。糖尿病、高血圧でシタグリブチン、カンデサルタンを内服している。20XX年4月に心窩部痛を自覚し、増悪してきたため当院に救急搬送された。胆石性胆嚢炎の疑いで入院とし、絶食、補液、CPZ/SBT1g q12hにて抗菌加療の上、強い疼痛発作を繰り返していたことから入院同日にPTGBDチューブを留置した。ドレナージ開始後より腹痛の軽快が得られ、第2病日より食事再開した。入院前の内服薬については院内採用薬の関係から第3病日よりテネリグリブチン、オルメサルタン20mgを代替薬として開始した。右季肋部痛の増悪はなかったが、第4病日より10回/日以上の水様便が出現した。CD toxin、CD抗原はともに陰性であったが、経過から抗生物質起因性腸炎を疑い、第6病日よりCPZ/SBT投与を中止しMNZ1500mg/日内服を開始した。下痢は一時的に軽快したが、第12病日頃から再増悪し、脱水に伴う腎機能障害の増悪もみられたことから第15病日より再度絶食とし、補液を開始した。第16病日に大腸内視鏡検査を施行したが、終末回腸から直腸までの粘膜に明らかな変化は認められなかった。また、第18病日に施行した上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行部から水平部にかけて絨毛の萎縮を認めた。薬剤性の下痢を疑い、新規に開始したテネリグリブチン、オルメサルタンを第16病日より中止したところ、第18病日から下痢の改善を認めた。第19病日から食事再開したが、その後も下痢の増悪は認めず第23病日に退院とした。本症例は便培養、便虫卵検査はいずれも陰性であり、内視鏡所見にて十二指腸絨毛の萎縮を認め、内服中止により速やかに下痢の改善が得られたことからオルメサルタンによる薬剤性下痢と考えた。オルメサルタンによる薬剤性下痢が疑われた1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

オルメサルタン、薬剤性下痢

44 イレウスを伴った多発腹腔内デスマイド腫瘍の1例

聖マリヤンナ医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
飯島良彦¹⁾, 清川博史¹⁾, 中本悠輔¹⁾, 加藤正樹¹⁾, 佐藤義典¹⁾,
山本博幸¹⁾, 前畑忠輝¹⁾, 安田 宏¹⁾, 土居正知³⁾, 伊東文生¹⁾

【症例】68歳、男性【既往歴】特記事項なし【常用薬】なし【生活歴】飲酒歴：日本酒3合/日、喫煙歴：20-59歳まで30本/日【起病経過】徐々に増悪する心窩部痛と嘔吐症状を認め当院受診した。腹部単純撮影にてgasless abdomenを認め、造影CTでは十二指腸水平脚および近位空腸に隣接する約40mm大の腫瘍性病変を認めた。近位空腸の腫瘍部より口側腸管には拡張が認められ閉塞性イレウスと診断した。即日入院管理とし、絶食補液による保存的加療を開始した。第3病日に透視下経口のダブルバルーン小腸内視鏡を施行した結果、近位空腸に壁外圧排による管腔狭小化を認めた。第7病日に十二指腸水平脚部の腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、病理組織学的検査結果から小腸GISTが疑われた。第17病日に十二指腸部分切除および空腸部分切除術、十二指腸空腸側々吻合術を施行した。切除された腫瘍の径はそれぞれ50mmと30mmであり、いずれも病理組織学的には粘膜下層～漿膜下層に主座する紡錘形細胞の充実性増殖を認めた。免疫組織化学染色ではbeta-catenin核陽性、c-kit陰性でデスマイド腫瘍と診断された。術後経過は良好で、第29病日に退院となった。現在再発なく外来通院中である。【考察】デスマイド腫瘍は分化した線維芽細胞の増殖からなり細胞学的には良性であるが、一方で局所再発するといった特徴を有する良悪性の境界腫瘍である。デスマイド腫瘍の発生頻度は人口100万人に対して2.4～4.3人と比較的低く、腹腔内に発生する例は全体の8%とさらにまれである。腹部手術の既往歴を有する例や家族性多発ポリポーシス(familial adenomatous polyposis:FAP)に合併する例が多いことが知られているが、本症例は腹部手術の既往歴はなくFAPの合併は認めなかった。イレウスを伴う腹腔内デスマイド腫瘍は少ない。今回我々はイレウスを伴った多発腹腔内デスマイド腫瘍を外科的手術にて診断および加療し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

腹腔内デスマイド、イレウス

横浜市立市民病院 消化器内科

森岡晃平, 小池祐司, 安藤裕子, 和田直大, 岩井佑太, 飯塚 武, 米井翔一郎, 友成悠邦, 岩瀬麻衣, 福田知広, 角田裕也, 今村 諭, 長久保秀一, 諸星雄一, 藤田由里子, 小松弘一

【症例】78歳男性。X-1年6月に会社健康診断の胸部X線で指摘された右下肺野腫瘍影を当院呼吸器内科で精査予定であったが、CT検査した後に通院を自己中断されていた。食欲低下・左側腹部痛で、X年4月に近医から当科に紹介となった。CT検査で肺腫瘍は増大し、骨盤内の小腸に腸管外へ突出する長径6cm大の腫瘍を認めた。腸管の内腔は保たれており、消化管穿孔や腸閉塞等はきたしていなかった。精査目的に施行した経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査では、空腸に腫瘍を認めた。内視鏡上、腫瘍は大きな潰瘍面を有し、その辺縁は粘膜下層以深から隆起により滑らかに盛り上がっていたことから、粘膜下層以深を発生母地とした小腸腫瘍と診断した。病理組織検査では、腫大した核および広い細胞質を有する異型細胞が充実性に増殖しており、核には顕著な大小不同があり多形性が認められた。組織免疫染色では、CK(AE1/AE3)(+)、CAM5.2(+), Vimentin(+)であった。経気管支肺生検による肺腫瘍の病理組織検査でも同様の細胞が認められた。以上から原発性多形性肺癌StageIVおよび転移性小腸腫瘍と診断した。検査後、食上りしたところ3分粥までは、通過障害等来さずに摂取良好であった。胸水貯留に対して、胸膜癒着術等で加療していたが、PS3まで低下したこと、化学療法は行なわずBSCで加療となった。X年7月近隣施設に退院され、8月に同施設にて死亡した。

【考察】臨床経過中に肺癌の小腸転移をきたす例は0.5%程度であり、その診断は、部検例や、手術例がほとんどを占める。今回、我々は小腸内視鏡を用いて、肺多形癌の転移を診断しえた貴重な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

小腸腫瘍, 小腸内視鏡

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科

佐野方美, 木原俊裕, 石坂昌太郎, 栗原光崇, 岡崎明佳, 浅井玄樹, 藤江 肇, 森下慎二, 新村和平, 松本政雄

【症例】32歳、男性。血便を主訴に当科を受診した。下部消化管内視鏡検査にて全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断し、メサラジン4000mgによる内服加療を開始した。メサラジン開始後、症状は改善傾向であったが、内服開始2週間後より、血便は認めないが、発熱、下痢の増悪を認めた。感染性腸炎、潰瘍性大腸炎の悪化を疑い、メサラジン継続の上、絶食、補液、セフメタゾールの投与にて入院加療を行った。しかし症状が改善しないため下部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡所見はMayo endoscopic subscore 1と改善していた。症状と粘膜所見が一致せず、経過からメサラジンアレルギーが疑われ、メサラジン・セフメタゾールの投与を中止した。また、入院後に胸部不快感を認めたため、心電図を施行したところV2～V4でST上昇を認め、血液検査ではトロポニンIが0.973ng/mLと弱陽性であった。心臓超音波検査では心筋肥厚、心嚢液貯留、左室駆出率の低下を認め、薬剤性心筋炎の可能性が考えられた。冠動脈造影検査、左心室造影検査では異常を認めなかった。メサラジンを休薬して経過観察を行ったところ、徐々に解熱が得られ腹部症状・胸部症状共に改善傾向であった。薬剤リンパ球刺激試験はメサラジンで陽性であった。心筋生検ではアミロイドの沈着や鉄沈着は認めず、リンパ球性心筋炎を考慮する組織像であり、メサラジン休薬後に症状の改善を認めていること、薬剤リンパ球刺激試験が陽性であることから薬剤性心筋炎の診断となった。メサラジン休薬後の心臓超音波検査では心筋肥厚、心嚢液貯留、左室駆出率も改善を認めた。症状は安定していたため整腸剤のみでの加療を継続し退院となった。【結語】メサラジンによる薬剤性心筋炎をきたした潰瘍性大腸炎の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, メサラジン

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科¹⁾, 同 呼吸器内科²⁾

小島 柊¹⁾, 石井剛弘¹⁾, 松本吏弘¹⁾, 佐藤香美¹⁾, 佐々木吾也¹⁾, 延嶋広大¹⁾, 松本圭太¹⁾, 賀嶋ひとみ¹⁾, 小糸雄大¹⁾, 三浦孝也¹⁾, 吉川修平¹⁾, 関根匡成¹⁾, 上原健志¹⁾, 浅野岳晴¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 山口泰弘²⁾, 眞嶋浩聡¹⁾

49歳男性。41歳時に左側大腸炎型・潰瘍性大腸炎(UC)を発症。肥満が背景にあり、糖尿病、脂肪肝、脂質異常症、高尿酸血症も併せてフォロー中。UCはメサラジン、アザチオプリンで寛解維持されていたが、49歳時(X-1)月、左眼強膜炎、関節炎が出現、消化器症状が悪化した。X月に入り咳嗽、血痰も出現し、UCの再燃及び腸管外合併症を疑った。胸部CTでは気管壁肥厚・内腔狭窄と心嚢水を認め、呼吸器内科へ紹介した。UC再燃に対して生物学的製剤導入の適応と判断し、PSL20mg/日開始した。身体所見は身長173cm、体重82kg、BMI 27.4、発熱なく、経皮的酸素飽和度は室内気で98%と保たれており、胸部聴診は異常なく、左眼球結膜に発赤を認めた。症状は少量血便混じりの軟便5-6回/日、右肩・左膝・右足関節痛があった。血液検査はWBC 14330/μL、CRP 33.41mg/dL、ESR 83mm/h、LRG 65.6μg/mL、BUN 21mg/dL、Cre 1.19mg/dL、eGFR 52.5mL/min/1.73m²と炎症マーカー上昇と腎機能障害を認めた。気管支鏡検査が行われ、声門より2-3cmから気管分岐部手前にかけて気管の狭窄と内壁に発赤を伴う浮腫状粘膜を認めた。膜様部及び声門・気管支以下に異常所見は認めなかった。気管前壁の浮腫状粘膜から生検施行され、病理結果では上皮下に肉芽組織形成を認め、炎症に伴う二次的な変化と考えられた。再発性多発軟骨炎(RP)の診断基準を満たしたことから、UCに併発したRPと診断した。PSL治療で血便、関節症状、咳嗽いずれも改善し、UCに対してはゴリムマブを導入した。(X+2)月に施行された胸部CTでは、気管壁肥厚・内腔狭窄は改善し、心嚢水も消失していた。(X+8)月現在まで再燃なく経過していた。RPは全身の軟骨組織特異的に慢性かつ再発性の炎症を来し、本邦における推定患者数は500人程度と言われる稀な難治性疾患である。耳介軟骨炎や気道軟骨、鼻軟骨、関節軟骨の炎症が主体で眼症状も併発することが報告されている。ステロイドや免疫抑制薬で治療される。UCとRPがoverlapした報告は少なく、貴重な症例を経験したと考えられたので、文献的考察を加えて報告する。

再発性多発軟骨炎, 潰瘍性大腸炎

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, 糸井祐貴, 鍋本琢也, 斎藤豊和, 根岸 駿, 武波知彦, 佐藤圭吾, 中田 昂, 春日健吾, 橋本 悠, 田中寛人, 保坂浩子, 栗林志行, 浦岡俊夫

【症例】30歳台女性【主訴】腹痛【現病歴】小児期に、繰り返す腹痛・下痢、外陰部潰瘍、不明熱での入院、頭部毛嚢炎様皮疹があり、成人後も症状を繰り返した。20XX年5月、近医から当院腎臓・リウマチ内科へ紹介となった。初診時に主症状3項目(口腔粘膜の再発性アフタ性潰瘍、毛嚢炎様皮疹、外陰部潰瘍)を認め、不全型バーチエット病と診断した。便潜血陽性のため、同年6月に当科へ紹介受診となった。【既往歴】なし【常用薬】なし【家族歴】長男が他院にて発熱・関節痛・下痢の精査中、他に特記事項なし【経過】大腸内視鏡では、回腸末端に2/3周性の潰瘍を認めた。全大腸には潰瘍瘻痕が多発し、全長50cm程度に短縮していた。脾腎付近には円形潰瘍を伴い管腔の狭小化がみられた。上部消化管内視鏡検査で特記すべき所見は認めなかった。クローン病の可能性も考慮して5-ASA製剤、成分栄養剤の内服を開始したが、その後の各種検査で他疾患を除外のうえで腸管バーチエット病と診断した。投薬開始から腹痛は軽減されたが、深掘れ潰瘍であるためブレドニゾロン40mg/日の内服を開始したが、腹部症状は改善していき、ブレドニゾロンを漸減・終了した。20XY年1月、長男が遺伝子検査でA20ハプロ不全症と診断された。患者本人にも遺伝子検査を行ったところ、同様の結果が得られ、A20ハプロ不全症により生じた腸管バーチエット病様と診断した。4月に施行した大腸内視鏡では、大腸の炎症は改善したが、回腸末端の潰瘍は改善がなかった。本人と相談してインフリキシマブ5mg/kgの投与を開始し経過観察中である。【考察】A20ハプロ不全症は、TNFAIP3遺伝子がコードする蛋白質A20のハプロ不全によって生じる常染色体優性遺伝疾患であり、本邦での罹患数は数十例程度と稀である。本症とバーチエット病の臨床像は類似しており、バーチエット病と診断した症例において詳細な家族歴の聴取や必要に応じた遺伝子検査の提案を考慮することが重要である。

腸管バーチエット病, A20ハプロ不全症

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科
松本留美衣, 酒匂美奈子, 岩本志穂, 園田 光, 岡野 莊,
高添正和, 深田雅之

【背景と目的】 サイトメガロウイルス(CMV)は潜伏感染し、潰瘍性大腸炎(UC)の腸粘膜で再活性化して治療抵抗性に関与すると考えられている。ステロイド治療や高齢者はCMV再活性化のリスクとされるが、CMV陽性UCでは生物学的製剤を含む各治療の安全性や有効性について十分な理解が得られていない。今回我々は、CMV陽性の難治性UCに対するUstekinumab (UST)の有用性を検討した。【方法】 2016年から2021年までの間に当院で治療を受けたUCの中で、pp65アンチゲネミアもしくは免疫染色でCMV陽性が確認された34例を抽出し、UST、Infliximab (IFX)、生物学的製剤以外(Naive)で治療された患者の転機を比較検討した。【結果】 対象34例中にUSTが8例、IFXが18例、Naiveが8例含まれ、UST例では過去に5例でIFXが、2例でGolimumab (GOL) が、2例でVedolizumab (VED) が、1例でTofacitinibが投与されていたが、投与時反応や効果不十分で中止となっていた。同様にIFX例のうち1例でAdalimumabが、4例でGOLが、2例でVEDが過去に投与されていた。UST例、IFX例、Naive例の比較では、年齢、性、罹患期間、治療前の罹患範囲、9-point partial Mayo score (7.1 ± 1.9 , 7.2 ± 2.1 , 8.1 ± 1.5) に差を認めなかった。有効率はそれぞれ75 %、33.3 %、50 %とUST例が最も高くIFX例が最も低かったが、統計学的有意差は認めなかった。抗ウイルス薬は、UST例62.5 %、IFX例27.8 %、Naive例25.0 %で使用も、各治療の有効性ととの相関は認めなかった。IFX例の9例 (50 %)、Naive例の2例 (25 %) が寛解できず大腸全摘に至ったが、UST例では手術症例はなかった。【結論】 CMV陽性の難治性UCに対しUSTは有用で、高齢者やステロイド離脱目的で使用すると考えられた。難治性UCに対するUST使用により、手術を回避できる可能性も示唆された。

潰瘍性大腸炎, サイトメガロウイルス

東京都健康長寿医療センター 消化器内科
富野琢朗, 松川美保, 葦沢龍人, 羽鳥清華, 大隅 瞬, 白倉英知,
正谷一石

【症例】 75歳男性【現病歴】 X-1年6月に当院血液内科でMDSの診断となり、化学療法を開始した。同年11月に臍帯血移植を行ったが生着不全となり、X年1月に2度目の臍帯血移植を行った。タクロリムス(TAC) 5mgの内服で3月に退院となった。外来で同業剤を漸減中に4月6日から全身の紅斑が出現し、急性期GVHDの皮膚病変の診断でPSL 15mgの内服とTACの増量を行った。皮疹は改善したが5月9日から水様便を認め、次第に増悪傾向で食思不振を伴ったことから5月19日に当院入院となった。【入院後経過】 水様便の精査目的に施行した大腸内視鏡検査では、盲腸から直腸まで全大腸にわたり、頂部に潰瘍を伴ったこいばの隆起が多発していた。終末回腸には有意な所見を認めなかった。GVHD、CMV腸炎などを鑑別に生検を行い、病理検査で移植後リンパ増殖性疾患(PTLD)の診断となった。同時に提出していたEBV-PCRも陽性が判明した。胸部腹部単純CTでは上行結腸の壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇、腸間膜リンパ節の腫大を認めるとともに、右肺下葉に35mm大の腫瘍影を認め、肺門部リンパ節、気管分岐部リンパ節の腫大を伴っていた。肺病変に対しても気管支鏡検査で生検を行い、PTLDの診断であった。第6病日から免疫抑制剤を中止し、リツキシマブ単剤による化学療法を行ったが、効果は乏しかった。第15病日にR-CHOP療法を導入したが、血球貪食症候群の合併を認め、同日に永眠された。【考察】 今回我々は下痢を初発症状とし、急速に増悪したPTLDの一例を経験した。既報では消化管PTLDの初発症状は吐血、血便などを呈するものから貧血や下痢のみの症例まで様々であった。消化管PTLDに関する報告は少なく、今後更に症例が集積してからの検討が必要であると考えられた。また、内視鏡所見については潰瘍を伴ったこいばの隆起を示す症例が多くみられた。臓器移植後の患者に消化器症状を認めた際は、PTLDも念頭においた内視鏡検査が検討されると考えられた。

移植後リンパ増殖性疾患, 臍帯血移植

北里大学医学部 消化器内科学¹⁾,
北里大学医学部附属新世紀医療開発センター²⁾,
北里大学医学部 下部消化管外科³⁾, 同 病理部⁴⁾
小川大輔¹⁾, 別當朋広¹⁾, 伊藤隆士¹⁾, 金澤 潤¹⁾, 川岸加奈¹⁾,
横山 薫¹⁾, 佐田美和¹⁾, 小林清典²⁾, 草野 央¹⁾, 内藤 剛³⁾,
三枝 信⁴⁾

【症例】 51歳女性【現病歴】 20歳時にCrohn病と診断されメサラジン製剤にて治療されていた。X-13年に多発腸管狭窄に対して小腸部分切除・大腸部分切除、小腸上行結腸吻合・上行結腸S状結腸吻合を施行された。同年よりインフリキシマブによる治療を開始、その後アグリマブに変更していた。X-9年7月の消化管造影検査にて吻合口側小腸に複数の狭窄および直腸肛門部に狭窄を認めた。以後、消化管造影検査および下部消化管内視鏡検査(以下CS: colonoscopy)にて経過観察されていたが、X-1年7月のCSにて直腸肛門部は一部結節状で絨毛様構造を呈し、同部位に高度狭窄を認めた。極細径内視鏡でも通過困難のため経鼻内視鏡を用いて検査を行い、絨毛様を呈する部位より生検を施行したところ、中等度～高度の核偽重積を示すhigh grade dysplasiaを疑う所見であった。翌月にCSを再検し、狭窄部から再度生検したところ一部に強い核重積や核配列の乱れが見られadenocarcinomaを疑う所見であった。Crohn病関連腫瘍が疑われ、外科手術の方針となりX年2月に腹腔鏡下直腸切除術および回腸人工肛門造設術を施行した。切除標本の病理組織所見では直腸狭窄部に一致して核配列の乱れた円柱状細胞が管腔を形成して増殖し、粘膜下層～固有筋層にかけては多量の粘液産生を伴っておりadenocarcinoma (tub1, muc>tub2) pT3N1aM0 pStageIIbの診断となった。同年4月より術後補助化学療法としてXELOX1コース目を開始したが下痢症状の増悪、肝機能障害を認めたため中止となった。【考察】 Crohn病に合併する腫瘍は、本邦では痔瘻癌を含めた直腸肛門管癌が多いことが特徴である。Crohn病に合併する大腸癌は通常の大腸癌と比較し、低分化腺癌や粘液癌、印環細胞癌が多いとされる。痔瘻の合併や狭窄病変を伴うことが多いため早期診断に苦慮し、進行癌として発見されることが多い。本症例は直腸の狭窄部に絨毛様変化を認めたため同部位から生検したことで診断した。今回Crohn病に合併した直腸癌を経験したが、Crohn病関連腫瘍のなかで直腸癌の合併例は比較的稀であり、文献的な考察を加えて報告する。

Crohn病, IBD関連腫瘍

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⁾, 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ることは非常に稀である。【症例】 90代、女性。(主訴) 腹部腫脹。(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。左下腹部に腫脹を触れ、精査目的に当院へ紹介となった。(身体所見) 膨満、軟、下腹部に腫脹あり。(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先進しtarget signを認め、腸重積となっていた。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て報告する。

腸重積症, リンパ管腫

杏林大学医学部 消化器内科学¹⁾、同 病理学²⁾
 山田貴大¹⁾、徳永創太郎¹⁾、齋藤大祐¹⁾、藤麻武志¹⁾、荻原良太¹⁾、
 森久保拓¹⁾、尾崎 良¹⁾、箕輪慎太郎¹⁾、三井達也¹⁾、三浦みき¹⁾、
 櫻庭彰人¹⁾、林田真理¹⁾、三好 潤¹⁾、松浦 稔¹⁾、吉池信哉²⁾、
 久松理一¹⁾

症例は60歳代女性。特記すべき既往疾患、家族歴なし。202X-5年に血便を主訴に当院を受診。このとき大腸内視鏡検査が施行されたが、腸管過長ありスコープの挿入は横行結腸までに留まり、出血の原因としては出血性痔核が疑われたが、全大腸の観察が得られなかった。そのため深部大腸の評価目的に注腸造影検査が施行されたが、横行結腸以深に所見は認めなかった。その後しばらく症状を認めず経過していたが、202X年、再び血便を認めたため当院を受診した。大腸内視鏡検査を施行、スコープは盲腸へ到達し全大腸の観察が得られた。この際も出血性痔核を疑う所見は認めなかったが、その他S状結腸に前回は観察されなかった複数の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。粘膜下腫瘍は正色調を呈し、鉗子での圧迫では軟らかくCushion signは陽性であった。その後精査目的に施行した注腸造影検査ではS状結腸に限局して複数の隆起性病変を認め、CT検査ではS状結腸の壁内に円形の気腫を認めた。超音波内視鏡検査では粘膜下腫瘍は板状高エコーを伴う低エコー像を認めた。超音波内視鏡での観察終了後、腫瘍からの生検を施行したところ、生検後に腫瘍は著明な虚脱が観察された。以上より腸管囊胞様気腫症と診断し経過観察の方針とした。腸管囊胞様気腫症は腸管壁内に気腫を形成する原因不明の疾患である。特発性と続発性に分類され、続発性ではステロイドやαグルコシダーゼ阻害剤の服用が契機となり発症することが多く、病変部位は上行結腸が多い。本症例は5年前には大腸に病変を認めず、その後の経過で出現した腸管囊胞様気腫症である。血便の原因として疑われた出血性痔核との関連性は乏しく、特発性と考えられた。腸管囊胞様気腫症は腹腔内遊離ガス像を伴う症例もあり、消化管穿孔など緊急の処置を要する疾患との鑑別が重要であるが、疾患の認知があれば診断は容易である。本症例は5年の経過でS状結腸にCTや内視鏡、超音波内視鏡において腸管囊胞様気腫症の典型像を呈した症例であるが、明らかな原因がなく短期間に発症した腸管囊胞様気腫症の報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

特発性腸管囊胞様気腫症、血便

大船中央病院 消化器・IBD センター
 杉山美沙紀、遠藤 豊、川本 翔、鍋田陽昭、森川吉英、吉田篤史、
 上野文昭

【症例】19歳女性【主訴】下痢・血便【既往歴】なし【現病歴】X年5月18、20、21日に下痢、下腹部痛、血便を認め、前医へ紹介受診した。大腸内視鏡検査(CS)では散在性に粗造性粘膜を認め、直腸の血管透見は保たれており、感染性腸炎と診断された。急性経過であり、感染性腸炎として経過観察された。一時改善したが、6月に再増悪(3-6回/日の下痢、血便)した。上部内視鏡検査で竹の節様変化があり、7月CS再検され、盲腸～下行結腸に発赤粘膜、顆粒状粘膜、アフタ様病変、回腸末端に絨毛構造の消失と縦走潰瘍が見られ、4kgの体重減少も伴ったことからクローン病疑いで8月当院へ紹介となった。【経過】初診時、身体所見に異常はなく、血液生化学検査では、WBC9100/ μ L、Hb10.8g/dL、CRP 0.66mg/dLと軽度の小球性貧血と炎症所見を認めた。小腸内視鏡検査で、回腸末端に軽度の浮腫、回盲弁上にびらん、結腸にskipして粗造粘膜を認めた。クローン病を疑う所見はなく、内視鏡的に感染性腸炎と診断した。便培養で *Plesiomonas shigelloides* (3+)を認めた。同菌による感染性腸炎と診断し、8月13日からレボフロキサシン500mgを5日間処方した。8月18日には下痢が消失しCRPも正常化した。【考察】*Plesiomonas shigelloides* は海外での感染、汚染淡水からの感染で急性下痢の原因菌となる。13%程度慢性化することがあるとの報告があるが、原因菌として診断されることはまれである。文献的考察を含めて報告する。

Plesiomonas shigelloides、感染性腸炎

東京都立大塚病院 内科 消化器内科
 曾我早良、田中 啓、軽部莉佳、八木田純子、川本健二、松井祐樹、
 大井尚子、白崎友彬、本林麻衣子、倉田 仁、檀 直彰、
 忠願寺義通

【症例】38歳男性【主訴】腹痛【現病歴】X月Y-4日より心窩部から臍部にかけての腹痛を自覚した。Y-3日に黒色便を認めた。Y日に歩行時に腹痛増強するため、当院受診した。血液検査では白血球 13600/ μ L、CRP 5.33mg/dLと炎症反応上昇があり、造影CTにて回腸末端の腸管壁肥厚、回盲部領域から腹腔動脈分岐部領域にかけて多発するリンパ節腫大を認めた。鑑別疾患として腸結核、悪性リンパ腫、エルシニア腸炎などを挙げ、腹痛の精査加療目的に入院した。【経過】Y+1日に下部消化管内視鏡検査を施行した。回盲弁15cmまで挿入し観察すると、回盲弁10cmから肛門側にかけて多発する白色の小型の粘膜下腫瘍(submucosal tumor:SMT)様隆起を認めた。盲腸、上行結腸にかけても同様の所見が認められた。生検病理組織診では、抗酸菌染色での陽性所見はなかったが、乾酪性類上皮肉芽腫を認め、腸結核と診断した。CTでは明らかな肺結核を認めず、結核菌IGRAは陰性、誘発喀痰の抗酸菌培養は陰性であり、入院後、腸管安静のみで腹痛は改善傾向であったため、外来で抗結核薬導入とした。抗結核療法としてはリファンピシン、イソニアジド、ピラジナミド、エタナプールの4剤併用を2か月間、その後、リファンピシン、イソニアジドの2剤併用を4か月間行なった。X+2月に治療効果判定目的に腹部CT検査と下部消化管内視鏡検査を施行したところ、リンパ節は縮小傾向を認め、白色のSMT様隆起も消失していた。【考察】腸結核の内視鏡所見としては輪状及び帯状のびらんや潰瘍などがあり、SMT様隆起を呈するのは大変稀である。今回、SMT様隆起の内視鏡像を呈した腸結核の一例を経験した。若干の文献的考察も交えて報告とする。

腸結核、SMT様隆起

日本医科大学付属病院 消化器外科
 吉村祐亮、代永和秀、松田明久、宮坂俊光、栗山 翔、上田康二、
 吉田幸樹、岩井拓磨、太田 竜、進士誠一、園田寛道、山田岳史、
 武田 寛

【症例】90歳、男性。【主訴】下腹部痛。【現病歴】3年前から間質性肺炎の診断で当院の呼吸器内科に通院中の方。同時期よりプレドニゾンを内服開始され、5mgで維持内服されていた。約10日前からの下腹部痛を認め、当院の総合診療科を受診。CTで下腹部正中左側よりの小腸に壁内性のガス及び腸管外にもガス像を認めたために、腸管穿孔もしくは腸管気腫症の疑いで当科へ紹介となった。【臨床経過】下腹部痛の訴えあり、同部位に軽度の圧痛を認めるが、筋性防御や反跳痛は認めなかった。腹部所見は乏しく、血液検査で炎症反応の上昇を認めないことから、腸管気腫症と診断し入院の上、絶食・補液・抗生剤治療を開始し慎重に経過をみていた。症状は速やかに改善し、第4病日にフォローアップのCTを施行した。小腸にみられた腸管気腫像、腸管外へのガス像は完全に消失したため、食事開始とした。食事開始後も腹部症状はなく、経過良好で第11病日に自宅退院となった。腸管気腫症の原因検索のために上下部消化管内視鏡及びカプセル内視鏡を施行した。萎縮性胃炎を認めるのみで、小腸にも明らかな原因は指摘できなかった。間質性肺炎で3年以上プレドニゾンを内服している経緯があり、原因としてはステロイドが考えられた。【考察】腸管気腫症は比較稀な病態であるが、近年CT等の画像診断の進歩に伴って報告が増加傾向にある。本症の原因疾患はさまざまで、保存的加療で自然軽快する症例から緊急手術を要する重篤な症例まで存在する。そのため、腹部所見を丁寧に診察することで、治療方針を的確に判断することが重要となる。本症例では腸管外へのガス像を認めたことから、当初腸管穿孔が疑われた。しかしながら腹部所見が極軽度であったことから、穿孔は否定的であり、腸管気腫症と診断し保存的加療を選択し、不要な手術を回避することができた。ステロイド内服中に発症し保存的加療で軽快した腸管気腫症を経験したので文献的考察を含めて報告する。【結語】ステロイド投与が原因と考えられる腸管気腫症の一例を経験した。

腸管気腫症、穿孔

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座¹⁾, 同 第一外科²⁾, 同 病理診断学講座³⁾, 山口真太郎¹⁾, 金澤美真理¹⁾, 増山智史¹⁾, 田中孝尚¹⁾, 渡邊詔子¹⁾, 富永圭一¹⁾, 高柳 雅²⁾, 藤田純輝²⁾, 井原啓佑²⁾, 中村隆俊²⁾, 石田和之³⁾, 入澤篤志¹⁾

【症例】70歳台、男性。【主訴】下痢、血便。【既往歴】慢性閉塞性肺疾患。【現病歴】20XX-3年より下痢症状があり、20XX-1年に近医で大腸内視鏡検査(CS)を受けたところ、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。メサラジン2400mg/日の内服を開始されたが症状の改善は得られなかった。20XX年9月初旬より症状の悪化を自覚し、メサラジン4000mg/日に内服が変更された。しかし症状は改善せず、前医に入院し、CSを施行されたところMayo endoscopic subscore 3の活動期炎症性粘膜を指摘されたため、20XX年9月下旬に加療目的に当院へ転院した。【経過】転院時の臨床的重症度は重症であった。発症から一度も寛解に至ったことのない高齢発症のUCであり、貧血と著明な栄養状態低下を認め、内科的治療の猶予は無いと判断した。同日外科にコンサルトし第2病日に腹腔鏡下大腸全摘術及び回腸人工肛門造設術が行われた。【考察】当院紹介時、臨床的重症度は重症であり、全身状態は不良であった。ステロイド(PSL)での寛解導入歴はなかったが、潰瘍性大腸炎外科治療指針の「内科的治療で重大な副作用が発現、または発現する可能性が高い例」に該当すると考え相対的手術適応と判断し手術加療を選択した。手術所見では、盲腸からS状結腸で広範囲に粘膜は脱落し偽ポリボシスが認められた。S状結腸口側の腸管は拡張していた。高齢発症で重症化し手術加療に至った潰瘍性大腸炎の1例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎, 高齢

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾, 埼玉医科大学国際医療センター 泌尿器腫瘍科²⁾, 埼玉医科大学 病理学講座³⁾, 牛山 毅¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 山羽晋平¹⁾, 倉田隼人¹⁾, 友利勇大¹⁾, 浅見真衣子¹⁾, 塩川慶典¹⁾, 内田義人¹⁾, 藤井庸平¹⁾, 打矢 紘¹⁾, 中澤 学¹⁾, 安藤さつき¹⁾, 中尾将光¹⁾, 菅原通子¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 富谷智明¹⁾, 西本紘嗣郎²⁾, 浜田芽衣³⁾, 佐々木惇³⁾, 持田 智¹⁾

69歳、男性。5年前に右腎細胞癌で腎を摘出したが、その6ヶ月後に頸椎と腰椎の骨転移、リンパ節転移および肺の多発転移が見られた。パゾパニブ800 mg/日と放射線照射による治療を開始した。好中球減少でパゾパニブはアキシチニブに変更し、転移巣は一時縮小したが、4ヶ月後にはPDとなり、ニボルマブに変更した。2回の投与でPRとなり、その後2年間はコントロールされていたが、リンパ節と骨の転移巣が増大し、計62回の投与で9ヶ月前に中止となった。カボサンチニブ20 mg/日を開始し、2ヶ月後にはPRが得られた。5ヶ月前にAST 61 U/L, ALT 61 U/L, γ -GTP 725 U/L, ALP 741 U/Lと肝機能異常が見られてカボサンチニブを中止した。しかし、肝胆道系酵素の異常は持続し、腹部CTで総胆管は最大径14 mmと拡張し、その1ヶ月後には両葉の肝内胆管も拡張した。MRCPでは肝内胆管の拡張と狭窄が混在しており、肝生検組織にはリンパ球と形質細胞が主体のinterface hepatitisが認められた。ニボルマブに起因するirAEの硬化性胆管炎としてブレドニゾロン40 mg/日とウルソデオキシコール酸の投与を開始した。ニボルマブ投与開始から3年6ヶ月後、投与中止からは6ヶ月後に出現した硬化性胆管炎であり、示唆に富む症例として報告する。

硬化性胆管炎, irAE

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 外科学講座²⁾, 同 病理病理解剖³⁾, 齋藤恵理子¹⁾, 前田未来³⁾, 恒松 雅²⁾, 中川千夏¹⁾, 上田 薫¹⁾, 春木孝一郎²⁾, 安田淳吾²⁾, 古川賢英²⁾, 恩田真二²⁾, 坂本太郎²⁾, 佐伯千里¹⁾, 及川恒一¹⁾, 後町武志²⁾, 池上 徹³⁾, 清川貴子³⁾, 猿田雅之¹⁾

【症例】44歳、女性【主訴】発熱、右季肋部痛【現病歴】X年6月、腹部の違和感に続いて40℃の発熱が出現した。翌日には間欠的な右季肋部痛が出現し、3日目に症状が増悪し当院を救急受診した。右季肋部から背側右肋骨下縁にかけての自覚痛と著明な肝叩打痛を認め、血液検査では肝胆道系酵素と炎症反応の上昇、プロカルシトニン高値を認め、細菌感染が示唆された。X-8年に撮影された腹部CTにて肝S5に長径18mmの血管腫を指摘されており、来院時の単純CTでは肝S5に長径30mmの低吸収域を認め、同部位は造影にて辺縁から内部へと濃染された。また腫瘍周囲には淡い低吸収域を伴い、肝血管腫と膿瘍の両者を疑う所見であった。以上より肝血管腫への膿瘍形成と診断し、精査加療目的に同日当科に入院した。腫瘍径からドレナージの適応はなく、PIPC/TAZで保存的に加療を開始したところ炎症は速やかに改善した。抗菌薬のde-escalation後も症状の再燃はなく、入院23日目に退院した。合計6週間の抗菌薬加療の後、total biopsy目的に腹腔鏡下肝S5部分切除術を行った。肝は周囲と癒着しており炎症後の変化が示唆され、病理組織では海綿状血管腫に炎症後変化を示唆する線維化や肉芽組織を認めた。起病菌は同定に至らなかった。【考察】肝血管腫は肝臓に発生する良性腫瘍の約8割を占める。多くに経時的な変化はなく、腫瘍径の増大を認めるのは4.5%程度である。合併症には腫瘍内への出血や腹腔内臓器の圧排などがあるが、感染の合併は非常に稀である。肝血管腫への膿瘍形成は、PubMed、医学中央誌で検索したものは5例のみであり、多くは100mm超の巨大血管腫であった。小さな血管腫に膿瘍形成した症例は少なく、かつ経時的な増大を評価できた点も本症例の特筆すべき点である。今回、肝血管腫に膿瘍形成し保存的加療で良好な経過を辿った1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝血管腫, 膿瘍

横浜労災病院 消化器内科 二瓶真一, 金沢憲由, 小田貴之, 佐伯優美, 林 映道, 城野 紘, 今井友里加, 稲垣淳太, 春日範樹, 高柳卓矢, 小宮靖彦, 内山詩織, 関野雄典, 永瀬 肇

【背景】悪性腫瘍の自然退縮は非常に稀な現象である。肝細胞癌の自然退縮の報告例は散見されるが、明確な機序は解明されていない。今回、我々は自然退縮を来した門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌の1例を経験したので報告する。【症例】56歳男性。C型慢性肝炎に由来する肝細胞癌に対して、前医にて51歳時に肝S3部分切除を施行された。52歳時に再発を認めS3近区域切除を施行され転居を機にX年3月当院紹介となった。初診時の腹部dynamic CT検査にて肝両葉に複数の早期濃染を示す病変を認めた。門脈左枝から本幹に至る腫瘍栓を認め、原発性肝癌取扱い規約におけるVp4 T4N0M0 StageIVAの肝細胞癌と判断した。肝予備能はChild-Pugh Bと低下しており同年4月よりソラフェニブ400mgから開始した。投与1ヶ月後から発疹や下痢、肝機能障害が認められ、副作用と診断し内服中止とした。同年6月ソラフェニブ再開は希望されずBest supportive careの方針となった。同年9月の腹部CT検査では門脈腫瘍栓に著変は認められなかったが腫瘍の縮小が認められた。外来にて経過観察を行いX+2年5月の腹部CT検査では腫瘍は消失し、門脈本幹に至っていた腫瘍栓も完全に消失していた。引き続き経過観察行うも肝細胞癌の明らかな再発は認められず、X+3年10月肝不全の進行により死亡した。【考察】肝細胞癌における自然退縮の機序は、1腫瘍への血行障害2腫瘍への酸素や栄養不足3ACE阻害薬や漢方等の薬剤4免疫応答の関与等さまざまな要因が考えられている。本症例は診断後からの禁酒により免疫応答が関与した可能性も考えられるが、門脈腫瘍栓による腫瘍への血行障害により自然退縮をきたした可能性を第一に考える。本症例においても自然退縮の正確な機序を説明することは難しい。より多くの肝細胞癌における自然退縮をきたした症例の蓄積が望まれる。

肝細胞癌, 自然退縮

帝京大学 医学部 附属 溝口病院 消化器内科¹⁾、
同 第四内科²⁾、
苗村佑太¹⁾、勝倉暢洋¹⁾、齋藤 剛¹⁾、菊山智博¹⁾、足立貴子¹⁾、
松本光太郎¹⁾、渡邊彩子¹⁾、綱島弘道¹⁾、辻川尊之¹⁾、菊池健太郎²⁾、
土井晋平¹⁾

【症例】75歳女性。1か月程から上腹部痛、嘔気、食思不振を自覚し当院を受診した。身体所見上、心窩部～右季肋部にかけて腫瘍を触知した。造影CTで肝左葉から胃体部にかけて存在する約110mmの辺縁不整で類円形の充実性腫瘍を認めた。腫瘍は造影早期から後期相まで濃染を維持しており、原発性肝癌、胃GIST、悪性リンパ腫などが疑われた。また同時に胸部CTで左肺上葉に肺腫瘍を認め血液検査でNSE：139ng/ml、ProGRP：30051.6pg/mlと高値であることから肺小細胞癌と考えられたが、約25mmと腹部腫瘍と比べ小さく、胃癌と肺癌の同時性重複癌と考えた。原発部位の鑑別のため上部内視鏡検査施行したところ、胃体部小弯側に半周性の中心に潰瘍を伴う隆起性病変を認めた。隆起した潰瘍粘膜は正常粘膜であり、非上皮性腫瘍と考えられ胃癌は否定的であった。潰瘍底からの生検では軽度異型の見られるリンパ球浸潤を認めたが、挫滅組織が多く確定診断が困難であった。続いてEUS施行したところCT所見同様に肝左葉から胃にかけて境界明瞭で内部エコー不均一な低エコー腫瘍を認めた。引き続き超音波内視鏡下穿刺細胞吸引術を行い組織採取した。病理標本では小型リンパ球様細胞を多数認め、免疫化学染色（IHC）を追加すると汎上皮マーカーであるCK（AE1、3）陽性かつ神経内分泌マーカーであるchromogranin A, synaptophysin, CD56陽性のため、組織型は小細胞癌と判明した。以上より腹部腫瘍は肺小細胞癌の肝転移と診断した。【考察】転移性肝腫瘍の多くは多発性であり、単発性の転移巣を形成するのは全体の約6%程度と報告されている。また山沢らは肺癌の単発性肝転移は約2%と報告しており頻度が少ない。大きなきさに関しても本症例のように転移性腫瘍が原発巣を超えるような症例は少ない。今回、診断に苦慮した肝腫瘍性病変の1例を経験したため報告し、文献的考察を交えて報告する。

巨大肝腫瘍，診断

茅ヶ崎市立病院 消化器内科
半田祐太，村田依子，乾 麻美，山崎雄馬，鶴田絢子，川島捺未，
辻川真太郎，後藤駿吾，秦 康夫，栗山 仁

症例は44歳女性。X年6月下旬から倦怠感を伴う発熱が出現し持続するため、他院にて膠原病の各種精査を施行したが原因は判然とせず対症療法となった。8月中旬に別の病院を受診時、右上腹部に腫瘍を触知したため、精査加療目的に当院消化器内科へ紹介となった。著明な肝腫大と、トランスアミナーゼの軽度上昇、IgG 2478mg/dlと上昇、A/G 0.72と低下、凝固機能の軽度低下を認めた。経皮的肝生検でκ鎖由来のアミロイド沈着を確認し、遊離L鎖κ/λ比 59.14と上昇を認め、IgG-κ型多発性骨髄腫によるアミロイドーシスが疑われた。また胃粘膜及び甲状腺穿刺からもアミロイド沈着を認めた。免疫固定法でIgG-κ及びBence-Jones proteinの陽性を認め、骨髄穿刺では骨髄腫細胞を15%認めた。骨レントゲン、シンチグラフィを施行したが打ち抜き像や異常集積はなく、その他血液検査所見からも骨髄腫診断事象は満たさなかったが、全身性アミロイドーシスを伴っており早期の治療介入が必要であると考えられ、血液内科のある病院へ転院となった。骨髄腫診断事象としては高カルシウム血症、腎障害、貧血、骨病変が挙げられ、血液検査、尿検査での異常を契機に診断に至る場合が多い。本症例では血液検査、尿検査では原因が判然とせず、異常所見としては肝腫大のみであり診断に苦慮した。厳密には多発性骨髄腫の治療開始基準を満たさなかったが、臨床的に多発性骨髄腫による全身性アミロイドーシスとして加療することになった。肝腫大を契機に多発性骨髄腫の診断に至る症例は稀であり、若干の文献的な考察を加え報告する。

肝腫大，多発性骨髄腫

術後再発肝細胞癌に対し分子標的薬、免疫療法、肝動注化学療法など集学的治療によりCRに至った一例

さいたま市立病院 消化器内科¹⁾、同 内科²⁾、
同 放射線診断科³⁾、慶應義塾大学 医学部 放射線診断科⁴⁾、
濱田敬右¹⁾、星 瞳¹⁾、山本 傑¹⁾、町田健太¹⁾、西尾 恵¹⁾、
瀧本洋一¹⁾、三浦邦治¹⁾、牟田口真¹⁾、金田浩幸¹⁾、加藤まゆみ²⁾、
小川 遼³⁾、田村 全⁴⁾、金子文彦¹⁾

【症例】70歳男性【主訴】右季肋部痛【既往歴】元々アルコール多飲歴があったが、特記すべき既往歴なし。【現病歴】202X-2年7月右季肋部打撲後に同部の痛みを自覚し近医を受診。超音波検査で肝右葉に14×10cm大の腫瘍を認め近隣の総合病院に紹介された。同院でCT、MRI等で原発性肝癌と診断。レンパチニブ（LEN）12mg/日を開始したが投与7日目に腫瘍内出血を認めたため、TACEを施行後、LENを再開した。腫瘍は縮小傾向となり切除可能と判断、PTPEを行った後に202X-1年5月肝右葉切除術を施行した。しかし、同年8月残肝再発を認めたためLENを再開。11月のCTでPRとなり、AFPも正常化した。食思不振（grade3）を認め1週間程度休業した。再開後202X年1月のCTで急激な腫瘍の増悪を認め、テセントリク+アパスタチンを開始。計4回投与しPDであったが、主治医異動に伴い当院へ転院した。同年4月にHAIC（New FP療法）を開始。一回の投与で腫瘍は縮小を認めたが、2回目のCDDP投与直後に血圧低下、徐脈を認めCDDPアレルギーの可能性が疑われた。5-FUのみ投与したが、その後肝動脈起始部狭窄を来し動注療法を中止。6月にTACEに切り替え残肝の一部を塞栓した。その後LEN8mgを再開したが、食思不振のため4mg/隔日投与としていた。9月に残りの肝内腫瘍に対し追加TACEを行う予定であったが、血管造影でCRと判明、腫瘍マーカーも正常化を認めており、現在もLEN少量投与を継続している。【考察】アルコール性肝障害を基礎とした巨大HCCの症例である。術後再発を認め、LEN投与にて一時縮小傾向を認めたがPDとなり、免疫療法、肝動注療法、TACEなどを行った後のLEN再投与でCRに至った。本症例では免疫療法自体は奏功しなかったものの、その後投与したTKIが奏功した可能性が示唆された。免疫療法後のTKIについては免疫療法の効果がしばらく持続し相乗効果が期待されることから、興味深い症例と考え文献的考察を加え報告する。

肝細胞癌，集学的治療

胆道鏡下の狙撃生検で診断した胆管癌の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科
榎本昌人，石井寛裕，内田 要，杉山勇太，諸橋啓太，金子芹奈，
丹羽一博，西脇友紀，渋谷俊祐，鈴木悠一，京 里佳，所知加子，
菱木 智，川名一朗

【症例】72歳、男性。【現病歴】びまん性大細胞型B細胞リンパ腫で当院血液内科通院中に黄疸、肝障害を認め、X年3月に当科紹介受診した。血液検査でT-Bil 4.8mg/dlと黄疸、肝障害を認め、造影CTで総胆管拡張があり、閉塞性黄疸として当科に入院した。超音波内視鏡検査では総胆管結石を認め、乳頭直上の胆管壁が軽度肥厚していた。ERCPを施行し総胆管結石を切石したが、乳頭直上の壁肥厚は胆管造影では乳頭括約筋壁肥厚と考えられ、外来で経過観察する方針となった。X年5月に超音波内視鏡検査を施行して経過観察したところ、総胆管結石の再発と再現性のある遠位胆管壁肥厚を認め、X年6月にERCPによる総胆管結石切石と遠位胆管壁肥厚の評価目的で再度入院した。【入院後経過】第2病日にERCPを施行し総胆管結石の切石を行った。その際の胆管造影にて遠位胆管壁の不整を認めたため胆道鏡で観察を行ったところ、遠位胆管に異常血管を伴う発赤調で不整な乳頭隆起を認めた。超音波内視鏡検査で指摘されていた病変と考えられ、胆道鏡下で狙撃生検を施行し、腺癌の確定診断を得た。造影CTでリンパ節転移、遠隔転移は認めず、cT1N0M0、cStage1Aの遠位胆管癌と術前診断し、その後当院外科で瘻頭十二指腸切除術を施行した。現在まで再発なく経過している。【考察】胆道鏡での観察と狙撃生検が有用であった遠位胆管癌の症例を経験した。胆道鏡は胆管造影などで指摘された病変を直接観察し、更に直視下で狙撃生検を施行することで診断能の向上に大きく寄与すると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

胆道鏡，胆管癌

独立行政法人国立病院機構西埼玉中央病院 消化器内科¹⁾、
同 外科²⁾、
東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科³⁾
廣瀬克哉¹⁾、川村愛子¹⁾、白壁和彦¹⁾、横山 寛¹⁾、根岸道子¹⁾、
二上敏樹¹⁾、小村伸朗²⁾、猿田雅之³⁾

【症例】60歳代、男性【現病歴】X-2年時に人間ドックにて胆石、総胆管結石を指摘され当院を紹介受診し、待機的に内視鏡的乳頭括約筋切開術、採石が行われた。その後X-2年9月に胆嚢炎を発生し、経皮経肝胆嚢ドレナージ施行後の10月に腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。X年7月、右季肋部違和感を主訴に外来受診し、腹部CTが行われた。肝右葉外側下縁直下に77mm大の液体貯留を伴う嚢胞性病変が認められ、内部には小結石が存在していた。血液検査で炎症反応高値であった。胆嚢摘出術時の落下結石に起因する腹腔内膿瘍が疑われた。セフカペンピボキシルの内服加療を行ったが、2週間後の腹部CTで膿瘍は84mmに増大したため、ドレナージ目的に入院となった。入院第2病日、経皮的超音波下膿瘍ドレナージを施行、白色膿汁が排出された。抗菌薬の静注投与を行い、症状、血液検査所見ともに改善を認めた。第15病日に腹部CTを施行し膿瘍の縮小を確認し、第24病日にドレーンを抜去、経過は良好で第30病日退院となった。退院後、外来でのフォローアップを継続し、現在まで膿瘍の再発は確認されていない。【考察】腹腔鏡下胆嚢摘出術中の落下結石は6-30%に生じ、落下結石による膿瘍形成例も報告されている。膿瘍形成、症状出現までの期間は平均10.4カ月、術後10日から20年の長期まで幅があった。治療法としては、経皮的ドレナージ・腹腔鏡下での結石除去とドレナージ・開腹手術がある。本症例のように病巣が限局し穿刺可能であれば、侵襲の少ない経皮的ドレナージをまずは選択しても良いと考える。但し、結石の排出をみない場合は再発リスクがあるため引き続きの経過観察が必要であると考えられた。【結語】腹腔鏡下胆嚢摘出術後の落下結石に起因する腹腔内膿瘍の一例を経験した。過去の文献を踏まえ報告する。

胆石、腹腔内膿瘍

腸回転異常症に伴う先天性脾奇形により反復性脾炎を来したため幽門輪温存脾頭十二指腸切除術を施行した一例

自治医科大学 消化器一般移植外科
須藤慈多, 下平健太郎, 青木裕一, 目黒由行, 森嶋 計, 笹沼英紀,
佐久間康成, 北山丈二, 佐田尚宏

症例は37歳女性。腸回転異常症に伴う十二指腸閉鎖症に対して幼少時に手術の既往がある。詳細は不明。7年前より急性脾炎を繰り返しており、5年前に当院消化器内科紹介となった。ERCPではWirsung管とSantorini管の位置異常を伴う脾奇形を認め、これが脾炎の原因と考えられた。主乳頭、副乳頭のバルーン拡張術を施行したが、その後も複数回脾炎を再発し多発脾石も認めた。ERCPで脾石の完全除去は困難のため、手術的に当科紹介となった。脾管の癒合部から尾側の脾管は問題ないため、幽門輪温存脾頭十二指腸切除術の方針とした。術中所見ではmalrotation typeの腸回転異常症があり、脾の明らかな硬化は認めなかった。脾切除は通常通りSMV前面で行った。病理所見としては、本来腹側脾原基が背側脾原基の後面・足側に癒合するが、本症例では腹側脾原基が背側脾原基の後面・頭側に癒合しており、肉眼所見で副乳頭が主乳頭より肛門側に位置していた。腸回転異常症に伴う先天性脾奇形により反復性脾炎をきたし、幽門輪温存脾頭十二指腸切除術を施行した一例を経験したため報告する。

先天性脾奇形、腸回転異常症

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

【主訴】黄疸【症例】58歳、女性【現病歴】5日前から褐色尿と腹部違和感を自覚し5月7日に内科外来を受診。血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認め、精査の方針となった。【検査所見】血液検査: CA19-9 115.6 U/ml, DUPAN-2 164 U/ml, SPAN-1 46 U/ml, IgG4 26.4 mg/dl。腹部超音波検査:脾頭部に30mmの低エコー腫瘍と尾側脾管の拡張あり。脾鉤部から脾頭部に20mmの嚢胞性病変を認める。主脾管と交通しておりIPMNと考えられる。造影CT検査:脾頭部に辺縁不整な乏血性腫瘍あり。超音波内視鏡検査:遠位胆管狭窄を認める。脾頭部腫瘍の同定が困難。脾頭部に10mmの壁在結節を伴う20mmのIPMNを認める。ERCP:脾管造影で頭部から尾部にかけて主脾管の拡張を認める。脾嚢胞との交通は認めない。胆管狭窄部のIDUSで全周性の狭窄を認めるが、内部エコーの肥厚はない【経過】脾頭部にHigh risk stigmaを伴うIPMNと脾頭部腫瘍を認めたが、連続性ははっきりしなかった。そのためIPMCの浸潤なのかIPMNと脾頭部癌の並存なのかの判断が困難だった。ENPDチューブからの細胞診はIPMCも否定できない所見であり、IPMCの疑いで手術的にA病院に紹介した。A病院外科医師と協議し診断確定のため、EUS-FNAを施行した。病理結果は高度異形成だった。A病院で脾頭部腫瘍から経皮的脾生検を施行し、低-中分化の管状腺癌が検出され、脾頭部癌cT3N0-1M0 StageIIA-Bの診断となった。術前化学療法を行い、幽門輪温存脾頭十二指腸切除術、D2郭清を施行した。病理結果は浸潤脾腺癌とIPMAだった。【考察】当初はIPMCの浸潤が考えられたが、脾頭部癌の診断となった。EUS-FNAでは診断に至らなかった原因としては、EUSで描出困難な病変だったことや、検体量が不十分だったことが考えられた。【結語】IPMCとの鑑別に難渋した脾頭部癌の1例を経験した。

脾癌、IPMC

脾臓癌との鑑別が困難で診断に苦慮した限局型自己免疫性脾炎(AIP)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 病理診断科³⁾
関彩千子¹⁾、田沼浩太¹⁾、中島菖子¹⁾、石塚隆浩¹⁾、小倉 望²⁾、
今村峻輔¹⁾、平川旭人¹⁾、林 智康¹⁾、横山 歩¹⁾、星野 舞²⁾、
上田真裕¹⁾、岸野竜平¹⁾、廣瀬茂道³⁾、船越信介²⁾、中澤 敦¹⁾

【背景】限局型自己免疫性脾炎(AIP)は脾臓癌と臨床所見が類似しており、鑑別に苦慮する場合がある。AIPはステロイドが著効するため、不必要な手術を避けるためにも両者の鑑別は重要となる。【症例】横行結腸癌術後、気管支喘息の既往がある80歳男性。X月に間欠的な右側腹部痛を主訴に受診し、腹部エコーで脾頭部腫瘍を認めた。単純CTでは明らかな腫瘍や遠隔転移を疑う所見を認めなかった。超音波内視鏡(EUS)を施行したところ脾頭部癌が疑われたため、MR胆管脾管造影(MRCP)と超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。MRCPでは脾頭部腫瘍を認めたが、病理検査結果は線維性脾炎の所見であり、脾臓癌やAIPは否定的であった。また、血液検査では腫瘍マーカー陰性、IgG4高値を認めていた。脾臓癌、AIP共に確定診断に至らずフォローアップとなった。しかしX+1月に右季肋部痛を主訴に受診し、胆石性胆嚢炎の診断となった。その際の単純CTで総胆管・主脾管拡張を認め、再度脾頭部癌の除外が必要と判断した。前投薬ステロイドを投与したうえで、Dynamic CTを施行し、脾頭部腫瘍は認めたが脾臓癌に典型的な所見ではなかった。しかし追加精査は必要と判断し、2回目のEUS-FNAを施行した。病理検査結果では悪性所見は認めないが、免疫染色でIgG4陽性細胞を認め、限局型AIPと確定診断となった。X+2月よりPSL 0.6mg/kgで治療開始し、3週間後のMRCP、腹部エコーで脾頭部腫瘍の縮小を確認した。【考察】脾臓癌との鑑別が困難で診断に苦慮した限局型AIPの一例を経験した。脾臓癌と限局型AIPの鑑別について文献的考察を行い報告する。

自己免疫性脾炎、脾頭部癌

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野¹⁾、
同 臨床医学系消化器・小児外科分野²⁾
山口右真¹⁾、石井健太郎¹⁾、祖父尼淳¹⁾、土屋貴愛¹⁾、田中麗奈¹⁾、
殿塚亮祐¹⁾、向井俊太郎¹⁾、松波幸寿¹⁾、山本健治郎¹⁾、朝井靖二¹⁾、
永井一正¹⁾、小嶋啓之¹⁾、本間俊裕¹⁾、中坪良輔¹⁾、平川徳之¹⁾、
永川裕一²⁾、糸井隆夫¹⁾

症例は71歳女性。右季肋部痛を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で、膵頭部に充実性腫瘍性病変を認め、精査のため当科紹介となった。CTでは病変は境界明瞭な55mm大の類円形、辺縁平滑、内部不均一な低吸収を示し、石灰化を認め、また内部の一部に造影効果を認めた。MRIではT1強調画像で比較的低信号を示し、T2強調画像では低信号と高信号が混在する病変として描出された。また病変腹側の一部に拡散の低下を認めた。超音波内視鏡では輪郭整、境界明瞭な低エコー腫瘍として描出され、また内部は高エコーと低エコーが混在するモザイクパターンを呈していた。ソナゾイド造影では乏血性を示し、一部、血流を認めない部位も認め、壊死が示唆された。超音波内視鏡下穿刺吸引法を行ったところ、断片的に上皮成分や間質成分わずかに認めるのみで、大部分がリンパ球や好中球の浸潤を伴う壊死組織であり診断には至らなかった。画像から術前診断はsolid pseudopapillary neoplasm疑いとなり、膵頭十二指腸切除術が行われた。病理組織診断は高分化型主体の管状腺癌であり、各種免疫組織化学的検索や遺伝子検索よりpancreatobiliary typeやoncocytic typeを主体とした膵管内乳頭粘液性腫瘍(intraductal papillary mucinous neoplasm:IPMN)由来の浸潤癌が示唆された。稀な画像所見を呈し、診断に苦慮したIPMN由来浸潤癌の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

IPMN, 浸潤癌

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門¹⁾、
小田原市立病院 消化器内科²⁾
古川拓人¹⁾、小林孝弘¹⁾、野田 淳¹⁾、山脇将貴¹⁾、浅見哲史¹⁾、
岩橋健太¹⁾、高野祐一¹⁾、丸岡直隆^{1,2)}、長濱正亞¹⁾

【症例】60歳代、男性【既往歴】2型糖尿病、アルコール性肝硬変、てんかん【現病歴】腎機能障害精査目的で当院腎臓内科を紹介受診し腎生検にてIgA腎症と診断された。X-3ヶ月に扁桃摘出術施行、X-1ヶ月にステロイドパルス療法(メチルプレドニゾン500mg静注×3日間 3回、プレドニン30mg内服×4日間2回)施行された。X-13日よりプレドニン30mg内服を隔日投与された。X日に腹痛が出現し当院受診した。【経過】来院時CTで著明な腹水貯留、膵尾部に約12cm大の嚢胞を認め、血液検査所見で炎症反応上昇と膵酵素上昇を認めた。腹水中アミラーゼは36725 U/Lと高値であった。急性膵炎、膵仮性嚢胞、嚢胞感染、膵液瘻の診断で同日当科入院となった。絶食抗生剤投与、膵酵素阻害薬投与開始した。膵炎の原因としてステロイドが疑われたために腎臓内科へ併診依頼しX+6日よりステロイド漸減しX+13日に終了した。X+10日に膵尾部の嚢胞に対し超音波内視鏡下膵嚢胞ドレーナージ(EUS-CD)を施行し経鼻ドレーナージュ(6FrPigtail)を留置したところ改善を認めた。X+31日にプラスチックステント(7FrPigtail(両側))で内瘻化を施行しX+35日退院とした。その後は腎機能低下を認めていないことから、IgA腎症に対してステロイド投与せず経過観察となった。現在、膵炎再発なく、感染も落ち着いており経過良好である。【結語】急性膵炎はステロイドの副作用として発症することが知られており、ステロイドパルス療法後の急性膵炎が問題となる。今回、ステロイドパルス療法後に巨大膵仮性嚢胞、膵液瘻を来したが、EUS-CDにて改善を認めた1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

巨大膵仮性嚢胞、ステロイドパルス療法

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科
榊原俊哉、原田 聡、永島愛一、中丸瑠奈、石野勇康、塚本 恵、
石田彩花、日下恵理子、天野仁至、西郡修平、吉村 榮、小柏 剛、
濱中 潤、岡 裕之、近藤正晃

【はじめに】十二指腸浸潤、傍大動脈リンパ節転移をきたしたcStage4の膵鉤部癌に対してFOLFIRINOXでCRを得た一例を経験した。【症例】72歳女性。下血のため当院へ紹介受診された。CTで膵鉤部の腫瘍を認め、腫瘍は十二指腸への浸潤も疑われた。入院第1病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ十二指腸水平脚に潰瘍性病変を認め、スコープの通過は困難であった。同部位から生検2カ所施行し、adenocarcinomaの結果であり、十二指腸への浸潤と考えた。CTでは傍大動脈リンパ節転移も認めており、膵癌cT4N1M1 cStage4と診断した。第8病日に十二指腸通過障害に対して当院消化器外科で胃・空腸バイパス術を受け、第34病日からFOLFIRINOX療法を開始した。17コース施行し、CRと判断した。そのため、当院外科にてconversion surgeryを施行し、病理検体でも腫瘍細胞の残存は認めなかった。術後5カ月が経過したが現在まで明らかな再発所見を認めず経過良好である。【結語】FOLFIRINOX療法はPS0~1、75歳以下の進行膵癌に適応の化学療法であり奏効率は38.9%、生存中央値10.7ヶ月、1年生存率40.5%とされている。また、FOLFIRINOXはGEM単剤との比較臨床試験ではCRは0.6%であった。切除不能な膵癌に対して化学療法が奏効し、conversion surgery後も再発なく経過している貴重な症例を経験した。

膵癌, FOLFIRINOX

東京警察病院 消化器科
塩川俊郎、八木岡浩、手銭 悠、岩井 凌、徳山信行、神宝隆行、
中田和智子、小椋啓司

【症例】84歳女性。発熱を主訴に当院へ救急搬送された。来院時、右上腹部に圧痛を認め、血液検査にて炎症反応・肝胆系酵素の上昇を認めた。腹部CTで上腹部に膵を置換するような形で15×6×6cm大の充実成分を伴う嚢胞性腫瘍を認め、MRCPで嚢胞内容と拡張胆管との間に連続性が認められた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸乳頭から白色透明な粘液が流出するのを視認できた。以上より、巨大IPMCが総胆管に穿破し、粘液貯留に伴う閉塞性黄疸・急性胆管炎を来していると考えられた。年齢や全身状態から手術は適応がないと判断されたため内科的治療を継続した。抗菌薬投与にて全身状態は改善傾向であったが、胆管炎のコントロールが不十分であったため、減黄処置目的に第10病日にERCPを施行した。胆管造影およびIDUS(intraductal ultrasonography)にて下部胆管に胆管壁の破綻を認めIPMCとの瘻孔部と考えられたため、同部位をカバーするように総胆管に径12mm、長さ8cmのFCSEMS留置を行った。その後は順調な減黄を得られ、食事開始後も有害事象なく経過したため第19病日に退院とした。退院後もIPMCは徐々に増大を認めるものの、胆管炎の再燃やステントトラブルはなく、初診時より8ヶ月以上経過した現在も外来通院中である。【考察】一般的にIPMNの発育は緩徐であり比較的予後良好であるが、ときに他臓器への穿破がみられることが知られている。特に、総胆管穿破例では97.1%で閉塞性黄疸を呈するとされ減黄処置が必要となるが、粘稠度の高い粘液のため容易にチューブ閉塞を起こし得る。本症例では、ERCP時にIDUSで瘻孔部を認識し、通常より径の大きい12mmのFCSEMSを留置したことで、瘻孔部を覆う形となり総胆管への粘液流入を抑制することができたと考えられる。今回、FCSEMS留置が奏功したIPMC胆管穿破の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

IPMC, 胆管穿破

東埼玉総合病院 消化器内科

鈴木美緒, 三関哲矢, 山口真裕美, 青木直見, 齋藤 格, 吉田正史

【目的】自己免疫性肝炎（以下AIP）は日本より初めて報告された腫瘍形成性炎症疾患であり、関連する多彩な肝外病変が認識される。またAIPに合併してIgG4関連硬化性胆管炎（以下IgG4-SC）の発症が多いことが知られている。今回AIPにIgG4-SCが合併したことで定期的なステント交換が必要となった一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。【症例】63歳男性。黄疸を主訴に前医を受診され、閉塞性黄疸の診断となり精査目的に当院紹介となった。ERCPを施行したところ膽内胆管狭窄、ならびに右肝管、B4根部に壁の硬化像を認め、IgG4-SCに矛盾しない所見を認めた。また血中IgG4高値であり、EUS-FNAでAIPの診断となり、IgG4-SCを合併したAIPの診断となった。悪性の可能性についても考慮し、複数回に渡り各部より生検を施行したが悪性所見は認めなかった。ステントを挿入しプレドニゾロン40mg/dayで治療を開始したところIgG4値は低下傾向であった。その後も繰り返しERCPを施行したが同部位に狭窄を認めておりステント留置が必要な状態であった。【考察】ステロイドが第一選択薬ではあるが、中止についての統一見解は得られておらず再発時の治療は未確立である。ステロイド後の膽内胆管狭窄の変化に関して詳細に記述された報告は少ないが、過半数の症例で残存するもの、程度の差はあるが改善するもの、ステントは離脱できる症例が多いものなど様々である。本症例ではステロイドは奏功するも胆内胆管狭窄は改善せず、ステント留置が必要であった。ステント留置を行う場合には自然脱落やステント閉塞、胆管結石の出現する際には注意が必要であり、胆管狭窄の改善が確認できれば早期に抜去すべきである。しかしステロイドの減量により約半数の例で再発を認め、胆管狭窄が改善された場合でも狭窄の再燃を来す場合や狭窄像が異なる再燃の可能性もあり注意深い経過観察が必要である。【結語】AIPにIgG4-SCが合併したことで定期的なステント交換が必要となった一例を経験した。IgG4-SCに関してはまだ不明なことが多く今後も検討が必要である。

IgG4-SC, AIP

自治医科大学 消化器内科

伊藤佳菜, 菅野 敦, 三輪田哲郎, 長井洋樹, 安藤 梢, 福嶋敬宜, 玉田喜一, 山本博徳

症例は78歳女性。20XX-3年に進行胃癌に対し幽門側胃切除術（B-I再建）が施行されている。20XX-1年に施行された上部消化管内視鏡検査（EGD）で吻合部狭窄が指摘され胃癌吻合部再発が疑われたが、同部位の粘膜生検では悪性所見を認めなかった。複数回EGDを施行し同部位から生検が行われたが、悪性の所見が得られなかったため、胃空腸バイパス術のみ施行された。20XX年に肝機能障害が認められ、CTを施行したところ壁肥厚を伴う胃十二指腸吻合部から連続する低吸収域が遠位胆管近傍に進展し狭窄を来していた。経過から、胃癌吻合部再発が胆管に進展したための胆管狭窄が疑われた。しかし、EGDによる粘膜生検の再検では悪性の所見が得られなかったため、精査加療目的に当科を紹介された。EUSにて吻合部を観察すると、著明な消化管壁の肥厚が認められた。EUS-FNAにより、壁肥厚を伴う胃十二指腸吻合部から組織を採取したところ、固有筋層に入り込む低分化腺癌が認められ、胃癌再発と診断した。粘膜には腺癌組織が認められなかった。十二指腸ステント挿入後ERCPが施行され、胆道に金属ステントが挿入された。現在、S-1による化学療法が継続されている。EUS-FNAは、主に脾臓などの実質臓器の病理組織学的診断に用いられることが多いが、消化管粘膜下に進展する病変の病理学的診断も可能である。通常の生検にて粘膜から確定診断が得られない消化管病変ではEUS-FNAを用いて粘膜下から病理組織学的診断を行うことが重要である。

EUS-FNA, 胃癌吻合部再発

腎移植後免疫抑制剤内服中に難治性食道炎を発症した食道アカラシアに対して、Heller-Dor手術を行い奏効した一例

慶應義塾大学医学部 外科学教室(一般・消化器)

辻 貴之, 中村理恵子, 松田 諭, 福田和正, 川久保博文, 北川雄光

症例は49歳男性。他院にて4年前に食道アカラシアと診断され、狭窄症状に対してバルーン拡張術が行われた経過の中、糖尿病性腎症による腎不全に対し当院にて生体腎移植が行われた。腎移植後に狭窄症状の増悪を認め2回目のバルーン拡張術を施行し、一時的に症状は改善したものの、腎移植後1年経過した頃より中部～下部食道に細菌性食道炎を発症した。培養結果からLactobacillus agilisが起炎菌として考えられ、抗菌薬加療が開始されたが、つかえ感および食道炎所見は改善しなかった。食道アカラシアによる食物残渣の停滞が保存的加療抵抗性の背景にあると考えられ、アカラシアに対する治療が必要と考えられた。広範なびらんを伴う活動性の食道炎が存在していたことからPOEM（経口内視鏡的筋層切開術）は困難と判断し、腹腔鏡下筋層切開術（Heller-Dor手術）が施行された。手術後よりつかえ感は改善し、上部消化管内視鏡検査では食道炎の著明な改善を認めた。感染性食道炎は免疫抑制状態が原因となりうる。また、食道アカラシアによる食物残渣の停滞は食道内の細菌環境に変化を及ぼし、食道炎を悪化させる可能性がある。食道アカラシアによる感染性食道炎としてカンジダ性食道炎の報告は散見されるが、その他の細菌性食道炎についての報告は検出できなかった。本症例は複数回バルーン拡張術が施行された経過があることから、手術加療が選択され、食道炎による粘膜障害が存在することからPOEMの施行は困難と判断し、腹腔鏡下筋層切開術を施行した。免疫抑制状態が背景にある食道アカラシア症例は、食道炎発症時に治療に難渋する可能性がある。生体腎移植後、免疫抑制剤内服中の食道アカラシアを背景とした難治性食道炎に対して、手術加療を行い良好な経過を辿った一例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

食道アカラシア, 細菌性食道炎

小腸内に遺残したバンパー型胃瘻カテーテルを経肛門的に小腸内視鏡で回収しえた一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡部²⁾城野 紘¹⁾, 金沢憲由²⁾, 小田貴之¹⁾, 佐伯優美¹⁾, 林 映道¹⁾, 二瓶真一¹⁾, 今井友里加¹⁾, 稲垣淳太¹⁾, 春日範樹¹⁾, 高柳卓矢¹⁾, 小宮彦彦¹⁾, 内山詩織¹⁾, 関野雄典¹⁾, 永瀬 肇²⁾

【背景】胃瘻造設の晚期合併症として、瘻孔感染、肉芽や胃潰瘍形成、バンパー埋没症候群、カテーテル事故抜去、胃瘻カテーテル脱落などが知られている。今回、胃瘻カテーテル断裂によりバンパー型カテーテルが小腸内に遺残した稀な症例を経験したので報告する。【症例】66歳女性。中咽頭痛による咽頭狭窄を認め、X-3年に24Frのバンパーボタン型カテーテルを使用しintroducer変法で経皮内視鏡的胃瘻造設術を施行した。X年7月15日の定期交換時にカテーテルが抜去できず、カテーテルがバンパーとの接合部で半周程度断裂していることが判明した。上部消化管内視鏡での観察で胃瘻カテーテルを切断し、ネットを用いて回収を試みたが、狭窄している咽頭を超えられず断念し、自然排泄を待つこととした。腸閉塞症状の出現はなくレントゲンフォローをしていたが、7月29日以降、胃瘻カテーテルが骨盤内小腸から動かず、8月10日には自然排泄が期待できないと判断した。11日に小腸内視鏡を用いて経肛門的に回収を試みた。開始80分で最深部に到達したが、胃瘻カテーテルまでは距離があった。18-20mm径の胆道拡張用バルーンカテーテルを胃瘻カテーテル脇で拡張し、引きずるように10cm程度肛門側に移動させ、内視鏡により視認することができた。生検鉗子や高周波スネアを用いたが滑ってしまい把持は困難であった。16-18mm径の胆道拡張用バルーンカテーテルを胃瘻カテーテルの口側で拡張し内視鏡と共に除去を試みたが腸管襞に引っかかり移動しなかった。最終的に、胃瘻カテーテルがよく視認できたタイミングで、20mm径の高周波スネアでバンパーを潰すように把持し、内視鏡と共に肛門側へ移動させた。回盲弁の通過に時間を要したが230分で除去に成功した。腹部CTを撮像したが、腸管穿孔などの合併症は認められなかった。【結語】今回、小腸内に遺残した胃瘻カテーテルを経肛門的に小腸内視鏡で回収しえた稀な一例を経験したので報告する。また、消化管内に脱落したバンパー型胃瘻カテーテルの回収に関して若干の文献的考察を交えて考察する。

胃瘻, 小腸内視鏡

77 クロウン病に対するベドリズマブの有効性について

地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科
酒匂美奈子, 園田 光, 岡野 莊, 岩本志穂, 高添正和,
深田雅之

【目的】クロウン病 (Crohn's Disease, CD) に対する治療としてベドリズマブ (Vedolizumab, VDZ) が用いられるようになったが、複数の生物学的製剤が選択肢となる中で、各薬剤の位置づけについてはさかんに議論されるところである。我々はVDZを導入した患者の臨床経過と治療の有効性について検討を行った。【方法】2019年9月より2020年9月までに当科でVDZが導入されたCD患者20例 (37.5±12.5歳、男性9例、女性11例、小腸型1例 (5.0%)、小腸大腸型17例 (85.0%)、大腸型2例 (10.0%)) を対象とした。前治療はステロイド9例 (45.0%)、免疫調節薬5例 (25.0%)、生物学的製剤 (抗TNF α 抗体製剤、抗IL12/23p40抗体製剤) 1剤の使用歴のある症例は5例 (25.0%)、2剤使用例は5例 (25.0%) である。罹病期間9.5±9.9年、治療導入時のCRP値0.9±1.7mg/dlであり、CRP陰性化またはHarvey-Bradshaw index ≤ 3 を有効とし、VDZの有効性と罹病期間、治療歴について検証した。【成績】治療開始54週時点でのVDZの有効性は11例 (42.3%) で認められた。有効例の罹病期間は7±8.3年で、無効例 (16±10.5年) と比べ短い傾向が見られた ($p=0.099$)。有効例のうち他の生物学的製剤が無効であった 'Bio-failure' 症例は3例 (1剤: 2例 (18.2%)、2剤: 1例 (9.1%)) であったのに対し、無効例では6例 (2剤: 3例 (33.3%)、1剤: 3例 (33.3%)) と割合が高かった。108週時のVDZ継続率は46.2%で、他の生物学的製剤からのswitch症例でみると33.3%であったが、生物学的製剤投与歴のない症例では77.8%とより高かった。【結論】VDZは発症早期の 'bio-naïve' 症例に導入することにより安定した治療経過を期待できる可能性が示唆された。

クロウン病, ベドリズマブ

78 潰瘍性大腸炎の増悪に合併した2型自己免疫性膵炎の1例

慶應義塾大学病院 消化器内科

鈴木祥平, 三上洋平, 川崎慎太郎, 清原裕貴, 吉松裕介, 南木康作,
河口貴昭, 筋野智久, 高林 馨, 岩崎栄典, 細江直樹, 緒方晴彦,
金井隆典

【症例】21歳男性。【主訴】上腹部痛。【既往歴】潰瘍性大腸炎。【現病歴】X-2年7月から慢性的な腹痛と下痢があり、左側結腸型潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジン1500 mg/日の内服を開始した。以後、臨床的に寛解状態であったが、X-1年6月に飲酒を契機として再燃し、メサラジン4800 mg/日への増量と酪酸菌、ブデノドン注腸フォームの併用を開始し、臨床的寛解を達成した。X年8月から上腹部痛、下痢 (10 行/d)、血便があり当院外来を受診した。血液検査でCRP 14.9 mg/dlと炎症反応上昇とAMY高値 (AMY 891 IU/L) を認め、腹部造影CTでは全結腸に造影効果増強を伴う全周性の壁肥厚を認め、膵臓はびまん性に腫大していた。中等症潰瘍性大腸炎および非重症急性膵炎として入院治療を開始した。【経過】入院後、禁食の上でメサラジン、酪酸菌の内服は継続とした。第2病日の全大腸内視鏡検査では全結腸にびらん、易出血性を認めMayo endoscopic subscore 2、臨床的重症度分類で重症に近い潰瘍性大腸炎中等症と診断し、膵炎の組織学的検査よりも迅速なステロイド投与開始を優先し、第3病日よりプレドニゾロン60 mg/日 (1mg/kg BW) の投与を開始し、速やかに排便回数と血便の減少を認めた。膵炎に対しては、第2病日のIgG4は陰性であり、経過としてステロイド開始後に腹痛および血清AMY値の改善を認め、2型自己免疫性膵炎診断と診断した。本症例は実父が英国人であり疫学的にも矛盾のないものと考えられた。絶食管理と補液を継続し、第4病日のMRCPではびまん性膵腫大、主膵管の不整な狭小化を認め、第10病日の超音波内視鏡検査で膵実質全体がびまん性低吸収腫瘍状に描出され、自己免疫性膵炎として矛盾ない所見であった。第5病日に食事開始、第14病日にプレドニゾロン40mg/日に減量し、第16病日に退院とした。【考察】本邦では報告の少ない2型自己免疫性膵炎を合併した潰瘍性大腸炎の1例を経験した。

潰瘍性大腸炎, 自己免疫性膵炎

79 妊娠中に発症し救命しえた劇症型アメーバ性大腸炎の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患 (IBD) センター¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 横浜市立大学 消化器内科学教室³⁾,
湯川 達¹⁾, 中森義典¹⁾, 渡部 衛¹⁾, 竹内加奈¹⁾, 大矢浩貴¹⁾,
豊田純哉¹⁾, 平山敦大¹⁾, 池田 礼¹⁾, 斑目 明¹⁾, 西尾匡史¹⁾,
松林真史¹⁾, 小柏 剛¹⁾, 藤井彩子¹⁾, 芝田 渉¹⁾, 木村英明¹⁾,
国崎玲子¹⁾, 稲山嘉明²⁾, 前田 慎³⁾

【はじめに】アメーバ性大腸炎の一部に、急速に進行し重篤な経過を辿る劇症型が存在する。今回、妊娠中に劇症型アメーバ性大腸炎を発症したが、救命しえた症例を経験したので報告する。【症例】27歳女性。【既往歴】特記すべきことなし【海外渡航歴】あり (欧州, トルコ) 【現病歴】第一子妊娠20週に、誘因なく下痢が出現。妊娠26週に下痢が急激に増加したため前医を受診し、急性腸炎の診断で緊急入院となった。翌日、予期せぬ早産となり、臍帯絞頸による新生児死亡が確認された。その後、貧血と低栄養が急速に進行し、腹部CTで全大腸の高度浮腫、S状結腸内視鏡で多発する潰瘍を認め、重症潰瘍性大腸炎が疑われた。ステロイド投与が検討されたが、意識レベル低下と腹膜刺激症状が出現したため、当院に救急搬送となった。転院後は全身状態不良のため集中治療室管理とし、確診目的にベッドサイドでS状結腸内視鏡を再検したところ、直腸内に充満する汚い膿性分泌物の貯留を認めた。画像所見から何らかの寄生虫感染を疑い、分泌物を採取しPAS染色を施行したところ栄養型アメーバ虫体を確認、アメーバ性大腸炎と診断した。メトロニダゾール1500mg/day点滴投与を開始後に一時状態は改善したが、再度腸炎症状が悪化、血中サイトメガロウイルス抗原陽性が判明し、ガンシクロビル点滴投与併用後に炎症、全身状態が改善した。大腸潰瘍も上皮化したが、結腸全体が高度に狭窄したため、全身状態が改善した後に結腸全摘術を施行した。【考察】劇症型アメーバ性大腸炎は、急速に大腸の広範な全層性壊死が進行し、穿孔や多臓器不全を併発し死亡率の高い病態で、本例のような妊婦の症例報告も散見される。緊急の広範腸管切除を要することも多く、内視鏡と生検による遅滞ない診断が重要であるが、劇症型の腸管病変は、本症の典型病変であるといはばびらんが目立たず広範な潰瘍が主体となるため、診断に難渋することもあり、本例のように腸管粘膜だけでなく内容物にも着目し、本症を疑いPAS染色を行うことが、適切な診断と救命のために重要と考えられた。

アメーバ性大腸炎, 劇症

80 末梢性関節炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例

日本大学 医学部 消化器肝臓内科

石川慶朗, 杉田知実, 堀井敏喜, 岩男 彩, 小椋加奈子, 市島諒二,
池原久朝, 後藤田卓志

【症例】30歳男性【主訴】関節痛【現病歴】7年前発症の潰瘍性大腸炎 (全大腸炎型) で当科通院中。初発時にメサラジン内服開始したが症状改善しないためステロイドを併用した。3年前に症状増悪しアザチオプリン追加、2年前に再増悪したためインフリキシマブを追加し、症状安定していた。2021年1月より両側手関節、PIP関節、膝関節、足関節の疼痛が出現し、NSAIDs内服で改善なく、精査治療を開始した。【臨床経過】MMP-3、抗CCP抗体、RFは正常範囲内であり、関節超音波検査では滑膜炎や関節破壊像を認めなかった。また、PR3-ANCA陽性であったが眼底、鼻腔、中耳に血管炎の所見はなく、関節リウマチやANCA関連血管炎は否定的であった。潰瘍性大腸炎関連脊椎関節症の診断となり、PSL10mg/日の内服を開始した。症状改善ありPSL5mg/日に減量したところ再燃したため、再度PSL10mg/日に増量するとともに、体重増加に伴いインフリキシマブ500mg/8週に増量し、メトレキサート10mg/週の内服を開始した。しかし、関節痛が持続したためインフリキシマブ700mg/6週に増量し、現在症状は安定しPSLを漸減している。【考察】炎症性腸疾患の腸管外合併症として関節障害、皮膚病変、血栓塞栓症、原発性硬化性胆管炎、血管炎など多彩な疾患が知られている。中でも関節障害はもっとも高頻度に認められ、関節痛は約40-50%、関節炎は約10-20%に発生する。腸炎の活動性と関連せず発現することがあるため、関節炎単独としての治療が必要となる。末梢関節炎に対してはNSAIDs、局所ステロイド注射の有効性が指摘されており、治療抵抗例には抗TNF- α 抗体が適切であるとされている。潰瘍性大腸炎に合併した関節炎に対して抗TNF- α 抗体が有効であった症例を経験したので報告する。

潰瘍性大腸炎, 末梢性関節炎

アルツハイマー型認知症によるアドヒアランス不良が原因で増悪した潰瘍性大腸炎に対し治療変更を行った1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科
砂田莉沙, 加藤真吾, 石垣佑樹, 内田信介, 酒井 駿, 高橋久一郎, 新井智洋, 加藤秀輔, 堀裕太郎, 中川慧人, 内田党央, 石橋 朗, 寺井悠二, 大塚武史, 細見英里子, 可見和仁, 高林英日己, 松原三郎, 岡 政志, 名越澄子

【目的】治療効果に及ぼすアドヒアランスの影響は重要である。今回、我々はアルツハイマー型認知症によるアドヒアランスの低下により、再燃した高齢発症潰瘍性大腸炎の患者を経験したので報告する。【方法】診療録をもとに患者情報を収集した。【成績】74歳 男性。主訴：下痢・血便。9か月前に近医にて全大腸炎型潰瘍性大腸炎（UC）の診断にてメサジン製剤4800mg/dayにて加療後、5か月前に増悪したため、タクロリムス水和物4mg/dayにて再寛解導入。その後、アドヒアランス不良のため再燃し当院紹介入院。長谷川式簡易治療評価スケール20点でアルツハイマー型認知症と診断され、ベドリズマブにて寛解導入・維持療法を行っている。高齢発症UCは近年増加傾向で認知症発症患者今後増加するものと思われ、アドヒアランスの担保が今後重要となると思われた。高齢発症UCの治療方針の検討は薬剤の効果だけではなく、患者の理解度や認知力などの生活背景にも目を向けて行う必要がある。【結論】認知症を発症した高齢発症UCではアドヒアランスの担保が今後の課題となると思われた。

高齢発症潰瘍性大腸炎, アドヒアランス

Amyand's herniaの1例

辻仲病院 柏の葉 消化器外科・大腸肛門外科
安田 卓, 川村敦子, 指山浩志

症例は82歳男性。2020年10月右鼠径部膨隆を主訴に近医を受診、右鼠径ヘルニアが疑われ当科へ紹介受診、CT検査でNUCK管水腫が疑われ経過観察となっていた。2021年8月痛みを伴う右鼠径部膨隆を主訴に当院救急外来を受診、CT検査でヘルニア嵌頓と診断され用手整復、同年9月待機的に腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を施行した。右外鼠径ヘルニア（日本ヘルニア学会分類L2型）でヘルニア嚢盲端部まで虫垂の癒着を認めAmyand's herniaと判明した。虫垂に明らかな発赤・腫大などの炎症所見を認めなかったため虫垂切除を行わず愛護的に癒着剥離後、TAPP法による腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を施行した。術後経過は良好で腹膜炎に虫垂炎を発症することはなかった。ヘルニア嵌頓時には診断し得なかったがretrospectiveに画像を検討すると虫垂の脱出を疑う所見を認めていた。今回われわれは、鼠径ヘルニア嚢内に虫垂を認める比較稀な疾患であるAmyand's herniaの1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

Amyand's hernia, 腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術（TAPP法）

減汗性外胚葉形成不全症に合併した潰瘍性大腸炎の一例

東海大学医学部附属八王子病院 消化器内科
津田真吾, 白滝理博, 張つばみ, 森 貴裕, 荻原直樹, 山路葉子, 横田 将, 川島洋平, 広瀬俊治, 永田順子, 渡辺聡史, 鈴木孝良

【症例】18歳男性。幼少期より痔瘻の再発を繰り返していた。20XX年1月マラソン大会後より頻回な下痢が出現し、近医受診。抗生剤加療にて改善した。同年7月頃より発熱、水様便、粘血便が持続したため前医にて10月末に下部消化管内視鏡施行。肛門縁からS状結腸まで連続する全周性の浮腫、発赤、びらん、膿汁分泌を認めたため、精査加療目的に当院紹介受診となる。既往歴：減汗性外胚葉形成不全症（遺伝子検査では特徴的遺伝子変異はみられず、身体的特徴と家族歴より診断）家族歴：父 無汗性外胚葉形成不全症、叔母 減汗性外胚葉形成不全症 内服歴：メサジン2400mg3x、ミヤリサン錠3T3x 身体所見：歯牙欠損（12本残存）、頭頂部の寡毛、皮膚乾燥 下部消化管内視鏡所見：肛門縁よりS状結腸まで浮腫・発赤が連続し、びらんが散在していた。病理診断よりびまん性炎症性細胞浸潤、陰窩膿瘍、杯細胞減少、腺の配列異常を認め潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であった。初診後2週間で血便の増悪、39℃発熱があり来院され、同日入院となった。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、治療介入前よりも改善傾向がみられたため、メサジン3600mg、PSL30mg、禁食にて加療開始。上部消化管内視鏡、小腸造影検査にて他の消化管病変検索を行ったが有意所見はみられず。その後症状は改善し、PSL20mgにて入院28日目にて退院となった。【考察】外胚葉形成不全は皮膚付属器や歯牙、爪など外胚葉に由来する組織の形成不全をきたす遺伝性疾患で200近くの病型が報告されている。中でも消化管の炎症を合併しうるanhidrotic ectodermal dysplasia with immunodeficiency (EDA-ID) という疾患群において、nuclear factor- κ B (NF κ B) 遺伝子異常を伴ういわゆるNEMO腸症とinhibitor of NF κ B α (IKBA) 遺伝子異常が報告されている。本症例では父と叔母が同疾患を持つことからX染色体劣性遺伝であるNEMO腸症は否定的で、常染色体優性遺伝となるIKBA遺伝子異常が存在すると推測される。IKBA遺伝子異常を伴う腸疾患の報告は医誌において1例のみと稀であり、文献的考察を踏まえて報告する。

外胚葉形成不全, 潰瘍性大腸炎

アザチオプリンとフェブキソスタットの相互作用による汎血球減少症を来した1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科
高馬将郎, 野村 慧, 丸山貴史, 抜川真由子, 赤澤陽一, 芳賀慶一, 落合一成, 松本紘平, 野村 収, 石川 大, 今 一義, 澁谷智義, 伊佐山浩通, 池嶋健一, 椎名秀一朗, 永原章仁

【症例】48歳女性【主訴】全身倦怠感【既往歴】潰瘍性大腸炎、高尿酸血症、高血圧症、脂質異常症【現病歴】202X-7年に潰瘍性大腸炎を発症し、202X-3年より治療強化目的に当科に紹介され、以後5-ASA製剤、アザチオプリン（AZA）で寛解維持となっていた。202X年8月に会社の検診にて尿酸値高値を指摘され、近医でフェブキソスタット（FX）10mg/日を投与開始された。FX開始2ヶ月後より全身倦怠感を自覚したため近医に受診した。血液検査でHb5.6g/dL、WBC1800/ μ L、Plt16.2 $\times 10^3$ / μ Lと著明な汎血球減少を認めたため、精査加療目的に当科に紹介され、入院となった。【経過】末梢血液像検査で血球形態異常や異常細胞などはなく、その他、汎血球減少の原因となる膠原病や感染症、血液疾患は認めなかった。AZAとFXの相互作用による汎血球減少を疑い、入院同日より両薬剤の服用を中止とした。5-ASA製剤は継続とした。中止6日目から汎血球減少は改善傾向となった。下部消化管内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎の増悪はなく、出血性病変は認めなかった。本症例はステロイド依存性の潰瘍性大腸炎であり、5-ASA製剤とAZAで寛解維持されていたため、再燃のリスクを考慮し中止10日目からAZAのみを再開、FX中止は継続とした。その後も汎血球減少の進行はなく、全身状態良好のため中止16日目に退院となった。【考察】本症例は、AZAとFXの相互作用により汎血球減少症を呈し、両薬剤の中止により改善した症例であった。FXにより、AZAの活性代謝物6-メルカプトリン（6-MP）の代謝酵素であるキサンチンオキシダーゼが阻害され、6-MPの血中濃度が上昇し、核酸合成が阻害され汎血球減少を来したと考えられた。本症例では、AZAとFXの処方医が同一施設でなく、内服薬剤数が多いことも影響し、薬物相互作用の確認が不十分となった。AZAを処方する際には、他院での処方にも注意する必要があると考えられた。

潰瘍性大腸炎, 汎血球減少

横浜労災病院 消化器内科

稲垣淳太, 金沢恵由, 佐伯優美, 小田貴之, 林 映道, 城野 紘, 二瓶真一, 今井友里加, 春日範樹, 高柳卓史, 小宮靖彦, 内山詩織, 関野雄典, 永瀬 肇

【目的】大腸憩室出血は低用量アスピリンや非ステロイド性抗炎症薬の使用増加に伴い増加傾向にある。自然止血率も高い一方で、高率に再出血をきたすともされており、確実な止血が求められる。当院でEndoscopic Band Ligation (EBL) デバイス (EBL48912B Sumitomo Bakelite Co. Ltd) を用いて施行した止血術の成績を報告する。

【方法】2019年9月12日～2021年6月15日に当院で結腸憩室出血に対してEBLを施行した10症例を後方視的に検討した。30日以内の早期再出血率、30日以降の後期再出血率、処置時間、処置後偶発症について評価した。

【結果】EBL手技成功例は10症例中8症例 (80%) であった。早期再出血率は1症例 (10%) であった。後期再出血率は0症例 (0%) で処置時間の中央値は52分、平均値は55.4分であった。処置後偶発症は0症例 (0%) であった。

【考察】EBLは出血部位によらず機械的な止血が可能であり、既報ではEBL後の早期再出血率は0～15%、後期再出血率は0～21%と低い再出血率が示されている。当院での結果も既報と同等の結果であった。内反が困難な症例ではEBLを確実に施行することができなかったが、高い止血率と再出血予防効果が期待できる手技であることが示された。

憩室出血, EBL

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学¹⁾, 国立病院機構高崎総合医療センター 臨床研究部²⁾, 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科分野³⁾, 同 病態病理学⁴⁾, 石渡 栞¹⁾, 柿崎 暁^{1,2)}, 山崎勇一¹⁾, 植原大介¹⁾, 須賀孝慶¹⁾, 戸島洋貴¹⁾, 佐藤 賢¹⁾, 調 憲³⁾, 横尾英明³⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】20代男性【既往歴】心房中隔欠損症、停留精巣、脊柱側弯症【現病歴】20XX-7年Noonan症候群で当院小児科通院中、スクリーニング目的の腹部超音波検査で肝内に高エコー域を認めたことから当科受診した。【経過】当科初診時、肝腫瘍による自覚症状は認めなかった。血液検査で軽度のT-Bil高値 (2.6 mg/dL)、腹部造影CTで門脈の血行異常を認めた。肝S6下端に辺縁部から造影される腫瘍を認め、同病変はMRI T2強調画像で高信号であり、肝血管腫と考えられた。Superparamagnetic iron oxide造影MRIでは、肝S4・S7に限局性結節性過形成を疑う病変を認めた。いずれも緩徐な増大傾向を認め、20XX-4年肝S7の病変内に多血性領域が出現し、PIVKA-II 116 mAU/mLと上昇した。肝S7の病変は肝細胞癌の可能性も考え外科切除や動注化学療法、放射線治療も検討したが、門脈の血行異常やNoonan症候群に伴う精神発達遅滞を考慮して対症療法の方針とした。20XX年肝腫瘍は12×16 cmまで増大し、腫瘍の胆管圧排による閉塞性黄疸も出現し、同年肝不全のために死亡した。剖検では門脈が肝門部で閉塞し、肝静脈へ流入する所見を認めた。肝腫瘍は高～中分化型肝細胞癌であり、背景肝には胆汁うっ滞や門脈・中心静脈周囲の線維化を認めた。【考察】Noonan症候群は特徴的な顔貌や先天性心疾患、低身長、知的障害などを示す常染色体優性遺伝性疾患である。Noonan症候群の約50%に認められるPTPN11遺伝子変異を有する場合には発癌リスクが高くなると報告されている。肝細胞癌においてPTPN11遺伝子にコードされるチロシンホスファターゼSHP2の発現低下がみられ、PTPN11/SHP2遺伝子は肝細胞癌の腫瘍抑制因子の可能性があるが、我々が検索した限りNoonan症候群に肝細胞癌を合併した症例の報告はない。今回、肝細胞癌を合併したNoonan症候群の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, Noonan症候群

独立行政法人労働者健康安全機構 東京労災病院

吉峰尚幸, 西中川秀太, 井上楠奈子, 嵐山 真, 南雲秀樹, 上田基文, 折原慎弥, 高橋慎太郎, 乾山光子, 大場信之

症例は72歳、女性。2018年11月に便潜血陽性のため下部消化管内視鏡検査を施行された。直腸に径5mmの表面は平滑で腫瘍辺縁の立ち上がりはなだらかな粘膜下腫瘍を認めていた。その後2020年10月、3か月前から続く腹痛、下痢の精査目的に近医より紹介受診となった。2020年11月に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸に径10mm大の頂部に陥凹所見を伴う粘膜下腫瘍を認め前回より増大傾向を認めた。生検組織の病理診断にて小型から中型のリンパ球の集簇を認め、免疫組織学的にCD20(+), cyclinD1(-), CD10(-)でMALTリンパ腫と診断した。H. pylori陽性だったため、2021年1月よりAmoxicillin, Clarithromycin, Vonoprazanによる除菌療法を施行し、3月の尿素呼吸試験で除菌されたことを確認した。6月に下部消化管内視鏡検査で病変を確認したが腫瘍は3mm大に縮小し頂部の陥凹も消失していた。直腸原発のMALTリンパ腫は稀であり、胃原発と異なりいまだ治療法も定まっていない。H. pyloriと大腸MALTリンパ腫の関連性は明らかではないが、胃に存在するH. pyloriの直接作用や感染によるサイトカイン産生に対する全身の免疫反応として大腸の粘膜関連リンパ装置が異常増殖しMALTリンパ腫が発生することが一機序として考えられている。今回我々はH. pylori除菌のみで腫瘍の縮小に至った症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

直腸MALTリンパ腫, 除菌療法

がん研究会 有明病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 画像診断センター 画像診断部²⁾, 同 臨床病理センター 病理部³⁾, 宇田川翔平¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 森千奈津¹⁾, 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⁾, 平塚真生子²⁾, 山下亨子³⁾, 高松 学³⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】41歳女性【現病歴】健康診断の腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され、精査目的に当院当科を受診した。造影CTでは肝多発腫瘍が辺縁部優位に存在し、肝表の陥凹を伴っていた。造影CTでは比較的早期から造影増強効果があり、中心部は低濃度、辺縁部はリング状に低濃度域を有し、3層構造がみられた。両側肺には多発する小結節が見られた。造影MRIではT2強調画像、拡散強調画像で高信号を呈し、肝細胞相では低信号を呈した。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、AFP、PIVKA-2はいずれも正常範囲内であった。上下部消化管内視鏡を行ったが、異常を認めなかった。以上より類上皮血管内皮腫 (EHE: epithelioid hemangioendothelioma) が疑われ肝生検を施行した。病理所見では軽度腫大した核を有する上皮様の異型細胞が小型胞巣を形成し、一部細胞質内に空胞がみられた。免疫染色では血管内皮マーカーであるCD31とERGが腫瘍細胞に陽性であり、EHEと診断した。肝臓と肺に病変が多発しており、全身化学療法としてPazopanibを開始した。治療開始後約2年となる現在も増悪なく経過し、治療継続中である。【考察】EHEは100万人に1人の割合で発生する非常にまれな悪性血管腫瘍である。本症例では病変の辺縁部偏在や肝表の陥凹、3層構造といったEHEに特徴的なCT所見を認めたことより、EHEが疑われた。画像診断では転移性肝腫瘍や肝内胆管癌との鑑別が重要であるが、画像検査のみでは鑑別困難なこともあり、確定診断には病理検査を必要とすることが多い。【結語】今回典型的な画像所見を認めたEHEを経験したので報告する。

類上皮血管内皮腫, 多発性肝腫瘍

東京医科大学病院 消化器内科
中島一彰, 高橋宏史, 杉本勝俊, 上村 淳, 平泉泰翔, 和田卓也, 阿部正和, 吉益 悠, 竹内啓人, 糸井隆夫

症例は40歳代女性。咳嗽精査目的に施行した胸部CT検査で偶発的に肝S5に40mm大の肝腫瘍性病変を指摘され当科紹介受診となった。血液検査所見ではHBV, HCV感染を示唆する所見は認めずAFP, PIVKA-II, CA19-9, CEAも陰性だった。Dynamic CTでは腫瘍は動脈相で染まり、その後平衡相にかけて遅延性濃染を呈した。EOB-MRIでは、動脈相で染まり、肝細胞相では低信号を呈した。超音波検査では、B-modeで明瞭な高エコーを呈し、Bカラードブラ上、腫瘍からの排血路と考える血流シグナルが、右肝静脈と合流する所見が認められた。引き続き施行したソナゾイド造影超音波では、血管相で腫瘍の辺縁から流入する微細な血管構築をみると腫瘍全体が均一に強く造影された。Kupffer相では等エコーを呈したが、これは背景のtissue harmonicが影響していると考えられた。以上の所見より血管筋脂肪腫を第一に考えた。その後、診断確定目的で肝腫瘍生検を行った。病理組織診断でも免疫組織化学染色でHMB-45, Melan Aが陽性、 α -SMAが多く陽性、S-100蛋白が一部弱陽性を示し血管筋脂肪腫の診断となった。血管筋脂肪腫は血管、平滑筋細胞、脂肪細胞の3つの成分で構成され、多分化能を有する血管周囲類上皮細胞由来の腫瘍とされている。血管周囲類上皮細胞は平滑筋細胞やメラノサイトへの分化が認められることからSMAなどの平滑筋マーカーやHMB45などのメラノーマ関連蛋白が発現されるが、肝血管筋脂肪腫の画像診断においてCTやMRIでは混在した組織の比率により多彩な造影パターンを呈し、脂肪成分が乏しい場合や他の成分と混在する場合は肝細胞癌との鑑別が困難となることもある。本症例でも造影CT, EOB-MRI所見からは肝細胞癌も疑われたが腹部造影超音波検査の染色パターンおよびカラードブラで血管筋脂肪腫を鑑別することが可能となった。今回我々はソナゾイド造影超音波が診断に有用だった肝血管筋脂肪腫の1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

肝血管筋脂肪腫, 造影超音波

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾, 同 病院病理³⁾
氏田 互¹⁾, 宅間健介¹⁾, 岩田俊太郎¹⁾, 水谷沙織¹⁾, 中川皓貴¹⁾, 木村祐介¹⁾, 渡辺浩二²⁾, 岩崎 将¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 永井英成¹⁾, 松田尚久¹⁾, 五十嵐良典¹⁾, 前田徹也³⁾, 深澤由里³⁾, 澁谷和俊³⁾

症例は65歳男性で腹部腫瘍の精査のために当院に紹介となった。腹部造影CT検査で上腸間膜動脈周囲に連続する不整腫瘍を認め、血清IgG4値の上昇を認めた。開腹下生検を行い、IgG4陽性細胞の多数浸潤および花筵様線維化所見を認めたためIgG4関連動脈周囲炎/後腹膜線維症の診断となった。症状はなく、本人の希望があり経過観察の方針となった。14カ月後に持続する腹部膨満感を主訴に外来を受診した。血清IgG4値は変化なく、腹部造影CT検査にて指摘されていた腫瘍は縮小していたが大量の腹水貯留を認め、腹水穿刺にて乳糜腹水を認めた。入院にて腹水ドレナージおよび腸管安静、オクトレオチドの投与を行い、腹水の改善を認めたため退院とした。しかし、退院より約3週後に腹水の再増悪を認めた。IgG4関連疾患の影響も示唆され、プレドニゾロン30mgの投与を開始した。その後腹水の再増悪を認めず、プレドニゾロンを25mgに減量し退院とした。現在は外来にてプレドニゾロン5mgを継続投与し、腹水の再発なく経過している。IgG4関連疾患の経過中に合併した乳糜腹水は稀であり、文献的考察を加え報告する。

IgG4関連疾患, 乳糜腹水

貯留嚢胞に対する経乳頭のドレナージ術が再発予防に寄与したと考えられる急性膀胱炎の1例

深谷赤十字病院 消化器科¹⁾, かわべ内科²⁾
佐藤伸悟¹⁾, 葛西豊高¹⁾, 江藤宏幸¹⁾, 荻野太郎¹⁾, 川辺晃一^{1,2)}

<緒言>膀胱貯留嚢胞は膀胱等による尿液流出障害を反映し、尾側尿管の内圧上昇は再発性膀胱炎の原因となりうる。今回我々は貯留嚢胞に対する経乳頭のドレナージ術が再発予防に寄与したと考えられる急性膀胱炎の1例を経験したので報告する。【症例】44歳、男性。【現病歴】20XX年4月特発性重症急性膀胱炎の診断で6週間前医へ入院加療し、退院後外来で経過観察されていた。同年12月腹痛、背部痛を主訴に当院へ救急搬送され、重症急性膀胱炎の診断で入院加療となった。飲酒習慣や家族歴で特記すべき事項はなかった。保存的に回復し、退院直後に膀胱貯留嚢胞は指摘しなかった。3か月後膀胱炎再発のため再入院し、この際、膀胱頭部に8mm大の貯留嚢胞を認めた。3週間後20mm大にまで増大し、腹痛発作も認められたため経乳頭の嚢胞ドレナージ術を施行した。チューブステントは3日で脱落したが、嚢胞は5mm大に縮小し、膀胱炎は軽快した。以後、再発は起きていない。【考察】膀胱炎再発の因子として飲酒、自己免疫、遺伝、腫瘍、尿管非癒合などの発生学的異常、乳頭括約筋機能不全等が挙げられるが、時にその特定に難渋する。本症例では貯留嚢胞に着目した事で尿液流出障害が膀胱炎再発の原因となった可能性に迫り着き膀胱炎再発の原因と認められる場合、嚢胞乳頭側尿管の再狭窄予防のためチューブステントの留置期間を十分にとる傾向にあるが、本症例では3日間の留置期間でも再狭窄の徴候なく経過しており、一時期なブジー効果しか期待できない、ステントが脱落しやすいと予想される部位・大きさの病変に対しては経乳頭のドレナージ術を試みる意義があると考えられた。

急性膀胱炎, 膀胱貯留嚢胞

腹腔動脈解離に合併した膵十二指腸動脈瘤の一例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学¹⁾, 同 放射線科²⁾
高橋智昭¹⁾, 三宅謙太郎¹⁾, 松本裕輝¹⁾, 清水康博¹⁾, 藪下泰宏¹⁾, 澤田 雄¹⁾, 本間祐樹¹⁾, 松山隆生¹⁾, 小山新吾²⁾, 遠藤 格¹⁾

症例は53歳男性、腹痛を主訴に他院を受診、造影CT検査で腹腔動脈の解離と十二指腸水平脚腹側の血腫と共に、下脛十二指腸動脈に8mm大の動脈瘤を認めた。血管内治療による経カテーテル動脈塞栓術(TAE: transcatheter arterial embolization)を試みるも動脈瘤へのアプローチは困難であり経過観察となった。第6病日に施行したCT検査で血腫は増大し、動脈瘤も18mm大への拡大を認めたため、当院でのTAEを含む加療目的に転院となり、同日IVRを施行した。腹腔動脈の選択造影では腹腔動脈近位部は解離性瘤となっており、総肝動脈と遠位部は淡く造影されるが、胃十二指腸動脈は描出されず腹腔動脈からのアプローチは困難であった。上腸間膜動脈造影では、下脛十二指腸動脈末梢に18x13mm大の動脈瘤を認め、瘤からの血流は上脛十二指腸動脈へ流出していた。動脈瘤内へカテーテルを誘導しコイルリングを施行。コイルリング施行後の造影で瘤内の造影効果は見られず、肝動脈や主要分枝の描出は保たれていた。TAE翌日と5日後に施行した造影CTでは動脈瘤や血腫の増大、造影剤の血管外漏出は見られず、肝血流は保たれていた。血腫感染は抗菌薬治療でコントロール良好であり、当院転院後7日で退院となった。退院後1ヶ月、動脈瘤の再発は認めていない。膵十二指腸動脈瘤の原因として膵臓疾患や腹部外傷、感染症の他に腹腔動脈の閉塞や狭窄を伴い、SMAからの血流増加原因と推察される症例が報告されている。腹腔動脈の閉塞や狭窄の原因として弓状靱帯症候群が多く報告されているが、腹腔動脈解離を原因とする症例は稀である。その治療法はTAEが第一選択となるが、瘤へのアプローチが困難な症例や非成功例には手術が必要となる。今回我々は、比較的稀な腹腔動脈解離による腹腔動脈狭窄が原因と考えられる膵十二指腸動脈瘤破裂に対しTAEで治療し得た1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

膵十二指腸動脈瘤, TAE

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第367回例会 Web開催にあたり下記の企業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367回例会
会長 穂苅 量太

<ランチョンセミナー>

ヤンセンファーマ株式会社

<広告>

アストラゼネカ株式会社

アッヴィ合同会社

EAファーマ株式会社

株式会社大塚製薬工場

小野薬品工業株式会社

オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

杏林製薬株式会社

株式会社栗原医療器械店

サンド株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

大日本住友製薬株式会社

株式会社ツムラ

東亜新薬株式会社

日本ケミファ株式会社

ビオフェルミン製薬株式会社

ファイザー株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

(敬称略50音順・2021年10月20日現在)