

日本消化器病学会 関東支部第369回例会

プログラム・抄録集



当番会長：群馬大学大学院消化管外科学分野 教授 佐伯 浩司

令和4年5月14日

Web開催

日本消化器病学会関東支部第369回例会 プログラム・抄録集 Web開催

当番会長：群馬大学大学院消化管外科学分野 教授 佐伯 浩司
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-22
TEL：027-220-8224

会期：令和4年5月14日（土）

＜発表者，参加者の皆様へ＞

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべて会場のWebサイト内でのプレゼンテーションとなります。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシー保護(日付の記載は年月までとする,等)に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 質問される方は、所属と氏名を明らかにし、Q&Aへ入力をお願いします。
6. 専修医・研修医セッションの発表については、奨励賞を選考します。
7. 参加費は2,000円です。
 - 1) サイトより参加登録いただき、お支払いをお願いいたします。(クレジット決済のみ)
 - 2) 参加登録が完了された方に、第369回例会のWeb開催へ参加の為のID、パスワードをご連絡いたします。
また参加証(専門医更新5単位)は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5月14日(土)にZoomによるライブ開催となります。
 - 1) 評議員会：5月14日(土)12時30分～13時(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369回例会の参加登録が必要です。

※Web開催の参加登録は4月22日(金)正午よりオンラインにて開始を予定しております。
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第369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：jsge369kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第369回例会
令和4年5月14日（土）

8：30～8：32 開会の辞（第1会場）					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 研修医Ⅰ（上部消化管）1～6	8：32～9：08	齋藤 心	(11) 専修医Ⅲ（肝1）56～60	8：32～9：02	武藤 英知
(2) 研修医Ⅱ（小腸・大腸1）7～12	9：08～9：44	中村健太郎	(12) 専修医Ⅳ（肝2）61～66	9：02～9：38	佐藤 寿史
(3) 研修医Ⅲ（小腸・大腸2）13～17	9：44～10：14	山口 泰子	(13) 専修医Ⅴ（胆膵・その他1）67～72	9：38～10：14	藪下 泰宏
10：14～10：19 休憩			10：14～10：19 休憩		
(4) 研修医Ⅳ（肝・胆・膵1）18～22	10：19～10：49	古川 賢英	(14) 専修医Ⅵ（胆膵・その他2）73～78	10：19～10：55	佐藤 伸悟
(5) 研修医Ⅴ（肝・胆・膵2）23～26	10：49～11：13	塚越真梨子	(15) 専修医Ⅶ（小腸・大腸2）79～84	10：55～11：31	井原 啓佑
(6) 専修医Ⅰ（上部消化管）27～32	11：13～11：49	伊藤 徹哉	(16) 専修医Ⅷ（小腸・大腸3）85～90	11：31～12：07	大熊 幹二
(7) 専修医Ⅱ（小腸・大腸1）33～38	11：49～12：25	金澤美真理	12：30～13：00 評議員会（第3会場）		
13：05～13：50 ランチオンセミナー（第1会場）					
「腸内細菌-腸-脳相関を繋ぐ自律神経学」					
慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 教授 金井 隆典 先生 司会 群馬大学大学院医学研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 主任教授 浦岡 俊夫 先生 共催：ミヤリサン製薬株式会社					
13：50～14：05 専修医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
14：05～15：00 特別講演（第1会場）					
「胃がん治療における栄養の力」					
北里大学医学部 上部消化管外科学 主任教授 比企 直樹 先生 司会 群馬大学大学院消化管外科学分野 教授 佐伯 浩司					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(8) 上部消化管 39～44	15：05～15：41	中澤 信博	(17) 肝・胆・膵1 91～96	15：05～15：41	門馬 匡邦
(9) 小腸・大腸1 45～49	15：41～16：11	寺邑英里香	(18) 肝・胆・膵2 97～102	15：41～16：17	喜多絵美里
(10) 小腸・大腸2 50～55	16：11～16：47	小林 俊介			
16：47～16：50 閉会の辞（第1会場）					

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式をご視聴ください。
（第1会場 13：50～）

特別講演 (第1会場 14:05~15:00)

「胃がん治療における栄養の力」

北里大学医学部 上部消化管外科学 主任教授 **比企 直樹** 先生
司会 群馬大学大学院消化管外科学分野 教授 **佐伯 浩司**

……演者の先生ご紹介……

ひ き な お き
比企 直樹 先生

北里大学医学部 上部消化管外科学 主任教授

学歴および職歴

1990年3月 北里大学医学部卒業
1990年3月~1993年1月 東京大学医学部付属病院分院
第3外科学教室医員(研修医)
1992年7月~1993年1月 ドイツ・ウルム大学一般外科学教
室(臨床研究フェロー)へ渡航
1993年2月~2001年3月 東京大学医学部付属病院分院
第3外科学教室医員
1995年10月~1997年10月 ドイツ・ウルム大学一般外科学教
室(臨床研究教育指導)へ渡航
2001年4月~2005年3月 東京大学医学部付属病院
胃食道外科医員
2005年5月~2018年12月 公益財団法人がん研究会有明病院・
消化器外科医員
2011年7月~ 徳島大学消化器外科 臨床教授
併任
2012年4月~2018年12月 公益財団法人がん研究会有明病院・
栄養部部長
2013年8月~2018年12月 公益財団法人がん研究会有明病院・
消化器外科 胃外科担当部長
2015年5月~2018年12月 公益財団法人がん研究会有明病院・
消化器外科 胃外科部長
2016年6月~2018年12月 公益財団法人がん研究会有明病院・
機器開発センター長兼任
2019年1月~ 北里大学医学部上部消化管外科学
主任教授
2021年7月~ 北里大学病院 副院長

学会活動等(役員・評議員・専門医など)

日本臨床栄養代謝学会 理事長、代議員、学術評議員、
指導医、認定医
日本消化器外科学会 理事、評議員、専門医、指導医、
消化器がん外科治療認定医
日本外科代謝栄養学会 理事、評議員、教育指導医
日本胃癌学会 理事、代議員
PEG・在宅医療学会 理事、専門胃瘻造設者、
専門胃瘻管理者
日本エンドトキシン研究会 理事
佐々木研究所 理事
日本外科学会 代議員、専門医、指導医、
認定医
日本臨床外科学会 評議員、幹事
日本内視鏡外科学会 評議員、技術認定医
日本消化器内視鏡学会 評議員
日本癌治療学会 代議員
日本病態栄養学会 学術評議員

賞

2004年12月 19th World Congress of International Society
for Digestive Surgery
Best Paper Prize受賞
2007年4月 内視鏡医学研究振興財団 研究助成A賞
2018年4月 Surgery Today Best reviewer award

ランチョンセミナー (第1会場 13:05~13:50)

「腸内細菌-腸-脳相関を繋ぐ自律神経学」

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 教授 **金井 隆典** 先生

司会 群馬大学大学院医学研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 主任教授 **浦岡 俊夫** 先生

共催：ミヤリサン製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

かない たかのり
金井 隆典 先生

慶應義塾大学医学部内科学(消化器) 教授

略歴

1988年3月 慶應義塾大学医学部卒業
1988年4月 慶應義塾大学大学院医学研究科入学
1992年3月 慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程 所定
単位取得退学
1992年4月 慶應義塾大学医学部内科学(助手)
1994年2月 慶應義塾大学 博士(医学)取得
1994年2月 慶應義塾大学 博士(医学)取得
1995年9月 ハーバード大学Beth Israel Medical Center
(リサーチフェロー)
2000年8月 東京医科歯科大学医学部消化器内科学
(助手：2004年より講師)
2008年4月 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)准教授
2013年8月 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)教授
2014年4月 AMED(難治性疾患実用化研究事業：統括班長)
2014年10月 慶應義塾大学病院免疫統括医療センター
(センター長)
2016年4月 慶應義塾大学病院IBDセンター
(センター長、兼任)
2016年10月 AMED-CREST(主任研究者)
2017年10月 慶應義塾大学医学部学部長補佐(兼任)
2018年7月 慶應義塾大学病院消化器センター
(センター長、兼任)
2019年10月 慶應義塾大学医学部総合医科学研究センター
(副センター長、兼任)
2020年5月 コロナ制圧タスクフォース研究統括責任者
2021年8月 慶應義塾大学医学部長

賞罰

2008年 慶應義塾大学医学部三四会 北島賞
2020年12月 日本免疫学会ヒト免疫研究賞
2021年4月 日本消化器病学会学術賞

所属学会

理事長：日本消化器免疫学会
理事：日本消化器病学会、日本臨床免疫学会、アジア炎症
性腸疾患学会、日本炎症性腸疾患学会、日本大腸肛
門病学会、日本大腸検査学会、日本無菌性物ノート
バイオロジー学会
専門分野：消化器病学・炎症性腸疾患・腸内細菌・免疫学・神
経免疫学

第1会場（午前の部）

8:30~8:32

—開会の辞—

—評価者—

群馬県済生会前橋病院	消化器内科	畑中 健
慶應義塾大学医学部	一般・消化器外科 上部消化管班	松田 諭
東京慈恵会医科大学葛飾医療センター	消化器・肝臓内科	小川まい子

(1) 研修医I(上部消化管) 8:32~9:08 座長 自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科部門 齋藤 心

1. クロウン病の食道病変との鑑別を要したサイトメガロウイルス食道炎の1例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○三崎 美佳, 西村 賢
同 炎症性腸疾患先進治療センター 小林 拓, 山名 瑤子, 前田 真佐, 宮谷 侑佑
日比 紀文
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 佐上晋太郎, 辛島 遼, 北條 紋, 中野 雅

2. 神経内分泌癌と扁平上皮癌が併存した食道多発癌の1例

JCHO 群馬中央病院 外科 ○河原凜太郎, 福地 稔, 篠原 正樹, 高橋 宏一
西川 達也, 斎藤 加奈, 深澤 孝晴, 谷 賢実
内藤 浩
同 病理診断科 櫻井 信司
群馬大学大学院 総合外科学 佐野 彰彦, 佐伯 浩司, 調 憲

3. 幽門側胃切除術後に発症した胃空腸結腸瘻の1例

群馬大学 外科診療センター 消化管外科 ○鈴木 一設, 生方 泰成, 内田真太郎, 中澤 信博
栗山 健吾, 岡田 拓久, 白石 卓也, 大曾根勝也
榎田 泰明, 佐野 彰彦, 酒井 真, 小川 博臣
宗田 真, 佐伯 浩司
同 肝胆膵外科 調 憲

4. NET G 1成分を伴う胃腺癌の一例

横浜市立大附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学教室 ○加藤 浩之, 三澤 昇, 田村 繁樹, 高津 智弘
吉原 努, 芦荻 圭一, 中島 淳
同 病理診断科 伊藤 絢子

5. 吐血を契機に発見され開腹手術で切除した十二指腸 Brunner 腺過誤腫の一例

前橋赤十字病院 外科 ○松本 昂樹, 吉田 知典, 岩崎 竜也, 矢内 充洋
茂木 陽子, 下島 礼子, 黒崎 亮, 清水 尚
荒川 和久, 宮崎 達也
同 消化器内科 清水創一郎, 新井 弘隆
同 病理診断科 井出 宗則
群馬大学大学院 総合外科学 佐伯 浩司, 調 憲

6. 出血源同定に難渋した十二指腸憩室出血の1例

川崎市立多摩病院 消化器内科 ○竹之内恵菜, 末谷 敬吾, 石田 潤, 近江 亮介
中村紗里香, 黄 世揚, 松永光太郎

(2) 研修医Ⅱ(小腸・大腸1) 9:08~9:44 座長 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 中村健太郎

7. 小腸閉塞を契機に発見された若年のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の一例

伊勢崎市市民病院 内科 ○望月 隆汰, 堤 俊之, 洪澤 恭子, 石原 眞悟
関口 雅則, 増尾 貴成
同 外科 関 貴臣, 富澤 直樹, 保田 尚邦

8. 小腸間膜原発巨大脂肪肉腫の一例

利根中央病院 外科 ○白木柚希奈, 小林 克巳, 鹿野 颯太, 浦部 貴史
熊倉 裕二, 郡 隆之, 関原 正夫

9. 貧血を契機に診断に至った肺腺癌小腸転移の一例

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

10. 放射線性腸炎による腸閉塞に対し外科的切除をおこなった1例

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 外科 ○川原 康平, 平井圭太郎, 成澤 英司, 星野万里江
田中 寛, 宮前 洋平, 田中 成岳, 坂元 一郎
小川 哲史

11. 顔面の膿瘍病変に対してデブリードマン・植皮を行った壊疽性膿皮症合併潰瘍性大腸炎の1例

筑波記念病院 消化器内科 ○小形 雄大, 添田 敦子, 佐浦 勲, 重田早紀子
阿部 計雄, 根本 絵美, 丹下 善隆, 新里 悠輔
越智 大介, 池澤 和人
同 病理診断科 大和万里子
同 形成外科 花野 舞

12. irAE 腸炎再燃との鑑別を要したサイトメガロウイルス腸炎の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器) ○高木 大歩, 平田 賢郎, 岸本翔太郎, 清水 智子
千田 彰彦, 堀江 沙良, 斎藤 優樹, 戸ヶ崎和博
下寄啓太郎, 金井 隆典
同 腫瘍センター 林 秀幸, 浜本 康夫

(3) 研修医Ⅲ(小腸・大腸2) 9:44~10:14 座長 公立藤岡総合病院 消化器内科 山口泰子

13. Crohn 病の腸管皮膚瘻に発生した扁平上皮癌の1例

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

14. 小腸内視鏡で観察し得た回腸癌の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○能中理紗子, 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

15. 絞扼性イレウスによる腸管内圧上昇が原因と考えられた小腸憩室穿孔の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 初期臨床研修医 ○井上 隼輔
同 消化器・肝臓内科 金子 桂士, 河田 洲, 芳賀 大生, 菊田大一郎
中河原浩史, 藤川 博敏
同 検査科 根本 則道, 桂 義久

16. オピオイドでは除痛困難であった局所進行直腸癌に対して硬膜外アクセス用皮下ポートシステムによる疼痛管理が有効であった1例

桐生厚生総合病院 外科 ○吉川 晟羽, 緒方 杏一, 森下亜希子, 木村 明春
和田 渉, 奥山 隆之, 森永 暢浩, 加藤 広行
同 麻酔科 高瀬 友彰, 佐藤 淳

17. S状結腸癌の周術期に発症した Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema (R 3 SPE) 症候群の1例

日高病院 外科 ○山崎 健人, 龍城 宏典, 茂木 政彦

(4) 研修医Ⅳ(肝・胆・膵1) 10:19~10:49 座長 東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 古川 賢英

18. 10年間の経過を追えた β -catenin 活性化肝細胞腺腫の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○井浦亜有子, 藤原 俊, 村川美也子, 小林 正典
福田 将義, 東 正新, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩
岡本 隆一
同 病理部 木脇 祐子, 竹本 暁

19. 重症アルコール性肝炎と重症急性膵炎が合併した症例に対して、ステロイドパルス療法が著効した一例

東京女子医科大学 八千代医療センター 消化器内科 ○畑山 靖樹, 山崎 裕太, 村上 大輔, 大浦 弘高
嶋 由紀子, 杉山 晴俊, 白戸 美穂, 西野 隆義
新井 誠人

20. 膵・胆管合流異常に伴う胆嚢管嚢腫の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科 ○後藤 希実, 高尾 幹也, 谷 圭吾, 沖永 裕子
脊山 泰治
同 消化器内科 田畑 宏樹, 千葉 和朗
同 放射線診療科 鈴木 瑞佳

21. 胆道神経内分泌癌化学療法中に Pegfilgrastim 関連大型血管炎を認めた 1 例

がん研究会有明病院 消化器センター 肝・胆・膵内科 ○東方 雅典, 春日 章良, 森 千奈津, 山田 悠人
古川 貴光, 三重 堯文, 岡本 武士, 武田 剛志
松山 真人, 佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹
同 臨床病理センター 病理部 高松 学
同 感染症科
同 腫瘍リウマチ膠原病科 武田 孝一

22. 腎細胞癌術後 11 年目に多発臓転移・胆嚢転移をきたし、膵全摘術を施行した 1 例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○友田 寛人, 遠藤 剛, 高原 楠晃, 時任佑里恵
大山 博生, 野口 賢作, 金井 祥子, 鈴木 辰典
齋藤 圭, 齋藤 友隆, 濱田 毅, 水野 卓
木暮 宏史, 藤城 光弘
同 肝胆膵外科 桐谷 翔, 有田 淳一, 長谷川 潔
同 消化器内科
同 外来化学療法部 石垣 和祥
同 消化器内科
同 光学医療診療部 白田龍之介, 中井 陽介

(5) 研修医 V (肝・胆・膵 2) 10:49~11:13 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 塚越真梨子

23. 遅発性肝不全の経過で準緊急的生体肝移植で救命した原発性胆汁性胆管炎の一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○増田 康隆, 早川 智彬, 長田梨比人, 三原裕一郎
市田 晃彦, 河口 義邦, 裴 成寛, 石沢 武彰
赤松 延久, 金子 順一, 有田 淳一, 田村 純人
長谷川 潔

24. 出血性急性胆嚢炎に対する内視鏡的経乳頭ドレナージ術後に胆嚢穿孔をきたした一例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○堀江 叡, 五十嵐洋介, 中原 一有, 路川 陽介
佐藤 純也, 関根 章裕, 増田 有亮, 伊東 文生

25. SPN との鑑別に苦慮した膵腺房細胞癌の一例

東京通信病院 消化器内科 ○柳沼 遼哉, 松井 徹, 内藤 恵理, 匹田 祐樹
古谷 建悟, 加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎
光井 洋
同 外科 奥田 純一
同 病理診断科 岸田由起子

26. 超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ術が著効した特発性膵液瘻の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター ○荒巻 夏海, 三輪 治生, 松岡 裕人, 遠藤 和樹
西村 正基, 戸塚雄一郎, 金子 卓, 杉森 一哉
沼田 和司, 前田 慎

(6) 専修医Ⅰ(上部消化管) 11:13~11:49 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科 伊藤 徹哉

27. 胸部食道に発生した腺扁平上皮癌の1例

帝京大学 医学部 内科 ○曾根 雅之, 阿部浩一郎, 梶田 航平, 徳富 遥
竹内 研人, 清水 友貴, 青木 直晃, 小田 実
原田 文人, 柳澤 大輔, 丸山 喬平, 磯野 朱里
青柳 仁, 三浦 亮, 有住 俊彦, 小田島慎也
浅岡 良成, 山本 貴嗣, 田中 篤
同 病院病理部 齋藤 光次

28. 4型胃癌との鑑別を要した胃梅毒の1例

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 消化器科
群馬県済生会前橋病院 腎臓内科 ○田村 優樹
独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 消化器科
増田 智之, 成清 弘明, 都丸 翔太, 佐野 希望
柴崎絵理奈, 鈴木 悠平, 上原 早苗, 星野 崇
安岡 秀敏, 長沼 篤, 柿崎 暁
同 病理診断科 田中 優子

29. 後胃動脈からの消化管出血に対しコイル塞栓後に胃内腔へコイルの露出を認めた1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○齋藤 公哉, 和田 尚久, 岩崎秀一郎, 魚嶋 晴紀
窪田 幸介, 日高 央, 中澤 貴秀, 渋谷 明隆
草野 央

30. 耐術能がないStageⅠ期の胃癌患者へ化学療法を行い病勢コントロール、耐術能の改善が得られ根治手術を行えた一例

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科 ○葉山 優子, 鮑本 哲兵, 下鑑 秀徳, 東 哲之
木下 舞, 濱窪 亮平, 桐田久美子, 吉田 祐士
大久保知美, 葉山 惟信, 藤森 俊二
同 付属病院 消化器肝臓内科 大城 雄, 河越 哲郎, 岩切 勝彦

31. HER 2陽性の肝転移再発進行胃癌に対して六次治療のTrastuzumab Deruxtecán療法が奏功した1例

横浜市立市民病院 消化器外科 ○本間 実, 高橋 正純, 田中 宗伸, 船津屋拓人
皆川 結明, 小倉 巧也, 青木 理子, 田中 優作
藪野 太一, 望月 康久

32. 術後に胃神経内分泌癌と判明した、リンパ節転移を伴う早期胃癌の1例

国立病院機構渋川医療センター 消化器外科 ○真木 茂雄, 吉成 大介, 高橋 研吾, 小林 光伸
棚橋 美文, 蒔田富士雄
同 病理診断科 鈴木 司
前橋赤十字病院 外科 荒川 和久
同 病理診断科 井出 宗則

(7) 専修医Ⅱ(小腸・大腸1) 11:49~12:25 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 金澤美真理

33. 出血を契機に診断された成人小腸重複腸管の1例

社会福祉法人恩賜財団済生会 支部千葉県済生会 千葉県済生会習志野病院 消化器内科 ○村田菜穂子, 横山 雄也, 黒澤 浄, 平井 太
阿部 径和

34. α 1-アンチトリプシンクリアランスが正常だった蛋白漏出性胃腸症の一例

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター ○川端悠里衣, 工藤 進英, 佐藤 雄太, 松平 真悟
中村 大樹, 前田 康晴, 田中 健太, 小倉 庸平
高階 祐輝, 持田賢太郎, 秋本 佳香, 河島 二郎
仙波 重則, 井手雄太郎, 岩崎 俊斗, 澁谷 智也
宮地 英行, 馬場 俊之

35. 心肺停止に起因した虚血性腸炎を発症後、大腸狭窄を来し内視鏡的バルーン拡張術を施行した一例

横浜労災病院 消化器内科 ○林 映道, 関野 雄典, 小田 貴之, 佐伯 優美
城野 紡, 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
金沢 憲由, 永瀬 肇

36. Backwash ileitis に対してインフリキシマブが有効であった大腸亜全摘後潰瘍性大腸炎の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 ○佐藤 杏美, 松本 吏弘, 小島 柊, 佐々木吾也
松本 圭太, 森野 美奈, 小糸 雄大, 三浦 孝也
石井 剛弘, 大竹はるか, 吉川 修平, 上原 剛志
浅野 岳晴, 関根 匡成, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡
同 消化器外科 前本 遼, 柿澤 奈緒
同 病理部 蛭田 昌弘

37. 右側大腸優位の炎症を呈したPR 3-ANCA 陽性区域性潰瘍性大腸炎の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○関根 晋介, 糸井 祐貴, 大島 啓一, 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

38. 診断及び治療に難渋した8番染色体異常及び骨髄異形成症候群を伴う腸管パーチェット類似腸炎の一例

昭和大学病院 内科学講座消化器内科学部門 ○山崎 裕太, 中谷 真也, 樋口 健佑, 鈴木 統大
菊池 一生, 田代 知映, 牛腸 俊彦, 藤原 敬久
居軒 和也, 紺田 健一, 木原 俊裕, 矢野雄一郎
東條 正幸, 久保田祐太郎, 片桐 敦, 小西 一男
吉田 仁
同 内科学講座血液内科学部門 島田翔太郎, 藤原 峻
同 内視鏡センター 山村 冬彦

第1会場 (午後の部)

14:05~15:00

特別講演

「胃がん治療における栄養の力」

北里大学医学部 上部消化管外科学 主任教授 比企直樹先生

司会 群馬大学大学院消化管外科学分野 教授 佐伯浩司

(8) 一般演題(上部消化管) 15:05~15:41 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学分野 中澤信博

39. 生検せずエンドサイトで術前診断しえた超微小食道扁平上皮MM癌の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○石川 学, 郷田 憲一, 山口真太郎, 近藤 真之
阿部圭一朗, 金森 瑛, 永島 一憲, 水口 貴仁
山宮 知, 有阪 高洋, 星 恒輝, 阿部 洋子
眞島 雄一, 富永 圭一, 飯島 誠
足利赤十字病院 消化器内科 福士 耕, 鈴木 統裕
獨協医科大学病院 病理診断科 石田 和之

40. 当科における全周性表層拡大型食道扁平上皮癌に対する内視鏡治療成績の検討

千葉大学医学部附属病院 食道胃腸外科 ○中野 明, 上里 昌也, 村上健太郎, 豊住 武司
丸山 哲郎, 水藤 広, 玉地 智英, 米本 昇平
小林直菜美, 貝沼 駿介, 松原 久裕

41. Long segment Barrett's esophagusに発生した広範囲食道腺癌に対して内視鏡的一括完全切除しえた1例

獨協医科大学 内科学(消化器)講座 ○大池 研, 郷田 憲一, 阿部圭一朗, 近藤 真之
金森 瑛, 永島 一憲, 水口 貴仁, 山宮 知
有阪 高洋, 星 恒輝, 阿部 洋子, 眞島 雄一
富永 圭一, 飯島 誠, 入澤 篤志
獨協医科大学医学部 病理診断科 石田 和之

42. 同種造血幹細胞移植後に発症した食道扁平上皮癌に対して手術を施行した1例

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科 ○山口亜梨紗, 酒井 真, 中澤 信博, 生方 泰成
栗山 健吾, 佐野 彰彦, 小川 博臣, 宗田 真
調 憲, 佐伯 浩司

43. 肝転移巣の一部に扁平上皮癌を認めた十二指腸球部Mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)の一例

日本鋼管病院 消化器内科 ○平井 愛美, 市川 武, 渡邊 勝一, 渡部 和気
吉村 翼, 測上 綾子, 佐藤 知己, 中村 篤志
奥山 啓二, 吉岡 政洋
同 病理診断科 入江 理恵, 長村 義之

44. 腹膜播種に化学療法が奏効し、コンバージョン手術後3年無再発の胃癌2例

埼玉県立がんセンター 消化器外科 ○朝倉 孝延, 川島 吉之, 山田 達也, 江原 一尚
川上 英之, 武智 瞳
同 消化器内科 原 浩樹, 松島 知広
同 病理診断科 神田 浩明

(9) 一般演題(小腸・大腸1) 15:41~16:11 座長 東海大学医学部内科学系 消化器内科学 寺 邑 英 里 香

45. 原因不明の腸閉塞を契機に診断された消化管アミロイドーシスの1例

公立藤岡総合病院 外科 ○片山 千佳, 高橋 遼, 原 圭吾, 松本 明香
加藤 寿英, 中里 健二, 設楽 芳範, 石崎 政利

46. 難治性潰瘍性大腸炎患者に対する Ustekinumab 投与の有効性

銀座セントラルクリニック ○鈴木 康夫

47. 右下腹部痛を契機に診断した抗リン脂質抗体症候群に伴う上腸間膜静脈血栓症の一例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器科 ○古田 孝一, 福原誠一郎, 東條 誠也, 村田 祥磨
水野 里香, 松谷 直美, 玉川 空樹, 吉田 康祐
宮永 亮一, 渡邊 多代

48. 腹腔鏡下で完全切除が可能であった後腹膜リンパ管腫の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 外科 ○杉山 敦彦, 大坊 侑, 佐藤 清哉, 後藤 晃紀
諏訪 雄亮, 熊本 宜文, 渡邊 純, 武田 和永
國崎 主税
同 横浜市立大学 外科治療学 井口 健太, 菅野 伸洋, 斎藤健太郎, 佐藤 純人
佐藤 勉

49. 術前診断に難渋した後腹膜脱分化型脂肪肉腫の一例

群馬県済生会前橋病院 消化器外科 ○古家 俊作, 久保 憲生, 鈴木 茂正, 大木 孝
藍原 龍介, 松村 直樹, 茂木 晃, 細内 康男

(10) 一般演題(小腸・大腸2) 16:11~16:47 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科学 小 林 俊 介

50. 長期免疫抑制治療中の腸管狭窄を伴うクローン病に発症した髄膜炎の一例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○岸 優美, 年森 明子, 田邊 万葉, 加藤 久貴
國田 康輔, 望月裕一朗, 浦上 尚之, 横山 登
井上 晴洋

51. 肝不全に至った原発性硬化性胆管炎に併発した潰瘍性大腸炎の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○稲葉 航平, 金澤美真理, 増山 智史, 田中 孝尚
渡邊 詔子, 阿部 洋子, 富永 圭一, 入澤 篤志

52. EMR 施行後の追加切除適応病変に対して、併存疾患を考慮し経過観察中に局所再発，肝転移を認めた直腸癌の 1 例

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座 ○柴崎 雄太，小川 博臣，小峯 知佳，須賀 邦彦
小澤 直也，岡田 拓久，大曾根勝也，白石 卓也
榎田 泰明，酒井 真，佐野 彰彦，宗田 真
調 憲，佐伯 浩司

53. S 状結腸子宮瘻に対して腹腔鏡下 S 状結腸切除術，子宮附属器合併切除を施行し，膣式に検体を摘出した 1 例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科 ○田中 優衣，松井 信平，加藤 宏周，小林 恭子
加藤 悠人，坂本 恭子，崎本 優里，角田 潤哉
中村 公彦，原 良輔，小桐 雅世，小関 優歌
水野 翔大，清島 亮，茂田 浩平，岡林 剛史
北川 雄光

54. 虫垂原発腹膜偽粘液腫再発に対して腫瘍再切除および低分子デキストラン洗浄を行い長期生存が得られた 1 例

埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科 ○熊倉 真澄，持木 彫人，伊藤 徹哉，山本 梓
豊増 嘉高，石畝 亨，幡野 哲，松山 貴俊
熊谷 洋一，石橋敬一郎，石田 秀行

55. 大腸癌肝転移における cachexia index の意義

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 ○丹治 芳明，古川 賢英，春木孝一郎，安田 淳吾
恒松 雅，松本 倫典，坂本 太郎，後町 武志
池上 徹

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

東京大学医学部附属病院	肝胆膵外科・人工臓器移植外科	河口 義邦
群馬大学大学院医学系研究科	総合外科学講座 消化管外科学分野	白石 卓也
獨協医科大学医学部	内科学(消化器)講座	星 恒輝

(11) 専修医Ⅲ(肝1) 8:32~9:02 座長 稲城市立病院 消化器内科 武藤 英知

56. 神経性食思不振症による肝障害の一例

東京共済病院	消化器内科	○小林 諒平
東京医科歯科大学	消化器内科	
東京共済病院	消化器内科	緒方香菜子, 土屋 麻央, 冲永 康一, 平昭 衣梨
		渡部 衛, 宍戸 華子, 永山 和宜
東京医科歯科大学	消化器内科	岡本 隆一
東京共済病院	消化器内科	横内 幸
東邦大学医療センター大橋病院	病理診断科	

57. 胆管腫瘍栓をきたした肝細胞癌に対して陽子線治療が奏功した一例

筑波大学	医学医療系	消化器内科	○重田早紀子, 長谷川直之, 鈴木 宏清, 寺崎 正彦
			遠藤 壮登, 瀬尾恵美子, 土屋輝一郎
同		医療科学	岡田 浩介
同		放射線腫瘍科	奥村 敏之

58. アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法が著効し、conversion surgery を行った巨大肝細胞癌・副腎転移の1例

高崎総合医療センター	消化器内科	○古澤 愛, 星野 崇, 成清 弘明, 田村 優樹
		都丸 翔太, 佐野 希望, 鈴木 悠平, 増田 智之
		上原 早苗, 安岡 秀敏, 長沼 篤, 柿崎 暁
同	外科	田中 寛, 平井圭太郎, 坂元 一郎

59. 5次治療のアテゾリズマブ/ベバシズマブ併用療法により mRECIST で CR が得られた肝細胞癌の一例

杏林大学医学部	腫瘍内科学	○廣田 玲, 岡野 尚弘, 林 雅人, 西岡真理子
		前園 知宏, 河合 桐男, 水谷 友紀, 長島 文夫
同	消化器内科学	關 里和, 川村 直弘

60. 最近経験したHBV再活性化の2例

自治医科大学	内科学講座	消化器内科学部門	○増田美佳子, 五家 里栄, 三浦 光一, 渡邊 俊司
			野本 弘章, 前田 浩史, 佐藤 直人, 森本 直樹
			山本 博徳

(12) 専修医Ⅳ(肝2) 9:02~9:38 座長 順天堂大学医学部 消化器内科学講座 佐藤 寿史

61. 肝硬変治療中に発症した Portopulmonary hypertension (PoPH) の一例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○中代 幸江, 鍛冶場 寛, 北川 清宏, 野田まりん
久武 祐太, 寺元 研, 東澤 俊彦, 岡村 幸重

62. レンバチニブ投与で外科切除が可能となった腹壁浸潤合併肝細胞癌破裂の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 ○成清 弘明, 長沼 篤, 古澤 愛, 田村 優樹
都丸 翔太, 佐野 希望, 鈴木 悠平, 増田 智之
上原 早苗, 安岡 秀敏, 星野 崇, 柿崎 暁
同 消化器外科 平井圭一郎, 坂元 一郎, 小川 哲史
同 病理診断科 宮永 朋実
同 消化器内科
同 消化器外科 田中 寛

63. 新型コロナウイルスワクチン接種後に急性肝炎を呈した一例

前橋赤十字病院 消化器内科
群馬大学 医学部付属病院 消化器・肝臓内科 ○清水創一郎
前橋赤十字病院 消化器内科 伊藤 健太, 喜多 碧, 相原 幸祐, 館山 夢生
阿部 貴紘, 柴崎 充彦, 山崎 節生, 深井 泰守
飯塚 賢一, 滝澤 大地, 新井 弘隆
群馬大学 医学部付属病院 消化器・肝臓内科 浦岡 俊夫

64. アテゾリズマブ/ペバシズマブ併用療法開始後に免疫関連副作用(irAE)として筋炎/横紋筋融解症, 重症筋無力症の発症が疑われた一例

青梅市立総合病院 消化器内科 ○西平成嘉子, 浜野 耕靖, 山下 萌, 申 貴広
岡田 理沙, 松川 直樹, 伊東 詩織, 渡部 太郎
伊藤 ゆみ, 野口 修

65. 肝細胞癌切除例における5-5-500基準の意義

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆膵外科 ○瀧島 輝幸, 春木孝一郎, 古川 賢英, 安田 淳吾
松本 倫典, 恒松 雅, 坂本 太郎, 谷合 智彦
柳垣 充, 後町 武志, 池上 徹

66. 画像上肝鎌状間膜の脱出が疑われた上腹部白線ヘルニアの1手術例

原町赤十字病院 外科 ○朝比奈由衣, 東海林久紀, 笹本 肇, 内田 信之

(13) 専修医Ⅴ(胆膵・その他1) 9:38~10:14 座長 横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 藪 下 泰 宏

67. 胆嚢結石による胆嚢胃瘻の一例

横浜南共済病院 消化器内科 ○永島 愛一, 岡 裕之, 原田 聡, 石野 勇康
中丸 瑠奈, 塚本 恵, 榊原 俊哉, 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, 近藤 正晃, 澤崎 翔
佐伯 博行

68. 肝門部領域胆管癌術後の残存内胆管再発に対し臍頭十二指腸切除術を施行した1例

獨協医科大学病院 肝胆膵外科 ○木村 柁範, 松本 尊嗣, 清水 崇行, 田中 元樹
山口 教宗, 朴 景華, 櫻岡 佑樹, 白木 孝之
森 昭三, 磯 幸博, 青木 琢
東都文京病院 外科 窪田 敬一

69. 腎細胞癌膵転移をEUS-FNAで診断した1例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○榊原 和真, 行徳 芳則, 相馬 佑樹, 嶋田 智樹
小堀 郁博, 玉野 正也, 桑田 潤
同 消化器内科
同 内視鏡センター 片山 裕視

70. 診断基準を満たさないものの臨床経過からインスリノーマが考えられた膵NETの1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○澁田 秀則, 権藤 興一, 山田 貴大, 川本 翔
神林 孔明, 野坂 岳志, 落合 一成, 渡邊 俊介
土岐 真朗, 久松 理一
同 消化器・一般外科 松木 亮太, 小暮 正晴, 鈴木 裕, 阪本 良弘
同 糖尿病・内分泌代謝内科 鶴久 大介, 仁科 善雄, 石本 麻衣
同 病理学教室 北濱圭一郎, 下山田博明, 柴原 純二

71. 外傷性膵損傷および縦隔内膵仮性嚢胞に対し外科的治療が奏功した1例

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 ○正田 貴大, 渡辺 亮, 山中 崇弘, 萩原 慶
石井 範洋, 塚越真梨子, 新木健一郎, 播本 憲史
調 憲
同 消化管外科 栗山 健吾, 宗田 真, 佐伯 浩司

72. CA72-4高値となった家族性地中海熱の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○福元 彩, 櫻井 俊之, 岩下 祐子, 澁谷 尚希
宮崎 亮佑, 豊永 貴彦, 山崎 琢士, 加藤 智弘
猿田 雅之

(14) 専修医Ⅵ(胆膵・その他2) 10:19~10:55 座長 深谷赤十字病院 消化器科 佐藤 伸 悟

73. 胆嚢内乳頭状腫瘍の一切除例

横浜市立大学附属病院 消化器腫瘍外科 ○河内 大倫, 澤田 雄, 下澤 元晴, 工藤 孝迪
松木 裕輝, 高橋 智昭, 清水 康博, 三宅謙太郎
藪下 泰宏, 本間 祐樹, 松山 隆生, 遠藤 格
同 病理診断科 宇高 直子, 山中 正二

74. ENBDをカットして作成した22cm長の胆管ステントを2本留置し減黄良好となった、胃GISTの肝転移による肝門部胆道閉塞の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○片山 慶一, 高橋 幸治, 遠山 翔大, 山田 奈々
杉原 地平, 大内 麻愉, 山田 俊儒, 三浦 義史
菅 元泰, 永嶋 裕樹, 沖津恒一郎, 日下部裕子
大山 広, 大野 泉, 三方林太郎, 加藤 直也

75. ステロイドが奏効した Nivolumab 関連硬化性胆管炎の一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○田村 幸, 野口 正朗, 大澤 顕之, 鹿野 智裕
佐藤 優子, 光吉 優貴, 三浦由起子, 日高 章寿
板垣 宗徳, 小林 剛, 松平 浩, 木下 晃吉
小池 和彦
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

76. 重症急性膵炎後 Walled-off necrosis により右尿管狭窄を来した一例

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 ○古木佐保里, 山宮 知, 阿部 洋子, 星 恒輝
永島 一憲, 嘉島 賢, 久野木康仁, 佐久間 文
福士 耕, 牧 竜一, 稲葉 航平, 大池 研
松本 健吾, 山崎ゆうか, 入澤 篤志

77. 腹腔内多発嚢胞病変を契機に診断された自己免疫疾患の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○小原 大和, 宅間 健介, 小林康次郎, 小川友里恵
若林 宗弘, 穴戸 泰紀, 伊藤 謙, 岡野 直樹
永井 英成, 松田 尚久, 五十嵐良典

78. 口蓋扁桃摘出術後の創部出血に対して上部消化管内視鏡で止血が得られた一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○伏見 光, 品川 希帆, 枇杷田裕佑, 高井 佑輔
目黒 公輝, 岩崎 暁人, 清水 智樹, 真田 治人
酒井 英嗣

(15) 専修医Ⅶ(小腸・大腸2) 10:55~11:31 座長 獨協医科大学 下部消化管治療センター 井原 啓 佑

79. 薬剤性小腸潰瘍により繰り返した麻痺性イレウスの診断に難渋した一例

前橋赤十字病院 外科 ○岩崎 竜也, 宮崎 達也, 吉田 知典, 矢内 充洋
茂木 陽子, 下島 礼子, 黒崎 亮, 清水 尚
荒川 和久

80. 切除不能直腸癌の化学療法中にフルニエ症候群をきたした1例

杏林大学医学部 消化器・一般外科 ○坪川 康仁, 磯部 聡史, 吉敷 智和, 金 翔哲
片岡 功, 若松 喬, 麻生 喜祥, 飯岡 愛子
小嶋幸一郎, 阪本 良弘, 阿部 展次, 須並 英二
同 腫瘍内科 河合 桐男, 古瀬 純司

81. 繰り返す憩室炎による腸管狭窄部に粘液癌を生じた一例

国立病院機構 宇都宮病院 外科
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学 ○館野 航平
国立病院機構 宇都宮病院 外科 滝田 純子, 小川 敦, 増田 典弘
同 外科
獨協医科大学 第一外科 井上 昇

82. ロボット支援下腹会陰式直腸切断術が有用であった完全直腸脱に合併した直腸癌の1例

獨協医科大学 下部消化管治療センター
獨協医科大学大学院 腫瘍外科 ○大橋 智輝, 中村 隆俊, 井原 啓佑, 高柳 雅
藤田 純輝
獨協医科大学 下部消化管治療センター 西 雄介, 渋谷 紀介, 蜂谷 裕之, 石塚 満
入澤 篤志
獨協医科大学大学院 腫瘍外科 室井 大人, 山口 岳史, 中川 正敏, 鈴木 完
森田 信司, 中島 政信, 小嶋 一幸

83. 術前生検にて直腸癌と診断され手術治療を行い、切除標本の病理診断で直腸悪性黒色腫と診断された一例

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科 ○須藤 慧多, 太白 健一, 太田 学, 佐田友 藍
田原真紀子, 味村 俊樹, 鯉沼 広治, 堀江 久永
細谷 好則, 北山 丈二, 佐田 尚宏
同 病理診断部 廣田 由佳, 福嶋 敬宜
同 皮膚科 杉原 夏子

84. Crohn 病に対する結腸切除後の空置腸管炎に対して、経肛門アプローチ併用腹腔鏡下直腸切断術にて治療し得た一例

群馬大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科 ○福島 涼介, 大曾根勝也, 内田真太郎, 岡田 拓久
白石 卓也, 榎田 泰明, 小川 博臣, 佐伯 浩司
同 肝胆膵外科 調 憲

(16) 専修医Ⅷ(小腸・大腸3) 11:31~12:07 座長 藤沢湘南台病院 消化器内科 大熊 幹 二

85. CT 所見が鑑別に有用であったループス腸炎の一例

藤沢市民病院 消化器内科 ○小俣亜梨沙, 合田 賢弘, 石川俊太郎, 大西 美沙
金村 知輝, 中村 洋介, 比嘉 愛里, 竹内 加奈
吉村 勇人, 近藤 新平, 林 公博, 安藤 知子
岩瀬 滋
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

86. 審査腹腔鏡により診断した、総腸間膜症に起因する内ヘルニアの1例

君津中央病院 外科 ○佐藤 誉哉, 須田竜一郎, 柳澤 真司, 片岡 雅章
西村 真樹, 小林 壮一, 岡庭 輝, 中臺 英里
石神 恵美, 升田 貴仁, 勝海 大輔, 進藤 博俊
織田 弘起, 高橋 知也, 白石 健太, 海保 隆

87. 上腸間膜動脈塞栓症に対してヘパリン全身投与が奏功した一例

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○石川 慶朋, 市島 諒二, 小椋加奈子, 木暮 宏史
日本大学病院 消化器内科 杉田 知実, 岩男 彩, 後藤田卓志

88. 直腸粘膜脱症候群の一治療例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○吉村 祐亮, 岩井 拓磨, 山田 岳史, 園田 寛道
進士 誠一, 松田 明久, 代永 和秀, 武田 幸樹
上田 康二, 吉田 寛
同 病理診断科 坂谷 貴司

89. 病理解剖で診断された原発性腹膜癌の一例

順天堂大学医学部附属 順天堂醫院 消化器内科 ○石野 博崇, 野村 慧, 蔡 岳泰, 高馬 將郎
丸山 貴史, 赤澤 陽一, 深田 浩大, 石川 大
藤澤 聡郎, 内山 明, 今 一義, 山科 俊平
伊佐山浩通, 池嶋 健一, 椎名秀一朗, 永原 章仁

90. 急速発育を示した大網原発未分化多形肉腫の1切除例

公立館林厚生病院 外科 ○関 孝博, 橋本 直樹, 沼賀 有紀, 檀原 哲也
堤 裕史, 岩崎 茂

第2会場（午後の部） 一般演題

(17) 一般演題(肝・胆・膵1) 15:05~15:41 座長 東京医科大学 茨城医療センター 消化器内科 門馬 匡 邦

91. 破骨細胞様巨大細胞を伴う膵臓未分化癌にコンバージョン手術を施行した1例

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 ○五十嵐陽介, 後町 武志, 瀧島 輝幸, 丹治 芳明
谷合 智彦, 柳垣 充, 羽村 凌雅, 恒松 雅
宇和川 匡, 白井 祥睦, 安田 淳吾, 春木孝一郎
奥井 紀光, 古川 賢英, 恩田 真二, 坂本 太郎
池上 徹

92. 腫瘍形成や胆管拡張を示さず診断に苦慮した肝内胆管癌の一部検例

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

93. ペムプロリズマブ投与にて、長期生存が得られた肝内胆管癌術後再発の1例

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学 ○山中 崇弘, 播本 憲史, 村主 遼, 星野 弘毅
萩原 慶, 石井 範洋, 塚越真梨子, 渡辺 亮
新木健一郎, 調 憲

94. 肝内胆管癌と鑑別を要した胆管内発育型肝細胞癌の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○三島 佑介, 川西 彩, 伊藤 彩乃, 新聞 淑雅
森町 将司, 山路 葉子, 小玉 敏生, 鶴谷 康太
川畷 洋平, 荒瀬 吉孝, 伊藤 裕幸, 松嶋 成志
鈴木 秀和, 加川 建弘
同 病理診断科 伊藤 敦史, 平林 健一

95. 胆道癌に対する術後補助化学療法を用いた集学的治療の意義

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 ○羽村 凌雅, 春木孝一郎, 白井 祥睦, 安田 淳吾
古川 賢英, 恩田 真二, 後町 武志, 宇和川 匡
池上 徹
同 葛飾医療センター 外科 薄葉 輝之
川口市立医療センター 外科 中林 幸夫
東京慈恵会医科大学第三病院 外科 岡本 友好

96. 後腹膜出血にて発見された正中弓状靭帯症候群の一例

群馬県済生会前橋病院 消化器外科 ○久保 憲生, 細井 信宏, 鈴木 茂正, 大木 孝
藍原 龍介, 松村 直樹, 茂木 晃, 細内 康男

(18) 一般演題(肝・胆・膵2) 15:41~16:17 座長 千葉県がんセンター 消化器内科 喜多 絵美里

97. Glecaprevir/Pibrentasvir で HBsAg が陰性化した HBV 共感染 C 型慢性肝炎の 1 例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○山口 智央, 柴田 昌幸, 田川 慧, 山根 史嗣
中村めぐみ, 中村 直裕, 大江 啓史, 成田 圭
田中由理子, 三科 友二, 三科 雅子, 明石 雅博
笹本 貴広, 土屋 昭彦, 西川 稿, 有馬美和子
同 肝臓内科 高森 頼雪
同 消化器内科
帝京大学医療技術学部 滝川 一

98. グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤治療中に妊娠が判明し 3 週間内服で持続的ウイルス学的著効を達成した C 型肝炎の一例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○丸山 優, 山崎 勇一, 村上 立真, 金山 雄樹
須賀 孝慶, 戸島 洋貴, 佐藤 賢, 浦岡 俊夫
同 小児科学 羽鳥 麗子, 石毛 崇

99. 膵癌における酸性 β グルコシダーゼ (GBA) 阻害はミトファジー抑制とアポトーシスを誘導する

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆膵外科 ○柳垣 充, 白井 祥睦, 羽村 凌雅, 谷合 智彦
丹治 芳明, 堀内 堯, 春木孝一郎, 古川 賢英
後町 武志, 池上 徹

100. Edwardsiella tarda 感染症により壊死性筋膜炎をきたし死亡に至ったアルコール性肝硬変の 1 例

防衛医科大学校病院 内科学第 2 講座 ○植田 浩貴, 富岡 明, 大黒 拓磨, 岡崎 惣也
高橋 駿, 平田 大, 小野 晋治, 鈴木 晴也
千谷 菜花, 堀内 知晃, 西村 弘之, 伊東 傑
種本 理那, 西井 慎, 溝口 明範, 成松 和幸
東山 正明, 富田 謙吾, 穂苅 量太
同 内科学第 2 講座
同 光学医療診療部 高本 俊介

101. 出血性胆嚢炎から胆嚢破裂をきたした一例

獨協医科大学日光医療センター 外科 ○三瀬 農, 山口 悟, 大橋 裕恭, 倉山 英豪
尾形 英生

102. 残膵体積と術中膵液アミラーゼ値を用いた残膵外分泌 index による膵頭十二指腸切除後脂肪肝発生予測

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆膵外科 ○恒松 雅, 後町 武志, 坂本 太郎, 春木孝一郎
安田 淳吾, 奥井 紀光, 古川 賢英, 松本 倫典
宇和川 匡, 池上 徹

2022・2023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
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
373	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)	2023年 2月25日(土)	東京 海運クラブ	10月26日～ 11月30日予定
374	安田 宏 (聖マリアンナ医科大学 消化器・肝臓内科)	4月22日(土)	東京 海運クラブ	2023年1月11日～ 2月15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)	オンライン開催	6月10日(金)
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 シェーンバウハ・サポ-	未定

次回(第370回)例会のお知らせ

期 日：2022年7月16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

※COVID-19の感染拡大の状況によってはオンライン開催に変更となる可能性がございます。

特別講演：「アルコール関連肝疾患—研究の進歩とマネジメントの実践—」

演者：池嶋 健一(順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学)

司会：大竹 孝明(国際医療福祉大学病院 消化器内科)

ランチョンセミナー：「肝臓治療 最新のトピックス(仮題)」

演者：工藤 正俊(近畿大学医学部 消化器内科学教室)

司会：海老沼 浩利(国際医療福祉大学医学部 消化器内科)

女性医師の会・特別セミナー：「研修医からベテランまで！消化器臨床医が知っておきたい肝組織の基礎知識」

当番会長：大竹 孝明(国際医療福祉大学病院 消化器内科 教授)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge370kanto@pw-co.jp

◆研修医・専修医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

日本消化器病学会関東支部 第40回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2022年6月19日(日)

会 場：WEB開催(当日のライブ配信のみ)

会 長：池上 正(東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)

主 題：「消化器疾患診療Up to Date」

◆開会の辞◆池上 正(第40回教育講演会会長)

◆講演1◆「ピロリ菌除菌後の胃癌リスク：基本から長期経過まで」

講師：水野 元夫(倉敷中央病院 消化器内科)

司会：河合 隆(東京医科大学 消化器内視鏡学)

◆スポンサードセミナー1◆

「切除不能肝細胞癌治療の新展開～実臨床でのアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法～」

講師：土谷 薫(武蔵野赤十字病院 消化器科)

司会：福田 邦明(霞ヶ浦医療センター 消化器内科 肝胆膵疾患センター)

◆講演2◆「IBD診療と研究の最前線」

講師：土屋輝一郎(国立大学法人 筑波大学医学医療系 消化器内科)

司会：岩本 淳一(東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)

◆スポンサードセミナー2◆

「実臨床における上腹部症状の治療提案～診療ガイドラインに基づいた治療戦略～」

講師：大島 忠之(兵庫医科大学 消化器内科学)

司会：池上 正(東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)

◆講演3◆「AIH・PBCの最近の話題」

講師：大平 弘正(福島県立医科大学医学部 消化器内科学講座)

司会：本多 彰(東京医科大学茨城医療センター 共同研究センター)

◆講演4◆「胆道結石治療－up to date－」

講師：入澤 篤志(獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座)

司会：下田 貢(東京医科大学茨城医療センター 消化器外科)

◆スポンサードセミナー3◆

「C型肝炎撲滅に向けて～最新治療と肝臓病の残された課題～」

講師：持田 智(埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科)

司会：仁平 武(水戸済生会総合病院 消化器内科)

◆講演5◆「自己免疫性膵炎の診断と治療」

講師：正宗 淳(東北大学大学院医学系研究科 消化器病態学分野)

司会：糸井 隆夫(東京医科大学 消化器内科学分野)

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

◆閉会の辞◆池上 正(第40回教育講演会会長)

参加方法：事前参加登録制となりますので、2022年4月12日(火)正午～2022年6月10日(金)正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。参加費(4,000円、テキスト代含む)はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

※参加証は各プログラムの視聴完了後、もしくは、全てのプログラムの終了後の当日中までに確認問題にご回答いただくと視聴サイトより参加証がダウンロードできます。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第40回教育講演会 運営事務局

株式会社プランニングウィル 担当：西田智久

TEL 03-6801-8084 FAX 03-6801-8094

E-mail:jsge40elm@pw-co.jp

1 クロウン病の食道病変との鑑別を要したサイトメガロウイルス食道炎の1例

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾, 同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾, 三崎美佳¹⁾, 小林 拓²⁾, 佐上晋太郎^{1,2)}, 山名瑠子²⁾, 前田真佐²⁾, 辛島 遼^{1,2)}, 北條 紋^{1,2)}, 宮谷佑佑²⁾, 西村 賢¹⁾, 中野 雅^{1,2)}, 日比紀文²⁾

【症例】60歳代、女性【主訴】嚥下痛【現病歴】12年前に下痢で発症、7年前に小腸型クロウン病(CD)と診断された。アダリムマブ(ADA)及び寛解導入後、効果減弱にて増量し80mgを隔週投与していたが、乾癬様皮疹が出現したため40mg隔週に再度減量し、6-メルカプトプリンを併用し維持していた。1ヶ月前より嚥下痛を自覚し当院を受診した。同時期より下痢回数も増加傾向だった。ボノプラザンの内服を開始したが、2週間後には嚥下痛のため摂食困難となり入院した。【検査成績】上部消化管内視鏡検査：胸部から腹部食道に白苔を伴う類円形潰瘍が多発していた。生検免疫組織化学所見では抗CMV抗体陽性細胞を認め、類上皮細胞肉芽腫は認めなかった。血液検査：CRP 0.87mg/dL、サイトメガロウイルス(CMV)及び単純ヘルペスウイルス及びEpstein-Barrウイルス抗体は既感染パターン、CMVpp65抗原陰性、ヒト免疫不全ウイルス抗体陰性、T-SPOT陰性、β-Dグルカン陰性。耳鼻咽喉科的異常なし。腸管超音波検査：小腸病変の軽度増悪を認めた。【臨床経過】ガンシロビル(GCV)を点滴投与したところ、食道症状は速やかに改善し、CRPも陰性化した。7日目には上部消化管内視鏡検査で潰瘍の上皮化を認め、病変で抗CMV抗体陽性細胞もほぼ消失していたため、11日目にGCVの投与を終了した。食道症状の改善後も下痢回数は減少せず、LRG 22.0μg/mLと上昇傾向、CTエンテログラフィーでも小腸病変の増悪を認めたため、ADAを80mg隔週に増量し退院した。【考察】本症例はCDに対する抗TNFα製剤を含む免疫抑制治療中に食道病変をきたした。下痢の増悪および腸管超音波検査からはCDの食道病変、病理からはCMV食道炎が鑑別に挙げられたが、免疫抑制による感染症増悪のリスクを考慮し、抗ウイルス療法を先行したところ奏功した。CDの経過中のCMV食道炎の報告は非常に稀であり、文献的に考察し報告する。

ウイルス性食道炎、炎症性腸疾患

3 幽門側胃切除術後に発症した胃空腸結腸瘻の1例

群馬大学 外科診療センター 消化器外科¹⁾, 同 肝胆膵外科²⁾, 鈴木一設¹⁾, 生方泰成¹⁾, 内田真太郎¹⁾, 中澤信博¹⁾, 栗山健吾¹⁾, 岡田拓久¹⁾, 白石卓也¹⁾, 大曾根勝也¹⁾, 榎田泰明¹⁾, 佐野彰彦¹⁾, 酒井 真¹⁾, 小川博臣²⁾, 宗田 真¹⁾, 調 憲²⁾, 佐伯浩司¹⁾

【緒言】胃空腸結腸瘻は比較の稀だが、胃切除術後の重篤な合併症の一つである。今回、十二指腸潰瘍穿孔に対する胃切除術後の胃空腸結腸瘻を経験したため報告する。【症例】61歳男性、X-7年、十二指腸潰瘍穿孔に対し緊急で幽門側胃切除術、Roux-en-Y法再建(結腸前経路)を施行した。X-1年10月、持続する下痢と低栄養(Alb 2.3g/dL)・下腿浮腫があり、精査目的に行った上下部消化管内視鏡検査及び上部消化管造影検査で胃空腸結腸瘻と診断された。X年1月に術前栄養管理(経管栄養および完全静脈栄養併用)後に瘻口閉鎖目的に手術を行った。胃空腸吻合部背側と腸間膜対側の横行結腸が瘻孔を形成しており、胃空腸部分切除術、胃空腸再吻合、横行結腸縫合閉鎖術を施行した。再発予防として胃空腸吻合部と結腸が直接当たるのを防ぐべく結腸後経路にて再建を行った。切除標本の病理組織学的検査で瘻孔部に腫瘍性病変を認めず、吻合部潰瘍を原因とする胃空腸結腸瘻と診断した。術後10日で退院し、下痢および低栄養は改善(Alb 2.9g/dL)を認めた。【考察】胃空腸結腸瘻の原因は胃癌や大腸癌など悪性疾患によるものが多いとされており、良性疾患による発生は比較的稀である。初回手術からの発症期間は3ヶ月から45年、平均は13年8ヶ月で、初回手術の再建術式はBillroth II法が多かったと報告されている。臨床症状は下痢、体重減少、浮腫、腹痛、糞臭がみられる。治療は原則手術で、再建方法はRoux-en-Y再建が多く用いられている。高酸状態が吻合部潰瘍の原因の一つとされ、その持続が吻合部潰瘍再発と関連すると報告されており、本症例でも再発予防を念頭に置いた管理が必要であったと考えられた。【結語】下痢と低栄養を呈した胃切除術後胃空腸結腸瘻の1例を経験した。重篤な晩期合併症として認識し、今後も吻合部潰瘍を含めた再発予防を念頭に置いた管理が必要であると考えられた。

胃空腸結腸瘻、吻合部潰瘍

2 神経内分泌癌と扁平上皮癌が併存した食道多発癌の1例

JCHO 群馬中央病院 外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 群馬大学大学院 総合外科学³⁾, 河原塚大朗¹⁾, 福地 稔¹⁾, 櫻井信司²⁾, 篠原正樹¹⁾, 高橋 宏一¹⁾, 西川達也¹⁾, 斎藤加奈¹⁾, 深澤孝晴¹⁾, 谷 賢実¹⁾, 内藤 浩¹⁾, 佐野彰彦³⁾, 佐伯浩司³⁾, 調 憲³⁾

【はじめに】食道神経内分泌癌(NEC)は食道悪性腫瘍のなかで約0.8~2.8%と比較的稀な疾患である。一般的に悪性度が高く、予後不良であるが、その標準的治療は確立されていない。今回、食道に神経内分泌癌と扁平上皮癌が併存した1例を経験したので報告する。【症例】84歳、男性。嚥下時のつかえ感と体重減少で近医受診後に当科紹介となる。CT検査で食道胃接合部に腫瘍陰影を認めた。上部消化管内視鏡検査で門歯23cmに0-I+IIa型腫瘍と食道胃接合部に1+2型腫瘍を認めた。生検結果はそれぞれ中分化扁平上皮癌(SCC)とsynaptophysin陽性のNECの診断であった。高齢であったが、インフォームドコンセントの上、手術の方針となった。術前診断は食道SCC cT1bN0M0-cStageIと食道胃接合部NEC cT3N0M0-cStageIIで胸腔鏡下胸部食道全摘術、噴門側胃切除術、胸骨後経路胃管再建術を施行した。病理診断はSCC pT1b(SM2)N0M0-pStageIとNEC large cell type pT3N1(106recR)M0-pStageIIIであった。術後、胆嚢炎と誤嚥性肺炎を合併したが保存的に改善した。術後64日目に施設退院となった。術後補助療法は施行せず、現在、無再発で生存中である。【考察】食道NECに他の癌組織型がしばしば共存することが知られている。食道NECにSCCが併存もしくは混在する報告例は散見されるが、NECとSCCに対してその進行度からどちらの組織型を優先させて治療を行うかが議論となるところである。食道SCCは進行度に応じて推奨された治療法があるが、食道NECは確立された治療法はなく、化学療法、放射線療法および手術療法を併用した集学的治療が行われていたのが現状である。本症例は高齢のために治療法は手術療法のみであったが、幸いに無再発生存中である。今回のような食道NECとSCCの共存した症例に対して、その治療方針について若干の文献学的考察を加えて報告する。

食道癌、神経内分泌癌

4 NET G1成分を伴う胃腺癌の1例

横浜市立大附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学教室¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 加藤浩之¹⁾, 三澤 昇¹⁾, 田村繁樹¹⁾, 高津智弘¹⁾, 吉原 努¹⁾, 芦菟圭一¹⁾, 伊藤絢子²⁾, 中島 淳¹⁾

【緒言】腺癌とNET(neuroendocrine tumor)の混合型腫瘍は比較のまれである。今回、胃腺癌に対して内視鏡的粘膜炎層剥離術(ESD)を施行したところNET成分を一部含有する症例を経験したので報告する。【症例】88歳女性。2021年5月前医で上部消化管内視鏡検査を受け、胃体下部小弯後壁に8mm程度の0-IIa病変を認め、早期胃癌が疑われ、精査加療目的に当院へ紹介となった。治療前の内視鏡検査では、分化型の早期胃癌が疑われ、内視鏡治療適応と判断、8月同病変に対しESDを施行した。病理組織学的所見は腫瘍の大部分は高分化管状腺癌(tub1)であったが、腫瘍の一部(約10%程度)で類円形の核を有する小型細胞が小胞巣状に増殖していた。同部位は、免疫組織化学的染色ではsynaptophysin, chromogranin Aともに陽性、Ki-67 labeling indexは1~2%で、核分裂像は乏しく、NET G1の所見と考えられた。また、腺癌成分の中にも神経内分泌マーカーがモザイク状に陽性を示していた。以上より、本症例はNET G1成分を伴う高分化管状腺癌と診断された。水平・垂直断面ともに陰性で、病巣内に潰瘍形成認めず、リンパ管・静脈侵襲もともに認めなかった。【考察】本症例の腫瘍の発生・分化に関しては、腺癌とNETの中間的な性質の腺管を認める組織像もみられていることから、2つの異なる組織型腫瘍が同時に発生したのではなく、腺癌が先行し、その後NETへ分化、移行したと考えられる。予後不良な癌である内分泌細胞癌は胃や十二指腸、大腸では主に腺癌を由来として発生すると考えられており、病理組織学的特徴としても高異型度の内分泌腫瘍細胞と管状腺癌成分が混在していることが多い。本症例はNET G1ではあるものの神経内分泌腫瘍細胞と管状腺癌成分が混在しており、比較的に稀な症例と考えられ、更なる症例集積が望まれる一例と考えられた。

胃癌、NET

5 吐血を契機に発見され開腹手術で切除した十二指腸 Brunner腺過誤腫の一例

前橋赤十字病院 外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 群馬大学大学院 総合外科学⁴⁾, 松本昂樹¹⁾, 吉田知典¹⁾, 岩崎竜也¹⁾, 矢内充洋¹⁾, 茂木陽子¹⁾, 下島礼子¹⁾, 黒崎 亮¹⁾, 清水 尚¹⁾, 荒川和久¹⁾, 宮崎達也¹⁾, 清水創一郎²⁾, 新井弘隆²⁾, 井出宗則³⁾, 佐伯浩司⁴⁾, 調 憲⁴⁾

【症例】42歳男性。【既往歴】虫垂炎手術。【家族歴】特記事項無し。【現病歴】黒色便、吐血にて近医より当院消化器内科紹介受診。Hb 10.8 g/dlと軽度貧血を認めた。緊急上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に粘膜下腫瘍状の腫瘍を認めた。表面からoozingがあったが自然止血された。貧血の進行があり、翌日再度上部消化管内視鏡検査施行。腫瘍基部付近の出血をAPC焼灼で止血。その二日後に3回目の内視鏡検査施行。止血は維持されており、生検し終了とした。その後食事開始したが再出血なく、一度退院となった。なお、入院中に計16単位のRCC輸血を要した。生検で採取した組織量が少なく病理で組織診断は困難であった。後日EUS-FNAを施行し組織を再採取した。十二指腸の腺上皮細胞に混じる紡錘形細胞を認め細胞異型は認めず、悪性所見は認めなかった。CTでは十二指腸下行脚に4cm程度の粘膜下腫瘍を認め、リンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。十二指腸造影検査では球部後壁から上十二指腸角にかけて有茎性、可動性のある粘膜下腫瘍様腫瘍を認めた。内視鏡下切除は困難であり、出血コントロールおよび病理診断目的に手術適応と考えられ、外科紹介となった。【手術所見】上腹部正中切開にて開腹。Kocher maneuverで十二指腸を授動。腫瘍の基部は球部後壁に触れた。十二指腸球部前壁を縦切開し、4cm程度の腫瘍を引き出して基部で刺通二重結紮し切除した。切開創は短軸方向にGambetta法で縫合閉鎖した。右側腹部からWinslow孔にドレーンを留置し手術終了した。【術後経過】4PODに流動食より食事開始し、11PODに退院した。【病理所見】粘膜筋板下に脂肪組織とともにリンパ組織、異型のないBrunner腺、導管の増生を認め、Brunner腺過誤腫の診断となった。【考察】十二指腸Brunner腺過誤腫は比較的古い疾患である。今回吐血を契機に発見された十二指腸球部の有茎性腫瘍を外科的に切除し、病理診断でBrunner腺過誤腫と診断された一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸, Brunner腺過誤腫

6 出血源同定に難渋した十二指腸憩室出血の1例

川崎市立多摩病院 消化器内科
竹之内恵菜, 末谷敬吾, 石田 潤, 近江亮介, 中村紗里香,
黄 世揚, 松永光太郎

【症例】66歳男性。既往歴は高血圧にて内服加療をされていた。抗血栓薬の内服はなかった。2021年10月に黒色便、黒色嘔吐、眼前暗黒感を自覚され、当院救急外来を受診された。数日前から気分不快は自覚されていた。来院時の身体所見は血圧100/68 mmHg, 脈拍100回/分, 体温36.6°C, SpO2 100%, 呼吸数18回/分、直腸診にて黒色便を認めた。血液検査にてHb 7.7g/dl, BUN 35.3mg/dl, Cr 0.94mg/dlと貧血、BUN上昇を認めた。腹部造影CTでは消化管に造影剤の血管外漏出像を認めず、その他にも明らかな異常所見は認めなかった。同日に緊急上部消化管内視鏡を施行するも明らかな活動性の出血を認めず、出血源の発見に至らなかった。入院第2病日にも黒色便の継続を認めたため、第2病日に再度、上部消化管内視鏡を行った。当初、出血部位の判定にならなかったが、十二指腸下行脚に憩室を認め、憩室内に著名な食物残渣を認めた。食物残渣を把持鉗子にて除去すると憩室内に潰瘍を伴わない露出血管を認め、水洗にて噴出性の出血を認めた。今回の出血源と判断しクリップにて止血術を行った。クリップにて止血は得られ、第3病日から食事を開始した。食事開始後も明らかな出血症状なく第6病日に退院となった。退院後の経過観察の外来では、貧血の進行なく、上部消化管内視鏡でも止血されていることを確認している。【考察】十二指腸憩室出血は頻度が比較的低く、出血源の同定が困難とされている。本症例も内視鏡観察時には止血が得られていたこと、憩室内に食物残渣が充満していたことが診断に難渋した原因であったと考える。今回、我々は出血源同定に難渋した十二指腸憩室出血の1例を経験したため若干の文献的考察を交えて報告する。

十二指腸憩室出血, 内視鏡的止血術

7 小腸閉塞を契機に発見された若年のびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の一例

伊勢崎市民病院 内科¹⁾, 同 外科²⁾
望月隆汰¹⁾, 堤 俊之¹⁾, 洪澤恭子¹⁾, 石原真悟¹⁾, 関口雅則¹⁾, 増尾貴成¹⁾, 関 貴臣²⁾, 富澤直樹²⁾, 保田尚邦²⁾

【背景】消化管悪性リンパ腫は、小児から高齢者まであらゆる年齢層で発生しうるがその好発年齢は50~60歳とされている。今回、若年女性に発症したびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の症例を経験したので報告する。【症例】18歳、女性。既往歴なし。X-1月頃より頻回の嘔吐が出現し、症状の改善がないため前医を受診。CTで上腸間膜動脈症候群による腸閉塞と診断し、経鼻空腸チューブを十二指腸水平脚を越える形で留置した。経腸栄養を開始したところ、栄養剤の逆流がみられた。小腸造影では空腸の狭窄が描出され、通過障害を指摘された。X月Y日、精査加療目的に当院転院となった。経口小腸内視鏡を施行し、トライツ韧带付着部より約15cm肛門側に周堤を有する潰瘍性病変を認めた。全周性の狭窄を伴っており管腔は視認できず、生検ではDLBCLの診断であった。CT上周囲のリンパ節腫脹なく、明らかな別病変も認めないため外科手術の方針となった。入院10日後に小腸部分切除術を施行され、偶発症なく退院した。病理所見では小腸壁のほぼ全層にわたり異型リンパ球を認め、DLBCLの診断であった。今後は化学療法のため大学病院へ紹介とした。【考察】小腸原発悪性腫瘍のうち15~20%がリンパ腫である。組織型はDLBCLが最も多くその45%を占める。一般的に消化管原発の悪性リンパ腫は腸管壁の伸縮が保たれるため狭窄は起こりにくく、腸重積で発見されることが多い。そのため本症例のように腸閉塞を伴った発症契機は比較的低頻である。今回は小腸造影検査で疑われ、小腸内視鏡により小腸悪性リンパ腫を診断し得た。消化管悪性リンパ腫は、その頻度は低いものの若年であっても生じ得る。小腸病変が疑われた際には鑑別疾患に挙げ、積極的に検査を行うことで早期発見につながるのではないかと考える。

小腸悪性リンパ腫, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

8 小腸間膜原発巨大脂肪肉腫の一例

利根中央病院 外科
白木柚希奈, 小林克巳, 鹿野颯太, 浦部貴史, 熊倉裕二, 郡 隆之,
関原正夫

【症例】74歳、男性。2021年9月に近医にて大腸内視鏡施行。直腸に3cm大のポリープ2個あり、EMR施行した。管状腺癌高分化 (tub1)と乳頭腺癌 (pap)で共にT1aであったが、転移検索目的にCT検査を行った所、偶発的に腹腔内に巨大脂肪腫瘍を認め、精査加療目的に当院紹介となった。既往歴・家族歴は特記すべきことなし。入院時現症は身長173cm, 体重81kg, 腹部所見は平坦・軟で、理学所見に特記すべきことなし。血液生化学検査は異常を認めなかった。腹部造影CT検査にて、前腹壁直下に径25cm程の腫瘍あり。境界比較的良好で辺縁平滑。腫瘍内部に一部小腸や腸間膜の血管走行を認めた。内部は大部分均一な脂肪組織だが、索状リング状を呈する軟部濃度構造を認めた。石灰化を伴う結節も散見された。大腸に明らかな腫瘍を同定できず。転移を伴うリンパ節腫大はなかった。腹部MRIにて、前腹壁直下の腹腔内に径25cm程の脂肪信号腫瘍あり。内部に結節状のT2WI低信号を散見し、CTで認めた石灰化と考える。以上より腸間膜脂肪肉腫を疑い、同年12月、開腹による腫瘍摘出小腸合併切除を施行した。上腹部正中切開で開腹。小腸間膜内に巨大な脂肪腫瘍を認めた。血管は正常発達しており、間膜は易出血性であった。Triez帯から距離30cmほどの小腸を約35cm巻き込んで、その間膜内に巨大な脂肪塊を形成していた。脂肪組織の剥離は困難と判断し、小腸合併切除した。腫瘍サイズ36×25×5cm, 重量2.3kg。病理組織学的所見は、黄色の巨大脂肪組織様の腫瘍で、線維化部分は小型の脂肪滴を細胞質に含み、軽度の核形不整と軽度の核腫大をみる細胞が集簇あるいは散在していた。異型脂肪腫様腫瘍/高分化型脂肪肉腫 (ATL/WDL)と診断した。石灰化部分は、壊死に陥った脂肪組織がみられた。切除空腸に組織学変なく、ATL/WDLの浸潤はみられなかった。術後経過良好で第10病日に退院した。【考察】脂肪肉腫は悪性軟部腫瘍の一つであり、大腿、後腹膜に好発するが、腸間膜原発の脂肪肉腫は比較的低頻である。今回、小腸間膜原発巨大脂肪肉腫を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

脂肪肉腫, 腸間膜

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科

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

症例は56歳男性。左上葉肺腺癌で左上葉部分切除施行し、約1年後に術後再発あり左上葉切除D2廓清を行った。術後化学療法を予定していたが貧血を認め、血液内科受診するも血液疾患は否定的で消化管精査目的で消化器内科受診となった。消化器内科受診時の血液検査結果で、Hb7.6g/dlと著明な鉄欠乏性貧血を認めた。腹部CTでは空腸に軽度壁肥厚が疑われたが狭窄を認めなかった。カプセル内視鏡検査では空腸に出血性変化と腫瘍性病変が疑われ、小腸病変は同部位1か所で認められた。ダブルバルーン内視鏡検査では空腸にSMT様の立ち上がりを示す全周性の腫瘍性病変を認めた。組織検査で肺癌小腸転移と診断された。小腸転移巣は単発であり外科的に小腸部分切除術を行った。現在術後化学療法施行しているが、肺と小腸の切除部位を含めて再発は認めず経過良好である。肺癌の消化管転移は比較的多くみられ注意を要する。肺癌の消化管転移は小腸が最も多いが胃転移性病変も散見され上部消化管と小腸精査は重要である。胃転移性病変は出血量が多く臨床的に診断が容易であるが小腸転移は潜在的な貧血を呈し、またCTでも腫瘍性病変の同定が困難な症例も多く診断に苦慮する症例も散見される。本症例は肺癌術後症例で貧血が持続して、貧血精査として小腸内視鏡で小腸転移と診断された。肺癌症例で貧血を呈する場合には小腸転移性病変も念頭において精査を行う必要性がある。当院で経験した肺癌からの小腸や胃の消化管転移性病変の臨床学的特徴に関しても考察し報告する。

肺癌, 転移性小腸腫瘍

放射線性腸炎による腸閉塞に対し外科的切除をおこなった1例

独立行政法人 国立病院機構 高崎総合医療センター 外科
川原康平, 平井圭太郎, 成澤英司, 星野万里江, 田中 寛,
宮前洋平, 田中成岳, 坂元一郎, 小川哲史

症例、79歳女性。X年2月に子宮頸部腺がん粘液性腺がん2bに対し外部照射51Gy+RALSによる根治的放射線治療歴がある。X+15年10月に嘔吐を主訴に当院受診。腸閉塞の診断にてイレウス管を挿入し入院となる。CTでは骨盤内右側で回腸の狭窄を認め狭窄部に増強効果を認めた。入院4日目のイレウス管造影では、終末回腸に狭窄を認めたが、4時間後の追腸検査では造影剤はほぼ結腸に流出し、イレウス管を抜去し食事を開始した。食事開始後2日目で腸閉塞が再燃し、放射線性腸炎および腸閉塞の診断で、回盲部切除および機能的端々吻合を行った。術中所見では回腸末端5cmの部位に閉塞の原因と考えられる強い線維化があった。その口側7cm程度は壁肥厚が強く、漿膜面に白色の色調変化を認めたため、術中ICG蛍光法を行ったところ、白色調の変化の部位は明らかに血流が不良であり、併せて切除した。残存小腸は12cm程度であった。術後の病理組織所見では、小腸粘膜に所々軽度のびらんを認め、粘膜固有層に炎症細胞が軽度浸潤していた。粘膜下層、漿膜下層には線維性増生と慢性炎症性細胞、泡沫状組織球の集積性増生を伴っていた。漿膜には線維化を認め、腸間膜内血管の壁肥厚や隔壁の線維化を認めた。術後経過は良好であり、術後7日で退院となった。放射線性腸炎に伴う腸閉塞に対して、ICG蛍光法で観察し回盲部を含めた小腸切除を行った。文献的考察を交えて報告する。

放射線性腸炎, 腸閉塞

顔面の膿瘍病変に対してデブリードマン・植皮を行った壊疽性膿皮症合併潰瘍性大腸炎の1例

筑波記念病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 形成外科³⁾

小形雄大¹⁾, 添田敦子¹⁾, 佐浦 勲¹⁾, 重田早紀子¹⁾, 阿部計雄¹⁾, 根本絵美¹⁾, 丹下善隆¹⁾, 新里悠輔¹⁾, 越智大介¹⁾, 大和万里子²⁾, 花野 舞³⁾, 池澤和人¹⁾

【背景】壊疽性膿皮症 (pyoderma gangrenosum: PG) は体幹や下肢に好発する非感染性潰瘍であり、半数で併存症が存在しており、高頻度で炎症性腸疾患と合併する。今回、顔面のPGを契機に診断された潰瘍性大腸炎(UC)の1例を経験した。【症例】10歳代男性。202X年4月に右頬部に小膿瘍を認め近医皮膚科を受診し、排膿と皮膚外用剤にて症状は改善した。しかし7ヶ月後に同部の膿瘍が再発し、病変範囲は拡大していた。202X年12月には右側頭部・左頬部にも同様の膿瘍が出現したため当院皮膚科を受診し、膿瘍を形成した尋常性ざ瘡と診断され排膿・抗菌薬が処方されたが改善を得ず、壊死は進行した。202X+1年1月、皮膚病変への感染合併を疑い当院形成外科へ入院となり、デブリードマンが施行された。入院時の血液検査でHb5.5mg/dlの貧血および便潜血陽性を認めたため消化器内科へ紹介され、腹部造影CT検査および下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎との診断に至った。なお診断後の詳細な病歴再聴取でも、皮膚病変の出現と同期する1日数回の血便を伴う水様便を確認したが、全経過において腹痛症状の訴えは皆無だった。皮膚病変は壊疽性膿皮症と考えられ、プレドニゾン投与(1mg/kg)、5ASAにて潰瘍性腸炎・皮膚症状は改善し、ステロイドを速やかに減量、顔面病変に対する植皮を行い69病日には退院となった。ステロイドは中止したが現在まで再燃を認めていない。【考察】本症例は通常の局所治療・抗菌薬に抵抗性であり、UCの合併が判明しPGと診断されたが、膿瘍が急速に拡大しデブリードマン・植皮が必要となった。PGの治療は重症例であればステロイドの全身投与が主に選択されるが、急速に拡大し巨大潰瘍となった場合、感染リスクや治療後の瘢痕拘縮も問題となるため、植皮など外科的再建も必要になる。本症例はステロイド投与中に植皮をおこなうことになったが、病勢が制御下にあり良好な結果を得ることができた。

潰瘍性大腸炎, 壊疽性膿皮症

irAE腸炎再燃との鑑別を要したサイトメガロウイルス腸炎の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器)¹⁾, 同 腫瘍センター²⁾

高木大歩¹⁾, 平田賢郎¹⁾, 岸本翔太郎¹⁾, 清水智子¹⁾, 千田彰彦¹⁾, 堀江沙良¹⁾, 斎藤優樹¹⁾, 戸ヶ崎和博¹⁾, 下嵩啓太郎¹⁾, 林 秀幸²⁾, 浜本康夫²⁾, 金井隆典¹⁾

73歳男性。嚥下時違和感、体重減少を契機に、食道癌 cT3N3M1(LN#16) cStage4B (UICC 第8版)と診断された。DCF(DTX+CDDP+5FU)療法はPD判定となり、ニボルマブ単剤療法(240mg/body 2週間毎)を開始された。5コース目の投与が行われた直後から、1日20行程度の水様性下痢が出現し、irAE大腸炎(Grade 3)と診断された。PSL 1mg/kg相当(60mg)を投与され、下痢は改善し退院となった。PSLは15mg/dayまで漸減され、ニボルマブ再開も検討されていた最中、39度の発熱を生じ、強い倦怠感を伴った。経口摂取不良となり急性腎障害を指摘され、入院となった。新規の下痢症状はCTCAE Grade 1相当に過ぎず、圧痛などの腹部所見にも乏しかったが、体幹部単純CTでは大腸炎以外の明らかな熱源は指摘されなかった。入院後は禁食としたところ、解熱、普通便となり、排便回数も減少した。CMVアンチゲネミアが(14, 27)と判明し、ガンシクロビル2.5mg/kg/dayの投与を開始した。下部消化管内視鏡検査では、前回irAE時と同様に、右側結腸で発赤浮腫などの炎症所見が強く、特に地図状潰瘍が目立った。一方でS状結腸や直腸の粘膜浮腫や発赤は改善していた。病態としてはirAE腸炎の再燃とCMV腸炎が主たる鑑別疾患であると考えて、合計5カ所の生検を提出した。一方、上部内視鏡検査では、十二指腸に巨大な円形の打ち抜き様潰瘍を指摘され、CMV感染単独で十分に説明可能であった。結果的には、下部内視鏡で提出した生検5検体、及び上部内視鏡で提出した2検体のすべてにおいて上皮及び間質内にウイルス封入体が検出され、CMV免疫染色も陽性となった。免疫抑制治療の強化は行うことなく、抗ウイルス療法のみで倦怠感及び食事摂取は徐々に改善し退院とした。irAE腸炎の鑑別診断にCMV腸炎を挙げることは必須であり、その診断においては特異的な免疫染色を含む病理組織学的な評価を行うことが肝要である。

irAE腸炎, サイトメガロウイルス腸炎

13 Crohn病の腸管皮膚瘻に発生した扁平上皮癌の1例

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

本邦のCrohn病に合併する癌は、直腸肛門管癌(痔瘻癌を含む)が多くを占める。今回我々は、腸管皮膚瘻から発生した扁平上皮癌という稀な症例を経験したので報告する。
【症例】48歳男性。X-25年にCrohn病と診断され、X-22年に回腸・回盲部・S状結腸切除術を施行された。術後から腸管皮膚瘻が出現し、インフリキシマブ投与により一時軽快した。X-15年3月、回腸横行結腸吻合部皮膚瘻を認め、回腸切除、回腸横行結腸吻合部切除、回腸瘻孔部閉鎖術を施行した。同年11月に皮膚瘻が再発したため、X-14年1月に回腸切除、回腸横行結腸吻合部切除術を施行したが、同年10月に再び皮膚瘻が出現した。X-13年2月、腹部正中創上の皮膚瘻が3箇所となり、ほか2箇所にも皮膚瘻を認めため、アザチオプリン内服を開始した。X-8年には正中創上の皮膚瘻は1箇所まで減少し、アザチオプリン内服と3ヶ月毎の外來受診を継続した。X-1年9月、瘻孔部の腫瘤に本人が気づき、その後3ヶ月で体重が8kg減少した。同年12月、腫瘤はカリフラワー状に径8cmまで増大し、生検で扁平上皮癌と診断された。癌は腸管まで連続しており、一括切除が困難であるため、腫瘍減量目的の術前化学放射線療法(CRT)のためX年1月に入院した。
【入院後経過】肛門扁平上皮癌のレジメンに準じて、第1病日から5-FU+CDDP療法を開始し、2コース施行した。第3病日から放射線療法を併用し、総量は直腸癌術前に準じて45Gy/25frとした。CRT終了後、腫瘍は著明に縮小した。放射線腸炎などにより皮膚瘻の排液が増加したため、中心静脈栄養管理とし、第59病日に退院した。今後、腫瘍切除術を施行予定である。
【結語】Crohn病合併癌の組織型として扁平上皮癌は稀であり、腸管皮膚瘻から発生したものは海外での報告を含めてもごく少数である。頻度は低いから、腸管皮膚瘻の長期経過例に癌化の可能性があることを念頭に置き、診療にあたる必要がある。

Crohn病, 腸管皮膚瘻孔部扁平上皮癌

15 絞扼性イレウスによる腸管内圧上昇が原因と考えられた小腸憩室穿孔の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 初期臨床研修医¹⁾,
同 消化器・肝臓内科²⁾, 同 検査科³⁾
井上隼輔¹⁾, 金子桂士²⁾, 河田 洲²⁾, 芳賀大生²⁾, 菊田大一郎²⁾,
中河原浩史²⁾, 藤川博敏²⁾, 根本則道³⁾, 桂 義久³⁾

【緒言】小腸軸捻転による絞扼性イレウスでclosed loop内に存在した小腸憩室が穿孔し、汎発性腹膜炎になったと考えられた症例を経験したので報告する。【症例】症例は40歳代、男性。腹痛、嘔吐のため救急搬送となった。来院時、下腹部に圧痛を認めたが、反跳痛や筋性防御は認めなかった。血液検査では炎症反応の軽度上昇を認めるのみで、腹部骨盤単純CTでは、腹水や遊離ガスはなく、小腸の拡張と鏡面形成を認めため、小腸イレウスの診断で入院となった。胃管を挿入し、絶食と補液で加療を開始したが、約12時間後に腹部全体に圧痛と反跳痛、筋性防御が認められるようになった。腹部骨盤造影CTを施行し、腹腔内の遊離ガス、小腸壁の造影不良、腹水を認めたことから、絞扼性イレウスによる消化管穿孔の診断で、緊急で開腹したところ捻転した小腸間膜にS状結腸腸間膜が癒着していた。小腸部分切除術を施行し、トライツ靱帯より約160cmの小腸closed loop内に穿孔した憩室を認めたことから、絞扼性イレウスによる小腸憩室穿孔の診断となった。術後、第3病日に播種性血管内凝固となったが、トロンボモジュリナルファの投与等を行い、症状は改善したため、第28病日に軽快退院となった。【考察】絞扼性イレウスの原因として、腹部手術や腹膜炎による癒着、ヘルニア嵌頓、腸重積、腸捻転などが挙げられる。本症例では、捻転した小腸間膜にS状結腸腸間膜が癒着していたことから、小腸憩室により癒着が生じ、小腸軸捻転をきたし絞扼性イレウスとなり、腸管内圧上昇により小腸憩室穿孔をきたしたと考えられた。全消化管に占める小腸憩室の割合は約2.7%と低く、ときに絞扼性イレウスを伴って致死経過を辿る。医学中央雑誌によると、「小腸憩室(空腸憩室/回腸憩室含む)」「軸捻転」をキーワードに検索した症例の報告は、直近20年間で会議録を除くと7例のみで、全例で手術を施行し軽快していた。今回、絞扼性イレウスにより小腸憩室穿孔をきたし、汎発性腹膜炎に至った貴重な症例を経験したので報告した。

絞扼性イレウス, 小腸憩室

14 小腸内視鏡で観察し得た回腸癌の1例

横須賀市立うまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
能中理紗子¹⁾, 高橋宏太¹⁾, 諸井厚樹¹⁾, 佐藤晋二²⁾, 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】67歳、女性。【主訴】腹痛、悪心、嘔吐。【既往歴】高血圧、脂質異常症にて治療中。飲酒・喫煙なし。【現病歴】20XX年7月中旬、特に誘因なく上腹部痛が出現。悪心、嘔吐を伴い改善傾向が認められないため当院の救急外来を受診。腸閉塞の診断で入院となった。【身体所見】臍周囲の圧痛および腸蠕動音の亢進を認めた。【検査成績】WBC 12400/μl、RBC 383x10⁴/μl、Hb 12.5g/dl、Hct 36.5%、Plt 40.2x10⁴/μl、AST 28U/L、ALT 18U/L、LDH 238U/L、ALP 214U/L、γ-GTP 23U/L、T-Bil 0.61mg/dl、CEA 1.5ng/ml、CA19-9 10.7U/L【臨床経過】腹部CTでは、回腸での閉塞機軸を示す腸管拡張と液体貯留を認めた。造影CTにて腸管に血流障害がないことを確認し、保存的治療を施行した。入院直後に排便が認められ、翌日のCTでは腸閉塞所見は改善した。しかし、遠位回腸狭窄部に造影効果を認める壁肥厚が認められたため、診断目的で小腸内視鏡を施行した。小腸内視鏡にてパウヒン弁より約30cmの遠位回腸に周囲粘膜を引き込むように発育する腫瘤性病変を確認した。生検組織では確定に至らなかったが、内視鏡所見より回腸癌の可能性が高いと診断、腹腔鏡下小腸部分切除の方針とした。切除腫瘍は全周性発育を示す2型回腸癌で、組織所見は中分化型腺癌であった(Stage2a)。【考察】原発性小腸癌は全消化管悪性腫瘍の0.1~0.3%を占めるに過ぎない稀な疾患である。本例は小腸内視鏡観察を施行し得た回腸癌の症例であり、示唆に富むと考え報告する。

回腸癌, 小腸内視鏡

16 オピオイドでは除痛困難であった局所進行直腸癌に対して硬膜外アクセス用皮下ポートシステムによる疼痛管理が有効であった1例

桐生厚生総合病院 外科¹⁾, 同 麻酔科²⁾
吉川晟羽¹⁾, 緒方杏一¹⁾, 森下亜希子¹⁾, 木村明春¹⁾, 和田 渉¹⁾,
奥山隆之¹⁾, 森永暢浩¹⁾, 高瀬友彰²⁾, 佐藤 淳²⁾, 加藤広行¹⁾

症例は56歳女性。仙骨および肛門挙筋浸潤を伴う局所進行直腸癌、多発リンパ節転移の診断で、人工肛門造設を施行し、化学療法を開始した。治療継続するも腫瘍の仙骨および肛門挙筋への浸潤が進行し疼痛増強を認めた。緩和ケアチームにコンサルトし、メサドン30 mg/dayおよびヒドロモルフォン48 mgの内服などにより疼痛コントロールを行っていたが、腎部の疼痛著明であり入院となった。オピオイドのみでは除痛困難な状態であったが、疼痛緩和の放射線治療は腫瘍部の穿孔により腸管形成や腹膜炎を来すリスクがあり施行できなかった。麻酔科医と相談し疼痛緩和のため硬膜外カテーテル留置を行う方針とした。L5/S1より硬膜外カテーテルを留置し、0.2%ロピバカインの持続投与を開始した。硬膜外カテーテル留置後より疼痛は速やかに改善しNumerical Rating Scale (NRS) 9→1まで改善がみられた。除痛効果は良好であったが、通常の硬膜外カテーテルは長期留置が困難であり、本人も自宅への退院希望があったため、硬膜外アクセス用皮下ポートシステムの留置を行う方針とした。手術室にて専用の硬膜外カテーテルへの入れ替えを行い、透視下に造影を行い至適位置に留置されていることを確認した。カテーテルは皮下を通して左側胸部に誘導し、皮下にポートを留置した。術後も同様の除痛効果が得られており、ポート造設後10日で自宅退院となった。局所進行直腸癌においてはオピオイドの増量や放射線治療を行っても十分な除痛効果が得られず、治療に難渋する場合がある。今回、局所進行直腸癌に対して硬膜外アクセス用皮下ポートシステムによる疼痛管理が有効であった1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

硬膜外アクセス用皮下ポートシステム, 局所進行直腸癌

17 S状結腸癌の周術期に発症したRemitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema (R3SPE) 症候群の1例

日高病院 外科
山崎健人, 龍城宏典, 茂木政彦

78才男性、腹痛と体重減少を主訴に当科外来を受診、精査により進行S状結腸と診断され、当科入院にて腹腔鏡下S状結腸切除 [D3] を施行した。最終診断はT4a(SE)N2bM0、術後経過は問題なく術後7日目に退院したが、入院中に右手関節、示指関節に疼痛、熱感を伴う腫脹を訴えた。Retrospectiveには手術の2ヶ月前から誘因なく症状が出現していた。NSAIDs内服で疼痛は軽減、術後経過は良好であったが、およそ2ヶ月目に関節痛症状が急激に悪化した。両側に肩関節まで拡大し、体動困難となったため、精査加療目的で入院となった。発熱はなく、両手浮腫(右>左)でfull grasp不能。右手MRIでは滑膜の増生は軽度で、骨びらんはない認めなかった。FDG-PET/CTでは両肩関節、手関節、示指関節と疼痛部に一致したFDGの集積を認め、その他の炎症や腫瘍の再発を示唆する所見はなかった。CRP 5.1mg/dL, RF陰性、抗CCP抗体1.5U/mL(基準値:4.5未満)、MMP-3 194.3ng/mL(基準値:36.9-121.0)。総合診療内科にてR3SPEの診断となりPSL 15mgより内服開始となり症状は数日で改善し退院した。その後およそ1年経過、総合診療内科外来にてPSLを漸減中である。経過中に症状の一時的な再燃が見られたが、3ヶ月毎のFDG-PET/CTでは関節への集積は消失を維持し、癌の再発も認めていない。RS3PE症候群は1985年にMcCartyらにより報告された、高齢者に好発し比較的急性に発症する小関節痛を主訴とする比較的稀な疾患であった。治療で寛解する(Remitting)、リウマトイド因子陰性(Seronegative)、左右対称(Symmetrical)、圧痕浮腫を伴う滑膜炎(Synovitis with Pitting Edema)を特徴とする。リウマチ性多発筋痛症(PMR)の類縁疾患と考えられており、傍腫瘍症候群としても発症する。胃癌、大腸癌に多く、前立腺癌、肺癌、悪性リンパ腫にも随伴することがある。本症例はFDG-PET/CTで関節炎を経時的に評価ができた貴重な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸癌、傍腫瘍症候群

19 重症アルコール性肝炎と重症急性膵炎が合併した症例に対して、ステロイドパルス療法が著効した一例

東京女子医科大学 八千代医療センター 消化器内科
畑山靖樹, 山崎裕太, 村上大輔, 大浦弘高, 嶋由紀子, 杉山晴俊, 白戸美穂, 西野隆義, 新井誠人

【症例】4X歳女性。
【現病歴】数年前からストレスなどによりアルコール摂取量が増加していたが、医療機関はほとんど受診しなかった。202Y年8月から黄疸がみられていた。202Y年10月倦怠感と上腹部痛で近医を受診し、著明な肝障害および膵酵素の上昇を認め、近医入院。PT31%と低値であり、翌日当院に転院となった。入院時、概ね意識清明だが受け答えは緩慢、7シリーズは79まで正解。羽ばたき振戦なし。AST3648 IU/L、ALT1382 IU/L、総ビリルビン5.2mg/dl、PT24%、血中際アミラーゼ374U/L、リパーゼ1436U/L。造影CT検査にて、膵の造影不良はみられなかったが、腎下極に遠の炎症波及を認め、Grade2と判断し、重症急性膵炎と診断した。見当識障害がみられたが、アルコール離脱予防のために投与されたロラゼパムによる影響の可能性があり、明らかな肝性脳症II度以上とはいえず、非昏睡型重症肝炎と診断した。
【入院後の経過】入院2日目でPT時間が測定不能となり、新鮮凍結血漿(FFP)の投与を開始した。入院時はJapan Alcoholic Hepatitis Score (JAS) 8点だったが、PT時間の増悪、白血球数の増多のため、入院後10点となり重症化した。肝細胞障害を抑制する目的でメチルプレドニゾロンのパルス療法(1g/day点滴静注を3日間)を行った。膵酵素は徐々に低下し、PT時間も入院5日目より改善を認め、成分栄養剤を開始した。入院20日目に退院となり、以後精神科専門病院との併診となった。
【考察】本症例では急速なPT時間の増悪により昏睡型急性肝不全に移行する可能性が高いと判断し、ステロイドパルス療法を行い著効した。2006年12月から2021年12月までに当院に入院したアルコールによる急性膵炎例は77例(重症急性膵炎例は48例、62.3%)。このうちPT40%未満は2例(2.6%)で、脳症を合併した症例はみられなかった。JASにてsevere(10点以上)は、5例(6%)であり、重症アルコール性肝炎の合併は稀であった。両疾患の合併時の治療については、今後検討を要する。

アルコール性肝炎、重症急性膵炎

18 10年間の経過を追えたβ-catenin活性化肝細胞腺腫の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾
井浦重有子¹⁾, 藤原 俊¹⁾, 村川美也子¹⁾, 小林正典¹⁾, 福田将義¹⁾, 東 正新¹⁾, 大塚和朗¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 木脇祐子²⁾, 竹本 暁²⁾, 岡本一¹⁾

【症例】46歳男性【現病歴】X-10年、他院の超音波検査(US)で肝S6に18mm大の高エコー腫瘍を指摘された。US上は血管腫疑い、MRI検査では限局性脂肪沈着、限局性結節性過形成(FNH)などが疑われたため経過観察していたが、X-5年に26mm、X年には35mmと増大傾向を認めたため当院を紹介受診した。なおステロイドを含め薬物歴はなかった。【経過】血液検査でAST 64 U/L、ALT 45 U/L、γ-GTP 746 U/Lの肝障害を認め、USでbright liver、連日エタノール80gの飲酒歴があることから背景肝はアルコール性肝障害と判断した。AFP、PIVKA-IIは基準範囲内であった。造影超音波検査では肝S6に境界明瞭な35mm大の高エコー腫瘍を認め、内部は結節様で不均一だった。動脈優位相で早期に濃い濃染を呈するが門脈優位相以降は等エコーとなり後血管相で欠損を認めなかった。単純CTでは低吸収、dynamic造影CTでは動脈相及び門脈相で弱い造影効果を示し平衡相で若干のwash outを認めた。EOB-MRIではT1およびT2強調画像で淡い高信号、chemical shift imagingを認めることから脂肪含有腫瘍と考えられた。また緩徐な造影効果も認め、肝細胞相では軽度の相対的高信号を呈した。以上の画像所見から高分化型肝細胞癌の他、肝細胞腺腫、FNHを鑑別に挙げ、肝生検を施行した。病理組織学的所見では肝細胞様の異型細胞が充実性または索状構造を形成し、増殖していた。免疫染色ではGlutamin synthetase(GS)がびまん性に陽性、β-cateninが核陽性であり、β-catenin活性化肝細胞腺腫(b-HCA)と診断した。悪性転化の可能性が示唆されるため、今後外科的切除を予定している。【考察】肝細胞腺腫は非硬変肝に発生する比較的稀な良性腫瘍であるが、悪性化や破裂のリスクが問題となる。本症例では腫瘍生検でびまん性GS陽性を示すb-HCAと診断したが、Exon3変異を伴うb-HCAの可能性があり、既報では悪性転化のリスクが高いとされているため、確定診断の意義は大きかった。10年間の経過を観察し得たβ-catenin活性化肝細胞腺腫を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞腺腫、β-catenin

20 膵・胆管合流異常に伴う胆嚢管嚢腫の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 放射線診療科³⁾
後藤希実¹⁾, 高尾幹也¹⁾, 谷 圭吾¹⁾, 沖永裕子¹⁾, 田畑宏樹²⁾,
千葉和朗²⁾, 鈴木瑞佳³⁾, 春山泰治¹⁾

【緒言】先天性胆道拡張症(Choledochal cysts: CDC)は通常膵・胆管合流異常(Pancreaticobiliary maljunction: PBM)を合併し、膵管走行異常を伴うことも少なくない。一方で胆嚢管が限局性に拡張する症例は稀である。今回、我々は胆嚢管嚢腫と考えられる1例を経験したので報告する。【症例】57歳、女性。7年前に他院でPBMと診断されたが加療せずだった。今回、右上腹部痛を自覚するようになり当科を受診した。MRCPでは膵管が総胆管と合流後16mm長の共通管を形成しており、胆嚢管は径12mmと紡錘状に拡張していた。総胆管は径9mmであり三管合流直下に狭窄を認めた。右肝管合流部も狭窄を疑う所見であった。膵管は不全型癒合不全の所見もあった。超音波内視鏡検査では胆道系に悪性を疑う所見を認めなかった。以上よりPBMに伴う胆嚢管嚢腫と診断し、胆嚢摘出+肝外胆管切除の方針とした。一方で外来精査中に右下腹部違和感があり、CTで右後腹膜腫瘍が21mmに増大していたため、先行して摘出生検をする方針となった。【結果】腹腔鏡下での観察で大網や骨盤腔腹膜に散在する小結節を認めた。回盲部を受動して腸間膜腫瘍を摘出し、大網結節と共に迅速病理診断に提出したところ、婦人科系を疑う腺腫の所見であった。術中超音波検査で胆道系に悪性を疑う所見を認めず、播種切除のみで手術を終了した。その後、子宮体部癌の診断となり加療中である。【考察】CDCは拡張形態によって戸合分類type IからVに分類され、胆嚢管のみが拡張する本症例のような胆嚢管嚢腫は極めて稀である。1991年にSerradelらは胆嚢管が拡張する例をtype VIとして報告した。既報の42例(本邦1例、英文41例)で記載のあった胆嚢管の形状は、嚢状が14例、紡錘状が20例であった。本症例は画像診断を念に検討し、PBMに伴う胆嚢管の紡錘状拡張、総胆管の非腫瘍性狭窄、不全型膵管癒合不全と診断した。【結語】胆嚢管嚢腫は極めて稀であり、治療方針の検討のため胆管・膵管の走行について慎重に診断する必要がある。

先天性胆道拡張症、膵・胆管合流異常

がん研究会有明病院 消化器センター 肝・胆・膵内科¹⁾,
同 感染症科²⁾, 同 腫瘍リウマチ膠原病科³⁾,
同 臨床病理センター 病理部⁴⁾
東方雅典¹⁾, 春日章良¹⁾, 武田孝一^{2,3)}, 高松 学⁴⁾, 森千奈津¹⁾,
山田悠人¹⁾, 古川貴光¹⁾, 三重克文¹⁾, 岡本武士¹⁾, 武田剛志¹⁾,
松山真人¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】72歳女性。【主訴】発熱、背部痛。【既往歴】特記事項なし。【生活歴】喫煙なし、飲酒なし。【家族歴】特記事項なし。【現病歴】多発肝転移を契機に診断された胆道原発神経内分泌癌に対して、20XX年2月より、イリノテカン・シプロラチン併用療法が導入された。6月に逆行性胆管炎を起し、胆管ステントが交換された。7月よりアムルビシン単剤療法（AMR day1-3, 3週毎）が開始された。AMR 4コース目までは発熱性好中球減少症の予防としてフィルグラスチム（FG）75 μgが適宜投与されていた。AMR 4コース後の治療効果はPRであった。AMR 5コース後の12月27日はペグフィルグラスチム（PFG）が投与された。翌年1月6日、38度台の発熱が出現し、その後、背部痛と倦怠感が持続したため、1月11日、当科緊急受診した。【臨床経過】炎症反応の上昇（WBC 10,600/μL, CRP 27.33 mg/dL）を認め、当初は急性胆管炎が疑われ、ENBD留置と抗菌薬投与が行われた。造影CTでは下行大動脈に全周性の限局性壁肥厚を認めた。ENBDクラップ・抜去後に発熱や肝障害は認めず、胆汁培養でも陰性だったため胆管炎は否定的で、その他各種検査で感染症や膠原病も否定的であったことから、G-CSF製剤関連大型血管炎の診断となった。入院後は血管炎に対してステロイド導入などなく、無治療で経過観察していたが、炎症反応や動脈壁の肥厚は改善を認めた。血管炎改善後はAMRが再開され、FG75 μg適宜投与しても血管炎の再燃なく経過している。【考察】G-CSF製剤は有害事象が少ないことから様々な癌腫に対して世界中で広く使用されている。G-CSF製剤のまれな有害事象として大型血管炎が挙げられる。G-CSF製剤により発生率が異なり、本症例で使用されたPFGによるものが最も多いとされている。本症例は胆管炎の既往のある胆管癌患者であり、治療中の発熱は急性胆管炎が最も疑われる疾患であったが、CT画像上、血管炎が指摘され、初期判断とその後の治療計画に苦慮した症例である。G-CSF製剤関連大型血管炎に関して文献的考察を加えて報告する。

胆道神経内分泌癌、ペグフィルグラスチム

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科
増田康隆, 早川智彬, 長田梨比人, 三原裕一郎, 市田晃彦,
河口義邦, 妻 成寛, 石沢武彰, 赤松延久, 金子順一, 有田淳一,
田村純人, 長谷川潔

症例は42歳女性。黄疸を主訴に近医受診し、T-bil 15.5mg/dl、AST211IU/L、ALT 145IU/Lと黄疸と逸脱酵素の上昇から肝炎が疑われ、グリチルリチン酸とプレドニゾロン内服3mgが投与されたが経時的に肝機能が増悪した。3か月後には多量腹水が出現し、腹膜濾過再静注法が行われたが改善を認めなかった。発症から約5か月の経過で肝性脳症III度の意識障害の発現に至った。当院への連絡を受け、MELD (Model for Endstage Liver Disease) score 43の遅発性肝不全 (Late-onset hepatic failure: LOHF) の診断で肝移植の適応とした。緊急転院後、持続的血液濾過を開始し、血漿交換を計3回施行した結果、意識状態の改善を確認した。入院後8日で兄をドナーとした生体肝移植（左肝グラフト394g）を施行した。術後は拒絶や血栓症など大きな合併症なく経過し、術後30日で退院となった。摘出肝の病理診断の結果は、原発性胆汁性胆管炎に矛盾しない所見であった。本例は遅発性肝不全に至ってから肝移植により救命できたが、難治性の経過をたどる肝障害症例においては、より早期の段階での専門医への紹介も重要と考えられた。文献的考察を交えて報告する。

遅発性肝不全、生体肝移植

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾,
同 外来化学療法部²⁾, 同 光学医療診療部³⁾,
同 肝胆膵外科⁴⁾
友田寛人¹⁾, 遠藤 剛¹⁾, 高原楠昊¹⁾, 時任佑里恵¹⁾, 大山博生¹⁾,
野口賢作¹⁾, 金井祥子¹⁾, 鈴木辰典¹⁾, 石垣和祥^{1,2)}, 白田龍之介^{1,3)},
齋藤 圭¹⁾, 齋藤友隆¹⁾, 濱田 毅¹⁾, 水野 卓¹⁾, 木暮宏史¹⁾,
中井陽介^{1,3)}, 桐谷 翔¹⁾, 有田淳一⁴⁾, 長谷川潔⁴⁾, 藤城光弘¹⁾

【諸言】腎細胞癌の術後異時性再発例の報告は複数見受けられ、血行性に肺や骨に転移をきたしやすいが、脾臓や胆嚢への転移は稀である。今回我々は、原発巣摘出後11年目に脾臓・胆嚢へ多発転移をきたした腎細胞癌の1例を経験したため、文献的な考察を含めて報告する。【現病歴】症例は77歳男性。X-11年に前医で右腎細胞癌に対して腹腔鏡下右腎切除術を施行。病理結果は淡明細胞癌（異型度：G2、静脈浸潤陽性）で、10年間の経過観察で再発は認めずX-1年に終結となった。3ヶ月後のドックAUSで脾腫瘍を指摘され、当科紹介。MRCP・EUSで脾多発腫瘍を認め、精査目的にX年に当科紹介となった。【経過】EUSでは2mm大の胆嚢ポリープの他、臍全体に血流豊富な低エコー腫瘍（最大13mm大）を複数認めた。いずれの病変も主脾管には接しておらず、鑑別として転移性脾腫瘍や多発神経内分泌腫瘍が考慮された。脾体部病変に対するEUS-FNAにより淡好酸性胞体を有する異形細胞を認め、免疫染色のパターン（RCC陽性・PAX8陽性・βカテニン細胞膜のみ陽性）から腎細胞癌脾転移再発と診断した。全身精査の結果、脾臓以外に明らかな転移は指摘されず、臍全摘術を施行。術後病理では大小10個の脾転移巣に加え、合併切除した胆嚢・所属リンパ節にも転移を認めた。転移巣切除例に対する薬物療法の必要性について一定の見解は得られておらず、本症例においては根治手術を達成したこと、術後薬物療法は施行しない方針とした。術後11病日に退院し、脾性糖尿病に対する治療を継続している。【結語】腎細胞癌の脾・胆嚢転移は極めて稀な病態であるが、原発巣切除後10年以上無再発で経過しても生じる可能性があることと報告されている。切除により比較的良好な治療成績が期待されることから、長期にわたる慎重な経過観察が望まれる。

転移性脾腫瘍、EUS-FNA

聖マリアンナ医科大学 消化器内科
堀江 毅, 五十嵐洋介, 中原一有, 路川陽介, 佐藤純也, 関根章裕,
増田有亮, 伊東文生

【症例】60代女性【既往歴】腎移植後レシビエント（免疫抑制剤内服中）、移植後リンパ増殖性疾患、重度大動脈弁狭窄症【経過】当院外科にて、虫垂粘液性腫瘍に対し回盲部切除を施行され、入院していた。術後入院経過中に右季肋部痛と黒色便を認め、血液検査にて炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部超音波検査および腹部単純CTにて、胆嚢腫大と壁肥厚を認め、内部には多量の凝血塊と思われ構造物を認め、出血性急性胆嚢炎と診断された。手術、経皮経肝胆嚢ドレナージも治療選択として考慮されたが、抗血栓薬2剤内服中であること、出血の原因が悪性腫瘍も否定できないことなどの理由から、内視鏡的経乳頭胆嚢ドレナージ（ETGBD）施行目的で当科コンサルトとなり、ERCPを施行した。胆管挿管を行うと、血性胆汁の流出を認めた。胆管造影にて総胆管内に5mm大の結石を認め、胆嚢管が造影されたため、ガイドワイヤーを胆嚢内へ誘導した。胆嚢内胆汁も血性であり、胆汁細胞診へ提出後、経鼻胆嚢ドレナージカテーテルを留置した。しかし、ERCP後も腹部所見や炎症反応、肝胆道系酵素は増悪傾向であり、ERCP3日後に腹部単純CTを施行すると、胆嚢のドレナージカテーテルは腹腔内に逸脱し、腹腔内に大量の凝血塊を認め、胆嚢穿孔と診断した。緊急胆嚢摘出術を施行し、術中所見にて胆嚢に約7cm大の巨大な穿孔部を認め、腹腔内には胆嚢より排出された大量の凝血塊を認めた。術後病理所見では、胆嚢粘膜面に広範な壊死所見を認めたが、全層性の壊死や悪性所見はみられなかった。術後48日で退院となり、後日、内視鏡的胆管結石除去予定である。【結語】出血性急性胆嚢炎に対する内視鏡的経乳頭ドレナージ術後に胆嚢穿孔をきたした1例を経験した。出血性急性胆嚢炎に対するETGBDのまとまった治療成績の報告はないが、凝血塊などの影響でステント閉塞をきたし易い可能性がある。特に胆嚢壁の血流障害が疑われる症例では、ステント閉塞による胆嚢内圧の上昇により穿孔をきたすリスクがあり、注意が必要と思われる。

出血性胆嚢炎、胆嚢穿孔

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
柳沼達哉¹⁾, 松井 徹¹⁾, 内藤恵理¹⁾, 匹田祐樹¹⁾, 古谷建悟¹⁾,
加藤知爾¹⁾, 小林克也¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 奥田純一²⁾, 岸田由起子³⁾,
光井 洋¹⁾

【症例】32歳女性【主訴】嘔吐【現病歴】X年6月より嘔吐あり、上部消化管内視鏡にて逆流性食道炎の診断となり、制酸薬内服にて経過観察されていた。同年9月再度嘔吐あり、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】身体診察では臍周囲の圧痛・腫瘍を認めた。血液検査では腫瘍マーカーを含めて異常所見を認めなかった。造影CTでは膵頭部に55mm大の境界明瞭な腫瘍性病変を認め、膵実質に比して弱い造影効果を示した。内部には嚢胞構造を認め、粗大な卵殻状石灰化を伴っていた。MRCPでは総胆管・膵管の偏位を認めたが、拡張や途絶は認めなかった。画像所見からは、膵神経内分泌腫瘍(NET)や充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)、腺房細胞癌などの特殊型膵癌が鑑別に挙げられた。若年女性であること、卵殻状石灰化を伴うことから、SPNが鑑別の第一として考えられた。EUS-FNA検体の免疫染色では、SPNの特微的なマーカー発現をいずれも認めなかったが、上皮性腫瘍のマーカーの発現を認め、腺房細胞癌など上皮性腫瘍の可能性が示唆された。この可能性を考慮し、悪性腫瘍の手術に準じ、リンパ節郭清を伴った幽門輪温存膵十二指腸切除術を施行した。手術検体では生検検体と同様の免疫染色パターンを示したが、腺房細胞癌に特異度の高いBCL-10、trypsin、chymotrypsinの各染色を追加したところ、いずれも高発現を認め、腺房細胞癌の診断に至った。【考察】膵腺房細胞癌はまれな悪性腫瘍であり、通常型膵管癌より若年男性に多く、予後は良好とされる。確定診断には免疫染色が有用であり、従前よりtrypsin、chymotrypsinが用いられてきたが、近年BCL-10が感度・特異度ともに優れたマーカーとして報告されている。本症例では若年女性であること、粗大な卵殻状石灰化を認めることなどから、SPNとの鑑別に難渋したが、BCL-10をはじめとする免疫染色が診断の決め手となった。また両者の鑑別は悪性度の違いから手術術式にも影響するが、生検検体での染色態度も術式決定の一助となった。

膵腺房細胞癌, BCL-10

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
荒巻夏海, 三輪治生, 松岡裕人, 遠藤和樹, 西村正基, 戸塚雄一郎,
金子 卓, 杉森一哉, 沼田和司, 前田 慎

【症例】62歳男性【主訴】腹痛、発熱【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒・喫煙なし【現病歴】2021年6月陰嚢水腫を契機に少量の腹水を指摘され、前医へ紹介となった。8月上旬より、腹部膨満と左季肋部痛が出現。高アミラーゼ血症と炎症反応上昇を認め、急性膵炎疑いで入院となった。造影CTでは膵の炎症所見は明らかでなく、大量の腹水貯留を認めた。腹水中アミラーゼ19528U/Lと高値を認め、膵性腹水と診断された。ERCPを施行したところ、膵管造影で膵液瘻を認めた。経鼻膵管ドレナージで炎症反応の改善を認めず、CTでは膵周囲の液体貯留の著明な増大を認めたため、8月下旬に当科紹介受診となった。【臨床経過】第2病日に超音波内視鏡下膵嚢胞ドレナージ術(EUS-CD)を施行した。EUSでは、嚢胞内容液は均一であり、膵尾部の膵実質から嚢胞へと連続する瘻孔が確認された。明らかな腫瘍性病変や膵管狭窄は認めなかった。嚢胞内を19G針で穿刺したのち、ガイドワイヤーを留置。バルーン拡張(8mm)を施行し、7Frプラスチックステントおよび経鼻ドレナージを留置した。処置後、同部位と連続する嚢胞の増大を認めたため、第8病日に再度EUS-CDを追加した。その後、炎症反応、腹部症状の改善を認め、第11病日経口摂取再開。経鼻ドレナージを抜去し、経過良好にて第20病日前医へ転院とした。退院後、症状の再燃を認めず、CDで嚢胞の消失を認めた。2022年2月ERCPを施行したところ、瘻孔は消失しており、膵管に明らかな異常を認めなかった。EUS-CDで留置したステントを抜去し、現在経過観察としている。【考察】膵液瘻は、膵切除後や重症急性膵炎後に合併した報告が多いが、自験例では明らかな原因を認めなかった。EUS-CDが著効した特発性膵液瘻の一例を経験したため、考察を加えて報告する。

超音波内視鏡, 膵液瘻

帝京大学 医学部 内科¹⁾, 同 病院病理部²⁾
曾根雅之¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 齋藤光次²⁾, 梶田航平¹⁾, 徳富 遥¹⁾,
竹内研人¹⁾, 清水友貴¹⁾, 青木直見¹⁾, 小田 実¹⁾, 原田文人¹⁾,
柳澤大輔¹⁾, 丸山喬平¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 三浦 亮¹⁾,
有住俊彦¹⁾, 小田島慎也¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾

症例は70歳代、女性。胸部つかえ感を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査を勧められたが、患者が希望せず検査は行われなかった。5か月後、嘔声が出現し改めて近医を受診。上部消化管内視鏡検査の結果、食道癌が疑われ当院に紹介された。当科で施行した上部消化管内視鏡検査では食道中部から下部にかけて重全周性の3型病変を認め、同部から2か所生検を行った。初回の病理報告では扁平上皮癌と診断されたが、免疫染色を追加したところ腫瘍細胞としてp40陽性の扁平上皮癌成分とBer-EP4陽性の低分化腺癌成分とがみられたため、最終診断は腺扁平上皮癌となった。多発縦隔リンパ節腫大を伴っており、病期はcT2N4M0 cStageIVaと診断した。耳鼻咽喉科の診察で左反回神経の完全麻痺が認められ、転移リンパ節が反回神経を巻き込み嘔声が出現したと判断した。化学放射線療法を予定していたが、患者が治療に対し強い不安を感じており、症状出現から6か月、診断から2か月経過した現在、未だ治療が行われていない。症状は増悪なく経過しており、狭窄は起きていないものの、今後速やかな治療開始が望まれる。食道癌における腺扁平上皮癌は稀であり、生検による診断が困難なことも多いため、若干の文献的考察を加えて報告する。

腺扁平上皮癌, 食道

独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター 消化器科¹⁾,
同 病理診断科²⁾, 群馬県済生会前橋病院 腎臓内科³⁾
田村優樹^{1,3)}, 増田智之¹⁾, 成清弘明¹⁾, 都丸翔太¹⁾, 佐野希望¹⁾,
柴崎絵理奈¹⁾, 鈴木悠平¹⁾, 上原早苗¹⁾, 星野 崇¹⁾, 安岡秀敏¹⁾,
長沼 篤¹⁾, 柿崎 暁¹⁾, 田中優子²⁾

【諸言】梅毒はT. Pallidumを感染源とし性的接触を感染経路とする感染症である。T. Pallidumがリンパ流や血流に乗って全身に播種される2期梅毒を中心に消化管病変を生じ、胃梅毒は全身性梅毒患者の0.1-0.2%にみられるとされている。【症例】40代女性。【病歴】空腹時の心窩部痛、食不振を主訴に前医を受診し、内服治療によって改善しないため当院紹介となった。造影CTで前庭部の軽度壁肥厚を伴う狭小化、筋層の3層構造の消失、造影効果の低下、複数のリンパ節の腫脹を認めた。上部消化管内視鏡検査にて角部小彎から幽門部まで3/4周性に、発赤調・易出血性の、癒合傾向を示す不整形の浅潰瘍を認めた。背景の胃粘膜やその他部位には炎症、その他病変を認めなかった。4型胃癌を疑い生検を施行した。病理所見からは、悪性初見は認めず、粘膜下組織にまで形質細胞やリンパ球浸潤が及び、壊死と強い炎症所見を認めた。腫瘍マーカーは陰性であった。両手掌にバラ疹を認めたことから胃感染症を鑑別にあげて精査を進めたところ、梅毒血清反応が陽性となった。病理検体からも抗Treponema pallidum抗体陽性となり、胃梅毒の診断となった。【治療経過】Ampicillin4週間投与を行い、投与終了後に測定したRPR定量検査にて、1/2以下の減少、梅毒トレポネマ抗体の減少も認め、血清学的には治療を支持する所見であった。また、腹部や食不振等臨床症状も改善していた。治療開始約6週間後の上部消化管内視鏡検査では、角部小彎から幽門部までの不整形の浅潰瘍は瘢痕も残らず治癒していた。【結語】梅毒は近年増加傾向であり、その内視鏡所見は悪性との鑑別が困難との報告もされているが、身体所見や梅毒血清反応を組み合わせれば診断は難しくない。今回、血清学的診断に加えて病理学的に胃梅毒の診断に至った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。

胃梅毒, 4型胃癌

後胃動脈からの消化管出血に対しコイル塞栓後に胃内腔へコイルの露出を認めた1例

北里大学 医学部 消化器内科学

齋藤公哉, 和田尚久, 岩崎秀一郎, 鳥嶋晴紀, 窪田幸介, 日高 央, 中澤貴秀, 渋谷明隆, 草野 央

【症例】30歳女性。20XX年3月にめまいを自覚し前医を受診、消化管出血が疑われ造影CTで胃内部へ動脈性の出血を認めた。上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃穹窿部からの出血を認めたが、自然止血を得られた。止血処置施行のため当院へ搬送となった。Hb 6.6 g/dLと貧血を認め、当院での造影CTでは後胃動脈が発達しており胃粘膜下の後胃動脈が出血源と考えられた。脾動脈は同定されず、過去に閉塞し側副血行路として後胃動脈が発達したと考えられた。搬送後、止血目的に入院した。身長 163 cm、体重 90.8 kg、WBC 8400/μL、Plt 282000/μL、PT 83%、【既往歴】成人ステイラ病(20XX-9年に診断、内服なし)。(経過)入院後に止血のため血管内治療を施行し、後胃動脈の胃壁内走行部でコイルリングおよび25%NBCAでの塞栓を行った。第3病日の造影CTで左右肺動脈末梢に血栓を認め、また右下腿に血栓を認めた。第7病日に行ったEGDで胃穹窿部に止血後の潰瘍を確認、同部にコイルおよびNBCAの露出を認めたが出血は認めなかった。第8病日よりヘパリン投与を開始し、第11病日よりエドキサパン内服、第14病日に退院した。入院時の血液検査で抗カルジオリピン抗体陽性であり、抗リン脂質抗体症候群の診断で9月からワーファリン内服へ変更した。20XX年8月のEGDで胃潰瘍瘢痕より胃内腔へ直線的なコイルの逸脱を認めた。胃内腔へのコイルの逸脱は徐々に延長しているが、20XX+3年において有害事象なく経過している。【考察】胃内腔への部分的なコイル逸脱への対応として、造影CTで胃壁内の後胃動脈は塞栓が得られていること、コイルの切断等の処置により物理的刺激から再出血を起こす危険性があること、コイルは軟らかく粘膜障害を来すものではないことから経過観察が最善と判断した。潰瘍瘢痕部より胃内腔へ逸脱したコイルは延長してきているがCTでコイル塞栓は保たれており、3年の期間を有害事象なく経過している。塞栓術後の消化管内腔へのコイル逸脱について文献的考察を含め報告する。

コイル逸脱, 後胃動脈

耐術能がないStage I期の胃癌患者へ化学療法を行い病勢コントロール、耐術能の改善が得られ根治手術を行えた一例

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科¹⁾,

同 付属病院 消化器肝臓内科²⁾

栗山優子¹⁾, 飽本哲兵¹⁾, 下鎌秀徳¹⁾, 東 哲之¹⁾, 木下 舞¹⁾, 濱窪亮平¹⁾, 桐田久美子¹⁾, 吉田祐士¹⁾, 大久保知美¹⁾, 大城 雄²⁾, 栗山惟信¹⁾, 河越哲郎²⁾, 藤森俊二¹⁾, 岩切勝彦²⁾

【症例】60歳台、男性。嗜好歴：大酒家、煙草20本/日・33年。【経過】20XX年1月、意識障害で救急搬送され、アルコール性肝硬変(Child-Pugh C(13点))、肝性脳症の診断で入院となった。退院後、禁酒・禁煙と内服加療で外来通院となり、20XX+2年12月の上部消化管内視鏡検査とCT検査で早期胃癌(L, Ant, 0-1, 20mm, tub1, cT1bN0M0, cStage I)が判明した。肝硬変、食道静脈瘤、COPD(在宅酸素療法)、慢性膵胸の併存症から手術適応外と判断され、経過観察となった。20XX+4年2月にcT2N0M0と病勢の進行を認めたためS-1単剤療法を開始したが病変の増大を認めた。20XX+4年11月からS-1+オキサリプラチン療法、次いでラムシルマブ+パクリタキセル療法を行ったがいずれも発熱性好中球減少症を生じ、化学療法に不耐であった。20XX+5年6月cT3N0M0に進行し、ニボルマブ投与を開始した。手指の紅斑が出現したがステロイド外用で改善したため6ヶ月間ニボルマブを継続投与した。CEAは61.0ng/mLから8.7ng/mLへ低下し、内視鏡検査・CT検査で腫瘍は縮小を認めた。アルコール性肝硬変は改善しており(Child-Pugh A(5点))、COPDはあるものの、手術可能と判断され20XX+5年12月に手術を行った。術中所見で腹膜播種を疑う結節を認めたが、術中迅速診断で悪性所見は確認されず、幽門側胃切除術を行った。最終病理診断はL, Ant-Less, yType3, 55×37mm, por1>tub2, ypT2, INFa, Ly1a, V0, pPM0, pDM0, Gradelb, ypN0であった。腹膜播種の存在を否定できない術中所見を考慮して術後8ヶ月間のニボルマブ投与を行ったが、皮膚障害増悪のため20XX+6年10月に投与を中止した。以降は無治療経過観察としているが、術後1年3か月再発なく経過している。【考察】複数の併存症のため耐術能のない胃癌患者に対して化学療法やニボルマブで病勢コントロールが得られ、経過の中で耐術能を得て手術を行うことができた一例を経験した。

胃癌, 化学療法

HER2陽性の肝転移再発進行胃癌に対して六次治療のTrastuzumab Deruxtecan療法が奏功した1例

横浜市立市民病院 消化器外科

本間 実, 高橋正純, 田中宗伸, 松津屋拓人, 皆川結明, 小倉巧也, 青木理子, 田中優作, 藪野太一, 望月康久

【はじめに】HER2陽性切除不能進行・再発胃癌に対する治療としてTrastuzumab deruxtecan (T-DXd)は胃癌治療ガイドライン第6版において、三次治療以降の化学療法の一つとして推奨された。今回、制吐剤3剤併用でのT-DXd療法が六次治療として比較的副作用無く有用であった1例を経験したので報告する。【症例】81歳男性。幽門前庭部3型進行胃癌に対して幽門側胃切除術、D1+No. 8a, 9, 11p, 12aリンパ節郭清を施行され、病理学的組織診断はpT4aN3apM0 pStageIIIB(胃癌取扱い規約15版) HER2 score3+であった。術後補助化学療法としてS-1を開始された。術後2ヶ月にCT検査で腹膜播種が疑われ、S-1+Trastuzumab療法が開始された。術後7ヶ月で多発肝転移・リンパ節転移を認め、二次治療としてXELOX、三次治療として nab-PTX + Ramucirumab (RAM)、四次治療としてNivolumab、五次治療としてIrinotecan+RAMが施行された。16コース施行後に新規の肝転移病変が出現し、Progressive Diseaseとなり、六次治療として制吐剤3剤併用でのT-DXd療法が開始された。1コース施行後の評価では肝転移43mm→18mm、リンパ節転移19mm→7mmと縮小し、RECISTガイドライン上Partial Responseと奏功した。副作用としてGrade 1の嘔気、肝機能障害、味覚障害倦怠感、便秘を認め、嘔気については Aprepitant + Palonosetron + Dexamethasone + Domperidoneでコントロール良好である。以降も治療継続し、術後2年10ヶ月現在、生存中である。【まとめ】肝転移およびリンパ節転移をきたしたHER2陽性再発胃癌に対して六次治療として制吐剤3剤併用でのT-DXd療法が奏功した1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

胃癌, エンハーツ

術後に胃神経内分泌瘤と判明した、リンパ節転移を伴う早期胃癌の1例

国立病院機構渋川医療センター 消化器外科¹⁾,

同 病理診断科²⁾, 前橋赤十字病院 外科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾

真木茂雄¹⁾, 吉成大介¹⁾, 高橋研吾¹⁾, 小林光伸¹⁾, 棚橋美文¹⁾, 蒔田富士雄¹⁾, 鈴木 司²⁾, 荒川和久³⁾, 井出宗則⁴⁾

症例は78歳、女性。人間ドックの上部消化管内視鏡検査で胃体中部小弯前壁に2型腫瘍を認めた。生検ではAdenocarcinoma (por and tub1)の診断であった。術前のCTでは遠隔転移は認めなかったが、小弯リンパ節に転移が疑われた。胃癌cT2N1M0, cStageII Aの診断で、腹腔鏡下幽門側胃切除術/D2・Roux-en-Y再建術を施行した。病理結果はtub2 > por > tub1, pT1b2, N2 (No. 1に転移1個, No. 3に転移2個), M0, pStageII Aであった。術後補助化学療法としてS-1を開始したが、2クール施行後(術後4ヶ月目)に肝右葉に単発性の転移再発を認めた。化学療法をXELOXに変更したが、2クール施行後のCTで肝転移の増大を認めたため、診断と治療目的に肝部分切除術を施行した。肝切除標本に対して、免疫染色を含む病理学的検査を施行したところ、ChromograninA, synaptophysinが陽性で、neuroendocrinecarcinoma (NEC)が示唆された。胃切除標本に対して、免疫染色を含む病理学的検索を施行したところ、胃の原発巣では腺癌の成分の中に、CD56, synaptophysin, chromograninの限局的陽性像を認めるのみであったが、リンパ節転移巣では全体に3者の明瞭な陽性像を認め、NEC成分のリンパ節転移と考えられた。胃の陽性によるリンパ節転移・肝転移であったと診断した。術後補助化学療法としてCDDP+CPT-11を開始したが、5クール施行後に多発肝転移を認め、アムルピシンに変更した。術後1年の上、生存中である。正確度比に対してリンパ節転移が高度な症例、早期再発症例、再発病巣に対して化学療法が無効な症例では、NECを念頭に置いた免疫染色を含む病理学的検索も必要と考えられる。

胃癌, NEC

社会福祉法人恩賜財団済生会 支部千葉県済生会 千葉県済生会習志野病院 消化器内科
村田菜穂子, 横山雄也, 黒澤 浄, 平井 太, 阿部 啓和

【症例】20代男性【現病歴】繰り返す血便を主訴に来院した若年男性である。大腸憩室出血を疑い、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、小腸からの出血を認めた。小腸ダブルバルーン内視鏡を追加し、回盲部から8cm口側に、盲端を持つ分岐した腸管を認めた。造影CTでは同部位の腸間膜側に本管と交通性のある約6cmの嚢状病変を認め、小腸重複腸管の疑いとなった。外科的切除を施行し、異所性胃粘膜を伴う重複腸管として矛盾しない所見であった。【考察】重複腸管は消化管全域に渡って生じうる先天的疾患であり、成人発症は稀である。腹痛や嘔気といった主訴での受診が多く、腸閉塞となったのち術後に診断がつくことも少なくない。本症例のように血便を主訴とした成人小腸重複腸管は少なく、加えて術前に内視鏡写真で捉えられた報告も少ない。稀だが成人の急性腹痛・消化管出血では鑑別に挙げるべきであり、文献的考察を加えて報告する。

重複腸管, 血便

横浜労災病院 消化器内科

林 咲道, 関野雄典, 小田貴之, 佐伯優美, 城野 紡, 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, 金沢憲由, 永瀬 肇

【症例】49歳女性。X年3月に近医でスクリーニングCSを施行し特記所見を認めなかった。X年4月17日にCPAで当院に救急搬送され、急性心筋梗塞の診断で当院循環器内科に入院となった。4月30日に血便を認めたためCSを施行、下行結腸から直腸に易出血性浮腫状粘膜を認め、虚血性腸炎と診断した。5月11日にCSを再検したところ、粘膜障害は緩徐に治癒傾向であったがAV40cmに浮腫性の狭窄を認めスコープは通過不能であった。緩下剤併用の上で経腸栄養を開始、その後は適宜食上げをしていき、腹部症状等なく7月6日に退院となった。10月5日、一日5行の水様下痢を主訴に当科再診となった。CSを再検したところ、粘膜障害や浮腫状変化は改善していたもののSDJ近傍に全周性の狭窄を認めスコープは前回同様通過不能であった。虚血性腸炎後の良性大腸狭窄と診断し、便通異常の症状を伴うことから治療介入が必要と考えた。注腸では狭窄長は6mmと短く、局在はSDJ屈曲部位のやや肛門側であった。外科手術、内視鏡的バルーン拡張術 (EBD) についてICを行い初回治療としてEBDを希望された。2セッションのEBDの結果、下痢症状は緩徐に改善した。【考察】心肺停止後の虚血性腸炎による大腸狭窄に対して内視鏡治療を行った症例を経験した。心肺停止後に蘇生できた症例の後期合併症に一過性虚血による腸管狭窄があることを認識する必要がある。虚血性大腸炎の臨床経過に関する文献的考察を交えて報告する。

虚血性腸炎, 内視鏡的バルーン拡張術

昭和大学横浜市北部病院 消化器センター

川端悠里衣, 工藤進英, 佐藤雄太, 松平真悟, 中村大樹, 前田康晴, 田中健太, 小倉庸平, 高階祐輝, 持田賢太郎, 秋本佳香, 河島二郎, 仙波重則, 井手雄太郎, 岩崎俊斗, 澁谷智也, 宮地英行, 馬場俊之

蛋白漏出性胃腸症の診断法の一つであるα1-アンチトリプシン(α1-AT)クリアランス試験は侵襲の少ない有用な検査法で鑑別の際に広く用いられている。しかし、今回我々はα1-ATクリアランスが正常だったために診断に苦慮した蛋白漏出性胃腸症の一例を経験したため報告する。症例は80歳代女性。シェーグレン症候群に伴う二次性間質性肺炎の既往があり、近医でステロイドと免疫抑制剤による加療をおこなっていたが自己中断していた。X年3月より全身性浮腫、下痢、全身倦怠感を自覚し始めた。自宅で経過をみていたが症状の改善なく、5月に体動困難となったため救急要請し近医入院となった。利尿薬などで加療をおこなったが状態の改善は乏しく、X年9月精査加療目的に当院紹介受診となった。当院受診時、血液検査ではAlb1.1g/dLと低アルブミン血症を、CT検査では両側胸水及び腹水の貯留を認めた。諸精査でα1-ATクリアランスは3回ともに13mL/日以下と正常範囲内であったが、経過から蛋白漏出性胃腸症の可能性が否定できなかったため、追加で99mTC-HSA-DによるRIシンチグラフィ検査を施行したところ消化管に核種の漏出を認めた。以上より蛋白漏出性胃腸症と診断し、メチルプレドニゾロンによるステロイドパルス療法とプレドニゾロンによる後療法をおこなった。治療開始後、浮腫及び低アルブミン血症は改善を認め退院可能となった。α1-ATクリアランス試験は蛋白漏出性胃腸症の診断においてゴールドスタンダードであるが、本症例のように正常なこともあり注意を要する。α1-ATクリアランス試験が正常範囲でもRIシンチグラフィ検査で異常が指摘された症例は稀であり、貴重な症例を経験したため報告する。

蛋白漏出性胃腸症, α1-アンチトリプシンクリアランス試験

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 消化器外科²⁾, 同 病理部³⁾

佐藤杏美¹⁾, 松本吏弘¹⁾, 小島 稔¹⁾, 佐々木吾也¹⁾, 松本圭太¹⁾, 森野美奈¹⁾, 小糸雄大¹⁾, 三浦孝也¹⁾, 石井剛弘¹⁾, 大竹はるか¹⁾, 吉川修平¹⁾, 上原剛志¹⁾, 浅野岳晴¹⁾, 関根匡成¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 眞嶋浩聡¹⁾, 前本 遼²⁾, 柿澤奈緒²⁾, 蛭田昌弘³⁾

潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis:以下UC)は病変が大腸に局限することが特徴とされることが、backwash ileitis(以下BWI)として知られる回腸炎を伴うことがある。症例は49歳男性。初発UCで前医入院、高用量ステロイド点滴を導入されたが改善乏しいため当院に転院となった。タクロリムスによる寛解導入治療を開始されたが、転院2日後に大腸穿孔を来した緊急手術となった。S状結腸に8mmの小孔を認め、回盲弁から80cm部位の回腸にも局限壊死を認めたことから大腸亜全摘、回腸部分切除術を施行された。また術中に回腸内腔に潰瘍が確認された。術後経過は良好であったが、術後20病日にストマ皮膚接合部より腸液の流出を認め、腹痛も伴うようになったため、術後25病日に内視鏡検査を施行。ストマからおよそ70cmに渡り全周性、連続性に潰瘍を認め、BWIと診断。当初ストマ再造設を検討されていたが、回腸の病変範囲が広範であることから内科的治療を試みることとなり、術後2か月時にインフリキシマブを導入した。インフリキシマブ導入から4か月後の内視鏡検査で粘膜治癒が確認された。その後患者が永久的ストマを希望され、残存直腸切除および回腸人工肛門造設術が施行された。現在も小腸病変の再燃予防としてインフリキシマブを継続しているが、今後は離脱を目指す方針としている。炎症活動期、特に重症のUCにおいては内視鏡で回腸末端まで観察されることが少ないこともあり、外科手術の際にBWIが発見されることが多いとされる。今回、我々は回腸亜全摘後の内視鏡検査において回腸広範に病変を認め、インフリキシマブの奏功が得られたBWIの一例を経験した。BWIの疫学や治療について、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, back wash ileitis

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学
関根晋介, 糸井祐貴, 大島啓一, 錦木琢也, 齋藤豊和, 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】20歳台女性【主訴】下痢、右足の痛み【現病歴】20XX年10月、腹痛と下痢に対して大腸炎の診断で前医に入院し、症状が改善したため退院した。20XY年2月に同様の症状に対して抗菌薬を投与されたが改善が無く、右足関節外果の疼痛も強いため抗菌薬投与外来を受診した。精査加療目的で入院し、大腸内視鏡検査で横行結腸に活動性炎症を認め、クローン病が疑われた。右足関節外果は潰瘍化し、切開排膿による培養は陰性で連日の洗浄処置を行った。精査加療の目的で、3月に当院へ転院となった。【既往歴】小児喘息、先天性胆道拡張症、輪状痔、アトピー性皮膚炎【内服薬】なし【家族歴】特記事項なし【経過】絶食を継続しており血清Alb値2.1 g/dlと低値のため、高カロリー輸液を開始した。大腸内視鏡検査を再検すると、盲腸から横行結腸に連続する活動性炎症所見を認め、横行結腸では地図状の潰瘍と発赤・浮腫・細顆粒状の粘膜が目立った。下行結腸には一部でポリープ状の浮腫隆起を、S状結腸には潰瘍を限局性に認めた。病理組織検査や培養検査で感染性疾患は否定された。上部消化管内視鏡検査および小腸カプセル内視鏡検査では炎症所見は無かった。血液検査でPR3-ANCA 18.9 U/mlと陽性であり、血管炎について腎臓・リウマチ内科にコンサルトしたが否定的だった。右足関節外果の潰瘍性病変については、皮膚科にて壊疽性膿皮症の診断となった。鑑別疾患の除外と内視鏡所見から、右側大腸優位の炎症を呈した区域性潰瘍性大腸炎と診断した。禁食継続で排便回数は1日6行から1行まで改善した。寛解導入療法でプレドニゾン40 mg/日を開始し、食事再開後も症状の悪化が無いことを確認して退院した。【考察】PR3-ANCAは潰瘍性大腸炎の約30%で上昇を示し、新規発症例では全大腸炎発症に有意に多いとする報告がある。そのため、重症度予測に関与する可能性がある。しかし、右側大腸炎や区域性大腸炎との関連性を検討した文献は確認できなかった。本症例は今後の経過で全大腸炎へと進展する可能性もあり、サーベイランスや再燃時の内視鏡像を注意深く観察する必要がある。

潰瘍性大腸炎, PR3-ANCA

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器) 講座¹⁾、
足利赤十字病院 消化器内科²⁾、
獨協医科大学病院 病理診断科³⁾、
石川 学¹⁾、郷田憲一¹⁾、山口真太郎¹⁾、近藤真之¹⁾、阿部圭一朗¹⁾、
金森 瑛¹⁾、永島一憲¹⁾、水口貴仁¹⁾、山宮 知¹⁾、有阪高洋¹⁾、
星 恒輝¹⁾、阿部洋子¹⁾、眞島雄一¹⁾、富永圭一¹⁾、飯島 誠¹⁾、
福土 耕²⁾、鈴木統裕²⁾、石田和之³⁾

症例は50代男性。嚥下時違和感を主訴に前医を受診し、EGDを受けた際に、食道内に隆起性病変を指摘されたため当科紹介された。当科で行ったEGDでは粗大な隆起性病変はなかったが、胸部中部食道前壁に3mm大のわずかに隆起した超微小病変を認めた。わずかに発赤調を呈しており、NBI(narrow band imaging)観察ではBrownish areaとして描出され、表面に薄く上皮が被覆していた。その上皮下には、口径不同・形状不均一を伴う太く拡張した血管が不規則に屈曲・蛇行する像(ごく一部にB2様)とともに、AVA-smallもみられた。コード染色では辺縁に濃染帯を伴う不整形の不染色域を示し、pink color signを伴っていた。メチレンブルー染色を用いたエンドサイト観察では、周囲と明瞭な境界を示す病変内に著しい大小不同を伴う腫大核が高度に密在する像を認めた。新規Endocyt(EC)分類のEC3に相当する像であり扁平上皮癌と診断した。病変部の高周波EUS(20MHz)では、9層に描出され食道壁の2-4層に内部エコー均一な低エコー域を認めた。以上より、胸部中部食道の3mm大の超微小0-IIa病変、推定深達度MM/SM1と診断した。3mm未満と超微小なため生検を行わず、エンドサイト診断に基づき、診断の確定と治療を兼ねたESDを施行した。組織学的に病変部は一層の非腫瘍性の扁平上皮で被覆されており、その直下に大小不同を伴う腫大核を有する異型細胞が、大小様々な胞巣状を呈しつつ浸潤・増殖する像を認めた。腫瘍細胞の浸潤は粘膜筋板まで達しており深達度MM(Tla-MM)であった。尿管侵襲および水平/垂直断端ともに陰性であった。最新のエンドサイトは第4世代で、モニター画面520~700倍の拡大観察が可能な超拡大内視鏡である。生体内で直接、細胞を観察することによって、主に形態と密度に基づいた異型度診断をリアルタイムかつ高精度に行えることとされる。今回我々は超微小なため生検せず、エンドサイトで術前診断し、内視鏡的R0切除しえた食道扁平上皮MM癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

超拡大内視鏡, 食道表在癌

昭和大学病院 内科学講座消化器内科学部門¹⁾、
同 科学講座血液内科学部門²⁾、同 内視鏡センター³⁾
山崎裕太¹⁾、中谷真也¹⁾、樋口健佑¹⁾、鈴木統大¹⁾、菊池一生¹⁾、
田代知映¹⁾、牛腸俊彦¹⁾、藤原敬久¹⁾、居村和也¹⁾、紺田健一¹⁾、
木原俊裕¹⁾、矢野雄一郎¹⁾、東條正幸¹⁾、久保田祐太郎¹⁾、
片桐 敦¹⁾、小西一男¹⁾、島田翔太郎²⁾、藤原 峻²⁾、山村冬彦³⁾、
吉田 仁¹⁾

【症例】80歳代男性【主訴】腹痛、血便、発熱【現病歴】20XX年に貧血、血小板減少のため前医を受診し、8番染色体異常を伴う骨髄異形成症候群(MDS)と診断された。20XX+3年から口腔内の潰瘍や皮疹を伴う回盲部炎を繰り返し、CT及び内視鏡所見から炎症性腸疾患もしくは腸管型パーチェット病不全型の疑いで5-アミノサリチル酸製剤を開始した。しかしその後も症状の再燃を繰り返したため、同年10月に当院を紹介され精査加療目的で入院した。【経過】当院で施行した腹部骨盤造影CTでは回盲部炎は改善していたが、S状結腸に壁肥厚を認め一部膿瘍形成も疑われた。まずは急性腸炎または憩室炎による膿瘍形成を鑑別に抗菌薬投与を行ったが、膿瘍は消失したものの腸炎の改善は認めなかった。下部消化管内視鏡検査を施行したところS状結腸にびまん性の深掘れの潰瘍を認めた。臨床経過から他の腸炎を除外し、8番染色体異常を伴うパーチェット類似腸炎と診断した。ステロイドパルス療法後にプレドニゾンとコルヒチン投与を開始したところ速やかに症状の改善を認めた。経口摂取も可能となり、再度施行した下部消化管内視鏡ではS状結腸の粘膜は改善傾向であった。一度退院も検討されたが、骨髄穿刺の結果急性白血病への移行を認めたため、血液内科に転科し化学療法を開始した。しかし化学療法は奏功せず、20XX+4年3月に敗血症性ショックで死亡した。【考察】本邦において8番染色体異常を伴うMDSの中で稀に腸管パーチェット病類似腸炎を合併することが報告されており、合併例は一般的に予後不良である。また診断基準は明確に決まっておらず、他疾患の除外も必要となる。回盲部が好発部位で空腸や右側結腸に発生する例も報告されているが、左側結腸炎の合併の報告は少ない。本症例でも膿瘍の形成や左側結腸炎など一部非典型的な像があったことから、診断治療に難渋した。稀な疾患であり若干の文献的考察を踏まえて報告する。

腸管パーチェット類似腸炎, 8番染色体異常

千葉大学医学部附属病院 食道胃腸外科
中野 明, 上里昌也, 村上健太郎, 豊住武司, 丸山哲郎, 水藤 広,
玉地智英, 米本昇平, 小林直菜美, 貝沼駿介, 松原久裕

【背景】全周性食道表在癌の内視鏡治療に関して、現行ガイドラインは50mm以下のcEP/LPMの全周性食道表在癌にのみ、狭窄予防法併用でのESDを弱く推奨しているが、50mmを越える病変に対する治療方針は実際には施設により様々である。【目的】当科における全周性食道表在癌に対する内視鏡治療、およびその臨床経過を明らかにすること。【方法】2011年2月から2022年2月まで当科の食道扁平上皮癌患者のうち、表層拡大型食道癌の全周性病変かつcN0M0と診断され食道ESDを施行された症例を対象とし、治療関連因子についてretrospectiveに検討した。術前範囲診断で50mm以下の病変をShort(S)群、50mmを越える病変をLong(L)群と区別し比較した。【結果】症例は13症例、S群5例、L群8例であり診断時他臓器重複癌を4例に認めた。一括切除率はS群で100%(5/5)に対してL群で75%(6/8)であり、1例で計画的分割切除、1例で二期的分割切除が施行された。治療切除率はS群で80.0%(4/5:MM以深:1例)、L群で25.0%(2/8:MM以深3例、LMXor1:2例、VMXor1:1例)であった。ESD後追加治療はS群でCRT1例、L群でCRT2例、外科切除1例であった。内視鏡治療後にはステロイド局注療法、バルーンによる狭窄予防的あるいは狭窄に対する拡張術が施行され、狭窄予防処置期間の中央値はS群74日(41-104日)、L群86日(43-213日)で、L群の1例は内視鏡治療後4ヶ月経過後も治療部の上皮化が完了せず、追加治療としてCRTを開始したところ高度の狭窄を来した。最終的に通常径内視鏡の通過困難な狭窄がS群2例、L群2例で残存した。【考察】当科では上記の全周性ESD後CRT症例の追加治療の遅れと照射後の狭窄を経験したため、sm浸潤など追加治療の可能性が高い症例に関して、追加治療後応となる場合すくなく外科切除とすることに同意した症例のみESDを行う治療方針としている。つまり、追加治療の可能性が低い場合や追加治療のための手術を希望する場合には、切除長が長い場合でも全周性ESDを容認することが可能である。

食道癌, ESD

獨協医科大学 内科学(消化器)講座¹⁾,
獨協医科大学医学部 病理診断科²⁾,
大池 研¹⁾, 郷田貴一¹⁾, 阿部圭一¹⁾, 近藤真之¹⁾, 金森 瑛¹⁾,
永島一憲¹⁾, 水口貴仁¹⁾, 山宮 知¹⁾, 有阪高洋¹⁾, 星 恒輝¹⁾,
阿部洋子¹⁾, 眞島雄一¹⁾, 富永圭一¹⁾, 飯島 誠¹⁾, 石田和之²⁾,
入澤篤志¹⁾

症例は60代男性。逆流性食道炎およびlong segment Barrett's esophagus (LSBE)の診断で前医にて定期的に上部消化管内視鏡検査(EGD)を受けていた。EGDでLSBE内に微小隆起を指摘され生検で腺癌を認めたため、精査加療目的で当科を紹介された。当科EGDではC3M 6のLSBEを認め、LSBEの口側の後壁側大きな扁平上皮島を認め、small white signと考えられる多数の白色孔を伴っていた。また、LSBEの後壁側には白苔の付着した微小隆起とその周囲にわずかに陥凹した領域を認め、NBI拡大観察では粘膜パターンは視認可能であり軽度大小不同で不規則な絨毛構造を認めた。血管パターンも視認可能で不規則な拡張・蛇行する血管を認め腫瘍であると考えられた。微小陥凹はLSBE後壁～左側壁に散在しており同様に粘膜内に限局した腫瘍と考えられた。以上より、扁平上皮進展を伴ってLSBEに多発するBarrett食道腺癌と術前診断した。扁平上皮島で被覆された領域とNBI拡大観察で腫瘍と診断された領域を内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)で一括切除とした。切除標本の大きさは71×65mmで、組織学的には術前内視鏡所見と一致して、LSBE内に高分化腺癌が多発すると共に、扁平上皮進展を伴っていた。大部分の腫瘍腺管は粘膜固有層内に限局して浸潤増殖していたが、一部で深層の粘膜筋板まで達していた(T1a-DMM)。脈管侵襲陰性かつ水平/垂直断層ともに陰性で一括完全切除であった。術後狭窄予防として、ESD直後にステロイド(ケナコルト)を残存する粘膜下層に100mg局注した結果、術後狭窄なく経過している。本邦においてLSBEはまれであり、LSBEを背景に発癌した表在癌の側方範囲診断は通常観察では困難な場合が多い。今回、我々はNBI拡大内視鏡を用いてLSBEに発生した扁平上皮進展を伴いつ多発するBarrett食道腺癌を経験し、内視鏡的に一括完全切除しえた。ケナコルト局注により狭窄なく術後経過も良好であり、貴重な症例と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

バレット食道腺癌, ステロイド

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科
山口重梨紗, 酒井 真, 中澤信博, 生方泰成, 栗山健吾, 佐野彰彦,
小川博臣, 宗田 真, 調 憲, 佐伯浩司

【背景】造血器悪性腫瘍に対する治療として造血幹細胞移植(hematopoietic stem cell transplantation (HSCT))が挙げられるが、その普及に伴い二次性固形腫瘍が注目されている。またHSCT後の慢性GVHDは扁平上皮癌のリスク因子と言われている。今回我々はHSCT後に食道扁平上皮癌を発症し、手術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】症例は40歳女性。急性リンパ性白血病に対してX-12年に同種HSCTを施行し、その後慢性GVHDを発症し、シクロスポリンとプレドニゾロンによる加療歴がある。X年Y月頃から胸やけが出現し、Y+2月に紹介医を受診。プロトンポンプ阻害薬の内服を継続したが症状が持続するため、Y+4月に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、食道癌を指摘され、当科へ紹介受診となった。精査の結果、cT1b (SM2-3)N0M0, cStage1と診断され、胸腔鏡下胸部食道全摘、3領域リンパ節郭清、胸骨後経路胃管再建、胃管瘻造設術を施行した。術前に、慢性GVHDによる関節固縮、皮膚硬化が原因と推測される拘束性肺障害(%VC 46.5)を認めたが、術後合併症は認めなかった。病理結果はpT1b (SM3)N1M0, pStage2の診断で今後は術後補助化学療法としてFP療法を予定している。【考察】HSCT後扁平上皮癌には、皮膚や口腔内から発症するものが多く、食道扁平上皮癌の発症は稀である。HSCT後の食道扁平上皮癌は、移植後長期間経過して発症し、比較的若年発症する例が多い。本症例もHSCT後12.8年と長期間経過しており、HSCT後、特に慢性GVHDを発症した症例では、長年に渡ってスクリーニング検査を行っていくことが重要である。またHSCT後食道癌患者は術後肺炎のリスクが高いという報告もあり、手術に際しては慎重な管理が求められる。

食道扁平上皮癌, 慢性GVHD

日本鋼管病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
平井愛美¹⁾, 市川 武¹⁾, 入江理恵²⁾, 渡邊勝一¹⁾, 渡部和気¹⁾,
吉村 翼¹⁾, 測上綾子¹⁾, 佐藤知己¹⁾, 中村篤志¹⁾, 奥山啓二¹⁾,
長村義之²⁾, 吉岡政洋¹⁾

【症例】57歳男性【現病歴】20×年7月21日、脱力感を自覚し当院を受診。1か月前からの黒色便と血液検査でHb 9.7g/dlの貧血が確認され、精査加療目的に入院となった。入院後上部消化管内視鏡検査を行い、十二指腸球部に15mm大の頂部に潰瘍を伴う隆起性病変を認め、病理検査でadenocarcinomaが確認された。単純CTでの転移検索では、十二指腸下行脚腹側のリンパ節以外は転移性病変は確認されなかった。8月11日から肝機能障害が出現し、腹部超音波検査、Gd-EOB-DTPA造影MRI検査を行ったところ多発肝転移が確認され、十二指腸球部痛多発肝転移の診断となった。本人は化学療法による治療希望はなくBSCを選択され、状態は安定していたため退院となった。退院後上腹部痛や体動困難を認めるようになり、20×年9月に再度入院となった。疼痛コントロールを中心とした緩和医療を行い、入院第6病日に死亡確認となった。病理解剖では、十二指腸腫瘍部位に腺癌の他、免疫染色でChromogranin A、Synaptophysin、CD56、INSM1陽性を示す神経内分分泌も認め、十二指腸球部原発mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)の診断となった。肝臓を含め転移巣は神経内分分泌が主体であったが、肝転移巣の極一部で扁平上皮癌が確認された。【考察】本症例は十二指腸球部原発巣では腺癌と神経内分分泌の混在を認めたが、肝転移巣の極一部には扁平上皮癌成分が確認された。このような症例は検索した範囲では報告がなく、極めて稀な症例であると考えられたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸癌, mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)

埼玉県立がんセンター 消化器外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
同 病理診断科³⁾
朝倉孝延¹⁾, 川島吉之¹⁾, 山田達也¹⁾, 江原一尚¹⁾, 川上英之¹⁾,
明智 瞳¹⁾, 原 浩樹²⁾, 松島知広²⁾, 神田浩明³⁾

【はじめに】腹膜播種(P)で一次化学療法が約2年奏効し、コンバージョン(Con)手術後3年無再発生存が得られた胃癌2例を紹介する。【症例1】64歳男性。上腹部痛で上部内視鏡(EGD)施行され、胃癌を疑われた。当院EGDで体下部後壁に2型病変を認め、生検でtub1, HER2: 2+であった。CTで前庭部にリンパ節(LN)腫大やP結節と一塊になった不整な胃壁肥厚を認めた。ほか骨盤に至るまでP結節が多発し、腹水貯留もあった。癌性腹膜炎の診断で、Xeloda + CDDP(7コース) + HER療法を約2年間施行し、画像上主病変はPR、腹膜播種はgood PRと思われた。審査腹腔鏡(SL)施行し、明らかなP結節はなくypPOCY0と診断された。後日胃全摘術、D2郭清施行し、病理診断はypT2, N0, M0: yp Stage1Bで、術後補助化学療法(ADJ)なしで、術後3年無再発である。【症例2】56歳男性。検診胃透視が異常で紹介され、EGDで胃体上部後壁に3型病変を認めた。生検はpor-tub2で、CTで胃体部後壁に肥厚を認めたが、有意なLN腫大はなかった。ダグラス窩に少量腹水認めるとも明らかなP結節はなかった。腹腔鏡下手術を開始したところ網膜、結腸間膜、ダグラス窩にP結節を認め、生検で未分化癌であった。Stage4の診断S1+LOH療法6コース、その後S1を2年間内服し、CT上P結節は指摘できずgood PRと判断した。SLでもP結節は消失し、ypPOCY0と診断され、後日胃全摘術、D2郭清を施行した。病理診断はypT2, N0, M0: yp Stage1Bで、ADJは施行せず、術後3年無再発である。【まとめ】約2年の一次Ctが奏効した胃癌2例で、Con手術後3年を超える延命が得られた。

胃癌腹膜播種, コンバージョン手術

公立藤岡総合病院 外科

片山千佳, 高橋 遼, 原 吾吾, 松本明香, 加藤寿英, 中里健二, 設楽芳範, 石崎政利

【はじめに】消化管アミロイドーシスは下痢・腹痛のほか、腸閉塞・穿孔・出血など外科的介入を必要とする疾患をきたすことがある。多発性骨髄腫に続発して腸閉塞をきたした消化管アミロイドーシスを経験したので、報告する。【症例】69歳女性。嘔吐・食不振を認め、近医を受診。上部消化管内視鏡検査では胃炎のみで経過観察となった。症状改善せず、CTで腸閉塞を認め当科紹介。小腸の拡張は軽度で、上腹部中心であり、大網袢ヘルニアなどの内ヘルニアが鑑別として挙げられた。経口イレウス管を挿入。イレウス管造影では明らかな狭窄や通過障害を疑う所見は指摘できず、著明な腸管蠕動低下を認めた。イレウス管を抜き水分摂取を開始。3日目に流動食を再開したところ、再び嘔吐した。CT再検査し、仙骨に軟部濃度の溶骨性腫瘍を認めた。明らかな肝腫脹はなかった。血液内科コンサルトし、尿中BJ蛋白陽性、骨髄穿刺で多発性骨髄腫の診断となった。上部消化管内視鏡検査のランダム生検では胃粘膜の間にアミロイドの沈着を認めた。大腸内視鏡検査の生検ではアミロイドは検出されなかった。多発性骨髄腫に伴う続発性アミロイドーシスと判明し、原疾患の治療と栄養管理が行われた。腸閉塞は徐々に改善し、流動食は摂取可能となり、診断から約10か月で、現在も原疾患の治療中である。【考察】消化管はアミロイド沈着の好発臓器であり、十二指腸、空腸、胃前庭部、直腸が多い。本症例のように消化管運動の低下を認める場合は固有筋層や筋層間神経叢などの壁深部へのアミロイド沈着が報告されており、大腸生検で検出できなかったと考えられる。生検部位や採取方法を十分に考慮する必要がある。消化管アミロイドーシスによる腸閉塞や穿孔で緊急手術が施行されることもあるが、全身性のアミロイド沈着による臓器障害や腸管切除後の吻合部の血行障害による縫合不全のリスクなど術後合併症の頻度が高いとされ、手術介入は慎重に検討すべきである。今回、明らかな通過障害をきたす疾患が指摘できない腸閉塞の症例を経験した。胃生検が早期診断に有用であった。

消化管アミロイドーシス, 腸閉塞

銀座セントラルクリニック

鈴木康夫

【はじめに】本邦における潰瘍性大腸炎 (Ulcerative colitis:UC) 患者数の著しい増加と共に難治症例も増加し、UC治療に際し苦慮する機会が少なくない。近年、難治性UC患者を適応とする新規治療法が次々と開発され、その中でも各種抗体製剤 (Biologics:Bio製剤) が難治性UC患者に対する中心的治療法となっている。各種Bio製剤の中で最も新規に導入されたUstekinumab (UST) は、炎症性サイトカインinterleukin (IL) 12, IL23に共通した構成成分P40に特異的に結合し、IL-12, IL-23の活性を抑制することによってUCの病態改善効果が期待される抗体製剤である。未だ臨床的にUST導入されてから間もないことから、real worldでの有効性及び適切な適応基準などは明確にはなっていない。【目的】当院でUST投与されたUC患者の背景因子と寛解導入効果および寛解維持効果を検討し、USTのUC患者に対する治療成績を明らかにすると同時に適応基準に関しても考察を試みた。【対象】2020年10月～2021年10月までの1年間に従来治療で寛解導入あるいは寛解維持困難症例に対しUST投与が実施された43症例を解析した。【患者背景因子】全例外来投与で症例、男58.1%:女41.9%。平均年齢52.0歳、平均体重61Kg、平均罹病機関6.0年、病型は全大腸炎型29例:左側大腸炎型13例:直腸炎型1例、平均P-Mayoスコアは5.0、平均血中CRP値は0.27。難治性分類はステロイド依存性56%:ステロイド抵抗性19%:その他15%、UST投与前の治療歴としてBio naive症例23.3%:Bio failure (1-3剤を含む) 症例77%、UST投与開始時免疫調節薬併用患者は2.3%のみであった。【治療成績】8週時有効性Bio naive例:寛解45%、改善33%、無効22%、Bio failure例:寛解76%、改善14%、無効14%、24週時までの継続率は、Bio naive例:89.9%、Bio failure例:82.4%であった。【結語】USTは中等症難治性UC症例に対し優れた寛解導入効果と維持効果発揮が期待され、他剤Bio failure症例に対しても十分な有効性が期待され、投与に際し免疫調節剤併用は必ずしも必要としないと推測された。

潰瘍性大腸炎, Ustekinumab

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器科

古田孝一, 福原誠一郎, 東條誠也, 村田祥磨, 水野里香, 松谷直美, 玉川空樹, 吉田康祐, 宮永亮一, 渡邊多代

【症例】68歳女性【現病歴】脂質異常症、逆流性食道炎に対して近医を受診していた。妊娠歴は無い。来院前日から心窩部痛と37.9度の発熱があり当院を受診した。来着時、疼痛の部位は右下腹部に移動していたが、反跳痛や筋性防御は認めなかった。血液検査で炎症反応の上昇と、血小板数の低下を認め、腹部造影CTでは盲腸から上行結腸壁の浮腫状肥厚と周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。虫垂の腫大はなく、盲腸・上行結腸にかけての腸炎と判断し、入院の上アンピシリン・スルバクタムの投与を開始した。しかし腹部症状の改善に乏しいため、第5病日に再度造影CTを撮影した。回盲部領域の脂肪組織の炎症は増悪していた他、回結腸静脈から上腸間膜静脈にかけて血栓が認められた。炎症の原因は血栓による灌流障害と判断し、同日ヘパリンカルシウムの持続静注を開始した。血栓素因を検索したところ、抗カルジオリビン抗体IgG・抗カルジオリビンβ2GPI抗体が陽性であった。全身性エリテマトーデスなどの膠原病の併存は否定的であり、臨床的に原発性抗リン脂質抗体症候群と診断し、今回の血栓形成の原因と判断した。第19病日から抗凝固薬の服用を開始し、ヘパリンカルシウムは中止した。経時的に炎症反応は改善し、第39病日に退院とした。その後撮影した造影CTでは、炎症所見の改善と共に血栓は縮小している。【考察】上腸間膜静脈血栓症は種々の疾患の合併症として知られているが、抗リン脂質抗体症候群に合併する症例の報告は少ない。原疾患によっては血栓症の改善後も長期の抗凝固療法が必要となるため、抗凝固療法を行いつつ、成因検索を行うことが重要であると考えられる。今回、回盲部領域の炎症の原因として、抗リン脂質抗体症候群に起因した上腸間膜静脈血栓症と診断した稀な症例を経験したため、報告する。

抗リン脂質抗体症候群, 上腸間膜静脈血栓症

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 外科¹⁾横浜市立大学 外科治療学²⁾杉山敦彦¹⁾, 井口健太^{1,2)}, 菅野伸洋^{1,2)}, 大坊 侑¹⁾, 佐藤清哉¹⁾, 斎藤健太郎^{1,2)}, 後藤晃紀¹⁾, 諏訪雄亮¹⁾, 佐藤純人^{1,2)}, 熊本宜文¹⁾, 渡邊 純¹⁾, 佐藤 勉^{1,2)}, 武田和永¹⁾, 國崎主税¹⁾

【背景】後腹膜リンパ管腫は後腹膜腫瘍の中でも比較的稀であり、有症状では外科切除の適応となる。頻度は稀であるが、悪性疾患の可能性もあることから従来開腹手術が選択されることが多かった。しかしながら近年では、腹腔鏡下手術を行った症例も散見される。今回我々は、術前診断し腹腔鏡切除を行った後腹膜リンパ管腫の1例を経験したため報告する。【症例】42歳、女性。既往歴なし。背部痛を主訴に近医受診。MRIで後腹膜に80mm大の嚢胞状腫瘍を認め、後腹膜リンパ管腫が疑われた。血液検査でCRP29と炎症反応の上昇を認め、嚢胞内で血腫感染を併発していたため、外来抗菌薬加療を施行した。感染コントロールの後、待機的に腹腔鏡下後腹膜リンパ管腫切除術を施行した。腹部大動脈左側および下腸間膜動脈に接した弾性・軟の腫瘍を認めた。S状結腸を授動し、後腹膜を露出した後に腫瘍を完全切除した。術後9日目に退院。病理所見では、嚢胞壁は繊維性結合組織より構成され、一部に平滑筋細胞や慢性炎症細胞浸潤を認めた。免疫染色ではD2-40陽性・CD31弱陽性であり、異型細胞を認めず、後腹膜リンパ管腫として矛盾しない所見であった。術後9か月無再発で経過しており、現在も外来フォロー中である。【結語】後腹膜リンパ管腫に対して腹腔鏡下で安全に根治切除が可能であった一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

後腹膜リンパ管腫, 腹腔鏡下

群馬県済生会前橋病院 消化器外科

古家俊作, 久保憲生, 鈴木茂正, 大木 孝, 藍原龍介, 松村直樹, 茂木 晃, 細内康男

症例は68歳、男性。糖尿病にて前医通院中に、慢性腎障害の増悪(Cre 3.16mg/dL)と高カルシウム血症(13.2mg/dL)を認め、当院腎臓内科へ紹介となった。単純CTにて左腎背側に左腸腰筋左側に長径10cmの腫瘍を認めた。MRIのT2で不均一なlow intensityであり、10cmの腫瘍から左側に突出する2cmの腫瘍を認め、同部位にのみ核酸強調画像で高信号を認めた。補液等の治療にて腎機能がCre 1.96mg/dLと改善したところで造影CTを施行した。早期相では、辺縁位に造影効果を認め、後期相では造影効果が広がっている様子があり、chronic expanding hematomaが疑われた。左側に突出する部位は、34mmと短期間の間に増大傾向を認めた。悪性腫瘍の可能性を考慮し、PET-CTを施行したところ、左側に突出する部位のみにMaxSUV 32.2の強い集積を認めた。以上より左腎背側の後腹膜肉腫とそれに伴う血腫を疑い手術の方針とした。術中所見では、左腎と左尿管を背側から前方に圧排するように腫瘍を認め、左腎を外側から脱転して剥離し、10cm大の腫瘍と左側に突出する5cm大の腫瘍を一塊として切除する方針とした。尿管をテーピングして腫瘍との間を剥離し、内側では腸腰筋を露出する層で剥離した。左腎動脈からfeeding arteryを認め分離し標本を摘出した。病理学的診断は、10cm大の部位は白色弾性硬の腫瘍で豊富な線維化とリンパ形質細胞浸潤を伴い、紡錘形や多型の異型細胞が増殖していた。5cm大の部位は間質が乏しいが他の成分は同様であった。どちらも腫瘍最外層に大小不同の脂肪細胞を認めており、同一の腫瘍から発生したものと考えられ、脱分化型脂肪肉腫と診断された。脱分化型脂肪肉腫は、5年生存率28%、局所再発率41%と予後不良とされ、術後化学療法や放射線治療に関して確立された治療はなく、十分なsurgical marginをとっての腫瘍の完全切除が重要とされている。本症例でも術後5か月のCTで局所と腸管腔内に播種結節を認め、腫瘍の再発と診断した。術前診断に難渋した後腹膜脱分化型脂肪肉腫を経験したので報告した。

後腹膜腫瘍, 脱分化型脂肪肉腫

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器) 講座

稲葉航平, 金澤美真理, 増山智史, 田中孝尚, 渡邊詔子, 阿部洋子, 富永圭一, 入澤篤志

【症例】30歳台、女性。【主訴】下痢、血便、発熱、下腿浮腫。【既往歴】原発性硬化性胆管炎、肝内胆管結石。【現病歴】原発性硬化性胆管炎(PSC)で当科外来に通院をしていた。PSCは重症で肝移植も提案されていた。20XX年1月初旬より下痢、血便、発熱を自覚した。感染性腸炎の疑いに対して整腸剤で加療を受けたが改善せず、血便が持続し、両側下腿浮腫も出現したため精査加療目的に20XX年1月末に入院した。【経過】第5病日に大腸内視鏡検査(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。臨床的重症度は中等症であった。第6病日よりプレドニゾロン(PSL)(1mg/kg/day)で寛解導入治療を開始した。臨床症状は改善が得られ、5-アミノサリチル酸製剤4800mg/日を導入し、第15病日に退院した。しかし外来にてPSL漸減中に、再度症状の増悪を来し、2月下旬に再入院した。臨床的重症度は中等症であり、S状結腸までのCS所見も改善に乏しく、PSL抵抗性と判断したクロロリスでの寛解導入治療に切り替えた結果、臨床症状は改善傾向となった。【考察】PSCは肝内外の胆管に線維性狭窄を生じる進行性の慢性炎症性疾患であるが、その約34%に潰瘍性大腸炎を合併するといわれている。しかしPSCの重症度とUCの活動性に関しては相関がなく、発症時期もまちまちとされている。肝不全に至ったPSCに併発したUCの1例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎, 原発性硬化性胆管炎

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター

岸 優美, 年森明子, 田邊万葉, 加藤久貴, 國田康輔, 望月裕一郎, 浦上尚之, 横山 登, 井上晴洋

症例は49歳男性。17歳時に小腸大腸型クローン病を発症し、近医でインフリキシマブ(IFX)とアザチオプリン(AZA)、メトロニダゾールでの治療が継続されていた。病歴は長く、32歳時に小腸穿孔、汎発性腹膜炎に対して開腹ドレナージ。35歳時に、瘻口切除、小腸部分切除、回腸入肛門造設術。36歳時に、人工肛門閉鎖術。47歳時にダブルバルーン小腸内視鏡検査で回腸の狭窄を指摘されたが、手術希望なし。X-8か月、急性腹膜炎を発症し、抗菌薬加療で軽快。この際回腸に多発狭窄を指摘された。肛門縁より2cmの部位の狭窄に対しては、自己用手拡張を連日実施していた。X-7日頃から頭痛を自覚。X日、意識障害のため当院に救急搬送された。頭部造影MRIで髄膜にびまん性の造影効果があり、髄液検査では蛋白・細胞数の上昇、糖の低下を認め、血液・髄液培養でListeria monocytogenesが検出され、リステリア髄膜炎と診断した。IFX、AZAは中止し、神経内科で抗菌薬加療を継続し、意識レベルは清明になるまで改善していたが、第6病日、第13病日に水頭症となり急激に意識レベルが低下し、脳室ドレーン挿入・交換を要した。その後、髄膜炎・水頭症は改善し、第26病日にドレーンを抜去した。抗菌薬終了後も髄膜炎の再燃を認めず、ADLは介助で車椅子に移乗できる程度まで改善し、リハビリテーション目的に第75病日に転院となった。クローン病に対しては、入院中は栄養療法が行える環境であることから、免疫抑制治療は再開せず、5-ASAと栄養療法を中心として治療した。炎症性腸疾患は若年者に対して長期免疫抑制が必要な疾患であり、日和見感染についての患者教育は重要である。リステリアによる日和見感染は重篤な疾患であり、特に腸管障害を伴う炎症性腸疾患患者などは、腸管へのListeria monocytogenes感染の危険因子である可能性があり、啓蒙が必要と考えられる。しかしながら症例報告はまだ少数であり、今回、文献の考察を加えて発表する。

炎症性腸疾患, 日和見感染症

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座

柴崎雄大, 小川博臣, 小峯知佳, 須賀邦彦, 小澤直也, 岡田拓久, 大曾根勝也, 白石卓也, 榎田泰明, 酒井 真, 佐野彰彦, 宗田 真, 調 憲, 佐伯浩司

【症例】70歳男性。【主訴】自覚症状なし。【現病歴】直腸Rb病変に対し前医でEMR(Endoscopic mucosal resection)を施行した。病理組織検査でSM深部浸潤、脈管侵襲陽性、浸潤先進部の簇出(budding)Grade2の所見で、追加切除適応として当科紹介受診されたが、併存心疾患のためRevised Cardiac Risk Index(RCRI)による評価で心血管合併症発症率9.1%と手術リスクが高く経過観察とした。EMRから9ヶ月後の造影CTと下部消化管内視鏡検査で肝転移と局所再発を認め、局所再発と肝転移のいずれも手術の方針となった。【既往歴】脳梗塞、心筋梗塞、早期胃癌。【家族歴】父・心臓弁膜症、母・脳出血。【臨床経過】EMRの11ヶ月後、経肛門アプローチ併用腹腔鏡下腹会陰直腸切断術を施行した。術後Clostridium Difficile感染症による腸炎を生じるも、Metronidazole内服で症状改善し、術後16日目で退院した。その後の精査で肝転移以外の遠隔転移所見はなく、直腸切断術の2ヶ月後に腹腔鏡下肝左葉切除術、胆嚢摘出術を施行し、術後20日目に退院した。現在無再発で経過観察中である。【考察】T1b(SM)大腸癌内視鏡治療後の組織学的検査でSM浸潤度、脈管侵襲、組織型、浸潤先進部の簇出の基準において一因子でも認めれば、追加治療としてリンパ節郭清を伴う腸切除を考慮するとされる。また複数のリスク因子を持つことや、結腸癌と比較し直腸癌はより再発率が高いとの報告もあり、本症例でも追加切除が検討された。しかし周術期合併症リスクの高い症例に対しては、リンパ節転移リスクとの比較検討から追加切除の回避も選択肢となる。本症例でも組織学的所見から追加切除は検討されたが心疾患のリスクを考慮し、経過観察とした。結果的に局所再発と肝転移を認め手術を要したことから、少なくとも直腸癌において、複数の因子を満たした場合はリンパ節転移リスクに重点を置いた判断が必要と考えられる。【結語】大腸癌内視鏡治療後の追加切除に関して、併存疾患による周術期リスクと再発リスクの評価が困難な症例を経験した。

直腸癌, 追加切除適応

S状結腸子宮瘻に対して腹腔鏡下S状結腸切除術、子宮付属器合併切除を施行し、腔式に検体を摘出した1例

慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科

田中優衣, 松井信平, 加藤宏周, 小林恭子, 加藤悠人, 坂本恭子, 崎本優里, 角田潤哉, 中村公彦, 原 良輔, 小桐雅世, 小関優歌, 水野翔大, 清島 亮, 茂田浩平, 岡村剛史, 北川雄光

【はじめに】 良性疾患に対する手術においては、整容面、術後疼痛などの観点から、より低侵襲な手術が望ましい。我々は、S状結腸子宮瘻に対して腹腔鏡下S状結腸切除術、子宮付属器合併切除を施行した際に、経腔的に検体を摘出することで腹部創を縮小し得た1例を経験し、報告する。【症例】 77歳、女性。下腹部痛を契機に卵巣嚢腫を疑われ、精査加療目的に当院婦人科を紹介受診した。腹部造影CT検査とMRI検査で、S状結腸から直腸RS部にかけての腸管壁肥厚と子宮内腔にairを認め、結腸子宮瘻が疑われた。その後、炎症高値を呈したため、緊急入院とし禁食補液の上、抗生薬加療を開始した。術前精査で明らかな瘻孔は指摘できなかったが、S状結腸子宮瘻の臨床診断で、手術を施行した。術前CT検査にて炎症により肥厚したS状結腸および子宮が尿管に近接している所見を認めため、術前に尿管ステントを留置した。術中所見として、少量の膿性腹水を認め、骨盤底でS状結腸と子宮および小腸の強固な癒着を呈していた。手術は、腹腔鏡下S状結腸切除、子宮付属器合併切除、腸部分切除、回腸双孔式人工肛門造設術を施行した。尿管は子宮・直腸と強固に癒着していたが、剥離し温存できた。明らかな悪性所見は認めなかったため、検体は腔式に摘出した。手術時間は9時間42分で、出血量は432mlであった。術後合併症はなく、術後22日目で退院となった。【考察】 近年、腹腔鏡下手術による低侵襲手術が主流となりつつあるが、良性疾患に対する手術においては、整容面、術後疼痛などの観点から、さらに低侵襲とする工夫が必要と考えられる。S状結腸瘻は非常に稀な病態であるが、有症状で手術適応となった場合、結腸に加え子宮を摘出する必要があり、腹腔鏡下手術を行っても腹式に検体摘出の際に腹腔鏡切開を大きく加えなければならぬ。本症例では、S状結腸憩室炎に伴う結腸子宮瘻に対する手術として腹腔鏡下手術に加え、経腔的に検体を摘出することにより、さらに創を縮小することが可能であった。

S状結腸子宮瘻、低侵襲手術

虫垂原発腹膜偽粘液腫再発に対して腫瘍再切除および低分子デキストラン洗浄を行い長期生存が得られた1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化管・一般外科

熊倉真澄, 持木彫人, 伊藤徹哉, 山本 梓, 豊増嘉高, 石畠 亨, 幡野 澄, 松山貴俊, 熊谷洋一, 石橋敬一郎, 石田秀行

【背景】 腹膜偽粘液腫は、腹腔内に粘性性腹水と粘性性腫瘍を伴う病態であり、虫垂を原発とするものも多い。low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN) は腹膜偽粘液腫をきたしうる臨床的に悪性の腫瘍であり、LAMN由来の腹膜偽粘液腫は予後不良とされてきた。今回我々は再発をきたした虫垂原発腹膜偽粘液腫に対して腫瘍再切除および低分子デキストラン洗浄を行い長期生存が得られた症例を経験したので報告する。【症例】 症例は26歳、男性。CT検査で虫垂の腫大および多量の腹水を認めた。開腹時の所見としては多量の腹水とともに壁側腹膜全域、大網、胃、脾臓、胆嚢、全結腸が粘液結節で覆われており、虫垂腫瘍は5cm大の嚢胞性腫瘍として認めた。術式としては結腸全摘術、胃全摘術、脾臓摘出術、胆嚢摘出術、大網全摘術、壁側腹膜広範切除術、回腸人工肛門造設術、低分子デキストラン洗浄を施行した。組織学的にはLAMNと診断された。術後にcisplatin + mitomycin Cによる腹腔内化学療法を施行した。術後3か月で肝2指腸、間膜背側に残存腫瘍を認め、残存腫瘍摘出術、尾状葉切除術を施行した。術後腹腔内再発に対して腫瘍切除および腹腔内デキストラン洗浄、胸腔内再発に対して胸腔内デキストラン洗浄を行なったが、初回診断より3年8か月経過した現在も外来通院中である。【結語】 本症例は2回の減量手術を行い、術後再発を認めたが、繰り返す腫瘍再切除およびデキストラン洗浄を行なったことで長期生存が得られており、治療の選択肢になり得ると考えられたため報告する。

腹膜偽粘液腫、虫垂粘液産生腫瘍

大腸癌肝転移におけるcachexia indexの意義

東京慈恵会医科大学 肝胆臓外科

丹治芳明, 古川賢英, 春木孝一郎, 安田淳吾, 恒松 雅, 松本倫典, 坂本太郎, 後町武志, 池上 徹

【はじめに】 悪液質 (カヘキシア) とは、癌の進行に伴い筋肉の減少を特徴とする複合代謝疾患で、不可逆性の栄養不良に進展していくことで次第に死をもたらし病態である。今回、我々はカヘキシアをスコア化したcachexia index (CXI) を用いて大腸癌肝転移術前CXIが予後予測に有用であるかを検討した。【方法】 2007年5月から2017年10月に大腸癌肝転移に対して初回肝切除を施行した118例の患者を対象とし、術前CXIを含めた各種因子について無再発生存期間 (DFS) と全生存期間 (OS) をend-pointとして単変量、多変量解析を行った。CXIは、腸腰筋面積を術前CTより評価し、血清アルブミン値、好中球数、リンパ球数を用いて算出した。Cut-off値は、ROC曲線を用いて設定し、男性ではCXI=22.45、女性ではCXI=16.27とした。【結果】 Low CXIは、93例 (79%) の患者に認めた。DFSに関する単変量解析では、リンパ節転移あり (p=0.03)、肝外病変あり (p<0.01)、low CXI (p<0.03)、術中出血量≥500ml (p=0.04) が有意な予後不良因子であり、多変量解析では、肝外病変あり (p<0.01)、low CXI (p<0.01)、術中出血量≥500ml (p=0.04) がそれぞれ独立した予後不良因子であった。一方、OSに関する単変量解析では、肝外病変あり (p=0.02)、low CXI (p<0.01)、curability R1 or 2 (p=0.02) が有意な予後不良因子であり、多変量解析においても、肝外病変あり (p=0.03)、low CXI (p<0.01)、curability R1 or 2 (p<0.01) が独立した予後不良因子であった。また、low CXI群はhigh CXI群と比較して有意に高齢者が多く (68 vs 64歳、p=0.03)、BMIが低かった (22 vs. 23 kg/m², p=0.02)。【まとめ】 大腸癌肝転移の肝切除前のCXIは有用な予後予測因子になることが示唆された。

カヘキシアインデックス、転移性肝腫瘍

神経性食思不振症による肝障害の一例

東京共済病院 消化器内科¹⁾、

東邦大学医療センター大橋病院 病理診断科²⁾、

東京医科歯科大学 消化器内科³⁾

小林諒平^{1,3)}, 緒方香葉子¹⁾, 土屋麻央¹⁾, 沖永康一¹⁾, 平昭衣梨¹⁾, 渡部 衛¹⁾, 宍戸華子¹⁾, 永山和宜¹⁾, 横内 幸^{1,2)}, 岡本隆一³⁾

【症例】 50歳代女性【主訴】 脱力【病歴】 20XX-1年まで親の介護を一人で行っていたが、ストレスにより43kgあった体重は20XX年には30kgまで減少した。Y-13日の夕方より脱力感と食思不振症状が出現した。その後も症状改善せず、自力での体動困難となったためY日に救急受診された。血液検査および腎障害、肝障害を認めため精査加療目的に入院した。【経過】 りょうどうに対しては神経性食思不振症の診断とし精神科医とともに診察に当たった。肝機能について、脱水によるショック肝を疑われ補液による治療を開始した。腎機能は補液により改善を認めるものの肝障害の増悪傾向を認めた。各種ウイルス学的検査や免疫学的検査において肝障害の原因となる所見を認めず、神経性食思不振症による肝障害もしくはRefeeding症候群による肝障害を鑑別に挙げた。入院当初からRefeeding症候群の高リスク群として300kcal程度/日となるように治療を開始したにも関わらず肝障害が増悪したこと、カリウム・リン・マグネシウムなどの電解質異常を認めないことから神経性食思不振症による肝障害と診断した。経口摂取が進まないため、中心静脈栄養を開始したところ肝障害は著明に改善した。多職種による治療介入により経口摂取に対して前向きな発言が増えてきたところ、第12病日の朝にJCS300の意識障害が出現、各種検査より細菌性肺炎による敗血症の診断とした。抗生薬や昇圧剤など投与するも意識状態の改善乏しく、第13病日に死亡した。死因究明のため病理解剖が行われ、Klebsiella pneumoniaeによる細菌性肺炎があったこと、肝臓ではPAS染色により肝細胞にグリコーゲンの貯留を認めないこと、電子顕微鏡にて肝細胞内にLysosomeが多いことが判明した。【結語】 神経性食思不振症の患者に肝逸脱酵素の上昇に伴うことがあるが、その原因としてautophagyによるものが報告されている。今回、病理解剖とその後の電子顕微鏡での検査で肝細胞内にLysosomeが多数存在することが判明し、肝障害の原因としてautophagyが関与している可能性があると考え、若干の文献的考察も含め報告する。

神経性食思不振症、autophagy

筑波大学 医学医療系 消化器内科¹⁾, 同 医療科学²⁾,
同 放射線腫瘍科³⁾,
重田早紀子¹⁾, 長谷川直之¹⁾, 鈴木宏清¹⁾, 寺崎正彦¹⁾, 遠藤壮登¹⁾,
瀬尾恵美子¹⁾, 岡田浩介²⁾, 奥村敏之³⁾, 土屋輝一郎¹⁾

【背景】胆管腫瘍栓を有する肝細胞癌(HCC)は頻度が低く、予後は不良な傾向がある。外科的切除や肝動脈化学塞栓療法(TACE)が有効とするデータもあるが、陽子線治療については乏しい。胆管腫瘍栓をきたしたHCCに対して陽子線治療が奏功した一例を経験したので報告する。【症例】71歳男性、非アルコール性脂肪肝炎による肝硬変、肝S4,5の多発HCCに対して、まずはTACEを施行した。しかし、S5のHCCは動脈血流が乏しく、塞栓が困難であった。翌月、HCCの胆管腫瘍栓による胆道出血のため緊急入院し、胆管金属ステントを留置し、止血した。肝機能はChild-Pugh Aであったが、腫瘍の局在から外科的切除やRFAは困難であった。そのため陽子線治療(72.6GyE/22Fr)を施行した。陽子線治療後、AFPは2500ng/mlから15ng/mlまで低下した。また、S5の腫瘍は縮小し、胆管造影で腫瘍栓は消失していたため、胆管ステントは抜去した。その後、胆管炎、および再出血なく、経過している。照射範囲外であるS4のTACE後再発をきたしたが、陽子線治療を追加し、再発、および新規病変の出現なく経過している。【考察】HCCの胆管腫瘍栓は予後不良因子の可能性があるが、その治療法に関してのエビデンスは乏しい。HCCにおいてはX線よりも陽子線の方が予後を延長させ、放射線障害が少ないという報告もある。当院の陽子線治療ではHCCの5年局所制御率は80%以上であり、胆管腫瘍栓例においても有効な可能性がある。【結語】胆管腫瘍栓をきたしたHCCに対して陽子線治療は有効な治療法の可能性がある。

肝細胞癌, 陽子線

高崎総合医療センター 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
古澤 愛¹⁾, 星野 崇¹⁾, 成清弘明¹⁾, 田村優樹¹⁾, 都丸翔太¹⁾,
佐野希望¹⁾, 鈴木悠平¹⁾, 増田智之¹⁾, 上原早苗¹⁾, 安岡秀敏¹⁾,
長沼 篤¹⁾, 田中 寛²⁾, 平井圭太郎²⁾, 坂元一郎²⁾, 柿崎 暁¹⁾

症例は78歳、男性。X-17年に初発の肝細胞癌に対し、肝動脈化学塞栓療法や肝動注化学療法による治療を繰り返していた。X-9年よりX-5年まで再発なく経過し、それ以降受診を自己中断されていた。X年6月に胸痛を主訴に救急外来を受診され、肝右葉に右副腎と一塊になった長径15cmの巨大腫瘍を認め、下大静脈浸潤を伴っていた。肝細胞癌再発の診断にて同月よりアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法を開始した。同療法を9コース施行後の造影CTでは腫瘍の造影効果は消失し、長径8cmと著明に縮小していた。同時期より蛋白尿によりベバシズマブの投与継続が困難となり、肝予備能が良好なことから、副腎転移以外に遠隔転移を認めないことから外科的切除の方針となり、X+1年2月に肝右葉+右副腎+横膈膜合併切除術を行った。切除標本では腫瘍は壊死を来し viable な腫瘍細胞を認めず、肝細胞癌、副腎転移がアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法により完全奏効したものと考えられた。進行肝細胞癌に対しアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法が著効することでconversion surgeryを行った報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, アテゾリズマブ

杏林大学医学部 腫瘍内科学¹⁾, 同 消化器内科学²⁾
廣田 玲¹⁾, 岡野高弘¹⁾, 林 雅人¹⁾, 西岡真理子¹⁾, 前園宏宏¹⁾,
河合桐男¹⁾, 關 里和²⁾, 川村直弘²⁾, 水谷友紀¹⁾, 長島文夫¹⁾

【背景】進行肝細胞癌の1次治療として、アテゾリズマブ/ベバシズマブ併用療法(Atezo/Bev)がソラフェニブに対してOSを有意に延長することが示された。しかし様々な分子標的薬で治療された後に使用されるAtezo/Bevの有効性や安全性はわかっていない。【症例】83歳、男性【現病歴】X-4年10月に非アルコール性脂肪肝炎が背景肝の肝細胞癌に対し肝S6部分切除術が施行された。X-2年3月に肝両葉に多発再発を認め、up to 7基準外であったため、レンパチニブを開始した。治療開始6.3ヵ月後のX-2年10月に肝内病変の増悪を認め、2次治療でカボザンチニブを開始した。X-1年1月に新病変を認め、RECIST v1.1による評価ではPDであったが、腫瘍マーカーの低下を示すなど臨床的に治療効果を認め、治療を継続した。さらなる増悪を認め、治療開始3.4ヵ月後に治療を中止した。3次治療でソラフェニブを開始した。病勢制御が得られていたが、11.8ヵ月後のX年4月に新病変が出現し、治療を中止した。4次治療でレゴラフェニブを開始したが、治療開始後6.3ヵ月後に肝内病変の増悪を認めた。この時点で、PS 0、肝予備能はChild-Pugh分類6点のgrade A、mALBI -2.09点のgrade 2Bと保たれていた。1次治療開始から31.7ヵ月後のX年12月より5次治療として、直前に保険承認されたAtezo/Bevを開始した。治療開始4.6ヵ月後のCT評価でRECIST v1.1ではSDであったが、mRECISTでCRが得られた。治療開始5.1ヵ月後にChild-Pugh分類7点のgrade B、mALBI -0.87点のgrade 3と肝予備能の低下を認め、PS 2と全身状態が悪化したため、治療継続が困難となり治療を中止した。Atezo/Bev中止5.5ヵ月後にChild-Pugh分類6点のgrade A、mALBI -1.63点のgrade 2Bまで肝予備能は改善し、PS 1まで回復した。新病変を認めているものの1次治療開始から46.8ヵ月、Atezo/Bev開始から15.2ヵ月経つ現在も生存中である。【結論】後方ライン治療としてのAtezo/Bevで良好な抗腫瘍効果を示した一例を経験した。チロシキナーゼ阻害薬で治療した後に全身状態や肝予備能が保たれていれば、Atezo/Bevが有望な治療選択肢となることが示唆された。

肝細胞癌, アテゾリズマブ/ベバシズマブ併用療法

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
増田美佳子, 五家里栄, 三浦光一, 渡邊俊司, 野本弘章, 前田浩史,
佐藤直人, 森本直樹, 山本博徳

【症例1】71歳、女性。【経過】悪性リンパ腫に対し、リツキシマブを含む化学療法を行い、その後の自家移植で寛解に至っていた。化学療法前のHBsAg(-), HBsAb(-), HBeAb(+), HBV既感染パターンであったことからスクリーニングを行なった。化学療法投与終了後24ヶ月経過した時点でHBV-DNA<1.3 LogIU/mLから5.6 LogIU/mLまで上昇した。またPT% 136.1%, T-bil 0.82 mg/dLと保たれていたものの、ALTは500 U/Lまで上昇した。HBV再活性化と判断し、速やかに核酸アナログ製剤を内服開始し、肝炎の鎮静化が得られた。【症例2】63歳、男性。【経過】近医で10年前にB型慢性肝炎で核酸アナログを30日間のみ内服したことがあるが、HBVの詳細は不明。入院6年前から慢性関節リウマチに対しメトトレキサートやプレドニンを内服していたが、HBVの状態は不明でHBV-DNAのモニタリングはされなかった。入院1ヶ月前より下腿浮腫が出現し、近医を受診しALT 47 U/Lであったが、利尿剤を処方され経過観察となった。症状改善せず、前医を受診。ALT 406 U/L, T-bil 8.1 mg/dL, PT 24.8%の急性肝不全の診断で当院紹介となった。HBV-DNA 8.1 LogIU/mLより、HBV再活性化による非昏睡型急性肝不全として、同日より核酸アナログ投与を開始した。第3病日にはII度の肝性脳症が出現し、昏睡型亜急性型急性肝不全として集学的治療を要した。第19病日に生体肝移植を行ったが、第62病日に死亡した。【考察】ガイドラインではHBV既感染パターンでは定期的なスクリーニングと化学療法終了後も少なくとも1年は経過観察が必要とされている。再活性化リスクの高い薬剤使用患者は長期にフォローする必要性が示唆された。また症例2のようにHBV再活性化リスクのある薬剤を使用中の場合、いったん急性肝不全を発症すると致死的経過を辿ることが多い。適切なモニタリングやタイミングを逃さず核酸アナログ投与が必要であり、病院間および当該科の連携や情報共有が非常に大切である。

HBV再活性化, 急性肝不全

61 肝硬変治療中に発症したPortopulmonary hypertension (PoPH)の一例

佐野厚生総合病院 消化器内科
中代幸江, 鍛冶場寛, 北川清宏, 野田まり, 久武祐太, 寺元 研,
東澤俊彦, 岡村幸重

【症例】79歳女性【主訴】労作時呼吸困難【現病歴】20XX-6年、C型肝炎による肝硬変にて近医より紹介され、以降当院外来にて肝炎・肝硬変治療を行っていた。C型肝炎に対してDAA製剤の導入を行い、20XX-4年以降ウイルス学的持続陰性化が得られていた。また、経過中発生した肝細胞癌に対して紹介から20XX-1年12月までに計5回のTACEを施行し腫瘍の病勢は安定していた。20XX-1年12月頃より労作時呼吸困難が出現した。胸部CT画像上、右少量胸水貯留を認めたため利尿薬内服を開始したが、症状の増悪が継続したため精査目的に20XX年3月1日に入院とした。【経過】身体所見上、浮腫や肺野音は見られなかった。動脈血ガス分析所見上、PaO₂ 65.6mmHgと正常下限であり、PaCO₂は36.6mmHgであった。安静時はSpO₂ 94-5%で推移していたが、労作によりSpO₂は容易に低下し呼吸困難を生じた。肝肺症候群を疑い肺血流シンチを施行したが右左シャント率6.5%で基準範囲内だった。経胸壁心臓超音波検査にて右室系の拡大、右室収縮期圧の上昇およびそれに伴う中等度三尖弁逆流を認めただけで、左心機能は比較的保たれており、肺高血圧を示唆する所見であったことから肝硬変を背景とした門脈肺高血圧症(PoPH)と診断した。入院中、収縮期血圧100mmHg前後と低値で推移していたため、血行動態の破綻を懸念して肺動脈拡張薬の導入は行わず、労作時の低酸素血症に対して在宅酸素療法を導入して3月12日に退院とした。【考察】PoPHは肝硬変に関連して発生する肺動脈性肺高血圧として近年注目されている病態であり、末期肝硬変の3-10%に合併するとされる。その機序は不明な点が多いが、門脈-体循環シャントの発達による静脈還流量の増加や炎症性物質の流入が肺動脈のリモデリングを惹起すると考えられている。肺動脈圧そのものが肝移植の予後を規定する重要な因子であることに加え、早期であれば内科的治療に反応する可能性もあり、症例の拾い上げが重要となる。今回、肝硬変の経過中に見られたPoPH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。

門脈肺高血圧症, 門脈圧亢進症

62 レンパチニブ投与で外科切除が可能となった腹壁浸潤合併肝細胞癌破裂の1例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科¹⁾,

同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
成清弘明¹⁾, 長沼 篤¹⁾, 古澤 愛¹⁾, 田村優樹¹⁾, 都丸翔太¹⁾,
佐野希望¹⁾, 鈴木悠平¹⁾, 増田智之¹⁾, 上原早苗¹⁾, 安岡秀敏¹⁾,
星野 崇¹⁾, 柿崎 暁¹⁾, 田中 寛^{1,2)}, 平井圭一郎²⁾, 坂元一郎²⁾,
小川哲史³⁾, 宮永朋実³⁾

【背景】腹壁浸潤を伴う巨大肝細胞癌に対して経カテーテル的肝動脈塞栓術(TAE)施行後、レンパチニブを導入し、根治的肝切除が可能となった症例を経験したため報告する。【症例】33歳、男性。【主訴】右季肋部痛。【既往歴】10代後半に心奇形で開胸手術施行。【生活歴】飲酒・喫煙歴なし。【現病歴】20XX年10月初旬、突然右季肋部痛が出現し近医を受診。単純CT上肝腫瘍が疑われ、当院へ紹介。来院時AFPは基準値内、PIVKA-IIは21045mAU/mLと著増していた。造影CTでは肝右葉後区域の肝表面から突出する径15cmの巨大肝細胞癌を認め、腫瘍の一部は腹壁へ浸潤していた。左心房には径4.5cmの巨大血栓が存在し、著明な心拡大を認めた。血性腹水を伴う肝細胞癌腹腔内破裂と考慮、同日緊急入院とした。【経過】腹部血管造影では肝S7を中心に巨大な腫瘍濃染像を認め、同部位が破裂したものと診断。純エタノール+リポドール懸濁液及びゼラチンスポンジを用いたTAEを施行。腹腔内出血は止血できたが肝細胞癌の完全壊死は得られなかった。腹壁浸潤と心機能の懸念から、当初外科切除は断念した。TAEから7週後、肝予備能はChild-Pugh Ⅲと良好であり、残存肝細胞癌に対してレンパチニブ(LEN)を導入した。左心房内血栓に対してはリパロキサパンで治療を開始した。LEN投与後、PIVKA-IIは低下傾向となり部分奏効が得られた。5ヵ月後に肝切除を計画し、LENは休薬した。しかし左心房内血栓のコントロールが不良であり、一旦手術は延期として3週後にLENを再開した。その後は血栓が顕著に縮小し、LEN開始から10ヵ月後に肝切除を施行し得た。横隔膜合併切除を要したが、肝細胞癌は根治的切除となり無再発生存中である。【考察】国際共同第3相試験(REFLECT)において、盲検下独立画像判定によるLEN群の奏効率(mRECIST)は40.6%と良好であった。よって今後LENによるConversion surgeryの増加が期待される。本例は心疾患を合併したものの、TAEとLEN投与で極めて良好な結果を得ることができたため、貴重な症例と考へ報告する。

肝細胞癌, レンパチニブ

63 新型コロナウイルスワクチン接種後に急性肝炎を呈した一例

前橋赤十字病院 消化器内科¹⁾,
群馬大学 医学部付属病院 消化器・肝臓内科²⁾
清水創一郎^{1,2)}, 伊藤健太¹⁾, 喜多 碧¹⁾, 相原幸祐¹⁾, 館山夢生¹⁾,
阿部貴紘¹⁾, 柴崎充彦¹⁾, 山崎節生¹⁾, 深井泰守¹⁾, 飯塚賢一¹⁾,
滝澤大地¹⁾, 新井弘隆¹⁾, 浦岡俊夫²⁾

【症例】18歳女性。生来健康で特に既往歴なし。【現病歴および経過】X年の9月中旬に新型コロナウイルスワクチンの1回目を接種した。約10日後に微熱を自覚し、症状が持続したため近医を受診。血液検査で肝酵素上昇を認めたがワクチンの副反応疑いとして経過観察となり、その後自覚症状は自然軽快した。10月上旬に2回目のワクチン接種を実施した。約2週間後、食思不振や倦怠感の自覚症状があり近医を受診し、血液検査にて著明な黄疸および肝酵素上昇を認めたために急性肝炎疑いとして当院当科へ紹介入院となった。血液検査ではT-Bil 9.6mg/dL, AST 1147 U/L, ALT 1218 U/L, PT 73%と肝障害およびPTの軽度低下を認めた。造影CT検査では脾腫および著明な門脈浮腫を認めるのみであった。入院後から補液、安静で経過を見ていたが、肝酵素の改善乏しく、PT低下およびアンモニア上昇を認めた。意識レベルは問題なかったが、血液データの悪化から劇症化の危険性が高いと判断し、第3病日に肝生検を実施した後にステロイドパルス(mPSL 1000mg/日を3日間)を施行した。後療法はPSL 40mg/日(≒0.8mg/kg)で実施した。ステロイド開始後から肝酵素は著明に改善を認め、PTも徐々に改善した。PSLは漸減して終了としたが再燃無く経過した。肝生検の病理結果は非特異的な炎症細胞浸潤を認めたが、急性肝炎の原因特定には至らなかった。直近での新規経口薬も特になく、A型やE型急性肝炎を疑う食歴も認めず、肝炎ウイルス抗体は全て陰性であった。ANA 40倍、抗ミトコンドリア抗体:陰性、EBVやCMVは既感染の状態であった。症状出現前に新型コロナウイルスワクチンを接種していることから、急性肝炎の原因として新型コロナウイルスワクチンによる薬剤性が最も疑わしかった。【考察】劇症肝炎の治療としてステロイドを実施することがあるが、本症例は急性肝炎の原因として新型コロナウイルスワクチンが疑われ、肝炎の鎮静化にステロイドが著効した一例であった。新型コロナウイルスワクチンの副作用として急性肝炎は報告例が少なく、貴重な症例と考えることに報告する。

急性肝炎, COVID-19

64 アテゾリズマブ/ペバシズマブ併用療法開始後に免疫関連副作用(irAE)として筋炎/横紋筋融解症、重症筋無力症の発症が疑われた一例

青梅市立総合病院 消化器内科
西平成嘉子, 浜野耕靖, 山下 萌, 中 貴広, 岡田理沙, 松川直樹,
伊東詩織, 増部太郎, 伊藤ゆみ, 野口 修

【症例】78歳女性。背景肝はNASH-LC【主訴】倦怠感【現病歴】20XX-3年11月冠動脈造影CTで偶発的に肝S4に46mm×40mmの低吸収域を指摘され、20XX-2年1月EOB-MRIより肝細胞癌と診断した。肝機能から手術適応はなく、20XX-2年2月、8月とTACEを繰り返したが不応の為、10月よりレンパチニブを開始した。7月にBil上昇、NH3高値となりレンパチニブは中止とした。8月に腫瘍マーカーも上昇しCTでS4、S2/3に再発を認め再度TACEを行ったが、12月のCTでS4に再発して、おりのアテゾリズマブ/ペバシズマブ使用予定とした。ICI投与前検査として抗核抗体は陰性、甲状腺・副腎・下垂体機能、胸部CT、心エコーは異常なく、20XX年1月25日より1コース目を開始した。しかし、2コース目の採血でCK 1006U/Lと上昇し易疲労感も認めたと休薬とした。翌週にはCK 2250U/Lと更に上昇し、杖歩行は可能であったが、腸腰筋・大腿四頭筋・下腿三頭筋のMMTはいずれも5/4と左下肢の筋力低下を認めた。眼瞼下垂や複視は認めなかった。精査加療目的に20XX年2月22日緊急入院とした。【経過】血中MGは3534ng/mLと上昇し、AChR抗体は5.8mmol/Lで陰性で、抗MusK抗体は陰性であった。呼吸機能検査、心エコー、頭部MRIは異常なく、反復誘発筋電図所見から重症筋無力症は否定的であった。irAEとしてGrade2の筋炎/横紋筋融解症の診断とした。PSL換算2mg/kgで加療を開始した。CK値、炎症値は改善傾向で第4病日にPSL50mg内服へ減量とした。倦怠感も継続した。筋力やCK値(118 U/L)の改善を認め、ステロイドは漸減しPSL25mgとして第27病日退院とした。【考察】アテゾリズマブ等、免疫チェックポイント阻害薬誘発性の神経筋疾患は投与開始から4週間以内に発症することが多く、筋炎と重症筋無力症両者の臨床像を有することが特徴とされる。本症例では重症筋無力症の所見に欠いた。ステロイド治療への反応は良好であった。【結語】今回アテゾリズマブ投与開始後にirAEとして筋炎/横紋筋融解症を発症した一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

アテゾリズマブ/ペバシズマブ, irAE

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆臓外科
瀧島輝幸, 春木孝一郎, 古川賢英, 安田淳吾, 松本倫典, 恒松 雅,
坂本太郎, 谷合智彦, 柳垣 充, 後町武志, 池上 徹

【はじめに】肝細胞癌に対する肝移植適応基準として5-5-500基準が提唱され、低い再発率を担保した移植適応患者の増加が期待されている。しかしながら、肝切除後予後予測因子として5-5-500基準の有用性を検討した報告は少ない。今回、肝細胞癌に対する肝切除症例における5-5-500基準の臨床的意義を後方視的に検討した。【方法】対象は当科で2008年～2018年までに肝細胞癌に対して初回肝切除を行った症例のうちデータ解析可能であった206例（男性：女性=166：40例、年齢中央値68歳）。5-5-500基準が長期予後に与える影響を無再発生存期間、全生存期間をエンドポイントとし、臨床病理学的因子、術前のSystematic inflammatory responseを含めた多変量解析で検討した。【結果】5-5-500基準内132例（64%）、基準外74例（36%）であった。基準外の症例では62例で腫瘍径5cm超、23例でAFP 500 ng/ml超であった。多変量解析で無再発生存期間では女性（ $p<0.01$ ）、HBsAg陽性（ $p<0.01$ ）、ICGR15（ $p=0.03$ ）、5-5-500基準外（ $p=0.01$ ）が独立した再発因子であった。全生存期間ではHBsAg陽性（ $p=0.04$ ）、低分化型（ $p=0.03$ ）、5-5-500基準外（ $p=0.01$ ）が独立した予後因子であった。5-5-500基準外症例の全生存期間において術前CRP/アルブミン比高値は予後不良因子であった（ $p=0.01$ ）が、基準内では差を認めなかった（ $p=0.27$ ）。【結語】肝細胞癌切除例において、5-5-500基準は独立した予後予測因子となり、5-5-500基準外の症例ではSystematic inflammatory responseを組み合わせることで予後を層別化できる可能性が示唆された。

肝細胞癌, 5-5-500基準

横浜南共済病院 消化器内科
永島愛一, 岡 裕之, 原田 聡, 石野勇康, 中丸瑠奈, 塚本 恵,
榊原俊哉, 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, 近藤正晃, 澤崎 翔, 佐伯博行

【症例】症例は80歳男性。20XX年9月に右季肋部痛を自覚したため当院を受診した。腹部造影CT検査および超音波検査で胆石症及び続発する慢性胆嚢炎の診断となり、症状が軽微であったため経過観察していた。1年後に腹部造影CT検査を再検査したところ胆石消失の所見があり胆嚢胃瘻形成が疑われた。精査のため上部消化管内視鏡検査を施行したところ瘻孔形成と胆汁漏出が認められ、胆石症による胆嚢胃瘻の診断となった。今後の胆嚢癌合併のリスクを考慮し、手術適応について検討したが、本人の全身状態および希望を考慮し、経過観察の方針としている。現在も1年に1回のCT検査や上部消化管内視鏡検査などの画像フォローを行っているが、主要合併所見や身体症状の増悪なく経過している。【考察】内胆汁瘻は周囲隣接臓器との間に生じる異常交通であり、そのうち5%が胆嚢胃瘻である。胆嚢胃瘻の症状の大半は合併する胆嚢炎、胆管炎による症状に起因する。瘻孔形成の原因は90%を胆石症が占め、胆嚢壁の圧迫による虚血が組織壊死を引き起こすことで、隣接する消化管と交通を形成すると考えられる。胆嚢胃瘻は続発的に胆嚢がんを発症するリスクがあるため手術を行うケースが多いが、経過観察症例も多く報告されている。瘻合併の原因として、胃腸や腸液の逆流による上皮化生がベースになっていると考えられている。【結語】胆嚢結石症が誘因となった胆嚢胃瘻の症例を経験した。本症例に関しても今後の胆嚢癌合併リスクを踏まえ、慎重な経過観察が必要と考えられる。

胆嚢胃瘻, 胆嚢結石症

画像上肝鎌状間膜の脱出が疑われた上腹部白線ヘルニアの1手術例

原町赤十字病院 外科
朝比奈由衣, 東海林久紀, 笹本 肇, 内田信之

症例は、開腹手術の既往がない56歳女性。BMIは18.7とやせ型。3日前より痛みを伴う上腹部の皮下腫瘍を自覚し、これを主訴に来院した。視診では皮膚面の隆起は極めてわずかで、発赤・熱感などは認めなかった。痛みの訴えが強く十分な触診ができなかったが、上腹部正中に圧痛を伴う用手還納されない2cm大の柔らかい腫瘍を触知した。CT検査にて白線ヘルニアの診断、肝鎌状間膜の脱出が疑われた。血液検査では、貧血なし、炎症所見なし、トランスアミナーゼ正常、Alb 4.0g/dl、BUN 6mg/dl、Cre 0.82mg/dl、電解質異常なし、Glu 88mg/dl、凝固系異常なし、HBs抗原陽性（74772.30IU/ml）、HBs抗体陰性、HBe抗原陽性、HBe抗体陰性、HBe抗体陽性、HCV抗体陰性であった。全身状態は良好で本人の希望、同意あり手術を行った。全身麻酔下に、エコーで部位を確認しマーキング後、手術を開始した。脱出部直上に3cmの正中切開をおいて皮下を分けると、光沢ある脂肪織が現れた。周囲の剥離を進めると臍上部の白線に径6mmの円形の空隙があり、腹膜前脂肪織を伴った腹膜が母指頭大に脱出した。嚢に血流障害はなく、内容はなかった。画像で疑われた肝鎌状間膜の脱出は明らかではなかった。嚢は還納できず、周囲を剥離し切除、巾着縫合した。切除したヘルニア嚢は病理検査に提出し、ヘルニア門は吸引糸にて単純縫合で閉鎖した。術後経過は良好で、術翌日から経口摂取を開始し、術後3日目に退院となった。B型肝炎ウイルス抗原強陽性に対しては今後消化器内科で加療予定である。白線ヘルニアは腹壁正中の白線の間隙から発生するヘルニアであり、欧米では頻度が高いと報告されているが、本邦では比較的にまれな疾患である。腹部一般診察の際に遭遇することは多いとは言えないが、留意しておくに良い疾患であると思われる。今回、白線ヘルニアの手術例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

白線ヘルニア, 腹壁ヘルニア

肝門部領域胆管癌術後の残腔内胆管再発に対し膵頭十二指腸切除術を施行した1例

獨協医科大学病院 肝胆臓外科¹⁾, 東都文京病院 外科²⁾
木村柁範¹⁾, 松本尊嗣¹⁾, 清水崇行¹⁾, 田中元樹¹⁾, 山口教宗¹⁾,
朴 景華¹⁾, 櫻岡佑樹¹⁾, 白木孝之¹⁾, 森 昭三¹⁾, 磯 幸博¹⁾,
窪田敬一²⁾, 青木 琢¹⁾

症例は60歳代男性。肝門部領域胆管癌に対し拡大肝右葉切除術、リンパ節郭清、肝外胆管切除再建を施行した。病理診断はpT2aN0M0stageIIの高分化型腺癌であった。術後4年6ヶ月後のスクリーニングCTで、術後4年の時点では認められなかった12mmの膵頭部嚢胞性嚢変および膵管拡張の出現と14mm大の腹腔動脈根部のリンパ節腫大を認めた。PET検査ではリンパ節と膵頭部へのFDGの異常集積を認めた。肝門部領域胆管癌術後の異時性残腔内胆管癌、隣浸潤の術前診断のもと、腹腔動脈根部リンパ節を切除し癌腫大を認めた。術後30日目に軽快退院した。病理組織学的に、腫瘍は膵内胆管を腫瘍の主座とする高分化から低分化を呈する胆管癌で、初回手術の組織像と類似していた。また、腫瘍近傍の胆管に上皮内病変を認めないことから、初回手術から長期間経過してからの発生であるものの、異時性発癌よりは残腔内胆管再発の可能性が高いと判断した。肝門部領域胆管癌術後においては遺残胆管再発や異時性残腔胆管癌の発症を考慮した長期間の慎重な経過観察が必要であると考えられ、また手術に際して膵消化管吻合、胃空腸吻合をどのように行うか、術中所見に応じて様々な再建術式の選択肢を準備しておく必要がある。示唆に富む症例であるため文献学的考察を加えて報告する。

肝門部領域胆管癌, 膵頭十二指腸切除

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡センター²⁾,
榊原和真¹⁾, 行徳芳則¹⁾, 相馬佑樹¹⁾, 嶋田智樹¹⁾, 小堀郁博¹⁾,
片山裕規^{1,2)}, 玉野正也¹⁾, 桑田 潤¹⁾

【症例】77歳男性【現病歴】当院泌尿器科で右腎細胞癌術後のため入院中であった。術後3年のCTにて肺転移を認め、今後化学療法での導入を予定されていた。事前に実施したB型肝炎スクリーニングの血液検査にてHBc抗体陽性を認めたため、当科に紹介受診となった。当科にて肝形態評価目的に腹部超音波検査を施行したところ、脾頭部に25×20mmの境界明瞭な低輝度腫瘍を認めた。同時期に泌尿器科で撮影された単純CTでは脾病変を指摘することは困難であった。そのため、MRCPを撮影したところ、脾頭部に比較的境界明瞭な腫瘍を認め、脂肪抑制T1強調画像で低信号、T2強調画像では高信号を呈しており、DWIでは高信号を認め、脾腫瘍が疑われた。腎癌による転移性脾腫瘍か、原発性脾腫瘍かの鑑別が必要であり、超音波内視鏡下針生検(EUS-FNA)を実施した。EUSでは脾頭部から体部にかけて、内部が比較的低位エコーの腫瘍が多発しており、脾頭部の病変からEUS-FNAを施行した。病理結果は、淡明から淡好酸性の胞体と腫大した円核を有する腫瘍細胞が集塊状に認められ、免疫組織化学染色では、AE1/AE3陽性、CD10陽性、PAX8陽性であり、既往の淡明細胞型腎細胞癌の転移に矛盾しない結果であった。【考察】腎細胞癌は、肺や骨、肝臓などに血行性に転移することが多く、脾臓への転移は2-3%程度とされている。一方で、転移性脾腫瘍は脾腫瘍全体の2-5%で、原発巣としては、腎細胞癌の頻度が最も高い。脾転移の診断は、造影CT検査にて増強効果のある腫瘍像を呈し、血管造影にて濃染像を呈することから、脾腫瘍との鑑別が容易とされる。しかし本症例では、腎障害を認めており、造影検査が施行できなかった。また造影検査が可能であっても、多血性脾腫瘍として、脾内分分泌腫瘍との鑑別に難渋する事しばしば経験する。今回MRCPやEUSによる画像評価を行った上で、EUS-FNAで確定診断を得た。本症例のように造影検査を施行できない症例では、EUS-FNAを行うことを検討すべきである。【結語】腎細胞癌膀胱転移をEUS-FNAで診断した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

腎細胞癌膀胱転移, EUS-FNA

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆脾外科¹⁾,
同 消化管外科²⁾,
正田貴大¹⁾, 渡辺 亮¹⁾, 山中崇弘¹⁾, 萩原 慶¹⁾, 石井範洋¹⁾,
塚越真梨子¹⁾, 新木健一郎¹⁾, 播本憲史¹⁾, 栗山健吾²⁾, 宗田 真²⁾,
佐伯浩司²⁾, 調 憲¹⁾

【はじめに】外傷性脾損傷による胸腔内合併症は無気肺や肺炎・急性呼吸促進症候群が主であるが、縦隔炎を認めることは稀である。今回、外傷性脾炎とそれ起因する仮性嚢胞形成を伴う縦隔炎の1例を経験したため報告する。

【症例】症例は52歳の女性、X月Y日自転車での転倒を契機に心窩部痛が遷延していた。前医を受診し、背景にアルコール依存症を認めたため慢性脾炎と診断され、保存的加療を継続していたが症状改善せず、入院を繰り返していた。X月Y+112日のCTにて胸水増加および縦隔仮性嚢胞認め、EUSでも主脾管の破綻による脾仮性嚢胞認められたことから、X月Y+121日に外科的加療目的に当院入院となった。経鼻脾管ドレーンの挿入を試みたが脾管の屈曲強く留置できなかった。当院入院後も炎症反応が悪化を続け、経過観察のCTでは甲状腺周囲まで縦隔炎の波及を認めたため、保存的加療は困難と判断し、手術の方針とした。X月Y+128日、脾体尾部脾臓合併切除術、縦隔ドレーナージ術を施行した。腹腔内を探索すると脾損傷後の脾液瘻、脾炎の影響で嚢嚢内・脾周囲・脾周囲に膿化を伴う高度炎症性変化が存在した。また脾体部背側に仮性嚢胞の形成があり、外傷で離断された主脾管に連続していた。仮性嚢胞を開創すると暗赤色排液の排出が認められた。脾損傷部を含め標本を摘出し、縦隔操作に移行した。横隔膜脚と食道との間を剥離し、縦隔へアプローチした。手動的に食道前面の剥離を進め、膿瘍部からのドレーナージが得られ、CTで同定された縦隔炎の領域が開放できたと判断した。経食道裂孔的に10mmソフトブリーツドレーンを気管分岐部下端に留置した。手術時間は6時間28分、出血量は23ml、輸血は要さなかった。術後はせん妄を認めたが保存的に改善し、13日目に退院した。

【まとめ】既報では縦隔内脾仮性嚢胞の報告は稀であり、保存的治療・外科的治療ともに選択されている。本症例は脾損傷部位の根治的な外科切除に加え、損傷部位から波及した縦隔炎に対するドレーナージで良好な治療効果を得られており、同治療による早期入りが根治性も高く有効であると考えられる。

外傷性脾損傷, 縦隔内脾仮性嚢胞

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾,
同 糖尿病・内分泌代謝内科³⁾, 同 病理学教室⁴⁾,
澁田秀則¹⁾, 権藤興一¹⁾, 山田貴大¹⁾, 川本 翔¹⁾, 神林孔明¹⁾,
鶴久大介¹⁾, 野坂岳志¹⁾, 落合一成¹⁾, 仁科善雄²⁾, 石本麻衣²⁾,
北濱圭一郎⁴⁾, 渡邊俊介¹⁾, 松木亮太²⁾, 小暮正晴²⁾, 土岐真朗¹⁾,
鈴木 裕²⁾, 下山田博明⁴⁾, 柴原純二⁴⁾, 阪本良弘²⁾, 久松理一¹⁾

症例は80歳代男性。低血糖発作の精査の際に脾尾部に腫瘍を指摘され、当院紹介受診となった。血液検査では空腹時血糖値(以下BS)、血中インスリン値(以下IRI)、下垂体機能、副腎機能に異常値は認めず、腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、NSE、ProGRPすべて正常であった。腹部造影CT検査では、脾尾部に10mm大の動脈相で造影効果を認める腫瘍性病変を認めた。超音波内視鏡検査(以下EUS)では、脾尾部に10mm大の類円形で境界明瞭、内部均一な低エコー腫瘍が描出され、ソナゾイド造影では血管早期、後期相ともにhypervascularな病変であった。Fajans指数0.044(IRI/BS>0.3)、Gurunt指数22.7(BS/IRI<2.5)、Tumer指数8.97(IRI×100/BS-30>20)とすべてインスリン自律分泌指標は満たさなかった。絶食試験では、IRIは診断基準に至らなかったが、低血糖時Cペプチド0.9ng/mL(>0.6ng/mL)、グルカゴン負荷試験は負荷前後差Glucose 34mg/dL(>25mg/dL)と陽性であった。組織診断目的にEUS下穿刺生検(以下FNA)を施行し、小胞状に増生する内分泌細胞様細胞を認め、免疫染色ではCD56、Synaptophysin、Chromogranin-A全て陽性で、MIB-1 index 1%未満でありNET G1と診断した。以上の所見を踏まえて、インスリノーマを疑い、脾体尾部切除術を施行した。切除検体では、類円形核を有する腫瘍細胞が密に増殖する実性腫瘍であり、脈管侵襲は認めず、切除、剥離断端陰性であった。免疫染色ではFNA同様にSynaptophysin陽性、Ki-67率1%以下であり、インスリン染色の陽性所見は明らかではなかった。術後低血糖症状は改善し、現在術後12か月再発所見なく経過している。本症例はインスリンの過剰分泌を認める、インスリノーマの診断基準を満たさなかったが、低血糖症状、脾腫瘍を認め、低血糖時Cペプチド高値、グルカゴン負荷試験は陽性、切除後に低血糖症状の再燃を認める。臨床経過からインスリノーマが考えられた。血中インスリン値正常のインスリノーマは医学中央雑誌でもこれまで7例報告されており、文献的考察も含めて報告する。

脾NET, インスリノーマ

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科
福元 彩, 櫻井俊之, 岩下祐子, 澁谷尚希, 宮崎亮佑, 豊永貴彦,
山崎琢士, 加藤智弘, 猿田雅之

【症例】42歳女性【主訴】発熱・腹痛・下痢【既往歴】びまん大細胞型B細胞性リンパ腫【現病歴】20XX-3年から月に1回程度、月経開始前、短時間内体動困難となるほどの強い腹痛と下痢を生じるようになった。近医受診したが採血でCA72-4の軽度高値を認めるのみで、当院ではCT、PET、大腸内視鏡で大腸憩室症の指摘のみであったため、憩室炎の反復を疑われていた。20XX年11月右下腹部痛と発熱38度を認め、CRP10mg/dlの上昇があり、大腸憩室炎の診断で他院に入院治療された。抗生剤加療後3日目に解熱し、1週間退院となった。退院3週間後に突如、左下腹部痛と下痢を生じ、翌日37℃台の発熱を認めた。レボフロキサシン500mgを3日間内服後、解熱したが左下腹部痛が持続したため当科紹介受診となった。CRP 3.35mg/dlの軽度炎症反応と腹部CTで小腸・S状結腸の周囲に軽度の炎症性変化を認めた。経過観察中に2ヶ月連続で、3日で改善する37℃台の発熱・腹痛・下痢の発作がみられたため、コルヒチン0.5mg/日の内服を開始した。その後3ヶ月間、発作が消失したため家族性地中海熱(FMF)と考え、MEFV遺伝子変異の検索をしたところ、L110P、E148Qの変異を認めた。非典型的な発作の反復、腹痛、コルヒチン著効、Exon10以外のMEFV遺伝子変異、から家族性地中海熱非典型例と診断した。コルヒチン内服を継続し発作は消失していたが、治療開始半年後、CA72-4が204U/ml、7ヶ月後には634U/mlと急上昇した。精査のため全身のCT、PET、上下部内視鏡検査を施行したが異常は認められなかった。その後も、悪性疾患の発病は認められず、FMFの発作も出現しておらず、引き続き注意深く経過観察中である。【考察】痛風発作後のコルヒチン内服によりCA72-4が上昇することが報告されており、自験例もコルヒチン内服が関与した変動と考えられた。今後同様のケースが増加する可能性があり、貴重な症例と考えられた。【結語】コルヒチン内服に由来したと思われるCA72-4上昇を呈した家族性地中海熱非典型例の希少な1例を経験したので報告する。

家族性地中海熱, CA72-4

横浜市立大学附属病院 消化器腫瘍外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
河内大倫¹⁾, 澤田 雄¹⁾, 下澤元晴¹⁾, 工藤孝迪¹⁾, 松木裕輝¹⁾,
高橋智昭¹⁾, 清水康博¹⁾, 三宅謙太郎¹⁾, 敷下泰宏¹⁾, 本間祐樹¹⁾,
松山隆生¹⁾, 宇高直子²⁾, 山中正二²⁾, 遠藤 格¹⁾

【背景】胆嚢内乳頭状腫瘍intrahepatic papillary neoplasm(ICPN)は、胆嚢内で乳頭状に発育する、まれな腫瘍である。2010年にWHO消化器腫瘍分類で胆嚢癌の前癌病変と定義された。今回我々はICPNの切除例を経験したので、文献的考察を加え報告する。【症例】症例は70歳代男性。B型肝炎疑いの精査目的の腹部超音波検査、CT検査で胆嚢腫瘍を認め、手術目的に当院紹介となった。腫瘍マーカーは正常範囲であった。超音波内視鏡検査では、広基性乳頭状腫瘍を認めるが壁肥厚はなく、胆嚢壁は保たれていた。腹部造影CTでは、胆嚢底部に10mmの広基性隆起性病変を認めるが、壁肥厚はなかった。隆起病変は、動脈相で強く造影され、平行相で造影効果遷延を認めた。MRIでは、病変はT2強調で筋組織と比べてやや高信号を示し、拡散強調で淡い高信号を示した。胆嚢癌を疑い、開腹胆嚢摘出、肝床部切除を行った。12cリンパ節を迅速病理に提出し悪性所見を認めなかったため、胆管温存で8a、8p、12a、12b、12pリンパ節郭清を行った。腫瘍は肉眼的に広基性乳頭状腫瘍、組織学的に腫瘍細胞の乳頭状増殖を認め、粘膜固有層への浸潤は認めず、ICPNと診断した。【結語】本症例ではEUS、CT、MRIのどのモダリティでも壁肥厚を認めず、早期胆嚢癌との鑑別が問題となった。ICPNは、動脈相で濃染し、造影効果が遷延することは一つの特徴と考える。さらなる術前診断の向上により、適切な術式選択が望まれる。

壁肥厚, 造影効果

ENBDをカットして作成した22cm長の胆管ステントを2本留置し減黄良好となった、胃GISTの肝転移による肝門部胆道閉塞の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
片山慶一, 高橋幸治, 遠山翔太, 山田奈々, 杉原地平, 大内麻倫,
山田俊儒, 三浦義史, 菅 元泰, 永島裕樹, 沖津恒一郎,
日下部裕子, 大山 広, 大野 泉, 三方林太郎, 加藤直也

【症例】73歳、女性。【病歴】胃GISTに対して胃穹窿部部分切除を受けたが、8年後に肝転移再発を認め、右3区域切除術後にイマチニブの内服を開始したものの、術後2年で通院を自己中断されていた。術後4年で閉塞性黄疸が出現し、肝転移再発と肝門部胆管狭窄を認めたものの、ERCPでは目的とするB3にガイドワイヤーを誘導できなかったため、PTBDを留置した。イマチニブの内服を再開し、腫瘍は一度縮小傾向となったものの、再度増大傾向となったため、イマチニブ内服開始から8年後にスニチニブの内服を開始したが、2年後に肝機能障害でスニチニブ内服も中止となった。肝転移巣の増大により肝門部胆管閉塞による閉塞性黄疸をきたしたためERCPの方針とした。【臨床経過】造影CTではB2とB3が拡張していた。ERCPを施行しB2とB3にガイドワイヤーを留置したが、ガイドワイヤーで測定するとステント長として24cm必要と判断した。既製品で24cm長のステントはなかったため、7FrのENBDチューブ24cmで切ってステントを作成し留置した。実際に留置すると、下端が長かったため、ループカッターとスナアを用いて下端を2cm切断した。その後は減黄良好で合併症も認めなかった。【考察】肝門部胆管閉塞は形状が複雑なことも多く、既製品のステントでは対応しきれないこともある。本例は実際には22cm長のステントが必要であり、ENBDをカットしてステントとして用いることが非常に有用な症例であった。

胆道閉塞, 胆管ステント

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科²⁾
田村 幸¹⁾, 野口正明¹⁾, 大澤颯之¹⁾, 鹿野智裕¹⁾, 佐藤優子¹⁾,
光吉優貴¹⁾, 三浦由起子¹⁾, 日高章寿¹⁾, 板垣宗徳¹⁾, 小林 剛¹⁾,
松平 浩¹⁾, 木下晃吉¹⁾, 小池和彦¹⁾, 猿田雅之²⁾

60歳男性。X-9年に嗅神経芽細胞腫に対して経鼻内視鏡下頭蓋底手術、術後放射線照射を行ったが、左頸部リンパ節転移が出現し、左頸部郭清術を行った。X-5年に右頸部リンパ節再発および胸椎転移を認め、右頸部郭清術と胸椎腫瘍切除術を施行した。さらにX-2年に脳転移に対し定位放射線治療を施行したが、その後X-1年に左後頸部、咽頭後部、オトガイ、胸椎、仙骨部に転移を認めたことより、全身化学療法の方針となった。X年2月よりNivolumab投与を開始し、240 mg/回を2週間おきに繰り返した。6コース投与後の全身造影CTで転移巣の縮小がみられ、stable diseaseと判断した。X年5月の7コース投与時の血液検査でAST 534 U/L, ALT 853 U/L, ALP 4213 U/L, γ -GTP 1072 U/Lと肝胆系酵素の著明な上昇を認め、精査加療目的に入院した。腹部造影CTでは肝外胆管の軽度拡張と、胆嚢壁を含めた胆管全体に造影効果に伴うびまん性壁肥厚を認めるも、狭窄所見は認めなかった。全身状態が不良のため内視鏡的逆行性胆管腔造影や肝生検による精査は施行できなかったが、特徴的な画像所見を呈していたことや、抗核抗体、抗ミトコンドリアM2抗体やIgG4がすべて基準値内であったことよりNivolumabによる二次性硬化性胆管炎と判断した。メチルプレドニゾロン1mg/kgで治療を開始し、速やかな肝胆系酵素の改善が得られ、段階的にステロイドを漸減した。その後も再燃なく経過し、内服へ移行できたことから外来加療の方針とした。免疫関連有害事象による非閉塞性胆管炎は免疫チェックポイント阻害薬使用患者の約0.05-0.7%で発症するとの報告があり、ステロイドへの治療反応性が乏しいことが報告されている。今回、Nivolumab関連硬化性胆管炎に対してステロイドが奏功した一例を経験したので報告する。

硬化性胆管炎, Nivolumab

重症急性膵炎後Walled-off necrosisにより右尿管狭窄を来した一例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器) 講座

古木佐保里, 山宮 知, 阿部洋子, 星 恒輝, 永島一憲, 嘉島 賢,
久野木康仁, 佐久間文, 福士 耕, 萩 竜一, 稲葉航平, 大池 研,
松本健吾, 山崎ゆうか, 入澤篤志

【症例】40歳代、男性【主訴】発熱【現病歴】20XX年Y月Z日に心窩部痛を自覚した。症状改善しないため、Z+1日に救急要請し、前医に搬送された。重症急性膵炎(予後因子1点、造影CT grade2)と診断され、緊急入院した。成因として膵石による閉塞性膵炎が疑われたため、入院同日にERCPが施行された。その後、継続加療されていたが、感染性Walled-off necrosis(WON)を併発した。WON加療目的のため22日病日に当院へ転院した。【既往歴】特記事項なし【身体所見】血圧133/76mmHg、心拍数122回/分、呼吸数16回/分、体温37.7℃、SpO2 99%(room air)、腹部:平坦・軟で圧痛なし【血液検査所見】WBC 24,800/ μ L、Hb 11.6 g/dL、Plt 48.4 $\times 10^4$ / μ L、AST 218 U/L、ALT 32 U/L、CRP 16.4 mg/dL、アミラーゼ 74 U/L【画像検査所見】腹部造影CT:膵全域周囲から右腎盤腔にかけて連続する液体貯留を認める。【経過】当院転院後、感染性WONに対し抗菌薬投与による保存的加療を継続したが、感染コントロールに難渋した。転院第15病日に超音波内視鏡下瘻孔形成術を施行し、転院第25日から内視鏡的ネクロセクミー(DEN)を開始した。転院第26病日に撮影した腹部造影CTで右腎盂拡張を認めた。右水腎症と診断し、同日当院泌尿器科に紹介した。逆行性腎盂尿管造影では右上部尿管に狭窄を認めたため、同部位に対し尿管ステントが留置された。尿管狭窄の原因は、右腎盤腔に進展したWONによる圧排および炎症性狭窄によるものと考えられた。そのため、DENによるWON腔内の壊死物質除去を継続した。DENを計6回施行したところ、WONは縮小し、全身状態の改善を得たため転院第80病日に自宅退院した。退院4か月後に施行した逆行性腎盂尿管造影では右尿管狭窄の改善を認めたため尿管ステントを抜去した。以後、尿管狭窄の再燃なく経過している。【結語】WONにより尿管狭窄を来することはまれであり、その発症頻度は3~17%と少ない。WONが右腎盤腔へ進展する場合は、解剖学的に膵頭部が右腎と近接していることから尿管狭窄を来す可能性が左側進展型より高いため慎重に経過観察をする必要がある。

重症急性膵炎, Walled-off necrosis

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科

小原大和, 宅間健介, 小林康次郎, 小川友里恵, 若林宗弘, 宍戸泰紀, 伊藤 謙, 岡野直樹, 永井英成, 松田尚久, 五十嵐良典

症例は65歳男性。2か月前より空腹時に胃もたれを自覚するようになった。その後腹部膨満感を認めて近医を受診し腹水を指摘され、精査目的で当院紹介となった。来院時の全身状態は良好であり、腹部診察にて軽度の腹満を認めた。腹部造影CT検査では網膜腔から胃壁沿いに嚢胞病変が多発していた。また脾臓では軽度腫大が疑われ、辺縁の分葉状構造の消失、両腎に楔状の造影不領域を認めた。腹部MRCP検査では主膵管狭細と膵内胆管狭窄所見が確認された。IgG4関連疾患を疑い、血液検査が追加され血清IgG4値高値(1280 mg/dl)が確認された。IgG4関連腎病変を伴う自己免疫性膵炎と考えられた。多発嚢胞病変に対して原因の鑑別目的に超音波内視鏡下で穿刺実施した。嚢胞液は黄色透明で腫瘍細胞は認められず、膵アミラーゼ高値を示した。ERCPの膵管所見ではスキップ様の主膵管狭細を認め、尾部分枝膵管の拡張と膵外への造影剤漏出を疑う所見を認めた。以上より自己免疫性膵炎に伴う膵液漏による網膜腔内仮性嚢胞形成と診断した。多発嚢胞病変は、急性膵炎後の被包化壊死もしくは仮性嚢胞が鑑別に挙げられた。また、脾臓はびまん性に軽度腫大しており、血清IgG4が高値(1280 mg/dl)を認めたため、自己免疫性膵炎に伴う炎症性変化が示唆されたが、原因嚢胞内のアミラーゼ値が高値を示したため、嚢胞病変はやはり膵炎後の仮性嚢胞であることが示唆された。自己免疫性膵炎の有症状症例としてステロイド加療(0.6mg/kg/day)開始とした。以降経過観察において、症状の増悪なく、CT検査では膵および腎所見の改善、多発嚢胞病変の縮小傾向を確認している。自己免疫性膵炎は、高齢男性に多く、閉塞性黄疸や画像上の脾腫大所見もしくは糖尿病の増悪など随伴する膵外病変を契機に偶発的に発見されることが多いとされている。仮性嚢胞の合併も散見され、膵管狭細に起因する膵液流出障害からの形成が考えられており、その破綻による膵液漏の形成が示唆された。本例のように画像診断で腹腔内多発嚢胞病変を形成した自己免疫性膵炎症例は稀と考慮しており、文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性膵炎, IgG4関連疾患

横浜栄共済病院 消化器内科

伏見 光, 品川希帆, 枇杷田裕佑, 高井佑輔, 目黒公輝, 岩崎暁人, 清水智樹, 真田治人, 酒井英嗣

【症例】33歳男性。習慣性扁桃炎にて両側口蓋扁桃摘出術を耳鼻咽喉科で施行された。術中少量創部からの出血を認めたが、合併症なく手術は終了した。術当日の夜間に鮮血便があり、Hb値が14.7g/dLからHb9.9g/dLまで低下し、創部からの出血を疑った。耳鼻咽喉科にて開口位で直接視認による止血を試みたが出血点を同定できず、当科へコンサルトとなり、ミダゾラムにベチジンを用いて、上部治療用スコープ(GIF-H290T)を用いて内視鏡的止血術を試みた。右扁桃摘出後の潰瘍底にコアグラの付着を認めたため、鉗子で除去すると動脈性の出血を認めた。HOT鉗子を用いた凝固止血(Soft 60W)にて止血を得た。その後は若干の咽頭痛を認めたが再出血なく、止血後2日で退院となった。【考察】口蓋扁桃摘出後の出血では再度全身麻酔での対応を余儀なくされることがある。内視鏡的止血術を行うメリットとして、低侵襲であること、側臥位のため気道へ血液が落ち込みにくいことが挙げられる。しかし、誤嚥のリスクから送水機能を使えないため難易度が高い。患者の状態や出血量を正確に把握し、止血困難な場合には無理をせず治療法を変更する必要がある。【結語】口蓋扁桃摘出術後の創部出血に対して上部消化管内視鏡での止血が有効であった症例を経験したので、動画を提示して報告する。

口蓋扁桃摘出術後出血, 口蓋扁桃内視鏡的止血術

前橋赤十字病院 外科

岩崎竜也, 宮崎達也, 吉田知典, 矢内充洋, 茂木陽子, 下島礼子, 黒崎 亮, 清水 尚, 荒川和久

【症例】79歳男性【主訴】腹痛【既往・併存症】前立腺癌術後、COPD、高血圧、過活動性膀胱(病歴)3日前から続く上腹部痛を主訴に前医を受診し、レントゲン所見からイレウスと診断された。当院CTにて小腸に壁在気腫及び肝周囲の少量のfree airを認めた。血液検査でWBC7800、CRP3.29、Lac0.67、腹部所見は心窩部に限局した圧痛のみで筋性防御や反跳痛は認めずバイタル安定していたため保存的治療の方針とし、1病日にイレウス管留置し入院とした。3病日にCTを再検査し腸管の気腫性変化改善したため5病日にイレウス管抜去し、7病日に食事開始とした。その後経過良好で12病日に退院とした。退院後7日目の診察では異常認めなかったが、12日目に腹痛・嘔吐で救急外来受診となった。受診時CTで軽度小腸拡張を認め麻痺性イレウスの診断で再入院となった。1病日にイレウス管留置し、3病日にイレウス改善した。7病日に流動食開始し持参薬を開始した。8病日にイレウス再燃し嘔吐となった。同日のCTでイレウス及び腸管気腫症を認め、飲食と内服を中止した。その後改善し14病日に食事再開し、持参薬及び大建中湯を投与開始した。17病日に腹痛増悪し再度禁食とした。原因不明の繰り返すイレウスに対して精査目的に21病日に下部消化管内視鏡検査(CS)を行い、回腸終末部に多発の白色潰瘍を認めた。潰瘍による炎症での麻痺性イレウス及び潰瘍からの腸管気腫症の診断となった。生検からは結核やCMVの感染を認めず、持参薬のミラベグロンの副作用による薬剤性潰瘍を疑った。28病日に被疑薬以外の薬と食事を再開し、その後経過良好で39病日に退院した。外来でCS再検査し回腸の潰瘍は消失していた。今回CSで回腸末端の観察を行ない小腸潰瘍の存在を知ることができ、その原因が薬剤性と考えられた。薬剤性的小腸潰瘍はNSAIDsが原因となることが多いが、今回の症例は過活動性膀胱薬のミラベグロンが原因の可能性が非常に高い症例であり、稀な症例と思われるため若干の文献的考察を含め報告する。

ミラベグロン, 小腸潰瘍

杏林大学医学部 消化器・一般外科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾坪川康仁¹⁾, 磯部聡史¹⁾, 吉敷智和¹⁾, 金 翔哲¹⁾, 片岡 功¹⁾, 若松 喬¹⁾, 麻生喜祥¹⁾, 飯岡愛子¹⁾, 小嶋幸一郎¹⁾, 阪本良弘¹⁾, 阿部展次¹⁾, 河合桐男²⁾, 古瀬純司²⁾, 須並英二²⁾

【症例】59歳、男性【現病歴】直腸S状部癌(RS, circ, Type 2, tub1, cT4aN1aM1a (LYM))の診断で、根治切除不能であったため20XX年6月に横行結腸人工肛門造設術を施行した。以降、化学療法(mFOLFOX+ bevacizumab, mFOLFIRI+ bevacizumab, SIRB)を行い、約2年半の間、SD~PRの効果を得られていた。20XX+3年1月、受診4日前から発熱があり、体動困難と臀部痛がみられたため当院に救急搬送された。【既往歴】高血圧症、肥満症、BMI 35.9、糖尿病なし【画像所見】造影CTで直腸管腔外の膿瘍、左臀部皮下脂肪濃度の上昇、皮下気腫を認めた。【入院後経過】左臀部中心に発赤・腫脹があり、LRINEスコア11点であった。直腸腫瘍部の穿孔によるフルニエ症候群と診断し、入院同日に緊急で切開排膿洗浄ドレナージ、デブリードマンを施行した。術後は敗血症性DICに準じた治療とともに創部洗浄を行い、良好な感染コントロールが得られた。入院加療継続中で、術後に感染の再燃はみられていない。【考察】直腸癌を原因とするフルニエ症候群は比較的まれであり、医学中央雑誌にて36症例の報告を認めた。このうち、本症例のように化学療法を施行中発症の症例は7例、そのうち人工肛門造設状態の症例は5例であった。化学療法を施行中発症の症例では bevacizumab を使用していた症例が7例中4例でみられ、bevacizumab による腫瘍穿孔が原因となった可能性が指摘されている。また人工肛門造設状態であっても、局所の浸潤や免疫機能低下などによりフルニエ症候群を発症する可能性が指摘されている。自験例でも bevacizumab の使用歴があり、SDの効果が得られていたため化学療法を継続していた。切除不能直腸癌に対して化学療法施行中に、人工肛門造設状態にもかかわらず発生したフルニエ症候群を経験したので文献的考察を加えて報告する。

直腸癌, フルニエ症候群

国立病院機構 宇都宮病院 外科¹⁾、
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学²⁾、
獨協医科大学 第一外科³⁾、
館野航平^{1,2)}、滝田純子¹⁾、小川 敦¹⁾、井上 昇^{1,3)}、増田典弘¹⁾

【患者背景】腹部手術歴のない61歳男性、既往は喘息と高血圧。X年12月頃より排便困難と腹部膨満感あり、便潜血陽性、嘔吐と経口摂取困難を主訴に当院消化器内科受診。【入院経過】大腸狭窄精査で下部消化管内視鏡施行し、R_sに狭窄と発赤粘膜を認めるが、肉眼的な腫瘍性変化は認めず、狭窄部より施行した生検ではInflammatory change, Group 1の診断であった。いったん症状改善し退院、外来にて経過観察をしていた。X+1年7月頃より症状が再度増悪、8月CS再検目的に入院し下剤を内服したところ腹痛あり、腸閉塞症状再燃し外科紹介となった。イレウス管挿入後CS施行、SDJを中心に八つ頭状ポリープ高度狭窄あり、生検では前回同様Group 1であったが、狭窄解除の見込みがなく9月9日腹腔鏡下高位前方切除術、小腸部分切除術、下行結腸単孔式人工肛門造設術施行した。病理結果はMucinous carcinoma (muc)、pT3(SS) N0M0 StageIIaであった。現在外来にて補助化学療法施行し再発無く経過している。【考察】一般的に大腸癌において粘液癌の占める割合は2.7~6.9%との報告がある一方、術前診断には難渋する事もしばしばである。今回の症例においては、全経過を通してCEA/CA19-9の上昇を認めなかったが、徐々に狭窄が進行したこと、経口摂取に著しい障害を生じ穿孔の危険もあったことから悪性腫瘍も念頭に置いて術式を決定した。病理結果では広範な炎症性線維化の内部に粘液癌組織を内包した像を認め、粘膜面の生検では悪性腫瘍の診断は不可能であったと考える。詳細な病理学的検討および文献的考察を加えて報告する。

粘液癌, 憩室炎

獨協医科大学 下部消化管治療センター¹⁾、
獨協医科大学大学院 腫瘍外科²⁾、
大橋智輝^{1,2)}、中村隆俊^{1,2)}、井原啓佑^{1,2)}、高柳 雅^{1,2)}、藤田純輝^{1,2)}、
西 雄介¹⁾、渋谷紀介¹⁾、峰谷裕之¹⁾、石塚 満¹⁾、室井大人²⁾、
山口岳史²⁾、中川正敏²⁾、鈴木 完²⁾、森田信司²⁾、中島政信²⁾、
小嶋一幸²⁾、入澤篤志¹⁾

症例は94歳女性。以前より内痔核の既往があった。2か月前より直腸脱の症状が出現し、近医を受診した。非還納性直腸脱および肛門出血を認め、脱出腸管に2型腫瘍を認めた。生検にて腺癌が検出され、手術目的に当院紹介となった。完全直腸脱に合併した直腸癌の診断で、ロボット支援下腹会陰式直腸切断術が施行された。術後合併症なく経過し、術後第20病日に軽快退院となった。病理組織学的診断は粘液癌であった。直腸脱はよく知られた疾患であるが、その発症頻度は比較的少なく本邦では全肛門疾患の0.4%~2.0%と報告されている。直腸脱に合併した直腸癌は比較的稀である。直腸への物理的刺激などにより癌が発生する可能性も報告されている。近年、高齢女性の直腸脱は増加しており、直腸癌合併症例の増加も予測される。全身状態と根治性のバランスを十分考慮した治療法の選択が重要である。ロボット支援下手術は低侵襲手術であり、本症例のような高齢者への根治手術を可能とすることに貢献すると思われる。完全直腸脱を合併した直腸癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

直腸癌, 直腸脱

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科¹⁾、
同 病理診断部²⁾、同 皮膚科³⁾、
須藤慧多¹⁾、太白健一¹⁾、太田 学¹⁾、佐田友藍¹⁾、田原真紀子¹⁾、
廣田由佳²⁾、福嶋敬宜²⁾、杉原夏子³⁾、味村俊樹¹⁾、鯉沼広治¹⁾、
堀江久永¹⁾、細谷好則¹⁾、北山丈二¹⁾、佐田尚宏¹⁾

症例は64歳女性。脱肛、肛門出血を主訴に近医を受診した。同院の大腸内視鏡検査で直腸Rbに1/3周性の1型腫瘍を認め、生検で低分化型腺癌と診断され当院へ紹介となった。当院の大腸内視鏡検査で行った生検でもAdenocarcinoma (por)であり、cT3N3M0 cStage3cの診断で、術前化学放射線療法(50.4Gy/28Fr)を行なった後、手術治療(ロボット支援下直腸切断術、左側方リンパ節郭清)を施行した。術後経過良好で術後12日目に退院した。しかし切除標本の病理診断の結果は大腸癌ではなく直腸悪性黒色腫であった。そのため、悪性黒色腫取扱い規約に従い、ypT4bN0M0 Stage2cと診断した(大腸癌であればypT3N0M0 Stage2a)。術後補助化学療法について当院皮膚科にコンサルトを行い、リンパ節転移陰性で遠隔転移もないことから経過観察の方針となった。現在は当科と皮膚科で定期的な外来加療を継続し、再発なく経過できている。直腸肛門部悪性黒色腫は全直腸肛門部悪性腫瘍の中では極めて稀であり、低色素性または無色素性のものがあるため、術前診断が困難な場合がある。今回われわれも、術後病理診断にて直腸悪性黒色腫と診断された一例を経験したため、文献考察を含めて報告する。

直腸悪性黒色腫, 診断

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科¹⁾、
同 肝胆膵外科²⁾、
福島涼介¹⁾、大曾根勝也¹⁾、内田真太郎¹⁾、岡田拓久¹⁾、白石卓也¹⁾、
榎田泰明¹⁾、小川博臣¹⁾、調 憲²⁾、佐伯浩司¹⁾

【はじめに】空置腸管炎は腸管内容物の通過がない腸管に発症した炎症過程と定義され、炎症性腸疾患と併存しうることが知られている。Crohn病に対する結腸切除後に発症した空置大腸炎に対して、経肛門アプローチ併用腹腔鏡下直腸切断術にて治療し得た症例を経験したため報告する。【症例】41歳男性。2001年に肛門病変で発症したCrohn病に対して2005年から前医にて内科治療していたが、上行結腸から横行結腸にかけて難治性腸管狭窄があり、2006年に結腸部分切除術(上行結腸~横行結腸、単孔式上行結腸人工肛門造設術)を施行された。その後、外来にて寛解維持療法を行っていたが2015年頃より肛門からの間欠的血便がみられるようになった。2021年頃からCRPの軽度上昇も継続していた。CT検査を施行すると空置腸管全体の腸管壁浮腫を認め、空置腸管の活動性炎症が示唆される所見で、2021年8月に空置腸管炎の精査加療目的に当院当科紹介受診となった。空置腸管炎は炎症が遷延しており、癌化のリスクもあるが、空置腸管は屈曲のため内視鏡観察は困難であった。キャンサーボードで検討し、空置腸管切除の方針となった。経肛門アプローチ併用腹腔鏡下直腸切断術を施行し、手術時間は220分、出血量は0mlだった。術後は有害事象なく経過し術後7日目で自宅退院となった。切除腸管は組織学的に炎症細胞浸潤と非乾酪性肉芽種の形成を認め、Crohn病の炎症に矛盾しない所見であり、悪性所見は認めなかった。【考察】空置腸管炎と癌化のリスクの関係は明らかになっていないが、Crohn病の慢性炎症には癌化のリスクがあり、サーベイランス検査が十分に行えない症例においては、空置腸管の切除は治療選択肢の一つとなる可能性がある。また、経肛門アプローチによる腹腔鏡手術は手術時間の短縮により患者負担を軽減し、有用な治療戦略と考える。【結語】Crohn病に対する結腸切除後の空置腸管炎に対して、経肛門アプローチ併用腹腔鏡下直腸切断術を施行し、良好な結果を得た症例を経験したため報告する。

Crohn病, 経肛門アプローチ

藤沢市民病院 消化器内科¹⁾、
横浜市立大学医学部 消化器内科学²⁾、
小侯亜梨沙¹⁾、合田賢弘¹⁾、石川俊太郎¹⁾、大西美沙¹⁾、金村知輝¹⁾、
中村洋介¹⁾、比嘉愛里¹⁾、竹内加奈¹⁾、吉村勇人¹⁾、近藤新平¹⁾、
林 公博¹⁾、安藤知子¹⁾、岩瀬 滋²⁾、前田 慎²⁾

【背景】ループス腸炎は全身性エリテマトーデス(SLE)に合併する病態であるが、SLEが未診断の場合、症状から感染性腸炎を疑われ、診断が遅れる症例も多い。今回CT所見が鑑別に有用であったループス腸炎の一例を経験したため報告する。【症例】23歳女性。腹痛、嘔吐、下痢の主訴で受診した。腹部造影CTにて小腸の広範な浮腫性壁肥厚と腹水貯留という感染性腸炎に非典型的な所見を認めたため、追加検査を施行した。SLEの診断基準(SLICCC分類基準)のうち白血球減少、抗核抗体陽性、抗ds-DNA抗体陽性、抗Sm抗体陽性、低補体血症を満たし、SLEの確定診断に至った。各種検査結果から感染性腸炎や血管炎は否定的であり、ループス腸炎と診断した。第3病日よりステロイドハーフパルス療法(ヒドロコルチゾン500mg/日の3日間投与)を開始し、腹部症状は改善を認めた。第6病日よりプレドニゾン40mg/日の内服に変更し、第13病日にプレドニゾン30mg/日に減量した上で第15病日に退院とした。その後プレドニゾンを漸減しながら、ヒドロキシクロロキンの併用を開始し、現在は腹部症状なく経過している。【考察】ループス腸炎は、現在が炎症の主座であるため、小腸の浮腫性壁肥厚や腹水を伴うことが多い。一方感染性腸炎は粘膜主体の病変であり、前述の画像所見を呈することは稀である。よって詳細な画像所見の読影がループス腸炎の鑑別に有用であると考えられる。【結語】CT所見が鑑別に有用であったループス腸炎の一例を経験した。

ループス腸炎, 全身性エリテマトーデス

君津中央病院 外科
佐藤誉哉, 須田竜一郎, 柳澤真司, 片岡雅章, 西村真樹, 小林壮一,
岡庭 輝, 中臺英里, 石神恵美, 升田貴仁, 勝海大輔, 進藤博俊,
織田弘起, 高橋知也, 白石健太, 海保 隆

【症例】68歳女性。主訴：腹痛。現病歴：幼少期から慢性的な便秘あり。20XX年1月に突然の腹痛を認め、救急要請。開腹歴なし。来院時現症：腹部は軽度膨満し、臍周囲に圧痛を認めた。画像所見：来院時の造影CTでは、広範な小腸の拡張所見を認め、回盲弁より20cmの部位に口径差を認めた。少量の腹水を認めるものの、小腸に造影不良所見認められず、癒着性腸閉塞が疑われ、保存的治療が選択された。第3病日、腹部症状の改善を認めず、当科紹介となった。同日再検された造影CTでは、小腸の拡張は増悪、腹水も増量が認められた。結腸の走行は、S状結腸が右側よりに存在するものの、盲腸・肝彎曲部・脾彎曲部・SD junctionはそれぞれのQuadrantに存在し、SMV rotation signを認めず、腸回転異常症は積極的には疑われなかった。症状改善傾向のない腸閉塞であり、絞扼の存在も否定しえなかったことより、診断的治療介入の適応と考えられ、同日に審査腹腔鏡の方針となった。【手術所見】腹腔鏡下観察では、中等量の漿液性腹水を認めた。大網は、横行結腸下傍で広範に後腹膜に固着していた。小腸の1.5cmの裂孔を認め、同部をヘルニア門として、回腸が30cm程嵌入しており、内ヘルニアを形成していた。大網を切除し、絞扼を解除したのち、ヘルニアを確立すると、結腸の固定不全を認めたため、腸管の解剖の確認および固定を目的として開腹移行とした。開腹所見では、左右の側腹壁および腸骨窩に隣接する領域にはいかなる固定腸管も存在しなかった。全く受動を必要とせずに全腸管が容易に腹腔外へ引き出せる状態であり、総腸間膜症と診断し、(1)盲腸から肝彎曲部、(2)脾彎曲部からSD junctionをそれぞれ側腹壁へ固定した。【まとめ】総腸間膜症は腸回転異常症の1つとされ、腸回転はすべて終了しているが、腸間膜が後腹膜に固定されていない状態であり、比較的稀な病態である。総腸間膜症に伴う大網裂孔ヘルニアの報告は極めてまれであり、文献的考察を加えて報告する。

総腸間膜症, 内ヘルニア

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野¹⁾、
日本大学病院 消化器内科²⁾、
石川慶朋¹⁾、市島諒²⁾、杉田知実²⁾、岩男 彩²⁾、小椋加奈子¹⁾、
木暮宏史¹⁾、後藤田卓志²⁾

【症例】70歳台女性【主訴】血便【既往歴】心房細動、糖尿病、認知症【現病歴】前医にて血糖コントロール目的で入院中、暗赤色便を認め、翌日も改善しないため当院に転院搬送となった。入院時の造影CTで小腸壁肥厚と造影不良、上腸間膜動脈(SMA)の血栓を認め、SMA血栓症に伴う小腸虚血による出血と診断した。閉塞部の末梢にわずかに血流を認めたことから、完全閉塞ではなく腸管への血流は保たれていると考えられた。治療方針としては循環器内科とも相談のもと、ご本人やご家族の希望もあり、全身状態を考慮しカテーテル治療や手術を行わず、ヘパリン持続投与にて保存的に加療を開始した。ヘパリン投与後、血便や腹痛の改善を認め、第8病日に造影超音波を行ったところ、SMA血栓の消失を確認した。同日よりヘパリン終了しDirect oral anticoagulant (DOAC) 内服に切り替え、飲水摂取を開始した。第12病日に食事開始した。食事開始後も血便や腹痛は再燃せず退院調整を行った。【考察】SMA血栓症は早期に診断、治療介入を行わなければ致死的な疾患である。治療はカテーテル治療や手術が選択されることが多いが、本症例では、全身状態が悪くヘパリン投与のみで加療を行い、血流の再開、そして腸管の機能改善により軽快した。ヘパリンのみにて改善した症例は比較的稀である。過去の文献的考察も含め本症例の治療経過を報告する。

SMA血栓症, 小腸虚血

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
吉村祐亮¹⁾、岩井拓磨¹⁾、山田岳史¹⁾、園田寛道¹⁾、進士誠一¹⁾、
松田明久¹⁾、代永和秀¹⁾、武田幸樹¹⁾、上田康二²⁾、坂谷貴司²⁾、
吉田 寛¹⁾

【背景】直腸粘膜脱症候群(Mucosal prolapse syndrome: MPS)は下部直腸粘膜が牽引刺激を受け虚血性変化と再生性変化を生じ隆起性病変や平坦発赤病変、潰瘍性病変など多彩な肉眼形態を呈する疾患である。比較的若年で、排便時に腹圧をかけるstrainerに多いとされるが、年齢は広く分布し性差はなく、排便習慣に異常がない症例も認める。臨床的には悪性腫瘍との鑑別が重要であるが、消化器系医師であっても同疾患の認識が十分であるとは言い難い。【症例】60歳代、男性。既往：大細胞型B細胞リンパ腫治療後寛解。併存疾患：DM、HT。主訴：排便時出血、違和感。下部消化管内視鏡検査施行し下部直腸に隆起性病変あり当科紹介となる。経過よりMPS疑い生検施行。粘膜固有層内に平滑筋の増生を伴う線維筋症の結果にてMPSと診断した。排便指導、薬剤調整を数ヶ月行ったが有意な改善認めず手術の方針とした。腰椎麻酔下に経肛門の局所切除施行。術後経過問題なく第5病日退院した。病理結果悪性所見なし。症状再燃なく経過している。【考察】MPSの診断は排便習慣や患者背景の聴取により、MPSを疑うことが大前提であり、病理組織学的に粘膜固有層の線維筋症を確認することが重要である。悪性腫瘍の併存報告もあり保存加療に固執せず改善しない場合は手術加療を検討する。

直腸粘膜脱症候群, 排便障害

順天堂大学医学部附属 順天堂醫院 消化器内科
石野博崇, 野村 慧, 蔡 岳泰, 高馬將郎, 丸山貴史, 赤澤陽一,
深田浩大, 石川 大, 藤澤聡郎, 内山 明, 今 一義, 山科俊平,
伊佐山浩通, 池嶋健一, 椎名秀一朗, 永原章仁

【症例】40歳の女性。母親の死を契機に食思不振となり、3年間でBMIが20から12と低下した。20XX年11月に食思不振と体重減少で近医を受診したところ、肝障害を認めため当院に紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査後に突然意識障害を来し入院となった。低血糖を認めたことから50%ブドウ糖液を投与し速やかに意識状態は改善し、血液、腹部CT検査、腹部超音波検査からインスリンノーマや悪性腫瘍は否定的であったことから、るい瘦による低血糖発作と考えた。心臓超音波検査で左室基部の過収縮と心機能の低下があり、低血糖発作を契機としたことは型心筋症と診断した。第10病日のCT検査で新たに胸腹水貯留を認め、第18病日より見当識障害が出現した。脳波や頭部MRI検査では器質的疾患やてんかん発作は否定的であり、解離性障害や低Na血症が見当識障害の原因と考えられた。低Na血症については、内分泌異常を認めず、in take不足と考え点滴での補充で補正されていたが、第28病日の夜間に突如心室頻拍が出現。心肺蘇生を試みるも自己心拍は再開せず死亡した。病理解剖の結果、混濁腹水、十二指腸前壁の潰瘍穿孔のほか、腹膜原発を疑う漿液性癌を認めた。【考察】本症例は、原発性腹膜癌による食思不振からるい瘦や低Na血症を呈し、栄養投与や電解質の是正を行っていた中で、十二指腸潰瘍穿孔を契機として循環血漿量減少及び電解質異常を来し、心室頻拍に至り死亡したものと考えられた。十二指腸潰瘍穿孔については、経過中腹痛や黒色便、貧血の急激な進行を認めず、急変時に画像評価を行えなかったことから、生前には診断に至らなかった。また、原発性腹膜癌を診断し得なかった原因として、食思不振に至った経緯から神経性食思不振症を疑ったこと、画像所見では明らかな悪性腫瘍は認めなかったこと、さらに初診時に原発性腹膜癌の典型的所見である腹水貯留やCA125高値を認めなかったことなどが考えられた。【結語】るい瘦に対して精査加療中に急変し、病理解剖で原発性腹膜癌の診断に至った症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

原発性腹膜癌, 十二指腸潰瘍穿孔

公立館林厚生病院 外科
関 孝博, 橋本直樹, 沼賀有紀, 檀原哲也, 堤 裕史,
岩崎 茂

症例は77歳、女性、67歳時に癒着に伴う絞扼性腸閉塞で小腸部分切除施行され、75歳時に癒着性腸閉塞で癒着解除、小腸部分切除を施行された。その時のCTで左副腎腺腫を指摘され当科で経過観察されていた。当科受診の8日前より左背部痛、食欲不振出現、38℃台発熱あり前医受診。両側腎結石にて尿路感染症の既往もあり尿路感染症として入院加療し抗菌薬使用したが発熱改善せず。入院時の腹部単純CTで腹部腫瘍を認め、腫瘍による発熱を疑われ当科紹介受診した。血液生化学検査でCRPが高値で、腹部造影CTで下腹部の腹壁直下に造影効果に伴う境界明瞭な8cm大の腫瘍を認めた。2か月前に撮影された副腎腺腫の経過観察目的のCTでは3cm大の腫瘍であり、急速な増大を認めた。周囲の血管は左胃大網動脈と連絡しており大網原発の悪性腫瘍が疑われた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸で圧迫所見あり挿入困難であったが、粘膜面には異常病変を認めなかった。入院後も発熱は持続していたため腫瘍による影響と考え、診断治療目的で手術の方針となった。手術所見では腫瘍は大網と癒着、癒合あり合併切除した。腫瘍の栄養血管は左胃大網動脈と推測された。また腫瘍は小腸への癒着を伴っており小腸原発の可能性を考慮し小腸合併切除を施行した。病理組織学診断では未分化多形肉腫(Undifferentiated pleomorphic sarcoma)と診断された。小腸には漿膜と癒着していたが明らかな浸潤を認めなかった。術後発熱は解熱し、炎症反応も改善した。食事摂取も良好で術後8日目に退院となった。術後半年後再発所見なく経過している。大網原発の未分化多形肉腫は極めて稀な疾患であり、自覚症状に乏しく予後も不良である。本症例は小腸合併切除を行い、完全切除できた。今後も注意深く経過観察を行う方針である。

未分化多形肉腫, 大網腫瘍

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科
五十嵐陽介, 後町武志, 瀧島輝幸, 丹治芳明, 谷合智彦, 柳垣 充,
羽村凌雅, 恒松 雅, 宇和川匡, 白井祥睦, 安田淳吾, 春木孝一郎,
奥井紀光, 古川賢英, 恩田真二, 坂本太郎, 池上 徹

【はじめに】膵管腺癌の中でも破骨細胞様巨大細胞を伴う未分化癌(Undifferentiated carcinoma with osteoclast-like giant cell: UCOGC)は稀なサブタイプである。一般的な膵管腺癌に比べ予後は一定しておらず、臨床病理的な特徴は明らかになっていない。今回化学療法後にUCOGCに対してコンバージョン手術をした1例を報告する。【症例】63歳男性。検診のCTで異常所見を認め精査目的に当院を受診した。膵頭体部に7.5cmの腫瘍を認め、総肝動脈(CHA)や胃十二指腸動脈(GDA)周囲の進展を認めた。腫瘍は門脈に接しており、門脈内腫瘍栓を認めた。主膵管は腫瘍部で狭窄し、末梢側で拡張していた。腫瘍マーカーはCEA 3.7 ng/ml, CA19-9 147 U/ml, CA125 42 U/ml, DUPAN-2 120 U/ml, Span-1 72 U/mlであった。超音波内視鏡下生検では破骨細胞様巨大細胞を認めUCOGCが疑われた。以上より切除不能局所進行膵癌の診断で化学療法を開始した。FOLFIRINOXを10サイクル施行後、CHAとGDAに接触はしているものの、腫瘍は3cmまで縮小し門脈血栓は消失した。腫瘍マーカーはCEA 2.3 ng/ml, CA19-9 18 U/ml, Dupan-2 25 U/mlと低下した。しかし、高度なしびれと肝障害の副作用のため化学療法の継続は困難と判断し、コンバージョン手術を施行した。術式は門脈合併切除を伴う膵頭十二指腸切除で、CHAとGDA周囲の神経叢浸潤が疑われたため神経叢も合併切除した。横行結腸間膜浸潤を認めたが、腹膜播種や肝転移、上腸間膜動脈浸潤は認めなかった。手術時間は597分、出血量は1,129mlであった。病理所見はUCOGCに矛盾せず、診断はypT2N1M0, stageIIBであった。切除断端は陰性でありR0切除を得た。術後経過は良好で術後16日で退院した。術後6ヶ月現在再発なく、術後補助化学療法としてFOLFIRINOXを行っている。【結語】切除不能な局所進行UCOGC症例に対してコンバージョン手術を施行した。これまでUCOGCに対するコンバージョン手術の報告はなく、FOLFIRINOXはUCOGC症例のコンバージョン手術に対して有効なレジメンとなりうると考えられた。

破骨細胞様巨大細胞, コンバージョン手術

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

【症例】48歳男性【主訴】倦怠感、心窩部痛【既往歴】高血圧、肥満症(BMI 39.1)、糖尿病、脂質異常症、狭心症【生活歴】喫煙歴なし、飲酒歴なし【家族歴】特記すべき事項なし【現病歴】20XX年5月心窩部痛が出現し、近医で肝障害を指摘され紹介受診した。血液検査でWBC 8200 / μ L, T-Bil 2.6 mg/dL, D-Bil 1.8 mg/dL, AST 126 U/L, ALT 98 U/L, ALP 635 U/L, γ -GTP 1235 U/L, CRP 7.13 mg/dLと肝胆道系酵素の上昇と軽度の炎症所見を認め、CTでは肝硬変と胆嚢結石を指摘された。NASHによる肝障害や胆道感染の疑いで精査加療を目的に入院した。【入院後経過】各種画像検査を行ったが、胆道拡張はなく、明らかな腫瘍や胆管結石は指摘されなかった。NASHに起因する肝硬変として食事療法、薬物治療を開始したが肝障害は遷延し、黄疸は徐々に進行した。入院第37病日にはT-Bil 16.5 mg/dLとさらに悪化したため、腹部造影CTを再検した。肝、胆道に腫瘍は指摘されなかったが、門脈血栓が確認されたアンチトロンビン製剤を開始した。また経過中にCA19-9 >10000 U/mlと著明な高値を認めたため悪性腫瘍の存在が否定できず、第44病日にERCPを施行し、胆汁細胞診でclassVと診断された。その後も肝不全が進行し第51病日に永眠された。家族の了承を得て病理解剖を実施したところ、肝、胆道、膵に肉眼的腫瘍を認めないが、肝全域に分布する管状・索状の中～低分化腺癌が確認された。免疫染色の結果、肝、胆管内腫瘍と診断された。【考察】背景にNASHに起因する肝硬変や胆嚢結石が存在したことから、画像上は腫瘍形成や胆管拡張を示さなかったことより、肝内胆管癌の診断に苦慮した。腫瘍を形成せず肝全域にびまん性に分布する形態は肝内胆管癌として非典型的であり、文献的考察を加えて報告する。

肝内胆管癌, 肝不全

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学
山中崇弘, 播本憲史, 村主 遼, 星野弘毅, 萩原 慶, 石井範洋,
塚越真梨子, 渡辺 亮, 新木健一郎, 調 憲

【背景】近年がんゲノム検査が臨床応用されているが、肝内胆管癌に対するペムプロリズマブの投与報告は少なく、今回当科にて長期生存が得られた1例を報告する。【症例】74歳女性。2016年6月肝内胆管癌に対し、肝左葉尾状葉、肝外胆管切除再手術を施行(pT3N1M0stageIVA)。術後補助化学療法も施行したが、2017年6月肝転移再発を認め、GC (ゲムシタビン+シスプラチン) 療法を開始した。2018年2月肝転移の増大病変に対しては、重粒子線治療 (60Gy) も追加し、その後もGC療法を継続したが、リンパ節転移も出現、肝転移病変も増大傾向を認めていた。2019年4月Microsatellite instability-High (MSI-H) 検査陽性にて、ペムプロリズマブを開始した。2019年7月、肝転移・リンパ節転移病変ともに縮小傾向 (治療効果PR) を認め、腫瘍マーカーも改善した。その後も治療を継続、2021年3月までに、ペムプロリズマブ計49コース (2年10カ月間) の投与にて、治療効果PRを維持し、現在も治療継続中である。またペムプロリズマブの治療経過にて有害事象として、皮疹、甲状腺機能低下症、胃炎を認めたが、どれも内服コントロール可能であった。【結語】従来予後不良であった肝内胆管癌の集学的治療の一つとして、免疫チェックポイント阻害剤投与により長期生存を得られる症例が存在する。肝内胆管癌において、積極的MSI検査を行うべきと考えられる。

肝内胆管癌, ペムプロリズマブ

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
三島佑介¹⁾, 川西 彩¹⁾, 伊藤彩乃¹⁾, 新聞淑雅¹⁾, 森町将司¹⁾,
山路菜子¹⁾, 小玉敏生¹⁾, 鶴谷康太¹⁾, 川島洋平¹⁾, 荒瀬吉孝¹⁾,
伊藤裕幸¹⁾, 松嶋成志¹⁾, 鈴木秀和¹⁾, 加川建弘¹⁾, 伊藤敦史²⁾,
平林健一²⁾

【症例】55歳、男性。【主訴】心窩部痛【緒言】胆管内発育型肝細胞癌はまれであり、肝細胞癌の2.9-13%と報告されている。今回われわれは、肝内胆管癌と鑑別を要した胆管内発育型肝細胞癌の1例を経験したので報告する。【症例】直腸癌術後に当院外科で経過観察中、血液検査で肝機能障害を認めたため、精査目的に当科に紹介となった。40歳時よりB型慢性肝炎を指摘されるも、治療歴はなかった。初診時の血液検査所見では肝障害と胆道系酵素の上昇を認め、腫瘍マーカーはCA19-9は32.7U/mlと軽度高値、AFP84.4ng/mlと高値であった。画像所見ではUS上腫瘍性病変は認められなかった。造影CTでは右肝内胆管に軽度拡張を認めたが、腫瘍性病変は認められなかった。腹部MRIでは右右葉後区域から総胆管にかけて拡散強調像で高信号を呈する腫瘍性病変と右肝内胆管の拡張を認めた。以上より、右肝内胆管癌を疑い入院精査の方針となった。ERCでは総胆管が中部胆管までしか造影されず、肝内胆管は左右、前後区域で泣き別れを認めた。管腔内超音波検査法(IDUS)では、上部胆管を中心に、肝内に充満する腫瘍がB2/3及び隣内胆管まで広範囲に進展していた。腫瘍部の生検よりHepatocellular carcinomaの像を認めたため、胆管内発育型肝細胞癌と診断した。腫瘍の進展範囲より切除不能肝細胞癌と考え、化学療法を開始した。現在治療開始から32ヶ月、SDを維持し生存中である。【結語】胆管内発育型肝細胞癌は画像上、肝内胆管癌との鑑別が困難であり、肝腫瘍マーカーや肝背景因子も考慮し、慎重に診断を行っていく必要があるといえる。

胆管内発育型肝細胞癌, 肝内胆管癌

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科¹⁾,
同 葛飾医療センター 外科²⁾,
川口市立医療センター 外科³⁾,
東京慈恵会医科大学第三病院 外科⁴⁾
羽村凌雅¹⁾, 春木孝一郎¹⁾, 白井祥睦¹⁾, 安田淳吾¹⁾, 古川賢英¹⁾,
恩田真二¹⁾, 後町武志¹⁾, 薄葉輝之²⁾, 中林幸夫³⁾, 岡本友好⁴⁾,
宇和川匡¹⁾, 池上 徹¹⁾

【はじめに】胆道癌術後補助化学療法は未だ明らかではない。我々は胆道癌術後補助化学療法としてS-1の半年間内服を基本方針としてきた。本検討ではS-1による術後補助化学療法の有効性を後方視的に検討した。【対象と方法】2009-2019年に当院及び関連施設にて胆道癌根治的手術を施行した413例が対象。予後不良因子を抽出するとともに、年齢、性別、BMI、ASA-PS、術前腫瘍マーカー、術前栄養指標、術前減量の有無、局所癌遺残度、原発部位をパラメーターとし、術前単独群とS-1による補助化学療法 (Adj S-1) 群における無再発生存期間 (DFS) と全生存期間 (OS) を単変量・多変量解析にて比較検討した。【結果】症例全体で術後補助化学療法の有効性はDFS (p=0.29)、OS (p=0.83) とともに確認されなかった。サブグループ解析を行うとリンパ節転移陽性群 (n=135)、病状進行 (Stage III/IV) 群 (n=100)、微小癌遺残陽性 (R1) 群 (n=57) に於いてS-1による術後補助化学療法の有効性が確認された。リンパ節転移陽性群の腫瘍局在は肝内/肝門部/肝外/Vater乳頭/胆囊: 10/7/58/37/23例であった。Adj S-1は68例 (50%) で施行され、43例でS-1の内服を終了し、8例は有害事象 (食思不振5例、皮疹3例) により中断、14例は補助化学療法中に再発を認めた。DFSに関しては単変量、多変量解析ともに、術前減黄施行 (p=0.01) が予後不良因子で、Adj S-1による再発抑制効果を認めた (p=0.04)。一方OSに関しては単変量、多変量解析ともに術前減黄施行 (p=0.03)、低分化腫瘍 (p=0.03) が予後不良で、Adj S-1施行による予後改善を認めた (p=0.03)。また、Adj S-1群では手術単独群と比較し遠隔転移再発は減少を認めた (p<0.05)。【まとめ】リンパ節転移陽性胆道癌においてS-1による術後補助化学療法によってDFS、OSは延長し、術後の遠隔転移再発は改善した。

胆道癌, 補助化学療法

群馬県済生会前橋病院 消化器外科
久保憲生, 細井信宏, 鈴木茂正, 大木 孝, 藍原龍介, 松村直樹,
茂木 晃, 細内康男

症例は56歳、男性。22時頃、自家用車運転中に突然の上腹部痛を自覚し、夜間診療所を受診。血圧68/47とショック状態であり、心窩部の圧痛と筋性防御を認め、急性腹症の診断で当院へ救急搬送された。意識清明だが、心窩部痛があり、苦悶様であり急速輸液を開始しながら造影CTを施行した。動脈相では、臍頭部周囲の後腹膜に巨大な腫瘍を認め、臍頭部アーケードの血管拡張と一部に口徑不動も認めた。また腹腔動脈起始部に狭小化を認めた。遅延相では、後腹膜血腫内へのextravasationを認めた。以上より、正中弓状韧带症候群により発症した臍頭部アーケードからの出血と診断し、緊急AGを施行した。AGの所見では、SMA造影で、PIPPDAに分節状の拡張と仮性瘤破裂を認め、コイル塞栓を施行した。塞栓後のSMA造影では、AIPDA→GDAを介して、CHA→SPAまで造影されており、腹腔動脈根部の狭小化による血流障害を確認した。塞栓から2週間後に開腹下に弓状韧带切開術を施行した。胃を挙上してLGAを同定。LGAを中樞側へと剥離し、腹腔動脈起始部を露出した。同部位で腹腔動脈が屈曲しており、腹腔動脈の外膜を露出する層で剥離し、腹腔動脈の左側から頭側の索状物を切除して腹腔動脈の狭窄を解除した。触診にて経肝動脈の拍動が強くなくなったことを確認した。術後4か月が経過し、腹腔動脈根部の狭窄は改善し、新たな動脈瘤も認めない。正中弓状韧带症候群は、臍頭部十二指腸アーケードの血流が増加し動脈瘤を形成し、破綻して後腹膜出血を起こす。出血に対してはTAEが有用であるが、二重血行支配や細径血管へのカニューレーションが困難な場合などはTAEは困難とされる。また腹腔動脈起始部の血流改善をしなければ、残る臍頭部アーケードへの負担が増加し、再度動脈瘤が形成される可能性がある。自験例でも塞栓後の血行動態から、再出血が心配され、開腹下に腹腔動脈根部にアプローチし、弓状韧带の一部を切除して腹腔動脈の狭小化を改善させ、再発なく経過している。後腹膜出血で発症し、緊急AGと弓状韧带切除により治療した正中弓状韧带症候群の一例を経験し報告した。

正中弓状韧带症候群, 臍頭部アーケード

上尾中央総合病院 消化器内科¹⁾, 同 肝臓内科²⁾,
帝京大学医療技術学部³⁾,
山口智史¹⁾, 柴田昌幸¹⁾, 高森頼雪²⁾, 田川 慧¹⁾, 山根史嗣¹⁾,
中村めぐみ¹⁾, 中村直裕¹⁾, 大江啓史¹⁾, 成田 圭¹⁾, 田中由理子¹⁾,
三科友二²⁾, 三科雅子¹⁾, 明石雅博¹⁾, 笹本貴広¹⁾, 土屋昭彦¹⁾,
西川 稿¹⁾, 有馬美和子¹⁾, 滝川 一^{1,3)}

症例は70代男性。症状はないが肝機能障害を指摘され、近医より
当科紹介となった。30代の時に左肩外傷に対する手術歴があ
ったが、輸血や血液製剤の投与歴は不明であった。腹部超音
波検査では脂肪肝、慢性肝障害の所見で、血液検査でHCV抗体
陽性、HCV-RNA 4.8でHCV感染を認め、さらにHBs抗原陽性、
HBe抗原陽性、HBe抗体陰性、HBV-DNA 3.1でseroconversionが
得られていないHBV感染も認めた。B型肝炎急性増悪のリスク
を説明したが、患者の希望でHCV治療の方針となり、
Glecaprevir/Pibrentasvirを8週間投与した。HCV-RNAは投与後4
週でSVRとなったが、HBV-DNAは懸念された通り4.1まで上昇
がみられたものの肝機能障害は軽度であった為経過観察とし
た。しかし、投与8週にはHBV-DNA<1.3となり、投与後20週
ではHBV-DNAは陰性化、さらにHBsAgも陰性化した。その後
2年間は経過しているがHCV、HBVともに陰性化が保たれてい
る。極めてまれな症例であり報告する。

C型慢性肝炎, B型慢性肝炎

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学¹⁾,
同 小児科学²⁾,
丸山 優¹⁾, 山崎勇一¹⁾, 村上立真¹⁾, 金山雄樹¹⁾, 須賀孝慶¹⁾,
戸島洋貴¹⁾, 佐藤 賢¹⁾, 羽鳥麗子²⁾, 石毛 崇²⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】10歳台女性【家族歴】母親がC型肝炎(ゲノタイプ2A+
2B)の治療歴あり【現病歴】生後4か月時に近医にて母子感染に
よるC型肝炎と診断された。診断時はAST198IU/L、
ALT249IU/Lと一過性の肝障害を認めたが正常化し、
HCV-RNAも陰性化していた。3歳時にHCV-RNAが再び陽転化し
たため当院小児科に紹介され、20XX-2年まで経過観察して
いた。抗ウイルス療法目的で前医に紹介され20XX年Y-3月より
グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤(GLE/PIB)
の内服治療を開始した。投与3週後に妊娠が判明し、GLE/PIB
の内服を中止した。C型肝炎合併妊娠のため当院産婦人科での
出産予定となり、20XX年Y月にGLE/PIB中断後の経過観察の目
的で当科紹介受診となった。【経過】治療開始前の前医の検査
データはWBC 6800/uL、Hb 13.5g/dL、Plt 29.0¹万/uL、PT 93%、
T-Bil 0.7mg/dL、AST 25IU/L、ALT 48IU/L、LDH 167IU/L、
ALP 65IU/L、 γ -GTP 14IU/L、HCV-RNA 6.1log IU/mL、HCV
ゲノタイプ2Aで腹部エコーでは肝硬変を示唆する所見は認め
られなかった。治療開始2週後はHCV-RNAシグナル陽性で明
らかな副作用は認めなかった。当科初診時は妊娠13週で
GLE/PIB中断後8週経過していたが、AST、ALT正常、
HCV-RNA陰性であった。12週後、24週後にHCV-RNA陰性を
確認し、持続的ウイルス学的著効(SVR)と診断した。SVRが
得られたため、当院産婦人科から近医産婦人科に紹介、出産の
予定となった。【考察】今回、妊娠を契機にGLE/PIBの投与を3
週間で中断したにもかかわらず、SVRを達成したC型肝炎の一
例を経験した。短期間のGLE/PIB投与によるSVRの要因につい
て若干の文献的考察を加えて報告する。

C型肝炎, DAA

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆脾外科
柳垣 充, 白井祥陸, 羽村俊雅, 谷合智彦, 丹治芳明, 堀内 亮,
春木孝一郎, 古川賢英, 後町武志, 池上 徹

【目的】スフィンゴ脂質は生体膜形成に重要な役割を担っており、
その代謝産物は癌細胞の転移浸潤能や悪性度、抗癌剤耐性
に関与している。酸性 β グルコシダーゼ(GBA)はスフィンゴ
脂質であるグルコセレブロシドをセラミドとグルコースに分解
するライソソーム酵素であり、GBA活性の低下・欠損により
Gaucher病を発症する。本研究では、各種ヒト膝痛細胞株にお
けるGBAの働きに着目し、GBAの機能解析並びにGBAタン
パク質発現抑制による抗腫瘍効果を検討した。【方法】ヒト膝痛
細胞株(PANC-1, BxPC-3, ASPC-1)に対しsiRNA法を用いた
GBAノックダウン条件下での、GBAタンパク質発現量、GBA酵
素活性、細胞増殖能、形態的变化を評価した。また、
Gemcitabine (GEM)、5-fluorouracil (5-FU)投与下での、GBA活
性と細胞増殖能抑制効果を評価した。【結果】膝痛細胞株にお
いてGBAノックダウンにより細胞増殖抑制効果、アポトーシ
スシグナルの増強、アポトーシス細胞の増加を認めた。GBAノ
ックダウンにより電子顕微鏡、蛍光顕微鏡でミトコンドリア形態
異常を確認した。また、ミトコンドリア膜電位の低下をフロ
ウサイトメトリーと蛍光顕微鏡で確認した。GBAノックダウン
により活性酸素種(ROS)の蓄積を確認した。ミトコンドリア
の選択的オートファジーであるミトファジーを検出すると、
GBAノックダウンでミトファジーの低下を確認した。GEM
と5-FU投与によりGBA活性が上昇し、GBAノックダウンで抗
癌剤による抗腫瘍効果が増強することを確認した。【結論】ヒト
膝痛細胞株において、GBA活性抑制によりミトファジー抑制
を介してアポトーシス誘導し、細胞増殖能が抑制された。

膝痛, ライソソーム酵素

防衛医科大学校病院 内科学第2講座¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾
植田浩貴¹⁾, 富岡 明¹⁾, 大黒拓磨¹⁾, 岡野啓也¹⁾, 高橋 駿¹⁾,
西田 大¹⁾, 小野晋治¹⁾, 鈴木晴也¹⁾, 千谷菜花¹⁾, 堀内知晃¹⁾,
平村弘之¹⁾, 伊東 傑¹⁾, 種本理那¹⁾, 西谷 慎¹⁾, 溝口明範¹⁾,
成松和幸¹⁾, 東山正明¹⁾, 高本俊介^{1,2)}, 富田謙吾¹⁾, 穂苅量太¹⁾

【症例】56歳男性【主訴】発熱、右前腕痛【既往歴】57歳：心房細動【現病
歴】アルコール性肝硬変(Child-Pugh分類GradeA)で当院消化器内科にか
かりつけであった。当科受診の1週間前にマクロとアジの生食歴があ
った。当科受診前日に自宅の駐車場作業中に脚立から転落し、右前腕と左
大腿部を受傷した。翌朝右前腕の疼痛と腫脹の増悪を自覚し、当院整形外
科を受診した。来院時39.0℃の発熱あり、重症細菌感染症が疑われ、当院
消化器内科に緊急入院となった。【経過】入院時39.0℃の発熱とJCS 1の意
識障害を認めた。血液検査でCRP高値、プロカルシトニン高値、白血球数
低値、血小板数低値、凝固能低下を認めた。胸腹骨盤造影CTでは異常はな
く、右上腕のCTでは軟部組織の腫脹を認めるのみであったが、その後も短
時間で右上腕の腫脹が増悪していたため、壊死性筋膜炎等の軟部組織感染
症を疑い、入院後直ちにメロベネムを投与し、緊急でデブリドマンが施
行された。右上腕の皮下を展開すると脂肪織及び筋膜周囲の繊維性結合
組織は灰白色に変色しており、壊死性筋膜炎に矛盾しない所見であった。
手術後は敗血症性ショックに対する全身管理を行ったが、手術終了から約
4時間半後に死亡した。血液培養及び手術時に採取した右上腕の滲出液の
培養からEdwardsiella tardaが検出され、起病菌であることが示唆された。
【考察】E. tarda感染症は生魚等の経口摂取による腸管感染症が最も多く、
自然軽快する例が多いが、敗血症、壊死性筋膜炎、髄膜炎、肝臓腫瘍などの
腸管外感染症の報告も散見される。敗血症は、肝疾患や糖尿病などの易感
症患者に発症することが多く、致死率38%とも報告されている。本症例
は基礎疾患に肝硬変があったため、E. tarda感染症が重症化し、壊死性筋
膜炎に至って死亡したと考えられる。【結論】E. tarda感染症による壊死性筋
膜炎により急激な転帰を辿り、死亡に至ったアルコール性肝硬変の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。

Edwardsiella tarda, アルコール性肝硬変

101 出血性胆嚢炎から胆嚢破裂をきたした一例

獨協医科大学日光医療センター 外科
三瀬 農, 山口 悟, 大橋裕恭, 倉山英豪, 尾形英生

症例は72歳男性。間質性肺炎の急性増悪で当院呼吸器内科にて治療中であった。小脳梗塞の既往歴があり、抗凝固薬を内服していた。明け方激しい心窩部痛を訴え、当直医により造影CTが施行された。胆嚢の緊満および周囲の脂肪織濃度上昇を認め、急性胆嚢炎の診断で当科紹介となった。当科診察時、造影CTにて胆嚢の緊満と造影剤の胆嚢内への漏出を認め、出血性胆嚢炎を疑った。腹痛は改善し、貧血の進行なく、炎症反応の上昇は軽度であったため胆道評価目的にMRIを撮影し、手術を行う方針とした。MRIにてCTでは認められなかった胆嚢周囲の液体貯留を認めたため胆嚢破裂を来したと判断し、緊急手術を施行した。開腹すると腹腔内には大量の血腫を認め、胆嚢は底部で穿孔していた。胆嚢摘出術を施行した。病理組織学的検査では胆嚢粘膜に多発する潰瘍と血腫形成、炎症細胞浸潤を認め、出血性胆嚢炎と診断した。抗凝固薬内服を背景とした出血性胆嚢炎から胆嚢破裂を来し、腹腔内出血に至ったと考えられた。抗凝固薬内服中の急性腹症においては胆嚢出血、出血性胆嚢炎を鑑別診断の一つに挙げて診療にあたる必要がある。

出血性胆嚢炎, 腹腔内出血

102 残嚢体積と術中嚢液アミラーゼ値を用いた残嚢外分泌indexによる膵頭十二指腸切除後脂肪肝発生予測

東京慈恵会医科大学 外科学講座 肝胆嚢外科
恒松 雅, 後町武志, 坂本太郎, 春木孝一郎, 安田淳吾, 奥井紀光,
古川賢英, 松本倫典, 宇和川匡, 池上 徹

【目的】膵頭十二指腸切除術(pancreaticoduodenectomy; PD)術後は嚢外分泌機能低下により8-46%の頻度で非アルコール性脂肪肝(nonalcoholic fatty liver disease; NAFLD)が発症する。残嚢の体積と術中嚢液アミラーゼ値の積で算出した残嚢外分泌指標(pancreatic exocrine index; PEI)のPD後NAFLD発生予測における有用性について検討した。【方法】対象は2014年11月から2020年4月にPD中に嚢液アミラーゼ値を測定した57人[男性40人、年齢68(62-76)]。NAFLDは、術後1年のCTで肝/脾CT値0.9未満と定義した。NAFLDの予測因子を検討するため、PEIを含む臨床病理学的因子を後方視的に評価した。【結果】54人(95%)がパンクレリパーゼ1,200 mgを内服していた。NAFLDは13人(23%)に認めた。NAFLDは膵癌(p=0.006)、軟嚢(p=0.001)、残嚢体積が小さい(p=0.001未満)、術中嚢液アミラーゼ値が低い(p=0.001)症例で有意に多かった。PEIはNAFLDを発症した患者で有意に低かった(p=0.001未満)。PEIを5×106未満、5-25×106、25×106以上に分類すると各群におけるNAFLDの発症率はそれぞれ53%(10/19)、11%(2/19)、5%(1/19)であった。多変量解析ではPEIがNAFLDの有意な予測因子であった(p-value for trend=0.042)。【結論】残嚢体積と術中嚢液アミラーゼ値を用いて算出されるPEIは、PD後のNAFLD発症を予測する。

膵頭十二指腸切除, 脂肪肝

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第369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369回例会
会長 佐伯 浩司

<ランチョンセミナー>
ミヤリサン製薬株式会社

<寄付>
第一三共株式会社

<広告>
旭化成ファーマ株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
アボットジャパン合同会社
EAファーマ株式会社
ヴィアトリス製薬株式会社
エーザイ株式会社
MSD株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
科研製薬株式会社
株式会社栗原医療器械店

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
大鵬薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
帝人ヘルスケア株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
日本ケミファ株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
ヤクルト株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2022年4月18日現在)