

# 日本消化器病学会 関東支部第370回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：国際医療福祉大学病院 消化器内科 教授 大竹 孝明

令和4年7月16日

Web開催

(Web配信期間：令和4年7月16日～8月6日)

# 日本消化器病学会関東支部第370回例会

## プログラム・抄録集

### Web開催

当番会長：国際医療福祉大学病院消化器内科 教授 大竹 孝明  
〒329-2763 栃木県那須塩原市井口537-3 国際医療福祉大学病院 消化器内科  
TEL：0287-37-2221

会 期：令和4年7月16日（土）  
（Web配信期間：令和4年7月16日（土）10時～8月6日（土）17時まで）

#### <発表者、参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はWebサイト内でのプレゼンテーションとなります。  
ランチョンセミナーは7月16日（土）にライブ配信のみとなります。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 質問される方は、所属と氏名を明らかにし、質問フォームへ入力をお願いします。
6. 専修医・研修医セッションの発表については、奨励賞を選考します。
7. 参加費は2,000円です。
  - 1) サイトより参加登録をいただき、お支払いをお願いいたします。（クレジット決済のみ）
  - 2) 参加登録が完了された方に、第370回例会のWeb開催へ参加の為のIDとパスワードをご連絡いたします。  
また、参加証（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。
8. 評議員会は7月16日（土）にZoomによるライブ開催となります。
  - 1) 評議員会：7月16日（土）11時25分～11時55分（この日時以外での受付は行いません。）
  - 2) 評議員会への参加については第370回例会の参加登録が必要です。
9. プログラム・抄録集をご希望の場合は、運営事務局までご連絡ください。1部1,000円にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）

※Web開催の参加登録は令和4年7月1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370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 : jsge370kanto@pw-co.jp / Tel : 03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第370回例会  
令和4年7月16日(土)

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際—」

順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授 池嶋 健一 先生  
司会 国際医療福祉大学病院 消化器内科 教授 大竹 孝明

評議員会 ★7月16日(土) 11:25～11:55 Webによるライブ配信のみ

ランチョンセミナー ★7月16日(土) 12:00～12:45 Webによるライブ配信のみ

「肝細胞癌に対する免疫療法～特にABC Conversionについて～」

近畿大学医学部 消化器内科学教室 主任教授 工藤 正俊 先生  
司会 国際医療福祉大学医学部 消化器内科 主任教授 海老沼浩利 先生  
共催：中外製薬株式会社

「女性医師の会」  
特別企画・臨床セミナー

「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」

東京女子医科大学 消化器内科 谷合麻紀子 先生  
司会 国際医療福祉大学病院消化器センター・予防医学センター 教授 高後 裕 先生

演 題	座 長	演 題	座 長
(1) 研修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 1～3	林 涼子	(11) 専修医Ⅵ (肝2)	41～45 小林康次郎
(2) 研修医Ⅱ(大腸・その他) 4～6	佐田友 藍	(12) 専修医Ⅶ (肝3)	46～49 竹内 啓人
(3) 研修医Ⅲ (肝1) 7～9	佐々木玲奈	(13) 専修医Ⅷ (胆・膵)	50～53 上田 薫
(4) 研修医Ⅳ (肝2) 10～12	大澤 陽介	(14) 専修医Ⅸ (その他)	54～57 柳澤 大輔
(5) 研修医Ⅴ (胆・膵) 13～16	朴 景華	(15) 食道・胃・十二指腸	58～60 野田 啓人
(6) 専修医Ⅰ(食道・胃・十二指腸) 17～21	竹林 晃一	(16) 大腸	61～63 伊藤 剛
(7) 専修医Ⅱ(胃・十二指腸) 22～26	楠原 光謹	(17) 大腸・その他	64～67 松井 信平
(8) 専修医Ⅲ (小腸) 27～31	岡田 拓久	(18) 肝	68～71 藤井 庸平
(9) 専修医Ⅳ(小腸・大腸) 32～36	太田 佑樹	(19) 胆・膵	72～75 嘉島 賢
(10) 専修医Ⅴ (肝1) 37～40	津久井舞未子		

## 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際—」

順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授 池嶋 健一 先生  
司会 国際医療福祉大学病院 消化器内科 教授 大竹 孝明

……演者の先生ご紹介……

いけじま けんいち  
池嶋 健一 先生

順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授

### 略歴

1989年3月 順天堂大学医学部卒業  
同年6月 順天堂大学医学部付属順天堂医院 内科 臨床研修医  
1992年4月 順天堂大学大学院医学研究科(消化器内科学)  
博士課程入学  
1994年6月 米国ノースカロライナ大学薬理学教室(Prof. Ronald G. Thurman) 研究員  
1996年3月 順天堂大学大学院医学研究科卒業 医学博士  
同年7月 米国ノースカロライナ大学内科学教室(Prof. David A. Brenner) 研究員  
1999年2月 順天堂大学医学部 消化器内科学講座 助手  
2002年10月 順天堂大学医学部 消化器内科学講座 講師  
2007年4月 順天堂大学医学部 消化器内科学講座 准教授  
2016年11月 順天堂大学医学部 消化器内科学講座 先任准教授  
2017年11月 順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授  
2022年4月 順天堂大学医学部 消化器内科学講座  
チェアパーソン(併任)

### 資格

労働衛生コンサルタント  
日本医師会認定産業医, 日本医師会認定健康スポーツ医  
日本がん治療認定医機構: がん治療認定医(指導責任者)

### 所属学会

日本内科学会: 総合内科専門医, 指導医  
日本消化器病学会: 認定消化器病専門医, 指導医, 財団評議員,  
学術集会検討委員会副委員長  
日本肝臓学会: 肝臓専門医, 指導医, 評議員  
日本消化器内視鏡学会: 内視鏡専門医, 指導医  
日本消化管学会: 胃腸科認定医, 専門医, 指導医  
日本アルコール・アディクション医学会: 理事, 評議員, 国際委員,  
広報委員  
日本成人病(生活習慣病)学会: 評議員, 認定管理指導医

日本消化器免疫学会: 評議員, 国際交流委員  
日本移植学会: 移植認定医  
日本抗加齢医学会: 評議員, 専門医  
米国内科学会(ACP) Fellow: FACP  
米国消化器病学会(AGA) Fellow: AGAF  
米国肝臓病学会(AASLD) Fellow: FAASLD  
欧州肝臓学会(EASL) International member  
アジア太平洋肝臓学会(APASL)  
米国生理学会(APS)  
国際アルコール医学生物学会(ISBRA) 理事  
アジア太平洋アルコール・アディクション学会(APSAAR) 理事

### 外部財団役員

公益財団法人 お酒の科学財団 理事

### 研究会役員

肥満と消化器疾患研究会(日本消化器病学会関連研究会) 代表世話人  
アルコール医学生物学会 運営委員長  
肝細胞研究会 世話人  
肝臓洞壁細胞研究会 世話人

## ランチオンセミナー

令和4年7月16日(土) 12:00~12:45 Webによるライブ配信

# 「肝細胞癌に対する免疫療法 ～特にABC Conversionについて～」

近畿大学医学部 消化器内科学教室 主任教授 **工藤 正俊** 先生  
司会 国際医療福祉大学医学部 消化器内科 主任教授 **海老沼浩利** 先生

共催：中外製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

くどう まさとし  
**工藤 正俊** 先生

近畿大学医学部 消化器内科学教室 主任教授

### 略歴

1978年 京都大学医学部 卒業  
同 京都大学医学部附属病院 勤務(研修医)  
1979年 神戸市立中央市民病院内科 勤務(研修医)  
1980年 同 消化器内科  
1987年 カリフォルニア大学留学(デービスメディカルセンター)  
1989年 神戸市立中央市民病院消化器内科 医長 復職  
1997年 近畿大学医学部第2内科学 助教授  
1999年 近畿大学医学部消化器内科学 主任教授  
現在に至る  
(その他大学内役職)  
2007年-2008年 近畿大学医学部附属病院副院長  
2008年-2014年 近畿大学医学部附属病院院長  
2015年-現在 学校法人近畿大学理事(医学部・病院担当理事)

### 所属学会等

世界超音波医学会(WFUMB)理事長(2011-2013)、アジア超音波医学会(AFSUMB)理事長(2016-2020)、アジア太平洋肝癌学会(APPLE)理事長(2015-2017)、米国肝臓学会(AASLD)肝癌部門企画検討委員会副委員長/Liver Cancer SIG Vice-chair(2021-present)、日本超音波医学会 理事長(2014-2020)、日本消化器関連学会機構(JDDW)理事(2015-2021)、日本消化器病学会 執行評議員(2015-2021)、日本肝臓学会 理事(2004-2020)、日本消化器内視鏡学会 社団評議員(2001-2021)、日本内科学会(評議員)、日本高齢消化器病学会 理事、日本癌学会(評議員)、日本臨床腫瘍学会(協議員)、日本核医学会(評議員)、日本肝癌研究会(監事・事務局代表)、日本肝がん分子標的治療研究会(代表世話人・事務局代表)、日本肝移植学会(世話人)、肝血流動態イメージ研究会(世話人(1992-2020)、日本腹部造影エコー・ドプラ診断研究会(代表世話人・事務局)、肝癌治療シミュレーション研究会(副代表世話人)、超音波治療研究会(常任世話人)、日本消化器内視鏡財団(評議員)、米国消化器病学会(AGA)、米国消化器内視鏡学会(ASGE)、世界肝臓学会(IASL)、欧州肝臓学会(EASL)、など

### 受賞歴

・米国核医学会Berson-Yalow Award受賞(1989年6月)  
・日本対がん協会がん研究助成奨励賞受賞(1992年3月)  
・日本消化器病学会奨励賞受賞(1992年4月)  
・日本超音波医学会優秀論文賞「菊池賞」受賞(1992年5月21日)  
・日本核医学会賞受賞(1993年10月)  
・米国超音波医学会(AIUM)学会賞受賞(2003年6月4日)  
・ポーロニヤ大学医学部医学会名誉会員賞(2006年9月15日)  
・フィリピン超音波医学会名誉会員(Honorary Member of PSCUMI)(2008年3月19日)  
・アジア太平洋消化器病学会(APDW)OKUDA Award受賞(2008年9月13日)  
・北米放射線学会Certificate of Merit受賞(2008年)  
・インド肝臓学会Madangopalan Award受賞(2009年3月28日)  
・北米放射線学会Cum Laude賞受賞(2009年12月)(7000編の

論文中上位10編に採択)

- ・日本肝臓学会「日本肝臓学会機関誌Highest Citation賞」受賞(2010年6月)
- ・JISAN Lecture Award Presented by Korean Society of Ultrasound in Medicine(2010年5月)
- ・米国超音波医学会名誉会員賞(AIUM Honorary Member Award)受賞(2011年4月)
- ・日本肝臓学会「日本肝臓学会機関誌Highest Citation賞」受賞(2011年6月)(2回目)
- ・Romanian Society of Ultrasound in Medicine and Biology (SRUMB) Honorary Member Award受賞(2011年6月)
- ・北米放射線学会Certificate of Merit受賞(2011年11月)(2回目)
- ・USE論文賞(応用物理学論文賞)(2012年11月)
- ・Lorenzo Capussotti Award受賞(from IASGO)(2014年12月)
- ・韓国超音波医学会名誉会員賞(KSUM Honorary Member Award)受賞(2018年5月25日)
- ・日本肝臓学会織田賞受賞(2018年6月13日)
- ・台湾超音波医学会名誉会員賞(TSUM Honorary Member Award)受賞(2018年10月13日)
- ・SGHがん特別賞受賞(2018年12月1日)
- ・Desai Memorial Lecture Award from Education Universe and Care Foundation(2018年12月16日)
- ・Highly Cited Researchers 2019受賞(Clarivate Analytics: 臨床医学部門)(2019年11月)(日本人唯一の選出)
- ・Highly Cited Researchers 2020受賞(Clarivate Analytics: 臨床医学部門)(2020年11月)(2年連続)(日本人唯一の選出)
- ・インド肝臓学会SR.Naik Memorial Award受賞(2020年12月3日)
- ・学校法人近畿大学学術研究賞受賞(2021年4月16日)
- ・日本超音波医学会学会特別賞受賞(2021年5月22日)
- ・Highly Cited Researchers 2021受賞(Clarivate Analytics: 臨床医学部門)(2021年11月)(3年連続)(日本人2名中1名)
- ・日本消化器病学会学術賞受賞(2022年4月21日)

### 学術論文等：

英文論文：1,117(うち国際共著論文：258) 和文論文：990  
(IF：8004.683, Citation：43,217 H-Index 94)

### 特別講演・招待講演・教育講演等：

国際学会：472  
国内学会：875

### Journal Editor：

Liver Cancer (Karger)：Editor-in-Chief(2012年～現在)、  
(IF = 11.740)  
Hepatology International: Assistant Editor(2011年～現在)、  
肝胆腫瘍編集委員(2011年～現在)

## 「女性医師の会」特別企画

### 臨床セミナー

# 「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」

東京女子医科大学 消化器内科 谷合麻紀子 先生

司会 国際医療福祉大学病院消化器センター・予防医学センター 教授 高後 裕 先生  
……演者の先生ご紹介……

たにあい ま き こ

谷合麻紀子 先生

東京女子医科大学 消化器内科

#### 略歴

平成元年3月 東京女子医科大学医学部卒業  
平成5年3月 東京女子医科大学大学院医学研究博士課程消化器内科学修了・医学博士号取得  
平成5年4月 東京女子医科大学消化器内科助手  
平成12年6月～平成15年2月 Mayo Clinic, Rochester, Gregory J. Gores 研究室留学  
平成22年12月 東京女子医科大学消化器内科 講師  
平成29年4月 東京女子医科大学消化器内科 准教授  
現在に至る

#### 学会・資格等

日本消化器病学会  
専門医・指導医・関東支部評議員・学会評議員  
日本肝臓学会専門医・指導医・東部会評議員・総会評議員  
日本内科学会総合内科専門医・指導医  
日本消化器病学会  
原発性胆汁性胆管炎ガイドライン作成委員  
日本肝臓学会 肝硬変ガイドライン作成委員  
日本肝臓学会・日本糖尿病学会合同 肝臓と糖尿病・代謝研究会 世話人

#### 賞

平成9年 大和証券ヘルス財団研究助成  
平成12年 至誠会海外留学助成  
平成17年 岡本糸枝学術研究助成  
平成18年 山川寿子研究奨励賞  
平成21年 佐竹高子研究奨励賞  
平成22年 吉岡彌生研究奨励賞  
平成24年 至誠会賞学術研究助成

#### 研究助成

平成22年～平成28年 厚生労働省 石井→樋口班  
研究協力者  
平成24年～平成27年 厚生労働省 小池班 研究協力者  
平成28年～ AMED 小池班 研究分担者  
平成26年～ 厚生労働省 滝川班 研究分担者

## 研修医セッション

### — 評価者 —

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門	渡邊 俊司
順天堂大学医学部 消化器内科	森永 真紀
横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学	野上 麻子

### (1) 研修医 I (食道・胃・十二指腸) 座長 東京女子医科大学消化器病センター 消化器内科 林 涼子

#### 1. 偶発的に食道静脈瘤と食道胃接合部癌を発見された巨赤芽球性貧血の一例

日本大学病院 初期臨床研修医 ○新家 一和

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 金子 真大, 杉田 知実, 須田清一郎, 田村 祐  
岩男 彩, 小椋加奈子, 市島 諒二, 渡邊 幸信  
高橋 利実, 今津 博雄, 後藤田卓志, 木暮 宏史

#### 2. 表在型食道原発悪性黒色腫 (Stage 0 : 深達度 MM) の1例

新東京病院 消化器内科 ○長谷川和泉, 外山 雄三, 小森那々子, 前田 元  
青沼 映美, 西澤 秀光, 下井 銘子, 溝上 裕士  
長浜 隆司

#### 3. ESD を施行した I 型胃 NET 多発病変の症例

那須赤十字病院 消化器内科 ○藤田 素輝, 大類 華子, 江部 敏生, 中田 洋介  
吉田 徹, 新井 由季, 佐藤 隆

### (2) 研修医 II (大腸・その他) 座長 自治医科大学 消化器一般移植外科 佐田友 藍

#### 4. イレウスを繰り返したが保存的加療を行った静脈硬化性大腸炎の1例

昭和大学横浜市北部病院 消化器内科 ○杉原 黎, 井手雄太郎, 宮田 裕輝, 中村 大樹

#### 5. 術後遅発性上行結腸狭窄を来した非閉塞性腸管膜虚血症の一例

がん・感染症センター 都立駒込病院 肝胆膵外科 ○中川 瑛人, 沖永 裕子, 高尾 幹也, 谷 圭吾  
脊山 泰治  
同 消化器内科 田畑 宏樹, 仲程 純, 千葉 和朗

#### 6. 癌性腹膜炎と鑑別を要した結核性腹膜炎の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○長嶋 香子, 平川 旭人, 今村 峻輔, 田口 佳光  
林 智康, 横山 歩, 田沼 浩太, 三枝慶一郎  
岸野 竜平, 船越 信介, 中澤 敦  
同 放射線科 金田 智

(3) 研修医Ⅲ(肝1) 座長 日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 佐々木 玲奈

7. 初期に肝膿瘍と診断したAFP産生胃癌、多発肝転移の一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○射手矢 楓, 山田 英彦, 秋田 貴之, 須藤 大輔  
一石英一郎, 大澤 陽介, 佐藤 貴一, 高後 裕  
大竹 孝明  
同 病理部 土橋 洋

8. 病理診断でstem progenitor cell featuresを認めた混合型肝癌の一例

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター ○清宮 絵里  
同 肝胆膵消化器病学 野上 麻子, 緒方 智樹, 城野 紡, 岩城 慶大  
小林 貴, 米田 正人, 斉藤 聡, 中島 淳  
同 病理診断科 石山 貴博, 松村 依依, 藤井 誠志  
同 臨床検査部 桐越 博之

9. 先天性角化不全症に肝血管肉腫を合併した1例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○穂田かおり, 杉山 勇太, 金子 俊, 清家 理佐  
南家 一徳, 藤原 俊, 村川美也子, 小林 正典  
福田 将義, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一  
同 小児科 磯田 健志  
同 病理部 國枝 純子, 明石 巧

(4) 研修医Ⅳ(肝2) 座長 国際医療福祉大学病院 消化器内科 大澤 陽介

10. アルコール性肝硬変の急性増悪に対するステロイド加療後に下咽頭癌頸部リンパ節転移の急速な増大を認めた1例

国際医療福祉大学三田病院 消化器センター ○鹿浦 直樹, 梅田瑠美子, 片岡 幹統, 正岡 建洋  
同 消化器センター  
国際医療福祉大学成田病院 消化器内科 海老沼浩利

11. 肝移植後早期門脈血栓症に対してAntithrombinⅢ製剤が奏効した1例

自治医科大学 消化器一般移植外科 ○高寺樹一郎, 平田 雄大, 眞田 幸弘, 大西 康晴  
岡田 憲樹, 堀内 俊男, 大豆生田尚彦, 佐久間康成  
佐田 尚宏

12. 伝染性単核球症による急性肝不全・昏睡型・亜急性型に対し、脳死肝移植を行い救命し得た若年女性の一例

東京大学 医学部附属病院 消化器内科 ○高木 瞳子, 三好耕太郎, 山田 友春, 奥新 和也  
建石 良介, 藤城 光弘  
同 人工臓器・移植外科 戸田 健夫, 褓 成寛, 赤松 延久  
同 病理部 阿部 浩幸



(5) 研修医 V (胆・膵) 座長 獨協医科大学病院 肝・胆・膵外科 朴 景 華

13. 急性胆管炎を繰り返した遺伝性球状赤血球症の一例

国際医療福祉大学病院 外科 ○高橋光一郎, 西出 亮, 高橋 潤次, 鎌田 哲平  
中島 啓吾, 中瀬古裕一, 鈴木 範彦, 吉田 昌  
大平 寛典, 鈴木 裕  
同 消化器内科 大竹 孝明, 高後 裕

14. 生体肝移植後の *de novo* 膵頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○西躰 元, 箱田 浩之, 西岡裕次郎, 赤松 延久  
河口 義邦, 金子 順一, 有田 淳一, 長谷川 潔

15. 膵癌との鑑別を要した限局性自己免疫性膵炎の1例

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 ○森 遥, 祖父尼 淳, 土屋 貴愛, 石井健太郎  
田中 麗奈, 殿塚 亮祐, 向井俊太郎, 永井 一正  
山本健治郎, 朝井 靖二, 松波 幸寿, 黒澤 貴志  
小嶋 啓之, 南 裕人, 平川 徳之, 中坪 良輔  
浅野 響子, 糸井 隆夫

16. 膵管破綻による膵液瘻に経乳頭的膵管ステント留置術が著効を示した1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○小屋原健斗, 高橋 宏太, 吉原 努, 古川 潔人  
諸井 厚樹, 佐藤 晋二, 森川瑛一郎, 池田 隆明

## 専修医セッション

### — 評価者 —

都立駒込病院 肝胆膵外科	沖永 裕子
慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）	清原 裕貴
国立国際医療研究センター 消化器内科	山本 夏代

### (6) 専修医 I (食道・胃・十二指腸) 座長 稲城市立病院 消化器内科 竹 林 晃 一

#### 17. 化学療法抵抗性の食道癌肝転移に対して、肝切除術を含む集学的治療を行った1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○中村 円香, 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

#### 18. 超高齢の MSI-High 胃癌患者に対してペムプロリズマブで完全奏功が得られた1例

東京ベイ浦安市川医療センター 消化器内科 ○若杉 晃伸, 佐々木昭典, 岡本 梨沙, 本村 廉明

#### 19. 診断に苦慮した十二指腸平滑筋肉腫の1例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○嘉数 朝亮, 角 一弥, 柴田 悠樹, 篠原 浩樹  
野村 憲弘, 牛尾 純, 江口 潤一, 伊藤 敬義  
井上 晴洋

#### 20. 胃底腺型胃癌が疑われ内視鏡的治療を施行したが、病理組織検査で神経周膜腫の診断となった一例

聖路加国際病院 内科 ○横須賀亮介  
同 消化器センター 消化器内科 池谷 敬, 大和 洸, 金 允泰, 山本 和輝  
鈴木雄一朗, 奥山 秀平, 高木 浩一, 福田 勝之  
同 病理診断科 鹿股 直樹

#### 21. 胃原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫に対し他臓器合併胃切除術を施行した1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器外科 ○村井 海輝, 荒牧 修, 東風 貢, 檜垣 時夫  
中山 壽之, 森口 正倫, 山崎慎太郎, 吉田 直  
吉田 直樹, 豊中 亮介, 岡村 行泰  
同 病態病学系腫瘍病理学分野 大荷 澄江

### (7) 専修医 II (胃・十二指腸) 座長 杏林大学医学部 消化器内科学 楠 原 光 謹

#### 22. 腐食性アルカリ製剤の服用による腐食性胃炎、幽門前庭部狭窄に対して腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行した1例

群馬大学医学部付属病院 外科診療センター ○河原凜太郎, 中澤 信博, 館野 航平, 渡邊 隆嘉  
佐野 彰彦, 酒井 真, 宗田 真, 調 憲  
佐伯 浩司

23. 十二指腸内視鏡的粘膜下層剥離術によって安全に切除しえた副乳頭腫瘍の一例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○佐藤 遼, 田島 知明, 地主 龍平, 真下 由美  
良沢 昭銘

24. 小脳出血後の遷延する嘔吐を契機に診断に至った Ball valve syndrome を呈した早期胃癌の1例

東京品川病院 消化器内科  
自衛隊横須賀病院 内科 ○江崎 航大  
東京品川病院 消化器内科 石井 直樹, 岡 響子, 新井 優紀, 濱田 潤  
矢野 貴彦, 前川 久登  
同 病理診断科 中野 夏子, 中野 盛夫

25. Ball valve syndrome を呈した高齢者にESDを行い、経口摂取が可能となった1例

JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科  
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○井上 慶一, 岡本 陽祐, 向津 隆規  
JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科 石井 耕司  
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典, 松田 尚久  
JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科  
東京医科大学病院 消化器内科 鳴瀬 郁, 眞壽田真由香, 小野 優香, 青木 貴哉  
宮澤 秀明, 住野 泰清

26. 悪性腫瘍の胃浸潤と鑑別を要した遺残胆嚢結石による腹腔内膿瘍の一例

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○佐野 貴哉, 浅井 玄樹, 佐野 方美, 石坂昌太郎  
木原 俊裕, 藤江 肇, 森下 慎二, 山形 誠一  
新村 和平

(8) 専修医Ⅲ(小腸) 座長 群馬大学大学院 総合外科学講座 消化管外科学分野 岡田 拓久

27. 腸重積症および腸管穿孔をきたした Trisomy 8 陽性骨髄異形成症候群合併腸管ペーチェット病の1例

順天堂大学 消化器内科 ○上村 泰子, 芳賀 慶一, 村上 敬, 伊藤顕太郎  
稜川真由子, 野村 慧, 野村 収, 藤澤 聡郎  
石川 大, 内山 明, 澁谷 智義, 北條麻理子  
伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁

28. 上腸間膜動脈狭窄に対するステント留置により、広範な小腸切除を回避しえた虚血性小腸炎の一例

自治医科大学 消化器内科 ○大塚 陽介, 岡田 昌浩, 由本しおり, 舟山 陽平  
大和田 潤, 北村 昌史, 小黒 邦彦, 福田 久  
永山 学, 坂本 博次, 矢野 智則, 佐田友 藍  
山本 博徳

29. 興味深い経過をたどった糖尿病性胃腸症の1例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○鍛冶場 寛, 村田 祥磨, 生形 晃男, 北川 清宏  
野田まりん, 久武 祐太, 寺元 研, 東澤 俊彦  
関根 忠一, 岡村 幸重  
同 内分泌代謝内科 清水 彩, 野島 淳  
同 病理診断科 橋口 明典

30. 腸重積を契機に発見された回腸鋸歯状腺腫の1例

国際医療福祉大学病院 外科 ○西出 亮, 鎌田 哲平, 高橋 潤次, 中島 啓吾  
中瀬古裕一, 石垣 貴之, 鈴木 範彦, 吉田 昌  
大平 寛典, 鈴木 裕

31. 試験開腹後, 遅発性に小腸狭窄を生じ, 小腸部分切除を要した非閉塞性腸間膜虚血の1例

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科 ○佐藤 孝弘, 下平健太郎, 森嶋 計, 山崎 浩宣  
田口 昌延, 笹沼 英紀, 北山 丈二, 佐田 尚宏

(9) 専修医Ⅳ(小腸・大腸) 座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 太田 佑樹

32. アダリムマブ投与後に古典的ホジキンリンパ腫を合併したクローン病の1例

日本医科大学 消化器内科学 ○金本 泳秀, 西本 崇良, 濱窪 亮平, 星本 相理  
大森 順, 秋元 直彦, 田中 周, 辰口 篤志  
藤森 俊二, 岩切 勝彦

33. 潰瘍性大腸炎に合併した無菌性膿瘍に対して Infiximab が著効した1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○池上 遼, 小川友里恵, 石井 侃, 南雲 秀樹  
小松 萌子, 藤井 紘大, 平岡 友美, 新井 典岳  
鳥羽 崇仁, 藤本 愛, 松田 尚久

34. 潰瘍性大腸炎再燃との鑑別に苦慮したS状結腸原発EBウイルス陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○安部 計雄, 秋山慎太郎, 八田 幸乃, 川越 亮承  
福田 智史, 小野田 翼, 小林真理子, 奈良坂敏明  
坂本 琢, 鈴木 英雄, 土屋輝一郎

35. 経口腸管洗浄剤服用後に低ナトリウム血症をきたした1例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○白川 貴大, 楠原 光謹, 藤川やすえ, 堀越 友樹  
鍛冶 諒介, 宮本 尚彦, 羽田 裕, 大野亜希子  
久松 理一

36. 腸管囊腫様気腫症による若年腸重積の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○堀内 勇吾, 松本 悠, 中元 秀友  
同 消化管内科 都築都築義和, 今枝 博之

(10) 専修医Ⅴ(肝1) 座長 自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 津久井 舞未子

37. 血管新生阻害薬により重症難治性下肢鬱滞性静脈性潰瘍を併発しつつ奏功を繰返す多発肝細胞癌の1例

関東労災病院 消化器内科 ○林 幹士, 金子 麗奈, 西上堅太郎, 中崎奈都子  
大森 里紗, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎  
同 消化器内科  
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 佐藤洋一郎, 西川 雄祐, 土方 一範, 岸本 有為  
池原 孝

38. 両葉多発肝細胞癌に対し Atezolizumab + Bevacizumab 投与後 conversion 手術前の休業期間中に Lenvatinib を投与した 1 例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 ○下 鐘 秀徳, 大久保知美, 葉山 優子, 鈴木 健太  
濱窪 亮平, 木下 舞, 桐田久美子, 吉田 祐士  
葉山 惟信, 鮑本 哲兵, 藤森 俊二  
同 消化器外科 青木 悠人, 金谷 洋平, 川野 陽一  
同 病理診断科 長谷川千花子  
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 厚川 正則, 糸川 典夫, 岩切 勝彦

39. 総動脈幹症術後 36 年で発症した肝細胞癌の 1 例

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) ○中代 幸江, 春日 良介, 谷木 信仁, 田淵 貴也  
野口二三枝, 山高 果林, 森川 麗, チョハクシヨウ  
中本 伸宏, 金井 隆典  
同 病理学 松田 紘典, 尾島 英知, 坂元 亨宇  
同 外科学教室 阿部 雄太, 北郷 実, 北川 雄光

40. 前立腺癌, 慢性腎臓病を合併した多結節癒合型肝細胞癌に対する 1 治療例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター 消化器内科 ○石川 敬資, 石毛 和紀, 永瀬 将臣  
筑波大学医学医療系 放射線腫瘍科 牧島 弘和, 沼尻 晴子, 櫻井 英幸  
国立病院機構霞ヶ浦医療センター 消化器内科  
筑波大学医学医療系 土浦市地域臨床教育センター 福田 邦明

(11) 専修医 VI (肝 2) 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 小林 康次郎

41. 診断に難渋した肝血管肉腫の一例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○野村英里佳, 下間 祐, 坂木 理, 打越 学  
魚住祥二郎, 梶原 敦, 荒井 潤, 中島 陽子  
鈴木 統大, 音山 裕美, 樋口 健佑, 吉田 仁

42. 診断に苦慮した肝原発神経内分泌腫瘍の一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○本多 悠, 伏見 光, 品川 希帆, 高井 佑輔  
目黒 公輝, 岩崎 暁人, 清水 智樹, 真田 治人  
酒井 英嗣  
同 消化器外科 川口 雅彦, 渡邊 透  
同 病理診断部 柳本 邦雄

43. 稀な進展形式の肝原発 T 細胞リンパ腫の一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○秋田 貴之, 山田 英彦, 須藤 大輔, 大澤 陽介  
一石英一郎, 佐藤 貴一, 高後 裕, 大竹 孝明  
東京慈恵会医科大学第三病院 肝臓・胆道・膵臓外科 丸口 塁

44. 浸潤性乳管癌びまん性肝浸潤により急性肝不全亜急性型を発症した若年女性の 1 例

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科 ○金田 真人, 井上 和明, 山下健太郎, 西澤 俊宏  
海老沼浩利

45. 生検により診断しえた慢性リンパ性白血病/小リンパ球性リンパ腫による肝腫瘍の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○青木 直晃, 浅岡 良成, 本田 卓, 芳賀 幸  
駒崎 伸伍, 松本 康佑, 柳澤 大輔, 丸山 喬平  
青柳 仁, 磯野 朱里, 三浦 亮, 阿部浩一郎  
有住 俊彦, 小田島慎也, 山本 貴嗣, 田中 篤  
帝京大学医学部附属病院 病理診断科 石田 毅, 斉藤 光次, 笹島ゆう子

(12) 専修医Ⅶ(肝3)

座長 東京医科大学病院 消化器内科 竹内 啓人

46. 維持透析中に発症したC型急性肝炎の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○小野明日香, 渡邊 俊司, 五家 里栄, 前田 浩史  
野本 弘章, 高岡 良成, 津久井舞未子, 三浦 光一  
森本 直樹, 磯田 憲夫, 山本 博徳

47. 低用量経口避妊薬により生じた脂肪肝を伴う薬物性肝障害の1例

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科 ○湯原美貴子, 添田 敦子, 宇野 広隆, 佐浦 勲  
根本 絵美, 丹下 義隆, 江南ちあき, 越智 大介  
池澤 和人  
同 病理部 臺 勇一

48. 著明なトランスアミナーゼ上昇をきたした1型糖尿病合併NASHの若年男性例

東京通信病院 消化器内科 ○林 猛志, 佐藤ももか, 手銭 悠, 松井 徹  
加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋  
同 内分泌代謝内科 山崎 佑子, 勝田 秀紀  
同 病理診断科 田尻 亮輔

49. 神経性食思不振症によるるいそくに肝障害と汎血球減少を合併した一例

国家公務員共済連合会 東京共済病院 消化器科 ○緒方香菜子, 大坪 加奈, 五十嵐 亮, 土屋 麻央  
穴戸 華子, 唐鎌 優子, 永山 和宜  
同 血液内科 安田峻一郎  
同 病理診断科 川原 穰  
東京医科歯科大学 消化器内科 岡本 隆一

(13) 専修医Ⅷ(胆・脾)

座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 上田 薫

50. 血漿がんゲノムプロファイリング検査でFGFR2融合遺伝子が検出されベミガチニブを導入した肝内胆管癌の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○宮本 遥, 高浦 健太, 内原 直樹, 鈴木 圭人  
田中 雄紀, 山田 倫子, 石堂 舜, 延澤 翼  
松本 浩明, 慶徳 大誠, 樋口 麻友, 田中 将平  
前屋舗千明, 玉城 信治, 安井 豊, 土谷 薫  
中西 裕之, 高橋 有香, 黒崎 雅之, 泉 並木

51. 横行結腸との瘻孔形成を認めた黄色肉芽腫性胆嚢炎の1切除例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○寺谷 大弥, 川島 万平, 清水 哲也, 上田 純志  
大野 崇, 松下 晃, 吉岡 正人, 吉田 寛

52. 膵神経内分泌腫瘍に、黄色肉芽腫性変化を伴う興味深い組織像を示した1例

慶應義塾大学 医学部 外科学（一般・消化器）  
同 病理学教室  
同 内科学（消化器） ○萩原 克洋  
同 外科学（一般・消化器） 北郷 実, 阿部 雄太, 八木 洋, 長谷川 康  
堀 周太郎, 田中 真之, 中野 容, 北川 雄光  
同 病理学教室 眞杉 洋平, 松田 紘典, 坂元 亨宇  
同 内科学（消化器） 岩崎 栄典

53. 診断に苦慮した膵神経内分泌腫瘍の一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○姫井 紅里, 高野 祐一, 野田 淳, 山脇 将貴  
浅見 哲史, 松原 大, 吉田詠里加, 東畑美幸子  
鈴木 伶佳, 遠藤 利行, 高橋 祐季, 松尾 憲一  
田中 邦哉, 阿曾沼邦央, 五味 邦代, 山本 頼正  
長濱 正亜  
聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科 大池 信之, 野呂瀬朋子

(14) 専修医 区(その他)

座長 帝京大学医学部 内科学講座 柳 澤 大 輔

54. 経皮的肝生検で診断した線維形成性小円形細胞腫瘍疑いの1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○稲葉 航平, 大西 俊彦, 大池 研, 古木佐保里  
松本 健吾, 山崎ゆうか, 野口 聡明, 石川 睦  
有坂 高洋, 眞島 雄一, 飯島 誠, 入澤 篤志

55. 若年男性で特発性の腹腔内血腫を認めた一例

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

56. 肝膿瘍に続発した骨盤内膿瘍に対し、超音波内視鏡下経直腸的ドレナージが奏功した一例

独立行政法人 労働者健康安全機能 横浜労災病院 消化器内科 ○佐伯 優美, 関野 雄典, 上野 航大, 利井 辰光  
林 映道, 佐野 誠, 枇杷田裕佑, 稲垣 淳太  
春日 範樹, 高柳 卓矢, 内山 詩織, 金沢 憲由  
永瀬 肇

57. 後上脘十二指腸動脈瘤出血による後腹膜血腫をコイル塞栓術により治療した一例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○白木 彬博, 本田 真之, 松本 直樹, 渋谷 真史  
有間 修平, 金澤 芯衣, 佐々木玲奈, 石井 大雄  
増崎 亮太, 神田 達郎, 山上 裕晃, 小川 眞広  
木暮 宏史

## 一般演題

(15) (食道・胃・十二指腸) 座長 日本医科大学 消化器内科学 野田 啓 人

58. 貧血を呈した Cameron lesion の一例

国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 ○永井 瑞紀, 持田賢太郎, 石橋 史明, 鈴木 翔  
森下 鉄夫

59. 白色食道を呈した急性壊死性食道炎の3例

東京都立大塚病院 消化器内科 ○松井 裕樹, 白崎 友彬, 井浦亜有子, 軽部 莉佳  
曾我 早良, 大井 尚子, 本林麻衣子, 田中 啓  
倉田 仁

60. 脳室・腹腔短絡術後に胃漿膜下膿瘍を呈した一例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○地主 龍平  
東京品川病院 消化器内科  
埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 田島 知明, 良沢 昭銘  
東京品川病院 消化器内科 石井 直樹  
同 脳神経外科 福山 幸三  
同 消化器内科  
国立国際医療研究センター病院 消化器内科 山本 夏代

(16) (大腸) 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 伊藤 剛

61. 手術検体で漿膜炎を証明した家族性地中海熱遺伝子関連腸炎疑いの一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患 (IBD) センター ○東 大輔, 谷口 勝城, 角田翔太郎, 藤井 紘大  
西田 大恭, 豊田 純哉, 荒木謙太郎, 渋谷 俊祐  
中森 義典, 池田 礼, 斑目 明, 西尾 匡史  
松林 真央, 小柏 剛, 藤井 彩子, 木村 英明  
国崎 玲子  
同 病理診断科 前田 晃樹, 稲山 嘉明  
横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室 前田 慎

62. 腸管皮膚瘻術後の再燃に対してベドリズマブが著効した大腸型 Crohn 病の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○岩崎 巨征, 太田 佑樹, 加藤 順, 大山 湧平  
仲澤 隼人, 間宮 幸代, 後藤 千尋, 高橋 彩月  
堀尾 亮輔, 黒杉 茜, 園田美智子, 白鳥 航  
金子 達哉, 明杖 直樹, 對田 尚, 沖元謙一郎  
齊藤 景子, 松村 倫明, 加藤 直也

63. 難治性 *Clostridioides difficile* 感染症 (CDI) に対し便秘移植 (fecal microbiota transplantation) が著効した一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○河西 千恵, 阿曾沼邦央, 清水 寛, 松原 大  
山名 瑤子, 鈴木 怜佳, 遠藤 利行, 長濱 正亞



- (17) (大腸・その他) 座長 慶応義塾大学医学部 外科 松井 信平
64. 妊娠中に診断された切除不能大腸癌に化学療法を行った一例  
 横浜市立大学附属市民総合医療センター病院 消化器外科 ○小林 圭, 渡邊 純, 千田 圭悟, 諏訪 雄亮  
 沼田 正勝, 佐藤 勉, 武田 和永, 國崎 主税  
 横浜市立大学医学部附属病院 消化器外科 中川 和也, 小澤真由美, 石部 敦士, 遠藤 格
65. 直腸 MiNEN に対して ESD が施行された 1 例  
 新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 ○西田 晨也, 今城 健人, 大久保恒希  
 同 低侵襲治療センター 國分 茂博
66. 経鼻内視鏡補助下に消化管ステント (Self-expanding metal stent : SEMS) を追加留置し得た悪性消化管狭窄の 2 例  
 足利赤十字病院 内科 ○漆原 史彦, 室久 俊光, 鈴木 統裕, 岡田 悠  
 田中 孝尚, 稲葉 康記, 川田 陽介  
 獨協医科大学 内科 (消化器) 講座 福士 耕, 石川 睦
67. 大腸ステント留置後手術における手術までの待機期間の予後への影響  
 日本医科大学付属病院 消化器外科 ○松田 明久, 山田 岳史, 園田 寛道, 進士 誠一  
 代永 和秀, 岩井 拓磨, 武田 幸樹, 上田 康二  
 栗山 翔, 宮坂 俊光, 香中伸太郎, 吉田 寛
- (18) (肝) 座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 藤井 庸平
68. Atezolizumab + Bevacizumab 治療により ir-AE 重症筋無力症を合併した HCC の一例  
 国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○山田 英彦, 秋田 貴之, 須藤 大輔, 一石英一郎  
 大澤 陽介, 佐藤 貴一, 高後 裕, 大竹 孝明
69. 肝炎後再生不良性貧血の 1 例  
 防衛医科大学校病院 第 2 内科 ○大黒 拓磨, 富岡 明, 植田 浩貴, 岡崎 惣也  
 武川 舞子, 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, 西井 慎, 溝口 明範, 東山 正明  
 富田 謙吾, 穂苅 量太  
 同 光学医療診療部 成松 和幸, 高本 俊介
70. 門脈肺高血圧症合併末期肝疾患に対する肝移植の経験  
 自治医科大学 消化器一般移植外科 ○大豆生田尚彦, 眞田 幸弘, 大西 康晴, 岡田 憲樹  
 平田 雄大, 堀内 俊男, 佐久間康成, 佐田 尚宏  
 同 消化器・肝臓内科 渡辺 俊司, 三浦 光一, 森本 直樹
71. 若年者に発症した肝エキノコックス症の 1 例  
 東京労災病院 消化器内科 ○嵐山 真, 西中川秀太, 井上楠奈子, 平泉 泰翔  
 折原 慎弥, 高橋伸太郎, 吉峰 尚幸, 渡辺 浩二  
 乾山 光子, 大場 信之  
 北海道大学大学院医学研究院 外科系部門 外科学分野 消化器外科学教室Ⅰ 相山 健, 柿坂 達彦, 武富 紹信

(19) (胆・膵) 座長 獨協医科大学医学部 内科学 (消化器) 講座 嘉 島 賢

72. 遠位胆管原発腺扁平上皮癌に対する集学的治療中に副腎、腎、および筋転移を認めた一例

がん研有明病院 肝胆膵内科 ○三重 堯文, 岡本 武士, 石塚 隆浩, 山田 学  
中川 皓貴, 古川 貴光, 武田 剛志, 春日 章良  
松山 真人, 佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹  
同 病理部 高松 学

73. 重症膵炎、特に壊死性膵炎と主膵管断裂・破裂・壊死による DPDS or Disconnected pancreatic duct syndrome に関して 第1報

津端会京葉病院 外科 ○原口 義座, 星野 正巳, 津端 徹

74. 十二指腸 GIST と鑑別を要した若年性 pNET の1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器外科 ○島本 直明, 山崎慎太郎, 石倉智枝里, 山岸 俊介  
三塚 裕介, 岡村 行泰

75. EUS-FNA で診断し得た膵 solid pseudopapillary neoplasm の一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○堤 翼, 高野 祐一, 野田 淳, 山脇 将貴  
浅見 哲史, 吉田詠里加, 東畑美幸子, 鈴木 伶佳  
遠藤 利行, 阿曾沼邦央, 五味 邦代, 山本 頼正  
長濱 正亞

## 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
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)	WEBライブ配信 (完全オンライン形式)	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
375	富 谷 智明 (埼玉医科大学 健康推進センター 消化器内科・肝臓内科)	7月8日 (土)	東 京 海運クラブ	3月22日～ 4月26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・2023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
41	吉 田 仁 (昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門)	11月13日 (日)	東 京 シェンパツハ・サポー	未 定
42	草 野 央 (北里大学医学部 消化器内科)	2023年 6月18日 (日)	東 京 シェンパツハ・サポー	未 定

### 次回 (第371回) 例会のお知らせ

期 日：2022年9月24日 (土)

会 場：WEBライブ配信 (完全オンライン形式)

特別講演：「炎症性腸疾患に対する外科治療の位置づけ—内科治療の関連を含めて—」

演者：横浜市立市民病院 炎症性腸疾患 (IBD) 科 部長

杉田 昭

司会：北里大学医学部 新世紀医療開発センター 教授

小林 清典

ランチョンセミナー：「逆流性食道炎 Up to date ～今、求められるPatient Reported Outcome～」

演者：順天堂大学医学部 消化器内科 教授

永原 章仁

司会：北里大学医学部 新世紀医療開発センター 教授

田邊 聡

北里大学病院 副院長

専門医セミナー：「ドクターガストロ」

本会同様にオンラインにて、専門医セミナーを開催いたします。

\*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

\*専門医更新単位3単位取得できます。

\*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：小林 清典 (北里大学医学部 新世紀医療開発センター 教授)

事務局長：横山 薫 (北里大学医学部 消化器内科学)

【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: [jsge371kanto@pw-co.jp](mailto:jsge371kanto@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](mailto:kanto@jsge.or.jp)

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

# 1 偶発的に食道静脈瘤と食道胃接合部癌を発見された巨赤芽球性貧血の一例

日本大学病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>、  
日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野<sup>2)</sup>  
新家一和<sup>1)</sup>、金子真大<sup>2)</sup>、杉田知実<sup>2)</sup>、須田清一郎<sup>2)</sup>、田村 祐<sup>2)</sup>、  
岩男 彩<sup>2)</sup>、小椋加奈子<sup>2)</sup>、市島諒二<sup>2)</sup>、渡邊幸信<sup>2)</sup>、高橋利実<sup>2)</sup>、  
今津博雄<sup>2)</sup>、後藤田卓志<sup>2)</sup>、木暮宏史<sup>2)</sup>

【症例】70歳女性【主訴】食思不振【現病歴】関節リウマチ(RA)治療のため近医通院中に食思不振を認め、血液検査でHb 6.4g/dLと貧血を認めたため当院に精査目的に入院した。【既往歴】関節リウマチ、脳梗塞、高血圧症。【飲酒歴】なし【入院時現症】眼瞼結膜蒼白あり、眼球結膜黄染なし、腹部：膨満、軟、圧痛なし、下腿浮腫両側に認める。直腸診：茶色便付着。【血液検査】WBC  $3.1 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、Hb 5.7g/dL、MCV 113.5fL、PLT  $110 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、PT% 66%、T-Bil 1.28mg/dL、AST 23U/L、ALT 14U/L、ALP 106U/L、 $\gamma$ -GT 41U/L、BUN 19.5mg/dL、クレアチニン 1.20mg/dL、TP 5.6g/dL、Alb 2.6g/dL、Fe 185 $\mu\text{g/dL}$ 、フェリチン 1134.4ng/dL、葉酸 1.6ng/mL、ビタミンB12 492pg/mL、抗ミトコンドリアM2抗体 (+)、抗核抗体 <40、HCV抗体 (-)、HBs抗原 (-)。【入院経過】上部内視鏡検査を施行したところ食道静脈瘤(LmF1CbRC0)と食道胃接合部に粘膜不整を認め生検でAdenocarcinomaと診断されたが、出血源としては否定的であった。MCV 高値から大球性貧血が考えられ葉酸欠乏を認めたことから巨赤芽球性貧血と診断した。RAに使用していたメトトレキサートを中止し葉酸を補充したところ貧血は改善した。入院時CTで中等量の腹水を認めており、腹部超音波で肝緑鈍化、肝表面凹凸不整を認め肝硬変の所見であった。採血結果と合わせ原発性胆汁性胆管炎による非代償性肝硬変と診断し腹水コントロールを行い一時退院した。食道胃接合部癌(6mm、0-2a)は内視鏡的治療の適応であったが近傍に食道静脈瘤を認めていたため、EISを先行した後にEMR-Cを施行した。【考察】消化器診療において貧血精査の際は消化管出血以外の原因も常に考えるべきであり、既往歴や薬剤歴などの問診の重要性を実感した1例である。また食道静脈瘤に併存した食道胃接合部癌の報告は少なく、本症例のような高齢者で腹水を認める肝硬変患者では治療リスクが高い。EISを先行した後に食道胃接合部癌に対してEMR-Cが安全に行えた一例であり、高齢者医療において各専門家が連携を取る重要性が感じられた。

食道静脈瘤, 食道胃接合部癌

# 3 ESDを施行したI型胃NET多発病変の症例

那須赤十字病院 消化器内科  
藤田素輝, 大類華子, 江部敏生, 中田洋介, 吉田 徹, 新井由季, 佐藤 隆

【症例】50歳代女性。【主訴】健診異常。【現病歴】胃癌ABC健診にてリスクD判定(Hビロリ抗体陰性、ペプシノーゲン陽性)を指摘された。近医での上部消化管内視鏡にて胃体上部後壁に $\phi$ 5mm大の隆起性病変が認められた。カルチノイド疑いと診断され紹介。内視鏡的胃粘膜下層剥離術(ESD)が施行され $\phi$ 1mm大の胃神経内分沁腫瘍(Neuroendocrine tumor: NET) I型と診断された。他にも小隆起をみとめており約10ヶ月後、胃体中部大弯と体上部大弯に $\phi$ 5mm大の2病変に対しESDを施行した。組織学的に前者はsm浸潤が $500\mu\text{m}$ 、後者は $30\mu\text{m}$ のNETG1と診断された。処置後6ヶ月の経過においては他臓器のNETや転移を疑わせる所見は認めなかった。【考察】胃NETは粘膜下組織を中心に緩徐に発育する悪性度の低い腫瘍であり、発生する部位によって組織学的に特異な形態を示すのが特徴である。NETは発生機序の違いに基づいてI型からI I I型の3つに分類され、高ガストリン血症を伴うI型胃NETは転移の頻度は低く予後良好とされている。一方、I型胃NETにおいて深達度がsm以下に及んだ場合には、リンパ節転移の頻度は胃癌と同等であるとの報告もあるなど局所胃切除の根治性に関して十分に議論されておらず、確立された術式は存在しない。今回我々はI型胃NETの多発病変に対しESDを施行した1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

I型胃NET, ESD

# 2 表在型食道原発悪性黒色腫(Stage0:深達度MM)の1例

新東京病院 消化器内科  
長谷川和泉, 外山雄三, 小森那々子, 前田 元, 青沼映美,  
西澤秀光, 下井銘子, 溝上裕士, 長浜隆司

【背景】食道原発悪性黒色腫は、全食道悪性腫瘍の約0.1-0.2%と稀な疾患である。進行が早く早期から血行性、リンパ行性に転移を来すため予後不良疾患として知られている。今回、表在型食道原発悪性黒色腫(Stage0:深達度MM)の1例を経験したため報告する。【症例】79歳男性【主訴】なし【現病歴】X-4年前当院上部内視鏡にてメラノーシス指摘。X年検診にて上部内視鏡施行し、胸部中部-下部食道にかけて黒色の地図状の平坦隆起性病変が認められた。生検にて悪性黒色腫と診断した。【臨床経過】身体所見からも体表に悪性黒色腫を疑う所見はなく、造影CT検査・PET検査にて遠隔転移は認めなかった。精査内視鏡にてT1b N0M0: Stage Iとして食道原発の悪性黒色腫と診断し外科的治療(ロボット支援食道亜全摘術+2領域リンパ節郭清)を施行とした。病理結果はpT1a-MM, pN0, cM0:pStage0であった。【結語】Stage0で治療された報告数も少なく文献的考察を含めて報告する。

食道原発悪性黒色腫, Stage0

# 4 イレウスを繰り返したが保存的治療を行った静脈硬化性大腸炎の1例

昭和大学横浜市北部病院 消化器内科  
杉原 黎, 井手雄太郎, 宮田裕輝, 中村大樹

【症例】57歳女性。【既往歴】脳静脈洞血栓症。【現病歴】202X年、2月に腹痛、嘔吐を主訴に当科外来を受診した。精査治療目的に同日に当科入院となった。【入院後経過】入院時の腹部造影CT検査で上行結腸から横行結腸にかけて腸管の拡張と浮腫性肥厚と、それに一致した腸間膜静脈の石灰化を認めたことから静脈硬化性大腸炎と診断した。保存的治療により腹部症状が改善し、第5病日に食事を開始したが第11病日に腹部症状が再燃したため、中心静脈栄養を行った。第17病日には腹部症状の改善を認め、食事を再開したが、その後腹部症状の増悪が再燃29病日に退院となった。しかし、退院後13日で腹痛、嘔吐が再燃したため、再度当科入院となった。入院中に大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸から横行結腸にかけて粘膜の青白色調の変化や血管透見像の消失などを認め、静脈硬化性大腸炎に矛盾しない所見であった。今回も保存的治療により腹部症状は軽快したが、短期間でイレウス症状を繰り返していることから外科手術も考慮したが、高度の腸間膜静脈石灰化による縫合不全のリスクがあることから、再度経過観察の方針となり、第23病日に退院となった。その後再発なく経過している。【考察】腸間膜静脈硬化症は1993年に新しい疾患概念として提唱され、漢方薬の長期内服が原因の一つとして考えられている。本邦においても漢方の長期内服により発症した静脈硬化性大腸炎症例が多数報告されている。患者は更年期障害に対して加味逍遙散を長期的に内服していたことから同薬剤が原因と考えられた。右側結腸を中心とした浮腫性変化を認める場合は、その内服薬にも注目する必要がある。本症例のように長期的な経過観察により改善した症例報告もあったことから、多少の文献的考察を含め、症例提示する。

加味逍遙散, イレウス

## 5 術後遅発性上行結腸狭窄を来した非閉塞性腸管膜虚血症の一例

がん・感染症センター 都立駒込病院 肝胆膵外科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 中川瑛人<sup>1)</sup>, 沖永裕子<sup>1)</sup>, 高尾幹也<sup>1)</sup>, 谷 圭吾<sup>1)</sup>, 田畑宏樹<sup>2)</sup>, 仲程 純<sup>2)</sup>, 千葉和朗<sup>2)</sup>, 春山泰治<sup>1)</sup>

【緒言】非閉塞性腸管膜虚血症 (non-occlusive mesenteric ischemia: 以下NOMI) は腸管膜血管主幹部に器質的閉塞が伴わないにも関わらず、腸管の血流障害をきたす予後不良な疾患である。NOMI後の遅発性腸管狭窄については、症例報告が散見されるのみで外科治療後の吻合部ではない腸管の狭窄報告はほとんどない。今回NOMIに対する小腸全摘術後に遅発性上行結腸狭窄を来し内視鏡留置で改善を得た一例を経験したので報告する。【症例】症例は78歳女性。既往歴に全身性強皮症と繰り返す慢性偽性腸閉塞 (CIPO) があり当院膠原病科通院していた。突然の強い腹痛を自覚し当院臨時受診。造影CTで非閉塞性腸管膜虚血症、小腸壊死と診断し緊急開腹小腸全摘、十二指腸-回腸吻合術を施行した。口側は空腸起始部、肛門側は回盲部から10cm程度の回腸を残し、ほぼ全域の小腸壊死を認めた。術後は短腸症候群による下痢、吸収不良が遷延したため中心静脈栄養管理の方針として術後40日目に自宅退院となった。術後54日目、嘔吐を契機に当科受診。術後イレウスの診断で再入院となった。【結果】入院後イレウス管留置、絶食・中心静脈栄養管理を行ったがイレウスの改善が得られず、再入院後27日目に透視下小腸内視鏡を施行した。十二指腸-回腸吻合部は狭窄を認めず通過良好であった。パウヒン弁から上行結腸-肝彎曲部にかけて壁硬化と全周性狭窄を認めNOMI治療後遅発性上行結腸狭窄と診断した。この部位に対し計2回のバルーンを施行した。ブジー後は一時的に通過障害の改善を認めるもののすぐに再狭窄しイレウスの再燃を繰り返した。再入院後69日目にパウヒン弁から上行結腸に内視鏡下にメトリックス Tent を留置した。ステント留置後は再狭窄なく経鼻胃管抜去可能となり、再入院後77日目に自宅退院となった。【結語】NOMIに対する小腸全摘術後に遅発性腸管狭窄をきたすことがあり、難治する場合はステント留置が有効であった。

非閉塞性腸管膜虚血症, 遅発性上行結腸狭窄

## 7 初期に肝膿瘍と診断したAFP産生胃癌、多発肝転移の一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理部<sup>2)</sup>, 射手矢楓<sup>1)</sup>, 山田英彦<sup>1)</sup>, 秋田貴之<sup>1)</sup>, 須藤大輔<sup>1)</sup>, 一石英一郎<sup>1)</sup>, 大澤陽介<sup>1)</sup>, 佐藤貴一<sup>1)</sup>, 土橋 洋<sup>2)</sup>, 高後 裕<sup>1)</sup>, 大竹孝明<sup>1)</sup>

【症例】80歳代男性【主訴】発熱、腹痛【現病歴】発熱、腹痛を主訴に発症から2日目に前医を受診し、上行結腸憩室炎と診断された。抗菌薬を投与されていたが、18日後には症状が増悪し当院紹介受診となった。入院時の血液検査にて炎症反応の著明な上昇、肝逸脱酵素の上昇を認めた。また腹部造影CTにて肝臓両葉に多発する不整形な造影不良域を認め、辺縁の造影効果と内部に隔壁様構造物が確認され液化していない肝膿瘍が合併したと診断した。まずMeropenem 3g/日を開始、第6病日にVancomycin 2g/日を追加したが、症状改善せず、第9病日にMetronidazole 1.5g/日も追加した。抗菌薬投与で症状改善が見られず、第14病日に施行した腹部CTで腫瘍の増大を認めたため、15病日に肝S6病変から生検を施行。N/C比の高い異型細胞の充実性増殖が見られ、AFP高値から、この時点では中分化～低分化の肝細胞癌を考えた。16病日にHb 6.9 g/dLと貧血の悪化を認め、上部消化管内視鏡検査を施行。胃体上部前壁に2型腫瘍を認め、生検では、肝腫瘍組織に類似した数石状配列を呈する低分化腺癌を認めた。cStageIVのAFP産生胃癌 (肝臓腺癌) と診断し、化学療法はSOX (S1 + Oxaliplatin) を選択し29病日よりSOX療法1クール目を開始した。36病日の上部内視鏡所見、40病日の腹部CT所見で腫瘍の増大を認めAFPも高値であり、PD判定となった。51病日より2nd lineのRAM + nab-PTX療法1クール目を開始したが、病勢進展し58病日に永眠となった。【考察】脈管侵襲を高率に起こす肝臓腺癌の特徴により、壊死を起こし激しい炎症を起こすに至ったと思われる、CT画像所見や臨床症状が肝膿瘍と類似したのようになったと考える。【結語】AFP産生胃癌は、その臨床病理学的特徴から高度炎症を伴うことがあるため、肝膿瘍を考慮し治療に難渋した際は、AFP産生癌全般を鑑別にあける必要がある。

AFP産生胃癌, 肝膿瘍

## 6 癌性腹膜炎と鑑別を要した結核性腹膜炎の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>, 長嶋香子<sup>1)</sup>, 平川旭人<sup>1)</sup>, 今村駿輔<sup>1)</sup>, 田口佳光<sup>1)</sup>, 林 智康<sup>1)</sup>, 横山 歩<sup>1)</sup>, 田沼浩太<sup>1)</sup>, 三枝慶一郎<sup>1)</sup>, 岸野竜平<sup>1)</sup>, 船越信介<sup>1)</sup>, 中澤 敦<sup>1)</sup>, 金田 智<sup>2)</sup>

【症例】72歳女性【主訴】食思不振【既往歴】結核性胸膜炎(20代)、大腸癌(62歳)、パーキンソン病、うつ病【現病歴】X年11月に便秘と下痢を繰り返し、その後食思不振が出現したため当院を受診し、CTで多発する肺結節と多量の腹水を認めたため、精査加療目的に入院となった。【経過】入院時の血液検査で軽度の炎症反応高値を認め、またCEAとCA19-9は正常範囲内であったが、CA125 524.9U/mLと著明な上昇を認めた。CTの所見とあわせて癌性腹膜炎が疑われたが、腹水細胞診は陰性であった。一方でT-SPOTは陰性であったが、腹水中のADA 110 IU/Lと上昇しており、結核性腹膜炎も疑われた。しかし三連痰、腹水、血液、気管支肺泡洗浄液の塗抹検査はいずれも陰性であった。診断確定のため審査腹腔鏡を検討したが、直前にたこつぼ心筋症を発症したため、耐術能を考慮して腹壁に癒着した大網をエコーガイド下に経皮的生検を行った。病理では乾酪壊死像の確認はできなかったが、多核巨細胞の出現する肉芽腫形成像を認めた。総合的に結核性腹膜炎の可能性が高いと判断し、INH+RFP+EB+PZAの4剤での加療を開始したところ、炎症反応は改善傾向で、大きな有害事象もなく退院となった。また治療開始後に腹水培養からMycobacterium tuberculosisが検出された。結核性腹膜炎の診断が確定した。【考察】結核性腹膜炎は全結核患者の0.1-0.7%にみられる非常に稀な疾患であるが、塗抹検査・培養検査共に感度は低く、加えて培養検査は診断までの時間を要する。一方で結核性腹膜炎は早期治療が患者予後を改善することが知られており、早期の診断が求められる。したがって原因不明の腹水をみた際には本疾患を念頭において検査を進めることが重要である。癌性腹膜炎との鑑別に苦慮した一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

結核性腹膜炎, CA125

## 8 病理診断でstem progenitor cell featuresを認めた混合型肝癌の一例

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター<sup>1)</sup>, 同 肝胆膵消化器病学<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>, 同 臨床検査部<sup>4)</sup>, 清宮絵里<sup>1)</sup>, 野上麻子<sup>2)</sup>, 緒方智樹<sup>2)</sup>, 城野 紘<sup>2)</sup>, 石山貴博<sup>3)</sup>, 松村依文<sup>3)</sup>, 岩城慶大<sup>3)</sup>, 小林 貴<sup>2)</sup>, 米田正人<sup>2)</sup>, 桐越博之<sup>4)</sup>, 齊藤 聡<sup>2)</sup>, 藤井誠志<sup>3)</sup>, 中島 淳<sup>2)</sup>

【症例】70歳代男性。近医での血液検査で肝障害を認め、造影CT検査で肺転移を伴う肝細胞癌 cT4N1M1 stage4Bが疑われたため当科紹介となった。背景肝はnonBnonCでアルコール性は否定的だった。AFP 378ng/mL・PIVKA-2 2463mAU/mL・CEA 1.1ng/mL・CA19-9 64 U/mLであり、腫瘍マーカーの値も肝細胞癌に矛盾しない結果であった。Child-Pugh分類B・ALBI score -1.36 ALBI grade3と肝予備能は不良であったが全身状態は保たれており、告知の上、近日中に治療方針について検討予定だった。しかし、当院初診の翌日に食思不振を主訴に当院搬送となり、緊急入院した。全身状態は急速に悪化し、第7病日に死亡確認となった。急な転移であったため病理解剖を行った。病理解剖結果では、肝右葉を主体とする黄白色調の充実性結節が多発し、腫瘍細胞がびまん性・広範に肝実質内に浸潤増殖し、高度な壊死を伴っていた。組織学的評価の第一報ではHE染色結果より肝内胆管癌の診断となったが、臨床所見と矛盾するために追加で免疫組織染色を依頼し、免疫組織学的にはGlypican-3 (focal+)・Arginase-1 (focal+)・Hepatocyte (focal+)・CK7 (+)・CK19 (focal+)・CK20 (focal+)を示し、最終的に肝細胞癌および肝内胆管癌の特徴を有する混合型肝癌の診断に至った。両肺には混合型肝癌の転移を認め、肺動脈内腫瘍塞栓を認めたことより死因は腫瘍塞栓による急速な呼吸状態悪化によるものであったと判断した。【考察】本症例は、画像と血液検査結果からは肝細胞癌が支持されていたが病理結果より混合型肝癌の診断に至った一例である。混合型肝癌は、同じ腫瘍内に肝細胞と胆管細胞の両方の分化が明白に存在する腫瘍と定義されている。その発生機序は、主に1)肝細胞癌の分化転換、2)stem cellの癌化が考えられている。本症例では、stem cell featuresとされるCK7とCK19が陽性であり、2)が疑われたため現在更なる免疫染色を追加中であり、その結果と考察を加えて報告する。

混合型肝癌, stem progenitor cell features

東京医科歯科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 小児科<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>

穂田 孝<sup>1)</sup>, 杉山勇太<sup>1)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>, 清家理佐<sup>1)</sup>, 南家一徳<sup>1)</sup>, 藤原 俊<sup>1)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>1)</sup>, 朝比奈靖浩<sup>1)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>, 磯田健志<sup>2)</sup>, 國枝純子<sup>3)</sup>, 明石 巧<sup>3)</sup>

【症例】20歳代男性【現病歴】20XX年の5歳時に汎血球減少を指摘され、XX+3年に骨髓検査で再生不良性貧血と診断された。爪の萎縮と舌の白斑症などの身体所見とTINF2の遺伝子異常が同定され、先天性角化不全症の確定診断となった。20XX+4年に骨髓移植を行い汎血球減少は改善したが、タクロリムスによる脳症を発生し高次機能障害が残存した。また肝障害も持続したが、現病による影響と考えられ経過観察となっていた。20XX+15年9月に左肺尖部気胸の診断で入院となった際の単純CTで肝S6に径2.5cmの低吸収域を認め、dynamic CTでは辺縁から漸増性に濃染する肝腫瘍を認めた。当初、腫瘍マーカーの上昇もなく肝血管腫が疑われていたが、12月のEOB-MRIでは肝両葉に多発多血性腫瘍を認め、腹水貯留と血小板減少も認めた。20XX+16年3月に突然の右季肋部痛を自覚し、造影CTにて既知の肝腫瘍と新規の脾腫瘍の破裂による腹腔内出血の診断となり、緊急で動脈塞栓術を施行した。肝腫瘍生検にてクロマチン濃染性の核腫大を伴う異型内皮細胞を認め、免疫染色でCD31, CD34が陽性となり肝血管肉腫と診断された。4月に再び肝腫瘍破裂による腹腔内出血を発生し、再度動脈塞栓術を施行したが、腹水貯留や血球減少がさらに進行、食道静脈瘤出血、カンジダ菌血症を併発し、各種治療を行うも死亡した。【考察】先天性角化不全症 (Dyskeratosis congenita; DC) はテロメア長の維持機能障害を背景とし、爪の萎縮と口腔内白斑、皮膚色素沈着を3徴とする先天性造血不全症候群である。発症頻度は100万人に1人とされる。DC患者は健常人と比較して悪性疾患の罹患率が11倍であり、扁平上皮癌や骨髄性白血病の頻度が高いとされるが、肝血管肉腫を合併したものは極めて稀であり予後不良である。また肝血管肉腫は多彩な画像所見をとるため診断に難渋することが多い。DCを背景とする肝血管肉腫について文献的考察をふまえ報告する。

先天性角化不全症, 肝血管肉腫

アルコール性肝硬変の急性増悪に対するステロイド加療後に下咽頭痛頸部リンパ節転移の急速な増大認めた1例

国際医療福祉大学三田病院 消化器センター<sup>1)</sup>, 国際医療福祉大学成田病院 消化器内科<sup>2)</sup>, 鹿浦直樹<sup>1)</sup>, 梅田瑠美子<sup>1)</sup>, 片岡幹統<sup>1)</sup>, 正岡建洋<sup>1)</sup>, 海老沼浩利<sup>1,2)</sup>

【症例】57歳、男性【主訴】左頸部腫大【既往歴】脳幹出血、心筋梗塞をPCI後、糖尿病【現病歴】201X年4月左頸部腫大のため近医より当院紹介受診、左下咽頭痛stage4bの診断となった。術前の血液検査で肝機能障害を指摘され消化器内科受診となり、アルコール性肝硬変の診断となった。201X年5月の再診時に、血液検査でAST1769U/L, ALT769U/L, TB4.1mg/dL, PT44.2%と急性増悪を認め入院となった。【入院後経過】左下咽頭痛の術前のため、今後の肝不全への進行も懸念し、ステロイドパルス療法を施行する方針とした。mPSL 1000mg×3日間投与後、PSL 60mgから10mg/weekの漸減を行った。肝機能値は速やかに改善し、201X年6月に退院となった。退院より3週間後にCTで左胸水貯留と左頸部リンパ節の増大を認め再入院となった。胸水貯留の原因として、漏出性であり、肝硬変によるものと左頸部リンパ節の増大によるものとが考えられた。PSLは漸減し、201X年7月に投与終了となった。左頸部リンパ節の治療のため放射線治療を行ったが、投与終了後も増大傾向であったため、追加放射線治療を行った(計66Gy)。左頸部リンパ節は縮小傾向となったが経口摂取不良のため、胃瘻造設を行った。左胸水に対しては、利尿剤投与のみで加療困難なため、呼吸苦出現時に穿刺ドレナージを行った。徐々に全身状態が悪化し、肝腎症候群の増悪を認め、201X年9月死亡剖検を行った。【考察】本症例は未治療のアルコール性肝硬変を合併した、下咽頭痛の術前症例である。禁酒後も肝機能増悪を認め、早期治療を目指したが、ステロイド投与後にリンパ節転移の急速な増大を認めた。一時的には、肝機能値の改善と頸部リンパ節の縮小を認めたが、予後不良な転機となった。貴重な症例を経験したので報告する。

下咽頭痛リンパ節転移, ステロイド治療

肝移植後早期門脈血栓症に対してAntithrombin III製剤が奏効した1例

自治医科大学 消化器一般移植外科

高寺樹一朗, 平田雄大, 眞田幸弘, 大西康晴, 岡田憲樹, 堀内俊男, 大豆生田尚彦, 佐久間康成, 佐田尚宏

【背景】肝移植後門脈血栓症に対する治療は、抗凝固療法や血管内治療、外科的治療であるが、発症時期や治療による侵襲度などを考慮して決定される。今回、肝移植後早期門脈血栓症に奏効した1例を経験したので報告する。【症例】57歳の男性。C型肝炎による非代償性肝硬変 (Child-Pugh分類C (10)、MELDスコア15) に対して肝移植適応と判断された。術前CTでYerdel分類 Grade IIの門脈血栓症と30mmに拡張した左胃静脈を認めた。長男をドナーとするABO血液型一致生体肝移植を施行 (右葉グラフト:GV/SLV 40.9%、GRWR 0.81%) し、門脈血栓は比較的容易に摘出可能であり、門脈本幹とグラフト右門脈で門脈再建を行った。脾臓摘出は行わず、左胃静脈は門脈本幹流入部で2重結紮した。術後15日目の定期CT検査で左胃静脈結紮部付近の門脈内左側 (術前門脈血栓の対側) に血栓を認めた。ヘパリン製剤未使用下にAntithrombin III製剤を術後15日目から10日間施行し、門脈血栓の縮小を認めたため、術後28日目からさらに5日間 (合計15日間) 投与した。出血などの副作用は認めず、術後141日目のCT検査で門脈血栓の消失を認め、現在まで門脈血栓は再発していない。【結語】肝移植後早期門脈血栓症に対するAntithrombin III製剤は安全で有効である。

門脈血栓症, Antithrombin III製剤

伝染性単核球症による急性肝不全・昏睡型・亜急性型に対し、脳死肝移植を行い救命し得た若年女性の一例

東京大学 医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 人工臓器・移植外科<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>, 高木瞳子<sup>1)</sup>, 三好耕太郎<sup>1)</sup>, 山田友春<sup>1)</sup>, 奥新和也<sup>1)</sup>, 戸田健夫<sup>2)</sup>, 裴成寛<sup>2)</sup>, 赤松延久<sup>2)</sup>, 阿部浩幸<sup>3)</sup>, 建石良介<sup>1)</sup>, 藤城光弘<sup>1)</sup>

【症例】25歳女性【現病歴】生来健康であった。20XX年YY月、発熱と咽頭痛を主訴に近医受診。肝酵素上昇と末梢血中の異型リンパ球から伝染性単核球症と診断され経過観察となった。その後全身状態が悪化し、受診10日後に嘔吐と意識障害を呈して前医へ救急搬送された。AST 2903 U/L, ALT 4381 U/Lと高度の肝障害、プロトロンビン時間の測定感度以下への低下および3度肝性脳症から、急性肝不全・昏睡型・亜急性型の診断で当院に転院搬送された。入院第1日より人工呼吸器管理とし、持続的血液ろ過透析および血漿交換による人工肝補助療法を開始した。MELD Score 44点で生体肝移植を検討したがドナー不適合であり、第5病日に脳死肝移植登録を行った。肝性脳症は4度まで増悪したが、血漿交換を計11回施行し、第16病日に脳死肝移植を施行した。移植後肝機能及び肝性脳症は速やかに改善し、第26病日に経口摂取を開始、第49病日に自宅退院となった。病因として他の要因は否定的であり、入院時の血清でEpstein-Barr virus (EBV) - DNAが陽性で、摘出肝の病理所見にてEBV encoded small RNA in situ hybridization (EBER-ISH)で陽性細胞がありEBV感染による急性肝不全と考えられた。【考察】本邦の全国調査において急性肝不全・昏睡型・亜急性型の15%弱をウイルス性が占めるが、伝染性単核球症を病因とする報告は極めて限られている。本症例は異型リンパ球出現の病歴から伝染性単核球症による肝障害を念頭に精査を行ったが、発症早期に特異的とされるIgM型抗体は陰性であり診断に難渋した。最終的には治療開始前の血清からのEBV-DNAの検出と摘出肝の特徴的な病理所見によりEBV感染による急性肝不全と診断できた。急性肝不全・昏睡型・亜急性型の救命率は内科的治療のみでは24%であり、肝移植可能となるまで脳浮腫や感染症に細心の注意を払っての全身管理が求められる。本症例は、伝染性単核球症による急性肝不全に集学的治療を継続することで、脳死肝移植を実施し救命することができた貴重な一例と考え、文献的考察を加えて報告する。

急性肝不全, 伝染性単核球症

## 13 急性胆管炎を繰り返した遺伝性球状赤血球症の一例

国際医療福祉大学病院 外科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
高橋光一郎<sup>1)</sup>, 西出 亮<sup>1)</sup>, 高橋潤次<sup>1)</sup>, 鎌田哲平<sup>1)</sup>, 中島啓吾<sup>1)</sup>,  
中瀬古裕一<sup>1)</sup>, 鈴木彰彦<sup>1)</sup>, 吉田 昌<sup>1)</sup>, 大平寛典<sup>1)</sup>, 鈴木 裕<sup>1)</sup>,  
大竹孝明<sup>2)</sup>, 高後 裕<sup>2)</sup>

症例は10代男性。主訴は発熱、食欲不振、黄疸。初診時データはT-Bil 9.4 mg/dL, D-Bil 0.1 mg/dL, AST 11 IU/L, ALT 5 IU/L, ALP 426 IU/L, LDH 205 IU/L, CRP 4.67 mg/dL, WBC 8280 /  $\mu$ L, Neut 76.1%, Hb 14.8 g/dL, PLT 26.2万 /  $\mu$ L, 網状赤血球 35.4%, ハプトグロビン 65 mg/dL (基準域 19-170)、直接・間接クームステスト陰性であった。間接ビリルビン優位の黄疸で、溶血性貧血疑いで加療した。貧血改善後も黄疸が持続し、軽度の溶血の持続が疑われた。その後、腹部エコー、CTで複数の胆のう結石を認め、1ヶ月に3-4回の右上腹部、背部の痙痛を認めたため、腹腔鏡下胆嚢摘出術が予定された。しかし、経過中に心窩部痛、背部痛、黄疸の悪化を認め、間接ビリルビン優位ではあるがトランスアミナーゼ、胆道系酵素の上昇があり急性胆管炎と診断し、内視鏡的乳頭筋切開術 (EST)、内視鏡的採石、内視鏡的胆管ドレナージ (ERBD) スtent留置を施行した。この入院期間中、血液塗抹標本上、球状赤血球がみられ、軽度の遺伝性球状赤血球症による胆石症に急性胆管炎が頻回に合併したものと考えられた。その後、当初の予定通り腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。胆嚢摘出術後、ERBDスtentを抜去したが、抜去時に胆泥付着を認めたため、ウルソデオキシコール酸を開始した。ビリルビン代謝亢進の影響により胆汁組成が変化しやすいことからウルソデオキシコール酸内服を継続し、胆道結石再発や胆管炎の所見なく、安定して経過した。この経過中に貧血はなく、遺伝性球状赤血球症としては軽症と考えられ、脾臓摘出術は施行されなかった。今回、遺伝性球状赤血球症・胆石症を背景に、急性胆管炎を繰り返した症例を経験したので文献学的考察を加えて報告する。

遺伝性球状赤血球症, 急性胆管炎

## 14 生体肝移植後のde novo膵頭部痛に対して膵頭十二指腸切除術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科  
西 元, 箱田浩之, 西岡裕次郎, 赤松延久, 河口義邦, 金子順一,  
有田淳一, 長谷川潔

【はじめに】肝移植は非代償性肝硬変に対する根治的治療であり、一般に長期予後は良好である。しかし、拒絶コントロール目的の免疫抑制剤には発癌促進の副作用があり、悪性腫瘍が術後の主な死亡原因の一つとなっている。肝移植後のde novo発癌は一般の担癌患者より予後不良と報告されており、特にde novo膵癌は、腫瘍の進行が早いために見出しに切除不能であることが多く、予後は極めて不良である。今回、生体肝移植後の経過観察中に発見された膵頭部痛に対して膵頭十二指腸切除術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は52歳、男性。非アルコール性脂肪肝炎による肝硬変に対して右肝グラフトを用いた生体部分肝移植・胆管空腸吻合術を施行した。術後3年の定期検査で腫瘍マーカー高値 (CA19-9 1716 U/mL) および耐糖能の悪化 (HbA1c 11.8%) を指摘された。造影CTで2 cm大の上腸間膜静脈 (SMV) に接する膵頭部腫瘍を認めEUS-FNAで膵癌の診断となった。肝転移や肺転移などの遠隔転移は認めなかった。腫瘍条件はBorderline Resectable-PVであったが、Cancer Boardで検討の結果、術前化学療法は行わず手術先行の方針とした。術中所見で、遠隔転移や腹膜腫瘍などの非治癒因子は認めなかったが、膵上縁における再建動脈周囲の癒着が極めて強固で剥離に難渋した。腫瘍はSMVと強く接していたが剥離し得て、標本を摘出した。再建は元々の挙上空腸を利用し、その盲端側と空腸吻合を行った。術後膵液漏は認めず、術後8日目に退院とした。今後はS-1による術後補助化学療法を導入する予定である。

【結語】肝移植後の経過観察中に発見された膵頭部痛に対して、膵頭十二指腸切除術を施行して良好な術後経過を得た症例を経験した。肝移植後のde novo発癌は進行が早いことが、Close follow-upにより根治切除可能な段階で発見することが重要と考えられる。

肝移植, 膵癌

## 15 膵癌との鑑別を要した限局性自己免疫性膵炎の1例

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野  
森 遥, 祖父仁淳, 土屋貴愛, 石井健太郎, 田中麗奈, 塚塚亮祐,  
向井俊太郎, 永井一正, 山本健治郎, 朝井靖二, 松波幸寿,  
黒澤貴志, 小嶋啓之, 南 裕人, 平川徳之, 中坪良輔, 浅野響子,  
糸井隆夫

症例は83歳女性。糖尿病悪化の精査で施行した造影CTで、遅延性の濃染される膵頭部腫瘍を認め、尾側膵管拡張と膵実質萎縮を指摘された。EUSで25mm大の比較的境界明瞭、辺縁不整な低エコー性腫瘍と認識され通常型膵管癌が疑われた。同腫瘍に対し、22G針でEUS-FNBを施行した。膵管狭窄による肝障害に対してERCPを施行し、術前化学療法導入を見越してフルカバード金属スtentを留置した。FNBの病理結果で明らかな悪性像は認めなかったため、病理組織を確認したところリンパ球や形質細胞浸潤を伴う線維化が目立つ組織が採取されていた。自己免疫性膵炎も鑑別に挙げられたが、血清IgG4は陰性であり、病理組織学的にもIgG4陽性細胞浸潤はごく少数であった。22G針でEUS-FNBを再検し、IgG4陽性細胞集簇は限局的であるものの、高度のリンパ球や形質細胞浸潤を伴う線維化と閉塞性静脈炎の所見が認められた。自己免疫性膵炎診断基準の病理学的確認に該当しており、膵癌の完全な否定は困難であったが、十分な説明を行ったうえでステロイド治療 (プレドニゾン 25mg/日) の方針となった。ステロイド導入後、著明に膵管狭窄が改善し、膵管金属スtentを抜去した。ステロイドを徐々に減らし、治療開始後2年経過して5mg/日の維持量を投与している。画像検査フォローで膵頭部腫瘍は縮小し、膵管狭窄の再燃は認めていない。今回、通常型膵管癌との鑑別が要した血清IgG4陰性の限局性自己免疫性膵炎の1例を経験したので報告する。

自己免疫性膵炎, 通常型膵癌

## 16 膵管破綻による膵液瘻に経乳頭の膵管スtent留置術が著効を示した1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科  
小原原健斗, 高橋宏太, 吉原 努, 古川潔人, 諸井厚樹, 佐藤晋二,  
森川瑛一郎, 池田隆明

【症例】73歳、男性。【主訴】下痢、悪心、嘔吐。【既往歴】糖尿病、高血圧にて治療中。【現病歴】20XX年10月下旬、特に誘因なく下痢、悪心、嘔吐症状が出現、症状が持続するため当科を受診した。膵アミラーゼ上昇および腹水貯留を指摘され精査治療目的で入院した。【入院時検査成績】WBC 7700 /  $\mu$ L, RBC 334x10<sup>3</sup> /  $\mu$ L, Hb 10.8g/dL, Hct 30.3%, Plt 34.1x10<sup>3</sup> /  $\mu$ L, CRP 4.86mg/dL, AST 56U/L, ALT 37U/L, LDH184U/L, ALP 72U/L,  $\gamma$ -GTP 30U/L, T-Bil 1.35mg/dL, AMY 1111U/L, lipase 460U/L, CEA 4.1ng/ml CA19-9 38.3U/ml。【臨床経過】腹部CTでは中等量の腹水が認められた。膵体部に15mm程度の嚢胞性病変、その近傍に膵管狭窄および限局性膵萎縮が認められた。浸出性腹水でアミラーゼ値が10740U/Lと高値であり、膵液瘻の状態が考えられた。MRIでは、膵体部嚢胞は微小嚢胞の集簇形態を示し、近傍の狭窄膵管の破綻による膵液瘻が考えられた。絶食・高カロリー輸液を開始し、膵外分泌抑制効果のあるオクトレオドンの皮下注を開始したが、十分な効果は得られなかった。このため経乳頭の膵管スtent留置の方針とした。スtent留置後には膵液瘻の改善が認められたが、貯留していた膵液の被包化により下大静脈および膵周囲に仮性嚢胞が形成された。感染合併が考えられたため経皮的および超音波内視鏡下での嚢胞ドレナージ術を施行した。以降膵仮性嚢胞は縮小し、腹水も吸収、消失した。膵体部の微小嚢胞の集簇は、形態的に漿液性嚢胞腫瘍 (microcystic type) の可能性が考えられ、慎重な経過観察の方針としている。【考察】本例は集学的治療、特に経乳頭の膵管スtent留置が著効を示した膵液瘻の症例であり、画像所見、臨床経過を含めて示唆に富む症例と考え報告する。

膵液瘻, 経乳頭の膵管スtent

## 17 化学療法抵抗性の食道癌肝転移に対して、肝切除術を含む集学的治療を行った1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>、  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>  
中村円香<sup>1)</sup>、野口正朗<sup>1)</sup>、大澤顕之<sup>1)</sup>、鹿野智裕<sup>1)</sup>、佐藤優子<sup>1)</sup>、  
光吉優貴<sup>1)</sup>、三浦由起子<sup>1)</sup>、日高章寿<sup>1)</sup>、板垣宗徳<sup>1)</sup>、小林 剛<sup>1)</sup>、  
松平 浩<sup>1)</sup>、木下晃吉<sup>1)</sup>、小池和彦<sup>1)</sup>、猿田雅之<sup>2)</sup>

【症例】65歳、男性【現病歴】X-2年9月、半年間で13kgの体重減少と心窩部不快感を主訴に当院紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査で切歯より30-42cmに亜全周性の2型食道癌を認め、生検にてSquamous cell carcinomaが検出された。CTで多発肝転移、複数の頸部リンパ節転移を認め、胸部下部食道癌cT3N3M1b Stage4bの診断となった。FP(700/70)療法と原発巣の通過障害予防目的のRT(40Gy/20Fr)併用にて治療を開始し、2コース終了後の効果判定ではPRであったが、4コース終了後の効果判定ではPDとなった。二次治療のNivolumab療法は多くの肝転移果とリンパ節転移には縮小効果がみられたが、S6の肝転移と左鎖骨上リンパ節に増大を認めた。三次治療のWeekly PTX療法はS6の肝転移のみ効果がなく、他の病変はCT上消失した。血清SCCも1つの肝転移の増大に伴い上昇を認めた。化学療法抵抗性に急速に増大する1つの肝転移が予後規定因子になると判断し、経皮肝門脈塞栓術を施行した後、X年1月に右肝切除術を施行した。切除病変の病理組織はSquamous cell carcinomaであり、既往の食道癌転移として矛盾はなかった。断端は熱変性を伴うものの一部露出している部分を認めた。術後はWeekly PTX療法を再開したが、術後の影響による門脈圧亢進症、脾機能亢進による白血球減少のため、dose intensityを保つことが困難であった。X年4月に施行した効果判定では残存肝に再発所見を認め、左鎖骨上、左副神経リンパ節も増大傾向であった。残存肝の新規病変は切除断端からの再発と考え、追加でラジオ波焼灼療法を施行した。左頸部リンパ節も化学療法抵抗性と見え、今後放射線療法を検討している。【考察】食道癌、肝転移に対する手術を含めた局所治療に関するエビデンスは乏しいものの、長期生存が得られた症例報告は少数認められる。本症例は肝転移のうち1病変のみが化学療法抵抗性を示し、且つ予後規定因子となりうることから切除術及びラジオ波焼灼療法を行なった。【結語】化学療法抵抗性の食道癌肝転移患者に対して、肝切除を含む集学的治療を行った症例を経験した。

転移性肝腫瘍、肝切除

## 18 超高齢のMSI-High胃癌患者に対してペムブロリズマブで完全奏功が得られた1例

東京ベイ浦安市川医療センター 消化器内科  
若杉晃伸、佐々木昭典、岡本梨沙、本村廉明

症例は89歳女性、重度大動脈弁狭窄症に対して経カテーテルの大動脈弁置換術後の患者である。心窩部痛の精査目的に施行した上部消化管内視鏡検査で胃角部小彎に2型進行癌を認め、病理結果より腺癌 (tub1>2) が検出された。胸腹部CTでは所属リンパ節転移以外には明らかな転移は認められず、Clinical Stage 2A (T2N+M0) と診断した。手術も検討されたが、超高齢及び併存疾患より適応がないと判断された。本人のPSは1であり、化学療法を強く希望されたことから、高齢である点を踏まえて1段階減量したS-1 (80mg/day) で治療開始した。しかし治療開始後に嘔気及び食思不振が出現し、1コースで治療は中断した。治療継続は困難と判断し緩和治療を検討されたが、追加検査にてMSI-Highが判明したため、2次治療としてペムブロリズマブ (200mg/body) を3週間毎に投与開始した。投与開始後は明らかな有害事象は認められず経過した。3コース終了後に上部消化管内視鏡検査を実施し効果判定を行ったところ、病変部位は癒着化し、同部位の生検組織から腫瘍細胞は検出されなかった。胸腹部CTにおいても原発及びリンパ節転移は消失し、新たな転移も認めず、RECISTでCRの判定であった。現在はペムブロリズマブ (400mg/body) を6週間毎に投与しているが、有害事象及び病変の増悪なく経過している。近年、手術不能な進行胃癌に対して免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の有効性が示されており、抗PD-1抗体であるペムブロリズマブにおいては、MSI-Highを有する固形癌において高い奏功率を示している。その一方でICIは免疫関連副作用 (irAE) が生じることがあり、全身の臓器に様々な症状を来す。高齢者特に85歳以上のいわゆる“oldest old”に対するICIの有効性及び安全性は現在まだよく分かっていない。今回我々は、超高齢MSI-High胃癌患者に対してICIで完全奏功が得られた1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

超高齢MSI-High胃癌、ペムブロリズマブ

## 19 診断に苦慮した十二指腸平滑筋肉腫の1例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター  
嘉数朝亮、角 一弥、柴田悠樹、篠原浩樹、野村憲弘、牛尾 純、  
江口潤一、伊藤敬義、井上晴洋

【症例】85歳 男性  
【主訴】全身倦怠感  
【既往歴】虫垂炎  
【嗜好歴】飲酒：焼酎2杯/日、喫煙：60本/日(25~55歳まで)。  
【現病歴】X年2月頃から食欲低下、6kgの体重減少があり前医受診した。症状改善せず同年4月に当院に紹介された。血液検査では炎症反応の上昇、腹部造影CT検査では腹腔内の腫瘍性病変や腹膜播種を疑う結節を認めた。精査加療目的で入院となった。  
【入院時検査所見】WBC 25,170/μL, Hb 8.7g/dL, PLT 54.6万/μL, TP 6.8g/dL, Alb 2.1g/dL, LDH 295 U/L, ALP 463 U/L, BUN 29.0 mg/dL, Cre 1.24 mg/dL, CRP 14.9 mg/dL, 可溶性IL-2レセプターA、4,794 U/mL, CEA 3.1 ng/mL, CA19-9 10.1 U/mL, PIVKA-II 15 mAU/mL, AFP 2.4 ng/mL。腹部骨盤部造影CT検査：肝臓に造影効果が入り不均一な腫瘍の多発、臓側腹膜に多発する結節を認めた。胃小弯側から十二指腸近傍にかけて多発するリンパ節腫脹と骨盤内の不整形の腫瘍、及び腹水を認めた。  
【入院後経過】上部及び下部内視鏡検査で腫瘍性病変は認めなかった。そのため十二指腸近傍のリンパ節転移と思われる腫瘍に対しEUS-FNAでの病理検査を行った。結果はSpindle cell tumor疑いに留まり、各種免疫染色でも確定診断には至らなかった。血液検査で可溶性IL-2レセプターが高値であり、骨髄検査を含めた悪性リンパ腫の全身検索を打診したが本人希望せず、また原発不明癌に対する全身化学療法も希望しなかった。外来での緩和療法の方針となり退院した。全身状態悪化のため退院3週間後に再入院し、再入院37日目に永眠した。病理解剖所見で腫瘍部分のdesmin染色陽性ことから、最終的に十二指腸原発の平滑筋肉腫と診断された。  
【考察】腹腔内腫瘍で肝転移され、生前の診断が困難だった十二指腸平滑筋肉腫を経験した。平滑筋肉腫は一般的に特異的腫瘍マーカーがなく、画像所見では腫瘍部は均一な造影効果を示すと報告されている。一方で腫瘍増大による壊死・出血から不均一な造影効果に変化することも多く画像での確定診断も困難である。今回経験した原発不明癌への診断的アプローチや平滑筋肉腫の病態について、文献的考察を含めて報告する。

十二指腸平滑筋肉腫、原発不明癌

## 20 胃底腺型胃癌が疑われ内視鏡的治療を施行したが、病理組織検査で神経周膜腫の診断となった1例

聖路加国際病院 内科<sup>1)</sup>、同 消化器センター 消化器内科<sup>2)</sup>、  
同 病理診断科<sup>3)</sup>  
横須賀亮介<sup>1)</sup>、池谷 敬<sup>2)</sup>、大和 洸<sup>2)</sup>、金 允泰<sup>2)</sup>、山本和輝<sup>2)</sup>、  
鈴木雄一朗<sup>2)</sup>、奥山秀平<sup>2)</sup>、高木浩一<sup>2)</sup>、鹿股直樹<sup>3)</sup>、福田勝之<sup>2)</sup>

【症例】63歳女性。20XX年の健診での上部消化管内視鏡検査で、胃体上部大彎に15mm大でやや褪色調の平坦隆起病変を認めた。背景粘膜に萎縮性胃炎を認めず、H. pylori陰性であったことから、胃底腺型胃癌疑いで組織検査を施行された。病理組織検査では紡錘形細胞の束状増殖が認められたが、肉眼的には消化管間質腫瘍 (GIST) 等を疑う所見はなく、免疫染色でもGISTなど腫瘍性病変を疑う所見はほとんどなかった。精査加療目的に当院消化器内科紹介受診と診断し、内視鏡所見から胃底腺型胃癌を否定できず、診断的治療目的に内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した。ESDでは病変を一括切除し、特に有害事象を認めなかった。病理組織検査では粘膜固有層内に異型に乏しい短紡錘形や楕円形核を持つ細胞増生が見られ、免疫染色ではGlut-1陽性、EMA、S100陰性で神経周膜腫が考えられた。明らかな悪性所見は見られず、断端は陰性だった。現在当院外来で経過観察中である。【考察】胃底腺型胃癌はH. pylori感染と関連のない胃癌として近年注目されており、徐々に発見例やESDでの治療報告が増えている。一方神経周膜腫は神経周膜細胞由来の末梢神経鞘腫瘍の一種であり、疾患自体が稀である。以前は良性線維芽細胞性ポリープとも呼ばれていた。極めて稀に消化管に発生し得るが、大腸が最も多く胃では非常に少ない。本症例の内視鏡所見では領域性のある腫瘍性病変であり、胃底腺型胃癌が疑われた所見だったが、病理組織検査では神経周膜腫の診断となった。特に胃の神経周膜腫は非常に稀な疾患であり、その鑑別は内視鏡所見や病理組織検査のみでは時に困難である。近年生検で確定診断が得られず診断的治療目的に胃底腺型胃癌に対しESDが施行される症例が増えている。稀ではあるが、生検時に紡錘形細胞がみられた際は、事前に神経周膜腫などの可能性も考慮しておく必要があると考えられ報告する。【結語】胃底腺型胃癌が疑われESDを施行したが、病理組織検査では神経周膜腫の診断となった症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

胃底腺型胃癌、神経周膜腫



## 21 胃原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に対し他臓器合併胃切除術を施行した1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器外科<sup>1)</sup>,  
同 病理学系腫瘍病理学分野<sup>2)</sup>  
村井海輝<sup>1)</sup>, 荒牧 修<sup>1)</sup>, 東風 貢<sup>1)</sup>, 檜垣時夫<sup>1)</sup>, 中山壽之<sup>1)</sup>,  
森口正倫<sup>1)</sup>, 山崎慎太郎<sup>1)</sup>, 吉田 直<sup>1)</sup>, 吉田直樹<sup>1)</sup>, 豊中亮介<sup>1)</sup>,  
岡村行泰<sup>1)</sup>, 大荷澄江<sup>2)</sup>

【背景】胃びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma: DLBCL)は胃癌性リンパ腫の30-40%を占める。治療の主体は化学療法であるが、出血、穿孔、狭窄などを合併した場合、外科的介入が必要となる。今回我々は横隔膜・脾尾部・脾臓浸潤、後腹膜穿孔・胃脾瘻孔を伴う胃穹窿部原発DLBCLに対し、化学療法に先行し、他臓器合併切除を施行した1例を経験したので報告する。【症例】70歳男性。倦怠感を主訴に近医を受診。血液検査で貧血、白血球・血小板増多、可溶性IL-2受容体の上昇を認め、精査加療目的に当院紹介受診。腹部造影CTにて、胃穹窿部背側から脾門部・脾尾部にかけて約8cmの内部にガス像を伴う低吸収域腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡検査で胃穹窿部に壊死物質を伴う潰瘍性病変を認め、病理組織診にてDLBCLの診断となった。胃悪性リンパ腫、横隔膜・脾尾部・脾臓浸潤、後腹膜穿孔・胃脾瘻孔と診断した。化学療法施行により胸腔内穿孔の恐れがあるため、切除後に化学療法を施行する方針とした。【手術・経過】腫瘍は胃穹窿部背側を主として、脾尾部・脾臓と一塊となり、横隔膜に浸潤していた。噴門部と腫瘍の分離は可能であり、噴門部に狭窄を来すことなく、切除断端が確保できると判断し、横隔膜・脾合併脾尾部切除に加え、胃部分切除術を施行した。また、横隔膜を介して左下肺にも浸潤を認めたため、左肺を部分切除した。術後、Grade Bの脾液瘻を認めたが、保存的に改善。術後32日目に退院した。【結語】横隔膜・脾尾部・脾臓浸潤、後腹膜穿孔・胃脾瘻孔を伴う胃穹窿部原発悪性リンパ腫の一例を経験した。化学療法施行により出血・穿孔の恐れがある場合、先行切除を検討すべきである。

胃びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫, 胃切除

## 23 十二指腸内視鏡的粘膜下層剥離術によって安全に切除した副乳頭腫瘍の一例

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科  
佐藤 遼, 田島知明, 地主龍平, 真下由美, 良沢昭銘

【背景】十二指腸内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal dissection; ESD)は技術的難易度及び選発性偶発症のリスクが高い。更に乳頭周囲の内視鏡治療では術後肺炎のリスクがある。今回我々は副乳頭上の表在性十二指腸腸管に対して安全にESDを施行した症例を報告する。【症例】77歳男性。十二指腸下行部に30 mm大の0-IIaを指摘され当院へ紹介となった。当院での術前内視鏡精査にて病変は内壁側の主乳頭一翼口側に位置しており、切除の難易度が高いことが想定されたため全身麻酔下でのESDとした。粘膜下層を剥離している際、病変直下の粘膜下層に小隆起状の構造物を認めた。同構造物は病変の位置から副乳頭が想定されたため慎重に剥離を行い、術中合併症なく病変を一括切除した。副乳頭損傷による術後肺炎の発症を考慮し、大量補液や蛋白分解酵素阻害薬等の予防的肺炎治療をESD終了後から即座に開始した。術翌日の血液検査では脾酵素上昇(アミラーゼ: 4,583 U/L、リパーゼ: 4,000 U/L)及び炎症反応上昇(白血球: 15,790/ $\mu$ L、CRP: 10 mg/dL)を呈し、造影CTでは腎下極に遠まで炎症波及を認めCT grade2の肺炎であった。術後2日目には腹部症状は改善し、血液検査では脾酵素の著明な改善を認め(アミラーゼ: 94 U/L、リパーゼ: 33 U/L)、術後14日目に退院した。病理診断は十二指腸腸管で内視鏡的治療(pTis, Ly0, V0, HM0, VM0)であり、小隆起状の構造物は括約筋に囲まれた平滑肌構造を呈していることから副乳頭と判明した。【考察】本症例では剥離中に突如出現した小隆起状の構造物を副乳頭と判断し、迅速に予防的肺炎治療を開始したことで術後肺炎の重篤化を防いだ。脾管癒合不全を伴った副乳頭腫瘍に対する内視鏡治療によって重症急性肺炎となった報告も存在する。十二指腸下行部内壁側の内視鏡治療において、主乳頭はもちろん副乳頭の局在及び脾管癒合不全の有無を評価することは術後肺炎の重篤化を防ぐ上で重要だと考える。副乳頭腫瘍に対する内視鏡治療は稀少なため報告する。

十二指腸腫瘍, 内視鏡的粘膜下層剥離術

## 22 腐食性アルカリ製剤の服用による腐食性胃炎、幽門前庭部狭窄に対して腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行した1例

群馬大学医学部付属病院 外科診療センター  
河原凜太郎, 中澤信博, 館野航平, 渡邊隆嘉, 佐野彰彦, 酒井 真, 宗田 真, 調 憲, 佐伯浩司

【背景】腐食性胃炎は酸性・アルカリ性製剤に代表される組織障害性の強い薬物を服用することで発症し、様々な組織障害を引き起こす。特に瘢痕狭窄に対しては、内視鏡的バルーン拡張術等の内科的治療で軽快する報告もある一方、外科的治療を要する症例も少なくない。また、一般的にアルカリ製剤による腐食性胃炎は、胃酸による中和胃粘膜保護が惹起される為、その発症頻度は比較的低いといわれている。今回、次亜塩素酸(強アルカリ性製剤)服用により腐食性胃炎を発症し、その後瘢痕狭窄をきたした症例に対して、腹腔鏡下胃空腸吻合術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】症例は64歳女性。統合失調症にて精神科病院中の既往があった。X年Y月、自殺目的に市販の次亜塩素酸ナトリウム水溶液を1200ml誤飲し前医に救急搬送され、医療保護入院となった。入院中に幻覚、妄想が悪化し、治療目的にY+1月当院精神科に転院となった。入院後は軽度食道炎、腐食性胃炎に対して保存的加療を行っていたが、Y+3月に前庭部幽門瘢痕狭窄による通過障害が出現した。バルーン拡張による内視鏡的治療も検討していたが、狭窄長は4cm程であり潰瘍も残存していた為、手術の方針となった。手術は腹腔鏡下胃空腸吻合(BillrothII法再建、Braun吻合)を施行した。術後経過や経口摂取は良好であり、精神科治療により精神症状も安定したため、Y+6月で退院となった。【考察】市販の次亜塩素酸ナトリウム水溶液の誤飲は、多くの場合で重篤な後遺症を残さずに治癒が期待できる。しかし、本症例のように腐食性食道炎や胃炎により、消化管狭窄を起こして治療を要する場合がある。狭窄に対して、内視鏡的治療が考えられるが、処置後の穿孔や再狭窄が問題となる。本症例でも狭窄長や潰瘍残存により内視鏡的治療は困難と判断し、手術の方針となった。外科的治療においては、過去の報告のほとんどが切除再建であった。今回我々は腹腔鏡下手術により胃空腸吻合術を施行し、術後経過良好であった症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

腐食性胃炎, 胃炎

## 24 小脳出血後の遷延する嘔吐を契機に診断に至ったBall valve syndromeを呈した早期胃癌の1例

東京品川病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>,  
自衛隊横須賀病院 内科<sup>3)</sup>  
石崎航大<sup>1,3)</sup>, 石井直樹<sup>1)</sup>, 岡 響子<sup>1)</sup>, 新井優紀<sup>1)</sup>, 濱田 潤<sup>1)</sup>,  
矢野貴彦<sup>1)</sup>, 前川久登<sup>1)</sup>, 中野夏子<sup>2)</sup>, 中野盛夫<sup>2)</sup>

【背景】85歳女性。小脳出血を発症し、当院脳神経外科にて開頭血腫除去術を施行後、リハビリテーションを行っていた。リハビリテーション開始後より食後の嘔吐を繰り返しており、当初小脳出血に伴う嘔吐として2か月間経過観察されていたが、症状の改善が見られないため、消化管の通過障害を疑われて、当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部幽門輪近傍に発赤赤調で可動性のある約40mm大の亜有茎性病変を認め、病変頭部は幽門輪を越えて十二指腸球部に陥入していたが、内視鏡操作で胃内への還納は可能であった。胃前庭部の亜有茎性病変がBall valve syndromeをきたすことにより食後の嘔吐を繰り返していたと考えられた。症状緩和目的に内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行したところ、切除検体は35×50mmで、病理組織学的診断は、Adenocarcinoma (0-Ia, pap>tub1, pT1a(M), Ly0, V0, HM0, VM0)であり、治療切除であった。ESD後、後出血等なく、食事を再開したが、ESD4日後より再び嘔吐を繰り返すようになったため、再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、ESD治療後の幽門狭窄をきたしており、嘔吐再発の原因と考えられた。幽門狭窄部のバルーン拡張術を3回施行したところ、嘔吐は改善し、問題なく経口摂取できるようになった。リハビリテーション再開後も嘔吐の再発は見られず、経過良好でESD2か月後に退院した。【考察】小脳出血患者の約7割に嘔吐が見られ、後遺症として嘔吐を繰り返しているも経過観察されることが多いが、長期に遷延する嘔吐を認めた場合には消化管の通過障害を嘔吐の原因疾患として考慮してもよいと考えられる。今回、小脳出血後の遷延する嘔吐を契機に、Ball valve syndromeを呈した早期胃癌の診断に至った1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

Ball valve syndrome, 嘔吐

JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、  
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科<sup>2)</sup>、  
東京医科大学病院 消化器内科<sup>3)</sup>、  
井上慶一<sup>1,2)</sup>、岡本陽祐<sup>1,2)</sup>、鳴瀬 郁<sup>1,3)</sup>、眞壽田真由香<sup>1,3)</sup>、  
小野優香<sup>1,3)</sup>、向津隆規<sup>1,2)</sup>、青木貴哉<sup>1,3)</sup>、宮澤秀明<sup>1,3)</sup>、住野泰清<sup>1,3)</sup>、  
石井耕司<sup>1)</sup>、五十嵐良典<sup>2)</sup>、松田尚久<sup>2)</sup>

【目的】胃の腫瘍性病変が十二指腸側へ脱出し、幽門輪に嵌頓することにより、嘔吐・食欲不振・腹部膨満・腹痛をきたす状態はBall valve syndrome (BVS)として報告されている。今回、腹痛および誤嚥性肺炎を契機にBVSと診断された隆起型早期胃癌の1例を経験し、比較的稀な病態と考えられ報告する。【症例】90歳の男性。受診数カ月前から時々、嘔吐、食欲不振、腹痛を自覚していたが、数日で改善するため医療機関を受診するには至っていなかった。受診前日に腹痛が出現し、急激な経口摂取不能、体動困難となり当院を受診。当院で行った胸腹部CTで左下肺野に誤嚥性肺炎と腹水、十二指腸球部に腫瘍性病変を認め、胃の拡張はみられなかった。誤嚥性肺炎の治療および経口摂取不良の原因精査のため同日当院に緊急入院となった。【経過】入院後、誤嚥性肺炎に対してTAZ/PIPC 13.5g/日による抗菌薬治療を開始した。その後、誤嚥性肺炎は改善傾向を示して、第4病日に行ったVFでは食道期に逆流所見を認めるものの、嚥下機能は比較的保たれ経口摂取に注意して可能と考えられた。第6病日に経口摂取困難の原因精査のため上部消化管内視鏡検査を行った。胃体上部大弯に平坦隆起型早期胃癌、胃体中部小弯に平坦隆起型早期胃癌、幽門前庭部前壁に隆起型の早期胃癌を認めた。幽門前庭部の隆起型早期胃癌の基部は15mmで病変の頭部は十二指腸に嵌入しており通過障害の原因と考えられた。BVSの治療法に関する報告では開腹手術がほとんどであるが、超高齢者であること、経口摂取の継続が望ましいと考えて後日再入院の上、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD)を行う方針とした。ESD後には、食欲不振、悪心、嘔吐の改善とともに経口摂取量の増加によって、体重増加により全身状態の改善が認められ、再び自宅療養が可能となった。【結論】急激な高齢化社会の進展に伴って、高齢者の人口は増加している。年齢のみを理由に超高齢者に対する侵襲的治療は回避される傾向にあるが、全身状態や併存疾患のコントロールを良好に行えば安全にESDも可能であり有用と考えられた。

Ball valve syndrome, ESD

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科  
佐野貴哉、浅井玄樹、佐野方美、石坂昌太郎、木原俊裕、藤江 肇、  
森下慎二、山形誠一、新村和平

胆嚢摘出術の既往を有する症例において、遺残胆嚢結石による膿瘍の形成は注意すべき術後合併症の一つである。CT画像で腹膜播種との鑑別に苦慮した遺残結石による腹腔内膿瘍の報告が散見される。今回我々は、胃病変においても悪性腫瘍との鑑別を要する一例を経験した。症例は80歳女性。20XX年9月、胆嚢炎に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術中に胆石が腹腔内に落下。20XX+1年3月、関節痛の精査目的に施行されたCTで、偶発的に腹腔内結節を指摘された。血液検査では白血球数9,180/ $\mu$ L、CRP 3.70 mg/dLと軽度の炎症反応の上昇が見られた。悪性腫瘍の腹膜播種を疑い、原発巣精査目的に上部消化管内視鏡検査を施行。胃内に壁外からの浸潤を疑う粘膜下腫瘍様の隆起が見られた。同部位より複数箇所を生検を施行するもいずれも良性的結果であり、胆嚢摘出術の既往と合わせ、遺残結石による腹腔内膿瘍の疑いとなった。外科にて開腹ドレナージ術を施行。遺残結石および膿の漏出を認め、摘出標本の病理組織検査所見からも遺残結石による腹腔内膿瘍と確定診断した。遺残結石による腹腔内膿瘍に胃病変を伴った稀な一例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

腹腔内膿瘍、遺残結石

順天堂大学 消化器内科  
上村泰子、芳賀慶一、村上 敬、伊藤顕太郎、嵯川真由子、  
野村 慧、野村 収、藤澤聡郎、石川 大、内山 明、澁谷智義、  
北條麻理子、伊佐山浩通、池嶋健一、永原章仁

【症例】73歳男性。【主訴】腹痛、血便。【既往歴】なし。【現病歴】60代より繰り返し発熱、口内炎、関節痛症状を認め、症状が持続するため精査加療目的に当院膠原病内科へ紹介となった。各種精査行っても確定診断には至らず経過観察となったが、下痢症状が出現し下部消化管内視鏡検査を施行したところ回盲部中心にアフタ様びらんが散見され、腸管ペーチェット病の診断となった。メサラジンやコルヒチン、ステロイド内服を開始するも効果不十分であり生物学的製剤としてアダリムマブ導入したものの改善乏しく、診断1ヶ月後には血便を契機に腸重積症の診断で当科入院となった。保存的加療で自然整復し得たが腸管精査で行った小腸ダブルバルーン内視鏡検査で小腸潰瘍の増悪を認め、腸炎による腸重積の可能性が考えられた。各種治療に難治性であったため、骨髄検査を施行したところTrisomy8陽性骨髄異形成症候群(MDS)の診断となった。インフリキシマブへ切り替えるも病勢のコントロールがつかず3ヶ月後に回腸穿孔による腹膜炎をきたし当院大腸肛門外科で回盲部切除術を施行した。術後は維持療法としてインフリキシマブの投与を間隔を短縮し、再燃なく経過良好であった。【考察】腸管ペーチェット病の治療は限られており、時として穿孔や術後再発など治療に難渋することがある。予後不良な腸管ペーチェット病やペーチェット病類似消化管病変の背景にTrisomy8を伴うMDSが知られており、本症例は難治性潰瘍を有することからMDS合併を疑い診断に至った一例である。【結論】難治性の腸管潰瘍性病変を認めた際にはTrisomy8陽性MDSを念頭に鑑別を進める必要がある。MDS合併腸管ペーチェット病に関して文献的考察を加えて発表する。

腸管ペーチェット病、小腸潰瘍

自治医科大学 消化器内科  
大塚陽介、岡田昌浩、由本しおり、舟山陽平、大和田潤、北村昌史、  
小黑邦彦、福田 久、永山 学、坂本博次、矢野智則、佐田友藍、  
山本博徳

【背景】虚血性小腸炎は、動脈硬化を背景にもつ高齢者や透析患者に多くみられ、消化管壊死に至り緊急の外科的切除が必要になる事がある。また、慢性的な消化管血流障害は潰瘍や狭窄を生じて出血や腸閉塞症状を来しうる。症状は反復性で重篤な経過をたどる場合が多いが、治療に関するコンセンサスは確立されていない。今回、上腸間膜動脈(SMA)起始部の高度石灰化に伴う狭窄により生じた虚血性小腸炎を複数科の協力により治療しえた一例を報告する。【症例】当科に腸閉塞で入院した90歳男性。高血圧症、慢性腎不全、心筋梗塞の既往歴を有しており、入院の1年前から繰り返し腹部アンギーナを認めていた。入院時の腹部造影CTで、SMA起始部に石灰化に伴う高度狭窄を認め、回腸末端の広範な炎症性壁肥厚とそれに伴う狭窄による口側腸管の拡張、腸管気腫を認めた。血液検査では逸脱酵素の上昇を認めなかったが、腸管壊死への進行も懸念された。高齢だがADLは良好であり同様の症状を繰り返していたことから、外科的切除も含めた根本的治療介入が必要と判断したが、血流障害が残る状態では外科的切除後の縫合不全や腸管壊死も危惧されたため、消化器外科と循環器内科と当科での協議を行いSMA起始部への緊急ステント留置術の方針となった。ステント留置後のCTでは腸管気腫の消失と、SMAの血流改善が確認された。しかし、20cmにわたる広範な回腸狭窄が残存し、食事再開に伴って腸閉塞が再燃したため、同部位の小腸部分切除術を行った。術後は腹部症状の再燃なく経過し退院した。【結論】本症例では虚血性小腸炎の原因となったSMA起始部の高度狭窄に対する血管内治療を行うことで、腹部アンギーナ症状の改善とともに致死的な消化管壊死を回避できた。また、ステント留置後も慢性虚血に伴う腸管狭窄が残存したため腸管切除術必要となったが、腸管の血流改善が切除範囲の縮小や術後合併症の回避に寄与したと考えられた。

虚血性小腸炎、腹部アンギーナ

佐野厚生総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 内分泌代謝内科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>、鍛冶場寛<sup>1)</sup>、村田祥磨<sup>1)</sup>、生形晃男<sup>1)</sup>、清水 彩<sup>2)</sup>、北川清宏<sup>1)</sup>、野田まりん<sup>1)</sup>、久武祐太<sup>1)</sup>、野島 淳<sup>2)</sup>、橋口明典<sup>3)</sup>、寺元 研<sup>1)</sup>、東澤俊彦<sup>1)</sup>、関根忠一<sup>1)</sup>、岡村幸重<sup>1)</sup>

【症例】50代男性。【主訴】嘔気、嘔吐。【現病歴】2型糖尿病、機能性ディスペプシアで当院を通院していた。20XX年8月頃から嘔気、嘔吐が出現し、その後吐血をきたし当院救急外来を受診された。随時血糖 639 mg/dL、静脈血pH 7.096、尿ケトン体 3+と糖尿病性ケトアシドーシスと診断され同日入院した。吐血に関してはDKAによるMallory-Weiss症候群と考えられた。持続インスリン投与および輸液によりDKAは改善するも腎盂腎炎起因の敗血症と膀胱内出血を認めた。翌日、乏尿も呈したことから持続的血液濾過透析を含めた集学的治療が行われた。第3病日に経腸栄養を開始されるも強い嘔気、嘔吐のため経腸栄養を中止とした。全身状態が改善したタイミングの第11日より経口摂取を試みたが、再度嘔気、嘔吐が出現したため、糖尿病性胃腸症による胃の蠕動障害と考え、短期的栄養経路として経胃的空腸瘻(PEG-J)を造設し経腸栄養を開始することとした。腸蠕動亢進薬を使用しながら少量の経腸栄養にて経過観察をしていたが、嘔気、嘔吐が持続したことから、胃の瘻孔から細径内視鏡で小腸まで観察したところ、Treitz靱帯を越えた空腸に地図状の深堀れ潰瘍を認めた。以前から腰椎椎間板ヘルニアに対してNSAIDsの内服、貼付剤を使用していたこともあり、NSAIDsによる小腸潰瘍と判断しプロスタグランジン製剤を投与した。以降、嘔気、嘔吐は改善傾向にある。【考察】今回、糖尿病性胃腸症にNSAIDs起因性小腸潰瘍を合併し、興味深い経過をたどった1例を経験した。貴重な症例を経験したため、若干の文献を交えて報告する。

糖尿病性胃腸症、NSAIDs起因性小腸潰瘍

非閉塞性腸管虚血、小腸狭窄

国際医療福祉大学病院 外科  
西出 亮、鎌田哲平、高橋潤次、中島啓吾、中瀬古裕一、石垣貴之、鈴木範彦、吉田 昌、大平寛典、鈴木 裕

【はじめに】鋸歯状腺腫は、大腸腺腫の組織型で、過形成性ポリープに類似した鋸歯状腺管構造と通常の腺腫に類似した腫瘍性細胞異形とを組織的特徴としており、全大腸ポリープの1%以下の比較的稀な疾患である。本邦において、小腸原発の鋸歯状腺腫の報告はない。今回我々は腸重積を契機に発見された回腸鋸歯状腺腫を経験し、腹腔鏡手術にて診断、切除したので報告する。【症例】患者は29歳女性。繰り返す腹痛、嘔吐を主訴に当院受診した。身体所見：下腹部圧痛及び腹膜刺激症状なし。造影CTにて骨盤内小腸に造影効果増強する腫瘤影を認め、腫瘍を先進部とする腸重積を認めた。腸管安静にて改善なく、待機的手術の方針とした。術中所見：全身麻酔下、3ポートで手術開始した。腹腔内観察にて、骨盤内回腸に原因部と思われる小腸重積を認め、その他明らかな異常所見は認めなかった。小開腹創から体外に病変を牽引後、用手下に重積を解除した。重積先進部に弾性軟の3cm大の腫瘤を認めた。術式は小腸部分切除(機能的端々吻合)を施行した。手術時間81分、出血少量。術後経過良好で第5病日に退院となった。病理診断：肉眼型29×27×24mm大の回腸原発の有茎性腺腫。Traditional serrated adenomaの診断であった。【結語】今回我々は、腸重積を契機に発見された回腸鋸歯状腺腫の1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

小腸腫瘍、鋸歯状腺腫

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科  
佐藤孝弘、下平健太郎、森嶋 計、山崎浩宣、田口昌延、笹沼英紀、北山丈二、佐田尚宏

症例は17歳男性。腹痛を主訴に前医受診し、糖尿病性ケトアシドーシスの診断で当院救急搬送された。腹部CT検査で門脈内ガスを認め、小腸造影効果の低下、壁内ガスあり非閉塞性腸間膜虚血(non-occlusive mesenteric ischemia: NOMI)の疑いで同日試験開腹を行った。開腹所見では小腸に一部色調不良があったが壊死には至らず、open abdomenとした。第3病日に再度腸管を観察し、腸管壊死の進行はなく閉腹を行った。その後は慎重に食事を開始し、経過良好であったが、第20病日に腸閉塞となり絶飲食とした。保存加療で改善せずイレウス管挿入したが、消化管造影検査や腹部CT検査で器質的な小腸狭窄あり、第43病日に小腸部分切除術を行った。術後経過良好で第56病日に退院した。今回、保存的加療で軽快後に遅発性に小腸狭窄を認めたNOMIの1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

日本医科大学 消化器内科学  
金本泳秀、西本崇良、濱窪亮平、星本相理、大森 順、秋元直彦、田中 周、辰口篤志、藤森俊二、岩切勝彦

【症例】40歳台男性【既往歴】統合失調症で内服薬治療中【経過】X-12年に小腸型クローン病を発症。診断時すでに回腸に潰瘍のほか狭窄あり、メサラジンにて治療開始、X-8年からアザチオプリン(AZA)、X-6年からアダリムマブ(ADA)が開始された。X-4年病勢が増悪したが、ADAの倍量投与によって鎮静化した。その後は定期的な小腸狭窄に対する拡張術を施行しながらADA倍量投与を継続していた。X-2年から原因不明の40℃まで達する弛張熱が出現するようになった。腹部CTにて多発する腹腔内リンパ節腫脹を認め、血液内科にコンサルトした。骨髄穿刺、仙骨生検など行われたが、有意な所見は得られず、薬剤性か炎症に伴う反応性のリンパ節腫脹と判断された。しかしAZA、ADA、統合失調症の薬を可能な限り中止しても変化なく、悪性リンパ腫や自己免疫性疾患は除外できなかったのと、全身倦怠感著明のため、プレドニン経口投与を行ったところ速やかに解熱し、全身状態も著明に改善した。その後AZA、ADAは中止のまま経過をみていた。X年から再び発熱と肝機能障害が徐々に出現し、腹部CT撮影したところ腸管壁肥厚は軽度だが、腸管膜リンパ節腫大、左腸骨に溶骨性変化が認められ、悪性リンパ腫、原発不明癌の骨転移が疑われた。仙骨部病変から針生検、細胞診を実施したが、肉芽腫様の炎症細胞浸潤を認めるのみであった。確定診断のため、腹部リンパ節の開腹生検が施行され、古典的ホジキンリンパ腫(リンパ球豊富型)と診断された。ABVD療法によりリンパ腫は寛解し、全身状態も改善した。その後はメサラジン、ブデソニド、エレンタール内服で、クローン病は寛解維持されている。【考察】抗TNF $\alpha$ 製剤による悪性リンパ腫の合併は添付文書でも警告されているが、古典的ホジキンリンパ腫は極めて稀と思われるため報告する。

クローン病、ホジキンリンパ腫

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科  
池上 遼, 小川友里恵, 石井 侃, 南雲秀樹, 小松萌子, 藤井紘大,  
平岡友美, 新井典岳, 鳥羽崇仁, 藤本 愛, 松田尚久

症例は70歳代女性。10年前に左側大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASA製剤の内服で寛解を維持していた。1か月前からの四肢の関節痛を主訴に当院に受診した。少量の血便を伴っており下部消化管内視鏡検査を行ったところ、潰瘍性大腸炎の再燃を来していたため、潰瘍性大腸炎の腸管外症状と診断し、Prednisolone 0.5mg/kgを投与した。治療開始後は速やかに自覚症状が改善したためPrednisoloneを漸減、終了した。しかし、約1か月後に腰痛、下肢の筋肉痛が新たに出現した。腸管症状の再燃はなく、潰瘍性大腸炎との関連は乏しいと考え、膠原病科へ依頼したところリウマチ性多発筋痛症の疑いで、再度Prednisolone 0.4mg/kgの投与で治療を開始したが、症状の改善は見られなかった。同時期に前胸部の腫瘍を触知したため、CT検査を行ったところ胸骨前面、左乳房下部付近、胸腰椎前面に多発する膿瘍形成を認め、精査加療目的に入院となった。Bacterial translocationによる細菌性膿瘍と考え、抗生剤治療を行うも改善せず、各種培養検査は陰性で、起因菌の検出に至らなかった。下部消化管内視鏡検査を再検査したところ活動性炎症が残存しており、潰瘍性大腸炎に合併した無菌性膿瘍の可能性が考えられた。38℃以上の発熱、高度の炎症反応の持続による全身状態の悪化もあり、十分なインフォームドコンセントの上、InfliximabとG-CAP療法を行う方針とした。治療開始後、急激に症状、炎症反応の改善、膿瘍の縮小を認め、第37病日に退院となった。退院後は維持治療として8週毎のInfliximab投与を継続し、現在まで再発なく経過している。潰瘍性大腸炎の腸管外症状として関節症状や皮膚症候はよく知られている。しかし、無菌性膿瘍の報告は稀でありPrednisoloneでの改善が乏しく、生物学的製剤が著効し、治療し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎、無菌性膿瘍

筑波大学附属病院 消化器内科  
安部計雄, 秋山慎太郎, 八田幸乃, 川越亮承, 福田智史, 小野田翼,  
小林真理子, 奈良坂敏明, 坂本 琢, 鈴木英雄, 土屋輝一郎

【背景】消化管原発リンパ腫は悪性リンパ腫全体の約40%を占め、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) がその組織型として最も多い。DLBCLの主な内視鏡所見は、潰瘍や隆起を含む多彩な肉眼型を呈する。治療としては化学療法が主体であり、レジメンにはステロイドが含まれる。今回、潰瘍性大腸炎 (UC) 再燃との鑑別に苦慮したEBV陽性大腸原発DLBCL症例を経験したので報告する。【症例】59歳男性【主訴】血便、下腹部痛。20XX年6月、便潜血検査陽性のため下部消化管内視鏡検査 (CS) を施行、直腸からS状結腸にかけてびまん性連続性に粗造粘膜とびらんを認め左側大腸炎型UCと診断。メサラジン内服で寛解導入し、維持療法を継続していた。20XX+3年に血便症状が出現し、UC再燃と考えプレドニゾン内服とブデソニド注射を開始した。同年のCSでS状結腸に白苔の付着する全周性潰瘍を認めた。そこで、プレドニゾン40mgに増量し、ベドリスマブを導入するも、臨床的寛解は達成されず、貧血の進行も認めため、他院に入院すると同時に当科に紹介された。他院入院中に静注ステロイドに変更したところ、臨床症状は改善した。当院転院後のCSでS状結腸に限局した潰瘍を認めるものの、その周囲粘膜の炎症はコントロールされていた。しかし、腹部造影CTにてS状結腸壁の破綻と骨盤内膿瘍を認めたため、S状結腸潰瘍の穿通に伴う膿瘍形成と判断し、低位前方切除術、人工肛門造設術を実施した。手術検体の病理所見でCD20陽性異型リンパ球増殖とEBER1陽性細胞を認めたためEBV陽性DLBCLと診断。20XX+4年よりR-CHOP療法を開始した。【考察】本症例では、EBV再活性化がDLBCL発生機序として考えられた。消化管原発リンパ腫患者ではUCと同様に血便や腹痛を主訴とすることがあり、どちらの疾患でも、ステロイドは臨床症状を改善する。従って、本症例のようにステロイドで臨床的寛解を達成したにも関わらず、内視鏡的に大腸潰瘍が残る場合、UC以外の鑑別として悪性リンパ腫も十分に検討する必要がある。

潰瘍性大腸炎、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

杏林大学医学部 消化器内科学  
白川貴大, 楠原光謙, 藤川やすえ, 堀越友樹, 鍛冶諒介, 宮本尚彦,  
羽田 裕, 大野亜希子, 久松理一

【症例】70歳代女性【背景】アスコルビン酸含有ポリエチレングリコール電解質配合製剤は、2013年に発売以降、全大腸内視鏡検査の前処置として使用され、少ない内服量と良好な洗浄効果により広く普及している。添付文書には副作用として悪心・嘔吐・低ナトリウム (以下低Na) 血症が記載されているが、その報告は少ない。当院で経口腸管洗浄剤内服後に低Na血症をきたした症例を報告する。【現病歴】患者は直腸癌術後で、術後に複数回の癒着性腸閉塞の既往を有する。近医で大腸内視鏡検査を施行されるも、前処置不良により深部挿入が困難であったため、当院へ紹介となった。入院の上、検査2日前にマクロゴール4000・塩化ナトリウム・炭酸水素ナトリウム・塩化カリウム散 6.8523g、前日にクエン酸マグネシウム34gを内服した。検査当日アスコルビン酸含有ポリエチレングリコール電解質配合製剤 (1袋244.212g) を水に溶解し2Lとして内服したが、内服中および検査中に嘔吐を認めた。検査終了後も嘔気は持続し、検査翌日には呂律不良、脱力を認めた。頭部MRIでは異常を認めなかった。血液検査所見で、検査前137mEq/LであったNa値は116mEq/Lと著明な低下を認め、血漿浸透圧も低下していた。以上より経口腸管洗浄剤内服に起因した低Na血症による中枢神経系症状と判断した。電解質補正目的の点滴および内服治療により症状、Na値は改善したため、発症5日後に退院とした。【考察】腸管洗浄剤内服後の低Na血症の発症機転は、体液消失によるSIADHの関与が疑われている。また、本症例は入院より患者自ら積極的に飲水をしており、加えて検査前後に嘔吐を認めたことも低Na血症を助長した可能性があると考えた。

大腸内視鏡検査、経口腸管洗浄剤

埼玉医科大学病院 総合診療内科<sup>1)</sup>、同 消化管内科<sup>2)</sup>  
堀内勇吾<sup>1)</sup>、松本 悠<sup>1)</sup>、都築都築義和<sup>2)</sup>、中元秀友<sup>1)</sup>、  
今枝博之<sup>2)</sup>

【症例】16歳男性【主訴】間欠的腹痛【現病歴】入院前日の朝から間欠的な腹痛を自覚し、市販の胃薬を内服するも改善を認めなかった。夜間に腹痛が悪化したため近医の救急外来受診し、腹部CTにて回盲部腸重積と診断され当院紹介となった。【経過】入院後、高圧浣腸のみで、大腸内視鏡を施行し整復を試みた。内視鏡が病変部に到達した時点で重積はすでに解除されており、腸管粘膜は正常で著名な発赤や壊死所見を認めなかった。盲腸から上行結腸にかけて表面平滑で柔らかい粘膜下腫瘍様の隆起性病変が散在しており、囊腫様気腫症 (pneumatosis cystoides intestinalis: PCI) と診断した。整復後に撮影したCTでも、上行結腸壁に沿って気腫性病変を認めた。同日より酸素投与を開始した。第11病日に撮影したCTで気腫性病変の改善を確認し、第12病日に退院した。【考察】PCIを先進部とした若年腸重積の1例を経験した。PCIの報告は本邦では600例以上報告があるものの、腸重積を伴うPCIの報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸重積、腸管囊腫様気腫症

関東労災病院 消化器内科<sup>1)</sup>、東邦大学医療センター大森病院 消化器内科<sup>2)</sup>、林 幹士<sup>1)</sup>、金子麗奈<sup>1)</sup>、西上堅太郎<sup>1)</sup>、佐藤洋一郎<sup>1,2)</sup>、西川雄祐<sup>1,2)</sup>、中崎奈都子<sup>1)</sup>、土方一範<sup>1,2)</sup>、大森里紗<sup>1)</sup>、矢野雄一郎<sup>1)</sup>、鎌田健太郎<sup>1)</sup>、岸本有為<sup>1,2)</sup>、池原 孝<sup>1,2)</sup>

84歳男性。既往に下肢静脈瘤術両下腿鬱滞性静脈炎、右総動脈瘤治療歴がある。膠原病科にてSLE疑いを経て観察されていた。慢性C型肝炎罹患中の20XX年に肝細胞癌に対して肝S8部分切除後、20XX+2年、両葉多発再発のため紹介された。S7病変に対して経皮的肝動脈塞栓術を施行し、20XX+4年ソラフェニブを200mg/日で開始した。400mgへ増量したところ、痲皮化した両膝下に新鮮な潰瘍が出現、増悪したため投与後1ヶ月で中止した。しかし潰瘍は最大30mmの多発となり、デブリーマン処置、抗生剤内服を要した。中止後7ヶ月で潰瘍は治癒した。ソラフェニブの手足症候群と考えたが、肝細胞癌は完治を得た。レジバスピル/ソホスビル配合錠を投与し、血中HCV-RNAの持続陰性化に至った。以後肝細胞癌の局所再発に対し、肝S7、S6病変に対して経皮的ラジオ波焼灼療法を計3回、肝S8、S6、S3病変に対して経皮的肝動脈塞栓術を計3回、20XX+8年に肝S7、S6、S3部分切除+後区域切除+胆嚢摘出を施行した。しかし20XX+9年、2cm以下の肝癌の両葉多発とモリソン窩の転移性病変を認めた。そこで、アテゾリズマブ1200mg/ペバシズマブ900mgを投与した。1投目投与後に両膝下の疼痛を訴えたが皮膚病変は出現せず、2投目を施行したところ、2週間以下腿潰瘍が出現、急速に増悪したため3投目は中止した。潰瘍は深く円形に多発し、肝の露出に至り、ペバシズマブによる鬱滞性静脈潰瘍と診断した。肝細胞癌はmRECISTでCRを得た。SLE疑いで、以前にRaynaud現象や上下肢の紅色小丘疹を伴っていた経緯もあり、アテゾリズマブ/ペバシズマブ投与による血管炎や自己免疫疾患の再燃、増悪による皮膚潰瘍も考慮した。ソラフェニブ使用時の経験から、血管新生阻害薬であるペバシズマブの副作用による鬱滞性静脈潰瘍と判断するに至った。次回再発時はアテゾリズマブ単剤使用も検討される症例であり、文献的考察を加え報告する。

鬱滞性静脈潰瘍、血管新生阻害薬

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)<sup>1)</sup>、同 病理学<sup>2)</sup>、同 外科学教室<sup>3)</sup>、中代幸江<sup>1)</sup>、春日良介<sup>1)</sup>、谷木信仁<sup>1)</sup>、田淵貴也<sup>1)</sup>、野口二三枝<sup>1)</sup>、山高果林<sup>1)</sup>、森川 麗<sup>1)</sup>、チョハクシヨウ<sup>1)</sup>、中本伸宏<sup>1)</sup>、金井隆典<sup>1)</sup>、松田紘典<sup>2)</sup>、尾島英知<sup>2)</sup>、坂元亨宇<sup>2)</sup>、阿部雄太<sup>3)</sup>、北郷 実<sup>3)</sup>、北川雄光<sup>3)</sup>

症例は38歳男性。生後8か月に総動脈幹症と診断され、Rastelli手術(総動脈幹修復術+心室中隔欠損パッチ修復術)を施行された。8歳時と22歳時、33歳時に右室流出路再建術を施行された。38歳時に腹痛精査で施行した腹部CTで偶発的に肝S3に5cmの低吸収腫瘍を指摘された。dynamic CTにて早期濃染+後期wash outの造影パターンを呈し、肝細胞癌の診断で肝左葉切除術を施行された。術後6か月、9か月、1年で再発病変が複数指摘され、マイクロ波焼灼療法を計3回施行した。再発病変は早期濃染を示さずEOB-MRIでの所見からは異型結節から高分化型肝細胞癌が疑われたが、短期間で増大したことや、AFPの異常高値を認めたことから早期介入を行なった。先天性心疾患を既往にもつ患者の肝疾患としてFontan術後の遠隔期に肝線維化および肝細胞癌を発症するFontan術後肝合併症(FALD)が代表的であるが、FALDの発症にはFontan術後の高い中心静脈圧によるうっ血肝が病態に関与していること報告されている。総動脈幹症に関しては、Rastelli術後で右室流出路狭窄により右心不全が起るもの、本症例のように定期的な右室流出路再建により右心不全のコントロールは可能であり、一般的にうっ血肝のリスクは低いと想定される。本邦における総動脈幹症術後に発症した肝細胞癌の報告は本症例を含め3例のみであった。PossnerらはFALDに合併した肝細胞癌の1年生存率は50%と報告しており(Int J Cardiol 2021)、先天性心疾患術後に合併する肝細胞癌の診断後の予後は一般的に不良であるとされている。本症例においても1年間で複数回の再発を来しているが、現時点では早期治療介入により病勢制御が得られている。今回、総動脈幹症術後に合併した稀な肝細胞癌を経験したため、文献的考察および病理学的検討を加えて報告する。

肝細胞癌、Rastelli術後

両葉多発肝細胞癌に対しAtezolizumab+Bevacizumab投与後conversion手術前の休業期間中にLenvatinibを投与した1例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 消化器外科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>、日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科<sup>4)</sup>、下鎌秀徳<sup>1)</sup>、大久保知美<sup>1)</sup>、厚川正則<sup>4)</sup>、葉山優子<sup>1)</sup>、鈴木健太<sup>1)</sup>、濱窪亮平<sup>1)</sup>、木下 舞<sup>1)</sup>、桐田久美子<sup>1)</sup>、吉田祐士<sup>1)</sup>、葉山惟信<sup>1)</sup>、鮑本哲夫<sup>1)</sup>、糸川典夫<sup>2)</sup>、青木悠人<sup>2)</sup>、金谷洋平<sup>2)</sup>、川野陽一<sup>2)</sup>、長谷川千花子<sup>3)</sup>、藤森俊二<sup>1)</sup>、岩切勝彦<sup>4)</sup>

【症例】70歳代、男性【現病歴】201X年にC型肝炎に対してSVRを獲得したが経過観察の外来通院を自己中断していた。SVR達成6年後、近医において腹部CT検査で多発肝腫瘍を指摘され当科紹介となった。【経過】腹部造影CTでは肝左葉外側区2か所、S6/S7/S5に肝細胞癌を認め、S6/S7病変ではv1肝静脈浸潤が疑われた。T4N0M0 stageIaでありv1浸潤に関しては切除が望ましいが、両葉多発肝細胞癌である事から切除不能と判断した。S6/S7病変は最大4.5cmでAFP 396.36ng/mL、PIVKA-II 592mAU/mLであったが、肝性脳症・腹水の合併はなくAlb 4.6g/dL、T-Bil 0.8mg/dL、PT 82%でChild-Pugh gradeA(5)、mALBI grade I(-3.16)と肝予備能は保たれており、同年にAtezolizumab+Bevacizumab (Atez+Bev)療法を開始した。治療開始後、腫瘍マーカーは漸減し、腹部造影CTではmRECISTでSD判定を維持していた。15クール投与後のEOB-MRIでは左外側区腫瘍は消失し、残存病変は右葉のみとなったためconversion手術の可能性が示された。この右葉病変はv3の浸潤まで増大しており遠隔転移に至る可能性を考慮し、早期の右葉切除の方針とした。術前にBev休業2次治療としてLenvatinib(LEN)内服に変更、その後肝右葉切除術を施行した。病理診断ではv3の部位は血管内に腫瘍が塞栓しており壊死およびviabilityが混在している状態という評価であった。術後はLENを継続しているが、腫瘍マーカーは正常値範囲を維持しており、術後約5か月の画像検査でも再発なく経過良好である。【考察】肝細胞癌に対する全身化学療法の発展によりconversion手術に至る症例報告が散見されてきた。Atez+Bev後のconversion手術においては、創傷治癒遅延があるためBevを術前6-8週間ほど休業する必要がある。本症例のようなconversion手術の切除予定病変が血管侵襲を伴う造影効果豊富な病変が強い場合、術前休業期間がより短くLENに切り替えてconversion手術へつなげることも選択肢であると考えられた。

肝細胞癌、Conversion手術

前立腺癌、慢性腎臓病を合併した多結節癒合型肝細胞癌に対する1治療例

国立病院機構霞ヶ浦医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、筑波大学医学医療系 土浦市地域臨床教育センター<sup>2)</sup>、同 放射線腫瘍科<sup>3)</sup>、石川敬資<sup>1)</sup>、福田邦明<sup>1,2)</sup>、石毛和紀<sup>1)</sup>、永瀬将臣<sup>1)</sup>、牧島弘和<sup>1)</sup>、沼尻晴子<sup>3)</sup>、櫻井英幸<sup>3)</sup>

【症例】81歳、男性【主訴】肝腫瘍【現病歴】前立腺癌肝転移と診断されホルモン療法が行われていた。1年後の非造影CTで原発巣は縮小しPSAが低下しているにも関わらず、肝腫瘍が増大しており当科紹介となった。【既往歴】前立腺癌、慢性腎臓病(CKD)【入院時現症】ECOG-PS 0、身体所見に特記事項なし。【入院時検査所見】WBC 5500 /  $\mu$ l、Hb 12.6 g/dl、Plt 27.7万 /  $\mu$ l、AST 30 U/L、ALT 30 U/L、 $\gamma$  GTP 31 U/L、T-Bil 0.5 mg/dl、Cre 1.58 mg/dl、AFP 24 ng/ml、PIVKaII 98 AIU/ml。【診療経過】腹部超音波検査では肝右葉に45mmの不整形腫瘍を認め、CKDを有するため造影超音波を施行したところ、腫瘍は早期濃染と後期血管相でのwashoutを示し、その近傍に1cm未満の娘結節を複数認めた。SPIO-MRIでも同様の所見であり、多結節癒合型肝細胞癌と診断した。患者は治療を希望され、年齢や基礎疾患を考慮し陽子線治療の方針となった。当科で放射線金属マーカーを腫瘍近傍に留置し、筑波大学附属病院にて通院での陽子線治療(72.6GyE/22fx)を施行した。治療後は当科でフォローしているが、腫瘍は縮小し現在のところコントロールは良好である。また、治療に伴うADLの低下や腎機能の悪化は認めない。【考察】患者の高齢化に伴い、がん診療においても基礎疾患や他臓器がんを合併するケースが増え、本例の様に患者の病態に応じた治療が要求される。造影超音波やSPIO-MRIは腎障害や喘息を有する患者でも施行可能な検査である。また陽子線治療は低侵襲で「切らずに治せる治療」として年齢に関わらず肝細胞癌に対して良好な成績を示しており、2022年4月から切除不能肝細胞癌に対して保険適応となった。【結語】高齢で基礎疾患を有する肝細胞癌の1治療例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌、陽子線治療

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門  
野村英里佳, 下間 祐, 坂木 理, 打越 学, 魚住祥二郎,  
梶原 敦, 荒井 潤, 中島陽子, 鈴木統大, 音山裕美, 樋口健佑,  
吉田 仁

【はじめに】肝血管肉腫は60歳以上の男性に好発する予後不良の肝腫瘍であるが、実際に、まれな肝原発悪性腫瘍である。今回、肝腫瘍生検を2回ほど施行し、診断に至った肝血管肉腫を経験したのでここに報告する。【症例】63歳男性。52歳時に膀胱癌を発症し、膀胱全摘術を施行している。また、その後、慢性腎不全を合併していた。膀胱癌術後の経過観察目的で施行した胸部腹部骨盤単純CTで、肝腫瘍を認めたため、精査目的で当科紹介となった。慢性腎不全であったため、単純MRI、造影超音波を施行し、限局性結節性過形成(FNH)を疑ったが、膀胱癌術後でもあり、造影超音波でも非典型的であったため、診断目的で肝腫瘍生検施行した。病理結果では悪性所見を認めず、FNHの可能性を示唆する所見であった。その後、画像での経過観察を行っていたが、肝腫瘍増大、明瞭化が認められ、半年後に再度肝腫瘍生検施行した。病理所見でCD31+, CD34+, Factor XIII+, CKAE1/3-, CK7-, CK20-, Uroplakin-, GATA3+であり、肝血管肉腫の診断となった。治療方針として、肝内単発病変であったため、開腹下肝腫瘍区域切除施行した。【考察】本症例は初回の病理所見でFNHが疑われたが、増大傾向を示したため、再度生検にて診断に至った症例である。肝血管肉腫はまれな疾患であり、画像所見も特徴的なものが乏しく、さらに本症例では腎機能障害による造影CT、MRIの検査が行えなかったことも、診断を難渋させた原因であったと思われる。一方で、造影超音波でもFNHとしては非典型的であったため、再度生検を施行する根拠となった。病理学的検査で悪性所見が認められない病変であっても、造影超音波も含めた多角的な検査を行い、診断を追求することが必要と感じられた症例であった。

肝血管肉腫, 限局性結節性過形成

横浜栄済病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>,  
同 病理診断部<sup>3)</sup>  
本多 悠<sup>1)</sup>, 伏見 光<sup>1)</sup>, 品川希帆<sup>1)</sup>, 高井佑輔<sup>1)</sup>, 目黒公輝<sup>1)</sup>,  
岩崎 人<sup>1)</sup>, 清水智樹<sup>1)</sup>, 真田治人<sup>1)</sup>, 酒井英剛<sup>2)</sup>, 川口雅彦<sup>2)</sup>,  
渡邊 透<sup>3)</sup>, 柳本邦雄<sup>3)</sup>

【症例】84歳男性。スクリーニングの上部消化管内視鏡検査で胃体上部に壁外圧迫を認め、胸腹骨盤部造影CTを撮像したところ、肝左葉外側区に早期相で濃染し後期相でwashoutを伴う約7cmの腫瘍を認めた。MRCPにて末梢肝内胆管の軽度拡張を認め肝内胆管癌もしくは肝細胞癌が疑われた。腫瘍マーカー(CEA, CA19-9, AFP, PIVKA-2)はすべて陰性であった。肝生検は播種のリスクがあり、消化器外科にて診断的治療として肝外側区切除術を実施する方針となった。肝切除検体の免疫染色にてSerotonin(+), Gastrin(+), CD56(+), synaptophysin(+), chromogranin(+), Ki-67 labeling index 27%であり、神経内分泌腫瘍(NET: Neuroendocrine tumor) G3の診断となった。術後の補助療法のエビデンスは確立していないため、施行しなかった。原発巣精査のためPET-CT, RI, 上下部消化管内視鏡検査, 小腸カプセル内視鏡検査, 超音波内視鏡検査を施行したが、明らかな病変指摘されず、肝原発NET(PHNET: Primary hepatic neuroendocrine tumor)と診断した。【考察】消化器に発生するNETは年間人口10万人のうち3-5人に新規に認められる腫瘍で、NETのうち約50%が消化管に発生し、約30%が肺に発生する。肝臓で発見されるNETは転移性のものが多く、PHNETは極めて稀である。PHNETに特異的な臨床所見, 画像所見はなく、肝細胞癌や肝内胆管癌との鑑別は困難な事が多い。また、画像・病理診断では転移性の肝NETとPHNETを区別することができず、PHNETは除外診断となる事が多い。手術後も多臓器にNETが発生しないかどうかを長期間フォローアップする必要がある。【結語】極めて稀なPHNETの症例を経験したので、診断方法や治療経過に関して報告する。

肝原発神経内分泌腫瘍, 神経内分泌腫瘍

国際医療福祉大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東京慈恵会医科大学第三病院 肝臓・胆道・膵臓外科<sup>2)</sup>  
秋田貴之<sup>1)</sup>, 山田英彦<sup>1)</sup>, 須藤大輔<sup>1)</sup>, 大澤陽介<sup>1)</sup>, 一石英一郎<sup>1)</sup>,  
佐藤貴一<sup>1)</sup>, 丸口 皇<sup>2)</sup>, 高後 裕<sup>2)</sup>, 大竹孝明<sup>2)</sup>

70代男性。糖尿病、脂質異常症で当科外来通院中。X-1年12月より脂質異常症・慢性胃炎のフォローアップ外来において胆道系酵素上昇を認められ、X年3月16日の腹部エコー検査で肝左葉に7cmの低エコー結節と肝胃間膜のリンパ節腫大を認めた。造影CT検査で肝腫瘍は低濃度で、胆管細胞癌または転移性肝腫瘍の鑑別を要した。飲酒歴(-), 慢性肝炎疾患の既往(-), HBs抗原(-), HCV抗体(-), HTLV-1(-), CEA 2.2 ng/mL, CA19-9 14.0 U/mL, AFP 4.7 ng/mL, PIVKA-II 15 mAU/mLで、上下部消化管内視鏡検査及びCTで他臓器に悪性疾患を認めなかった。4月15日4月25日、2度にわたりエコー下針生検を施行したが、B細胞リンパ腫を疑う所見は認められなかったものの確定診断には至らなかった。また、PET-CT所見も肝S2/3, 肝左葉外側区の背側、総肝動脈周囲、小弯リンパ節に強いFDG集積を認めたが、可溶性IL-2レセプター757 U/mLと軽度高値で悪性リンパ腫を強く示唆する所見はなかった。確定診断のために当院外科で6月4日に生検検体の採取を目的に開腹での肝部分切除術を施行された。S2肝表面に露出する6cm大の白色病変を認められ、同部位を含めての肝部分切除が行われた。病理診断は悪性リンパ腫総合解析(ML-net)で行われ、HE染色では高度な線維化により既存の構造が消失しており小型リンパ球様細胞が浸潤していた。増殖する細胞はCD3が多く、大型のCD20陽性細胞も散見された。免疫染色でCD4(+), CD5(+), CD8(-), CD56(-), TIA-1(一部+), bcl2(一部+), bcl6(-), MUM1(-), TCR β(-), TCR γ/δ(一部+), EBER(-)であった。肝脾T細胞リンパ腫(HSTL)と診断された。7月8日から当院血液内科でCHOP療法6クール実施しCR判定で現在フォロー中である。肝原発悪性リンパ腫のほとんどはB細胞リンパ腫である。一方、T細胞リンパ腫の稀な病型であるHSTLは若年男性に多く、腫瘍を形成せず、著明な肝脾腫、血小板減少が特徴的である。本例は稀なT細胞リンパ腫であり、さらにHSTLとしては非典型的な腫瘍形成の進展様式を呈していることが特筆点である。過去の報告例と比較し報告する。

肝脾T細胞リンパ腫, 肝生検

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科  
金田真人, 井上和明, 山下健太郎, 西澤俊宏, 海老沼浩利

【症例】30代女性【主訴】便秘【既往歴】2年前に左乳腺腫瘍エコー検査で異常なし【家族歴】祖母B型慢性肝炎【現病歴】入院の約4ヶ月前に頸部痛のために近医の整形外科を受診した。その時の頸椎レントゲン写真で特に異常なく2-3週で症状が消失した。その2ヶ月後に再び頸部痛が再燃したので同整形外科を受診し、頸椎MRIを撮影しC3頸椎の圧潰が認められ、当院整形外科に入院の23日前に紹介受診となった。当院では頸椎造影MRIを施行しC3頸椎の圧潰が顕著な頸椎から上位胸椎にかけてT1WIで結節状の低信号域が認められ、随内信号異常と椎間孔に有意の狭小化もなかったため好酸球性肉芽腫と診断し、頸椎装具とトラムセツトで経過を見ることになった。トラムセツトの服用後嘔気が生じ、セレコックスに変更した。吐気は改善したが2-3日後に便秘を生じ、同時に母親から眼球黄染を指摘された。【臨床経過】入院時の採血でT-Bil 14.3mg/dL, AST, 515U/L, ALT 210U/L, IgG 2366mg/dL, 抗核抗体80倍陽性PT-INR 1.49, 血小板数は21.7万であった。造影CTで肝はびまん性にまだら濃染、身体所見上肝臓は3横指触知するも軟、自己免疫性肝炎の可能性を考え第2病日にステロイドパルス療法を開始した。しかし治療に反応せず第三日には肝腎機能共に増悪した。ここで改めて乳がんとその肝膵洞へのびまん性浸潤の可能性を疑い、第4病日に乳腺エコーで浸潤性乳管癌が疑われたので、第5病日に腫瘍生検施行。同日午後肝性脳症Ⅲ度出現。第6病日には病理で浸潤性乳管癌であることが明らかになったが、急速に肝不全が進行し、第9病日に患者は死亡。肝ネクロブシの結果から乳管がんのびまん性浸潤が認められた。【考察】急性肝不全で肝炎以外の成因は一般に予後不良である。腫瘍性の原因が疑われる場合は、化学療法を逃さないよう早期の原因診断が必要である。

急性肝不全, 浸潤性乳管癌

帝京大学医学部 内科学講座<sup>1)</sup>、  
帝京大学医学部附属病院 病理診断科<sup>2)</sup>  
青木直見<sup>1)</sup>、浅岡良成<sup>1)</sup>、本田卓<sup>1)</sup>、芳賀幸<sup>1)</sup>、駒崎伸伍<sup>1)</sup>、  
松本康佑<sup>1)</sup>、柳澤大輔<sup>1)</sup>、丸山喬平<sup>1)</sup>、青柳仁<sup>1)</sup>、磯野朱里<sup>1)</sup>、  
三浦亮<sup>1)</sup>、阿部浩一郎<sup>1)</sup>、有住俊彦<sup>1)</sup>、小田島慎也<sup>1)</sup>、石田毅<sup>2)</sup>、  
斉藤光次<sup>2)</sup>、笹島ゆう子<sup>2)</sup>、山本貴嗣<sup>1)</sup>、田中篤<sup>1)</sup>

症例は61歳男性。20XX年、検診で白血球増多あり、近医受診。胸部レントゲン写真で縦隔拡大を認めため、CTを施行された。上行から弓部大動脈にかけて60mm程度の動脈瘤を認めため当院紹介受診、精査目的で循環器内科入院となった。白血球増多に関しては細胞表面マーカーから慢性リンパ性白血病の診断となり経過観察の方針となった。大動脈瘤に関してはステントグラフト内挿術の方針となった。この時の腹部超音波検査で、肝両葉に最大15mm大3個の腫瘍を認め、EOB-MRIでもT2強調画像で軽度高信号、拡散強調画像で高信号の乏血性腫瘍を認めた。腹腔内リンパ節の多発腫大も伴っていたことから、多発肝転移が疑われ、動脈瘤治療前に精査が必要と判断されたため当科転科となった。上下部内視鏡検査では大腸ポリープのみで原発となるような病変は認めず、肝腫瘍生検施行の方針となった。生検の結果、小リンパ球性リンパ腫の診断となり、経過観察の方針となった。大動脈瘤に対するステント内挿術施行後、当院血液内科で経過観察となっていたが、約1年後、リンパ節腫脹および体重減少を認めため、イブチニブ開始となっている。肝病変に関しては増悪なく経過している。慢性リンパ性白血病は稀な疾患であるため、肝病変についての経験も多くないと考えられる。貴重な症例を経験したので、文献的考察もふまえて報告する。

慢性リンパ性白血病, 小リンパ球性リンパ腫

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門  
小野明日香、渡邊俊司、五家里栄、前田浩史、野本弘章、高岡良成、  
津久井舞未子、三浦光一、森本直樹、磯田憲夫、山本博徳

【目的】C型肝炎ウイルスは急性感染でも症状をきたすことは稀なため、感染機会は不明なことも多い。今回、維持透析が感染源と推定されたC型急性感染症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【方法・成績】症例は、60歳代の女性。多発嚢胞腎による慢性腎不全のため、9年前から維持透析を行っている。本院受診3ヶ月前の大腸内視鏡検査の際に行われたHCV抗体は陰性であった。透析の定期検査での肝酵素上昇とHCV抗体陽性を指摘され、当科へ紹介となった。紹介時、自覚症状はなく、血液生化学検査で、AST 29、ALT 27、ALP 77、GGT 77と透析患者としては軽度の肝酵素上昇を認めた。HCV-RNA: 7.4 logIU/mLと陽性であり、Genotype 2b、経過からC型急性肝炎が疑われ、経過観察とした。一時的に肝酵素の上昇(AST 20、ALT 31、ALP 116、GGT 281)がみられたが、その後は自然経過で肝酵素やHCV-RNA量も低下し、最終的にはHCV-RNA陰性を8ヶ月以上維持した。経過からC型急性肝炎と診断した。本症例において病歴を再聴取し、維持透析中であること以外に感染経路についての有意な情報はなかった。【考察】HCVが自然消失する率は約30%で、そのほとんどが感染初期とされている。よって本例も感染初期をとらえたと考えられる。また維持透析中の患者においてHCV陽性率が高いとの報告があり、感染予防に関するガイドラインが作成されている。本例から未治療のHCV感染患者が存在することが明らかであり、周知や啓蒙活動を行って行く必要がある。

C型肝炎, 維持透析

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 病理部<sup>2)</sup>  
湯原美貴子<sup>1)</sup>、添田敦子<sup>1)</sup>、宇野広隆<sup>1)</sup>、佐浦 勲<sup>1)</sup>、根本絵美<sup>1)</sup>、  
丹下義隆<sup>1)</sup>、江南ちあき<sup>1)</sup>、越智大介<sup>1)</sup>、臺 勇一<sup>2)</sup>、池澤和人<sup>1)</sup>

【背景】低用量経口避妊薬(OC: Oral contraceptive)をはじめとするエストロゲン・プロゲステルン製剤は、月経困難症・子宮内腺症などにも使用されており、若年から中年女性への処方機会が増加している。今回OCによる脂肪肝を伴う薬物性肝障害の1例を経験した。【症例】30歳代女性。健康診断で肝障害(AST139U/L ALT352U/L ALP352U/L  $\gamma$ -GTP154U/L)を指摘され、202X年2月に当院を受診した。CTでは高度の脂肪肝を認め、飲酒歴なく約2年前からOCを内服していることから、薬物性肝障害および脂肪肝化を疑い、OCを中止し経過観察を行った。しかし2週間後AST352U/L ALT565U/Lと増悪を認めため、肝生検・安静加療目的に入院となった。検査にてウイルス性肝炎・自己免疫性肝炎・原発性胆汁性胆管炎・原発性硬化性胆管炎、NASH等は否定であった。病理所見では高度な脂肪性肝障害の所見が認められ、セロイド食食像の分布より慢性的な経過が考えられた。また薬物性による影響として矛盾しないが、核内糖原なども散見され背景に脂質代謝異常などの病態が併存する可能性が示唆された。安静・補液・グリチルリチン製剤投与によりAST177U/L ALT367U/Lへの改善を認め、10病日に退院となった。退院後よりウルソデオキシコール酸を開始したが、1週間後には肝酵素が再び上昇したため中止し、ビタミンE製剤を開始したところ2週間後にはピークアウトとなり、4月にはAST53U/L ALT108U/Lまで改善を認めた。【考察】OCによる薬物性肝障害としては、ビリルビン分泌抑制による胆汁うっ滞型の肝障害や肝臓腫の発生が知られているが、本症例は肝細胞の脂肪変性を伴う肝細胞障害型であった。脂肪肝を伴う薬物性肝障害の原因薬剤としてメトレキサート、タモキシフェン、アミノダロンなどが代表的だが、OCの報告例は希少であるため、文献的考察を含めて報告する。

低用量経口避妊薬, 脂肪肝

東京通信病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 内分泌代謝内科<sup>2)</sup>、  
同 病理診断科<sup>3)</sup>  
林 猛志<sup>1)</sup>、佐藤ももか<sup>1)</sup>、手銭 悠<sup>1)</sup>、松井 徹<sup>1)</sup>、加藤知爾<sup>1)</sup>、  
小林克也<sup>1)</sup>、関川憲一郎<sup>1)</sup>、光井 洋<sup>1)</sup>、山崎佑子<sup>2)</sup>、勝田秀紀<sup>2)</sup>、  
田尻亮輔<sup>3)</sup>

【症例】29歳男性【主訴】倦怠感、食欲不振【現病歴】23歳時に口渇、体重減少があり他院にて急性発症1型糖尿病と診断されインスリンが導入された。翌年就職後、食生活が不規則になり、HbA1c 9-10%とコントロールは不良であった。28歳で肝酵素の上昇を指摘(AST/ALT/ $\gamma$ -GTP 66/105/222IU/L)され、腹部エコーでは脂肪肝の所見を認めた。薬物性肝障害の可能性も考慮して一部が中止されたが、その後AST/ALT/ $\gamma$ -GTP 554/440/452と増悪が見られた。そのため当院消化器内科に紹介受診し、精査・治療目的に入院となった(29歳)。画像上は脂肪肝と肝腫大があり、肝炎ウイルスマーカー、抗核抗体は陰性で、入院第二病日に肝生検を施行した。薬物性肝障害除外目的にインスリン以外の内服薬(ラモセトロン、イブチニブ)を中止したが、第四病日に肝酵素はAST/ALT/ $\gamma$ -GTP 727/437/972とさらに上昇した。入院時よりNASHを想定して食事療法と血糖コントロール強化も行っていたが、90kg(BMI 26)だった体重が3kg減となった後に肝酵素は低下し始め、AST/ALT/ $\gamma$ -GTP 209/226/706となった時点で退院となった。肝臓の病理組織は軽度線維化を伴うNASHの所見であった。退院後、食事療法と運動療法を継続し、血糖コントロール目的にインスリンポンプも導入した。紹介受診3.5ヵ月後には肝酵素は正常化した。【考察】NASHの典型は2型糖尿病に高度肥満を伴う中年以上の症例である。しかし本症例は1型糖尿病の若年患者であった。インスリン抵抗性に食生活の乱れが加わり、軽度の体重増加でもNASHが発症したと考えられる。食事療法やインスリン調節により体重と糖尿病がコントロールされると肝酵素は正常化している。1型糖尿病患者の肝障害では常にNASHを念頭に置き、積極的な治療介入が必要である。

NASH, 1型糖尿病

国家公務員共済連合会 東京共済病院 消化器科<sup>1)</sup>、  
同 血液内科<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>、  
東京医科歯科大学 消化器内科<sup>4)</sup>、  
緒方香菜子<sup>1)</sup>、大坪加奈<sup>1)</sup>、五十嵐亮<sup>1)</sup>、土屋麻央<sup>1)</sup>、六戸華子<sup>1)</sup>、  
唐鎌優子<sup>1)</sup>、永山和宜<sup>1)</sup>、安田峻一郎<sup>2)</sup>、川原 稔<sup>3)</sup>、岡本隆一<sup>4)</sup>

【症例】46歳、女性【主訴】ふらつき、体重減少【既往歴】特記事項なし【現病歴】生来やせ型であるものの、30歳頃には151cm、45kg程度であった体重が入院前には体重減量の意図なく35kgまで減少していた。202X年3月下旬、食欲低下、外出中の転倒、ふらつきを認めたことから当院救急搬送となり、軽度の縦隔気腫を認めたことから外科入院。入院時から認めていた肝障害の増悪を認めたことから4月上旬に消化器科転科となった。【身体所見】身長151.7cm、体重26.7kg、BMI11.7と著明ないそくとBT35°Cの低体温を認めた。【検査成績】WBC 3400 /  $\mu$ l、RBC 382x10<sup>4</sup> /  $\mu$ l、Hb 11.9 g/dl、Hct 33.9%、Plt 10.4x10<sup>4</sup> /  $\mu$ l、CRP 0.01 mg/dl、AST 1186 U/L、ALT 1758 U/L、LDH 563 U/L、ALP 697 U/L、 $\gamma$ -GTP 435 U/L、T-Bil 1.9 mg/dl、D-Bil 1.0 mg/dl、AMY 356 IU/L、BUN 42.0 mg/dl、Cr 0.57 mg/dl、BS 30 mg/dL、HbA1c 5.8%、PT% 49.0%。【臨床経過】臨床所見および検査成績よりRefeeding症候群もしくは神経性食思不振症による肝障害を疑い、投与カロリー量を800kcal/日に減量、ビタミンB1およびビタミンKの補充、肝庇護剤投与、ウルソデオキシコール酸の投与、電解質補正を行い、肝障害とRefeeding症候群は改善傾向となった。しかし、経過中に汎血球減少の増悪を認めたことから、骨髄生検を施行した。骨髄生検の結果ではゼラチン骨髄の診断となり、神経性食思不振症による高度のいそくによるものと考えられた。【結語】今回、神経性食思不振症によるいそくに高度の肝障害と汎血球減少を合併したが救命し得た一例を経験した。若干の文献的考察を含め報告する。

Refeeding症候群, 肝障害

武蔵野赤十字病院 消化器科  
宮本 遥、高浦健太、内原直樹、鈴木圭人、田中雄紀、山田倫子、石堂 舜、延澤 翼、松本浩明、慶徳大誠、樋口麻友、田中将平、前屋舗千明、玉城信治、安井 豊、土谷 薫、中西裕之、高橋有香、黒崎雅之、泉 並木

【症例】50代、女性。【既往歴】HBV既往感染、胃潰瘍。【臨床経過】心窩部痛を主訴に受診し造影CTで肝右葉に巨大腫瘍と多発肺転移・リンパ節転移を指摘された。エコーガイド下肝腫瘍生検を行い、肝内胆管癌と診断した。化学療法開始前に腫瘍の急激な増大により、急性胆管炎を発症し、内視鏡的胆道ドレナージ施行後にS-1単剤での治療を開始した。3コース施行時の治療効果判定で腹膜播種と転移巣の増大を認め、PD判定とした。以降GEM+CCDDP療法を16コース行ったがPD判定となった。この間、化学療法施行前に組織検体を用いてMSI検査を施行していたが結果は陰性であり、同一の残存検体を用いた包括的がんゲノムプロファイリング(CGP)検査を検討したが、検査に十分な検体量が確保できなかった。肝原発巣からの検体追加採取を検討したが、2度施行した生検検体にはviableな腫瘍組織は含まれず、CGP検査に適した組織検体の採取は困難であると判断した。このため、血漿CGP検査を施行したところ、病的遺伝子変異の1つとしてFGFR2融合遺伝子が検出され、エキスパートパネルを経て、ベミガチニブの適応と判断した。ベミガチニブの投与開始後は爪周開炎や味覚障害などの副作用があるものの、減量・休薬を行なうながら治療を継続しており、投与開始2か月でSD判定となった。【考察】組織CGP検査のための検体採取に難渋したものの、血漿CGP検査でFGFR2融合遺伝子が検出され、ベミガチニブ導入に至った肝内胆管癌の症例を経験した。血漿CGP検査は組織CGP検査と比較して融合遺伝子の評価が困難な場合があるとされているが、本症例のように腫瘍組織採取困難な場合には血漿CGP検査も有効な選択肢の1つと考えた。

胆管細胞癌, がんゲノムプロファイリング検査

日本医科大学付属病院 消化器外科  
寺谷大弥、川島万平、清水哲也、上田純志、大野 崇、松下 晃、吉岡正人、吉田 寛

黄色肉芽腫性胆嚢炎 (xanthogranulomatous cholecystitis; 以下XGC) は胆嚢壁内の脂肪沈着を伴う胆嚢炎であり、全胆嚢摘出症例の約4%前後と比較的稀な胆嚢炎である。XGCは急性胆嚢炎の一重型であり、その高度な炎症を背景に肝臓など周囲臓器へ高度に癒着を形成し手術操作に難渋する。今回、横行結腸と瘻孔を形成し結腸部分切除も併施した症例を経験したので報告する。症例は66歳男性。胸部大動脈瘤に対してステントグラフト内挿術後のフォローアップCTで胆嚢壁の肥厚、脂肪織濃度上昇を指摘され、胆石胆嚢炎の診断となり当科へ紹介となった。精査の結果黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断となり手術の方針となった。開腹胆嚢摘出術の方針で手術を開始した。胆嚢周囲は大網や横行結腸が広範囲で癒着しており胆嚢の全体像の把握は困難であった。Winslow孔が認識できず肝十二指腸靭帯の確保が困難であったためKocher授動を行い下大静脈を同定し、下大静脈腹側から小網内へ鈍的剥離で達し肝十二指腸靭帯を確保した。胆嚢頸部は炎症が非常に強く剥離が困難であったため、胆嚢底部方向からの剥離操作に切り替えた。胆嚢頸部から肝十二指腸靭帯にかけては炎症による硬化が著明であり副損傷のリスクが高いと判断し胆嚢全摘とした。剥離操作の過程で横行結腸と胆嚢が強固に癒着していた。剥離後に確認すると結腸壁は非薄化し圧をかけるとう内容物の漏出を認め、穿通しているものと判断し結腸部分切除術を併施した。術後は合併症なく退院した。胆嚢の病理診断は黄色肉芽腫性胆嚢炎であった。結腸は漿膜側に強い炎症と線維化を伴い、穿孔部は組織の連続性を欠き周囲に肉芽形成を認めた。横行結腸との瘻孔を形成した黄色肉芽腫性胆嚢炎の切除症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

黄色肉芽腫性胆嚢炎, 瘻孔形成

慶應義塾大学 医学部 外科学 (一般・消化器)<sup>1)</sup>、  
同 病理学教室<sup>2)</sup>、同 内科学 (消化器)<sup>3)</sup>、  
萩原克洋<sup>1,2,3)</sup>、北郷 実<sup>1)</sup>、真杉洋平<sup>2)</sup>、松田紘典<sup>2)</sup>、岩崎栄典<sup>3)</sup>、  
阿部雄太<sup>1)</sup>、八木 洋<sup>1)</sup>、長谷川康<sup>1)</sup>、堀周太郎<sup>1)</sup>、田中真之<sup>1)</sup>、  
中野 容<sup>1)</sup>、坂元亨宇<sup>2)</sup>、北川雄光<sup>1)</sup>

【背景】黄色肉芽腫は、組織学的にはxanthoma cellと呼ばれる組織球を主体とした肉芽腫性変化を特徴とする。胆嚢や腎が好発部位とされているが、睪臓では稀な病態である。今回、睪神経内分泌腫瘍 (PNEN) を疑い手術を施行した結果、病理組織学的検査にて黄色肉芽腫性変化を認めたPNENと診断されたため文献的考察を加えて報告する。【症例】59歳男性。1年前の検診の腹部エコーにて12mm程度の睪嚢胞性病変を指摘され、MRCPで悪性所見を疑われなかったため経過観察となった。翌年の検診で同嚢胞病変の増大を認め、精査目的に当院へ紹介となった。CTでは睪頭部に前方に突出する17mm大の造影効果の乏しいやや境界不明瞭な結節を認め、壊死を伴う睪癌またはPNENが疑われた。PET-CTでは同部に軽度のFDG集積 (SUVmax 3) を認めた。EUSでは睪頭部に18mm程度の球形で境界不明瞭な低エコー腫瘍を認め、内部に壊死部を認めず、周囲に血流が目立つものの睪管や周囲血管との連続性がなく、単発かつ十二指腸との連続性も明確でないことからPNENが疑われた。EUS-FNAも施行したが壊死物質、炎症細胞、泡沫細胞と異型に乏しい腺上皮細胞を少数に認めるものの悪性所見は認めなかった。以上より、変性したPNENの診断で、腹腔鏡下睪頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査では、睪頭部に1cm大の黄色調結節を認め、一部に壊死を伴う泡沫細胞の集簇が主であり、黄色肉芽腫様の像を呈していた。結節の辺縁にはsalt and pepper状でやや腫大した核を有する上皮細胞がリボン状、索状構造をとりつつ増生しており、CD56(+), synaptophysin(+), chromogranin A(-), insulin(-), glucagon(-), somatostatin(+, focal), SSTR2(+, strong)であることから腫瘍性の神経内分泌細胞成分と考えられた。同部でKi-67 index 0.8% (4/500cells)であり、PNEN、G1相当の所見であった。【結語】今回、睪臓では稀な黄色肉芽腫性変化を伴うPNENの1切除例を経験した。

睪内分泌腫瘍, 黄色肉芽腫



昭和大学藤が丘病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
聖マリアンナ医科大学病院 病理診断科<sup>2)</sup>  
姫井紅里<sup>1)</sup>、高野祐一<sup>1)</sup>、野田 淳<sup>1)</sup>、山脇将貴<sup>1)</sup>、浅見哲史<sup>1)</sup>、  
松原 大<sup>1)</sup>、吉田詠里加<sup>1)</sup>、東畑美幸子<sup>1)</sup>、鈴木伶佳<sup>1)</sup>、遠藤利行<sup>1)</sup>、  
高橋祐季<sup>1)</sup>、松尾憲一<sup>1)</sup>、田中邦哉<sup>1)</sup>、大池信之<sup>2)</sup>、野呂瀬朋子<sup>2)</sup>、  
阿曾沼邦史<sup>1)</sup>、五味邦代<sup>1)</sup>、山本頼正<sup>1)</sup>、長濱正重<sup>1)</sup>

症例は59歳男性、20XX年X月気管支喘息のため近医から当院呼吸器内科に紹介された。胸部単純CTを施行した際に肝S4・S7に低吸収の腫瘍を指摘され消化器内科紹介となった。腹部超音波ではともに境界明瞭な高エコー病変であり肝血管腫が疑われた。血液検査で肝胆道系酵素は正常でHBsAg・HCVAb陰性、AFP、PIVKA-2腫瘍が疑われたが、腓を含めた他臓器に腫瘍を指摘できなかった。上下部内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査、FDG-PETを施行するも原発となる腫瘍性病変はみられなかった。肝切除が検討されたが手術直前に再度施行した造影CT検査にて腓尾部に境界不明瞭な15mmの腫瘍が疑われた。腓尾部腫瘍に対してEUS-FNAを施行し神経内分泌腫瘍(G2)と診断され、腓神経内分泌腫瘍の多発肝転移と診断した。腓尾部切除術、肝左葉切除術、肝S7部分切除術が施行され、術後病理診断にて腓神経内分泌腫瘍(G3)・多発肝転移と診断された。診断に苦慮した腓神経内分泌腫瘍の症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

腓神経内分泌腫瘍，多発肝転移

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

【症例】22歳男性【主訴】腹痛、嘔気【既往歴】肛門自慰による肛門裂傷(19歳)【現病歴】X日から下痢を認めた。X+1日から腹痛、嘔気を伴い食物残渣様の吐物を嘔吐した。X+2日に当院外来を受診した。【来院時バイタルサイン】血圧84/62mmHg、脈拍112回/分、体温36.3℃、酸素飽和度96%(室内気)【身体所見】腹部は平坦・やや硬で腸蠕動音は減弱していた。圧痛は腹部全体にわたった。【血液検査所見】WBC15700/uL、CRP1.25mg/dLと炎症を認めた。Hb12.2g/dLと貧血は軽度であった。【来院後経過】来院日のCTで多量の腹水を認めた。CT値は比較的高く血性腹水を疑った。骨盤内大網を囲む軟部陰影を認めたものの確定診断が困難であり、造影MRIを撮像した。同領域はT1WIで等信号、T2WIで等信号、拡散強調画像で高信号であった。同領域は造影されず、周囲に造影剤漏出を認めなかった。上記所見から亜急性期の腹腔内血腫を考えた。CT、MRI上動脈瘤や造影剤の血管外漏出を認めないため保存的治療とした。腹痛はX+3日までに改善した。貧血はX+4日にHb7.5g/dLまで進行したが、鉄剤、止血薬を投与して輸血を行わず改善した。X+6日の大腸内視鏡検査でS状結腸に浮腫を認めた。同日の腹腔穿刺で腹水は血性であった。腹水好中球数は1600/uLと高値であり、細胞診では出血を背景に炎症細胞を認めた。悪性細胞を認めなかった。腹水は減少傾向で培養に十分な検体は得られなかったが、感染の合併を疑ってCTXで抗菌治療を開始した。X+10日に造影CTを再検した。動脈瘤等を認めず血腫、腹水もほぼ消失したため、抗菌薬をLVFX内服に変更してX+13日に退院した。退院後、フォローアップ目的でIVRが可能な施設に紹介した。【考察】特発性の腹腔内出血・血腫の報告は稀であり、多くの例が抗血小板薬の内服中に生じている。高血圧や動脈硬化との関連も指摘されている。本症例は基礎疾患のない若年男性で出血部位も不明であったが、頻回な画像検査で経過を観察しながら保存的治療を行い、再出血なく経過した。診断および出血時期の推定には腹腔穿刺及び造影MRIが有用であった。

特発性腹腔内出血，保存的治療

経皮的肝生検で診断した線維形成性小円形細胞腫瘍疑いの1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座  
稲葉航平，大西俊彦，大池 研，古木佐保里，松本健吾，  
山崎ゆうか，野口聡明，石川 陸，有坂高洋，真島雄一，飯島 誠，  
入澤篤志

【症例】30歳代 男性【現病歴】20XX年4月初旬に上腹部痛、食思不振を主訴に近医を受診。プロトンポンプ阻害薬を処方されたが改善なく、肝機能障害がみられたため前医を紹介受診。腹部超音波検査で肝右葉と脾頭部の間に12cm大の腫瘍、および肝内多発腫瘍が認められたため、4月中旬に当科を紹介受診し緊急入院した。【身体所見】意識清明。腹部は膨満しているが明らかな腫瘍は触知せず圧痛は認めなかった。【経過】AST99U/L ALT90U/L LDH1899U/L T-Bil 6.2mg/dL D-Bil 4.5mg/dL CRP11.37mg/dLと肝機能障害と炎症反応の上昇を認めた。前医造影CTでは右中腹部に腸間膜を主座とした長径11cmの分葉状腫瘍を認め、肝内に転移を示唆する造影効果の比較的乏しい多発腫瘍を認めた。原発精査として全身状態から針生検を検討した。腹腔内腫瘍に対し直接穿刺による生検は危険と判断し、転移とみられる肝腫瘍を生検する方針とした。第2病日に肝腫瘍から経皮的針生検を施行した。第3病日より上腹部痛の訴えが強くなり、疼痛コントロールを開始し、腎機能軽度増悪に対して脱水補正を行った。第5病日には更に疼痛が増強し、著明な肝機能・腎機能の増悪を認めた。オキシコドン持続投与による苦痛緩和を開始し、疼痛の訴えは改善したが、徐々に意識レベルの低下がみられ第6病日に死亡した。死亡後に組織診の結果からユーンイグ肉腫または線維形成性小円形細胞腫瘍疑いと診断された。【考察】入院翌日に肝腫瘍生検を施行したが、結果の判明前に急速な転移をとった若年性肉腫の1例を経験した。ユーンイグ肉腫と線維形成性小円形細胞腫瘍の鑑別については、前者は骨原発が75-80%で肝転移はまれなのに対し、後者は腹膜に好発し肝転移をきたしやすいなど、本例は臨床的にはより後者の特徴に合致すると思われた。

腹腔内腫瘍，肝生検

肝腫瘍に続発した骨盤内膿瘍に対し、超音波内視鏡下経直腸的ドレナージが奏功した一例

独立行政法人 労働者健康安全機能 横浜労災病院 消化器内科  
佐伯優美，関野雄典，上野航大，利井辰光，林 映道，佐野 誠，  
枇杷田裕佑，稲垣淳太，春日範樹，高柳卓矢，内山詩織，金沢憲由，  
水瀬 豊

症例は83歳女性。20XX年2月17日にKlebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍で前医入院となり、第2病日と第13病日に2回の経皮ドレナージを行うもドレーンを留置できず単穿刺となっていた。第22病日に新たに子宮体部腹側に最大径83mmの骨盤内膿瘍を認めため、追加治療のために当院転院となった。CTガイド下経皮ドレナージと超音波内視鏡下経直腸的ドレナージを提示し、後者を希望された。直腸S状部より膀胱、子宮と膿瘍を描出し、子宮を介さない穿刺ルートを確認した。膿瘍の内部エコーレベルは不均一であり、壊死物質の貯留と思われた。19G針(EZ shot 3 plus, Olympus社)で穿刺、吸引を行ったが粘性が強く内容液は吸引されず、造影も抵抗が強かったために外瘻の方針とした。ESガイドレーザーで瘻孔拡張後に5Fr先端pig tail型のENBD(PIOLAX社)を留置した。有害事象なく経過し、数日間は手動的に少量の生理食塩水で洗浄を行った。治療5日後のCTで主病変の背側に新規の小膿瘍を認めため、治療6日後に直腸の瘻孔を介して新規膿瘍腔に7Fr側側pig tail型胆管プラスチックステント(AdvanixJ, Boston Scientific社)を留置し、治療9日目に退院となった。10日後の外來でステントの自然脱落を認めたが膿瘍は消失しており、炎症の再燃を認めなかった。骨盤内膿瘍は抗菌薬投与のみで保存的に治療することは少なく、速やかなドレナージが原則となる。ドレナージ方法は外科手術、CTもしくは超音波ガイド下のドレナージが行われてきた。高齢者や背景疾患の多い患者では外科手術は過大侵襲であることが多い。故に、奏効率が高く合併症頻度の少ない、EUS下経直腸的ドレナージを選択することの意義は大きいと考えられる。骨盤内膿瘍に対するEUS治療の既報について考察を加えて報告する。

骨盤内膿瘍，超音波内視鏡下ドレナージ

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科  
木白彬博, 本田真之, 松本直樹, 渋谷真史, 有間修平, 金澤苺衣, 佐々木玲奈, 石井大雄, 増崎亮太, 神田達郎, 山上裕見, 小川真広, 木暮宏史

【症例】70歳代、男性、無職。【主訴】一過性意識消失、血便、腹部膨満感。【既往歴】手術歴なし。消化性潰瘍なし。便秘に対し下剤を頓服していた。【現病歴】X年4月上記主訴に近医へ救急搬送され、単純CT検査を施行したところ、後腹膜血腫が疑われ、当院救命救急センターへ転院搬送された。腹部造影CT検査を施行し、後上脘十二指腸動脈瘤および十二指腸周囲の出血を認めたため当科紹介転科となった。血液生化学検査上、貧血、アミラーゼ高値、腎機能障害を認め、濃厚赤血球4単位の緊急輸血を行いながら診断および治療目的に右大腿動脈から緊急腹部血管造影を施行した。上腸間膜動脈造影で上腸間膜動脈第1分枝直下の末端に動脈瘤を認め、脘十二指腸仮性動脈瘤出血による後腹膜血腫と診断した。同動脈瘤に対しダイヤモンドコイル3mmを6個、ダイヤモンドコイル2mmを1個使用し、コイル塞栓術を行い、止血した。その後禁食、補液にて経過観察した。術後2日目に施行した造影CT検査で、仮性動脈瘤の塞栓を認め、明らかな残存は認めなかった。止血の確認ができたため食事を開始し、リハビリを施行中である。血腫形成後は腸管の蠕動運動が低下していたが、超音波検査でmonitoringを行いながら食事量を上げ現在まで再出血は認めていない。【考察】脘十二指腸領域の動脈瘤は内臓動脈瘤の約2%を占め、緊急時には十分な原因精査にまで至らない報告も多いが、原因として脾炎、正中弓状靭帯の圧迫や動脈硬化による腹腔動脈根の狭窄が挙げられている。本症例は既往歴に特記すべきこともなく、動脈瘤の原因をはっきりと特定することはできなかった。全身状態の回復を待って再度精査を検討中である。【結語】後上脘十二指腸動脈瘤出血による後腹膜血腫に対し、コイル塞栓術により治療した一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

後上脘十二指腸動脈瘤、コイル塞栓術

東京都立大塚病院 消化器内科  
松井裕樹, 白崎友彬, 井浦亜有子, 軽部莉佳, 曾我早良, 大井尚子, 本林麻衣子, 田中 啓, 倉田 仁

急性壊死性食道炎は上部消化管内視鏡検査で特異的な食道粘膜の黒色変化を呈する稀な疾患であり、上部消化管出血を来す疾患の1つである。2017年1月から2021年12月までに急性壊死性食道炎と診断された3例について報告する。【症例1】60代男性、背景疾患はアルコール性急性膵炎後、吐血、黒色便にて発症、保存的治療で軽快。【症例2】50代男性、背景疾患は2型糖尿病、B型慢性肝炎、アルコール性慢性肝炎、黒色便にて発症、保存的治療で軽快。【症例3】50代女性、背景疾患はB型慢性肝炎、C型慢性肝炎、黒色嘔吐にて発症、保存的治療で軽快。急性壊死性食道炎は1990年にGoldenbergらによって報告された、上部消化管内視鏡検査で特徴的な食道粘膜の黒色変化を呈するまれな疾患である。現在のところ原因は不明とされているが、下部食道の循環不全と粘膜防御機構の破綻や胃酸暴露が発症に関与している可能性があると考えられている。基礎疾患に糖尿病を有しているとの報告や、大量飲酒後に発症したとの報告も散見される。当院で経験した3例とも初発症状は黒色嘔吐もしくは黒色便であり、上部消化管内視鏡検査では白色食道を呈していた。典型的な内視鏡画像としては黒色食道ではあるが当院で経験した3例とも白色食道を呈していた。これは黒色からの治癒過程での粘膜再生を反映して白色を呈していた可能性を考える。発症時の基礎疾患として、3例中2例が糖尿病を併存していた。また3例中2例で大量飲酒後のエピソードがみられた。3例とも保存的加療で軽快し合併症なく退院となった。急性壊死性食道炎はまれな疾患ではあるが、緊急内視鏡における鑑別診断として念頭に置くべきであると考えられる。

急性壊死性食道炎、上部消化管出血

国際医療福祉大学市川病院 消化器内科  
永井瑞紀, 持田賢太郎, 石橋史明, 鈴木 翔, 森下鉄夫

【症例】87歳、女性【主訴】食思不振【現病歴】数日前からの経口摂取不良を主訴に救急要請され、当院救急外来を受診した。受診時の血液検査でBUN/Cre乖離、Hb 8.2g/dlと貧血を認めたため、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】上部消化管内視鏡検査を施行したところ、高度滑脱型食道裂孔ヘルニア及びヘルニア嚢内に多発潰瘍を認めた。NSAIDs内服歴はなく、ヘリコバクターピロリ抗体は陰性だった。Cameron lesionによる貧血と診断し、輸血とPPI投与を行ったところ、貧血、内視鏡所見の改善を認めた。【考察】Cameron lesionとは、食道裂孔ヘルニア内に生じるびらんや潰瘍を指し、貧血や上部消化管出血を生じることがあるとされる。病変は単発であることが多く、本症例のように多発することは珍しい。今回、多発潰瘍を認めたCameron lesionを経験したため、若干の文献的考察を加え、報告する。

Cameron lesion, 食道潰瘍

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東京品川病院 消化器内科<sup>2)</sup>,  
国立国際医療研究センター病院 消化器内科<sup>3)</sup>,  
東京品川病院 脳神経外科<sup>4)</sup>,  
地主龍平<sup>1,2)</sup>, 石井直樹<sup>2)</sup>, 山本夏代<sup>2,3)</sup>, 福山幸三<sup>3)</sup>, 田島知明<sup>1)</sup>, 良沢昭銘<sup>1)</sup>

【背景】水頭症加療に対する脳室・腹腔短絡術 (ventriculo-peritoneal shunt; VP shunt) は普及しているが、一定数で術後感染を呈する。術後感染の多くは1か月以内に見られるが、今回我々は20年以上の長期間を経てVP shunt術後感染を呈した大変稀少な症例を報告する。【症例】66歳女性。25年前に右小脳腫瘍による二次性水頭症に対してVP shunt術が施行された。39℃以上の発熱及び腹痛を認めたため当院を受診した。初診時の血液検査で炎症反応上昇 (WBC: 11,700/μL, CRP: 12.6 mg/dL) を認め、腹部CT検査では胃体部大弯のVP shunt近傍に最大径85 mmの嚢胞性病変及び壁肥厚を呈しており、VP shunt術後感染による膿瘍形成が疑われた。上部消化管内視鏡検査では胃体中部大弯にcushion sign陽性の巨大な粘膜炎様隆起性病変を認めた。また、超音波内視鏡検査では同部の漿膜下に最大径63 mmの内部に無エコーを伴う低エコー腫瘍を認めたため、19G穿刺針にてドレナージを施行した。穿刺液は乳白色調 (約30 mL) であり、穿刺後には同腫瘍の緊縮感消失した。同穿刺液の培養・細胞診検査にて明らかな悪性所見はなかったが、黄色ブドウ球菌が検出された。VP shunt術後感染として抗菌薬加療を継続するも、1週間後の腹部CT検査では膿瘍の縮小は見られず自覚症状の改善も芳しくなかった。右側頭部に癒皮形成を認めることから同部からの感染が考えられ、VP shuntを抜去する方針となった。VP shunt周囲に残存する器質化膿瘍により非常に強い癒着が見られ、右側頭部から腹部にかけて約50 cm切開しデブリードマンを施行した。術後7日目には自覚症状に加えて炎症反応の改善も認め (WBC: 4,100/μL, CRP: 0.22 mg/dL)、術後17日目に退院となった。後の培養結果にてVP shuntからも膿瘍穿刺液と同様に黄色ブドウ球菌が検出された。退院後は膿瘍及び水頭症の再発は認めず経過良好である。【考察】長い年月を経て、VP shunt術後感染による胃体部漿膜下膿瘍を呈する症例は大変稀少なため報告する。

脳室・腹腔短絡術, 胃漿膜下膿瘍

## 61 手術検体で漿膜炎を証明した家族性地中海熱遺伝子関連腸炎疑いの一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患 (IBD) センター<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>,  
横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室<sup>3)</sup>  
東 大輔<sup>1)</sup>, 谷口勝城<sup>1)</sup>, 角田翔太郎<sup>1)</sup>, 藤井紘大<sup>1)</sup>, 西田大恭<sup>1)</sup>,  
豊田純哉<sup>1)</sup>, 荒木謙太郎<sup>1)</sup>, 洪井俊祐<sup>1)</sup>, 中森義典<sup>1)</sup>, 池田 礼<sup>1)</sup>,  
斑日 明<sup>1)</sup>, 西尾匡史<sup>1)</sup>, 松林真央<sup>1)</sup>, 小松 剛<sup>1)</sup>, 藤井彩子<sup>1)</sup>,  
木村英明<sup>1)</sup>, 国崎玲子<sup>1)</sup>, 前田晃樹<sup>2)</sup>, 前田 慎<sup>3)</sup>

【はじめに】家族性地中海熱遺伝子関連腸炎 (MEFV遺伝子関連腸炎) は、周期的な発熱と腹部症状を認め、コルヒチンが奏功する多彩な腸管病変を呈する新規疾患として症例が蓄積しているが、病変の組織学所見を詳細に検討した報告はない。今回、MEFV遺伝子関連腸炎が疑われ、手術検体の病理組織で漿膜炎所見を証明した一例を経験したので報告する。【症例】58歳男性。200X年に下痢、発熱、血便が出現した。UCと診断され、ステロイド大量静注療法を受け軽快退院した。5-アミノサリチル酸製剤を内服したが、年2回ほど同様の症状が出現し入院、ステロイド大量静注療法で改善することを繰り返した。200X+7年にUC重症再燃が疑われ、当院に紹介され入院した。1H10行の下痢、39度の発熱、血清CRP値12 mg/dlと高値を認めたが、腸管病変はS状結腸に僅かな発赤を認めるのみで、症状、血液所見と乖離していた。本人希望によりステロイド大量静注療法を施行後速やかに軽快したが、退院後は当院通院が自己中断された。その後同様の症状を繰り返して全身多関節痛も伴うようになり、近医でプレドニソン5-30mg/日が継続的に投与されていた。200X+20年に腸閉塞を発症し、当院を再紹介され入院した。精査の結果、S状結腸に炎症性ポリボースを伴う高度狭窄を認め、保存的に閉塞症状が改善せず、大腸全摘・回腸人工肛門造設手術を施行した。切除した結腸の病理組織学所見では、粘膜にはほぼ異常を認めず、結腸漿膜下層から漿膜炎に好中球浸潤を伴い、漿膜炎所見を認めた。術後、ステロイド漸減中に再度発熱と多関節炎を認めたが、臨床経過と病理所見からMEFV遺伝子関連腸炎を疑いコルヒチン投与したところ、速やかに症状が改善しステロイドを中止した。以後、コルヒチン内服を継続し、1年間発熱や腸炎症状の再燃を認めない。【考察】MEFV遺伝子関連腸炎は、家族性地中海熱と同様に漿膜炎の病態が関与すると推測されているが、実際に組織学的に証明した既報はない。本例で認めた大腸の漿膜炎所見は、本疾患の病態を知る上で貴重と思われる報告した。

家族性地中海熱遺伝子関連腸炎、漿膜炎

## 62 腸管皮膚瘻術後の再燃に対してベドリズムパブが著効した大腸型Crohn病の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科  
岩崎巨征, 太田佑樹, 加藤 順, 大山湧平, 仲澤隼人, 間宮幸代,  
後藤千尋, 高橋彩形, 堀尾亮輔, 黒杉 西, 園田美智子, 白鳥 航,  
金子達哉, 明杖直樹, 堀田 尚, 川元謙一郎, 齊藤景子, 松村倫明,  
加藤直也

症例は52歳男性。20XX年に腸腰筋膿瘍、大腸部分切除を契機に大腸型Crohn病 (以下、CD) と診断されるも治療せずに通院を自己中断していた。20XX+14年2月、腸管皮膚瘻からの排便を主訴に前医を受診した。インフリキシマブ (以下、IFX) による寛解導入を行うとともに下行結腸の狭窄に対してバルーン拡張術を行い、一時的に皮膚瘻からの排便は消失した。しかし、同年10月より再び皮膚瘻からの排便が出現したためIFXを期間短縮投与に変更した。20XX+15年2月、炎症反応が再上昇しCDの再燃が疑われたため、入院とし中心静脈栄養管理を行い症状は改善したが、経口摂取再開とともに炎症反応が再上昇した。IFXは2次無効と判断し、同年3月にウステキスマブ (以下、UST) に切り替えて、当院を紹介受診された。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に狭窄・潰瘍および浮腫性の炎症所見を認めたが、皮膚瘻からの腸液漏出はなく瘻孔は閉鎖していた。USTの投与を継続しつつ、粘膜浮腫に対する治療効果を期待して同年4月よりステロイド内服を行い、同年9月からはゼンタコートおよびアザチオプリンでの治療を開始した。しかし同年11月、下行結腸狭窄と下行結腸皮膚瘻・小腸皮膚瘻、皮下膿瘍を認めたため、USTは無効と判断して中止とし、結腸部分切除・小腸部分切除・膿瘍ドレナージを施行した。術後は栄養療法のみで再燃なく経過していたが、20XX+16年11月に下痢症状が再燃した。ステロイドを先行投与しつつ、20XX+17年1月よりベドリズムパブの投与を開始したところ、速やかに臨床的な寛解導入に成功した。20XX+17年7月下旬消化管内視鏡による評価を行ったところ、瘻孔部を含めて粘膜寛解を達成していた。複数の生物学的製剤が無効かつ瘻孔形成とCD治療に難渋するも、ベドリズムパブが著効した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸型Crohn病、ベドリズムパブ

## 63 難治性Clostridioides difficile感染症 (CDI) に対し便移植 (fecal microbiota transplantation) が著効した一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科  
河西千恵, 阿曾沼邦央, 清水 寛, 松原 大, 山名瑠子, 鈴木怜佳,  
遠藤利行, 長濱正亞

【緒言】Clostridioides difficile感染症 (infection) (以下CDI) は腸内細菌の異常により生じたCDから産生する毒素により発症する抗生剤関連腸炎で、多くはバンコマイシン塩酸塩 (以下VCM) やメトロニダゾール (以下MNZ) の内服加療などにより改善するが、ときに再発や重症の難治例を経験する。2018年11月に日本感染症学会から発表されたCDIガイドラインではフィダキソマイシン、ベズロトクスマブが選択肢とされるが、海外では便移植 (fecal microbiota transplantation: 以下FMT) の有効性が報告されている。当院で経験したCDIに難治例に対してFMTを施行し、有効であった症例を報告する。【症例】70代男性【主訴】下痢【経過】慢性骨髄性白血病に対しダサチニブ100 mg/day内服中。抗菌薬加療後に下痢が出現し当科受診した。CD陽性、トキシシンA/B陽性、GDH陽性でCDIの診断となり、MNZ 1000 mg/日内服し症状改善を認めた。その後下痢、発熱が再燃し、再度CD陽性、トキシシンA/B陽性、GDH陽性でありCDI再燃と診断。VCM 0.5 g/日内服し症状改善するも、その後下痢再燃した。フィダキソマイシン400 mg/日内服、VCM 2g/日内服を行うも改善なく内視鏡にて偽膜が残存。3ヶ月間に2回の再発を繰り返しており、CDI難治例と判断し長男をドナーとしてFMTを施行した。FMT翌日から下痢が消失し、その後も再発なく経過している。【結語】薬物治療不応のCDI難治例に対してFMTは有効な選択肢の可能性が考えられる。

CDI、便移植

## 64 妊娠中に診断された切除不能大腸癌に化学療法を行った一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター病院 消化器外科<sup>1)</sup>,  
横浜市立大学医学部附属病院 消化器外科<sup>2)</sup>  
小林 圭<sup>1)</sup>, 渡邊 純<sup>1)</sup>, 千田圭悟<sup>1)</sup>, 諏訪雄亮<sup>1)</sup>, 沼田正勝<sup>1)</sup>,  
佐藤 勉<sup>1)</sup>, 武田和永<sup>1)</sup>, 中川和也<sup>2)</sup>, 小澤真由美<sup>2)</sup>, 石部敦士<sup>2)</sup>,  
國崎主税<sup>1)</sup>, 遠藤 格<sup>2)</sup>

【緒言】妊娠中の化学療法は母体の安全性のみならず胎児への催奇形性などのリスクがあり、報告も稀である。妊娠中にみとめた大腸癌に対して化学療法を行った症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。【症例】30歳代、女性。【主訴】なし【病歴】健診の便潜血陽性精査のため近医で下部消化管内視鏡を行い、S状結腸に全周性の2型病変を認め、生検で高分化型腺癌であった。精査加療目的に当科紹介受診。狭窄をみとめたため同日入院した。入院時の妊娠反応陽性であり妊娠4週6日の診断であった。胸腹部単純CTでH2の肝転移と傍大動脈リンパ節転移を認め、S状結腸癌cT3N2aM1b cStageIVBと診断した。原発巣は狭窄病変のため妊娠5週5日に腹腔鏡下S状結腸切除術、D3郭清を施行した。術後経過は良好で第9病日に退院した。遠隔転移巣に対しては妊娠第23半期 (14週) から化学療法を開始した。RAS変異あり、BRAF変異なし、MSSであったが血管新生阻害剤は使用せずFOLFOX療法を開始した。10コース施行し治療効果はPR、Gr2以上の有害事象を認めなかった。計画的に妊娠35週5日目に帝王切開で出産 (2412g, Apgar score 8/9) し、母子ともに産褥経過は良好で胎児の奇形はみとめなかった。原発巣切除後1年2ヶ月、現在も外来で化学療法を継続している。【考察】妊娠に合併する大腸癌は稀であり、妊娠10万人に対して1、2例の頻度と報告されている。妊娠中の抗癌剤の使用と胎児への影響に関しての疫学研究は皆無であり、個々の症例報告の集積に基づいて判断される。一般的に妊娠第13半期の化学療法は避けるべきであるが、妊娠第23半期以降であれば特定の抗悪性腫瘍薬に関して使用可能とされている。妊娠に合併した悪性腫瘍の治療に関しては、様々な因子を考慮し、十分なICを行ったうえで妊娠週数に応じた治療方針を決定する必要がある。【結語】本邦でも報告の少ない妊娠に合併した遠隔転移を伴うS状結腸癌に対して抗癌剤を含む集学的治療を行った一例を経験したため報告した。

大腸癌、妊娠合併

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 低侵襲治療センター<sup>2)</sup>  
西田 辰也<sup>1)</sup>、今城 健人<sup>1)</sup>、大久保恒希<sup>1)</sup>、國分茂博<sup>2)</sup>

【背景】腺癌と神経内分泌腫瘍が混在したmixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)は非常に稀な疾患である。報告に血行性・リンパ性転移を示し予後不良であり、また、本邦での報告の多くは進行がんとして発見され外科的手術が第一選択されている。今回MiNENに対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は77歳女性。便潜血の2次精査にて前医で直腸から肛門に10mm隆起性病変を指摘され、生検でGroup 5, tub2となり当院に紹介された。当科で内視鏡再検時に、既知の隆起からさらに平坦隆起の進展と、その近傍に平坦な12mmの発赤が認められた。発赤部から生検しCartinoidの疑いと診断された。Rb~P, 15mm x 11mm, 0-Is+IIa, adenoma=tub1, m, 12mm x 6mm 0-IIb, Cartinoidの合併と診断したが、0-IIb部は内視鏡的に上皮性変化を伴っておりtotal biopsy目的にESDとした。術中合併症はなかったが、肛門側は操作性が悪く一部病変に切開が近接した。局注開始から152分で一括切除。検体長44mm x 25mmであった。肉眼的には2病変だが、組織学的には連続性があり1病変であった。0-Is+IIaは腺癌だが、0-IIb部分はsynaptophysin陽性の内分泌細胞癌を認めた。一部粘膜下層(SM)浸潤とBuddingも認めた。概ね水平断端陰性だが病変への切開近接部は焼灼で評価困難であった。MiNEN, pT1a(SM 100 μm), Ly0, V1, BD2, HMX, VM0と診断され、主治医より追加切除を強く推奨しHigh Volume Centerへ紹介もしたが、患者希望で経過観察となり2~3か月おきに画像評価し現在術後1年経過し転移は認めない。【考察】本邦でもMiNENの報告は少なく内視鏡治療をした報告は1例のみで、垂直断端陽性で追加切除となっていた。本症例は、腺癌の部分は肉眼的にもSM所見に乏しく内視鏡的治療を優先して考えるが、肉眼型と比較しSM浸潤およびV1であり、早期の転移のリスクが高いことが示唆された。【結語】直腸MiNENに対してESDを施行した一例を経験した。今後症例の集積によりMiNENの深達度予測および内視鏡的治療の可能性が示唆された。

MiNEN, ESD

大腸ステント, 大腸癌

経鼻内視鏡補助下に消化管ステント(Self-expanding metal stent : SEMS)を追加留置し得た悪性消化管狭窄の2例

足利赤十字病院 内科<sup>1)</sup>、  
獨協医科大学 内科(消化器)講座<sup>2)</sup>  
漆原史彦<sup>1)</sup>、室久俊光<sup>1)</sup>、鈴木統裕<sup>1)</sup>、岡田 悠<sup>1)</sup>、田中孝尚<sup>1)</sup>、  
稲葉康記<sup>1)</sup>、川田陽介<sup>1)</sup>、福士 耕<sup>2)</sup>、石川 陸<sup>2)</sup>

【はじめに】悪性消化管狭窄に対する金属ステント治療はデバイスの改良などから、より安全でより簡便な手技となっており、多くの進行癌患者の quality of life の改善に寄与している。その一方で、癌治療の進歩による生存期間の延長から、ステント内部のingrowthによる再狭窄や深部の異所性狭窄に対するステント追加留置を必要とする例も増えてきている。ステント内腔が狭小化して処置用内視鏡が通過しない場合、処置に難渋し長時間を要することも多く、合併症のリスクが懸念される。今回、経鼻内視鏡補助下にSEMS追加留置し得た2例を報告する。【症例1】50歳代女性。胃体下部に全周性の進行胃癌(por, sig), リンパ節転移、腹膜播種、後腹膜転移を認め、切除不能進行胃癌の診断となった。S-1+CDDP10クール施行後に嘔吐を繰り返すようになり、上部消化管内視鏡検査で幽門手前に狭窄、通過障害を認めたため、胃十二指腸SEMSを留置した。その後、PTX++Rmab1クール施行後に食欲不振あり、上部内視鏡検査再検でSEMSの断裂による拡張不良を認め、ERCPカテーテルを用いてSEMS追加留置を試みるも難渋した。そのため経鼻内視鏡を用いて狭窄部を突破、ガイドワイヤーを十二指腸水平脚に留置し、over-the-wire法で上部内視鏡を狭窄手前まで誘導し、SEMS追加留置に成功した。【症例2】60歳代男性。横行結腸進行癌術後(T4aN1bM1c1(P))で当院外科にてCAPOX10クール、SOX+BEV1クール施行後に嘔吐あり、腹膜播種による大腸腸閉塞の診断でSMES留置するも狭窄目が12cmを超えており、一度の留置では狭窄部を超えず、追加留置目的に当科紹介となった。ERCPカテーテルを用いたガイドワイヤー留置は屈曲が強いため困難であった。そのため経鼻内視鏡を用いて既存のSEMS口側の狭窄部を突破し、ガイドワイヤーを拡張腸管に留置、over-the-wire法で下部内視鏡を狭窄手前まで誘導し、SEMS追加留置に成功した。【結語】経鼻内視鏡補助下のSEMS留置は処置用内視鏡が通過しない狭窄において有用であった。

消化管ステント, 経鼻内視鏡

大腸ステント留置後手術における手術までの待機期間の予後への影響

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

【背景と目的】閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置後手術(bridge to surgery: BTS)におけるステント留置から手術までの至適待機期間は定まっていない。近年、後方視的研究にて長期の待機期間が腫瘍学的予後悪化を招くことが報告されているが、種々のbiasが交絡している可能性がある。今回、propensity score matching(PSM)を用いて待機期間の長期予後への影響を検討した。【方法】本学付属3病院で根治的BTSを施行した138例(pStage II: 54例, III: 75例, IV: 9例)を対象とし、Relapse-free survival(RFS)に対するROC解析で得られたcut-off(20日: AUC 0.53)を用いて待機期間20日以下(A群: 62例)と21日以上(B群: 76例)に分け、背景・手術・短期成績・病理学的因子を説明変数としたPS modelから1:1 PSMにて45 pairを作成した。【結果】観察期間(平均値)は30ヵ月、待機期間(中央値)はA群16日、B群29日であった。穿孔例はなく、減圧関連合併症(4.8% vs 11.1%)、術後合併症(CD≥III)(16.1% vs 11.1%)、補助療法施行率(59.7% vs 57.9%)に両群間に有意差を認めなかった。Matching前の3年RFSは、A群 64.2%、B群 72.6%で有意差を認めなかった(P=0.77)。3年overall survival(OS)もそれぞれ85.6%、86.7%で有意差を認めなかった(P=0.52)。Matching後も両群間で3年RFS(69.5% vs. 79.5%, P=0.49)、OS(91.0% vs. 90.6%, P=0.93)に有意差を認めなかった。【考察と結語】本検討では有意差を認めなかったが、長い待機期間による術後短期成績の改善効果が示されていることを勘案すると、長期予後を危惧して早期手術を行う必要はなく、手術リスクに応じた十分な待機期間の後の手術が推奨される。

Atezolizumab+Bevacizumab治療によりir-AE重症筋無力症を合併したHCCの一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科  
山田英彦, 秋田貴之, 須藤大輔, 一石英一郎, 大澤陽介, 佐藤貴一,  
高後 裕, 大竹孝明

80歳代女性、主訴は眼瞼下垂、食欲低下、全身倦怠感。X-6年初発のnonBnonC型肝細胞癌(NBNC型HCC)。X-4年以降は肝動脈化学療法(TACE)で病勢コントロールを行っていたが、TACE不応となりX-1年10月にAtezolizumab+Bevacizumab(Atezo+Beva)治療を導入した。腫瘍マーカーの推移、CT所見から腫瘍縮小効果が認められていたが、X年1月頃から食欲低下、全身倦怠感が出現し、Atezo+Beva治療を中止した。同時期に眼瞼下垂、複視が出現し、眼科受診し、眼球運動障害、縮瞳の所見で重症筋無力症の疑いとなり、抗アセチルコリン受容体抗体陽性で免疫関連副作用(ir-AE)重症筋無力症(MG)の診断となり、クリーゼMGの可能性が高く、X年3月に緊急入院となった。入院時QMGスコアは22点、MG-ADLスケールは16点であった。第1病日に免疫グロブリン静注療法(IVIg)を行ったが効果が乏しく、第6病日よりステロイドパルス療法施行し、その後プレドニゾロン療法を行った。一過性に症状の改善は認められたが症状再燃を認め、第36病日に誤嚥性肺炎を合併、HCC再増悪もありBSC方針となり、第41病日に永眠となった。Atezo+Beva治療はHCCの全身化学療法の1st lineであるが、これまでの分子標的薬の副作用とは異なるir-AEに注意が必要である。Ir-AE重症筋無力症に関して考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 免疫関連副作用

防衛医科大学校病院 第2内科<sup>1)</sup>、同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
大黒拓磨<sup>1)</sup>、富岡 明<sup>1)</sup>、植田浩貴<sup>1)</sup>、岡喜悠也<sup>1)</sup>、武川舞子<sup>1)</sup>、  
高橋 駿<sup>1)</sup>、平田 大<sup>1)</sup>、小野晋治<sup>1)</sup>、鈴木晴也<sup>1)</sup>、千谷菜花<sup>1)</sup>、  
堀内知見<sup>1)</sup>、西村弘之<sup>1)</sup>、伊東 傑<sup>1)</sup>、西井 慎<sup>1)</sup>、溝口明範<sup>1)</sup>、  
東山正明<sup>1)</sup>、富田謙吾<sup>1)</sup>、穂苅量太<sup>1)</sup>、成松和幸<sup>2)</sup>、高本俊介<sup>2)</sup>

【症例】20歳代男性【主訴】嘔気、食欲不振、黄疸【既往歴】てんかん、  
発達遅滞【現病歴】2週間ほど前に嘔下障害・食欲不振が出現し、前医  
で溶連菌感染症と診断されセファペンピホキシルを処方されたが、内  
服後も食欲不振は継続していた。再度前医を受診した際にエソメプ  
ラゾールを処方されるも症状の改善はみられず、眼球黄染も認めるよ  
うになったため当院紹介となった。【経過】身体所見では全身の黄疸を  
認め、血液検査ではT-Bil 8.19mg/dl、D-Bil 5.49mg/dl、AST 1490U/L、  
ALT 2014U/Lと急性肝炎の所見を認めた。腹部造影CTではperiportal  
collar signを認め、胆嚢への炎症波及も認めた。薬剤性肝炎の可能性も  
考慮して新規に開始した薬剤の内服は中止とした。安静と輸液による  
糖液補充、ネオミノファンゲンシー投与による加療を開始した。各種  
検査で肝炎の原因となる所見は得られず、薬剤による急性肝炎と考えた。  
AST、ALTは入院後から改善傾向を認めた。ビリルビンは一過性に  
上昇を認めたが、8日目以降はピークアウトし、以降は改善を認めた。  
8日目から血小板数が低下傾向となった。当初は肝炎の影響によるもの  
と考えていたが、血小板が下がり止まらず、22日目から白血球、Hbも  
低下傾向となった。血液疾患の可能性も考慮して骨髓生検を実施し  
たところ再生不良性貧血の診断となり、血液内科での治療を行う方針  
となった。【考察】肝炎後再生不良性貧血は、急性肝炎発症後1~3ヶ月  
後に汎血球減少を来す二次性の再生不良性貧血である。先行する急性  
肝炎の原因としてはほとんどが非A非B非C型肝炎である。若年の男性  
に比較的多く、重症であることが多い。再生不良性貧血の5%程度が肝  
炎後再生不良性貧血であるとされているが、再生不良性貧血の患者自  
体が年間約1000人であるため遭遇する機会は多くないと考えられる。  
肝炎後の血球減少の鑑別に再生不良性貧血を挙げる必要があるであ  
る。【結語】肝炎後再生不良性貧血の症例を経験したため、若干の文獻  
的考察を加えて報告する。

急性肝炎、再生不良性貧血

東京労災病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
北海道大学大学院医学研究院 外科系部門 外科学分野 消化器外科学教室<sup>1)</sup>  
嵐山 真<sup>1)</sup>、西中川秀太<sup>1)</sup>、井上楠奈子<sup>1)</sup>、平泉泰翔<sup>1)</sup>、折原慎弥<sup>1)</sup>、  
高橋伸太郎<sup>1)</sup>、吉峰尚幸<sup>1)</sup>、渡辺浩二<sup>1)</sup>、乾山光子<sup>1)</sup>、大場信之<sup>1)</sup>、  
相山 健<sup>2)</sup>、柿坂達彦<sup>2)</sup>、武富紹信<sup>2)</sup>

症例は20歳女性。20XX年11月末から間歇的な発熱を認め、徐々  
に症状の増悪を認めたことから同12月6日に当院外来を受診した。  
血液検査ではWBC 10900/ $\mu$ L、CRP 18.22 mg/dLと炎症反  
応の上昇を認めたが、肝胆道系酵素は基準値内であった。単純  
CT検査では右胸水貯留の他、S1、S3、S4、S8と多区域に渡る腫  
瘍性病変を認め、血管腫や肝嚢胞が鑑別に挙がった。入院当初、  
熱源と考えられた右胸水貯留に対して胸腔穿刺ドレナージを  
実施し、滲出性の膿性胸水を認めたため膿胸の診断となった。抗  
菌薬加療を行い発熱症候は軽快したが、基礎疾患のない若年者  
に発症した膿胸の原因精査で造影CTを撮影したところ、肝嚢  
胞性病変に隔壁と思われる造影効果を認めたことから、肝嚢  
胞を疑い消化器内科に転科し精査の方針となった。腹部造影エ  
コーでは嚢胞内部に石灰化を伴う腫瘍性病変を認め、過去に札幌  
に在住していた生活歴が聴取されたことから肝エキノコックス  
症が鑑別に挙がった。血清エキノコックス抗体検査(ELISA  
法およびウェスタンブロット法)で陽性が確認され、エキノコ  
ックス症の診断に至った。肝エキノコックス病変は外科的切除を  
必要としたため、北海道大学病院にて転院し、翌年2月15日に拡大  
肝左葉切除が実施された。術中所見では病巣がIVCに浸潤して  
おり、一部IVCの合併切除を要した他、胆嚢摘出も行った。術  
後は明らかな合併症を認めることなく全身状態は良好であり、  
術後9日目に退院した。膿瘍形成後の胸腔内病変の切除は困難  
であり遺残したため、病巣の再拡大予防として術後にアルベン  
ダゾールの内服加療を継続することとなった。膿胸を伴った若  
年者の肝エキノコックス症を経験した。患者は過去に感染蔓延  
地域である北海道での生活歴があったが、関東圏での若年患者  
の報告は比較的稀であり、若干の文獻的考察を含めて報告する。

エキノコックス症、若年者

自治医科大学 消化器一般移植外科<sup>1)</sup>、  
同 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>  
大豆生田尚彦<sup>1)</sup>、眞田幸弘<sup>1)</sup>、大西康晴<sup>1)</sup>、岡田憲樹<sup>1)</sup>、平田雄大<sup>1)</sup>、  
堀内俊男<sup>1)</sup>、渡辺俊司<sup>2)</sup>、三浦光一<sup>2)</sup>、森本直樹<sup>2)</sup>、佐久間康成<sup>1)</sup>、  
佐田尚宏<sup>1)</sup>

【緒言】門脈肺高血圧症は、肝硬変などによる門脈体循環シャ  
ントが原因となって起こる致死的合併症の一つである。平均肺動  
脈圧(mPAP) 25mmHg以上で門脈肺高血圧症と診断され、  
35mmHg以上の場合、肝移植後予後は不良であると報告されて  
いる。今回、門脈肺高血圧症を合併した末期肝疾患3例に対し  
て肝移植を施行したので報告する。【症例】移植時年齢は20歳、  
26歳、65歳のいずれも女性。原疾患は、肝移植後グラフト不全、  
特発性門脈圧亢進症、原因不明肝硬変であり、いずれも  
Child-Pugh分類スコア9(B)。門脈肺高血圧症の診断契機は、  
BNP高値1例、息切れ2例。診断時のmPAPは36、49、37mmHgで  
あったが、いずれの症例も複数の肺血管拡張薬および在宅酸素  
療法で改善し、治療後のmPAPは29、25、25mmHgであった。肺  
血管拡張薬を継続した上で一酸化窒素(NO)を準備して生体肝  
移植を施行した。肝移植手術時、2例にNO吸入療法を使用した  
が、集中治療室へ入室時はNO吸入療法を終了しており、い  
ずれも周術期の循環呼吸状態は安定していた。現在、術後3、4、  
3年経過し、在宅酸素療法離脱・肺血管拡張薬継続2例、在宅酸  
素療法・肺血管拡張薬継続1例であり、全例で門脈肺高血圧症の  
改善を認めている。【結論】末期肝疾患により門脈体循環シャ  
ントを有する場合は、門脈肺高血圧症を合併することがある  
ため、息切れの有無や定期検査(心エコー、BNP)で早期発見す  
べきである。これまでChild-Pughスコア10未満の門脈肺高血圧症  
は生体肝移植しか選択できなかったが、近年mPAPが35 mmHg  
以下にコントロールされればChild-Pughスコア10未満であ  
っても脳死登録が可能となったため、時期を逸さずに登録し  
て待機すべきである。

肝移植、門脈肺高血圧症

がん研有明病院 肝胆膵内科<sup>1)</sup>、同 病理部<sup>2)</sup>  
三重克文<sup>1)</sup>、岡本武士<sup>1)</sup>、高松 学<sup>2)</sup>、石塚隆浩<sup>1)</sup>、山田 学<sup>1)</sup>、  
中川皓貴<sup>1)</sup>、古川貴光<sup>1)</sup>、武田剛志<sup>1)</sup>、春日章良<sup>1)</sup>、松山真人<sup>1)</sup>、  
佐々木隆<sup>1)</sup>、尾阪将人<sup>1)</sup>、笹平直樹<sup>1)</sup>

【現病歴】70歳代男性。X-7年に黄疸を主訴に近医受診された。  
三管合流部近傍を主座とする肝外胆管狭窄を認めた。ERCP下  
胆管擦過細胞診にてClassVを認め、当院へ紹介となった。【経  
過】X-7年5月に拡大右肝切除術及び肝外胆管切除術を施行さ  
れ、病理結果は腺扁平上皮癌で、扁平上皮成分が優位であった。  
リンパ節転移は認めず、T2N0M0(取り扱い規約第7版pStageIIA)  
であった。術後補助療法は施行しなかった。X-3年に肺結節が  
増大傾向であったため、単発の転移性肺腫瘍を疑い胸腔鏡下右  
上葉部分切除術を施行された。病理結果は扁平上皮癌で転移性  
腫瘍と診断した。X-2年に右副腎腫瘍を認め、褐色細胞腫を否  
定したうえで右副腎切除術を施行した。病理結果は腺扁平上皮  
癌であり転移性腫瘍と診断した。術後補助化学療法としてS1  
を4コース行った。術後補助化学療法が終了した3か月後のX-1  
年5月に右副腎周囲の局所再発及び左腎転移を認めた。同年6  
月からゲムシタピン・シスプラチン併用療法を開始したが、11  
月に腫瘍増悪を認め、二次治療としてS1を開始した。腫瘍増悪の  
ためX年7月にS1を終了し、Best supportive careの方針となっ  
た。外来通院中のX年8月に右足底に痛性腫瘍を自覚された。  
表皮への浸潤所見は認めず、皮下結節様隆起性病変で可動性に  
乏しかった。造影MRIにて中心部壊死を伴う漸増性造影効果  
を伴う腫瘍性病変を認め、既往の転移性病変と同様の造影効果  
を認め転移性腫瘍が疑われる所見であった。確定診断目的に針生  
検を施行したところ、扁平上皮癌を認め転移性腫瘍と診断した。  
放射線治療を検討したが、全身状態悪化傾向であったため保  
存的加療の方針となった。X年9月に永眠された。【結語】遠位胆  
管原発尿管扁平上皮癌に対する集学的治療中に腎、副腎及び筋  
転移は稀な病態であり、文獻的考察を加えて報告する。

遠位胆管癌、尿管扁平上皮癌

津端会京葉病院 外科  
原口義座, 星野正巳, 津端 徹

重症膵炎に関しては診断/治療面に進歩がみられ、死亡率も改善している。一方、従来よりPancreatic Apoplexy等と呼ばれていた超重症では救命困難例もみられており、治療の確立が課題である。従来、我々は壊死性膵炎の機序、壊死程度を重視し、主膵管断裂像がみられることを指摘してきた(Y. Haraguchi, Y. Tomoyasu, T. Ueda, M. Hoshino, and S. Hasegawa: Diagnosis of necrotizing pancreatitis. 159 - 164, ( RA Dedeu, et. al. , Eds. ) 31 World Congress of the International College of Surgeons, Buenos Aires (Argentina), November 15-19, 1998 pp. 162-163 Table : Rating of acute necrotizing pancreatitis Grade 1-4 & special type (DPDS, etc.) Copyright 1998 by Monduzzi Editore S. p. a. Bologna (Italy), 他]現在 DPDS(Disconnected Pancreatic Duct Syndrome)が重視されるようになってきた。この病態に対しての今後の取り組みのあり方を検討したので報告する。(InternetよりDPDS is an important but often overlooked complication of acute necrotizing pancreatitis that occurs due to necrosis of the main pancreatic duct . This segmental necrosis leads on to disconnection between the viable upstream pancreatic parenchyma and the duodenum. )

necrotizing pancreatitis, DPDS

日本大学医学部附属板橋病院 消化器外科  
島本直明, 山崎慎太郎, 石倉智枝里, 山岸俊介, 三塚裕介,  
岡村行泰

【背景】膵神経内分泌腫瘍(pancreatic neuroendocrine tumors : 以下pNET)は膵腫瘍の約2%を占める稀な腫瘍である。好発年齢は比較的高齢者が多く、若年者での報告例は少ない。今回我々は十二指腸GISTと鑑別を要した若年性pNETの1切除例を経験した。【症例】26歳男性。黒色便を主訴に前医を受診したが上下部消化管内視鏡検査で出血源は特定されず、腹部CT検査で十二指腸下行脚に40mm大の腫瘍を指摘され紹介となった。当院で施行した腹部造影CTでは、十二指腸下行脚内側から膵頭部に突出する腫瘍が主膵管を圧排し抹消の膵管が著明に拡張していた。腫瘍の中心部の造影は不良で、辺縁は早期より濃染を認めた。遠隔転移や周囲リンパ節の腫大は認めなかった。超音波内視鏡検査で腫瘍は十二指腸から膵頭部に存在する30mm大の境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍で、周囲の動脈血流が豊富なため生検は実施しなかった。血液生化学検査では、貧血は認めず、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。以上より十二指腸GISTの疑いで膵頭十二指腸切除を施行した。腫瘍は十二指腸前面から膵頭部に存在し膨張性に腹側へ発育する腫瘍であり、播種やリンパ節腫大を認めなかった。手術時間：4時間51分、出血量：60mlでD2郭清を行った。術後合併症はなく第17病日に退院した。病理組織学的検査では腫瘍は45mm大、類円形から楕円形、紡錘形など大小の核を持つ異型細胞が間質へ浸潤性に増殖し膵頭部が原発と診断され、十二指腸への浸潤は認めなかった。免疫染色ではCytokeratin AE1/AE3一部陽性、Synaptophysin陽性、CD56陽性、ChromograninA一部陽性、P40陰性、Ki-67標識率は約10%であった。以上よりpNET、G2と診断された。【考察】十二指腸腫瘍と膵頭部腫瘍はその局在からしばしば診断に難渋する。最近では超音波内視鏡下穿刺吸引術で術前に確定診断が可能な症例も増えてきている。本症例では腫瘍辺縁の血流が豊富で術前生検ができず、十二指腸GISTの術前診断とした。しかし、若年者での発症は珍しく、術前診断に難渋した症例であったため、文献的考察を含めてここに報告する。

膵神経内分泌腫瘍, pNET

昭和大学藤が丘病院 消化器内科  
堤 翼, 高野祐一, 野田 淳, 山脇將貴, 浅見哲史, 吉田詠里加,  
東畑美幸子, 鈴木佳佳, 遠藤利行, 阿曾沼邦央, 五味邦代,  
山本頼正, 長濱正亞

症例は40歳代男性、健康診断にて施行した腹部超音波検査にて膵頭部に辺縁低エコー、中心高エコーの15mmの病変を指摘され紹介となった。既往歴・家族歴に特記すべき事項はない。血液検査ではAMY 115U/l、腫瘍マーカー(CEA, CA19-9)は正常範囲内であった。血清IgG4は20mg/dlと上昇を認めなかった。腹部造影CTでは膵頭部に石灰化を伴う境界不明瞭な腫瘍がみられ、遷延性造影効果を示した。MRCPでは主膵管に閉塞や拡張はみられず、MRI(拡散強調画像)にて腫瘍は拡散低下を示した。EUSでは境界不明瞭な低エコー病変で内部に石灰化を伴っていた。25Gの穿刺針にてEUS-FNAを施行し、病理学的に小型な異形細胞の増殖を認め免疫染色にてCD10陽性、βカテニン陽性、Synaptophysin陰性でありsolid pseudopapillary neoplasm (SPN)と診断された。膵頭部十二指腸切除術が施行され、最終病理診断もSPNであった。EUS-FNAにて診断し得た膵SPNを経験したため文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNA, solid pseudopapillary neoplasm

## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第370回例会 Web開催にあたり下記の企業、団体より格別のご協力を賜りました。  
ここに謹んで御礼申し上げます。

日本消化器病学会関東支部 第370回例会  
会長 大竹 孝明

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  
ヴィアトリス製薬株式会社  
エーザイ株式会社  
キッセイ薬品工業株式会社  
ギリアドサイエンシズ株式会社  
GEヘルスケア・ジャパン株式会社

住友ファーマ株式会社  
ゼリア新薬株式会社  
大鵬薬品工業株式会社  
武田薬品工業株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
中外製薬株式会社  
富士フイルムメディカル株式会社  
持田製薬株式会社  
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2022年5月31日現在)