

日本消化器病学会 関東支部第371回例会

プログラム・抄録集



当番会長：北里大学医学部新世紀医療開発センター 教授 小林 清典

令和4年9月24日

Web開催

日本消化器病学会関東支部第371回例会 プログラム・抄録集 Web開催

当番会長：北里大学医学部新世紀医療開発センター 教授 小林 清典
〒252-0374 神奈川県相模原市南区北里 1-15-1 北里大学医学部 消化器内科
TEL 042-778-8111

会 期：令和4年9月24日（土）

＜発表者，参加者の皆様へ＞

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべて会場のWebサイト内でのプレゼンテーションとなります。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシー保護(日付の記載は年月までとする,等)に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 質問される方は、所属と氏名を明らかにし、Q&Aへ入力をお願いします。
6. 専修医・研修医セッションの発表については、奨励賞を选考します。
7. 参加費は2,000円です。
 - 1) サイトより参加登録いただき、お支払いをお願いいたします。(クレジット決済のみ)
 - 2) 参加登録が完了された方に、第371回例会のWeb開催へ参加の為のID、パスワードをご連絡いたします。
また参加証(専門医更新5単位)はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。
8. 評議員会は9月24日(土)にZoomによるライブ開催となります。
 - 1) 評議員会：9月24日(土)12時10分～40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371回例会の参加登録が必要です。

※Web開催の参加登録は9月9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371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 : jsge371kanto@pw-co.jp/Tel : 03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第371回例会

令和4年9月24日（土）

8：30～8：32 開会の辞（第1会場）					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ（上部消化管1）1～4	8：32～8：56	古江 康明	(14) 専修医Ⅳ（胆膵1）55～59	8：32～9：02	横田 将
(2) 専修医Ⅱ（上部消化管2）5～8	8：56～9：20	松本 悠	(15) 研修医Ⅰ（上部消化管1）60～62	9：02～9：20	櫻井美代子
(3) 専修医Ⅲ（下部消化管1）9～12	9：20～9：44	東 佑香	(16) 研修医Ⅱ（上部消化管2）63～66	9：20～9：44	高須 綾香
(4) 専修医Ⅳ（下部消化管2）13～16	9：44～10：08	三枝 陽一	(17) 研修医Ⅲ（下部消化管1）67～70	9：44～10：08	對田 尚
10：08～10：13 休憩			10：08～10：13 休憩		
(5) 専修医Ⅴ（下部消化管3）17～20	10：13～10：37	廣瀬 雄紀	(18) 研修医Ⅳ（下部消化管2）71～74	10：13～10：37	加藤 正樹
(6) 専修医Ⅵ（下部消化管4）21～25	10：37～11：07	別當 朋広	(19) 研修医Ⅴ（肝臓）75～78	10：37～11：01	荒瀬 吉孝
(7) 専修医Ⅶ（肝臓）26～29	11：07～11：31	小串 勝昭	(20) 研修医Ⅵ（胆膵1）79～81	11：01～11：19	蓼原 将良
(8) 専修医Ⅷ（胆膵2）30～34	11：31～12：01	岩井 知久	(21) 研修医Ⅶ（胆膵2）82～85	11：19～11：43	新里 悠輔
			12：10～12：40 評議員会（第3会場）		
12：45～13：35 ランチオンセミナー（第1会場）					
「逆流性食道炎 Up to date ～今、求められるPatient Reported Outcome～」 順天堂大学医学部 消化器内科 教授 永原 章仁 先生 司会 北里大学医学部新世紀医療開発センター 教授／北里大学病院 副院長 田邊 聡 先生 共催：武田薬品工業株式会社／大塚製薬株式会社					
13：35～13：50 専修医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
13：50～14：45 特別講演（第1会場）					
「炎症性腸疾患に対する外科治療の位置づけ—内科治療との関連を含めて—」 横浜市立市民病院炎症性腸疾患（IBD）科 部長 杉田 昭 先生 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					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(9) 上部消化管1 35～38	14：50～15：14	春日 健吾	(22) 下部消化管1 86～90	14：50～15：20	野本 佳恵
(10) 上部消化管2 39～42	15：14～15：38	光永 豊	(23) 下部消化管2 91～93	15：20～15：38	豊嶋 直也
(11) 上部消化管3 43～47	15：38～16：08	中山 敦史	(24) 下部消化管3 94～98	15：38～16：08	小原 尚
(12) 肝・胆・膵1 48～51	16：08～16：32	阿部 正和	(25) 下部消化管4 99～103	16：08～16：38	松林 真央
(13) 肝・胆・膵2 52～54	16：32～16：50	路川 陽介			
16：50～ 閉会の辞（第1会場）					
第23回専門医セミナーオンデマンド配信 ※9月24日（土）8：32～16：50					
『ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～』 ★日本消化器病学会3単位取得できます 司会 杏林大学医学部 医学教育学 矢島 知治 先生					

専修医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式をご視聴ください。
（第1会場 13：35～）

特別講演 (第1会場 13:50~14:45)

「炎症性腸疾患に対する外科治療の位置づけ —内科治療との関連を含めて—」

横浜市立市民病院炎症性腸疾患 (IBD) 科 部長 杉田 昭 先生
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

……演者の先生ご紹介……

すぎた あきら
杉田 昭 先生

横浜市立市民病院炎症性腸疾患 (IBD) 科 部長

略歴

1979年3月 横浜市立大学医学部卒業
1979年5月 横浜市立大学病院研修医
1981年5月 横浜市立大学病院第2外科入局
1986年6月 横浜市立大学病院第2外科助手
1987年7月 マウントサイナイ病院(米国、New York)
(炎症性腸疾患についての臨床研究)
1993年6月 国立横浜病院外科医長
1997年4月 横浜市立大学浦舟病院第2外科講師
2000年1月 横浜市立大学市民総合医療センター
難病医療センター講師
2003年4月 横浜市立大学医学部附属市民総合医療セン
ター 難病医療センター担当部長
2004年4月 横浜市立市民病院外科 診療担当部長
2010年4月 横浜市立市民病院 副病院長
2013年4月 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患センター長
2018年4月 横浜市立市民病院 臨床研究部・炎症性腸
疾患科部長
現在に至る

所属学会

日本消化器外科学会(指導医、特別会員)
日本大腸肛門病学会(指導医、元理事長、名誉会員)
日本外科学会(指導医)
日本消化器病学会(指導医、功労会員)
日本臨床外科学会(評議員、幹事)
日本炎症性腸疾患協会(理事長)
American Society of Colon and Rectal Surgeons
(Member, Honorary fellow)

その他

日本臨床外科学会誌編集委員
Disease of Colon & Rectum, Associate editor

ランチオンセミナー (第1会場 12:45~13:35)

「逆流性食道炎Up to date ～今、求められるPatient Reported Outcome～」

順天堂大学医学部 消化器内科 教授 永原 章仁 先生

司会 北里大学医学部新世紀医療開発センター 教授/北里大学病院 副院長 田邊 聡 先生

共催：武田薬品工業株式会社/大塚製薬株式会社

……演者の先生ご紹介……

ながはら あきひと
永原 章仁 先生

順天堂大学医学部 消化器内科 教授

学歴および職歴

1981年3月	海城高等学校卒業(東京都新宿区)	認定医・専門医：日本内科学会総合内科専門医
1987年3月	宮崎医科大学医学部卒業	日本消化器病学会指導医
1987年5月	順天堂大学附属順天堂医院内科 臨床研修医	日本消化器内視鏡学会指導医
1990年6月	順天堂大学医学部消化器内科 入局	日本消化管学会胃腸科指導医
1994年12月	米国ミシガン大学消化器内科 リサーチフェロー ～平成8年12月	日本肝臓学会専門医 <i>H. pylori</i> (ピロリ菌)感染症認定医
2001年3月	順天堂大学医学部総合診療科 講師	
2004年6月	順天堂大学医学部消化器内科 講師	評議員・代議員：日本消化器病学会(財団評議員)
2006年4月	医局長(併任)～2012年3月まで	日本消化器内視鏡学会(社団評議員)
2010年8月	順天堂大学医学部消化器内科 先任准教授	日本消化管学会(理事)
2014年12月	順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科 教授	日本ヘリコバクター学会(理事)
2017年11月	順天堂大学医学部消化器内科 教授 (消化器内科チェアマン～2022年3月任期 満了)	日本神経消化器病学会(理事)
2017年11月	順天堂大学医学部附属順天堂医院内視鏡室 室長(併任)	日本高齡消化器病学会(理事)
2018年4月	順天堂大学大学院医学研究科 免疫診断学講座 教授(併任)	日本潰瘍学会(理事)
2022年1月	順天堂大学大学院医学研究科 腸内細菌療法研究講座 教授(併任)	日本成人病(生活習慣病)学会(評議員)
2022年4月	順天堂大学大学院医学研究科 細菌叢再生学講座 教授(併任)	Fellow of The American College of Gastroenterology
現在に至る		賞 罰：平成9年 日本消化器病学会奨励賞受賞 平成12年 日本ヘリコバクター学会上原賞受賞 平成19年 GERD研究会奨励賞受賞

第23回専門医セミナー

オンデマンド配信:9月24日(土)8:32~16:50

「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」

第22回専門医セミナー(第368回例会 2022年2月5日(土)開催)に続き、本例会でも、専門医セミナーを開催いたします。問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

※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。(日本消化器病学会関東支部第371回例会における参加登録ならびに参加費をお支払ください。)

※専門医更新単位3単位取得できます。(受講者には参加証明証を後日、お送りいたします。)

司 会：矢島 知治 先生(杏林大学医学部 医学教育学)

担 当：今枝 博之 先生(埼玉医科大学病院 消化管内科)
岡村 幸重 先生(佐野厚生総合病院 消化器内科)
後藤田卓志 先生(日本大学医学部 消化器肝臓内科)
岸野真衣子 先生(東京女子医科大学 消化器内視鏡科)
松本 健史 先生(順天堂大学 消化器内科)
細江 直樹 先生(慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)
土岐 真朗 先生(杏林大学医学部 消化器内科学)
新後閑弘章 先生(東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科)
小澤俊一郎 先生(独立行政法人地域医療推進機構(JCHO)山梨病院 消化器内科)
中野 弘康 先生(大船中央病院 内科)

出場選手：飯島 良彦 先生(聖マリアンナ医科大学 消化器内科)
稲田 絢子 先生(杏林大学医学部 消化器内科)
小森友花子 先生(北里大学病院)
細川 裕司 先生(日本大学病院)

第1会場（午前の部）

8：30～8：32

—開会の辞—

—評価者—

東京女子医科大学附属足立医療センター	検査科・光学診療部	古市 好宏
東邦大学医療センター佐倉病院	消化器内科	山田 哲弘
相模原協同病院	消化器内科	吉澤 奈津子

(1) 専修医Ⅰ（上部消化管1） 8：32～8：56 座長 北里大学医学部 消化器内科学 古江 康明

1. 食道強収縮に対して抗コリン薬が有効であった1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○丸山 優, 栗林 志行, 保坂 浩子, 杉本さやか
関根 晋介, 武波 知彦, 佐藤 圭吾, 糸井 祐貴
春日 健吾, 橋本 悠, 田中 寛人, 浦岡 俊夫

2. 食道裂孔ヘルニア嵌頓に対して、ダブルバルーン小腸内視鏡で整復を行った1例

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科 ○中嶋 悟, 江原 淳, 平岡 栄治
同 消化器内科 吉岡 翼

3. 悪性黒色腫と鑑別を要した黒褐色変化を伴う食道表在癌の1例

獨協医科大学 医学部 内科学（消化器）講座 ○山崎ゆうか, 近藤 真之, 阿部圭一郎, 永島 一憲
山宮 知, 星 恒輝, 有阪 高洋, 大西 俊彦
阿部 洋子, 眞島 雄一, 富永 圭一, 飯島 誠
郷田 憲一, 入澤 篤志
獨協医科大学 病理診断学講座 石田 和之

4. 進行食道癌に対する化学療法により抗利尿ホルモン不適切分泌症候群を来した1例

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○山東 憲央, 中園 綾乃, 下地 耕平, 並木 伸

(2) 専修医Ⅱ（上部消化管2） 8：56～9：20 座長 埼玉医科大学 総合診療内科 松本 悠

5. Krukenberg 転移を契機に診断された若年胃癌に対し集学的治療を行った1例

三郷中央総合病院 消化器内科 ○岡田 舜
獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 鈴木 優仁, 山口真裕美, 玉野 正也
春日部厚生病院 消化器内科 藤原 猛
東埼玉総合病院 消化器内科 太田 貴寛
越谷誠和病院 消化器内科 早川 富貴
獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科
同 総合がん診療センター 草野 祐実
獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科
同 内視鏡センター 片山 裕視

6. 十二指腸潰瘍瘢痕による十二指腸狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効であった1例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター
JA茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院 消化器内科 ○鈴木 聡, 鹿志村純也, 岡田 健太, 有賀 啓之

7. 十二指腸巨大腫瘍に対し腹腔鏡内視鏡合同手術で切除し得た1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○高田 康幸, 入江 利幸, 松下 晃, 吉岡 正人
清水 哲也, 上田 純志, 川島 万平, 大野 崇
春名 孝洋, 吉村 祐亮, 寺谷 大弥, 吉田 寛

8. 不明熱、回盲部リンパ節腫脹から診断された菊池病の1例

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

(3) 専修医Ⅲ(下部消化管1) 9:20~9:44 座長 がん研有明病院 下部消化管内科 東 佑 香

9. 術前内視鏡で深達度診断困難であった偽浸潤を合併した粘膜内癌の1例

亀田総合病院 消化器内科 ○蘆川 堯, 仲地健一郎, 浦崎 康貴, 大野 航
菰淵 瑛美, 吉田 佑輔, 西脇 拓郎, 船登 智將
井上 薪, 吉岡 航, 川満菜津貴, 吉村 茂修
白鳥 俊康, 南雲 大暢, 原澤 尚登, 平田 信人
中路 聡
同 臨床病理科 乳井 美樹

10. 除菌療法で消失した大腸 MALT リンパ腫の1例

埼玉医科大学 総合診療内科 ○松本 慧, 松本 悠, 中元 秀友
同 消化管内科 宮口 和也, 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之
同 病理診断部 山田 健人

11. TMB-high の小腸腺癌に対し Pembrolizumab による治療を行った1例

光仁会春日部厚生病院 内科 ○藤原 猛
獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 草野 祐実, 桑田 潤, 鈴木 優仁, 山口真裕美
玉野 正也
愛友会三郷中央総合病院 内科 岡田 舜
ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院 内科 太田 貴寛
協友会越谷誠和病院 内科 早川 富貴

12. 肝門部胆管癌に対する Pembrolizumab 投与中に腸炎症状の増悪をみとめた潰瘍性大腸炎の1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○江藤晃一郎, 三浦 みき, 藤麻 武志, 荻原 良太
森久保 拓, 徳永創太郎, 箕輪慎太郎, 三井 達也
齋藤 大祐, 林田 真理, 三好 潤, 松浦 稔
久松 理一
同 病理学教室 磯村 杏耶, 林 玲匡, 柴原 純二
同 腫瘍内科学 長島 文夫

(4) 専修医Ⅳ(下部消化管2) 9:44~10:08 座長 JCHO 相模野病院 消化器内科 三 枝 陽 一

13. C-ANCA 陽性の潰瘍性大腸炎におけるチオプリン製剤による寛解維持率の検討

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○倉田 有菜, 松本留美衣, 岡山 和代, 高添 正和
深田 雅之

14. 潰瘍性大腸炎に対するトファシチニブの治療成績

町立小鹿野中央病院 内科
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○萩原 拓哉
同 消化器内科 松本 吏弘, 青山佳代子, 佐藤 杏美, 小島 柊
佐々木吾也, 今井友里加, 松本 圭太, 森野 美奈
小糸 雄大, 三浦 孝也, 坪井瑠美子, 石井 剛弘
大竹はるか, 吉川 修平, 上原 健志, 関根 匡成
浅野 岳晴, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

15. 肺血栓塞栓症、ニューモシスチス肺炎を併発した高齢発症、難治性潰瘍性大腸炎にトファシチニブが奏功した一例

順天堂大学 医学部附属 浦安病院 消化器内科 ○大槻 祐大, 矢野慎太郎, 生駒 一平, 神保 泰久
北澤 詩子, 大川 博基, 深見久美子, 中津 洋一
西 慎二郎, 野元 勇佑, 萩原 伸悟, 降旗 誠
北村 庸雄, 長田 太郎

16. 腹部超音波検査によるクローン病小腸狭窄病変の評価

成田赤十字病院 消化器内科 ○三輪 千尋, 万代 恭史, 高田 知明, 若松 徹
安井 伸, 鹿島 励, 福田 和司
同 臨床検査部 長谷川雄一
同 病理部 河上 牧夫
同 外科 近藤 英介

(5) 専修医V(下部消化管3) 10:13~10:37 座長 JCHO 東京山手メディカルセンター 消化器内科 廣瀬 雄紀

17. 複数回の腸閉塞に家族性地中海熱が関与していると考えられた1例

横浜市立大学附属病院 消化器外科 ○岡野 茉由, 阿部 有佳, 澤田 雄, 清水亜希子
油座 築, 高橋 智昭, 三宅謙太郎, 藪下 泰宏
本間 祐樹, 松山 隆生, 遠藤 格

18. 若年男性の繰り返す発熱・腹痛から診断に至った家族性地中海熱の一例

横浜労災病院 消化器内科 ○利井 辰光, 金沢 憲由, 上野 航大, 佐伯 優美
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, 関野 雄典
永瀬 肇

19. 6年間続く難治性下痢に対し、十二指腸・空腸観察により診断し得たセリアック病の1例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○高橋 正寛, 佐々木亜希子, 廣瀬 晴人, 上石 英希
窪田 純, 塩谷 健斗, 木村かれん, 長山 未来
西野 敬祥, 隅田ちひろ, 眞一まこも, 市田 親正
増田 作栄, 小泉 一也
同 病理診断部 内藤 航, 手島 伸一

20. 治療に難渋した特発性蛋白漏出性胃腸症の一例

慶應義塾大学病院 消化器内科 ○佐藤 萌, 水野 里香, 水上 耀介, 櫻井陽奈子
東條 杏奈, 清原 裕貴, 金井 隆典
同 内視鏡センター 細江 直樹, 筋野 智久, 高林 馨, 緒方 晴彦

(6) 専修医Ⅵ(下部消化管4) 10:37~11:07 座長 北里大学医学部 消化器内科学 別 當 朋 広

21. 重複腸管に憩室炎を発症し手術を施行した1例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○島村 仁子, 福田 知広, 羽田 明海, 前田 倭空
加藤 智尋, 柴崎 梢, 古田 祐樹, 和田 直大
石野すみれ, 友成 悠邦, 角田 裕也, 今村 論
長久保秀一, 諸星 雄一, 小池 祐司, 藤田由里子
小松 弘一
同 消化器外科 望月 康久

22. 非典型的な経過を辿り劇症化したアメーバ性大腸炎の一例

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, 鈴木 統大, 菊池 一生, 中谷 真也
藤原 敬久, 中島 陽子, 牛腸 俊彦, 石井 優
田川 徹平, 紺田 健一, 居軒 和也, 東條 正幸
木原 俊裕, 矢野雄一郎, 片桐 敦, 小西 一男
吉田 仁
昭和大学病院 内視鏡センター 山村 冬彦
昭和大学 臨床病理診断学講座 村井 聡, 矢持 淑子

23. 緊急小腸カプセル内視鏡で出血源を同定し、止血が得られた1例

日本大学 医学部附属 板橋病院 消化器肝臓内科 ○松本 卓大, 中山 昌子, 市島 諒二, 笠巻 敬太
杉田 知実, 田村めぐみ, 小椋加奈子, 春田 明子
木暮 宏史
日本大学病院 消化器内科 後藤田卓志

24. Meckel 憩室に刺入した魚骨を小腸内視鏡的に摘除した1例

NTT 東日本関東病院 消化管内科 ○佐和田力丸, 根岸 良充, 永江 真也, 古田 孝一
伊藤 洋平, 竹内 菜緒, 高柳 駿也, 木本 義明
加納 由貴, 石井 鈴人, 作野 隆, 小野 公平
港 洋平, 村元 喬, 大圃 研

25. 回腸静脈瘤治療後に生じた自己免疫性後天性凝固第Ⅴ/5因子欠乏症の1例

防衛医科大学校 第二内科 ○木本 侑哉, 大黒 拓磨, 菅原 悠輝, 川端 紘輔
山下 耕生, 江崎 航大, 石川 博隆, 植田 浩貴
岡崎 惣也, 高橋 駿, 平田 大, 富岡 明
西村 弘之, 西井 慎, 溝口 明範, 東山 正明
富田 謙吾, 穂刈 量太
防衛医科大学校病院 光学医療診療部 成松 和幸, 高本 俊介

(7) 専修医Ⅶ(肝臓) 11:07~11:31 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター 小 串 勝 昭

26. 免疫チェックポイント阻害剤と抗 VEGF 抗体薬の併用療法によるネフローゼ症候群の治療に難渋した進行肝細胞癌の 1 例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○赤塚 鉄平, 神崎 洋彰, 中川美由貴, 藤原希彩子
岩永 光巨, 兒島 隆太, 興梠 慧輔, 井上 将法
小林 和史, 叶川 直哉, 清野宗一郎, 中村 昌人
近藤 孝行, 中川 良, 小笠原定久, 中本 晋吾
室山 良介, 千葉 哲博, 加藤 順, 加藤 直也

27. 切除不能肝細胞癌に対し全身化学療法を行い、部分奏功を得た後に肝内・肝外病変に対し局所療法を行った一例

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 内科 ○中屋 義輝, 長島 有輝, 荒川 潤実, 新行内綾子
西村 光司, 宮村 達雄, 伊藤 健治, 阿部 朝美
金田 暁, 齊藤 正明, 多田 稔

28. 肝原発神経内分泌腫瘍・多発肝内転移に対して分子標的薬で治療した一例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○西村安梨沙, 深田 浩大, 岩野 知世, 壁村 大至
秋川真由子, 富嶋 享, 村上 敬, 石川 大
藤澤 聡郎, 内山 明, 丸山 紀史, 伊佐山浩通
永原 章仁, 池嶋 健一

29. 低血糖が遷延した IGF-II 産生肝細胞癌の 1 例

東邦大学 医療センター 大森病院 消化器内科 ○小野 拓真, 岩田俊太郎, 松井 哲平, 南雲 秀樹
小林康次郎, 荻野 悠, 藤本 愛, 伊藤 謙
和久井紀貴, 岡野 直樹, 永井 英成, 松田 尚久
五十嵐良典
同 糖尿病・代謝・内分泌センター 吉田 有沙, 岩田 葉子, 吉川英久美, 弘世 貴久
同 病理診断科 栃木 直文, 渋谷 和俊

(8) 専修医Ⅷ(胆膵2) 11:31~12:01 座長 北里大学医学部 消化器内科学 岩 井 知 久

30. 膵管走行異常により急性膵炎を繰り返し発症した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○富永 崇徳, 木下 勇次, 古守知太郎, 赤須 貴文
中野 真範, 鳥巢 勇一, 猿田 雅之

31. 胆嚢内乳頭状腫瘍からの出血により胆嚢炎・胆管炎を発症した一例

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩北部医療センター 消化器内科 ○藤 佑樹, 北村 倫香, 四宮 航, 柴田 喜明
小泉 浩一, 山下 信吾, 今里 亮介, 高橋 豊

32. 超音波内視鏡診断および内視鏡診断が有用であった総胆管嚢腫の 2 例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○星野 圭亮, 山本 夏代, 久田 裕也, 大島 開
蒲生 彩香, 坂井友里枝, 松本 千慶, 篠原進太郎
増田恵利香, 大武 優希, 柳井 優香, 赤澤 直樹
横井 千寿, 田中 康雄, 秋山 純一, 柳瀬 幹雄

33. 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に結紮クリップが総胆管内に迷入した一例

秦野赤十字病院 消化器内科 ○菅 悠紀, 三浦 雄輝, 鈴木 伸吾, 池田 彰彦
田中 克明

34. 造影 CT で胆嚢捻転症の術前診断に至り緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した 1 例

公益財団法人東京都医療保険協会 練馬総合病院 外科 ○青木 優介, 徳山 丞, 山高 謙, 今井 俊一
飯田 修平, 栗原 直人

第1会場 (午後の部)

13:50~14:45

特別講演

炎症性腸疾患に対する外科治療の位置づけ—内科治療との関連を含めて—

横浜市立市民病院炎症性腸疾患(IBD)科 部長 杉田 昭 先生

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

(9) 一般演題(上部消化管1) 14:50~15:14 座長 群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 春日 健吾

35. バレット食道腺癌に対してESDを施行し神経内分泌癌が混在していた1例

北里大学病院 消化器内科 ○野島 彩希, 石戸 謙次, 古江 康明, 渡邊 晃識
和田 拓也, 草野 央

北里大学医学部新世紀医療開発センター 田邊 聡

北里大学病院 病理部 高橋 博之

36. 通過障害を伴う臨床病期IVB食道癌に対する化学放射線療法の治療成績

北里大学 医学部 消化器内科学
国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 ○坂部 勇太

北里大学 医学部 消化器内科学 古江 康明, 渡邊 晃識, 和田 拓也, 石戸 謙次
草野 央

京都大学医学部附属病院 腫瘍内科 堅田 親利

北里大学 医学部 新世紀医療開発センター 田邊 聡

37. 食道癌術後再建胃管の左内胸動脈に穿通した出血性胃潰瘍の1例

北里大学メディカルセンター 消化器内科 ○野村 奈央, 北原 言, 黒須 貴浩, 金子 亨
大塚 俊和, 田原久美子, 渡邊 真彰

同 放射線科 岡田 武倫

38. 内視鏡的切除にて止血し得た胃異所性腺癌の一例

NTT 東日本関東病院 消化管内科 ○伊藤 洋平, 高柳 駿也, 永江 真也, 古田 孝一
竹内 菜緒, 木本 義明, 加納 由貴, 石井 鈴人
作野 隆, 根岸 良充, 小野 公平, 港 洋平
村元 喬, 大圃 研

(10) 一般演題(上部消化管2) 15:14~15:38 座長 虎の門病院 消化器内科 光 永 豊

39. 吐血を契機に発見された胃有茎性 hamartomatous inverted polyp の1例

東京労災病院 消化器内科 ○高橋伸太郎, 西中川秀太, 平泉 泰翔, 井上楠奈子
嵐山 真, 折原 慎弥, 渡辺 浩二, 吉峰 尚幸
乾山 光子, 大場 信之

40. LECS（腹腔鏡・内視鏡合同胃部分切除術）で切除し得た胃 glomus 腫瘍の1例

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○山中 将弘, 柳井 優香, 横井 千寿, 久田 裕也
大島 開, 蒲生 彩香, 坂井有里枝, 星野 圭亮
松本 千慶, 篠原進太郎, 増田恵利香, 大武 優希
赤澤 直樹, 山本 夏代, 秋山 純一
同 外科 八木 秀祐, 榎本 直記, 野原 京子, 山田 和彦
同 病理診断科 猪狩 亨

41. 化学療法中断後、長期間無治療で生存した類上皮型 GIST の一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○塩谷 健斗, 佐々木亜希子, 上石 英希, 廣瀬 晴人
窪田 純, 木村かれん, 西野 敬祥, 長山 未来
隅田ちひろ, 市田 親正, 増田 作栄, 眞一まこも
小林 正宏, 小泉 一也, 賀古 眞
同 外科 村田 宇謙
同 腫瘍内科 澤木 明
同 病理診療科 内藤 航

42. H. pylori 除菌により寛解し得たびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の一例

新松戸中央総合病院 消化器肝臓科 ○逆井 章吾, 清水 晶平, 尾崎 英莉, 與座喜一郎
米澤 健, 伊藤 禎浩, 井家麻紀子, 安部 宏
加藤 慶三, 遠藤 慎治
同 血液内科 柏村 眞
獨協医科大学 埼玉医療センター 病理診断科 伴 慎一

(11) 一般演題(上部消化管3) 15:38~16:08 座長 慶應義塾大学病院 腫瘍センター 中山 敦史

43. 胃 ESD 術中穿孔に対する OTSC を用いた内視鏡的小網充填術の1例

藤沢市民病院 消化器内科 ○比嘉 愛里, 福地 剛英, 相馬 亮, 野崎 公雄
小俣亜里沙, 石川俊太郎, 春山 芹奈, 中村 洋介
近藤 新平, 林 公博, 合田 賢弘, 安藤 知子
岩瀬 滋
横浜市立大学 消化器内科学教室 前田 慎

44. 胃 ESD 後遅発性穿孔に伴う腹腔内膿瘍に対し、穿孔部を閉鎖せずに保存加療ができた一例

NTT 東日本関東病院 消化管内科 ○永江 真也, 木本 義明, 佐和田力丸, 古田 孝一
伊藤 洋平, 竹内 菜緒, 高柳 駿也, 加納 由貴
石井 鈴人, 作野 隆, 根岸 良充, 小野 公平
港 洋平, 村元 喬, 大圃 研

45. 肺大細胞癌 LCNEC の手術化学療法後に生じた胃カンジダ症の1例

桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院 内科 ○相川 崇, 飯田 智広, 根岸 駿, 吉山 敦

46. 心窩部痛が皮疹に先行し認められた成人水痘の1例

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科 ○土居楠太郎, 坂部 勇太, 久保田 陽, 北川 博之
菊地 秀彦, 西山 竜

47. 粘膜下腫瘍との鑑別を要した十二指腸異物による炎症性肉芽腫の一例
 慶應義塾大学 医学部 外科学(一般・消化器) ○中尾 篤志, 中村理恵子, 竹内 優志, 松田 諭
 福田 和正, 川久保博文, 北川 雄光
- (12) 一般演題(肝・胆・膵1) 16:08~16:32 座長 東京医科大学 消化器内科 阿部 正和
48. Streptococcus intermedius による多発肝膿瘍, 膵周囲膿瘍の一例
 JA 相模原協同病院 消化器内科 ○武内 久旺, 花岡 太郎, 内藤 史明, 眞部 優作
 川野 壽宙, 宮田 英治, 吉澤奈津子, 村田 東
 荒木 正雄
49. 肝細胞癌シークエンシャル治療における腸腰筋量測定の意義
 横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○小串 勝昭, 中馬 誠, 沼田 和司, 野崎 昭人
 横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎
50. 子宮体癌再発に対するペムプロリズマブ加療中に発症した免疫関連有害事象による膵炎の1例
 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○田邊 陽邦, 横山 健介, 池田恵理子, 三輪田哲郎
 菅野 敦, 玉田 喜一, 山本 博徳
51. ニボルマブによる irAE 胆管炎を来した症例
 JCHO 相模野病院 消化器内科 ○蓼原 将良, 小川 大輔, 井廻 佑介, 金 明哲
 三枝 陽一, 今泉 弘
- (13) 一般演題(肝・胆・膵2) 16:32~16:50 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 路川 陽介
52. 連続膵液吸引細胞診で術前診断しロボット支援下に根治切除し得た膵体部上皮内癌の1例
 獨協医科大学 肝・胆・膵外科(一般外科) ○木村 柁範, 松本 尊嗣, 田中 元樹, 清水 崇行
 山口 教宗, 森 昭三, 櫻岡 佑樹, 白木 孝之
 磯 幸博, 青木 琢
 同 消化器内科 佐久間 文, 入澤 篤志
 同 病理診断科 石田 和之
 増山胃腸科クリニック 増山 仁徳
53. DPDS or Disconnected pancreatic duct syndrome 第2報 自験例から壊死性膵炎と DPDS を考える
 津端会京葉病院 外科 ○原口 義座, 津端 徹, 星野 正巳
54. 胆嚢腺扁平上皮癌の1例
 国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科 ○久保田 陽, 土居楠太郎, 坂部 勇太, 北川 博之
 菊地 秀彦, 西山 竜

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

国家公務員共済組合連合会	平塚共済病院	消化器内科	西山	竜
東京慈恵会医科大学	内視鏡医学講座		土橋	昭
北里大学メディカルセンター	消化器内科		金子	亨

(14) 専修医区(胆膵1) 8:32~9:02 座長 東海大学医学付属八王子病院 消化器内科 横田 将

55. 乳癌胆管転移の一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○杉山美沙紀, 高野 祐一, 山脇 将貴, 野田 淳
浅見 哲史, 長濱 正亞
聖マリアンナ医科大学 病理診断科 野呂瀬朋子, 大池 信之

56. 遠位胆管癌と十二指腸乳頭部癌の重複癌の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
地域医療機能推進機構うつのみや病院 消化器内科 ○田中 朗嗣
自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 横山 健介, 池田恵理子, 三輪田哲郎, 菅野 敦
玉田 喜一, 山本 博徳, 安藤 梢, 福嶋 敬宜
同 外科学講座 消化器一般移植外科部門 青木 裕一, 佐田 尚宏

57. 遠位胆管原発腺扁平上皮癌に対しゲムシタピン・シスプラチン・S1併用療法を施行し病勢コントロールが得られた一例

日本医科大学 消化器肝臓内科 ○嶋津 由香, 大城 雄, 金子 恵子, 河越 哲郎
岩切 勝彦
同 解析人体病理学 功刀しのぶ

58. 診断に苦慮したG-CSF産生腺退形成癌の1例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○相馬 佑樹, 小堀 郁博, 早川 富貴, 三代 賢
前田 敏希, 榊原 和真, 桑田 潤, 行徳 芳則
大浦 亮祐, 豊田 敏二, 玉野 正也

59. 急速な転帰を辿ったG-CSF産生退形成性腺癌の一例

北里大学病院 消化器内科 ○稲葉 紀子, 石崎 純郎, 奥脇 興介, 岩井 知久
長谷川力也, 渡辺 真郁, 木田 光広, 草野 央
同 病理部 信太 昭子, 玉置 明寛

(15) 研修医I(上部消化管1) 9:02~9:20 座長 帝京大学医学部 内科学講座 櫻井美代子

60. 早期胃癌治療切除後の癒痕部位から未分化癌が発生し全身転移をきたした1例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○野村 優, 酒井 英嗣, 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
同 消化器外科 渡邊 透
同 病理診断科 柳本 邦雄

61. EUS-FNA で診断し得た嚢胞変性した胃 GIST の 1 例

JA 神奈川県厚生連相模原協同病院 消化器内科 ○岡田 俊二, 眞部 優作, 内藤 史明, 花岡 太郎
川野 壽宙, 宮田 英治, 吉澤奈津子, 村田 東
荒木 正雄
同 病理診断科 風間 暁男

62. 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で診断した胃原発滑膜肉腫の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○田口 美奈, 勝田 景統, 小林 正典, 福田 将義
村川美也子, 加納 嘉人, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩
同 病理部 桐村 進, 明石 巧, 大橋 健一
同 胃外科 谷岡 利朗, 徳永 正則, 岡本 隆一

(16) 研修医Ⅱ(上部消化管2) 9:20~9:44 座長 日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 高須 綾香

63. 胃癌卵巣転移に対して同時切除を施行した 1 例

杏林大学 医学部 初期臨床研修医 ○近藤弘太郎
同 消化器・一般外科 鶴見 賢直, 小島 洋平, 橋本 佳和, 大木亜津子
竹内 弘久, 阿部 展次
同 病理診断科 長濱 清隆, 藤原 正親

64. オキサリプラチン使用後の大量腹水貯留に対して保存的治療が奏功した 1 例

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科 ○秋元 峻輔, 加賀谷丈紘, 金丸 理人, 松本 志郎
倉科憲太郎, 齋藤 心, 細谷 好則, 北山 丈二
佐田 尚宏

65. 早期胃癌様内視鏡所見を呈した胃アニサキス症の 1 例

横浜市立市民病院 消化器外科 ○石井 謙, 田中 優作, 福岡 宏典, 船津屋拓人
本間 実, 高橋 正純

66. 保存的に治療した十二指腸憩室炎の一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○齋藤 俊明, 永田 順子, 山口 徹, 張 つほみ
森 貴裕, 藤本龍太郎, 横田 将, 津田 真吾
広瀬 俊治, 小嶋清一郎, 伊藤 裕幸, 渡辺 勲史
鈴木 孝良

(17) 研修医Ⅲ(下部消化管1) 9:44~10:08 座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 對田 尚

67. EMR で切除断端陰性であった直腸管状絨毛腺腫 tubulovillous adenoma が 2 年後に再発し、腹膜播種(腹膜偽粘液腫)を伴う進行癌となった 1 例

桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院 消化器内科 ○吉山 敦, 相川 崇, 飯田 智広

68. EUS-FNB にて診断し得た直腸神経鞘腫の 1 例

横浜市立大学 消化器内科学 ○佐久間大樹, 入江 邦泰, 佐藤 博紀, 鈴木 悠一
池田 礼, 池田 良輔, 佐藤 健, 須江聡一郎
金子 裕明, 前田 愼

69. 小腸とS状結腸浸潤をきたした粘液産生性虫垂癌の1例

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 ○衣袋 桃代, 中田 達也, 塩路 彩子, 原田健太郎
三田千香子, 佐藤紗弥香, 秋田 義博, 小川まい子
菅原 一朗, 富田 陽一, 天野 克之, 穂苅 厚史
猿田 雅之

70. 原発性小腸癌により小腸閉塞をきたした1例

町田市市民病院 消化器内科 ○佐藤悠太郎, 長谷川雄大, 谷田恵美子, 益井 芳文
和泉 元喜
同 外科 福田みづき, 篠田知太郎

(18) 研修医Ⅳ(下部消化管2) 10:13~10:37 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 加藤 正 樹

71. 潰瘍性大腸炎の診断治療後に、周期的な頭痛・微熱および内視鏡所見からMEFV遺伝子関連腸炎の診断に至った一例

立正佼成会附属佼成病院 初期研修医 ○掛谷 和寛
同 消化器内科 池崎 修, 牛谷 将博, 山田 貴大, 本多 英仁
八谷 隆仁, 太田 博崇, 高橋 信一

72. 回腸囊肛門切除術後にクローン病と判明し会陰創小腸瘻を来した1例

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

73. 溶血性尿毒症症候群を合併した腸管出血性大腸菌感染症の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○金野 由, 中川 秀紀, 屋嘉比聖一, 辻 陽介
藤城 光弘

74. 難治性出血性直腸潰瘍に対して外科的結紮術を行い良好なコントロールを得られた一例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 ○伊藤 瑛基, 西垣 佑紀, 酒井 駿, 笠原 大海
氏原 哲郎, 高橋 俊作, 水野 敬宏, 倉岡 直亮
橋本 哲, 松井 茂
同 外科 石戸 保典

(19) 研修医Ⅴ(肝臓) 10:37~11:01 座長 東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 荒瀬 吉 孝

75. SARS CoV-2 感染に伴う伝染性単核症様症候群の1例

北里大学病院 消化器内科学 ○三浦 大征, 魚嶋 晴紀, 横倉 航一, 日高 央
草野 央

76. 抗平滑筋抗体のみ陽性を示した急性肝炎期自己免疫性肝炎と考えられる1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○小林 佳歩, 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
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

77. 潰瘍性大腸炎に自己免疫性肝炎を合併した若年女性の1例

足利赤十字病院 内科 ○佐藤 永規, 川田 陽介, 稲葉 康記, 田中 孝尚
岡田 悠, 漆原 史彦, 鈴木 統裕, 室久 俊光
獨協医科大学 内科(消化器)講座 石川 陸, 福士 耕

78. 肝細胞癌門脈腫瘍栓再発に対しアテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ-BEV)併用療法後に肝切除を施行し完全寛解を認めた一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科 ○飯島 智久, 伊藤 橋司, 河口 義邦, 阿部 学
関 祐介, 金子 順一, 赤松 延久, 有田 純一
長谷川 潔

(20) 研修医Ⅵ(胆膵1) 11:01~11:19 座長 JCHO 相模野病院 消化器内科 蓼原 将良

79. 急性膵炎を合併し、嚢胞内出血により緊急手術を要した膵動静脈奇形の一例

筑波大学医学医療系 消化器内科 ○三井 綾佳, 新里 悠輔, 八田 幸乃, 安部 計雄
川越 亮承, 福田 壮馬, 遠藤 壮登, 長谷川直之
土屋輝一郎
同 消化器外科 立澤麻衣子, 土井 愛美, 下村 治, 高橋 一広
橋本 真治, 小田 竜也
同 病理診断研究室 河合 瞳, 松原 大祐

80. ImageJを利用したElastography画像解析による膵臓の線維化評価

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科 ○笠原 優輝, 阿川 周平, 中込 峻, 品川 悠人
中村 拳, 恩田 毅, 田邊 智英, 植木 信江
二神 生爾

81. 血清IgG 4値が高値を示した膵癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○宮城 佑衣, 本間 俊裕, 上村 淳, 中村 駿介
貝塚 玄樹, 高橋 宏史, 奴田原大輔, 山本 圭
平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

(21) 研修医Ⅶ(胆膵2) 11:19~11:43 座長 筑波大学附属病院 光学医療診療部 新里 悠輔

82. 膵体尾部主膵管に迷入した膵管ステントを生検鉗子によって回収した一例

横浜市立大学 附属病院 肝胆膵消化器病学 ○山本 武, 細野 邦洋, 八木 伸, 栗田 裕介
長谷川 翔, 窪田 賢輔, 中島 淳

83. ダウン症候群に総胆管結石を発症した1例

虎の門病院 消化器内科 ○小泉 亮, 佐藤 悦基, 前原 耕介, 服部 大輔
田村 哲男, 小山里香子, 今村 綱男
同 消化器外科 牧之段洋輝, 赤埴 未宝, 松村 優, 橋本 雅司

84. 胆嚢管原発の PEComa を認めた一例

がん研有明病院 消化器センター 肝胆膵内科
東京大学医学部附属病院 総合研修センター

○小野 豪大

がん研有明病院 消化器センター 肝胆膵内科

岡本 武士, 佐々木 隆, 石塚 隆浩, 山田 学
中川 皓貴, 三重 堯文, 古川 貴光, 春日 章良
松山 真人, 尾阪 将人, 笹平 直樹

85. 慢性腹痛に対し前皮神経絞扼症候群と診断し神経離断術を行った一例

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野

○細川 裕司, 岩男 彩, 山田 優紀, 小西 彩
野田 泰弘, 高須 綾香, 後藤田卓志, 木暮 宏史

第2会場（午後の部） 一般演題

(22) 一般演題(下部消化管1) 14:50~15:20 座長 自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 野本 佳恵

86. 肛門管癌の pagetoid spread についてNBI 観察を契機に診断しESD による一括切除を施行した1例

慶應義塾大学 医学部 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門 ○中山 敦史, 増永 哲平, 高取 祐作, 松浦 倫子
加藤 元彦, 矢作 直久

同 内科学(消化器) 窪澤 陽子, 岩田賢太郎, 宮崎 蔵人, 水谷 真理

87. 小腸閉塞におけるパテンシーカプセルによる小腸開存判定の検討

東京医科大学 消化器内視鏡学分野 ○新倉 量太, 杉本 光繁, 河合 隆

東京大学医学部附属病院 消化器内科 山田 篤生, 藤城 光弘

日本赤十字社医療医療センター 消化器内科 鈴木 裕史, 山本 信三

88. ダブルバルーン小腸内視鏡検査で診断しえた高齢者 Meckel 憩室出血

東海大学 医学部 内科学系 消化器内科学 ○上田 孝, 小村 侑司, 佐藤 博彦, 金子 元基
佐野 正弥, 寺邑英里香, 藤澤 美亜, 松嶋 成志

鈴木 秀和

同 基盤診療学系 病理診断学 富田さくら

同 外科学系 消化器外科学 岡田 和丈

89. 消化管出血を契機に診断された小腸多発 Gastrointestinal Stromal Tumor, 神経線維腫症1型の一例

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

同 消化器・一般外科 木川 岳, 田中 邦哉

90. IgG 4陽性大腸炎症性ポリープの1例

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器病センター

聖マリアンナ医科大学 消化器内科

○五十嵐央祥, 荒木 建一, 近江 亮介, 松尾 康正
落合 康利, 中嶋 孝司

聖マリアンナ医科大学東横病院 病理診断科 小泉 宏隆

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 立石 敬介

(23) 一般演題(下部消化管2) 15:20~15:38 座長 国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 豊嶋 直也

91. 閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置後の内視鏡的深部大腸観察にて家族性大腸腺腫症を診断した一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○石野 博崇, 村上 敬, 壁村 大至, 樺 映志
粟津 崇仁, 福間 泰斗, 牛尾 真子, 鈴木 信之

高橋 翔, 池田 厚, 鈴木 彬実, 伊藤 光一

富嶋 亨, 石井 重登, 藤澤 聡郎, 澁谷 智義

北條麻理子, 池嶋 健一, 永原 章仁, 伊佐山浩通

92. 内視鏡治療と外科的局所切除により根治切除となった、Pagetoid spread を伴う肛門管癌の一例

NTT 東日本関東病院 消化管内科 ○古田 孝一, 石井 鈴人, 永江 真也, 伊藤 洋平
竹内 菜緒, 高柳 駿也, 木本 義明, 加納 由貴
作野 隆, 根岸 良充, 小野 公平, 港 洋平
村元 喬, 大圃 研

93. 大腸アカラシアの1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○土屋 貴大, 對田 尚, 間宮 幸代, 大山 湧平
仲澤 隼人, 堀尾 亮輔, 高橋 彩月, 後藤 千尋
園田美智子, 黒杉 茜, 白鳥 航, 金子 達哉
明杖 直樹, 太田 佑樹, 齊藤 景子, 沖元謙一郎
松村 倫明, 加藤 順, 加藤 直也

(24) 一般演題(下部消化管3) 15:38~16:08 座長 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 小原 尚

94. ウステキヌマブの長期治療効果と安全性の報告。

JCHO 相模野病院 消化器内科 ○三枝 陽一, 今泉 弘, 蓼原 将良, 井廻 祐介
小川 大輔
北里大学病院 消化器内科 横山 薫
同 病理学 桑尾 定仁
北里大学医学部新世紀医療開発センター 小林 清典

95. 大腸全摘後に小腸病変を発症しウステキヌマブが有効であった潰瘍性大腸炎の1例

北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター
同 消化器内科 ○芹澤 奏, 小松 萌子, 辛島 遼, 梅田 智子
佐上晋太郎, 中野 雅, 小林 拓
同 炎症性腸疾患先進治療センター 山名 瑤子, 前田 真佐, 日比 紀文
同 消化器内科 佐藤 翼

96. 潰瘍性大腸炎(Ulcerative colitis; UC)に伴う血小板減少症に対して ustekinumab (UST) が有効であった1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
上都賀総合病院 ○谷口 統
自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 小黒 邦彦, 野本 弘章, 船山 陽平, 永山 学
坂本 博次, 矢野 智則, 山本 博徳

97. 潰瘍性大腸炎治療中に Wernicke 脳症を発症した一例

北里大学病院 消化器内科学 ○小川 大輔, 横山 薫, 原田 洋平, 伊藤 隆士
金澤 潤, 別當 朋広, 池原 久朝, 草野 央
同 新世紀医療開発センター 小林 清典

98. 尋常性乾癬に対する抗 IL-17A 抗体製剤の投与により潰瘍性大腸炎を発症した一例

自治医科大学さいたま医療センター 消化器内科 ○今井友里加, 石井 剛弘, 小島 柁, 佐々木吾也
佐藤 杏美, 松本 圭太, 森野 美奈, 賀嶋ひとみ
小糸 雄大, 三浦 孝也, 高橋 裕子, 坪井瑠美子
大竹はるか, 吉川 修平, 関根 匡成, 上原 健志
浅野 岳晴, 松本 吏弘, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

(25) 一般演題(下部消化管4) 16:08~16:38 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター IBDセンター 松林 真央

99. 当院における原発性硬化性胆管炎に対する大腸内視鏡検査の実際

東京女子医科大学 消化器内科 ○村杉 瞬, 大森 鉄平, 佐々木 優, 高鹿 美姫
米沢麻利亜, 徳重 克年

100. ベドリズマブで加療を行なったクローン病21例の内視鏡像の検討

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○山崎 大, 岡山 和代, 高添 正和, 深田 雅之

101. 大腸癌化学療法により潜在性結核が再燃し致命的な転機をたどった1例

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

102. ステロイドパルス療法を要した消化管病変を伴うIgA血管炎の1例

独立行政法人国立病院機構 相模原病院 消化器内科 ○迎 美幸, 齋藤 公哉, 安達 快, 大高 史聖
川岸 加奈, 菅野 聡, 安達 献

同 リウマチ科 中島 塁

同 皮膚科 森 瞳子

103. 皮膚腫瘍切除を契機に症状改善を認めた消化管AAアミロイドーシスの一例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○中畑万里子, 金澤 潤, 別當 朋広, 横山 薫
池原 久朝, 草野 央

同 新世紀医療開発センター 小林 清典

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
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
376	伊佐山 浩通 (順天堂大学医学部 消化器内科学講座)	9月2日 (土)	東京 海運クラブ	5月24日～ 6月28日予定

演題の申込はインターネットにてお願いいたします。

詳細につきましては「URL:<http://jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto>」をご覧ください。

2022・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 シェーンパッハ・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 シェーンパッハ・サポー	未定

次回(第372回)例会のお知らせ

期 日：2022年12月10日 (土)

会 場：海運クラブ

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

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

特別講演：「超音波内視鏡 Past, Present and Future」

演者：北里大学 消化器内科学 教授

木田 光広

司会：東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授

前谷 容

女性医師セッション：「消化管疾患の内視鏡診断と治療」

「これだけは知っておきたい炎症性腸疾患の臨床」

演者：北里大学医学部 消化器内科学

横山 薫

「テーマ：小腸疾患の内視鏡診断と治療」

演者：昭和大学北部病院 消化器内科

笹沼 靖子

「上部消化管疾患の内視鏡診断と治療」

演者：杏林大学医学部 消化器内科学

大野 亜希子

オーガナイザー：横浜市立大学市民総合医療センター 炎症性腸疾患 (IBD) センター 准教授
国崎 玲子

※仮題を含みます。

ランチョンセミナー (予定)

当番会長：前谷 容 (東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授)

事務局長：新後閑 弘章 (東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科)

【運営事務局】株式会社JTBコミュニケーションデザイン 事業共創部コンベンション第二事業局

〒105-8335 東京都港区芝3-23-1 セレスティン芝三井ビルディング12階

E-mail : jsge_kanto372@jtbcom.co.jp

◆研修医・専修医セッションについて◆

研修医 (演題登録時に卒後2年迄) および専修医 (演題登録時に卒後3-5年迄) セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専修医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号 (99) で登録して下さい。なお、応募演題数が多い場合は、規定の受付期間内で先着順とし、一般演題に変更させていただく場合がございます。また研修医・専修医セッションへの応募は、各々1施設 (1診療科)、1演題に制限させていただきます。

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail : kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

日本消化器病学会関東支部 第41回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2022年11月13日（日）

会場：WEB開催（当日のライブ配信のみ）

会長：吉田 仁（昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門）

主題：「消化器病診療の現況と展望 患者本位を慮る」

◆開会の辞◆吉田 仁（第41回教育講演会会長）

◆講演1◆「Metabolic syndromeの指導が肝細胞癌の抑制に寄与する」

講師：建石 良介（東京大学大学院医学系研究科 消化器内科）

司会：長谷川 潔（東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科）

◆スポンサードセミナー1◆「排便障害と漢方」

講師：前田耕太郎（湘南慶育病院）

司会：味村 俊樹（自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科部門）

◆講演2◆「切除不能肝門部および肝内胆管癌への新たなアプローチ」

講師：遠藤 格（横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学講座）

司会：伊佐山浩通（順天堂大学医学部 消化器内科）

◆講演3◆「膵管腺癌（PDAC）の早期診断を目指す」

講師：糸井 隆夫（東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野）

司会：奥坂 拓志（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科）

◆スポンサードセミナー2◆「IgG4 関連疾患 診療と戦略」

講師：内田 一茂（高知大学医学部 消化器内科学）

司会：正宗 淳（東北大学大学院 消化器病態学分野）

◆講演4◆「*Helicobacter pylori*陰性胃癌の診断と実態」

講師：藤崎 順子（がん研究会 有明病院 消化器内科）

司会：後藤田卓志（日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野）

◆講演5◆「大腸癌の疫学と診断および治療」

講師：石田 文生（昭和大学横浜市北部病院 消化器センター）

司会：永瀬 肇（横浜労災病院 消化器内科）

◆スポンサードセミナー3◆「進行膵癌の治療について」

講師：池田 公史（国立がん研究センター東病院 肝胆膵内科）

司会：入澤 篤志（獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座）

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

◆閉会の辞◆吉田 仁（第41回教育講演会会長）

参加方法：事前参加登録制となりますので、2022年9月22日（木）正午～2022年11月7日（月）正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。参加費（4,000円、テキスト代含む）はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。（定員500名）

更新単位：18単位

※参加証は各プログラムの視聴完了後、もしくは、全てのプログラムの終了後の当日中までに確認問題にご回答いただき、正解すると視聴サイトより参加証がダウンロードできます。※回答が間違っていた場合でも、正解するまで繰り返し入力し直す事ができます。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第41回教育講演会 運営事務局

株式会社プランニングウィル 担当：西田智久

TEL 03-6801-8084 FAX 03-6801-8094 E-mail:jsge41elm@pw-co.jp

1 食道強収縮に対して抗コリン薬が有効であった1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学
丸山 優, 栗林志行, 保坂浩子, 杉本さやか, 関根晋介, 武波知彦,
佐藤圭吾, 糸井祐貴, 春日健吾, 橋本 悠, 田中寛人,
浦岡俊夫

【症例】30歳台男性【現病歴】20XX年Y月に心窩部不快感を自覚し、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査(EGD)及びCTで異常所見は認められず、機能的ディスペプシアと診断された。その後、嚥下困難感と前胸部に締め付けられるような痛みが出現するようになり、前医を受診した。血中の好酸球増多が認められたため好酸球性食道炎が疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。【経過】当院での血液検査では好酸球増多は認められず、EGDでは食道粘膜が白色化する強収縮が認められたものの、有意な好酸球浸潤はみられなかった。食道運動障害を疑い食道内圧検査(HRM)を施行したが、胸痛や嚥下障害の原因となり得る異常所見は認められなかった。好酸球性食道筋炎の可能性を考慮して経口ステロイドによる診断的治療を行ったが、効果は得られなかった。対症療法を行うも改善が得られず、胸痛により緊急受診を繰り返し、食事摂取困難から10kg以上の体重減少が見られた。20XX年Y+5月受診中に胸痛が見られていたため、同日にHRMを施行したところ、食道の短縮を伴う異常強収縮が認められた。コリン作動性神経の異常を考慮して、HRM検査中にブラスコポラミン20mgを静脈投与したところ、強収縮の出現頻度が減少し、胸痛も改善が見られた。アコチアミドを投与していたことから、アコチアミドを中止してブラスコポラミンの内服投与を行い、症状の改善が得られ食事摂取可能となった。【結語】HRMを行っても必ずしも食道運動障害を捉えられるとは限らず、症状が見られている時にHRMを行うことが重要である。また、食道の強収縮には抗コリン薬が有効な症例もあり、per-oral endoscopic myotomy (POEM)や手術などの観血的治療を行う前に抗コリン薬の投与を検討すべきと考えられた。

食道運動障害, 食道内圧検査

3 悪性黒色腫と鑑別を要した黒褐色変化を伴う食道表在癌の1例

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座¹⁾,
獨協医科大学 病理診断学講座²⁾
山崎ゆうか¹⁾, 近藤真之¹⁾, 阿部圭一¹⁾, 永島一憲¹⁾, 山宮 知¹⁾,
星 恒輝¹⁾, 有阪高洋¹⁾, 大西俊彦¹⁾, 阿部洋子¹⁾, 眞島雄一¹⁾,
富永圭一¹⁾, 飯島 誠¹⁾, 郷田憲一¹⁾, 石田和之²⁾, 入澤篤志²⁾

症例は60歳代、男性。健診の上部消化管内視鏡検査(EGD)で食道に平坦病変を指摘され、生検にて扁平上皮癌と診断されたため、精査加療目的に当科を紹介され受診した。当科EGDでは胸部中部食道の前壁から右壁にかけて約半周性、約40mm長の平坦病変を認めた。病変の一部に境界が不明瞭な黒褐色調の色調変化を伴っていた。NBI拡大観察では病変はBrownish areaとして視認され、B1血管相当の異常血管を伴っていた。また、NBI拡大観察では黒褐色部は緑色調に観察され、明らかな不整血管は視認されなかった。胸部造影CT検査にて転移性病変はなかった。以上より、メラノサイトーシスを伴う食道表在癌と診断したが、黒褐色部の色調が濃いため悪性黒色腫の可能性も否定できなかった。生検による播種を懸念し、黒褐色部からの生検は施行せず、剥離深度を筋層直上に保持した内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)で一括切除した。組織学的にはpT1a-LPMの食道表在扁平上皮癌で、脈管侵襲・切除断端ともに陰性であった。黒褐色部の粘膜基底層には、メラニン顆粒を伴う細胞が散在して見られたが、異型はなくメラノサイトーシスと診断された。食道メラノサイトーシスは、食道粘膜に点状、帯状、不正斑状などの形態を呈する黒色～褐色のメラニン色素が沈着する稀な疾患である。口腔・咽喉頭・食道の病変は飲酒・喫煙を背景に生じ、口腔癌や咽頭癌、食道癌が併存することが報告されており、内視鏡的に悪性黒色腫との鑑別が問題となる。今回、我々は悪性黒色腫様の黒褐色変化を呈するメラノサイトーシスを伴った食道表在癌の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告とする。

メラノサイトーシス, 食道表在癌

2 食道裂孔ヘルニア嵌頓に対して、ダブルバルーン小腸内視鏡で整備を行った1例

東京ベイ・浦安市川医療センター 総合内科¹⁾,
同 消化器内科²⁾
中嶋 悟¹⁾, 吉岡 翼²⁾, 江原 淳¹⁾, 平岡栄治¹⁾

【症例】85歳、男性【主訴】嘔吐【現病歴】X年Y月Z-1日、昼食後に急性の心窩部痛を生じ嘔吐した。Z日にも症状改善なく褐色嘔吐を認めたため救急要請し当院受診した。症状から胃潰瘍が疑われたが、胸腹部造影CTで食道裂孔ヘルニアと縦隔側に脱出した胃の著明な拡張を認め、食道裂孔ヘルニアに伴う胃の縦隔への嵌頓を疑った。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したが、スコープが胃体部まで挿入できるも、ヘルニア囊内でのたわみを生じ、嵌頓部より肛門側への先進が困難であり整備を中止。入院2日目にダブルバルーン小腸内視鏡を用いて再度施行し、嵌頓解除に成功した。その後は嘔気症状消失し、入院3日目より食事開始し腹部症状なく経過した。【考察】食道裂孔ヘルニアは初回上部消化管内視鏡施行患者の約半数に見られる疾患であるが、本症例のように通過障害を伴う嵌頓を合併することは稀である。胃の軸捻転や縦隔内嵌頓に伴う場合に、嘔吐・腹痛の持続、出血、消化管壊死が生じれば外科的介入を検討する必要も生じる。また、本例では通常内視鏡では困難であり、整備にダブルバルーン小腸内視鏡を要した。同疾患に関して、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道裂孔ヘルニア, ダブルバルーン小腸内視鏡

4 進行食道癌に対する化学療法により抗利尿ホルモン不適切分泌症候群を来した1例

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 消化器内科
山東憲史, 中園綾乃, 下地耕平, 並木 伸

【症例】70歳男性【現病歴】進行食道癌に対し、1カ月前に入院のうえ胃瘻造設を行いフルオロウラシルとシスプラチンによる化学療法を1コース施行した。初診時には正常値であった血清Na値が徐々に低下し、退院の直前には血清Na 130 mmol/Lと低値であったが特に症状はないため退院した。今回は2コース目の化学療法目的に入院となった。【入院後経過】入院時の血液検査で血清Naが126 mmol/Lまで低下していたが、自覚症状はなく脳神経学的な異常所見も認めなかった。腹部超音波検査では下大静脈径は8-12mmで呼吸性変動を認めており、身体所見からも脱水や体液貯留の病態は否定的であった。低浸透圧性低Na血症があり、尿浸透圧・尿中Na濃度も高値で血漿抗利尿ホルモン(ADH)が検出感度未満に抑制されていないこと、腎機能・副腎機能異常を認めていないことから抗利尿ホルモン不適切分泌症候群(以下SIADH)と診断した。緩徐な経過で無症状であったことから化学療法は継続する方針とし、塩化ナトリウム9g/日の投与を継続したところ、血清Na 131 mmol/L程度を維持することが可能となった。5日間の化学療法を終了した後も血清Na値に低下がない事を確認し第11病日に退院した。退院2週間後の外来では血清Na 136 mmol/Lまでの改善が得られていることが確認された。【考察】通常、血漿浸透圧<280 mOsm/kg・H₂O、血清Na<135 mmol/Lの状態ではADHは分泌されないが、そういった状況でもADHが分泌され自由水が増加する病態がSIADHである。SIADHの原因は異所性パロキシニン産生腫瘍や肺疾患、神経疾患、感染症、薬剤性など多岐にわたる。本症例は原発性肺癌が疑われる肺腫瘍を合併していたが、初診時に正常であったNaが化学療法後より低Na血症に至ったことから、シスプラチンによる薬剤性SIADHと診断した。シスプラチンの添付文書でも重大な副作用としてSIADHは記載されているが、比較的稀な病態であり、若干の文献的考察を添えて報告する。

抗利尿ホルモン不適切分泌症候群, 食道癌

5 Krukenberg転移を契機に診断された若年胃癌に対し集学的治療を行った1例

三郷中央総合病院 消化器内科¹⁾、
獨協医科大学埼玉医療センター²⁾、消化器内科²⁾、
同 総合がん診療センター³⁾、同 内視鏡センター⁴⁾、
春日部厚生病院 消化器内科⁵⁾、
東埼玉総合病院 消化器内科⁶⁾、越谷誠和病院 消化器内科⁷⁾、
岡田 舜¹⁾、草野祐実^{2,3)}、片山裕視^{2,4)}、鈴木優仁²⁾、山口真裕美²⁾、
藤原 猛⁵⁾、太田貴寛⁶⁾、早川貴貴⁷⁾、玉野正也²⁾

【症例】27歳、女性【主訴】腹部膨満感【現病歴】200X年4月に腹部膨満感を自覚し近医を受診した。腹部超音波検査で腹腔内腫瘍を指摘され精査目的に当院へ紹介となった。造影CT検査では骨盤腔内に長径20cm大の充実成分を伴う多房性囊胞性腫瘍を2つ認め両側卵巣腫瘍が疑われた。また、食道胃接合部の壁肥厚と周囲のリンパ節腫大、肝表面に腹水の貯留を認めた。上部消化管内視鏡検査では接合部に4型腫瘍を認め(Siewert Type 3)、病理結果は腺癌(tub1) tub2、Her2陽性)であった。胃癌の両側卵巣転移(Kurkenberg転移)が疑われたが、胃癌と卵巣癌の重複癌の可能性も否定できず、200X年6月に両側付属器切除術、子宮全摘術、大腸切除術を行った。摘出された卵巣は広範な壊死を伴う多房性腫瘍であり、病理組織学的には既存の接合部からの生検結果との類似性を認めた。また、腫瘍組織の免疫染色はCDX2、p53陽性であり、卵巣腫瘍のマーカーであるCA125、PAX8は陰性であった。以上より、食道胃接合部腫瘍の卵巣転移(Kurkenberg転移)、腹膜播種と診断し、200X年6月23日よりTrastuzumab+SOXによる化学療法を開始した。2コース終了の時点で腫瘍マーカーの著明な低下(CA125 211.1→10.8 U/mL)を認め、3コース終了時のPET-CTでは腹水は消失し、胃原発を含め明らかなFDGの集積は認めなかった。また、200X年9月17日に実施した審査腹腔鏡検査でもCY0P0であった。若年発症の悪性疾患の方であり、充分なインフォームドコンセントを行った上で200X年10月21日にロボット支援下での噴門側胃切除術を実施した。病理結果はypStageIIIAであり、200X年12月より術後補助化学療法としてDS療法を開始した。現時点で術後1年になるが、無再発で経過している。【考察】胃癌診療ガイドライン第6版では、Conversion surgeryを行うことは、条件付きでの推奨に留まっており、適切な治療レジメンや治療期間、術後補助化学療法の実施について明確な規定はない。今回若年胃癌に対するConversion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。

胃癌, Conversion

6 十二指腸潰瘍瘢痕による十二指腸狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効であった一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター JA茨城県厚生連総合病院 水戸協同病院 消化器内科
鈴木 聡、鹿志村純也、岡田健太、有賀啓之

【症例】65歳女性(主訴)嘔気(既往歴)高血圧症、脂質異常症、慢性胃炎、アルコール性肝障害(現病歴)X年3月より上腹部・背部の鈍痛と胸焼けを自覚していた。X年11月より胸焼けが増悪し、食物残渣の嘔吐、腹部膨満感が出現した。徐々に食事摂取が難しくなり、X年12月前医のCTにて十二指腸下行部に閉塞を認め、当院へ紹介された。(身体所見)腹部全体に圧痛あり、腹膜刺激徴候なし(血液検査)特記事項なし(画像)造影CTでは十二指腸球部の肛門側に狭窄を認め、狭窄の原因となる腫瘍性病変は明らかではなかった。上部消化管内視鏡(EGD)では、上十二指腸角付近に狭窄を認め、粘膜には悪性所見は認めなかった。(経過)以上より良性十二指腸狭窄の診断で入院し、絶食、経鼻胃管による排液を開始した。第12病日に施行した透視下EGDでは十二指腸球部前壁と後壁に潰瘍瘢痕を認め、Ridgeを形成して上壁にPocketを形成し後壁にはPin-hole状の狭窄を形成していた。第17病日内視鏡的バルーン拡張術を施行し、径12mmのバルーンで3atmの拡張圧をかけ、120秒間の拡張を2回施行した。第20病日のEGDでは拡張による潰瘍形成を認めたがスコープの通過は容易であり流動食より食事開始した。5分粥までの食上げを行い、第23病日に退院した。その後1年半の経過観察を行い、再狭窄なく経過は良好である。【考察】内視鏡的バルーン拡張術(endoscopic balloon dilation:EBD)は消化管狭窄の解除法として広く普及している内視鏡治療である。良性疾患に対するEBDは(1)狭窄に基づく経口摂取障害(2)術後狭窄に伴う縫合不全合併例(3)下部消化管閉塞によるイレウスないし重イレウス(4)炎症性腸疾患の治療後進行した瘢痕による高度狭窄などが適応となる。しかし、5cmを超えるような長い狭窄、高度の屈曲、活動性の炎症や潰瘍性病変を合併する狭窄は適応外である。本症例は悪性腫瘍による狭窄の可能性は否定的で、活動性の潰瘍性病変ではなく瘢痕による狭窄と考えられ、EBDの適応と判断した。EBD後の再狭窄のリスクや、予防をふまえて考察する。

十二指腸狭窄, バルーン拡張術

7 十二指腸巨大腫瘍に対し腹腔鏡内視鏡合同手術で切除し得た1例

日本医科大学付属病院 消化器外科
高田康幸、入江利幸、松下 晃、吉岡正人、清水哲也、上田純志、
川島万平、大野 崇、春名孝洋、吉村祐亮、寺谷大弥、
吉田 寛

症例は心筋梗塞、大動脈狭窄症、2型糖尿病の既往にある80歳男性。貧血精査の結果、上十二指腸角のやや肛門側に平坦隆起性で内腔發育型の巨大な腫瘍を認めた。腫瘍全貌の把握は困難で、深達度も不明であった。生検でAdenocarcinomaの診断に至った。全層切除の方針とし、腹腔鏡内視鏡合同手術(laparoscopy and endoscopy cooperative surgery; LECS)にて十二指腸局所切除術を施行した。内視鏡下での全層切開は腫瘍の約1/2周行い、その後腹腔鏡下に全層切開を継続。腫瘍を含めた十二指腸壁を反転させて、腫瘍辺縁を確認しながら切除を完了させた。標本は60×50mmであった。欠損部が大きくなったため、欠損部直上に小切開を置き、直視下で縫合閉鎖を行った。術後は吻合部潰瘍や微小な縫合不全があったが、抗生剤加療を継続しつつ、内視鏡下に閉鎖し得た。術後狭窄は認めず、退院となった。病理では腺癌が検出され、深達度はT1a、断端は陰性であり、根治切除が得られた。LECSでは病変部位を過不足なく安全・確実に全層切除が可能である。十二指腸病変に対するLECSが低侵襲治療の一つとして普及しつつあるが、その適応や手技は未だ定型化されていない。十二指腸腫瘍は稀少種で腫瘍の部位や大きさによって術前に悪性度や進行度が不明の場合もある。術前の深達度診断が困難な症例に対し、診断的治療目的にLECSを施行し、根治切除し得た症例を経験したため、報告する。

十二指腸腫瘍, LECS

8 不明熱、回盲部リンパ節腫脹から診断された菊池病の一例

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

【症例】23歳女性【主訴】発熱【現病歴】X年2月中旬より発熱、嘔気を認め、前医で尿路感染症として、LVFX、AMPCが処方されたが、改善しないため、3月上旬に当院を受診した。水様便と軽度の右側腹部痛があり、血液検査ではWBC 3100/μlと低値、CRP 7.74 mg/dLと炎症反応の上昇を認め、造影CTで回盲部リンパ節腫脹の腫脹を認めた。持続する発熱、炎症反応、回盲部リンパ節腫脹の精査加療目的に当科に入院した。【経過】回盲部病変評価のため第4病日に下部消化管内視鏡検査を施行したが、同部位に有意な所見は認めなかった。感染症や膠原病関連の精査をしたが、いずれも診断には至らなかった。確定診断のため第8病日に腹腔鏡下リンパ節生検を施行した。その後自然経過で発熱して腹部症状や炎症反応も改善傾向であることから、外来精査可能と判断し、第14病日に退院した。生検リンパ節の病理組織学的所見では、小型で異型に乏しいリンパ球様細胞の増殖、組織球の増殖を認め、核崩壊産物も見られる壊死巣を認めた。免疫染色ではCD20陽性細胞とCD3陽性細胞が混在し、壊死巣にCD20は陰性であった。以上の所見から菊池病の診断となった。退院3ヶ月後に再検した単純CTでは回盲部リンパ節腫脹は改善しており、症状も再燃なく経過している。【考察】菊池病は1972年に本邦で報告された比較的稀な良性疾患であり、小児や若年成人に好発する。発熱、リンパ節腫脹を特徴とし、血液検査では白血球減少や異型リンパ球出現、肝酵素上昇、炎症反応の上昇などがみられることがある。不明熱の原因として発見されることも多く、確定診断はリンパ節生検によりなされる。リンパ節腫脹の部位は頸部リンパ節が多いとされるが、今回は回盲部リンパ節に腫大を認めた菊池病を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

菊池病, 回盲部リンパ節腫脹

亀田総合病院 消化器内科¹⁾, 同 臨床病理科²⁾
 蘆川 堯¹⁾, 仲地健一郎¹⁾, 浦崎康貴¹⁾, 大野 航¹⁾, 菰淵瑛美¹⁾,
 吉田佑輔¹⁾, 西脇拓郎¹⁾, 船登賢将¹⁾, 井上 薪¹⁾, 吉岡 航¹⁾,
 川満津貴¹⁾, 吉村茂修¹⁾, 白鳥俊康¹⁾, 南雲大暢¹⁾, 原澤尚登¹⁾,
 平田信人¹⁾, 乳井美樹²⁾, 中路 聡¹⁾

【症例】77歳男性。【主訴】食思不振。【現病歴】20XX年5月、主訴を契機に下部消化管内視鏡検査を施行され、S状結腸に20mm大の有茎性ポリープを認めた。硬さと緊満感を伴っており頂部に5mm大の結節を認め、その周囲は不整に陥凹していた。同部位は、NBI拡大観察ではJNET Type3であり、クリスタルパイオレット染色拡大観察ではpit pattern Vn型を認め、大腸癌SM高度浸潤と診断し内視鏡治療適応外と考えた。生検組織はGroup5 (Adenocarcinoma)、腹部CTで明らかな転移を認めなかったことからcT1bN0M0 cStage1と診断した。同年6月に、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行された。病理組織診断は、Adenocarcinoma with tubular adenoma、深達度はpTisであり、郭清したリンパ節に転移を認めなかった。【考察】悪性腫瘍である大腸癌は、粘膜組織に発生した後、粘膜下層に侵入・増殖する。これを、粘膜下層への浸潤と呼ぶ。一方、良性腫瘍である大腸腺腫が粘膜下層へと逸脱し、浸潤しているように見える場合があり、これを偽浸潤と呼ぶ。浸潤と偽浸潤の判断を誤ると、腫瘍の良悪性や深達度の誤った評価につながる。追加治療や予後に大きな影響を及ぼす可能性がある。本症例は、上皮内に癌成分を認め、粘膜下層に偽浸潤を認めた。pit patternの深達度診断に関しては正診率84.8%、T1b以深浸潤診断の感度77.4%、特異度89.6%と高い診断能を持つ。本症例での予想深達度と実際の深達度の乖離の原因を内視鏡像と病理組織を用いて比較検討し、若干の文献的考察を加え報告する。

大腸癌, 偽浸潤

埼玉医科大学 総合診療内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
 同 病理診断部³⁾
 松本 慧¹⁾, 宮口和也²⁾, 松本 悠¹⁾, 大庫秀樹²⁾, 都築義和²⁾,
 山田健人³⁾, 中元秀友¹⁾, 今枝博之²⁾

症例は80歳台女性。糖尿病性腎症、血液透析中で、便潜血陽性のため近医で大腸内視鏡検査 (CS) を施行されたところS状結腸と直腸Rsに粘膜下腫瘍様病変を認め、生検でMALTリンパ腫と診断されたため、精査加療目的で当科に紹介受診された。血液検査ではCr 2.9mg/dL、Hb 9.2g/dLと腎機能障害と軽度の貧血を呈し、可溶性IL-2レセプターは1,727U/mLと上昇していた。CTでは腸管に腫瘍や明らかなリンパ節腫大はみられなかった。CSではS状結腸に径約1cmとRsに径約2.5cmの粘膜下腫瘍様病変を認め、正常粘膜に覆われて粘膜表層には拡張した血管が観察され、Rsの病変の頂部は発赤、びらんを認め、幾分陥凹を呈していた。生検病理組織所見ではやや大型の異型リンパ球が粘膜固有層内を中心にみられ、一部で上皮内への浸潤もみられた。免疫染色ではCD20陽性、CD79a陽性でMALTリンパ腫と診断した。Lugano分類は1期であった。上部消化管内視鏡検査では萎縮性変化は見られず、血清ピロリ抗体は3未満であった。高齢で腎機能障害を認めたため、まずは除菌療法を施行した。8か月後のCSでは変化はみられず、生検でもMALTリンパ腫を認めたが、14か月後のCSでは病変は縮小し、平坦化しており、生検でMALTリンパ腫を認めなかった。21か月後のCSでは病変部分は瘢痕化しており、生検でMALTリンパ腫を認めなかった。ただし、可溶性IL-2レセプターは2,089U/mLと低下していった。CTでリンパ節腫大もみられなかった。近年、大腸MALTリンパ腫に対して除菌療法の報告が散見され、ピロリ菌陰性でも除菌療法後に消失の報告もみられて、ピロリ菌以外の腸内細菌の関与が示唆されている。多くは半年以内に病変が消失しているが、本例のように約2年の経過での消失は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

MALTリンパ腫, 除菌療法

光仁会春日部厚生病院 内科¹⁾,
 獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科²⁾,
 愛友会三郷中央総合病院 内科³⁾,
 ジャパンメディカルアライアンス東埼玉総合病院 内科⁴⁾,
 協友会越谷誠和病院 内科⁵⁾
 藤原 猛¹⁾, 草野祐実²⁾, 桑田 潤³⁾, 岡田 舜⁴⁾, 太田貴寛⁴⁾,
 早川富貴⁵⁾, 鈴木優仁²⁾, 山口真裕美³⁾, 玉野正也²⁾

【症例】63歳の女性、既往に甲状腺機能亢進症、高血圧、虫垂炎あり。200X年-1年6月頃から自覚する下腹部痛を主訴に前医を受診した。前医の血液検査でCA19-9高値を、CTでは回腸の壁肥厚と周囲のリンパ節腫大を指摘され小腸癌が疑われ、200X-1年7月に精査目的に紹介となった。紹介時に施行した小腸鏡にて回腸に周堤を伴う腫瘍性病変を認め、組織型は腺癌であった。明らかな遠隔転移は無く、小腸腺癌に対し200X-1年8月に小腸切除術を施行した。術後の病理組織はpT4N2M0、pStageIIIbであったが、200X-1年9月に施行したPET-CTにて腹膜播種の出現を認めた。小腸腺癌の術後再発と診断し200X-1年10月よりFOLFOX療法を開始した。最も効果判定はPRであったが、次治療の選択肢が無いことから200X年1月にFoundation One CDxがゲノムプロファイルによる遺伝子パネル検査を実施し、TMB (Tumor Mutation Burden)-high (TMB 10.0 Muts/Mb)の結果を得た。一方で、一次治療として選択したFOLFOX療法の6コース終了時点でPET-CTにて傍大動脈リンパ節腫大と同部位に集積を認め不応と判断した。二次化学療法として遺伝子パネルの結果より200X年4月よりPembrolizumabによる治療を開始したところ、2コース終了後の血液検査では腫瘍マーカーは正常化した (CA19-9 143→26.7 U/mL)。現在も有害事象の発現はなく治療を継続している。【考察】遺伝子パネルは2019年6月に保険承認され、標準治療が終了した固形癌に対するがん関連遺伝子の網羅的な検査が可能になった。小腸腺癌は標準治療が少ないため比較的早い段階で遺伝子パネルの適応になることが多いとされており、実際に本症例でも1次治療終了前に遺伝子パネルを出検し、1次治療不応後に速やかに二次治療への移行が可能であった。小腸腺癌におけるTMB-highの割合は10%以下であり、固形癌全体の中でも少ないとされているが、本症例のように有効薬剤の投与機会を逃さないように適切な時期でのスクリーニングが必要と考えられる。

小腸癌, TMB-high

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 病理学教室²⁾,
 同 腫瘍内科学³⁾
 江藤晃一朗¹⁾, 三浦みき¹⁾, 藤麻武志¹⁾, 荻原良太¹⁾, 森久保拓¹⁾,
 徳永創太郎¹⁾, 箕輪慎太郎¹⁾, 三井達也¹⁾, 磯村杏那²⁾, 齋藤大祐¹⁾,
 林田真理¹⁾, 三好 潤¹⁾, 林 玲臣²⁾, 松浦 稔¹⁾, 長島文夫³⁾,
 柴原純二²⁾, 久松理一¹⁾

【緒言】近年、様々な悪性腫瘍の治療として免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) が広く使用されている。それに伴いICIによる免疫関連有害事象 (irAE) の報告も増加している。今回、潰瘍性大腸炎 (UC) 患者に合併した胆管癌に対するPembrolizumab投与中に腸炎症状の増悪を認めた症例を経験したため報告する。【症例】症例は80歳代男性。43歳時に左側大腸炎型UCを発症、以降はサラゾピリン内服で長期的な寛解が維持されていた。20XX-2年9月に黄疸を契機に肝門部胆管癌 (pT1N0M0 Stage1) の診断となり、肝右葉切除+肝外胆管切除術が施行された。20XX-1年11月に肝転移を認め、テガフル-ギメラシル-オテラシルカリウム (S-1療法) 100mg/日投与による化学療法が開始されたが、有害事象の出現に伴い中止された。手術後より高頻度マイクロナサテライト不安定性が確認されたことから20XX年10月よりPembrolizumab投与が開始されたが、11月下旬より下痢、血便の出現を認めた、12月に入院となった。大腸内視鏡検査では虫垂開口部および直腸に局限して顆粒状粘膜を認めた。病理所見は活動期のUCのように陰窩炎、陰窩腫瘍や杯細胞減少などであり、irAEとの鑑別は困難であった。UCの再燃を疑ったが、irAEの関連も考慮し、Pembrolizumabは投与を中止の上でBudesonideによる局所療法を開始し、腸炎症状は改善を認めた。20XX+1年1月のCTで転移は縮小が得られており、Pembrolizumabは有効と判断し投与を再開したが、投与後に再び下痢、血便の出現を認めた。Pembrolizumab投与を中止しPSL30mg投与を開始したが症状は改善せず、大腸内視鏡検査では直腸からS状結腸にかけて連続する血液の付着した粗造粘膜を認めた。20XX+1年7月よりUstekinumabを開始し、腸炎症状は改善を認めた。【考察】UC患者に合併した胆管癌に対してPembrolizumabを投与中に腸炎の増悪を認めた1例を経験した。Pembrolizumab におけるUCに対する影響は明らかではなく、本症例ではirAEとUC再燃の鑑別は困難であった。ICIのUCに与える影響については今後さらなる検討が必要である。

潰瘍性大腸炎, 免疫関連有害事象

13 C-ANCA陽性の潰瘍性大腸炎におけるチオプリン製剤による寛解維持率の検討

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科
倉田有菜, 松本留美衣, 岡山和代, 高添正和, 深田雅之

【目的】C-ANCA陽性の潰瘍性大腸炎(UC)は予後不良とされる。チオプリン製剤はANCA関連血管炎の維持治療に使用されるため、C-ANCA陽性UCの維持療法としても有効である可能性がある。今回我々はC-ANCA陽性UCにおける寛解維持療法としてのチオプリン製剤の有効性を検討した。【方法】当院において、2016年8月から2021年6月までの間に、活動期にC-ANCAが測定されたUC患者を対象に、寛解導入後に維持療法としてチオプリン製剤(生物学的製剤併用例は除外)と、チオプリン以外の治療を受けた患者群に分け、52週の寛解維持率を後ろ向きに検証した。【成績】対象は74例で、平均年齢43.3±19.0歳、男性51例(68.9%)であった。29例がC-ANCA陽性で、うち14例がチオプリンによる維持療法を、残り15例はチオプリン以外の維持療法を受けていた。C-ANCA陰性の45例のうち24例がチオプリン、21例がチオプリン以外による維持療法を受けていた。各群間で患者背景および再燃時のPartial Mayo Score(PMS)に有意差はなかった。寛解導入薬は、ステロイドが54例(72.9%)で、18例(24.3%)にカルシニューリン阻害剤が併用され、その他JAK阻害剤と5-ASA製剤が使用されていたが、各群間で差はなかった。C-ANCA陽性例でチオプリン非投与群の維持療法は、抗TNF α 阻害剤4例(26.6%)、ベドリズマブ2例(13.3%)、JAK阻害剤1例(6.6%)、5-ASAのみが3例(20.0%)であった。52週までの寛解維持率はC-ANCA陰性群が陽性群と比べて有意に高く、C-ANCA陽性群においてはチオプリン使用例が非使用例と比べて有意に高かった(HR: 0.23, 95%CI: 0.05-0.95, P=0.04)。【結論】C-ANCA陽性UCの維持療法として、チオプリン製剤は生物学的製剤を含む他の治療よりも有効であることが示唆された。

潰瘍性大腸炎, C-ANCA

14 潰瘍性大腸炎に対するトファシチニブの治療成績

町立小鹿野中央病院 内科¹⁾
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科²⁾
萩原拓哉^{1,2)}, 松本吏弘²⁾, 青山佳代子²⁾, 佐藤杏美²⁾, 小島 雄²⁾, 佐々木吾也²⁾, 坪井友里加²⁾, 松本圭太²⁾, 森野美奈²⁾, 小糸 隆²⁾, 三浦孝也²⁾, 坪井瑠美子²⁾, 石井剛弘²⁾, 大竹はるか²⁾, 吉川修平²⁾, 上原健志²⁾, 関根匡成²⁾, 浅野岳晴²⁾, 宮谷博幸²⁾, 眞嶋浩聡²⁾

【目的】低分子化合物であるトファシチニブ(Tofa)は、抗TNF- α 製剤に対して効果不十分、効果減弱症例への有効性が期待される。今回、当院での潰瘍性大腸炎(UC)に対するTofaの短期治療成績について検討した。【方法】2018-2021年に当院でTofaを導入したUC38例(男性27例、女性11例、平均発症年齢33±18歳、Tofa導入時年齢43±18歳、平均罹病期間9.0±10.0年)を対象とした。Tofa導入後のLichtiger's clinical activity index(CAI)および臨床的寛解率を評価し、Tofa導入前後で内視鏡検査を施行した16例において内視鏡スコア(UCEIS)を評価した。さらに長期成績として累積イベント回避率と累積継続率を解析した。【成績】病型は全大腸型33例、左側大腸炎型は5例であり、29例(76%)にBio製剤既往があり、その内訳は1剤/2剤/3剤=18/7/4であった。Tofa導入時および導入2週・4週・12週・24週・52週のCAIはそれぞれ9.2±3.4、6.1±2.8、4.7±2.8、3.6±1.9、3.7±2.8、2.6±0.6であった。Tofa導入2週・4週・12週・24週・52週の臨床的寛解率はそれぞれ27%、51%、57%、60%、62%であった。Tofa導入前後のUCEISはそれぞれ4.9±1.1、2.0±2.2であった(P<0.001)。累積イベント回避率は、1年77%、2年72%、3年64%でBio naiveとBio failureの2群間の比較では有意差を認めなかった。副作用および合併症は7例(18%)に発生し、帯状疱疹は2例(5%)に認め、重篤な症例はみられなかった。【結論】当科では8割近くの症例がBio failureであったが、短期および長期成績は良好であった。有害事象も許容される範囲内であり、特にBio failureに対しては切り札的な薬剤と考える。

潰瘍性大腸炎, トファシチニブ

15 肺血栓塞栓症、ニューモシスチス肺炎を併発した高齢発症、難治性潰瘍性大腸炎にトファシチニブが奏功した一例

順天堂大学 医学部附属 浦安病院 消化器内科

大槻祐大, 矢野慎太郎, 生駒一平, 神保泰久, 北澤詩子, 大川博基, 深見久美子, 中津洋一, 西慎二郎, 野元勇佑, 荻原伸悟, 降旗 誠, 北村庸雄, 長田太郎

【症例】70歳代男性、糖尿病と高血圧加療中に潰瘍性大腸炎(UC)と診断されメサラジンを内服していたが、下痢と血便症状が悪化したため当科受診となった。下部内視鏡検査(CS)で全大腸炎型MES 2の所見であった。ステロイドは忍容性が乏しいと判断し血球成分除去療法、ベドリズマブ(VED)を導入したが効果認めず、インフォームドコンセントの上、入院下で全身プレドニゾロン(PSL)の投与を行った。一旦は改善を認めるが減量により再燃。その後もウステキヌマブ(UST)に変更しても効果認めず。慢性持続の状態であった。症状悪化により手術も念頭に入院でインフリキシマブ(IFX)の導入加療を行ったところ深部静脈血栓症、肺血栓塞栓症を発症した。抗血栓療法で改善を認めていたが、両肺にすりガラス影を認めニューモシスチス肺炎も併発した。ST合剤により改善したが、UCは慢性持続の状態でも寛解へは至らなかった。循環呼吸状態改善後、外科的加療も考慮の上、トファシチニブ(TOF)の投与を行ったところ速やかに症状の改善を認めた。退院後6か月後のCSでは粘膜治癒が得られていた。【考察】JAK阻害剤であるTOFはその作用機序から感染症や貧血、血栓症、脂質異常症などの併発が想定され基礎疾患を有する高齢者には使用しにくいとされている。本症例は併存疾患を有する高齢発症の難治性UCで治療経過中に感染症や血栓塞栓症を発症しておりTOFの投与は困難と考えられたが、想定される有害事象に対し複数診療科での厳重モニタリングを行うことで寛解導入維持が可能であった。今後はTOFの継続または変更について考慮する必要があると考えている。【結論】生物製剤加療中に肺血栓塞栓症、ニューモシスチス肺炎を併発した高齢発症、難治性潰瘍性大腸炎に対しTOFが有効であった症例を経験した。

潰瘍性大腸炎, トファシチニブ

16 腹部超音波検査によるクローン病小腸狭窄病変の評価

成田赤十字病院 消化器内科¹⁾, 同 臨床検査部²⁾, 同 病理部³⁾, 同 外科⁴⁾
三輪千尋¹⁾, 万代恭史¹⁾, 高田知明¹⁾, 若松 徹¹⁾, 安井 伸¹⁾, 鹿島 励¹⁾, 福田和司¹⁾, 長谷川雄一²⁾, 河上牧夫³⁾, 近藤英介⁴⁾

【目的】クローン病において小腸狭窄病変は腸管機能を左右する重大な消化管合併症であり、その性質を評価することは治療の選択を検討する上で重要と考えられる。腹部超音波検査は簡便で侵襲性が低く、かつ消化管全層の情報が得られる。今回我々は、超音波検査を用い、クローン病小腸狭窄病変の質的評価を試みた。【方法】対象は当院で2016年12月~2022年2月に消化管超音波検査を行い、回盲部を含む小腸狭窄性病変の同定が可能であったクローン病17例とした。全例で最大血流速度を、12例でShear-wave速度を測定し、血清CRP、臨床活動性スコアとしてCDAI、臨床経過(罹病期間、生物学的製剤治療歴)との関連性について検討した。最大血流速度はドプラ法によって測定した5点の中央値を採用した。Shear-wave伝播速度はShear-wave-elastographyで測定した5点の中央値を採用した。8例は狭窄病変に対して手術を行っており、標本の血管増生や炎症細胞浸潤、線維化をCD31、CD79の免疫染色やマッサントリクローム染色を行い可視化し、画像解析ソフトで定量化を行った。染色範囲の定量化の結果を術前超音波検査での血流速度・Shear-wave速度と比較した。【成績】17例の狭窄部血流速度とCRP、CDAIには正の相関を認めたものの、12例のShear-wave速度とは相関が認められず、血流速度は疾患活動性を反映する一方でShear-wave速度とは独立した因子であることが示唆された。Shear-wave速度は罹病期間との相関は得られなかったが、インフリキシマブによる治療歴のある症例で高い傾向にあり、以前の強い活動性や治療歴を反映することが示唆された。手術症例では、血流速度の高い症例でCD31・CD79染色域が広範囲に認められたことから、血流速度が炎症活動性を反映すると考えられた。また、Shear-wave速度の高い症例ではマッサントリクローム染色域をより広範囲に認め、Shear-wave速度が組織の線維化を反映するものと考えられた。【結論】腹部超音波検査により同定された小腸狭窄病変は、ドプラ法とSWEを用いることにより、病変組織の炎症活動性と線維化の程度を推測できる可能性が示唆された。

クローン病, 腹部超音波検査

17 複数回の腸閉塞に家族性地中海熱が関与していると考えられた1例

横浜市立大学附属病院 消化器外科

岡野 栄由, 阿部 有佳, 澤田 雄, 清水 亜希子, 油屋 築, 高橋 智昭, 三宅 謙太郎, 藪下 泰宏, 本間 祐樹, 松山 隆生, 遠藤 格

症例は40代男性で特記すべき既往歴や家族歴はなかった。7年前に胆石症に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術施行した。その半年後に不明熱を認め、胆嚢管の遺残結石が感染源と考え、遺残胆嚢管切開切石術施行した。しかし発熱が持続し、遺伝子変異はないものの典型的な臨床症状より診断基準を満たし家族性地中海熱と診断した。術後繰り返す発熱と腹痛に対してコルヒチンと発作時のステロイド内服で対応した。胆嚢管結石摘出術後5年後に癒着性腸閉塞で入院した。イレウス管を挿入し、保存加療行ったが奏功せず、腹腔鏡下癒着剥離術、腸管切除術を施行した。術中所見では腸閉塞の原因となった大綱による索状物が小腸と強固に癒着しており、術後の癒着というよりも慢性炎症の存在が疑われた。術後病理所見で漿膜炎と一部の粘膜に炎症性変化がみられ、家族性地中海熱が腹痛や腸管の癒着に関与していると考えられた。経過良好で自宅退院となったが、その後も発熱と腹痛発作を頻回に認めた。その度にCTを撮像したが、腸閉塞は否定的であった。退院1か月後に激しい腹痛で受診し、絞扼性腸閉塞の診断で緊急手術を行った。術中所見では、腸間膜同士の癒着で形成された索状物による小腸の絞扼を認めながら、絞扼を解除したところ小腸血流は回復し、イレウス解除術のみで終了した。術後は高熱と炎症反応高値が持続したが、CTで腹腔内感染巣を認めず、家族性地中海熱の発作と考えブレドニゾン5mg頓用で経過をみた。退院後約1か月間腹痛発作を繰り返していたが、その後は軽快傾向となり、外来で経過観察中である。腸閉塞に家族性地中海熱が関与していると考えられた症例を経験した。また、術後繰り返す腹痛を来していたが絞扼性腸閉塞時には早期診断し、腸管切除を回避できた。

家族性地中海熱, 腸閉塞

18 若年男性の繰り返す発熱・腹痛から診断に至った家族性地中海熱の一例

横浜労災病院 消化器内科

利井辰光, 金沢憲由, 上野航大, 佐伯優美, 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, 関野雄典, 永瀬 肇

【症例】特記すべき既往のない32歳男性。家族歴なし。25歳から1-2か月に1回の頻度で一過性の発熱と腹痛を繰り返していた。30歳の頃から症状の頻度が2週間に1回程度にまで増悪したため、X-1年12月に近医を受診したが原因がわからず、精査・加療目的にX年1月に当科紹介となった。当初は炎症性腸疾患を考え、上下部内視鏡検査、カプセル内視鏡検査を施行したが有意な所見は得られなかった。その後、過敏性腸症候群としてポリカルボフィルカルシウムの内服を開始したが、症状の改善は認めなかった。単純CT検査にて虫垂遠位側に壁肥厚を有する腫大を認めたため慢性虫垂炎を疑い、診断的治療として、X年7月に腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。病理組織学的検査では慢性虫垂炎であったが、術後2か月で症状は再燃した。器質的疾患が除外されたこととこれまでの臨床経過から家族性地中海熱を疑い、X+1年1月より診断的治療としてコルヒチンの内服を開始したところ、その後3か月間症状の再燃なく経過している。さらに追加で行ったMEFV遺伝子変異検査ではexon10領域変異(M694I)を認めた。以上の臨床所見とMEFV遺伝子異常から家族性地中海熱の診断に至った。【考察】家族性地中海熱は稀な疾患ではあるが、わが国にも500名以上の患者が存在している。常染色体劣性遺伝の自己免疫性疾患とされているが、本症例のような孤発例もあり、繰り返す発熱、腹痛を認める症例において鑑別を挙げる必要がある。また、今後症状が再燃した場合にはコルヒチン抵抗例に対して適応となっているカナキマブの開始も検討される。家族性地中海熱の疫学や治療について、文献的考察を加えて報告する。

家族性地中海熱, 腹痛

19 6年間続く難治性下痢に対し、十二指腸・空腸観察により診断し得たセリアック病の1例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター¹⁾, 同 病理診断部²⁾

高橋正寛¹⁾, 佐々木亜希子¹⁾, 廣瀬晴人¹⁾, 上石英希¹⁾, 窪田 純¹⁾, 塩谷健斗¹⁾, 木村かれん¹⁾, 長山未来¹⁾, 西野敬祥¹⁾, 窪田ちひろ¹⁾, 眞一まこも¹⁾, 市田親正¹⁾, 増田作栄¹⁾, 内藤 航²⁾, 手島伸一²⁾, 小泉一也¹⁾

【症例】64歳, 男性

【主訴】慢性下痢

【現病歴】20XX-6年, 下痢, 腹痛を主訴に当院を受診。下部消化管内視鏡検査では明らかな異常所見を認めなかった。その後も5行/日の下痢が続き、20XX年1月に近医を受診。貧血, 血小板低下, 末梢血リンパ球高値を指摘され、当院を紹介受診された。

【既往歴/家族歴】特記事項なし。

【経過】血液検査では大球性貧血, 血小板 8.9 万/ μ Lと低下, リンパ球分画 72.9% と増多を認めた。腹部造影CT検査で上部空腸の浮腫と空腸間膜・傍大動脈領域に 10 mm弱のリンパ節腫大を複数認めた。上部空腸まで観察するためPCF-PQ260L(オリンパス社, 東京, 日本)にて施行した上部消化管内視鏡検査で、十二指腸, 上部空腸にびまん性に貝柱状, 網目状の粘膜とKerckring隆起の溝状陥凹, 絨毛構造の平坦化を認め、生検で絨毛萎縮, 陰窩の過形成, 上皮間に多数のリンパ球浸潤を認めた。小腸カプセル内視鏡検査では、十二指腸から回腸末端まで浮腫状で、絨毛の消失を認めた。これら内視鏡, 組織学的所見からセリアック病と診断した。抗組織トランスグルタミナーゼ(TTG)抗体高値, 本疾患の遺伝的要因であるHLA-DQ8を有していた。グルテン除去食開始後4週間で、下痢は2行/日に改善し、貧血と血小板値, リンパ球分画の改善を認めた。

【考察】セリアック病は遺伝的要因を有する者がグルテンの過剰摂取により消化器症状を呈する自己免疫性疾患であり、十二指腸から全小腸に進展するとされる。腸管の慢性炎症により腸管免疫連T細胞リンパ腫(EATL)など悪性リンパ腫, 小腸癌の発症が増加するとされ、グルテン除去食がその発症リスクを抑制し得るため、早期診断の意義は大きい。

【結語】原因不明の難治性下痢患者では、日本人であってもセリアック病を鑑別に挙げ、上部消化管内視鏡検査にて十二指腸や近位空腸まで観察・生検することが重要である。

セリアック病, 慢性下痢

20 治療に難渋した特発性蛋白漏出性胃腸症の一例

慶應義塾大学病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾

佐藤 萌¹⁾, 細江直樹²⁾, 水野里香¹⁾, 水上耀介¹⁾, 櫻井陽奈子¹⁾, 東條杏奈¹⁾, 清原裕貴¹⁾, 筋野智久²⁾, 高林 啓²⁾, 緒方晴彦²⁾, 金井隆典¹⁾

【症例】20歳代, 女性 【主訴】腹部膨満, 食思不振 【現病歴】X-2ヶ月より食思不振を自覚, 近医の精神科を受診し, 心因性を疑われていた。食事量摂取低下にも関わらず徐々に腹部膨満を認め, 体重増加もみられるようになった。近医産婦人科で経陰超音波検査を施行し, 腹水貯留を指摘され, 精査加療目的にX日に当院を紹介受診し, 同日加療目的に入院となった。各種検査を施行し, 蛋白漏出性胃腸症が強く疑われたものの, 原疾患となりうるような所見は認められず, 特発性蛋白漏出性胃腸症として加療する方針となった。抗SS-A抗体が陽性であったことからSjogren症候群やその他の原疾患の合併を考えたが, 確定診断には至らなかった。何らかの自己免疫機序を背景とした特発性蛋白漏出性胃腸症と考え, 初期治療としてプレドニゾン 30 mgの経口内服を開始した。血清アルブミン値は軽度上昇したが, 緩徐に低下した。そこでステロイドパルス療法(メチルプレドニゾン 1000 mg \times 3日間)を行ったが反応は乏しく, ステロイドだけでは不十分と考え, 栄養療法として中鎖脂肪酸調剤油を用いた中鎖脂肪酸食(MCT diet)を開始し, ミコフェノール酸モフェチル 1000 mg/日も併用し, 2000 mg/日まで増量した。アルブミンの上昇は認められたものの軽度であり, さらにヒドロキシクロキシン 200 mg/日を併用し, 400 mg/日まで増量した。徐々に血清アルブミン値の増加を認め, 3.5 mg/dLまで上昇が確認できたため, 第120病日に退院した。【考察】蛋白漏出性胃腸症に対する治療は原疾患に対する治療に加え, 栄養療法や对症療法を行うことが一般的である。原疾患は多彩であり, 原因がわからないことも少なくない。今回ステロイドだけでは改善が認められず, ミコフェノール酸モフェチル, ヒドロキシクロキシンを併用し, 改善した特発性蛋白漏出性胃腸症の一例を経験したため報告する。

特発性蛋白漏出性胃腸症, ミコフェノール酸モフェチル

横浜市立市民病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾

島村仁子¹⁾, 福田知広¹⁾, 羽田明海¹⁾, 前田倭空¹⁾, 加藤智尋¹⁾, 柴崎 裕¹⁾, 古田祐樹¹⁾, 和田直大¹⁾, 石野すみれ¹⁾, 友成悠邦¹⁾, 角田裕也¹⁾, 今村 諭¹⁾, 長久保秀一¹⁾, 諸星雄一¹⁾, 小池祐司¹⁾, 藤田由里子¹⁾, 小松弘一¹⁾, 望月康久²⁾

【症例】37歳女性【主訴】右下腹部痛【既往歴】13歳虫垂炎手術【家族歴】母：卵巣癌、子宮癌【現病歴】X年4月末頃より差し込むような下腹部痛を間欠的に認めた。近医の産婦人科や内科を受診するも診断がつかず、5月上旬に当科を紹介受診した。下腹部痛の増悪を認めたため、精査加療目的に入院となった。【入院時現症】腹部は平坦、軟で、右下腹部に自発痛および圧痛を認めた。反跳痛、筋性防御は認めず、腫瘍触知はしなかった。【検査結果】WBC5740/ μ l, CRP3.5mg/dl【画像検査】腹部・骨盤造影CT：骨盤内右側に内部に石灰化を伴う約3cmの腫瘍性病変と周囲脂肪織の軽度の濃度上昇を認めた。【入院後経過】第1日よりセフメゾール1g q12hrで加療を開始したが、下腹部痛の改善は認めなかった。外科とも協議の上、第5病日に診査腹腔鏡および腫瘍摘除術を施行した。回腸末端から約80cm口側に、小腸間膜側に腸管から連続して4cm大の弾性硬の腫瘍を認め、開腹下で切除した。13cm長の腸管で、口側端より3cmの腸間膜附着部側で分岐する4cm長3cm周径の重複腸管を認めた。重複腸管の首端部に壁肥厚した憩室を認め、重複腸管内には腸石が確認された。憩室の粘膜には胃基底腺組織がみられ、固有筋層を超える潰瘍及び漿膜下層に膿瘍形成を認めた。回腸消化管重複症に伴う重複腸管内腸石、重複腸管首端部憩室炎の合併と診断した。術後3日目から経口摂取を再開し、術後6日目に退院となった。その後は腹痛・炎症反応の改善を認め、再発なく経過している。【考察】重複腸管は出生4,500人に1人程度の発生頻度で認める比較的新疾患であるが、15歳以上で診断される症例は40%程度と比較的多い。診断の契機となる症状は腹痛(34%)、嘔吐(24%)、腹部腫瘍(17%)などがあり、多くは手術により確定診断となる。手術以外の方法では確定診断がつきづらく、重複腸管には消化管穿孔や悪性化のリスクがあると報告されているため、原因の明らかでない急性腹痛症において、本疾患を鑑別に挙げた際は、早期に手術を検討する必要がある。【結語】憩室炎を合併した回腸消化管重複症という稀な症例を経験した。

重複腸管, 成人発症

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,

昭和大学病院 内視鏡センター²⁾,

昭和大学 臨床病理診断学講座³⁾

野村英里佳¹⁾, 鈴木統大¹⁾, 菊池一生¹⁾, 中谷真也¹⁾, 藤原敬久¹⁾, 中島陽子¹⁾, 牛橋俊彦¹⁾, 石井 優¹⁾, 田川徹平¹⁾, 紺田健一¹⁾, 居軒和也¹⁾, 東條正幸¹⁾, 木原俊裕¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾, 片桐 敦¹⁾, 小西一男¹⁾, 山村冬彦²⁾, 村井 聡³⁾, 矢持淑子³⁾, 吉田 仁¹⁾

症例は80歳男性、既往に高血圧、逆流性食道炎、前立腺肥大を認める。20XX年1月に水様性下痢を主訴に近医を受診した。感染性腸炎を疑われ止痢薬、整腸薬にて加療を行われたが改善に乏しく、受診後一か月に当院当科を紹介受診となった。搬送時の血圧は64/41mmHgとショックバイタルであり、血液検査にて白血球18,200/ μ L, CRP 53.9mg/dL, 尿素窒素85.8mg/dL, クレアチニン6.31mg/dLと炎症反応高値と腎機能低下を認めた。腹部単純CTでは全結腸性に浮腫性の壁肥厚を認め、一部潰瘍形成を疑う不整像が認められた。感染性腸炎に伴う敗血症性ショック、腎前性腎不全と診断し、絶食、補液、抗菌薬、昇圧剤投与にて治療を開始した。第2病日にDIC score 5点となりDIC加療を開始した。第3病日より腹痛を認め、第4病日に診断目的に大腸内視鏡検査を施行した。肛門から直腸にかけてほぼ全域に黄白色の壊死性物質の付着を認めた。直腸より生検を行いnecrotic debrisより直接塗抹法にて栄養型アメーバを認めた。検査中に提出した糞便アメーバ検査でも直接塗抹法にてアメーバ栄養体が認められアメーバ性大腸炎の診断となった。同日よりメトロニダゾール750mg/日の投与を開始するも腹痛の改善が認められず、循環動態と酸化素化の増悪を認めた。第8病日に死亡し同日に病理解剖となった。肉眼所見では大腸粘膜全域に融解壊死と点状出血を認めた。組織所見にて粘膜上皮は広範に脱落し、固有筋層は菲薄化していた。検体内のnecrotic debrisより栄養型アメーバを多数認めた。死因はアメーバ性大腸炎による循環動態不全、多臓器不全の診断となった。アメーバ性大腸炎は一般的に予後良好な疾患であるがごく稀に劇症化を認め、多くが大腸穿孔を契機とする。劇症化の成因は明らかとされていないが、免疫不全状態にある場合は劇症化の危険率が増加するとされている。本症例は非免疫不全状態かつ大腸穿孔を伴わず非典型的な経過と考えられ、若干の文獻的考察を踏まえ報告する。

劇症型アメーバ腸炎, アメーバ腸炎

日本大学 医学部附属 板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾,

日本大病院 消化器内科²⁾

松本卓大¹⁾, 中山昌子¹⁾, 市島諒二¹⁾, 笠巻敬太¹⁾, 杉田知実¹⁾, 田村めぐみ¹⁾, 小椋加奈子¹⁾, 春田明子¹⁾, 後藤田卓志²⁾, 木暮宏史¹⁾

【症例】85歳女性【現病歴】9年前および8年前にも上部消化管内視鏡検査(EGD)、大腸内視鏡検査(CS)、カプセル内視鏡検査(CE)を施行したものの出血源がわからず経過観察となっていた。今回、肺炎の診断で他科に入院中に、暗赤色便を認め精査加療目的に消化器内科に転科となった。入院後、EGDを施行したが、出血所見は認めなかった。CSを施行したところ、大腸および直腸に出血源なく、回腸末端より血液流出を認め、小腸からの出血が疑われた。造影CTを施行したが、出血の原因となる異常はなかった。CEを行ったところ、十二指腸乳頭憩室に長く停滞してしまい、出血源を同定するには至らなかった。その後、一時血便は落ち着いていたが、再度血便を認めたため、緊急でCEを上部内視鏡にて憩室を越えて下行脚に深まで落とし込んで施行したところ、回腸後半よりから末端にかけて暗赤色から鮮血色の腸液を認め同部位での出血が考えられた。経肛門のダブルバルーン内視鏡を施行し、回盲末端から約30-40cmにangioectasiaからの活動性出血を認めた。APCで焼灼後、クリップ3個留置し、止血を確認した。止血処置後、血液検査で貧血の改善を認め、暗赤色便も認めず、退院となった。【考察】小腸出血の原因としては、angioectasiaなどの血管病変、NSAIDs起因性潰瘍、炎症性腸疾患などによる潰瘍性病変、癌やGIST、リンパ腫などの腫瘍性病変、メッケル憩室を含む小腸憩室が挙げられる。小腸出血疑いに対するCEの所見陽性率は40~60%と低いが、この症例では出血を認めた際の緊急的なCEでかつ停滞部位に深にカプセルを落とし込むことにより小腸出血部位が特定でき、ダブルバルーン内視鏡で回腸にangioectasiaを認め、止血するに至った。【結語】緊急小腸カプセルで小腸出血を同定でき、ダブルバルーン内視鏡により止血した1例を経験した。

angioectasia, 小腸カプセル

NTT 東日本関東病院 消化器内科

佐和田力丸, 根岸良充, 永江真也, 吉田孝一, 伊藤洋平, 竹内業緒, 高柳駿也, 木本義明, 加納由貴, 石井鈴人, 作野 隆, 小野公平, 港 洋平, 村元 喬, 大納 研

【症例】67歳、男性【主訴】腹痛【現病歴】X年に心窩部から下腹部正中にかけての間欠的な疼痛を自覚した。8日後に前医を受診し同部に軽度圧痛があり、採血とCT検査が行われた。軽度の炎症反応の上昇と小腸壁の線状の高吸収像、周囲に軽度の脂肪織濃度の上昇を認めた。発症数日前に中型魚(イナダ)の摂取歴があり、魚骨による小腸穿孔が疑われ当院外科へ紹介となった。【経過】受診時に腹膜刺激症状はなく、再度CT検査を行うと、小腸の魚骨は同様の位置に小腸壁を貫通する様に停滞していた。また、穿通している箇所には囊胞様構造を認め、下位小腸に位置していることからMeckel憩室と考えられた。腹腔内の遊離ガス像はなく炎症は限局していること、またMeckel憩室であれば好発部位の報告からも経肛門的に小腸鏡でのアプローチが可能と判断し、ダブルバルーン内視鏡による摘除を行う方針とした。回盲弁より約60cm箇所にて憩室があり、内部に刺入した魚骨を確認し、スネア鉗子を用いて尾側を把持し鉗子内に収納するように回収を行なった。刺入部はわずかな発赤が見られたが瘻孔は認めず、造影剤の漏出がないことを確認し終了した。術後、腹痛は消失し治療4日目退院となった。【考察】Meckel憩室に穿通し停滞した魚骨の除去には手術療法が選択されることが多い。医学中央雑誌でMeckel憩室の魚骨の刺入に対する内視鏡除去の報告は見られなかった。解剖学的に内視鏡でのアプローチが可能なMeckel憩室への刺入と考えられたこと、また腹膜炎の所見がないことから今回は内視鏡的な除去が有用であった。【結語】今回Meckel憩室に遺残した魚骨を、小腸内視鏡を用い摘出した1例を経験したので報告をする。

Meckel憩室, 魚骨

防衛医科大学 第二内科¹⁾、
防衛医科大学 病院 光学医療診療部²⁾
木本侑哉¹⁾、大黒拓磨¹⁾、菅原悠輝¹⁾、川端紘輔¹⁾、山下耕生¹⁾、
江崎航大¹⁾、石川博隆¹⁾、植田浩貴¹⁾、岡寄悠也¹⁾、高橋 駿¹⁾、
平田 大¹⁾、富岡 明¹⁾、西村弘之¹⁾、西井 慎¹⁾、溝口明範¹⁾、
東山正明¹⁾、富田謙吾²⁾、成松和幸²⁾、高本俊介²⁾、穂刈量太²⁾

【症例】60歳代男性【主訴】なし【既往歴】アルコール性肝硬変、2型糖尿病、脳出血、S状結腸膀胱腫瘍術後【現病歴】血便と出血性ショックで当院に救急搬送された。回腸末端異所性静脈瘤からの出血に対しEISにて止血し、再出血なく経過した。S状結腸吻合部にも異所性静脈瘤を認めており、門脈圧低下のためPSEを施行し外来で経過観察となった。退院1週間後の血液検査にてPT 94.6秒、APTT 170秒以上と著明な凝固能の低下を認めたため精査加療目的で入院となった。【経過】身体所見上は明らかな出血は認めなかった。腹部造影CTでは、回腸静脈からSMV流入部まで血栓性に完全閉塞していた。対症的にFFP投与を行うも凝固能はほとんど改善しなかった。クロスミキシング試験では上に凸のインヒビターパターンを示し、第V因子活性は3%以下と低下を認めたため、第V因子インヒビターによる自己免疫性後天性凝固第5/V因子欠乏症を第一に考えた。出血傾向は認めず緊急性はないことから、ステロイドパルスや血漿交換は行わず、PSL 30mg/日を開始したところ、PT/APTTは著明に改善した。PSL開始後7日目はPTは正常化し、12日目はAPTTも正常値まで改善した。治療開始後の造影CTでは回腸静脈からSMVの血栓はほぼ消失した。経過良好でありPSL開始後18日目に退院となった。【考察】自己免疫性後天性凝固第5/V因子欠乏症とは凝固第V因子の活性を阻害する自己抗体が出現し、第V因子活性が低下する病態である。症例数は多くないが、ウシ血漿由来トロンビン曝露が原因の症例が約3分の2程度で報告されている。止血とPSEに用いたヒストアクリルとゼラチンスポンジは原因とは考えにくく、止血時に散布したトロンビンが第V因子インヒビター出現の原因として考えられた。【結語】回腸静脈瘤治療後に生じた自己免疫性後天性凝固第5/V因子欠乏症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。

自己免疫性後天性凝固第V/5因子欠乏症、ウシ血漿由来トロンビン

肝細胞癌、全身化学療法

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
赤塚鉄平、神崎洋彰、中川美由貴、藤原希彩子、岩永光巨、
兒島隆大、興崎慧輔、井上将法、小林和史、叶川直哉、清野宗一郎、
中村昌人、近藤孝行、中川 良、小笠原定久、中本晋吾、山山良介、
千葉哲博、加藤 順、加藤直也

【症例】53歳男性【現病歴】アルコール性肝硬変を背景とする肝細胞癌に対し肝動脈化学塞栓療法、レンパチニブ、レゴラフェニブの治療歴がある。X年6月に前治療にて病勢進行を認め、アテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法が開始されていた。X年8月より蛋白尿の増加(2-3g/gCr)を認め、抗VEGF抗体薬であるペバシズマブの影響と考え、アテゾリズマブ単剤療法を継続していた。X年10月には体液管理に難渋するようになり、また右下肢蜂窩織炎にて入院加療を要した。X年11月より蛋白尿はさらに増加(6-8g/gCr)した。X+1年2月に再度右下肢蜂窩織炎を発症し、入院となったが、X+1年3月にスピロノラクトン内服(50mg/日)、トルバプタン内服(15mg/日)に加え、フロセミド持続静注(360mg/日)を要するほど体液管理に難渋するようになったため、当院腎臓内科と協議のもと、高選択性蛋白尿(selectivity index 0.18)であることから微小変異型ネフローゼ症候群を鑑別にステロイドを投与する方針となった。なお、腎生検はハイリスクと考え施行していない。ステロイドパルス療法(メチルプレドニゾン500mg3日間)後からプレドニゾン35mg/日にて加療した。X+1年4月には体液管理が良好となり、プレドニゾン30mg/日へ減量、および利尿剤もスピロノラクトン内服(50mg/日)、トルバプタン内服(15mg/日)、フロセミド内服(240mg/日)まで減量し、退院となった。X+1年7月には蛋白尿の改善(0.4g/gCr)を認めている。【考察】血管内皮細胞増殖因子(vascular endothelial growth factor: VEGF)に対するモノクローナル抗体であるペバシズマブの代表的な有害事象に蛋白尿が知られており、ネフローゼ症候群を認めることもある。ペバシズマブの有害事象で認める蛋白尿の大部分は休薬により改善するが、本症例は投与中止後もネフローゼ症候群に至るほど蛋白尿が持続した。一方、免疫チェックポイント阻害剤によるネフローゼ症候群も報告されており、本症例はステロイド投与が著効した点が興味深く、文献的考察を交えて報告する。

ペバシズマブ、ネフローゼ症候群

独立行政法人国立病院機構 千葉医療センター 内科
中屋義輝、長島有輝、荒川潤実、新行内綾子、西村光司、宮村達雄、
伊藤健治、阿部朝美、金田 暁、齊藤正明、多田 稔

【症例】74歳男性。【病歴】X-3年に肝細胞癌(S6 71mm)と非B非C肝硬変症(Child-Pugh分類5A)の診断となり、S6亜区域切除術を施行され、外科で経過観察中であった。X年9月に肝内多中心性再発(両葉にまたがる6病変、Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC) intermediate stage)をきたし当科紹介となった。TACEを施行したが、X年11月に施行した造影CT検査で治療効果は認められず、TACE不適と判断した。X+1年1月からアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法を5コース施行したところ、X+1年4月のMRI検査で部分奏功が得られ、BCLC early stage相当となった。X+1年4月に残存した2病変に対しRFAを施行し、以降肝内よりviable病変は消失した。X+1年5月に腫瘍マーカーの上昇があり、画像検査で左副腎転移の再発と考えられ、X+2年1月に左副腎摘出術を施行し、病理学的にも肝細胞癌副腎転移の診断となった。同手術後、腫瘍マーカーは正常範囲内で推移し、画像検査上も肝内・肝外ともに明らかな再発なく経過している。【考察】アテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法は高い治療効果が得られることで知られるが、本症例のように切除不能肝細胞癌に対するRFAや手術との併用に關してはいまだ十分なエビデンスはないと考えられ、報告する。

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科
西村安梨沙、深田浩大、岩野知世、壁村大至、坂川真由子、
伊嶋 浩、村上 敬、石川 大、藤澤聡郎、内山 明、丸山紀史、
富佐山浩志、永原章仁、池嶋健一

【症例】54歳 男性【主訴】なし(肝腫瘍精査目的)【既往歴】X-3年8月に急性膵炎発症。その後、膵尾部仮性動脈瘤に対して脾動脈コイル塞栓術施行。X-1年6月に膵仮性嚢胞に対してEUS嚢胞ドレナージ術施行。【現病歴】X年3月に上部消化管内視鏡検査で食道胃静脈瘤を認めた。精査のCTで門脈本幹閉塞を認めた。偶発的に肝S6に38mm大の低吸収腫瘍を認めたため精査とした。【経過】造影CTでは動脈相で濃染し、門脈相から後期相にかけて洗い出される古典的肝癌(HCC)様の所見であった。EOB-MRIでは動脈相で高信号、肝細胞相で低信号を示しHCC様の所見であった。また、主病変以外に肝内に同様の結節が多発していた。造影超音波では、肝S6の主病変は動脈相で濃染し、門脈相では均一で肝実質とはほぼ等エコーとなり、追加造影にて再濃染像を認めた。肝S5、S8にも同様の造影動態を示す結節性病変があり、肝内多発病変と診断した。HCCが疑われたが、背景肝に異常がなく、腫瘍マーカーの上昇もないことが非典型的であり、肝腫瘍生検を施行した。病理所見は類円形核と好酸球細胞質を有した腫瘍細胞が索状、小胞巣状に増殖しており、Synaptophysin、CromograninA、CD56が陽性であり、Ki-67指数は10%であった。HE染色および免疫染色の結果から、WHO分類(2010)で神経内分泌腫瘍(NET)G2と診断した。全身精査として上部・下部消化管内視鏡検査および超音波内視鏡検査を施行し、消化管や膵内に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。オクトレオスキャンでは肝内の病変に集積を認め、肝原発神経内分泌腫瘍・多発肝転移の診断とした。本症例は肝内多発病変であり外科的切除は困難。門脈本幹閉塞のため肝動脈塞栓術も困難なため診断後から分子標的薬を開始した。【結語】神経内分泌腫瘍の原発臓器として肝臓は稀である。画像検査および肝腫瘍生検で肝原発神経内分泌腫瘍の診断に至り分子標的薬で加療した症例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

肝原発神経内分泌腫瘍、分子標的薬

東邦大学 医療センター 大森病院 消化器内科¹⁾、
同 糖尿病・代謝・内分泌センター²⁾、同 病理診断科³⁾
小野拓真¹⁾、岩田俊太郎¹⁾、松井哲平¹⁾、南雲秀樹¹⁾、小林康次郎¹⁾、
荻野悠¹⁾、藤本愛¹⁾、伊藤謙¹⁾、和久紀貴¹⁾、岡野直樹¹⁾、
永井英成¹⁾、松田尚久¹⁾、五十嵐良典¹⁾、吉田有沙²⁾、岩田葉子²⁾、
吉川美久美²⁾、弘世貴久²⁾、栃木直文³⁾、渋谷和俊³⁾

症例は70歳台男性。意識障害を主訴に前医へ救急搬送され、低血糖の診断で加療された。前医の腹部造影CT検査で偶発的に肝S5-6に17cm大の巨大腫瘤、肺に多発腫瘤、腰椎L5に骨転移を疑う所見を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。初診時の血液検査では、AFP95.7ng/ml、PIVKA2 154040mAU/mlと異常高値を認め、肝腫瘤評価のため、腹部超音波検査、腹部造影CT検査を施行したところ、肝細胞癌に矛盾しない所見であった。飲酒歴は機会飲酒で、HBV、HCV、自己抗体陰性であり、背景因子は不明であった。また、当院へ紹介後も低血糖の遷延を認めた。低血糖の原因として、各種内分泌学的検査で副腎不全、下垂体前葉機能不全、およびインスリンノーマは否定的であった。薬剤性の低血糖も疑い副作用の可能性がある被疑薬を中止したが、低血糖は改善しなかった。その他の鑑別として、腫瘍産生由来の大量IGF-IIの低血糖への関与を疑い、非β細胞腫瘍性低血糖症(Non-Islet Cell Tumor Hypoglycemia: NICTH)を挙げた。超音波下肝腫瘍狙撃生検にて肝細胞癌の確定診断を得るとともにWestern immunoblottingにて大量IGF-IIが検出され、肝細胞癌に合併したNICTHと確定診断した。低血糖に対しては、50%ブドウ糖液の高カロリー輸液で血糖コントロールを開始したが、コントロール不良のため眠前の補食とデキサメタゾン0.5mgを開始したところ血糖値は安定した。肝細胞癌に対してはAtezolizumab+Bevacizumab療法を導入し、第23病日に退院とした。今回、低血糖による意識消失を契機に発見されたIGF-II産生肝細胞癌を経験した。原因不明の低血糖を経験した際は悪性腫瘍による低血糖も鑑別に入れるべきであり、文献的考察を加え報告する。

肝細胞癌, NICTH

地方独立行政法人東京都立病院機構 東京都立多摩北部医療センター 消化器内科
藤 佑樹, 北村倫香, 四宮 航, 柴田喜明, 小泉浩一, 山下信吾,
今里亮介, 高橋 豊

【症例】67歳男性。急性心筋梗塞の既往があり、クロピドグレル、バイアスピリン内服中で、数十年前の健康診断で胆嚢ポリープを指摘されていた。朝食後に右季肋部痛を自覚し、その後嘔吐したため救急外来を受診した。来院時血液検査で肝胆道系酵素上昇及び単純CTで総胆管下部に高吸収域を認め、急性胆管炎を考慮し抗菌薬治療を開始した。第3病日にMRCPを施行したところ、総胆管結石は認めないが、T1像で総胆管下部に軽度信号上昇を認めた。黄疸も増悪傾向であったため第5病日にERCPを施行しERBDステントを留置した。第6病日より食事再開としたが、第7病日に右季肋部痛、嘔気が出現し、第8病日に39℃台の発熱を認めた。血液検査で炎症反応および肝胆道系酵素の再上昇があり、造影CT検査で胆嚢腫大及び胆嚢内に血性成分を疑う高吸収域、胆嚢底部に胆嚢腫瘍を示唆する所見を認めた。胆嚢腫瘍からの出血に起因する急性胆嚢炎と診断し、同日緊急ERCPを施行し、ENGBDチューブを留置した。その後減黄良好で症状も速やかに消失した。ENGBD排液は血性であった。胆嚢腫瘍については消化器外科に転科し、第17病日に胆嚢床切除術を行ったところ、胆嚢内に3cm大の血腫を認め、内部に1.5cm大の桑実状の腫瘍を認めた。後日病理診断で胆嚢内乳頭状腫瘍であることが判明した。【考察】胆嚢内乳頭状腫瘍は、胆嚢癌の前癌・早期癌病変としてWHO消化器腫瘍分類2010に新たに記載された、非常に稀な組織学的に胆嚢内腔部に増殖する乳頭状腫瘍である。出血により急性胆嚢炎および閉塞性胆管炎をきたした例は未だ報告されておらず、その臨床的希少性から、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢内乳頭状腫瘍, 急性胆嚢炎

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
富永崇徳, 木下勇次, 古守知太郎, 赤須貴文, 中野真範, 鳥巢勇一,
猿田雅之

【症例】50代男性【主訴】腹痛【生活歴】飲酒歴は減酒し缶ビール1本/日を週2~3回程度。喫煙歴は10本/日【経過】X年9月に初発の急性膵炎で他院へ入院した。当時大量飲酒者であったが、その時点で膵炎の原因ははっきりしなかった。X+1年10月、心窩部痛を認め、当院へ救急搬送された。発症時に飲酒はなかった。採血でP-AMY 2207 U/Lの上昇、造影CTで膵実質の造影不良は認めず、前腎傍腔までの炎症波及からCT grade 1の軽症急性膵炎と診断し緊急入院とした。後日施行したMRCPで膵頭部に分枝型IPMNと考えられる20mm大の多嚢胞性病変を認めた。その他に副膵管が比較的目的目立つ印象であった。治療は大量補液のみで軽快した。膵炎の原因は、中性脂肪高値やIPMNの粘液栓による主膵管閉塞などを疑ったがはっきりとした原因を特定できず外来経過観察となった。しかし退院後約1年で3回の急性膵炎を繰り返した。いずれも高脂肪食摂取後に発症を認めていた。経過中にMRCPを3回撮影し、逆Z型の蛇行主膵管と、経時的なWirsung管径の狭細化とSantorini管径の拡張を認めた。さらに副膵管圧の上昇を示唆するSantoriniceleの出現が明らかとなり、incomplete type divisumに類似した病態への進行が考えられた。X+3年2月に副膵管の減圧目的に主膵管からランデブアアプローチで副乳頭切開と副膵管ステント留置を施行した。最終的に副膵管にPig tailカテーテル5Fr×8cmを留置し、ステント留置から10日後に7Fr×8cmのステントに入れ替えを行い、そこから12日後に抜去した。抜去後は脂肪食を摂取しても膵炎の再発がないことを確認し退院とした。退院後は脂肪食摂取後も膵炎の再発なく経過している。【考察】近年MRCPの普及により膵管走行異常を目にする機会は多くなった。その中で膵頭部蛇行主膵管は頻度の高い形状異形であり、特発性再発性膵炎との強い関連が示されている。今回、膵頭部蛇行主膵管にアルコールの後天的要素が加わり、膵液排出経路変更が起きた結果、膵管癒合不全に似た病態を生じたことが予想された。膵管走行異常と膵炎の関係を若干の文献的考察を加え報告する。

急性膵炎, 膵管走行異常

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
星野圭亮, 山本夏代, 久田裕也, 大島 開, 蒲生彩香, 坂井友里枝,
松本千慶, 篠原進太郎, 増田恵利香, 大武優希, 柳井俊香,
赤澤直樹, 横井千寿, 田中康雄, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例1】36歳女性。20XX年Y-3月、上腹部痛が出現。Y-1月前医での血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認め急性胆管炎の疑いで当院紹介となった。超音波内視鏡検査でφ3mmの結石を認め、胆管結石の診断となり、待機的に内視鏡的胆道結石除去を試みた。乳頭は口側隆起が粘膜下腫瘍様に膨隆しており、胆管挿管は不可能だった。超音波内視鏡下ランデブア法による胆管挿管のため超音波内視鏡を再検したところ、総胆管に結石は消失していたが、十二指腸筋層を越えた管腔側の胆管に嚢状の拡張を認めた。MRIでは乳頭部に嚢胞様構造が指摘され、総胆管嚢腫、戸谷分類typeIIIと診断した。【症例2】31歳の男性。以前より胆石を指摘されていた。20xx年Y-2月1週間続く右季肋部痛のため当院紹介受診となった。血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認め、造影CTでは総胆管内に結石像がみられた。内視鏡検査では、十二指腸乳頭の口側隆起が膨隆しており、超音波内視鏡では、十二指腸壁より管腔側の主乳頭近傍に5.5mm大の円形の高エコー領域を認め、総胆管嚢腫内の充滿結石が疑われた。以上より本症例診断は総胆管嚢腫、戸谷分類typeIIIの診断となった。【考察】今回、若年者2名の総胆管嚢腫の症例を経験した。総胆管嚢腫(戸谷分類typeIII)は先天性胆道拡張症の中で本邦では2%未満とまれな疾患である。嚢腫の超音波内視鏡診断に関する文献は少ない。乳頭部の十二指腸壁の嚢胞様構造や、境界明瞭な高エコーは嚢腫そのものや嚢腫内に充滿した結石を疑う特徴的な所見と考えた。若年者の再発性胆管炎の原因検索にEUSは有用であり、総胆管嚢腫を鑑別の一つとして挙げる必要がある。

総胆管嚢腫, 内視鏡診断

腹腔鏡下胆嚢摘出術後に結紮クリップが総胆管内に迷入した一例

秦野赤十字病院 消化器内科

菅 悠紀, 三浦雄輝, 鈴木伸吾, 池田彰彦, 田中克明

【症例】80歳男性【主訴】下腹部痛【既往歴】左単径ヘルニア【現病歴】20XX年9月総胆管結石性胆管炎の診断で当科に入院し、内視鏡的乳頭切開術（EST）・胆管結石除去術を実施した。胆嚢結石に対して、20XX年12月に当院外科で腹腔鏡下胆嚢摘出術（Lap. C）を実施した。術中所見では胆嚢はやや緊満し、浮腫状の壁肥厚所見を認めた。胆嚢動脈および胆嚢管をポリマー製結紮クリップ（Hem-o-lokクリップ）で結紮後切離して胆嚢を切除した。術中偶発症なく、術後経過も良好であった。半年後の20XX+1年6月に下腹部痛を自覚し、当科を受診した。血液検査、腹部超音波検査で特に異常所見はなかったが、腹部造影CTで遠位総胆管に9mm長の楕円形の高吸収域を認めたため、総胆管結石と診断した。20XX+1年7月に内視鏡的逆行性胆管腔造影検査（ERCP）を実施。造影では胆管内に透亮像を認めなかったが、バスケットカテーテルで結石除去操作を行ったところ、胆嚢時に使用された結紮クリップを摘出・回収した。術後ERCP後肺炎を合併したが、保存的に軽快したため入院20日目に退院した。【考察】結紮クリップの総胆管への迷入はLap. C術後の稀な偶発症であり、その報告のほとんどは金属製クリップの使用例である。迷入部位は総胆管が最多で、術前後の炎症が強かった場合や使用したクリップ数が多い場合には迷入をきたすリスクが高いと考えられている。本症例のようなポリマー製結紮クリップの迷入例は報告が少なく非常に稀であり、金属クリップと比較してX線透過性がやや高いため画像状胆管結石と誤認する可能性がある。結紮クリップの迷入リスクが高いLap. C術後例において、胆管結石の再発を疑う画像所見を認めた場合には、クリップ迷入を念頭に置き、適切な内視鏡操作を行うことで安全に除去可能であると考えられる。

結紮クリップ迷入, Hem-o-lokクリップ

造影CTで胆嚢捻転症の術前診断に至り緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

公益財団法人東京都医療保険協会 練馬総合病院 外科
青木優介, 徳山 丞, 山高 謙, 今井俊一, 飯田修平,
栗原直人

【はじめに】胆嚢捻転症は急性腹痛として稀な疾患ではあるが、血流障害により胆嚢壊死を呈し重篤な状態に陥るため、早期の診断および治療が重要である。今回、造影CTで術前診断し得た胆嚢捻転症による急性壊疽性胆嚢炎に対して、緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例を経験したので報告する。【症例】90歳、女性。発熱および食思不振を主訴に当院救急搬送された。腹部所見では右季肋部の圧痛を認め、血液検査では炎症反応上昇を認めた。腹部単純・造影CTで著明な胆嚢腫大および胆嚢の浮腫性壁肥厚を認め、胆嚢頸部で急峻な口径変化が見られた。胆嚢壁の造影効果は保たれており、また、胆嚢内に明らかな結石は認めなかった。以上より胆嚢捻転症による急性胆嚢炎の術前診断に至り、緊急で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中所見では、胆嚢は緊満し、胆嚢壁は暗赤色で著明なうっ血および血流障害を呈し、周囲に少量の血性腹水も認めた。胆嚢はCalot三角で時計回りに270度回転している状態であった。また、術中診断では、胆嚢は胆嚢管のみが肝下面に付着しており遊走胆嚢のGross分類2型と診断した。術後経過は良好で第5病日に外科は終診とし、併存疾患としての右大腿骨ステム周囲骨折に対して整形外科転科となった。病理組織学的診断にて、胆嚢壁は浮腫、うっ血、出血、壊死が顕著で高度の循環障害に陥っており、好中球の浸潤も認め、急性壊疽性胆嚢炎に陥った胆嚢捻転症であったと考える。【結語】急性胆嚢炎疑いに対して、腹部造影CTより胆嚢捻転症による急性胆嚢炎の術前診断が付き、早期に腹腔鏡下胆嚢摘出術を実施し得た1例を経験した。本症例につき若干の文献的考察を含め報告する。

胆嚢捻転症, 急性胆嚢炎

バレット食道腺癌に対してESDを施行し神経内分泌癌が混在していた1例

北里大学病院 消化器内科¹⁾,

北里大学医学部新世紀医療開発センター²⁾,

北里大学病院 病理部³⁾

野島彩希¹⁾, 石戸謙次¹⁾, 古江康明¹⁾, 渡邊見識¹⁾, 和田拓也¹⁾, 田邊 聡²⁾, 高橋博之³⁾, 草野 央¹⁾

80歳代男性。糖尿病、高血圧、高脂血症で近医に通院されていたが、HbA1c10%台と血糖コントロールが急激に悪化し、頻尿、口渇、体重減少(3kg/2ヶ月間)を認めたため、202X年12月当院内分泌代謝内科に紹介された。悪性腫瘍の精査で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、食道胃接合部(EGJ)に発赤調の病変を認めたため当科に紹介された。EGDでは、バレット食道(SSBE)を背景にEGJ3時方向に約15mmの発赤調の辺縁不整な扁平隆起があり、NBIでは、demarcation line陽性、irregular microvascular pattern、irregular microsurface pattern共にpresentであった。生検で高分化型管状腺癌(tub1)と診断され、CT上、明らかな転移を認めなかったため、術前診断 バレット食道腺癌、Type0-IIa、cT1a(M)、腫瘍径15mmに対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が施行された。病理組織学的所見は、バレット食道粘膜を背景に扁平隆起に一致して粘膜上皮から粘膜固有層、一部粘膜筋板にかけて不整な管状構造を示して増殖するtub1>tub2成分を認め、その深部にある粘膜固有層から粘膜筋板にかけてN/C比の高い異型細胞が充実性に密に増殖する像が認められた。充実性増殖成分はChromogranin A陽性、シナプトフィジン陽性、MIB-1 index20~30%、核分裂像2~3個/HPFから神経内分泌癌(NEC)と診断された。NEC成分は全体の1~2割程度であったため、NEC成分を有するバレット食道腺癌、Type0-IIa、13×9mm、pT1a-DMM、lv0、v0、pHM0、pVM0として一括完全切除された。ESDに伴う偶発症はなく退院され、追加手術や術後補助化学療法も検討されたが、80歳代と高齢のため患者、御家族は希望されず、慎重に経過観察する方針となった。ESD施行後1年2ヶ月経過しているが、転移再発なく、生存している。

バレット食道腺癌, 神経内分泌癌

通過障害を伴う臨床病期IVB食道癌に対する化学放射線療法の治療成績

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾,

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院²⁾,

京都大学医学部附属病院 腫瘍内科³⁾,

北里大学 医学部 新世紀医療開発センター⁴⁾

坂部勇太^{1,2)}, 古江康明¹⁾, 渡邊見識¹⁾, 和田拓也¹⁾, 石戸謙次¹⁾, 堅田親利³⁾, 田邊 聡⁴⁾, 草野 央¹⁾

【目的】ガイドラインによれば、通過障害を伴う臨床病期IVB食道癌においては、化学放射線療法または放射線療法が選択される。しかし、化学放射線療法の通過障害に対する治療効果や治療成績および予後予測因子は明確になっていない。そこで、臨床病期IVB食道癌に対する化学放射線療法の有効性と安全性を後方視的に検討した。【方法】2014年3月から2020年2月にかけて、Dysphagia Score (DS)が1点以上の臨床病期IVB食道癌に対して化学放射線療法を施行した症例を対象とした。栄養指標として、Prognostic Nutritional Index (PNI)、Modified Glasgow Prognostic Score (mGPS)を評価した。有効性と安全性として、放射線治療完遂率、DSが1点以上改善した割合、奏効率、病勢制御率、生存期間中央値、有害事象を評価した。【結果】対象症例は32例、男性28例(88%)、年齢中央値71歳(52~82)、PS0/1/2は5/27/0例であった。治療導入時の低体重(BMIが20未満)の症例は16例(50%)であった。PNI>45/PNI<45は19/13例、mGPS 0/1/2は18/6/9例であった。レジメンはCDDP+5-FU/CDGP+5-FU/CDDP+5-FU+DTXが13/15/4例、放射線照射線量は40.0/50.4/61.2Gyが11/17/4例で、放射線治療完遂率は100%であった。DSが1点以上改善した割合は59%(19/32例)、奏効率は69%(22/32例)、病勢制御率は72%(23/32例)、生存期間中央値は9.4ヶ月であった。Grade3以上の有害事象は好中球減少53%(17/32例)、発熱性好中球減少16%(5/32例)であった。単変量解析の結果、治療導入時の低体重、PNI<45、mGPS<1で有意差を認めた。多変量解析の結果、治療導入時の低体重(HR 4.20, 95%CI: 1.54~11.59, p<0.05)は、生存期間中央値に関連する独立した因子であった。【結語】通過障害を伴う臨床病期IVB食道癌に対して、化学放射線療法を実施することにより、通過障害が改善する症例は多く、治療導入時の低体重の有無は予後の予測に貢献する可能性がある。

臨床病期IVB食道癌, 予後予測因子

37 食道術後再建胃管の左内胸動脈に穿通した出血性胃潰瘍の1例

北里大学メディカルセンター 消化器内科¹⁾、同 放射線科²⁾
野村奈央¹⁾、北原 言¹⁾、岡田武倫²⁾、黒須貴浩¹⁾、金子 亨¹⁾、
大塚俊和¹⁾、田原久美子¹⁾、渡邊真彰¹⁾

【症例】73歳、男性。【主訴】意識消失。【現病歴】20XX-17年に食道癌に対して食道全摘+胃管再建術（胸骨後経路）を他院で施行されている。20XX年に一過性の意識消失がみられたため当院救急外来へ搬送された。搬送時点で頻脈・黒色便を認め、血液検査で貧血を認めたため、上部消化管出血が強く考えられ、緊急で上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行した。初回のEGDではA1 stageの胃潰瘍を2か所に認めたが活動性出血は無いため、止血処置はせず、終了し入院となった。入院後の輸血に対するHbの上昇が悪く、第3病日に吐血したため再度2回目のEGDを施行した。この際のEGDでは前回指摘された胃潰瘍から活動性の出血を認めたものの、再建胃管で視野確保が困難となり出血点が同定困難であった。そのため、Interventional radiology (IVR)による治療へと移行した。しかし、腹腔動脈からのdigital subtraction angiography (DSA)では明らかな出血源は指摘できなかった。自然止血が得られたものと判断し、塞栓術は行わずに終了となった。その後、第4病日に再度吐血がみられ、出血点を同定するために頸胸部から改めて造影CTを撮影したところ、再建胃管の腹側を伴走する左内胸動脈に仮性瘤が認められた。この仮性瘤が責任病変と考えられたため、直接2回目のIVR治療を施行した。左鎖骨下動脈から左内胸動脈にアプローチしてDSAを行ったところ、術前CT画像の通り、左内胸動脈遠位に2mm超の仮性瘤を認めNBCAを用いて塞栓術を行った。第7病日から食事を再開し第20病日に再出血なく退院となった。【考察】本症例は食道癌に対して食道全摘術+胃管再建後で、通常の胃潰瘍出血で認められるような腹腔動脈の枝からの出血ではなく、近傍を走る内胸動脈が責任病変であった。術後の消化管出血については解剖学的な理解が重要であることを経験した貴重な症例であったため、若干の文献的考察を加え報告する。

胃潰瘍、術後再建胃管

39 吐血を契機に発見された胃有茎性hamartomatous inverted polypの1例

東京労災病院 消化器内科
高橋伸太郎、西中川秀太、平泉泰翔、井上楠奈子、嵐山 真、
折原慎弥、渡辺浩二、吉峰尚幸、乾山光子、大場信之

【症例】49歳女性【主訴】吐血【現病歴】202X年5月黒色嘔吐を認めたため、当院救急外来を受診した。Hb 8.6 g/dl、MCV 74.7 flと貧血を認め、上部消化管出血が疑われたため入院した。【入院後経過】上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行し、胃体中部大弯に20mm大の発赤調の有茎性ポリープを認めた。出血や露出血管は認めなかったが、頂部に潰瘍形成があり、貧血の原因と考えられた。入院後徐々に貧血の進行を認め、赤血球濃厚液を合計4単位投与した。プロトンポンプ阻害薬を投与し、入院第4病日EGDを再検し、潰瘍は縮小していた。また超音波内視鏡検査（EUS）では、第3層を主座とする高エコー域と多房性の無エコー域を認めた。茎部には太い穿通血管を認めず、輸血を要する貧血をきたした病変であるため、内視鏡的粘膜切除術（EMR）の方針とした。入院第11病日にEMRを施行した。病理所見では粘膜を構成する多数の腺組織が嚢胞状に拡張しながらdown growthしており、粘膜筋板を含む領域も認めることから、hamartomatous inverted polyp (HIP) と診断された。術後合併症なく、貧血も改善したことから第16病日に退院となった。以後、貧血の進行なく経過している。【考察】HIPは、組織学的に、粘膜下層を主座として異所性腺管が增生し、嚢胞状に拡張した腺管や樹枝状の平滑筋増生を認める病変と規定されている。EUSでは第2、3層を主座とした多房性あるいは単房性の嚢胞様構造として描出されることが特徴的な所見である。医学中央雑誌において会議録を除く「胃」hamartomatous inverted polyp」をキーワードに検索すると38例を認めた。その中で出血が発見契機となった症例は認めなかった。胃HIPについて文献的考察を踏まえ報告する。

hamartomatous inverted polyp, 吐血

38 内視鏡的切除にて止血し得た胃異所性腺の一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科
伊藤洋平、高柳駿也、永江真也、古田孝一、竹内菜緒、木本義明、
加納由貴、石井鈴人、作野 隆、根岸良充、小野公平、港 洋平、
村元 喬、大圃 研

【背景】胃異所性腺は胃粘膜下腫瘍の中で平滑筋腫に次いで多く認められ、大半が無症状である。今回我々は、出血を伴う胃異所性腺に内視鏡的切除した一例を経験したので報告する。【症例】30歳男性。20XX年6月前夜に心窩部痛精査のために施行された上部消化管内視鏡検査（EGD）で、胃角部大弯に20mm大の頂部に陥凹を伴う粘膜下腫瘍様隆起、その口側近傍に潰瘍を認め、精査目的に当院に紹介された。超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）では、病理組織学的に胃粘膜と腺房組織の鑑別が困難であり、確定診断には至らず経過観察となった。20XX+3年10月に黒色便と貧血（Hb 8.8 g/dl）を認め、緊急内視鏡検査を施行した。胃角部大弯の既知の粘膜下腫瘍様隆起は垂直方向に増大傾向を認め、その口側の潰瘍は癒着化していたが、頂部に潰瘍を伴っており、露出血管から出血を認め焼灼止血した。超音波内視鏡検査では第3層に限局する境界明瞭、内部エコーは不均一な腫瘍像を呈していた。再度EUS-FNAを行い、腺房組織を認め異所性腺と診断した。再出血予防目的に内視鏡的治療を予定していたが、患者の希望で経過観察となっていた。20XX+4年8月に再度黒色便と貧血（Hb 9.5 g/dl）を認め、同病変はさらに垂直方向に増大し有茎性病変となり、頂部に潰瘍を伴っておりポリペクトミーを行った。病理組織学的には、粘膜下層に限局するLangerhans島や腺房細胞、導管を認め、Heinrich 1型の異所性腺と診断した。同年12月のフォローのEGDでは治療部位は癒着化し、再発や遺残を認めなかった。術後11ヶ月現在、貧血の進行なく経過している。【考察】本症例では形態変化を伴う異所性腺の頂部や口側近傍に潰瘍形成しており、蠕動運動による機械的刺激や局所の腺炎、アルカリ分泌によるガストリンの増加などが潰瘍形成の原因と考えられた。粘膜下層に限局する異所性腺を術前診断し、内視鏡的に完全摘除することで、再出血なく経過していることから、出血を伴う胃異所性腺に対する内視鏡的切除は有効な治療法の1つと考える。

異所性腺, 出血

40 LECS（腹腔鏡・内視鏡同胃部分切除術）で切除し得た胃glomus腫瘍の1例

国立研究開発法人 国立国際医療研究センター病院 消化器内科¹⁾、
山中科²⁾、同 病理診断科³⁾
山中将弘¹⁾、柳井優希¹⁾、横井千寿¹⁾、久田裕也¹⁾、大島 開¹⁾、
蒲生彩香¹⁾、坂井有里枝¹⁾、星野圭亮¹⁾、松本千慶¹⁾、篠原進太郎¹⁾、
増田恵利香¹⁾、大武優希¹⁾、赤澤直樹¹⁾、山本夏代¹⁾、秋山純一¹⁾、
八木秀祐²⁾、榎本直記³⁾、野原京子²⁾、山田和彦²⁾、猪狩 亨³⁾

【症例】37歳女性【主訴】なし（胃粘膜下腫瘍精査）【既往歴】33歳：子宮筋腫（腹腔鏡下筋腫核切除術後）【病歴・経過】検診の上部消化管造影検査で胃隆起性病変を指摘され、前夜で上部消化管内視鏡検査を施行した。胃前庭部後壁に30mm大の粘膜下腫瘍を認め、当科を紹介受診した。造影CTでは早期相で内部に強い造影効果を伴い、後期相でも造影効果が遷延した。所属リンパ節腫脹や遠隔転移は認めなかった。EUSでは第4層由来の境界明瞭な低エコー腫瘍として認められ、内部はやや不均一であり高エコー領域や石灰化を認めた。EUS-FNABでは比較的均一な類円核を有する腫瘍細胞の増生が見られ、血管も豊富に観察された。免疫染色では、SMAが陽性、synaptophysin、S-100、CD56、CD34、cytokeratin (AE1/AE3)、chromogranin Aが陰性であった。胃glomus腫瘍と診断し、LECSを施行し病変を切除した。切除標本では肉眼的に21×18 mm大の乳白色充実性腫瘍を認めた。細胞異型は軽度で核分裂像は見られず、Ki67標識率は2%程度、断端は陰性であった。【結語】胃glomus腫瘍は胃の間葉系腫瘍の1%程度とされており（平田ら、2019）、比較的稀な疾患である。近年ではEUS-FNABを用いて術前診断された報告が散見される。腫瘍表面に潰瘍を形成し出血をきたす例や、稀ではあるが悪性の例も報告あり、腹腔鏡下胃局所切除やLECSなどの治療が行われている。今回、EUS-FNABにより術前に胃glomus腫瘍と診断し、LECSによる切除を行った1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

胃glomus腫瘍, 胃粘膜下腫瘍

41 化学療法中断後、長期間無治療で生存した類上皮型GISTの一例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター¹⁾、同 外科²⁾、同 腫瘍内科³⁾、同 病理診療科⁴⁾
塩谷健斗¹⁾、佐々木亜希子¹⁾、村田宇謙²⁾、澤木 明³⁾、上石英希¹⁾、廣瀬晴人¹⁾、窪田 純¹⁾、木村かれん¹⁾、西野敬祥¹⁾、長山未来¹⁾、隅田ちひろ¹⁾、市田親正¹⁾、増田作栄¹⁾、眞一まこも¹⁾、小林正宏¹⁾、小泉一也¹⁾、内藤 航⁴⁾、賀古 眞¹⁾

【症例】44歳女性。【現病歴】202X年4月上旬から労作時に呼吸困難感を自覚した。近医を受診し、胸部単純X線検査で胸水貯留を指摘されたため、精査加療目的に同日当院を受診した。血液検査上Hb2.0g/dLと著明な貧血と、腹部造影CT上胃体下部から幽門部にかけて著明な壁肥厚と肝臓に多発する腫瘍影を認めた。胃癌及び転移性肝腫瘍の疑いで同日緊急入院した。【経過】上部消化管内視鏡検査を行ったところ胃角部から前庭部にかけて頂部に潰瘍面を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。病理組織学的には免疫染色でKIT陽性、CD34陽性であり、胃原発類上皮型消化管間質腫瘍(GIST)多発肝転移の診断となった。化学療法を開始する方針としたが、輸血と鉄剤投与のみでは貧血のコントロールが困難であり、出血コントロール目的に開腹幽門部胃切除を行い、イマチニブ投与を開始した。治療開始後に、患者より他院で過去にGISTの診断を受け化学療法を行っていたが、通院を自己中断していたとの申し出があった。前医によればGISTに対してイマチニブ投与を行っていたがPD(Progressive Disease)となり以後4年間無治療であったことが判明した。そのためイマチニブを中止し、二次化学療法としてスニチニブを開始し、その後有害事象なく経過している。【考察】胃GISTは比較的稀な腫瘍で、多くは穹窿部から体上部に好発するが、本例では前庭部に発生したことから胃癌との鑑別を要した。本例はリスク分類では高リスクであるが、比較的予後が良いとされる類上皮型GISTであり、前医一次治療でPD後も長期間無治療で生存している。好発部位や予後に関する通常GISTとの相違点について、文献的考察を含めて報告する。

GIST, 化学療法

42 H. pylori除菌により寛解し得たびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)の一例

新松戸中央総合病院 消化器肝臓科¹⁾、同 血液内科²⁾、獨協医科大学 埼玉医療センター 病理診断科³⁾
逆井章吾¹⁾、清水晶平¹⁾、柏村 眞²⁾、尾崎英莉¹⁾、奥座喜一郎¹⁾、米澤 健¹⁾、伊藤禎浩¹⁾、井家麻紀子¹⁾、安部 宏¹⁾、加藤慶三¹⁾、伴 慎一³⁾、遠藤慎治¹⁾

【緒言】胃原発悪性リンパ腫は、筋外性粘膜関連リンパ組織辺縁帯B細胞リンパ腫(MALTリンパ腫)とびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)が殆どを占める。胃MALTリンパ腫の治療はH. pylori除菌療法であるのに対して、胃DLBCLでは(放射線併用)化学療法が推奨されている。今回我々は除菌療法により寛解が得られた胃DLBCLを経験したので報告する。【症例】81歳女性【主訴】上腹部不快感【現病歴】1か月ほど前から上腹部不快感を認め近医を受診した。症状改善しないため精査・加療目的に当科へ紹介となった。【血液検査所見】H. pylori IgG抗体陽性以外に特筆すべき異常なし【臨床経過】上部消化管内視鏡検査(EGDS)を行ったところ胃角部小弯を中心に潰瘍性病変を認めた。良性潰瘍以外に悪性リンパ腫や胃癌等を念頭におき潰瘍辺縁より生検を行った。初回の病理診断は悪性リンパ腫疑いであった。内視鏡再検査による確定診断までに時間がかかることに加えて、高齢のため化学療法等の侵襲的な治療を受けることは困難と判断して、除菌療法を先行した。第22病日に施行した2回目のEGDSで潰瘍は著明に縮小していた。再生検を行ったところ、診断は悪性リンパ腫で組織型はDLBCLであった。第88病日に施行した3回目のEGDSでは、潰瘍は瘢痕化しており、組織学的に完全寛解が得られていた。【考察】H. pylori陽性の限局期DLBCLであれば30~60%で除菌により寛解が得られるとの報告がある。腫瘍浸潤が粘膜下層までであれば寛解率は85%以上とも言われている。本症例では、内視鏡像及び造影CTより、少なくとも固有筋層以深の深い病変ではないことが推測され、除菌治療による寛解が期待できる症例であった。高齢者に除菌治療を先行させたことで、組織学的に寛解が得られた胃DLBCLの貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。【結語】H. pylori陽性の限局期DLBCLの治療において、特に高齢者や身体的・精神的・社会的に脆弱な患者に対しては、低侵襲である除菌療法が治療オプションの一つになり得ると考えられた。

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫, H. pylori

43 胃ESD術中穿孔に対するOTSCを用いた内視鏡的小網充填術の1例

藤沢市民病院 消化器内科¹⁾、横濱市立大学 消化器内科学教室²⁾
比嘉愛里¹⁾、福地剛英¹⁾、相馬 亮¹⁾、野崎公雄¹⁾、小俣亜里沙¹⁾、石川俊太郎¹⁾、春山芹奈¹⁾、中村洋介¹⁾、近藤新平¹⁾、林 公博¹⁾、合田賢弘¹⁾、安藤知子¹⁾、岩瀬 滋¹⁾、前田 慎²⁾

【背景】胃内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が普及した現在では、術中穿孔に対する内視鏡的閉鎖手技の習熟は不可欠である。しかしながら比較的大きな全層性の穿孔を閉鎖することは従来のクリップでは困難なことが多い。今回、治療後癒痕近傍早期胃痛に対するESD術中穿孔に対しOver-The-Scope Clip (OTSC)を用い内視鏡的に完全縫縮し得た一例を経験したため報告する。【症例】73歳男性。胃ESD後(cCuraA)の経過観察目的の上部内視鏡検査で胃角小弯に長径約5mm大の表面陥凹型病変を近接して2カ所に認め2病変一括切除の方針とした。病変部の後壁側に前回治療部の広範囲なESD癒痕を認め、切開剥離ラインに癒痕が含まれた。癒痕部の剥離終盤に操作に伴い偶発的に筋層損傷を認め、15mm大の全層性の穿孔が確認され、腹腔内の脂肪織(小網)が観察された。迅速に剥離を進め病変を一括切除した後にOTSCを用いて穿孔部位の完全縫縮を試みた。ツイングラブを用いての欠損部の引き込みは創面の硬さが影響したため断念し、吸引法に切り替え小網をしっかりと引き込みOTSCで全層縫合することが可能であった。縫縮部周囲の創面をポリグルコン酸(PGA)シートで被覆し、通常クリップで固定・筋層を補強し終了とした。術直後CTでは中等量のフリーエアを認めたが、外科と協議のうえ保存的加療の方針となり経過良好として第12病日に退院となった。最終病理診断ではcCuraAの診断となり、その後OTSCも自然脱落し内腔狭窄や再発なく経過している。【考察】通常のクリップでは縫縮困難な全層性の穿孔に対してOTSCは外科手術を回避できる手技として有用である。しかしながら創面が硬い場合や筋層を引き込むことが困難な場合などには、工夫が必要であると考えられる。【結語】胃ESD術中穿孔においてクリップ閉鎖困難である場合にOTSCによる吸引法での縫縮が奏功する可能性が示唆された。

胃ESD術中穿孔, 内視鏡的小網充填術

44 胃ESD後遅発性穿孔に伴う腹腔内膿瘍に対し、穿孔部を閉鎖せず保存加療ができた一例

NTT 東日本関東病院 消化器内科
永江真也、木本義明、佐和田力丸、古田孝一、伊藤洋平、竹内業緒、高柳聡也、加納由貴、石井鈴人、作野 隆、根岸良充、小野公平、港 洋平、村元 喬、大井 研

【症例】74歳男性【現病歴】近医で前庭部後壁18mm大の早期胃癌(生検：印環細胞癌)を指摘され、治療目的に当院紹介。精査内視鏡検査での陰性生検も含めた範囲診断の上で内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した(切除標本86×48mm/施行時間106分)。術中合併症はなく、POD1に発熱を認めたものの腹部所見は乏しく全身状態は安定していた。POD2に限局した軽度の腹痛があり、CTで網膜内の遊離ガスと限局した脂肪織濃度上昇を一部認めた。出血も示唆されたため施行した上部内視鏡検査では、ESD後潰瘍底に小穿孔を認めたが、後腹膜の裏打ちを有する穿通の状態であった。腹膜刺激兆候もなく全身状態も安定している小穿孔であったため、膿瘍の遷延を回避するため穿孔部位を閉鎖せず絶食抗菌薬での保存加療を選択。POD5のCTでは膿瘍は被包化しており周囲への波及なし。POD7のCTでは膿瘍は著明に縮小し、上部内視鏡検査で穿孔部の閉鎖確認し食事再開、その後炎症再燃なくPOD14退院となった。【考察】胃ESD後遅発性穿孔は、腹膜炎を認める症例では外科手術が原則である。しかし腹膜炎を認めない穿孔では内視鏡的閉鎖での保存加療の報告も散見される。本症例でも腹部所見は乏しく全身状態も保たれており、さらには穿孔サイズも小さく後腹膜側への穿通に留まっており、膿瘍は被包化により限局していた。よって胃内とのみ交通していると考え、膿瘍から胃内への自然ドレナージを期待し、穿孔部は閉鎖せずに開放することで結果として治療後14日目の退院となった。穿孔部開放でのドレナージで早期食事開始、入院縮短となった可能性が示唆された。腹膜炎を認めない胃ESD後遅発性穿孔に伴う腹腔内膿瘍では、治療部位や穿孔径によっては穿孔部を閉鎖せず、開放しておくことで自然ドレナージが得られ膿瘍の治療期間を短くできる可能性が示唆された。

ESD後遅発性穿孔, 腹腔内膿瘍

桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院 内科
相川 崇, 飯田智広, 根岸 駿, 吉山 敦

【緒言】胃カンジダ症の症例を内視鏡所見と共に報告する。【症例】77歳男性。主訴: なし(胃透視検査異常)。既往歴: 肺大細胞癌手術化学療法後、陰囊パジャット病術後、虫垂炎術後、糖尿病、*Helicobacter Pylori*除菌後。定期内服薬: レバミピド、シタグリブチン、シロドシン、アセトアミノフェン、エベリゾン、現病歴: 当科受診4年前に右上葉肺癌(LCNEC, pT2bN1M0, pStageIIB, UICC8th. ed)に対して胸腔鏡下右上葉切除術ND2a-1郭清術を受けた。その後CDDP+CPT-11を4コース受け、再発の所見はなかった。健診の胃透視検査で異常陰影を指摘され、当科を受診した。上部消化管内視鏡検査では胃体上部大弯後壁寄りに頂部陥凹を伴う20mmの隆起があった。頂部は白苔で被覆され、送水で除去することが困難であった。隆起の立ち上がりは急峻で正常粘膜と連続性が見られた。同様の性状の隆起性病変(胃体下部大弯, 5mm)があり、いずれも粘膜下腫瘍様・耳介様を呈することから悪性リンパ腫および転移性腫瘍を疑い、各病変の陥凹部から生検を行った。組織標本では慢性炎症性変化と壊死物質がみられ、PAS染色では酵母様真菌と仮性菌糸がみられた。グロコット染色が陽性で、形態からCandida症と診断した。カンジダ血症に準じてフルコナゾール100mg/日の内服を開始した。1ヶ月間内服したのちに内視鏡検査を行ったところ、胃粘膜の隆起は縮小し頂部の陥凹は癒着化していた。再度生検を行ったが、菌体は見られなかった。【考察】カンジダは粘膜常在菌であり、内視鏡検査では口腔内や食道で見られることが多い。一方、胃カンジダ症は悪性腫瘍や糖尿病などの基礎疾患のある患者あるいは免疫不全のある患者に発症し、萎縮性胃炎や制酸薬内服によって胃内が低酸状態となることが発症に関与すると考えられている。また、潰瘍や粘膜下腫瘍様を呈する形態的な特徴から悪性腫瘍との鑑別を要するといえる。

胃カンジダ症, gastric candidiasis

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科
土居楠太郎, 坂部勇太, 久保田陽, 北川博之, 菊地秀彦, 西山 竜

水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV)感染症の一部に、一般の鎮痛薬が無効である激しい腹痛を生じる内臓播種性VZV感染症が知られているが、腹痛が皮疹に先行する症例の場合は診断に苦慮することが多い。今回われわれは心窩部痛が皮疹に先行し認められた成人水痘の1例を経験したので報告する。【症例】66歳、女性。心窩部痛を主訴に近医を受診後も症状改善なく、当院救急外来受診となった。腹痛に対しアセトアミノフェン、ペンタゾシンを静注したが改善なく精査加療目的で入院となった。血液検査は軽度CRP高値を認めるのみであった。腹部CT検査では、便の貯留を認めるも痛みの原因を示唆する所見は得られなかった。第2病日前胸部、背部、手指に水疱を伴う発疹が散在していることに気づいた。第3病日の血液検査で異型リンパ球の出現を認めたため、ウイルス感染症を疑い精査を行った。VZV IgG抗体が著明に高値であったが、VZV IgM抗体は陰性であった。第4病日皮膚科に診察依頼し、水痘と診断されアシクロピルの点滴加療を開始した。第6病日にVZV IgM抗体再検したところ陽性となった。第7病日皮疹は痂皮化した改善したが、腹痛は改善も残存したため、神経障害性疼痛に対しミロガパリンベシル酸塩を投与したところ、腹痛の改善認め、第14病日に退院となった。

水痘, 腹痛

慶應義塾大学 医学部 外科学(一般・消化器)
中尾篤志, 中村理恵子, 竹内優志, 松田 諭, 福田和正, 川久保博文, 北川雄光

症例は56歳男性。心窩部違和感の精査で施行した近医の上部消化管内視鏡で十二指腸球部粘膜下腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。当院での上部消化管内視鏡精査にて胃前庭部前壁側から十二指腸球部内側にかけて30mm大の粘膜下隆起を認め、十二指腸球部側の病変の粘膜は発赤調で易出血性であった。超音波内視鏡検査では第4層と連続する低エコー領域として描出され、GISTが疑われたが、CTにて、十二指腸球部に壁内の低吸収域と壁内から内側の腸管外へと連続する約3cm大の線状の高吸収域構造を認めた。線状の高吸収域構造は魚骨などの異物と考えられ、穿通による十二指腸壁内の膿瘍形成、炎症性肉芽腫の診断となり、腹腔鏡下異物除去術を行う方針となった。術中所見では、十二指腸球部周囲に炎症所見を認め、十二指腸球部と肝下面が癒着しており周囲の脂肪組織は線維化により硬くなっていた。明らかな異物は認めなかったが、球部周囲の癒着を剥離したところ瘻孔を認めたため、瘻孔及び周囲の硬くなった脂肪組織の切除を施行し、瘻孔部を縫合閉鎖した。切除標本は断片化した組織片であり、十二指腸側には瘻孔を確認した。瘻孔周囲組織に炎症細胞浸潤と線維化した脂肪組織、組織球の集簇した小さな異物が確認され異物による炎症性肉芽腫と診断した。術後経過は良好であり、術後3日目で食事を開始、術後8日目で退院となった。術後2ヵ月後の上部消化管内視鏡では、胃前庭部から十二指腸球部内側にかけての粘膜下腫瘍様の隆起は消失、癒着化しており症状も改善していた。魚骨などの消化管異物による合併症の報告は散見されるが、通常は誤飲時期と診断・治療は同時期であることがほとんどである。十二指腸異物による慢性的な炎症に伴う肉芽腫に関する文献的報告はほとんどなく、今回、魚骨などの十二指腸異物により慢性炎症性肉芽腫を形成し外科的治療により奏効した症例を経験したため文献的考察も含め報告する。

十二指腸異物, 炎症性肉芽腫

JA 相模原協同病院 消化器内科
武内久旺, 花岡太郎, 内藤史明, 眞部優作, 川野壽宙, 宮田英治, 吉澤奈津子, 村田 東, 荒木正雄

症例は52歳男性。陳旧性心筋梗塞、慢性心不全で当院循環器内科に通院中であった。X年Y月に全身倦怠感を主訴に受診。血液検査で白血球数 $17,800/\mu\text{L}$ 、CRP 15 mg/dL と炎症反応の上昇を認めた。腹部造影CTでは肝右葉に12cm大、外側区域に8cm大の隔壁の造影効果を有する低吸収領域を認め、肝膿瘍が疑われた。また、脾尾部と胃の間にガス像を伴う低吸収領域を認め、脾尾部は一部造影不良を呈していた。脾周囲膿瘍や胃穿孔による膿瘍形成、脾膿瘍が鑑別に挙げられた。巨大膿瘍であり、アムーバ肝膿瘍も考慮しCefepime 4000 mg/日とMetronidazole 2000 mg/日で加療を開始した。第5病日に施行した腹部造影CTでは肝膿瘍は著変なかったが、脾周囲の低吸収領域は縮小傾向でありガス像も消失していた。同日に施行した上部消化管内視鏡検査では、胃に明らかな潰瘍や腫瘍性病変、穿孔を疑う所見は認めず、超音波内視鏡検査でも、脾に明らかな腫瘍性病変を疑う所見はなかった。CT所見と合わせて肝膿瘍と脾周囲膿瘍の合併と考えられた。炎症反応の再上昇を認めたため、第6病日にエコーガイド下経皮肝膿瘍ドレナージを施行した。血液培養と膿汁培養からStreptococcus intermediusが検出された。ドレナージ後炎症反応は徐々に改善し、第12病日に施行したCTで肝膿瘍・脾周囲膿瘍のさらなる縮小を認め、第14病日にドレナージを抜去した。薬剤感受性検査を参考に抗生剤をLevofloxacin 500 mg/日の内服に変更し、炎症反応の増悪がないことを確認後第20病日に軽快退院した。Streptococcus intermediusはStreptococcus anginosus group (SAG)に属する菌種である。SAGは口腔内や鼻腔、泌尿生殖器、消化管などの粘膜常在菌であり、感染すると血行性に播種し肝臓だけでなく、脳、肺、腹腔内などの多臓器に膿瘍を形成すると言われている。自験例では、肝臓の他に脾周囲に膿瘍を形成しておりSAGの特徴を示した症例であったと考えられた。文献的考察も含め報告する。

肝膿瘍, Streptococcus intermedius

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科¹⁾、
横浜市立大学附属病院 消化器内科²⁾
小串勝昭¹⁾、中馬 誠¹⁾、沼田和司¹⁾、野崎崎人¹⁾、前田 慎²⁾

【目的】肝細胞癌(HCC)の予後にサルコペニアの関与が考えられているが、HCC分子標的治療継続とサルコペニアの指標との関係に関しては、不明な点が多い。今回HCCのソラフェニブ(SOR)治療に関して簡易計測による腸腰筋指数がレゴラフェニブ(REG)開始の目安となるSOR忍容性と関連があるかを検討した。【対象と方法】対象は2008年9月から2015年12月に当院にてSORを導入された185例中、Child-Pugh(CP)Aであり、治療開始前1か月以内にCTにて腸腰筋量の測定が可能であった109症例。腸腰筋量は第3腰椎レベルでの左右腸腰筋の長径と直交する短径の積を身長²の二乗で除した指数(PMI; psoas muscle mass index)を用いた。SOR忍容性についてはSOR治療がPD判定にて終了となった症例で終了前1か月の服用量が400mg/日かつ内服日数が20日以上、治療終了時の肝予備能がCP-Aであった症例とした。【結果】患者年齢中央値は73(34~88)歳、男性/女性:84/25例、CP score 5/6:62/47例、腫瘍進行度としてBCLC stage A/B/C:2/55/52例、SOR開始用量は800/400/400mg未満:40/67/2例であり、投与開始8-12週後の画像評価ではORR:4.6%、DCR:47.7%、治療成功期間(TTF):3.2か月、全生存期間(OS):12.1か月、治療終了時にSOR忍容性を示す症例は38例(34.9%)であった。治療開始前のPMI中央値は男性/女性:5.93/4.30であった。男女別に治療開始前のPMIとSOR忍容性の有無に関して男性/女性でのROC解析を行い、cut off値を7.038/4.400とするとAUROC:0.613/0.721であった。上記cut off値を用いhigh PMI群とlow PMI群に層別化し、TTF及びOSに関してKaplan-Meier曲線を作成するとTTF:4.1m vs 2.8m (P=0.021)、OS:17.9m vs 10.6m (P=0.085)、重篤な有害事象の発症割合は29.3% vs 50.0% (P=0.045)であった。【結語】肝細胞癌に対する分子標的治療において治療開始前の簡易計測による腸腰筋指数は奏効率、OSには影響しなかったが、TTFに関与し、SORからREG治療移行の可否を判断する有用な指標因子になると考えられた。

腸腰筋, ソラフェニブ

irAE胆管炎, ニボルマブ

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
田邊陽邦, 横山健介, 池田恵理子, 三輪田哲郎, 菅野 敦,
玉田喜一, 山本博徳

【背景】免疫チェックポイント阻害剤での治療に起因した免疫関連有害事象(irAE)の報告が近年増加している。今回われわれは子宮体癌の再発に対するペムプロリズマブ加療中にirAE膀胱炎が発症した1例を経験したので報告する。【症例】61歳女性。子宮体癌(cStage1B)に対してX年12月に広汎子宮全摘術+両側付属器切除術+所属リンパ節郭清術を施行した。X+3年7月に多発リンパ節転移を認め、パクリタキセル+カルボプラチン療法、その後アドリアマイシン+シスプラチン療法を導入したが、無効となり、MSI-Highの結果からX+4年5月よりペムプロリズマブ(200mg/body)を開始した。リンパ節は縮小したが、X+6年6月に皮膚に紅色結節の多発を認め、皮膚生検の結果から、irAE皮膚炎と診断し、ステロイド外用剤を開始した。X+7年1月に肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部CT検査でびまん性の膀胱腫大と肝内胆管拡張を認めた。腹痛は認めず、膀胱酵素の上昇は軽度であった。MRCPとERCPでは膵内胆管狭窄と主膵管狭細像を認めた。EUS-FNAを施行したところ、リンパ球を主体とする炎症細胞の浸潤を認め、腺管に近接して多核巨細胞や肉芽種様反応が散見された。IgG4陽性形質細胞の浸潤は目立たなかった。皮膚生検でも同様の所見を認めていたことから、irAEによる膀胱炎と診断し、ペムプロリズマブを中止とし、プレドニゾロン(PSL)を1日40mgから開始したところ、血液検査所見と画像所見は改善した。現在PSLは外来で減量中だが、irAEによる膀胱炎の再燃は認められていない。また、ペムプロリズマブ中止による原病の再発も認められていない。【考察】irAE膀胱炎の頻度は稀と報告されており、自然経過や病理組織所見などの臨床像については不明な点も多い。irAE膀胱炎の症例の蓄積による病態の解明と治療法の確立が望まれる。

免疫関連有害事象, 膀胱炎

JCHO 相模野病院 消化器内科
藤原将良, 小川大輔, 井廻佑介, 金 明哲, 三枝陽一,
今泉 弘

【症例】63歳男性【経過】20XX年4月に右頸部のしこりと上腕痛を認め、MRIを撮影したところ右鎖骨上窩、右腋窩、上腕骨にDWIで高信号の腫瘍を多数認めた。精査の結果非小細胞肺癌cStage IVと診断し、1st lineとしてシスプラチン+ペメトレキセド+ナトリウム水和物の投与を開始した。2コース後に治療をドロップアウトしたが、3か月後に化学療法再開を希望し、2nd lineとしてドセタキセルを4コース行った。4コース後の治療効果判定でPDであったため、3rd lineとしてニボルマブを導入した。20XX+1年2月からニボルマブを投与し、腫瘍は縮小傾向となり完全寛解となった。その後もニボルマブ投与を継続していたところ、20XX+5年から肝胆道系酵素高値(AST/ALT 41/53、 γ -GTP 202)を認めた。単純CTで総胆管拡張、肝内胆管拡張、軽度の胆管壁肥厚を認め、総胆管下部より拡張を認めたが閉塞起点となる病変は指摘できなかった。MRCPでも同様の所見であった。超音波内視鏡検査では著明に拡張した総胆管と総胆管内の胆泥貯留、胆管壁肥厚を認めた。胆道Dynamic CTでも同様の所見を認め、全周性の胆管壁肥厚を認めた。悪性疾患は否定的で、硬化性胆管炎を疑うような画像所見もみられなかった。血液検査ではIgG4、抗ミトコンドリアM2抗体は正常値で、CA19-9は正常値であった。ニボルマブによるirAE胆管炎を疑い、ニボルマブを中止し利胆薬を投与して経過観察を行った。ニボルマブを中止後一ヶ月は肝胆道系酵素が上昇傾向であったが、AST/ALT 65/101、 γ -GTP 752をピークにしてその後肝胆道系酵素は改善した。中止してから三ヶ月で肝酵素は正常化した。ニボルマブを中止してから五ヶ月経過し、胆道系酵素も低下傾向であり、肺癌の再発はみられず経過は良好である。【結語】ニボルマブによるirAE胆管炎を来し、薬剤中止によって軽快した症例を経験した。

獨協医科大学 肝・胆・脾外科(一般外科)¹⁾、
同 消化器内科²⁾、同 病理診断科³⁾、増山胃腸科クリニック⁴⁾
木村杖昭¹⁾、松本尊嗣²⁾、田中元樹²⁾、清水崇行²⁾、山口教宗¹⁾、
森 昭三¹⁾、佐久間文²⁾、入澤篤志²⁾、石田和之²⁾、増山仁徳³⁾、
櫻岡佑樹¹⁾、白木孝之¹⁾、磯 幸博¹⁾、青木 琢¹⁾

症例は85歳女性、膀胱尾部の多発嚢胞性病変にて近医で経過観察されていたが、当院初診1か月前の腹部超音波検査で膀胱部の嚢胞増大を認め、MRCPで膀胱部主膵管の拡張所見の増悪あり精査目的に当院消化器内科を紹介受診した。ERCPで膀胱部主膵管の限局性狭窄を認め、早期膀胱癌が否定できない所見であったため内視鏡的経鼻膀胱管ドレナージを留置の上連続膀胱吸引細胞診を施行した。採取した5回の膀胱細胞診のうち3回でClassIIIであり膀胱体部上皮内癌が強く疑われたため、初診1か月後に当科紹介となった。十分な病状説明の上でロボット支援下膀胱体部切除術を施行した。浸潤癌を疑う所見はなかったため後腹膜郭清は省略した。術後経過良好で第20病日に軽快退院した。病理診断は、carcinoma in situ, P16, TS3, 膀胱拡張型, pTisN0M0 Stage0, R0であった。膀胱はその解剖学的特性から初診時に進行した浸潤癌の段階で発見されることが多く予後不良な疾患であるが、早期膀胱癌、特に非浸潤癌の段階で根治切除が施行された症例の予後は比較的良好であることが近年明らかとなってきている。本症例でも精査の契機となった主膵管狭窄の間接的所見である主膵管拡張は早期膀胱癌診断の上で非常に重要であるが、一度の細胞診では偽陰性のリスクが高い。本症例は連続膀胱吸引細胞診を施行することで診断に至り、高齢ではあるが低侵襲手術を選択することで良好な結果が得られた示唆に富む一例であるため報告する。

膀胱癌, 手術

津端会京薬病院 外科
原口義座, 津端 徹, 星野正巳

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が、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、主膵管破裂像がみられることを指摘してきた。(Y. Haraguchi, et al: 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 Copyright 1998 by Monduzzi Editore S. p. A. Bologna (Italy) において、pp. 162-163 Table : Rating of acute necrotizing pancreatitisとして Grade 1-4 に分類、そのspecial typeとして DPDS, etc. に言及。他 今回、超重症・劇症膵炎を中心に従前に得られた、壊死組織とDPDSとの関係を含めて検討を加えた。【結果】壊死性膵炎の原因疾患として種々、すなわちアルコール性が多いとしても、胆石性、その他、副甲状腺機能亢進症も経験しているが、壊死の発生機序も重要であり、特に高度壊死例では、主膵管壊死に伴う周囲壊死高度例も経験しており(病理標本は得られず)、膵管壊死の関与が最も想定される。【まとめ】超重症膵炎の救命が、今後に残された課題であり、DPDSを中心にその機序の検討は、治療・特に早期手術適応を含めて重要と考えられる。

DPDS or Disconnected pancreatic duct syndrome, 重症壊死性膵炎

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科
久保田陽, 土居楠太郎, 坂部勇太, 北川博之, 菊地秀彦,
西山 竜

胆嚢癌の多くは腺癌であり全胆嚢癌の約5%程度とされる腺扁平上皮癌は稀である。腺扁平上皮癌は癌の進行に伴って扁平上皮癌が病巣の大部分を占めるとされる。今回われわれは胆嚢腫瘍に対し外科的切除を行い、肝十二指腸間膜内リンパ節からの生検で腺癌、胆嚢腫瘍は大部分が扁平上皮癌、ごく一部に腺癌を認める組織所見である胆嚢腺扁平上皮癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】75歳、女性。上腹部痛を主訴に近医を受診後も症状改善なく、当院救急外来を受診し、精査加療目的で入院となった。血液検査で肝機能障害と貧血、腎機能低下を認めた。またCA19-9の高値を認めた。腹部超音波検査で胆嚢底部に20mmを越える低エコー腫瘍を認めた。腹部CT検査でも胆嚢底部に腫瘍影を認め、胆嚢癌が疑われた。また腹腔内リンパ節腫大が疑われたため追加でPET-CTを行い、肝門部付近に集積像を認めた。胆嚢癌の診断で、リンパ節は生検を行う方針とし胆嚢摘出術を行った。術後最終診断はT2(漿膜下層)N1M0, StageIIIBであり、病理組織学的所見は前述のごとく胆嚢腺扁平上皮癌であった。術後は年齢、腎機能低下を考慮しGEM単剤での術後補助化学療法を行った。その後腫瘍マーカーの減少を認めたが、3コース途中で徐々にADLが低下したため緩和治療の方針となり、初診より8ヶ月で永眠となった。

胆嚢腺扁平上皮癌, 胆嚢癌

昭和大学藤が丘病院 消化器内科¹⁾,
聖マリアンナ医科大学 病理診断科²⁾
杉山美沙紀¹⁾, 高野祐一¹⁾, 山脇将貴¹⁾, 野田 淳¹⁾, 浅見哲史¹⁾,
野呂瀬子²⁾, 大池信之²⁾, 長濱正亞¹⁾

症例は60歳代女性、20XX-1年9月健康診断の超音波検査にて左乳房腫瘍を指摘され、生検でinvasive ductal carcinomaと診断された。PET-CTにて左腋窩・鎖骨上リンパ節転移を認めた。術前化学療法(FEC→DTX)を施行し20XX年3月に左乳房全摘術を施行した。20XX年4月に右胸水貯留のため胸腔ドレナージ術を施行。胸水細胞診でclass5、adenocarcinomaが検出された。癌性胸膜炎と診断し胸膜癒着術を行った。20XX年5月よりS-1導入した。20XX年8月に食欲低下・尿黄染にて来院し、血液検査でT-bil 3.0mg/dl, AST 113U/L, ALT 40U/L, ALP 1890U/L, γ -GTP 805U/Lと肝胆道系酵素上昇を認めた。腹部造影CTでは肝内胆管がわずかに拡張し、総胆管壁に造影効果のみられた。肝転移の所見はみられなかった。MRCPでは肝門部胆管狭窄がみられ、前区域枝・後区域枝・左肝内胆管が分断されていた。ERCPを施行すると総肝管～総胆管に不整な狭窄がみられ、狭窄部からの生検で低分化型腺癌が検出された。乳癌組織と類似性があり、乳癌胆管転移と診断した。左肝内胆管に6Fr ENBDを留置し、黄疸改善後に7Fr inside stentを留置した。乳癌の胆管転移は稀であり、文献的考察とともに報告する。

胆管転移, 閉塞性黄疸

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
地域医療機能推進機構うつのみや病院 消化器内科²⁾,
自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科部門³⁾
田中朗嗣^{1,2)}, 横山健介¹⁾, 池田恵理子¹⁾, 三輪田哲郎¹⁾, 菅野 敦¹⁾,
玉田喜一¹⁾, 山本博徳¹⁾, 青木裕一³⁾, 佐田尚宏¹⁾, 安藤 梢¹⁾,
福嶋敬宜¹⁾

【症例】77歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年心窩部痛が出現し前医を受診したところ、肝機能障害を指摘された。CTにて下部胆管の壁肥厚と十二指腸乳頭部の腫瘍が認められ、精査加療目的に当院を紹介された。超音波内視鏡では、乳頭部に低エコー性腫瘍を認め、膵内胆管への進展を認めた。また、乳頭部の腫瘍とは別に膵内胆管に主座をおく胆管内の腫瘍が認められた。胆管内の腫瘍は結節浸潤型の形態を呈し、外側高エコーが一部不明瞭であった。2つの病変は膵内胆管で接していたが形態から遠位胆管癌と十二指腸乳頭部癌の重複癌と考えられた。生検結果は、乳頭部腫瘍はadenoma、下部胆管狭窄部からの病理結果はadenocarcinomaの診断であった。遠隔転移などが認められなかったことから、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術が施行された。病理標本では下部胆管の病変は3.2cm大の高分化から中分化型の腺癌であり腫瘍は漿膜を超えて膵実質・周囲脂肪組織内への浸潤を認め、遠位胆管癌(pT2(S1)N0M0 pStage2B)と診断した。一方、十二指腸乳頭部の病変は3.6cm大の高異型度管状絨毛腺腫を主体とした腺腫内癌であり乳頭部胆管、膵内胆管への進展を認め、十二指腸乳頭部癌(pT1a(M)N0M0 pStage1)と診断した。二つの腫瘍は膵内胆管で衝突しているものの形態的に異なり、境界部分の切片では癌と判断しうる異型上皮の連続は認めず各々原発部位が異なる病変と考えられた。【考察】術前の超音波内視鏡で診断し得た遠位胆管癌と十二指腸乳頭部癌の重複癌の1例を報告する。

遠位胆管癌, 十二指腸乳頭癌

57 遠位胆管原発腺扁平上皮癌に対しゲムシタピン・シスプラチン・S1併用療法を施行し病勢コントロールが得られた一例

日本医科大学 消化器肝臓内科¹⁾, 同 解析人体病理学²⁾
嶋津由香¹⁾, 大城 雄¹⁾, 功刀しのぶ²⁾, 金子恵子¹⁾, 河越哲郎¹⁾, 岩切勝彦¹⁾

【症例】62歳、男性、黄疸と肝機能障害を認め当院へ紹介となった。CT検査では総胆管の拡張と遠位胆管に狭窄を認めた。上部消化管内視鏡検査では主乳頭に悪性所見は認めず、超音波内視鏡検査では総胆管の拡張と遠位胆管に全周性の壁肥厚と狭窄を認めた。胆道ステント留置後に施行したPET-CT検査では遠位胆管、所属リンパ節そして左鎖骨上窩リンパ節に異常集積を認めた。左鎖骨上窩リンパ節生検では細胞間橋、角化を伴う異形細胞巣を認め扁平上皮癌の所見であったが、一部に腺癌成分も認め、腺癌成分を伴う扁平上皮癌の診断であった。遠位胆管からの内視鏡下生検でも扁平上皮癌と腺癌の混在を認めたことから、遠位胆管原発の腺扁平上皮癌の診断に至った。進行度はcT1bN1M1 cStageIVで根治切除は不能であり、ゲムシタピン・シスプラチン・S1併用療法(GCS療法)を開始した。GCS療法は11ヶ月継続し、病勢コントロールが得られ、最良治療効果は部分奏功であった。治療開始12ヶ月目に腎機能障害のためGCS療法は中止となり、S1単剤療法に変更し、以後8ヶ月病勢コントロールが得られ、現在もS1単剤療法継続中である。【考察】胆道癌の一般的な組織型は腺癌である。胆道原発の腺扁平上皮癌は0.6%-2%と稀であり、これらに対する薬物療法は定まっておらず、その報告も乏しい。今回、切除不能の遠位胆管原発腺扁平上皮癌に対し、胆道癌の標準治療であるGCS療法を行い病勢コントロールが得られた症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

胆管癌, 扁平上皮癌

G-CSF産生腫瘍, 腺癌

58 診断に苦慮したG-CSF産生腺癌の1例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科
相馬佑樹, 小堀郁博, 早川富貴, 三代 賢, 前田鉦希, 榊原和真, 桑田 潤, 行徳芳則, 大浦亮祐, 豊田鉦二, 玉野正也

【症例】71歳男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】20X X年10月末に腹部膨満感、食思不振を自覚。近医受診し腹部腫瘍を触知し当院へ紹介受診。発症時期不明だが腺癌後の局所合併症のWONと考え、同日入院となった。【画像所見】胃体部背側に被包化された内部が低吸収の腫瘍性病変を認めた。【経過】入院時より白血球の著明な増加を認め広域抗菌薬投与を開始。第7病日にドレナージ目的で超音波内視鏡化膿孔形成術を施行しLAMS: Lumen-Apposing Metal Stent (Hot Axios)を挿入した。第10病日にLAMSにて形成した膿孔よりネクロゼクトミーを施行したが通常のWONの所見とは異なる印象があり、また炎症反応の低下が認められず、第14病日に撮影した造影CTでは膿瘍の増大を認め腫瘍性病変が疑われた。また、腹腔内リンパ節や傍大動脈リンパ節の腫大も指摘され転移と判断した。膿瘍腔内より生検行い低分化癌と診断されたが、原発は不明であった。PSより化学療法導入などは行えずBSCの方針となった。その後全身状態の悪化により第25病日に死亡となった。病理解剖を行い、腫瘍細胞の著明な壊死を伴い充実性に増殖する退形成癌(anaplastic undifferent carcinoma)、免疫染色にてG-CSF産生腫瘍と診断された。【考察】腺癌の中でも退形成癌は非常に稀な組織型である。急激な膨脹性発育により疼痛を初発症状と、発見時には広範な血行性転移、リンパ行性転移を認めることが多く根治手術不能例が大半であり予後は極めて不良である。また、極めて稀に腫瘍細胞がG-CSFを産生するG-CSF産生退形成癌が存在する。今回G-CSF免疫染色陽性を示したG-CSF産生退形成癌の1割検例を経験したため報告する。

退形成癌, 腺癌

59 急速な転移を辿ったG-CSF産生退形成性腺癌の一例

北里大学病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾
稲葉紀子¹⁾, 石崎純郎¹⁾, 奥脇興介¹⁾, 岩井知久¹⁾, 長谷川力也¹⁾, 渡辺真郁¹⁾, 木田光広¹⁾, 草野 央¹⁾, 信太昭子²⁾, 玉置明寛²⁾

【症例】50歳代、男性。下肢浮腫を主訴に近医を受診した。著明な白血球数の増多(87,200/ μ L)を指摘され、血液疾患の疑いとして前医血液内科を紹介受診した。CT検査にて脛体尾部に長径12cm大の内部不均一な充実性腫瘍、多発肝腫瘍、多発リンパ節腫大が認められたため、精査のため当院を紹介受診した。当院受診時の血液検査では、白血球数のさらなる増多(92,100/ μ L)、CRP高値(20.29 mg/dL)、血清G-CSF活性の高値(238 pg/mL)、血清IL-6の高値(29.8 pg/mL)を認めた。巨大腫瘍に対して19ゲージ生検針を用いたendoscopic ultrasound-guided tissue acquisition, EUS-TAを施行したところ、多核や奇形核を伴う大小不同の細胞を認め、免疫染色でG-CSF抗体の陽性が確認されたことから、G-CSF産生多形細胞型退形成性腺癌と病理診断した。病理診断後、速やかにgemcitabine単剤による化学療法を導入したが、導入後14日目に死亡した。【考察】G-CSF産生腫瘍は、肺癌や胃癌、食道癌、胆嚢癌、甲状腺癌など様々な臓器由来の悪性腫瘍にて報告があるが、腺癌は稀である。【結語】今回我々は血清G-CSF活性が高値を示し、免疫組織学的にG-CSF染色が陽性を示した退形成腺癌の1例を経験した。極めて稀で貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

60 早期胃癌治療切除後の癒痕部位から未分化癌が発生し全身転移をきたした1例

横浜栄共済病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
野村 優¹⁾, 酒井英嗣¹⁾, 本多 悠¹⁾, 伏見 光¹⁾, 品川希帆¹⁾, 高井佑輔¹⁾, 目黒公輝¹⁾, 岩崎暁人¹⁾, 清水智樹¹⁾, 真田治人¹⁾, 渡邊 透²⁾, 柳本邦雄³⁾

【症例】71歳、男性。スクリーニングの上部消化管内視鏡検査(EGD)にて胃前庭部小弯に早期癌を指摘され、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を実施。病理結果は大きき13×10mm、中分化腺癌(tub2), pT1a(M), Ly0, V0, HM0, VM0で内視鏡的根治度はA(eCure A)であった。ESD後4ヶ月で実施したEGDでは再発なし。ESD後10ヶ月で倦怠感と胃痛を主訴に当院を受診。鉄欠乏性貧血の精査目的で実施したEGDで癒痕部位に7cm大のI型腫瘍を認め、病理組織検査の結果、未分化癌と診断された。術前造影CTで明らかな遠隔転位はなく、消化器外科にて腹腔鏡下幽門側胃切除を施行したが、術後1ヶ月で皮膚転移と傍大動脈リンパ節転移、さらに2ヶ月後には多発肺転移、肝転移、骨転移を認めた。SOX+Nivolumab療法を1コース施行したが、全身状態が悪化したため緩和ケアに移行し、ESD後13ヶ月で死亡した。【考察】本症例は胃ESDにて治療切除を達成したにも関わらず、癒痕部位から未分化癌が発生し、急速に進行した1例である。ESD治療切除後の癒痕から反応性隆起など良性腫瘍の発生報告は散見されるが、癌の再発は非常に稀である。原発巣の遺残が急速に進展したのか、別病変が血行性に癒痕部に転移したのか、未分化癌の発生進展機序は不明だが、貴重な1例と考え報告した。

胃癌, ESD

JA 神奈川県厚生連相模原協同病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 岡田俊二¹⁾, 眞部優作¹⁾, 内藤史明¹⁾, 花岡太郎¹⁾, 川野壽由¹⁾, 宮田英治¹⁾, 吉澤奈津子¹⁾, 村田 東¹⁾, 荒木正雄¹⁾, 風間暁男²⁾

【症例】症例は47歳女性。20XX年6月に左下腹部痛を主訴に当院消化器内科を紹介受診した。血液検査では炎症反応高度上昇を認めるのみであった。造影CTでは胃体中部大弯から連続する60mm大の嚢胞性腫瘤と周囲の脂肪織度上昇、リンパ節軽度腫大を認め、肝臓にも辺縁が淡く濃染される多発腫瘤を認めた。上部消化管内視鏡では胃体中部大弯に40mm大の粘膜下腫瘍を認め、膿様粘液が付着したびらんを伴っていた。超音波内視鏡(EUS)では胃粘膜下腫瘍は50mm大の内部に嚢胞性成分と辺縁の充実性成分を有する第4層由来の嚢胞性腫瘤として描出され、肝臓には多発低エコー腫瘤を認めた。ソナゾイド造影では嚢胞性腫瘤の充実性成分は早期に造影され、多発肝腫瘤にも造影効果を確認した。EOB-MRIでは粘膜下腫瘍の辺縁は造影される不整形の充実成分として描出され、拡散強調画像(DWI)で高信号を呈していた。肝臓多発腫瘤はT2強調像では高信号で不均一に造影され、肝細胞相で低信号であった。肝転移を第一に考える像であり、前回CTよりも肝腫瘤は増加していた。胃粘膜下腫瘍は第4層由来で造影効果のある充実性成分も伴っており、嚢胞変性した消化管間質腫瘍(GIST)の可能性を考えた。嚢胞性腫瘤内の充実性成分と肝転移に対し超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を行った。病理結果はHE染色で胃粘膜下腫瘍・肝腫瘤ともに錯綜する紡錘形細胞から構成され、核の腫大と異型を認めた。免疫染色ではc-kit, CD34陽性であり、胃ではKi-67陽性細胞が顕著に増加していた。以上からGISTの多発肝転移の診断とした。c-kit陽性であり現在もチロシンキナーゼ活性阻害剤で加療中である。GISTは消化管に発生する間葉系腫瘍であり、腫瘍径増大と共に嚢胞変性を来すと考えられている。嚢胞変性したGISTに対し手術で診断・治療した例は多く報告があるがEUS-FNAで診断に至った症例報告は少なく若干の文献的考察を含めて報告する。

GIST, EUS-FNA

東京医科歯科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 胃外科³⁾, 田口美奈¹⁾, 勝田景統¹⁾, 小林正典¹⁾, 福田将義¹⁾, 村川美也子¹⁾, 加納嘉人¹⁾, 大塚和朗¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 桐村 進²⁾, 明石 巧²⁾, 大橋健一²⁾, 谷岡利朗³⁾, 徳永正則³⁾, 岡本隆一³⁾

【症例】40歳代男性【現病歴】1ヶ月前から起立時のふらつきが出現していた。外出中に冷汗、嘔気、嘔吐が出現し立位保持困難となったため当院へ救急搬送された。【臨床経過】来院時、意識清明でバイタルサインは保たれていたが、上腹部に圧痛を認め、四肢の冷感を伴っていた。血液検査ではHb 10.5 g/dLと貧血を認め、造影CTでは胃体部大弯に隣接した16cm大の腫瘤を認めた。腫瘤は内部にはextravasationを認め広範な血腫を伴っていた。胃粘膜下腫瘍の腫瘍内出血の診断で緊急IVR (Interventional Radiology)を行い短背動脈の末梢枝を塞栓した。第4病日の上部消化管内視鏡検査では胃体上部大弯に巨大な粘膜下腫瘍を認めたが、正常粘膜に覆われており腫瘍の露出はなかった。第6病日の超音波内視鏡検査では胃壁に連続した内部不均一な巨大な腫瘤を認め、同腫瘤に対して超音波内視鏡下穿刺吸引術(EUS-FNA)を行った。病理所見では上皮様の立方状細胞と紡錘形細胞が混在した2相性の腫瘍であった。免疫染色ではAE1/3陽性、Desmin・αSMA・S-100・CD34陰性、c-kit弱陽性、SS18-SSX陽性で、滑膜肉腫の診断であった。第10病日に行ったIVR後の造影CTで腫瘍内に複数の微小出血が残存しており、第12病日に横隔膜合併胃噴門側胃切除術が行われた。最終病理診断で胃原発の滑膜肉腫であることが確認され第20病日に退院した。【考察】胃原発の滑膜肉腫は稀な病態で、現在まで英文で46例の報告がある。腹痛や消化管出血を契機に発見されることが多いが、本症例のように腫瘍出血を繰り返した症例の報告はなく、また術前にEUS-FNAで診断可能であった報告もなかった。本症例では消化管間質腫瘍(GIST)が鑑別の一つとして疑われており術前の化学療法も検討していたが、EUS-FNAにより滑膜肉腫と診断することで積極的に手術が選択できた。貴重な症例であり文献学的考察を加えて報告する。

胃原発滑膜肉腫, 胃粘膜下腫瘍

杏林大学 医学部 初期臨床研修医¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 近藤弘太郎¹⁾, 鶴見賢直²⁾, 小島洋平²⁾, 橋本佳和²⁾, 大木亜津子²⁾, 竹内弘久²⁾, 阿部展次²⁾, 長濱清隆³⁾, 藤原正親³⁾

【はじめに】胃癌卵巣転移は、印環細胞形態を示す両側の卵巣転移であるKrukenberg腫瘍として知られている。平均年齢は45歳と若い女性に多く見られ予後不良であるが、適切な治療戦略として確立されたものはない。今回われわれは、胃癌卵巣転移に対する1切除例を経験した為、文献的考察を加え報告する。【症例】39歳女性、心窩部痛・嘔吐を主訴に上部消化管内視鏡検査を施行し、胃体下部大弯後壁側に陥凹性病変を認め、胃癌(por>sig)の診断で当科に紹介となった。造影CT検査で両側卵巣腫瘍を認め、卵巣腫瘍は造影MRIの拡散強調画像で高信号を呈したが、PET-CTでは集積を認めなかった。腫瘍マーカー上昇を認めず、若い女性、両側性の卵巣腫瘍であることから胃癌卵巣転移であると考えられた。手術は、審査腹腔鏡を行い迅速腹水細胞診でClass Iであったことから、腹腔鏡補助下幽門側胃切除術+両側付属器切除術を施行した。病理結果で胃癌卵巣転移と診断された為、速やかに全身化学療法(SOX療法)を開始し、術後13ヶ月現在、無再発生存中である。

胃癌卵巣転移, 同時切除

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科 秋元峻輔, 加賀谷丈紘, 金丸理人, 松本志郎, 倉科憲太郎, 齋藤 心, 細谷好則, 北山丈二, 佐田尚宏

【はじめに】近年大腸癌、胃癌等の化学療法でoxaliplatin(OX)を使用する機会が増加している。OXの副作用として時に肝機能障害を経験し、その機序としては肝類洞障害が知られている。肝類洞障害に起因すると考えられた門脈圧亢進、脾腫、大量胸腹水貯留に対して、保存的治療が奏効した症例を経験したため報告する。【症例】37歳男性。傍大動脈リンパ転移を伴う切除不能食道胃接合部癌に対して、前医で1stラインの化学療法としてSOX+ハーセプチンが開始されたが、開始後から血小板減少、脾腫が出現し、4コース目からはOXは休業となった。9コース終了時にリンパ節転移がprogressive disease(PD)の診断となり、門脈圧亢進、脾腫、血小板減少症に対して脾動脈塞栓術が行われた後、2ndラインの化学療法としてweekly PTX+ラムシルマブが開始された。経過中腹水が増加し、6コース終了後に肝機能低下、大量胸腹水による呼吸苦、体動困難のためPerformance Status(PS)が低下し、best supportive careの方針となった。セカンドオピニオンで当院を受診された後、癌性胸腹膜炎との鑑別を要したが、臨床経過、画像所見、細胞診の結果より肝類洞障害に伴う胸腹水貯留と診断し、腹水濾過再濃縮静注療法を含む頻回の胸腹水穿刺、利尿剤調整と分子鎖アミノ酸製剤投与により胸腹水が顕著に減少しPSが改善したため、3rdラインの化学療法としてニボルマブを導入した。治療開始7ヶ月後も胸腹水の再貯留なくPSを維持し、転移リンパ節・原発巣も画像上stable disease(SD)の診断で外来治療継続中である。【結語】OXの肝類洞障害によると考えられた門脈圧亢進、脾腫を伴う大量胸腹水貯留に対して保存的加療により胸腹水をコントロールし、化学療法継続、ADL維持することができた食道胃接合部癌の1例を経験したため報告した。

oxaliplatin, 肝類洞障害

横浜市立市民病院 消化器外科

石井 謙, 田中優作, 福岡宏典, 船津屋拓人, 本間 実, 高橋正純

【症例】22歳、男性。【主訴】上腹部痛、黒色便。【背景】胃アニサキス症の多くは内視鏡所見で胃粘膜の発赤を伴う浮腫性変化、潰瘍および虫体の存在を以て診断となる。今回、極めてその内視鏡所見が早期胃癌に類似する形態を呈した胃アニサキス症を経験したので報告する。【現病歴】X年2月より上腹部痛と黒色便を認め、症状が改善しないため、近医消化器内科を受診された。内視鏡検査で、2型胃癌が疑われ、総合病院を紹介受診された。再検査では、瘢痕形成および胃粘膜襞の棍棒状腫大や先端の癒合を認め、0-IIc+III病変と診断され、生検診断確定前に手術目的で当院へ紹介された。当院での内視鏡検査では噴門から3cmの胃大彎に肉眼分類で0-IIc（表面陥凹型）を認め、悪性サイクル上の内視鏡所見の変化として矛盾しないものの縮小傾向であった。また、前医生検診断で悪性所見は得られなかった。症状発症前に明確な鮮魚摂食歴はなく、内視鏡検査で虫体は確認出来なかったが、職場の飲食店で定期的に鮮魚摂取歴があることや血液検査での好酸球上昇から胃アニサキス症を疑い、アニサキス特異的IgE抗体測定を行った。結果は陽性であり、病変部の生検組織学的所見で好酸球の部分的集積を認め、2ヶ月後の内視鏡所見で病変は完全に瘢痕化し治癒しており、胃アニサキス症の診断となった。【考察】胃アニサキス症の2-4%でVanishing tumorという粘膜下腫瘍の病態をとることがある。本症例はVanishing tumorの病態に潰瘍形成を伴ったことで、その治癒段階で早期胃癌に類似した形態変化を呈したと考えられた。また、胃アニサキス症による腹痛はアレルギー反応による症状と考えられており、アニサキス特異的IgE抗体測定が有用であることを踏まえ診断の補完とした。本症例を通じ、内視鏡検査で早期胃癌と考えられる病変を認め、血液検査で好酸球増多や組織学的所見で癌陰性で好酸球浸潤のある場合には、虫体の存在を確認出来なくとも、鮮魚摂取歴の聴取や胃アニサキス特異的IgE抗体測定を行い、胃アニサキス症を鑑別に挙げる必要があると思われた。

内視鏡診断, 胃アニサキス症

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科

齋藤俊明, 永田順子, 山口 徹, 張つばみ, 森 貴裕, 藤本龍太郎, 横田 将, 津田真吾, 広瀬俊治, 小嶋清一郎, 伊藤裕幸, 渡辺勲史, 鈴木孝良

【症例】68歳 女性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】乳癌、子宮内膜症【現病歴】20XX年X月に右季肋部痛および嘔吐を主訴に受診した。採血で白血球の上昇を認め、腹部超音波検査にて十二指腸下行部に約25mm大の内側に突出する腸管像及び内部に糞石を認めた。造影CTでは同部位に辺縁が造影される囊胞構造と、内部にガスを伴う液体貯留を認めた。同部周囲にfree airはみられなかった。MRCPでは傍十二指腸憩室を認め、T2強調画像で高信号を呈していた。胆管・総胆管に結石を認めなかった。上記より十二指腸憩室炎と診断し、入院にて保存的加療を開始した。治療開始後炎症は速やかに改善し腹部所見も徐々に消失し、第11病日に退院となった。退院1ヶ月後に上部消化管内視鏡検査を施行したところ傍乳頭憩室を認めたが、内部に腸石および食残は認めなかった。その後も症状再燃はなく、保存的加療で改善した一例であった。【考察】十二指腸憩室の頻度は上部消化管造影例で0.02~5.76%とされている。十二指腸憩室は通常開口部が大きく内容物が容易に排出されるため多くは無症状である。しかし、憩室内部に腸石が発生した状態が持続すると憩室炎に至る頻度が高まる。実際に憩室炎になると穿孔などを合併しやすい為、保存的加療できる例は少ない。医学中央雑誌で1953年から2021年にかけて「十二指腸憩室炎」で検索したところ、原著論文で17例と非常に珍しく、さらに禁食・抗生剤による保存的加療の報告例は確認されなかった。今回非常に稀な十二指腸憩室炎の症例を経験できたと考え報告する。

十二指腸憩室炎, 保存的治療

桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院 消化器内科

吉山 敦, 相川 崇, 飯田智広

【症例】77歳男性。主訴:なし(FDG-PET異常集積)。既往歴:原発性肺扁平上皮癌pStageIA3左上葉切除術,胆嚢摘出術,高血圧症,糖尿病。喫煙歴:40本/日x52年。現病歴:X-3年8月の肺がん検診で異常を指摘され,左上葉肺癌の診断となった。胸腔鏡下左上葉切除術を受け,扁平上皮癌pStageIA3と診断された。X-2年4月のCTで上部直腸に腫瘍性病変を指摘され,全大腸内視鏡検査を受けた。結腸に4-7mm大腺腫4ヶ所と直腸Rsに38mm大0-Isp型ポリープがあり,いずれもEMRを行った。直腸腫瘍は3分割となったが,内視鏡観察で遺残がないことを確認した。病理診断ではtubulovillous adenoma, low grade, 切除断端陰性であった。X-1年12月FDG-PETで右下葉S6と上部直腸に異常集積がみられた。X年1月に全大腸内視鏡検査を行ったところ,直腸Rsに30mm大0-Isp型ポリープがあった。表面構造が松笠状の結節集簇を呈する点が前回切除した管状絨毛腺腫と類似していた。S状結腸に腺腫EMR後の瘢痕があり,また,肛門からの距離が一致することから直腸管状絨毛腺腫のEMR遺残再発と考えられた。内視鏡治療の適応外と判断し,X年2月に腹腔鏡手術を行った。腹腔内を観察すると肝外側横隔膜から骨盤腔にかけて播種性結節が多数みられた。術中迅速検査で腺腫の病理診断となり,試験開腹のみで閉創となった。腹腔内結節の病理診断は高分化型腺癌の転移であり,管状絨毛腺腫T4aN1M1c1(P3),sStage4cの最終診断となった。直腸EMR後の組織標本を再検討したところ,細胞異型に乏しいものの,粘膜筋板の近傍に粘液貯留があった。Adenocarcinoma with mucinous componentsと考えられ,粘膜下への浸潤が否定できなかった。

直腸管状絨毛腺腫, 大腸内視鏡

横浜市立大学 消化器内科学

佐久間大樹, 入江邦泰, 佐藤博紀, 鈴木悠一, 池田 礼, 池田良輔, 佐藤 健, 須江聡一郎, 金子裕明, 前田 慎

症例は51歳男性。X-1年11月血尿を自覚され、近隣の医療機関を受診しCTを撮像したところ直腸腫瘤を指摘されたため、X年1月前医を紹介受診された。下部消化管内視鏡検査を施行され、歯状線より15cmの直腸に粘膜下腫瘍を示唆する腫瘍性病変を認めため、精査目的にX年2月に当科を紹介受診された。当科にて施行した造影CTでは、上記腫瘤は被膜を伴い造影効果を有する26mm大の境界明瞭な腫瘤として描出され、超音波内視鏡検査では、第4層と連続する境界明瞭な類円形の比較的均一な低エコー性の腫瘤であり、管内に発育する形態を呈していた。超音波ドプラでは腫瘤辺縁に比較的強い信号を認め、腫瘤内部には点状の信号を指摘でき、ペルフルプタンを用いて造影を施行すると、早期より腫瘤全体に濃染像を認め、30秒ほど経過すると造影効果の低下が認められており、直腸GISTなどの可能性も否定できないため、組織学的診断のためEUS-FNBを検討した。X年3月17日に、EUS-FNBを施行、22Gフランシオン針にて穿刺し十分な検体を採取が可能であり、また特記すべき偶発症は認めなかった。病理学的には紡錘形細胞が増生しており、免疫染色ではS-100陽性、SMA陰性、c-kit陰性、CD34陰性であり、神経鞘腫を考慮する所見であった。その後、本人と相談の上で、外科的治療は選択せず画像でのフォローを行っているが増悪なく経過している。今回、EUS-FNBで診断し得た直腸神経鞘腫という稀な疾患を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

直腸粘膜下腫瘍, EUS-FNB

東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 消化器・肝臓内科
衣袋桃代, 中田達也, 塩路彩子, 原田健太郎, 三田千香子,
佐藤紗弥香, 秋田義博, 小川まい子, 菅原一朗, 富田陽一,
天野克之, 穂苅厚史, 猿田雅之

症例は75歳女性。既往に高血圧症。20XX年4月血便を主訴に紹介受診。同年6月下旬消化管内視鏡検査(以下CS)にて2型進行小腸癌, 2型進行S状結腸癌が疑われる所見, また下行結腸に虚血性腸炎認め入院加療となった。血液検査ではWBC 15600, CRP 16.5mg/dL, CEA 31ng/mL, CA19-9 62U/mL, sIL-2R 878U/mL, 炎症反応高値とCEAの有意な高値を認めた。虚血性腸炎に対して, 絶食, 補液, 抗生剤にて加療開始。腹部造影CT検査にて, S状結腸の浮腫性壁肥厚, 直腸Rs部の壁肥厚と骨盤内に約10cm大の辺縁分葉状の腫瘍を認め, S状結腸に隣接し浸潤が疑われた。腫瘍内にSMA/SMVの枝が走行していることから小腸もしくは虫垂由来と考えられた。骨盤MRI検査で同腫瘍はT2強調画像高信号を主体として周囲には比較的厚い低信号被膜様構造を伴っており, 付属器に異常認めないことから虫垂癌, 小腸粘膜下組織, 腸間膜由来の間葉系腫瘍が考えられた。1週間後のCSでは, 虚血性腸炎は改善。回盲部から15cmと5cmに2型の進行癌を疑う腫瘍, S状結腸に2型の進行癌を疑う1/2周性の腫瘍を認めた。CSの病理組織学的所見にてS状結腸, 小腸2カ所ともに粘液癌の所見を認めた。巨大腫瘍による腸閉塞症状をきたしていないことから小腸とS状結腸浸潤をきたした虫垂癌が考慮された。画像上は明らかな遠隔転移を認めず, 腸管部分切除により手術可能と判断し外科的切除を行う方針となった。

今回, 小腸とS状結腸浸潤をきたした粘液産生性虫垂癌という比較的稀な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。

虫垂癌, 粘液癌

立正佼成会附属佼成病院 初期研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾
掛谷和寛¹⁾, 池崎 修²⁾, 牛谷将博²⁾, 山田貴大²⁾, 本多英仁²⁾,
八谷隆仁²⁾, 太田博崇²⁾, 高橋信一²⁾

【症例】30歳代, 女性【既往歴】なし【家族歴】なし【月経周期】28日周期, 月経不順なし【現病歴】1か月以上続く下痢, 血便を主訴に当院を受診。血液検査で炎症反応の上昇(CRP 20.6mg/dl), CTで直腸から横行結腸にかけての腸管壁肥厚, また大腸内視鏡検査(CS)で直腸からS状結腸にかけて連続する膿性粘液付着を伴う細顆粒状の粗造な粘膜を認め, 中等症の活動期の潰瘍性大腸炎(UC)と診断した。入院後プレドニゾン(PSL)50mg/日を開始, その後臨床症状・炎症反応ともに改善し, 第13病日に軽快退院した。退院後は外来でPSL漸減し, 2か月でPSL内服終了とし, 以降はメサラジン4800mg/日で寛解維持を行い, 以後下痢, 血便なく経過した。UC診断3か月後から周期的な頭痛と微熱が出現。6か月後のCSでは横行結腸から下行結腸にかけて細顆粒状の粗造な粘膜を認めた。内視鏡所見および周期的な臨床症状からMEFV遺伝子関連腸炎の可能性を考慮し, MEFV遺伝子解析を行ったところ, Exon1(E84K), Exon2(L110P, E148Q)の変異を認めた。コルヒチン内服開始後は, 周期的な臨床症状は消失し, またその後のCSでは細顆粒状の粗造な粘膜の消失を認めた。【考察】潰瘍性大腸炎(UC)は原因不明の炎症性腸疾患(IBD)の一つである。時にIBDの中には診断困難な分類不能型腸炎(IBD-U)が存在する。近年このIBD-Uの病態に家族性地中海熱の原因遺伝子のMEFV遺伝子が関与する病態が存在することが明らかにってきた。今回, 我々は潰瘍性大腸炎の診断治療後に, 周期的な頭痛・微熱および内視鏡所見からMEFV遺伝子関連腸炎の診断に至った一例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, MEFV遺伝子関連腸炎

町田市民病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
佐藤悠太郎¹⁾, 長谷川雄大¹⁾, 福田みづき²⁾, 篠田知太郎²⁾,
谷田恵美子¹⁾, 益井芳文¹⁾, 和泉元喜¹⁾

【症例】50歳代男性【主訴】嘔気【既往】高血圧症, 虫垂炎術後, 下肢静脈血栓症【現病歴】嘔気を自覚し近医にて精査を行ったが改善なく, 排便が消失した。経口摂取もできず体重減少を認めた。腹部X線で小腸にniveau像を認めたため, イレウス疑いで当院を紹介受診した。Treizt靱帯から15cmの空腸が拡張し, その肛門側に壁肥厚と高度狭窄を認めた。小腸閉塞の診断で入院し, イレウス管挿入を行った。その後症状改善がないため小腸鏡を施行したところ, 腫瘍性病変を認め, 生検の結果, 原発性小腸腺癌と診断した。当院外科にて腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。術中所見で大網に播種結節を認めたため, pT3N1M1 stageIVとして化学療法を開始する方針とした。【考察】小腸腺癌は人口100万人あたり, 北米では3.0-3.7人, 欧米では2.9-4.3人と報告され, 極めて稀な腫瘍である。小腸腺癌の化学療法は, 複数の第II相試験の報告にて, 大腸癌の治療の一つであるフッ化ピリミジン+オキサリプラチン療法の治療成績が良好であることが示されている。また, MSI(Microsatellite instability)-HighもしくはdMMR(mismatch-repair deficient)小腸癌に対しては免疫チェックポイント阻害薬の使用も考慮する。本症例への適応の実際を若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸癌, 小腸閉塞

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

【背景】クローン病(CD)の直腸切除術後に未治療の会陰創と小腸の間に瘻孔を生じる症例がある。潰瘍性大腸炎(UC)として施行された回腸囊肛門吻合術後に多発瘻孔を生じ, 回腸囊肛門切除術施行後にCDと診断され, 術後に会陰創小腸瘻を形成した1例を報告する。【症例】49歳男性。27年前にUCと診断され, 11年前にUC合併横行結腸癌に対し大腸全摘術, 回腸囊肛門吻合術が行われた。人工肛門閉鎖後に痔瘻や肛門周囲膿瘍を認め, 切開排膿やseton法で改善せず, 6年前に回腸肛門が再造設された。一時的に症状は改善したが, 回腸囊から広範囲に多発瘻孔や膿瘍があり, 生活の質が著しく低下し, 当科に紹介された。2年前に回腸囊肛門切除術を施行し, 切除標本の病理組織検査でCDと診断された。術後に会陰創感染を生じ, 治療せず, 会陰創や陰囊外側からの排膿が持続した。回腸囊肛門切除術2年後, 会陰創からの造影検査で小腸が造影されたため, 手術の方針とした。術中所見では両側陰股部の皮膚欠損部から会陰部瘻孔部に通じる瘻管を認めた。小腸は骨盤部の瘻孔と強固に癒着し, 剥離で回腸に瘻孔を認め, 骨盤内瘻孔切除術, 瘻孔部の回腸部分切除術を施行した。小腸が入り込まないように骨盤内に大網を充填し, 膀胱と後腹膜を縫合した。病理組織検査所見では切除回腸の中央に瘻孔に連なる欠損があり, 辺縁に軽度の非特異的炎症はあるものの, CDの所見は全く未治療の会陰創が瘻孔の原因と診断した。術後7日目に会陰創感染が判明し, 抗生剤で加療した。その後骨盤底ドレーン抜去部から排膿が続き, CT検査で仙骨前面~臀部皮下に膿瘍形成を認め, 臀部から膿瘍腔をドレーンした。造影検査では腸管との交通はなく, ドレーンを継続したまま術後22日目に退院した。【結語】術前診断が潰瘍性大腸炎でも大腸全摘術後の肛門部に難治性瘻孔を形成する症例ではクローン病の可能性がある。また, クローン病の直腸切除術後に会陰創の治療が遅延した症例では会陰創消化管瘻に留意し, 同形成例では手術を行う必要がある。

クローン病, 会陰創小腸瘻

東京大学医学部附属病院 消化器内科
金野 由, 中川秀紀, 屋嘉比聖一, 辻 陽介, 藤城光弘

【症例】57歳女性【主訴】血便【既往歴】特記すべき既往なし【現病歴】202X年10月下旬から下痢、血便症状を認め近医受診。急性胃腸炎の疑いで経過観察となっていた。その後、発熱と血便回数の増加(1日20回以上)を認め、食事摂取も困難となり症状出現から4日後に当院受診。血液検査では明らかな貧血の進行は認めないもLDHの上昇、及び腎機能障害と血小板減少を認めた。また腹部単純CTでは全結腸の著明な浮腫状変化を認め、溶血性尿毒症症候群(HUS)の疑いにて精査加療目的に当科入院となった。【経過】入院時全身状態は保たれており意識レベルは清明であるも、尿量低下を認め輸液加療開始。入院後、貧血の進行、ハプトグロビン低下および直接クームス試験陰性を認めたためHUSの診断となった。その後便培養からペロ毒素陽性大腸菌(血清型O157)が検出され、HUSを合併した腸管出血性大腸菌感染症(EHEC)の診断となった。血液培養からE. coli(ペロ毒素陰性)が検出され、第3病日からCTRX+MNZによる抗生剤加療を開始。入院時より輸液管理を継続するも乏尿および腎機能増悪傾向にあり、第4病日に胸腹水の増悪および呼吸状態の悪化を認めたため、ICU管理下で持続血液濾過透析(CHDF)を開始した。CHDF導入後は腎機能、呼吸状態の改善を認め、尿量も改善傾向となり第7病日にCHDFを離脱し、間歇的血液透析(IHD)へ移行した。その後、炎症反応と腹部症状の改善、血液培養の陰転化を確認した上で第16病日に抗生剤加療を終了とし、第20病日より食事再開。腎機能も緩徐に改善を認め第24病日にIHDを終了とし、第45病日に退院となった。今回の経過中に急性脳症の合併や腎外合併症による有害事象は認めなかった。【結語】HUSを合併したEHEC症例において、早期から血液濾過透析の導入を行い救命を得た一例を経験した。溶血性貧血、腎機能障害、血小板減少などの症状を合併した出血性腸炎では、HUSを疑い早期に治療介入を行うことが重要である。

腸管出血性大腸菌, 溶血性尿毒症症候群

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
伊藤瑛基¹⁾, 西垣佑紀¹⁾, 酒井 駿¹⁾, 笠原大海¹⁾, 氏原哲郎¹⁾, 高橋俊作¹⁾, 水野敬宏¹⁾, 倉岡直亮¹⁾, 橋本 哲¹⁾, 松井 茂¹⁾, 石戸保典²⁾

【症例】59歳男性【既往歴】慢性腎不全 維持透析中、陳旧性心筋梗塞、大動脈弁狭窄症、重症下肢虚血 バイパス術後、左第一趾切断術後、右下肢切断術後【現病歴】200X年10月、左第一趾切断術後の壊疽部感染にて当院皮膚科に入院した。入院中に完全房室ブロックを生じ、第3病日の中にペースメーカー植え込み術を施行した。同日の深夜に大量の血便があり、緊急内視鏡を施行し直腸潰瘍からの出血を認めたことから止血術を行った。以降、直腸潰瘍からの出血を繰り返し、1か月の間に14回緊急内視鏡を行った。内視鏡による治療は限界と判断し、第35病日、当院外科にて経肛門的に結紮術を施行した。【結果】外科的結紮術を行った後は新規の血便のエピソードなく経過し、原病加療を行った上で退院となった。【考察】内視鏡による止血に難渋した出血性直腸潰瘍に対して外科的結紮術を行い、良好なコントロールを得られた一例を経験した。基本的には出血性直腸潰瘍に対しては内視鏡的止血術が行われるが、内視鏡治療に難渋した症例に対しては外科的結紮術を含めたその他の治療を行う事が検討される。

出血性直腸潰瘍, 外科的結紮術

北里大学病院 消化器内科学
三浦大征, 魚嶋晴紀, 横倉航一, 日高 央, 草野 央

【緒言】伝染性単核症(IM)はEpstein-Barr Virus (EBV)の感染により、発熱やリンパ節腫脹など全身性の病変を呈する疾患である。EBV以外の原因によりIM同様の臨床症状を呈する場合、伝染性単核症様症候群と診断される。今回、新型コロナウイルス流行中に発生したSARS CoV-2感染に伴う伝染性単核症様症候群の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は既往症を認めない10代女性。来院11日前に全身倦怠感が出現し、近医を受診し加療したが、改善なく総合病院を受診した。そこで行われた血液検査で重度肝障害が認められ当院紹介となった。来院時現症: 37.5℃と発熱を認めた。来院時血液検査所見: 異形リンパ球の出現とALT優位の肝酵素の上昇、PT延長を認めた。来院時画像検査所見: 超音波検査、造影CTともに脾腫を認めた。以上より、IMを疑い、肝障害が重度のため入院加療としたところ、入院時に行われるSARS-CoV-2に対するPCR検査が陽性と判明した。後日、EBVを含む感染症に対する抗原・抗体検査、PCR検査がいずれも陰性であり、SARS CoV-2感染に伴う伝染性単核症様症候群と診断された。入院後、肝庇護療法のみでPT%の改善とトランスアミナーゼの正常化に至り、第13病日に退院された。【考察】本例の特徴は、典型的なIMに比べてALT優位の肝障害と凝固能低下が挙げられる。COVID-19は、高頻度に肝障害を有するが、AST優位の上昇のため、SARS CoV-2感染は、COVID-19以外にも、異なる病態を生じる可能性が考えられた。PubMedで検索したところ、SARS CoV-2感染性伝染性単核症様症候群は1報あり、本症同様に凝固能異常を伴うALT優位の肝障害例であった。伝染性単核症様症候群はB細胞を介して細胞性免疫応答が生じ、全身に多様な症状を呈すると考えられているが、典型的なCOVID-19では、マクロファージがT細胞に抗原提示することから始まる免疫応答により、過剰なサイトカインの分泌を誘導すると考えられている。そのため、これまでSARS CoV-2で考えられていた免疫応答以外にも、別の病態を呈する可能性を示す貴重な報告と言えた。

SARS CoV-2, 伝染性単核症様症候群

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
小林佳歩¹⁾, 高橋宏太¹⁾, 吉原 努¹⁾, 古川潔人¹⁾, 諸井厚樹¹⁾, 佐藤晋二²⁾, 森川瑛一郎²⁾, 池田隆明²⁾, 飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾

【症例】40歳、女性。【主訴】全身倦怠感、食欲不振、黄疸。【既往歴】手術・輸血なし。常用薬なし。機会飲酒のみ。20XX年1月中旬より特に誘因なく全身倦怠感、食欲不振が出現した。2月上旬に褐色尿、白色便が認められたため近医を受診、黄疸を指摘され当科紹介入院となった。【入院時身体所見】黄疸、心窩部に軽度圧痛を認めた。入院時検査成績: WBC 4300/ μ l、RBC 541x10⁷/ μ l、Hb 11.9g/dl、Hct 37.4%、Plt 30.8x10³/ μ l、CRP 0.21mg/dl、AST 882U/L、ALT 885U/L、LDH 321U/L、ALP 140U/L、 γ -GTP 90U/L、T-Bil 13.92mg/dl、AMY 51U/L、IgG 1635mg/dl、PT% 61.4%、HC抗体(-)、HBs抗原(-)。入院後経過: 腹部CTで軽度の肝脾腫大、胆嚢の浮腫性壁肥厚を認めた。急性肝炎として提出したHA-IgM、IgA-HEV、EB-VCA-IgM、CMV-IgMは全て陰性であった。自己免疫性肝炎(AIH)の除外目的で提出した抗核抗体、抗LKM-1抗体は陰性であったが、抗平滑筋抗体のみ80倍と陽性を示した。ウルソデオキシコール酸処方にて経過観察としたが、臨床症状の改善はなく、T-Bilは21.12mg/dlまで上昇した。このため急性肝炎型AIHの可能性を考えてプレドニゾン(PSL) 30mg/日の投薬を開始した。開生後は速やかに臨床症状および肝機能異常は改善した。肝生検組織では、胆汁うっ滞所見、中心静脈周囲の線維化、肝実質内の巣状壊死が認められた。また肝細胞の敷石状配列、膨化肝細胞が確認された。グリソリン鞘の拡大はなく炎症細胞浸潤も乏しく、急性肝炎の診断に矛盾しない所見であった。【考察】本例は抗平滑筋抗体のみ陽性で、臨床経過、組織所見からも急性肝炎期AIHと考えられる症例であり、示唆に富むと考え報告する。

急性肝炎期自己免疫性肝炎, 抗平滑筋抗体

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

【背景】潰瘍性大腸炎に合併する自己免疫性疾患として原発性硬化性胆管炎が知られている。潰瘍性大腸炎を含む炎症性腸疾患(IBD)の患者では約20%程度に肝酵素の上昇を認めるとの報告がある。その中でも、欧米ではIBD患者に自己免疫性肝炎を合併する頻度は0.6%から1.6%とかなり低い。本邦においても潰瘍性大腸炎に自己免疫性肝炎を合併した症例の報告は少ない。【症例】25歳、女性。20XX年12月前医で潰瘍性大腸炎左側大腸炎型と診断され、5-ASA製剤とステロイドで寛解導入を行うも改善しなかった。20XX+1年12月に精査加療目的に当院へ紹介され受診した。寛解導入として5-ASA製剤内服と顆粒球除去療法を実施した。20XX+2年2月からPSL 30 mg/日での治療を開始し8月に寛解し、5-ASA製剤のみで維持療法を継続した。20XX+3年3月夜間に39℃の発熱があり当院を受診した。血液検査ではAST 178 U/L、ALT 407 U/Lと肝酵素の上昇を認め、抗核抗体 320倍、IgG 2177 mg/dLであった。潰瘍性大腸炎の寛解後は新規薬剤の使用はなく、普段のアルコール摂取量は25 g/day以下であった。薬物性肝障害やアルコール性肝炎よりも自己免疫性肝炎を強く疑ったため4月に肝生検を実施した。肝生検の結果、門脈域にリンパ球と形質細胞の浸潤があり、Interface hepatitisを認めた。肝細胞のロゼット形成はなく、肝内胆管に病変もなかった。PSL 40 mg/日の内服によるステロイド加療を開始し、34日後にはAST 12U/L、ALT 13U/Lまで肝酵素の改善を認め、IgG 1140 mg/dLまで減少した。PSLが著効したため自己免疫性肝炎診療ガイドライン(2021年)診断基準の自己免疫性肝炎典型例と診断できた。その後PSL 5 mg/日内服を継続しているが現在まで再発していない。【結語】今回、潰瘍性大腸炎寛解後に自己免疫性肝炎を合併した一例を経験した。潰瘍性大腸炎に自己免疫性肝炎を合併した症例は本邦では比較的珍しいと考へ、文献的考察を含めて報告する。

潰瘍性大腸炎、自己免疫性肝炎

肝細胞癌門脈腫瘍栓再発に対しアテゾリズマブ+ベ
バシズマブ(ATZ-BEV)併用療法後に肝切除を施行
し完全寛解を認めた一例

東京大学医学部付属病院 肝胆膵外科
飯島智久、伊藤橋司、河口義邦、阿部 学、関 祐介、金子順一、
赤松延久、有田純一、長谷川潔

【緒言】従来、切除不能な進行肝細胞癌(HCC)に対する全身化学療法は一次選択はソラフェニブのみであったが、IMbrave150試験の結果を受け、2020年9月25日にアテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ-BEV)併用療法が承認され、現在は第一選択となっている。今回、肝細胞癌に対し右肝切除後にP4への門脈腫瘍栓(PVTT)再発をきたし、術前治療としてATZ-BEV併用療法を行い、肝切除後に完全寛解(CR)を認めた症例を経験したので報告する。【症例】症例は70歳男性。糖尿病で通院中の前医にて、腹部エコーを施行したところ、肝腫瘍を診断され、当院を紹介受診した。造影CT検査にて右肝を占拠するようにPVTTを伴う5cm大のHCCを認めた。門脈にVp3-4の腫瘍栓を認めた。右肝切除術、PVTT摘除術を施行した。術後6か月目のCT、MRI検査で肝S4にPVTTの再発を認めた。腫瘍はP4 superiorを完全に塞栓し、中極側は門脈臍部に近接していた。術前に薬物療法を導入し病勢のコントロールが可能かどうか確認してから肝切除について検討する方針とした。5か月間、ATZ-BEV併用療法を計8サイクル施行しATZのみのレジメンで1コースを追加した。CT検査でPVTTの縮小がみられ部分寛解(PR)の評価であった。肝S4 superior領域の系統的切除を施行した。術中超音波にて肝S4の離断面に接して1.5cm大の腫瘍を認め、P4 superior内にPVTTを確認した。ICG蛍光法を用いて、P4 superior領域の同定を行い、PVTTのあった領域を完全に切除できるよう切除範囲を設定した。手術時間6時間52分、出血量は1635mlであった。術後の病理診断では門脈内に腫瘍の痕跡を認めるものの、viableな肝細胞癌成分は認められず、薬物療法によって病変のCRが得られたと考えられた。術後経過は良好であり、術後7病日に退院となった。【結語】肝細胞癌門脈腫瘍栓に対し、術前薬物療法としてATZ-BEV併用療法を行い、CRの得られた一例を経験したため、報告した。

肝細胞癌、免疫チェックポイント阻害薬

筑波大学医学医療系 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、
同 病理診断研究室³⁾

三井綾佳¹⁾、新里悠輔¹⁾、八田幸乃¹⁾、安部計雄¹⁾、川越亮承¹⁾、
福田壮馬¹⁾、遠藤壮登¹⁾、長谷川直之¹⁾、立澤麻衣子²⁾、土井愛美²⁾、
下村 治³⁾、高橋一広²⁾、橋本真治²⁾、小田竜也²⁾、河合 瞳³⁾、
松原大祐³⁾、土屋輝一郎¹⁾

【背景】臍AVMは比較的稀な疾患であり、出血や膵炎、腹痛をきたした際には治療適応となる。根治治療として臍切除が選択されるが、適した手術のタイミングに関しては不明である。【症例】50歳代男性。【現病歴】2年前に造影CTの早期相で臍体部に網状の血管叢と門脈系血管、血管の蛇行像を認め、臍動静脈奇形(臍AVM)と診断された。無症候のため経過観察されていた。X日の2週間前から上腹部痛が出現したため、X-5日に当科受診。造影CTでは臍AVMの尾側に23mm大の嚢胞及びその周囲の脂肪織濃度上昇が認められた。X日に上腹部が増強し、急性膵炎にて同日緊急入院した。【既往歴】なし。【生活歴】アルコール多飲歴なし。【経過】第2病日の造影CTでは臍周囲の脂肪織濃度上昇が増強し、臍嚢胞も37mmと増大していた。臍AVMに対する臍切除術を検討したが、自覚症状と炎症所見と膵酵素が改善しているため内科的治療を先行して行う方針とした。第6病日に急激な上腹部痛を認め、造影CTで臍嚢胞が45mmとさらに増大し、内部に高吸収域を認めたことから嚢胞内出血が考えられた。流入血管が複数存在するため動脈塞栓術のみでの止血は困難と考えられた。同日に臍体尾部切除(DP)を予定し開腹したが、多量な出血のため臍切離は困難と判断し、ガーゼパッキングのみで終了した。その後血行動態は安定したため、第8病日にDPを施行した。第31病日に退院し、膵炎の再燃なく経過している。病理組織学的検査では臍内に壁構造が正常な動静脈と異なる異常血管が認められた。体尾部の血腫内で異常血管が破綻しており、臍AVMによる嚢胞内出血と考えられた。【考察】臍AVMが原因の急性膵炎で仮性嚢胞を合併した報告は少ない。無症状臍AVMは経過観察されることもあるが、後に急性膵炎を発症し出血コントロールに難化した本症例は貴重と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

臍動静脈奇形、急性膵炎

ImageJを利用したElastography画像解析による膵臓
の線維化評価

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科
笠原優輝、阿川周平、中込 峻、品川悠人、中村 拳、恩田 毅、
田邊智英、植木信江、二神生爾

【目的】これまで我々は、機能性ディスペプシア患者において膵酵素異常を伴う群(FD-P)が含まれており、その中から早期慢性膵炎(ECP)に移行する群も存在することを報告してきた。病態の進行に伴い線維化の進行が起こることが予想されるが、線維化の程度を客観的に測定することは困難である。そのため画像解析ソフトImageJを用いて線維化評価を試みた。【方法】当院を受診した膵酵素異常を伴う患者(n=42)に対して上部消化管内視鏡検査、腹部CT検査を行い明らかな器質的疾患を除外し、超音波内視鏡検査(EUS)を行い、早期慢性膵炎患者11名と無症状の膵酵素異常患者(AP-P)31名を診断した。患者背景(年齢、性別、BMI、喫煙歴、飲酒歴、膵炎の既往歴)を聴取し、採血にて5つの膵酵素(p-amylase, lipase, elastase-1, trypsin, PLA2)を測定した。また一部症例に関してはPFD試験を実施した。ImageJを用いてElastography画像の色調ごとの面積を測定し、線維化の強い領域の割合とPFD試験や膵酵素値との関連を解析した。【成績】両群において患者背景と各膵酵素異常の割合に有意差を認めなかった。PFD試験結果はECP群(56.86 ± 26.53)とAP-P群(65.94 ± 16.74)を比較し、有意差は認められなかった。AP-P群においては、PFD試験を実施した患者のうち54%が基準値を下回っていた。またImageJで評価した線維化の割合とPFD試験結果に相関は見られなかった。ECP群ではサンプル数は少ないが、ImageJで評価した線維化の割合と血中リパーゼ値及びトリプシン値にやや負の相関が見られた。【結論】ElastographyとImageJを併用した評価では、膵外分泌機能障害との関連は認められなかったが、早期慢性膵炎において線維化の進行度を評価できる可能性が考えられた。また無症状の膵酵素異常にも、膵外分泌機能障害が見られることが分かった。症例の蓄積により更なる評価が望まれる。AP-P群には潜在的にECPに移行する症例も含まれていると考えられ、群分けについて更なる検討が必要である。

膵臓、線維化

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
宮城佑衣, 本間俊裕, 上村 淳, 中村駿介, 貝塚玄樹, 高橋宏史,
奴田原大輔, 山本 圭, 平良淳一, 中村洋典, 北村勝哉

症例は60歳台女性。20XX年12月頃から褐色尿を自覚するようになり、改善がないため近医を受診した。血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めたため前医を紹介受診となり、精査目的に前医にて入院となった。腹部造影CT検査では下部胆管の狭窄と上部胆管の拡張がみられたが、狭窄の起始部に明らかな腫瘍は認められなかった。内視鏡的逆行性胆道膵管造影でも同様に下部胆管に狭窄像を認めたが、同部位からの透視下生検では腫瘍細胞は検出されず、IgG4陽性細胞が若干認められた。血清IgG4値は159mg/dLと高値であったため、IgG4関連硬化性胆管炎疑いとして、PSL30mg/日による加療を受けた。PSL投与開始後からは血清IgG4値は経時的に低下傾向にあったが、翌年4月のMRCP検査では下部胆管の狭窄は若干改善を示すものの主膵管の拡張は増悪しており、精査加療目的に当院紹介受診となった。造影CT検査では、膵頭部に遅延性濃染を示す30mm大の低吸収腫瘍を認めた。腫瘍より上流の胆管は拡張しており、主膵管も5mm程度に拡張していた。超音波内視鏡検査では膵頭部に32mmの境界やや不明瞭、辺縁不整、内部不均一な低エコー腫瘍が認められた。胆管と膵管は腫瘍の部位で途絶しており、腫瘍より上流の胆管と膵管は拡張を認めた。また、内視鏡所見では十二指腸乳頭の口側に腫瘍の直接浸潤を疑う腫瘍を認めた。胆管狭窄部からの透視下生検および十二指腸腫瘍からの生検ではAdenocarcinomaと診断され、十二指腸浸潤を伴う膵頭部癌と診断した。画像検査上は遠隔転移や主要な脈管への浸潤は無く、膵頭十二指腸切除術の方針となった。今回、診断に苦慮した血清IgG4高値を示した膵癌の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膵癌, IgG4

横浜市立大学 附属病院 肝胆膵消化器病学
山本 武, 細野邦洋, 八木 伸, 栗田裕介, 長谷川翔, 窪田賢輔,
中島 淳

内視鏡的膵管ステント留置術の偶発症として膵管ステントの迷入が報告されている。放置すると膵炎や膿瘍形成、膵液瘻を誘発する可能性があり回収が必要であるが、膵管内腔は狭く処置具の使用は制限されるため、しばしば難渋する。今回、膵体尾部主膵管に迷入した膵管ステントを1.8mm径の生検鉗子によって回収した一例を経験したため報告する。症例は74歳女性。前医CTで肝内胆管のびまん性狭窄を認め、生検、細胞診目的にERCPを施行した。膵炎予防のため自然脱落型ステント(片側 pigtail 型)を留置するも主膵管内に迷入し、回収を試みるも膵体尾部までステントが進み、さらにpigtail型の手前のステントが分枝膵管に迷入する形となり回収不能であったためENPDを留置した。数日後のENPD造影では膵液瘻を認めなかったため、いったん抜去したが、翌日腹痛あり、CTにて6cm大の膵仮性嚢胞を認め、ENPD再留置としていた。膵管ステントの回収、膵液瘻の治療目的に当院へ紹介となった。転院後のENPD造影では主膵管の拡張はなく、膵体部の主膵管より膵管瘻とその尾端に迷入するステントを認め、膵管ステントの手前は主膵管内にあることを確認した。ENPDを抜去し、主膵管内にGWを留置し、GW誘導下で両開き鉗子、片開き鉗子を挿入しステント把持を試みたが、不能であった。続いて1.8mm径の細径生検鉗子の挿入を試みた。内視鏡操作で適宜膵管軸を直線化するよう挿入し、迷入したステントの把持に成功し、回収し得た。膵管ステント(5Fr/15cm)を膵管瘻の遠位端まで留置し処置を終了した。処置後腹部症状はなく、処置後2日目の造影CTにて膵液瘻は縮小し、膵炎の所見は認めなかった。処置後3日目に成分栄養剤の経口摂取を開始した。処置後6日より五分粥を開始し、その後の経過は良好で、処置後10日目に退院となった。今回我々は生検鉗子を用いて膵管内に迷入した膵管ステントの回収に成功した一例を経験した。主膵管内の径が細くデバイスの操作が困難である場合に有効な方法であると考えられた。

膵管ステント, 膵液瘻

虎の門病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾
小泉 亮¹⁾, 佐藤悦基¹⁾, 前原耕介¹⁾, 服部大輔¹⁾, 田村哲男¹⁾,
小山里香子¹⁾, 牧之段洋輝²⁾, 赤埴実宝²⁾, 松村 優²⁾, 橋本雅司²⁾,
今村綱男¹⁾

【症例】17歳男性。出生時にダウン症候群と診断された。乳び胸の治療歴がある他に先天性心疾患を含めてダウン症候群の合併症は認めない。約1か月前からの繰り返す食後の嘔吐を主訴に前医を受診。CT・MRIで総胆管結石が判明した。また、胆嚢は萎縮し全周性に壁肥厚を呈し、内部に石灰化結石を認めた。加療目的に当院を紹介受診。著明な肝胆道系酵素の上昇を認め、内視鏡的乳頭切開術および結石除去術を行った。処置合併症は認めず、処置後より自覚症状は消失した。後日、再発予防目的に腹腔鏡下胆嚢摘出術がなされた。胆嚢結石は白色で成分分析は炭酸カルシウム結石であった。現在に至るまで症状再燃なく経過している。【考察】小児あるいは若年の胆石症の頻度は稀で、溶血性疾患等の既往が原因として挙げられる一方で成人と同様に肥満がリスクとの報告もある。また、ダウン症候群では胆石の合併率が有意に高いとする報告が複数あり、原因として胆嚢の収縮能低下や肥満、高トリグリセリド(TG)血症が挙げられている。本症例はBMI17.7と肥満でなく、高TG血症や溶血性疾患の既往もなかった。胆嚢の形態からは収縮能低下の可能性が示唆され胆石の成因と考えられ、炭酸カルシウム結石であった点とも合致する。総胆管結石を併発したダウン症候群の患者に対してERCPを行った報告は国内・海外ともに検索されなかったが、ダウン症候群の胆石リスクを踏まえると今後同様の症例に遭遇する可能性は十分にある。貴重な症例と考えられ報告する。

総胆管結石, ダウン症候群

がん研有明病院 消化器センター 肝胆膵内科¹⁾,
東京大学医学部附属病院 総合研修センター²⁾
小野豪大^{1,2)}, 岡本武士¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 石塚隆浩¹⁾, 山田 学¹⁾,
中川皓貴¹⁾, 三重亮文¹⁾, 古川貴光¹⁾, 春日章良¹⁾, 松山真人¹⁾,
尾阪将人¹⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】66歳、女性【現病歴】人間ドックの腹部USで肝門部に2cm大の充実性腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。【既往歴・内服歴・家族歴】特記すべき事項なし。【入院後経過】初診時、自覚症状なし。採血でも肝胆道系酵素上昇はなく、腫瘍マーカーやIgG4も正常であった。腹部造影CTにて肝内胆管はごく軽度の拡張を認めた。胆管壁に病的な肥厚は認めず、その他有意な腫大リンパ節は指摘されなかった。上下部内視鏡に異他所見は認めず。超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行したところ組織学的には核が腫大し、好酸性細胞質をもつ円形～紡錘形の異型細胞が、充実性に増生する像を認めた。免疫組織学的にはHMB-45(+), chromogranin A(-), synaptophysin(-), CD56/NCAM(-), CKAE1/3(-), CAM5.2(-), S100(-), TFE3(+))であり、血管筋脂肪腫を含むPEComaが疑われた。その後、当院肝胆膵外科にて胆嚢摘出術を施行した。切除標本の肉眼像では胆嚢管粘膜内に腫瘍の露出を認めず、組織像では、境界明瞭で偽被膜に覆われている腫瘍を認め、その細胞は類上皮胞巣状に増殖していた。胞巣は、毛細血管を伴う細い間質によって境界されていた。以上より、胆嚢管固有筋層に深に存在する、胆嚢管と総胆管の間の非上皮組織原発のPEComaと診断した。術後6年経過しているが、現在も再発は認められない。【考察】PEComaの画像診断は未だ確立されていないが、腫瘍径が大きいものでは、CTやMRIにて脂肪成分と血流が悪性度と関連するとの報告もある。病理診断では、悪性黒色腫関連マーカー(HMB45など)と筋原性マーカー(SMA, pan muscle actin, calponinなど)が陽性で、サイトケラチンとS-100蛋白が陰性であることが特徴とされている。少数においてTFE3が陽性となることも報告されている。非常に稀な胆道原発のPEComaを経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

PEComa, 胆道腫瘍

日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野
細川裕司, 岩男 彩, 山田優紀, 小西 彩, 野田泰弘, 高須綾香,
後藤田卓志, 木暮宏史

【症例】16歳男性【主訴】右側腹部痛【現病歴】2年前より慢性的な右側腹部痛が出現し当院小児科を受診したが、腹部CTや血液検査では異常がなく、原因は不明であった。症状は一時的に自然改善していたが、再び右側腹部痛と下痢症状が出現し、近医にて酪酸菌配合剤、消化管用吸着剤、トリメプチンマレイン酸、タンニン酸アルブミンを処方されたが、下痢症状は無くなったものの痛みの改善が見られず当科紹介となった。【経過】初診時の問診と診察では痛みは体表面に限局しており、Carnett徴候陽性であったため体性痛が疑われた。内視鏡検査や腹部超音波検査などで器質的な疾患は認めなかった。また、学校環境や家族関係などで精神的な問題はみられなかった。原因として前皮神経絞扼症候群(ACNES)を疑ったが、痛みが強く内服薬によるコントロールが困難であったため当院ペインクリニックに紹介とした。内服治療に加えてトリガーポイント注射や腹直筋ブロックを実施したが、数時間しか効果がなく、複数回の施行でも疼痛除去には至らなかった。慢性的な疼痛が日常生活や学業に支障をきたしていたため、神経離断術を施行した。術後はnumerical rating scale(NRS) 0-1/10まで疼痛改善を認めた。【結語】慢性的な腹痛は日常生活の障害となりQOLが低下しうる問題であるが、原因が特定されず時に精神的疾患として取り扱われてしまうこともある。ACNESは若年者の慢性腹痛の原因の1割程度を占めるとされており、慢性腹痛の鑑別疾患として、診断過程において本疾患が想起されるか否かが鍵となる。しかし特徴的な病歴や身体所見から一発診断(snap diagnosis)するには医学知識や経験に依るところが大きく、まずは器質的・機能的疾患や心因性要素の有無の除外をしていくことが第一であり、初診時の詳細な問診と系統だった身体診察を普段から常に心がけることが重要である。今回、若年者の慢性的な腹痛に対してACNESを疑い神経離断術により症状の軽快に至った症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告をする。

前皮神経絞扼症候群 (ACNES), 慢性腹痛

慶應義塾大学 医学部 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門¹⁾,
同 内科学(消化器)²⁾
中山敦史¹⁾, 澤窪陽子²⁾, 岩田賢太郎²⁾, 宮崎蔵人²⁾, 増永哲平¹⁾,
水谷真理²⁾, 高取祐作¹⁾, 松浦倫子¹⁾, 加藤元彦¹⁾, 矢作直久¹⁾

【症例】40歳代、女性。既往歴および家族歴に特記事項なし。血便を主訴に近医を受診した。大腸内視鏡検査にて肛門管に隆起性病変を指摘され、生検で高分化管状腺癌の診断となり当院を紹介され受診した。精密内視鏡では肛門管歯状線口側に発赤調を呈する10 mmのType 0-Iaを認め、NBI拡大観察にてJNET分類Type 2Aと診断した。隆起成分のNBI観察を行った後に続けて肛門管から肛門皮膚を観察したところ、隆起成分から連続して歯状線より肛門側一部全周性で肛門皮膚にまで及ぶ領域性のある不整血管を認めた。白色光観察では病変は前述の隆起成分のみしか視認できなかったが同部位から生検を施行したところ、淡明な細胞質を有する類緑形の異型細胞が扁平上皮内に進展しておりpagetoid spreadの可能性が考えられた。NBI観察にて異常血管を認めない部位から生検を施行したところ異型細胞は見られなかった。内視鏡所見上は積極的に粘膜下層に深への浸潤を示唆する所見と乏しく、病変の範囲診断も可能と判断した。CTを施行し明らかなリンパ節転移や遠隔転移は見られなかった。治療方針として外科と相談し局所切除が必要と判断したが、外科手術と腹会陰瘻直腸切除術を行うことになり侵襲が大きくなるため、患者への慎重なインフォームド・コンセントを行った後に診断的的内視鏡治療を行うこととし、ESDを施行した。口側の隆起性病変を処理した後に肛門管内で全周切除となり、NBIで不整血管を認めた肛門皮膚側までマージングを行っておいた部分を含めて一括切除した。病理組織学的には隆起成分に一致して粘膜内に高分化管状腺癌が見られ、扁平上皮移行部から肛門側には粘膜内にCK20陽性、GCDPF15陰性の異型細胞が増殖しており、最終的に肛門管癌のpagetoid spreadと診断した。以後は経過観察を行っているが、術後1年の時点で明らかな遺残再発は認めない。【考察】肛門管癌のpagetoid spreadは稀であり、これまでは外科手術の報告のみで内視鏡所見や治療に関する報告は本症例が初めてである。今回、若干の文献的考察を加えて報告する。

肛門管癌, Pagetoid spread

東京医科大学 消化器内視鏡学分野¹⁾,
東京大学医学部附属病院 消化器内科²⁾,
日本赤十字社医療センター 消化器内科³⁾
新倉量太¹⁾, 山田篤生²⁾, 鈴木裕史³⁾, 山本信三³⁾, 杉本光繁¹⁾,
藤城光弘²⁾, 河合 隆¹⁾

【背景・目的】小腸閉塞は良性、悪性腫瘍をはじめとする多くの原因疾患が存在し、その診断は重要である。小腸カプセル内視鏡検査は小腸閉塞の診断に有用な検査法であるが、閉塞が疑われる患者に対しては、カプセル内視鏡検査施行前にパテンシーカプセルを用いた小腸開存性の判定が必要である。パテンシーカプセルによる小腸開存判定には腹部単純レントゲン、腹部超音波検査、腹部単純CT検査のモダリティが使用され臨床経験を要する。本研究の目的は、6例の小腸閉塞に対する小腸開存判定について検討することである。【方法】小腸閉塞にて入院加療を要した患者6例に対して、保存的またはイレウスチューブによる減圧加療を施行した。減圧加療の後、パテンシーカプセルによる小腸開存検査を行った。小腸開存判定は、パテンシーカプセルの排泄の有無、腹部単純レントゲン、腹部超音波検査、腹部単純CT検査にて行った。小腸開存判定の後、小腸カプセル内視鏡検査を施行した。【結果】平均年齢は61才、男性4例、女性2例であった。入院時診断は、癒着性イレウスが4例、麻痺性イレウスが2例であった。6例全員が保存的またはイレウスチューブによる減圧加療が奏功し、パテンシーカプセルによる小腸開存検査が行われた。パテンシーカプセルが排泄された症例は1例であった。腹部単純レントゲンにて開存判定が行えた症例は3例、腹部超音波検査にて開存判定が行えた症例は3例、腹部単純CT検査にて行えた症例は6例であった。6例に対して小腸カプセル内視鏡検査が行われた。1例がメックル憩室、1例が小腸びらん、4例が有意所見を認めなかった。【結語】パテンシーカプセルによる小腸開存判定は、検査モダリティにより結果が異なることが明らかになった。判定に難渋する症例は、腹部単純CTによる判定が重要である。

小腸閉塞, パテンシーカプセル

東海大学 医学部 内科学系 消化器内科学¹⁾,
同 基盤診療学系 病理診断学²⁾,
同 外科学系 消化器外科学³⁾
上田 孝¹⁾, 小村侑司¹⁾, 佐藤博彦¹⁾, 金子元基¹⁾, 佐野正弥¹⁾,
寺邑英里香¹⁾, 藤澤美亜¹⁾, 富田さくら²⁾, 岡田和丈³⁾, 松嶋成志¹⁾,
鈴木秀和¹⁾

【症例】71歳男性【現病歴】20XX年3月上旬より繰り返す血便を自覚し、当院を受診した。【既往歴】虫垂炎術後(18歳)、高血圧(55歳)、腹部大動脈瘤人工血管置換術後(55歳)、Helicobacter pylori(以下H. pylori)除菌後(不詳)【画像所見】腹部造影CT検査:明らかな血管外漏出像は認めない。上部消化管内視鏡検査:特記事項なし。下部消化管内視鏡検査:血性腸液を認めるものの出血源の同定には至らなかった。【経過】上部消化管内視鏡検査と下部消化管内視鏡検査を行うも明らかな出血源の同定ができず、血便が持続した。原因不明消化管出血(obscure gastrointestinal bleeding; OIGB)として、小腸カプセル内視鏡検査を行ったが有意な所見が得られず、経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。ダブルバルーン小腸内視鏡検査時には明らかな出血所見は認めなかった。しかし回腸に到達すると腸管と2分する囊状の構造物を認めた。さらに憩室入口部の潰瘍による狭窄を認めた。また憩室内の潰瘍の有無は十分に観察できなかった。また憩室と腸管の肛門側分岐から造影剤を注入すると腸管口側に狭窄像と囊状の構造物に沿って造影され、腸管外への漏出は認めなかった。内視鏡的にMeckel憩室と診断し、血便の原因はMeckel憩室起始部の潰瘍からの出血と診断した。点墨を行い、後日、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。病理組織学的所見では異型のない腸上皮がみられ、中央に潰瘍を認め、明らかな異所性組織は認めなかった。術後経過は良好であり、出血のイベントなく術後9日目に退院した。【考察】Meckel憩室出血は若年層では最も一般的な臨床症状であり、その他の合併症は閉塞、腸重積症や穿孔などが報告されている。またMeckel憩室の合併症発生率は10歳以下が41.8%と多く占める一方で、71歳以上の合併症発生率は全体の1.5%であり、非常に稀である。今回の検討では医学中央雑誌において「Meckel憩室」、「出血」をキーワードに抽出された症例をさらに70歳以上の高齢者に限定し、自験例を加えた9症例に文献的考察を加えて報告する。

Meckel憩室, 高齢者

昭和大学藤が丘病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾, 清水 寛³⁾, 阿曾沼邦央¹⁾, 河西千恵¹⁾, 松原 大¹⁾, 遠藤利行¹⁾, 木川 岳²⁾, 田中邦哉²⁾, 長濱正亞¹⁾

【緒言】神経線維腫症1型 (neurofibromatosis type 1; 以下NF1) は皮膚色素斑や皮膚および末梢神経に生じる多発性の神経線維腫を特徴とする常染色体優性遺伝疾患である。消化管病変としては神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor; NET), Gastrointestinal Stromal Tumor (以下; GIST) などの非上皮性腫瘍が報告されている。その頻度は約10-60%と報告されているが症状が認められる症例は5%以下とも言われている。今回当院では消化管出血を契機に小腸多発GISTとNF1を診断した症例を経験したため文献的考察を加え報告する。【症例】40代男性【主訴】血便【経過】定期的な病院受診はされていなかったが202X年3月に血便とめまいの症状を認め当院救急外来受診された。来院時の血液検査ではHb7.8mg/dlと貧血を認め、腹部造影CT検査では小腸に多発する腫瘍影を認めたが明らかな造影剤の漏出像は認めなかった。その他に出血源がないことから小腸腫瘍からの出血を疑い経口小腸内視鏡検査を施行し空腸に鮮血と凝血塊が付着した粘膜下腫瘍を疑う隆起性病変を認めた。内視鏡的止血処置は困難と判断し緊急手術を施行し小腸に大小不同の多発する腫瘍を認めたため外科的切除を行った。検体はC-KIT (+), CD34 (+) でありGISTの診断となった。その後は血便症状なく経過している。また多発する小腸GISTの存在からNF1を疑い詳細な病歴聴取と身体診察を行った結果、多発するカフェオレ班と神経線維腫の切除歴があることからNF1の診断となった。【結語】多発する小腸GISTを認める症例ではNF1の合併を考慮する必要がある。

小腸GIST, 神経線維腫症1型

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科

石野博崇, 村上 敬, 壁村大至, 樺 映志, 栗津崇仁, 福岡泰斗, 牛尾真子, 鈴木信之, 高橋 翔, 池田 厚, 鈴木彬美, 伊藤光一, 富嶋 亨, 石井重登, 藤澤聡郎, 瀧谷智義, 北條麻理子, 池嶋健一, 永原章仁, 伊佐山浩通

【症例】50歳の男性。【現病歴】下痢を主訴に前医で大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸に多発ポリープと直腸S状部に全周性の腫瘍性病変を認めたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。【家族歴】父は51歳時に大腸癌で死去し、叔母は40歳時に多発大腸ポリープで大腸全摘出術後。【既往歴】特記事項なく、遺伝子検査も受けたことはない。【臨床経過】大腸内視鏡検査では、直腸全体にポリープが多発し、下部直腸に約30mm大の表面不整なIp病変を認めるほか、直腸S状部には全周性の2型病変を認めた。腫瘍により腸管腔は狭小化し内視鏡スコープの通過は困難であった。腹部CTでは、直腸壁の肥厚と周囲リンパ節の腫大、および口側腸管の拡張を認め、CROSSスコア2点として緊急で大腸ステントを留置した。ステント留置後は排便・排ガスともに良好であり、1週間後に細径スコープを用いた全大腸内視鏡検査で深部大腸の評価を行った。盲腸から直腸にかけて平坦なものから有茎性まで様々な形態を呈する大小不同のポリープが100個以上多発していた。以上より、家族性大腸腺腫症に発生した進行大腸癌と診断し、腹腔鏡下結腸全摘術+直腸切断術+回腸人工肛門造設術を施行した。組織学的には、全大腸に低異型度から高異型度の管状腺腫が多発し、下部直腸のIp病変は粘膜内に限局した高分化管状腺腫であった。直腸S状部では高～中分化管状腺腫が漿膜下層まで浸潤し、複数のリンパ節転移も伴っていた。最終診断はpT3N2bM0, Stage3cであった。術後化学療法を検討したが、患者の希望なく現在経過観察中である。【結語】大腸ステント留置後の内視鏡的深部大腸観察にて家族性大腸腺腫症を診断した閉塞性大腸癌の1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

大腸癌, 家族性大腸腺腫症

聖マリヤンナ医科大学東横病院 消化器病センター¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 聖マリヤンナ医科大学 消化器内科³⁾, 五十嵐央祥^{1,3)}, 荒木建一^{1,3)}, 近江亮介^{1,3)}, 松尾康正^{1,3)}, 落合康利^{1,3)}, 中嶋孝司^{1,3)}, 小泉宏隆²⁾, 立石敬介³⁾

【症例】40代男性。自覚症状なし、基礎疾患なし、既往歴に特記すべきことなし。便潜血陽性の二次検査目的に当院を受診した。20XX年7月大腸内視鏡検査を施行したところ、肝弯曲部に限局して軽度の炎症性粘膜を認め、その近傍に発赤調のIsp型ポリープを2つ (10mm大、6mm大) 認めた。炎症性粘膜からの生検では好中球浸潤を主体とした非特異的炎症所見を認め、2つのポリープはいずれも内視鏡観察にて非腫瘍と診断されたため、経過観察の方針となった。20XX年12月大腸内視鏡検査を再施行したところ、炎症性粘膜は消失しており、ポリープは著変無かったが患者希望により10mm大ポリープに対し内視鏡的粘膜切除術を施行した。病理学的にはポリープに腫瘍成分は認めず線維組織と高度な炎症細胞浸潤で構成されていた。免疫染色ではIgG陽性形質細胞が主体であり、IgG4陽性細胞は50/HPFを超えて認められた。IgG4/IgG陽性細胞比は約20%であった。全身検索を行ったが他臓器にIgG4関連疾患を示唆する画像所見を認めず、血清IgG4は55.9mg/dLと正常範囲内であった。IgG4関連疾患を含めた特異的な慢性疾患の診断基準には該当せず経過観察の方針となったが、現在まで著変無く経過している。【考察】今回我々はIgG4陽性形質細胞浸潤を伴う大腸炎症性ポリープの1例を経験した。画像・血液・病理所見からIgG4関連疾患の診断基準は満たさず、他臓器にIgG4関連疾患を疑う所見も認めなかった。IgG4陽性形質細胞浸潤を伴う大腸隆起性病変の報告はごくわずかであり、その成因や病的意義は不明である。自験例をもとに文献的考察を加え報告する。

大腸ポリープ, IgG4

NTT 東日本関東病院 消化器内科

古田孝一, 石井鈴人, 永江真也, 伊藤洋平, 竹内葉緒, 高柳駿也, 木本義明, 加納由貴, 作野 隆, 根岸良充, 小野公平, 港 洋平, 村元 喬, 大團 研

症例は57歳女性。下部直腸の腫瘍性病変の治療目的に紹介となった。術前評価の内視鏡検査では、病変は発赤調、12mm程度の表面隆起性病変で、内視鏡的境界の認識は可能であった。外科的肛門管から歯状線を超えて肛門側に位置しているため内視鏡的粘膜切除術 (EMR) での一括切除は困難と考え、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を選択した。ESDを施行し、隣接する肛門上皮を含め病変を一括切除した。病理組織学的検査では、中分化型管状腺腫が認められ、深達度は粘膜内であり、尿管侵襲は認めなかった。肛門上皮に腫瘍細胞のPagetoid spreadが認められ水平断端は陽性だった。肛門上皮への腫瘍の遺残が予想され、根治治療のため追加手術を行う方針とした。ESD検体は、直腸粘膜の病変の深達度は粘膜内であり、経肛門的局所切除で肛門機能の温存を図る方針とした。ESD痕跡を中心に、直腸粘膜と肛門上皮を合わせて切除した。切除標本の直腸粘膜に腫瘍の残存はなかったが、肛門側扁平上皮の断端が陽性であった。さらなる追加手術は患者から拒否があり、外来で経過観察としたが、術後60日で肛門周囲に隆起性病変が出現し増大傾向となり、残存腫瘍の増大と判断した。肛門の病変周囲にMapping biopsyを行い、再度経肛門的局所切除を行った。病理はPagetoid spreadを伴う腺癌であり、口側断端・肛門側断端・垂直断端ともに陰性であった。尿管浸潤はなく、R0切除と判断した。術後1年が経過した現在も、再発は認めていない。Pagetoid spreadは根治術に外科的加療が行われることが多い。原発巣にSM以深の浸潤を伴うことが多く、口側の切除境界の認識が経肛門的には難しいことから、術式は局所切除ではなく直腸切断術が選択され、肛門機能は温存されない事が多い。本症例は側方断端陽性の為繰り返しの局所切除を要する事となったが、原発巣が粘膜内病変であった事もあり、最終的には肛門機能を温存したまま根治治療を行う事ができた。本病変は肉眼的に境界の認識が困難との報告が多く、一期的治療のための事前のMapping biopsyの必要性などが示唆された。

Pagetoid spread, 大腸癌

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学

土屋貴大, 對田 尚, 間宮幸代, 大山湧平, 仲澤隼人, 堀尾亮輔, 高橋彩月, 後藤千尋, 園田美智子, 黒杉 茜, 白鳥 航, 金子達哉, 明杖直樹, 太田佑樹, 齊藤景子, 沖元謙一郎, 松村倫明, 加藤 順, 加藤直也

【緒言】今回我々は慢性偽性腸閉塞の術後に大腸アカラシア様病変と診断された症例を経験したため報告する。【症例】60歳代男性。1年前より腸閉塞症状による入退院を繰り返すようになり当院紹介受診となった。【経過】原因精査のためDynamic-CT, PET-CT, 血液検査を行うも腸閉塞の原因となるような器質的疾患は認めなかった。シネMRIでは大腸の蠕動低下および弛緩性麻痺による、特に上行結腸から横行結腸までの腸管拡張を認めた一方で、小腸には蠕動を認めており大腸型の慢性特発性偽性腸閉塞と考えられた。Hirschsprung類縁疾患の鑑別のため大腸生検による精査を行ったが否定的であった。内科治療に抵抗を示したため、外科にて大腸全摘を施行し、拡張していた回盲部を含む右側結腸から虚脱し拡張に乏しい下行結腸までを切除した。手術標本の病理学的所見では、下行結腸にCaliber Changeを認め、同領域でのみAuerbach神経叢・Meissner神経細胞が共にほぼ消失しており、アカラシア様病変に伴う巨大結腸症の所見として矛盾しない結果であった。術後は長期的に腸閉塞所見の再発なく経過している。【考察】大腸のアカラシア様病変は腸閉塞の原因として稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸アカラシア, 腸閉塞

94 ウステキヌマブの長期治療効果と安全性の報告。

JCHO 相模野病院 消化器内科¹⁾,
北里大学病院 消化器内科²⁾, 同 病理学³⁾,
北里大学医学部新世紀医療開発センター⁴⁾
三枝陽一¹⁾, 今泉 弘¹⁾, 横山 薫²⁾, 桑尾定仁³⁾, 廖原将良¹⁾,
井廻祐介¹⁾, 小川大輔¹⁾, 小林清典⁴⁾

【目的】20XX年(14歳)2ヵ月継続する下痢、血便で当院に受診。高度の貧血Hb6.5 dl/mlで緊急入院。精査し潰瘍性大腸炎(UC)と診断。身長成長期でもあったため、ステロイドフリー、Intensive G-CAPで臨床、内視鏡寛解。20XX+4年(18歳)、受験勉強でストレスがかかるころより、7月に再燃し、PSL20mg、アザチオプリン10mg内服で臨床寛解、12月にも再燃しPSL20mgを内服し寛解。20XX+5年1月の受験テスト直前にも再燃しPSL20mg内服、再燃を繰り返すためウステキヌマブ導入し、効果と安全性と評価した。【方法】身体所見、血液検査大腸内視鏡検査、で約1年に渡り長期評価した。【成績】身体所見では約8週で臨床寛解し、その後も安定し寛解を維持した。血液検査でも炎症の鎮静化、栄養状態の改善、大腸内視鏡検査では粘膜治癒を認めた。病理組織学的にも粘膜治癒をえることができた。【結論】ウステキヌマブは安定し長期に良好な効果を有し、2次無効起こしづらい薬剤と示唆される。また安全性も高く長期に使用できるか可能性がある。文献を考察し、ご報告する。

潰瘍性大腸炎, ウステキヌマブ

95 大腸全摘後に小腸病変を発症しウステキヌマブが有効であった潰瘍性大腸炎の1例

北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター¹⁾,
同 消化器内科²⁾
芹澤 奏^{1,2)}, 佐藤 翼²⁾, 小松萌子^{1,2)}, 山名瑤子¹⁾, 辛島 遼^{1,2)},
前田真佐¹⁾, 梅田智子^{1,2)}, 佐上晋太郎^{1,2)}, 中野 雅^{1,2)}, 日比紀文¹⁾,
小林 拓^{1,2)}

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に合併する小腸病変に対する治療戦略については定まったものがない。【症例】27歳男性【主訴】嘔気・心窩部痛【現病歴】20XX-3年4月に潰瘍性大腸炎(UC)全大腸炎と診断された。5-ASA不耐のためステロイド(PSL)60mgで寛解導入治療を行ったが、PSLで重度のさ瘡を認めるとともに終了後早期に再燃したため加療的に同年7月に当院へ受診された。肺炎によるチオプリン不耐、インフリキシマブ・顆粒球吸着除去療法は無効、タクロリムスは有効であったが腎機能障害により継続使用不可能にてコントロールできず、20XX-2年4月に感冒を契機に重症化し内科的治療の限界として大腸全摘術が施行された。術後経過は良好であったが、20XX年9月に嘔気、心窩部の圧痛、便回数増加を認め当院に入院となった。【経過】上部消化管内視鏡検査(EGD)で十二指腸びまん性にびらんと細顆粒状粘膜を認め、カプセル内視鏡検査・下部消化管内視鏡で全小腸に同様の病変と回腸囊炎が指摘されたためUCの術後小腸病変と診断した。PSL30mgでの加療を開始したところ著効し5日目に退院、PSLを漸減中止した。20XX+3年7月に症状の再燃を認め、内視鏡的にも同様の病変が確認されたため再度PSL使用したものの短期間で再燃したためにウステキヌマブを導入した。直後より改善を認めその後20ヵ月間臨床的・内視鏡的寛解を維持できている。【考察】術前に5ASA、チオプリン不耐、インフリキシマブ無効であった潰瘍性大腸炎術後小腸炎にウステキヌマブが著効した症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 小腸病変

96 潰瘍性大腸炎(Ulcerative colitis; UC)に伴う血小板減少症に対してustekinumab(UST)が有効であった1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
上都賀総合病院²⁾
山口 統^{1,2)}, 小黒邦彦¹⁾, 野本弘章¹⁾, 船山陽平¹⁾, 永山 学¹⁾,
坂本博次¹⁾, 矢野智則¹⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】51歳男性【主訴】腹痛・血便【現病歴】20年前に他院で潰瘍性大腸炎(UC)(全大腸炎型、慢性持続型)と診断され、時間依存型5-アミノサリチル酸製剤(5-ASA)で加療されていた。X年9月にUCが再燃しpH依存型5-ASAへ変更したが無効であった。プレドニゾン(PSL)30mg+ブデソニド注腸フォーム剤を投与されても改善せず。X年11月に当院を紹介され緊急入院となった。【経過】入院時、UCの臨床的重症度は中等症、Mayo endoscopic score 2で、血中サイトメガロウイルス抗原は陰性であった。また四肢の点状出血と血小板減少(0.5万/mm³)を認め、精査でPAIgG陽性の特発性血小板減少症性紫斑病(Idiopathic thrombocytopenic purpura; ITP)と診断された。まずITPの治療としてデキサメサゾン40mgを15日間投与したが無効であった。次にUCに対して、血球成分除去療法+vedolizumab(VDZ)による治療を試みたが、VDZは一次無効であり、血小板数の上昇も5万/mm³までと軽度にとどまった。2nd-lineの生物学的製剤としてustekinumab(UST)を導入したところ、UCの症状改善と共に血小板数も22万/mm³に上昇した。【考察】UCでは様々な腸管合併症が起きるが、稀にITPを合併する。機序としてUCの大腸粘膜傷害により、腸内細菌に曝露されて抗原抗体反応が起こり、血小板表面の糖蛋白に交差抗原性のある自己抗体が形成されることが推定されている。多くはUC治療を行うことにより、ITPも改善するとされる。これまでUC・ITP合併例に対し、infliximabやtofacitinibが有効であった症例報告が散見されるが、USTが有効性を示したのは本症例が初めてである。UCの適切な治療がITPの改善につながることは、これまでの報告に合致していた。ステロイドや5-ASAに治療抵抗性のUC・ITP合併例にUSTが有効である可能性が示唆された貴重な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 特発性血小板減少症性紫斑病

北里大学病院 消化器内科学¹⁾、
同 新世紀医療開発センター²⁾
小川大輔³⁾、横山 薫⁴⁾、原田洋平¹⁾、伊藤隆士¹⁾、金澤 潤¹⁾、
別當明広¹⁾、池原久朝¹⁾、小林清典²⁾、草野 央¹⁾

【症例】20歳代、男性【現病歴】他院で潰瘍性大腸炎(UC)全大腸炎型の診断にてステロイド大量静注療法で寛解導入後に5-ASA製剤による重症膝炎を発症した。その後vedolizumab(vedo)導入され、転居のため当院へ紹介となった。転院後vedo継続していたが多忙を理由に投与が不定期となっていた。20XX年1月に体動困難で救急搬送され、UC再燃による水様性下痢や著明な電解質異常、低栄養等を認め緊急入院となった。入院後輸液による電解質補正を行ったが、腹部膨満感による嘔気、嘔吐症状が強く経口摂取が進まず、上部内視鏡検査やCT施行するも器質的疾患は認めなかった。UCは大腸内視鏡検査中等症の活動性病変を認め第11病日にinfliximabを導入した。第12病日から妄想様症状が出現し、精神神経科も介入し原因検査および加療を継続していた。第28病日に急激な意識障害・眼球運動障害、炎症反応高値を認めたため脳炎が疑われ頭部MRI検査を施行したところWernicke脳症の診断となった。血液検査でも著明なvitaminB1(チアミン)欠乏を認め、入院前に独居のため水分しか摂取していなかったことも判明した。同日よりチアミンの大量投与を開始したが急激な呼吸不全、循環不全を認め、一時集中治療室で全身管理を行った。その後リハビリによりADLは改善し作話は消失したが、短期の記憶力低下は残存した状態で転院となった。【考察】Wernicke脳症はチアミン欠乏による意識障害・運動失調・眼球運動障害を3徴とし、アルコール依存者のみならず中心静脈栄養患者や妊娠悪阻でも合併する。UCの活動期は下痢の持続による電解質異常やチアミンの吸収不良に加え、経口摂取不十分による低栄養状態にありWernicke脳症発症のリスクが高い。Wernicke脳症は死亡例もあり、またKorsakoff症候群へ移行し後遺症を残す症例もあるため、発症予防と早期発見に努めることが肝要である。

潰瘍性大腸炎, ウエルニッケ脳症

東京女子医科大学 消化器内科
村杉 瞬、大森鉄平、佐々木優、高鹿美姫、米沢麻利亜、
徳重克年

【目的】原発性硬化性胆管炎(Primary sclerosing cholangitis; PSC)は肝内外の胆管に多発性・びまん性の狭窄が生じ、胆汁うっ滞をきたす慢性肝疾患である。PSCは潰瘍性大腸炎(Ulcerative colitis: UC)を合併することが多いことが知られている。PSCに合併したUCでは臨床的特徴がUC典型例と異なることが報告されている。今回、PSCに合併したUCの臨床的、大腸内視鏡的特徴、スクリーニング目的の大腸内視鏡の重要性を明らかにする事とした。

【方法】2000年4月1日から2021年3月31日までの間、当院で加療中のPSC症例(n=85)のうち、検討1)UC合併例(n=40)を対象とし、臨床的特徴や大腸内視鏡所見について、検討2)PSC症例に対するCS施行の特徴について検討を行った。

【成績】1) UC合併例の男女比は20:20、診断年齢は35±16歳であった。58%(n=23)は無症状であった。罹患範囲は全てが全大腸炎型であったが、右側大腸優位(88%, n=35)に炎症がみられ、炎症は散在していた。また38%(n=15)でback wash ileitisを認め、48%(n=19)でrectal sparingを認めた。炎症は軽症が多いが、中等症以上の症例も認めた(UCEIS 2.4[1-5])。2) PSCで消化管症状は伴わなかったが、スクリーニング検査を施行した37例のうち、57%(21例)でUCの診断に至っていた。

【結論】PSCに合併したUCの臨床的、大腸内視鏡的特徴は既存の報告とほぼ同様であったが、中等症以上のUCも認めた。また症状を認めず、スクリーニング検査で診断に至るUC合併症例を多く認め、PSC患者に対してスクリーニング検査の必要性が高い。そのため、スクリーニング対象の選定について今後検討が必要である。

潰瘍性大腸炎, 原発性硬化性胆管炎

自治医科大学さいたま医療センター 消化器内科

今井友里加、石井剛弘、小島 稔、佐々木吾也、佐藤杏美、
松本圭太、森野美奈、賀嶋ひとみ、小糸雄大、三浦孝也、高橋裕子、
坪井瑠美子、大竹はるか、吉川修平、岡根匡成、上原健志、
浅野岳晴、松本吏弘、宮谷博幸、眞嶋浩聡

【症例】44歳女性【既往歴】気管支喘息【家族歴】特記なし【現病歴】X-20年発症の尋常性乾癬に対し、他院でシクロスポリン(CsA)を投与されていた。X-6年、抗IL-17A抗体製剤(セクキヌマブ(SEC))を投与され、乾癬は改善した。X-5年から下痢・血便を認め、近医で下部消化管内視鏡検査(CS)を行ったが、潰瘍性大腸炎(UC)は否定的とされた。X-4年、湿疹様皮疹が出現しSECは中止となり、その後下痢も落ち着いた。X-1年8月に転居に伴い当院皮膚科を紹介受診し、頭頂部に鱗屑を伴う紅斑を認めたため、同年12月よりSECを再開した。乾癬は改善したが、X年3月Y日より1日10回程度の下痢・血便、発熱が出現し、食事摂取も困難となり、Y+17日当科入院となった。【経過】造影CTでは全結腸に浮腫性変化を認めた。緊急CSでS状結腸までの観察を行い、直腸から連続するように膿性分泌物の付着を伴う顆粒状粘膜を認め、深い小潰瘍も散見され、Mayo3程度のUCと考えられた。SECがUCの発症に関与した可能性を考え、SECとCsAは中止し、全大腸炎型の重症UCとして絶食の上、入院同日よりプレドニゾロン(PSL) 50 mg/日(1 mg/kg/日)を開始した。その後排便回数は減少し、PSLは漸減した。Y+25日よりメサラジン4800 mg/日を開始し、食上げを行った。Y+41日にアダリムマブを開始し、Y+44日に退院した。入院中、乾癬の悪化はみられなかった。【考察】抗IL-17A抗体製剤は稀に炎症性腸疾患(IBD)の発症や増悪に関与することがあり、腸管バリア機能の低下が一因と考えられている。PMDAの報告によれば、2015年の発売以来、28例のIBD(UC 12例/クローン病 9例/IBD 7例)が発症したとされる。そもそも尋常性乾癬とIBDは合併しやすいこともあり、抗IL-17A抗体製剤の投与時は詳細な病歴聴取と投与中の症状出現に注意が必要である。

潰瘍性大腸炎, 生物学的製剤

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科

山崎 大、岡山和代、高添正和、深田雅之

ベドリズマブは $\alpha 4\beta 7$ インテグリン阻害薬で、本邦では2019年5月からクローン病に使用されるようになったが、ベドリズマブ治療をもたらすクローン病腸管病変の変化を内視鏡的に検討した報告はない。今回我々は、当院で2019年から2022年までの間にベドリズマブが投与された中等症から重症クローン病患者のうち、大腸内視鏡で追跡可能であった21例について、内視鏡所見に興味深い変化が見られたため報告する。症例は男性12人(57.1%)、年齢(IQR 41歳: 35, 47)、小腸型2人、大腸型2人、小腸大腸型が17人で、発症からベドリズマブ導入までの期間は11±11年、ベドリズマブ導入から内視鏡施行までの期間は10±5ヶ月であった。生物学的製剤ナイーブ症例は12例で、7例がインブリキシマブ、1例がウスステキヌマブ、1例がアダリムマブの使用歴があった。ベドリズマブ治療前後でCD-EISの変化を評価したところ、16例に於いて有意な低下を認めた(10.07±4.19対7.13±3.02, p=0.0355)。またこれら16例ではCD-EISサブスコアのうち individual segmental rectocolonic frequency (ISRCF)の深層潰瘍のスコアで、特に顕著な低下を示していた(21.8±13.30対5.25±8.73, P=0.0002)。径が1cm以上の潰瘍では、治療前と比してベドリズマブ導入後に白苔の菲薄化、潰瘍底の浅化と色調の白色化が見られたが、潰瘍径には大きな変化は見られなかった。しかし、1cm以下のアフタ・小潰瘍では潰瘍径の縮小、あるいは消失が確認できた。一方、無効例は5例で、CD-EISのサブスコアは導入前7.2±6.57であったものが14.4±15.65と増加しており、潰瘍数の増加、潰瘍底の白苔の厚化、潰瘍周囲の発赤の増悪が見られた。これらの結果から、ベドリズマブ治療がクローン病の潰瘍にもたらす変化とその治療過程には特徴があり、粘膜治療を含めた従来の内視鏡的な治療効果判定について再考が必要であることが示唆された。

クローン病, ベドリズマブ

101 大腸癌化学療法により潜在性結核が再燃し致命的な転機をたどった1例

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

【緒言】 癌化学療法中に結核を発症した場合の治療法は定まっていない。今回我々は、大腸癌化学療法中に肺結核を再燃し抗結核剤と抗結核薬の同時併用治療を行った1例を経験したので報告する。【症例】 79歳、男性。77歳時に下行結腸癌に対して腹腔鏡補助下左半結腸切除術後、9ヶ月後に左恥骨転移で再発し、20XX年X-2月より他院にて化学療法 (FOLFOX4) を開始した。FOLFOX4療法を1コース施行後のX月初旬の胸部単純CTで両側肺野に小空洞を伴う浸潤影を認め、肺結核の疑いで当院へ紹介入院となった。入院時喀痰培養検査でガフキ-7号、結核菌群核酸増幅検査陽性で肺結核の診断に至り、第2病日より抗結核薬 (INH + RFP + EBの3剤併用療法) を開始した。治療開始後、抗結核薬による嘔気が出現したが、第28病日に改善し、同日喀痰培養でガフキ-2号に改善したことを確認した。また、咳嗽、喀痰、発熱といった肺結核の活動性を示唆する臨床症状もないことから癌化学療法 (mFOLFOX6) を再開した。2コース目終了後 (第42病日) に発熱と血液検査上肝胆系酵素の上昇があり、喀痰培養でガフキ-7号と増悪を認めた。癌化学療法に伴う結核再燃と抗結核薬による薬剤性肝障害を疑い、癌化学療法と抗結核薬治療をいずれも中断した。その後も肝胆系酵素は低下せず、また多発骨転移によるGrade2の疼痛もあり performance statusの低下も相まって、抗結核薬治療を再開できない状態であった。肺結核が増悪する一方で有効な治療が行えず、第67病日に永眠した。【考察】 本症例は、一度活動性の低下した肺結核が癌化学療法により再燃したにも関わらず、抗結核薬による薬剤性肝障害のため結核の治療を中止せざるを得なかったことから、肺結核のコントロールが不良となったことが死因と考えられた。結核の治療と大腸癌化学療法を同時に行う場合、薬剤による副作用が理想的な治療を阻害する要因になる可能性を十分考慮し、治療のタイミングを決定することの重要性を示す貴重な症例であったと考え報告した。

大腸癌, 結核

103 皮膚腫瘍切除を契機に症状改善を認めた消化管AAアミロイドーシスの一例

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾,
同 新世紀医療開発センター²⁾
中畑万里子¹⁾, 金澤 潤¹⁾, 別當朋広¹⁾, 横山 薫¹⁾, 池原久朝¹⁾, 小林清典²⁾, 草野 央¹⁾

【症例】 48歳男性【主訴】 体重減少、下痢【現病歴】 20XX-31年ごろから右上肢に皮膚腫瘍を自覚し、20XX-1年6月より急激な増大と排膿を認めた。同年10月下旬より軟便、12月初旬より水様便を認め、3カ月で約10kgの体重減少を認めた。20XX年1月に四肢に圧痕性浮腫を認めたため精査目的で当科を紹介受診した。血液検査で炎症反応高値・貧血・著明な低アルブミン血症を認め同日緊急入院した。胸-骨盤部造影CT検査や上部消化管内視鏡検査では異常はなかったが、下部消化管内視鏡検査と経肛門小腸内視鏡検査で終末回腸に辺縁不整で浅い多発潰瘍および小腸の広範囲にわたる絨毛萎縮を認めた。生検組織所見では食道を除く全消化管にアミロイド沈着が指摘され、抗AA抗体で特異的な染色を認めたことからAAアミロイドーシスと診断した。中心静脈栄養と腸管安静により下痢症状が改善したため第24病日に退院した。右上肢の皮膚腫瘍は生検にてProliferating pilomatricomaと診断されたため、第48病日に一括切除した。その際、病変部に一致してアミロイド沈着を指摘された。皮膚腫瘍切除後に四肢の浮腫は消失し、血清アルブミン値も正常化した。現在まで腹部症状の増悪なく経過している。【考察】 AAアミロイドーシスは主に関節リウマチや結核、血管炎症候群等の慢性炎症性疾患や悪性腫瘍に続発する疾患である。消化管AAアミロイドーシスは、原因疾患の治療により改善を認めたとの報告があり、早期に原因疾患を同定・治療することが重要である。医中誌にて『Pilomatricoma』『アミロイドーシス』で検索したが、Pilomatricomaに続発したアミロイドーシスの報告はなく、皮膚腫瘍切除後にアミロイドーシスの改善を認めた症例報告もなかったことから、貴重な症例と考え文献的考察を加え報告する。

アミロイドーシス, 皮膚腫瘍

102 ステロイドパルス療法を要した消化管病変を伴うIgA血管炎の1例

独立行政法人国立病院機構 相模原病院 消化器内科¹⁾,
同 リウマチ科²⁾, 同 皮膚科³⁾
迎 美幸¹⁾, 齋藤公哉¹⁾, 安達 快¹⁾, 大高史聖¹⁾, 川岸加奈¹⁾,
菅野 聡¹⁾, 安達 献¹⁾, 中島 暁²⁾, 森 瞳子³⁾

症例は、生来健康な37歳男性。X年Y月Z日に急速に広がる両下肢の皮疹を訴えて近医を受診した。皮疹は隆起性の紫斑を呈し、発熱も伴われたため精査目的で同日当院へ緊急入院となった。入院後より急激な腹痛を認めたため、消化管の精査をおこなった。腹部造影CTでは回盲部に著明な浮腫性の壁肥厚像を認めた。上下部消化管内視鏡検査 (以下EGD、CS) では十二指腸下行脚に多発性発赤斑と血豆様発赤、回腸には周囲の浮腫を伴う不整形潰瘍の散在を認めた。また下肢の紫斑からの皮膚生検では小動脈脈壁に好中球浸潤を認め、IgA血管炎にともなう皮膚・消化管病変であると診断した。第3病日よりPSL 1mg/Kgの点滴静注を開始したところ皮膚病変は改善傾向であったが、投与後1週間で腹痛の再燃を認めた。再度実施した腹部CTでは空腸に壁肥厚像が出現しており新規病変と考えられた。血便も認められたため第14病日よりステロイドパルス療法 (メチルプレドニゾン1000mg 3日間) をおこない、PSL 1mg/Kgを再導入した。その後比較的にすやかに臨床症状は改善し、第38病日に実施したEGD、CSでは、潰瘍等の粘膜所見はいずれも治癒傾向を認めた。PSLを漸減しても再燃することなく第62病日に退院した。医学中央雑誌で検索し得た、IgA血管炎に伴う消化管病変で内視鏡所見の報告があるものは13症例であった。内視鏡所見に関しては全例で十二指腸、あるいは回腸に炎症所見が確認されており、本症例も同様であったため典型的なIgA血管炎に伴う消化管病変の所見を有したと考えられた。本症例のようにPSLを導入したにも関わらず、再燃や新規病変を認めた症例は9例報告されていた。しかしいずれの症例もPSLを漸減している段階での再燃であり、本症例のようにステロイドパルス療法に至った症例は認められなかった。本症例は初回内視鏡検査で十二指腸、回腸いずれにも強い炎症所見を有しており、文献にも診断時のEGD、CSの両検査で病変を確認した症例は、再燃しやすく難治傾向となる可能性があると考えられている。現在再燃に留意しながら外来にて経過観察中である。

IgA血管炎, 消化管病変

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第371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371回例会
会長 小林 清典

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

株式会社アムコ

ヴィアトリス製薬株式会社

大塚製薬株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

北里大学医学部同窓会

キッセイ薬品工業株式会社

杏林製薬株式会社

ギリアド・サイエンシズ株式会社

サンド株式会社

株式会社サンライフ

株式会社JIMRO

ゼオンメディカル株式会社

第一三共株式会社

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

株式会社ツムラ

日本イーライリリー株式会社

日本化薬株式会社

ファイザー株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

堀井薬品工業株式会社

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8月15日現在)