

日本消化器病学会 関東支部第372回例会

プログラム・抄録集



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）

令和4年12月10日（土）

現地開催：海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第372回例会 プログラム・抄録集

当番会長：東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授 前谷 容
〒153-8515 東京都目黒区大橋2-22-36
TEL：03-3468-1251

会 期：令和4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 海運ビル
TEL：03-3264-1825

<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PCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、Power Point for Microsoft 365となります。
発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック，MS Pゴシック，MS明朝，MS P明朝
英語：Arial，Century，Century Gothic，Times New Roman
※スライド作成時のスライドのサイズが「ワイド画面（16：9）」であることをご確認の上、作成してください。
 - 2) Macintosh使用およびKeynote（アプリケーション）を使用の場合は、必ずPC本体をお持ちください。液晶プロジェクタへの接続はHDMIにて行います。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持ちください。また、バッテリーのみでの稼動はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表に際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする，等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 当日参加登録受付，PC受付は7：45より開始いたします。
7. 参加費は2,000円です。当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお当日ご希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
8. 座長・評価者の方は、担当セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
9. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第372回例会運営事務局

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

株式会社JTBコミュニケーションデザイン 事業共創部

E-mail：jsge_kanto372@jtbcom.co.jp

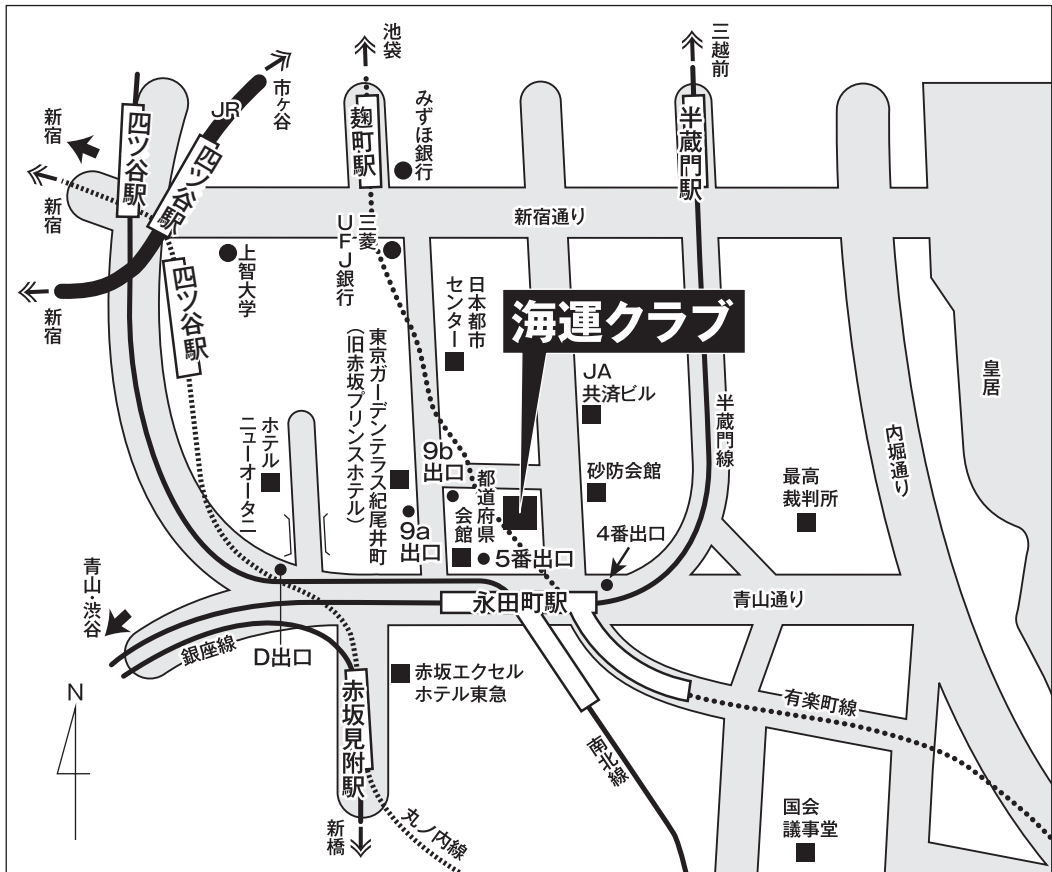
※新型コロナウイルスの感染拡大防止の観点から、運営事務局はテレワークを実施しております。原則E-mailでお問い合わせいただきますようお願いいたします。

会場案内図

海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル

TEL 03-3264-1825



[交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分

〈南北線〉9a、9b出口より徒歩1分

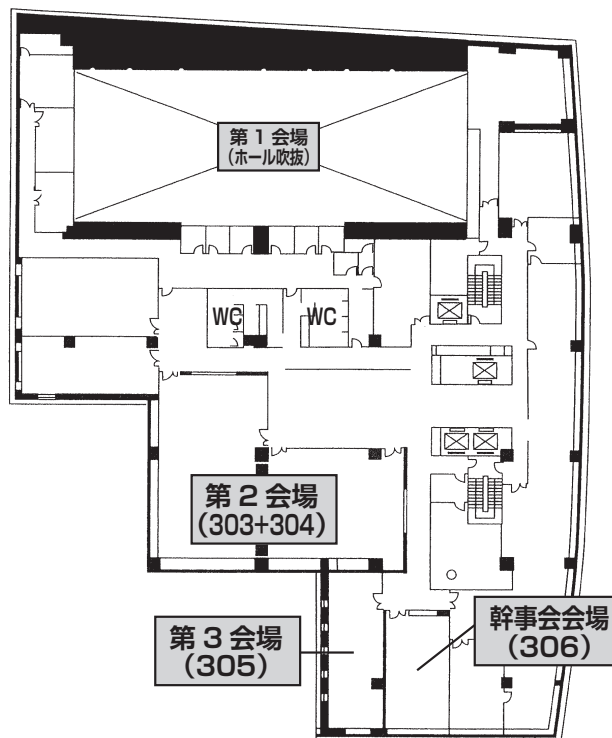
地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

フロアマップ

■ 2F



■ 3F



幹事会
10:25~11:25

日本消化器病学会関東支部第372回例会
令和4年12月10日(土)

8:05～8:10 開会の辞(第1会場)					
第1会場【2F ホール】(午前の部)			第2会場【3F 303+304】(午前の部)		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専修医Ⅰ(食道・胃) 1～5	8:10～8:40	熊澤 佑介	(11) 専修医Ⅶ(大腸・その他) 46～49	8:10～8:34	大浦 弘高
(2) 専修医Ⅱ(胃・小腸) 6～9	8:40～9:04	田中 匡実	8:34～8:40	休憩	
(3) 専修医Ⅲ(大腸) 10～13	9:04～9:28	川島 亜貴世	(12) 研修医Ⅰ(胃・小腸・大腸) 50～55	8:40～9:16	小野 真史
(4) 専修医Ⅳ(肝1) 14～17	9:28～9:52	金子 真大	(13) 研修医Ⅱ(肝) 56～60	9:16～9:46	關 里和
9:52～10:00 休憩			9:46～9:50 休憩		
(5) 専修医Ⅴ(肝2) 18～21	10:00～10:24	新井 由季	(14) 研修医Ⅲ(肝・その他) 61～64	9:50～10:14	小宮山 哲史
(6) 専修医Ⅵ(胆・その他) 22～26	10:24～10:54	鈴木 雅人	(15) 研修医Ⅳ(胆・膵・その他) 65～69	10:14～10:44	三重 堯文
(7) 専修医Ⅶ(膵・その他) 27～31	10:54～11:24	矢野 貴彦	(16) 研修医Ⅴ(膵・その他) 70～74	10:44～11:14	神林 孔明
			11:35～12:00 評議員会		
11:35～12:15 ランチョンセミナー1			12:05～12:45 ランチョンセミナー2		
「膵癌早期診断のためのessential knowledge」			「長期寛解維持を見据えたクローン病の内科治療～Ustekinumabの治療成績も踏まえて～」		
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 鳥巢 勇一 先生 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 五十嵐良典 先生 共催：ヴィアトリス製薬株式会社			医療法人社団見舞会大塚IBDクリニック/東京医科大学病院 消化器内科 吉村 直樹 先生 座長 銀座セントラルクリニック/東邦大学 医学部 鈴木 康夫 先生 共催：ヤンセンファーマ株式会社		
12:55～13:10 専修医・研修医奨励賞表彰式(第1会場)					
13:15～14:15 特別講演(第1会場)					
「超音波内視鏡 Past, Present and Future」					
北里大学病院 消化器内科 客員教授 木田 光広 先生					
司会 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授 前谷 容					
第1会場【2F ホール】(午後の部)			第2会場【3F 303+304】(午後の部)		
(8) 食道・胃・十二指腸 32～36	14:26～14:56	鈴木 晴久	(17) 肝 75～80	14:20～14:56	大森 里紗
(9) 大腸 37～40	14:56～15:20	宮村 美幸	(18) 胆 81～85	14:56～15:26	高崎 祐介
(10) 胃・大腸・その他 41～45	15:20～15:50	大竹 陽介	(19) 膵 86～90	15:26～15:56	本間 俊裕
15:56～ 閉会の辞(第1会場)					
女性医師セッション(第3会場【3F 305】 14:20～15:50)					
テーマ「消化管疾患の内視鏡診断と治療」					
「上部消化管癌の内視鏡診断と治療」					
杏林大学医学部 消化器内科学 大野亜希子 先生					
「これだけは知っておきたい炎症性腸疾患の内視鏡診断～大腸を中心に～」					
北里大学医学部 消化器内科学 横山 薫 先生					
「小腸疾患の内視鏡診断と治療」					
昭和大学横浜市北部病院 消化器センター 笹沼 靖子 先生					
司会 国崎 玲子 先生(横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患(IBD)センター)					
共催：アツヴィ合同会社					
本支部例会ではキッズセミナーの実施を中止いたします。					

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、奨励賞表彰式にご参加ください。
(第1会場 12:55～)

特別講演 (第1会場 13:15~14:15)

「超音波内視鏡 Past, Present and Future」

北里大学病院 消化器内科 客員教授 **木田 光広** 先生
司会 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授 **前谷 容**

……演者の先生ご紹介……

木田 光広 先生
北里大学病院 消化器内科 客員教授

略歴

昭和56年3月 北里大学医学部卒業
昭和56年 北里大学病院内科研修医
昭和58年 北里大学病院内科病棟医
昭和61年 北里大学医学部内科I研究員
平成元年 博士号取得
超音波内視鏡による胃癌深達度診断
に関する臨床病理学的研究
平成元年 北里大学医学部内科I講師
北里大学病院救急救命センター消化
器内科チーフ
平成3年4月 横浜市民病院消化器内科勤務
平成5年7月 ハンブルク大学内視鏡外科 (Soehendra
教授) 留学
平成7年4月 北里大学東病院消化器内科勤務
平成11年6-8月 ミュンヘン工科大学病院内科 (Classen
教授) 客員講師
平成15年12月 上海長海医院医学顧問 授与
平成20年 北里大学東病院内視鏡科科長代理
平成23年 北里大学医学部消化器内科准教授
平成24年 吉林大学医学部名誉教授
平成25年 北里大学病院内視鏡センター長
平成28年 北里大学医学部消化器内科教授
北里大学病院内視鏡センター特別顧問
北里メディカルセンター病院消化器内科部長
北里メディカルセンター病院院長補佐
令和4年 北里大学病院消化器内科客員教授

学会等

アメリカ消化器内視鏡学会会員ASGE
ヨーロッパ消化器内視鏡学会会員ESGE
日本消化器病学会
日本消化器病学会専門医
日本消化器病学会総会評議員
日本消化器病学会関東地方会評議員
日本消化器内視鏡学会
日本消化器内視鏡学会内視鏡指導医
日本消化器内視鏡学会評議員
日本消化器内視鏡学会関東地方会運営委員
日本消化器内視鏡学会関東地方会評議員
日本超音波医学会
日本超音波医学会専門医、指導医
日本超音波医学会評議員
日本胆道学会
日本胆道学会専門医 (内視鏡、PTCD、癌化学療法)
日本膵臓学会
日本膵臓学会評議員
日本内科学会
日本内科学会認定医

研究テーマ

内視鏡治療 (ERCP、FNA、STENT、局注関連)
超音波内視鏡診断、EUS-FNA治療、
内視鏡採取材料を用いた遺伝子診断

ランチオンセミナー 1 (第1会場 11:35~12:15)

「膵癌早期診断のためのessential knowledge」

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 **鳥巢 勇一** 先生

座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 **五十嵐良典** 先生

共催：ヴィアトリス製薬株式会社

……演者の先生ご紹介……

とりす ゆういち
鳥巢 勇一 先生

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科

略歴

1998年4月 東京慈恵会医科大学附属病院 研修医
2000年4月 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 医員
2001年4月 虎の門病院 肝臓科 医員
2002年4月 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 助手
2003年7月 東京大学先端科学技術研究センター ゲノムサイエンス部門 研究員
2006年1月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 助手
2007年4月 厚木市立病院 内科医長
2009年4月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 助教
2013年4月 富士市立中央病院 消化器内科部長
2017年4月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 助教 診療医長
2017年8月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 講師
2021年6月 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 診療副部長
現在に至る

所属学会・資格等

日本内科学会 総合内科専門医・指導医
日本消化器病学会 専門医・指導医・関東支部評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医
日本肝臓学会 専門医・指導医
日本膵臓学会 指導医
日本がん治療認定機構 がん治療認定医

ランチセミナー 2 (第2会場 12:05~12:45)

「長期寛解維持を見据えたクローン病の内科治療 ～ Ustekinumabの治療成績も踏まえて～」

医療法人社団晃輝会大堀IBDクリニック／東京医科大学病院 消化器内科 **吉村 直樹** 先生

座長 銀座セントラルクリニック／東邦大学 医学部 **鈴木 康夫** 先生

共催：ヤンセンファーマ株式会社

……演者の先生ご紹介……

よしむら なおき
吉村 直樹 先生

医療法人社団晃輝会大堀IBDクリニック／東京医科大学病院 消化器内科

略歴

1992年 3月 新潟大学医学部 卒業
1992年 5月 千葉大学医学部第二内科入局
1993年10月 松戸市立病院にて初期研修
1996年 4月 千葉大学医学部第二内科 (医員)
1999年 4月 横浜労災病院にて後期研修
2000年 4月 千葉大学医学部第二内科 (医員)
2003年 1月 千大院医博乙第1821号 学位修得
(学位論文：H. pyloriによる胃粘膜細胞障害の機序)
2004年10月 社会保険中央総合病院 内科 勤務
2007年 4月 社会保険中央総合病院 内科 医長
2009年 4月 社会保険中央総合病院 内科・炎症性腸疾患センター 部長
2014年 4月 改組によりJCHO東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 診療部長
2021年 6月 東京医科大学病院 消化器内科 兼任教授
2021年 7月 医療法人社団 晃輝会 大堀IBDクリニック 院長
現在に至る

女性医師セッション (第3会場 3F 305 14:20~15:50)

テーマ「消化管疾患の内視鏡診断と治療」

「上部消化管癌の内視鏡診断と治療」

大野亜希子 先生 (杏林大学医学部 消化器内科学)

「これだけは知っておきたい炎症性腸疾患の内視鏡診断～大腸を中心に～」

横山 薫 先生 (北里大学医学部 消化器内科学)

「小腸疾患の内視鏡診断と治療」

笹沼 靖子 先生 (昭和大学横浜市北部病院 消化器センター)

司会：国崎 玲子 先生 (横浜市立大学附属市民総合医療センター炎症性腸疾患 (IBD) センター)

共催：アッヴィ合同会社

本支部例会ではキッズセミナーの実施を中止いたします。

………演者の先生ご紹介………

大野 亜希子 先生 (杏林大学医学部 消化器内科)

略歴

平成17年	杏林大学医学部卒業	平成25年	杏林大学医学部第三内科 医員
	杏林大学医学部附属病院初期臨床研修医	平成27年	杏林大学医学部第三内科 助教
平成19年	杏林大学医学部第三内科 医員	令和4年	杏林大学医学部消化器内科 学内講師
平成21年	NTT東日本関東病院消化器内科		

横山 薫 先生 (北里大学医学部 消化器内科学)

略歴

平成3年	北里大学医学部卒業	平成14年	小田原市立病院 消化器科医長
平成3年	北里大学病院内科研修医	平成17年	北里大学医学部 消化器内科学 (助教—研究員)
平成5年	伊勢原協同病院 内科	平成27年	北里大学医学部 消化器内科学 講師
平成6年	北里大学医学部 消化器内科学		

笹沼 靖子 先生 (昭和大学横浜市北部病院 消化器センター)

略歴

平成18年	昭和大学医学部卒業	平成22年	昭和大学横浜市北部病院消化器センター
平成20年	昭和大学横浜市北部病院消化器センター	令和元年	同院消化器センター 兼任講師
平成21年	秋田赤十字病院		

第1会場【2F ホール】（午前の部）

8：05～8：10

—開会の辞—

—評価者—

厚生中央病院	根本夕夏子
横浜労災病院	関野 雄典
関東労災病院	岸本 有為

(1) 専修医 I（食道・胃） 8：10～8：40

座長：がん研究会有明病院 熊澤 佑介

1. 食道癌に伴う食道大動脈瘻に対する胸部大動脈ステントグラフト内挿術（TEVAR）後の経過を組織学的に評価できた一例

筑波大学附属病院	消化器内科	○澤藤 拓, 山田 武史, 野本 怜, 川越 亮承
		鄭 黎佳, 福田 智史, 福田 壮馬, 小野田 翼
		萩原 悠也, 鈴木 宏清, 山本 祥之, 森脇 俊和
		土屋輝一郎
同	放射線腫瘍科	村上 基弘
同	血管心臓外科	大坂 基男
同	病理診断科	朝山 慶, 河合 瞳, 松原 大祐

2. ラズベリー様腺窩上皮型胃腺腫の1例

済生会横浜市東部病院	消化器内科	○三浦 雅史, 松野 高久, 小原 大和, 宍戸 泰紀
		田中 潤治, 鈴木 雄太, 原 精一, 佐藤 真司
		馬場 毅, 中野 茂
同	病理科	赤坂 喜清

3. Rindi TypeⅢの胃NET G1に対し内視鏡治療を選択した一例

東邦大学医療センター大橋病院	消化器内科	○岩井 哲, 堀江 義政, 竹中 祐希, 馬場 隆成
		日原 大輔, 吉田 有輝, 富永 健司, 前谷 容
同	病理診断科	大原関利章

4. 臍転移（Sister Mary Joseph's nodule）、膀胱転移を認めた胃癌の一例

佐野厚生総合病院	消化器内科	○村田 祥磨, 鍛冶場 寛, 生形 晃男, 北川 清宏
		野田まりん, 久武 祐太, 小松原麻衣子
		澤城 晴名, 島田 修, 寺元 研, 東澤 俊彦
		関根 忠一, 岡村 幸重

5. 比較的急速に発育したEBウイルス関連残胃癌の1例

東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	○渡邊 菜帆, 木村 隆輔, 藤本 愛, 石井 侃
		佐藤 信維, 副島 啓太, 平岡 友美, 清水 良
		小林 俊介, 小野 真史, 鳥羽 崇仁, 山口 和久
		和久井和貴, 岡野 直樹, 永井 英成, 松田 尚久
東邦大学医学部	病理学講座	深澤 由里
東邦大学医療センター大森病院	病理診断科	密田 亜希, 栃木 直文

(2) 専修医Ⅱ (胃・小腸) 8:40~9:04 座長: 国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 田中 匡実

6. 胃癌に対する術後補助化学療法としてS-1内服中に発症した*Aeromonas*腸炎の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○神谷 昂汰, 石川 将史, 西村 尚, 澤田 亮一
猿田 雅之

7. 右肝動脈の仮性動脈瘤に対しコイル塞栓術を行った後, 総胆管十二指腸瘻を合併した出血性十二指腸潰瘍の1例

東京品川病院 ○岡 響子, 矢野 貴彦, 松井 洋, 前川 久登
濱田 潤, 新井 優紀, 石井 直樹

8. 自然整復した成人の特発性小腸重積症の一例

慶應義塾大学 医学部 消化器内科 ○韓 可, 吉松 裕介, 杉本 真也, 清原 裕貴
三上 洋平, 筋野 智久, 河口 貴昭, 高林 馨
細江 直樹, 緒方 晴彦, 金井 隆典

9. 腹腔内リンパ節腫脹を伴う小腸粘膜下腫瘍に対する病理診断手順に苦慮した一例

横浜労災病院 ○上野 航大, 関野 雄典, 利井 辰光, 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, 金沢 憲由
永瀬 肇

(3) 専修医Ⅲ (大腸) 9:04~9:28

座長: 聖マリアンナ医科大学病院 川島 亜貴世

10. 難治性回腸嚢炎に後腹膜膿瘍と椎体炎を合併した一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○清家 理佐, 青沼 優子, 清水 寛路, 藤井 俊光
河本 亜美, 竹中 健人, 齊藤 詠子, 長堀 正和
岡本 隆一
同 光学医療診療部 日比谷秀爾, 大塚 和朗

11. 保存的加療により改善したSMA塞栓症による腸管虚血の一例

昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門 ○水野紗也香, 居軒 和也, 大西 良尚, 野口 敏宏
鈴木 統大, 宇佐美智乃, 菊池 一生, 中谷 真也
牛腸 俊彦, 三井 佑太, 紺田 健一, 矢野雄一郎
木原 俊裕, 片桐 敦, 吉田 仁
昭和大学病院 内視鏡センター 山村 冬彦
昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門
昭和大学病院 内視鏡センター 樋口 健佑

12. 鼠径ヘルニアメッシュ感染に対する手術4年後にS状結腸へのメッシュ迷入が疑われた一例

神奈川県立足柄上病院 ○三谷 啓介, 國司 洋佑, 柳橋 崇史, 曾谷 祐貴
芝山 幸佑, 栗村 紀輝, 加藤 佳央

13. 横行結腸神経内分泌細胞癌の1例

順天堂大学付属順天堂医院 消化器内科 ○中村 駿佑, 内田 涼太, 福嶋 浩文, 山口 友輔
松下 瑞樹, 山本 桃子, 伊藤顕太郎, 富嶋 亨
石川 大, 藤澤 聡郎, 内山 明, 澁谷 智義
北條麻理子, 伊佐山浩通, 永原 章仁, 池嶋 健一

14. 塩酸ミノサイクリン注入による硬化療法が有効であった感染性肝嚢胞

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

15. 関節リウマチの治療中に発症した薬物性肝障害を契機にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の診断に至った一例

災害医療センター 消化器内科 ○金尾 季範, 柴田 勇, 小野 圭一, 板倉 潤
佐々木善浩, 大野 志乃, 津川 直也, 関口 修平

16. 肺腺癌に対するNivolumab+Ipilimumab加療中のirAE肝障害の一例

さいたま赤十字病院 肝胆膵内科 ○黒崎 宏貴, 田村 玲, 渡邊 隆一, 丸田 享
大島 忠, 甲嶋 洋平
同 消化管内科 渡辺 啓輔
同 病理診断科 広田 由子, 李 治平

17. 当院における肝炎ウイルス検査陽性患者に対するアラートシステムの評価

東京北医療センター ○小林満里菜, 岩田 朋之, 西野 龍, 小川 祐貴
中島 謙, 栗飯原隼人, 光定 聖弥, 藤原 悠史
間瀬 一壽, 吉田 見紀, 三澤 綾子

18. 肝動脈塞栓術、レンパチニブ投与後に肉腫様変化を来した肝細胞癌の1例

関東労災病院 消化器内科 ○西上堅太郎, 大森 里紗, 林 幹士, 佐藤洋一郎
西川 雄祐, 中崎奈都子, 土方 一範, 矢野雄一郎
鎌田健太郎, 金子 麗奈, 岸本 有為, 池原 孝

19. PET-CTが診断に有用であった肝内胆管内発育により再発した肝細胞癌の1例.

杏林大学医学部 消化器内科学 ○友近 瞬, 川村 直弘, 加藤 敦士, 關 里和
久松 理一
同 肝胆膵外科 朽名 貴史, 小暮 正晴, 阪本 良弘
同 病理学教室 北濱圭一郎, 柴原 純二
同 医学教育学 森 秀明

20. 総肝管に進展した胆管腫瘍栓 (B4) を伴う肝細胞癌に対し拡大肝左葉切除術・胆管腫瘍栓摘出・肝管空腸吻合を施行した1例

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

21. 診断に難渋した肝病変の二例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○平野 多紀, 丸木 雄太, 山重 大樹, 岡本 浩平
原 英展, 萩原 悠也, 東江 大樹, 高崎 哲郎
竹下宏太郎, 川崎 佑輝, 大場 彬博, 永塩 美邦
近藤 俊輔, 舩岡 範, 森実 千種, 上野 秀樹
奥坂 拓志
虎の門病院 消化器内科 今村 綱男
国立がん研究センター中央病院 病理診断科 平岡 伸介

(6) 専修医Ⅵ (胆・その他) 10:24~10:54

専長: 国立病院機構横浜医療センター 鈴木 雅人

22. 胆嚢十二指腸瘻により胆石性イレウスを発症した一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○村田 紗依, 三浦 亮, 松本 康佑, 柳澤 大輔
丸山 喬平, 青柳 仁, 磯野 朱里, 阿部浩一郎
有住 俊彦, 小田島慎也, 淺岡 良成, 山本 貴嗣
田中 篤

23. 胆嚢捻転症の5例

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

24. 胆管神経内分泌腫瘍の一例

横浜南共済病院 消化器内科 ○永島 愛一, 濱中 潤, 石原 鴻, 久米 菜緒
加藤 由子, 塚本 恵, 榊原 俊哉, 石田 彩花
中野間 紘, 西郡 修平, 小柏 剛, 岡 裕之
近藤 正晃

25. 下大静脈症候群に対してステント留置が奏効した一例

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

26. 遠位胆管癌に対してゲムシタピン・シスプラチン併用療法施行中に急性尿細管壊死を生じ急激な経過をたどった一剖検例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○春山 芹奈, 石井 寛裕, 内田 要, 杉山 勇太
諸橋 啓太, 西脇 友紀, 榎本 昌人, 丹羽 一博
浜井 俊祐, 鈴木 悠一, 京 里佳, 所知加子
菱木 智, 川名 一朗
同 病理診断科 中山 崇
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

27. 高トリグリセリド血症による急性膵炎に対し薬物療法が奏功した2例

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

28. 術前の鑑別が困難であった嚢胞変性、卵殻状石灰化を伴った膵神経内分泌腫瘍 (PNET) の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○栗原 昌孝, 新後閑弘章, 齋藤 倫寛, 田中 貴志
岸 洋佑, 前谷 容
同 外科 浅井 浩司, 森山 穂高, 渡邊隆太郎, 渡邊 学
同 病理診断科 横内 幸

29. 限局性膵萎縮の経過観察1年後に連続膵液細胞診 (SPACE) で診断したT1a膵癌の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○植木 里奈, 赤須 貴文, 古守知太郎, 木下 勇次
中野 真範, 鳥巢 勇一, 猿田 雅之
同 内視鏡医学講座 島本 奈々, 阿部 孝広, 千葉 允文, 加藤 正之
同 病理学講座 病院病理部 五味澤一隆, 清川 貴子
同 外科学講座 肝胆膵外科 恒松 雅, 坂本 太郎, 後町 武志

30. 2型自己免疫性膵炎と膵癌が並存しVogt-小柳-原田病を合併した一例

水戸済生会総合病院 ○山崎 春佳, 大川原 健, 仁平 武, 柏村 浩
青木 洋平, 今井 雄史, 金野 直言, 宗像 紅里
荒谷 一磨, 日時 佳恵, 高橋 慧

31. 膵頭十二指腸切除術後の慢性門脈血栓症と胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して集学的治療を行い良好な経過を辿っている一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○久保 雄器, 木下 聡, 南 一洋, 武下 達矢
碓井 真吾, 中里 圭宏, 吉田 武
慶應義塾大学病院 放射線科 田村 全
独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 外科 冠城 拓示, 唐橋 強

13：15～14：15

特別講演

「超音波内視鏡 Past, Present and Future」

北里大学病院 消化器内科 客員教授 木田 光 広 先生

司会 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 教授 前 谷 容

(8) 食道・胃・十二指腸 14：26～14：56 座長：国立研究開発法人 国立がん研究センター中央病院 鈴木 晴久

32. 食道癌を合併した有茎性食道平滑筋腫の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター ○青山佳代子, 小糸 雄大, 吉川 修平, 小島 柊
佐藤 杏美, 佐々木吾也, 今井友里加, 森野 美奈
松本 圭太, 三浦 孝也, 石井 剛弘, 大竹はるか
関根 匡成, 上原 健志, 浅野 岳晴, 松本 吏弘
宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

33. 5-FUによる高アンモニア血症をきたしたFP療法施行食道癌の1例

深谷赤十字病院 消化器科 ○佐藤 伸悟, 葛西 豊高, 江藤 宏幸, 丸田四季子

34. 胃型低異型度分化型胃癌の多発および粘膜下層浸潤 (SM2) を認めた一例

国家公務員共済連合会 東京共済病院 消化器科 ○緒方香菜子, 大坪 加奈, 五十嵐 亮, 土屋 麻央
六戸 華子, 唐鎌 優子, 永山 和宜
同 消化器・一般外科 朝野紗稀子, 古山 貴基, 近藤 純由
東京医科歯科大学 消化器内科 岡本 隆一
東邦大学医療センター大橋病院 病理診断科 横内 幸
国家公務員共済連合会 東京共済病院 病理診断科 川原 穰

35. 複視を契機に胃癌に伴う髄膜癌腫症の診断に至った1例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○榊原 和真, 紀 仁, 桑田 潤, 相馬 佑樹
前田 紘希, 三代 賢, 玉野 正也
同 内視鏡センター 片山 裕視
同 病理診断科 伴 慎一

36. 十二指腸に病変を認めたメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の一例

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

37. 潰瘍性大腸炎経過観察中に消化管穿孔を来した一例

東京臨海病院 消化器内科 ○廣本 貴史, 山田 俊夫, 上村 泰子, 濱元 舜
李 世容, 金野 朗, 櫻井 則男
同 外科 織畑 道宏, 五藤 倫敏

38. ウステキヌマブが著効した潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎の1例

厚生中央病院 消化器病センター (内科) ○根本夕夏子, 田島 慎也, 齋藤 孝太, 里井 新
松井 貴史, 木村 晴, 中村 文彦

39. ウステキヌマブ投与によるクローン病潰瘍性病変の治療経過の検討

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○佐々木 優, 大森 鉄平, 高鹿 美姫, 村杉 瞬
栗山 朋子, 伊藤亜由美, 米沢麻利亚, 徳重 克年

40. ペムプロリズマブ投与後に発症した大腸炎に対してインフリキシマブが著効した肺癌の1例

SUBARU健康保険組合 太田記念病院 消化器内科 ○木村浩一郎, 栗原 英心, 新井 洋佑, 小畑 力
竝川 昌司, 伊島 正志, 大竹 陽介
同 呼吸器内科 青木 望, 青木 史暁
同 研修医 梶原 啓吾, 松本 成未

41. 血便精査の大腸内視鏡検査で指摘された大腸偽脂肪腫の1例

厚生中央病院 消化器病センター (内科) ○齋藤 孝太, 根本夕夏子, 田島 慎也, 里井 新
松井 貴史, 木村 晴, 中村 文彦, 黒田 雅彦

42. 腹腔鏡下回盲部切除術を施行した盲腸MALTリンパ腫の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター ○杉山 敦彦, 渥美 陽介, 沼田 正勝, 小林 圭
大坊 侑, 井口 健太, 千田 圭吾, 齋藤健太郎
諏訪 雄亮, 熊本 宜文, 渡邊 純, 佐藤 勉
武田 和久, 國崎 主税

43. 肛門管腫瘍に対して内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した2例

東京通信病院 消化器内科 ○手銭 悠, 加藤 知爾, 関川憲一郎, 佐藤ももか
林 猛志, 松井 徹, 小林 克也, 光井 洋
同 病理診断科 岸田由起子

44. 結核性腹膜炎の診断に審査腹腔鏡が有用だった一例

千葉労災病院 消化器内科 ○金森美有禪, 榎谷 佳生, 関本 匡, 石神 秀昭
石川賢太郎, 泉水美有紀, 粟津 雅美, 石毛 克拓
吉埜 稜平, 安齋 春香, 弥富 真理, 木下 拓
松本 正成, 尾崎 大介, 米盛 葉子

45. 早期胃癌に対するESD入院治療における体成分変化の検討

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

第2会場【3F 303+304】（午前の部）

— 評価者 —

東京品川病院	石井 直樹
杏林大学医学部	土岐 真朗
東邦大学医療センター大橋病院	齋藤 倫寛

(11) 専修医Ⅷ（大腸・その他） 8：10～8：34 座長：東京女子医科大学八千代医療センター 大浦 弘嵩

46. メトトレキサート休業により改善が得られたメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患による小腸病変の一例

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

47. 潰瘍性大腸炎治療中に経験したインフリキシマブによると考えられる舌下腺炎の一例

東邦大学医療センター 佐倉病院 消化器内科 ○清水 桃子, 菊地 秀昌, 白井 萌子, 坂口 吉朗
小林 楓, 射矢 れい, 関 駿介, 内藤 大輔
西宮 哲夫, 木村 道明, 柴本 麻衣, 岩下 裕明
宮村 美幸, 山田 哲弘, 中村健太郎, 松岡 克善

48. 全大腸炎型潰瘍性大腸炎がIFX2次無効での再燃時に区域性を呈した1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○小川 朋哉, 時田 一, 青柳龍太郎, 中元 秀友
同 病理診断科 山田 健人
埼玉医科大学病院 総合診療内科
同 消化管内科 松本 悠, 都築 義和, 宮口 和也, 大庫 秀樹
今枝 博之

49. 潰瘍性大腸炎の緊急大腸垂全摘術後に残存直腸炎による病状の悪化をきたした1例

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科 ○小池 瑛, 太田 学, 田中 保平, 窪木 大悟
本間 祐子, 太白 健一, 佐田友 藍, 田原真紀子
鯉沼 広治, 堀江 久永, 山口 博紀, 味村 俊樹
北山 丈二, 佐田 尚宏
同 消化器肝臓内科 山本 博徳

(12) 研修医Ⅰ（胃・小腸・大腸） 8：40～9：16 座長：東邦大学医療センター大森病院 小野 真史

50. NSAIDs貼付剤の大量使用により出血性胃潰瘍を生じた1例

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

51. 術前腫瘍同定に難渋したMEN type1に伴うガストリノーマの一切除例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵・人工臓器移植外科 ○加藤 奏, 宮田 明典, 國土 貴嗣, 西岡裕次郎
渡邊 元己, 市田 晃彦, 河口 義邦, 赤松 延久
金子 順一, 有田 淳一, 長谷川 潔
同 病理部 箱崎 真結, 黒田 亮平

52. びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫による小腸穿孔を発症した1例

順天堂大学医学部附属 練馬病院 ○清水 瑠奈, 河野 眞吾, 濱田 篤彦, 白石萌々奈
杉野 麻帆, 颯川 博芸, 岩永 直紀, 山本 剛史
伊藤 謙, 関根 悠貴, 宮野 省三, 町田 理夫
渡野邊郁雄, 發知 詩織, 照喜名宏之, 小倉加奈子
須郷 広之

53. クロウン病に合併した肛門管high grade dysplasiaの一例

横浜州市立市民病院 ○稲葉 友花, 辰巳 健志, 小原 尚, 齋藤紗由美
黒木 博介, 小金井一隆, 杉田 昭

54. Pagetoid spreadを伴った直腸癌に対してESDを施行した1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 ○乾 聖, 三澤 昇, 城野 紡, 田村 繁樹
日暮 琢磨, 中島 淳
横浜市立大学大学院医学研究科 医学部分子病理学 藤井 誠志
横浜市立大学大学院医学研究科 医学部分子病理学
横浜市立大学附属病院 病理診断科・病理部 石山 貴博

55. 黄色肉芽腫性虫垂炎の1例

横浜市立大学附属病院 消化器外科 ○安井 七海, 中川 和也, 船津屋拓人, 木下 颯花
酒井 淳, 小澤真由美, 石部 敦士, 小坂 隆司
秋山 浩利, 遠藤 格
同 病理部 熊谷 栄太, 伊藤 絢子, 藤井 誠志

(13) 研修医Ⅱ (肝) 9:16~9:46

座長: 杏林大学医学部付属病院 關 里和

56. 2か月間で急速な自然縮小を認めた巨大肝嚢胞の1例

自治医大附属さいたま医療センター 消化器内科 ○藤田 美優, 浅野 岳晴, 青山佳代子, 今井友里加
賀嶋ひとみ, 小糸 雄大, 三浦 孝也, 高橋 裕子
石井 剛弘, 坪井瑠美子, 大竹はるか, 吉川 修平
関根 匡成, 上原 健志, 松本 吏弘, 宮谷 博幸
眞嶋 浩聡

57. 腹腔穿刺による筋肉内血腫を超音波で経過観察したアルコール性肝硬変の1例

日本大学病院 初期臨床研修医 ○井上 航貴
日本大学 医学部 内化学系 消化器肝臓内科学分野 金子 真大, 小西 彩, 須田清一郎, 田村 祐
渡邊 幸信, 平山みどり, 小川 眞広, 後藤田卓志
木暮 宏史

58. 腫瘍関連性にCK-MM上昇を呈した肝細胞癌の一切除例

国立国際医療研究センター 外科 ○中村 勇貴, 清松 知充, 山田 和彦
同 肝胆膵外科 伊藤 橋司, 中村 真衣, 吉崎 雄飛, 稲垣 冬樹
三原 史規, 竹村 信行, 國土 典宏

59. EUS-FNAが診断に有用であった胆管内発育型肝細胞癌の1例

虎の門病院 消化器内科 ○山本丈太郎, 佐藤 悦基, 服部 大輔, 前原 耕介
田村 哲男, 小山里香子, 今村 綱男
同 消化器外科 赤埴 未宝, 大久保悟志, 進藤 潤一, 橋本 雅司
同 病理診断科 木脇 圭一, 三浦 泰朗, 高澤 豊

60. 肝細胞癌に対する陽子線治療後の繰り返す胆道出血に対して胆道鏡を行った1例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○勝又 理沙, 金子 俊, 小林 正典, 中川 美奈
勝田 景統, 小林 諒平, 杉山 勇太, 福田 将義
村川美也子, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一

(14) 研修医Ⅲ (肝・その他) 9:50~10:14 座長: 横浜市立大学附属市民総合医療センター 小宮山 哲史

61. 非代償性肝硬変による腹水コントロール中に痙攣重積発作を発症した1例

佐野厚生総合病院 研修医1年目 ○伊藤 悠太, 関根 忠一, 岡村 幸重, 東澤 俊彦
寺元 研, 久武 祐太, 野田まりん, 北川 清宏
鍛冶場 寛, 生形 晃男, 村田 祥磨, 瀬原 吉英

62. 抗凝固療法が有効であった特発性上腸間膜静脈・門脈血栓症の一例

聖マリアンナ医科大学病院 ○劉 たまみ, 久恒 靖人, 西谷 友里, 西牧 裕樹
樋渡 正樹, 塚本 義嗣, 嶋田 仁, 民上 真也
大坪 毅人

63. 下痢を主訴に来院し、肝機能障害をきたしたレジオネラ肺炎の1例

日本医科大学武蔵小杉病院 ○久保山有紗, 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

64. 肺腺癌に対するpembrolizumab投与中に薬物性肝障害をきたし、ステロイド治療が奏功した1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○富永 諒佑, 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

(15) 研修医Ⅳ (胆・膵・その他) 10:14~10:44 座長: がん研究会有明病院 三重 堯文

65. 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に発症した放線菌による腹腔内膿瘍の2例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○和田 美紅, 栗原 滉平, 佐藤 達也, 石田 宏太
遠藤 剛, 丹下 圭一, 高岡 真哉, 時任佑里恵
鈴木由佳理, 大山 博生, 金井 祥子, 鈴木 辰典
白田龍之介, 齋藤 友隆, 高原 楠昊, 濱田 毅
藤城 光弘
東京大学医学部附属病院 消化器内科
同 外来化学療法部 石垣 和祥
東京大学医学部附属病院 消化器内科
同 光学医療診療部 中井 陽介

66. 切除不能肝内胆管癌に対するConversion Surgeryを施行した一例

順天堂大学 医学部付属 練馬病院 総合外科 ○岩部 蓉子, 岩永 直紀, 白石萌々奈, 濱田 篤彦
穎川 博芸, 山本 剛史, 伊藤 謙, 関根 悠貴
河野 眞吾, 宮野 省三, 町田 理夫, 渡野邊郁雄
児島 邦明, 須郷 広之
同 病理診断科 天笠 眞緒, 發知 詩織, 照喜名宏之, 外崎 桃子
松本 俊治, 小倉加奈子

67. 消化管出血を来した膵体部癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○櫻井 由紀, 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

68. 十二指腸狭窄に対する内視鏡的ステント留置後, 二度のステント断裂を生じた1例

東海大学 医学部 医学科 内科学系 消化器内科学 ○下釜 豊人, 小玉 敏生, 伊藤 彩乃, 森町 将司
川西 彩, 伊藤 裕幸, 加川 建弘

69. 術前診断の変更により膵頭十二指腸切除術を回避できた膵SPNの一例

日本大学消化器外科 ○安藤 熙典, 吉田 直樹, 檜垣 時夫, 中山 壽之
荒牧 修, 山崎慎太郎, 森口 正倫, 吉田 直
島本 直明, 岡村 行泰

(16) 研修医V (膵・その他) 10:44~11:14

座長: 杏林大学医学部付属病院 神林 孔明

70. 糖尿病による二次性高中性脂肪血症を原因とする急性膵炎を発症した1例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○乾 滂, 村上 大輔, 大浦 弘嵩, 嶋 由紀子
白戸 美穂, 杉山 晴俊, 西野 隆義, 新井 誠人
同 糖尿病・内分泌代謝内科 吉本 芽生

71. 多発膵腫瘍を呈し、EUS-FNAにて診断しステロイド加療を行った自己免疫性膵炎の一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科 ○佐藤 祐輝, 平岡 友美, 小野 真史, 石井 侃
佐藤 信維, 星 健介, 岩田俊太郎, 氏田 互
副島 啓太, 木村 祐介, 宅間 健介, 藤本 愛
岡野 直樹, 和久井紀貴, 永井 英成, 松田 尚久
同 病理診断科 黒瀬 泰子, 栃木 直文

72. 上行結腸癌を合併した術前診断が困難であった自己免疫性膵炎の一例

順天堂大学医学部付属練馬病院 ○大島あかね, 須郷 広之, 町田 理夫, 渡野邊郁雄
發知 詩織, 照喜名宏之, 小倉加奈子, 岩永 直紀
山本 剛史, 伊藤 謙, 関根 悠貴, 宮野 省三
河野 眞吾, 濱田 篤彦, 白石萌々奈, 杉野 麻帆
穎川 博芸

73. 閉塞性黄疸による皮膚掻痒感を契機に発見された乳がんの1例

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科 ○DANG THANH HUY, 井上 和明, 篠浦 丞
金田 真人, 山下健太郎, 西澤 俊宏, 海老沼浩利
同 乳腺外科 黒住 献
同 病理診断科 松岡 亮介, 小無田美菜

74. リンチ症候群と診断されPembrolizumabが奏功した原発不明癌の一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○木内 萌, 井上 大, 徳田 萌, 浜村 亮輔
秋山 淳, 山下 萌, 井村 里佳, 齊藤 一真
山崎 友裕, 山城 雄也, 周東万里恵, 富野 琢朗
横田 拓也, 三浦 夏希, 肱岡 悠子, 下地 耕平
中園 綾乃, 吉岡 篤史, 堀家 英之, 並木 伸

第2会場【3F 303+304】(午後の部)

(17) 肝 14:20~14:56

座長：関東労災病院 大森 里紗

75. 横行結腸に瘻孔を形成した肝膿瘍の1例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科 ○星 健介, 木村 祐介, 岡野 直樹, 小野 拓真
渡邊 菜帆, 副島 啓太, 岩田俊太郎, 氏田 互
山田 悠人, 岩崎 将, 宅間 健介, 伊藤 謙
和久井紀貴, 永井 英成, 松田 尚久
同 消化器外科 鏡 哲, 鈴木 孝之, 船橋 公彦
同 病理診断科 江嶋 梢, 澁谷 和俊

76. 巨大感染性肝嚢胞による下大静脈症候群を呈した一例

済生会横浜市南部病院 ○内田 要, 所 知加子, 尾崎 裕理, 田中 咲
石野 勇康, 土屋 祐介, 榎本 昌人, 西脇 友紀
丹羽 一博, 石井 寛裕, 京 里佳, 菱木 智
川名 一朗

77. 肝膿瘍との鑑別に苦慮した原発性肝癌肉腫の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 ○宇都宮尚典, 岩野 知世, 池村 宗朗, 太田 寛人
佐伯 至勇, 菟川真由子, 高崎 祐介, 中寺 英介
福生 有華, 大久保裕直
同 病理診断科 小倉加奈子

78. 特発性肝被膜下血腫の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○村上 貴寛, 塩澤 一恵, 香内 朱萌, 松井 貴史
渡邊 学, 前谷 容

79. ウルソデオキシコール酸 (UDCA) で肝胆道系酵素の改善を認めた肝サルコイドーシスの1例

日産厚生会玉川病院 消化器内科 ○野田 薫, 長田 大輝, 小林康次郎, 福士 剛蔵
吉本 憲介, 永嶋 裕司, 山本 慶郎
同 病理診断科 菅野 純

80. C型肝炎に対する直接作用型抗ウイルス薬治療後早期に発症した肝細胞癌に対して、肝動脈化学塞栓療法が有用であった一例

横浜労災病院 消化器内科 ○佐伯 優美, 内山 詩織, 林 映道, 小田 貴之
上野 航大, 利井 辰光, 枇杷田裕祐, 佐野 誠
稲垣 淳太, 春日 範樹, 高柳 卓矢, 金沢 憲由
関野 雄典, 永瀬 肇

81. 合併症のない40代男性が出血性胆嚢炎を来した一例

国立病院機構 水戸医療センター ○辻 実季, 下山田雅大, 石田 博保, 山口 高史
伊藤 有香, 堀籠 祐一, 藤川健太郎

82. 胆嚢摘出術により確定診断したIgG4関連疾患の1例

さいたま市民医療センター 消化器内科 ○片平 雄大, 篠崎 博志, 濱田 敬右, 佐々木吾也
山中 健一, 新畑 博英

83. 気腫性胆嚢炎からの門脈炎による2次性硬化性胆管炎を発症し、内視鏡的胆道ドレナージでも減黄が得られなかった1例

千葉大学 医学部 消化器内科
同 腫瘍内科 ○高橋 幸治, 大野 泉
千葉大学 医学部 消化器内科 遠山 翔大, 山田 奈々, 杉原 地平, 菅 元泰
大内 麻愉, 永瀧 裕樹, 飯野陽太郎, 大山 広
日下部裕子, 沖津恒一郎, 加藤 直也
同 腫瘍内科 滝口 裕一

84. 膵胆管合流異常に合併した総胆管結石に対して膵管ステント留置後に胆道鏡を用いて結石除去を行った1例

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学 ○山崎 雄馬, 佐藤 高光, 井上喬二郎, 半田 祐太
松本 悠亮, 川島 捺未, 中島 聡美, 後藤 駿吾
村田 依子, 栗山 仁
茅ヶ崎市立病院 消化器内科 秦 康夫

85. 内視鏡的経鼻胆道ドレナージチューブによると思われる胃穿孔をきたした1例

千葉大学医学部附属病院 ○高橋 知也, 飯野陽太郎, 山田 奈々, 遠山 翔大
杉原 地平, 大内 麻愉, 菅 元泰, 永瀧 裕樹
日下部裕子, 高橋 幸治, 大野 泉, 大山 広
高野 重紹, 大塚 将之, 加藤 直也

86. 著明な膵性胸水を認めた慢性膵炎の一例

東京蒲田医療センター ○眞壽田真由香, 青木 貴哉, 鳴瀬 郁
井上 慶一, 小野 優香, 新井 典岳, 岡本 陽祐
宮澤 秀明, 石井 耕司

87. 重症急性膵炎を契機に診断され、急速に同時性多発肝転移をきたした膵腺房細胞癌の1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○六郷 貴裕, 河野 惟道, 東 哲之, 鈴木 健太
塩田 香織, 長谷川雄太, 新井 泰央, 大城 雄
金子 恵子, 糸川 典夫, 厚川 正則, 岩切 勝彦

88. G-CSF産生膵癌の1例

済生会横浜市東部病院 消化器内科 ○宍戸 泰紀, 松野 高久, 小原 大和, 三浦 雅史
田中 潤治, 鈴木 雄太, 原 精一, 佐藤 真司
馬場 毅, 中野 茂

89. 膵神経内分泌癌に対してプラチナ併用化学療法導入後、完全奏効が得られたのちに浸潤性膵管癌を生じた1例

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

90. 十二指腸狭窄を伴う局所進行切除不能膵癌に対して十二指腸ステント留置後、Conversion SurgeryにてR0切除し得た一例

横浜国立大学市民病院 消化器内科 ○岩井 佑太, 藤田由里子, 飯塚 武, 森岡 晃平
友成 悠邦, 岩瀬 麻衣, 福田 知広, 今村 諭
角田 裕也, 長久保秀一, 諸星 雄一, 小池 祐司
小松 弘一
国立がん研究センター中央病院 肝胆膵外科 高本 健史

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
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)	2月25日(土)	東京 海運クラブ	11月2日～ 12月7日予定
374	安田 宏 (聖マリイアンナ医科大学 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
377	土屋 輝一郎 (筑波大学 医学医療系 消化器内科)	12月9日(土)	東京 海運クラブ	8月23日～ 9月27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。

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
42	草野 央 (北里大学医学部 消化器内科)	6月18日(日)	東京 ジェーンパヴァ・サボ-	未 定
43	柿崎 暁 (高崎総合医療センター 消化器内科)	11月19日(日)	東京 ジェーンパヴァ・サボ-	未 定

次回(第373回)例会のお知らせ

期 日：2023年2月25日(土)

会 場：海運クラブ

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

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

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

特別講演：「エネルギー問題を考えるということ」

演者：JX石油開発株式会社 国内CCS事業推進部 部長

古館 恒介

司会：東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科 主任教授

猿田 雅之

ランチョンセミナー：「潰瘍性大腸炎治療の新たな可能性～新規JAK阻害剤ジセレカ錠～」

演者：東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授

松岡 克善

司会：杏林大学医学部 消化器内科学 教授

久松 理一

専門医セミナー：「ドクターガストロ」

第23回専門医セミナー(第371回例会 9月24日(土)開催)に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：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 主任教授)

事務局長：佐伯 千里(東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

Tel : 03-6801-8084 Fax : 03-6801-8094 E-mail : jsge373kanto@pw-co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

研修医(演題登録時に卒後2年迄)および専攻医(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【専攻医セッション】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・専攻医セッションへの応募は、各々1施設(1診療科)、1演題に制限させていただきます。

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail : kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 食道癌に伴う食道大動脈瘻に対する胸部大動脈ステントグラフト内挿術 (TEVAR) 後の経過を組織学的に評価できた一例

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線腫瘍科²⁾, 同 血管心臓外科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾, 澤藤 拓¹⁾, 山田武史¹⁾, 野本 怜¹⁾, 川越亮承¹⁾, 鄭 黎佳¹⁾, 福田智史¹⁾, 福田壮馬¹⁾, 小野田 翼¹⁾, 萩原悠也¹⁾, 鈴木宏清¹⁾, 山本祥之¹⁾, 森脇俊和¹⁾, 土屋輝一郎¹⁾, 村上基弘²⁾, 大坂基男³⁾, 朝山 慶⁴⁾, 河合 瞳⁴⁾, 松原大祐⁴⁾

【症例】70歳代男性。嘔声・嚥下困難の精査にて胸部中部食道癌cT4bN2M1(肺転移、大動脈浸潤、気管浸潤)と診断した。高度肺気腫のため、202X年8月から放射線治療(50Gy/25Fr)を行った。照射終了後より背部痛を自覚していた。9月末に吐血・ショックバイタルで当院救急搬送され、下行大動脈仮性動脈瘤破裂・食道穿破と診断した。緊急TEVARを施行し救命した。胃瘻からの完全経腸栄養管理と抗生剤加療継続の上、BSC/DNARの方針で自宅療養とした。12月、口腔内に少量の出血を認めたため入院にて保存的に経過観察をしていた。入院第8病日に胃瘻から大量の新鮮血流出を認め、直後に意識消失・血圧測定不能となり、同日死亡した。翌日病理解剖を行い、肉眼的に長径40mmに渡り食道壁の消失・下行大動脈ステントグラフトの露出を認め、組織学的には瘻口部に腫瘍細胞の浸潤とグラム陽性菌塊を認めた。腫瘍細胞浸潤と縦隔炎により脆弱となった食道大動脈瘻からの再出血が死因と考えられた。【考察】食道癌による食道大動脈瘻の止血目的にTEVARが行われた20例において、急性期合併症は認めず、生存期間中央値は135日であったことが本邦の全国調査で報告されている。本症例は食道大動脈瘻を合併しながら3ヶ月間の療養を送ることができたが、病理解剖所見から長期生存を得るためには縦隔炎の感染制御が重要であることが示唆された。食道癌に伴う食道大動脈瘻に対するTEVAR後瘻口の経過に対して、組織学的評価ができた貴重な症例と考え報告する。

食道癌, 食道大動脈瘻

3 Rindi TypeⅢの胃NET G1に対し内視鏡治療を選択した一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 岩井 哲¹⁾, 堀江義政¹⁾, 竹中祐希¹⁾, 馬場隆成¹⁾, 日原大輔¹⁾, 吉田有輝¹⁾, 富永健司¹⁾, 大原関利章²⁾, 前谷 容¹⁾

【症例】40歳代男性【主訴】なし【既往歴】特記事項なし【現病歴】20XX年1月に他院で施行された上部消化管内視鏡検査(EGD)にて胃穹窿部大弯前壁よりに5mm大の隆起病変を認め、生検にてNET G1の診断となり、精査加療目的に当院紹介となった。同3月に再検したEGDでは胃の背景粘膜に逆萎縮は認めず、また同日に施行した超音波内視鏡検査(EUS)では既知の病変は第2-3層に3.7×2.4mm大の内部均一な低エコー腫瘍として描出された。血液検査で血清のガストリン、カルシウム、副甲状腺ホルモンは正常、CTやMRIで多発性内分泌腫瘍1型/Zollinger-Ellison症候群を支持する所見は認めず、Rindi TypeⅢの胃NET G1と診断した。外科とも協議を行い、EUS上粘膜下層までの浸潤である点、CT上明らかな遠隔転移は認められない点、<10mm大のG1病変である点を考慮し内視鏡治療を選択する方針とした。同7月に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し、病理結果は4.0×4.0mm、NET G1、Ly(-)、V(-)、HM0、VM0であった。病理結果からリンパ節転移リスクは低く追加切除は行わずに、定期EGDとCTでサーベイランスの方針となった。【考察】Rindi TypeⅢのNETは50-60%とリンパ節転移リスクが高く、初回診断時の段階で20mmを超える病変として認識される症例やリンパ節転移を来している症例の報告が多い。現時点では定型的胃切除+リンパ節郭清が標準治療となっており、内視鏡治療を選択したRindi typeⅢの報告は少ない。今回我々は微小病変として認識され、初回診断時に明らかなリンパ節転移を認めなかったRindi typeⅢ NET G1に対しESDを選択した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃NET, 内視鏡治療

2 ラズベリー様腺窩上皮型胃腺腫の1例

済生会横浜市東部病院 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾, 三浦雅史¹⁾, 松野高久¹⁾, 小原大和¹⁾, 宍戸泰紀¹⁾, 田中潤治¹⁾, 鈴木雄太¹⁾, 原 精一¹⁾, 佐藤真司¹⁾, 馬場 毅¹⁾, 中野 茂¹⁾, 赤坂喜清²⁾

症例は74歳女性。前医で検診目的の上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃体上部に胃癌を疑う病変を認め精査目的で当院紹介受診した。自覚症状なし。既往歴：緑内障。家族歴：胃癌の家族歴なし。血液検査所見：特記すべき異常所見なし。*H. pylori*検査未施行。内視鏡所見：背景粘膜はRAC陽性で*H. pylori*未感染の胃粘膜所見であり、穹窿部から体部にかけて径2mm大の胃底腺ポリープの多発を認めた。また、体上部前壁に径3mmの発赤調、顆粒状の隆起性病変を認めた。NBI観察では茶色様変化を認めNBI弱拡大観察では、やや形状不均一な乳頭状構造を認めた。以上から胃腺窩上皮型胃癌を疑いESDを行った。病理組織診断は、中等度異型性の管状腺腫であった。免疫染色はMACSACが陽性でMAC6が陰性であり、最終診断はラズベリー様腺窩上皮型胃腺腫であった。近年*H. pylori*感染者の減少に伴い*H. pylori*未感染胃癌は増加を認めており、ラズベリー様腺窩上皮型胃腫瘍もその一つである。既報では、平均年齢は57歳で男性に多く、好発部位は*H. pylori*未感染のUM領域であり、自験例でも体上部に病変を認めた。また、本疾患は胃底腺ポリープを伴う事が多く、自験例でも認めた。胃底腺ポリープが多発する*H. pylori*未感染胃粘膜では、本疾患を念頭に置き、各ポリープの色調と表面構造に注意して観察する事が肝要と考えた。

ラズベリー様腺窩上皮型胃腺腫, 胃底腺ポリープ

4 臍転移 (Sister Mary Joseph's nodule)、膀胱転移を認めた胃癌の一例

佐野厚生総合病院 消化器内科, 村田祥磨, 鍛冶場 寛, 生形晃男, 北川清宏, 野田まりん, 久武祐太, 小松原麻衣子, 澤城晴名, 島田 修, 寺元 研, 東澤俊彦, 関根忠一, 岡村幸重

【症例】70歳男性元々アルコール性肝硬変で近医かかりつけであった。X年4月、スクリーニングで施行した腹部エコーにて肝結節を認め、精査目的に当院に紹介となった。初診時の採血にてHb6.4g/dLと貧血を認めていたため、上部消化管内視鏡を施行したところ、胃角部前壁に2型腫瘍を認め、病理結果で腺癌(tub1)と判明した。その後施行した造影CTでは肝内には腫瘍性病変は認めず、膀胱癌を疑う膀胱壁肥厚を指摘された。また、本人より臍部にチクチクとした違和感を感じるという訴えもあり、皮膚科に診察依頼したところ、臍部には角化・鱗屑を伴う皮下結節を認めた。泌尿器科にて膀胱鏡検査施行し、膀胱癌を疑う所見を認めた。さらに、臍部の生検を行い、病理結果は胃癌の転移であり、胃癌cT2N1M1 cStage I Vと診断した。脳出血による片麻痺等でPS3であるという背景から、膀胱癌を疑う病変に対してTUR-Btを先行したが、切除した検体の病理結果は胃癌の膀胱転移であった。その後、胃癌原発巣に対しては貧血予防対策として緩和照射(20Gy/5Fr)を行い、現在輸血依存なく経過している。化学療法も提案はしているが、PS3および、本人の希望もあり現在まで行っていない。【考察】臍転移(Sister Mary Joseph's nodule)の原発巣としては胃癌が最も多いとされているが、実臨床では遭遇することは稀である。今回胃癌の臍転移の症例を経験したため、その発生機序や治療に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

胃癌, 臍転移

5 比較的急速に発育したEBウイルス関連残胃癌の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
東邦大学医学部 病理学講座²⁾,
東邦大学医療センター大森病院 病理診断科³⁾
渡邊菜帆¹⁾, 木村隆輔¹⁾, 藤本 愛¹⁾, 石井 侃¹⁾, 佐藤信雄¹⁾,
副島啓太¹⁾, 平岡友美¹⁾, 清水 良¹⁾, 小林俊介¹⁾, 小野真史¹⁾,
鳥羽崇仁¹⁾, 山口和久¹⁾, 深澤由里²⁾, 密田亜希³⁾, 栃木直文³⁾,
和久井和貴¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 永井英成¹⁾, 松田尚久¹⁾

70歳代の男性。十二指腸球部の神経内分泌腫瘍に対して20XY-7年に幽門側胃切除術、表在食道癌に対し20XY-2年に内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行し、ESDの10か月後に口蓋垂の咽頭表在癌に対し内視鏡的咽頭頸手術(ELPS)を施行。治療前後に上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行していたが、ELPSの11か月後の20XY年に施行した食道癌、咽頭癌に対するフォローアップ目的のEGDにて、胃体中部後壁に15mm大の発赤調を呈する表面陥凹型病変を認めた。NBI拡大内視鏡にて全周性にDemarcation line(DL)を認め、内部の表面微細構造および微小血管構築像は不整であり、生検では中分化型管状腺癌と診断された。腫瘍は発赤し周辺隆起にやや厚みを伴う陥凹病変であり粘膜下層深部浸潤を疑ったが、患者の希望もあり診断目的にESDを施行した。切除検体の病理診断では腫瘍巣周囲に小リンパ球の浸潤を認め、腫瘍細胞はin situ hybridizationにてEB virus encoded RNA(EBER-ISH)陽性所見を認めたため、Carcinoma with lymphoid stromaと診断された。また腫瘍は粘膜下層深部への浸潤も認めており、静脈侵襲、リンパ管侵襲ともに陽性であった。高、切除断端は水平、垂直いずれも陰性であった。ご本人の強い希望にて追加手術は施行せず嚴重な経過観察の方針とした。今回、1年以内の比較的短期間で粘膜下層深部浸潤癌として発見されたEBウイルス関連残胃癌の1例を経験した。文献的な考察を加え報告する。

胃癌ウイルス関連胃癌, Carcinoma with lymphoid stroma

6 胃癌に対する術後補助化学療法としてS-1内服中に発症したAeromonas腸炎の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科
神谷昂汰, 石川将史, 西村 尚, 澤田亮一, 猿田雅之

【症例】67歳男性【主訴】発熱, 心窩部痛, 下痢【既往歴】虫垂炎術後(13歳), 高血圧(55歳), 突発性難聴(65歳)【現病歴】X年Y-3月に胃体部癌の診断となり, Y-1月に幽門側胃切除術(Roux-en-Y再建)を施行した。pT3N2[4/39]M0 StageIIbの診断で, 術後補助化学療法の方針となった。Y月Z-13日からドセタキセル+S-1(テガフル・ギメタシル・オテラシルカリウム合剤)療法の1クール目としてS-1 120mg/日を開始した。Z日に発熱・心窩部痛・下痢を認め, 同日当院を救急受診した。血液検査でCRP 4.45 mg/dLと炎症反応高値およびCTで骨盤内小腸の壁肥厚を認めた。S-1誘発性腸炎が疑われ, 緊急入院となった。便培養および血液培養を採取し, S-1は中止とした。絶食にて経過観察したが下痢回数の増悪を認めた。第7病日, 第9病日にそれぞれ上下部消化管内視鏡検査を施行したが, 観察可能範囲内の小腸を含め, 明らかな異常所見は認めなかった。第10病日に入院時の便培養からAeromonas Caviaeが検出された。Aeromonas腸炎が疑われ, レボフロキサシンの内服を開始すると下痢回数, 炎症反応ともに著明に改善した。また, 第17病日に施行した造影CTでは小腸壁の浮腫性肥厚は改善を認めており, 第20病日に退院した。【考察】Aeromonas腸炎はAeromonas属の経口感染によって発症し, 下痢や腹痛, 血便などの症状を呈する。免疫抑制患者では発症しやすいたことが知られているが, 本症例のように化学療法施行中の発症についての報告例は少ない。本症例では当初S-1誘発性腸炎が疑われ, 治療に難渋した。Aeromonas腸炎は適切な抗菌薬で治療されないと症状が遷延することがあり, 入院時の便培養検査が重要であると考えられた。Aeromonas腸炎およびS-1誘発性腸炎の診断と治療について若干の文献的考察を加え報告する。

Aeromonas腸炎, S-1誘発性腸炎

7 右肝動脈の仮性動脈瘤に対しコイル塞栓術を行った後, 総胆管十二指腸瘻を合併した出血性十二指腸潰瘍の1例

東京品川病院
岡 響子, 矢野貴彦, 松井 洋, 前川久登, 濱田 潤, 新井優紀, 石井直樹

【症例】54歳, 男性。【主訴】意識消失発作, 体動困難。【経過】上記主訴で救急搬送された。NSAIDs常用しており, 数日前からタール便もあった。血圧85/57 mmHg, 心拍数104回/分, Hb 4.0 g/dl, BUN 25.1 mg/dl, cre 0.95 mg/dl。上部消化管出血の診断で同日入院。輸血後, 入院2日目に上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸球部に潰瘍を認め, 潰瘍底には強く拍動する動脈瘤を認めた。内視鏡的な止血は危険と判断し検査終了。腹部ダイナミックCTを行ったところ, 右肝動脈に仮性動脈瘤を認め十二指腸球部内腔に突出していた。IVR施行中に動脈瘤の破裂がありショックバیتالとなったものの, コイル塞栓により止血が得られた。入院8日目の上部消化管内視鏡検査では, 出血はなかったが潰瘍底にコイルが逸脱していた。入院9日目に食事を開始したところ発熱し, 腹部CTではpneumobilliaを認めたため, 総胆管十二指腸瘻による胆管炎によるものと考えた。入院22日目にERCPを施行。コイルは総胆管内にも一部逸脱していた。胆管炎再発予防のため胆管ステントを留置し終了した。以後経過は良好で入院28日目に退院した。3か月後に瘻孔の閉鎖を確認しステント抜去。半年後の上部消化管内視鏡検査では潰瘍は癒着化しているものの, 十二指腸のコイルは残存しているが日常生活には支障はない。コイル塞栓後1年間, 出血や胆管炎の再発は認めない。【考察】仮性動脈瘤による上部消化管出血の報告は, 右肝動脈, 脾動脈, 胃十二指腸動脈のものが報告されており死亡率も高い。近年はIVRでの治療例が多いが, 十二指腸へのコイル逸脱, 瘻孔形成による再出血の報告例もみられる。本症例では再出血は認めなかったものの, 総胆管への逸脱, 瘻孔形成による胆管炎をきたした。ステントグラフトによる治療報告もあり, 今後の動向を見ていきたい。

総胆管十二指腸瘻, 出血性十二指腸潰瘍

8 自然修復した成人の特発性小腸重積症の一例

慶應義塾大学 医学部 消化器内科
韓 可, 吉松裕介, 杉本真也, 清原裕貴, 三上洋平, 筋野智久, 河口貴昭, 高林 馨, 細江直樹, 緒方晴彦, 金井隆典

【現病歴】84歳女性。悪心嘔吐で受診し, 上腹部に圧痛及び反跳痛, 軽度炎症反応の上昇がみられた。CTで十二指腸水平脚に長軸径約7cmの腸重積を認めた。【臨床経過】入院後胃管カテーテル留置し, 禁食及び補液で経過観察したところ, 第4病日より胃管排液量は減少し, 排ガスがみられた。第6病日に小腸内視鏡を施行したところ, 小腸重積はすでに自然修復されており, 重積の原因となりうる粗大病変は見られなかった。第7病日に再検したCTでも十二指腸重積は改善していた。第8病日に食事再開し, その後も腹痛や嘔吐はみられず, 第14病日に退院した。【考察】成人の腸重積は全体の5%未満と比較的稀であり, 多くが腫瘍などの器質的疾患を背景に認められており, 原因不明の特発性腸重積は殊に稀である。これまで小腸重積は手術が第一選択肢となるが多かったが, 腸管虚血を伴うものや腫瘍性病変などの明らかな手術適応の病変でない場合は自然修復も選択肢となりうる。過去の文献によると, 重積の場所が小腸近位端にあり, 長軸径が小さければ(3-4cm以下), より自然修復が期待できる。【考察】成人の長軸径が比較的大きな特発性小腸重積症で, 自然修復した稀少な一例を経験した。

特発性小腸重積, 自然修復

腹腔内リンパ節腫脹を伴う小腸粘膜下腫瘍に対する病理診断手順に苦慮した一例

横浜労災病院

上野航大, 関野雄典, 利井辰光, 佐伯優美, 林 映道, 佐野 誠, 枇杷田裕佑, 稲垣淳太, 春日範樹, 高柳卓史, 内山詩織, 金沢憲由, 永瀬 肇

【症例】59歳女性。偶発的にCTで小腸粘膜下腫瘍 (SMT) が疑われ、精査目的に紹介された。CTでは小腸に12mm大の多血性腫瘍と、腸間膜脂肪織濃度上昇、10mm程度までのリンパ節腫脹を認めた。小腸病変は内視鏡所見では上皮性変化を認めず、超音波内視鏡では境界明瞭な筋層由来の管外発育型の低エコー腫瘍として描出された。病理検査前診断として悪性リンパ腫を第一に、小腸GISTのリンパ節転移を鑑別に考えた上で、初回検査として腸間膜リンパ節腫大に対してEUS-FNAを施行、濾胞性リンパ腫の疑いの結果を得た。血液内科より組織検体量の問題で確定診断に不十分との判断があり、小腸リンパ腫疑いの確定診断目的に経胃的に小腸主病変に対するEUS-FNAを施行したところ、GISTの病理結果であった。小腸GISTと腹腔内濾胞性リンパ腫疑いの術前診断に対して、腹腔鏡下小腸部分切除術・腸間膜リンパ節生検を施行した。術後病理診断では、小腸病変は超低リスクGIST、リンパ節は濾胞性リンパ腫Grade1-2となった。【考察】本症例では小腸SMTの検査前診断を小腸原発の悪性リンパ腫としたものの、腹腔を介した小腸GISTの経胃的針生検による播種・術後再発リスクを考慮し、初回穿刺対象はリンパ節とし、追加検査として腹腔内を介したSMTに対する穿刺を行った。この間、小腸GISTと悪性リンパ腫の重複の可能性については鑑別に挙げていなかった。小腸GISTのリンパ節転移および腹腔内を介したGISTへの針生検による腹腔内播種リスクなどに関する文献的考察を含めて報告する。

GIST, 濾胞性リンパ腫

保存的加療により改善したSMA塞栓症による腸管虚血の一例

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⁾

水野紗也¹⁾, 居軒和也¹⁾, 大西良尚¹⁾, 樋口健佑^{1,2)}, 野口敏宏¹⁾, 鈴木統大¹⁾, 宇佐美智乃¹⁾, 菊池一生¹⁾, 中谷真也¹⁾, 牛腸俊彦¹⁾, 三井佑太¹⁾, 紺田健一¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾, 木原俊裕¹⁾, 片桐 敦¹⁾, 山村冬彦²⁾, 吉田 仁¹⁾

症例は90代女性、既往に心房細動、慢性心不全、大動脈解離があり、抗凝固薬 (エドキサパン30mg/日) 内服中であった。下腹部痛と血便を主訴に当院へ救急搬送された。血液検査でHb11.3g/dL, CRP4.1mg/dL, LDH299U/L, Dダイマー4.3 μg/mlと軽度貧血と炎症反応上昇、また組織遊逸酵素およびDダイマーの上昇を認めた。造影CTでは上腸間膜動脈 (SMA) 起始部に造影不良域を認め、SMA塞栓症と診断した。SMA塞栓症による腸管虚血及び壊死が懸念されたが来院時の造影CTではSMA末梢側の血流は保たれており、腸管壊死所見はなしと判断した。高齢であり、手術リスクが高く、IVRによる血管溶解放法、血栓回収療法も末梢動脈への塞栓のリスクがあることから、抗凝固薬による保存的加療を行う方針とした。入院日より抗凝固療法 (ヘパリンNa10000単位/日) を開始し、入院後6日でアピキサパン5.0mg/日へ変更した。入院翌日より食事を再開した。食事再開後もしばらくは腹部症状なく経過したが、入院16日目に暗赤色の血便が出現した。精査目的の造影CTでは造影不良域縮小していたもの上行結腸の全周性壁肥厚を認め腸管虚血が疑われ、精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査の方針とした。内視鏡では上行結腸に全周性狭窄を認め、通常径スコープの通過は不可能であった。細径スコープ (PQL) に変更するとスコープは通過可能であり狭窄部は長軸方向に約5cmの全周性の潰瘍として認識された。潰瘍底の上皮化は進んでおり内視鏡時の出血は目立たなかった。また、同部位の生検から悪性所見は認めなかった。その後、血便は徐々に減少し、食事開始後も問題なく経過し退院した。SMA血栓・塞栓症は致死率が高く、腸管虚血・壊死に対して外科的切除もしくは血管内治療が必要な病態とされる。本症例ではCTおよび内視鏡所見から腸管虚血は存在したと考えられたが、壊死には至らず侵襲的な治療介入なく改善した。本症例からSMA血栓症に対する保存的加療を推奨することはできないが、侵襲的治療が不可能と判断されたSMA血栓症例に対する治療例として報告する。

SMA塞栓症, 腸管虚血

難治性回腸囊炎に後腹膜膿瘍と椎体炎を合併した一例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾
清家理佐¹⁾, 清沼優子¹⁾, 清水寛路¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 河本亜美¹⁾, 日比谷秀爾²⁾, 竹中健人¹⁾, 齋藤謙子¹⁾, 長堀正和¹⁾, 大塚和朗²⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】65歳男性。X-47年に他院で潰瘍性大腸炎と診断され内科加療されていた。X-13年に大腸全摘、回腸囊肛門管吻合術が施行された。X-11年に回腸囊炎を発症し、メサラジン坐剤、ベタメタゾン坐剤、メロニダゾール、シプロフロキサシンで加療されたが再燃を繰り返していた。難治性回腸囊炎に対しX-2年からベドリズマブが開始され、X年Y-5月に当院紹介となった。ベドリズマブを外来で継続していたが、下痢回数1日10回、CRP 7.47mg/dlと炎症は持続し、内視鏡検査でもJバウチ首端には広く浅い潰瘍が残存していた。吻合部狭窄はみられなかった。X年Y-1月より発熱、関節痛、腰痛が出現し、X年Y月に当院外来を受診した。血液検査ではCRP 15.63mg/dlと炎症反応高値を認め、CT検査では回腸囊からL5～S2椎体腹側にガスを含む後腹膜液体貯留が連続し、同レベルの椎体には骨硬化像を認めた。後腹膜膿瘍・椎体炎と診断し同日緊急入院した。第1病日より絶食のうえメロベナムでの加療を開始したところ、解熱とCRPの改善を認めた。第6病日から抗菌薬をセフトリアキソンとメロニダゾールに変更した。第8病日に下部消化管内視鏡下回腸囊造影検査を施行した。回腸囊内や吻合部に浅い潰瘍を散見したが、造影検査では腸管外への造影剤漏出は認めなかった。入院時の画像所見や臨床経過からは回腸囊炎の微小穿通に伴う炎症波及が後腹膜膿瘍と椎体炎の原因の可能性を疑ったが、明らかに瘻孔を確認できず抗菌薬が著効していたことから、外科とも相談のうえで保存的加療を継続する方針とした。経口摂取再開後も発熱や腰痛の再燃なく、第19病日の造影CT検査では膿瘍腔の縮小を確認した。【考察】回腸囊炎は潰瘍性大腸炎術後合併症として知られる。一部は難治化し生物学的製剤等での加療が必要となる。過去には吻合部狭窄に伴う回腸囊内圧上昇による穿孔例の報告はあるが、本症例のように吻合部狭窄を伴わない症例での同様報告はない。難治性回腸囊炎に後腹膜膿瘍と椎体炎が合併した貴重な症例と考える。

回腸囊炎, 後腹膜膿瘍

鼠径ヘルニアメッシュ感染に対する手術4年後にS状結腸へのメッシュ迷入が疑われた一例

神奈川県立足柄上病院

三谷啓介, 國司洋佑, 柳橋崇史, 曾谷祐貴, 芝山幸佑, 栗村紀輝, 加藤佳央

【症例】90歳女性【主訴】黒色便【既往歴】57歳時及び75歳時に右鼠径ヘルニアに対する手術、87歳時に絞扼性イレウスに対する小腸部分切除術の既往がある。87歳時にメッシュ感染に対しメッシュ除去術を行ったが、炎症による癒着が高度であり可及的な除去にとどまった。【現病歴】前日からの血便で近医を受診し当院へ搬送された。同日に施行した上部消化管内視鏡検査では明らかな出血源なく、下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に全周性狭窄を認めスコープ通過は不可能であった。狭窄部位には黒色物質が充満していたが当初は便であると考えた。2型進行S状結腸癌を疑い同病変より生検検査を施行したが病理組織像で悪性所見は認めず人工物の破片の混入が疑われた。第6病日に大腸ステント挿入目的に再度下部消化管内視鏡検査を施行したところ狭窄部の黒色物質が残留しており一部が人工物のようにみえた。鉗子で異物の摘出を試みたものの一環になっており摘出不可能であった。第9病日に手術加療目的に外科転科したが同日に脳梗塞を発症し手術は中止した。鼠径ヘルニア術後感染の既往があり、既報告のCT所見と類似していたためメッシュのS状結腸内迷入が疑われた。その後の経過で腸閉塞の発症は認めず施設退院の方針となっている。【考察】鼠径ヘルニアのメッシュは通常CT画像において認識不可能だが、腸管内に迷入すると腸管内容物を吸収し、高濃度となりメッシュボールが形成され、腫瘍性病変 (fecoliths) として認識可能となる。CT上では便秘患者の大腸内で fecoliths はよく見られるが、当疾患でも類似した所見になることを認識すべきである。本症例の1年前のCT所見でS状結腸と左鼠径部腹壁との境界が一部不明瞭であったが、fecoliths は形成しておらず1年の間に迷入したと考えられる。【結語】ヘルニアメッシュの腸管内迷入症例は海外から複数報告されているが本邦からの報告は検索範囲では存在しなかった。メッシュ迷入の診断には患者のこれまでの手術歴を確認すると同時にCT所見の特徴を認識しておく必要がある。

メッシュ迷入, 鼠径ヘルニア術後感染

13 横行結腸神経内分泌細胞癌の1例

順天堂大学付属順天堂医院 消化器内科
中村駿佑, 内田涼太, 福岡浩文, 山口友輔, 松下瑞樹, 山本桃子,
伊藤頭太郎, 富嶋 亨, 石川 大, 藤澤聡郎, 内山 明,
澁谷智義, 北條麻理子, 伊佐山浩通, 永原章仁, 池嶋健一

症例: 67歳女性 現病歴: 2021年〇月に左下腹部の腫瘍と圧痛を自覚し、近医受診した。腹部超音波検査で多発肝腫瘍を指摘され、原発巣精査目および加療目的に〇月17日に当院紹介となった。初診時の血液所見ではCA19-9軽度高値のみでその他特記所見は認められなかった。造影CTで横行結腸から脾弯曲に分葉状腫瘍を認め、肝両葉に淡い造影効果を伴わない多発する低吸収域を呈した。造影MRIではT2強調画像で淡い高信号を示し、T1強調画像ではわずかな造影増強効果を呈した。大腸内視鏡検査で肝弯曲部に広い陥凹を有する典型的な2型病変とは異なる平坦隆起病変を認めた。同部位の病理所見でAE1/AE3、Chromogranin A (+)、INSM1、Synaptophysin陽性、Ki-67LI 90%であり、内分泌細胞癌と診断し、全身化学療法の方針となった。神経内分泌細胞癌において明確な効果を示す化学療法はなく、小細胞癌に準じた治療が推奨されており本例もこれに準じた。1次治療でシスプラチン、イリノテカン併用療法を行ったが忍容性が低く1コースで終了。2次治療でシスプラチン、VP-16併用療法を4コース行ったが病勢を抑えることはできず、3次治療でアムルピシンを4コース施行したが腫瘍抑制効果を得ることはできずBSCの方針となった。その後病勢は急速な増大の一途をたどり、治療開始より約7カ月に死亡した。結語: 大腸原発のNECは、原発性大腸癌のなかで約0.2%と非常にまれである。予後は1年生存率10~15%、平均生存期間も6カ月と非常に不良で、効果的な化学療法も少ない。本例も積極的な治療導入を行ったが病勢を抑えることができなかった。文献的考察を加えて報告する。

神経内分泌細胞, 大腸

15 関節リウマチの治療中に発症した薬物性肝障害を契機にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の診断に至った一例

災害医療センター 消化器内科
金尾季範, 柴田 勇, 小野圭一, 板倉 潤, 佐々木善浩,
大野志乃, 津川直也, 関口修平

【症例】76歳女性【主訴】腹痛, 肝障害【現病歴】X-17年に関節リウマチの診断でメトトレキサート(以下MTX)、プレドニゾロンで加療を開始され、X-3年に当院膠原病内科に紹介となった。X年4月11日にAST 75 IU/L, ALT 45 IU/Lの肝障害が出現し、MTXによる肝障害が疑われ減量となった。その後腹痛が出現し増悪したためX年4月15日に当院搬送となった。血液検査ではT-Bil 4.9 mg/dL, AST 177 IU/L, ALT 158 IU/L, PT% 65%と肝障害の増悪を認めた。腹部造影CTでは造影早期相で肝実質に不均一な濃染があり、多発する乏血性腫瘍を認めた。MTXによる薬物性肝障害, 多発肝腫瘍の診断で緊急入院となった。【入院後経過】血液検査上では各種ウイルス検査や自己抗体検査は陰性であった。一方でsIL-2R 11984 U/mlと高値であり、悪性リンパ腫やメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(以下MTX-LPD)が疑われた。入院2日後も肝障害の遷延がありPT% 55%まで低下したためステロイドパルスを開始し、また腎不全を認め透析導入が行われた。その後肝生検・腫瘍生検を施行した。ステロイドパルス施行後肝障害は改善を認め、透析離脱も可能となった。後日判明した肝生検の病理学的所見としては門脈域及び小葉内にリンパ球, 組織球を主体とする炎症細胞の浸潤があった。また中型から大型の異形リンパ球の増殖を認めた。以上より、薬物性肝障害及びMTX-LPD(びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫)と診断された。診断後は血液内科に転科となったが、全身状態不良であり緩和的治療の方針となった。【考察】MTX使用中に薬物性肝障害を発症し、肝生検でMTX-LPD(びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫)と診断された一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患, 薬物性肝障害

14 塩酸ミノサイクリン注入による硬化療法が有効であった感染性肝囊胞

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科
宇野広隆, 越智大介, 佐浦 勲, 湯原美貴子, 根本絵美,
丹下善隆, 江南ちあき, 添田敦子, 池澤和人

【症例】80代女性【主訴】発熱【既往歴】78歳: Stanford A型大動脈解離, 80歳: 洞不全症候群、発作性心房細動【アレルギー】アルコール【現病歴】X年Y月Z-3日から乾性咳嗽、Z-2日から発熱を認めた。近医を受診し、内服抗菌薬が処方された。Z日朝から38℃台の発熱、悪寒戦慄、呼吸苦を認め、当院に救急搬送された。血液検査で炎症反応高値、腹部造影CTで感染性肝囊胞と診断され、加療目的に入院となった。【入院後経過】Z日に経皮的肝囊胞ドレナージ術を施行した。淡黄色の内容液370mLを排液し、ドレインを留置した。処置後のCTでは注入した造影剤の胆管への漏出像は見られず、囊胞と胆管とに交通が無いことを確認した。処置後は解熱が得られ炎症反応の改善を認めたが、排液量は100-200mL/日程度で推移した。血液培養、囊胞穿刺液の培養ではEscherichia coliが検出された。ドレイン留置後、排液量の経時的な減少が見られなかったことより再発リスクが高いと判断し、Z+9日から3日間、塩酸ミノサイクリン(MINO) 200mgの注入による硬化療法を行った。ドレイン刺入部の疼痛、炎症反応の軽度上昇は認められたが、自然に軽快した。MINO注入後、20mL/日程度に排液量が減少したため、Z+16日にドレインを抜去した。以降も炎症反応は改善傾向を示し、Z+21日に退院した。Y+4月に撮影したCTでは、囊胞の著明縮小を確認した。【考察】感染性肝囊胞は比較的にまれな疾患で、治療法は確立されていない。既報ではエタノールによる硬化療法が比較的多く、外科手術が選択された報告もある。しかしエタノールの使用は、本例のようなアレルギー例では不適であり、さらに処置に伴う疼痛という課題がある。外科手術は、高齢・併存症の多い患者では適応困難な場合も少なくない。今回、経皮的肝囊胞ドレナージおよびMINO注入によって、重篤な偶発症なく囊胞の縮小・再発予防が得られた症例を経験した。文献的考察を含め報告する。

感染性肝囊胞, 塩酸ミノサイクリン

16 肺腺癌に対するNivolumab+Ipilimumab加療中のirAE肝障害の一例

さいたま赤十字病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾,
同 病理診断科³⁾
黒崎宏貴¹⁾, 田村 玲¹⁾, 渡辺啓輔²⁾, 渡邊隆一¹⁾, 丸田 享¹⁾,
大島 忠¹⁾, 甲嶋洋平¹⁾, 広田由子³⁾, 李 治平³⁾

【症例】81歳男性。【主訴】肝障害。【現病歴】S状結腸癌術後、フォローのCTで右肺上葉結節が出現し、気管支鏡検査およびPET-CTで、原発性肺腺癌の診断となった。胸腔鏡下右の上葉切除術が施行されたが、胸膜播種が多発しており、pT4N1M1, pStageIVAの診断となった。呼吸器内科で肺腺癌に対して、一次治療Nivolumab+Ipilimumabを導入された。2コース終了後に薬剤性肝障害が出現したためPSL25mgの治療を開始し、PSL5mgまで減量しつつ一次治療を継続していた。その後、5コース終了後に肝障害を認めたため、当科紹介となった。【治療経過】血液検査では、AST 1450U/L, ALT 1925U/L, ALP 274U/L, γ -GTP 182U/L, T-Bil 1.6mg/dL, D-Bil 1.0mg/dL, Alb 3.6g/dL, PT 活性80%の肝障害を認め、肝炎ウイルスや自己抗体は陰性だった。CT検査では肝胆道に器質的異常は認められなかった。経過から免疫関連有害事象 (immune-related adverse event, irAE) が疑われ、当科入院となった。原因精査目的に経皮的肝生検を施行し、同日PSL 60mgを開始した。治療開始後、肝障害は改善傾向となり、第7病日に退院となった。病理検査では、免疫チェックポイント阻害薬による肝障害として矛盾しない所見だった。ステロイドを漸減後も再燃なく経過している。【考察・結語】肺腺癌に対する抗PD-1抗体+抗CTLA-4抗体治療の経過中に肝障害を認め、病理診断でirAEによる肝障害の診断に至りステロイド治療が奏功した一例を経験した。免疫チェックポイント阻害薬の使用においては多彩な有害事象があるため、早期の診断・治療介入が重要と考えられる。

irAE, 薬剤性肝障害

17 当院における肝炎ウイルス検査陽性患者に対するアラートシステムの評価

東京北医療センター

小林満里菜, 岩田朋之, 西野 龍, 小川祐貴, 中島 謙, 粟飯原隼人, 光定聖弥, 藤原悠史, 間瀬一壽, 吉田見紀, 三澤綾子

〔背景〕当院では手術や出産を契機に肝炎検査が行われているが、全例が適切な治療やサーベイランスに結びつけられているか不明確である。HCV治療は劇的に進歩しており、急性期疾患の治療が終了した後にいかに肝炎治療に結びつけていくかが今後の課題である。2021年11月より当院ではHCV-Abが陽性の際にオーダー医師が電子カルテを立ち上げるとアラートがでるシステムを構築した。そこでシステムの導入前後での当院の現状を明らかにし、対策について考察を行った。〔方法〕2021年8月から2022年1月の6か月間で導入前後の3ヶ月間をPre群とPost群に分け検証を行った。電子カルテで検索を行いHCV-Ab陽性例の中で、重大な基礎疾患がないにも関わらず当院で治療が行われていなかった症例を「介入可能な症例」と定義し、それぞれの症例数をretrospectiveに検討した。〔結果〕HCV-Abを検査した症例はPre群:Post群が2085:2027件であった。HCV-Ab 1.0 S/CO以上を陽性とし、陽性であった件数は32(1.5%):27(1.3%)件だった。これらの中で介入可能であったが調査の結果確認できなかった症例は6/32(18%):4/27(14%)例で有意差は認めなかった。(p=0.4960: χ^2 検定) [考察] 治療介入されていた症例では、当科が既に介入していた症例が多数を占めていた。一方、「介入可能な症例」は短期入院や輸血時に検査されていた。また陽性であっても治療適応に関し適切に評価されたか不明な場合も多数あった。検査を行った医師が検査結果を確認したか把握することが重要であり、今後さらに長期的に検討する必要がある。またどのような症例が治療適応となるか、院内共通のプロトコルを作成することでより治療介入できる症例が増えるのではないかと考察した。

HCV, 肝炎

18 肝動脈塞栓術、レンパチニブ投与後に肉腫様変化を来した肝細胞癌の1例

関東労災病院 消化器内科

西上堅太郎, 大森里紗, 林 幹士, 佐藤洋一郎, 西川雄祐, 中崎奈都子, 土方一範, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 金子麗奈, 岸本有為, 池原 孝

【症例】59歳男性【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】1ヶ月以上持続する微熱を主訴に近医を受診。炎症反応上昇と肝機能障害を認めたため、X年12月に当科を紹介され受診。CTで造影早期に濃染し平衡相でwash outする径15cm大の腫瘍性病変を認め、PIVKA-2の上昇もあり、肝細胞癌(HCC)の診断となった。【経過】治療として、X年12月にHCC破裂予防目的で肝動脈塞栓術を施行し、X+1年2月に肝動脈化学塞栓療法(TACE)を追加、3月より残存腫瘍に対しレンパチニブの投与を開始した。その後暫く腫瘍は縮小傾向であったが、11月に増大傾向を認めたためTACEを施行。TACE後18日目より発熱が出現し、CTで肝内に径7cm大の低濃度腫瘍と炎症反応の上昇が認められた。肝膿瘍を疑い経皮経肝ドレナージを施行したが、発熱・炎症反応の改善が認められず、膿瘍以外の何らかの腫瘍性病変の可能性を考え生検を施行した。病理組織には紡錘形の異型細胞の集簇が認められ、Hepatoocyte Paraffin 1陽性細胞もあり、HCCの肉腫様変化と診断した。アテゾリズマブ、ベバシズマブ併用療法を行なう方針となり、X+2年1月より治療を開始した。2コース行ったが、新規肺転移が認められ、Progressive Disease (PD) 判定となった。この際に病理組織所見を再検討したところ、肝内胆管癌や胆道癌の肉腫様変化の可能性も考えられたため、ゲムシタビン、シスプラチン併用療法(GC療法)を開始し、その後、肉腫様変化した腫瘍は縮小した。しかし、CTで新規に古典的HCCの異所性再発の多発が認められた。肉腫様変化した腫瘍はGC療法でコントロールされていたため、古典的HCCに対してTACEを行ない、TACE施行後GC療法を再開した。X+2年12月、GC療法11コース後PD判定となり、TS-1へ変更したが、腫瘍は急速増大し1コースでPD判定となった。その後、全身状態悪化し、X+3年2月に永眠された。【考察】肝動脈塞栓術、レンパチニブ投与後に肉腫様変化を来したHCCの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 肉腫様変化

19 PET-CTが診断に有用であった肝内胆管内発育により再発した肝細胞癌の1例

杏林大学医学部 消化器内科学¹⁾, 同 肝胆臓外科²⁾,

同 病理学教室³⁾, 同 医学教育学⁴⁾, 友近 瞬¹⁾, 川村直弘¹⁾, 加藤敦士¹⁾, 關 里和¹⁾, 朽名貴史²⁾, 小暮正晴²⁾, 北濱圭一郎³⁾, 柴原純二³⁾, 阪本良弘²⁾, 森 秀明⁴⁾, 久松理一¹⁾

症例は60歳代の女性。30歳代よりB型慢性肝疾患の診断で加療中。20xx-10年6月に肝障害が増悪し当科を紹介受診。AST43 IU/L, ALT33 IU/Lと肝障害は軽度であったが、AFP 2,308 ng/mLと高値を示し、画像検査で肝S5/8に径14mmの肝細胞癌(HCC)を認めた。同年9月に施行したラジオ波焼灼療法(RFA)が奏効しAFPは正常化した。初回治療から3年後、肝左葉外側区に2結節のHCCが再発したため肝動脈化学塞栓療法(TACE)を施行し局所再発なく経過した。その5年後(20xx-2年5月)より正常化していたAFPが30から50 ng/mLで推移していたが、20xx年7月に2,316 ng/mLと急上昇しHCCの再発を疑った。しかし、経時的な画像検査で肝内に再発を認めなかったため、肝外病変の存在を強く疑いPET-CT検査を施行した。結果、肝外にFDGの集積を認めず肝外転移は否定的であったが、肝左葉S2領域に肝内胆管に沿った帯状の集積を認めたため肝内胆管再発を強く疑った。その後、造影CT、MRI検査でも肝内胆管(B2)内に充実成分を認め、早期濃染し、wash outすることから肝内胆管内に発育するHCCと診断した。背景肝は肝硬変ではあったが約10年間に恒る核酸アナログによる抗ウイルス療法により耐薬能は保たれ、当院肝胆臓外科で系統的肝S2切除を施行した。肉眼的には、腫瘍径は13×10×60 mmで、肝内胆管管内を充満するように腫瘍栓が発育し、境界不明瞭な黄白色を呈した。組織学的には低分化HCCで、免疫組織学的にGlypican-3陽性、Hepatoocyte及びArginase陽性、CK19陽性であり胆管癌は否定された。術後HCCの再発を認めず1年が経過した。今回我々はRFA、TACEにより奏効したと判断したHCCの経過観察中にAFPが著増するも診断に難渋し、PET-CTを契機に診断に至った肝内胆管管内に発育したHCCを経験したので報告する。

肝細胞癌, 肝内胆管発育

20 総肝管に進展した胆管腫瘍栓(B4)を伴う肝細胞癌に対し拡大肝左葉切除術・胆管腫瘍栓摘出・肝管空腸吻合を施行した1例

日本医科大学 付属病院 消化器外科

服部竜也, 上田純志, 吉岡正人, 松下 晃, 清水哲也, 川島万平, 入江利幸, 大野 崇, 春名孝洋, 高田康幸, 吉田 寛

【はじめに】肝細胞癌に胆管腫瘍栓を併発することは稀であり、中でも本症例のように総肝管内に腫瘍栓を認めた症例の報告は少ない。【症例】82歳女性【既往歴】上行結腸癌に対し回盲部切除術後(11年前に施行)【現病歴】肝機能障害にて前医を受診した。腹部CTでは肝尾状葉に約25mm大の造影不良域を認め、また肝右葉を主体に肝内胆管の拡張および後区域枝内に造影不良域を認めたため当院紹介となった。腹部MRIではT2強調像、拡散強調像にて高信号、T1強調像にて低信号の肝細胞癌を疑う腫瘍を尾状葉に認め、また胆管腫瘍栓を認めていた。腫瘍マーカーはAFP 2913.5 ng/mLと著明な高値であり、胆管内腫瘍栓を伴う肝細胞癌が疑われた。ERCPでは左肝管本管および後区域本管に胆管腫瘍栓と考えられる造影欠損域を認めた。拡大肝左葉切除術施行の方針とした。術中所見は、肝尾状葉に腫瘍を認め、また総肝管、左右肝管および後区域枝に胆管腫瘍栓を認めた。拡大肝左葉切除、腫瘍栓の除去を行ったのち、術中胆道内視鏡を施行し胆管内に腫瘍栓の残存がないことを確認した。肝管断端を1穴に形成し、肝管空腸吻合を施行した。病理診断は肝細胞癌であった。【考察】胆管内腫瘍栓を伴う肝細胞癌はその頻度が1.2~9%との報告を認める稀な疾患である。特に腫瘍栓の進展が総肝管まで進展するものは0.3%と極めて稀である。また術式として、肝外胆管切除を行い胆道再建術を行うべきか、腫瘍栓摘出術にとどめ肝外胆管を温存するべきかが議論されており標準術式は確立されていない。今回は総肝管まで進展した極めて稀な腫瘍栓に対し、肝管空腸再建を施行した症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

胆管腫瘍栓, 肝細胞癌

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科¹⁾、
 虎の門病院 消化器内科²⁾、
 国立がん研究センター中央病院 病理診断科³⁾
 平野多紀¹⁾、丸木雄太¹⁾、山重大樹¹⁾、岡本浩平¹⁾、原 英展¹⁾、
 萩原悠也¹⁾、東江大樹¹⁾、高崎哲郎¹⁾、竹下宏太郎¹⁾、川崎佑輝¹⁾、
 大場彬博¹⁾、永塩美邦¹⁾、近藤俊輔¹⁾、脇岡 範¹⁾、森実千種¹⁾、
 上野秀樹¹⁾、奥坂拓志¹⁾、今村綱男²⁾、平岡伸介³⁾

【背景・概要】肝腫瘍の鑑別において、悪性腫瘍のみならず、良性疾患である可能性も考える必要がある。今回、肝原発悪性腫瘍の多臓器転移が疑われ、精査の結果、肝エキノコックス(多包条虫)と診断し得た二例を報告する。【結果】症例1:60歳代、男性。過去に北海道での勤務歴がある。微熱を主訴に前医を受診。前医の造影CTで縦隔及び肝に多発する低吸収腫瘍をみとめ肝原発の悪性腫瘍、転移性肝腫瘍、IPNBなどが疑われ当院紹介となった。入院後、肝内胆管癌などを鑑別に肝腫瘍生検を施行。病理結果では、高度炎症細胞浸潤を呈する炎症組織に取り囲まれた嚢胞様腔であり、肝膿瘍と考えられた。肝生検の結果からは感染症などの鑑別もあがったが、縦隔腫瘍に関しては悪性所見の否定が必要と考えられ縦隔リンパ節の生検を施行。生検では寄生虫感染を疑う結果であり、追加検査よりPAS染色強陽性、無細胞・層状構造を持つ角皮層(クチクラ層)が認められ、多包条虫幼虫(多包虫)の形態学的特徴と一致した。症例2:北海道で出生し、20年余り在住歴のある40歳代女性。検診の胸部レントゲンで右横隔膜挙上を指摘され、精査を行い、肝血管肉腫、右副腎転移、多発肺転移が疑われ当院紹介となった。肝ダイナミックCTにて肝右葉主体に内部に液状構造のある巨大な嚢胞性腫瘍、辺縁の石灰化を認め、エキノコックス感染症に特徴的な画像所見と考えられたこと、北海道での生活歴などの患者背景も含めてエキノコックス症が鑑別に挙げられた。血清学的検査(WB法)でエキノコックスが陽性となったことから確定診断に至った。【結論】肝病変を主体としたエキノコックス症の二例を経験した。近年、北海道外でも同症の報告が散見されるようになっており、嚢胞性病変を伴う肝腫瘍を認める際は、本疾患を念頭に置いた病歴聴取、画像診断が求められる。

エキノコックス, 肝腫瘍

帝京大学 医学部 内科学講座
 村田紗依, 三浦 亮, 松本康佑, 柳澤大輔, 丸山喬平, 青柳 仁,
 磯野朱里, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 小田島慎也, 浅岡良成,
 山本貴嗣, 田中 篤

症例は97歳男性。当院循環器内科通院中で、洞不全症候群に対してペースメーカーを留置。20XX年4月17日より嘔気があり、夕方から嘔吐、翌18日から間欠的な下腹部痛も出現した。翌19日に近医受診し、小腸イレウス疑いで当院に紹介。受診時、臍周囲・下腹部を中心に自発痛、圧痛を認め、腹膜炎刺激徴候はなかった。血液検査でWBC9200/ μ L、CRP14.40 mg/dLと炎症反応高値を認め、BUN44.6 mg/dL、Cr0.89 mg/dLと脱水傾向だった。腹部X線で小腸拡張とニボータ像があり小腸イレウスと診断。胸腹部造影CT検査にて、胆嚢壁浮腫性変化、胆嚢内空気貯留があり、また胆嚢十二指腸瘻の連続性から胆嚢十二指腸瘻を疑った。以前認めていた胆嚢結石は逸脱し、小腸内に約30mm \times 20mmの結石を認めた。結石の口側腸管は拡張し、肛門側腸管は虚脱していた。以上から胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスと診断。手術適応と考えたが、超高齢者で心疾患もあり抗血栓薬内服中であること、CTで誤嚥性肺炎も認めたことから本人、家族ともに侵襲的治療は希望せず禁食、抗菌薬による保存的治療を行った。入院後より経鼻胃管での減圧を開始。イレウス管留置も検討したが、第2病日に排便があったため経鼻胃管にて経過観察とした。第4病日の腹部単純CT検査でイレウスは改善傾向で、結石はS状結腸に移動した。その後のCTでイレウスは改善したが、結石は直腸から自然排石が困難だったため、第11病日に下部消化管内視鏡で直腸内結石を除去。結石は合併症なく除去でき、その後のイレウス再燃もなかった。第18病日に上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部前壁に瘻孔を確認した。胆石性イレウスは胆管が胆管または瘻孔を介して消化管内に逸脱し、腸管に嵌頓して生じるイレウスで、自然排石の頻度が低い治療の原則は手術とされている。今回、保存的治療で改善した胆石性イレウスを経験したので、文献的考察もふまえて報告する。

胆石性イレウス, 胆嚢十二指腸瘻

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

【目的】胆嚢捻転症は頻度は少ないが診断後は緊急手術を要する疾患である。特異的徴状に乏しく、術前診断が困難とされているが、近年画像診断の進歩により正診率が向上している。当院で胆嚢捻転症を5例経験した。臨床症状や画像所見を中心に報告する。

【対象】2013年3月から2021年9月までに当院で経験した胆嚢捻転症5例を検討した。

【成績】症例は全例女性、年齢は86歳~96歳で年齢の中央値は90歳と高齢であった。

受診時の主訴は腹痛3例、背部痛1例、胃部不快感1例であった。全例で右季肋部に圧痛を認め、腹膜刺激徴状を認めたのは1例のみだった。初診時にCRPの上昇を認めたのは2例で、それぞれ5.82、11.9mg/dLであった。

画像検査では3例で腹部超音波検査を施行され、全例で造影CT検査が施行された。全例において胆嚢腫大・胆嚢壁肥厚・軸偏位の所見を腹部超音波検査、造影CTのいずれか、もしくは両方で認めた。術前診断は3例が胆嚢捻転症、残りは胆嚢癌疑い、急性胆嚢炎疑いだった。後者2例は手術所見によって胆嚢捻転症と診断された。

治療に関しては4例で緊急胆嚢摘出術を施行し、胆嚢癌疑いとされた1例で待機的に胆嚢摘出を行った。発症から手術までの日数の中央値は2日であった。予後はいずれの経過も良好で軽快し退院となった。

【考察】胆嚢捻転症はやせ型の高齢女性に多いとされ、急激な上腹部痛、胆嚢腫痛触知、黄疸・発熱の欠如が特徴とされている。捻転に伴う血流障害から壊死に至り致死的になることもあるため迅速な診断が必要である。今回、術前診断がつかなかった2例を含め画像を再検討したところ、全例で軸偏位を認めた。超音波検査と造影CT検査で認める異常所見のうち、胆嚢の軸偏位が有用である可能性が示唆された。

胆嚢捻転症, 軸偏位

横浜南共済病院 消化器内科
 永島愛一, 濱中 潤, 石原 鴻, 久米菜緒, 加藤由子, 塚本 恵,
 榑原俊哉, 石田彩花, 中野間 紘, 西郡修平, 小柏 剛,
 岡 裕之, 近藤正晃

【症例】77歳男性【既往歴】高血圧症、陳旧性心筋梗塞、冠縮性狭心症、SIADH、アスベスト肺、リウマチ性多発筋痛症

【現病歴】20XX年に胸部不快感と嘔気を主訴に前医を受診した。血液検査でAST328U/L、ALT166U/L、 γ -GTP253U/Lと異常値を認めたため、精査目的に当科紹介受診となった。当院外来受診時にはAST1232U/L、ALT1330U/L、 γ -GTP554U/Lと増悪を認めため、精査治療目的に同日緊急入院となった。【臨床経過】既往による薬剤性肝障害を疑い、絶食補液による保存治療を開始した。肝胆道系酵素は一旦は改善したものの、その後再度増悪傾向を認めた。精査目的にMRCPを施行し、下部胆管に腫瘍を疑う20mm大の充実性病変を認めた。その後精査治療目的にERCPを施行した。ERCPでは下部胆管の狭窄所見を認め、狭窄部位から組織生検を施行したうえでENBDチューブを留置した。ENBDチューブは後日プラスチックステントに入れ替えを行い、肝胆道系酵素の改善を認めた。病理所見で腺癌の診断となったため、胆管癌による閉塞性黄疸疑いとして外科に脾頭十二指腸切除を依頼する方針として退院となった。後日外科入院し脾頭十二指腸切除およびD2郭清が施行され、手術検体の病理結果より小細胞型の神経内分沁癌の診断に至った。3か月後の単純CTで多発肝転移が指摘され、外科にて化学療法が開始された。【考察】胆管原発の内分沁腫瘍の多くは悪性度が高いNEC/MANECであり外科切除しても予後良好とは言えない。胆管NEC/MANECの術後再発は殆どが転移再発で、本症例のように肝転移が多い。胆管NEC/MANEC症例に対する術後補助化学療法、或いは非切除再発症例に対する治療については確立したものがなく、今後さらなる症例データの蓄積が必要と考えられ、今回当科での一例として報告する。

胆管癌, 神経内分沁癌

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

【症例】85歳男性。【主訴】両下腿浮腫, 陰囊水腫。【既往歴】C型肝炎, 胆管癌。【現病歴】20XX年2月に肝門部胆管癌に対して左葉, 尾状葉切除, 肝外胆道切除再建術を施行した。病理診断はpT4bN0M0, pStageIVAであった。術後補助化学療法は施行しなかった。その後再発なく経過していたが, 20XX+4年2月のCTで肝門部軟部陰影が出現した。その際のPET-CTでは集積なく, 慎重に経過観察を行う方針とした。20XX+4年12月のCTで肝門部軟部陰影の更なる増大を認め, 肝門部胆管癌の局所再発の診断となった。放射線化学療法を検討したが, 患者希望で緩和ケアの方針となった。20XX+6年の3月頃より下腿浮腫が増悪傾向となり, 陰囊水腫も見られるようになった。その際のCTでは, 胆管癌の局所再発巣は増大し, 臍頭部, 肝門部, 十二指腸下行脚など他臓器への浸潤が見られた。また, 下大静脈への浸潤も見られ, 両下腿浮腫や陰囊水腫は下大静脈の狭窄による症状と考えられた。下大静脈の狭窄部にステント留置を行ったところ, 両下腿浮腫や陰囊水腫の症状は改善し, 歩行可能となり, 一時退院とすることができた。20XX+6年11月に逝去された。【考察】大静脈症候群に対する治療としての大静脈ステント留置術は, 本邦の腫瘍IVR研究グループによって行われた試験において高い有効性が示され, 2019年10月に保険適用された。今回我々は, 胆管癌に伴う下大静脈閉塞に対してステント治療が奏効した一例を経験したため, 若干の文献的考察を含めて報告する。

下大静脈症候群, 肝門部胆管癌

遠位胆管癌に対してゲムシタピン・シスプラチン併用療法施行中に急性尿細管壊死を生じ急激な経過をたどった一剖検例

済生会横浜市南部病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾,
横浜市立大学医学部 消化器内科学³⁾,
春山芹奈¹⁾, 石井寛裕¹⁾, 内田 要¹⁾, 杉山勇太¹⁾, 諸橋啓太¹⁾,
西脇友紀¹⁾, 榎本昌人¹⁾, 丹羽一博¹⁾, 洪井俊祐¹⁾, 鈴木悠一¹⁾,
京里佳¹⁾, 所知加子¹⁾, 菱木 智¹⁾, 中山 崇²⁾, 川名一朗¹⁾,
前田 慎³⁾

【症例】77歳女性。【現病歴】20XX年5月に遠位胆管癌, 十二指腸浸潤, 傍大動脈領域リンパ節転移 (cT2N2M1 cStage4) と診断され, 6月中旬よりゲムシタピン・シスプラチン併用療法 (GC療法) を開始された。化学療法開始前の採血でCre 0.75mg/dl, eGFR 56%と軽度腎機能障害を認めたため, シスプラチン投与量を75%に減量していた。1コース目day8投与後から下腿浮腫と食欲不振が出現し, 改善しないためday11に当科外来を受診した。血液検査で, 急性腎障害 (Cre 1.06mg/dl), 低ナトリウム血症 (Na 117mEq/l), 高カリウム血症 (K 5.8mEq/l) を認めたため精査加療目的に入院した。【入院後経過】意識障害や心電図異常を認めず, 食事摂取不良による脱水の影響を考えて生理食塩水の投与で治療を開始した。入院翌日に腎障害と高カリウム血症はさらに悪化し, 動脈血ガス分析で代謝性アシドーシスを認めた。グルコース・インスリン療法を施行し, 一時的に高カリウム血症は改善したが, 血圧が徐々に低下した。細胞外液の急速投与を行ったが, 血圧は上昇せず, 意識レベルの低下, SpO₂の低下を認め, 全身管理目的にICUに入室した。入室直後に心肺停止となり, CPRを行なったが一時的な自己心拍再開が得られたのみで, 再度心停止となり死亡確認となった。病理解剖では, 腎臓の近位細管を中心に広範囲に尿細管壊死を認め, 死因は, 化学療法に起因して急性尿細管壊死を発生し, 代謝性アシドーシス, 高カリウム血症を来し, 循環不全に陥ったことと考えられた。【考察】シスプラチン投与例の約30%はAKIを合併するとされるが, 胆管癌に対するGC療法ではシスプラチン投与量が他のレジメンと比較して少なく, 英国の第3相試験ではCTCAE Grade3以上の腎障害の発症率は1.5%にとどまっている。しかし, 本症例のように致死的な腎障害を生じる場合もあり, 他のシスプラチン含有レジメンと同様に注意が必要である。

ゲムシタピン・シスプラチン併用療法, 急性尿細管壊死

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

【症例】症例1は併存疾患のない, 高度肥満の40歳女性。背部痛を主訴に当院へ救急搬送され, 血中膵酵素高値, 腹部造影CTで膵周囲の炎症所見を認め急性膵炎の診断で入院となった。追加の血液検査でTG 2,782 mg/dLと高値を認めており, 高TG血症に伴う急性膵炎と判断した。絶食・補液, フィブラート内服で加療開始し, 経過良好であり第10病日に退院となった。症例2は家族性複合型高脂血症の既往がある27歳女性。2019年10月より上腹部痛を自覚し当院救急外来受診した。血中膵酵素の上昇はないが, TG 14,713 mg/dLと著明に上昇し, 腹部造影CTで膵周囲の炎症所見を認めたため, 高トリグリセリド (TG) 血症による急性膵炎の診断で入院となった。絶食・補液およびフィブラート・スタチン内服, ヘパリン・インスリン持続静脈内投与で加療開始し, 改善得られたため第15病日に退院となった。

【考察】TG > 1,000 mg/dLで膵炎の重症化が示唆される時にはTG 500 mg/dL以下を目標に速やかに血清TG値を低下させる必要がある。高TG血症を標的とした治療として血液浄化療法やヘパリン・インスリン療法の有用性が示されている。本邦においては血漿交換を施行されている報告が多く, 薬物療法のみで奏功した報告は少ないが, 当院で経験した2症例では脂質低下薬およびヘパリン・インスリン療法での薬物療法で良好な臨床経過が得られた。

【結語】高TG血症による急性膵炎の2例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

急性膵炎, 高トリグリセリド血症

術前の鑑別が困難であった嚢胞変性, 卵殻状石灰化を伴った膵神経内分泌腫瘍 (PNET) の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 病理診断科³⁾,
栗原昌孝¹⁾, 新後閑弘章¹⁾, 齋藤倫寛¹⁾, 田中貴志¹⁾, 岸 洋佑¹⁾,
浅井浩司²⁾, 森山穂高²⁾, 渡邊隆太郎²⁾, 横内 幸³⁾, 渡邊 学²⁾,
前谷 容¹⁾

症例は70歳代, 男性。10年以上前から膵尾部嚢胞性病変を指摘されており, 近医で経過観察されていた。200X年に病変増大傾向のため精査目的に当科紹介となった。膵尾部に卵殻状石灰化, 内部に隔壁様構造を伴う約80mm大の嚢胞性病変を認めた。造影CT及び造影USで内部の隔壁様構造は造影されなかった。SPNが鑑別に挙がったが, 男性例であり仮性嚢胞の診断で経過観察の方針となった。200X+4年に施行された経過観察目的の造影CTで病変の周囲の脂肪織度度上昇が出現すると共にやや増大傾向であった。造影MRIではT1強調画像で嚢胞辺縁部位の不均一に高信号域が混在しており出血成分を含んでいるものと考えられた。嚢胞壁は均一に造影されるが, 嚢胞内部に造影される充実性成分を認めなかった。造影EUSでも嚢胞内部に造影される充実性成分は認めなかった。卵殻状石灰化を伴う事から男性例ではあるがSPNやMCNを疑い, 膵体尾部切除術を施行した。病理学的には, 嚢胞壁には石灰化を伴う線維性結合組織内に類円形核と好酸性細胞質を有する比較的均一な腫瘍細胞がリボン状, 索状に増殖していた。免疫組織学的にChromogranin A, Synaptophysin陽性, β -catenin陰性で, Ki-67 indexは1%未満であり, NET G1と診断された。典型的なPNETは強い造影効果を有する充実性腫瘍として認められる事が多いが, 嚢胞変性や石灰化を伴う非典型例も存在する事が知られている。嚢胞変性を来した場合でも腫瘍成分が辺縁に残存して造影で濃染を呈する場合に鑑別は難しい。しかし, 本症例の様に画像上, 残存する腫瘍成分を指摘できない場合には鑑別診断に苦慮する。NETの石灰化は腫瘍中心部に多く, 卵殻状石灰化はSPNやMCNに特徴的とされる。本症例では石灰化を有するNETとしても非典型的であった事が, さらに鑑別を困難にした要因と考えられた。卵殻状に高度の石灰化を伴い, ほぼ完全に嚢胞状になるNETは稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

NET, 嚢胞変性

限局性膵萎縮の経過観察1年後に連続膵液細胞診 (SPACE) で診断したT1a膵癌の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 内視鏡医学講座²⁾, 同 病理学講座 病院病理部³⁾,
同 外科学講座 肝胆膵外科⁴⁾
植木里奈¹⁾, 赤須貴文¹⁾, 古守知太郎¹⁾, 木下勇次¹⁾, 島本奈々²⁾,
阿部孝広²⁾, 五味澤一隆³⁾, 清川貴子³⁾, 恒松 雅³⁾, 坂本太郎⁴⁾,
後町武志⁴⁾, 千葉允文²⁾, 中野真純¹⁾, 加藤正之²⁾, 鳥巢勇一¹⁾,
猿田雅之¹⁾

【症例】57歳 男性【主訴】なし(画像所見異常)【現病歴】20XX年6月慢性副鼻腔炎に対する手術の術前検査で耐糖能異常を指摘され当院の糖尿病・代謝・内分泌内科を受診。同月の教育入院期間中に施行した腹部単純CTで膵尾部に限局性膵萎縮を認めため、当科に紹介となった。【経過】腹部造影CT・MRCP・EUSにて、膵尾部に限局性膵萎縮と萎縮部位に一致した主膵管狭窄を認め、狭窄部上流の主膵管は軽度拡張していた。しかしEUSでも明らかな腫瘍性病変を指摘できず、慢性膵炎による変化と考え外来にて厳重に経過観察を行う方針とした。その後約1年にわたり経過観察を行い各種画像所見に著変を認めなかったが、外来主治医の変更を機に早期膵癌の鑑別目的に20XX+2年1月にSPACEを施行する方針となった。ERPでは膵尾部に主膵管の軽度の狭窄と上流主膵管の軽度拡張を認め、狭窄部を超えて経鼻膵管チューブを留置し2日間にわたり合計6回の膵液採取を行った。細胞診にてClassVが検出され膵癌の診断となった。gemcitabine+S-1による術前補助化学療法を2コース施行した後の20XX+2年5月にロボット支援下膵尾部切除術が施行された。病理組織では主膵管および分枝膵管内の広範なHigh-grade PanINの所見に加え2mmの浸潤部を認め、浸潤性膵管癌 TNM分類 (JPS 7th) ypT1a ypN0 M0 ypStageIAの診断となった。【考察】High-grade PanIN (carcinoma in situ) から浸潤性膵管癌に至るまでの期間は数年あることが想定されている。本症例は約1年前より画像所見に経時的変化を認めない間接所見(限局性膵萎縮、主膵管拡張)を認めており、長期予後が期待できる早期診断可能な期間が長い症例の存在を示唆する貴重な症例と考えられた。

膵癌, 連続膵液細胞診

膵頭十二指腸切除術後の慢性門脈血栓症と胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して集学的治療を行い良好な経過を辿っている一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科¹⁾,
慶應義塾大学病院 放射線科²⁾,
独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 外科³⁾
久保雄器¹⁾, 木下 聡¹⁾, 南 一洋¹⁾, 武下達矢¹⁾, 田村 全²⁾,
碓井真吾¹⁾, 冠城拓示³⁾, 中里圭宏¹⁾, 唐橋 強³⁾, 吉田 武¹⁾

【症例】76歳男性【主訴】黒色便【現病歴】X-7年に中部胆管癌疑いに対して亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行された。X-1年にCA19-9高値を指摘され、造影CTを施行し、上腸間膜静脈から門脈移行部にかけて血栓閉塞と門脈海綿状変化を指摘されたが経過観察となっていた。X年に黒色便で当院外来を受診し、血液検査で貧血を認めため緊急入院となった。造影CTと上部消化管内視鏡検査(EGD)では、出血源を特定することが出来なかったが、黒色便と貧血の進行を認めため、第12病日にCT portographyを行い、門脈血栓閉塞による胆管空腸吻合部静脈瘤形成、同部位からの出血と診断した。第21病日に再度、EGDを行い、静脈瘤周囲に大量の凝血塊を認め、静脈瘤からの出血が疑われ、内視鏡的硬化療法(EIS)を施行した。その後、黒色便は認めず、貧血の改善を認めた。第40病日に門脈血栓症に対して経皮経肝経路(PTO)で血栓除去と門脈ステント留置を試みたが処置に難渋した。そのため、全身麻酔下に小開腹し経回腸静脈経路を併用したバルーン拡張と門脈ステントの留置に成功した。その後、治療評価目的の造影CTでステント内に血栓による閉塞を認め、再度、血栓の吸引と門脈ステントの追加留置を行い、さらに抗凝固薬剤内服を追加し第55病日に退院した。現時点で門脈血栓は完全に消失し良好な経過を辿っている。【考察】慢性門脈血栓症に対する門脈ステントの留置経路としては局所麻酔下で低侵襲に行えるPTOを第一選択とする。本症例のように難渋する際にPTOおよび経回腸静脈からのアプローチによる門脈ステント留置術が有効である可能性が示唆された。術後慢性門脈血栓症による胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して、複数科の協力下で集学的治療を行い、良好な経過を辿っている一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

胆管空腸吻合部静脈瘤, 門脈血栓症

2型自己免疫性膵炎と膵癌が並存しVogt-小柳-原田病を合併した一例

水戸済生会総合病院
山崎春佳, 大川原 健, 仁平 武, 柏村 浩, 青木洋平,
今井雄史, 金野直言, 宗像紅里, 荒谷一磨, 目時佳恵, 高橋 慧

【症例】70歳、男性【主訴】吐気、心窩部不快感【既往歴】慢性副鼻腔炎術後【現病歴】吐気、心窩部不快感を主訴に前医を受診した。腹部造影CTで膵頭部に径15mmの造影不良域と主膵管拡張を認め当院を紹介受診した。【経過】超音波内視鏡検査では、膵頭部に低エコー領域を認めるが周囲境界は不明瞭で腫瘍形成性膵炎が疑われた。ERCPでは、十二指腸乳頭の腫脹を認め、管腔内超音波検査(IDUS)では胆嚢管から十二指腸側において総胆管の壁肥厚を認めた。吸引細胞診でclass5を指摘され、非露出型の十二指腸乳頭部癌が疑われた。患者が手術に踏み切れず外科受診を一時延期したが、当院初診時から2ヶ月後の腹部造影CTで腫瘍が37mmに増大し、門脈浸潤のある膵癌と考えた。亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行したが、腫瘍浸潤を考慮した門脈の剥離は困難で門脈合併切除を行った。病理所見では、腫瘍はVater乳頭部から主膵管を連続進展し、浸潤増殖は主膵管周囲に局限しており粘膜内病変が主体であった。腫瘍周囲には膵炎による線維化の広がり認め、好中球上皮病変(GEL)があり、idiopathic duct-centric chronic pancreatitis (IDCP)を呈しており2型自己免疫性膵炎(AIP)と診断した。術前CTでみられた門脈周囲の軟部陰影は膵炎の広がりの反映と考えられた。膵切除の5ヶ月後に視野障害を認め、Vogt-小柳-原田病と診断され、ぶどう膜炎に対してステロイドパルス療法を行った。【考察】AIPはときに腫瘍を形成し、膵癌との鑑別に難渋することがあるが、自己免疫性膵炎と膵癌が並存した報告は少なく、両者の関連性は明らかでない。AIPにおける膵癌については、AIPが慢性膵炎を生じたことによる発癌や、膵癌がparaneoplastic syndromeとしてAIPを誘導する考え方があり、AIPはアルコール性慢性膵炎のように早期から非可逆的な炎症進展は少ないと考えられ、paraneoplastic syndromeの考え方の妥当性がある。また本症例では術後に原田病を発症しており、原田病とAIPの関連は不明だが、AIPを単純なparaneoplastic syndromeとは断定し難いと思われる経過であった。

自己免疫性膵炎, 膵癌

食道癌を合併した有茎性食道平滑筋腫の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター
青山佳代子, 小糸雄大, 吉川修平, 小島 柊, 佐藤杏美,
佐々木吾也, 今井友里加, 森野美奈, 松本圭太, 三浦孝也,
石井剛弘, 大竹はるか, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴,
松本吏弘, 宮谷博幸, 真嶋浩隆

74歳男性。暖気を主訴に前医受診し、上部内視鏡検査で食道にポリープを指摘され、当科紹介受診した。当院で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、切歯より20cmの上部食道に有茎性の5cm大のポリープ(Ip)があり、病変茎部の粘膜表面にはルゴール散布で不染色を認めた。生検結果から食道癌と診断し、留置スネアを用いてIp病変の内視鏡的切除を施行した。病理組織診断では、病変頂部に中分化型扁平上皮癌を認め、頂部の粘膜下腫瘍は平滑筋細胞の集簇を認め平滑筋腫と診断された。なお、茎部にはIntraepithelial Neoplasiaを認めた。一般的に食道の平滑筋腫は無茎性病変が多く、医学中央雑誌で検索したところ有茎性平滑筋腫の報告は数例に留まる。さらに食道癌を合併した例は1例のみであった。今回、食道癌を合併した有茎性平滑筋腫という稀な症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

有茎性食道平滑筋腫, 食道癌

深谷赤十字病院 消化器科

佐藤伸悟, 葛西豊高, 江藤宏幸, 丸田四季子

＜緒言＞5-FUの有害事象の一つに高アンモニア血症があり、化学療法実施の阻害要因となりうる。今回我々は食道癌に対するFP療法中に高アンモニア血症を発症した1例を経験したので報告する。【症例】83歳、男性。【既往歴】CKD、慢性心房細動。【現病歴】20XX年6月貧血を伴う心不全で他院へ入院した際、胸部単純CTにて食道周囲に異常影をされ精査加療目的で同月当科外来を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査にて胸部下部食道に3型進行癌を認め、CT検査にて食道癌cT3N1M0、cStage IIIと診断した。化学放射線療法を選択しFP療法を施行したところday5に意識障害が出現し、高アンモニア血症（556 μg/dL）を認めた。補液と分枝鎖アミノ酸製剤投与にてday 7には覚醒、アンモニア値も正常化した。以降経口摂取困難となり衰弱が進んだ。Day25に死亡退院した。【考察】5-FUに由来する高アンモニア血症には腎機能障害、脱水、便秘、感染、骨格筋減少などの関与が示唆されている。分枝鎖アミノ酸製剤の投与等で回復が期待できる一方、自験例のように全身状態悪化の契機となる危険がある。リスクを弁えた上での慎重な5-FUの投与が重要である。

5-FU, 高アンモニア血症

国家公務員共済連合会 東京共済病院 消化器科¹⁾, 同 消化器・一般外科²⁾, 東京医科歯科大学 消化器内科³⁾, 東邦大学医療センター大橋病院 病理診断科⁴⁾, 国家公務員共済連合会 東京共済病院 病理診断科⁵⁾ 緒方香葉子¹⁾, 大坪加奈¹⁾, 五十嵐 亮¹⁾, 土屋麻史¹⁾, 宍戸華子¹⁾, 唐鎌優子¹⁾, 永山和宜¹⁾, 朝野紗希子²⁾, 古山貴基²⁾, 近藤純由²⁾, 岡本隆一³⁾, 横内 幸⁴⁾, 川原 稜⁵⁾

【症例】65歳、男性【主訴】なし（検診異常）【既往歴】萎縮性胃炎（ピロリ菌除菌後）、ネフローゼ症候群、両側大腿骨頭壊死、高尿酸血症、緑内障【現病歴】他院検診の上部消化管X線造影検査で要精査の診断となり、20XX-1年9月に当科初診となった。【臨床経過】同年10月、精査目的に上部消化管内視鏡（以下、EGD）施行した。EGDでは萎縮性胃炎を認める他、胃体上部大弯と胃体中部後壁になだらかな隆起を伴う褪色調領域があり、生検でそれぞれGroup2, Indefinite for neoplasia（ただし低異型度の胃癌との鑑別を要する）との病理診断結果だった。患者同意の上で診断と治療を兼ねて、胃体上部大弯の病変に対し、20XX-1年12月上旬に内視鏡下粘膜下層剥離術（ESD）を施行した。胃型低異型度分化型胃癌（pT1a (M), pU0, ly0, v0, pHM0, pVM0）との診断となった。ESD後のフォローアップEGDで胃体中部後壁の病変が生検で再度Group2との結果であったことから、20XX年12月中旬に胃体中部後壁の病変に対し、同様にESDを施行し、胃型低異型度分化型胃癌（Well to poorly differentiated adenocarcinoma : tub1+tub2+por2, pT1b (SM2), ly0, v0, HM0, VM1）との病理診断だった。深部剥離断端陽性（VM1）を考慮し、追加外科切除を施行の方針となり、20XX+1年5月下旬に腹腔鏡補助下幽門側胃切除術を当院で施行した。【結語】今回、胃型低異型度分化型胃癌の多発および粘膜下層浸潤（SM2）を認めた一例を経験した。若干の文献的考察を含め報告する。

胃型低異型度分化型胃癌, 粘膜下層浸潤

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科¹⁾, 同内視鏡センター²⁾, 同病理診断科³⁾ 榎内和真¹⁾, 紀 仁¹⁾, 片山裕視²⁾, 桑田 潤¹⁾, 相馬佑樹¹⁾, 前田紘希¹⁾, 三代 賢¹⁾, 伴 慎一³⁾, 玉野正也¹⁾

【症例】60歳男性【主訴】複視、難聴【現病歴】20X X年10月末に物が2重に見えることを自覚し近医受診となった。頭部MRI、MRAで異常は認められなかった。11月には眩暈やふらつきを自覚し再度受診となった。症状増悪傾向であり、近医耳鼻科を受診し左難聴、外転神経麻痺、顔面神経麻痺を認めBell麻痺疑いとなりプレドニゾロン、バラシクロビルが開始となった。その後も症状改善しないため11月末に当院耳鼻科紹介受診となった。受診時に複数の脳神経麻痺を認め、中枢性の異常を疑われたため同日脳神経内科受診し入院精査の方針となった。【経過】頭部造影MRIで多発する脳神経の腫大と造影効果を認め悪性リンパ腫または転移性脳腫瘍が疑われた。また髄液検査ではCEA高値を認め、細胞診でClass5が検出されたため髄膜癌腫症の診断となった。原発精査目的に造影CTを行うと胃壁の全周性肥厚と腹腔内の多発リンパ節腫大を認め、胃癌疑いで当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて胃体部に全周性の不整な粘膜を認め伸張不良であった。生検結果から低分化腺癌の診断となり、胃癌に伴う脳転移、髄膜癌腫症の診断となった。PS不良であるためBSCの方針となった。【考察】髄膜癌腫症は非常に予後が悪く1-3ヶ月と報告されている。胃癌の脳転移及び髄膜癌腫症に関して確立された治療法はないが、抗癌剤の髄腔内投与や放射線療法で症状緩和がえられたという報告がある。しかし本症例では意識障害を認めPS不良のため化学療法や放射線治療は行わずにBSCの方針となった。髄膜癌腫症を来す原発巣としては乳癌、肺癌、悪性黒色腫、消化器癌の順に多いとされており胃癌は0.18%という報告もある。今回複視を契機に胃癌に伴う髄膜癌腫症の症例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

胃癌, 髄膜癌腫症

東京都立大塚病院 消化器内科¹⁾, 同 血液内科²⁾ 曾我早良¹⁾, 田中 啓¹⁾, 井浦亜有子¹⁾, 軽部莉佳¹⁾, 松井裕樹¹⁾, 白崎友彬¹⁾, 本林麻衣子¹⁾, 武藤秀治²⁾, 倉田 仁¹⁾

【症例】77歳、女性【主訴】心窩部痛【既往歴】特記なし【現病歴】X-5年発症の関節リウマチ（RA）に対して、X-4年よりメトトレキサート（MTX）にて加療されていた。X年Y月頃より心窩部痛と嘔吐を繰り返すようになり、Y+1月に精査目的に上部消化管内視鏡検査（EGD）が施行された。EGDでは上十二指腸角に不整な潰瘍性病変を認め、表在性十二指腸癌もしくは悪性リンパ腫が疑われた。生検病理組織診では大型異型リンパ球の浸潤がみられ、免疫染色では異型リンパ球はCD20, CD79aが陽性、CD3, CD5は陰性でありDiffuse large B-cell lymphoma (DLBCL)と診断された。また、胸腹部造影CTでは十二指腸球部に腫瘍性病変を認め、漿膜外浸潤とリンパ節転移の可能性が示唆された。血液内科にコンサルテーションし、メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患（MTX-LPD）と診断された。【経過】まずはMTXの投与を中止し慎重に経過観察を行う方針となった。Y+1月よりMTXを中止した。半年後のY+8月に施行したEGDでは潰瘍は癒着化し、CTでもリンパ節は縮小を維持しており、寛解と考えられ、以降も引き続き経過観察としている。【考察】MTX-LPDは1991年に初めて報告され、以降MTXが使用されるにつれて報告が増加しており、MTXの重篤な副作用の一つとして挙げられている。MTX-LPDにおけるリンパ腫の発生部位はリンパ節・節外病変がそれぞれ半々と他のリンパ腫に比べて節外病変が多く、消化管や皮膚、肺、軟部組織に多い。しかし、消化管病変の中で十二指腸病変を有するものは稀であり、医中誌・Pubmedにて2021年まで『十二指腸、MTX-LPD』のキーワードで検索したところ報告は2例のみであった。十二指腸病変を有するMTX-LPDは稀ではあるものの、MTX使用中のRA患者に不整な潰瘍性病変を認めた際は鑑別として挙げることも考慮されるべきと考えた。今回、十二指腸に不整な潰瘍性病変を認め、精査の結果MTX-LPDの診断に至った症例を経験した。若干の文献的考察を交えて報告する。

十二指腸, MTX-LPD

37 潰瘍性大腸炎経過観察中に消化管穿孔を来した一例

東京臨海病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
廣本貴史¹⁾、山田俊夫¹⁾、上村泰子¹⁾、濱元 舜¹⁾、李 世容¹⁾、
金野 朗¹⁾、櫻井則男¹⁾、織畑道宏²⁾、五藤倫敏²⁾

【症例】40代後半・女性。入院までの経過：X年、下腹部痛、下痢、血便を主訴に当院紹介受診し、入院加療となった。下部消化管内視鏡検査で横行～S状結腸に潰瘍が多発しており、プレドニゾロン、時間依存性SASA開始するも改善乏しく、インフリキシマブ開始となった。以降は症状改善あり第52病日退院。外来でインフリキシマブ継続にて経過観察し、概ね寛解維持していた。X+5年の下部消化管内視鏡検査でも粘膜治癒が得られていたが、その後症状の再燃あり、インフリキシマブ2次無効を疑い入院加療となった。ゴリムマブ、ブレドニゾロン、白血球除去療法開始したが、改善乏しく、第35病日に腹痛増強し、腹膜炎所見あり、CTにて消化管穿孔がみられたため、緊急手術となった。開腹結腸全摘+Rs、Ra切除、回腸人工肛門造設術行い、盲腸に穿孔部位確認、盲腸、上行結腸、S状結腸に壊死を認めた。病理にて腸管壊死部では動脈、静脈に血栓が多発しており、壊死の原因は虚血と考えられた。【考察】全結腸型潰瘍性大腸炎の増悪による穿孔性腹膜炎に対して緊急手術を行った一例を経験した。潰瘍性大腸炎の増悪で血栓が形成され、壊死を来した消化管穿孔に至った稀な症例であるため、若干の文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、消化管穿孔

38 ウステキスマブが著効した潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎の1例

厚生中央病院 消化器病センター (内科)
根本夕夏子、田島慎也、齋藤孝太、里井 新、松井貴史、
木村 晴、中村文彦

【症例】66歳女性【主訴】ステロイド依存性回腸囊炎【現病歴】35歳時発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎。44歳時に全大腸切除術施行後、回腸囊炎に対してステロイド投与開始。50歳時にステロイド糖尿病を発症し血糖降下薬開始。52歳時に関節リウマチ、59歳時にくも膜下出血を発症。脳動脈瘤塞栓術施行後アスピリン開始。20年間総ステロイド投与量21g。1日15回以上の血便が持続。【現症】身長:159cm、体重:48kg、体温:36.3℃、脈拍数:68/分、血圧:112/69mmHg、SpO₂:100% (room air)、下腹部に圧痛あり、両肩関節に自発痛・手指のこわばりあり【血液検査所見】WBC:9850/ μ l、Hb:9.8g/dl、Plt:40.5 \times 10⁴/ μ l、ESR:58mm/h、TP:7.3g/dl、ALB:3.5g/dl、AST:13IU、ALT:8IU、LDH:163IU、ALP:180IU、 γ -GTP:15IU、GLU:88mg/dl、HbA1c:7.0%、CRP:1.5mg/dl【経過】2020年8月大腸内視鏡検査でスコープは通過するものの afferent limb の狭窄があり回腸肛門パウチにびらんを認めた。ステロイド漸減とし、チオプリンを開始したところESR亢進とリウマチ症状の増悪を認めた。ステロイド投与終了後の方針として、ウステキスマブ投与に同意されたため、2021年4月に通常用量である260mgを開始した。この時点で1日14-5回の血便を認めていた。その後12週ごとにウステキスマブ90mg投与し8か月後には関節痛に対するNSAIDsが不要になった。2022年2月排便回数は7-8回、血便ではない泥状便になった。2022年5月大腸内視鏡検査では潰瘍やびらんを伴わない正常粘膜を afferent limb に認めた。排便回数は4-5回、血便は認めていない。【結語】持続する頻回の血便に対して、長期ステロイド治療を離脱しウステキスマブが著効した潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎の1例を経験した。治療に難渋する回腸囊炎の治療にウステキスマブ投与が有効である可能性が示唆された。

ウステキスマブ、回腸囊炎

39 ウステキスマブ投与によるクローン病潰瘍性病変の治療経過の検討

東京女子医科大学病院 消化器内科
佐々木 優、大森鉄平、高鹿美姫、村杉 瞬、栗山朋子、
伊藤亜由美、米沢麻利亞、徳重克年

【目的】クローン病 (CD) の内科的加療として、抗IL-12/23抗体製剤であるウステキスマブ (UST) は、粘膜治癒の際に狭窄と線維化を抑制するとの報告がある。そのため今回我々にはUSTによる粘膜治癒効果、特に潰瘍性病変の治療経過を明らかにする事を目的とした。【方法】2017年9月から2022年8月までに当院でUSTによる寛解導入療法前後に内視鏡検査を行ったCDのうち、経過中に潰瘍性病変が同定された22例 [男性10例 (%), 中央値年齢44.4歳 (24-62歳)、小腸大腸型7例、小腸型1例、大腸型4例] を対象とした。部位別にUST開始前後で観察可能な潰瘍性病変 (小腸:16病変、吻合部:7病変、大腸:11病変、肛門:6病変) の変化を評価した。臨床症状の増悪とともに明らかな潰瘍の増大が認められた例を悪化、臨床症状の改善と潰瘍が縮小・粘膜治癒した例を改善、潰瘍の変化がなかった例を維持とした。また潰瘍性病変の改善が認められた症例は治療過程における形状変化の特徴を検討した。【成績】内視鏡最終評価時期はUST開始後中央値期間124weeks (32-271weeks) であった。小腸病変:悪化は3例、改善は11例 (縮小4例、粘膜治癒7例)、維持は2例に認めた。吻合部:悪化は2例、改善が5例 (縮小5例、粘膜治癒0例) に認め、維持はなかった。大腸病変:改善は9例 (縮小6例、粘膜治癒3例)、維持は2例に認め、悪化はなかった。肛門病変:改善は6例 (縮小6例、粘膜治癒0例) に認め、悪化、維持はなかった。潰瘍の治療過程において炎症性隆起性変化の形成が9病変 (6症例) に認められたが狭小は1病変 (肛門) であり、ほぼ見られなかった。狭小/狭窄は6病変 (6症例) に認められたが吻合部 (67%)、肛門 (33%) が占めた。【結論】本検討ではUST使用後の吻合部・肛門病変を除く腸管潰瘍性病変に著明な狭窄は示さなかった。USTは治療経過における再狭窄を防ぐための有効な治療法となる可能性が示唆された。

クローン病、ウステキスマブ

40 ペムプロリズマブ投与後に発症した大腸炎に対してインフリキシマブが著効した肺癌の1例

SUBARU健康保険組合 太田記念病院 消化器内科¹⁾、
同 呼吸器内科²⁾、同 研修医³⁾
木村浩一郎¹⁾、梶原啓吾³⁾、松本成木³⁾、青木 望²⁾、青木史暁²⁾、
栗原英心¹⁾、新井洋佑¹⁾、小畑 力¹⁾、竝川昌司¹⁾、伊島正志¹⁾、
大竹陽介¹⁾

免疫チェックポイント阻害薬に伴う免疫関連有害事象 (irAE) の1つとして腸炎が知られている。ステロイド投与で軽快することが多いとされているが、今回ステロイド抵抗性の重症大腸炎症例を経験した。症例は60歳代男性。右肺癌、転移性脳腫瘍に対して20XX年Y月からペムプロリズマブ単独療法を導入した。3クール投与後にCEAの上昇とCTにて新たに縦隔リンパ節転移を認めたため無効と判断し、20XX年Y+2月から二次治療としてカルボプラチン+ペメトレキセド+ペムプロリズマブ療法を開始した。また二次治療開始後8日目から転移性脳腫瘍に対してサイバーナイフ療法を開始したが、その2日後に発熱性好中球減少症を発症したため入院した。血液培養検査は陰性、頻回の下痢とCTにて全結腸に連続性の壁肥厚を認めた。便培養陰性、CD toxin陰性、CMVアンチゲネミア陰性、T-SPOT陰性であった。初回ペムプロリズマブ投与から10週間経過しており、発症時期および感染性腸炎が否定的であることからirAEとしての大腸炎と診断した。CTCAE Grade3の重症大腸炎に該当したため、プレドニゾン70mg/dayによる治療を開始したが、炎症の改善は認めずステロイド抵抗性と判断した。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、全結腸に膿性粘液が付着した発赤浮腫状の炎症粘膜を認め、既報のirAEとしての大腸炎の所見として矛盾しないものであった。当院の倫理委員会で使用承認を得て、プレドニゾン漸減中にインフリキシマブ350mg点滴投与を開始した。初回投与から14日後、2回目投与した時点で著明な症状改善を認めた。初回投与19日後に再発した下部消化管内視鏡検査で炎症が改善傾向であることを確認し翌日退院し、現在外来通院中である。インフリキシマブが著効したステロイド抵抗性のirAEとしての腸炎の1例を経験したので本会において若干の文献的考察を加え報告する。

irAE、腸炎

厚生中央病院 消化器病センター (内科)
齋藤孝太, 根本夕夏子, 田島慎也, 里井 新, 松井貴史,
木村 晴, 中村文彦, 黒田雅彦

【症例】31歳男性【主訴】鮮血便【現病歴】鮮血便を主訴に当院救急搬送。直腸診で出血性内痔核、採血で軽度の貧血を認め、腹部CTで上行結腸、横行結腸、S状結腸粘膜が浮腫状であり、精査加療目的に入院。【既往歴】内痔核、気管支喘息、下痢型過敏性腸症候群、アトピー性皮膚炎【生活歴】喫煙20本×10年、飲酒毎日ハイボール4缶【来院時現症】身長:172cm、体重:59kg、体温:36.0℃、脈拍数:78/分、血圧:133/92mmHg、SpO2:96% (room air)、呼吸音:清、心音:純・雑音なし、腹部:平坦かつ軟、圧痛なし、腸蠕動音亢進、明らかな肝脾腫なし【血液検査所見】WBC:5690/ μ l、Hb13.6g/dl、Plt:27.0×10⁴/ μ l、PT (INR):0.92、AST:53IU、ALT:56IU、LDH:287IU、ALP:68IU、 γ -GTP:312IU、CRP:0.01mg/dl【入院後経過】入院翌日に大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に浮腫状粘膜を認め、その表面に境界明瞭な白色調の軽度隆起病変の集簇を認めた。その他、腸管内に異常所見を認めず、血便の原因は内痔核と考えられた。白色調の隆起病変に対して生検を施行し、病理で粘膜固有層内に軽度の浮腫性変化、リンパ球、形質細胞、好中球浸潤、リンパ濾胞の形成がみられ、一部に空泡もみられた。内視鏡所見および病理所見から大腸偽脂肪腫と診断した。出血性内痔核に対して外用薬で加療し第3病日に退院した。【結語】血便精査の大腸内視鏡検査で偶発的に発見された大腸偽脂肪腫の1例を経験した。大腸偽脂肪腫は粘膜固有層内に小空胞を形成する非腫瘍性疾患であり、腸管気腫症の一種として位置付けられる。名称はHE染色標本でlipomatosisに類似することに由来する。組織学的には粘膜固有層内に空胞がみられ、脂肪細胞や拡張したリンパ管に似るが、脂肪滴やリンパ管内皮はみられない。大腸偽脂肪腫は比較的珍しく、文献的考察を加えて報告する。

大腸偽脂肪腫、腸管気腫症

横浜市立大学附属市民総合医療センター
杉山敦彦, 渥美陽介, 沼田正勝, 小林 圭, 大坊 侑, 井口健太,
千田吾吾, 齋藤健太郎, 諏訪雄亮, 熊本宜文, 渡邊 純,
佐藤 勉, 武田和久, 國崎主税

症例は80歳、男性。主訴は右下腹部痛。下部消化管内視鏡検査にて盲腸に潰瘍を伴う腫瘍性病変を認め、生検でMALTリンパ腫が疑われ当院受診。PET-CTで遠隔転移を認めず、診断的治療として腹腔鏡下回盲部切除術及びD3郭清を施行した。術後合併症は認めず第7病日に退院。病理組織学所見では、粘膜固有層から固有筋層にかけて小型リンパ球様の細胞や形質細胞が高度に浸潤しており、また腸管傍リンパ節の1つにも浸潤の像を認めた。免疫染色では、CD20・CD79a陽性のB細胞の増殖を認め、CD5・CD10・bc16はいずれも陰性であり、Ki67陽性率は5%程度であった。以上よりLugano分類II期の盲腸MALTリンパ腫と診断した。現在術後1ヶ月経過しており、今後補助療法は施行せず外来経過観察を行う予定である。消化管原発MALTリンパ腫の中で胃原発は77%で大腸原発は16%である。また大腸原発MALTリンパ腫は全大腸悪性腫瘍の0.2%と稀である。胃原発MALTリンパ腫はHelicobacter pyloriに対する除菌治療が有効とされている一方、大腸原発MALTリンパ腫の治療法はまだ確立していない。既報では外科的切除が行われた報告が多いが、腹腔鏡下に切除された報告はこれまで10例程度と少ない。今回われわれは、腹腔鏡下に切除した盲腸MALTリンパ腫の1例を経験したので報告する。

大腸癌原発MALTリンパ腫、腹腔鏡下手術

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
手銭 悠¹⁾, 加藤知爾¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 佐藤ももか¹⁾, 林 猛志¹⁾,
松井 徹¹⁾, 小林克也¹⁾, 岸田由起子²⁾, 光井 洋¹⁾

【症例1】83歳女性。血便を主訴に受診。大腸内視鏡検査(CS)を施行したところ、肛門管に約20mmの表面乳頭状の白色扁平隆起を認め出血源として考えられた。NBI拡大所見では拡張したループ状血管がみられ、生検結果にて6,18型ヒトパピローマウイルス(HPV)感染と尖圭コンジローマの診断となり、扁平上皮癌や高異形度上皮の合併を疑い、十分なインフォームドコンセント(IC)の上、ESDを施行した。病理所見では重層扁平上皮の乳頭状増殖とその一部に核の異型を認め、高度異形成～上皮内癌を伴う尖圭コンジローマの診断となった。深達度は粘膜内で脈管侵襲は陰性であったが、水平断端部が塗滅焼灼の影響で判定困難となり、慎重な経過観察の方針となったが、半年後のCSでは明らかな再発は認めていない。【症例2】53歳女性。検診にて便潜血陽性を指摘された近医にてCS施行。肛門管から下部直腸にかかる隆起性病変を指摘された。生検より扁平上皮癌の診断となり、精査加療目的に当科紹介受診。CSでは15mm大の発赤調の隆起性病変で拡大NBI観察ではIPCLに類似した拡張・蛇行血管を認めた。深達度は粘膜内と考え、十分なICの上、ESDを施行した。病理所見では一部角化伴った核異形高度で核分裂像も散見する中分化型扁平上皮癌の診断となった。深達度は粘膜内で垂直断端、粘膜断端ともに陰性であったが、静脈侵襲v1aであったため、本人の希望もあり癌専門の高度医療機関へ紹介の方針となった。【考察】肛門管癌は消化管癌の約1.5%と比較的稀な疾患であり、その約8割を占める肛門管扁平上皮癌はHPV感染との関与が報告されている。HPVは肛門尖圭コンジローマの原因ウイルスであり、一部の発癌リスクの高い16,18型HPVの関与が言われている。肛門管癌の治療はこれまで外科的切除や化学放射線療法が選択されてきたが、近年わずかながら早期症例に対して内視鏡治療を行った症例が報告されている。外科手術に比して侵襲度が低く肛門機能を温存できる利点があり、その有用性を検討するため若干の文献的考察とともに自験例を報告する。

肛門腫瘍, ESD

千葉労災病院 消化器内科
金森美有禪, 榎谷佳生, 関本 匡, 石神秀昭, 石川賢太郎,
泉水美有紀, 粟津雅美, 石毛克拓, 吉埜稜平, 安齋春香,
弥富真理, 木下 拓, 松本正成, 尾崎大介, 米盛葉子

【症例】65歳男性【主訴】腹痛・腹部膨満【既往歴】脊柱管狭窄症【現病歴】X年6月初旬から腹痛と腹部膨満が出現し、その後食思不振もみられるようになり、6月17日に当院を受診した。【経過】受診時の血液検査所見でCRP12.8mg/dLと高値、白血球は7200 10³/ μ で正常範囲内であった。腫瘍マーカーは、CEA、CA19-9は正常であった。CTでは胸部に異常なく、腹部には大量腹水、軽度の腹膜肥厚を認めた。癌性腹膜炎、結核性腹膜炎、サルコイドーシスを鑑別に挙げ、腹水穿刺を施行したところ、リンパ球優位の白血球上昇、ADA 78U/Lと高値であり、細胞診は陰性だったことから、結核性腹膜炎を疑った。しかし、複数回提出したチールネルゼン染色や結核菌PCRはいずれも陰性であり、確定診断と結核性腹膜炎の場合には薬剤感受性の確認が必要と考え、審査腹腔鏡の方針とした。腹腔鏡所見は腹膜や腸間膜に無数の小結節がみられ結核性腹膜炎に矛盾しない所見であった。採取した腹膜のチールネルゼン染色やPCR検査で抗酸菌は認めなかったが、類上皮肉芽腫を多数認め、Langhans巨細胞や乾酪性壊死がみられたことから、結核性腹膜炎と診断した。受診の22日目からINH+RFP+EB+PZAの4剤で加療を開始したところ、治療開始7日目にはCRP2.49mg/dlまで低下し、57日目に腹水は著明に減少し、薬剤反応性は良好と判断して退院とした。その後、腹水の5週間培養からMycobacterium tuberculosisが検出され、結核性腹膜炎と最終診断とした。【考察】結核性腹膜炎は非常に稀な疾患であるが、死亡率が高いという報告もあり、初診から6週間以内の治療開始が望ましいとされる。しかし、塗抹やPCR検査の感度は低く、培養に4-8週間の期間を要するため、診断に時間がかかることが多い。一方、腹水中ADAはカットオフ値33U/Lで感度・特異度ともに良好であるため、原因不明の腹水に対しては積極的にADAを計測することが有用である。高値の場合には、早期に審査腹腔鏡を行い、直接観察や、採取した検体で類上皮肉芽腫や乾酪性壊死を証明することが確定診断に繋がり、速やかな治療を開始に有用である。

審査腹腔鏡, ADA

東京労災病院 消化器内科

乾山光子, 折原慎弥, 平泉泰翔, 井上楠奈子, 嵐山 真, 渡辺浩二, 吉峰尚幸, 高橋伸太郎, 大場信之, 西中川秀太

【背景】内視鏡検査の普及や検査精査上昇により胃痛が早期発見される機会が増え、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) 適応の胃痛が増加している。胃痛治療は低侵襲化が進み、ESDも外科手術に代わる低侵襲治療の代表である。しかし、臓器温存治療として低侵襲であることは明らかだが、実際の治療入院による身体への負荷については不明な点が多い。【目的】早期胃痛に対するESD施行患者の身体的特徴と、治療侵襲による身体変化を明らかにする。【対象】2022年5月～2022年9月に早期胃痛に対して当院でESDを施行し、治療前後に体成分を測定した症例。【方法】ESD前日とESD7日後に体成分を測定し、体重・Body Mass Index (BMI)・Skeletal Muscle Index (SMI)・体脂肪量・細胞外水分比(ECW/TBW)・筋肉量・部位別筋肉量について、治療前後の変化を比較検討した。体成分測定にはInBody S10 (InBody Japan Inc. Tokyo, Japan)を用いた。【成績】対象は10例(男性6例,女性4例)であり、ESDに伴う周期発症はなかった。治療前の身体計測中央値は、BMIが 22.1 ± 2.0 kg/m², SMIが男性 7.0 ± 0.7 kg/m², 女性 4.8 ± 0.2 kg/m², 体脂肪率が男性 28.6 ± 6.7 %, 女性 32.5 ± 5.2 %, ECW/TBWは 0.40 ± 0.01 であった。治療後の変化率は、体重が -4.7 ± 1.0 %, BMIが -5.5 ± 1.9 %, SMIが -11.7 ± 5.6 %, 体脂肪量が $+1.8 \pm 9.7$ %, ECW/TBWが -1.4 ± 1.5 %, 筋肉量が -6.9 ± 3.8 %であった。部位別筋肉量では、右腕が -3.7 ± 14.0 %, 左腕が -5.8 ± 19.5 %, 体幹が -2.5 ± 9.8 %, 右脚が -11.3 ± 10.3 %, 左脚が -10.1 ± 10.0 %であった。【結論】治療患者はESD前から既に、BMIは標準であるもののSMIや骨格筋量が低水準の傾向にあった。治療に伴うECW/TBWの変化は軽度で極度の浮腫などは生じなかった。治療後は体脂肪率が上昇し、体重・BMI・SMI・筋肉量が低下し、筋肉量の低下は特に下肢で顕著であった。ESDは低侵襲治療であるが、短期間の入院であっても筋力低下とPS低下への配慮が必要であることが示唆された。今後、症例数を増やした上での長期観察と更なる検討が望まれる。

早期胃痛, ESD

メトトレキサート休業により改善が得られたメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患による小腸病変の一例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科

會田卓弘, 岸川 浩, 片山 正, 中村健二, 尾城啓輔, 財部紗基子, 荒畑基子, 西田次郎

【症例】78歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】関節リウマチに対してX-8年よりメトトレキサート(MTX)の内服をしていた。X-2年12月に貧血の精査目的で施行したカプセル内視鏡検査にて回腸に潰瘍性病変を認めた。小腸内視鏡検査を施行したところ同様に遠位回腸に多発する潰瘍を認め、生検検体の免疫染色でのサイトメガロウイルス(CMV)陽性細胞からCMV腸炎と診断した。ガンシクロビル(GCV)の長期投与で病変は改善傾向であったが一部が残存していた。しかし貧血は改善したため、X-1年5月にGCVの投与を終了した。X年2月より間欠的な心窩部痛及び貧血を認めるようになり精査加療目的でX年5月に入院した。【入院後経過】小腸内視鏡検査にて遠位回腸に広範囲に多発する深掘れ潰瘍を認めたためCMV腸炎の悪化と診断し、禁食、中心静脈栄養、GCVの投与を開始した。潰瘍からの病理検体では、核封入および免疫染色でのCMV陽性細胞を認めるものの少数であった。病勢と内視鏡所見、病理結果が乖離していることからCMV感染以外にEpstein-Barrウイルス(EBV)の共感染の可能性も考慮してEBV-encoded small RNA (EBER)の染色を追加したところ、びまん性に陽性であった。HE検体の再評価およびリンパ腫に準じた免疫染色の追加が行われた。リンパ腫としても矛盾しないと再評価され、かつ免疫染色ではB細胞関連の細胞表面マーカーが陽性であった。MTX内服患者であることからMTX関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)が強く疑われ、MTXを休業した。MTX休業2週間後に小腸内視鏡検査を施行したところ潰瘍は著明な縮小を認め第57病日に軽快退院した。【考察】診断に難渋したMTX-LPDによる回腸病変の一例を経験した。MTX-LPDは節外病変を認める頻度が高いが、小腸病変を伴うMTX-LPDは予後不良であり穿孔例が多い。内科的治療のみで改善を認めた症例は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

MTX-LPD, 小腸腫瘍

潰瘍性大腸炎治療中に経験したインフリキシマブによると考えられる舌下腺炎の一例

東邦大学医療センター 佐倉病院 消化器内科

清水桃子, 菊地秀昌, 白井萌子, 坂口吉明, 小林 楓, 射矢れい, 関 駿介, 内藤大輔, 西宮哲夫, 木村道明, 柴本麻衣, 岩下裕明, 宮村美幸, 山田哲弘, 中村健太郎, 松岡克善

【症例】20歳代台、男性。【経過】約6か月前に前医で潰瘍性大腸炎(以下、UC) 全大腸炎型と診断された。プレドニゾンで加療されたが改善なく、当院に紹介受診となった。来院時、症状は便回数10回以上/日、ほぼ血便で、下部消化管内視鏡ではMayo内視鏡サブスコア3と重症所見であった。ステロイド抵抗性と判断し、インフリキシマブによる加療を開始した。インフリキシマブ投与翌日から便回数は著明に減少し、血便も消失した。しかし、投与後10日目より舌の痛みおよび咽頭痛が出現し、舌下腺炎と診断した。原因として感染、腸管外合併症、インフリキシマブの副作用などが考えられたが、確定診断は困難であったため、抗菌薬とハイドロコルチゾン投与を行った。しかし、舌の症状改善に乏しく、下痢症状も再燃したため、腸管外合併症の可能性を考慮し、投与後21日目にインフリキシマブを投与した。30ml程度が投与されたところ、舌の疼痛と腫脹、顔面浮腫、流涎が出現し、インフルエンザウイルスと判断し投与を中止した。舌症状が再投与で惹起されたことから副反応と判断し、プレドニゾンを増量したところ、舌症状と腹部症状が改善した。アザチオプリンを導入し、プレドニゾンを2か月かけ減量したが、舌症状および消化管症状の再燃なく経過した。しかし、半年後にUCが再燃したため、ゴリムマブを投与した。舌下腺炎は起こらなかったが、UCにも効果は示さなかった。現在は、トファシチニブで加療中である。【結語】インフリキシマブによると考えられる舌下腺炎の一例を経験した。インフリキシマブの副作用による耳下腺炎は報告があるが、舌下腺炎の報告はなく、非常にまれな症例と考えられた。またインフリキシマブと同様の抗TNF- α 製剤であるゴリムマブでは使用しても舌下腺炎は惹起されず、示唆に富む症例であった。

舌下腺炎, 潰瘍性大腸炎

全大腸炎型潰瘍性大腸炎がIFX2次無効での再燃時に区域性を呈した1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾,同 病理診断科³⁾小川朋哉¹⁾, 松本 悠^{1,2)}, 都築義和^{1,2)}, 宮口和也^{1,2)}, 時田 一¹⁾, 青柳龍太郎¹⁾, 大庫秀樹^{1,2)}, 山田健人³⁾, 中元秀友¹⁾, 今枝博之^{1,2)}

【症例】18歳女性。【現病歴】気管支喘息、アレルギー性鼻炎で当院小児科に通院中であった。20XX-2年5月頃から腹痛、1日4行程度の下痢、血便が出現した。20XX-1年6月に当科に精査依頼があり大腸内視鏡を施行した。下行結腸～S状結腸に軽度発赤および痔核を認めるのみであった。その後も腹痛、血便が持続し、20XX年5月に大腸内視鏡の再検で全大腸にMES2程度の連続性びまん性炎症を認めた。病理組織検査では高度の急性・慢性炎症性細胞浸潤、陰窩膿瘍、goblet cell depletionを呈し全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断した。血液検査ではWBC 7540, CRP 0.1と正常範囲であった。Hb 7.7の貧血も呈したためメサラジン製剤とFe剤を開始した。1週間の内服で下痢回数の増悪を認め5AZA不耐を疑いメサラジンを中止した。その後下痢回数の改善を認めるも血便、腹痛は持続した。外来でPSL 25mg (5mg/kg) 内服を開始したが血便の改善を認めず入院となった。入院後の大腸内視鏡ではMES1程度に改善し横行結腸はMES0であった。入院後、便回数は10回以上であったためAZAを開始し退院した。退院2日後から血便、腹痛を自覚し(中等症)で再入院となった。大腸内視鏡では下行結腸に自然出血(MES3)を認めるもその他の部位はMES1であった。ステロイド依存性と考えIFXを開始した。3回目のIFX投与時4行/日の泥状便で血便・腹痛を認めずIFX+AZA有効と診断した。その1ヶ月後から血便15回と増悪し入院した。大腸内視鏡では肝弯曲、横行結腸の一部、下行結腸の一部に区域性のびまん性炎症(MES2)を認め炎症粘膜と炎症粘膜の間は寛解であり、区域性UCと診断した。IFXの短期間で2次無効と診断しPSL50mg (1mg/kg) から開始し改善した。【考察】元来区域性UCの頻度は低いが、初発時全大腸炎型UCを呈し加療の影響の可能性は否定できないものの再燃時区域性UCを呈した症例は稀と考え、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, IFX

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科¹⁾、
同 消化器肝臓内科²⁾、
小池 瑛¹⁾、太田 学¹⁾、田中保平¹⁾、窪木大悟¹⁾、本間祐子¹⁾、
太白健一¹⁾、佐田友 藍¹⁾、田原真紀子¹⁾、鯉沼治¹⁾、
堀江久永²⁾、山口博紀¹⁾、味村俊樹¹⁾、北山丈二²⁾、佐田尚宏¹⁾、
山本博徳²⁾

症例は65歳女性。高齢発症の潰瘍性大腸炎に対する寛解導入療法中に中毒性巨大結腸症から穿孔性腹膜炎を発症し、敗血症性ショックの状態で当院へ救急搬送され緊急手術を行った。結腸全摘・粘液瘻造設・回腸人工肛門造設術を試みたが、炎症が極めて強く直腸までの切除を余儀なくされ、直腸を5cm残し大腸全摘術・ハルトマン手術・回腸人工肛門造設術を施行した。術後は改善傾向となり、ステロイドは漸減終了となっていた。全身状態が落ち着き追加手術を検討したが、本人希望で手術は行わず経過をみる方針となった。術後3年で血便が出現し病勢悪化を疑い追加手術を検討していたところ、壊疽性膿皮症も発症し、精査加療目的に当科へ入院となった。CTで残存直腸周囲に膿瘍形成と膿瘍を認め、大腸内視鏡検査では残存直腸炎による断端の破綻が確認され残存直腸切断術・膈後壁切除を施行した。術後遺残膿瘍を認め長期間の抗菌薬治療を要したが保存的に改善傾向となり、皮膚病変も局所療法で軽快した。潰瘍性大腸炎の緊急手術症例では、全身状態不良であることが多く、術後合併症の回避を優先しつつ、長期的な経過やQOLも考慮して術式を選択しなければならない。2期的、3期的に大腸全摘し再建術を行うことが一般的であるが、高齢者の場合は併存症により手術自体が危険であることや、本人が追加手術を希望しないこともあり、個々の症例に合わせた術式の検討が重要となる。今回我々は潰瘍性大腸炎の緊急手術後に追加切除を施行できず、残存直腸炎による病状悪化をきたした症例を経験したので報告する。

炎症性腸疾患、潰瘍性大腸炎

虎の門病院 消化器内科
井上華子、河合優佑、早坂淳之介、岡村喬之、落合頼業、
鈴木悠悟、光永 豊、湖之上和弘、田中匡実、野村浩介、
小田切啓之、松井 啓、山下 聡、菊池大輔、布袋屋 修

症例は80代男性。数秒程度の意識消失、ふらつきを主訴に当院を受診した。採血でHb 6.6 g/dLと著明な貧血を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体下部後壁大彎寄りに噴出性の出血を伴う浅い潰瘍を認め、内視鏡的止血術を施行し入院となった。入院後、濃厚赤血球液4単位の輸血を行いオメプラゾールでの加療を開始した。上述した潰瘍以外にも胃前庭部から体下部に多発する浅い小潰瘍が認められ、NSAIDs潰瘍が鑑別として考えられた。NSAIDsの内服薬は認めなかったが、約1か月前から腰痛に対してロキソプロフェン貼付剤を1日10枚程度に増量していた。そのため保存的加療とともにロキソプロフェン貼付剤は中止し、経過良好で退院となった。約2か月後に施行した上部消化管内視鏡検査では、潰瘍は癒着化し生検で悪性所見は認めなかった。*H.pylori*既感染かつ胃潰瘍をきたした疾患や内服薬も認めず、最終的にNSAIDs貼付剤の大量使用による出血性胃潰瘍と診断した。貼付剤に対する薬剤指導を行い、以後胃潰瘍を再発することなく経過している。NSAIDs服用は、消化性潰瘍・上部消化管出血のリスクを高めるが、NSAIDs貼付剤は血中への移行が少なく安全性が高いことが知られている。しかし、文献検索にて今回のようにNSAIDs貼付剤により消化性潰瘍をきたした報告が少数だが存在した。中には、原因の特定に難渋し長期経過でNSAIDs貼付剤が原因と判明したものもあった。今回の症例では、問診で貼付剤の大量貼付が判明したため、NSAIDs潰瘍の早期診断に繋げることができた。NSAIDs潰瘍を疑った際には、内服薬だけでなく貼付剤の使用歴・量についても問診を行うことが重要であると考えられた。

NSAIDs、胃潰瘍

東京大学 医学部 附属病院 肝胆膵・人工臓器移植外科¹⁾、
同 病理部²⁾、
加藤 奏¹⁾、宮田明典¹⁾、國土貴嗣¹⁾、箱崎真結²⁾、黒田亮平²⁾、
西岡裕次郎¹⁾、渡邊元己¹⁾、市田晃彦¹⁾、河口義邦¹⁾、赤松延久¹⁾、
金子順一¹⁾、有田淳一¹⁾、長谷川 潔¹⁾

【症例】70歳男性、X-9年より十二指腸潰瘍を繰り返しX-4年に当院消化器内科紹介受診されPPI内服中ではあるが高ガストリン血症を認めた。ガストリノーマが疑われたが上部消化管内視鏡検査や造影CT検査では病変を認めず経過観察となっていた。X-1年にCTで十二指腸近傍に多血性の微小リンパ節を認め、ガストリノーマのリンパ節転移を疑いEUSでの生検が試みられたがリンパ節は同定できなかった。SASIテストでは胃十二指腸動脈からの刺激で血清ガストリンの有意な上昇を認め、ソマトスタチン受容体シンチ検査では上記のリンパ節かは不明であったが膵頭十二指腸領域に点上集積を認めた。また、正カルシウム血症性原発性副甲状腺機能亢進症を認め、エコーで病的副甲状腺が確認された。以上よりMEN type1に伴う膵頭十二指腸領域のガストリノーマが疑われた。手術的に当科紹介となり、X年2月にロボット支援下膵頭十二指腸切除術を施行。病理検査では十二指腸球部に13mmの腫瘤を認めNET G1と診断され、リンパ節転移は認めなかった。術後経過は良好で18病日に退院。X年7月に右下副甲状腺摘出術が施行され、以後無再発で経過している。【考察】ガストリノーマは腫瘍を膈、十二指腸に認めず十二指腸周囲のリンパ節にのみ認める症例が10～30%あるとされるが、その場合でも十二指腸に画像診断で指摘されない微小な原発巣があるとの報告もある。本症例ではCTで十二指腸周囲のリンパ節腫大のみを認めていたが病理検査ではリンパ節に病変は認めず、十二指腸にガストリノーマを認めた。SASIテストやソマトスタチン受容体シンチ検査も含めた総合的な局在判断で切除し得たMEN type1に伴うガストリノーマを経験したので報告した。

ガストリノーマ、MEN type1

順天堂大学医学部附属 練馬病院
清水瑠奈、河野真吾、濱田篤彦、白石萌々奈、杉野麻帆、
穎川博雲、岩永直紀、山本剛史、伊藤 謙、関根悠貴、
宮野省三、町田理夫¹⁾、渡野邊郁雄、發知詩織、照喜名宏之、
小倉加奈子、須郷広之

【はじめに】小腸穿孔は消化管穿孔の中でもまれであり、なかでも悪性リンパ腫が原因である症例は6%程度と少ない。小腸悪性リンパ腫は特異的な臨床症状を欠くため、診断が遅れることも多く予後不良であるとされる。びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma: 以下、DLBCL)は腸管原発悪性リンパ腫で最も多い組織型ではあるが、臨床研究が少なく、急時の治療方針については確立されていない。今回われわれはびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫による小腸穿孔を発症した症例を経験したので報告する。【症例】80歳代、女性。1か月前からの食思不振を認めていた。体動困難と発熱が出現したため、当院に救急受診となった。来院時には腹部所見は乏しかったものの徐々に増悪し、右下腹部に圧痛および反跳痛を認めた。腹部CT検査で腹腔内遊離ガスおよび腹水を認め、消化管穿孔による汎発性腹膜炎の診断で緊急手術を施行した。臍部を中心とした正中切開で開腹した。腹腔内には混濁した便汁混じり腹水と小腸に穿孔を認めた。穿孔部以外にも小腸には多発する腫瘍性病変を認めた。腫瘍性病変は全小腸にわたって認めており、全てを切除すると術後短腸症候群の発症の危険性が高いため、穿孔部を含めた50cmの小腸を部分切除し、機能的端吻合を施行した。病理組織学的検査で穿孔部に認めた潰瘍性病変において中型～大型の核異型の目立つ腫瘍細胞がびまん性に増生しており、免疫染色ではCD3(-)、CD20(+)、CD79a(+)、CD3(-)、CD4(-)、Ki-67 Index 93%でありDLBCLによる小腸穿孔の診断となった。術後はおおむね経過良好であったが、高齢であったこともありADLの低下を認めたため、術後38日目にリハビリ目的の転院となった。【結語】小腸原発DLBCLによる小腸穿孔はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

小腸穿孔、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

横浜市立市民病院

稲葉友花, 辰巳健志, 小原 尚, 齋藤紗由美, 黒木博介, 小金井一隆, 杉田 昭

今回、下部消化管内視鏡検査により術前診断可能であった肛門管high grade dysplasiaを合併した稀なクローン病症例を経験したため報告する。症例は47歳男性。既往にX-2年、十二指腸潰瘍穿孔で手術歴がある。家族歴には特記すべき事項はない。X-12年に発症したクローン病で、5-ASA製剤やエレノールで加療されたが、2～3年で自己中断し、以降未治療であった。X年Y-3か月、肛門部痛が出現し、肛門周囲膿瘍と痔瘻のため、前医で切開排膿・ドレナージ・肛門拡張術が施行された。その際に施行された下部消化管内視鏡検査で横行結腸肝弯曲部から直腸に多発する縦走潰瘍と肛門管に3/4周性の不整な隆起の多発を認め、隆起部の生検で高分化腺癌と診断された。前医に精査加療目的で入院し、ブデソニド・メサラジン内服・インフリキシマブ投与が開始された。注腸造影検査では肛門管左側に痔瘻の瘻管を認めた。胸腹部造影CTで回腸末端、横行結腸から下行結腸にかけて造影増強効果を伴う壁肥厚を認めたが、肛門管付近に腫瘍は指摘できず、明らかな遠隔転移・リンパ節腫大も認めなかった。X年Y月、クローン病に合併した肛門管癌として手術目的に当科に紹介受診となった。初診時、痔瘻の2次口は閉鎖しており、肛門管後壁中心に小さな硬結を触知し、腹部には異常所見は認めなかった。前医生検組織を当院で再評価し、クローン病に合併した肛門管のhigh grade dysplasiaと診断した。根治術目的に開腹手術を行った。術中所見で肝転移や腹膜播種、明らかなリンパ節転移は認めず、結腸病変部を含め、横行結腸から肛門までを切除する結腸全摘・直腸切断術・上行結腸人工肛門造設術を施行した。摘出標本の肉眼的所見では、直腸粘膜と肛門管扁平上皮の移行部に50x10mm大の浅いびらんとその周囲に小隆起を認めた。病理検査では、肛門管の潰瘍痕部にp53陽性の核腫大・クロマチン増量を伴う異型腺管を密に認め、肛門管high grade dysplasiaと診断された。検索が行われた他の部位にはdysplasiaは認められなかった。術後経過は順調で、術後23日目に合併症なく退院した。

クローン病, high grade dysplasia

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学¹⁾, 横浜市立大学大学院医学研究科 医学部分子病理学²⁾, 横浜市立大学附属病院 病理診断科・病理部³⁾, 乾 聖¹⁾, 三澤 昇¹⁾, 城野 紘¹⁾, 田村繁樹¹⁾, 日暮琢磨¹⁾, 石山貴博^{2,3)}, 藤井誠志²⁾, 中島 淳¹⁾

【緒言】直腸癌のpagetoid spreadとは、直腸肛門部の悪性腫瘍が肛門周囲の皮膚表皮内へ浸潤しPaget病様の像を示すことを指す。今回、Pagetoid spreadを伴った直腸癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した症例を経験したので報告する。【症例】83歳女性。下部消化管内視鏡検査で直腸肛門部に一部丈の高い結節を伴う扁平隆起性病変を認め、生検施行し、Group4(高分化腺癌疑い)。2021年8月同病変に対しESD施行の方針となった。ESD施行時に隆起性病変より肛門側の肛門管部に太い血管を伴う発赤部位を認め、同部位より肛門側でESDの方針とした。病理組織学的所見は隆起部医に一致して粘膜内にとどまる高分化管状腺癌が認められたことに加え、扁平上皮領域にも淡明な細胞質を有するPaget細胞を認めた。両部位ともにCK7(+), CK20(+), GCDPFI5(-)であった。以上より高分化管状腺癌およびそのpagetoid spreadと考えられた。脈管侵襲陰性、垂直断端は陰性であったものの、肛門側のpagetoid spreadが広がる部位は切断断端に及んでおり、水平断端陽性であった。そのため追加治療として、追加肛門部皮膚切除と放射線治療が行われた。術後再発無く経過している。【考察】Pagetoid spreadを伴った直腸癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した症例を経験した。Pagetoid spreadを伴った直腸癌の報告はこれまでのところ少なく、内視鏡画像に関しても不明な点が多い。Pagetoid spreadは比較的珍しいと考えられるものの、治療方針にも影響してくるため、直腸肛門部を内視鏡で観察や治療を行う場合には、念頭においておく必要があると考えられる。

Pagetoid spread, ESD

横浜市立大学附属病院 消化器外科¹⁾, 同 病理部²⁾, 安井七海¹⁾, 中川和也¹⁾, 船津屋拓人¹⁾, 木下颯花¹⁾, 酒井 淳¹⁾, 小澤真由美¹⁾, 石部敦士¹⁾, 小坂隆司¹⁾, 秋山浩利¹⁾, 熊谷栄太²⁾, 伊藤絢子²⁾, 藤井誠志²⁾, 遠藤 格¹⁾

症例は38歳、女性。数日前からの下腹部痛を主訴に近医を受診した。腹部は平坦・軟で、右下腹部に5cm大の腫瘤を触知し、同部位に軽度の圧痛を認めた。血液検査では軽度の炎症反応の上昇を認めた。腹部造影CT検査では虫垂の壁肥厚を認め、先端は腫大し、内部は均一な低吸収域であった。虫垂炎が疑われ、抗菌薬投与が開始されたが、発熱がなく炎症反応上昇が乏しいことから、虫垂粘液腫なども鑑別に挙げられた。腹腔鏡手術希望があり、当院に転院し、手術を施行した。術中所見では虫垂先端部は大網に被覆されていたが膿瘍形成は認めず、虫垂根部に炎症はなく虫垂切除術を施行した。術後合併症なく経過し、術後5日目に軽快退院となった。虫垂粘膜と周囲の脂肪組織に淡黄色調領域を認め、病理組織学的に黄色肉芽腫性虫垂炎と診断された。本症は極めてまれな疾患であり、悪性腫瘍と術前診断されて不必要な拡大手術を施行される例も存在し、文献的考察を加えて報告する。

黄色肉芽腫性虫垂炎, 腹腔鏡手術

自治医大附属さいたま医療センター 消化器内科

藤田美優, 浅野岳晴, 青山佳代子, 今井友里加, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大, 三浦孝也, 高橋裕子, 石井剛弘, 坪井瑠美子, 大竹はるか, 吉川修平, 関根匡成, 上原健志, 松本吏弘, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

56歳女性。毎年検診を受診していたが、1年前より肝機能障害を指摘され前医を受診。前医で経過観察していたが肝障害の遷延あり、精査目的で当科紹介となった。既往に特記すべきものなし。飲酒歴はなく、サプリメントやホルモン製剤などの使用もなかった。CTにて肝前区域に14x13cmの巨大嚢胞を認め、胆管圧排による軽度の肝内胆管拡張が認められた。嚢胞内に明らかな腫瘍は認めず、嚢胞内感染や内部出血を示唆する所見は認められなかった。採血ではTB 1.67mg/dL, 胆道系酵素上昇(ALP 181U/L, γ -GTP 277U/L)および軽度の肝酵素上昇(AST 41U/L, ALT 58U/L)を認め、胆汁うっ滞が疑われた。発熱や炎症反応などの感染徴候は認めなかった。

CTの2か月後に肝嚢胞ablation目的で入院となったが、入院時には肝胆道系酵素の改善(ALT 29U/L, γ -GTP 62U/L)が認められた。入院日のエコーで巨大肝嚢胞としては描出されずCT再検したところ、肝嚢胞は著明縮小しており3cm大の低濃度領域として描出された。肝内胆管拡張は改善しており、腹腔内や肝被膜下に明らかな液体貯留はみられなかった。腹部に圧痛症状はなく、入院までの間に腹部外傷や強い腹痛のエピソードは認めない。肝嚢胞の自然縮小症例として、画像followの方針としている。

巨大肝嚢胞が破裂以外で短期間に自然縮小することはまれと考えられ、今回文献的考察を加え報告する。

巨大肝嚢胞, 自然縮小

日本大学病院 初期臨床研修医¹⁾、
日本大学 医学部 内化学系 消化器肝臓内科学分野²⁾
井上航貴¹⁾、金子真大²⁾、小西 彩²⁾、須田清一郎²⁾、田村 祐²⁾、
渡邊幸信²⁾、平山みどり²⁾、小川真広²⁾、後藤田卓志²⁾、木暮宏史²⁾

【症例】50歳代、男性【主訴】右側腹部痛【現病歴】アルコール性肝硬変、肝異形結節で通院中。腹水に対して利尿剤内服で加療していたが、腹部膨満が改善せず腹水貯留を認めたため外来受診した。腹腔穿刺を施行し3L腹水排水を行なった。翌日から穿刺部の疼痛が出現し腹腔穿刺5日後に外来受診した【受診時現症】眼結膜黄染あり、腹部：膨満、右側腹部に圧痛を認める、両側下腿浮腫を認める【血液生化学検査】WBC 12.5 ×10³/μL、Hb 9.4 g/dL、Plt 11.6 ×10³/μL、PT% 29%、T-Bil 8.69 mg/dL、AST 74 U/L、ALT 24 U/L、γ-GTP 70 U/L、BUN 10.2 mg/dL、Cr 1.03 mg/dL、TP 7.8g/dL、Aib 2.4 g/dL【腹部単純CT】肝縁は鈍化し、左葉の腫大を認める。肝表面と骨盤腔に腹水を認める。右側腹部の皮下に広範な浮腫、高吸収域を認め、腹斜筋内にも高吸収域を認め、血腫が疑われた【超音波検査】右側腹部に40mm大の内部無エコー部分を伴う不均一な等エコー腫瘍性病変を認めた。ソナゾイドを用いた造影超音波では病変内に造影剤の漏出を認め活動性出血が疑われたが、静脈性出血と考えられた。腹腔内に造影剤の漏出は認めなかった。処置に伴う血腫が考えられた【経過】本人の希望で外来経過観察の方針となったが、腹腔穿刺後8日の血液検査で貧血の進行と腎機能の悪化を認めたため腹腔穿刺後10日後に入院した。筋肉内血腫に対して赤血球濃厚液と新鮮凍結血漿による輸血、止血剤の点滴を行い、腎障害に対して補液とアルブミン補充を行なった。第6病日の造影超音波で血腫内の造影剤の漏出が消失しているのが確認された。第10病日の超音波検査では血腫の縮小を認め、腹痛も改善したことから第11病日退院した【考察】肝硬変患者の筋肉内血腫は稀であるが報告されている。アルコール性肝硬変で多く報告されており、肝硬変による凝固能の低下に加え、アルコールによる血管壁の脆弱化が発症の原因として考えられている。非侵襲的な超音波は血腫の経過観察に適しており、輸血や止血剤の中止の判断にも寄与し、超音波の有用性が実感された。

アルコール性肝硬変, 筋肉内血腫

国立国際医療研究センター 外科¹⁾、同 肝胆膵外科²⁾
中村勇貴¹⁾、伊藤橋司²⁾、中村真衣²⁾、吉崎雄飛²⁾、稲垣冬樹²⁾、
三原史規²⁾、清松知充¹⁾、山田和彦¹⁾、竹村信行²⁾、國土典宏²⁾

【諸言】悪性腫瘍に合併するクレアチンキナーゼ (CK) 上昇は肺癌や大腸癌などでしばしば見られ、肝細胞癌でも上昇することがある。肝細胞癌に伴って上昇することの多いCKのアイソザイムはCK-BBやマクロCKであり、CK-MMが上昇する場合は報告のほとんどが腫瘍随伴性多発性筋炎・皮膚筋炎の症例である。多発性筋炎や皮膚筋炎を合併せず腫瘍関連性にCK-MMの上昇を認めた肝細胞癌は極めて稀である。【症例】症例は79歳女性。2ヶ月前から続く労作時息切れを主訴に来院した。血液検査で肝酵素の上昇を認め、またCKが4360 IU/Lと著明に上昇していた。CKのアイソザイムを調べるとCK-MMが97%、CK-MBが3%、CK-BBが0%でありマクロCKは検出されなかった。胸腹部CTでは半年前には指摘されていなかった両側背側優位の間質性肺炎、および肝S8に86mm大の肝細胞癌が指摘された。腫瘍マーカーではAFP、PIVKA-IIの上昇を認めた。術前診断はcT3N0M0、cStageIIIの肝細胞癌。Child-Pugh分類はA、ICG15分値は19%であった。CK上昇の鑑別として皮膚筋炎や多発性筋炎、横紋筋融解症、薬剤性、甲状腺機能低下症、筋ジストロフィーなどが考えられたが病歴、身体所見、各種検査結果よりいずれも否定的であった。残る鑑別として悪性腫瘍に合併するCK上昇の報告があり、本症例もこれに該当する可能性があると考えられた。CKは術前まで1ヶ月半にわたり上昇したままであったが、間質性肺炎は術前に自然軽快、耐術能は十分と考え開腹拡大肝S8亜区域切除術、右肝静脈合併切除術を施行した。病理では境界明瞭な低分化型肝細胞癌であり、腫瘍は辺縁の門脈に浸潤していたが静脈への浸潤は明らかでなかった。手術に伴うCKのさらなる上昇はなく、特別な周術期管理も必要としなかった。経過は良好で術後21日目に退院した。CK値は術後に漸減し、術後約1ヶ月で300台、半年後に200台まで低下、術後16ヶ月無再発生存中である。【結語】本症例では腫瘍の切除に伴ってCKの低下を認めており、腫瘍関連性にCK-MMが上昇していたと考えられ文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, クレアチンキナーゼ

虎の門病院 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、同 病理診断科³⁾
山本丈太郎¹⁾、佐藤悦基¹⁾、服部大輔¹⁾、前原隼介¹⁾、田村哲男¹⁾、
小山里香子¹⁾、赤埴未宝²⁾、大久保悟志²⁾、進藤潤一²⁾、橋本雅司²⁾、
木脇圭一³⁾、三浦泰朗³⁾、高澤 豊³⁾、今村綱男¹⁾

【症例】70歳代男性。B型肝炎で通院中であった。右季肋部痛を主訴に受診。血液検査で肝胆道系酵素上昇を認めた。腫瘍マーカーは、AFP 4.1ng/mL、PIVKA-2 167mAU/mL、CEA 1.2ng/mL、CA19-9 30U/mLとPIVKA-2のみ軽度上昇を認めた。画像検査で肝内・肝外胆管の拡張と、左肝内胆管に腫瘍性病変および下部胆管に陰影欠損を認め、総肝動脈リンパ節が3cm大に腫大していた。肝内胆管癌のリンパ節転移および総胆管結石を疑いERCPを施行した。下部胆管の透亮像は可動性良好で結石と判断し、採石・胆道ドレナージを行い症状は軽快した。左肝内胆管は辺縁不整の構造物が見られ胆管壁から派生した腫瘍性病変で良いと考えられたが、同部位の生検からは悪性所見は得られなかった。総肝動脈リンパ節に対しEUS-FNAを施行したところ、病理結果はHepatocellular carcinomaであった。肝細胞癌の胆管浸潤と診断し左肝臓と総肝動脈リンパ節切除がなされた。切除検体の評価で肝S2に術前画像では認識困難であった腫瘍を認め、左肝管内に連続した腫瘍栓として進展していた。最終的に胆管内発育型肝細胞癌と診断し、胆管結石と考えていた病変は脱落した腫瘍栓あるいは無血塊であった可能性が示唆された。現在術後1年経過しているが、無再発生存中である。【考察】早期から胆道閉塞をきたす胆管内発育型肝細胞癌は比較的稀であり、胆管結石症や胆管癌と疑診されることが少なくない。本症例は術前に肝内腫瘍を指摘できず、胆管内腫瘍とリンパ節腫大を認めるのみで胆管癌が鑑別最上位であり、当初は治療困難と考えられていた。肝細胞癌と胆管癌の鑑別は治療方針の決定と予後において重要であり、肝細胞癌としては稀であるリンパ節転移に対するEUS-FNAが適切な診断・治療に有用な1例であった。

胆管内発育型肝細胞癌, EUS-FNA

東京医科歯科大学病院 消化器内科
勝又理沙、金子 俊、小林正典、中川美奈、勝田景統、小林諒平、
杉山勇太、福田将義、村川美也子、大塚和朗、朝比奈靖浩、
岡本隆一

【症例】70歳代、男性【現病歴】X-14年にC型肝硬変を指摘され、X-11年初発肝細胞癌に対して初回の経皮的ラジオ波焼灼術が行われた。X-7年に門脈血栓症を指摘されワルファリン内服を開始している。X-6年には抗C型肝炎ウイルス薬内服し、SVRを達成した。その後も肝細胞癌再発を繰り返し、X-1年に肝S8の肝細胞癌に対して陽子線治療が行われた。X年7月、心窩部痛にて受診され急性胆管炎を指摘された。内視鏡的胆道ドレナージ目的に側視鏡を挿入すると乳頭部からの出血を認め、胆道出血による閉塞性胆管炎と診断した。経鼻胆道ドレナージ (ENBD) チューブを留置後、ワルファリンの中止のみで止血され、その後再出血は認めず退院した。X年9月D-dimerの上昇から門脈血栓症の再発が疑われエドキサパンが開始された。翌日急激な心窩部痛を発症し、行われたCTで肝細胞癌再発は明らかでないものの胆道出血、急性胆管炎の再発と門脈血栓症の増悪を指摘された。ENBDチューブの再留置とエドキサパンの休業で止血を待ち、出血の精査目的に7日後に経口胆道鏡検査を行った。前区域枝根部に辺縁整な白色の腫瘍を認め、血餅の付着を認めた。組織を採取した後、B4胆管にプラスチックステントを留置した上で、再出血予防のためB2胆管から前区域枝を塞ぐように6mm×120mmのフルカバ金属ステントを留置した。翌日から門脈血栓溶解析法を開始し、以降、再出血なく門脈血栓の縮小も確認された。腫瘍から生検では壊死変性を伴う異型細胞を認め、免疫染色ではGlypican-3陽性であり、肝細胞癌胆管浸潤と診断した。【考察】胆道出血を契機に発見される肝細胞癌胆管浸潤や胆嚢癌・肝内胆管癌も少数報告されているが、今回肝細胞癌に対する陽子線治療後に放射線画像検査上肝細胞癌再発が明らかではない胆道出血に対して胆道鏡を施行し、診断および止血しえた稀な一例を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

肝細胞癌, 胆道鏡

佐野厚生総合病院 研修医1年目

伊藤悠太, 関根忠一, 岡村幸重, 東澤俊彦, 寺元 研, 久武祐太, 伊田まりん, 北川清宏, 鍛冶場 寛, 生形晃男, 村田祥磨, 瀬原吉英

【症例】66歳 男性【主訴】下腿浮腫・腹部膨満感【既往歴】睡眠時無呼吸症候群, 胃食道逆流症, 脊柱管狭窄症, 二次性溶血性貧血, 高脂血症, 高尿酸血症【現病歴】NASHを背景とした非代償性肝硬変でX-1年より当院通院中であった。X年4月より体重の増加を認め、肝性浮腫に対して利尿剤を追加処方するも体重増加が続いていた。上記主訴が出現し体動困難も認めていたため、本人の強い希望もあり、当科入院となった。【入院後経過】入院翌日に施行した腹部CTおよび腹部エコー所見では胸腹水の貯留は少量であったため腹水穿刺は行わず、食事・飲水制限で経過観察する方針とした。第3病日に全身性強直性痙攣を認めたためレベチラセタム500mgを開始し、痙攣が持続していたためジアゼパム5mgを静注したが、痙攣のコントロールがつかず気道確保のため人工呼吸器管理とした。同日に頭部CTを撮影したが出血は認めなかった。後日、家族より上気道炎に対してLVFXおよび脊柱管狭窄症に対してロキソプロフェンの長期内服が判明した。【考察】痙攣重積発作の原因として、当初は血小板低下による脳出血を疑い頭部CTを施行するも異常所見を認めず肝性脳症も軽度であった。後日、長期にわたるLVFXとロキソプロフェンの内服歴が判明し、非代償性肝硬変による肝腎症候群を背景としたLVFXによる薬剤起因性痙攣と判断した。ニューキノロン系抗菌薬とNSAIDsの併用は原則禁忌であるが、実臨床の場では複数の科で同時に処方されるケースがしばしば存在する。注意喚起を含め、本症例を経験したのでここに報告する。

非代償性肝硬変, 痙攣重積

聖マリアンナ医科大学病院

劉 たまみ, 久恒靖人, 西谷友里, 西牧裕樹, 樋渡正樹, 塚本義嗣, 嶋田 仁, 民上真也, 大坪毅人

【症例】既往歴のない70代男性【現病歴】腹痛を主訴に当院受診、CT及び採血施行し、腸炎の診断で帰宅となった。一時的に症状は改善したが、発症11日に強い腹痛と頻回の潜血便を認めた為、当院へ救急搬送された。来院時の意識レベル清明で、Vital signは、体温36.8℃、脈拍98/分、血圧154/91mmHg、Sat95%であった。腹部所見では、左下腹部に自発痛、圧痛認めるも、明らかな腹膜刺激症状は見られなかった。腹部造影CTでは、回腸の浮腫状肥厚及び軽度造影不良を疑う所見を認めたが、明らかな壊死所見は見られなかった。また上腸間膜静脈から門脈本幹にかけて血栓を認めた。各種採血では明らかな凝固線溶異常は認めず、以上より特発性上腸間膜静脈・門脈血栓症と診断された。ヘパリンによる血栓溶解療法を開始し、血栓の縮小及び腸管浮腫の改善を認めた。9日目より食事を開始後も症状の再燃は認めず、入院23日目に退院となった。【考察】門脈血栓症は種々の疾患が原因となるが、特発性門脈血栓症は8~20%とされる。下痢などの症状が10日程度継続した後に、急激な腹痛や下血を発生することが多いとされる。治療方針としては、腸管壊死の有無により、外科治療、抗凝固・線溶療法、Interventional radiology等があるが、明らかな腹膜炎や腸管壊死所見を認めない場合は、抗凝固・線溶療法を先行させる方が予後が良いとされる。【結語】今回我々は、抗凝固・線溶療法が有効であった特発性上腸間膜静脈・門脈血栓症の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。

特発性門脈血栓症, 抗凝固療法

日本医科大学武蔵小杉病院

久保山有紗, 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

【症例】50代男性【主訴】発熱, 下痢【既往歴】SAS, 多形慢性痒疹【内服】ルバタジンマル酸塩錠20mg/日、プレドニゾン錠1mg/7日、【アレルギー】なし【経過】X月X-11日からX-6日まで東南アジア地域への渡航歴あり、帰国後に同居家族がCOVID-19陽性者であり濃厚接触者となった。X-2日より発熱を認め、自宅で経過を見るも解熱せず、下痢も出現したためX月X日当院の救急外来を受診した。来院時の体温は39.7℃、心拍数は101/分、Spo2は98%であった。採血での炎症上昇と肝機能障害、下痢症状から肝炎や腸炎などが疑われ、消化器内科へ紹介受診となった。COVID-19感染を疑い、PCR検査行っても結果は陰性であり、胸部CT検査にてすりガラス様陰影が認められるも腹部CTでは特記すべき所見は認めなかった。各種検査の結果、尿中レジオネラ抗原陽性でありレジオネラ肺炎の診断に至った。同日入院としレボフロキサシン750mg/日点滴投与で加療を行ったところ、第2病日から肝胆道系酵素の更なる上昇が認められた。レジオネラ肺炎による肝障害もしくは薬剤性肝障害が鑑別に考えられた。レジオネラ肺炎による肝機能障害を第一に考え、抗菌薬継続で慎重に経過観察を行ったところ第6病日に肝胆道系酵素の上昇はピークアウトし、レジオネラによる肝機能障害と推定された。発熱, 下痢症状は第2病日、発熱は第4病日で軽快した。炎症反応は入院後改善傾向にあり白血球は第5病日で正常範囲内となった。第12病日に抗菌薬を内服薬に切り替えたが、全身状態良好であり胸部CT・レントゲン像でも改善が認められたため第15病日に退院とした。【考察】今回、海外渡航歴とCOVID-19の濃厚接触歴があり、呼吸器症状がなく発熱と下痢を主訴に来院したレジオネラ肺炎の1例を経験した。当初各種症状から肝炎や腸炎が疑われたが、発熱の原因検索を行ううえで、レジオネラ肺炎の診断に至った。レジオネラ肺炎の下痢、肝障害が出現する報告があり、鑑別に含めることが重要であることを再認識した。

肝機能障害, レジオネラ

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾富永諒佑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¹⁾, 池田隆明¹⁾, 飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾

症例: 56歳、男性。主訴: 心窩部痛、発熱。既往歴: 喫煙20本/日・30年以上、飲酒缶ビール2缶/日。20XX年11月上旬より特に誘因なく左胸痛が出現、呼吸器内科での精査で、左S4肺腺癌の両側肋骨、右大腿骨および白蓋部転移と診断された。放射線照射を含めた疼痛コントロールと共に、carboplatin/pemetrexed sodium hydrate/pembrolizumab (腫瘍部のPD-L1強陽性)による治療を開始した。5クル目の化学療法施行予定約1週間前から発熱、心窩部痛が出現した、化学療法休止にても肝胆道系酵素上昇は持続したため当科紹介受診となった。身体所見: 37.5℃の発熱、心窩部に軽度圧痛を認めた。検査成績: WBC 9900/μl (好酸球5%)、RBC 305x10⁷/μl、Hb 10.0g/dl、Hct 29.8%、Plt 82.6x10⁷/μl、CRP 3.96mg/dl、AST 130U/L、ALT 153U/L、LDH 238U/L、ALP 2988U/L、γ-GTP 1384U/L、T-Bil 0.52mg/dl、AMY 72U/L、IgG 836mg/dl。PT % 76.8%、HC抗体(-)、HBs抗原(-)、抗核抗体(-)、抗ミトコンドリアM2抗体(-)。臨床経過: 腹部超音波で胆管壁肥厚が、またMRCPで肝内胆管の枯れ枝状不整が疑われた。肝生検では、門脈域に好中球が混在する炎症細胞浸潤と胆管増生が認められ、小葉内には散在する巣状壊死、色素貪食細胞や多核肝細胞が確認された。以上の所見よりpembrolizumabによる薬物性肝障害を考えメチルプレドニゾン(mPSL) 125mg/日による治療を開始した。以降肝機能は改善傾向を示し、経口PSLに変更、漸減後も再燃なく順調に経過した。考察: 本例はpembrolizumabによる薬物性肝障害と考えられた症例であり、PSL投与が有効であった。臨床経過、画像所見を含めて示唆に富む症例と考え報告する。

pembrolizumab, 薬物性肝障害

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、
同 外来化学療法部²⁾、同 光学医療診療部³⁾
和田美紅¹⁾、栗原温平¹⁾、佐藤達也¹⁾、石田宏太¹⁾、遠藤 剛¹⁾、
丹下圭一¹⁾、高岡真哉¹⁾、時任佑里恵¹⁾、鈴木由佳理¹⁾、大山博生¹⁾、
金井祥子¹⁾、鈴木辰典¹⁾、石垣和祥^{1,2)}、白田龍之介¹⁾、齋藤友隆¹⁾、
高原楠晃¹⁾、濱田 毅¹⁾、中井陽介^{1,3)}、藤城光弘¹⁾

放線菌症は稀な疾患で非特異的な臨床所見を呈することから、診断が困難な感染症である。今回我々は、腹腔鏡下胆嚢摘出術後に放線菌による腹腔内膿瘍を呈した2例を経験したので報告する。症例1は82歳男性。X-5年に胆石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行され、X-3年に右季肋部痛を契機に右横隔膜下膿瘍と診断された。起因菌は明らかでなく、ピペラシリン・タゾバクタムとアモキシシリン・クラブラン酸を計4週間投与し膿瘍の縮小を確認して治療を終了した。しかしX年に発熱と右季肋部痛で再受診し膿瘍再発と診断された。経皮経肝膿瘍ドレナージを施行し、穿刺液よりActinomyces israeliiが同定された。12日間のアンピシリン・スルバクタム点滴に引き続き12ヶ月間のアモキシシリン・クラブラン酸投与の方針とし、膿瘍の増大なく治療を継続中である。症例2は28歳女性。胆石症に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術施行時に胆嚢管損傷があり、胆汁漏が遷延した。内視鏡的逆行性膵胆管造影検査(ERCP)にて胆管ステントを留置し胆汁漏は改善したものの、遺残胆嚢管周囲に膿瘍を形成した。ERCP時に採取した膿瘍液よりActinomyces odontolyticusが同定され、ピペラシリン・タゾバクタムとアモキシシリン・クラブラン酸を計4週間投与した。7か月後に胆汁漏改善を確認し胆管ステントを抜去したが心窩部不快感を伴う炎症が遷延し、膿瘍の残存による限局性腹膜炎を疑った。アモキシシリン・クラブラン酸の内服加療により炎症改善に向かったが、この時点で妊娠が判明していたため抗菌薬投与は4週間を終了とした。放線菌は口腔内や腸管に常在するグラム陽性嫌気性菌であり、腹部外傷、手術、内視鏡操作等による粘膜損傷等により腹腔内膿瘍を形成することが報告されている。嫌気性菌であることや混合感染があることから培養での陰性率が高く、確定診断に至らない症例も多い。ドレナージや外科的切除に加え、ペニシリン系抗菌薬の長期投与を要することが特徴的である。腹腔鏡下胆嚢摘出術後に放線菌による腹腔内膿瘍をきたすことはまれであり、文献的考察を加えて報告する。

放線菌症, 腹腔鏡下胆嚢摘出術

消化管出血, 臍体部癌

順天堂大学 医学部付属 練馬病院 総合外科¹⁾、
同 病理診断科²⁾
岩部容子¹⁾、若永直紀¹⁾、白石萌々奈¹⁾、濱田篤彦¹⁾、額川博芸¹⁾、
山本剛史¹⁾、伊藤 謙¹⁾、関根悠貴¹⁾、河野真吾¹⁾、宮野省三¹⁾、
町田理夫¹⁾、渡野邊郁雄¹⁾、児島邦明¹⁾、須郷広之¹⁾、天笠真緒²⁾、
發知詩織²⁾、照喜名宏之²⁾、外崎桃子²⁾、松本俊治²⁾、小倉加奈子²⁾

【はじめに】当初、非切除とされた悪性腫瘍に対し化学療法を先行し根治療法を行うConversion Surgeryの報告が増加しているが、胆道癌での安全性、有効性はいまだ確立していない。今回当初切除不能であった肝内胆管癌に対し化学療法を行い奏功し、根治切除を行った症例を経験したので報告する。【症例】症例は66歳の女性。近医で肝腫瘍を指摘され当院へ紹介となった。血液検査ではHCV-Ab陽性、AFP:25.5 ng/ml、PIVKA-2:54 MAU/mlと軽度高値を認め、CT検査では肝右葉を占拠する10cm大の乏血性腫瘍を認めた。また腹腔内リンパ節の腫大と横隔膜窩に播種と思われる小結節を複数認めた。肝生検の結果、腫瘍は肝内胆管癌の診断であったが、切除不能例として化学療法(GEM+CDDP療法)導入となった。GC療法10コース施行後、腫瘍径は4cmと奏功(PR)し、また小結節も消退を認めたため初診から8か月後、根治切除の可能性を評価する目的で審査腹腔鏡を施行した。審査腹腔鏡では横隔膜窩に白色結節を認め、術中迅速検査で線維化のみ悪性所見を認めず、腹水細胞診も陰性であった。初診から9か月後、開腹根治術を施行した。術中、サンプリングしたNo16,15リンパ節も陰性であり、右肝切除術を施行した。術後病理所見はIntrahepatic cholangiocarcinoma、mod、im(-)、eg、fc(-)、s0、n0、vp1、vv1、va0、b0、sm(-)であった。術後2か月の現在、術後補助化学療法として再度GEM+CDDP療法を施行しつつ経過観察中である。

肝内胆管癌, Conversion Surgery

臍癌, 消化管ステント

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
櫻井由紀, 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5月下旬からタール便を認めるようになり、近医で上部消化管内視鏡検査では慢性胃炎と診断された。検査数日後に大量の吐血を来したため前医に救急搬送された。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、巨大な露出血管を伴う十二指腸潰瘍を認め、高張食塩水エビネフリン局所法とクリッピングによる止血処置が行われた。フォローアップの内視鏡検査では、潰瘍は残存するものの露出血管は消失していたため経口摂取を開始し、6月上旬に退院となった。退院後にも再度吐血を認めたため前医を再度受診した。腹部造影CT検査では明らかな造影剤の血管外漏出は認めず、上部消化管内視鏡検査では活動性出血は認めなかったが、十二指腸潰瘍はやや増大していたため止血剤の散布を行った。検査翌朝に再度吐血を認めたため前医へ救急搬送となり、ショック状態であったために気管内挿管を含めた全身管理を行ったのちに上部消化管内視鏡検査を施行した。既知の十二指腸潰瘍より活動性出血を認め、内視鏡的止血が困難であったため当院へ救急搬送となった。Interventional radiology(IVR)による止血を行う方針とし、腹腔動脈造影で胃十二指腸動脈の分岐から十二指腸への造影剤の漏出を認めたため、シアノアクリレート系薬剤とコイルによる止血を行った。IVR後にはバイタルは安定し、再出血を疑う所見や偶発症の出現は認めなかった。IVR後の造影CT検査では、臍頭部に止血用コイル周囲の空洞形成および遅延性濃染を認める低吸収腫瘍を認め、画像上は臍腫瘍の存在が疑われた。超音波内視鏡検査では、臍頭部に十二指腸と連続する境界不明瞭、辺縁不整、内部不均一な低吸収腫瘍を認め、造影モードではhypovascularな腫瘍として描出された。画像所見から臍頭部癌を疑い、超音波内視鏡下穿刺生検法による組織採取を行い、病理学的にも十二指腸浸潤を伴う臍頭部癌の診断に至った。今回、診断に苦慮した消化管出血を来した臍体部癌の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

東海大学 医学部 医学科 内科学系 消化器内科学
下釜豊人, 小玉敏生, 伊藤彩乃, 森町将司, 川西 彩, 伊藤裕幸,
加川建弘

【症例】71歳女性【現病歴】2ヶ月前からの心窩部痛および背脊部痛を自覚し、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査にて幽門狭窄を指摘された。精査目的に当院を紹介受診となる。【既往歴】黄斑変性症【家族歴】兄：臍癌【経過】当院受診後に施行した腹部造影CTにて、臍頭部に乏血性かつ遷延性造影増強効果を示す腫瘍性病変を認め、臍癌の胃浸潤に伴う幽門狭窄と考え、精査目的にEUS-FNAを施行したところ、病理組織診にてAdenocarcinomaとの結果が得られたため、臍頭部癌と診断した。幽門狭窄に対しては内視鏡的胃十二指腸ステント留置術を行い、ゲムシタピンとnabパクリタキセルの投与による化学療法を開始したが、2ヶ月後に撮影した腹部CTにて、ステントの断裂を認めた。断裂したステントは内視鏡的に除去した。化学療法により幽門狭窄は改善していたため、新しいステントは留置せずに化学療法を継続したが、除去後4ヶ月ほどで幽門狭窄による症状が再燃したため、再度内視鏡的胃十二指腸ステント留置術を施行した。再留置1ヶ月後の腹部CTにて、ステントが再び断裂していることが明らかとなった。幽門狭窄による症状は顕在化せず、原病の進行により治療継続が困難となっていたこともあり、ステントの除去や再挿入についてはご希望されなかった。緩和治療の目的で他施設へ転院となった。【考察】内視鏡的消化管ステント留置術は、悪性腫瘍による消化管閉塞に対しての有効な手段である一方で再狭窄やmigration等の問題が生じることもあり、トラプルシューティングにも精通しておく必要がある。今回、胃十二指腸ステントの断裂という比較的稀な合併症を2度にわたり生じた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。

日本大学消化器外科
安藤熙典, 吉田直樹, 檜垣時夫, 中山壽之, 荒牧 修,
山崎慎太郎, 森口正倫, 吉田 直, 島本直明, 岡村行泰

【はじめに】充実性偽乳頭状腫瘍 (SPN) は低悪性度の疾患であり、若年女性に好発する。リンパ節転移や遠隔転移を来す可能性は低く、縮小手術が可能である。一方、神経内分泌腫瘍 (NET) はリンパ節転移を来す可能性があり、リンパ節郭清を伴う術式が選択される。今回、我々は術前に膵NETからSPNへの診断変更により縮小手術へ術式を変更した症例を経験したので報告する。【症例】27歳女性。右下腹部痛にて前医婦人科を受診し、超音波検査にて右卵巣腫瘍を指摘された。精査のため施行したCT検査で膵頭部に約2cmの充実性腫瘍を認めた。造影CT検査では胃十二指腸動脈 (GDA) 左縁から門脈左縁にかけて漸増性濃染を認める腫瘍を認めた。EUS-FNA施行したところ、N/C比が高く、軽度の核形不整を伴う腫瘍を認めた。免疫染色でSynaptophysinは弱陽性、紡錘形細胞を認めたため、NET G1と診断された。PETCT検査では同部位に高集積 (SU Vmax 7.15) を認め、NET G1としては矛盾する所見も多く、キサンサーボードで検討した結果、SPNの可能性も考慮し、 β -cateninおよびVimentin、CD10の免疫染色を行った結果、いずれも陽性でありSPNの診断となった。膵頭部の温存は可能と判断し、膵中央切除術の方針とした。【手術・経過】開腹下に膵中央切除術を施行した。膵頭側はGDAを前上膵十二指腸動脈と右胃十二指腸動脈の分岐部まで剥離し、自動縫合器にて切離した。膵尾側は門脈左縁より1cm尾側で切離し、再建した。手術時間は4時間10分、出血量は50mlであった。術後、Grade Bの膵液漏を認めたが、保存的に軽快し術後22日目に退院となった。病理検査で切除断端は陰性、SPNの診断であった。【結語】膵腫瘍の病理診断は時として困難であるが、キサンサーボードで議論することでより正確な術前診断を行うことができ、SPNとNETが鑑別できた。SPNの診断により縮小手術を選択できた症例を経験したので、文献的な考察を加えて報告する。

膵SPN, 膵中央切除術

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科¹⁾,
同 糖尿病・内分泌代謝内科²⁾
乾 滯¹⁾, 吉本芽生²⁾, 村上大輔¹⁾, 大浦弘高¹⁾, 嶋 由紀子¹⁾,
白戸美穂¹⁾, 杉山晴俊¹⁾, 西野隆義¹⁾, 新井誠人¹⁾

【症例】51歳女性、【主訴】心窩部痛、【現病歴】数年前から耐糖能異常を指摘されるも医療機関へ受診には至っていない。2日間持続する心窩部痛と悪心を主訴に、当院救急外来を受診した。【身体所見】頰脈認めるもその他バイタル異常なし、診察所見上は心窩部の自発痛・圧痛以外に特記事項なし、【検査所見】 検体検査: アミラーゼ301 U/L、リパーゼ698 U/L、血糖355 mg/dL、HbA1c 12.6%、中性脂肪3618 mg/dL。画像検査: 造影CT検査にて造影不良所見なし、膵尾部周囲の脂肪織濃度上昇 (造影CT Grade1) あり。【経過】膵炎予後因子0点およびCT Grade1から軽症の急性膵炎と診断し入院とした。入院後より絶食・補液管理、ガベキサートメシル酸塩の投与を行い、糖尿病に関しては持続皮下インスリン注入療法 (CVII) を行った。軽症例であるため抗菌薬は使用せずに治療開始した。翌日には中性脂肪は916mg/dLまで低下した。第3病日からエレントールを開始し、心窩部痛の増悪はなかったため第6病日から脂質30gの脂肪制限食を開始した。第3病日からはイコサペンタ酸エチルの内服を開始し、CVIIは強化インスリン療法に変更した。経過良好であり第11病日に退院となった。【考察】本症例では元々耐糖能異常がありインスリン抵抗性が上がったことによりポ蛋白リパーゼ活性が低下することによって、中性脂肪3618 mg/dLの高中性脂肪血症となり急性膵炎を発生したと考えられた。糖尿病による二次性高中性脂肪血症を原因とした急性膵炎の既報を交えながら本症例に関して考察し報告する。

急性膵炎, 高中性脂肪血症

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾

佐藤祐輝¹⁾, 平岡友美¹⁾, 小野真史¹⁾, 石井 侃¹⁾, 佐藤信維¹⁾,
星 健介¹⁾, 岩田俊太郎¹⁾, 氏田 互¹⁾, 副島啓太¹⁾, 木村祐介¹⁾,
宅間健介¹⁾, 藤本 愛¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 和久井紀貴¹⁾, 永井英成¹⁾,
黒瀬泰子²⁾, 栃木直文²⁾, 松田尚久¹⁾

【症例】50代女性。心窩部痛の精査目的に腹部造影CTを施行したところ、膵頭部から膵尾部にかけて、早期相では造影不良を呈し後期相で濃染される多発腫瘍を認めた。腹部超音波検査では、同様に膵頭部から膵尾部に低エコー腫瘍を複数認めた。MRIにて、これら腫瘍性病変はいずれもT1強調像では低信号に描出され、T2強調像および脂肪抑制T2強調像では脾実質より高信号に描出された。また、病変部位は拡散強調像では拡散制限を呈しており、MRCPにて膵管拡張や狭窄は認めなかった。血液検査では炎症反応や膵酵素、腫瘍マーカーの上昇は認めなかったが、IgG4: 143mg/dlと高値であった。EUSでは、膵頭部の20mm大の病変を最大として、膵全体に境界明瞭、辺縁やや不整の低エコー腫瘍が多発していた。診断目的に膵頭部の20mmの病変に対してEUS-FNAを施行した。病理組織学検査では異型細胞は認めなかったが、IgG4陽性細胞を11個/HPF認めた。IgG4高値と病理組織学検査の結果から自己免疫性膵炎を疑い、PSL: 30 mg/日で治療を開始した。治療開始後IgG4は速やかに低下し、画像検査上もMRCP、造影CTで膵腫瘍の著明な縮小を認めた。PSL: 5mg/日まで減量したものの、半年間増悪なく経過している。【考察】限局性膵腫大を認める自己免疫性膵炎のうち、病変が多発している症例は稀である。多発腫瘍の画像所見を呈する自己免疫性膵炎は診断に難渋することが多く、膵癌との鑑別が困難で外科手術が施行された報告もある。今回多発膵腫瘍を呈し、EUS-FNAにて診断しステロイド加療を行った自己免疫性膵炎の一例を経験した。貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加え報告する。

自己免疫性膵炎, 多発膵腫瘍

順天堂大学医学部付属練馬病院

大島あかね, 須郷広之, 町田理夫, 渡野邊郁雄, 發知詩織,
照喜名宏之, 小倉加奈子, 岩永直紀, 山本剛史, 伊藤 謙,
関根悠貴, 宮野省三, 河野真吾, 濱田篤彦, 白石萌々奈,
杉野麻帆, 額川博雲

【はじめに】自己免疫性膵炎と悪性腫瘍の合併は報告されているが未だ不明な点が多い。今回、術前、膵頭部癌と上行結腸癌の診断で膵頭十二指腸切除術、右結腸切除術を施行したが、病理結果で自己免疫性膵炎と診断された症例を経験したので報告する。【症例】症例は81歳男性で近医にて黄疸を指摘されCTにて膵頭部に腫瘍を認め、当院へ紹介受診した。CT検査で肝内胆管の拡張と膵頭部に25mm大の腫瘍を認め、血液検査にてCEA、CA19-9は正常範囲内であったものの、DUPAN-2 2500U/mL、SPan-1 42U/mL、エラスターゼ389ng/dlと高値を認めた。入院後、胆管ステントチューブによる減黄処置を施行した。また術前検査で施行した大腸内視鏡検査にて上行結腸にIs+Ila+Iicの早期癌が疑われたが、術前生検では悪性細胞は確認できなかった。減黄後、膵頭部癌、上行結腸癌の疑いで膵頭十二指腸切除術、右結腸切除術を施行した。術前に膵癌と診断していたが、膵頭十二指腸切除検体の病理結果にて高度の形質細胞の浸潤、強拡大1視野あたり10個以上のIgG4陽性細胞浸潤、花筵状線維化、EVG染色では閉塞性静脈炎を認めた。自己免疫性膵炎の診断基準の病理所見4つ全てを満たすため、自己免疫膵炎Definiteに該当した。なお、上行結腸に関しては腺癌の診断 (早期癌, 0-Ila, pT1b) であった。術後経過良好であり第14病日に退院となった。以降、外来にて経過観察としている。

自己免疫性膵炎, 悪性腫瘍

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科¹⁾, 同 乳腺外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
DANG THANH HUY¹⁾, 井上和明¹⁾, 篠浦 丞¹⁾, 金田真人¹⁾, 山下健太郎¹⁾, 西澤俊宏¹⁾, 黒住 献²⁾, 松岡亮介³⁾, 小無田美菜³⁾, 海老沼浩利¹⁾

【症例】60才代の女性 [主訴] 皮膚掻痒感 [現病歴] 2週間前に皮膚掻痒感のため皮膚科を受診した。かゆみ止めを処方されたが症状改善せず内科を受診したところ採血でビリルビンの上昇を指摘され精査目的で当科へ紹介された。【家族歴】特記すべき事なし [既往歴] 約30年前に韓国で豊胸術を受けた。【臨床経過】初診時には皮膚掻痒感が強く黄疸は軽度であった。採血を行ったところ血清総ビリルビン値と胆道系酵素の上昇が認められた。外来のエコーで臍頭部に腫瘤を認め膵がんを疑った。豊胸術後の左乳房に腫瘤が認められるので、胸部から骨盤まで造影CTを撮影した。その結果十二指腸下行脚と総胆管右縁の間に15ミリの乏血性腫瘍の存在が明らかになり肝内胆管の拡張も認められた。左乳房には6センチの不整な腫瘤、さらに腋窩～鎖骨上リンパ節、肺および骨に転移を認めた。閉塞性黄疸の治療として、Rendez-vous法によりメタルステント挿入した。同時に十二指腸下行脚と総胆管右縁の間の乏血性腫瘍にEUS-FNAを施行し乳がんの転移であることが判明した。乳房腫瘍も乳腺外科に依頼して針生検を行った。乳腺の病理診断は浸潤小葉癌で、免疫組織学的検討ではEカドヘリン陰性、ER陽性、PgR陽性、HER2陰性であった。メタルステント挿入による減黄治療が奏功し総ビリルビン値が12.6mg/dlから1.3mg/dlまで低下し肝予備能も改善したので乳癌の治療として、アペマシクリブ併用内分泌療法を開始した。治療開始後4か月で、治療開始前の腫瘍マーカーのCEAは、20.3から1.9へ低下し、乳房内病変も縮小傾向を認めている。【結語】臍頭部周囲のリンパ節転移による閉塞性黄疸を初発症状としたEカドヘリン陰性の希な乳がんの1例を経験したので報告する。

閉塞性黄疸, 乳がん

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科
木内 萌, 井上 大, 徳田 萌, 浜村亮輔, 秋山 淳, 山下 萌, 井村里佳, 齊藤一真, 山崎友裕, 山城雄也, 周東万里恵, 富野塚明, 横田拓也, 三浦夏希, 松岡悠子, 下地耕平, 中園綾乃, 吉岡篤史, 堀家英之, 並木 伸

【症例】71歳女性【既往歴】盲腸癌(Stage I)、約1年前に根治術実施【現病歴】左片麻痺を契機に当院救急外来を受診、頭部MRIで右頭頂葉に腫瘍を指摘され入院となった。脳腫瘍は辺縁優位な造影効果を呈し転移性脳腫瘍が疑われた。開頭腫瘍摘出術が行われ、病理学的には低分化癌で、免疫染色所見等から盲腸癌の転移は否定された。肝門部や傍大動脈のリンパ節腫大と肝転移を認めるも原発特定には至らず、腫大リンパ節の局在等から消化器癌の可能性を念頭に精査方針となり消化器内科へ転科となった。【入院後経過】各種検査や診療科横断的な精査でも原発特定には至らず、原発不明癌の診断となった。コンパニオン診断として脳腫瘍検体を用いてマイクロサテライト不安定性(MSI)検査を行ったところMSI-Highであることが判明し、MSI-High固形癌としてPembrolizumab実施の方針とした。同時にリンチ症候群の可能性を念頭に詳細に家族歴を聴取したところ、妹や母方血縁者に大腸癌、子宮内臓癌の濃厚な家族歴があることが判明した。リンチ症候群の可能性が高いと考えられ、認定遺伝カウンセラー同席の上本人とご家族へ遺伝カウンセリングを実施、リンチ症候群の可能性につき精査を希望された。原発不明癌では次治療の段階でも保険診療の範囲内でがん遺伝子パネル検査が可能であり、治療選択に関わる解析のみでなく生殖細胞系列の解析が可能であるためNCCオンコパネルを選択した。その結果、MSI-High、体細胞変異数(Tumor mutational burden) 43.4/Mbであることが判明したほか、MLH1病変のバリエーションが生殖細胞系列で確認されリンチ症候群の確定診断となった。Pembrolizumabの効果としては、投与2ヶ月後に傍大動脈リンパ節は長径で50%程度まで縮小し部分奏功と評価している。【考察】原発不明癌とは、十分な検査にも関わらず原発癌が不明で組織学的に転移癌と判明している悪性腫瘍と定義され、頻度は1～5%とされている。本症例では原発特定には至らなかったが、家族歴から遺伝性腫瘍が疑われる場合には、原発の推定のみならず治療選択にも有用であることを再認識させられた。

リンチ症候群, 原発不明癌

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
星 健介¹⁾, 木村祐介¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 小野拓真¹⁾, 渡邊葉帆¹⁾, 副島啓太¹⁾, 岩田俊太郎¹⁾, 氏田 互¹⁾, 山田悠人¹⁾, 岩崎 将¹⁾, 宅間健介¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 和久井紀貴¹⁾, 永井英成¹⁾, 鏡 哲²⁾, 鈴木孝之²⁾, 船橋公彦²⁾, 江嶋 梢³⁾, 瀧谷和俊³⁾, 松田尚久¹⁾

症例は58歳男性。202X年5月、発熱、悪寒・戦慄を主訴に近医を受診した。抗生剤投与にて加療されたが症状の改善に乏しく、治療開始6日後の血液検査で白血球24600/μl、CRP 33.9 mg/dlと炎症反応の上昇を認め、腹部エコーにて肝膿瘍が疑われたため当院紹介となった。腹部単純CTで肝S5、S8に低吸収域を認め、腹部エコーで肝S8に80×67 mmの内部不均一で液体貯留が疑われる低エコー域を認め、肝膿瘍と診断した。肝右葉の周囲に局限して液体貯留を認めており、経皮ドレーナージのルートの確保が困難と判断し、メロベナム投与による保存加療を先行した。第6病日に施行した腹部造影CTにて、肝S8の膿瘍および肝被膜下膿瘍の増大を認めたため、肝膿瘍と肝被膜下膿瘍の2か所に経皮膿瘍ドレーナージを留置し、メトロニダゾールの内服を開始した。ドレーン留置後の経過は良好であったが、第13病日に血便があり大腸内視鏡検査を施行した。内視鏡では盲腸の広範な潰瘍と横行結腸の瘻孔を確認し、瘻孔辺縁に露出血管を認め同部位からの出血と診断した。造影CTにおいても同部位に動脈瘤を疑う病変を認め、血管造影検査を行なったが、明らかな活動性の出血は同定できなかった。肝膿瘍および肝被膜下膿瘍からの造影で肝被膜下膿瘍から横行結腸への交通が確認され、肝膿瘍の横行結腸への穿破と診断し、第37病日に回盲部潰瘍と横行結腸の瘻孔を含めて右半結腸切除術を施行した。手術に伴う合併症はなく、膿瘍も縮小傾向にあったため、膿瘍ドレーンを抜去し第76病日に退院となった。治療経過中、血液培養・膿瘍培養・腸液培養および膿瘍液・腸液の鏡検は複数回提出したが、いずれも有意菌は検出されなかった。結腸への瘻孔形成をきたす肝膿瘍は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, 瘻孔

済生会横浜市南部病院
内田 要, 所知加子, 尾崎裕理, 田中 咲, 石野勇康,
土屋祐介, 榎本昌人, 西脇友紀, 丹羽一博, 石井寛裕,
京 里佳, 菱木 智, 川名一朗

【症例】85歳 男性【主訴】発熱、体動困難【現病歴】20xx年3月に体動困難を認め、当院に救急搬送となった。搬送時、39℃の発熱と両下腿浮腫を認め、単純CTにて肺野の浸潤影を認めたことから肺炎として入院とし、PIPC/TAZで加療開始した。抗生剤加療後も炎症反応改善に乏しく、第6病日に右側臥位にて血圧76/58mmHgまで低下を認めたため、原因精査目的に造影CTを施行したところ、肝右葉に190mm×117mmの嚢胞とそれによる下大静脈圧排を認めた。下大静脈症候群による血圧低下と考えられたため仰臥位にしたところ、収縮期血圧は110-120mmHgに改善した。また、腹部超音波検査で嚢胞内に沈殿物の貯留を認め、MRIではT2強調画像での嚢胞内の低信号、鏡面像と、拡散強調画像での内部及び辺縁の高信号を認めたことから感染性肝嚢胞を疑った。第15病日に感染コントロール、および圧解除目的に経皮経肝嚢胞ドレーナージを施行した。血液培養、肝嚢胞排液からはEnterobacter cloacaeが同定され、かつ病理細胞診では明らかな悪性所見は認めなかったことから感染性肝嚢胞と診断した。ドレーンからの排液は良好であり、下腿浮腫および炎症反応はすみやかに改善したため、第33病日に肝嚢胞再拡大防止目的で嚢胞内に塩酸ミノサイクリンを注入し、第43病日にドレーンを抜去した。その後、血圧低下はきたさず経過し、第61病日に退院した。20xx年8月にCTを施行したところ、肝嚢胞は50mm×19mmに縮小した状態で維持され、下大静脈の圧排も認めなかった。【考察】肝嚢胞は合併症としてまれに出血や感染、圧迫症状を伴い、その場合、治療対象となる。今回我々は巨大感染性肝嚢胞による下大静脈圧排で静脈還流低下に至った一例を経験した。本症例では経皮経肝嚢胞ドレーナージ、およびミノマイシン固定により臨床症状の著明な改善を認め、有効であったため、文献的考察を加え報告する。

感染性肝嚢胞, 経皮経肝嚢胞ドレーナージ

77 肝腫瘍との鑑別に苦慮した原発性肝癌肉腫の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾
宇都宮尚典¹⁾、岩野知世¹⁾、池村宗朗¹⁾、太田寛人¹⁾、佐伯至勇¹⁾、
萩川真由子¹⁾、高崎祐介¹⁾、中寺英介¹⁾、福生有華¹⁾、大久保裕直¹⁾、
小倉加奈子²⁾

【症例】80代、男性。右肺癌術後で通院中の患者。X年6月初旬より発熱あり。抗菌薬内服で経過観察となったが6月21日の外来受診時炎症反応の改善なく発熱も持続していた(WBC 15300/ μ L, CRP 6.36)。造影CTにて、肝S6/7に動脈相にてdouble target signを有する50mm大の低吸収腫瘍を認め、同日当科加療目的で入院。単純性肝腫瘍を考え、経皮肝腫瘍ドレナージ施行し、その後抗菌薬投与(タゾバクタム・ピペラシリン+アネメトロ)加療を行った。しかし治療反応性に乏しく、第7病日のCTでも腫瘍腔の縮小は得られなかった。腹部超音波検査において腫瘍内部は比較的均一なエコーを呈していたことから腫瘍性病変も鑑別に挙げ、第15病日に肝腫瘍生検を施行した。組織所見は、著明な壊死を伴う腫瘍細胞で、紡錘形〜一部類円形の腫瘍細胞の増生があり、間葉系マーカーのVimentinが強陽性、上皮系マーカーのAE1/AE3やCAM5.2は一部の腫瘍細胞に陽性、CK陽性AFP、Hepatocyteは陰性であり、原発性肝癌肉腫と診断した。PET-CTにおいて原発巣だけでなく腹腔内リンパ節および仙腸関節に集積を認めたため、全身化学療法導入の方針となった。X年8月5日より肝内胆管癌にレジメン準じてGEM+CDDP療法を導入し、現在外来通院加療中である。【考察】肝原発の腫瘍は稀な疾患である。WHOの分類においては肉腫様分化を伴う癌と定義されており、癌成分は肝細胞由来であっても胆管上皮由来でもよい。本例は肝腫瘍の内部壊死に伴うサイトカイン放出によって発熱および炎症反応上昇をきたしたと考えられた。肝癌肉腫は予後不良の腫瘍であり、早期診断は極めて重要である。本症例は壊死範囲が広く、画像所見・臨床経過からも肝腫瘍との鑑別に苦慮した。さらに、典型的な「アンカリングバイアス」により診断確定まで時間を要した。当初より腫瘍性病変も念頭に置いて精査加療を行うべきであり、同様の報告も散見されることから文献的考察を加えて報告する。

原発性肝癌肉腫, 肝腫瘍

79 ウルソデオキシコール酸(UDCA)で肝胆道系酵素の改善を認めた肝サルコイドーシスの1例

日産厚生会玉川病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
野田 薫¹⁾、長田大輝¹⁾、小林康次郎¹⁾、福土剛蔵¹⁾、吉本憲介¹⁾、
永嶋裕司¹⁾、山本慶郎¹⁾、菅野 純²⁾

症例は60歳代女性。既往に高血圧症、2型糖尿病がある。20XX-2年、眼科で両側どう膜炎と診断され、血液検査でACEとリゾチームの上昇を認めたためサルコイドーシスが疑われ呼吸器内科を受診した。胸部CT検査で縦隔リンパ節腫大を認め、縦隔リンパ節生検にてサルコイドーシスと診断し、その後も呼吸器内科を通院していた。20XX年、血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めたため消化器内科に紹介となった。HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、抗核抗体80倍、抗ミトコンドリアM2抗体陰性であり、腹部超音波検査では肝は全体的に粗造であったが結節像は認めなかった。診断目的で肝生検を行ったところ非乾酪性類上皮性肉芽腫を認め、肝サルコイドーシスと診断した。肝生検施行後にPSL30mg/日を開始し、肝胆道系酵素は一時的に改善傾向となったが再燃したため、ウルソデオキシコール酸(UDCA)600mg/日を開始した。その後肝胆道系酵素は徐々に改善傾向となり、UDCA継続にて再燃なく経過している。ステロイドが効果なくUDCAで肝胆道系酵素の改善を認めた肝サルコイドーシスの1例を経験した。肝サルコイドーシスの報告は少なく、文献的考察も含めて報告する。

肝サルコイドーシス, ウルソデオキシコール酸(UDCA)

78 特発性肝被膜下血腫の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科
村上貴寛、塩澤一恵、香内朱萌、松井貴史、渡邊 学、
前谷 容

症例は70代男性。上腹部違和感を主訴に近医を受診し、血液検査にてHb 5.7g/dlと著明な貧血を認め、精査加療目的で当科紹介となった。既往に慢性腎臓病、虚血性心疾患があり、Cr 1.79mg/dlと高値であったため、単純CTを施行、肝右葉に占拠性病変を認めた。Bモード超音波(US)では、右葉に肝実質エコーとは明らかに異なる占拠性病変を認め、病変部は低〜高エコーで内部にはcystic lesionが散在していた。造影US(CEUS)を施行したところ、占拠性病変に造影効果は認めず、肝被膜下血腫と診断した。なお、CEUSにて、活動性出血はなかった。カラードプラUSおよび、腎臓内科医管理の元で施行したdynamic CTで血腫境界付近の肝後区域に動脈瘤を確認し、緊急腹部血管撮影を行った。A7に動脈瘤を認め、金属コイルとヒストアクリル(リビオドールと混和)による塞栓術を施行した。治療翌日から貧血の進行はなく、単純CTで動脈瘤内に金属コイルとヒストアクリルを認め、その後、明らかな出血はなく、貧血も改善したため退院となった。特発性肝被膜下血腫の原因としては、肝細胞癌、転移性肝癌、腺腫などの肝腫瘍やびまん性肝疾患によるものが多いが、今回の症例は、正常肝であった。本例において、肝被膜下血腫をきたした原因としては、バイアスピリン内服による抗血栓薬服用が原因と考えられた。PubMedにて、without underlying liver disease and oral anticoagulantsで検索したところ、これまで5例の報告のみであり、抗血栓薬服用中の正常肝症例で肝被膜下血腫を認めた報告例は非常に少なかった。稀な一例と思われ、若干の文献的考察を交え報告する。

肝被膜下血腫, 抗血栓薬

80 C型肝炎に対する直接作用型抗ウイルス薬治療後早期に発症した肝細胞癌に対して、肝動脈化学塞栓療法が有用であった一例

横浜労災病院 消化器内科
佐伯優美、内山詩織、林 映道、小田貴之、上野航大、
利井辰光、枇杷田裕祐、佐野 誠、稲垣淳太、春日範樹、
高柳卓史、金沢憲由、関野雄典、永瀬 肇

症例は76歳女性。C型代償性肝硬変で血小板低値、かつGenotype 1b、高ウイルス群のため、IFN治療せず肝庇護療法を行っていた。定期的なエコー検査で2011年頃から肝右葉に約7~8mmの高エコー小結節などが見られるもCT検査にて造影効果なく、その後も増大なく経過した。2015年3月、ダクラタスビル+アソナプレビルの直接作用型抗ウイルス薬(DAA)2剤による治療を開始、10月に持続的ウイルス陰性化(SVR4)を確認したが、その際のエコー検査で肝左葉に10mm大の低エコー結節の出現を認めた。造影CTにて肝細胞癌(HCC)と考えられ、精査加療目的に入院となった。入院時血液検査では血清肝機能上昇はなかったが血小板数は5.9万/ μ lと低値、FIB-4 Index 8.94と高値、AFP10.6ng/mlであった。造影CTでは肝S2、およびS8に2個の計3個、10mm程度の造影効果のある腫瘍を認めHCCと判断、それ以外に造影効果のない小結節を数個認めた。多発病変の可能性があるので切除やRFAではなく肝動脈化学塞栓療法(TACE)での治療を施行した。2か月後のCTにて各腫瘍の造影効果は消失を認めた。しかし、TACEから7か月後にS2に新たなHCCが出現しTACEを施行、さらに4年後にS8のHCCが再発し3回目のTACEを施行した。本症例ではDAA治療前のFIB-4 Indexは14.91と非常に高く、DAA治療後低下傾向ではあるものの、肝線維化が強く、また乏血性結節が複数認められている。こうした結節が多血化を経てHCCになることが報告されている。TACEはRFAなどにくらべて根治性や再発率の点で劣るものの、多発症例には良い適応であり、本症例のように繰り返しの治療で病勢のコントロールが可能な場合がある。SVR後の肝発癌リスクとHCCサーベイ方針を含めて、若干の文献的考察を加えて報告する。

DAA治療後, 肝細胞癌

81 合併症のない40代男性が出血性胆嚢炎を来した一例

国立病院機構 水戸医療センター
辻 実季, 下山田雅大, 石田博保, 山口高史, 伊藤有香,
堀籠祐一, 藤川健太郎

【症例】49歳、男性。同日からの強い腹痛を主訴に当院を受診した。身体診察では腹部全体に筋性防御を認めた。血液検査ではWBC 8700/μl、Hb 14.5 mg/dl、CRP 0.03 mg/dlと貧血や炎症反応上昇は認めなかった。造影CT検査では胆嚢は緊満しており、胆嚢内に造影剤の血管外漏出と、胆嚢内に不均一な高吸収域を認め、胆嚢出血と考えられ、同日緊急で開腹胆嚢摘出術を施行した。手術所見では血性腹水を認め、胆嚢は暗赤色で緊満し、漿膜浮腫を認めた。胆嚢底部に陥凹を認め、同部位からの出血が疑われた。術後の経過は良好で、入院8日目自宅退院した。病理組織検査では急性胆嚢炎の所見を認めた。【考察】急性胆嚢炎は日常診療でよく遭遇する一般的な疾患であるが、出血性胆嚢炎は頻度の低い疾患である。また出血性胆嚢炎は合併症や高齢者、抗血栓療法中などに多く発症し、本症例のように合併症のない40代男性が出血性胆嚢炎を来すことは比較的稀であると考えられる。今回出血性胆嚢炎と診断し、胆嚢摘出術を行うことで良好な経過を辿ることが出来た一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

出血性胆嚢炎, 胆嚢出血

82 胆嚢摘出術により確定診断したIgG4関連疾患の1例

さいたま市民医療センター 消化器内科
片平雄大, 篠崎博志, 濱田敬石, 佐々木吾也, 山中健一,
新畑博英

【症例】73歳男性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】突然の心窩部痛あり近医を受診した。腹部エコーで胆石及び胆嚢壁肥厚を認め、血液生化学検査では肝酵素上昇あり急性胆嚢炎、胆嚢炎の疑いで当院を紹介受診した。当院での血液生化学検査でWBC11100/mm³、CRP15.45mg/dLと炎症反応高値で、T-Bil1.7mg/dL、AST89U/L、ALT145U/L、ALP147U/L、γ-GTP226U/L、AMY229U/Lと肝胆道系酵素と膵酵素の上昇を認めた。腹部造影CTで胆嚢のびまん性壁肥厚、胆石を認めたものの胆嚢腫大や右季肋部痛はなく、急性胆嚢炎は否定的であった。しかし膵周囲の脂肪織濃度上昇を認めたことより、胆石性急性膵炎（軽症）の診断で緊急入院した。【経過】入院後補液、欠食で治療し症状は速やかに軽快した。MRCPで総胆管結石は認めず、自然排石したと考えERCPは施行しなかった。EUSでは胆嚢壁の層構造の乱れがないびまん性壁肥厚と胆石を認め、膵腫大は認めなかった。入院時のCTでは両側腎盂拡張と壁肥厚があり、その特徴的な画像所見よりIgG4関連腎臓病が考えられた。血清IgG4を定量したところ1313mg/dLと高値であり、胆嚢壁肥厚の鑑別として慢性胆嚢炎、胆嚢癌、黄色肉芽腫性胆嚢炎の他に、IgG4関連胆嚢炎を挙げた。経尿道腎盂生検を施行したが形質細胞浸潤やIgG4陽性細胞は認めなかった。IgG4関連疾患の確定診断、胆嚢癌の除外、胆石治療の目的で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。切除標本からIgG4陽性形質細胞が高率に認められ、IgG4関連胆嚢炎の診断となり、IgG4関連腎臓病も確定となった。現在は症状なく腎機能も正常であり、ステロイドは投与せず外来経過観察中である。【結語】胆嚢摘出術により確定診断したIgG4関連疾患の一例を経験した。本症例では、EUSでの胆嚢所見と、CTでIgG4関連腎臓病を疑う画像所見を認識できたことにより、術前にIgG4関連胆嚢炎を疑うことができた。

IgG4関連胆嚢炎, 胆嚢摘出術

83 気腫性胆嚢炎からの門脈炎による2次性硬化性胆嚢炎を発症し、内視鏡的胆道ドレナージでも減黄が得られなかった1例

千葉大学 医学部 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
高橋幸治^{1,2)}, 遠山翔太¹⁾, 山田奈々¹⁾, 杉原地平¹⁾, 菅 元泰¹⁾,
大内麻倫¹⁾, 永嶋裕樹¹⁾, 飯野陽太郎¹⁾, 大山 広¹⁾, 日下部裕子¹⁾,
沖津恒一郎¹⁾, 大野 泉^{1,2)}, 滝口裕一²⁾, 加藤直也¹⁾

【症例】64歳、女性。【現病歴】関節リウマチでPSL 5mgとタクロリムス内服で治療されていた。発熱と腹痛があり、CTで気腫性胆嚢炎の診断となったため、開腹胆嚢摘出術を施行。術後に黄疸が出現し、血中総ビリルビン値は最大で34mg/dlとなった。前医でERCPを施行し、胆管結石はなく遠位胆管の狭窄も認めなかったものの、遠位胆管炎に胆管プラスチックステントを留置した。しかし、黄疸が改善しないため当院へ転院となった。【臨床経過】肝内胆管に多発する狭窄と末梢胆管の拡張を認め、気腫性胆嚢炎発症時のCT画像では、胆嚢内と門脈内ガスを認め、門脈本管は高吸収であり血栓形成が示唆された。気腫性胆嚢炎による高度の炎症から門脈炎を起こし、門脈血栓を形成、門脈炎による2次性硬化性胆嚢炎を発症したと判断した。区域性胆管炎も起こしていた。初めに、ERCPで肝内胆管右枝にプラスチックステントを2本留置し、EUS-HGSで肝内胆管の左枝B2にプラスチックステントを1本留置した。しかし減黄効果に乏しく、再度ERCPを施行し肝内胆管の多数の狭窄部に対するバルーン拡張術後にENBDを留置したものの、やはり減黄効果に乏しかった。処置後のCTで右肝内胆管拡張は改善するも、左肝内胆管、特にB3の拡張が目立つため、このドレナージを追加する方針とし、EUS-HGSでB3にもプラスチックステントを1本留置した。その後、黄疸はやや改善し血中総ビリルビン値は12mg/dlとなったが、それ以上は改善しなかった。経口摂取が不良であり、中心静脈により高カロリー輸液を行っていたが、カンジダ血症を発症。敗血症性ショックとなり、ICU入室し抗真菌薬投与を行ったものの、DIC、多臓器不全の状態となった。【考察】気腫性胆嚢炎からの門脈炎による2次性硬化性胆嚢炎を発症し、肝内胆管に多発する狭窄を認め、経乳頭の胆道ドレナージと経胃の胆道ドレナージを併用したものの、減黄不良であった1例を経験した。胆嚢炎により高度の硬化性胆嚢炎が起き、胆道ドレナージに抵抗性であったため、示唆に富む症例と考え報告する。

硬化性胆嚢炎, 胆道ドレナージ

84 膵胆管合流異常に合併した総胆管結石に対して膵管ステント留置後に胆道鏡を用いて結石除去を行った1例

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学¹⁾,
茅ヶ崎市民病院 消化器内科²⁾
山崎雄馬¹⁾, 佐藤高光¹⁾, 井上喬二郎¹⁾, 半田祐太¹⁾, 松本悠亮¹⁾,
川島捺未¹⁾, 中島聡美¹⁾, 後藤駿吾¹⁾, 村田依子¹⁾, 秦 康夫²⁾,
栗山 仁¹⁾

【背景】ERCP後膵炎（以下PEP）は膵液排出障害・膵管内圧上昇が機序の一つとされ、膵胆管合流異常に対するERCPはPEPのリスクであり、経口胆道鏡（以下POCS）は、多量の生食を用いることからよりリスクが高い。今回、膵管ステント留置によりPOCS後のPEPを予防できた1例を経験したため報告する。【症例】57歳男性【既往歴】膵胆管合流異常、結石性胆嚢炎【病歴・経過】8年前に膵胆管合流異常に8mmの総胆管結石を合併したが、膵内胆管狭窄のためERCPによる完全切石が困難であること、また処置後に必ずPEPを発症するため定期的な胆管ステント交換を行ってきた。当院でもPOCSによる破砕術が可能となり、総胆管結石の完全切石の方針としたが、PEPの予防が課題であった。まずWGC法で膵管挿管し、非脱落型膵管ステント（5Fr, 7cm）を留置した。乳頭は処置後であったためEPBDで拡張しPOCSを挿入。EHLで結石を十分に破砕した後バスケットにて総胆管結石の完全切石に成功した。処置後1日目、腹部違和感は軽度認めていたが、採血でAMY 237 U/Lと有意な上昇は認めなかった。食事開始後も症状の出現や増悪はなく経過し、処置後6日目に退院した。【考察】本症例に対してこれまでERCPを施行した翌日のAMY平均値は704.7 U/Lであった。今回の処置時間は80分と長時間（60分以上）であるにもかかわらず、翌日のAMY上昇は軽度であることから、予防的膵管ステント留置は処置後のAMY上昇を抑えることが示唆される。膵胆管合流異常を有する症例に対してPOCS施行前に膵管ステントを留置することにより、膵管内圧の上昇を軽減しPEP予防に有効であると考えられた。

ERCP後膵炎, 膵胆管合流異常

内視鏡的経鼻胆道ドレーンチューブによると思われる胃穿孔をきたした1例

千葉大学医学部附属病院

高橋知也, 飯野陽太郎, 山田奈々, 遠山翔太, 杉原地平, 大内麻倫, 菅 元泰, 高島裕樹, 日下部裕子, 高橋幸治, 大野 泉, 大山 広, 高野重紹, 大塚将之, 加藤直也

【背景】急性胆管炎の治療や胆管癌の進展度診断において、内視鏡的経鼻胆道ドレーンチューブ(ENBD)留置術の役割は大きい。当院では、胆管癌が疑われる症例の術前検査として、胆汁細胞診採取、回転胆道造影施行目的でENBD留置を行っている。ENBD留置による合併症として潰瘍形成や十二指腸穿孔の報告はあるが、胃穿孔の報告はない。今回、私たちはENBD留置後4日で胃穿孔を認めた症例を経験したので報告する。【症例】74歳男性【現病歴】肝門部領域胆管癌疑い病変による閉塞性黄疸の精査治療目的で当院紹介となり、入院となった。【入院後経過】第2病日、ドレーン目的にEST施行後前区域、後区域に5FrENBDを留置した。第3病日、血液検査問題なく、腹部レントゲン検査でENBDチューブの逸脱がなく、free airがないことを確認し食事を再開した。第6病日、心窩部痛を認めCT検査で胃角部周囲、肝表にfree airを認め上部消化管穿孔の診断となり胃管留置、抗生剤投与、中心静脈栄養管理の上で保存加療を行った。第11病日、腹満感強くCT検査行い腹水の増量を認め、腹腔ドレーンを留置した。第16病日、胃管造影を行い胃角部から胃壁外に造影剤漏出を認め保存加療を継続した。第19病日、胃管を抜去した。第24病日、上部消化管造影で胃角部からの造影剤漏出の消失を確認し第25病日に流動食を開始した。第26病日、GC療法を開始した。第37病日にENBD抜去、胆管ステント留置を行った。この際、胃角部に治療傾向の深ぼれ潰瘍を認めチューブが潰瘍部に接触していた。その後の経過も良好であり、第43病日退院された。【考察】ENBD留置による消化管穿孔の報告は非常に稀であるが消化性潰瘍の報告は散見されその頻度は数%程度とされる。本症例ではENBDの接触面に胃潰瘍を形成しており、チューブによる機械的刺激がその原因と考えられた。本症例では制酸剤の予防的投与は行っていないかった。制酸剤の投与はENBD後潰瘍の予防効果を示す報告はないが有効な可能性も唆されており、ENBD留置症例では制酸剤の予防投与が必要であると考えられた。

ENBD後潰瘍、胃穿孔

著明な腭性胸水を認めた慢性腭炎の一例

東京蒲田医療センター

眞壽田真由香, 青木貴哉, 鳴瀬 郁, 井上慶一, 小野優香, 新井典岳, 岡本陽祐, 宮澤秀明, 石井耕司

【症例】50歳代男性【既往歴】急性腭炎、腭性糖尿病、高血圧、閉塞性動脈硬化症、腰部脊柱管狭窄症。【生活歴】飲酒：約3-5合/日。【現病歴】慢性腭炎の診断で当院通院中であった。20XX年8月25日に施行した腹部超音波検査で、偶発的に左側胸水を認めた。胸水は徐々に増加し、心窩部痛も認めたことから、9月9日に入院となった。【入院後経過】第2病日に左胸腔ドレーンを挿入してドレーナージを開始した。排液は黄色透明の胸水であった。胸水中のアミラーゼ値は4046 U/Lと高値であり、腭性胸水の診断となった。胸水は徐々に改善したため、第14病日にドレーンを抜去し、第15病日の9月24日に退院となった。しかし、10月13日に発熱、食思不振、嘔気を主訴に予約外来を受診した。前回入院時と同様に左側胸水を認めたため、同日入院となった。問診したところ、飲酒を再開していた。第2病日に左胸腔ドレーンを挿入してドレーナージを開始した。胸水中のアミラーゼ値は14332 U/Lと高値であり、やはり腭性胸水と考えられた。胸水が改善したことを確認後、第10病日にドレーンを抜去した。第14病日に施行したMRCPでは、膵頭部から横隔膜裂孔を通り、左胸腔に達する瘻孔を認めた。膵管との交通も疑われ、分岐膵管の破綻による瘻孔形成から生じた左胸水貯留と考えられた。胸水の再貯留は認めず、第19病日に退院となった。退院後は禁酒を守れており、胸水の再発は認めていない。【考察】慢性腭炎の合併症として、腭性胸水は比較的稀な疾患である。飲酒歴を有する男性に多く、腹水を合併する頻度は少ない。発生機序としては膵管破綻が膵背面に生じた場合に、漏出した膵液が後腹膜から胸腔内へ瘻孔を形成して生ずると考えられている。治療は保存的治療と外科的治療に大別されるが標準化したものはない。本症例は二度にわたる胸腔ドレーン施行後、再発を認めていない。今後も禁酒を指導していく必要があると考えられる。【結語】今回、保存的治療および禁酒により改善した腭性胸水の一例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

腭性胸水、慢性腭炎

重症急性膵炎を契機に診断され、急速に同時性多発肝転移をきたした膵腺房細胞癌の1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科

六郷貴裕, 河野惟道, 東 哲之, 鈴木健太, 塩田香織, 長谷川雄太, 新井泰央, 大城 雄, 金子恵子, 糸川典夫, 厚川正則, 岩切勝彦

【症例】40歳代男性。【主訴】上腹部痛。【現病歴】生来健康。多量飲酒を伴う会食の数日後、咳嗽と上腹部痛を主訴に近医を受診。血液検査による膵酵素上昇を指摘され当科を紹介受診。SARS-CoV2 PCR検査が陽性でありCOVID-19(軽症)と診断。腹部造影CTにより膵体尾部の腫大および造影効果低下、左前腎傍腔-腸間膜根部に及ぶ炎症を認め、重症急性膵炎(造影CT grade2、予後因子0点)と診断。血液検査上、膵アミラーゼ304 U/L、トリプシン601 ng/mL、エラスターゼ2523 ng/dLと高値。一方、腫瘍マーカーはいずれも正常。成因としてアルコールが推定され、保存的加療が奏功し、入院第12病日に退院。自覚症状なく経過し、退院1ヶ月後に施行された腹部造影CTおよびMRCPにより、遷延性の造影効果を伴う膵体尾部腫大が残存し、膵体部にT2WI低信号と拡散制限を伴う腫瘍性病変を認め、同腫瘍部において膵管途絶し尾側膵管の拡張を認めた。超音波内視鏡下、境界明瞭な径25mm膵体部腫瘍を同定・穿刺吸引し、免疫組織化学染色を含む病理診断所見においてBcl-10等の発現を伴い膵腺房細胞癌(Acinar cell carcinoma of pancreas)と診断された。退院3ヶ月後、治療開始前のFDG-PETおよび腹部超音波検査により同時性多発肝転移および膵頭前部リンパ節転移を認めた。【考察】膵腺房細胞癌は、稀な膵腫瘍であり、その発生頻度は全膵腫瘍の1%未満とされている。浸潤性膵管癌と異なり、主膵管拡張を伴わず膨張型発育を呈し、境界明瞭で内部壊死を伴うことが多いとされる。本症例では、主膵管内進展をきたした膵腺房細胞癌であり、急性膵炎の成因としてアルコール性膵炎または膵腺房細胞癌のいずれかまたは両方の関与が推定された。急性膵炎発症には膵癌、特に膵管に浸潤する微小膵癌が関与している可能性が指摘されている。急速に病期進行する膵癌を念頭に置き、積極的な検査介入が重要であると思われる。【結語】重症急性膵炎を契機に診断され、急速に病期進行した膵腺房細胞癌の1例を経験したため、治療経過および文献的考察も含め報告する。

膵腺房細胞癌、EUS-FNA

G-CSF産生膵癌の1例

済生会横浜市東部病院 消化器内科

穴戸泰紀, 松野高久, 小原大和, 三浦雅史, 田中潤治, 鈴木雄太, 原 精一, 佐藤真司, 馬場 毅, 中野 茂

症例は70歳女性。上腹部痛と背部痛を主訴に来院した。既往歴：高血圧、家族歴：特記すべきことなし。来院時発熱はなく、腹部は上腹部に圧痛を認めた。採血では白血球7350/ μ L、CRP3.16mg/dLと軽度炎症反応の上昇を認めた。腹部造影CT検査で膵体部に約25mm大の境界不明瞭な低吸収腫瘍と肝両葉に境界不明瞭の低吸収結節を認めた。多発肝転移を伴う膵体部癌を疑い、内視鏡検査を施行した。EUSでは膵体部に約35mm大の低エコーを基調としたモザイクエコー腫瘍と膵管の腫瘍内への狭く、尾側で2.7mmと拡張を認めた。ERCP時の擦過細胞診でClass4の結果となり、各種画像所見と合わせて膵体部癌、多発肝転移c-stage4と診断した。また初診時から疼痛コントロール目的でロキソプロフェンナトリウムの内服を開始した。経過中、発熱は認めなかったが、炎症の数値は上昇し、全身化学療法治療直前には白血球数38650/ μ L、CRP10.97 mg/dLと著明に上昇していた。感染を疑いCT検査を施行したが、明らかな感染を疑う所見は認めなかった。また血液像で異型リンパ球と中毒性顆粒が検出され、Granulocyte colony stimulating factor (G-CSF)産生腫瘍を疑い、血中G-CSF濃度を測定したところ331.2pg/dL(基準値39.0pg/dL)と高値であり、G-CSF産生膵癌と診断した。担癌患者においてしばしば白血球数の増多を経験するが、その多くは腫瘍随伴症候群として考えられる。本症例では、著明な白血球数の増多を認め、感染症ほか腫瘍以外に熱源が乏しく、G-CSFを測定した際、高値を認め、G-CSF産生膵癌の診断へと至った。G-CSF産生腫瘍は、肺の報告が最も多く、膵臓の報告例は稀である。G-CSF産生腫瘍は発熱、白血球増多などの臨床所見を示す。本症例も白血球増多や血中G-CSF濃度が高値であったが発熱は認めなかった。これはロキソプロフェンナトリウム内服により炎症性サイトカインを抑制したことが原因と考えられた。

G-CSF産生腫瘍、膵癌

膵神経内分泌癌に対してプラチナ併用化学療法導入後、完全奏効が得られたのちに浸潤性膵管癌を生じた1例

がん研有明病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 同 肝胆膵外科³⁾
石塚隆浩¹⁾, 古川貴光¹⁾, 高松 学²⁾, 山田 学¹⁾, 中川皓貴¹⁾,
三重克文¹⁾, 岡本武士¹⁾, 武田剛志¹⁾, 春日章良¹⁾, 松山真人¹⁾,
佐々木 隆¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 佐藤崇文³⁾, 高橋 祐³⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】50歳代男性。201X年11月、腹痛と黄疸を契機に膵頭部腫瘍を指摘され当院に紹介となった。側視鏡検査で主乳頭に腫瘍の露出を認め、生検の結果、神経内分泌癌 (NEC) と診断した (Chromogranin A (+), Synaptophysin (+), CD56 (+), Ki67陽性率 80%)。多発肝転移を伴い、cStageIV (T4N1M1) の診断にて、201X+1年1月よりIrinotecan+Cisplatin療法を開始した。201X+2年2月の8コース施行後のCTで完全奏効と判定し、化学療法を休止し、経過観察とした。7年間にわたり無再発を維持していたが、201X+8年1月、体重減少とHbA1c高値を契機にCTで膵頭部腫瘍が指摘された。側視鏡検査で主乳頭に潰瘍型腫瘍を認め、生検の結果、浸潤性膵管癌 (IDC) の診断となった。病期分類の結果、cStageIIA (T3N0M0) であり、Gemcitabine+S-1併用療法2コースを行った後に、膵頭十二指腸切除術を施行した。術後病理診断は高分化型腺癌、ypStageIIB (T3N1M0)、Evans分類Grade2であった。現在、術後 S-1補助化学療法中である。

【考察】NECは診断の時点で既に他臓器転移を伴っていることが多く、外科的切除の適応とならず、化学療法を実施することが多い。標準治療としてプラチナ併用化学療法が選択されるが、完全奏効及び長期生存は極めて稀である。また、本症例は完全奏効後、同領域にIDCが発生した。理由として、元々僅かにIDCの成分を含む内部不均一なNECであった可能性と、異時性にIDCが発生した可能性とが考えられた。臨床経過・病理学的所見に関し、若干の考察を交えて報告する。

膵神経内分泌癌, 浸潤性膵管癌

十二指腸狭窄を伴う局所進行切除不能膵癌に対して
十二指腸ステント留置後、Conversion Surgeryにて
R0切除し得た一例

横浜市立市民病院 消化器内科¹⁾,
国立がん研究センター中央病院 肝胆膵外科²⁾
岩井佑太¹⁾, 藤田由里子¹⁾, 高本健史²⁾, 飯塚 武¹⁾, 森岡晃平¹⁾,
友成悠邦¹⁾, 岩瀬麻衣¹⁾, 福田知広¹⁾, 今村 諭¹⁾, 角田裕也¹⁾,
長久保秀一¹⁾, 諸星雄一¹⁾, 小池祐司¹⁾, 小松弘一¹⁾

【症例】67歳、男性【既往歴】急性B型肝炎 (48歳)、胆石症手術 (50歳)【現病歴】1月前からの繰り返す嘔吐を主訴にX-1年7月当院を受診。上部内視鏡検査を施行し、十二指腸の下行脚から水平脚にかけて浮腫状肥厚と狭窄を認め、栄養チューブの留置を試みたが狭窄部を通過しなかった。腹部造影CTでは、膵鉤部に十二指腸との境界が不明瞭な28×22 mm大の乏血性腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査および造影CTで上腸間膜動脈、上腸間膜静脈への浸潤を認め、血液検査でCA19-9 42 U/mlと軽度高値であった。組織生検で得られた腺癌とあわせて、局所進行切除不能膵癌 (cT4N0M0, cStage III) と診断した。十二指腸狭窄により経口摂取困難で、血液検査でAlb 2.1 g/dl、直近2ヶ月で11 kgの体重減少が見られ、低栄養状態であった。8月中旬に十二指腸ステントを留置し、経口摂取が再開でき、同月下旬よりmodified FOLFIRINOXが開始できた。計11コース施行した時点で、原発巣および尿管浸潤の縮小が認められ、Conversion Surgeryの適応と判断された。X年4月、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術+門脈合併切除再建+横行結腸部分切除術を施行した。組織学的所見では、R0の診断であった (pT2N0M0, pStage I B)。退院後、術後化学療法として6月よりS-1を開始し、現在術後0.5年が経過し、無再発生存中である。【考察】十二指腸ステント留置による速やかな経口摂取再開と栄養状態改善が得られた結果、強力な全身化学療法が施行でき、Conversion Surgeryに至った局所進行切除不能膵癌の1症例を経験した。十二指腸ステントは、手術の妨げになることはなく、十二指腸狭窄を伴う全身状態不良の局所進行切除不能膵癌に対する集学的治療を行う上で、良い選択肢である。

十二指腸ステント留置, 局所進行切除不能膵癌

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第372回例会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372回例会
当番会長 前谷 容

<共催セミナー>

アッヴィ合同会社
ヴィアトリス製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

<展示>

株式会社カネカメディックス
株式会社パイオラックスメディカルデバイス

<広告>

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
EAファーマ株式会社
エーザイ株式会社
MSD株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
杏林製薬株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社
興和株式会社
株式会社JIMRO
ゼオンメディカル株式会社
センチュリーメディカル株式会社
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
株式会社ツムラ
テルモ株式会社
日本化薬株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本ライフライン株式会社
ファイザー株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
株式会社メディコスヒラタ
持田製薬株式会社
株式会社ユーティーエム

(敬称略50音順・2022年11月15日現在)