

# 日本消化器病学会 関東支部第373回例会

## プログラム・抄録集



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）

令和5年2月25日（土）

現地開催：海運クラブ+Web視聴

# 日本消化器病学会関東支部第373回例会 プログラム・抄録集

当番会長：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  
〒105-8461 東京都港区西新橋3-25-8  
TEL 03-3433-1111

会 期：令和5年2月25日(土)

会 場：海運クラブ+Web視聴  
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル  
TEL 03-3264-1825 <http://kaiunclub.org/>

## <発表者、参加者の皆様へ>

- 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
- 発表はすべて現地会場において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。
  - 会場に用意するPCのアプリケーションは、PowerPoint2019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  
※スライド作成時の画面サイズは「ワイド画面(16:9)」で作成してください。
  - Macintosh使用、及びKeynote(アプリケーション)を使用の場合は、必ずPC本体をお持込みください。なお、プロジェクターへの接続はMini D-SUB 15pinおよびHDMIです。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働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。
  - 音声出力には対応いたしません。
  - 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 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。
- 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護(日付の記載は年月までとする、等)に十分配慮してください。
- 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。
- 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。
- 専攻医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
- 座長・評価者の方は、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。
- Web視聴より質問される方は、所属と氏名を明らかにし、Q&Aへ入力をお願いします。
- 専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。(第1会場 14:15~14:30)
- 参加費は2,000円です。
  - サイトより参加登録いただき、お支払いをお願いいたします。(クレジット決済のみ)
  - 参加登録が完了された方に、第373回例会のWeb開催へ参加の為のID、パスワードをご連絡いたします。また参加証(専門医更新5単位)はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。※当日会場での参加登録も可能です。(現金支払いのみ)
- 当日参加登録受付、PC受付は7:45より開始いたします。
- 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場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)
- 評議員会は2月25日(土)に現地開催+Zoomによるライブ開催となります。
  - 評議員会：2月25日(土)12:55~13:25(この日時以外での受付は行いません。)
  - 評議員会への参加については第373回例会の参加登録が必要です。
- 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。

※Web参加登録は2月9日(木)正午よりオンラインにて開始を予定しております。  
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第373回例会運営事務局  
〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F  
株式会社プランニングウィル内  
E-mail: [jsge373kanto@pw-co.jp](mailto:jsge373kanto@pw-co.jp)/Tel: 03-6801-8084

# 日本消化器病学会関東支部第373回例会

## 令和5年2月25日（土）

8：13～8：15 開会の辞					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（上部消化管1）1～5	8：15～8：45	森 英毅	(15) 専攻医Ⅹ（臍）70～74	8：15～8：45	木下 勇次
(2) 専攻医Ⅱ（上部消化管2）6～10	8：45～9：15	渕之上和弘	(16) 専攻医Ⅺ（臍・その他）75～80	8：45～9：21	五家 里栄
(3) 専攻医Ⅲ（下部消化管1）11～15	9：15～9：45	吉留 佑太	9：21～9：26 休憩		
(4) 専攻医Ⅳ（下部消化管2）16～20	9：45～10：15	宮本 尚彦	(17) 研修医Ⅰ（上部消化管）81～84	9：26～9：50	高山 敬子
(5) 専攻医Ⅴ（下部消化管3）21～25	10：15～10：45	宮口 和也	(18) 研修医Ⅱ（下部消化管）85～88	9：50～10：14	高橋 和宏
10：45～10：50 休憩			(19) 研修医Ⅲ（肝）89～93	10：14～10：44	井廻 佳菜
(6) 専攻医Ⅵ（肝1）26～29	10：50～11：14	細川 貴範	(20) 研修医Ⅳ（胆・臍）94～98	10：44～11：14	大塚 奈央
(7) 専攻医Ⅶ（肝2）30～34	11：14～11：44	岩城 慶大	(21) 研修医Ⅴ（臍）99～102	11：14～11：38	石垣 和祥
(8) 専攻医Ⅷ（肝・胆）35～39	11：44～12：14	福士 耕	(22) 研修医Ⅵ（臍・その他）103～106	11：38～12：02	大山 広
(9) 専攻医Ⅸ（胆・臍）40～44	12：14～12：44	石井健太郎	(23) 臍 107～109	12：02～12：20	西村 尚
			12：55～13：25 評議員会（第2会場）		
13：25～14：15 ランチオンセミナー（第1会場）					
<b>「潰瘍性大腸炎治療の新たな可能性～新規JAK阻害剤ジセラカ錠～」</b> 東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座 主任教授 <b>松岡 克善</b> 先生 司会 杏林大学医学部 消化器内科 教授 <b>久松 理一</b> 先生 共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社／EAファーマ株式会社					
14：15～14：30 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
14：30～15：25 特別講演（第1会場）					
<b>「エネルギー問題を考えるということ」</b> JX石油開発株式会社 国内CCS事業推進部長 <b>古舘 恒介</b> 先生 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 <b>猿田 雅之</b>					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	15：25～17：55 第24回専門医セミナー		
(10) 上部消化管 45～48	15：25～15：49	石川裕美子	『ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～』		
(11) 下部消化管1 49～54	15：49～16：25	藤原 俊	司会 杏林大学医学部 医学教育学		
(12) 下部消化管2 55～59	16：25～16：55	宮崎 亮佑	<b>矢島 知治</b> 先生		
(13) 肝 60～64	16：55～17：25	増崎 亮太	★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。		
(14) 肝・胆・臍 65～69	17：25～17：55	赤須 貴文	★専門医更新単位3単位取得できます。		
17：55～ 閉会の辞（第1会場）					

専攻医・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 14：15～）

## 特別講演

第1会場 14:30~15:25 (WEB 視聴併用)

# 「エネルギー問題を考えるということ」

JX石油開発株式会社 国内CCS事業推進部長 古舘 恒介 先生  
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

……演者の先生ご紹介……

ふるたち こうすけ  
古舘 恒介 先生

JX石油開発株式会社 国内CCS事業推進部長  
神奈川大学工学部 非常勤講師

### 略歴

1994年3月 慶應義塾大学理工学部応用化学科卒

2001年5月 University of Illinois at Urbana-  
Champaign MBA Program修了

1994年4月 日本石油(当時)に入社。リテール販売から石油探鉱まで、石油事業の上流から下流まで広範な事業に従事。エネルギー業界に職を得たことで、エネルギーと人類社会の関係に興味を持つようになる。以来サラリーマン生活を続けながら、なぜ人類はエネルギーを大量に消費するのか、そもそもエネルギーとは何なのかについて考えることをライフワークとしている。

### 主な執筆活動

- 対談記事：『萱野稔人と巡る超人間学～エネルギーがもたらした人間社会の発展とジレンマ』（サイゾー、雑誌『サイゾー』2022年12月・2023年1月合併号）
- インタビュー：『2030年のSX戦略～人間の本性がエネルギー多消費社会を生み出した』（日経BP、日経ビジネス電子版2022年11月29日）

- 寄稿記事：『エネルギーから紐解くウクライナ危機』（PHP研究所、月刊誌『Voice』2022年9月号）

- 著書：『エネルギーをめぐる旅 ～文明の歴史と私たちの未来～』（英治出版、2021年）  
第42回エネルギーフォーラム賞 大賞受賞(2022年4月)

- 訳書：『パワー・ハングリー——現実を直視してエネルギー問題を考える』（ロバート・ブライス著、英治出版、2011年）

### 主な講演活動

- 『エネルギー問題をどう捉え、どう対処すべきか ～共創社会構築へ向けたプロジェクトマネジメントの可能性～』（PMI(Project Management Institute)日本フォーラム、2022年7月9日）
- 『エネルギー問題を考えるということ』（日本ナレッジマネジメント学会新産業革命研究部会、2022年2月24日）

## ランチオンセミナー

第1会場 13:25~14:15 (WEB 視聴併用)

# 「潰瘍性大腸炎治療の新たな可能性 ～新規JAK阻害剤ジセラ錠～」

東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座 主任教授 **松岡 克善** 先生

司会 杏林大学医学部 消化器内科 教授 **久松 理一** 先生

共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社/EAファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

まつおか かつよし  
**松岡 克善** 先生

東邦大学医療センター佐倉病院 内科学講座 主任教授

### 学歴・職歴

1996年3月 慶應義塾大学医学部卒業  
1996年5月-1998年3月 慶應義塾大学病院内科研修医  
1998年4月-1999年5月 東京歯科大学市川総合病院内科  
1999年6月-2000年4月 国立東埼玉病院内科  
2000年4月-2004年3月 慶應義塾大学医学部大学院  
博士課程医学研究科  
(内科学専攻)  
2004年4月-2005年9月 慶應義塾大学医学部  
消化器内科助教  
2005年10月-2006年6月 Post-doctoral Associate,  
University of Pittsburgh School  
of Medicine, Department  
of Medicine, Division of  
Gastroenterology, Hepatology,  
and Nutrition (P.I. Scott E.  
Plevy, MD)  
2006年7月-2009年6月 Post-doctoral Research  
Associate, University of North  
Carolina, Center for Digestive  
Diseases and Nutrition (P.I.  
Scott E. Plevy, MD)  
2009年7月-2014年3月 慶應義塾大学医学部  
消化器内科助教  
2014年4月-2014年9月 慶應義塾大学医学部  
消化器内科講師  
2014年10月-2017年3月 東京医科歯科大学大学院医歯  
学総合研究科消化管先端治療  
学講座・講師  
2017年4月-2018年3月 同・准教授  
2018年4月-現在 現職

### 所属学会

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医  
日本消化器病学会 専門医・指導医  
日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医  
日本消化管学会  
日本消化器免疫学会

日本臨床免疫学会 臨床疫学認定専門家  
日本炎症性腸疾患学会  
日本臨床疫学会  
日本小腸学会  
日本大腸肛門病学会  
日本臨床栄養代謝学会  
Asian Organization for Crohn's and Colitis  
European Crohn's and Colitis Organisation  
American Gastroenterological Association

### 学会役職

日本消化器病学会  
学会評議員  
アジアとの国際協力推進委員会委員  
機関誌編集委員会JG委員  
日本消化器病学会 関東支部 評議員  
日本消化器内視鏡学会 関東支部 評議員  
日本炎症性腸疾患学会 臨床疫学委員会委員長  
日本消化器免疫学会 国際交流委員会委員  
Asian Organization for Crohn's and Colitis, Board  
member  
日本臨床栄養代謝学会 代議員  
第368回日本消化器病学会関東支部例会 会長

### 賞 罰

2006-2009年 Research Fellowship Award, Crohn's  
and Colitis Foundation of America  
2017年 Top 10 Digital Oral Presentations at the  
13<sup>th</sup> Congress of ECCO  
2020年 45 Best Abstract Awards at the 8th  
Annual Meeting of AOCC  
2021年 東邦大学令和2年度ベスト・ティーチャー  
賞 (医学部3年生)  
2021年 Distinguished Investigator Awards at  
the 9<sup>th</sup> Annual Meeting of AOCC  
2021年 第12回日本炎症性腸疾患学会学術集会・  
優秀演題賞

## 第24回専門医セミナー

第2会場 15:25～17:55 (WEB 視聴併用)

# 「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」

第23回専門医セミナー（第371回例会 2022年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。問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

※専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。（日本消化器病学会関東支部第373回例会における参加登録ならびに参加費をお支払いください。）

※専門医更新単位3単位取得できます。

（WEB受講者には参加証明証を後日、お送りいたします。）

司 会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）

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

出場選手：中村 悠仁 先生（北里大学病院）  
平田 蒼 先生（東京女子医科大学病院）  
渡辺 早紀 先生（東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科）  
和田 実季 先生（埼玉メディカルセンター）



---

## 第1会場（午前の部）

---

8：13～8：15

—開会の辞—

—評価者—

順天堂大学医学部附属順天堂医院	消化器内科	赤澤 陽一
昭和大学江東豊洲病院	消化器センター	年森 明子
東海大学医学部 内科学系	消化器内科学	藤澤 美亜

(1) 専攻医Ⅰ(上部消化管1) 8：15～8：45 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 森 英毅

1. 短期間に食道胃接合部通過障害(EGJOO)から食道アカラシアへと進展した一例

日本医科大学 消化器内科学 ○六郷 貴裕, 川見 典之, 門馬 絵理, 星川 吉正  
星野慎太郎, 岩切 勝彦

2. 食道扁平上皮癌治癒切除後の局所再発に対し根治的化学放射線療法が有効であった一例

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

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

3. 早期診断と対応により化学療法継続が可能であった、自然発症型腫瘍崩壊症候群(TLS)併発の食道癌の一例

草加市立病院 消化器内科 ○内田 仁, 渡辺 翔, 藤井 亮輔, 宇賀 美杉  
町田 智世, 松川 直樹, 栗原 正道, 矢内 常人

4. 超音波気管支鏡を用いた針生検により術後約40年経過した乳癌の食道転移と診断しえた食道狭窄の一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○寺田有一郎, 松原 三郎, 中川 慧人, 須田健太郎  
大塚 武史, 岡 政志, 名越 澄子

同 消化管外科・一般外科 熊谷 洋一

同 病理部 村上 千明

5. プデソニドの咀嚼内服が奏功した好酸球性小腸炎の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○藤井 隆太, 豊永 貴彦, 遠間 惇, 澁谷 尚希  
猿田 雅之

(2) 専攻医Ⅱ(上部消化管2) 8：45～9：15 座長 虎の門病院 消化器内科 瀧之上 和弘

6. COVID-19罹患後、特徴的な胃十二指腸潰瘍を契機に診断したIgA血管炎の一例

東京通信病院 消化器内科 ○林 猛志, 松井 徹, 手銭 悠, 佐藤ももか  
加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋

7. 尿管癌を原発とする十二指腸転移に伴う出血に対し放射線治療にて止血し得た一例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○前田 紘希, 藤本 洋, 三代 賢, 榎原 和真  
相馬 佑樹, 山口真裕美, 鈴木 優仁, 太田 貴寛  
岡田 舜, 早川 富貴, 藤原 猛, 嶋田 智樹  
桑田 潤, 紀 仁, 片山 裕視, 玉野 正也

8. 難治性の潰瘍で空腸穿孔を繰り返し、クローン病との鑑別に苦慮したガストリノーマの一例

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

9. プロトンポンプ阻害薬の長期服用が原因と考えられた胃 hyperplastic polyposis の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 ○中村 光希, 青木 祐磨, 古守 萌, 森泉 恵理  
神谷 裕孝, 千葉井紀人, 橋本 泰輔, 岩下 祐子  
渡邊 俊宗, 中田 達也, 松本 喜弘, 内山 幹  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

10. 星形の異物を内視鏡下に摘出した一例

帝京大学 医学部 内科 ○山下 麻由, 本田 卓, 曾根 雅之, 原田 文人  
田村 大和, 小田 実, 櫻井美代子, 駒崎 伸伍  
松本 康佑, 柳澤 大輔, 丸山 喬平, 磯野 朱里  
青柳 仁, 三浦 亮, 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

(3) 専攻医Ⅲ(下部消化管1) 9:15~9:45 座長 防衛医科大学校 消化器内科 吉留 佑太

11. 胃癌術後に発症した腸間膜デスマイド腫瘍の一切除例

JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○河田 洲, 中河原浩史, 井上 隼輔, 須澤 綾友  
芳賀 大生, 菊田大一郎, 金子 桂士, 藤川 博敏  
桂 義久

12. 胃癌に対してニボルマブ導入後に irAE 腸炎を発症した一例

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

13. 5-ASA 不耐および Tofacitinib を含む多剤抵抗性潰瘍性大腸炎に 5 ASA 脱感作および JAK 阻害薬へのスイッチが有効であった一例

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



14. クローン病に直腸尿道瘻を合併した1例

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

15. 待機的腹腔鏡下手術が可能であった盲腸癌による成人腸重積の1例

国立病院機構 西埼玉中央病院 外科 ○塩ノ崎元博, 河原秀次郎, 河合 裕成, 日高 卓  
塚崎 雄平, 平林 剛, 小村 伸朗

(4) 専攻医Ⅳ(下部消化管2) 9:45~10:15 座長 杏林大学医学部 消化器内科学 宮本 尚彦

16. 潰瘍性大腸炎 大腸全摘後の肛門管にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患を発症した1例

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○伊藤 健太, 田村 優樹, 武波 知彦, 糸井 祐貴  
佐藤 圭吾, 春日 健吾, 橋本 悠, 田中 寛人  
保坂 浩子, 栗林 志行, 浦岡 俊夫

17. 免疫チェックポイント阻害薬に抵抗性であった転移性大腸悪性黒色腫の1例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科 ○小野 拓真, 山口 和久, 荻野 悠, 南雲 秀樹  
小林康次郎, 松井 哲平, 藤本 愛, 伊藤 謙  
和久井紀貴, 岡野 直樹, 永井 英成, 松田 尚久  
五十嵐良典  
同 皮膚科 志水 陽介  
同 臨床腫瘍学講座 菊池 由宣  
同 病理診断科 密田 亜希, 栃木 直文, 渋谷 和俊

18. Lymphoid stroma を伴う粘膜下腫瘍様の形態を呈した大腸癌の一例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○北澤 詩子, 降旗 誠, 荻原 伸悟, 野元 勇佑  
西 慎二郎, 深見久美子, 中津 洋一, 大川 博基  
矢野慎太郎, 生駒 一平, 神保 泰久, 北村 庸雄  
長田 太郎  
同 消化器外科 小浜信太郎  
同 病理診断科 富田 茂樹  
さかもと内視鏡クリニック 坂本 直人

19. 確定診断までに長期間を要した腸結核の一例

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

## 20. アメーバ性腸炎の治療経過中に潰瘍性大腸炎を発症した1例

昭和大学病院 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○坂 隆寛, 中谷 真也, 森 大地, 山崎 裕太  
大西 良尚, 樋口 健佑, 鈴木 統大, 菊池 一生  
田代 知映, 藤原 敬久, 牛腸 俊彦, 居軒 和也  
紺田 健一, 東條 正幸, 片桐 敦, 吉田 仁  
こにしクリニック 小西 一男  
昭和大学病院 内視鏡センター 山村 冬彦  
同 臨床病理診断学講座 塩沢 英輔, 瀧本 雅文

## (5) 専攻医Ⅴ(下部消化管3) 10:15~10:45 座長 埼玉医科大学 消化器内科 宮口 和也

### 21. 高齢者潰瘍性大腸炎におけるウステキヌマブ導入例の検討

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患センター ○菊田 修, 上山 知人, 深田 雅之  
JR 東京総合病院 消化器内科 松本留美衣

### 22. 当院における内視鏡的大腸ステント留置術の効果

町田市市民病院 消化器内科 ○鈴木 瞳, 谷田恵美子, 大谷 知弘, 長谷川雄大  
伊藤 綾香, 山下 悟史, 山住 諭史, 益井 芳文  
和泉 元喜

### 23. 血管内治療が著効したS状結腸動静脈奇形による虚血性腸炎の一例

藤沢市市民病院 消化器内科 ○野崎 公雄, 相馬 亮, 小俣亜梨沙, 石川俊太郎  
春山 芹奈, 中村 洋介, 比嘉 愛里, 近藤 新平  
林 公博, 福地 剛英, 合田 賢弘, 安藤 知子  
岩瀬 滋  
同 放射線診断科 安井 大祐, 藤井 佳美  
横浜市立大学 消化器内科学 前田 慎

### 24. ICG(Indocyanine green) 蛍光血管造影法を用いて腸管温存し得た鼠経ヘルニア嵌頓の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 下部消化管外科 ○久保田亮人, 武田 泰裕, 岡本 敦子, 中野 貴文  
高田 直樹, 今泉 佑太, 菅野 宏, 大熊 誠尚  
小菅 誠, 衛藤 謙

### 25. 発見から3年の経過で進行大腸癌となった側方発育型腫瘍の一例

帝京大学 医学部附属 溝口病院 消化器内科 ○菊山 智博, 網島 弘道, 岡本 寛治, 阿久津朋宏  
苗村 佑太, 斎藤 剛, 足立 貴子, 松本光太郎  
渡邊 彩子, 勝倉 暢洋, 辻川 尊之, 土井 晋平

## (6) 専攻医Ⅵ(肝1) 10:50~11:14

座長 公立昭和病院 消化器内科 細川 貴範

### 26. 胃粘膜下腫瘍様の所見を呈した異所性肝の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○平野 杏奈, 木下 晃吉, 大澤 顕之, 田中 孝幸  
佐藤 優子, 鹿野 智弘, 光吉 優貴, 岩崎 彩子  
三浦由紀子, 野口 正朗, 日高 章寿, 板垣 宗徳  
小林 剛, 松平 浩, 小池 和彦  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

27. ステロイド治療に抵抗し組織学的に胆管消失症候群と診断された薬剤性肝障害の一例

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

28. 著明な肝腫大を契機に肝生検で確定診断に至った肝原発性神経内分泌腫瘍の1例

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科 ○新川 将大, 大久保知美, 町田 花実, 下鐘 秀徳  
濱窪 亮平, 桐田久美子, 吉田 祐士, 葉山 惟信  
鮑本 哲兵, 藤森 俊二  
日本医科大学 附属病院 消化器・肝臓内科 厚川 正則, 糸川 典夫, 岩切 勝彦  
日本医科大学 千葉北総病院 病理診断科 長谷川千花子

29. 腹膜播種切除により画像上 complete response を維持している進行肝細胞癌の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○内原 直樹, 安井 豊, 土谷 薫, 鈴木 圭人  
田中 雄紀, 宮本 遥, 山田 倫子, 石堂 舜  
慶徳 大誠, 延澤 翼, 高浦 健太, 田中 将平  
前屋舗千明, 玉城 信治, 中西 裕之, 黒崎 雅之  
泉 並木  
同 外科 加藤 俊介  
同 病理診断科 櫻井うらら  
帝京大学 医学部 病院病理部 近藤 福雄

(7) 専攻医Ⅶ(肝2) 11:14~11:44 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 岩城 慶大

30. COVID-19 感染症に合併した非昏睡型急性肝不全の1例

さいたま市立病院 内科 ○菊地 玲衣  
同 消化器内科 星 瞳, 山本 傑, 町田 健太, 西尾 恵  
瀧本 洋一, 三浦 邦治, 牟田口 真, 金田 浩幸  
金子 文彦

31. 脾静脈閉塞による胃静脈瘤に対して部分的脾動脈塞栓術(PSE)を行った一例

東京都立墨東病院 消化器内科 ○井関 真理, 矢内 真人, 小林 諒平, 古谷 誠  
荒井 克大, 大科 枝里, 松岡 愛菜, 田代 祥博  
野坂 崇仁, 佐藤 綾子, 小林 克誠, 松本 太一  
古本 洋平, 東 正新

32. クロウン病に合併した肉芽腫性肝炎の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○鈴木 達也, 早川 優香, 金子 俊, 村川美也子  
小林 正典, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一  
同 光学医療診療部 竹中 健人, 福田 将義, 大塚 和朗  
同 病理部 木脇 祐子, 竹本 暁

33. C型肝炎ウイルス持続陰性化後に発症した原発不明 AFP 産生腺癌の一例

日本大学 医学部 消化器肝臓内科 ○池上千香子, 本田 真之, 渋谷 真史, 有間 修平  
石井 大雄, 佐々木玲奈, 金澤 芯依, 國吉 宣行  
藤澤真理子, 野村 舟三, 齋藤 圭, 増崎 亮太  
松本 直樹, 山上 裕晃, 小川 眞広, 神田 達郎  
木暮 宏史  
同 消化器外科 岡村 行泰

34. 胆管炎を機に診断に至った胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の一例

厚木市立病院 消化器・肝臓内科 ○住吉 那月, 安藤 理孝, 力石 智子, 山本 玖美  
高見信一郎, 岩久 章

(8) 専攻医Ⅷ(肝・胆) 11:44~12:14 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器) 講座 福士 耕

35. カヘキシア Index が肝細胞癌切除後の予後に与える影響

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科 ○赤岡 宗紀, 春木孝一郎, 古川 賢英, 安田 淳吾  
恩田 真二, 恒松 雅, 松本 倫典, 坂本 太郎  
谷合 智彦, 柳垣 充, 後町 武志, 池上 徹

36. 胆嚢神経内分泌癌に対して conversion surgery を施行し、残存病変に腺癌、肉腫様癌を認めた 1 例

横浜市立大学附属病院 消化器外科 ○奥津 康子, 澤田 雄, 津村 祥子, 油座 築  
阿部 有佳, 高橋 智昭, 三宅謙太郎, 藪下 泰宏  
本間 祐樹, 松山 隆生, 遠藤 格  
同 臨床腫瘍科 小林 規俊  
同 病理診断科・病理部 宇高 直子, 山中 正二, 藤井 聡志

37. 胆石発作から胆嚢十二指腸瘻を形成し自然排石された胆石性腸閉塞の一例

埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○山本 林佳, 木下 聡, 久保 雄器, 南 一洋  
武下 達矢, 碓井 真吾, 中里 圭宏, 吉田 武史

38. 正面視困難な憩室内乳頭に対する胆管挿管の工夫; クリップ併用 Two-devices-in one channel method の一例

千葉労災病院 消化器内科 ○吉埜 稜平, 吉埜 稜平, 関本 匡, 安齋 春香  
金森美有禪, 石毛 克拓, 粟津 雅美, 泉水美有紀  
石川賢太郎, 石神 秀昭, 榎谷 佳生

39. 十二指腸ステント留置および EUS-HGS + AG を施行したリンチ症候群に伴った腺癌の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器) ○早川 宇宙, 町田雄二郎, 岡田はるか, 中島 悠貴  
水上 耀介, 茅島 敦人, 堀部 昌靖, 岩崎 栄典  
金井 隆典  
同 腫瘍センター 林 秀幸  
同 内視鏡センター 川崎慎太郎

(9) 専攻医区(胆・膵) 12:14~12:44 座長 東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 石井 健太郎

40. 当院でのメタリックステント留置により治療したEST 後合併症症例の経験

旭中央病院 消化器内科 ○岩本加代子, 志村 謙次, 糸林 詠, 紫村 治久  
中村 朗, 窪田 学, 樋口 正美, 宮川 明祐  
片桐 智子, 岡 弘晃, 闇彌 一貴, 伊藤 聡之  
重原 光那, 長澤 正憲

41. 16年間留置された胆管プラスチックステントを内視鏡的に摘出し得た一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○田中 咲, 西脇 友紀, 尾崎 裕理, 内田 要  
石野 勇康, 土屋 祐介, 榎本 昌人, 丹羽 一博  
石井 寛裕, 京 里佳, 所知加子, 菱木 智  
川名 一郎

42. 自己免疫性膵炎の経過観察中に発生した膵癌の一例

筑波大学附属水戸地域医療教育センター 総合病院水戸協同病院 消化器内科 ○小島 丈心, 鹿志村純也, 岡田 健太, 有賀 啓之  
同 消化器外科 倉田 昌直, 稲川 智

43. 欲不振精査を契機に早期膵癌の診断に至り治癒切除を得られた高異形度膵上皮内腫瘍性病変の1例

茅ヶ崎市立病院 診療部 消化器内科 ○半田 祐太, 佐藤 高光, 井上喬二郎, 山崎 雄馬  
松本 悠亮, 川島 捺未, 中島 聡美, 後藤 駿吾  
村田 依子, 栗山 仁, 秦 康夫

44. EUS-HGSにおけるプラスチックステントの有用性

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○緒方 智樹, 栗田 裕介, 二瓶 真一, 八木 伸  
長谷川 翔, 細野 邦広, 窪田 賢輔, 中島 淳  
同 肝胆膵消化器病学  
茅ヶ崎市立病院 消化器内科 佐藤 高光

---

第1会場 (午後の部)

---

14:30~15:25

特別講演

エネルギー問題を考えるということ

JX 石油開発株式会社 国内 CCS 事業推進部長 古 舘 恒 介 先生

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

---

(10) 一般演題(上部消化管) 15:25~15:49 座長 日本医科大学 消化器内科学 石川 裕美子

45. 内視鏡的粘膜切除術(Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope:EMR-C)により  
切除可能であった食道神経内分泌腫瘍(NET)の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○米本 卓弥, 明杖 直樹, 金子 達哉, 太田 佑樹  
對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤 景子, 松村 倫明  
加藤 順, 加藤 直也

46. 家族性大腸腺腫症に伴う十二指腸乳頭部癌により胆管炎をきたした一例

公立昭和病院 消化器内科 ○細川 貴範, 浦牛原幸治, 小島 茂, 小林 正佳  
菊地 翁輝, 山崎 洵, 原田 耕佑  
同 内視鏡科 川口 淳, 鈴木 祥子, 大野 一将, 武田 雄一  
同 予防・健診センター 永尾 重昭  
同 臨床検査科 櫻井 幸

47. 内視鏡検査で腺腫との鑑別が困難であった十二指腸過誤腫の一例

東京大学 医学部 附属病院 消化器内科 ○栗原 光累, 角嶋 直美, 大塩 香織, 久田 浩之  
水谷 悟, 中川 秀紀, 佐藤 淳一, 久保田 大  
小畑 美穂, 趙 利奈, 永尾 清香, 三浦 裕子  
大木 大輔, 水谷 浩哉, 高橋 悠, 坂口 賀基  
屋嘉比聖一, 新美 恵子, 辻 陽介, 藤城 光弘

48. 近接多発した胃型形質 SNADET (粘膜内癌) に対して内視鏡的に一括切除しえた1例

獨協医科大学 内科学(消化器)講座 ○長崎 絢子, 郷田 憲一, 大池 研, 山崎ゆうか  
近藤 真之, 阿部圭一朗, 金森 瑛, 鈴木 統裕  
富永 圭一, 入澤 篤志  
同 病理診断科 石田 和之



- (11) 一般演題(下部消化管 1) 15:49~16:25 座長 東京医科歯科大学 消化器内科 藤原 俊
49. ストーマ排液多量の短腸症候群に対しテデュゲルチドを投与し排液量が著明に減少した一例  
東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科 ○梶 陸, 北川 和男, 中嶋 俊介, 吉岡 聡  
成廣 哲史, 高橋 直人, 戸谷 直樹  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化管外科 衛藤 謙
50. デッドリフトに伴う小腸壁内血腫により SMA 症候群様の経過を辿った 1 例  
獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座  
獨協医科大学病院 臨床研修センター ○鈴木 愛士  
獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 金澤美真理, 増山 智史, 松本 健吾, 星 恒輝  
富永 圭一, 入澤 篤志
51. 実地臨床医家における潰瘍性大腸炎 UC へのウステキヌマブ UST 治療の実際  
大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀
52. Tofacitinib 加療中に消化管穿孔を発症した寛解期潰瘍性大腸炎の 1 例  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○鴫田 正樹, 加藤 真吾, 田川 慧, 岸 寛士  
内田 信介, 山鹿 渚, 増渕 悟志, 鈴木 一世  
寺田有一郎, 高橋久一郎, 酒井 駿, 田中 孝幸  
加藤 秀輔, 中川 慧人, 内田 党央, 須田健太郎  
寺井 悠二, 大塚 武史, 岡 政志, 名越 澄子
53. 潰瘍性大腸炎加療中にアザチオプリンによる薬剤性睥炎を発症した 1 例  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○中村 円香, 宮崎 亮佑, 山崎 雄介, 酒寄 千晶  
菊池伊都香, 古守知太郎, 石川 将史, 澤田 亮一  
櫻井 俊之, 猿田 雅之
54. Ustekinumab 加療中に消化管穿孔を発症した全大腸炎型潰瘍性大腸炎の 2 例  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○岸 寛士, 加藤 真吾, 田川 慧, 内田 信介  
山鹿 渚, 鴫田 正樹, 増渕 悟志, 鈴木 一世  
寺田有一郎, 高橋久一郎, 酒井 駿, 田中 孝幸  
加藤 秀輔, 中川 慧人, 内田 党央, 須田健太郎  
寺井 悠二, 大塚 武史, 岡 政志, 名越 澄子
- (12) 一般演題(下部消化管 2) 16:25~16:55 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 宮崎 亮佑
55. 動眼神経麻痺を契機に診断された S 状結腸癌の 1 例  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○芳賀 将輝, 西村 尚, 岡本亜里紗, 神谷 昂汰  
三國 隼人, 石川 将史, 澤田 亮一, 猿田 雅之
56. 進行大腸癌発見までの内視鏡検査に関するレトロスペクティブな検討  
町田市市民病院 消化器内科 ○山住 諭史, 和泉 元喜, 益井 芳文, 谷田恵美子  
伊藤 綾香, 山下 悟史, 長谷川雄大, 大谷 知弘  
鈴木 瞳

57. 女性の大腸内視鏡に対する心理的ハードルの検討

町田市市民病院 消化器内科 ○長谷川雄大, 鎌田 峻司, 鈴木 瞳, 大谷 知弘  
山住 諭史, 山下 悟史, 伊藤 綾香, 谷田恵美子  
益井 芳文, 和泉 元喜

58. O157LPS 抗体が腸管出血性大腸菌感染症の診断に有用であった1例

さいたま市立病院 消化器内科 ○菅原 美咲, 山本 傑, 牟田口 真, 町田 健太  
西尾 恵, 星 瞳, 瀧本 洋一, 三浦 邦治  
金田 浩幸, 金子 文彦, 加藤まゆみ

59. 当院における Stage IIIb 結腸癌に対する術後補助化学療法の現状と予後評価

上福岡総合病院 外科 ○松下 典正, 椎原 正尋, 日比 康太, 須藤 泰裕  
窪田 猛, 大杉 治司, 井上 達夫

(13) 一般演題(肝) 16:55~17:25 座長 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 増崎 亮太

60. 偶然発見された肝内びまん性動静脈短絡の2例

東急株式会社 東急病院 消化器・肝臓内科 ○齋藤 恵介, 梶原 幹生, 中野 春菜, 吉田沙佑美  
有廣 誠二  
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之  
東急株式会社 東急病院 消化器・肝臓内科  
鉄鋼ビル丸の内クリニック 荒井 吉則

61. 先天性門脈体循環シャントに併発した多発肝腫瘍の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○福田 智史, 長谷川直之, 新里 悠輔, 遠藤 壮登  
瀬尾恵美子, 土屋輝一郎  
同 放射線診断・IVR科 森 健作  
同 診断病理学部門 病理診断科 河合 瞳, 坂本 規彰, 松原 大佑

62. 難治性肝性脳症に対し肝内門脈肝静脈シャントを経静脈的コイル塞栓した一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科 ○増渕 悟志, 細見英里子, 鴫田 正樹, 寺田有一郎  
鈴木 一世, 岸 寛士, 高橋久一郎, 酒井 駿  
内田 信介, 田中 孝幸, 田川 慧, 加藤 秀輔  
中川 慧人, 山鹿 渚, 内田 党央, 岡 政志  
名越 澄子  
同 放射線科 友金 佐光, 宮崎 将也  
同 高度救命救急センター 今本 俊郎

63. アルコール性肝硬変から肝内門脈血栓症を発症し肝不全に至った1例

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

64. III度熱中症に合併し支持療法で軽快した急性肝不全の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○田村 幸, 木下 勇次, 中川 千夏, 上田 薫  
佐伯 千里, 及川 恒一, 猿田 雅之  
同 腎臓・高血圧内科 亀島佐保子, 宮崎 令奈, 菅野 直希

(14) 一般演題(肝・胆・膵) 17:25~17:55 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 赤須 貴文

65. 治療前血清オステオポンチン高値は切除不能進行肝細胞癌患者に対するアテゾリズマブ+ペバシズマブ併用療法治療効果不良予測因子となりうる

国立国際医療研究センター 肝疾患研究部 ○由雄 祥代, 美野 正彰, 松田 道隆, 青木 孝彦  
嘉数 英二, 考藤 達哉

66. ペムブロリズマブが奏効した TMB-High 胆嚢癌の 1 例

高崎総合医療センター 消化器内科 ○上原 早苗, 長沼 篤, 古市 望, 古澤 愛  
鏑木 琢也, 成清 弘明, 都丸 翔太, 佐野 希望  
鈴木 悠平, 増田 智之, 星野 崇, 安岡 秀敏  
柿崎 暁

67. EUS-HGS 後に遅発性の仮性動脈瘤破裂を来した 1 例

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

68. ペムブロリズマブ投与中に発症した irAE 膵炎の 1 例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○菊地伊都香, 赤須 貴文, 宮西麻美菜, 田村 幸  
古守知太郎, 木下 勇次, 中野 真範, 鳥巢 勇一  
猿田 雅之

東京慈恵会医科大学附属病院 内視鏡部 島本 奈々, 阿部 孝広, 千葉 允文, 加藤 正之

69. 膵癌の病理学的確定診断において肝胃瘻孔部からの新規デバイスを用いたアプローチが有効であった一例

藤沢市民病院 消化器内科 ○相馬 亮, 合田 賢弘, 野崎 公雄, 小俣亜梨沙  
石川俊太郎, 春山 芹奈, 中村 洋介, 比嘉 愛里  
近藤 新平, 林 公博, 福地 剛英, 安藤 知子  
岩瀬 滋

横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科	内田 義人
東京医科歯科大学 光学医療診療部	勝田 景統
東邦大学医療センター 大橋病院 消化器内科	日原 大輔

(15) 専攻医Ⅹ(腓) 8:15~8:45 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 木下 勇次

### 70. 膵粘液性嚢胞腫瘍との鑑別が困難であった膵内副脾に発生した epidermoid cyst の1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○友近 瞬, 落合 一成, 澁田 秀則, 山田 貴大  
川本 翔, 神林 孔明, 野坂 岳志, 権藤 興一  
渡邊 俊介, 土岐 真朗, 久松 理一  
同 消化器・一般外科 百瀬 博一, 松木 亮太, 小暮 正晴, 鈴木 裕  
阪本 良弘  
同 病理学教室 磯谷 一暢, 林 玲匡, 柴原 純二

### 71. 若年女性に認められた膵腺房細胞癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○足立 駿祐, 太田 寛人, 赤澤 陽一, 上山 浩也  
藤澤 聡郎, 石川 大, 内山 明, 深田 浩大  
永原 章仁, 池嶋 健一, 伊佐山浩通  
同 病理診断科 福村 由紀, 八尾 隆史

### 72. 膵仮性嚢胞が門脈瘻を形成し、門脈内が広範に膵液に置換、さらに肝実質へも穿破した1例

三井記念病院 消化器内科 ○古要 優樹, 阿部 敏明, 中原 建徳, 北村 友里  
竹熊 勇登, 貝發 美香, 佐藤 公紀, 近藤真由子  
高木 馨, 小島健太郎, 関 道治, 戸田 信夫

### 73. 結核との鑑別を要する IgG 4 関連呼吸器疾患を合併した自己免疫性膵炎の1例

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

### 74. 診断に難渋した膵リンパ上皮嚢胞の1例

船橋市立医療センター 消化器内科 ○小関 悠介, 小林 照宗, 木村 恵, 根本 裕貴  
大橋 拓也, 藤井 渚夕, 笠松 伸吾, 石井 清文  
東郷 聖子, 関 厚佳, 安藤 健, 水本 英明

(16) 専攻医ⅩI(腓・その他) 8:45~9:21 座長 自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 五家 里栄

### 75. 高トリグリセリド血症による重症急性膵炎の一例

国家公務員共済組合 横須賀共済病院 消化器内科 ○芦川 智久, 横堀 将一, 佐藤 陽香, 中野 悠  
普天間朝久, 江川 隆英, 金子 由佳, 田中 志尚  
金城 美幸, 小馬瀬一樹, 田邊 陽子, 渡辺 秀樹  
新井 勝春, 鈴木 秀明

76. 遊走脾により脾捻転症を起こした一例

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

77. 門脈血栓症にt-PA とアピキサバン投与が有効であった一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○品川 希帆, 酒井 英嗣, 本多 悠, 伏見 光  
目黒 公輝, 高井 佑輔, 岩崎 暁人, 清水 智樹  
真田 治人  
同 放射線診断科 谷 一郎, 廣石 篤司  
同 脳神経内科 山下亮太郎

78. 好酸球増多症に伴う上腸間膜静脈血栓症により小腸壊死に至ったが救命しえた1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○渡邊 沙希, 目時加奈恵, 吉野 耕平, 先田 信哉

79. 下腹部痛を呈し卵巣内膜症性嚢胞出血の診断に至るまでに難渋した一例

共済病院 消化器内科  
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○小島 柊  
共済病院 消化器内科 石田 茂夫, 佐藤 杏美  
同 婦人科 本松 茂, 布施 彩  
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 佐々木吾也, 高橋 裕子, 三浦 孝也, 眞嶋 浩聡

80. 左外傷性横隔膜ヘルニアを原因とする腸閉塞の1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化管外科 ○蛭間 善章, 増田 隆洋, 佐藤 和秀, 高橋 慶太  
原 圭吾, 黒河内喬範, 宇野 耕平, 藤崎 宗春  
谷島雄一郎, 矢野 文章, 衛藤 謙

(17) 研修医 I (上部消化管) 9:26~9:50 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 高山 敬子

81. 嘔吐後に右背部痛を呈した特発性食道穿孔 (Borhaave 症候群) の一例

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野  
同 外科学系 消化器外科学分野 ○神足佐和子  
同 内科学系 消化器肝臓内科学分野 高須 綾香, 山田 優紀, 小西 彩, 野田 泰弘  
岩男 彩, 後藤田卓志, 木暮 宏史  
同 外科学系 消化器外科学分野 岩田 亮平, 萩原 謙, 山下 裕玄

82. 壁細胞優位の胃底腺型胃癌の一例

新東京病院 消化器内科 ○十日市悠河, 外山 雄三, 小森那々子, 前田 元  
下井 銘子, 小玉 祐, 西澤 秀光, 溝上 裕士  
浅原 新吾, 長浜 隆司, 青沼 映美

83. アレクチニブが奏効した ALK 融合遺伝子陽性十二指腸癌の1例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科 ○井坂 佑莉, 佐々木昭典, 本村 康明  
同 病理診断科 齊藤 啓  
国立がん研究センター中央病院 臨床研究支援室 安藤 弥生  
国立がん研究センター東病院 消化管内科 中村 能章

84. 胃原発の T 細胞性リンパ腫が横行結腸と瘻孔を形成した一例

防衛医科大学校病院 消化器内科 ○池田 瞭, 植田 浩貴, 大黒 拓磨, 武川 舞子  
平田 大, 綾木 花奈, 田原 寛之, 吉留 佑太  
富岡 明, 成松 和幸, 東山 正明, 高本 俊介  
富田 謙吾, 穂苺 量太

(18) 研修医Ⅱ(下部消化管) 9:50~10:14

座長 原町赤十字病院 内科 高橋 和宏

85. 腸管狭窄症状で発症した 20 代の原発性小腸癌の一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○岡 瑛子, 杉山 勇太, 河本 亜美, 竹中 健人  
小林 正典, 金子 俊, 村川美也子, 朝比奈靖浩  
岡本 隆一  
同 光学医療診療部 日比谷秀爾, 福田 将義, 大塚 和朗  
同 大腸・肛門外科 小田 豊土, 岩田乃里子

86. 妊娠中期に発症した癒着性腸閉塞に対し腸閉塞解除術を行った 1 例

東京慈恵会医科大学附属病院 外科学講座 下部消化管外科 ○中島 啓人, 今泉 佑太, 岡本 敦子, 中野 貴文  
高田 直樹, 菅野 宏, 武田 泰裕, 大熊 誠尚  
小菅 誠, 衛藤 謙

87. 特発性腸間膜血腫に対し動脈塞栓術にて手術を回避し得た 1 例

総合東京病院 外科 ○中島 滉一, 小林 康伸, 工藤 智大, 高橋 澄加  
貫野 宏典, 平野 純, 羽生 信義

88. 脊髄損傷患者に対する S 状結腸癌術後に麻痺性イレウスと誤嚥性肺炎を認め死亡に至った一例

昭和大学 江東豊洲病院 医師臨床研修センター ○須郷加奈子, 面高 俊介  
同 消化器センター 若生 彩佳, 道端浩三郎, 岡野 貴彦, 西林 奈保  
笠木 紳矢, 酒井 透, 高野 弓加, 徳永 良太  
小城原 傑, 田邊 太朗, 磯崎 正典, 松尾 海  
保母 貴宏, 鬼丸 学, 出口 義雄, 横山 登  
井上 晴洋  
同 臨床病理診断科 南雲 佑

(19) 研修医Ⅲ(肝) 10:14~10:44

座長 北里大学医学部 消化器内科学 井廻 佳菜

89. COVID-19 後遺症のフォローで偶発的に発見された肝類上皮血管内皮腫の一例

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター ○吉枝 利恭  
同 肝胆膵消化器病学 野上 麻子, 岩城 慶大, 小林 貴, 米田 正人  
齊藤 聡, 中島 淳  
同 臨床腫瘍科 小林 規俊  
同 病理診断科 原田丈太郎, 伊藤 絢子, 藤井 誠志  
同 放射線診断学 竹内 結花, 松下彰一郎  
同 がんゲノム診断科 加藤 真吾  
同 臨床検査部 桐越 博之



90. 術前腫瘍生検で診断されたが腹膜播種が出現した肝血管肉腫の一切除例

東京大学 医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○南 知里, 早阪 誠, 市田 晃彦, 佐々木 脩  
高山 真秀, 箱田 浩之, 河口 義邦, 赤松 延久  
金子 順一, 長谷川 潔  
同 病理部 阿部 浩幸  
同 放射線科 渡谷 岳行

91. 門脈腫瘍栓を伴う肝内胆管癌に合併した胃静脈瘤破裂に対して内視鏡的止血術が奏効した一例

獨協医科大学内科学 (消化器) 講座 ○小島 美優, 福士 耕, 大池 研, 稲葉 航平  
永島 一憲, 阿部 洋子, 有阪 高洋, 飯島 誠  
郷田 憲一, 入澤 篤志

92. 繰り返すストーマ静脈瘤出血に対し経皮経肝の静脈瘤塞栓術を施行した1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○大平隆太郎, 玉田 健次, 中塚 拓馬, 建石 良介  
藤城 光弘  
同 放射線科 柴田 英介, 高尾 英正

93. 肝機能障害を契機に診断された三日熱マラリアの一例

佐野厚生総合病院 初期臨床研修医 ○青柳裕太郎  
同 消化器内科 北川 清宏, 村田 祥磨, 生形 晃男, 鍛冶場 寛  
野田まりん, 久武 祐太, 東澤 俊彦, 関根 忠一  
岡村 幸重

(20) 研修医Ⅳ(胆・膵) 10:44~11:14 座長 東京女子医科大学 消化器内科 大塚 奈央

94. 閉塞性黄疸を来し胆管癌との鑑別を要したサルコイドーシスの一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○藤吉 朋子, 入江 邦泰, 佐藤 博紀, 鈴木 悠一  
池田 礼, 池田 良輔, 佐藤 健, 金子 裕明  
前田 慎  
同 病理診断科 松村 舞依, 山中 正二

95. 胆管癌の化学療法中に発症したニューモシスチス肺炎の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○都築 諒, 井上 薫, 福田麟太郎, 伊藤由紀子  
北原 愛弓, 高橋健太郎, 鈴木 裕史, 山本 信三  
内野 康志, 谷口 博順, 吉田 英雄  
同 呼吸器内科 坂本 慶太, 出雲 雄大

96. 肝内穿破を合併したと考えられる黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○落合 紗雪, 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

97. 急性膵炎に劇症1型糖尿病と心筋症を合併した一例

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医 ○並木 貴宏, 山根 成章  
日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 齋藤 圭, 岡田 侑大, 國吉 宣行, 野村 舟三  
藤澤真理子, 木暮 宏史  
同 糖尿病代謝内科学分野 星野慶次郎, 小須田 南, 石原 寿光

98. スルファメトキサゾール・トリメトプリム再投与により診断に至った薬剤性膵炎の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○中井 優作, 三枝慶一郎, 三宅 広晃, 今村 俊輔  
田口 佳光, 林 智康, 横山 歩, 田沼 浩太  
岸野 竜平, 中澤 敦  
同 腫瘍内科 小倉 望, 星野 舞, 船越 信介

(21) 研修医V(膵) 11:14~11:38 座長 東京大学医学部附属病院 外来化学療法部(消化器内科) 石垣 和祥

99. 診断に苦慮した膵多血性腫瘍の一例

東京歯科大学 市川総合病院 臨床研修管理部 ○酒井 冨南  
同 外科 小泉 亘, 瀧川 穰, 杉山 祥基, 河合 佑子  
神谷 諭, 小野 滋司, 浅原 史卓, 和田 徳昭  
松井 淳一, 長谷川博俊  
同 臨床検査科 佐々木 文

100. PARP 阻害剤が奏功した BRCA 遺伝子病的バリエントを有する膵頭部癌の一例

千葉県がんセンター 初期研修医1年 消化器内科 ○藤里 雅史  
同 消化器内科 喜多絵美里, 竹内 良久, 三浦 義史, 須藤研太郎  
中村 和貴, 石井 浩, 傳田 忠道

101. 超音波内視鏡にて診断し手術加療を行ったインスリノーマの一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○瀬戸恵美子, 阿川 周平, 品川 悠人, 嶋津 由香  
中込 峻, 中村 拳, 恩田 毅, 田邊 智英  
植木 信江, 二神 生爾

102. 急性膵炎に合併した皮下結節性脂肪壊死症の1例

日本鋼管病院 臨床研修センター ○矢加部 碧  
同 消化器内科 瀨上 綾子, 吉村 翼, 渡部 和気, 石田 典仁  
渡邊 勝一, 大場 悠貴, 佐藤 知己, 市川 武

(22) 研修医VI(膵・その他) 11:38~12:02 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 大山 広

103. SCN 様の非典型的画像所見を示した通常型膵癌の切除例、または A case of resected pancreatic cancer with atypical imaging findings that resembles SCN

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 ○鍋島 優香, 三原 史規, 吉崎 雄飛, 中村 真衣  
稲垣 冬樹, 竹村 信行, 國土 典宏  
同 外科 野原 京子, 北川 大, 清松 知充, 山田 和彦

104. 膵原発肝様癌に対して放射線治療とレンパチニブにて治療した1例

順天堂大学練馬病院 消化器内科 ○松下 真弓, 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, 松本 俊治

105. 高トリグリセリド血症による重症急性膵炎に対しインスリン、ヘパリンにて治療効果を認めた一例

藤沢湘南台病院 消化器内科 ○濱崎 浩平, 中村 裕佳, 勝尾 千尋, 堀 恭樹  
乾 麻美, 山本 敦史, 杉本 祐一, 松浦 哲也  
大熊 幹二, 松田 玲圭  
同 内分泌代謝科 鈴木 陽一

106. 緩徐な増大傾向を示した大網原発神経鞘腫の1例

東京慈恵会医科大学附属病院 研修医1年目 上部消化管外科 ○林本 拓也  
同 外科学講座 上部消化管外科 宇野 耕平, 佐藤 和秀, 高橋 慶太, 原 圭吾  
増田 隆洋, 黒河内喬範, 藤崎 宗春, 谷島雄一郎  
矢野 文章

(23) 一般演題(膵) 12:02~12:20 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 西村 尚

107. 新型ダイレーターにより膵管ステントを留置できた慢性膵炎急性増悪の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○高橋 知也, 大山 広, 關根 優, 山田 奈々  
遠山 翔大, 杉原 地平, 大内 麻愉, 菅 元泰  
永蔭 裕樹, 飯野陽太郎, 高橋 幸治, 日下部裕子  
沖津恒一郎, 大野 泉, 加藤 直也

108. 局所進行切除不能膵鉤部癌に対し化学療法およびナノナイフ治療により conversion surgery を施行し得た一切除例

防衛医科大学校病院 外科学講座3 肝胆膵外科 ○中沢 祥子, 假屋 理沙, 大野 博貴, 恒成 崇純  
永生 高広, 岸 庸二

109. 膵臓癌における F-CAR による予後予測に関する検討

東京慈恵会医科大学附属病院 肝胆膵外科 ○丹治 芳明, 春木孝一郎, 古川 賢英, 白井 祥睦  
五十嵐陽介, 恩田 真二, 恒松 雅, 坂本 太郎  
後町 武志, 池上 徹

## 2023・2024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
374	安田 宏 (聖マリアンナ医科大学 消化器内科)	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
378	加藤 広行 (桐生厚生総合病院)	2024年 2月17日(土)	東京 海運クラブ	10月25日～ 11月29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)	WEB開催	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 シエンバugh・サポー	未定

### 次回(第374回)例会のお知らせ

期 日：2023年4月22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の感染状況によっては特別措置を講じたハイブリッド開催(座長・評価者・演者は会場参加とする)に変更となる可能性がございます。

特別講演：「肝炎・肝がんにおけるラミニン $\gamma$ 2単鎖発現の意義」

演者：金沢大学医薬保健研究域医学系 消化器内科学 教授

山下 太郎

司会：聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授

安田 宏

ランチョンセミナー：「実践胃カメラ ポスト*H.pylori*時代の上消化管内視鏡診断

～逆流性食道炎に対するP-CABの治療戦略～

演者：順天堂大学 消化器内科学 准教授

上山 浩也

司会：聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授

前畑 忠輝

当番会長：安田 宏(聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge374kanto@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 短期間に食道胃接合部通過障害 (EGJOO) から食道アカラシアへと進展した一例

日本医科大学 消化器内科学  
六郷貴裕, 川見典之, 門馬絵理, 星川吉正, 星野慎太郎,  
岩切勝彦

症例は77歳、男性。20XX年10月よりつかえ感を認め他院受診後当院紹介となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では食道に異常収縮を認めたが食道胃接合部 (EGJ) は時折伸展し観察ができた。食道造影は食道の極まれ収縮やバリウムが口側に逆流するエレベーター現象がみられた。High-resolution manometry (HRM, Star medical社製のStarlet使用) を施行したところ下部食道括約筋 (LES) 弛緩の指標である integrated relaxation pressure (IRP) 中央値が35.3mmHgと上昇し、200mlの連続水嚥下を行う Rapid drink challenge で食道内圧の上昇が認められLES弛緩不全が確認された。しかし、時折正常の食道蠕動波がみられたため食道アカラシアの診断基準は満たさず、HRMによる食道運動障害分類であるシカゴ分類ver4.0における食道胃接合部通過障害 (EGJ outflow obstruction: EGJOO) と診断した。Ca拮抗薬などの薬物療法で経過をみていたが、初回HRMの2ヵ月後に再度HRMを施行したところ、食道蠕動運動の消失と食道全体に圧上昇がみられ、シカゴ分類 Type IIの食道アカラシアへと変化していた。さらにその1ヵ月後に施行したHRMでは食道体部に同期性の異常強収縮を認め、Type IIIの食道アカラシアへと変化を認めた。薬物療法で症状の改善が得られず、経口内視鏡的筋層切開術 (POEM) を施行した。POEMでは食道の強収縮部位 (切歯30~45cm) と胃側2cmまでの筋層切開を施行した。術後はつかえ感の改善、食道造影ではバリウム通過の改善、HRMでは食道の異常強収縮は消失しIRP中央値は21.8mmHgと低下した。POEM後の内視鏡検査ではLA分類grade Aの逆流性食道炎を認めたものの術前にみられた食道の異常収縮はなくEGJの伸展もみられた。EGJOOは薬物療法で経過観察可能な症例が多いが、一部食道アカラシアへと進展する症例もある。本症例は3ヵ月と短期間の間にEGJOOからType II食道アカラシア、Type III食道アカラシアへと変化がみられ、食道運動障害の病態や原因を考える上で興味深い症例であったため、文献的考察を加えて報告する。

EGJOO, 食道アカラシア

# 2 食道扁平上皮癌治療切除後の局所再発に対し根治的 化学放射線療法が有効であった一例

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>  
宮本東季<sup>1)</sup>, 原田健太郎<sup>1)</sup>, 三田千香子<sup>1)</sup>, 塩路彩子<sup>1)</sup>,  
佐藤紗弥香<sup>1)</sup>, 秋田義博<sup>1)</sup>, 小川まよい<sup>1)</sup>, 菅原一朗<sup>1)</sup>, 富田陽一<sup>1)</sup>,  
天野克之<sup>1)</sup>, 穂刈厚史<sup>1)</sup>, 猿田雅之<sup>2)</sup>

【背景】食道扁平上皮癌は根治切除後にも約50%の症例で再発を来すことが報告されており、再発診断からの生存期間中央値は5-10ヵ月と不良である。【症例】73歳、女性。既往歴は高血圧症、慢性腎臓病、アレルギー・家族歴に特記事項なし。喫煙歴は10本×50年間、飲酒歴は日本酒1合×50年間であり、食道癌と診断されてから禁酒・禁煙をしている。X-3年11月に胸部上部扁平上皮癌、0-IIa+IIc型、10mm大、予想深達度SM高度浸潤、cT1N0M0 stage I (UICC第8版) と診断し、X-2年1月に胸腔鏡腹腔鏡補助下食道亜全摘術、3領域郭清を行った。術後病理結果は扁平上皮癌、0-IIa型、sm3、pT1bN0M0 stage I であり、治癒切除だと判断した。以後外来で経過観察をしたが、X年6月のCT検査で左頸部リンパ節 (106recL) の腫大を認めた。再発診断時のPSは0であった。手術治療を検討したが、リンパ節近傍を血管が走行しており、切除は困難だと判断した。根治的な化学放射線療法を選択し、X年7月から5-FU+シスプラチン+放射線療法 (JCOG9906レジメン) を開始し、重篤な有害事象はなく治療を完遂した。X年10月に行った効果判定で、腫大したリンパ節は縮小化しており、完全奏功に至ると判断し、以後慎重に経過観察をしている。【考察】食道扁平上皮癌は、放射線療法に対する感受性の高さから、一括した放射線照射が可能な限局した領域に再発を来した場合には、根治を目的とした化学放射線療法の有用性が報告されている。本症例においても既報と同様に、良好な転機を得た。【結語】食道扁平上皮癌の治療切除後に局所再発を呈した症例に対し、根治的放射線療法を行い、完全奏功に至った症例を経験した。

食道癌, 化学放射線療法

# 3 早期診断と対応により化学療法継続が可能であった、自然発症型腫瘍崩壊症候群 (TLS) 併発の食道癌の一例

草加市立病院 消化器内科  
内田 仁, 渡辺 翔, 藤井亮輔, 宇賀美彩, 町田智世, 松川直樹,  
栗原正道, 矢内常人

【症例】61歳、男性  
【主訴】腰痛、嚥下困難  
【現病歴】X-1ヵ月から徐々に腰痛が増悪し、左下肢の運動感覚障害や嚥下障害も伴うようになった。X日に当科受診し、外来精査で食道扁平上皮癌cStage4 (多発肝転移・多発骨転移) と診断された。  
【臨床経過】X+14日、化学療法導入目的に入院とした。血液検査で尿酸とリンの高値を認め、Laboratory TLSの診断でアロプリノール・輸液負荷・利尿薬による保存加療を行いながらFP療法1クール目を施行した。Day4にクレアチニン値上昇を認めClinical TLSの診断に至ったが、加療奏功しDay7には軽快した。2クール目は腎機能障害が遷延したためシスプラチンを1段階減量投与としたところ、3クール目直前のDay32にTLS再燃を認めた。3クール目は再度保存加療を併用しながら、腎機能障害のためシスプラチンを2段階減量で投与した。2クール目にTLS発症が抑制できなかったことをふまえ、Day10にドセタキセルを上乗せし、DCF療法の形をとった。その後TLS再燃なく、4クール目に進むことができた。  
【考察】腫瘍崩壊症候群 (TLS) とは、大量の腫瘍細胞からカリウム・核酸・リン酸が全身循環中に放出された結果、不整脈や急性腎不全、中枢神経障害などを引き起こすものである。血液腫瘍疾患で発症する例が多く、固形癌では稀である。特に食道癌でTLSを併発したという既報は1例しか認めなかった。本症例では治療前LDHが著明高値だったこと、多発肝転移・多発骨転移のため腫瘍負荷が大きかったことからTLS発症リスクが高いと考え、早期介入につなげたことができた。TLS併発の食道癌において有効な化学療法を継続しえた貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

食道扁平上皮癌, 腫瘍崩壊症候群

# 4 超音波気管支鏡を用いた針生検により術後約40年経過した乳癌の食道転移と診断しえた食道狭窄の一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 消化管外科・一般外科<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>  
寺田有一郎<sup>1)</sup>, 村上三郎<sup>1)</sup>, 中川慧人<sup>1)</sup>, 須田健太郎<sup>1)</sup>, 大塚武史<sup>1)</sup>,  
熊谷洋一<sup>2)</sup>, 松上千明<sup>3)</sup>, 岡 政志<sup>1)</sup>, 名越澄子<sup>1)</sup>

【背景】転移性食道腫瘍は稀であり、粘膜下腫瘍の形態をとるため診断に難渋することも少なくない。今回食道狭窄で発症し、超音波気管支鏡を用いた針生検で診断しえた、術後約40年経過した乳癌の食道転移と診断した症例を経験したため報告する。【症例】80歳代女性。嚥下障害を主訴に他院受診され、食道癌疑いで当院消化管外科紹介受診となった。CTで中部食道に腫瘤を認め、経鼻内視鏡を用いた上部消化管内視鏡検査では切歯23-27cmの中部食道に全周性狭窄を認めたが粘膜面に明らかな異常は認めなかった。粘膜下腫瘍が疑われ、超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) 目的に当科紹介となった。コンベックスEUSは狭窄を越えず病変の描出は困難であったため、超音波気管支鏡 (EBUS) 用のスコープに変更したところ狭窄部を超えることが可能であった。狭窄部に一致して22x 10mm大の低エコー腫瘤を認め、22G針で2回穿刺を行った。病理結果はCarcinomaで、免疫組織化学的にGATA3(+), ER(+), PgR (partially+), E-cadherin(-) であり乳癌 (小葉癌) の転移が疑われた。詳細不明だが40歳代に左乳癌に対して乳房部分切除の既往があり、最終的に乳癌食道転移と診断した。【結語】乳癌の食道転移は稀であり、さらに40年後に再発した症例は非常に稀である。また、本症例では高度狭窄のためEBUS用のスコープを用いてEUS-FNAを行った。手技上の工夫を含め、文献的考察を交えて報告する。

食道転移腫瘍, EUS-FNA

## 5 プデソニドの咀嚼内服が奏功した好酸球性小腸炎の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科  
藤井隆太, 豊永貴彦, 遠岡 惇, 澁谷尚希, 猿田雅之

【症例】68歳、女性。【主訴】腹部膨満、嘔吐。【現病歴】前日から腹部膨満と嘔吐を主訴に前医を受診し、腹部CTにて十二指腸水平部の壁肥厚と狭窄および口側腸管の拡張を指摘された。上部消化管内視鏡検査(EGD)では、十二指腸球部から下行脚に多発する不整形潰瘍を認めた。下痢や血便は見られず、大腸内視鏡検査では可視範囲内に異常所見を認めなかった。十二指腸下行脚および水平脚の狭窄のため固形食の摂取は困難であり、発症から22日目に、精査加療目的に当院へ転院となった。第3病日に行ったEGDでは前医同様の所見を認め、潰瘍辺縁の複数カ所から生検を施行にて、20/HPF以上の好酸球浸潤を認めた。第5病日に撮影したCT enterography(CTE)では、十二指腸下行脚から上部空腸まで連続する壁肥厚に加えて、十二指腸下行脚に約15cmに亘る全周性の狭窄を認めた。回腸から大腸において、明らかな異常所見は認めなかった。喘息の既往はなく、末梢血中の好酸球数増加は見られなかった。症状経過と内視鏡所見および病理組織所見から炎症性腸疾患は否定的であり、好酸球性小腸炎と診断した。第13病日より、プデソニド9mg/日の経口投与を開始した。病変部でプデソニドが放出されるように、カプセルをかみ砕いて内服するように指示した。プデソニド内服開始1週間後のEGD再検にて十二指腸潰瘍の改善を認め、2週間後のCTEにて空腸壁肥厚の改善を確認した。食事再開後も狭窄症状は見られず、第55病日に退院となった。【結語】十二指腸に狭窄を形成した好酸球性小腸炎の一例を経験した。十二指腸に潰瘍を形成する好酸球性消化管疾患は稀であり、プデソニドの咀嚼内服が奏功した貴重な一症例を文献的考察を加えて発表する。

好酸球性小腸炎, 十二指腸潰瘍

## 7 尿管癌を原発とする十二指腸転移に伴う出血に対し放射線治療にて止血し得た一例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科  
前田絳希, 藤本 洋, 三代 賢, 榊原和真, 相馬佑樹, 山口真裕美, 鈴木優仁, 太田貴寛, 岡田 舜, 早川貴真, 藤原 猛, 嶋田智樹, 桑田 潤, 紀 仁, 片山裕規, 玉野正也

【症例】86歳女性。【主訴】黒色便。高血圧、慢性心不全、慢性腎不全、気管支喘息、下肢静脈血栓症にて近医加療中の方。【現病歴】20XX年2月に右水腎症を前医で指摘され、当院泌尿器科にて右腎盂尿管癌と診断されたが、呼吸機能悪く、耐術能に乏しいと判断されたため緩和ケアの方針で加療中であった。20XX年7月より黒色便があり、貧血の進行を認めたため当科紹介受診となった。【経過】初療時にはHb 7.4 g/dlと貧血を認め、複数回輸血を行い貧血は改善した。第3病日に上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸下行脚に易出血性の隆起性病変を認めたため、転移性腫瘍を考え、同部位より生検を行った。食事再開後も貧血の進行や黒色便を認めず、第8病日に退院となった。病理診断では、免疫染色にて尿路上皮癌において特異的に発現するp63及びGATA3が弱陽性であり、粘膜下層とみられる間質内に異型多角形細胞の不整形胞巣が散見されており、尿管癌の十二指腸転移として矛盾しない所見であった。第30病日に全身倦怠感を認め当院外来受診、血液検査にてHb 5.8 g/dlと貧血を認めた。輸血の上、上部消化管内視鏡を再度施行したところ、既知の腫瘍病変からの出血を確認した。接触にて容易に出血し、持続的に出血していたことから、内視鏡的には止血し得ない状態と判断し、止血目的に放射線療法として20 Gyを5回で分割照射した。副作用なく照射終了し、食事再開後も貧血の進行や黒色便を認めず、第52病日に退院となった。その後は外来にて再出血なく経過している。【結語】尿路上皮腫瘍自体は再発、多発も多いが、十二指腸への尿路上皮癌転移は報告症例が少なく、貴重な一例を経験したため報告する。

尿管癌, 十二指腸転移

## 6 COVID-19罹患後、特徴的な胃十二指腸潰瘍を契機に診断したIgA血管炎の一例

東京通信病院 消化器内科  
林 猛志, 松井 徹, 手銭 悠, 佐藤ももか, 加藤知爾, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

【背景】2020年から始まった新型コロナウイルス(COVID-19)パンデミック以来、感染後に発症する自己免疫疾患が多く報告されるようになった。対象臓器に対するウイルスによる直接障害や免疫応答の結果と考えられているが、原因ははっきりとわかっていない。今回、COVID-19罹患後、特徴的な胃十二指腸潰瘍を契機に診断したIgA血管炎の一例を報告する。【症例】84歳女性、既往に高血圧症がある。1か月半前にCOVID-19(中等症)に罹患した。保存的に軽快したが、感染を契機にADLが低下し食欲も減退した。数日前から体動困難となり、救急搬送された。血液検査では腎障害と貧血を認めた。目立った身体所見は認めず、経口摂取不良による低栄養と脱水による腎障害と診断し加療目的に入院した。上部消化管内視鏡検査では胃穹窿部に耳介様周堤を有する潰瘍性病変を認め、十二指腸下行脚に全周性の地図状びらん・潰瘍を認めた。その後、下腿紫斑が出現したため、紫斑病も念頭に皮膚生検を施行し、IgA血管と診断した。腎障害はいったん改善したものの増悪し、IgAの血管炎の腎症と判断した。ステロイドパルス療法を施行し、上部消化管病変は改善した。【考案】IgA血管炎は先行感染を契機に発症することが多い。COVID-19罹患後、様々の抗体が産生されることが報告されており、本症例もCOVID-19が契機となってIgA血管炎を発症したのと考えられる。IgA血管炎としては稀な胃病変を呈しており、下肢の紫斑が診断の決め手となった。急速な腎障害を呈しており、通常のIgA血管炎とは異なる経過を得た可能性がある。

COVID-19, IgA血管炎

## 8 難治性の潰瘍で空腸穿孔を繰り返し、クローン病との鑑別に苦慮したガストリノーマの一例

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

【症例】53歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【病歴】20XX年に上部空腸穿孔を来し、ダブルバルーン小腸内視鏡検査(DBE)で非特異的腸炎の診断となり、保存的加療にて軽快した。2018年に再度空腸穿孔を来したためDBEを施行し、十二指腸球部～水平脚までの多発潰瘍を認めたことから小腸型クローン病の診断となった。ステロイド、インフリキシマブ、ウステキヌマブ等で治療を行ったが、イレウスを繰り返し、20XX+3年12月には再度空腸穿孔を起こしたため、空腸部分切除術を施行した。その後も潰瘍形成を繰り返し、20XX+5年10月には空腸吻合部に穿孔を起こした。12月の造影CTで十二指腸球部に粘膜下腫瘍を指摘され、血清ガストリン値が高値であることと合わせてガストリノーマの診断となった。オクトレオチド投与で治療を開始し、20XX+6年4月に幽門側胃切除術を施行した。病理組織検査でもガストリノーマに矛盾しない結果が得られ、手術後は潰瘍や腸管穿孔、イレウスは認めなくなった。【考察】初診時の小腸内視鏡で十二指腸球部～水平脚に縦走傾向の潰瘍が散見され、クローン病と考えて治療を継続したが、潰瘍は経過中に寛解・増悪を繰り返し、一時は穿孔を来す増悪した。本症例では20XX+5年12月のCTや内視鏡所見で十二指腸に粘膜下腫瘍が同定されて初めてガストリノーマを疑うこととなったが、クローン病治療に抵抗性の消化性潰瘍を認める場合は、ガストリノーマを鑑別疾患として、早期に血清ガストリン値を測定するべきである。

ガストリノーマ, 難治性潰瘍



東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>、  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>、  
中村光希<sup>1)</sup>、青木祐磨<sup>1)</sup>、古守 萌<sup>1)</sup>、森泉恵理<sup>1)</sup>、神谷裕孝<sup>1)</sup>、  
千葉紀人<sup>1)</sup>、橋本泰輔<sup>1)</sup>、岩下祐子<sup>1)</sup>、渡邊俊宗<sup>1)</sup>、中田達也<sup>1)</sup>、  
松本喜弘<sup>1)</sup>、内山 幹<sup>1)</sup>、猿田雅之<sup>2)</sup>

【症例】59歳男性。心窩部不快感を主訴に近医にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体上中部大弯全体を占拠するほどの赤色調ポリープが多発していた。生検病理では過形成性ポリープを主体に一部に胃底腺ポリープが混在していた。10年前の上部消化管内視鏡検査ではポリープは認めておらず、急速な増多のため精査加療目的に当院紹介となった。当初は*H. pylori*の感染を考えるも尿中抗体検査、便中抗原検査、尿素呼吸試験すべてにおいて陰性であった。その後、難治性逆流性食道炎での10年以上のプロトンポンプ阻害薬(PPI)の服用歴がわかり、二次性高ガストリン血症による胃過形成性ポリープと考え、PPIを中止した。その時点での血清ガストリン値は320 pg/mlであった。その後、胃粘膜保護剤のみで経過し、6ヶ月後には血清ガストリン値は93 pg/mlまで低下した。PPIの中止から1年後の上部消化管内視鏡検査では、過形成性ポリープはほぼ消失した。以後、当院に定期通院している。【考察】胃過形成性ポリープは、*H. pylori*感染による慢性炎症や*H. pylori*感染胃炎による高ガストリン血症が主な要因と考えられていたが、2010年以降、*H. pylori*未感染の胃過形成性ポリープが増えている。また、胃過形成性ポリープの有病率は、*H. pylori*の感染状況に関わらず、PPI非投与群と比較投与群で有意に高いという報告もある。本症例では、PPIにより酸分泌が抑制され胃内のpHが上昇したことで、ガストリン分泌が亢進し、過形成性ポリープの増殖に関与したと考えられた。

胃過形成性ポリープ、高ガストリン血症

帝京大学 医学部 内科  
山下麻由、本田 卓、曾根雅之、原田文人、田村大和、小田 実、  
櫻井美代子、駒崎伸伍、松本康佑、柳澤大輔、丸山喬平、磯野朱里、  
青柳 仁、三浦 亮、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

症例は42歳、男性。20XX年2月6日22時頃に、子供がコップの中に入れたキーホルダーを水と共に誤飲した。症状もなく排便の際に排出されると思い様子を見ていたが排出されず、20XX年2月15日に近医を受診した。腹部単純X線で心窩部に星形の異物を認めため、内視鏡的異物除去の適応と判断され当院に紹介受診となった。腹部単純CTを撮影すると、胃内に星形の異物を認め、同日緊急内視鏡を施行した。広口の透明フードを装着し挿入したところ、胃体下部に星形のキーホルダーを認めた。鱗口型鉗子にて異物を把持しキャップ内に引き込もうと試みたが、サイズが大きく異物全体をキャップ内に収納することが困難だった。そのため、食道粘膜を傷つけないよう慎重に異物除去を行った。異物回収後に再度内視鏡を挿入し、食道内に裂創や出血がないことを確認して処置を終了した。消化管異物は消化器内科医が比較的高頻度に遭遇する疾患の一つである。形状が鋭利な異物を摘出する場合、噴門部、食道生理的狭窄部(特に頸部食道)を通過する際に消化管壁を損傷する可能性があり、透明フード等の補助具を用いて鋭利な部分を引き込んでから回収する。本症例のように大きな異物では、異物の種類や形状、存在部位に応じて適切な器具を使う必要がある。今回貴重な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

異物摘出、内視鏡

JCHO 横浜中央病院 消化器・肝臓内科  
河田 洲、中河原浩史、井上隼輔、須澤綾友、芳賀大生、  
菊田大一郎、金子桂士、藤川博敏、桂 義久

【緒言】腹腔内デスマイド腫瘍は比較的稀な疾患のうえに、術前診断が困難であることが多い。今回胃癌術後に発症した腸間膜デスマイド腫瘍の症例を経験したので報告する。【症例】50歳代男性。X-9年より慢性B型肝炎で外来通院し、X-6年よりテノホビルジプロキシルフマル酸塩で加療していた。X-2年に胃体部後壁の低分化胃癌に対して、開腹胃全摘術および胆嚢摘出術で治癒切除した。X年に腹部超音波検査において、左総腸胃動脈近傍に20mm大の境界明瞭で内部均一な低エコー腫瘍を認めた。CT検査では境界明瞭な腫瘍を認め、造影で腫瘍は淡く均一に造影された。FDG-PET検査を施行したところ、腹腔内の腫瘍は淡いFDGの集積を認め、以上の結果からデスマイド腫瘍を第一に考え、鑑別診断にGastrointestinal stromal tumorなどの間葉系腫瘍を考慮した。生検などによる術前病理組織診断は播種の危険性を考慮し行わず、小腸部分切除術を施行した。腫瘍は小腸間膜にあり、病理組織ではHematoxylin Eosin染色で異型のない紡錘細胞と細胞間に増生する膠原繊維により構成されていた。免疫組織化学染色検査でc-kit陰性、CD34陰性、S-100蛋白陰性であり、β-cateninの核陽性所見や腸間膜への浸潤性発育から腸間膜デスマイド腫瘍の診断した。【考察】本症例は腹部手術歴があることやFDG-PETの淡い集積が認められるなど、術前検査でデスマイド腫瘍を示唆する所見が確認された。しかし播種リスクも考慮すると術前組織診断は困難であり、外科と連携しながら診断的切除適応の症例と考えられた。

デスマイド腫瘍、胃癌術後

東京都多摩総合医療センター 消化器内科  
秋山 淳、山崎友裕、横田拓也、竹田安里彩、徳田 萌、浜村亮輔、  
斎藤一真、富野琢明、井村里佳、周東万里恵、山下 萌、山城雄也、  
飯岡悠子、吉岡篤史、三浦夏希、下地耕平、中園綾乃、井上 大、  
堀家英之、並木 伸

【症例】80歳代男性。胃癌cStageIVに対して20XX年6月にSOX療法を導入した。7月にニボルマブを追加して1回投与後、薬疹を認め中止しSOX単独で再開した。9月に15回/日の下痢(CTCAE v5 grade3)を認め入院となった。造影CT撮影では全結腸に浮腫を認め、第4病日に施行した下部消化管内視鏡検査では腸管粘膜は浮腫状、易出血性でびらんが散見され、偽膜や打ち抜き潰瘍像などは認めず免疫関連有害事象(immune-related adverse events: irAE)による腸炎を疑った。PSL投与を検討したが第5病日に便検査でClostridioides difficile (CD) 抗原が陽性のためCD腸炎を否定できず、メトロニダゾール(MNZ)1500mg/dayの内服を開始した。一時下痢は3回/日まで改善したが再度増悪し、第9病日バンコマイシン(VCM)0.5g/dayに変更したが改善なかった。サイトメガロウイルス(CMV)抗原(C7-HRP)陽性のためCMV腸炎も否定できず第8病日にガンシクロビル300mg/dayの投与も開始した。その後生検病理結果で好中球の上皮内浸潤、陰窩膿瘍や陰窩上皮のアポトーシスを認め、核内封入体は認めずirAE腸炎と診断した。第15病日にPSL1mg/kg/dayの内服を開始した。その後便回数は著明に低下し、第22病日にはPSL0.6mg/kg/dayまで漸減し退院した。【考察】irAE腸炎の診断においてはPSL導入前の感染症の除外が課題となる。本症例では抗がん剤治療中で易感染性宿主であったと考える。CMV感染症の中で腸炎はCMV抗原の偽陰性も多いと言われていたが本症例は陽性であったため、生検病理結果で核内封入体の存在を否定するまではCMV腸炎は除外できなかった。またCD腸炎に関しては抗生剤使用歴もないがMNZで一時的な効果を認め、かつ便培養検査でCDトキシン陽性であったことから腸炎に関与していたと考える。しかし再増悪後はVCM変更後も改善なく、PSL投与開始後に著明に改善したことから今回の病態の首座はirAE腸炎であると考える。今回我々は感染の除外に苦慮したirAE腸炎の症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

免疫関連有害事象、大腸炎

5-ASA不耐およびTofacitinibを含む多剤抵抗性潰瘍性大腸炎に5ASA脱感作およびJAK阻害薬へのスイッチが有効であった一例

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

症例は30歳台男性。主訴は血便。20XX-7年から時々血便を自覚していた。20XX-5年に血便が増し近医で大腸内視鏡を施行され、直腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。MMX型メサラジン放出調節薬4800mgを開始されたところ胸痛、頸部痛、腰痛、39度の発熱、胸部X線で両側胸水を認め当院に紹介された。DLST(-)であったが5-ASA関連胸膜炎を疑った。中止により解熱し、胸水は改善した。時間依存型メサラジン製剤を開始したところ発熱したため入院となった。メサラジン製剤を中止しステロイド注腸、Azathiopurine(AZA)を開始した。大腸内視鏡では左側大腸炎型に進展していた。頸部痛は強直性脊椎炎、腰痛は仙腸骨炎またはIBD関連関節炎と診断された。AZA、ブデソニド注腸フォーム、セレコキシブの投与で症状は改善し退院した。退院後数週間の上腹部痛・背部痛、P-AMYの上昇を認め急性膵炎の診断で入院となった。AZAによる薬剤性急性膵炎と診断し、AZAを中止し、PSL20mgを開始し改善した。PSLを漸減したところUCの増悪を認め入院となった。ステロイド依存性と診断し、Golimumabを投与した。血便の改善を認め退院した。20XX-1年にストレスを契機に10回/日の血便を自覚し入院となった。IFX、Tofacitinibが無効でTacrolimusを開始した。外来でTacrolimusを減量中に再燃し20XX年入院した。Vedolizumabは無効、Ustekinumabで軽度改善するも経過中に血便の増悪を認めた。Filgotinibを開始し、臨床的改善を認めるも血便は残存した。pH依存型メサラジン製剤の脱感作を施行し2000mgまで増量したところ血便が消失した。5-ASA不耐および多剤抵抗性潰瘍性大腸炎症例が増加しておりJAK阻害薬スイッチに5ASA脱感作療法のコンビネーションも治療選択の一つとなり得ることを経験したので文献的考察を含め報告する。

JAK阻害薬, 5ASA脱感作療法

クローン病に直腸尿道瘻を合併した1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科  
山下直哉, 辰巳健志, 黒木博介, 小原 尚, 小金井一隆, 杉田 昭, 斎藤紗由美

36歳男性。20XX-19年に痔瘻、肛門周囲膿瘍の既往がある。20XX-15年にクローン病と診断、治療が開始されたが、通院を自己中断していた。20XX-5年に腹痛が増強し、回腸末端部の活動性病変と骨盤内膿瘍を認め、回腸部分切除術が施行された。痔瘻に対し、20XX-4年2月にseton法と切開排膿が施行された。その後、通院を中断し、20XX-4年12月に小腸穿孔、腹膜炎で、小腸部分切除術が施行され、入院中に吻合部が穿孔し、小腸人工肛門が造設され、翌年に人工肛門は閉鎖された。その後は栄養療法、adalimumab、経口budesonideで治療され、炎症反応が高値であったが、上記治療が継続された。20XX年9月、腹痛や一日20回の水様下痢が出現し、経口摂取不良で、前医に入院した。入院時の下部消化管内視鏡検査で、潰瘍を伴う肛門狭窄があり、細径内視鏡でS状結腸まで観察し、同部に潰瘍を認めた。prednisolone投与で腹部症状は改善した。MRIで直腸と尿道の瘻孔形成が疑われ、再度施行した内視鏡検査では肛門狭窄が進行し、内視鏡が通過せず、狭窄部からの造影で尿道が造影された。手術目的に当科に転院した。入院後の注腸造影、膀胱造影では、尿道瘻は確認できなかったが、肛門管の高度狭窄と前壁に造影剤の突出があり、病変部切除の方針とした。術中、肛門管前壁に瘻孔を認めたが、尿道への交通は明らかではなく、S状結腸に約10cmの狭窄を認め、同部を含め、直腸切断術を施行した。肛門管からの瘻孔部は周囲組織で被覆し補強した。切除標本の肉眼所見では、肛門管に高度な狭窄と潰瘍を認め、前壁側に瘻孔を認めた。病理組織診断でS状結腸に肉芽腫とリンパ球の集積を認め、軽度の活動性を示すクローン病の所見があり、肛門狭窄部も同様の所見で、高度の線維化を認めた。術後経過は順調で、13日目で留置した尿道カテーテルの抜去時に施行した造影で尿道瘻はなく、性機能障害は認めない。クローン病に直腸肛門瘻を合併し、長期経過した男性症例では自覚症状がなくても尿道瘻を合併する可能性がある。原因であるクローン病病変の加療が必須であり、本例のように線維性狭窄の合併例では直腸切断術が必要と考えられた。

クローン病, 直腸尿道瘻

待機的腹腔鏡下手術が可能であった盲腸癌による成人腸重積の1例

国立病院機構 西埼玉中央病院 外科  
塩ノ崎元博, 河原秀次郎, 河合裕成, 日高 卓, 塚崎雄平, 平林 剛, 小村伸朗

症例は84歳の女性。貧血の精査・加療目的で他院より紹介された。既往歴として高血圧症、糖尿病、C型肝炎、両側乳癌手術を有していた。便潜血陽性であったため大腸内視鏡検査を施行したが、横行結腸に管腔をほぼ完全に占拠する腫瘍性病変がみられた。しかし内視鏡がその腫瘍占拠部位を通過できたため盲腸まで観察が可能であった。腹部CT検査では腫瘍性病変を先進部とする腸重積所見がみられたが、腸閉塞は来してなく、腹膜刺激症状もみられなかった。生検組織診断が高分化腺癌であったため待機的腹腔鏡下手術を予定した。腹腔鏡で腹腔内を観察すると横行結腸に腸重積がみられたが、小腸の拡張はみられなかった。手術は右半結腸切除術を腹腔鏡下に完遂できた。手術切除標本では、大きさ70mmの1型腫瘍が回盲弁近傍にみられ、この病変が先進部となって腸重積を呈していた。術後病理診断は、C, type1, 70×70mm, tub1>tub2, pT2, ly0, v0, n0, fstage1であった。術後4日目より食事を開始しその後とくに合併症がみられず順調に経過したため、術後11日目に軽快退院した。大腸癌による成人腸重積症例に対する緊急手術の適応については議論を要するところであるが、画像上腸重積と診断されても腹膜刺激症状が認められなければ緊急手術は必ずしも必要ではなく、待機的手術が可能であった症例を経験した。腹痛の増強や腹膜刺激症状を認めた時点で緊急手術を行うべきとも考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸重積, 盲腸癌

潰瘍性大腸炎 大腸全摘後の肛門管にメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患を発症した1例

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学  
伊藤健太, 田村優樹, 武波知彦, 糸井祐貴, 佐藤圭吾, 春日健吾, 橋本 悠, 田中寛人, 坂坂浩子, 栗林志行, 浦岡俊夫

【症例】40歳台男性。14年前に潰瘍性大腸炎(以下UC)を発症し、メサラジン、プレドニゾン、顆粒球除去療法、インフリキシマブにより治療されていたが寛解には至らなかった。内科的治療は困難であり、発症から10年後に大腸全摘・回腸囊肛門管吻合術(以下IACA)を施行された。以後は経過良好であったが、手術の4年後に血便が出現したため下部消化管内視鏡(以下CS)を施行した。大腸全摘後の肛門管に40mm大の潰瘍性病変を認め、病理組織学的にびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫を認めた。本症例はUCの経過中に間節リウマチも発症しメトトレキサート(以下MTX)などの免疫抑制薬により治療されており、MTX関連リンパ増殖性疾患(以下MTX-LPD)と診断した。MTXを休薬したことで血便は消失し、休薬から6週間後のCSで潰瘍の治癒を認めた。病理組織学的にも悪性リンパ腫の消失を確認し、以後は再発なく経過している。【考察】本邦におけるUCに対する基本術式の一つとしてIACAが挙げられるが、肛門管粘膜の一部温存されているためUCの炎症再燃や腫瘍が発生する可能性が指摘されている。実際に同部位から腫瘍が発生した報告も存在し、大腸全摘後であっても年1回程度の定期的な内視鏡検査が推奨されている。また、MTX-LPDはMTX投与中の患者に発生するリンパ増殖性疾患である。治療の第一選択はMTX中止で、約40%が自然退縮するとされている。1-2週間程度で改善傾向であれば経過観察とし、改善がなければ組織型に応じた化学療法を検討することとする。MTX-LPDが消化管に発生した報告は散見されるが、直腸肛門部では非常に稀である。MTXを使用している症例ではMTX-LPDの発症に注意する必要がある。

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患, 潰瘍性大腸炎



## 17 免疫チェックポイント阻害薬に抵抗性であった転移性大腸悪性黒色腫の1例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 皮膚科<sup>2)</sup>, 同 臨床腫瘍学講座<sup>3)</sup>, 同 病理診断科<sup>4)</sup>, 小野拓真<sup>1)</sup>, 山口和久<sup>1)</sup>, 荻野 悠<sup>1)</sup>, 志水陽介<sup>2)</sup>, 南雲秀樹<sup>1)</sup>, 小林康次郎<sup>1)</sup>, 松井哲平<sup>1)</sup>, 藤本 愛<sup>1)</sup>, 伊藤 謙<sup>1)</sup>, 和久井紀貴<sup>1)</sup>, 菊池由宣<sup>3)</sup>, 岡野直樹<sup>1)</sup>, 永井英成<sup>1)</sup>, 松田高久<sup>1)</sup>, 五十嵐良典<sup>1)</sup>, 密田亜希<sup>4)</sup>, 栃木直文<sup>4)</sup>, 渋谷和俊<sup>4)</sup>

【症例】60歳代男性。20XX年4月に右踵部の潰瘍のため当院皮膚科に受診した。悪性黒色腫の診断にて原発巣拡大切除術が行われ、最終診断は悪性黒色腫 pT4bN0M0 Stage IIc であった。その後はCT、PET検査で経過観察していたが、20XX+2年のPET-CT検査で右鼠径部のリンパ節への転移再発を認めた。20XX+2年11月から同部位に対して放射線治療後にペムブロシマブの投与を2クール施行したが、免疫関連有害事象 (irAE) による肝障害Grade3のため投与を中止した。irAEに対してはブレドニゾンの投与で軽快、その後は新規病変の出現もなく経過観察とした。20XX+3年9月、腹痛の症状が出現したため上下部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃内に30 mm大の平坦陥凹性病変と直腸に30 mm大の潰瘍面が黒色調を呈した陥凹性病変を認めた。生検の結果、胃の病変は印環細胞を含む低分化腺癌であり、直腸の病変は悪性黒色腫の病理診断であった。なお直腸病変は免疫染色の結果より、以前切除された皮膚悪性黒色腫からの転移として矛盾しない所見であったことから皮膚悪性黒色腫の大腸転移と診断した。ニボルマブ・イビリムマブ併用療法を開始し、2クール投与後に効果判定のため下部内視鏡検査を行ったところ、直腸の腫瘍は増大しており病勢進行の判定となった。他臓器に明らかでない転移を認めないことから、外科切除により長期予後も見込めると判断し、20XX+4年8月に早期胃癌に対して幽門側胃切除術、転移性大腸悪性黒色腫に対して腹腔鏡下直腸切除術 (人工肛門造設術) を施行した。術後病理診断は、悪性黒色腫では粘膜固有層から固有筋層にかけて浸潤しており、切除断端は陰性であったが、リンパ節に1個転移を認めた。胃癌においてはpT2N0M0 Stage IIAの最終診断であった。【まとめ】免疫チェックポイント阻害剤に抵抗性を示し、内視鏡で経過を追え、外科切除した悪性黒色腫の大腸転移例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

悪性黒色腫, 直腸転移

## 18 Lymphoid stromaを伴う粘膜下腫瘍様の形態を呈した大腸癌の一例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>, さかもと内視鏡クリニック<sup>4)</sup>, 北澤詩子<sup>1)</sup>, 降旗 誠<sup>1)</sup>, 荻原伸悟<sup>1)</sup>, 野元勇佑<sup>1)</sup>, 西慎二郎<sup>1)</sup>, 深見久美子<sup>1)</sup>, 中津洋一<sup>1)</sup>, 大川博基<sup>1)</sup>, 矢野慎太郎<sup>1)</sup>, 生駒一平<sup>1)</sup>, 神保泰久<sup>1)</sup>, 北村庸雄<sup>1)</sup>, 小浜信太郎<sup>2)</sup>, 坂本直人<sup>4)</sup>, 富田茂樹<sup>3)</sup>, 長田太郎<sup>1)</sup>

【症例】50歳代女性【家族歴】特になし【経過】検診で便潜血陽性を指摘され、20XX年3月に近医で下部消化管内視鏡検査を施行したところ、肝彎曲部に凹凸不整でびらんを伴う粘膜下腫瘍を認めた。びらん面から生検を行い低分化型の悪性腫瘍の診断となり精査加療目的に当科受診した。血液検査では、軽度貧血を認めたが、EVウイルスは既感染の所見であった。当院で再検した下部消化管内視鏡検査では、肝彎曲部に30mm大の立ち上りの急峻な粘膜下腫瘍様の病変を認めた。頂部は潰瘍やびらん面を伴い、表面構造は不整であった。潰瘍部から生検を施行し、低分化型癌様の異型細胞の増生を認めた。PET-CT検査では原発巣である肝彎曲部に集積を認め、遠隔転移は認めなかった。以上より粘膜下腫瘍様の形態を呈する大腸原発の低分化型癌と診断し、腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。病変は28×31mm大で、病理検査で明瞭な核小体を有する異型細胞から構成された腺管形成を呈さない低分化な腫瘍の増殖を認めた。周囲に著明なT cellリンパ球の著明な浸潤を伴っており、lymphoid stromaを伴う低分化型癌の診断であった。EBVの発現は認めなかった。【考察】間質に著明なリンパ球浸潤を伴う carcinoma with lymphoid stromaは胃ではEBV感染に伴う胃癌として知られているが、大腸での報告は稀である。大腸癌で lymphoid stromaを伴う病変としては lymphoepithelioma-like carcinoma (LELC) や髄様癌が報告されている。本症例は内視鏡的所見も特徴的であり若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸癌, Lymphoid stroma

## 19 確定診断までに長期間を要した腸結核の一例

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

【症例】20歳代ミャンマー人男性【病歴】20XX年Y月、半年前から続く上腹部痛を主訴に当院を紹介受診した。38℃の発熱、嘔吐、10回/日の水様便、食思不振を認め、血液検査ではWBC 11560/ $\mu$ L、CRP 9.62 mg/dLと炎症反応の上昇を認めた。当初、細菌性腸炎と診断し、1週間の抗生剤 (LVFX) 加療を行った。しかし、改善が見られないことから、精査目的に入院となった。【入院後経過】下部消化管内視鏡検査では、横行結腸に粘膜の浮腫性変化を伴う全周性の狭窄が見られた。通常スコープの通過は困難であったため、細径スコープで盲腸まで観察した。回盲弁は癒痕により変形し開大していた。造影CTで上行結腸から横行結腸に粘膜の浮腫や潰瘍、癒痕変形がみられた。便一般細菌培養は陰性で、T-SPOTが陽性であったことも合わせ、腸結核の可能性を考えた。しかし、肺に活動性結核を疑う所見はなく、病変部の生検の病理診断や組織培養、PCRでは確定に至らなかった。20XX年Y+2月には腹痛が増悪し、経口摂取困難になったため、組織・便の抗酸菌培養の結果を待たずに、診断的治療として抗結核薬 (イソニアジド、リファンピシム、エタンブール、ピラジナミド) を開始した。その後、20XX年Y+3月に、治療開始前に提出した5回の便の抗酸菌培養のうち1個で、4週目に結核菌が検出された。治療開始から2ヶ月で20XX年Y+5月には腹部症状の改善がみられ、造影CTの腸管壁肥厚の所見も軽減した。6か月間の抗結核薬投与を正しい治療は終了した。以降症状の再燃なく経過している。【結語】本症例は、生検の病理所見や組織培養で結核感染が証明されず、便培養のみで確定診断に至った。診断前のキノロン投与が診断の遅延に影響した可能性がある。腸結核を強く疑う症例では、抗菌薬投与は避け、組織診断のみでなく、繰り返し便培養が提出することも有用と考えられた。

腸結核, 内視鏡検査

## 20 アメーバ性腸炎の治療経過中に潰瘍性大腸炎を発症した1例

昭和大学病院 医学部 内科学講座 消化器内科学部門<sup>1)</sup>, 同に臨床クリニック<sup>2)</sup>, 昭和大学病院 内視鏡センター<sup>3)</sup>, 同 臨床病理診断学講座<sup>4)</sup>, 坂 隆寛<sup>1)</sup>, 中谷真也<sup>1)</sup>, 森 大地<sup>1)</sup>, 山崎裕太<sup>1)</sup>, 大西良尚<sup>1)</sup>, 樋口健佑<sup>1)</sup>, 鈴木統大<sup>1)</sup>, 菊池一生<sup>1)</sup>, 田代知映<sup>1)</sup>, 藤原敬久<sup>1)</sup>, 牛腸俊彦<sup>1)</sup>, 居軒 和也<sup>1)</sup>, 紺田健一<sup>1)</sup>, 東條正幸<sup>1)</sup>, 片桐 敦<sup>1)</sup>, 小西一男<sup>2)</sup>, 山村冬彦<sup>3)</sup>, 塩沢英輔<sup>4)</sup>, 瀧本雅文<sup>4)</sup>, 吉田 仁<sup>1)</sup>

特に既往歴のない30歳代女性、20XX年3月に他院でアメーバ性腸炎と診断されメトロニダゾール1500mg/日の内服を開始したが、嘔気症状が強く数日で内服中止となり、水様便が持続した。診断加療目的でメサラジン4000mg/日の内服を開始したところ症状の改善を認めた。内服薬を中止したところ同年6月に症状の再燃を認めたため水様便の原因精査加療目的に当院を紹介され受診した。当院で下部消化管内視鏡検査を施行したところ、全結腸の粘膜に所見は認めなかったが回盲部からの生検でアメーバ栄養体を指摘されアメーバ性腸炎と診断した。同年8月にパロモイシン硫酸塩1500mg/日に変更し、6日間内服したが水様便が持続したため、同年10月に再び内視鏡検査を施行したところ前回所見のなかった直腸全体に周在性に白色調の丘状の膿性腸液の付着やびらんを認め、また背景粘膜の血管透見像は消失していた。迅速アメーバ検査は陰性であり、背景粘膜潰瘍性大腸炎も疑ったがまずはアメーバ性腸炎の再燃を疑い治療抵抗性と考えメトロニダゾール1200mg/日を3日間内服し、その後パロモイシン硫酸塩1500mg/日を10日間の内服加療後も症状は改善しなかった。同年12月の再検査では、直腸に連続した粗造粘膜と細顆粒状粘膜を認め、膿性白苔やびらんを形成していた。迅速アメーバ検査は陰性で病理診断で直腸に形質細胞浸潤、陰窩膿瘍を認めたことから潰瘍性大腸炎を疑いメサラジン4000mg/日で内服を開始したが症状は持続した。感染症内科医師とも協議しメトロニダゾール1500mg/日を14日間併用したが改善は認めず、アメーバ腸炎の増悪のリスクも説明の上デゾニド注射を開始したところ、水様便と血便は消失し症状が改善したためアメーバ性腸炎に潰瘍性大腸炎を合併した症例と判断した。感染性腸炎や抗生剤の曝露歴が潰瘍性大腸炎発症のリスク因子になることは報告されている。また本症例はアメーバ性腸炎の治療経過中にメサラジン抵抗潰瘍性大腸炎を発症し、内視鏡所見や治療経過からも診断が困難であった。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

アメーバ性腸炎, 潰瘍性大腸炎

独立行政法人 地域医療機能推進機構 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患センター<sup>1)</sup>, JR 東京総合病院 消化器内科<sup>2)</sup>, 菊田 修<sup>1)</sup>, 上山知人<sup>1)</sup>, 松本留美衣<sup>2)</sup>, 深田雅之<sup>1)</sup>

【目的】高齢者の潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis: UC) 患者は増加しており、併存疾患や免疫抑制に伴うリスク、抗TNF $\alpha$ 製剤に対する抵抗性など、治療に関する問題が多い。今回我々は、高齢者UCに対するUstekinumab (UST) の効果を検討した。【方法】2020年1月から2021年12月までに当院でUSTを導入した60歳以上のUC患者を対象とした。患者背景、USTの治療効果や投与中の合併症、52週までの寛解維持率と手術を含む転機を後ろ向きに検討した。【成績】対象は14例 (男性9例64.3%) で、発症年齢と罹患期間の平均が61 $\pm$ 9.0歳と7.4 $\pm$ 6.4年、左側型が2例 (14.3%) の他、全て全大腸炎型であった (85.7%)。UST導入前の生物学的 (Bio) 製剤使用例は、抗TNF $\alpha$ 製剤9例、Vedolizumabが1例であった。UST導入時のpartial Mayo score (PMS) とCRPの平均はそれぞれ5.4 $\pm$ 2.6と1.1 $\pm$ 0.8mg/dlであった。UST導入8週時点での有効率は71.4%で、うち寛解率は57.1% (PMS $\leq$ 2) であったが、観察期間中に3例が手術に至った (21.4%)。USTが継続された12例のうち、52週まで経過を追えた10例の寛解維持率は75.0%であった。また、USTで寛解導入に至った群と至らなかった群で、PMS、CRP、過去のBio使用率に差はなかった。感染症発生率は14.3% (尿路感染症1例、カテーテル関連感染症1例) であったが、USTとの因果関係は不明であった。UC発症が60歳以上の群 (8例) と60歳以下の群 (6例) の比較では、寛解導入率、有効率共に有意差はなかったが、60歳以下発症群は全例で過去にBio使用歴があり、UST導入時の血清Alb値が有意に高かった (4.0 $\pm$ 0.4 vs 3.0 $\pm$ 0.4 g/dl, P=0.004)。【結論】USTは高齢者UCに対しても比較的 safely 使用でき、Bio製剤セカンドラインでも有用であることが示唆された。

ウステキヌマブ, 高齢者

町田市民病院 消化器内科

鈴木 瞳, 谷田恵美子, 大谷知弘, 長谷川雄大, 伊藤綾香, 山下悟史, 山住論史, 益井芳文, 和泉元喜

【背景・目的】大腸の悪性狭窄に対するステント留置術は外科的切除が困難な症例に対する緩和治療目的、または手術前減圧目的 (BTS: bridge to surgery) として実施される。緩和治療における大腸ステントの短期成績は良好と報告されているが、BTS症例ではステント留置後の至適手術期間や長期成績など不明確な部分も多く、症例の蓄積が必要である。当院における大腸ステントの有用性や合併症について後方視的に検討した。【方法】単施設後ろ向き観察研究であり、2018年4月1日から2022年8月31日に大腸ステントを留置した48症例49病変を対象とした。2022年11月25日時点におけるステント留置術後の経過を確認した。【結果】症例の内訳は男性26例27病変、女性22例22病変、年齢中央値は76.5歳 (38-99歳) であった。原発巣は大腸46病変 (上行結腸4病変、横行結腸15病変、下行結腸1病変、S状結腸21病変、直腸5病変)、膀胱2病変 (横行結腸1病変、直腸1病変)、胃1病変 (横行結腸) であった。緩和治療目的は19例、BTS症例は28例であった。腸閉塞の解除は47病変 (95.9%) で成功した。BTS症例では手術待機期間の中央値は12日 (6-22日) であり、術後合併症の縫合不全は2例 (7.1%) であった。大腸ステントに関する合併症・偶発症は穿孔1例 (2%)、ステント逸脱1例 (2%)、ステント閉塞1例 (2%)、ステント脱落1例 (2%) であった。穿孔例ではステント留置後24時間以内に緊急手術を要した。逸脱例はステント留置後24時間以内に腫瘍口側へ逸脱し、再挿入した。再閉塞例のステント開存期間は282日であり、ステント脱落例は留置後に化学療法を施行し、91日後に自然脱落が確認された。【結論】大腸ステントは閉塞解除率が高く、重篤な合併症のリスクはあるものの有用性の高い治療法と考える。

大腸癌, 大腸ステント

藤沢市民病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線診断科<sup>2)</sup>, 横浜市立大学 消化器内科学<sup>3)</sup>

野崎公雄<sup>1)</sup>, 相馬 亮<sup>1)</sup>, 小俣重梨沙<sup>1)</sup>, 石川俊太郎<sup>1)</sup>, 春山芹奈<sup>1)</sup>, 中村洋介<sup>1)</sup>, 比嘉愛里<sup>1)</sup>, 近藤新平<sup>1)</sup>, 林 公博<sup>1)</sup>, 福地剛英<sup>1)</sup>, 合田賢弘<sup>1)</sup>, 安藤知子<sup>1)</sup>, 岩瀬 滋<sup>1)</sup>, 安井大祐<sup>2)</sup>, 藤井佳美<sup>2)</sup>, 前田 慎<sup>3)</sup>

【症例】78歳男性【主訴】血便【現病歴】X年2月より粘血便が出現し、近医にて下部消化管内視鏡検査を施行され、虚血性腸炎の診断となった。保存的治療を行ったが改善を認めなかったため、X年6月に当科紹介受診となった。【臨床経過】下部消化管内視鏡検査では直腸S状部からS状結腸にかけて連続性に全周性の暗赤色、浮腫状変化を認め、虚血性変化として矛盾しない所見であった。腹部造影CT検査ではS状結腸の浮腫状変化、壁肥厚と周囲の脂肪織度上昇を認めたが、支配血管に血栓などは指摘できなかった。精査治療目的に入院管理とし、抗菌薬投与や抗凝固療法など保存的治療を行ったが改善を認めず、血行動態評価目的で第15病日に腹部血管造影検査を行ったところ、S状結腸動脈と上直腸動脈を原因血管とするYake分類4型のS状結腸動脈静脈奇形を認めた。動脈静脈奇形による難治性虚血性腸炎に対する治療法として外科的手術と血管内治療 (IVR) を検討し、侵襲の少ないIVRを行う方針とした。使用薬剤として微小血管塞栓も可能なイミベネム/シラスチン (IPM/CS) を選択し、第18病日に初回IVRでS状結腸動脈にIPM/CSを投与し、第40病日に上直腸動脈分枝に追加投与した。治療後、粘血便は消失し下部消化管内視鏡検査では経時的に粘膜の虚血性変化の著明な改善を認め、腹部造影CT検査でもS状結腸壁の肥厚の改善を認めた。【考察】本来抗菌薬として用いられることが多いIPM/CSだが、難溶性であることから、粉末が溶解せずに、直径10~70 $\mu$ mの微小粒子を一時的に形成することが報告されている。本症例では、S状結腸動脈静脈奇形に対してIPM/CSが一時的な塞栓物質として作用したと考えられる。【結語】血管内治療が著効したS状結腸動脈静脈奇形による虚血性腸炎の一例を経験した。

S状結腸動脈静脈奇形, イミベネム/シラスチン

東京慈恵会医科大学附属病院 下部消化管外科

久保田亮人, 武田泰裕, 岡本敦子, 中野貴文, 高田直樹, 今泉佑太, 菅野 宏, 大熊誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙

【緒言】鼠経ヘルニア嵌頓は緊急性の高い疾患であり、ヘルニア内容物が腸管であった場合、絞扼に伴い腸管壊死を来したて切除が必要となる場合がある。また、腸管温存した場合に選発性に腸管穿孔を起こすこともあり、術中に腸管を切除するかどうかの判断は未だ困難な場合がある。今回、ICG蛍光法を用いて腸管血流を確認する事で腸管温存し得た一例を経験したので報告する。【症例】77歳男性【現病歴】10年以上前より左鼠経ヘルニアを自覚していたが、経過観察されていた。2022年11月某日、左鼠経ヘルニアが脱出したまま戻らなくなり、疼痛も増強するため当院救急外来を受診され、徒手整復で還納得られず同日に緊急手術となる。【手術所見】左上前腸骨棘と恥骨の中間より皮膚割線に沿って約6cmの皮切を置いた。皮下組織を剥離すると緊満したsacが確認された。ヘルニア内容はS状結腸でありsac内に淡血性の腹水を認めた。腸管の色調に明らかな阻血所見はなかったが、腸管および腸間膜側の脂肪織の一部暗赤色であった。ICG蛍光法を用いて腸管への血流が保たれていることが確認出来たため、腸管を腹腔内へ還納した。腸管温存可能であったため、meshを用いた鼠経ヘルニア修復術を施行し手術を終了とした。【経過】術後の合併症は無く、術後5日目に食事開始した。排便コントロールのため、緩下剤使用で術後11日目に軽快退院された。【考察】ICG蛍光血管造影法は近年消化器外科領域において再建臓器の血流評価や腸管切除範囲の決定などに利用され始め、有用な術中モニターとなる可能性が示唆されている。腸管血流の評価において、肉眼的な色調変化、腸管蠕動での評価にICGによる腸管血流評価を併用する事で術後合併症のリスクを減らす可能性が示唆された。ただし、わずかな造影不良域を認めた場合に選発性虚血性小腸狭窄を来した報告もあり、慎重に経過を見る必要がある。【結語】鼠経ヘルニア嵌頓手術での腸管血流評価に、ICG蛍光血管造影法は有用であると考えられる。

ICG蛍光血管造影法, 鼠経ヘルニア嵌頓



帝京大学 医学部附属 溝口病院 消化器内科  
 菊山智博, 網島弘道, 岡本寛治, 阿久津朋宏, 苗村佑太, 斎藤 剛,  
 足立貴子, 松本光太郎, 渡邊彩子, 勝倉暢洋, 辻川尊之,  
 土井晋平

症例は、80代男性。20XX年4月に便潜血陽性のため当科紹介。下部消化管内視鏡検査で盲腸に20mm大の側方発育型腫瘍(LST—G (M))を認めた。拡大内視鏡(クリスタルバイオレット染色)では、HIIL pit patternが主体の病変で、IV型pitが混在している病変であった。深達度は粘膜内までの早期大腸癌と診断、内視鏡治療可能と判断し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)による治療を勧めたが、治療同意がどうしても得られず、十分なインフォームドコンセントの上、前医でフォーアップの方針となった。3年後、右下腹部痛で当科紹介受診し、CT検査で盲腸癌、回腸リンパ節転移、多発性転移、多発肝転移(cT4aN2M1b, stageIV)を認め、下部消化管内視鏡にて盲腸に進行大腸癌を認めた。その後、外科手術が行われ病理結果は、高分化型管状腺癌でpT4a, ly0, V1a, Pn1a, pN1b, pPM0, pDM0であった。側方発育型腫瘍(早期大腸癌)は、通常内視鏡治療可能な症例であれば、ESDが行われる。非切除のまま進行大腸癌まで経過を追った報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

側方発育型腫瘍, 進行性大腸癌

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター<sup>1)</sup>, 同 病理診断部<sup>2)</sup>  
 塩谷健斗<sup>1)</sup>, 小林正宏<sup>1)</sup>, 賀古 眞<sup>1)</sup>, 内藤 航<sup>1)</sup>, 石上英希<sup>1)</sup>,  
 廣瀬晴人<sup>1)</sup>, 窪田 純<sup>1)</sup>, 木村かれん<sup>1)</sup>, 長山未来<sup>1)</sup>, 西野敬祥<sup>1)</sup>,  
 隅田ちひろ<sup>1)</sup>, 市田親正<sup>1)</sup>, 増田作栄<sup>1)</sup>, 眞一まこも<sup>1)</sup>,  
 佐々木亜希子<sup>1)</sup>, 小泉一也<sup>1)</sup>

【症例】70歳代男性。受診2週間前に肩の痛みに対して近医を受診し、セレコキシブ内服を開始した。受診1週間前から全身倦怠感を自覚し、改善しないため、前医を受診した。血液検査上、著明な肝胆道系酵素の上昇と、腹部CTで胆嚢の浮腫性腫大を認め、急性肝障害と考えられた。アルコール多飲歴やその他の肝障害をきたす原因が指摘できず、セレコキシブによる薬剤性肝障害が疑われた。経皮的肝生検を行い、ウルソデオキシコール酸600mg/dayとプレドニゾン30mg/dayの内服を開始した。肝生検の病理所見では著明な胆管障害と胆汁うっ滞、リンパ球浸潤を認めた。ステロイド内服開始後も血液検査所見は改善せず、プレドニゾンを50mg/dayに増量するも血液検査は増悪傾向で、ステロイドは無効と考え中止した。その後も、血液検査、全身状態は共に改善せず、当院に転院した。転院時の血液検査では(T-Bil 26.5 mg/dL, AST 101 U/L, ALT 67 U/L,  $\gamma$ -GTP 1035 U/L, ALP 1032 U/L, T-Chol 513 mg/dL)と著明な胆汁うっ滞性肝障害を認めた。転院後にウルソデオキシコール酸を増量し、ベザフィブラートを追加するも改善は乏しく、症状緩和目的にビリルビン吸着療法を行った。ビリルビン吸着療法施行後も血液検査の改善は乏しかったが、自覚症状は改善し、一時退院した。入院中の経頸静脈的肝生検では門脈域の胆管は破壊により不明瞭化しており、胆管消失症候群と診断した。御本人に肝移植を提案するも希望されず、全身状態増悪に伴い再入院した。入院後も状態はせず、最終的に肝不全で死亡。ご遺族の同意を得て病理解剖を行った。【考察】胆管消失症候群は薬剤や腫瘍、感染等が原因で、肝内胆管が変性や壊死を起こし、胆管消失と胆汁うっ滞を生じ、最終的に肝硬変や肝不全に至る。治療はウルソデオキシコール酸やステロイド、免疫抑制剤等が用いられ、肝移植を要することもある。本例は、セレコキシブによる胆管消失症候群の症例で、前医でステロイドが投与されるも効果なく、最終的に死に至った。病勢の進行に伴う経時的な病理学所見を追うことができた症例であり、文献的考察を含めて報告する。

胆管消失症候群, 肝不全

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
 東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>  
 平野杏奈<sup>1)</sup>, 木下晃吉<sup>1)</sup>, 大澤顕之<sup>1)</sup>, 田中考幸<sup>1)</sup>, 佐藤優子<sup>1)</sup>,  
 鹿野智弘<sup>1)</sup>, 光吉優貴<sup>1)</sup>, 岩崎彩子<sup>1)</sup>, 三浦由紀子<sup>1)</sup>, 野口正朗<sup>1)</sup>,  
 日高章寿<sup>1)</sup>, 板垣宗徳<sup>1)</sup>, 小林 剛<sup>1)</sup>, 松平 浩<sup>1)</sup>, 小池和彦<sup>1)</sup>,  
 猿田雅之<sup>2)</sup>

症例は35歳男性。他院で上部消化管内視鏡検査を施行した際、胃穹窿部に粘膜下腫瘍を指摘され、精査目的で当院紹介受診となった。腹部造影CTでは、左横隔膜と胃に接して、半円形の23mm大の境界明瞭な均一な造影効果を有する腫瘍として描出された。超音波内視鏡検査では、胃壁に接するように24x17mmの内部血流を伴う均一な低エコー腫瘍を認め、胃壁外の病変と考えられた。穿刺吸引法(FNA)も検討したが、腫瘍が横隔膜と広範に接し、内部血流も豊富であることから、FNAによる偶発症リスクが高いと判断した。孤立性線維性腫瘍、神経鞘腫、中皮腫などが鑑別として考えられたが、肉腫などの悪性腫瘍の可能性も否定できないため、外科とも協議し、十分なインフォームドコンセントを行った上で、診断的治療として腹腔鏡下腫瘍切除術を施行した。組織学的には、被膜に被覆された肝組織であり、主肝との連絡はなく、異所性肝と診断した。異所性肝は、胆嚢摘出などの手術時に偶然発見される場合が多く、胆嚢周囲に存在したとの報告が大多数を占める。本症例のように、横隔膜に接する腫瘍として認められ、胃粘膜下腫瘍様の所見を呈した例は極めてまれである。貴重な症例と考え、報告する。

異所性肝, 胃粘膜下腫瘍

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 日本医科大学 付属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>,  
 日本医科大学 千葉北総病院 病理診断科<sup>3)</sup>  
 新川将大<sup>1)</sup>, 大久保知美<sup>1)</sup>, 厚川正則<sup>1)</sup>, 町田花実<sup>1)</sup>, 下鎌秀徳<sup>1)</sup>,  
 濱窪亮平<sup>1)</sup>, 桐田久美子<sup>1)</sup>, 吉田祐士<sup>1)</sup>, 葉山惟信<sup>1)</sup>, 鮑本哲兵<sup>1)</sup>,  
 糸川典夫<sup>2)</sup>, 藤森後二<sup>1)</sup>, 長谷川千花子<sup>3)</sup>, 岩切勝彦<sup>2)</sup>

【背景】神経内分泌腫瘍は、診断能の向上とともに発生頻度は増加傾向にある。神経内分泌腫瘍の原発臓器は、消化管、気管支・肺、膵臓に多く発生することが知られているが、肝臓原発神経内分泌腫瘍は極めて稀(0.3%)であり、臨床的特徴や治療について、十分な知見が得られていないのが現状である。今回我々は、著明な肝腫大で見つかった、極めて稀な肝原発神経内分泌腫瘍の一例を経験したので報告する。【症例】大酒家の60代男性。202X年6月に食思不振を主訴として近医受診。アルコール性肝障害、肝不全、慢性腎不全の診断となった。同年10月より食事摂取不能となり、精査治療目的に当院に紹介となった。血液生化学検査では、T-Bil 1.0mg/dL, Alb 2.2g/dL, PT 55.5%と肝予備能は低い一方で、各種腫瘍マーカー(CEA, CA19-9, AFP, PIVKA-2)は陰性であった。腹部単純CTでは、6月のCTと比較し肝腫大は著明に増悪しており、リンパ節腫大や脾腫や側副血行路は認めなかった。肝腫大の原因として、血液疾患、Budd-chiari症候群なども鑑別に挙げ精査を開始した。肝臓カテーテル検査においても、下大静脈、肝静脈の狭窄は認めず。明らか原因特定には至ることができなかった。肝生検を行ったところ、異型細胞が増殖し、索状、胞果状構造を呈しており、一部で管腔様構造も認められ、低分化型肝細胞癌や神経内分泌腫瘍が鑑別となる組織像であった。免疫染色を追加したところ、Chromogranin A陽性、Synaptophysin陽性、CD56陽性、Ki-67 index 15%であり、NET G2の診断となった。上部消化管内視鏡やソマトスタチン受容体シンチグラフィーを行うも、肝臓以外に原発巣を疑う所見は認められず。肝原発神経内分泌腫瘍と診断した。【考察】既報の肝原発神経内分泌腫瘍と診断された症例の大半が腫瘍形成を来している。本症例はソマトスタチン受容体シンチグラフィーにて肝臓全体にびまん性集積を認めており、肝原発神経内分泌腫瘍としても稀な症例と言える。【結語】肝腫大の原因疾患は多岐にわたるが、本病態の可能性を常に念頭に置き診療にあたる必要がある。

肝原発神経内分泌腫瘍, 肝腫大

武蔵野赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>, 帝京大学 医学部 病院病理部<sup>4)</sup>, 内原直樹<sup>1)</sup>, 安井豊<sup>1)</sup>, 土谷薫<sup>1)</sup>, 鈴木主人<sup>1)</sup>, 田中雄紀<sup>1)</sup>, 宮本 遥<sup>1)</sup>, 山田倫子<sup>1)</sup>, 石堂 舜<sup>1)</sup>, 慶徳大誠<sup>1)</sup>, 延澤 翼<sup>1)</sup>, 高浦健太<sup>1)</sup>, 田中将平<sup>1)</sup>, 前屋舖千明<sup>1)</sup>, 玉城信治<sup>1)</sup>, 中西裕之<sup>1)</sup>, 黒崎雅之<sup>1)</sup>, 泉 並木<sup>1)</sup>, 加藤俊介<sup>2)</sup>, 櫻井うらら<sup>3)</sup>, 近藤 福雄<sup>4)</sup>

70歳代男性、C型肝硬変SVR例であり肝細胞癌(HCC)に対し4回RFA治療が施行された。最終RFAより4年後、経過観察中にAFP上昇を認めたとMDCTおよびEOB-MRIでは明らかな肝内再発は認めなかった。その後PET-CTを施行し骨盤内に2cm大の腹膜播種が指摘された。Child-Pugh A・PS 0・自己免疫性疾患の合併はなく、20XX-1年11月より1次療法としてアデブ<sup>®</sup>ズマブ・ベバシズマブ併用療法を開始した。投与前AFP 4626ng/mlに対し3クール施行後AFP 6107ng/mlと上昇を認め、20XX年1月CTでPDと判断され2次療法としてレンパチニブを導入した。1か月投与後、尿蛋白および腎機能が増悪し休薬とした。その後腹膜播種は増大かつAFP 12427ng/mlと著明な上昇を認めたことより、20XX年3月より3次療法としてカボサンチニブを導入した。有害事象に応じて用量を調節し2ヶ月投与を行ったがAFP 17293 ng/mlと上昇傾向が持続した。薬物療法開始後6ヶ月間、肝内再発や他の遠隔転移再発は認めず腹膜播種のみの増大で経過していることより外科的治療適応と判断され、20XX年6月開腹腹膜播種切除が施行された。開腹所見では5cm大の境界明瞭な腫瘍を認め、腹腔内臓器と接していなかった。病理では中分化型肝細胞癌の所見であり腫瘍辺縁部に静脈侵襲を認めた。手術後はカボサンチニブ継続の方針とし、腫瘍マーカーは術後1週間後にAFP 5523 ng/ml、20XX年7月AFP 95 ng/ml、9月AFP 6 ng/mlと著明な改善を認めた。現在術後3か月でカボサンチニブを継続投与しており無再発生存中である。肝細胞癌による腹膜播種はまれであり、第24回全国原発性肝癌追跡調査では初診時における肝細胞癌による肝外転移の6.1%、肝外転移発生時の9.2%とされる。また報告では肝細胞癌による腹膜播種は限局した発症をすることが多く、切除することにより良好な予後が得られることが多いとされている。本症例においても薬物療法中に新規病変の出現がない状況での腹膜播種切除により画像上complete responseが得られた。初回RFAから15年生存中であり遠隔転移切除の時期を検討するにあたり貴重な一例と考え報告する。

肝細胞癌, 腹膜播種

東京都立墨東病院 消化器内科  
井関真理, 矢内真人, 小林諒平, 古谷 誠, 荒井克大, 大科枝里, 松岡愛菜, 田代祥博, 野坂崇仁, 佐藤綾子, 小林克誠, 松本太一, 古本洋平, 東 正新

【症例】80歳、男性【主訴】なし【現病歴】積算飲酒量1.9tの飲酒歴があり、他院でアルコール性肝硬変ならびに胃静脈瘤を指摘され、当科を紹介受診した。【臨床経過】上部消化管内視鏡検査でLg-cf, F3, Cb, RC1の胃静脈瘤を認め、腹部造影CTでは胃穹窿部から胃体部の静脈拡張と脾静脈の閉塞、脾尾部の腫瘍性の腫大を認めた。腹部MRでは脾腫瘍は明らかでなく、脾門部に嚢胞性病変を認めた。EUSでは脾腫瘍・嚢胞性病変は明らかでなく、主静脈・分枝静脈の不規則な拡張を認めたことから慢性脾炎が合併していると考えた。明らかな門脈大循環系シャントは認められないことから、胃静脈瘤の原因には脾静脈閉塞による短胃静脈の血流量増大が大きく関与していると考え、脾臓への血流を低下させる目的で部分的脾動脈塞栓術(PSE)を行った。PSE後6日目に撮影した腹部造影CTでは脾臓の約7割が梗塞に至っており、胃静脈瘤は術前より縮小していた。【考察】左側門脈圧亢進症では、脾静脈の閉塞により短胃静脈や胃大網静脈を介して求肝性に側副血行路が発達し、胃静脈瘤が生じる。また、脾静脈閉塞の原因は脾腫瘍や脾炎などの脾疾患などが多いと言われている。本症例ではアルコールの多飲歴ならびに慢性脾炎の合併が疑われたことから、慢性脾炎により脾静脈閉塞を来したと考えた。【結語】本症例では詳細な画像検査を行うことで左側門脈圧亢進症の診断が付き、PSEによる胃静脈瘤の治療を行うことができた。アルコール多飲歴のある患者の胃静脈瘤では、アルコール性肝硬変による通常門脈圧亢進症のみならず、左側門脈圧亢進症の関与も考慮すべきである。

胃静脈瘤, 脾静脈閉塞

さいたま市立病院 内科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
菊地玲衣<sup>1)</sup>, 星 瞳<sup>2)</sup>, 山本 傑<sup>2)</sup>, 町田健太<sup>2)</sup>, 西尾 恵<sup>2)</sup>, 瀧本洋一<sup>2)</sup>, 三浦邦治<sup>2)</sup>, 牟田口真<sup>2)</sup>, 金田浩幸<sup>2)</sup>, 金子文彦<sup>2)</sup>

【症例】59歳、男性。他院で心不全、2型糖尿病に対して加療を行っていた。肝疾患の既往はない。直近で新規処方薬なし。サプリメントや健康食品の摂取なし。来院2週間前から嘔気、食思不振を自覚していた。咽頭痛、嘔気、嘔吐を主訴に近医を受診し、COVID-19のPCR検査を受けたが陰性であった。症状持続あり、翌日にかかりつけの前医を受診し、血液検査でAST 10036 U/l, ALT 3631 U/l, T-Bil 5.1mg/dl, PT 16%と肝胆系酵素上昇、凝固異常を認め、非昏睡型急性肝不全の診断で人工肝補助療法施行目的に当院へ転院搬送となった。入院時にCOVID-19のPCR検査を再検したところ陽性と判明し、陰圧個室での管理とした。他の各種ウイルス検査や自己抗体は陰性であった。心エコーで心不全の増悪はなく、循環障害は生じていなかった。胸部CTで肺炎像は指摘されないが、SpO2低下あり酸素投与を行った。肝不全に対し、持続緩徐式血液濾過透析(CHDF)、ステロイドパルス療法、新鮮凍結血漿の投与を開始した。肝酵素は速やかに減少傾向となり、PT値も回復みられ、脳症出現もなかった。第4病日にCHDFを離脱した。ステロイドはパルス療法終了後より漸減し、第13病日に終了とした。COVID-19感染については第7病日に抗原検査陰性を確認し一般病棟へ転床した。常用薬を再開し、肝機能増悪や凝固異常のないことを確認の上、第20病日に退院となった。【考察】COVID-19感染症に合併した急性肝不全の1例を経験した。COVID-19ワクチン接種後や、小児についての報告例はあるが、同時期に肝不全を発症した成人例は少なく、文献的考察を加えて報告する。

急性肝不全, COVID-19

東京医科歯科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>  
鈴木達也<sup>1)</sup>, 早川優香<sup>1)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>, 竹中健人<sup>2)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>2)</sup>, 木脇祐子<sup>3)</sup>, 竹本 暁<sup>3)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>, 朝比奈靖浩<sup>1)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>

【症例】40歳代、男性。【現病歴】X-8年腹痛を主訴に来院され、造影CTで回腸に壁肥厚を認めた。小腸内視鏡検査で遠位回腸に縦走潰瘍を認め、小腸型クローン病と診断した。メサラジン、アザチオプリン(AZA)による治療を開始し、臨床的・内視鏡的寛解が得られた。X-2年4月汎血球減少を認め、AZAによる薬剤性と判断して中止した。中止後臨床症状の悪化はなかったが、小腸内視鏡検査で遠位回腸に縦走潰瘍を認めたため、X-1年2月ベドリスマブ(VED)を開始した。以降内視鏡的寛解が得られていた。肝障害、脾腫についてはX-2年4月より出現しており、VED開始後も遷延し、X年10月にはLmf2CbRC2の食道静脈瘤が出現した。原因精査のため血液検査、造影CT、MRCPを施行したが、ウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎、原発性硬化性胆管炎を示唆する所見はなく、MRエラストグラフィーによる肝硬度は3.4 kPa、PDEFは1.86%であった。肝障害、門脈圧亢進症の精査目的にX年10月肝生検を施行した。病理所見では門脈域8箇所のうち1箇所で非乾酪性肉芽腫の形成がみられ、リンパ球浸潤や線維性拡大を認めた。その他の門脈域には線維化や炎症細胞浸潤は乏しく、肝細胞索の萎縮は目立たなかった。肝静脈圧較差は7 mmHgと軽度上昇しており、肉芽腫性肝炎による肝内性前類洞性門脈圧亢進症の病態に矛盾しない結果であった。【考察】クローン病に合併する肝疾患として一般的には原発性硬化性胆管炎が知られているが、肉芽腫性肝炎の合併も少数報告されている。さらに肉芽腫性肝炎の鑑別としてクローン病の腸管外合併症、サルコイドシスなどが考えられるが、両者の鑑別は困難であり診断に難渋することが多い。示唆に富む希少な症例であり文献的考察を交えて報告する。

肉芽腫性肝炎, クローン病



日本大学 医学部 消化器肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>  
池上千香子<sup>1)</sup>, 本田真之<sup>1)</sup>, 渋谷真史<sup>1)</sup>, 有間修平<sup>1)</sup>, 石井大雄<sup>1)</sup>,  
佐々木玲奈<sup>1)</sup>, 金澤忠依<sup>1)</sup>, 國吉宣行<sup>1)</sup>, 藤澤真理子<sup>1)</sup>, 野村舟三<sup>1)</sup>,  
齋藤 圭<sup>1)</sup>, 増崎亮太<sup>1)</sup>, 松本直樹<sup>1)</sup>, 山上裕晃<sup>1)</sup>, 小川真広<sup>1)</sup>,  
神田達郎<sup>1)</sup>, 岡村行泰<sup>3)</sup>, 木暮宏史<sup>1)</sup>

【症例】60歳台, 男性, ミャンマー出身。【主訴】なし。【現症】眼球結膜黄疸なし, 眼瞼結膜貧血なし, 胸部異常なし, 右季肋部に手術痕を認める。両下腿浮腫なし。【既往歴】糖尿病, 約10年前に胆嚢摘出術。【現病歴】近医で約5年前にC型代償性肝硬変に対しDAA治療を行い, ウイルス持続陰性化(SVR)が得られていた。AFP著増を認め当科紹介受診となった。初診時採血では血小板 $227/\mu\text{L}$ , AST 34 IU/L, ALT 30 IU/L, G-GTP 24 IU/L, BS 97 g/dL, HbA1c 8.0%, Child-Pugh Score A-5, HBs抗原陰性, HCV抗体陽性, HCV RNA (TaqMan PCR) 陰性, AFP 1, 272 ng/mL, L3 91.7%, PIVKA-2 50 mAU/mL, CA19-9 155.5 U/mL, CEA 1.7 ng/mL, sIL-2R 473 U/mLであった。胸部腹部CTで肝硬変所見を認め, 肝動脈周囲, 左腎動脈および傍大動脈リンパ節腫大を認めた。PET-CTでも同リンパ節に集積を認めた。腹部超音波検査, Dynamic CT検査およびEOB-MRI検査でも肝臓内に腫瘍は見られなかった。上下部内視鏡検査では悪性病変は見られなかった。EUS-FNAによりリンパ節生検を行い腺癌の所見が得られた。更なる病理学的検討を目的に開腹リンパ節生検を行った。免疫染色ではAFP陽性, CK20陽性, CK7陽性, AE1/3陽性, CDX2陰性, MUC5AC陰性, MUC6陰性であり, 原発巣不明AFP産生腺癌のリンパ節転移と診断した。【考察】本症例はC型肝炎SVR後に発症した原発不明AFP産生腺癌のリンパ節転移の一例であり, 当初SVR後発症を疑ったが, 肝臓内に腫瘍を認めずPET-CTでも原発巣は不明であった。C型肝炎SVR後にAFP著増を認めた場合, 肝発症のみでなく, 本症例のようなAFP産生腺癌等も鑑別診断として注意する必要があると考えられた。今後は腺癌を標的とした化学療法を行う予定である。【結論】今回, 我々はAFP著増を契機に診断したC型肝炎SVR後に発症した原発不明AFP産生腺癌のリンパ節転移を経験した。比較的特で, 貴重な症例と思われたので文献的考察を加えて報告する。

AFP産生腫瘍, C型肝炎ウイルス持続陰性化

肝細胞癌, カヘキシア

厚木市立病院 消化器・肝臓内科  
住吉那月, 安藤理孝, 力石智子, 山本玖美, 高見信一郎,  
岩久 章

【症例】78才 男性【既往歴】特記事項なし【現病歴】202X年11月Y日より上腹部痛を認め, 同日当院救急外来を受診した。肝胆道系酵素の上昇を認め, 閉塞性黄疸を疑われ緊急入院となった。【入院後経過】精査目的に腹部造影CTを施行したところ, 肝S4を主座とする巨大な腫瘍性病変を認め, 内部は囊胞成分と充実成分が混在していた。腫瘍辺縁や充実部分には軽度造影効果を認め, 左葉を中心とした肝内胆管および総胆管の拡張を伴っていた。MRCPでは囊胞内部にT1強調像でやや高信号, T2強調像で低信号の乳頭状の充実性病変が散見してみられた。入院後より発熱が見られ, 第2病日の血液検査で炎症反応上昇を認め, 胆管炎の合併が疑われた。第2病日にドレナージおよび診断目的にERCPを施行した。胆道造影では主乳頭の開大は認めなかったが, 総胆管内に白濁した粘液を認め, 左葉肝内胆管の描出は不良であった。左葉肝内胆管まで生検鉗子を誘導できず, 生検は断念し, 胆汁吸引細胞診のみ行った。両端pigtail型のプラスチックステントを留置したが胆汁の粘稠度が高く, ステントからの胆汁排泄が見られなかったため, 追加でstraight型のプラスチックステントを留置し, 良好な胆汁排泄を得た。第3病日には肝胆道系酵素の改善を認め, 第5病日に一時退院となった。結果的に胆汁吸引細胞診はClass IIであったが, ここまでの検査所見から左葉原発の粘液産生胆管内乳頭状腫瘍(IPNB, 腺種→非浸潤癌)と診断し, 外科手術の方針となった。術式は年齢, 腫瘍の悪性病変を考慮して拡大肝左葉切除術を予定した。

【考察】IPNBは通常の胆管癌と異なり, slow growingな腫瘍と考えられているが, 閉塞性黄疸や胆管炎を合併し急性の経過で受診することもあり注意が必要である。また術式選択にあたっては年齢, 腫瘍の悪性病変を考えた至適術式が望まれるため, 胆管炎合併例であっても胆道ドレナージ前から外科と連携をとり, 必要な検査を過不足なく行うことが肝要である。今回当科で経験した胆管炎合併IPNBの臨床経過, 術前画像診断, 外科術式の選択を中心に報告する。

胆管内乳頭状腫瘍, 急性胆管炎

胆管神経内分泌腫瘍, conversion surgery

東京慈恵会医科大学 肝胆膵外科  
赤岡宗紀, 春木孝一郎, 古川賢英, 安田淳吾, 恩田真二, 恒松 雅,  
松本倫典, 坂本太郎, 谷谷智彦, 柳垣 充, 後町武志,  
池上 徹

【目的】カヘキシアは肝細胞癌の予後不良因子である。近年, 骨格筋量・炎症・栄養状態を統合したカヘキシアIndexが悪性腫瘍の予後と関係することが報告されたが, 肝細胞癌における検討はない。今回, 肝細胞癌切除例におけるカヘキシアIndexの臨床的意義を後方視的に検討した。【方法】当科で2008年から2018年までに肝細胞癌に対して初回肝切除を行い, データ解析が可能だった213例を対象とした。カヘキシアIndexは骨格筋Index (L3の腸腰筋面積/身長<sup>2</sup>) × 血清アルブミン値 (g/dL)/好中球リンパ球比で算出した。カヘキシアIndexが無再発生存期間と全生存期間に与える影響を, 臨床病理学的因子を含めた多変量解析および傾向スコアマッチングで検討した。【結果】カヘキシアIndex低値群87例(40.8%), 高値群126例(59.2%)であった。多変量解析で無再発生存期間では男性( $p < 0.01$ ), HBs抗原陰性( $p < 0.01$ ), 術前の血清AFP  $\geq 20$  ng/mL ( $p < 0.01$ ), 術前の血清PIVKA-II  $\geq 200$  mAU/mL ( $p = 0.02$ ), 多発腫瘍 ( $p < 0.01$ ), 脈管侵襲 ( $p = 0.04$ ), 術式 ( $p < 0.01$ ), カヘキシアIndex低値 ( $p = 0.03$ )が独立した再発因子だった。全生存期間ではChild-Pugh Grade B ( $p < 0.01$ ), 低分化 ( $p = 0.05$ ), 多発腫瘍 ( $p = 0.01$ ), 脈管侵襲 ( $p = 0.04$ ), 好中球リンパ球比 ( $p = 0.04$ ), カヘキシアIndex低値 ( $p < 0.01$ )が独立した予後不良因子だった。また, 傾向スコアマッチング後の解析では, カヘキシアIndex低値は再発との関連性は認めなかった ( $p = 0.94$ )が, 予後不良因子だった ( $p = 0.04$ )。T3以上の症例でのサブグループ解析では, カヘキシアIndex低値群は無再発生存期間が有意に短く ( $p < 0.01$ ), 全生存期間も不良の傾向 ( $p = 0.06$ )を認めた。【まとめ】肝細胞癌切除例において, カヘキシアIndexは予後予測因子となる可能性があり, 特に進行例では再発にも関与している可能性が示唆された。

横浜市立大学附属病院 消化器外科<sup>1)</sup>, 同 臨床腫瘍科<sup>2)</sup>,  
同 病理診断科・病理部<sup>3)</sup>

奥津康子<sup>1)</sup>, 澤田 雄<sup>1)</sup>, 小林規俊<sup>1)</sup>, 津村祥子<sup>1)</sup>, 油座 築<sup>1)</sup>,  
阿部有佳<sup>1)</sup>, 高橋智昭<sup>1)</sup>, 三宅謙太郎<sup>1)</sup>, 藪下泰宏<sup>1)</sup>, 本間祐樹<sup>1)</sup>,  
松山隆生<sup>1)</sup>, 宇高直子<sup>3)</sup>, 山中正二<sup>3)</sup>, 藤井聡志<sup>3)</sup>, 遠藤 格<sup>1)</sup>

症例は40歳代女性, 既往歴に特記事項なし。心窩部痛のため前医を受診し, 腹部USで胆嚢腫瘍を指摘され, 当院紹介となった。来院時, 腫瘍マーカーの明らかな上昇は認めなかった。造影CTでは, 胆嚢に充満する6cm大の腫瘍, 肝門部リンパ節腫大, 肝S4に3cm大の腫瘍を認めた。PET-CTでは, それぞれSUVmax = 12.0, 10.5, 11.4の異常集積を認めた。腫大肝門部リンパ節に対し, EUS-FNAを施行し, 部分的に腺腔形成を認める低分化癌を認めた。免疫染色ではSynaptophysin陽性, CD56部分陽性, Chromogranin部分陽性, CK-7陽性, Ki67 labelling index > 80%で神経内分泌腫瘍への分化を示した。以上より切除不能胆管神経内分泌腫瘍, リンパ節転移, 肝転移と診断し, 化学療法の方針とした。CDDP+VP療法2コース施行後, 嘔気のためCBDCA+VP療法に変更し, 8コース施行した。化療後のCTでは, 胆嚢腫瘍は3cm大, 肝転移は5mm大に縮小, 明らかなリンパ節腫大は認めなかった。PET-CT検査では, 胆嚢のSUVmax = 4.7の集積以外に異常集積を認めず, 効果判定はPRと診断した。化療開始9か月後に, 拡大胆嚢摘出, 肝転移巣を含むよう胆嚢床肝切除, リンパ節郭清 (胆管温存)を施行した。病理組織学的には, 胆嚢腫瘍は, 表層部に高分化から中分化腺癌, 深部には紡錘形細胞や多形性の異形細胞を呈する肉腫様癌を認めた。免疫染色では, これらの腫瘍細胞のごく一部 (1%以下)のみ, CD56陽性, Synaptophysinごく一部陽性, chromogranin陰性, INSM-1陰性の所見を認めた。また肝, リンパ節には腫瘍細胞を認めなかった。治療効果はEvans分類Grade IIaと診断した。胆嚢腫瘍は, 神経内分泌腫瘍への分化は示唆されるものの量的にはわずかであった。化療により, 原発巣の神経内分泌成分の含まない腫瘍が残存したと推察された。現在, 術後補助化学療法として半年間のS-1治療中である。胆管神経内分泌腫瘍はまれであり, conversion surgeryを含めた治療法は確立されていない。今回, 化療後残存病変に腺癌, 肉腫様癌を検出した症例を経験したので, 文献的考察を含めて報告する。

## 37 胆石発作から胆嚢十二指腸瘻を形成し自然排石された胆石性腸閉塞の一例

埼玉メディカルセンター 消化器内科  
山本林佳, 木下 聡, 久保雄器, 南 一洋, 武下達矢, 碓井真吾,  
中里圭宏, 吉田武史

【症例】83歳、女性【主訴】嘔吐、下腹部痛【既往歴】腎盂腎炎、椎間板ヘルニア【現病歴】受診2ヶ月前から数回の心窩部痛を認めていたが医療機関は受診せず経過観察していた。受診1日前に間欠的な左下腹部痛と4回の嘔吐を認め、その後も症状の改善がなかったため当院救急外来を受診した。来院時に施行した血液検査で軽度の炎症反応と腹部造影CT検査で胆嚢十二指腸瘻を疑う所見と、小腸内に胆石と考えられる高吸収の異物があり、同部位をを起点とした小腸閉塞を認めた。胆石性腸閉塞が考えられ、同日緊急入院となった。【経過】入院時に胃管を挿入し保存的加療で経過した。入院中に施行した上部消化管内視鏡検査では上十二指腸角に胆嚢と交通した瘻孔を認め、胆嚢から胆石が排出されたと考えられた。第7病日に施行した腹部CT検査では胆石は小腸から横行結腸に移動し、閉塞は自然解除されていた。第11病日の排便で20mm大の胆石を確認出来たため、第13病日に経過良好にて退院とした。【考察】胆石性腸閉塞は胆嚢結石症の1-4%に認める比較的低合併症である。疫学的には高齢女性に多く、胆嚢と消化管瘻孔の形成原因は胆石性胆嚢炎が多いとされる。本症例は3年前に当院で施行したCTで胆嚢結石の指摘があり、今回、その胆石が胆嚢内から消失し、腸管内に認められたことから慢性胆嚢炎によって十二指腸瘻をきたしたのではないかと考えられる。また、また胆石性腸閉塞の自然排石率は4-8%と低く、内視鏡的採石術や外科的摘出などの処置を要することが多いが、本症例では自然排石を確認出来た貴重な一例を経験した。

胆石性腸閉塞, 胆嚢十二指腸瘻

EUS-AG, EUS-BD

## 38 正面視困難な憩室内乳頭に対する胆管挿管の工夫：クリップ併用Two-devices-in one channel methodの一例

千葉労災病院 消化器内科  
吉埜雅平, 吉埜雅平, 関本 匡, 安齋春香, 金森美有禪, 石毛克拓,  
栗津雅美, 泉水美有紀, 石川賢太郎, 石神秀昭, 榎谷佳生

症例は91歳女性。2年前、胆管炎疑いで内視鏡的胆管ドレナージ(EBD)を試みたが、憩室内乳頭のためEBD不成功となり、保存的加療で軽快した。今回、食思不振及び発熱にて当院入院。腹部単純CTにて総胆管内に結石を疑う高吸収域を認めた。熱源として胆管炎が疑われたため当科紹介となった。第1病日にEBDを施行した。十二指腸主乳頭は憩室内左縁背側に位置しており、正面視が極めて困難であった。通常の胆管挿管法では不成功となり、生検鉗子を用いて十二指腸粘膜を肛門側に押し下げ乳頭を十二指腸側に移動させるTwo-devices-in one channel methodを試みたが、やはり乳頭の正面視は困難であった。一方、生検鉗子にて十二指腸粘膜を口側に押し上げると、乳頭が十二指腸側に移動してきたが、生検鉗子で十二指腸粘膜を押しすぎてしまい内視鏡操作が不安定であった。そこで乳頭より口側と肛門側の十二指腸粘膜にクリップを1つずつ留置した。クリップを生検鉗子にて把持し十二指腸粘膜の牽引を行ったところ、口側のクリップを押し上げたところで乳頭の正面視ができ、内視鏡操作も安定したため胆管挿管に成功した。その後は乳頭切開と乳頭レーザーバルーン拡張術を行い、治療開始から約1時間で胆管ステントを留置し得た。第7病日に結石除去術を行い、完全採石が得られ治療終了となった。傍乳頭憩室を有し乳頭開口部が正面視困難なEBDでは、Two-devices-in one channel methodや乳頭を十二指腸側に牽引するクリップアシスト法が報告されているが、十二指腸粘膜に留置したクリップを生検鉗子で把持し乳頭を十二指腸側へ牽引するTwo-devices-in one channel methodは未だ報告されていない。近年では胆管挿管困難例に対し超音波内視鏡下胆道ドレナージも選択肢ではあるが、未だ施行できる施設は限られている。生検鉗子やクリップは内視鏡処置が可能な施設では一般的に常備されており、本法はEBDを行う際に比較的簡便かつ短時間に行うことが可能である。正面視困難な憩室内乳頭に対するEBDにおいて、本法は一つの治療選択肢となり得る。

憩室内乳頭, 内視鏡的胆管ドレナージ

## 39 十二指腸ステント留置およびEUS-HGS+AGを施行したリンチ症候群に伴った痔瘻の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器)<sup>1)</sup>,  
同 腫瘍センター<sup>2)</sup>, 同 内視鏡センター<sup>3)</sup>  
早川宇宙<sup>1)</sup>, 町田雄二郎<sup>1)</sup>, 林 秀幸<sup>2)</sup>, 岡田はるか<sup>1)</sup>, 中島悠貴<sup>1)</sup>,  
水上耀介<sup>1)</sup>, 茅島敦人<sup>1)</sup>, 川崎慎太郎<sup>3)</sup>, 堀部昌靖<sup>1)</sup>, 岩崎栄典<sup>1)</sup>,  
金井隆典<sup>1)</sup>

【症例】50歳女性。痔尾部癌術後多発リンパ節転移再発の症例。リンチ症候群の背景があり三次治療としてPembrolizumabを計56コースを施行し、腹膜播種による腸閉塞をきたすことがあるものの安定した病状であった。下部胆管狭窄に対しX-16ヶ月にプラスチックステントを留置し、自己拡張型金属ステント(self-expandable metallic stent: SEMS)に入れ替えたが形状を変更しても3回連続で逸脱し、閉塞性黄疸は軽快していると判断しステントフリーで経過観察とした。X年10月に閉塞性黄疸となり入院したところ、内視鏡検査で十二指腸球部の高度狭窄と胆管十二指腸球部の瘻孔形成を認め、乳頭部までのアプローチが困難であった。球部に十二指腸ステントを留置後に超音波内視鏡下に経胃的にB2胆管を穿刺した。胆管十二指腸瘻を介して下部胆管から十二指腸球部のステント内へかかるようにuncovered SEMSを留置し、さらに経胃穿刺経路にはITステントを留置した。処置は偶発症なく終了したものの13日後の外来で、胆管十二指腸瘻に留置したSEMSと十二指腸ステントが一塊になり水平部へ脱落したため、小腸穿孔での穿孔のリスクを考慮して回収を行なった。食事摂取良好でEUS-HGSによる減黄も得られ引き続き治療を継続している。【考察】近年、経乳頭アプローチが困難な悪性胆道閉塞症に対して、EUSガイド下胆道ドレナージ法(EUS-AG+EUS-HGS)と十二指腸ステント挿入を行うことが、有害事象の減少やステント開存期間の延長をもたらすことが報告されている。EUS-AGは十二指腸側へ胆汁が排泄されることで、EUS-HGSによる胆汁性腹膜炎防止やドレナージ効果の長期持続が期待できる。本症例のような留置後早期の逸脱は稀であるが起こりうる合併症であり、文献的考察を合わせて報告する。

## 40 当院でのメタリックステント留置により治療したEST後合併症症例の経験

旭中央病院 消化器内科  
岩本加代子, 志村謙次, 糸林 詠, 紫村治久, 中村 朗, 窪田 学,  
樋口正美, 宮川明祐, 片桐智子, 岡 弘晃, 閣彌一貴, 伊藤聡之,  
重原光那, 長澤正憲

内視鏡的乳頭切開術(以下EST)の早期偶発症の発生率は過去文献より、全偶発症3-24%、急性痔瘻0.5-6.9%、出血0-27%、穿孔0-1.8%、胆道炎0-4.2%と報告されている。EST後合併症は時に致命的な経過をたどることもあり、その対応に苦慮することも少なくない。当院で2007年から2021年の15年間に施行したESTの件数は4837件であった。出血の合併症は51件で1.05%、穿孔の合併症は9件で0.18%であった。その中でSEMSを留置した割合は出血が9.8%、穿孔が22%であった。EST診療ガイドラインでは術中・後出血いずれも内視鏡的止血術が第一選択とされているが、SEMS留置に関して記載はされていない。当院では従来の内視鏡的止血術で止血困難な場合に限り止血剤を用いたSEMS留置を行っていた。穿孔に関しても同様にSEMSによる治療はガイドラインに記載がなく全身管理の他、胆管と膵管ドレナージを行い、24時間以内に臨床症状と所見に改善がなければ早期手術が望ましいとされている。当院で過去15年に経験したEST穿孔症例9例の内、全死亡率は11%、手術率は22%であった。絶食期間は保存加療群で10日、SEMS群で4日、入院期間には保存加療群で13日、SEMS群で9日と絶食期間・入院期間いずれもSEMS群は短縮を認めており、またSEMS群に手術例は認められなかった。過去の文献からも保存加療群とSEMS群を比較するとNSAIDsや麻薬性鎮痛薬を使用した割合が保存加療群に有意に高く、また入院期間にも有意差を認め、SEMS群で短期間であった。出血・穿孔といった合併症に対してSEMSを留置することの注意点として、胆管狭窄がない良性疾患の場合はSEMS迷入や逸脱のリスクが挙げられる。また良性疾患では保険適応に経らない点や胆嚢炎や膵炎のリスクがある点も注意点である。当院の経験と過去文献での考察より、従来の止血法でも止血困難な場合や術中に穿孔を認めた場合はSEMS留置を推奨する。また穿孔例では保存加療に固執せず、治療の遅れが予後不良因子であるため、24時間以内に軽快しない症例では手術を積極的に検討すべきと考える。

内視鏡的乳頭切開術, メタリックステント



済生会横浜市南部病院 消化器内科  
田中 咲, 西脇友紀, 尾崎裕理, 内田 要, 石野勇康, 土屋祐介,  
榎本昌人, 丹羽一博, 石井寛裕, 京 里佳, 所知加子, 菱木 智,  
川本一朗

【症例】61歳, 男性。【主訴】膵腫瘍。【現病歴】16年前に他院で胆管炎に対し内視鏡的胆管ステント留置術が行われ, その後抜去せずに診察終了となっていた。X年8月近畿泌尿器科より蛋白尿精査で当院紹介となり, スクリーニングで施行したCTで膵腫瘍と留置されたままの胆管ステントを指摘された。膵腫瘍はEUSで精査しNET疑いと診断したが穿刺経路がないため嚴重経過観察となった。CTで胆管ステント上端は胆管外へ穿破し, またステントを核とした結石を総胆管内に認めた。X年10月ERCPによる胆管ステント抜去, 総胆管除去目的で入院した。【入院後経過】第2病日にERCPを行い, 内視鏡的乳頭バルーン拡張術 (EPBD) を行った後にステント上端を把持鉗子で掴むことで抜去に成功した。胆管ステント抜去後, 機械式破砕具 (ML) で, 結石除去を施行した。胆管造影では胆管外への造影剤漏出は認めなかった。小結石が残存していたため, 胆管ステント留置を行い, 二期的に結石除去の方針となった。ERCP後重症急性膵炎 (予後因子2点, CT grade 2点) となったがCTで胆管外への free air は認めなかった。膵炎はERCPで胆管ステント抜去に時間を要し乳頭への負荷がかかったことが原因として考えられた。膵炎は保存的に加療し軽快退院となった。【考察】今回, 我々は16年間に及ぶ長期留置胆管ステントを内視鏡的に摘出し得た一例を経験した。重症膵炎をきたした転帰も踏まえ, 文献的考察を加えて報告する。

内視鏡的胆管ステント留置術, 総胆管結石

筑波大学附属水戸地域医療教育センター 総合病院水戸協同病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>  
小島丈心<sup>1)</sup>, 鹿志村純也<sup>1)</sup>, 岡田健太<sup>1)</sup>, 有賀啓之<sup>1)</sup>, 倉田昌直<sup>2)</sup>,  
稲川 智<sup>2)</sup>

【はじめに】自己免疫性膵炎と膵癌の関連については未だ一定の解は得られていない。我々は自己免疫性膵炎の経過観察13年間に発生した膵癌を経験したので報告する。【症例】82歳, 男性。【主訴】自覚症状なし。【既往歴】68歳 自己免疫性膵炎, 77歳 前立腺癌, 78歳 胆管結石, 81歳 狭心症。【現病歴】68歳時に閉塞性黄疸で発症したIgG4関連の自己免疫性膵炎に罹患した。ステロイド治療が奏功して胆管狭窄や膵腫大は改善した。ステロイドは漸減して1年8ヶ月で終了できた。その後のIgG4は400前後で推移していたが膵臓を含めて臓器障害は見られなかった。78歳時には胆嚢からの落下と考える胆管結石を内視鏡的治療した。その際にも膵管造影を行ったが問題はなかった。定期的な画像検査で自己免疫性膵炎を経過観察してきたが, 20XX年7月の腹部CTで膵頭部に尾側膵管の拡張を伴う15mmの腫瘤が出現した。造影態度は動脈相では周囲よりも造影効果が淡く, その後は徐々に造影されて膵癌を疑う所見であった。MRIで腫瘤は拡散低下を示した。腫瘍マーカーはCA19-9が112.5と上昇し, アミラーゼ 250, エラクターゼ1 2190と膵酵素上昇を認めた。ERCPを行うと膵頭部に膵管狭窄を認め, 同部から腺癌細胞を確認できた。幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行してT3N0M0のstageIIAのMucinous adenocarcinomaと診断できた。現在, S-1による術後補助化学療法を施行中である。【考察】自己免疫性膵炎の診断初期に膵癌が発見される報告が散見され, 両疾患の関係性が議論されることがあるものの, 本症例は10年以上の経過を経て膵癌が発生した。自己免疫性膵炎の経過中, IgG4は正常化することなく, 400前後で推移していた。また, IgG4関連疾患の好発臓器である唾液腺, 涙腺, 肺, 腎臓, 後腹膜には病変を認めなかった。膵腫大は来さなかったものの持続する炎症が膵癌の発生に影響を与えた可能性が考えられるので文献的考察を加えながら報告する。

膵癌, 自己免疫性膵炎

茅ヶ崎市立病院 診療部 消化器内科  
半田祐太, 佐藤 高光, 井上喬二郎, 山崎雄馬, 松本悠亮,  
川島捺未, 中島聡美, 後藤駿吾, 村田依子, 栗山 仁,  
秦 康夫

膵癌は80-85%が切除不能の状態で見られ, 悪性疾患の中でも極めて予後が悪い。その要因として早期病変は無症状であり, 画像上で病変を指摘することが困難な点にある。しかし切除可能な早期膵癌はStage 0で85.8%, Stage IAで68.7%, Stage IBで59.7%と長期的な予後も期待されるため, 早期診断が重要となる。膵癌の前癌病変と考えられている膵上皮内腫瘍性病変 (PanIN) は膵管上皮より発生し, 顕微鏡レベルで観察される乳頭状もしくは平坦な形態をとる非浸潤性の上皮内腫瘍性病変と定義されている。画像上で病変自体の指摘は困難であるが, 近年の報告では膵管狭窄や膵実質の萎縮などの間接所見を有する場合があることが報告されており, これらの所見を認める場合には早期膵癌を念頭とする精査が必要となる。【症例】75歳男性。半年前から食欲不振が出現しており, 近医より精査加療目的に当科紹介となった。当院での腹部超音波画像検査にて膵体部に拡張膵管を伴う嚢胞性病変を認め, 精査の方針となった。MRCP, Dynamic CTでは膵体部に嚢胞性病変を認め, 尾側の主膵管拡張と膵実質の萎縮を伴っていたが, 狭窄部に明らかな腫瘤は認められなかった。画像所見より早期膵癌を疑い, 超音波内視鏡検査 (EUS), ERPによる膵液細胞診を施行した。EUSでも狭窄部および近傍に腫瘤の同定はできず, 上皮内病変が否定できない所見であった。ERPでは狭窄部の分枝膵管は造影されず, 膵液洗浄細胞診, 連続膵液細胞診から, 腺癌の診断となった。PET-CTにて遠隔転移は認めず, 膵体部癌Clinical Tis N0 M0, Stage 0の診断で膵体尾部切除術の方針となった。切除検体では狭窄部の主膵管上皮から尾側にかけて低~高悪性度PanINを認め, 狭窄部主膵管の線維性肥厚, 膵実質の萎縮を認めた。頭部側断端は陰性であり治療切除を得られた。【考察】早期膵癌として発見される症例は比較的稀である。今回食欲不振の精査を契機に術前検査で早期膵癌の診断に至り, 治療切除を得られた1例を経験したため, 文献的考察を加えて報告する。

早期膵癌, 膵上皮内腫瘍性病変

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学<sup>1)</sup>,  
茅ヶ崎市立病院 消化器内科<sup>2)</sup>  
緒方智樹<sup>1)</sup>, 栗田裕介<sup>1)</sup>, 二瓶真一<sup>1)</sup>, 八木 伸<sup>1)</sup>, 長谷川翔<sup>1)</sup>,  
佐藤高光<sup>1,2)</sup>, 細野邦広<sup>1)</sup>, 窪田賢輔<sup>1)</sup>, 中島 淳<sup>1)</sup>

【背景】EUS-HGSは広く普及しており, 使用されるステントは金属ステント及びプラスチックステントが存在する。プラスチックステントは留置後のステント径が金属ステントに比較して小さく胆汁漏などの合併症が多いとされるが, 一方で金属ステント留置より容易であると報告されている。今回, EUS-HGSにおけるプラスチックステントの有用性と安全性について評価を行った。【方法】2014~2022年に当院にて施行したEUS-HGSのうち, プラスチックステント留置を企図した27症例を対象とした。検討項目は, 手技成功率, 臨床的成功率, 合併症とした。【結果】性別は男性19例 (70%), 年齢の中央値 (範囲) は71歳 (36-88) であった。挿入部位はB2:7例 (27%), B3:19例 (73%) であった。穿刺部の胆管径中央値 (範囲) は: 5.2mm (3-15), 処置時間中央値 (範囲) は46分 (29-145) であった。手技成功率は 96.3% (26/27), 臨床的成功率は96.2% (25/26) であった。合併症は胆汁性腹膜炎が7.7% (2/26) で発症し, その他重篤な有害事象は認めなかった。【結論】EUS-HGSにおいてプラスチックステントの留置は有用性及び安全性が高い処置である可能性が示唆される。

EUS-HGS, プラスチックステント

内視鏡的粘膜切除術(Endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope:EMR-C)により切除可能であった食道神経内分沁腫瘍(NET)の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学  
米本卓弥, 明杖直樹, 金子達哉, 大田佑樹, 對田 尚, 沖元謙一郎,  
齊藤景子, 松村倫明, 加藤 順, 加藤直也

【症例】80歳, 女性。【主訴】なし。【既往歴】総胆管結石, 脂質異常症, 萎縮性胃炎, 白内障。【現病歴】前医で施行されたスクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査で, 下部食道に粘膜下腫瘍様隆起を認め, 生検の結果NET G1の診断となった。精査加療目的に当院を紹介受診され, 切歯列から31cmに表面平滑で発赤調の4mm大の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。超音波内視鏡では3×3mm大の第2層由来の低エコー腫瘤として描出され, 第3層への浸潤は認めなかった。体幹の造影CTでは転移を示唆する病変は認めず, EMR-Cにより一括切除した。病理組織学的には均一感のある類円形核を有した異型細胞が, 豊富な毛細血管の介在を伴いながら, 索状-胞巣状に増生していた。免疫染色ではsynaptophysin強陽性, chromogranin-A強陽性と神経内分沁系細胞への分化傾向が確認された。核分裂像は目立たず, Ki-67指数は1%未満であり, NET G1と診断された。粘膜固有層内に4250 μmmの結節を形成しており, 粘膜筋板に接したため, pT1a-MMと判断された。脈管侵襲はなく, 水平・垂直切除断端は共に陰性であった。【考察】これまで, 食道NETに対する内視鏡的切除例は, 数例が報告されているのみである。標準的治療法が確立されているわけではないが, 本症例のように10mm以下で, 潰瘍やびらんを伴わず, 粘膜下層より浅い深達度の食道NETに対しては内視鏡的治療も考慮されうると考えられる。【結語】EMR-Cにより切除した食道NETの1例を報告した。

食道NET, EMR-C

内視鏡検査で腺腫との鑑別が困難であった十二指腸過誤腫の一例

東京大学 医学部 附属病院 消化器内科  
栗原光崇, 角嶋直美, 大塩香織, 久田浩之, 水谷 悟, 中川秀紀,  
佐藤淳一, 久保田大, 小畑美穂, 趙 利奈, 永尾清香, 三浦裕子,  
大木大輔, 水谷浩哉, 高橋 悠, 坂口賀基, 屋嘉比聖一, 新美恵子,  
辻 陽介, 藤城光弘

症例は70歳代男性。202X年の上部消化管内視鏡検査(EGD)で, 十二指腸球部に10mm大の表面平滑な発赤調隆起性病変を認め, 内視鏡的に過形成性ポリープが疑われ経過観察となった。202X+2年3月にEGDを再検したところ, 同部位に20mm大の白色調で不均一な分葉傾向を有する亜有茎性病変を認めた。Narrow-band imaging (NBI) 併用拡大内視鏡では, 全体にwhite-opaque substance(WOS)を伴う管状様の構造を認め, 腸型の腺腫と診断した。生検は非腫瘍であったが, 増大傾向にあることから内視鏡的切除を行う方針となった。同年6月に内視鏡的粘膜切除術を施行し, 病変は一括切除された。病理組織像は腸型, 胃型の上皮が混在して増生する病変であり, 深部にはBrunner腺様の腺管を伴っていた。一部に平滑筋を伴う分葉状の構築を認め, 過誤腫性ポリープと診断した。また, アディポフィリン染色で表面の上皮には脂肪滴の存在が確認された。なお, 本症例には色素沈着や遺伝性などPeutz-Jeghers症候群を疑う所見を認めなかった。十二指腸腸瘍様病変の鑑別においてNBI観察によるWOSの有無は, 腸型形質を有する腫瘍の診断に有用とされる。本症例では増大傾向や不均一な分葉, 全体にWOS附着を認めたことから, 腫瘍/非腫瘍の鑑別が困難であったため, 文献的考察を含めて報告する。

十二指腸, 内視鏡診断

家族性大腸腺腫症に伴う十二指腸乳頭部癌により胆管炎をきたした一例

公立昭和病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 内視鏡科<sup>2)</sup>,  
同 予防・健診センター<sup>3)</sup>, 同 臨床検査科<sup>4)</sup>  
細川貴範<sup>1)</sup>, 浦牛原幸治<sup>1)</sup>, 川口 淳<sup>2)</sup>, 永尾重昭<sup>3)</sup>, 小島 茂<sup>1)</sup>,  
櫻井 幸<sup>4)</sup>, 鈴木祥子<sup>2)</sup>, 小林正佳<sup>1)</sup>, 大野一将<sup>2)</sup>, 菊地翁輝<sup>1)</sup>,  
山崎 洵<sup>1)</sup>, 原田耕佑<sup>1)</sup>, 武田雄一<sup>2)</sup>

【症例】52歳女性【既往歴】家族性大腸腺腫症, 高血圧【常用薬】テルミサルタン・アムロジピンベシル酸塩配合錠【家族歴】父: 家族性大腸腺腫症【経過】17歳時に家族性大腸腺腫症で予防的大腸全摘術を施行されたが経過観察はされていなかった。健診で肝機能異常認めエコーで胆管経管拡張認め近医より紹介となり精査目的に入院となった。造影CT撮影したところ胃, 十二指腸の壁肥厚認め, 乳頭部から遠位胆管にも伸展していた。上部消化管内視鏡では多発胃底腺ポリープと多発十二指腸腺腫を認めた。バルーン内視鏡を行ったところ十二指腸下行脚から水平脚にかけて腺腫が密集し空腸は腺腫が散在し肛門側に進むにつれ密度は減るものの可視範囲は全て腺腫を認めた。精査中に胆管炎を発症しERCPを施行し遠位胆管に狭窄を認めチューブステントを留置し胆管炎は改善した。生検で癌細胞は認められなかったが胆管狭窄も認めることから手術の方針となりSSPPDを施行したところ十二指腸を埋め尽くすように癒合傾向のある腺腫を認め一部に腺癌を認めた。【結語】家族性大腸腺腫症において十二指腸腺腫が生じることが知られているものの, 癌化は比較的稀であり, 胆管炎を来す症例は貴重と考えここに報告する。

家族性大腸腺腫症, 胆管炎

近接多発した胃型形質SNADET(粘膜内癌)に対して内視鏡的に一括切除しえた1例

獨協医科大学 内科学(消化器)講座<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
長崎絢子<sup>1)</sup>, 郷田憲一<sup>1)</sup>, 大池 研<sup>1)</sup>, 山崎ゆうか<sup>1)</sup>, 近藤真之<sup>1)</sup>,  
阿部圭一朗<sup>1)</sup>, 金森 瑛<sup>1)</sup>, 鈴木統裕<sup>1)</sup>, 富永圭一<sup>1)</sup>, 石田和之<sup>2)</sup>,  
入澤篤志<sup>1)</sup>

症例は70歳女性。胸焼けを主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行され, 上十二指腸角付近に有茎性の隆起性病変を指摘されたため, 精査加療目的に当科を紹介され受診した。当科EGDにおいて, 上十二指腸角前壁に約20mm大で周囲粘膜と同色調の有茎性のポリポイド病変と, その基部に接して8mm大で発赤調の広基性の隆起性病変を認めた。いずれの病変もmilk-white mucosaを伴っておらず, NBI拡大観察において2病変ともに大きさ, 形状共に不均一な絨毛状構造を示した。発赤調病変の不均一性は軽度であった。20mm大有茎性病変には構造内異常血管を伴っていた。以上より, 胃型粘液形質を有する腺癌(腺癌)または高度異型腺腫と考え内視鏡的粘膜切除(EMR)する方針とした。体位や局注量を工夫し, EMRにて2病変を一括で切除した。組織学的に有茎性病変は類円形核と淡好塩基性の細胞質を有する円柱状異型細胞が管状に増殖しており, 表層ではシダの葉状の分岐を伴った乳頭状構造が認められた。発赤調病変ではBrunner腺が確認されるも増生は目立たず, その表層に腺窩上皮様細胞が乳頭状・腺管状に増殖していた。免疫染色においてはいずれの病変もMUC5AC・MUC6が陽性であり, MUC2・CD10・CDX2は陰性であった。細胞・構造異型から胃型粘液形質を有する高分化型腺癌(有茎性病変)および腺癌疑い(広基性病変)と診断された。SNADETは稀少腫瘍である上, 胃型形質を有する病変はさらに少ない。我々が検索しえた範囲内において胃型形質SNADETが近接多発した症例の報告はない上, 一次的に内視鏡で一括完全切除しえた極めて貴重な症例と考えられたため, 文献的考察を加えて報告する。

SNADET, 胃型形質



東京慈恵会医科大学附属柏病院 外科<sup>1)</sup>、  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化管外科<sup>2)</sup>  
梶 睦<sup>1)</sup>、北川和男<sup>1)</sup>、中嶋俊介<sup>1)</sup>、吉岡 聡<sup>1)</sup>、成廣哲史<sup>1)</sup>、  
高橋直人<sup>1)</sup>、戸谷直樹<sup>1)</sup>、衛藤 謙<sup>2)</sup>

症例は40歳代、男性。2004年に潰瘍性大腸炎に対して大腸全摘および回腸瘻造設術を施行した。1年後に回腸瘻閉鎖を施行したがパウチ炎を発症し回腸瘻再造設を行った。その後もパウチ炎を繰り返し、Budesonide注腸およびメサラジン注腸を使用した骨盤底膿瘍および下血増悪を認めた。日常生活困難であり保存的治療のため2022年2月に腹腔鏡下腹会陰陰式回腸パウチおよび肛門切除を施行した。術後、原因不明の強い炎症が腹部全体に発症し、複数の分節的な小腸閉塞となった。術後14日目にBacterial translocationによる敗血症が発症したためイレウス解除術を施行した。手術所見は小腸が一塊となっており、複数の狭窄部を認めた。狭窄部小腸を切除したところ、残存可能小腸は拡張している状態で110cmであった。術後小腸造影では残存小腸は約50cmであった。短腸症候群と診断しロペラミド等を使用した。ストーマからの排液量は絶食状態で約1,500~2,500ml/日、経腸栄養併用流動食摂取で約2,500~3,500ml/日、経腸栄養併用3分粥摂取では約4,000~4,500ml/日、経腸栄養併用30g脂肪制限5分粥摂取では約5,500~7,000ml/日であった。2022年7月からテデュグルチド注を使用したところ、ストーマからの排液量はテデュグルチド投与2週間後の経腸栄養併用軽食摂取で2,300ml/日、投与1か月後の経腸栄養併用常食摂取で2,100ml/日と減少した。血中プレアルブミン値もテデュグルチド投与前は10.5mg/dlだが、投与1か月後は39.4mg/dlと改善した。その結果、テデュグルチド投与後1か月で経静脈栄養量が減少し、退院となった。現在も外来通院で管理可能となっている。テデュグルチドは短腸症候群患者の腸管順応を促進する天然GLP-2のアナログであり、消化管水分吸収能の増加や栄養吸収増加によりストーマ排液量減少が見込める製剤である。我々はストーマ排液多量の短腸症候群に対しテデュグルチドを投与し排液量が著明に減少した一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

短腸症候群、テデュグルチド

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座<sup>1)</sup>、  
獨協医科大学病院 臨床研修センター<sup>2)</sup>  
鈴木愛士<sup>1,2)</sup>、金澤美真理<sup>1)</sup>、増山智史<sup>1)</sup>、松本健吾<sup>1)</sup>、星 恒輝<sup>1)</sup>、  
鈴永圭一<sup>1)</sup>、入澤篤志<sup>1)</sup>

【症例】10歳台、男性。【主訴】腹痛、嘔吐。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】20XX年7月5日にトレーニングジムでデッドリフトを行った後から、筋肉痛、腹痛、腰痛を自覚していた。7月6日夜に腹痛、嘔吐を認め、翌日近医を受診した。胃腸炎が疑われた点滴と整腸剤を処方された。しかし、その後も症状が持続したため7月10日に当院に救急搬送された。腹部CTで十二指腸上行部の腸管壁内に約80mm大の血腫が指摘され、その口側の十二指腸及び胃内には液体が貯留し著明に拡張していた。腸管壁内血腫に伴う消化管通過障害と診断され入院した。【経過】胃管を留置し、禁飲食管理を行った。胃管からの排液が減少し、クランプテストを行い症状の再燃がないことを確認した。腹部CTでも血腫の縮小と、胃から十二指腸にかけて液体の貯留がないことを確認し、通過障害が改善したと判断して食事を再開した。食事摂取開始後も症状の再燃なく経過したため、第20病日に退院した。【考察】デッドリフトはベンチプレスやスクワットと合わせて「筋トレBIG3」と呼ばれるトレーニング種目である。デッドリフトを行う際にはリフティングベルトを装着することで腰の負担を軽減する事ができるが、一方で腹圧が高まる作用があり、重量のあるバーベルを持ち上げる際に怒責し急激な腹圧上昇を来す。デッドリフトによる急激な腹圧上昇に起因する小腸壁内血腫の1例を経験したため報告する。

小腸壁内血腫、デッドリフト

大森敏秀胃腸科クリニック  
大森敏秀

【背景】【目的】我々は先に ustekinumab: USTのクローン病CDに対する実地臨床医での使用経験12例を報告してきた。USTが中等症から重症の潰瘍性大腸炎UCの寛解導入療法維持治療に上市されて既に2年が経過した。USTの bio-experienced 症例の1年後52w臨床的寛解率は39.6% (8w間隔治療) とされている (UNIFI試験) 生物学的製剤の適正使用の観点から、開業医実地臨床医家での臨床使用状況連続UC5症例全例を報告する。【症例1】50代女性看護師、遠位側UCで初発し、メサラジン不耐、インテグリン治験実薬で非改善、ステロイド依存症となったため golimumab: GLM開始するも一次無効でありUSTに変更して以後経過良好である。【症例2】50代女性製薬会社研究者、全結腸型UCで発症し、ステロイド依存、Tofacitinib: ToF治療一次無効にてUSTに変更し以後経過良好である。【症例3】20代男性薬剤師、infliximab: IFX治療下にて転居紹介転医、臨床的寛解維持も貧血が続き、内視鏡的粘膜炎活動性あり、USTに変更。粘膜炎寛解が得られ、以後貧血は改善した。【症例4】20代男性、全結腸型初発でUC、ステロイド依存、タクロリムス導入後のadalimumab: ADA治療で転居紹介転医されてきた。内視鏡所見がMES3であることから、USTに変更して粘膜炎寛解を得た。【症例5】30代女性、アメリカカ医療過疎地居住中発症のUCでCyclosporin: CyAで寛解導入されIFXで維持治療後休止。MMXメサラジン (本邦発売前)、Azathioprine: AZAで維持されていたが、出産授乳で再燃し、IFX再開も寛解導入されず、これらを機会に日本に帰国し当院に紹介転医。UST変更にて臨床的寛解・粘膜炎寛解を得た。【考察】【結語】全治療UC患者399名に対してUST治療者は5名と少ないが、全例他剤からのバイオスイッチでも効能を発揮し、臨床的寛解・粘膜炎寛解を維持している。無効症例は見られていない。副作用もなく安全に使える製剤と考えられる。

実地医家、ウステキヌマブ

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科  
鶴田正樹、加藤真吾、田川 慧、岸 寛士、内田信介、山鹿 渚、  
増淵悟志、鈴木一世、寺田有一郎、高橋一郎、酒井 駿、  
田中孝幸、加藤秀樹、中川慧人、内田党史、須田健太郎、寺井悠二、  
大塚武史、岡 政志、名越澄子

【症例】60歳代、男性。【現病歴】20XX年発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)。20XX+11年9月に再燃し、ステロイド抵抗性のためUstekinumab(UST)を導入されるも改善を認めず、当院に転院搬送となった。サイトメガロウイルス(CMV)陽炎の合併もあり、ガンシクロビルにて治療を行った。CMV陰性確認後も症状寛解せず、UST一次無効の診断にてInfliximab(IFX)+血球成分除去療法に変更するも効果なく、IFX一次無効と判断した。Tofacitinib(TOF)20mg/日に変更後に寛解導入に至り、同年12月に退院となる。20XX+12年2月にTOF10mg/日に減量後、同年4月に再燃したため、TOF20mg/日に再増量し寛解となった。同年7月10日に突然左側腹部痛が出現し、腹部造影CT検査で腹腔内free airを認め、下行結腸穿孔のため結腸全摘術+回腸人工肛門造設術を施行した。病理組織学的検査では下行結腸憩室周囲に膿瘍を形成しており、他部位に浅い潰瘍形成を認めるも粘膜下層までであり憩室穿孔と診断した。【考察】TOFはpan-Janus kinase(JAK)阻害薬で、JAKファミリー全ての経路を抑制する。本症例は臨床的寛解の状態であったが突然の憩室穿孔を発生した。過去の報告では、抗IL-6受容体モノクローナル抗体であるTocilizumabによる消化管穿孔が報告されている。IL-6の作用は膠原繊維を産生し創傷治癒に関するサイトカインであり、その転写機序はJAK-STAT経路を介するため、UCに憩室やCMV陽炎などが合併した場合、創傷治癒が阻害されることで消化管穿孔を発生した可能性が考えられた。【結語】TOF加療中に腹痛が生じた場合には消化管穿孔を鑑別することが重要である。

Tofacitinib、消化管穿孔

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科  
中村円香, 宮崎亮佑, 山崎雄介, 酒寄千晶, 菊池伊都香,  
古守知太郎, 石川将史, 澤田亮一, 櫻井俊之, 猿田雅之

【症例】14歳、男性。【主訴】腹痛、発熱。【現病歴】X年Y-6月に他院の大腸内視鏡検査(CS)で左側大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)、Mayo endoscopic sub-score; MES 3の診断にて当院に紹介受診となり、メサラジン2.4g、ブデソニド注腸で加療を開始したが、2週間後にメサラジン3.6gへ増量した翌日から症状の増悪、発熱を認め、5-ASA不耐症と診断した。メサラジン休薬とブレドニゾロン30mg/dayで寛解導入したがブレドニゾロン10mg/dayまで漸減した段階で症状の再燃を認めた。CSで全大腸炎型UCのMES 3へ増悪していた。Y-2月18日にアザチオプリンを導入したが一次無効となり、Y-1月9日にインフリキシマブへ変更した。NUDT-15がARG/ARGであることと踏まえY-1月30日よりアザチオプリン(AZA)25mgを開始した。Y-12月から腹痛の増悪と発熱を認め、Y-15日に入院となった。【経過】入院時に上腹部を主体とした自発痛と圧痛を認め、Simple Clinical Colitis Activity Indexは16点であった。血液検査では白血球13100/ $\mu$ L、CPR 8.6mg/dLと炎症反応の上昇を認め、血小板は53.2万/ $\mu$ Lと高値であった。酢酸アミラーゼは正常値であった。CT所見では全結腸に浮腫性壁肥厚、ハウストラ構造の不明瞭化を認めUCの増悪と判断し、第1病日にインフリキシマブの3回目投与を行ったが上腹部痛と40度近い発熱が遷延し、第7病日に施行したCSでも改善を認めなかった。同日施行したCT撮影でCT grade 1の肺炎所見を認め、酢酸アミラーゼ(Amy I33U/L、P-Amy86U/L、リパーゼ871U/L)と併せて急性肺炎と診断した。AZAによる薬剤性と考へ、休薬したところ第10日には上腹部痛と発熱が改善し酢酸アミラーゼも著明に改善した。しかしUCの症状は血球成分除菌療法を併用したものの改善せず、第31病日にウステキスマブを導入して寛解導入に成功した。【考察】AZAによる薬剤性肺炎はIBD患者においてしばしばみられる有害事象であり、NUDT15遺伝子検査では予測困難である。AZAによる薬剤性肺炎の症例は自験例を含め3例あり、いずれも5-ASA不耐症を認めた。今後AZAによる薬剤性肺炎と5-ASA不耐症の関連について検討していく必要がある。

潰瘍性大腸炎, 薬剤性肺炎

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科  
岸 寛士, 加藤真吾, 田川 慧, 内田信介, 山鹿 渚, 錫田正樹,  
増淵悟志, 鈴木一世, 寺田有一郎, 高橋久一郎, 酒井 駿,  
田中孝幸, 加藤秀輔, 中川慧人, 内田党史, 須田健太郎, 寺井悠二,  
大塚武史, 岡 政志, 名越澄子

【症例1】40歳代、男性。【現病歴】20XX年5月に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断、メサラジン(5-ASA)にて寛解維持せず、同年6月にブレドニゾロン(PSL)40mg/日に加療するも改善なく当院に転院した。5-ASA不耐、ステロイド抵抗性でVedolizumab(VED)を導入するも、一次無効のためUstekinumab(UST)に変更し、同年8月に退院。同年8月16日の外来では腹痛、血便なかったが、3日後に突然下腹部痛が出現、腹部骨盤部造影CT検査で下部消化管穿孔と診断にて結腸全摘術+回腸人工肛門造設術+直腸粘液瘻造設術を施行。【症例2】20歳代、男性。【現病歴】20XX年1月に全大腸炎型UCと診断、5-ASAにて寛解維持せず、ステロイド依存性で同年10月にアザチオプリン(AZA)を開始し寛解。20XX+2年1月に薬剤性肺炎のためAZA中止後、同年4月に再燃し、PSL30mg/日で改善なく、同年5月に当院に緊急入院。5-ASA不耐、ステロイド抵抗性で血球成分除菌療法、USTを導入し6月に退院。同年7月の外来で腹痛、血便はなかったが、9月に突然腹痛が出現、腹部骨盤部造影CT検査で下部消化管穿孔と診断し結腸全摘術+回腸人工肛門造設術+直腸粘液瘻造設術を施行。2症例とも病理学的検索の結果、潰瘍性大腸炎の活動性は認められた。【考察】これまでUST加療中に消化管穿孔を発症した報告は無く、今回の2症例が初めてである。USTと消化管穿孔の因果関係は不明であり、さらなる症例の蓄積が必要である。【結語】UST加療中に消化管穿孔を発症した全大腸炎型潰瘍性大腸炎の2例を経験した。

潰瘍性大腸炎, ウステキスマブ

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科  
芳賀将輝, 西村 尚, 岡本亜里紗, 神谷昂汰, 三國隼人, 石川将史,  
澤田亮一, 猿田雅之

【症例】48歳女性【既往歴】なし【臨床経過】X年Y-1月、左眼瞼下垂、複視、羞明を認め近医脳外科を受診した。MRIを施行するも複数なとされ、ウイルス感染としてブレドニゾロン内服で経過観察となった。症状が改善しないためY月に近医内科を受診し、精査で撮影した胸腹部CTにて、S状結腸癌疑い、多発肝・肺転移を指摘された。S状結腸癌疑いと動眼神経麻痺の精査目的に当院当科と脳神経内科を紹介受診した。頭部MRIにて左海綿静脈洞転移の所見を認め、動眼神経麻痺の原因と考えられた。また下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に1/3周性の2型腫瘍を認め、病理は腺癌であった。S状結腸癌、左海綿静脈洞転移、多発肝・肺転移の診断となり、FOLFOX+パニツムマブ療法を開始した。1コース施行後に海綿静脈洞転移に対して定位放射線治療(35Gy/10fr)を施行し、その後またFOLFOX+パニツムマブ療法を2コース目より再開した。4コース目施行時にオキサリプラチンアレルギーを認め、5コース目以降はsLV5FU2+パニツムマブ療法を継続した。経過中、眼瞼下垂や複視等の臨床症状は改善していき、CTでも多発肝・肺転移は著明な縮小を認めた。【考察】動眼神経麻痺を契機に診断されたS状結腸癌の1例を経験した。海綿静脈洞転移は癌患者の1%未満で認める珍しい転移である。過去の報告では頭頸部癌が最多であり、乳癌、肺癌、リンパ腫などの報告も多く見受けられる。大腸癌から海綿静脈洞転移を来した症例報告は非常に珍しく、過去の報告では脳神経障害が出現してからの予後は不良であった。しかし、本症例では定位放射線治療と化学療法により良好な治療成績が得られており、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

大腸癌, 海綿静脈洞転移

町田市民病院 消化器内科  
山住諭史, 和泉元喜, 益井芳文, 谷田恵美子, 伊藤綾香, 山下悟史,  
長谷川雄大, 大谷知弘, 鈴木 瞳

【背景】大腸癌のスクリーニング検査として便潜血2日法が広く採用されており、精密検査として大腸内視鏡検査が勧められている。精密検査での大腸癌検出率は7%程度と報告されているが、検診の受診率は50%未満、精密検査の受診率は70%程度と低い。一方で、血便や便通異常などの自覚症状が出現した段階で発見された大腸癌はすでに進行癌であることが多く、医療経済負担の観点から、腺腫等の前癌病変の段階での切除が求められており、検診後の検査間隔の妥当性についてさらなる検討が必要と考えられてきた。【目的】進行大腸癌と診断した症例で、診断以前の検査歴の有無を調査し、内視鏡検査の有用性や検査間隔の妥当性に関して検討を行った。【方法】単施設後ろ向き観察研究であり、2017年9月1日から2022年8月31日までの5年間に、当院で大腸内視鏡検査を行い、内視鏡的に進行大腸癌と診断した症例を対象とした。既存の診療録から、診断前の検査歴の有無、前回検査からの間隔、検査回数などの情報を収集した。【結果】対象症例は全390症例であった。そのうち当院又は他院で診断前の検査歴があった症例は61例(15.6%)であり、検査理由に関しては、血便、体重減少・便痛異常等の有症状例が26例、便潜血陽性や血液検査での貧血指摘等の自覚症状のない症例が35例であった。検査歴があった症例は、検査歴がない症例155例(39.7%)、不明例(診療録から検査歴の情報収集できないもの)174例(44.6%)に比して61例(15.6%)と低値であった。前回検査からの間隔の平均値は5.79年、中央値は4年(0-30年)であり、これより短い間隔での検査が望ましい可能性が示唆された。1年以内に検査歴のある症例でも、進行大腸癌と診断された症例は9例存在し、そのうち6例は腫瘍占拠部位が上行結腸であった。【結論】大腸内視鏡検査の受診率の向上や、先端フードの効果的な使用や送気量の適切な調節といった丹念な観察による大腸内視鏡検査そのものの診断能の向上が必要であると考えられた。

大腸癌, 大腸内視鏡検査



## 57 女性の大腸内視鏡に対する心理的ハードルの検討

町田市民病院 消化器内科

長谷川雄大, 鎌田峻司, 鈴木 瞳, 大谷知弘, 山住論史, 山下悟史, 伊藤綾香, 谷田恵美子, 益井芳文, 和泉元喜

【目的】本邦において大腸癌は、がん死因の第2位であり、罹患率第1位である。特に女性に関して、発生日別がん死亡者数(2020年)をみると、大腸癌はがんによる死因のうち1位である。しかし、女性の大腸癌検診受診率は40.9%と低く、大腸内視鏡は更に抵抗感が強いと思われる。そこで、女性の感じる大腸内視鏡の心理的ハードルを評価することで、女性に対する大腸内視鏡の普及に繋げることを目的に本研究を計画した。【方法】町田市民病院全女性職員620人を対象とし、自己記入式質問紙票を用いた横断調査を行った。回収率は71.8%(445人)であった。【結果】大腸内視鏡を受けたことがない群(非CS群)は319人(71.7%)で、受けたことがある群(CS群)は123人(27.6%)であった。非CS群が大腸内視鏡を受けたくないと感じる理由の上位は、下剤内服への抵抗感(39.2%)、受ける時間がないこと(32.6%)、疼痛への恐れ(32.3%)、検査時間が長いこと(31.0%)、検査自体への恐れ(27.3%)、男性医師への抵抗感(19.7%)、肛門からの検査への抵抗感(19.4%)、男性スタッフへの抵抗感(14.7%)であった。CS群と比較すると、男性医師への抵抗感( $P<0.05$ )、肛門からの検査への抵抗感( $P<0.05$ )が有意に多い結果となった。また、CS群で、今後なるべく受けたくないと考える人81人(65.6%)は、積極的に受けたくない群42人(34.1%)と比較して、下剤内服に時間がかかること(60.5%,  $P<0.01$ )、下剤で悪心が出現すること(40.7%,  $P<0.05$ )、医師が男性であること(37.0%,  $P<0.05$ )、肛門からの検査であること(44.4%,  $P<0.01$ )に対して有意に多く苦痛に感じていた。【結論】男性医師による検査、下剤内服、肛門からの検査が、女性にとって大腸内視鏡検査への心理的ハードルとなることが示唆された。

大腸内視鏡, 女性被験者

## 59 当院におけるStage IIIB結腸癌に対する術後補助化学療法の現状と予後評価

上福岡総合病院 外科

松下典正, 椎原正尋, 日比康太, 須藤泰裕, 窪田 猛, 大杉治司, 井上達夫

【はじめに】大腸癌治療ガイドラインではR0切除が行われたStage III大腸癌に対して術後補助化学療法を行うことが推奨されており、再発リスクに応じてフッ化ピリミジン単独療法とするか、Oxaliplatin併用療法とするかは選択することとされている。比較的悪性度の高いStage IIIC症例に対してはOxaliplatin併用療法が行われることが多いと思われるものの、Stage IIIB症例に対しては実地臨床の判断でそれぞれ決定されていることと思われる。当院におけるStage IIIB結腸癌に対する術後補助化学療法の選択内容および予後評価を行った。【方法】2012年1月から2021年3月の9年2ヶ月を患者データ抽出期間としStage IIIB結腸癌の術後補助化学療法の内容および再発・死亡イベントの評価などを行った。【結果】データ抽出期間内に手術が施行された大腸癌356例の内Stage IIIの結腸癌は64例であり、Stage IIIBは45例であった。Stage IIIB症例を(1)補助化学療法未施行群、(2)フッ化ピリミジン単独療法群、(3)フッ化ピリミジン+Oxaliplatin併用療法群に分類し評価を行った。70歳未満のStage IIIB症例では94.1%で何らかの補助化学療法が行われており、70.6%でOxaliplatin併用補助化学療法が行われていたが、70歳以上においては67.8%で補助化学療法が施行され、32.1%がOxaliplatin併用療法となっており高齢者ではOxaliplatin併用療法を控える傾向があった。予後に関しては術後4ヶ月から97ヶ月まで観察されており、無再発生存期間中央値は補助化学療法未施行群が11.0ヶ月、フッ化ピリミジン単独療法群で59.0ヶ月、フッ化ピリミジン+Oxaliplatin併用療法群で未到達であり、補助化学療法未施行群に比較しフッ化ピリミジン単独療法群並びにフッ化ピリミジン+Oxaliplatin併用療法群において有意に無再発生存期間の延長が認められ、術後補助化学療法の有効性が示唆された。しかしフッ化ピリミジン単独療法群とフッ化ピリミジン+Oxaliplatin併用療法群の間においては有意差が認められず、Stage IIIB結腸癌に対するOxaliplatinの使用に関しては引き続き評価が必要であると考えられた。

大腸癌, 補助化学療法

## 58 O157LPS抗体が腸管出血性大腸菌感染症の診断に有用であった1例

さいたま市立病院 消化器内科

菅原美咲, 山本 傑, 牟田口真, 町田健太, 西尾 恵, 星 瞳, 瀧本洋一, 三浦邦治, 金田浩幸, 金子文彦, 加藤まゆみ

【背景】腸管出血性大腸菌(EHEC)などの感染性腸炎は、ときに溶血性尿毒症症候群(HUS)を併発し致死的な転帰を辿ることがあるため早急な診断と治療が求められる。今回、O157LPS抗体がEHEC感染症の診断に有用であった症例を経験したため報告する。【症例】70歳、女性【主訴】ふらつき【現病歴】X年9月中旬から下痢をきたし、ふらつき、傾眠、呂律障害が出現した。近医を受診し、頭部CT・MRIを施行されたが異常はなかった。X年10月4日、前医を再度受診し、血液検査で貧血(Hb 7.9 g/dl)、腎機能障害(Cre 5.29 mg/dl)を認めたため、入院の上、抗菌薬、赤血球輸血を開始された。便培養検査は陰性だった。入院後、多量の水様の血便があったため大腸内視鏡検査が行われ、大腸と回腸末端の広範囲に潰瘍性病変を指摘された。重症の炎症性腸炎が疑われX年10月12日、当科へ転院搬送された。意識障害は遷延していたが、循環動態は安定し、血便量は軽減していた。大腸内視鏡検査で、直腸を除く大腸に広範な潰瘍を認め、感染性腸炎が疑われた。血清O157LPS抗体検査を追加したところ、陽性だったためEHECによる出血性大腸炎と診断された。絶食と補液管理で、下痢の改善とともに全身状態と意識レベルは軽快し、X年11月23日に退院した。【考察】内視鏡検査から感染性腸炎を疑ったが、便培養検査で感染性腸炎の診断は困難であった。しかし、O157LPS抗体検査によりEHEC感染症と診断できた。O157LPS抗体は、血清中の大腸菌O157のりポ多糖類に対するIgM抗体であり、抗菌薬投与の影響を受けず、感度83.9%および特異度99.3%と報告されている。感染後第3から6日より陽性となり約1か月間持続するため、本症例のように発症後便培養検査が速やかに提出できず、細菌が検出できない症例でも診断に繋げることが出来た。また、本症例の意識障害は、EHEC感染症にHUSの合併を考慮したが、診断基準は満たさず、ペロ毒素による脳症が示唆された。【結論】EHEC感染症が疑われる症例は、便培養検査が陰性の場合でも、O157LPS抗体の測定が重要と考えられた。

腸管出血性大腸菌感染症, O157LPS抗体

## 60 偶然発見された肝内びまん性動静脈短絡の2例

東急株式会社 東急病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>,

鉄鋼ビル丸の内クリニック<sup>3)</sup>

齋藤恵介<sup>1)</sup>, 梶原幹生<sup>1)</sup>, 中野春菜<sup>1)</sup>, 吉田沙佑美<sup>1)</sup>, 荒井吉則<sup>1,2)</sup>, 阿部雅之<sup>2)</sup>, 有廣誠二<sup>3)</sup>

【緒言】動静脈短絡(arterio-venous shunt or fistula)は、動脈と静脈に生じる異常血行路であり、肝臓においては(狭義の)肝内動静脈短絡(AVF)及び肝内動脈短絡(APF)に大別される。多くは続発性であり、腫瘍や肝硬変(LC)、遺伝性出血性毛細血管拡張症(HHT)、あるいは医原的処置を含む外傷などに併発することが多いとされる。今回我々は無症候者に偶然発見された肝内びまん性動静脈短絡の2例を経験した。【症例1】55歳、女性。肺非定型抗酸菌症の既往あり。HTの家歴歴はなし。反復性の鼻出血などのエピソードもなし。人間ドック(他院)での腹部エコー検査にて肝内にびまん性の粗雑像を指摘され受診となった。Plt 196k/mcL、ALT 17 IU/L、NH: 13 mcg/dLなどと肝機能障害なし。Dynamic CTでは造影早期相にて肝内に多数の小早期濃染像を認め、それらは門脈相、後期相では等濃度に描出され、肝内のびまん性APFに矛盾しないものと考えた。脳や肺には明らかな動静脈奇形(AVM)は見られず、上部消化管にも明らかな毛細血管拡張病変を認めなかった。【症例2】47歳、女性。生来健康。HHTの家歴歴もなし。症例1と同様の経緯で受診、dynamic CTにて動脈優位相で肝門葉にびまん性の斑状~楔状、境界不明瞭な結節状の濃染領域が見られ、肝内のびまん性AVFに矛盾しないものと考えた。脳や肺には明らかな動静脈奇形(AVM)は見られなかった。【考察】APFは外傷性が28%、医原性が16%、腫瘍性が15%などと報告されており、またLCの2.0%、門脈圧亢進症を伴うLCの7.5%に合併するとされる。APFにより門脈圧亢進を来したり消化管や腹水を呈したり、有効肝血流量の減少により肝不全を来したりする例もあるとされる。一方でAVFは血管増生を伴う腫瘍やHHT以外では稀とされるが、後負荷の減少と肝静脈抵抗の減少から高心拍出性心不全を来す例もある。今回我々はこの背景のない無症候者に偶然発見された、一見病的意義に乏しいと思われる肝内びまん性動静脈短絡の2例を経験した。HHTのそのほかの症候の有無や門脈圧亢進の出現の有無など、今後の経過を慎重に観察する必要があるものと考えた。

肝内動脈短絡, 肝内動静脈短絡



筑波大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線診断・IVR科<sup>2)</sup>, 同 診断病理学部門 病理診断科<sup>3)</sup>, 福田智史<sup>1)</sup>, 長谷川直之<sup>1)</sup>, 森 健作<sup>2)</sup>, 河合 暲<sup>3)</sup>, 新里悠輔<sup>1)</sup>, 遠藤社登<sup>1)</sup>, 瀬尾恵美子<sup>1)</sup>, 坂本規彰<sup>3)</sup>, 松原大佑<sup>3)</sup>, 土屋輝一郎<sup>1)</sup>

【症例】38歳の女性。筋力低下を主訴に当院膠原病内科を受診し、皮膚筋炎と診断された。悪性腫瘍検索のため施行した造影CTで31mmを最大とする多発性肝腫瘍が複数認められた。門脈相でのwash outは明らかではなかった。同時に肝外門脈体循環シャントも認められた。EOB-MRIでは、腫瘍内部に脂肪の含有及び肝細胞相でのEOBの取り込みが認められた。画像所見からは限局性結節性過形成、肝細胞腺腫、高分化肝細胞癌などが鑑別として考えられ、経皮的針生検を施行した。腫瘍の生検病理組織は軽度の細胞異型と脂肪沈着が認められたのみで、腫瘍の確定診断にはいたらなかった。背景肝の病理組織では肝硬変や炎症性変化を認了所見は認められなかったことから、門脈体循環シャントによる血流異常を背景とした肝腫瘍が疑われた。生検で明らかな悪性所見が認められなかったことから経過観察の方針としたが、3ヶ月後の造影CTで一部の肝腫瘍に増大傾向が認められた。多発病変で手術は困難であり、診断的治療としてのシャント塞栓術を施行した。シャント閉塞から2ヶ月後、6ヵ月後の造影CTで多発肝腫瘍はいずれも経時的に縮小を認めた。シャント塞栓術後1年の経過で、最大47mmであった肝腫瘍は24mmまで縮小し、経過観察を継続している。【考察】先天性肝外門脈体循環シャントは、肝内の血流異常を背景に結節性再生性過形成、限局性結節性過形成、肝細胞腺腫、時に肝細胞癌などを合併することがある。また、本症例のように生検で非特異的な変化のみで質的診断が困難な肝腫瘍も複数報告されている。一方、皮膚筋炎は肝細胞癌を含む悪性腫瘍を合併する傾向がある。本症例は、塞栓術後、腫瘍が著明に縮小したことから、先天性肝外門脈体循環シャントに伴う良性腫瘍の可能性が示唆された。シャント塞栓術により肝腫瘍が縮小したとする報告は複数あるものの、本症例のように急速に増大傾向だった腫瘍がシャント塞栓術後に縮小したという報告はこれまでなく、文献的考察を加えて報告する。

肝腫瘍, 先天性門脈体循環シャント

埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>, 同 高度救命救急センター<sup>3)</sup>, 増岡悟志<sup>1)</sup>, 細見英里子<sup>1)</sup>, 友金佐光<sup>2)</sup>, 今本俊郎<sup>3)</sup>, 鴛田正樹<sup>1)</sup>, 寺田有一郎<sup>1)</sup>, 鈴木一世<sup>1)</sup>, 岸 寛士<sup>1)</sup>, 高橋久一郎<sup>1)</sup>, 酒井 駿<sup>1)</sup>, 内田信介<sup>1)</sup>, 田中孝幸<sup>1)</sup>, 田川 慧<sup>1)</sup>, 加藤秀輔<sup>1)</sup>, 中川慧人<sup>1)</sup>, 山鹿 渚<sup>1)</sup>, 内田克典<sup>1)</sup>, 宮崎将也<sup>2)</sup>, 岡 政志<sup>1)</sup>, 名越澄子<sup>1)</sup>

【症例】70歳代 男性【主訴】意識障害【現病歴】20XX年2月に僧帽弁閉鎖不全症に対し弁形成術を施行した。3月に意識障害を認め当院に救急搬送となった。アンモニア414 $\mu\text{g}/\text{dl}$ で、頭部CTでは以前から認める慢性硬膜下血腫の他に新規病変を認めず、腹部CTでは動脈相で肝内門脈左枝から左肝静脈への造影効果があり肝内門脈肝静脈シャントを認めた。慢性肝疾患はなく糞便性イレウスがあり、便秘を誘因とする門脈体循環シャントによる肝性脳症と診断した。肝性脳症治療と便通コントロールを行い、入院4日目にはアンモニア47 $\mu\text{g}/\text{dl}$ と正常化し意識清明となり退院となった。同年9月上旬より便秘と傾眠傾向が続き10月1日に意識障害で再入院となった。アンモニア142 $\mu\text{g}/\text{dl}$ であり、便通コントロール後も肝性脳症再燃するため肝内門脈肝静脈シャント塞栓術を行うこととした。11月17日に右内頸静脈経由で左肝静脈末梢をバルーン閉塞すると逆行性に門脈造影され肝実質造影効果も認められた。バルーン閉塞下に金属コイルでシャントポイントのみ塞栓したが、塞栓後も上腸間膜動脈を介した造影で門脈から肝静脈へslow flowを認め、正常肝実質の造影効果は増強し、門脈圧が30mmHgまで上昇したこともあり、塞栓効果は良好と判断し終了した。アンモニア62 $\mu\text{g}/\text{dl}$ と正常化し、術後10日で退院となった。退院後1ヵ月高アンモニア血症や肝性脳症、腹水の発症なく経過している。【考察】本症例は高度の意識障害で発症し、肝内門脈肝静脈シャントによる肝性脳症と診断された症例である。便通コントロールを行うも肝性脳症を繰り返し、経静脈的に肝内門脈肝静脈シャントのコイル塞栓術を施行した。僧帽弁形成術後でワーファリンを服用しているためコイル内は血栓化しにくい可能性があり、今後も肝性脳症の再発を繰り返す場合は、左肝静脈の追加塞栓も検討の余地があると考えられる。また、腹水や新たな側副血行路の発達に注意して経過観察を継続する必要がある。【結語】肝内門脈肝静脈シャントによる難治性肝性脳症に対し、経静脈的シャント塞栓術を行った一例を経験した。

肝性脳症, 門脈肝静脈シャント

独立行政法人 国立病院機構 西埼玉中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>, 廣瀬克哉<sup>1)</sup>, 川村愛子<sup>1)</sup>, 白壁和彦<sup>1)</sup>, 根岸道子<sup>1)</sup>, 二上敏樹<sup>1)</sup>, 猿田雅之<sup>2)</sup>

【症例】75歳。女性。20xx年6月にアルコール性肝硬変(Child B)と診断され、禁酒のうえ経過観察とされていた。7月定期受診の際に全身倦怠感と腹部膨満感の増悪の訴えがあり、血液検査にて肝障害の増悪とD-dimer208 $\mu\text{g}/\text{ml}$ と異常高値を指摘された。門脈血栓症を考慮して造影CTを施行したがまだら脂肪肝を認めるのみであった。精査加療目的に同日緊急入院とした。第2病日に造影MRIを施行したところ、肝内門脈枝内の微小血栓に伴う肝左葉および肝S4, S6の壊死を指摘された。肝内門脈血栓による肝壊死・肝不全が強く疑われたため、AT-3活性70%未満であることを確認し、第6病日よりAT-3製剤1500単位を5日間投与した。投与後AT-3活性は100%を超えたものの、肝不全進行に伴い腹水の増加、腎機能の増悪を認めた。抗凝固療法の追加も検討したが、血小板の低下、PTの延長を認めており出血リスクを考慮して投与しない方針とした。肝不全の進行が急速であり、今後の治療に関して本人家族と相談したところ在宅での診療を希望されたため、第15病日に在宅診療を導入して退院とした。【考察】門脈血栓症は肝硬変の合併症として稀ではなく、1年に約7.4~12.8%程度合併すると報告されている。門脈血栓症から肝不全に至るのか、肝不全に至ったため門脈血栓症を発症するかは不明である。肝機能低下時の門脈血栓の形成には、血液凝固・抗凝固のインバランスに加えて、門脈血流異常、門脈血管壁の障害という3因子が関わっているとされる。本症例は約1ヵ月の経過で急激に肝機能低下と腹水の増加を認めたため、造影CTを行ったが門脈本幹を含めて血栓は指摘されなかった。しかし血液検査上D-dimerが著明高値であり血栓症の可能性は否定できず、造影MRIを施行したところ肝内門脈末梢の血栓閉塞が明らかになった。肝硬変患者の急激な肝機能低下を認めた場合には、造影CTで指摘できない門脈血栓症があることも考慮する必要があると考えられた。

肝硬変, 門脈血栓

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 腎臓・高血圧内科<sup>2)</sup>, 田村 幸<sup>1)</sup>, 木下勇次<sup>1)</sup>, 中川千夏<sup>1)</sup>, 上田 薫<sup>1)</sup>, 佐伯千里<sup>1)</sup>, 及川恒一<sup>1)</sup>, 亀島佐保子<sup>2)</sup>, 宮崎令奈<sup>2)</sup>, 菅野直希<sup>2)</sup>, 猿田雅之<sup>1)</sup>

【症例】31歳、男性。【主訴】意識障害、【既往歴】なし。【現病歴】真夏のマラソン中に12km時点でふらつき転倒したため救急搬送となった。来院時バイタルサインはBP 110/54mmHg, HR 102回/分, RR 18回/分, JCSI-3、不穏状態であり、腋窩体温は40.3℃と上昇していた。血液検査でWBC 22500/ $\mu\text{L}$ , Hb 17.3g/dL, Cr 2.25mg/dLと高度の脱水、腎障害を認めるもAST 35U/L, T-Bil 0.6mg/dlとごく軽度の肝障害を認めるのみで血液凝固異常も指摘できなかった。III度の熱中症と診断し、腋窩冷却・保冷した生食の静注を行ったところ意識障害は速やかに改善し、熱中症による腎前性腎不全の加療目的に入院となった。補液で解熱、腎機能障害の改善が得られたが、第3病日にAST 947 U/L, ALT 1004 U/Lと急激な肝逸脱酵素の上昇を認め、PT 43%、AT-III 63%と凝固異常が出現、急性肝不全の状態となった。新規薬剤はなく、抗核抗体は40倍、HBs抗原、HCV抗体、IgM-HA抗体、IgA-HE抗体、VCA-IgM、CMV-IgM、抗ミトコンドリアA2抗体はすべて陰性であった。腹部超音波検査で明らかな門脈血栓は指摘できず、脂肪肝も目立たなかった。心臓超音波検査ではうっ所見は認めなかった。腹部単純CTで肝に粗大病変はなく、MRCPで胆管の拡張や結石像は指摘できなかった。熱中症による急性肝不全と判断し、補液に加え血液凝固異常に対しメナテロン20mg/日と乾燥凍縮人アンチトロンビン31500単位/日の投与を開始した。第4病日にAST 1822 U/L, ALT 3008 U/Lと肝障害はピークに達し、第5病日には改善傾向となった。全身状態良好であり第9病日にはAST 46 U/L, ALT 630 U/L, PT 98%と改善したため外来経過観察可能と判断し退院とした。III度熱中症に伴う急性肝不全は第3病日に急激に肝逸脱酵素の上昇をきたし、約66%が自然回復するとの報告がある。今回、III度熱中症に合併し支持療法した急性肝不全の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

III度熱中症, 急性肝不全

治療前血清オステオポンチン高値は切除不能進行肝細胞癌患者に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法治療効果不良予測因子となりうる

国立国際医療研究センター 肝疾患研究部  
由雄祥代, 美野正彰, 松田道隆, 青木孝彦, 嘉数英二,  
考藤達哉

【目的】アテゾリズマブ+ベバシズマブ (Atez/Bev) 併用療法は切除不能進行肝細胞癌 (uHCC) 患者に対する全身薬物療法の第一選択薬となっているが、治療効果が得られない患者群が存在する。本研究は、uHCCの予後改善を目指し、Atez/Bev併用療法におけるProgressive Disease (PD)に関与する治療前血清因子の同定を目的とした。【方法】多施設においてAtez/Bev療法を受けたuHCC患者n=70を対象とし、プロスペクティブに治療前、治療後1週・6週の血清を用いてオステオポンチン (OPN)を測定し、RECISTを用いた治療効果 (Best Response)との関連を検討した。対照として健康成人18名の検討を行った。【成績】観察期間中央値は7.3か月、BCLC StageはA/B/Cがそれぞれn=3/28/39であり、Child-Pugh分類はA/Bがn=61/9であった。病勢コントロール率(DCR)は77.1% (CR/PR/SD/PD: n=3/22/29/16)、無増悪生存期間(PFS)は5.7か月 (95%CI, 3.8-9.5)であった。健康成人と比較して、uHCC患者ではAtez/Bev投与前血清においてOPNが高値であった。さらに、OPNはAtez/Bev治療前の時点でPD群でNonPD群より高値であった。OPN高値群では、低値群と比較してPFS・OSともに有意に不良であった (P<0.01)。多変量解析の結果、治療前血清OPN値 (OR=5.4)はAFP (OR=4.3)とともにPDに関連する独立したリスクファクターであった。対象をChild-Pugh A群に限ったサブ解析においても、OPN高値群におけるPFSおよびOSは有意に不良であった (P<0.05)。【結論】血清OPN高値はuHCC患者におけるAtez/Bev併用療法効果不良関連因子であった。

HCC, アテゾリズマブ+ベバシズマブ

ペムブロリズマブが奏効したTMB-High胆嚢癌の1例

高崎総合医療センター 消化器内科  
上原早苗, 長沼篤, 古市望, 古澤愛, 楠木琢也, 成清弘明,  
都丸翔太, 佐野希望, 鈴木悠平, 増田智之, 星野崇, 安岡秀敏,  
柿崎 暁

【症例】70代, 女性。【主訴】右上腹部痛。【既往歴】虫垂炎手術。【家族歴】母が胃癌, 肺癌, 息子が喉頭癌に罹患。【現病歴】202X年2月急な上腹部痛が出現し, 近医を受診。精査の結果, 胆嚢癌が疑われた。同年3月某大病院へ紹介となり, 審査腹腔鏡施行。肝S6に肝内転移を認め, 腹膜播種の所見あり根治切除不能な進行胆嚢癌と診断され, GCS療法開始となった。治療前の腫瘍マーカーはCEA5.0ng/mL, CA19-9 165U/mLであった。2コース目以降は当院で行うこととなり同月当科を紹介初診した。【経過】初診時PS0, BMI22.5と全身状態は良好であり, full doseでGCS療法を継続した。4コース終了時のCT上, 胆嚢癌は縮小しておりPRを得た。しかし10コース終了時のCTでは胆嚢癌は増大しており, PDの所見であった。既に標準治療は終了した状況であり, 本人, ご家族と相談の上, 肝腫瘍生検を施行し, 遺伝子パネル検査としてFoundationOne (R) CDxを行った。その結果, Tumor mutation burden (TMB)-High (34 Muts/Mb)と判明した。MSI検査は陰性であった。この所見を踏まえて, 同年10月よりペムブロリズマブ (以下Pembro) 200mg (3週毎)を導入した。その結果, 6週後の腫瘍マーカーはピーク値から低下傾向となった (CEA4.0 → 13.9ng/mL, CA19-9 > 12000 → 2698U/mL)。現在までのところ免疫関連有害事象は認めず, 順調に経過している。【考察】2022年2月, がん化学療法後に増悪したTMB-Highを有する進行・再発固形癌に対して, Pembroが保険承認となった。TMB-High固形癌では, 体細胞変異蓄積により免疫応答を誘導する腫瘍特異抗原が多く産生され, T細胞の認識を容易にし, 免疫チェックポイント阻害薬が効きやすいことが想定されている。保険承認の根拠となった国際共同第2相試験KEYNOTE-158では689例の固形癌がエントリーされたが, この内胆嚢癌は63例であった。しかし全例非TMB-High集団であったため, TMB-High胆嚢癌に対するPembroの効果については情報が欠如している状況である。従って, 本症例はPembro治療を行ったTMB-High胆嚢癌の貴重な症例と思われ, 今回報告する。

TMB-High胆嚢癌, ペムブロリズマブ

EUS-HGS後に発症性の仮性動脈瘤破裂を来した1例

がん研有明病院 肝胆膵内科  
山田 学, 岡本武士, 石塚隆浩, 中川皓貴, 古川貴光, 三重亮文,  
山田剛志, 春日章良, 松山真人, 佐々木隆, 尾阪将人,  
笹平直樹

【症例】65歳男性【既往歴】高血圧, 糖尿病【現病歴】糖尿病の増悪を契機に40mm大の膵頭部腫瘍, 多発肝転移の疑いを指摘され当院紹介となった。当院で膵癌と診断し, 閉塞性黄疸に対してERCPを施行したところ, 上十二指腸角に腫瘍浸潤による狭窄を認めたためENBDチューブを留置し, 内癒化の際はEUS-HGSへ移行した。EUS-FNA22G針でB3胆管を穿刺し, 瘻孔部をバルーンダイレターで拡張後, 先端アンカバード部分をB2/3合流部に置くように8mm x 10cm パーシヤルカバール金属ステント (SpringStopper) を留置した。早期合併症なく終了したが, 約1ヶ月後に発熱, 肝胆道系酵素の上昇, 血圧低下を認めた。HGSステント内から胆道ドレナージを行う目的で内視鏡を挿入したところ, 胃内に多量の凝血塊を認め, ステント内にも血餅が充満していた。HGSステント内をクリーニングすると活動性の胆道出血を認めたためENBDチューブを留置した。造影CTではHGSステントの先端が過去のCT画像に比べてわずかに胃側に移動しており, 肝膵先端に接する左肝動脈のA3, A4の分岐部近傍に6mm大の仮性動脈瘤の出現を認めた。同日, 血管造影を施行し, 同部位に仮性動脈瘤を認め, 瘤内およびA3, A4の分岐部からA2分岐部近傍にかけてコイル塞栓を施行した。全身状態は安定し, ENBDチューブ除去のうえ退院となった。その後, 1ヶ月の経過は良好である。【考察】胆管にSEMSを留置した後に仮性動脈瘤が稀に生じることが報告されているが, EUS-HGS後の仮性動脈瘤に関する報告は極めて少ない。EUS-HGS直後の仮性動脈瘤形成は手技に関連した合併症と考えられる一方, 発症性の発生においてはSEMSによる動脈壁への負荷や慢性炎症による影響が考えられる。SEMS留置後の胆管炎を疑う場合, 出血の可能性を常に念頭に置き造影CTなどを行う必要があると考えられた。今回EUS-HGS後に胆管炎を契機に発症した仮性動脈瘤破裂を経験したので, 若干の文献的考察を踏まえて報告する。

EUS-HGS, 仮性動脈瘤

ペムブロリズマブ投与中に発症したirAE肺炎の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
東京慈恵会医科大学附属病院 内視鏡部<sup>2)</sup>,  
菊地伊都香<sup>1)</sup>, 赤須貴文<sup>1)</sup>, 宮西麻美菜<sup>1)</sup>, 田村 幸<sup>1)</sup>,  
古守知太郎<sup>1)</sup>, 木下勇次<sup>1)</sup>, 中野真範<sup>1)</sup>, 鳥巢勇一<sup>1)</sup>, 島本奈々<sup>2)</sup>,  
阿部孝広<sup>2)</sup>, 千葉允文<sup>2)</sup>, 加藤正之<sup>2)</sup>, 猿田雅之<sup>1)</sup>

【症例】70歳女性【主訴】なし (画像所見異常)【現病歴】20XX-4年4月子宮体癌に対し単純子宮全摘術・両側付属器切除術・リンパ節郭清を施行された患者。後療法は施行せず定期経過観察されていたが, 20XX-2年6月に肺転移にて再発し7月よりバクテリキセル・カルボプラチンで化学療法を開始された。その後奏功していたが, 20XX年6月に肺転移の増大を認め, ペムブロリズマブ・レンバチニブに薬剤変更となっていた。同10月に病状評価目的に胸部CTを施行したところ, 肺転移は著明に縮小していたものの脾全体の腫大・周囲脂肪織浸潤を認めた。無症状であったため主科にて経過観察としていたが, 翌11月に施行した腹部CTにて脾腫大が増悪していたため当科に紹介となった。【経過】脾酵素上昇はなく腹痛や炎症反応の上昇も認めなかったが, CT画像上は急性脾炎を疑う所見であった。病歴学的精査のため第2病日にEUS-FNAを施行し, 病理学的所見ではCD4・CD8ほぼ同数のリンパ球浸潤を認め, またIgG・IgG4は陰性であった。これらの結果より, 本症例はirAE肺炎 Grade2 (CTCAE v4.0)と診断した。治療としてPSL1mg/kg/day (60mg/day)にて治療を開始し, 脾腫大の改善を認めている。【考察】免疫チェックポイント阻害薬の治療効果とirAEの発現には正の相関があると報告されており, irAEの制御は重要である。国際共同臨床試験では子宮体癌に対するペムブロリズマブを含む併用化学療法での脾炎の頻度は0.2-0.7%と報告されており (KEYNOTE-775試験), 本邦・海外でも実臨床にて数例が報告されているが稀なirAEである。文献的に考察し, 報告する。

irAE, 肺炎



膵癌の病理学的確定診断において肝胃瘻孔部からの新規デバイスを用いたアプローチが有効であった一例

藤沢市民病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
横浜市立大学医学部 消化器内科学<sup>2)</sup>  
相馬 亮<sup>1)</sup>、合田賢弘<sup>1)</sup>、野崎高雄<sup>1)</sup>、小俣亜梨沙<sup>1)</sup>、石川俊太郎<sup>1)</sup>、  
春山芹奈<sup>1)</sup>、中村洋介<sup>1)</sup>、比嘉愛里<sup>1)</sup>、近藤新平<sup>1)</sup>、林 公博<sup>1)</sup>、  
福地剛英<sup>1)</sup>、安藤知子<sup>1)</sup>、岩瀬 滋<sup>1)</sup>、前田 慎<sup>2)</sup>

【症例】76歳男性。嘔吐、体重減少を主訴に20XX年7月15日近医を受診した。腹部単純CTを施行し、膵頭部から十二指腸にかけての境界不明瞭な腫瘍と肝膵胆管の拡張を認めた。8月2日精査加療目的に当科を受診し、血液検査で肝胆系酵素の上昇を認めた。胸部造影CTを施行し、膵頭部に28mm×23mm大の遷延性造影を示す腫瘍を認め、肝膵胆管の拡張と右肺下葉に10mm大の結節を伴っていた。膵癌の十二指腸・胆管浸潤、肺転移を疑い、精査加療目的に緊急入院となった。第3病日上部消化管内視鏡検査（EGD）にて幽門輪から上十二指腸角まで腫瘍浸潤によると思われる狭窄を認め、上十二指腸角より生検を施行したが悪性所見は検出されなかった。第8病日超音波内視鏡下穿刺吸引生検（EUS-FNA）を試みたがスコープは幽門輪を通過できず、検体採取は困難であった。第15病日超音波内視鏡下肝胃瘻孔形成術（EUS-HGS）を施行、B3を19G穿刺針で穿刺し7F胆管プラスチックステント（PS）を留置したが、その際に採取した胆汁細胞診はClass 1であった。第23病日穿刺部の瘻孔形成を待って、肝胃瘻孔部より新規デバイスの内視鏡用イントロデューサー（Endo Sheather, PLOLAX社）を挿入し胆管狭窄部の生検を行った。Adenocarcinomaが検出され、膵癌の確定診断（cT3N0M1 Stage4）となった。第28病日透視下EGDを施行し、十二指腸金属ステント（MS）を留置した。第37病日食事摂取良好であり自宅退院した。【考察】EUS-HGSは胆管ドレナージの手段としてだけでなく、近年では胆管内へのアクセスルートとしても有効であるとされている。本症例においては、EUS-FNAやERCPは十二指腸狭窄のため困難であったが、EUS-HGSを行い肝胃瘻孔部より新規デバイスを用いて胆管狭窄部にアプローチし、生検することで膵癌の病理学的確定診断をつけることができた。

膵癌, EUS-HGS

膵粘液性嚢胞腫瘍との鑑別が困難であった膵内副脾に発生したepidermoid cystの1例

杏林大学 医学部 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 消化器・一般外科<sup>2)</sup>、  
同 病理学教室<sup>3)</sup>  
友近 瞬<sup>1)</sup>、落合一成<sup>1)</sup>、瀧田秀則<sup>1)</sup>、山田貴大<sup>1)</sup>、川本 翔<sup>1)</sup>、  
神林孔明<sup>1)</sup>、野坂岳志<sup>1)</sup>、権藤興一<sup>1)</sup>、百瀬博一<sup>2)</sup>、渡邊俊介<sup>1)</sup>、  
磯谷一暢<sup>3)</sup>、松木亮太<sup>2)</sup>、小暮正晴<sup>2)</sup>、林 玲匡<sup>3)</sup>、土岐真朗<sup>1)</sup>、  
鈴木 裕<sup>3)</sup>、柴原純二<sup>3)</sup>、阪本良弘<sup>2)</sup>、久松理一<sup>1)</sup>

症例は50代女性。腹部超音波検査で膵尾部に16mm大の腫瘍性病変を指摘され紹介受診。CTやMRCPでは嚢胞性病変を考へる所見であったが、超音波内視鏡検査（EUS）では充実性腫瘍として描出された。診断目的に超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行したが、確定診断に至らず、経過観察となった。紹介から3年後に施行したMRCPで腫瘍は、30mm大と増大傾向を認めたため、再度EUSを施行した。病変は単房性で境界明瞭な類円形の嚢胞性病変として描出され、辺縁は厚い被膜に覆われ、内部にcyst in cyst様の隔壁を認めた。上記所見や年齢、性別、病変の局在から膵粘液性嚢胞腫瘍（MCN）が考へられ、腹腔鏡下膵尾部脾合併切除術を施行したところ、病理組織学的検査所見より、膵内副脾に発生したepidermoid cystの診断に至った。epidermoid cystは重層扁平上皮により形成される良性的真性嚢胞である。副脾は、脾元基の癒合不全により生じる脾臓の組織塊であり、組織学的には正常の脾臓と同一。発生学的に中胚葉由来で、管腔構造を欠くため、嚢胞の発生頻度は0.5~2%と報告されており、膵内副脾に発生したepidermoid cystは稀と考へられる。また、本症例では、EUSでcyst in cyst様構造と嚢胞内に微細点状エコーが描出され、粘液との鑑別が困難でありMCNを鑑別に挙げた理由の一つであった。病理学的にはcyst in cyst様に確認された構造は副脾組織内にcystが形成されたものと考えられた。医学中央雑誌にて、2001年から2022年の間でキーワードを膵内副脾とepidermoid cystで検索した結果28例の報告があり、本症例のように術前診断がMCN、あるいはMCNとの鑑別が困難にて外科的切除を施行された症例は9例認められた。膵内副脾に発生したepidermoid cystは稀であることに加え、本症例のようにMCNとの鑑別が困難な症例も存在し、貴重な症例を経験したため、文献的考察も含め報告する。

epidermoid cyst, 膵内副脾

若年女性に認めた膵腺房細胞癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 病理診断科<sup>2)</sup>  
足立駿祐<sup>1)</sup>、太田寛人<sup>1)</sup>、赤澤陽一<sup>1)</sup>、上山浩也<sup>1)</sup>、藤澤聡郎<sup>1)</sup>、  
石川 大<sup>1)</sup>、内山 明<sup>1)</sup>、深田浩大<sup>1)</sup>、福村由紀<sup>2)</sup>、八尾隆史<sup>2)</sup>、  
永原章仁<sup>1)</sup>、池嶋健一<sup>1)</sup>、伊佐山浩通<sup>1)</sup>

【症例】29歳女性【主訴】なし（膵腫瘍に対する精査加療目的）【現病歴】20XX年1月に心窩部痛を主訴に近医を受診したところ感染性胃腸炎と診断されたが、その際に施行した腹部エコーで偶発的に膵腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科を紹介受診した。【経過】腫瘍マーカーはいずれも基準値内であったがAmy 205 U/L、Lip 178 U/L、トリプシン 1770 ng/mL、PL-A2 1080 ng/dL、エラストアーゼ1 984 ng/dLと膵酵素の上昇を認めた。造影CTでは膵尾部に動脈相で辺縁中心に濃染される境界明瞭な30mm大の腫瘍性病変を認め、MRIでは同部位にT1: 低信号、T2: 高信号、DWI: 高信号、ADC map低下の病変が見られた。EUSでは膵尾部に28×23mm大で内部不均一、ソナゾイド造影でhypervascularityな造影パターンを呈する充実性病変が見られたため、神経内分泌腫瘍や膵腺房細胞癌（Acinar cell carcinoma; ACC）を疑った。診断確定目的にEUS-FNAを施行したところ、腫瘍細胞は小型ながらN/C比が高く、裸核状で、免疫染色でKi-67指数 30%、シナプトフィジン、クロモグラニンAが陰性、Bcl-10が弱陽性であったためACC、most likelyと診断した。ACCに対する術前化学療法が確立されていないため、第一に手術を行う方針とし、20XX年2月に膵体尾部切除術を施行した。手術検体病理標本では、既存の腺房細胞と密に絡む像が広範囲に見られ、また、腫瘍細胞が非常に小型である点など、既知の膵腫瘍として稀有な組織像であった。ただし、各種免疫染色上、ACCに矛盾しない像であり、ACC pT2N0M0 Stage IBの診断となった。その後10ヶ月間、無再発で経過している。なお、腫瘍切除後には膵酵素はいずれの項目も正常範囲内に低下した。【結語】ACCは膵腫瘍の中で稀な組織型である。進行した段階で診断される症例が多いが、切除の予見は浸潤性膵管癌と比較して良好である。今回、非典型的な病理所見を呈した膵腺房細胞癌を経験したため、文献的考察を踏まえ発表する。

膵腺房細胞癌, EUS

膵仮性嚢胞が門脈瘻を形成し、門脈内が広範に脾液に置換、さらに肝実質へも穿破した1例

三井記念病院 消化器内科  
古要優樹、阿部敏明、中原建徳、北村友里、竹熊勇登、貝發美香、  
佐藤公紀、近藤真由子、高木 馨、小島健太郎、関 道治、  
戸田信夫

【症例】52歳男性。倦怠感主訴に近医受診、腹部単純CTにて多発肝腫瘍、門脈腫瘍塞栓疑い指摘され当科紹介となった。腹部造影CTで膵頭部嚢胞性病変と上腸間膜静脈の交通および門脈の造影欠損あり、膵嚢胞性病変の上腸間膜静脈穿破による膵管門脈瘻及び流入脾液による門脈血置換と判断した。まず肝造影不良域を穿刺したところ褐色調の液体が引け、そのアミラーゼ値は13689U/Lと高値であったため門脈内脾液の肝実質への穿破と考へる。門脈にそれぞれ経皮的のドレイン留置した。さらに内視鏡的逆行性膵管造影を行ったところ、膵管癒合不全、膵頭部に狭窄ありその尾側で嚢胞性病変、これに連続して門脈が描出された。副乳頭から脾液Leak部越え経鼻膵管ドレナージを留置した。経皮的ドレインの排液消失を待ち、経鼻膵管ドレナージを膵管ステントの交換し退院可能となった。【結論】癒合不全、膵管狭窄により形成された仮性嚢胞と思われる膵嚢胞性病変が門脈瘻形成し、門脈内が広範に脾液に置換、さらに肝実質へも穿破した稀な1例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

膵管門脈漏, 膵嚢胞性病変

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

症例は88歳、男性。20XX年9月に糖尿病のスクリーニングの腹部CT検査で脾腫大を認め、血液検査でIgG4が463mg/dlと高値であり、自己免疫性肺炎と診断された。しかし、腹痛などの自覚症状はなく、超高齢者であったため経過観察されていた。20XX+1年4月の血液検査で肝胆道系酵素の上昇があり、腹部CT検査でびまん性の脾腫大と胆管の拡張を認め、入院した。自己免疫性肺炎の増悪に伴う閉塞性黄疸と考えられ胆管ステントを留置した。胸部CT検査では右肺上葉に帯状のconsolidationを認め、肺結核の家族歴を有しており、結核を否定することが困難であったため、陰圧個室隔離管理とした。喀痰塗抹検査でガフキー1号が陽性であったものの、喀痰PCR検査は陰性であり、気管支鏡生検では類上皮肉芽種の形成はみられなかった。以上より結核の可能性は低いと判断され、第15病日に隔離解除された。免疫染色を追加した病理の結果、気管支粘膜に著明なリンパ球、形質細胞の浸潤を認め、IgG4/IgG陽性細胞比93%と上昇を認めたことから、肺病変はIgG4関連呼吸器疾患と確定診断された。第27病日よりプレドニゾン30mg/日を開始し、第54病日に軽快退院した。IgG4関連疾患は血清IgG4の上昇と組織中のIgG4陽性形質細胞の浸潤を特徴とする全身性疾患である。自己免疫性肺炎はIgG4関連疾患の肺病変と考えられており、本症例のように肺にも病変が生じた例は稀である。今回、肺病変の合併に加え、ステロイド導入に際して結核との鑑別も要した1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

自己免疫性肺炎, IgG4関連呼吸器疾患

船橋市立医療センター 消化器内科  
小関悠介, 小林照宗, 木村 恵, 根本裕貴, 大橋拓也, 藤井渚夕,  
笠松伸吾, 石井清文, 東郷聖子, 関 厚佳, 安藤 健,  
水本英明

【症例】50歳代、女性。健康診断で糖尿病を指摘され、精査目的で当院へ紹介となった。腹部超音波検査にて脾尾部腫瘍が指摘されたため、当科へ紹介となった。血液検査ではHbA1c 12.4%と上昇していたが、CEA・CA19-9はいずれも正常範囲内であった。造影CTでは脾尾部に16mm大の軽度低濃度の腫瘍を認めた。腫瘍の造影効果は乏しいが、腫瘍内部には隔壁様構造の存在が疑われた。MRIでは脾尾部に16mmの腫瘍を認め、T1強調像では軽度高信号、T2強調像では高信号であった。拡散強調像では高信号でADC mapでは低信号であった。また、超音波内視鏡検査では脾尾部に16mm大の境界明瞭な腫瘍を認め、高エコーと低エコーが混在していた。腫瘍内に血流は確認されず被膜形成は認めなかった。各種画像検査の結果からは充実性腫瘍の可能性が示唆され、solid typeのSCN, MCN, SPN, 脾腫などが鑑別に上がったが確定診断には至らなかった。悪性腫瘍の可能性が否定できなかったため、診断的治療目的で外科的手術を行う方針とし、腹腔鏡下脾体尾部切除術を施行した。手術検体では脾尾部に15mm大の嚢胞性病変があり、内部に灰白色調の崩れやすい組織を認めた。病理組織学的には、病変は脾実質に接しており、異型のない扁平上皮に裏打ちされた嚢胞性病変であった。嚢胞内部には角化物を認め、嚢胞周囲はリンパ組織に取り囲まれていたため、リンパ上皮嚢胞と診断した。【考察】脾リンパ上皮嚢胞は脾嚢胞性病変の約0.5%と比較的稀な良性疾患である。男性に多く、CA19-9が上昇すること症例も多いことが報告されている。本症例のように画像診断で確定診断ができないこともあるため、手術などで診断が確定することも多い。本疾患について若干の文献的考察を加え報告する。

脾腫瘍, 脾リンパ上皮嚢胞

国家公務員共済組合 横須賀共済病院 消化器内科  
芦川智久, 横堀将一, 佐藤陽香, 中野 悠, 普天間朝久, 江川隆英,  
金子由佳, 田中志高, 金城美幸, 小馬瀬一樹, 田邊陽子, 渡辺秀樹,  
新井勝春, 鈴木秀明

【症例】32歳女性【現病歴】20XX年2月より突然の腹痛を認めた。市販の鎮痛薬を内服するも症状は改善せず、嘔吐症状も出現したため、翌日に当院救急外来を受診。血液検査でアミラーゼ130U/Lと上昇し、CT検査で脾頭部周囲に炎症性変化を認めたため急性肺炎の診断で精査加療目的に緊急入院。【既往歴】2型糖尿病、月経困難症【生活歴】飲酒週1回程度【内服】低容量ビル、経口血糖降下薬3剤、エチニルエストラジオール・ノルエチステロン配合錠【臨床経過】血液検査でAST 58U/L, ALT 43U/L, ALP 55U/L,  $\gamma$ -GTP 23U/L, 総アミラーゼ180U/L, 脾アミラーゼ130U/L, HDL-C 26mg/dL, LDL-C 110mg/dL, TG 9172mg/dL, WBC 14500/ $\mu$ L, CRP 0.53mg/dLと炎症反応軽度上昇、アミラーゼ上昇、TGの著明な高値を認めた。CTで脾頭部に腫大と周囲脂肪織濃度上昇を認めた。以上から高TG血症による急性肺炎と診断。原因としてはビル、肥満、糖尿病による影響を考えた。来院時予後因子0点、CT grade 1点で重症ではなかったこと、同日のフォローの血液検査でTG 6373mg/dLとTGもピークアウトしたことから血漿交換やインスリンヘパリン療法は施行せず補液管理とし、ベザフィブラートの内服を開始した。入院2日目にTG 314mg/dLと著明に改善もCRP 27.4mg/dL、脾アミラーゼ741U/Lまで増加し造影CTでCT grade 2点まで増加し重症肺炎に至った。肺炎治療に準じ大量補液、広域抗生剤、鎮痛コントロールで炎症はピークアウトし第19病日に退院。【考察】高トリグリセリド血症は肺炎の原因として2~5%程度を占めていると言われる。今回の症例では来院時高トリグリセリド血症を認めていたが、重症肺炎の基準を満たさず炎症も軽度、トリグリセリドも早期にピークアウトしたことから血漿交換やインスリンヘパリン療法は施行せず、経口トリグリセリド降下薬で加療した。ただトリグリセリド正常化した後に重症肺炎に至った症例であった。初期評価の段階で肺炎の重症度に関わらず血漿交換などを行うことで重症化を予防できた可能性もあり、治療タイミングについて示唆を富む一例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

高トリグリセリド, 肺炎

秦野赤十字病院 消化器科  
菅 悠紀, 三浦雄輝, 鈴木伸吾, 池田彰彦, 田中克明

【症例】35歳女性【主訴】左側腹部痛【既往歴】特記事項なし【手術歴】帝王切開(33歳)【生活歴】喫煙歴なし、飲酒歴なし、アレルギー歴なし【現病歴】X年11月より左側腹部痛の症状があり、近医で経過観察となっていたが症状の改善が見られないため12月1日に精査目的に当院内科を紹介受診となった。来院時の身体所見では左下腹部に腫瘍を触れ、同部位に圧痛を認めた。腹部造影CT検査で脾臓が骨盤内に下垂し長径17cmと腫大しており、脾臓動脈は渦巻状に脾門部に連続している所見を認めた。肝臓による門脈圧亢進症所見はなく、脾臓は捻転によるものと考えられた。またCTで脾臓と卵巣が癒着している可能性も疑われたが、超音波検査で癒着を疑う所見はなく、腹痛の原因として遊走脾による血流障害が原因と考えられた。採血で血小板の低下を認め、脾機能亢進症が疑われたため症状、病状から手術適応と考えられた。消化器外科に紹介とし、X+1年1月19日に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。手術所見では腹腔内に粗大な癒着はなく、脾臓は腫大しており、捻転した脾動脈は遊離腹腔内に存在していた。捻転のない場所で動脈の切離を行い、脾臓を摘出した。【考察】遊走脾は、脾臓が左上腹部に固定されず腹腔内に遊離している稀な疾患である。無症状で経過することが多いが、脾捻転を合併すると本症例のように急性腹症として手術となる可能性が高い。遊走脾の原因として腹腔内支持組織が先天的に欠如または形成不全を起こすことで脾臓が左横隔膜下に固定されず遊走脾となる場合や、後天的な原因として妊娠中のエストロゲン上昇による支持組織の弛緩、脾腫、脾腫瘍、外傷によるとの報告も見られる。本症例は約20年前に脾臓が子宮の上にあると指摘を受けていたことから、脾周囲支持組織の先天的な脆弱化あるいは欠如があったことが予想される。今回、遊走脾を合併した脾捻転症という比較的可るな症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

遊走脾, 脾捻転症



## 77 門脈血栓症にt-PAとアビキサパン投与が有効であった一例

横浜栄済病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線診断科<sup>2)</sup>, 同 脳神経内科<sup>3)</sup>, 品川希帆<sup>1)</sup>, 酒井英嗣<sup>1)</sup>, 本多 悠<sup>1)</sup>, 伏見 光<sup>1)</sup>, 日黒公輝<sup>1)</sup>, 高井佑輔<sup>1)</sup>, 岩崎暁人<sup>1)</sup>, 清水智樹<sup>1)</sup>, 真田治人<sup>1)</sup>, 谷 一朗<sup>2)</sup>, 廣石篤司<sup>3)</sup>, 山下亮太郎<sup>3)</sup>

【症例】48歳男性。特記すべき既往歴のない軽度肥満の患者。来院3日前より腹部膨満感と食思不振が出現。断続的な腹痛が併発したため当院救急外来を受診した。D-dimer高値(7.74 $\mu$ g/mL)を認め、腹部造影CT検査を実施。門脈主幹～上下腸間膜静脈内に血栓と下部小腸に限局的な浮腫性壁肥厚を認め、門脈血栓症に伴う虚血性変化が疑われた。腹痛発症から24時間以内であったため第1病日より血栓溶解目的に組織型プラスミノーゲン活性化因子(tissue plasminogen activator; t-PA)静注療法を行い、第2病日より未分画ヘパリン持続投与を行った。腹部超音波検査では中等度脂肪肝を認めたが、上部消化管内視鏡検査で食道胃静脈瘤を認めなかった。プロテインC欠損症などの先天性凝固異常症や抗リウマチ剤抗体症候群などの膠原病等、門脈血栓症の原因となる疾患は否定的であった。腹痛は軽快し、第8病日からアビキサパンの内服に切り替え、第11病日に退院となった。以降は外来にてアビキサパンの内服継続中であるが増悪なく経過している。【考察】門脈血栓症は約3/4の症例で背景に肝硬変があるとされるが、本症例は背景に肝硬変を含め特記すべき既往歴のない肥満体型の中年男性に発症した症例であった。治療法として腸管壊死や汎発性腹膜炎を伴った場合には外科的治療が選択されるが、それ以外の急性期の症例ではウロキナーゼ、t-PAなどの血栓溶解薬や、タナパロイドナトリウムやワルファリンなどの抗凝固薬が投与されることが多いものの確立した治療法はないため、今後症例を蓄積し検討の余地があると考えられる。【結語】門脈血栓症にt-PAとアビキサパン投与が有効であった症例を経験したため報告する。

門脈血栓症, t-PA

## 78 好酸球増多症に伴う上腸間膜静脈血栓症により小腸壊死に至ったが救命しえた1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 渡邊沙希, 目時加奈恵, 吉野耕平, 先田信哉

【背景】好酸球増多症では血管内皮障害や凝固系の活性化などで血栓症を引き起こすことが知られている。好酸球増多症に血栓症を合併し、小腸壊死に至ったが治療にて救命しえた症例を経験した。【症例】既往歴のない49歳男性。5日前より発熱、腹痛、下痢、嘔吐を認め、前医で腸炎疑いとして抗菌薬加療されるも症状が増悪したため救急を要請した。来院時に38.4℃の発熱と腹部圧痛を認め、好酸球数1.6万/ $\mu$ lと高値であった。凝固異常も伴っており、造影CTで門脈、上腸間膜静脈、脾静脈に血栓を認め、好酸球増多症、静脈血栓症、DICの診断で精査加療目的に入院となった。好酸球増多症に対しプレドニゾロン(PSL)30mg、血栓症に対しヘパリンナトリウム24000単位の静脈点滴にて加療を開始した。第2病日に腹痛が増悪し、造影CTにて小腸虚血が疑われたため緊急手術となった。開腹すると小腸が広範にわたり壊死していたため切除し、腸間膜静脈より門脈・上腸間膜静脈の血栓を可及的に回収した。術直後より上腸間膜動脈にカテーテルを挿入し、ウロキナーゼ動注を開始した。術後腹痛は軽快し、PSLでの加療を継続したところ好酸球数や血小板数、凝固異常は改善し、第12病日にはDICからの回復を認めた。第12病日にウロキナーゼ動注を終了し、ワルファリンカリウム2mg内服へ変更した。第21病日にCTで血栓が消退傾向であることを確認し、ヘパリンナトリウム投与も終了した。PSLも漸減中止し、ワルファリンカリウムのみ内服継続にて第31病日に自宅退院となった。【考察】今回、好酸球増多症に伴う血栓症により小腸壊死に至った1例を経験した。PSL投与、抗凝固療法に加え、手術時の血栓回収療法、ウロキナーゼ動注療法が効果的に救命しえた。若干の文献的考察を加えて報告する。

門脈・上腸間膜静脈血栓症, 好酸球増多症

## 79 下腹部痛を呈し卵巣内膜症性嚢胞出血の診断に至るまでに難渋した一例

共済病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 婦人科<sup>2)</sup>, 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科<sup>3)</sup> 小島 柊<sup>1,3)</sup>, 石田茂夫<sup>1)</sup>, 本松 茂<sup>2)</sup>, 布施 彩<sup>2)</sup>, 佐藤杏美<sup>1)</sup>, 佐々木吾也<sup>3)</sup>, 高橋裕子<sup>3)</sup>, 三浦孝也<sup>3)</sup>, 眞嶋浩聡<sup>3)</sup>

【諸言】腹痛はcommonな訴えのひとつである。消化器科を受診する機会が多いが、腹痛の原因は多岐に渡る。心血管疾患や泌尿器疾患、女性であれば婦人科疾患も鑑別にあがり、実臨床では診断に難渋する場面も多い。今回、下腹部痛を主訴に来院し、卵巣内膜症性嚢胞出血の診断に至った一例を経験したので報告する。

【症例】41歳女性、0妊0産。子宮内膜症(治療自己中断前)、過敏性腸症候群、慢性掻痒症の既往がある。最終月経は当院受診22日前から6日間、月経周期は27日周期で順調。当院受診前日に左右下腹部痛を主訴に前医救急搬送された。造影CT検査では子宮筋腫は認められたが、急性腹症の可能性は低いと判断された。腹痛の原因は判然としなかったが、子宮筋腫・内膜症の既往があったことから加療目的に当院婦人科にて紹介状持参で帰宅となった。翌日も腹痛遷延していたため、当院内科を緊急受診した。受診時、筋性防御はなかったが右下腹部を最強とする圧痛・反跳痛を認めた。血液検査ではWBC 23,800/ $\mu$ L、CRP 8.86 mg/dLと炎症反応高値、再検CTでは上行結腸壁肥厚を認めたことから上行結腸炎による腹膜炎と診断し、抗菌薬開始し入院とした。同日施行した腹部エコー検査では左卵巣に腫大した径5cm大の嚢胞性病変を認めた。卵巣萎縮などを疑い婦人科にて緊急で経陰超音波検査施行したが、腹水ははっきりせず、子宮外妊娠や萎縮転位は否定的であった。第2病日に痛みは左下腹部に移動した。同日施行した骨盤MRI検査ではダグラス窩に腹水を少量認め、左卵巣内膜症性嚢胞出血と診断した。第4病日、月経始まり、GnRHアゴニストによるホルモン治療開始した。炎症反応改善し、抗菌薬治療は終了した。経過良好で第9病日自宅退院とした。退院後は婦人科外来でホルモン治療継続している。【考察】診断に至るまでに難渋した一例である。当初は急性虫垂炎や上行結腸炎が疑われたが、エコーやMRIの追加により診断に至った。難渋した一因として婦人科疾患を鑑別上位に挙げられなかった診療科によるパイアスの可能性が考えられた。また腸管子宮内膜症との関連も含め考察する。

腹痛, 婦人科疾患

## 80 左外傷性横膈膜ヘルニアを原因とする腸閉塞の1例

東京慈恵会医科大学 外科学講座 消化管外科 蛭間善章, 増田隆洋, 佐藤利秀, 高橋慶太, 原 圭吾, 黒河内喬範, 宇野耕平, 藤崎宗春, 谷島雄一郎, 矢野文章, 衛藤 謙

症例は70歳代、男性。生来健康であったが、2014年に交通事故で多発複雑骨折、両側肺挫傷、脳挫傷、左外傷性横膈膜破裂の重傷を負い、7回の整形外科手術の後、身体障害者2級となった。左横膈膜ヘルニアを来していたが、無症状のため当時緊急手術はせず経過観察されていた。なお、既往にアレルギー性気管支肺アスペルギルス症があり、ステロイドを長期間服用しており、ステロイド性糖尿病を伴っていた。2022年10月下旬に左側腹部痛を主訴に前医を受診した。胸腹部CT検査にて左胸腔内に結腸と脾の脱出を認め、その口側では多量の糞便が貯留していた。左外傷性横膈膜ヘルニアを原因とする腸閉塞の診断で同日緊急入院となった。保存的加療にて症状は軽快し、2022年11月、手術目的に当院へと転院した。手術は腹腔鏡下に行った。左横膈膜に径約5cmの欠損を認め、同部位から脾下極と大網が胸腔内へ脱出していた。脱出結腸は自然還納されており、同部には限局的な炎症性変化がみられた。ヘルニア門と大網の癒着を剥離し、脱出した脾下極を腹腔内に還納した。非吸引糸でヘルニア門の縫合閉鎖を行い、さらにコンボジット・メッシュを用いて閉鎖部を被覆した。手術時間は220分、出血量は250 mlだった。術後は問題なく経過し、術後第14病日に自宅へ退院した。今回、われわれは、左外傷性横膈膜ヘルニアを原因とする腸閉塞の1例を経験したため報告する。

外傷性横膈膜ヘルニア, 腸閉塞

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野<sup>1)</sup>,  
同 外科系 消化器外科分野<sup>2)</sup>  
神足佐和子<sup>1,2)</sup>, 高須綾香<sup>1)</sup>, 山田優紀<sup>1)</sup>, 小西 彩<sup>1)</sup>, 野田泰弘<sup>1)</sup>,  
岩男 彩<sup>1)</sup>, 岩田亮平<sup>2)</sup>, 萩原 謙<sup>2)</sup>, 山下裕玄<sup>2)</sup>, 後藤田卓志<sup>1)</sup>,  
木暮宏史<sup>1)</sup>

【症例】40歳代、男性【主訴】右背部痛【現病歴】飲酒後に嘔気・嘔吐を催し、その直後から突然右背部痛が出現した。改善乏しく体動困難となったため、救急要請し当院搬送となった。【既往歴】高血圧【経過】初診時、体温35.9℃、血圧158/112 mmHg(左右差なし)、心拍数118回/分・整、呼吸数16回/分、SpO<sub>2</sub>96%(室内気)であり、右肩甲骨下を最痛点としたnumerical rating scale (NRS) 9/10の疼痛があった。心血管疾患の否定目的に、心電図・心臓超音波検査を施行したが、明らかな異常所見を認めなかった。胸部造影CTでは右下葉背側の浸潤影と胸水貯留、下部食道周囲の軽度縦隔気腫を認め、特発性縦隔気腫および胸膜炎疑いの診断で入院となった。しかしながら、時間経過と共に疼痛増悪、呼吸困難を認めた。この時点で再度、画像検査や症状経過を振り返り、特発性食道穿孔が疑われた。来院7時間後、食道造影検査を施行し、下部食道から右縦隔内への造影剤の漏出を認めた。また、右胸腔内の液体貯留に対して胸腔ドレーンを挿入したところ、腸液の漏出を認めた。以上より、食道穿孔および膿胸の診断となり、胸腔鏡下穿孔閉鎖術と胸腔ドレーナージを施行し、同時に腸管内の減圧目的の胃瘻と、栄養経路の腸瘻を造設した。術後4日目に腸瘻から経腸栄養剤の投与を開始した。術後13日目に再度食道造影検査を施行し、下部食道吻合部からの造影剤漏出は認められなかったため、術後14日目に経口摂取を再開した。術後15日目に右胸腔ドレーンを抜去した。有害事象なく経過したため、術後16日目に胃瘻も抜去し、術後24日目に退院した。【考察】胸背部痛の致死疾患として、急性冠症候群、急性大動脈解離、肺血栓塞栓症、緊急性気胸があげられる。食道疾患の鑑別は緊急性の観点から診断が遅れる傾向にあり、24時間以内に確定診断に至った症例は約30%と指摘する報告もある。本症例も、画像や生体検査だけでなく、症状経過や問診を振り返ることで、特発性食道穿孔の診断につながったと考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道破裂, 背部痛

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科<sup>2)</sup>,  
国立がん研究センター中央病院 臨床研究支援室<sup>3)</sup>,  
国立がん研究センター東病院 消化器内科<sup>4)</sup>,  
井坂祐莉<sup>1)</sup>, 佐々木昭典<sup>1)</sup>, 齊藤 啓<sup>2)</sup>, 本村康明<sup>1)</sup>, 安藤弥生<sup>3)</sup>,  
中村能章<sup>4)</sup>

【緒言】転移を有する十二指腸癌患者の治療選択は限られており、予後は不良である。切除不能十二指腸癌に対する分子標的薬の開発もされているが、今現在本邦で承認された薬剤はない。今回、我々は64歳女性の十二指腸癌患者において、ALK融合遺伝子陽性を認め、アレクチニブで治療を行なった症例を経験した。【症例】糖尿病および気管支喘息の既往がある62歳の女性。数週間遷延する心窩部痛を主訴に来院し、上部消化管内視鏡において十二指腸下脚に2型進行癌を認めた。胸部CTでは多発肝転移が見られたことから十二指腸癌stage4と診断され、mFOLFOX6療法が開始となった。mFOLFOX6を4コース試行したが、原発増悪による閉塞性黄疸・胆管炎にて入院となっている。総胆管閉塞に関してはEUS-CDSによるドレーナージが実施されている。化学療法と並行して、がんゲノムプロファイル検査が実施されており、この結果においてEML4-ALK融合遺伝子が検出された。臨床試験に登録をされ、アレクチニブによる治療が開始された。治療開始後、速やかに全身状態の改善が認められ、初回CT評価では原発及び肝転移の著明な縮小が見られている。現在、治療開始後6カ月間に経過しているが、増悪なく治療継続となっている。【考察】ALK融合遺伝子は非小細胞肺癌の3-5%に認められるドライバー遺伝子変異である。ALK融合遺伝子を有する非小細胞肺癌に関しては、アレクチニブを含むALK阻害薬の有効性が示されている。ALK融合遺伝子の検出は未分化大細胞リンパ腫を含む他癌種においても報告がされているが、小腸癌における報告はほとんどされていない。300症例以上の小腸癌において遺伝子変異を調べた研究においても、ALK融合遺伝子陽性はたった1例のみであった。そして、ALK融合遺伝子陽性の小腸癌に対してALK阻害薬が有効性を示した症例は今までに報告されていない。今回、我々はアレクチニブが奏効したALK融合遺伝子陽性の十二指腸癌を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

十二指腸癌, EM4-ALK融合遺伝子

新東京病院 消化器内科  
十日市悠河, 外山雄三, 小森那々子, 前田 元, 下井銘子,  
小玉 祐, 西澤秀光, 溝上裕士, 浅原新吾, 長浜隆司,  
青沼映美

【背景】胃底腺型胃癌 (gastric adenocarcinoma of fundic gland type) は『胃癌取り扱い規約 第15版』で特殊型の1つとして新たに追加された胃癌であり胃底腺への分化を示す低異型度・低悪性度の腫瘍である。胃底腺細胞に類似した細胞からなり免疫染色でpepsinoge I (主細胞マーカー) またはH+/K+-ATPase(壁細胞マーカー)陽性が必須である。一般的には主細胞優位が多く知られており壁細胞優位は稀である。今回壁細胞優位の胃底腺型胃癌を経験したため報告する。【症例】70歳代、女性。【現病歴】早期胃癌に対して治療目的で当院紹介受診となった。【臨床経過】背景胃粘膜は萎縮を伴う胃粘膜であった。病変は体中部小弯の隆起性病変であった。拡大内視鏡像では表面構造は比較的均一に整っていた。血管構造は不整さに欠ける血管像を認めた。内視鏡的治療とした。組織学的所見では胃底腺類似的異型細胞が小型腺管構造をとり増殖していた。腫瘍腺管はMUC6陽性、H+/K+-ATPase(壁細胞マーカー)で陽性であった。【結語】壁細胞優位の極めて稀な一例を経験したため文献的考察も含めて報告する。

胃底腺型胃癌, 壁細胞優位

防衛医科大学校病院 消化器内科  
池田 瞭, 植田浩貴, 大黒拓磨, 武川舞子, 平田 大, 綾木花奈,  
田原寛之, 吉留佑太, 富岡 明, 成松和幸, 東山正明, 高本俊介,  
富田謙吾, 穂苅量太

【症例】63歳女性【主訴】食欲不振【既往歴】特記事項なし【現病歴】20XX年8月上旬に胃部不快感を自覚し前医を受診した。9月上旬に実施した上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃体中部大弯に胃潰瘍(A1ステージ)を認め、生検で良性であった。その後2ヶ月以内に2度再検されたが、同様の所見であった。9月下旬にビロリ菌除菌治療が実施された。この間食欲不振があり、体重減少および体力低下を強く自覚したため、11月上旬に精査目的で当院に紹介となった。【入院後経過】前医で施行された生検では炎症のみの所見であったが、当院で再度行ったEGDでは潰瘍の周堤が滑らかで粘膜下腫瘍様の隆起を認め、深掘れ潰瘍を呈していた。生検では異型を示すT細胞の浸潤を認めた。造影CTにて胃体部と横行結腸との間で複数箇所交通を認めた他、胃小弯側に多発リンパ節腫大を認め、潰瘍部の造影効果に乏しいことから、悪性リンパ腫を疑った。穿孔リスクを踏まえると確定診断より手術先行が望ましいと考え、消化器外科に転科し、11月下旬幽門側胃切除+肝外側区域部分切除+横行結腸切除+空腸部分切除術が施行された。病理検査にてT細胞性リンパ腫と診断されたため、20XX+1年1月より血液内科にてA-CHP療法を計4コース(内2コースは他院)施行されたが、PET-CTにて病勢の進行を認めたため、救済化学療法を施行するも病勢コントロール出来ず、7月中旬に永眠された。【考察】単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫(MEITL)は腸管上皮内Tリンパ球を発生起源とし、全悪性リンパ腫の0.25%を占める。文献によると小腸内多発例が大半であり、次いで空腸、回腸単発例となっている。本邦では胃と空腸の2か所に存在する症例が1例報告されているが、胃原発で穿孔を来した症例は報告がない。また、CD56陰性/陽性で大別したところ、CD56陽性例は穿孔することが多いとの報告があるが(穿孔率:CD56陽性:67%、CD56陰性:39%)、本症例は陰性であった。【結語】MEITL疑いの瘻孔を形成した一例を経験したため報告する。

単形性上皮向性腸管T細胞リンパ腫, 胃潰瘍



東京医科歯科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>, 同 大腸・肛門外科<sup>3)</sup>, 岡 瑛子<sup>1)</sup>, 杉山勇太<sup>1)</sup>, 河本亜美<sup>1)</sup>, 竹中健人<sup>1)</sup>, 日比谷秀爾<sup>2)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>2)</sup>, 小田豊士<sup>2)</sup>, 岩田乃里子<sup>3)</sup>, 朝比奈靖浩<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>

【症例】20代女性。X-1年10月より食後に嘔吐することがあった。X年7月から食後の頻回な嘔吐・腹痛により食事摂取困難になり徐々に体重減少をきたした。A病院を受診し上部・下部消化管内視鏡検査を施行されるも異常所見はなく過敏性腸症候群が疑われた。内服治療が開始されたが症状の改善なく、3か月で10kg以上の体重減少を認めた。X年9月にB病院の精神科を受診し、神経性嘔吐症が疑われ内服薬を処方された。その後も症状の改善はなく、X年10月にC病院を受診し、腹部単純CT検査で小腸狭窄が疑われ、D病院に紹介された。同院に入院後、腹部造影CTとMRECにて空腸に口側拡張を伴う腫瘍性狭窄を指摘され、精査加療目的に当院に転院となった。入院時の身体所見はBMI15.2、右下腹部に間欠的な自発痛・圧痛を認めた。血液検査では腫瘍マーカーは陰性であった。転院翌日に経口小腸内視鏡が施行され、幽門から約60cmの空腸に潰瘍を伴う境界明瞭な隆起性病変が認められ、原発性小腸癌が疑われた。観察範囲内の小腸に他病変は認められず、ポリボースは否定的であった。高度な内腔狭窄化を伴い、CTでは転移を疑う所見は認められなかったため、当院外科にて腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。術後経過良好で術後7日目に独歩退院した。摘出した小腸腫瘍の病理所見は大腸癌類似扱い規約に準じAdenocarcinoma, tub1>pap>tub2で、pT4a, NO, MO, pStageIbの診断となった。転移を疑う所見は認めなかったため、術後補助化学療法は施行せず外来での慎重な経過観察の方針となった。【考察】原発性小腸癌の発生頻度は全消化管悪性腫瘍の0.3-1.0%と比較的まれであり、特異的な臨床症状にも乏しいことから進行癌で発見されることが多い。小腸腫瘍の診断時の年齢中央値は約60歳であり、そのうち85%以上が50歳以上で発見される。今回、遺伝性病変や炎症性腸疾患を伴わない20代発症の原発性小腸癌を経験した。若年発症の原発性小腸癌の報告は少なく、診断に至るまで難治した。原因不明の腸管狭窄症が遷延した場合には若年であつても小腸の器質的病変を鑑別に挙げ、画像検査を行うことが重要である。

原発性小腸癌, 若年

東京慈恵会医科大学附属病院 外科学講座 下部消化管外科 中島啓人, 今泉佑太, 岡本敦子, 中野貴文, 高田直樹, 菅野 宏, 武田泰裕, 大熊誠尚, 小菅 誠, 衛藤 謙

【症例】39歳女性、妊娠22週【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】大腸穿孔(1歳、手術：詳細不明)、両側卵巣腫瘍(24歳、開腹両側卵巣腫瘍摘出術)【家族歴】特記すべきことなし【現病歴】妊娠20週で腹痛、嘔吐などを主訴に前医受診。精査にて癒着性腸閉塞の診断となった。絶食安静による保存加療で改善乏しく、イレウス管留置による減圧を行った。その後イレウス管の排液量が減らず、ガストグラフィ造影で造影剤の排出不良を認めたため、手術加療目的に当院へ転院となり妊娠23週で手術となった。手術は上中下腹部正中切開で開腹した。腹腔内には大網の癒着を軽度認め、可及的に剥離を要した。イレウス管をガイドに小腸を手繰ると、Treitz靭帯から160cmの小腸が子宮壁左側へ癒着しており、口側で腸管内のイレウス管先端が反転しており腸閉塞の責任部位と判断した。鋭的に剥離を行い癒着を剥離し、一部漿膜損傷を認めたため腸管の短軸方向に漿膜筋層縫合をおいて修復した。イレウス管先端のバルーンを膨らませた状態で用手的に誘導し、癒着剥離部を問題なく通過することを確認した。産科医師より術中エコーで胎児心拍に問題ないことを確認し、手術を終了した。術後はイレウスの腸管麻痺が生じたが保存的に軽快した。術後第3病日にイレウス管を抜去し、第7病日より食事摂取を再開した。その後の経過は問題なく第13病日に退院となった。周術期および退院後の診察で妊娠経過に問題なく、現時点で明らかな発育異常等は指摘されておらず、腸閉塞の再燃も認めていない。【結語】妊婦における腸閉塞は頻度は稀ではあるが、保存的に改善が見られない場合外科手術を必要とする可能性がある。妊娠中の侵襲的治療は早産などのリスクを伴うため産科との連携を含め慎重な治療判断を要する。今回妊娠23週で腸閉塞に対して手術を施行した一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

妊娠, 腸閉塞

総合東京病院 外科

中島滉一, 小林康伸, 工藤智大, 高橋澄加, 貫野宏典, 平野 純, 羽生信義

特発性腸間膜血腫は、外傷や血管疾患、出血性疾患などの明らかな原因疾患が存在しない、腸間膜に血腫をきたす稀な疾患である。男性に多く、初発症状として腹痛、嘔吐など消化器症状を呈し、まれに貧血や出血性ショックに至るとされている。出血源としては上腸間膜動脈が多いとの報告がある。症例は44歳女性。下腹部痛を自覚し、増悪傾向のため当院救急外来を受診。腹部は平坦、軟ではあるが、左下腹部を最強点とする圧痛を認めた。造影CT検査にてS状結腸近傍に造影剤の漏出を伴う血腫を認め、腸間膜内の血腫が疑われた。血液検査所見では、貧血の進行や炎症所見は認めなかった。責任血管は第18状結腸動脈であり、造影CT検査の動脈相にて明らかな活動性出血が疑われることから、血管造影による止血術を行う方針となった。手術は血管造影での動脈塞栓術とした。大腿動脈穿刺による血管造影を行い、下腸間膜動脈を同定してワイヤーガイド下に第18状結腸動脈までカテーテルを先進させた。第18状結腸動脈末梢の辺縁動脈から造影剤の漏出を認め、同部位が責任病変であると同定した。経カテーテル的にヒストアクリルを注入し、動脈塞栓を行なった。直後の動脈造影で造影剤の漏出は描出されず、止血を確認した。手術時間は44分、出血は少量であった。術後経過は良好であり、明らかな術後合併症はなく、術後8日目に軽快退院となった。術後3週間で施行した造影CT検査では、S状結腸間膜内の血腫は消失していた。本邦での報告では、特発性腸間膜血腫に対しては保存的治療よりも手術が選択されることが多い。その理由として、血管造影の手術の難易度、施設設備による制限などが挙げられる。しかしながら、開腹手術による臓器損傷や腸管非温存、癒着などはデメリットになり得ると考えられる。今回我々は、第18状結腸動脈からの出血による特発性腸間膜血腫に対し、動脈塞栓術により開腹手術を回避し、腸管を温存し得た症例を経験したため、考察を加えて報告する。

特発性腸間膜血腫, 動脈塞栓術

昭和大学 江東豊洲病院 医師臨床研修センター<sup>1)</sup>,

同 消化器センター<sup>2)</sup>, 同 臨床病理診断科<sup>3)</sup> 同郷加奈子<sup>1)</sup>, 若生彩佳<sup>2)</sup>, 道端浩三郎<sup>2)</sup>, 岡野貴彦<sup>2)</sup>, 西林奈保<sup>2)</sup>, 笠木紳史<sup>2)</sup>, 酒井 透<sup>2)</sup>, 高野弓加<sup>2)</sup>, 徳永良太<sup>2)</sup>, 面高俊介<sup>1)</sup>, 小城原傑<sup>2)</sup>, 田邊太郎<sup>2)</sup>, 磯崎正典<sup>2)</sup>, 松尾 海<sup>2)</sup>, 保母貴宏<sup>2)</sup>, 鬼丸 学<sup>2)</sup>, 出口義雄<sup>2)</sup>, 横山 登<sup>2)</sup>, 井上晴洋<sup>2)</sup>, 南雲 佑<sup>3)</sup>

【背景】

脊髄損傷患者の悪性腫瘍合併に関する症例報告は膀胱癌をはじめとした泌尿器系悪性腫瘍が多く見られるが、消化器系悪性腫瘍では少ない。今回脊髄損傷の慢性期患者にS状結腸癌を合併した症例を経験したので報告する。

【臨床経過】

患者は66歳男性。既往は糖尿病と心筋梗塞で抗血小板薬を内服しており、6年前の転落事故による頸髄損傷で日常生活は全介助を要する方。持続する血便を認めたため当院を受診。大腸内視鏡検査でAV 40cmにType 2病変を認め、精査の結果S状結腸癌(cT2N0M0 cStage I)の診断で、抗血小板薬を休薬のうえ外科的切除の方針とした。

入院後の出血源コントロールは良好であったが、第7病日に右上肢挙上不可および構音障害が認められ、第8病日に頭部MRI検査で左橋梗塞の診断となった。術前には誤嚥性肺炎を合併したがSBT/ABPC投与と絶食管理により改善し、第22病日に予定通りハルトマン手術を施行。 stomasの排便及び腹部レントゲンともに経過良好で、術後2日目に経鼻胃管より経管栄養を開始した。

術後はドレーンからの排液が500-600ml/日で推移したが、体液喪失を考慮し術後7日目でドレーンを抜去。術後10日目に腹部レントゲンで腸管拡張を認め、その後嘔吐による酸素化不良と炎症反応の増悪を認めた。麻痺性イレウスと判断し胃管挿入、輸液管理を行った。術後11日目に意識レベルの低下を認め、胸部単純CT検査で左無気肺の増悪と気管支の狭窄を認め誤嚥性肺炎と診断した。TAZ/PIPC投与を行ったが、脈徐、意識レベル低下し心停止。心拍再開するも夜間には瞳孔不同が出現し術後12日目に死亡した。

病理解剖が施行され、手術部位の縫合不全ではなく、両側気管支肺炎肺炎および誤嚥性肺炎の診断に至った。

【結語】

脊髄損傷患者慢性期には消化管機能が低下している背景があり、腹部手術の術後管理では十分な減圧と絶食管理が求められる。

脊髄損傷, 術後経過



横浜市立大学附属病院 臨床研修センター<sup>1)</sup>,  
同 肝胆膵消化器病科<sup>2)</sup>, 同 臨床腫瘍科<sup>3)</sup>, 同 病理診断科<sup>4)</sup>,  
同 放射線診断学<sup>5)</sup>, 同 がんゲノム診断科<sup>6)</sup>,  
同 臨床検査部<sup>7)</sup>

吉枝利恭<sup>1)</sup>, 野上麻子<sup>2)</sup>, 小林規俊<sup>3)</sup>, 岩城慶大<sup>2)</sup>, 小林 彰<sup>2)</sup>,  
原田丈太郎<sup>4)</sup>, 伊藤純子<sup>5)</sup>, 藤井誠志<sup>6)</sup>, 竹内結花<sup>5)</sup>, 松下彰一郎<sup>5)</sup>,  
加藤真吾<sup>6)</sup>, 桐越博之<sup>7)</sup>, 米田正人<sup>2)</sup>, 斉藤 聡<sup>2)</sup>, 中島 淳<sup>2)</sup>

【症例】20代女性。COVID-19感染契機に慢性咳嗽を発症し、症状が持続するため、前医呼吸器内科へ紹介され、肺に多発するmultiple small nodulesを認めた。経過観察中に2度目のCOVID-19感染をきたし、入院加療となった。入院時の単純CT検査で肝腫瘍が指摘され、肺炎変と併せて経過観察されていた。肝腫瘍が増大傾向にあり、前医で肺生検と肝腫瘍生検施行されるも診断がつかず当院紹介となった。当院で肝dynamic CTを撮像したところ、腫瘍の中心は低濃度で辺縁に造影増強効果を行い、肝辺縁に偏在し、癒合傾向をもつ多発腫瘍を認められた。MRIでは、T1WIで淡い低信号、T2WIで高信号を呈する腫瘍が多発し、核酸制限を伴っていた。腫瘍辺縁は早期相で弱い造影効果を行い、一部の腫瘍では肝表の陥凹(capsular retraction)を伴っていることから転移性肝癌もしくは類上皮血管内皮腫が疑われ、肝腫瘍生検、肺腫瘍生検の再検を行った。いずれの組織診断結果も不整形核と淡好酸性胞体を有する腫瘍細胞がコード状あるいは個細胞性に増殖していた。免疫組織化学的検索結果ではAE1/AE3(-), CD34(+), CD31(+), ERG(+), TFE3(+), CAPTA1(-)で類上皮血管内皮腫に矛盾しない結果であった。キャンサーボードで相談の上、パゾパニブを開始し、現在加療中である。【考察】類上皮血管内皮腫は希少がんとされる肉腫である。その症例の少なからず、難病指定もされていない極めて珍しい腫瘍で消化器内科医のなかでも理解が進んでいない疾患と推定される。画像診断により診断に至らない腫瘍において、積極的に肝腫瘍生検を施行することの重要性を痛感した一例であった。文献検索を行うに、本症例は典型的な類上皮血管内皮腫であり、消化器内科医への周知も目的に画像検査・経過を含め報告する。

類上皮血管内皮腫, 希少がん

東京大学 医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科<sup>1)</sup>,  
同 病理部<sup>2)</sup>, 同 放射線科<sup>3)</sup>  
南 知里<sup>1)</sup>, 早阪 誠<sup>1)</sup>, 市田晃彦<sup>1)</sup>, 佐々木脩<sup>1)</sup>, 高山真秀<sup>1)</sup>,  
箱田浩之<sup>1)</sup>, 阿部浩幸<sup>2)</sup>, 河口義邦<sup>1)</sup>, 赤松延久<sup>1)</sup>, 金子順一<sup>1)</sup>,  
渡谷岳行<sup>3)</sup>, 長谷川潔<sup>1)</sup>

症例は49歳男性。健康診断の腹部超音波で肝腫瘍を指摘され、前医受診。CTで肝S4に4cm大の肝内胆管癌が疑われたが、腫瘍生検を行い、肝血管肉腫と診断された。肺動脈狭窄症に対する手術歴・心房粗動に対するカテーテルアブレーションの既往があり、また右房の拡張も伴っていたことから心臓血管外科もある当院を紹介受診した。前述のCTから約2ヶ月後に再検したCTでは腫瘍は8cmに増大しており、左側は門脈左枝臍部、右側は中肝静脈と接していた。また大網に腹膜播種を疑う結節を認め、S3の門脈枝に腫瘍栓も疑われた。肝機能・心機能評価の後、拡大左肝切除術、大網播種切除、胆嚢摘出術を行った(手術時間331分、出血量470ml)。病理診断は肝血管肉腫で腫瘍内部に斑状壊死を伴い、門脈侵襲を多数認められたが、断端は陰性であった。大網の結節は3個あり、病理結果はいずれも播種の診断であった。術後はGrade Aの胆汁漏れを認めたものの、術後7日目にドレーンを抜去し、術後12日目に退院した。肝血管肉腫は肝原発性悪性腫瘍の中で0.26~1.8%と稀で悪性度が高く予後不良とされている。治療の第一選択は肝切除であるが、診断時には進行している場合も多く、切除率は約20%という報告もある。また、特徴的な画像所見として、造影CTで早期より辺縁から濃染し、後期相でも内部の不均一な濃染は持続することが多いが、多彩な画像所見を呈することがあり、診断は難しく、生前に診断に至らない例も多い。本症例では前医で腫瘍生検が行われており術前に肝血管肉腫と診断されたがその後、腹膜播種が出現した。肝原発腫瘍の中には画像所見のみでは診断が困難なものもあるが腫瘍生検は腹膜播種をきたす危険性がある。悪性腫瘍が疑われた場合には針生検は行わず外科的切除を検討すべきであると思われた。

肝血管肉腫, 肝切除

獨協医科大学内科学(消化器)講座  
小島美優, 福士 耕, 大池 研, 稲葉航平, 永島一憲, 阿部洋子,  
有阪大洋, 飯島 誠, 郷田憲一, 入澤篤志

【現病歴】80歳台男性。かかりつけ医の血液検査にて肝機能障害、CTで肝腫瘍を認められCT検査Y月Y日19日当院を紹介受診した。【経過】腹部ダイナミックCT検査で肝S5に23mm大の低吸収性の腫瘍、肝十二指腸内リンパ節腫大を認めた。X年Y+1月15日に診断目的に肝腫瘍生検を施行した。病理組織結果は腺癌であり、免疫染色の結果AE1/AE3陽性、CK7陽性、CK19陽性、Glypican3陰性、hepatocyte陰性であった。以上から肝内胆管癌cT3N1M0(癌取り扱い規約第13版 cStageIVa)の診断となった。同年Y月27日予定外来時に黒色便と貧血を認め上部消化管出血疑いで入院した。緊急で上部消化管内視鏡検査を施行し、胃静脈瘤Lg-c, F1を認めた。静脈瘤上にred plugを認めたため胃静脈瘤破裂を疑いEVLを施行した。造影CTでは肝腫瘍の増大、リンパ節転移の増大による門脈腫瘍栓を認めた。Y+1月30日に胃静脈瘤に対して細径超音波内視鏡検査を施行したところ、細かな壁を傍胃静脈を認めるものの、太い血管は認められなかった。EVL留置部は潰瘍形成していた。再出血予防的に潰瘍底と潰瘍周囲にAethoxysklerolを計12ml注入した。その後再出血なくY+2月5日に退院した。化学療法による加療を提案したが、高齢かつADLの低下を認めたため近医でのフォローの方針となった。【結語】門脈腫瘍栓を伴う肝内胆管癌に合併した胃静脈瘤破裂に対して内視鏡的止血術を施行した症例を経験した。報告が少なく、文献的考察を加えて報告する。

肝内胆管癌, 静脈瘤

東京大学医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>  
大平隆太郎<sup>1)</sup>, 玉田健次<sup>1)</sup>, 中塚拓馬<sup>1)</sup>, 柴田英介<sup>2)</sup>, 高尾英正<sup>2)</sup>,  
建石良介<sup>1)</sup>, 藤城光弘<sup>1)</sup>

【緒言】肝硬変を有する患者において、ストーマ造設部に静脈瘤が形成され出血を繰り返す症例があることが知られる。今回我々はストーマ静脈瘤からの出血を繰り返す症例に対し、経皮経肝の静脈瘤塞栓術(PTO)を施行したのでその経過を報告する。【症例】66歳女性【現病歴】原発性胆汁性胆管炎(PBC)、食道静脈瘤治療後で約5年通院していた患者。横行結腸癌に対し、腹腔鏡補助下横行結腸部分切除術および人工肛門造設術を施行した。術後2か月後よりストーマ脇から出血を繰り返すようになった。当初は少量の出血で、用手圧迫やβ遮断薬による門脈降圧により対応した。術後10か月後、噴出性の出血を来したため入院となった。【既往歴】高血圧(32歳)、糖尿病(50歳)、原発性胆汁性胆管炎(59歳)、食道静脈瘤破裂(65歳)、横行結腸癌(65歳)【経過】入院前CTにて腸管膜静脈と右下腹壁静脈の間にシャント形成があり、ストーマ部位に形成された静脈瘤からの出血と考えられた。都度用手圧迫を試みたが出血を繰り返し頻回の輸血を要した。第10病日、左大腿静脈よりアプローチし腹壁排血路からの経静脈的塞栓術を試みたが、ストーマ周囲の拡張蛇行を伴う静脈を認め同部位に対しシノアクリレートで塞栓し、拡張静脈の大部分が消失した。PTO翌日より腹水量が増加したため、腹水排泄、利尿剤増量にてコントロールされた。第23病日、再出血のないことを確認し退院となった。【考察】ストーマ静脈瘤出血に対する治療法として、手術療法、静脈瘤塞栓術、経静脈的肝内静脈門脈短絡術などが選択肢となるが、本症例は入院時Child-Pugh Cと肝予備能の低下があり塞栓術が選択された。腹水及び門脈血栓の存在から、まずは経静脈的にアプローチしたが、複数の排血路の存在により塞栓が困難であり、PTOによる供血路からの造影・塞栓が有効であった。【結語】PBC患者のストーマ静脈瘤出血に対し、PTOによる塞栓術が有用であった症例を経験した。

ストーマ静脈瘤, 経皮経肝の静脈瘤塞栓術

佐野厚生総合病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>、同 消化器内科<sup>2)</sup>  
青柳裕太郎<sup>1)</sup>、北川清宏<sup>2)</sup>、村田祥磨<sup>2)</sup>、生形晃男<sup>2)</sup>、鍛冶場寛<sup>2)</sup>、  
野田まりん<sup>2)</sup>、久武祐太<sup>2)</sup>、東澤俊彦<sup>2)</sup>、関根忠一<sup>2)</sup>、岡村幸重<sup>2)</sup>

【症例】41歳、男性【主訴】右季肋部痛【現病歴】ポリビア国籍、かかりつけのいない患者。X-4日より右季肋部痛及び嘔気が持続するためX日当院受診した。同日の血液検査でCRP 20.90 mg/dL、T-Bil 2.24 mg/dL、AST 132 U/L、ALT 174 U/L、 $\gamma$ -GT 560 U/Lと炎症反応高値及び肝胆道系酵素の上昇を認めたため精査加療目的に同日入院した。CT上脾腫を認めたが肝内・肝外含めた胆管の拡張や胆嚢炎を認めず、血液検査上ウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎は否定的であった。入院後経過にて48時間おきに40度の間欠熱を認めたため、マラリア除外目的でX+3日に血液塗抹のギムザ染色したところ、輪状体を1つ有する赤血球を認めた。その後、渡航歴を詳しく聴取したところX-5日まで1ヶ月間ブラジルに滞在していたことが判明した。三日熱マラリアの診断にてX+4日より抗マラリア薬の内服を開始したところ、発熱も軽快し肝機能障害も改善傾向を認めたためX+9日に退院した。【考察】マラリアは、結核、HIVと並んで世界三大感染症の一つで、ハマダラカの刺咬によりマラリア原虫(*Plasmodium*属)が体内に侵入して発症する。マラリアはアフリカや南米、東南アジアなどで流行しており、年間2億人以上の罹患者と60万人の死亡者がいると言われているが、日本での報告数は年間40-60例程度で、全て輸入例となっている。マラリア原虫の中でヒトに感染するものは熱帯熱(*P.falciparum*)、三日熱(*P.vivax*)、卵形(*P.ovale*)、四日熱(*P.malariae*)、二日熱(*P.knowlesi*)の5種類が知られており、診断は光学顕微鏡での形態学的診断がメインであるが、その中で重症化リスクのある熱帯熱マラリアを診断することが重要である。症状としては発熱や頭痛、倦怠感などが多いが、意識障害を始めとした重症兆候を見逃さないことが重要である。COVID-19の規制緩和に伴い海外からの渡航者が増加している現状において、本症例は、肝機能障害を契機として日本国内にて形態学的所見及び臨床所見より三日熱マラリアと診断し、抗マラリア薬内服により改善を認めたと貴重な症例と考え報告する。

マラリア，肝機能障害

日本赤十字社医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、同 呼吸器内科<sup>2)</sup>  
都築 諒<sup>1)</sup>、井上 薫<sup>1)</sup>、福田麟太郎<sup>1)</sup>、伊藤由紀子<sup>1)</sup>、坂本慶太<sup>2)</sup>、  
北原愛弓<sup>1)</sup>、高橋健太郎<sup>1)</sup>、鈴木裕史<sup>1)</sup>、山本信三<sup>1)</sup>、内野康志<sup>1)</sup>、  
谷口博順<sup>1)</sup>、出雲雄大<sup>2)</sup>、吉田英雄<sup>1)</sup>

【症例】79歳、女性。【主訴】発熱。【現病歴】X-2年に閉塞性黄疸で消化器内科を紹介受診し、画像検査と腫瘍生検結果から切除不能遠位胆管癌の診断に至った。胆道狭窄に対して自己拡張型金属ステントを留置し、原疾患治療としてGC療法(GEM+CDDP)による化学療法が開始となった。経過中に3度のステント閉塞性胆管炎を反復するも、その都度ERCPで治療し、改善が得られていた。GC療法による抗腫瘍効果は持続していたが、28コース終了時、シスプラチン有害事象による腎機能増悪と末梢神経障害が出現したためにGS療法(GEM+TS-1)に切替えた。GS療法2コース終了時より発熱が出現し、10日間解熱が得られなかったために精査加療目的で入院となった。血液所見はWBC 5270/ $\mu$ L(Seg 87.7%、Ly 8.7%)、CRP 6.20mg/dL、肝胆道系酵素上昇なく胆管炎は否定的であった。CTで両肺野すりガラス影(crazy paving pattern)を認めたことから、薬剤性間質性肺炎、細菌性肺炎、日和見感染症等が鑑別に挙げられた。追加検査で $\beta$ -D glucan 41.1pg/mlと上昇していたことからニューモシスチス肺炎(PCP)を疑い、ST合剤の先行投与を開始した。直後から薬疹が出現したこと・腎機能増悪を考慮し、第3病日にST合剤を半量に減量した。第6病日に、気管支肺胞洗浄液(BALF)と気管支鏡下生検から*P.jirovecii*が検出され、PCPの確定診断に至った。ST合剤の副作用と思われる低Na血症と高K血症はみられたものの、電解質補正をしながら21日連日投与による治療を先達できた。解熱および全身状態も改善し退院。現在は緩和ケア科外来にて経過観察中である。【考察】PCPは免疫不全者で罹患リスクが高いが、固形癌化学療法中の発症は稀だとされている。PCPで重症化が生じる機序として、菌体に対する免疫応答が肺損傷を引き起こすと考えられており、non-HIV-PCPはHIV-PCPに比して致死率が高い。今回、予後不良と考えられたが、早期治療により治癒した貴重なPCPの1例を経験したため、当日は文献的考察を交えて報告する。

胆管癌，ニューモシスチス肺炎

横浜市立大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>  
藤吉朋子<sup>1)</sup>、入江邦泰<sup>1)</sup>、佐藤博紀<sup>1)</sup>、鈴木悠一<sup>1)</sup>、池田 礼<sup>1)</sup>、  
池田良輔<sup>1)</sup>、佐藤 健<sup>1)</sup>、松村舞依<sup>2)</sup>、金子裕明<sup>2)</sup>、山中正二<sup>2)</sup>、  
前田 慎<sup>1)</sup>

症例は60歳の女性、X年5月、霧視を自覚され眼科を受診したところ、両側ぶどう膜炎を指摘、サルコイドーシスを疑われてCTを撮像したところ、両側多発肺結節を指摘され、当院呼吸器内科を紹介受診となった。肺結節は微小であるためCTでの経過観察の方針となり、その後自然軽快を認めたが、肝S4および隣頭部に腫瘍性病変が出現、それに伴う閉塞性黄疸が疑われたため、X年9月に当科を紹介受診となった。当科で施行した造影CTにて、肝門部領域の胆管壁肥厚と傍大動脈リンパ節腫大、肝S4にまだらな造影効果を有する27mm大の腫瘍を認め、FDG-PETでは同腫瘍にFDGの異常集積を認めたため、胆管癌などの悪性腫瘍の可能性も示唆された。ERCによるドレナージおよびEUS-TA、肝生検による組織診断を施行する方針とした。その結果、胆管および肝腫瘍ともに肉芽腫性病変を認め、サルコイドーシスと診断した。閉塞性黄疸に対するドレナージを要しており、有症状であるため、ステロイドによる加療を開始した。その結果、3ヵ月後には肉芽腫性病変の縮小を認め、胆管閉塞も改善したため、ステントフリーとすることが可能となった。その後、ステロイドを漸減、中止したが、再燃することなく経過している。今回、悪性腫瘍との鑑別を要し、閉塞性黄疸を来したサルコイドーシスの一例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

サルコイドーシス，閉塞性黄疸

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

【症例】78歳、男性。【主訴】右上腹部痛、呼吸困難感。20XX年3月下旬より特に誘因なく右上腹部痛が出現、4月中旬には呼吸困難感を伴うようになり近医を受診した。肝内の嚢胞性病変、胸水を指摘され精査・治療目的で当科紹介入院となった。【身体所見】右上腹部に軽度圧痛を認めた。【検査成績】WBC 12300/ $\mu$ L、RBC 482x10<sup>4</sup>/ $\mu$ L、Hb 14.7g/dL、Hct 44.2%、Plt 31.2x10<sup>4</sup>/ $\mu$ L、CRP 20.64mg/dL、AST 94U/L、ALT 116U/L、LDH 207U/L、ALP 139U/L、 $\gamma$ -GTP 94U/L、T-Bil 1.14mg/dL、AMY 59U/L、PT% 76.3%、HC抗体(-)、HBs抗原(-)、CEA 1.2ng/mL。【臨床経過】腹部CTで、肝右葉前区域に胆嚢底部との交通が疑われる径約80mmの嚢胞性病変が認められた。また、胆嚢周囲の被包化液体貯留または漿膜下浮腫が疑われる所見、および胆嚢管結石が確認された。胆嚢炎の肝への波及による穿破の可能性が考えられたため、抗菌薬の投薬と共に経皮経肝ドレナージ施行の方針とした。肝嚢胞性病変の穿刺性は膿性であり、培養でfusobacterium nucleatumとklebsiella oxytocaが検出された。ドレナージ施行後は臨床症状および炎症所見は改善したが、10日後に上腹部痛と共に肝胆道系酵素上昇が認められた。胆嚢管結石の総胆管への落石が確認できたため、内視鏡的結石除去を行った。手技中の造影で、胆嚢底部と嚢胞性病変の交通が確認された。その後開腹胆嚢摘術を施行した。摘出胆嚢の組織所見は黄色肉芽腫性胆嚢炎であった。【考察】肝内穿破を合併したと考えられる黄色肉芽腫性胆嚢炎の症例を経験し、臨床経過、画像所見を含めて示唆に富むと考え報告する。

黄色肉芽腫性胆嚢炎，肝内穿破



日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>、  
日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野<sup>2)</sup>、  
同 糖尿病代謝内科学分野<sup>3)</sup>、  
木末貴宏<sup>1)</sup>、齋藤 圭<sup>2)</sup>、山根成章<sup>1)</sup>、星野慶次郎<sup>3)</sup>、岡田侑大<sup>2)</sup>、  
國吉宣行<sup>2)</sup>、野村舟三<sup>2)</sup>、藤澤真理子<sup>2)</sup>、小須田南<sup>3)</sup>、石原寿光<sup>3)</sup>、  
木暮宏史<sup>2)</sup>

【症例】特に既往のない41歳女性【主訴】腹痛【現病歴】1週間前から下腹部に違和感があり、2日前から腹部正中に疼痛が出現。近医での血液、画像検査から急性肺炎疑いの診断となり、当院紹介受診した。【経過】当院受診時の血清アミラーゼ422 U/L、空腹時血糖 98 mg/dL、腹部骨盤造影CTでgrade 2の急性肺炎、予後因子0点と診断した。保存加療で肺炎は改善傾向であったが、血糖が徐々に上昇し、第14病日の空腹時血糖値453 mg/dL、意識障害、高ケトン血症を生じた。HbA1c 6.1%、血中Cペプチド 0.07 ng/mL、抗インスリン抗体、抗IA-2抗体、抗GAD抗体はいずれも陰性であり、劇症1型糖尿病と診断した。また、心電図で広範なST上昇とT波増高、トロポニンI陽性、CK-MB高値を認め、冠動脈造影は正常だったことからケトアシドーシスに伴う心筋炎と診断した。インスリンの持続点滴静注療法による血糖管理で血糖値は低下し、心筋炎の症状はなく経過したため、第28病日退院した。【考察】急性肺炎後の劇症1型糖尿病の発症リスクは急性肺炎の重症度や肺炎の原因に関係がないと言われている。また、糖尿病ケトアシドーシスには心筋障害が合併することが知られている。今回、急性肺炎に劇症1型糖尿病と心筋症を合併した稀な症例を経験したため、文献考察とともに報告する。

急性肺炎、1型糖尿病

東京歯科大学 市川総合病院 臨床研修管理部<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>、  
同 臨床検査科<sup>3)</sup>、  
神井冨南<sup>1)</sup>、小泉 亘<sup>2)</sup>、瀧川 稔<sup>2)</sup>、杉山祥基<sup>2)</sup>、河合佑子<sup>2)</sup>、  
津谷 諭<sup>2)</sup>、小野滋司<sup>2)</sup>、浅原史卓<sup>2)</sup>、和田徳昭<sup>2)</sup>、佐々木文<sup>2)</sup>、  
松井淳一<sup>2)</sup>、長谷川博俊<sup>2)</sup>

症例は70歳代、女性。腰痛精査のCTで右腎腫瘍、膵尾部腫瘍を指摘され、当院を紹介受診した。血液検査では特記すべき異常所見を認めず、腫瘍マーカーの高値も認めなかった。腎腫瘍はCTなどの画像検査で腎細胞癌と診断された。膵体部腫瘍は、dynamic CTで早期濃染を呈する10mm大の腫瘍で、ソマトスタチン受容体シンチグラフィでは集積亢進は認めなかった。膵多血性腫瘍として膵神経内分泌腫瘍(NET)も否定できなかったが、転移性腎癌を疑い、手術の方針とした。手術体位や手術時間、侵襲を考慮し二期的手術の方針とし、腹腔鏡下右腎部分切除術を先行した。病理診断はRenal cell carcinoma, unclassifiedであった。9週間後に膵腫瘍に対して腹腔鏡下脾動脈温存膵体尾部切除術を施行した。手術時間は253分、出血量は少量であった。病理組織診断では、膵体部に極に類円形核を有する異型細胞が索状・管状を形成して増殖しており、免疫染色ではChromogranin A (+)、Synaptophysin (+)が認められ、NET G1相当と診断された。術後合併症なく第10病日に退院され、現在外来で経過観察を行っている。術後半年を経て腎腫瘍、膵腫瘍の明らかな再発を認めていない。今回、腎臓癌の転移とNETが鑑別に挙がり、診断/治療方針に苦慮した膵多血性腫瘍の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍、転移性腎癌

東京都済生会中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 腫瘍内科<sup>2)</sup>、  
中井優作<sup>1)</sup>、三枝慶一郎<sup>1)</sup>、三宅広見<sup>1)</sup>、小倉 望<sup>2)</sup>、今村俊輔<sup>1)</sup>、  
山口佳光<sup>1)</sup>、林 智康<sup>1)</sup>、横山 歩<sup>1)</sup>、田沼浩太<sup>1)</sup>、星野 舞<sup>2)</sup>、  
岸野竜平<sup>1)</sup>、船越信介<sup>2)</sup>、中澤 敦<sup>1)</sup>

【症例】70歳女性【主訴】心窩部痛【既往歴】胆嚢炎、橋本病、本態性高血圧、脂質異常症【家族歴】なし【生活歴】飲酒歴：なし 喫煙歴：なし【現病歴】濾胞性リンパ腫に対し、当院にてX年Y-2ヶ月よりリツキシマブ・トリアキシンにて加療中であった。X年Y月に心窩部痛が出現し、改善しない為外来を受診され、採血にて膵酵素の上昇、腹部造影CTにて膵臓の腫大・周囲の脂肪織濃度の上昇を認めたため、急性肺炎の診断となり緊急入院となった。禁食、補液、内服中止にて治療を開始し、第2病日目は、腹痛、膵酵素は改善傾向となった。禁食を継続しつつ、原因検索として、自己抗体を含む採血、腹部エコー、MRCPを行なった結果、MRCPにて下部胆管にlow signal intensityを認め、胆石性肺炎の可能性を考え、第9病日目にERCにて胆管にプラスチックステントを挿入した。以降食事開始後も経過良好であったが、第12病日目の夕食後にスルファメトキサゾール・トリメトプリムの内服を再開したところ内服数時間後に嘔吐、発熱が出現し、採血にて膵酵素の再上昇と、腹部造影CTにて肺炎の再燃を認めた。内服を中止したところ速やかに肺炎症状は改善を認め、スルファメトキサゾール・トリメトプリムによる薬剤性肺炎の診断となった。第16病日目に経過良好にて退院となった。以降肺炎の再発は認めていない。入院中に提出したDLSTは陽性の結果であった。【考察】薬剤性肺炎は急性肺炎全体の0.8%と稀であり、スルファメトキサゾール・トリメトプリムによる薬剤性肺炎は日本国内において10年間に10件の報告しかなく、さらに稀である。本症例は薬剤性肺炎の診断基準である1.当該薬剤の投与中に肺炎を発症、2.他に肺炎の原因が見られない、3.薬剤の中止で肺炎が軽快、4.薬剤の再投与で肺炎が再燃、の4つの要件を全て満たして確診となった1例である。発生機序としては薬剤固有の毒性と薬剤に対する患者側のアレルギー反応が考えられるが、DLST陽性であったことから今回は後者であったと考える。今回経験した症例に多少の文献的考察を加え報告する。

薬剤性肺炎、スルファメトキサゾール・トリメトプリム

千葉県がんセンター 初期研修医1年 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 消化器内科<sup>2)</sup>、  
藤原雅史<sup>1)</sup>、喜多絵美里<sup>2)</sup>、竹内良久<sup>2)</sup>、三浦義史<sup>2)</sup>、須藤研太郎<sup>2)</sup>、  
中村和貴<sup>2)</sup>、石井 浩<sup>2)</sup>、傳田忠道<sup>2)</sup>

【症例】62歳、女性X-1年10月末に心窩部痛、黄疸を主訴に前医を受診。閉塞性黄疸を呈しており内視鏡的逆行性胆管造影検査を施行し胆管にカバー付きメタリックステントが留置された。同年11月、切除可能膵癌の診断にてゲムシタピン+TS-1による術前化学療法を2コース行い、外科的切除の方針となった。しかし治療後のEOB-MRIで肝転移を認め、切除不能膵癌に対する全身化学療法目的で前医より紹介となった。X年2月よりmodified FOLFIRINOX療法を開始した。10コース行ったところで腫瘍は縮小傾向であったもののGrade2の嘔気、末梢神経障害を認めていた。生殖細胞系列BRCA遺伝子検査を行い、病的バリエントを認め、化学療法に伴う副作用も増悪していたため、PARP阻害剤であるオラパリブ単剤に変更した。オラパリブ導入後のCTでは原発巣、肝転移巣ともに縮小し、既存の胆管ステントは逸脱していることが判明した。血清CA19-9値は9645→356U/mlまで低下した。副作用に関しては、倦怠感を認め減量を要したが、嘔気、末梢神経障害は消失し、腫瘍縮小傾向を維持しており、現在も外来で治療継続中である。【考察】BRCA遺伝子病的バリエントを有する膵癌患者は全患者の5%程度とされており頻度は多くないものの、PARP阻害剤が有効とされ、積極的に検査を行うことが推奨される。自験例においても治療効果を認め、忍容性にも優れており、安全に実施可能であることが確認された。今回BRCA遺伝子病的バリエントを有する膵癌に対してオラパリブが奏功した症例を経験したので、自験例と文献的考察を加え報告する。

膵癌、オラパリブ

## 101 超音波内視鏡にて診断し手術加療を行ったインスリノーマの一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科  
瀬戸恵美子, 阿川周平, 品川悠人, 嶋津由香, 中込 峻, 中村 拳,  
恩田 毅, 田邊智英, 植木信江, 二神生爾

【はじめに】膵腫瘍の存在診断においてはCTが標準方法であるが実際の検出率は30~85%と幅が広い。今回超音波内視鏡(EUS)、EUS-FNAによりインスリノーマの診断に至り手術加療によって治癒した1例を経験した。【主訴】意識障害 【症例】20代女性【現病歴】20xx-1年の健診で低血糖を指摘されていた。220xx-1年11月頃より低血糖発作を認め、食事摂取が遅れると記憶障害が起こるが食事をとることで改善を認めていた。20xx年5月朝起床せずにいたため家族が様子を見に行ったところ痙攣しているのを発見した。経過からインスリノーマが疑われ紹介となった。【経過】入院時採血で血糖68mg/dLと低血糖を認め身体所見では明らかな異常を認めず、インスリノーマを疑い各種検査を施行した。造影CTでは明らかな腫瘍性病変なくインスリノーマを同定できなかった。造影MRIで膵尾部に12mm大のDWI高信号域を認めた。オクトレオチド負荷試験ではインスリン抑制を認めるもスキャンでは局在を特定できなかった。SASTテストでは脾動脈遠位、背側動脈、胃十二指腸動脈の領域でインスリン値の上昇を認めた。造影MRIで膵尾部に局在を疑った為EUSを行い膵尾部の脾静脈近傍に14×10.9mm大の辺縁明瞭な膵腫瘍を認めた。ソナゾイド造影では造影効果が乏しく診断目的にEUS-FNAを行いインスリノーマに矛盾しない所見であり、造影MRIと一致する所見であった。これらのことから膵尾部のインスリノーマと診断し腹腔鏡下切除術を施行した。採取された検体の病理所見はインスリノーマとして矛盾せず、術後は低血糖発作を起こさず治癒を認めた。【考察】インスリノーマに対する治療の原則は手術による病変の完全切除である。その為術前に腫瘍の局在診断が重要となり、細胞学的または組織学的にインスリノーマと正確に診断する必要があるが、実際には困難な症例が多い。今回造影MRIに加えてEUSを行うことで正確な局在を診断でき、治療に繋げることができた。微小な膵腫瘍に対するEUSでの検出は感度も高く有効と考えられ今後更なる検討が必要である。

超音波内視鏡, 膵腫瘍

## 103 SCN様の非典型的な画像所見を示した通常型膵癌の一切除例、またはA case of resected pancreatic cancer with atypical imaging findings that resembles SCN

国立研究開発法人国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科<sup>1)</sup>,  
同 外科<sup>2)</sup>  
鍋島優香<sup>1)</sup>, 三原史規<sup>1)</sup>, 吉崎雄飛<sup>1)</sup>, 中村真衣<sup>1)</sup>, 稲垣冬樹<sup>1)</sup>,  
竹村信行<sup>1)</sup>, 野原京子<sup>2)</sup>, 北川 大<sup>2)</sup>, 清松知充<sup>2)</sup>, 山田和彦<sup>2)</sup>,  
國土典宏<sup>1)</sup>

【緒言】膵漿液性嚢胞腫瘍(serous cystic neoplasm: SCN)は、通常は良性腫瘍で、嚢胞の形態からmacrocytic type, microcystic type, mixed type, solid typeに分類され、microcystic typeは典型的には微小嚢胞が蜂巣状に集積する特徴的な画像所見を示すとされている。一方で浸潤性膵管癌は、膵実質相で造影効果が乏しく、遅延相にかけて漸増性に染まる造影パターンを示す充実性腫瘍であり、通常はSCNとの画像的鑑別は容易である。今回、集積する嚢胞状所見を呈し、術前SCNとの鑑別に苦慮した浸潤性膵管癌の一切除例を経験したため、報告する。【症例】症例は70歳男性。肺癌術後、2型糖尿病と高血圧の既往あり。健診のMRCPで膵頭部に46mm大の多房性腫瘍を指摘され、内容物はT2強調像で高信号に描出される嚢胞成分であり、microcystic type SCNの診断となった。造影CTにて嚢胞壁は厚く、一部遅延性濃染を示していた。採血・画像フォローされていたところ、22ヵ月後に辺縁主体の遅延性造影域が拡大し、CA19-9の上昇も伴った。FDG-PET検査で集積亢進(SUVmax=8.72)を認め、悪性化を疑って膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本の病理検査で浸潤性膵管癌の診断となり、術後化学療法が開始された。【考察】本症例は浸潤性膵管癌としては充実成分に乏しく、多房性を呈した点で画像上非典型的であった。腫瘍の病理所見では、明瞭な腺管構造がなく異型細胞が増殖している低分化な領域も含まれ、内部に広範な壊死が見られており、嚢胞状を呈したものと考えられた。【結語】浸潤性膵管癌としてSCN様の非典型的な画像所見を呈し、鑑別に苦慮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。

浸潤性膵管癌, SCN

## 102 急性膵炎に合併した皮下結節性脂肪壊死症の1例

日本鋼管病院 臨床研修センター<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
矢加部碧<sup>1)</sup>, 湖上綾子<sup>2)</sup>, 吉村 翼<sup>2)</sup>, 渡部和氣<sup>2)</sup>, 石田典仁<sup>2)</sup>,  
渡邊勝一<sup>2)</sup>, 大場悠貴<sup>2)</sup>, 佐藤知己<sup>2)</sup>, 市川 武<sup>2)</sup>

【はじめに】皮下結節性脂肪壊死症(以下SNFN)は、膵疾患に合併するデルマドローム(皮膚病変と内部臓器の異常が何らかの関連を有し、両病変が共存する疾患または症候群)である。今回、急性膵炎に伴うSNFNの一例を経験したので報告する。【症例】67歳男性【主訴】腹痛【病歴】腹痛を主訴に前医を受診。採血でWBC16800、CRP25.03と炎症反応高値、AMY1405と高アミラーゼ血症を認めたため、当院紹介受診、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時の造影CTでの膵頭部腫大と膵周囲の脂肪織濃度上昇、アミラーゼ高値より、急性膵炎と診断した。また、両側下腿に貨幣大の浸潤性紅斑、皮下硬結が多発しており、疼痛と熱感、掻痒感を認めた。皮疹は、発症時期は不明だが入院以前よりあったことが判明した。第10病日に左足関節部位に新たに10cm大の発赤、腫脹を認めた。皮膚科コンサルトを行い、皮膚生検を実施した。【病理組織所見(皮膚)】真皮全層および皮下脂肪織に壊死に伴う高度の炎症細胞浸潤を認め、壊死巣ではghost-like cellが存在。SNFNに合致する所見であった。以上より、今回認めた皮疹は急性膵炎に合併したSNFNと診断した。【考察】SNFNは膵疾患に伴うデルマドロームで、下腿に好発し、結節性紅斑に類似した浸潤を伴う紅色皮下結節が見られる。膵疾患による膵管内圧の上昇に伴う膵酵素の血中やリンパ系へ逸脱による脂肪組織の壊死が原因と考えられているが、不明な点が多い。治療は対症療法および原疾患の治療を行う。本症例では、皮疹に対しては両側下肢に弾性帯状での圧迫療法を、急性膵炎に対しては禁食、輸液、抗生剤投与での内科的治療を行った。結果、全身状態の一時的な改善に伴い、下肢の浸潤性紅斑は軽度の改善がみられた。しかし、炎症反応高値や低栄養状態が継続し全身状態の悪化に伴い、第26病日に患者は永眠された。【結語】急性膵炎に合併したSNFNを経験した膵疾患に伴う皮疹を認めた場合にはSNFNを念頭におく必要があると考えられた。

皮下結節性脂肪壊死症, 急性膵炎

## 104 膵原発肝様癌に対して放射線治療とレンパチニブにて治療した1例

順天堂大学練馬病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
松下真弓<sup>1)</sup>, 高崎祐介<sup>1)</sup>, 中寺英介<sup>1)</sup>, 福生有華<sup>1)</sup>, 小倉加奈子<sup>2)</sup>,  
松本俊治<sup>2)</sup>, 大久保裕直<sup>1)</sup>

【症例】80代、男性【現病歴】近医にて軽度肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部エコーにて膵腫瘍を認めた。腹部造影MRIにて膵頭部腹側に拡散制限を伴う分葉状腫瘍を認め、膵頭部癌疑いとなり当院紹介となった。【臨床経過】膵ダイナミックCTにて、膵頭部から膵体部にかけて胃十二指腸動脈にenhancementを伴い、門脈を圧排する動脈相で濃染する境界明瞭な65mm大の多血性腫瘍を認めた。また尾側膵管の拡張と体尾部に多嚢胞の嚢胞変性を伴っていた。CEA、CA19-9、Span-1は陰性であった。超音波内視鏡下穿刺細胞吸引で病理学的に好酸性細胞質を有する肝細胞様の索状構造や胆汁産生がみられ、腫瘍細胞はAFP陽性、HEP-PER1陽性を示し、膵原発肝様癌の診断となった。なお、AFP 1601.0 ng/ml、PIVKA2 3080 mAU/mlと高値であり、HBsAgは陰性、HCVAbも陰性であった。膵肝様癌T3N0M0 cStage2A、BR-PVの診断で、本人の手術希望なく全55.8Gyの放射線治療を行った。照射終了後のCTでは有意な腫瘍縮小は認めなかったが、AFPは954.8 ng/mlまで低下した。その後レンパチニブによる化学療法を開始し、現在まで外来通院中である。【考察】肝様癌の報告は胃や卵巣からの発生は比較的多いものの、膵臓からの発生は世界的にも非常に稀である。治療の第一選択は手術とされているが、本症例は手術希望なく手術を選択しなかった。膵肝様癌は膵癌の特殊な位置づけであるが、画像特性、腫瘍マーカー、細胞の性質すべてが肝細胞癌に準じており、肝細胞癌治療に準じて放射線治療と化学療法による集学的治療を行い経過良好であった。肝様癌の治療法は未だ確立されていないものの、肝細胞癌に準じた治療は腫瘍制御に寄与する可能性が示唆されたため、文献的考察を加えて報告する。

肝様癌, 膵腫瘍



## 105 高トリグリセリド血症による重症急性肺炎に対しインスリン、ヘパリンにて治療効果を認めた一例

藤沢湘南台病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 内分泌代謝科<sup>2)</sup>  
濱崎浩平<sup>1)</sup>、中村裕佳<sup>1)</sup>、勝尾千尋<sup>1)</sup>、堀 恭樹<sup>1)</sup>、乾 麻美<sup>1)</sup>、  
山本敦史<sup>1)</sup>、杉本祐一<sup>1)</sup>、鈴木陽一<sup>2)</sup>、松浦哲也<sup>1)</sup>、大熊幹二<sup>1)</sup>、  
松田玲圭<sup>1)</sup>

【背景】高トリグリセリド血症による急性肺炎は感染や腎不全などの合併症が有意に多く重症化しやすい。標準治療、高トリグリセリド血症に対する内服治療に加え、インスリン、ヘパリンの投与がトリグリセリド値を下げる効果が指摘され治療に有用と報告がある。高トリグリセリド血症による重症急性肺炎に対しインスリン、ヘパリンを投与し治療効果を認めた一例を経験したので報告する。【症例】34歳、女性【病歴】受診5時間前より腹痛、軽度嘔気を自覚した。自宅で経過をみていたが症状は改善せず当院受診となった。【既往歴】なし【飲酒歴】機会飲酒【内服歴】なし【家族歴】家族性脂質異常症の指摘なし【血液生化学検査】WBC 13,200/ $\mu$ L、Hb 9.9g/dL、Plt 25.4万/ $\mu$ L、CRP 0.41mg/L、T-Bil 0.2mg/dL、AST 30U/L、ALT 100U/L、ALP 60U/L、 $\gamma$ -GTP 120U/L、LDH 240U/L、BUN 18.0mg/dL、Cre 0.27mg/dL、AMY 114U/L、リパーゼ 56U/L、Na 126mEq/L、K 3.3mEq/L、Cl 90mEq/L、Ca 9.1mg/dL、Glu 350mg/dL、HbA1c 7.9%、TG 8960mg/dL、HDL-C 20mg/dL、LDL-C 80mg/dL、PT 114.9%、PT-INR 0.93、APTT 28.5秒、pH 7.435、paO<sub>2</sub> 124.6mmHg、paCO<sub>2</sub> 33.5mmHg、BE -1.3mmol/L【画像検査】ダイナミックCTで肺周囲の脂肪織混濁を認め、腎下極以遠まで炎症の進展を認めた。肺の造影不良は認めなかった。【臨床経過】腹部症状、画像所見から重症急性肺炎と診断した。アルコール多飲歴や総胆管結石を認めず、高トリグリセリド血症による重症急性肺炎と判断した。重症急性肺炎に対し大量補液、広域抗菌薬、蛋白分解酵素阻害薬による治療を開始した。また、高トリグリセリド血症に対しペマフィブラート、インスリン、ヘパリンの投与を行った。尿量反応良好で腹痛は消失し、食事開始後もTGは上昇なく360mg/dLまで改善した。入院第13病日に自宅退院した。【結語】高トリグリセリド血症による重症急性肺炎に対しインスリン、ヘパリンを投与し治療効果を認め重症化を防ぐことができた一例を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

急性肺炎、高トリグリセリド血症

## 107 新型ダイレーターにより尿管ステントを留置できた慢性肺炎急性増悪の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科  
高橋知也、大山 広、關根 優、山田奈々、遠山翔大、杉原地平、  
大内麻倫、菅 元孝、永島裕樹、飯野陽太郎、高橋幸治、  
日下部裕子、沖津恒一郎、大野 泉、加藤直也

【背景】膀胱石や主尿管狭窄による閉塞性肺炎に対しては尿管ステント留置が有用とされるが、病変部の上流側へのアプローチが困難な症例も存在する。今回我々は、通常のデバイスでは突破困難な主尿管狭窄に対し新型ダイレーター(Tornus ES)を使用することで尿管ステントを留置できた1例を経験したので動画を交えて報告する。【症例】64歳男性【併存症】糖尿病、狭心症、糖尿病性腎症、完全房室ブロック【経過】X-7年に膀胱体部に膀胱石を指摘された。X年Y-2月23日、腹痛が出現しCTでは膀胱石の増大を認めた。Y-1月25日前医紹介受診されCTで石に加え腹水貯留を認め入院となった。腹水中AMY値は27585IU/Lであり膀胱瘻の診断となった。Y月2日尿管造影で頸部主尿管より膀胱漏出を確認した。内視鏡的尿管口切開術まで行ったがデバイスが主尿管狭窄を突破し得なかった。Y月9日内視鏡的副乳頭切開術を施行したがデバイスは通過できなかった。ベースメーカー留置用のため体外衝撃波結石破碎術は禁忌であり、Y月17日膀胱瘻治療目的に当院紹介となった。事前検討ではガイドワイヤーは留置可能ながら、デバイス通過は不能であり困難症例と考えられたため、狭窄突破にTornus ESを用いることとした。Y月25日転院し翌日ERPを施行した。0.018 inchガイドワイヤーを狭窄部を越えて留置し0.018 inch対応Tornus ESを使用したところ、狭窄部を容易に突破でき、抜去時には蛋白栓の排出を得た。狭窄拡張後はデバイスの通過が容易となり、7Fr/cmプラスチックステントを留置し得た。Y月27日有害事象なく食事再開しY月30日紹介元へ転院された。【考察】本症例は通常のデバイスでは突破困難な主尿管狭窄を有していたが、Tornus ESは容易に突破し得た。Tornus ESは回転動作式の新型ダイレーターでねじによる回転動作で狭窄部を拡張するが、デバイスをpushする必要がなく、特に屈曲部の通過に有用とされる。【結論】Tornus ESは難治な主尿管狭窄の突破に有用と考えられた。

尿管ES、主尿管狭窄

## 106 緩徐な増大傾向を示した大網原発神経鞘腫の1例

東京慈恵会医科大学附属病院 研修医1年目 上部消化器外科<sup>1)</sup>、  
同 外科学講座 上部消化器外科<sup>2)</sup>  
林本拓也<sup>1)</sup>、宇野耕平<sup>2)</sup>、佐藤和秀<sup>2)</sup>、高橋慶太<sup>2)</sup>、原 圭吾<sup>2)</sup>、  
増田隆洋<sup>2)</sup>、黒河内喬範<sup>2)</sup>、藤崎春春<sup>2)</sup>、谷島雄一郎<sup>2)</sup>、  
矢野文章<sup>2)</sup>

症例は50歳代、女性。5年前に検診目的で施行した腹部超音波検査で10mm大の腹腔内腫瘍を指摘され経過観察されていた。今回、当院で施行した検診の腹部超音波検査で再び同病変を指摘され、精査加療目的に当科を受診された。既往歴に心室中隔欠損、子宮筋腫があるが手術歴はなかった。精査のため施行した腹部造影CT検査で右胃大網動脈の近傍に17mm大の造影効果を伴う境界明瞭な楕円形の腹腔内腫瘍を認めた。上・下部消化管内視鏡検査では悪性疾患の併存は除外された。患者本人と相談のうえ半年間の経過観察としたところ、17mmから19mmと緩徐な増大傾向を示した。子宮筋腫の併存があることから播種性子宮筋腫の可能性も疑ったが、増大傾向から大網原発悪性腫瘍の可能性も否定できないため、診断と治療を兼ねて手術による切除を行う方針とした。手術は腹腔鏡下に行い、右胃大網動脈に沿った大網原発腫瘍を切除した。腫瘍の周囲組織への浸潤は認めなかった。手術時間は74分、出血量は少量で術中偶発症はなかった。術後は良好に経過し、術後2日目に退院となった。病理診断の結果、腫瘍は長径26mmの神経鞘腫(S100+、SOX10+、SMA-、Desmin-、c-kit-)と診断された。大網原発腫瘍は比較的良好な疾患で、明らかに悪性疾患を疑う所見がなければ手術を行うべきかどうか判断に悩むことがある。本症例は、神経鞘腫であり大網原発の良性腫瘍の中でも比較的珍しい症例であった。しかし、大網原発腫瘍にはGISTなど悪性腫瘍も報告が散見されるため、増大傾向がある場合には診断と治療を兼ねて外科的切除が妥当と考える。

大網腫瘍、神経鞘腫

## 108 局所進行切除不能膀胱部癌に対し化学療法およびナノナイフ治療によりconversion surgeryを施行し得た1例

防衛医科大学校病院 外科学講座3 肝胆脾外科  
中沢祥子、假屋理沙、大野博貴、恒成崇純、永生高広、  
岸 庸二

【緒言】近年、局所進行切除不能膀胱癌に対するconversion surgeryについて有効性に関する報告が増えており新たな治療戦略として注目されているが、conversion surgery後の早期再発や長期予後の改善効果などについては不明である。【症例】65歳男性、黄疸を主訴に前医受診し、膀胱部癌疑いで当科紹介。CT上膀胱部に27mm大の乏血性腫瘍を認め、SMVは著明に狭小化し、腫瘍はSMA根部に180度の接触があり、CeA周囲も軟部陰影を認めた。組織診で浸潤性膀胱癌が得られ、局所進行切除不能膀胱癌と診断した。以降前医でmFOLFIRINOX療法を6コース施行後、他院でナノナイフ治療を受け、mFOLFIRINOX療法7コース追加後、切除可能か当科再診となった。画像上腫瘍は縮小するも、SMAからCeAにかけて軟部陰影が残存しており治療継続とし、さらにmFOLFIRINOX療法2コース追加後、前医の判断でGnP療法に変更された。GnP療法2コース後の画像でSMAと腫瘍の接触が極一部となり、切除の方針となった。【手術所見】SMAおよびCeA周囲神経叢の迅速診は陰性で、門脈合併切除再建を伴うSSPPDを施行。病理はT1(5\*2\*6mm)、ypT3、por>mod、ly1、v0、ncl、mpd0、ypCH1、ypDU0、ypS0、ypRP0、ypPV0、ypA0、OO0、ypPCM0、ypBCM0、ypDPM0、ypN0、ypStageIIA、R0、Evans分類Grade 3であった。術後合併症なく、POD15に軽快退院され、現在補助療法としてS-1療法を施行中である。【結語】局所進行切除不能膀胱部癌に対し化学療法及びナノナイフ治療を行い、conversion surgeryを施行し得た症例を経験した。Conversion surgeryの有効性が報告される一方、再発や予後に関してまだ不明な点が多く今後も症例の蓄積を要するが、切除のタイミングを逃さず手術を行うことが肝要と思われる。

局所進行切除不能膀胱癌、conversion surgery

東京慈恵会医科大学附属病院 肝胆膵外科  
丹治芳明, 春木孝一郎, 古川賢英, 白井祥睦, 五十嵐陽介,  
恩田真二, 恒松 雅, 坂本太郎, 後町武志, 池上 徹

【背景】近年、術前の栄養状態や、炎症所見による予後予測に関して様々な痛で報告されている。CRP-アルブミン比(CAR)は栄養状態・炎症所見の双方を複合した予後指標として報告されている。また一方で、フィブリノゲンは悪性腫瘍の増殖や血管新生との関連が報告されており、悪性腫瘍の予後因子としても報告されている。そこで今回我々は膵臓癌術前の全身状態をより複合的に評価可能なフィブリノゲン-CRP-アルブミン比(F-CAR)を考案し、膵切除術後の予後との関連や有用性に関して検討した。【方法】対象の期間は2008年6月から2019年8月、当院にて膵臓癌に対して根治的膵切除を施行した163例(男性:女性=104:61例、年齢中央値71歳)を対象とした。CRP-アルブミン比(CAR)、F-CARは術前の検査結果から評価し、ROC曲線を用いてカットオフ値を設定した。これらの因子が無再発生存期間および全生存期間に与える影響に関して臨床病理学的因子を含めた多変量解析で検討した。【結果】F-CARは10.3をカットオフ値と設定した。F-CAR高値は68例(42%)に認められた。多変量解析では無再発生存期間で、年齢<70歳( $p<0.01$ )、CA 19-9 $\geq 384$  U/ml ( $p<0.01$ )、血清CEA $\geq 4.7$  ng/ml ( $p<0.05$ )、T3・T4病変 ( $p<0.01$ )、リンパ節転移あり ( $p<0.01$ )、F-CAR高値(Hazard ratio (HR) 1.51, 95% confidence interval (CI) 1.03-2.22,  $p=0.04$ )が独立した予後不良因子であった。一方全生存期間では、年齢<70歳 ( $p=0.02$ )、男性 ( $p=0.02$ )、CA 19-9 $\geq 384$  U/ml ( $p=0.03$ )、血清CEA $\geq 4.7$  ng/ml ( $p=0.04$ )、リンパ節転移あり ( $p<0.01$ )、術後補助化学療法なし ( $p=0.04$ )、F-CAR高値(HR 1.81, 95% CI 1.21-2.70,  $p<0.01$ )が独立した予後因子であった。F-CAR高値では進行例が多く ( $p<0.01$ )、CEA高値であった ( $p<0.05$ )。【結論】膵臓癌においてF-CARは有用な予後予測因子となる可能性が示唆され、CAR単独による予後予測よりもより鋭敏に予後を反映される可能性が示された。

膵臓癌, F-CAR



## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第373回例会開催にあたり下記の企業より格別のご協力を賜りました。ここに謹んで御礼申し上げます。

日本消化器病学会関東支部 第373回例会  
会長 猿田 雅之

旭化成ファーマ株式会社  
あすか製薬株式会社  
アステラス製薬株式会社  
アツヴィ合同会社  
EAファーマ株式会社  
医学図書出版株式会社  
ヴィアトリス製薬株式会社  
エーザイ株式会社  
MSD株式会社  
オリンパスマーケティング株式会社  
株式会社カネカメディックス  
キッセイ薬品工業株式会社  
杏林製薬株式会社  
ギリアド・サイエンシズ株式会社  
コヴィディエンジャパン株式会社  
サンド株式会社  
株式会社JIMRO  
住友ファーマ株式会社  
ゼオンメディカル株式会社  
積水メディカル株式会社

ゼリア新薬工業株式会社  
セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社  
センチュリーメディカル株式会社  
大正製薬株式会社  
大鵬薬品工業株式会社  
武田薬品工業株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
中外製薬株式会社  
株式会社ツムラ  
日本イーライリリー株式会社  
日本化薬株式会社  
ビオフェルミン製薬株式会社  
ファイザー株式会社  
富士レビオ株式会社  
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社  
ミヤリサン製薬株式会社  
メルクバイオフファーマ株式会社  
持田製薬株式会社  
株式会社ヤクルト本社  
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2022年12月22日現在)