

日本消化器病学会 関東支部第374回例会

プログラム・抄録集



当番会長：安田 宏（聖マリアンナ医科大学 消化器内科）

令和5年4月22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374回例会 プログラム・抄録集

当番会長：聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授 安田 宏
〒216-8511 川崎市宮前区菅生2-16-1
TEL 044-977-8111

会 期：令和5年4月22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 14：00～14：15）
- 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374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8：00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4月22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：4月22日（土）12：30～13：00（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374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4月7日（金）正午よりオンラインにて開始を予定しております。
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第374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：jsge374kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第374回例会

令和5年4月22日（土）

8:25～8:30 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）1～3	8:30～8:48	窪澤 陽子	(15) 専攻医Ⅵ（膵・その他）56～59	8:30～8:54	竹村 信行
(2) 専攻医Ⅱ（上部消化管）4～6	8:48～9:06	東條 正幸	(16) 研修医Ⅰ（肝・胆道）60～64	8:54～9:24	木村 綾子
(3) 専攻医Ⅲ（小腸）7～10	9:06～9:30	池田 厚	(17) 研修医Ⅱ（肝・胆・膵）65～68	9:24～9:48	清水 実
(4) 専攻医Ⅳ（下部消化管）11～14	9:30～9:54	恩田 毅	(18) 研修医Ⅲ（胆・膵疾患）69～72	9:48～10:12	結束 貴臣
(5) 専攻医Ⅴ（下部消化管）15～17	9:54～10:12	三浦 孝也	10:12～10:17 休憩		
10:12～10:17 休憩			(19) 研修医Ⅳ（上部消化管）73～76	10:17～10:41	林 由紀恵
(6) 専攻医Ⅵ（下部消化管）18～20	10:17～10:35	松森 智子	(20) 研修医Ⅴ（上部消化管）77～79	10:41～10:59	池之山洋平
(7) 専攻医Ⅶ（肝臓）21～24	10:35～10:59	渡邊 幸信	(21) 研修医Ⅵ（下部消化管）80～83	10:59～11:23	綱島 弘道
(8) 専攻医Ⅷ（肝・その他）25～28	10:59～11:23	合田 賢弘			
(9) 専攻医Ⅸ（胆・膵）29～32	11:23～11:47	土肥 弘義			
(10) 専攻医Ⅹ（膵臓）33～36	11:47～12:11	新谷 文崇			
			12:30～13:00 評議員会（第2会場）		
12:40～13:40 ランチオンセミナー（第1会場）					
「実践胃カメラ ポスト<i>H.pylori</i>時代の上部消化管内視鏡診断 ～逆流性食道炎に対するP-CABの治療戦略～」					
順天堂大学医学部 消化器内科 准教授 上山 浩也 先生 司会 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授 前畑 忠輝 先生 共催：武田薬品工業株式会社					
13:15～13:55 ランチタイム・ミニセミナー（第2会場）					
「潰瘍性大腸炎合併大腸癌の診断と治療の現況」					
横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 診療担当部長 辰巳 健志 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 先生 共催：日本化薬株式会社					
14:00～14:15 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
14:15～15:10 特別講演（第1会場）					
「肝炎・肝がんにおけるラミニンγ2単鎖発現の意義」					
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 先生 司会 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授 安田 宏					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(11) 上部消化管1 37～41	15:10～15:40	前畑 忠輝	(22) 肝臓1 84～87	15:10～15:34	村上 貴寛
(12) 上部消化管2 42～45	15:40～16:04	山口 隼	(23) 肝臓2 88～91	15:34～15:58	小玉 敏生
(13) 下部消化管1 46～50	16:04～16:34	小島健太郎	(24) 肝・胆・膵 92～96	15:58～16:28	小林 貴
(14) 下部消化管2 51～55	16:34～17:04	鈴木 悠悟	(25) 膵・その他 97～101	16:28～16:58	松永 貴宏
17:04～ 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 14:00～）

特別講演

第1会場 14:15~15:10

「肝炎・肝がんにおけるラミニン γ 2単鎖 発現の意義」

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 先生
司会 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授 安田 宏

……演者の先生ご紹介……

やました たろう
山下 太郎 先生

金沢大学医薬保健研究域医学系 消化器内科学 教授

【略歴】

1995年3月 金沢大学医学部卒業
1995年4月 金沢大学第一内科 研修医
1996年4月 富山県立中央病院内科 研修医
1997年4月 公立穴水総合病院 医師(消化器内科)
1998年4月 金沢赤十字病院 医師(消化器内科)
1998年10月 東京大学分子予防医学教室 協力研究員
2000年5月 金沢大学第一内科 医員
2004年4月 金沢大学保健管理センター 助教
2005年4月 米国立がん研究所 客員研究員
2008年4月 金沢大学附属病院消化器内科 助教
2012年4月 金沢大学附属病院総合診療部 助教
2016年10月 金沢大学附属病院総合診療部 准教授
2022年9月 金沢大学医薬保健研究域医学系
消化器内科学 教授
現在に至る

【所属学会・研究班】

日本内科学会(総合内科専門医、指導医)、日本消化器病学会(専門医、支部評議員)、日本肝臓学会(専門医、指導医、評議員)、日本消化器内視鏡学会(専門医)、日本癌学会、日本分子生物学会、American Association for the Study of Liver Diseases(AASLD)、American Association for Cancer Research(AACR)
AMED肝炎等克服緊急対策研究事業(班長)、AMED革新的がん医療実用化研究事業(班長)、AMED e-ASIA 共同研究プログラム(班長)

【賞罰】

GRG/AGA, Young Investigator Award 2003
AASLD, Young Investigator Award 2004
日本肝臓学会Otsuka Award 2010
ウイルス肝炎研究財団研究奨励賞 2011
公益社団法人発明協会発明賞 2013

ランチオンセミナー

第1会場 12:40~13:40

「実践胃カメラ ポスト*H.pylori*時代の上部消化管内視鏡診断 ～逆流性食道炎に対するP-CABの治療戦略～」

順天堂大学医学部 消化器内科 准教授 **上山 浩也** 先生
司会 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授 **前畑 忠輝** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

………演者の先生ご紹介………

うえやま ひろや
上山 浩也 先生

順天堂大学医学部 消化器内科 准教授

【学歴・職歴】

平成16年3月 聖マリアンナ医科大学 医学部 卒業
平成16年4月 順天堂大学医学部附属順天堂医院
臨床研修医
平成18年4月 順天堂大学医学部 消化器内科 大学院生
平成22年4月 順天堂大学医学部附属順天堂練馬病院
消化器内科 助教
平成23年4月 順天堂大学医学部 消化器内科 助教
平成29年4月 順天堂大学医学部 消化器内科 准教授
現在に至る

【資格】

平成19年 日本内科学会認定医
平成22年 医学博士の学位授与
平成23年 日本消化器病学会専門医
平成23年 日本消化器内視鏡学会専門医
平成26年 *H.pylori*感染症認定医
平成26年 日本消化管学会専門医・指導医
平成27年 日本内科学会総合内科専門医

平成30年 日本消化器内視鏡学会関東支部例会評議員
平成30年 日本消化器内視鏡学会指導医
令和3年 日本消化器内視鏡学会学術評議員
令和5年 日本消化器病学会関東支部例会評議員

【受賞歴】

- ・ Traveling Grant (UEG Week 2015)
UEG Week 2015 Barcelona, Spain.
- ・ 日本消化器関連学会機構 JDDW2018 若手奨励賞
- ・ Traveling Grant (UEG Week 2019)
UEG Week 2019 Barcelona, Spain.
- ・ 初期臨床研修ベストチューター賞
順天堂大学医学部附属 順天堂医院 2020年7月
- ・ 第35回日本消化器病学会 奨励賞
第108回日本消化器病学会総会 2022年4月
- ・ WILEY Top Cited Article 2020-2021
JOURNAL OF GASTROENTEROLOGY AND
HEPATOLOGY

ランチタイム・ミニセミナー

第2会場 13:15～13:55

「潰瘍性大腸炎合併大腸癌の 診断と治療の現況」

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 診療担当部長 **辰巳 健志** 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** 先生

共催：日本化薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

たつみ けんじ
辰巳 健志 先生

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 診療担当部長

略歴

2000年 横浜市立大学医学部医学科 卒業
2002年 横浜市立大学消化器・腫瘍外科学(旧第二外科) 入局
(2005年～2009年 横浜市立大学院医学研究科 消化器病態外科学大学院)
2009年 横浜市立大学消化器・肝移植外科学 助教
2011年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 副医長
2014年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 医長
(2015年Cleveland clinic clinical observer)
2018年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 診療担当部長

所属学会

日本外科学会専門医、指導医
日本消化器病学会専門医、指導医、学会評議員
日本消化器外科学会専門医、指導医
日本大腸肛門病学会専門医、評議員
日本消化器内視鏡学会消化器内視鏡専門医、指導医

第1会場（午前の部）

8：25～8：30

—開会の辞—

—評価者—

東京大学医学部附属病院	光学医療診療部	角嶋 直美
NTT 東日本関東病院	消化管内科	根岸 良充
聖マリアンナ医科大学	消化器内科	薩田 祐輔

(1) 専攻医Ⅰ(上部消化管1) 8：30～8：48 座長 慶應義塾大学医学部 消化器内科 窪 澤 陽 子

1. 卵管癌化学療法中に発症し、保存的治療が奏功した胃蜂窩織炎の一例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○永川 貴, 上田 薫, 酒寄 千晶, 岩下 祐子
山崎 琢士, 猿田 雅之
同 病院病理部 鶴飼なつこ, 佐竹 真里, 岩本 雅美

2. 出血性潰瘍を繰り返したIgG 4関連十二指腸病変の一例

JCHO 船橋中央病院 消化器内科
千葉ろうさい病院 消化器内科 ○森尾奈央樹
JCHO 船橋中央病院 消化器内科 嶋田 太郎, 浅野 公将, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀
山口 武人
同 病理診断科 小松 悌介
同 消化器内科
Columbia University Mailman School of Public Health 澤田 翠

3. 骨髄腫腫症に伴う腫瘍性DICにより出血性ショックを来した胃癌の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部 ○金村 知輝, 平澤 欣吾, 東 大輔, 厚坂 励生
住田 純子, 尾関雄一郎, 澤田 敦史, 西尾 匡史
小林 亮介, 佐藤 知子
横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎

(2) 専攻医Ⅱ(上部消化管2) 8：48～9：06 座長 昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 東 條 正 幸

4. 十二指腸乳頭部神経内分泌癌に対し集学的治療を行った一例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科 ○紫葉 裕介, 藪下 泰宏, 奥津 康子, 油座 築
阿部 有佳, 高橋 智昭, 三宅謙太郎, 澤田 雄
本間 祐樹, 松山 隆生, 遠藤 格
横浜市立大学附属病院 臨床腫瘍科 小林 規俊, 市川 靖史
横浜市立大学医学部 分子病理学 藤井 誠志

5. 胃粘膜下腫瘍と診断し、腹腔鏡・内視鏡合同手術で切除した胃アニサキス肉芽腫の一例

日本医科大学 消化器内科学 ○本宮 里奈, 樋口 和寿, 後藤 修, 石川裕美子
小泉英里子, 大森 順, 秋元 直彦, 岩切 勝彦
同 消化器外科学 柿沼 大輔, 櫻澤 信行, 吉田 寛

6. 経胃瘻的空腸瘻 (PEG-J) が有効であった上腸間膜動脈症候群の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○朝倉佳緒麗, 中本 悠輔, 増田 有亮, 小松 拓実
加藤 正樹, 川島重貴世, 清川 博史, 服部 美紀
佐藤 義典, 前畑 忠輝, 安田 宏, 立石 敬介

(3) 専攻医Ⅲ(小腸) 9:06~9:30 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 池田 厚

7. 腸管膜脂肪織炎に対してステロイド投与により寛解が得られた一例

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

8. 術前診断しえた内ヘルニアによる小腸閉塞の1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○大槻 祐大, 大森 将史, 芳賀 慶一, 村上 敬
藤澤 聡郎, 石川 大, 内山 明, 澁谷 智義
北條麻理子, 伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁

9. 重複腸管により腸重積を反復した一例

国際医療福祉大学 成田病院 消化器内科 ○金田 真人, 海老沼浩利, 井上 和明, 西澤 俊宏
山下健太郎, 篠浦 丞
同 緩和医療科 結束 貴臣, 田中 幸介
同 消化器外科 石田 隆, 鶴田 雅士, 田村 卓也
同 病理部 森 一郎

10. 機能的端々吻合の吻合部出血に対し、術中内視鏡が有用であった1例

日本医科大学 付属病院 消化器外科 ○服部 竜也, 鈴木 幹人, 櫻澤 信行, 金沢 義一
萩原 信敏, 中田 亮輔, 安藤 文彦, 吉田 寛

(4) 専攻医Ⅳ(下部消化管1) 9:30~9:54 座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 恩田 毅

11. メサラジンによる薬剤性心筋炎を発症したクローン病の一例

昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門 (藤が丘病院) ○杉山 慧弥, 山名 瑠子, 松原 大, 遠藤 利行
阿曾沼邦央, 長濱 正亞

12. サイトメガロウイルス腸炎と鑑別を要し診断に苦慮したミコフェノール酸モフェチル関連腸炎の1例

草加市立病院 消化器内科 ○藤井 亮輔, 松川 直樹, 内田 仁, 宇賀 美杉
町田 智世, 栗原 正道, 渡辺 翔, 矢内 常人
同 腎臓内科 巻口 遥翔, 須田 伸
同 病理診断科 根本真理子, 阿部 志保

13. 多発性皮下・縦郭無菌性膿瘍を伴う壊疽製膿皮症合併・全大腸炎型潰瘍性大腸炎に対しタクロリムスおよびアダリムマブにて膿瘍消失を認めた1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○鈴木 一世, 加藤 真吾, 田川 慧, 山鹿 渚
砂田 莉紗, 内田 信介, 岸 寛二, 鶴田 正樹
増渕 悟志, 新井 智洋, 田中 孝幸, 加藤 秀輔
須田健太郎, 寺井 悠二, 大塚 武史, 高林英日己
松原 三郎, 岡 政志, 屋嘉比康治, 名越 澄子

14. 山梔子(サンシシ)の長期服用が原因と考えられた特発性腸間膜静脈硬化症の2例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○澁田 秀則, 宮本 尚彦, 鍛冶 諒介, 藤川やすえ
堀越 友樹, 平塚 智也, 羽田 裕, 楠原 光謹
大野亜希子, 久松 理一
同 病理学 長濱 清隆, 柴原 純二

(5) 専攻医Ⅴ(下部消化管2) 9:54~10:12 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 三浦 孝也

15. 抗菌薬投与歴のない劇症型偽膜性腸炎で来院直後にCPAを来した一例

東邦大学 医療センター 大橋病院 消化器内科 ○渡辺 早紀, 日原 大輔, 堀江 義政, 馬場 隆成
栗原 昌孝, 岸 洋佑, 萩原 麻希, 齊藤 孝太
吉田 有輝, 富永 健司, 大原関利章, 渡邊 学
前谷 容

16. 潰瘍性大腸炎として治療経過中、家族性地中海熱の診断に至った一例

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

17. Dieulafoy潰瘍を合併した寛解期潰瘍性大腸炎の一例

帝京大学 医学部附属 溝口病院 消化器内科 ○岡本 寛治, 綱島 弘道, 阿久津朋宏, 苗村 佑太
斎藤 剛, 菊山 智博, 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(下部消化管3) 10:17~10:35 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 松森 智子

18. 大腸憩室炎を繰り返した患者が潰瘍性大腸炎を発症した1例

三井記念病院 消化器内科 ○古要 優樹, 阿部 敏明, 中原 健徳, 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, 加藤 順
戸田 信夫

19. 肋骨骨折を契機に全身の骨髄癌腫症と診断された直腸癌の1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○前澤 麻利, 浅川 剛人, 越後貫 舜, 徳永 悠月
生坂 光, 木村 晶平, 中村 恵子, 渡邊 沙希
河上 和輝, 目時加奈恵, 大友有紀子, 金子 朋浩
深見 裕一, 池宮城秀和, 吉野 耕平, 先田 信哉
同 外科 田 鐘寛
同 病理診断科 熊谷 二郎

20. 繰り返すS状結腸捻転症に対し経肛門的イレウス管留置が奏功した1例

東京女子医科大学附属足立医療センター 内科 ○小林 史怜, 松尾 俊哉, 細田 麻奈, 岡部ゆう子
木村 綾子, 佐藤浩一郎, 大野 秀樹

(7) 専攻医Ⅶ(肝臓) 10:35~10:59 座長 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 渡 邊 幸 信

21. 巨大肝膿瘍を契機に診断された血行性多発感染を伴う侵襲性 *Klebsiella pneumoniae* の一例

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

22. 線維化の乏しい NAFLD に発症した 66mm 大の肝細胞癌の一例

横浜労災病院 消化器内科 ○利井 辰光, 金沢 憲由, 上野 航大, 林 映道
佐伯 優美, 枇杷田裕佑, 佐野 誠, 荒木 健一
稲垣 淳太, 春日 範樹, 高柳 卓矢, 内山 詩織
関野 雄典, 永瀬 肇
同 外科 成本 壮一, 岡崎 靖史
同 病理診断科 長谷川直樹, 角田 幸雄

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

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

24. インフルエンザ感染を契機に急性肝不全・急性腎不全に至った一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○徳富 遥, 松本 康佑, 駒崎 伸伍, 本田 卓
柳澤 大輔, 丸山 喬平, 青柳 仁, 磯野 朱里
三浦 亮, 阿部浩一郎, 有住 俊彦, 小田島慎也
浅岡 良成, 山本 貴嗣, 田中 篤

(8) 専攻医Ⅷ(肝・その他) 10:59~11:23 座長 横浜市立大学 消化器内科学 合 田 賢 弘

25. 鼠径リンパ節穿刺リンパ管造影にて脳梗塞を来した乳糜腹水の一例

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 ○大塚 英, 永井 康貴, 村上 脩斗, 西田 晨也
川村 允力, 田邊 浩紹, 土谷 一泉, 鹿野島健二
土肥 弘義, 廣石 和正, 國分 茂博, 今城 健人

26. 腹水濾過濃縮再静注法が有効であった直腸癌化学療法後の門脈圧亢進症による難治性腹水の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○田村 優樹, 山崎 勇一, 清水創一郎, 村上 立真
金山 雄樹, 戸島 洋貴, 佐藤 賢, 浦岡 俊夫

27. 心臓転移をきたした肝細胞癌に対して全身がん薬物療法を施行した一例

国立大学法人筑波大学附属病院 消化器内科 ○阿部 涼, 山本 祥之, 重田早紀子, 八田 幸及
堀籠 祐一, 城山真美子, 福田 智史, 福田 壮馬
小野田 翼, 小林真理子, 山田 武史, 長谷川直之
森脇 俊和, 松岡 亮太, 鈴木 英雄, 土屋輝一郎

28. 経カテーテル的動脈塞栓術後のコイルが総胆管内に露出し閉塞性黄疸を来した一例

さいたま赤十字病院 肝胆膵内科 ○今井 秀人, 大島 忠, 黒崎 宏貴, 丸田 亨
田村 玲

(9) 専攻医区(胆・膵) 11:23~11:47 座長 新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 土肥 弘 義

29. SpyGlass DSを用いて採石し得た積み上げ型総胆管結石の一例

平塚市民病院 消化器内科 ○滝本 恒行, 岩瀬 麻衣, 後藤 行, 奥富 雅俊
松本 彰太, 鶴田 絢子, 飯塚 武, 藤野 洋平
富田 尚貴, 立川 準, 谷口 礼央, 武内悠里子
斯波 忠彦, 厚川 和裕

横浜市立大学附属病院 消化器内科 細野 邦広

30. 経口膽胆道鏡検査における Texture and Color Enhancement Imaging の有用性

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 ○佐藤 遼, 谷坂 優樹, 地主 龍平, 杉本 啓
申 貴広, 塩味 里恵, 藤田 曜, 水出 雅文
良沢 昭銘

31. ペムプロリズマブによる硬化性胆管炎を契機に肝被膜下膿瘍を呈した肺小細胞癌の一例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 ○中村 初香, 行徳 芳則, 前田 紘希, 三代 賢
榊原 和真, 相馬 佑樹, 草野 祐実, 玉野 正也

32. 急性膵炎が先行し、劇症1型糖尿病と考えられた一例

大森赤十字病院 消化器内科 ○今長 大輝, 坂井 音々, 西口 貴則, 小林 幹生
岡田 直也, 須藤 拓馬, 有本 純, 新倉 利啓
桑原 洋紀, 中岡 宙子, 千葉 秀幸, 井田 智則
後藤 亨

(10) 専攻医区(膵臓) 11:47~12:11 座長 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 新谷 文 崇

33. IgG 4 関連疾患に膵管癒合不全を合併した難治性再燃性膵炎に対し、膵管ステント留置が奏功した一例

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

34. 多発リンパ節転移を認めた膵腺房細胞癌の一例

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

35. 原発性副甲状腺機能亢進症に併発し意識障害が遷延した重症急性膵炎の1例

東京労災病院 消化器内科 ○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

36. 健診で指摘された膵病変に対する MRI/MRCP による二次検査のピットフォール: 充実性偽乳頭状腫瘍と診断された症例から得られた教訓

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○碓氷 七瀬, 水野 卓, 辻 翔平, 濱田 大祐
山羽 晋平, 浅見真衣子, 齊藤 陽一, 内田 義人
菅原 通子, 中山 伸朗, 今井 幸紀, 持田 智
同 中央病理診断部 金 玲, 石澤 圭介, 山口 浩

第1会場 (午後の部)

14:15~14:10

特別講演

肝炎・肝がんにおけるラミニン γ 2単鎖発現の意義

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 先生

司会 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 教授 安田 宏

(11) 一般演題(上部消化管1) 15:10~15:40 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器内科 前畑 忠輝

37. LSBE 背景のバレット食道腺癌に stepwise ESD を施行した2例

がん研有明病院 上部消化管内科 ○熊澤 佑介, 並河 健, 吉水 祥一, 由雄 敏之
藤崎 順子

同 三重大学医学部附属病院 上部消化管内科 消化器内科 池之山洋平
がん研究会 有明病院 臨床病理センター 病理部
がん研究会がん研究所 病理部 高松 学

38. ボノプラザンとアコチアミド併用療法における FD 患者の症状改善と十二指腸内好酸球浸潤の検討

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○東田 さくら, 嶋津 由香, 品川 悠人, 中込 峻
中村 拳, 阿川 周平, 恩田 毅, 田邊 智英
植木 信江, 渡邊 嘉行, 二神 生爾
日本医科大学多摩永山病院 消化器内科 山脇 博士

39. 長期経過観察が可能であった自己免疫性胃炎を背景とした多発性 NET の1例

聖マリアンナ医科大学 医学部 ○遠山 航史
同 消化器内科 安田 宏, 前畑 忠輝, 加藤 正樹, 清川 博史
佐藤 義典, 立石 敬介

40. 発赤隆起型の胃底腺粘膜型腺癌の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○岩野 知世, 上山 浩也, 山本 桃子, 松下 瑞季
蔡 岳泰, 内田 涼太, 宇都宮尚典, 阿部 大樹
沖 翔太朗, 鈴木 信之, 池田 厚, 赤澤 陽一
竹田 努, 上田久美子, 北條麻理子, 伊佐山浩通
池嶋 健一, 永原 章仁
同 大学院医学研究科 人体病理病態学 八尾 隆史

41. 消化性潰瘍と血液型の関連

JR 東京総合病院 消化器内科 ○岡本 真, 石垣 佑樹, 岩原 彰大, 本庄 一樹
松本留美衣, 吉川 剛史, 毛利 大, 大前 知也
赤松 雅俊

(12) 一般演題(上部消化管2) 15:40~16:04 座長 東京医科大学病院 消化器内科 山口 隼

42. 術前診断が困難であった小型十二指腸癌の一例

慶應義塾大学医学部 消化器内科 ○森岡 晃平, 金井 隆典
同 腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門 高取 祐作, 中山 敦史, 増永 哲平, 松浦 倫子
矢作 直久
同 消化器内科
同 腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門 岩田賢太郎, 宮崎 蔵人, 窪澤 陽子, 水谷 真理
加藤 元彦

43. 自然退縮した胃炎症性偽腫瘍疑いの一例

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器内科 ○見原 雄貴, 吉田 良仁, 得平 卓也, 高橋 秀明
松本 伸行
同 内視鏡部 黒木優一郎
同 病理診断科 長宗我部基弘, 有泉 泰
聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 立石 敬介

44. 新規 ESD 牽引デバイスの開発と有効性の検討

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器内科 ○松尾 康正, 薩田 祐輔, 近江 亮介, 五十嵐央祥
中嶋 孝司, 落合 康利
聖マリアンナ医科大学 消化器内科 前畑 忠輝, 安田 宏, 立石 敬介

45. 経皮内視鏡的胃瘻造設術を契機に発症した胃気腫症・門脈気腫症の1例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○中谷 溪, 紺田 健一, 水野紗也香, 森 大地
大西 良尚, 樋口 健佑, 鈴木 統大, 菊池 一生
中谷 真也, 藤原 敏久, 牛腸 俊彦, 居軒 和也
東條 正幸, 久保田祐太郎, 片桐 敦, 吉田 仁

(13) 一般演題(下部消化管1) 16:04~16:34 座長 三井記念病院 消化器内科 小島 健太郎

46. 多発輪状潰瘍・狭窄を呈した好酸球浸潤を伴う慢性腸炎の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○田丸 智子, 小黒 邦彦, 矢野 智則, 大和田 潤
小林 卓真, 船山 陽平, 坂本 博次, 山本 博徳
同 外科学講座 消化器一般移植外科部門 太田 学
同 病理診断部 統合病理学部門 福嶋 敬直

47. 腹部超音波検査が診断に有用であった小腸魚骨穿孔の1例

日本大学病院 消化器肝臓内科学分野 ○山田 優紀, 渡邊 幸信, 高須 綾香, 金子 真大
高橋 利実, 今津 博雄, 後藤田卓志
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 小川 真広, 木暮 宏史

48. 潰瘍性大腸炎治療における経口メサラジン製剤の Multi Matrix System メサラジン放出調節製剤への変更の有用性

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器病センター
聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○五十嵐央祥, 丹羽はるか, 近江 亮介, 松尾 康正
落合 康利, 中嶋 孝司
同 消化器内科 立石 敬介

49. 結節性紅斑を伴った高齢発症の潰瘍性大腸炎に対してベドリズマブにて寛解を得た1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○飯島 良彦, 加藤 正樹, 小松 拓実, 中本 悠輔
川島亜貴世, 清川 博史, 佐藤 義典, 山本 博幸
前畑 忠輝, 安田 宏, 立石 敬介

50. 肺移植を要する閉塞性細気管支炎, 薬剤性扁平苔癬, 尋常性天疱瘡を併発した潰瘍性大腸炎の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○村上 恵太, 黒川 憲, 井原聡三郎, 塩見 千尋
早河 翼, 辻 陽介, 藤城 光弘

(14) 一般演題(下部消化管2) 16:34~17:04 座長 虎の門病院 消化器内科 鈴木 悠 悟

51. 初回治療より13年後に再発しクローン病との鑑別を要したアメーバ腸炎の1例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○新井 啓介, 藤井 俊光, 河本 亜美, 竹中 健人
金子 俊, 小林 正典, 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

52. MALT リンパ腫の再発を疑った直腸粘膜下腫瘍の1例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○駒形 明紀, 浦上 尚之, 岡田 幸子, 岸 優美
國田 康輔, 年森 明子, 田邊 万葉, 横山 登
井上 晴洋

53. S状結腸に発生した神経内分泌癌の1例

平塚市民病院 消化器内科 ○辻川 絢子, 谷口 礼央, 後藤 行, 奥富 雅俊
松本 彰太, 飯塚 武, 滝本 恒行, 富田 尚貴
藤野 洋平, 立川 準, 岩瀬 麻衣, 武内悠里子
斯波 忠彦, 厚川 和裕

54. クローン病に合併した肉芽腫性口唇炎の1例

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

55. クロンカイト・カナダ症候群に低Na血症を合併した1例

公立昭和病院 消化器内科 ○山崎 洵, 細川 貴範, 浦牛原幸治, 小島 茂
小林 正佳, 菊地 翁輝, 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

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	清水	良
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	消化器内科	吉田	良仁
北里大学医学部	消化器内科	別當	朋広

(15) 専攻医Ⅻ(腫・その他) 8:30~8:54 座長 国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 竹村 信行

56. 肺癌加療中に薬剤性間質性肺炎を来たしたが減量にてゲムシタピン+ナブパクリタキセル併用療法を再開し得た1例

千葉大学医学部 附属病院 消化器内科 ○土屋 貴大, 永瀧 裕樹, 関根 優, 遠山 翔太
山田 奈々, 杉原 地平, 大内 麻愉, 菅 元泰
日下部裕子, 飯野陽太郎, 沖津恒一郎, 高橋 幸治
大野 泉, 大山 広

57. 膵管内乳頭粘液性腫瘍(Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm:IPMN)の胆管穿破による閉塞性黄疸にEUS-CDSが有用であった1例

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

58. 肝脾腫・発熱にて発症した多剤耐性腸チフス感染の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○高橋健太郎, 谷口 博順, 北原 愛弓, 井上 薫
福田麟太郎, 中田 史子, 鈴木 裕史, 内野 康志
山本 信三, 伊藤由紀子, 吉田 英雄

59. 診断に難渋した悪性腹膜中皮腫の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器) ○宗 英一郎, 下崎啓太郎, 吉松 裕介, 野口 智子
岸本翔太郎, 千田 彰彦, 堀江 沙良, 戸ヶ崎和博
金井 隆典
同 腫瘍センター 平田 賢郎, 林 秀幸, 浜本 康夫
同 内科学教室(血液) 金 夏倫, 清水 隆之
慶應義塾大学病院 病理診断科 川井田みほ, 大喜多 肇

(16) 研修医Ⅰ(肝・胆道) 8:54~9:24 座長 東京女子医科大学附属足立医療センター 内科 木村 綾子

60. 著しい好酸球増多をきたした肝細胞癌の一例

千葉西総合病院 内科 ○田村 周甫
同 消化器内科 梅木 清孝, 前嶋 恭平, 伊藤 峻, 佐藤晋一郎
同 肝臓内科 島田 紀朋

61. ミコフェノール酸モフェチルが有効であった亜急性昏睡型急性肝不全を呈した免疫関連肝障害の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○渡辺 雅人, 藤原 俊, 村川美也子, 金子 俊
小林 正典, 福田 将義, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩
岡本 隆一
同 病理部 山本 浩平

62. 胆嚢穿破により巨大肝膿瘍を来した1例

日本大学病院 初期臨床研修医 ○服部 祐輝
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 渡邊 幸信, 山田 康嗣, 大澤 朗太, 金子 真大
高橋 利実, 今津 博雄, 小川 眞広, 後藤田卓志
木暮 宏史

63. 高カルシウム血症を呈したPTHrP産生肝内胆管癌と考えられる1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○加藤 大明, 高橋 宏太, 吉原 努, 古川 潔人
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

64. 肝門部胆管浸潤を伴う盲腸癌多発肝転移に対し、集学的治療で根治切除を行い得た一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○深澤 魁人, 西岡裕次郎, 宮田 明典, 國土 貴嗣
渡邊 元己, 市田 晃彦, 河口 義邦, 金子 順一
赤松 延久, 長谷川 潔

(17) 研修医Ⅱ(肝・胆・膵) 9:24~9:48 座長 湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵消化器病センター 清水 実

65. 肝細胞癌を疑う所見を呈し、肝転移病変が破裂したAFP産生胃癌の1例

東京都立駒込病院 肝臓内科 ○松岡 諒, 木村 昌倫, 今村 潤, 木村 公則
同 病理科 堀口慎一郎

66. 急性肝障害を契機に診断された肝 Burkitt リンパ腫の一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○須藤いづ那, 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 原田丈太郎, 山中 正二, 藤井 誠志

67. 主乳頭直上のクリッピングにより胆管閉塞をきたした一例

公益財団法人 がん研究会 有明病院 肝胆膵内科 ○藤井 壮人, 岡本 武士, 石塚 隆浩, 山田 学
中川 皓貴, 三重 堯文, 古川 貴光, 武田 剛志
春日 章良, 松山 真人, 佐々木 隆, 尾阪 将人
笹平 直樹
同 上部消化管内科 平澤 俊明, 鈴木 啓太
同 病理部 高松 学

68. 十二指腸乳頭部癌との鑑別に苦慮した膨大部内乳頭状管状腫瘍(IAPN)の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○小林 珠己, 川西 彩, 伊藤 彩乃, 森町 将司
小玉 敏生, 鈴木 秀和, 松嶋 成志, 加川 建弘
同 消化器外科 小笠原利仁, 益子 太郎, 増岡 義人, 永 滋教
高橋進一郎, 中郡 聡夫
同 病理診断科 中村 直哉

(18) 研修医Ⅲ(胆・膵疾患) 9:48~10:12 座長 国際医療福祉大学 緩和医療科・消化器内科 結 束 貴 臣

69. 閉塞性黄疸による胆嚢腎症を呈した胆嚢癌の一例

都立駒込病院 消化器内科 ○山川 理毅, 仲程 純, 千葉 和朗, 田畑 宏樹
柴田 理美, 高雄 暁成, 清水口涼子, 野間絵梨子
大西 知子, 森口 義亮, 南 亮吾, 山田優梨奈
室井 勇人, 荒川 丈夫, 飯塚 敏郎, 神澤 輝実

70. 根治切除後の早期再発により急速な転機を辿った胆嚢癌肉腫の一例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター
同 肝胆膵外科 ○米澤 拓也
同 肝胆膵外科 松木 亮太, 川口 翔平, 百瀬 博一, 小暮 正晴
鈴木 裕, 阪本 良弘
同 上部消化管外科 阿部 展次
同 下部消化管外科 須並 英二
同 病院病理部・病理診断科 藤原 正親, 菅間 博, 柴原 純二

71. 膵頭十二指腸切除術後の膵液皮膚瘻に対し, EUS-PD を施行し改善を得た1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○春木 慶太, 遠藤 和樹, 米井翔一郎, 松岡 裕人
吉村 勇人, 大石梨津子, 西村 正基, 三輪 治生
金子 卓, 杉森 一哉
横浜市立大学附属病院 消化器内科学 前田 慎

72. MRCP・CT で腫瘍の直接・間接所見を認めず, EUS・ERCP で診断可能であった T1b膵癌の1例

横浜労災病院 初期研修医
同 消化器内科 ○梅木田悠花
同 消化器内科 春日 範樹, 上野 航大, 利井 辰光, 佐伯 優美
林 映道, 荒木 建一, 佐野 誠, 枇杷田裕佑
稲垣 淳太, 高柳 卓矢, 石井 研, 内山 詩織
金沢 憲由, 関野 雄典, 永瀬 肇

(19) 研修医Ⅳ(上部消化管1) 10:17~10:41 座長 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター 林 由紀恵

73. 全身麻酔導入時の気管内挿管で誤嚥を来した食道アカラシアの1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科 ○友野 千寛, 鳥羽 崇仁, 石井 侃, 小野 真史
木村 隆輔, 藤本 愛, 和久井紀貴, 岡野 直樹
永井 英成, 松田 尚久

74. 消化管間質腫瘍（GIST）との鑑別が困難であった比較的大きな胃異所性腺の1例

川崎市立多摩病院（指定管理者 聖マリアンナ医科大学）消化器・一般外科 ○笹森 瞳
同 臨床研修センター
同 消化器・一般外科 谷口 清章, 西澤 一, 泉家 匠, 鈴木 和臣
佐々木大祐, 石井 将光, 片山 真史, 四万村 司
朝倉 武士
同 消化器内科 中村紗里香, 末谷 敬吾, 黄 世揚, 松永光太郎
同 病理診断科 相田 芳夫
聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 大坪 毅人

75. SAPHO 症候群の消化管内視鏡像 Gastrointestinal Endoscopy for a Patient of SAPHO Syndrome: A Case Report.

桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院 臨床研修医（内科） ○井田 真悟
同 内科（消化器） 相川 崇, 根岸 駿, 飯田 智広

76. エスフルピプロフェン（ロコアテープ）によって十二指腸潰瘍を発症した一例

東京通信病院 消化器内科 ○金 幸紘, 手銭 悠, 加藤 知爾

(20) 研修医Ⅴ(上部消化管Ⅱ) 10:41~10:59 座長 がん研有明病院 上部消化管内科 池之山 洋平

77. 血清 AFP 高値を認めた胃神経内分泌癌の一例

練馬総合病院 初期研修 ○山本 佳英
同 内科 東 宏一郎, 松田 英士, 佐々木康裕
同 外科 青木 優介, 山高 謙, 今井 俊一, 徳山 丞
飯田 修平, 栗原 直人

78. 胃癌初回化学療法後に二次性 TMA を発症し、集学的治療を行った一例

立正佼成会附属佼成病院 職員教育室 ○早崎 萌
同 消化器内科 池崎 修, 牛谷 将博, 山田 貴大, 本多 英仁
八谷 隆仁, 太田 博崇, 高橋 信一

79. 縫合閉鎖が不能であった超高齢者の胃穿孔を救命し得た1例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・一般外科 ○若月 聖孝, 勝又 健太, 内藤 正規, 大島 隆一
根岸 宏行, 菊地 悠輔, 臼井 創大, 天野 優希
柴田 真知, 國場 幸均
聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 大坪 毅人

(21) 研修医Ⅵ(下部消化管) 10:59~11:23 座長 帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 綱 島 弘 道

80. 腓醇素上昇を契機に診断された絞扼性小腸閉塞による急性輸入脚症候群の一例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器内科 ○吉村 梨沙, 東條 誠也, 山本晴二郎, 鈴木 麻耶
笠原 美沙, 関 彩千子, 石田 慎, 荒金 直美
松永 崇宏, 吉田 康祐, 玉川 空樹, 宮永 亮一
渡邊 多代, 福原誠一郎
同 一般外科 下田 啓文

81. 潰瘍性大腸炎に合併した神経内分泌細胞腫瘍の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○横田 昂子, 辰巳 健志, 小原 尚, 黒木 博介
杉田 昭, 小金井一隆

82. 経カテーテル動脈塞栓術が有効であった直腸動静脈奇形の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○草野由茉利, 清川 博史, 朝倉佳緒麗, 上向伸太郎
中谷健二郎, 増田 有亮, 小松 拓実, 中本 悠輔
加藤 正樹, 川島重貴世, 服部 美紀, 佐藤 義典
山本 博幸, 前畑 忠輝, 安田 宏, 立石 敬介
同 放射線診断・IVR科 和田 慎司, 三村 秀文

83. 直腸癌回腸浸潤・小腸間膜リンパ節転移に対して外科的切除を行った1例

国立国際医療研究センター病院 外科 ○安藤 睦, 竹村 信行, 伊藤 橋司, 吉崎 雄飛
中村 真衣, 稲垣 冬樹, 三原 史規, 清松 知充
山田 和彦, 國土 典宏

第2会場（午後の部） 一般演題

(22) 一般演題(肝臓1) 15:10~15:34 座長 東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 村上 貴寛

84. HBe 抗原陰性かつ HBc 関連抗原低値の B 型肝炎ウイルス患者における核酸アナログ中止の有用性の検討

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○鈴木 達也, 渡邊 綱正, 薩田 洋輔, 服部 伸洋
立石 敬介

85. 市中感染型 MRSA による肝膿瘍の一例

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター ○清水 実, 岩渕 省吾, 藤川 智章

86. 肝膿瘍で発症し眼内炎をきたした侵襲性クレブシエラ感染症の一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○藤 佑樹, 三浦 夏希, 並木 伸

87. 進行肝細胞癌に対してアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法中に発症した急性尿細管間質性腎炎の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○中川美由貴, 叶川 直哉, 藤本健太郎, 小川 慶太
岩永 光巨, 藤原希彩子, 兒島 隆太, 神崎 洋彰
興梠 慧輔, 井上 将法, 小林 和史, 清野宗一郎
中村 昌人, 近藤 孝行, 中川 良, 小笠原定久
中本 晋吾, 室山 良介, 加藤 順, 加藤 直也

(23) 一般演題(肝臓2) 15:34~15:58 座長 東海大学医学部 消化器内科 小玉 敏生

88. アルコール性肝硬変を背景とした spur cell anemia の1例

東海大学医学部付属八王子病院 内科学系 消化器内科学 ○森 貴裕, 伊藤 裕幸, 幕内 智規, 張 つばみ
藤本龍太郎, 横田 将, 津田 真吾, 広瀬 俊治
永田 順子, 小嶋清一郎, 渡辺 勲史, 鈴木 孝良

89. 肝外門脈閉塞症による胸腹水に対してβブロッカーが著効した一例

大森赤十字病院 消化器内科 ○坂井 音々, 須藤 拓馬, 今長 大輝, 西口 貴則
小林 幹生, 岡田 直也, 有本 純, 新倉 利啓
桑原 洋紀, 中岡 宙子, 千葉 秀幸, 井田 智則
後藤 亨

90. 鉄剤過量内服後の急性鉄中毒により肝障害を呈した1例

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○齊藤 一真, 山下 萌, 中園 綾乃, 並木 伸

91. 敗血症性肺塞栓症, 敗血症性脳塞栓症を併発した Klebsiella pneumoniae による Invasive liver abscess syndrome の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○末綱 隼士, 薩田 洋輔, 鈴木 達也, 服部 伸洋
渡邊 綱正, 立石 敬介

(24) 一般演題(肝・胆・膵) 15:58~16:28 座長 横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室 小林 貴

92. 原発性硬化性胆管炎の治療経過中に胆管内乳頭状腫瘍を発症した一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○遠山 翔大, 大山 広, 山田 奈々, 関根 優
杉原 地平, 大内 麻愉, 菅 元泰, 永鷲 裕樹
飯野陽太郎, 高橋 幸治, 日下部裕子, 沖津浩一郎
大野 泉, 加藤 直也
同 肝胆膵外科 三島 敬, 高屋敷 吏, 大塚 将之

93. 巨大肝細胞癌に対して内科的集学的治療を行い、conversion 切除に至った1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○角田 樹生, 服部 伸洋, 薩田 洋輔, 鈴木 達也
渡辺 綱正, 立石 敬介

94. セフトリアキソン(CTRX)投与に伴い偽胆石を形成し、肝胆道系酵素上昇を来した高齢者の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科
総合病院 厚生中央病院 消化器内科 ○枇杷田雅仁
東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 斎藤 倫寛, 新後閑弘章, 竹中 祐希, 前田 容
総合病院 厚生中央病院 消化器内科

95. 肝生検により診断した好酸球性胆管炎の一例

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

96. 診療看護師(NP)が介助を行った際のERCP教育の有用性

川崎市立多摩病院 消化器内科 ○石田 潤, 末谷 敬吾, 中村紗里香, 黄 世揚
松永光太郎
同 看護部 片岡穂乃香
同 総合診療内科 奥瀬 千晃
聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 立石 敬介

(25) 一般演題(膵・その他) 16:28~16:58 座長 国立病院機構東京医療センター 消化器内科 松 永 貴 宏

97. 嚢腫内に胆管結石を合併した choledochocoele の1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○岸 洋祐, 関根 章裕, 青山 夏海, 増田 有亮
飯島 良彦, 角田 樹生, 薩田 祐輔, 五十嵐洋介
中原 一有, 立石 敬介

98. 診断に苦慮した限局性自己免疫性膵炎の一例

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門 ○玉井 直希, 高野 祐一, 野田 淳, 山脇 将貴
浅見 哲史, 新谷 文崇, 阿曾沼邦央, 五味 邦代
山本 頼正, 長濱 正亞
小田原市立病院 消化器内科 丸岡 直隆

99. 超音波内視鏡下穿刺生検法にて診断した膵扁平上皮癌の1例

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

100. 大腸癌術後異時性膵転移の1切除例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・一般外科 ○増田 哲之, 小林慎二郎, 梅澤 早織, 井田 圭亮
土橋 篤仁, 小泉 哲, 大坪 毅人
同 病理診断科 野呂瀬朋子, 大池 信之

101. 腹腔動脈解離を伴う膵十二指腸動脈瘤の1例

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

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
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
379	小金井 一隆 (横浜私立市民病院 炎症性腸疾患科)	4月27日(土)	東京 海運クラブ	2024年1月17日～ 2月21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 消化器内科学)	6月18日(日)	WEB開催	未定
43	柿崎 暁 (独立行政法人国立病院機構高崎総合医療センター)	11月19日(日)	東京 ジェーンパヴァー・サポー	未定

次回(第375回)例会のお知らせ

期 日：2023年7月8日(土)

会 場：海運クラブ

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

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線、半蔵門線、南北線：永田町駅4, 5, 9番出口 2分

銀座線、丸ノ内線：赤坂見附駅D(弁天橋)出口 7分

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

特別講演：「消化管分野における内視鏡診療と研究の融合を目指して(仮)」

演者：東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学 教授

藤城 光弘

司会：埼玉医科大学 健康推進センター／消化器内科・肝臓内科 教授

富谷 智明

女性医師の会・特別セミナー：「実践！消化器領域のIntervention」

「消化管」

演者：東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 助教

角嶋 直美

「胆嚢」

演者：国立国際医療研究センター病院 消化器内科 診療科長

山本 夏代

「肝臓(BRTO, TACE)」

演者：埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 講師

菅原 通子

司会：埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 准教授

水野 卓

ランチオンセミナー：「これだけは知っておきたいC型肝炎診療up-to-date」

演者：埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 助教

内田 義人

司会：武蔵野赤十字病院 消化器科 副部長

玉城 信治

当番会長：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 教授)

事務局長：内田 義人 (埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge375kanto@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・一般外科教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

日本消化器病学会関東支部 第42回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2023年6月18日(日)

会場：WEB開催(当日のライブ配信のみ)

会長：草野 央(北里大学医学部 消化器内科学)

主題：「消化器病診療のup to date」

◆開会の辞◆草野 央(第42回教育講演会会長)

◆講演1◆「機能的な上部消化管疾患 ～診断と治療における話題～」

講師：栗林 志行(群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学)

司会：藤城 光弘(東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学)

◆講演2◆「NAFLD 診療と研究の最前線」

講師：米田 正人(横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学)

司会：名越 澄子(埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科)

◆講演3◆「慢性膵炎の治療戦略 ～慢性膵炎診療ガイドライン2021(改定)をふまえて～」

講師：奥脇 興介(北里大学医学部 消化器内科学)

司会：糸井 隆夫(東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野)

◆講演4◆「腸内細菌療法の現状と展望」

講師：石川 大(順天堂大学医学部 消化器内科学講座)

司会：後藤田卓志(日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野)

◆講演5◆「消化器病医として身につけるべき診察 ～listen to the patient～」

講師：矢島 知治(杏林大学医学部 医学教育学教室)

司会：日比 紀文(北里大学 北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター)

◆講演6◆「AIが変える未来の内視鏡診療」

司会：草野 央(北里大学医学部 消化器内科学)

特別発言：後藤田卓志(日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野)

1. 「ピロリ菌除菌時代の胃癌診断」

講師：平澤 俊明(がん研究会 有明病院 上部消化管内科)

2. 「世界に挑戦する日本の内視鏡AI」

講師：多田 智裕(株式会社AIメディカルサービス/ただともひろ胃腸科肛門科)

◆講演7◆「大腸腫瘍の内視鏡治療 ～治療法と適応について～」

講師：福澤 誠克(東京医科大学 消化器内科学分野)

司会：松田 尚久(東邦大学医療センター大森病院 消化器内科)

◆講演8◆「潰瘍性大腸炎診療up to date」

講師：小林 拓(北里大学 北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター)

司会：久松 理一(杏林大学医学部 消化器内科学)

◆講演9◆「膵臓癌の診断と治療 up to date」

講師：木暮 宏史(日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野)

司会：遠藤 格(横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学講座)

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

◆閉会の辞◆草野 央(第42回教育講演会会長)

参加方法：事前参加登録制となりますので、2023年3月23日(木)正午～2023年6月1日(木)正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。参加費(4,000円、テキスト代含む)はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

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

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第42回教育講演会 運営事務局

株式会社ブランニングウィル 担当：馬場敦子

TEL 03-6801-8084 FAX 03-6801-8094 E-mail:jsge42elm@pw-co.jp

1 卵管癌化学療法中に発症し、保存的治療が奏功した胃蜂窩織炎の一例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科¹⁾、同 病院病理部²⁾
永川 貴¹⁾、上田 薫¹⁾、酒寄千晶¹⁾、若下祐子¹⁾、鶴飼なつこ²⁾、
佐竹真里²⁾、若本雅美²⁾、山崎琢士¹⁾、猿田雅之¹⁾

【症例】51歳女性【主訴】嘔吐、下痢【既往歴】右卵管高異型度漿液性癌、アトピー性皮膚炎【現病歴】X年4月に右卵巣内膜症性嚢胞に対して右付属器切除術と左卵管切除術が施行され、右卵管原発高異型度漿液性癌を認めたため、X年5月に根治術（子宮全摘術、左卵巣摘出術、大網切除術、リンパ節郭清術）が施行された（pT1c3, pN0）。術後疼痛のためロキソプロフェンNaを20日間内服した。X年6月に術後補助化学療法としてパクリタキセルとカルボプラチン併用療法が施行され、化学療法に伴う副作用予防としてデキサメタゾンを計40mg内服した。この頃より胃部不快感を自覚し始めた。X年7月に症状改善目的でラソプラゾールからボノプラザンに変更したため、胃部不快感は改善せず複数回の嘔吐と下痢を認め、当院を救急受診した。【入院後経過】体温38.8℃、脈拍数159回/分、臍周囲に圧痛を認めた。血液検査では、白血球数800/ μ L、好中球数100/ μ L、CRP24.81mg/dL、プロカルシトニン63.64ng/dLであった。腹部単純CT検査では胃壁全体の著明な肥厚を認め、胃壁内のgas像を認めた。発熱性好中球減少症と診断し、G-CSF、メロペネムの投与を開始し、その後バンコマイシンも併用した。第7病日に上部消化管内視鏡検査（EGD）が施行され、胃全体に及ぶ発赤・腫脹と、多発するびらん・不整形の潰瘍を認めた。第16病日に再び施行されたEGDでは、超音波内視鏡検査で粘膜固有層から粘膜下層にかけての著明な肥厚所見を認めた。胃液培養からCoa-Neg-Staphylococcusと α -Streptococcusが検出され、胃蜂窩織炎と診断し、抗菌薬をアンピシリン/スルバクタムに切り替えた。その後経過良好で第21病日に軽快退院した。【考察】本症例は、卵管高異型度漿液性癌の術後補助化学療法中に、好中球減少・NSAIDsやステロイドによる粘膜障害・酸分泌抑制治療による胃酸菌力低下などを背景に、胃蜂窩織炎を発症したと考えられた。【結語】胃蜂窩織炎は迅速な診断治療を必要とする病態であるが、診断は容易ではなく、死亡率も高い。今回保存的治療が奏功した一例を経験したので報告する。

胃蜂窩織炎, 酸分泌抑制

3 骨髄癌腫症に伴う腫瘍性DICにより出血性ショックを来した胃癌の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 内視鏡部¹⁾、
横浜市立大学附属病院 消化器内科²⁾
金村知輝¹⁾、平澤欣吾¹⁾、東 大輔¹⁾、厚坂勲生¹⁾、住田純子¹⁾、
尾関雄一郎¹⁾、澤田敦史¹⁾、西尾匡史¹⁾、小林亮介¹⁾、佐藤知子¹⁾、
前田 慎²⁾

【症例】症例は76歳男性。20XX年7月からの食指不振を主訴に8月4日に前医を受診、上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行されたところ、胃体部後壁を主とした全周性の壁肥厚を認め胃痛が疑われた。8月12日に腹痛と黒色便が出現し、前医の血液検査でHb 4.2g/dLと高度の貧血を認めたため、精査加療目的に当院紹介受診し、同日緊急入院となった。入院時の血液検査では高度の貧血を認めるほか血小板3.9万/ μ Lと血小板減少も認められた。入院日に再度施行したEGDでは胃体部後壁を中心とした全周性の4型病変を認め、胃の拡張不良も認められた。胃腫瘍からの生検でAdenocarcinoma (tub2-por)が検出された。腹部造影CTでは胃小弯側と前庭部周囲にリンパ節腫大を認めたが、肺や肝臓に明らかな転移は認めなかった。また、入院時より背部痛があり、脊椎MRIT1強調画像で胸椎にびまん性の低信号領域の多発を認めたため、骨髄穿刺を施行したところ、骨髄中に腫瘍細胞が検出された。以上より胃癌cT4aN1M1(胸椎、骨髄) Stage IVと診断した。入院後は赤血球濃厚液と血小板濃厚液の投与を繰り返したが、貧血と血小板減少の改善は乏しく、黒色便が持続した。第4病日にEGDを施行し胃癌からのびまん性出血に対してアルゴンプラズマ凝固を施行したが、その後も貧血の改善を認めず、第11病日に血圧低下と酸素化増悪を認め同日死亡した。病理解剖では胃内に大量の血性貯留物を認めた。また、胸椎の骨髄中にびまん性に腫瘍細胞の浸潤を認め、腎臓の細動脈内には微小血栓の多発を認め、骨髄癌腫症に伴う腫瘍性DICにより胃癌からの大量出血が起こり出血性ショックとなり死亡に至ったと考えられた。【結語】骨髄癌腫症に伴う腫瘍性DICにより出血性ショックを来した胃癌の一例を経験した。若干の文献報告を踏まえ考察する。

胃癌, 骨髄癌腫症

2 出血性潰瘍を繰り返したIgG4関連十二指腸病変の一例

JCHO 船橋中央病院 消化器内科¹⁾、
千葉ろうさい病院 消化器内科²⁾、
Columbia University Mailman School of Public Health³⁾、
JCHO 船橋中央病院 病理診断科⁴⁾
森尾奈央樹^{1,2)}、嶋田太郎¹⁾、澤田 翠^{1,3)}、浅野公将¹⁾、土屋 慎¹⁾、
加藤佳瑞紀¹⁾、山口武人¹⁾、小松俊介⁴⁾

【症例】70歳男性。X-6年に出血性十二指腸潰瘍にて入院加療歴がある。内視鏡的止血術のちプロトンポンプ阻害薬（PPI）により潰瘍の癒着化が得られたが、*H.pylori*抗体ならびに尿素呼吸気試験陰性であり誘因不明であった。以後も十二指腸潰瘍の再発を繰り返し、都度内服加療により軽快していた。X年8月、黒色便を認め近医より当院に紹介受診入院。同日の内視鏡にて十二指腸球部に複数の潰瘍を認めたが活動性出血や露出血管はなく、PPI投与し以後軽快退院した。繰り返す十二指腸潰瘍のため制酸薬（当初PPIも患者希望によりH2受容体拮抗薬）内服継続とし、以後腹部症状や黒色便の再燃なく経過した。X+1年4月に内視鏡再検査したところ、十二指腸球部から上十二指腸角にかけて潰瘍痕痕や発赤が散見された。同部より採取した生検検体での病理組織学的検査では、胃上皮化生を示す粘膜に形質細胞浸潤を認め、IgG4/IgG陽性細胞比40%以上、IgG4陽性形質細胞10/HPF超であった。なお後に測定した血清IgG4は690mg/dLと高値を認めた。造影CTでは十二指腸周囲にリンパ節腫大が散見される以外に特記すべき所見はなく、十二指腸に限局したIgG4関連疾患と診断した。ステロイドによる加療も検討したが、他臓器病変が明らかではないうえ潰瘍の制御がなされていることから、患者希望も加味し制酸薬継続による経過観察の方針となった。X+2年10月の内視鏡検査では、十二指腸潰瘍再発はないものの発赤は残存、再生検での病理組織学的検査でもIgG4関連病変所見の残存を認めた。【考察】IgG4関連十二指腸病変は極めて稀であるが、繰り返す*H.pylori*陰性十二指腸潰瘍においては本症も鑑別疾患となり得る。また本症の治療においては、慎重な経過観察を要するものの、制酸薬で潰瘍の制御がなされれば必ずしもステロイド投与の必要はない可能性がある。

十二指腸潰瘍, IgG4

4 十二指腸乳頭部神経内分泌癌に対し集学的治療を行った一例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科¹⁾、
横浜市立大学附属病院 臨床腫瘍科²⁾、
横浜市立大学医学部 分子病理学³⁾、
紫葉裕介¹⁾、戴下泰宏¹⁾、奥津康子¹⁾、油座 築¹⁾、阿部有佳¹⁾、
高橋智昭¹⁾、三宅謙太郎¹⁾、澤田 雄¹⁾、本間祐樹¹⁾、松山隆生¹⁾、
小林規俊²⁾、藤井誠志³⁾、市川靖史²⁾、遠藤 格¹⁾

【目的】神経内分泌癌(NEC)は消化器悪性腫瘍の中でもまれな疾患である。今回我々は十二指腸乳頭部に発生するNECを経験したため文献的考察も含め報告する。【症例】62歳男性。体重減少を主訴に受診した。上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭部腫瘍が指摘され、生検の結果はadenocarcinomaが検出された。十二指腸乳頭部癌の診断で膵頭十二指腸切除術を施行した。術後病理診断は、腫瘍細胞は腺腔様構造が一部にみられるが全ての細胞でCD56陽性、INSM1が陽性であるため大細胞型神経内分泌腫瘍(LCNEC)の診断となった。組織学的にリンパ節転移はみられなかった。当院の臨床腫瘍科とも協議し術後補助化学療法としてカルボプラチン・エトポシド療法を4コース施行した。術後1年間無再発で経過している。【考察】LCNECはリンパ行性に転移しやすく非常に予後の悪いまれな疾患として報告されている。中でも十二指腸乳頭部に発生し外科的切除しえた症例の報告は非常に少ない。今回我々は十二指腸乳頭部NECに対し集学的治療を行った。文献的考察も含め報告する。

NEC, 十二指腸乳頭部腫瘍

5 胃粘膜下腫瘍と診断し、腹腔鏡・内視鏡合同手術で切除した胃アニサキス肉芽腫の一例

日本医科大学 消化器内科学¹⁾、同 消化器外科学²⁾
本宮里奈¹⁾、樋口和寿¹⁾、後藤 修¹⁾、柿沼大輔²⁾、櫻澤信行²⁾、
石川裕美子¹⁾、小泉英里子¹⁾、大森 順¹⁾、秋元直彦¹⁾、吉田 寛²⁾、
岩切勝彦¹⁾

【症例】41歳代女性【主訴】なし【既往歴】頸部リンパ管腫、伝染性単核球症【現病歴】20XX-1年12月に他院で施行した上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy: EGD)において胃角部に20mm大の粘膜下腫瘍(submucosal tumor: SMT)を疑う隆起性病変を認めたため、精査目的に当院に紹介となった。20XX-1年12月のCTでは胃角部後壁に18mm大の境界明瞭で内部の造影効果は乏しい腫瘍性病変を認めた。20XX年1月に当院においてEGD及び超音波内視鏡検査(Endoscopic Ultrasonography: EUS)を施行した。EGDでは胃角部後壁大彎に20mm大の粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。潰瘍やdelleはなく、粘膜変化は乏しかった。EUSでは大きさが22×11mm大のhypochoic lesionを認め、血流は乏しかった。第4層由来の腔内発育型のSMTを疑う所見であった。以上より、胃SMTと診断し、平滑筋腫が最も疑われたが、Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)も否定できず、腹腔鏡・内視鏡合同手術で切除の方針となった。20XX年3月に腹腔鏡・内視鏡合同手術で腫瘍を切除した。術後の経過は良好であった。病理組織診断では、腫瘍内部には壊死結節を認め、その内部にアニサキスと考えられる虫体を認め、アニサキス肉芽腫の診断となった。【考察】慢性胃アニサキス症はほとんどが無症状であり、膿瘍や肉芽形成を伴い胃粘膜下腫瘍様隆起として認められるのは、胃アニサキス症の2-4%と稀である。今回、我々は胃アニサキス肉芽腫を腹腔鏡・内視鏡合同手術で切除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。

アニサキス肉芽腫, 胃粘膜下腫瘍

7 腸管膜脂肪織炎に対してステロイド投与により寛解が得られた一例

横浜栄共済病院 消化器内科
伏見 光, 本多 悠, 品川希帆, 高井佑輔, 目黒公輝, 岩崎暁人,
清水智樹, 真田治人, 酒井英嗣

【症例】45歳女性。腹痛を主訴に救急受診。腹部全体に持続痛、圧痛を認め、反跳痛や筋性防御は認めなかった。来院時血液検査ではCRPが5.36mg/dLと上昇を認め、その他は特筆すべき検査所見を認めなかった。造影CT検査ではSMA周囲の腸管膜の脂肪織濃度上昇を認め、腸炎の疑いで入院加療となった。保存的治療として、禁食とセフメタゾールナトリウム2g/day投与したが、症状改善乏しく、第2, 3, 4病日とCRPは上昇傾向であった。第3病日に造影CT再検査したところ、腸管膜脂肪織濃度上昇は増悪しており、腸管膜脂肪織炎が疑われた。腸管膜脂肪織炎の治療として、第5病日よりステロイド30mg内服開始した。徐々に腹部症状の改善を認め、CRPも低下傾向であった。ステロイドを2週間ごとに徐々に漸減し、症状、所見の増悪なく経過し、その後中止とした。【考察】腸管膜脂肪織炎は腸管膜脂肪織に生じる原因不明の非特異的炎症疾患であり、比較的前後良好な疾患である。発症年齢は4~83歳で平均52歳、男女比は7:3で、罹患部位は大腸64%、小腸36%で、大腸ではS状結腸を含むものが64%と最多であったと報告されている。診断には、CTが簡便で有用性が高いとされている。腸管安静、抗生剤投与等の保存的治療で改善することが多いが、増悪を認める場合は、手術により腸切除を行う症例も報告されている。致死経過をたどった症例もあり、画像診断により適切な治療を行うことが求められる。【結語】腸管膜脂肪織炎に対してステロイド投与が有効であった症例を経験したので報告する。

腸管膜脂肪織炎, ステロイド

6 経胃瘻的空腸瘻(PEG-J)が有効であった上腸間膜動脈症候群の一例

聖マリヤンナ医科大学 消化器内科
朝倉佳緒麗, 中本悠輔, 増田有亮, 小松拓実, 加藤正樹,
川島亜貴世, 清川博史, 服部美紀, 佐藤義典, 前畑忠輝, 安田 宏,
立石敬介

【症例】80歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【現病歴】9ヶ月前に左原発性肺腺癌に対して、左S10区域切除を施行され、その後より約9kgの体重減少を認めていた。受診前日より、腹痛と頻回の嘔吐を認め、当院紹介受診となった。腹部CTにて、十二指腸水平脚が上腸間膜動脈(SMA)と腹部大動脈により圧排され、口側の十二指腸と胃の著明な拡張を認めていた。入院後に施行した上部消化管造影にて、十二指腸水平脚部から上行部での造影剤の通過障害を認め、SMA症候群と診断した。【経過】入院時より頻回の嘔吐に伴う誤嚥性肺炎を併発していたため、抗菌薬投与を行いながら、経鼻胃管にて胃の減圧を行った。誤嚥性肺炎の改善後にdouble elementary diet tube(W-ED tube)を留置し、栄養剤の投与を開始したが、チューブの咽頭刺激による嘔吐により誤嚥性肺炎が再燃し、栄養状態の改善に難渋した。そこで、経胃瘻的空腸瘻(PEG-J)を造設し、栄養投与を行った。PEG-Jを用いることで、咽頭刺激に伴う嘔吐は改善し、徐々に栄養状態の改善と体重増加を認めた。本症例は頻回の誤嚥性肺炎や、中心静脈カテーテルを介したカンジダ菌血症などを併発したため長期間の入院となったが、PEG-Jを造設することで自宅での経腸栄養管理が可能となり、軽快退院となった。退院後もPEG-Jを主体とする栄養管理を行い、徐々に体重も増加し経口摂取が可能となったことで、退院約3ヶ月後にPEG-Jを抜去し、その後もSMA症候群の再燃なく経過している。【考察】SMA症候群は、体重減少に伴う十二指腸周囲脂肪織の減少が一因であり、その場合根本的な解決には栄養状態の改善と、体重の増加が必要であり、長期間の入院加療を要する場合がある。本症例は、W-ED tubeでの経腸栄養管理は咽頭刺激を誘発し、中心静脈栄養もカンジダ菌血症を生じたことで、栄養状態の改善に難渋した。しかしながらPEG-Jを造設することで、自宅での栄養管理が可能となり、退院に至った症例である。SMA症候群に対するPEG-J造設の報告は少なく、今回貴重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。

上腸間膜動脈症候群, 経胃瘻的空腸瘻(PEG-J)

8 術前診断しえた内ヘルニアによる小腸閉塞の1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科
大槻祐大, 大森将史, 芳賀慶一, 村上 敬, 藤澤聡郎, 石川 大,
内山 明, 澁谷智義, 北條麻理子, 伊佐山浩通, 池嶋健一,
永原章仁

【症例】59歳男性【主訴】下腹部痛、嘔吐【既往歴】Parkinson病、腹部手術歴無し【現病歴】前日から徐々に増悪する下腹部痛を主訴に他院を受診したが便秘の診断で経過観察となった。処方された酸化マグネシウムやブチルスコポラミン臭化物の内服後も改善なく、翌日から便汁様の嘔吐が出現したため再度前医を受診した。腹部単純CT検査を施行したところ小腸イレウスの診断となり当科紹介、精査加療目的で即日入院となった。【経過】腹部単純X線写真で小腸にniveau像を認め、腹部造影CT検査では下腹部正中やや右側の小腸に閉塞起点を伴った尾側腸管のclosed loop像を認めた。小腸壁の造影不良はなく、時間経過に比して腹部症状が軽微であることから外科とも協議の上、第1病日に経鼻イレウス管を留置し保存的加療の方針となった。イレウス管挿入後は速やかに腹部症状が改善したもののイレウス管が途中から進まなくなり、イレウス管造影検査を行ったところ狭窄の存在を示すbird beak signがみられ、closed loopを形成した小腸がバンドや腹腔内の陥凹部にはまり込み、ヘルニア門を形成している所見を認めた。直後に施行した腹部単純CT検査もイレウス管造影と同様の所見であり、以上から内ヘルニアによる小腸閉塞と診断し閉塞解除のため第17病日に腹腔鏡下イレウス解除術が施行された。術後合併症なく経過良好であり、術後第7病日に退院となった。【考察】腹部手術歴のない突然の腹痛症例に対しては、絞扼性腸閉塞を念頭に注意深い精査が必要となる。本症例は内ヘルニアにより小腸イレウスであったが腸管の血流障害がなく、イレウス管挿入による減圧を行いつつ詳細な精査を行い、待機的に低侵襲な腹腔鏡手術への移行が可能であった。腹部手術歴のない内ヘルニアによるイレウスは稀であり、絞扼性腸閉塞などと診断され緊急手術となることが少なくない。今回術前診断しえた内ヘルニアによる小腸閉塞を経験したので文献的考察を加えて報告する。

内ヘルニア, 小腸閉塞

国際医療福祉大学 成田病院 消化器内科¹⁾,
同 緩和医療科²⁾, 同 消化器外科³⁾, 同 病理部⁴⁾
金田真人¹⁾, 海老沼浩利¹⁾, 井上和明¹⁾, 結束貴臣²⁾, 田中幸介²⁾,
西澤俊宏¹⁾, 山下健太郎¹⁾, 森 一郎¹⁾, 篠浦 丞¹⁾, 石田 隆³⁾,
鶴田雅士³⁾, 田村卓也³⁾

20代女性。強い下腹部痛で救急搬送され、CTで回盲部重積の所見あり当科入院。腹痛が持続するため、ガストログラフィンによる高圧浣腸を施行したところ腹痛は軽快。肝湾曲付近の重積先進部は回盲弁近傍まで戻された。10歳、11歳時にも腸重積で入院の既往あり、当時も高圧浣腸で治療されている。大腸内視鏡では異常なく、原因不明と言われた。小腸カプセル内視鏡および経肛門小腸内視鏡を行ったが異常なく外来フォローとしていたが、一年後に重積を再発し入院。再び高圧浣腸で腹痛は軽快した。小腸腫瘍は否定的であり、重積の原因としてMeckel憩室等の可能性を考慮し審査腹腔鏡を依頼した。回盲弁から口側約60cmの部位に、3-4cm長の分枝様構造物が付着しており同部位を切除した。病理組織学的に病変は回腸粘膜と筋層を有し、回腸の腸間膜側に付着していたことから重複腸管と診断した。反転した重複腸管が重積先進部になっていたと考えた。術後1年以上経過しているが、これまで重積は再発していない。腸重積を来す非腫瘍性疾患としてMeckel憩室は知られているが、重複腸管に起因する腸重積の報告は少なく、文献の考察を加え報告する。

腸重積, 重複腸管

日本医科大学 付属病院 消化器外科
服部竜也, 鈴木幹人, 櫻澤信行, 金沢義一, 萩原信敏, 中田亮輔,
安藤文彦, 吉田 寛

【症例】72歳男性【現病歴】下咽頭痛に対して耳鼻咽喉科にて手術の方針となり、再建に使用する遊離空腸採取を当科に依頼され、採取を実施した。【初回手術】上腹部正中切開にて開腹。トライツ靭帯から30cmの空腸を採取する方針とした。第2空腸動脈を処理し、20cmの遊離空腸を採取した。空腸再建はトリスステーブルの自動縫合器(End GIA TM)を用いた機能的端々吻合にて実施した。当科の手術時間は160分、出血は少量であった。【経過 I】第3病日より経口摂取を開始した。術後3日より黒色便および軽度の貧血を認めたが、腹部症状を伴わず、黒色便は術中出血によるものと考え、経過観察となった。数日間経過観察したものの黒色便の改善がなく、緩徐に貧血が進行することから、第15病日に再度当科にコンサルトとなった。【経過 II】胃や十二指腸からの出血を考え、通常スコープでの上部消化管内視鏡を実施するも、観察範囲内に出血を認めなかった。病歴を考慮し、上部空腸採取部からの出血が疑われたため、ダブルバルーン小腸内視鏡を実施したところ、上部空腸の機能的端々吻合の吻合部より漏出性の出血を認めた。内視鏡的に止血を試みたが、観察が困難であり、止血器具の選択が制限されることより断念し、手術にて止血の方針とした。【2回目の手術】上腹部正中切開にて開腹した。術中内視鏡を挿入し、吻合部および出血部を同定した。出血部を内視鏡で確認しつつ、漿膜側から4-0PDSのZ縫合をかけ、止血を得た。【経過 III】術後黒色便は消失、貧血も緩徐に改善を認めた。有害事象なく経過され、第31病日に退院となる。【考察】機能的端々吻合後の出血は0~2.2%と報告されている。本症例は出血部位が吻合部であり、初回手術の癒着の影響も加わりダブルバルーン小腸内視鏡での観察・止血が困難な症例であった。手術の際の術中内視鏡の使用は出血部位の確実な同定および止血の確認に有用であったと考える。

吻合部出血, 術中内視鏡

昭和大学医学部内科学講座 消化器内科学部門 (藤が丘病院)
杉山慧弥, 山名瑠子, 松原 大, 遠藤利行, 阿曾沼邦央,
長濱正亞

【緒言】クローン病(CD)における寛解導入、維持療法としてメサラジンは広く使用されている。メサラジンの副作用として腹痛・下痢・血便などがあるが、稀な症状として心筋炎が報告されている。今回メサラジンによる薬剤性と思われる心筋炎を発症したクローン病の一例を経験したので報告する。

【症例】22歳男性。20XX-1年7月から下痢、血便、肛門痛を認め前医受診。20XX年2月〇日に大腸内視鏡(CS)にて上行結腸に縦走潰瘍、大腸全体に発赤・アフタあり、生検で非乾酪性類上皮性肉芽腫を認めたことからクローン病と診断され肛門周囲膿瘍の切開排膿も行った。第1病日からメサラジン3000mgを開始するも改善は乏しく、第15病日からプレドニゾロン(PSL)30mgを開始した。第21病日から発熱・腹痛・血便増悪あり、また深呼吸による胸痛・呼吸苦を認め第25病日当院を救急受診。心電図変化は明らかではないが、血液検査にてトロポニンI 378pg/mlと上昇あり心筋炎と診断。感染を疑う前駆症状なくメサラジンによる薬剤性を疑い同日より薬剤を中止し、翌日より胸痛・呼吸苦は消失しトロポニンも低下した。なお薬剤リンパ球刺激試験(DLST)は陰性で、経胸壁心エコーも施行したが心嚢液の貯留は認めなかった。第28病日CS施行し回腸・右側結腸に潰瘍が多発し前医内視鏡と比較し増悪しており、腹部・肛門症状の改善も乏しいために、第29病日からインフリキシマブ(IFX)250mg/日(5mg/kg)を開始。開始後速やかに症状改善しPSL漸減、アザチオプリン(AZA)50mgを併用開始し経過良好で第36病日に退院となった。外来にてPSLは漸減中止し、現在はIFX・AZAにて寛解を維持している。

【結語】メサラジン開始後の胸部症状に対しては薬剤性を念頭に置き診療を行う必要がある。

メサラジン, 心筋炎

草加市立病院 消化器内科¹⁾, 同 腎臓内科²⁾,
同 病理診断科³⁾
藤井亮輔¹⁾, 松川直樹¹⁾, 内田 仁¹⁾, 宇賀美彩¹⁾, 町田智世¹⁾,
栗原正道¹⁾, 渡辺 翔¹⁾, 巻口遥翔²⁾, 須田 伸²⁾, 根木真理子³⁾,
阿部志保³⁾, 矢内常人¹⁾

症例は75歳女性。X-3年に抗好中球細胞質抗体関連血管炎でプレドニゾロン(PSL)加療を開始した。PSL漸減中に再燃し、X-2年よりPSL20mgに加えてミコフェノール酸モフェチル(MMF)投与が開始された。1か月前より1日4-5回の水様便が出現し、整腸剤内服後も改善が乏しく、当科へ紹介受診した。血液検査では、CRP0.79mg/dLと軽度の炎症反応上昇とサイトメガロウイルス(CMV)抗原陽性を認めた。便培養で病原菌は陰性だった。内視鏡検査では全大腸に発赤を伴うびらんが散在していた。組織学的に核内封入体とCMV陽性細胞が認められたことから、典型的な地図状あるいは打ち抜き潰瘍の所見はないが、CMV腸炎の診断でバラガンシクロビル加療を開始した。治療開始2週後にCMV抗原は陰性化した。自覚症状の改善は認めなかった。臨床経過と大腸組織にアポトーシス小体を多数認めることからMMF関連腸炎を強く疑った。MMF投与を中止後、数日で自覚症状は改善し2週後には完全に消失した。以降、症状の再燃なく経過している。MMFは代謝拮抗薬に属する免疫抑制薬であり、移植後の拒絶反応抑制やループス腎炎、ANCA関連血管炎の他、消化器領域では免疫関連有害事象(irAE)肝炎・胆管炎での有用性も報告されている。MMFの副作用として下痢などの消化器症状も知られているが、内視鏡像に關しての報告は少ない。また確定診断は組織検査に加え他疾患の除外やMMFの減量、休業により臨床症状が改善することで行われる。現時点では稀ではあるが、我々が今後接する機会が増えることが予想される重要な疾患であり、本一例を文献学的考察を踏まえて報告する。

サイトメガロウイルス腸炎, ミコフェノール酸モフェチル関連腸炎

多発性皮下・縦郭無菌性膿瘍を伴う壊疽製膿皮症合併・全大腸炎型潰瘍性大腸炎に対しタクロリムスおよびアダリムマにて膿瘍消失を認めた1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科
鈴木一世, 加藤真吾, 田川 慧, 山鹿 渚, 砂田莉紗, 内田信介, 岸 寛二, 鴛田正樹, 増渕悟志, 新井智洋, 田中孝幸, 加藤秀輔, 須田健太郎, 寺井悠二, 大塚武史, 高林英己, 松原三郎, 岡 政志, 屋嘉比康治, 名越澄子

【背景・目的】2020年10月壊疽製膿皮症 (PG) に対してアダリムマ (ADA) が承認され、腸管外合併症を伴う潰瘍性大腸炎 (UC) 治療の選択肢が増えた。今回、皮下のみならず縦郭内まで無菌性膿瘍を伴う稀な症例に対してタクロリムス (TAC)・ADAにて加療しえた症例を経験した上で報告する。【症例】17歳・女性【現病歴】20XX年6月に全大腸炎型UCを発生し、プレドニゾロン (PSL) 50mgで寛解導入後、PSL中止可能となりメサラジン3600mg/日にて継続維持療法を行っていた。20XX+1年7月に再燃し、PSL40mg/日にて再寛解導入を行うも、同年9月にPSL20mg/日まで減量したところで胸鎖関節痛・頸部痛・肩甲骨痛・腰痛が出現。アザチオプリン (AZA) 50mg/日+PSL60mg/日と増量するも関節痛で体動困難のため、同年9月13日に当院に転院搬送となった。【経過】当院転院時に発熱、左胸鎖関節部腫脹・疼痛あり、頭部・外陰部に有痛性潰瘍を認めた。造影CT検査で左胸鎖関節部と縦郭内に膿瘍形成を認め、頭頂部と外陰部の潰瘍から壊疽性膿皮症 (PG) の診断。左胸鎖関節部の膿瘍に対して穿刺ドレナージを施行し無菌性膿瘍の診断。その後、多発性無菌性皮下膿瘍は右胸鎖関節部と背部へと進展したため、TACによる加療を開始し、関節痛は改善傾向で膿瘍も縮小傾向となり一旦退院となるが、TAC血中濃度を維持量まで減量したところで増悪したため、ADAに治療変更。その後、UCは寛解かつ造影CT検査フォローで多発皮下膿瘍の消失を認めた。【結語】縦郭内まで進展したPGを合併したUCは少なく、ADAはPG合併UCの寛解導入維持療法にも有効であった。

潰瘍性大腸炎, 壊疽性膿皮症

山梔子 (サンシシ) の長期服用が原因と考えられた特発性腸間膜静脈硬化症の2例

杏林大学医学部 消化器内科学¹⁾, 同 病理学²⁾
澁田秀則¹⁾, 宮本尚彦¹⁾, 鍛冶諒介¹⁾, 藤川やすえ¹⁾, 堀越友樹¹⁾, 平塚智也¹⁾, 羽田 裕¹⁾, 楠原光謙¹⁾, 大野亜希子¹⁾, 長濱清隆²⁾, 柴原純二²⁾, 久松理一²⁾

特発性腸間膜静脈硬化症 (IMP) は腸間膜静脈の硬化に起因した静脈還流障害により、慢性に腸管浮腫や二次的な虚血性変化を来す疾患であり、右側結腸を主体に特徴的な腹部CT所見や内視鏡所見を認める。特徴的な所見を呈する一方、本疾患の原因は不明であったが、近年になり漢方薬の長期内服との関連性が指摘されるようになった。特に山梔子を含有する漢方薬との関連性が高いことが報告されており、今回、我々はその可能性を示唆する2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例1】73歳女性。体重減少を主訴に来院し、腹部CT検査で上行結腸に限局した腸管壁の肥厚を認めた。大腸内視鏡検査 (CS) では上行結腸に浮腫性粘膜を背景として小潰瘍が多発していた。病理組織検査では粘膜に軽度のリンパ球や形質細胞の浸潤があり、介在する小静脈壁の肥厚と硝子化を認めた。鼻炎に対して5年前から山梔子を含有する清肺湯を内服しており、清肺湯によるIMPと診断した。【症例2】52歳女性。前医で便潜血検査陽性のためCSを施行され、上行結腸から横行結腸にかけてびまん性の浮腫性粘膜と小びらんを指摘されたため、精査目的で受診した。腹部CT検査では上行結腸周囲に帯状、棍棒状の石灰化を認め、CSでは上行結腸に発赤調の浮腫性粘膜と瘻痕を呈し非薄化した粘膜を認めた。横行結腸は粘膜全体が青銅色調であり非特異的なびらんが散在していた。病理組織検査では横行結腸を優位に粘膜固有層の小静脈壁の肥厚と硝子化を認めIMPと診断した。更年期障害で内服していた山梔子を含有した加味逍遙散と黄連解毒湯が原因薬剤であると考えた。【考察】IMPは一般的には予後良好な疾患であるが、一方で腸管切除術に至った重症例の報告もある。本疾患の右側結腸を主体とした特徴的な検査所見を認識し、服薬歴の確認が重要であると考える。

特発性腸間膜静脈硬化症, 山梔子

抗菌薬投与歴のない劇症型偽膜性腸炎で来院直後にCPAを来した一例

東邦大学 医療センター 大橋病院 消化器内科
渡辺早紀, 日原大輔, 堀江義政, 馬場隆成, 栗原昌孝, 岸 洋佑, 萩原麻希, 齊藤孝太, 吉田有輝, 富永健司, 大原関利章, 渡邊 学, 前谷 容

症例は89歳女性。【主訴】下痢、体動困難。【現病歴】約半年間便秘があり、症状増悪した際に下剤が処方された。その後、下痢を引き起こし数日後には腹痛の増悪と体動困難を認め救急要請された。来院時の腹部単純CTで上行結腸から直腸にかけて著明な腸管壁の浮腫性肥厚を認め、血液検査からは重症細菌感染症や循環不全、急性腎機能障害が示唆される結果であった。精査加療目的に即日入院となったが、来院後に収縮期血圧80台と低下を認め、3時間後にはCPAとなり死亡した。病理解剖の結果、*Clostridium difficile* (以下CD) 感染による偽膜性腸炎から敗血症性ショックを呈し、循環血漿量低下による致命的不整脈が引き起こされたと考えられた。抗菌薬については前医にも問い合わせたが、使用歴は確認されなかった。偽膜性腸炎はCD感染などによる臨床病態であり、99%が抗菌薬使用後に発生するとされている。今回の症例は発症に抗菌薬が関与しない偽膜性腸炎である non-antibiotic-associated pseudomembranous colitis (non-AAPMC) に分類されるが、報告された症例が少なく、特徴的な所見は未確定である。リスク因子としては抗腫瘍薬や抗ウイルス薬、経管栄養やH2ブロッカー、免疫不全、集中治療管理下、糖尿病などとされている。その他に便秘によっても正常な腸内の細菌叢が破壊され菌交代現象によってCDが増殖することで発症が惹起された報告もあり、今回の症例も慢性的な便秘が関与した可能性が考えられた。CD感染症の臨床病態は下痢を呈さず発熱のみのもや偽膜型、非偽膜型などと多様であり、早期の診断は困難な場合がある。国際的に確立された重症度分類はまだまだ存在しないが、米国のSHEA/ IDSAのガイドラインのみが重症例である劇症型の分類を示している。ショックやイレウス、中毒性巨大結腸症を来している症例に関しては劇症型に分類され、早期の手術が適応となる。劇症型かつnon-AAPMCである症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

劇症型偽膜性腸炎, *Clostridium difficile*

潰瘍性大腸炎として治療経過中、家族性地中海熱の診断に至った一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
佐藤吉美, 三浦孝也, 小島 柊, 佐々木吾也, 今井由里加, 松本善太, 森野美奈, 鳥嶋ひとみ, 小糸雄大, 高橋裕子, 坪井瑠美子, 石井剛弘, 吉川修平, 関根匡成, 上原健志, 松本吏弘, 浅野岳晴, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

【症例】33歳、男性【主訴】腹痛【現病歴】10年前程に下痢・血便のため潰瘍性大腸炎と診断され、pH依存性メサラジン開始したが症状改善で内服中止していた。20XX年9月頃より上腹部痛・下痢・24時間以上持続する発熱を自覚し、10月に近医へ入院。腹部超音波検査や造影CT検査施行され潰瘍性大腸炎増悪の診断でpH依存性メサラジン、PSL5mg内服開始した。しかし症状持続し、経口摂取困難のため11月末に前医を受診、TCS施行された。非典型的ではあるが潰瘍性大腸炎と診断され、時間依存性メサラジンに内服変更した。しかし翌日にこれまでにない程の急激な上腹部痛が出現し、当院へ救急搬送となった。【既往歴】潰瘍性大腸炎の疑い【臨床経過】心窩部を最強点とし腹部全体に及ぶ強い自発痛・圧痛、1日に10回程度の下痢症状、10kgの体重減少の上から、当初は前医の診断を受け潰瘍性大腸炎を疑った。しかし入院前日の前医下部内視鏡所見と症状に乖離がある印象であり、当院でもTCSを再検した。軽度のびらんと発赤調粘膜を認めるのみの特異的な所見だった。その後腹痛は自然軽快し、血液検査上炎症反応も著明に改善した。以前から度々1-3日持続する発熱症状と、それに伴う非限局性の腹痛症状があり、今回入院時に炎症反応に加えアミロイD蛋白が高値であったこと、またそれが自然軽快したことから、臨床診断として家族性地中海熱を疑った。当院膠原病内科に相談し、MEFV遺伝子検査を提出の上、その後診断の目的にコルヒチンの内服を開始したところ、症状再燃なく経過し入院9日目に退院した。遺伝子検査は陰性であったが、外来でコルヒチンの内服継続し、再燃なく経過している。【考察】家族性地中海熱は、炎症経路の異常で発症する自己炎症性疾患である。MEFV遺伝子が疾患関連遺伝子とされるが、変異を認めない症例も多く、発症メカニズムは不明とされる。症状経過から炎症性腸疾患との鑑別を要するが、名称の通り我が国では報告数がそれほど多くなく診断に苦慮する側面がある。今回は臨床経過から診断に至り、また治療が奏功した一例として報告する。

家族性地中海熱, 炎症性腸疾患

17 Dieulafoy潰瘍を合併した寛解期潰瘍性大腸炎の一例

帝京大学 医学部附属 溝口病院 消化器内科
岡本寛治, 綱島弘道, 阿久津朋宏, 苗村佑太, 斎藤 剛, 菊山智博,
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男性。20XX年潰瘍性大腸炎(UC)を発症し、その後の治療により寛解期となり当科外来でフォローアップされていた。既往に狭心症(PCI後)、心房細動があり、抗凝固剤を内服していた。20XX年3月、2日前よりの血便、下痢、ふらつきを認めためたため当科外来受診、Hb10.5g/dlから5.8g/dlと低下を認め緊急入院となった。赤血球濃厚液輸血を行い、バイタルサインの安定をはかりながら、即日、下部消化管内視鏡検査を行った。結腸全域を観察において、粘膜の血管透見の低下や粘膜粗造などUCの増悪を疑う所見は認めなかったが、上行結腸、肝彎曲部に新鮮血の貯留を認め、水洗したところ露出血管からの噴出性出血を認めた。露出血管の周辺には潰瘍性病変は認められなかった。出血部位に対してクリッピングにより止血を行った。翌日の採血でHb7.5g/dlと上昇を認め、その後貧血の進行を認めなかったため退院となった。潰瘍性大腸炎やクローンなどの炎症性腸疾患は、現病の増悪により下痢や血便を引き起こすことが知られている。今回、血便、下痢にて来院し潰瘍性大腸炎の急性増悪を考え下部消化管内視鏡検査を行ったが、出血源は急性増悪によるものではなく、Dieulafoy潰瘍であった。Dieulafoy潰瘍は、一般に胃体上部に多く、大腸にDieulafoy潰瘍をきたす事は極めて稀である。検索した限りでも潰瘍性大腸炎にDieulafoy潰瘍を合併した報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

Dieulafoy潰瘍, 潰瘍性大腸炎

18 大腸憩室炎を繰り返した患者が潰瘍性大腸炎を発症した1例

三井記念病院 消化器内科
古要優樹, 阿部敏明, 中原健徳, 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,
加藤 順, 戸田信夫

【症例】S状結腸憩室炎の既往が複数回ある79歳女性。発熱と血便を主訴に受診した。下部消化管内視鏡検査にて直腸以遠の全結腸にびまん性にびらんを伴う浮腫性・粗造な粘膜を認めた。直腸はほぼ正常粘膜であった。病理学的、血清学的検査などではアメーバ腸炎・抗酸菌感染症・CMV腸炎は否定的であった。B型憩室関連大腸炎と判断し第5日よりプレドニゾロン30mg/日を開始した。プレドニゾロンの漸減を行い第38病日に軽快退院した。憩室関連大腸炎は憩室を伴う大腸の憩室間粘膜に見られる慢性炎症の総称である。多くは治療を必要としないが、本症例のようにステロイド療法を要する症例も認められる。【結論】大腸憩室炎から憩室関連大腸炎への進展の経過を内視鏡像と共に追うことができた稀な症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

大腸憩室炎, 憩室関連大腸炎

19 肋骨骨折を契機に全身の骨髄腫腫症と診断された直腸癌の1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 病理診断科³⁾
前澤麻利¹⁾, 浅川剛人¹⁾, 越後貫舜¹⁾, 徳永悠月¹⁾, 生坂 光¹⁾,
木村晶平¹⁾, 中村恵子¹⁾, 渡邊沙希¹⁾, 河上和輝¹⁾, 目時加奈恵¹⁾,
大友有紀子¹⁾, 金子明浩¹⁾, 深見裕一¹⁾, 池宮城秀和¹⁾, 吉野耕平¹⁾,
先田信哉¹⁾, 田 鐘寛²⁾, 熊谷二郎³⁾

骨髄腫腫症の原発巣は大半が胃癌であり、臨床症状としては腰痛や類白血病反応、播種性血管内凝固(DIC)を呈することが多い。今回我々は肋骨骨折を契機に、直腸癌を原発とする全身の骨髄腫腫症と診断された1例を経験した。症例は70歳代の男性。左側胸部痛と体動困難を主訴に救急搬送され、Hb 7.5g/dlの貧血と肋骨骨折を認め当科入院となった。下部消化管内視鏡検査では全周性の直腸癌を認め、易出血性であったことから貧血の原因と考えられた。造影CTでは直腸傍リンパ節転移が指摘された。明らかな内臓転移はなく、根治手術も視野に入れた上で術前のMRIを施行したところ、CTでは不明瞭であった骨盤内骨転移が疑われた。PET-CTを施行したところ、肝臓及び頭蓋骨・舌骨・全脊椎・上腕骨・肋骨・胸骨・骨盤骨・大腿骨等全身の骨にFDGの異常集積があり、肝転移・多発骨転移と診断された。その後本人が手術や抗腫瘍治療を希望されなかったため、緩和的加療の方針となり第65病日に死亡した。病理解剖ではDICや類白血病反応などの採血での異常を認めなかったものの、骨髄への癌浸潤が認められ、骨髄腫腫症と診断された。大腸癌の骨髄腫腫症は非常に稀とされているが、明らかな他臓器転移を認めなくても骨髄腫腫症を単独で認める報告も存在する。そのために骨髄腫腫症の発見が遅れ、DICなどの重篤な病態を呈し急激な転機をたどることも多い。本症例では骨髄腫腫症に典型的な臨床症状である腰痛やDICを認めなかったが、骨折を契機に骨髄腫腫症が明らかとなった希少な症例と考えられるため報告する。

大腸癌, 骨髄腫腫症

20 繰り返すS状結腸捻転症に対し経肛門のイレウス管留置が奏功した1例

東京女子医科大学附属足立医療センター 内科
小林史怜, 松尾俊哉, 細田麻奈, 岡部ゆう子, 木村綾子,
佐藤浩一郎, 大野秀樹

【症例】74歳女性【主訴】腹痛【現病歴】以前よりS状結腸軸捻転症を繰り返し複数回の入院歴があった。今回は受診前日より腹痛が出現し、当日になり排便が停止し腹痛が増悪したため救急受診した。【既往歴】脳出血、腹部手術歴なし【臨床経過】腹部単純X線写真ではcoffee bean signを認めS状結腸軸捻転症と診断した。緊急大腸内視鏡検査を施行しS状結腸に管腔の狭窄所見を認め、頻回の吸引とスコープ操作により捻転を解除した。第2病日に腹痛が増悪し、腹部単純X線写真ではcoffee bean signを認め再発と診断し、再度内視鏡的整復術により解除した。しかし、第3病日に再発が認められたため、透視下で内視鏡的整復術後に捻転再発防止および口側腸管の減圧目的に経肛門のイレウス管を留置した。その後多量の排便と排ガスを認め症状は改善した。絶食を継続し、第6病日に腹部単純X線写真での腸管ガス像が著明に減少していたためイレウス管を抜去した。第10病日に施行した全大腸内視鏡検査ではS状結腸に狭窄所見はなく、第15病日に軽快退院した。【考察】S状結腸軸捻転症は腸管壊死や穿孔所見が認められない場合にはまず内視鏡的整復を試みるが、治療後の再発率が高いことが知られる。今回再発を繰り返す症例において内視鏡的整復術後に経肛門的イレウス管を留置することで良好な治療効果が得られた。十分な管腔径を有するイレウス管が排液や排ガスを促し、腸管のトーンが低下した腸管の可動性を制限することで再捻転の防止に効果があったと考えられる。S状結腸軸捻転難治症例に対し、内視鏡的整復後の再発防止として経肛門的イレウス管を一時的に留置することは有用であると考えられる。

S状結腸軸捻転症, 経肛門的イレウス管

国立国際医療研究センター病院 消化器内科
鈴江航大, 山本夏代, 大島 開, 蒲生彩香, 坂井有里枝, 星野圭亮, 松本千慶, 篠原進太郎, 龍野奈央子, 増田恵利香, 柳井優香, 大武優希, 久田裕也, 赤澤直樹, 横井千寿, 小島康志, 田中康雄, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例】66歳男性【主訴】発熱、体動困難、意識障害【現病歴】4日前からの体調不良、発熱にて救急搬送された。来院時、E4V4M5の意識障害と39.0℃の発熱を認めた。血液検査でWBC 27510/μL、CRP 30.85mg/dLと上昇しており、腹部CTで肝S7に8cm大の腫瘍性病変を認め、肝膿瘍の診断で入院となった。【臨床経過】入院直後よりショックを来し、カテコラミンを開始。第2病日に経皮経肝膿瘍ドレナージを施行。血液培養および穿刺液よりストリングテスト陽性のKlebsiella pneumoniaeが検出された。同時に両側下腿の腫脹を認め、左外側広筋、右ヒラメ筋、右下腿皮下の膿瘍と診断し、第5病日に両側下腿の穿刺ドレナージを行った。また、CTで無症候の前立腺膿瘍を併発しており、保存加療とした。その後も意識障害が遷延し、第6病日に頭部MRIで多発膿瘍を認め脳膿瘍の診断となった。抗菌薬を継続していたが、第16病日に突然視力低下を認め、内因性眼内炎の併発が判明し、抗菌薬の硝子体注射を行った。抗菌薬の長期投与により意識障害が改善し、視力も回復した。第25病日に下腿膿瘍ドレナージを抜去、第47病日に経皮的肝膿瘍ドレナージカテーテルを抜去した。第52病日にリハビリテーション目的に転院となった。【考察】侵襲性Klebsiella pneumoniaeは全身性多発血行性感染を来す難治性の疾患であり、肝膿瘍を契機に発見されることが多く、消化器内科医が遭遇することが多い疾患である。感染巣の全身検索、早期の抗菌薬治療やドレナージが重要である。

侵襲性Klebsiella pneumoniae, 肝膿瘍

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
利井辰光¹⁾, 金沢憲由¹⁾, 上野航大¹⁾, 林 映道¹⁾, 佐伯優美¹⁾, 枇杷田裕佑¹⁾, 佐野 誠¹⁾, 荒木健一¹⁾, 稲垣淳太¹⁾, 春日範樹¹⁾, 高柳卓矢¹⁾, 内山詩織¹⁾, 関野雄典¹⁾, 永瀬 壘¹⁾, 成本壮一²⁾, 岡崎靖史²⁾, 長谷川直樹³⁾, 角田幸雄³⁾

【緒言】B型、C型肝炎に対する抗ウイルス療法の進歩により肝癌の発症数は減少傾向にあるが、一方で非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) からの肝細胞癌発症が増加傾向である。われわれは、線維化の乏しいNAFLDに発症した66mm大のHCC症例を経験したため、若干の文献的検索を加えて報告する。【症例】62歳男性、近医で高血圧、糖尿病、高脂血症、及び脂肪肝で通院していた。年1回、腹部エコー検査(AUS)を受けていたが、20XX年〇月のAUSにて肝右葉に66mm大の腫瘍を認めたため当院紹介受診となった。なお、USでの肝硬度はVs値1.28m/sでF0相当であった。BMI25.9と肥満があり、血液検査所見ではPLT21.9万/μL、ALB4.8g/dL、ALT60U/L、HbA1C8.6、PT110%、AFP5.2ng/mL、PIVKA-2 7700mAU/mL、ヒアルロン酸46.4ng/mL、HBs抗原(-)、HCV抗体(-)であり、軽度の肝機能障害はあるが線維化徴候に乏しかった。造影CT、造影MRI検査では肝S8に内部に脂肪濃度を伴い造影で早期濃染とwash outを示す66mm大のHCCを示唆する所見であった。また背景肝には高度の脂肪肝を認めた。ICGGR1516.2%であり明らかな門脈や肝静脈への浸潤を認めず、肝中央2区域切除を施行した。病理検査結果では結節型の中分化型肝細胞癌であり、背景肝は線維化の乏しい高度の脂肪肝であった。【考察】NAFLDにおいては線維化が進行して肝硬変に至るとHCC発症リスクが高くなるが、NAFLD/NASH診療ガイドラインでは線維化が軽度の群では2年に1回の検査フォローが示されている。本症例では各種検査で線維化徴候に乏しいが、FIB-4 Indexは1.68と軽度上昇していた。また糖尿病ではHCC発症リスクが高く、NAFLDで線維化が明瞭でない場合でもFIB-4 Indexなどの評価、糖尿病合併があるかにより個別のHCCサーベイランス方法の検討が考慮されるべきと考えられた。

NAFLD, 肝細胞癌

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

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

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患, 薬物性肝障害

帝京大学 医学部 内科学講座
徳富 遥, 松本康佑, 駒崎伸伍, 本田 卓, 柳澤大輔, 丸山喬平, 青柳 仁, 磯野朱里, 三浦 亮, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 小田高貞也, 淺岡良成, 山本貴嗣, 田中 篤

症例は生来健康な22歳女性。発熱と頭痛を主訴に当院の救急外来を受診。インフルエンザ抗原検査にてインフルエンザAの診断となりラニナミブルオクタン酸エステル水和物40mgを1回吸入後、解熱剤処方後帰宅となった。帰宅後から嘔気、過呼吸、体動困難が出現したため救急要請し当院へ救急搬送となった。明らかな意識障害はないものの、血液検査でPT%14.7%と肝予備能の低下と総ビリルビン5.76mg/dL、直接ビリルビン3.60mg/dL、AST 24143 U/L、ALT 9965 U/L、LDH 13277 U/L、ALP 160 U/L、γ-GTP 294 U/Lと著明な肝障害を認め、またBUN 32.2 mg/dl、Cre 3.98 mg/dlと腎障害も伴っていたため、急性肝・腎不全の疑いで同日に緊急入院となった。腹部単純CTでは肝腫大と脂肪肝を認めた。原因検索とともに、入院当日に血漿交換と血液濾過透析を行った。第2病日に肝酵素はピークアウトし、PT%も改善傾向にあった。その後肝機能は経時的に改善した。腎障害は遷延したが、血液濾過透析を計2回施行し第7病日に離脱した。第18病日の血液検査で総ビリルビン1.10 mg/dL、AST 41 U/L、ALT 49 U/L、LDH 137U/L、BUN 16.6 mg/dl、Cre 1.10 mg/dlと肝腎機能共に改善を認め、全身状態良好となったため第19病日に退院となった。急性肝不全の主な原因にはウイルス性、薬剤性、自己免疫性などがあるが原因不明のものも多くを占める。今回の症例では入院中の血液検査で有意な原因は認めず、また発症前の飲酒歴を認めるものの常習飲酒歴はなく、大酒家とも言えないことからアルコールのみでの発症とは考えにくいと判断し、主たる原因はインフルエンザウイルス感染と考えた。腎不全の原因に関しては、腎前性や腎後性、腎炎は否定的であり、肝不全やインフルエンザウイルス感染に伴うものと診断した。インフルエンザウイルスによる肝障害の本邦報告例は少なく、稀な病態であると考えられるため、今回文献的な考察もふまえて報告をする。

肝不全, インフルエンザ

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科

大塚 英, 永井康貴, 村上脩斗, 西田晨也, 川村允力, 田邊浩紹, 土塚一景, 鹿野高健二, 土肥弘義, 廣石和正, 國分茂博, 今城健人

症例は60代の男性。アルコール性肝硬変で他院入院中、多量の右側肝性胸水認め胸膜癒着術施行された。その際の胸水の性状は乳糜状であったとのこと。その後胸水は減少したものの顕著な乳糜腹水を来し、2回/週の腹水排液が必要な状態であった。乳糜腹水に対するリンパ管造影目的に当科紹介となった。入院時の身体所見では、BMI 16.6と低いという及びサルコペニア認めていた。血液検査所見では、Plt 23.1×10⁴/μl, T-bil 0.97mg/dl, ChE 155 U/l, AST 43 U/l, ALT 11 U/l, IV型コラーゲン7S 12.0 ng/mlであり、Child 9点のBかつALBI score -1.32のgrade 3と肝機能低下を認めた。画像検査上、著明な肝萎縮及び著明な腹水を認め、腹水穿刺による排液は肉眼的に白色調、性状は漏出性ではあるものの中性脂肪が87 mg/dlと高値であり、顕著な乳糜腹水であった。リンパ液の漏出部位確認のため、鼠径部から造影剤+リビオドールを用いたリンパ管造影を施行した。リビオドールは右胸腔から腹腔へ漏出していることが確認された(リビオドール総量 8.5 ml)。帰室時に呼吸苦あり、CTにて両肺に軽度のすりガラス陰影認めたが、酸素投与により酸素化は保たれていた。しかしながら翌日になり、意識障害及び痙攣認めため頭部CT及びMRI施行したところ、脳内にリビオドール沈着及び急性の脳梗塞の所見を認めた。脳梗塞に準じた治療及び抗痙攣薬投与を行い、術後4日目に意識回復し、術後5日目に脳内のリビオドールwashout確認された。腹水穿刺は1回/2週と回数が減り、腹水も肉眼的には淡黄色であり、腹水中の中性脂肪が13 mg/dlとリンパ管造影前相比し顕著に改善していた。しかしながら、意識状態改善後もサルコペニア進行し、リハビリを行うも歩行困難であり、術後148日に長期療養型病院に転院となった。以上のように、通常安全と考えられていたリンパ管造影後に脳内にリビオドール沈着及び脳梗塞を発症した症例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

乳糜腹水, リンパ管造影

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学

田村優樹, 山崎勇一, 清水創一郎, 村上立真, 金山雄樹, 戸島洋貴, 佐藤 賢, 浦岡俊夫

【症例】70歳台【主訴】腹部膨満感【既往歴】60歳台で左腎細胞癌。70歳台で直腸癌。【現病歴】20XX-2年に腎細胞癌の治療中に肝転移を伴う直腸癌を認め、腹腔鏡下高位前方切除術を施行した。術後FOLFOX+Bmab療法を12コース、sLV5FU2+Bmabを30コース、FOLFIRI+RAMを5コース施行した後、腹部膨満感が出現した。造影CTにて大量腹水を認めたため20XX年に当院入院となった。【経過】入院時、著明な腹水と下浮腫を認めた。血液検査では血小板減少(14.4万/μL)、低アルブミン血症(2.7g/dL)を認めたが、PT活性、T-Bilは正常範囲であった。造影CTでは明らかな肝硬変は認めず、門脈血拴、著明な脾腫や側副血行路の発達も指摘できなかった。腹水穿刺にて腹水は漏出性で細胞診も陰性であった。以上より、オキサリプラチンによる類洞閉塞症候群(SOS)を原因とした門脈圧亢進症による腹水貯留が疑われた。投与中のエサキセロンに加え、アルブミン製剤、フロセミド40mg、トルパブタン7.5mgを投与したが改善せず、腹水濾過濃縮再静注法(CART)の方針とした。初回、14日目、42日目にCART施行後、75日目に4回目のCARTを予定したが、大量腹水は軽快し中止とした。以降、現在まで内服治療のみでコントロールが得られている。【考察】オキサリプラチンによるSOSは非可逆的経過をたどることがあり、肝硬変がなくとも投与終了数年後に門脈圧亢進症を認めた症例が報告されている。本症例もオキサリプラチン投与終了後1年以上経過して大量腹水を認め、その他明らかな原因を認めなかったことから、オキサリプラチンが主因のSOSに矛盾しない経過と判断した。今回、複数回のCARTにより腹水コントロールが得られたSOSの1例を経験した。本疾患に対する治療法は休業と対症療法のみで有効な治療法がない現状において、新たな治療選択肢となりうる症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

類洞閉塞症候群, 腹水濾過濃縮再静注法

国立大学法人筑波大学附属病院 消化器内科

阿部 涼, 山本祥之, 重田早紀子, 八田幸及, 堀籠祐一, 城山真美子, 福田智史, 福田社馬, 小野田翼, 小林真理子, 山田武史, 長谷川直之, 森脇俊和, 松岡亮太, 鈴木英雄, 土屋輝一郎

【症例】75歳男性。X-4年5月に心機能評価目的に実施した冠動脈CTで肝S6に12cm大の肝細胞癌(HCC)を認め、当院へ紹介。背景肝は非肝硬変で、B型肝炎ウイルス既感染パターンであった。10月に肝動脈化学塞栓療法、11月に拡大後区域切除術が施行された。X-1年1月に、肝S2にHCCの再発を認め、2月に肝S2部分切除術が施行された。X年6月のCTでは多発HCC再発に加え、心臓右室内に動脈相で早期濃染される長径5cmの腫瘍性病変、多発肺転移を認めた。さらに短期フォローCTで縦隔リンパ節転移の新出を認めた。短期間に肺転移、縦隔リンパ節転移を来しており、血管内腫などの原発性心臓腫瘍による肺転移、縦隔リンパ節転移の可能性も考慮した。経カテーテル的心臓腫瘍生検ではHCCであり、HCCの心臓転移、肺転移、縦隔リンパ節転移と診断とした。以上より心臓転移を含む肝外病変を伴ったHCC再発と臨床診断した。心エコー、心カテーテル検査で心機能と右室流出路は保たれており緊急の局所治療は不要と判断し、10月よりアテゾズマブ+ベバシマブ療法を開始した。腫瘍マーカーは経時的に低下傾向となり、3コース施行後のCTでは心臓腫瘍を含めた病変に著変なく病勢安定と評価した。心機能低下を含めた明らかな有害事象はなく経過しており、現在も治療継続中である。【考察】心臓転移をきたす悪性腫瘍は、肺癌、乳癌、血液悪性疾患などが多い。HCCの心臓転移は稀で、頻度は全HCCの6%以下と報告される。しかし、その殆どは下大静脈から右心房への腫瘍栓の直接進展によって生じるため、本症例のように腫瘍栓を伴わない右心室転移は極めて稀である。HCCの心臓転移に対する治療は、局所治療として外科的切除、放射線療法、全身治療として化学療法、分子標的治療の報告があるが、標準治療は確立されていない。近年、肝外病変を有するHCCへの免疫チェックポイント阻害薬+血管新生阻害薬の優れた病勢制御率や延命効果が示されているが、予後不良な心臓転移症例への効果に関する報告は乏しい。今回、心臓転移をきたした肝細胞癌の一例を経験したためで文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 心臓転移

さいたま赤十字病院 肝胆膵内科

今井秀人, 大島 忠, 黒崎宏貴, 丸田 亨, 田村 玲

胆嚢摘出術後の合併症として胆管周囲の仮性動脈瘤が形成されることがあり、治療として経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)を施行することがある。塞栓術後の偶発症として、コイルの消化管等への逸脱の報告がある。今回、後降十二指腸動脈の出血性仮性動脈瘤に対するTAE後に総胆管内にコイルが露出し閉塞性胆管炎を来した希な一例を経験したため報告する。症例は80代男性で、X-3年12月に胆石性胆嚢炎で胆嚢摘出術を施行した。胆嚢頸部の出血を焼灼止血した際に胆管損傷を起こした。術後24日に退院したが、翌日に黒色便とふらつきで再入院となった。CTにて後降十二指腸動脈瘤からの出血が原因と診断し、コイル塞栓を施行した。TAE後の経過は良好で、退院し外来フォローされていたが、X年7月に黄疸が出現したため精査加療目的に当院に紹介受診となった。血液検査では直接型優位のビリルビン上昇と炎症反応の上昇を認めた。CTでは肝内胆管の拡張、胆管壁の肥厚を認め、閉塞性胆管炎と診断した。総胆管近傍にコイルを認めたが金属アーチファクトのためコイルの詳細な位置は不明確であった。胆管ドレナージ目的で内視鏡的逆行性胆管造影(ERCP)を行ったところ3管合流部直下から降上縁にかけて胆管の狭窄を認めた。胆管腔内超音波検査(IDUS)を施行したところ、胆管壁外の血管内腔もしくは近傍を先端とするコイルが、狭窄肥厚した胆管壁を貫き胆管内腔に露出し、その先端部分が結石を形成しているのが観察された。血管との連続が疑われたため、コイルは抜去せずにバルーンで愛護的にコイル先端の結石のみ除去した。ドレナージとしてプラスチックステントを留置した。胆管炎は改善し経過は良好で退院となった。胆汁細胞診を2回施行したが悪性所見は認めなかった。5ヶ月後のERCPでは、総胆管の狭窄は改善し、ステントを抜去し現在経過観察中である。コイルの総胆管内逸脱による閉塞性黄疸を経験した。報告は稀でありステント留置による保存加療が行えた一例を経験した。

動脈塞栓術, 閉塞性黄疸

平塚市民病院 消化器内科¹⁾、
横浜市立大学附属病院 消化器内科²⁾、
滝本恒行¹⁾、岩瀬麻衣¹⁾、後藤 行¹⁾、奥富雅俊¹⁾、松本彰太¹⁾、
鶴田絢子¹⁾、飯塚 武¹⁾、藤野洋平¹⁾、富田尚貴¹⁾、立川 準¹⁾、
谷口礼央¹⁾、武内悠里子¹⁾、細野邦広²⁾、斯波忠彦²⁾、厚川和裕¹⁾

【背景】総胆管結石症例のうち、巨大結石や積み上げ結石などの治療困難例に対する治療において、以前より経口胆道鏡下の電気水圧衝撃波砕石(electrohydraulic lithotripsy; EHL)が行われている。また、2015年にSpyGlass DSが発売され、その有用性が多数報告されている。今回当院で積み上げ型総胆管結石に対し、エキスパートの指導のもとSpyGlass DS仕様下でEHLを行ったため報告する。【症例】81歳女性【主訴】体動困難【既往歴】2型糖尿病、高血圧、脂質異常症、胆嚢摘出後【現病歴】20XX年7月24日に転倒後の胎動困難のために救急搬送された。搬送時に発熱や腹部症状は認め無かったが、血液検査で肝機能障害及び炎症反応上昇と、CT上総胆管結石を認め同日加療目的に入院となった。【経過】入院後より抗菌薬投与による保存加療を行い、肝機能障害及び炎症反応は改善を認めた。第16病日にERCPを行い、総胆管結石の採石を試みたが、総胆管内に2cm大の結石を多数認め、EST及びEPLBDを施行したのち一部の結石は除去できた。完全に採石できず総胆管にプラスチックステントを留置し終了とした。後日待機的に採石を行う方針とし一旦退院となった。同年12月1日に再入院の上SpyGlass DS及びEHLを用いて残存結石を全て採石し得た。終了時に胆管炎予防目的にENBDを留置した。軽度の膵酵素の上昇を認めたが、保存過量で軽快し、術後5日目に退院した。【考察】経口胆道鏡下EHLの結石完全除去率は比較的高い一方、偶発症として胆道出血や胆管炎をきたしうる。本症例はエキスパートの指導のもと重篤な合併症なく総胆管結石を完全に除去し得た。【結語】治療困難な総胆管結石の治療に対し、SpyGlass DS使用下のEHLは比較的安全で有用な治療法と考える。

積み上げ型結石，経口胆道鏡

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科
中村初香、行徳芳則、前田紘希、三代 賢、榊原和真、相馬佑樹、
草野祐実、玉野正也

【症例】71歳男性【現病歴】肺小細胞癌、骨転移の診断で呼吸器内科に通院中であった。初回化学療法として、nab-パクリタキセル/カルボプラチン/ペムプロリズマブの投与を開始し、2か月後に肝機能障害を認め、消化器内科へ紹介となった。血液検査では、肝胆道系酵素の上昇とB型肝炎の既往感染を認めた。超音波検査では、門脈、胆管に沿って層状に高エコー帯を認め、肝内胆管はびまん性に拡張を認めた。CTで肝内胆管は拡張し、明らかな閉塞起点は認めなかった。MRCPでは、両葉の肝内胆管が数珠状に狭窄および拡張していた。超音波内視鏡下穿刺吸引法による肝生検を行い、病理学的には門脈域にリンパ球主体の炎症性細胞浸潤を認め、肝細胞内にリポフスチンとみられる微細黄色顆粒を認めた。以上から、ペムプロリズマブによる薬剤性硬化性胆管炎と診断した。ペムプロリズマブを休薬し、プレドニゾロンを投与し、肝胆道系酵素は改善した。休薬6か月後に再び肝胆道系酵素、炎症所見の上昇を認めた。CTで肝内胆管の拡張は増悪し、化膿性胆管炎と判断し、抗生剤の投与を行うも改善せず、薬剤性硬化性胆管炎の再燃と考え、プレドニゾロンの再投与を行い改善を認めた。1か月後に炎症所見の再上昇を認め、CTでは肝被膜下に膿瘍形成を認めた。抗生剤投与を開始するも改善しなく、敗血症性ショックで死亡退院となった。【考察】免疫チェックポイント阻害薬による硬化性胆管炎の頻度は多くはないが、プレドニゾロン抵抗例が多く、難治性である。さらに、本症例では、免疫チェックポイント阻害薬を中止6か月後に再燃を認めており、薬剤投与中止後も長期間の経過観察が必要であることが示唆された。今後、免疫チェックポイント阻害薬の使用症例の増加とともに多岐にわたる有害事象のマネジメントが必要であり、複数の診療科と早期に連携を取りつつ、診療を進めていくことが重要である。【結語】ペムプロリズマブによる硬化性胆管炎を契機に肝被膜下膿瘍を呈した一例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

硬化性胆管炎，免疫チェックポイント阻害薬

埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科
佐藤 遼、谷坂優樹、地主龍平、杉本 啓、申 貴広、塩味里恵、
藤田 曜、水出雅文、良沢昭銘

【背景】Texture and color enhancement imaging (TXI)は粘膜表面の構造、色調、明るさの3要素を最適化する画像技術であり、WLIでは視認困難な色調や構造変化が強調されることが報告されている。今回、我々はTXIを用いた経口胆道鏡(peroral cholangioscopy; POPS)及び経口膵管鏡(peroral pancreatoscopy; POPS)を経験し、その有用性を報告する。【症例1】68歳男性。閉塞性黄疸で当院に紹介となった。腹部造影CTで肝門部胆管に不整な狭窄を認め、肝門部胆管瘤が疑われた。ERCPの胆管造影では、造影CT所見同様に肝門部胆管の狭窄像を認め、また遠位胆管には小隆起性病変を認めた。POCSでは肝門部胆管に不整な粘膜を伴う胆管狭窄を主病変として、遠位胆管には小隆起性病変がskip lesionとして認識された。TXIではWLIと比較して病変の構造変化が明瞭に観察され、red dichromatic imaging (RDI) mode 3では胆汁が消失し腫瘍血管が明瞭に観察された。主病変及びskip lesionからの生検による組織診断はいずれも腺癌であった。【症例2】66歳男性。主膵管型IPMNが疑われ当院に紹介となった。腹部造影CTでは主膵管拡張と主膵管内に壁に結節が疑われた。乳頭部の内視鏡所見では、膵管開口部の拡張と粘液の流出が見られた。ERCPによる膵管造影では主膵管拡張と主膵管内に結節を疑う造影欠損を認めた。POPSでは、WLIで膵頭部主膵管内に絨毛状の隆起性病変を認めた。TXIを用いた病変の構造変化が強調され、特に正常粘膜との境界を容易に認識することができ、範囲診断に有用であった。絨毛状隆起性病変の生検による組織診断は低異型度のIPMNであった。【考察】POCS及びPOPSにおいて、WLIに加えてTXIを併用することで病変の表面構造及び正常粘膜との境界を明瞭に認識することができた。TXIは胆膵内視鏡領域においても有用と考えられ、今後更なる症例の蓄積が期待される。

経口膵胆道鏡検査，texture and color enhancement imaging

大森赤十字病院 消化器内科
今長大輝、坂井音々、西口貴則、小林幹生、岡田直也、須藤拓馬、
有本 純、新倉利啓、桑原洋紀、中岡宙子、千葉幸幸、井田智則、
後藤 亨

【症例】37歳、男性【主訴】発熱、心窩部痛、背部痛【既往歴】虫垂炎術後、下肢静脈瘤【生活歴】喫煙歴：15本/日17年間、飲酒歴：缶チューハイ1000~1500ml/日(純アルコール量：56~84g/日)【家族歴】特記事項なし【現病歴/経過】200X年4月に徐々に増悪する発熱、心窩部痛、背部痛が出現し当院を受診した。腹部理学所見では心窩部圧痛を認め、血液検査ではアミラーゼ高値(493 IU/L)を認めた。腹部単純CT検査では、膵腫大、膵周囲一腎下極に遠に及ぶ液体貯留を認めたため、重症急性膵炎と診断した。第3病日に意識レベル低下と嘔吐をきたしたため、血液検査を再検したところ、著明な高血糖(Glu 547 mg/dL)を認めた。尿検査ではケトン体陽性であり、動脈血液ガス分析では代謝性アシドーシス(pH 7.070, pCO₂ 28.2, HCO₃ 8.1, Lac 2.5)を認めた。糖尿病性ケトアシドーシスとして、補液療法に加えてインスリン持続投与を開始した。同日に腹部造影CT検査を施行したが、膵壊死所見は乏しく、炎症所見は改善傾向であった。その後の血糖コントロールは良好であり、腹部症状も軽快したため、第12病日に自宅退院とした。空腹時血清Cペプチドは低値であり、抗GAD抗体は陽性であったことより1型糖尿病としてインスリン自己注射を継続している。本症例では入院経過中に糖尿病性ケトアシドーシスを発症したと考えられた。糖尿病発症1週間以内でケトアシドーシスに陥った点、初診時HbA_{1c}が正常(5.49%)であった点、空腹時血清Cペプチド低値であった点を考慮すると劇症1型糖尿病と考えられた。同疾患は心窩部痛や嘔吐などの消化器症状が先行する場合があり、早急な脱水補正やインスリン持続投与が必須であるため、日常診療において鑑別疾患として常に念頭に置いておくべき疾患の一つである。急性膵炎との関連性について、自験例を含めた文献的考察を加えて報告する。【結語】急性膵炎が先行し糖尿病性ケトアシドーシスをきたした劇症1型糖尿病の一例を経験した。

劇症1型糖尿病，急性膵炎

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

【背景】

IgG4関連自己免疫性膵炎 (auto immune pancreatitis:AIP) は膵炎の亜型として近年注目されている疾患である。今回、膵管狭窄と膵管癒合不全の合併により膵炎を反復し、経副乳頭の膵管ステント留置が奏功した一例を経験した。

【症例】

56歳男性。X年2月より食思不振が出現し、前医MRIで膵尾部腫大、膵尾部嚢胞、膵管癒合不全を認めた。X年5月に膵炎を発症し前医で入院治療を行った。X年6月に膵炎再燃と膵尾部嚢胞の増大があり、当院転院となった。精査の結果AIPの診断となり、PSL45mg/日の内服を開始し外来で漸減していったが、経過中に膵炎再燃を来し7月に再入院した。CTで膵尾部嚢胞の増大を認めたが、膵外のIgG4関連病変は改善していたため膵炎再燃の原因は膵管癒合不全の影響を考えた。ERPを施行し膵尾部嚢胞に対するドレナージ、副乳頭切開及び5Fr. 3cm膵管プラスチックステント(PS)留置を行い軽快退院した。しかし退院5日後に膵炎が再燃し3度目の入院となり(X年8月)、CT grade2の重症急性膵炎として絶食、大量輸液を行い治療した。第9病日に発熱と腹痛が再燃しCT再検したところ、膵尾部嚢胞内に仮性動脈瘤を認めたため、緊急動脈塞栓術を施行した。第12病日ERPを再検し十分な膵管造影を行うと膵尾部嚢胞の近位側主膵管が一部狭窄していた。そこで狭窄を越えるように経(副)乳頭の経鼻膵管ドレナージ (ENPD) チューブを留置した。その後はPSL減量後も症状再燃なく、第38病日にENPDを5Fr. 15cm膵管PSに内壊し軽快退院した。膵管PS交換時にステント径を大きくして緩徐に狭窄部の拡張を図り、以降は膵炎の再燃を認めず現在膵管ステントフリーとして経過観察中である。

【考察】

AIPによる膵管狭窄化だけでなく、膵管癒合不全を合併した膵炎反復が膵尾部主膵管狭窄を惹き起こした可能性が考えられる。膵液流出障害と膵炎が循環し難治性再燃性膵炎を来したが、内視鏡的ドレナージで負のループを断ち切ることができた。AIPと膵管癒合不全を合併する例は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

自己免疫性膵炎、膵管癒合不全

東京労災病院 消化器内科
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60歳男性。202X年12月15日早朝から心窩部痛が出現し救急外来を受診した。血液検査で白血球増多、膵酵素、CRPの上昇を認め、飲酒歴があったことから急性アルコール性膵炎の診断で入院となった。CT検査では膵腫大を認め腎下極まで脂肪織濃度上昇が波及しており重症膵炎として補液、抗生剤、蛋白分解酵素阻害薬の治療を開始した。入院時は尿量が保てなかったため補液負荷を行った。経過中、胸水貯留、酸素需要が出現したがアルブミン製剤を併用し胸水は徐々に消失し呼吸状態も改善した。炎症は改善傾向にあったが、第5病日より意識障害が出現した。入院時より高カルシウム血症が持続しており、アルブミン補正しCa 16.5mg/dLまで上昇していたことから高カルシウム血症による意識障害と考え、利尿剤、エルカトニン筋注の投与を開始した。しかし、カルシウム値は改善せず、意識状態も改善しなかった。高カルシウム血症の原因検索で施行した血液検査でPTHint 396 pg/mLと高値であったことから副甲状腺機能亢進症と診断しエボカルセトの内服を開始した。その後、緩やかにカルシウム値は低下し、意識状態も改善した。超音波検査では甲状腺右葉下極の外側に単発の腫瘍を認め、副甲状腺腺腫による機能亢進症と考えられた。急性膵炎の稀な原因として、高カルシウム血症が報告されている。本症例は飲酒歴があるため主たる原因はアルコールと考えられたが、高カルシウム血症が関与した可能性も考えられた。また、急性膵炎にも関わらず高カルシウム血症を呈している場合には他疾患の合併を念頭にいった検査が必要である。

急性膵炎、原発性副甲状腺機能亢進症

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

【症例】51歳 女性【主訴】腹痛、体重減少【既往歴】慢性腎臓病(遺伝性もしくは腎硬化症疑い)、2型糖尿病、高血圧症、脂質異常症、脳動脈瘤、陈旧性脳梗塞。【現病歴】慢性腎臓病および2型糖尿病で当院かかりつけの方。2ヶ月間に8kgの体重減少と腹痛を主訴に外来受診された。CTで膵頭部腫大と多発リンパ節腫大を認め、精査加療目的に消化器内科入院となった。【入院時現症】意識清明、BT 36.4℃、BP 125/83mmHg、PR 113/min、SpO2 98%(room air)。腹部：平坦・軟、圧痛なし。【血液検査所見】AST 37U/L、ALT 43U/L、ALP 388U/L、γGTP 415U/L、T-Bil 1.4mg/dl、Cre 1.87mg/dl、P-AMY 166U/l、WBC 7900/μl、Hb 10.7g/dl、Plt 301000/μl、CEA 19.8ng/ml、CA19-9 50.9U/ml、span-1 36.0U/ml、DUPAN 2.160U/ml。【画像所見】単純CT：膵頭部腫大、内部の低濃度域と周囲脂肪織濃度上昇あり。肝内胆管から総胆管の拡張、膵内レベルでの胆管閉塞あり。肝門部・膵周囲・膵間膜内・腹部傍大動脈領域・両側総腸骨領域および鎖骨上窩に多発するリンパ節腫大あり。【経過】第1病日に上部消化管内視鏡検査施行し、十二指腸球部に他臓器癌浸潤を疑う隆起性病変とリンパ組織過形成の所見を認めた。生検施行し、trypsin陽性、BCL10陽性、神経内分泌マーカー陰性の腫瘍細胞を認め、Pancreatic acinar cell carcinomaと診断された。CTで胆管拡張および胆嚢腫大を認め、第4病日にERCP施行し、胆管ステント留置し、胆管拡張は改善傾向であった。頸部から骨盤部まで多発するリンパ節腫大を認め、悪性リンパ腫が鑑別に挙がったが、十二指腸球部の生検結果から膵腺房細胞癌の多発リンパ節転移と診断した。手術適応ではなく、腎機能低下の影響で化学療法も困難であることから、BSCの方針となった。【考察】膵腺房細胞癌は膵腫瘍の中で約1-2%と希少な癌であり、臨床的特徴も明らかとなっていない。本症例は実質臓器に明らかな転移は認めないものの、リンパ節転移が目立ち、悪性リンパ腫との鑑別を要した1例である。文献的考察を加え報告する。

膵腺房細胞癌、リンパ節転移

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科¹⁾、同中央病理診断部²⁾、碓氷七瀬¹⁾、水野 卓¹⁾、辻 翔平¹⁾、濱田大祐¹⁾、山羽晋平¹⁾、浅見真衣子¹⁾、齊藤陽一¹⁾、内田義人¹⁾、菅原通子¹⁾、中山伸朗¹⁾、今井幸紀¹⁾、金 玲²⁾、石澤圭介²⁾、山口 浩²⁾、持田 智¹⁾

【目的】健診、人間ドックの腹部超音波検査 (AUS) で膵嚢胞を指摘される症例が増加したが、膵癌の高危険群である膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary mucinous neoplasm: IPMN) を念頭に置いて、MRI/MRCPによって経過観察される場合が多い。しかし、我々はAUSで膵嚢胞と診断されたが、EUS-FNAによって充実性偽乳頭状腫瘍 (solid and pseudopapillary neoplasm: SPN) と診断された症例を経験したので報告する。【症例】40歳台の女。X-2年9月、AUSで膵頭部に径11mmの低エコー性腫瘍を指摘されたが、嚢胞性、充実性病変の鑑別は困難であった。MRI/MRCPでは膵頭下部に径3mmの嚢胞性病変が見られ、分枝型IPMNとして経過観察となった。X年4月、MRIでは膵頭部病変が径12mmと増大し、T1強調で低信号、T2強調画像で淡い高信号を呈し、拡散制限を認めた。造影CTでは同病変は描出されなかった。EUSでは同病変は境界明瞭で、辺縁整の類円形の低エコー性の充実性腫瘍として描出され、膵管狭窄は認められず、ソナゾイドでは周辺階とは同程度に造影された。22Gのフランチーン針でEUS-FNBを実施した。円形から類円形の核と空胞を有する小型腫瘍細胞が硝子様間質を伴って増殖しており、免疫染色ではβ-catenin核内陽性であったことから、膵SPNと診断された。【考察と結語】AUSでは膵病変の内部性状が十分に評価できず、嚢胞性と充実性の鑑別が困難である場合がしばしばある。その際は、頻度の高い膵嚢胞を念頭に置いて、MRI/MRCPが行われるが、病変の位置、大きさやAUSの所見と対比することが重要である。所見が一致しない場合は、MRI/MRCPでは描出されにくい神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor: NET)、SPNなどの充実性腫瘍も考慮して、造影CT、EUSを実施する必要がある。

MRCP、SPN

がん研有明病院 上部消化管内科¹⁾、
三重大学医学部附属病院 消化器内科²⁾、
がん研究会有明病院 臨床病理センター 病理部³⁾、
がん研究会がん研究所 病理部⁴⁾、
熊澤佑介¹⁾、池之山洋平^{1,2)}、高松 学^{3,4)}、並河 健¹⁾、吉水祥一¹⁾、
由雄敏之¹⁾、藤崎順子¹⁾

【背景】 Barrett 食道腺癌 (BEA) の治療方針は欧米と本邦で異なる。欧米は Long Segment Barrett's Esophagus (LSBE) 由来の腺癌 (LSBEA) が多く、範囲不明瞭であったり、異時多発をきたす症例が多いため、病変部の切除に加え、残存 Barrett 食道 (BE) に対する ablation が推奨されている。一方、本邦は Short Segment Barrett's Esophagus 由来の BEA が多数であるため、病変部のみの focal ESD が推奨されているが、LSBEA の治療戦略には一定の見解がない。今回、当院で LSBEA に対して2期的に全 BE を切除する stepwise endoscopic submucosal dissection (ESD) を施行した2例を報告する。【症例1】 62才、男性。LSBE (C6M7) 由来の BEA である。生検で腺癌の診断はついたが、範囲診断が困難であり、stepwise ESD を施行した。1回目は、生検で癌が検出された部分を含み、約半周程度の ESD を行った。術後病理診断は 0-IIc, adenocarcinoma, tub1, pT1a-DMM, Ly0, V0, pHMx, pVM0 であり、散在性に腫瘍が存在した。切除部位が扁平上皮化した後に、残存 BE に対して2回目の ESD を施行した。どちらも ESD 後にステロイド局注を行った。術後病理診断では、残存 BE に腺癌成分は含まれなかった。2回目の ESD 後、BE は全て扁平上皮化されており、狭窄もなかった。【症例2】 68才、女性。LSBE 由来 (C4M9) の BEA である。症例1同様、範囲診断困難であり、stepwise ESD を行った。1回目は、生検で癌が検出された部分を含み、後壁側を中心とした2/3周性の ESD を行った。術後病理診断は、0-IIc, adenocarcinoma, tub1, pT1a-SMM, Ly0, V0, pHMx, pVM0 であり、びまん性に腫瘍が存在した。切除後潰瘍が壞疽化した後に残存部の ESD を行った。術後病理診断は、0-IIb, adenocarcinoma, tub1, pT1a-SMM, Ly0, V0, pHM0, pVM0 であった。本症例は ESD 後のステロイド局注に加え、ステロイド内服も行った。2回目の ESD 後、BE はほぼ全て扁平上皮化されており、狭窄もなかった。【結語】 本邦では病変に対する focal ESD が主流であるが、本症例のように、LSBEA には範囲診断困難なものも存在する。今回行った stepwise ESD の治療効果を踏まえ、今後の BEA の治療戦略について検討する必要がある。

Barrett 食道腺癌, stepwise ESD

聖マリアンナ医科大学 医学部¹⁾、同 消化器内科²⁾、
遠山航史¹⁾、安田 宏²⁾、前畑忠輝²⁾、加藤正樹²⁾、清川博史²⁾、
佐藤義典²⁾、立石敬介²⁾

【症例】 70歳代女性。【主訴】 健診異常。【現病歴】 健診にて施行した上部内視鏡検査 (EGD) で異常を指摘され当院紹介となった。当院施行の EGD では穹窿部に樹枝状血管が透見され萎縮性胃炎を認め、体部には固着粘液があり、胃酸の pH は7であった。ヘリコバクターピロリ抗体は陰性であった。胃体部上部前壁に多発する (約50個以上) 表面平滑な山田2型のポリープを認め、生検の結果 Neuroendocrine tumor (NET) Grade 1 と診断された。また、背景胃粘膜に ECL 細胞増殖所見を認め、血中ガストリン値 8670pg/ml と高値であったことから自己免疫性胃炎を背景として発生した Rindi1 型と分類した。本人の希望から1年ごとの EGD による経過観察が選択され、約8年経過したが最大腫瘍径 < 10mm を維持し、現在も1年ごとのフォローアップを継続している。【考察】 胃 NET は Rindi 分類に基づき基礎疾患と高ガストリン血症の有無から3つの型に分類される。1型は萎縮性胃炎 (自己免疫性胃炎およびヘリコバクター・ピロリ胃炎) を基礎疾患とし高ガストリン血症を伴う。胃底腺領域に 10mm 以下で多発することが多く、転移の頻度は 2-5% であり、通常良好な経過を示す。治療の選択として内視鏡的切除の他に、高ガストリン血症は正目的に幽門洞切除も選択肢となりえるが、その選択は大きさや数が増加している場合など臨床的判断に委ねられ、明確な基準は存在しない現状である。今回我々は非常に長期の高ガストリン血症を伴う1型胃 NET の多発病変に対し、高期にわたり経過観察で良好な経過を得た1例を経験したので報告する。

自己免疫性胃炎, 胃 NET

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾、
日本医科大学多摩永山病院 消化器内科²⁾、
東田さくら¹⁾、嶋津由香¹⁾、品川悠人¹⁾、中込 峻¹⁾、中村 拳¹⁾、
阿川周平¹⁾、恩田 毅¹⁾、田邊智英¹⁾、植木信江¹⁾、渡邊嘉行¹⁾、
二神生爾¹⁾、山脇博士²⁾

【目的】 背景】 機能性ディスペプシア (FD) の治療に関しては、酸分泌抑制剤と消化管運動機能改善薬が診療ガイドラインに定められているが、強力な酸分泌抑制剤であるボノブラザンによる FD 患者に対する治療成績の報告は少ない。今回当施設で経験した FD 患者に対するボノブラザンとアコチアミドによる併用療法による治療成績を報告する。【方法】 Rome IV 基準に基づく FD 患者 22 名に対して、上部消化管内視鏡検査、腹部 CT 検査を施行して器質的疾患を除外し、ボノブラザン (10mg/day) とアコチアミド (300mg/day) を6か月間内服した。治療前後で消化器症状を GRSR および FD スコアにて評価した。また、治療前に十二指腸から生検を施行し、粘膜内の好酸球数を HE 染色にて評価した。【結果】 男女比は 5 : 17、平均年齢は 53.38 ± 3.98 歳 (28-78 歳) であった。ボノブラザンとアコチアミドの併用療法による治療前後で、症状スコアは心窩部痛 (0.82 ± 0.30)、心窩部灼熱感 (0.68 ± 0.34)、食後膨満感 (0.95 ± 0.24)、早期飽満感 (0.64 ± 0.21) に有意な改善を認めた (p < 0.05)。GRSR は酸逆流 (0.59 ± 0.31) 消化不良 (0.68 ± 0.30) において改善を認めた (p < 0.033, p < 0.028)。十二指腸粘膜の生検結果は治療前では 8.00 ± 1.56 と比較的高値であった。【結語】 FD 患者の中に好酸球性胃腸炎の診断基準を満たさない範囲の好酸球浸潤を認め、酸分泌抑制剤と消化管運動機能改善薬の併用療法に症状改善効果の可能性が示唆された。

機能性ディスペプシア, ボノブラザン

順天堂大学 医学部 消化器内科¹⁾、
同 大学院医学研究科 人体病理病態学²⁾、
岩野知世¹⁾、上山浩也¹⁾、山本桃子¹⁾、松下瑞季¹⁾、鈴木岳泰¹⁾、
内田涼太¹⁾、宇都宮尚典¹⁾、阿部大樹¹⁾、沖潮太郎¹⁾、鈴木信之¹⁾、
池田厚¹⁾、赤澤陽一¹⁾、竹田 努¹⁾、上田久美子¹⁾、北條麻理子¹⁾、
八尾隆史²⁾、伊佐山浩通¹⁾、池嶋健一¹⁾、永原章仁¹⁾

【症例】 50歳代、女性【主訴】 なし【現病歴】 前医で健診目的に上部消化管内視鏡検査 (EGD) が施行され、胃穹窿部に発赤調の隆起型病変を認め、精査加療目的に当院へ紹介受診。【経過】 当院の精査内視鏡では、穹窿部前壁の非萎縮粘膜に 8mm 大の強発赤調の隆起性病変を認め、ラズベリー様の腺窩上皮型腺癌との鑑別が必要な病変であった。病変の肛門側は上皮下腫瘍様のなだらかな隆起を認め、表面に樹枝状の拡張血管を認めた。NBI 拡大観察では regular MV and irregular MS pattern with DL と判断され、癌と診断された。生検診断は group 4 (胃底腺型胃癌疑い) であったこと、上皮下腫瘍様の形態、表層には腺窩上皮様の分化型腺癌の併存を考慮し、胃底腺粘膜型腺癌の可能性を考え、内視鏡的胃粘膜下層剥離術を施行した。病理組織学的には表層に腺窩上皮に類似した高分化型腺癌 (MUC5AC 陽性) を認め、深部には胃底腺に類似した胃底腺型腺癌成分 (pepsinogen-1 (ごく一部分)、H+/K+-ATPase、MUC6 陽性) を認めた。腫瘍径は 8x7mm、SM300 μm まで浸潤していたが脈管侵襲は認めず、断端も陰性であり eCura B と判断された。細胞分化と組織構築のパターンから胃底腺粘膜型腺癌、上山らの分類で Type1 (organized with exposure type) と診断された。【考察】 胃底腺粘膜型腺癌は、胃底腺型胃癌の高悪性の組織型として報告され、近年、組織学的分類と悪性度の関係性が明らかになった。胃底腺粘膜型腺癌の発赤隆起型は、*H. pylori* 未感染胃に発生するラズベリー様病変との内視鏡的鑑別が困難であり、今後の課題と考えられている。今回、詳細な内視鏡観察により組織構築像を類推し、適切な内視鏡診断・治療が施行できた胃底腺粘膜型腺癌の一例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

胃底腺型胃癌, 胃底腺粘膜型腺癌

JR 東京総合病院 消化器内科
 岡本 真, 石垣佑樹, 岩原彰大, 本庄一樹, 松本留美衣, 吉川剛史,
 毛利 大, 大前知也, 赤松雅俊

【目的】さまざまな疾患でABO式血液型により罹りリスクが異なることが報告されている。今回われわれは血液型により消化性潰瘍のリスクが異なるか検討した。【対象】2007年から2021年に当院で経験した消化性潰瘍出血例を対象にして、血液型の分布割合を検討した。更に症例の背景因子別にも検討した。対照にはわが国の一般人口での血液型の分布割合を用いた。【結果】全体で409例の消化性潰瘍出血例を経験した(男性73%、年齢中央値66歳)。血液型不明の18例を除いた391例では、A型36.2%、O型36.1%、B型20.5%、AB型7.2%であった。症例全体の血液型をO型と非O型とに分けて一般人口と比較すると、有意にO型が多い結果であった(p=0.003)。更に、性別、年齢(65歳未満、65歳以上)、部位(胃、十二指腸)、*H. pylori*感染の有無、NSAID服用の有無、抗血栓薬服用の有無などの背景因子に分けて検討した。女性、十二指腸潰瘍、*H. pylori*陰性、NSAID服用あり、抗血栓薬服用ありは、一般人口と比べても血液型の分布割合に有意差はなく、O型が多い結果ではなかった。【まとめ】O型では消化性潰瘍のリスクが高いことは過去に報告されているが、患者背景にまで言及した報告は少ない。今回の検討では、全体で見ると既報と同様にO型が多い結果であった。一方、患者背景で見ると、*H. pylori*陽性の潰瘍ではO型にリスクが高いと考えられたが、*H. pylori*陰性やNSAIDによる潰瘍では血液型によるリスクの違いはないと考えられた。

消化性潰瘍, 血液型

聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器内科¹⁾,
 同 内視鏡部²⁾, 同 病理診断科³⁾,
 聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科⁴⁾,
 見原雄貴¹⁾, 吉田良仁¹⁾, 得平卓也¹⁾, 高橋秀明¹⁾, 松本伸行¹⁾,
 黒木優一郎²⁾, 長宗我部基弘³⁾, 有泉 泰³⁾, 立石敬介⁴⁾

【症例】70歳代男性。心窩部不快感を主訴に近医受診し、上部消化管内視鏡検査(EGD)が施行された。胃前庭部大弯に隆起性病変が指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。当院で施行したEGDでは同部位にただらかな立上りの隆起性病変を認め、びらんや腺管開口部等は認めなかった。粘膜下腫瘍(SMT)と考え引き続き施行した超音波内視鏡(EUS)では、第3層に径7mm大の低エコー域を認めた。内部に一部高エコー域を伴っていたが、明らかな血管を示唆する所見は認めなかった。質的評価目的に生検を施行したが、粘膜下層にリンパ球浸潤や繊維化が軽度みられるのみで、特異的な所見は指摘されなかった。また、血液検査で特記すべき異常所見はなく、腹部造影CTでは明らかな胃粘膜下腫瘍を示唆する所見は認めなかった。内視鏡上で明らかな悪性所見を認めなかったため、SMTに対してEUS-FNA等の追加精査は行わず経過観察の方針となった。半年後のEGDでは隆起性病変は消失し、EUSでもSMT様の所見は認めなかった。内視鏡像と経過から炎症性偽腫瘍を疑った。【考察】炎症性偽腫瘍(inflammatory pseudotumor: ITP)は通常、組織像では主にリンパ球や形質細胞、マクロファージといった炎症性細胞の浸潤に加えて紡錘形細胞の増生から成る良性で限局した結節性病変である。IPTは様々な部位(肺、眼窩、肝臓、脾臓、膵臓、軟部組織等)に発生すると報告されているが、胃をはじめとした消化管に発生するものは比較的稀である。ほとんどの症例は偶発的に発見される場合が多く、典型的な成因、臨床症状、画像所見、病理所見に乏しい。生検後に自然退縮した胃炎症性偽腫瘍を疑う症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

胃粘膜下腫瘍, 炎症性偽腫瘍

慶應義塾大学医学部 消化器内科¹⁾,
 同 腫瘍センター低侵襲療法研究開発部門²⁾
 森岡晃平²⁾, 高取祐作²⁾, 中山敦史²⁾, 岩田賢太郎^{1,2)}, 宮崎藏人^{1,2)},
 増永哲平²⁾, 窪澤陽子^{1,2)}, 水谷真理^{1,2)}, 松浦倫子²⁾, 加藤元彦^{1,2)},
 金井隆典¹⁾, 矢作直久²⁾

症例は60代男性。健診の上部消化管内視鏡検査で十二指腸に病変を指摘され、当科を紹介受診した。既往歴、家族歴、内服歴に特記事項はなく、身体所見上も特記事項は認めなかった。精査の術前内視鏡では十二指腸水平部に8mm大の白色調で表面陥凹型の病変を認めた。通常光観察では関心領域は認めず、拡大画像強調内視鏡では表面微細構造や表面微小血管構築像に不整は認めなかった。以上から腺腫相当の低異型度十二指腸腫瘍が疑われた。そのため、非通電による切除が許容されると判断し、コールドスネアポリペクトミー(Cold Snare Polypectomy: CSP)による切除の方針となった。病変はCSPにより一括切除が得られ、術後も合併症なく経過した。病理検査結果ではWell differentiated tubular adenocarcinoma, Type 0-2c, 5×2mm, tub1, pTis(M), Ly0, V0, pHMX, pVM0(大腸癌取り扱い規約に準じた記載)の診断となった。術前内視鏡診断と最終病理診断に乖離があり、病理検体の振り返りでは腺管開口部は構造異型に乏しく比較的整っていたが、特に病変中心部の付近ではごく一部で癒合した腺管構造を認めた。また、腫瘍腺管は核の偽重層化や極性の乱れなどの細胞異型も伴っていた。以上から本症例は拡大画像強調内視鏡を用いた病変表層の観察では正確な内視鏡診断が困難であったと考えられた。十二指腸腫瘍において構造異型の程度によっては、正確な内視鏡術前診断が困難な病変が存在することを示す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。

十二指腸腫瘍, 十二指腸癌

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器内科¹⁾,
 聖マリアンナ医科大学 消化器内科²⁾
 松尾康正¹⁾, 藤田祐輔¹⁾, 近江亮介¹⁾, 五十嵐央祥¹⁾, 中嶋孝司¹⁾,
 落合康利¹⁾, 前畑忠輝²⁾, 安田 宏²⁾, 立石敬介²⁾

【背景】我々はESDに用いるシリコン製の牽引デバイス(silicone loop band: SLB)を開発している。伸縮性のある細径シリコンを直径10mmの環状に成形したもので、病変と病変対側粘膜にクリッピングし病変を牽引する。EZ Clipに装着した状態でthrough-the-scopeでデリバリーできるため深部消化管での使用が可能であり、既存の牽引デバイスよりも安価である。

【目的】in vitroでのSLBの有用性を検討する。
 【方法】施行医4名(expertとtrainee各2名)がESDトレーニングモデル(Versatile Training Tissue 粘膜モデル)を用いて直径20mmの仮想病変に対し先端系ナイフでESDを施行した。1名あたりConventional ESD(C群)、SLB併用ESD(S群)3病変ずつ、計24病変に対する粘膜下層剥離速度などを評価した。【結果】C群/S群各12例の平均切除面積は340.6/321.0mm²、粘膜下層剥離時間は6分44秒/4分10秒、粘膜下層剥離速度は65.4±28.4/86.3±34.6mm²/min(p=0.120)、検体の切れ込みあり2例/0例、仮想筋露出あり2例/0例であった。SLBの固定に要する時間は平均2分9秒であり、ESD施行中に1例でSLBが断裂した。SLBの有用性はExpertよりもtraineeで高い傾向があった。
 【考察】SLBは簡便で有用なESD牽引デバイスになる可能性がある。

トラクション, シリコン

45 経皮内視鏡的胃瘻造設術を契機に発症した胃気腫症・門脈気腫症の1例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
中谷 溪, 紺田健一, 水野紗也香, 森 大地, 大西良尚, 樋口健佑,
鈴木結大, 菊池一生, 中谷真也, 藤原敏久, 牛腸俊彦, 居軒和也,
東條正幸, 久保田祐太郎, 片桐 敦, 牛 仁

【症例】80代女性【現病歴】誤嚥性肺炎の診断で当院呼吸器内科に入院した。保存的加療で肺炎は改善したが、嚥下機能検査で嚥下機能障害を認め、胃瘻造設術の目的で、当科へ紹介となった。【経過】CO2送気下でDirect法による経皮内視鏡的胃瘻造設術(percutaneous endoscopic gastrostomy:以下PEG)を施行した。PEGはダイレータ挿入の際に力が伝わらず難渋し、比較的時間を要した。また処置中にMallory Weiss症候群を併発、拍動性の出血を認めたため、止血鉗子で焼灼した。術後5日目から経管栄養を開始し、術後9日目の血液検査で肝機能障害を認めたため、同日に経管栄養を中止、術後10日目に腹部CT検査を施行したところ、胃気腫、門脈気腫を認めた。血液検査で肝機能障害の改善を確認し、経管栄養を再開したが、肝機能障害再燃し、経管栄養を再度中止とした。術後23日目に施行した上部消化管内視鏡検査では胃穹窿部に領域性のある散在する小斑状発赤を認め、胃瘻造設部周囲には粘膜障害はみられなかった。CT検査では胃の気腫はほぼ全周性に存在するものの、穹窿部で特に顕著であり、内視鏡検査でみられた粘膜障害部に一致していた。胃気腫症、門脈気腫症の消失を確認した後、術後28日目に経管栄養を再開したが、術後31日目の血液検査で肝機能障害、CT検査で胃気腫の再燃が認められ、経管栄養の継続を断念した。【考察】胃気腫症は、非感染性機序により胃壁内に気腫像を呈する、比較的頻度の低い病態である。また医学中央雑誌で経皮内視鏡的胃瘻造設術と胃気腫症で検索し、5例程であり、比較的稀な報告である。原因は、胃瘻造設によって生じた胃壁損傷部からのガス流入が考えられており、不要な胃内圧上昇および粘膜損傷を避けること、施術時間の短縮に努めることが重要である。また肝機能障害に関しては、経管栄養による胃内圧の上昇をきたし、胃壁内ガスが胃静脈系へ流入し門脈気腫を来した可能性が高いと考えられる。我々は経皮内視鏡的胃瘻造設術を契機に発症した胃気腫症・門脈気腫症の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃気腫症, 胃瘻

46 多発輪状潰瘍・狭窄を呈した好酸球浸潤を伴う慢性腸炎の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
同 外科講座 消化器一般移植外科部門²⁾,
同 病理診断部 統合病理学部門³⁾
田丸智子¹⁾, 小黒邦彦¹⁾, 矢野智則¹⁾, 大和田潤¹⁾, 小林卓真¹⁾,
船山陽平¹⁾, 坂本博次¹⁾, 太田 学²⁾, 福岡敬宜³⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】26歳男性。虫垂炎に対して腹腔鏡下虫垂切除術(18歳時)、アトピー性皮膚炎の既往あり。24歳時に腹痛、鉄欠乏性貧血があり近医を受診。EGD、CSで異常を認めず、小腸精査目的で当院受診。経肛門DBEで回腸に非連続性の潰瘍・狭窄を認め、生検で好酸球を中心とした高度炎症細胞浸潤を認めた。鑑別診断として好酸球性腸炎、Crohn病、腸結核、CEAS等が挙げられ、5ASA、ブデソニド内服、栄養療法、バルーン拡張術等を試みたが、改善に乏しかった。虫垂切除術後の発症で、狭窄より肛門側の下部回腸癒着が顕著で、残渣が癒着部で停滞したことから、術後癒着に伴う腸内容物停滞と腸内細菌の異常増殖による炎症も疑われた。腸閉塞を発生したため回腸部分切除術を施行された。切除標本では輪状潰瘍部で筋層まで及ぶ好酸球浸潤を認め、それ以外の部分では粘膜内に好酸球浸潤が目立った。術後無投薬としたところ貧血が進行し、経肛門DBEで吻合部口側に新規の輪状潰瘍を指摘された。好酸球性腸炎として、抗ロイコトリエン薬、抗ヒスタミン薬を開始している。【考察】好酸球性腸炎は、好酸球の胃・小腸・大腸への浸潤による機能不全をきたす比較的稀な疾患である。組織への好酸球浸潤の証明が診断に必須となるが、内視鏡所見は非特異的なものが多い。粘膜型では潰瘍やびらん、筋層型では腸管狭窄、漿膜型では腹水など、好酸球の浸潤部位により呈する所見も異なること報告されている。多発する輪状潰瘍を伴う狭窄を呈し、手術加療を行った好酸球性腸炎について文献的考察を踏まえて報告する。

好酸球性腸炎, 小腸狭窄

47 腹部超音波検査が診断に有用であった小腸魚骨穿孔の1例

日本大学病院 消化器肝臓内科学分野¹⁾,
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野²⁾
山田優紀¹⁾, 渡邊幸信¹⁾, 高須綾香¹⁾, 金子真大¹⁾, 高橋利実¹⁾,
今津博雄¹⁾, 小川真広²⁾, 後藤田卓志²⁾, 木暮宏史²⁾

【症例】70代男性。胃癌・食道癌ESD後のため当院通院中であった。2日前からの右側腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。診察上、右下腹部に強い圧痛を認めており、腹部CT検査では回腸末端に周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。腹部症状が強いため入院加療を勧めると本人が外来フォローを希望したため抗菌薬処方の上帰宅したが、腹痛が悪化したため翌日に再度当院を受診し、精査加療目的に入院した。腹部CT検査で回腸に線状の高吸収域を認め、小腸異物を疑い腹部超音波検査を施行したところ、小腸に約2cmの線状高エコーを認め魚骨と考えられた。魚骨は腸管外に突出し、腸管の背側に無エコー領域を認めていたため、魚骨による腸管穿孔及び腹腔内膿瘍と診断した。緊急手術の方針となり、開腹下回腸異物摘出術を施行した。異物を回収し、魚骨であることを確認した。術後、腸閉塞を発症するも加療により軽快し、第44病日に自宅退院した。【考察】消化管異物の多くは自然排出され、穿孔・穿通などの合併症を起こすものは1%と報告されている。本邦においては消化管穿孔の原因となる異物として魚骨が最も多く、魚を食べる機会が多いためを反映していると思われる。診断はCT検査が最も有用とされているが診断が困難な症例もあり、その際には非侵襲的かつリアルタイムでの観察が可能な超音波検査が有用な可能性がある。今回、腹部CT検査では小腸異物が疑われ、腹部超音波検査で魚骨による消化管穿孔と確定診断しえた1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

魚骨, 消化管穿孔

48 潰瘍性大腸炎治療における経口メサラジン製剤のMulti Matrix Systemメサラジン放出調節製剤への変更の有用性

聖マリアンナ医科大学東横病院 消化器病センター¹⁾,
聖マリアンナ医科大学 消化器内科²⁾
五十嵐央祥^{1,2)}, 丹羽はるか^{1,2)}, 近江亮介^{1,2)}, 松尾康正^{1,2)},
落合康利^{1,2)}, 中嶋孝司^{1,2)}, 立石敬介²⁾

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)の基本治療薬である経口メサラジン製剤は現在本邦では3種類が使用可能であるが、どの製剤を第1選択とするかは定められていない。Multi Matrix Systemメサラジン放出調節製剤(MMXメサラジン)は特徴的なドラッグデリバリーシステムを有していることに加え、承認投与用量が4800mgと他のメサラジン製剤より高いことから、他のメサラジン製剤で効果不十分なUCに対しても効果が期待できる。今回我々はUC治療における他の経口メサラジン製剤からMMXメサラジンへの変更の有用性を検討した。【方法】2017年1月から2022年12月までに当院でUCの臨床症状改善を目的として他の経口メサラジン製剤からMMXメサラジンへ変更となった症例を対象とした。変更と同時に他のUC治療(局所製剤、プレドニゾロン、生物学的製剤など)が追加・変更となった症例は除外した。partial Mayoスコア(pMS)を用いて変更前後の臨床症状を後方視的に検討した。【結果】対象となった25例の平均年齢43.1±12.2歳、性別は男15例/女10例、罹病期間中央値5年、病型は全大腸炎型13例/左側大腸炎型9例/直腸炎型3例、前治療は時間依存型メサラジン14例/pH依存型メサラジン11例であった。併用療法としては局所製剤14例、生物学的製剤併用7例であった。pMSは変更前3.5、変更後2.4と有意に低下しており(p<0.0001)、pMSの改善率は56%であった。改善率に影響する背景因子について、統計学的に有意な因子は無かった。【考察】臨床症状を呈するUC患者において経口メサラジン製剤のMMXメサラジンへの変更は有用な治療選択肢であると考えられた。

潰瘍性大腸炎, メサラジン

聖マリアンナ医科大学 消化器内科

飯島良彦, 加藤正樹, 小松拓実, 中本悠輔, 川島重貴世, 清川博史, 佐藤義典, 山本博幸, 前畑忠輝, 安田 宏, 立石敬介

【症例】83歳, 女性【経過】20XX年4月初旬に両下肢の痛性紅斑を主訴に当院皮膚科を受診し, 精査加療目的で入院となった。また, 同時期より1日5回の水様便を認めていた。皮膚生検にて結節性紅斑 (EN) と診断し, 対症療法にて消褪した。腹部症状は紅斑とともに軽快した。同年9月初旬に紅斑, 下痢症状が増悪したため, 精査加療目的に再入院した。下痢の精査目的に下部消化管内視鏡を施行し, 全結腸に細顆粒状粘膜, 血管透見像の消失, 膿性粘液の付着を認め, 大小異なる潰瘍が多発し, 一部に深掘れ潰瘍を認めた。以上から全大腸炎型潰瘍性大腸炎 (UC) 中等症と診断し, 寛解導入目的にメサラジン 4g/日, プレドニゾロン 50mg/日を開始した。また, 経過中にサイトメガロウイルス感染を疑い, ガンシロビル 500mg/日を投与した。以上の治療を開始後も腹部症状は改善せず, ステロイド抵抗例と診断し, ベドリズマブ (VDZ) に治療変更した。治療変更後は速やかに腹部症状が軽快したため, VDZ導入後25日後に退院した。下肢の紅斑は対症療法にて消褪した。退院後1年が経過したが, 臨床的寛解を維持し, 紅斑の再燃なく経過している。【考察】高齢発症のUCは年々増加しており, 発症時の重症度が高いことや併存疾患・リスク因子を合併していることが多いことから, 全身管理に注意した治療が必要である。本症例は高齢発症・ステロイド抵抗例であり, 腸管外合併症であるENを併発したことから, 難治になる可能性と安全性を考慮し, 寛解導入にVDZを選択した。VDZは腸管選択的に作用するため, 他剤と比較し感染リスクが低く, 高齢者などの安全性が重視される症例に対して選択される。高齢者のUCにおける内科的治療の継続期間について, 過去の報告からは高齢発症のUCでは症例毎の総合的な判断が求められており, 見極めの目安として全身状態を反映する栄養状態を使用すべきと考える。今回, 我々は節性紅斑を伴った高齢発症の潰瘍性大腸炎に対してVDZを使用し寛解を得た1例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, ベドリズマブ

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾新井啓介¹⁾, 日比谷秀爾²⁾, 藤井俊光¹⁾, 河本亜美¹⁾, 竹中健人¹⁾, 福田将義²⁾, 金子 俊¹⁾, 小林正典¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 大塚和朗²⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】30歳台女性【現病歴】X-13年に発熱, 腹痛, 血便を主訴に他院を受診し, 下部消化管内視鏡検査にて盲腸に多発する類円形の潰瘍を認め, 炎症性腸疾患が疑われサラゾスルファピリジンを処方された。症状は改善したがX-12年に再検査した下部消化管内視鏡検査にて潰瘍は残存し, 病理検査にてアメーバ虫体を認め, アメーバ腸炎の診断となり, メトロニダゾールの投与を行うもX-11年の下部消化管内視鏡で改善が得られず, 再度メトロニダゾールの投与を行い, 改善を得た。X-1年12月に腹痛を主訴に前医を受診し膿瘍形成性虫垂炎の診断となり, 保存治療の後X年5月に待機的虫垂切除目的に手術が施行された。術中所見にて回盲部全体の炎症所見の波及を認めクローン病の可能性が考慮され切除中止となった。X年 8月に施行した下部消化管内視鏡検査にて, 盲腸に多発する潰瘍を認め病理診断にて類上皮細胞肉芽腫を認めた。小腸病変の精査目的に10月に当科紹介となった。【経過】経肛門小腸内視鏡検査では回腸に異常所見を認めず, 盲腸に白苔及び粘液で覆われた類円形潰瘍を認めた。病理組織学的診断にてアメーバ虫体を認め, アメーバ腸炎の診断となりメトロニダゾールでの治療を行った。病歴聴取からは感染経路は不明だった。【考察】アメーバ腸炎は慢性的な経過を呈し, 下痢, 血便, 腹痛などの症状を呈し, 炎症性腸疾患との鑑別を要する。また, アメーバ腸炎は臨床症状が軽快しても腸管に病変が残存し長期経過後再発したとする報告もあるが, 小例に限られている。炎症性腸疾患を疑われた際にはアメーバ腸炎を鑑別すること, またアメーバ腸炎の既往がある場合には再燃を念頭におくことが重要と考えられた。文献的考察を加えて報告する。

アメーバ腸炎, クローン病

東京大学医学部附属病院 消化器内科

村上恵太, 黒川 憲, 井原聡一郎, 塩見千尋, 早河 翼, 辻 陽介, 藤城光弘

【症例】症例は27歳女性, X-7年, 血便を契機に近医で潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され, pH依存型メサラジン(5-ASA)で寛解となった。X-1年1月, 5-ASAを疑念薬とする薬剤性扁平苔癬を生じたが, 外用薬併用で5-ASAは継続可能であった。X-1年9月, COVID-19に罹患後, 呼吸困難が遷延し在宅酸素療法が導入された。精査の結果, COVID-19後遺症が疑われる閉塞性細気管支炎と判明し, 肺移植が必要であった。X年3月上旬, 薬剤性扁平苔癬が増悪したため5-ASAを中止したところ, UCの重症再燃を生じ, X年3月下旬に当院へ紹介された。下部消化管内視鏡検査では全結腸炎型, Mayo Endoscopic Subscore (MES) 3/Ulcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS) 7であり, プレドニゾロン (PSL) 40 mg (1.3 mg/kg) で寛解導入した。5-ASA, サラゾスルファピリジン, アザチオプリンは全て薬剤誘発性リンパ球刺激試験陽性で薬剤性扁平苔癬の増悪リスクがあり, 生物学的製剤にて寛解維持を行う方針とした。肺移植時に複数の免疫抑制剤が開始されるため, 併用しても比較的安全性が高いと考えられるベドリズマブを導入した。しかしベドリズマブを3回投与後にPSL 15 mgまで漸減すると, UCの中等症再燃を生じたため, PSL 40 mgへ再増量の上でウステキマブを導入し, 顆粒球・単球除去療法 (GMA) を併用した。しかしPSL漸減中にUCが重症再燃し, X年9月よりインフリキシマブを導入した。その後はPSL 15 mgまで漸減後もUCは寛解維持されたが, 同時期に顔面に水疱性皮疹が生じ, 精査の結果, デスマグレイン1, 3高値で尋常性天疱瘡と判明した。皮疹は難治性であったが, ステロイドパルスやIVIgによる集学的治療を行った結果, 寛解となった。現在, PSL漸減を継続しつつ, 肺移植に備えている。【結論】扁平苔癬や尋常性天疱瘡といった稀な皮膚合併症を生じたUCの一例である。肺移植待機中かつ合併症で使用できない薬剤が多く, 治療方針に難渋した。臓器移植患者におけるUC治療薬の安全性や有効性, また5-ASAの稀な副作用について文献的考察を踏まえ報告する。

潰瘍性大腸炎, 肺移植

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター

駒形明紀, 浦上尚之, 岡田幸子, 岸 優美, 國田康輔, 年森明子, 田邊万葉, 横山 登, 井上晴洋

【症例】61歳男性。肛門痛あり痔核疑いで当院紹介受診され, 大腸内視鏡検査行い直腸Rbに12mm大の粘膜下腫瘍を認めた。カルチノイド, 悪性リンパ腫, 平滑筋腫を疑い経肛門内視鏡手術行なった。病理検査では粘膜固有層から粘膜下層に結節状の腫瘍を認めた。粘膜固有層にリンパ球の浸潤を認めた。リンパ球は異型を伴っており, 免疫組織学的に異型リンパ球はCD20 (+), BCL2 (+), CD3 (-), CD5 (-), CD10 (-), cyclinD1 (-) でありMALTリンパ腫と診断した。局所再発所見は認めず経過していたが5年後大腸内視鏡検査で手術痕より左側肛門側に隆起性病変を認めたため, 確定診断目的で再度経肛門内視鏡手術行なった。病理結果はリンパ組織の基本構造は保たれておりリンパ濾胞過形成の診断となった。【考察】MALT再発との鑑別を要した直腸粘膜下病変の一例を経験した。本症例の内視鏡, 組織像を踏まえ, 参考文献を加え報告する。

MALTリンパ腫, リンパ濾胞過形成

平塚市民病院 消化器内科

辻川 絢子, 谷口 礼央, 後藤 行, 奥富 雅俊, 松本 彰太, 飯塚 武, 滝本 恒行, 富田 尚貴, 藤野 洋平, 立川 準, 岩瀬 麻衣, 武内 悠里子, 斯波 忠彦, 厚川 和裕

【背景】大腸の神経内分泌癌(Neuroendocrine carcinoma, NEC)の頻度は大腸癌の0.03%と非常に稀な疾患である。結腸直腸における部位別の発生頻度は、直腸が最も多く、S状結腸の報告は少ない。大腸NECの発見時点での肝転移の頻度は48%と極めて高く、1年以内の死亡率は59%と報告される。悪性度が高く予後不良な腫瘍である。【症例】60歳男性。便潜血陽性を主訴に当院を受診した。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に3型腫瘍を認め、生検でNeuroendocrine carcinomaの診断となった。明らかな遠隔転移を認めず、手術の方針で外科へ紹介とした。腹腔鏡下低位前方切除術、D3郭清が施行された。病理結果ではNeuroendocrine carcinoma (small cell type), pT3, Lyla, V1a, Pn1aであり、リンパ節転移なし、との診断であった。エトポシド+シスプラチンでの予後延長の報告が数例あったため、本症例でも術後補助化学療法としてこれを実施することとした。4ヶ月で計4回の投与を行い、再発や遠隔転移がないことを確認し、術後補助化学療法は終了した。その後定期的な血液検査や画像検査を行っており、術後13ヶ月の現在も再発なく経過している。【考察】医中誌で会議録を除いた「神経内分泌癌」, 「S状結腸」で検索した結果、43件が該当し、内21件がS状結腸に発生したNECの報告であった。NECの発生母地としては、一般組織型腺癌、カルチノイド、非腫瘍性多分化能幹細胞、非腫瘍性幼若内分泌腫瘍が考えられており、本症例においては腫瘍辺縁にAdenocarcinoma (tub1 > tub2)を認めたことから、先行した一般組織型腺癌を考える。治療は切除可能な腫瘍であれば外科的切除と集学的治療の併用が推奨されており、今回はガイドラインに従って治療を行った。術後補助化学療法の併用により長期予後を得た報告もされており、本症例においても今後の慎重な経過観察で長期予後を期待している。【結論】今回、大腸内視鏡検査でS状結腸にNECを認め、外科的切除と化学療法を併用して術後13ヶ月の現在も再発なく生存が得られている症例を経験したので報告する。

神経内分泌癌, S状結腸

公立昭和病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾, 同 予防健診センター³⁾, 同 臨床検査科⁴⁾

山崎 洵¹⁾, 細川 貴範¹⁾, 浦牛 臨幸治¹⁾, 川口 淳²⁾, 永尾 重昭³⁾, 小島 茂¹⁾, 櫻井 幸⁴⁾, 鈴木 祥子²⁾, 小林 正佳¹⁾, 大野 一将²⁾, 菊地 翁輝¹⁾, 原田 耕佑¹⁾, 武田 雄一²⁾

【症例】87歳男性【既往歴】高血圧、糖尿病、脳梗塞、肺梗塞【経過】4か月前から下痢が続くとのことで近医より紹介となった。同時期より脱毛、味覚障害も出現していた。造影CTで胃壁肥厚とポリープの存在が示唆された。上部消化管内視鏡を行ったところ胃前庭部を中心に発赤調の強い無茎性ポリープが多発しており、クローンカイト・カナダ症候群を疑い精査治療目的に入院となった。下部消化管内視鏡検査では直腸以外の全結腸に同様のポリープ多発を認めた。入院時に低アルブミン血症(2.2g/dL)を認めたが、蛋白漏出シッチでは腸管への明らかな集積は認めなかった。腸管からの蛋白漏出は証明されなかったものの、家族歴のないポリープーシスであり、組織学的にhamartomatous polypでありクローンカイト・カナダ症候群と診断した。入院時はNa 133mEq/Lであったが、入院7日目Na 122mEq/Lと低Na血症が出現した。血漿浸透圧は250mOsm/kgと低張性低Na血症であり、尿中Na 73mEq/Lと腎臓からのNa喪失が示唆され、高齢に伴う腎臓のNa保持機能の低下が疑われた。入院前は味覚障害により塩分摂取量が少なかったことでNa値が保たれていたが、入院後の塩分摂取量低下(塩分7.5g/日)により低Na血症が顕在化したと考察した。ステロイド治療を開始後も低Na血症の改善には乏しかったが、Na補充を開始したところ改善傾向が得られた。【考察】高齢発症のクローンカイト・カナダ症候群では味覚障害による塩分摂取量増加でNa値が保たれ、入院後に塩分摂取量低下に伴い低Na血症が出現する可能性があり注意が必要と考えられた。

クローンカイト・カナダ症候群, 低Na血症

北里大学北里研究所病院 炎症性腸疾患先進治療センター¹⁾, 同 消化器内科²⁾

辛島 遼^{1,2)}, 小松 萌子^{1,2)}, 佐藤 翼²⁾, 芹澤 奏^{1,2)}, 山名 瑤子¹⁾, 前田 真佐¹⁾, 梅田 智子^{1,2)}, 佐上 晋太郎^{1,2)}, 中野 雅^{1,2)}, 日比 紀文¹⁾, 小林 拓^{1,2)}

【症例】40歳代男性【現病歴】200X年発症の大腸型クローン病。プレドニゾン(PSL)で一時的に寛解導入されたが再燃し、インフリキシマブ(IFX)を開始。しかし、2次無効となりIFX倍量と免疫調節薬を併用したが、3年後に肛門周囲膿瘍を伴い再燃し、アダリムマブ(ADA)へ変更。当院受診となった。【現症】大腸内視鏡では横行・下行結腸に深い潰瘍、骨盤MRIで痔瘻を認め、ADAは効果不十分と考えられた。【経過】ADAを倍量投与したが効果が乏しく、ウステキヌマブ(UST)へ変更した。しかし、数か月後の大腸内視鏡所見はさらに悪化したためベドリズマブ(VDZ)へ変更したが、脊椎関節炎が出現した。経口PSL30mg/日を追加し改善傾向をみたが、減量とともに悪化し入院となった。内科治療抵抗性と判断し、腹腔鏡下回腸人工肛門造設術を行った(大腸は本人の希望で温存)。術後VDZと免疫調節薬を維持していたが、腸管病変は軽快していたものの、口内炎と下口唇に無痛性の著明な腫脹、浮腫性硬化を自覚するようになった。下口唇の生検組織像は、間質に類上皮細胞肉腫が多発しており、クローン病に合併した肉芽腫性口唇炎と診断した。人工肛門閉鎖術前に口唇病変のコントロールを図るため投与した経口PSLは効果に乏しく、最終的にトリアムシノロンAセットニドの局注が奏功した。【考察】クローン病に合併する肉芽腫性口唇炎は口唇に生じる腸管外合併症のひとつである。本症例では腸管病変の活動性と独立していること、また腸管選択的な薬剤であるVDZの投与中に発症したことなど、興味深い病態を呈したため文献的考察を加え報告する。

クローン病, 肉芽腫性口唇炎

千葉大学医学部 附属病院 消化器内科

土屋 貴大, 永嶋 裕樹, 関根 優, 遠山 翔太, 山田 奈々, 杉原 地平, 大内 麻論, 菅 元孝, 山下 部裕子, 飯野 陽太郎, 沖津 恒一郎, 高橋 幸治, 大野 泉, 大山 広

【症例】46歳 男性【現病歴】数日前からの腹部膨満感を自覚し近医受診した。CT検査にて脾体部瘤(肺転移・肝転移・腹膜播種)、それに伴う十二指腸の狭窄が疑われたため、当院紹介となった。EUS-FNA施行したところ、生検結果はAdenocarcinomaであり腺癌の診断となった。また同入院で十二指腸狭窄に対して十二指腸ステントを留置している。【臨床経過】ゲムシタピン+ナブパクリタキセル併用療法(以下GnP療法)3コース施行後、病状評価目的にCT施行した。原発巣は縮小傾向を認めたが、両肺野にすりガラス影の出現を認め、咳嗽も出現しており薬剤性間質性肺炎(以下ILD)が疑われた。そのため一度GnP療法は中止とした。科内で相談の上イリノテカン2段階減量にて次コースのフォルフィロノックス療法を開始したが2コース施行後のCTでPDであったため中止となった。初回のGnP療法が著効しており、また画像上ですりガラス影の改善、症状の消失を認めたため、ゲムシタピン2段階減量で隔週投与の上GnP療法を再開した。胸部CTを頻回に施行しフォローしたがILDの再発は認めなかった。再開後6コース施行後のフォローCTで原発巣・肺転移は縮小を認め、多量に存在した腹水も消失した。【考察】ILDは化学療法の有害事象で死亡率の高いもののひとつである。ILDは時に致命的な経過をたどるため、一般的に原因となる化学療法の再開は行わない。ただ一方で腺癌に対しての化学療法は選択肢が限られているのが現状である。本症例では減量して再開することにより原発巣の縮小を認め、ILDの再燃なく投与継続可能となっている。本症例同様GnP療法が著効している場合は、ILD改善後に減量の上再開する選択肢も考慮することができる。

腺癌, 薬剤性間質性肺炎

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

【症例】73歳女性【現病歴】食不振を主訴に近医を受診した。血液生化学検査でAST177U/L, ALT399U/L, ALP914U/L, γ -GTP593U/Lと肝胆系酵素上昇があり、当院紹介入院となった。【経過】腹部造影CTで膵頭部に約50mmの嚢胞性腫瘍と造影効果のある壁在結節を認め、膵管は17mmに拡張していた。下部胆管は狭窄し肝内胆管から中部胆管の拡張を認めた。EUSでは不整な壁在結節あり、内視鏡像で主乳頭の開大と粘液排出の所見を認めた。ERCPを施行し胆汁採取, EST及び下部胆管狭窄部へ自己拡張型金属ステント(SEMS)を留置した。膵液細胞診はclassIIであったが画像上invasive IPMCが否定できず、外科的切除を検討した。しかしperformance statusが不良で切除希望もなく、緩和治療の方針となり退院した。7日後に黄疸と発熱で受診し急性胆管炎で再入院した。腹部X線検査にてステントの逸脱を認めため、緊急ERCPを施行した。胆管造影では粘液による浮動性の透亮像を認め、IPMNの総胆管穿破を認める所見であった。SEMSを再留置するも、4日後再度逸脱し、プラスチックステント(PS)を2本留置したが減黄は不良であった。経乳頭のドレナージは困難と判断しEUS-CDSを施行した。16日後再度SEMSが逸脱したが、内視鏡では瘻孔部から胆汁と粘液の排出があり、瘻孔造影で腹腔内への造影剤のリークは認めず十二指腸胆管の瘻孔形成が確認できた。SEMS再留置の上退院し、外来経過観察中にSEMSが再逸脱するも減黄良好であり、ステントフリーで外来通院中である。【考察】IPMNは外科的切除により比較的前後良好な疾患であるが、隣接臓器に穿破することがあり、その場合予後不良となることが知られている。外科的切除が困難な場合、内視鏡的経乳頭のドレナージが行われることが多いが、粘液によるステント逸脱や閉塞のため難渋する例が多く報告されている。既報では経皮経肝胆道ドレナージや内視鏡的経鼻胆道ドレナージを行っている例もあるが、今回EUS-CDSにより外科的切除や外瘻化を要することなく減黄を得られた症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

IPMN, EUS-CDS

日本赤十字社医療センター 消化器内科
高橋健太郎, 谷口博順, 北原愛弓, 井上 薫, 福田麟太郎,
中田史子, 鈴木裕史, 内野康志, 山本信三, 伊藤由紀子,
吉田英雄

25歳女性、パキスタン出身、日本在住。X日より頭痛・39℃台の発熱が出現。前医にて対症療法を施行されるも改善傾向に乏しく、X+11日に遷延する発熱・頭痛の精査目的に当院へ紹介受診となった。来院時の検査でCRP上昇はあるものの呼吸器感染、尿路感染は認めず、消化管に関しても下痢等の症状は認めなかった。造影CT上肝脾臓の腫大を認め、発熱・肝障害精査治療目的に入院となった。当初鑑別疾患として伝染性単核球症等も念頭に保存的に経過観察としていたが、入院時に採取した血液培養より順次グラム陰性桿菌→*Salmonella*属→*Salmonella* Typhi→多剤耐性・ESBL産生 *Salmonella* Typhiであることが判明した。感受性結果判明後X+14日よりIPM/CS開始したが解熱傾向に乏しく、アジスロマイシン併用開始することで病勢のコントロールが得られた。血液培養に遅れて便培養でも *Salmonella* Typhiが陽性となったが、経過を通じて腹部症状は乏しかった。発症30日前頃にパキスタンに帰国した際に感染した可能性が高いと判断された。近年アジアでは、過去には有効であったNQ系やセフェム系の薬剤への耐性をもつXDR (extensively drug resistant) *Salmonella* Typhiの報告が相次いでいる。*Salmonella* Typhi感染では約半数では腹部症状や皮膚症状が欠如し、診断に苦慮することがある。本症例では入院時の熱発時に採取した血液培養で確定診断となり、迅速に感受性のある抗生剤投与が可能となった。原因不明の発熱・肝障害を呈する場合、消化管症状に乏しい場合でも、生活歴・渡航歴・出身国等を詳細に確認し、必要な症例に関しては血液培養を行うことで多剤耐性 *Salmonella* Typhi感染症の早期診断・治療につながるものと考えられた。

腸チフス感染症, 肝脾腫

慶應義塾大学医学部内科学教室 (消化器)¹⁾,
同 腫瘍センター²⁾, 同 内科学教室 (血液)³⁾,
慶應義塾大病院 病理診断科⁴⁾
宗英一郎¹⁾, 下壽啓太郎¹⁾, 吉松裕介¹⁾, 野口智子¹⁾, 岸本翔太郎¹⁾,
千田彰彦¹⁾, 堀江沙良¹⁾, 戸ヶ崎和博¹⁾, 平田賢郎²⁾, 林 秀幸²⁾,
浜本康夫²⁾, 金 夏倫³⁾, 清水隆之³⁾, 川井田みほ³⁾, 大喜多肇⁴⁾,
金井隆典¹⁾

【症例】41歳女性【主訴】水様下痢, 腹痛【現病歴】20XX-2年からCRP上昇, 慢性炎症性貧血, 多クローン性高 γ グロブリン血症, IL-6上昇, 腹腔内リンパ節腫脹を指摘されていた。20XX-1年11月頃から腹痛と嘔気を繰り返すようになり、難治性癒着性腸閉塞の疑いに対して20XX年3月に腹腔鏡下腸閉塞解除術が施行された。術中、腸間膜リンパ節腫脹が認められ、生検では濾胞間に形質細胞の増生が認められキャッスルマン病の疑いで当院血液内科へ紹介され、6月からトシリズマブの投与が開始された。貧血やCRPは正常化した一方、10月上旬から水様下痢と腹痛が出現し、改善しないため消化器内科に精査が依頼された。【入院後経過】CT, MRIでは消化管漿膜側の造影効果及び少量腹水を認めたが、腫瘍や腹膜肥厚はなかった。上下部内視鏡検査, 血清マーカーで特異的所見はなかった。キャッスルマン病の病態を考慮してトシリズマブの投与は継続したが、腹部症状は悪化していった。血清及び腹水CA125高値を認めたが子宮頸部擦過細胞診や腹水細胞診では確定的な所見を得られず、11月下旬に審査腹腔鏡が施行された。術中所見では子宮, 左右付属器は正常大であったが腹膜と炎症性に癒着が認められた。腹膜生検で異型細胞集塊を認め免疫組織化学染色においてD2-40, WT-1, Calretinin陽性, Ber-EP4, Claudin 4陰性を示したことから、悪性腹膜中皮腫と考えられた。【考察】診断に難渋し腹膜生検で確定診断し得た悪性腹膜中皮腫の一例を経験した。悪性腹膜中皮腫における腹水細胞診の感度は低く、審査腹腔鏡等の侵襲的な検査が必要になることもあるため、他疾患の十分な除外が重要である。中皮腫細胞はIL-6を産生しCRP上昇や発熱等の腫瘍随伴症状を呈することが報告されている。本症例は、諸症状の出現時から主病態は悪性腹膜中皮腫であり、当初はキャッスルマン病と類似した反応性リンパ節腫脹および臨床症状を示していたと推察された。

悪性腹膜中皮腫, 審査腹腔鏡

千葉西総合病院 内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 肝臓内科³⁾
田村周甫¹⁾, 梅木清孝²⁾, 前嶋恭平²⁾, 伊藤 峻²⁾, 佐藤晋一郎²⁾,
高田紀朋³⁾

症例は73歳男性。高血圧、高脂血症、高尿酸血症で当院内科通院中、20XX年5月から好酸球が増多しはじめた。20XX-1年5月に著しく上昇したため、血液内科へ紹介となった。骨髄検査や遺伝子検査を含めた精査を行ったが慢性骨髄性白血病など血液疾患を示唆する所見を認めなかった。好酸球の臓器浸潤の検査目的に行われた造影CT検査で肝腫瘍が見つかり、外科へ紹介となった。CTの造影パターンや腫瘍マーカーの結果から肝細胞癌の診断となり、切除術が施行された。施行翌日から白血球と好酸球は著しい低下を認め、正常値となった。GM-CSFによる免疫染色で腫瘍は陽性像を呈さなかったものの、摘出術により好酸球数は明らかに改善しており、臨床的には肝細胞癌から放出された何らかの因子が好酸球数を増加させていたものと考えられた。肝細胞癌による好酸球増多は我々が調べた限りでは報告がなく、貴重な症例と考えられたため若干の文献的考察を加えて報告する。

好酸球増多, 肝細胞癌

東京医科歯科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾
渡辺雅人¹⁾, 藤原 俊¹⁾, 村川美也子¹⁾, 金子 俊¹⁾, 小林正典¹⁾,
福田将義¹⁾, 大塚和朗¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 山本浩平²⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】69歳女性【現病歴】X-1年10月、肺扁平上皮癌cStageIVaと診断され、11月11日よりcarboplatin(CBCDA)+paclitaxel(PTX)+ipilimumab(IPI)+nivolumab(NIVO)が導入された。22日AST 229 U/L、ALT 216 U/Lと肝酵素が上昇し、IPI+NIVOによる免疫関連有害事象(immune-related adverse events: irAE)の肝障害(Grade 3)と診断しIPI及びNIVOは1コースで終了した。肝障害がGrade 1まで改善したため以後CBCDA+PTXを継続し、肺癌はRECISTでstable diseaseを維持した。X年2月25日から発熱と咽頭痛が出現し、3月1日AST 67 U/L、ALT 330U/Lと肝酵素高値、好酸球増多(3100/μL)を認めたため入院した。【経過】入院後肝酵素は自然低下したが、再上昇し第5病日AST 944 U/L、ALT 514 U/L、PT% 41%へ悪化した。irAE肝障害(Grade 4)と診断しステロイドパルス療法を3日間施行したが、好酸球は低下したものの第9病日AST 3380 U/L、ALT 3115 U/L、PT% 25%まで悪化、羽ばたき振戦が出現したことから亜急性昏睡型の急性肝不全と診断した。ブレドニゾロン(PSL) 80 mg/日に加えミコフェノール酸モフェテル(MMF) 2 g/日を開始し、第10病日から血漿交換を併用した集学的治療を開始したところ、以降は肝障害が改善傾向となった。PSLを漸減しつつMMFを継続し、尿路感染症やCMV抗原血症を認めたが抗菌薬、ガンシクロビル投与、MMF減量にて改善し、肝障害の再燃なく経過している。【考察】irAE肝障害に対する治療の第一選択は副腎皮質ステロイドだが、ステロイド抵抗性の症例においてはMMFの投与が推奨されている。しかし、亜急性昏睡型急性肝不全まで呈したirAE肝障害に対してMMFを投与した報告は限られており、今回我々はMMFが迅速に奏功した一例を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

免疫関連肝障害, ミコフェノール酸モフェテル

日本大学病院 初期臨床研修医¹⁾,
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野²⁾
服部祐輝¹⁾, 渡邊幸信²⁾, 山田康嗣²⁾, 大澤朗太²⁾, 金子真大²⁾,
高橋利実²⁾, 今津博雄²⁾, 小川真広²⁾, 後藤田卓志²⁾, 木暮宏史²⁾

【症例】70歳代、男性。2型糖尿病のため当院糖尿病内科通院中であつた。定期血液検査でCRP、胆道系酵素の上昇を認め、腹部超音波検査を施行した。腫大した胆嚢内に胆石と充実性病変、肝右葉に90mm大の充実性病変を認めた。肝内の病変は胆嚢内部と連続して観察され、胆嚢腫瘍の肝浸潤もしくは胆嚢穿孔による肝膿瘍が疑われ、消化器内科対診となった。腹部造影CT検査で肝右葉の病変は辺縁が濃染される不整な低吸収域であり肝膿瘍と考えられた。胆嚢周囲に膿瘍を認め、胆嚢と肝膿瘍は連続していたため、胆嚢穿孔による肝膿瘍と診断し加療目的に入院した。抗生剤投与を行うも炎症反応の改善を認めず、第6病日に内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ術を施行し、膿性胆汁の排液を認めた。ドレナージ術施行後のCT検査では肝膿瘍の縮小傾向を認め、第14病日に内視鏡的胆嚢ステント留置術を施行した。全身状態良好であつたため第17病日に退院した。今後胆嚢摘出術を予定している。【考察】胆嚢穿孔は胆嚢炎の約3~10%に合併すると報告されているが、胆嚢穿孔の病型として胆嚢消化管瘻を形成するI型、亜急性に穿孔し周囲組織の癒着により胆嚢周囲膿瘍、限局性腹膜炎に留まるII型、急性に穿孔し汎発性胆汁性腹膜炎を呈するIII型に分類されている。本例は肝内に穿孔したII型と考えられ、肝内および胆嚢周囲に膿瘍形成を認めた。胆嚢が肝臓側に穿孔し巨大肝膿瘍を併発することは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, 胆嚢穿孔

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

【症例】79歳、男性。【主訴】食思不振、全身倦怠感。【既往歴】喫煙・飲酒なし、前立腺癌で治療中。【現病歴】1年前ぐらいから徐々に進行する食思不振、全身倦怠感を自覚していた。20XX年8月の健診で肝機能障害を指摘され、近医で施行した再検査でも異常が認められたため当科を紹介受診、精査・治療目的で入院となった。【身体所見】右季肋部に軽度圧痛を認めた。【検査成績】WBC 10600/μl、RBC 375x10⁴/μl、Hb 12.4g/dl、Hct 37.8%、Plt 27.2x10⁴/μl、CRP 4.36mg/dl、AST 38U/L、ALT 23U/L、LDH 152U/L、ALP 210U/L、γ-GTP 307U/L、T-Bil 1.57mg/dl、AMY 38/L、PT% 85.9%、HC抗体(-)、HBs抗原(-)、AFP 3.3ng/ml、PIVKA2 26mAU/ml、CEA 8.5ng/ml、CA19-9 3242.2U/ml。【臨床経過】腹部CTにて肝右葉に径約80mmの不均一な造影効果を示す腫瘍を認め、門脈右枝および十二指腸下行脚への直接浸潤が疑われた。腫瘍に接した末梢胆管の拡張所見などから肝内胆管癌が考えられた。上部消化管内視鏡では十二指腸球部後壁に腫瘍による圧排・浸潤所見が認められ同部位より生検を施行した。生検組織は免疫染色でp40が陽性であり扁平上皮癌との診断であったが、腺癌腫瘍マーカーの上昇などから腺扁平上皮癌を疑った。高Ca血症(Ca 12.7mg/dl)を合併しており、PTHrP(21.2pmol/L)の上昇、およびPTH(13pg/mL)の抑制から腫瘍によるPTHrPの産生が疑われた。化学療法施行を考慮したが、病状が急激に悪化し約1ヵ月の経過で死亡した。【考察】肝内胆管に発生し、PTHrP産生が疑われる腺扁平上皮癌と考えられる1例を経験した。臨床経過、画像所見を含め示唆に富む症例と考へ報告する。

肝内胆管癌, PTHrP

東京大学医学部附属病院 肝胆腫外科・人工臓器移植外科
深澤魁人, 西岡裕次郎, 宮田明典, 國土貴嗣, 渡邊元己, 市田晃彦,
河口義邦, 金子順一, 赤松延久, 長谷川潔

【背景】大腸癌多発肝転移の治療は肝切除が第一選択であり、切除不能の場合でも化学療法により切除に持ち込むことが目標となる。切除は肝実質温存切除が標準となるが、肝門部の脈管に浸潤する場合は拡大肝切除が必要となる。【症例】82歳女性。202X年X月、貧血を契機に盲腸腫瘍を指摘され、同時に両側肝内胆管拡張を伴う6個の多発肝転移(右肝5個+肝門部1個)を認めた。肝転移は切除不能の判断で、胆管減圧の後に回盲部切除術を施行、病理診断はpT3 N1a、KRAS mutant(G12D)であった。FOLFOX+Bevacizumab療法を8コース施行、CTで肝転移の著明な縮小(80mm→44mm)を認め当科紹介となった。切除可能になったと判断し、右門脈塞栓の上で拡大右肝切除+肝門部領域胆管切除+胆管空腸吻合を施行した。術後創感染および食思不振を認めたが、第21病日に自宅退院となった。病理所見では、肝門部領域胆管への浸潤を伴う大腸癌多発肝転移を認めたが、残存する腫瘍細胞は1-2%程度で切除断端は陰性であった。現在、術後3ヶ月であるが、再発を認めることなく外来通院中である。【考察】本症例は、肝門部領域胆管に広い浸潤を伴う6個の盲腸癌多発肝転移を認め、切除不能と判断した。有症状のため原発巣切除を先行し、化学療法で著明な奏効を得て切除可能となった。術前門脈塞栓術による予定残肝の増大を経て切除断端陰性の根治的外科切除を安全に行い得た。初診時に切除不能と判断された大腸癌肝転移であっても、化学療法により60%以上で治癒切除に持ち込むことが可能で、3年生存率も60%以上と良好な長期予後が得られることが報告されている。本症例では病理学的にも化学療法効果が著明であり、良好な長期予後が期待される。また、大腸癌肝転移の胆管浸潤は9~36%と近年報告されているが、その長期予後への影響は定まっておらず、安全性を担保して根治切除を目指すことが重要である。【結語】肝門部領域胆管浸潤を伴う初診時切除不能の盲腸癌同時性多発肝転移に対して、集学的治療により根治的

大腸癌肝転移, 胆管浸潤

東京都立駒込病院 肝臓内科¹⁾, 同 病理科²⁾
松岡 諒¹⁾, 木村昌倫¹⁾, 今村 潤¹⁾, 堀口慎一郎²⁾, 木村公則¹⁾

【症例】62歳男性【主訴】全身倦怠感【現病歴】X-1年12月頃から右季肋部痛が出現。X年1月に近医を受診し、腹部超音波検査で肝内多発腫瘍を指摘された。肝腫瘍の精査目的で当科紹介。血液検査では貧血と肝機能障害を認め、腫瘍マーカーはAFP409300、CEA18.7、PIVKA-2 1217と高値であった。CT検査では、動脈相においては全体が造影される病変と不均一に造影される病変が混在し、平衡相においては全体的に低吸収となる所見であった。画像所見からは肝細胞癌を疑い、一部肉腫様変化を伴っている可能性が疑われた。上部消化管内視鏡検査では噴門部癌を認めた。以上より肝細胞癌と噴門部癌のdouble cancerまたは肝細胞癌の胃浸潤が疑われた。しかしながら、肝生検と胃生検の組織像や免疫染色のパターンが類似していたことから、肝転移を伴うAFP産生胃癌の診断となった。X年2月、外来受診時に上腹部痛の訴えがあったことから腹水試験穿刺を施行し、血性腹水を確認した。転移性肝癌破裂と考え、同日入院となった。CT検査では活動性の出血は認めなかったことから、自然止血が得られたと考えられた。原病の進行が非常に早く、全身状態不良であることから緩和治療の方針となり、入院27日目に死亡した。【考察】AFP産生胃癌は、通常の胃癌と比較して急速に進行し、微小血管に浸潤しやすく、肝転移しやすいことが知られている。肝細胞癌は時に自然破裂がみられるが、転移性肝癌の破裂は稀である。一般的な転移性肝腫瘍と異なり、本例ではCT検査で転移性病変がhypervascularityを示していたことから、hypervascularityは自然破裂と関係している可能性が考えられた。

AFP産生胃癌、肝破裂

横浜市立大学附属病院消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
須藤いり那¹⁾, 入江邦泰¹⁾, 佐藤博紀¹⁾, 原田丈太郎²⁾, 鈴木悠一¹⁾, 池田 礼¹⁾, 池田良輔¹⁾, 佐藤 健¹⁾, 金子裕明¹⁾, 山中正二²⁾, 藤井誠志²⁾, 前田 慎¹⁾

症例は82歳男性。以前より他院にて脂質異常症、高尿酸血症にてフォローされていたが、X年11月心窩部痛を自覚され、内服加療をされるも改善せず、血液生化学的検査を施行したところ、肝障害および黄疸を指摘され、当科を紹介受診され、急性肝障害の診断で緊急入院となった。肝障害に対する精査を施行し、腹部エコー検査では両葉腫大を認め、内部エコーは不均一であった。またカラードップラーにて門脈血流は著しく低下および両側肝動脈RIの低下を来していた。造影CT検査でも肝腫大と肝実質濃度が不均一である以外は、明らかな腫瘍性病変や胆道閉塞を指摘することができなかった。追加精査にて可溶性IL-2レセプターが高値であり、悪性リンパ腫のびまん浸潤も考慮し肝生検を検討したが、PT-INRの延長および腹水貯留を認めたため、第5病日に経頸静脈的肝生検を施行した。その結果、組織学的に類円形核を有する裸核状の腫瘍細胞がびまん性に増殖しており、免疫組織学的検査にてCD20(+), CD10(+), CD3(-), CD5(-), Bcl6(+), MUM1(-)でありaggressive B-cell lymphomaとの診断となり、さらにBcl-2(-), c-MYC(+; diffuse), Ki-67 index 100%であり、Burkittリンパ腫と診断された。その後、当院血液内科医師とも相談したが、第6病日には羽ばたき振戦が出現、昏睡型急性肝不全と診断した。全身状態を考慮し、積極的加療は困難と判断し緩和治療の方針となり、その後徐々に状態の悪化を認め、第22病日に永眠された。びまん浸潤型のBurkittリンパ腫は比較的稀な病態であるため、若干の文献的考察を交えて報告する。

急性肝障害、びまん性肝浸潤

公益財団法人 がん研究会 有明病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 上部消化管内科²⁾, 同 病理部³⁾
藤井壯人¹⁾, 岡本武士¹⁾, 平澤俊明²⁾, 鈴木啓太²⁾, 高松 学³⁾, 石塚隆浩¹⁾, 山田 学¹⁾, 中川皓貴¹⁾, 三重克文¹⁾, 古川貴光¹⁾, 武田剛志¹⁾, 春日章良¹⁾, 松山真人¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】65歳、男性【現病歴】定期的な上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下脚に腫瘍を指摘され、生検にて腺腫の診断となった。乳頭部腫瘍と考えられ、切除目的に当科紹介受診となった。【既往歴・内服歴・家族歴】特記すべき事項なし【治療前検査】当院で上部消化管内視鏡検査を再検した。10mm大の腺腫は主乳頭近傍の口側隆起に位置するが、主乳頭と腺腫の間にはわずかに介在する正常粘膜を認めた。NBI観察でも主乳頭の表面構造の不整や不整血管を認めず、乳頭生検でも陰性を確認し、乳頭切除術は不要と考えられた。なお、MRIでは腺管癒合不全が指摘されたが、胆道に異常は指摘されなかった。【入院後経過】Gel immersion法により、スネアを用いてゴールドポリベクトミーを施行。わずかな出血があったものの自然止血が確認され、明らかな筋層露出は認められなかった。Gelを全て吸引し、吸引をかけながら止血クリップ3本で縫縮した。翌日の血液検査にて肝酵素・胆道系酵素の上昇が認められ、翌々日の血液検査でも改善が認められなかったため、クリップによる胆管閉塞が疑われ再度上部消化管内視鏡検査を施行した。クリップを把持鉗子で愛護的に把持し、出血なく除去することに成功した。その直後に乳頭から胆汁の流出が確認され、閉塞が解除されたと考えられた。翌日の血液検査で改善傾向となり、退院後外来にて正常化を確認した。その後も特に症状なく経過している。【考察】ゴールドポリベクトミー後のクリッピングは必須ではないが、十二指腸粘膜は薄く、胆汁等の影響も受け、穿孔のリスクが高いためクリップによる縫縮を行うことが多い。本症例の病変が主乳頭直上の口側隆起に位置していたため、クリップにより胆管が把持されてしまい、胆管閉塞をきたしたと考えられる。口側隆起は胆膵内視鏡治療において乳頭切開、precut等が行われる部位であり、胆道閉塞のリスクに注意することを考慮する必要があるため、クリッピングの必要性についても検討するべきであると考えられた。

クリッピング、胆管閉塞

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
小林珠己¹⁾, 川西 彩¹⁾, 伊藤彩乃¹⁾, 森町将司¹⁾, 小玉敏生¹⁾, 小笠原利仁²⁾, 益子太郎²⁾, 増岡義人²⁾, 永 滋教²⁾, 高橋 進一郎²⁾, 中郡聡夫²⁾, 中村直哉³⁾, 鈴木秀和³⁾, 松嶋成志¹⁾, 加川建弘¹⁾

【背景】IAPNは十二指腸乳頭部に発生する腫瘍の一つであり、IPMN、IPNB、ICPNと同様、前癌病変や前浸潤癌病変として位置づけられている。十二指腸乳頭部癌との鑑別に苦慮したIAPNの1例について報告する。【症例】78歳、男性。【主訴】腹痛、【現病歴】腹痛を主訴に前医を受診。十二指腸乳頭部癌疑いにて当院を紹介受診。血液生化学的検査において腫瘍マーカーはCA19-9 44.0U/mlと上昇を認めた。造影CTで乳頭部に境界不明瞭で、わずかに造影効果を伴う20mm大の結節様腫瘍と遠位胆管および尾膵の主膵管拡張を認めた。腫瘍はMRI拡散強調像で高信号を示し、ADCmapで低下を認めた。EUSでは乳頭部に不整形の低エコー腫瘍を認め、遠位胆管および主膵管、十二指腸筋層への進展を認めた。ERCPでは、 Vater乳頭に腫瘍形成を認め、IDUSで遠位胆管および主膵管への進展を認めた。乳頭部からの生検の結果はAdenocarcinoma in adenomaであったが、上記画像所見より、十二指腸乳頭部癌と診断し、亜全胃温存隆起十二指腸切除を施行した。病理所見では、乳頭部に腫瘍を認め、乳頭状構造を呈して増殖していた。腫瘍細胞は乳頭部導管内に留まり、膵実質や周囲組織への浸潤は認められなかった。免疫染色でMUCSAC(+), MUC6(+)の胃型形質を示す腫瘍であり、IAPNの最終診断に至った。術後、膵液漏を認めたものの保存的治療で軽快し、退院となった。【考察】IAPNは乳頭部導管内や付着腺内に増殖する乳頭状ないボープ状の外向発育性隆起性病変を形成する。腺管上皮の異形度はさまざまで、浸潤癌を合併することも少なくないが、浸潤癌成分を伴う場合でも、予後は比較的良好である。十二指腸乳頭部癌においても膨大部の内乳頭部導管を主座とするものがあり、肉眼的に類似しているが、病態や悪性度は全く異なる。術後のフォローに関しても両者の違いを念頭に置き、慎重に検討されるべきである。

膨大部内乳頭状管状腫瘍, IAPN

都立駒込病院 消化器内科

山川理毅, 仲程 純, 千葉和朗, 田畑宏樹, 柴田理美, 高雄暁成, 清水口涼子, 野間綾梨子, 大西知子, 森口義亮, 南 亮吾, 山田優梨奈, 室井勇人, 荒川丈夫, 飯塚敏郎, 神澤輝実

【背景】胆嚢腎症とは閉塞性黄疸に伴う腎機能障害の1つで5-16%程度に認められ、その致死率は70-80%程度とする報告がある。その腎機能障害は形態学的障害と機能的障害に分類され、その障害を引き起こす病因は胆汁酸の代謝、血行動態、炎症、酸化ストレス、有機アニオン輸送体の5つが考えられている。胆汁酸の代謝は、その中で最も主要なものと考えられており、腎排泄能を上回る胆汁酸は尿細管障害を起こすとされている。【症例】69歳男性。X-1年12月末に褐色尿を自覚し、X年1月中旬に黄疸と皮膚掻痒感も出現したため前医で単純CTを撮影された。胆嚢頸部から肝門部胆嚢にかけての腫瘍性病変があり、胆嚢癌疑いで当院紹介受診となった。当院初診時の血清総ビリルビン 32.7 mg/dL、直接ビリルビン 25.4 mg/dL、ALP 1295 U/L、 γ -GTP 1527 U/L、BUN 53 mg/dL、Cr 2.08 mg/dLと胆道系酵素の上昇と腎機能障害を認めた。胆嚢頸部に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行し腺癌の確定診断を得て、胆嚢癌と診断した。その後血清BUN 73 mg/dL、Cr 4.00 mg/dLと腎機能障害は更に進行し、減黄目的に胆管ステントを留置した。尿中 β 2-MG 5620 μ g/L、尿中NAG 39.2 IU/Lと尿細管マーカーの上昇を認めたことから胆嚢腎症と診断した。胆管ステント留置後血清ビリルビン値は低下傾向にあり同時に腎機能も改善傾向に転じ、ステント留置8日後に血清総ビリルビン 7.4 mg/dL、直接ビリルビン 5.9 mg/dL、BUN 43 mg/dL、Cr 2.43 mg/dL、尿中NAG 6.4 IU/Lと改善を確認して自宅退院とした。【考察】本症例は胆嚢癌による閉塞性黄疸を呈していた。他の腎障害の原因となる因子を認めず、尿細管マーカーの上昇と減黄に伴って腎機能や尿細管マーカーも改善を認めたことから閉塞性黄疸による胆嚢腎症と考えられた。【結語】閉塞性黄疸による胆嚢腎症を呈した胆嚢癌の一例を経験した。閉塞性黄疸による急性腎障害は早期では可逆的であり、速やかな減黄処置が望まれる。

閉塞性黄疸, 急性腎障害

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター¹⁾同 肝胆膵外科²⁾, 同 上部消化管外科³⁾,同 下部消化管外科⁴⁾, 同 病院病理部・病理診断科⁵⁾米澤浩也¹⁾⁻²⁾, 松木亮太²⁾, 川口翔平²⁾, 百瀬博一²⁾, 小暮正晴²⁾,鈴木 裕²⁾, 阿部展次³⁾, 須並英二⁴⁾, 阪本良弘²⁾, 藤原正親²⁾,菅間 博³⁾, 柴原純二⁵⁾

症例は80歳代男性で、他疾患の経過観察中に偶発的に胆嚢腫瘍が指摘された。造影CT検査では胆嚢に乏血性で内部に壊死性変化を伴う約6cm大の腫瘍性病変を認め、肝浸潤と胃十二指腸及び横行結腸への浸潤を疑う所見を認めた。血液検査値は軽度炎症反応の上昇を認めるのみで他の血算生化学および腫瘍マーカーは異常を認めなかった。明らかな遠隔転移は認めず、T4aN0M0 stage IVAの胆嚢癌と診断して根治手術を施行した。術中所見としては胃十二指腸及び大網への腫瘍の浸潤を認めた。また、術中迅速診断で胆嚢管断端周囲組織に浸潤を認めたため、胆嚢摘出術+胆嚢床切除術+肝外胆管切除術+胃・十二指腸部分切除術を施行した。摘出標本の肉眼所見では胆嚢全体を置換する充実性腫瘍を認めた。組織学的には肉腫様成分と腺癌成分が混在した胆嚢癌肉腫であり、総肝動脈幹リンパ節に転移を認めた。また肝外胆管の肝臓側及び十二指腸断端のいずれにも腺癌成分の上皮内進展を認め、最終診断はT4aN1M0 stage IVAであった。術後は胃十二指腸の部分切除及び膵頭部周囲のリンパ節郭清に伴う膵液瘻と胃内容排泄遅延を認めたが、保存的に改善して術後60日目に軽快退院となった。術後入院中に施行した造影CT検査では、明らかな再発所見を認めなかったが、術後3ヶ月に施行された造影CT検査で肝・肺転移及び多発リンパ節転移を認めた。ゲムシタピン単剤による化学療法が導入されたが、導入直後に急速な原病増悪による全身状態の悪化を認め緩和ケアへ移行した。胆嚢癌肉腫は同一腫瘍由来の痛と間葉系細胞由来の肉腫が混在する稀な腫瘍である。唯一の根治法は外科的切除であるが、切除後の再発率は高く、切除例のみの検討でも生存期間中央値約7ヶ月、また本症例のように術後早期再発を認めた場合は生存期間中央値約4ヶ月と予後不良であると報告されている。今回我々は根治切除後早期に再発をきたし、急速な転機を辿った胆嚢癌肉腫の一例を経験したため報告する。

胆嚢癌肉腫, 予後

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科¹⁾横浜市立大学附属病院 消化器内科²⁾春木慶太¹⁾, 遠藤和樹¹⁾, 米井翔一郎¹⁾, 松岡裕人¹⁾, 吉村勇人¹⁾, 大石梨津子¹⁾, 西村正基¹⁾, 三輪治生¹⁾, 金子 卓¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】70歳代女性【病歴】202X年X月に前医で遠位胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行した。術後20日に腹部正中創感染疑いで入院となった。CTで膵管空腸吻合部近傍から正中創までの瘻孔形成を認め、術後膵液皮膚瘻の診断となった。創部からは膵液の持続漏出を認めた。保存的加療で瘻孔閉鎖が得られず、術後55日にEndoscopic ultrasonography-guided pancreatic duct drainage (EUS-PD) 目的に当院へ転院となった。転院同日にEUS-PDを施行し、経胃的に主膵管を穿刺し、膵管造影を行うと膵液皮膚瘻が確認された。ストレート型プラスチックステント(7Fr 5cm Flexima)を主膵管に留置した。処置翌日のCTで、穿刺部周囲に液体貯留を認めたが穿刺時の一過性膵液漏と判断し、保存的治療を継続した。しかし、創部からの膵液漏出が持続し、術後70日に実施したCTでステントの完全逸脱が指摘された。Re-interventionを試みたが、胃壁瘻孔部は既に閉鎖していた。続いて、小腸内視鏡下で膵管空腸吻合部からのステント留置を試みたが、吻合部は正面視が困難な位置にあった。ステント留置が困難であり、最終的にロクステンステント(7Fr 7cm Zimmon)を選択した。ステントの主膵管留置部に一致するよう複数の側孔を追加し、胃-主膵管-空腸を穿刺しにする形でステントを留置した。処置後、創部からの膵液漏出が減少し、炎症所見も改善を得ることができ、術後84日に自宅退院となった。【考察】自験例では、術後膵液漏に対し、EUS-PDで改善を得た貴重な症例であり、文献的考察を踏まえて報告する。

膵液皮膚瘻, EUS-PD

横浜労災病院 初期研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾梅木田悠花¹⁾⁻²⁾, 春日範樹²⁾, 上野航大²⁾, 利井辰光²⁾, 佐伯優美²⁾,林 映道²⁾, 荒木建一²⁾, 佐野 誠²⁾, 枇杷田裕佑²⁾, 稲垣淳太²⁾,高柳卓矢²⁾, 石井 研²⁾, 内山詩織²⁾, 木沢憲由²⁾, 関野雄典²⁾,永瀬 肇²⁾

【症例】74歳、女性【主訴】白色便【現病歴】20XX年9月より、当科で腸管気腫症の診断として下剤による排便コントロールを行い経過観察していた。20XX+2年4月に白色便の訴えがあり、20XX+2年7月にスクリーニングで施行したAUSで主膵管2.5mmと軽度拡張を認めため追加検査の方針となった。【経過】血液検査では腫瘍マーカーの異常はなかった。20XX+2年7月のMRCPでは主膵管はびまん性に3mmの軽度拡張を認めたものの径不整はなく、膵腫瘍やDWI異常信号を指摘できなかった。腹部MDCTでは同様に3mmまでの主膵管の軽度拡張を認めたものの膵腫瘍は認識できなかった。同年8月のEUSでは膵体部主膵管に接した8mm弱の低エコー病変を認め、背景実質より造影効果の乏しい腫瘍として描出された。病理診断目的にEUS-FNAを行うも検体不十分で診断に至らなかったが、ERPで膵体部主膵管に狭細像を認め、擦過細胞診でClassVが検出された。術前診断は膵体部癌cT1bN0M0 Stage IAとした。患者は術前化学療法なしでの手術を希望され、20XX+2年10月に膵体尾部切除術、脾臓合併切除術、門脈形成術を施行した。病理所見では、腫瘍径9×8×10mmの浸潤性膵管癌 TNM分類 (JPS 7th) pT1b N0 M0 Stage IAと診断した。【考察】MRCPやMDCTは膵癌の術前診断に必須の検査であり、血中膵酵素、腫瘍マーカー、USで膵癌が疑われた際に次に行う検査として推奨されるが、小膵癌の腫瘍の描出が困難な例もあり、特に主膵管拡張のない例では診断が遅れる傾向がある。本症例においても、MRCP、MDCTで腫瘍の直接・間接所見を認めなかったが、EUSで腫瘍を同定することで典型的な膵管径不整像を認めたERPの施行に至った。膵癌に対する各種検査モダリティの診断能を自施設の診療成績を交えつつ報告する。

膵癌, 早期診断

73 全身麻酔導入時の気管内挿管で誤嚥を来した食道アカラシアの1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器センター内科
友野千寛, 鳥羽崇仁, 石井 侃, 小野真史, 木村隆輔, 藤本 愛,
和久井紀貴, 岡野直樹, 永井英成, 松田尚久

【症例】45歳男性。2か月前から夜間の嘔吐を認め、1か月前から日中も嘔吐するようになったため近医を受診。上部消化管内視鏡検査(EGD)にて食道アカラシアを疑われ当科へ精査加療目的で紹介受診された。Eckardt scoreは6点、EGDと食道内圧検査、食道造影検査でシカゴ分類type2アカラシアと診断し、経口内視鏡的筋層切開術(per-oral endoscopic myotomy; POEM)を予定した。入院時には症状の増悪を伴っておりEckardt score 10点となっていた。アカラシア患者の麻酔管理では嘔吐・誤嚥の予防が重要であり、輪状軟骨圧迫下迅速導入法(rapid sequence induction; RSI)での挿管を行っている。治療前日から絶食とし、RSIでの麻酔を導入し開口すると口腔内に白色の残渣が大量に逆流していた。口腔内を吸引し気管内挿管を試みたが難渋し、一時的にSpO₂ 78%まで低下した。気管支鏡での気管内吸引と陽圧換気にて酸素化は改善したが、POEMは中止とした。胸部レントゲン検査では両側の下肺野に透過性低下を認め、誤嚥性肺炎を認めていた。酸素化不良に対して高流量鼻カニューレ(High-flow nasal cannula; HFNC)を使用し、抗生剤を投与した。第2病日にHFNCを離脱した。その後は経過良好で第7病日に退院となり、後日POEMを施行予定とした。POEM前日にEGDにて食道内洗浄を行い、全身麻酔の直前にも手術室でEGDを施行し食道内に残渣がないことを確認したことで安全に麻酔導入・治療を行うことが出来た。【結論】食道アカラシアにPOEMを施行する際、事前のEGDにて食残を認めない症例であっても短期間の間にEckardt scoreの増悪を伴う際は、麻酔導入の事前EGDにて確認および洗浄を行うことで麻酔導入時の誤嚥のリスクを減らすことが出来ると考えられた。

食道アカラシア, 誤嚥

75 SAPHO症候群の消化管内視鏡像 Gastrointestinal Endoscopy for a Patient of SAPHO Syndrome: A Case Report.

桐生地域医療組合 桐生厚生総合病院 臨床研修医(内科)¹⁾,
同 内科(消化器)²⁾
井田真悟¹⁾, 相川 崇²⁾, 根岸 駿²⁾, 飯田智広²⁾

【緒言】SAPHO症候群は特徴となるSynovitis(滑膜炎), Acne(ざ瘡), Pustulosis(膿疱症), Hyperostosis(骨化過剰症), Osteitis(骨炎)の頭文字から命名された症候群で、脊椎関節炎の一亜型と考えられている。炎症性腸疾患との関連が指摘される一方で、既報の多くはTNF阻害薬使用中の炎症性腸疾患患者に併発した症例である。当院で診断したSAPHO症候群の上部消化管および大腸内視鏡検査の所見を提示する。【症例】53歳女性。主訴:腰痛。既往歴:掌蹠膿疱症、慢性蕁麻疹、左頸部粉瘤切除術、喫煙歴:20本/日、33年間。現病歴:X-5年に近医皮膚科を受診して掌蹠膿疱症と診断された。ステロイド外用剤や中波長紫外線照射療法などを受けた。X年1月に腰痛があり、掌蹠膿疱症性骨関節炎の疑いで当院整形外科を紹介受診した。腰椎L4に自発痛があり、脊椎MRIで下位胸椎から腰椎にかけて骨硬化像がみられた。腹部症状や排便習慣に異常はないが、転移性骨腫瘍の除外目的で消化器内科に紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部前壁に数石状胃粘膜が見られた。十二指腸下行脚ではひだにそってアフタ様変化があった。いずれもクローン病にみられる竹の節様外観やノッチ様陥凹とは異なるものであった。全大腸内視鏡検査では、回腸末端にリンパ濾胞様の小隆起が散見されるが、アフタ様変化や潰瘍・びらんはなかった。パウヒン弁は発赤し、回腸観察に伴う機械的な刺激で漏出性出血が生じた。病理診断では肉芽腫性変化はなく、リンパ濾胞が散見されるが特異的所見はなかった。【考察】本症例では、掌蹠膿疱症発症から関節炎(腰痛)発症までおよそ5年経過している。また、長期間フォローしても皮膚病変を伴わない症例も存在する。本疾患の鑑別には関節病変及び皮膚病変が重要であるが、上部消化管および大腸内視鏡検査において炎症性腸疾患の所見を認めた際、患者の皮膚病変・関節病変の既往を確認することも重要と考えられる。

SAPHO症候群, 消化管内視鏡

74 消化管間質腫瘍(GIST)との鑑別が困難であった比較的大きな胃異所性腺の1例

川崎市立多摩病院(指定管理者 聖マリアンナ医科大学) 消化器・一般外科¹⁾,
同 臨床研修センター²⁾, 同 消化器内科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾,
聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科⁵⁾
笹森 瞳^{1,2)}, 谷口清章¹⁾, 西澤 一¹⁾, 泉家 匠¹⁾, 鈴木和臣¹⁾,
佐々木大祐¹⁾, 石井将光¹⁾, 片山真史¹⁾, 四万村司¹⁾, 朝倉武士¹⁾,
中村紗里香³⁾, 末谷敬吾³⁾, 黄 世揚³⁾, 松永光太郎³⁾, 相田芳夫⁴⁾,
大坪毅人⁵⁾

胃異所性腺は、胃粘膜下腫瘍として散見される。腫瘍径が一定の大きさを超えたときには良・悪性の鑑別が必要になる。さらに、消化管間質腫瘍(GIST: gastrointestinal stromal tumor)などの粘膜下腫瘍と鑑別が必要になる。今回、症状を有しGISTと鑑別を要した胃異所性腺症例を経験したので報告する。症例は、40歳代、女性。心窩部痛を主訴に、近医救急外来受診。精査目的に当院紹介。血液生化学検査では、白血球・CRPの上昇はなく、血清アミラーゼ・腫瘍マーカーも正常。上部内視鏡精査では、中心陥凹を伴う隆起性病変・腹部US/CT検査にて、胃前庭部後壁50mm大の粘膜下腫瘍を認めた。その後、超音波内視鏡下穿針吸引法(EUS-FNA)を施行。免疫組織的染色で、紡錘形細胞の束状増殖巣の多くはdesmin(+), a-Smooth muscle action(+)を示し、Leiomyomaの可能性も疑われた。一部にCD34(+)巣がみられ、GISTの可能性を疑うもc-kit(-)であり断定することはできなかった。GISTが否定できないこと及び大きさが50mm程度であり、手術適応と判断した。手術は、腹腔鏡下幽門側胃切除術施行。術後の病理組織診断は、52×28×20mmの粘膜下腫瘍があり、肥厚した筋肉内に腺房細胞と導管組織が認められ、Heinrich分類のII型に相当した。術後は経過良好で第7病日に退院。消化管間質腫瘍との鑑別が困難であった比較的大きな胃異所性腺の1例を経過したので、文献的考察を加え報告する。

胃異所性腺, Heinrich分類

76 エスフルルピロプロフェン(ロコアテープ)によって十二指腸潰瘍を発生した一例

東京通信病院 消化器内科
金 宰紘, 手銭 悠, 加藤知爾

【主訴】黒色便【病歴】50歳男性。黒色便を主訴に近医受診し、上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行され胃体部から前庭部にかけてのびらんと十二指腸下行脚に出血性潰瘍みられ止血困難であったために当科紹介の上入院となった。【経過】入院当日、血液検査でHb11.0g/dLの貧血を呈しており、腹部造影CT検査で十二指腸下行脚乳頭部付近からの造影剤漏出をみとめた。止血目的に緊急EGDを施行し焼灼止血を行い、PPI投与し絶食補液管理となった。第2病日から食事再開としたところ、第3病日にふらつき、失神がみられたために緊急EGDを施行し十二指腸潰瘍からの再出血あり再度焼灼止血を行った。以降は経過特に問題なく第10病日に退院となった。【考察】消化性潰瘍は一般的に粘膜攻撃因子と粘膜防御因子のバランスが乱れることで発症すると考えられている。原因は約60-70%がピロリ菌と言われており、NSAIDsがその次に多いとされている。NSAIDsの中でも種類によって消化性潰瘍の発症頻度は異なり、半減期が長い薬剤ほどリスクが高いことが報告されている。NSAIDs内服剤だけでなく貼付剤でも潰瘍が発症することも報告されており、特にロコアテープは他のNSAIDs貼付剤と比べてCOX阻害作用、深部移行性、経皮吸収率が有意に高く強い作用を示す一方で潰瘍の発症リスクが高いとされている。本症例はピロリ菌陰性であることを入院中に確認しており、病歴聴取から発症3ヶ月前より下腹部肉痛に対してロコアテープ1日使用枚数制限2枚のところ6枚継続使用していたことが判明し、十二指腸潰瘍の原因になったと考えられた。NSAIDs内服剤による潰瘍発症リスクは広く周知されているところであるが、貼付剤は一般的にリスクが低いと認知されているため本症例のような枚数制限を超えた使用が散見されていると考えられる。ロコアテープによる潰瘍発症について若干の文献的考察を加えて自験例を報告する。

NSAIDs, 十二指腸潰瘍

77 血清AFP高値を認めた胃神経内分泌癌の一例

練馬総合病院 初期研修¹⁾, 同 内科²⁾, 同 外科³⁾
山本佳英¹⁾, 東宏一郎²⁾, 松田英士²⁾, 佐々木康裕³⁾, 青木優介³⁾,
山高 謙³⁾, 今井俊一³⁾, 徳山 丞³⁾, 飯田修平³⁾, 栗原直人³⁾

血清AFP異常高値を認めた胃神経内分泌癌の1例を経験したので報告する。

症例は62歳、男性。主訴は労作時息切れ、上腹部のしこり。現病歴は高血圧、糖尿病、高尿酸血症。202X年4月1日頃から食欲低下、4月11日から労作時息切れ、上腹部のしこりを自覚し、4月25日に当院紹介受診した。腹部CTで進行胃癌、胃周囲リンパ節腫大、多発肝転移の疑いで入院した。血液検査所見ではHb 5.6g/dl, AST 36U/L, ALT 24U/L, LDH 1259U/L, ALP 209U/L, CRP 11.74mg/dL, D-dimer 18.91 μg/mLだった。腫瘍マーカーはAFP 10414.7ng/mL, CA19-9 14.5U/mL, CEA 0.5mg/dL, PIVKA-2 353mAu/mL, sIL-2R 518U/mLだった。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部に全周性に2型の腫瘍を認めた。生検組織の病理診断では低分化癌、悪性リンパ腫などが鑑別となり、免疫染色を施行したところ、神経内分泌マーカーのsynaptophysinが陽性だった。以上より、臨床診断ではAFP産生胃癌の多発肝転移を最も疑い、組織診断では神経内分泌癌と診断した。

入院後は輸血を行い一旦退院したが、翌日胃穿孔、限局性腹膜炎にて他院緊急入院、緩和ケアの方針となり当院再入院となった。再入院後は抗菌薬、輸液、鎮痛薬、輸血で加療を行ったが、著明な改善は見られず、BSCの方針となり、自宅に近い病院で逝去された。

AFP産生胃神経内分泌胃癌の報告例は極めて稀であり、医学中央雑誌で「AFP産生胃癌、神経内分泌癌」、PubMedで「alpha fetoprotein producing gastric cancer, neuroendocrine carcinoma」を検索すると、それぞれ4例、7例(会議録含む)の報告があった。本症例は手術、病理解剖などは施行していない。文献的考察を含め、報告する。

AFP産生胃癌、神経内分泌癌

78 胃癌初回化学療法後に二次性TMAを発症し、集学的治療を行った一例

立正佼成会附属佼成病院 職員教育室¹⁾, 同 消化器内科²⁾
早崎 萌¹⁾, 池崎 修²⁾, 牛谷将博²⁾, 山田貴大²⁾, 本多英仁²⁾,
八谷 隆仁²⁾, 太田博崇²⁾, 高橋信一²⁾

【症例】60歳代女性【主訴】息切れ、下痢、発熱、腹痛【既往歴】なし【現病歴】20XX年X月、息切れで近医を受診。採血で鉄欠乏性貧血を認め、精査目的に当科紹介となった。受診時CTで胃癌、腹膜播種、胸腹水貯留、両側卵巣転移が疑われた。受診時翌日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃角部から胃前庭部にかけて4型進行胃癌を認めた。病理結果で印鑑細胞癌が検出され、またHER2スコア0であった。切除不能進行胃癌と診断し、シスプラチン・TS-1による化学療法を開始した。初回導入開始15日後から下痢、18日後に発熱、腹痛を認め同日当科外来を受診。採血で汎血球減少、腎機能障害・炎症反応上昇、CTで小腸・大腸に広範囲な浮腫性壁肥厚と胸腹水増加を認めた。発熱性好中球減少症・化学療法関連腸炎が疑われ同日当科緊急入院となった。入院後は保存的加療を開始、また汎血球減少に対して適宜G-CSF製剤・赤血球および血小板輸血を行った。入院第10日に白血球減少は改善したが、赤血球・血小板減少は改善せず、腎機能の悪化を認めた。入院後経過の採血から破碎赤血球・パプログロビン低下・クームス試験陰性を認めたため、血栓性微小血管症(TMA)の可能性を考慮し、入院第11日より血漿交換・血液透析を開始した。その後集学的治療で血小板・腎機能の改善を認め、第16病日に血漿交換・血液透析から離脱した。以後、血小板・腎機能の悪化なく経過したが、原疾患の病勢悪化のため診断から6か月後に痛死した。【考察】TMAは全身の微小血管で血小板血栓が形成された結果、血小板減少・血小板血栓性臓器障害・微小血管障害性溶血性貧血を呈する比較的稀な病態であり、類似の症状をきたす病態であるDICとの鑑別を要し、予後を左右する疾患である。近年悪性腫瘍の治療分野で分子標的薬などの目まざましい進歩を遂げる一方で、多岐にわたる合併症の早期診断と治療が重要である。本症例は化学療法に伴う二次性TMAと考えられ、比較的稀な病態で疾患を理解する意義は大きいと考え、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

胃癌、TMA

79 縫合閉鎖が不能であった超高齢者の胃穿孔を救命し得た1例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器・一般外科¹⁾,
聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科²⁾
若月聖孝¹⁾, 勝又健太¹⁾, 内藤正規¹⁾, 大島隆一¹⁾, 根岸宏行¹⁾,
菊地悠輔¹⁾, 白井創大¹⁾, 天野優希¹⁾, 柴田真知¹⁾, 國場幸均¹⁾,
大坪毅人²⁾

症例は90歳、女性。腰椎圧迫骨折に対して近医からNSAIDsを処方され、その1か月後から腹痛、黒色便を認めるようになっていた。3日前から腹痛の増悪を認めたため紹介医を受診し、上部消化管穿孔の診断で当院へ転院搬送となった。胃癌に対して幽門側胃切除 B-1再建の既往があった。CT検査で、胃十二指腸吻合部に穿孔部を認め、身体所見上で汎発性腹膜炎を呈していたため緊急手術の方針となった。上腹部正中切開で開腹すると、前回手術による高度の癒着を呈していた。胃壁と肝左様の癒着を剥離したところ、胃前壁は壊死しており、後壁しか残っていない状態であった。循環動態が不安定であり、縫合閉鎖や切除吻合は困難と判断したため、肝臓で被覆しドレーンジのみで手術を終了した。術後第8病日で人工呼吸器を離脱し、術後第14病日に術後透視を行った。穿孔部とドレーンは瘻孔化されており第15病日から経口摂取を開始し、術後第34病日には瘻孔の閉鎖が確認できたためドレーンを抜去した。術後第42病日でもハビリ目的に転院となった。上部消化管穿孔において、穿孔部があまりにも大きい場合は胃切除再建が選択肢となる場合がある。しかし、本症例では幽門側胃切除術後であったこと、循環動態が不安定であったことから腹膜炎のコントロールに重きを置いた手術となった。昨年、超高齢者の緊急手術も増加傾向であるが、全身状態との兼ね合いで手術時間をなるべく短くする必要のあることも多い。今回、我々は胃穿孔の超高齢女性を救命し得た1例を経験した。超高齢者の緊急手術で注意すべき点などにつき文献的考察を加えて報告する。

急性腹症、手術

80 腓醇素上昇を契機に診断された絞扼性小腸閉塞による急性輸入脚症候群の一例

独立行政法人国立病院機構 東京医療センター 消化器内科¹⁾,
同 一般外科²⁾
吉村梨沙¹⁾, 東條誠也¹⁾, 山本晴二郎¹⁾, 鈴木麻耶¹⁾, 笠原美沙¹⁾,
関彩千子¹⁾, 石田 慎¹⁾, 荒金直美¹⁾, 松永崇宏¹⁾, 吉田康祐¹⁾,
玉川空樹¹⁾, 宮永亮一¹⁾, 渡邊多代¹⁾, 下田啓文²⁾, 福原誠一郎¹⁾

【症例】80歳女性、15年前に胃癌に対して、幽門側胃切除術とRoux-en-Y法再建が施行された。来院当日の早朝より強い心窩部痛を自覚し、夕方まで改善せず当院を受診した。血液検査でアミラーゼ2248U/L、リパーゼ6171U/Lと著明な上昇を認め、急性炎症疑いで造影CTを施行した。術後吻合部周囲にcaliber changeがあり、同部位でclosed loop形成と小腸虚血が疑われた。閉塞起点よりも口側の腸管と輸入脚の著明な拡張を認め、胆管・腸管の拡張も伴っていた。絞扼性小腸閉塞による急性輸入脚症候群と診断し、同日緊急手術を施行した。開腹時に色調不良となった腸管を認め、腸管虚血が多量に貯留していた。挙上空腸の腸間膜と横行結腸間膜起始部との間に2横指ほどの間隙を触知し、内ヘルニアへの陥頓が原因と考えられた。術中インドシアニンググリーン蛍光法で腸管血流の評価を行い、血流不良な腸管を約70cm切除した。吻合部の再々建と、陥頓の原因となった間隙を縫合閉鎖し終了とした。術後は、昇圧剤の需要がありICU管理としたが、1PODで抜管し、胃管抜去後に飲水を再開した。腓醇素の改善も得られ、2PODから流動食を開始した。合併症はなく経過したが、ADLの低下があり、35PODにリハビリ目的で転院した。【考察】Roux-en-Y再建術後を背景に、腓醇素の上昇を契機に診断された絞扼性小腸閉塞・急性輸入脚症候群の1例を経験した。Y脚吻合部の閉塞によって輸入脚内圧が上昇し、腸管拡張と腓醇素上昇を来したと考えられる。絞扼性小腸閉塞と急性輸入脚症候群に対し、緊急手術を行って救命し得た稀な症例であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

急性輸入脚症候群、絞扼性小腸閉塞

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科

横田昂子, 辰巳健志, 小原 尚, 黒木博介, 杉田 昭,
小金井一隆

【症例】51歳男性【主訴】なし【既往歴】自律神経失調症【家族歴】特記事項なし【現病歴】X-11年, 下痢と血便で潰瘍性大腸炎を発症した。5-アミノサリチル酸製剤とステロイド内服で加療を開始されたが、再燃寛解を繰り返したため、ステロイド内服(5-15mg)が継続されていた。X-10年, 壊疽性膿皮症を併発したがステロイド増量により改善。X-6年, ステロイド減量目的にアザチオプリンの内服を開始するも、肝障害のため中止となった。血球成分除却療法を併施したところ症状の改善を認めたが、本人希望により計10回で終了となった。その後ゴリムマブを導入し寛解となり、ステロイド(総投与量22265mg)から離脱した。以降は定期的に行っていた下部消化管内視鏡において、粘膜治癒状態の維持が確認されていた。X-1年, 下痢の回数が増加したため下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸Rbに隆起性病変を認め、生検ではNeuroendocrine carcinoma (NEC) (Ki-67 index 20%), High grade (Grade 2)と診断された。前医にて内視鏡的粘膜下層結紮下切除術が試みられたがnon-lifting sign陽性であり、内視鏡的切除は中止となった。CTで明らかな遠隔転移・リンパ節腫大を認めず前医で大腸全摘術、直腸切除術が検討されたが、本人が手術に対して消極的であり、実施の場合にも肛門温存を希望されたため、診断後より7ヶ月経過したX年Y-1月に当科紹介受診となった。直腸診では、肛門縁より6cm口側の前壁右側に可動性良好な弾性硬の2cm大の結節を触知した。前医での生検組織を当院で再度評価したところ、Neuroendocrine tumor (NET) G2 (Ki-67 index 10-20%)と診断された。また術前CT・MRIで直腸前壁右側に1cm大の結節状の構造物と直腸傍リンパ節の腫大を認めた。直腸NET(G2) T3N1MO Stage IIIBと術前診断し、Y月, 大腸全摘術、回腸囊肛門吻合術、回腸入肛門造設術を施行した。術中所見では肝転移や腹膜播種は認めず、直腸傍リンパ節の腫大を認めた。摘出標本の肉眼所見では、下部直腸に15×15mm大の白色調で中心に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。【結語】潰瘍性大腸炎に合併した直腸原性神経内分泌腫瘍の1例を経験した。本疾患は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 神経内分泌腫瘍

国立国際医療研究センター病院 外科

安藤 睦, 竹村信行, 伊藤橋司, 吉崎雄飛, 中村真衣, 稲垣冬樹,
三原史規, 清松知充, 山田和彦, 國土典宏

【緒言】結腸直腸癌はその割程度が隣接する臓器に直接浸潤するといわれている。直腸癌の場合、浸潤先の1割が小腸である。大腸癌が浸潤先の小腸にてその所属リンパ節に転移することは稀であり、報告は少ない。今回、腹痛、食思不振を主訴に受診、直腸癌Rs、回腸浸潤、二次的所属リンパ節転移、多発肝転移の診断となりその後外科的加療を行った1例を経験したので報告する。【症例】77歳男性【現病歴】X-11ヶ月前に腹痛、食思不振で他院受診、直腸癌Rsによる腸閉塞の診断となった。腫瘍は回腸浸潤、回腸所属リンパ節転移、多発肝転移を来しており、高位前方切除術+D3郭清、回腸浸潤に対して回腸部分切除術を施行された。その後、X-9ヶ月前に当院紹介受診となり、FOLFOX+Bev施行の後、X年X月に多発肝転移に対して肝部分切除術、回腸所属リンパ節転移に対して回盲部切除+D3郭清を施行した。術後経過良好でPOD 18で退院となった。X+5ヶ月後多発肝転移再発を指摘され、同年ならびにX+7ヶ月後の二度、肺部分切除術が施行された。X+7ヶ月後に多発肝転移再発を指摘され、FOLFIRI+Pmab施行の後、X+11ヶ月後肝転移再発に対して拡大後区域切除術、肝部分切除術を施行した。X+14ヶ月後、肝転移、肝門部リンパ節転移、腹膜播種再発を認め、FOLFIRI+Pmabが再開されている。初回肝切除ならびに回腸所属リンパ節摘出後2年3ヶ月経過し生存中である。【考察】直腸癌が浸潤先の小腸の所属リンパ節に転移する例は稀で、報告は少ない。本症例は、大腸閉塞により発見された直腸Rs癌、回腸浸潤、二次的回腸所属リンパ節転移、多発肝転移に対し、外科的治療を行った。二次的リンパ節転移の頻度やその治療法について、文献的考察を加えて報告する。

直腸癌回腸浸潤, 回腸所属リンパ節転移

聖マリアンナ医科大学 消化器内科¹⁾,

同 放射線診断・IVR科²⁾

草野由菜利¹⁾, 清川博史¹⁾, 朝倉佳緒麗¹⁾, 上向伸太郎¹⁾,
中谷健二郎¹⁾, 増田有亮¹⁾, 小松拓実¹⁾, 中本悠輔¹⁾, 加藤正樹¹⁾,
川島亜貴世¹⁾, 服部美紀¹⁾, 佐藤義典¹⁾, 山本博幸¹⁾, 前畑忠輝¹⁾,
安田 宏¹⁾, 和田慎司²⁾, 三村秀文²⁾, 立石敬介¹⁾

【症例】54歳, 女性【既往歴】肺結核, 子宮筋腫【家族歴】なし【内服薬】酸化マグネシウム750mg/日, クエン酸第一鉄ナトリウム100mg/日【生活歴】飲酒歴:なし,喫煙歴:なし【アレルギー歴】なし【起病経過】20XX年より年に3回の頻度で血便を繰り返していた。20XX+6年6月血便を認め、近医で貧血が指摘され前医に受診した。腹部造影CTでは直腸肛門周囲に造影早期に濃染する蛇行および拡張した血管増生を認め、上直腸動脈を流入血管とする血管集簇像を認めた。直腸動静脈奇形(arteriovenous malformation; AVM)による消化管出血と診断され、治療目的に当院に紹介となった。下部消化管内視鏡では肛門縁に発赤調の正常粘膜で被覆された半球状の隆起性病変が散見され、いずれも拍動を伴っていたが、観察時に活動性出血は認めなかった。20XX+6年7月入院下で腹部血管造影を施行した。下腸間膜動脈造影にて直腸AVMが上直腸動脈より供血されていることを確認し、上直腸動脈に対してコイルを用いた動脈塞栓術を施行した。術後3日目に経過良好にて退院となった。20XX+6年8月腹部造影CTでは、直腸AVMの残存を認め、右閉鎖動脈に対してコイルを用いた動脈塞栓術を施行した。術後2日目に経過良好にて退院となった。20XX+7年9月腹部造影CTでは、直腸AVMはさらに縮小し血流低下を認め、直腸に虚血性変化を示唆する所見は認めなかった。その後、血便の量と頻度は減少し、貧血も改善を認めた。【考察】消化管のAVMにおいて、直腸病変は全体の0.9%と報告されており、直腸AVMは比較的にまれな疾患である。本邦において約8割のAVMが外科的切除により加療されており、血管内治療例は約1割と少ない。今回我々は経カテーテル動脈塞栓術が有効であった直腸AVMの1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

直腸動静脈奇形, 経カテーテル動脈塞栓術

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科

鈴木達也, 渡邊綱正, 薩田洋輔, 服部伸洋, 立石敬介

【目的】B型肝炎ウイルス患者における長期治療目標はHBs抗原の消失であるが、核酸アナログ製剤(NA)投与にてHBs抗原が消失する症例は多くない。また、NA投与については長期の安全性や医療経済的問題が懸念される。そこで、NA治療を中止しないし減量した症例を対象として、NA中止の有効性とリスクを明らかとすることを目的とした。【方法】HBe抗原陰性のB型肝炎を対象に、2000年1月1日から2022年7月31日までにNAを中止・減量し、半年以上観察した症例(中止14例、減量17例)を対象とし、経時的なB型肝炎ウイルス血清マーカー(HBs抗原・抗体、HBe抗原・抗体、HBe抗体・関連抗原、HBV-DNA量)と血液検査結果(血小板、肝胆道系酵素等)の臨床データを収集し、NAの中止・減量によるHBs抗原の消失、HBV-DNAや肝胆道系酵素の悪化等、B型肝炎病態の変化を後方視的に検討した。【成績】NAを中止した症例の患者背景は、男性4例(29%)、年齢中央値62歳(45-78歳)、肝細胞癌の家族歴は認めず、NA投与期間中央値2.2年(1.4-12.0年)、NA中止時HBs抗原中央値2.4 IU/mL(<0.03-2740 IU/mL)、HBe関連抗原3.0 logU/mL未満、HBV-DNA定量陰性であった。NA中止後に2例でHBV-DNAが上昇し、NA中止時にHBs抗原が陽性であった10例のうち5例が2年以内にHBs抗原の消失を認めた。HBs抗原消失例の全てがNA中止時HBs抗原100 IU/mL以下であった。NAを減量した症例の患者背景は、男性6例(35%)、年齢中央値63歳(47-88歳)、肝細胞癌の家族歴は認めず、肝癌以外の担癌患者が8例、免疫抑制剤投与患者が4例であった。NA減量前までの投与期間中央値7.5年(2.0-20.1年)、NA減量時HBs抗原中央値42.6 IU/mL(<0.03-3500 IU/mL)、HBe関連抗原3.0 logU/mL未満、HBV-DNA定性陰性であった。NAを連日投与から隔日投与に減量した症例のうち2例でHBV-DNAが陽性となった。【結論】HBe抗原陰性かつHBe関連抗原3.0 logU/mL未満の症例におけるNA投与中止は、医療経済的な面や長期の安全性におけるメリットのみならず、HBVコントロールの観点からもメリットとなる可能性がある示唆された。

B型肝炎, 核酸アナログ

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾・消化器病センター
清水 実, 岩渕省吾, 藤川智章

【症例】43歳、男性 【主訴】発熱、左側腹部痛 【現病歴】入院8日前、38℃の発熱があり、外出できず。入院6日前、就寝中に左側腹部痛を自覚。発熱は36から38℃台で推移。入院4日前、近医受診したが、発熱は特定できず。その後も症状改善がないため当院受診。腹部エコーにて、肝左葉に70×45mmの内部不均一な低エコー域を認め、肝膿瘍と判断し、血液培養を採取の上、アンピシリン・スルバクタム投与を開始。第5病日に経皮的膿瘍ドレナージを行い、膿汁の流出を確認。グラム染色にてグラム陽性球菌（房状）を認め、バンコマイシン（VCM）投与に変更。その後、培養結果によりMRSAと判明。しかし、VCMによる腎障害が生じたため、第13病日よりリネゾリド点滴に変更。徐々に発熱及び炎症反応は改善。リネゾリド内服に変更後も全身状態安定しており、第31病日に退院となる。後日、肝膿瘍培養液のゲノム解析を行い、市中感染型MRSAの判断となる。【考察】近年、市中感染型MRSAの報告は増加しているが、肝膿瘍を発症した報告は少なく、文献的考察も加えて報告する。

肝膿瘍, 市中感染型MRSA

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科
藤 佑樹, 三浦夏希, 並木 伸

【症例】83歳女性。2型糖尿病の既往があり、コントロール不良であった。来院前日から体動困難、発熱、頻呼吸があり救急搬送となった。来院時血液検査で炎症反応高値を認め、造影CTでは肝S6領域に23mm大の低吸収域あり、周囲および隔壁に造影効果を認めた。肝膿瘍の診断で入院となり、抗菌薬治療を開始した。入院時に採取した血液培養でKlebsiella pneumoniaeが検出された。第5病日に眼瞼結膜充血を認め第6病日に眼科受診となったが、内因性眼内炎の診断となり、同日緊急で硝子体手術を行った。侵襲性クレブシエラ感染症の診断で感染源コントロール目的に第7病日に経皮的肝膿瘍ドレナージ施行するも感染コントロールは得られなかった。第14病日に眼球内容摘出術を行うと臨床的に改善傾向となった。全身状態が落ち着いた後で侵入門戸の検索を行った。大腸内視鏡検査で直腸Rbに大きさ20mmの無茎性ポリープを認め、生検施行したところ、Group5, adenocarcinomaが判明し直腸癌の診断となった。同部位が侵入門戸と考えられ、第48病日にESDを行い病変部位を切除した。【考察】侵襲性クレブシエラ感染症は、肝膿瘍から眼内炎、髄膜炎などの重篤な血行性転移性感染症を引き起こす危険な病態である。Klebsiella pneumoniae荚膜型K1, K2株によるものが多く、糖尿病との関連も指摘されている。1980年代の台湾からの報告を皮切りに、東アジア圏についての報告が多く、日本国内でも80%以上で原因であったという報告がある。治療については、転移性感染巣に対する臓器移行性を考慮した抗菌薬の選択および外科的治療を含めた集学的治療が重要である。今回当科では、侵襲性クレブシエラ感染症の治療に加えて、侵入門戸の同定およびその治療に成功した一例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

肝膿瘍, 侵襲性クレブシエラ感染症

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学

中川美由貴, 叶川直哉, 藤本健太郎, 小川慶太, 岩永光巨, 藤原希彩子, 兒島隆太, 神崎洋彰, 興相慧輔, 井上将法, 小林和史, 清野宗一郎, 中村昌人, 近藤孝行, 中川 良, 小笠原定久, 中本吾吾, 室山良介, 加藤 順, 加藤直也

【症例】77歳男性【現病歴】慢性C型肝炎を背景とする肝細胞癌に対し、X-5年から局所治療により腫瘍を制御していたが、X年6月に腹膜播種を認め、アテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法を導入した。腫瘍増大なく、有害事象も発症せず経過していたがX年12月、9回目の投与後から食思不振が出現した。9回目投与1か月後に39℃の発熱、呼吸苦、意識障害を来して救急外来を受診した。血液検査でBUN 74 mg/mL、Cre 2.82 mg/mL、血液ガス分析にてpH 7.079と、著明な腎障害とアシドーシスを認めて入院となった。入院後にMSSAを起炎菌とした菌血症・化膿性脊椎炎・硬膜外膿瘍などが明らかとなり、抗生物質による治療を行った。補液によりCreは改善傾向となったが、代謝性アシドーシスは改善なく、腎臓内科へコンサルトした。AG非開大性の代謝性アシドーシスであり、尿pHが低下していないことから、尿細管性アシドーシスと考えられ、アテゾリズマブによる急性尿細管間質性腎炎と、それによる遠位尿細管性アシドーシスの診断となった。活動性の感染症と、それに伴うDICの影響で血小板低下を来していたことより、腎生検とステロイドの投与は行わず、被疑薬であるアテゾリズマブの中止と、クエン酸カリウムによるアシドーシス補正での治療となった。第13病日にはアシドーシスも改善がみられ、感染症の経過も良好であり、第46病日に退院となった。その後も再燃することなく経過している。【考察】免疫チェックポイント阻害剤に伴う免疫関連有害事象(irAE)は、発症時期は多岐にわたり遅発性に出現する可能性もある。既報では、急性尿細管間質性腎炎は発症までの期間中央値が1~8か月と幅広く、本症例はアテゾリズマブ導入後6か月で発症した。irAEによる腎炎はGrade 2以上のCre値上昇を認めた時にステロイド加療が検討されるが、本症例は上述の経過のため投与しなかった。また、病態改善後の治療再開は禁忌とされておらず、リスクファクターを念頭において早期発見・治療介入を心掛けることが重要である。

肝細胞癌, 急性尿細管間質性腎炎

東海大学医学部付属八王子病院 内科学系 消化器内科学

森 貴裕, 伊藤裕幸, 幕内智規, 張つほみ, 藤本龍太郎, 横田 将, 津田真吾, 広瀬俊治, 永田順子, 小嶋清一郎, 渡辺勲史, 鈴木孝良

【症例】37才、男性【主訴】下腿浮腫【現病歴】約1か月前より食欲不振が出現した。約1週間前より下腿浮腫の増悪を自覚し、救急要請をした。【既往歴】大腿骨頭壊死。【生活歴】ビール10L/日の飲酒を約10年間していた。【身体所見】眼瞼結膜と皮膚に黄疸を認めた。体幹と四肢に圧痕性浮腫を認めた。【血液検査所見】WBC 10600/μL, Hb 3.5 g/dL, MCV 114, MCH 34.3, 末梢血液像でウニ状赤血球を認めた。Plt 6.6万/μL, Alb 2.3 mg/dL, PT% 12%, T-Bil 7.4 mg/dLであった。【画像検査所見】CTで肝臓はびまん性に低吸収で萎縮しており、中等量の腹水を認めた。【経過】アルコール性肝不全の診断で緊急入院をした。Chil pugh 分類 C 12点, MELD score 32点, JAS score 12点 severeであった。貧血は大球性貧血で血便や黒色便など消化管出血を示す所見はなかった。各種の溶血性貧血などを除外した結果、肝硬変に伴う spur cell anemia と診断した。頻回の輸血を行ったが、Hb 5~6 g/dL 以上高値とならず、改善が乏しかった。入院33日目に本人の強い希望で自宅退院をしたが、退院4日後に意識障害が出現した。再入院となり、その翌日に肝不全で死亡した。【考察】アルコール性肝硬変を背景とした難治性の spur cell anemia を経験した。肝疾患に伴う貧血は多岐に渡るが、spur cell anemia は1964年に報告された赤血球膜の構造異常によって引き起こされる後天性の溶血性貧血である。肝硬変に伴って発症し輸血と体液貯留の制御が重要であるが、予後は非常に悪く、肝移植が唯一の根治的治療とされている。spur cell anemia は非代償性肝硬変の独立した予後予測因子であり、生存期間の中央値は1.9か月との報告がある。本症例の spur cell anemia では、肝硬変に伴う血管外溶血、栄養欠乏、DICが関与していたと考えられ若年で急速な転帰を辿っており、文献的考察を加えて報告する。

spur cell anemia, 肝硬変

大森赤十字病院 消化器内科

坂井音々, 須藤拓馬, 今長大輝, 西口貴則, 小林幹生, 岡田直也, 有本 純, 新倉利啓, 桑原洋紀, 中岡宙子, 千葉秀幸, 井田智則, 後藤 亨

【症例】50歳男性【主訴】下腿浮腫【現病歴】X-9年に重症急性肺炎の既往のある患者。X-2年に上部消化管内視鏡検査で食道静脈瘤を指摘されていたが肝硬変の所見はなかった。原因不明の門脈圧亢進症として精査を勧められたが、希望なく終診となった。X-1年11月より下腿浮腫を自覚し、X年1月に低アルブミン血症から肝硬変を疑われ当科を受診した。【経過】受診時、腹部膨満と両下腿浮腫を認めた。画像検査所見から今回も肝硬変は否定的であった。血液検査所見では低アルブミン血症と血小板の低値を認めたが、血清アンモニア値、ビリルビン値、プロトロンビン活性値(%)は正常範囲内であった。造影CTで脾静脈の描出を認めず、肝外門脈の狭小化と著明な側副血行路の発達を認めたことから肝外門脈閉塞症と診断した。原因として過去の肺炎の影響が考えられた。胸腹水貯留に対してスピロラクソンを開始したところ、浮腫は徐々に軽快したが胸水貯留に関しては増悪した。精査目的に入院し、翌日に胸水、腹水に対して穿刺を行うといずれも白濁し、胸水中のトリグリセリド値は659 mg/dLであり乳び胸と診断した。胸水に関しては穿刺にて1200ml程度の排液を行った。腹水は少量の貯留であったため検体採取のための試験穿刺に留めた。門脈圧亢進に起因する乳び胸腹水と考え、穿刺・排液後にプロプラノロール20 mg/日を開始したところ、導入後8日目のCTで胸腹水の消失を確認した。【考察】肝外門脈閉塞症は肝門脈を含めた肝外門脈の閉塞により門脈圧亢進に至る症候群である。門脈圧亢進はリンパ管内圧を上昇させ、リンパ管の破綻に至ると乳び胸水や腹水を生じることがある。非選択的βブロッカーは門脈血流量を減少させることで門脈圧低下をもたらす。本症例は非選択的βブロッカーの導入により胸腹水がCT所見上消退するに至った。医中誌で乳び胸あるいは乳び腹水に対して非選択的βブロッカーが有用であった症例報告は6件に留まるが、本例も同様に奏効した症例であった。【結語】肝外門脈閉塞症による胸腹水に対してβブロッカーが著効した一例を経験した。

肝外門脈閉塞症、非選択的βブロッカー

聖マリアンナ医科大学 消化器内科

末綱雄士, 薩田洋輔, 鈴木達也, 服部伸洋, 渡邊綱正, 立石敬介

【症例】81歳、女性。【現病歴】20XX年X月より発熱、倦怠感、呼吸困難感を認め、前医受診。血液検査で高度炎症反応を認め、CT検査にて肝右葉に45mm大の低吸収域および両肺野に多数の結節影を認めた。肝膿瘍及び敗血症性肺塞栓症が疑われ、当院紹介となる。【既往歴】大動脈弁狭窄症、糖尿病、左副腎腺腫【内服薬】クロビドグレル、シルニジピン、メトホルミン、ミチグリニド【個人歴】飲酒歴・喫煙歴なし。【入院時現症】意識清明、体温36.6℃、脈拍数84/分、血圧97/65 mmHg、腹部は平坦・軟で圧痛はなし。【検査所見】肝胆道系酵素上昇、WBC 13,200/μl (Neut 83%)、CRP 28.4 mg/dl と炎症反応高値、血小板数 6.4万/μl を認めた。【経過】CT検査上、肝S6に低吸収域、両肺野に複数の結節影を認め、肝膿瘍、敗血症性肺塞栓症と診断した。抗血小板剤内服があり、また膿瘍の局在から穿刺は困難と判断し、血液培養検査行後より PIP/TAZ 4.5g/3x を開始。また、急性期 DIC スコア 4点であり、敗血症に伴う DIC と判断し トロンボモジュリン投与も開始した。第2病日呼吸状態悪化し、CT検査にて肺塞栓の悪化を認め、抗菌薬を MEMPM 3g/3x へ変更した。血液培養で String test 陽性の Klebsiella pneumoniae を認めたため、播種性病変検索目的に頭部MRIを追加したところ、小脳及び頂頭葉に拡散強調像で高信号が散見され、敗血症性脳塞栓症の診断となる。その後、抗菌薬での保存的治療継続しCT検査にて肝膿瘍および各病巣の縮小を確認した。肝膿瘍の原因に関しては感染経路の同定はできなかった。【考察】膿瘍ドレーナージが困難な String test 陽性 Klebsiella pneumoniae の1例を経験した。string test 陽性は陰性と比較して侵襲的な病態を引き起こす可能性が高いと報告されており、過粘稠性を認めた際には眼症状や神経学的所見の評価が重要である。【結語】ムコイド産生型 Klebsiella pneumoniae による Invasive liver abscess syndrome の1例を経験した。

ムコイド産生型 Klebsiella pneumoniae, 肝膿瘍

地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 齊藤一真, 山下 萌, 中園綾乃, 並木 伸

【症例】15歳女性【現病歴】以前より自傷歴があり、X年Y月Z日鉄欠乏性貧血の治療目的で処方されていたクエン酸第一鉄ナトリウムを20錠内服した。内服1時間後より心窩部痛と嘔気が出現し、徐々に傾眠傾向となったため当院救急外来を受診した。血液検査で血清鉄濃度495 μg/dLと高値であり、病歴と併せてクエン酸第一鉄ナトリウム過量内服による急性鉄中毒の診断で経過観察目的に入院となった。【入院後経過】心窩部痛や嘔気などの自覚症状や傾眠は鉄中毒の第一期症状と考えた。入院翌日の血液検査でAST1633 U/L、ALT838 U/Lと上昇を認めたが、ショックや代謝性アシドーシスなどの重篤症状はなく、症状も改善傾向であったため第2病日に退院となった。第4病日の外来受診時に血清鉄濃度、AST値は改善したが、ALT2790 U/Lと上昇しており、プロトロンビン時間が52.0%(PT-INR1.40)と延長傾向であったため、今後の肝障害増悪リスクを考慮し経過観察目的に再入院となった。翌日ALT値はピークアウトしプロトロンビン時間も正常範囲内で改善したため、第7病日に退院となった。【考察】本邦では鉄化合物は鉄欠乏性貧血の治療薬として広く用いられているが、鉄剤による急性鉄中毒の報告は少ない。血清鉄濃度が500 μg/dLを超える場合は重症化リスクがあるとされており、服用後早期であれば胃洗浄や内視鏡での除去と、キレート目的にデフェロキサミンの投与が推奨されている。本症例では血清鉄濃度が500 μg/dL未滿でショックや代謝性アシドーシスなどの重篤な症状はなかったため上記介入は行わず経過観察のみ行い、その後発症した肝障害も重症には至らず速やかに改善した。しかしながら経過によっては心原性ショックや代謝性アシドーシス、重症肝不全など致死的な経過を辿った例も報告されており、若干の文献的考察を添えて報告する。

急性鉄中毒、肝障害

千葉大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 肝胆臓外科²⁾遠山翔大¹⁾, 大山 広¹⁾, 山田奈々¹⁾, 関根 優¹⁾, 杉原地平¹⁾, 大内麻倫¹⁾, 菅 元泰¹⁾, 永島裕樹¹⁾, 飯野陽太郎¹⁾, 高橋幸治¹⁾, 日下部裕子¹⁾, 沖津浩一郎¹⁾, 大野 泉¹⁾, 三島 敬²⁾, 高屋敷史²⁾, 大塚将之²⁾, 加藤直也¹⁾

胆管内乳頭状腫瘍 (intraductal papillary neoplasm of bile duct: IPNB) は胆管内腔に乳頭状発育を示す胆管上皮の腫瘍性病変であり、しばしば胆管内腔の拡張と粘液産生を伴う。IPNBは浸潤傾向に乏しく、胆管長軸方向に上皮内を進展しやすいため、進展範囲の正確な診断が切除範囲決定に重要である。今回われわれは原発性硬化性胆管炎(Primary Sclerosing Cholangitis: PSC)に合併したIPNBの1例を経験したので報告する。症例は35歳、女性。PSCによる胆管狭窄で胆管炎を繰り返しており、10年ほど前から胆道バルーン拡張を、2年前から胆管ステントの留置を行っていた。胆管像のフォロー目的に施行したMRCPにて、肝外側区域から肝外胆管にかけてのびまん性拡張に加えてB2枝に乳頭状隆起が認められた。ERCPを施行したところ左肝管の拡張と粘液塊と思われる陰影欠損像を認め、胆汁細胞診にてclass IVの診断となった。表層進展範囲診断や組織生検による病理学的診断目的に経口胆道鏡を施行したところ、拡張した胆管内腔に乳頭状腫瘍が多発していた。乳頭状隆起からの生検では異型上皮の診断であり、胆汁細胞診は前回同様class IVであった。胆道鏡合併の可能性が疑われたが、他の画像検査では腫瘍の局在がはっきりせず、一月後に進展範囲再評価目的に経口胆道鏡検査を再検したところB3末梢からB2/3分岐部、左肝管にかけていく状隆起がみられたものの、総胆管や右肝管には隆起性病変は確認されなかった。胆道鏡下のstep biopsyでは右肝管には腫瘍性変化を認めなかった。術前の内科・外科の協議にて根治性と残肝容量を加味し尾状葉温存左肝切除および尾状葉胆管空腸吻合術を施行した。最終診断ではIPNB with associated invasive carcinoma, mucinous carcinomaの診断となり、pT1aN0M0, Stage Iであった。術式の決定には進展範囲評価が必須であり、各種画像検査、ERCP、胆管内超音波検査、経口胆道鏡検査、step biopsyなどを組み合わせると進展範囲を正確に診断することが肝要である。PSCからIPNBを発症する例は少なく癒合併例はさらに希少であり、貴重な症例を経験した。

胆管内乳頭状腫瘍, 原発性硬化性胆管炎

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科
角田樹生, 服部伸洋, 薩田洋輔, 鈴木達也, 渡辺綱正,
立石敬介

【症例】70歳台男性【主訴】なし【既往歴】HCV+アルコール性肝硬変(SVR後)、大腸腺腫、前立腺肥大症【内服薬】タムスロシン【現病歴】C型慢性肝炎治療後にて前医でフォローされていた。定期採血にてAFP、PIVKA2の上昇を認めた為に施行したCTでS1に9cm大の腫瘤を認めた。画像所見から肝細胞癌(HCC)が疑われたため、精査加療目的に当院消化器外科紹介となった。初診時の時点で肝S7に9cm大の早期濃染を呈する腫瘤を認め、T2N0M0 Stage2のHCCと診断した。また予備能もChild-Pugh5Aであり手術が検討されたが、術前精査にて右葉切除の場合、切除限界を超えるとの判断で、内科的治療の方針となった。【入院後経過】内科的治療としては最大限の局所制御を目指し、レンパチニブ投与後にTACEを行う戦略とした。入院のうへ、レンパチニブを7日間投与後にDEB-TACEを予定したが、入院時の時点で予備能の低下がみられたため、1段階減量の8mgでレンパチニブを開始した。レンパチニブ開始4日目より発熱、食思不振をきたし、血液検査上も著名な炎症所見の上昇がみられたため、レンパチニブは4日間の内服で終了とした。開始5日目の造影CTでは腫瘍全体において血流の低下がみられたもの一部残存を認めたことより、当初の予定通りレンパチニブ開始8日目にDEB-TACEを施行した。TACE1週後の造影CTでは腫瘍の一部残存を認めてきたが、1か月後の時点で明確に増大をきたしたため、追加治療としてアテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ+BV)療法を行うこととした。ATZ+BV療法を5クール施行したところで、明らかな有害事象はなく経過できており、かつ造影CTでもm-RECISTでCR判定となったため、病理学的CRを得る目的で再度外科と相談し、肝部分切除を行う方針となった。HCCの診断から8か月後に肝部分切除に至ったが、肝部分切除後の経過も良好である。【考案】近年、HCCに対する複数の新規治療薬の出現もあり、conversion手術が可能となる症例も増えることが予想される。今回我々は、集学的治療を行うことでconversion手術に至った症例を経験したので報告する。

肝細胞癌, conversion手術

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾,
総合病院 厚生中央病院 消化器内科²⁾
枇杷田雅仁^{1,2)}, 斎藤倫寛¹⁾, 新後閑弘章¹⁾, 竹中祐希¹⁾,
前田 容¹⁾

症例は80歳台、男性。横行結腸の憩室炎のため入院となり、絶食、補液、CTRX2g/dayの投与で加療開始された。炎症反応は速やかに改善し、第4病日には経口摂取が再開されたが、第7病日の血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めた。CTRXによる薬剤性肝障害を疑われCTRXの投与は中止された。第8病日に腹部USを施行したところ、胆嚢及び総胆管内に点状高エコーの集簇を認め、総胆管は11mmと拡張していた。入院時の腹部単純CTでは総胆管拡張はなく、胆嚢及び総胆管内にも明らかな異常所見は認められていなかった。画像所見及び臨床経過からCTRX投与により偽胆石が生じ、胆汁う滞を来したものと考えられた。肝胆道系酵素上昇は第9病日には改善傾向となり、第11病日に退院となった。退院19日後の外來受診の際には肝胆道系酵素上昇はなく、腹部USでは偽胆石は消失していた。CTRXは幅広い抗菌スペクトラムや良好な組織移行性を持ち、さらに半減期が長く1日1回投与が可能である事などから、臨床現場で頻用されている抗生剤の一つである。CTRXの投与に伴い偽胆石と呼ばれる胆石様沈殿物が形成される事が知られており、小児例で報告が多いが、近年高齢者の報告が増加している。偽胆石の多くは無症状であり、自然に少しずつ排泄され、比較的早期に自然消失するとされており、基本的に薬剤の中止・経過観察といった保存的加療が第一選択とされる。偽胆石を形成させる危険因子としては、CTRXの高用量投与(2g/dayまたは100mg/kg/day)、急速静注、脱水、低Alb血症、腎疾患の合併、Ca含有補液の併用、絶食、安静臥床などが報告されている。高齢者は以上の様な偽胆石を形成されやすい危険因子を複数持っている症例が多く、偽胆石発生のリスクが高い可能性がある。本症例の様な肝胆道系酵素上昇の他、胆嚢炎や胆管炎、膵炎などを合併した症例も報告されており、高齢者のCTRX投与中または投与後の症例においては偽胆石を形成する可能性を念頭に注意深く経過を観察する必要があると考えられた。

偽胆石, 抗生剤

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

【症例】26歳男性【既往歴】なし【常用薬】なし【経過】1ヶ月前発熱あり近医受診し肝障害認めたとのことで紹介となった。腹部エコーでは明らかな異常なくアルコール摂取歴や薬剤性肝障害を疑う被疑薬なくHBs抗原陰性、HCV抗体陰性、抗核抗体陰性、抗ミトコンドリア抗体陰性であった。経過観察としていたが、診察以降発熱は認めなかったものの約2ヶ月後も肝障害が遷延し精査目的に入院となった。Bil3.2mg/dL, ALP505U/L, ALT615U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。また好酸球が52%と著明な上昇を認めた。腹部造影CTでは特異的な所見は認めなかったがMRCPで原発性硬化性胆管炎様の胆管の数珠状変化を認めた。画像上は原発性硬化性胆管炎が疑われたものの、検査所見のわりに画像所見の異常が軽度であること、好酸球上昇の説明がつかないことから診断目的に肝生検を行った。胆管周囲の輪状線維化は認めず、門脈域に著明な好酸球浸潤を認め、好酸球性胆管炎と診断した。【結語】好酸球性胆管炎は組織学的に胆管への好酸球を主体とした炎症細胞浸潤がみられる病態で胆管病変が主体であることから悪性との鑑別が困難で手術により診断した症例や、胆管生検により診断した症例の報告が多いが、本症例は肝細胞障害に比して胆管障害が軽度であったことから肝生検により診断しえた。肝生検により診断した好酸球性胆管炎は報告が少なく貴重な症例と考えここに報告する。

好酸球性胆管炎, 肝生検

川崎市立多摩病院 消化器内科¹⁾, 同 看護部²⁾,
同 総合診療内科³⁾,
聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科⁴⁾
石田 潤¹⁾, 末谷敬吾¹⁾, 片岡穂乃香²⁾, 中村 紗里香¹⁾, 黄 世楊¹⁾,
松永光太郎¹⁾, 奥瀬千晃³⁾, 立石敬介⁴⁾

【目的】当院では内視鏡的逆行性膵胆管造影(ERCP)を行う際に、胆膵内視鏡治療を専門とする医師1名(以下、トレーナー)と後期研修医1名(以下、トレーニー)で行っていた。2021年10月に診療看護師(NP)が配属され、内視鏡治療を専門とする医師の下で4か月間の研修を行ったのち、現在はNPもERCPの介助を行っている。従来は、トレーニーがERCPを行う際にはトレーナーが介助を行いながら指導を行っていた。一方、NPが配属されて以降はNPが介助を任せ、トレーナーは指導を行った。そこで、今回我々はトレーナーがERCPを行う際に介助者がトレーナーであることと、NPであることに治療成績、安全性に差があるかをretrospectiveに比較検討を行った。【方法】対象は2022年1月から7月に当院で実施したERCP190例のうち、トレーナーがトレーニーの介助を行った群(以下、医師群)30例とNPがトレーニーの介助を行った群(以下、NP群)26例に対して比較検討を行った。検討項目は、1)患者背景、2)処置成功率、3)処置時間、4)合併症率とした。【結果】1)年齢、性別に差は認めなかった。原疾患は医師群に胆管結石が多く、NP群に悪性胆道狭窄が多かった。処置内容は医師群に碎石が多かった。2)処置成功率は、医師群、NP群ともに100%であった。3)処置時間の中央値は医師群が24分、NP群が18分有意差はなかった。4)合併症率は医師群が6.7%、NP群が3.8%有意差はなかった。【結語】NPが介助を行ってもERCPは安全に施行可能であり、またトレーナーは教育に集中することができた。

ERCP, 診療看護師

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科

岸 洋祐, 関根章裕, 青山夏海, 増田有亮, 飯島良彦, 角田樹生, 薩田祐輔, 五十嵐洋介, 中原一有, 立石敬介

症例は86歳、男性。4日前から腹痛、嘔吐が出現し、改善がみられないため前医を受診した。血液検査にて炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認めためたため当院紹介となった。血液検査にてWBC: 12200、CRP: 2.68と炎症反応およびT-Bil: 1.4、 γ -GTP: 314と軽度肝胆道系酵素の上昇を認め、造影CTにて総胆管の拡張および遠位胆管末端に高吸収構造物が疑われた。よって、総胆管結石疑いによる軽症急性胆管炎の診断にて入院となった。急性胆管炎は軽症であったこと、抗血栓薬内服中であったことより、禁食および抗生剤による保存的加療を行った。急性胆管炎の原因精査目的で施行したMRCPでは、総胆管結石は明らかではなかったため、EUSを施行した。EUSでは、遠位胆管末端は嚢腫様に拡張し、嚢腫内部に数mm大の胆管結石を複数認めた。また、遠位胆管と嚢腫の境界に不整な低エコー領域を認めた。内視鏡像では乳頭口側隆起部は十二指腸内腔に突出するよう著明な膨隆を認めた。以上より、嚢腫内に胆管結石を伴うCholedochocoeleと診断した。保存的加療にて急性胆管炎は改善を認め、第7病日にERCPを施行した。乳頭口側隆起部は十二指腸内腔に突出するよう著明な膨隆を認めた。胆管造影では、胆管末端部は嚢腫状に拡張し、内部に小結石を複数認めた。膵管は乳頭開口部から胆管とは別に造影され、神澤らの提唱する胆管末端部拡張・共通管非形成型のCholedochocoeleと考えられた。嚢腫を開放するようにESTを施行すると結石の排出を認め、バルーンカテーテルにて完全結石除去を得た。EUSにて遠位胆管に不整な低エコー領域を認めていたため、同部位からの生検および吸引胆汁細胞診を施行したが、悪性所見はみられず炎症性変化と考えられた。その後、経過良好で退院となり外来経過観察中である。

choledochocoele, 胆管結石

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科

上村 淳, 本間俊裕, 中村駿介, 貝塚玄樹, 高橋宏史, 奴田原大輔, 山本 圭, 平良淳一, 中村洋典, 北村勝哉

症例は70歳台女性。20XX年Y月に急性前立腺炎に対して前医で入院加療が行われた。入院中に血糖コントロールの不良を認めためたため精査したところ膵頭部に腫瘍性病変を認め、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。腹部造影CT検査にて膵頭部に漸増性造影効果を伴う腫瘍と腫瘍より末梢の主膵管拡張を認めた。また、腹腔動脈・門脈周囲に軟部影あり、浸潤が疑われた。造影MRI検査では膵頭部腫瘍に一致して拡散強調像での拡散低下を認めた。PET-CT検査では膵頭部に通常型腫瘍としては強い異常集積を認めた。超音波内視鏡検査では、膵頭部に18mm大の比較的境界明瞭、辺縁不整、内部不均一な低エコー腫瘍を認め、造影モードでは周囲膵組織と比較してhypovascularを示した。同病変に対して病理組織学的診断目的に超音波内視鏡下穿刺生検法を施行した。病理所見は、クロマチンが増量し腫大した核を持ち、好酸性細胞質を有する異形細胞がシート状、索状、小蜂巢状に間質浸潤する像を認め、免疫染色ではp40がびまん性に陽性、p53陰性を示し、Ki-67標識率は20%程度であった。形態的に低分化な癌であり、p40がびまん性に陽性を示すことから扁平上皮癌が示唆された。以上より、切除可能境界腓扁平上皮癌と診断し、modified FOLFIRINOXによる化学療法を導入した。本邦でも報告が少ない大変稀な腓扁平上皮癌の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

腓扁平上皮癌, 超音波内視鏡下穿刺生検法

昭和大学藤が丘病院 内科学講座 消化器内科部門¹⁾,

小田原市立病院 消化器内科²⁾

玉井直希¹⁾, 高野祐一¹⁾, 野田 淳¹⁾, 山脇将貴¹⁾, 浅見哲史¹⁾, 新谷文崇¹⁾, 丸岡直隆²⁾, 阿曾沼邦央²⁾, 五味邦代¹⁾, 山本頼正¹⁾, 長濱正亞¹⁾

症例は82歳男性、近医の腹部超音波で膵体部に腫瘍を指摘され当院紹介となった。既往歴に逆流性食道炎、高血圧、脂質異常症がある。腹部所見では圧痛なく腫瘍を触知しなかった。血液検査ではCA19-9: 4.5 U/ml、CEA: 1.7 ng/mL、DUPAN2 <25 U/mlと腫瘍マーカーは正常で、IgG4: 129mg/dlであった。造影CTでは膵体部に19mmの漸増性に濃染を示す腫瘍を認め、近傍に嚢胞を伴っていた。MRCPでは膵体部に拡散能低下を伴う腫瘍と同部位での膵管狭窄、尾側膵管の拡張を認めた。EUSでは膵体部に辺縁不整で境界不良明瞭な低エコー腫瘍を認めた。鑑別診断として膵癌、自己免疫性膵炎、嚢胞変性を伴う膵神経内分泌腫瘍を挙げ22G穿刺針にてEUS-FNAを施行した。組織診断では炎症細胞浸潤と線維化を認めたが、悪性腫瘍はみられなかった。細胞診の結果はatypical cells(Class3)であり、膵癌を否定できず膵体尾部切除術を施行した。切除検体では膵体部に18mmの境界不明瞭な白色腫瘍を認めた。組織学的にはIgG4陽性リンパ球・形質細胞主体の炎症と線維化がみられ、自己免疫性膵炎(Typ1)と確定診断された。診断に苦慮した限局性自己免疫性膵炎の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性膵炎, EUS-FNA

聖マリアンナ医科大学病院 消化器・一般外科¹⁾,

同 病理診断科²⁾

増田哲之¹⁾, 小林慎二郎¹⁾, 梅澤早織¹⁾, 井田圭亮¹⁾, 土橋篤仁¹⁾, 小泉 哲¹⁾, 野呂瀨朋子²⁾, 大池信之²⁾, 大坪毅人¹⁾

【緒言】大腸癌の膵転移は全身転移の終末像として見つかることが多く手術適応となる症例は少ない。今回我々は、大腸癌術後の膵転移に対して尾側膵切除術を施行したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は81歳男性。下行結腸癌(pT4aN3M0 pStageIIIB)に対して腹腔鏡下左半結腸切除術を施行した。その後、術後補助化学療法としてCapecitabine単独療法を8コース施行した。術後4年2か月の血液検査所見でCA19-9: 91.2U/mlと上昇を認め、術後5年6か月の腹部CT検査で膵尾部に腫瘍性病変を認めた。腫瘍は乏血性腫瘍で静脈相でも明らかな造影効果は示さなかった。EUS-FNAを施行、生検標本の病理組織学的所見は高分化～中分化管状腺癌であった。免疫染色で腫瘍細胞はCK7(-)、CK20(+), CDX2(+), CA19-9(+), MUC1(-), MUC2(+), MUC5AC(+), MUC6(-)と腸型形質を支持する所見であり、既往にある大腸癌からの膵転移が示唆された。手術所見で他臓器転移や腹膜播種の所見は認めなかった。リンパ節や膵外の腫瘍ではなく、膵内の腫瘍として触知され、尾側膵切除術を施行した。切除標本の病理組織学的所見は中分化主体の管状腺癌であった。免疫染色はCDX2はびまん性に陽性、CK7は陰性であり大腸癌膵転移として矛盾しない所見であった。術後からXELOXを4コース施行し、その後Capecitabine単独療法に切り替え合計7コース施行した。現在も化学療法中であるが、2回目の手術から7カ月後の現在でも再発所見なく経過している。【考察・結語】切除可能な大腸癌の膵転移は比較的稀である。手術適応となる症例は少ないが、孤発性であり、根治切除が出来た場合は長期予後が得られた症例も散見される。今後の症例の集積が必要と考える。

大腸癌膵転移, 膵切除

101 腹腔動脈解離を伴う膵十二指腸動脈瘤の1例

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

症例は50歳代男性。持続する心窩部痛を主訴に近医を受診、採血にてAST/ALT 80/180 IU/l、 γ -GTP 400 IU/lと肝胆道系酵素の上昇を指摘され、当院に紹介となった。腹部造影CTにて膵鉤部近傍に動脈瘤とその周囲に単純でやや高吸収のfluid貯留を認め、動脈相から平衡相にかけて同部に造影剤が漏出し、動脈瘤破裂が示唆された。十二指腸下行部から水平部の壁は浮腫状に肥厚、内腔は狭小化し、そのため胃は拡張していた。なお、腹腔動脈起始部は狭窄し、腹腔動脈解離も伴っていた。動脈瘤破裂に対して、緊急腹部血管造影を施行、下腔十二指腸動脈のアーケードに口径不整な血管と動脈瘤を認めた。動脈瘤に対してn-butyl-2-cyanoacrylateを用いて塞栓術を施行し、動脈瘤の消失を確認し治療を終了した。なお、上腸間膜動脈枝や胃十二指腸動脈枝の一部にも口径不整を認めた。本例における膵十二指腸動脈瘤発生については、CTで腹腔動脈起始部に狭窄を認めており、腹腔動脈の血流低下を代償するために、上腸間膜動脈を経由し、膵十二指腸動脈アーケードの血流が増加、その結果、血行力学的なストレスが生じ動脈瘤が発生したと考えられた。腹腔動脈起始部狭窄の要因としては、中高齢者であり、炎症や動脈硬化性変化、膠原病などの基礎疾患がないこと、また血管の一部に不整な拡張と狭小化を認めていたことからSegmental arterial mediolysis (SAM)が考えられた。腹腔動脈起始部狭窄と膵十二指腸動脈瘤発生には強い関連があると言われており、日常診療において、注意が必要である。若干の文献的考察を加え報告する。

膵十二指腸動脈瘤, 腹腔動脈解離

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第374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374回例会
会長 安田 宏

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
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
アボットジャパン合同会社
株式会社アムコ
アルフレッサ ファーマ株式会社
EAファーマ株式会社
ヴィアトリス製薬株式会社
エーザイ株式会社
株式会社大塚製薬工場
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
杏林製薬株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社

株式会社JIMRO
株式会社スリー・ディー・マトリックス
センチュリーメディカル株式会社
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
株式会社トップ
日本化薬株式会社
ファイザー株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
Meiji Seikaファルマ株式会社
メリットメディカル・ジャパン株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2023年2月28日現在)