

日本消化器病学会 関東支部第375回例会

プログラム・抄録集



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）

令和5年7月8日（土）

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第375回例会

プログラム・抄録集

当番会長：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
〒350-0495 埼玉県入間郡毛呂山町毛呂本郷38
TEL 049-276-2059

会 期：令和5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 海運ビル
TEL 03-3264-1825 <http://kaiunclub.org/>

＜発表者、参加者の皆様へ＞

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべて現地会場において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。
 - 1) 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。
 - 2) 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。
 - 3) 音声出力には対応いたしません。
 - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 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。時間厳守でお願いします。
7. 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。
8. 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 13：00～13：15）
9. 参加費は2,000円です。（現金支払いのみ）
10. 当日はこのプログラム抄録集をご持参ください。なお当日希望の場合は、1部1,000円にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
11. 当日参加登録受付、PC受付は8：00より開始いたします。
12. 評議員会は7月8日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：7月8日（土）第2会場12：00～12：30
 - 2) 評議員会への参加については第375回例会の参加登録が必要です。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第375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

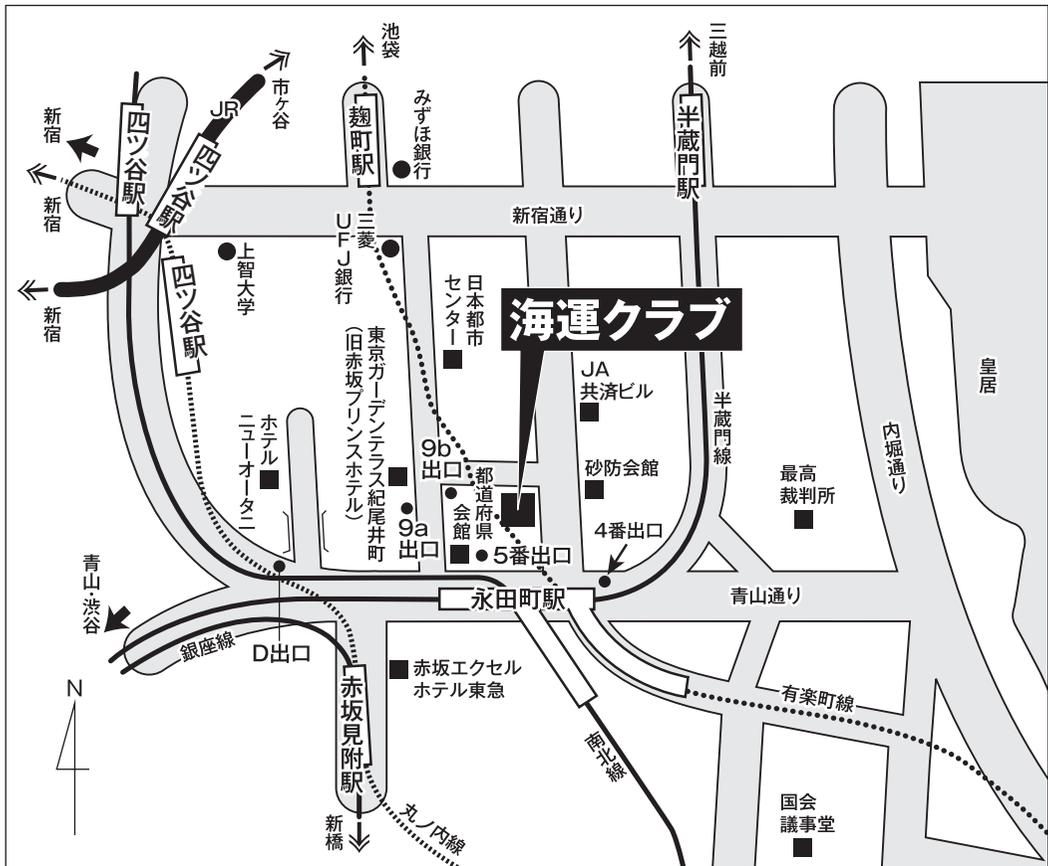
E-mail：jsge375kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

会場案内図

海運クラブ

〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル

TEL 03-3264-1825



[交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分

〈南北線〉9a、9b出口より徒歩1分

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第375回例会

令和5年7月8日（土）

8：30～8：32 開会の辞					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（上部消化管1）1～5	8：32～9：02	瀬戸 花菜 松本 悠	(12) 専攻医Ⅶ（胆道）62～66	8：32～9：02	柴田 昌幸 三箇 克幸
(2) 専攻医Ⅱ（上部消化管2）6～10	9：02～9：32	島田 理子 岡田 侑大	(13) 専攻医Ⅷ（膵臓・その他）67～71	9：02～9：32	土井 浩達 小堀 郁博
(3) 専攻医Ⅲ（ <small>小腸・下部消化管1</small> ）11～15	9：32～10：02	屋嘉比聖一 門馬 牧子	9：32～9：37 休憩		
10：02～10：07 休憩			(14) 研修医Ⅰ（消化管）72～78	9：37～10：19	井上 悌仁 山鹿 渚
(4) 専攻医Ⅳ（下部消化管2）16～21	10：07～10：43	松浦 倫子 中村 淳	(15) 研修医Ⅱ（肝・その他）79～83	10：19～10：49	加藤 知爾 鈴木 達也
(5) 専攻医Ⅴ（肝臓1）22～26	10：43～11：13	浅見真衣子 松本 康佑	(16) 研修医Ⅲ（胆・膵）84～90	10：49～11：31	渡邊 健雄 田中 元樹
(6) 専攻医Ⅵ（肝臓2）27～32	11：13～11：49	門 輝 須田健太郎	12：00～12：30 評議員会（第2会場）		
12：15～13：00 ランチオンセミナー（第1会場）					
<h3 style="margin: 0;">「これだけは知っておきたい C型肝炎診療up-to-date」</h3> <p style="margin: 0;">埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 助教 内田 義人 先生 司会 武蔵野赤十字病院 消化器科 副部長 玉城 信治 先生 共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社</p>					
13：00～13：15 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
13：15～14：10 特別講演（第1会場）					
<h3 style="margin: 0;">「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」</h3> <p style="margin: 0;">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 先生 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</p>					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	14：10～15：40 女性医師の会・特別セミナー		
(7) 消化管1 33～38	14：10～14：46	平山 慈子 小糸 雄大	テーマ「実践！消化器領域のIntervention」 「消化管」		
(8) 消化管2 39～45	14：46～15：28	佐田友 藍 中田 史子	東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 角嶋 直美 先生 「胆膵」		
(9) 肝臓 46～50	15：28～15：58	由雄 祥代 井上 将法	国立国際医療研究センター病院 消化器内科 山本 夏代 先生 「肝臓（BRTO, TACE）」		
(10) 肝臓・胆道 51～56	15：58～16：34	河口 義邦 岡本 武士	埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 菅原 通子 先生		
(11) 膵臓・その他 57～61	16：34～17：04	小林 正典 辻 翔平	司会：水野 卓 先生（埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科） 本支部例会ではキッズセミナーの実施を中止いたします。		
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 13：00～）

特別講演

第1会場 13:15~14:10

「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」

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 先生
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

……演者の先生ご紹介……

ふじしろ みつひろ
藤城 光弘 先生

東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学 教授

【略歴】

1995年3月 東京大学医学部医学科 卒業
1995年6月 東京大学医学部附属病院 内科研修医
1996年6月 日立製作所日立総合病院 内科研修医
1997年6月 東京大学医学部附属病院 第一内科 入局
国立がんセンター中央病院 消化器内科レジデント
2000年6月 東京大学医学部附属病院 消化器内科 帰局
2004年3月 東京大学大学院医学系研究科内科学専攻博士課程 修了
2005年4月 東京大学医学部附属病院 消化器内科非常勤医員
2005年4月 東京大学医学部附属病院 消化器内科助手
2007年4月 東京大学医学部附属病院 消化器内科助教
2009年4月 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 部長・准教授
2019年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座(消化器内科学分野) 教授
2021年7月 東京大学大学院医学系研究科 器官病態内科学講座 消化器内科学分野 教授
(名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座(消化器内科学分野)客員教授)

【所属学会】

日本内科学会(認定内科専門医、認定教育施設指導医、評議員、学術集会運営委員会委員)
日本消化器内視鏡学会(指導医、FJGES、理事、学術委員会担当理事、専門医制度中央審議会委員長、専門医制度検討小委員会委員長、ガイドライン委員会委員長、JGES International準備委員会委員長、Japan Endoscopy Database (JED) Project委員会委員、AI推進検討委員会委員、大腸ESDデータ検討委員会委員)
日本消化器病学会(指導医、財団評議員、関東支部監事、国際委員会委員、財務委員会委員、学会在り方・将来像検討委員会委員、機関紙編集委員会(日消誌)副委員長)
日本消化管学会(専門医、代議員、財務委員会委員、国際交流委員会委員)
日本胃癌学会(代議員、非選挙代議員選考委員会委員、胃癌治療ガイドライン作成委員会委員、編集委員会委員、施設認定制度委員会委員)
日本消化器がん検診学会(代議員)
日本食道学会(GERD検討委員会委員)、など

ランチオンセミナー

第1会場 12:15～13:00

「これだけは知っておきたい C型肝炎診療up-to-date」

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 助教 **内田 義人** 先生

司会 武蔵野赤十字病院 消化器科 副部長 **玉城 信治** 先生

共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社

女性医師の会・特別セミナー

第2会場 14:10～15:40

テーマ 「実践！消化器領域のIntervention」

「消化管」

東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 助教 **角嶋 直美** 先生

「胆膵」

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** 先生

「肝臓 (BRTO, TACE)」

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 講師 **菅原 通子** 先生

司会 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 准教授 **水野 卓** 先生

本支部例会ではキッズセミナーの実施を中止いたします。

第1会場（午前の部）

8：30～8：32

—開会の辞—

—評価者—

東京医科歯科大学病院	消化器内科	柿沼 晴
帝京大学医学部附属病院	消化器内科	小田島 慎也
株式会社日立製作所	本社健康管理センター	大友 夏子

(1) 専攻医 I (上部消化管 1) 8：32～9：02 座長 国立国際医療研究センター病院 消化器内科 瀬戸 花菜
埼玉医科大学 総合診療内科 松本 悠

1. 壊死性食道炎の臨床的検討

東千葉メディカルセンター 消化器内科 ○横塚 孝基, 亀崎 秀宏, 大金 良規, 齋藤 遼
徳長 鎮, 前田 隆宏, 妹尾 純一

2. 魚骨誤飲から3日後に内視鏡下で摘出した一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○澁谷 悠希, 磯野 朱里, 植村 伶央, 八見 逸平
徳富 遥, 梶田 航平, 清水 友貴, 青木 直晃
本田 卓, 松本 康佑, 丸山 喬平, 青柳 仁
三浦 亮, 阿部浩一郎, 有住 俊彦, 小田島慎也
浅岡 良成, 山本 貴嗣, 田中 篤
同 外科学講座 外村 修一

3. 自己免疫活性を認めたサイトメガロウイルス胃炎の一例

東海大学医学部附属東京病院 消化器内科 ○山口 徹, 中村 淳, 仁品 玲子, 五十嵐宗喜
白石 光一

4. 関節リウマチに合併した十二指腸原発のメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学 ○大谷 知弘, 日暮 琢磨, 田村 繁樹, 三澤 昇
中島 淳

5. Fabry 病を基礎疾患に有する胃血管拡張症に対して Argon plasma coagulation (APC) にて止血術を施行した一例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○横田 渉, 宮永 亮一, 會田 卓弘, 生形 晃男
北川 清宏, 久武 祐太, 寺本 研, 関根 忠一
東澤 俊彦, 岡村 幸重

(2) 専攻医Ⅱ(上部消化管2) 9:02~9:32 座長 国際医療福祉大学 成田病院 消化器外科 島田 理子
日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 岡田 侑大

6. 進行胃癌による進行性貧血に対し吸収性局所止血材ピュアスタットを用いて止血し化学療法を継続できた一例

自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 ○坪水 花絵, 岩下ちひろ, 三浦 義正, 井野 裕治
田丸 智子, 小野 友輔, 橋元 幸星, 加賀谷結華
小黒 邦彦, 高橋 治夫, 上野 貴, 野本 佳恵
関口 裕美, 山本 博徳
自治医科大学 臨床腫瘍科 大澤 英之

7. SOX + Nivolumab が奏効し、手術可能となった十二指腸膵浸潤を伴う胃前庭部癌の一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○本多 悠, 酒井 英嗣, 野村 優, 櫻井裕一郎
城野 紡, 藤野 洋平, 高井 佑輔, 岩崎 暁人
清水 智樹, 真田 治人
同 消化器外科 渡邊 透
同 病理診断科 岸 宏久

8. 進行胃癌との鑑別が困難であり、内視鏡的粘膜切除にて確定診断が得られた好酸球性胃炎の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○内原 直樹, 中西 裕之, 山崎 雄大, 鈴木 圭人
田中 雄紀, 宮本 遥, 山田 倫子, 慶徳 大誠
岡田 理沙, 樋口 麻友, 高浦 健太, 田中 将平
前屋舗千明, 玉城 信治, 安井 豊, 高橋 有香
土谷 薫, 黒崎 雅之, 泉 並木
同 病理診断科 櫻井うらら

9. 巨大な AFP 産生性十二指腸癌の1剖検例

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科 ○廣田 堇, 長沼 篤, 小林倫太郎, 古市 望
田村 優樹, 鏑木 琢也, 相原 幸佑, 佐野 希望
鈴木 悠平, 上原 早苗, 増田 智之, 星野 崇
安岡 秀敏
同 外科 平井圭太郎, 坂元 一郎
同 病理診断科 田中 優子
同 消化器内科
同 臨床研究部 柿崎 暁

10. 当科における肥満減量・代謝改善手術の導入経験

日本医科大学 消化器外科 ○寺谷 大弥, 中田 亮輔, 鈴木 幹人, 櫻澤 信行
萩原 信敏, 金沢 義一, 吉田 寛

(3) 専攻医Ⅲ(小腸・下部消化管1) 9:32~10:02 座長 東京大学 消化器内科 屋嘉比 聖一
東海大学医学部附属病院 消化器内科 門馬 牧子

11. 腸重積を伴った小腸腺腫内癌の1手術例

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科 ○藤沼 香栄, 田口 昌延, 下平健太郎, 青木 裕一
目黒 由行, 森嶋 計, 三木 厚, 兼田 裕司
遠藤 和洋, 笹沼 英紀, 北山 丈二, 佐田 尚宏

12. 下腹痛を繰り返し、診断に難渋した可逆性の閉鎖孔ヘルニアの一例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○大西 咲希, 國司 洋佑, 兼松 健太, 三谷 啓介
内田 要, 芝山 幸佑, 柳橋 崇史, 加藤 佳央
横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室 前田 慎

13. 小腸内視鏡検査で診断に至った腹部大動脈小腸瘻の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 医学部 消化器内科 ○加藤 蓉子, 山本 桃子, 伊藤顕太郎, 福嶋 浩文
石川 大, 深田 浩大, 内山 明, 澁谷 智義
北條麻里子, 伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁

14. 膀胱直腸腔瘻部血管拡張からの出血を経腔的内視鏡で止血し得た1例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○月井伶音奈, 居軒 和也, 山崎 裕太, 音山 裕美
鈴木 統大, 菊池 一生, 中谷 真也, 牛腸 俊彦
紺田 健一, 矢野雄一郎, 木原 俊裕, 片桐 敦
吉田 仁
こにしクリニック 小西 一男
昭和大学病院内視鏡センター 山村 冬彦

15. 非結核性抗酸菌症に対する三剤併用化学療法中に生じた大腸腸管気腫症の一例

東京都健康長寿医療センター 消化器・内視鏡内科 ○正谷 一石, 堀越 裕介, 佐藤 優樹, 白倉 英知
大隅 瞬, 羽鳥 清華, 深川 一史, 保坂 祥介
三神信太郎, 小野 敏嗣

(4) 専攻医Ⅳ(下部消化管2) 10:07~10:43 座長 慶應義塾大学病院 腫瘍センター 松 浦 倫 子
東海大学医学部付属東京病院 消化器内科 中 村 淳

16. 黄熱病ワクチン接種を契機に免疫調節薬を休薬した直後に増悪した潰瘍性大腸炎の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○長谷川麻衣
同 炎症性腸疾患先進治療センター 日比 紀文
同 予防医学センター 宮本 康雄
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 芹澤 奏, 小松 萌子, 梅田 智子, 佐上晋太郎
中野 雅, 小林 拓

17. 出血性脳梗塞を伴った脳静脈洞血栓症と壊疽性膿皮症を合併した全大腸炎型潰瘍性大腸炎の一例

埼玉医大総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○岸 寛士, 加藤 真吾, 田川 慧, 鍋田 正樹
増渕 悟志, 鈴木 一世, 高橋久一郎, 酒井 駿
内田 信介, 田中 孝幸, 加藤 秀輔, 山鹿 渚
須田健太郎, 寺井 悠二, 大塚 武史, 岡 政志
名越 澄子

18. 腸管型ベーチェット病様腸炎が数年先行して発症した Trisomy 8 陰性の骨髄異形成症候群の1例

日本医科大学 消化器内科学 ○酒井千香子, 辰口 篤志, 濱窪 亮平, 西本 崇良
星本 相理, 大森 順, 秋元 直彦, 田中 周
藤森 俊二, 岩切 勝彦

19. COVID-19 ワクチン接種後に中毒性巨大結腸症を発症し手術に至った潰瘍性大腸炎の一例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○石田 拓也, 荻原 良太, 木村 容子, 小松 悠香
藤麻 武志, 森久保 拓, 日比 則孝, 箕輪慎太郎
三井 達也, 三浦 みき, 齋藤 大祐, 林田 真理
三好 潤, 松浦 稔, 久松 理一
同 下部消化管外科 吉敷 智和, 須並 英二
同 病院病理部・病理診断科 加藤憲一郎, 下山田博明, 柴原 純二

20. 内視鏡治療を施行した直腸粘膜脱症候群の2例

東京通信病院 消化器内科 ○坂井有里枝, 加藤 知爾, 三浦 宏仁, 時任佑里恵
松井 徹, 小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋

21. 内視鏡整備4年後に再発した成人の特発性腸重積の1例

東海大学 医学部 付属八王子病院 消化器内科 ○小村 侑司, 広瀬 俊治, 幕内 智規, 張 つぼみ
伊藤 彩乃, 藤本龍太郎, 津田 真吾, 伊藤 裕幸
永田 順子, 鈴木 孝良
同 付属八王子病院 消化器内科
有隣厚生会 富士小山病院 内科 小嶋清一郎
東海大学 医学部 付属八王子病院 消化器内科
医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院 消化器内科 渡辺 勲史

(5) 専攻医V(肝臓1) 10:43~11:13 座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 浅見 真衣子
帝京大学医学部 内科学講座 松本 康佑

22. 肝結核治癒痕に発生した late-onset paradoxical reaction の診断に肝生検が有用であった一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○鈴江 航大, 田中 康雄, 大島 開, 蒲生 彩香
坂井友里枝, 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
山本 夏代, 秋山 純一, 柳瀬 幹雄
同 呼吸器内科 高崎 仁

23. 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

東京都立病院機構 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

24. 肝細胞癌に対する経皮的ラジオ波焼灼術後、上部消化管内視鏡検査を契機に横隔膜ヘルニアを生じた一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○井上喬二郎, 村田 依子, 秦 康夫, 東 暖乃
林 春菜, 池田 佳彦, 松本 悠亮, 川島 捺未
後藤 駿吾, 佐藤 高光, 栗山 仁
同 臨床検査科 内田 苗利

25. 肝細胞癌に対してアテゾリズマブを投与後に生じた免疫関連肝障害の一例

栃木県立がんセンター 腫瘍内科 ○吉田 真由, 仲地 耕平
同 病理診断科 阿部 信

26. アデゾリツマブ+ベマシズマブ併用療法が奏功して根治治療が可能となった肝細胞癌の1例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 ○三代 賢, 須田 季晋, 曾我 幸一, 草野 祐実
行徳 芳則, 榑原 和真, 相馬 佑樹, 前田 紘希
山田奏太郎, 玉野 正也
同 肝胆膵外科 吉富 秀幸, 高田 武蔵

(6) 専攻医Ⅵ(肝臓2) 11:13~11:49 座長 東京大学保健・健康推進本部 門 輝
埼玉医科大学総合医療センター消化器・肝臓内科 須田 健太郎

27. 早期に診断し回復した irAE 血球貪食症候群をきたした肝細胞癌の一例

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

28. アルコール性肝硬変を背景に肝細胞癌を疑いラジオ波焼灼術を施行したが病理で肝内胆管癌であった一例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○山田紗李奈, 内田 信介, 曾根 雅之, 原田 文人
山口 智央, 飛田 拓途, 黒沢 哲生, 中村 直裕
田中由理子, 柴田 昌幸, 明石 雅博, 有馬美和子
土屋 昭彦, 西川 稿, 滝川 一
同 肝臓内科 高森 頼雪
同 消化管内科 笹本 貴広

29. 乳頭部腫瘍が疑われたため、閉塞性黄疸との鑑別に苦慮した急性肝不全の一例

東京都教職員互助会 三楽病院 消化器内科 ○浅野 宏樹, 花尻 和幸, 谷本 晃平, 平松 拓馬
加藤 礼子, 片岡 陽佑, 和田 友則

30. 高アンモニア血症による意識障害の原因が尿路感染症であった肝硬変の一例

JCHO 船橋中央病院 消化器内科 ○藤代 絢香, 嶋田 太郎, 阿部 哲大, 木村 恵
浅野 公将, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 山口 武人

31. リファンピシンが著効した良性反復性肝内胆汁うっ滞症 (BRIC) 疑いの一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科 ○清水 陸久, 向津 隆規, 南雲 秀樹, 吉峰 尚幸
宅間 健介, 松井 哲平, 藤本 愛, 和久井紀貴
大道 泰子, 初山 浩一, 岡野 直樹, 永井 英成
栃木 直文, 松田 尚久

32. IVR による門脈体循環シャント塞栓が奏功した肝性脳症の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○内田 要, 所知加子, 尾崎 裕理, 田中 咲
石野 勇康, 土屋 祐介, 榎本 昌人, 西脇 友紀
丹羽 一博, 石井 寛裕, 京 里佳, 菱木 智
川名 一朗
同 IVR 科 小池 祐哉

第1会場 (午後の部)

13:15~14:10

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

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 先生

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

(7) 一般演題(消化管1) 14:10~14:46 座長 調布東山病院 消化器内科 平山慈子
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 小糸雄大

33. SMT様の所見を呈した食道平滑筋肉腫の一例

横浜市立大学 消化器腫瘍外科 ○竹下 裕介, 小坂 隆司, 今西 康太, 酒井 淳
中川 和也, 小澤真由美, 石部 敦士, 秋山 浩利
遠藤 格
横浜市立大学附属病院 病理部 石山 貴博

34. 胃分化型粘膜内癌にリンパ管侵襲を伴った1例

慶應義塾大学病院 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門 ○峯崎 大輔, 中山 敦史, 増永 哲平, 水谷 真理
高取 祐作, 松浦 倫子, 矢作 直久
同 内視鏡センター 加藤 元彦
同 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門
慶應義塾大学病院 消化器内科 森岡 晃平, 岩田賢太郎, 宮崎 蔵人, 窪澤 陽子

35. 他院で原因不明消化管出血と診断された胃 Dieulafoy 潰瘍出血の1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○柴田 昌幸, 内田 信介, 曾根 雅之, 山田紗李奈
原田 文人, 飛田 拓途, 山口 智央, 黒沢 哲生
中村 直裕, 田中由理子, 明石 雅博, 笹本 貴広
有馬美和子, 土屋 昭彦, 西川 稿
同 肝臓内科 高森 頼雪
同 消化器内科
帝京大学 医療技術学部 滝川 一

36. 切除不能進行胃癌に対して一次治療において nivolumab + SOX 療法が著効した一例

昭和大学江東豊洲病院 腫瘍内科 ○小林 功治, 戸嶋 洋和, 久松 篤, 嶋田 顕
昭和大学横浜市北部病院 腫瘍内科 石田 博雄

37. 超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診により診断しえた浸潤性乳管癌の胃転移の1例

自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器内科 ○佐々木吾也, 石井 剛弘, 橋本 凌, 水谷 琢
青山佳代子, 萩原 拓哉, 小島 柁, 佐藤 杏美
松本 圭太, 森野 美奈, 賀島ひとみ, 小糸 雄大
高橋 裕子, 三浦 孝也, 大竹はるか, 吉川 修平
上原 健志, 関根 匡成, 浅野 岳晴, 松本 吏弘
宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

38. 非代償性肝硬変を有する胃がん患者の化学療法中の肝萎縮の主原因が癌細胞の門脈周囲浸潤であった一例

東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科 ○馬場 啓介, 松原 康朗, 平田 喜裕, 朴 成和
同 病理診断科 大田 泰徳

(8) 一般演題(消化管2) 14:46~15:28 座長 自治医科大学 消化器一般移植外科 佐田友 藍
日本赤十字社医療センター 消化器内科 中田 史子

39. 薬疹との鑑別を要した *H. pylori* 過敏反応の一例

東京労災病院 消化器内科 ○池上 遼, 乾山 光子, 中島 一彰, 平泉 泰翔
折原 慎弥, 渡辺 浩二, 高橋伸太郎, 萩野 悠
大場 信之, 西中川秀太
同 腎臓代謝内科 川嶋 萌, 眞部 俊

40. 腹腔鏡内視鏡合同手術 (D-LECS) を施行した十二指腸ブルネル腺腫の一例

東京大学医科学研究所附属病院 外科 ○小野山温那, 阿彦 友佳, 門間 聡子, 柵山 尚紀
小島 成浩, 愛甲 丞, 志田 大
同 病理科 大田 泰徳
同 腫瘍・総合内科 松原 康朗
品川胃腸肛門内視鏡クリニック 望月 暁

41. 陰茎海綿体膿瘍を合併した高齢発症のクローン病を診断しウステキスマップで寛解を得た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, 津久井充人, 荒木 建一
小松 拓実, 中本 悠輔, 清川 博史, 佐藤 義典
前畑 忠輝, 安田 宏, 立石 敬介
同 病理診断科 小池 淳樹

42. 対策型大腸がん検診開始年齢以下で上行結腸がんが指摘されリンチ症候群と診断した1例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○九里 光政, 居軒 和也, 山崎 裕太, 鈴木 統大
菊池 一生, 中谷 真也, 牛腸 俊彦, 紺田 健一
矢野雄一郎, 木原 俊裕, 片桐 敦, 吉田 仁
こにしクリニック 小西 一男
昭和大学病院内視鏡センター 山村 冬彦
昭和大学臨床ゲノム研究所 吉田 玲子
昭和大学医学部 外科学講座 消化器一般外科学部門 平井 隆仁, 渡辺 誠, 青木 武士
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座 本間まゆみ, 矢持 淑子

43. 閉塞性黄疸をきたした十二指腸炎を伴う潰瘍性大腸炎の1例

三井記念病院 消化器内科 ○貝發 美香, 阿部 敏明, 中原 健徳, 北村 友里
古要 優樹, 竹熊 勇登, 佐藤 公紀, 近藤真由子
高木 馨, 小島健太郎, 関 道治, 戸田 信夫
同 消化器内科
千葉大学 消化器内科 加藤 順

44. 大腸病変を伴ったランブル鞭毛虫感染症の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○山田 修三, 柏村 浩, 高野 竜馬, 高須 美香
根本 裕貴, 日時 佳恵, 根本 陽介, 金野 直言
宗像 紅里, 大川原 健, 青木 洋平, 仁平 武

45. 保存的加療にて改善した盲腸軸捻転の1例

東京品川病院 消化器内科 ○黒川 潤, 石井 直樹, 矢野 貴彦, 濱田 潤
新井 優紀, 香内 朱萌, 岡 響子

(9) 一般演題(肝臓) 15:28~15:58 座長 国立国際医療研究センター肝炎・免疫研究センター 肝疾患研究部 由雄 祥代
千葉大学医学部附属病院 消化器内科 井上 将法

46. 全眼球炎を併発したクレブシエラ肝膿瘍の1例

東京高輪病院 消化器内科 ○丹羽 一博, 三箇 克幸, 山田 博昭, 名富 久義
平野 賢二
同 眼科 上 順子

47. 大学入学時健診を契機に診断された原発性硬化性胆管炎の症例

東京大学 保健・健康推進本部
東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学 ○井上有希子, 門 輝
東京大学 保健・健康推進本部 森屋 恭爾
東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学 高原 楠晃, 金井 祥子, 藤城 光弘
公立学校共済組合関東中央病院 小池 和彦
東京大学 保健・健康推進本部
東京大学大学院医学系研究科 生体防御感染症学 柳元伸太郎

48. 脾腎短絡路を契機に診断に至ったNRHの一例

順天堂大学 消化器内科 ○津川 直輝, 丸山 紀史, 渡辺 拓也, 戸張 真紀
永松 洋明, 椎名秀一朗
同 病理診断科 福村 由紀
聖マリア病院 中央臨床検査センター 臨床検査部 中島 収

49. 盲腸癌術後に左肝管内に発生した乳頭状腫瘍の一切除例

杏林大学医学部付属病院 肝胆膵外科 ○工藤 翔平, 松木 亮太, 大森 春佑, 蓮井 宣宏
百瀬 博一, 小暮 正晴, 鈴木 裕, 阪本 良弘

50. オートタキシンの測定が診断に有用と思われた妊娠性肝内胆汁うっ滞症の一例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○深見久美子, 北村 庸雄, 降籬 誠, 荻原 伸悟
野元 勇佑, 西 慎二郎, 中津 洋一, 大川 博基
矢野慎太郎, 萩原 悠, 石野 博崇, 長田 太郎
同 産婦人科 吉田 幸洋, 牧野真太郎

(10) 一般演題(肝臓・胆道) 15:58~16:34 座長 東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 河 口 義 邦
がん研究会明病院 肝胆膵内科 岡 本 武 士

51. 柴苓湯が原因と考えられる遅発性肝不全に対して脳死肝移植を施行し救命し得た一例

東京大学 医学部附属病院 消化器内科 ○中尾 鷹優, 森山 慎, 奥新 和也, 建石 良介
藤城 光弘
同 移植外科 裴 成寛, 赤松 延久

52. アテゾリズマブ・ベバシズマブ投与後に副腎皮質機能低下症を呈した肝細胞癌の1例

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○佐藤 和徳, 前田 浩史, 三浦 光一, 森本 直樹
五家 里栄, 渡邊 俊司, 津久井舞未子, 山本 博徳

53. 肝血管腫の造影パターンを示し後区域グリソン鞘浸潤と下大静脈浸潤を伴った転移性肝癌の一切除例

杏林大学医学部附属病院 肝胆膵外科 ○大森 春佑, 松木 亮太, 工藤 翔平, 蓮井 宣宏
百瀬 博一, 小暮 正晴, 鈴木 裕, 阪本 良弘

54. 胆嚢神経内分泌腫瘍の1切除例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 ○高橋 智昭, 熊本 宜文, 沼田 正勝, 渡邊 純
佐藤 勉, 武田 和永, 國崎 主税
横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科学 遠藤 格

55. 下大静脈フィルターにより閉塞性黄疸を発症した1例

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 ○酒井 駿, 倉岡 直亮, 氏原 哲郎, 西垣 佑紀
中寺 英介, 橋本 哲, 松井 茂

56. 膵頭部腫瘍における術前胆道ステント閉塞が術後経過に与える影響

埼玉医科大学国際医療センター消化器外科 ○大嶋 侑平, 合川 公康, 加藤 知敬, 高瀬健一郎
渡辺雄一郎, 渡邊 幸博, 岡田 克也, 岡本 光順
小山 勇

(11) 一般演題(膵臓・その他) 16:34~17:04 座長 東京医科歯科大学病院 消化器内科 小 林 正 典
埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 辻 翔 平

57. 術前診断が困難であった主膵管内隆起性病変を伴うIgG4関連疾患の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○酒井 美帆, 大山 広, 高橋 幸治, 菅 元泰
永蔭 裕樹, 大内 麻愉, 杉原 地平, 遠山 翔大
山田 奈々, 關根 優, 高橋 知也, 渡部 主樹
加藤 直也
同 肝胆膵外科 大塚 将之
同 消化器内科
千葉県済生会習志野病院 飯野陽太郎

58. 急性睥炎後に Purtscher 網膜症をきたした 1 例

防衛医科大学校病院 内科学 2 講座 ○武川 舞子, 石川麟太郎, 高橋 駿, 平田 大
大黒 拓磨, 岡崎 惣也, 植田 浩貴, 石川 博隆
木本 侑哉, 川端 紘輔, 菅原 悠暉, 江崎 航大
山下 耕生, 高城 健, 東山 正明, 富田 謙吾
穂刈 量太
同 光学医療診療部 成松 和幸, 高本 俊介

59. 睥神経内分泌腫瘍に対する治療中に突然発症した重症カルチノイド症候群の一例

がん研有明病院 肝胆睥内科 ○石塚 隆浩, 岡本 武士, 平井 達基, 山田 学
中川 皓貴, 古川 貴光, 三重 堯文, 武田 剛志
春日 章良, 佐々木 隆, 尾坂 将人, 笹平 直樹

60. 睥内副睥に発生した類表皮嚢胞を EUS-FNA で診断した一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○山田 俊介, 水野 卓, 佐藤 彩, 辻 翔平
倉田 隼人, 濱田 大祐, 相馬 直人, 植村 隼人
湖上 彰, 浅見真衣子, 塩川 慶典, 内田 義人
打矢 紘, 安藤さつき, 中尾 将光, 菅原 通子
中山 伸朗, 今井 幸紀, 富谷 智明, 持田 智

61. 診断に苦慮した全身性アミロイドーシスの 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○舟田 圭, 行徳 芳則, 藤本 洋, 草野 祐実
三代 賢, 前田 紘希, 山田奏太郎, 岡田 舜
曾我 幸一, 片山 裕視, 玉野 正也

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

自治医科大学附属さいたま医療センター	消化器内科	浅野 岳晴
東京女子医科大学病院	消化器内科	田原 純子
国家公務員共済組合連合会 虎の門病院	肝臓センター内科	川村 祐介

(12) 専攻医Ⅶ(胆道) 8:32~9:02 座長 上尾中央総合病院 消化器内科 柴田 昌幸
JCHO 東京高輪病院 消化器内科 三箇 克幸

62. 慢性胆嚢炎に伴う右肝動脈仮性動脈瘤による消化管出血の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○小川 朋哉, 松本 悠, 小菌佐和子, 時田 一
宇野 天敬, 神山 雄基, 中元 秀友
同 消化管内科 宮口 和也, 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之
同 放射線科 高橋 大雄
同 消化器一般外科 高木 誠, 浅野 博

63. 急性胆嚢炎加療中の肝嚢胞感染併発が病理解剖により明らかとなった一例

関東労災病院 消化器内科 ○吉川 薫, 大森 里紗, 西川 雄祐, 中崎奈都子
土方 一範, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 金子 麗奈
岸本 有為, 池原 孝

64. 胆管原発神経内分泌腫瘍の1例

東京品川病院 消化器内科 ○岡 響子, 濱田 潤, 矢野 貴彦, 新井 優紀
石井 直樹
同 外科 稲垣 大輔
同 病理診断科 中野 夏子

65. 外科治療を要したBouveret症候群の1例

さいたま市民医療センター 内科 消化器科 ○浜田 敬右, 山中 健一, 新畑 博英, 篠崎 博志
井原 亮, 今井友里加, 木全 悠太
同 外科 塩谷 猛, 小峯 修

66. ERCPによるステント挿入困難な胆嚢炎に対し胆道拡張用バルーン・ステントリトリバーを用いてステント留置に成功した一例

同愛記念病院 消化器内科 ○登川 渚, 渡邊 健雄, 黒崎 滋之, 松井 真希
柿本 光, 新野 徹, 手島 一陽

(13) 専攻医Ⅷ(膵臓・その他) 9:02~9:32 座長 さいたま赤十字病院 消化管内科 土井 浩 達
獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 小堀 郁 博

67. 悪性症候群を合併した特発性急性膵炎の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○井戸 健太, 善如寺 暖, 喜多 碧, 都丸 翔太
糸井 祐貴, 佐藤 圭吾, 村上 立真, 橋本 悠
金山 雄樹, 清水 雄大, 保坂 浩子, 田中 寛人
戸島 洋貴, 栗林 志行, 山崎 勇一, 竹内 洋司
浦岡 俊夫

68. 有症状の膵周囲液体貯留を生じた切除可能境界膵頭部癌に対して, 保存加療中に併用した術前化学療法が奏功し, 切除に至った一例

横浜労災病院 消化器内科 ○松本 彰太, 関野 雄典, 悦田咲季子, 能中理紗子
上野 航大, 利井 辰光, 伏見 光, 西上堅太郎
佐野 誠, 枇杷田裕佑, 稲垣 淳太, 春日 範樹
岡田 直也, 高柳 卓矢, 内山 詩織, 永瀬 肇
同 外科 成本 壮一

69. 妊娠後期に腹痛を契機に発見された膵粘液性嚢胞腫瘍の1例

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科 ○白木 彬博, 藤澤真理子, 北原 麻衣, 國吉 宣行
野村 舟三, 佐々木玲奈, 齋藤 圭, 小川 眞広
木暮 宏史
同 消化器外科 吉田 直樹, 岡村 行泰
同 婦人科 安藤 花野, 川名 敬

70. 造影ダイナミックCTが診断に有用であった孤立性下腸間膜動脈解離の1例

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

71. 結核罹患歴のない健常高齢者に発症した結核性腹膜炎の1例

横浜南共済病院 消化器内科 ○石原 鴻, 小柏 剛, 安部 真蔵, 平松 直樹
久米 菜緒, 林 知恩, 加藤 由子, 比嘉 愛理
塚本 恵, 小串 勝昭, 中野間 紘, 西郡 修平
濱中 潤, 岡 裕之, 近藤 正晃

(14) 研修医I(消化管) 9:37~10:19 座長 自衛隊中央病院 内科 井上 悌 仁
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 山 鹿 浩

72. COVID-19罹患後にクローン病を新規発症した一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○森本 紗生, 田村 皓子, 竹中 建人, 清水 寛路
藤井 俊光, 小林 正典, 金子 俊, 村川美也子
朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 光学医療診療部 河本 亜美, 日比谷秀爾, 福田 将義, 大塚 和朗

73. 小腸腫瘍疑いとして発見された腸管バーチェットの一例

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科 ○西岡 文音, 佐野 貴哉, 藤江 肇, 阿部 哲大
荒谷 一磨, 倉田 有菜, 佐野 方美, 石坂昌太郎
浅井 玄樹, 木原 俊裕, 森下 慎二

74. 診断に苦慮したループス腸炎の一例

国際医療福祉大学病院 臨床研修医 ○鬼丸菜実子, Nguyen Van Tai, 末竹 貴生
同 消化器内科 山田 英彦, 秋田 貴之, 須藤 大輔, 一石英一郎
大澤 陽介, 佐藤 貴一, 高後 裕, 大竹 孝明

75. 上部消化管内視鏡にて腫瘤を同定し、緊急手術を行った小腸 GIST の 1 例

東海大学医学部 内科学系消化器内科学 ○谷垣 祐妃, 佐野 正弥, 金子 元基, 佐藤 博彦
寺邑英里香, 門間 牧子, 藤沢 美亜, 松嶋 成志
鈴木 秀和, 加川 建弘
同 外科学系消化器外科学 西田 莉子, 庄司 佳晃, 鍋島 一仁, 小柳 和夫

76. 好酸球性大腸炎と鑑別を要した大腸限局性悪性リンパ腫による好酸球増多症の一例

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

77. 若年発症の虚血性腸炎の 1 例

JA 神奈川県厚生連 相模原協同病院 臨床研修医 2 年 ○橋口 芽実
同 消化器内科 眞部 優作, 中畑万里子, 小野寺 立, 井廻 佳菜
川野 壽宙, 宮田 英治, 吉澤奈津子, 村田 東
荒木 正雄
同 病理診断科 風間 暁男

78. 多彩な画像所見を呈した治療抵抗性憩室炎の 1 例

東京女子医科大学 消化器内科 ○高野 澄玲, 大森 鉄平, 高鹿 美姫, 高山 敬子
小木曾智美, 中村 真一, 徳重 克年
同 消化器内視鏡科 松永 卓士

(15) 研修医Ⅱ (肝・その他) 10:19~10:49 座長 東京逓信病院 消化器内科 加藤 知爾
聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 鈴木 達也

79. 高カルシウム血症を呈した PTHrP 産生肝内胆管癌の一例

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科 ○渡邊 大地, 海老沼浩利, 井上 和明, 金田 真人
西澤 俊宏, 山下健太郎, 結束 貴臣, 篠浦 丞
同 病理診断科 小無田美奈, 林 雄一郎

80. 免疫再構築を伴ったジアフェニルスルホンに起因する薬剤性過敏症候群による非昏睡型急性肝不全の一例

慶應義塾大学病院 消化器内科
同 臨床研修センター ○田中 聡行
同 消化器内科 楳 柏松, 佐藤 萌, 中本 伸宏, 金井 隆典

81. 肝移植待機中であったB型非代償性肝硬変が開腹脾臓摘出術により著明に肝機能改善を認めた一例

虎の門病院 肝臓内科 ○大本 真由, 藤山俊一郎, 川村 祐介, 芥田 憲夫
瀬崎ひとみ, 保坂 哲也, 齊藤 聡, 鈴木 義之
池田 健次, 荒瀬 康司, 鈴木 文孝, 熊田 博光
同 消化器外科 進藤 潤一, 大久保悟志, 松村 優, 橋本 雅司

82. 乳癌肝転移のCT画像におけるカメレオンサイン

帝京大学ちば総合医療センター 内科 ○石川 英里, 高橋健太郎, 高村 尚樹, 佐藤 隆久
小尾俊太郎
同 内科 帝京大学 医学部 消化器内科 村田 紗依
帝京大学ちば総合医療センター 内科 四ツ谷医院 四ツ谷 論
同 内科 薬丸病院 山田 章盛
同 内科 木更津クリニック 海老原徹雄
同 内科 佐藤医院 佐藤 新平

83. 外傷性脾損傷44年後に確認された脾症(splenosis)の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○小柳 晴樹, 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

(16) 研修医Ⅲ(胆・膵) 10:49~11:31

座長 同愛記念病院 消化器内科 渡 邊 健 雄
獨協医科大学 肝・胆・膵外科 田 中 元 樹

84. 内臓逆位を伴う胆嚢結石症に対して、ICG蛍光法を用いた術中胆道造影が有用だった腹腔鏡下胆嚢摘出術の2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 ○勝矢 雄之, 高山 真秀, 渡邊 元己, 渡部 和玄
林 善仁, 伊藤 橋司, 宮田 明典, 西岡裕次郎
市田 晃彦, 河口 義邦, 金子 順一, 赤松 延久
長谷川 潔

85. 肝細胞癌による肝門部と下部の胆管閉塞に対して超音波内視鏡下胆道ドレナージを一次治療として実施した一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○宮内 琉希, 倉田 隼斗, 水野 卓, 辻 翔平
佐藤 彩, 濱田 大祐, 相馬 直人, 植村 隼人
湖上 彰, 浅見真衣子, 塩川 慶典, 内田 義人
打矢 紘, 安藤さつき, 中尾 将光, 菅原 通子
中山 伸朗, 今井 幸紀, 富谷 智明, 持田 智

86. 胆嚢壁内嚢胞から発癌した胆嚢癌の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○南 知里, 丹下 圭一, 鈴木由佳里, 大山 博生
野口 賢作, 鈴木 辰典, 佐藤 達也, 石垣 和祥
齋藤 友隆, 濱田 毅, 高原 楠晃, 藤城 光弘
同 光学医療診療部 白田龍之介, 金井 祥子, 中井 陽介
同 病理部 日向 宗利
同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 戸田 健夫, 金子 順一, 長谷川 潔

87. 膵管胃瘻からの経口膵管鏡検査にて診断し得た膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例

筑波大学医学医療系 消化器内科 ○稲川 夏希, 新里 悠輔, 鈴木 聡, 小島 丈心
藤川健太郎, 湯原美喜子, 阿部 涼, 堀籠 祐一
石川 直樹, 城山真美子, 川越 亮承, 遠藤 壮登
長谷川直之, 坂本 琢, 土屋輝一郎
同 消化器外科 宮崎 貴寛, 下村 治, 小田 竜也
同 病理診断研究室 朝山 慶, 松原 大祐

88. 慢性膵炎に対する Partington 手術後に発生した膵頭部癌の1切除例

獨協医科大学病院 肝・胆・膵外科 (一般外科) ○長崎 絢子, 松本 尊嗣, 仁木まい子, 佐藤 駿
田中 元樹, 清水 崇行, 山口 教宗, 朴 景華
白木 孝之, 森 昭三, 磯 幸博, 青木 琢
獨協医科大学 消化器内科 永島 一憲, 入澤 篤志
同 下部消化管治療センター 石塚 満
同 病理診断科 石田 和之

89. 膵腺房細胞癌の異時性孤発性腹膜播種に対し切除を施行した一症例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科 ○里見龍太郎, 脊山 泰治, 冲永 裕子, 金井 達哉
原田 庸寛
同 消化器内科 千葉 和朗
同 放射線科 鈴木 瑞佳
同 病理科 堀口慎一郎

90. 膵癌化学療法で腫瘍崩壊症候群をきたした一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○清水 洸志, 川島 捺未, 東 暖乃, 林 春菜
井上喬二郎, 池田 佳彦, 松本 悠亮, 後藤 駿吾
佐藤 高光, 村田 依子, 秦 康夫, 栗山 仁

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
376	伊佐山 浩通 (順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学)	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 (横浜市立市民病院 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
380	黒 崎 雅 之 (武蔵野赤十字病院 消化器科)	7月20日(土)	東京 海運クラブ	4月10日～ 5月15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・2024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
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 シェンパッハ・サポー	未 定
44	眞 嶋 浩 聡 (自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科)	2024年 6月2日(日)	東京 シェンパッハ・サポー	未 定

次回(第376回)例会のお知らせ

期 日：2023年9月2日(土)

会 場：海運クラブ

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

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

銀座線、丸ノ内線：赤坂見附駅D(弁天橋)出口 7分

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

特別講演：「肝臓病研究へのいざない」

演者：公立学校共済組合 関東中央病院 院長／東京大学名誉教授 小池 和彦
司会：順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授 伊佐山 浩通

ランチョンセミナー：「消化管内視鏡診療の現状と展望」

講演Ⅰ：新東京病院 消化器内科 部長 外山 雄三
講演Ⅱ：国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 部長 鈴木 翔
司 会：日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 教授 後藤田 卓志

ミニランチョンセミナー：「治療切除不能な胆道癌新たな一次治療～長期生存を目指したイミフィンジ+GC併用療法の臨床導入～」

演者：東京大学医学部附属病院 光学診療部 准教授 中井 陽介
司会：国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 科長 奥坂 拓志

第25回専門医セミナー：「ドクターガストロ」

第24回専門医セミナー(第373回例会 2月25日(土))開催に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：伊佐山 浩通(順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)

事務局長：藤澤 聡郎(順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge376kanto@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35年迄)セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専攻医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号(99)で登録して下さい。なお、応募演題数が多い場合は、規定の受付期間内で先着順とし、一般演題に変更させていただく場合がございます。また研修医・専攻医セッションへの応募は、各々1施設(1診療科)、1演題に制限させていただきます。

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 壊死性食道炎の臨床的検討

東千葉メディカルセンター 消化器内科
横塚孝基, 亀崎秀宏, 大金良規, 齋藤 遼, 徳長 鎮, 前田隆宏,
妹尾純一

【目的】壊死性食道炎は比較的稀な疾患であり、時に致命的な経過をたどる。アルコール多飲歴や糖尿病の基礎疾患、NSAIDsやステロイドの使用がリスク因子として考えられている。当院で壊死性食道炎を呈した症例からその臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】2014年4月から2023年3月までの期間中、当院で上部消化管内視鏡検査を行い壊死性食道炎と診断し診療を行った症例を対象とし、後方視的に検討した。検討項目は、年齢、性別、基礎疾患、内服薬、ショックの有無と原因、血液検査、内視鏡所見、敗血症の有無、DICの有無、全身管理の有無、転帰とした。【成績】当院で壊死性食道炎と診断し診療を行った患者は10例であった。年齢は60.6±15.4歳(42~93歳)、男性10例、女性0例であった。6例にアルコール多飲歴、7例に糖尿病の基礎疾患があった。1例でNSAIDsとステロイドの内服歴があった。8例でshock index >1であった。初診時のHb(g/dL)は11.6±3.3、ALB(g/dL)は3.4±1.0、血糖(mg/dL)は472.1±312.1であった。敗血症は1例、DICは2例であった。8例でショックを来した。脱水によるショックが6例、出血性ショックが1例、敗血症性ショックが1例であった。治療にカテコラミンを用いた症例が2例、透析を行った症例が1例であった。転帰は死亡が3例、生存が7例であった。【結論】当院の壊死性食道炎10例の検討では、8例80%の症例でショックを来したが、出血性ショックの症例は1例10%のみであり、緊急内視鏡を要することは少なかった。アルコール多飲や糖尿病が誘因となり、脱水による循環血液減少性ショックを来した症例が過半数の6例60%を占めていた。免疫チェックポイント阻害薬の免疫関連有害事象としての劇症1型糖尿病が誘因となった壊死性食道炎の症例も経験した。

壊死性食道炎, 大酒家

2 魚骨誤飲から3日後に内視鏡下で摘出した1例

帝京大学 医学部 内科学講座¹⁾, 同 外科学講座²⁾
澁谷悠希¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 植村伶央¹⁾, 八尾逸平¹⁾, 徳富 遥¹⁾,
梶田航平¹⁾, 清水友貴¹⁾, 青木直見¹⁾, 本田 卓¹⁾, 松本康佑¹⁾,
丸山喬平¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 有住俊彦²⁾,
小田島慎也¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 外村修一²⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾

症例は59歳、男性。20XX年4月9日の夕食に鯛料理を摂取後、咽頭痛が出現した。経過をみていたが症状が改善せず、20XX年4月12日に前医を受診。胸部単純CTにて食道壁に深く刺さった魚骨を認めた。食道穿孔の可能性が否定できず、内視鏡的除去はリスクが高いとの判断で当院外科へ紹介された。外科と内科でCT所見を十分に検討し、食道穿孔はないと判断して内視鏡下摘出を行う方針とした。広口の先端アタッチメントを装着し内視鏡を挿入すると、切端20cmで魚骨が食道壁に刺さっていた。鉗子で魚骨を把持し引き抜き過程で、刺入部から膿汁が排出された。愛護的に食道壁から魚骨を引き抜き、一度胃内へ魚骨を落とした後、スネアで把持しアタッチメント内に引き込んで回収した。回収後内視鏡を再挿入し、刺入部を注意深く観察したが、出血や穿孔を示唆する所見はなく、膿汁の排出もみられなかった。処置後入院とし、禁食、補液、抗菌薬で治療を開始した。経過は良好で処置後2日目に飲水、6日後に食事を開始し問題なく経過したため退院となった。本症例は魚骨誤飲から3日が経過していたが、内視鏡的除去と保存的治療により軽快した症例である。若干の文献的考察を加え報告する。

食道異物, 内視鏡的除去術

3 自己免疫活性を認めたサイトメガロウイルス胃炎の一例

東海大学医学部付属東京病院 消化器内科
山口 徹, 中村 淳, 仁品玲子, 五十嵐宗喜, 白石光一

29歳男性。【主訴】心窩部痛。受診一ヶ月前から持続する心窩部痛あり受診。内視鏡検査では胃全体の粘膜萎縮、浮腫、発赤を認め生検施行しびらん性胃炎の診断となった。1ヶ月後発熱を契機に心窩部痛が悪化、摂食不良となり入院。【既往】ヘリコバクターピロリ除菌済み(7年前)。【家族歴】祖母：リウマチ。【嗜好】喫煙なし、飲酒なし。【身体所見】身長：167cm、体重：44kg、BMI：15.7。【BT】36.4℃、BP：122/70mmHg。【診察所見】腹部平坦軟、心窩部圧痛あり。肝脾触知せず。【入院時検査】IgG：1781mg/dl、IgG4：128mg/dl、抗ds-DNA抗体：19.1、抗核抗体陰性、MPO-ANCA陰性、PR3-ANCA陰性、HIV：陰性。【経過】入院前よりPPI内服継続していたが症状改善なく、自己抗体陽性であることから自己免疫性疾患の可能性を考え第3病日よりPSL20mgより併用開始。その後症状は改善し、10日後の内視鏡で、胃びらん病変の生検よりサイトメガロウイルス(CMV)陽性細胞を認め、CMV胃炎の診断。その後症状改善ありPSL減量しながら半年間継続。4ヶ月後の内視鏡では胃炎の著明改善とCMVの陰性化を認め、PSL終了3ヶ月後の内視鏡でも同様の胃炎の改善と胃粘膜よりCMV陰性を確認し、血清CMVPCR検査陰性であった。【考察】健康者のCMV胃炎は通常、PPI内服で改善するが、本例では改善なく、自己抗体陽性を伴いPSL併用にて著明に改善を認めたため、胃炎の増悪に自己免疫が関与した可能性があり、PPIなどの治療で改善しない場合にはPSL治療が有効と考える。

サイトメガロウイルス胃炎, 自己免疫

4 関節リウマチに合併した十二指腸原発のメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学
大谷知弘, 日暮琢磨, 田村繁樹, 三澤 昇, 中島 淳

【緒言】関節リウマチなどの自己免疫性疾患に対して薬代代謝拮抗薬であるメトトレキサート(methotrexate: MTX)が広く用いられているが、MTX関連のリンパ増殖性疾患(methotrexate-associated lymphoproliferative disorders: MTX-LPD)を合併することが知られている。今回、関節リウマチに合併した十二指腸原発のMTX-LPDを経験したので報告する。【症例】70代男性。関節リウマチに対してMTX内服中であった。20XX年11月に大量の黒色便にて当院に救急搬送された。来院時はショックバイタルであり、上部消化管内視鏡検査で十二指腸潰瘍から出血を認めたためクリップによる止血術を施行した。赤血球輸血により貧血は改善傾向であったが、第4病日に血圧低下および黒色便を認め、再度赤血球輸血を施行した。第5病日に上部消化管内視鏡検査を施行したが明らかな出血を認めず、潰瘍部位から生検を施行した。しかし、その後も血便や血圧低下を認めたため連日赤血球輸血を続けた。第8病日に再度ショックバイタルとなり、大量輸血でもバイタルを維持できず、挿管後に緊急内視鏡検査を施行したところ十二指腸潰瘍からの出血を認めたため止血術を施行し、止血を得た。その後バイタルは安定し、第12病日に抜管となった。十二指腸潰瘍病変の病理検査結果からびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断となり、またMTXを内服していた経過などからMTX-LPDの診断となった。第14病日には一般病棟に転棟し、MTX内服中止継続のうえ経過観察とした。第23病日の上部消化管内視鏡検査で十二指腸潰瘍の癒着化を認め、第30病日に退院となった。【考察】関節リウマチに合併した十二指腸原発のMTX-LPD症例を経験した。入院後は病変部から出血を繰り返しバイタルも不安定であったが、MTX内服中止にて十二指腸潰瘍部位は癒着化し、バイタルも安定した。MTX-LPDの十二指腸病変は稀ではあるが、MTX内服中の関節リウマチ患者の消化管病変を認めた場合には、MTXの休薬のみで悪性リンパ腫の病勢をコントロールできる可能性があるためMTX-LPDを鑑別に挙げるべきである。

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患, 上部消化管出血

5 Fabry病を基礎疾患に有する胃血管拡張症に対して Argon plasma coagulation (APC) にて止血術を施行した一例

佐野厚生総合病院 消化器内科
横田 渉, 宮永亮一, 會田卓弘, 生形晃男, 北川清宏, 久武祐太, 寺本 研, 関根忠一, 東澤俊彦, 岡村幸重

症例は57歳男性。X-11年初発、以降も繰り返し脳梗塞発症しており現在多剤による抗血栓療法を行っている。X-4年には Dieulafoy's lesion に対してEVLを施行され、その後も繰り返し上部消化管出血に対して内視鏡的止血術を施行している。また心肥大の指摘をうけX-3年にFabry病と診断されている。X年4月に一週間前からの運動後の動悸、めまい、数日前からの粘血便、指先のしびれを伴う下腿浮腫の増悪、尿量減少を主訴に当院外来受診。Hb低下を認めため、赤血球輸血施行し入院となった。同日の上部消化管内視鏡検査にて胃血管拡張症と同部位からoozingを認めAPC焼灼術を施行した。以降出血を認めず、経過良好にて退院となった。抗血栓療法については出血リスクと脳梗塞再発リスクを鑑みて現行治療継続の方針とした。Fabry病は多彩な症状を呈する先天性代謝異常症の1つである。有名な合併症としては脳血管症状、心肥大、腎機能障害があげられる。消化管出血については報告が少なく、文献的考察を加えて報告する。

Fabry病, 血管拡張症

6 進行胃癌による進行性貧血に対し吸収性局所止血材ピュアスタットを用いて止血し化学療法を継続できた一例

自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
自治医科大学 臨床腫瘍科²⁾,
坪水花絵¹⁾, 岩下ちひろ¹⁾, 三浦義正¹⁾, 井野裕治¹⁾, 大澤英之²⁾, 田丸智子¹⁾, 小野友輔¹⁾, 橋元幸星¹⁾, 加賀谷結華¹⁾, 小黒邦彦¹⁾, 高橋治夫¹⁾, 上野 貴¹⁾, 野本佳恵¹⁾, 関口裕美¹⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】77歳男性【既往歴】高血圧, CKD【現病歴】7か月前に貧血を指摘され鉄剤の内服で経過をみていたが改善せず。4か月前に倦怠感を自覚した。前医で施行した上部消化管内視鏡で噴門部に易出血性の3型腫瘍を認めた。生検はadenocarcinomaだった。胸腹部造影CT・肝EOB-MRIで多発肺腫瘍・肝腫瘍を認め、胃癌cT4N3M1 stageIVと診断し、集学的治療目的に3か月前に当院を紹介受診した。HER2陰性であり、SOX(S-1 80mg/オキサリプラチン 160 mg/body) + ニボルマブ 360 mg/bodyを開始した。CEAは治療前46.9 ng/mLから1クール目終了時には15.5 ng/mLへと減少し、化学療法は奏功していると考えられた。当院受診時、Hb 8.5 g/dLだったが鉄剤内服で経過をみていた。しかし、貧血は緩徐に進行し、化学療法1クール目終了時にはHb 6.7 g/dLと低下したため上部消化管内視鏡を再検したところ、腫瘍辺縁から数ヶ所の漏出性出血があり、貧血の原因と考えられた。出血に対する加療のためいったん化学療法を中断し、内視鏡的止血術的に入院した。【経過】出血部を中心に、腫瘍全体に吸収性局所止血材ピュアスタット5 mLを塗布した。食事再開後も貧血の進行はなく、第7病日にはHb 9.0 g/dLまで改善したため化学療法を再開し第9病日に退院した。内視鏡治療後25日目にはHb 10.7 g/dLまで回復した。【考察】ピュアスタットは消化管内視鏡治療における漏出性出血に対して使用される吸収性局所止血材である。今回、進行胃癌からの漏出性出血に対して使用したところ貧血が改善し、化学療法の継続が可能となった。進行胃癌による貧血に対しては胃全摘の他にあまり有効な治療はなく、耐術能が低い患者の場合、頻回の輸血を要することも多かった。ピュアスタット塗布は簡便で非常に低侵襲な治療であり、進行胃癌に伴う漏出性出血による貧血に対してピュアスタットは有用と考えられた。

進行胃癌, 吸収性局所止血材ピュアスタット

7 SOX + Nivolumabが奏効し、手術可能となった十二指腸降段浸潤を伴う胃前庭部癌の一例

横浜栄共済病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾,
同 病理診断科³⁾

本多 悠¹⁾, 酒井英嗣¹⁾, 野村 優¹⁾, 櫻井裕一郎¹⁾, 城野 紡¹⁾, 藤野洋平¹⁾, 高井佑輔¹⁾, 岩崎暁人¹⁾, 清水智樹¹⁾, 真田治人¹⁾, 渡邊 透²⁾, 岸 宏久³⁾

【緒言】近年、様々な癌腫で免疫チェックポイント阻害薬を併用した化学療法が保険適応となり、癌患者の生命予後は改善している。しかし、conversion手術に至る切除不能胃癌症例は依然として少ない。【症例】58歳女性【経過】心窩部痛と嘔吐を主訴に当院を紹介受診。腹部CT検査で胃前庭部の壁肥厚を認め、同日上部消化管内視鏡を施行した。胃前庭部から十二指腸球部にかけて進展不良を伴う不整粘膜を認め、病理組織検査にてadenocarcinoma (tub1-pap)と診断した。HER2タンパクの過剰発現は認めず、造影CTで腫瘍の降段浸潤と腹膜播種が疑われたため手術での根治は困難と判断し、化学療法を行う方針とした。SOX + Nivolumabを2コース実施後に免疫関連副作用(irAE)による肝障害が出現し、3コース目はNivolumabを休業した。治療効果判定の上部消化管内視鏡検査で完全奏功(CR)、CTでも腫瘍は著明に縮小し、脾臓との距離も離れたため、conversion手術として幽門側胃切除を施行した。術中に明らかな腹膜播種を認めず、手術検体の病理診断では腫瘍の残存は認めず、リンパ節転移なし、肛門側断端も陰性であった。今後外来で補助化学療法を実施予定である。【結語】SOX + Nivolumabが奏効し、手術可能となった胃前庭部癌の一例を経験したため、文献的考察をふまえて報告する。

切除不能進行胃癌, コンバージョン手術

8 進行胃癌との鑑別が困難であり、内視鏡的粘膜切除にて確定診断が得られた好酸球性胃炎の一例

武蔵野赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
内原直樹¹⁾, 中西裕之¹⁾, 山崎雄大¹⁾, 鈴木圭人¹⁾, 田中雄紀¹⁾, 宮本 遥¹⁾, 山田倫子¹⁾, 慶徳大誠¹⁾, 岡田理沙¹⁾, 樋口麻友¹⁾, 高浦健太¹⁾, 田中将平¹⁾, 前屋鋪千明¹⁾, 玉城信治¹⁾, 安井 豊¹⁾, 高橋有香¹⁾, 土谷 薫¹⁾, 櫻井うらら²⁾, 黒崎雅之¹⁾, 泉 並木¹⁾

【症例】60歳代男性【現病歴】胸部異常陰影にて当院呼吸器科通院中、胸部CTで胃噴門部リンパ節腫脹を認め当科受診した。上部消化管内視鏡(EGD)で胃体部後壁に広範囲にわたる褪色调の壁肥厚、襞の腫脹、多発胃潰瘍を認め、4型進行胃癌を疑い、生検を施行したが診断確定に至らず、病巣の一部に対し診断的内視鏡的粘膜切除術(EMR)の方針とした。【臨床経過】EMRの際、粘膜は硬く、周囲切開をしておからスネアリングした。切除標本の病理で、高倍率視野内に860個の好酸球を認めた。数か月前からの腹部症状、粘膜内の好酸球浸潤、末梢血中の好酸球上昇、CTでの胃壁の浮腫状肥厚より好酸球性胃炎と診断した。治療はプレドニン70mg/日より開始し、モンテルカストを併用した。血中好酸球増加の改善を確認しプレドニンを漸減した。治療開始3週間後、EGDでは胃体部後壁の色調変化、壁肥厚の改善を認めた。今後は外来にてステロイド漸減予定である。【考察】好酸球性胃腸炎は食物等をアレルギーとし末梢血好酸球増多と消化管壁への好酸球浸潤を特徴とする疾患である。EGDでは特異的な所見はなく時に生検を施行しても診断に難渋することがある。本症例でもCTでのリンパ節腫脹があり、内視鏡所見も浸潤型胃癌との鑑別を要した。EGDの際には常に本疾患も鑑別に加え、注意深く診断する必要がある。本症例では、生検施行時に至らなかつたが、EMRが確定診断に有用であった。【結語】4型進行胃癌と鑑別を要した好酸球性胃炎の一例を経験した。

好酸球性胃炎, EMR

国立病院機構 高崎総合医療センター 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理診断科³⁾、同 臨床研究部⁴⁾、廣田 董¹⁾、長沼 篤¹⁾、小林倫太郎¹⁾、古市 望¹⁾、田村優樹¹⁾、鈴木琢也¹⁾、相原幸祐¹⁾、佐野希望¹⁾、鈴木悠平¹⁾、上原早苗¹⁾、増田智之¹⁾、星野 崇¹⁾、安岡秀敏¹⁾、平井圭太郎²⁾、坂元一郎²⁾、田中優子³⁾、柿崎 晁^{1,4)}

【症例】70代、男性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】糖尿病のため近医でインスリン治療中、20XX年12月頃より心窩部痛が出現した。翌年1月上旬消化管内視鏡検査と造影CTを施行したところ、十二指腸下行脚に長径11cmの巨大腫瘍を指摘され、当科へ紹介入院となった。【既往歴】38歳で糖尿病と診断され治療開始。【家族歴】特記事項なし。【経過】造影CTとEOB MRIの結果、内部壊死傾向の強い巨大な十二指腸腫瘍を認めた。明らかな遠隔転移は認めなかった。入院時の腫瘍マーカーではCEA 2.9ng/mL、CA19-9 <2.0U/mL、AFP 42078ng/mLであり、AFP産生性十二指腸癌が示唆された。内視鏡による十二指腸腫瘍の生検では、低分化型腺癌と診断された。十二指腸内に腫瘍が充満しており経口摂取不良であったため、高カロリー輸液を開始した。PET-CTでも遠隔転移は認めなかったが、局所進行性十二指腸癌であり、根治的外科切除は困難と判断された。そこで胃空腸吻合術を施行し、経口摂取が可能となったため同年2月自宅退院となった。3月よりがん薬物療法としてmFOLFOX6を1コースのみ施行したが、次第に食欲不振となりがん悪液質が進行した。4月某日嘔吐著明、全身衰弱の状況となり緊急入院となったが、同日永眠となった。剖検では、十二指腸球部を主体とする長径14cmの十二指腸癌を認め、胃と隣に直接浸潤していた。病理診断は、中分化型管状腺癌でありAFP産生性を認めた。死因はがん悪液質によるものと思われる。【考察】AFP産生性十二指腸癌の報告は極めて稀であるが、局所浸潤や肝転移を高率に伴い予後不良と考えられている。今回小腸癌に対するみなし標準治療であるmFOLFOX6を導入したが、がん薬物療法の有用性などの治療に関する一定の見解は定まっていない状況であり、今後更なる症例の蓄積が必要と思われる。

十二指腸癌, AFP

腸重積, 小腸腺腫内癌

日本医科大学 消化器外科

寺谷大弥, 中田亮輔, 鈴木幹人, 櫻澤信行, 萩原信敏, 金沢義一, 吉田 寛

【背景・目的】当院では2022年11月より肥満外科治療を開始した。実際に初回手術の実施に際して、診療科や職種の垣根を超えたチーム医療体制を構築し、導入プロジェクト開始8ヶ月後に初回症例の手術を施行した。初回症例の周術期および術後経過について検討した。【導入準備】1. 内分泌・糖尿病内科、精神科、麻酔科の医師と術前に症例検討を実施した。2. 外来、病棟、手術室、ICU看護師や栄養士を対象に、肥満外科治療が対象となる患者や実際の術式、治療効果、術後管理の注意点、周術期合併症リスクについての勉強会を行った。3. 栄養士による入院中および術後経過期間毎の治療食献立を作成した。4. 術前に実際の手術台にて体位シミュレーションをして褥瘡予防対策を行った。5. 対象患者のリクルートのため、地域の糖尿病内科関連の勉強会で肥満外科治療についての講演を行った。【結果】初回症例は54歳男性。身長158cm、体重117.2kg(初診時140kg)、BMI 47.0 kg/cm²。肥満関連合併症は2型糖尿病、高血圧、脂質代謝異常症、睡眠時無呼吸症候群、狭心症、高尿酸血症であった。2018年に狭心症の診断で当院循環器内科を受診、その後、外来にて減量指導を試みるも効果不十分で2021年に手術目的で当科紹介となった。術前減量を始めるも栄養指導、運動療法のみでは奏功せず、セマグルチド導入で-13%の減量を得てから2022年11月に腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を施行した。手術時間2時間13分、出血量6ml、術後在院日数6日間であった。術後6ヶ月で体重99.8kg、%EWL 51.8%(6ヶ月)と良好な経過を辿り、肥満関連合併症に関する投薬治療も中断することができている。【考察】本症例では一般的な腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の減量効果と同等を得ることができ、また糖尿病に対する治療効果も認められており、導入プロジェクトにより安全で効果的な手術が施行されたと考えられる。また、セマグルチド投与を契機として術前減量が進み手術を行うことができたため、術前減量不良症例についてはGLP-1アナログ製剤の投与に際する適応などについてさらに解析を進めていく必要性が示唆された。

肥満外科, 減量

閉鎖孔ヘルニア, 腹腔鏡手術

自治医科大学附属病院 消化器一般移植外科

藤沼淳榮, 田口昌延, 下平健太郎, 青木裕一, 目黒由行, 森嶋 計, 三木 厚, 兼田裕司, 遠藤和洋, 笹沼英紀, 北山丈二, 佐田尚宏

腸重積症はイレウスの原因の一つであり、小腸腺腫を先進部とするものは比較的稀である。症例は47歳女性。健康診断でHb8台の貧血を指摘され、近医婦人科で子宮筋症に伴うものとして鉄剤投与を行っていたが、改善しないため前医紹介となった。腹部超音波検査、腹部造影CT検査を行ったところ、腸重積を認め精査加療目的に当院消化器内科へ紹介された。再検したCTでは腸重積は自然に解除されていたことから、待機的に経口ダブルバルーン内視鏡検査(DBE)を行った。DBEでは上部空腸に管腔を占拠する大きな腫瘍を認め、生検を行ったところ、管状腺腫が検出された。小腸腺腫を先進部とした腸重積と診断し、開腹手術の方針とした。手術所見では、トライツ靱帯から約5cmに腫瘍を認め、小腸部分切除を行い、端々吻合を行った。術後合併症は認めず、術後11日目に退院した。病理組織学的検査では、大きさが4.7×3.8×2.5cmの有茎性の0-Ip病変であり、病変の主体は中等度から高度の異型を伴う管状腺腫で、その一部に腺癌を含んでおり腺腫内癌(adenocarcinoma in adenoma)、粘膜下層への進展はなく(pTis(M))、脈管侵襲やリンパ管侵襲もなく(v0, ly0)、切除端陰性で診断された。成人の腸重積は小児に比べて稀であり、その大半が器質的病患に起因しているが、小腸腺腫が先進部となることは稀である。今回我々は、小腸腺腫が腸重積の原因となり、切除後の病理検査で腺腫内癌と診断した症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

神奈川県立足柄上病院 消化器内科¹⁾横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室²⁾大西咲希¹⁾、國司洋佑¹⁾、兼松健太¹⁾、三谷啓介¹⁾、内田 要¹⁾、芝山幸佑¹⁾、柳橋崇史¹⁾、加藤佳央¹⁾、前田 慎²⁾

【症例】89歳女性。X-8年より年に1回程度、左鼠径部から大腿部の疼痛を自覚していたが4-5時間自然軽快していた。一度近医の整形外科を受診したが、異状を指摘されず鎮痛剤の処方のみで対処されていた。X-5年1月に左下腹部痛を発症し内科新患外来を受診した。痛みは前日夜に発症し左下腹まで広がったが来院時は改善傾向となっていた。単純CTで異常は指摘されず、検査結果待ちの間に症状が消失したため、帰宅した。X年6月16日に左鼠径部痛で内科を救急受診し、単純CTで左閉鎖孔から脱出する腸管を認めた。左閉鎖孔ヘルニアと診断し、術前の腸管虚血評価目的で40分後に造影CTを施行したが、この時点で脱出腸管は腹腔内に自然還納されており、症状も改善していた。外科と相談し待機的手術の方針となった。6月22日に再度、左鼠径部から大腿の疼痛が出現し救急外来を受診した。単純CTで再び左閉鎖孔ヘルニアを認めたが、50分後に撮影した造影CTではやはり脱出腸管は腹腔内に自然還納していた。7月8日に腹腔鏡下閉鎖孔ヘルニア修復術を施行し、術後合併症なく7月10日に退院した。以後は症状再発なく現在まで経過している。【考察】閉鎖孔ヘルニアは閉鎖管をヘルニア門として発症する。本症例は8年前から閉鎖孔ヘルニアが誘因と思われる腹痛発作を繰り返しており、嵌頓・自然修復を繰り返していたと考えられる。同様の病態を呈する症例は腹痛のあるタイミングでCTを撮影しなければ診断に至らない。特徴的な症状経過から積極的に本疾患を疑い、繰り返し画像検査を行うことが重要である。

13 小腸内視鏡検査で診断に至った腹部大動脈小腸瘻の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 医学部 消化器内科
加藤春子, 山本桃子, 伊藤藤太郎, 福嶋浩文, 石川 大, 深田浩大,
内山 明, 澁谷智義, 北條麻里子, 伊佐山浩通, 池嶋健一,
永原章仁

【症例】82歳女性。卵巣癌の手術歴があり、心筋梗塞、腹部大動脈瘤などで他院通院中であった。X年6月17日、暗赤色の吐血を主訴に当院へ救急搬送となった。精査加療目的に緊急入院となり抗血栓剤を一旦休薬した。CT検査、上下部内視鏡、経肛門小腸内視鏡を施行したが出血源は同定できなかった。自然止血をえられたと判断し、経口摂取、抗血小板薬を再開後も再出血は認めなかったため退院とした。しかし退院2日後に再度吐血で救急搬送。緊急内視鏡施行では、胃内及び十二指腸に粗大病変は認めないものの黒色残渣を認め上部小腸からの出血が疑われたため、経口小腸内視鏡検査をおこなった。トライツ韌帯より50cmに頂部に潰瘍を伴うSMT様隆起を認め、造影CTでも同部位と動脈瘤に連続性を疑う所見を認め、腹部大動脈瘤切迫破裂・大動脈小腸瘻疑いで緊急手術の方針となった。【考察】腹部大動脈瘻は横隔膜より遠位の大動脈と腸管の間に瘻孔が形成される非常にまれな病態である。瘻孔の好発部位は主に十二指腸であり小腸瘻はさらにまれで、本症例は出血源同定に難渋したが小腸内視鏡検査で術前診断しえた腹部大動脈小腸瘻の貴重な症例であった。文献的考察を交えて報告する。

大動脈小腸瘻, 小腸内視鏡検査

14 膀胱直腸瘻部血管拡張からの出血を経腔的内視鏡で止血し得た1例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
こにしくリニック²⁾, 昭和大学病院内視鏡センター³⁾,
月井伶音奈¹⁾, 居軒和也¹⁾, 山崎裕太¹⁾, 音山裕美¹⁾, 鈴木統大¹⁾,
菊池一生¹⁾, 中谷真也¹⁾, 牛腸俊彦¹⁾, 紺田健一¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾,
木原俊裕¹⁾, 片桐 敦¹⁾, 小西一男²⁾, 山村冬彦³⁾, 吉田 仁¹⁾

症例は80歳台、女性。45歳時に子宮頸癌に対して同時化学放射線療法後で膀胱直腸瘻が形成されていた。20XX年6月、下血と性器出血を主訴に当院を受診し、貧血(Hb7.1g/dL)を認め、精査目的に当科に入院した。出血源精査目的で施行した腹部骨盤部造影CT、膀胱鏡、下部消化管内視鏡検査では出血源は不明であった。自然止血され輸血で貧血は改善し退院した。以降は出血や貧血進行なく経過していたが、20XX+1年3月Y日、下血と貧血(Hb7.5g/dL)を認め入院した。婦人科での腔鏡診では瘻孔部からoozingを認めたが出血源の特定には至らず、造影CTでも出血源は不明であった。前回入院同様に輸血で貧血は改善し退院としたが、断続的に下血と性器出血を繰り返していた。20XX+1年3月Y+12日、全身倦怠感を主訴に当院を受診し、血液検査で貧血(Hb7.7g/dL)を認めた。腔鏡診では前回同様瘻孔部からoozing程度の出血を認めたが出血源は不明であった。出血源検索と止血目的で再度下部内視鏡検査を行う方針とした。内視鏡を直腸から挿入し観察したが出血源は同定できなかった。婦人科での腔鏡診での結果を踏まえ、同意の上で内視鏡を腔から挿入したところ、腔と直腸の瘻孔部付近に血管拡張を認め、oozingが確認された。出血部位をAPCで焼灼し、止血を確認した。止血後、下血や性器出血は再燃なく経過し貧血も改善した。経肛門の内視鏡では直腸瘻部の腔鏡が死角となったことが出血源同定に難渋した原因と考えられた。経腔的内視鏡操作で止血し得た貴重な症例であり報告する。

膀胱直腸瘻, 内視鏡的止血術

15 非結核性抗酸菌症に対する三剤併用化学療法中に生じた大腸腸管気腫症の一例

東京都健康長寿医療センター 消化器・内視鏡内科
正谷一石, 堀越裕介, 佐藤優樹, 白倉英知, 大隅 瞬, 羽鳥清華,
深川一史, 保坂祥介, 三神信太郎, 小野敏嗣

【症例】81歳男性【主訴】腹部膨満感・下痢【現病歴】呼吸器内科にて非結核性抗酸菌症に対してフロロアザチオプリン・X-4年11月よりリファンピシン、クラリスロマイシン、エタンプトールの投与を開始された。X-2年11月にエタンプトールによる網膜障害が認められたためリファンピシン・クラリスロマイシン・シタフロキサシンに薬剤変更し加療継続されていた。X年10月頃より腹部膨満感を自覚し、1日6回程度の下痢も伴うようになったため精査目的に当科受診となった。大腸内視鏡を施行したところ全大腸に渡り粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。鉗子での触診では非常に柔らかく透光性を伴う性状から腸管気腫症を疑い、陰圧をかけた局注針で穿刺したところシリンジ内にガスが引けて速やかに虚脱したため確定診断とした。検査直後に腹部CTを施行したところ広範に気腫性変化を認め、大腸腸管気腫症として矛盾しない所見と考えられた。α-グルコシダーゼ阻害薬などの腸管気腫症を来しうる薬剤などの内服はなく、他にも明らかな要因を認めなかった。非結核性抗酸菌症に対する三剤併用化学療法による影響の可能性も考え、呼吸器内科コンサルトのうえで三剤とも休薬したところ症状は徐々に改善し、1ヶ月後の腹部CTでは腸管気腫症の著明な改善を認めた。【考察】腸管気腫症は腸管壁の粘膜下含気性嚢胞を形成する比較的稀な疾患で、発生機序として原発性と続発性に分けられ、薬剤性を含めた続発性が85%を占める。多くは無症候性であり正確に診断できれば保存的加療で改善することが多い。今回、三剤併用化学療法中に発症し内視鏡で確定診断を得て、薬剤の中止にて保存的に軽快した続発性の大腸腸管気腫症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。

大腸腸管気腫症, 非結核性抗酸菌症

16 黄熱病ワクチン接種を契機に免疫調節薬を休薬した直後に増悪した潰瘍性大腸炎の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾,
同 予防医学センター³⁾,
長谷川麻衣¹⁾, 宮本康雄³⁾, 芹澤 奏^{1,2)}, 小松萌子^{1,2)}, 梅田智子^{1,2)},
佐上晋太郎^{1,2)}, 中野 雅^{1,2)}, 日比紀文²⁾, 小林 拓^{1,2)}

【症例】26歳、男性【現病歴】14歳時に発症、左側大腸炎型の潰瘍性大腸炎でステロイドで寛解導入できたが、ステロイド依存状態となり、アザチオプリンを導入し、ステロイド離脱可能であった。アフリカ渡航の際に黄熱病ワクチンを接種するため、ワクチン接種57日前よりアザチオプリンを休薬した。ワクチン接種の数日前より1日2、3回の下痢、血便を認めた。ワクチン接種の2日後には粘血便が頻回になり発熱、腹痛が出現したため当院を紹介され受診した。【現症】1日10以上の粘血便、体温38度、CRP5.15mg/dl、重症の潰瘍性大腸炎の臨床像を呈していた。下部消化管内視鏡検査では、広汎な潰瘍および著明な自然出血を認めた。【治療経過】ワクチン接種の4日後よりPSL20mg/day、ブデゾニド注腸剤の投与および顆粒球吸着療法を開始した。症状は速やかに改善し、PSLを漸減し投与19日目に投与を終了した。メサラジンMMX4800mg/dayの投与を開始し、ワクチン接種の63日後まで計10回の顆粒球吸着療法を行った。ワクチン接種の91日域からMMX4800mg/day、メサラジン注腸1g/dayに変更したが、これまでの経過から寛解維持にはアザチオプリンが必要と判断し再開し、その後長期寛解維持されていた。【考察】一般に、高度の免疫抑制状態では、ワクチン株による致死的なウイルス感染症を発症する可能性があるため、原則として生ワクチンの接種は推奨されない。文献的には、免疫抑制療法終了後1から6ヶ月間隔を空けて接種が可能とされるが、その際には治療中断による原疾患の悪化のリスクがある。また、高用量のステロイド、免疫調節薬、生物学的製剤等の投与は生ワクチン接種の4週間後より開始することが推奨されているが、原疾患が悪化した場合には治療介入を要する場合がある。本症例では潰瘍性大腸炎の急激な増悪に対し、高用量のステロイド投与を避け、慎重に短期的なステロイド20mg/dayの投与をおこなった。文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 生ワクチン接種

17 出血性脳梗塞を伴った脳静脈洞血栓症と壊疽性膿皮症を合併した全大腸炎型潰瘍性大腸炎の一例

埼玉医大総合医療センター 消化器・肝臓内科
岸 寛士, 加藤真吾, 田川 慧, 錦田孝孝, 増渕悟志, 鈴木一世, 高橋久一郎, 酒井 駿, 内田 信, 田中孝幸, 加藤秀輔, 山鹿 渚, 須田健太郎, 寺井悠二, 大塚武史, 岡 政志, 名越澄子

【主訴】意識障害【現病歴】20XX年5月から血便と腹痛を自覚していたが様子を見ていた。同年7月中旬から下肢と背部の疼痛が出現。7月29日に近医を受診した。蜂窩織炎と診断され、5日間CEZ 1mg/日を投与されたが改善なく、全身の蜂窩織炎・膿瘍で前医緊急入院となった。切開排膿ドレナージ+MEPM 1.5g/日が開始され、上記経過中も血便は継続、適宜輸血が行われていた。8月9日に下部消化管内視鏡検査で全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、メサラジン4000mg/日を併用し、精査加療目的に8月10日に当院へ転院となった。発症時期は不明だが、転院時にGCSE4V4M6と意識障害があり、右不全麻痺・右半側失認・病態失認・失算・失書・保続があった。意識障害のため正確ではないが腹痛の訴えはなく、排便は4行/日で血便はなかった。全身の皮疹は壊疽性膿皮症(PG)と診断し、UCとPGに対してプレドニゾロン(PSL)40mg/日を開始した。胸部から骨盤部造影CT検査で両側肺動脈血栓+門脈血栓+SMV血栓があり、全大腸の炎症所見も認められた。意識障害精査目的の頭部MRI検査で広範な脳静脈洞血栓と左頭頂葉に出血性脳梗塞を認めたため、ヘパリンナトリウムを開始し、痙攣予防にレベチラセタムを併用した。頭蓋内出血の拡大・頭蓋内圧亢進症状・新規病変出現なく経過していたが、8/21に血小板低下があり、HIT2型と診断し、ヘパリンナトリウム中止、アルゴロパンを開始した。アルゴロパン開始後の採血でHIT抗体陰性。その後、血小板増加傾向となり、アルゴロパンからワーファリンに変更し、経過中に頭蓋内出血の増悪なく、造影CT検査フォローで脳静脈洞血栓・肺塞栓・門脈血栓・SMV血栓は縮小傾向となった。リハビリにより右半身麻痺は軽快し自立歩行可能となり、計算力はやや低下があるが、発語は通常会話なら可能なレベルに改善した。PSLでUCとPGも改善傾向となり、維持療法に向けて両疾患に適応のあるAdalimumabを導入し経過良好で退院となった。【結語】UCにPG・出血性脳梗塞・脳静脈洞血栓・肺塞栓・門脈血栓・SMV血栓・HIT2型を合併した稀な症例を経験した。

潰瘍性大腸炎, 腸管外合併症

19 COVID-19ワクチン接種後に中毒性巨大結腸症を発症し手術に至った潰瘍性大腸炎の一例

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 下部消化管外科²⁾, 同 病院病理部・病理診断科³⁾
石田拓也¹⁾, 荻原良太¹⁾, 木村容子¹⁾, 小松悠香¹⁾, 藤原武志¹⁾, 森久保拓¹⁾, 日比則孝¹⁾, 箕輪慎太郎¹⁾, 三井達也¹⁾, 三浦みき¹⁾, 齋藤大祐¹⁾, 林田真理¹⁾, 三好 潤¹⁾, 松浦 稔¹⁾, 久松理一¹⁾, 吉敷智和²⁾, 須並英二²⁾, 加藤憲一郎³⁾, 下山田博明³⁾, 柴原純二³⁾

【症例】70代女性。20XX-8年に便潜血反応陽性を契機に直腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。メサラジンで加療され、経過良好にてメサラジンは一旦中止されたが20XX-4年に再燃したため再開。その後は無症状で経過し、内視鏡的寛解(Mayo endoscopic Subscore 0)を達成したため20XX-1年11月にメサラジンは再び中止されていた。20XX年2月7日に5回目のCOVID-19ワクチン(コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン)を接種した。2月9日に定期外来を受診、この時は無症状であったが、2月13日に突然腹痛、血便が出現、その後症状は増悪し2月16日に受診した。受診時のLichtiger indexは15点、CTでは全結腸に壁肥厚を認めており緊急入院となった。急激に症状が増悪する臨床経過からは感染の合併が考慮されたが、便培養検査で有意菌を認めなかった。入院時の腸管エコーでもLimberg score4点、多発する深掘れ潰瘍を認め、UC再燃に矛盾しない所見であり、重症UCとしてInfliximab(IFX)200mgを投与した。しかしながらその後も症状は改善に乏しく、第5病日にIFXを再投与するも反応は得られず高熱が持続した。また第9病日のCTでは著明な横行結腸の拡張を認め、中毒性巨大結腸症の診断にて第12病日に大腸全摘術が施行された。手術検体は全結腸に広範な潰瘍、横行結腸に穿孔所見を認め、組織学的にUCに矛盾せず、またCMV陽性細胞が散在性に認められた。術後経過は良好であり第46病日退院となった。【考察】COVID-19ワクチン接種と炎症性腸疾患(IBD)再燃に關して、既報ではワクチンを接種したIBD患者の2%が接種後1か月以内に再燃し治療変更が必要であったとされている。本症例は長期的寛解維持が得られていた直腸炎型UCがワクチン接種6日後に急激に症状が増悪を認めており、ワクチン接種との関連が否定できない臨床経過であった。COVID-19ワクチン接種後に再燃し手術に至ったUC症例の報告はなく、貴重な症例と考えられたため報告する。

潰瘍性大腸炎, COVID-19

18 腸管型パーचेット病様腸炎が数年先行して発症したTrisomy8陰性の骨髄異形成症候群の1例

日本医科大学 消化器内科学
酒井千香子, 辰口篤志, 濱窪亮平, 西本崇良, 星本相理, 大森 順, 秋元直彦, 田中 周, 藤森俊二, 岩切勝彦

【症例】72歳女性【病歴】2年前より倦怠感、息切れ、体重減少、下痢を主訴に近医受診。下部消化管内視鏡検査施行されるも、全大腸にアフタ様びらん、潰瘍と非特異的な炎症所見を認めるのみで経過観察をされていた。症状の改善がないため当科に精査加療目的で紹介となった。【既往歴】結核(治療歴あり)【経過】初診時当院で施行した下部消化管内視鏡検査では終末回腸に縦走傾向の潰瘍と上行結腸から横行結腸にびらんが散見した。病理所見は肉芽腫は認めず固有粘膜炎の急性、慢性炎症細胞浸潤を認め、好中球や好酸球は認めるものの非特異的所見であり結核菌DNAや好酸球培養は陰性であった。血液データはWBC 4300/ μ L (stab 2.0%, seg 55.0%, lympho27.0%, mono 9.5%, Eo 6.5%) Hb 11.0g/dL, Plt 20.6/ μ L, CRP 0.77mg/dL, ESR 57/hrで特記すべき所見は認めなかった。非特異的ではあるもののパーचेット病やクローン病が鑑別に挙げられメサラジンを開始するも改善なし。結核の既往もあることから潜在性結核も疑い加療開始とするもこれらも効果は認めなかった。経口プレドニン30mgから開始したところ、症状の改善とCRP, ESRの著明な低下がみられた。プレドニン減量の経過で炎症反応増加を認めたためイムランも併用とした。しかし、プレドニンの離脱は困難であり効果も減弱を認めたためアダリムマブも開始とした。また、明らかな消化管出血を疑う症状はなかったが徐々に貧血を認め輸血も要するようになった。また好中球の減少や単球比率が50%を越えるようになったため血液疾患の併存を疑い血液内科に紹介。遺伝子、骨髄検査の結果MDS -MLD 46, XX, t(1;3)(p36.3;q21)と診断された。High-risk MDSとしてアザシチジンが開始されるも無効であり、永眠された。【考察】Trisomy8を伴わない骨髄異形成症候群にパーचेット病様変合併する報告は散見されるもTrisomy8を伴わないMDS合併BD様腸炎は希少と思われるため報告する。

パーचेット病, 骨髄異形成症候群

20 内視鏡治療を施行した直腸粘膜脱症候群の2例

東京通信病院 消化器内科
坂井有里枝, 加藤知爾, 三浦宏仁, 時任佑里恵, 松井 徹, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

【症例1】30代男性【主訴】血便【現病歴】X-3年に血便出現、貧血(Hb 7 g/dL)を認め前医で下部消化管内視鏡検査(CS)で直腸Rbにポリープを指摘。生検で悪性所見認めず、鉄剤内服で貧血、血便は改善。X-1年に血便再燃、症状改善せずX年当院を受診。【臨床経過】CSで一部絨毛様構造を呈する1/4周性の30 mm大と25 mm大の白苔を伴う多結節隆起を認めNBI観察で腫瘍性血管は認めなかった。生検で過形成性変化と炎症性肉芽を認めた。直腸粘膜脱症候群(mucosal prolapse syndrome: MPS)を疑い持続する血便の原因と考え外科手術を推奨したが侵襲の低い内視鏡治療を希望、十分な説明を行いESD施行。病理学的に一括切除した病変は粘膜固有層に毛細血管の増生・拡張と線維芽細胞や筋細胞の増殖、深層の粘膜固有層に線維症を伴いMPSと診断。術後、出血症状は認めず3年が経過。【症例2】50代男性【主訴】血便【現病歴】X年4月より排便時の血液付着を認め当院を受診。X年5月CSで直腸Rbに痔核と約20 mmの隆起性病変を指摘、生検で肉芽組織を認めた。炎症性腫瘍やMPSが疑われ血便の原因と悪性腫瘍が併存する可能性は否定できず十分な説明の上ESDでの診断的治療目的で入院。【臨床経過】CSで表面に白苔が付着した約20 mmの発赤隆起性病変を認めNBI観察で腫瘍性血管は認めなかった。ESD施行中は出血多く、最終的にスニアで一括切除。病変は粘膜固有層に毛細血管の増生・拡張と線維芽細胞や筋細胞の増殖、深層の粘膜固有層に線維症を伴いMPSと診断。術後血便症状は改善傾向で経過観察中。【考察・結語】MPSは排便時のいきみの強さが原因で生じる機能的疾患で治療は保存的な治療が行われる。近年、血便の症状改善や診断的治療を目的としたMPSに対する内視鏡治療の報告が散見され若干の文献的考察を加えて報告する。

直腸粘膜脱症候群, 内視鏡的粘膜下層剥離術

21 内視鏡修復4年後に再発した成人の特発性腸重積の1例

東海大学 医学部 付属八王子病院 消化器内科¹⁾、
有隣厚生会 富士小山病院 内科²⁾、
医療法人社団幸隆会 多摩丘陵病院 消化器内科³⁾
小村佑司¹⁾、広瀬俊治¹⁾、幕内智規¹⁾、張つばみ¹⁾、伊藤彩乃¹⁾、
藤本龍太郎¹⁾、津田真吾¹⁾、伊藤裕幸¹⁾、永田順子¹⁾、小嶋清一郎^{1,2)}、
渡辺勲史^{1,3)}、鈴木孝良¹⁾

【症例】58歳女性【主訴】腹痛【既往歴】腸重積(54歳)【現病歴】202X年X月X日、起床時から誘因無く腹痛を自覚し症状改善せずに救急車を要請した。搬送後の腹部造影CTで肝彎曲部の横行結腸にTarget signを認め腸重積の診断で緊急入院となった。【経過】身体所見は腹部全体に軽度の圧痛を認めたが、筋性防御や反跳痛は認めず腫瘍は触知しなかった。入院時検査所見は白血球8200/ μ l、Hb 14.0 g/dl、CPK 94 mg/dl、LDH 208 IU/l、CRP 0.040 mg/dlと腸管虚血を示唆する所見なかった。X線透視下で下部消化管内視鏡検査施行した。横行結腸肝彎曲部近傍に重積部分を認め粘膜所見は赤色調・浮腫状であった。造影で重積部分を確認し、内視鏡修復を行った。修復後、横行結腸から上行結腸にかけて造影されることを確認した。処置終了後、腹痛は消失し翌日より経口摂取再開し第5病日に退院となった。【考察】腸重積全体で成人例は5~7%と稀である。更に器質的要因が同定されない症例は10%程度であり極めて稀である。腸重積全体で手術ではなく修復だけで10~15%稀であると言われている。本症例は器質的疾患を疑う所見はなく特発性であると考えられ、4年間再発せず経過していたが明らか誘因無く重積が再発している。成人特発性腸重積患者の修復後の再発例は稀であり、本症例が再発した原因に関しては不明であるが、腸管の固定異常など解剖学的異常があった可能性は否定できない。【結論】特発性腸重積では内視鏡的に修復ができれば保存的治療のみで治癒でき、患者への過大侵襲を避けることができるといふ利点があるが本症例のように再発する可能性がある。本症例に関しては今後腸管固定術や腸管切除など外科的手術を検討する方針である。

特発性腸重積、再発

23 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

東京都立病院機構 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、東アジア圏においての報告が多く、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集学的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臓器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

22 肝結核治癒後に発生した late-onset paradoxical reactionの診断に肝生検が有用であった一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科¹⁾、
同 呼吸器内科²⁾
鈴江航大¹⁾、田中康雄¹⁾、大島 開¹⁾、蒲生 彩香¹⁾、
坂井 友里枝¹⁾、星野圭亮¹⁾、松本 千慶¹⁾、篠原進太郎¹⁾、
龍野 奈央子¹⁾、増田 恵利香¹⁾、柳井 優香¹⁾、大武優希¹⁾、
久田裕也¹⁾、赤澤直樹¹⁾、横井千寿¹⁾、小島康志¹⁾、山本夏代¹⁾、
秋山純一¹⁾、柳瀬幹雄¹⁾、高崎 仁²⁾

【症例】51歳女性【現病歴】20XX-19年、ループス腎炎にてステロイドと免疫抑制剤を内服中の患者が、持続する発熱のため当院を受診した。胸部単純CTで両肺に微小結節と粒状影を、また肝内にも多発低吸収域を認め、粟粒結核・肝結核の診断。当院呼吸器内科でイソニアジド・ピラジナミド・リファンピシンの3剤による治療を開始した。その後肝内多発低吸収域は一部石灰化が残存するものの不明瞭化し、肝結核は軽快したと考えられた。20XX-11年まで粟粒結核に対する治療を行いその後は再燃なく経過していたが、20XX年に撮像した胸部単純CTで肝内多発低吸収域を認めた。ヨード造影剤に対するアレルギーがあり造影も導入されたために腹部単純MRIで評価したところ、CT指摘の結節に一致して多数のT1/T2延長域を認め、一部は肝結核治癒後の石灰化と一致しており、肝結核再燃が疑われた。肝生検による診断および結核再燃に対する薬剤耐性評価のため20XX年Y月Z日入院した。【臨床経過】20XX年Y月Z+1日に肝生検を施行し、病理検体と培養検体を提出した。術後経過は良好であり、Y月Z+2日に退院した。病理では乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫を認めたが、チールネルゼン染色で抗酸菌は明らかでなかった。抗酸菌培養検査、および結核菌PCRは陰性であり、paradoxical reactionの可能性が疑われた。無治療での経過観察を行い、20XX年Y+2月の腹部MRIで肝内薬の多数のT1/T2延長域は縮小および不明瞭化した。【考察】結核治療におけるparadoxical reactionとは、結核の治療開始後に抗結核薬が奏効しているにもかかわらず臨床所見や画像所見が一過性に増悪または新規病変が出現する現象を指し、治療開始後3か月以内に生じることが多いとされる。本症例では治療終了後10年以上経過してから画像所見の増悪を認め、非典型的な経過をたどった。肝生検が肝結核治療後のlate-onset paradoxical reactionの診断に有用であった一例を若干の文献的考察を含め報告する。

肝結核、paradoxical reaction

24 肝細胞癌に対する経皮的ラジオ波焼灼術後、上部消化管内視鏡検査を契機に横隔膜ヘルニアを生じた一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科¹⁾、同 臨床検査科²⁾
井上喬二郎¹⁾、村田依子¹⁾、秦 康夫¹⁾、東 暖乃¹⁾、林 春菜¹⁾、
池田佳彦¹⁾、松本悠亮¹⁾、川島捺未¹⁾、後藤駿吾¹⁾、佐藤高光¹⁾、
栗山 仁¹⁾、内田苗利²⁾

【はじめに】経皮的ラジオ波焼灼術(RFA)は肝腫瘍に対する低侵襲治療法として広く実施されているが、様々な周囲臓器損傷が合併症として報告されている。今回我々は肝細胞癌(HCC)に対してRFA後上部消化管内視鏡検査を契機に横隔膜ヘルニアを生じ、開腹術により修復し、その後剖検した症例を経験したので報告する。【症例】81歳男性。X-10年他院でC型肝炎と診断、IFN治療を行うも再燃し以後通院せず。X-3年他院でCOPDと診断され当院を紹介受診時、HCC(肝S5 6mm、S7 25mm)を認めたため、同年12月人工胸水RFA施行した。X-2年経口DAAでSVR達成。X-1年7月HCC(肝S4 25mm)再発にて人工胸水RFA施行。他S5にHCCを2個認めたため体幹部定位放射線治療(SBRT)施行。X年6月右胸水、右胸膜多発結節、下部食道右側に30mm大結節出現したため、上部消化管内視鏡検査および超音波内視鏡施行した。検査終了2時間後に突然下腹部痛が出現し、CT検査にて小腸が胸腔内に脱出して腹水を伴っており、絞扼性横隔膜ヘルニアが疑われ同日緊急手術となった。肝S7に接する横隔膜に5cm大のヘルニア門から胸腔内に小腸が脱出しており、小腸を腹腔内に還納し、ヘルニア門は直接単純縫合閉鎖を行った。軽快退院したが、同年9月癌性胸膜炎が進行し永眠され、剖検を施行した。右胸胸膜と横隔膜、腹腔内にも多数の播種結節を認めた。肝S7の瘢痕部には癌を認めなかった。食道右側の結節は播種結節またはリンパ節転移であった。【考察】RFA後の横隔膜ヘルニアは遷延性合併症のうちの一つであり、RFA施行後より横隔膜ヘルニア発症までの期間中央値は16.5か月という報告がある。RFA時の横隔膜の熱損傷により横隔膜に脆弱部が形成され、初期は肝表面と癒着しているも、腹圧の上昇や肝萎縮などが誘因で遷延性に発症すると推定され、本症例は上部消化管内視鏡検査による送気等による腹圧上昇を契機に横隔膜ヘルニアを生じたと考えられた。今後はRFAによる熱損傷予防的に人工胸水や腹腔鏡下でのRFAも検討すべきと思われる。

横隔膜ヘルニア、RFA

栃木県立がんセンター 腫瘍内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
吉田真由¹⁾, 仲地耕平¹⁾, 阿部 信²⁾

【症例】54歳男性【主訴】肝機能障害【現病歴】健康診断で肝機能障害を指摘され、精査の結果、B型慢性肝炎、肝硬変、S5とS7にそれぞれ40mm大の肝細胞癌を指摘されたため前医より紹介となった。【経過】初診時、Alb 4.1 g/dl、T-Bil 1.43 mg/dl、D-Bil 0.52 mg/dl、AST 59 U/L、ALT 42 U/L、ALP 147 U/L、 γ -GTP 227 U/L、PT活性% 65.8%、HBV-DNA 6.2 log IU/ml、ICG15分値 22%であった。慢性B型肝炎に対してエンテカビル内服を開始した。肝細胞癌に関してはStageIII、Child-Pugh分類A、肝障害度Bであり、残肝予定容量不足のため切除不能、肝動脈化学塞栓療法は不適と判断し、アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法を開始した。3コース目終了後にT-Bil 4.7 mg/dl (Grade3)、D-Bil 2.7 mg/dl、AST 241 U/L、ALT 105 U/L、ALP 194 U/L、 γ -GTP 381 U/Lと肝障害を認めたため、入院とした。肝生検を実施後に、臨床経過から免疫関連(irAE)肝障害を疑い、プレドニゾロン(PSL)60mg/dayの内服を開始した。肝障害増悪時はHBV-DNA 2.3 log IU/Lであり、初診時より低下していた。肝生検では実質優位にT細胞を主体としたリンパ球浸潤が見られ、irAE肝障害に矛盾しない所見であった。治療開始後、肝機能は改善傾向となり第10病日に退院した。PSLを減量中に肝障害の増悪を認めたためアザチオプリン50mg/dayを追加し、増悪なく経過している。【考察】切除不能肝細胞癌に対してアテゾリズマブを投与後に生じたirAE肝障害の一例を経験した。肝細胞癌に対する薬物療法として免疫チェックポイント阻害薬が一次治療となり、使用が増加している。肝細胞癌患者では治療前から肝機能障害を有し、肝予備能が限られている患者も多いため、irAE肝障害の早期発見と早期治療が重要と考える。

irAE, アテゾリズマブ

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科¹⁾,
同 肝胆膵外科²⁾
三代 賢¹⁾, 須田季晋¹⁾, 曾我幸一¹⁾, 草野祐実¹⁾, 行徳芳則¹⁾,
榊原和真¹⁾, 相馬佑樹¹⁾, 前田紘希¹⁾, 山田奏太郎¹⁾, 玉野正也¹⁾,
吉富秀幸²⁾, 高田武藏²⁾

【目的】切除不能進行肝細胞癌の一次治療として、アデゾリツマブ+ベマシズマブ併用療法が推奨されている。アデゾリツマブは抗PD-L1(免疫チェックポイント阻害薬)、ベマシズマブは分子標的薬である。この2つの薬剤の併用療法は、従来のソラフェニブの治療と比較して高い奏効率と安全性が報告されている。本症例は、切除不能と判断された肝細胞癌に対してアデゾリツマブ+ベマシズマブ併用療法を行い、Complete Responseとなり外科的切除が可能となった。【方法】67歳の男性。約8年前に当院でC型慢性肝炎に対して、DAAs(直接作用型抗ウイルス薬)治療を行いSVR(Sustained Virologic Response)を達成し、その後は他院で定期的に加療されていた。20XX年に腫瘍マーカーの上昇あり、腹部エコーで肝内に腫瘍性病変を認めたため、当院へ紹介となった。当院初診時のDynamic CTではSegment6に38mm大の肝細胞癌を認めた。外科的切除が検討されたが、わずか2カ月の期間で腫瘍は54mmへ増大を認め、脈管侵襲も認められた。肝障害度と切除範囲から、外科的切除はリスクが高いと判断されたため、当科でアデゾリツマブ+ベマシズマブ併用療法を行う方針となった。【成績】アデゾリツマブ+ベマシズマブ併用療法は計3コース施行した。2コースが終了した時点で、腫瘍マーカーのAFPは104.4から8.2ng/ml、PIVKA2は1276から37mA U/mlへ数値は下がり正常範囲内となった。Dynamic CTでは、Segment6の腫瘍は54mmから28mmへ縮小、腫瘍全体の血流低下も認められ、mRECIST基準ではComplete Responseに該当した。CT、MRIともに化学療法前に認められた門脈腫瘍栓は消失していた。ベマシズマブによる心不全を合併したが、薬物療法にて心機能は回復した。外科的治療は可能と判断され、肝腫区域切除術が施行された。術後も心不全のコントロールは良好であった。【結論】本症例は肝細胞癌が短期間で増大傾向し、脈管浸潤も有したため、切除不能と判断された。その後、アデゾリツマブ+ベマシズマブ併用療法が奏功したため、根治治療が可能となった1例である。

アデゾリツマブ+ベマシズマブ, conversion surgery

聖マリアンナ医科大学 消化器内科
朝倉佳緒麗, 鈴木達也, 薩田洋輔, 服部伸洋, 渡邊綱正,
立石敬介

【症例】78歳男性【主訴】頭痛、発熱、めまい、両下肢脱力【既往歴】慢性心房細動【現病歴】B型肝硬変(Child-Pugh 5A)、肝細胞癌(T3N0M0 cStage3)に対し右葉後区域切除を施行し、術後1年で肝両葉に最大2cmの多発再発を認めたためアテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ+BEV)療法を開始した。初回ATZ+BEV投与の7日後に突然の回転性めまいと両下肢脱力が出現し、翌日には頭痛とふらつきを認め体動困難となったため救急搬送された。来院時38℃の発熱と眼振を認め、髄膜炎と脳炎、さらにATZ+BEV療法の免疫関連有害事象(immune-related Adverse Events: irAE)を疑い即日入院とした。【入院後経過】頭部MRI検査と髄液細胞診検査ではウイルス・細菌感染を疑う所見は認めず、解熱鎮痛剤と抗生剤(PIP/TAZ 13.5g/日)投与を開始した。しかしながら入院後も40℃以上の発熱が持続し、進行性の血小板低下(3.9万/ μ L)とCRP上昇、ならびにフェリチンと可溶性IL-2レセプターの高値を認めたため、irAEによる血球貪食症候群を疑い第7病日に骨髄穿刺を施行した。骨髄所見では活性化マクロファージによる顆粒球の貪食像を認め、血球貪食症候群と診断しステロイド(デキサメタゾン)投与を開始した。治療後は速やかに解熱し、投与1週間後には血小板も18.8万/ μ Lまで回復した。その他の症状(回転性めまいと下肢の脱力)も徐々に改善し、デキサメタゾン減量・中止後も再燃無く第39病日に退院となった。【考察】免疫チェックポイント阻害薬投与に伴う血球貪食症候群は死亡例も報告されており、初期対応で見逃してはいけない稀なirAEとされる。血球貪食症候群の診断基準項目には2系統以上の血球減少が記載されているが、本症例では1系統のみが血球減少した時点で骨髄穿刺を施行し、他の項目と合わせて確定診断することができた。他の臨床所見をもとに、早期に骨髄穿刺をすることで診断が可能であったirAEによる血球貪食症候群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。

irAE, 血球貪食症候群

上尾中央総合病院 消化器内科¹⁾, 同 肝臓内科²⁾,
同 消化器内科³⁾
山田紗李奈¹⁾, 高森頼雪²⁾, 内田信介¹⁾, 曾根雅之¹⁾, 原田文人¹⁾,
山口智央¹⁾, 飛田拓途¹⁾, 黒沢哲生¹⁾, 中村直裕¹⁾, 田中由理子¹⁾,
柴田昌幸¹⁾, 明石雅博¹⁾, 笹本真広³⁾, 有馬美和子¹⁾, 土屋昭彦³⁾,
西川 稿¹⁾, 滝川 一¹⁾

【症例】76歳、女性【現病歴】20XX-11年よりアルコール性肝硬変で当科followされていた。200XX-1年よりCTで複数の結節認めたが再生結節との鑑別は困難であった。20XX年4月のEOB-MRIでS5結節の増大を認め、6月に造影超音波を行ったところ早期濃染とkupffer相での不染を認めた。肝細胞癌と診断し本人と相談の上腫瘍生検とラジオ波焼灼術を同時に行うこととし9月に入院となる。【既往歴】横行結腸癌、左脛骨腓骨遠位端骨折、腰部脊柱管狭窄症、突発性難聴、【生活歴】ビール1L/日(20XX-11年より断酒)【身体所見】144cm, 48.8kg, 血圧141/77mmHg, 脈拍数83/分、体温36.3℃、意識清明、眼瞼結膜貧血無し・眼球結膜黄染なし、腹部平坦・軟・圧痛なし、下腹浮腫なし【検査所見】WBC 3300/ μ L、Hb 12.0g/dl、血小板9.2万/ μ L、PT活性79.6%、PT-INR 1.12、T-B 0.7mg/dl、AST 41 U/L、ALT 27U/L、ALP 84U/L、 γ -GTP 183U/L、AFP 7.9ng/ml、AFP-L3分画7.1%、PIVKA 36mA U/ml、HBsAg(-)、HCVAb(-)【経過】第2病日に造影超音波で14mmのS5病変を確認。18Gにて同部を生検後ラジオ波焼灼術を行った。合併症無く第5病日に退院。退院後病理結果が判明し、組織形はadenocarcinomaでCK7(+), CK20(-), CDX-2(-)であり、横行結腸癌の既往あるが大腸癌転移よりは胆管癌を疑う所見であった。20XX+1年現在再発は認めていない。【考察】肝内胆管癌は肝硬変を背景に発生することもみられ、造影超音波では動脈相で辺縁の不均一な濃染を認めるが、3cm未満では腫瘍全体が濃染する例もある(肝内胆管癌診療ガイドライン2021)。肝内胆管癌には一般的に肝細胞癌のような局所療法概念はないが、本症例では結果的に奏効を示しており、極小の場合には局所療法も選択肢の一つとして考慮されてもよいと考える。

肝内胆管癌, ラジオ波焼灼術

乳頭部腫瘍が疑われたため、閉塞性黄疸との鑑別に苦慮した急性肝不全の一例

東京都教職員互助会 三楽病院 消化器内科
浅野宏樹, 花尻和幸, 谷本晃平, 平松拓馬, 加藤礼子, 片岡陽佑, 和田友則

【症例】82歳 女性【主訴】褐色尿【現病歴】20XX年12月21日、数日前からの褐色尿を自覚し、当院泌尿器科受診、血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認めため、当科紹介受診した。CT上、乳頭部腫瘍が疑われたため、緊急入院後、ERCPを行った。乳頭部直上から、約1cmの総胆管狭窄を認め、IDUS上、同部位に等エコー腫瘍を確認した。乳頭部腫瘍による閉塞性黄疸と考えられたため、胆道ステント留置したが、減黄および肝胆道系酵素の低下は緩徐であった。胆管生検は悪性とはいえず、胆汁細胞診はClass1であったが、乳頭部癌もしくは下部胆管癌が疑われ、明らかな領域リンパ節転移も認めないため、手術適応が検討された。1月5日、手術目的で、大学病院肝胆膵外科を紹介受診した。ただし、同日の血液検査で、ビリルビンおよび肝胆道系酵素が、急激に上昇しており、1月6日、当院再入院となった。再度、ERCPを行い、ステント交換を行ったが、ステント閉塞は認められなかった。肝逸脱酵素優位の上昇であり、閉塞性黄疸というより、急性肝不全が疑われた。入院後は、肝逸脱系酵素は低下したが、更なるビリルビン上昇とプロトロンビン時間の低下が持続し、肝腎症候群が疑われ、肝性脳症を呈したことから、亜急性型急性肝不全・昏睡型と診断した。1月13日、集学的治療目的で、大学病院に転院し、ステロイドパルス療法を行ったが、奏功せず、年齢的に肝移植適応はないため、1月19日、当院転院、1月21日、死亡した。肝ネクロブシ上、肝細胞が領域性に脱落し、地図状壊死が認められた。急性肝不全の成因としては、好酸球数が増加していたことから、経過中に投与された数種類の抗菌薬による薬剤性の可能性は否定できないが、DLST陰性であり、成因不明と考えられた。【考察】初発症状発現から、約4週で死亡に至った亜急性型急性肝不全・昏睡型の一例を経験した。乳頭部腫瘍が併存していたため、閉塞性黄疸との鑑別に苦慮した。胆管腫瘍を伴う急性肝不全は稀であるが、減黄処置後も明らかな効果が認められない場合には、急性肝不全を念頭に置く必要があると考えられた。

急性肝不全、乳頭部腫瘍

リファンピシンが著効した良性反復性肝内胆汁うっ滞症 (BRIC) 疑いの一例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科
清水陸久, 向津隆規, 南雲秀樹, 吉峰尚幸, 宅間健介, 松井哲平, 藤本 愛, 和久井紀貴, 大道泰子, 棚山浩一, 岡野直樹, 永井英成, 栃木直文, 松田尚久

【症例】40歳代男性。【主訴】皮膚掻痒感。【現病歴】20XX年3月末に家の掃除を行った後より掻痒感と顔面の腫脹を自覚し、4/13に近医受診。フェキソフェナジンにて加療となったが、改善は得られなかった。その後、5/6より胃の痛みが出現し、市販の胃薬を内服した。しかし、胃の痛みが改善せず、黄疸も出現したため、5/24に近医を再度受診した。採血にて著明な黄疸を認め、当科紹介となった。【既往歴】なし。【常用薬】フェキソフェナジン(60mg)2錠。【嗜好品】機械飲酒、喫煙は1日20本×27年。【入院時身体所見】眼球結膜と皮膚全体に黄染を認めたが、腹部所見に異常は認めなかった。【入院時検査所見】Alb 4.3g/dl, T-Bil 28.7mg/dl, D-Bil 18.7mg/dl, AST 43 U/L, ALT 45U/L, γ -GTP 66 IU/L, PT% 101%。腹部超音波検査では、中等度の脂肪肝を認めたが、肝内胆管～総胆管に拡張は認めなかった。【入院後経過】各種肝炎ウイルスマーカー陰性、各種自己抗体陰性であり、フェキソフェナジン・市販の胃薬に対するDLSTはともに陰性であった。また、MRCPにおいても胆管病変は認めなかった。経過より、薬物性肝障害もしくは良性反復性胆汁うっ滞(BRIC)を疑い、肝生検を施行した。病理組織検体では、線維増生は目立たず、毛細胆管内に胆汁うっ滞が散見された。総合的にBRICと診断し、ウルソデオキシコール酸・コレステラミンの内服を行ったが効果が乏しいものであった。内視鏡的経鼻胆管ドレナージ、そしてPSL20mgの内服を行ったが、いずれも効果は限定的であった。これまでの治療では反応が乏しく、医薬品適応外使用ではあるが、当院の未承認薬医薬品管理部の承認を得て、また本人への説明・同意を得てリファンピシン(RFP)の投与を行った。投与後、徐々に黄疸が改善し、退院が可能となった。その後さらにBilの改善が得られている。今回、我々はBRICと考えられる治療抵抗性の黄疸に対し、RFP投与による改善が得られた一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

良性反復性肝内胆汁うっ滞症 (BRIC)、リファンピシン

高アンモニア血症による意識障害の原因が尿路感染症であった肝硬変の一例

JCHO 船橋中央病院 消化器内科
藤代詢香, 嶋田太郎, 阿部哲大, 木村 恵, 浅野公将, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 山口武人

【症例】90歳女性。X-4年、血便のため当院で入院加療を行った際、各種検査所見より偶発的に肝硬変と診断された。当初は腹水を伴う非代償性肝硬変(Child-Pugh C、10点)であったが、保存的加療により腹水は消失し、肝予備能も改善した。X-1年4月、右下腿筋膜炎による菌血症にて入院した際、CTにて膀胱内隆起性病変が指摘され、同年7月に当院泌尿器科にて経尿道的膀胱腫瘍切除術が施行された(病理診断は低異形度尿路上皮癌で治療切除)。術後腎盂腎炎による菌血症を発生し抗菌薬にて軽快したが、以後も混濁尿、細菌尿が持続した。X年7月、見当識障害や呼名反応に乏しいなどの意識障害を主訴に当科受診した。頭部MRIにて特記すべき所見なく、羽ばたき振戦も明らかではなかったが、血中アンモニア(NH₃) 168 μ g/dLと高値であり肝性脳症と診断し入院となった。分岐鎖アミノ酸製剤点滴静注にて加療したが、入院翌日も意識障害が遷延した。血中NH₃ 266 μ g/dLとさらに上昇したため、再度分岐鎖アミノ酸製剤投与に加え排便誘発などを行うも反応は不十分であった。このころが尿流出不良のため膀胱カテーテルを留置すると、多量の混濁尿が流出、速やかに意識障害が改善し血中NH₃も正常化した。尿沈渣所見にてリン酸アンモニウムマグネシウム結晶が検出されたことから、いわゆる肝性脳症ではなく、尿路感染症に起因した高アンモニア血症が意識障害の原因と考えられた。以後膀胱留置カテーテルを抜去したところ高アンモニア血症、意識障害が再燃したためカテーテルの永続的留置の方針となった。【考察】ウレアーゼ産生菌による閉塞性尿路感染症は高アンモニア血症をきたしうるため、肝疾患のない高アンモニア血症症例では第一に鑑別すべき病態である。一方肝硬変症例においては盲点になり得るため、特に排尿障害を有する場合には安易に肝性脳症と判断せず、本病態も念頭に置いて対応すべきである。

高アンモニア血症、肝性脳症

IVRによる門脈体循環シャント塞栓が奏功した肝性脳症の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科¹⁾, 同 IVR科²⁾
内田 要¹⁾, 所知加子¹⁾, 尾崎裕理¹⁾, 田中 咲¹⁾, 石野勇康¹⁾, 土屋祐介¹⁾, 榎本昌人¹⁾, 西脇友紀¹⁾, 丹羽一博¹⁾, 石井寛裕¹⁾, 京 里佳¹⁾, 菱木 智¹⁾, 川名一朗¹⁾, 小池祐哉²⁾

【症例】78歳 女性【主訴】意識障害, 左片麻痺【現病歴】X年2月3日10時頃に意識障害を認め、当院に救急搬送となった。搬送時、JCS 3の意識障害があり、身体所見にて構音障害, 左上下肢に麻痺を認めた。頭部CT検査にて両側小脳半球, 右後頭葉, 脳幹部に低濃度域を認め、また、心電図にて心房細動を認めたため、心原性脳梗塞の診断となり、入院となった。【入院後経過】発症時刻、CTの所見からrt-PAの適応ではないと判断し、抗浮腫薬, 抗凝固薬投与の方針となった。第25病日からJCS 100からJCS 200の意識障害の増悪を認め、MRIを施行したが、新規の脳梗塞は認めなかった。血液検査にてアンモニア 289 μ g/dLと高アンモニア血症を認め、その他血液検査や画像にて明らかな原因となる所見は認めず、肝性脳症を第一に考えた。腹部造影CT検査にて拡張した下腸間膜静脈と左腎静脈および下大静脈への短絡路を認め、門脈体循環シャントによる肝性脳症を疑った。アミノ酸製剤, ラクツコース投与ではアンモニアや意識レベルの改善は乏しく、内科治療抵抗性と判断し、IVRによるシャント塞栓術の方針となった。左腎静脈からアプローチし、シャント血管のコイル塞栓術を施行した。施行後、血中アンモニアは速やかに正常化し、意識レベルも軽快した。【考察】今回我々は内科的治療に抵抗性の肝性脳症に対してIVRによる門脈体循環シャント塞栓術が有用であった一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

肝性脳症、門脈体循環シャント塞栓

横浜市立大学 消化器腫瘍外科¹⁾、
横浜市立大学附属病院 病理部²⁾、
竹下裕介¹⁾、小坂隆司¹⁾、今西康太¹⁾、酒井 淳¹⁾、中川和也¹⁾、
小澤真由美¹⁾、石部敦士¹⁾、秋山浩利¹⁾、遠藤 格¹⁾、石山貴博²⁾

症例は51歳男性。7年前に他院にて施行された上部消化管内視鏡にて食道の隆起性病変を指摘され、高次医療機関を紹介されるも未受診となっていた。その後胸痛を主訴に前医受診。胸部レントゲン検査にて腫瘍像を指摘され、精査・加療目的に当院紹介となった。血液検査ではCEA・CA19-9・SCC・CYFRAは基準値内であった。上部消化管内視鏡検査では下部食道に頂部にDelleを伴うSMT様病変を認めた。胸部腹部造影CT検査では胸部下部食道に多発石灰化を伴い、内部が不均一に造影される約50mmの八頭状の腫瘍を認め悪性腫瘍が示唆された。PET-CT検査ではSUVmax 6.1の集積を認めた。EUS-FNBによる生検検体の病理組織所見では、細胞異型、多型性をともなう紡錘形細胞が錯綜的に配列し、desmin染色陽性、SMA染色陽性、Ki-index 20%と高値であることから、平滑筋肉腫の可能性を否定できず外科的切除の方針となった。腫瘍は食道裂孔直上に位置し、周囲の横膈膜脚・心嚢・胸膜と線維性に癒着していたが、経裂孔操作・右開胸操作により比較的容易に剥離可能であった。食道は気管分岐部直下のレベルで切離して腫瘍を摘出し、後縦郭経路・亜全胃管により再建を行った。切除検体は最大径50mmで内部に壊死を伴う分葉状腫瘍であり、免疫組織染色ではCaldesmon染色陽性、SMA染色陽性で平滑筋への分化傾向あり、核の多型性認め細胞密度が比較的高いこと、壊死を広範に認めることから食道平滑筋肉腫と診断した。術後経過良好で15日目に退院となった。今回我々は食道では稀な腫瘍とされる食道平滑筋肉腫の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

SMT, 食道平滑筋肉腫

慶應義塾大学病院 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門¹⁾、
同 消化器内科²⁾、同 内視鏡センター³⁾、
峯崎大輔¹⁾、中山敦史¹⁾、森岡晃平^{1,2)}、岩田賢太郎^{1,2)}、宮崎藏人^{1,2)}、
増永哲平¹⁾、水谷真理¹⁾、窪澤陽子^{1,2)}、高取祐作¹⁾、松浦倫子¹⁾、
加藤元彦³⁾、矢作直久¹⁾

【背景】胃癌に対するESD/EMRガイドライン(第2版)では、リンパ節転移の危険性が1%未満であり、外科的胃切除と同等の長期成績が得られている病変は内視鏡治療の絶対適応病変とされている。しかし、このような病変に対して内視鏡治療を行った後は、少なからず内視鏡的根治度B(eCuraB)あるいはCとされる病変も存在する。今回我々は、分化型粘膜内癌かつ切除断端陰性であったにも関わらずリンパ管侵襲陽性のためeCuraC-2となった稀な症例を経験した。

【症例】H. pylori除菌歴のある67歳男性。当院人間ドッグの上部消化管内視鏡検査で胃体上部小弯にType 0-IIcを指摘され、生検でtub2の診断となり、当部門紹介となった。精査目的でEGD施行し、胃体上部小弯に18mmのType 0-IIcを認め、ESD絶対適応病変と判断した。ESDは偶発症なく一括切除可能であった。一方で病理組織診断は、分化型粘膜内癌でリンパ管侵襲陽性であり、eCuraC-2となった(U, Less, 30×20mm, Type 0-IIc, 18×9mm, tub2 > tub1, pT1a (M), pUL0, Lyl1 (D2-40), V0 (EVG), pHM0, pVM0)。このような症例は極めて稀であるが、少数例の既報によるとリンパ節転移を来した症例もある。また、eCura system)においてリンパ節転移リスクとして挙げられている因子の中では、リンパ管侵襲陽性が最も重要とされている。これらの情報を踏まえて、本症例では後日追加外科手術の方針とした。

【結語】分化型粘膜内癌でリンパ管侵襲陽性を呈した症例を経験した。非常に稀な1例であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

胃癌, リンパ管侵襲

上尾中央総合病院 消化器内科¹⁾、同 肝臓内科²⁾、
帝京大学 医療技術学部³⁾、
柴田昌幸¹⁾、内田信介¹⁾、曾根雅之¹⁾、山田紗李奈¹⁾、原田文人¹⁾、
飛田拓途¹⁾、山口智央¹⁾、黒沢哲生¹⁾、中村直裕¹⁾、田中由理子¹⁾、
明石雅博¹⁾、笹本貴広¹⁾、高森頼雪²⁾、有馬美和子¹⁾、土屋昭彦¹⁾、
西川 稿¹⁾、滝川 一^{1,3)}

【はじめに】Dieulafoy潰瘍は浅い粘膜欠損にも関わらず、粘膜下の動脈が破綻して大量出血をきたす潰瘍である。米では上部消化管出血の1-2%程度と報告されており、比較的稀な病態である。【症例】40代、男性。糖尿病性腎症で血液透析を受けており、狭心症でPCI施行歴もあり抗血小板薬も2剤内服していた。黒色便とHb低下がありX日にA病院入院し、胃穹窿部にDieulafoy潰瘍を認めclip止血された。X+6日に退院となったが、X+7日に再び黒色便があり救急要請しB病院へ搬送された。上下部消化管内視鏡検査が施行されたものの出血源は同定できず、黒色便も続き小腸出血疑いとのこととX+13日当院転院となった。転院当日に当院でも上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体中部大彎にDieulafoy潰瘍からの噴出性出血を認めclip止血した。しかし、止血後も黒色便が続くX+16日に内視鏡検査を再試行したところ、前回は止血した部位より1cm口側粘膜から滲出性出血を認め、clip止血処置を追加した。X+17日に小腸カプセル内視鏡も実施したが出血所見は認めなかったが、X+21日に再びHb低下であったため内視鏡検査を実施。出血所見ははっきりしなかったものの、別の部位にみられた血管拡張部にclip処置を追加した。その後造影CT実施したがextravasationも認めず、Hb低下も認めなくなったため、X+29日退院となった。【考察】Dieulafoy潰瘍の破綻動脈の成因としては、先天的な血管走行異常が関与しているとの見解が有力である。多発性であった報告も散見され、1つ止血したからとも油断できない病態であると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

胃Dieulafoy潰瘍, 出血性潰瘍

昭和大学江東豊洲病院 腫瘍内科¹⁾、
昭和大学横浜市北部病院 腫瘍内科²⁾、
小林功治¹⁾、戸嶋洋和¹⁾、久松 篤¹⁾、石田博雄²⁾、嶋田 顕¹⁾

【背景】2021年11月からCheck Mate649試験、ATTRACTION-4試験の結果から、HER2陰性の切除不能進行胃癌・再発胃癌に対する一次治療としてnivolumabと化学療法の併用が推奨された。当院で切除不能進行胃癌に対して一次治療においてnivolumab+SOX療法が著効した一例を経験したのでここに報告する。【症例】71歳女性。明らかな既往がない患者。二か月前から食欲不振持続、上腹部痛、黒色便出現したため当院救急搬送。上部内視鏡検査にて前庭部に幽門狭窄を来す2型進行胃癌(por, HER-2 score0)を認め、CT検査にて幽門部胃癌の隣臓浸潤、多発リンパ節転移を認めた。cT4bN2M0 stage4Aと診断、明らかな遠隔転移は認めなかったが、腹腔鏡下にて胃癌は頸頭部および十二指腸への浸潤が強く手術不能と判断、胃空腸バイパス術(B-2吻合+ブドウ吻合)施行し、nivolumab+SOX療法(nivolumab 360mg/body day1 q3w, S-1 100mg/body day1-14 q3w, L-OHP 年齢を考慮し8割dose 120mg/body day1 q3w)を開始した。PD-L1はCPS1以上5未満であった。3コース施行後、原発巣、リンパ節転移ともに縮小傾向、原発巣は僅かに病変を認めるのみであった。8コース施行後原発巣は線硬化しており、nivolumab+SOX療法は著効していると判断した。非血液毒性として末梢神経障害をG2認めたため、7コース目からL-OHPは中止しnivolumab+S-1療法にて治療を継続している。現在計19コース化学療法継続しているが、原発巣、リンパ節転移とも増悪を認めず、治療効果を維持している。G3以上の有害事象は血液毒性として好中球減少をG3認めたが、その他大きな有害事象は認めない。明らかなirAEは認めない。今後手術を検討している状況である。【結論】今回、stage4A切除不能進行胃癌に対して一次治療でnivolumab+SOX療法を行い奏効した症例を経験した。当患者はCPSが1以上5未満であったが、nivolumabが有効であったと判断している。CPSが5未満だったとしてもnivolumabにて奏効した患者は長期生存することが可能であるとの報告がある。今後さらなる治療成績の集積が望まれる。

切除不能進行胃癌, ニボルマブ

自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器内科
佐々木吾也, 石井剛弘, 橋本 凌, 水谷 琢, 青山佳代子,
萩原拓哉, 小島 柊, 佐藤杏美, 松本圭太, 森野美奈, 賀島ひとみ,
小糸雄大, 高橋裕子, 三浦孝也, 大竹はるか, 吉川修平, 上原健志,
関根匡成, 浅野岳晴, 松本更弘, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

【症例】50歳代女性【主訴】心窩部痛【既往歴】潰瘍性大腸炎、子宮筋腫、乳癌【内服】メサジリン腸溶錠など【現病歴】20XX年夏ごろから心窩部痛が出現し、12月に前医を受診した。腹部超音波検査で胆嚢結石を指摘され、手術予定となっていた。翌年1月に15年前から自覚していた右乳房のしこりの精査を当院乳腺外科で行い、浸潤性乳管癌の診断を受けた。2月に腹痛、嘔気嘔吐が出現し前医に緊急入院となり、上部消化管内視鏡、頭部MRI、髄液検査、胆嚢炎と仮定した抗菌薬治療などが施行されたが原因がはつきりせず、3月に精査治療目的に当センターに転院となった。【経過】転院後に撮影した造影CTでは胃壁の肥厚を認め、同日に上部消化管内視鏡検査を再検した。スキルス胃癌を疑うような胃壁の伸展不良を認めたが、上皮性変化に乏しく生検でもGroup1の診断であった。第4病日に胃壁に対して超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) を行ったところ、Group5が検出され、免疫染色ではCK AE1/AE3陽性、CAM5.2陽性、GATA-3陽性、ERも一部陽性であり乳癌からの胃転移の診断となった。嘔気が持続するため、減圧と経腸栄養の目的にW-EDチューブの留置を行い、内分泌療法などを行うために第16病日に乳腺外科に転科となった。【考察】乳癌の胃転移は血行性転移またはリンパ行性転移であり、粘膜下層または漿膜下層から進展し、粘膜内の腫瘍量が少ないため、粘膜の生検では腫瘍細胞が得られづらい。また、乳癌転移巣の病理組織所見は胃癌に類似しているため、生検のような少量の組織では鑑別が難しい。EUS-FNAでは、より深い部位からの検体採取が可能であり、検体量も多いため、乳癌からの胃転移の診断、原発性胃癌との鑑別に有用であると考えられる。【結語】EUS-FNAで病理組織学的に診断のついた浸潤性乳管癌の胃転移の1例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診, 転移性胃癌

非代償性肝硬変を有する胃がん患者の化学療法中の肝萎縮の主原因が癌細胞の門脈周囲浸潤であった一例

東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
馬場啓介¹⁾, 大田泰徳²⁾, 松原康朗¹⁾, 平田喜裕¹⁾, 朴 成和¹⁾

【目的】非代償性肝硬変を有する胃がん患者の肝萎縮進行が、胃癌細胞の門脈周囲浸潤が主原因であった症例を報告する。【経過】X年9月に幽門狭窄・癌性腹膜炎・高度腹水を伴う胃がんに対して緩和的幽門側胃切除を実施後に全身化学療法目的に当科へ紹介となった。病理診断は腺癌, HER2陰性, pT4a (SE) N3a (7/21) P1YCI M1, Stage IVであった。合併症としてアルコール性肝硬変を認め、腹水は中等量、肝機能はT-bil 0.9 mg/dl, Alb 3.1 g/dl, PT活性値 71% (Child-Pugh B) であり、孤立性静脈瘤が指摘された。X年11月のCapeOx (80% dose) 開始後より腹水の増加を認め、腹水のLDH 62 U/l, Alb 0.7 g/dlと漏出性腹水を細胞診陰性であり肝性腹水と判断したが、利尿剤では改善しなかった。オキサリプラチンによる類洞閉塞を考慮してCapeOxは1コースで中止し、X+1年1月S-1単剤療法へ変更した。1コース目と2コース目に高アンモニア血症に伴う意識障害を認めため、肝機能低下に伴うS-1による5-FU脳症を考慮し中止した。二次化学療法としてX+1年2月下旬よりパクリタキセルを2サイクル目まで5回投与したが、この頃から肝萎縮の進行と門脈血拴の増大を認めた。CA19-9は上昇したが画像上は腫瘍の増悪、腹水の増加はなく、肝萎縮はパクリタキセルの影響であると考えていた。X+1年5月に腹水が増加しCARTを実施した。退院2日後に腎障害と高カリウム血症を認め再入院となり、第5病日に大量吐血をきたし、永眠された。病理解剖のMacro所見では、食道静脈瘤からの出血巣と胃内の大量の凝血塊を認めたが、腹膜播種巣は門脈周囲に散在するのみであり、明らかな肝転移はなく、脾腫は軽度であった。Macro所見にて門脈中膜外側に沿った胃癌細胞の浸潤を認めた。【考察】非代償性肝硬変患者の化学療法中の肝萎縮進行は、画像上増悪をとらえることのできない門脈周囲のがん浸潤によるものであり、それに伴って門脈圧が急速に亢進し食道静脈瘤破裂に至ったと考えられる。

胃癌, 門脈周囲浸潤

東京労災病院 消化器内科¹⁾, 同 腎臓代謝内科²⁾
池上 遼¹⁾, 乾山光子¹⁾, 中島一彰¹⁾, 平泉泰翔¹⁾, 折原慎弥¹⁾,
渡辺浩二¹⁾, 高橋伸太郎¹⁾, 荻野 悠¹⁾, 大場信之¹⁾, 西中川秀太¹⁾,
川嶋 萌²⁾, 眞部 俊²⁾

【症例】72歳男性。【アレルギー歴】ピラジナミドによる薬剤性肝障害。【現病歴】202X-1年9月に食思不振を主訴に外来を受診し、上部消化管内視鏡で萎縮性胃炎と胃潰瘍を指摘された。血清H. pylori抗体価が47 U/mlと高値であり、H. pylori現感染と判断した。ポノプラザンマール塩酸塩20mgとレバミピド300mg分3で治療開始し、10月の内視鏡でS1 stageに軽快していたことを確認した。202X年1月2日からポノプラザンマール酸・アモキシシリン水和物・クラリスロマイシンを7日間内服し、H. pylori一次除菌を行った。除菌薬終了後3日目の1月11日、39℃台の発熱と、体幹全面・四肢の一部に掻痒感を伴わない暗紫色紅斑が出現した。翌12日の受診時には著明な眼瞼浮腫も出現し、血液検査でCre 2.31 mg/dLと、急激な腎障害を認めた。H. pylori除菌薬を被疑薬とした薬疹と薬剤性間質性腎炎を疑い、同日腎臓代謝内科に緊急入院となった。【入院後経過】翌1月13日にさらに腎障害が増悪したため、プレドニゾン 500 mgを3日間投与し、腎障害は速やかに改善した。腎生検では、急性尿細管障害の所見であった。紅斑の出現が除菌薬内服終了3日後であったことから、H. pylori過敏反応による皮膚疹の可能性を疑った。H. pyloriに対するLSTが陽性であったことから、H. pylori過敏反応による皮膚疹と最終診断した。腎障害は過敏反応に伴う急性尿細管障害であると考えられた。【考察】H. pylori除菌による薬疹は2-5%で比較的頻度が高く、平均で内服開始6.2日後に出現するとの報告がある。一方で、H. pylori過敏反応では内服が終了した後1-4日以内に発症することが多いとされる。不必要な薬剤の忌避を防ぐために両者の鑑別は重要である。【結語】稀少なH. pylori過敏反応の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

H. pylori過敏反応, 除菌

腹腔鏡内視鏡合同手術 (D-LECS) を施行した十二指腸ブルネル腺腫の一例

東京大学医科学研究所附属病院 外科¹⁾, 同 病理科²⁾,
同 腫瘍・総合内科³⁾, 品川胃腸肛門内視鏡クリニック⁴⁾
小山山温那¹⁾, 阿彦友佳¹⁾, 門間聡子¹⁾, 棚山尚紀¹⁾, 小島成浩¹⁾,
大田泰徳²⁾, 松原康朗³⁾, 望月 暁⁴⁾, 愛甲 丞³⁾, 志田 大¹⁾

症例は52歳女性。13年前に健診の上部消化管透視検査で異常を指摘され、上部内視鏡検査で十二指腸球部に1cm大の粘膜下腫瘍を認めた。以後、経過観察を行っていたが増大傾向を認め、精査治療目的に当科紹介となった。当院での上部内視鏡検査では、十二指腸球部前壁小弯に2.5cm大の正常粘膜に覆われた上部有茎性の腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では、第3層を主座とし、比較的均一な等〜高エコー腫瘍として描出された。生検結果は、異所性胃粘膜組織およびブルネル腺を認めたが、確定診断は困難であった。CT検査では、十二指腸球部に2×2.5cm大の漸増性に弱く造影され、一部嚢胞様の造影不良域を含む粘膜下腫瘍を認めた。リンパ節転移や遠隔転移を疑う所見はみとめなかった。以上から、ブルネル腺過誤腫を第一に疑い、鑑別診断として神経鞘腫、異所性腺、低リスクGISTなどがあげられた。増大傾向を認め悪性疾患の可能性が否定できないこと、ならびに消化管閉塞や出血も危惧されることなどから切除の方針とし、腹腔鏡内視鏡合同十二指腸腫瘍切除術を行った。腹腔内の観察では、十二指腸球部小弯後壁に腫瘍を認めた。幽門周囲の授動を行った後、内視鏡操作で腫瘍の全周切開を行ったところ、結果的にESD単独で腫瘍切除が可能であった。しかし、遅発性穿孔のリスクも考慮し、内視鏡下にて内腔側から粘膜欠損部を確認しながら、腹腔鏡下にて全層縫合を追加し補強した。術後経過は良好で、術後3日より食事開始し、術後7日目に合併症なく退院となった。切除標本では、組織学的には明確な核異型は認めなかったが、ブルネル腺の胞巣性増殖が強くみられ、ブルネル腺腫と判断された。ブルネル腺腫をはじめとする十二指腸非乳頭腫瘍に対する治療法は確立していない。内視鏡治療単独では遅発性穿孔のリスクが高いことが知られており、一方で外科切除では腫瘍部位の正確な同定が困難であり、局所切除が難しい場合は頸頭十二指腸切除を含めた大侵襲を要する場合があるため、D-LECSは十二指腸非乳頭腫瘍に対するよい治療法であると考えられた。

D-LECS, ブルネル腺腫

聖マリanna医科大学 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
飯島良彦¹⁾, 加藤正樹¹⁾, 津久井充人¹⁾, 荒木建一¹⁾, 小松拓実¹⁾,
中本悠輔¹⁾, 清川博史¹⁾, 佐藤義典¹⁾, 前知忠輝¹⁾, 安田 宏¹⁾,
小池淳樹²⁾, 立石敬介¹⁾

【症例】76歳、男性【経過】20XX-4年4月に肛門周囲膿瘍に対して保存的加療を行った。20XX-1年9月に肛門痛、排尿時痛を主訴に受診し、腹部CTにて陰莖海綿体膿瘍を認め入院した。入院後、抗生剤加療を開始し、陰莖海綿体膿瘍は軽快したため、第24病日に退院した。画像上、腸管と泌尿生殖器の瘻孔形成、肛門周囲膿瘍は認めなかった。20XX年5月に発熱、1日20回以上の水様便を認め再入院した。第8病日の下部消化管内視鏡では、全大腸にびらんが多発し、敷石状変化を認めた。第16病日の上部消化管内視鏡では、竹の節状外観、びらんを認め、生検組織学的検査にて非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めた。以上から、大腸型クローン病(CD)、CDAI 339点と診断した。絶食、抗生剤加療のみで発熱、下痢は軽快したため退院とし、外来にて寛解導入目的にサラズルファビリジン 2g/日とブデソニド 9mg/日に治療開始した。同年8月よりアザチオプリン(AZA) 50mg/日を開始したところ、嘔気、食欲不振を認め、AZAによる副作用と判断し中止とした。中止後も嘔気、食欲不振は改善した。肛門周囲膿瘍、陰莖海綿体膿瘍を有し、CD発症時の重症度を考慮しウステキヌマブ(UST)に治療変更とした。UST投与後、肛門周囲膿瘍、陰莖海綿体膿瘍、下痢の再燃なく臨床的寛解が維持できた。UST投与8ヵ月後の下部消化管内視鏡にて内視鏡的粘膜治癒を確認した。【考察】近年、高齢者のCDの有病率は上昇しているが、高齢発症のCDの臨床経過は不明な点が多く、高齢者のCDに対する明確な治療指針やガイドラインは未だない。本症例の陰莖海綿体膿瘍は、CDにより腸管と泌尿生殖器に瘻孔を形成したと推察されたが、画像上瘻孔は確認できなかった。また我々は、高齢発症のCDに対して安全性、有効性を考慮しUSTによる治療を選択した。今回、陰莖海綿体膿瘍を合併した高齢発症のCDを診断しUSTで寛解を得た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。

クローン病、陰莖海綿体膿瘍

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
こにしクリニック²⁾, 昭和大学病院内視鏡センター³⁾,
昭和大学臨床ゲノム研究所⁴⁾,
昭和大学医学部 外科学講座 消化器一般外科部門⁵⁾,
昭和大学医学部 臨床病理診断学講座⁶⁾
九里光政¹⁾, 居軒和也¹⁾, 山崎裕太¹⁾, 鈴木統大¹⁾, 菊池一生¹⁾,
中谷真也¹⁾, 牛腸俊彦¹⁾, 紺田健一¹⁾, 矢野雄一郎¹⁾, 木原俊裕¹⁾,
片桐 敦¹⁾, 小西一男²⁾, 山村彦彦³⁾, 吉田玲子⁴⁾, 平井隆仁⁵⁾,
渡辺 誠⁵⁾, 青木武士⁵⁾, 本間まゆみ⁶⁾, 矢持淑子⁶⁾, 吉田 仁¹⁾

症例は30代女性。既往は特になく、家族歴に父、父方祖父、母方祖母に大腸がん罹患歴があった。近医で便潜血検査陽性の精査として下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に不整潰瘍性病変を認め、当科を紹介受診した。当科での下部消化管内視鏡検査では上行結腸に4mm大の辺縁不整で発赤調の厚みのある平坦隆起性病変を認めた。腫瘍表層には白苔が目立ち、同部位からの生検結果はAdenocarcinoma(tub2, por2+sig, por1), Group5であった。早期大腸癌、肉眼型は0-IIa+IIc、深達度はT1b以深と診断した。胸腹部骨盤部造影CTで遠隔転移を認めず、当院外科で腹腔鏡下回首節切除術を施行した。術後病理はAdvanced colonic cancer, A, pType1, 45×20mm(50%), muc > tub2 > por2 > sig, pT2(MP), INFb, Lylb1(M, D2-40), V1a(SM, EVG), BD1, Pn0, pPM0(160mm), pDM0(65mm), pRMo, pN0(0/50)であった。アムスデルダム基準II、およびベセスダ基準に該当することから、遺伝カウンセリング後に、リンチ症候群スクリーニング検査としてミスマッチ修復タンパクの免疫組織化学検査を施行した。結果はMLH1+, PMS2+, MSH6-, MSH2-であり、MSH2の機能欠損が疑われた。その後の遺伝学的検査ではMSH2のc.1744del(p.Val582Serfs*8), pathogenic variantであり、リンチ症候群と診断した。本邦で対策型検診として行われる大腸がん検診は40歳以上が対象であり、本症例は検診対象年齢外であったが、偶然近医で施行された便潜血検査が契機となり進行大腸がんを診断し治療し得た。本症例のように大腸がん家族歴の存在は大腸がんのリスク因子である。現行の対策型検診の対象年齢以下で大腸がん家族歴を有する若年者に対する対応方法は今後の課題である。

大腸がん、リンチ症候群

三井記念病院 消化器内科¹⁾, 千葉大学 消化器内科²⁾
貝發美香¹⁾, 阿部敏明¹⁾, 中原健徳¹⁾, 北村友里¹⁾, 古要優樹¹⁾,
竹熊勇登¹⁾, 佐藤公紀¹⁾, 近藤真由子¹⁾, 高木 馨¹⁾, 小島健太郎¹⁾,
関 道治¹⁾, 加藤 順^{1,2)}, 戸田信夫¹⁾

53歳、男性。22歳で潰瘍性大腸炎(全大腸炎型)と診断されたが、現在はメサラジン製剤で寛解が維持されている。41歳で心窩部痛を主訴に上部内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球部から下行脚にかけて、びまん性にびらんを伴う粗造な粘膜認めた。潰瘍性大腸炎の十二指腸病変と判断しメサラジン製剤を細粒に変更しプロトンポンプ阻害剤を投与したが、内視鏡所見の改善なく、軽度の胆管炎、脾炎を繰り返していた。今回、皮膚黄染・灰白色便を自覚し受診した。血液検査では黄疸及び肝胆道系酵素の著明な上昇を認めた。CT検査では肝内・肝外胆管の拡張、乳頭部近傍の狭窄を認めた。ERCPによる経乳頭アプローチが困難でありPTCDで減黄し、経皮的胆道鏡により胆管の狭窄部位から生検を行ったが、悪性所見は認めなかった。十二指腸炎により閉塞性黄疸をきたしているものと考え、ステロイドを投与するも反応に乏しく、今後外科的に胆管空腸吻合を予定している。潰瘍性大腸炎は大腸に連続性の慢性炎症をきたす疾患である。稀に十二指腸に大腸同様の炎症をきたすことがあるが、閉塞性黄疸に至った症例は我々が調べた限り皆無であり今回報告する。

潰瘍性大腸炎、閉塞性黄疸

水戸済生会総合病院 消化器内科
山田修三, 柏村 浩, 高野竜馬, 高須美香, 根本裕貴, 日時佳恵,
根本陽介, 金野直言, 宗像紅里, 大川原健, 青木洋平,
仁平 武

【症例】50歳代男性【主訴】下痢、血便【既往歴】特記なし【生活歴】喫煙20本/日、アルコール 機会飲酒、海外渡航歴なし、同性性交歴やコマースェックススワーカーとの接触歴なし、ペット飼育歴なし。【現病歴】X-6日から1日4回程度の下痢と血便が出現し、遷延するためX日に当科を初診した。CTでは直腸と回盲部の浮腫状の壁肥厚と腸間膜リンパ節腫大を認めた。X+7日の下部消化管内視鏡検査では盲腸と上行結腸および直腸に不整形の糜爛が多発し生検と腸液の培養を行なったが疾患特異的な所見は得られなかった。一方、内視鏡時に採取した腸液の検鏡で自動性を持つ浮遊物を認め、Gram染色、Wright-Giemsa染色にて洋梨状形態をしたランブル鞭毛虫の栄養体を確認した。なおアメーバ原虫など他の病原体は認めなかった。【治療経過】X+8日ランブル鞭毛虫感染症と診断しメトロニダゾール750mg×10日間の内服を開始したところ徐々に下痢症状は改善傾向認め、X+16日に症状はほぼ消失した。海外渡航歴や性交渉歴がなく当初感染経路は不明であったが、食品製造工場で下水のグリストラップ清掃を1日おきに行っており、詳細な状況は不明だが汚染水への暴露が感染契機になり得ると考え、5類感染症として届け出る際に保健所へ情報提供した。【考察】ランブル鞭毛虫感染症は、水や食品を介して感染する代表的な原虫感染症で、国内では年間100例弱が報告されている。感染様式は典型的な糞口感染で、シストを経口摂取することにより感染し、渡航者下痢症、性感染症、水系感染症として注目されている。本例は大腸病変を伴う点でランブル鞭毛虫症としては非典型的であったが、糞便や腸液の検鏡は診断に有用であり、遷延する下痢症の精査においては本症も念頭に置く必要がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

ランブル鞭毛虫、ジアルジア症

45 保存的加療にて改善した盲腸軸捻転の1例

東京品川病院 消化器内科
黒川 潤, 石井直樹, 矢野貴彦, 濱田 潤, 新井優紀, 香内朱萌,
岡 響子

【症例】48歳男性。【主訴】右側腹部痛。
【現病歴】202X年X月X日突然に右下腹部痛を自覚され、当院受診となった。【既往歴】特記事項なし。
【臨床経過】身体所見では腹膜炎徴候はなく、右側腹部に圧痛を認めた。腹部造影CT検査では盲腸が著明に拡張し、骨盤内に入り込むような所見がみられた。その他の所見として腹腔内遊離ガスや腹水は認めず、消化管の造影効果は保たれていた。血液検査では白血球やLDHなどの異常は認めなかった。上記より盲腸軸捻転と診断し、次第に症状は改善傾向にあったため、当院外科と相談のうえ、保存的加療の方針とした。第3病日に再度腹部CT検査を撮影したところ、前回指摘された所見の改善を認めた。加えて下部内視鏡検査を行ったが、回腸末端および全大腸に器質的な異常は認めなかった。検査後より食事開始とし、症状再燃なく第4病日に退院となった。
【考察】盲腸軸捻転は結腸軸捻転症の中でも比較的にまれな疾患である。盲腸軸捻転の治療の第一選択は手術であり、保存的に改善した症例は1例しか報告がない。本症例では症状が改善傾向で腸管虚血や穿孔を示唆する所見に乏しかったために、保存的治療を選択した。結果的に手術治療を行うことなく、自然に改善が得られた。盲腸軸捻転でも腸管虚血や穿孔などを示唆する所見に乏しい場合はまれに手術治療を回避できる可能性があると考えられた。
【結語】保存的加療にて改善した盲腸軸捻転の1例を経験した。

盲腸軸捻転, 保存的加療

47 大学入学時健診を契機に診断された原発性硬化性胆管炎の症例

東京大学 保健・健康推進本部¹⁾,
東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学²⁾,
同 生体防御感染症学³⁾, 公立学校共済組合関東中央病院⁴⁾
井上有希子^{1,2)}, 柳元伸太郎^{1,3)}, 門 輝^{1,2)}, 高原楠晃²⁾,
金井祥子²⁾, 森屋恭爾¹⁾, 小池和彦⁴⁾, 藤城光弘²⁾

原発性硬化性胆管炎 (primary sclerosing cholangitis; PSC) は肝内・肝外の胆管に多発性・びまん性の線維性狭窄が生じ、胆汁うっ滞をきたす進行性の慢性肝疾患である。2007年の全国調査によると、日本国内のPSC患者総数は1211人と推定され、人口10万人当たりの有病率は0.95と、稀な疾患である。我々は新入生健診 (X年実施) にてAST 35, ALT 70と、軽度の肝障害を指摘されたことを契機にPSCと診断された入学時18歳男性の症例を経験した。X年5月より精査し、AST 48, ALT 93, rGTP 380, ALP 1347と胆道系優位の肝胆道系酵素の上昇、画像検索により肝内外胆管の軽度拡張および腹腔内リンパ節周囲軟部腫瘍影を認めた。同年12月、入院し肝生検、リンパ節生検および内視鏡的超音波検査 (EUS) の結果PSCと診断されウルソデオキシコール酸による加療が開始された。現在も本学医学部附属病院に通院中であり肝胆道系酵素はやや高値であるが、ウルソデオキシコール酸、ベザフィブラート内服にて肝予備能は比較的保たれている。さらに、Y年度新入生健診においてAST 26, ALT 62, rGTP 211, ALP 527と軽度の肝胆道系酵素上昇を呈する18歳男性について、腹部超音波検査およびMRIにて精査したところ肝内胆管の不整な狭小化および胆泥を認めた。本学医学部附属病院入院精査の結果同じくPSCと診断され、ウルソデオキシコール酸にて加療中である。新入生健診を契機に診断された2例について報告する。

原発性硬化性胆管炎, 潰瘍性大腸炎

46 全眼球炎を併発したクレブシエラ肝膿瘍の1例

東京高輪病院 消化器内科¹⁾, 同 眼科²⁾
丹羽一博¹⁾, 三箇克幸¹⁾, 山田博昭¹⁾, 名富久義¹⁾, 平野賢二¹⁾,
上 順子²⁾

症例は80歳の女性。高血圧、骨粗しょう症、胆摘 (胆嚢腺腫)、右白内障手術の既往があるが、糖尿病はなく、アルコール多飲歴もなし。右半身の筋力低下、構音障害を主訴に救急外来受診し脳神経外科入院。頭蓋内病変は否定的であったが血液検査で肝機能障害、炎症反応高値が認められ第2病日に消化器内科転科。造影CTにて肝右葉に5.3cm、3.9cmの多房性嚢胞性病変が認められた。腹部エコー検査では病変内の低エコー部分が大きくなく、高エコーに見える充実部分があり、病変辺縁および充実部分に血流信号があるように見えた。嚢胞性腫瘍病変に感染が合併した可能性や、経皮的ドレナージチューブを留置してもドレナージ効率が良くない可能性を考え、ドレナージチューブ留置は行わず、第2病日よりセフトリアキソンによる保存的治療を試みた。第3病日に右眼瞼腫脹、結膜出血が出現し、感染性心内膜炎の可能性を考えてメロペネム+バンコマイシンに変更。第6病日に両眼の内因性細菌性眼内炎、右眼は全眼球炎、失明状態と診断された。第3病日の血液培養は陰性であったが、第8病日に右眼内の膿瘍が眼球強膜を穿破しており、そこから採取した膿汁よりKlebsiella pneumoniae検出。抗生剤投与にもかかわらず両眼の病変は増悪し第12病日よりセフトリアキソンの硝子体注射を開始 (計5回)。一方、腹部エコー検査にて肝病変内の低エコー域が拡大してきたため、第15病日に肝膿瘍ドレナージ施行した。吸引した膿汁の培養検査からもKlebsiella pneumoniaeが検出された。抗生剤は第14病日にセフトリアキソンに変更して第86病日まで継続。肝膿瘍は著明に縮小しドレナージチューブは第82病日に抜去した。第89病日に退院。左眼は概ね治癒したと考えられたが、眼病変治療のため長期入院を要した。肝膿瘍のドレナージを当初躊躇したこと、肝膿瘍症例に眼病変が出現した時点で侵襲性Klebsiella感染症をすぐに想起できなかったことが入院長期化に影響を及ぼした可能性がある。教育的かつ貴重な症例と考えられるので、文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, Klebsiella pneumoniae

48 脾腎短絡路を契機に診断に至ったNRHの一例

順天堂大学 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾,
聖マリア病院 中央臨床検査センター 臨床検査部³⁾
津川 直輝¹⁾, 丸山紀史¹⁾, 渡辺拓也¹⁾, 戸張真紀¹⁾, 永松洋明¹⁾,
椎名秀一朗¹⁾, 福村由紀²⁾, 中島 取²⁾

Nodular regenerative hyperplasia (NRH) は、頻度は低いが門脈圧亢進症の原因として考慮すべき疾患の一つである。今回、脾腎短絡路の存在を契機に診断に至ったNRHの一例を経験したので報告する。症例は66才、女性。近医で慢性関節リウマチにて治療されていた。排便時の出血を契機に大腸がんを指摘され当院外科へ紹介となった。術前評価目的でのCTで脾臓周囲に異常血管を指摘され当科受診となった。超音波ドプラで脾腎短絡路 (流量170ml/min) と診断され脾静脈は恒常的に順流であった。精査としての肝生検や肝静脈カテーテル検査を提案したが、大腸がん治療を理由として希望されなかった。半年後の超音波検査では短絡路流量は260ml/minに増加し、脾静脈は恒常的に逆流していた。血中アンモニア値は正常で臨床的にも脳症を認めなかったが、門亢症の増悪と判断し精査を実施した。肝静脈造影では、逆行性に造影された門脈枝に屈曲蛇行をみとめ、肝静脈間短絡も確認された (HVP/PG. 37mmHg)。同時に施行した肝生検では、門脈域を中心とした肝実質のnodularityを認め、周囲肝組織の類洞の拡張傾向や血流動態的に圧排された肝細胞索構造の菲薄化や過形成変化 (偽腺管構造を伴う) を呈することからNRHと診断された。今後は、門脈血行動態の変化や脳症の発症などに注意しつつ慎重な診療の継続が望ましいと考えられた。

門脈圧亢進症, 肝臓

杏林大学医学部付属病院 肝胆脾外科
工藤翔平, 松木亮太, 大森春佑, 蓮井宣宏, 百瀬博一, 小暮正晴,
鈴木 裕, 阪本良弘

症例は盲腸癌 (pT3, v1c, N0, pStageIIA) に対する腹腔鏡下回盲部切除術施行後に経過観察されていた70歳の女性である。術後3年目の造影CT検査で左肝管内に明瞭で低吸収な腫瘍性病変と左肝管の拡張を指摘され、当科に紹介受診した。造影MRI検査では早期相から肝細胞相で低信号の13mm大の乏血性腫瘍を左肝管内に認め、拡散協調画像で同腫瘍は高信号を示した。また造影CT検査では門脈臍部の頭側に経時的にやや増大したSOLを認め腫瘍形成に胆管浸潤を伴っているようにも見えたが、PET-CT検査で肝管内の病変にFDGが集積したのに対しこのSOLにはFDGが集積しなかった。肝内胆管癌、胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) もしくは転移性肝癌の胆管内浸潤と診断し、腹腔鏡下左肝切除術を施行した。術中超音波検査では、左肝管内に浮遊するような乳頭状腫瘍は認められず、浸潤性は認めず、また肝内に明らかな腫瘍を認めないため、IPNBと診断した。手術時間は4時間6分、出血量は10mlであった。切除標本の肉眼所見としては、左肝管内に乳頭状腫瘍が充満しており、組織学的所見では胆管内から乳頭様に増殖した腺癌であった。また小径の門脈への浸潤や肝静脈内腫瘍栓も認められた。免疫組織学的にはCK7-, CK19+, CK20+ (focal), SATB2+であり、既往の盲腸癌の肝転移と診断された。切除断端は陰性であった。肉眼的胆管内進展を来す大腸癌肝転移は約10%と報告されているが、胆管内から発する症例は大腸癌肝転移全体の約4%と比較的稀であり、術前画像所見も肝内胆管癌やIPNBと類似することから術前の鑑別は困難である。大腸癌の術後の胆管内乳頭腫瘍であっても、大腸癌の転移を鑑別に挙げる必要があることが明らかになった。

大腸癌術後、胆管内乳頭状腫瘍

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科¹⁾,
同 産婦人科²⁾
深見久美子¹⁾, 北村庸雄¹⁾, 降旗 誠¹⁾, 荻原伸悟¹⁾, 野元勇佑¹⁾,
西慎二朗¹⁾, 中津洋一¹⁾, 大川博基¹⁾, 矢野慎太郎¹⁾, 萩原 悠¹⁾,
石野博崇¹⁾, 吉田幸洋²⁾, 牧野真太郎²⁾, 長田太郎¹⁾

症例は39歳女性。近医で高血圧合併妊娠 (第2子) の経過観察中であったが、全身掻痒感と眼球黄染および肝機能障害を指摘され、妊娠22週の時点で当院に入院となった。当初、HELLP症候群 (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet) が疑われていたが、入院時検査所見では、T. Bil/D. Bil= 6.3/4.9 (mg/dl), AST/ALT/ALP/g-GPT= 1009/897/309/39 (IU/L), WBC 10,000/ μ l, Hb 13.1g/dl, Plt 29.0万/ μ l, PT-INR 0.93, 総胆汁酸 268.5 μ mol/L (<10) とその診断基準は満たさなかった。又、急性妊娠脂肪肝や閉塞性黄疸を示唆する所見はみられず、各種肝炎ウイルス検査・自己抗体なども陰性で、経過からは薬物性肝障害も否定的であった。入院時血液検査では、総胆汁酸 (TBA) の異常高値とg-GTPの上昇がみられないことが特徴的で、妊娠性肝内胆汁うっ滞症 (Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy: ICP) が疑われた。近年、ICPでは血清オートタキシン (ATX) の上昇が報告されて居り、本症例でも入院後に測定したATXは11.5 ng/L (<1.27) と高値であった。ICPに有効とされるウルソデオキシコール酸の投与を開始したところTBAは2週間後に基準値内に低下し、その後掻痒感・肝機能検査値も改善した為、妊娠28週で退院となった。興味深いことに妊娠37週で帝王切開する前日まで6~7mg/Lで推移していたATXは出産直後に1.05と正常化していた。ICPは妊娠後期に発症し、妊娠中の肝機能障害の成因としては最も多いとされるが、発症率は人種間・地域により異なり、本邦での報告は少ない。病態にはエストロゲンの関与や、胆汁酸やリン脂質の輸送蛋白をコードする遺伝子 (ABCI1やABCA4) のSNPsとの関連などが報告されていて一定の解明は得られていない。本症例では出生児に問題は認められず、第1子の分娩時にもICPの症状はみられていない。しかし、ICPでは母体の予後が良好なものに対し早産や子宮内胎児死亡などの胎児合併症が問題となり、又、次の出産でも繰り返すことが多いことから正確な診断が重要であり、文献的考察を加え報告する。

妊娠性肝内胆汁うっ滞症、オートタキシン

東京大学 医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 移植外科²⁾
中尾鷹優¹⁾, 森山 慎¹⁾, 奥新和也¹⁾, 建石良介¹⁾, 藤城光弘¹⁾,
裴 成寛²⁾, 赤松延久²⁾

【症例】42歳女性【内服】プラセンタ、ビタミンC製剤、柴苓湯【現病歴】20XX年YY月初旬より倦怠感を自覚した。3週間後に皮膚黄染が出現し前医を受診。血液検査で著明な肝障害を認め、急性肝不全の疑いで当院転院となった。【入院後経過】転院時は意識清明で羽ばたき振戦を認めなかった。血液検査所見はAST 2750IU/L, ALT 2934IU/L, T-Bil 22.6 mg/dL, D-Bil 14.1mg/dL, PT 33.9%であった。問診および画像検査で慢性肝障害を示唆する所見はなく、急性肝不全非昏睡型と診断し加療開始した。高度な肝障害の持続と抗核抗体陽性を考慮してステロイドパルス療法を始めたが、第13病日の腹部CT検査で肝臓の明らかな萎縮を認めた。T-Bil 40 mg/dL前後の高度黄疸が遷延し肝合成能の回復も乏しいことから、内科的加療での改善を期待することは厳しい状態であった。第34病日に羽ばたき振戦が出現した。初発症状出現から8週以降での肝性脳症2度の発症であり、遅発性肝不全の診断のもと人工肝補助療法を開始した。on-line HDFを計7回、血漿交換を計3回行いながら全身管理を継続し、第72病日に脳死肝移植を施行した。移植後、肝機能及び肝性脳症は速やかに改善し、術後経過は良好であった。摘出肝の病理所見では亜広汎性の肝壊死を伴う急性肝炎の所見と、高度な胆汁うっ滞を認め、胆汁うっ滞/肝炎混合型の薬剤性肝障害としても矛盾しない所見であった。【考察】内科的治療抵抗性の遅発性肝不全に対して脳死肝移植を施行し救命し得た一例を経験した。病因は抗核抗体陽性で自己免疫性肝炎も疑われたが、ステロイド治療への反応性は乏しく、摘出肝の病理所見とあわせて、柴苓湯が被疑薬の薬剤性肝障害と考えられた。急性肝不全は肝移植候補者の優先順位としてStatus Iに位置づけられるが、時に本症例のように待機期間は長期化することから、合併症に細心の注意を払いながら粘り強く全身管理を続けることが肝要である。

肝不全、肝移植

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
佐藤和徳, 前田浩史, 三浦光一, 森本直樹, 五家里栄, 渡邊俊司,
津久井舞未子, 山本博徳

【症例】70代男性【主訴】悪心、食欲不振【既往歴】陳旧性心筋梗塞(ワーファリン内服中)、高血圧、脂質異常症【生活歴】喫煙: 20本/日(40年間)、飲酒: なし【現病歴】X年、C型肝硬変に対してインターフェロンにて加療されウイルス学的著効達成した。X+2年、X+4年に単発肝細胞癌を発症し、腹腔鏡下ラジオ波焼灼術施行。X+5年3月に傍大脈リンパ節転移を認め、肝予備能がChild-Pugh class Aであったことからアテゾリズマブ・ペバシズマブ開始となった。治療開始から7ヶ月後(5ヶ月後)に嘔気、全身倦怠感、食欲低下を認め、当科外来受診した。【外来受診時検査所見】WBC 5900/ μ l, 好酸球24.1%, Na 137mmol/L, K 3.9mmol/L, コルチゾール 0.6 μ g/dL, ACTH 6.0 pg/mL, AFP 3 ng/mL【経過】アテゾリズマブ・ペバシズマブ7クール終了1週間後より嘔気を認めた。外来受診時の血圧は107/60mmHgと通常より低値であり、血液検査で好酸球増多、血清Na低値、ACTH低値、コルチゾール低値を認め、免疫関連副作用の一つである副腎皮質機能低下症を疑い入院加療とした。頭部MRIでは下垂体に明らかな器質的疾患は認めず、3者負荷試験(GnRH負荷、TRH負荷、CRH負荷)では、ACTH低反応、コルチゾール低反応を認め、下垂体性が示唆された。同日よりヒドロコルチゾン100mgを静脈内投与、翌日から30mg/日内服に変更し、20mgまで漸減した。副腎ホルモン投与により嘔気、全身倦怠感は徐々に改善し、2週間後よりアテゾリズマブ・ペバシズマブ投与再開できた。その後、副腎不全を示唆する症状の再燃は認めなかった。【考察】IMbravel150試験によるとアテゾリズマブ・ペバシズマブ投与群において副腎機能障害の頻度は0.3%(1/329例)であり、下垂体機能障害の頻度は0.3%(1/329例)と報告されている。今回我々は症状出現時から副腎機能低下を疑うことで速やかに副腎皮質ホルモン投与ができて、症状回復後アテゾリズマブ・ペバシズマブ治療継続できた。

肝細胞癌、免疫関連副作用

杏林大学医学部付属病院 肝胆脾外科
大森春佑, 松木亮太, 工藤翔平, 進井宣宏, 百瀬博一, 小暮正晴,
鈴木 裕, 阪本良弘

症例は70歳代男性で、直腸癌(Ra, tub1-2, pT3N0M0, pStageIIa)に対する腹腔鏡下低位前方切除術+D3郭清施行後の患者である。術後4年目の造影CTで肝後区域に不均一に濃染される領域を認め、肝血管腫と診断され経過観察された。7ヵ月後にCEA 32ng/mlと上昇し、造影CTで右肝静脈(RHV)と下大静脈(IVC)に接する腫瘍性病変が疑われ、PET-CTでも同部に異常集積を認めたため、転移性肝癌を疑い当院に紹介された。当院での造影CTでは、漸増性に造影される15mm大の腫瘍を肝S7に認め、造影MRIではT2WIで高信号、DWIで高信号、ADC値低下が目立たないことから前医同様に肝血管腫と診断された。しかし、腫瘍は増大傾向で、後区域G7のグリソン描出が不良であり、後区域は萎縮(全肝の17.4%)し早期濃染を認めること、PET-CTで同部以外に悪性腫瘍を疑う所見がないこと、直腸癌術後でCEA 43.6ng/mlと上昇傾向であることからグリソン鞘に浸潤した転移性肝癌が否定できないと考え切除の方針とした。術中超音波ではIVCとRHVに挟まれる位置に境界不明瞭な低エコー域を認め、後区域グリソンの壁肥厚と血流低下も認めた。RHV根部付近からIVCの背側にかけて硬結を認め、剥離困難だった。炎症性変化も否定できず、硬結部分は残して後区域切除を完了し、硬結部の剥離断端と後区域グリソン断端を迅速病理診断に提出すると共に腺癌を認めた。硬結を含めIVCを2cm径で合併切除し、腹膜パッチで再建、さらに後区域グリソン断端を8mm追加切除した。手術時間は7時間10分、出血量は800mlで術後合併症なく退院した。病理所見は中-高分化型管状腺癌で、IVC中膜までの浸潤と後区域グリソン浸潤を伴う直腸癌肝転移と診断された。IVC剥離面の一部腫瘍の露出を認め、グリソン断端は陰性だった。グリソン鞘浸潤を伴う転移性肝癌は全体の約10%と少なくない。グリソン鞘浸潤に伴う肝内血流不均衡のために肝血管腫と術前診断されたと考えられる。区域性の肝萎縮を認める肝腫瘍ではグリソン鞘浸潤を考慮し、悪性腫瘍を考慮すべきと考えられた。

転移性肝癌, 画像診断

埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科
酒井 駿, 倉岡直亮, 氏原哲郎, 西垣佑紀, 中寺英介, 橋本 哲,
松井 茂

【緒言】胆汁うっ滞や閉塞性黄疸は様々な要因で起こる。臍癌や胆管癌など腫瘍に起因した胆汁うっ滞や炎症、術後胆管狭窄などが多く要因となりえる。また胆管外からの圧排により胆汁うっ滞をの要因となる場合もある。傍十二指腸乳頭部憩室によるLemmel症候群が胆管外圧排の1例として考えられる。今回、下大静脈フィルター(IVCフィルター)により、胆汁うっ滞を来した稀な症例を報告する。【症例】症例は80歳女性。深部静脈血栓症のため近医にてダブルバスケット構造であるIVCフィルターが挿入された。Filter挿入10年後に黄疸を主訴に当院を受診した。身体所見では、眼球黄染および全身の著明な黄染を認め、造影腹部CT検査では肝内外胆管拡張を認めるも、悪性胆道狭窄や総胆管結石などの胆汁うっ滞を来す疾患はみられなかった。また下大静脈が総胆管背側に位置しており、胆管圧排の所見を認めた。EUSの所見もCTと同様に胆管背側にIVCフィルターが位置しており、同部位で圧排している所見を認めた。ERCが施行され、胆道造影を行ったが悪性胆道狭窄は否定的であり、胆汁細胞診提出後、胆道ステントが留置された。ステント挿入後速やかに黄疸の改善を認めた。細胞診では悪性所見はみられずIVCフィルターによる胆管圧排による胆汁うっ滞が考えられた。【考察・結語】IVCフィルターによる臍仮性嚢胞の形成およびそれに伴う閉塞性黄疸の報告はあるも、直接閉塞性黄疸の原因となる病態は本例のみの報告である。非常に稀な病態と考えられ報告した。

閉塞性黄疸, 胆道狭窄

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科¹⁾,
横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科²⁾
高橋智昭¹⁾, 熊本宜文¹⁾, 沼田正勝¹⁾, 渡邊 純¹⁾, 佐藤 勉¹⁾,
武田和永¹⁾, 國崎主税¹⁾, 遠藤 格²⁾

症例は55歳男性。検診目的に施行した腹部超音波検査で胆嚢頸部に腫瘍性病変を指摘され当院を受診された。造影CTでは胆嚢頸部に17mm大の早期に濃染される腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査でも同部位に早期に強い造影効果を伴う腫瘍を認め、周囲への明らかな浸潤傾向は認めなかった。腫瘍マーカーは、CEA 3.5ng/ml, CA19-9 7U/ml, NSE 17.9ng/ml, ProGRP 62.1pg/mlとNSEの軽度上昇を認めた。術前検査では胆嚢神経内分泌腫瘍(Neuro endocrine tumor: NET)が疑われ、手術の方針となった。しかし、神経内分泌細胞癌(Neuro endocrine carcinoma: NEC)や胆嚢癌の否定はできないため、胆嚢床切除術を施行した。術後経過は良好であり、合併症なく術後11日目に退院となった。病学的検査では腫瘍細胞は漿膜まで浸潤を認め、切除断端は陰性であった。HE染色で楕円形から類円形の核を有する細胞のロゼット様や索状、小胞巣状の増殖を認めた。免疫染色ではChromogranin A, synaptophysin, CD56が陽性であり、Ki-67 indexは3.6%で、胆嚢原発のNET G2と最終診断した。現在術後4年経過観察を行なっているが、無再発生存中である。胆嚢原発神経内分泌腫瘍は比較的稀な疾患で、胆嚢腫瘍の中で約2%、全消化管NETの中で胆嚢原発のものは0.5%と報告されている。今回我々は比較的稀な胆嚢原発NETの1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

胆嚢腫瘍, 神経内分泌腫瘍

埼玉医科大学国際医療センター消化器外科
大嶋侑平, 合川公康, 加藤知敬, 高瀬健一郎, 渡辺雄一郎,
渡邊幸博, 岡田克也, 岡本光順, 小山 勇

【背景】胆道や臍頭部領域の悪性腫瘍では、閉塞性黄疸をきたした場合、胆道チューブステントなどをを用いた治療前減黄術が必須である。しかし、このステントが閉塞すると、治療の遅延が生じ、患者QoLの低下、医療コスト増加などの問題が生じる。【目的】本発表では、臍頭部領域腫瘍における術前減黄処置としてのステント留置が閉塞などのトラブルにより複数回必要となる患者のリスク因子の検討と、術後経過に与える影響について検討した。【方法】2018年1月から2021年12月までに当院で臍頭部領域腫瘍に対して臍頭十二指腸切除を施行した198例のうち、術前内視鏡的減黄術を行った症例119例を対象とした。これらのうち、術前に閉塞、逸脱などのステントトラブルによってステント入れ替えなどの処置が必要であった症例(ReSt群)39例のトラブル発生リスク因子を通常経過群(NT群)と比較検討した。また、ReSt群の周術期経過においてNT群と比較検討した。調査項目は、術前患者背景として年齢、性別、疾患、ステント前胆道感染有無、留置ステント、胆管径、ERCP降炎有無、肝胆道系酵素を調査した。周術期経過として、手術時間、出血量、輸血の有無、在院期間、術後合併症、術後逆行性胆管炎発症の有無を調査した。【結果】術前患者背景においては、ReSt群はNT群に比べ減黄前胆道感染が有意に多かった。ReSt群は術前のALPが有意に高値であったが、その他の手術前患者背景において有意な差は認められなかった。周術期経過においては、ReSt群は腹腔内出血の合併症が11例発症し、NT群11例に比べ有意に多かった(p=0.0466)が、在院期間に両群間の有意な差は認められなかった。中長期予後においては、再発率は両群とも差は認めなかった。【結語】術前減黄におけるステントトラブルは、治療を遅延させるだけでなく、術後経過の悪化させる可能性がある。閉塞しやすい患者をスクリーニングし、留置ステントを選択すべきであるとともに、閉塞しにくい胆道ステントの開発が重要である。

胆道ステント, 減黄

千葉大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、
千葉県済生会習志野病院²⁾、
千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科³⁾
酒井美帆¹⁾、飯野陽太郎^{1,2)}、大山 広¹⁾、高橋幸治¹⁾、菅 元泰¹⁾、
永島裕樹¹⁾、大内麻倫¹⁾、杉原地平¹⁾、遠山翔大¹⁾、山田奈々¹⁾、
關根 優¹⁾、高橋知也¹⁾、渡部主樹¹⁾、大塚将之³⁾、加藤直也¹⁾

【症例】77歳男性【臨床経過】背部痛を主訴に近医を受診されCTで主膵管拡張所見を指摘されたため、精査目的で当院紹介となった。血液検査ではCEA 6.6ng/mL、CA19-9 50.9U/mL、Dupan-2 33U/mL、Span-1 17U/mLであった。造影CTでは膵体部に6.8mmの主膵管拡張を認めたが、腫瘍性病変や膵腫大はなかった。MRCPでは主膵管内の陰影欠損を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)にて膵頭部に8.1mm、膵体部に10mmの主膵管内の低エコー腫瘍を認めていた。ソナゾイドによる造影効果を認め、膵管内腫瘍(ITPN)や浸潤性膵管内乳頭状液腫(IPMC)が疑われたが、Bモードでは蛋白塊とも考えられ、組織学的診断のため内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)留置下にて連続降液細胞診を行った。細胞診の結果はclass1、2であり明らかな悪性所見は認めず経過観察の方針となったが、2か月後のMRCPと造影CTでは主膵管は9mmに拡張し、分枝膵管の拡張も認め、膵頭部、膵体部に造影効果を伴う主膵管内の腫瘍を認めた。混合型IPMN High risk stigmataを否定できず、拡大膵頭十二指腸切除術を施行した。切除後の病理結果では拡張した膵管内に線維化を伴うポリープ状に隆起した病変を認めた。隆起病変の異形は乏しく、間質にリンパ球・形質細胞主体の炎症細胞の浸潤を認めた。閉塞性静脈炎は認めず、結節内のリンパ球は50-60%でIgG4が陽性であった。免疫染色ではMUC5ACでは数か所の部分的な陽性を認めるのみでIPMNとしては染色性が異なっていた。当院紹介時の血清IgG4 207mg/dLであり、2020改訂IgG4関連疾患包括診断基準よりIgG4関連疾患と診断された。【考察】自己免疫性膵炎(AIP)に類似した病理所見とIgG4高値を示し主膵管内のみに腫瘍を形成した1例を経験した。AIPに特徴的な膵腫大は認められず、本症例は主膵管内の腫瘍であり、EUS-FNAによる組織診断は困難であった。IgG4が高値であることから自己免疫機序の関与は疑われるが、膵癌の鑑別には難渋する症例であった。膵癌との鑑別として血液検査や画像検査の所見を総合的に見て、治療方針を慎重に検討する必要がある。

自己免疫性膵炎, IgG4

がん研有明病院 肝胆膵内科
石塚隆浩、岡本武士、平井達基、山田 学、中川皓貴、古川貴光、三重貴文、武田剛志、春日章良、佐々木隆、尾坂将人、笹平直樹

【症例】60歳代男性。【主訴】発熱、全身倦怠感、食欲低下。【現病歴】多発肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍(G2)に対して202X-2年11月からエベロリムス5mgを投薬され病勢安定を維持していた。202X年2月より全身倦怠感と食欲低下が生じ、来院当日に発熱も認めため緊急受診となった。【入院時現症】意識清明、体温37.5度、血圧171/95 mmHg、脈拍96回/分、呼吸数14回。身体所見上、顔面紅潮や肺雑音は認めなかった。血液検査で腎機能障害、CKおよびLDH高値、炎症反応高値を認めたが単純CTでは明らかな病勢進行を認めず、その他明らかな異常を指摘できなかった。【入院後経過】補液と抗菌薬を開始し、解熱は得られたが腎機能は改善せず、CK・LDH上昇も持続した。排便は泥状便～軟便を1日1回認めた。酸素化低下を来したため心臓超音波検査を施行したところ、心嚢液貯留と全周性壁運動低下を認め、心膜摩擦音を聴取したため急性心外膜炎の診断とした。尿中5-HIAA測定では500mg/日と著明な上昇を認め、カルチノイド症候群の診断とした。全身状態から腫瘍減量目的の肝切除術や肝動脈塞栓術の施行は困難と判断し、オクトレオチド酢酸塩300μg/日の持続静脈注射を開始した。血液所見は改善傾向となったが、誤嚥性肺炎や出血性胃潰瘍により全身状態は更に悪化し、ご希望に応じて緩和治療へ移行した。入院第27病日に永眠された。【考察】カルチノイド症候群は神経内分泌腫瘍の肝転移から産生された生理活性物質の代謝が減り、直接体循環系に流入するため生じると考えられている。顔面紅潮、下痢、気管支喘息様発作などの症状を来することが多く、約半数でカルチノイド心疾患を呈する。重篤な例はカルチノイドクリーゼと診断され、明確な診断基準はないが、セロトニン代謝産物である尿中5-HIAAが≥200mg/日を超えていることが多い。膵神経内分泌腫瘍のカルチノイド症候群は稀であるが、非典型的な症状を呈することも少なくないため、肝転移を有する患者において原因不明な多臓器症状を呈する場合には尿中5-HIAAの測定を考慮する必要がある。

カルチノイド症候群, 膵神経内分泌腫瘍

防衛医科大学校病院 内科学2講座¹⁾、同 光学医療診療部²⁾
武川舞子¹⁾、成松和幸²⁾、石川麟太郎¹⁾、高橋 駿¹⁾、平田 大¹⁾、
大黒拓磨¹⁾、岡寄惣也¹⁾、植田浩貴¹⁾、石川博隆¹⁾、木本佑哉¹⁾、
川端結輔¹⁾、菅原悠暉¹⁾、江崎航大¹⁾、山下耕生¹⁾、高城 健¹⁾、
東山正明¹⁾、高木俊介¹⁾、冨田謙吾¹⁾、穂刈圭太¹⁾

70歳男性。55歳時に右腎細胞癌に対して右腎摘出術を受けた。68歳時、アルコール多飲、もしくは膵尾部腫瘍による主膵管閉塞に起因する急性膵炎を発症した。膵尾部腫瘍は腎癌膵転移が疑わしく、禁酒と分子標的薬投与により膵炎改善と腫瘍の縮小を認め経過観察していた。20XX年2月、飲酒後に激しい上腹部痛が出現し救急受診した。予後因子3点(PaO₂、CRP、年齢)及びCT grade1に相当する重症急性膵炎と診断し、保存的加療で臨床症状、検査・画像所見ともに改善したものの、第7病日に右視野異常の訴えがあった。眼科精査にて右視力低下(右:0.05、左:1.2)及び中心視野欠損を認め、蛍光眼底造影検査にて乳頭周囲の綿花様白斑と傍中心窩網膜の白濁といった網脈絡膜症の所見を認め、急性膵炎後であることからPurtscher網膜症の診断となった。プレドニゾロン内服を開始したものの、視力及び視野異常に改善を認めなかった。20XX年4月、腎癌膵転移に対して膵体尾部切除術を施行したが、現在に至るまで視力低下と視野異常に改善を認めていない。今回、急性膵炎後にPurtscher網膜症を発症した症例を経験した。Purtscher網膜症は、典型的には胸部外傷に関連する脂肪塞栓や空気塞栓によって網膜動脈が閉塞することでおこる網脈絡膜症のことを指す。しかし急性膵炎のような非外傷性の全身疾患の後遺症として発症することも報告されており、膵臓の損傷や炎症後にトリプシンなどのプロテアーゼが補体系を活性化させ、網膜前毛細血管に凝固や白血球塞栓を惹起し、視神経浮腫、視力低下、視野欠損といった症状を呈するとされている。視力予後については様々な報告がある。今回、急性膵炎に起因するPurtscher網膜症という稀な疾患を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

急性膵炎, Purtscher網膜症

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科
山田俊介、水野 卓、佐藤 彩、辻 翔平、倉田隼人、濱田大祐、相馬直人、植村隼人、湖上 彰、浅見真衣子、塩川慶典、内田義人、打矢 紘、安藤さつき、中尾将光、菅原通子、中山伸朗、今井幸紀、富谷智明、持田 智

【目的】膵内副脾に発生する類表皮嚢胞(epidermoid cysts in the intrapancreatic accessory spleen: ECIPAS)は稀な良性疾患で、術後に診断される症例が多い。EUS-FNAによって診断し、手術を回避した症例を経験したので報告する。【症例】81歳の女性。右側腹部痛を主訴に施行されたCTで、膵尾部に径2cmの腫瘍が発見された。血清アミラーゼ、CEA、CA19-9の上昇はなかった。単純CTで病変は淡い低吸収を呈し、内部の出血が疑われた。辺縁には石灰化が見られ、造影後は同部が造影された。MRIではT1、T2強調のいずれも低信号で、辺縁に拡散低下を認めた。尾側膵管の拡張はなかった。EUSでは多房性の嚢胞性病変で、内部に造影効果を伴う充実性エコーと石灰化が見られた。充実性偽乳頭状腫瘍(solid-pseudopapillary neoplasm: SPN)を疑い、22Gフランシオン針を用いて充実部分を狙ってEUS-FNAを行い、血液の混じた黄白色の液体と組織片を採取した。病理所見ではCK5/6陽性、p40陽性の重層扁平上皮と、その直下に線維性嚢胞壁様構造が認められ、嚢胞壁内と周囲血液成分中にcholesterin cleft形成が散見された。β-cateninを核内に発現する細胞はなかった。その後のMRIでは、SPIO造影後に病変内部の信号強度がT2強調で低下した。以上より、膵内副脾に発生した類表皮嚢胞と診断し、経過を観察する方針である。【考察と結語】ECIPASは画像検査では粘液性嚢胞性腫瘍(mucinous cystic neoplasm: MCN)、膵管内乳頭粘液性腫瘍(intraductal mucinous papillary neoplasm: IPMN)、SPNなどと診断され、切除される場合が多い。本症例でもSPNを疑ったが、EUS-FNAによってECIPASと診断できた。膵尾部の嚢胞性腫瘍では、ECIPASも鑑別に挙げ、まず、SPIO-MRIを実施して嚢胞内の存在を確認し、その後、EUS-FNAを考慮する必要があると考えられた。

膵内副脾, 類表皮嚢胞

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科

舟田 圭, 行徳芳則, 藤本 洋, 草野祐実, 三代 賢, 前田紘希, 山田泰太郎, 岡田 舜, 曾我幸一, 片山裕規, 玉野正也

【症例】68歳男性【主訴】体重減少、全身倦怠感、食欲不振【既往歴】高血圧症、糖尿病、脂質異常症、直腸癌(56歳低位前方切除術)、C型肝炎【家族歴】父：食道癌、姉：子宮筋腫、弟：胃癌全摘術後【現病歴】202X年1月より徐々に全身倦怠感、食欲不振を自覚した。更年期障害の疑いで当院泌尿器科を紹介受診し、テストステロン補充療法などが施行されたが改善に乏しかった。9月に食欲不振、心窩部痛あり当科を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査を施行したが明らかな器質的異常は認めなかった。12月に総合診療科を受診するも診断確定には至らなかった。尿蛋白を認めたため腎臓内科を受診、糖尿病性腎症を指摘された。202X年1月に下痢と腹部違和感を自覚し、肝障害を認めた。CT検査では下行結腸～S状結腸の壁肥厚、腹水貯留、肝腫大を認めた。3月には左片麻痺、右眼の違和感、心不全を認め入院した。入院時AST 66U/L、ALT 32U/L、ALP 305U/L、LDH 381U/L、 γ -GTP 342U/L、T-Bil 6.88mg/dl、D-Bil 5.08mg/dl、Na 137mmol/l、K 5.9mmol/l、BUN 85mg/dl、Cre 3.11mg/dl、Alb 1.34g/dl、WBC 9000/ul、Hb 16.8g/dl、Plt 21.3x10⁴/ul、PT 56.6%、CRP 0.48mg/dl、HbA1c 5.5%、BNP 211.3pg/ml。甲状腺機能に異常なし。肝生検を施行し、アミロイドーシスの診断を得るも4月に死亡した。【考察】本症例は全身倦怠感、食欲不振で発症し、原因臓器の特定に苦慮した。その後左片麻痺、右眼の違和感、心不全症状など多彩な症状を認めた。後方視的に見るとアミロイドーシスに伴う症状と推測された。内視鏡検査では異常を認めなかったが、アミロイドーシスを想起し生検を施行すべきだったかもしれない。今後同様の症状を経験した場合、全身性アミロイドーシスを念頭に診療を行うことが必要である。本症例は診断が確定した時点では全身状態が不良であり治療介入することが困難であった。【結語】診断に苦慮したアミロイドーシスの症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

アミロイドーシス、全身性

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾、同 消化管内科²⁾、同 放射線科³⁾、同 消化器一般外科⁴⁾

小川朋誠¹⁾、松本 悠¹⁾、宮口和也²⁾、小宮佐和子¹⁾、時田 一¹⁾、宇野天敏¹⁾、神山雄基¹⁾、大庫秀樹²⁾、都築義和²⁾、高橋大雄³⁾、高木 誠⁴⁾、浅野 博⁴⁾、中元秀友¹⁾、今枝博之²⁾

症例は80代、男性。202X年2月に吐血を主訴に前医入院し上部消化管内視鏡検査(EGD)施行され、胃内に黒色血液がみられたが、明らかな出血源は認めなかった。退院後よりシロスタゾール内服再開した際に黒色便出現した。Hb10.9mg/dlの貧血を指摘され当院紹介受診され入院となった【既往歴】脳梗塞、腹部大動脈瘤術後、早期胃痛(ESD後)【入院後経過】EGDでは黒色便の原因となりうる所見は認めなかった。腹部造影CT撮影で胆嚢内の胆石とともに直径13mmの造影効果領域を認め、右肝動脈から尾側に突出して連続しており、慢性胆管炎に伴う仮性動脈瘤破裂による胆道出血が考えられた。入院翌日に血管造影を施行し、右肝動脈水平部に尾側へ突出する造影剤停滞を伴う領域を認めたためコイルを用いて動脈塞栓術を施行した。第5病日の造影CTで仮性動脈瘤に血流がない事を確認した。その後貧血は改善し第12病日に退院となった。後日、胆管炎に対して待機的に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行された。胆嚢周囲が高度に癒着しており、途中より開腹へ移行されたが癒着強固であるため胆嚢部分切除となり手術終了となった。胆石合併慢性胆管炎に伴う右肝動脈仮性動脈瘤による胆道出血が疑われた1例を経験した。慢性胆管炎に伴う仮性動脈瘤は胆道動脈に多いが右肝動脈は極めてまれなため、文献的考察を含め報告とする。

慢性胆管炎、右肝動脈仮性動脈瘤

関東労災病院 消化器内科

吉川 薫, 大森里紗, 西川雄祐, 中崎奈都子, 土方一範, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 金子麗奈, 岸本有為, 池原 孝

【緒言】肝嚢胞のほとんどは無症状で臨床的に問題になることは少ないが、稀に感染をきたすことがある。急性胆管炎に対する経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGBD)後に肝嚢胞感染を合併し、死亡した1例を経験したので報告する。【症例】多発嚢胞腎を原疾患とした慢性腎臓病により維持血液透析中の69歳男性、X-3日より発熱と心窩部痛が出現した。症状の改善がなかったため、X日に前医に救急搬送された。急性胆管炎による敗血症性ショックと播種性血管内凝固症候群(DIC)と診断され、当院に転院搬送となった。来院時、循環動態維持にノルアドレナリン(NAd) 0.1 μ gを要した。同日にPTGBDを施行し、明らかな合併症なく終了した。ICU入室し、絶食・補液・抗菌薬加療とした。X+2日には循環動態も安定し、全身状態は改善傾向と判断し、ICUでの持続的腎代替療法(CRRT)から透析室での間歇的血液透析濾過(I-HDF)に移行した。しかし透析中に再度血圧低下したため、透析中断の上、NAd投与を再開し、ICUに帰室した。X+7日に38℃台の発熱と炎症反応再上昇を認め、胸腹部単純CTを撮像した。新規肺炎像を疑う所見の他、明らかな熱源を示唆する所見は認めなかった。徐々に黄疸が増悪しており、胆道評価目的にX+10日にPTGBD造影を施行した。胆嚢管まで描出は確認できたが、患者の安静が保持できず、総胆管までの造影剤流入の確認は困難であった。その後も抗菌薬加療を継続したが、多臓器障害が進行し、X+20日に死亡を確認した。病理解剖を実施し、既存の多発肝嚢胞への感染と肝実質の多発微小膿瘍を示唆する所見を認めた。一方で、胆嚢の炎症所見はわずかであった。【結語】病理解剖所見からはPTGBDにより主病態である胆管炎は改善傾向であったが、菌血症により肝嚢胞感染を併発し、死亡に至ったものと考えられた。急性胆管炎の加療中に肝嚢胞感染を併発した示唆に富む1例を経験したため、若干の文献的考察を交えてここに報告する。

胆管炎、肝嚢胞感染

東京品川病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理診断科³⁾、岡 響子¹⁾、濱田 潤¹⁾、稲垣大輔²⁾、中野夏子³⁾、矢野貴彦¹⁾、新井優紀¹⁾、石井直樹¹⁾

胆管原発神経内分分泌腫瘍(NET)は稀なためまだ十分な情報が集積されていない。症例79歳女性、主訴は黄疸。腹部造影CTで胆管拡張を認め、ERCPを施行したところ光学所見で乳頭部に露出型腫瘍あり、ERCでは下部胆管に狭窄を認めた。乳頭部からの生検で腺癌(adenocarcinoma)を疑う所見であり、臍頭十二指腸切除術が施行された。切除標本は Vater乳頭から下部胆管にかけて壁肥厚があり、壁肥厚に一致して境界明瞭な充実成分を認めた。組織学的には低分化腺癌であり、下部胆管癌の診断に至った。また病変のごく一部に限局して神経内分分泌腫瘍(NEC)を認め、所属リンパ節にもNEC成分の浸潤を認めた。術後、S-1による術後化学療法を行なっているが現在のところ再発なく経過している。胆管NET/NECの症例報告は少なく、術前術後の化学療法には定まった方針はない。今後さらなる症例の集積と報告が必要と考えられた。

神経内分分泌腫瘍、胆管癌

さいたま市民医療センター 内科 消化器科¹⁾, 同 外科²⁾
 浜田敬石¹⁾, 山中健一¹⁾, 新畑博英¹⁾, 篠崎博志¹⁾, 井原 亮¹⁾,
 今井友里加¹⁾, 木全悠太¹⁾, 塩谷 猛²⁾, 小峯 修²⁾

【背景】胆石が十二指腸球部に嵌頓する胆石イレウスはBouveret症候群と呼ばれる稀な疾患である。今回われわれは複数回の内視鏡的破砕術でも除去できず最終的に外科治療を要した症例を経験したため報告する。【症例】82歳男性【主訴】右上腹部痛【既往歴】心臓弁膜症(生体弁置換術後)、腹部大動脈瘤、胆石【現病歴】202X年10月28日頃より食後の腹痛を自覚。次第に嘔吐を認めるようになり11月2日救急搬送された。診察で右上腹部に圧痛があり、血液検査で白血球増多とCRP高値を認め、腹部造影CTで十二指腸内に32mm大の結石を認め胆嚢十二指腸癒が疑われた。結石は3層構造で中心部と外殻部はCT値200HU以上を呈していた。緊急上部内視鏡検査では十二指腸球部に結石が嵌頓しており、ガストログラフィン造影で十二指腸から胆嚢が造影されたため胆嚢十二指腸癒およびBouveret症候群と診断した。高齢で二種類の抗血栓薬を内服していたため絶食補液、抗菌薬を待機的に内視鏡治療の方針とした。その後複数回の内視鏡的破砕術(バスケットカテーテルによる碎石術および電気水圧衝撃波破砕術)を試みたが、結石が強固で内視鏡的には除去困難と判断し、内視鏡で結石を胃内に引き込んでから外科で腹腔鏡下胃内異物除去術を施行した。【考察】一般にカルシウムを含む混成石のCT値は高値となることが知られており、本症例は200HUと高値でカルシウムを多く含む結石が疑われ、成分分析では外殻部にリン酸カルシウム17%を含んでいた。また最大径が30mmを超える消化管異物は外科治療が必要になる可能性が高いという報告がある。結石の成分と最大径が、内視鏡治療が困難であった原因と考えられた。【結語】本症例は心血管系の既往歴と二種類の抗血栓薬内服の背景があり、十分なICの上で内視鏡治療を施行したが結果不成功となった。CT値の高い最大径30mmを超える結石によるBouveret症候群と診断した場合、内視鏡治療単独での治療完遂は困難が予測されるため外科治療を検討すべきである。

胆石イレウス, Bouveret症候群

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学
 井戸健太, 善如寺暖, 喜多 碧, 都丸翔太, 糸井祐貴, 佐藤圭吾,
 村上立真, 橋本 悠, 金山雄樹, 清水雄大, 保坂浩子, 田中寛人,
 戸島洋貴, 栗林志行, 山崎勇一, 竹内洋司, 浦岡俊夫

【症例】30歳台, 男性【現病歴】統合失調症で施設入所中に、嘔吐、腹痛を主訴に前医を受診し、特発性急性膵炎の診断で入院した。抗精神病薬を含む内服薬が中止となり、輸液療法(5L/日)等で治療を開始したが、急性呼吸不全、急性腎不全、高CK血症を認め3日後に当院へ転院した。【内服薬】オランザピン、アマンタジン塩酸塩、ビペリデン塩酸塩、バルプロ酸ナトリウム。【入院時現症】JCS II-10, BT 39.0℃, BP 114/78 mmHg, HR 150 回/分, RR 40 回/分, SpO2 92% (10L RM), 身長 168.8 cm, 体重 90.9 kg, 流涎/発汗/筋強剛なし。【検査所見】WBC 21,200 / μ L, Hb 13.1 g/dL, Ht 41.8%, Plt 31.4 万/ μ L, T-Bil 1.2 mg/dL, AST 211 U/L, ALT 57 U/L, LD 1,826 U/L, ALP 50 U/L, γ -GTP 20 U/L, P-Amy 635 U/L, LD 1,826 U/L, Cre 2.29 mg/dL, BUN 43 mg/dL, CK 11,401 U/L, CRP 52.79 mg/dL, Ca 4.2 mg/dL, 動脈血 pH 7.165, PO2 82.4 Torr, PCO2 50.3 Torr, BE -9.7 mmol/L, CT 膵全体の造影不良と腎下極に遠の炎症(CT Grade3)を認めた。【経過】特発性急性膵炎(予後因子7点)と診断し、入院同日よりICUで、人工呼吸器管理、CHDFでの治療を開始した。発熱、頻脈、白血球増多、高CK血症を認め、経過から悪性症候群の合併と判断し、第2病日から第10病日までダントロレンナトリウム水和物を投与した。また抗パーキンソン病薬としてレボドパを用い、抗精神病薬としてハロペリドールとプロナンセリン貼付剤を使用した。第19病日に人工呼吸器管理を終了、第21病日にCKが正常値まで改善しHDを終了した。第26病日に抗精神病薬、抗パーキンソン病薬の内服を再開した。その後、カテーテル感染の治療を要したが、膵炎や悪性症候群の再燃を認めず第86病日に退院した。【考察】本症例は急性膵炎を契機に抗精神病薬、抗パーキンソン病薬が中断されていたため早期から悪性症候群を疑った。急性膵炎の治療と並行して起こった悪性症候群の治療が救命に有効であったと考ふる。急性膵炎が悪化した際には、精神疾患の既往歴を確認し、悪性症候群の可能性を悪化におくことが重要である。

急性膵炎, 悪性症候群

ERCPによるステント挿入困難な胆嚢炎に対し胆道拡張用バルーン・ステントリトリバーを用いてステント留置に成功した一例

同愛記念病院 消化器内科
 登川 渚, 渡邊健雄, 黒崎滋之, 松井真希, 柿本 光, 新野 徹,
 手島 陽

【症例】95歳男性【現病歴】当院泌尿器科で尿路感染症に対して加療中に発熱・肝胆道系酵素上昇・CT検査で胆嚢腫大と胆嚢周囲の腹水貯留を認めたため当科コンサルトとなった。胆嚢炎と診断、治療目的に当科に転科となった。【治療経過】高齢・認知症・腹水もあることから経皮経肝胆道ドレナージ(PTGBD)のリスクがあったため内視鏡的逆行性胆道膵管造影(ERCP)を選択し、転科後当日に施行した。胆嚢を造影のうえ7Fr15cmステント(両端pig tail)を留置しようとするも、胆嚢頸部で狭窄が強くステント挿入は困難、7Fr内視鏡的経鼻胆道ドレナージ(ENGBD)チューブを留置して手技を終了とした。しかし、ENGBDチューブを自己抜去してしまったため、ERCPを再度施行した。胆嚢管を造影したところ、総胆管に近い部分は細かく造影されたが、胆嚢頸部に近いところは胆嚢管が描出されなかった。7Fr15cmステントを挿入しようとするも、初回ERCP時と同様に胆嚢頸部の手前で抵抗がありステント挿入困難であった。ENGBDチューブ留置によるブジー効果が得られていないと考え、内視鏡的乳頭バルーン拡張術(EPBD)用バルーンを用いて胆嚢管を拡張する方針とした。4atmで拡張しても狭窄部位は画像上拡張せず、ステント留置試みるもステントは挿入できず。8atmと圧を高くしても狭窄は残存するため5分間拡張するも強い狭窄を認め、ステント挿入できず。12atmでも拡張しても画像上の狭窄は変わらず、ステントを再挿入しようとするが抵抗があったため、15atm3分間に加えてステントリトリバーを用いたところ、画像上狭窄は残ったものの狭窄部突破に成功し、ステントは挿入可能となったため胆嚢にステントを留置し手技を終了した。術中・術後の合併症はなく、治療効果を得られた。【結語】ERCPで胆道拡張用バルーン・ステントリトリバーを用いて胆嚢管狭窄部位を拡張して治療に成功した胆嚢炎の一例につき報告する。

胆嚢炎, ERCP

有症状の膵周囲液体貯留を生じた切除可能境界膵頭部癌に対して、保存加療中に併用した術前化学療法が奏功し、切除に至った一例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾
 松本彰太¹⁾, 関野雄典¹⁾, 悦田咲季子¹⁾, 能中理紗子¹⁾, 上野航大¹⁾,
 井井辰光¹⁾, 伏見 光²⁾, 西上堅太郎²⁾, 佐野 誠²⁾, 枇杷田裕佑²⁾,
 稲垣淳太¹⁾, 春日範樹¹⁾, 岡田直也¹⁾, 高柳卓史¹⁾, 内山詩織¹⁾,
 成本壮一²⁾, 永瀬 肇²⁾

症例は70歳男性。食思不振と肝胆道系酵素上昇で外来を受診し、造影CTから閉塞性黄疸を伴う切除可能境界膵頭部癌 cT3N1bM0 Stage II B と診断した。緊急入院し、EUS-FNAで組織診断を施行後に、総胆管にFully-covered self-expandable metallic stent (FCSEMS) を留置し退院した。外来で術前化学療法を行う予定であったが、退院6日後の予定外来時に嘔気と経口摂取困難を訴え、CTにて膵頭部および膵尾部の急性膵周囲液体貯留(APFC)とそれによる胃前庭部を閉塞起点とした胃通過障害と判断した。ERCP後膵炎もしくは膵頭部癌およびFCSEMSによる閉塞性膵炎と診断し、入院の上で膵炎加療を開始した。経過中、膵頭部APFCとそれによる経口摂取困難は軽快したが、膵尾部APFCの増悪と炎症反応上昇を認め、感染性膵仮性う胞(PPC)に至った。経乳頭のドレナージはFCSEMS抜去が必要となる可能性があること、経消化管的ドレナージによる腹膜炎と手術への悪影響を考慮し、内視鏡治療を見送りつつ膵局所合併症治療と並行して術前化学療法としてGemcitabine + nab-paclitaxelを開始した。化学療法投与期間中に感染増悪などの有害事象は認めなかった。化学療法を2コース施行し腫瘍の縮小を確認した後、亜全胃温膵頭十二指腸切除術を施行しpT1bN0M0 Stage IAの診断となった。有症状のAPFC、PPCに対しては、内視鏡的経乳頭のドレナージや経消化管的ドレナージが検討されるが、今回我々は内視鏡的治療の適応を慎重に判断すべき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。

膵臓癌, 術前化学療法

日本大学医学部附属板橋病院 消化器肝臓内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾, 同 婦人科³⁾,
白木彬博¹⁾, 藤澤真理子¹⁾, 北原麻衣¹⁾, 國吉宣行¹⁾, 野村舟三¹⁾,
佐々木玲奈¹⁾, 齋藤 圭¹⁾, 小川眞広¹⁾, 吉田直樹²⁾, 岡村行泰²⁾,
安藤花野³⁾, 川名 敬³⁾, 木暮宏史¹⁾

症例は妊娠29週の29歳女性。X年12月に腹痛を主訴に近医を受診した。子宮頸管長は40mmであったが、子宮収縮5分間隔であり、切迫早産の診断で前日に救急搬送された。明らかな切迫兆候なく、腹痛精査目的の腹部単純CTで臍尾部に80mm大の臍嚢胞性病変を認めた。臍嚢胞性病変もしくは感染合併が疑われたため、緊急ドレナージもしくは外科的治療が必要と判断され、当院搬送となった。腹部造影超音波検査を施行し、臍尾部に60mm大の厚い隔壁を有する嚢胞性病変と内部に出血を疑う高エコーを認め、臍粘液性嚢胞腫瘍(mucinous cystic neoplasm: MCN)および嚢胞内出血の診断となった。妊娠満期までは保存的加療を行い、活動性出血や嚢胞破裂を疑う所見があれば緊急手術及び帝王切開術をすることとした。入院9日目に腹部造影超音波検査を再施行し、嚢胞径変わらず高エコー域も消退しており出血が吸収されたと判断した。入院19日目に腹痛増悪を認め、腹部造影超音波検査にて嚢胞径の増大はあるものの、出血や破裂の所見はないため保存加療とした。嚢胞の外科的治療は出産後でないと困難と判断し、児の発育が十分な週数相当となった妊娠32週2日に選択的帝王切開術を施行した。術後経過は問題なく、嚢胞手術に関しては待機的に行う方針となった。MCNは40-50代の嚢胞尾部に好発し、高頻度にエストロゲンレセプターおよびプロゲステロンレセプターを発現している。エストロゲンは妊娠経過とともに漸増し、プロゲステロンも妊娠経過とともに漸増して妊娠32週ごろにプラトーに達するため、妊娠におけるホルモン環境とMCN増大の関連が報告されている。今回、妊娠後期に腹痛を契機に発見され、増大傾向であったが出産まで保存的経過観察可能であった臍粘液性嚢胞腫瘍の貴重な1例を経験したため報告する。

臍粘液性嚢胞腫瘍, 妊娠

横浜南共済病院 消化器内科

石原 鴻, 小柏 剛, 安部真蔵, 平松直樹, 久米菜緒, 林 知恩,
大藤由子, 比嘉愛理, 塚本 恵, 小串勝昭, 中野間紘, 西郡修平,
濱中 潤, 岡 裕之, 近藤 正晃

【症例】70代, 男性【主訴】胃重感【現病歴】20XX年X月X日, 胃重感, 発熱を主訴に近医を受診した。抗生剤が処方されたが, その後も弛張熱が持続していたため当院を紹介され, 精査加療目的に入院した。【既往歴】臍胸(55歳)【臨床経過】入院時38度の発熱を認め, 腹部診察では腹部膨満を認めた。自発痛や圧痛は認めなかった。血液検査でWBC 5800/ μ l, CRP 13.39 mg/dlと炎症反応上昇, 腹骨盤造影CT検査で大網の結節状肥厚, 腹膜肥厚と腹水貯留を認め, 腹膜播種や癌性腹膜炎が疑われたが, 原発巣は指摘できなかった。胸部単純CT検査で異常所見は認めなかった。原因精査として上部内視鏡検査を施行したが, 明らかな異常所見は認めなかった。腹水穿刺を施行し, 細胞診は陰性であったが, 単核球優位の滲出性腹水を認め, 腹水中ADA 121.3 IU/lと高値であり結核性腹膜炎が疑われた。塗抹検査は陰性であったがTB-TRC陽性が判明し, 結核性腹膜炎と診断され, 抗結核薬3剤(LVFX, EB, SM)を開始された。治療開始3日目より体幹, 両上肢に紅斑丘疹が出現し, 薬剤性中毒疹が疑われ3剤が中止された。皮疹の改善後, RFP, INH, SMが再開されたが, 皮疹の再燃はなく, 第24病日に退院した。退院後, 4剤(RFP, INH, PZA, SM)で2か月間加療され, その後, 2剤(RFP, INH)で4か月間加療され終了となった。その後, 再燃なく経過している。【考察】本症例は結核罹患歴がなかったが, 腹水中ADA高値から結核性腹膜炎を疑い, PCR検査により確定診断に至った1例を経験した。結核性腹膜炎は全結核患者の0.1~0.7%と稀な疾患であり, 一般的に肺病変から腹膜への血行性感染による潜在性結核病巣の再活性化や, 活動性肺結核や粟粒結核に合併する。リスク因子は, 糖尿病, 腹膜透析, 担癌, 免疫抑制剤とされている。原因不明腹水の症例でも, 結核の罹患歴や, 再活性化のリスク因子がない場合でも, 鑑別の1つに挙げて検査を進める必要があると考えられ, 文献的考察を加えて報告する。

結核性腹膜炎, 結核

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科¹⁾,

JCHO 船橋中央病院 内科²⁾

阿部哲大^{1,2)}, 森下慎二¹⁾, 佐野貴哉¹⁾, 石坂昌太郎¹⁾, 佐野方美¹⁾, 浅井文樹¹⁾, 木原俊裕¹⁾, 藤江 肇¹⁾, 新村和平¹⁾, 松本政雄¹⁾

症例は58歳の女性で, 主訴は前日からの腹痛・嘔気であって当院を受診した。造影CTで胃壁肥厚疑い, 下行結腸炎疑いを指摘され, 同日上部内視鏡検査施行したが異常所見なく経過観察の方針となった。3日後に腹部激痛を訴え当院再受診し, D-dimer陰性であったが造影ダイナミックCTで下腸間膜動脈解離と同部位の仮性動脈瘤を指摘され入院した。入院後絶食にて腸管安静を行い, 床上安静, 大動脈解離と同様に扱い収縮期血圧120以下を目標に降圧管理とした。症状改善し食事再開後も問題なく経過して入院8日目退院した。3ヵ月後の造影ダイナミックCTでは仮性動脈瘤とそれに伴う狭窄性変化はほぼ改善していた。孤立性腹部内臓動脈解離は比較的まれな疾患で, なかでも大動脈解離を伴わない下腸間膜動脈解離は極めてまれである。原因不明の腹痛に対し, ダイナミックを含めた造影CTが診断に有用であった症例を報告する。

下腸間膜動脈解離, 仮性動脈瘤

東京医科歯科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾,
森本紗生¹⁾, 田村皓子¹⁾, 河本亜美²⁾, 日比谷秀爾²⁾, 竹中建人¹⁾,
清水寛路¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 小林正典¹⁾, 金子 俊¹⁾, 村川美也子¹⁾,
福田将義²⁾, 朝比奈靖浩²⁾, 大塚和朗²⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】18歳男性。生来健康。X-2月4日にCOVID-19に罹患し、発熱、嘔気症状に対してアセトアミノフェン内服加療が行われ、症状は消失した。自宅隔離解除後から37℃台の微熱と1日3~4回の下痢が持続したため、X-2月19日に近医を受診した。COVID-19、アデノウイルス、インフルエンザウイルス抗原検査はいずれも陰性で、抗生物質が処方されたが改善せず、X-1月13日に他院を受診した。血液検査やCT検査が施行されたが、炎症反応高値以外に有意な所見は認めず、不明熱および下痢の精査目的でX月2日に当院総合診療科を紹介受診した。2か月で8kg体重が減少し、BMIは14.7と低値であった。その他身体所見には特記すべき異常を認めなかった。便培養は陰性で、血液検査はHb 11.0g/dl, Alb 2.8g/dl, CRP 11.19mg/dlであった。また、T-SPOT、HIV、PR3-ANCA、MPO-ANCA、ANAはいずれも陰性で、TSH、FT4は正常範囲内であった。X月27日に精査加療目的で当院に入院した。造影CT検査では、遠位回腸から上行結腸近位の浮腫状壁肥厚を認めた。大腸内視鏡検査では、回腸末端、盲腸、上行結腸に縦走潰瘍を認め、生検検体の病理組織検査では、類上皮細胞肉芽腫はみられないものの、クローン病として矛盾しない炎症を認めた。アメーバや封入体は認めなかった。MR enterocolonography検査では、遠位回腸から回腸末端、上行結腸に活動性炎症を認めたが、瘻孔や狭窄はみられず、深部小腸にも炎症は認めなかった。以上の経過から、小腸大腸型クローン病(CD)と診断した。CDAIは266点で中等症であり、X月31日からプレドニゾン40 mg/日を開始したところ、速やかに解熱し、下痢の消失、炎症反応の低下がみられ、臨床的寛解が得られた。【考察】急性胃腸炎後にIBD発症リスクが高まることが知られている。また、COVID-19罹患後症状として下痢は高頻度に観察されるが、COVID-19がIBD発症の誘因となるかは不明である。本症例のように、COVID-19罹患後にCDを発症した報告は少なく、貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

クローン病, COVID-19

JCHO 東京新宿メディカルセンター 消化器内科
西岡文音, 佐野貴哉, 藤江 肇, 阿部哲大, 荒谷一磨, 倉田有菜,
佐野方美, 石坂昌太郎, 浅井玄樹, 木原俊裕, 森下慎二

症例は57歳女性。閉経後はHb 12 g/dL程度で推移していたが、健診でHb 8.7 g/dLと低値を認め、時折血便があったというエピソードや便潜血陽性の所見があり、精査目的に当科紹介された。上部・下部内視鏡検査で異常所見は見られなかったが、造影CTで小腸の壁肥厚、周囲脂肪織の不整、一部小腸壁の非薄化を認め、穿孔リスクを有する小腸瘤を疑った。当院にて施行した血液検査では鉄欠乏性貧血の所見の他、軽度炎症反応の上昇を認めた。小腸内視鏡では終末回腸に潰瘍を伴う4分の3周性の病変を認め生検を施行したが病理では悪性所見を認めなかった。改めて病歴、身体所見を確認したところ母親が小腸疾患で毎年入院していたという家族歴と、再発性の口腔内潰瘍、陰部潰瘍があることが判明した。腸管ペーチェットによる腫瘍が鑑別上がり、コルヒチンの内服を開始した。CT、内視鏡所見から悪性腫瘍を否定できず、本人の希望もあり外科的切除を行った。切除病変の病理検査では悪性所見はなく、形態的には慢性炎症に伴う潰瘍を認めた。口腔内アフタ性潰瘍と陰部潰瘍の主症状2つ、および消化管病変の副症状1つを有することから腸管ペーチェット病疑いと診断し、膠原病内科に転科した。現在コルヒチン、サラゾスルファピリジンで加療し経過良好である。腸管ペーチェットはペーチェット病の特殊病変で、ペーチェット病の主症状に加えて回盲部の深掘れ潰瘍を定型病変とし、右下腹部痛や血便などの症状を来す疾患である。今回、回腸に生じた腫瘍性病変として発見され、経過と病理結果から腸管ペーチェット疑いの診断に至った一例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

ペーチェット病, 小腸腫瘍

国際医療福祉大学病院 臨床研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾
鬼丸菜実子¹⁾, Nguyen Van Tai¹⁾, 末竹貴生¹⁾, 山田英彦²⁾,
秋田貴之²⁾, 須藤大輔²⁾, 一石英一郎²⁾, 大澤陽介²⁾, 佐藤貴一²⁾,
高後 裕²⁾, 大竹孝明²⁾

30歳代、女性。既往歴なし。X年9月朝午前1時頃からの腹痛と嘔吐を主訴に救急外来を受診した。右下腹部を中心とした圧痛を認め、反跳痛は認めなかった。T-BIL 0.4 mg/dL、ALP 57 U/L、 γ -GTP 11 U/L、アミラーゼ 63 U/L、WBC 4,200/ μ L、CRP 0.20 mg/dLと炎症は軽微であった。単純CTで十二指腸の壁肥厚を認め、急性胃腸炎疑いで絶食補液にて腸管安静を図った。EGDで十二指腸粘膜に浮腫を認めたが、生検で特異的な異常所見を認めなかった。入院5日目、耐え難い腹痛と著明な腹部膨満感を訴えた。CTにて小腸から回盲部の浮腫と拡張、腹水を認めた。回盲部腸重積が疑われたため同日緊急手術となった。消化管穿孔、急性腹膜炎も疑われたが開腹したところ小腸の壁肥厚、浮腫のみが認められ、回盲部の重積、腸管虚血や腫瘍性病変も認められなかった。腹腔内の洗浄とイレウス管留置を行い終了となった。腹水中には単球91%、好酸球0%であった。術後から徐々に腹部症状の改善が見られ、術後5日目でイレウス管除去、流動食を開始し、11日目に食上げ完了し退院となった。その後X年10月に腹痛、11月に嘔吐で救急外来を受診したが輸液、鎮痛薬投与で症状軽快し帰宅した。X+1年4月に4日前からの嘔吐と腹痛を主訴に再度当院内科外来を受診した。左下腹部の圧痛を認めたが反跳痛は認めなかった。WBC 5,700/ μ L、CRP 0.88 mg/dL、LDH 304 U/Lであった。CTで十二指腸と大腸全体の著明な壁肥厚を認めた。腹水は認めなかった。入院、絶食補液管理とした。入院2日目に施行した直腸S状結腸内視鏡検査において腸管粘膜に浮腫を認めたが、潰瘍やびらんも認めなかった。生検では間質に形質細胞、リンパ球主体の慢性炎症が認められた。血管炎の所見は認めなかった。SLEを疑う腹部以外の症状はなく、身体診察上も異常を認めなかった。しかし抗核抗体80倍、血清補体の低下、抗ds-DNA抗体IgG 111 IU/mLに加え、尿蛋白3+と腎障害も認め、ループス腸炎と診断した。現在、膠原病科とともに外来フォロー中である。SLEの初発症状がループス腸炎の場合は診断に難渋することがあり、文献的考察を含めて報告する。

ループス腸炎, SLE

東海大学医学部 内科学系消化器内科学¹⁾,
同 外科学系消化器外科²⁾
谷垣祐紀¹⁾, 佐野正弥¹⁾, 金子元基¹⁾, 佐藤博彦¹⁾, 寺島英里香¹⁾,
門間牧子¹⁾, 藤沢美亜²⁾, 西田莉子²⁾, 庄司佳晃²⁾, 鍋島一仁²⁾,
松嶋成志¹⁾, 小柳和夫²⁾, 鈴木秀和¹⁾, 加川建弘¹⁾

【症例】70歳男性【主訴】ふらつき、黒色便【現病歴】X年12月に主訴を自覚し、翌日も持続しており当院を受診した。来院時の血液検査にてHb 7.5 mg/dLと低値であり、尿素窒素/クレアチニン比の上昇を認め、上部消化管出血の疑いで緊急入院となった。【既往歴】胃切除（胃潰瘍、Billroth 1法）、C型肝炎、前立腺癌【画像所見】造影CT：明らかな血管外漏出像は認めない緊急上部内視鏡検査：観察範囲に明らかな出血性病変を認めない【経過】深部十二指腸や上部空腸からの出血を考慮、第2病日に下部消化管用のスコープを用いて再度上部消化管内視鏡を施行したところ、空腸に15mm程度の粘膜下腫瘍を認めた。粘膜下腫瘍の肛門側にびらんを認めたが活動性出血は認めず、第3病日より食事開始とした。その後貧血も改善傾向にあったが、第6病日に再度黒色便の出現および貧血の進行を認めた。第9病日に施行した超音波内視鏡検査にて腫瘍の一部が腸管外と連続している所見があり、造影MRIを行いgastrintestinal stromal tumor (GIST)を疑う小腸壁を挟むダンベル型の腫瘍を認めた。出血源と予想される位置は内視鏡的に処置を行うことは困難であり、輸血にてvitalは保たれていたため待機的手術の方針とした。第11病日に大量の下血をきたしpre shock状態となり緊急小腸切除術を行った。病理組織検査では紡錘形の腫瘍細胞が索状となって錯綜しており、免疫染色にてc-kit陽性でありGISTに矛盾しない所見であった。術後は消化器外科へ転科となった。【考察】今回、黒色便を契機に発見され、消化管内視鏡検査により腫瘍を同定した小腸GISTの1例を経験した。小腸GISTはCTにて腫瘍を同定される場合が多く、上部消化管内視鏡検査にて小腸GISTを同定した症例は稀である。本症例では入院時の緊急上部内視鏡では腫瘍を同定することはできなかったが、下部消化管用のスコープを用いることで腫瘍の同定が可能となった。若干の文献的考察を交えて報告する。

小腸GIST, 消化管出血

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

症例は64歳男性。来院2年前に右口蓋扁桃の白苔を伴う腫瘍と右頸部リンパ節腫大からA病院を受診し、生検で末梢性T細胞リンパ腫 (PTCL) とびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の混合型腫瘍と診断された。R-CHOP療法6コースにより完全奏功を達成した。以降、PET-CTでfollow upが施行され、来院1か月前まで完全奏功を維持していた。来院2週間前より頻回の水様便が出現したためすぐに近医を受診した。その後も1日10回以上の水様便に加え血便、チネムスチが出現したため、精査のため当科を紹介受診した。来院時左側腹部から下腹部まで自発痛・圧痛を認め、好酸球高値 (34.5%、1621/ μ L)とTARC 高値 (892 pg/mL)を認めた。腹部単純CTでは下行結腸と直腸の限局的壁肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。下部消化管内視鏡検査では下行結腸に出血を伴う不整な全周性壁肥厚を認め、口側への内視鏡挿入が困難であった。S状結腸は正常だったが、直腸に周囲に白斑を多数伴う4cm大の粘膜下腫瘍を認めた。上記病変の組織学的検索で多数の好酸球 (>100/HPF)に加え多数の異型リンパ球の浸潤を認めた。異型リンパ球は免疫染色でCD3陽性、CD20陰性であり、PTCL成分のみの再発とそれによる好酸球増多症候群 (HES)と診断した。治療は当科初診時より5-ASAを処方し、感染否定後にプレドニゾン 30mg/dayの内服を行ったことにより、便性状と回数、末梢血好酸球数は治療開始後10日には正常化した。今後はA病院でPTCLに対する化学療法を施行する予定である。HESは特発性の他、二次性にも引き起こされることが知られている。PTCLとHESの関連の報告はあるが、大腸限局的PTCLによりHESをきたした症例は報告が極めて少なく、本症例では特徴的な内視鏡所見と病理学的検査にて迅速かつ適切な診断・治療に結びついた。PTCLとHESの関連や本症例のような腸管限局性PTCLとHESの合併例を含め、文献的考察を加えて提示する。

好酸球増多症候群, 末梢性T細胞リンパ腫

77 若年発症の虚血性腸炎の1例

JA 神奈川県厚生連 相模原協同病院 臨床研修医2年¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾
橋口芽実¹⁾, 眞部優作²⁾, 中畑万里子²⁾, 小野寺立²⁾, 井廻佳菜²⁾,
川野壽宙²⁾, 宮田英治²⁾, 吉澤奈津子²⁾, 村田 東²⁾, 荒木正雄²⁾,
風間暁男³⁾

【症例】19歳女性。200X年12月に水様性下痢・血便・腹痛を主訴に当院の救急外来を受診した。身体所見では左下腹部に圧痛を認めたが筋性防御・反跳痛は認めなかった。血液検査では軽度炎症反応上昇を認めるのみであった。造影CTでは下行結腸から直腸にかけて浮腫状変化、壁肥厚、造影不良を認めた。腹痛が強く体動困難であり同日に入院となった。便培養・CDトキシン検査は陰性であった。第2病日の下部消化管内視鏡検査では、脾弯からS状結腸まで白苔を有する縦走潰瘍や一部帯状潰瘍を認めた。下行結腸の炎症が最も強く管腔のほぼ全周に比較的浅い潰瘍を認め、深掘れ潰瘍は認めず周囲粘膜に異常はなかった。大腸粘膜生検では軽度炎症細胞浸潤を認めるのみであり、若年発症の虚血性腸炎と診断した。禁食、抗生物質で徐々に症状は消失し、第3病日には腹痛はほぼ消失し、食事を再開し症状増悪なく第4病日に退院となった。その後も外来で症状再燃なく経過している。若年発症であり、基礎疾患も認めなかったため原因精査のために凝固機能検査や膠原病疾患の検索も行ったが全て正常値内であり、原因は特定できなかった。【考察】虚血性腸炎の概念は主幹動脈に明らかな閉塞を認めない一過性大腸虚血性疾患であり、高血圧、脂質異常症、糖尿病などの動脈硬化に伴う基礎疾患を有する高齢者に発症することが多い。一方、若年者は基礎疾患を有さない症例が多い。また、便秘や経口避妊薬の因果関係が推測されているが判然としにくいことも多い。今回我々は19歳と若年発症の虚血性腸炎を経験したため文献的な考察を加え報告する。

虚血性腸炎, 若年性

78 多彩な画像所見を呈した治療抵抗性憩室炎の1例

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾, 同 消化器内視鏡科²⁾
高野澄玲¹⁾, 大森鉄平¹⁾, 松永卓士²⁾, 高鹿美姫¹⁾, 高山敬子¹⁾,
小木曾智美¹⁾, 中村真一¹⁾, 徳重克年¹⁾

症例65歳、男性。主訴は腹痛。X-3年前にS状結腸憩室炎で入院歴がある。X年1月に海外渡航歴があり、生牡蠣やステーキなどを喫食していた。帰国前後より上腹部痛が出現し、軽快傾向であったが症状が持続するため同年2月に当院受診となった。受診時、微熱を伴い臍下4横指を最強点とする腹部圧痛を認めた。WBC16520/ μ L (NEUT36.5%, EOS50.7%), CRP11.6mg/dLと炎症反応の上昇があり、憩室炎の診断で緊急入院となった。入院時胸部単純レントゲンで両肺野に結節影を散見し、COVID19-Film Array PCR陽性であったがCOVID-19抗原は陰性のため既往感染と判断した。造影CTではS状結腸遠位の全周性壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇を認め、大網の脂肪織混濁と腹膜肥厚を伴っていた。肝には斑状の早期濃染域が散見された。さらに左気胸と両肺胸水、胸膜と接する多発結節が認められ、多発結節の一部は蛇行構造が疑われた。画像所見から吸虫症の可能性があったため、詳細な問診を施行したところ、2~3ヶ月前に猪肉のローストを喫食していたことが明らかとなった。抗寄生虫抗体検査において肝吸虫クラス2、宮崎肺吸虫クラス1、ウエストマン肺吸虫クラス1を認めたことから肝吸虫及び肺吸虫症と診断した。入院後より憩室炎ならびに腹膜炎に対してTAZ/PIPCを投与してもCRPの改善乏しかったが、確定診断後よりプラジカンテル20mg/kg \times 2回を2日間投与したところ、自覚症状とWBC、CRPの改善が認められた。憩室炎再燃が疑われたが、画像所見と詳細な問診により吸虫症の診断に至った症例を経験したため、文献的考察も併せて報告する。

吸虫症, 憩室炎

79 高カルシウム血症を呈したPTHrP産生肝内胆管癌の1例

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
渡邊大樹¹⁾, 海老沼浩利¹⁾, 井上和明¹⁾, 金田真人¹⁾, 西澤俊宏¹⁾,
山下健太郎¹⁾, 結束貴臣¹⁾, 小無田美奈²⁾, 篠浦 丞¹⁾,
林雄一郎²⁾

症例は80歳代、男性。約2週間前から両下肢の浮腫が出現していたが、病院は受診しないであった。自宅内で倒れて動けなくなり救急搬送された。来院時、軽度の黄疸と腹部膨満を認め、精査治療目的で即日入院となった。来院時からJCSI-1の意識障害を認め、血液検査から高Ca血症に(Ca 11.6mg/dl、補正Ca 12.7mg/d)によるものと考えられた。また、腹部造影CTにて肝左葉はほぼ全体をしめる巨大な影効果の乏しい乏血性腫瘍と肝右葉に肝内転移が疑われる無数の腫瘍を認めた。PTH 高値(9.6pmol/L)、PTHrP低値(5.2pg/ml)の結果から、腫瘍に合併した高Ca血症と診断して。低アルブミン血症、高Caへの治療としてアルブミン製剤とフロセミド、ゾレドロンを投与、意識障害の改善を認めた。その後、肝腫生検を施行、生検組織はadenocarcinoma、免疫染色にて腫瘍細胞は、CDX2陰性、S100p一部陽性を示し、肝内胆管癌 large duct type として矛盾しない結果であった。その後、化学療法も検討していたが、腫瘍は急速に増大傾向で、肝予備能の改善に乏しく、呼吸困難を呈し、死亡した。悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症の原因として腫瘍によるPTHrP産生があげられる。PTHrP産生は肺癌を始め扁平上皮癌で多く報告があるが、胆管癌をはじめとする腺癌の頻度は極めて低い。我々は、PTHrP産生肝内胆管癌の一例を経験したので、文献的考察も加えて報告する。

肝内胆管癌, PTHrP

80 免疫再構築を伴ったジアフェニルスルホンに起因する薬剤性過敏症候群による非昏睡型急性肝不全の1例

慶應義塾大学病院 消化器内科¹⁾, 同 臨床研修センター²⁾
田中聡行^{1,2)}, 楢 柏松¹⁾, 佐藤 萌¹⁾, 中本伸宏¹⁾, 金井隆典¹⁾

【症例】26歳女性【主訴】発熱、倦怠感【現病歴】4ヶ月前から紫斑および上肢のしびれで皮膚生検にて結節性多発動脈炎(PN)と診断。1ヶ月前から発熱、皮疹増悪のためジアフェニルスルホン(DDS)を開始した。しかし症状改善が見られず新規発疹が全身へ波及したため入院、DDS中止。第4病日に肝障害を認めたため当科へ紹介。【経過】当科初診時、体温40.4℃、眼球結膜に黄疸を認めた。顔面からつま先まで発赤し、紅色の皮疹を認めた。検査所見：T-Bil 4.4mg/dL、PT% 31%、PT-INR 2.26、ALT 603 U/L、ALP 267 U/L、WBC 18300 /mL(異形リンパ球 7.5%、好酸球 5.5%)、AT-3 57%、TAT 10.2 ng/mL、CRP 4.51 mg/dL、IgG 820 mg/dL、フェリチン 2296 ng/mL、DLST(DDS)陽性。CTでは両側腋窩・両側鼠径リンパ節腫大を認め、肝臓に閉塞や浸潤性病変を認めなかった。2度以上の肝性脳症なく、非昏睡型の急性肝不全と診断。薬剤性肝障害診断基準DDW-J 2004は6点の確診(肝細胞障害型)であり、病態として薬剤性過敏症候群(DIHS)が疑われた。同日より当科転科しmPSL 1000 mg/日(3日間)を開始しAT-3製剤も投与した。治療開始後より皮疹および肝予備能の改善が見られ、第7病日よりPSL 1 mg/kg/日に減量した。第9病日より一過性の38℃の発熱(第二峰)および肝機能増悪を認めたが以降改善。第22病日から24病日において薬剤交差過敏(アトバコン)を疑わせる蕁麻疹の所見や38℃前半の発熱(第三峰)を認めたが、肝障害増悪は認めなかった。第15病日でのHHV-6 DNA陽性を確認し、2005年診断基準にて典型DIHSと確診。経過中に末梢血中の異形リンパ球と好酸球数の拮抗的推移も認め、免疫再構築の随伴によるものと考えられた。【考察】DIHSの致死率は10%前後とされており、原因として肝不全が多い。急性肝不全の診断で早期に副腎皮質ホルモンにて進行が抑制できたが、DIHSに対するステロイド投与と減量法について確立されていない。HHV-6を含むウイルス再活性化を含む免疫再構築を随伴することもあり、急性期後の経過にも注意が必要。

薬剤性肝障害, 免疫再構築症候群

虎の門病院 肝臓内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾
 大木真由¹⁾, 松山俊一郎¹⁾, 川村祐介¹⁾, 芥田憲夫¹⁾, 進藤潤一²⁾,
 大久保悟志²⁾, 藤村 優²⁾, 瀬崎ひとみ¹⁾, 保坂哲也¹⁾, 齊藤 聡¹⁾,
 鈴木義之¹⁾, 池田健次¹⁾, 荒瀬康司¹⁾, 鈴木文孝¹⁾, 橋本雅司²⁾,
 熊田博光¹⁾

【症例】50歳代女性【主訴】なし【現病歴】200X年に子宮体癌の術前検査にてHBs-Ag陽性が判明したため当科紹介となった。200X年11月14日にはHBs-Ag>2000.0IU/mL, HBe抗体99.6%, HBV-DNAは検出されず, HBe抗体13.69とHBVキャリアの状態であった。200X年12月ではAFP 14 μg/L, PIVKA-II 14 mAU/mLと腫瘍マーカーは陰性であったが, 腹部超音波検査で肝内に最大径14 mm大の低エコー域が検出された。精査目的に施行した造影MRIでは肝細胞癌は認めず, 肝硬変の所見のみであった。X+1年1月7日から子宮体癌に対して術後化学療法を行う方針となったため, HBV増悪予防のためエンテカビル水和物0.5mg内服を開始した。HBV-DNAは数ヶ月毎に定期検査となったが, 検出されなかった。その後も外来での画像評価では肝細胞癌の合併なく経過した。一方, X+2年はChild-Pugh score 6点, X+4年はChild-Pugh score 7点と年々増加傾向であった。X+7年より腹水貯留に伴い, 体重は徐々に増量傾向であり, X+7年12月2日(Child-Pugh score 11点), 12月20日(Child-Pugh score 12点), X+8年1月12日(Child-Pugh score 11点)に難治性腹水に対してCART療法を施行した。肝予備能が低下し移植を念頭に準備行っても, 脳死肝移植待機のため, 移植が間に合わなくなる可能性も考慮し, 脾臓摘出による肝機能改善効果が期待できるかを確認するため, X+8年1月20日に肝血管造影検査を施行した。脾動脈を介した門脈造影で脾腎静脈シントを認め, 上腸間膜動脈を介した門脈造影では求肝性の門脈血流を確認した。検査結果から脾臓及び側副血行路遮断により肝機能が改善する可能性を考慮し, X+8年2月14日に門脈圧亢進症に対して開腹脾臓摘出術を施行した。術前ではChild-Pugh score 11点であり肝移植の検討もなされていたが術後の腹部CTで腹水貯留は改善を認め, その後Child-Pugh score 6点へ改善を認めた。脾臓によって著明な肝機能障害改善を認めた稀な症例を経験したため, 文献の考察を含め報告する。

非代償性肝硬変, 脾臓摘出術

帝京大学ちば総合医療センター 内科¹⁾,
 帝京大学 医学部 消化器内科²⁾, 四ツ谷医院³⁾, 葉丸病院⁴⁾,
 木更津クリニック⁵⁾, 佐藤医院⁶⁾
 石川英一¹⁾, 村田紗依¹⁾, 高橋健太郎¹⁾, 高村尚樹¹⁾, 佐藤隆久¹⁾,
 四ツ谷諭^{1,3)}, 山田章盛^{1,4)}, 海老原徹雄^{1,5)}, 佐藤新平^{1,6)},
 小尾俊太郎¹⁾

【緒言】国立がん研究センターがん情報サービス「がん統計」(全国がん登録)によると, 2019年における女性の罹患率は人口10万人あたり150(No. 1)である。遠隔転移は, 骨転移(約30%)が最も多く, 次いでリンパ節, 胸膜, 胸壁, 肺, 肝臓, 脳などに転移する。今回, 特異なCT所見を呈した乳癌肝転移の症例を経験したので報告する。

【症例】49歳女性, 20XX年夏頃から右乳房のしこりと腋窩の腫瘍を自覚し11月近医受診。乳癌を疑われ当院を紹介受診した。生検で右浸潤性乳管癌5cm, 多発腋窩リンパ節転移あり, ER+, PgR+, HER2(1+), CEA11.8。祖母に乳癌の家族歴あり。初回治療はAC療法(ドキシフルビン+サイクロフォスファミド)が4コース, 次いでパクリタキセルを4コース行い, 20XX+1年10月乳房切除+腋窩リンパ節郭清術が行われた。ypT2N2aM0 Stage3A術後化学療法としてカベシタピン療法がおこなわれた。主治医退職に伴い主治医の下で継続治療予定であったが自己中断。20XX+2年1月某がんセンター受診し再発なく, 20XX+3年3月近医紹介となり, 内分泌療法を希望されタモキシフェンで経過観察されていた。20XX+4年2月骨シンチとPET-CTで多発肝転移, 多発胸椎転移, 肋骨転移, 鎖骨上リンパ節転移, 多発肺転移を認め, 20XX+4年3月当院に再来了。乳腺外科より肝腫瘍生検依頼され当科初診。超音波検査では多発する低エコー腫瘍として検出された。単純CTでは多発する低吸収域として描出されたが, 造影CTでは多発する腫瘍が不明瞭となった。腫瘍生検は超音波CT下に問題なく施行され, adenocarcinoma, GATA-3陽性で乳癌肝転移に矛盾しなかった。

【結語】乳癌肝転移症例において, 単純CTは造影CTよりも描出能力が高く, 腫瘍径もより正確に描出される(Radiol Oncol. 2021 19; 55(4):418-425.)造影のみならず単純CTも撮影すべきである。

転移性肝癌, 検査・診断(画像)

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
 小柳晴樹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】55歳、男性。【主訴】右頸部腫脹。【既往歴】喫煙・飲酒なし、11歳時に交通事故による脾損傷で手術、40歳時に甲状腺左葉腫瘍で切除。【現病歴】右頸部腫脹で手医を受診し、甲状腺右葉腫瘍と診断され当院耳鼻科紹介。スクリーニング目的で施行した腹部CTで、腹腔内多発腫瘍を指摘され当科紹介となった。甲状腺右葉腫瘍は耳鼻科での生検で濾胞腺腫または腺様腫疑いと診断された。【身体所見】甲状腺右葉に腫瘍を触知、頸部および腹部に術後瘢痕を認める。【検査成績】WBC 6000/μl, RBC470x10³/μl, Hb 13.6g/dl, Hct 42.5%, Plt 24.5x10³/μl, CRP 0.34mg/dl, AST 27U/L, ALT 22U/L, LDH 140U/L, ALP 107U/L, γ-GTP 154U/L, T-Bil 1.14mg/dl, AMY 77/L, HC抗体(-), HBs抗原(-), CEA 1.1ng/ml, CA19-9 8.4U/ml。【臨床経過】腹部造影CTでは脾臓が確認できず、下大静脈腹側に径約60mmの腫瘍と、その他腹部に10~30mm程度の多発する結節性腫瘍を認めた。いずれの腫瘍も比較的均一な造影効果を示した。腹部MRIでは、これら腫瘍はT1強調画像で中等度の、T2強調画像では軽度の高信号を、また拡散強調画像では均一な高信号を示した。以上の画像所見、および小児期の脾損傷の既往より脾症を疑い99mTcコロイド肝脾シンチ、および腫瘍に対するEUS-FNAを施行した。コロイドシンチでの集積像および組織所見より脾症と確定診断し、経過観察の方針となった。【考察】脾症は脾破裂などにより播種した脾組織が腹膜面に付着して発育したものである。脾損傷44年後に偶然診断された脾症の一例を経験し、臨床経過、画像所見を含め示唆に富む症例と考え報告する。

脾症, コロイド肝脾シンチ

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科 人工臓器移植外科
 勝矢雄之, 高山真秀, 渡邊元己, 渡部和玄, 林 善仁, 伊藤橋司,
 岡田明典, 西岡裕次郎, 市田晃彦, 河口義邦, 金子順一, 赤松延久,
 長谷川潔

内臓逆位を合併した症例は、胆道系の解剖が通常と異なることに加え、胆管解剖に破格を伴うこともあるため、腹腔鏡下胆嚢摘出術においては、術中胆道損傷を防ぐために胆管走行を正確に把握する必要がある。我々は内臓逆位を伴う胆嚢結石症に対する腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した際に、Indocyanine green (ICG) 蛍光法を用いた術中胆道造影が胆管解剖把握に有用だった2例を経験したので報告する。1例目は40歳女性で、両大血管右室起始症、心室中間欠損、肺動脈狭窄症を伴っていた。胆道解剖は左右逆で、後区域胆管が左肝管に合流する形態であった。胆嚢は左側に位置し、胆嚢管は比較的長く、総肝管に合流していた。胆嚢動脈は中肝動脈より分岐していた。胆石性胆嚢炎に対して手術を行った。2例目は82歳女性で、多脾症、腸回転異常を伴っていた。肝胆道解剖は逆位ではないものの、胆嚢は正中から左側に位置して肝に付着しており、胆嚢管は総胆管の前面を走行してほぼ正中で総肝管に合流していた。胆嚢動脈は左肝動脈から分岐していた。有症状胆嚢結石症に対して手術を行った。2症例とも、トロッカー配置は通常と左右対称となるように、臍、心窩部、左腋窩左肋弓下、左腋窩中線上とした。術者は患者右側に立ち操作をしたが、剥離の方向によっては患者左側からも剥離操作を行うことや、左手でエネルギーデバイスを使用するといった工夫を行った。全身麻酔導入後にICGを2.5 mg静脈注射し、胆管解剖把握や胆管処理時にはICG蛍光法を用いた術中胆道造影にてリアルタイムに胆管の同定を行った。胆道損傷なく安全に手術を完遂でき、それぞれ手術時間は1時間8分、2時間52分、出血量は少量、10 ml、どちらも術後3日目に合併症なく退院となった。内臓逆位のような胆道系の解剖が通常と異なる症例や、胆管解剖に破格を伴う症例において、ICG蛍光法を用いた術中胆道造影は、リアルタイムに胆管解剖を把握できるため、より安全な腹腔鏡下胆嚢摘出術を行う上で有用と考える。

内臓逆位, 腹腔鏡下胆嚢摘出術

肝細胞癌による肝門部と下部の胆管閉塞に対して超音波内視鏡下胆道ドレナージを一次治療として実施した一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科
宮内琉希, 倉田準斗, 水野 卓, 辻 翔平, 佐藤 彩, 濱田大祐,
相馬直人, 植村隼人, 瀨上 彰, 浅見真衣子, 塩川慶典, 内田義人,
打矢 紘, 安藤さつき, 中尾将光, 菅原通子, 中山伸朗, 今井幸紀,
富谷智明, 持田 智

【目的】超音波内視鏡下胆道ドレナージ (endoscopic ultrasonography-guided biliary drainage: EUS-BD) は、術後再建腸管、悪性胃排出路閉塞などの乳頭到達困難例において、ERCPに代わる治療として開発された。しかし、ERCPが可能な症例でも、病態を考慮してこれを選択するのが適切な場合がある。進行肝細胞癌による複雑な閉塞性黄疸に対し、まず、EUS-BDによるドレナージを行い、減黄に成功した症例を経験したので報告する。
【症例】60歳女性、X-1年2月に肝機能異常で受診し、NASH疑いの慢性肝炎疾患に発生した肝細胞癌と診断された。肝右葉に最大径8 cmの腫瘍が多発し、門脈内腫瘍血栓、傍大動脈リンパ節転移が認められ、アテゾリズマブ・ベバシズマブが導入された。X-1年11月に腫瘍増大を認め、レンパチニブに変更となった。X年2月に総ビリルビン16.0 mg/dLで入院となった。CTでは右葉の腫瘍は径11 cmまで増大し、肝門部胆管に浸潤、左肝内胆管は拡張し、B2とB3は分断されていた。肝十二指腸間膜リンパ節転移が増大し、下部胆管内に腫瘍栓を形成していた。肝門部と下部の2ヶ所で胆管が狭窄しており、経乳頭的なドレナージでは狭窄部が閉鎖腔となって感染巣となる可能性があった。また、肝細胞癌の胆管浸潤は胆道出血によってステントの早期閉塞をきたしやすく、腫瘍を介さないドレナージが望ましいと判断した。そこでEUS-BDを第一選択とし、超音波内視鏡下に経胃的に肝内胆管を穿刺し、B2とB3にそれぞれプラスチックステントを留置した (endoscopic ultrasonography-guided hepaticogastrostomy: EUS-HGS)。一過性の胆汁性腹膜炎がみられたが、保存的治療で軽快した。減黄は良好で、黄疸が改善して退院となった。【結語】ERCPが可能な症例であっても、病態によってはEUS-BDによるドレナージが有用である。個々の症例に応じて最適なドレナージ方法を選択する必要がある。

超音波内視鏡下胆道ドレナージ, 肝細胞癌

胆嚢壁内嚢胞から発癌した胆嚢癌の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾,
同 光学医療診療部²⁾, 同 病理部³⁾,
同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科⁴⁾
南 知里¹⁾, 丹下圭一¹⁾, 白田龍之介²⁾, 鈴木由佳里¹⁾, 大山博生¹⁾,
金井祥子²⁾, 野口賢作²⁾, 鈴木辰典³⁾, 佐藤達也³⁾, 石垣和祥³⁾,
齋藤友隆⁴⁾, 濱田 毅⁴⁾, 高原楠昊⁴⁾, 中井陽介⁴⁾, 日向宗利⁴⁾,
戸田健夫⁴⁾, 金子順一⁴⁾, 長谷川潔⁴⁾, 藤城光弘⁴⁾

【症例】73歳男性【経過】前医にて肝胆道系酵素上昇を契機に、腹部超音波検査で肝内胆管拡張を指摘され当科紹介受診。造影CT検査では造影効果を伴う肝門部胆管壁肥厚と肝内胆管拡張を認め、肝門部胆管癌を疑った。胆嚢頸部に隣接し3cm大の嚢胞状構造も認めたが、内部には胆泥様沈殿物と石灰化あり、分節型腺筋症を疑った。超音波内視鏡検査では左右肝管分岐部に腫瘍を認め、B3根部は壁肥厚も伴ったが、肝内胆管には進展を疑う所見は認めなかった。ERCPでは上部胆管に圧排狭窄像を認め悪性胆道閉塞としては非典型的だったが、左右肝管は泣き別れ、かつ前後区域枝根部も狭窄を認めた。また胆管造影では胆嚢は造影されたが、嚢胞は描出されなかった。経口胆道鏡検査では、隆起性病変は認めないものの、狭窄部に一致した発赤・血管拡張を伴う粗造な粘膜面が広がり、胆管癌を疑う所見であった。胆管擦過細胞診はclassIII、生検では異型上皮の結果だったが、各検査所見より肝門部領域胆管癌を疑い、左肝尾状葉切除術を施行した。術後病理組織診断では、胆嚢頸部と総胆管の間に胆管上皮で裏打ちされた嚢胞性病変を認め、同嚢胞内を主体とし、周囲への浸潤傾向を有する腺癌を認めた。肝門部胆管にも癌病変を認め、嚢胞病変からの直接浸潤が疑われた。胆管病変と胆管との交通は明らかではなく、高度の炎症により壁構造の評価が困難なものの、一部Rokitansky-Aschoff sinusに類似した構造を認めた。以上より胆嚢腺筋腫症を背景とした嚢胞内上皮が原発の胆嚢癌と診断した。【結語】胆嚢壁内嚢胞に発癌し、肝門部胆管浸潤をきたした1例を経験した。胆嚢壁内嚢胞からの発癌は報告が少なく、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢癌, 胆嚢壁内嚢胞

膵管胃瘻からの経口膵管鏡検査にて診断し得た膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例

筑波大学医学医療系 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾,
同 病理診断研究室³⁾
福江夏希¹⁾, 新里悠輔¹⁾, 鈴木 聡¹⁾, 小島丈心¹⁾, 藤川健太郎¹⁾,
湯原美喜子¹⁾, 阿部 涼¹⁾, 堀尾祐一¹⁾, 石川直樹¹⁾, 城山真美子¹⁾,
川越亮承¹⁾, 遠藤壮登¹⁾, 長谷川直之¹⁾, 坂本 琢¹⁾, 宮崎寛貴²⁾,
下村 治²⁾, 小田竜也²⁾, 朝山 慶³⁾, 松原大祐³⁾, 土屋輝一郎³⁾

【背景】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) おいて経口膵管鏡検査 (POPS) は主膵管病変の形態的な評価や生検が可能であるが、視野確保や病変へのアプローチが困難な症例や膵炎などの合併症のリスクがあり、その適応は限られる。【症例】60歳代男性。【併存疾患】2型糖尿病。【既往歴】下咽頭癌術後、早期食道癌内視鏡治療後。【現病歴】X-20年頃より多量飲酒後の急性膵炎を繰り返していたが飲酒を継続していた。X-7年、造影CTで主膵管拡張と膵石を指摘され、アルコール性慢性膵炎と診断された。X-1年に上部消化管内視鏡検査にて胃体部後壁に粘液の排出を伴う瘻孔を指摘され、X年に精査加療を目的に入院した。【経過】造影CTで主膵管は10mm以上に拡張し、膵体部主膵管内には造影される隆起性病変とその尾側に膵管胃瘻を認めた。MRI拡散強調画像で隆起性病変は高信号であった。超音波内視鏡で膵頭部の主膵管内は膵石で充満しており、膵体部の主膵管に5mmを超える結節があり主膵管型IPMNを疑った。確定診断と範囲診断を目的にPOPSを施行する方針とした。膵石のため経乳頭的な精査は困難であり、膵管胃瘻からアプローチした。POPSで膵管胃瘻の頭部の膵体部主膵管内に粘液の貯留と絨毛状隆起を認め、生検で膵管内乳頭粘液性腺腫と診断した。膵体尾部切除と瘻孔切除術、膵石除去を施行し、術後組織診断は非浸潤性膵管内乳頭粘液性腺腫であった。【考察】本症例は、膵石による膵管拡張を有するアルコール性慢性膵炎の経過中に、主膵管型IPMNが発生し、粘液により主膵管内圧が上昇して膵管胃瘻を来したと考えられた。主膵管型IPMNは主膵管拡張を契機に診断されることが多いが、主膵管拡張を有する慢性膵炎の症例では、診断が遅れる可能性があり、壁結節の評価にも膵石や蛋白栓との鑑別が必要となる。膵管胃瘻からのPOPSは、乳頭部付近の膵石や粘液の影響を受けることなく、膵管病変の観察と生検が可能であった。質的診断や治療方針決定に有用と考えられ、文献的考察も含めて報告する。

膵管内乳頭粘液性腫瘍, 経口膵管鏡検査

慢性膵炎に対するPartington手術後に発生した膵頭部癌の1切除例

獨協医科大学病院 肝・胆・膵外科 (一般外科)¹⁾,
獨協医科大学 消化器内科²⁾, 同 下部消化管治療センター³⁾,
同 病理診断科⁴⁾
長崎絢子¹⁾, 松本尊嗣¹⁾, 仁木まい子¹⁾, 佐藤 駿¹⁾, 田中元樹¹⁾,
清水崇行¹⁾, 山口教宗¹⁾, 朴 景華¹⁾, 白木孝之¹⁾, 森 昭三¹⁾,
磯 幸博¹⁾, 永島一憲²⁾, 入澤篤志²⁾, 石塚 満²⁾, 石田和之²⁾,
青木 琢¹⁾

症例は72歳男性。1980年、慢性膵炎、膵石症に対しPartington手術を、その後胆石症に対し開腹胆嚢摘出術を施行されている。2022年12月、上腹部痛、黄疸を自覚し精査にて膵頭部に3cm大の腫瘍を認め、EUS-FNAにて膵頭部癌の診断、遠隔転移は認めず、cT3N0M0 StageIIA, resectable腺癌の診断にて、減黄後に術前補助化学療法 (GS療法) 2コースを施行の後に、膵頭十二指腸切除術を企図し手術に臨んだ。H0, P0, CY0を確認、前回手術時の膵管空腸吻合部に腫瘍の直接浸潤を認めた為、吻合部を含む拡大膵頭十二指腸術を施行、膵管断端は術中迅速診断にて陰性が確認できた。空腸は、前回手術時のY脚吻合部の口側5cm程の部位で切断した。前回手術時の挙上空腸は結腸後経路であり、結腸間膜と剥離した後、可及的に腸間を温存し切断した。門脈浸潤部を楔状に合併切除し再建した。消化管再建は、前回手術時の挙上空腸を利用しChild変法再建、胃空腸吻合はBillroth II法、Braun吻合を付加した。術後は大きな合併症なく第15病日自宅軽快退院となったが、術後後挙上空腸に付随残存するY脚盲端の鬱滞に伴う胆管炎を発症し一度再入院、挙上空腸瘻を開放、減圧することで軽快した。病理診断は、invasive ductal carcinoma, ypT3N1M0 yp Stage IIB, R0切除、術前治療効果判定はgrade IBであった。今回、慢性膵炎に対するPartington手術後に発生した膵頭部癌の1切除例というまれな病態を経験したので文献的考察を含め報告する。

膵癌, 慢性膵炎

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科¹⁾、
同 消化器内科²⁾、同 放射線科³⁾、同 病理科⁴⁾、
里見龍太郎¹⁾、春山泰治¹⁾、冲永裕子¹⁾、金井達哉¹⁾、原田庸寛¹⁾、
千葉和朗²⁾、鈴木瑞佳³⁾、堀口慎一郎⁴⁾

【緒言】膵腺房細胞癌は膵腫瘍の中でも比較的稀であり、膨張性発育を来すため発見時の腫瘍径は大きい傾向があるが、切除可能なものは外科的治療を優先することが多い。化学療法などの有効性は確立しておらず、遠隔転移、再発に対する治療戦略も確立していない。今回我々は、巨大膵体尾部膵腺房細胞癌切除後の異時性腹膜播種に対し切除を施行した症例を経験したので報告する。【症例】61歳、男性。2年8か月前に膵尾部18cm大の腫瘍に対し、膵体尾部切除、噴門側胃切除、結腸部分切除、食道残胃吻合を施行した。病理診断は膵腺房細胞癌であった。補助化学療法としてTS-1内服を4コース行い、外来にて経過観察中のCTで左下腹部腹直筋下に辺縁明瞭な42mm大の腫瘍を指摘された。内部は造影される部分と壊死部が混在しており、以前の膵腫瘍と類似していた。FDG-PETで同部位に軽度の集積を認めしたが、他には所見がなく孤発性と判断した。キャンサーボードで検討の上、切除の方針となった。【結果】下腹部正中正解で腫瘍を同定し、周囲から剥離していった。画像検査から1か月の間に増大していたが、結腸、小腸とは剥離が容易であり腹壁を一部合併切除することで肉眼的に治癒切除可能であった。術後は問題なく経過した。病理所見は75mm大の腫瘍であり辺縁には線維性の被膜を形成していたが、被膜外への露出は認めなかった。組織像は既往の切除標本と類似しており、膵腺房細胞癌の腹膜播種、断端陰性と診断した。術後は補助化学療法を行わず1年(初回切除から3年9か月)無再発生存中である。【結語】膵腺房細胞癌の異時性腹膜播種に対し切除による長期生存の可能性が示唆された。

膵腺房細胞癌、腹膜播種

茅ヶ崎市立病院 消化器内科
清水志志、川島捺未、東 暖乃、林 春菜、井上喬二郎、池田佳彦、
松本悠亮、後藤駿吾、佐藤高光、村田依子、秦 康夫、
栗山 仁

【症例】64歳男性。【現病歴】膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)で前医に通院していたが、血液検査で γ GTP、CEA、CA19-9の高値を認めたためX年7月に当院へ紹介受診した。造影CTで膵尾部に45mm大の乏血性腫瘍と肝臓に20-30mm大の転移性腫瘍の多発を認め、膵癌と多発肝転移を疑った。膵尾部腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺術(EUS-FNA)を施行し、膵癌(cStage4 T3N0M1)と診断した。X年8月、化学療法目的に入院した。入院時の身体所見では初診時と比較して5kgの体重増加と腹部膨満、腹痛・背部痛の増悪を認め、腹水の増多と腫瘍の急速な増大を疑った。血液検査所見では初診時と比較して腎機能の悪化と腫瘍マーカーの著明な上昇を認めた。第2病日にゲムシタピン塩酸塩・ナブパクリタキセル療法を施行した。投与後数日は目立った有害事象はなく経過したが、第5病日に行った採血でUA 16.22mg/dL、K 6.0mmol/L、IP 6.43mg/dLと高尿酸血症、高カリウム血症、高リン血症を認め、腫瘍崩壊症候群(Tumor Lysis Syndrome: TLS)と診断した。同日から大量補液と電解質の補正、尿酸生成抑制薬での加療を開始したが改善は乏しかった。第7病日には血液凝固異常を認め、急性期播種性血管内凝固症候群(DIC)を併発した。急性腎不全が進行し利尿薬を投与しても尿量が乏しい状態となったが、腎代替療法は希望されなかった。第9病日に無尿となり第10病日に死亡した。【考察】今回、膵癌化学療法でTLSをきたした症例を経験した。膵癌でのTLSは稀とされているが、発症した場合の予後が悪いため、疾患に応じてリスク分類を行い適切な予防処置をとることが重要である。今回、希少な症例を経験したため若干の文献的考察を踏まえて報告する。

膵癌、腫瘍崩壊症候群

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第375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375回例会
会長 富谷 智明

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
アヅヴィ合同会社
株式会社アルファインターナショナル
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
MSD株式会社
株式会社L S I メディエンス
大塚製薬株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
カイゲンファーマ株式会社
科研製薬株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社
興和株式会社
シスメックス株式会社
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
株式会社ツムラ
帝人ヘルスケア株式会社
東亜新薬株式会社
東ソー株式会社
日本化薬株式会社
ネスレ日本株式会社
ビオフェルミン製薬株式会社
富士製薬工業株式会社
富士フィルムメディカル株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ 株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社メディコスヒラタ
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6月12日現在)