

日本消化器病学会 関東支部第376回例会

プログラム・抄録集



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）

令和5年9月2日（土）

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第376回例会 プログラム・抄録集

当番会長：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
〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1
TEL 03-3813-3111

会 期：令和5年9月2日（土）

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

<発表者、参加者の皆様へ>

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。時間厳守をお願いします。
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. Web視聴より質問される方は、所属と氏名を明らかにし、Q&Aへ入力をお願いします。
9. 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 13：10～13：15）
10. 参加費は2,000円です。
 - 1) サイトより参加登録いただき、お支払いをお願いいたします。（クレジット決済のみ）
 - 2) 参加登録が完了された方に、第376回例会のWeb開催へ参加の為のID、パスワードをご連絡いたします。また参加証（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。※当日会場での参加登録も可能です。（現金支払いのみ）
11. 当日参加登録受付、PC受付は7：45より開始いたします。
12. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
13. 評議員会は9月2日（土）に現地開催+Zoomによるライブ開催となります。
 - 1) 評議員会：9月2日（土）12：10～12：40（この日時以外での受付は行いません。）
 - 2) 評議員会への参加については第376回例会の参加登録が必要です。
14. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

※Web参加登録は8月21日（月）正午よりオンラインにて開始を予定しております。
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

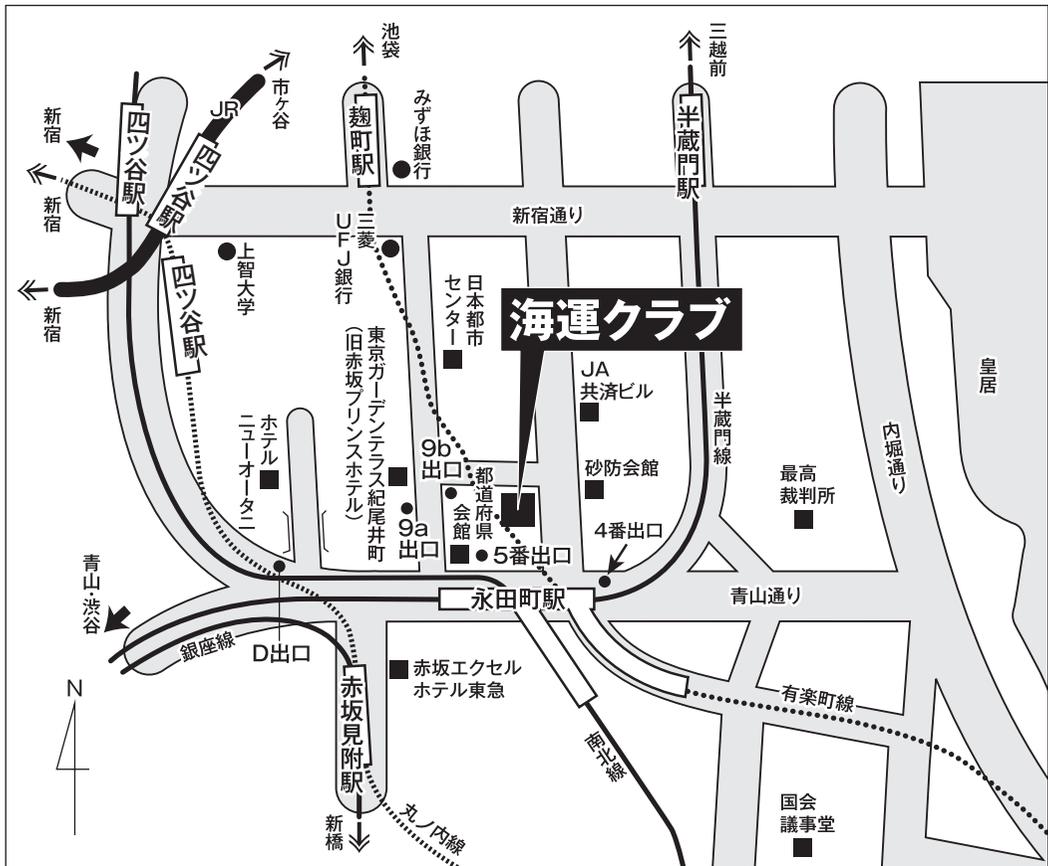
[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第376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：jsge376kanto@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376回例会

令和5年9月2日（土）

7:58～8:00 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（肝臓1）1～3	8:00～8:18	多田 昌弘	(24) 専攻医Ⅳ（上部消化管1）78～80	8:00～8:18	野村 慧
(2) 専攻医Ⅱ（肝臓2）4～6	8:18～8:36	砂田 莉沙	(25) 専攻医Ⅴ（上部消化管2）81～83	8:18～8:36	森 英毅
(3) 専攻医Ⅲ（胆道1）7～9	8:36～8:54	野口 賢作	(26) 専攻医Ⅵ（上部消化管3）84～86	8:36～8:54	寺田 里絵
(4) 専攻医Ⅳ（胆道2）10～13	8:54～9:18	鈴木 彬実	(27) 専攻医Ⅶ（小腸・大腸）87～90	8:54～9:18	池田 礼
(5) 専攻医Ⅴ（膵臓1）14～16	9:18～9:36	宮林 弘至	(28) 専攻医Ⅷ（大腸）91～94	9:18～9:42	紺田 健一
(6) 専攻医Ⅵ（膵臓2）17～19	9:36～9:54	手塚 瞬	9:42～9:47 休憩		
(7) 専攻医Ⅶ（膵臓3）20～22	9:54～10:12	阿川 周平	(29) 研修医Ⅴ（肝臓）95～97	9:47～10:05	清野宗一郎
(8) 専攻医Ⅷ（膵臓4）23～26	10:12～10:36	五十嵐洋介	(30) 研修医Ⅵ（胆道）98～101	10:05～10:29	高橋 良太
10:36～10:41 休憩			(31) 研修医Ⅶ（膵臓1）102～104	10:29～10:47	稲垣 冬樹
(9) 研修医Ⅰ（上部消化管1）27～30	10:41～11:05	中村 直裕	(32) 研修医Ⅷ（膵臓2）105～107	10:47～11:05	飯野陽太郎
(10) 研修医Ⅱ（上部消化管2）31～33	11:05～11:23	早河 翼	(33) 研修医Ⅳ（膵臓・その他）108～110	11:05～11:23	佐久間 文
(11) 研修医Ⅲ（小腸・大腸）34～37	11:23～11:47	坪井瑠美子	12:10～12:40 評議員会（第2会場）		
(12) 研修医Ⅳ（大腸）38～40	11:47～12:05	西成田 悠	12:40～13:10 ミニランチセミナー		
12:25～13:10 ランチョンセミナー 「消化管内視鏡診療の現状と展望」 新東京病院 消化器内科 部長 外山 雄三 先生 国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 部長 鈴木 翔 先生 司会 日本大学医学部内科学系 消化器膵臓内科学分野 教授 後藤田 卓志 先生 共催：富士フィルムメディカル株式会社/富士フィルム株式会社			「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～」 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 先生 司会 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授 中井 陽介 先生 共催：アストラゼネカ株式会社		
13:10～13:15 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） 「肝臓病研究へのいざない」 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 先生 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					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	15:00～17:00		
(13) 上部消化管1 41～43	14:10～14:28	本田 卓	「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」		
(14) 上部消化管2 44～47	14:28～14:52	寺邑英里香	司会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）		
(15) 小腸・大腸 48～51	14:52～15:16	野元 勇佑	★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。		
(16) 大腸 52～55	15:16～15:40	綾木 花奈	★専門医更新単位3単位取得できます。		
(17) 肝臓 56～59	15:40～16:04	相馬 直人			
(18) 胆道1 60～62	16:04～16:22	五十嵐隆通			
(19) 胆道2 63～65	16:22～16:40	熊谷純一郎			
(20) 胆道3 66～68	16:40～16:58	山口 教宗			
(21) 膵臓1 69～71	16:58～17:16	渡辺 真郁			
(22) 膵臓2 72～74	17:16～17:34	金井 祥子			
(23) 膵臓3 75～77	17:34～17:52	伊藤 光一			
17:52～ 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 13:10～）

特別講演

第1会場 13:15~14:10

「肝臓病研究へのいざない」

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** 先生
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**

……演者の先生ご紹介……

こいけ かずひこ
小池 和彦 先生

公立学校共済組合 関東中央病院 院長／東京大学名誉教授

- | | | |
|-------|------------------------------------|--|
| 1980年 | 東京大学医学部卒業
東京大学医学部附属病院 研修医 | 日本消化器内視鏡学会(功労会員)
Journal Editor歴 |
| 1981年 | 小平記念東京日立病院内科 医員 | Journal of Hepatology Associate Editor |
| 1983年 | 東京大学医学部第一内科 医員 | Liver International Associate Editor |
| 1984年 | 国立予防衛生研究所腸内ウイルス部 研究生 | Hepatology Editorial Board |
| 1986年 | 米国立癌研究所分子ウイルス部 フェロー | Cancer Science Associate Editor |
| 1988年 | 米国赤十字ホランド研究所ウイルス部 フェロー | Journal of Gastroenterology Deputy Editor-in-Chief,
Associate Editor |
| 1989年 | 東京大学医学部第一内科 医員 | Hepatology Research Deputy Editor-in-Chief,
Associate Editor |
| 1991年 | 同 助手 | |
| 1997年 | 同 講師 | |
| 1998年 | 東京大学大学院医学系研究科生体防御感染症学
助教授 | Journal of Gastroenterology and Hepatology Editorial
Board |
| 2004年 | 東京大学大学院医学系研究科感染制御学・生体
防御感染症学 教授 | 主たる受賞歴
日本肝臓学会賞(織田賞)(1999年)
「C型肝炎ウイルスによる肝発癌機序の解明」
ベルツ賞(2000年)
「感染症の分子基盤」
Hepatol Research High Citation賞(2009, 2010年)
「Hepatitis C and oxidative stress」 |
| 2009年 | 東京大学大学院医学系研究科消化器内科学 教授 | 日本消化器病学会学術賞(2018年)
「肝炎から肝臓に至る病態の解明」 |
| 2021年 | 東京大学 名誉教授 | 日本医師会医学賞(2020年)
「肝炎から肝臓に至る病態の解明と臨床応用」 |
| 2021年 | 公立学校共済組合 関東中央病院 病院長 | |
- 主たる所属学会等**
日本消化器関連学会機構(JDDW)(理事長)
日本消化器病学会(前理事長)
日本肝臓学会(前理事長)
日本内科学会(元理事長)
日本医学会連合(理事)・日本医学会(幹事)
日本臨床分子医学会(前理事長)
日本感染症学会(評議員)

ランチオンセミナー

第1会場 12:25～13:10

「消化管内視鏡診療の現況と展望」

講演Ⅰ. 新東京病院 消化器内科 部長 **外山 雄三** 先生

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** 先生

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** 先生

共催：富士フィルムメディカル株式会社/富士フィルム株式会社

………演者の先生ご紹介………

とやま ゆうぞう
外山 雄三 先生

新東京病院 消化器内科 部長

【略歴書】

2008年3月 埼玉医科大学卒業
2008年4月～2010年3月 沖縄中部徳洲会 初期研修
2010年4月～2015年3月 東京都立墨東病院 シニアレジデント
2015年4月～2020年12月 千葉徳洲会病院
2021年1月～ 新東京病院

【専門医・認定医】

日本内科学会総合専門医、日本消化器内視鏡専門医・指導医、
日本消化器病専門医・指導医、日本消化器がん検診認定医、
日本消化管学会専門医

【所属学会】

日本内科学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化器病学会、
日本消化器がん検診学会、日本消化管学会

すずき しょう
鈴木 翔 先生

国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 部長

学歴

2007年 山形大学 医学部医学科 卒業
2016年 東京医科大学大学院 医学研究科博士課程 修了

職歴

2007年 仙台市立病院 初期・後期臨床研修医
2011年 がん研有明病院 内視鏡診療部 レジデント
2014年 東京医科大学 消化器内科 臨床研究医
2015年 JA秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科 医員
2017年 日本大学医学部 消化器肝臓内科学分野 助手
2020年 日本大学医学部 消化器肝臓内科学分野 助教
2021年 JA秋田厚生連由利組合総合病院 消化器内科 医長
2022年 国際医療福祉大学医学部 消化器内科学 教授
(現在) 国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 部長

所属学会

日本内科学会：認定医・総合内科専門医・指導医
日本消化器病学会：専門医・指導医・関東支部評議員・学会
評議員
日本消化器内視鏡学会：専門医・指導医・関東支部評議
員・学術評議員・英文誌 (Digestive
Endoscopy) 編集委員
日本消化管学会員：専門医・指導医・関東支部幹事・学術企
画委員
日本胃癌学会員：代議員
日本ヘリコバクター学会：H. pylori感染症認定医
International Active Member of American Society for
Gastrointestinal Endoscopy

ミニランチセミナー

第2会場 12:40～13:10

「治癒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～」

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** 先生
司会 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授 **中井 陽介** 先生

共催：アストラゼネカ株式会社

………演者の先生ご紹介………

おくさか たくじ
奥坂 拓志 先生

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 科長

略歴

●専門領域

肝胆膵悪性腫瘍の内科的治療

●略歴

平成2年(1990) 岐阜大学医学部卒業
平成3年(1991) 聖隷三方原病院内科(静岡県浜松市)
平成5年(1993) 国立がんセンター中央病院肝胆膵内科 レジデント
平成8年(1996) 国立がんセンター中央病院肝胆膵内科 スタッフ
平成22年(2010) 国立がん研究センター中央病院肝胆膵内科 科長

平成8年(1996) ASCO(米国臨床腫瘍学会)Merit Award受賞

●ガイドライン関係

胆道癌診療ガイドライン改訂委員会 委員
肝内胆管癌診療ガイドライン作成委員会 委員
膵・消化管神経内分泌腫瘍診療ガイドライン 評価委員

●AMED関連

革新的がん医療実用化研究事業「切除可能な局所進行癌に対する術前治療の有効性を検証する多施設共同臨床試験」研究開発代表者

第25回専門医セミナー

第2会場 15:00～17:00 (WEB 視聴併用)

「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」

第25回専門医セミナー（第373回例会 2023年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。問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

※専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。（日本消化器病学会関東支部第376回例会における参加登録ならびに参加費をお支払いください。）

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

司 会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）

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

出場選手：麻生 健太 先生（国立国際医療研究センター病院 外科）
奥秋 匠 先生（順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科）
柏寄 由希 先生（深谷赤十字病院 消化器科）
清水 陸久 先生（東邦大学医療センター大森病院 消化器内科）
永井 奎毅 先生（国際医療福祉大学三田病院 消化器内科）
長江 源 先生（日本大学医学部附属板橋病院）
平澤 智明 先生（埼玉メディカルセンター 消化器内科）
山崎 雄馬 先生（横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学）

第1会場（午前の部）

7:58~8:00

—開会の辞—

—評価者—

東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	松井 哲平
埼玉医科大学国際医療センター	消化器内科	谷坂 優樹
杏林大学医学部付属病院	消化器内科	大野亜希子

(1) 専攻医Ⅰ（肝臓1） 8:00~8:18 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 多田 昌弘

1. 肝生検により診断し得た黄色肉芽腫性肝腫瘍の一例

東京医科大学病院 消化器内科 ○杉村真之介, 掛川 達矢, 中島 啓佑, 高橋 宏史
和田 卓也, 吉益 悠, 竹内 啓人, 杉本 勝俊
糸井 隆夫

2. 肝生検が診断に有用であり, ステロイドが著効した肝サルコイドーシスの1例

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○上原 兼礼, 神田 達郎, 本田 真之, 十束 茉衣
有間 修平, 金澤 芯依, 佐々木玲奈, 松本 直樹
増崎 亮太, 山上 裕晃, 木暮 宏史
同 病態病理学系人体病理学分野 羽尾 裕之

3. EUS-FNB で診断した肝 focal nodular hyperplasia の一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科 ○酒向 大暉, 高野 祐一, 野田 淳, 山脇 将貴
浅見 哲史, 新谷 文崇, 西元 史哉, 長浜 正亞

(2) 専攻医Ⅱ（肝臓2） 8:18~8:36 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 砂田 莉沙

4. 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法中にirAE筋炎を併発した一例

順天堂大学医学部付属練馬病院 消化器内科 ○池嶋 俊亮, 山科 俊平
順天堂大学医学部付属順天堂医院 消化器内科 池嶋 健一
順天堂大学医学部付属練馬病院 消化器内科
順天堂大学医学部付属順天堂医院 消化器内科 大久保裕直, 岩野 知世

5. 交通外傷後の持続する心窩部痛で発覚した外傷性 Budd-Chiari 症候群を疑う一例

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

6. 非アルコール性脂肪性肝疾患との鑑別を要した Wilson 病の1例

昭和大学病院 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○坂 隆寛, 音山 裕美, 富士 貴弘, 杉浦 育也
中島 陽子, 居軒 和也, 市川 雪, 魚住祥二郎
下間 祐, 打越 学, 坂木 理, 吉田 仁
同 臨床病理診断学講座 本間まゆみ, 矢持 淑子

(3) 専攻医Ⅲ(胆道1) 8:36~8:54 座長 東京大学医学部 消化器内科 野口 賢 作

7. 胆嚢癌との鑑別が困難であった胆嚢壁内膿瘍の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○上村 泰子, 奥秋 匠, 小田倉里奈, 壁村 大至
石井 重登, 上山 浩也, 藤澤 聡郎, 永原 章仁
池嶋 健一, 伊佐山浩通
同 放射線科 佐野 勝廣
同 大学院医学研究科 人体病理病態学講座 福村 由紀

8. 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝門部領域胆管原発神経内分泌腫瘍の1例

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

9. 急性胆嚢炎を契機に診断した切除不能胆嚢原発神経内分泌癌(NEC)の1例

三井記念病院 消化器内科 ○鈴木 賛, 丹野恵里佳, 阿部 敏明, 中原 健徳
竹熊 勇登, 北村 友里, 佐藤 公紀, 近藤真由子
高木 馨, 小島健太郎, 関 道治, 戸田 信夫

(4) 専攻医Ⅳ(胆道2) 8:54~9:18 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 鈴木 彬 実

10. 広範な膵管内進展を呈した十二指腸乳頭部癌の1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○佐藤 祐大, 中村 健二, 財部紗基子, 市川 将隆
片山 正, 尾城 啓輔, 瀧川 穰, 岸川 浩
佐々木 文, 西田 次郎

11. 内視鏡的に治療しえた胆管および大腸に瘻孔を形成した Mirizzi 症候群の1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○竹之内恵菜, 薩田 祐輔, 寺師 和真, 丹羽はるか
関根 章裕, 五十嵐洋介, 中原 一有, 立石 啓介

12. 完全内臓逆位の悪性肝内胆管狭窄に対して腹臥位で ERCP を施行した1例

国際医療福祉大学三田病院 消化器内科 ○永井 奎毅, 深沢 直人, 上野 真, 杉元俊太郎
石井 研, 高野 幸司, 渡辺知佳子, 片岡 幹統
正岡 建洋

13. 長期経過中に遠位胆管癌を発症した自己免疫性膵炎の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門 ○小野明日香, 菅野 敦, 田中 朗嗣, 櫻井 祐輔
横山 健介, 山本 博徳
同 外科学講座消化器一般移植外科部門 青木 裕一
同 病理診断部 樺澤 森, 福嶋 敬宜
同 内科学講座 消化器内科部門 池田恵理子, 安藤 梢
同 病理診断部

(5) 専攻医Ⅴ(膵臓1) 9:18~9:36 座長 東京大学医学部 消化器内科 宮林 弘 至

14. 超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) により診断した2型自己免疫性膵炎の2例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○木村 勇太, 大塚 武史, 松原 三郎, 芦田 安輝
増渕 悟志, 鴫田 正樹, 鈴木 一世, 岸 寛士
砂田 莉沙, 新井 智洋, 田中 孝幸, 田川 慧
加藤 秀輔, 堀 裕太郎, 須田健太郎, 寺井 悠二
高林英日己, 加藤 真吾, 岡 政志, 名越 澄子

15. 膵十二指腸動脈瘤破裂に対する TAE 後に十二指腸水平部の狭窄を来した1例

新東京病院 消化器内科 ○酒井晋二郎, 浅原 新吾, 小森那々子, 前田 元
小玉 祐, 西澤 秀光, 外山 雄三, 溝上 裕士
長浜 隆司

16. Superparamagnetic Iron oxide 造影 Magnetic resonance imaging で診断が困難であった splenosis の一例

虎の門病院 肝胆膵外科 ○横山 充, 松村 優, 橋本 雅司, 進藤 潤一
大久保悟志
同 病理診断科 藤井 丈士, 久米 絢子

(6) 専攻医Ⅵ(膵臓2) 9:36~9:54 座長 神奈川県立がんセンター 消化器内科 手塚 瞬

17. BRCA 遺伝子変異陽性膵癌の術後再発に対してオラパリブを導入した1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○岡田 俊二, 花岡 太郎, 奥脇 興介, 石崎 純郎
安達 快, 渡辺 真郁, 岩井 知久, 木田 光広
草野 央
同 一般・小児・肝胆膵外科学 西澤 伸恭, 隈元 雄介

18. 膵癌術後約3年に認めた残膵3病変再発に対して外科手術を行った1例

横浜労災病院 消化器内科 ○能中理紗子, 関野 雄典, 悦田咲季子, 上野 航大
利井 辰光, 西上堅太郎, 伏見 光, 松本 彰太
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 羽成 直行

19. 急性膵炎を契機に発見された膵癌の2例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 内科 ○中村ゆりこ, 木下 聡, 平澤 智明, 高田 祐明
南 一洋, 碓井 真吾, 中里 圭宏, 吉田 武史

(7) 専攻医Ⅶ(膵臓3) 9:54~10:12 座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 阿川 周 平

20. 腹腔内播種により巨大血腫・多量血性腹水を生じた膵体部癌の1例

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科 ○八木はるか, 新行内綾子, 清水 健人, 白鳥 航
西村 光司, 宮村 達雄, 伊藤 健治, 阿部 朝美
金田 暁, 齊藤 正明, 多田 稔, 杉浦 信之

21. 相同組替え欠損関連遺伝子を有する膵癌の三次治療として modified FOLFIRINOX 療法を行い、長期の病勢コントロールが得られた一例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○山田 善人, 大城 雄, 池田 剛, 金子 恵子
河越 哲郎, 岩切 勝彦

22. 高度進行(BR-A)膵退形成癌に対し術前化療の施行を迷った結果 up-front surgery を選択し5年生存を得ている1例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 ○麻生 健太, 竹村 信行, 吉崎 雄飛, 国土 貴嗣
稲垣 冬樹, 三原 史規
同 消化器内科 小島 康志, 山本 夏代
同 肝胆膵外科
同 消化器内科 国土 典宏

(8) 専攻医Ⅷ(膵臓4) 10:12~10:36 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 五十嵐 洋介

23. 短期間で増大した高齢者の主膵管型膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary mucinous neoplasm: IPMN) の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○石井 咲貴, 岩崎 将, 星 健介, 氏田 互
岩田俊太郎, 木村 祐介, 山田 悠人, 宅間 健介
伊藤 謙, 岡野 直樹, 五十嵐良典, 松田 尚久
佐藤洋一郎

24. 黄疸を契機に発見され膵管胆管瘻を形成した膵管内乳頭粘液性腺腫の1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○石田 拓也, 落合 一成, 江藤晃一郎, 澁田 秀則
山田 貴大, 川本 翔, 神林 孔明, 野坂 岳志
権藤 興一, 渡邊 俊介, 土岐 真朗, 久松 理一
同 病理学教室 二階 雪野, 柴山 隆宏, 藤原 正親

25. 破骨細胞様巨細胞を有する膵未分化癌の一例

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科 ○久米 菜緒, 濱中 潤, 安部 真蔵, 平松 直樹
石原 鴻, 林 知恩, 加藤 由子, 塚本 恵
比嘉 愛里, 小串 勝昭, 中野間 紘, 西郡 修平
小柏 剛, 岡 裕之, 近藤 正晃

26. 特異な画像所見を呈した AFP 産生膵腺房細胞癌の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○前原 健吾, 中村 順子, 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

(9) 研修医 I (上部消化管 1) 10:41~11:05 座長 上尾中央総合病院 消化器内科 中村直裕

27. ESD 切除検体に胃粘膜下異所性胃腺を伴った 2 例の検討

順天堂大学医学部附属浦安病院 臨床研修センター ○丸尾 粹貴
同 消化器内科 中津 洋一, 矢野慎太郎, 大川 博基, 西 慎二郎
深見久美子, 野元 勇佑, 荻原 伸悟, 降旗 誠
北村 庸雄, 長田 太郎
同 病理診断科 富田 茂樹

28. COVID-19 感染に伴う十二指腸潰瘍と胆石性膵炎・胆管炎を合併した 1 例

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医 ○長谷川 集, 山根 成章, 木暮 千碩
同 消化器肝臓内科 齋藤 圭, 白木 彬博, 北原 麻衣, 野村 舟三
藤澤真理子, 木暮 宏史

29. 術前診断が困難であった胃 Glomus 腫瘍の一例

千葉市立青葉病院 消化器外科 ○三田 聡美, 藤野 真史, 川原 健治, 文 陽起
信本 大吾, 清水 康仁
同 病理診断科 窪澤 仁

30. 横行結腸狭窄を契機にスキルス胃癌を診断し得た 1 例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○今村 拓磨, 山本 圭, 秋田泰之輔, 上村 淳
田所 健一, 山西 文門, 平川 徳之, 阿部 正和
奴田原大輔, 平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

(10) 研修医 II (上部消化管 2) 11:05~11:23 座長 東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学 早河 翼

31. 化学療法が奏功し、手術可能になった肝転移を伴う進行胃癌の一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○与那嶺 諒, 岩崎 暁人, 野村 優, 本多 悠
桜井祐一郎, 城野 紡, 藤野 洋平, 高井 佑輔
清水 智樹, 真田 治人, 酒井 英嗣
同 消化器外科 渡辺 透
同 病理診断科 岸 宏久

32. 3 次治療 Nivolumab 療法にて durable response が得られた HER 2 陰性胃癌術後肝転移再発の 1 例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○住友 秀太, 三枝慶一郎, 岸野 竜平, 田沼 浩太
横山 歩, 林 智康, 今村 峻輔, 石田 慎
内田彩千子, 中島 菖子, 中澤 敦
同 腫瘍内科 酒井 元, 楠原 正太, 三宅 弘晃, 加藤 亜美
船越 信介
同 病理診断科 廣瀬 茂道
同 消化器内科
同 腫瘍内科 田口 佳光

33. 多発肝転移を有する十二指腸神経内分泌がんに RS 3 PE 症候群を合併した一例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 ○竹嶋 大翔, 稲垣 冬樹, 國府田華子, 吉崎 雄飛
三原 史規, 竹村 信行, 國土 典宏

(11) 研修医Ⅲ(小腸・大腸) 11:23~11:47 座長 JCHOさいたま北部医療センター 消化器内科 坪井 瑠美子

34. 内科的治療で改善した回腸末端の糞便による小腸イレウスの一例

日本大学病院 初期臨床研修医 ○小山 貴久
同 消化器内科 市島 諒二, 山田 優紀, 中山 昌子, 須田清一郎
高須 綾香, 金子 真大, 渡邊 幸信, 後藤田卓志

35. Adalimumab 投与によりギラン・バレー症候群を発症した潰瘍性大腸炎の一例

越谷市立病院 消化器科 ○三澤 壮之, 小田倉里菜, 黒澤 太郎, 佐々木 仁
中庭 礼智, 佐々木 淳
順天堂大学 医学部 消化器内科 多田 昌弘

36. 潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合術後34年で吻合部に high grade dysplasia を発症した1例

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

37. 高LDH血症を呈した切除不能多発肝転移を伴うRAS野生型S状結腸癌の一次治療でBevacizumabが有効であった一例

東京都立多摩南部地域病院 外科 ○浦上麻衣子, 館野 佑樹, 玉置 秀司, 原田 公人
矢木 雅之, 相原 永子, 金田 祥明, 石井 雅之
林 隆広, 岡本 史樹, 畑地健一郎, 手塚 徹
桂川 秀雄

(12) 研修医Ⅳ(大腸) 11:47~12:05 座長 杏林大学医学部 消化器内科学 西成田 悠

38. 腸管子宮内膜症によりS状結腸に狭窄をきたし手術を要した1例

順天堂大学 医学部附属 練馬病院 消化器内科 ○二見 奏音, 福生 有華, 奥秋 匠, 山内 友愛
阿部 大樹, 高橋 翔, 伊藤 光一, 山科 俊平

39. Cold snare polypectomy後に腸管壁内血腫、消化管穿孔を来した一例

医療法人社団 誠馨会 新東京病院 ○上原 弘嵩, 小玉 祐, 外山 雄三, 酒井晋二郎
前田 元, 西澤 秀光, 溝上 裕士, 浅原 新吾
長浜 隆司

40. 糞便性イレウスに対してコーラ溶解療法が奏功した一例

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

第1会場 (午後の部)

13:15~14:10

特別講演

肝臓病研究へのいざない

公立学校共済組合 関東中央病院 院長/東京大学名誉教授 小池和彦先生

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

(13) 一般演題(上部消化管1) 14:10~14:28 座長 帝京大学医学部 内科学講座 本田 卓

41. 術後リンパ節再発に対する Nivolumab 投与により遅発性大動脈炎を来した食道癌の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター-外科 ○秋元 規宏, 佐藤 勉, 佐藤 渉, 瀬上 顕貴
笠原 康平, 渡邊 勇人, 矢後 彰一, 田村 裕子
國崎 主税

42. Vonoprazan 治療抵抗 FD 症例における検討

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

43. Gastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach (GAPPS) の1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○張 つほみ, 伊藤 裕幸, 小村 侑司, 幕内 智規
伊藤 彩乃, 藤本龍太郎, 津田 真吾, 永田 順子
広瀬 俊治, 小嶋清一郎, 渡辺 勲史, 鈴木 孝良
同 病理診断科 杉山 朋子
徳島大学医歯薬学研究部 消化器内科学 岡本 耕一

(14) 一般演題(上部消化管2) 14:28~14:52 座長 東海大学医学部 内科学系消化器内科学 寺 邑 英里香

44. 通常型早期胃癌との鑑別が困難であった胃底腺粘膜型腺癌の一例

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

45. 残胃吻合部-横行結腸瘻の診断に上下部同時内視鏡検査が有用であった1例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○岩野 知世, 赤澤 陽一, 上山 浩也, 上村 泰子
山本 桃子, 内田 涼太, 宇都宮尚典, 阿部 大樹
沖 翔太朗, 鈴木 信之, 池田 厚, 上田久美子
北條麻理子, 伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁
同 食道・胃外科 橋口 忠典, 橋本 貴史, 峯 真司
順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学 八尾 隆史

46. *Helicobacter pylori* 現感染胃粘膜に生じた Vonoprazan-associated Gastric Mucosal Redness の一例

東京都健康長寿医療センター 病理診断科 ○永坂 拓也, 新井 富生
浦和消化器内視鏡クリニック 勝山 泰志, 天野 祐二
埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科 氏原 哲郎

47. 経十二指腸ネクロセクトミーの工夫：バルーン付オーバーチューブの有用性

東京大学大学院医学系研究科 消化器内科 ○濱田 毅, 齋藤 友隆, 白田龍之介, 福田麟太郎
佐藤 達也, 高原 楠昊, 中井 陽介, 藤城 光弘

(15) 一般演題(小腸・大腸) 14:52~15:16 座長 順天堂大学浦安病院 消化器内科 野 元 勇 佑

48. 倦怠感で発見された小腸 muco-submucosal elongated polyp の1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○中村 直裕, 内田 信介, 曾根 雅之, 山田紗李奈
原田 文人, 山口 智央, 飛田 拓途, 黒沢 哲生
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
同 肝臓内科 高森 頼雪
同 消化管内科 笹本 貴広
帝京大学 医療技術学部 滝川 一

49. 狭窄を呈した小腸濾胞性リンパ腫の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○高馬 将郎, 野村 慧, 澁谷 智義, 岩野 知世
丸山 貴史, 壁村 大至, 鈴木 信之, 野村 収
福嶋 浩文, 村上 敬, 石川 大, 北條麻理子
池嶋 健一, 伊佐山浩通, 永原 章仁

50. TS-1 療法後に発症したサイトメガロウイルス胃腸炎の1例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○高橋 傑, 居軒 和也, 樋口 健佑, 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 医学部 外科学講座 乳腺外科部門 垂野 香苗, 吉沢あゆは, 中村 清吾

51. 切除腸管に認められた Segmental absence of intestinal musculature の1例

獨協医科大学 肝・胆・膵外科 ○寺村英次郎, 白木 孝之, 松本 尊嗣, 森 昭三
磯 幸博, 青木 琢
同 下部消化管治療センター 河野 貴博, 根本鉄太郎, 井原 啓佑, 入澤 篤志
同 肝・胆・膵外科
同 下部消化管治療センター 西 雄介, 渋谷 紀介, 蜂谷 裕之, 石塚 満

(16) 一般演題(大腸) 15:16~15:40 座長 防衛医科大学高校医学教育部医学科 内科学(消化器) 綾木花奈

52. 直腸膿瘍を合併した潰瘍性大腸炎に対してインフリキシマブおよび人工肛門造設術により瘻孔閉鎖し得た1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○勝部 聡太, 松本 吏弘, 橋本 凌, 水谷 琢
青山佳代子, 萩原 拓哉, 小島 柊, 佐々木吾也
佐藤 杏美, 森野 美奈, 松本 圭太, 小糸 雄大
三浦 孝也, 石井 剛弘, 吉川 修平, 関根 匡成
上原 健志, 浅野 岳晴, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

53. 難治性潰瘍性大腸炎に器質化肺炎を合併した一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○和田 晴香
同 予防医学センター 宮本 康雄
同 炎症性腸疾患先進治療センター 日比 紀文
同 呼吸器内科 朝倉 崇徳, 中山 莊平
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 山名 瑤子, 辛島 遼, 小松 萌子, 芹澤 奏
梅田 智子, 佐上晋太郎, 中野 雅, 小林 拓

54. 大腸憩室出血・憩室炎と ABO 式血液型の関連について

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

55. 当院における DNA ミスマッチ修復機構欠損を有する大腸癌のスクリーニング方法についての検討

国保直営総合病院君津中央病院 外科 ○廣川 朋矢, 須田竜一郎, 柳澤 真司, 片岡 雅章
西村 真樹, 小林 壮一, 岡庭 輝, 中臺 英里
大野 幸恵, 進藤 博俊, 日置 翔太, 安藤 英俊
近藤 尚, 海保 隆
同 遺伝カウンセリング室 小原 令子

(17) 一般演題(肝臓) 15:40~16:04 座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 相馬直人

56. HIV 感染症の治療経過中の急性肝不全を呈した C 型肝炎の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○畑 渉, 多田 昌弘, 津川 直輝, 岩野 知世
佐久間 聖, 高崎 裕介, 佐藤 寿史, 森永 真紀
深田 浩大, 山形 寿文, 内山 明, 柳沼 礼子
福原 京子, 今 一義, 大久保裕直, 伊佐山浩通
永原 章仁, 池嶋 健一

57. 胆石性胆管炎・瘻炎に合併した門脈血栓ならびに肝円索膿瘍の1例

鉄蕉会 亀田総合病院 消化器内科 ○西脇 拓郎, 船登 智将, 井上 薪, 川満菜津貴
吉岡 航, 吉村 茂修, 白鳥 俊康, 中路 聡

58. 超高齢者の切除不能肝細胞癌に対してアテゾリズマブとベバシズマブの併用療法によりCRが得られた1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○栽原 麻希, 村上 貴寛, 塩澤 一恵, 岸 洋佑
日原 大輔, 松井 貴史, 伊藤 謙, 渡邊 学
同 病理診断科 横内 幸

59. 大腸癌肝転移肝切除後の胆管合併症に対しHGS留置にて救命し予後延長を得た1例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 ○竹村 信行, 吉崎 雄飛, 國土 貴嗣, 稲垣 冬樹
三原 史規, 國土 典宏
同 外科 野原 京子, 清松 知充, 山田 和彦
同 消化器内科 久田 裕也, 山本 夏代
順天堂大学医学部 消化器内科学講座 伊佐山浩通

(18) 一般演題(胆道1) 16:04~16:22

座長 群馬大学 肝胆膵外科 五十嵐 隆 通

60. 胆嚢仮性動脈瘤破裂と胆嚢十二指腸瘻を併発し吐血をきたした1例

小張総合病院 消化器内科 ○新野 智
キッコーマン総合病院 消化器内科 大和 睦美, 三上 繁, 渡邊 悠人, 菰田 文武
清水 史郎, 秋本 政秀

61. 術前診断に苦慮した十二指腸乳頭部癌の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○高橋 知也, 山田 奈々, 遠山 翔大, 杉原 地平
大内 麻愉, 永寫 裕樹, 大山 広, 加藤 直也
千葉県済生会習志野病院 消化器内科 飯野陽太郎
千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科 菅 元泰, 高橋 幸治, 沖津恒一郎, 大野 泉
千葉大学大学院医学研究院 病態病理学 高地 祐輔, 岸本 充
同 診断病理学 池田純一郎
千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科 鈴木 大亮, 高野 重紹, 高屋敷 吏, 大塚 将之

62. 経口胆道鏡下の生検にて診断し得た、肝切除後の胆管断端神経腫の一例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○八木 伸, 脇岡 範, 永塩 美邦, 丸木 雄太
大場 彬博, 東江 大樹, 萩原 悠也, 原 英展
福田 壮馬, 岡本 浩平, 山重 大樹, 近藤 俊輔
森實 千種, 上野 秀樹, 奥坂 拓志
同 病理診断科 平岡 伸介

(19) 一般演題(胆道2) 16:22~16:40 座長 君津中央病院 消化器内科 熊谷 純一郎

63. 直視型コンベックス EUS を用いた経輸入脚的 EUS-TA にて遠位胆管癌術後再発を診断し得た一例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○福田 壮馬, 永塩 美邦, 肱岡 範, 丸木 雄太
大場 彬博, 東江 大樹, 萩原 悠也, 原 英展
岡本 浩平, 山重 大樹, 八木 伸, 桑田 潤
近藤 俊輔, 森實 千種, 上野 秀樹, 奥坂 拓志
同 病理診断科 平岡 伸介

64. 多発肝転移・右副腎浸潤を有する肝内胆管癌に FOLFIRINOX 療法が著効し、conversion surgery により pathological CR を達成した 1 例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○高原 楠昊, 藤城 光弘
同 光学医療診療部 中井 陽介
同 外来化学療法部 石垣 和祥
同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 市田 晃彦, 長谷川 潔

65. 内視鏡的胆道ドレナージ不成功の肝移植後胆管狭窄症例に対する PTBD ランデブー ERCP の有用性の検討

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○白田龍之介, 佐藤 達也, 高原 楠昊, 藤城 光弘
同 光学医療診療部 中井 陽介
同 人工臓器・移植外科 赤松 延久
同 肝胆膵外科 長谷川 潔

(20) 一般演題(胆道3) 16:40~16:58 座長 獨協医科大学 肝・胆・膵外科 山口 教宗

66. GCS 療法により pCR が得られた切除不能胆道癌の一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科 ○小林 智, 山近 由衣, 角田翔太郎, 濱口 智美
朝井 靖二, 戸塚雄一朗, 福島 泰斗, 手塚 瞬
森本 学, 上野 誠

67. PSC に伴う dominant stricture に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効であった一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○新井 智洋, 松原 三郎, 木村 勇太, 芦田 安輝
増渕 悟志, 鴫田 正樹, 鈴木 一世, 岸 寛士
砂田 莉沙, 田中 孝幸, 田川 慧, 加藤 秀輔
堀 裕太郎, 須田健太郎, 寺井 悠二, 大塚 武史
高林英日己, 加藤 真吾, 岡 政志, 名越 澄子

68. 2 層構造胆管プラスチックステントの短期的な合併症・治療効果評価

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

(21) 一般演題(膵臓1) 16:58~17:16 座長 北里大学医学部 消化器内科 渡辺 真 郁

69. IPMN の長期経過観察中に発生し、病理学的診断および遺伝子解析により通常型膵癌と診断した2例

東京大学大学院医学系研究科 消化器内科 ○大山 博生, 濱田 毅, 丹下 主一, 高岡 真哉
福田麟太郎, 鈴木由佳理, 鈴木 辰典, 野口 賢作
佐藤 達也, 石垣 和祥, 白田龍之介, 齋藤 友隆
高原 楠晃, 藤城 光弘
同 病理部 田中麻理子, 牛久 哲男
社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科 高木 馨
東京大学大学院医学系研究科 肝胆膵外科 長谷川 潔
同 消化器内科
東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 金井 祥子, 中井 陽介

70. CT/MRI で描出されず、超音波内視鏡で診断された膵神経内分泌腫瘍(膵NEN)の1例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○松崎 綾音, 遠藤 剛, 伊藤由紀子, 新村 泰季
中村 恵子, 貝發 美香, 中田 史子, 鈴木 裕史
内野 康志, 山本 信三, 谷口 博順, 吉田 英雄
同 肝胆膵・移植外科 橋本 拓哉
同 病理部 裴 有安

71. 膵管内乳頭粘液性腫瘍に合併した壊死性肉芽腫の一例

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

72. 分枝型 IPMN が原因と考えられた急性膵炎後の感染性壊死性膵炎に対して内視鏡的ネクロセクトミーを行った1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○丹下 主一, 齋藤 友隆, 大山 博生, 濱田 毅
西尾 洋人, 栗原 滉平, 福田麟太郎, 高岡 真哉
鈴木由佳理, 野口 賢作, 鈴木 辰典, 佐藤 達也
高原 楠晃, 藤城 光弘
同 光学医療診療部 金井 祥子, 白田龍之介, 中井 陽介
同 外来化学療法部 石垣 和祥

(22) 一般演題(膵臓2) 17:16~17:34 座長 東京大学医学部 消化器内科 金井 祥子

73. オラパリブ維持療法により長期間の病勢コントロールが得られたBRCA病的バリエント陽性の切除不能膵癌の一例

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

74. 壊死組織に占拠された walled-off necrosis に対して lumen-apposing metal stent を展開する際の trans-delivery system injection method の有用性の検討

順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学 ○高橋 翔, 藤澤 聡郎, 太田 寛人, 壁村 大至
牛尾 真子, 鈴木 彬実, 高崎 祐介, 伊藤 光一
富嶋 享, 石井 重登, 伊佐山浩通

(23) 一般演題(臓腑3) 17:34~17:52 座長 順天堂大学練馬病院 消化器内科 伊藤 光一

75. 肝臓への oligometastasis が疑われた膵癌の一切除例

東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学 ○佐藤 達也, 高岡 真哉, 福田麟太郎, 鈴木由佳理
大山 博生, 金井 祥子, 野口 賢作, 鈴木 辰典
白田龍之介, 齋藤 友隆, 濱田 毅, 高原 楠晃
藤城 光弘
東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 早阪 誠, 市田 晃彦, 長谷川 潔
東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 中井 陽介
東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
東京大学医学部附属病院 外来化学療法部 石垣 和祥

76. アナモレリン内服後に発症した正常血糖ケトアシドーシスの一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科 ○朝井 靖二, 小林 智, 角田翔太郎, 濱口 智美
山近 由衣, 戸塚雄一郎, 福島 泰斗, 手塚 瞬
森本 学, 上野 誠

77. 経口膵管鏡下 EHL によりバスケット陥頓を解除しえた膵石症の一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科 ○鈴木 一世, 松原 三郎, 芦田 安輝, 木村 勇太
鴫田 正樹, 増渕 悟志, 岸 寛二, 砂田 莉沙
新井 智洋, 田中 孝幸, 田川 慧, 加藤 秀輔
堀 裕太郎, 須田健太郎, 寺井 悠二, 大塚 武史
高林英日己, 加藤 真吾, 岡 政志, 名越 澄子

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

東京歯科大学市川総合病院	消化器内科	中村 健二
日本大学医学部内科学系	消化器肝臓内科学分野	齋藤 圭
東京大学医学部附属病院	光学医療診療部	角嶋 直美

(24) 専攻医X(上部消化管1) 8:00~8:18 座長 順天堂大学 消化器内科 野村 慧

78. Escherichia coli 菌血症を背景とした感染性胸部大動脈瘤による大動脈食道瘻の1例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○須澤 綾友, 山本 夏代, 柴田 寛至, 中村 暁子
大和 幹, 植田 錬, 田淵 幹大, 竜野 稜子
久田 裕也, 柳井 優香, 赤澤 直樹, 横井 千寿
小島 康志, 斎藤 明子, 秋山 純一, 柳瀬 幹雄

79. 長期間の経過を追うことができた胃前庭部難治性潰瘍の一例

慶應義塾大学 医学部 消化器内科 ○井村 友理, 森 英毅, 正岡 建洋, 松崎潤太郎
齋藤 義正, 金井 隆典

80. 胃粘膜下異所性胃腺を伴う粘膜下腫瘍様の形態を呈した乳頭腺癌の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○藤山 杏奈, 降旗 誠, 荻原 伸悟, 野元 勇佑
西 慎二郎, 深見久美子, 中津 洋一, 大川 博基
矢野慎太郎, 萩原 悠, 石野 博崇, 北村 庸雄
長田 太郎

同 消化器内科
同 消化器一般外科 岡 伸一
同 消化器一般外科
同 病理診断学 富田 茂樹

(25) 専攻医X(上部消化管2) 8:18~8:36 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 森 英毅

81. 胃転移で見つかった浸潤性小葉癌の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○北原 愛弓, 鈴木 裕史, 福田麟太郎, 井上 薫
高橋健太郎, 中田 史子, 内野 康志, 谷口 博順
山本 信三, 伊藤由紀子, 吉田 英雄
同 乳腺外科 清水 淑子, 増田 亮
同 肝胆膵・移植外科 橋本 拓哉
同 病理部 熊坂 利夫

82. EUS-FNA が診断に有用であった linitis plastica(LP)型胃癌の1例

亀田総合病院 消化器内科 ○大野 航, 木下 裕介, 西田 泰久, 三宅 麗
藤井 陽三, 浦崎 康貴, 蘆川 堯, 西脇 拓郎
船登 智將, 吉岡 航, 川満菜津貴, 井上 薪
吉村 茂修, 仲地健一郎, 南雲 大暢, 白鳥 俊康
中路 聡

83. IP-PTX + SOX 療法が奏功し、術後長期にわたって無再発生存を維持している皮膚筋炎合併 Stage IV 胃癌の一例

自治医科大学附属病院・消化器一般移植外科
那須南病院 外科 ○小池 瑛, 直井 大志, 関口 忠司
自治医科大学附属病院・消化器一般移植外科 齋藤 心, 金丸 理人, 高橋 和也, 倉科憲太郎
同 宮戸 英世, 細谷 好則, 佐田 尚宏
同 臨床腫瘍科 北山 丈二, 山口 博紀, 大澤 英之

(26) 専攻医Ⅸ(上部消化管3) 8:36~8:54 座長 日本大学医学部 消化器肝臓内科 寺田 里絵

84. オキサリプラチンによる類洞閉塞症候群に対し脾動脈部分塞栓術及びバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術を施行し、化学療法を継続し得た胃癌の1例

東京労災病院 消化器内科 ○中島 一彰, 西中川秀太, 大場 信之, 乾山 光子
萩野 悠, 高橋伸太郎, 渡辺 浩二, 折原 慎弥
平泉 泰翔, 池上 遼

85. 高度な十二指腸狭窄を伴ったびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の1例

JCHO 船橋中央病院 内科 ○木村 恵, 加藤佳瑞紀, 浅野 公将, 嶋田 太郎
土屋 慎, 藤代 絢香, 阿部 哲大, 高倉 大暉
山口 武人
千葉大学医学部附属病院 消化器内科 藤谷 誠
JCHO 船橋中央病院 外科 宇野 秀彦
同 病理部 小松 悌介

86. 十二指腸静脈瘤出血に対し内視鏡的静脈瘤結紮術で止血し得た1例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○内田 信介, 曾根 雅之, 明石 雅博, 山田紗李奈
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, 有馬美和子
土屋 昭彦, 西川 稿
同 消化管内科 笹本 貴広
同 肝臓内科 高森 頼雪
帝京大学 医療技術学部 滝川 一

(27) 専攻医Ⅹ(小腸・大腸) 8:54~9:18 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科 池田 礼

87. 小腸内視鏡検査が診断に有用であった幼児メッケル憩室の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○黒崎 宏貴, 對田 尚, 大山 湧平, 仲澤 隼人
堀尾 亮輔, 高橋 彩月, 後藤 千尋, 園田美智子
黒杉 茜, 金子 達哉, 明杖 直樹, 太田 佑樹
齋藤 景子, 沖元謙一郎, 松村 倫明, 加藤 順
加藤 直也
同 小児外科学 川口雄之亮, 照井 慶太, 菱木 知郎

88. 無菌性膿瘍症候群を伴う潰瘍性大腸炎に JAK 阻害薬が著効した一例

群馬大学 大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○星野 駿介, 橋本 悠, 喜多 碧, 都丸 翔太
糸井 祐貴, 佐藤 圭吾, 村上 立真, 金山 雄樹
善如寺 暖, 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

89. 入院中の難治性潰瘍性大腸炎に対してウパダシチニブが有効であった3症例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○中村 遼太, 森川 亮, 竹中 健人, 清水 寛路
延澤 翼, 田村 皓子, 藤井 俊光, 齊藤 詠子
小林 正典, 金子 俊, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 光学医療診療部 日比谷秀爾, 河本 亜美, 福田 将義, 大塚 和朗

90. 免疫チェックポイント阻害薬により、潰瘍性大腸炎増悪、irAE 腸炎を発症した1例

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

(28) 専攻医ⅩⅢ(大腸) 9:18~9:42 座長 昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 紺田 健一

91. *Aeromonas caviae* 感染をきたした Vedolizumab 投与中の潰瘍性大腸炎の一例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 ○前田 紘希, 紀 仁, 山田奏太郎, 三代 賢
相馬 佑樹, 榊原 和真, 舟田 圭, 白橋 亮作
曾我 幸一, 片山 裕視, 玉野 正也

92. ウステキヌマブにより寛解維持治療を受ける潰瘍性大腸炎患者に生じた間質性肺炎の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○福元 彩, 豊永 貴彦, 林本 拓也, 小松 暁
澁谷 尚希, 酒寄 千晶, 菊地伊都香, 宮崎 亮佑
櫻井 俊之, 猿田 雅之

93. 上行結腸癌術後11年目に脳転移を含む多発転移をきたした1例

杏林大学医学部 消化器・一般外科 ○高澤 航輝, 片岡 功, 吉敷 智和, 代田 利弥
金 翔哲, 本多 五奉, 若松 喬, 麻生 喜祥
飯岡 愛子, 小嶋幸一郎, 阪本 良弘, 阿部 展次
須並 英二
同 脳神経外科 佐々木重嘉, 中富 浩文
同 腫瘍内科 廣中 秀一, 長島 文夫
同 病理学教室 里見 介史, 林 玲匡, 柴原 純二

94. 直腸癌術後腹膜播種による結腸膀胱瘻に対して covered stent 留置が有用であった一例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○寺谷内 泰, 高橋 吾郎, 松田 明久, 山田 岳史
上原 圭, 進士 誠一, 横山 康行, 岩井 拓磨
武田 幸樹, 栗山 翔, 宮坂 俊光, 香中伸太郎
吉田 寛

(29) 研修医Ⅴ(肝臓) 9:47~10:05 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 清野 宗一郎

95. 切除不能巨大肝細胞癌に対してアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法後に Conversion Surgery を行い、病理学的完全奏効が証明された1例

彩の国東大宮メディカルセンター 臨床研修センター ○宮川 晴行
同 消化器内科 市原広太郎, 増田太志郎, 杉山 鑑夫
同 外科 金 達浩
同 病理診断科 小川 史洋

96. 進行肝細胞癌一次治療後の治療戦略と予後を考えさせられた一例

帝京大学ちば総合医療センター 内科 ○藤木 宏太, 石川 英里, 村田 紗依, 高橋健太郎
高村 尚樹, 四ッ谷 諭, 山田 章盛, 海老原徹雄
佐藤 新平, 佐藤 隆久, 小尾俊太郎
同 病理部 藤野 節, 山崎 将人

97. 失明を契機に診断された肝膿瘍の1例

東海大学 医学部 消化器内科学 ○鳥羽山晃一, 荒瀬 吉孝, 三島 佑介, 森 貴裕
白滝 理博, 上田 孝, 森町 将司, 佐藤 博彦
金子 元基, 佐野 正弥, 小玉 敏生, 寺邑英里香
門馬 牧子, 川西 彩, 藤澤 美亜, 鶴谷 康太
出口 隆造, 鈴木 秀和, 松嶋 成志, 加川 建弘

(30) 研修医Ⅵ(胆道) 10:05~10:29 座長 東京大学医学部 消化器内科 高橋 良太

98. 胆道出血により急性胆管炎を発症した遺伝性出血性毛細血管拡張症 (Rendu-Osler-Weber 病) の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科 ○山本 浩貴, 木村 昌倫, 今村 潤, 木村 公則

99. 画像上の早期濃染や PIVKA-II の上昇を認め肝細胞癌と術前に診断した small duct type 肝内胆管癌の1切除例

杏林大学医学部付属病院 肝胆膵外科 ○百瀬 利一, 百瀬 博一, 工藤 翔平, 川口 翔平
蓮井 宣宏, 松木 亮太, 小暮 正晴, 鈴木 裕
阪本 良弘

100. ERCP/EUS-HGS によるハイブリッドドレナージを施行し、良好な減黄を得ることで外科的切除可能となった肝門部領域胆管癌の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○新田 英起, 緒方 智樹, 長谷川 翔, 山崎 雄馬
二瓶 真一, 栗田 裕介, 細野 邦広, 窪田 賢輔
中島 淳

101. 多発肝転移を伴う遠位胆管癌に対して化学療法が著効し conversion surgery を施行した1例

獨協医科大学病院 肝・胆・膵外科 (一般外科) ○原田慎太郎, 森 昭三, 松本 尊嗣, 仁木まい子
田中 元樹, 山口 教宗, 朴 景華, 白木 孝之
磯 幸博, 青木 琢
同 下部消化管センター 石塚 満

(31) 研修医Ⅶ(膵臓1) 10:29~10:47 座長 国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科 稲垣冬樹

102. 副鼻腔炎による難聴を契機に診断された自己免疫性膵炎の一例

埼玉医科大学病院 消化器・肝臓内科 ○伊藤 碧, 佐藤 彩, 水野 卓, 倉田 隼斗
辻 翔平, 相馬 直人, 濱田 大祐, 植村 隼人
浅見真衣子, 測上 彰, 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

103. 膵頭部癌の重粒子線治療後に胆道出血を来した一例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○哲翁 春貴, 遠藤 南, 小林 正典, 勝又 理沙
齊藤 一真, 金子 俊, 村川美也子, 岡本 隆一
同 肝胆膵外科 赤星 径一, 田邊 稔
同 光学医療診療部 石堂 舜, 福田 将義, 大塚 和朗
同 消化器病態学 勝田 景統
同 肝臓病態制御学 朝比奈靖浩

104. 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)によって診断した乳癌膵転移の1例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○石井ひかり, 遠藤 剛, 伊藤由紀子, 松崎 綾音
新村 泰季, 中村 恵子, 貝發 美香, 中田 史子
鈴木 裕史, 内野 康志, 山本 信三, 谷口 博順
吉田 英雄
同 乳腺外科 増田 亮
同 病理部 熊坂 利夫

(32) 研修医Ⅷ(膵臓2) 10:47~11:05 座長 済生会習志野病院 消化器内科 飯野陽太郎

105. 皮下腫瘍を契機に診断に至った膵腺房細胞癌の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○中村 安里, 平松 拓馬, 西尾 洋人, 鈴木由佳理
大山 博生, 金井 祥子, 野口 賢作, 鈴木 辰典
佐藤 達也, 白田龍之介, 齋藤 友隆, 高原 楠昊
濱田 毅, 藤城 光弘
同 放射線科 黒川 遼, 中井 雄大
同 病理部 高原 嘉祥, 鈴木 理樹
同 消化器内科
同 外来化学療法部 石垣 和祥
同 消化器内科
同 光学医療診療部 中井 陽介

106. 保存的治療で改善を得た胃穿通を伴うEUS-FNA後膵液漏の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○吉田真理子, 土屋 洋省, 白石 和雅, 菅 悠紀
米井翔一郎, 吉村 勇人, 遠藤 和樹, 大石梨律子
船岡 昭宏, 三輪 治生, 金子 卓, 杉森 一哉
中馬 誠, 沼田 和司
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

107. 急速な転帰を辿った G-CSF 産生退形成性膵癌の 1 例

虎の門病院 消化器内科 (胆・膵) ○今峰 賢汰, 佐藤 悦基, 平野 多紀, 服部 大輔
前原 耕介, 田村 哲男, 小山里香子, 今村 網男
同 病理診断科 木脇 圭一, 高澤 豊

(33) 研修医区 (膵臓・その他) 11:05~11:23 座長 獨協医科大学 消化器内科 佐久間 文

108. 閉塞性黄疸を伴った膵頭部原発悪性リンパ腫の 1 例

NTT 東日本関東病院 肝胆膵内科 ○逸見 莉子, 辻野誠太郎, 上地 大樹, 辻川真太郎
小山 裕司, 藤田 祐司, 寺谷 卓馬

109. 膵管ドレナージが著効した膵仮性嚢胞、膵性胸腹水の 1 例

東京高輪病院 消化器内科 ○石内夢つみ, 三箇 克幸, 山田 博昭, 丹羽 一博
名富 久義, 平野 賢二

110. 正中弓状靱帯圧迫症候群により膵十二指腸動脈瘤破裂をきたした 1 例

独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院 消化器内科 ○阿達 航太, 関野 雄典, 悦田咲季子, 能中理紗子
上野 航大, 利井 辰光, 西上堅太郎, 伏見 光
松本 彰太, 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 郡司 久
独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科 佐伯 優美

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
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27日(土)	東 京 海運クラブ	4月17日～ 5月22日予定
381	糸 井 隆 夫 (東京医科大学 消化器内科)	9月7日(土)	東 京 海運クラブ	5月29日～ 7月3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377回)例会のお知らせ

期 日：2023年12月9日(土)

会 場：海運クラブ+WEB配信サイト(視聴のみ)

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

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

銀座線、丸ノ内線：赤坂見附駅D(弁天橋)出口 7分

特別講演：「炎症性腸疾患病態解明をめざした腸管恒常性維持機構の解析」

演者：大阪大学大学院医学系研究科 免疫制御学 教授 竹田 潔

司会：国立大学法人 筑波大学 医学医療系 消化器内科 教授 土屋 輝一郎

女性医師の会・特別セミナー：「日常の外來診療 苦慮する頑固な便秘&下痢の最新薬&漢方薬治療」

「女性医師のキャリアアップと働き方改革」

演者：川崎医科大学附属病院 消化器内科 塩谷 昭子

「体質改善を見据えた便秘・下痢の漢方薬治療」

演者：筑波大学附属病院 漢方外来 玉野 雅裕

司会：筑波大学 医学医療系 消化器内科 瀬尾 恵美子

ランチョンセミナー

演者：東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授 松岡 克善

司会：自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 教授 矢野 智則

ランチョンセミナー：「炎症性腸疾患とバイオシミラーの位置付け」

演者：東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 山田 哲弘

司会：順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 教授 長田 太郎

当番会長：土屋 輝一郎 (国立大学法人 筑波大学 医学医療系 消化器内科 教授)

事務局長：坂本 琢 (国立大学法人 筑波大学 医学医療系 消化器内科)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷4-1-5 石渡ビル6F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge377kanto@pw-co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

研修医(演題登録時に卒後2年迄)および専攻医(演題登録時に卒後3.5年迄)セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専攻医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号(99)で登録して下さい。なお、応募演題数が多い場合は、規定の受付期間内で先着順とし、一般演題に変更させていただく場合がございます。また研修医・専攻医セッションへの応募は、各々1施設(1診療科)、1演題に制限させていただきます。

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

日本消化器病学会関東支部 第43回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2023年11月19日（日）

会場：WEB開催（当日のライブ配信のみ）

会長：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
群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科）

主題：「消化管・肝胆膵疾患—病態・診断・治療の最新知見—」

※予定プログラム

◆開会の辞◆柿崎 暁（第43回教育講演会会長）

◆スポンサードセミナー1◆「GERD診療における最近の話題—漢方薬の効果を含めて—」

司会：竹内 洋司（群馬大学附属病院 光学診療部）

講師：川見 典之（日本医科大学 消化器内科学）

◆講演1◆「消化器病専門医に知ってほしい減量・代謝改善手術の知識」

司会：矢野 文章（東京慈恵会医科大学 上部消化管外科）

講師：関 洋介（四谷メディカルキューブ 減量・糖尿病外科センター臨床研究管理部）

◆講演2◆「大腸の内視鏡診断・治療—基本と最新の話題」

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学）

講師：池松 弘朗（国立がん研究センター東病院 消化管内視鏡科）

◆講演3◆「食道がん 最近薬物療法」

司会：佐伯 浩司（群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 消化管外科学分野）

講師：加藤 健（国立がん研究センター中央病院 頭頸部・食道内科/消化管内科）

◆スポンサードセミナー2◆「C型肝炎撲滅に向けて～最新治療と肝臓病の残された課題～」

司会：柿崎 暁（国立病院機構高崎総合医療センター 臨床研究部）

講師：持田 智（埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科）

◆講演4◆「肝疾患と腸内細菌」

司会：神田 達郎（日本大学医学部附属板橋病院 消化器・肝臓内科）

講師：中本 伸宏（慶應義塾大学医学部 内科学（消化器））

◆講演5◆「胆膵の内視鏡治療」

司会：入澤 篤志（獨協医科大学 内科学（消化器）講座）

講師：水出 雅文（埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科）

◆講演6◆「胆道・膵臓癌の薬物治療」

司会：森本 直樹（自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門）

講師：上野 誠（神奈川県立がんセンター 消化器内科（肝胆膵））

◆スポンサードセミナー3◆「大腸癌を含む消化器領域におけるがんゲノム医療の現状と展望」

司会：長沼 篤（国立病院機構高崎総合医療センター 消化器内科）

講師：山崎健太郎（静岡県立静岡がんセンター 消化器内科）

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

◆閉会の辞◆柿崎 暁（第43回教育講演会会長）

参加方法：事前参加登録制となりますので、2023年8月30日（水）正午～2023年11月1日（水）正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。参加費（4,000円、テキスト代含む）はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。（定員500名）

更新単位：18単位

※参加証は各プログラムの視聴完了後、ならびに全てのプログラムの確認問題回答いただくとダウンロードできます。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第43回教育講演会 運営事務局

株式会社プランニングウィル 担当：馬場敦子

TEL 03-6801-8084 FAX 03-6801-8094 E-mail:jsge43elm@pw-co.jp

1 肝生検により診断し得た黄色肉芽腫性肝腫瘍の一例

東京医科大学病院 消化器内科
杉村真之介, 掛川達矢, 中島啓佑, 高橋宏史, 和田卓也, 吉益 悠,
竹内啓人, 杉本勝俊, 糸井隆夫

【症例】20歳代の女性。【既往歴】なし。【現病歴】持続する発熱を主訴に近医より当院感染症科外来を紹介受診となった。解熱鎮痛薬で経過観察となるも発熱が遷延したため、造影CTを撮影したところ肝右葉に膿瘍を疑う所見が指摘され、肝膿瘍の疑いにて精査加療目的で当科に緊急入院となった。【経過】入院後より抗菌薬の点滴投与と解熱鎮痛薬の内服を開始した。治療開始後から炎症反応は即時に改善し、膿瘍の液状化も進んでおらず、ドレナージは行わず保存的治療を継続した。入院時に採取した血液培養からは病原体は検出されなかった。造影CTでは肝膿瘍の縮小を認めたが、中心に造影効果がなく周囲に造影効果のある腫瘍として描出された。超音波検査では、Bモードで中心部に無エコーを伴う低エコー腫瘍の所見を呈し、Sonazoid造影超音波検査では動脈相で充実成分は均一に濃染し、Kupffer相では境界明瞭な低エコー像を呈した。以上より肝膿瘍として典型的ではないと考え、悪性腫瘍除外目的に同部位から肝生検を行った。病理組織学的所見では泡沫組織球による黄色肉芽性炎症を認め、黄色肉芽腫性肝腫瘍が考えられた。第18病日、発熱などの症状は消失し、炎症反応も改善を認めたため、経過良好で退院した。【結語】黄色肉芽腫性肝腫瘍は比較的稀な疾患とされ、特異的な画像所見を呈することが少ないため、悪性腫瘍との鑑別が困難なことが多いとされる。今回我々は、肝膿瘍として治療を開始後、造影超音波検査にて非典型的な所見を呈し、肝生検にて黄色肉芽腫性肝腫瘍の診断に至った症例を経験した。貴重な症例であり、文献的考察を加え報告する。

黄色肉芽腫, 炎症性偽腫瘍

3 EUS-FNBで診断した肝focal nodular hyperplasiaの一例

昭和大学藤が丘病院 消化器内科
酒向大暉, 高野祐一, 野田 淳, 山脇将貴, 浅見哲史, 新谷文崇,
西元史哉, 長浜正亞

症例は25歳、男性。特記すべき既往歴はなく、アルコール飲酒歴もない。健康診断の血液検査にて γ -GTP上昇188U/L (normal range: 10-50)を指摘された。近医にて腹部超音波腹部が施行され肝尾状葉に8cm大の腫瘍を認めたため、手術目的に当院外科に紹介となった。腹部初見では圧痛なく腫瘍を触知しなかった。血液検査ではHBsAg(-)、HCVAb(-)で、腫瘍マーカー: CEA, CA19-9, AFP, PIVKAはすべて正常範囲内であった。造影CTで尾状葉に84mmの腫瘍を認めた。腫瘍は動脈相で強い造影効果を示し、門脈相では正常肝臓組織と同等の造影効果を示した。造影MRI(肝細胞相)では、正常肝細胞と同程度の造影効果を示し中心瘢痕が疑われた。各種検査の結果、focal nodular hyperplasiaが第一に疑われたが、ご本人・ご家族の希望もあり肝腫瘍生検を施行する方針となった。尾状葉の腫瘍であるため、経皮的生検ではなくEUSによる生検を選択した。EUSでは境界明瞭な低エコー腫瘍を指摘し、22GのFNB針(Top Gain, メディコスヒラタ社)を用いて経胃的にEUS-FNBが施行された。手技による偶発症はみられなかった。病理学的に異型に乏しい肝細胞と周囲の線維化がみられた。日本病理学会のコンサルテーションシステムに標本を提出し、FNHと診断された。経過観察を行っているが、半年後の画像検査でも腫瘍の増大はみられなかった。EUS-FNBで診断された肝FNHの報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

focal nodular hyperplasia, EUS-FNB

2 肝生検が診断に有用であり、ステロイドが著効した肝サルコイドーシスの1例

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野¹⁾,
同 病態病理学系人体病理学分野²⁾
上原兼礼¹⁾, 神田達郎¹⁾, 本田真之¹⁾, 十束茉莉¹⁾, 有間修平¹⁾,
金澤忠彦¹⁾, 佐々木玲奈¹⁾, 松本直樹¹⁾, 増崎亮太¹⁾, 山上裕晃¹⁾,
木暮宏史¹⁾, 羽根裕之²⁾

【症例】30歳代、女性。【既往歴】現在、強迫性障害、パニック障害にて他院精神科通院、多種薬剤内服加療中。エスシクロプラムによる薬剤アレルギー歴を認める。手術歴なし。輸血歴なし。肝疾患: 家族歴なし。【現病歴】4か月前から38-40℃台発熱および関節痛、筋肉痛、肝機能異常出現。精査加療目的に当科紹介受診となった。【当初診時検査所見】血液検査所見ではAST 56 IU/L, ALT 36 IU/L, LDH 263 IU/L, ALP 1863 IU/L, CRP 3.81 mg/dL, ESR 52 mm/1 hr, ACE 55.7 U/L, sIL2R 2389 U/mL, M2BPGi 3.98 COIと肝胆道系酵素上昇および炎症所見を認めた。CT検査では縦郭リンパ節腫大および肝脾腫を認めた。EOB-MRI検査では肝脾腫を認め、肝辺縁鈍化、表面凹凸を認め、一部結節様の所見を認めた。脾臓には乏血性結節を認めサルコイドーシスを疑った。またMRCP検査で肝内胆管や総胆管に明らかな異常は認めなかった。ガリウムシンチグラフィでは縦郭および鼠径部等のリンパ節に集積亢進を認め、肝臓への集積もやや目立った。【肝生検所見】多核巨細胞浸潤を伴った類上皮細胞肉芽腫を認め、肝サルコイドーシスと診断した。【治療後経過】他臓器検査後PSL 20 mg/日を開始。3か月後には自覚症状は著明に改善し、AST 32 IU/L, ALT 65 IU/L, LDH 129 IU/L, ALP 176 IU/L, CRP 0.10 mg/dL, ESR 2 mm/1 hr, ACE 7.2 U/L, sIL2R 330 U/mLと胆道系酵素および炎症所見は著明に改善した。現在外来経過観察中である。【結語】肝サルコイドーシスは、悪性リンパ腫や薬物性肝障害などと鑑別困難な場合があり、さらに治療法を選択に悩む場合も多い。今回、診断に肝生検が有用であり、ステロイドが著効を示した肝サルコイドーシスの1例を経験した。自覚症状や炎症所見が強い場合には、肝生検を含む各種検査およびステロイドを含む積極的治療を行う必要がある。

サルコイドーシス, 肝生検

4 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法中にirAE筋炎を併発した一例

順天堂大学医学部付属練馬病院 消化器内科¹⁾,
順天堂大学医学部付属順天堂医院 消化器内科²⁾
池嶋俊亮¹⁾, 大久保裕直^{1,2)}, 山科俊平¹⁾, 岩野知世^{1,2)},
池嶋健一²⁾

進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法中にirAE筋炎を併発した一例順天堂大学練馬病院 消化器内科 池嶋俊亮 大久保裕直 山科俊平順天堂大学 消化器内科 大久保裕直 岩野知世 池嶋健一【症例】70代男性。20XX年8月、下腿浮腫を主訴に前医受診し、肝腫瘍あり、肝生検で低分化肝細胞癌と診断され、同年8月当科紹介受診。当科での画像診断にて、肝右葉原発、Vp 4及び肺転移を有する進行肝細胞癌の診断となった。背景肝はアルコール性肝硬変(Child-Pugh B7, mALBI 2b)であり、AFP 114.9 ng/mL, PIVKA-2 861 mAU/mLであった。同月当科入院下でアテゾリズマブ(Atezo)+ベバシズマブ(Bev)療法導入し、Day 6に退院。Day 14より筋痛症状出現、Grade 1 CK上昇を認め、Atezo+Bev 2クール目以降は中止とした。開始6週後の造影CTではRECIST PRであった。一方、筋痛は消退したが、Day 42でGrade 4 CK上昇(peak CK 6123 U/L)を認め、Day 49には全身脱力感もみられた。下肢MRIでは大腿部や骨盤筋群の広範な筋炎所見を認め、針筋電図では両側下肢近位側優位な筋原性変化を認めた。Atezoによる免疫関連有害事象(irAE)筋炎と診断し、外来通院の強い希望からプレドニゾン(PSL)10mg/日の投与を開始した。PSL開始後速やかに全身脱力感の改善及びCKの正常化を認めた。20XX+1年1月にはLenvatinib 8mg/日を開始し、RECIST PRを維持していた。同年6月には肝動脈化学療法(cTACE)を追加した。【結語・考察】免疫チェックポイント阻害薬を使用したがん患者の1-3%に筋障害が出現すると報告されているが、IMbravel50試験でirAE筋炎は発現率0%であり、irAE筋炎の発現は極めて稀である。本例では、複合免疫療法導入後に経時的に増悪する筋症状を認め、CK値も変動し、その診断に難渋した。Atezo+Bev療法において、筋症状、筋原性酵素の上昇を認める際には、irAE筋炎の合併も考慮することが肝要である。

irAE筋炎, アテゾリズマブ

5 交通外傷後の持続する心窩部痛で発見した外傷性 Budd-Chiari 症候群を疑う一例

帝京大学 医学部 内科学講座
山下麻由, 三浦 亮, 本田 卓, 松本康佑, 丸山喬平, 青柳 仁,
磯野朱里, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 小田島慎也, 浅岡良成,
山本貴嗣, 田中 篤

症例は62歳女性。20XX年6月交通事故にあった際、エアバックの不具合でハンドルを前胸部に強打した。その後から心窩部痛を持続的に認め、翌月には両下肢浮腫が出現した。近医を受診したが原因不明で精査目的に当科受診となった。胸腹部造影CTで下大静脈の大静脈孔レベルでの狭窄を認めていた。上部消化管内視鏡検査、胸腹部造影CTでは他に疼痛の原因を示唆する所見は認めなかった。下肢浮腫の原因精査で下肢静脈超音波を行ったが、血栓を疑う所見はなかった。以上から、Budd-Chiari症候群と診断し、受傷前は無症候であったこと、胸腹部造影CTで側副血行路の発達などもないことから外傷性 Budd-Chiari症候群を疑った。8月に当院放射線科に依頼し血管造影検査とともに、経皮的血管形成術を施行した。血管造影検査では下大静脈造影で大静脈孔レベルの狭窄を認め、造影剤の流出は遅く軽度停滞傾向であった。また、上大静脈と下大静脈は平均8mmHgの圧較差を認めていた。血管造影検査に引き続き、狭窄部位に対してのバルーン拡張術を施行した。外傷後でもあり過拡張での血管損傷も懸念されたため、拡張後の圧較差4mmHgで処置を終了した。術後は特に目立った合併症はなく経過し、もともとの自覚症状であった心窩部痛、両下肢浮腫の消失を認めた。現在、定期的な外来通院中であるが、時間経過とともに再度同様の心窩部痛、両下肢浮腫の症状が出現するため、経皮的血管形成術を計4回施行している。Budd-Chiari症候群は肝部下大静脈の膜様閉塞や肝静脈起始部の限局した狭窄や閉塞で発症する疾患であり、慢性性が80%を占めている。本症例においては受傷前に画像検査歴はなく、Budd-Chiari症候群を疑う症状はなかった。受傷後から症状が出現しており、交通外傷に伴う急性型の可能性が考えられた。貴重な症例と考えられ、論文的考察も加え今回報告する。

Budd-Chiari症候群, 外傷

7 胆嚢癌との鑑別が困難であった胆嚢壁内膿瘍の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾,
同 大学院医学研究科 人体病理病態学講座³⁾
上村泰子¹⁾, 奥秋 匠¹⁾, 小田倉里奈¹⁾, 壁村大至¹⁾, 石井重登¹⁾,
上山浩也¹⁾, 藤澤聡郎²⁾, 佐野勝廣²⁾, 福村由紀³⁾, 永原章仁³⁾,
池嶋健一¹⁾, 伊佐山浩通¹⁾

【症例】59歳男性。【現病歴】健康診断で胆嚢壁肥厚を指摘され、2018年に当院紹介となった。初診時に腹部超音波検査(AUS)とMRCPで胆嚢頸部と胆嚢底部にRokitansky-Ashoff sinus(RAS)を認め、分節型胆嚢尿管症の診断となり、AUSとMRCPで半年ごとに経過観察した。著変なく経過していたが、2022年にMRCPで胆嚢体部に胆嚢内腔を圧排し、肝床部に突出する10mm大の類円形の腫瘍が出現した。血液検査で腫瘍マーカーと炎症反応はともに正常値であった。またMRI検査で、病変はT1強調画像で一部に高信号を含む等信号、T2強調画像で低信号、拡散強調画像で高信号、ADCで信号低下を示した。病変は単純CTで高吸収を示し、造影CTで、病変は辺縁に被膜様の遷延性濃染を示し、内部は早期相で淡い造影効果を有していた。胆嚢壁の連続性は保たれており、病変は肝臓に一部接触していた。PET-CTで、病変はSUV max 13.36のFDG異常集積を認め、胆嚢頸部近傍および膵頭部背側のリンパ節腫大はそれぞれSUV max 3.35, 1.97と淡い集積を認めた。超音波内視鏡(EUS)で、病変の主座は壁内で、境界明瞭、内部は不均一で、一部に点状の高エコーを認めた。胆嚢壁の最内側面は保たれていたが、外側高エコー層は一部で途絶し、肝臓への浸潤を否定できなかった。また、ドップラーで腫瘍内を走行する血流シグナルを認め、ソナゾイド造影で内部は均一に濃染された。各種画像検査から胆嚢癌を否定できないことから、胆嚢癌cT3N1M0stage3Bと診断し、ロボット支援下肝S4a+5切除および肝門部リンパ節郭清術を施行した。最終病理診断は、胆嚢の背景粘膜はびまん型胆嚢尿管筋腫症で、病変は膿瘍と診断され、悪性所見は認めなかった。【考察】胆嚢隆起性病変は、術前の病理組織検査が困難であり、良悪性診断においてUS, EUS, CT, MRIなどの画像診断が主体となる。本症例は、胆嚢尿管筋腫症のフォロアアップ中に増大した胆嚢腫瘍を認め、いずれの画像検査でも悪性を否定できず、胆嚢癌との鑑別が困難であったため、文献的考察を加えて発表する。

胆嚢壁内膿瘍, 胆嚢癌

6 非アルコール性脂肪性肝疾患との鑑別を要した Wilson 病の1例

昭和大学病院 医学部 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
同 臨床病理診断学講座²⁾
坂 隆寛¹⁾, 音山裕美¹⁾, 富士貴弘¹⁾, 杉浦育也¹⁾, 中島陽子¹⁾,
居軒和也¹⁾, 市川 雪¹⁾, 魚住祥二郎¹⁾, 下間 祐¹⁾, 打越 学¹⁾,
坂木 理¹⁾, 本間まゆみ²⁾, 矢持淑子²⁾, 吉田 仁¹⁾

【症例】10代、女性 【主訴】倦怠感 【現病歴】20XX年Y月に倦怠感を主訴に他院を受診し、血液検査で肝機能障害を指摘され、精査加療目的に当院を紹介受診した。【経過】初診時の血液検査ではウイルス性肝炎や自己免疫性疾患、甲状腺疾患は否定的であった。超音波検査では、bright liver、肝腎コントラスト陽性であり、非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFD)による肝機能障害が疑われ食事運動療法を開始した。その後も肝酵素は高値であり、同年Y+8月に栄養指導を行い、トコフェロールニコチン酸エステルカプセル600mg/日を開始とした。初診から1年後の超音波検査では、前回と比較し脂肪肝は改善していたが、血液検査では肝機能の改善に乏しかった。追加精査でセロプラスミン3mg/dL、血清銅26μg/dLと低値であり、Wilson病として矛盾しない結果であり、肝生検、尿中銅排泄量検査を施行した。肝生検結果では大滴性から小滴性の脂肪沈着と肝細胞の風船腫大を認めたが、オルセイン染色陽性顆粒は認めなかった。尿中銅排泄量は738μg/日と高値であった。Wilson病の特徴である眼所見のKayser-Fleischer輪は陰性、生検結果ではNAFLDとの鑑別が困難であり、診断確定のためWilson病の遺伝子検査を施行し、ATP7B遺伝子変異を認めた。頭部MRIでは異常所見は認めず、神経症状は陰性であったことからWilson病の肝型の診断に至った。今後はWilson病に対する治療として銅キレート薬、亜鉛製剤にて加療していく方針である。【考察】脂肪肝の原因としては、肥満、糖尿病、アルコールによるものが多いが、本症例に関してはいずれも否定的であり、内分泌疾患やWilson病などの疾患を鑑別に上げることが必要と再認識した。また、Wilson病の古典的三徴である肝障害、運動障害、Kayser-Fleischer輪が揃うことは少なく、本症例のようにKayser-Fleischer輪を認めない肝型のWilson病が半数以上と言われており、若年の非肥満型の脂肪肝を認めた場合はWilson病も鑑別に診療を行う必要がある。NAFLDとの鑑別を要したWilson病の1例を経験したため若干の文献的考察を踏まえ報告する。

Wilson病, 非アルコール性脂肪性肝疾患

8 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝門部領域胆管原発神経内分沁腫瘍の1例

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾
三浦宏仁¹⁾, 松井 徹¹⁾, 坂井有里枝¹⁾, 時任佑里恵¹⁾, 加藤知爾¹⁾,
小林克也¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 光井 洋¹⁾, 岸田由起子²⁾

【症例】60代女性。人間ドックで腹部超音波検査を受けたところ、肝右葉に20mm大の低エコー腫瘍を指摘され紹介となった。腹部造影CTでは肝S7に早期濃染し、平衡相でwash outを呈する腫瘍を認めた。腹部造影MRIでも早期濃染wash out、肝細胞相での取り込み欠損像があり、肝細胞癌(HCC)が疑われた。腫瘍が下大静脈と接していたため局所療法は困難であり、外科切除の方針となった。残肝容量確保のため門脈右枝塞栓術後、肝右葉+尾状葉切除術が施行された。病理検体では核所見にsalt and pepper様の構造を認め、免疫染色でNCAM/synaptophysin/chromogranin/INSM1陽性であり、神経内分沁腫瘍(NET)が疑われた。分化度は高分化でKi-67 indexは約5%であり、NET G2の診断となった。腫瘍の発生は、腫瘍周囲に肝細胞の取り囲みが見られないこと、腫瘍の被膜部に大型胆管で見られる付属粘液線が見られることより、肝門部領域胆管からの発生と考えた。他臓器に原発巣は認めず、最終診断は肝門部領域胆管原発のNET G2の診断とした。【考察】胆管原発NETの報告は稀で、消化器領域のNETのうち胆管原発は0.2~2%とされている。また、肝原発腫瘍のうち、NETの割合は0.4%とこちらも稀である。肝臓や胆管原発のNETの予後は切除症例においては比較的良好だが、造影態度や腫瘍の局在からHCCとの鑑別が困難となる場合がある。特に肝門部付近の多血性腫瘍において胆管原発NETも考慮する必要がある。

NET, 胆管原発

急性胆嚢炎を契機に診断した切除不能胆嚢原発神経内分泌癌 (NEC) の1例

三井記念病院 消化器内科

鈴木 賛, 丹野恵里佳, 阿部敏明, 中原健徳, 竹熊勇登, 北村友里, 佐藤公紀, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎, 関 道治, 戸田信夫

【諸言】胆嚢癌の組織型は腺癌が最多であり、胆道系原発の神経内分泌癌 (Neuroendocrine carcinoma: NEC) は稀な組織型である。NECは悪性度が高く予後不良である。今回胆嚢炎を契機に診断した切除不能胆嚢原発神経内分泌癌の一例を経験したので報告する。【症例】80歳代、女性。発熱と心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診した。来院時の血液検査所見では、WBC 12700 / μ Lの増多を認め、腹部超音波検査および造影CT検査で、胆嚢頸部に結石が嵌頓し胆嚢は腫大しており、急性胆嚢炎の診断となったが、胆嚢体部から底部に肝臓に連続する腫瘍、および臍頭部周辺に腫大したリンパ節と思われる複数の腫瘍を認め、急性胆嚢炎に対して絶食・抗菌薬加療を開始し、入院第7病日には腹部症状は消失し、WBCは正常化した。その後超音波内視鏡下に臍頭部周辺の腫瘍を穿刺し得られた組織像から、核小体の明瞭な類円形の腫大核と好酸性の胞体をもった腫瘍細胞が検出された。免疫組織学的検索にてChromogranin A (+), Synaptophysin (+)であり、他の明らかな原発巣を認めないため胆嚢原発神経内分泌癌 (NEC)、リンパ節転移と診断した。高度血管侵襲のため根治的手術適応は無く、カルボプラチン+エトポシド (CBDCA+ETOP) 療法を開始した。2クール目の終了時点で明らかな有害事象なく経過しており、治療効果判定の画像検査を今後予定している。【まとめ】比較的稀な胆嚢原発NECの1例を経験した。先に報告されている神経内分泌腫瘍の治療に準じてCBDCA+ETOP療法を開始した経過および文献的考察を報告する。

胆嚢癌, 神経内分泌腫瘍

広範な臍管内進展を呈した十二指腸乳頭部癌の一例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科

佐藤祐大, 中村健二, 財部紗基子, 市川将隆, 片山 正, 尾城啓輔, 瀧川 稔, 岸川 浩, 佐々木文, 西田次郎

症例は70歳代、男性。便潜血陽性で当院紹介受診。悪性腫瘍のスクリーニングで施行したCTで臍管・胆管拡張を認めた。臍頭部領域の腫瘍を疑い、外来で精査中であったが、腹痛を認め、精査目的に入院となった。入院後EUSを施行し、通常観察で乳頭部レベルに全周性、白色調のIIa病変を認め、臍管・胆管内に連続して進展する像を呈した。ERCPを施行し、ERCで総胆管末端に結節影およびERPで乳頭部より連続する4cmの狭窄を認め、7mm程度の尾側主臍管の拡張を伴っていた。IDUSでは総胆管末端及び狭窄を呈する主臍管の壁はびまん性に肥厚していた。十二指腸粘膜の生検で管状腺腫の診断とり、臍液細胞診ではclassIIIで良悪性の判断は困難と診断された。その後、臍管閉塞に伴う腹痛や脾炎を認め、臍頭十二指腸切除術の方針となった。病理結果では、十二指腸乳頭部及び周囲粘膜、主臍管内に、管状、乳頭状構造を形成した異型細胞が増殖し、大部分は高分化腺癌であった。十二指腸乳頭部では、中分化から低分化腺癌及び粘液癌からなる浸潤癌を認め、進展した主臍管内病変に小型の浸潤巣を複数個所に認めた。十二指腸病変と主臍管内病変は連続し、粘液形質も類似し、十二指腸病変と主臍管内の2病変による衝突腫瘍は否定的であった。上腸間膜動脈リンパ節に転移を認め、十二指腸乳頭部癌Stage IIBと診断した。十二指腸乳頭部癌は、解剖学的位置関係から、主臍管や総胆管内に進展、浸潤を生じやすい。十二指腸乳頭部腫瘍の胆管・臍管内上皮進展率は、41%、24%とされ、胆管内上皮内進展は最長6.6cmであったのに対し、臍管上皮内進展は胆管に比し短く最長1.7cmと報告されている。本例では、主臍管内に4cm程度の広範な進展を認め、稀な進展形式であった。本例では急性脾炎を生じたが、十二指腸乳頭部癌は脾炎全体の僅か0.8%と報告されている。十二指腸乳頭部癌で急性脾炎を併発した際には、主臍管内への進展を疑い、稀ながら広範に進展する可能性も念頭に置くべきと考えられた。急性脾炎を繰り返した主臍管内に広範に進展した十二指腸乳頭部癌の1例を経験したため文献的考察を加え報告する。

十二指腸乳頭部癌, 臍管内進展

内視鏡的に治療しえた胆管および大腸に瘻孔を形成したMirizzi症候群の一例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科

竹之内恵菜, 薩田祐輔, 寺師和真, 丹羽はるか, 関根章裕, 五十嵐洋介, 中原一有, 立石啓介

症例は50歳、男性。黄疽、食不振の精査目的で当院紹介受診となった。血液検査にてT-Bil 19.7mg/dL, AST 130U/L, ALT 88U/L, γ -GTP 742U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部造影CT、MRCPでは萎縮した胆嚢内に充満するように結石を認め、結石の圧排により肝門部領域胆管に狭窄をきたしており、Mirizzi症候群の診断にて入院となった。ERCPによる胆管造影では、肝門部領域から右肝管にかけて外圧排様のBismuth IIIa型の肝門部領域胆管狭窄を呈し、肝内胆管の拡張を認めた。また、肝門部胆管から直接胆嚢内へ造影剤の流入が確認され、胆管胆嚢瘻が疑われた。胆管狭窄部から生検を行い、左肝管にENBDを留置した。胆管生検やENBDからの胆汁細胞診では悪性所見はみられなかった。後日、再度ERCPにて経口胆道鏡 (POCS) を施行すると、肝門部領域胆管に胆嚢胆管瘻を形成し、瘻孔から胆管側に露出した胆嚢結石を認めた。McSherry分類type IIのMirizzi症候群と診断し、結石に対し電気水圧衝撃波胆管結石破碎術 (EHL) を施行した。まず胆管に露出した結石から破碎を開始し、その後胆嚢胆管瘻を通じて胆嚢内の結石へと順じ破碎を進め、計5回のEHLにて完全結石除去が可能であった。また、胆嚢造影にて大腸への造影剤の流出を認め、POCSにて胆嚢底部に大腸との瘻孔が観察され、スコープは大腸に挿入された。そこで、瘻孔部のメルクマルとするため胆嚢大腸瘻を通じて大腸内にENBD用カテーテルを留置し、その翌日に大腸内視鏡を施行した。大腸内視鏡では、留置したカテーテルがメルクマルとなり容易に上行結腸に瘻孔部を確認することが可能であった。内視鏡観察下にカテーテルを抜き、ロングクリップを用いて瘻孔部を閉鎖した。その後、結石再発や感染徴候はみられず経過良好である。今回われわれは、胆管および大腸に瘻孔を形成したMirizzi症候群に対し、内視鏡的に完全結石除去および大腸瘻孔閉鎖を行い、外科的手術を回避しえた症例を経験したので報告する。

Mirizzi症候群, 胆嚢大腸瘻

完全内臓逆位の悪性肝内胆管狭窄に対して腹臥位でERCPを施行した1例

国際医療福祉大学三田病院 消化器内科

永井登毅, 深沢直人, 上野 真, 杉元俊太郎, 石井 研, 高野幸司, 渡辺知佳子, 片岡幹統, 正岡建洋

完全内臓逆位の既往があり、高血圧症で近医かかりつけの75歳女性。X-1月にかかりつけ医で施行した定期血液検査で、肝胆道系酵素の上昇を認め、当院紹介受診の予定であった。X日、発熱を認めたため夜間救急外来を受診し、血液検査で肝胆道系酵素上昇と炎症反応上昇を認めた。腹骨盤部造影CTで胆嚢内に不整な充実性腫瘍を認め、肝実質への浸潤がみられ肝門部胆管浸潤により左右肝内胆管は拡張していた。悪性胆管狭窄に伴う急性胆管炎の診断で同日入院となった。X+1日、胆管ドレナージュ目的に内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) を施行した。術者はERCP経験13年で、通常通り腹臥位でスコープを挿入した。食道胃接合部を超えて、スコープを反時計回転しながら幽門輪を通過し、さらに左トルクと左アングルをかけながら上十二指腸角を通過した後、スコープを引きストレッチをした。その後透視像を確認しながら、ショルダーターンも加えながらスコープをさらに反時計回転し、乳頭の正面視が可能であった。胆管走行をイメージしながら1時方向へカニューレクションし胆管挿管に成功した。胆管造影では肝門部は造影されず、後区へ挿管し造影すると後区は拡張しており前区、左肝管は造影されなかった。内視鏡的乳頭切開術 (EST) を施行したのち、外側区区域枝にERBD、後区区域枝にENBDを留置した。術中に明らかな合併症は認めず、術後経過も良好であった。完全内臓逆位に対してERCPを施行した症例を経験したため、文献的考察を踏まえてここに報告する。

完全内臓逆位, ERCP

13 長期経過中に遠位胆管癌を発症した自己免疫性膵炎の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門¹⁾, 同 外科学講座消化器一般移植外科部門²⁾, 同 病理診断部³⁾, 小野明日香¹⁾, 菅野 敦¹⁾, 池田恵理子^{1,3)}, 田中朗嗣¹⁾, 櫻井祐輔¹⁾, 安藤 梢^{1,3)}, 横山健介¹⁾, 青木裕一²⁾, 樺澤 森³⁾, 福嶋敬宜³⁾, 山本博徳¹⁾

【症例】74歳男性【経過】20XX-13年に心窩部痛を主訴に近医を受診した。AUSで膵体部に低エコー腫瘍が認められ、AMY上昇もあり精査目的に当科を紹介受診した。造影CTでは膵体部にcapsule-like rimを伴う膵腫大が認められた。EUSでは同部位はheterogeneousで周囲の膵実質との境界は不明瞭であった。ERPでは膵体尾部の主膵管は狭細化していた。血清IgG4は正常値であったが、膵液細胞診で悪性所見が認められず、限局性AIPと診断された。腹痛を伴っており、ステロイド治療が開始された。ステロイド治療開始6週間後の造影CTでは膵腫大は消失しており、ERPでも主膵管の狭細像は改善していた。経過良好であり、20XX-9年にステロイド内服は終了となった。症状の再燃なく、定期的な画像・血液検査による経過観察されていたが、20XX年の腹部造影CTで下部胆管に限局した胆管壁の肥厚が出現した。20XX年+3ヶ月に心窩部の違和感、灰白色便の自覚や肝胆道系酵素の上昇もあり、精査目的に当科に入院となった。造影CTでは下部胆管に造影効果を伴う壁肥厚が認められ、肝側の胆管は拡張されていた。ERCでも同部位に狭窄が認められた。狭窄部の胆管生検でadenocarcinomaと診断され、遠位胆管癌の診断で、膵頭十二指腸切除術が施行された。病理組織学的所見では、下部胆管に低分化型腺癌が認められ、一部では漿膜下層、膵実質へ浸潤していた。術前に留置した胆管ステントの影響で上皮下には豊富な好中球浸潤が認められたが、形質細胞浸潤は乏しかった。【考察】IgG4関連疾患は腫瘍随伴症候群の可能性が考えられている。一方で、慢性炎症や免疫機能不全による発癌の可能性も推察されており、IgG4関連疾患の発癌機序は未だ解明されていない。本症例はAIPの診断から13年後に悪性腫瘍を発症しており、慢性的な機序による発癌が推測される。経過観察中にAIPに併存した胆管癌の1例を経験したため報告する。

自己免疫性膵炎, 遠位胆管癌

15 膵十二指腸動脈瘤破裂に対するTAE後に十二指腸水平部の狭窄を来した1例

新東京病院 消化器内科
酒井晋二郎, 浅原新吾, 小森那々子, 前田 元, 小玉 祐, 西澤秀光, 外山雄三, 溝上裕士, 長浜隆司

【症例】54歳女性【主訴】心窩部～左季肋部痛【現病歴】X-7日頃から食後の心窩部～左季肋部痛がみられていた。X日21時頃から心窩部痛が出現し、これまでより強く改善がないため、当院を受診した。単純CTで膵頭部周囲にfluid collectionを認めたため、急性膵炎疑いにて入院となった。【現症】血圧132/80, PR61, RR20, K36, 4度, SpO2 99% (RA) 心窩部に圧痛あり、反跳痛なし【経過】血液検査ではアミラーゼの上昇はなく、Hbも12.7g/dlと正常であった。X+1日、造影CTで膵十二指腸動脈瘤の破裂が疑われ、他院へ転院。転院先で腹部血管造影を施行し、前下膵十二指腸動脈に口径不整を認め、ここが責任血管と考えられたため、前・後下膵十二指腸動脈をICDコイルで塞栓した。X+3日、上部消化管内視鏡検査では、十二指腸には狭窄、びらん、潰瘍などを認めなかったことから、同日より流動食を開始。食事形態を全粥まで変更したが摂取は良好で、嘔気、腹痛もなく、X+6日に退院となった。X+12日、午前3時頃に心窩部痛で覚醒し、その後も周期的な痛みがあるため当院を受診。CTを施行したが、胃内容物の貯留は軽度で、再出血の所見もみられなかった。その後も嘔気、嘔吐が続くためX+15日に上部消化管内視鏡検査を行ったところ、大量の胃液貯留と十二指腸水平部に狭窄を認め、スコープの通過も不能であったため、加療目的に入院となった。X+17日とX+19日に狭窄部に対してバルーン拡張術を行ったが、拡張直後はスコープの通過も良好であったものの、その後再び狭窄がみられた。このため、狭窄部を超えて栄養チューブを留置して経管栄養とした後、X+32日に腹腔鏡下胃空腸バイパス術を行った。術後消化管造影では、胃空腸吻合部の狭窄を認めたため、術後11日目のX+43日に胃空腸吻合部狭窄に対してバルーン拡張術を行った。その後食事摂取が可能となったため、X+62日に退院した。【結語】膵十二指腸動脈瘤破裂に対してTAEを行い、遅発性に十二指腸水平部の狭窄を来した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵十二指腸動脈瘤破裂, 十二指腸狭窄

14 超音波内視鏡下穿刺吸引術 (EUS-FNA) により診断した2型自己免疫性膵炎の2例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科
木村勇太, 大塚武史, 松原三郎, 芦田安輝, 増淵悟志, 錫田正樹, 鈴木一秀, 岸 寛士, 砂田莉沙, 新井智洋, 田中孝幸, 田川 慧, 加藤秀輔, 堀裕太郎, 須田健太郎, 寺井悠二, 高林英日己, 加藤真吾, 岡 政志, 名越澄子

【症例1】20代前半男性。20XX年Y月に全大腸型潰瘍性大腸炎と診断、5-ASA製剤を導入したが薬剤性間質性肺炎発症し、休薬となった。2か月後に心窩部痛・血便が出現し潰瘍性大腸炎増悪が疑われ入院した。入院時の採血でAMY上昇及び造影CTでびまん性膵腫大とCapsule-like rimを認めた。第6病日のMRIでは主膵管の狭小像を認めた。血清IgG4の上昇は認めず、潰瘍性大腸炎を伴う2型自己免疫性膵炎が疑われた。第12病日にEUS-FNA施行、好中球浸潤による膵管上皮破壊像 (GEL) を認め2型自己免疫性膵炎に矛盾しない所見であった。第13病日にPSL 40mg/日静注から開始、また第22病日から潰瘍性大腸炎のコントロールのためAZA 50mg/日を併用した。心窩部痛、血便は改善傾向となり第26病日に退院した。【症例2】10代後半男性、気管支喘息の既往がなく、単純CTにてびまん性膵腫大を認めたが、膵管は不明瞭であった。第6病日のMRIでは膵頭部の膵管途絶、膵体尾部の膵管拡張を認めた。保存的治療で経過を見ていたが症状消失しなかったため膵管狭窄による膵液の鬱滞が膵炎の原因と考へ第10病日にERCPを施行した。膵管造影で膵頭部膵管に狭窄を認め、さらに尾部膵管に2領域の狭窄を認めた。狭窄部にENPDを留置したが症状改善には乏しかった。連続膵液細胞診では悪性所見は認めなかった。2型自己免疫性膵炎を疑い第17病日にEUS-FNA施行、GELを認め2型自己免疫性膵炎に矛盾しない所見であった。第23病日よりPSL 30mg/日内服開始となった。【考察】現在2型自己免疫性膵炎は特徴的な血清学マーカーはなく、診断に病理学的評価が必須であり、鑑別に拮かなければ診断に至らない。潰瘍性大腸炎合併、若年性という特徴的な2型自己免疫性膵炎を2症例経験したため、文献的考察を加えて報告する。

2型自己免疫性膵炎, EUS-FNA

16 Superparamagnetic Iron oxide 造影Magnetic resonance imagingで診断が困難であったsplenosisの1例

虎の門病院 肝胆外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
横山 充¹⁾, 松村 優¹⁾, 橋本雅司¹⁾, 進藤潤一¹⁾, 大久保志志¹⁾, 藤井丈士²⁾, 久米絢子²⁾

【緒言】 Splenosisは外傷、医原性などを契機として脾組織が他組織に定着することで起こる良性疾患であるが、しばしば悪性腫瘍との鑑別が困難である。今回術前にSplenosisを疑いSuperparamagnetic Iron oxide (SPIO) 造影Magnetic resonance imaging (MRI) 精査を行ったが、確定診断に至らず、切除を施行した一例を経験した。【症例】中学生時に転落し脾摘出術を施行した既往がある70歳代男性の患者。十二指腸潰瘍の精査目的に施行したComputed tomography (CT)で横隔膜下腫瘍を指摘された。そして3ヶ月後のフォローアップCTで増大が疑われたため当院紹介となった。CTでは横隔膜と肝臓頭側面正中右側寄りに30mmの造影される腫瘍を認め、肝臓および横隔膜とは境界を有していた。腹部超音波検査では辺縁が明瞭な境界を有する、内部の吸収が均一な腫瘍を認めた。Superparamagnetic Iron oxide (SPIO) を用いた造影Magnetic resonance imagingでは、T2スタースタック画像で高信号を示し、脾臓摘出部位に残存する副脾と異なる画像所見を呈した。既往歴からsplenosisを疑ったが画像精査では診断に至ることは困難であった。また経皮的針生検も考慮を行ったが心臓と近接しているため危険性が高く困難と判断した。追加した画像診断では初診時から明らかな増大所見は認めなかったが、横紋筋腫などの腫瘍の可能性が指摘され、診断を兼ねて切除を施行する方針となった。手術所見では、腫瘍は横隔膜と肝臓、および肝臓状間膜の左側に接する柔らかい腫瘍であった。周囲臓器への浸潤は認めず、切除を施行した。合併症なく経過し、術後5病日に退院した。病理組織診断では脾組織と診断された。【結語】 Splenosisを含む異所性脾は特異的な画像検査を行っても確定診断に至らないことがあり、組織学的な精査が必要になることがある。

splenosis, SPIO

17 BRCA遺伝子変異陽性膵癌の術後再発に対してオラパリブを導入した1例

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾、
同 一般・小児・肝胆膵外科学²⁾
岡田俊二¹⁾、花岡太郎¹⁾、奥協興介¹⁾、西澤伸基²⁾、石崎純郎¹⁾、
安達 快¹⁾、渡辺真都¹⁾、岩井知久¹⁾、木田光広¹⁾、隈元雄介²⁾、
草野 央¹⁾

【症例】54歳男性。体重減少と糖尿病増悪に対する精査のため20XX年Y月当院を紹介受診した。CA19-9の異常高値(6.423 U/mL)と胸-腹部造影CTでは膵鉤部に尾側主膵管の拡張を伴う24mm大の境界不明瞭な乏血性腫瘤を認め、膵癌が疑われた。endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition を施行し adenocarcinoma と診断した。遠隔転移や主要血管への接触・浸潤は認めなかったが、CA19-9の異常高値のため切除不能膵癌に準じてmodified FOLFIRINOX(mFFX)療法を開始した。8コース施行後、原発巣の縮小とCA19-9の陰性化が得られたため conversion surgery 施行の方針となり、20XX年Y+8月に幽門輪温存脾頭十二指腸切除術を施行した。S-1による術後補助化学療法終了後、術後9ヶ月後のCTで門脈周囲のリンパ節再発を認めた。gemcitabine + nab-paclitaxel療法を導入したが、同時期に行ったBRCAAnalysis®でBRCA2遺伝子変異陽性が判明したため、オラパリブヘレジメン変更した。オラパリブ導入から3か月後のCTでは再発巣の縮小を認め、現在も増悪なく化学療法継続中である。【考察】生腫細胞系別BRCA遺伝子変異陽性の切除不能膵癌はプラチナ系薬物療法の有効性が知られており、さらに維持療法としてのオラパリブの有用性も報告されている。一方で膵癌におけるBRCA遺伝子変異陽性率は4-7%と症例数は多くない、今回我々はプラチナ系薬物療法による奏功が得られ conversion surgery に至り、その後術後再発をしたBRCA遺伝子変異陽性膵癌に対して、オラパリブを導入し奏功した1例を経験したため報告する。

BRCA遺伝子、オラパリブ

19 急性膵炎を契機に発見された膵癌の2例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 内科
中村ゆりこ、木下 聡、平澤智明、高田祐明、南 一洋、碓井真吾、
中里圭宏、吉田武史

【背景】膵癌は自覚症状に乏しく、発見時に進行していることが多い。急性膵炎が早期発見に繋がるのではないかと注目されているが、鑑別に難渋し膵癌の診断に至るまでに時間を要することがある。今回、当院にて急性膵炎後に速やかに診断された膵癌の2例を経験したので報告する。【症例1】69歳男性。数日間持続する心窩部痛を主訴に当院を受診した。血液検査で炎症反応と膵酵素の上昇、造影CTで脾腫大と周囲脂肪織濃度の上昇を認め、軽症の急性膵炎の診断で緊急入院となった。アルコール性、胆石性などを示唆する所見は乏しく、造影CTで脾頭部の造影不良と遠位膵管の拡張を認めたことから、膵癌による閉塞性膵炎が疑われた。内視鏡的逆行性胆膵管造影を行い、膵管ステントを留置し、膵炎は速やかに改善した。膵液細胞診でclass Vを認め、膵癌(cStageIA)として化学療法後に外科的切除を行う方針となった。【症例2】55歳男性。左上腹部痛を主訴に前医を受診した。血液検査で膵酵素の上昇、造影CTと造影MRIで腫大した膵臓の体部に造影不良域と遠位膵管拡張を認め、自己免疫性膵炎、または膵癌による急性膵炎が疑われた。急性膵炎は保存的加療で改善し、その後、精査目的で当院紹介受診となった。超音波内視鏡検査で膵体部に不均一な低エコー腫瘤が描出され、穿刺吸引法によりclass Vを認めた。再度行った造影CTで肝転移、肺転移、リンパ節転移を認め、膵癌(cStageIV)として化学療法の方針となった。【考察】近年、急性膵炎において膵癌の存在を予測する因子が模索されている。今回、急性膵炎を契機に発見された膵癌の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

膵癌、急性膵炎

18 膵癌術後約3年に認めた残脾3病変再発に対して外科手術を行った1例

横浜労災病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
能中理紗子¹⁾、関野雄典¹⁾、悦田咲季子¹⁾、上野航大¹⁾、利井辰光¹⁾、
西上堅太郎¹⁾、伏見 光¹⁾、松本彰太¹⁾、佐野 誠¹⁾、枇杷田裕佑¹⁾、
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⁾、
羽成直行²⁾、永瀬 肇¹⁾

【症例】56歳女性。主訴：なし、現病歴：20XX年に膵頭部痛に対して亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行、pT2N0M0 Stage I B の最終診断で術後補助療法は行わず経過観察を行っていた。術後35か月目の造影CT検査にて膵管空腸吻合部よりやや尾部側に8mm大の結節を認め、同結節にて主膵管は途絶し尾側膵管は拡張していた。MRI拡散強調画像ではCTで認めた結節は拡散制限を伴っていた。EUSではCT、MRIで認めた結節は乏血性低エコー腫瘍として描出された他、最尾側にも5.4mm大の低エコー腫瘍を認め、膵癌術後残脾再発を疑った。病理学的評価目的にERCPを試みるも膵管空腸吻合部の開口部の同定は不能であった。主膵管途絶部位の病変に対してEUS-FNAを2session行い、手術検体と類似性を持つ腺癌を認め、膵癌術後残脾再発の診断とした。残脾摘出術が施行され、最終診断は術前に指摘し得た2病変に加えて1か所の別病変を含め、pT1a膵癌の診断となった。残脾全摘後、術後補助療法を行い再発なく経過している。考察：近年の脾切除後治療成績の向上により、脾切除後の残脾癌の報告も増加しており、診療ガイドラインは残脾のみの再発病変に対する脾切除を支持する立場である。複数の膵癌術後残脾再発に対して外科切除を行った稀な症例を経験したため、病理学的所見を交えて報告する。

膵癌、残脾再発

20 腹腔内播種により巨大血腫・多量血性腹水を生じた膵体部癌の1例

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科
八木はるか、新行内綾子、清水健人、白鳥 航、西村光司、
宮村達雄、伊藤健治、阿部朝美、金田 暁、齊藤正明、多田 稔、
杉浦信之

【症例】81歳、男性【主訴】腹部膨満感、呼吸苦【現病歴】20XX年3月頃より、腹部膨満感や息切れ等の症状が出現し、4月上旬に前医を受診した。単純CTで肝前面に巨大腹腔内腫瘍と胸腹水貯留を認め、前医に入院した。その後酸素化低下があり当院へ転院搬送となった。【経過】来院時、8Lの酸素需要を認めた。血液検査では、WBC 11100/μl、CRP 9.65mg/dlと炎症反応が高値だった。またCA19-9>1200U/mL、DUPAN-2>1600 U/mL、Span-1 1580 U/mLと腫瘍マーカーの異常高値を認めた。造影CTでは、肝前面に内部が造影される約10cm大の腫瘍を認めた。巨大腫瘍他にも腹腔内に多発播種を疑う所見があり、淡い高吸収の腹水貯留を認めた。膵体尾部に造影効果不良の11mm大の領域とその尾側に数珠状の膵管拡張を認めた。第3病日に腹水穿刺を施行し、血性腹水2500mlの排泄を認め、腹水細胞診でAdenocarcinomaの診断であった。以上の臨床所見より、膵癌の多発腹腔内転移が疑われた。一方で脾病変はサイズが小さく、典型的な臨床所見とは言い難かった。全身状態が悪く化学療法等の治療介入は困難であり、BSCの方針となった。多量腹水による腹部膨満感や呼吸苦の症状があり、適宜腹水穿刺を施行し、毎回血性腹水3000mlを排泄した。第18病日に一度退院し、外来で腹水穿刺を継続した。第26病日に肝・腎機能の悪化や高K血症を認め、経口摂取困難であり再入院した。第29病日、酸素化低下・心拍数低下となり所見された。病理解剖による診断は、10×6mmの膵体部癌(低分化腺癌)、腹腔内播種であった。肝前面の巨大腫瘍は血腫であり、播種による横隔膜と肝臓の癒着により生じた死腔への血液貯留が原因と考えられ、腫瘍性病変ではなかった。多量の血性腹水に関しては腫瘍細胞から血管新生・透過性亢進をきたして生じたものと考えられた。【考察】腫瘍径のみではステージIに分類される約1cmの膵体部癌が、多発腹腔内播種とそれによる腹腔内血腫・多量血性腹水を生じ、1か月で死亡する急速な経過を辿った症例であった。膵癌の早期診断の重要性を再認識する貴重な一例を経験したため報告する。

膵癌、腹腔内播種

相同組替え欠損関連遺伝子を有する膵癌の三次治療としてmodified FOLFIRINOX療法を行い、長期の病勢コントロールが得られた一例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科
山田善人, 大城 雄, 池田 剛, 金子恵子, 河越哲郎,
岩切勝彦

【症例】73歳女性で食思不振、心窩部痛を主訴に近医を受診し、肝機能障害、胆管拡張を認め当科に紹介となった。当科で施行した造影CT検査では膵頭部に17mm大の動脈優位相で低吸収の腫瘍と膵尾部の萎縮、主膵管の拡張を認めた。また肝にリング状濃染を伴う腫瘍が多発し、肺野には結節影が散在した。膵頭部腫瘍による閉塞性黄疸も来しており、胆道ドレナージを行い、その際に施行した胆管擦過細胞診でadenocarcinomaを認めた。進行度cT3N1M1 cStageIVの膵癌の診断で、全身化学療法の方針となった。一次化学療法としてgemcitabine+nab-paclitaxel療法 (GNP)を開始し、治療開始7ヶ月後のCTで腫瘍増大を認め、GNPは腫瘍増大に伴い中止となった。二次化学療法としてnanoliposomal irinotecan + 5-fluorouracil/1-leucovorin療法 (nal-IRI + 5FU/LV)を開始し、治療開始2ヶ月後のCTで腫瘍増大を認め、nal-IRI + 5FU/LVは中止となった。この間に施行したがんゲノム検査 (FoundationOne)では相同組換え欠損 (homologous recombination repair: HRD) 関連遺伝子であるCHEK2遺伝子の変異を有していた。全身状態も良好であり三次化学療法としてmodified FOLFIRINOX療法 (mFFX)を開始した。mFFXは8ヶ月間にわたり病勢コントロールが得られ、最良総合効果は部分奏功であった。【考察】切除不能膵癌の一次治療では安全性、有効性、簡便性からGNPが頻用され、GNP後の二次治療ではnal-IRI + 5FU/LVがNAPOLI-1試験で有効性が示され頻用される。三次治療以降では明確な治療が定まっていない。またHRDは卵巣癌などでプラチナ製剤の有効性が報告されるが、膵癌においては報告は乏しい。膵臓癌においてプラチナ製剤を有するレジメンとしてmFFXがあり、今回HRD関連遺伝子を有する膵癌の三次治療としてmFFXを行い、一次治療、二次治療の無増悪生存期間を上回る長期の病勢コントロールが得られた症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

膵癌, 切除不能膵癌

高度進行 (BR-A) 膵退形成癌に対し術前化療の施行を迷った結果up-front surgeryを選択し5年生存を得ている1例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科¹⁾,
同 消化器内科²⁾
麻生健太¹⁾, 竹村信行¹⁾, 吉崎雄飛¹⁾, 國土貴嗣¹⁾, 稲垣冬樹¹⁾,
三原史規¹⁾, 小島康志²⁾, 山本夏代²⁾, 國土典宏^{1,2)}

【はじめに】膵癌に対して術前化療が本邦の膵癌診療ガイドラインで推奨されている。一方で、膵退形成癌は予後不良であることが知られており、通常型膵癌に準じた化学療法が施行されることが多いが、奏効が期待される標準レジメンも無い。今回術前化療の施行を迷った進行膵退形成癌に対しup-front surgeryを行い長期生存を得ている症例を経験したので報告する【症例】症例は40代男性、(前医にて膵腫瘍をMCN疑いとして半年のフォローの後)、膵頭部に5cm大、著名な増大傾向を示す膵頭部腫瘍を指摘されFNA施行、膵退形成癌と診断された。CHAに接し(BR-A)、GDA根部すぐでencasementがあったため、術前化療を提示された後、当院セカンドオピニオンとなった。切除不能のリスクも説明の後、手術を強く希望され、膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建を施行した。GDA根部は結紮不能であり、CHAを中核、末梢で遮断してGDA断端を4-0プロリンを用いて縫合閉鎖した。術後はS-1による補助療法を1年間施行、その後外来でフォロー、術後5年4ヶ月無再発生存中である【まとめ】治療方針に迷ったBR-A高度進行膵退形成癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵癌, up-front surgery

短期間で増大した高齢者の主膵管型膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary mucinous neoplasm: IPMN) の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
石井咲貴, 岩崎 将, 星 健介, 氏田 互, 岩田俊太朗, 木村祐介,
山田悠人, 宅間健介, 伊藤 謙, 岡野直樹, 五十嵐良典, 松田尚久,
佐藤洋一郎

症例は84歳女性。既往歴に1型糖尿病と分枝型IPMNがあり、通院加療されている。20XX年12月に膵炎を発症し、前医で保存的加療後である。前医での膵炎診断時に主膵管拡張が認められており、以前の画像検査と比較しても増悪していたため、精査加療目的に当院を20XX年12月に紹介受診した。当院で各種画像検査を予定されていたが、その精査中にも膵炎を反復し、適宜保存的加療で対応されていた。当院での画像検査上も膵管拡張は認めており、過去の検査と比較しても増大傾向であった。膵癌による閉塞性膵炎や十二指腸乳頭部腫瘍による閉塞などを考慮して、内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) を施行した。乳頭部の観察で膵管開口部の開大を認め、粘液の流出が確認された。膵管造影では乳頭部からの全体的な主膵管の拡張と、内部に粘液を思わせる透亮像を認めた。上記から、各種画像検査と併せて主膵管型IPMNと診断した。主膵管径は8mm程度であり、明らかな結節は認めなかったが、膵炎の発症があるため、外科的加療を検討すべき症例と判断されたが、本人の希望および年齢、ADLを考慮し外科的加療は行わない方針となった。膵炎症状の反復に対しては、膵液の流出障害改善目的に内視鏡的膵管口切開術 (EPST) を施行した。EPSTを行って以降は膵炎の再発はなく経過している。約7ヶ月前の腹部MRCP検査では主膵管の拡張はほぼ認めていなかった。比較的進行速度が緩やかとされるIPMNの経過としては今回急速な経過であった。画像上短期間で膵管径変化も著明であり、その増大する経過を追うことが可能であった高齢者のIPMNの症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

主膵管型膵管内乳頭粘液性腫瘍, IPMN

黄疸を契機に見えられ膵管胆管瘻を形成した膵管内乳頭粘液性腺腫の1例

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾, 同 病理学教室²⁾
石田拓也¹⁾, 落合一成¹⁾, 江藤晃一郎¹⁾, 瀧田秀則¹⁾, 二階雪野²⁾,
山田貴大¹⁾, 川本 翔²⁾, 神林孔明¹⁾, 野坂岳志¹⁾, 権藤興一¹⁾,
渡邊俊也¹⁾, 柴山隆宏²⁾, 土岐真朗²⁾, 藤原正親²⁾, 久松理一¹⁾

症例は80代女性。血液検査で肝胆系酵素上昇を認め、精査目的に紹介受診。腹部造影CT検査で著明な主膵管と胆管の拡張を認めた。閉塞性黄疸に対して胆管ドレナージ目的に内視鏡的逆行性胆道膵管造影 (ERCP) を施行したところ、胆管直接造影で主膵管が造影され、遠位胆管と膵管との交通が確認された。事前のCT検査で膵胆管合流異常は認めず、膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) による胆管穿破が考えられた。管腔内超音波検査 (IDUS) を肝外胆管で施行したところ、遠位胆管に胆管と膵管との瘻孔形成が確認された。胆道鏡では、遠位胆管内に粘液が充満しており、灌流を繰り返しても視野確保困難で、胆管と膵管の瘻孔視認はできなかった。膵管内乳頭粘液性腺腫の胆管穿破が考えられ、胆道鏡で遠位胆管の不整粘膜より生検を行ったが、悪性所見は認めなかった。外科的切除についても検討したが、高齢で認知症もあり、ご本人とご家族が希望されず経過観察となった。診断より19ヶ月後に脱水を契機に入院となったが、その後全身状態が急激に増悪し、死亡となった。病態解明のため病理解剖を行ったところ、主膵管及び分枝膵管が囊状に高度に拡張し、主膵管内を主座として内腔に発育する直線状の腫瘍を認め、主乳頭から3cm肝門部側の遠位胆管で、直径2cm大の膵管胆管瘻が確認された。膵管から胆管内に向かって乳頭状の腫瘍の進展が認められたが、悪性所見は認めず、膵管内乳頭粘液性腺腫と診断した。また、膵頭部において拡張した膵管の内腔から周囲脂肪組織に及ぶ膿瘍形成を認め、死因は膵膿瘍からの敗血症であった。閉塞性黄疸を契機に見えられ膵管胆管瘻を形成した膵管内乳頭粘液性腺腫の貴重な症例を経験したため、文献的考察も含め報告する。

膵管内乳頭粘液性腫瘍, 胆管穿破

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科
久米菜緒, 濱中 潤, 安部真藏, 平松直樹, 石原 鴻, 林 知恩,
加藤由子, 塚本 恵, 比嘉愛里, 小串勝昭, 中野間紘, 西郡修平,
小柏 剛, 岡 裕之, 近藤正晃

【症例】88歳男性。【主訴】食思不振, 体重減少。【病歴】X年9月, 食思不振と体重減少を主訴に前医を受診し, CT検査で膵腫瘍を指定され精査治療目的に紹介受診した。MRCP検査で膵体部に分枝膵管拡張と尾側主膵管の拡張を認め, IPMNが疑われる所見であった。一方で, EUS検査ではソナゾイド造営で9.8mm大の早期濃染を認める境界不明瞭な低エコー域を認め, 浸潤性膵管癌が疑われた。ERCPを行い膵液細胞診, 膵管ブラシ細胞診, 生検を施行した。検体は病理的に, 核腫大と類円形, 紡錘形, 不整形を呈する細胞が孤在性か集塊として出現しており乳頭状様集塊も認めたことからIPMNと考えられた。手術希望があり, 12月8日, 腹腔鏡下膵体尾部切除+脾切除を施行された。切除検体は肉眼的に境界明瞭な黄灰白色調の腫瘍であり主膵管内に進展していた。組織学的には, 紡錘形もしくは類上皮様の形態を示す単核細胞が密に増殖しており, 病変内に破骨細胞様の多核巨細胞を散見した。免疫染色では, 病変内の単核細胞はVimentin(+), p53(focal+)を示し, CD68の免疫染色では病変内に組織球が多数見られた。破骨細胞様多核巨細胞は上皮マーカー陰性, CD68(+)を示した。以上の結果より破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌, pT1bN0M0, pStageIAの診断に至った。【考察】破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌は膵癌の0.9%の割合であり非常に稀な未分化癌である。その臨床的特徴や画像所見, 予後や治療法に関しては一定の見解が得られていない。文献的考察を踏まえ報告する。

膵癌, 破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌

順天堂大学医学部附属浦安病院 臨床研修センター¹⁾,
同 消化器内科²⁾, 同 病理診断科³⁾
丸尾粹貴¹⁾, 中津洋一²⁾, 矢野慎太郎²⁾, 大川博基²⁾, 西慎二郎²⁾,
深見久美子²⁾, 野元勇佑²⁾, 荻原伸悟²⁾, 降旗 誠²⁾, 北村庸雄²⁾,
富田茂樹³⁾, 長田太郎²⁾

【症例1】70歳代男性。20XX年当院で上部消化管内視鏡検査(EGD)施行したところ胃体上部後壁, 胃角部にそれぞれ褪色平坦隆起を認めた。ともに生検病理では管状腺腫であったが胃体上部後壁病変は25mm大で大弯の潰瘍癍痕部に接するように存在していたためESDで切除となった。病理結果は紡錘形の核を有する異型細胞が環状に増殖した腸型の腺腫が散在していたがいずれも上皮内に留まっていた。一方で同検体の粘膜下層には拡張像を伴う異所性胃腺管が散在していた。【症例2】70歳代女性。20YY年にEGDで体下部小弯に発赤調で明らかな隆起を伴わない15mm大IIc病変を認めた。内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理結果は粘膜下に留まる高分化管状腺癌(tub1)であり治癒切除の判定となった。検体の粘膜下層には異所性胃腺管が分布しており, その一部の上皮には悪性組織とのフロント形成が見られたため異所性胃腺管の癌化も疑われる所見であった。【考察】異所性胃腺管とは本来胃の粘膜固有層のみに存在する胃底腺が, 粘膜下層に異所性に現れるものを指す。異所性胃腺管自体が癌化するとは極めて稀であることが知られているが, 異所性胃腺管がびまん性に存在する胃粘膜には高率に胃癌が合併することが指摘されている。今回の2症例はいずれもESD切除後の検体で偶発的に発見された異所性胃腺管であり, 一方は悪性所見を伴わなかったがもう一方は胃癌に合併しており, しかも一部の異所性胃腺管の上皮には悪性組織とのフロント形成も見受けられた。異所性胃腺管について過去の文献も踏まえながら2症例について報告する。

異所性胃腺, 胃腫瘍

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
前原健吾¹⁾, 中村順子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: 81歳, 女性。主訴: 体重減少, 心窩部痛, 全身倦怠感。既往歴: 44歳時に子宮癌手術。喫煙・飲酒なし。現病歴: 半年で約5kgの体重減少を認めていた。1ヵ月前頃より特に誘因なく心窩部痛, 全身倦怠感が出現, 症状が持続するため近医を受診した。採血検査で肝胆道系酵素上昇を指摘され当院紹介となり, 施行した腹部CTで膵腫大, 胆管拡張を指摘され入院となった。身体所見: 心窩部に軽度圧痛を認めた。検査成績: WBC 6500/ μ L, RBC389 $\times 10^4$ / μ L, Hb 11.4g/dl, Hct 35.6%, Plt 50.9 $\times 10^3$ / μ L, CRP 0.73mg/dl, AST 41U/L, ALT 55U/L, LDH 184U/L, ALP 1202U/L, γ -GTP 936U/L, T-Bil 0.97mg/dl, AMY 29U/L, FBS 100mg/dl, HC抗体(-), HBs抗原(-), CEA 2.9ng/ml, CA19-9 4.7U/ml, DUPAN-2 204U/ml, SPan-1 22.7U/ml。臨床経過: 診断, 治療目的でERCPの施行方針としたが, Vater乳頭開口部には壊死様物質が充満しており造影・処置は不可能であった。このためPTGBD施行, 造影で下部胆管閉塞が確認された。腹部造影CTでは脾のびまん性腫大と多発する造影不良病変が認められた。腹部MRI拡散強調画像では, 頭部の腫瘍性高信号領域から体尾部に向かって連続蛇行する高信号病変が確認された。以上の所見より, 膵頭部腫瘍より主膵管内腫瘍進展などの特異な発育形態を示す膵癌が考えられた。診断目的で膵頭部病変に対してEUS-FNAを施行した。組織所見からは膵腺房細胞癌かsolid pseudopapillary neoplasmが考えられた。腫瘍細胞は β -catenin(細胞膜)および α 1-antitrypsinが陽性であり腺房細胞癌と診断した。膵腺房細胞癌ではAFP産生の報告があり, 本例の血清AFPも399.7ng/mlと増加していたため免疫染色を行った。その結果, 腫瘍細胞のAFP陽性が確認された。このため, 本例をAFP産生腺房細胞癌と診断した。その後の経過: 内視鏡下膵管ドレナージを施行し, 外来での治療を継続している。考察: 本例は特異な画像所見を示し, AFP産生が確認できた膵腺房細胞癌症例である。画像所見の特異性やAFP産生などの特徴を含め示唆に富む症例と考え報告する。

膵腺房細胞癌, AFP産生

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医¹⁾,
同 消化器肝臓内科²⁾
長谷川集¹⁾, 齋藤 圭²⁾, 山根成章¹⁾, 木暮千碩¹⁾, 白木彬博²⁾,
北原麻衣²⁾, 野村舟三²⁾, 藤澤真理子²⁾, 木暮宏史²⁾

63歳男性。2型糖尿病で当院かかりつけであった。2022年5月, COVID-19感染症で当院入院となった。入院第6病日, 心窩部痛と発熱, 黒色便を認め, 施行した採血でWBC 3200/ μ L, Hb 8.9g/dl, GOT 345IU/L, GPT 98IU/L, LDH 318U/L, ALP 1301U/L, γ -GTP 882IU/L, AMY 811U/L, CRP 6.82mg/dlと貧血, 肝胆道系及び膵酵素の上昇が見られた。腹部B型超音波検査CTでは, CT Grade3の膵炎と胆嚢結石を認めた。高度肥満あり, 腹部超音波検査では胆管結石の有無は観察不十分であった。胆石性肺炎及び急性胆管炎と診断し, 上部消化管内視鏡検査及び胆道ドレナージ目的に緊急ERCP施行とした。TJF-290V(Olympus社)を挿入すると, 十二指腸球部前壁にA1 stageの十二指腸潰瘍を認め, 潰瘍底から下降脚にかけて凝血塊が多量に付着していた。主乳頭の観察できず, 経乳頭のアプローチは困難と判断し保存加療の方針とした。第8病日, 上部消化管内視鏡検査を再検し, 十二指腸潰瘍底の露出血管に対してクリッピングを施行した。急性膵炎及び胆管炎は保存的に改善し, 第16病日施行した超音波内視鏡検査では胆嚢結石のみで, 総胆管結石を認めなかった。COVID-19感染症は軽快し, 第22病日退院となった。今回, COVID-19感染に伴う十二指腸潰瘍と, 総胆管結石性胆管炎・膵炎を併発した稀な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

COVID-19, 十二指腸潰瘍

千葉市立青葉病院 消化器外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
三田聡美¹⁾, 藤野真史¹⁾, 川原健治¹⁾, 文 陽起¹⁾, 信本大吾¹⁾,
清水康仁¹⁾, 窪澤 仁²⁾

【背景】Glomus腫瘍は四肢末端に好発する有痛性の軟部組織腫瘍であり、消化管原発のものは稀である。今回我々は、稀な胃Glomus腫瘍の1例を経験したので報告する。【症例】78歳女性。近医で胃粘膜炎下腫瘍を以前から指摘されていたが、経過観察となっていた。嘔吐・腹痛を主訴に当院を受診し、胆石症と胃粘膜炎下腫瘍の診断で手術治療の方針となった。血液検査では、内分泌学的異常を認めなかった。造影CTでは、胃前庭部に早期から強い造影効果を示し、内部が不均一な21mmの腫瘍を認めた。明らかなリンパ節腫大、遠隔転移は認めなかった。上部消化管内視鏡検査では、18mm大の胃粘膜炎下腫瘍を認め、粘膜下腫瘍は硬く、cushion sign陰性であった。生検を施行したものの粘膜下組織は採取できず、診断不能であった。上部消化管造影検査では、胃前庭部に起始部急峻で辺縁整、表面平滑な25mm大の腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では、腫瘍は固有筋層との連続を認めた。超音波内視鏡下穿刺吸引法による細胞診を施行したものの血液成分が多く診断不能であった。以上から確定診断は得られなかったものの、胃GISTの術前診断となり、腹腔鏡補助下胃部分切除術を施行した。術中所見では、胃前庭部に血管増生を伴う腫瘍を認め、術中迅速病理組織学的検査によりGlomus腫瘍の手術診断となった。術後病理組織学的検査では腫瘍細胞はやや大型であったが、細胞異型には乏しく、核分裂像はほぼ認めなかった。免疫組織化学染色では α -SMA陽性であり、CD34、c-kit、cytokeratin AE1/AE3はいずれも陰性であった。以上から胃Glomus腫瘍の確定診断に至った。その後合併症なく術後第11病日に退院となり、5年間の定期フォローの方針となった。【結語】術前診断が困難であった胃Glomus腫瘍の腹腔鏡補助下切除術を報告した。本邦報告例では転移再発例はないが、海外では腫瘍径5cmを超える症例で転移再発を認めている。胃Glomus腫瘍で腫瘍径5cmを超える症例は、注意深い経過観察が必要であると考えられる。

胃Glomus腫瘍, 胃粘膜炎下腫瘍

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⁾

与那嶺諒¹⁾, 岩崎曉人¹⁾, 野村 優¹⁾, 本多 悠¹⁾, 桜井祐一郎¹⁾,
城野 紘¹⁾, 藤野洋平¹⁾, 高井佑輔¹⁾, 清水智樹¹⁾, 真田治人¹⁾,
酒井英嗣¹⁾, 渡辺 透²⁾, 岸 宏久³⁾

【症例】73歳 男性

【主訴】貧血

【経過】20XX年6月貧血精査目的で当院紹介受診した。20XX年7月に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体上部から下部にかけて50mm大の2型腫瘍がみられた。その他、胃体上部前壁と前庭部小弯にも0-IIc病変あり、いずれも生検でadenocarcinomaと診断された。HER2タンパクの過剰発現は見られなかった。造影CTでは、所属リンパ節転移、多発肝転移が見られ、cStageIVと診断した。20XX年8月よりSOX療法を開始した。治療は奏功し、20XX+1年12月の造影CTでは肝転移が指摘出来なくなった。小弯の腫大したリンパ節のみが残存し、徐々に増大が見られた。この時点で手術を提案したが希望されず、20XX+2年2月より2nd lineとしてNivolumab療法を開始した。20XX+2年5月10日Nivolumab療法7コース施行後のCTでは、小弯リンパ節の更なる増大がみられた。再度手術治療を勧め、外科手術を行う方針となった。術前の上部消化管内視鏡検査では、胃体部の病変は癒着化しており、生検でも腫瘍の残存はみられなかった。胃体上部と前庭部の早期胃癌も癒着化していた。20XX+2年6月開腹下胃全摘術を施行した。術後経過は良好で、現在まで無再発生存している。

【既往歴】高血圧

【初診時血液検査所見】WBC 9300/mm³, Hb 8.2 g/dl, CRP1.12mg/dl, CEA78.2ng/dl, CA19-9 4U/ml

【病理】2型進行胃癌が存在した部分に腫瘍の残存は見られず、前庭部の病変からのみGroup2の異形上皮が検出された。リンパ節転移は、術前に指摘されていた1つのみであった。

【考察】化学療法が奏功し、手術可能になった肝転移を伴う進行胃癌の一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

胃癌, 化学療法

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科

今村 拓磨, 山本 圭, 秋田泰之輔, 上村 淳, 田所健一,
山西文門, 平川徳之, 阿部正和, 奴田原大輔, 平良淳一, 中村洋典,
北村勝哉

症例は60歳男性で202X年7月に焼き鳥を摂食後、腹痛・下痢・嘔吐を認め近医を受診され、当科へ紹介受診となった。腸炎疑いで外来経過観察としたが、2日後に腹部膨満感が増悪したため近医を再度受診された。腹骨盤部CT、大腸内視鏡 (CS) で横行結腸の浮腫・狭窄、上行結腸の拡張を認め、感染性腸炎と上行結腸の大腸イレウスの診断となった。精査治療目的で当科紹介・緊急入院となり、禁食輸液加療を行った。透視下CSでは横行結腸に狭窄を認め、内視鏡を進めるも硬く、通過が不可能であった。粘膜は浮腫状・発赤状で上皮性変化はなく、潰瘍やびらんも認めず、生検では悪性所見を認めなかった。上部消化管内視鏡 (EGD) では胃体下部に発赤を伴う浮腫状粘膜・ひだの肥厚・管気伸展不良を認めたが、観察内に潰瘍病変はなく内視鏡通過は可能であった。十二指腸も同様の発赤・浮腫状の狭窄所見を認めたが、内視鏡通過は可能であった。生検では悪性所見を認めず、サイトメガロウイルス感染所見も認めなかった。横行結腸に上皮性変化の乏しい浮腫状狭窄、内視鏡挿入時は硬く抵抗感があったことから他臓器癌の浸潤を否定せず、胃の部分的な肥厚や伸展不良所見からスキルス胃癌を疑い、再度EGDと共に超音波内視鏡 (EUS) を施行した。EUSではひだ肥厚・伸展不良部で第1層は認めるも、3層は不明瞭で2層と一体になった低エコーを認め、さらに第4層が肥厚した低エコー所見を認めスキルス胃癌に矛盾しない所見であった。またEGDでは胃角部小弯に粘膜下腫瘍様隆起と中心に2mmの潰瘍を認め生検した結果、スキルス胃癌の診断となった。その後化学療法を導入し、現在PRにて継続加療としている。内視鏡上、上皮性変化を認めず、挿入時に硬さをもった横行結腸狭窄所見はスキルス胃癌の横行結腸浸潤を考慮する必要がある。スキルス胃癌は診断に難渋する場合が多く、その場合、EUS (-FNA) を併用して注意深く精査することが有用である。今回、CSで横行結腸狭窄から他臓器癌浸潤を疑い、EUSでスキルス胃癌を診断し得た1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

スキルス胃癌, 横行結腸狭窄

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾,

同 病理診断科³⁾

住友秀太¹⁾, 田口佳光^{1,2)}, 酒井 元²⁾, 楠原正太²⁾, 三宅弘晃²⁾,
三枝慶一郎¹⁾, 岸野竜平¹⁾, 田沼浩太¹⁾, 横山 歩¹⁾, 林 智康¹⁾,
今村峻輔¹⁾, 加藤亜美²⁾, 石田 慎¹⁾, 内田彩千子¹⁾, 中島菖子¹⁾,
廣瀬茂道³⁾, 船越信介³⁾, 中澤 敦¹⁾

【症例】75歳女性。X年11月に貧血精査目的の上部消化管内視鏡検査、造影CT検査で前庭幽門部に進行胃癌Type 3を認めcT3 (SS) N3M0 cStageIIIBと診断した。X年12月から術前化学療法 docetaxel+cisplatin+fluorouracil (DCF) 療法を開始した。DCF 2コース後のX+1年3月に幽門側胃切除術を行い、ypT3N2 ypStageIIIAと術後診断した。術後1か月後のCT検査で肝転移、リンパ節転移を認め、術後再発に対してX+1年4月からS1+oxaliplatin (SOX) 療法を開始した。7コース後のCTにて右胸膜播種結節が出現し、不応中止とした。X+1年10月から2次治療 paclitaxel+ramucicrumab (PTX+RAM) 療法を開始したが、化学療法誘発性末梢神経障害症状により1サイクル目の15日目でPTXを中止としてRAM単剤を継続したが、肝転移、リンパ節の増大を認め2サイクル目でも不応中止とした。X+1年12月から3次治療免疫チェックポイント阻害薬Nivolumab (Nivo) 療法を開始し、X+2年1月にirAE 間質性肺炎Gr1となったが、PSL内服で改善した。Nivo療法開始7ヶ月後の画像評価で肝転移、リンパ節転移の縮小を認めPRと診断以降、X+7年6月まで5年7ヶ月間Nivo療法を継続しdurable responseを得ている。【考察】2021年11月、Nivoと化学療法の併用療法が、治癒切除不能なHER2陰性の進行・再発胃癌に承認され、1次治療からのNivo使用が可能となったが、それ以前は3次治療以降での使用に限定されていた。本症例は3次治療Nivo単剤での長期生存例で、胃癌における免疫チェックポイント阻害薬の効果予測因子を検討するの貴重な症例であり、文献的考察を交えて報告する。

胃癌, ニボルマブ

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科
竹嶋大翔, 稲垣冬樹, 國府田華子, 吉崎雄飛, 三原史規, 竹村信行, 國土典宏

【緒言】RS3PE症候群 (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema) とは比較的急性に発症する、圧痕浮腫を伴うリウマトイド因子陰性の対称性滑膜炎である。病因は明らかではないが、消化器系・前立腺などの固形癌や悪性リンパ腫、他の膠原病疾患を合併しやすいことが知られている。今回、十二指腸神経内分泌がん(NEC)にRS3PE症候群を合併した稀な一例を経験したので報告する。【症例】50代男性。X年10月に貧血精査目的に当院入院、十二指腸腸瘍と多発肝転移を指摘された。貧血コントロール的にX年11月に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理で十二指腸NECの診断となった。術後CDDP/CPT-11を9コース施行して肝転移量の増大なく経過していたが、X+1年9月に肝転移量の明らかな増大を認め、CDDP/ETPを開始した。その後、両上下肢の腫脹疼痛を伴う発熱、炎症反応高値を認めたため、精査目的に入院。手関節MRIで腱鞘炎の炎症と皮下浮腫を認めたことからRS3PE症候群の診断に至った。PSL15mg投与により症状改善、炎症反応の低下も認められた。しかしながら2コース終了時のCTでPDの判断、一旦は10mgまで漸減可能であったPSLも、転移量の増大とともに15mgに再増量となった。肝転移に関しては、NECではあるものの、既に有効な化学療法のレジメンがなく、画像上は切除可能であったため、切除の方針となった。X+1年11月に肝切除施行し、術後PSLも4mgまで減量可能であった。その後、X+2年2月に肝転移再発・腹腔播種・多発骨転移を認めBSCの方針となった。再発に伴って、両上下肢の腫脹を伴う多関節痛も増悪傾向にあり、PSLも最大30mgまで増量した。【考察】RS3PE症候群は一般にステロイドへの反応性が良好であるが、悪性腫瘍に合併するものは抵抗性の場合が多いことが知られている。本症例においてもPSLをオプに出来る、むしろ腫瘍の増大に伴いPSLの増量が必要であった。膵・消化管神経内分泌腫瘍へのRS3PE症候群の合併は未だ報告例はないが、本症例ではNECの病勢とRS3PE症候群の症状の程度に相関が認められ、NECとの関連が示唆された。

膵・消化管神経内分泌腫瘍, RS3PE症候群

日本大学病院 初期臨床研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾
小山貴久¹⁾, 市島諒²⁾, 山田優紀²⁾, 中山昌子²⁾, 須田清一郎²⁾, 高須綾香²⁾, 金子真大²⁾, 渡邊幸信²⁾, 後藤田卓志²⁾

【症例】70代女性。腹部手術歴はない。腹部膨満感・嘔吐を主訴に近医を受診し、腹部CT検査で小腸の拡張が疑われ当院に紹介となった。当院で施行した腹部CT検査では回盲部から口側に多量の便塊がありその口側に小腸拡張を認めたため、糞便性腸閉塞の診断で緊急入院となった。消化器外科とも相談のもと、内科的治療を行う方針となり、イレウス管を挿入し経過をみていたが、排便を認めるものの、便塊が回腸にとどまっており、小腸の拡張は残存していた。そのため、第3病日に大腸内視鏡検査を行う方針となった。内視鏡上では、パウヒン弁とその口側にかけて、硬便が嵌頓していたため、スネアやネットを用いて可能な限り硬便の破碎・吸引を行った。しかし便塊の量が多く、全て回収することは困難であったため、回盲部より15cm程度までの便を回収し終了とした。イレウス管により小腸の拡張は改善傾向にあったが、第8病日に行った腹部CT検査では回腸末端には多量の便塊が残存していた。そのため、longスコープを用いて内視鏡的に再度便塊の摘出を行ったが、すべて除去することは困難であった。2度の内視鏡検査と腹部CT検査で小腸に明らかな狭窄はなく腸閉塞は改善傾向であったため、第9病日より経鼻イレウス管からポリエチレングリコール製剤を投与したところ、自然排便を認めた。ポリエチレングリコール製剤の投与を継続し排便も良好であり、第13病日に腹部CT検査を行ったところ、便塊は減少しておりイレウス管をクランプし食事を開始した。食事開始後は便通異常なく経過し、第15病日経鼻イレウス管を抜去した。その後症状の再燃を認めず、第20病日に退院となった。【考察】小腸の糞便性腸閉塞では内科的な処置が難しいため、重篤な経過をたどり外科的治療が選択されるケースも多い。今回、糞便性腸閉塞に対して内科的治療で改善した症例を経験したため報告する。

糞便性イレウス, 内視鏡的治療

越谷市立病院 消化器科¹⁾, 順天堂大学 医学部 消化器内科²⁾
三澤壮之¹⁾, 小田倉里菜¹⁾, 黒澤太郎¹⁾, 多田昌弘²⁾, 佐々木仁¹⁾, 中庭礼智¹⁾, 佐々木淳¹⁾

潰瘍性大腸炎は5-アミノサリチル酸製剤とステロイド剤が基本治療である。重症例やステロイド依存例、ステロイド抵抗例等の難治例には寛解導入、維持を目的に生物学的製剤が併用される。生物学的製剤には多種多様の副作用があり、Adalimumabの投与によりギラン・バレー症候群を発症した一例を経験したので報告する。症例は70歳代女性、主訴は下痢、下血、嚥下障害、四肢麻痺。現病歴は202X年11月11日から血便があり、かかりつけ医で大腸内視鏡検査を施行、左側大腸炎の潰瘍性大腸炎と診断された。メサラジン内服で症状は一旦改善したが、3ヵ月後より1日に6~8回の下痢、下血がありメサラジンの注腸とプレドニゾロンの注腸併用に変更された。大腸内視鏡検査でMatts 4に悪化と診断され、発症7ヵ月後よりプレドニゾロンを40mg/日内服に変更した。症状改善がないため発症11ヵ月後よりAdalimumabを追加投与した。3回目の投与後に背部痛があり、その2日後から脱力と食事摂取困難、さらに7日後より四肢麻痺となった。近医に緊急入院し、検査データで低Na血症を認めたため補正を行ったが神経症状は改善しなかった。髄液検査を施行、蛋白細胞解離を認めギラン・バレー症候群疑いで当院神経内科に転院となった。γ-グロブリン療法を施行し徐々に神経症状が改善したため、潰瘍性大腸炎の治療を目的に当科に転科となった。既往歴として17歳時に虫垂炎の手術がある。臨床経過は、当科転科時にも1日に6~8回の下痢、下血があり、四肢麻痺や嚥下困難も認められた。嚥下困難のため内服は不能で、プレドニゾロン40mg/日の投与は効果不十分と考え、Vedolizumabの投与を開始した。下痢と下血は普通便となり、大腸内視鏡検査でも癒着化を認めた。プレドニゾロンを12.5mgまで減量しリハビリテーション病院内に転院、現在は神経症状は消失し、外来でVedolizumabの投与を継続中である。Adalimumabによる稀な副作用を経験したので報告する。

潰瘍性大腸炎, ギラン・バレー症候群

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科
長尾茉依, 小金井一隆, 辰巳健志, 黒木博介, 小原 尚, 星野夏希, 杉田 昭

【症例】59歳男性【主訴】なし【既往歴】IgA腎症、壊血性膿皮症、丹毒、足疥癬、爪疥癬、高血圧症、高尿酸血症【家族歴】特記事項なし【現病歴】X-35年、潰瘍性大腸炎を発症した。同年、中毒性巨大結腸症を併発し、他院で結腸全摘、S状結腸粘液液造設、回腸人工肛門造設術を施行、X-34年に残存直腸切除、回腸囊肛門吻合術を施行した。X-16年より当院で年1回の回腸囊内視鏡検査を施行していた。X-14年より内視鏡検査で回腸囊炎の所見があったが、病理組織学的検査では悪性所見は認められていなかった。X-2年に施行した内視鏡検査では、回腸囊肛門吻合部前壁に小隆起があり、同部位からの生検でUC-IIaが検出されたが、X-1年の再検査では同部位に中等度の炎症を認めたものの、生検でUC-IIaは検出されず、経過観察とした。X年Y-2月、内視鏡検査、同部位からの生検病理組織所見でhigh grade dysplasia疑い、UC-IIbと診断され、1ヶ月後の再検査で、同部位に小隆起の集簇を認め、生検でhigh grade dysplasia(p53 null type)、UC-IIIBと診断された。CT検査では回腸囊に壁の肥厚や造影による増強効果がやや目立つもの、病変部は指摘できず、明らかな遠隔転移は認められなかった。以上から、潰瘍性大腸炎術後の回腸囊肛門吻合部high grade dysplasiaと診断し、回腸囊肛門切除、回腸人工肛門造設術を施行した。術中所見では、回腸囊周囲に癒着が強く、特に回腸囊下部は強い癒着化を認めたが、術中穿孔なく検体を摘出した。摘出標本の肉眼所見では、回腸囊には発赤、浮腫、顆粒状変化があり、回腸囊肛門吻合部に15×12mm大の粘膜炎性平坦隆起を認めた。病理組織学的検査では、病変部に核偽重層および核腫大があるhigh grade dysplasia相当の部分と、dysplastic goblet cellが主体で異型の弱いlow grade dysplasiaの部分とを認め、p53は全く染色されずnull typeであった。切除断端は陰性であった。【結語】潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門吻合術後長期経過後も稀ではあるもののhigh grade dysplasiaを生じる可能性があり、本症に留意したフォローアップが必要と考えられた。

潰瘍性大腸炎, 回腸囊肛門吻合術後high grade dysplasia

高LDH血症を呈した切除不能多発肝転移を伴うRAS野生型S状結腸癌の一次治療でBevacizumabが有効であった一例

東京都立多摩南部地域病院 外科
浦上麻衣子, 館野佑樹, 玉置秀司, 原田公人, 矢木雅之, 相原永子, 金田祥明, 石井雅之, 林 隆広, 岡本史樹, 畑地健一郎, 手塚 徹, 桂川秀雄

【症例】 検査受診歴のない68歳女性。便秘・嘔気を主訴とし、イレウス疑いで紹介受診となった。バイタルサインの異常なく、左下腹部痛が認められた。来院時の血液検査はLDH 1431U/Lと高値、腫瘍マーカーはCEA 133.7ng/mL, CA19-9 270.8 U/mlと高値を認めたが、他特記すべき異常所見は認めなかった。大腸内視鏡検査でS状結腸に全周性のtype2病変を認め、スコープ通過は不可能であった。生検にて中分化管状腺癌(nub2)と診断された。注腸検査ではapple core様の狭窄を認めた。腹部骨盤部単純CTはS状結腸に腫瘤を認め同部位でcaliber changeを呈し、口側腸管は高度に拡張していた。肝両葉に多発する腫瘤を認め、多発肝転移と考えられた。以上より切除不能多発肝転移を伴うS状結腸癌によるイレウスと診断し、原発巣症状に対する治療として内視鏡下にステント留置を行った。腸閉塞を解除したのち、待機的に腹腔鏡下高位前方切除術、D3郭清を施行して原発巣を切除した。術後経過は良好で術後8日目に退院となった。遺伝子検査からRAS野生型、BRAF野生型、MSI検査陰性であったため、多発肝転移に対して術後32日後を1コース初日としてFOLFOX4+Bevacizumabを開始した。化学療法開始後、経時的にLDHは減少傾向で、5コース施行後に232U/mlまで低下した。7コース施行後のCTでは、肝転移巣は30%の縮小が認められ、腫瘍マーカーも減少を認めたため、PR(部分奏功)と判定した。【考察】 ガイドライン上、切除不能肝転移を伴うRAS野生型左側大腸癌の一次治療は抗EGFR抗体薬を選択することが推奨されている。しかし抗EGFR抗体薬が無効な症例が15%程度存在する。本報告は予後不良因子とされるLDHに着目した。高LDHは腫瘍内部の虚血を反映し、HIF1 α ・VEGF系の亢進、ならびに血管新生作用と腫瘍増殖能とも正の相関を示す。よって、一次治療で抗VEGF抗体薬であるBevacizumabを選択したことで、約1年にわたるPRを得た。高LDH血症を呈する大腸癌肝転移に対する化学療法選択を中心に、文献的考察を加えて報告を行う。

LDH, 大腸癌肝転移

腸管子宮内膜症によりS状結腸に狭窄をきたし手術を要した1例

順天堂大学 医学部附属 練馬病院 消化器内科
二見奏音, 福生有華, 奥秋 匠, 山内友愛, 阿部大樹, 高橋 翔, 伊藤光一, 山科俊平

【症例】 40歳女性 【主訴】 腹痛、腹部膨満感
【現病歴】 20XX-7年に月経時の下部内視鏡検査でS状結腸に発赤、浮腫状の粘膜を認め腸管子宮内膜症と診断されたが、挙児希望の為、未治療で経過観察されていた。20XX-5年にも腸管子宮内膜症による大腸イレウスにて入院。経肛門イレウス管挿入により閉塞解除し、子宮内膜症に対してディナゲストによるホルモン療法が開始となった。20XX年3月より排便困難、腹部膨満感を認めるようになり、20XX年4月に嘔気、腹痛、腹部膨満感が増悪したため救急外来に受診となった。
【経過】 腹部X線、CTにて大腸イレウスの診断となり経肛門イレウス管を挿入した。イレウス管挿入時の下部内視鏡で腸管子宮内膜症によりS状結腸の狭窄はpin hall状を呈しており5年前よりも病態は増悪していると判断した。腸管切除術を考慮したが、子宮付属器が内膜症により一塊となっており合併切除を避けられず、挙児希望があるため腹腔鏡下人工肛門増設術のみ施行された。今後はディナゲスト内服を中止とし、不妊治療を優先することとなった。
【考察】 腸管子宮内膜症は異所性子宮内膜症のひとつであり、子宮内膜症全体の12-37%にみられると報告されている。主な症状は腹痛や血便で発生部位は直腸、S状結腸が多い。イレウスを呈する症例は約10-15%とされている。今回7年前に腸管内膜症の診断となりホルモン療法をされていたにもかかわらず病態は進行し手術に至った症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

異所性子宮内膜症, イレウス

Cold snare polypectomy後に腸管壁内血腫、消化管穿孔を来した一例

医療法人社団 誠馨会 新東京病院
上原弘高, 小玉 祐, 外山雄三, 酒井晋二郎, 前田 元, 西澤秀光, 溝上裕士, 浅原新吾, 長浜隆司

【背景】 Cold snare polypectomy(以下CSP)は手技時間の短さ、偶発症発生割合の低さから腺腫と術前診断された10mm未満の病変に対して広く行われている。極めて少ない偶発症として穿孔が報告されているが、CSP用のスネアを使用しなかった場合や基礎疾患を有する患者の報告のみで、健常者に適切なデバイスで治療を施行された場合の穿孔の報告はない。今回我々は基礎疾患を有さない患者がCSP後に巨大な腸管壁内血腫、消化管穿孔を来した非常に稀な症例を経験したため報告する。【症例】 42歳女性【主訴】 腹痛【現病歴】 前医で下部消化管内視鏡検査を行い、横行結腸に5mm、S状結腸に3mm大の腺腫性病変を認めCSPを施行した。内視鏡後2時間ほど経過した後腹部全体の痛みを認めたため当院救急外来を受診した。【臨床経過】 腹部造影CT検査では右側横行結腸に7cm大の巨大な血腫を認め、血腫内に造影剤の流出を認めた。1時間後の血液検査では貧血の進行を認めたため止血目的に緊急で動脈塞栓療法を施行した。翌日の血液検査では貧血の進行は認めなかったものの、前日のCT検査において消化管穿孔の可能性も否定できなかったため同日緊急手術の方針とし、腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。手術検体は広範囲に血腫の形成を認めており、一部消化管穿孔も伴っていた。術後は順調に経過し第10病日に退院となった。手術検体の病理組織学的検査において血腫形成部にCSPを施行した部位と考えられる粘膜欠損を認めたものの、巨大な血腫の形成および消化管穿孔に至った機序は明らかに出来ていない。【結語】 CSP後に重篤な偶発症を発症した報告例は少なく、文献的考察も含めて報告する。

Cold snare polypectomy, 穿孔

糞便性イレウスに対してコーラ溶解療法が奏功した一例

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

【症例】 80歳代男性。便秘と腹部膨満感の精査加療目的に当院へ紹介。腹部CTにてS状結腸の壁肥厚とそれより口側での便貯留および著明な腸管拡張がみられた。炎症反応も高値であったことから糞便性イレウスに伴う閉塞性大腸炎と考え、胃管による減圧を図るとともに、第3病日に前処置なしで下部消化管内視鏡検査を行った。下部消化管内視鏡にてS状結腸遠位に便塊を認め、それより口側への内視鏡挿入ができず、water jetにて洗浄を繰り返し試みたが便塊は崩れず深部挿入が困難であった。柿の摂取歴もあったため、便塊に対して内視鏡下にコーラを1000ml撒布したところ、便塊の溶解を認め糞便による閉塞は解除された。その後は、排便・食事摂取ともに良好であり、腹痛も見られなかった。第11病日に再度行った下部消化管内視鏡検査では、多発する憩室を認めたが狭窄をきたすような腫瘍性病変は見られなかった。その後貧血の進行などなく、第13病日に退院となった。【考察】 柿胃石症の治療としてのコーラ溶解療法の有用性は多数報告されているが、糞便性イレウスに対してコーラを用いた報告は少ない。今回、糞便性イレウスに対してコーラ溶解療法が奏功し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。

糞便性イレウス, コーラ溶解療法

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
秋元規宏, 佐藤 勉, 佐藤 渉, 瀬上顕貴, 笠原康平, 渡邊勇人,
矢後彰一, 田村裕子, 岡崎主税

症例は70歳, 男性, 食道癌 (Ut T3N2M0 StageIII) の診断で20XX年XX月に食道癌に対して胸腔鏡下胸部食道重全摘術, 3領域リンパ節郭清を施行した。病理結果はUtCe, type2, 30mm×30mm, SCC, pT3N4(9/47)M0, pStageIVaであり, 術後補助化学療法としてFP療法を2コース施行した。術後6か月にリンパ節再発(#104R, #106pre)を認め, 化学放射線療法 (59.4Gy+FP療法2コース) を施行し, 画像でCRと評価した。しかし, 6か月後にリンパ節 (#104R, #106pre) の再増大を認め, 2次治療としてNivolumab療法を開始した。Nivolumab治療開始2か月 (4コース) でリンパ節縮小 (SD) を認め, Nivolumabは計41コース施行した。Nivolumab治療開始18か月 (35コース) で副腎機能低下を認めたため, 一時的に投与を中断したが, ステロイド投与で副腎機能は改善したため, 22か月でNivolumabを再開した。Nivolumab治療開始24か月 (37コース) でリンパ節の再増大 (PD) を認めたため, 26か月で三次治療であるパクリタキセル療法に移行した。パクリタキセル初回投与と開始1か月で2週間持続する38度台の発熱を認めた。ウイルス感染は否定的であったので細菌感染を疑い, 外来での経口抗生剤投与を行ったが改善しなかった。炎症反応高値と発熱持続するため, 胸腹部造影CTを施行すると胸部下行大動脈に壁肥厚を認めた。血液培養陰性, プロカルシトニン陰性であり, 免疫関連有害事象 (irAE) による大動脈炎と診断し, 入院加療とした。メチルプレドニゾロン50mg投与を開始し, 投与開始2日目に解熱した。その後はプレドニゾロンの内服に切り替え, プレドニゾロンの内服量は漸減しているが, 症状発現後2か月後のCTで, 血管炎の改善を認め, 再燃なく経過している。今後はプレドニゾロン10mg以下でパクリタキセル投与の再開を予定している。irAEによる血管炎の報告は0.3%と稀である。免疫チェックポイント阻害薬投与後の不明熱の鑑別診断の一つとして血管炎も考慮する必要がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

免疫関連有害事象, 大動脈炎

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学多摩永山病院 消化器内科²⁾,
日本医科大学付属病院 消化器内科³⁾
東田さくら¹⁾, 山脇博士¹⁾, 品川悠人¹⁾, 中村 拳¹⁾, 阿川周平¹⁾,
恩田 毅¹⁾, 山邊智英¹⁾, 植木信江¹⁾, 渡邊嘉行¹⁾, 二神生爾¹⁾,
岩切勝彦³⁾

【目的: 背景】FD患者の治療としてvonoprazanとvonoprazanおよびacotiamide併用療法が行われているが, その詳細な成績は検討されていない。前回我々は, vonoprazan+acotiamide併用群において心窩部痛, 心窩部灼熱感, 食後膨満感, 早期飽満感の改善が有意にみられることを報告してきた。今回は, FD症状もしくはGSRsの全ての項目でスコアの改善がみられるcured ratioを両群間で比較し検討すると共に, 非改善群の特徴を検討し, 興味深い知見を得たので報告する。【方法】FD患者 (n=43) に対して, 6M間のvonoprazan10mg単独療法 (V群) (n=46), またはvonoprazan10mg+acotiamide300mg併用療法 (VA群) (n=24) を行った。FD症状, GSRsの治療前後のスコアを比較し, 全ての項目で増悪が見られなかった患者を改善群, いずれかの項目で増悪が見られた患者を非改善群として群分けを行った。改善, 非改善に影響を及ぼす因子を比較するため, 酢酸素異常の有無, 胃粘膜萎縮の程度, 十二指腸の好酸球数, 末梢血中の好酸球数値を両群で検討した。【結果】V群における改善群, 非改善群における平均年齢は(49.50±4.56, 59.71±4.53), 性別は(M/F:12/15, 9/10), 胃粘膜萎縮の程度は(0.96, 1.63)であった。一方で, VA群における改善群, 非改善群における平均年齢は(47.63±5.20, 61.83±2.79), 性別は(M/F:11/10, 4/9), 胃粘膜萎縮の程度は(1.18, 1.00)であった。V群における改善群, 非改善群の各群の酢酸素異常の比率は(29.41%, 55.56%), 十二指腸好酸球数(39.63±27.21, 15.44±4.55), 末梢血好酸球数(122.91±29.22, 48.41±90.63)であり, VA群の改善群, 非改善群の各群の酢酸素異常の比率は(0%, 58.33%), 十二指腸好酸球数(9.33±2.46, 5.69±1.28), 末梢血好酸球数(182.94±69.81, 82.13±12.56)であった。両群とも改善, 非改善に影響を与えているものは酢酸素異常であると考えられた。【結論】酢酸素異常は, vonoprazan抵抗性と関係している可能性が示唆された。

機能的ディスペプシア, ボノプラザン

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾, 徳島大学医学部研究部 消化器内科学³⁾
張つばみ¹⁾, 伊藤裕幸¹⁾, 小村侑司¹⁾, 幕内智規¹⁾, 伊藤彩乃¹⁾,
藤本龍太郎¹⁾, 津田真吾¹⁾, 永田順子¹⁾, 広瀬俊治¹⁾, 小嶋清一郎¹⁾,
渡辺勲史¹⁾, 鈴木孝良¹⁾, 杉山朋子²⁾, 岡本耕一³⁾

【症例】79歳女性【現病歴】多発胃底腺ポリポーブに対して他院で定期的に上部内視鏡検査を行っていた。20XX年の定期検査で胃角部に5mm大の黄色調陥凹性ポリポーブを認め, 生検でGroup3だった為加療目的に紹介受診となった。【既往歴】大腸腺腫, 乳がん, 子宮筋腫【経過】上部消化管内視鏡検査では胃体部に多発の胃底腺ポリポーブを認め, 胃角部には5mm大の陥凹性病変を確認した。拡大内視鏡では同病変で一部蛇行血管を認めた。胃腺腫を疑い入院にてEMRを施行した。病理結果はAdenocarcinoma (tub1) pT1a(m), Ly0, V0, ULO, pHM0, pVM0の診断に至った。家族歴を確認したところ, 長男は胃のポリポーブを99個切除しており, 長女も胃の多発ポリポーブを指摘されていた。本症例では遺伝性のgastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach (GAPPS) を疑い遺伝子検査を施行したところ, APC遺伝子promoter 1B c.-191T>Cの変異を認めた。【考察】FAPに伴う胃合併病変としての胃底腺ポリポーブは悪性化のポテンシャルを有する腫瘍性疾患と考えられるが, 大腸ポリポーブを伴わない胃底腺ポリポーブは主に*Helicobacter pylori*未感染者の胃内に好発し, 今まで良性病変として認識されてきた。一方で, 近年胃底腺ポリポーブを背景とした常染色体優性遺伝性疾患の胃癌 (GAPPS) が新疾患概念として提唱されている。原因遺伝子としてAPC遺伝子プロモーター1Bの病的バリエーションを認めることが報告されており, 本症例でも同遺伝子の変異が確認された。治療に関しては胃全摘も考慮されるが, 本症例では高齢であり術後のQOLを考慮した本人の意向により内視鏡的経過観察となった。【結語】今回GAPPSの一例を経験した。APC遺伝子1Bの変異を認めたGAPPSの報告例は極めて貴重であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

GAPPS, 胃底腺ポリポーブ

順天堂大学医学部 消化器内科¹⁾,
同 大学院医学研究科 人体病理病態学講座²⁾
宇都宮尚典¹⁾, 赤澤陽一¹⁾, 上山浩也¹⁾, 上村孝子¹⁾, 岩野知世¹⁾,
山本桃子¹⁾, 内田涼太¹⁾, 阿部大樹¹⁾, 沖柳太郎¹⁾, 鈴木信之¹⁾,
池田 厚¹⁾, 上田久美子¹⁾, 北條麻理子¹⁾, 八尾隆史²⁾,
伊佐山浩通¹⁾, 池嶋健一¹⁾, 永原章仁¹⁾

【症例】約1年前に*H.pylori*除菌歴のある60歳代男性。定期検査目的の上部消化管内視鏡検査にて, 胃体中部小弯後壁に発赤調の陥凹性病変を認め, 生検にてGroup 5, 高-中分化腺癌と診断された。精査内視鏡検査では, 白色光観察は胃体中部小弯後壁に10mm大の発赤調陥凹性病変を認め, 口側-小弯側の一部に上皮下腫瘍様隆起を伴っていた。NBI併用拡大観察では, 陥凹面に一致して明瞭なdemarcation line (DL) を認め, DL内部では不整な微小血管構築像と表面微細構造を認め, DL外側の上皮下腫瘍様隆起部では窩間部の開大を伴っていた。通常型の0-IIc型早期胃癌と診断し, ESDを施行した。病理組織学的所見では, 表層は腺窩上皮に類似した腫瘍腺管が増生し, 粘膜深層では胃底腺に類似した腫瘍腺管の増生を認めた。病変口側では一部で非腫瘍上皮が被覆しており, 内視鏡的に上皮下腫瘍様隆起を形成した要因と考えられた。免疫染色では, 表層の腺窩上皮類似の腫瘍ではMUC5AC(腺窩上皮):陽性, MUC6(主細胞・頸部粘液細胞):陰性, pepsinogen-I(主細胞):陰性, 深層の胃底腺類似の腫瘍では, MUC5AC:陰性, MUC6:陽性, pepsinogen-I:陽性であり, MUC2(杯細胞), CD10(小腸刷毛縁), H+/K+-ATPase(壁細胞)はいずれも陰性であった。以上より, 病理診断は胃底腺粘膜型腺癌 (Ueyama-Yao分類: type 1) と診断され, 規約因子は0-IIc, 6x5mm, tub1>tub2, pT1a/M, Ly0, V0, ULO, pHM0, pVM0であり, 治療切除が得られた。胃底腺型腺癌の組織型である胃底腺粘膜型腺癌は稀であり, 胃底腺型腺癌よりも悪性度が高いことが判明しているが, 内視鏡的特徴は未だ明らかではなく, 様々な色調と肉眼型を呈する。発赤陥凹型の胃底腺粘膜型腺癌は本症例のように通常型の0-IIc型早期胃癌との鑑別が困難な症例が存在する事に注意する必要がある。

胃底腺粘膜型胃癌, NBI併用拡大観察

順天堂大学 医学部 消化器内科¹⁾, 同 食道・胃外科²⁾,
順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学³⁾
岩野知世¹⁾, 赤澤陽一¹⁾, 上山浩也¹⁾, 上村泰子¹⁾, 山本桃子¹⁾,
内田涼太¹⁾, 宇都宮尚典¹⁾, 阿部大樹¹⁾, 沖翔太郎¹⁾, 鈴木信之¹⁾,
池田 厚²⁾, 上田久美子¹⁾, 北條麻理子¹⁾, 橋口忠典²⁾, 橋本貴史²⁾,
峯 真司²⁾, 八尾隆史³⁾, 伊佐山浩通¹⁾, 池嶋健一¹⁾, 永原章仁¹⁾

【症例】60歳代、男性。30歳代時に胃十二指腸潰瘍に対し幽門側胃切除術 (Billroth-II法) を施行され、以後、吻合部潰瘍を複数回発症していた。20XX-3年から下痢が出現し、20XX年2月に近医で施行された下部消化管内視鏡検査にて脾彎曲部に瘻孔形成を認め、残胃-横行結腸瘻と診断され、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。当院での透視下上部消化管内視鏡検査では胃内に便汁の逆流を認め、吻合部に瘻孔が確認された。瘻孔から造影された管腔は比較的細く、小腸と大腸の鑑別が困難であった。別日に施行した透視下下部消化管内視鏡検査では横行結腸脾彎曲部に瘻孔を認め、瘻孔からの造影では小腸かあるいは輸入脚と思われる管腔が造影された。CT検査では、吻合部と横行結腸は近接していたが瘻孔の交通は不明瞭であった。また、慢性栄養吸収障害に伴う高度脂肪肝と腹水貯留を認めた。瘻孔の交通の正確な評価が困難であったために透視下上下部同時内視鏡検査を施行したところ、上部消化管観察下に瘻孔から下部スコープを視認することができ、残胃吻合部と横行結腸に瘻孔が存在する事を確認でき、輸入脚及び輸出脚との位置関係も把握が可能であった。難治性の下痢症状と瘻孔形成に伴う慢性栄養吸収障害に伴う低栄養及び高度脂肪肝の改善目的に外科手術 (吻合部を含めた部分切除術) を施行した。術後は下痢症状の消失及び栄養状態の改善を認めた。消化管瘻孔の交通性評価は、内視鏡検査単独では評価が困難な場合があり、X線透視造影検査の併用が推奨されている。本症例では上部および下部それぞれ単独での内視鏡/透視造影検査では瘻孔交通の把握が困難であり、上下部同時内視鏡/透視造影検査が、交通性の評価に有用であった。

残胃横行結腸瘻, 吻合部潰瘍

東京大学大学院医学系研究科 消化器内科
濱田 毅, 齋藤友隆, 白田龍之介, 福田麟太郎, 佐藤達也,
高原楠晃, 中井陽介, 藤城光弘

【背景】被包化壊死 (WON, walled-off necrosis) に対する超音波内視鏡下治療が広く行われるようになり、その中心を担うのがネクロセクトミーである。Lumen-apposing metal stent (LAMS) の登場により比較的安定した手技が行えるようになったが、特に経十二指腸で行う場合は、胃内での内視鏡の撓みのために、安定した内視鏡挿入やネクロセクトミーができないことが多い。【症例】31歳・男性、アルコール性重症急性膵炎後の感染性WONにより入院した。入院時のCTでは、胃周囲に広がる病変と十二指腸から小骨盤腔に広がる病変を認めた。1回目の超音波内視鏡下ドレナージを経胃LAMSを留置することで行った。その後、感染のコントロールがつかないため、十二指腸角にLAMSを留置したが、さらに不応であったため、ネクロセクトミーを行う方針とした。経十二指腸ネクロセクトミーを繰り返したが、胃内での内視鏡の撓みのために、小骨盤腔の壊死病変への到達ができなかった。そこで、ショートタイプの小腸ダブルバルーン内視鏡 (EI-580BT、フジフィルム) を挿入し、オーバーチューブのバルーンを十二指腸下行脚で拡張させたところ、内視鏡の撓みを防止でき、目的部位のネクロセクトミーを効率的に達成できた (手技関連併発症なし)。計7回のネクロセクトミーを施行した、LAMSsをプラスチックステントに交換して退院となった。【結語】オーバーチューブを使用することでWON内腔への安定した内視鏡挿入とネクロセクトミーが可能と示唆された。各患者の病態に応じて、様々なテクニックを集約することでWON患者のアウトカム向上に努めたい。

経十二指腸治療, 急性膵炎

東京都健康長寿医療センター 病理診断科¹⁾,
浦和消化器内視鏡クリニック²⁾,
埼玉県済生会川口総合病院 消化器内科³⁾
永坂拓也¹⁾, 新井富生¹⁾, 勝山泰志²⁾, 氏原哲郎³⁾, 天野祐二³⁾

【症例】28歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】約10日前から午後の空腹時に心窩部痛が出現するようになり来院。食事摂取で軽快し、軽度の腹部膨満感も伴っていた。【生活歴】喫煙20本/日、飲酒: 機会飲酒【既往歴】特記なし。【臨床経過】上部消化管内視鏡検査にて十二指腸球部に8mm大のA1 stage、6mm大のA2 stageの潰瘍を認めた。また胃粘膜は前庭部に軽度の萎縮性変化を呈し、血清Helicobacter pylori (H. pylori) 抗体は陽性 (100U/mL以上) であった。活動性出血および穿孔などの兆候はないため、vonoprazan 20mg/日により保存的加療を行った。42日後の上部消化管内視鏡検査では十二指腸潰瘍は癒着化したものの、胃体部大弯を主体に点状ないし線状の発赤がみられた。その後vonoprazanを中止し一次除菌治療に成功した。初回内視鏡検査から約8か月後に上部消化管内視鏡を再検し、十二指腸潰瘍の再発はなく、胃粘膜の発赤も消退していた。【考察】Vonoprazanは2015年2月に世界で初めて本邦より発売され、速やかに強力な胃酸分泌抑制作用が得られることでH. pylori 除菌療法や胃食道逆流症、消化性潰瘍に対する薬物療法として広く用いられている。Vonoprazan服用開始後に出現する無症候性の胃体部領域の点状ないし線状発赤は、Kubotaにより2020年に初めて報告された。既報9例の患者背景は男女=5/4、平均年齢±SD (範囲) は79.4±5.6 (72-88) 歳であり、3例がH. pylori未感染、6例が既感染であった。自験例は若年の症例で且つH. pylori現感染胃粘膜に生じた点が既報にない特徴である。本所見の臨床的意義は不明で且つ病理学的検討も不十分であるため、更なる症例集積が必要と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

vonoprazan, 発赤

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⁾, 帝京大学 医療技術学部⁴⁾
中村智裕¹⁾, 内田信介¹⁾, 曾根雅之¹⁾, 山田紗李奈¹⁾, 原田文人¹⁾,
山口直実¹⁾, 飛田祐達¹⁾, 黒沢哲生¹⁾, 田中由理子¹⁾, 柴田昌幸¹⁾,
明石雅博¹⁾, 笹本貴広³⁾, 高森頼雪²⁾, 有馬美和子¹⁾, 土屋昭彦¹⁾,
西川 稿¹⁾, 滝川 一⁴⁾

【症例】85歳、男性。【主訴】倦怠感、食欲不振。【現病歴】X年2月頃から全身倦怠感、食欲不振が出現しその後下腹浮腫認め同年4月に近医受診。採血で鉄欠乏性貧血認めため当院へ紹介受診となった。【既往歴】高血圧、高尿酸血症、虫垂炎 (手術)、大腸ポリープ (EMR)。【内服歴】ランソプラゾール、テプレノン、ロサルタンカリウム、フェブキソスタット、フロセミド【生活歴】飲酒歴日本酒2合×65年、喫煙歴10本×70年、アレルギーなし。【家族歴】特記なし。【入院時現症】身長160cm、体重60kg、血圧139/52 mmHg、脈拍80回/分、体温37.1℃、眼結膜蒼白あり、黄疸なし、リンパ節腫大なし、胸部: 呼吸音異常なし、心音雑音なし、腹部: 平坦・軟、腫痛なし、圧痛・反跳痛なし。【血液検査】WBC 4600/μL、RBC 303万/μL、Hb 7.8 g/dL、Hct 25.3%、MCV 84 fl、MCH 25.8 Pg、MCHC 30.9%、PLT 30.9万/μL、PT 92.9%、APTT 28.8 sec、TP 6.4 g/dL、Alb 3.6 g/dL、T-bil 0.4 mg/dL、D-bil 0.1 mg/dL、AST 19 U/L、ALT 10 U/L、LDH 211 U/L、ALP 232 U/L、γ-GTP 31 U/L、BS 106 mg/dL、HbA1c 5.9%、CRP 0.02 mg/dL、CEA 4.1 ng/ml、CA19-2 以下 U/ml。【画像検査】CTで空腸に小腸ポリープ様構造を認め腸重積の所見を認める。PET-CTでは小腸腫瘍に一致し軽度の集積 (SUVmax 2.48) を認める。上部内視鏡では萎縮性胃炎、過形成性ポリープを認める。下部内視鏡では憩室、5mm以下の腺腫を認める。小腸内視鏡で空腸に潰瘍を伴う70mm大の上皮性腫瘍を認める。【臨床経過】5月に小腸内視鏡を行い生検結果ではGroup1であったが完全には悪性を否定することができないことと貧血、腸重積をきたしていることから手術の方針となった。6月18日に腹腔鏡下小腸切除術となり病理検査よりmuco-submucosal elongated polypの診断となった。【結語】小腸のmuco-submucosal elongated polypの例を経験したので比較的稀な疾患であり若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸, ポリープ

49 狭窄を呈した小腸濾胞性リンパ腫の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
高馬将郎, 野村 慧, 澁谷智義, 岩野知世, 丸山貴史, 壁村大至,
鈴木信之, 野村 収, 福岡浩文, 村上 敬, 石川 大, 北條麻理子,
池嶋健一, 伊佐山浩通, 永原章仁

【症例】50代女性【現病歴】20XX年12月に心窩部痛と嘔気を主訴に近医へ受診し、CT検査で両側頸部と腸間膜のリンパ節腫脹を認めため、当院に紹介となった。当院での上部消化管内視鏡検査では特記所見を認めず、さらなる精査加療目的に入院となった。【経過】入院2日目に嘔吐が出現し、CT検査にて小腸イレウスの診断となり、イレウス管挿入を行った。イレウス管造影で骨盤内小腸の1ヶ所に狭窄を認めため、経肛門ダブルバルーン小腸内視鏡検査を行ったところ、パウヒン弁から80cmの位置に、浅い潰瘍を伴うスコープ通過が困難な高度狭窄を認めた。病理組織検査でB細胞リンパ腫の診断となった。狭窄解除まで時間を要するため、化学療法に先行して外科切除の方針となった。ダブルバルーン小腸内視鏡で点墨を行った位置に一致して小腫瘍を認め、その肛門側にも結節を認めたため、そこを含めて小腸部分切除を行った。内視鏡生検結果と同様に、免疫染色にて、比較的小型の異型リンパ球様の腫瘍細胞が濾胞様構造を呈し、CD20(+), CD10(+), Bcl-6(+), Bcl-2(+)+であることから、濾胞性リンパ腫の診断に至った。【考察】消化管原発性悪性リンパ腫は消化管悪性腫瘍の中で1-10%と比較的稀であるが、節外性リンパ腫において30-40%を占めている。組織分類では、MALTリンパ腫やびまん性大細胞型リンパ腫の頻度が高いが、近年、濾胞性リンパ腫の報告が増えている。消化管濾胞性リンパ腫の内視鏡・肉眼的形態は、十二指腸においてはmultiple lymphomatous polyposis (MLP)型や隆起型を呈する例が多い。空腸・回腸病変は十二指腸と比較して多彩であるが、MLP型が多く、潰瘍を伴う狭窄型はまれである。今回、狭窄を呈した小腸濾胞性リンパ腫の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

小腸腫瘍, 悪性リンパ腫

50 TS-1療法後に発症したサイトメガロウイルス胃腸炎の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⁾,
昭和大学 医学部 外科学講座 乳腺外科部門⁴⁾
高橋 傑¹⁾, 居軒和也¹⁾, 樋口健佑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⁾, 垂野香苗⁴⁾, 吉沢あゆは⁴⁾,
中村清吾⁴⁾, 吉田 仁¹⁾

症例は70歳台、女性。20XX年に右乳がん(cT1N1M0)に対し乳房全摘除+腋窩リンパ節郭清を施行した。術後補助療法としてテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(TS-1) (100mg/日)+ホルモン療法(アリミデックス)を開始した。開始後9日で10行/日の水様下痢が出現し、Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) grade3と診断しTS-1休業とした。下痢が持続し休業後4日で行った腹部CTでは横行結腸に軽度浮腫認めるのみであった。TS-1による重度の下痢と考えられたが、休業後6日でも下痢は改善せず、脱水および脱力を認め、精査加療目的に入院した。入院後、絶食補液したのが下痢は持続し、Alb1.7g/dlと栄養状態も悪化した。発熱と炎症反応上昇(WBC 6400/ μ L、CRP19.05mg/dl)を認め、各種培養(血液、尿、便)、およびClostridium difficile toxinが全て陰性であった。細菌性腸炎の合併を考慮しセフトラゾール2g/日を開始したが、下痢は持続した。精査として下部内視鏡検査を検討したが、患者の倦怠感が著明であり同意得られず、TS1投与開始42日後に上部消化管内視鏡検査を施行した。食道に全周性に著明な白苔付着と上十二指腸角から下降部にびらんが散見され生検施行とした。内視鏡上はカンジタ性食道炎およびサイトメガロウイルス(CMV)感染が疑われた。十二指腸病理組織では巨細胞核内封入体、および抗CMVモノクローナル抗体による免疫染色で陽性細胞を認めた。また、血液検査でCMV antigenemia陽性でありCMV胃腸炎と診断した。診断後ガンシクロビル(GCV)投与を開始し、投与3日後には下痢回数は減少し、投与14日後に下痢は消失した。CMV antigenemiaも陰転化し、GCVを投与終了とした。下痢はTS-1の代表的副作用であり、本症例ではCMV腸炎の確定診断に至るまで難治した。TS-1投与後の下痢が難治であった場合にはCMV腸炎を含めた他疾患の鑑別に内視鏡検査が有用であることを示唆する教訓的な症例であった。

サイトメガロウイルス腸炎, TS-1

51 切除腸管に認められたSegmental absence of intestinal musculatureの1例

獨協医科大学 肝・胆・脾外科¹⁾,
同 下部消化管治療センター²⁾
寺村英次郎¹⁾, 西 雄介^{1,2)}, 河野貴博²⁾, 根本鉄太郎²⁾, 井原啓佑²⁾,
渋谷紀介^{1,2)}, 蜂谷裕之^{1,2)}, 白木孝之¹⁾, 松本尊嗣¹⁾, 森 昭三¹⁾,
磯 幸博¹⁾, 石塚 満^{1,2)}, 入澤篤志²⁾, 青木 琢¹⁾

【緒言】Segmental absence of intestinal musculature(SAIM)は腸管の部分的な固有筋層の欠損を呈する疾患であり、成人では稀とされる。今回我々は、上腸間膜動脈(SMA)血栓塞栓症に対する手術を施行し、その切除検体で偶発的にSAIMの診断が得られた症例を経験したため報告する。【症例】心房細動と高血圧症の既往がある70歳男性。半年前からこれらの疾患に対して処方されていた抗凝固薬・降圧薬を自己中断していた。来院2日前から腹痛を自覚し、改善がないため前医を受診し、精査でSMA血栓塞栓症の診断となり同日当院に転院搬送となった。転院後、緊急血管造影を施行し、SMA血栓に対しウロキナーゼ・プロスタグランディンE製剤持続動脈注入による血栓溶解療法を2日間施行したが入院3日目のフォローCTでSMA灌流域の虚血像が増悪したため緊急開腹の方針となった。パیتالが崩れていたため2期の手術の方針とし、初回で小腸全摘術、2回目で結腸右半切除術・空腸横行結腸吻合を施行した。術後経過は良好で、術後29日目でよりハビリ目的に転院となった。術後の病理結果は小腸検体では急性SMA血栓による同時かつ広範囲の虚血所見で矛盾しない所見であったが、結腸検体では分節的に固有筋層が欠損しており、SAIMの診断となった。【考察】SAIMは憩室を伴わない部分的な腸管固有筋層の欠損であり、成人での報告は稀である。原因として先天性と後天性があり、先天性では発生段階での固有筋層形成不全や憩室遺残が原因として考えられる。後天性では血管疾患や慢性便秘の影響が考えられている。自験例の場合、術前半年間にわたる抗凝固薬の自己中断歴があり、SMA末梢枝への慢性的な微小血栓曝露による後天的SAIMも否定できないと考えられた。【結語】SMA血栓症に合併したSAIMの1症例を経験した。

segmental absence of intestinal musculature, 上腸間膜動脈血栓塞栓症

52 直腸陰瘻を合併した潰瘍性大腸炎に対してインフリキシマブおよび人工肛門造設術により瘻口閉鎖し得た1例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
勝部聡太, 松本吏弘, 橋本 凌, 水谷 琢, 青山佳代子, 萩原拓哉,
小島 稔, 佐々木吾也, 佐藤杏美, 森野美奈, 松本圭太, 小糸雄大,
三浦孝也, 石井剛弘, 吉川修平, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴,
宮谷博幸, 眞嶋浩聡

【症例】50歳代、女性【主訴】肛門部痛、下痢、下腹部痛、発熱【現病歴】X-24年に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、以降再燃を繰り返し5回の入院歴がある。X-4年からはメサラジン、アザチオプリンにてコントロールされていたが、X-1年12月頃から排便回数の増加に加え、膈・肛門部に疼痛が出現した。CTではS状結腸から直腸にかけて浮腫性壁肥厚が出現し、直腸・膈部に境界不明瞭領域を認め、MRIでも肛門管内から膈壁背側へ高信号域が連続していた。婦人科では直腸陰瘻は認められず経過観察となった。X年2月には肛門部痛が持続し下腹部痛、発熱も出現したため加療目的に入院となった。入院時排便回数10行/日で血液の混入を認めた。体温37.4℃、脈拍87回/分、血液検査ではHb9.0g/dL、CRP7.05mg/dL、赤沈79mm/h、CMV抗原陰性であった。下部消化管内視鏡検査(CS)ではS状結腸から直腸にかけて深い潰瘍を散見したが、瘻孔は指摘できなかった。以上よりUC増悪、中等症と診断し、寛解導入としてプレドニゾン(PSL)40mg/日を開始した。排便回数は減少したが膈から胆汁排出がみられるようになったことから、婦人科に紹介し直腸陰瘻を指摘された。当科・外科・婦人科で協議の結果人工肛門造設のうえインフリキシマブ導入の方針とした。PSL10mg/日まで減量した後腹腔鏡下横行結腸人工肛門造設を施行した。その後は経過良好で第36病日に退院し、外来でインフリキシマブを導入した。20XX年10月にはCSで直腸の粘膜所見が改善しており、婦人科で瘻口閉鎖が確認された。今後人工肛門閉鎖術が予定されている。【考察】UCの合併症として稀ではあるが直腸陰瘻が報告されており、機序として下部直腸で深堀れ潰瘍など深部に及ぶ強い炎症が繰り返すことで発生すると考えられている。内科的治療では難治することが多く既報では大腸全摘術や瘻口切除術を施行されることが多い。我々はインフリキシマブおよび人工肛門造設術により瘻口閉鎖し得た症例を経験したので文献的な考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸, 直腸陰瘻

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾,
同 予防医学センター²⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター³⁾, 同 呼吸器内科⁴⁾
和田晴香¹⁾, 宮本康雄²⁾, 山名瑠子^{1,3)}, 辛島 遼^{1,3)}, 小松萌子^{1,3)},
芹澤 奏^{1,3)}, 梅田智子^{1,3)}, 佐上晋太郎^{1,3)}, 朝倉崇徳⁴⁾, 中山莊平⁴⁾,
中野 雅^{1,3)}, 日比紀文³⁾, 小林 拓^{1,3)}

【症例】30代男性。【現病歴】17歳時に全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジンで寛解維持されていた。再燃に対してステロイドを導入し一次改善したが漸減中に増悪・重症化したため当院を紹介され受診した。下部消化管内視鏡検査で全大腸に広範な深い潰瘍がみられた。タクロリムス、ウステキヌマブを投与したが持続的寛解には至らなかった。アダリムマブに変更し症状は一時改善したが、徐々に便回数と血便が増加したことから2か月半後に倍量に増量したところ、2週間より倦怠感、乾性咳嗽、38℃の発熱が出現し、近医呼吸器内科を受診した。細菌性気管支炎の診断でレボフロキサシンを処方されたが改善がみられなかった。その後クラリスロマイシンに変更されたが症状が持続したことから当院呼吸器内科に入院した。【現症】意識清明、体温37.3℃、心拍数83/分、血圧136/92mmHg、SpO2 96%(室内気)、白血球数17,830/ μ L、BUN 14.6 mg/dL、Cre 0.84 mg/dL、CRP 4.65 mg/dL。1日3-6回の水様便あり、うち血便は1回。胸部CT検査で右肺野の肺門部背側および頭側に限局した浸潤影を認めた。【経過】画像上、薬剤性もしくは腸管外合併症としての器質性肺炎の可能性が疑われた。アンピシリン・スルバクタムを7日間投与したものの胸部CT検査では浸潤影が増悪したため気管支鏡検査を施行した。経気管支肺生検では組織的採取困難であったが、気管支肺胞洗浄液でリンパ球優位の増加がみられたことから器質性肺炎が強く疑われた。アダリムマブによる薬剤性の可能性は否定できなかったが、潰瘍性大腸炎の病勢と一致して肺病変の悪化がみられたことから臨床的に腸管外合併症としての器質性肺炎と判断し、アダリムマブを継続の上でステロイドを開始した。自覚症状は速やかに改善し、23日後の胸部CT検査では肺炎像は消失した。ステロイドは漸減し52日間で終了とした。潰瘍性大腸炎に対してメサラジンおよびアダリムマブで寛解が維持できており、肺炎の再燃はみられていない。【考察】潰瘍性大腸炎に器質性肺炎が合併する例は比較的まれである。文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 器質性肺炎

国保直営総合病院君津中央病院 外科¹⁾,
同 遺伝カウンセリング室²⁾
廣川朋矢¹⁾, 須田竜一郎¹⁾, 小原令子²⁾, 柳澤真司¹⁾, 片岡雅章¹⁾,
西村真樹¹⁾, 小林壮一¹⁾, 岡庭 輝¹⁾, 中臺英里¹⁾, 大野幸恵¹⁾,
進藤博俊¹⁾, 日置翔太¹⁾, 安藤英俊¹⁾, 近藤 尚¹⁾, 海保 隆¹⁾

【背景・目的】大腸癌患者におけるMSI-H/dMMR表現型は、免疫チェックポイント阻害薬の有効性予測・補助化学療法法の適応判定・リンチ症候群のスクリーニングにおける重要なバイオマーカーであるが、同定すべき患者について統一見解はない。当院の同定方法についての現状を報告し、今後の課題を検討する。【対象と方法】2022年1月から2023年4月まで当院で大腸癌と診断された374例。改訂ベセスダ基準を一項目でも満たす症例は、リンチ症候群のスクリーニングを目的としてMSI検査ないしはMMR免疫染色の提案と受検の意思決定支援を行った。Stage II~IVの症例は主治医の判断により、コンパニオン診断を目的として同検査の提案を行った。検査目的に関わらず、表現型がMSI-H/dMMRと判定された症例には、リンチ症候群の確定診断の情報提供を目的として遺伝相談を行った。【結果】改定ベセスダ基準合致例は124例(33.2%)であった。すべての対象患者中、115例(30.7%)にMSI検査もしくは免疫染色が行われ、13例(3.4%)がMSI-H/dMMRと判定された。13例中4例がBRAF変異を認め、遺伝相談は省略された。4例に遺伝相談が行われ、1例がMSH6遺伝子に病的バリエーションを有するリンチ症候群と診断された。切除不能あるいは遠隔転移を有する大腸癌の4例中3例にPembrolizumabの投与が行われた。【結語】大腸癌患者におけるMSI-H/dMMR表現型の同定は、リンチ症候群の拾い上げや薬剤選択の臨床判断に一定程度寄与していたが、より効率的な同定方法を構築する必要がある。

ミスマッチ修復機構欠損, MMR

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

【目的】さまざまな疾患でABO式血液型と罹患リスクについて報告されている。今回われわれは、血液型により大腸憩室出血や憩室炎のリスクが異なるのか検討した。【対象】2007年から2022年までの16年間に当院に入院した大腸憩室出血と憩室炎の全症例を対象にして、その血液型の分布割合を検討した。対照にはわが国の一般人口での血液型の分布割合を用いた。【結果】(1)大腸憩室出血:全体で253例340件であった(男性73.5%、年齢中央値67歳)。血液型不明の9例を除いた244例では、A型31.6%、O型36.1%、B型21.3%、AB型11.1%であった。血液型をO型と非O型に分けて一般人口と比較すると、有意にO型が多い結果であった(p=0.018)。症例の背景では、65歳以上の高齢者や抗血栓薬を服用していない症例で、O型が多かった。(2)大腸憩室炎:全体で216例255件であった(男性66.7%、年齢中央値55歳)。血液型不明の56例を除いた160例では、A型35.6%、O型35.6%、B型18.1%、AB型10.6%であった。O型と非O型とに分けて一般人口と比較すると、有意差はないがO型が多い傾向であった(p=0.073)。症例の背景では、女性や55歳以上の症例でO型が多かった。【まとめ】わが国では大腸憩室症が増加し、その合併症である出血や憩室炎も増えている。大腸憩室出血では肥満、NSAIDs、抗血小板薬が、憩室炎では肥満や喫煙が、それぞれリスク因子として報告されているが、血液型との関連についての報告は少ない。今回の検討の結果、血液型O型が大腸憩室出血や憩室炎のリスク因子である可能性が示唆された。

大腸憩室出血, 血液型

順天堂大学 医学部 消化器内科
畑 涉, 多田昌弘, 津川直輝, 岩野知世, 佐久間聖, 高崎裕介,
佐藤寿史, 森永真紀, 深田浩大, 山形寿文, 内山 明, 柳沼礼子,
福原京子, 今 一義, 大久保裕直, 伊佐山浩通, 永原章仁,
池嶋健一

【症例】50歳代男性【主訴】発熱【生活歴】不特定多数の男性との性交渉あり【現病歴】14年前よりHIV感染症と診断されCD4陽性細胞数45と低下していたためHAART療法施行されコントロールは良好であった。今回2022年5月上旬に上気道症状を自覚、5月下旬の定期外来にて肝臓脱酵素の上昇を認め緊急入院となった。血液検査 WBC 6200/ μ L, Plt 19.5万/ μ L, PT-INR 1.20, T-Bil 3.87 mg/dL, ALP 102 U/L, AST 907 U/L, ALT 1036 U/L, γ -GTP 230 U/L, IgM-HA抗体陰性, HBs抗原陰性, IgM-HBc抗体陰性, HCV抗体陰性, IgA-HEV抗体陰性, TPHA陽性, STS陽性, CD陽性細胞463/ μ Lとやや低値であった。腹部CT検査では脂肪肝のみ認められた。入院第5日目にPT-INR 1.69, T-Bil 13.34 mg/dL, AST 1909 U/L, ALT 1765 U/Lとなり急性肝不全の診断で血漿交換療法(PE)と持続緩徐式血液濾過透析(CHDF)を開始した。また入院7日目のウイルス測定でHBV-DNA陰性であったが、HCV-RNA 5.5 log IU/ μ Lより急性C型肝炎による急性肝不全の診断となった。PE/CHDF療法を3日間施行し離脱可能となり入院第19日に退院となった。【考察】肝炎ウイルスは、HIV感染MSM患者にとって重要な感染症を生じる。本症例では、性感染症としてwindow period期を考慮し様々なウイルス検査を行い、HCV-RNA陽性よりC型肝炎の肝不全症例と診断し得た。HIV/HCV重複感染例ではHCV抗体の偽陰性となる可能性やHCV単独感染例に比べ肝炎の進行が早いと報告されている。また本症例は、慢性化することが考えられ抗ウイルス療法導入を含め定期的な外来通院が必要である。【結語】肝障害を呈したHIV感染MSM患者では性感染症としてC型肝炎のwindow periodも念頭に置き精査する必要がある。

C型肝炎, ウインドウ期

57 胆石性胆管炎・膵炎に合併した門脈血栓ならびに肝門索膿瘍の1例

鉄蕉会 亀田総合病院 消化器内科
西脇拓郎, 船登智将, 井上 新, 川滿菜津貴, 吉岡 航, 吉村茂修,
白鳥俊康, 中路 聡

【症例】80歳台, 男性。【主訴】腹痛。【現病歴】来院前日の夕食後より臍上部周辺の痛みを自覚し、嘔気を伴ったため救急外来を受診した。腹部正中に圧痛、血液検査で炎症反応上昇、軽度の肝胆道系酵素上昇およびアミラーゼ、リパーゼの高値を認めた。腹部造影CT検査で膵頭部に脂肪織濃度の軽度上昇を認め、急性膵炎と診断した。急性膵炎の成因として胆石を疑ったが、CT・MRIで胆管結石は認めなかったため胆石のpassingと考え保存的加療を行った。しかし、胆道系酵素上昇と炎症反応高値が遷延することから、入院8日目に再度CT検査と超音波内視鏡検査(EUS)を施行した。CTでは新たに門脈左枝の血栓、及び狭小化と肝門索とその周囲の脂肪織濃度上昇がみられ、EUSでは胆管内に3mmほどの結石を認めた。門脈血栓に対してリパロキサパン導入と総胆管結石に対して内視鏡的結石除去を入院10日目に行った。入院15日目のCT検査で門脈血栓の軽度縮小と肝門索周囲の脂肪織濃度・液貯留の改善を認め、炎症反応も改善していることから退院とした。退院後1週間後より徐々に増悪する腹痛と発熱あり、再入院となった。CT検査で前回指摘された肝門索周囲の脂肪織濃度上昇を認めていた部位は肝門索から皮下にかけて分布する気泡を伴った貯留腔を形成しており、肝門索膿瘍と診断した。経皮的アプローチで膿瘍腔にドレナージュチューブを挿入し、4週間留置して排膿を行った。膿瘍の治療経過が良好なことを確認して退院とした。【考察】成人における肝門索膿瘍は感染源の特定に至らないものもあるが、肝胆道系感染との関連性が示唆されている。本症例でも、胆石性膵炎・胆管炎発症後に膿瘍形成を認めた。肝胆道系感染発症の加療中は経過良好であっても心窩部痛の出現や持続を認める場合は膿瘍形成に留意して診療を行う必要があると考えた。

肝門索膿瘍, 胆石胆管炎

59 大腸癌肝転移肝切除後の胆管合併症に対しHGS留置にて救命し予後延長を得た1例

国立国際医療研究センター病院 肝胆膵外科¹⁾, 同 外科²⁾,
同 消化器内科³⁾, 順天堂大学医学部 消化器内科学講座⁴⁾,
竹村信行¹⁾, 吉崎雄飛¹⁾, 國土貴嗣¹⁾, 稲垣冬樹¹⁾, 三原史規¹⁾,
野原京子²⁾, 久田裕也³⁾, 山本夏代³⁾, 清松知充³⁾, 山田和彦²⁾,
伊佐山浩通⁴⁾, 國土典宏¹⁾

【はじめに】ERC困難な胆道狭窄に対しHGSが導入されて久しいが、肝切除後合併症に適用されることは稀である。大腸癌肝転移肝切除後の胆管合併症に対し、HGS留置で救命し得た症例を経験したので報告する。【症例】50代男性、大腸癌術後肝転移、腹膜播種。肝転移は他院にてガンマナイフ治療、当院へ降上縁の播種病変切除目的にて当院セカンドオピニオン。X-2年3ヶ月、当院にて降上縁の播種病変摘出後、紹介先で化学療法継続。化学療法は、3rd Lineまで施行もガンマナイフ施行後の肝転移巣がPET陽性で増大傾向、播種病変はコントロール内と判断の上再度当院セカンドオピニオン。肝が予後規定因子になると判断し、X年右肝切除を施行、腫瘍は前区域、後区域グリソンに近接、播種病変もあるため腫瘍ぎりぎり後区域、前区域グリソンを別々にステープラーにて切除した。術後、T-Bilの上昇、肝内胆管の拡張を認めたため、ERC施行、総胆管部で胆管が途絶しており、ステープラー操作による胆管途絶と判断した。また、肝内胆管の内圧上昇による肝腫断面の胆汁漏を認めた。RetrospectiveにEOBMRIを見直すと、前区域の肝転移巣に照射した重粒子線の影響が総胆管が大きく右寄りに変位しており、前区域ないし後区域グリソン閉鎖の際に変位した総胆管にステープラーがかかっていたものと思われた。EBDの留置は困難であり、再手術、胆管外瘻しランデプー法による閉塞部の開通、HGS留置と迷ったがチューブフリーかつ侵襲も少ないHGS留置目的に順天堂消化器内科転院となった。HGS留置後に再転院となったが、胆管内圧の低下に伴い胆汁漏は軽快、T-Bilも低下し退院となった。その後紹介元で化学療法継続、再手術後1年2ヵ月生存中である。【まとめ】術後合併症で途絶した胆管合併症には、過去には再手術、胆管空腸吻合、胆管外瘻しかなかったが、HGSの出現により低侵襲で胆管合併症から回復し得る選択肢ができた。本症例は胆管状態であり可及的速やかに次の治療に移るためHGSが奏功した。本症例を救命頂いた当番会長の伊佐山先生に発表の場を借りて感謝を申し上げます。

転移性肝癌, 胆管合併症

58 超高齢者の切除不能肝細胞癌に対してアテゾリズマブとペバシズマブの併用療法によりCRが得られた1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
栽原麻希¹⁾, 村上貴寛¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 岸 洋佑¹⁾, 日原大輔¹⁾,
松井貴史¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 横内 幸²⁾, 渡邊 学¹⁾

症例は90歳代男性。以前より肝障害を指摘されていたが、PIVKA-2が1017mAU/mlと高値であったため、精査目的で当院紹介入院となった。腹部造影CTで、肝実質は萎縮し、Vp2の門脈腫瘍栓を有するS5を中心に動脈相で低吸収、平衡相で低吸収となるびまん性の腫瘍を認め、精査にてアルコール性肝硬変を背景としたびまん性肝細胞癌(HCC)と診断した。一方、入院時に施行した大腸内視鏡にて、横行結腸に20mmのLST-NG病変を認め、生検にてTubular adenoma low gradeであったが、早期大腸癌の可能性は否定できなかった。超高齢者ではあったが、PS0、Child-Pugh分類A、患者本人の治療希望も強く、まずは、HCCの治療を優先とし、アテゾリズマブとペバシズマブの併用療法(ATZ+BEV)を開始した。開始後、有害事象は認めず、治療を継続し、3クール後の造影CTでは腫瘍は著明に縮小し、大部分に壊死を認め、PRと判断した。HCCに対する治療は一時的薬として、十分なインフォームドコンセントの元、大腸病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。ESD後、偶発症はなく、最終診断はTubular adenoma high gradeであった。その後、HCCに対する治療を再開し、6クール後の画像検査にてCRと判断、計10クール施行し、治療を終了とした。治療終了後も再発を認めず、現在、経過観察中である。ATZ+BEVは、切除不能HCCに対する薬物療法の第一選択薬として推奨されているが、免疫関連有害事象などの出現がある。特に高齢者の場合、重篤となる可能性があり、慎重に投与する必要がある。本例は90歳代という超高齢者ではあったが、ATZ+BEVによりCRが得られ、さらに、大腸腺腫に対してESDを施行することができた。若干の文献的考察をふまえて報告する。

肝細胞癌, アテゾリズマブ+ペバシズマブ

60 胆嚢仮性動脈瘤破裂と胆嚢十二指腸瘻を併発し吐血をきたした1例

小張総合病院 消化器内科¹⁾,
キッコーマン総合病院 消化器内科²⁾
新野 智¹⁾, 大和陸美²⁾, 三上 繁²⁾, 渡邊悠人²⁾, 菰田文武²⁾,
清水史郎²⁾, 秋本政秀²⁾

【症例】89歳, 女性【主訴】吐血【現病歴】X年12月24日に総胆管結石性胆管炎、胆嚢炎の為に入院した。胆嚢炎と胆管炎の重症度はどちらもTG GradeIIだった。12月26日にERCで総胆管結石を採石した。しかし、その後肝被膜下膿瘍を発症しX+1年1月5日に経皮的にドレナージした。胆嚢は慢性胆嚢炎の状態となっていたが、抗生剤終了後も無症状だったためX+1年2月6日に退院した。X+1年2月8日に鮮血を吐血し当院を受診した。体温37.8℃と発熱を認め、白血球数11700/ μ L、CRP 2.2mg/dL、Hb10.6g/dLと炎症反応の上昇と貧血が認められた。腹部造影CTで胆嚢内に15mmの仮性動脈瘤と同部位からの造影剤漏出が認められた。胆嚢仮性動脈瘤破裂の診断で入院となった。【経過】緊急血管造影検査を施行したところ、胆嚢動脈に15mm大の瘤を認めた。胆嚢動脈に対しコイル塞栓術を施行し動脈瘤が造影されなくなることを確認した。止血術後、発熱が認められたが腹痛はなく塞栓術後の反応と考えられた。SBT/CPZを投与し経過観察した。第3病日に施行した腹部造影CTで胆嚢内に空気を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸球部に潰瘍と瘻孔を認め胆汁の流出を確認した。高齢で手術希望がなかったため、抗菌薬とポノプラザン投与、粘膜保護剤投与のみを行った。発症が軽快した第13病日に抗菌薬を終了した。第14病日に上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部を顕視したが、潰瘍は残存していたためポノプラザン・粘膜保護剤を継続した。第23病日以降ポノプラザンのみ継続とした。第35病日に退院し、その後胆嚢炎の再発や吐血の再発は認めなかった。【考察】胆嚢出血は上部消化管出血の0.4-1%とされ、稀な病態である。本症例は、胆嚢炎の発症から46病日経過しての吐血であったことや、胆嚢十二指腸瘻の存在のために胆汁うっ滞の所見や腹痛が認められなかった点が稀であったと考えられた。文献的考察を加えて報告する。

胆道出血, 仮性動脈瘤

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 消化器内科²⁾、
 千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科³⁾、
 千葉大学大学院医学研究院 病態病理学⁴⁾、同 診断病理学⁵⁾、
 千葉大学医学部附属病院 肝胆膵外科⁶⁾、
 高橋知也¹⁾、飯野陽太郎²⁾、山田奈々¹⁾、遠山翔大¹⁾、杉原地平¹⁾、
 大内麻由¹⁾、菅 元泰³⁾、永島裕樹³⁾、高橋幸治³⁾、沖津恒一郎³⁾、
 大野 泉³⁾、大山 広³⁾、高地祐輔⁴⁾、岸本 充⁴⁾、池田純一郎⁵⁾、
 鈴木大亮⁶⁾、高野重紹⁶⁾、高屋敷史⁶⁾、大塚将之⁶⁾、加藤直也¹⁾

【はじめに】急性肺炎の成因の19.1%が特発性とされるが、成因診断の精度を上げその頻度を少なくすべくとされている。今回、特発性肺炎経過観察中に出現した主膵管内出血を契機に、癌腫の術前診断にて手術を施行したが、術後に十二指腸乳頭部癌腫と診断された1例を経験したので報告する。【症例】75歳男性【経過】繰り返す肺炎に対して膵管ステント留置歴がある。肺炎の原因検索目的で施行した超音波内視鏡 (EUS) で乳頭からの出血・主膵管内の深い低エコー域と膵頭部に低エコー領域を認めていた。膵頭部病変の境界は不明瞭で、再現性が乏しかったため、経鼻膵管ドレナージ (ENPD) チューブを留置し、連続膵液細胞診 (SPACE) 提出の方針となった。内視鏡的逆行性膵管造影 (ERP) では膵体部に膵管狭窄像を認めたため、同部位で膵管擦過細胞診を施行し、5Fr ENPD チューブを留置した。SPACEの結果、膵管内乳頭状粘液性腫瘍 (IPMC) を疑い、拡大膵頭十二指腸切除術が施行された。術後病理では、術前に指摘できなかった十二指腸乳頭部に腫瘍性病変を認め、分枝膵管内に広く進展を認め Intra-ampullary papillary tubular neoplasm with associated invasive carcinoma pStage IIA, pHM0, pPM1, pEM0, pRI の診断となった。【考察】今回、我々は再発性特発性肺炎のフォローアップ中に認めた主膵管内出血を契機に精査を行い、SPACEで癌腫の術前診断として手術を施行し、十二指腸乳頭部癌の腫瘍性病変という診断結果を得た。本症例では、乳頭状の腫瘍であったため、術前の膵液細胞診ではIPMCが疑われた。また、膵臓への進展過程では、膵管内を介さずに分枝膵管へ広く進展を認め、複数の膵管内播種を起点として膵管内に進展したものと考えられた。【結語】主膵管内出血を認めた際には、癌腫のみならず十二指腸乳頭部癌の可能性も考慮し鑑別診断を進めるべきである。

主膵管内出血，十二指腸乳頭部癌

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科¹⁾、
 同 病理診断科²⁾、
 八木 伸¹⁾、脇岡 範¹⁾、永塩美邦¹⁾、丸木雄太¹⁾、大場彬博¹⁾、
 東江大樹¹⁾、萩原悠也¹⁾、原 英展¹⁾、福田壮馬¹⁾、岡本浩平¹⁾、
 山重大樹¹⁾、近藤俊輔¹⁾、森實千種¹⁾、上野秀樹¹⁾、平岡伸介²⁾、
 奥坂拓志¹⁾

症例は79歳男性。8年前にCTにて肝外側区に肝内胆管の拡張を認め、左肝内胆管癌の疑いで、術前に肝左葉切除術が施行された。切除検体による病理診断はHepatic peribiliary cystsであった。経過フォローのCT検査にて、肝門部近傍の総胆管内に門脈相から平衡相において均一な造影効果を伴う15mm程度の結節を認めた。胆管癌が疑われ精査、加療目的に当科紹介となった。MRI T2WI では左肝管断端近傍の総肝管内に、低信号の結節を認めた。DWIで拡散制限は認めなかった。EUSでは同部位に境界明瞭、内部は均一な7mm大のhypocoic な腫瘍を認め、ソナノイド造影では肝実質と同等の均一な造影効果を認めた。乳頭型胆管癌など、胆管内の病変を鑑別に挙げERCP、経口胆道鏡 (POCS) を施行した。胆管造影では左肝管切除断端に一致して辺縁が整な造影欠損を認めた。POCSでは左肝管断端に粘膜下腫瘍様の立ち上がりが見え、粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。胆管粘膜には明らかな異常は認めなかった。POCS下にて、粘膜下腫瘍様の隆起から複数回生検を施行した。生検結果から反応性に腫大した神経束を認め、いわゆる術後胆管断端神経腫として矛盾しない所見であった。EUS-FNAも施行し、悪性所見を認めなかった。以上から、胆管断端神経腫と診断し、経過観察の方針とした。その後、2年間CT検査にて画像フォローを行って変化なく経過している。胆管断端神経腫は外傷性神経腫とも呼ばれ、神経繊維の損傷により、近位の神経繊維が過剰再生し、線維組織に覆われた結節を形成する腫瘍類似性病変である。粘膜下腫瘍であり、一般的には術前診断は困難とされている。そのため胆管癌の術前診断で外科的手術が施行され、切除検体で診断に至る報告が散見される。今回、経口胆道鏡下の生検にて診断に至り、外科的手術を回避した肝切除後の胆管断端神経腫の一例を経験したので報告する。

胆管断端神経腫，経口胆道鏡

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科¹⁾、
 同 病理診断科²⁾、
 福田壮馬¹⁾、永塩美邦¹⁾、脇岡 範¹⁾、丸木雄太¹⁾、大場彬博¹⁾、
 東江大樹¹⁾、萩原悠也¹⁾、原 英展¹⁾、岡本浩平¹⁾、山重大樹¹⁾、
 八木 伸¹⁾、桑田 潤¹⁾、近藤俊輔¹⁾、森實千種¹⁾、上野秀樹¹⁾、
 平岡伸介²⁾、奥坂拓志¹⁾

85歳、男性。X-2年に遠位胆管癌 (pT3aN1M0, pStage IIB) に対して膵頭十二指腸切除+Child変法再建術を施行された。X年、フォローの造影CTで肝門部および門脈背側に不整な軟部影を認めた。また、血清CA19-9は274 U/mlと上昇しており、遠位胆管癌の再発が疑われた。早期の治療介入も検討されたが、高齢であり、治療前に再発の病理診断を得ることが重要と判断し、EUS-TA施行の方針とした。斜視型コンベックスEUS (GF-UCT260) による残胃からの観察および、肝門部の辺縁不整な低エコー腫瘍は穿刺可能と考えられたが、門脈背側の腫瘍は穿刺ラインにかかる門脈のため穿刺困難であった。肝門部の腫瘍に対して22G FNA針を用いてEUS-TAを施行したが、病理学的に悪性所見は検出されなかった。そのため、直視型コンベックスEUS (TGF-UC260) を用い、門脈背側の腫瘍に対して経輸入脚的にEUS-TAを行う方針とした。まず大腸用スコープを輸入脚の盲端まで挿入し、0.035inchのガイドワイヤー (GW) を留置した後、スコープを抜去した。次に、直視型コンベックスEUSをGW沿いに輸入脚の盲端まで誘導した。EUSでは門脈背側の低エコー腫瘍が容易に描出され、22G FNB針を用いてEUS-TAを行うことが可能となった。腺癌の病理診断が得られ、遠位胆管癌の再発と診断し、化学療法を導入した。術後再建腸管におけるEUS-TAでは、十二指腸球部・下行部走査ができないため、通常解剖と比較して描出や穿刺が困難となる病変が多い。斜視型コンベックスEUSと比較し、直視型コンベックスEUSは視野を確保した上でより安全に再建腸管内を進むことができる。そのため、斜視型コンベックスEUSで穿刺困難な場合であっても、直視型コンベックスEUSを用いた再建腸管からの穿刺が可能となり得る。今回、直視型コンベックスEUSを用いた経輸入脚的EUS-TAが有用であった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。

EUS-TA, 直視型コンベックスEUS

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 外来化学療法部³⁾、
 同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科⁴⁾、
 高原楠晃¹⁾、中井陽介²⁾、石垣和祥³⁾、市田晃彦⁴⁾、長谷川潔⁴⁾、
 藤城光弘¹⁾

症例はHBV carrierの66歳男性。約3か月前からの断続的な腹痛を主訴に近医受診。腹部超音波検査にて7cm大の肝腫瘍を指摘され、当院肝胆膵外科紹介受診。各種画像検査および肝腫瘍生検にて多発肝内転移および右副腎浸潤を伴う切除不能進行肝内胆管癌と診断された。臨床研究としてFOLFIRINOX療法を施行。治療開始2か月後にPRを達成し、それ以降8か月間に渡って原発巣および転移巣の著明な縮小が維持された。PETでも病変は不明瞭化し、腫瘍のviabilityは低下していると考えられたため、内科・外科・放射線科合同のcancer boardで慎重に議論を重ね、患者および家族の希望を確認したうえでconversion surgeryを施行。拡大後区域切除術+肝部分切除5か所+右副腎切除の結果、いずれも明らかな腫瘍の残存は認めず、pathological CRを得た。当時十分なエビデンスがなかったことから術後補助化学療法は施行せず、3-4か月毎の画像フォローとした。手術24か月後に前立腺癌を診断され、ホルモン療法を開始。また手術30か月後に多発肺結節が出現し、肝内胆管癌術後再発と診断されたため、GC+S-1併用療法による化学療法を開始するとともに、血液検体を用いたGCP検査 (Foundation One Liquid CDx) を実施。その結果、MSH6遺伝子病的バリエーションを認め、Lynch症候群の背景があることが判明。免疫チェックポイント阻害薬への期待からGC+デュルバルマブ併用療法に移行し、現在治療継続中である。示唆に富む一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝内胆管癌, conversion surgery

内視鏡的胆道ドレナージ不成功の肝移植後胆管狭窄症例に対するPTBDランデブーERCPの有効性の検討

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 人工臓器・移植外科³⁾,
同 肝胆膵外科⁴⁾
白田龍之介¹⁾, 中井陽介²⁾, 佐藤達也¹⁾, 高原楠晃¹⁾, 赤松延久³⁾,
長谷川潔⁴⁾, 藤城光弘¹⁾

【目的】肝移植後胆管狭窄に対する内視鏡的胆道ドレナージは治療困難例が多く、経皮的胆道ドレナージ(PTBD)が施行されることも少なくない。しかしながらPTBDは外瘻管理に伴うQuality of Lifeの低下が必発であり、PTBD治療後はランデブー法を用いた内瘻化が望ましい。今回単施設後向き研究においてPTBDランデブーERCPの有効性および安全性を検討した。【方法】2010年1月～2023年4月の間に153例が当院で肝移植後胆管狭窄に対して内視鏡的胆道ドレナージを施行した。この内19例のERCP不成功例に対してPTBDを施行したが、今回これらの対象における臨床成績を検討した。【結果】年齢中央値62歳、男性が58%。全例が生体肝移植後症例だった。グラフト肝は右肝が79%、左肝が11%、後区域グラフトが11%。胆管炎合併は16%に認められた。初回ERCPでは胆汁漏れを26%に合併しており、治療時間は中央値85分、経口胆道鏡は37%に使用したが、胆管狭窄に対する内視鏡的ステント留置は困難であり、早期偶発症(胆管炎)は11%に発症した。ERCP不成功となった後、19例全例がPTBDを施行し手技的成功を得た。17例(89%)においてはPTBDルートから胆管狭窄を突破し内外瘻化に成功した。内4例(21%)は経皮経肝胆道鏡を併用した。PTBD内外瘻化に成功した17例はその後PTBDランデブーERCPにより、全例で内視鏡的胆管ステントの留置およびPTBDの抜去に成功した。【結論】肝移植後胆管狭窄に対する内視鏡的胆道ドレナージ不成功症例においてPTBDランデブーERCPは有効であり、89%の症例において内瘻化およびPTBDの抜去が可能だった。

内視鏡的逆行性胆管膵管ドレナージ, 経皮経肝胆道ドレナージ

PSC, dominant stricture

GCS療法によりpCRが得られた切除不能胆道癌の一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科
小林 智, 山近由衣, 角田翔太郎, 濱口智美, 朝井靖二,
戸塚雄一朗, 福島泰斗, 手塚 瞬, 森本 学, 上野 誠

【症例】61歳・男性【現病歴】咳嗽を主訴に近医受診した際に施行されたCTにて、肝S5を首座とする84mm大の腫瘤を指摘された。当初、肝膿瘍の診断のもと、抗菌薬投与および経皮的膿瘍ドレナージが行われたが、改善に乏しく、排液の細胞診にてClass V・扁平上皮癌の診断となり当院紹介受診となった。【既往歴】逆流性食道炎【嗜好歴】なし【家族歴】悪性腫瘍なし【内服歴】なし【経過】胆嚢底部原発腫瘍の肝浸潤, No. 12LNおよびNo. 16LNの腫大を認め、胆嚢癌cT3N2M1, stage IV (UICC8版)と診断した。ECOG PS 0であり、肝腎機能を含めた主要臓器機能は保たれていたため、ゲムシタビン+シスプラチン+S-1併用療法(以下GCS療法)を開始した。GCS療法7コース後の造影CTで抗腫瘍効果はSDも縮小傾向であった。GCS療法10コース後の造影CTにてPR-in, 以後PRを維持した。17サイクル以降はゲムシタビン+S-1のみ継続とした。18サイクル後、造影CTおよびPET/CTにて、傍大動脈リンパ節転移消失と判断し、conversion手術として、肝部分切除+胆嚢摘出+リンパ節郭清除を行った。術後病理組織は、Fibrotic change with inflammationのみで、腫瘍細胞は認めず、病理学的完全奏効(以下pCR)の診断となった。術後補助化学療法としてS-1単剤療法を実施し、術後13ヵ月無再発を得た。【考察】GCS療法はGC療法に対する優越性が検証された第III相試験において、奏効割合が41.5%と高く、CR3例(3%)のうち、1例はpCRが得られたとして報告されている。本例は胆嚢癌として稀な組織型である扁平上皮癌であったが、腺癌と同様にGCS療法が著効したため、多少の文献的考察を含めて報告する。【結語】GCS療法によりpCRが得られた、扁平上皮癌を組織型とする切除不能胆嚢癌の一例を経験した。

GCS療法, 完全奏効

PSCに伴う dominant stricture に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効であった一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・臓腑内科
新井智洋, 松原三郎, 木村勇太, 芦田安輝, 増渕悟志, 鍋田正樹,
鈴木一世, 岸 寛士, 砂田莉沙, 田中孝幸, 田川 慧, 加藤秀輔,
堀裕太郎, 須田健太郎, 寺井悠二, 大塚武史, 高林英日己,
加藤真吾, 岡 政志, 名越澄子

【症例】生来健康な47歳男性。健康診断で肝機能異常を指摘され当科紹介受診となった。血液検査で著明な胆道系酵素上昇(ALP 359U/L, γ -GTP 1539U/L)を認め、皮膚掻痒感を伴っていた。造影CTで肝門部から膵内胆管にかけてびまん性の壁肥厚, MRCPで総胆管の数珠状所見と肝門部の帯状狭窄を認めた。血清IgG4値は51.7mg/dLであり、原発性硬化性胆管炎(primary sclerosing cholangitis: PSC)が疑われた。胆管癌や二次性硬化性胆管炎の鑑別および胆汁うっ滞症状に対する治療目的に入院した。第2病日にERCP施行。胆管造影で総胆管に数珠状所見および左右肝管に dominant stricture を認め、PSCに致する所見であった。擦過細胞診と生検施行後、左右肝管狭窄部を6mm径のバルーンでそれぞれ拡張し、胆管炎の予防と胆汁細胞診提出のため両側肝内胆管に5FrのENBDチューブを計2本留置した。細胞診、組織診で悪性所見を認めず、また同日に施行した肝左葉からのEUS-FNBでPSCに矛盾しない所見であり、PSCと確定診断した。なお大腸内視鏡検査でMatts分類2の潰瘍性大腸炎の所見を認めた。第7病日にENBDチューブを抜去し、再度ERCPを施行。Dominant strictureは解除されており、胆管ステントは留置せず第9病日退院となった。バルーン拡張後胆道系酵素は低下し、20日後にはALP 134U/L, γ -GTP 236U/Lまで改善した。【考察】PSCは肝内外の胆管に多発性の線維性狭窄をきたし、胆汁うっ滞を引き起こす疾患である。根本的治療は肝移植のみだが、内視鏡的治療は胆汁うっ滞の緩和による病態の進行抑制に重要となる。PSCの総胆管から左右肝管レベルまでの大型胆管における狭窄は dominant stricture とは別れ、内視鏡的治療の対象とされている。内視鏡治療としてはバルーン拡張術と胆管ステント留置があるが、後者は細菌性胆管炎等の偶発症が多く、近年ではバルーン拡張術が第一選択とされている。今回PSCに伴う dominant stricture に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効であった一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

2層構造胆管プラスチックステントの短期的な合併症・治療効果評価

同愛記念病院 消化器内科
渡邊健雄, 登川 渚, 黒崎滋之, 松井真希, 柿本 光, 新野 徹,
手島一陽

【背景】胆管用のプラスチックステントで、外側がポリウレタン、内側がPTTEの2層構造ステントが発売され、治療効果に期待がもたれている。

【目的】新しい2層構造ステントの短期的な治療効果・合併症につき評価する。

【方法】当院で2023年2月～6月に胆管結石に対して2層構造ステントを留置した26例を対象とし、後方的に評価をおこなった。患者背景、入院時の採血データ・胆管炎や膵炎の合併、ERCP治療内容、合併症の有無について調べた。

【成績】年齢は中央値81.5歳(52～95)、男性が14例(54%)、胆管炎合併が13例(50%)、うち軽症胆管炎は5例、中等症胆管炎は8例であった。入院時採血データでは、T.Bil中央値1.8(0.3～8.8)、 γ -GTP中央値143(24～1071)。留置したステントは7Frが4本、8.5Frが22本。EST施行例は14例(54%)、既に施行されていたのは6例(23%)。合併症に関しては、膵炎7例(27%)、内膵は軽症4例、中等症3例であり、いずれも食止め・点滴加療で改善した。出血は1例(4%)であった。ステントは上端を上部胆管、下端を十二指腸としており、抗血栓薬の内服はしていなかった。ステント留置してから6日で、出血が発症した。内視鏡的止血処置をおこない、止血が得られた。輸血は不要であった。迷入が1例(4%)あり、ESTはおこなっていない症例で、8.5Fr7cmを留置した症例であった。ステント留置してから4日で、ステント迷入となった。ステントを留置してから、抜去・交換するまでの期間、もしくはステントを留置したままの症例では最終観察日までの期間は、平均で19.5日。最短で3日、最長で133日間。胆管炎(ステント閉塞)は1例も発生しなかった。

【結論】新しい2層構造ステントを胆管結石治療に用いた場合の短期的な評価をおこなった。ERCP後膵炎・ステント迷入・出血があったものの、いずれも対処可能な範囲であり、ステント閉塞による胆管炎はみられず有用なステントである可能性が示唆された。今後、さらに多数の症例での長期的な評価も必要である。

胆管プラスチックステント, 2層構造ステント

東京大学大学院医学系研究科 消化器内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科³⁾, 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部⁴⁾, 東京大学大学院医学系研究科 肝胆膵外科⁵⁾, 大山博生¹⁾, 濱田 毅¹⁾, 田中麻理子²⁾, 高木 馨²⁾, 丹下圭一¹⁾, 高岡真哉¹⁾, 福田麟太郎¹⁾, 鈴木由佳理¹⁾, 金井祥子^{1,4)}, 野口賢作¹⁾, 佐藤達也¹⁾, 石垣和祥¹⁾, 白田龍之介¹⁾, 齋藤友隆¹⁾, 高原楠昊¹⁾, 中井陽介^{1,4)}, 牛久哲男²⁾, 長谷川潔⁵⁾, 藤城光弘¹⁾

【背景】膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)は膵癌のリスク因子であるが、IPMNが癌化するIPMN由来腫瘍のみならず、IPMNと非連続性に発生するIPMN併存腫瘍も高リスクとなる。両者の鑑別には画像・病理学的な連続性の評価が主に用いられるがしばしば鑑別は困難である。遺伝学的診断としてIPMNおよび膵癌にそれぞれ特徴的なGNAS, KRASの遺伝子変異の有無を解析することが有用である可能性がある。【方法】当院で膵癌および近傍のIPMNに対して同時に切除標本を行った2例について、切除標本での膵癌とIPMNの連続性を評価し、さらに切除標本を用いて遺伝子解析を行った。遺伝子解析においては、GNASエクソン8のコンドン12, KRASエクソン2のコンドン12, 13を含む領域をPCRで増幅し、パイロシーケンス法にて解析した。【結果】症例1: 60歳代女性。膵体部の8 mm大の分枝型IPMNと診断。5年後のMRI/MRCPで既存の嚢胞性病変の尾側に13 mm大の腫瘍が新出し、膵体部癌が疑われた。膵体尾部切除が施行され、膵管癌の確定診断となった。嚢胞性病変も同時に切除され、切除標本では分枝膵管内に粘液細胞の小乳頭状、齶歯状増生を認めIPMNの診断となった。また、膵癌との連続性は認めなかった。膵癌およびIPMNに対して遺伝子解析を行ったところ、膵癌ではGNAS wild-type/ KRAS mutant(G12D)であったが、IPMNではGNAS mutant/ KRAS wildであり、IPMN由来腫瘍ではなくIPMN併存腫瘍であることが確認された。症例2: 70歳代男性。総胆管結石性胆管炎を発症した際のCTで膵体部に15 mm大の嚢胞性病変を指摘された。1年後のCTで膵鉤部に15 mm大の腫瘍が新出し、膵癌が疑われた。膵頭十二指腸切除術が施行され、膵管癌の確定診断となった。嚢胞性病変も同時に切除され、膵癌とは連続性のないIPMNの診断となった。遺伝子解析では、膵癌でGNAS wild/ KRAS mutant(G12V), IPMNでGNAS mutant/ KRAS wildとIPMN併存腫瘍に矛盾しない所見であった。【結論】IPMN由来腫瘍とIPMN併存腫瘍の鑑別は困難なことも少なくないが、遺伝子解析を加えることで診断の精度を高められる可能性がある。

IPMN, 膵癌

がん研有明病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 肝胆膵外科²⁾, 同 病理部³⁾, 平井達基¹⁾, 三重堯文¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 大庭篤志²⁾, 高松 学³⁾, 石塚隆浩¹⁾, 山田 学¹⁾, 中川皓貴¹⁾, 古川貴光¹⁾, 岡本武士¹⁾, 武田剛志¹⁾, 春日章良¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 高橋 祐²⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】73歳, 女性。【現病歴】20XX-3年から前医で膵管内乳頭粘液性腫瘍(Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm, IPMN)として経過観察されていた。20XX年5月に施行した腹部CT検査で、IPMNの増大と膵鉤部背側に新たに腫瘍が出現したため、当院へ紹介となった。【既往歴】卵巣嚢腫術後、非アルコール性脂肪性肝疾患。【生活歴】喫煙歴: 10本/日, 機会飲酒。【家族歴】特記事項なし。【臨床経過】当院にて施行した腹部造影CT検査では、膵頭部に長径35mm大で5mm程度の造影効果のある壁在結節を伴う多房性嚢胞性病変を認めた。また膵鉤部背側には、膵外に病変の主座を置くようにして55mm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍は辺縁優位に不整な造影効果を伴い、内部には複数の石灰化を認めた。腫実質との連続性は不明瞭であった。造影超音波内視鏡検査では、膵頭部に造影効果のある壁在結節を伴うIPMNがあり、その背側に充実性の低エコー腫瘍を認めたが、造影効果は認めなかった。血液検査では明らかな炎症所見や腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。同腫瘍は約8ヶ月の経過で見られていることから、膵外発育を主体とした特殊型膵癌や、膵癌のリンパ節転移、結核性リンパ節炎が鑑別として考えられた。High risk stigmataを伴う分枝型IPMNに対する手術と同時に膵外腫瘍を切除する方針とし、20XX年7月に門脈合併膵頭十二指腸切除術を施行した。術後病理組織学的診断では、膵鉤部近傍にリンパ節構造を伴う壊死性肉芽腫を認め、壊死性リンパ節炎を疑う所見であった。なお膵頭部の多房性嚢胞性病変は、分枝型IPMAの診断であった。術後問題なく経過している。【考察】膵腫瘍は充実性と嚢胞性に大きく分けられるが、充実性腫瘍には浸潤性膵管癌や特殊型膵癌に加え、神経内分泌腫瘍や転移性膵癌、神経原性腫瘍などが挙げられる。それらは画像診断によって鑑別可能なことが多いが、診断に苦慮する症例も散見され、また本症例のように膵外病変の可能性も含めると、その鑑別は多岐に渡る。今回我々は、IPMNに合併した壊死性リンパ節炎の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵管内乳頭粘液性腫瘍, 結核性リンパ節炎

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾, 同 肝胆膵・移植外科²⁾, 同 病理部³⁾, 松崎綾音¹⁾, 遠藤 剛²⁾, 伊藤由紀子¹⁾, 橋本拓哉²⁾, 裴 有安³⁾, 新村孝季¹⁾, 中村恵子¹⁾, 貝發美香¹⁾, 中田史子¹⁾, 鈴木裕史¹⁾, 内野康志¹⁾, 山本信三¹⁾, 谷口博順¹⁾, 吉田英雄¹⁾

【症例】50歳代女性【主訴】なし(健診異常)【現病歴】生来健康で特記すべき既往歴はない。健康診断で行った腹部超音波検査(AUS)で膵体部に低エコー域を指摘された。精査目的にX年5月当院紹介受診。造影CT・MRCP検査で病変は指摘できなかったが、AUSでは膵体部に10mm大の境界明瞭な低エコー腫瘍を認めた。X年7月に超音波内視鏡下穿刺吸引針生検(EUS-FNA)を施行し得られた検体で、結合性の乏しい類円形細胞を多数認め、免疫染色のパターン(シナプトフィジン陽性・クロモグリンA陽性・Ki-67指数: 6.7%)からNET G2の診断に至った。転移検査目的で行ったオクトレオスキャンでは、膵体部に結節状の集積を認めたが遠隔転移を疑う異常集積を認めず、X年10月に膵体尾部切除を行った。術後病理結果は術前診断と同様NET G2であり、切除断端陰性であった。画像上再発をみとめず、経過観察中である。【考察】膵NENは局所進行や転移のリスクがあるため、早期の診断が重要である。膵NENの多くはCTやMRIで造影効果のある充実性腫瘍として描出され、各種modality毎の検出感度を比較するとCT/MRIが同程度に有用と報告されている。しかしその検出能は腫瘍の性状(線維化の有無・大きさなど)に影響を受け、感度は報告毎に様々である。またCT/MRIは1cm以下の腫瘍の検出は難しく、嚢胞変性や石灰化を伴うものなど非典型例も多々ある。一方でEUSの病変検出率は92%と報告されており、本症例のような小病変の検出にも有用である。今回、EUS-FNAにより早期の段階で確定診断が可能であった。当日は、文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍, EUS-FNA

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 外来化学療法部³⁾, 丹下圭一¹⁾, 齋藤友隆¹⁾, 大山博生¹⁾, 濱田 毅¹⁾, 西尾洋人¹⁾, 栗原晃平¹⁾, 福田麟太郎¹⁾, 高岡真哉¹⁾, 鈴木由佳理¹⁾, 金井祥子²⁾, 野口賢作¹⁾, 鈴木辰典¹⁾, 佐藤達也¹⁾, 白田龍之介²⁾, 石垣和祥³⁾, 高原楠昊¹⁾, 中井陽介²⁾, 藤城光弘¹⁾

【症例】47歳男性【家族歴】父・叔父膵炎【飲酒歴】機会飲酒【現病歴】X年11月、上腹部痛にて他院入院。重症急性膵炎の診断で点滴加療となった。炎症・症状の改善後、第15病日に経口摂取開始したところ炎症と症状の再燃あり、加療目的に第19病日当院転院となった。転院時CTでは、膵体尾部は造影不良となっており、横行結腸間膜や前・後腎傍腔、腎周囲腔など広範に、膵炎後のWalled-off necrosis (WON)を指摘された。また、膵頭部に63 mm大の分枝型IPMNを疑う多房性嚢胞を認めた。感染性WONに対しては、第25病日に超音波内視鏡下ドレナージを行い、胃内からWONにlumen apposing metal stent (LAMS)を留置した。以降、内視鏡的ネクロセクトミー(EN)を計15回行った。第26病日のEN施行時に脾動脈出血による出血性ショックをきたしたが、コイル塞栓により止血を得られている。壊死物質が十分に除去できたため、第68病日にLAMSを抜去し、plastic stentに交換して退院となった。IPMNについては、嚢胞内に結節性病変は認めず、主膵管は1.8mmと拡張を認めなかった。退院後はplastic stent留置下で炎症の経過は良好である。【考察】本症例の膵炎の原因として、膵頭部のIPMNが考えられる。本症例のIPMNは嚢胞径が63 mmと大きく国際ガイドラインのworrisome features (WF)に該当し、原因が明らかでない膵炎もWFの1つである。血縁者の膵炎既往の詳細を確認しつつ、IPMNの切除適応について検討する予定である。【結語】IPMNは急性膵炎の原因となりえるが、重症急性膵炎後の感染性壊死性膵炎に至った症例の報告はなく、貴重な症例であるためここに提示する。

WON, IPMN

オラバリブ維持療法により長期間の病勢コントロールが得られたBRCA病的バリエーション陽性の切除不能膀胱癌の一例

がん研有明病院 肝胆膵内科

武田剛志, 平井達基, 石塚隆浩, 山田 学, 中川皓貴, 古川貴光, 三重克文, 岡本武士, 春日章良, 佐々木隆, 尾阪将人, 笹平直樹

【症例】47歳女性。【現病歴】20XX年7月腹痛・背部痛・黄疸を主訴に前医受診。造影CTで膵頭部腫瘍、左鎖骨上リンパ節・傍大動脈リンパ節腫大を認め、当院紹介受診。【既往歴】子宮筋腫。【生活歴】喫煙なし、機会飲酒。【家族歴】母：卵巣癌、妹：乳癌、母方叔父：肺癌、母方叔母：卵巣癌、父方叔父：胃癌。【臨床経過】精査の結果、膵頭部癌・遠隔リンパ節転移（左鎖骨上リンパ節、傍大動脈リンパ節）と診断。胆道ドレナージ後、8月より一次化学療法としてmodified FOLFIRINOX開始。20XX+1年4月（15コース後）、腫瘍マーカーは低下（CA 19-9 1551→194 U/mL）し、CTでPR（partial response）が得られたが、cancer boardでconversion手術の適応はないと判断された。20XX+1年9月（24コース後）には腫瘍マーカーは正常化し、その後もPRを維持していた。modified FOLFIRINOXは、骨髄抑制および末梢神経障害のために、適宜減量しながら投与していた（29コース目よりオキサリプラチン中止）。20XX+2年3月、BRCA analysisでBRCA2病的バリエーション陽性と判明したため、20XX+2年4月よりオラバリブ600mg/日を開始した。Grade3の貧血のために、20XX+3年1月よりオラバリブ500mg/日、20XX+3年11月よりオラバリブ400mg/日への減量を要したが、それ以外は明らかな有害事象は認めなかった。オラバリブ開始後2年以上経過しているが、腫瘍マーカーの再上昇はなく、CTでもPRを維持している。【考察】modified FOLFIRINOXは、末梢神経障害等の副作用のため長期間の継続が困難となることが多いが、BRCA病的バリエーション陽性患者ではオラバリブが新たな選択肢となる。オラバリブ維持療法により長期間の病勢コントロールが得られた切除不能膵頭部癌の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

BRCA変異, オラバリブ

壊死組織に占拠されたwalled-off necrosisに対してlumen-apposing metal stentを展開する際のtrans-delivery system injection methodの有用性の検討

順天堂大学大学院医学研究科 消化器内科学

高橋 翔, 藤澤聡郎, 太田寛人, 壁村大至, 牛尾真子, 鈴木彬実, 高橋祐介, 伊藤光一, 富嶋 享, 石井重登, 伊佐山浩通

【背景】Lumen-apposing metal stent (LAMS)を使用した超音波内視鏡ガイド下膵周囲液体ドレナージ (EUS-PFD) は、walled-off necrosis (WON) に対する有効な治療法とされる。壊死組織がWONを占拠している症例では、遠位フランジの拡張が不十分であることが多い。遠位フランジの拡張が不十分な場合、LAMSが逸脱し、重篤な有害事象となる。今回我々はLAMSのデリバリールーメンを通して液体を注入することで、LAMS穿刺後でもWON内にLAMSの展開に十分なスペースを形成することのできるTrans-delivery system injection methodを開発したためその有用性を報告する。【症例1】40才男性、特発性急性膵炎後にWONを形成し、LAMSによるEUS-PFDが行われた。20mmのLAMSを展開したが、WON内は液体成分が少なく壊死物質に占拠されていたため、LAMSの遠位フランジの展開が不良であった。LAMSのデリバリールーメンに20Gのサーフロ針の外筒を装着し、50%造影剤を注入して展開可能なスペースを形成することで、遠位フランジの展開に成功した。【症例2】54才男性、アルコール性急性膵炎後にWONを形成した。CTでWON内にスポンジサインを認め、壊死物質に占拠されていることが事前に想定された。そのため、LAMSで穿刺後、本体を展開する前に50%造影剤を注入して展開可能なスペースを作成し、WONの広がりを確認しながら、遠位フランジの展開に成功した。【結語】LAMS展開時の工夫は複数報告されているが、trans-delivery system injection methodの特徴はLAMSの穿刺・展開後もLAMS展開のスペースを作成できる点である。また追加のデバイスを使用しないためコスト面でも優れている。Trans-delivery system injection methodは壊死物質に占拠されたWONに対してLAMSを展開する際の工夫の一つの選択肢となる可能性があり得た。

Walled-off necrosis (WON), Lumen-apposing metal stent (LAMS)

肝臓へのoligometastasisが疑われた膀胱癌の一切除例

東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学¹⁾

東京大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾

同 外来化学療法部³⁾, 同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科⁴⁾

佐藤達也¹⁾, 中井陽介^{1,2)}, 高岡真哉¹⁾, 福田麟太郎¹⁾, 鈴木由佳理¹⁾

大山博生¹⁾, 金井祥子¹⁾, 野口賢作¹⁾, 鈴木辰典¹⁾, 石垣和祥^{1,3)}

白田龍之介¹⁾, 齋藤友隆¹⁾, 濱田 毅¹⁾, 高原楠矣¹⁾, 早阪 誠⁴⁾

市田晃彦⁴⁾, 長谷川潔⁴⁾, 藤城光弘¹⁾

【背景】Oligometastasisは1~5個までの遠隔転移と定義され、積極的な局所治療と全身化学療法を組み合わせて良好な治療成績が得られる可能性のある病態である。今回われわれは肝臓への単一転移が疑われた膀胱癌例に対して、術前化学療法後に外科切除を施行した一例を経験したため報告する。【症例】78歳男性。心窩部痛を契機に前医CT検査で主尿管拡張を指摘された。造影CTでは膵頭部主尿管内に腔実質へ浸潤する28mm大の腫瘍性病変を認め、拡張した尾側尿管への進展を伴っていた。また肝S8ドーム下に小さな低吸収域を認め、EOB-MRIの所見からも肝転移が疑われた。原発巣はT3・切除可能な腫瘍であったが、CA19-9 521 U/mLと高値であることおよび肝転移が疑われたことから、ゲムシタビン+ナブ・パクリタキセル療法による全身化学療法の方針とした。4コースの治療で原発巣は著明に縮小し腫瘍マーカーは正常化した。肝転移疑い病変は縮小傾向を示したものの消失には至らなかった。この時点で副作用のため化学療法の継続が困難となり、患者家族への十分な説明のもとで外科手術の方針となった。開腹後に術中超音波検査で肝転移疑い病変を精査したところCT指摘部位には腫瘍を認めず、引き続き原発腫瘍に対する膀胱摘除を行いR0切除を得た。術後経過は良好で、術後2か月から補助化学療法を開始している。【考察】膀胱のoligometastasisの治療選択について一定した見解はないが、一部の患者群においては外科切除を含む集学的治療の有用性が報告されている。今後の症例集積による治療戦略の最適化が望まれる。【結論】肝臓へのoligometastasisが疑われた膀胱癌症例の一切除例を経験した。

膀胱癌, oligometastasis

アナモレリン内服後に発症した正常血糖ケトアシドーシスの一例

神奈川県立がんセンター 消化器内科

朝井靖二, 小林 智, 角田翔太郎, 濱口智美, 山近由衣, 戸塚雄一郎, 福島泰斗, 手塚 瞬, 森本 学, 上野 誠

【症例】60代、男性【主訴】食欲不振【現病歴】20XX年5月に切除不能膵頭部癌の診断となり、全身倦怠感、食欲不振、脱水のため入院となった。【既往歴】2型糖尿病、不安神経症、うつ病【治療経過】入院時、癌性疼痛があり、食欲不振の一因と考えられた。オピオイド内服を開始し、脱水に對し補液を含めた支持療法を行った。第12病日、胆管ステント閉塞による急性胆管炎を発症し、胆管ステント交換を行い、胆管炎はすぐに改善したが、その後、さらに、食事摂取量の低下を認めた。体重減少、疲労、CRP上昇などからがん悪液質と判断し、第17病日よりアナモレリン100mg内服を開始した。内服3日後に意識レベルの低下、頻呼吸、頻脈などの症状を認めた。血液検査では肝胆道系酵素の上昇は認めなかったがアニオンギャップ開大を伴う代謝性アシドーシスと、尿中ケトン3+を認めた。血糖値は214mg/dlであり、正常血糖ケトアシドーシス (Euglycemic diabetic ketoacidosis: EDKA) が考えられた。アナモレリン内服を中止しインスリン持続静脈投与を行うことで病態の改善を認めた。【考察】EDKAは明らかな高血糖を合併しないケトアシドーシスをきたす病態である。診断基準は血糖300mg/dL未満かつ血漿HCO₃-値10mEq/L以下とされ、糖尿病の罹患中に何らかの理由でインスリン分泌抑制が起こり、糖代謝が減少することで脂肪分解が亢進し血中ケトン体が増加して発症する病態である。アナモレリンの副作用として高血糖が報告されているが、本例では稀なEDKAを発症した。膀胱癌治療においてがん悪液質治療は重要な支持療法であり、その合併症を認識することは重要である。

アナモレリン, 正常血糖ケトアシドーシス

埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科
鈴木一世, 松原二郎, 芦田安輝, 木村勇太, 鍋田正樹, 増淵悟志,
岸 寛二, 砂田莉沙, 新井智洋, 田中孝幸, 田川 慧, 加藤秀輔,
堀裕太郎, 須田健太郎, 寺井悠二, 大塚武史, 高林英日己,
加藤真吾, 岡 政志, 名越澄子

【症例】84歳女性【現病歴】20XX-6年10月に膵石を伴う軽症急性膵炎で他院入院。保存加療で軽快退院され、その後膵石加療目的に当科紹介受診となった。CTで膵頭部に20×9mm大の膵石を認めたが飲酒歴はなく特発性慢性膵炎と考えられた。高齢かつ積極的な治療希望なく一旦経過観察の方針となった。その後20XX-3年8月、20XX-1年9月に軽症膵炎で1週間程度の入院となったが患者の希望で経過観察となっている。20XX年3月に再度軽症膵炎で入院となり、短期間での膵炎再燃を繰り返しているために内視鏡的膵石除去の方針となった。膵炎軽快後にERCPを行ったが巨大な傍乳頭憩室のため膵管挿管できず、超音波内視鏡下ランデナー法で膵管挿管し膵管口切開後に機械的結石破碎術施行の上膵管ステントを留置して一旦退院となった。20XX年6月、内視鏡的膵石除去目的に入院となった。【入院後経過】膵石はある程度破碎されていたため、乳頭バルーン拡張後バスケットカテーテルにて結石除去を試みたが、結石を掴み過ぎバスケット嵌頓をおこしてしまった。エンドトリプターで破碎を試みたがチャンネル内でワイヤーが破断したため、一度スコープを抜去し、口から出ているワイヤーの脇からスコープを再挿入した。ワイヤーの脇からSpyScope DSIを膵管内に挿入し、電気水圧衝撃波結石破碎術(EHL)を用い可能な限りバスケット内の膵石を破碎した。その後把持鉗子でバスケットのワイヤーを把持してスコープごと抜去することができた。再度膵管挿管の上可及的に膵石を除去し、膵管ステントを留置して手技を終了した。手技に伴う有害事象は認めなかった。【考察・結語】経口膵管鏡下EHLによりバスケット陥頓を解除しえた膵石症の一例を経験した。若干の文献的考察を交え報告する。

膵石, バスケット嵌頓

国立国際医療研究センター 消化器内科
須澤綾友, 山本夏代, 柴田寛至, 中村暁子, 大和 幹, 植田 鍊,
田淵幹大, 竜野孝子, 久田裕也, 柳井優香, 赤澤直樹, 横井千寿,
小島康志, 斎藤明子, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例】70歳代、男性【臨床経過】X-2年4月に急性虫垂炎の診断で保存的加療を行った。手術希望なく終診となったが、X-2年10月に虫垂炎が再燃し、保存的加療を行った。その際に糖尿病を初回指摘されたが、コントロール不良のまま、手術希望もなく通院も自己中断となった。X-1年7月に虫垂炎の再燃によるEscherichia coli菌血症、門脈血栓のため、抗菌薬加療を行ったが、その際の腹部CTで膵尾部腫瘍を指摘された。手術を予定していたが、X-1年8月に再度発熱で当院受診、虫垂炎を伴わないE. coli菌血症の診断となり、菌血症に準じた抗菌薬加療を行った。X-1年12月に頸部痛、発熱で当院外来を受診し、E. coli菌血症による頸部膿瘍と診断し抗菌薬加療を行ったが、X年1月に頸部痛が再燃し、化膿性脊椎炎を併発しており、抗菌薬が再開された。経過中にCTで感染性大動脈瘤が指摘されたため、胸部大動脈ステントグラフト内挿術が施行された。しかし、X年4月に吐血で当院に救急搬送、緊急上部消化管内視鏡検査で、胸部上部食道に壁外性圧排隆起部に白色栓を認め、感染性胸部大動脈瘤の増悪による大動脈食道瘻と診断した。同日緊急で食道切除術、食道瘻造設を行い、術中大動脈周囲擦過からはE. coliが検出された。感染性大動脈瘤の増大を認めたが手術適応なく、第47病日に食道瘻からの大量出血により死亡した。【考察】本例は慢性虫垂炎による感染の繰り返しが菌血症に移行し、感染性大動脈瘤を発生した。膵尾部腫瘍による糖尿病の発症が易感染性を助長していた可能性がある。感染性胸部大動脈瘤の大動脈食道瘻は稀であるが、繰り返す菌血症に起因した感染性大動脈瘤による大動脈食道瘻の一例を若干の文献的考察を含め報告する。

大動脈食道瘻, 感染性大動脈瘤

慶應義塾大学 医学部 消化器内科
井村友理, 森 英毅, 正岡建洋, 松崎潤太郎, 齋藤義正,
金井隆典

【症例】初診時50代の女性。20XX年12月に胃粘膜腫瘍疑いの精査目的に当院を紹介受診された。精査目的の上部消化管内視鏡(EGD)では前庭部小弯に20mm大の粘膜下腫瘍(SMT)様隆起を認めたが、超音波内視鏡検査では明らかな粘膜下病変を指摘出来ず、経過観察とされていた。20XX+5年2月より動脈硬化のためアスピリン内服を開始した。20XX+6年3月に食前後の心窩部痛の症状があり、EGD精査を施行したところ、以前認められた前庭部小弯のSMT様隆起は消失し、新たに前庭部大弯にSMT様隆起および同部位口側にA2 stageの胃潰瘍を指摘された。尿素呼吸気試験でH. pylori陰性であり、ラベプラゾールでの加療を開始した。同年4月にH1 stage、10月にH2 stage、20XX+7年10月に潰瘍の治癒を確認し、ラベプラゾールは中止とした。潰瘍の治癒過程において、隣接したSMT様隆起は消失した。20XX+8年10月に同部位に胃潰瘍が再発し、ラベプラゾールを再開した。その後はラベプラゾールを継続し、1年毎に内視鏡フォローを行い、治癒と再発を繰り返したが、20XX+11年以降は潰瘍の再発を認めていなかった。20XX+13年9月より腰椎症に伴う強い下肢痛のため、NSAIDs内服を開始した。20XX+15年11月に再度同部位の胃潰瘍の再発を認め、ポノプラザンに変更、20XX+16年2月には治癒したものの、20XX+17年8月から2年以上治癒せず難治性胃潰瘍として継続加療を行っている。【考察】本症例は、前庭部大弯において繰り返し再発・治癒を生じた過程を約20年に亘って観察できた症例である。アスピリンおよびNSAIDs内服のリスクがあり、発症性胃潰瘍の要素が大きいと考えられる。一方で、胃潰瘍発症以前に既にSMT様隆起を生じていたこと、常に同じ部位に胃潰瘍が再発することから、胃前庭部難治性潰瘍の増悪因子として、アスピリンおよびNSAIDsが作用していると考えられた。貴重な症例と考え、胃前庭部難治性潰瘍についての文献的考察を加え報告する。

難治性胃潰瘍, H. pylori陰性

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器一般外科²⁾, 同 病理診断学³⁾
藤山杏奈¹⁾, 隆旗 誠²⁾, 萩原伸悟¹⁾, 野元勇佑¹⁾, 西慎二郎¹⁾,
森見久美子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⁾, 北村庸雄¹⁾, 岡 伸一^{1,2)}, 富田茂樹^{2,3)}, 長田太郎¹⁾

【症例】78歳男性【既往歴】特になし、手術歴なし【経過】20XX年に検診の上部消化管X線造影検査にて胃体部大弯後壁の腫瘍陰影を指摘され精査加療目的に当院紹介受診となった。同年当院で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、胃体下部大弯後壁に25mm大の頂部が発赤調の粘膜下腫瘍(SMT)を認めた。頂部には粘液を分泌する開口部を認めた。SMT表面の発赤粘膜から生検では腫瘍性成分は検出されず、EUSでは粘膜下に無エコー像を認めたため粘膜下異所性胃腺を伴う粘膜下腫瘍を念頭にEGDとCTで経過観察を行った。EUS-FNAも施行したが、腫瘍成分の検出はできなかった。その後、明らかな増大は認めていなかったが、悪性腫瘍の合併の懸念もあり20XX+7年にPET-CTを施行したところ同部位に軽度集積を認めた。翌月行ったEGDにおいてSMT頂部から腫瘍の露出を認め、生検を行ったところ高分化腺癌様の異形細胞の増生を認めた。以上よりSMT様の形態を呈する胃原発の高分化腺癌と診断し、腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。切除標本の病理所見は粘膜下異所性胃腺を伴うadenocarcinoma(pap>tub1)の所見であった。【考察】胃癌は胃粘膜固有層から発生するため、SMT様の形態を呈する胃癌はまれである。その成因として1.充実型低分化型腺癌とcarcinoma with lymphoid stromaの群、2.組織型に関わらずリンパ球浸潤の強い群、3.癌巣周囲に限局した線維化を認める群、4.粘液癌、5.粘膜下異所腺からの発生が考えられる群、6.その他に分類される。本症例では粘膜下に異所性胃腺を認めたことから、粘膜下異所性胃腺との関連を考えている。粘膜下異所性胃腺は孤発型とびまん性の2つに大別されるが、びまん型は胃癌との関連が指摘されているが、孤発型は胃癌との合併は稀とされている。本症例では粘膜下腫瘍様隆起は同部位にしか認めておらず、孤発型の癌合併例の可能性が示唆された。若干の文献的考察を加えて報告する。

異所性胃腺, 粘膜下腫瘍

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾、同 乳腺外科²⁾、同 肝胆膵・移植外科³⁾、同 病理部⁴⁾、北原愛弓¹⁾、鈴木裕史¹⁾、福田麟太郎¹⁾、井上 薫¹⁾、高橋健太郎¹⁾、中田史子¹⁾、内野康志¹⁾、谷口博順¹⁾、山本信三¹⁾、伊藤由紀子¹⁾、清水淑子²⁾、増田 亮²⁾、橋本拓哉³⁾、熊坂利夫⁴⁾、吉田英雄¹⁾

【症例】40歳代女性。【現病歴】20XX年9月に胆嚢結石症に対する手術加療を目的として前医より紹介され、当院肝胆膵・移植外科を受診した。【経過】同年11月に術前スクリーニング目的で施行された上部消化管内視鏡検査にて、胃角部～胃体部にかけて中心に褪色調の陥凹を有する隆起性病変が多数認められた。組織生検の結果は悪性腫瘍ではあるものの胃痛としては非典型的な所見であった。CT検査にて右乳腺腫瘍を指摘されたことから乳癌の精査と並行して各種免疫染色が追加され、最終的に乳癌の一種である浸潤性小葉癌の胃転移であることが判明した。有症状の胆嚢結石症であったため、同年12月に当初の目的通り腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行されたが、摘出された胆嚢においても浸潤性小葉癌の転移が検出された。現在、本患者は遠隔転移を有する浸潤性小葉癌症例としてホルモン療法が開始されている。【考察】乳癌は胃転移を生じる原発巣の中では食道癌、肺癌に次いで多いとされているが、一方で乳癌が消化管転移を起こす頻度は8.9%程度とする報告があり、消化管は転移の好発部位とは言えない。中でも稀な胃転移の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

胃癌, 乳癌

亀田総合病院 消化器内科

大野 航, 木下裕介, 西田泰久, 三宅 麗, 藤井陽三, 浦崎康貴, 蘆川 克, 西脇拓郎, 船登智将, 吉岡 航, 川満菜津貴, 井上 薪, 吉村茂枝, 仲地健一郎, 南雲大暢, 白鳥俊康, 中野 聡

【症例】70歳台、女性【主訴】食思不振、心窩部痛【既往歴】右乳癌部分切除・術後放射線療法(13年前)、白内障【現病歴】X年4月中旬より食思不振・心窩部痛を自覚し、1ヶ月以上症状が継続するため当院を受診した。腹部造影CT検査で幽門部から十二指腸下行部にかけての壁肥厚と胃拡張・胃内容物貯留を認め、精査加療目的に入院した。【入院後経過】入院後に経鼻胃管を留置し、絶食補液管理を行った。胃管による胃内減圧後に上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃前庭部・十二指腸球部を中心に多発びらんを認めた。幽門部は狭窄を来しており、経鼻内視鏡のみ通過可能であった。狭窄部の粘膜には所見を認めず、胃前庭部～十二指腸まで認めらるるの複数箇所から生検したがいずれも悪性所見は認めなかった。幽門部の狭窄を来している部分をEUSで観察すると粘膜下に低エコー領域を認め、同部に対してEUS-FNAを施行した。病理所見では平滑筋組織片の内部に印環細胞の混在を認め、低分化胃腺癌と考えられた。以上よりlinitis plastica(LP)型胃癌の診断で第25病日に幽門側胃切除術を予定していたが、術中所見で十二指腸下行脚・肝十二指腸間膜・脾臓までの浸潤と大網に播種結節を認め、胃空腸バイパスを施行し手術終了となった。【考察・結語】LP型胃癌と診断のついた患者のうち内視鏡的表層生検で診断がつかずEUS-FNAで診断がついたのは18.5%であったと報告されている。内視鏡的生検およびEUS-FNA以外で診断された症例はいずれも診断的腹腔鏡が施行されている。EUS-FNAは比較的侵襲が少なく正確な組織診断が得られるため、内視鏡的生検で診断が得られないLP型胃癌を疑う症例に対する有用な検査だと考えられた。

EUS-FNA, linitis plastica(LP)型胃癌

自治医科大学附属病院・消化器一般移植外科¹⁾、同 臨床腫瘍科²⁾、那須南病院 外科³⁾

小池 瑛^{1,3)}、齋藤 心¹⁾、直井大志^{1,3)}、関口忠司^{1,3)}、金丸理人¹⁾、高橋和也¹⁾、倉科憲太郎¹⁾、宮戸英世¹⁾、細谷好則¹⁾、北山丈二²⁾、山口博紀²⁾、大澤英之²⁾、佐田尚宏¹⁾

症例は初診時54歳の男性、食事の際の通過障害を契機に上部消化管内視鏡検査を施行し、胃体部に3型胃癌を認めた。術前CTで骨盤内腹水、漿膜浸潤を認め、Stagingのための審査腹腔鏡を行ったところ、胃周囲の腹膜および大網に播種結節が散見された。腹水細胞診は陰性であった。以上より、T4a(SE)、N1、MOPICY0H0、cStageIVと診断し、腹腔ポート造設、腹腔内化学療法導入の方針とした。また、初診時より関節背面に特に目立つ皮疹および筋力低下を認め、経過中に皮膚筋炎の診断となり同時並行で治療を行う方針とした。腹腔内化学療法を計2コース施行した段階でポート感染が疑われ、3コース目はS-1単剤で投与後、開腹胃全摘術および腹腔ポート入れ替えを施行した。術後より腹腔内PTX投与を再開したが、1コース終了段階で再度ポート感染を発症し、以降は標準治療としてSOX療法を行った。計8コース施行したところ皮膚筋炎の皮疹が増悪し、SOX療法との関連性が否定できなかったため補助化学療法を休止する方針とした。術後7年が経過した現在も明らかな転移再発所見なく経過、皮膚筋炎に関してはPSL 5mg内服で安定している。胃癌における腹膜播種は最も頻度の高い転移、再発形式、予後因子の一つである。腹膜播種を伴う胃癌に対して、腹腔内に直接抗瘤剤を投与する腹腔内化学療法の臨床研究がすすめられているが、未だ標準治療は確立されていない。当院では2016年から腹膜播種陽性胃癌に対し、パクリタキセル腹腔内投与併用S-1/oxaliplatin(SOX)化学療法を導入し、Second lookでの播種消失や細胞診陰転化といった奏功例に対してはconversion surgeryとして胃切除術を施行している。今回、皮膚筋炎合併進行胃癌に対して、腹腔内化学療法施行しconversion surgery後7年間無再発生存を維持している症例を経験した。

腹腔内化学療法, 進行胃癌

東京労災病院 消化器内科

中島一彰, 西中川秀太, 大場信之, 乾山光子, 荻野 悠, 高橋伸太郎, 渡辺浩二, 折原慎弥, 平泉泰翔, 池上 達

症例は73歳男性。202X-1年4月上旬より食後の心窩部不快感と嘔気、食欲低下を自覚し、当科を受診した。内視鏡検査を施行したところ体上部から体下部の小弯にかけて2型腫瘍を認め、組織診は低分化腺癌であった。免疫染色でHER2:2+でFISHも陽性であった。またCT検査で肝臓に多発する腫瘍を、左肺尖部に結節性病変を認め、進行胃癌肺転移・肝転移と診断された。5月より1次化学療法として、S1、オキサリプラチン(OHP)及びハーセプチン(HER)の投与を開始した。6コース目からGrade1から2程度の血小板の減少がみられたため、OHPを8コース目にかけて2段階減量し15コースまで継続した。しかし血小板数が5万台まで減少したため、化学療法の継続が困難になった。腹部超音波、及び造影CT検査で胃・食道静脈瘤の発達や脾腫などの門脈圧亢進所見があり、OHP総投与量の増加による類洞閉塞症候群(SOS)が原因と考えられた。202X年4月、血小板数の改善目的に脾動脈部分塞栓術(PSE)を施行した。術後の血液検査で血小板数が15万台まで改善したため、OHPをシスプラチン(CDDP)へ変更し化学療法を再開した。同時期に行った上部消化管内視鏡検査でF3形態の胃静脈瘤があり予防的にバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(BRTO)を施行した。1ヶ月後に内視鏡検査を行ったところ胃静脈瘤は改善しており、CT検査でも腫瘍の縮小と静脈瘤の改善を認めたため現在も化学療法を継続している。オキサリプラチンの有害事象としてSOSが知られている。これは類洞内皮細胞の損傷が起り、類洞の拡張、血流停滞が生じ、類洞閉塞が惹起されることが原因である。SOSによる門脈圧亢進を原因として血小板の減少が起り化学療法の継続が困難となったが、PSEが奏効し治療を再開し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

オキサリプラチン, 類洞閉塞症候群

JCHO 船橋中央病院 内科¹⁾, 千葉大学医学部付属病院 消化器内科²⁾, JCHO 船橋中央病院 外科³⁾, 同 病理部⁴⁾, 木村 恵¹⁾, 加藤佳瑞紀¹⁾, 浅野公将¹⁾, 藤谷 誠²⁾, 嶋田太郎¹⁾, 土屋 慎¹⁾, 藤代絢香¹⁾, 阿部哲大¹⁾, 高倉大暉¹⁾, 宇野秀彦²⁾, 小松佛介⁴⁾, 山口武人¹⁾

【症例】79歳男性【主訴】嘔吐、腹部膨満感【現病歴】X年3月に食後の嘔吐、腹部膨満感が出現し、近医を受診した所、心窩部に腫瘤を触知したため、当院に紹介となった。造影CTにて十二指腸下行脚から水平脚にかけて全周性の軟部組織陰影を認め、びまん性に後腹膜に広がっていた。後腹膜の軟部陰影の原因として膵炎、膵癌、後腹膜線維症、脂肪織炎、悪性リンパ腫等が鑑別に挙げられた。採血ではWBC 9000、CRP 1.48mg/dl、LDH 362U/ml、CEA 2ng/ml、CA19-9 15U/ml、SIL2R 1822U/ml、IgG4 21.3mg/dlであった。精査加療目的に入院。上部消化管内視鏡検査を施行した所、十二指腸水平脚を内視鏡は通過可能であったが、壁外圧排によるものと考えられる全周性の狭窄を認めた。狭窄部の生検ではCD20陽性のBリンパ球の浸潤が認められたが、確定診断はし得なかった。超音波内視鏡(EUS)も行ったが、EUSFNAは実施し得なかった。その後嘔吐を来すようになったため、狭窄の増悪と考え、再度上部消化管内視鏡検査を行い、十二指腸狭窄部の生検を再施行。Bリンパ球のびまん性浸潤が認められ、浸潤細胞はBCL6が陽性で、CD5、CD10、MUM-1、BCL2などは陰性であり、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(以下DLBCLと略す)を強く疑う所見であった。PET-CTにて後腹膜と右肩甲骨下に異常集積を認めたため、身体所見を取り直したところ、70×50mm大の右肩甲骨の背側に皮下腫瘤を触知した。同部より経皮的超音波ガイド下生検を施行し、中型から大型のリンパ球のびまん性増生を認め、増生細胞はCD20陽性であり、DLBCLの範疇と診断された。当院血液内科に紹介し、PSL60mg/日、シクロホスファミド+ドキシケルビシン+ビンクリスチン+ブレドニゾン療法で治療開始となった。治療開始5日目、腫瘍崩壊症候群を発生し、透析が必要となったため、転院となった。【考察】本症例は内視鏡所見では十二指腸は壁外圧排のみで所見が乏しく、後腹膜線維症や脂肪織炎も鑑別に挙げられ、診断に難渋した。

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、十二指腸狭窄

上尾中央総合病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 肝臓内科³⁾, 帝京大学 医療技術学部⁴⁾, 内田信介¹⁾, 曾根雅之¹⁾, 明石雅博¹⁾, 山田紗李奈¹⁾, 原田文人¹⁾, 山口智史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⁾, 笹本貴広²⁾, 高森頼雪³⁾, 有馬美和子¹⁾, 土屋昭彦¹⁾, 西川 稿¹⁾, 滝川 一⁴⁾

【はじめに】十二指腸静脈瘤は門脈圧亢進症に合併する稀な異所性静脈瘤の一つである。肝硬変による門脈圧亢進症が背景にあることが多いが、十二指腸静脈瘤は門脈圧亢進症患者の約0.4%にしか見られず、稀な病態である。【症例】61歳、女性。X日に黒色便、嘔吐が出現し、X+1日に近医を受診した。血液検査でHb 9.0g/dLと軽度低下を認め補液のみで経過観察されたが、その後も症状継続するためX+2日に近医再診した。Hbは6.8g/dLまでさらに低下を認めたため緊急で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行され、十二指腸下行部に粘膜下腫瘤を認めた。腫瘤からの出血が疑われたが止血処置困難とのことで同日当院に転院搬送された。転院後実施した造影CTでは十二指腸で造影剤漏出像は認めなかったが、緊急でEGD施行したところ当初は十二指腸下行部の腫瘤からは出血を認めなかったが、スコップの接触刺激で噴出性出血を認めた。十二指腸静脈瘤出血として内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)を施行し、止血が得られた。止血後は特に問題なく経過し、X+19日退院となった。【考察】十二指腸静脈瘤出血の治療は、十二指腸部分切除といった外科手術やバルーン閉塞下逆行性静脈的塞栓術などの血管内治療、EVLといった内視鏡治療などが挙げられる。内視鏡治療は施行が簡便であるため緊急止血時には非常に有効であるが、腸管蠕動によりEVL後のバンドが脱落する可能性があり、さらには流出路が残存するため早期に再発・再出血を起こす可能性が高い。十二指腸静脈瘤出血に対する文献的考察を加味し報告する。

十二指腸静脈瘤、内視鏡的静脈瘤結紮術

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学¹⁾, 同 小児外科学²⁾

黒崎宏貴¹⁾, 野田 尚¹⁾, 川口雄之亮²⁾, 大山湧平¹⁾, 仲澤隼人¹⁾, 堀尾亮輔¹⁾, 高橋彩月¹⁾, 後藤千尋¹⁾, 園田美智子¹⁾, 黒杉 茜¹⁾, 金子達哉¹⁾, 明杖直樹¹⁾, 太田佑樹¹⁾, 齋藤景子¹⁾, 沖元謙一郎¹⁾, 松村倫明¹⁾, 照井慶太²⁾, 加藤 順¹⁾, 菱木知郎²⁾, 加藤直也¹⁾

【緒言】今回我々は消化管出血を繰り返す幼児症例に対し小腸内視鏡検査が有用であったメッケル憩室症例を経験したため報告する。

【症例】4歳男児。2歳時より出血源不明の血便による入退院を繰り返すようになり当院紹介受診となった。

【経過】原因精査のためDynamic-CT、上部および下部消化管内視鏡検査、カプセル内視鏡検査を施行したが、出血源は認めなかった。メッケルシンチグラフィでは有意な集積像を認めず、審査腹腔鏡検査も施行したが出血源を指摘しえなかった。しかしその後も断続的に輸血を要する血便を認めたため、小腸の直接評価を目的に全身麻酔下で経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。小腸内視鏡ではBauhin弁より1m口側の回腸内に憩室を認め、憩室の盲端部には血液付着を伴う潰瘍所見を認め、出血源と考えられた。メッケル憩室の診断にて小腸部分切除を施行し、術後は長期的に再出血所見なく経過している。

【考察】小児症例においても出血源不明の消化管出血に対する小腸内視鏡検査は適切な治療に繋がる方法として有用であると考えられる。若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸内視鏡、メッケル憩室

群馬大学 大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学
星野駿介, 橋本 悠, 喜多 碧, 都丸翔太, 糸井祐貴, 佐藤圭吾, 村上立真, 金山雄樹, 善如寺暖, 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】40歳台女性【主訴】右側胸部痛【現病歴】X-8年にステロイド依存性潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。X-4年に造影CTにて肺膿瘍・腎膿瘍を認め、複数回穿刺するも細菌は検出されず、UCに伴う無菌性膿瘍症候群と診断された。ブレドニゾン(PSL)とインフリキシマブ(IFX)で寛解導入し、その後問題なく維持されていた。X-1年に右目の視力低下が出現し、両手の痺れも自覚したためMRI撮影し、IFXによる多発性硬化症の診断となった。IFXを中止しPSLパルス療法で改善した。X年Y-1月に右側胸部痛のため撮影した胸部CTにて肺膿瘍を認めた。穿刺培養では再度無菌性であったため無菌性膿瘍症候群の再発と判断し、治療強化目的にX年Y月入院となった。【経過】CTで肺膿瘍に加え多発腎膿瘍と肝膿瘍も認めた。PSL 1mg/kg/dayまで増量し、一時的な症状の改善を認めるも、漸減に伴い症状は増悪した。UCは内視鏡的に寛解であったものの、原病の治療強化としてTAC内服を開始するも改善は認めなかった。さらにウステキヌマブを導入したものの、状態改善は得られなかった。本人へ十分な情報提供を行い、当時新薬であったウバダシチニブ45mgを内服開始したところ、炎症反応・自覚症状共に改善し、PSL漸減しても症状再燃せず、X年Y+2月に退院となった。【考察】我々が文献検索した限り、本邦でUCに無菌性膿瘍を併発した症例は2例報告されており、いずれもPSLとIFXの併用またはシクロスポリン併用で改善を認めている。近年JAK阻害薬がUCに適応となり、即効性と有効性の高さが報告されていた。特にウバダシチニブは試験における有効性の高さが注目されており、重症UCに対する治療効果も期待されている。本症例は無菌性膿瘍症候群を伴うUCに対してJAK阻害薬で改善を得られた初めての症例と思われる、今回報告する。

潰瘍性大腸炎、無菌性膿瘍症候群

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⁾ 中村遼太¹⁾、森川 亮¹⁾、竹中健人¹⁾、清水寛路²⁾、延澤 翼¹⁾、田村皓子¹⁾、藤井俊光¹⁾、日比谷秀爾²⁾、河本亜美²⁾、齊藤詠子¹⁾、小林正典¹⁾、金子 俊¹⁾、福田将義²⁾、朝比奈靖浩¹⁾、大塚和朗²⁾、岡本隆一¹⁾

【症例1】44歳男性。43歳で全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASAおよびブデソニドで寛解に至ったが、6か月後に重症再燃で入院となった。ブデソニドを開始したが不応であり、インフリキシマブ(IFX)に変更したが1次無効であった。ウパダシチニブ(UPA)に変更したところ症状は改善し、15日目に退院とした。【症例2】21歳男性。20歳で全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASAおよびブデソニドで腹部症状は改善したが、発熱および関節痛が出現した。5-ASAを中止したところ症状は改善し、不耐と診断した。その後ブデソニドおよびアザチオプリンで寛解に至ったが、3か月後に重症再燃で入院となった。IFXに変更したが1次無効であり、UPAに変更したところ症状は改善し、10日目に退院とした。【症例3】71歳女性。左腎及び脾臓摘出後である。65歳で全大腸炎型の潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASAを開始したが肝機能障害が出現し、不耐と診断された。ブデソニドに変更したが改善せず、5-ASA脱感作療法を試みたが奏功しなかった。その後ブデソニドおよびアザチオプリンに変更したところ寛解に至ったが、6か月後に重症再燃した。IFXで寛解に至ったが、11か月後に再燃し、ブデソニドを追加したが不応であった。アザチオプリンを増量したところ黄疸が出現し、中止した。IFX2次無効であると判断し、ゴリムマブに変更したが1次無効であった。その後ウステキヌマブで寛解に至ったが、14か月後に重症再燃し、2次無効と判断した。入院後にUPAに変更したところ症状は改善し、14日目に退院とした。【考察】JAK阻害薬であるUPAは、難治性の潰瘍性大腸炎に使用されるが、特に入院症例に対するリアルワールドデータは限られている。今回、入院を要するような重症潰瘍性大腸炎に対してUPAで寛解導入に成功した3症例を経験し、難治性潰瘍性大腸炎の治療薬として有用であると考えたため、文献的考察とともに報告する。

潰瘍性大腸炎, ウパダシチニブ

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 前田紘希、紀 仁、山田奏太郎、三代 賢、相馬佑樹、榎原和真、舟田 圭、白橋亮作、曾我幸一、片山裕視、玉野正也

【症例】23歳 男性【既往歴】なし【内服】なし【アレルギー】特記事項なし【現病歴】20XX-4年11月に下血、下痢にて前医受診し、左側大腸炎型潰瘍性大腸炎の診断で治療目的に当院紹介となった。20XX年3月23日当院受診し、前医治療経過からステロイド依存性と判断し、Vedolizumab 300mg導入、Prednisolone 漸減、中止し、経過観察していた。8月10日より下痢、血便出現、8月27日の下部消化管内視鏡検査ではびらん、顆粒状粘膜が散在しており、潰瘍性大腸炎の増悪を疑い、症状も強いため同日入院の方針とした。【経過】当初潰瘍性大腸炎の再燃を考えていたが、入院時の便培養にてAeromonas caviae complexを検出したため、Aeromonas腸炎が今回の原因と考え、Levofloxacin 500mgにて加療した。その後は症状改善傾向であり、9月3日退院となった。現在も外来にてVedolizumab投与継続にて病勢コントロール良好である。【考察】今回はVedolizumab投与中の潰瘍性大腸炎経過においてAeromonas caviae complexへの感染を認めた。Aeromonas腸炎は水様性下痢や腹痛を起こすが、多くは軽度で自然に改善するため、一般的にはあまり認識されていない。内視鏡所見はAeromonas腸炎と潰瘍性大腸炎と類似しており、今回のような潰瘍性大腸炎の治療中において、画像や症状のみで両者の鑑別は難しい。潰瘍性大腸炎を疑う患者でもAeromonas腸炎の鑑別も念頭において便培養検査を実施すべきであると考えられた。

Aeromonas, 潰瘍性大腸炎

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

【症例】70歳代女性。2014年診断の潰瘍性大腸炎・全大腸炎型に対し、サラソスルファピリジンで寛解維持されていた。2022年1月に健診にて肺陰影指摘され、精査の結果、肺腺癌 stageIVA(胸膜播種・肺内転移)の診断となった。テボチニブ導入されたが、病勢進行となり、肺腺癌の治療に関しては癌専門病院へ転医となった。2022年12月より、ベドリスマブ導入されたところ、血便を認めるようになり、2023年1月、当科入院となった。大腸内視鏡検査では、S状結腸より肛門側にMavo分類grade2の活動性を認めた。病理では、陰窩膿瘍形成や杯細胞減少を認め、潰瘍性大腸炎の増悪と判断される部分がある一方、炎症細胞浸潤が比較的少なく、粘膜の萎縮や陰窩の蛇行が明瞭でない部分も観察され、irAE腸炎とも判断される結果となった。irAE腸炎 grade 3として、ブデソニド100mg投与したところ、血便は速やかに改善したため、ステロイド漸減し、30mg内服まで減量したところで退院、その後は外来にて減量継続とした。2023年4月の外来にてブデソニド終了した1週間後より、血便が再燃したため、再入院となった。irAE腸炎のみならず、潰瘍性大腸炎増悪によりステロイド依存の状態と考えられたため、ブデソニド40mgで寛解導入をはかるとともに、ベドリスマブ導入とし寛解維持を得られた。【考察】irAEとして、大腸炎、小腸炎、重度の下痢があり(併せて4-5%)、腸炎から穿孔、イレウスに至る例の報告もあり、免疫チェックポイント阻害薬使用の際は消化器症状の観察が重要である。さらに、自己免疫疾患の合併又は慢性的若しくは再発性の自己免疫疾患の既往歴のある患者には慎重投与となっているため、今回の症例のように、炎症性腸疾患の基礎疾患がある患者に対し、免疫チェックポイント阻害薬の使用は慎重に検討するべきであった。癌治療と自己免疫疾患治療を異なる医療機関で行う場合は、診療連携へ細心の注意が必要である。

潰瘍性大腸炎, irAE

東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科学 福元 彩、豊永貴彦、林本拓也、小松 暁、澁谷尚希、西寄千晶、菊地伊都香、宮崎亮佑、櫻井俊之、猿田雅之

【症例】90歳代、女性【主訴】呼吸困難【現病歴】X-3年に診断された全大腸炎型潰瘍性大腸炎に対してX-2年よりウステキヌマブ治療を開始し、ウステキヌマブ90mg/8週間の維持投与によって臨床的寛解が得られていた。X年1月、受診10日前から乾性咳嗽と38度台の発熱が出現し、3日前から呼吸困難が出現したため外来を受診した。血液検査でCRP 14.05 mg/dL、WBC 8600/μLと著明な炎症反応を認め、胸部CTで両肺下葉に多発する気管支血管束周囲のすりガラス影および浸潤影を認めた。器質性肺炎パターンを示す間質性肺炎または非定型肺炎が疑われ、精査加療目的に入院となった。入院時の血液検査ではKL-6、SP-D値、末梢血中好酸球数、鳥特異的IgG抗体、クラミドフィラニューモニエIgM抗体の上昇を認めず、膠原病に関連する自己抗体は全て陰性で、尿中レジオネラ抗原、肺炎球菌抗原も陰性であった。また、喀痰を含む各培養検査で細菌は検出されず、入院第1病日から開始したレボフロキサシムも効果は乏しかった。そのため、ウステキヌマブに起因する薬剤性間質性肺炎を疑い、ウステキヌマブの投与を中止した。ウステキヌマブ中止に伴いCRPは徐々に低下したが、呼吸器症状の改善に乏しく、第6病日に気管支鏡による気管支肺胞洗浄(BAL)および経気管支肺生検(TBLB)を施行した。BALでは洗浄液中の細胞数上昇は認めなかったが、TBLBによる組織診で気腔内の器質化を認め、器質性肺炎と診断し、ブデソニド20mg/日の内服治療を開始した。ブデソニド投与によって呼吸器症状、血液検査所見共に速やかな改善を認め、第13病日に退院となった。【結語】ウステキヌマブにより寛解維持ができていても、薬剤性間質性肺炎を発症することがあり、注意を必要とすることがある。

潰瘍性大腸炎, ウステキヌマブ

杏林大学医学部 消化器・一般外科¹⁾, 同 脳神経外科²⁾, 同 腫瘍内科³⁾, 同 病理学教室⁴⁾, 高澤航輝¹⁾, 片岡 功¹⁾, 吉敷智和¹⁾, 代田利弥¹⁾, 金 翔哲¹⁾, 本多五泰¹⁾, 若松 喬¹⁾, 麻生喜祥¹⁾, 飯岡愛子¹⁾, 小嶋幸一郎¹⁾, 佐々木重嘉²⁾, 中富浩文²⁾, 廣中秀一³⁾, 長島丈夫³⁾, 里見介史⁴⁾, 林 玲匠⁴⁾, 柴原純二⁴⁾, 阪本良弘¹⁾, 阿部展次¹⁾, 須並英二¹⁾

【症例】70歳代女性【現病歴】上行結腸癌に対して開腹右結腸切除術 D3郭清を施行した。病理診断はT3N1aM0 StageIIIbであった。術後補助化学療法としてCapecitabine単剤を6ヶ月投与し、術後5年無再発のため終診となっていた。術後11年目に左半身の脱力と、画像検査で脳腫瘍を指摘された。当院脳神経外科を紹介受診し、脳腫瘍に対し開頭腫瘍摘出術を施行した。病理組織学的には既往の上行結腸癌と類似した中分化管状腺癌の組織像を呈し、免疫組織学的にもCDX2(+), MUC2(+), SATB2(+))であり上行結腸癌の転移再発と考えられた。【術後経過】病理診断を踏まえ、原発巣精査目的に行ったFDG-PETにて、左肺上葉と左腋窩リンパ節に異常集積を認めた。肺腫瘍からの転移の可能性も考慮し、腋窩リンパ節生検を行ったが、上行結腸癌と類似した中分化管状腺癌、CDX2(+))であった。【診断】上行結腸癌の脳転移、肺転移、腋窩リンパ節転移再発と診断した。【治療経過】現在、XELOX+BVの化学療法導入を検討している。【考察】大腸癌の術後再発は術後5年以内に95%以上が出現するといわれる。術後10年以上経過しての晩期再発症例は、医学中央雑誌に32例の報告があった。そのうち脳転移再発は1例のみであり、複数臓器への再発を認めたのは4例であった。晩期再発症例は比較的生物学悪性度が低い腫瘍群であると考えられ、再発病変を切除することができれば予後は良好との報告もある。本症例では、脳転移切除後の全身精査となり、すでに多臓器への再発を伴っていたため、化学療法が選択された。文献的には、晩期再発は腫瘍細胞のdormancy(休眠期)が関与し、休眠状態からの脱出には免疫機能の低下などが要因となっているとする報告がある。本症例では、脳転移と縦隔リンパ節転移という大腸がんでは極めて稀な臓器への転移が生じており、単に低悪性度腫瘍が緩徐に時間をかけて発育したというより、systematic かつdormancyにあった転移が何らかの宿主因子の変化を反映し顕在化したと考える。

上行結腸癌, 脳転移

彩の国東大宮メディカルセンター 臨床研修センター¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 外科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾, 宮川晴行¹⁾, 市原広太郎²⁾, 増田太志郎²⁾, 杉山鑑夫²⁾, 金 達浩³⁾, 小川史洋⁴⁾

症例は60代男性。X年12月に心窩部痛を主訴に当院に救急搬送された。血液検査にてT-bil 4.4mg/dLと上昇あり、造影CTでは肝右葉および内側区域を占拠し、門脈本幹および下大静脈に腫瘍栓をともなう径124×9mmの巨大な肝腫瘍を認めた。動脈相での濃染、後期相でのwash outを認め、内部不均一であることから腫瘍内出血を伴う巨大肝細胞癌と診断した。止血目的に同日緊急でTAEを施行した。腫瘍はVv3、Vp4と高度脈管浸潤を伴っており、T-bil上昇も認めたことから手術適応外と判断し、肝動注化学療法(New FP)にて治療開始した。New FP療法3コース施行し、腫瘍マーカー低下傾向であるものの腫瘍径125×99mmと変化なく経過しており、NewFP療法による根治不可能であると判断しX+1年3月にアテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ+BEV)による全身化学療法に変更した。ATZ+BEVを12クール施行後のCTでは、腫瘍径は111×88mmに縮小し、門脈本幹の腫瘍栓も消滅した。根治切除可能と判断し、Conversion SurgeryとしてX+2年1月に肝右三区区域切除術を施行した。術後合併症なく経過し、第12病日に退院となった。切除標本の病理組織診断では腫瘍は完全壊死に陥っており、病理学的完全奏効、腫瘍壊死効果は100%の結果であった。ATZ+BEV併用療法は切除不能肝細胞癌に対する全身化学療法の第一選択であるが、その組織学的効果についての報告は少ない。我々が検索しえた範囲では、肝細胞癌に対しATZ+BEV投与後に手術が行われ、病理組織学的に完全奏効と診断された症例は3例のみであった。巨大肝細胞癌に対する病理学的完全奏効が診断された貴重な症例を経験したので今回報告する。

アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法, 病理学的完全奏効

日本医科大学付属病院 消化器外科
横谷内奈, 高橋吾郎, 松田明久, 山田岳史, 上原 圭, 進士誠一, 吉田山行, 岩井拓磨, 武田幸樹, 栗山 翔, 宮坂俊光, 香中伸太郎, 吉田 寛

【背景】結腸膀胱瘻は重篤な尿路感染症を起こすため、瘻孔を含んだ腸管切除もしくは人工肛門が造設される事が多い。我々は、直腸癌術後後腹膜播種再発による結腸膀胱瘻に対してcovered stentを留置し、感染制御および人工肛門造設を回避できた症例を経験した。【症例】75歳男性。直腸癌に対して腹腔鏡補助下低位前方切除術施行(pStage IIIb)。術後3.5年に骨盤内腹膜播種再発と診断され、2次治療としてFOLFIRI+bevacizumabが投与されていた。入院1週間前より発熱と糞尿が出現。入院時の血液検査では、白血球9200/ μ L、CRP 11.03 mg/dLと炎症反応の上昇を認め、尿沈渣では白血球3+と尿路感染の所見を認めた。腹部CTでは膀胱内ガス像と膀胱後壁の壁肥厚、およびそれに連続するS状結腸の不整像を認めた。大腸内視鏡検査では肛門縁から15cmの部位に腫瘍による全周性の狭窄を認め、造影検査では狭窄部から瘻孔を介し膀胱が描出された。以上より、腹膜播種を介した結腸膀胱瘻と診断。瘻孔閉鎖を企図し、狭窄部にcovered stent(Niti-S、大腸用コンピセント、80×20mm)を留置した。留置後3日目に採取した尿細菌培養検査において細菌陰性が確認され、5日目の造影検査においても瘻孔は描出されなかった。【考察】瘻孔形成を伴う上部消化管癌に対するcovered stentの有用性は数多く報告されているが、癌を背景とした結腸膀胱瘻に対するcovered stentの報告は殆どない。癌終末期における人工肛門回避は、QOL維持だけでなく、精神的な負担軽減における意義も大きい。本手技は手術の代替となる有用な治療選択肢の一つと考えられた。

結腸膀胱瘻, covered stent

帝京大学ちば総合医療センター 内科¹⁾, 同 病理部²⁾, 藤本宏太¹⁾, 石川英里¹⁾, 村田紗依¹⁾, 高橋健太郎¹⁾, 高村尚樹¹⁾, 四ツ谷諭¹⁾, 山田章盛¹⁾, 海老原徹雄¹⁾, 佐藤新平¹⁾, 佐藤隆久¹⁾, 小尾俊太郎¹⁾, 藤野 節²⁾, 山崎将人²⁾

【背景】進行肝細胞癌の治療はIO+IOも加わり多彩になった。一次治療から二次治療への切り替えのタイミングや薬剤選択など議論が多い。今回、高齢進行肝細胞癌を看取り経過を振り返った。

【症例】79歳男性、主訴：右季肋部痛 既往歴：2型糖尿病、高血圧症、前立腺肥大症
生活歴：アルコール20g/日、たばこBrinkman Index 460
現病歴：20XX年6月頃より右季肋部痛あり体重も3kg/6か月減少した。近医受診し肝腫瘍を疑われ当院に紹介となった。20XX/07/23当院初診 右後区域を中心に16cmのhyper vascular tumor、肝静脈、門脈浸潤を認めた。生検にて索状型高分化肝癌の診断となった。08/03からアテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ+BEV)開始1-4コース。11/10 PD判定。11/24 肝動脈塞栓術施行。12/16からアテゾリズマブ+ベバシズマブ再開5-7コース。20XX+1/2/24 PD判定。レンパチニブ開始するも03/10倦怠感で中止。以後対症療法を行い、06/21 HCC破裂、06/22死亡した。

【考察】ATZ+BEVの後治療に関して多くの議論がある。当施設を含めた後方的多施設共同研究にてATZ+BEVの後治療を検討した。ATZ+BEV終了は40/53例(75%)。終了時のPS2以上は7/40例であった。Child-Pugh A 27例/B 11例。蛋白尿3+ 7/40例であった。積極的後治療の移行率は41%、積極的後治療開始後のMSTは9.2か月であった。本症例の経過からも如何に肝機能を維持させるかが予後に影響すると思われる。

【結語】高齢進行肝細胞癌の治療経過を振り返り、進行肝細胞癌の薬物療法について学んだ。残肝機能とPS保持の重要性を再認識した。

原発性肝腫瘍, 化学療法

東海大学 医学部 消化器内科学

鳥羽山晃一, 荒瀬吉孝, 三島佑介, 森 貴裕, 白滝理博, 上田 孝, 森町将司, 佐藤博彦, 金子元基, 佐野正弥, 小玉敏生, 寺邑英里香, 門馬牧子, 川西 彩, 藤澤美亜, 鶴谷康太, 出口隆造, 鈴木秀和, 松嶋成志, 加川建弘

【症例】81歳、男性【現病歴】数日前からの視力低下を主訴に近視眼科を受診し、眼内炎が疑われ同日当院眼科を紹介受診した。左眼は失明、右眼は手動弁程度まで視力低下を認めたため、精査加療目的に緊急入院となった。【経過】入院当日に右硝子体手術を行った。血液検査では炎症反応上昇(白血球 13600/μL, CRP 16.8mg/dL)、肝障害 (AST 127U/L, ALT 122U/L, LDH 318U/L, ALP 194U/L, γ-GTP 96U/L)、糖尿病 (HbA1c 6.5%)を認めたが、発熱や腹痛は認めなかった。感染源検索のために造影CT検査を施行したところ、肝右葉に15cm大の多房性の不均一な囊胞性腫瘍が認められ、肝膿瘍が疑われた。当科へ転科となり、経皮経肝膿瘍ドレナージを行った。血液、硝子体、肝膿瘍液の培養検査からstring test陽性のKlebsiella pneumoniaeが検出され、侵襲性Klebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍および内因性細菌性眼内炎と診断した。肝膿瘍は経時的に縮小し、炎症反応も改善した。眼内炎に対して抗菌薬点眼などを継続するも右視力は改善に乏しく、失明した左眼に対しては第20病日に左眼球内容除去術を行った。【結語】失明を契機に診断された侵襲性Klebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍および内因性眼内炎の症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍, Klebsiella pneumoniae

画像上の早期浸染やPIVKA-IIの上昇を認め肝細胞癌と術前に診断したsmall duct type肝内胆管癌の1切除例

杏林大学医学部付属病院 肝胆膵外科

百瀬利一, 百瀬博一, 工藤翔平, 川口翔平, 蓮井宣宏, 松木亮太, 小暮正晴, 鈴木 裕, 阪本良弘

【症例】68歳、男性【主訴】なし【既往歴】高血圧【生活歴】喫煙:20本x47年、飲酒:焼酎1L/日(術前まで禁酒・禁煙でまず)【現病歴】人間ドックの腹部超音波検査で肝内腫瘍を指摘され精査加療目的に当科受診した。血液検査上、軽度肝機能障害と血小板低下を認めたが、Child-Pugh分類grade A、ICG-R15=9.5%と肝機能は保たれていた。腫瘍マーカーはCEA 5.9 ng/mL、PIVKA-II 41.3 mAU/mLと上昇を認めた。造影CT検査で、肝S4に類円形、22mm大、早期相で腫瘍辺縁を主体に造影効果を認め、後期相でwash outされる腫瘍を認めた。内部に一部低吸収域を認め、腫瘍壊死を疑う所見だった。門脈臍部(UP)に近接していたが腫瘍の直接浸潤は認めなかった。EOB-MRI検査で同部位の肝細胞相で取込低下を認めた。以上よりアルコール性肝障害を背景とした肝細胞癌(T2N0M0)と診断した。単発、30mm以内の腫瘍のためRFAも考慮したが、UPに近接しており手術の方針とした。【手術所見】腹腔鏡下肝S4部分切除の方針で手術を開始した。肝S4背面、肝門板近傍に腫瘍を確認した。術中造影超音波検査では、早期相で浸染、後期相でwashoutを認め、被膜形成は認めないが、比較的境界明瞭な腫瘍だった。腫瘍表面に癌贅を認め、肝内胆管癌も疑わせる所見だった。肝実質は肝障害の影響で硬く離断は困難で、G4周囲の処理時にB4胆管損傷を認め、開腹に移行した。UPから肝門板の肝実質を破砕すると腫瘍の露出を認めた。迅速組織診で腺癌の診断となり左肝切除術式変更も考慮したが、腫瘍条件、肝機能、患者背景を総合的に評価しS4部分切除で手術を終えた。【病理組織所見】mass forming type, intrahepatic cholangiocarcinoma (small duct type), well differentiated, im(-), ig>eg, fc(-), sf(-), s0, vp0, vv1, va0, b0, sm(+), fl【考察】肝内胆管癌は、2019年の第5版WHO分類でlarge duct type, small duct typeに2分類された。small duct typeは肝細胞癌と腺癌の両者の特徴が画像所見で反映される。治療戦略を立てる際には鑑別にあげべき病態と考える。

肝細胞癌, 肝内胆管癌

胆道出血により急性胆管炎を発生した遺伝性出血性毛細血管拡張症(Rendu-Osler-Weber病)の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科
山本浩貴, 木村昌倫, 今村 潤, 木村公則

【症例】76歳男性【主訴】腹痛【現病歴】X-21年に食道癌のフォローアップ目的で撮像された造影CT検査では肝臓には特に異常所見を認めなかった。X-1年3月に腹痛を主訴に当院紹介となり、造影MRI検査で肝臓の動静脈奇形を指摘され、遺伝性出血性毛細血管拡張症(HHT)と診断された。脳や肺には血管奇形は認めなかった。以降、外来でフォローアップされていたが、X年5月に突然の腹痛が出現したため当科を緊急受診された。血液検査では、WBC 11500/μL, T-Bil 2.0 mg/dL, ALP 340 U/L, γ-GTP 287 U/L, CRP 6.70 mg/dLと炎症反応および胆道系酵素の上昇を認めた。造影CT検査では胆嚢と総胆管内に血腫が指摘され、肝臓S6領域の胆管内からの出血が疑われた。以上から胆道出血による急性胆管炎を疑い、精査加療目的に緊急入院となった。同日に内視鏡的逆行性胆管腔造影(ERCP)により内視鏡的経鼻胆管ドレナージ(ENBD)チューブを留置し、抗菌薬(TAZ/PIPC)治療を開始した。胆汁培養ではStreptococcus Salivariusが陽性であった。治療開始してから速やかに腹痛は軽快し、熱型も改善した。しかし、胆管造影では総胆管内に血腫が残存していたことから内瘻化を行った。その後、食事摂取も良好となり、第14病日に退院となった。【考察】HHTは全身の血管形成異常を特徴とする稀な疾患である。肝血管奇形の有病率は41-74%であり、肝血管奇形(HVM)は様々な合併症を引き起こす。腹痛はHHTではよくみられる症状であり、胆道虚血や胆汁うっ滞が原因と考えられている。しかし、自験例のように胆道出血による胆管炎でも腹痛の原因となり得ることに留意する必要がある。

遺伝性出血性毛細血管拡張症, 急性胆管炎

ERCP/EUS-HGSによるハイブリッドドレナージを施行し、良好な減黄を得ることで外科的切除可能となった肝門部領域胆管癌の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

新田英起, 緒方智樹, 長谷川翔, 山崎雄馬, 二瓶真一, 栗田裕介, 細野邦彦, 窪田賢輔, 中島 淳

【症例】58歳男性。X年8月に肝胆道系酵素上昇の精査目的に前医を受診し、肝門部領域胆管癌が疑われ当科紹介受診した。造影CTで肝内胆管の拡張および肝門部～左肝管に沿って10mm大の造影される腫瘍を認めた。MRCPでも同様の所見に加え、腫瘍部では拡散強調像で拡散低下を認めた。X年9月に黄疸が出現したため精査および胆道ドレナージ目的に入院した。ERCPを施行し、IDUSではB4に腫瘍を認め原発巣と考え、右肝動脈への浸潤を認めた。胆管造影では左右胆管の立ち別れを認め、Bithum分類IV型の肝門部領域胆管癌と診断した。胆道ドレナージとして左右肝内胆管に1本ずつステント留置を試みたが、外側区は腫瘍による狭窄が高度でステント挿入不能であり、前区にinside stentを挿入した。黄疸の改善が乏しく、造影CTを再検査したところ左肝内胆管の拡張の増悪を認めた。経乳頭の左葉のドレナージは困難と判断し、EUS-HGSを施行した。EUSではB2-3にかけて約6mmの拡張を認め、経胃的にIT stentをB3に挿入した。HGS施行後、すみやかに黄疸は改善し、退院した。PET-CTでは明らかな遠隔転移を認めず、胆汁細胞診でadenocarcinomaの所見を認めた。以上から、肝門部領域胆管癌 cT3N0M0 cStage IIIAと診断し、消化器外科へ紹介した。広範囲胆管癌であり upfront surgeryでの治療は困難と判断され、術前化学療法および門脈塞栓術を施行した。X+1年3月に肝左葉切除術、右肝動脈合併切除再建、D2リンパ節郭清、胆道再建、腸瘻造設を施行した。術後の病理ではAdenocarcinoma, tub1>tub2, pT3, int, INFb, ly0, v1, ne3, pN0, pDM0, pHM0, pEM(Very close to margin), pPVI(L-PV, i), pA0であり、X+1年5月から術後化学療法を施行し、再発無く経過している。【考察】ERCPのみでの黄疸のコントロール困難な肝門部領域胆管癌に対して、EUS-HGSを追加することで良好な転帰を得た一例を経験した。術前の肝門部領域胆管癌に対してハイブリッドドレナージを施行した症例の報告は少なく、文献を交えながら報告する。

肝門部領域胆管癌, ERCP/EUS-HGS

101 多発肝転移を伴う遠位胆管癌に対して化学療法が著効しconversion surgeryを施行した1例

獨協医科大学病院 肝・胆・膵外科（一般外科）¹⁾、
同 下部消化管センター²⁾

原田慎太郎¹⁾、森 昭三¹⁾、松本尊嗣¹⁾、仁木まい子¹⁾、田中元樹¹⁾、
山口教宗¹⁾、朴 景華¹⁾、白木孝之¹⁾、磯 幸博¹⁾、石塚 満²⁾、
青木 琢¹⁾

症例は70歳代男性。褐色尿、黄疸を主訴に前医を受診し、その精査加療目的に当院へ紹介となった。ERCPでは遠位胆管に3cmの狭窄を認め生検で腺癌の診断となった。遠位胆管癌(cT2 cN0 cM0, Stage IIA)の診断で膵頭十二指腸切除術の方針とした。しかし術中所見で肝内に計5か所の小さい腫瘍を認め、1か所切除生検で腺癌の診断となり非切除とした。術後からゲムシタピン・シスプラチン・S-1併用療法を導入した。6コース目からはGrade 3の血小板低下のため80% doseへ減量し、計13コースまで継続投与した。CA19-9は514→62 U/mLへ低下し、MRI, PET, USではすべてにおいて肝転移巣が描出されない状態となった。その他新規病変の出現は認めずconversion surgeryの方針とした。術中所見で肝内に1か所10mm大の低エコー腫瘍を認め切除し、迅速組織診で壊死組織と判定された。その他非切除因子は認めず膵頭十二指腸切除術を施行した。病理結果(胆道癌取り扱い規約第7版)では切除した肝腫瘍はpCRと診断され、pT2(SI) pN0 cM0, pStage IIA, pR0, chemotherapy effect Grade 3であった。術後22日に固有肝動脈の仮性動脈瘤から出血を来し、血管内治療(Viabahnステントを留置)を施行し改善した。術後31日目に軽快退院となった。今後はS-1単剤による補助化学療法を行う予定である。近年切除不能胆道癌症例においても化学療法が著効した症例に対して、conversion surgeryを行うことにより予後改善につながる可能性が報告されている。若干の文献的考察を加え報告する。

胆管癌, conversion surgery

103 膵頭部癌の重粒子線治療後に胆道出血を来した一例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾、同 肝胆膵外科²⁾、
同 光学医療診療部³⁾、同 消化器病態学⁴⁾、
同 肝臓病態制御学⁵⁾

哲翁春貴¹⁾、遠藤 南¹⁾、小林正典¹⁾、勝又理沙¹⁾、齋藤一真¹⁾、
石堂 舜³⁾、勝田景統⁴⁾、金子 俊¹⁾、福田将義³⁾、村川美也子¹⁾、
赤星径一²⁾、田邊 稔²⁾、大塚和朗³⁾、朝比奈靖浩³⁾、岡本隆一¹⁾

【症例】67歳男性【既往歴】尿管結石(40歳時)【現病歴】64歳時に閉塞性黄疸を契機に膵頭部に径2cmのBorderline/Resectable膵癌を診断された。閉塞性黄疸に対しPlasticStent(PS)を留置されゲムシタピン塩酸塩+ナブパクリタキセル併用療法が開始された。3コース施行後、Stable Diseaseと判定され根治手術を提案されたが化学療法の継続を希望された。化学療法中に胆管炎を発症しSelf-Expandable Metallic Stent(SEMS)を留置されたが、腫瘍が縮小し留置から10ヵ月後にSEMSは自然脱落した。根治性の向上を期待して放射線治療を希望され、重粒子線治療55.2Gy(RBE)/12回を追加された。重粒子線治療終了から4ヶ月後に閉塞性胆管炎を発症した。再度PSが留置され改善したが、1ヶ月後に再び胆管炎を発症し緊急入院した。【経過】保存的に抗生剤で加療され改善傾向であったが、経口摂取再開後に黒色便を認めた。上部消化管内視鏡検査で十二指腸に大量の凝血塊を認め、PSに血餅が付着していたことから胆道出血が疑われた。造影CTでは肝内胆管の拡張と胆嚢を含む胆道内に高吸収域を認め胆道出血の所見であった。出血性ショックであったため集中治療室で輸血、昇圧剤で加療されたのちERCPを行った。すでに活動性出血は認めなかったが、膵内胆管からの出血が疑われたためFully coveredSEMSを留置し、再脱落予防にpig-tailtypePSを留置した。以降、再出血なく経過し、化学療法を継続されていた。【考察】膵頭部癌に対する重粒子線治療後に胆道出血から出血性ショックに至り、SEMS留置で加療された1例を経験した。膵癌に対する重粒子線治療は2022年より保険収載され、局所進行膵癌に対して選択することが可能となった。化学療法の進歩により長期間の生存が可能となり、今後、重粒子線治療が検討される症例の増加が予想される。重粒子線治療後の合併症として消化管障害などが知られるのみで、胆道出血を合併した報告はまれであり、文献的考察を加え報告する。

重粒子線治療, 胆道出血

102 副鼻腔炎による難聴を契機に診断された自己免疫性膵炎の一例

埼玉医科大学病院 消化器・肝臓内科

伊藤 碧、佐藤 彩、水野 卓、倉田準斗、辻 翔平、相馬直人、
濱田大祐、植村隼人、浅見真衣子、湖上 彰、塩川慶典、内田義人、
打矢 祐、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】自己免疫性膵炎(AIP)はIgG4関連疾患の膵病変で、膵腺炎、唾液腺炎、後腹膜線維症など他臓器病変を合併する。腹痛、黄疸などの消化器症状を契機に診断される場合が多いが、慢性副鼻腔炎による難聴を契機に診断に至った症例を経験したので報告する。【症例】70歳代の男。X-1年12月から鼻閉、鼻汁、難聴が出現し、耳鼻科で副鼻腔炎、中耳炎と診断され、治療を受けたが難治性であった。X年6月の聴力検査では伝音難聴が見られ、頭部CTでは両側副鼻腔に軟部陰影が充満し、鼻腔ファイバーで鼻茸と嗅裂粘膜の浮腫が観察され、慢性副鼻腔炎による耳管閉塞が中耳炎の原因と考えられた。鼓膜切開で聴力は一時的に改善したが、CTで両側涙腺腫大を認められたためIgG4関連疾患が疑われた。血清IgG4は1,230 mg/dLと高値で、鼻茸切除組織には高度のリンパ球、形質細胞浸潤が認められ、IgG4陽性形質細胞は50個以上/HPF、IgG4/IgG比は50%以上であった。腹部CTで脾のびまん性腫大、胆管壁肥厚が観察された。MRCPでは膵管の狭細像と下部胆管の狭窄が認められ、AIPおよびIgG4関連硬化性胆管炎と診断された。プレドニゾロン30mgの投与で聴力は速やかに改善した。4週後のCTでは、副鼻腔の軟部陰影、脾腫大、胆管壁肥厚はいずれも改善していた。維持療法を継続することで、難聴のみならず、脾、胆道病変の再増悪はない。【結語】IgG4関連の胆道・膵疾患は副鼻腔炎など消化器以外の病変で発症する場合があり、消化器病変の有無を確認した上で治療を開始することで、治療経過を正確に評価できると考えられた。

自己免疫性膵炎, 難聴

104 超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)によって診断した乳癌膵転移の1例

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾、同 乳腺外科²⁾、
同 病理部³⁾

石井ひかり¹⁾、遠藤 剛¹⁾、伊藤由紀子¹⁾、松崎峻音¹⁾、新村季寿¹⁾、
中村恵子¹⁾、貝發美香¹⁾、中田史子¹⁾、鈴木裕史¹⁾、内野康志¹⁾、
山本信三¹⁾、谷口博順¹⁾、吉田英雄¹⁾、増田 亮²⁾、熊坂利夫³⁾

【症例】60歳代女性。【既往歴】X-8年に胃癌に対して幽門側胃切除術を施行。【病歴】X-3年に腋窩リンパ節転移を伴う左乳癌に対して、左乳房切除・リンパ節郭清を施行した。切除検体の免疫染色の結果は、ER score3a(20%)・PgR score2(5%)・HER2 score2+であった。術後補助化学療法・放射線照射・ホルモン療法を行ったが、X-1年に皮膚再発を生じた。皮膚病変はトリプルネガティブかつPD-L1陰性・BRCA陰性であり、化学療法を選択した。X年に施行したCTで膵頭部腫瘍を指摘され、当科を紹介受診した。【経過】造影CTでは膵頭部に不整形で早期に濃染する21mm大の多血性腫瘍を認め、造影MRIでは境界明瞭かつ早期相で不均一な造影効果を示す病変として認識された。血清CEAの上昇も認められたが原発性膵癌として典型的な所見ではなく、胃癌や乳癌の膵転移が鑑別に挙がった。術後胃であったがEUSでの病変抽出が可能であったためEUS-FNAを施行したところ、採取した検体は過去の乳癌病変と同様の組織像・免疫染色のパターンを示した。病理組織学的所見から乳癌膵転移と診断し、化学療法を行う方針とした。【考察】転移性膵腫瘍は稀な疾患であり、その中でも乳癌の膵転移は極めて珍しい。転移性膵腫瘍の診断は臨床症状が少ないことに加え、CTやMRI、超音波検査でも特異的な画像所見に乏しいことから、早期発見が困難で原発性膵癌との鑑別も困難なことが多い。原発性膵癌の治療においては手術が第1選択となるが、転移性膵腫瘍の治療においては、必ずしも手術が推奨されるとは限らない。乳癌転移例の場合、ホルモン受容体やHER2の有無により内分泌療法・抗HER2療法・化学療法などが選択されるため、本症例に対する治療選択において病理診断が非常に重要であった。膵腫瘍に対するEUS-FNAは術後胃であっても施行可能であり、免疫染色を行うに十分な検体量を採取することができ、膵腫瘍の鑑別において有用である。今回我々は、乳癌術後3年目に膵腫瘍を指摘され、EUS-FNAで乳癌膵転移と診断した症例を経験したため、当日は文献的な考察も含めて報告する。

EUS-FNA, 転移性膵腫瘍

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾,
同 外来化学療法部²⁾, 同 放射線科³⁾, 同 病理部⁴⁾,
同 光学医療診療部⁵⁾

中村安里¹⁾, 平松拓馬¹⁾, 西尾洋人¹⁾, 石垣和祥^{1,2)}, 鈴木由佳理¹⁾,
大山博生¹⁾, 金井祥子¹⁾, 野口賢作¹⁾, 鈴木辰典¹⁾, 佐藤達也¹⁾,
白田龍之介¹⁾, 齋藤友隆¹⁾, 高原楠昊¹⁾, 濱田 毅¹⁾, 黒川 遼³⁾,
中井雄大³⁾, 高原嘉祥⁴⁾, 鈴木理樹⁴⁾, 中井陽介^{1,5)}, 藤城光弘¹⁾

【症例】70歳、男性【現病歴】X年2月から下肢に発赤を伴う皮疹が出現し、皮疹は徐々に体幹や上肢に拡大し、疼痛も伴うようになった。3月から食思不振も自覚するようになり、5月に発熱と疼痛のため体動困難となり当院へ救急搬送された。【入院後経過】来院時38度台の発熱を認め、全身に発赤と疼痛を伴う3-10 cm大の膨隆した皮下腫瘍が多発していた。血液検査ではWBC 24,200/ μ L、CRP 12.7 mg/dLと炎症反応が高値であり、アマラーゼは31 U/Lと低値である一方、リパーゼは5,691 U/Lと高値であった。腫瘍マーカー（CEA・CA19-9）は正常範囲内だった。造影CTで膵体部に一部造影不良域を伴う12 cm大の多血性腫瘍を認めるほか、門脈腫瘍栓、皮下脂肪層に多発する被包化液体貯留を認めた。また、MRIでは肝転移を認めた。膵体部腫瘍に対してEUS-FNAを行い、膵腺房細胞癌の診断となった。皮下腫瘍については皮膚生検を施行し、真皮・皮下組織境界部や皮下組織の一部に好中球・リンパ球の混在する炎症細胞浸潤、脂肪変性を認めた。膵腺房細胞癌の診断、リパーゼ高値であり皮下結節性脂肪壊死症を疑った。診断時点で全身状態は不良であり抗腫瘍療法導入は困難であった。緩和治療を継続したが、第18病日に永眠された。病理解剖では膵原発癌や肝転移の他、腸間膜や腎臓にも脂肪壊死を疑う白色結節を多数認め、皮下結節性脂肪壊死症に矛盾しない所見と考えられた。【考察】膵腺房細胞癌は膵腫瘍の約1-2%と稀な腫瘍であり、特異的な腫瘍随伴症候群としてリパーゼ過剰分泌症候群が知られる。リパーゼなどの膵外分泌酵素の高値とそれに伴う皮下結節性脂肪壊死症を特徴とし、膵腺房細胞癌の10-15%でみられるとされる。今回皮下腫瘍を契機に診断に至った膵腺房細胞癌の一例を経験した。また本症例では病理解剖を行い皮下以外の他部位にも脂肪壊死を確認できた貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

膵腺房細胞癌, 皮下結節性脂肪壊死

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科¹⁾,
横浜市立大学医学部 消化器内科学²⁾

吉田真理子¹⁾, 土屋洋省¹⁾, 白石和雅¹⁾, 菅 悠紀¹⁾, 米井翔一郎¹⁾,
吉村勇人¹⁾, 遠藤和樹¹⁾, 大石梨律子¹⁾, 船岡昭宏¹⁾, 三輪治生¹⁾,
金子 卓¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 中馬 誠¹⁾, 沼田和司¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】68歳男性。【病歴】2023年4月上腹部痛を自覚。近医でのCT検査で肝腫瘍を指摘され、精査目的に当科紹介となった。造影CT検査では膵尾部に27mm大の乏血性腫瘍および尾側膵管拡張、肝多発腫瘍があり膵尾部癌・多発肝転移が疑われた。確定診断目的に、膵尾部腫瘍に対して経胃的に22Gフランシオン型穿刺針を用いて超音波内視鏡下吸引針生検(EUS-FNA)を実施し、病理組織から腺癌を認め、腫瘍StagerIVと診断した。EUS-FNA施行4日後よりゲムスタピン・ナブパクリタキセル併用療法を開始した。EUS-FNA施行25日後の定期外来受診時に上腹部痛、CRP 17.92 mg/dLと炎症反応上昇があり、造影CT検査では、膵尾部前面の網膜に被膜を伴う30mm大の液体貯留を認めた。同病変は尾側膵管および胃後壁との連続性が疑われ、EUS-FNA後膵液漏および仮性嚢胞形成、同部位の感染と判断し、絶食・抗感染治療を開始した。第3病日にはCRP 4.31 mg/dLと炎症反応、腹痛ともに改善を得た。同日実施した透視下上部消化管内視鏡検査では、胃体下部後壁に5mm大の穿通所見があり、同部位から膿瘍排泄を伴った。膵仮性嚢胞の胃穿破と判断し、穿通部位から嚢胞内に造影剤注入後にCT検査を実施した。造影剤は嚢胞内および胃内に留まり、腹腔内遊離ガスや腹腔内への造影剤流出像は無く、腹痛も改善傾向であったことから保存的治療を継続する方針とした。経口摂取再開後も全身状態安定しており、第11病日に自宅退院し、外来化学療法を再開した。【結語】膵癌に対するEUS-FNA後の膵液漏から仮性嚢胞を形成し、胃穿通を来したが保存的加療で軽快した一例を経験した。EUS-FNA後の膵液漏は1-3.4%と稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNA, 膵液漏

虎の門病院 消化器内科(胆・膵)¹⁾, 同 病理診断科²⁾
今峰賢汰¹⁾, 佐藤悦基¹⁾, 平野多紀¹⁾, 服部大輔¹⁾, 前原耕介¹⁾,
田村哲男¹⁾, 小山里香子¹⁾, 木脇圭一²⁾, 高澤 豊²⁾, 今村綱男¹⁾

【症例】70歳代女性。約2週間前から右下腹部痛、食思不振、微熱が出現。1週間前から38℃台の高熱をきたすようになったため前医を受診。血液検査で白血球13,800/ μ L(好中球86.1%)、CRP20.6と高度の炎症反応上昇および肝障害を認め、造影CT検査では膵尾部腫瘍および多発肝腫瘍、肺塞栓、門脈塞栓を認めた。膵尾部癌の多発肝転移を疑い肝腫瘍生検が行われ、低分化癌との結果であった。発熱は腫瘍熱が疑われ、ナプロキセンの定期内服で対応された。精査加療目的に前医初診2週後に当院へ転院となった。経過中に白血球は急激に増多し、転院時には57,700/ μ L(好中球84.5%)に達していた。また、Performance status(PS)も急激に悪化し、1カ月前には旅行にも行っていたにも関わらず、転院時はPS4相当であった。化学療法導入は困難であり、緩和治療に徹し、転院後11日目に永眠された。前医より提供頂いた肝腫瘍生検の検体を再評価したところ、退形成性膵癌の肝転移が疑われる組織像であった。また、血中G-CSF高値(60pg/ml)であり、白血球異常高値と併せてG-CSF産生退形成性膵癌と診断した。【考察】退形成性膵癌は膵癌全体の約0.25%と非常に稀な癌腫である。急速な進行し、通常型膵管癌よりも予後不良で平均生存期間は5ヶ月程度とされる。一方、G-CSF産生腫瘍は白血球増多をきたす悪性腫瘍で、肺癌での報告例が多く、消化器癌には少ないとされる。G-CSF産生腫瘍の生命予後は原疾患に依るとされ、腫瘍の急激な増殖、転移に関与するととの報告もあり、予後不良な事が多い。自験例もきわめて急速な臨床経過を辿った。また、炎症性サイトカインを産生し腫瘍熱をきたすとの報告もあり、自験例も血中IL-6高値(753ng/L)で高熱の原因であったと考えられた。G-CSF産生退形成性膵癌の報告例は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

退形成性膵癌, G-CSF産生腫瘍

NTT 東日本関東病院 肝胆膵内科

逸見莉子, 辻野誠太郎, 上地大樹, 辻川真太郎, 小山裕司,
藤田祐司, 寺谷卓馬

【症例】84歳。男性【主訴】心窩部痛、黄疸【現病歴】生来健康であったが、20XX年4月より心窩部痛、腹部膨満感自覚し、5月に黄疸出現し当院紹介受診となった。造影CTで膵頭部に80mm大の腫瘍を認め、総肝動脈や胃十二指腸動脈が貫通し、総胆管は拡張認められたが主膵管拡張や膵体尾部萎縮は認めず、線房細胞癌、神経内分泌癌、悪性リンパ腫等が疑われた。精査加療目的に入院となった。【経過】第7病日、病変よりEUS-FNAを施行し、第8病日にERCPを施行し減黄を行なった。腫瘍は病理でびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断され、血液内科に転科し第16病日よりPola-R-CHOP療法を開始した。第31病日に撮像したCTでは主病変50mm大まで縮小認め、今後も化学療法を継続予定である。【考察】膵原発の悪性リンパ腫は、節外性悪性リンパ腫2%以下、膵悪性腫瘍の0.5%未満と報告されている極めて稀な疾患であり、浸潤性膵管癌の所見と類似する点もあることから診断に苦慮することが多い。節外性悪性リンパ腫は、原発臓器および所属リンパ節に局限することが多く、化学療法や放射線療法に反応し予後は良いとされている。膵原発の悪性リンパ腫の特徴としては、腫瘍径が約50mm前後と大きなものが多いこと、主膵管拡張や膵管浸潤を認めないこと、閉塞性黄疸を伴わない例が多いことなどが挙げられ、これらの所見が浸潤性膵管癌と鑑別する上で重要となる。当院で2017年1月-2023年5月までの期間で膵原発の悪性リンパ腫は本症例を加えて6例あり、腫瘍径は平均53.8 mm、閉塞性黄疸は1例、膵管拡張は2例、膵管浸潤は2例で認めた。本症例では閉塞性黄疸を合併した点が一般的な特徴とは異なるが、膵管拡張・膵管浸潤は認めなかった。黄疸や膵管浸潤を伴わない巨大な膵腫瘍に対しては膵原発悪性リンパ腫の可能性を念頭に置き鑑別を進めるべきであると考え、文献的考察を加えて報告する。

膵原発性悪性リンパ腫, 閉塞性黄疸

東京高輪病院 消化器内科

石内夢つみ、三箇克幸、山田博昭、丹羽一博、名富久義、平野賢二

症例は61歳の男性。アルコール依存があり、58歳時にはウェルニッケ脳症、コルサコフ症候群と当院脳神経外科で診断され、通院していた。禁酒はできていなかった。今回は入院の1週間前より体動不能となり救急要請。受診時には腹痛あり、CTにて膵周囲の脂肪織レベル上昇、膵石、膵体部(3.2cm)および胃の背側(10.4cm)の嚢胞性病変、腹水が認められ、血液検査ではAmy 2521 IU/L、CRP 19.8mg/dLと上昇。アルコール性慢性膵炎の急性増悪、膵仮性嚢胞、膵性腹水と診断し絶食、補液、抗生剤での治療開始。入院後は発熱なく経過していたが、第6病日に38.8度の発熱、乏尿、DICに陥り、CTでは腹水増加(腹水Amy11632 IU/L)、胸水出現、仮性嚢胞の増大が認められた。全身管理を優先し、状態は安定したが仮性嚢胞は増大(膵体部5.5cm、胃の背側12cm)。膵管破綻が疑われる症例であるため、経胃的な嚢胞ドレナージ(EUS-CD)ではなくまずは主膵管ドレナージのみを行い、必要に応じてEUS-CDを追加する方針とした。第21病日にERCP施行し、主膵管内膵石のわきを通し、膵管破綻部(造影剤漏出部)をまたぐようにして経鼻膵管ドレナージチューブを留置。尿液培養ではEnterococcus faecalis、MRSAを検出。第39病日のCTで胸腹水消失、仮性嚢胞著明縮小を確認し、膵管ステントに交換。第53病日のCTで仮性嚢胞完全消失を確認した。認知機能低下あり、リハビリテーション、退院調整を経て第101病日に退院。膵炎改善に伴い認知機能についても改善傾向がみられており、今後膵石治療の追加も検討している。大きな仮性嚢胞であっても膵管破綻が原因であれば、EUS-CDを行わなくても膵管ドレナージのみで治療しうることが改めて確認できた症例であり、教育的かつ貴重な症例と考え文献的考察を加えて報告する。

膵管ドレナージ、膵仮性嚢胞

独立行政法人労働者健康安全機構 横浜労災病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、独立行政法人 国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科³⁾阿達航太¹⁾、関野雄典¹⁾、悦田咲季子¹⁾、能中理紗子¹⁾、上野航大¹⁾、利井辰光¹⁾、佐伯優美³⁾、西上堅太郎¹⁾、伏見 光¹⁾、松本彰太¹⁾、佐野 誠¹⁾、枇杷田裕佑¹⁾、稲垣淳太¹⁾、春日範樹¹⁾、岡田直也¹⁾、高柳卓矢¹⁾、内山詩織¹⁾、郡司 久²⁾、永瀬 肇¹⁾

【症例】53歳男性【主訴】腹痛【現病歴】X年1月に、勤務中に当然の腹痛を自覚し、救急外来を受診。腹部造影CTで膵頭部周囲から右後腹膜にかけて高吸収な液体貯留が認められた。後上膵十二指腸動脈、後下膵十二指腸の口径不整と拡張を認め、後膵十二指腸動脈を出血源とした後腹膜出血が疑われた。また、腹腔動脈起始部に狭窄を認め、正中弓状靱帯症候群(MALS)による膵十二指腸動脈瘤の破裂の疑いで当科入院となった。【入院後経過】第2病日に血管造影検査施行した。上腸間膜動脈造影では、下膵十二指腸動脈から膵十二指腸アーケードを介して固有肝動脈が描出された。一方で、腹腔動脈造影では、胃十二指腸動脈は描出されず、腹腔動脈の圧排により胃十二指腸動脈・膵十二指腸アーケードの血流は上腸間膜動脈から腹腔動脈の向きに逆流があることが示唆された。後上膵十二指腸動脈と下膵十二指腸動脈とのアーケード部に動脈瘤を認め、今回の出血源と考えられた。コイル塞栓ならびにNBCA塞栓を施行し、動脈瘤の描出が消失したことおよび止血が得られたことを確認した。術後、腹痛は経時的に改善し、第4病日より飲水再開、第5病日より食事再開し、症状の増悪がないことを確認した上で、第10病日に退院となった。その後、再発予防的に正中弓状靱帯切除術を施行する方針とし、X年4月に腹腔鏡下正中弓状靱帯切除術を施行した。現在術後2カ月であるが、再発なく経過している。【考察】MALSは、正中弓状靱帯による腹腔動脈の圧迫により腹痛や嘔気・嘔吐などの消化器症状を引き起こす稀な疾患である。また、腹腔動脈の圧迫により上腸間膜動脈から腹腔動脈への側副血行路を介した血流が増加することで、内臓動脈瘤を形成することも指摘されている。しかし、MALSの管理に関しては定まった見解はない。本症例では、若年であることも踏まえ、再発予防に正中弓状靱帯切除術を施行するのが妥当であると考えた。【結後】正中弓状靱帯圧迫症候群により膵十二指腸動脈瘤破裂をきたした1例を経験した。

正中弓状靱帯圧迫症候群、内臓動脈瘤破裂

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第376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376回例会
会長 伊佐山 浩通

旭化成ファーマ株式会社
アストラゼネカ株式会社
株式会社アムコ
EAファーマ株式会社
ヴィアトリス製薬株式会社
ウエルシアホールディングス株式会社
エーザイ株式会社
SBカワスミ株式会社
エダップテクノメド株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
株式会社カネカメディックス
ギリアド・サイエンシズ株式会社
クックメディカルジャパン合同会社
クリエートメディック株式会社
シスメックス株式会社

株式会社JIMRO
ステリスジャパン株式会社
ゼオンメディカル株式会社
センチュリーメディカル株式会社
大鵬薬品工業株式会社
株式会社ヤクルト本社
株式会社ツムラ
帝人ヘルスケア株式会社
日本セルヴィエ株式会社
日本ライフライン株式会社
平河ヒューテック株式会社
富士フィルムヘルスケア株式会社
富士フィルム株式会社
富士フィルムメディカル株式会社
株式会社八神製作所

(敬称略50音順・2023年7月11日現在)