

日本消化器病学会 関東支部第377回例会

プログラム・抄録集



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）

令和5年12月9日（土）

海運クラブ+WEB配信サイト（視聴のみ）

日本消化器病学会関東支部第377回例会 プログラム・抄録集

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）
〒305-8575 茨城県つくば市天王台1-1-1
TEL 029-853-3218

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

<発表者、参加者の皆様へ>

- 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
- 発表はすべて現地会場においてPCでのプレゼンテーションとなります。
口演30分前までに、PC受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
 - 会場に用意するPCのアプリケーションは、PowerPoint2019となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman
※スライド作成時の画面サイズは「ワイド画面（16：9）」で作成してください。
 - Macintosh使用、及びKeynote（アプリケーション）を使用の場合は、必ずPC本体をお持込みください。なお、プロジェクターへの接続はMini D-SUB 15pinおよびHDMIです。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 音声出力には対応いたしません。
 - 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
- 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
- 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
- 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
- 専攻医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
- 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
- Web視聴より質問される方は、所属と氏名を明らかにし、Q&Aへ入力をお願いします。
- 専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 13：55～14：10）
- 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。
 - サイトより参加登録いただき、お支払いをお願いいたします。（クレジット決済のみ）
 - 参加登録が完了された方に、第377回例会のWeb開催へ参加の為のID、パスワードをご連絡いたします。また参加証（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。※当日会場での参加登録も可能です。（現金支払いのみ）
- 当日参加登録受付、PC受付は8：00より開始いたします。
- 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
- 評議員会は12月9日（土）に現地開催+Zoomによるライブ開催となります。
 - 評議員会：12月9日（土）11：50～12：20（この日時以外での受付は行いません。）
 - 評議員会への参加については第377回例会の参加登録が必要です。
- 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

※Web参加登録は11月27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377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：jsge377kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

日本消化器病学会関東支部第377回例会

令和5年12月9日（土）

8：25～8：30 開会の辞					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（消化管1）1～4	8：30～8：54	高橋 悠	(13) 専攻医Ⅷ（肝胆膵4）51～55	8：30～9：00	嘉島 賢
(2) 専攻医Ⅱ（消化管2）5～9	8：54～9：24	秋田 義博	(14) 研修医Ⅰ（肝胆膵1）56～59	9：00～9：24	甲賀 達也
(3) 専攻医Ⅲ（消化管3）10～14	9：24～9：54	高鹿 美姫	(15) 研修医Ⅱ（肝胆膵2）60～63	9：24～9：48	吉益 悠
(4) 専攻医Ⅳ（消化管4）15～19	9：54～10：24	阿部 大樹	(16) 研修医Ⅲ（肝胆膵3）64～66	9：48～10：06	石川 翼
10：24～10：29 休憩			10：06～10：11 休憩		
(5) 専攻医Ⅴ（肝胆膵1）20～23	10：29～10：53	樋口 麻友	(17) 研修医Ⅳ（消化管1）67～71	10：11～10：41	新倉 量太
(6) 専攻医Ⅵ（肝胆膵2）24～27	10：53～11：17	松本 悠	(18) 研修医Ⅴ（消化管2）72～76	10：41～11：11	森久保 拓
(7) 専攻医Ⅶ（肝胆膵3）28～31	11：17～11：41	屋良昭一郎	11：50～12：20 評議員会（第2会場）		
12：10～13：00 ランチョンセミナー 「エビデンスから考えるクローン病の新しい治療選択肢リンヴォック®の可能性」 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 先生 司会 自治医科大学附属病院 光学医療センター内視鏡部 教授 矢野 智則 先生 共催：アツヴィ合同会社			12：10～13：10 ランチョンセミナー（WEB配信のみ） 「炎症性腸疾患とバイオシミラーの位置付け」 東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 山田 哲弘 先生 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 先生 共催：日本化薬株式会社		
13：00～13：55 特別講演（第1会場） 「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」 大阪大学大学院医学系研究科 免疫制御学 教授 竹田 潔 先生 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					
13：55～14：10 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(8) 肝胆膵1 32～35	14：10～14：34	吉野 耕平	(19) 消化管1 77～79	14：10～14：28	大野 恵子
(9) 肝胆膵2 36～39	14：34～14：58	新里 悠輔	14：30～16：00 「女性医師の会」 特別企画 臨床セミナー 日常の外来診療 苦慮する頑固な便秘&下痢の最新薬&漢方薬治療 司会：筑波大学 医学医療系 消化器内科 病院教授 / 総合臨床教育センター部長 瀬尾恵美子 先生 「女性医師のキャリアアップと働き方改革」 川崎医科大学附属病院 消化器内科 教授 塩谷 昭子 先生 「体質改善を見据えた便秘・下痢の漢方薬治療」 筑波大学附属病院 総合診療科 臨床教授 玉野 雅裕 先生 共催：ヴィアトリス製薬株式会社		
(10) 肝胆膵3 40～43	14：58～15：22	鳥羽 崇仁			
(11) 消化管2 44～46	15：22～15：40	澤田 敦史			
(12) 消化管3 47～50	15：40～16：04	堀井 敏喜			
16：04～ 閉会の辞（第1会場）					

専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式にご参加ください。
 （第1会場 13：55～）

特別講演

第1会場 13:00~13:55

「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」

大阪大学大学院医学系研究科 免疫制御学 教授 **竹田 潔** 先生
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**

……演者の先生ご紹介……

たけだ きよし
竹田 潔 先生

大阪大学大学院医学系研究科 免疫制御学 教授

略歴

学歴：

1992年3月 大阪大学医学部卒業
1998年3月 大阪大学大学院医学研究科(第3内科)
修了・医学博士学位受領

日本エンドトキシン研究会

American Society for Biochemistry and Molecular
Biology

日本消化器免疫学会(2005年~理事)

日本炎症・再生医学会(2016年~2019年 理事)

Federation of Immunological Societies of Asia-Oceania
(2017年~理事、2019年~財務担当理事)

職歴：

1998年4月 兵庫医科大学化学講座 助手
1999年4月 大阪大学微生物病研究所 助手
2003年12月 九州大学生体防御医学研究所 教授
2007年4月~現在 大阪大学大学院医学系研究科 教授
2007年11月~現在 大阪大学免疫学フロンティア研究セ
ンター 教授
2019年7月~現在 大阪大学免疫学フロンティア研究
センター 拠点長

受賞：

2004年 日本免疫学会賞
2009年 日本学術振興会賞
2016年 大阪科学賞
2016年 ベルツ賞
2019年 持田記念学術賞
2022年 武田医学賞

学会活動等：

日本免疫学会(2015年~理事)
日本生化学会(2004年~評議員)
日本分子生物学会
Society for Mucosal Immunology(2015年~2019年
理事)

ランチオンセミナー

第1会場 12:10~13:00(会場開催のみ)

「エビデンスから考えるクローン病の 新しい治療選択肢リンヴォック®の可能性」

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** 先生
司会 自治医科大学附属病院 光学医療センター内視鏡部 教授 **矢野 智則** 先生

共催：アツヴィ合同会社

………演者の先生ご紹介………

まつおか かつよし
松岡 克善 先生

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 教授

学歴・職歴

1990年4月 慶應義塾大学医学部入学
1996年3月 慶應義塾大学医学部卒業
1996年5月-1998年3月 慶應義塾大学病院内科研修医
1998年4月-1999年5月 東京歯科大学市川総合病院内科
1999年6月-2000年4月 国立東埼玉病院内科
2000年4月-2004年3月 慶應義塾大学医学部大学院博士課程
医学研究科(内科学専攻)
2004年4月-2005年9月 慶應義塾大学医学部消化器内科助教
2005年10月-2006年6月 Post-doctoral Associate, University
of Pittsburgh School of Medicine,
Department of Medicine, Division of
Gastroenterology, Hepatology, and
Nutrition (P.I. Scott E. Plevy, MD)
2006年7月-2009年6月 Post-doctoral Research Associate,
University of North Carolina,
Center for Digestive Diseases and
Nutrition (P.I. Scott E. Plevy, MD)
2009年7月-2014年3月 慶應義塾大学医学部消化器内科助教
2014年4月-2014年9月 慶應義塾大学医学部消化器内科講師
2014年10月-2017年3月 東京医科歯科大学大学院医歯学総合
研究科消化管先端治療学講座・講師
同・准教授
2017年4月-2018年3月 現職
2018年4月-現在

賞 罰

2006-2009年 Research Fellowship Award, Crohn's and
Colitis Foundation of America
2017年 Top 10 Digital Oral Presentations at the 13th
Congress of ECCO
2020年 45 Best Abstract Awards at the 8th Annual
Meeting of AOC
2021年 東邦大学令和2年度ベスト・ティーチャー賞
(医学部3年生)
2021年 Distinguished Investigator Awards at the 9th
Annual Meeting of AOC

2021年 第12回日本炎症性腸疾患学会学術集会・優秀演
題賞
2023年 第36回日本消化器病学会奨励賞

所属学会

日本内科学会
日本消化器病学会
日本消化器内視鏡学会
日本消化管学会
日本消化器免疫学会
日本臨床免疫学会
日本炎症性腸疾患学会
日本臨床疫学会
日本小腸学会
日本大腸肛門病学会
日本臨床栄養代謝学会
Asian Organization for Crohn's and Colitis
European Crohn's and Colitis Organisation
American Gastroenterological Association

学会役職

日本内科学会 評議員
日本消化器病学会
学会評議員
アジアとの国際協力推進委員会委員
機関誌編集委員会JG委員
日本消化器病学会 関東支部 評議員
日本消化器内視鏡学会 関東支部 評議員
日本炎症性腸疾患学会 臨床疫学委員会委員長
日本消化器免疫学会 国際交流委員会委員
Asian Organization for Crohn's and Colitis, Board member
日本臨床栄養代謝学会 代議員
第36回日本消化器病学会関東支部例会 会長

ランチョンセミナー
WEB会場 12:10～13:00 (WEB配信のみ)

「炎症性腸疾患とバイオシミラーの位置付け」

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 **山田 哲弘** 先生
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** 先生

共催：日本化薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

やま だ あきひろ
山田 哲弘 先生
東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科

学歴および職歴

2004(平成16)年3月 東邦大学医学部医学科卒業
2004(平成16)年5月 東邦大学医学部付属佐倉病院にて初期臨床研修
2010(平成22)年4月 東邦大学医療センター佐倉病院内科レジデント
2011(平成23)年2月 博士(医学)
2011(平成23)年10月 東邦大学内科学講座(佐倉)消化器内科学分野助教
2012(平成24)年4月 東邦大学医学部内科学講座消化器内科学分野(佐倉)助教(組織名称変更)
2016(平成28)年8月 The University of Chicago Medicine留学(2017年(平成29)年7月まで)
2021(令和3)年5月 東邦大学医学部内科学講座消化器内科学分野講師

専門医

2014(平成26)年12月 日本内科学会総合内科専門医
2015(平成27)年1月 日本消化器病学会専門医
2015(平成27)年9月 日本内科学会指導医
2017(平成29)年12月 日本消化管学会胃腸科専門医
2018(平成30)年12月 日本消化器内視鏡学会専門医

「女性医師の会」特別企画
臨床セミナー

第2会場 14:30～16:00

「日常の外来診療 苦慮する頑固な便秘 &
下痢の最新薬 & 漢方薬治療」

司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科 病院教授／
総合臨床教育センター部長

瀬尾恵美子 先生

「女性医師のキャリアアップと働き方改革」

川崎医科大学附属病院 消化器内科 教授 塩谷 昭子 先生

「体質改善を見据えた便秘・下痢の漢方薬治療」

筑波大学附属病院 総合診療科 臨床教授 玉野 雅裕 先生

共催：ヴィアトリス製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

しおたに あきこ
塩谷 昭子 先生

川崎医科大学附属病院 消化器内科 教授

学歴
1986年3月 和歌山県立医科大学卒業
職歴
1986年4月 和歌山県立医科大学診療医開始
1988年4月 和歌山県立医科大学内科学第2講座臨床研究医開始
1989年11月 愛晋会中江病院内科勤務
1992年8月 米国ミシガン大学消化器内科 Post Doctoral Research Fellow(2年6カ月間)
1995年1月 和歌山県立医科大学内科学第2講座助手
1996年10月 和歌山県立医科大学内科学第2講座講師
1999年8月 米国ペーラー大学消化器内科 research assistant(3カ月間)
2001年4月 和歌山大学保健管理センター助教授

2002年8月 米国デューク大学客員教授(2カ月間)
2006年7月 川崎医科大学 内科学 食道・胃腸科講師
2007年4月 川崎医科大学 内科学 食道・胃腸科准教授
2015年4月 川崎医科大学 内科学 消化管科 教授
2022年4月 川崎医科大学 消化器内科学(統合再編)主任教授
現在にいたる

所属学会等

日本内科学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化管学会、日本カプセル内視鏡学会、日本消化器病学会、日本ヘリコバクター学会、日本高齢消化器病学会、日本小腸学会、JDDW、消化器病における性差医学・医療研究会

たまの まさひろ
玉野 雅裕 先生

筑波大学附属病院 総合診療科 臨床教授

略歴
1985年：獨協医科大学卒、第一内科(現心臓血管内科)入局
1992年：同大学院卒(研究テーマ：動脈硬化の予防)
1995年：協和中央病院勤務、内科医長
1998年：同内科部長
2009年：同副院長
2015年：筑波大学附属病院臨床教授(総合診療科：漢方医学担当)
2018年：獨協医科大学非常勤講師(心臓・血管内科)
専門：循環器、呼吸器、一般内科、漢方医学
資格：日本内科学会総合内科専門医・指導医、日本東洋

医学会漢方専門医・指導医、日本医師会認定産業医、医学博士

所属学会：日本内科学会、日本循環器学会、日本動脈硬化学会、日本脈管学会、日本呼吸器学会、日本東洋医学会、日本臨床生理学学会

第1会場（午前の部）

8：25～8：30

—開会の辞—

—評価者—

東京都立墨東病院 消化器内科	小林 克誠
医療法人社団筑三会 筑波胃腸病院 消化器内科	坏 大輔
国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科	萩原 悠也

(1) 専攻医Ⅰ（消化管1） 8：30～8：54 座長 東京大学 消化器内科 高橋 悠

1. 子宮頸癌ペバシズマブ治療中の脾静脈穿通を伴う胃潰瘍に対し経皮経肝脾静脈塞栓術により救命し得た1例

武蔵野赤十字病院 消化器科 ○山崎 雄大, 前屋鋪千明, 田中 雄紀, 内原 直樹
鈴木 圭人, 宮本 遥, 山田 倫子, 慶徳 大誠
岡田 理沙, 樋口 麻友, 高浦 健太, 田中 将平
玉城 信治, 安井 豊, 土谷 薫, 中西 裕之
黒崎 雅之, 泉 並木
同 放射線科 竹口 隆也, 姫野 佳郎

2. 診断に苦慮した胃癌下行結腸転移の一例

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

3. アルコール性肝硬変に伴う十二指腸静脈瘤破裂に対して内視鏡的止血術を施行した1例

東京都済生会中央病院 総合診療内科 ○加藤 亜美, 岩下 紘士, 内田彩千子, 中島 昌子
三宅 広晃
同 消化器内科 田沼 浩太, 石田 慎, 田口 佳光, 今村 峻輔
林 智康, 横山 歩, 三枝慶一郎, 岸野 竜平
船越 信介, 中澤 敦
同 救急救命科 関根 和彦

4. 繰り返す発熱、腹痛発作を契機に診断された家族歴のない家族性地中海熱の一例

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

(2) 専攻医Ⅱ（消化管2） 8：54～9：24 座長 東京慈恵会医科大学 葛飾医療センター 消化器・肝臓内科 秋田 義博

5. 小腸狭窄をきたした好酸球性小腸炎の一例

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

6. 鮎の魚骨による小腸穿孔を来した一例

公立阿伎留医療センター 外科 ○姫川 昊, 遠藤 和伸, 仁科有美子, 矢嶋 幸浩
同 消化器内科 渋谷 真史, 田中 匡実, 葉山 讓, 岡野 憲義
同 臨床検査科 山本 智子

7. 5-ASA 不応の潰瘍性大腸炎に対する当院でのカロテグラストメチルの導入成績

株式会社日立製作所日立総合病院 消化器内科 ○青木 耀平, 高橋 奎胡, 松田 悠, 照屋 善斗
曾 睿夫, 山本 麻路, 山口 雄司, 末永 大介
浜野由花子, 大河原 悠, 大河原 敦, 柿木 信重
平井 信二, 鴨志田敏郎
同 消化器内科
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 越智 正憲

8. Cronkhite-Canada syndrome の治療中に膜性腎症を発症した1例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○根本 陽介, 柏村 浩, 吉武 寛隆, 根本 裕貴
宇佐美佳恵, 山田 修三, 金野 直言, 宗像 紅里
大川原 健, 青木 青木, 仁平 武

9. COVID-19 感染を契機に増悪し結腸全摘を施行した潰瘍性大腸炎の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○足立 駿祐, 生駒 一平, 野村 慧, 佐藤 寿史
深田 浩大, 山形 寿文, 藤澤 聡郎, 石川 大
内山 明, 澁谷 智義, 伊佐山浩通, 池嶋 健一
永原 章仁

(3) 専攻医Ⅲ(消化管3) 9:24~9:54 座長 東京女子医科大学 消化器病センター 消化器内科 高 鹿 美 姫

10. 広範な腎周囲膿瘍を合併した潰瘍性大腸炎の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○高木 亮輔, 門馬 匡邦, 玉虫 惇, 柿崎 文郎
森山 由貴, 中川俊一郎, 小西 直樹, 屋良昭一郎
平山 剛, 岩本 淳一, 池上 正

11. S 状結腸癌に対する薬物療法開始後に発症した皮膚筋炎の一例

栃木県立がんセンター 腫瘍内科 ○吉田 真由, 仲地 耕平
同 総合内科 岸川 孝之

12. 直腸粘膜生検で診断に至らなかった胃癌直腸転移に対し, EUS-FNA により診断に至った一例

国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科 ○竹岡 祐毅, 鈴木 雅人, 齋藤 淳, 佐伯 優美
小田 貴之, 永井 康貴, 友成 悠邦, 小川 祐二
山田 英司, 野中 敬, 松島 昭三

13. 腸重積で診断しえた成人発症 Peutz-Jeghers 症候群の一例

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

14. 便秘を契機に見えられた irAE 腸炎の一例

国際医療福祉大学成田病院 腫瘍内科 ○菅原ゆたか, 小林 桃子, 樋口 肇
同 消化器内科 山下健太郎, 海老沼浩利
同 消化器外科 島田 理子, 大山 隆史, 板野 理
同 病理診断科 小無田美菜, 森 一郎, 林 雄一郎

(4) 専攻医Ⅳ(消化管4) 9:54~10:24

座長 順天堂大学 消化器内科 阿部 大樹

15. 寛解期潰瘍性大腸炎に発症した成人特発性腸重積症の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○加藤 智尋, 長谷川麻衣, 和田 晴香, 野上 章
小松 萌子, 芹澤 奏
同 炎症性腸疾患先進治療センター 日比 紀文
同 一般・消化器外科 原田 優香, 小木曾 匡, 迫 裕之, 矢部 信成
石井 良幸
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 阿曾沼邦央, 洪井 俊祐, 梅田 智子, 佐上晋太郎
中野 雅, 小林 拓
同 消化器内科
同 予防医学センター 宮本 康雄

16. 末期大腸癌患者に生じた可逆性後頭葉白質脳症の一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○柴田 英典, 西村 尚, 酒寄 千晶, 三国 隼人
澤田 亮一, 猿田 雅之

17. 横行結腸穿孔を契機に血管型 Ehlers-Danlos 症候群の診断に至った1例

昭和大学 江東豊洲病院 消化器センター ○山口 倫昌, 田邊 万葉, 櫻井 友渚, 駒形 明紀
汐見大二郎, 國田 康輔, 年森 明子, 浦上 尚之
徳永 良太, 田邊 太郎, 伊藤 敬義, 横山 登
井上 晴洋

18. 上部消化管造影後に大腸閉塞を来した3例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○平澤 智明, 木下 聡, 高田 祐明, 南 一洋
碓井 真吾, 中里 圭宏, 大久保暢之, 吉田 武史
同 外科 牧野 暁嗣, 冠城 拓示, 門多 由恵, 唐橋 強

19. 放射線短期照射と免疫チェックポイント阻害薬療法により臨床的完全奏功となった高頻度マイクロサテライト不安定性進行直腸癌の1例

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

(5) 専攻医Ⅴ(肝胆膵1) 10:29~10:53

座長 武蔵野赤十字病院 消化器科 樋口 麻友

20. 当院における急性E型肝炎の実態

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵内科 ○百木 菜摘, 津田 享志, 清水 実, 藤川 智章
清水 弘仁, 岩渕 省吾

21. 経過観察で消失した IgG4 関連肝炎性偽腫瘍の一例

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

22. 髄膜播種, Trousseau 症候群を合併した胆管細胞癌の 1 例

獨協医科大学 内科学 (消化器) 講座 ○石田 浩祐, 久野木康仁, 小島原駿介, 大西 俊彦
嘉島 賢, 佐久間 文, 永島 一憲, 阿部 洋子
入澤 篤志

23. COVID-19 を契機に自己免疫性肝炎と自己免疫性溶血性貧血を同時発症した一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○鈴木 聡, 長谷川直之, 小島 丈心, 藤川健太郎
湯原美貴子, 阿部 涼, 堀籠 祐一, 川越 亮承
城山真美子, 石川 直樹, 小松 義希, 新里 悠輔
遠藤 壮登, 高山 敬子, 岡田 浩介, 瀬尾恵美子
土屋輝一郎
同 血液内科 加藤 貴康
同 診断病理 松岡 亮太, 松原 大祐

(6) 専攻医Ⅵ(肝胆膵2) 10:53~11:17 座長 埼玉医科大学病院 総合診療内科 松本 悠

24. 動脈塞栓術により救命し得た巨大肝細胞癌破裂の 1 例

社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○佐久間大樹, 石井 寛裕, 池澤百合花, 尾崎 裕理
永島 愛一, 小俣亜梨沙, 石野 勇康, 土屋 祐介
榎本 昌人, 黒澤 貴志, 京 里佳, 所知加子
菱木 智, 川名 一朗

25. アラジール症候群に発生した肝細胞癌の 1 例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○小澤 朋弘, 中島 陽子, 富士 貴弘, 音山 裕美
杉浦 育也, 市川 雪, 魚住祥二郎, 下間 祐
打越 学, 坂木 理, 吉田 仁

26. アナフィラキシー様症状を呈した原因不明の急性肝不全に対してステロイドパルス療法を施行した一例

国立国際医療研究センター 消化器内科 ○大和 幹, 柳瀬 幹雄, 田中 康雄

27. Acute on chronic liver failure をきたした Wilson 病の 1 剖検例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○高田 華瑠, 川村 直弘, 友近 瞬, 藤麻 武志
箕輪慎太郎, 三井 達也, 三浦 みき, 關 里和
久松 理一
同 医学教育学 森 秀明
同 病理学教室 二階 雪野, 藤原 正親, 柴原 純二

(7) 専攻医Ⅶ(肝胆膵3) 11:17~11:41 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 屋 良 昭一郎

28. Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法導入後5カ月後に急速に縮小を認めた肝細胞癌の1例

千葉大学 医学部 医学研究院 消化器内科学 ○澤田 翠, 小林 和史, 叶川 直哉, 宇野澤秀美
藤本健太郎, 弓田 冴, 石野 貴雅, 小川 慶太
藤原希彩子, 興梠 慧輔, 井上 将法, 清野宗一郎
中村 昌人, 近藤 孝行, 中川 良, 小笠原定久
中本 晋吾, 室山 良介, 加藤 順, 加藤 直也

29. 黄色ブドウ球菌 (MSSA) を起因菌とした胆嚢炎の一例

大森赤十字病院 消化器内科 ○古賀 大輝, 須藤 拓馬, 森下 太喜, 今長 大輝
坂井 音々, 林 映道, 海老澤 佑, 小林 幹生
有本 純, 新倉 利啓, 桑原 洋紀, 中岡 宙子
千葉 秀幸, 井田 智則

30. 診断時に切除不能と判断された肝内胆管癌に対して GCS 療法を行い Conversion surgery が可能だった1例

横浜医療センター 消化器内科 ○齋藤 淳, 鈴木 雅人, 小田 貴之, 佐伯 優美
竹岡 祐毅, 永井 康貴, 友成 悠邦, 細矢さやか
小川 祐二, 山田 英仁, 野中 敬, 松島 昭三
同 外科 山本 悠史, 藤井 義朗
同 臨床検査科 新野 史

31. 増大傾向を示した低異型度胆嚢内乳頭状腫瘍 (ICPN) の1例

国立国際医療研究センター国府台病院 外科 ○本間 雄貴, 清水 篤志, 遠藤 大昌, 熊澤 慶吾
小野英哉斗, 青柳 信嘉
同 消化器・肝臓内科 関根 一智, 矢田 智之
同 病理診断科 大出 貴士

第1会場 (午後の部)

13:00~13:55

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

大阪大学大学院医学系研究科 免疫制御学 教授 竹田 潔 先生

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

(8) 一般演題(肝胆膵1) 14:10~14:34 座長 横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 吉野 耕平

32. 経時的に経過を追えた細胆管細胞癌の1例

東京労災病院 消化器内科 ○池上 遼, 荻野 悠, 中島 一彰, 平泉 泰翔
折原 慎弥, 高橋伸太郎, 渡辺 浩二, 西中川秀太
同 病理診断科 塩野さおり, 大場 信之
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 和久井紀貴
東京労災病院 消化器内科
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 乾山 光子

33. 早期梅毒性肝炎の1例

社会医療法人 熊谷総合病院 消化器内科 ○比留間晴彦, 斎藤 雅彦, 石川 武志, 松井真理子
土合 克巳, 門野源一郎, 野村 祐介, 村上 規子
岡本四季子, 中川 慧人

34. ソナゾイド造影下でのEUS-TAが有用であった肝膿瘍の1例

昭和大学医学部 内科学講座消化器内科 (藤が丘病院) ○西元 史哉, 高野 祐一, 新谷 文崇, 浅見 哲史
野田 淳, 玉井 直希, 長濱 正亜

35. 肝内胆管癌との鑑別に苦慮した肝原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

獨協医科大学 消化器内科 ○坂本 智哉, 嘉島 賢, 久野木康仁, 佐久間 文
永島 一憲, 阿部 洋子, 入澤 篤志

(9) 一般演題(肝胆膵2) 14:34~14:58 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 新里 悠 輔

36. EUS-HGS中に多量の腹腔内フリーエアアが出現したが、関連する自覚症状は認めず経過した膵頭部癌の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○高橋 幸治, 酒井 美帆, 高橋 知也, 渡部 主樹
杉原 地平, 関根 優, 遠山 翔大, 山田 奈々
大内 麻愉, 菅 元泰, 永嶌 裕樹, 大山 広
加藤 直也
同 腫瘍内科 滝口 裕一
同 消化器内科
同 腫瘍内科 大野 泉

37. ERCP 合併症の後腹膜膿瘍に対して集学的治療にて軽快した一例

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科 ○伊藤 嘉美, 佐藤巳喜夫, 間宮 孝, 服部 純治
海老原次男

38. 急速な増大を示した膵尾部悪性リンパ腫の1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○伊藤 彩乃, 伊藤 裕幸, 小村 侑司, 幕内 智規
張 つほみ, 藤本龍太郎, 津田 真吾, 永田 順子
広瀬 俊治, 鈴木 孝良

39. 膵管拡張を伴わず、充実成分のない嚢胞を主体とした膵体部癌の1例

千葉大学 医学部 消化器内科 ○粒良 和郎, 高橋 幸治, 大山 広, 大野 泉
沖津恒一郎, 永嶋 裕樹, 大内 麻愉, 菅 元泰
杉原 地平, 山田 奈々, 遠山 将大, 高橋 知也
關根 優, 渡部 主樹

(10) 一般演題(肝胆膵3) 14:58~15:22 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 鳥羽 崇仁

40. 膵癌過去画像の検討 膵癌早期診断のために

立川相互病院 消化器内科 ○谷口 孝伸, 石井 宙生, 永倉 康佑, 福永 清
菅澤 秀, 中西 彩夏, 野澤 信吾, 松井 淳
橋本 国男

41. 経胃膵管ステントによるドレナージ治療を要した Hemosuccus Pancreaticus の1例

北里大学 医学部 消化器内科学
JA 神奈川県厚生連 相模原協同病院 消化器内科 ○眞部 優作
北里大学 医学部 消化器内科学 岩井 知久, 花岡 太郎, 石崎 純郎, 渡辺 真郁
安達 快, 奥脇 興介, 木田 光広, 草野 央

42. ガス像を長期間認めた Emphysematous pancreatitis の一例

筑波大学付属水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科 ○皆川 駿, 鹿志村純也, 岡田 健太, 有賀 啓之

43. 細菌性胸膜炎を合併したA群β溶血性連鎖球菌による原発性腹膜炎の一例

小山記念病院 消化器内科 ○阿部 善彦, 福田 智史, 松本 将吾, 長嶺 寿秋
若山真理子, 池田 和穂, 田中 直見
同 呼吸器内科 大畠 孝則

(11) 一般演題(消化管2) 15:22~15:40 座長 横浜市立大学付属市民総合医療センター 消化器病センター 澤田 敦史

44. Nivolumab の間欠的投与により長期生存が得られている AFP 産生胃癌の一例

株式会社日立製作所 日立総合病院 消化器内科 ○照屋 善斗, 鴨志田敏郎, 平井 信二, 柿木 信重
大河原 敦, 大河原 悠, 末永 大介, 山口 雄司
山本 麻路, 曾 睿夫, 松田 悠, 高橋 奎吾
青木 耀平
同 消化器内科
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター 越智 正憲

45. 胃切除後残胃に生じ内視鏡下に破碎し得た柿胃石の一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科 ○中嶋 悟, 岡本 梨沙, 内山 学, 増田 修子
吉岡 翼, 松田 佳世, 佐々木昭典, 本村 廉明

46. 食道扁平上皮癌に対するヨード染色後に逆流性喉頭炎を来した一例

東京女子医科大学病院 消化器内視鏡科 ○八辻 将, 三角 宜嗣, 植田 浩貴, 松永 卓士
渡辺 舞, 上地 修裕, 日向有紀子, 岸野真衣子
野中 康一

(12) 一般演題(消化管3) 15:40~16:04 座長 北里大学医学部 消化器内科 堀 井 敏 喜

47. 慢性特発性偽性腸閉塞症に対し経胃瘻のイレウス管挿入により症状軽快が得られた一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○福田 智史, 鈴木 英雄, 小島 丈心, 藤川健太郎
湯原美貴子, 鈴木 聡, 重田早紀子, 石川 直樹
堀籠 祐一, 阿部 涼, 川越 亮承, 城山真美子
新里 悠輔, 小松 義希, 小林真理子, 山田 武史
山本 祥之, 坂本 琢, 奈良坂俊明, 土屋輝一郎

48. セレコキシブ起因性多発輪状潰瘍狭窄によるカプセル内視鏡の滞留を腹腔鏡補助下に摘出した一例

国立病院機構横浜医療センター 外科 ○矢澤 慶一, 木村 準, 根岸 大貴, 小粥 真実
川崎 千瑛, 大石 裕佳, 木村 安希, 山本 悠史
後藤 晃紀, 清水 哲也, 松田 悟郎, 藤井 義郎
同 消化器科 山田 英司
同 臨床検査科 新野 史

49. 診断に苦慮した潰瘍性大腸炎に合併する両足膿疱性病変を伴った1例

慶應義塾大学病院 消化器内科 ○村上宗一郎, 岩田賢太郎, 吉松 裕介, 清原 裕貴
杉本 真也, 筋野 智久, 高林 馨, 細江 直樹
金井 隆典
同 皮膚科 大政 遥香, 小林 研太, 角田 梨沙
同 病理診断科 久保田直人, 大喜多 肇

50. 完全内臓逆位症に併発したS状結腸軸捻転症の一例

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○上原 孝太, 宇佐美智乃, 水野紗也香, 山崎 裕太
杉浦 育也, 石井 優, 吉田 仁

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

医療法人社団筑波記念会	筑波記念病院	消化器内科	越智 大介
国際医療福祉大学市川病院	消化器内科		石橋 史明
東邦大学医療センター大橋病院	消化器内科		日原 大輔

(13) 専攻医Ⅷ(肝胆膵4) 8:30~9:00 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 嘉 島 賢

51. 切除不能な膵腺房細胞癌に対してゲムシタピン単剤療法を施行した一例

平塚市民病院	消化器内科	○笠原 美沙, 谷口 礼央, 吉澤 大樹, 半田 祐太
		奥富 雅俊, 滝本 恒行, 飯塚 武, 富田 尚貴
		立川 準, 岩瀬 麻衣, 武内悠里子, 斯波 忠彦
		厚川 和裕
慶應義塾大学病院	病理診断科	山ノ井一裕

52. 膵癌化学療法中に髄膜癌腫症を発症した1例

帝京大学医学部附属溝口病院	消化器内科	○齋藤 剛, 辻川 尊之, 土井 晋平
---------------	-------	---------------------

53. 腹痛を契機にMCNの診断に至った若年女性の1例

JCHO 船橋中央病院	内科	○阿部 哲大, 加藤佳瑞紀, 藤代 絢香, 木村 恵
		浅野 公将, 嶋田 太郎, 土屋 慎, 山口 武人
同	外科	福山 南美, 横田 哲生, 西田 孝宏, 宇野 秀彦
		新井 周華, 郷地 英二
同	病理診断科	小松 悌介

54. 超音波内視鏡検査(EUS)を契機に診断し得たリンパ節転移を伴う8 mm膵神経内分泌腫瘍(p-NEN) G3の一切除例

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

55. 自己免疫性膵炎に合併した左腎被膜下膵液漏の一例

東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	○林 亮秀, 平岡 友美, 石井 咲貴, 岩渕 桐加
		清水 陸久, 前廣 由紀, 湯原 脩, 渡辺奈央子
		星 健介, 佐藤洋一郎, 岩田俊太郎, 木村 祐介
		宅間 健介, 藤本 愛, 岡野 直樹, 和久井紀貴
		永井 英成, 松田 尚久
同	泌尿器科	竹内晋次郎, 坂本 憲亮

(14) 研修医 I (肝胆膵 1) 9:00~9:24 座長 伊勢崎市民病院 内科 甲賀 達也

56. 破裂出血で発症した肝外発育型の淡明型肝細胞癌の 1 例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○中野 智久, 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

57. *Klebsiella pneumoniae* による肝膿瘍から内因性眼内炎を発症した 2 例

熊谷総合病院 消化器内科 ○工藤 文香, 中川 慧人, 比留間晴彦, 岡本四季子
村上 規子, 野村 祐介, 門野源一郎, 松井真理子
土合 克己, 石川 武志, 斎藤 雅彦

58. 肝細胞癌 Stage IVA 期に対して穿刺局所療法/放射線療法/薬物療法併用が奏効した 1 例

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

59. 肝細胞癌の肝移植後再発に対して, がん遺伝子パネル検査にて有効薬剤の推奨を受けた一例

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター ○室井 健太
同 肝胆膵消化器病学 岩城 慶大, 小林 貴, 大谷 知宏, 野上 麻子
米田 正人, 中島 淳
同 がんゲノム診療科 加藤 真吾

(15) 研修医 II (肝胆膵 2) 9:24~9:48 座長 東京医科大学 消化器内科 吉 益 悠

60. 術後に肝転移再発をきたし, ラジオ波焼灼術にて局所制御された肝原発ガストリノーマの一例

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科 ○大西あとり, 野村 優, 本多 悠, 櫻井裕一郎
城野 紡, 藤野 洋平, 高井 佑輔, 岩崎 暁人
清水 智樹, 真田 治人, 酒井 英嗣
同 消化器外科 川口 雅彦, 渡邊 透
同 病理診断部 柳本 邦雄

61. 分類不能型免疫不全症に合併した門脈圧亢進症の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○青鹿奈南子, 延澤 翼, 金子 俊, 村川美也子
小林 正典, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 光学医療診療部 河本 亜美, 福田 将義, 大塚 和朗
同 病理部 山本 浩平

62. 術前診断が困難であった胆嚢癌肉腫の一例

公益財団法人がん研究会 有明病院 臨床教育研修センター ○石川 颯一
同 肝胆膵内科 笹平 直樹, 尾阪 将人, 佐々木 隆, 春日 章良
武田 剛志, 岡本 武士, 古川 貴光, 三重 堯文
中川 皓貴, 山田 学, 石塚 隆浩, 平井 達基
同 肝胆膵外科 高橋 祐
同 病理部 高松 学

63. 膵管空腸吻合部に長期間存在していた膵石（長径 20mm）の自然排石

獨協医科大学 医学部 内科学（消化器）講座 ○湯村 千尚, 久野木康仁, 石田 浩祐, 嘉島 賢
佐久間 文, 永島 一憲, 阿部 洋子, 入澤 篤志

(16) 研修医Ⅲ（肝胆膵3） 9:48~10:06 座長 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科（消化器内視鏡科） 石川 翼

64. 観察期間中に増大傾向を認めた膵管内乳頭粘液性腺腫（IPMA）の一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 初期研修医 ○今村 理沙
同 消化器内科 有賀 啓之, 岡田 健太, 鹿志村純也
同 外科 稲川 智

65. 膵石による閉塞性膵炎を契機に診断された副甲状腺機能亢進症の1例

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○賀川 翔, 藤澤真理子, 北原 麻衣, 野村 舟三
齋藤 圭, 山上 裕晃, 木暮 宏史

66. EUS-FNA で診断されたメルケル細胞癌副腎転移の一例

東海大学 医学部 医学科 内科学系 消化器内科学 ○後藤 尚志, 小玉 敏生, 森 貴裕, 白滝 理博
伊藤 彩乃, 森町 将司, 川西 彩, 加川 建弘

(17) 研修医Ⅳ（消化管1） 10:11~10:41 座長 東京医科大学 消化器内視鏡学講座 新倉 量太

67. 膵膜腫内に腫瘍内転移を認めた胃癌術後再発の一例

北里大学医学部 消化器内科学 ○菊地 悠哉, 和田 拓也, 北原 言, 古江 康明
渡辺 晃識, 石戸 謙次, 草野 央

68. 診断に苦慮した悪性十二指腸狭窄をきたした胆嚢癌浸潤の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○千葉慎太郎, 日原 大輔, 岸 洋佑, 渡辺 早紀
齋藤 孝太, 竹中 祐希, 山田 悠人, 吉田 有輝
齋藤 倫寛, 岡本 陽祐, 塩澤 一恵, 伊藤 謙
渡邊 学
同 外科 渡邊隆太郎, 森山 穂高, 浅井 浩司, 渡邊 学
同 病理診断科 横内 幸, 高橋 啓

69. 胃癌の腹膜播種により横行結腸狭窄を来した一例

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

70. 食道胃接合部癌に対して Nivolumab 投与後に自己免疫性脳炎を発症した1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○金澤 優太, 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

71. 確定診断に難渋し破裂に至った仮性動脈瘤の2例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○長尾剛太郎, 堀籠 祐一, 坂本 琢, 小島 丈心
鈴木 聡, 藤川健太郎, 湯原美貴子, 阿部 涼
石川 直樹, 川越 亮承, 城山真美子, 小松 義希
遠藤 壮登, 小林真理子, 秋山慎太郎, 山田 武史
山本 祥之, 奈良坂俊明, 松井 裕史, 土屋輝一郎

(18) 研修医V(消化管2) 10:41~11:11 座長 杏林大学医学部 消化器内科学 森久保 拓

72. 直腸子宮内膜症から発生した類内膜癌の1例

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○河野 雅隆, 中川 和也, 竹下 裕介, 酒井 淳
小澤真由美, 石部 敦士, 小坂 隆司, 秋山 浩利
遠藤 格
横浜市立大学附属病院 病理部 新井 拓真, 山中 正二

73. 腸回転異常を伴う大腸型 Crohn 病の1例

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

74. Squamous morule を伴った盲腸癌の1例

国保直営総合病院君津中央病院 初期研修医 ○田口 智也
同 外科 須田竜一郎, 片岡 雅章, 柳澤 真司, 西村 真樹
小林 壮一, 岡庭 輝, 中臺 英里, 大野 幸恵
進藤 博俊, 廣川 朋也, 日置 翔太, 安藤 英俊
同 病理診断科 近藤 尚, 海保 隆
徳山 宣

75. IBD 関連脊椎関節炎を合併した潰瘍性大腸炎・全大腸炎型の再燃症例にウバダシチニブが奏功した1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 消化器内科 ○江田 肖, 高雄 暁成, 一箭 空伸, 森口 義亮
氏田 互, 野間絵梨子, 田畑 宏樹, 清水口涼子
柴田 理美, 仲程 純, 千葉 和朗, 飯塚 敏郎
同 内視鏡科 岡 靖紘, 船曳 隼大, 荒川 丈夫

76. 黄色肉芽腫性虫垂炎の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 ○鈴木 圭一, 伊豆川翔太, 原田龍之助, 鈴木 佳透
渥美 陽介, 諏訪 雄亮, 沼田 正勝, 渡邊 純
佐藤 勉, 武田 和永, 國崎 主税
横浜市立大学 外科治療学 利野 靖, 齋藤 綾

第2会場（午後の部） 一般演題

(19) 一般演題(消化管1) 14:10~14:28 座長 慶應義塾大学 予防医療センター 大野 恵子

77. 潰瘍性大腸炎に対してベドリズム導入後に生じた食道潰瘍の一例

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 消化器内科 ○小野田 翼, 安部 計雄, 鄭 黎佳, 下山田雅大
伊藤 有香, 石田 博保

78. 脾動脈塞栓術により止血し得た出血性胃潰瘍の2例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○山田 修三, 柏村 浩, 大川原 健, 青木 洋平
金野 直言, 根本 陽介, 宇佐美佳恵, 高橋 慧
根本 裕貴, 高野 竜馬, 吉武 寛隆, 高須 美香
竹内 恵理

79. 経口摂取不良の切除不能進行胃癌に対する治療経験

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○玉田 健次, 阿部 創平, 藤澤 剛太, 宮川 佑
大矢由紀子, 畑 昌宏, 石橋 嶺, 鈴木 伸三
藤城 光弘

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
378	加藤 広行 (桐生厚生総合病院)	2月17日 (土)	東京 海運クラブ	2023年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
382	新井 誠人 (東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科)	12月14日 (土)	東京 海運クラブ	8月28日～ 10月2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。

2024年度 日本消化器病学会関東支部教育講演会開催期日

講演回数	当 番 会 長	開 催 日	会 場	申込締切日
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)	6月2日 (日)	東京 シェンパッハ・サポー	未 定
45	福田 勝之 (聖路加国際病院 消化器内科)	11月17日 (日)	東京 シェンパッハ・サポー	未 定

次回 (第378回) 例会のお知らせ

期 日：2024年2月17日 (土)

会 場：海運クラブ

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

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

銀座線、丸ノ内線：赤坂見附駅D (弁天橋) 出口 7分

※オンライン開催に変更となる可能性がございます。

特別講演：「バトンを渡す君たちへ」

演者：群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆脾外科学分野 教授 調 憲
司会：桐生厚生総合病院 病院長 加藤 広行

ランチョンセミナー1：「がん関連血栓症のマネジメント」

演者：市立札幌病院 消化器内科 部長 中村 路夫
司会：群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 教授 浦岡 俊夫

ランチョンセミナー2：「未定」

演者：京都府立医科大学大学院医学研究科 生体免疫栄養学講座 教授 内藤 裕二
司会：東京医科大学消化器内視鏡学 教授 河合 隆

第26回専門医セミナー：「ドクターガストロ」

第25回専門医セミナー (第376回例会 2023年9月2日 (土)) 開催に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：加藤 広行 (桐生厚生総合病院 病院長)

事務局長：緒方 杏一 (桐生厚生総合病院 外科 診療部長)

【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: jsge378kanto@pw-co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 子宮頸癌ペバシズマブ治療中の脾静脈穿通を伴う胃潰瘍に対し経皮経肝脾静脈塞栓術により救命し得た1例

武蔵野赤十字病院 消化器科¹⁾, 同 放射線科²⁾
山崎雄大¹⁾, 前屋鋪千明¹⁾, 田中雄紀¹⁾, 内原直樹¹⁾, 鈴木主人¹⁾, 宮本 遥¹⁾, 山田倫子¹⁾, 慶徳大誠¹⁾, 岡田理沙¹⁾, 樋口麻友¹⁾, 高浦健太²⁾, 田中将平²⁾, 玉城信治²⁾, 安井 豊²⁾, 竹口隆也²⁾, 土谷 薫¹⁾, 中西裕之¹⁾, 姫野佳郎²⁾, 黒崎雅之¹⁾, 泉 並木¹⁾

【症例】60代女性【主訴】吐血【臨床経過】X-1年12月より子宮頸癌肺転移に対しドセタキセル・カルボプラチン+ペバシズマブ治療中、X年8月Y日吐血し当科を受診した。Hb 6.2g/dl, 造影CTで胃体上部に潰瘍を認め、直下に脾静脈も認めたが、extravasationは認めなかった。胃潰瘍被覆穿孔疑いと診断し、RBC輸血およびPPI静注下入院厳重経過観察とした。待機的に内視鏡を施行したが、胃潰瘍底は白苔に覆われ活動性出血は認めず、ヘリコバクターピロリ抗体も陰性であった。Y+6日に吐血しsBP: 80mmHg, HR: 103/minとショックバイタルとなり、RBC輸血し再度内視鏡を施行したところ、胃体上部後壁の胃潰瘍底に血管様の隆起を認め、クリッピング止血を試みるも多量の出血があり、内視鏡的止血困難であった。IVRを行い、左胃動脈の分枝に対してNBCAを用いて塞栓術を施行した。しかし、Y+11日夜間に再度吐血し、緊急内視鏡を行い既知の潰瘍を洗浄したところ大量出血を認め、意識レベルが低下し脈拍触知不能となったためスコープを抜去、凝血塊による上気道閉塞と大量出血のために無脈性電気活動(PEA)に陥り、蘇生処置を行った。自己心拍再開し気管挿管管理の上、再度IVRを施行したところ左胃動脈・脾動脈経路による脾静脈の造影では明らかな出血は確認できなかった。CT所見から脾静脈の破綻を疑い経皮経肝的に脾静脈を造影したところから胃内へ多量のextravasationがあり破綻部を塞栓した。二度目のIVR後は止血が得られ、食事再開後も再出血は認めず、Y+26日に自宅退院となった。【考察】ペバシズマブによる消化管出血・穿孔は腸管に生じるが、脾静脈経路への穿通は稀である。また、消化管穿孔や穿通を生じた場合手術を避けられないことが多い。今回、ペバシズマブ投与中に胃潰瘍被覆穿孔および脾静脈穿通による出血で心停止に至り、蘇生処置とIVRにより救命し得た一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

胃潰瘍、ペバシズマブ

3 アルコール性肝硬変に伴う十二指腸静脈瘤破裂に対して内視鏡的止血術を施行した1例

東京都済生会中央病院 総合診療内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 救急救命科³⁾
加藤亜美¹⁾, 田沼浩太²⁾, 岩下紘士¹⁾, 内田彩千子¹⁾, 中島昌子¹⁾, 三宅広見¹⁾, 石田 慎²⁾, 田口佳光²⁾, 今村峻輔³⁾, 林 智康²⁾, 横山 歩²⁾, 三枝慶一郎²⁾, 岸野竜平²⁾, 船越信介²⁾, 中澤 敦²⁾, 関根和彦³⁾

【症例】症例は41歳女性。アルコール性肝硬変、食道静脈瘤で他院に通院中。旅行中に大量吐血し、当院へ救急搬送となった。腹部CTでは十二指腸静脈瘤を認めたが明らかな血管外漏出像は認めなかった。緊急上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行し、観察範囲内で活動性出血は認めず、食道静脈瘤(Li, F1, Cb, RC1 RWM)を認め、内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)を施行した。しかしEVL後も下血が持続したため、腹部CTを再検査し、十二指腸水平脚の静脈瘤に血管外漏出像を認めた。同日に再度小腸内視鏡検査を施行し、同部位に内視鏡的静脈瘤硬化療法(EIS 75%CA法)を施行した。その後止血が得られ、第3病日に施行した腹部CTでは十二指腸水平脚の静脈瘤は良好な止血が得られていたが、下行脚内腔に突出する静脈瘤の残存を認めた。第5病日に再度小腸内視鏡検査を施行し、十二指腸下行脚に残存する静脈瘤に対してEIS(75%CA法)を施行した。第6病日に施行した腹部CTでは十二指腸下行脚の静脈瘤も良好な止血が得られていた。その後、第10病日から肝硬変に伴う凝固破綻から、食道静脈瘤EVL後潰瘍出血や鼻出血などを繰り返し、内視鏡止血やバルーンタンポナーデ法、輸血による支持療法に努めているが、十二指腸静脈瘤からの出血は認めていない。【考察】十二指腸静脈瘤は異所性静脈瘤の中では頻度が低く、胃食道静脈瘤の合併が多いことから診断が困難となる場合がある。また治療法も確立されていないため、様々な検査を組み合わせた出血部位の推定と患者の全身状態を考慮した治療の選択が重要である。

十二指腸静脈瘤, 胃食道静脈瘤

2 診断に苦慮した胃癌下行結腸転移の一例

国家公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科
石原 鴻, 中野間紘, 安部真誠, 平松直樹, 久米業緒, 林 智恩, 比嘉愛里, 塚本 恵, 小串勝昭, 小柏 剛, 濱中 潤, 岡 裕之, 近藤正晃

【症例】22歳 女性【主訴】腹痛【現病歴】20XX年9月5日から排便がなく、9月9日から腹痛が出現した。9月15日に前医受診し、便秘薬を処方されたが、帰宅後も間欠的な腹痛と腹部膨満感を認め、9月16日に当院救急外来を受診した。造影CT検査で下行結腸に嚢胞性病変と同部位を起点とした大腸閉塞を認めたため、同日当院消化器内科に精査加療目的に入院した。【既往歴】なし【家族歴】なし【臨床経過】第1病日に下部消化管内視鏡検査を施行した。嚢胞性病変を認め、狭窄を起こしていた。生検を施行したが、悪性所見は認めなかった。大腸閉塞に対して、経肛門イレウス管を留置した。第5病日に上部内視鏡検査を施行した。胃前庭部に潰瘍性病変を認め、生検を施行したがGroup1であった。第14病日に経肛門イレウス管を抜去したが、第15病日に腸閉塞症状再燃し、再度経肛門イレウス管を留置した。第35病日に診断・治療目的に手術を施行した。病理組織所見から胃原発、大腸転移の可能性が考えられ、第42病日に再度上部消化管内視鏡検査を施行し、胃癌の診断となった。【考察】転移性大腸癌は大腸癌全体の約0.1から1%と報告されている。転移性大腸癌の内視鏡所見は、SMT様隆起、発赤、管腔狭小化、潰瘍などがみられることが多く、嚢胞性病変をきたすことは稀である。今回、腹部CT検査と下部消化管内視鏡検査で下行結腸に嚢胞性病変を認め、文献的考察を加えて報告する。

転移性大腸癌, 嚢胞性病変

4 繰り返す発熱、腹痛発作を契機に診断された家族歴のない家族性地中海熱の一例

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

症例は54歳男性。X-3年頃より月1回程度腹痛と37℃台の発熱が出現し、3日間程度で改善するといったことを繰り返していた。X-1年12月同様の発熱、腹痛で当院総合内科を受診し、血液検査でCRP9.65mg/dL、白血球11200/ μ L、好中球8590/ μ Lと好中球有意の炎症反応上昇を認めた。CTでは小腸が一部浮腫状であり、感染性腸炎の診断で抗生剤が処方され数日で症状は消失した。その後上部消化管内視鏡検査を施行したが特記すべき所見は認めなかった。X年2月に下部消化管内視鏡検査を施行し、S状結腸、直腸に非特異的な変化を認めた。以降も月1回の頻度で定期的な発熱と腹痛を認めたため、家族歴はないが周期性発熱疾患の中で家族性地中海熱(FMF)を鑑別に挙げた。FMF診断基準の必須項目(周期的な発熱と炎症反応亢進)は認めるが、補助項目の腹膜炎は画像上認めないため、遺伝子解析を行い、pathogenicなMEFV遺伝子の変異を確認した。FMFの診断でコルヒチン内服を開始し、その後半年以上無症状で経過している。FMFは周期的な発熱と漿膜炎症状を主徴とする常染色体劣性遺伝性自己炎症性疾患であり、その名の通り地中海沿岸地域での有病率が高い。本邦での報告は多くはないが、診断がつかずに不明熱や腸炎として対応されているケースも多く、実数は不明である。10-30代で発症することが多く、2-4週間隔で12時間-3日間の発熱を繰り返し、腹痛、関節痛、胸痛などの漿膜炎症状を伴う。発熱時にはCRPや血清アミロイドAなど炎症反応上昇を認めるが、非発作時には炎症反応は正常である。臨床症状で確定し得ない症例ではMEFV遺伝子変異を確認して診断する。治療は発作予防、アミロイドーシス予防にコルヒチン長期投与が有用とされる。発熱、腹痛という日常的に消化器内科医が遭遇する症状であり、稀な疾患であるが文献学的考察を踏まえて報告する。

家族性地中海熱, 周期性発熱

5 小腸狭窄をきたした好酸球性小腸炎の一例

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

症例は54歳男性。血便を主訴に前医入院。造影CTでは明らかな出血源はなく、下部消化管内視鏡検査にて回盲部より口側からの血液の流出を認めた。上部消化管内視鏡。血管造影検査行っても出血源同定できず、血便と頻回の輸血が続いたためダブルバルーン内視鏡検査(DBE)目的に当院に転院となった。経肛門的DBEにて回盲部より30-40cm口側の回腸にスコープ通過不能の狭窄を認めた。後日施行した経口的DBEでも回腸に狭窄を認めたが、造影では経肛門的DBEで観察した狭窄とは別の病変であった。再度経肛門的DBEを施行し、狭窄をバルーンにて拡張した。その先に同様の狭窄を認め拡張し、さらに内視鏡を進めると経口的DBEで点墨した狭窄まで到達しバルーンにて拡張。引き抜き時に狭窄の間に縦走する潰瘍を認めたが露出血管などはなく観察のみで終了した。狭窄病変から採取した生検にて好酸球増多を認めたため好酸球性胃腸炎(EGE)と診断しプレドニゾン30mg/日の点滴投与を開始したところ、血便は改善し退院となった。外来にてプレドニゾンを漸減中止したがが症状の再燃なく経過している。EGEは内視鏡所見として非特異的ではあるが浮腫や発赤、びらんや潰瘍、皺壁の肥厚などを認めることが知られているがいずれも非特異的である。今回小腸狭窄をきたしたEGEを経験した。EGEの診断、治療について文献的考察を交えて報告する。

好酸球性胃腸炎, 小腸狭窄

7 5-ASA不応の潰瘍性大腸炎に対する当院でのカロテグラストメチルの導入成績

株式会社日立製作所日立総合病院 消化器内科¹⁾、
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾
青木耀平¹⁾, 越智正憲^{1,2)}, 高橋奎胡¹⁾, 松田 悠¹⁾, 照屋善斗¹⁾,
曾 睿夫¹⁾, 山本麻路¹⁾, 山口雄司¹⁾, 末永大介¹⁾, 浜野由花子¹⁾,
大河原悠¹⁾, 大河原敦¹⁾, 柿木信重¹⁾, 平井信二¹⁾, 嶋志田敏郎¹⁾

【背景】軽度から中等度の活動期潰瘍性大腸炎に対する寛解導入療法としては一般的にまず5-ASA製剤が使用される。これまで5-ASA製剤不応もしくは不耐であった潰瘍性大腸炎患者に対して、ステロイドによる寛解導入療法が用いられてきた。最近、αインテグリン阻害薬であるカロテグラストメチルが、寛解導入療法で効果を示した報告がある。【目的】実臨床での5-ASA不応もしくは不耐であった活動期の潰瘍性大腸炎患者に対するカロテグラストメチルの導入効果を明らかにする。【方法】Mayoスコアを使用し、治療開始から8週間後の臨床的改善率、臨床的寛解率、症状寛解率、粘膜寛解率、血便消失率などを後ろ向きに評価した。【結果】2022年6月から2023年8月までの間に、5-ASA製剤で効果不十分であった軽度から中等度の活動期の潰瘍性大腸炎において、当院でカロテグラストメチルを使用し寛解導入療法を行った10人を対象とした。平均年齢は32歳、全員が男性であった。カロテグラストメチル導入から8週間後のMayoスコアによる臨床的改善率は44.4%、臨床的寛解率は44.4%、症状寛解率は77.8%、粘膜寛解率は44.4%、血便消失率は66.7%であった。【考察】カロテグラストメチルの寛解導入療法における有効性を検証したランダム化比較試験では、治療開始8週間後の時点で、臨床的改善率は45.1%、臨床的寛解率は22.5%、症状寛解率は41.2%、粘膜寛解率は54.9%であり、今回実臨床での検証でも同等の結果であった。5-ASA製剤が不応もしくは不耐の潰瘍性大腸炎に対する寛解導入ではこれまでではステロイドが使用されることが多かったが、ステロイド依存や副作用等の問題がある。リアルワールドにおけるカロテグラストメチルの有効性を実証することにより、5-ASA不応もしくは不耐に対する潰瘍性大腸炎治療の新たな選択肢となる可能性がある。

潰瘍性大腸炎, カロテグラストメチル

6 鮎の魚骨による小腸穿孔を来した一例

公立阿伎留医療センター 外科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
同 臨床検査科³⁾

姫川 昊¹⁾, 遠藤和伸¹⁾, 仁科有美子¹⁾, 矢嶋幸浩¹⁾, 渋谷真史²⁾,
田中匡実³⁾, 葉山 譲²⁾, 岡野憲義²⁾, 山本智子³⁾

【症例】80歳台、男性。【既往歴】高血圧、糖尿病。【内服歴】バルサルタン、ニフェジピン、ミチグリド、メトホルミン。【経過】X年Y月Z-2日頃からの下痢。下腹部痛を主訴に当院消化器内科受診した。単純CT施行し小腸腫瘍の疑いのためにY月Z日に緊急入院となった。入院後、絶食および抗生剤で症状は軽快していた。入院第5病日に施行した造影CTでは、単純CTで小腸腫瘍疑いだった腫瘍は膿瘍である疑いが強くなり、さらに膿瘍壁にやや高吸収の針状の構造物を認めた。下腹部痛が生じる前日に鮎を食べたエピソードがあり、魚骨穿孔の疑いで当科転科となった。入院第8病日に魚骨による小腸穿孔の診断で小腸部分切除術を施行した。膿瘍はトライツ靭帯から170 cmの小腸が一塊になって腹壁と癒着しており、癒着部の小腸を約40 cm切除した。切除検体に明らかな魚骨は確認できなかった。しかし病理検査では、好中球を含む膿瘍と周囲の肉芽組織や線維化を認め、直径0.6~0.7 mmの円形の石灰化物があり、魚骨の可能性があると診断であった。術後第10病日に退院となった。【考察】医学中央雑誌で「魚骨」「消化管穿孔」と検索すると1,423件が検索された。本邦での異物による消化管穿孔は魚類の骨によるものの頻度が最も高く、50~65%とされている。魚介類の中ではタイ、カレイ、ブリ、タラ、サケ、サバなどが多く、その他としてはコイとエビが1例ずつであった。鮎が原因となった例はなかった。臨床経過では造影CTの所見から腹膜炎を呈する急性型と膿瘍や肉芽腫を呈する慢性型に大別される。本症例では病理所見から慢性型の小腸穿孔が考えられた。鮎などの比較的骨が柔らかい魚ではCTで診断に難渋する可能性があったが、本症例では詳細な病歴聴取によって積極的に魚骨穿孔を診断し得たと考えられた。鮎の魚骨による小腸穿孔という大変珍しい一例を経験したので、自験例と文献的考察を加えて報告する。

小腸穿孔, 魚骨

8 Cronkhite-Canada syndromeの治療中に膜性腎症を発症した1例

水戸済生会総合病院 消化器内科

根本陽介, 柏村 浩, 吉武寛隆, 根本裕貴, 宇佐美佳恵, 山田修三,
金野直宣, 宗像紅里, 大川原健, 青木青木, 仁平 武

【症例】65歳 男性【主訴】味覚嗅覚障害, 下痢, 体重減少, 脱毛, 爪脱落。【既往歴】特記なし。【生活歴】喫煙なし, 飲酒なし。【家族歴】父 胆管癌。遺伝性ポリポーシス無し。【現病歴】X-10ヶ月に味覚嗅覚障害を自覚し近医耳鼻科で副鼻腔炎として治療開始された。X-9ヶ月から下痢, 脱毛, X-8ヶ月から爪の脱落を認めた。X-2ヶ月に当科を初診し下部内視鏡検査を行い、消化管ポリポーシスを認めていた。X日に発熱と倦怠感を主訴に来院した際 Cronkhite-Canada syndrome(CCS)が疑われ精査目的に入院した。蛋白漏出scintigraphyでは明らかな消化管蛋白漏出を認めなかったが、小腸にも多発ポリープを認めCCSと診断した。なおこの時まで健診を含めて蛋白尿を認めていなかった。【治療経過】X+12日からプレドニゾン(PSL) 20mg/dayで治療開始し、効果不十分でX+40日から30mg/dayに増量し自覚症状が改善し消化管ポリープの縮小も得られた。5mgで症状が増悪したためX+9ヶ月よりPSL40mg/dayにアザチオプリン(AZA) 50mg/dayを併用したところ速やかに症状が改善しその後PSLを3mg/dayまで減量していた。しかしX+1年3ヶ月の尿検査でUP(2+)の蛋白尿を認めその後も悪化したためX+1年7ヶ月に腎生検を行い膜性腎症と診断された。【考察】CCSは消化管(特に胃・大腸)に多数の非腫瘍性ポリープが発生する非遺伝性疾患である。当症例は、PSLとAZA治療で自覚症状は改善していたが、新たに蛋白尿が出現し、腎生検で膜性腎症の診断に至った。CCSの治療経過中に腎疾患が合併することは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

Cronkhite-Canada syndrome, 膜性腎症

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
足立駿祐, 生駒一平, 野村 慧, 佐藤寿史, 深田浩大, 山形寿文,
藤澤聡郎, 石川 大, 内山 明, 澁谷智義, 伊佐山浩通, 池嶋健一,
永原章仁

【症例】47歳女性【主訴】下痢【現病歴】X-12年にアセトアミノフェンによる劇症肝炎に対して肝移植を受け、その後から拒絶反応抑制のためにその後からタクロリムスを開始した。X-9年に便潜血陽性の精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎と診断し、メサラジンを開始後寛解が得られた。X-4年に再燃し生物学的製剤を始めたが、その後も寛解と増悪を繰り返しており、その度に生物学的製剤を変更していた。今回、X年7月に血便・下痢回数の増加があり、血液検査で炎症高値であったため、精査加療目的に緊急入院となった。第3病日からG-CAP療法を行い、第8病日にミリキズマブを導入したところ腹部症状、排便回数ともに改善が見られた。しかし第20病日から発熱や血便の再燃を認め、第23病日に咳嗽・鼻汁が出現したためCOVID-19のPCR検査を施行したところ、陽性と判定した。診断日からレムデシビルを投与したが腹痛や下痢に関しては改善を認められず、炎症反応も増悪の一途を辿り第31病日の血液検査でWBC 20000/ μ L、CRP 6.96mg/dLまで炎症反応が悪化したため、内科的治療の限界と判断し第32病日に結腸全摘術、回腸瘻造設術を施行した。病理組織学的所見では、結腸全体に粘膜の脱落、開放性潰瘍が見られ、活動性の潰瘍性大腸炎として矛盾ない所見であり、また回腸にも広範囲に活動性炎症と潰瘍も認めた。術後経過は問題なく、第37病日に炎症反応は陰転化し、第38病日より食事を再開、第47病日に退院となった。【考察】COVID-19での呼吸器外の合併症として消化管症状や肝機能障害、腎機能障害などが報告されており、COVID-19感染症において宿主の免疫応答が諸臓器の障害をきたすことが判明しつつある。今回の症例では、COVID-19後に潰瘍性大腸炎が増悪しており、免疫応答を介した間接的な影響も考慮された。【結語】COVID-19感染を契機に潰瘍性大腸炎が増悪した場合、内科的治療では病勢コントロール困難な場合があり、症状や検査所見から早期に外科治療を導入する必要があると考えた。

潰瘍性大腸炎, COVID-19感染症

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科
高木亮輔, 門馬匡邦, 玉虫 惇, 柿崎文郎, 森山由貴, 中川俊一郎,
小西直樹, 屋良昭一郎, 平山 剛, 岩本淳一, 池上 正

症例70代女性。主訴は発熱、腰背部痛。難治性潰瘍性大腸炎(以下UC)に対してインフリキシマブ投与を行っていた。またDM治療中である。腰背部痛と発熱が出現し、外来受診。排便回数や下痢、血便等のUCの臨床症状は安定していた。体温38.6℃、右背部から腰部に熱感を伴う結節を認めた。また血液検査でWBCやCRP上昇といった著明な炎症反応を認めた。腹部CTでは右腎被膜下から腎周囲に連続する広範に膿瘍合併を疑う所見を認めた。膿瘍性病変と腰部の皮膚の距離が近く腎膿瘍や皮下結節などの鑑別も困難であった。尿所見では尿路感染所見あり、尿培養ではE. coliとKlebsiella pneumoniaeが検出された。腎膿瘍のドレナージを放射線科へ依頼しCTガイド下で膿瘍ドレナージを施行した。ドレナージの培養検査ではKlebsiella pneumoniaeが検出された。膿瘍ドレナージ後の経過は良好で改善後にドレナージは抜去した。本症例は難治性UCに対してインフリキシマブ投与中、またDMも合併し治療中のところ、広範な腎周囲膿瘍を合併した症例である。インフリキシマブ投与中に膿瘍性病変を合併したため、腎膿瘍改善後はUC治療薬をインフリキシマブからベドリズマブへ変更した。ベドリズマブ変更後はUCの病状は安定しており、また腎膿瘍再発もなく経過良好である。UCの合併症として無菌性膿瘍等も報告されている一方で、インフリキシマブ投与中の膿瘍合併も報告されている。インフリキシマブ治療中の膿瘍合併は特にクローン病での肝膿瘍や膿胸なども報告されているが、インフリキシマブ治療中のUCでの腎周囲膿瘍の合併例は稀である。本症例はインフリキシマブ投与中という背景に加え、DMも合併しており感染性の合併症のリスクが高い症例であり、このような症例においては膿瘍性病変を含めた合併症に十分留意する必要性を示唆する貴重な症例と思われる報告する。

潰瘍性大腸炎, 腎周囲膿瘍

栃木県立がんセンター 腫瘍内科¹⁾, 同 総合内科²⁾
吉田真由¹⁾, 仲地耕平¹⁾, 岸川孝之²⁾

【症例】58歳男性【主訴】食思不振【現病歴】X年5月頃から食思不振、下腹部違和感が出現したため前医を受診。多発肝転移、肝転移を疑う腫瘍性病変を指摘され、8月に当院を受診した。【経過】下部消化管内視鏡検査でS状結腸に3/4周性の2型進行大腸癌の所見を認め、病理組織診は中分化管状腺癌であった。CT検査で多発肝転移、肺転移、多発リンパ節転移の所見を認め切除不能S状結腸癌と診断した。RAS/BRAF遺伝子野生型であり、10月3日よりFOLFOX+Panitumumab(PANI)療法を開始した。治療開始前にはCPK値は正常範囲内であったが、開始後よりCPKの上昇を認め、階段昇降時の筋力低下を自覚するようになり、11月には筋肉痛が出現した。12月にはPANIによる皮膚障害でみられる典型的な瘡様皮疹とは異なる、両側眼瞼の紫赤色浮腫性紅斑(ヘリオトロローブ疹)を認めたことから皮膚筋炎を疑った。抗核抗体、抗ARS抗体、抗Jo-1抗体、抗MDA5抗体、抗TIF1- γ 抗体、抗Mi-2抗体はいずれも陰性であったが、典型的な皮膚筋炎、近位筋の筋力低下、筋肉の自発痛、CRP上昇、CPK 2809 U/Lと上昇を認めており、皮膚筋炎の診断基準のうち皮膚筋炎及びその他8項目中4項目を満たすことから、皮膚筋炎と診断しプレドニゾン(PSL)40mg/dayの内服を開始した。PSL開始後、CPK値は減少に転じ、1ヶ月程度でヘリオトロローブ疹は改善傾向となった。現在はCPK 500-1000 U/L程度で推移し正常化はしていないものの、筋症状や皮膚症状の増悪はなく経過しておりPSLを漸減している。4コース終了後のCTで肝転移、肺転移、リンパ節転移は縮小し、FOLFOX+PANI療法は継続としている。【考察】癌発生に抑制的に作用する転写仲介因子である、TIF1- γ に対する抗体である抗TIF1- γ 抗体陽性の皮膚筋炎患者では高率に悪性腫瘍を合併するとされている。皮膚筋炎発症後あるいは同時期に悪性腫瘍が診断される場合が多い。本症例では特異的自己抗体は検出されず、S状結腸癌が皮膚筋炎に先行する稀な症例と考えられた。特徴的な皮疹やCPK上昇を認めた場合には、皮膚筋炎も念頭に置くことが必要と考えられる。

S状結腸癌, 皮膚筋炎

国立病院機構 横浜医療センター 消化器内科
竹岡祐毅, 鈴木雅人, 齋藤 淳, 佐伯優美, 小田貴之, 永井康貴,
友成悠那, 小川祐二, 山田英司, 野中 敬, 松島昭三

症例は83歳男性。2年前にBorrmann4型胃癌に対し幽門側胃切除術を施行された。1ヶ月前より続く食欲低下と便の狭小化を主訴に来院し、腹部CT検査を施行したところ、直腸の壁肥厚を認めた。下部消化管内視鏡検査を施行し、直腸Raに3/4周性の隆起性病変を認めた。同部位より複数箇所を生検を施行したが、悪性所見は認めなかった。超音波内視鏡検査を施行したところ粘膜下層の肥厚を認めた。同部位に対し超音波内視鏡下穿刺吸引生検法(以下EUS-FNA)を施行したところ、低分化型腺癌の診断となった。免疫組織学的染色ではCK7陽性、CDX2が弱陽性、CK20陰性となり消化管を原発とした腫瘍が疑われ、胃癌の手術検体と類似していたことから胃癌直腸転移の診断となった。患者は根治的治療を希望せず、後日外科で経口摂取の維持を目的として腹腔鏡下横行結腸人工肛門造設術を施行した。直腸粘膜生検で診断に至らなかった胃癌直腸転移に対し、EUS-FNAにより診断に至った一例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

EUS-FNA, 胃癌直腸転移

13 腸重積で診断しえた成人発症Peutz-Jeghers症候群の一例

東京北医療センター 消化器内科
西野 龍, 小林満里菜, 小川祐貴, 中島 謙, 粟飯原隼人,
光定聖弥, 藤原悠史, 間潤一壽, 岩田朋之, 三澤綾子

【症例】22歳男性 【主訴】血便 【既往】てんかん, アレルギ性鼻炎 【家族歴】なし 【現病歴】X年7月に血便を主訴に当院内科外来を受診した後, 当科へ紹介受診した。身体所見では腹痛は認めず, 直腸診で鮮血便を認め, 口唇などには色素斑は認めなかった。血液検査ではHb 11.9 mg/dLと貧血を認め, 腹部造影CT検査では下行結腸にtarget signを認めた。腸重積を疑い原因検索目的に下部内視鏡検査を施行し, 下行結腸に長径8cm程度の多結節状の腫瘍性病変を認めた。同病変は弾性軟で, スコープ通過は可能であった。病変部でガストログラフィンによる造影を行うも口側腸管が造影されなかったため通過障害に対して外科で左半結腸切除術を行った。組織学的には過誤腫性のポリープでありPeutz-Jeghers症候群を疑った。手術後, 上部消化管内視鏡検査, 小腸カプセル内視鏡検査を行い, 明らかな小腸病変を認めず, 上行結腸とS状結腸, 直腸に5個のポリープを認め, いずれも病理学的に過誤腫性ポリープであった。その後, 他の疾患の否定も含め, 他院での遺伝子検査を追加し, SKT2遺伝子異常を認めたため, 診断基準を満たすこととなり, Peutz-Jeghers症候群と診断した。【考察】Peutz-Jeghers症候群は本邦では600から2400人程度の稀な疾患である。口唇, 口腔, 指先部などに1~5mmほどの色素斑が認められ, 頬粘膜以外には思春期以降に消失すると言われる。ポリープは食道を除く全消化管に認め, 特に十二指腸から上部空腸に多く認められることが多い。黒色便, 血便, 貧血, 腸重積による急性腹痛・嘔吐, 消化管通過障害を呈することもあると報告されている。本症例はPeutz-Jeghers症候群の家系歴がなく, 特徴的な色素斑も認めなかったため診断に難渋したが遺伝子検査によって診断することができた。【結語】稀な疾患であるPeutz-Jeghers症候群を経験した。特徴的な身体所見や家族歴を有さない患者は腸重積によって成人になってから診断に至る例も複数あり, 非典型例のPeutz-Jeghers症候群を疑う患者には遺伝子検査を施行することが有用であると考えた。

Peutz-Jeghers症候群, 腸重積

14 便秘を契機に発見されたirAE腸炎の一例

国際医療福祉大学成田病院 腫瘍内科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,
同 消化器外科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾
菅原ゆたか¹⁾, 小林桃子¹⁾, 山下健太郎²⁾, 島田理子³⁾, 大山隆史³⁾,
小田田美菜⁴⁾, 森 一郎⁴⁾, 林雄一郎⁴⁾, 海老沼浩利²⁾, 板野 理³⁾,
樋口 肇⁴⁾

【症例】61歳男性【既往歴】虫垂切除後, 結石性胆管炎, 脂質異常症, 高尿酸血症【現病歴】腹部膨満感を契機に当院消化器内科で精査されX年9月の上部消化管内視鏡検査で4型胃癌の診断となった。画像上は転移を認めず根治切除のために腹腔鏡手術を行ったが, 腹膜播種が観察されたため審査腹腔鏡のみで終了し, Stage IVの胃癌として腫瘍内科に紹介となった。全身化学療法としてX年11月にCapeOX+Nivo療法を開始した。12月1日に2コース目を投与した後に便秘が出現した。酸化マグネシウム・エロピキシパット・ピコスルファート・マクロゴールの内服とグリセリン浣腸が行われたが少量の硬便しか排泄されず, 腹部膨満・苦痛が増強していたため入院治療とした。腹部レントゲンでは明らかなイレウスの所見は無かった。リナクロドール・大建中湯の内服追加と浣腸が行われて排便がみられたため23日からCapeOX+Nivo療法の3コース目を投与し退院とした。退院後に再び便秘となり, 腹部膨満が強くなったため27日にCTを施行したところ, S状結腸~直腸壁の肥厚がみられた。X+1年1月26日に下部消化管内視鏡検査を施行しS状結腸~直腸に地図状びらんと粘膜の発赤・浮腫を認めた。病理検査では結腸粘膜に高度の炎症所見を認め免疫関連有害事象(irAE)の腸炎として矛盾しない結果であった。経過と併せてニボルマブによるirAE腸炎と診断した。PSLを20mg/日の内服で治療を開始し便秘は軽快した。2週間毎にPSLを漸減して投与を終了した。CapeOX+Nivo療法は3コースで終了し, 以降はCapeOX療法へと切り替えた。患者本人の希望があり他院で治療を継続することとなり2月に終診とした。【考察】irAE腸炎は免疫チェックポイント阻害薬の副作用として比較的頻度の多い病態である。通常は下痢症候を伴うことが多いが, 本症例では典型的なirAE腸炎の経過と異なり難治性便秘として症状が現れた。便秘によって発見されたirAE腸炎の報告は少なく稀なケースとして報告する。【結語】irAE腸炎は下痢だけでなく便秘として現れる場合もあることに留意して治療を行うことが必要である。

irAE腸炎, 便秘

15 寛解期潰瘍性大腸炎に発症した成人特発性腸重積症の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾,
同 予防医学センター³⁾, 同 一般・消化器外科⁴⁾
加藤智尋¹⁾, 阿曾沼邦央^{1,2)}, 長谷川麻衣¹⁾, 和田晴香¹⁾, 野上 章¹⁾,
洪井俊祐^{1,2)}, 小松萌子¹⁾, 芹澤 奏¹⁾, 梅田智子^{1,2)}, 宮本康雄^{1,3)},
佐上晋太郎^{1,2)}, 原田優香⁴⁾, 小木曾匡⁴⁾, 迫 裕之⁴⁾, 矢部信成⁴⁾,
石井良幸⁴⁾, 中野 雅^{1,2)}, 日比紀文²⁾, 小林 拓^{1,2)}

【症例】20歳代男性【主訴】右下腹部痛【現病歴】8年前に左側大腸炎型潰瘍性大腸炎を発病し, メサラジン製剤内服にて臨床的寛解, 内視鏡的寛解維持されていた。青黛の内服なし。下痢型過敏性腸症候群の合併を強く疑われ継続加療を行っている。20XX年7月21日外食後から右下腹部に間欠的な腹痛と下痢が出現した。血便はなかったが, 7月26日夜間より腹痛が増悪したため, 翌27日に当院受診した。【現症】右下腹部に表面滑で弾性軟の手掌大の腫瘤を触知し, 同部位に反跳痛を認めた。【検査所見】血液検査所見にて白血球数7,080/ μ L, CRP 0.24mg/dLと明らかな炎症所見はなかった。造影CT, 腹部超音波検査にて上行結腸にtarget signを認めたが血流障害を疑う所見はなかった。【経過】腸重積症と診断し緊急下部消化管内視鏡検査を行ったところ, 上行結腸に重積を認め, 送気送水で容易に整復された。先進部になりうる腫瘍性病変は認めず, また大腸粘膜は内視鏡的寛解であった。経過良好で第7病日に退院した。【考察】成人腸重積症は先進部に悪性腫瘍などの器質的病変を有することが殆どである。文献的には潰瘍性大腸炎に発症した腸重積は, 青黛内服中もしくは活動期での報告が大多数であり, 本症例のように器質的病変が存在せずに寛解期に発症した症例は稀である。

潰瘍性大腸炎, 成人腸重積

16 末期大腸癌患者に生じた可逆性後頭葉白質脳症の一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科
柴田英典, 西村 尚, 酒寄千晶, 三国隼人, 澤田亮一,
猿田雅之

【症例】56歳女性【主訴】意識障害【経過】X-2年8月に検診で便潜血陽性となり, 当院で下部消化管内視鏡を施行した。横行結腸に肉眼型1型の腫瘍性病変を認め, 生検の結果, 横行結腸癌の診断となった。同時に行った造影CT検査で多発肝転移の所見を認め, 切除不能進行大腸がんの診断となり, 緩和的治療法を行う方針となった。BRAF V600E変異型であったため, X-2年12月よりFOLFOXIRI+ペバシズマブ療法を開始した。X-1年6月からエンコラフェニブ+ビニメチニブ+セツキシマブ併用療法, X年2月からトリフルリジン/チベラシル+ペバシズマブ療法を行った。X年2月に腹痛, 腹部膨満感あり, 造影CT検査の結果, 腹膜播種に伴う十二指腸閉塞の診断となった。X年3月に腹腔鏡下胃空腸バイパス術を施行した。腹膜播種・肝転移が著明に増悪しており, ADLも低下していることからbest supportive careの方針となった。X年5月Y-5日, 血圧190/110mmHgまで上昇し, 頭痛が出現した。頭部単純CTでは明らかな頭蓋内病変は指摘できなかった。頭痛に対して対症療法を行い, 血圧管理目的でピゾプロロールの投与を開始し, 頭痛は改善した。5月Y日夜間より急性に意識障害, けいれん発作を認めた。意識障害の発症時に血圧230/120mmHgと著明な高血圧を認めたこと, 頭部単純CTで両側後頭葉白質に脳浮腫を疑う低吸収域を認めたことから, 可逆性後頭葉白質脳症(PRES)と診断した。レベチラセタム, ニカルジピンの投与により徐々に意識状態は改善を認め, 5月Y+5日には意識清明まで改善, 神経学的な後遺症や痙攣発作の再発もなく経過し, 5月Y+9日に自宅に退院となった。化学療法中にPRESを発症した大腸癌患者の報告はあるが, best supportive careの方針となった大腸癌患者にPRESを発症した報告は稀であり, 若干の文献的考察を加えて報告する。

可逆性後頭葉白質脳症, 大腸癌

17 横行結腸穿孔を契機に血管型Ehlers-Danlos症候群の診断に至った1例

昭和大学 江東豊洲病院 消化器センター
山口倫昌, 田邊万葉, 櫻井友浩, 駒形明紀, 汐見大二郎, 國田康輔,
年森明子, 浦上尚之, 徳永良太, 田邊太郎, 伊藤敬義, 横山 登,
井上晴洋

【症例】20歳代女性【既往歴】先天性内反足, 椎骨動脈解離【家族歴】父,S状結腸穿孔, 多発動脈瘤(40歳代で死去)【現病歴】20XX年5月, 腹痛を主訴に救急外来を受診。造影CTで周囲脂肪織混濁を伴う横行結腸の限局性壁肥厚, 少量の腹水を認め, 腸炎の診断で緊急入院となった。【入院後経過】絶食, 補液, 抗生剤での保存治療を開始した。第3病日, 腹部症状の増悪および炎症反応の上昇を認めたため造影CTで再検したところ, 横行結腸の一部に壁構造の途絶を認め, 同部位にair densityを伴う低吸域を認めた。横行結腸穿孔の診断のもと, 緊急手術を施行した。術中所見: 腹腔内に少量腹水を認めたが, 明らかな汚染は認めなかった。横行結腸腸間膜内の膿瘍形成が認められたため, 同部を穿通部と判断し, 横行結腸部分切除術を施行した。また術中, 組織の脆弱性及び易出血性が顕著であった。術後経過は良好で第17病日に退院となった。椎骨動脈解離の既往, 若年発症の特異性腸管穿孔, および家族歴から, 何らかの結合組織疾患の存在を疑い遺伝子検査を行ったところ, 血管型Ehlers-Danlos症候群(vEDS)の診断となった。【考察】EDSはコラーゲン遺伝子の異常により, 皮膚の過伸展や血管の脆弱性および関節過伸展を特徴とする稀な遺伝性結合組織疾患である。EDSは13の病型に分類されているが, このうち常染色体優性遺伝であるvEDSは動脈解離や動脈破裂, 腸管破裂などを呈する最も深刻な病型であり, 頻度は1/50000-250000人とされる。20歳までに25%, 40歳までに80%以上が動脈破裂などの重大な合併症を生じ, 死亡年齢中央値は48歳と報告される。致命的な疾患にもかかわらず, その希少性と認知度の低さから診断がなされずに生活をしている患者も存在するといわれ, 本症例も未診断であった。若年若で原因不明の消化管穿孔例では本疾患を疑う必要があり, 詳細な家族歴を含む問診と身体診察, そして確定診断後の嚴重な経過観察が必要である。【結語】横行結腸穿孔を契機にvEDSの診断に至った一例を経験したため, 若干の文献的考察を含め報告する。

横行結腸穿孔, 血管型Ehlers-Danlos症候群

19 放射線短期照射と免疫チェックポイント阻害薬療法により臨床的完全奏功となった高頻度マイクロサテライト不安定性進行直腸癌の1例

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

【緒言】高頻度マイクロサテライト不安定性(microsatellite instability-high: MSI-H) 大腸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬療法について, 小規模の報告ではあるものの極めて高い完全奏功率が報告されている。今回, 放射線短期照射と免疫チェックポイント阻害薬療法により臨床的完全奏功となったMSI-H進行直腸癌の1例を経験したため, 文献的考察を加え報告する。【症例】症例は45歳, 男性。血便の精査目的に下部消化管内視鏡検査を施行したところ, 肛門縁から2cm口側に1/2周性の2型病変を認め, 生検で中分化型腺癌と診断された。CT検査, MRI検査では直腸癌の浸潤は直腸壁の筋層を超えていたが, 隣接臓器へは及んでいなかった。また, 腸管傍リンパ節, 左側方リンパ節(閉鎖リンパ節および内腸骨動脈リンパ節)の腫大を認め, これらはリンパ節転移と考えられた。遠隔転移を認めなかった。以上より, Rb, cT3N3M0, StageIIcと診断した。腫瘍の遺伝子検査の結果は, KRAS (G13D)変異型, BRAF V600E野生型, MSI-Hであった。進行直腸癌であったことから術前治療の方針とし, まず, 放射線短期照射(5Gy×5回)を施行した。ついで, MSI-Hであったことから, ペムブロシマブの投与(3週間サイクル)を開始した。3コース終了時に下部消化管内視鏡検査を施行したところ, 直腸癌は平坦化しており, 生検の結果はGroup 1であった。6コース終了時に下部消化管内視鏡検査を施行したところ, 直腸癌のあった部分は軽度陥凹し, 粘膜面に腫瘍性病変は認めず, 生検の結果はGroup 1であった。同時期にCT検査, MRI検査を施行したところ, 直腸癌は指摘できず, 腸管傍リンパ節と左側方リンパ節は縮小しており, 臨床的完全奏功となった。この時点で, 手術の方針となっていたが, 患者の同意が得られなかったため, ペムブロシマブの投与は6コースで終了し, 経過観察の方針となった。6コース終了から4か月経過した時点で, 再度, 下部消化管内視鏡検査, CT検査, MRI検査を施行したが, 完全奏功を維持している。

直腸癌, 高頻度マイクロサテライト不安定性

18 上部消化管造影後に大腸閉塞を来した3例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科,
同 外科²⁾

平澤智明¹⁾, 木下 聡¹⁾, 牧野暁嗣²⁾, 高田祐明¹⁾, 南 一洋¹⁾,
冠城拓示²⁾, 碓井真吾¹⁾, 門多由恵²⁾, 中里圭宏¹⁾, 唐橋 強²⁾,
大久保暢之¹⁾, 吉田武史¹⁾

【緒言】バリウムによる上部消化管造影(MDL)は厚労省の「がん予防重点健康教育及びがん検診実施のための指針」において40歳以上に推進されている。しかし注意事項として腸閉塞や消化管穿孔などの重篤な合併症が指摘されている。今回, MDL後に大腸閉塞を来した3例を経験したので報告する。【症例1】52歳女性。健康診断でMDLを行なったがその後, 十分な排便を認めなかった。検査3日目に緩下剤を服用したが, 4日目に腹痛と嘔吐が出現し救急要請した。来院時の腹部XP, 造影CTでS状結腸から直腸内に大量のバリウムの貯留を認めた。明らかな腸管穿孔を疑う所見がなかったため, 大腸内視鏡検査(CS)でバリウム除去を試みたが, S状結腸にバリウムが嵌頓し血流障害を来していた。内視鏡での除去は困難と判断し外科的治療の方針とし, 大量の糞便, バリウムの残存があったため人工肛門造設となった。【症例2】59歳女性。人間ドックでMDLを行ない, 2日後に下部腹痛と嘔吐を認め救急要請した。腹膜刺激症状があり, 腹部XPでS状結腸を中心に大量のバリウムの貯留と腹部単純CTでS状結腸周囲にfree airを認めたため緊急手術を行なった。術中所見でバリウムの腹腔内への漏出や大腸穿孔は認めなかったが, S状結腸に腸管壊死を来していたため同部位での切除とS状結腸に人工肛門造設となった。【症例3】59歳女性。健康診断でMDLを行ない, 2日後に左下腹部痛と嘔吐を認め救急要請した。反跳痛があり, 腹部XPと腹部単純CTでS状結腸にバリウムの貯留と腸管周囲のfree airを認めた。術中所見でS状結腸の腸管裂孔を認めたが腹腔内への漏出は認めず, S状結腸に人工肛門造設を行なった。【考察】健康診断で行う検査で合併症は基本的に起こってはならないものである。今回, 立て続けに起きたバリウムによる大腸閉塞について経験したことで文献的考察と当院での対策を加えて報告する。

バリウム, 大腸穿孔

20 当院における急性E型肝炎の実態

湘南藤沢徳洲会病院 肝胆脾内科
百木菜摘, 津田享志, 清水 実, 藤川智章, 清水弘仁,
岩渕吾吾

【背景・目的】2011年にHEV-IgA抗体が保険収載され, HEV感染症の報告数は増加傾向である。一方で本邦において, 肝生検結果を含め臨床経過について検討した報告は少ない。今回我々は当院で経験した急性E型肝炎について検討し文献的考察も加えて報告する。【対象・方法】2015年4月~2023年9月の期間に急性E型肝炎と診断された23例の年齢, 性別, 既往, 診断年月日, 臨床経過, 推定される感染経路, 診断方法, 血液検査値, 治療方針を調査した。肝生検組織所見については再度病理医が評価した。【結果】年平均2.6件(範囲0~4)であり季節性は認めなかった。男性が17例(74%), 年齢中央値59歳(38~77)であった。感染経路は14例(67%)が不明であった。主訴は8例(34%)が無症状で, 有症状(66%)の内訳は倦怠感10例(43%), 嘔気嘔吐3例(13%), 食欲低下2例, 頭痛2例, 発熱1例, 掻痒感1例, 黄疸1例, 関節痛1例であった。診断根拠は1例がHEV-RNA(献血検体)陽性, 22例がHEV-IgA抗体陽性であった。血液検査のピーク値はAST中央値91.1, 5(113~3348)IU/L, ALT中央値1652.5(117~3741)IU/L, T-Bil中央値2(0.7~8.5)mg/dLであった。13例(56%)で入院治療を要したが, 劇症化症例はなく全症例が自然軽快した。肝生検実施例は8例あった。その全ての症例で肝小葉を中心とした肝細胞壊死, 炎症細胞の浸潤, 胆汁鬱滯像を認めたが, 程度には症例毎に差があった。【考察】当院で経験したE型肝炎の疫学的な傾向(性別, 年齢, 感染経路)は既報と概ね同様であった。患者背景には一定の傾向はなく, 肝酵素などの検査値は症例ごとで幅があり, 病理組織所見も程度には差があることから, E型肝炎の臨床所見, 病理所見は多彩であるといえる。【結語】日常診療で遭遇する可能性の高い疾患としてE型肝炎は常に念頭に置くべきである。

ウイルス性肝炎, HEV

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科
中原健徳, 中原健徳, 鈴木 賛, 丹野恵里佳, 阿部敏明, 北村友里,
竹熊勇登, 佐藤公紀, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎,
関 道治, 戸田信夫

【症例】78歳女性【既往歴】高血圧症【主訴】なし2009年頃よりIgG高値を指摘され、2016年にIgG4高値を指摘されたが自覚症状はなく、軽度尿蛋白とリンパ節腫大（肝十二指腸韧带、脾頭後部、総肝動脈周囲、胃小弯側）の他、特記所見なく経過観察されていた。2020年11月の腹部エコーで肝S6、7に10mm大低エコー腫瘍を認めたが経過観察された。2022年5月の腹部エコーでS7に40mm大、17mm大の低エコー腫瘍を認めた。造影CTで肝後区域に4cm大、他S3、S6、S7に造影効果に乏しい多発腫瘍影を認めた。経皮的肝生検で後区域病変より検体を採取したところ、病理組織像で、密なリンパ球・形質細胞浸潤を認めた。免疫組織学的染色にてIgG4陽性細胞は10個以上/HPFを認めIgG4/IgGについても40%を超えていた。IgG4関連肝炎症性偽腫瘍と診断し、本人にステロイド治療を提案したが治療へ消極的であり2か月後のCTフォローで自然縮小していたことから経過観察とした。6か月後のCTではやや残存していたが12か月後には横隔膜角リンパ節、IVC背側、腹部大動脈周囲リンパ節腫大とともに肝腫瘍は消失した。【結語】経過観察で消失したIgG4関連肝炎症性偽腫瘍の一例を経験したので報告する。

IgG4関連疾患, 肝炎症性偽腫瘍

獨協医科大学 内科学(消化器) 講座
石田浩祐, 久野木康仁, 小島原駿介, 大西俊彦, 嘉島 賢,
佐久間文, 永島一憲, 阿部洋子, 入澤篤志

【背景】Trousseau症候群は悪性腫瘍に合併する血栓症だが、胆管細胞癌による発症は稀である。我々は、髄膜播種, Trousseau症候群を合併した胆管細胞癌の1例を経験した為文献的考察を加えて報告する。【症例】70歳台男性。主訴は腹痛。X年3月頃から下痢と便秘を繰り返す。臍部痛を覚え、5月中旬に近医を受診。腹部造影CTで腹水、肝腫瘍を認め、精査目的に当院へ紹介受診。肝生検やPET-CTの結果、中分化胆管細胞癌、骨転移と診断された。化学療法導入のため、6月上旬に再入院する方針となるが、入院1週間前から会話の辻褄が合わない、携帯電話を使用できないといった症状が急激に出現した。化学療法目的に6月22日に入院。【既往歴】高血圧症。【生活歴】飲酒：焼酎水割り1合/日、喫煙：20-60歳まで2ppd。【現症】意識清明時と失見当識が混在。BT36.4℃、BP126/67 mmHg、HR69 bpm、SpO2 97%(RA)。球結膜に黄染なし。腹部は平坦、軟。背部自発痛あり。腹部に波動触知。四肢に麻痺を認めない。その他神経学的異常所見なし。入院後経過：入院後意思疎通不良が増悪。急激な行動変容が見られており、頭蓋内病変精査で頭部造影MRI検査を施行。拡散強調像で髄膜表面の高信号域および、脳内に多発する高信号域を認め、髄膜播種及びTrousseau症候群の診断となる。第6病日より化学療法を開始予定であったが、疎通性不良により本人の同意が得られないため積極的加療が困難と考えられ、BSCの方針へ切り替えた。その後、第14病日に転院した。【考察】本症例では、注意障害や失行等の症状が見られた事が、髄膜播種・Trousseau症候群の診断につながった。運動麻痺症状を認めなかったことは、運動野の梗塞巣が少なかったためと考えられた。胆管細胞癌はリンパ節転移が多いとされるが、脳はリンパ組織が存在せず、脳転移は少ないとされる。しかしながら本症例では、中分化腺癌がみられており、転移、播種のリスクが高く、髄膜播種を来したと考えられる。また、Trousseau症候群を合併した症例はなく稀と考えられた。

胆管細胞癌, 髄膜播種

筑波大学 医学医療系 消化器内科¹⁾, 同 血液内科²⁾,
同 診断病理³⁾
鈴木 聡¹⁾, 長谷川直之¹⁾, 小島丈心¹⁾, 藤川健太郎¹⁾,
湯原美貴子¹⁾, 阿部 涼¹⁾, 堀籠祐一¹⁾, 川越亮承¹⁾, 城山真美子¹⁾,
石川直樹¹⁾, 小松義希¹⁾, 新里悠輔¹⁾, 遠藤壮登¹⁾, 高山敬子¹⁾,
岡田浩介¹⁾, 瀬尾恵美子¹⁾, 加藤貴康²⁾, 松岡亮太²⁾, 松原大祐³⁾,
土屋輝一郎³⁾

【症例】

15歳女性。7歳時より特発性血小板減少性紫斑病(ITP)を指摘され、小児科で経過観察されていた。X年1月に父がCOVID-19感染症を発症し、自身も咽頭痛を自覚した。数日後に上腹部痛、倦怠感が出現し、前医を受診した。血液検査で肝障害、黄疸、貧血を認めたため、当院小児科を紹介受診した。血液検査でHb 6.6 g/dL、総ビリルビン 9.9 mg/dL(直接ビリルビン 5.1 mg/dL)、AST 650 U/L、ALT 854 U/Lと高度貧血と、溶血性貧血による黄疸、肝障害が認められた。血小板数は12.2万/μlと以前と比較して低下は認められなかった。精査のため消化器内科に入院した。入院時、発熱はなかったもののCOVID-19 PCR陽性(CT値:36)だった。網状赤血球数の増加、ハプトグロビン低下、直接クームス試験陽性(IgG+補体)、尿中ウロビリノゲン増加より貧血の原因は自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。また、抗核抗体320倍、サイトメガロウイルス(CMV)-IgG、CMV-IgM、抗ミトコンドリアM2抗体が陽性だった。肝生検で門脈域から肝実質に及ぶinterface hepatitisやロゼット形成、形質細胞浸潤を認めたことから自己免疫性肝炎(AIH)と診断した。なお肝生検でCMV肝炎や原発性胆汁性胆管炎を疑う所見は認めなかった。以上よりCOVID-19感染症を契機としたAIH、AIHAと判断し、プレドニゾン40 mg/日で治療を開始した。速やかに肝障害、貧血は改善したため、1週間毎にプレドニゾンは5mg/日ずつ漸減し、第30病日に退院した。

【考察】

本症例は、臨床経過から、COVID-19感染症を契機にAIH、AIHAを発症したと考えられた。SARS-CoV-2の構造の一部とヒト蛋白に類似性があることから、SARS-CoV-2に対する免疫反応が、自己免疫反応の引き金になったのではないかと推定される。本症例は既往症としてITPがあり、自己免疫疾患の素因も影響した可能性がある。COVID-19が契機となったAIHの報告は6例のみで、本邦からの報告はない。さらに、AIHAとAIHを同時発症した例はこれまで報告がないため、文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, COVID-19

社会福祉法人恩賜財団済生会横浜市南部病院 消化器内科
佐久間大樹, 石井寛裕, 土澤百合花, 尾崎裕理, 永島愛一,
小俣亜梨沙, 石野勇康, 川名祐介, 榎本昌人, 黒澤貴志, 京 里佳,
所知加子, 菱木 智, 川名一朗

【症例】68歳男性【主訴】腹部膨満【現病歴】X年4月ごろから腹部膨満を自覚していた。症状が増悪したためX年6月11日に当院へ救急搬送された。来院時のバイタルサインに異常は認めず、身体所見では右季肋部から右下腹部にかけて腫瘍を触れたが疼痛は認めなかった。血液検査では肝障害(AST 223U/L, ALT 73U/L)と貧血(Hb7.2g/dL)を認めた。造影CTでは肝辺縁は鈍化しており、肝表面には凹凸が見られ脾腫も認めたことから肝硬変と考えられた。またS5から連続して長径約17cmの分葉状の腫瘍が見られ、早期濃染、後期相でwash outを認めたことから肝細胞癌が疑われた。腫瘍腹側近傍には高吸収域を認め、腫瘍からの出血と考えられた。無治療のB型肝炎と焼酎3合/日の飲酒歴も認めたことからこれらによる肝硬変(Child-Pugh分類:10点、C)を背景とした肝細胞癌の破裂と診断し、精査・加療目的に当科に入院した。【入院後経過】第1病日に動脈塞栓術(TAE:Transcatheter arterial embolism)を施行した。右肝動脈後区域枝、右腎被膜動脈から腫瘍の栄養血管を認め、ゼラチンスポンジ(セレスキュー細片)を用いて塞栓した。また、これまで肝硬変に対しては無治療であったため利尿薬やアミノ酸製剤などを開始した。貧血の進行が予想されたため同日、赤血球液4単位を輸血し、その後は貧血の進行は認めず経過した。肝酵素は第3病日にピークアウトし、腎機能障害は認めず経過した。第12病日、第26病日に造影CTを撮像したが腫瘍形成を疑う所見は認めず、新規の出血を疑う所見も認めなかった。経過良好のため第33病日に自宅退院した。退院後は外来にて内服加療を継続し、8月にはChild-Pugh分類8点、Bとなった。現在、再破裂予防、根治治療目的に当院消化器外科へ紹介し外科的治療について検討している。【結語】肝細胞癌破裂に対し、肝予備能が悪い場合でもTAEにより救命でき、外科的治療を検討するまでに至った一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

肝細胞癌, TAE

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
小澤朋弘, 中島陽子, 富士貴弘, 音山裕美, 杉浦育也, 市川 雪,
魚住祥二郎, 下間 祐, 打越 学, 坂木 理, 吉田 仁

【背景】アラジール症候群は常染色体優性遺伝で、小葉間胆管減少症による慢性肝内胆汁うっ滞症に、特異的な顔貌、心血管異常等を伴うことを特徴とする。アラジール症候群において肝硬変合併はしばしば認められるが、肝細胞癌合併は稀である。今回我々は、アラジール症候群に発生した肝細胞癌の1例を経験したので報告する。【現病歴】38歳女性。肺動脈狭窄症があり幼少期より医療機関を通院していたが自己中断していた。X-1年妊娠を契機に肺動脈狭窄症に対し小児循環器内科の通院を再開し、また妊娠糖尿病に対し糖尿病内科で加療を開始した。X年2月軽度肝障害があり腹部超音波検査を行ったところ脂肪肝のみであり、妊娠中のため追加の画像検査は行わず糖尿病内科で経過観察とした。X年11月上旬、腹部超音波検査で肝腫瘍を認め、当科を受診した。【経過】CT、MRI検査から肝細胞癌と診断し肝切除を予定したが、X年11月下旬に肝細胞癌破裂し、緊急肝動脈塞栓術を施行した。全身状態改善後に手術を再度予定したが、X+1年1月の造影CT検査で肝細胞癌の急速な増大を認め、根治切除は困難と判断した。切除不能肝細胞癌に対しアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法を開始したが、3コース終了時点でPDであり、同年3月レンパニブを開始した。著明な腫瘍血流低下を認め治療効果良好であったが、同年5月呼吸困難感を自覚し近隣の医療機関へ救急搬送され、搬送中に心停止、呼吸停止し、同日永眠された。上記経過中、子供にアラジール症候群が疑われ、他院にて確定診断された。遺伝性疾患であり、本症例においても特異的な顔貌、心血管異常があることからアラジール症候群が強く疑われた。【結論】アラジール症候群の肝細胞癌発生は稀であり、罹患者における病因に関してはほとんど知られていない。アラジール症候群では定期的な画像検査を行い、肝細胞癌を早期発見することが予後の改善に重要である。今回我々は、アラジール症候群に肝細胞癌を発生した1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

アラジール症候群, 肝細胞癌

アナフィラキシー様症状を呈した原因不明の急性肝不全に対してステロイドパルス療法を施行した1例

国立国際医療研究センター 消化器内科
大和 幹, 柳瀬幹雄, 田中康雄

【背景】アナフィラキシー症状に対する救急処置を要する患者で肝障害を伴う例があるが、急性肝不全に至る例は稀である。今回上記症状にて急性肝不全に至った症例にステロイドパルス療法を施行し軽快に至ったので報告する。【症例】20歳代 男性【主訴】発疹、掻痒感、呼吸困難感【現病歴】X-3年にアナフィラキシーを発症し精査したが原因物質は不明だった。X年7月に全身の掻痒感、呼吸困難感が出し本人が救急要請した。【臨床経過】来院時症状からアナフィラキシーを疑いアドレナリン0.3mg筋注した。バイタルサインは安定していた。入院時採血にてAST 3989 U/L, ALT 3011 U/L, PT 38%。意識は清明で非昏睡型急性肝不全の診断となった。採血検査から肝炎ウイルスや自己免疫性の肝障害は否定された。メチルプレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム100mg投与を3日間投与した。第4病日の採血検査でAST 84 U/L, ALT 1058 U/L, PT 78%と改善し同日ステロイドをプレドニゾロン40mg内服に変更した。第5病日原因検索のため肝生検施行した。ステロイド内服漸減し第10病日退院となった。肝生検所見では肝細胞壊死はみられず、若干の小葉内炎細胞浸潤、中心静脈周囲の軽微なうっ血がうかがわれた。【考察】急性肝不全の原因としてはアナフィラキシーによる血圧低下からの循環不全の可能性は否定できないが血圧低下は一過性でショックにはおとらず積極的に疑えなかった。アナフィラキシーによる炎症反応が肝障害を起こした可能性が高いと考えるもの、肝生検の結果はステロイドパルス後のためか特記所見は認めなかった。【結語】アナフィラキシー様症状を呈した原因不明の急性肝不全に対してステロイドパルス療法を施行した一例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

急性肝炎, アナフィラキシー

Acute on chronic liver failureをきたしたWilson病の1例

杏林大学医学部 消化器内科学¹⁾, 同 医学教育学²⁾, 同 病理学教室³⁾

高田華瑠¹⁾, 川村直弘¹⁾, 友近 瞬¹⁾, 藤麻武志¹⁾, 箕輪慎太郎¹⁾, 三井達也¹⁾, 三浦みき¹⁾, 關 里和¹⁾, 二階雪野³⁾, 藤原正親³⁾, 柴原純二³⁾, 森 秀明²⁾, 久松理一¹⁾

症例は60歳代女性。弟がWilson病による肝不全で死亡。20XX-34年他院眼科でKayser-Fleischer角膜輪を指摘されWilson病と診断された。腹腔鏡検査が施行され肝硬変の診断であった。上肢のしびれがあり同院神経内科でd-ペニシラミンが投与され、血清銅、肝酵素は正常範囲で経過していた。遺伝子検査ではATP7Bを確認された。20XX-13年より低アルブミン血症、PT活性の低下を認め、腹水貯留、下腿浮腫が出現し当科を受診。保存的治療で体液貯留は改善し、以後安定した状態で外来通院していた。20XX年5月中旬より黄疸、食欲不振、下腿浮腫が出現し意識障害も当院へ救急搬送され、急性肝不全、肝性脳症の診断で5月下旬に入院した。意識は傾眠傾向、眼球、皮膚は高度の黄疸を伴い、心肺異常所見なし、腹水なし。肝腫触知せず。両側下腿に浮腫を認めた。羽ばたき振振あり。血小板数16.3万、PT 22.7%、アルブミン2.0 g/dL、総ビリルビン35 mg/dL、AST 89 IU/L、ALT 17 IU/L、BUN 36.6 mg/dL、Cr3.2 mg/dL、NH3 107 μg/dLと肝不全と急性腎障害と診断。血清銅200 μg/mLと高値。セロプラスミン17.1 mg/dLと低値であった。血液濾過透析法と血漿交換を開始するも、第3病日に急性呼吸窮迫症候群による両側肺水腫が出現し気管挿管し人工呼吸器による管理を開始した。しかし、循環動態保てず第8病日に死亡した。生体肝移植については娘はドナーを希望したが、本人、夫からの同意を得られず実現しなかった。病理解剖では、肝臓は重量980gと萎縮し高度な胆汁うっ滞を伴う肝硬変の所見であった。脂肪変性と門脈域、小葉、中心静脈を中心としたリンパ球の浸潤を認めた。Rhodamin染色で銅の沈着は認めなかったが、ルベアン酸染色で著明な銅の沈着を認めた。後日、d-ペニシラミンは約6か月間内服せず大量の残薬が確認され怠業による急性増悪と診断した。怠業を契機に急性増悪したWilson病による剖検例につき文献的考察を加え報告する。

Wilson病, Acute on chronic liver failure

Atezolizumab + Bevacizumab併用療法導入後5か月後に急速に縮小を認めた肝細胞癌の1例

千葉大学 医学部 医学研究院 消化器内科学

澤田 翠, 小林和史, 叶川直哉, 宇野澤秀美, 藤本健太郎,
岡田 牙, 石野貴雅, 小川慶太, 藤原希彩子, 興相慧輔, 井上將法,
清野宗一郎, 中村昌人, 近藤孝行, 中川 良, 小笠原定久,
中本晋吾, 室山良介, 加藤 順, 加藤直也

【背景】2020年9月に切除不能進行肝細胞癌に対してAtezolizumab + Bevacizumab併用療法 (Atez/Bev) が承認され、複合免疫療法が治療の主体となった。RECISTv1.1でPDと判定した場合にレジメン変更が検討されるが、20%以下の増大や腫瘍マーカー上昇など、RECIST PDを満たさない場合にレジメン継続に不安を覚える場面は少なくない。今回Atez/Bev導入後22週以降で急速に縮小した肝細胞癌を経験したので報告する。【症例】80歳女性。背景肝疾患は非B非Cで、Child-Pugh 5点、Performance Status 0、肝右葉を占拠する120mmの肝細胞癌に対して、他院でTACEを5回施行されたが、早期再発を繰り返した上、S8に新規病変が出現したため、当科へ紹介された。当科初診時、肝右葉153.7mm、S8 16mmの腫瘍を認めAFP/PIVKA2は4.3 ng/mL/15310 mAU/mLであった。Atez/Bevを導入し、6週、14週、22週、28週に効果判定を行った。腫瘍径 (径和, mm) / AFP (ng/mL) / PIVKA2 (mAU/mL) は6週/16週/22週/28週171.4/4.6/26604, 179.1/10.5/19503, 137.819.5/28099, 88.3/3.9/39と、16週まで僅かに増大傾向を示していたものの、22週から急速に縮小傾向となり28週にはRECIST PRの基準を満たした。【考察】全身薬物療法の効果判定にはRECISTv1.1のPDが推奨されるが、日常臨床では20%未満の増大でも、腫瘍マーカーの上昇などからレジメン変更を検討する場面がある。Atez/Bev承認の根拠となったIMbrave150試験ではTime To Response 中央値は2.8ヶ月であったが、遅い症例では12.3ヶ月とされており、腫瘍マーカーや20%未満の増大に惑わされず、RECIST PDの基準を重視することが重要であると考える。

Atezolizumab + Bevacizumab併用療法, RECIST

大森赤十字病院 消化器内科

古賀大輝, 須藤拓馬, 森下太喜, 今長大輝, 坂井音々, 林 映道, 海老澤博, 小林幹生, 有本 純, 新倉利啓, 桑原洋紀, 中岡宙子, 千葉秀幸, 井田智則

【背景】胆嚢炎の起因菌としては大腸菌をはじめとしたグラム陰性桿菌が大部分を占め、黄色ブドウ球菌を起因菌とする胆嚢炎は稀であり、本邦では11件の報告に留まる。今回、我々は黄色ブドウ球菌による胆嚢炎、腸膀胱膿瘍、急性巣状細菌性腎炎を合併した症例を経験したため報告する。【症例】58歳、男性【主訴】体動困難、腰痛【既往歴】10歳頃：脊椎圧迫骨折、57歳：くも膜下出血（コイル塞栓術）【現病歴】200X年8月に一か月前から徐々に増悪する腰痛と体動困難のため当院救急科に搬送された。腹部単純CTにて胆嚢腫大と胆嚢壁の浮腫性肥厚を認められ、急性胆嚢炎の疑いと診断されたため当科紹介となった。【入院後経過】受診時の腹部超音波検査では、胆嚢内に胆泥貯留と胆嚢壁の肥厚を認めた。血液検査では炎症反応高値（CRP 18.30 mg/dL）を認めたため急性胆嚢炎と診断した。全身状態不良より胆嚢摘出術が耐術困難であり、第2病日に経皮経肝胆嚢ドレーナージ（PTGBD）を施行した。血液培養、尿培養、胆汁培養より黄色ブドウ球菌（MSSA）が検出された。胆嚢炎以外の熱源を検討したところ、Dynamic CTでは左腎に複数の楔状の造影遅延像がみられ、細菌尿所見と合わせて急性巣状細菌性腎炎の併発と診断した。腰椎MRIではL3/4に椎体と椎間板と硬膜外に変性と液体貯留所見がみられ、椎間板炎、椎体炎、硬膜外膿瘍と診断した。また左腸膀胱に液体貯留がみられ腸膀胱膿瘍と診断した。身体所見、眼底所見、脳MRI、経食道心エコー検査からは感染性心内膜炎合併の診断基準は満たさなかった。第8病日に抗菌薬感受性をもとにSulbactam/AmpicillinからCefazolinへ抗菌薬を変更し、第21病日にPTGBD tubeを抜去後も炎症の再燃はなく治療経過は良好だった。第24病日に腸膀胱膿瘍治療の目的に整形外科転科とした。本症例では黄色ブドウ球菌の侵入門戸は明らかでないが、椎体炎、椎間板炎、腸膀胱膿瘍を契機に血流感染を経て胆嚢炎と急性巣状細菌性腎炎を合併したと考えられた。【結語】MSSAを起因菌とした胆嚢炎を経験した。

黄色ブドウ球菌, 急性胆嚢炎

国立国際医療研究センター国府台病院 外科¹⁾,

同 消化器・肝臓内科²⁾, 同 病理診断科³⁾
本間雄貴¹⁾, 清水篤志²⁾, 遠藤大昌¹⁾, 熊澤慶吾¹⁾, 小野英哉斗¹⁾, 関根一智²⁾, 矢田智之²⁾, 大出貴士³⁾, 青柳信嘉¹⁾

【はじめに】胆嚢内乳頭状腫瘍 Intrahepatic papillary neoplasm (ICPN) は胆嚢内腔に発育する前浸潤性の腫瘍形成性病変であり、構造的・細胞学的に低異型度ICPNと高異型度ICPNに分類されるが、間質浸潤を伴う例もあり、胆嚢癌の前駆病変とされる。【症例】50歳女性。X-3年10月に検診の腹部超音波検査で5mm大の胆嚢ポリープを指摘された。X-1年3月10mm大、X年6月13mm大とポリープの増大傾向を認めたため、精査目的に当院紹介となった。腹部超音波では胆嚢底部に亜有茎性の隆起性病変を認めた。EUSではくびれた基部を有し表面凹凸が目立つ胆嚢内腔に突出する14mm大の病変として描出され、胆嚢壁の外層高エコーは保たれていた。カラードップラーでは血流信号を伴っていた。CT検査では胆嚢底部に単純でやや高吸収、造影で動脈後期相から平衡相まで持続する増強効果を伴う結節性病変として描出された。MRI検査ではT2WIで低信号を示す病変でありRASの増生は認めなかった。以上より胆嚢原発性の非浸潤性腫瘍を疑い、X年8月に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後合併症なく経過し3日後に退院となった。切除標本の肉眼所見では胆嚢底部に12x6x9mm大の淡黄色で亜有茎性の隆起性病変を認め、病理組織検査では病変部にN/C比の高い小型腺管が密に、やや拡張した中等大の腺管が介在していた。核分裂像は明らかでなく、間質浸潤の所見はなかった。免疫染色ではMUC1(+; 部分的), MUC2(+; 少数), MUC5AC(+), MUC6(+; 最も広範囲), CK7(+; 広範囲), CK20(+; 少数)であった。腫瘍細胞内に胞体内粘液を認めず、胃型の侵襲を避ける観点から許容される症例もあると考えられた。【結語】胆嚢ICPNの自然経過を含む病態解明ならびに至適治療選択のための画像診断の精度向上が課題であり、今後さらなる症例蓄積が必要である。

胆嚢内乳頭状腫瘍, ICPN

横浜医療センター 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾,

同 臨床検査科³⁾

齋藤 淳¹⁾, 鈴木雅人¹⁾, 小田貴之¹⁾, 佐伯優美¹⁾, 竹岡祐毅¹⁾, 永井康貴²⁾, 友成悠邦²⁾, 細矢さやか¹⁾, 小川祐二¹⁾, 山田英仁¹⁾, 野中 敬¹⁾, 松島昭三¹⁾, 山本悠史²⁾, 藤井義朗²⁾, 新野 史³⁾

症例は61歳、男性。持続する発熱、全身倦怠感、食思不振で近医より当院紹介となった。CTでは肝左葉外側区に30mm大の腫瘍性病変、肝門部の門脈周囲に最大30mm大の多発する腫大リンパ節を認めた。肝腫瘍、腫大リンパ節に対してEUS-FNBを行い、肝内胆管癌 cT2N1M0 stageIVAと診断した。巨大リンパ節転移を認めることから切除不能と判断し、全身化学療法としてゲムシタピン+シスプラチン+S-1併用療法（GCS療法）を開始した。5コース目終了後のMRIで原発巣は縮小、肝門部の腫大リンパ節も縮小し、FDG-PETでもリンパ節への集積を認めなかったため切除可能と判断した。8コース目終了後にConversion surgeryとして開腹肝外側区域切除、リンパ節郭清を施行している。病理結果は肝内胆管癌、pT1N0M0、pStage Iであった。術後よりS-1単剤療法を開始しており、現時点で再発なく経過している。近年GCS療法に対するGCS療法の優越性が報告された。また、切除不能と判断された肝内胆管癌の症例においても、術前化学療法により切除不能から切除可能へのConversionの報告が散見される。今回われわれは、切除不能肝内胆管癌にGCS療法が奏功し、Conversion surgeryを施行し得た症例を経験したので報告する。

肝内胆管癌, Conversion surgery

東京労災病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾,

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科³⁾

池上 遼¹⁾, 荻野 悠¹⁾, 中島一彰¹⁾, 平泉泰翔¹⁾, 折原慎弥¹⁾, 高橋伸太郎¹⁾, 渡辺浩二¹⁾, 乾山光子^{1,3)}, 和久井紀貴³⁾, 塩野さおり²⁾, 大場信之²⁾, 西中川秀太¹⁾

症例は70歳男性。アルコール性肝障害、慢性肺炎、脳出血後で当院に通院していた。飲酒は焼酎2合/日。202X年1月に腹部超音波検査で肝 S8に20 mmの肝内低エコー領域を指摘された。造影CT、EOB-MRIの所見から肝血管腫と診断され経過観察となった。その後6ヶ月毎に画像検査を行い著変なく経過していた。202X+2年6月に肺化膿症で入院した際、単純CTで肝腫瘍が30 mmに増大していたため当科を紹介された。腹部超音波検査で肝 S8に境界不明瞭で内部不均一な30 mmの低エコー腫瘍を認めた。腫瘍内部に既存の脈管貫通があり、腫瘍末梢の胆管拡張はなかった。造影超音波では血管相(動脈優位相)で淡く造影し1分ほどで低造影、後血管相で欠損した。造影CTでは腫瘍はring enhancementおよび内部の漸増性造影増強効果を示し動脈貫通が見られた。AFP、PIVKA-II、CEA、C19-9は基準値内であった。肝内胆管癌、細胆管細胞癌と悪性腫瘍を否定できない所見であり肝腫瘍発生を施行した。肝生検病理で核質が濃染しN/C比が増した異型細胞が不正な脈管を成しながら網目状に吻合しながら増殖していた。線維性間質を伴っており辺縁部では既存の肝細胞と連続しており細胆管細胞癌と診断した。背景肝はA3F4であった。その後肝切除を行い現在再発なく経過している。細胆管細胞癌(cholangiolocellular carcinoma; CoCC)はHering管、または細胆管から発生する腫瘍として提唱された稀な疾患で、原発性肝癌取扱規約第5版では肝内胆管癌から独立した疾患概念とされた。それ以降は報告例が散見されるが未だ臨床像や画像所見は不明な点も多い。今回、経時的に経過を追えたCoCCを経験したため文献的考察を加え報告する。

細胆管細胞癌, 肝血管腫

33 早期梅毒性肝炎の1例

社会医療法人 熊谷総合病院 消化器内科
比留間晴彦, 斎藤雅彦, 石川武志, 松井真理子, 土合克巳,
門野源一郎, 野村祐介, 村上規子, 岡本四季子, 中川慧人

症例は20歳代, 女性。2カ月前に職場の健診の血液検査にて肝機能障害を指摘されるも, 医療機関の受診はしなかった。勤務中に嘔気・嘔吐, 腰痛, 背部痛を発症し, 当院を受診した。上記症状は点滴にて自然に改善したが, 血液検査にて2カ月前と同様に, 肝機能障害を認めた。腹部単純CT・MRCPは器質的疾患を疑う所見は認めなかったが, 梅毒血性反応陽性であった。追加の問診や診察を行うと, 複数人の性交渉歴あり, 体幹に不整形の淡紅色斑を認めた。肝炎ウイルスマーカーは, B型肝炎ワクチン接種後によるHBs抗体陰性以外は陰性であり, 抗核抗体, 抗ミトコンドリア抗体も陰性であったため, 胆道系酵素優位の肝機能障害であることも踏まえて, 早期梅毒性肝炎と診断した。アモキシシリンの4週間内服により, 速やかに肝機能障害は改善し, 紅斑や上記症状は消失。その後の再燃も認めなかった。梅毒感染者が急増している現在, 性的活動性のある年代の肝障害において梅毒の関与を念頭に置く必要があると考えられたため, 若干の文献的考察を加え報告する。

肝炎, 梅毒

35 肝内胆管癌との鑑別に苦慮した肝原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1例

獨協医科大学 消化器内科
坂本智哉, 嘉島 賢, 久野木康仁, 佐久間文, 永島一憲, 阿部洋子, 入澤篤志

【症例】57歳, 男性。【主訴】褐色尿。【現病歴】20XX年Y月に褐色尿を主訴に受診し, T-Bil 5.0 mg/dL, γ -GTP 615 U/L, AST 403 U/L, ALT 752 U/Lと肝胆道系逸脱酵素の高値を認められた。CT検査での肝S4に境界不明瞭で一部造影効果を有する低吸収域と, 肝門部領域を中心とする胆管壁の肥厚, 肝内胆管の拡張所見から, 腫瘍形成型+胆管周囲浸潤型の肝内胆管癌を疑われ, 精査目的に入院した。ERCPではCT検査と同様に肝門部領域胆管の狭窄があり左右肝管は引き別れていた。経口胆道鏡では中部胆管レベルから肝門部, 左肝管合流部胆管まで粗造な粘膜を確認した。粗造な粘膜から生検を行ったが炎症細胞浸潤を認めるのみで悪性所見は認めなかった。病理組織学的に悪性の診断に至らず, 期間を空けて2回のERCPを行った。しかしいずれの検査でも胆管像に大きな変化はなく, 病理組織学的検査でも同様に悪性所見は認めなかったため, 腹部US下にて肝S4に確認された低エコー腫瘍に対し腫瘍生検を行った。その結果, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) の所見を得, 肝臓以外の臓器に病巣を指摘できないことから肝原発のDLBCLと診断した。十分に説明を行った後, Y+8月からR-CHOP療法を開始した。【考察】肝原発悪性リンパ腫 (PHL) は節外性リンパ腫のうち0.4%と稀であり, 其中でDLBCLは最も頻度が高いとされる。PHLは単純CTでは低吸収な腫瘍像を呈するが, 造影CTでは造影効果は様ではなく, 画像所見のみで診断に至ることは困難とされる。本症例では造影CT検査やMRI検査, 3回のERCPでは診断に至らなかったが, 最終的に肝腫瘍生検により病理組織学的な診断に至ることができた。悪性リンパ腫ではリンパ節腫大や胆管浸潤を原因とした閉塞性黄疸が1%程度の症例で認めるとされている。ERCPでPHLの診断に至った報告もあるが, 本症例は繰り返し検査を行ったが診断に至らなかった。閉塞性黄疸を来す疾患として肝原発悪性リンパ腫も鑑別に挙げ, 各種精査を行うことが必要と考えられた。

肝原発悪性リンパ腫, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫

34 ソナゾイド造影下でのEUS-TAが有用であった肝膿瘍の1例

昭和大学医学部 内科学講座消化器内科 (藤が丘病院)
西元史哉, 高野祐一, 新谷文崇, 浅見哲史, 野田 淳, 玉井直希,
長濱正亜

症例は70歳代女性, 乳癌の既往がある。糖尿病で近医通院中, Hb10台の貧血, ALP, γ GTP軽度上昇の肝機能障害を指摘され紹介受診された。腹部超音波検査で肝内に多発腫瘍を認め, それらは腹部造影CT検査で造影早期にリング状に濃染され中心部は低吸収域を示していた。乳がんの既往もあり転移性肝腫瘍を鑑別に挙げ上部, 下部消化管内視鏡検査を施行したが, 原発巣は認めなかった。CTで軽度の総胆管拡張所見もあったことから, 超音波内視鏡検査 (EUS) を施行するも胆管, 膵臓にも原発となるような腫瘍は認めなかった。病理学的診断のため肝腫瘍に対してEUSによる組織採取 (EUS-TA) を施行する方針とした。EUSでは肝外側区域に境界やや不明瞭な低エコー腫瘍を認め, ソナゾイドによる造影では中心部は造影効果を認めず, 辺縁に造影効果を認めた。腫瘍辺縁に対してEUS-TA術を22GのFNB針 (Top Gain TM メディコスヒラタ社製) を用いて施行した。施行後CRPが19mg/dlと上昇したためセフメタゾールを5日間投与し改善した。病理組織検査では好中球の浸潤と壊死所見を認め, 悪性所見はみられず肝膿瘍と診断した。なお血液培養は陰性であった。経過観察のCTでは膿瘍の縮小を認め, 無症状で外来経過観察している。今回ソナゾイド造影により適切な生検部位を認識可能であった肝膿瘍の1例を経験した。文献的考察とともに報告する。

肝膿瘍, 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA)

36 EUS-HGS中に多量の腹腔内フリーエアーが出現したが, 関連する自覚症状は認めず経過した臍頭部腫瘍の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
高橋幸治¹⁾, 酒井美帆¹⁾, 高橋知也¹⁾, 渡部主樹¹⁾, 杉原地平¹⁾,
岡根 優¹⁾, 遠山翔大¹⁾, 山田奈々¹⁾, 大内麻倫¹⁾, 菅 元泰¹⁾,
永嶋裕樹¹⁾, 大山 広¹⁾, 大野 泉^{1,2)}, 滝口裕一²⁾, 加藤直也¹⁾

【症例】62歳, 女性。【現病歴】黄疸を自覚し近医を受診。臍頭部腫瘍による閉塞性黄疸の診断となり, 当院を紹介受診した。【臨床経過】ERCPによる経乳頭的胆道ドレナージを試みたものの, 臍頭部腫瘍の十二指腸浸潤があり, 経乳頭的ドレナージが困難であったため, EUS-HGSを行う方針とした。19G針で経胃的に肝内胆管を穿刺し, ガイドワイヤーを胆管内に挿入すると, 容易に乳頭を通して十二指腸内まで先端を誘導できた。十二指腸乳頭までは内視鏡が到達できたため, 肺炎のリスクの高い順行性ステント留置ではなく, ERCP行ってEST後に経乳頭的胆管ステント留置を行う方針とした。肝内胆管-胃間に8mm径のフルカバ-金属ステントを留置し, その後, ランデブ-法を用いたERCPを行い, EST後に経乳頭的に10mm径のフルカバ-金属ステントを胆管に留置した。ERCP中に透視画像で肝臓と横隔膜間に多量のガス像が出現した。処置直後にCT検査を行うと, 多量の腹腔内フリーエアーを認めた。造影剤の腹腔内漏出は認めなかった。腹痛や発熱は認めず, 腹膜刺激徴候も認めなかったため, 処置時の胃からのガスの漏出によるものと判断し, 保存的に経過をみることにした。経口摂取開始後も特に自覚症状は認めず, 処置から1週間後のCT検査では, 腹腔内フリーエアーは認められなくなっていた。臍頭部腫瘍については, 十二指腸浸潤部からの生検で腺癌の病理診断となった。【考察】EUS-HGS後にCT検査で少量の腹腔内フリーエアーを認めることはよくあるが, 症状なく腹腔内フリーエアーを多量に認めることはまれである。本例では, EUS-HGS後にERCPを行うためにスコープを挿入した際に, 胃が進展したことでHGSステントと胃壁の間で一時的に隙間ができたこと, またはERCP中の送気により胃の内圧が高まったことで, 胃内のガスが腹腔内に漏れ出したものと考えられた。本例では発熱や疼痛なく経過したが, 同様のことが起きた時に胆汁漏出を伴った場合は保存的に経過をみるか, 外科手術を行うかの非常に難しい判断を行う必要がある。教訓的な症例と考えられた。

EUS-HGS, フリーエアー

37 ERCP合併症の後腹膜膿瘍に対して集学的治療にて軽快した一例

龍ヶ崎済生会病院 消化器内科
伊藤嘉美, 佐藤巳喜夫, 間宮 孝, 杉部純治, 海老原次男

【緒言】ERCP技術の進歩により合併症の経験は少なくなっているが、今回我々は比較的稀なERCP合併症を経験し集学的な内視鏡治療の軽快した一例を報告する。【症例】80代 男性【主訴】黄疸【現病歴】入院1か月前より上腹部痛、食欲低下を自覚し、発黄したため本院受診・入院した。【臨床経過】入院時CTで総胆管・肝内胆管の拡張を認めた。入院2病日にEUSを実施し13mm長の膵内胆管狭窄を認めた。狭窄部周囲の膵臓に腫瘍は認めず遠位胆管癌が疑われた。第3病日のERCPでは胆管挿管は困難でプレカットのより処置となった。第7病日のERCPで膵管ガイドワイヤー法により胆管挿管に成功し、擦過細胞診を提出し胆管チューブステントと膵管ステントを留置した。第9病日に発熱・腹痛出現。同日のCTで膵管ステントの後腹膜腔へ穿破と後腹膜膿瘍を認めた。同日膵管ステントを抜去し非脱着型膵管ステントを主膵管内に留置したが、炎症所見の悪化・後腹膜膿瘍の増大を認めたため、第16病日に経乳頭的に経鼻後腹膜膿瘍ドレナージチューブを留置し連日洗浄を実施した。経鼻後腹膜膿瘍ドレナージ留置後に肺炎や出血は合併しなかった。第25病日のCTで膿瘍が消失しENPDを抜去した。以降も発熱や血液検査の悪化もなく33病日に退院した。【考察】プレカット後のため十二指腸乳頭部に脆弱となり、膵管ステント留置時に後腹膜へ穿破したと考えられた。膵管ステントを介して腸管と後腹膜の交通ができたため、後腹膜膿瘍を形成したと推測された。保存的治療だけでは後腹膜膿瘍の改善は得られなかったが、経乳頭的に後腹膜膿瘍を行うことにより病態の改善を得られた。この方法は手術や経腹的あるいは超音波内視鏡下ドレナージより負担が少なく、安全かつ有効であると考えられた。【結語】ERCP合併症の後腹膜膿瘍に対し経鼻経乳頭の後腹膜膿瘍ドレナージで軽快した一例を経験したので報告する。

後腹膜膿瘍, 経鼻後腹膜膿瘍ドレナージ

38 急速な増大を示した膵尾部悪性リンパ腫の1例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科
伊藤彩乃, 伊藤裕幸, 小村侑司, 幕内智規, 張つはみ, 藤本龍太郎, 津田真吾, 永田順子, 広瀬俊治, 鈴木孝良

【症例】58歳男性【主訴】なし【既往歴】不整脈【現病歴】20XX年バレット食道腺癌に対して前医で内視鏡的粘膜下層剥離術を施行された。その際にCT施行されたが膵臓に腫瘍性病変は指摘されなかった。半年後術後経過観察目的に腹部CTを行ったところ膵尾部に70mm大の腫瘍性病変を指摘され当院紹介となった。【入院時現症】眼瞼結膜貧血なし, 眼球結膜黄染なし, 腹部平坦, 軟, 左側腹部に圧痛あり, 表在リンパ節触知せず【血液生化学所見】WBC 3500/ μ l, Hb 10.7g/dl, Plt 23.7 \times 10⁴/ μ l, Alb 4.2g/dl, AST 36U/l, ALT 19U/l, LDH 510 U/l, ALP 67U/l, Cre 0.98mg/dl, Glu 96mg/dl, HbA1c 4.9% CEA 1.3ng/ml, CA19-9 21.7U/ml, 可溶性インターロイキン2受容体(sIL-2R) 1700U/ml【経過】組織診断目的にEUS-FNAを施行した。画像上は境界不明瞭、辺縁不整、内部不均一な腫瘍として描出され血流ドブラでの内部血流は豊富であった。22G針(EZ-shot)を用いてslow pull法, ストローク20回で3回穿刺を行った。病理所見はCD20(+), BCL6(+), MUM1(+)でありB細胞リンパ腫の診断に至った。確定診断前に、腹痛、貧血で救急搬送され画像上腫瘍は前医から1か月の経過で11mmまで増大を示し、腫瘍内出血を考えるHb4.0g/dlの著明な低下を示し専門医と相談し悪性リンパ腫に対する化学療法を開始した。【考察】膵原発の悪性リンパ腫は節外性悪性リンパ腫の2%以下、膵悪性腫瘍の0.5%未満と稀である。悪性リンパ腫における膵病変は特徴的な画像所見に乏しく、しばしば他疾患と鑑別に苦慮する。EUS-FNAはリンパ腫の病型診断に有用と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

膵腫瘍, 悪性リンパ腫

39 膵管拡張を伴わず、充実成分のない嚢胞を主体とした膵体部癌の1例

千葉大学 医学部 消化器内科
粒良和郎, 高橋幸治, 大山 広, 大野 泉, 沖津恒一郎, 永嶋裕樹, 大内麻論, 菅 元泰, 杉原地平, 山田奈々, 遠山将大, 高橋知也, 關根 優, 渡部主樹

【症例】48歳、女性。【現病歴】健診の腹部超音波検査で膵体部嚢胞を指摘され、精査目的で当院消化器内科を受診した。【臨床経過】腹部造影CT検査、MRCP検査、超音波検査内視鏡検査を施行すると、膵体部から連続して長径126mmの嚢胞を認めた。嚢胞内に充実成分は認めず、膵管拡張も認めなかった。良性嚢胞か腫瘍性嚢胞かの鑑別ができなかったため、嚢胞壁が比較的肥厚している部分に対して、経胃的に25Gの穿刺針で超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行した。検体が少量しか採取できず、採取された組織内には悪性所見は認めないという結果であった。当院肝胆膵外科と消化器内科の合同カンファレンスで協議した結果、超音波内視鏡下にドレナージを行い、その内容物の細胞診で悪性所見があれば外科手術を検討する方針となった。初診から3か月後、嚢胞内容物が可能な限り腹腔内に漏れないように、Lumen-apposing metal stentによる経胃的ドレナージを行い、その内容物を細胞診に提出すると、低分化型癌の診断であった。直後に画像検査を再検すると、肝転移が出現していた。全身化学療法を開始したが、約7か月後に永眠された。【考察】初診時には膵癌を積極的に疑う状況ではなかったが、初診から3か月後には肝転移が出現した。超音波内視鏡下穿刺吸引法でも診断に十分な組織採取ができなかったため、診断に難渋した。このように、膵管拡張を伴わず、充実成分のない嚢胞を主体とした膵癌も存在することを覚えておくべきである。

嚢胞, 膵癌

40 膵癌過去画像の検討 膵癌早期診断のために

立川相互病院 消化器内科
谷口孝伸, 石井宙生, 永倉康佑, 福永 清, 菅澤 秀, 中西彩夏, 野澤信吾, 松井 淳, 橋本国男

【背景】膵癌早期診断の見識を得るため、当院の膵癌症例の過去画像を振り返った。腫瘍指摘の何年前に、どの画像検査で、どんな所見に注目すれば、早期診断の可能性があるのかを検討した。【方法】2017-2022年に3当院で膵癌(PDAC)と画像診断された156例のうち、腫瘍指摘の3ヶ月以上前に膵臓を含む画像検査が行われた77例を対象とした。画像検査の種類(CT, MRCP, US)、検査時期(腫瘍指摘日までの年数中央値、最小値-最大値)、間接所見(後日出現する腫瘍を示唆する所見)について集計した。【結果】のべ210件(単純CT127、造影CT48、MRCP13、US22)の画像を確認した。検査時期の中央値は腫瘍指摘の3.22年前(0.34-16.29)であった。限局性膵萎縮=FPPAをのべ67件(27症例)認め、その指摘可能時期は2.47年前(0.34-14.16)であった。FPPAを認めた27例のうち18例(67%)では、FPPA所見に時系列変化(出現/消失/進行)を認めた。主膵管拡張は14件で指摘可能時期は1.16年前(0.44-4.01)、分枝拡張/貯留嚢胞は26件で2.17年前(0.40-12.75)、遅延性濃染/実質T1lowは6件で2.38年前(0.34-15.55)で認められた。腫瘍指摘の3ヶ月-3年前に、CT/MRCP検査が行われた41例(単純CT28、造影CT7、MRCP6)のうち、13例(32%)では間接所見を指摘出来ず、急速な発癌過程あるいは単純CTによる検出の限界が示唆された。他に、“腫瘍指摘15年前に遅延性濃染を認めた症例”、“USでのみ2.4年前から低エコー結節が指摘され続けた症例”など、興味深い症例も確認された。【考察】本結果から、68%の膵癌は定期的な画像検査によって、腫瘍形成前に早期診断ができる可能性がある。具体的には、FPPAに注目すれば2-3年毎(2.47年)、膵管変化に注目すれば1-2年毎(1.16年、2.17年)の画像検査が提案される。本検討では、CTの件数が多く、モダリティ間の比較は行えなかったが、EUSやMRCPであれば微小な所見をより多く検出できる可能性がある。

膵癌早期診断, 膵癌

北里大学 医学部 消化器内科学¹⁾
JA 神奈川県厚生連 相模原協同病院 消化器内科²⁾
眞部優作^{1,2)}, 岩井知久¹⁾, 花岡太郎¹⁾, 石崎純郎¹⁾, 渡辺真郁¹⁾,
安達 快¹⁾, 奥脇興介¹⁾, 木田光広¹⁾, 草野 央¹⁾

【症例】アルコール性急性膵炎の加療歴のある38歳男性。繰り返す吐血に対して前医で上下部内視鏡検査を施行したが出血源が特定できず輸血を繰り返す。精査加療目的に当院へ転院となった。造影CTで膵頭部に内部に低吸収を伴う仮性嚢胞。周囲の脂肪織濃度上昇と尾膵管の拡張を認め、Hemosuccus Pancreaticus (HP)と診断した。CTで仮性嚢胞近傍に動脈の口峡不整を認めたため血管造影検査を施行したが明らかな動脈瘤は指摘できなかった。ERCPの膵管造影では膵頭部で主膵管は断裂し近傍に仮性嚢胞腔が造影されたが、尾膵管へガイドワイヤーを進めることが出来ず、超音波内視鏡ガイド下経胃膵管ドレナージ (EUS-PD) を施行した。主膵管の断裂部のbridgingを試みるも不能でありENPDを留置した。4日後に側孔を追加したストレットステントに交換し退院とした。2ヶ月後に腹痛と発熱で来院し、血液検査で炎症反応の高度上昇を認め、CTでステントの胃壁穿孔による膵液漏、左胸水貯留、縦隔炎と判明し抗菌薬治療を開始した。ERCPで経胃膵管ステントを除去しENPDを留置した。2日後のCTで縦隔炎の増悪を認めたため胸水ドレナージを施行した。その後、縦隔炎の改善を確認しType-ITステントへ交換し退院となった。主膵管断裂部は瘢痕化し内視鏡治療の限界と判断し外科的膵管吻合術を提案するも頑なに拒否され、長期に渡り経胃膵管ステントの定期交換を継続中である。【考察】吐血や下血の原因としてHPは鑑別に挙げるべき疾患の一つであり、上部内視鏡検査の際には乳頭部を含めて観察することが重要である。症候性主膵管狭窄に対しては内視鏡的アプローチが第一選択であるが、治療難渋例に対しては外科的治療を考慮すべきであり、EUS-PDを含めた内視鏡治療の適応や、外科手術の適応について文献的考察を交えて提示する。

Hemosuccus Pancreaticus, EUS-PD

筑波大学付属水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 消化器内科
皆川 駿, 鹿志村純也, 岡田健太, 有賀啓之

【はじめに】Emphysematous pancreatitis (以下EP)は膵臓の壊死組織にガス像を認める稀な病態である。【症例】80歳代、男性。(主訴)上腹部痛と背部痛(アルコール摂取量)エタノール換算で88g/日(現病歴)X-25日から上腹部と背部に痛みを自覚し、X-10日に前医を受診して腹部エコーを行い胆嚢腫瘍が疑われ、X-6日には嘔吐も認めた。近医から紹介されて当院で施行した腹部造影CTで膵尾部に壊死とガス像を認め入院加療となった。胆嚢腫瘍は胆泥と診断出来た。採血検査では白血球13500、CRP 30と強い炎症反応を認めたが膵酵素の上昇は無かった。肝機能もAST 20、ALT 29、ALP 81、 γ -GTP 200、LDH 233とアルコールによる変化と考えた。以上からEPと診断して絶食点滴+抗生剤にて加療した所、炎症は改善してX+18日に退院となった。X+24日に腹痛を自覚してERを受診した。採血で胆道系酵素の上昇を伴う肝機能障害と膵酵素上昇を認め、MRCPで胆管結石を指摘できた。X+25日に内視鏡的胆管ステントを留置した。その際に施行した胆汁培養からEnterococcus faeciumとKlebsiella pneumoniaeが検出された。経時的にCTを行ったが膵尾部の炎症は徐々に安定化してガス像も徐々に減少していった。経過から判断して膵炎の成因はアルコール性、もしくは胆石性と考えられた。【考察】EPは急性膵炎を起こした膵組織の中にガス像を認める病態である。その原因としてガス産生菌の感染や炎症により腸管との交通が生じることなどが考えられる。本症例での気腫の原因は長期にわたってCTでのガス像が残存したことからガス産生菌の感染よりも炎症により腸管との交通が形成されたことによる可能性が高いと考えた。EPは稀な病態であり、文献的考察を加えて報告する。

Emphysematous pancreatitis, 急性膵炎

小山記念病院 消化器内科¹⁾, 同 呼吸器内科²⁾
阿部善彦¹⁾, 福田智史¹⁾, 松本将吾¹⁾, 長嶺寿秋¹⁾, 若山真理子¹⁾,
池田和穂¹⁾, 田中直見¹⁾, 大島孝則²⁾

【症例】42歳女性【現病歴】特記すべき既往症のない方。来院3日前から体温38度台の発熱と関節痛、2日前から腹痛と下痢が出現した。以降も症状の改善なく、当院救急搬送となる。身体所見上、腹部膨満が顕著であり、腹部全体の圧痛を認めた。血液検査でWBC 14030/ μ l・CRP 55.05mg/dlの炎症反応上昇、造影CTで小腸と大腸にびまん性の浮腫状変化・腹膜の肥厚・腹腔内脂肪織の混濁・腹水貯留を認めた。以上から細菌感染による腹膜炎と腸炎の診断で当科緊急入院となる。血液培養2セットと便培養を提出し、禁食・補液・抗生剤(TAZ/PIPC4.5g q8hr)による加療を開始したが、入院当初は腹痛の改善に乏しく、頻回に鎮痛剤の使用を要した。第5病日に入院時の血液培養でStreptococcus pyogenesの陽性報告があり、第6病日から抗生剤をABPC2g q6hrに変更した。同日、腰痛精査目的に施行した腰椎MRIと感染性心内膜炎否定目的に施行した心臓超音波検査で異常所見は認めない。第8病日CTで胸膜肥厚を伴う両側胸水貯留を認め、第9病日呼吸器内科に相談のうえ両側胸腔ドレーン留置とした。同胸水でStreptococcus pyogenesは同定されなかったものの、性状は淡血性であり、Lightの基準3項目を満たす滲出性胸水であった。以上から細菌性胸膜炎の合併と判断し、第11病日から抗生剤はMEPM1g q8hr+CLDM600mg q8hrに変更した。第15病日CTで両側胸水の消滅傾向を確認後、両側胸腔ドレーンを抜去とした。以降も経静脈的な抗生剤加療を継続し、第33病日退院となる。退院後、さらにAMPC/CVA250mgRS+AMP250mg 3T3x ndEの内服抗生剤加療を2週間継続し、血液検査とCT所見が正常範囲となったことを確認した上で終診とした。【考察】本邦において少ないもののA群 β 溶血性連鎖球菌による原発性腹膜炎の報告は散見される。一方、保存的加療で治癒を得られた報告はごく少数に限られる。また、膿胸を合併した報告は一例のみであり、同症例は死亡退院であった。今回、細菌性胸膜炎を合併したA群 β 溶血性連鎖球菌による原発性腹膜炎の一例を経験したので、文献的考察を加えてここに報告する。

A群 β 溶血性連鎖球菌, 原発性腹膜炎

株式会社日立製作所 日立総合病院 消化器内科¹⁾
筑波大学附属病院 日立社会連携教育研究センター²⁾
照屋善斗¹⁾, 鴨志田敏郎¹⁾, 平井信二¹⁾, 柿木信重¹⁾, 大河原敦¹⁾,
大河原悠¹⁾, 末永大介¹⁾, 山口雄司¹⁾, 越智正憲²⁾, 山本麻路¹⁾,
曾 睿夫¹⁾, 松田 悠¹⁾, 高橋奎吾¹⁾, 青木耀平¹⁾

【背景】AFP産生胃癌に対する確立された化学療法はなく、胃癌治療ガイドラインに準じて化学療法を行うのが通常である。今回AFP産生胃癌に対してNivolumabの間欠的投与で長期生存がえられている症例を経験したため報告する。【症例】78歳男性。20XX年5月に労作時息切れを主訴に前医を受診した。上部消化管内視鏡検査で胃前底部後壁に進行1型病変があり、胸腹部造影CTで多発肝腫瘍を指摘された。腫瘍マーカーはAFP 54336.0ng/ml、CEA、CA19-9は正常値範囲内であり、AFP産生胃癌、多発肝転移と考えた。PS2で手術の適応外と判断し、20XX年6月からTS-1の投与を開始した。20XX+1年8月からAFPが再上昇し、20XX+2年1月にはAFP 10680.0ng/mlまで上昇した。PDと判定し、20XX+2年3月からRAM+PTXを3コース投与した。しかし、20XX+2年7月にニューモシスチス肺炎、薬剤性肺障害の診断でRAM+PTXが投与不可となった。20XX+2年10月の血液検査でAFP 7222.0ng/mlまで上昇し、CT、上部消化管内視鏡検査で腫瘍は増大傾向にあった。PDの判定で20XX+2年12月からNivolumabを10コース投与した。腹部から腰背部にかけて弾性軟の皮下硬結が出現し、irAEが疑われ中止した。中止後は消退傾向にあり、20XX+3年8月から再開した。4コース投与したが、再度皮膚の掻痒感があり、投与中止とした。20XX+4年9月の上部消化管内視鏡検査で腫瘍は増大傾向で幽門輪の狭窄をみとめた。20XX+4年10月から再開した。その後10コース投与し、PRを維持できている。【考察】肝転移を伴うAFP産生胃癌は予後不良であるが、化学療法や手術等の集学的治療によって長期予後が得られた症例報告もある。掻痒のない範囲で間欠的にNivolumabを投与しているがPS低下なく継続できており試してみる価値のある治療法と考え報告する。

AFP産生胃癌, Nivolumab

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科
中嶋 悟, 岡本梨沙, 内山 学, 増田修子, 吉岡 翼, 松田佳世,
佐々木昭典, 本村廉明

【症例】82歳、男性【主訴】腹部膨満感、嘔吐、呑酸【既往歴】25年前に胃癌のため幽門側胃切除術（Billroth I法）【現病歴】X-1年秋頃より腹部膨満感や食後の呑酸・嘔吐の症状が出現した。症状改善せずX年5月に上部消化管内視鏡検査を行った。胃内に残渣あり蠕動異常に伴う症状を疑い、制酸剤や消化管運動改善薬で経過観察とし、一旦症状緩和を認めた。しかし、その後再度症状増悪し、X年8月当科受診した。【経過】X年5月の上部消化管内視鏡検査画像の見直し、また問診を詳細に取り直した結果、X-1年秋に柿を連日摂取していたことが判明し、残渣と思われるものは胃石であると考えられた。受診翌日、上部消化管内視鏡検査施行し、10cm程度にまで成長した胃石を確認した。3度に分けてココア・コーラによる胃石溶解療法および内視鏡的破碎術を併用し胃石の回収を行った。胃石除去後に症状の改善を認めた。【考察】胃石は構成成分により分類されるが、わが国では柿による植物胃石の頻度が高い。形成機序としては胃内容物の排泄遅延が関係されるとされ、本症例のように幽門側胃切除後の胃石の報告も多い。胃石を放置すると胃潰瘍や落下胃石による腸閉塞のリスクがあるため除去する必要がある。今回、比較的な稀な疾患である胃石に対してココア・コーラによる溶解療法および内視鏡的破碎術を併用し完全除去した症例を経験したため、若干の文献的考察と教訓を含めて報告する。

柿胃石, 溶解療法

東京女子医科大学病院 消化器内視鏡科
八辻 将, 三角宜嗣, 植田浩貴, 松永卓士, 渡辺 舞, 上地修裕,
日向有紀子, 岸野真衣子, 野中康一

【背景】ヨード染色は食道扁平上皮癌の病変境界を明瞭に描出でき、検出や範囲診断のゴールドスタンダードとして用いられている。副作用として胸焼けや後胸部痛などをきたすことが知られているが、喉頭炎や喉頭炎をきたした報告はない。今回我々は、ヨードの逆流により喉頭炎をきたした本症例を経験したので報告する。【症例】食道癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の施行歴がある80歳代女性。異時性異所性再発病変に対してESD施行目的に入院した。ESD術中範囲診断を行うため、1.5%ルゴール液10mLを内視鏡用色素散布チューブを用いて勢よく散布し、食道胃接合部から切歯25cmにかけてスコープの引きの操作によりヨード染色を行った。ESDの途中、牽引のための糸付きクリップの使用準備のためスコープを抜去した際に、咽喉頭にルゴール液が逆流し粘膜が染色されていることに気づいた。ルゴール液を速やかに吸引してESD手技を継続し、ESD自体は50分で偶発症なく終了した。術当日の夜間より咽頭痛が出現し、術翌日より全く声が出ない程の嘔声、嚥下時痛を認めた。耳鼻咽喉科へコンサルトし、軟性喉頭鏡検査を施行すると、喉頭と両側の声帯に浮腫と白色びらん、喉頭への唾液流入を認め、薬剤性喉頭炎と診断した。上気道狭窄を懸念し、Hydrocortisone 200 mgを術後6日目から9日目まで点滴投与した。術後9、13日目に軟性喉頭鏡検査を再検し、経時的に浮腫とびらは改善、嘔声も改善したため退院した。術後27日目の外来受診時、嘔声は消失し、特別な自覚症状は無かった。【考察】ヨードの咽喉頭への逆流を契機として、喉頭炎をきたすことがわかった。逆流を回避するためには、ルゴール液散布時は順行性に散布することに加え、可能な限り優しく局所的に散布する必要がある。またヨード染色後に咽頭痛や嘔声を来した場合は、内視鏡の挿入による影響などと思いつまず、ヨード逆流による喉頭炎を鑑別に挙げる必要がある。

喉頭炎, ヨード染色

筑波大学附属病院 消化器内科
○福田智史, 鈴木英雄, 小島丈心, 藤川健太郎, 湯原美貴子,
鈴木 聡, 重田早紀子, 石川直樹, 堀籠祐一, 阿部 涼, 川越亮承,
城山真美子, 新里悠輔, 小松義希, 小林真理子, 山田武史,
山本祥之, 坂本 琢, 奈良坂俊明, 土屋輝一郎

【症例】66歳女性【現病歴】20XX-7年12月に腹満感を主訴に近医を受診し、小腸拡張を認め、腸閉塞と診断された。精査加療目的に当院に紹介され、器質的な病変を認めず続発性を示唆する所見も認めないことなどから慢性特発性偽性腸閉塞症（以下CIIP）と診断された。腸管蠕動促進薬、下剤、コリンエステラーゼ阻害薬など様々な薬剤を使用するも著効は得られず、中心静脈栄養と症状増悪時の絶食にて加療していた。20XX年6月に腹満感の顕著な増悪を認め入院した。【併存症・既往歴】特発性間質性肺炎 特発性血小板減少症 右腎動脈瘤 【入院時現症】身長158cm 体重48kg 腹部は顕著に膨隆、鼓音あり、圧痛なし。【入院後経過】20XX年6月15日に入院し、絶食、高カロリー輸液を行い経過観察したが、腹満の軽快は得られなかった。腸管造影検査では、小腸蠕動に異常はなく、空腸以遠の腸管の蠕動不良を認めた。外科的な小腸ストーマ増設や腸瘻造設が検討されたが、造設部位の判断が難しいことや、多量の腸液流出による脱水が懸念されたため、まずはPEG-Jによる腸管ドレナージを行う方針とした。しかし、PEG-Jでは十分なドレナージは得られず、胃瘻部からイレウス管（途中で3000mm長から2400mm長に残留）に側穴を自作した物を挿入し、先端は小腸遠位部に留置した。その後1日2回程度、イレウス管からの用下ドレナージを継続し、腹満感は顕著に改善し、経口摂取も可能となった。腹部レントゲンでも小腸ガスは軽快しており、現在も在宅で家族による排ガス処置が継続されている。【考察】CIIPの治療については一部はコリンエステラーゼ阻害薬などが効果を示す場合もあるが、治療に難渋することが多い。PEG-Jに関する手法は数例報告されているが、ドレナージ効率は高めるためにイレウス管に側穴を自作し、経胃瘻の挿入した手法は自験例が初である。本症例におけるトラプルシューティングも含め、CIIPの新たな治療法の選択肢となると期待し報告する。

慢性偽性腸閉塞, イレウス管

国立病院機構横浜医療センター 外科¹⁾, 同 消化器科²⁾,
同 臨床検査科³⁾
大石裕佳¹⁾, 木村安希¹⁾, 山本悠史¹⁾, 後藤晃紀²⁾, 山田英司²⁾,
清水哲也¹⁾, 松田悟郎¹⁾, 新野 史³⁾, 藤井義郎¹⁾

【背景】カプセル内視鏡（Capsule Endoscopy: CE）は小腸病変の診断に有用である。一方で小腸狭窄による滞留を経験することがある。CEの滞留に対する摘出方法については定まったものがない。今回、カプセル内視鏡の滞留を腹腔鏡補助下に摘出し、小腸部分切除術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】60歳女性。皮膚筋炎、心房細動、間質性肺炎に対して、プレドニゾン、タクロリムス、エソメプラゾール、セレコキシブ、アビキサンを服用していた。貧血・腹痛精査目的に上部及び下部消化管内視鏡検査を行ったが異常所見は認めなかった。腹部造影CT検査でも小腸に所見は認めなかったためCEを施行した。検査開始6日目に腹痛、嘔気が出現し、腹部単純レントゲン検査でCEの滞留が確認された。検査開始8日目にバルーン内視鏡（Balloon Endoscopy: BE）を用いたCEの摘出を試みたが、滞留部の肛門側に輪状潰瘍狭窄が散見され、CEの滞留部まで到達しなかった。BEによる回収は不可能と判断し腹腔鏡補助下にCEの摘出及び小腸部分切除術を行った。術後合併症は多く、術後14日目に退院した。手術検体による病理所見では、多発輪状潰瘍及び狭窄を認め薬剤性粘膜傷害が疑われた。セレコキシブ、エソメプラゾールを長期に服用しており、セレコキシブ起因性多発小腸潰瘍と診断した。術後2年目の現在、腹部症状なく貧血も認めていない。【考察】CEの滞留についてはBEを用いたCEの摘出に関する報告が散見される。一方で、本症例のようなCE滞留部の肛門側小腸にも輪状潰瘍、狭窄が多発している症例については、BEによるCEの摘出は困難である。滞留したCEの摘出については、原因によっては速やかに腹腔鏡手術に移行することも診断・治療・侵襲の観点から重要であると考えられた。

腹腔鏡手術, カプセル内視鏡

慶應義塾大学病院 消化器内科¹⁾, 同 皮膚科²⁾,
同 病理診断科³⁾

村上宗一郎¹⁾, 岩田賢太郎¹⁾, 吉松裕介¹⁾, 清原裕貴¹⁾, 杉本真也¹⁾,
筋野智久¹⁾, 高林 馨¹⁾, 細江直樹¹⁾, 大政遥香²⁾, 小林研太²⁾,
角田梨沙²⁾, 久保田直人³⁾, 大喜多肇³⁾, 金井隆典³⁾

【症例】40歳代男性【主訴】両下肢痛【現病歴】X-18年に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、ステロイド抵抗性、タクロリムス抵抗性、チオプリン不耐のため、アダリムマブとメサラジンで加療されていた。X年2月に再燃し、内視鏡上も全大腸にわたって細顆粒状粘膜を認め、一部に潰瘍を伴っており、アダリムマブ倍量投与となった。増量後もCRPは陰転化することなく入院精査を検討したが、排便回数4-5回/日程度と自製内であり経過観察の方針となった。X年5月に両側アキレス腱の腱付着部炎および両足外側に庄痛を伴う紅斑が出現するも壊疽性膿皮症や蜂窩織炎は否定的であり、UCの原病と関節症状の病勢コントロールのためクラス外スイッチとなった。その後、両足外側の紅斑が長径約15cmの血性膿疱に進展し歩行困難となったため、中等症UCおよび血性膿疱の精査加療目的に入院加療を開始した。【既往歴】特記事項なし【入院後経過】入院後血液検査所見にてWBC 31700/ μ l、CRP 20.44 mg/dlと著明な炎症反応の上昇を認め、細菌培養検査であり、両足の皮膚生検病理検査にて著明な好中球浸潤を認める無菌性膿瘍を呈する一方で白血球破砕性血管炎の所見がないことから壊疽性膿皮症と診断し、第4病日からインフリキシマブ(IFX)を開始し、便回数の減少および血便の消失を認め、第8病日にCRP 1.88 mg/dlと著明に改善し、両足膿疱は消退傾向となった。第18病日に2回目のIFXを投与し、第22病日には完全に膿瘍化し疼痛も改善、CRPも陰転化したため、第23病日に退院となった。【考察】壊疽性膿皮症は典型的には急速に拡大する潰瘍性病変を呈するが、本症例は潰瘍を呈さず疼痛や関節痛を伴う紅斑や膿疱として出現したため診断に苦慮した。壊疽性膿皮症の治療として副腎皮質ステロイド、TNF- α 阻害薬が有効であり、本症例ではステロイド抵抗性とタクロリムス抵抗性、アダリムマブ2次無効の経過からIFXを選択したところ皮疹と腸管症状の速やかな改善を認めた。【結語】UCの再燃中に発症した壊疽性膿皮症を早期に診断し、治療介入により速やかな改善を得た1例を経験した。

潰瘍性大腸炎, 壊疽性膿皮症

昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門
上原孝太, 宇佐美智乃, 水野紗也香, 山崎裕太, 杉浦育也,
石井 優, 吉田 仁

【症例】70歳代、女性。1か月前から腹部膨満感と便秘症を自覚し、X-2日目からの腹痛と食事摂取不良を主訴に当院外来へ受診された。既往歴に完全内臓逆位症とS状結腸捻転症があり、10年前に透視下内視鏡的整復術を施行している。来院時のCT検査では右胸心や腹部臓器の逆位が認められ、さらに渦巻状になったS状結腸間膜と拡張した腸管を認めたことから、S状結腸捻転症と診断した。理学的所見や血液検査結果から腸管虚血は認めず、透視下内視鏡的整復術を施行した。S状結腸の捻転部を越えて下行結腸まで挿入し、捻転解除後に脱気を行った。第3病日の腹部単純X線画像ではS状結腸の巨大ガスの消失を認め、食事を再開した。内服調整による排便コントロールを行い第8病日に排便を認めた。S状結腸捻転の再燃を認めず、第10病日に退院した。【考察】内臓逆位症は、内臓の一部が左右反対に位置する疾患で、全臓器が反転している場合は完全内臓逆位症と呼ばれる。合併奇形の発生頻度は健常人と比較して10倍近くに及ぶとされ、心血管系や肝形態異常、腸管回転異常症を伴う比較的高頻度の疾患である。内臓逆位症は腸閉塞やS状結腸捻転症を引き起こすことがあるが、完全内臓逆位症の捻転症例は報告数が少なく、治療に関して決まった方針は定められていない。本症例では透視下内視鏡的整復術を施行し捻転解除することが可能であった。完全内臓逆位症では解剖学的構造が鏡面像となり、通常時とは内視鏡操作が逆転してしまう点が難易度をあげる要因と考えられ、整復術を施行する前には画像検査から解剖学的位置関係を十分に理解する必要があると考える。【結語】完全内臓逆位症に併発したS状結腸捻転症の一例を経験した。

完全内臓逆位症, S状結腸捻転症

平塚市民病院 消化器内科¹⁾,
慶應義塾大学病院 病理診断科²⁾

笠原美沙¹⁾, 谷口礼央¹⁾, 吉澤大樹¹⁾, 半田祐大¹⁾, 奥富雅俊¹⁾,
滝本恒行¹⁾, 飯塚 武¹⁾, 富田尚貴¹⁾, 立川 準¹⁾, 岩瀬麻衣¹⁾,
武内悠里子¹⁾, 斯波忠彦¹⁾, 山ノ井一裕²⁾, 厚川和裕¹⁾

【症例】80代男性。左鼠径ヘルニアを疑い撮影したCT検査で膵頭部に充実性腫瘍を指摘され精査が行われた。身体所見に特記すべきことはなかった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、SPAN-1、DUPAN-2では上昇を認めず、エラスターゼ1は3020 ng/dLと上昇していた。CT検査では膵頭部に35mm大の境界明瞭な類円形の腫瘍を認め、内部は不均一な弱い造影効果を認めた。肝左葉外側区に55mm大の充実性腫瘍を認め、転移性腫瘍が疑われた。超音波内視鏡では肝左葉を占める低エコー性腫瘍を認め、被膜を伴い周囲を圧排していた。膵頭部には50mm大の内部に血流を伴う低エコー性腫瘍を認め、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。病理学的には類円形核を有する異型細胞が腺房、胞巣を形成しながら増殖し、免疫染色ではCD56(-)、synaptophysin(-)、chromogranin-A(-)、Trypsin(+), bcl-10(+))であり、膵腺房細胞癌と診断した。高齢であることから耐能はないと判断し、単発肝転移を伴う膵腺房細胞癌に対して化学療法を施行する方針となった。ゲムシタピン単剤療法を3コース施行するも、原発巣および肝転移の増大を認めた。【考察】膵腺房細胞癌は膵内腺房細胞から発生する比較的高頻度の腫瘍である。根治切除がなされれば通常型膵管癌に比べて予後良好とされているが、切除不能な膵腺房細胞癌に対する化学療法に確立されたものはない。通常型膵管癌に準じてゲムシタピン単剤療法を行ったが病勢コントロールは困難だった一例を経験したため、文献的な考察を交えて報告する。

膵腺房細胞癌, 化学療法

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科
齋藤 剛, 辻川尊之, 土井晋平

【背景】髄膜癌腫症は腺癌では稀な病態である。今回、臨床的に髄膜炎を疑い、髄液細胞診を施行することにより腺癌からの髄膜癌腫症を診断しえた1例を経験したので報告する。【症例】77歳女性。20XX年3月に膵尾部癌の多発肝転移と診断、切除不能腺癌としてGEM+nab-PTX療法開始となるも6月のCTで原発巣、転移巣ともに増大を認めPDとなった。7月よりnal-IRI+FL療法に変更とし、11月初旬までのCTではSDを維持できていたが、11月中旬より急な嘔気症状が出現し経口摂取困難な状況となったため入院となった。上部内視鏡施行では腺癌の十二指腸への直接浸潤は認めず、胸腹部CT検査でも原発巣の増大は認めなかった。頭部CTならびにMRIでは軽度の脳室拡大を認めるのみであり、嘔気症状の原因は明らかではなかった。第5病日から複視、第8病日には項部硬直が出現したため、髄膜炎症状を疑い、髄液検査を施行。髄液細胞診にてAdenocarcinomaを認め髄膜癌腫症の診断となった。しかしその後意識状態が悪化し、全身状態不良のため髄中化学療法や放射線療法は行えずBSCの方針となり第38病日に永眠した。【考察】腺癌に由来する髄膜癌腫症は非常に稀であり、またCTやMRIの画像検査でも異常所見を捉えにくく診断に苦慮しやすい。また、原発巣および肝転移巣などの代表的な転移巣が制御されている状況でも髄膜腫には効果が乏しいことが多いとされている。化学療法の進歩に伴い、局所や肝などの遠隔転移の制御が良好となる一方で、髄膜癌腫症の頻度は今後増加する可能性があり、経過のなかで神経症状などが認められた場合は、本疾患を疑い、髄液検査などを行う必要があると考えられた。

膵尾部癌, 髄膜癌腫症

JCHO 船橋中央病院 内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 阿部哲大¹⁾, 加藤佳瑞紀¹⁾, 藤代絢香¹⁾, 木村 恵¹⁾, 浅野公将¹⁾, 嶋田太郎¹⁾, 土屋 慎¹⁾, 福山南美²⁾, 横田哲生²⁾, 西田孝宏²⁾, 宇野秀彦²⁾, 新井周華²⁾, 郷地英二²⁾, 小松悌介³⁾, 山口武人¹⁾

症例は31歳の女性で、粘液性卵巣嚢腫切除が既往にある。主訴は2日前からの腹痛で当院受診した。鎮痛薬で症状は改善したが、血清アミラーゼ 563 U/L、造影CT検査で膵尾部に長径40 mm大の腫瘍を認め、近日精査予定であった。しかし受診5日後に腹痛が再燃・増悪し、再度受診した。血清アミラーゼは正常値化していたが、造影CT検査で膵尾部嚢胞が長径48 mm大に増大していたため同日入院とした。入院後ソナゾイド造影下EUSを施行し、膵尾部に内部に隔壁を伴うもの、膵管と交通していない、壁肥厚のある嚢胞を認め、Mucinous cystic neoplasm (MCN)の診断に至った。増大傾向であるMCNのため外科的手術適応と判断し、当院外科に転科した。造影CT検査で明らかな転移は認めず、手術による完全切除が可能と判断され、腹腔鏡下脾合併膵尾側切除術 (LDP) が施行された。病理では単房様の嚢胞性病変で、上皮内に粘液を、上皮下には卵巣様間質を認め、悪性所見は認めず、Mucinous cystadenoma (MCA) の診断であった。MCNは中年女性に多く、90%以上が膵尾部に発生すると報告されている。過去の文献では膵MCNの6.5%で急性膵炎を合併していたとの報告もあり、原因として腫瘍による主膵管圧排が考えられており、本症例も膵炎には至らなかったものの腫瘍の増大により血清アミラーゼ高値を呈したと考えられた。分枝型IPMNと比較すると、悪性度が6~27%と高く、膵臓を超えての周囲浸潤や、リンパ節へ転移することも少なくないと報告されているため、手術が推奨されることが多い。また卵巣様間質を呈することで知られているが、卵巣嚢腫との関連は定かではない。今回、腹痛を契機にMCNの診断に至り、外科的手術を施行した1症例を報告する。

MCN, 粘液性卵巣嚢腫

超音波内視鏡検査 (EUS) を契機に診断し得たリンパ節転移を伴う8mm膵神経内分泌腫瘍(p-NEN) G3の一切切除

横浜労災病院 消化器内科

松本彰太, 高柳卓史, 悦田咲季子, 能中理紗子, 上野航大, 利井辰光, 伏見 光, 西上堅太郎, 佐野 誠, 枇杷田裕佑, 稲垣淳太, 春日範樹, 岡田直也, 内山詩織, 関野雄典, 永瀬 肇

症例は69歳女性。糖尿病増悪を契機に施行したスクリーニング目的のEUSで、膵頭部に6.0 mmの低エコー腫瘍を偶発的に認め、ペルフルプタンによる造影EUSではhypoenhancementを呈した。Dynamic CTでは同腫瘍は同定出来ず、MRIではT1WIにて低信号。DWIにて高信号の結節として描出された。同腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検を施行した。類円形核を有する腫瘍細胞が索状に配列し、免疫組織学的にChromogranin A・Synaptophysin陽性、Ki-67 index 15%程度であり、p-NEN G2と診断した。病期をT1N0M0 Stage I (UICC) と判断し、リンパ節郭清を含む尾側膵全摘+脾臓合併切除術を施行した。最終診断は、腫瘍径8mmで、Ki-67 indexが50%と術前診断よりも高値であったが、高分化型の腫瘍でありp-NEN G3と判断し、またリンパ節転移を認め、T1N1M0 Stage IIIとした。近年、画像診断の向上により、比較的小さな非機能性p-NENが発見される頻度が高まっており、その検出能はEUSがCT、MRIを凌駕するとされる。また、10mm未満ないし20mm未満のlow gradeな非機能性p-NENは、経過観察も可能とされる報告が増加している。今回我々は、EUSを契機に診断し得た10mm未満でありながらリンパ節転移を来した非機能性p-NEN (G3) を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍, EUS

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾, 同 泌尿器科²⁾

林 亮秀¹⁾, 平岡友美¹⁾, 石井咲貴¹⁾, 岩瀬桐加¹⁾, 清水陸久¹⁾, 前廣由紀¹⁾, 湯原 脩¹⁾, 渡辺奈央子¹⁾, 星 健介¹⁾, 佐藤洋一郎¹⁾, 岩田俊太郎¹⁾, 木村祐介¹⁾, 宅間健介¹⁾, 藤本 愛¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 和久井紀貴¹⁾, 永井英成¹⁾, 松田尚久¹⁾, 竹内晋次郎²⁾, 坂本亮亮²⁾

【症例】60歳代男性。X年12月より心窩部痛、腰背部痛を自覚した。X+1年3月に健康診断にて血中アミラーゼ高値を指摘され、IgG4高値、膵腫大を認めたため自己免疫性膵炎 (autoimmune pancreatitis: AIP) が疑われ、当院に紹介された。初診時の血液検査ではIgG4 156mg/dLと高値であり、造影CTではcapsule-like rimを伴う膵臓のびまん性腫大を認めAIPと診断した。7月に心窩部痛、腰背部痛の急激な増悪があり救急搬送された。来院時、38.4度の発熱や左肋骨脊柱角叩打痛を認め、血液検査では血中膵アミラーゼ367U/Lと上昇しており、AIPによる急性膵炎と考えられ入院加療となった。また、造影CTにて新規に左腎周囲腔の液体貯留を認め、泌尿器科にてドレナージを施行した。排液中の膵アミラーゼ36342U/Lと高値であり膵液漏であると考えられた。ERCPを施行したが膵管造影では造影剤の膵管外漏出は認められなかった。AIPに対して第5病日よりステロイド40mgにて治療開始とした。第10病日、経過観察目的で施行した造影CTでは左腎周囲の膵液漏が残存していたため、エコー下にて腎周囲腔に穿刺ドレナージを施行した。第18病日、造影CTにて左腎周囲の液体貯留が消失していることを確認し、自宅退院となった。その後、外来にてステロイド10mgまで漸減しており、現在まで膵液漏の再燃なく経過している。【考察】腎被膜下に膵液漏を認める症例は稀である。また、AIPに合併した膵液漏の報告も少なく、検査し得た範囲内では本邦でのAIPに合併した腎周囲腔への膵液漏の報告はない。本症例はドレナージを施行し膵液漏の診断に至った貴重な症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性膵炎, 膵液漏

破裂出血で発症した肝外発育型の淡明型肝細胞癌の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾

中野智久¹⁾, 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】51歳、女性。【主訴】上腹部痛、悪心、嘔吐。【既往歴】42歳時に十二指腸潰瘍穿孔で手術。喫煙20本/日、飲酒なし。【現病歴】特に誘因無く上腹部痛が出現した。悪心、嘔吐が認められ、経過と共に疼痛が増強したため救急外来を受診、精査・治療目的で入院となった。【身体所見】頰脈、頻呼吸、腹壁緊張および心窩部～左下腹部に圧痛が認められた。【検査成績】WBC 7900/μl、RBC371x10⁷/μl、Hb 12.1g/dl、Hct 35.3%、Plt 18.2x10⁷/μl、CRP 0.21mg/dl、AST 24U/L、ALT 14U/L、LDH 192U/L、ALP 58U/L、γ-GTP20U/L、T-Bil 0.7mg/dl、AMY 61U/L、FBS 101mg/dl、HCV抗体(-)、HBs抗原(-)、HBe抗体(-)、AFP 15.2ng/ml、PIVKA2 376mAU/ml、血清ヒアルロン酸 12.4ng/ml。【臨床経過】腹部CTで肝左葉外側区域辺縁に接して径約50mmの境界明瞭で内部が不均一な低吸収を示す腫瘍性病変が認められた。右傍結腸溝から骨盤腔には血性と考えられる腹水貯留が確認された。肝ダイナミックCTでは腫瘍内への左肝動脈血流が認められ、腫瘍背側部に動脈性出血が確認された。腫瘍は動脈相でまだら状に造影され、実質相での造影剤のwash outが確認された。以上の画像所見より肝外発育型の肝細胞癌破裂出血と診断した。Vital signsの安定が得られたため緊急手術の方針とし、肝切除手術を施行した。切除腫瘍は肉眼的には4.8x4.2x3.8cmで、一部は被膜を破り露出していた。剖面はやや黄色調で腫瘍面に隔壁が認められた。組織学的には淡明な胞体を有する異型細胞がシート状に増殖し、部分的に柵状配列が認められた。画像所見および腫瘍細胞のCD10、vimentinの陰性から淡明細胞型腎細胞癌の肝転移は否定的あり淡明細胞型肝細胞癌(stage2)と診断した。【考察】肝外発育型の淡明型細胞癌を経験し、本例が肝副葉由来である可能性や肝細胞癌の淡明細胞化機序を考える上で示唆に富む症例と考え報告する。

淡明細胞型肝細胞癌, 肝副葉

熊谷総合病院 消化器内科

工藤文香, 中川慧人, 比留間晴彦, 岡本四季子, 村上規子, 野村祐介, 門野源一郎, 松井真理子, 土合克己, 石川武志, 斎藤雅彦

【背景】*Klebsiella pneumoniae*による肝膿瘍は血行性に転移性病変を形成し、内因性眼内炎をきたすことがある。*Klebsiella pneumoniae*による眼内炎は治療抵抗性で急激に悪化し、視力予後が極めて不良である。今回我々は肝膿瘍から内因性眼内炎に至った2例を経験した。【症例1】60代男性。既往に糖尿病を認めた。発熱、嘔吐、食欲低下のため前医を受診した。精査より多発肝膿瘍の診断となり第7病日に当科紹介受診となった。同日入院の上、抗菌薬の投与を開始した。第8病日より右眼の視力低下を訴え、眼科に依頼したところ内因性眼内炎の診断となり高次医療機関に転院となった。眼科手術を実施し、抗菌薬点眼を継続した。転院後血液培養・硝子体生検より*Klebsiella pneumoniae*が判明した。肝膿瘍は保存的加療で改善したが、眼内炎に関して視力は光覚弁から改善しなかった。【症例2】60代女性。基礎疾患は認めなかった。発熱、腹痛のため前医を受診した。精査より肝膿瘍の診断となり、当科紹介受診となった。抗菌薬投与を開始し、経皮経肝膿瘍ドレナージを施行。血液培養、膿瘍培養では*Klebsiella pneumoniae*が陽性であった。その後経過良好であったが第10病日に突然左眼の視力が低下、眼痛を認め眼科に依頼した。内因性眼内炎と診断され、高次医療機関に転院となった。肝膿瘍は改善傾向であったが、眼内炎に対しては眼科手術や抗菌薬点眼などを行うも視力改善には至らなかった。【結論】*Klebsiella pneumoniae*による肝膿瘍から内因性眼内炎に至り、視力予後が不良であった2例を経験した。肝膿瘍と診断したら眼症状の有無を確認し、早期に眼科診察を依頼することが重要と考えられた。

肝膿瘍, 眼内炎

NTT 東日本関東病院 肝胆膵内科

野内拓海, 寺谷卓馬, 上地大樹, 辻川真太郎, 小山裕司, 辻野誠太郎, 藤田祐司

72歳女性。20XX年5月に、慢性C型肝炎を背景とした門脈3次分枝への浸潤を伴うS7の肝細胞癌(HCC)に対しTACEが施行された。門脈腫瘍栓の頸在化と腫瘍残存が疑われたため、同年9月に肝拡大後区域切除、門脈右後区枝腫瘍栓摘出術が施行された。病理ではTACE後の壊死によりviableな腫瘍細胞は確認されなかったが、門脈腫瘍栓と胆管侵襲を認め、pStageIIIの診断であった。同年11月にAFP 2161ng/mlと上昇認め、CTでS7断端に再発と32mm大の腹部傍大動脈リンパ節転移が指摘されcStage IVAの診断。S7断端再発に対してRFAを施行し、20XX+1年1月に腹部傍大動脈リンパ節に対してソラフェニブ400mgを導入した。薬物投与開始後6ヶ月で、AFP陰転化と腹部傍大動脈リンパ節の縮小が確認された。その後AFPの上昇は認めず、画像上complete responseが得られ、ソラフェニブを400mgから400mg・200mg隔日投与へ漸減するも、4年間らかな再発なく経過した。20XX+4年に肝内再発認めたため、ソラフェニブでPDと判定し、同業を中止し肝内再発に対してRFAを施行した。以降4年にわたり8度の肝内再発を繰り返したが、その都度肝内病変に対してRFAを施行した。20XX+8年に新規に肝門部リンパ節の腫大を認めたため、同部位に対して体幹部定位放射線治療(40Gy/5fr)を行い著明に縮小を得ることができた。翌年に肝内再発指摘されたため、RFAを施行した。20XX+9年現在、Child-Pugh A・PS0で、腫瘍マーカー陰性、肝内病変の再発と腹部傍大動脈リンパ節・肝門部リンパ節の再腫大は認めていない。肝細胞癌Stage IVAの治療法は薬物療法が第一選択とされるが、肝内病変に対しての穿刺局所療法やリンパ節転移に対しての放射線治療の併用に関してはいまだ十分なエビデンスはない。本症例はリンパ節転移をきたしてから8年経過しており、遠隔転移巣をきたす肝細胞癌の治療方針の検討に貴重な1例と考え報告する。

肝細胞癌, 局所穿刺療法

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター¹⁾,同 肝胆膵消化器病学²⁾, 同 がんゲノム診療科³⁾室井健太¹⁾, 岩城慶大²⁾, 小林 貴²⁾, 大谷知宏²⁾, 野上麻子²⁾, 加藤真吾³⁾, 米田正人²⁾, 中島 淳²⁾

【症例】50歳代、中国出身の男性。B型慢性肝炎の既往がある。8年前から肝細胞癌に対して肝動脈化学塞栓療法などの治療を他院にて行っており、1年前に肝細胞癌に対して中国にて脳死肝移植を施行。転居に伴い当院紹介受診となった。当院受診から6か月後に肝細胞癌の肺転移再発を認めた。Child pugh分類A(5点)と肝機能は良好であり、全身薬物療法を導入する方針となった。免疫抑制薬内服下であり、免疫チェックポイント阻害薬を使用することができず、レンパチニブを導入した。8か月間のレンパチニブ投与後、病勢を抑えることができず、ソラフェニブ、レゴラフェニブとレジメンの変更を行った。その段階で肝腫瘍生検を行い、がん遺伝子パネル検査を実施した。パネル検査の結果、TSC1遺伝子の変異が認められ、エキスパートパネルではmTOR阻害薬であるエベロリムス投与が推奨された。しかし、本症例は、免疫抑制のためにmTOR阻害薬であるシロリムスを内服中であり、同様の作用機序であるエベロリムスの有効性が見込まず、推奨薬剤を開始するに至らなかった。【考察】現在、臓器横断的に保険診療下で使用可能な薬剤がある遺伝子異常として、MSI-High、TMB-High、NTRK融合遺伝子が挙げられる。肝細胞癌においては、MSI-High症例に対するベムプロリズマブの有効性を認めた報告があるが、その他の遺伝子に関してほとんど報告されていない。肝細胞癌にみられるドライバー変異は、TERTプロモーター変異が60%と最も多く、続いてCTNNB1、TP53の変異が20-40%である。しかし、それらの遺伝子異常に適合する治療薬がないのが現状である。肝細胞癌は、様々な背景因子をもつ悪性腫瘍であり、etiologyや分子病態に応じたがんゲノム治療の確立が望まれる。【結論】肝細胞癌の肝移植後再発に対して、がん遺伝子パネル検査にて有効薬剤の推奨を受けた一例を経験した。がんゲノム治療は、肝細胞癌治療の次の一手になりうるため、今後の症例集積が必要である。

肝細胞癌, がん遺伝子パネル

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科¹⁾,同 消化器外科²⁾, 同 病理診断部³⁾大西あとり¹⁾, 野村 優¹⁾, 本多 悠¹⁾, 櫻井裕一郎¹⁾, 城野 紡¹⁾, 藤野洋平¹⁾, 高井佑輔¹⁾, 岩崎暁人¹⁾, 清水智樹¹⁾, 真田治人¹⁾, 酒井英嗣¹⁾, 川口雅彦²⁾, 渡邊 透²⁾, 柳本邦雄³⁾

【症例】85歳男性。スクリーニングの造影CTにて肝左葉外側区に早期相で濃染し、後期相でwashoutを伴う約7cmの腫瘍を認めた。MRCPにて末梢肝内胆管の軽度拡張を認め肝内胆管癌もしくは肝細胞癌が疑われたが、腫瘍マーカーはすべて陰性であった。播種のリスクから肝生検は行わず、外科にて診断的治療として肝外側区切除術を実施した。肝切除後の免疫染色にてSerotonin(+), Gastrin(+), CD56(+), synaptophysin(+), chromogranin(+), Ki-67 labeling index 27%であり、ガストリン産生の神経内分泌腫瘍(NET: Neuroendocrine tumor)G3の診断となった。原発巣精査のためPET-CT、内視鏡検査を施行したが病変は指摘されず、多発内分泌腫瘍症1型(MEM1)は否定的であり、肝原発NET(PHNET: Primary hepatic neuroendocrine tumor)と診断した。その後再発なく経過したが、手術から18か月後に胃痛を主訴に上部消化管内視鏡検査を実施したところ、胃体下部大弯に腫大した皺襞と十二指腸球部から十二指腸角にかけて浮腫状変化を伴う粘膜所見を認め、高ガストリン血症に伴う急性胃粘膜病変が疑われた。オクトレオスキタンにて肝S4とS6に15mm大の集積を認め肝転移再発と診断した。ラジオ波焼灼術(RFA)にて両病変を焼灼し、その後再発なく経過している。

【考察】肝臓で発見されるNETは転移性のものが多く、PHNETは極めて稀である。PHNETに特異的な臨床所見、画像所見は存在せず、画像診断での確定診断は困難である。治療としては外科治療が第一選択とされているが予後不良であり、術後長期間フォローアップを要する。本症例のように再発を来した場合、白金製剤をベースとする化学療法が治療選択肢となるが、本症例は高齢で腎機能障害も有し、化学療法が実施しにくい状態であった。幸い肝転移再発は2個でいずれも3cm以下であったためRFAのよい適応であった。ただし、再発リスクは高く今後も集学的な治療が必要となる可能性が高い。

【結語】RFAにて局所制御されたPHNETの再発症例を経験したため、診断法や治療経過に関して報告する。

肝原発ガストリノーマ, RFA

61 分類不能型免疫不全症に合併した門脈圧亢進症の一例

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⁾, 同 病理部³⁾, 青鹿奈南子¹⁾, 延澤 翼¹⁾, 金子 俊¹⁾, 河本亜美²⁾, 村川美也子¹⁾, 小林正典¹⁾, 福田将義²⁾, 山本浩平³⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 大塚和朗²⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】40代女性。X-19年に健康診断の胸部レントゲンを契機に分類不能型免疫不全症と診断され、以降免疫グロブリン療法を継続している。X-8年より当院通院となり、血液検査にて肝胆道系酵素上昇を認めており、X-4年には腹部超音波検査にて肝内mild coarse所見と脾腫の出現を認めた。X-1年CTで肝脾腫と腹水貯留を認め、腹水コントロール後施行したX年のMRエラストグラフィでは肝硬度4kPa、IDEAL-IQ1.81%の所見であった。慢性肝障害および門脈圧亢進症に関する精査目的にX年8月入院となった。腹部血管造影検査ではCTAPにて明らかな血管走行異常は認めなかった。また、肝静脈楔入圧は10mmHgと正常〜軽度上昇で、前類洞性門脈圧亢進症に矛盾しない所見であった。肝生検病理組織診断では門脈域にごく軽度の線維性拡大は認められるものの、架橋線維化はなく、肝線維化および肝硬変を示す所見は認めなかった。過形成性結節状変化が一部で疑われ、porto-sinusoidal vascular disorder (PSVD) に矛盾しない所見であった。以降、門脈圧亢進症に関するフォローや支持療法を開始した。【考察】分類不能型免疫不全症に合併した門脈圧亢進症の一例を経験した。本例のように門脈血栓、肝硬変所見はないが軽度の肝組織変化を伴う肝疾患群についてはPSVDとして門脈圧亢進症の評価を行う事が一般的になりつつある。特に、免疫不全を持つ慢性肝障害症例においては非肝硬変門脈圧亢進症に留意することが必要であり、今回腹部血管造影および肝生検による包括的精査を行った経過について文献的考察を加え報告する。

前類洞性門脈圧亢進症, 非肝硬変門脈圧亢進症

62 術前診断が困難であった胆嚢癌肉腫の一例

公益財団法人がん研究会 有明病院 臨床教育研修センター¹⁾, 同 肝胆膵内科²⁾, 同 肝胆膵外科³⁾, 同 病理部⁴⁾, 石川颯一¹⁾, 笹平直樹²⁾, 尾阪将人²⁾, 佐々木隆²⁾, 春日章良²⁾, 武田剛志²⁾, 岡本武士²⁾, 古川貴光²⁾, 三重克文²⁾, 中川皓貴²⁾, 山田 学²⁾, 石塚隆浩²⁾, 平井達基²⁾, 高橋 祐²⁾, 高松 学⁴⁾

【症例】48歳、女性【主訴】心窩部痛【現病歴】他院にて腹部超音波検査が施行され、胆嚢腫瘍を認めためた当院に紹介受診となった。【既往歴】40代気管支喘息 45歳子宮筋腫 47歳突発性難聴【家族歴】特記事項なし【生活歴】喫煙なし、飲酒なし【入院後経過】当院初診時には自覚症状は消失しており、身体所見や血液検査で異常は認めなかった。腹部造影CTにて胆嚢内腔に隆起する3cm大の多血性腫瘍を認め胆嚢癌が疑われたが、リンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。MRIでは膵胆管合流異常が指摘されたが、胆道や主膵管の拡張は認めなかった。超音波内視鏡検査では胆嚢内に境界明瞭な隆起性病変を認めた。胆嚢壁に沿って比較的均一な低い隆起を広範囲に認め、肝床対側に17mm大の隆起を認めた。肝床部で外側高エコーが一部不明瞭化しており、深達度は漿膜下層以深と考えられた。拡大胆嚢摘出術とリンパ節郭清を施行したところ、切除標本の肉眼像では結節膨脹型であった。H&E染色では、隆起部は核腫大を呈する紡錘形の異型細胞が密に増殖しており、表層では乳頭状構造を主体として増殖する異型胆管上皮を認め、粘膜内で平坦に広く進展していた。腫瘍の大部分が粘膜内あるいはRokitansky-Aschoff洞内進展であったが、一部固有筋層を超えて浸潤していた。リンパ節転移は認めず、胆嚢癌肉腫pT2aNOMO Stage IIAの診断となった。術後補助化学療法としてCS-1を投与しているが、術後3ヶ月の経過で再発を認めない。【考察】胆嚢悪性腫瘍の発生率は人口10万人あたり年間1-2例である。上皮成分と間葉成分から構成されている胆嚢癌肉腫は胆嚢癌肉腫と称され、胆嚢悪性腫瘍の1%未満を占める稀な病態である。発生機序として、腺癌の一部に上皮間葉転換が生じて肉腫化が起こることが想定されている。また、特徴的な画像所見はなく、術前診断が困難であることが知られている。本症例では丈の低い腺癌を背景に、結節状の内腫成分が中央部に確認されたため、同機序による発癌が考えられた。非常に稀な胆嚢癌肉腫を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆嚢, 癌肉腫

63 膵管空腸吻合部に長期間存在していた膵石(長径20mm)の自然排石

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器) 講座 湯村千尚, 久野木康仁, 石田浩祐, 嘉島 賢, 佐久間文, 永島一憲, 阿部洋子, 入澤篤志

【背景】膵石の自然排石は稀である。膵石の増大にしたがい、自然排出は困難となる。今回我々は、膵管空腸吻合後に形成された長径20mm大の膵石が自然排石された症例を経験したため多少の文献的考察を加えこれを報告する。【症例】80代女性。【主訴】心窩部痛・嘔吐。【生活歴】飲酒:なし、喫煙:15本×46年間。【既往歴】分枝型IPMNに対し膵頭十二指腸切除(PD)術後(70歳)、急性心筋梗塞(72歳)、子宮筋腫術後。【現病歴】X-11年に膵頭部の分枝型IPMNに対してPDを施行された。その後、術後の膵管狭窄部に膵石が出現した。体外衝撃波結石破砕術(ESWL)をX-2年1月から合計7回施行したが、結石を破砕し得ず。また膵管ステント留置を試みるも狭窄が強くステント留置不能で経過観察となった。X年7月28日の19時に腹痛と嘔気が出現し食事摂取困難となり、経時的に疼痛の増悪が見られ、自制不能となったため、当院救急外来を受診した。【入院時現症】意識清明、体温37.4℃、心拍数80bpm、血圧145/99mmHg、心窩部から左側腹部にかけて筋性防御を伴う疼痛を認めた。【経過】慢性膵炎急性増悪の診断で同日緊急入院となった。予後因子は年齢のみ合致し、造影CT検査では炎症の膵外進展は前腎傍腔まで、膵臓の造影不良域は認めずCT Grade1であった。また、膵石の増大と膵石の尾側膵管拡張を認めた。膵石の嵌頓による慢性増悪と考えられた。禁食、大量輸液による外科的開始した。経過中内科的な結石治療は困難と考えられ、外科的な結石除去を検討していたが、第4病日のCTでは膵石の自然排石が確認された。その後は症状も軽快し自宅退院されている。【考察】本症例は膵管空腸吻合術後であり、再建した膵管口には括約筋が無いことで膵石の自然排石が容易になっていたと考えられる。また来院時のCT検査では膵石尾側の膵管拡張が見られており、膵管内圧の上昇があったと考えられる。これらにより、膵石が押し出され、自然排石されたと考えられた。

膵石, 膵管空腸吻合

64 観察期間中に増大傾向を認めた膵管内乳頭粘液性腺腫(IPMA)の一例

筑波大学附属病院水戸地域医療教育センター 水戸協同病院 初期研修医¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 外科³⁾ 今村理沙¹⁾, 有賀啓之²⁾, 岡田健太²⁾, 鹿志村純也²⁾, 稲川 智³⁾

【はじめに】IPMN(intraductal papillary mucinous neoplasm)は膵管内に発生し乳頭状に増殖する上皮性腫瘍で粘液産生を示し肉眼的に観察されうる程度の膵管拡張を呈することを特徴とする。ガイドラインではhigh-risk stigmata (HRS)とworrisome features (WF)は悪性を疑う所見とされている。今回、増大傾向を認め60mmを越えたがIPMA(intraductal papillary mucinous adenoma)だった症例を経験したので報告する。

【症例】62歳、男性【主訴】嚢胞性病変の増大【既往歴】高血圧【生活歴】飲酒:なし、喫煙:現在なし【家族歴】父:高血圧、母:糖尿病【現病歴】5年前の検診で膵頭部に20mmの嚢胞性病変を認めたが、検診で50mm大に増大しており近医を受診した。本人の希望もあり経過観察されたが、1年後には60mmを越えたため精査目的に紹介となった。【来院時現症】特記すべき所見なし。【検査成績】糖尿病はなく、腫瘍マーカーも上昇なかった。【画像検査】腹部CTでは膵鉤部に64mmの単房性の嚢胞性病変を認め、MRIで拡散強調信号の低下はなかった。EUSでは主膵管の拡張はなかったが、嚢胞の隔壁が造影され、5mm以上の造影される結節が疑われた。内視鏡的膵管造影で単房性嚢胞と膵管は交通し、膵液細胞診はClass3であった。単房性嚢胞であるが、膵管との交通があり、IPMNと考えられ、IPMNであれば嚢胞径、嚢胞増大率、造影される隔壁からWF3項目、5mm以上の結節もHRSに該当するため、十分な説明後、当院外科にて手術を行なった。病理では細胞診と同様にIPMA、免疫染色でMUC5AC、MUC6陽性でIPMA gastric typeと診断した。

【まとめ】膵嚢胞性病変の鑑別において、嚢胞の存在部位、嚢胞径、嚢胞と主膵管との交通の有無、嚢胞形態と内部構造、近傍の充実性腫瘍や膵石の有無、被膜や血流の有無について評価が必要である。本例はCTなどでは単房性であったが、IPMNの特徴である嚢胞病変と膵管との交通を認めた。ガイドラインよりmalignant potentialがあるとされたが病理ではIPMAであり、自験例について文献的考察も含め報告する。

IPMN, worrisome features

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野
賀川 翔, 藤澤真理子, 北原麻衣, 野村舟三, 齋藤 圭, 山上裕晃, 木暮宏史

症例は71歳女性。当院には胃粘膜下腫瘍・脂肪肝経過観察で定期外来受診をしていた。202X年8月に腹痛を主訴に近医受診し、精査目的で当科紹介受診となった。血液性化学検査では、炎症反応の上昇と、血清・尿アミラーゼ値軽度上昇を認めた。また血清Caが高値であった。CTで多発膵石と体部主膵管内に10mm大の膵石と同尾側の主膵管拡張と膵周囲の脂肪織混濁所見を認めた。飲酒歴などなかったが、振り返ると2015年頃より画像上膵石を認めており、慢性膵炎による膵石の閉塞性膵炎を疑った。まず禁食・補液による保存的加療を行ったところ、速やかに腹痛と炎症反応の改善を認めた。しかしながら、Ca値は12mg/dl前後で経過していた。入院後7日目に、食事再開したところ、再度腹痛悪化と炎症反応・膵酵素の上昇を認めた。膵炎のコントロールとして、膵管ドレーンが必要と判断し、入院後14日目にE R P施行し膵管ステントを留置し、膵炎の改善を認めた。同時に、持続する高Ca血症から副甲状腺機能亢進症の可能性を考慮し、intPTH等の内分泌機能の評価も行った。結果、intPTH97pg/mlと高値認め、副甲状腺機能亢進症と診断した。エポカルセト1mg/日の投与を開始し、Ca値の改善を確認し退院した。膵石症の原因としては、アルコールが最多ではあるが、飲酒歴がない症例で、副甲状腺の精査がされず特発性慢性膵炎による膵石症として見逃されている症例も相当数存在すると考えられる。本症例でもこれまでCa値の検査はしていなかった。飲酒歴のない症例で膵石症を認める際には、スクリーニングとしてCa値の評価を追加することは副甲状腺機能亢進症の早期発見に有用である。今回、膵石症による膵炎を契機に診断に至った副甲状腺機能亢進症の1例を経験したため報告する。

慢性膵炎, 副甲状腺機能亢進症

東海大学 医学部 医学科 内科学系 消化器内科学
後藤尚志, 小玉敏生, 森 貴裕, 白滝理博, 伊藤彩乃, 森町将司, 川西 彩, 加川建弘

【症例】74歳男性。【現病歴】X年6月、左眉毛部のメルケル細胞癌(T1N1M0stageIII)に対し原発巣切除+頸部リンパ節郭清を実施後、術後放射線治療を継続中であった。X+2年3月に黄疸、肝胆道系酵素の上昇を認め、当院消化器内科を紹介受診した。【経過】CTで胆管拡張、主膵管拡張、後腹膜軟部組織の濃度上昇を認めた。胆管ドレーン置のため経乳頭膵膵管に胆管ステント留置を試みたが、十二指腸下行部に強い狭窄があり不可であった。経皮経肝胆道ドレーンを施行し、胆汁細胞診や胆管狭窄部のブラシ擦過による細胞診を繰り返し行ったが悪性所見は検出されなかった。同年5月、CTでの後腹膜軟部組織の濃度上昇の所見から、胆管狭窄、十二指腸狭窄の原因として後腹膜線維症を疑いプレドニゾン投与による治療を開始したが改善に乏しかった。再度撮像したCTにて右副腎腫大を認め、同部に対してEUS-FNAを施行し、病理組織診でメルケル細胞癌による転移と診断した。【考察】胆管の狭窄で見つかったメルケル細胞癌右副腎転移の一例を経験した。狭窄部位のCTガイド下での生検も検討したが、下行大動脈が近く施行困難であった。EUS-FNAで副腎転移の診断がついた症例は少なく、文献的考察を加えて報告する。

超音波内視鏡, メルケル細胞癌

北里大学医学部 消化器内科学
菊地悠哉, 和田拓也, 北原 言, 古江康明, 渡辺見識, 石戸謙次, 草野 央

【症例】60歳台女性【主訴】歩行時のふらつき【現病歴】20XX-12年当院外科にて進行胃癌に対し幽門側胃切除施行(術後病理診断;進行胃癌 sig>por1>tub2 pT3N3aM0 pStage IIIB)。術後補助化学療法は希望されず追加治療なく経過観察となり、術後5年再発なく経過したため終診となった。20XX-8年ふらつきを主訴に近医脳神経外科を受診し脳腫瘍を認め当院脳神経外科紹介受診。精査の結果、前頭部の髄膜腫(23mm)の診断で経過観察の方針となった。20XX年5月歩行時のふらつきを認め経過観察のMRIで髄膜腫が36mmと増大したことから手術の方針となった。同年6月健診で貧血を指摘され近医より精査目的に当科紹介受診。血液検査の結果、白血球2300/ μ L、血色素量8.6g/dL、血小板11.6万/ μ Lと3系統ともに低値であり骨髄異形成症候群を疑い骨髄生検施行。骨髄中に異形細胞を認めCK7(+), CK20(-), CDX-2(+), MUC5AC(+), PAX8(-), GATA(-)であり胃癌による骨髄腫瘍と診断した。髄膜腫に伴う神経症状を認めていたため、髄膜腫手術後に胃癌術後に対する化学療法の方針となった。同年8月開頭腫瘍摘出術施行。腫瘍は淡好酸性細胞質を有する類円形核の細胞が増生し髄膜腫の診断であったが、髄膜腫内にPAS陽性粘液を有する印鑑細胞を認め免疫染色を追加し胃癌の髄膜腫内転移と診断された。【考察】悪性腫瘍による腫瘍内転移は稀である。多くは肺癌や乳癌が原発であり胃癌はさらに稀である。今回我々は胃癌術後に髄膜腫内転移を認めた症例を経験したため文献的考察を加え報告する。

腫瘍内転移, 胃癌

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
千葉慎太郎¹⁾, 日原大輔¹⁾, 岸 洋佑¹⁾, 渡辺早紀¹⁾, 齋藤孝太¹⁾, 竹中祐希¹⁾, 山田悠人¹⁾, 吉田有輝¹⁾, 齋藤倫寛¹⁾, 岡本陽祐¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 渡邊隆太郎²⁾, 森山穂高²⁾, 浅井浩司²⁾, 渡邊 学²⁾, 横内 幸³⁾, 高橋 啓³⁾, 渡邊 学¹⁾

症例は70歳代男性。食事摂取に伴う嘔吐を主訴に近医を受診した。腹部単純CTで幽門狭窄を、上部消化管内視鏡検査(EGD)では幽門輪から十二指腸球部に高度狭窄(生検Group1)を認め、当院に紹介となった。来院時の血液検査はCA19-9高値を認めるのみであった。腹部造影CTで幽門部から十二指腸にかけて造影効果を伴う壁肥厚を認め、腫瘍性病変が疑われた。X線透視下でのEGDでは上十二指腸角に全周性の狭窄病変を、十二指腸造影ではVater乳頭部より口側に約3cmに渡る全周性の狭窄を確認した。NBI併用拡大内視鏡観察上、表面構造の形状と大きさは全体的に均一であったが、弧状を呈している領域もあり、十二指腸原発癌が疑われた。しかし、同部の生検で粘膜上皮に異型はなく、粘膜固有層に異型細胞がみられたが少数であり、悪性腫瘍との確定には至らなかった。外科的切除術を前提に再度造影CTを施行したところ、胆嚢頸部から胆嚢管にかけて造影効果を伴う壁肥厚を認め、三管合流部より上流の胆管拡張もみられたため、胆嚢頸部の腫瘍および腫瘍浸潤の可能性が疑われた。胆嚢癌十二指腸浸潤を念頭に再度生検し、免疫染色を追加した結果、癌のリンパ管侵襲像と診断され、他臓器からの経脈管的十二指腸浸潤が示唆された。以上の経過から垂直全胃温存療法十二指腸切除術を施行した。術中所見では進行胆嚢癌が強く疑われた。術中迅速病理診断にて胆嚢体底部に腺癌が検出され、胆道、膵臓、十二指腸にかけて広範な浸潤を認めたため、肝床部切除を追加を行った。最終病理診断は進行胆嚢癌T4aN1M0 pStage3Bであった。術後化学療法の方針とし、通院加療予定である。十二指腸狭窄の原因診断に苦慮した症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

十二指腸狭窄, 胆嚢癌浸潤

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

【背景】転移性大腸癌は他臓器からの血行性、リンパ行性、播種性転移と隣接臓器からの直接浸潤によって大腸壁に転移し浸潤・発育するものが定義されている。頻度は大腸癌全体の0.1~1%で転移様式は腹膜播種・隣接臓器からの直接浸潤が多いとされる。今回胃癌の腹膜播種により大腸狭窄を来した一例を経験した。【症例】55歳男性【主訴】左上腹部痛【現病歴】来院2か月前より左上腹部の違和感を認めていた。来院2日前より強い痛みを自覚したが、症状の改善を認めず当院へ救急搬送となる。【臨床経過】腹部造影CT検査では右側横行結腸に閉塞起点を認め上流の結腸の拡張を認めた。肝表面には腹水の貯留も認めた。横行結腸癌による大腸イレウスの可能性を考慮し、緊急で透視下で下部消化管内視鏡検査を施行した。脾彎曲部付近の右側横行結腸に狭窄を認めスコープ通過は不可能だった。内視鏡観察上は上皮性の変化は認めなかった。ガストログラフィン造影では7cmにわたる狭窄を認めた。組織生検を施行したうえで経肛門イレウス管を留置した。ガストログラフィン造影では4型進行大腸癌を示唆する所見は認めず、病理組織検査でも悪性成分の検出は認めなかった。黒色便、貧血も認めることから上部消化管内視鏡検査も施行したところ、胃体上部~胃体下部大彎側に発赤を伴う肥厚した腫瘍を認め、送気による伸展は不良であった。胃体下部大彎の肥大した腫瘍内にびらんを伴う陥凹を認めた。同部位より組織生検を施行したところ低分化~中分化型腺癌が検出された。内視鏡検査後に改めてCTを撮影したところ、一回目のCT撮影時は判然としなかった播種結節を認めた。内視鏡所見、CT検査を踏まえ胃癌による腹膜播種、横行結腸狭窄と診断した。【結語】大腸狭窄を認めた場合、頻度は少ないものの他臓器癌による転移の可能性も考慮する必要がある。

腹膜播種、大腸狭窄

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
金澤優大, 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歳台女性。20XX年1月頃から前胸部痛と嚥下困難を自覚した。4月Y日に当科紹介受診し、上部消化管内視鏡検査(EGD)で食道胃接合部に腫瘍を認めた。Y+6日に嘔吐し、緊急入院となった。再度施行したEGDにて腫瘍は急速に増大しており、CTでは全身リンパ節に転移を認めた。生検結果はadenocarcinomaであり、HER2陰性、MSI陰性であった。食道胃接合部癌stage IVb(cT4aN3M1a)と診断し、FOLFOX+Nivolumabにて治療する方針とした。Y+24日に1コース目を投与したところ、翌日に倦怠感を認めたが、数日で軽快したため退院した。再入院後のY+38日に2コース目を投与し、Y+41日に退院した。退院後、倦怠感とふらつきが出現した。Y+51日、3コース目投与目的で入院したが、倦怠感とふらつきが持続しており、PSも低下していたため投与を延期した。再入院時の血液検査と頭部MRIでは異常所見を認めなかった。Y+56日にせん妄症状が出現し、Y+57日にてんかん発作が出現した。脳波検査では1-3Hzの周期性放電を全般性に認めた。抗てんかん薬を投与したが、Y+59日にはてんかん重積状態になりICUに入室した。同日の血液検査と頭部MRIでは異常所見を認めなかったが、髄液中の細胞と蛋白の上昇を認めた。Nivolumabの免疫関連有害事象(irAE)による自己免疫性脳炎と診断し、ステロイドパルス療法と免疫グロブリン大量静注療法を施行した。しかし、治療効果は乏しく、現在も抗てんかん薬にて治療中である。irAEによる自己免疫性脳炎の報告は多くはなく、発症様式や検査所見、経過も様々である。今回、我々はNivolumab投与後に発症した自己免疫性脳炎を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

Nivolumab, 自己免疫性脳炎

筑波大学附属病院 消化器内科
長尾剛太郎, 堀籠祐一, 坂本 琢, 小島丈心, 鈴木 聡,
藤川健太郎, 湯原美貴子, 阿部 涼, 石川直樹, 川越亮承,
城山真美子, 小松義希, 遠藤壮登, 小林真理子, 秋山慎太郎,
山田武史, 山本祥之, 奈良坂俊明, 松井裕史, 土屋輝一郎

【はじめに】内臓動脈仮性動脈瘤(VAPA: Visceral Artery Pseudoaneurysm)は、破裂すると予後不良な致死的な疾患である。診断のゴールドスタンダードはダイナミックCTであり、内視鏡所見は確立していない。今回CTで診断に至らなかった未破裂の仮性動脈瘤を内視鏡で疑った症例を2例経験したので、多少の文献的考察を交えて報告する。

【症例1】45歳男性。吐血により来院した。CTで穿通を伴う胃潰瘍を疑ったが、その際仮性動脈瘤は指摘し得ず、保存加療となった。Day3の上部消化管内視鏡で胃体中部後壁の潰瘍底に仮性動脈瘤を疑った。Day5に破裂し、CTで左胃動脈の仮性動脈瘤と診断され、緊急のIVRにて止血した。

【症例2】50歳男性。吐血により来院した。CTで胃潰瘍が穿孔し、自然にパッキングされている状態であると判断し保存加療となった。Day3に上部消化管内視鏡で胃体上部後壁の潰瘍底に仮性動脈瘤を疑った。CTを再検査したが仮性動脈瘤の診断には至らなかった。Day6に破裂し、CTで脾動脈の仮性動脈瘤を認めた。IVRで止血が得られず、外科的治療を要した。

【考察】医中誌で「仮性動脈瘤」「上部消化管内視鏡(EGD)」と検索し、会議録など本文が通読できないものを除くと、内視鏡所見に言及していた文献は3つのみで、「拍動性の瘤状の露出血管」「拍動をともなう粘膜下腫瘍様の隆起性病変で頂部の粘膜は欠損し、同部に血餅が付着していた」「潰瘍底にある10mm大の赤色隆起性腫瘍」と表記されていた。既報と本例の所見を踏まえると、仮性動脈瘤は「通常の露出血管より大きくならぬ隆起で色調は白色や赤色などがあり、拍動の有無は問わない」といえる。本例は破裂前のCTで診断がつかず、最終的に止血は得られたが予防的な対応をすることが望ましかった。CTで診断が確定しない場合でも、内視鏡で仮性動脈瘤を疑った場合、リスクを評価して血管造影検査を検討する価値はあると考えられた。

仮性動脈瘤, 胃潰瘍

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学¹⁾,
横浜市立大学附属病院 病理部²⁾,
河野雅隆¹⁾, 中川和也¹⁾, 竹下裕介¹⁾, 酒井 淳¹⁾, 小澤真由美¹⁾,
石部敦士¹⁾, 小坂隆司¹⁾, 秋山浩利²⁾, 新井拓真²⁾, 山中正二²⁾,
遠藤 格¹⁾

症例は75歳女性。45歳時に左卵巣子宮内膜症性嚢胞に対して開腹子宮全摘術+左付属器切除術を施行されていた。前医で便潜血陽性の精査のため施行した下部消化管内視鏡検査で、直腸S状部に3/4周性3型病変を認め、生検で腺癌と診断された。手術目的で当科紹介受診され、CT検査では明らかな遠隔転移を認めず、直腸S状部癌cT3N1bM0、cStageIIbと術前診断された。入院の上、腹腔鏡下高位前方切除術を施行し、術後10日目に軽快退院となった。病理組織検査では固有筋層から粘膜下層を主体とした腸管子宮内膜症から発生した類内膜癌と診断され、endometriosis-associated intestinal carcinoma (EAIT)とみなされた。郭清したリンパ節にも腫瘍の転移を認めた。腸管子宮内膜症の癌化は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

腸管子宮内膜症, endometriosis-associated intestinal carcinoma

73 腸回転異常を伴う大腸型Crohn病の1例

東京通信病院 消化器内科

澤田 喬, 坂井有里枝, 松井 徹, 三浦宏仁, 時任佑里恵,
加藤知爾, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

【症例】37歳, 女性【主訴】発熱, 腹痛, 下痢【併存疾患】不完全内臓逆位症【現病歴】X年3月より腹痛, 下痢が出現。5月に前医に入院し, 炎症性腸疾患疑いで5-ASA製剤の内服を開始したが, 血便による貧血が進行し, 当院へ転院搬送となった。【臨床経過】入院時, 37.8度の発熱, 1日20行以上下痢便と血便を認め, 血液検査ではHb 5.9 g/dL, 血沈 60 mm/hr, Alb 1.1 g/dL, CRP 26.04 mg/dLであった。CTで結腸壁の浮腫性変化と, 不完全内臓逆位, 腸回転異常を認めた。下部消化管内視鏡検査でS状結腸まで観察し直腸からS状結腸にかけて連続性のある深掘れ潰瘍を認め, 病理検査では炎症性変化以外の特記所見はなかった。Crohn病や潰瘍性大腸炎を疑い, PSL 50 mg/日の経静脈的投与を開始した。その後, 腹痛や下痢, 血便症状は改善した。上部消化管内視鏡検査, 小腸内視鏡・造影検査と下部消化管内視鏡検査の再施行より, 小腸に病変や狭窄がないこと, S状結腸に敷石状変化と縦走潰瘍を確認し, 大腸型Crohn病の確定診断とした。寛解維持に向けて中断していた5-ASA製剤の再開とアダリムマブを導入し, 症状再燃なく経過している。【考察】腸回転異常を伴うCrohn病は国内外を通じて報告例が少なく, 現時点での関連性は不明である。一方でCrohn病は外科的治療が必要となる合併症も多く, 腸管走行を含めた解剖を事前に熟知しておくことは重要である。さらに本例は成人まで無症状で経過した腸回転異常症だが, 腸回転異常症の合併症として中腸軸捻転を契機に腸管虚血を発症するリスクがある。今後の管理として腹痛増悪時はCrohn病の増悪のみならず, 腸回転異常症に伴う合併症の除外も念頭におくべきである。

Crohn病, 腸回転異常

74 Squamous moruleを伴った盲腸癌の1例

国保直営総合病院君津中央病院 初期研修医¹⁾, 同 外科²⁾,
同 病理診断科³⁾

田口智也¹⁾, 須田竜一郎²⁾, 徳山 宣³⁾, 片岡雅章²⁾, 柳澤真司²⁾,
西村真樹²⁾, 小林杜一²⁾, 岡庭 輝²⁾, 中臺英里²⁾, 大野幸恵²⁾,
進藤博俊²⁾, 廣川朋也²⁾, 日置翔太²⁾, 安藤英俊²⁾, 近藤 尚²⁾,
海保 隆²⁾

【はじめに】Squamous moruleとは, 腺上皮細胞が扁平上皮様細胞へ分化した際に見られる病理組織所見であり, 扁平上皮化生の一亜型とされる。同所見は, 典型的には充実性胞果を呈し, 子宮内膜癌や子宮内膜増殖症で見られることが知られているが, その成因については不明で, 大腸癌に同所見が伴った報告例は稀である。【症例】78歳男性。【既往歴】声門癌(放射線治療後完全奏功), 糖尿病, 高血圧。【現病歴】20XX-2年より嘔吐を自覚し, 20XX-1年に右声門癌と診断。転移巣検査目的のPET-CTにて盲腸に集積を認めた。下部消化管内視鏡検査にて, 大きさ40mmの広基性の隆起性病変を認め, 基部でのSM深層浸潤を疑い手術適応と判断され, 20XX年にD2郭清を伴う腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。肉眼的には桑実様の外観を呈し, 絨毛状構造よりなる41x30mm大の隆起性腫瘍であった。病理学的には高異型度管状絨毛状腺腫を主体とし, 一部, 粘膜内にとどまる高分化腺癌成分が混在するcarcinoma in adenomaの像を認めた。加えて, 明らかな細胞間橋や角化を伴わずに扁平上皮様細胞への分化を示す充実性胞果成分を認め, squamous moruleと考えられた。脈管侵襲, 所属リンパ節転移は認められなかった。【術後経過】20XX+2年, 再発所見なく外来経過観察中である。【考察】大腸におけるsquamous moruleは, 増殖性および浸潤性が低いという報告はみられるが, がんにmoruleが存在することの予後への関連性については明らかとなっていない。【結語】Squamous moruleを伴った盲腸癌の1例を経験した。同所見を伴った大腸腺癌について, 文献的考察を交えて報告する。

morule, 大腸癌

75 IBD関連脊椎関節炎を合併した潰瘍性大腸炎・全大腸炎型の再燃症例にウパダシチニブが奏功した1例

がん・感染症センター 都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 内視鏡科²⁾

江田 肖¹⁾, 高雄暁成¹⁾, 一箭空伸¹⁾, 岡 靖紘²⁾, 船尾隼大²⁾,
森口義亮¹⁾, 氏田 互¹⁾, 野間絵梨子¹⁾, 田畑宏樹¹⁾, 清水口涼子¹⁾,
柴田理美¹⁾, 仲程 純¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 荒川丈夫²⁾, 塚飯敏郎²⁾

【症例】40歳代, 男性。主訴は下痢と血便。現病歴では, 一か月前から一日6回程度の下痢と顕血便が認められ, 一週間前から出現した膝関節痛により歩行困難を来したため, 当科受診となった。受診された翌日の大腸内視鏡検査では全大腸に渡り血管透見像の消失, 細顆粒状の粘膜および膿性分泌物を伴う多発するびらんが認められ, 中等度の炎症の所見がみられ, 採血上では白血球: 10,800/ μ L, Hb: 11.3g/dL, CRP: 16.83mg/dL, ESR (60分) 70mm/hで, 臨床的重症度分類では中等症の評価であり, 精査加療目的に同日入院となった。既往歴として20歳代に潰瘍性大腸炎(Ulcerative colitis: UC)・全大腸炎型の診断でメサラジン及び白血球除去療法で寛解が得られ, 30歳代で再燃に対してプレドニゾロンを導入し, メサラジンとアザチオプリンで寛解の維持を行っていた。入院時には, 脊椎関節炎, 両手関節炎, 両中手指関節炎, 右近位指節間関節炎, 両膝関節炎, 両足関節炎, 両中足指節間関節炎が認められ, 左下腿前部に10cm大の紅斑が認められた為, IBD関連脊椎関節炎(木杵関節型)および結節性紅斑を合併するUC全大腸炎型の再燃と診断した。腸管外合併症や患者本人の希望も加味して, 寛解導入目的にウパダシチニブ45mg/日を第9病日に投与開始した。投与2日目に腹部症状の改善が認められ, 投与5日目には関節症状は殆ど消失した。投与13日目に腹部エコーでも腸管浮腫の著明な改善が認められた為, 投与22日目(第30病日)に退院となった。【結語】IBD関連脊椎関節炎に対して確立された薬物治療法はない。UCにおいて関節炎の合併は腹部症状と同様にQOLを損なう可能性がある。その為, 腸管外病変も適切に評価し効果的な治療薬を選択することが重要である。

IBD関連脊椎関節炎, ウパダシチニブ

76 黄色肉芽腫性虫垂炎の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¹⁾,
横浜市立大学 外科治療学²⁾

鈴木圭一¹⁾, 伊豆川翔太¹⁾, 原田龍之助¹⁾, 鈴木佳透¹⁾, 渥美陽介¹⁾,
諏訪雄亮¹⁾, 沼田正勝¹⁾, 渡邊 純¹⁾, 佐藤 勉¹⁾, 武田和永¹⁾,
利野 靖²⁾, 齋藤 綾²⁾, 國崎主税¹⁾

【症例】64歳女性【主訴】心窩部痛, 体重減少【既往歴】右乳癌, 高血圧【現病歴】上記主訴に20XX年Y月当院を受診した。血液検査では炎症反応上昇なく, CEA 1.8 ng/ml, CA19-9 38 U/mlと腫瘍マーカーの軽度上昇を認めた。CTにて後腹膜との境界が不明瞭な6x3cm大の虫垂腫大を認め, 虫垂腫瘍が否定できなかった。下部消化管内視鏡では虫垂開口部の粘膜肥厚を認めたが明らかな管腔内の腫瘍は同定できず生検ではGroup1の診断であった。PET-CTで虫垂にFDG集積(SUVmax 7.9)を認めたが, 局所浸潤の評価のために施行したMRIで経時的な虫垂腫大の改善を認めたため, 良性疾患の可能性を考慮し, 2か月間の経過観察後にCT再検査しさらなる虫垂腫大の改善を認めた。診断的治療のため虫垂切除の方針とした。【手術所見】臍部よりポートを挿入し腹腔内を観察すると, 虫垂壁の構造は保たれており虫垂先端は腹壁とわずかに癒着をきたしていたが虫垂根部の腸管壁は柔らかく, 明らかな悪性を疑う所見は認めなかったため, 虫垂切除のみで良いと判断し手術を終了した。【病理組織学的所見】漿膜下層に多数の泡沫細胞が集簇した境界不明瞭な黄白色調領域を認めた。明らかな悪性所見はなく, 黄色肉芽腫性虫垂炎の診断となった。【考察】黄色肉芽腫は比較的稀な慢性化膿性炎症の一種特殊型であり胆囊や腎臓に好発するが, 虫垂原発の発生率は0.22-0.64%と極めて稀である。医中誌, PubMedで検索しえた黄色肉芽腫性虫垂炎の報告は国内外で26例確認できた。術前診断できた症例は少なく, 多くは虫垂悪性腫瘍を念頭に拡大手術が行われていた。他臓器原発の黄色肉芽腫と異なり, 虫垂原発例では悪性腫瘍合併の報告はないため, 自験例のように経時的な虫垂腫大の改善や良性を示唆する術中所見を認めた場合は縮小手術も選択肢の一つである。【結語】今回我々は極めて稀な黄色肉芽腫性虫垂炎の症例を経験したので, 若干の文献的考察を加えて報告する。

黄色肉芽腫性虫垂炎, 虫垂腫瘍

独立行政法人 国立病院機構 水戸医療センター 消化器内科
小野田翼, 安部計雄, 鄭 黎佳, 下山田雅大, 伊藤有香,
石田博保

【症例】17歳女性。【現病歴】14歳時に左側大腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、5-ASA、ブデソニド注腸フォーム製剤で寛解を得ていた。202X年7月より排便回数・血便の増加あり、下部消化管内視鏡検査では、脾彎曲から直腸にかけてMayo endoscopic subscore (MES) 2点相当の炎症を認めた。UCの再燃と考え、7月26日よりペドリズマブを導入した。7月28日より食事の際に胸痛を自覚し、その後も持続するため8月2日に上部消化管内視鏡検査を施行。食道切歯26cmに単発、類円形の、周堤がやや隆起した潰瘍性病変を認めた。潰瘍辺縁からの生検組織による病理所見では、好中球を含む軽度の炎症細胞浸潤を認めるのみであり、核内封入体や非乾酪性類上皮細胞肉芽腫などの所見は認めなかった。血液検査では炎症反応の上昇はなく、サイトメガロウイルスpp65抗原は陰性であった。薬剤の剤形が影響した可能性を考慮し、メサラジン腸溶錠からメサラジン顆粒へと変更、ボノブラザン、アルギン酸ナトリウムを投与し、1週間で症状は改善した。その後もペドリズマブ投与を継続しているが、胸部症状の再燃なく経過している。【考察】UCに合併する食道病変は稀である。食道病変は中部から下部に好発し、形態的に類円形の潰瘍性病変が多く、病理組織学的にはUCとの類似所見に乏しいと言われる。多くは抗ウイルス薬や制酸薬の投与により改善し、免疫抑制に伴うウイルス感染などが成因と考えられているが、5-ASAやステロイドの治療により食道病変の改善を認めた報告もあり、UCの活動性との関連が示唆される。本症例ではこれまでステロイドや免疫調整薬の投与はなく、免疫抑制によるウイルス感染は考えにくい。UCの増悪に伴い食道潰瘍が出現した可能性が示唆されるが、ペドリズマブ投与直後から症状が出現しており、ペドリズマブとの関連も否定できない。これまでペドリズマブ投与後に食道潰瘍を呈した症例の報告はなく、UCの食道潰瘍合併例としても貴重な一例と考え、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 食道潰瘍

水戸済生会総合病院 消化器内科
山田修三, 柏村 浩, 大川原健, 青木洋平, 金野直言, 根本陽介,
宇佐美佳恵, 高橋 慧, 根本裕貴, 高野竜馬, 吉武寛隆, 高須美香,
竹内恵理

【症例1】脂質異常症、慢性腎不全で近医通院中の70歳代男性。X年7月黒色便と吐血があり近医を受診した。上部内視鏡検査を施行し、胃体中部小弯に潰瘍性病変を認めたが、出血著明で出血点を確認できず当院を紹介受診した。来院後に上部内視鏡検査を行ったが、出血の勢いが強く視野確保が困難で、クリップ法での止血も無効で血圧を保てず、内視鏡的止血術は困難と判断し血管造影を行った。当初短胃動脈からの出血と考えコイル2本を留置したが止血が得られず、その後の造影で脾動脈からの出血を認め、脾動脈遠位側にコイルを留置し、近位をヒストアクリルで塞栓を行って止血した。再出血なく第7病日に退院となった。【症例2】心不全、高血圧症、胃潰瘍で近医通院中の60歳代女性。Y年6月咳嗽や背部痛が継続し、気管支拡張症の疑いで他院入院精査中であつた。入院前から近医で背部痛に対してジクロフェナクナトリウム座薬の処方を受けていたが、入院中に吐血と貧血の進行を認め当院へ転院搬送された。腹部造影CTで、巨大な胃潰瘍性病変の潰瘍底に脾動脈が穿通して仮性動脈瘤を形成しており、出血源と考えられた。内視鏡準備中にショックに陥ったため、内視鏡的止血困難と判断し血管造影を行った。CTで確認された通りに、脾動脈本幹の仮性動脈瘤からのextravasationを認め、脾動脈塞栓術を施行した。再出血なく第16病日に退院となった。【考察】1例目は治療前に造影CTを撮影せず、血管造影時に責任病変の同定にやや難渋した。胃潰瘍の脾動脈穿通の症例である。2例目は来院時の造影CTで内視鏡前に脾動脈の仮性動脈瘤破裂が指摘されバイタルサインも不安定であったため、内視鏡的止血は行わず速やかに動脈塞栓術へ移行した。胃潰瘍による脾動脈穿通の報告は稀であり大量出血により致命的な病態となりうる。内視鏡的止血が困難なことが多く、脾動脈破裂による出血が診断された際には内視鏡的止血に拘らず、動脈塞栓術での止血を選択することも重要である。

胃潰瘍, 脾動脈

東京大学医学部附属病院 消化器内科
玉田健次, 阿部創平, 藤澤剛太, 宮川 佑, 大矢由紀子, 畑 昌宏,
石橋 嶺, 鈴木伸三, 藤城光弘

【症例】79歳男性【現病歴】1か月間での急激な体重減少と貧血の精査目的に当科紹介された。上部消化管内視鏡検査で胃体部小弯に3/4周性の出血を伴う3型病変を認め、造影CTで腹膜播種を認め、T4aN2M1, cStage IVbのHER2陰性切除不能進行胃癌の診断となった。食事摂取困難で低栄養状態であり、TPNを併用しmFOLFOX+Nivolumabを開始した。訪問診療、在宅TPNを導入し外来で化学療法継続を行っていたが、2コース終了後に熱発し精査で腫瘍に連続する肝左葉内と腹腔内とに膿瘍形成を認めた。膿瘍に対し経皮経肝膿瘍ドレナージとアスピレーション施行し改善が得られた。感染治療経過の中で原発巣と腹膜播種の増大を認め、治療を再開した。8コース後の評価CTでは膿瘍消失と原発巣・腹膜播種縮小を認めた。9コース開始前に熱発を認め、カンジダ菌血症の診断となりCVポート抜去し抗真菌薬にて治療した。経口摂取で十分な栄養摂取ができるようになっていたため、ポートを再造設せず、レジメンをFOLFOX+NivolumabからSOX+Nivolumabへ変更し治療継続を行っていた。【考察】経口摂取困難な切除不能進行胃癌の症例は治療困難と判断されてしまうこともある。悪性腫瘍による腸閉塞症例に対するTPNと化学療法の併用については、化学療法単独群と比較しOSに有意差が無いとの報告や、TPNによる合併症や予後の多くを病院で過ごすことになるといったことから有効性が低いとの報告もあるが、本症例においては経静脈投与レジメンとTPNを併用することで長期間治療継続可能となった。当院での診断時に経口摂取困難で経静脈投与レジメンで治療を開始した症例を併せて報告する。

進行胃癌, 化学療法

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第377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377回例会
会長 土屋 輝一郎

アステラス製薬株式会社	株式会社栗原医療器械店
アストラゼネカ株式会社	ゼリア新薬工業株式会社
アッヴィ合同会社	武田薬品工業株式会社
株式会社アムコ	田辺三菱製薬株式会社
EAファーマ株式会社	日本イーライリリー株式会社
インサイト・バイオサイエンシズ・ジャパン合同会社	日本化薬株式会社
ヴィアトリス製薬株式会社	ファイザー株式会社
小野薬品工業株式会社	富士フイルムメディカル株式会社
オリンパスマーケティング株式会社	ミヤリサン製薬株式会社
キッセイ薬品工業株式会社	メルクバイオフーマ株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社	持田製薬株式会社
杏林製薬株式会社	株式会社ヤクルト本社
ギリアド・サイエンシズ株式会社	ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2023年10月5日現在)