

# 日本消化器病学会 関東支部第378回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：加藤 広行（桐生地域医療企業団 企業長 桐生厚生総合病院 院長）

令和6年2月17日（土）

海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第378回例会 プログラム・抄録集

当番会長：加藤 広行（桐生地域医療企業団 企業長 桐生厚生総合病院 院長）  
〒376-0024 群馬県桐生市織姫町 6 番 3 号  
TEL 0277-44-7171

会 期：令和 6 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 海運ビル  
TEL 03-3264-1825 <http://kaiunclub.org/>

## ＜発表者、参加者の皆様へ＞

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべて現地会場においてPCでのプレゼンテーションとなります。  
口演30分前までに、発表データ受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
  - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、PowerPoint2019となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。  
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。  
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝  
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman  
※スライド作成時の画面サイズは「ワイド画面（16：9）」で作成してください。
  - 2) Macintosh使用、及びKeynote（アプリケーション）を使用の場合は、必ずPC本体をお持込みください。なお、プロジェクターへの接続はMini D-SUB 15pinおよびHDMIです。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
  - 3) 音声出力には対応いたしません。
  - 4) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 5) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専攻医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
8. 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 13：40～13：55）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金支払いのみ）
10. 当日参加登録受付、発表データ受付は7：30より開始いたします。
11. 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）
12. 評議員会は2月17日（土）に現地開催となります。
  - 1) 評議員会：2月17日（土）11：20～11：50（第2会場）
  - 2) 評議員会への参加については第378回例会の参加登録が必要です。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

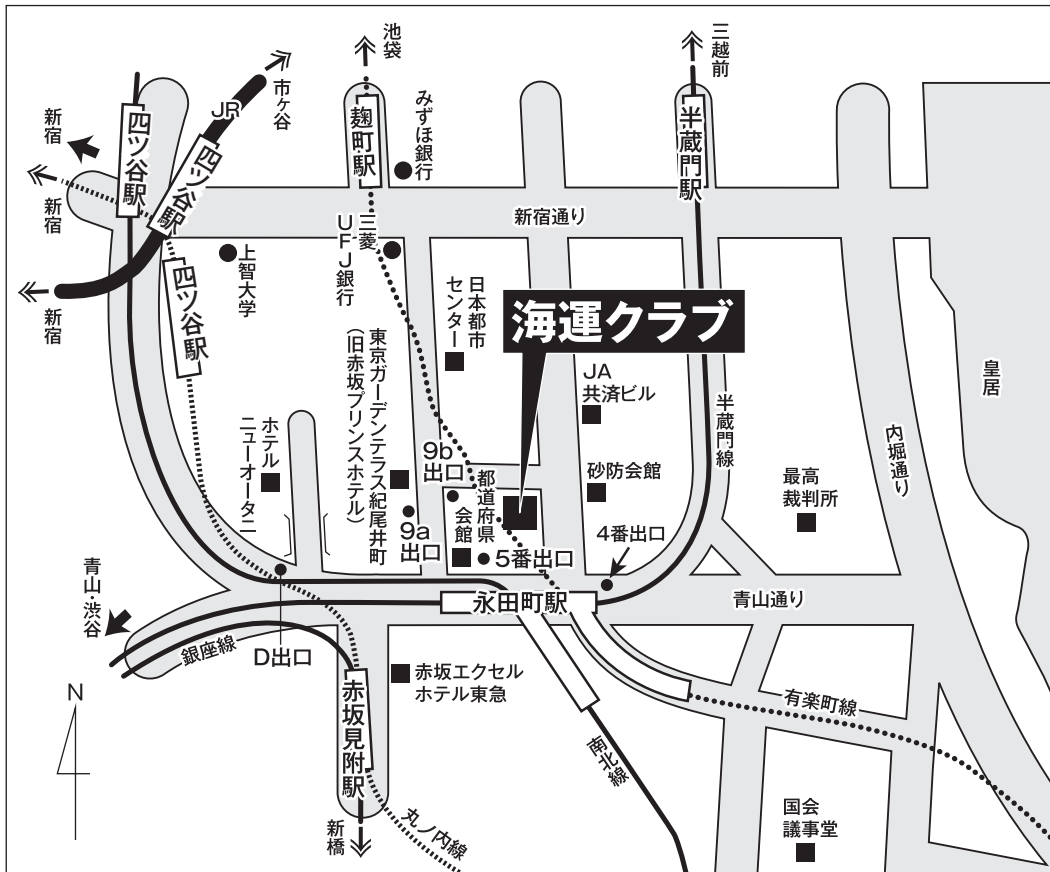
### 【問い合わせ】

日本消化器病学会関東支部第378回例会運営事務局  
〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F  
株式会社プランニングウィル内  
E-mail：jsge378kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

# 会場案内図

## 海運クラブ

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



### [交通のご案内]

地下鉄 永田町駅〈有楽町線〉〈半蔵門線〉4番・5番出口より徒歩2分  
〈南北線〉9a、9b出口より徒歩1分

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

# 日本消化器病学会関東支部第378回例会

## 令和6年2月17日（土）

|                                                                                                                                       |             |       |                                                                                                                                                 |             |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------|
| 7：58～8：00                                                                                                                             |             |       | 開 会 の 辞                                                                                                                                         |             |       |
| 第1会場（午前の部）                                                                                                                            |             |       | 第2会場（午前の部）                                                                                                                                      |             |       |
| 演 題                                                                                                                                   | 時 間         | 座 長   | 演 題                                                                                                                                             | 時 間         | 座 長   |
| (1) 専攻医Ⅰ（上部Ⅰ）1～5                                                                                                                      | 8：00～8：30   | 沖 翔太郎 | (14) 専攻医Ⅵ（胆道Ⅰ）56～58                                                                                                                             | 8：00～8：18   | 池田 剛  |
| (2) 専攻医Ⅱ（上部Ⅱ）6～10                                                                                                                     | 8：30～9：00   | 矢後 彰一 | (15) 専攻医Ⅶ（胆道Ⅱ）59～61                                                                                                                             | 8：18～8：36   | 五十嵐隆通 |
| (3) 専攻医Ⅲ（小腸）11～14                                                                                                                     | 9：00～9：24   | 岩田 英里 | (16) 専攻医Ⅷ（肝）62～64                                                                                                                               | 8：36～8：54   | 津軽 開  |
| (4) 専攻医Ⅳ（小腸・大腸）15～17                                                                                                                  | 9：24～9：42   | 村杉 瞬  | (17) 専攻医Ⅸ（膵）65～67                                                                                                                               | 8：54～9：12   | 久保 憲生 |
| 9：42～9：47                                                                                                                             | 休憩          |       | (18) 専攻医Ⅹ（その他）68～70                                                                                                                             | 9：12～9：30   | 渕上 彰  |
| (5) 専攻医Ⅴ（大腸）18～21                                                                                                                     | 9：47～10：11  | 黒木 博介 | 9：30～9：35                                                                                                                                       | 休憩          |       |
| (6) 研修医Ⅰ（上部）22～26                                                                                                                     | 10：11～10：41 | 近藤 真之 | (19) 研修医Ⅲ（胆道・肝臓）71～74                                                                                                                           | 9：35～9：59   | 工藤洋太郎 |
| (7) 研修医Ⅱ（下部）27～32                                                                                                                     | 10：41～11：17 | 柴崎 雄太 | (20) 研修医Ⅳ（胆道）75～78                                                                                                                              | 9：59～10：23  | 川崎 佑輝 |
|                                                                                                                                       |             |       | (21) 研修医Ⅴ（膵）79～81                                                                                                                               | 10：23～10：41 | 三國 隼人 |
|                                                                                                                                       |             |       | (22) 研修医Ⅵ（膵・その他）82～85                                                                                                                           | 10：41～11：05 | 木村 明春 |
|                                                                                                                                       |             |       | 11：20～11：50                                                                                                                                     | 評議員会（第2会場）  |       |
| 11：50～12：40 ランチョンセミナー1（第1会場）<br>「がん関連血栓症のマネジメント」<br>市立札幌病院 消化器内科 部長 中村 路夫 先生<br>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 先生<br>共催：第一三共株式会社 |             |       | 12：05～12：45 ランチョンセミナー2（第2会場）<br>「ガットフレイル：その概念と対策」<br>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 先生<br>司会 東京医科大学 消化器内視鏡学 主任教授 河合 隆 先生<br>共催：ミヤリサン製薬株式会社 |             |       |
| 12：45～13：40 特別講演（第1会場）<br>「バトンを渡す君たちへ」<br>群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授 調 憲 先生<br>司会 桐生厚生総合病院 院長 加藤 広行                            |             |       |                                                                                                                                                 |             |       |
| 13：40～13：55 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   | 13：55～16：00<br>「ドクターガストロ<br>～臨床推論からの消化器病学～」<br>司会：矢島 知治 先生（杏林大学医学部 医学教育学）                                                                       |             |       |
| (8) 上部消化管1 33～35                                                                                                                      | 13：55～14：13 | 小松 義希 | ★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。<br>★専門医更新単位3単位取得できます。                                                                                          |             |       |
| (9) 上部消化管2 36～38                                                                                                                      | 14：13～14：31 | 福地 稔  |                                                                                                                                                 |             |       |
| (10) 小腸・大腸 39～43                                                                                                                      | 14：31～15：01 | 山本 浩之 |                                                                                                                                                 |             |       |
| (11) 大腸1 44～46                                                                                                                        | 15：01～15：19 | 蜂巢 陽子 |                                                                                                                                                 |             |       |
| (12) 大腸2 47～50                                                                                                                        | 15：19～15：43 | 緒方 杏一 |                                                                                                                                                 |             |       |
| (13) 肝臓・胆道 51～55                                                                                                                      | 15：43～16：13 | 興梠 慧輔 |                                                                                                                                                 |             |       |
| 16：13～                                                                                                                                |             |       | 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 13:40～）

特別講演  
第1会場 12:45~13:40  
「バトンを渡す君たちへ」

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

………演者の先生ご紹介………

しらべ けん  
調 憲 先生  
群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授

略歴

(所属学会)

|                |                                                  |                                             |
|----------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 昭和61年(1986) 6月 | 九州大学医学部附属病院(研修医)(第二外科)                           | 日本消化器外科学会(評議員、理事、理事長)、日本癌治療学会(代議員、理事、副理事長)、 |
| 平成2年(1990) 7月  | 米国ミネソタ大学研究員(外科)                                  | 日本肝胆膵外科学会(評議員、理事、副理事長)、                     |
| 平成6年(1994) 4月  | 九州大学医学部附属病院助手(第二外科)                              | 日本消化器癌発生学会(評議員、理事)、日本外科学会(代議員)、             |
| 平成14年(2002) 5月 | 九州大学医学部附属病院講師(第二外科)                              | 日本外科系連合学会(評議員)、日本移植学会(評議員)、日本               |
| 平成16年(2004) 4月 | 麻生飯塚病院 外科 診療部長                                   | 肝臓学会(評議員)、日本臨床外科学会(評議員)                     |
| 平成21年(2009) 4月 | 九州大学医学部附属病院講師(消化器・総合外科)                          |                                             |
| 平成24年(2012) 6月 | 九州大学大学院消化器・総合外科准教授                               |                                             |
| 平成27年(2015)11月 | 群馬大学大学院病態腫瘍制御学講座<br>肝胆膵外科分野教授                    |                                             |
| 平成30年(2018) 4月 | 群馬大学医学部附属病院外科診療センター長<br>群馬大学医学研究科総合外科学講座<br>講座主任 |                                             |
| 令和3年(2021) 4月  | 群馬大学医学部附属病院 副病院長<br>現在に至る                        |                                             |

## ランチョンセミナー 1

第1会場 11:50～12:40

# 「がん関連血栓症のマネジメント」

市立札幌病院 消化器内科 部長 **中村 路夫** 先生

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** 先生

共催：第一三共株式会社

………演者の先生ご紹介………

なかむら みちお  
**中村 路夫** 先生  
市立札幌病院 消化器内科 部長

### 略歴

平成10年(1998年)3月 秋田大学医学部医学科卒業  
平成10年(1998年)5月  
～平成11年(1999年)3月 北海道大学医学部附属病院 内科研修医  
平成11年(1999年)4月 市立札幌病院 消化器内科(研修医)  
平成13年(2001年)4月 函館中央病院医師として内科に勤務  
平成14年(2002年)4月 北海道大学大学院医学研究科病態制御学専攻博士課程入学  
平成15年(2003年)4月  
～平成17年(2005年)3月 国立がんセンター研究所支所臨床腫瘍病理部  
(がん研究振興財団リサーチレジデント)  
平成18年(2006年)3月 北海道大学大学院医学研究科病態制御学専攻博士課程修了  
平成18年(2006年)4月～ 市立札幌病院 消化器内科 医師  
平成24年(2012年)4月～ 市立札幌病院 消化器内科 副医長  
平成28年(2016年)4月～ 市立札幌病院 消化器内科 医長  
平成30年(2018年)4月～ 市立札幌病院 消化器内科 副部長  
兼 外来化学療法センター長  
平成31年(2019年)4月～ 市立札幌病院 消化器内科 部長  
令和4年(2022年)12月～ NPO法人北海道がんサポーターケア協会 代表理事

### 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、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本胃癌学会、日本サポーターケア学会、日本緩和医療学会、日本腫瘍循環器学会、日本人類遺伝学会、日本遺伝カウンセリング学会、ASCO full member、ESMO member、MASCC member

### 専門医、認定医

日本内科学会 認定内科医  
日本癌治療学会 がん治療認定医  
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医  
日本消化器病学会 専門医・指導医・北海道支部評議員  
日本消化器内視鏡学会 専門医  
日本消化管学会 専門医・指導医  
日本医師会 認定産業医

### 賞

2012-2013 Best Doctors in JAPAN  
2016-2017 Best Doctors in JAPAN  
2022-2023 Best Doctors in JAPAN  
第47回 日本癌治療学会学術集会：優秀演題賞(口演)  
11<sup>th</sup> International Conference of the Asian Clinical Oncology Society：Merit Award  
第6回日本がんサポーターケア学会学術集会：最優秀演題賞

## ランチオンセミナー2

第2会場 12:05~12:45

# 「ガットフレイル：その概念と対策」

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** 先生

司会 東京医科大学 消化器内視鏡学 主任教授 **河合 隆** 先生

共催：ミヤリサン製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

ないとう ゆうじ  
**内藤 裕二** 先生

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

### ▼職歴：

1983年 京都府立医科大学卒業  
1983年 京都府立医科大学附属病院研修医、第一内科勤務  
1998年 京都府立医科大学助手、第一内科学教室勤務  
2000年 京都府立医科大学助手、京都府知事公室職員課参事  
2001年 米国ルイジアナ州立大学医学部分子細胞生理学教室客員教授  
2008年 京都府立医科大学大学院医学研究科消化器内科学准教授  
2015年 京都府立医科大学附属病院内視鏡・超音波診療部部長  
2021年 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

### ▼所属学会等：

日本酸化ストレス学会(理事長)、日本ガットフレイル会議(理事長)、国際フリーラジカル学会アジア支部(Past-President)、日本消化器病学会(財団評議員)、日本消化器内視鏡学会(財団評議員、近畿支部長)、日本消化管学会(代議員、総務委員会委員)、日本消化器免疫学会(理事)、日本抗加齢医学会(理事)、日本高齢消化器病学会(理事)、日本微小循環学会(理事)、日本小腸学会(理事)、日本潰瘍学会(理事長)、日本機能性食品医学会(理事)、日本食物繊維学会(理事)

### 賞罰

昭和62年 第3回京都府医師会勤務医部会総会学術奨励賞「内視鏡的マイクロ波凝固法の基礎と胃腫瘍に対する臨床応用」  
平成4年 国際フリーラジカル学会Young Investigator Award  
平成15年 第10回胃の炎症を考える会記念大会 奨励賞  
平成15年 日本過酸化脂質・フリーラジカル学会学会賞「炎症性腸疾患とヘムオキシゲナーゼ-1」  
平成24年 内閣総理大臣表彰第4回ものづくり日本大賞優秀賞「予防医療での用途開発が進む抗酸化物質アスタキサンチンの高度な製造技術開発と製品化」(西田光徳、内藤裕二他8名での共同受賞)  
平成28年 日本酸化ストレス学会学会賞  
令和5年 第5回日本オープンイノベーション大賞選考委員会特別賞「日本人腸内細菌叢データベースを活用した腸



## 第26回専門医セミナー

第2会場 13:55～16:00

# 「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」

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

※専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。  
(日本消化器病学会関東支部第378回例会における参加登録ならびに参加費をお支払いください。)

※専門医更新単位3単位取得できます。

司 会：矢島 知治 先生 (杏林大学医学部 医学教育学)

担 当：今枝 博之 先生 (埼玉医科大学病院 消化管内科)  
岡村 幸重 先生 (佐野厚生総合病院 消化器内科)  
小澤俊一郎 先生 (独立行政法人地域医療推進機構 (JCHO) 山梨病院 消化器内科)  
岸野真衣子 先生 (東京女子医科大学 消化器内視鏡科)  
草野 央 先生 (北里大学医学部 消化器内科学)  
後藤田卓志 先生 (がん研有明病院 上部消化管内科)  
土岐 真朗 先生 (杏林大学医学部 消化器内科学)  
永原 章仁 先生 (順天堂大学医学部 消化器内科)  
中野 弘康 先生 (大船中央病院 内科)  
藤本 愛 先生 (東邦大学医療センター大森病院 消化器内科)  
細江 直樹 先生 (慶應義塾大学医学部 内視鏡センター)  
松本 健史 先生 (日本橋室町三井タワー ミッドタウンクリニック)

出場選手：石川 敬資 先生 (筑波記念病院 消化器内科)  
兼崎 雄貴 先生 (東京西徳洲会病院 消化器内科)  
中村 ゆりこ 先生 (埼玉メディカルセンター 内科)  
長谷川 綾香 先生 (深谷赤十字病院)  
穂崎 奨 先生 (神奈川県立足柄上病院)  
横田 渉 先生 (佐野厚生総合病院)



## 第1会場（午前の部）

7:58~8:00

—開会の辞—

—評価者—

|                               |       |
|-------------------------------|-------|
| 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科分野 | 塚越真梨子 |
| 東京女子医科大学消化器病センター 消化器内科        | 伊藤亜由美 |
| 東京医科歯科大学病院 消化器内科              | 小林 正典 |

(1) 専攻医Ⅰ(上部1) 8:00~8:30 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 沖 翔太郎

1. 好酸球性食道炎の経過中に自己免疫性胃炎を合併した1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○中村 暁子, 秋山 純一, 柴田 寛至, 須澤 綾友  
大和 幹, 植田 鍊, 田渕 幹大, 遠西 孝夫  
竜野 稜子, 久田 裕也, 赤澤 直樹, 横井 千寿  
小島 康志, 田中 康雄, 柳瀬 幹雄, 山本 夏代

2. 経口内視鏡的筋層切開術(POEM)を施行した先天性食道狭窄症の2例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○伊藤翔太郎, 島村 勇人, 田中 一平, 牛久保 慧  
東 大輔, 山本 和輝, 岡田 浩樹, 西川 洋平  
井上 晴洋  
同 臨床病理診断科 広田 由子

3. 食道潰瘍を契機に HIV 感染症の診断に至った2例

新松戸中央総合病院 消化器肝臓内科 ○中山 大輔, 清水 晶平, 尾崎 英莉, 駒崎 伸伍  
米澤 健, 伊藤 禎浩, 井家麻紀子, 安部 宏  
加藤 慶三

4. シェーグレン症候群が原因と特定し得た蛋白漏出性胃腸症の一例

関東労災病院 消化器内科 ○渡邊 菜帆, 金子 麗奈, 井上 薫, 小野 拓真  
吉川 薫, 清水 良, 西川 雄祐, 中崎奈都子  
大森 里紗, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 岸本 有為  
池原 孝

5. *H.pylori* 除菌療法が奏効した Menetrier 病に早期胃癌を合併した1例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 ○松倉 渉子, 平塚 智也, 壽美竜太郎, 白川 貴大  
望月もえぎ, 鍛冶 諒介, 宮本 尚彦, 大野亜希子  
久松 理一  
同 循環器内科学 伊波 巧, 副島 京子  
同 病理学 柴山 隆宏, 柴原 純二

(2) 専攻医Ⅱ(上部2) 8:30~9:00 座長 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 矢 後 彰 一

6. 腫瘍の進展範囲診断に難渋した粘膜下腫瘍様胃癌の1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○東都 理紗, 小松 義希, 小島 丈心, 鈴木 聡  
宇野 広隆, 湯原美貴子, 阿部 涼, 石川 直樹  
堀籠 祐一, 川越 亮承, 城山真美子, 小林真理子  
奈良坂俊明, 坂本 琢, 土屋輝一郎  
同 消化器外科 大和田洋平, 小田 竜也  
同 病理診断科 杉田 翔平, 松原 大祐

7. 腹腔鏡下胃固定術を施行した胃軸捻転症の一例

JCHO 群馬中央病院 外科 ○上原 弘聖, 斎藤 加奈, 高橋 宏一, 木暮 憲道  
深澤 孝晴, 谷 賢実, 福地 稔, 内藤 浩  
同 消化器内科 井上鍊太郎, 岡村 亜弓, 小川 綾, 田原 博貴  
堀内 克彦, 湯浅 和久

8. 内視鏡ガイド下血管内治療を行い止血に成功した出血性十二指腸潰瘍の1例

医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○蛭間 陽平, 隅田ちひろ, 上石 英希, 廣瀬 晴人  
窪田 純, 木村かれん, 長山 未来, 西野 敬祥  
眞一まこも, 市田 親正, 佐々木亜希子

9. 高分化型 Borrmann 4型胃癌の一例

平塚市民病院 消化器内科 ○吉澤 大樹, 立川 準, 笠原 美沙, 奥富 雅俊  
半田 祐太, 飯塚 武, 滝本 恒行, 富田 尚貴  
岩瀬 麻衣, 谷口 礼央, 厚川 和裕

10. 内視鏡的粘膜切除術(EMR)で切除し診断に至った食道 GIST の一例

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○書上 愛, 片貝 朔也, 星野 駿介, 本多 夏穂  
Aung Paing Moe, 富澤佳那子, 都丸 翔太, 糸井 祐貴  
佐藤 圭吾, 橋本 悠, 田中 寛人, 保坂 浩子  
栗林 志行, 浦岡 俊夫  
群馬大学医学部附属病院 光学診療部 竹内 洋司

(3) 専攻医Ⅲ(小腸) 9:00~9:24 座長 東京医科大学 消化器内視鏡学 岩 田 英 里

11. パテンシーカプセル滞留に起因する腸閉塞の2例

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

12. 腸閉塞を呈した腸間膜リンパ管腫の1例

大和市立病院 消化器内科 ○中村 朗子, 染谷 昌伸, 亀田 亮, 浅見 昌樹  
柳田 直毅, 山本 和寿

13. 小腸間膜内の憩室穿通を契機に診断されたびまん性回腸 lipomatosis の1例

筑波記念病院 消化器内科 ○岸本 希実, 添田 敦子, 松本めぐみ, 石川 敬資  
寺門 幸乃, 佐浦 勲, 根本 絵美, 丹下 善隆  
江南ちあき, 越智 大介, 池澤 和人

14. 小腸多発異所性胃粘膜により繰り返す腸閉塞を来した成人の一例

群馬大学医学部 総合外科学講座 ○内藤 稜山, 塩井 生馬, 細井 信宏, 渡邊 隆嘉  
柴崎 雄太, 中澤 信博, 大曾根勝也, 岡田 拓久  
白石 卓也, 佐野 彰彦, 酒井 真, 小川 博臣  
宗田 真, 調 憲, 佐伯 浩司  
群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科 久永 悦子  
利根保健生協利根中央病院 病理診断科 大野 順弘

(4) 専攻医Ⅳ(小腸・大腸) 9:24~9:42 座長 東京女子医科大学 消化器内科 村 杉 瞬

15. 胃・十二指腸に深掘れ潰瘍を伴った、潰瘍性大腸炎の一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○大橋 拓也, 太田 佑樹, 仲澤 隼人, 大山 湧平  
岩崎 巨征, 間宮 幸代, 堀尾 亮輔, 園田美智子  
金子 達哉, 明杖 直樹, 對田 尚, 沖元謙一郎  
斉藤 景子, 松村 倫明, 加藤 順, 加藤 直也

16. 回腸狭窄に対して外科的介入を行った1例

横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科学 ○北本 真悠, 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  
同 病理診断科 高瀬 宙希, 山中 正二, 藤井 誠志

17. 多発血管炎性肉芽腫症に対する治療中に全身性サイトメガロウイルス感染症をきたした1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科 ○飯田 俊典, 尾城 啓輔, 市川 将隆, 片山 正  
財部紗基子, 中村 健二, 岸川 浩, 西田 次郎

(5) 専攻医Ⅴ(大腸) 9:47~10:11 座長 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 黒 木 博 介

18. 発症の経過を追えた Diverticular colitis の1例

日本鋼管病院 消化器内科 ○大和田真生, 大場 悠貴, 渡邊 勝一, 渡部 和気  
吉村 翼, 測上 綾子, 市川 武, 奥山 啓二  
中村 篤志

19. ベドリズマブ投与後に大血管炎を一過性に発症した潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○鴎田 正樹, 鈴木 一世, 岸 寛士, 増渕 悟志  
岡 政志, 名越 澄子  
同 消化器・肝臓内科  
同 炎症性腸疾患センター 加藤 真吾, 田川 慧

20. ステロイド抵抗性の irAE 腸炎に対してインフリキシマブを投与した肝細胞癌の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○喜古 博之, 津川 直輝, 岩野 知世, 高崎 祐介  
上山 浩也, 澁谷 智義, 永松 洋明, 伊佐山浩通  
池嶋 健一, 永原 章仁

21. 尋常性天疱瘡様の皮疹にフィルゴチニブが著効した潰瘍性大腸炎の1例

北里大学北里研究所病院 消化器内科  
同 炎症性腸疾患先進治療センター ○島村 仁子, 芹澤 奏, 小松 萌子, 梅田 智子  
小林 拓  
同 消化器内科 中野 雅  
同 炎症性腸疾患先進治療センター 佐上晋太郎, 日比 紀文  
同 予防医学センター 宮本 康雄  
同 皮膚科 笠井 弘子  
同 病理診断科 前田 一郎

(6) 研修医 I (上部) 10:11~10:41 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 近 藤 真 之

22. 著明な巨大食道裂孔ヘルニアの1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○豊田 達也, 田澤 遥介, 森 貴裕, 白滝 理博  
三島 佑介, 上田 孝, 森町 将司, 佐藤 博彦  
金子 元基, 佐野 正弥, 小玉 敏生, 寺邑英里香  
門馬 牧子, 川西 彩, 藤澤 美亜, 鶴谷 康太  
荒瀬 吉孝, 出口 隆造, 鈴木 秀和, 松嶋 成志  
加川 建弘

23. 同時性肝転移を伴う StageIV 食道胃接合部癌に対し Conversion Surgery を施行し病理学的完全奏効を得られた一例

前橋赤十字病院 外科 ○櫻澤みなみ, 吉田 知典, 田中 寛, 茂木 陽子  
下島 礼子, 岡田 幸士, 黒崎 亮, 清水 尚  
宮崎 達也  
同 病理診断科 古谷 未央, 井出 宗則  
群馬大学大学院 総合外科学講座 佐伯 浩司, 調 憲

24. 胃切除・Roux-en-Y 再建術後に、十二指腸傍乳頭憩室穿孔を発症した1例

伊勢崎市民病院 外科 ○有馬 大樹, 山中 崇弘, 清水祐太郎, 渡辺 裕  
飯島 岬, 塚越 律子, 矢内 充洋, 菅野 雅之  
大澤 秀信, 片山 和久, 鈴木 秀樹, 富澤 直樹  
保田 尚邦

25. 非代償性アルコール性肝硬変の十二指腸静脈瘤破裂に対し、N-butyl-2-cyanoacrylate を用いた内視鏡的硬化療法により止血に成功した1例

東京医科大学 八王子医療センター 消化器内科 ○池谷 太郎, 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

26. 十二指腸乳頭に近接する十二指腸神経内分泌腫瘍に対し腫瘍核出を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科 ○佐口 武優, 風見 由祐, 中村 萌衣, 早阪 誠  
宮田 明典, 市田 晃彦, 金子 順一, 赤松 延久  
河口 義邦, 長谷川 潔

(7) 研修医Ⅱ(下部) 10:41~11:17 座長 群馬大学大学院 総合外科学講座 消化管外科学分野 柴 崎 雄 太

27. 若年成人に発症した Meckel 憩室による腸閉塞の一例

群馬県済生会前橋病院 消化器内科 ○工藤 理希, 中野 佑哉, 齋藤 直人, 畑中 健  
迫 陽一, 吉田佐知子, 田中 良樹, 蜂巢 陽子  
吉永 輝夫  
同 外科・腹腔鏡外科センター 古家 俊作  
同 病理診断科 柏原 賢二

28. 病原性大腸菌による感染性腸炎を契機に発見された上行結腸癌の一例

SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 消化器内科 ○大山 昇悟, 大竹 陽介, 野口 聡明, 栗原 英心  
新井 洋佑, 竝川 昌司, 小畑 力, 伊島 正志  
同 病理診断科 今井 康雄

29. 直腸絨毛腫瘍による難治性下痢症に対して放射線照射が有効であった一例

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 ○田中 孝幸, 中里 圭宏, 平澤 智明, 高田 祐明  
南 一洋, 木下 聡, 碓井 真吾, 吉田 武史

30. 大腸癌腹腔播種に対して完全減量切除術および化学療法を伴わない術中腹腔内温熱療法を施行した一例

君津中央病院 外科 ○中野 健仁, 須田竜一郎, 日置 翔太, 難波 七海  
片岡 雅章, 大野 幸恵, 進藤 博俊, 廣川 朋矢  
安藤 英俊, 近藤 尚, 海保 隆  
同 臨床工学科 田島 秀明, 鈴木 智之, 埴田 和弘  
国立国際医療研究センター病院 外科 合田 良政  
同 臨床工学室 小川 竜徳, 深谷 隆史

31. 腸重積を来し肛門からの脱出を認めた S 状結腸脂肪腫の 1 例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○大西 修平, 入江 邦泰, 佐藤 博紀, 阿南 秀征  
鈴木 悠一, 池田 礼, 池田 良輔, 合田 賢弘  
金子 裕明, 須江聡一郎, 前田 慎

32. 免疫チェックポイント阻害薬による麻痺性イレウス発症が疑われた一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 ○橋本 堯明, 三澤 昇, 田村 繁樹, 日暮 琢磨  
中島 淳

---

## 第1会場（午後の部）

---

12：45～13：40

### 特別講演

#### バトンを渡す君たちへ

群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 教授 調 憲 先生

司会 桐生厚生総合病院 院長 加藤 広行

---

（8）一般演題（上部消化管1） 13：55～14：13 座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 小松 義希

33. 大量カフェイン摂取による急性食道粘膜病変および縦隔気腫の一例

千葉大学 先端応用外科・食道胃腸外科 ○木下麻優子, 荒澤 孝裕, 比毛修太郎, 廣砂 琢也  
貝沼 駿介, 天海 博之, 中野 明, 丸山 哲郎  
上里 昌也, 松原 久裕

34. 当院における好酸球性食道炎の検討

JCHO 群馬中央病院 外科 ○福地 稔, 斎藤 加奈, 上原 弘聖, 高橋 宏一  
木暮 憲道, 深澤 孝晴, 谷 賢実, 内藤 浩  
同 病理診断科 櫻井 信司

35. ESD での一括切除により診断し得た転移性胃腫瘍の二例

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

（9）一般演題（上部消化管2） 14：13～14：31 座長 JCHO 群馬中央病院 外科 福地 稔

36. 病的肥満症に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術の導入成績

群馬大学 総合外科学 ○佐野 彰彦, 宗田 真, 細井 信宏, 山口亜梨紗  
渡邊 隆嘉, 柴崎 雄太, 中澤 信博, 大曾根勝也  
岡田 拓久, 白石 卓也, 酒井 真, 小川 博臣  
調 憲, 佐伯 浩司

37. 原因不明の上腹部痛で発症した腹腔動脈起始部狭窄の2例

虎の門病院分院 消化管センター内科 ○柳内 綾子, 山下 聡, 菊池 大輔  
同 消化管センター外科 本田 文  
虎の門病院 消化器外科 大倉 遊

38. 仮性動脈瘤からの後腹膜血腫により十二指腸狭窄を合併した正中弓状韧带症候群の1例

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

(10) 一般演題(小腸・大腸) 14:31~15:01 座長 がん研有明病院 上部消化管内科 山本 浩之

39. 診断に苦慮した腸閉塞を伴う小腸腫瘍の一例

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座 ○山口亜梨紗, 岡田 拓久, 細井 信宏, 渡邊 隆嘉  
塩井 生馬, 柴崎 雄太, 中澤 信博, 白石 卓也  
大曾根勝也, 佐野 彰彦, 酒井 真, 小川 博臣  
宗田 真, 調 憲, 佐伯 浩司  
同 消化器・肝臓内科学 糸井 祐貴  
同 病態病理学 伊古田勇人

40. 術前診断に難渋した原発性小腸癌3例の検討

前橋赤十字病院 外科 ○吉田 知典, 河原凜太郎, 田中 寛, 茂木 陽子  
下島 礼子, 岡田 幸士, 黒崎 亮, 清水 尚  
宮崎 達也  
同 病理診断科 古谷 未央, 井出 宗則  
群馬大学大学院 総合外科学講座 佐伯 浩司, 調 憲

41. 回腸子宮内膜症による小腸閉塞の一例

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院 消化器内科 ○井上 薫, 中崎奈都子, 福井 梨紗, 鈴木 宏幸  
岸 もなみ, 植草 利公, 小野 拓真, 吉川 薫  
渡邊 菜帆, 清水 良, 西川 雄祐, 大森 里紗  
矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 金子 麗奈, 岸本 有為  
池原 孝

42. 診断時に Sweet 病を合併した Crohn 病の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○渡辺奈央子, 小川友里恵, 井上 慶一, 井上楠奈子  
辛島 遼, 藤井 紘大, 鳥羽 崇仁, 藤本 愛  
和久井紀貴, 岡野 直樹, 永井 英成, 五十嵐良典  
松田 尚久  
同 皮膚科 漆畑 真理  
同 病理診断科 栃木 直文

43. Case Series of Elderly Patients with MEFV Gene-Related Enterocolitis Mimicking Acute Cholangitis, Paralytic Ileus, and Sigmoid Ischemic Colitis.

桐生地域医療企業団 桐生厚生総合病院 内科(消化器内科) ○相川 崇, 根岸 駿, 清水創一郎, 福地 達  
菅間 一乃, 野中 真知, 飯田 智広

(11) 一般演題(大腸1) 15:01~15:19

座長 済生会前橋病院 消化器内科 蜂 巢 陽 子

44. S 状結腸憩室症により狭窄をきたし手術により腹部症状が改善した1例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○三谷 啓介, 國司 洋佑, 大西 咲希, 兼松 健太  
内田 要, 芝山 幸佑, 柳橋 崇史, 加藤 佳央

45. 当科における結腸憩室炎症例の臨床的検討

桐生厚生総合病院 外科 ○和田 渉, 鈴木 一設, 木村 明春, 緒方 杏一  
森下亜希子, 森永 暢浩, 加藤 広行



46. 中毒性巨大結腸症合併の潰瘍性大腸炎に対してウパダシチニブが奏功した一例

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

(12) 一般演題(大腸2) 15:19~15:43 座長 桐生厚生総合病院 外科 緒 方 杏 一

47. 下部消化管内視鏡検査後に絞扼性腸閉塞に至った一例

亀田総合病院 消化器内科 ○蘆川 亮, 仲地健一郎, 大野 航, 西脇 拓郎  
船登 智將, 吉岡 航, 井上 薪, 川満菜津貴  
吉村 茂修, 白鳥 俊康, 南雲 大暢, 中路 聡  
同 消化器外科 青木沙弥佳  
田川病院 内科 浦崎 康貴, 吉田 佑輔

48. 自然脱落型腸管ステントにより引き起こされたS状結腸穿孔の1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター外科 ○秋元 規宏, 佐藤 勉, 佐藤 渉, 瀬上 顕貴  
笠原 康平, 渡邊 勇人, 矢後 彰一, 田村 裕子  
國崎 主税  
同 消化器病センター内科 三輪 治生, 杉森 一哉

49. メトロニダゾールで改善を認めた腸管囊胞様気腫症の一例.

東京ベイ・浦安市川医療センター 診療部 消化器内科 ○内山 学, 岡本 梨沙, 佐々木昭典, 吉岡 翼  
松田 佳世, 増田 修子, 中嶋 悟, 本村 廉明  
いちょうの森クリニック浦安 森 直樹

50. 大腸癌手術症例における内臓脂肪量/筋肉量比と予後の関連

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座 ○細井 信宏, 白石 卓也, 渡邊 隆嘉, 山口亜梨紗  
柴崎 雄太, 中澤 信博, 岡田 拓久, 大曾根勝也  
佐野 彰彦, 酒井 真, 小川 博臣, 宗田 真  
調 憲, 佐伯 浩司

(13) 一般演題(肝臓・胆道) 15:43~16:13 座長 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 興 梶 慧 輔

51. 遺伝性橢円赤血球症に合併した肝内結石症の1例

群馬大学大学院 総合外科学講座 肝胆膵外科分野 ○福島 涼介, 播本 憲史, 関 貴臣, 奥山 隆之  
星野 弘毅, 萩原 慶, 河合 俊輔, 石井 範洋  
塚越真梨子, 五十嵐隆通, 新木健一郎, 調 憲

**52. 肝内結石に合併した肝腫瘤に対して、画像診断で門脈血栓症と診断し保存的に加療した1例**

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○高橋 知也, 大山 広, 酒井 美帆, 渡部 主樹  
關根 優, 山田 奈々, 遠山 翔大, 杉原 地平  
大内 麻愉, 永瀧 裕樹, 加藤 直也  
同 腫瘍内科 菅 元泰, 高橋 幸治, 沖津恒一郎, 大野 泉

**53. C型肝炎治療後に発生し、自然退縮した肝炎症性偽腫瘍の1例**

SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 消化器内科 ○竝川 昌司, 新井 洋佑, 野口 聡明, 栗原 英心  
小畑 力, 伊島 正志, 大竹 陽介  
同 病理診断科 今井 康雄

**54. レンパチニブとTACEにより長期制御が可能であった多発肝細胞癌の一例**

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○冨澤佳那子, 山崎 勇一, 村上 立真, 金山 雄樹  
戸島 洋貴, 浦岡 俊夫

**55. 腹壁膿瘍を来した亜急性胆のう炎の一例**

平塚市民病院 消化器内科 ○奥富 雅俊, 谷口 礼央, 吉澤 大樹, 笠原 美沙  
滝本 恒行, 飯塚 武, 富田 尚貴, 岩瀬 麻衣  
武内悠里子, 斯波 忠彦, 厚川 和裕

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

|              |            |          |       |
|--------------|------------|----------|-------|
| 独立行政法人国立病院機構 | 高崎総合医療センター | 消化器内科    | 長沼 篤  |
| 群馬大学大学院      | 総合外科講座     | 消化管外科学分野 | 佐野 彰彦 |
| 関東労災病院       | 消化器内科      |          | 中崎奈都子 |

(14) 専攻医Ⅵ(胆道1) 8:00~8:18 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 池田 剛

#### 56. 形態的・機能的膵胆管合流を否定した choledochocoele の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○西脇 興平, 赤須 貴文, 中村 光希, 古守知太郎  
木下 勇次, 中野 真範, 鳥巢 勇一, 猿田 雅之

#### 57. Bouveret 症候群に対する治療2年後に胆嚢癌を発症した1例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○吉澤 剛, 齋藤 倫寛, 山田 悠人, 田島 慎也  
栽原 麻希, 日原 大輔, 岡本 陽祐, 塩澤 一恵  
伊藤 謙, 渡邊 学

#### 58. 胆嚢癌との鑑別に難渋した黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

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

(15) 専攻医Ⅶ(胆道2) 8:18~8:36 座長 群馬大学大学院医学系研究科 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野 五十嵐 隆通

#### 59. 周産期に発症した胆石性膵炎の1例

JCHO 船橋中央病院 内科 ○木村 恵, 浅野 公將, 阿部 哲大, 嶋田 太郎  
土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 山口 武人  
千葉大学医学部付属病院 消化器内科 澤田 翠  
JCHO 船橋中央病院 周産期母子医療センター 産科 後藤 俊二  
JCHO 船橋中央病院 内科  
千葉大学医学部付属病院 消化器内科 藤代 絢香

#### 60. 内視鏡的乳頭括約筋切開術が著効した oddi 括約筋機能不全症の一例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○兼松 健太, 國司 洋佑, 柳橋 崇史, 加藤 佳央  
芝山 幸佑, 内田 要, 三谷 啓介, 大西 咲希

#### 61. 内視鏡的に碎石除去しえた Bouveret 症候群の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○時田 一, 松本 悠, 塩味 里恵, 宇野 天敬  
中元 秀友  
同 消化管内科 大庫 秀樹, 都築 義和, 今枝 博之  
同 消化器一般外科 伏島 雄輔

(16) 専攻医Ⅷ(肝) 8:36~8:54 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 津 軽 開

62. アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法中に Pseudo progression を引き起こした肝癌の一例

東海大学医学部付属 東京病院 消化器内科 ○幕内 智規, 中村 淳, 仁品 玲子, 五十嵐宗喜  
白石 光一  
東海大学医学部付属病院 消化器内科 加川 建弘

63. アテゾリズマブ・ベバシズマブ中止後に irAE 腸炎が悪化した肝細胞癌の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門 ○菊池 彰仁, 三浦 光一, 渡邊 俊司, 五家 里栄  
前田 浩史, 津久井舞未子, 森本 直樹, 山本 博徳

64. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症による肝障害をきたした一例

柏市立柏病院 消化器内科 ○磯崎 岳, 飯塚 泰弘, 沼田真理子, 藤木 純子  
望月奈穂子, 酒井 英樹

(17) 専攻医Ⅸ(膵) 8:54~9:12 座長 群馬県済生会前橋病院 外科・腹腔鏡外科センター 久 保 憲 生

65. 演題取り下げ

66. 自己免疫性膵炎に IgG 4 関連腎臓病を合併したと考えられる1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○前原 健吾, 中村 順子, 高橋 宏太, 吉原 努  
古川 潔人, 佐藤 晋二, 森川瑛一郎, 池田 隆明  
同 病理検査科 飯田 真岐, 辻本 志朗

67. ACTH 産生膵神経内分泌腫瘍の2例

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 肝胆膵外科 ○藤田 拓伸, 石井 範洋, 奥山 隆之, 関 孝臣  
星野 弘毅, 萩原 慶, 河合 俊輔, 塚越真梨子  
五十嵐隆通, 新木健一郎, 播本 憲史, 調 憲

(18) 専攻医Ⅹ(その他) 9:12~9:30 座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 瀧 上 彰

68. 左胸腔、左腎周囲腔へ進展した、膵石による膵液瘻に対しドレナージのうえ膵体尾部切除術を施行した1例

三井記念病院 消化器内科 ○阿部 敏明, 鈴木 賛, 丹野恵里佳, 中原 建徳  
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

69. 胸腔内穿破した膵仮性嚢胞に対し内視鏡ドレナージで改善した一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○八兄 逸平, 磯野 朱里, 本田 卓, 松本 康佑  
丸山 喬平, 青柳 仁, 三浦 亮, 有住 俊彦  
阿部浩一郎, 小田島慎也, 浅岡 良成, 山本 貴嗣  
田中 篤

70. 腹痛・腰痛を主訴に消化器内科外来を受診した腹部大動脈瘤切迫破裂の2例

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

(19) 研修医Ⅲ(胆道・肝臓) 9:35~9:59 座長 東京大学大学院医学系研究科 消化器内科学 工藤 洋太郎

71. 胃癌化学療法後の5年の経過で門脈圧亢進症の増悪をきたした1例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○新井 映美, 緒方香菜子, 村川美也子, 金子 俊  
三好 正人, 小林 正典, 福田 将義, 中川 美奈  
大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一  
同 人体病理学 畑 千菜  
同 病理部 大西威一郎

72. Protein C 欠乏症を背景とする Budd-Chiari 症候群に対して経皮経肝静脈バルーン拡張術を施行した1例

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科 ○TALGAT TILYEBYEV, 海老沼浩利, 金田 真人, 結束 貴臣  
西澤 俊宏, 山下健太郎, 篠浦 丞, 井上 和明  
同 放射線科 赤羽 正章

73. 胆道出血を呈した胆嚢内乳頭状腫瘍(ICPN)の1例

JCHO 群馬中央病院 外科 ○肥留川ゆりか, 斎藤 加奈, 上原 弘聖, 高橋 宏一  
木暮 憲道, 深澤 孝晴, 谷 賢実, 福地 稔  
内藤 浩  
同 消化器内科 井上鍊太郎, 岡村 亜弓, 小川 綾, 田原 博貴  
堀内 克彦, 湯浅 和久  
同 病理診断科 櫻井 信司

74. 経口胆道鏡(SpyGlass DS)を用いて内視鏡的に碎石し得た三管合流部結石の2例

東京西徳洲会病院 消化器内科 ○兼崎 雄貴, 山本 龍一  
同 外科 水嶋 由佳, 石森 貴大, 下元雄太郎, 高木 睦郎  
高山 悟, 佐藤 一彦  
埼玉医科大学病院 消化管内科 都築 義和

(20) 研修医Ⅳ(胆道) 9:59~10:23 座長 昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 川崎 佑輝

75. 横行結腸固着部の生検で術前診断を得た慢性胆嚢炎の1切除例

杏林大学 医学部 付属病院 肝胆膵外科 ○荻生 怜奈, 百瀬 博一, 工藤 翔平, 蓮井 宣宏  
松木 亮, 小暮 正晴, 鈴木 裕, 阪本 良弘  
同 病理診断科 磯谷 一暢, 里見 介史, 柴原 純二

76. 骨髓線維症を合併した胆石性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○吉川 陸, 上田 純志, 松下 晃, 川野 陽一  
清水 哲也, 室川 剛廣, 入江 利幸, 大野 崇  
春名 孝洋, 吉森 大悟, 濱口 暁, 吉田 寛

77. 腹腔鏡下胆嚢摘出術後の腹腔内落下結石膿瘍に対して経皮的・腹腔鏡的アプローチを併用し治療した一例

公益財団法人東京医療保健協会 練馬総合病院 外科 ○柏原 朋佳, 今井 俊一, 徳山 丞, 吉川 祐輔  
齋藤 隆, 飯田 修平, 栗原 直人

78. 膵頭部浸潤を来した胆管原発混合性神経内分泌非神経内分泌腫瘍 (mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm:MiNEN) の一例

東京通信病院 消化器内科 ○得能 孝史, 時任佑里恵, 松井 徹, 三浦 宏仁  
加藤 知爾, 小林 克也, 関川憲一郎, 光井 洋  
同 病理診断科 高橋 剛, 岸田由起子  
同 病理診断科  
同 外科 奥田 純一

(21) 研修医Ⅴ(膵) 10:23~10:41 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 三 國 隼 人

79. 眼瞼転移を契機に見つかった膵体部癌の1例

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医 ○野崎 啓達  
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 齋藤 圭, 北原 麻衣, 野村 舟三, 藤澤真理子  
木暮 宏史

80. 膵神経内分泌腫瘍(PNET)の精査時に肺定型カルチノイド合併を認めた1例

新東京病院 初期臨床研修医 ○南澤 宏壽  
同 消化器内科 草加 裕康, 酒井晋二郎, 前田 元, 小玉 祐  
西澤 秀光, 外山 雄三, 浅原 新吾, 溝上 裕士  
長浜 隆司  
同 消化器外科 飯田 拓  
がん・感染症センター 都立駒込病院 病理科 堀口慎一郎

81. 術前診断に苦慮した IPMN 由来浸潤癌の一切除例

獨協医科大学 肝胆膵外科/一般外科 ○鈴木 利憲, 白木 孝之, 仁木まい子, 佐藤 駿  
田中 元樹, 山口 教宗, 朴 景華, 松本 尊嗣  
森 昭三, 磯 幸博, 青木 琢  
同 放射線医学 曾我 茂義  
同 病理診断学 石田 和之

(22) 研修医Ⅵ(膵・その他) 10:41~11:05 座長 桐生厚生総合病院 外科 木 村 明 春

82. 高トリグリセリド血症により発症した重症急性膵炎の1例

桐生厚生総合病院 初期臨床研修医 ○松浦 優佑  
同 内科 根岸 駿, 相川 崇, 山口 直樹, 飯田 智広

83. 潰瘍性大腸炎に合併した2型自己免疫性膵炎の1例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 医学教育部 ○龍 舞香  
同 消化器内科 服部 大輔, 平野 多紀, 早坂淳之介, 前原 耕介  
佐藤 悦基, 田村 哲男, 小山里香子, 今村 綱男

84. 限局性膵萎縮から主膵管拡張・腫瘤形成・膵外進展までの 11 年の長期経過を CT にて観察し得た膵尾部癌の一例

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

85. 20 年以上にわたる全身痛・腹痛に対し家族性地中海熱を疑いコルヒチンが著効した一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○堂脇 志恵, 小松 萌子, 芹澤 奏  
 同 炎症性腸疾患先進医療センター 日比 紀文  
 同 病理診断科 前田 一郎  
 同 消化器内科  
 同 炎症性腸疾患先進医療センター 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  
 同 消化器内科  
 同 腫瘍センター 西村 賢



## 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            |
|------|--------------------------------------|-----------|-------------|-------------------|
| 379  | 小金井 一 隆<br>(横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科)        | 4月27日(土)  | 東京<br>海運クラブ | 1月17日～<br>2月21日予定 |
| 380  | 黒 崎 雅 之<br>(武蔵野赤十字病院 消化器科)           | 7月27日(土)  | 東京<br>海運クラブ | 4月17日～<br>5月22日予定 |
| 381  | 糸 井 隆 夫<br>(東京医科大学 消化器内科)            | 9月7日(土)   | 東京<br>海運クラブ | 5月29日～<br>7月3日予定  |
| 382  | 新 井 誠 人<br>(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<br>海運クラブ | 8月28日～<br>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

| 講演会回数 | 当 番 会 長                               | 開 催 日     | 会 場   | 申込締切日 |
|-------|---------------------------------------|-----------|-------|-------|
| 44    | 眞 嶋 浩 聡<br>(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)   | WEB開催 | 未 定   |
| 45    | 福 田 勝 之<br>(聖路加国際病院 消化器内科)            | 11月17日(日) | WEB開催 | 未 定   |

## 次回(第379回)例会のお知らせ

期 日：2024年4月27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

※オンライン併用開催に変更となる可能性がございます。

特別講演：「固形癌は代謝病という視点から見た癌免疫治療研究」

演者：岡山大学学術研究院 医歯薬学域 免疫学分野 教授 鵜殿 平一郎

司会：横浜市立市民病院炎症性腸疾患センター センター長 小金井 一隆

ランチョンセミナー1：「クローン病診療と新たなエビデンス」

演者：東京医科歯科大学 消化器連携医療学 准教授 藤井 俊光

司会：北里大学医学部 消化器内科学 講師 横山 薫

ランチョンセミナー2：「痔瘻を伴うクローン病の治療～クローン病及び痔瘻治療の両面から～(予定)」

演者：東京山手メディカルセンター 部長 酒匂 美奈子

司会：東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 主任教授 猿田 雅之

当番会長：小金井 一隆(横浜市立市民病院炎症性腸疾患センター センター長)

【運営事務局】株式会社ブランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge379kanto@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 好酸球性食道炎の経過中に自己免疫性胃炎を合併した1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科  
中村暁子, 秋山純一, 柴田寛至, 須澤裕夫, 大和 幹, 植田 鏡, 田潤幹大, 遠西孝夫, 竜野裕子, 久田裕也, 赤澤直樹, 横井千寿, 小島康志, 田中康雄, 柳瀬幹雄, 山本夏代

【症例】70歳女性 【現病歴】X-7年頃より食物のつかえ感が出現し、X-7年7月に上部消化管内視鏡検査(EGD)にて中部～下部食道に輪状溝、縦走溝を認めた。同部位の生検で上皮内に最大 79 個/HPF の好酸球浸潤を認め、好酸球性食道炎(EoE)の診断となった。エソメプラゾール(EPZ)10 mgを開始したところ、内視鏡所見、好酸球浸潤ともに改善(生検で最大 3 個/HPF)した。以降X-1年10月までEPZの内服を継続し、逐年EGDを施行し組織学的寛解を維持していた。一方、胃に関しては、X-6年9月にEGDで胃体部腺領域のびまん性粘膜腫脹が出現し、X-5年8月には胃体部に粘膜萎縮、顆粒状隆起(偽ポリープ)、胃小区の腫脹を認め、X-4年10月には体部にさらに萎縮が進行した。血清HP抗体 陰性、抗内因子抗体 陰性であったが、抗壁細胞抗体 10 倍、血中ガストリン 3797 pg/ml と高値であり、自己免疫性胃炎(AIG)と診断した。EoEについてはX-1年10月にEPZを中止し、X年2月のEGDでEoEの再燃はなく、胃生検ではAIGによる胃粘膜腺の消失とECL細胞の過形成を認めた。【考察】EoEの経過中にAIGを合併した1例を経験した。なお、甲状腺機能は正常であったが、抗サイログロブリン抗体および抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体陽性から、慢性甲状腺炎(橋本病)疑いの診断となり、自己免疫性多内分泌腺症候群(APS)3B型と考えられた。本症例では、さらにEoEを合併しており、これまでに同様の報告は1例のみであった。APS、EoEはともに制御性T細胞(Treg)の機能不全が報告されており、Tregの異常が合併に関与している可能性がある。今回、EoEの経過中にAIGの内視鏡所見の経過が追えた1例を経験したため唆に富む症例と考え報告する。

自己免疫性胃炎, 好酸球性食道炎

## 3 食道潰瘍を契機にHIV感染症の診断に至った2例

新松戸中央総合病院 消化器肝臓内科  
中山大輔, 清水晶平, 尾崎英莉, 駒崎伸伍, 米澤 健, 伊藤慎浩, 井家麻紀子, 安部 宏, 加藤慶三

【緒言】ヒト免疫不全ウイルス(HIV)感染症は免疫機能低下に伴い様々な合併症を併発する。消化管合併症は頻度が高くこれを契機にHIV感染症の診断に至る場合がある。今回我々は心窩部痛などの消化器症状を契機に上部消化管内視鏡検査(EGD)を行ない食道潰瘍からHIV感染症の診断に至った2例を経験したので報告する。【症例1】27歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年Y月に食後の心窩部痛を主訴に近医を受診、EGDにて多発食道潰瘍を指摘された。その後のHIVスクリーニング検査陽性となり精査加療目的に当院を紹介受診となった。当院でのEGDでは胸部中下部食道に多発する打ち抜き潰瘍が多発していた。HE染色では核内封入体は認めなかったが、内視鏡所見からサイトメガロウイルス(CMV)食道炎を疑い、免疫染色を追加したところCMV陽性であった。HIV1抗体陽性・HIV-RNA検出、CD4陽性T細胞数減少が確認され、HIV感染症・AIDSの診断に至った。【症例2】34歳男性【主訴】胸部違和感【現病歴】X年Y月に発熱・胸部違和感を主訴に受診した。EGDでは胸部中下部食道に癒合傾向のある不整形の多発潰瘍を認めた。HE染色では核内封入体は認めず、追加実施の免疫染色でCMV・HSVも陰性であった。一方でHIV抗原抗体検査が陽性であり、HIV1抗体陽性・HBV-RNA検出されHIV感染症の診断に至った。その後は外来通院が自己中断となっていたが、2年に発熱を主訴に受診し、胸部CTにてニューモシス肺炎を認めておりAIDSの診断となった。【結語】HIV感染症は消化管合併症の頻度が高い。EGDにて打ち抜き潰瘍や多発する食道潰瘍を認め際には、基礎疾患としてHIV感染症を鑑別に挙げる必要がある。さらに食道潰瘍の精査をするうえで、HE染色で核内封入体が証明できず診断がつかない場合にはCMVやHSV等の免疫染色を追加、場合によっては複数回の生検をすることが重要であると考えられる。

食道潰瘍, HIV感染症

## 2 経口内視鏡的筋層切開術(POEM)を施行した先天性食道狭窄症の2例

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター<sup>1)</sup>, 同 臨床病理診断科<sup>2)</sup>  
伊藤翔太郎<sup>1)</sup>, 島村勇人<sup>1)</sup>, 田中一平<sup>1)</sup>, 牛久保慧<sup>1)</sup>, 東 大輔<sup>1)</sup>, 山本和輝<sup>1)</sup>, 岡田浩樹<sup>1)</sup>, 西川洋平<sup>1)</sup>, 広田由子<sup>2)</sup>, 井上晴洋<sup>1)</sup>

【背景】経口内視鏡的筋層切開術(POEM)は食道アカラシア及びその類縁疾患に対して行われる内視鏡的治療であるが、先天性食道狭窄症(congenital esophageal stenosis, CES)に対する有効性も過去に当院から報告している。今回新たにPOEMで症状の軽快が得られたCESの2例を経験したため報告する。【症例1】40代男性。幼少期から時折つかえ感を自覚していた。X-1年から症状の増悪があり、X年に当院を受診した。上部消化管内視鏡検査及び食道造影検査では下部食道の狭窄を認めた。食道内圧検査では一次蠕動波は保たれており、病歴と合わせCESと診断し拡大適応疾患としてPOEMによる治療を選択した。粘膜下層の一部は非薄化し高度の線維化様所見を認めた。また粘膜下層に白色突起物を認め生検を実施した。病理学的に軟骨組織を認めCESの診断となった。偶発症なく治療終了し、症状の改善が認められた。【症例2】50代女性。幼少期から嘔吐しやすかった。つかえ症状はY-10年に発症し前医で食道アカラシアの診断となり、Ca拮抗薬の投与が行われていた。Y年に逆流症状の増悪による誤嚥性肺炎を発症したため、根本治療目的に当院紹介受診となった。上部消化管内視鏡で拡張した食道と下部食道の狭窄を認めた。食道内圧検査では蠕動波消失を認めたが、下部食道内圧は正常範囲内であった。前医で実施されたバルーン拡張により下部食道狭窄が軽度改善したアカラシア症例と診断しPOEMの方針とした。術中に粘膜下層の線維化様所見と白色隆起物を認め生検を実施した。検体は病理学的に軟骨組織と分泌腺組織を認めCESの診断となった。偶発症なく治療終了し、症状の改善が認められた。【考察】CESはアカラシアを含む食道運動機能障害とは異なる疾患カテゴリーであるがPOEMにより症状改善が得られた点は共通している。ただし、CESの場合、粘膜下層の非薄化、錯綜した筋層や軟骨組織の増生が見られ、手技的検査易度は通常のPOEMと比較して極めて高い。詳細な病歴の問診と術前検査結果を総合的に判断することでCESと術前に診断できる可能性があり、高難易度POEMに対する準備も可能である。【結論】POEMはCESの治療選択肢となりうる。

先天性食道狭窄症, 経口内視鏡的筋層切開術

## 4 シェーグレン症候群が原因と特定し得た蛋白漏出性胃腸症の1例

関東労災病院 消化器内科  
渡邊菜帆, 金子麗奈, 井上 薫, 小野拓真, 吉川 薫, 清水 良, 西川雄祐, 中崎奈都子, 大森里紗, 矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 岸本有為, 池原 孝

症例は既往のない44歳女性。X月より急速に進行する霧視を主訴に数件眼科を受診したが原因不明のため、内科的疾患を疑われて近医内科を紹介された。X+1月、内科受診時には顔面浮腫、頻回の水様便を認め、Alb 2.6g/dLと低値であり、X+2月精査加療目的で当院へ紹介となった。低アルブミン血症の鑑別として尿中蛋白の排泄を認めず、摂食状態も良好であることから腸管からの蛋白漏出を疑った。99mTc-ヒト血清アルブミンDシンチグラフィーにて2.5時間後より十二指腸下行脚から水平脚、空腸の一部からの蛋白漏出、続いて4時間後、6時間後で回腸、上行結腸での蛋白漏出が確認された。さらにa1アンチトリプシン検査では便中a1アンチトリプシンクリアランス試験は56.3mL/dayと上昇を認めた。以上より蛋白漏出性胃腸症の診断に至った。蛋白漏出の原因として、悪性腫瘍、血液疾患、膠原病等が鑑別として挙げられた。胸腹部造影CTで脾近傍のリンパ管腫脹と微量腹水を認めたが、悪性腫瘍は指摘しなかった。上下部消化管内視鏡は腫瘍性病変を認めず、十二指腸、空腸にびらんや浮腫状の粘膜を認めるのみであった。血液生化学所見上抗SS-A抗体 $\geq 1200$ 、抗SS-B抗体 $\geq 1000$ と異常高値であったことから、シェーグレン症候群(SjS)を疑い、腸管粘膜の補体沈着の可能性を考慮して粘膜組織生検の蛍光抗体染色も施行したが、IgG、IgM、C1q、C3の沈着は認めなかった。SjSの確定診断のため口唇唾液腺生検を行い、リンパ球浸潤が $2\text{cm} \times 2\text{cm}$ あたり1 focus(導管周囲に50個以上のリンパ球浸潤)以上、Schirmer試験は5mm/5分以下であり、SjSの診断基準に於いて確診例となった。従ってSjSによる蛋白漏出性胃腸症と診断した。X+3月よりmPSL50mg(1mg/kg)静注投与を開始したところ、血清Alb値は8日より増加し、現在経口PSLに移行して漸減中である。SjSによる蛋白漏出性胃腸症は極めて稀な病態であり文献的な考察を加え報告する。

蛋白漏出性胃腸症, シェーグレン症候群



杏林大学医学部付属病院 消化器内科学<sup>1)</sup>, 同 循環器内科学<sup>2)</sup>, 同 病理学<sup>3)</sup>, 松倉渉子<sup>1)</sup>, 平塚智也<sup>1)</sup>, 壽美竜太郎<sup>1)</sup>, 白川貴大<sup>1)</sup>, 望月もえぎ<sup>1)</sup>, 鍛冶諒介<sup>1)</sup>, 宮本尚彦<sup>1)</sup>, 大野亜希子<sup>1)</sup>, 柴山隆宏<sup>3)</sup>, 伊波 巧<sup>2)</sup>, 副島京子<sup>2)</sup>, 柴原純二<sup>3)</sup>, 久松理一<sup>1)</sup>

【症例】症例は50歳代女性。肺高血圧症で当院循環器内科に通院中、繰り返す嘔吐と低Alb血症を認めたため当科に紹介となった。血液検査では総蛋白5.2g/dl、アルブミン2.0g/dlと低値を認め、血清抗H.pylori抗体は陽性であった。腹部CT検査では上腹部から骨盤部にかけて腹水貯留と胃体上部中心の壁肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、白濁粘液の付着と胃全体の粘膜腫脹、巨大皺襞を認めた。追加で行った蛋白漏出シンチグラフィ検査にて胃および小腸からの蛋白漏出を認め、α1アンチトリプシン試験ではα1アンチトリプシンクリアランス高値であった。以上よりH.pylori感染に伴うMenetrier病による蛋白漏出性胃腸症と診断した。H.pyloriの除菌治療を開始したところ、徐々に嘔吐などの症状消失と低Alb血症の改善を認めた。除菌治療終了後18日目に施行した上部消化管内視鏡検査では巨大皺襞や粘膜腫脹の改善を認めた。除菌治療終了34日後に施行したH.pyloriの便中抗原は陰性であった。また胃体下部大弯に0-I型の隆起性病変を認め、生検にて高分化型管状腺癌であったため、本病変に対しては退院後3か月後に内視鏡的粘膜下層剥離術を行う方針である。【考察】Menetrier病は肥厚性胃炎または巨大皺襞に低蛋白血症を伴うものとして報告されている。H.pylori感染との関係も報告されており、さらに巨大皺襞のある患者はない患者と比較し、胃癌の発生率が高い可能性が指摘されている。Menetrier病を背景にもつ患者は胃癌が存在する可能性が上昇していることを踏まえ、慎重な内視鏡観察が求められる。今回我々はH.pylori除菌療法が奏効し、かつ早期胃癌を合併したMenetrier病による蛋白漏出性胃腸症を経験したので、文献的考察を含め報告する。

Menetrier病, 胃癌

筑波大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>, 東都理紗<sup>1)</sup>, 小松義希<sup>1)</sup>, 小島丈心<sup>1)</sup>, 鈴木 聡<sup>1)</sup>, 宇野広隆<sup>1)</sup>, 湯原美貴子<sup>1)</sup>, 阿部 涼<sup>1)</sup>, 石川直樹<sup>1)</sup>, 堀籠祐一<sup>1)</sup>, 川越亮承<sup>1)</sup>, 城山真美子<sup>1)</sup>, 小林真理子<sup>1)</sup>, 奈良坂俊明<sup>1)</sup>, 坂本 琢<sup>1)</sup>, 大和田洋平<sup>2)</sup>, 小田竜也<sup>2)</sup>, 杉田翔平<sup>3)</sup>, 松原大祐<sup>3)</sup>, 土屋輝一郎<sup>1)</sup>

【症例】45歳 女性。【現病歴】20XX年5月に心窩部痛を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査(EGD)にて前庭部小弯に5mm大の0-IIc病変と、前壁側近傍に20mm大の粘膜下腫瘍(SMT)様隆起を指摘された。0-IIc病変からの生検でadenocarcinoma (sig>por2)と診断され、早期胃癌として精査加療目的に当院紹介受診した。EGDでは木村・竹本分類C-2の萎縮粘膜を背景とし、胃角から前庭部小弯にびらんを伴う褪色調粘膜が非連続性に3カ所認められた。拡大NBI観察では微小血管はnetworkに乏しく未分化癌が示唆され、生検でも各々adenocarcinoma (sig>por2)と診断された。また前壁側のSMT様隆起は、クッションサイン陰性、EUSで第2~4層にまたがる低エコー腫瘍として描出された。0-IIc病変との連続性は確認できず、ボーリング生検では診断に至らなかった。造影CT検査では0-IIc病変は描出されないが、前庭部前壁に腫瘍状の壁肥厚を認め、小弯側後壁にかけて造影増強効果を伴う粘膜を認めたことから0-IIc病変とSMT様隆起がともに一連の胃癌病変である可能性が示唆された。CTでは明らかに漿膜外浸潤(SE)を疑う所見は指摘されなかった。20XX年9月にロボット支援下幽門側胃切除術を施行した。手術検体の病理ではSMT様隆起部に一致して、大分集では散在性に癌細胞が分布していたが、一部では高度線維化を伴う癌細胞が密集していた。腫瘍は一部で漿膜面から露出しており、深達度はSEで、por2>sig, pT4a(SE), pN0, pStage IIBと最終診断された。その後、外来で術後補助化学療法が開始された。【考察】0-IIc病変と内視鏡的に非連続性のSMT様隆起を伴う胃癌の一例を経験した。SMTの形態を呈する胃癌は全切除の1.27%と報告され比較的良好な病態であり、深達度がSEに深である症例は18%という報告もある。低分化腺癌は粘膜下を這う進展様式が知られており、本症例のように粘膜病変が内視鏡的にSMTと非連続性であっても一連の病変である可能性を想起し治療方針を決定することが大切である。本症例の進展様式や範囲を画像所見や手術検体の病理像を踏まえ、文献的考察とともに報告する。

粘膜下腫瘍, 低分化腺癌

JCHO 群馬中央病院 外科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 上原聖弘<sup>1)</sup>, 斎藤加奈<sup>1)</sup>, 高橋宏一<sup>1)</sup>, 木暮憲道<sup>1)</sup>, 深澤孝晴<sup>1)</sup>, 谷 賢実<sup>1)</sup>, 福地 稔<sup>1)</sup>, 井上鍊太郎<sup>2)</sup>, 岡村亜弓<sup>2)</sup>, 小川 綾<sup>2)</sup>, 田原博貴<sup>2)</sup>, 堀内克彦<sup>2)</sup>, 湯浅和久<sup>2)</sup>, 内藤 浩<sup>1)</sup>

【はじめに】胃軸捻転症とは、胃が生理的範囲を超えて捻転したもので、小児、成人ともに発症する疾患である。成人では主に50歳以上に見られ、近年では高齢者の報告例が増えている。成人の胃軸捻転症の原因は、胃固定間膜の弛緩に加え、食事などの外的要因により起こる特発性、食道裂孔ヘルニアや横隔膜弛緩症に伴う続発性に分けられる。治療は経鼻胃管挿入、内視鏡的整復術および外科的治療である。手術適応は再発を繰り返す場合や胃の血流障害がある場合もしくは内視鏡的整復が困難な症例である。今回、我々は繰り返す胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃固定術を施行した一例を経験したので報告する。【症例】86歳男性。既往に胃軸捻転症で2回の内視鏡的治療歴があった。嘔吐で当院救急外来を受診。CT検査では胃前庭部が頭側へ偏位し、腹側で噴門部と交差しており、幽門部は狭小化していた。胃は拡張し、内部に液面形成を認めたため、胃軸捻転症と診断した。同日入院し、透視下上部消化管内視鏡検査を施行。前庭部が頭側へ偏位し、αループを形成していた。内視鏡的に整復術を施行。胃軸捻転症による入院を3回繰り返しており、手術適応と判断し、第11病日に腹腔鏡下胃固定術を施行した。手術は3ポートで操作を行い、胃体上部大弯前壁、体上部小弯前壁、体中部大弯前壁とその腹側の腹壁を固定、前庭部前壁と肝円索を固定して手術を終了した。術後2日目に食事を開始し、術後7日目に経過良好で退院した。退院後の現在まで再燃は認められていない。【考察】胃軸捻転症は内視鏡的整復後も30%が再発するとされ、繰り返す場合には外科的治療が考慮される。従来、胃固定術は開腹手術で行われてきたが、近年は侵襲を考慮した腹腔鏡手術の報告例が多い。胃瘻造設術による固定も報告されているが、胃瘻を軸とした再捻転のリスクや、腹腔内の原因を観察出来ないなどの問題があり、本症例では腹腔鏡下胃固定術を選択した。術後経過は良好であり、腹腔鏡下胃固定術は高齢者に対しても安全に施行可能であると考えられた。

胃軸捻転症, 腹腔鏡下胃固定術

医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター 蛭間陽平, 隅田ちひろ, 上石英希, 廣瀬晴人, 窪田 純, 木村かれん, 長山未来, 西野敬祥, 眞一まこも, 市田親正, 佐々木亜希子

【背景】出血性消化性潰瘍の治療法として内視鏡的止血術、血管内治療(Interventional Radiology, IVR)、手術がある。IVRにおいては責任病変近傍のマーキングクリップを目印として塞栓を施行することが多い。【症例】症例は67歳男性、意識消失を主訴に当院へ救急搬送となった。既往にアルコール依存症と十二指腸潰瘍がある。来院時黒色便とHb: 5.4 g/dLの貧血を認めたため、上部消化管内視鏡検査を施行した。十二指腸球部から上十二指腸角に潰瘍瘢痕による非膜様狭窄を認め、OLYMPUS GIF-H290Tの通過が困難であった。細径内視鏡(GIF-1200N)に変更したところ狭窄部位を通過でき、Vater乳頭近傍に露出血管を伴う潰瘍を認めた。病変口側の狭窄により処置用スコープの通過が困難であったため、外科医と協議し細径内視鏡ガイド下IVRを行う方針とした。GIF-1200Nを用いて責任病変を示しながら血管造影を行い、胃十二指腸動脈、右胃大網動脈、後上降十二指腸動脈の枝が責任血管と考えられたため、これらに対して塞栓を行った。翌日の上部内視鏡では露出血管の血栓化を認めた。【考察】IVRにおいては責任病変近傍のマーキングクリップを目印として塞栓を施行することが多いが、本症例では責任病変口側の狭窄によりマーキングが困難であったため、細径内視鏡ガイド下IVRを行った。今回の方法は病変口側の狭窄により処置用スコープが通過できない場合の止血法の選択肢になると考えられる。【結語】内視鏡的止血術やマーキングクリップが行えない症例において細径内視鏡ガイド下で責任血管を示し、IVRで責任血管の塞栓を行う方法は有用であると考えられた。

十二指腸潰瘍, 内視鏡ガイド下血管内治療

平塚市民病院 消化器内科

吉澤大樹, 立川 準, 笠原美沙, 奥富雅俊, 半田祐太, 飯塚 武, 滝本恒行, 富田尚貴, 岩瀬麻衣, 谷口礼央, 厚川和裕

【症例】72歳 男性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】X年9月9日に心窩部痛を主訴に当院を受診した。CT検査で胃潰瘍が疑われ、X年9月20日に上部内視鏡検査を受け、胃体下部後壁側に潰瘍性病変を指摘された。潰瘍からの生検でgroup 1と診断され、血中ピロリ菌抗体陽性のため、ピロリ菌の除菌を受けた。X年10月3日に便中抗原陰性となり、除菌成功と判断された。X年11月22日に再度内視鏡検査を受けたところ、潰瘍は瘢痕化していたが、瘢痕部は粘膜下腫瘍様に隆起し、多数の開口部を有していた。生検では胃腺窩上皮の過形成性変化があったが積極的に悪性を疑う所見は指摘されず、group 1と診断された。しかし内視鏡所見から腫瘍性病変を否定できないため3か月後に再検査を指示された。X+1年2月に上部内視鏡検査と超音波内視鏡検査を受けたところ、超音波内視鏡で粘膜内部の導管様の無エコー域と第2-3層の肥厚を指摘され、生検では軽度の異型がありgroup 2と診断された。X+1年4月5日の造影CT検査で、潰瘍性病変の指摘があった胃体部に造影効果を伴う壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇があり、進行胃癌が疑われ、外科的切除の方針となった。X+1年5月1日に幽門側胃切除術を受け、切除検体の病理結果で高分化型のBorrmann4型胃癌と診断された。免疫染色検査では、MUC5ACとMUC6陽性、MUC2陰性であり、分類は胃型であった。【考察】Borrmann4型胃癌はびまん性に浸潤する特徴があり、その多くは低分化型とされている。今回我々は内視鏡生検で診断がつかず、外科的切除した病理検体で胃型の高分化型4型胃癌と診断された一例を経験した。若干の文献的考察を交えて報告する。

Borrmann4型胃癌, 胃型胃癌

## 10 内視鏡的粘膜切除術（EMR）で切除し診断に至った食道GISTの一例

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学<sup>1)</sup>,

群馬大学医学部附属病院 光学診療部<sup>2)</sup>

書上 愛<sup>1)</sup>, 竹内洋司<sup>2)</sup>, 片貝明也<sup>1)</sup>, 星野駿介<sup>1)</sup>, 本多夏穂<sup>1)</sup>,

Aung Paing Moe<sup>1)</sup>, 富澤佳那子<sup>1)</sup>, 都丸翔太<sup>1)</sup>, 糸井祐貴<sup>1)</sup>,

佐藤圭吾<sup>1)</sup>, 橋本 悠<sup>1)</sup>, 田中寛人<sup>1)</sup>, 保坂浩子<sup>1)</sup>, 栗林志行<sup>1)</sup>,

浦岡俊夫<sup>1)</sup>

【症例】70歳代、男性。【現病歴】前医の人間ドックで上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃体上部大彎に早期胃癌を認めたため、内視鏡治療目的に当科を受診した。【既往歴】糖尿病。【臨床経過】早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）術前の当院での精査内視鏡検査で既知の早期胃癌の他に食道胃接合部（EGJ）直上の胸部下部食道左壁に直径約10mm大の白色調で大白菌様の粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡（EUS）では蠕動が強く腫瘍の全体像は評価が困難であったが、腫瘍の主座は第1層-第2層と想定された。内視鏡所見からは顆粒細胞腫を疑った。経過観察も選択肢の一つと考えられたが、今後増大する可能性や胃ESDと同日に治療可能であることを考慮し、患者本人と相談の上EMR-C（endoscopic mucosal resection with a cap-fitted panendoscope）で切除する方針とした。EMR-Cで腫瘍は分割切除となったものの内視鏡的な腫瘍の遺残はなく完全切除でき、明らかな穿孔も認めなかった。創部をクリップで縫縮した上で処置を終了し、治療後明らかな有害事象はなく第7病日に退院した。病理組織診断では、クロマチンに富む楕円形核をもつ紡錘形細胞が増殖しており、CD34とc-kitは陽性、S-100とdesminは陰性であった。核分裂像の増加は明らかではなく、MIB-1陽性細胞は1%以下であり、低リスク悪性度の消化管間質腫瘍（GIST）と判断した。患者本人と相談の上、今後内視鏡およびCT等の画像検査で定期的にフォローアップする予定である。【考察】GISTは消化管の中でも胃や小腸に多く発生するが、食道GISTは全体の5%未満と非常に稀である。限局期のGISTの治療方針としては外科的切除が第一選択とされてきたが、GISTはリンパ節転移のリスクを考慮する必要があると、現在3cm以下の内腔発育型GISTに対しては内視鏡的切除が先進医療として実施されている。術前にGISTの診断には至らなかったものの、結果として内視鏡的に切除することができた食道GISTは稀と考え報告する。

GIST, 食道

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科

萩原拓哉, 石井剛弘, 松本圭太, 佐藤杏美, 橋本 凌, 水谷 琢, 青山佳代子, 小島 柊, 佐々木吾也, 森野美奈, 賀嶋ひとみ, 小糸雄大, 三浦孝也, 吉川修平, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴, 松本吏弘, 宮谷博幸, 眞嶋浩聡

【緒言】小腸疾患の診療において、カプセル内視鏡(CE)は低侵襲な検査ツールとして重宝される。一方で、CEにおける偶発症としてカプセルの滞留があげられ、CE前には開通性評価のためにパテンシーカプセルが用いられる。今回、パテンシーカプセルが狭窄部に滞留し、腸閉塞をきたした2例を経験したので報告する。

【症例1】78歳女性。正球性貧血精査のCE前にパテンシーカプセルを嚥下した。嚥下から36時間後に嘔気・嘔吐で救急搬送された。来院時のCTで、空腸に滞留したパテンシーカプセルと、同部位より口側腸管の拡張を認めた。嚥下から5日後に経口ダブルバルーン内視鏡検査(DBE)で、全周性の空腸狭窄と同部位に滞留するパテンシーカプセルの外膜を認め、生検鉗子で回収した。空腸狭窄部から生検を行い、小腸原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断となった。

【症例2】27歳男性。クローン病に対してウステキスマブを導入し、直近の下部内視鏡検査では大腸の潰瘍は消失したが、回腸末端には潰瘍が残存していた。小腸病変精査のCE前にパテンシーカプセルを嚥下した。嚥下から10日後に腹痛と血便で受診した。来院時のCTで、回腸に滞留したパテンシーカプセルと、同部位より口側腸管の拡張を認めた。嚥下から13日後に経肛門DBEで、全周性の回腸狭窄を4か所バルーン拡張し、狭窄部口側に滞留するパテンシーカプセルの外膜を生検鉗子で回収した。

【考察】パテンシーカプセル嚥下はCE前の開通性評価のため行われる検査であり、滞留した場合でも100-200時間以内に崩壊するとされる。しかし、溶解するのはパテンシーカプセルのボディを構成するラクトースのみであり、外膜を構成する非溶解性のコーティング膜は崩壊せず、腸閉塞の原因になりうることを念頭に置くべきである。

パテンシーカプセル, 滞留

## 12 腸閉塞を呈した腸間膜リンパ管腫の1例

大和市立病院 消化器内科

中村朗子, 染谷昌伸, 亀田 亮, 浅見昌樹, 柳田直毅,

山本和寿

【症例】83歳男性【既往】高血圧、虫垂炎術後、神経因性膀胱【現病歴】20XX年8月、神経因性膀胱による腎後性腎不全で当院腎臓内科入院中に頻回の嘔吐と食思不振が出現した。腹部は膨満軟、血液検査では特記所見を認めず、体幹部単純CTで小腸拡張と骨盤内にcaliber changeを認め、癒着性腸閉塞の診断で当科紹介となった。第2病日にイレウス管を挿入した。第4病日の腹部レントゲンで小腸ガスの改善が認められなかったため、低圧持続吸引を開始した。第7病日にイレウス管造影を行ったが排泄を確認できず、先端の位置調整を試みたが困難であった。第8病日に造影CTを施行したところ、骨盤内に造影効果の乏しい低吸収域を認め、腸管壊死の可能性が否定できなかったため緊急手術の方針となった。トライツ靱帯から250cmの骨盤内右側の腸間膜に最大径4.5cmほどの淡黄色の多房性囊胞を認め、同部位に圧排された腸管狭窄を認めた。造影CTで認められた低吸収域と一致した部位であった。周囲との癒着やバンド形成、腸管壊死は認められなかった。囊胞摘出+小腸切除術を施行し、病理学的にリンパ管腫と診断した。術後、腸管拡張は改善したが、尿路感染症と唾液による誤嚥性肺炎を繰り返しADLが低下したため、経口摂取困難となり、末梢静脈栄養で療養型病院に転院となった。【結語】成人では比較的にまれな腸間膜リンパ管腫による腸閉塞の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

リンパ管腫, 腸閉塞



## 13 小腸腸間膜内の憩室穿通を契機に診断されたびまん性回腸lipomatosisの1例

筑波記念病院 消化器内科

岸本希実, 添田敦子, 松本めぐみ, 石川敬資, 寺門幸乃, 佐浦 勲, 根本絵美, 丹下善隆, 江南ちあき, 越智大介, 池澤和人

【背景】消化管に発生する脂肪腫は日常的に内視鏡で観察され、大半は球形の領域を有する粘膜下病変として単発性の形態を呈する。一方lipomatosisは脂肪腫が多発する病態であり、広範な小腸へびまん性に沈着した症例の報告は海外・本邦を含めても極めて稀である。今回、小腸腸間膜内に発生した憩室穿通を契機に診断されたびまん性回腸lipomatosisを経験した。【症例】特記すべき既往症のない30歳代女性。202X年12月1日未明から下腹部に間欠的な鈍痛を自覚し、改善が得られず救急搬送を要請し当院受診となった。到着時には既に腹痛は自制的に軽減しており圧痛点是不明瞭で、腹膜刺激徴候もなく炎症所見も軽微であった。腹部造影CTでは骨盤内小腸の壁内に広範な脂肪組織濃度を認め、小腸には憩室が併存し憩室周囲の腸間膜内に空気の漏出像がみられ穿通の所見と考えられた。脂肪が沈着した部位の回腸を切除した場合は非常に広範な腸切除が必要になること、さらに吻合部が生着できる可能性が不明確であると推測されたため、入院の上で腸管安静および抗菌薬投与による保存的治療を選択した。【考察】腸管lipomatosisは非常に稀な疾患で、その成因は明らかではない。粘膜下で増生した脂肪細胞によって管腔狭窄が惹起され腸重積や捻転を発生した症例や、腸管壁の脆弱化によって本症例のように憩室を併発した報告も認められる。腸重積や穿孔・出血など重篤な病態を合併した場合には外科的あるいは内視鏡的治療が選択されるが、lipomatosisに対する根治的な治療法は未だ確立されていない。画像所見は非常に特徴的で、文献的考察を含め報告する。

小腸脂肪腫症, lipomatosis

## 14 小腸多発異所性胃粘膜により繰り返す腸閉塞を来した成人の1例

群馬大学医学部 総合外科学講座<sup>1)</sup>

群馬大学医学部附属病院 病理部・病理診断科<sup>2)</sup>

利根保健生協利根中央病院 病理診断科<sup>3)</sup>

内藤俊山<sup>1)</sup>, 塩井生馬<sup>1)</sup>, 細井信宏<sup>1)</sup>, 渡邊隆嘉<sup>1)</sup>, 柴崎雄太<sup>1)</sup>, 中澤信博<sup>1)</sup>, 大曾根勝也<sup>1)</sup>, 岡田拓久<sup>1)</sup>, 白石卓也<sup>1)</sup>, 佐野彰彦<sup>1)</sup>, 酒井 真<sup>1)</sup>, 小川博臣<sup>1)</sup>, 宗田 真<sup>1)</sup>, 久永悦子<sup>2)</sup>, 大野順弘<sup>3)</sup>, 調 憲<sup>1)</sup>, 佐伯浩司<sup>1)</sup>

【背景】異所性胃粘膜は胃粘膜組織が、胃以外の部位に存在することを指す。食道や十二指腸が好発部位で、下部消化管での発生は稀である。今回、小腸に多発した異所性胃粘膜により腸閉塞を繰り返した症例を経験したので報告する。【症例】C型肝炎の治療歴を有する77歳男性。過去に無症候性の回腸異所性胃粘膜と診断され経過観察となっていた。経口摂取困難を主訴に前医を受診し、回腸末端を閉塞起点とする腸閉塞と診断された。保存的加療にて改善したが、同様のエピソードを六年間で五回繰り返したため、当院紹介となった。当院のダブルバルーン内視鏡にて回腸末端とその20cm口側に狭窄所見を認めた。同部位の生検組織で悪性所見はなく、異所性胃粘膜の診断となった。小腸造影検査では内視鏡で観察した2箇所の狭窄部位よりさらに口側に3箇所の狭窄部位を認めた。CT検査では同部位に壁肥厚を認めた。画像検査では良悪性の判断が困難なこと、腸閉塞を繰り返していることから外科的切除の方針とした。術中所見にて回腸末端からその100cm口側までの腸管に5箇所の狭窄部位を認め、この範囲の小腸を切除した。切除検体は肉眼的に小腸粘膜面に白色調で不規則な隆起を認め、内腔の狭小化を伴っていた。組織学的には隆起部に一致して幽門腺を含む異所性胃粘膜を認めた。上皮は一過性びらん性で分泌物や炎症性肉芽組織を伴っていたが、Crohn病や悪性腫瘍を疑う所見は認めなかった。術後経過は問題なく、退院後腸閉塞の再発は認めていない。【考察】小腸に発生する異所性胃粘膜は通常、Meckel憩室や消化管重複症等の先天異常に関連する。先天異常を伴わない小腸異所性胃粘膜は稀で、成人例かつ多発している症例の報告はない。本症例は小腸狭窄が経時的に増悪し、腸閉塞を繰り返した。病理組織学的に、異所性胃粘膜組織と共に活動性潰瘍の所見を認めた。潰瘍は異所性胃粘膜からの胃酸にて生じた可能性があり、潰瘍と治癒を繰り返すことで内腔の狭窄を生じたと推察される。【結語】小腸多発異所性胃粘膜により繰り返す腸閉塞に対して手術加療を行った稀な症例を経験したので報告した。

異所性胃粘膜, 腸閉塞

## 15 胃・十二指腸に深掘れ潰瘍を伴った、潰瘍性大腸炎の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

大橋拓也, 太田佑樹, 仲澤隼人, 大山湧平, 岩崎巨征, 関宮幸代, 堀尾亮輔, 園田美智子, 金子達哉, 明枝直樹, 對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤景子, 松村倫明, 加藤 順, 加藤直也

【症例】51歳、女性。【主訴】下痢【臨床経過】特に既往症はなく、30歳代から間欠的に数週間持続する下痢を繰り返していたが、これまでに下部内視鏡検査（CS；colonoscopy）で特記所見は認めなかった。1ヶ月前より下痢、5日前より嘔気・食思不振が出現し38℃台の発熱も認められたため、前医入院となった。造影CT検査では十二指腸や結腸に浮腫を認め、感染性腸炎なども鑑別に絶食、抗生剤および制酸剤投与を開始した。入院後の上部内視鏡検査（EGD；esophagogastroduodenoscopy）では胃全体にびらん・潰瘍が散在し、十二指腸球部から十二指腸角にかけて深掘れ潰瘍を認めた。CSでは脾臓部から直腸にかけて血管透見が消失した顆粒状粘膜、アフタや潰瘍が多発し、潰瘍性大腸炎（UC；ulcerative colitis）が疑われた。サイトメガロウイルスなど各種培養検査や病理検査で特異所見を認めず、重度な上部消化管病変を伴うUCと考え、第11病日よりプレドニゾン（PSL；prednisolone）50 mg/日（1 mg/kg/day）の全身投与を開始した。第12病日に十二指腸潰瘍からの穿孔も懸念され当院に転院となった。転院時に嘔気・下痢症状は改善傾向であった。第20病日のEGDでは、十二指腸潰瘍は全周性に粘膜が脱落していたが潰瘍底の粘膜は再生傾向を示し、浮腫状の炎症性変化も改善傾向であった。第27病日よりメサラジン製剤 4000 mg/日（朝2000 mg 粉砕、夕2000 mg 錠剤）の内服を開始し、第30病日に退院となった。退院後はメサラジン製剤を継続し、PSLを漸減し、退院後3ヶ月でPSLの内服を終了した。退院3ヶ月後のEGDでは胃十二指腸潰瘍は縮小傾向で、退院半年後のCSでは大腸粘膜は寛解に至っている。【考察】UCは主に大腸を主とする炎症性腸疾患で、上部消化管病変は比較的まれである。UCに関連する上部消化管病変の特徴として、全大腸炎型や大腸全摘出後のUCの活動期に見られることが多く、PPIやH2受容体拮抗薬に治療抵抗性がある一方でUCに対する治療で改善を示すことが知られている。本症例では特に胃・十二指腸に急性かつ非常に強い炎症所見を伴っていたため、内視鏡画像と共に報告する。

潰瘍性大腸炎, 胃十二指腸潰瘍

## 16 回腸狭窄に対して外科的介入を行った1例

横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科学<sup>1)</sup>

同 病理診断科<sup>2)</sup>

北本真悠<sup>1)</sup>, 中川和也<sup>1)</sup>, 高瀬宙希<sup>2)</sup>, 山中正二<sup>2)</sup>, 竹下裕介<sup>1)</sup>, 酒井 淳<sup>1)</sup>, 小澤真由美<sup>1)</sup>, 石部敦士<sup>1)</sup>, 小坂隆司<sup>1)</sup>, 秋山浩利<sup>1)</sup>, 藤井誠志<sup>2)</sup>, 遠藤 裕<sup>1)</sup>

症例は87歳男性。当院泌尿器科で腎細胞癌に対して手術施行後、近医でフォロー中であった。血液検査で貧血と低栄養を認め、当院泌尿器科に紹介。精査目的に施行したCT検査で回腸末端に狭窄を伴う壁肥厚を認め、当科に紹介となった。下部消化管内視鏡では回腸末端に絨毛が萎縮した白色調の粘膜に加え、発赤調の乳頭状の粘膜を認め、同部位では管腔の狭窄を認めた。生検では炎症細胞の浸潤のみで悪性所見は認めなかった。PET-CT検査では回腸から回腸末端に壁に沿った均一な高集積がみられ、所見からは腫瘍よりも炎症性変化が疑われた。画像所見からは悪性狭窄よりは良性狭窄が疑われたが、回腸狭窄に伴う通過障害を認めており、手術を行う方針とした。術前の血液検査では栄養状態不良（プレアルブミン 5.2 mg/dL）であったため、高カロリー輸液による栄養療法を施行後に回腸狭窄に対して小腸部分切除術を行った。手術所見では回腸末端から15cm程度の部位に狭窄を認め、狭窄部位より口側の腸管は拡張していた。狭窄部位を含むように小腸を約25cm切除し、吻合した。摘出検体には小腸の狭窄部位に潰瘍形成とポリープ様の病変を複数認めた。病理所見では腫瘍性病変や悪性所見は認めず、炎症性変化に伴う狭窄が考えられた。術後は合併症なく経過し、術後11日目で自宅退院した。非特異的な良性的回腸狭窄は比較稀であり、栄養療法施行後に安全に外科的介入が施行できた症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

回腸狭窄, 外科的介入

## 17 多発血管炎性肉芽腫症に対する治療中に全身性サイトメガロウイルス感染症をきたした1例

東京歯科大学市川総合病院 消化器内科  
飯田俊典, 尾城啓輔, 市川将隆, 片山 正, 財部紗基子, 中村健二, 岸川 浩, 西田次郎

【症例】40歳代男性【主訴】発熱、胃部不快感【現病歴】多発血管炎性肉芽腫症(GPA)に対し、長期にPSL、アザチオプリンおよびメトトレキサートで加療されていた。遷延する発熱を認め、精査加療目的で入院となった。【入院後経過】細菌感染症を疑い抗生剤で加療するも解熱が得られず、入院前から認めていた肝胆道系酵素の更なる上昇を認めた。造影CTでは上行結腸の全周性壁肥厚および周囲脂肪組織混濁を認め、内視鏡検査では胃幽門前庭部、十二指腸球部および回腸末端～上行結腸に多発するびらんを認め、サイトメガロウイルス(CMV)感染症が疑われた。肝機能障害もCMV肝炎による可能性が考えられたため、肝生検施行のうえ、ガンシクロビル(GCV)投与を開始した。CMVアンチゲネミアは著明高値であった。肝機能障害は遷延したが、GCV開始2週間後ころから改善し、同時期から解熱も得られた。GCV開始4週間後の内視鏡検査再検では全ての部位でびらんが消失していた。CMVアンチゲネミア陰性化を確認した後、GCV投与終了し退院となった。【考察】CMVは易感染性宿主における再活性化をきたす代表的なウイルスであり、その標的臓器として肺、眼、消化管などがあげられる。本症例ではステロイドおよび免疫抑制薬の長期投与という患者背景があった。遷延する発熱や胃部不快感および肝機能障害といった臓器障害の鑑別診断としては、CMV感染のほか、GPA再燃や薬剤性も考慮された。本症例では適切な部位からの生検により病理組織学的にCMV感染を証明することができ、早期のGCV治療により良好な治療効果を得ることができた。易感染性宿主の中でも臓器/幹細胞移植患者やCD4陽性細胞数の少ないAIDS患者におけるCMV感染症はよく知られているが、膠原病疾患に対する加療中に発生した全身性CMV感染症に関する症例報告は少ない。今回我々はGPAに対する免疫抑制治療中に全身性CMV感染症をきたした1例を経験したため文献的考察を加え報告する。

免疫抑制治療, サイトメガロウイルス

## 18 発症の経過を追えたDiverticular colitisの1例

日本鋼管病院 消化器内科  
大和田真生, 大場悠貴, 渡邊勝一, 渡部和気, 吉村 翼, 測上綾子, 市川 武, 奥山啓二, 中村篤志

【症例】70代, 女性。【主訴】血便。【現病歴】200X年, 200X+2年に鉄欠乏性貧血・便潜血陽性精査目的に下部消化管内視鏡検査(以後TCS)を施行したが上行結腸・S状結腸憩室以外に所見を認めなかった。200X+6年にS状結腸憩室炎で入院加療。治療1か月後に血便を認めTCSを施行し, S状結腸に浮腫性変化を認めたが明らかな出血源は指摘できなかった。200X+8年に2週間以上続く血便を主訴に外来受診し, TCSを施行した。上行結腸・横行結腸・S状結腸に血管透見不良, 粗造粘膜, 易出血性を認め潰瘍性大腸炎が疑われた。下行結腸・直腸は正常粘膜であった。組織診断では上行結腸・S状結腸にびらん性変化と炎症細胞浸潤, 軽度の杯細胞の減少を認めた。びらん性変化を伴うやや強い炎症性変化を呈していたが, 陰窩炎は比較的軽微であった。以上より多発憩室を背景とした慢性炎症で, 直腸粘膜が正常であること, 組織学的にも強い炎症性変化に対して陰窩炎が軽微であることから, 潰瘍性大腸炎ではなくDiverticular colitisと診断した。下部消化管内視鏡検査施行2週間後の外来受診時には血便は改善していたため, 経過観察とした。【考察】Diverticular colitisは本邦での報告が少なく認知度も低い。また, 憩室随伴病変なのか, 炎症性腸疾患と関連するのかが等不明点も多い。本症例ではDiverticular colitis発症までの経過を追えた貴重な症例と考え報告する。

憩室, 炎症性腸疾患

## 19 ベドリズマブ投与後に大血管炎を一過性に発症した潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 炎症性腸疾患センター<sup>2)</sup>  
鍋田正樹<sup>1)</sup>, 加藤真吾<sup>1,2)</sup>, 田川 慧<sup>1,2)</sup>, 鈴木一世<sup>1)</sup>, 岸 寛士<sup>1)</sup>, 増渕悟志<sup>1)</sup>, 岡 政志<sup>1)</sup>, 名越澄子<sup>1)</sup>

【背景】TNF  $\alpha$  抗体製剤ではバロキシカルリアクションは代表的副反応であるが, そのほかにも抗体製剤によって様々な副反応が出ることがある。今回, われわれはベドリズマブにて加療後に大血管炎を一過性に発症した潰瘍性大腸炎を経験した。【症例】70歳代, 男性。【主訴】発熱, 倦怠感, 食思不振。【既往歴】高尿酸血症(アロプリノール内服中)・前立腺癌(小線源療法)【現病歴】X年2月発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)。メサラジンの内服および注腸療法で寛解導入療法を行うも不耐にて, プレドニゾロン(PSL)40mgおよび6-メルカプトプリン(6MP)10mgの寛解導入療法が行われた。その後, X+1年11月に再燃したため, 当院に紹介となる。X+1年12月に痛既往およびメサラジン不耐の既往もあるためベドリズマブにて寛解導入療法を3回施行し寛解導入に至った。3回目投与後より38℃の発熱と倦怠感を生じるも再燃はなかった。血液検査所見にて肝機能異常(AST 42・ALT 89 U/L)とCRP 24.2 mg/dLの上昇を認めた。その他の血液生化学的所見はIgG 2449 mg/dL(IgG4は正常), C3 201 mg/dL, C4 32 mg/dL, C-ANCA 19.5 U/mL, MPO-ANCA 1.0 mg/dLであった。造影CT検査では大動脈, 腕頭動脈, 右鎖骨下動脈, 右総頸動脈の肥厚を認めた。その後, 自然経過にて肝機能および症状は消失し, 13週目にはCRPは正常化し, 30週目には動脈壁の肥厚もほぼ消失した。【考察】生物学的製剤の副症状として稀ではあるが大血管炎の報告が認められる。多くは抗TNF  $\alpha$  抗体製剤によるもので, ベドリズマブ投与後の大血管炎の報告は本症例が初めてである。生物学的製剤誘発大血管炎の75%は抗体製剤の中止で軽快することが多いがシクロスポリン投与例や死亡例の報告もある。チャレンジテストは危険が高いため行えないが経過からはベドリズマブが一過性の血管炎の原因であることは明らかである。【結語】抗TNF  $\alpha$  抗体のみならずベドリズマブでも副反応として大血管炎が生じる可能性があることが分かった。

ベドリズマブ, 大血管炎

## 20 ステロイド抵抗性のirAE腸炎に対してインフリキシマブを投与した肝細胞癌の1例

順天堂大学 医学部 消化器内科  
喜古博之, 津川直輝, 岩野知世, 高崎祐介, 上山浩也, 瀧谷智義, 永松洋明, 伊佐山浩通, 池嶋健一, 永原章仁

【症例報告】50歳代女性。【現病歴】X-2年に前医で肝細胞癌に対する肝区域切除術を施行されたが再発し, Atezolizumab + Bevacizumabは不応で, Lenvatinibは副作用で継続困難となり, X-1年に紹介となった。動注化学療法を開始したが増悪を認め, X年にDurvalumab + Tremelimumabに変更した。投与後12日後に発熱, 嘔吐, 全身状態不良で入院となった。【臨床経過】来院時の採血で炎症反応の上昇を認め, 腹部CTで小腸全体に浮腫状の壁肥厚を認めたが感染症検査は陰性であった。入院後より頻回の下痢が出現し, 内視鏡検査を行った。十二指腸粘膜は発赤浮腫状であり, 病理で上皮内および粘膜固有層にCD4優位のTリンパ球浸潤を認めた。回腸末端から直腸に粘膜腫脹やびらんを認め, 病理で陰窩膿瘍と上皮のアポトーシスを認めirAE腸炎と診断した。投与後20日後よりプレドニゾロン1 mg/kgを投与したが, 症状と内視鏡所見の改善は認めず, ステロイド抵抗性と判断した。投与後35日後にインフリキシマブ(IFX)45 mg/kgを投与し, 投与後37日に症状の改善を認めた。投与後45日後の再検査で十二指腸粘膜の発赤の大部分は消失し, 上皮内および粘膜固有層のリンパ球浸潤は改善していた。肝腫瘍増大および腫瘍マーカー上昇のため動注化学療法を行い退院となった。【考察】免疫チェックポイント阻害薬による消化管障害は30-40%に出現するとされ, ステロイド抵抗性の場合にはIFXの投与の経験が報告されている。本症例はCTLA-4抗体およびPD-L1抗体によるirAE腸炎にステロイドが奏効せず, IFXにより症状や病理学的な改善を認めたため, 文献的考察を加えて報告する。

irAE腸炎, インフリキシマブ



## 21 尋常性天疱瘡様の皮疹にフィルゴチニブが著効した潰瘍性大腸炎の1例

北里大学北里研究所病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 炎症性腸疾患先進治療センター<sup>2)</sup>,  
同 予防医学センター<sup>3)</sup>, 同 皮膚科<sup>4)</sup>, 同 病理診断科<sup>5)</sup>  
島村仁子<sup>1,2)</sup>, 佐上晋太郎<sup>2)</sup>, 宮本康雄<sup>3)</sup>, 芹澤 奏<sup>1,2)</sup>, 小松萌子<sup>1,2)</sup>,  
梅田智子<sup>1,2)</sup>, 中野 雅<sup>1)</sup>, 笠井弘子<sup>4)</sup>, 前田一郎<sup>5)</sup>, 日比紀文<sup>2)</sup>,  
小林 拓<sup>1,2)</sup>

【症例】45歳、男性【既往歴】40歳、基底細胞癌【現病歴】32歳時、全大腸型潰瘍性大腸炎（UC）を発症し、プレドニゾン、メサラジンで寛解導入後、アザチオプリン併用するも寛解再燃を繰り返していた。36歳時にアザチオプリン100mg併用下に、インフリキシマブ導入し寛解したが、38歳時に二次無効となり当院紹介となる。アタリムマブ一次無効であったため、ウステキヌマブを導入し臨床的寛解となった。40歳時、左胸部に1cm大の辺縁に角化を伴う楕円形淡紅色皮疹を認め基底細胞癌と診断し切除された。皮膚発がんリスクを危惧しアザチオプリンは中止となった。41歳時にウステキヌマブ二次無効となり、ベドリスマブ、トファシチニブ、ゴリムマブ、顆粒球除去療法、ウステキヌマブ再導入を試みた。44歳時にUCが増悪し、その1ヶ月後に顔面、体幹部、下肢にそう痒を伴う皮疹を認め、近医よりステロイド外用薬が処方されたが改善なく、当院皮膚科に再診となった。【現症】腹部平坦、軟、Lichtiger スコア10点。軟口蓋に小豆大の水疱を、顔面、四肢に散在する爪甲大までの紅斑とびらんを認めた。【検査所見】WBC 9270/ $\mu$ l、Hb 13.5g/dl、CRP 0.95mg/dl、赤沈 28mm、腸管エコーでは直腸から上行結腸まで壁肥厚あり、抗デスマグレイン3抗体が469ng/mlと高値であった。【経過】臨床的に尋常性天疱瘡と考え、確定診断のため皮膚生検を予定していたが、UCの再燃に対しての治療を優先しフィルゴチニブ200mg/日を開始したところ、UCの病状改善とともに皮疹も速やかに軽快したため患者に生検の同意を得られなかった。以後、皮膚の水疱やびらんの新生はなく、治療開始15日後の抗デスマグレイン3抗体の再検査では291ng/mlと低下を認めた。以後11か月間、UC、皮膚所見ともに寛解を維持している。【考察】UCの消化管外合併症のうち、皮膚病変は19%にみられるが尋常性天疱瘡を合併した症例については5例の報告のみと非常にまれであり、JAK阻害薬であるフィルゴチニブが奏効した報告は検索しうる限り存在しなかった。治療や病態を考えるうえで貴重な症例と考えられるため報告する。

潰瘍性大腸炎、腸管外合併症

## 22 著明な巨大食道裂孔ヘルニアの1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科  
豊田達也, 田澤遙介, 森 貴裕, 白滝理博, 三島佑介, 上田 孝,  
森町将司, 佐藤博彦, 金子元基, 佐野正弥, 小玉敏生, 寺島英里香,  
門馬牧子, 川西 彩, 藤澤美恵, 鶴谷康太, 荒瀬吉孝, 出口隆造,  
鈴木秀和, 松嶋成志, 加川建弘

【症例】84歳男性【主訴】嘔気、嘔吐【現病歴】X年Y月上旬頃から嘔気が持続。経口摂取が出来ず、複数回の嘔吐も認めたため当科外来を受診。以前より無症状の食道裂孔ヘルニアを指摘され、胃全体が胸腔内に脱出している所見を認めていた。しかし、受診時のCTでは、胃体部のみが腹腔内に存在し、ヘルニア嚢内に噴門～穹隆部および前庭部から十二指腸球部が胸腔内に脱出している所見を認めた。NG-tube留置の上、Y月Z日に緊急入院となった。【既往歴】80歳、膀胱癌および術後癒着性イレウス【入院後経過】Y月Z+1日にX線透視下にて細径大腸内視鏡を用いて内視鏡検査を施行したところ、以前のCTに類似した胃全体が胸腔内に戻り形に服していた。再発防止もふまえて内視鏡的修復を試みたが不可能であった。巨大な食道裂孔ヘルニアであり、今後変位により症状悪化をきたす可能性もあるため、外科手術の適応と考えられた。Y月Z+25日にヘルニア修復術（胃還納、横隔膜脚縫合、胃固定、Toupet手術）を施行した。その後UGIで食道裂孔ヘルニアの再発がないことを確認し、食事を開始。食上り後とも症状再燃なく、軽快退院となった。【考察】食道裂孔ヘルニアは食道裂孔の開大や食道胃接合部の周囲組織の脆弱化などによって発症することが知られており、近年の高齢化社会に伴い、増加傾向である。滑脱型であるI型、傍食道型であるII型、混合型であるIII型、小腸、大腸等他臓器の脱出を伴うIV型に分類される。II型、IV型では胃や他臓器の血流障害、壊死を伴うことがあり、手術適応とされている。一方、III型では嘔気嘔吐などの有症状で手術適応外とされている。本症例はII型ではあるが、全胃が胸腔内に脱出している重症例であり、胃体部の一部が腹腔内に変位したことを契機に嘔気嘔吐等の症状を呈した。また、巨大食道裂孔ヘルニアでは、縦隔内での圧迫による急性循環不全、胃軸捻転による虚血や胃穿孔など、生命に関わる重篤な合併症も報告されている。本症例では内視鏡的修復は不可能であったが、血行障害や循環不全症状等を呈していなかったため、待機的に比較的低侵襲な腹腔鏡下修復術を施行できた。文献的考察を含め報告する。

食道裂孔ヘルニア、治療

## 23 同時性肝転移を伴うStageIV食道胃接合部癌に対しConversion Surgeryを施行し病理学的完全奏効を得られた一例

前橋赤十字病院 外科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>,  
群馬大学大学院 総合外科学講座<sup>3)</sup>  
櫻澤みなみ<sup>1)</sup>, 吉田知典<sup>1)</sup>, 田中 寛<sup>1)</sup>, 茂木陽子<sup>1)</sup>, 下島礼子<sup>1)</sup>,  
岡田幸士<sup>1)</sup>, 黒崎 亮<sup>1)</sup>, 清水 尚<sup>1)</sup>, 宮崎達也<sup>1)</sup>, 古谷未央<sup>2)</sup>,  
井出宗則<sup>2)</sup>, 佐伯浩司<sup>3)</sup>, 調 憲<sup>3)</sup>

75歳女性【既往歴】糖尿病、脂質異常症、甲状腺癌、左乳癌【主訴】食思不振、体重減少【現病歴】上記主訴にて前医でCT施行。胃癌疑いにて当科紹介。精査の結果リンパ節転移、肝転移を伴う切除不能進行食道胃接合部癌、cT4aN2M1(肝S2/3, S4, S5, S6, S8) cStageIVと診断した。一次化学療法としてS-1+Oxaliplatin+Nivolumabを3コース施行した。化学療法施行後の上部消化管内視鏡検査、CT、MRIで原発巣と周囲リンパ節、肝転移の著明な縮小を認め、切除可能と判断。根治術を施行する方針となった。【手術所見】審査腹腔鏡を施行し、播種を疑う結節を認めず切除可能と判断。開腹噴門側胃切除術、肝部分切除術を施行した。肝S2/3、S4の転移巣は瘢痕化しており、それぞれ部分切除した。他のS5、S6、S8の転移巣については術中ソナゾイド超音波検査を施行したが検知できず、切除しなかった。【病理所見】食道胃接合部に潰瘍癌形成を認め、組織学的に漿膜化組織に及ぶ線維化を認めた。胃粘膜にはやや異型の腺管も認めたが、viableな癌の増殖は認めなかった。郭清リンパ節にも転移は認めなかった。肝部分切除検体にも線維癌痕を認めるのみで、腫瘍細胞の増殖は認めなかった。【術後経過】術後9日目に軽快退院。検知できなかった肝右葉の転移が残存している可能性があり、術後化学療法S-1+docetaxel療法を検討した。最終的に患者希望によりS-1単剤療法を施行する方針となったが、2コース途中で副作用により中止した。その後は無治療で経過観察継続し、術後1年無再発生存中である。【考察】切除不能進行胃癌に対しては通常化学療法が選択される。薬物療法の進歩により治療成績の向上が見られ、治療が奏効してconversion surgeryが施行された報告が散見されるが、本症例のように病理学的完全奏効を達成した報告は少ない。若干の文献的考察を加え報告する。

食道胃接合部癌, conversion surgery

## 24 胃切除・Roux-en-Y再建術後に、十二指腸傍乳頭憩室穿孔を発症した1例

伊勢崎市民病院 外科  
有馬大樹, 山中崇弘, 清水祐太郎, 渡辺 裕, 飯島 岬, 塚越律子,  
内充克洋, 菅野雅之, 大澤秀信, 片山和久, 鈴木秀樹, 富澤直樹,  
保田尚邦

【背景】日常診療において十二指腸傍乳頭憩室は、散見されるが、穿孔を認める症例は稀である。胃切除・Roux-en-Y再建術後に十二指腸傍乳頭憩室穿孔を発症した症例を経験したため、報告する。

【症例】71歳女性、腹痛を主訴に当院救急外来を受診した。既往歴として、胃癌に対して10年前当院にて腹腔鏡下幽門側胃切除・Roux-en-Y再建術を施行されていた。腹部全体に圧痛を認め、腹部造影CTでは、十二指腸下行脚の周囲にfree airを伴う液体貯留を認めた。以前のCTにおいて十二指腸傍乳頭憩室を認めており、憩室穿孔と診断した。緊急手術の方針とし、開腹所見では十二指腸傍乳頭部の憩室に小孔を認め、後腹膜組織には一部壊死も認めた。穿孔部を縫合閉鎖し、憩室も翻転して縫合、胆嚢摘出術とC-tube留置を行った。術後6日目に食事を開始した。膿瘍ドレーナージやリハビリを行い、術後36日目に退院となった。

【考察】本症例は胃切除・Roux-en-Y再建術の長期経過後に、十二指腸傍乳頭憩室穿孔を発症した稀な症例であった。Roux-en-Y再建術後においては、十二指腸に食事は通過しないが、十二指腸断端が閉鎖されており、腸管内圧が逃げにくい病態が存在する可能性がある。本症例は、後腹膜への広範な液体貯留を認めたため、経皮ドレーナージではなく、手術を選択した。Roux-en-Y再建術、もしくはBillroth II法再建術を行う症例において十二指腸傍乳頭憩室を認めた際は、処置の難易度にもよるが、憩室の翻転術などの穿孔予防を追加することも検討すべきと考えられた。

十二指腸傍乳頭憩室穿孔, Roux-en-Y再建

非代償性アルコール性肝硬変の十二指腸静脈瘤破裂に対し、N-butyl-2-cyanoacrylateを用いた内視鏡的硬化療法により止血に成功した1例

東京医科大学 八王子医療センター 消化器内科  
池谷太郎, 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58歳、男性。当科で非代償性アルコール性肝硬変にて外来通院していた。20xx年11月Y日朝よりタール便を認めたが、自宅で様子をみていた。午後には吐血と暗赤色便の下血を頻回に認めたため、救急要請をして当院へ救急搬送された。来院時ショック状態であったため、同日当科緊急入院となった。大量輸液と濃厚赤血球輸血を行い、バイタル改善後、透視下にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸下行脚にF2形態の静脈瘤を認め、頂部には出血部位を確認した。N-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA) を用いた内視鏡的硬化療法 (cyanoacrylate-endoscopic injection sclerotherapy: CA-EIS) を施行し、止血に成功した。治療後、肝予備能の増悪や再出血を認めず、第11病日に退院となった。十二指腸静脈瘤は門脈圧亢進症を背景に形成される異所性静脈瘤の1つであり、破裂すると出血量も多く、致命的になり得る。比較的稀な疾患であり、治療法は未だ確立されていない。今回、我々はChild-Pugh Cの非代償性アルコール性肝硬変を背景に形成された十二指腸静脈瘤破裂に対し、NBCAを用いたCA-EIS単独治療により緊急止血に成功し、救命し得た1例を経験したため、文献の考察を加えて報告する。

十二指腸静脈瘤破裂, Cyanoacrylate-endoscopic injection sclerotherapy (CA-EIS)

十二指腸乳頭に近接する十二指腸神経内分泌腫瘍に対し腫瘍核出を施行した一例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科、人工臓器・移植外科  
佐口武優, 風見由祐, 中村萌衣, 早阪 誠, 宮田明典, 市田晃彦,  
金子順一, 赤松延久, 河口義邦, 長谷川潔

症例は35歳女性、抗ミトコンドリアM2抗体陽性筋炎に対して当院アレルギー科通院中、ステロイド治療導入前のスクリーニング目的で施行した上部消化管内視鏡にて十二指腸腫瘍を指摘された。側視鏡・超音波内視鏡検査(EUS)では、腫瘍は乳頭近傍で18mm大の粘膜下腫瘍として描出され、生検にて神経内分泌腫瘍(NET) G1の診断となった。遠隔転移はなく、脾臓十二指腸切除による根治術も検討したが、リンパ節転移を疑う所見はなく、腫瘍の境界は明瞭で明らかな浸潤傾向は認めず、乳頭および胆管・膵管とも10mm程度の距離があったため、腫瘍核出術を施行する方針とした。上腹部正中切開で開腹、まず胆嚢を摘出し、胆嚢管断端より乳頭出しでチューブを挿入した。Kocher授動を行い、結腸間膜とも十分に剥離することで、十二指腸下降脚の脾対側を十分腹側に展開し、十二指腸腫瘍対側を長軸方向に5cm程度切開した。腫瘍および乳頭の位置を肉眼で確認し、腫瘍に切り込まないように触診でも確認しつつ腫瘍核出を行った。検体摘出後は粘膜欠損部を縫合し、十二指腸切開部を狭窄がなきように短軸縫合で縫合閉鎖、胃前底部から十二指腸減圧用チューブを十二指腸水平脚まで誘導・固定、ドレーンを留置し、手術を終了した。術後は縫合不全や明らかな通過障害を認めず、第17病日に退院した。術後病理診断は切除断端陰性であり、R0切除を達成できた。

神経内分泌腫瘍, 腫瘍核出術

若年成人に発症したMeckel憩室による腸閉塞の一例

群馬県済生会前橋病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 外科・腹腔鏡外科センター<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
工藤理希<sup>1)</sup>, 中野佑哉<sup>1)</sup>, 古家俊作<sup>2)</sup>, 齋藤直人<sup>1)</sup>, 畑中 健<sup>1)</sup>,  
迫 陽一<sup>1)</sup>, 吉田佐知子<sup>1)</sup>, 田中良樹<sup>1)</sup>, 蜂巢陽子<sup>1)</sup>, 柏原賢二<sup>3)</sup>,  
吉永輝夫<sup>1)</sup>

【背景】Meckel憩室の合併症の多くは20歳以下で発症することが知られている。今回、若年成人のMeckel憩室に合併した腸閉塞の一例を経験したため報告する。【症例】症例は34歳男性、来院4時間前からの腹痛、嘔吐を主訴に当院救急外来を受診された。左下腹部の圧痛と腸蠕動音の低下を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。血液検査では白血球の軽度上昇を認め、腹部単純CTでは回腸の拡張・浮腫が認められた。急性胃腸炎の疑いで入院し、絶食・補液・抗菌薬投与にて加療を開始した。第3病日に消化器内科に転科し、来院時CT所見を再度確認すると回腸の一部に閉塞起点の疑いと、その口側回腸の拡張を認め、回腸閉塞が疑われた。また、閉塞起点の回腸から連続し、腸間膜の対側に位置する憩室と、憩室に連続する憩室固有の動脈がみられた。Meckel憩室による腸閉塞の疑いで当院外科に紹介した。【結果】待機的に単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術を施行し、回腸末端より口側30cmに、腸間膜対側に突出する憩室を認めた。憩室に固有の腸間膜と血管がみられ、病理結果にて真性憩室であり、少数の異所性胃粘膜も認められたことからMeckel憩室と診断した。憩室と回腸との癒着や回腸の拡張・狭窄は認められなかったが、憩室と憩室周囲回腸に炎症・浮腫がみられたことから、Meckel憩室炎の波及による一過性の腸閉塞であったと考える。【考察】Meckel憩室は卵黄腸管が遺残することにより形成される先天性的消化管奇形である。大多数は無症状で経過するが、合併症を発症することもあり多くは20歳以下で発症する。また、Meckel憩室による腸閉塞の発症機序の分類としてRutherfordらの分類が知られている。本症例は成人発症のMeckel憩室による腸閉塞であり、かつRutherfordらの分類のいずれにも当てはまらなかったため稀な症例と考える。【結語】若年成人に存在したMeckel憩室により腸閉塞に至った一例を経験したため報告した。

Meckel憩室, 腸閉塞

病原性大腸菌による感染性腸炎を契機に発見された上行結腸癌の一例

SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科<sup>2)</sup>  
大山昇悟<sup>1)</sup>, 大竹陽介<sup>1)</sup>, 野口聡明<sup>1)</sup>, 栗原英心<sup>1)</sup>, 新井洋佑<sup>1)</sup>,  
竝川昌司<sup>1)</sup>, 小畑 力<sup>1)</sup>, 伊島正志<sup>1)</sup>, 今井康雄<sup>2)</sup>

【症例】50歳代男性【主訴】右下腹部痛【現病歴】20XX年9月夕方より出現した右下腹部痛が改善せず、また嘔吐もみられたため翌日早朝に当院救急外来を受診、CTにて感染性腸炎および腸炎に起因する腸閉塞が疑われ同日当科入院となった。入院後禁食とし補液を行い、症状は改善傾向であった。入院3日目のCTでは腸閉塞は改善していたが回盲部の壁肥厚は残存していた。便培養では病原性大腸菌(O-27)が検出された。食事再開後も症状の悪化はみられなかったが入院7日目に施行した大腸内視鏡では上行結腸に全周性狭窄を認めスコープは通過できなかった。その後も経過は良好で入院9日目に退院した。狭窄部からの生検で得られた検体の病理組織学的結果はGroup5 (Adenocarcinoma, tub2) であった。CTで明らかな遠隔転移の所見はなく当院外科にて11月に腹腔鏡下回盲部切除術が施行され病理組織学的結果は中分化型腺癌3型、pT3(SS), Lylb, V1a, Pn1b, pN3, pStageIIIc であった。術後経過は良好である。【考察】病原性大腸菌による感染性腸炎を契機に発見された結腸癌の報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

病原性大腸菌, 上行結腸癌



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  
田中孝幸, 中里主宏, 平澤智明, 高田祐明, 南 一洋, 木下 聡,  
碓井真吾, 吉田武史

症例は80歳代男性。X-2年に慢性下痢症と便潜血検査陽性のため当院紹介受診。下部消化管内視鏡検査(CS)施行したところ、直腸Rbに2型進行がんの他に、直腸Ra-RSにかけて全周性の直腸絨毛腫瘍を認めた。明らかな遠隔転移はないため外科的加療を勧めたが、基礎疾患である心疾患を心配し手術は希望されなかった。直腸絨毛腫瘍が下痢の原因と考えたが経過観察となったため当院は終診となった。X年脱水による急性腎不全のため他院に入院した。脱水の原因が難治性下痢症であったため精査加療目的に当院へ転院となった。水様性下痢が7-8行であり、CSを行ったところ直腸がんおよび直腸絨毛腫瘍の増大を認めた。下痢による脱水や電解質異常を認めるため連日の補液を要し、改善のために再度外科的加療を勧めたが希望されなかった。そのため第15病日から放射線照射を行ったところ、下痢の改善傾向がみられ、補液を終了することができ、第34病日に退院した。その後下痢は改善し、退院2か月後のCSで腫瘍の縮小傾向を確認した。直腸絨毛腫瘍による難治性下痢は内視鏡または外科的切除により改善することが知られているが、切除困難症例に対しての治療法は確立していない。今回本症例では放射線照射が有効であった1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

下痢, 直腸絨毛腫瘍

君津中央病院 外科<sup>1)</sup>, 同 臨床工学科<sup>2)</sup>,  
国立国際医療研究センター病院 外科<sup>3)</sup>, 同 臨床工学室<sup>4)</sup>  
中野健仁<sup>1)</sup>, 須田竜一郎<sup>1)</sup>, 合田良政<sup>3)</sup>, 田島秀明<sup>2)</sup>, 鈴木智之<sup>2)</sup>,  
茅田和弘<sup>2)</sup>, 小川竜徳<sup>4)</sup>, 深谷隆史<sup>4)</sup>, 日置翔太<sup>1)</sup>, 難波七海<sup>1)</sup>,  
片岡雅章<sup>1)</sup>, 大野幸恵<sup>1)</sup>, 進藤博俊<sup>1)</sup>, 廣川朋矢<sup>1)</sup>, 安藤英俊<sup>1)</sup>,  
近藤 尚<sup>1)</sup>, 海保 隆<sup>1)</sup>

【諸言】本邦では、大腸癌取り扱い規約におけるP3の腹膜播種は化学療法が標準治療で、外科的切除となることは少ない。一方で、新規抗癌剤を駆使してもその予後は不良である。近年先進諸国で一部の腹膜播種症例に対し、完全減量切除術(CRS; cytoreductive surgery)と術中腹腔内温熱化学療法(HIPEC; Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy)の良好な治療成績が報告され、各国の診療指針に記載されている。一方、本邦で同様の治療を行うには、CRSの保険収載がなく、HIPECに使用する保険承認を受けた抗癌剤や、灌流液を腹腔内・回路間で循環させる事業承認を受けた装置も存在しないことが障壁となっている。【症例】60代女性。上行結腸癌(cT4aN1aH0P1M1c, cStageIVc)に対して、根治目的に開腹し、PCI; Peritoneal cancer index=6点の播種巣を認めた。原発巣周囲の播種巣切除を伴う右半結腸切除+D3郭清を施行。骨盤内の播種巣については非切除とした(Cur C)。病理診断: tub2, pT4b, Lyla, Vla, BDI, PnIb, pPM0, pDM0, pN3(4/12), pMI(P1), pStageIVc, MMR proficientであった。術後、残存播種巣に対し化学療法を施行するも忍容性の問題から治療継続困難となった。初回手術より7ヶ月後の審査腹腔鏡ではPCI=3であった。院内倫理審査の承認を取得し、十分な情報提供のもと、大腸癌腹膜播種に対するCRSおよび化学療法を伴わない術中温熱療法を提案したところ、強い患者希望があり、同8ヶ月後に上記治療を施行した。温熱療法は体外循環用ポンプ・温水槽・熱交換器等を用い、腹腔内目標温度を41-43℃に設定し1時間施行した。【考察】近年、第III相ランダム化比較試験(PRODIGE 7)の結果では、HIPECを省略したCRSと、HIPECを併用したCRSの治療成績は同等であると報告されている。また、化学療法を伴わない温熱療法についての有用性を報告する論文も存在する。【結語】薬剤や灌流装置に制限のある本邦において、CRSに併施する化学療法を伴わない温熱療法はひとつの治療選択肢となりうる。

完全減量切除術, 術中温熱療法

横浜市立大学附属病院 消化器内科  
大西修平, 入江邦泰, 佐藤博紀, 阿南秀征, 鈴木悠一, 池田 礼,  
池田良輔, 合田賢弘, 金子裕明, 須江聡一郎, 前田 慎

症例は80代女性。以前より当院にて連合弁膜症による慢性心不全および肝細胞癌治療後で経過観察されている。X年8月、左下腹部痛と血便を主訴に当院を救急受診。左下腹部に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。肛門からは45mm大の頂部にびらんを伴い、浸出性の出血を伴う軟な黄色調の腫瘤の脱出を認めた。用手にて容易に腸管内へ還納可能であるが、排便時に再脱出を認めていた。血液生化学的検査所見では、軽度の貧血を認める以外に特記すべき所見は指摘できず、炎症反応増大は指摘できなかった。腹部CT検査では、S状結腸から直腸移行部から連続する低吸収性腫瘤が肛門から連続しており、Target sign陽性であった。直腸壁は浮腫性変化を認め、周囲の脂肪組織濃度の上昇を認めており、炎症の存在が疑われた。以上より、脂肪腫による腸重積症と診断した。緊急入院後、第3病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、30mmの周径がある基部を伴う脂肪腫を疑う粘膜下腫瘍が脱出しており腸重積を来していた。基部を鉗子で把持して慎重に深部大腸に押し込むことで腸重積の解除が可能であったが、検査後に再脱出を認め、内視鏡での還納も困難であると考えられた。内視鏡的な切除も検討したが、反復する炎症による線維化や出血を伴う可能性が考慮されることから、当院消化器外科に相談し、直腸高位前方切除術を施行する方針となった。周期術に明らかな偶発症は指摘されず、また、術後病理検査所見は、脂肪腫として矛盾しない所見であり、悪性所見は指摘できなかった。大腸脂肪腫による腸重積の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸重積, 脂肪腫

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学  
橋本亮明, 三澤 昇, 田村繁樹, 日暮琢磨, 中島 淳

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬 (immune checkpoint inhibitor: ICI) の副作用は多岐にわたることが知られている。今回、ICIによる副作用として麻痺性イレウスを発症し、ステロイドの投与で改善した症例を経験したので報告する。【症例】76歳男性。2023年4月に肺小細胞肺癌、多発骨転移(cT2aN2M1b StageIVb)と診断。化学療法の方針となり、5月より1st lineとして、カルボプラチン+エトポシド+デュルバルマブ(PD-L1阻害薬)を開始した。2コース目までは順調に投与できていたが、3コース目投与予定の数日前の6月中旬頃から腹痛・嘔吐・便秘症状を認めるようになり、救急要請、当院救急搬送、緊急入院となった。来院後のCTでは、小腸と大腸全体に拡張を認めたが、閉塞機軸は認めず、来院数日前から排便を認めておらず、麻痺性イレウスと考えられた。入院後絶食で、使用していたオピオイドの影響も考慮し、入院後オピオイドの使用を中止、腸管蠕動促進薬や便秘治療薬の様子を見ていたが、入院後排便・排ガスともにほとんど無く、CT所見も大腸の拡張が徐々に増悪していた。原病の肺小細胞癌の増悪に伴う腹膜播種の影響も考慮したが、施行したCT上では原病の肺腫は縮小傾向となっており否定的であった。各種鑑別は否定的であり、報告はほとんどないが、ICIの副作用を考慮し、入院17日目にmPSL125mg(2mg/kg相当)で投与開始したところ、投与翌日より排ガスを認め、入院23日後のCTで大腸の拡張は改善傾向、腸管内容物も肛門側まで移動していることが確認された。症状も改善傾向となったため、入院29日後より食事再開したところ、入院後32日目より排便を認め、その後も連日排便を認めるようになった。mPSLは漸減するも症状再燃無く、入院後42日目に退院となった。【結語】ICIによる麻痺性イレウス発症が疑われた一例を経験した。本邦でのICIの使用は広がってきているが、これまでの抗癌剤とは機序が全く違う薬剤であり、副作用の詳細についてもわかっていないことが多い。本症例と同様な報告はほとんどなく、大変興味深い症例と考えられた。

免疫チェックポイント阻害薬, 麻痺性イレウス

千葉大学 先端応用外科・食道胃腸外科

木下麻優子, 荒澤孝裕, 比毛修太郎, 廣砂琢也, 貝沼駿介, 天海博之, 中野 明, 丸山哲郎, 上里昌也, 松原久裕

【症例】10代男性、自宅でカフェイン錠剤を多量摂取、嘔吐をくりかえし、呼吸苦・胸痛が出現したため救急要請。CTにて食道壁肥厚と頸部にかけての広範な縦隔気腫および採血での炎症反応上昇を認めた。食道穿孔を疑い上部消化管内視鏡検査を施行したところ、黒色変化した食道粘膜が観察された。明らかな穿孔所見はなく縦隔気腫を伴う急性食道粘膜障害(Acute esophageal mucosal lesion: AEML)の診断で保存的治療を行った。第7病日のCTで縦隔気腫は改善を認め、採血上の炎症反応も改善を認めたため、第8病日から飲水を開始した。第11病日での上部消化管内視鏡検査で粘膜色調の改善を認めたため、第12病日から食事摂取再開し、経過順調で第17病日に退院した。第25病日に外来で施行した上部消化管内視鏡検査では粘膜は正常化しており、狭窄は認めなかった。【考察】カフェインは市販の飲料・感冒薬などに幅広く含有されており、自殺目的で加療内服されることも多い薬剤である。またカフェインは胃酸分泌の亢進、下部食道括約筋を弛緩させる薬理作用があることが知られている。本症例では多量のカフェイン摂取を原因とする頻回な嘔吐のため、分泌増多した胃酸の逆流によりAEMLを発症したと考えられる。さらに嘔吐に伴う肺胞内圧上昇が縦隔気腫につながったと推測された。今回自験例にAEMLの既報を加えて考察し報告する。

カフェイン, 食道粘膜病変

JCHO 群馬中央病院 外科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>福地 稔<sup>1)</sup>, 斎藤加奈<sup>1)</sup>, 櫻井信司<sup>2)</sup>, 上原弘聖<sup>1)</sup>, 高橋宏一<sup>1)</sup>, 木暮憲道<sup>1)</sup>, 深澤孝晴<sup>1)</sup>, 谷 賢実<sup>1)</sup>, 内藤 浩<sup>1)</sup>

【はじめに】好酸球性食道炎(EoE)は食道上皮に好酸球浸潤を特徴とする慢性炎症によって食道運動障害や器質的狭窄を引き起こす疾患である。近年、欧米を中心に成人発症例の存在が認識されてきたが、本邦では依然稀な疾患である。今回、当院でEoEの8例を経験したので治療経過とともに報告する。【結果】平均年齢は48歳、男性6例、女性2例であり、男性に多い傾向であった。来院区分は検診が6例、外来が2例であった。主訴は胸やけ3例、つかえ感3例、嚥下困難1例、嘔吐1例であった。内視鏡所見では白斑5例、縦走溝3例、輪状溝2例、潰瘍1例であった。病理所見はすべての症例で強拡大1視野(HPF)に20個以上の好酸球浸潤を認めた。治療はPPI投与が7例、P-CAB投与が3例、ステロイド吸入が1例であった。症状持続期間はステロイド吸入を行った症例は間歇型で約9年間、それ以外の症例は単発型(3か月以内)が7例、持続型(6か月)が1例であり、EoEの8例は症状改善に対する治療効果は得られた。今回の症例の中で潰瘍性病変を呈した稀なEoEの1例を報告する。症例は26歳、男性。数年前から食後に嘔吐、1か月前から食後に胸痛も出現。上部消化管内視鏡検査で門歯38cmの食道右側に潰瘍性病変を認めた。生検結果は炎症細胞浸潤を伴った肉芽組織であった。PPI投与で症状は軽減した。2か月後の上部消化管内視鏡検査で潰瘍性病変は癒着化していた。生検結果で食道上皮に50個以上/HPFの好酸球浸潤を認め、EoEと診断した。PPIを投与して6か月後に症状は改善した。【考察】EoEはアレルギーが食道上皮に付着し、Th2免疫反応が主因と考えられている。診断は有症状と生検組織で食道上皮に20個以上/HPFの好酸球浸潤により診断される。治療はステロイド剤の投与が行われることが多いが、機序は不明だがPPIが有効な症例も報告されている。【結語】EoEは本邦でも徐々に増加傾向であり、食道疾患としてEoEの存在を念頭に入れておくべきだと思われた。

好酸球性食道炎, プロトンポンプ阻害薬

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

川島捺未, 林 春菜, 東 暖力, 井上喬二郎, 池田佳彦, 松本悠亮, 後藤駿吾, 佐藤高光, 内田苗利, 村田依子, 秦 康夫, 栗山 仁

【背景】転移性胃腫瘍とは他臓器の原発腫瘍が胃に転移した病変の総称であり、実臨床で経験することは比較的稀である。今回、術前診断が困難であったが内視鏡的粘膜下層剥離術(Endoscopic submucosal dissection: ESD)での一括切除により転移性胃腫瘍の診断に至った二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。【症例1】80歳男性。7年前に右腎癌に対して腹腔鏡下部分切除術後、検診で早期胃癌を疑う所見があり当院を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査で体中部小弯に15mm大の陥凹を伴う発赤調の平坦隆起性病変を認めた。生検病理では低分化腺癌の診断でありESDを施行した。病理結果で免疫組織学的にPAX8(+), CD10(+), CA-9(+ )であり腎癌の胃転移と診断した。病変は粘膜固有層に局限しており切除断端は陰性で内視鏡的に治癒切除が得られた。【症例2】53歳女性。15年前に右乳癌に対して右乳房全摘+腋窩リンパ節郭清術後、スクリーニングで施行した上部消化管内視鏡検査で体上部小弯に7mm大の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。生検病理でカルチノイド腫瘍が疑われ、さらなる診断のためにESDを施行した。病理結果で免疫組織学的にAEI/AE3(+), ER(+), diffuse), PgR(+), GATA3(+, diffuse)であり乳癌の胃転移と診断した。病変は粘膜固有層から粘膜下層に存在し垂直断端は陽性であった。リンパ管浸潤、静脈浸潤を伴っており内視鏡的に治癒切除は得られなかった。【考察】ESDでの一括切除により診断し得た転移性胃腫瘍の二症例を経験した。乳癌や腎癌など腫瘍によっては、原発巣の診断から長期間経過していても消化管転移を起こす可能性がある。特に悪性腫瘍の既往・併存疾患がある患者においては転移性胃腫瘍の可能性を念頭に置いての観察が必要であり、ESDでのtotal biopsyが診断に有用である可能性が示唆された。

転移性胃腫瘍, ESD

群馬大学 総合外科学

佐野彰彦, 宗田 真, 細井信宏, 山口亜梨紗, 渡邊隆嘉, 柴崎雄太, 中澤信博, 大曾根勝也, 岡田拓久, 白石卓也, 酒井 真, 小川博臣, 調 憲, 佐伯浩司

【背景】病的肥満症に対する腹腔鏡下スリーブ状胃切除術(LSG)は本邦で最も行われている減量・代謝改善手術であるが、重篤な術後合併症を来す可能性がある。当科での安全な導入に向けた取り組みおよび導入成績について報告する。【対象と方法】1)導入までの準備として、手術見学を経て、手術手技および周術期管理、チーム医療などを総合的に学ぶためHigh volume centerへの国内留学を経験した。2)糖尿病内科、精神科、リハビリ科、栄養管理部、看護師等で肥満症治療チームを形成し、術前プログラムにて管理し、併存疾患について加療を行いながら至適手術時期を設定している。3)手術は5ポートにて行う。オペティカル法にて1stポートを挿入、肝は心窩部ポートよりスネークリトラクターにて展開する。幽門輪より4cm口側まで大網処理、穹窿部背側に脾に近接した部分を特に注意深く処理する。His角を確認し、36Frブジーを用いStaplerにてスリーブ状胃切除術を行う。Staple lineを連続縫合にて埋没し、内視鏡にて狭窄や食道胃接合部へStaple lineがかかっていることを確認した後、後腹膜に胃管を固定し終了する。4)術後も内科的フォローを中心に継続し、良好な長期成績を目指し取り組んでいる。【結果】これまで4例に導入した。男性3例、女性1例、年齢52(47-55)歳、初診時BMI=42.9kg/m<sup>2</sup>、手術時間164(162-217)分、出血0(0-22)mlであった。有意な術後合併症は認めず、術後在院日数中央値は7.5(6-9)日であった。【結語】当科でのLSGの安全な導入を目指した取り組みについて報告した。引き続き注意深く進め、中長期的な成績についても検討していきたい。

病的肥満症, 腹腔鏡下スリーブ状胃切除



虎の門病院分院 消化管センター内科<sup>1)</sup>、  
同 消化管センター外科<sup>2)</sup>、虎の門病院 消化器外科<sup>3)</sup>  
柳内綾子<sup>1)</sup>、本田 文<sup>2)</sup>、大倉 遊<sup>3)</sup>、山下 聡<sup>1)</sup>、菊池大輔<sup>1)</sup>

何らかの原因で腹腔動脈起始部が狭窄を起こすと、しばしば腹痛や嘔吐などの消化器症状を起こすことがある。今回我々は腹腔動脈起始部狭窄の2例を経験し、うち1例は正中弓状韧带压迫症候群(median arcuate ligament syndrome: 以下、MALS)として韧带切離術を施行したため報告する。症例1は70歳代女性。原因不明の上腹部痛と嘔吐により当科へ紹介受診となった。腹部造影CTを施行したところ腹腔動脈起始部に狭窄を認め、腹部超音波検査では呼吸時の腹腔動脈流速230.9cm/s、吸気時の腹腔動脈流速144.0cm/sであり、MALSの可能性が高いと考えられた。腹腔鏡下弓状韧带切離術を施行したところ、腹腔動脈流速は速やかに改善した。術後CTにおいても腹腔動脈起始部狭窄は改善傾向となっており、自覚症状は改善しつつある。症例2は50歳代女性。当科へ定期通院中、食後の上腹部痛を訴えるようになった。腹部単純CTを施行したところ腹腔動脈周囲に軟部濃度域が認められた。喘息のため造影CTを行わず腹部単純MRIを施行したところ、腹腔動脈起始部に狭窄を認めた。腹部超音波検査では呼吸時の腹腔動脈流速217.0cm/s、吸気時の腹腔動脈流速149.0cm/sでありMALSをはじめとする腹腔動脈起始部圧迫による症状の可能性が高いと考えられた。手術が検討されたが、現時点で手術のご希望がないため外来で慎重に経過観察をしている。腹腔動脈起始部狭窄は稀な病態であり、嘔気嘔吐、体重減少、食後の腹痛などで発症し、狭窄による腹部症状の発生率は0.4%と報告されている。狭窄の原因として内因性のもものでは動脈硬化、動脈瘤、動脈解離などが、外因性のもものではMALSやリンパ管病変などが鑑別に挙がる。内服加療で改善しない腹痛や、機能的胃腸症としてフォローされている中にも腹腔動脈起始部狭窄の症例は一定数あると考えられるため、原因不明の腹痛症例においては鑑別診断の一つとして腹腔動脈起始部狭窄を念頭に置き、腹部CTや腹部超音波検査の結果を詳細に確認することが重要と考える。

腹腔動脈起始部狭窄，正中弓状韧带压迫症候群

仮性動脈瘤からの後腹膜血腫により十二指腸狭窄を合併した正中弓状韧带症候群の1例

東京労災病院 消化器内科  
平泉泰翔，西中川秀太，中島一彰，池上 遼，折原慎弥，渡辺浩二，高橋伸太郎，荻野 悠，乾山光子，大場信之

症例は56歳男性。202X年8月24日に嘔気が出現し嘔吐した。その後も嘔気が改善せず前医を受診した。CT検査で脾頭部腫大があり脾炎が疑われ8月30日に当院に紹介され入院した。造影CT検査では脾頭部下方に後腹膜血腫と内部には仮性動脈瘤が疑われた。また、腹腔動脈根部に狭窄があり、上腸間膜動脈から分岐する脾十二指腸アーケードの血管に拡張と蛇行を認め、正中弓状韧带症候群と診断した。上腸間膜動脈造影検査では、下脾十二指腸動脈に7mm大の嚢状に拡張した動脈瘤を認めたが、血管の屈曲蛇行が強く塞栓術は困難であり、明らかなextravasationは認められず経過観察とした。第8病日に施行した透視下上部内視鏡造影検査で、十二指腸下行部は後腹膜血腫の壁外圧排による狭窄を認めたため、経鼻腸腸栄養チューブを留置し、経管栄養を開始した。第13病日のフォローの造影CT検査で、後腹膜血腫と仮性動脈瘤はいずれも縮小しており第15病日から経口摂取を開始し退院した。今後は待機的な手術が予定されている。正中弓状韧带症候群は正中弓状韧带が腹腔動脈起始部を圧排し多彩な症状を起こす疾患である。明確な治療基準は定まっていないが、脾十二指腸動脈瘤を有する例では破裂のリスク評価が困難であると報告されており、破裂予防として手術を検討すべきと考えられている。また、本症例のように破裂し血腫が合併した例では急性脾炎との鑑別が困難となることがあり、血液検査で酵素の上昇を伴わない場合は本症を疑い造影CTを撮影すべきであると考えられる。

正中弓状韧带症候群，脾仮性動脈瘤

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座<sup>1)</sup>、  
同 消化器・肝臓内科学<sup>2)</sup>、同 病態病理学<sup>3)</sup>  
山口亜梨紗<sup>1)</sup>、岡田拓久<sup>1)</sup>、細井信宏<sup>1)</sup>、渡邊隆嘉<sup>1)</sup>、塩井生馬<sup>1)</sup>、柴崎雄太<sup>1)</sup>、中澤信博<sup>1)</sup>、白石卓也<sup>1)</sup>、大曾根勝也<sup>1)</sup>、佐野彰彦<sup>1)</sup>、酒井 真<sup>1)</sup>、小川博臣<sup>1)</sup>、宗田 真<sup>1)</sup>、調 憲<sup>1)</sup>、佐伯浩司<sup>1)</sup>、糸井祐貴<sup>2)</sup>、伊古田勇人<sup>3)</sup>

【背景】小腸腫瘍は稀であるが、貧血や腸閉塞の原因となりうる。今回、診断に苦慮した腸閉塞を伴う小腸腫瘍の一例を経験したので報告する。【症例】70歳男性、5ヶ月前より鉄欠乏性貧血を認め、上下部消化管内視鏡検査で出血源がなく鉄剤投与で改善が見られないため、精査目的に当院消化器内科を受診した。既往は、右原発性肺癌に対し4年前に胸腔鏡下右下葉切除術+胸膜結節切除術(adenocarcinoma, pT1cN1(12)M0 pStageIIB)、縦隔リンパ節再発に対し1年4ヶ月前に放射線治療でCR、その後再増大あり9ヶ月前にサイバーナイフ治療を行い、CRを維持していた。ダブルバルーン内視鏡検査で小腸に3型腫瘍と2型腫瘍を認め、それぞれ生検で腺癌と悪性リンパ腫疑いであった。いずれも肺癌の転移は否定的であった。CTでは小腸腫瘍を3箇所認めた。手術目的に当科紹介となり外来で精査予定であったが、翌日腹痛と嘔吐あり、小腸腫瘍による腸閉塞で同日より入院加療開始とした。経鼻イレウス管で減圧を行い、入院後12日目に開腹小腸部分切除術を行った。術後経過は特に問題なく、術後10日目に自宅退院とした。病理組織診断では、形態や免疫組織化学染色の結果から上皮性腫瘍が考えられ、悪性リンパ腫は否定的であった。また、増殖様式から小腸原発ではなく転移性と考えられたが、既知の肺腺癌の転移とは言いにくい形態であった。カンファレンスで方針を相談し、経過観察を行っていく方針とした。【考察】小腸の悪性腫瘍は消化管腫瘍の1~2%ほどで稀である。原発性小腸悪性腫瘍は腺癌、神経内分泌腫瘍、肉腫、リンパ腫などが挙げられる。一方、転移性小腸腫瘍の原発臓器として肺癌は比較的多いと報告されている。本症例では精査の結果、原発病変は認められなかったため既知の肺腺癌の転移を考えたが、生検でも切除した小腸の病理学的診断でも肺腺癌とは組織学的に異なり転移と確定診断することが難しかった。しかし有症状であったため、診断的治療を兼ねた切除術が有用であった。

小腸腫瘍，腸閉塞

術前診断に難渋した原発性小腸癌3例の検討

前橋赤十字病院 外科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>、  
群馬大学大学院 総合外科学講座<sup>3)</sup>  
吉田知典<sup>1)</sup>、河原稜太郎<sup>1)</sup>、田中 寛<sup>1)</sup>、茂木陽子<sup>1)</sup>、下島礼子<sup>1)</sup>、岡田幸士<sup>1)</sup>、黒崎 亮<sup>1)</sup>、清水 尚<sup>1)</sup>、宮崎達也<sup>1)</sup>、古谷未央<sup>2)</sup>、井出宗則<sup>3)</sup>、佐伯浩司<sup>3)</sup>、調 憲<sup>3)</sup>

【症例1】68歳男性。腹部膨満感、下痢を自覚し近医で上部下部消化管内視鏡、CT評価したが有意所見認めず、IBSとして6ヶ月ほど加療されていた。症状増悪し造影CT再評価したところ小腸に腫瘍性病変を認めた。ダブルバルーン内視鏡で空腸に2型腫瘍認め病理でadenocarcinomaの診断となった。小腸癌cT3N0M0 cStageIIAの診断で腹腔鏡補助下小腸部分切除術施行。病理診断はpT4N0M0 pStageIIBであった。補助化学療法を施行せず経過観察していたが、術後1年で腹膜播種再発をきたし、CAPOXのレジメンで化学療法施行中。【症例2】76歳女性。黒色便、貧血を主訴に初回受診。上部下部消化管内視鏡検査および腹部CT施行するも特記すべき異常を認めなかった。3ヶ月後に再度黒色便と貧血の進行を認め、カプセル内視鏡検査施行するも出血源明らかでなく、経過観察となった。さらに2ヶ月後に三度下血を認め、ダブルバルーン内視鏡検査を施行。上部空腸に不正な潰瘍性病変を認め、生検で腺癌と診断。小腸癌cT3N2M0 cStage IIIBの術前診断で小腸部分切除術を施行。pT4N2M0 pStageIIIBの診断で術後補助化学療法CAPOX療法を6コース施行し、術後4年半無再発生存中。【症例3】72歳女性。S状結腸癌の術後で腸閉塞を繰り返す、今回も癒着性イレウスの診断で入院。経鼻イレウス管で減圧したが再燃し、手術治療の方針となった。腹腔鏡下に手術施行し、術中所見で小腸の良性狭窄と判断した。狭窄部位の小腸部分切除術のみ施行したが、病理検査で原発性小腸癌の診断となった。術後経過フォロー中に本人希望で他院紹介となった。【考察】原発性小腸癌は稀な疾患であり、出血や狭窄といった症状の出現を契機に発見されることが多い。ダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡の普及により小腸の検索が可能となっているが、早期発見は未だ困難である。本報告のように確定診断に時間を要する症例や、術前診断でずに病理検査で判明する症例も存在する。上部下部消化管内視鏡検査で出血源が発見できなかった消化管出血症例や良性狭窄と思われる症例においても、小腸癌の可能性を考慮して対応することが肝要と考える。

小腸癌，診断

## 41 回腸子宮内膜症による小腸閉塞の一例

独立行政法人労働者健康安全機構 関東労災病院 消化器内科  
井上 薫, 中崎奈都子, 福井梨紗, 鈴木宏幸, 岸もなみ, 植草利公,  
小野拓真, 吉川 薫, 渡邊栄帆, 清水 良, 西川雄祐, 大森里紗,  
矢野雄一郎, 鎌田健太郎, 金子麗奈, 岸本有為, 池原 孝

【緒言】腸管子宮内膜症は腸管壁において異所性に子宮内膜組織が増殖する疾患であり、月経周期と一致して症状が増強することが多い。腸管子宮内膜症の発生部位は子宮近傍に存在するS状結腸・直腸が約70～90%と多く、小腸は7%と比較的稀である。回腸子宮内膜症にて小腸閉塞を生じた一例を経験したので報告する。【症例】帝王切開の既往のある42歳女性。X-28日、回腸末端を閉塞機転とする小腸閉塞で入院加療を行なった。帝王切開による術後の癒着が原因と考え、胃管留置での減圧により症状改善、X-21日に自宅退院とした。X-1日、前回入院時と同様に腹痛、嘔気の症状が出現し、X日に救急要請。腹部CT検査では前回同様、回腸末端に閉塞部位を認め、内腔を狭窄させる円形の壁肥厚像を認めた。腸管減圧、小腸閉塞原因精査目的に、入院同日イレウス管を留置、減圧加療と並行して、X+1日X線透視下にて大腸内視鏡検査・イレウス管造影検査を行なった。狭窄部位の口側近傍よりガストログラフィン造影を行い、狭窄部位に円形の透亮像が2箇所あることを確認。その後大腸内視鏡スコープを回腸末端まで挿入し、狭窄部位を肉眼的に観察し、SMT様の粘膜隆起により狭窄をきたしている事を確認した。2回の入院とも月経15日目に腸閉塞の症状を発症しており、月経周期と一致した症状の増悪を認めていた。回腸子宮内膜症が原因の鑑別に挙げられ、診断的治療を兼ねてX+4日に腹腔鏡下小腸切除術を施行。術後は症状の再燃なく経過し、病理検査にて腸管子宮内膜症の診断となった。【結語】腸管子宮内膜症は月経周期により増殖と炎症を繰り返した結果、不可逆的な腸管壁の線維化が進行する。狭窄が進行すると外科的切除以外での閉塞解除は困難である。腸閉塞の原因としては稀ではあるが、臨床経過を詳細に問診し、本疾患を鑑別の一つに挙げることが重要である。またイレウス管からの造影検査、内視鏡での肉眼的所見も診断の一助となる。回腸子宮内膜症により小腸閉塞を生じた示唆に富む一例を経験したため、若干の文献的考察を交えてここに報告する。

腸閉塞, 子宮内膜症

## 42 診断時にSweet病を合併したCrohn病の1例

東邦大学 医療センター 大森病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 皮膚科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
渡辺奈央子<sup>1)</sup>, 小川友里恵<sup>1)</sup>, 井上慶一<sup>1)</sup>, 井上楠奈子<sup>1)</sup>,  
辛島 遼<sup>1)</sup>, 藤井絃大<sup>1)</sup>, 鳥羽崇仁<sup>1)</sup>, 藤本 愛<sup>1)</sup>, 和久井紀貴<sup>1)</sup>,  
岡野直樹<sup>1)</sup>, 永井英成<sup>1)</sup>, 五十嵐良典<sup>1)</sup>, 添畑真理<sup>2)</sup>, 栃木直文<sup>2)</sup>,  
松田尚久<sup>1)</sup>

症例は20歳代女性。X年11月頃より腹痛、下痢、血便が出現し、同時期に右足関節の腫脹と疼痛を認めた。腹部症状は自製内で足部の症状も鎮痛薬の内服で改善したため経過をみていたが、X+1年1月に急激に下痢、血便の悪化、右足関節の腫脹と痛みが再燃したため近医を受診した。大腸内視鏡検査 (CS) を施行したところ高度の粘膜障害が認められたため精査目的に当院を紹介受診した。当院初診時には食事摂取不良に伴う体重減少 (56→44.8kg) を認め、また両手背に有痛性の丘疹と膿疱が出現していた。当院初回のCSでS状結腸まで観察を行ったところ、直腸からS状結腸に連続性に血管透見像の消失、多発潰瘍、易出血性の粗造粘膜を認め、上記内視鏡所見より重症潰瘍性大腸炎と考えた。また手背の丘疹、膿疱につき皮膚科にコンサルトし、発熱、末梢血好中球増多、有痛性隆起性紅斑、皮膚生検の病理所見で表皮内に膿疱、真皮内膿瘍形成を伴う皮膚組織を認め、Sweet病と診断された。第2病日よりプレドニゾン (PSL) 50mg/日の投与を開始し、腹部症状、足関節痛、手背の皮疹は速やかに改善傾向となった。その後、入院中にスクリーニング目的で行った上部消化管内視鏡検査で胃体中部から体下部大弯に小潰瘍の縦列、体上部小弯には竹の節様外観が認められ、また第14病日に施行したフォロアップのCSでは横行結腸から直腸にかけて、非連続性に数石像と縦走潰瘍が多発し、介在粘膜の血管透見は保たれており、初回CS時とは異なる様相を呈していた。小腸造影検査では小腸には明らかな病変は認めず、生検病理で明らかな非乾酪性肉芽腫は認められなかったものの、これらの所見はCrohn病を示唆する所見であり、最終的にSweet病を合併した大腸型Crohn病と診断した。治療効果は良好であり、PSLを30mgまで減量し、第23病日に退院した。今回、Sweet病を合併した初発Crohn病の1例を経験した。診断時にSweet病を合併した報告例は希少であり、文献的考察を含めて報告する。

Sweet病, Crohn病

## 43 Case Series of Elderly Patients with MEFV Gene-Related Enterocolitis Mimicking Acute Cholangitis, Paralytic Ileus, and Sigmoid Ischemic Colitis.

桐生地域医療企業団 桐生厚生総合病院 内科 (消化器内科)  
相川 崇, 根岸 駿, 清水創一郎, 福地 達, 菅間一乃, 野中真知,  
飯田智広

[Objectives] Familial Mediterranean fever (FMF) is a hereditary autoinflammatory disorder characterized by recurrent bouts of fever and serosal inflammation. MEFV genes exhibit symptoms of not only FMF, but also of enterocolitis mimicking IBD and intraabdominal infections. Diagnosis is often difficult. [Case1] 72-year-old male was referred to our hospital with fever and jaundice. He was diagnosed acute cholangitis with common bile duct stones. After ERCP, he got better and discharged on day 10 from admission. On day 50, 102, and 127 from first fever, he visited to our hospital with fever and abdominal pain. Recurrent fever and high figure of CRP implied FMF. He has MEFV gene variants (E84K, E148Q, R410H, heterozygous) and never suffered from fever after taking colchicine. [Case2] 92-year-old male had the history of recurrent paralytic ileus. Reviewing his past history, he manifested fever and high inflammatory responses in accordance with much intestinal gas in X-ray. He has MEFV gene variants (G304R, P369S, R408Q, heterozygous) and has never suffered from ileus after taking colchicine. [Case3] 81-year-old female had examined for bloody stool with colonoscopy. The colonoscopy found sigmoid ischemic colitis mimicking colorectal cancer. Mucosal lesions from lower sigmoid colon from upper rectum turned to be scar gradually. Atypical sight of ischemic colitis implied FMF. She has MEFV gene variants (R202Q, homozygous) and started to take colchicine. [Conclusions] To differentiate recurrent abdominal symptoms from MEFV gene-related enterocolitis may relieve the patients from unnecessary treatment or surgery.

MEFV遺伝子関連腸炎, MEFV gene-related enterocolitis

## 44 S状結腸憩室症により狭窄をきたし手術により腹部症状が改善した1例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科  
三谷啓介, 國司洋佑, 大西咲希, 兼松健太, 内田 要, 芝山幸佑,  
柳橋崇史, 加藤佳央

【症例】79歳女性。【既往歴】関節リウマチ (78才)。【現病歴】20XX年1月頃より便秘と便柱狭小化を自覚した。腹部膨満感による食事摂取量低下により半年で3kgの体重減少があり、9月に近医を受診し、精査加療目的に当院を紹介された。血液検査で異常所見は認めず、下部消化管内視鏡検査でS状結腸下行結腸屈曲部にスコープ通過不能な狭窄を認めたものの粘膜面の腫瘍性変化は指摘できなかった。注腸造影検査で同部位にapple core signを認め、その近傍に憩室が散見された。同病変は造影CT検査で造影効果のある壁肥厚として描出された。血液検査、内視鏡所見、注腸造影所見およびCT所見から大腸憩室によるS状結腸良性狭窄が疑われた。狭窄の原因精査および症状改善目的に腹腔鏡下S状結腸切除術を施行された。切除検体の病理組織診断は狭窄部に一致した著明な壁肥厚および炎症細胞浸潤を伴う憩室症の結果であり、悪性所見は認めなかった。術後2ヶ月の下部消化管内視鏡検査では吻合部より口側結腸を含め悪性所見は認めなかった。術後も便秘症状は続いたものの腹部膨満感は改善傾向で食欲と体重は回復した。【考察】大腸憩室炎を繰り返すことで稀に狭窄を呈し、慢性的な腹部症状を呈することがある。本症例のS状結腸憩室は、局所的かつ反復性に憩室炎を発症したことで高度の壁肥厚を伴い、狭窄を来したものと考えられた。本邦の大腸憩室症ガイドラインでは膿瘍や穿孔を伴わない大腸憩室炎を繰り返す症例は免疫不全患者など一部の症例で選択的待機手術が考慮されたとある。一方で欧米では腹部症状を呈する慢性憩室炎に対しては症状コントロール目的の手術が治療選択肢となる。本症例は関節リウマチが既往にあり、腹部膨満や便秘といった腹部症状により体重減少を呈していたことから手術加療の方針とした。【結語】大腸憩室症による大腸狭窄が疑われた場合、症状コントロールに加えて大腸瘻やCrohn病などを除外するために積極的に手術加療を検討してもよいと考えられた。示唆に富む症例であったため文献的考察を交えて報告とする。

大腸憩室症, 大腸狭窄



桐生厚生総合病院 外科

和田 渉, 鈴木一設, 木村明春, 緒方杏一, 森下亜希子, 森永暢浩, 加藤広行

【背景】本邦では大腸憩室保有者は増加傾向にある。60歳未満で右側結腸に多く、年齢とともに左側結腸の割合が増加し、より重症化しやすい。喫煙、肥満は合併症の増悪に因子、危険因子である。膿瘍形成などの合併症を伴う憩室炎の死亡率は2.8%である。膿瘍がおよそ3cm以下の場合には、抗菌薬投与と腸管安静が推奨される。一方膿瘍がおよそ5cmを超える場合には、ドレナージと抗菌薬投与および腸管安静が提案されている。瘻孔合併大腸憩室炎、狭窄合併大腸憩室炎に対しては大腸切除術が推奨されている。【目的】当科における大腸憩室炎症例の臨床的検討を行った。【方法】2020年1月から2022年12月の3年間に当科において、大腸憩室炎と診断、治療を施した35症例を対象とした。【成績】男性：17名、女性：18名。年代別では、20-29歳1名、30-39歳：3名、40-49歳：10名、50-59歳：5名、60-69歳：2名、70-79歳：9名、80-89歳：2名、90-99歳：3名。40歳代、70歳代に多くの症例が認められた。部位別では、盲腸：5名、上行結腸：16名、横行結腸：1名、下行結腸：1名、S状結腸：12名。上行結腸、S状結腸の順に、多くの症例が認められた。60歳未満では、右側結腸：15名（79%）、左側結腸：4名（21%）であった。60歳以上では、右側結腸：7名（44%）、左側結腸9名（56%）であった。90歳代3症例では、重篤化が認められた。1症例は結腸膀胱瘻に対し手術が施行された。2症例は穿孔性腹膜炎を併発し、敗血症により死亡された。【結論】性別では、男女比に有意差は認められなかった。年代別では、40歳代と70歳代により多くの症例が認められ、この年代層において結腸炎に関連した症状や所見に注意する必要性が示唆された。部位別では、上行結腸とS状結腸に多くの症例が認められた。また、右側結腸の症例が60歳未満で多く、60歳以上では左側結腸の症例が多い傾向が認められた。90歳代では特に重篤な状態が認められ、結腸膀胱瘻に対する手術や穿孔性腹膜炎を合併した敗血症による死亡例が認められた。年齢層や疾患部位、合併症の重症化など、症例の特性や合併症の傾向が認められた。

結腸憩室炎、臨床的検討

亀田総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 田川病院 内科<sup>3)</sup>

蘆川 堯<sup>1)</sup>, 仲地健一郎<sup>1)</sup>, 青木沙弥佳<sup>2)</sup>, 浦崎康貴<sup>3)</sup>, 大野 航<sup>1)</sup>, 吉田佑輔<sup>3)</sup>, 西脇拓郎<sup>1)</sup>, 船登智将<sup>1)</sup>, 吉岡 航<sup>1)</sup>, 井上 薪<sup>1)</sup>, 川満津菜貴<sup>1)</sup>, 吉村茂修<sup>1)</sup>, 白鳥俊康<sup>1)</sup>, 南雲大暢<sup>1)</sup>, 中路 聡<sup>1)</sup>

【症例】77歳、男性。【主訴】下腹部痛。【現病歴】20XX年1月X-7日、近医で20 mm大の大腸ポリープを指摘され、治療目的に当院を受診した。1月X日に精査目的の下部消化管内視鏡検査を予定された。1月X-2日は眠前にセンノシド24 mgを内服し、1月X-1日はクエン酸マグネシウム34 gを内服した。排便状況は良好で腹痛も認めなかった。検査当日1月X日は経口腸管洗浄剤2Lを内服した。鎮痙剤はグルカゴン1 mgを使用し、鎮静剤・鎮痛剤は使用しなかった。挿入時間は4分であり、挿入時・観察時共に苦痛を認めなかった。観察時間は40分であり、検査終了時にも腹痛を認めなかった。検査終了10分後に突然左下腹部に限局した圧痛を認め、疼痛が強いため経過観察目的に入院となった。入院時に撮影された腹部造影CT検査では、明らかな閉塞機転は認めなかったが小腸の拡張が目立った。入院数時間後に腹痛の増悪を認めたため再度腹部造影CT検査を施行したところ、小腸拡張はさらに増悪しcaliber changeを認めた。小腸閉塞の疑いで緊急手術の方針となり、腹腔鏡下に腹腔内を観察したところ、下行結腸と腹壁の癒着によるトンネル形成を認め、トンネルに小腸がはまり込む形で絞扼していた。嵌頓した小腸を引き出し、再嵌頓予防に癒着を切除し手術を終了した。術後経過は良好であり、1月X+3日に軽快退院となった。【考察】消化器内視鏡関連の偶発症に関する第6回全国調査によると、消化器内視鏡検査の観察のみによる偶発症の発症率は0.014%と非常に低く、観察のみの下部消化管内視鏡検査で最も多い偶発症は穿孔であり、次いで出血が多いと報告されている。本症例のように内ヘルニアによる絞扼性腸閉塞の報告は稀であるため、若干の文献的考察を加え報告する。

下部消化管内視鏡検査、絞扼性腸閉塞

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>, 同 炎症性腸疾患センター<sup>2)</sup>

増淵 悟志<sup>1)</sup>, 田川 慧<sup>1,2)</sup>, 加藤真吾<sup>1,2)</sup>, 芦田安輝<sup>1)</sup>, 木村勇太<sup>1)</sup>, 岸 寛士<sup>1)</sup>, 鈴木一<sup>1)</sup>, 鍋田正樹<sup>1)</sup>, 新井智洋<sup>1)</sup>, 砂田莉沙<sup>1)</sup>, 田中孝幸<sup>1)</sup>, 加藤秀輔<sup>1)</sup>, 堀裕太郎<sup>1)</sup>, 須田健太郎<sup>1)</sup>, 寺井悠二<sup>1)</sup>, 大塚武史<sup>1)</sup>, 高林英日己<sup>1)</sup>, 松原三郎<sup>1)</sup>, 岡 政志<sup>1)</sup>, 名越澄子<sup>1)</sup>

【症例】40歳代、女性。【主訴】腹痛、下痢、血便。【現病歴】X年10月発症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)。X+7年1月寛解維持療法のメサラジンが不耐の疑いで中止となる。X+8年5月に再燃したためサラゾスルファピリジンが開始されるも改善せず、同年6月からメサラジン4800mg+PSL30mg/日が開始となるも無効。同年7月にメサラジン不耐が疑われ、同薬中止された。その後、インフリキシマブ(IFX-BS)+アザチオプリン(AZA)50mg/日にて寛解導入に至らず、当院転院搬送となった。転院時は、39度の発熱、20回/日以上血性下痢、腹痛があり、Hb:8.8g/dlの貧血、CRP:22mg/dlと劇症型の診断。仰臥位腹部単純X線撮影で横行結腸中央部の直径が6cm以上のため、中毒性巨大結腸症と診断したが、腹膜刺激症状に乏しいため、手術も考慮しつつ、ウパダシニブ(UPA)45mg/日を開始した。UPA開始型日から症状および横行結腸径の改善を認めUPA開始後30日目に退院となる。退院後はUPA15mg/日に減量し、寛解維持療法中である。【考察】UPAは2022年8月に既存治療で効果不十分な中等症から重症のUCの寛解導入及び維持療法に適応追加となったが、まだ本邦での使用経験が少なく、最悪症例については確立されていない。中毒性巨大結腸症を合併したUCは絶対的手術適応とされており、穿孔を来した場合の死亡率は高率であるため、内科治療を行う際には外科と連携し手術時期を逃さないことが重要である。既報ではカルシニューリン阻害薬やIFXで中毒性巨大結腸症を合併したUCの手術を回避できた報告はあるが、UPAではこれまで報告がない。【結論】中毒性巨大結腸症を合併したUCにおいて、全身状態が良い場合に限り、緊急手術待機の条件でUPAも使用可能な症例があることが分かった。

潰瘍性大腸炎、中毒性巨大結腸症

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<sup>1)</sup>, 同 消化器病センター内科<sup>2)</sup>

秋元規宏<sup>1)</sup>, 佐藤 勉<sup>1)</sup>, 佐藤 渉<sup>1)</sup>, 瀬上顕貴<sup>1)</sup>, 笠原康平<sup>1)</sup>, 渡邊勇人<sup>1)</sup>, 矢後彰一<sup>1)</sup>, 田村裕子<sup>1)</sup>, 三輪治生<sup>2)</sup>, 杉森一哉<sup>2)</sup>, 國崎主税<sup>1)</sup>

ERCP後肺炎は、重篤な合併症となる可能性がある。そのため、ERCP後肺炎の高リスク患者には、ERCP後肺炎の発症率を減少させる、予防的腸管ステント留置が推奨されている。この腸管ステントの移行による重篤な合併症はほとんど報告されていない。今回我々は、迷入した腸管ステントにより引き起こされたS状結腸穿孔の症例を経験したため報告する。症例は86歳、女性、腹痛を主訴に前医を受診。総胆管結石の診断で、治療目的に当院紹介。入院後、ERCPを施行。総胆管への挿入に難化したため、結石を除去後、肺炎予防目的に自然脱落型腸管ステントを留置。翌日、採血検査で炎症増悪を認め、抗菌剤加療を開始し、再度ERCPを施行。腸管ステントは留置のまま、胆管ステントを留置。炎症は改善傾向で、入院後6日目に3回目のERCPを施行し、胆管ステントを抜去。腸管ステントは腹部レントゲンで自然脱落していることを確認。その後軽快退院したが、初回ERCP後19日目に発熱、腹痛を主訴に予約外受診。下腹部腹膜刺激症状および採血検査で炎症増大を認めた。CT検査で腸管ステントによるS状結腸穿孔を疑い、同日緊急開腹S状結腸穿孔部縫合閉鎖、横行結腸双孔式人工肛門造設、洗浄ドレナージ術を施行。術中所見は、逸脱した腸管ステントがS状結腸壁を貫通し露出していた。鉗子で抜去し、穿孔部周囲の組織挫滅は認めなかったため、穿孔部を単純縫合閉鎖。腹腔内を十分に洗浄し、骨盤底にドレーンを挿入し、横行結腸双孔式人工肛門を造設した。術後は経過良好で、術後5日目にドレーン抜去し、現在リハビリ加療中である。自然脱落型腸管ステント留置を行う際は、まれではあるが、脱落したステントによる消化管穿孔の可能性もあり、ERCP後の慎重な経過観察と、患者への十分な説明が必要なが示唆された。文献的考察を加え、報告する。

自然脱落型腸管ステント、S状結腸穿孔

東京ベイ・浦安市川医療センター 診療部 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 いちょうの森クリニック浦安<sup>2)</sup>  
 内山 学<sup>1)</sup>, 岡本梨沙<sup>1)</sup>, 佐々木昭典<sup>1)</sup>, 吉岡 翼<sup>1)</sup>, 松田佳世<sup>1)</sup>,  
 増田修子<sup>1)</sup>, 中嶋 悟<sup>1)</sup>, 森 直樹<sup>2)</sup>, 本村廉明<sup>1)</sup>

症例は幼少期に腸捻転で手術歴がある36歳男性である。1年以上前から腹部膨満を認め、2カ月前から下痢を認め、前医を受診し対症療法を受けるも症状改善に乏しかった。1ヶ月前には腹痛を伴わない粘血便を認めるようになった。下部消化管内視鏡検査を施行され、S状結腸を中心に表面に発赤を伴う粘膜下隆起が多発していた。クッションサインは陰性で、同部位の生検では異物巨細胞を伴う線維化組織が検出された。精査加療目的に当科紹介となり、内視鏡像から囊胞様気腫症を疑い腹部造影CTを施行した。CTでは内視鏡同様S状結腸を中心に壁内腔に突出して多発する隆起を認め、隆起内部は空気濃度であり腸管囊胞様気腫症に矛盾しない所見であった。入院下での酸素持続投与を提案したが外来での加療を希望されたため、過去の報告を参考に外来でメトロニダゾール1500mg/日内服加療を開始した。1週間後には下痢及び粘血便は著明に改善した。メトロニダゾールを3週間投与し内服終了して2週間後にフォローのCTを施行したところ、腸管の気腫は著明に改善していた。後日下部消化管内視鏡検査施行し内視鏡上も粘膜下隆起の消失を確認した。今回メトロニダゾールで改善を認めた腸管囊胞様気腫症の一例を経験した。メトロニダゾール内服による加療は外来で治療可能で簡便であり、有用性が高い可能性がある。本症例に文献的考察を加えて報告する。

腸管囊胞様気腫症, メトロニダゾール

群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学講座  
 細井信宏, 白石卓也, 渡邊隆嘉, 山口亜梨紗, 柴崎雄大, 中澤信博,  
 岡田拓久, 大曾根勝也, 佐野彰彦, 酒井 真, 小川博臣, 宗田 真,  
 調 憲, 佐伯浩司

【背景】様々な癌症例において、術前のサルコペニアやサルコペニア肥満が予後と関連していると報告されている。そこで、大腸癌症例において術前の内臓脂肪量/筋肉量比と予後の関連について調査した。【対象と方法】2013年7月から2020年4月までに大腸癌根治切除術を受けたcStage3の151例を対象とした。術前CTでL3下緑レベルの内臓脂肪面積(VFA; visceral fat area)と腸腰筋面積(PMA; psoas muscle area)を計測し、VFA/PMA比(V/P ratio)を算出した。V/P ratioを含む臨床因子と予後について後方視的に検討した。【結果】年齢中央値66歳(範囲: 28-94歳)、男性91例、女性60例、BMI中央値22.8 kg/m<sup>2</sup>(範囲: 13.8-40.8 kg/m<sup>2</sup>)であった。OSを基準としROC解析でV/P ratioのcut off値は13.7(AUC: 0.50874)であり、low V/P群(n=123)とhigh V/P群(n=28)に分けて解析すると、OSはhigh V/P群で有意に低かった(p=0.00154)。CSS、RFSで有意差を認めなかったが、high V/P群で低い傾向にあった。OSに關して多変量解析を行うと、high V/P(p=0.0211)は独立予後不良因子であった。なお、high V/P群に糖尿病は有意に多かった(p<0.001)。【考察】cStage3大腸癌症例において筋肉量に比べ内臓脂肪量の多いhigh V/P ratioは独立予後不良因子であった。High V/P群に糖尿病症例を多く認めることから、インスリン抵抗性による筋分解や腫瘍増殖シグナルの増加といったメカニズムによって予後の悪化を引き起こしている可能性があり、V/P ratioを指標とした術前の体組成は予後不良群を抽出できる可能性が示唆された。

大腸癌, 体組成

群馬大学大学院 総合外科学講座 肝胆脾外科分野  
 福島涼介, 播本憲史, 関 貴臣, 奥山隆之, 星野弘毅, 萩原 慶,  
 河合俊輔, 石井範洋, 塚越真梨子, 五十嵐隆通, 新木健一郎,  
 調 憲

【はじめに】遺伝性楕円赤血球症は溶血性貧血をきたす赤血球膜異常症の1病型で、遺伝性球状赤血球症と比較して頻度が低く、貧血は軽症な場合が多い。いずれも赤血球の脆弱性から溶血性貧血を起こし、胆石症を合併しやすいことが知られているが、その大部分が胆嚢内結石であり、肝内結石の報告はない。今回、遺伝性楕円赤血球症に起因する肝内結石症に対して、肝切除を施行し再発予防として2期的に脾臓摘出術を施行した症例を経験したため報告する。【症例】69歳男性。42歳時に遺伝性楕円赤血球症疑いと診断されたが、臨床症状は軽度であり、未治療経過観察されていた。2013年以降、繰り返す黄疸および総胆管結石で複数回の内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)及び内視鏡的結石除去術を施行されていたが、肝内結石は内視鏡治療が不可能であり、精査加療目的に当院紹介となった。腹部MRIでは、左肝内胆管に肝内結石を多数認め、肝内胆管拡張を伴い肝左様は萎縮していた。脾臓腫大も確認された。再度ERCPを施行するも、内視鏡的結石除去術は困難であり、多科合同カンファレンス及び患者家族へのICの上、外科的治療の方針となった。楕円赤血球症に起因する貧血及び高ビリルビン血症は軽度で、肝予備能も正常であり、肝左葉切除術、胆嚢摘出術、総胆管結石切石術を施行した。病理組織検査では、末梢までの胆管拡張を認め、内腔に多数の緑色結石及び胆泥の貯留を認めた。悪性所見はなかった。術後の経過は良好で術後20日に軽快退院された。肝内結石の原因として、楕円赤血球症に起因する溶血性貧血及び脾臓腫大が考えられ、肝内結石の再燃予防のために、2期的に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。術後は貧血及び高ビリルビン血症が改善し軽快退院された。術後3年10ヶ月経過した現在まで肝内結石の再発も見ていない。【結語】本症例は未治療の楕円赤血球症に起因する長期間の高ビリルビン血症が肝内結石の原因と示唆され、早期診断と治療介入及び根本的な脾臓摘出術が必要であった。遺伝性楕円赤血球症に起因する肝内結石症の報告はなく、貴重な症例と考えられた。

肝内結石症, 遺伝性楕円赤血球症

千葉大学医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 腫瘍内科<sup>2)</sup>  
 高橋知也<sup>1)</sup>, 大山 広<sup>1)</sup>, 酒井美帆<sup>1)</sup>, 渡部主樹<sup>1)</sup>, 關根 優<sup>1)</sup>,  
 山田奈々<sup>1)</sup>, 遠山翔太<sup>1)</sup>, 杉原地平<sup>2)</sup>, 大内麻由<sup>2)</sup>, 菅 元泰<sup>2)</sup>,  
 永鷲裕樹<sup>1)</sup>, 高橋幸治<sup>2)</sup>, 沖津恒一郎<sup>2)</sup>, 大野 泉<sup>2)</sup>, 加藤直也<sup>1)</sup>

【はじめに】肝内結石に門脈血栓合併の報告は散見される。今回、我々は浸潤性腺管型乳頭粘液癌(IPMC)術後症例に発症した肝腫瘤に対して、造影CT・EOB-MRIの組み合わせによって、門脈血栓症と診断し保存加療に成功した1例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。【症例】72歳男性【経過】8年前、近医で脾IPMCに対して、幽門輪温存脾頭十二指腸切除術が施行されていた。5年前に吻合部狭窄に伴う肝内結石症を併発し、近医で内視鏡治療が行われていた。5ヶ月前、嘔気、食欲不振を主訴に紹介元を受診されCTで肝内結石を認めた。2ヶ月前に当科紹介となり、肝内結石治療目的に入院となった。造影CTで肝S8に大きさ40mm大の低濃度腫瘤を認めており、当初腫瘍性病変の可能性が示唆され、肝内結石の治療とともに同病変の精査も行うこととした。入院時に造影CTを再検し、肝臓S8に腫瘤を認めたが、P8の閉塞を伴い、それに続発した肝臓の虚血性変化と考えられた。造影超音波検査も施行したが、背景肝の脂肪沈着が強く、病変自体も10cmほど深部であったため、造影での評価は難しかった。ERCPも施行したが、処置時間も長くなり肝内結石の除去は難しく、胆管ステントのみ留置した。EOB-MRIも施行し病変内部を貫通する造影されない血管を認め、門脈の分枝と考えられ、腫瘤が疑われた病変は血栓閉塞による2次性変化によるものと考えられ、経過観察となった。3ヶ月後、結石除去の入院の際に造影CTを行い、腫瘤と考えていた病変の縮小を確認し、血栓の改善も認め胆管炎の改善に伴い血栓の改善、腫瘤の縮小を得たものと考えられた。肝内結石も除去でき、治療を完遂できた。【考察】本症例は、IPMC術後に生じた肝腫瘤であり、転移性肝腫瘍との鑑別に苦慮し、当初CT読影でも肝腫瘍の可能性が指摘された。肝内結石を認める症例で、肝腫瘤を認めた際は、門脈血栓による2次性変化も鑑別におき、画像診断を行うことが重要であると考えられた。【結語】肝内結石に合併した肝腫瘤に対して、画像診断で門脈血栓症と診断し保存加療に成功した症例を経験した。

門脈血栓, 肝内結石



SUBARU 健康保険組合 太田記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 病理診断科<sup>2)</sup>  
 並川昌司<sup>1)</sup>、新井洋佑<sup>1)</sup>、野口聡明<sup>1)</sup>、栗原英心<sup>1)</sup>、小畑 力<sup>1)</sup>、伊島正志<sup>1)</sup>、大竹陽介<sup>1)</sup>、今井康雄<sup>2)</sup>

【背景】肝炎症性偽腫瘍 (inflammatory pseudotumor: IPT) は成因不明の結節形成性病変で、病理学的には種々の程度の炎症細胞浸潤、線維芽細胞や毛細血管増生からなる炎症性肉芽組織像が特徴とされる。今回我々は、C型肝炎治療後に発生し、自然退縮した肝IPTの1例を経験したため報告する。【症例】70歳代、男性。X-3年6月にHCV抗体陽性につき当科紹介となった。血液検査にてHCV-RNA陽性に加え、HBs抗体・HBc抗体も陽性であった。C型慢性肝炎と診断し、グレカプレビル・ビブレンタスビルを投与し、SVR24を確認。以降は6か月毎の肝臓スクリーニングを継続していた。経過中、腎硬化症による慢性腎臓病の悪化を認め、X-1年5月より維持透析導入となった。X年1月の腹部超音波検査 (US) では肝占拠性病変はみられなかったが、X年7月の腹部USにて肝S4に境界やや不明瞭、内部不均一な腫瘍性病変を認めた。同病変はCTにて周囲に淡い造影効果を伴う4.3cm大の低濃度病変として描出された。血液検査では腫瘍マーカー (AFP、PIVKA-2、CEA、CA19-9) の上昇はみられなかった。胆管細胞癌や低分化型肝細胞癌の可能性を考慮し、X年8月並びに9月の2度にわたりUSガイド下経皮的肝腫瘍生検を施行した。病理所見は硬変肝を背景に、リンパ球および形質細胞の浸潤や、壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫がみられ、いずれも悪性所見はみられなかった。X年10月にCTを再検すると、病変は1.9cmに縮小しており、臨床経過並びに病理所見より、肝IPTと診断した。【考察】肝IPTは比較的に稀な結節形成性の良性疾患であり、画像的特異所見に乏しく、診断に難渋することがある。特に良好なC型肝炎治療後、HBV感染既往などの肝発癌高リスク群では肝癌との鑑別が困難となり、外科手術にて切除後に病理診断されることも多い。肝IPTの腫瘍生検での正診率は55%程度と報告されており、悪性腫瘍であった場合の播種リスクを伴うため、腫瘍生検の適応については慎重に考慮する必要があるが、本症例では生検での病理所見ならびに経時的な画像所見の変化により、肝IPTを診断し、不要な手術を回避することができた。

炎症性偽腫瘍, C型肝炎

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学  
 富澤佳那子、山崎勇一、村上立真、金山雄樹、戸島洋貴、浦岡俊夫

【症例】80代男性。【主訴】なし。【経過】20XX-12年よりC型慢性肝炎に対してグリチルリチン製剤の静脈注射で治療を行っていた。20XX-1年に肝障害が増悪しHBV既往感染があるため、直接作用型抗ウイルス薬による治療目的に当院を紹介受診した。エルバスビル+グラソプレビルで12週間治療し、ウイルス学的持続陰性化を達成した。20XX年、経過観察の画像検査で肝右葉を中心に最大径2cm、5か所の肝細胞癌を指摘され、肝動脈化学塞栓療法 (TACE) を施行した。ミリプラチン、エビルビンによる2回のTACEで治療効果が不十分であり、TACE不応と判断してレンパチニブ8mgを導入した。投与4か月後に血小板減少 (最小値6.0万/mm<sup>3</sup>) を合併したが4mgに減量は速やかに改善した。投与10か月後に甲状腺機能低下症を合併したがレンパチニブ4mg投与を継続し、約3年間増悪なく経過した。20XX+3年に肝細胞癌の再発、新規病変を認め、TACEを追加したが6か月後には再発し、薬物療法での2次治療としてアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法への変更を検討した。胸部CTにて陈旧性の間質性肺炎を認めたため、レンパチニブ8mg5投2体に増量して継続し、TACEは追加せず約1年間は増悪なく経過した。その後もon demand TACEとレンパチニブ併用により計5年間の長期制御が得られた。【考察】切除不能の肝細胞癌に対してレンパチニブを用いて治療した場合の無増悪生存期間中央値は7.4カ月と報告されている。また、レンパチニブとTACEの併用についての研究では、無増悪生存期間の中央値は28.3カ月であり、18カ月の無増悪生存率が65.7%と報告されている。本症例ではレンパチニブとTACEを併用することで良好な制御を得ており、既報を支持する結果となった。レンパチニブとon demand TACEにより、5年間の長期制御を得た症例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

肝細胞癌, レンパチニブ

平塚市民病院 消化器内科  
 奥富雅俊、谷口礼央、吉澤大樹、笠原美沙、滝本恒行、飯塚 武、富田尚貴、岩瀬麻衣、武内悠里子、斯波忠彦、厚川和裕

【背景】急性胆のう炎は胆のう頸部や胆のう管の閉塞により、疼痛や発熱、炎症反応の増悪をきたす胆道感染症である。特に中等症以上の急性胆のう炎は、ショックなど全身状態の急速な悪化をきたすことがあり、迅速な診断と初期治療が求められる。時に周囲臓器に炎症が波及し、胆のう周囲膿瘍、肝膿瘍、横隔膜下膿瘍を形成することがあるが、腹壁に穿通し腹壁膿瘍を形成することはまれである。今回、腹壁膿瘍を伴った重急性胆のう炎に対して集学的治療により奏効を得た一例を経験したので、これを報告する。【症例】60代女性、3週間前から右側腹部の腫痛と疼痛を自覚していた。疼痛が増悪したため前医を受診し、精査・加療目的に当院消化器内科を紹介受診した。炎症反応高値、CTにて胆のう腫大・周囲脂肪組織濃度上昇、同部位と接した腹壁の低吸収領域を認め、重急性胆のう炎と、それに伴う腹壁膿瘍の診断となった。発症から時間の経過した病態であることや、耐術能を考慮し、第2病日に経皮経肝胆嚢ドレナージ、経皮的腹壁膿瘍ドレナージを施行した。第13病日に腹壁膿瘍ドレナージチューブから膿瘍腔造影を行うと、腹壁膿瘍内に胆石を認め、腹壁膿瘍と胆のう内腔の交通は残存していた。炎症は改善していたが、ドレナージチューブを抜去すると膿瘍増悪のリスクがあると判断し、第23病日に腹腔鏡下胆のう重全摘術および腹壁膿瘍切開排膿ドレナージ術を施行した。術後経過は良好で、第28病日に退院となった。【考察】早期の診断、有効な抗菌薬の投与、胆のうドレナージ、手技の進歩、適切な時期の胆のう摘出術など、急性胆のう炎の診断と治療法が広く普及したため、胆嚢炎が腹壁に穿通し、膿瘍を形成するほど病態が増悪することはまれである。発症から時間の経過した胆のう炎の症例では、周囲臓器への炎症の波及の有無も含め精査・加療し、集学的治療を要することが重要である。

胆嚢炎, 腹壁膿瘍

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科  
 西脇興平、赤須貴文、中村光希、古守知太郎、木下勇次、中野真範、鳥巢勇一、猿田雅之

【緒言】choledochocoeleは十二指腸壁内での総胆管末端部の嚢状拡張で、広義の先天性胆道拡張症に分類される稀な疾患である。近年、機能的な胆汁、膵液の逆流が生じ、胆道癌の発生日地となりうることが報告されている。今回、ERCPにて膵胆管分流を確認したcholedochocoeleの1例を経験したため報告する。【症例】65歳男性。【主訴】なし(内視鏡的加療目的)【現病歴】以前から、IPMN、胆泥を指摘されていた患者。20XX年5月 前医にて施行した経過観察目的のMRCP・腹部超音波検査にて総胆管末端の拡張を指摘された。超音波内視鏡検査の結果、乳頭部腫瘍の可能性が否定できず、20XX年6月に精査加療目的で当院を紹介受診した。【経過】当院で施行した超音波内視鏡検査の所見では、主乳頭は上皮性変化に乏しくなだらかな隆起を呈しており、総胆管末端の嚢状拡張、内部に胆泥の存在を確認した。これらの所見からcholedochocoeleを疑い、合流異常の確認および胆泥のクリーニング目的にERCPを施行した。胆管造影を施行したところ総胆管末端の嚢状拡張、主乳頭の隆起膨隆を認め、choledochocoeleと確定診断した。確実な膵胆管分流の獲得およびcholedochocoele内の胆泥クリーニング目的にESTを施行し、胆泥の排石を確認した。手技中に採取した胆汁中の膵酵素は極めて低値であり、膵胆管相互逆流を起こしている可能性は低いと考えられた。術後経過は問題なく、第5病日に退院となった。【考察】choledochocoeleには3つの形態的分類があり、(1)共通管拡張型、(2)胆管末端部拡張・共通管形成型、(3)胆管末端部拡張・共通管非形成型に分類される。そのうち(1)および(2)は膵液逆流をきたし胆道癌の発生リスクが高いと報告されているが、本症例は(3)に該当すると判断するため、胆道癌発生リスクは低いと考えられた。今回、我々はESTにて加療を行ったcholedochocoeleの1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

choledochocoele, 乳頭部腫瘍

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科  
吉澤 剛, 齋藤倫寛, 山田悠人, 田島慎也, 萩原麻希, 日原大輔,  
岡本陽祐, 塩澤一恵, 伊藤 謙, 渡邊 学

症例は80歳台、男性。X-2年に1週間続く嘔吐と食思不振の精査目的に当院へ紹介となった。腹部造影CTで十二指腸水平部に約4cm大の結石と口側の胃十二指腸の拡張を認めた。さらに胆嚢底部と球部の間に瘻孔形成が確認され、胆嚢結石が瘻孔を介し十二指腸内に落石し嵌頓したことによるBouveret症候群と診断した。胃管留置による減圧後、内視鏡下にレーザー碎石術を施行し、全ての結石を排出し得た。胆嚢摘出術及び瘻孔閉鎖術を検討したが、高齢、認知症などの理由から結石に対する治療のみに留め、紹介元医療機関で経過観察する方針となった。X年に黄疸が出現したため再度紹介となった。腹部造影CTで胆嚢に腫瘍性病変を認め、十二指腸と肝門部に浸潤しており、胆嚢癌胆管浸潤に伴い閉塞性黄疸をきたしたものと考えられた。上部消化管内視鏡検査では球部に壁外からの浸潤所見を認め、同部位からの生検とERCP時の胆汁細胞診からadenocarcinomaが検出され、胆嚢癌と確定診断した。閉塞性黄疸に対しては胆管金属ステントを留置し、胆嚢癌に対しては年齢と認知症などの理由から積極的な治療は適応外と判断し、BSCの方針となった。Bouveret症候群に対する治療はcontroversialである。胆嚢十二指腸瘻は自然閉鎖することが多く、外科的治療による偶発症のリスクを考慮し結石に対する治療のみを行うとの報告がある。一方、胆嚢十二指腸瘻を放置した場合、腸管内容物の逆流などにより、胆嚢癌が発生するリスクが上昇するため、胆嚢摘出術、瘻管切除術と瘻孔閉鎖術が原則との報告もあるが、実際に胆嚢癌が発生したという報告は多くない。治療方針は患者の全身状態に応じて決定されるが、本症例のように保存的治療を選択した場合には胆嚢癌の合併を念頭に慎重な経過観察が必要と考えられた。

胆嚢十二指腸瘻, 胆嚢癌

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

【抄録】【症例】74歳男性。【主訴】心窩部痛。【病歴】X年9月11日より心窩部痛を自覚し前医を受診した。血液検査から肝胆道系酵素の上昇があり、15日に紹介受診した。MRCPが施行され胆嚢結石と胆嚢線筋腫症が指摘された。自然経過で心窩部痛は落ち着き、肝胆道系酵素も自然に改善した。手術希望はなく経過観察の方針とした。X+1年3月にMRCPによるフォローが行われると、胆嚢壁肥厚が広範となり新たな病変の出現が疑われた。続いてEUS、腹部エコー検査が施行され、共に胆嚢線筋腫症が考えられたが、悪性腫瘍は否定出来なかった。精査目的にPET-CTが行われると、胆嚢壁に集積が認められた。総合的に考え悪性腫瘍は否定出来ないと判断され、X+1年6月7日に開腹胆嚢摘出術が施行された。病理検査より黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断に至った。13日に退院した。【考察】黄色肉芽腫性胆嚢炎は慢性胆嚢炎の稀な亜型として知られ、胆嚢癌との鑑別を要する。胆嚢癌と黄色肉芽腫性胆嚢炎では術式が変化するため、腹部エコー検査やEUS、MRCP、PET-CT等の様々な術前診断による検討がされてきたが確定診断の方法は確立していない。本症例もエコー検査では胆嚢線筋腫症が疑われたがMRCP、PET-CTから胆嚢癌が否定できなかった。最終的にはPET-CTでの集積を加味し手術を行っているが、病理診断は黄色肉芽腫性胆嚢炎であり集積は炎症反応による影響であった。胆嚢癌との鑑別に難渋した黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例を経験したので報告する。

黄色肉芽腫性胆嚢炎, 術前診断

JCHO 船橋中央病院 内科<sup>1)</sup>,  
千葉大学医学部付属病院 消化器内科<sup>2)</sup>,  
JCHO 船橋中央病院 周産期母子医療センター 産科<sup>3)</sup>  
木村 恵<sup>1)</sup>, 浅野公将<sup>1)</sup>, 藤代絢香<sup>1,2)</sup>, 阿部哲大<sup>1)</sup>, 澤田 翠<sup>2)</sup>,  
嶋田太郎<sup>1)</sup>, 土屋 慎<sup>1)</sup>, 加藤佳瑞紀<sup>1)</sup>, 後藤俊二<sup>3)</sup>, 山口武人<sup>1)</sup>

【症例】34歳女性。妊娠34週1日、初産婦【主訴】上腹部痛【現病歴】X年10月2日、上腹部痛と嘔吐があり、前医を緊急受診した。鎮痛剤を使用も疼痛が持続したため、10月3日に当院産婦人科に紹介となった。来院時、疼痛は改善していたが血液検査にて、血清アミラーゼ：1390U/Lと上昇あり、急性膵炎が疑われ、同日入院となり、翌日に当院消化器内科に紹介となった。造影CTにて総胆管に5.9mm、5mmの計2個の結石を認め、膵頭部の腫大と周囲の液体貯留を認めたため、胆石性膵炎と診断した。また、膵実質の造影不良域は認めず、膵外への炎症の波及は腎下極はを超えておらず、CTgrade1、血液ガス分析にて異常所見はなく、予後因子0点で膵炎の重症度は軽症であった。画像上、総胆管結石を認めており、内視鏡的逆行性胆道膵管造影(以下、ERCPと略す)は必要と判断したが、急性膵炎が落ち着いた時点での施行の方針とした。急性膵炎に対して5L/dayの輸液投与を行った所、腹痛は改善し、第4病日の血液検査でも炎症反応、血清アミラーゼは低下傾向であり、急性膵炎が落ち着いていると判断し、第5病日にERCPを施行した。胆管造影では総胆管に透視像ははっきりしなかったが、採石術を施行した所、小結石を認めた。遺残結石が無い事を確認し、胆管炎予防に5Fr3cmの自然脱落型胆管ステントを留置し、終了とした。第6病日の血液検査では血清アミラーゼ：487U/Lと高値であったが、腹痛や発熱は認めず、ERCPによる高アミラーゼ血症と判断し、同日昼より脂質制限食を開始とした。その後も腹痛なく、経過も良好であったため第12病日に退院となった。【考察】周産期の胆石性肺炎の症例を経験した。周産期の胆石性肺炎の治療方針に関して若干の文献的考察を交えて報告する。

胆石性膵炎, ERCP

神奈川県立足柄上病院 消化器内科  
兼松健太, 國司洋佑, 柳橋崇史, 加藤佳央, 芝山幸佑, 内田 要,  
三谷啓介, 大西咲希

【症例】72歳女性【現病歴】68歳時に早期食道癌に対し内視鏡的粘膜下層剥離術を行い、その後定期的に内視鏡検査で外来通院していた。前年6月の内視鏡検査後に食後を中心とした悪心嘔吐、胆道系酵素上昇が出現し、食欲が低下し、体重も4kg減少した。CT、MRCPで胆道系に器質的異常所見を認めず、胃腸(エソメプラゾール、モサプリド、六君子湯、レバミピド)は無効であった。9月頃に症状は自然軽快し胆道系酵素も低下傾向となった。本年5月の内視鏡検査後から再び食後の悪心が出現。嘔吐を避けるためほとんど食事を摂取できなくなった。また胆道系酵素は再上昇傾向となった。他院受診し胆石症疑いでウルソ、メトクロプラミドが処方されわずかに症状は改善したが固形物の摂取できない状態が続いた。当院受診し再度US、MRCPを施行した時点では胆石を含め胆道系異常所見を認めなかった。再発遷延の上部消化管症状の原因としてoddi括約筋機能不全症(Milwaukee分類2型)を鑑別に挙げ、診断的治療として7月に内視鏡的乳頭切開術(中切開)を施行した。胆道造影所見で明らかな異常を認めなかった。治療翌日には症状消失し、食事全量摂取可能となり胆道系酵素も低下した。退院後2週間程で症状が軽度再燃し胆道系酵素が再上昇した。9月から再び固形物に摂取できなくなったため治療が不十分であったと判断し、10月に内視鏡的乳頭拡張術(8mm)を施行した。治療翌日には再び症状消失した。治療後1ヶ月の時点で症状再燃認めず経過している。【考察】今回症状経過とデータ推移からoddi括約筋機能不全症を疑い、診断的治療が著効した一例を経験した。本疾患の診断に有用とされている乳頭筋内圧測定法は一般的でなく症状経過から本疾患を疑う場合は診断的治療も考慮すべきである。また本症例では内視鏡検査が契機になっているように思われた。検査時に使用したミダゾラムなどが誘因となった可能性も否定できないが、以前の内視鏡後は症状が出現しておらず詳細不明である。

oddi括約筋機能不全症, 内視鏡的乳頭括約筋切開術



## 61 内視鏡的に碎石除去しえたBouveret症候群の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科<sup>1)</sup>, 同 消化管内科<sup>2)</sup>,  
同 消化器一般外科<sup>3)</sup>  
時田 一<sup>1)</sup>, 松本 悠<sup>1)</sup>, 塩味里恵<sup>1)</sup>, 宇野天敬<sup>1)</sup>, 伏島雄輔<sup>2)</sup>,  
大庫秀樹<sup>2)</sup>, 都築義和<sup>2)</sup>, 中元秀友<sup>1)</sup>, 今枝博之<sup>2)</sup>

【症例】80代、男性【主訴】202X年2月下旬頃から嘔吐が出現し、排便・排ガスも認めなかった。近医受診し上部内視鏡検査施行された際に幽門部に食物残渣の貯留を認めた。胃癌を疑われ精査目的に当科紹介受診となり入院となった【既往歴】胆石性胆嚢炎（保存的加療）、関節リウマチ【入院時現症】体温37.0℃、血圧112/74mmHg、脈拍93回/分、SpO2 98%（室内気）、腹部：平坦・軟、心窩部に軽度圧痛あり、反跳痛なし【血液検査所見】AST30U/L、ALT19U/L、AMY297U/L、ALP85U/L、T-Bil1.0mg/dL、D-Bil0.3mg/dL、CRP10.36mg/dL、WBC10470/ $\mu$ L、Hb13.0g/dL、PLT354 $\times 10^3$ / $\mu$ L【経過】入院時に撮影した胸腹部造影CTで胆嚢内の結石が幽門部に嵌頓し、総胆管・肝内胆管内にairを認めた。入院第2病日に透視下上部消化管内視鏡施行。幽門部に5cm程度の胆嚢結石を認めスネアで把持し胃内へ移動させ、機械的碎石具で内視鏡的碎石を行い回収した。十二指腸球部に瘻孔と周囲に潰瘍を認め造影を行うと胆嚢が造影された。入院第4病日より食事再開し腹部症状の増悪なく経過した。血液検査で肝胆道酵素の上昇はなく、炎症反応は改善傾向であった。第8病日に2nd lookを行い、1.5cm程度の碎石後に残存していた結石が十二指腸の瘻孔に嵌まっておりスネアを使用して回収した。その後も経過良好であり第15病日に退院となった。退院後、外来で定期的に内視鏡フォローを行い十二指腸の瘻孔は縮小傾向である【結語】胆嚢十二指腸瘻により胆嚢結石が幽門部に嵌頓したBouveret症候群の1例を経験した。比較的確な病態であり、外科的手術を選択する症例が多い中、内視鏡で治療が可能であった。若干の文献的考察を含め報告する。

Bouveret症候群, 内視鏡的碎石術

## 62 アテゾリズマブ＋ペバシズマブ療法中にPseudo progressionを引き起こした肝癌の一例

東海大学医学部付属 東京病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東海大学医学部付属病院 消化器内科<sup>2)</sup>  
幕内智規<sup>1)</sup>, 中村 淳<sup>1)</sup>, 仁品玲子<sup>1)</sup>, 五十嵐宗喜<sup>1)</sup>, 白石光一<sup>1)</sup>, 加川建弘<sup>2)</sup>

【症例】77歳【主訴】腹痛【既往】27年前C型慢性肝炎IFN単独治療不成功、17年前PEG＋リバビリンは貧血で中止。併用ベグインターフェロン治療。12年前肝癌発症S8単発TACE、RFA施行。4.5年前肝癌再発S3単発にTACE、RFA施行。同年総胆管結石のESTと採石施行。同年DAAs治療でC型肝炎ウイルスSVR。2年前肝癌再発S4単発RFA施行【現病歴】半年後S4に肝癌の再発あり追加治療予定中に出張先で急激な腹痛あり肝痛破裂が認められ他院で緊急TAEと輸血が施行された。3週後当院で追加TACE。2か月後肝癌残存ありRFAを追加。フォローCTでは肝内多発と腹膜転移を認め腹痛も出現したため、切除不能肝癌でありアテゾリズマブ(1,200mg)＋ペバシズマブ(1,000mg)療法(Atez/Bev)を開始した。2回施行後にCTでは肝癌の増大とPIVKA-IIは治療前16,432 mAU/mlが<sup>96</sup>、863 mAU/mlへ上昇したため治療無効と考え3週後にCDDP 50mg動注を施行したが動注前には腹痛は消失、PIVKA-IIは401 mAU/mlへ急激に減少してAFPもAtez/Bev治療前129.6 ng/mlから12.3 ng/mlへ減少していた。翌日CTでも腫瘍の縮小を認めていた。現在も同治療を続け7か月目の10回目治療時PIVKA-II 28 mAU/ml、AFP 7.8 ng/mlと経過している【考察】本例は肝癌の免疫チェックポイント阻害薬治療中に発生したPseudo progressionと診断した。機序は急激な免疫細胞の集簇が考えられるが不明であり肝癌における報告も少ない。早期に発生して治療効果が期待できる可能性がありAtez/Bev療法早期腫瘍増大時には重要な病態と考え報告する。

アテゾリズマブ＋ペバシズマブ療法, Pseudo progression

## 63 アテゾリズマブ・ペバシズマブ中止後にirAE腸炎が悪化した肝細胞癌の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門  
菊池彰仁, 三浦光一, 渡邊俊司, 五家里栄, 前田浩史,  
津久井舞未子, 森本直樹, 山本博徳

【症例】60代女性。【主訴】下痢、血便。【既往歴】出産時にHBs抗原陽性。【生活歴】喫煙および飲酒なし。【現病歴】X-1年、B型肝炎硬変および肝細胞癌(HCC)治療目的に当院紹介となった。来院時AST 106 U/L、ALT 128 U/L、HBV-DNA 7.0 LogIU/mLよりB型肝炎硬変(Child-Pugh Class A)に対しては核酸アナログが開始され、また肝左葉単発HCC (44 mm)は2ヶ月後に肝部分切除が施行された。X年Y-1月、両葉多発HCCとなり、X年Y月アテゾリズマブ・ペバシズマブ開始となった。【経過】3クール終了時のCT判定はCRであった。X年Y+5月(8クール後)後、下痢(5行/日)および血便の訴えから免疫関連有害事象(irAE)による腸炎を疑った。大腸内視鏡検査では直腸および上行結腸に軽度のびらんがみられ、irAE腸炎 Grade 2と診断した。アテゾリズマブ・ペバシズマブを中止し、対症療法で経過をみたところ血便は消失し、下痢も2行/日となり、Grade 1まで改善した。またCTで肝左葉に8 mm HCCが再発し、X年Y+6月の血管造影では両葉に小さなHCCが多発していたが、肝予備能保護のため、TACEは左葉病変のみとした。X年Y+8月、カボサンチニブ40 mg/日を開始したが、開始後より下痢および血便が悪化したため、カボサンチニブを中止した。大腸内視鏡検査で直腸から上行結腸にびらんや潰瘍が多発し、irAE腸炎に合致する所見であった。腹痛や発熱はなかったことからirAE腸炎Grade 2と診断した。前回より内視鏡所見が悪化していたことから、ブレドニゾロン50 mg/日を開始した。ブレドニゾロン投与により下痢および血便は速やかに改善し、カボサンチニブ20mg/日で再開したが、irAE腸炎の悪化はない。【考察】irAEの中で、大腸炎は比較的高頻度とされ、IMbrave150試験ではアテゾリズマブ・ペバシズマブ投与後に下痢を発症した率は18.8%と報告されている。また本例のように免疫療法中止後にirAEが悪化する例も存在することから注意が必要である。TACEやカボサンチニブがirAE腸炎を助長したかは不明である。

肝細胞癌, irAE腸炎

## 64 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症による肝障害をきたした一例

柏市立柏病院 消化器内科  
磯崎 岳, 飯塚泰弘, 沼田真理子, 藤本純子, 望月奈穂子,  
酒井英樹

【背景・目的】好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)は従来Churg-Strauss症候群またはアレルギー性肉芽腫性血管炎と呼ばれていたもので、免疫学的な機序の関与が疑われる全身性の好酸球性炎症が特徴である。多彩な臨床症状を呈するが、肝障害の報告例は少ない。数少ない肝障害の背景には胆嚢炎や胆管炎あるいは門脈血栓などの疾患が報告されている。今回、肝障害を伴うEGPAの一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】87歳女性。発熱を主訴に近医を受診され血液検査を受けたところ肝障害を認めたため当院紹介となった。好酸球数とIg-E値の上昇、MPO-ANCA陽性でありEGPAが疑われたが喘息の症状がなかったため診断には至らなかった。好酸球増加症候群としてステロイドを投与したが反応性は不良であったためEGPAに準じて抗IL-5抗体(メボリズマブ)を投与したところ寛解が得られたため一旦治療は終了となった。翌年、再度好酸球数は増加傾向となり、発熱も認めるようになったことから当院受診となった。この際、腹痛は認めなかった。血液検査では再度肝障害を認め、腹部CT検査では肝両葉に多発結節が見られた。胆管の拡張や胆嚢の腫大、門脈血栓は認めなかった。また入院後から気管支喘息も合併したため総合的にEGPAと判断した。ステロイドを投与したところ発熱や肝障害は徐々に改善した。再発予防を目的としてメボリズマブも退院前に投与開始とした。現在、定期的にメボリズマブを投与しており再発することなく経過している。【考察】臨床症状と理学所見から好酸球性胆嚢炎や胆管炎、門脈血栓症は否定的であった。肝生検では好酸球やリンパ球を主体とする炎症細胞浸潤を認めていたことから、肝動脈の血管炎が生じ、それに伴い虚血壊死をきたし肝障害が生じたと考えられた。【結論】肝障害を伴うEGPAの一例を経験した。

肝障害, 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症

群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 肝胆膵外科  
 藤田拓伸, 石井範洋, 奥山隆之, 関 孝臣, 星野弘毅, 萩原 慶,  
 河合俊輔, 塚越真梨子, 五十嵐隆通, 新木健一郎, 播本憲史,  
 調 憲

ACTH産生膵神経内分泌腫瘍は膵神経内分泌腫瘍の1.2%未満と非常に稀な疾患である。また同じ膵神経内分泌腫瘍でも、インスリノーマなどと異なり、ACTH産生膵神経内分泌腫瘍は予後が悪いことが知られている。症例1は52歳女性。浮腫、口渇、味覚異常、脱毛、手指のしびれが出現し、近医を受診したところ、急激なHbA1c増悪があり、血糖管理目的に入院となった。入院後、急激な体重減少、CA19-9高値のため前医へ紹介となった。ACTH高値、膵尾部腫瘍(33mm大)を認め、当科紹介となった。PETで膵尾部に高集積病変を認めた。CRH負荷試験で反応なく、メトピロン負荷でコルチゾール抑制でき、異所性ACTH産生腫瘍の所見であった。ACTH産生膵神経内分泌腫瘍と診断し、腹腔鏡下膵尾部脾合併切除を施行した。合併症なく術後8日で軽快退院となった。症例2は59歳女性。脱力感、口渇、倦怠感、味覚障害が出現し、近医を受診したところ、糖尿病、低K血症を指摘され前医へ紹介となった。ACTH/コルチゾール著高と日内変動消失、尿中K排泄亢進を認め、当院転院となった。症例1同様、画像検査、内分泌検査からACTH産生膵神経内分泌腫瘍と診断し、腹腔鏡下膵尾部脾合併切除を施行した。合併症なく術後8日で軽快退院となった。いずれも組織血流が豊富で術前EUS-FNAは未施行だが、摘出標本は免疫染色でCD56/ chromogranin A/ synaptophysin/ ACTH陽性で病理組織学的にACTH産生膵神経内分泌腫瘍の診断となった。リンパ節転移は症例1では陰性、症例2では陽性であった。2例とも糖尿病や低K血症、満月様顔貌などクッシング症候群を来したが、術後は症状コントロールができており、外来follow upを継続している。今回、ACTH産生膵神経内分泌腫瘍の2例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

膵神経内分泌腫瘍, ACTH産生

自己免疫性膵炎にIgG4関連腎臓病を合併したと考えられる1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同一 病理検査科<sup>2)</sup>  
 前原健吾<sup>1)</sup>, 中村順子<sup>1)</sup>, 高橋宏太<sup>1)</sup>, 吉原 努<sup>1)</sup>, 古川潔人<sup>1)</sup>,  
 佐藤晋二<sup>1)</sup>, 森川瑛一郎<sup>1)</sup>, 池田隆明<sup>1)</sup>, 飯田真岐<sup>2)</sup>, 辻本志朗<sup>2)</sup>

症例: 71歳、男性。主訴: 下痢、体重減少。既往歴: 気管支喘息にて治療中。喫煙なし、機会飲酒のみ。現病歴: 約2ヶ月前から下痢症状が出現、近医で過敏性腸症候群の診断で治療を受けたが改善は認められなかった。4ヶ月前より約7kgの体重減少も認められ、精査加療目的で当科紹介となった。身体所見: BP84/61mmHgの低血圧、BMI 17.1の痩せが認められた。検査成績: WBC 7300/ $\mu$ l, RBC375x10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, Hb 11.8g/dl, Hct 35.2%, Plt 27.5x10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, CRP 0.28mg/dl, AST 71U/L, ALT 33U/L, LDH 162U/L, ALP 107U/L,  $\gamma$ -GTP 33U/L, T-Bil 0.53mg/dl, AMY 56U/L, FBS 105mg/dl, HbA1c 5.8%, HCV抗体(-), HBs抗原(-), CEA 6.0ng/ml, CA19-9 14.0U/ml, DUPAN-2 25U/ml, SPan-1 19.2U/ml, IgG 3010mg/dl, IgA 273mg/dl, IgM 60mg/dl。臨床経過: 上・下部消化管内視鏡では体重減少の原因となる異常はなく、腹部CTで膵頭部の軽度腫大を指摘された。造影CTでは膵頭部は緩徐に造影され、両腎には多発する低濃度域が認められた。腹部MRIでは、膵頭部はT1WIで等信号、T2WIでは軽度高信号を示した。また、膵管は不明瞭であり狭細化が疑われた。DWIにて腫大した膵頭部の拡散抑制、および両腎に多発する部分的拡散抑制所見が認められた。自己免疫性膵炎(AIP)の鑑別目的で測定した血清IgG4は1112mg/dlと増加していた。AIPを疑い、腫大した膵頭部に対してEUS-FNAを施行した。病理所見は、間質にリンパ球、形質細胞の浸潤を認める慢性炎症組織であり、IgG4陽性形質細胞が高率に認められた。画像所見を含めてAIPと診断、腎病変もIgG4関連腎臓病を疑い確定診断目的で腎生検を検討した。しかし、患者同意が得られず施行できなかった。診断後PSL30mg/日による治療を開始、治療1ヵ月後にはMRIで認められた膵頭部、両腎のDWIの拡散抑制所見は縮小、消失していた。考察: AIPにIgG4関連腎臓病を合併したと考えられる症例を経験した。両者の合併は稀であり示唆に富むと考え報告する。

自己免疫性膵炎, IgG4関連腎臓病

左胸腔、左腎周囲腔へ進展した、膵石による膵液瘻に対しドレナージのうえ膵尾部切除術を施行した1例

三井記念病院 消化器内科  
 阿部敏明, 鈴木 賛, 丹野恵里佳, 中原建徳, 北村友里, 竹熊勇登,  
 佐藤敬紀, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎, 関 道治,  
 戸田信夫

症例は65歳男性。X年5月頃から労作時呼吸苦を認めていたが自己判断で経過観察していた。10月X日昼頃より間欠的に左前胸部痛が出現し翌X+1日に当院を受診した所、胸部レントゲンで左大量胸水貯留を認め、精査目的にX+2日に入院となった。造影CTを施行した所、左側大量胸水、膵尾部膵石、尾側の膵管拡張及びこれに連続して腎周囲腔へ進展する被包化された広範な液体貯留を認めた。膵石に伴う膵液漏によるものと診断し、経皮的に左胸腔ドレーンを、さらに超音波内視鏡下で経胃的に膵尾部から腎周囲腔まで経鼻ドレナージを留置した。それぞれの排液のアミラーゼの値は5123 U/L、46264 U/Lと著名高値であり膵液漏に矛盾しない所見であった。左胸腔ドレーンの排液は殆ど消失したため10月X+12日に抜去出来たが、経鼻ドレナージは概ね20 ml/日程度の排液が持続しており、膵液漏の自然治癒は困難と判断した。膵石の大きさ及び位置から内視鏡的膵石除去や体外衝撃波結石破碎術も治療効果は期待出来ず、X+34日に膵尾部切除術を施行した。左胸腔、左腎周囲腔へ進展した、膵石による膵液瘻に対してドレナージのうえ膵尾部切除術を施行した1例を経験したので報告した。

膵液瘻, 経胃のドレナージ



帝京大学 医学部 内科学講座

八尾 亮平, 磯野朱里, 本田 卓, 松本康佑, 丸山喬平, 青柳 仁, 三浦 逸, 有住俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也, 浅岡良成, 山本貴嗣, 田中 篤

【症例】51歳、男性。アルコール依存症、アルコール性肝障害で前医治療中であり、過去には2cm大の脾仮性嚢胞を指摘されていた。20XX年3月より前胸痛を自覚し食思不振となっていた。5月に上部消化管内視鏡検査を行い、胃食道接合部の狭窄を指摘されるも通過は問題なく、粘膜にも異常はなかったため経過観察となっていたが、6月になり食後に嘔吐するようになった。腹部CTで脾臓から食道下部に連なる頭尾方向に20cm大の嚢胞性病変を認め食道を圧排していたため、精査目的に当科紹介となった。紹介時には自覚症状は改善し、腹部CTを再検したところ長径は15cm大ではあるものの明らかに縮小していたため外来で経過観察していた。9月になり呼吸困難と血痰を認め、前医を受診したところ、胸腹部CTで胸水の悪化と脾嚢胞の縮小を認め、仮性脾嚢胞の胸腔内穿破が疑われたため当科転医となった。再検した造影CTでは嚢胞性病変内に気腫が出現していたため、食道との交通を疑い、禁食、輸液を開始した。胸水に対しては胸腔穿刺を行い胸水中のアミラーゼが高値であることを確認し、脾仮性嚢胞の胸腔内穿破と判断したため、胸腔ドレナージを開始した。2日後には胸水は消失したためドレナージは終了した。また脾管ドレナージが必要と判断したが、食道との交通を疑っていたため、食道造影を行い消化管外漏出や粘膜異常がないことを確認のうえ、上部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡でも下部食道に異常はなく、第14病日に内視鏡的脾管ドレナージを行った。ドレナージの際の脾管造影では体部脾管に狭窄を認め、尾側脾管の拡張を認めた。上流の脾管からは仮性嚢胞腔への造影剤漏出を認めており、診断に矛盾はなかった。脾管ドレナージ後より自覚症状と脾嚢胞の改善を認めたため、第20病日より食事再開し、問題ないため第29病日に退院となった。退院後は外来で経過観察中である。今回脾仮性嚢胞が胸腔内へ穿破した症例を経験した。既報では脾管ドレナージが有効との報告が多く、本症例も同様であった。文献的考察を加えて報告する。

脾仮性嚢胞, 脾管ドレナージ

東京医科歯科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 人体病理学<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>新井映美<sup>1)</sup>, 緒方香葉子<sup>1)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>, 三好正人<sup>1)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>1)</sup>, 中川美奈<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>1)</sup>, 朝比奈浩浩<sup>1)</sup>, 畑 千菜<sup>2)</sup>, 大西威一郎<sup>3)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>

【症例】52歳女性。X-17年に右乳がんに対して乳房切除+腋窩リンパ節郭清を施行後、AC療法（アドリマイシン+シクロホスファミド）を4コース施行し、更にX-12年までタモキシフェンを投与した。X-6年食道胃接合部癌pT3N3aM0、pStageIIIBに対して腹腔鏡下噴門胃切除術、D1+郭清および術後化学療法としてS-1を投与したが、腹部傍大動脈リンパ節転移、右付属器転移をきたしたため腹腔鏡下右子宮付属器摘出術、傍大動脈リンパ節転移摘出術を施行後にSOX療法（S-1+オキサリプラチン）を開始した。X-5年に食道静脈瘤を指摘され、また汎血球減少のためSOX療法は計16コースで中止した。以降は癌の再発無く経過していたが、X年、CTで腹水と脾腫を指摘され当科へ紹介された。AST 30 U/L、ALT 27 U/L、 $\gamma$ -GTP 25 U/L、T-Bil 1.1 mg/dLと肝障害は軽度であったが、Plt 5.9万/ $\mu$ Lの汎血球減少が持続しており、巨脾、腹水、門脈血栓に加え、卵巣静脈に巨大異所性静脈瘤を認め、門脈圧亢進症と診断した。Fibroscanによる肝硬度は3.9 kPaであり非肝硬変と考えられ、門脈圧亢進症の原因として化学療法による遅発性類洞閉塞症候群(SOS)が疑われた。肝生検および頸静脈カテーテル検査による肝静脈圧較差(HVPG)測定を行ったところ、シャントの影響によりHVPGは8 mmHgと正常範囲内であったが、肝生検では門脈域の線維性拡大は乏しく一部で肝細胞の脱落、類洞の軽度拡張を認め、SOSに矛盾しない所見であった。【考察】オキサリプラチンは胃癌や大腸癌、肺癌に対して頻用される抗癌剤であるが、SOSの合併がしばしば問題となる。SOSは薬物中止後に改善するとの報告もある一方で半数では脾腫が1年以上持続するとの報告もあり、その長期経過に関する知見は不十分である。今回、オキサリプラチン中止から5年の経過で門脈圧亢進症の増悪をきたし、長期の経過を追えた一例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

類洞閉塞症候群, 門脈圧亢進症

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

【背景】腹痛の鑑別として、致死的な疾患の代表的なものが腹部大動脈瘤破裂である。診断の遅れが生命に直結するため、迅速な診断及び治療が重要である。今回我々は、腹痛・腰痛を主訴に消化器内科外来を受診し、腹部触診で腹部大動脈瘤を疑い、CT検査で腹部大動脈瘤切迫破裂と診断した2例を経験したので報告する。【症例1】72歳男性。高血圧で内服治療中。元々腰痛があった。3週間前に発熱と下腹部違和感を自覚した。解熱後も下腹部違和感が続き、臥床で違和感増強を自覚したため、消化器内科外来を受診した。臍周囲に拍動を伴う腫瘍を触知し、単純CT検査で腎動脈下に42mmの腹部大動脈瘤を認め、一部肥厚した壁内に淡い高吸収域を認めた。腹部大動脈瘤切迫破裂を疑い、循環器内科コンサルトし、造影CT検査後、他院心臓血管外科へ転院搬送となった。術前冠動脈造影検査で完全閉塞を認めたため、冠動脈バイパス術施行2ヵ月後に待機的に腹部大動脈置換術が施行された。【症例2】73歳女性。1ヶ月前から腰痛と心窩部痛を自覚し、徐々に増悪したため、消化器内科外来を受診した。臍周囲に拍動を伴う腫瘍を触知し、単純CT検査で腎動脈分枝下に41mmの腹部大動脈瘤を認め、突出様構造と尾側右側に三日月状の淡い高吸収域が見られた。腹部大動脈瘤切迫破裂を疑い、循環器内科コンサルトし、造影CT検査後、他院心臓血管外科へ転院搬送となり、同日緊急腹部大動脈瘤人工血管置換術が施行された。【考察】切迫破裂の所見として特徴的なものとして、単純CT検査で動脈壁内に見られる高吸収域を三日月サイン（high-attenuating crescent sign）と呼び、新鮮な血腫が出現したことによるものとされ、破裂の危険性が高い。また腹痛だけでなく腰痛を伴う場合も多い。今回我々は腹部触診により腹部大動脈瘤の存在を疑い、迅速に診断治療につなげた腹部大動脈瘤切迫破裂2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

腹部大動脈瘤切迫破裂, 腹痛

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>TALGAT TILYEUBYEK<sup>1)</sup>, 海老沼浩利<sup>1)</sup>, 金田真人<sup>1)</sup>, 結束貴臣<sup>1)</sup>, 西澤俊宏<sup>1)</sup>, 山下健太郎<sup>1)</sup>, 篠浦 丞<sup>1)</sup>, 井上和明<sup>1)</sup>, 赤羽正章<sup>2)</sup>

症例は頭皮動静脈瘻術後に発熱、肝機能障害、高アンモニア血症による意識障害を認め当科紹介となった40歳代男性。他院ですでに胃静脈瘤は指摘されていたが、門脈圧亢進の原因は不明であった。造影CT検査で腹水、肝腫大、下大静脈怒張、側副血行路の発達が認められた。腹部超音波検査で右肝静脈根部に血栓性狭窄を、血液検査でProtein C活性の低下を認め、Protein C欠乏症を背景に発症したBudd-Chiari症候群が疑われた。ワルファリン、及び肝性脳症にはラクツロース、リファキシミンによる治療を開始し、症状と肝機能異常の改善を認めたが、細菌性心膜炎による弁破壊を伴っていたため、抗生剤の投与、後日弁置換術を施行した。感染が落ち着いたところで、肝機能障害と門脈圧亢進症に対して肝静脈狭窄部の血管拡張術を行う方針となった。まずは大腿動脈からのアプローチで下大静脈の軽度狭窄と肝静脈流出路の完全閉塞を認め、Budd-Chiari症候群と確定した。しかし、下大静脈から肝静脈へのガイドワイヤー挿入が困難であった。そのため、後日経皮経肝のアプローチにて肝静脈狭窄部に到達し、バルーン血管拡張術を施行、術後経過は良好であった。本症例はProtein C欠乏症を背景にしたBudd-Chiari症候群で術後感染を契機に肝静脈の完全閉塞を来したと推測される。今回経皮経肝の肝静脈バルーン拡張術を施行できたことから、ここに報告する。

Budd-Chiari症候群, 経皮経肝静脈バルーン拡張術



JCHO 群馬中央病院 外科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
肥留川ゆかり<sup>1)</sup>, 斎藤加奈<sup>1)</sup>, 上原弘聖<sup>1)</sup>, 高橋宏一<sup>1)</sup>, 木暮憲道<sup>1)</sup>,  
深澤孝晴<sup>1)</sup>, 谷 賢実<sup>1)</sup>, 福地 稔<sup>1)</sup>, 井上鍊太郎<sup>2)</sup>, 岡村亜弓<sup>2)</sup>,  
小川 綾<sup>2)</sup>, 田原博貴<sup>2)</sup>, 堀内克彦<sup>2)</sup>, 湯浅和久<sup>2)</sup>, 櫻井信司<sup>3)</sup>,  
内藤 浩<sup>1)</sup>

【はじめに】胆嚢内乳頭状腫瘍 Intracholecystic papillary neoplasm (ICPN) は胆嚢内腔に発育する前浸潤性乳頭状病変である。今回、胆道出血にて発症したICPNの一例を経験したので報告する。【症例】80歳女性。既往はX-7年前に肝機能障害を指摘されたが、通院・治療歴はなかった。X-1年11月、胸部違和感にて前医を受診し、高度な貧血 (Hb 5.5 g/dl) を伴う心不全疑いにて当院を紹介受診された。輸血、心不全治療を行い、抗凝固療法を導入され、貧血の改善が乏しく、精査を行った。CT検査では胆嚢内に石灰化を伴う占拠性病変を認めたが、周囲への浸潤や転移性所見は認めなかった。MRCPでは胆嚢底部に10mm、8mm大のポリープ様壁結節と、胆嚢内腔にはdebris様成分が充満している所見を認めた。上部消化管内視鏡検査では下十二指腸角に血液の付着があり、観察中に主乳頭からの出血が確認された。下部消化管内視鏡検査では出血性病変は認めなかった。以上より、胆石症および出血を伴う胆嚢腫瘍疑いの診断で、X年2月に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後経過は良好で、第8病日に退院となった。切除標本では、胆嚢内腔に多房性乳頭状の隆起性病変が多発、充満しており、画像でdebrisと評価された成分と考えられた。胆嚢壁に連続しない出血を伴った腫瘍結節があり、出血源と考えられた。組織学的には異型の乏しい高円柱状の粘液上皮が大小管状構造を形成、増殖していた。部分的には腺管密度の高い管状乳頭腺癌の所見も認められ、胆嚢癌合併ICPNと診断した。癌治療として手術を含む追加治療は行わなかった。術後5年間の経過観察中には転移・再発所見は認めない。【考察】ICPNは術前診断が困難で、明確な至適術式は示されていない。前癌病変で、多くは本症例のように胆嚢癌を合併していることが多いが、ICPNを背景としない胆嚢癌よりも予後はよいと報告されている。画像診断を含め、さらなる症例の蓄積を要すると考えられるが、腹腔鏡手術はICPNの治療として選択できる可能性が示唆された。

胆道出血, ICPN

東京西徳洲会病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>,  
埼玉医科大学病院 消化管内科<sup>3)</sup>  
兼崎雄貴<sup>1)</sup>, 山本龍一<sup>1)</sup>, 水嶋由佳<sup>2)</sup>, 石森貴大<sup>2)</sup>, 下元雄太郎<sup>2)</sup>,  
高木陸郎<sup>2)</sup>, 高山 悟<sup>2)</sup>, 都築義和<sup>3)</sup>, 佐藤一彦<sup>2)</sup>

【はじめに】三管合流部結石は胆石症の0.2~2.1%に認められる希な病態である。従来は開腹手術が基本であったが、近年は腹腔鏡手術や内視鏡治療の報告が増えてきており低侵襲化が進んできている。今回SpyGlass DSによる電気水圧衝撃波胆管結石破碎装置 (EHL) が採石困難な合流部結石に対し有効であった2例を経験したので報告する。【症例1】50代男性。心窩部痛、褐色尿で受診。MRCPにて三管合流部に径7.6mm大の結石を認めた。ERCPでは結石を超えてPlastic Stent留置は可能であったが結石碎石は困難でSpyGlass DS下にEHLにて破碎した。【症例2】70代女性。心窩部痛、嘔吐にて受診。MRCPにて三管合流部に径10mm大の結石を認めた。ERCPでは結石碎石は困難でSpyGlass DS下にEHLにて破碎した。【結語】三管合流部結石に対しSpyGlass DS下EHLが有効であった2例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

三管合流部結石, 経口胆道鏡

杏林大学 医学部 付属病院 肝胆膵外科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科<sup>2)</sup>  
萩生怜奈<sup>1)</sup>, 百瀬博一<sup>1)</sup>, 工藤翔平<sup>1)</sup>, 蓮井宣宏<sup>1)</sup>, 松本 亮<sup>1)</sup>,  
小暮正晴<sup>1)</sup>, 鈴木 裕<sup>1)</sup>, 阪本良弘<sup>1)</sup>, 磯谷一暢<sup>2)</sup>, 里見介史<sup>2)</sup>,  
柴原純二<sup>2)</sup>

【症例】74歳、男性【主訴】右季肋部の不快感【既往歴】高血圧、脳梗塞【生活歴】喫煙：20本×43年間、飲酒：ビール350ml/週【現病歴】右季肋部の不快感を主訴に近医を受診した。腹部超音波検査で胆嚢腫瘍を指摘され、精査目的に当院紹介受診した。造影CTでは胆嚢壁のびまん性肥厚と胆嚢体部内腔の造影効果を伴う腫瘍を認めた。横行結腸側との境界は不明瞭だった。また、肝臓と胆嚢壁の境界も一部不明瞭だった。大腸内視鏡検査では、横行結腸肝弯曲より浅いびらんを認め、白苔の付着と内部に発赤を伴う小隆起を認めた。生検ではXanthogranulomatous inflammationと診断された。腫瘍マーカー (CEA, CA19-9) も正常であったことから、横行結腸に黄色肉芽腫性胆嚢炎の炎症が波及した状態と診断した。1ヶ月後のCTでは腫瘍は縮小し、肝臓および横行結腸との境界は明瞭化した。腹部症状も軽快傾向ではあったが、今後の再燃の可能性もあり切除の方針とした。【手術所見】腹腔鏡下で手術を開始した。腹腔内を確認すると胆嚢と横行結腸との癒着を認めたが、術前に懸念されていた高度な癒着はなく剥離は容易だった。胆嚢底部は白色調で硬く肥厚していたが、体部から頸部にかけては炎症性変化を認めなかった。胆嚢底部の剥離は炎症のため難渋したが穿孔させることなく胆嚢を摘出した。胆嚢底部の壁の迅速組織診断では悪性所見を認めなかった。【病理組織所見】黄色肉芽腫性胆嚢炎と確定するには泡沫細胞浸潤に乏しく、慢性胆嚢炎と診断された。【考察】黄色肉芽腫性胆嚢炎は胆嚢炎に含まれる良性疾患であるが、画像上胆嚢癌との鑑別が困難であることが多い。本症例は横行結腸への高度な固着をみとめ、胆嚢癌を強く疑ったが、生検結果から経過観察を行い過大手術を回避できたと考えられる。

慢性胆嚢炎, 黄色肉芽腫性胆嚢炎

日本医科大学付属病院 消化器外科  
吉川 陸, 上田純志, 松下 晃, 川野陽一, 清水哲也, 室川剛廣,  
入江利幸, 大野 崇, 春名孝洋, 吉森大悟, 濱口 暁,  
吉田 寛

【はじめに】骨髓線維症とは骨髓が線維化し正常な造血が障害される血液疾患である。本嚢性血小板血症や真性多血症から骨髓線維症を発症することもあり予後不良な疾患である。また溶血を起こす場合はしばしば胆石を併発する。今回我々は、骨髓線維症を合併した胆石性胆嚢炎に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した症例を経験した。症例：68歳男性。本嚢性血小板血症、骨髓線維症にて当院血液内科かかりつけであった。血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認め、消化器内科にて総胆管結石性胆管炎、胆石性胆嚢炎と診断された。消化器内科にてERCPおよびPTGBA施行し胆汁ドレナージを施行した。胆石性胆嚢炎に対して手術目的に当科紹介となった。血液検査にてWBC74200/μl、Hb6.5g/dl、血小板115000/μlと異常値を示していた。腹部CT検査にて胆石を認め、胆嚢周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた。また中等量の腹水と脾腫を認めた。胆石性胆嚢炎の診断にて腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中所見では大量の腹水および脾腫を認めた。胆嚢壁は肥厚しており周囲の大網と癒着していた。Calot三角を確認し胆嚢管、胆嚢動脈を確実にクリップし肝床部から胆嚢を剥離し手術終了とした。術後は腹水コントロールを要したが、術後4日目に退院した。考察：骨髓線維症は貧血や血小板減少などを認めるとともに脾腫や肝硬変を呈していることもあり手術のリスクが高いと考えられる。しかし、胆石性胆嚢炎など手術が必要な疾患を呈すこともあり、安全で慎重な手術および術後管理が要求される。

胆石胆嚢炎, 骨髓線維症

腹腔鏡下胆嚢摘出術後の腹腔内落下結石膿瘍に対して経皮的・腹腔鏡的アプローチを併用し治療した一例

公益財団法人東京医療保健協会 練馬総合病院 外科  
柏原朋佳, 今井俊一, 徳山 丞, 吉川祐輔, 齋藤 隆, 飯田修平, 栗原直人

【はじめに】腹腔鏡下胆嚢摘出術(Laparoscopic Cholecystectomy; LC)後の稀な合併症に落下結石による腹腔内膿瘍があり、近年では腹腔鏡下手術による結石除去・ドレナージ術の報告が散見されている。今回、腹腔内膿瘍に対する経皮的穿刺ドレナージを反復後に腹腔鏡下手術による結石除去を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】74歳、女性。X-4年3月に急性胆嚢炎に対して保存的加療を行い、6月に待機的にLCを施行した。術中に胆石の腹腔内への落下を認めたが、可及的に回収・洗浄の上、手術終了とした。X-2年11月に呼吸困難を主訴に再診し、Morrison窩近傍の腹腔内膿瘍および右胸水貯留を認め、腹腔内膿瘍に対する穿刺ドレナージを施行して軽快した。その後も膿瘍形成を反復し、2度目以降はLC時の落下結石による腹腔内膿瘍と正診したが、患者希望により手術は選択せず穿刺ドレナージにより治療した。X年10月に4度目の膿瘍形成をきたした際に患者同意が得られたため、手術施行の方針とした。まず3度目までと同様に穿刺ドレナージを施行して感染コントロールを行い、ドレナージは抜去せずクランプし、1ヶ月後に腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内膿瘍の反復により高度の癒着と線維化を認めたが、ドレナージからインジゴカルミンを注入して染色し、術中超音を併用することで膿瘍の位置を同定した。膿瘍腔を開放し、黒色の落下結石を認めて回収した。術後第4病日に軽快退院となった。

【結語】LC後の落下結石による腹腔内膿瘍に対し、経皮的・腹腔鏡的アプローチの併用で治療した一例を経験した。本症例につき文献的考察を加え報告する。

腹腔鏡下胆嚢摘出術, 腹腔内膿瘍

膵頭部浸潤を来した胆管原発混合型神経内分泌非神経内分泌腫瘍(mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm: MiNEN)の一例

東京通信病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>, 同 外科<sup>3)</sup>  
得能孝史<sup>1)</sup>, 時任佑里恵<sup>1)</sup>, 松井 徹<sup>1)</sup>, 三浦宏仁<sup>1)</sup>, 加藤知爾<sup>1)</sup>, 小林克也<sup>1)</sup>, 関川憲一郎<sup>1)</sup>, 高橋 剛<sup>2)</sup>, 岸田由起子<sup>2)</sup>, 奥田純一<sup>2,3)</sup>, 光井 洋<sup>1)</sup>

【症例】60歳男性【現病歴】X年Y-1月に心窩部痛を主訴に当科を受診した。皮膚および眼球結膜の黄疸を認め、採血では肝胆道系酵素の上昇および黄疸を認めた。造影CTでは膵頭部に25mm大の腫瘍およびそれに伴う胆管閉塞を認め、膵原発腫瘍による胆管浸潤が疑われた。CT上は明らかな遠隔転移やリンパ節転移は認めなかった。膵腫瘍に対してEUS-FNAを行い神経内分泌癌と診断し、Y月に幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。切除検体では総胆管は25mmと拡張しており、膵内胆管の粘膜面に最大径35mmの隆起陥凹性病変を認め、胆管原発の腫瘍であった。切除標本組織像では、胆管上皮内で高分化腺癌・低分化腺癌・NEC・低分化腺癌とNECの中間細胞が認められ、また膵臓内の一部の血管にはNECの浸潤増殖を認めた。最終的な病理結果はpT3N1M0 Stage II Bであった。術後大きな合併症はなかったものの胃の排泄遅延が遷延したものの、術後40日目に退院した。しかし、Y+3月に、造影CTで多発肝転移および肝門部・傍大動脈の多発リンパ節転移による再発を認めたため、現在NECに準じリノトケナ+シスプラチン療法を継続中である。【考察】MiNENは、低分化神経内分泌癌(neuroendocrine carcinoma: NEC)と腺癌が混在し、各々の成分が30%以上存在する腫瘍と定義されるまれな疾患で、予後は不良とされている。MiNEN発生機序としては様々な説があるが、今回低分化腺癌とNECとの中間的細胞にはNECへの移行像を認めており、腺癌が増殖浸潤する過程でNECへ転化する説を示唆する所見であると考えられた。

MiNEN, 胆管癌

眼瞼転移を契機に見つかった腓体部癌の1例

日本大学医学部附属板橋病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>,  
日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野<sup>2)</sup>  
野崎啓達<sup>1)</sup>, 齋藤 圭<sup>2)</sup>, 北原麻衣<sup>2)</sup>, 野村舟三<sup>2)</sup>, 藤澤真理子<sup>2)</sup>, 木暮宏史<sup>2)</sup>

72歳男性。X年7月頃から心窩部痛を認め、近医で上部消化管内視鏡検査を施行したが異常所見を認めなかった。同年9月、左眼瞼の結節を認めたため近医で切除術を受け、病理の結果adenocarcinomaの診断であった。原発診断のため施行したスクリーニングの腹部超音波検査で腓体部腫瘍を認めたため、精査加療目的に当院紹介となった。入院時採血でCEA 4.4 ng/mL, CA19-9 18.7u/mLであった。腹部造影CTでは腓体部に50mm大の腫瘍性病変を認めた。腹腔動脈、上腸間膜動脈への全周性の浸潤が見られた。CTでは明らかな遠隔転移は見られなかった。腓体部癌・皮膚転移が疑われ、膵腫瘍に対してEUS-FNAを施行したところadenocarcinomaの確定診断となった。切除不能膵癌に対してX年10月よりGemcitabine単剤療法を開始した。RECIST SDを維持していたが、治療8ヵ月後に原発増大で2nd lineとしてS-1療法に変更した。皮膚転移、特に眼瞼転移は報告が少なく、比較的稀な病態である。今回、眼瞼転移病変を契機に診断された膵癌症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

膵癌, 皮膚転移

膵神経内分泌腫瘍(PNET)の精査時に肺定型カルチノイド合併を認めた1例

新東京病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
同 消化器外科<sup>3)</sup>,  
がん・感染症センター 都立駒込病院 病理科<sup>4)</sup>  
南澤宏壽<sup>1)</sup>, 草加裕康<sup>2)</sup>, 酒井晋二郎<sup>2)</sup>, 前田 元<sup>3)</sup>, 小玉 祐<sup>3)</sup>, 西澤秀光<sup>2)</sup>, 外山雄三<sup>2)</sup>, 浅原新吾<sup>2)</sup>, 溝上裕士<sup>2)</sup>, 飯田 拓<sup>3)</sup>, 堀口慎一郎<sup>4)</sup>, 長浜隆司<sup>2)</sup>

【症例】70歳代女性【主訴】なし【現病歴】前医で転倒の精査目的にCT検査を施行され、高吸収肝嚢胞を認めた。そのため、精査目的に当院を紹介受診となった。腹部超音波検査ではエコー輝度がやや粗造な肝嚢胞を認めた。MRI検査にて肝嚢胞、胆嚢腺筋腫症及び膵尾部に主膵管と交通を疑う嚢胞性病変を認めた。精査目的にEUS検査を施行した結果、偶発的に膵体部に6.5mmの境界明瞭、輪郭やや不整、中心にわずかな高エコーを示す低エコー腫瘍を認めた。主膵管の拡張は認めなかった。低エコー腫瘍に対し、ソナゾイド造影を施行したところ、早期から膵実質と同等の造影効果を認め、造影20秒後からwash outを示した。PNET G1/G2を鑑別に挙げ、ソマトスタチン受容体シンチグラフィ検査を施行したところ、膵臓に集積は認めず、右下葉肺門側に集積を認めた。また、PET-CT検査を施行したが膵臓には集積せず、肺に集積を認めた。肺腫もしくは肺カルチノイドを疑い、胸腔鏡補助下右下葉切除術を施行した結果、13×10mm定型カルチノイド(核分裂像なし、Ki-67 2%未満)の診断となった。膵体部の腫瘍に対しては肺下葉切除後にEUS-TA(EUS-guided tissue acquisition)を施行した。その結果、クロマチンに富む腫大した核と好酸性顆粒状の細胞質を持つ腫瘍細胞が不整な胞巣状、索状に増殖しており、腫瘍細胞はsynaptophysin陽性、Chromogranin A陽性、CD56陽性、核分裂像は0-1個/10HDF、Ki-67 0.8%でありPNET G1と診断し、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行する方針となった。【考察】PNETと肺定型カルチノイドの各種免疫染色は同様であり、Ki-67は2%未満であった。しかし、ヘマトキシリン・エオジン染色では組織像及び増殖パターンが異なるため、それぞれの発生源は異なると示唆された。PNETと肺定型カルチノイドの合併した既報はなく、非常に稀な症例である。【結語】PNETの精査時に肺定型カルチノイドが合併した1例を経験した。

膵神経内分泌腫瘍, 肺定型カルチノイド



獨協医科大学 肝胆脾外科/一般外科<sup>1)</sup>, 同 放射線医学<sup>2)</sup>, 同 病理診断学<sup>3)</sup>, 鈴木利憲<sup>1)</sup>, 白木孝之<sup>1)</sup>, 仁木まい子<sup>1)</sup>, 佐藤 駿<sup>1)</sup>, 田中元樹<sup>1)</sup>, 山口教宗<sup>1)</sup>, 朴 景華<sup>1)</sup>, 松本尊嗣<sup>1)</sup>, 森 昭三<sup>1)</sup>, 磯 幸博<sup>1)</sup>, 曾我茂義<sup>2)</sup>, 石田和之<sup>3)</sup>, 青木 琢<sup>1)</sup>

症例：74歳女性 X-19か月に胃癌に対して腹腔鏡下幽門胃切除除、Roux-en-Y再建を施行されている。術後1年（X-6か月）に経過観察目的で施行したCTにおいて、経時的な主膵管の拡張を認めたため精査開始した。造影CTでは、膵頭部に動脈相でhighとなる1.7cm大の腫瘍性病変を認めるも、PETではSUV max：2.91と軽度のFDG集積を認めるのみであった。MRCPでは膵頭部の腫瘍は拡散強調画像でhigh intensityな腫瘍として認識され、この腫瘍の近辺から始まる緩やかな膵管の拡張を認めた。主膵管には明らかな隆起性病変は認めなかった。EUS、ERCPの必要性が高いと判断し、ダブルバルーン下で施行企図するも十二指腸に到達困難であった。そのため御本人とよくお話ししたうえで、画像的診断のみで膵頭十二指腸切除施行の方針とした。開腹下に術中USを施行すると、膵頭部には比較的低echoic腫瘍を認めた。同部位をニードルガンで計4回生検施行したところ一部に悪性所見を認めたため、膵頭十二指腸切除を継続することとなった。術後経過は良好で術後16日目に合併症なく退院。ISGPF：Grade0であった。術後病理結果は、Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN (pancreatobiliary type) with an associated invasive carcinoma) の診断であった。膵頭部における分枝型IPMNから、通常型のtubular adenocarcinomaへ進行したものと考えられた。現時点で再発生存中である。考察：本症例は、当初膵頭部における腫瘍性病変と、それに伴う主膵管の拡張であることから、胃癌術後に発生した膵頭部通常型膵癌の診断であったが、CT動脈相でhighに写るなど、通常型膵癌の画像所見とは異なる印象であった。胃癌再建方式によりEUS-FNAやERCPの施行が困難であり、術前に十分に検査が施行できなかった。結果的には、IPMN由来浸潤癌であり、これが通常型膵癌とは異なる画像所見となった原因と考えられた。以上より、示唆に富む症例であったため、文献的考察を交えて報告する。

分枝型IPMN, IPMN由来浸潤癌

桐生厚生総合病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>, 同 内科<sup>2)</sup>, 松浦優佑<sup>1)</sup>, 根岸 駿<sup>2)</sup>, 相川 崇<sup>2)</sup>, 山口直樹<sup>2)</sup>, 飯田智広<sup>2)</sup>

【症例】47歳 男性。【主訴】上腹部痛。【現病歴】糖尿病や脂質異常症の既往があり、X-4月まで近医で内服治療を続けていたが、以降通院自己中断していた。X月Y-1日に上腹部痛を認めたことにつき、翌Y日に救急外来を受診した。血液検査で膵酵素上昇があり、腹部CTで膵頭部の軽度腫大や周囲脂肪組織濃度上昇を認めたことに加え、トリグリセリド4706 mg/dLと異常高値であった。飲酒歴はなく、各検査所見から胆石も否定のと考えられ、高トリグリセリド血症に起因する急性膵炎と診断し同日内科入院となった。重症度は予後因子1点、造影CT Grade 1と軽症の範疇であり、大量補液や十分な除痛、および蛋白分解酵素阻害薬といった膵炎急性期治療を行うと同時に、食事療法や脂質異常症治療薬での脂質コントロールも並行した。経過中、再検したCTにおいて腓仮性嚢胞を認めたが、壊死や感染徴候は伴わず、保存的治療で経過観察とした。以降、トリグリセリドは概ね200 mg/dL台で推移するようになり、膵炎も改善が得られた。【考察】本症例の急性膵炎は高トリグリセリド血症が原因と考えられる。背景にコントロール不良な糖尿病の既往や肥満、トリグリセリド高値、アミラーゼが高値を呈していないことなど特徴的な所見もみられた。成因特定のためには、重症度判定項目ではない血清脂質の測定も重要となる。また高トリグリセリド血症を原因とした急性膵炎では再発例が多く、尿糖や脂質異常症の治療の継続、定期的なフォローが重要である。本症例においても膵炎症状改善の経口血糖降下薬による糖尿病の治療、フィブラート系薬剤による脂質異常症の治療を継続しながら定期フォローを行っている。

急性膵炎, 高トリグリセリド血症

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 医学教育部<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 龍 舞香<sup>1)</sup>, 服部大輔<sup>2)</sup>, 平野多紀<sup>2)</sup>, 早坂淳之介<sup>2)</sup>, 前原耕介<sup>2)</sup>, 佐藤悦基<sup>2)</sup>, 田村哲男<sup>2)</sup>, 小山里香子<sup>2)</sup>, 今村綱男<sup>2)</sup>

【症例】40歳代女性。20XX年12月から直腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)に対してメサラジンの座薬や内服、ブテソニド注腸、ブレドニゾロンの内服投与を行うも、寛解導入に難渋していた。20XX+2年5月に上腹部痛を主訴として外来を受診した。心窩部に圧痛を認め、血液検査で膵酵素とCRP上昇、造影CTでは膵尾部の腫大を認め、急性膵炎と診断した。重症度は造影CT grade1、予後因子0点の軽症であり、絶食・補液、蛋白分解酵素阻害薬等で保存的加療を行い、次第に腹痛や炎症は改善傾向となった。膵炎の原因として飲酒歴や総胆管結石を疑う所見は乏しく、メサラジンやステロイドによる薬剤性またはIgG4陰性であったが、UCの背景から自己免疫性膵炎(AIP)が鑑別として考えられた。腫大を認めた膵尾部よりEUS-FNAを施行した。病理ではgranulocytic epithelial lesion (GEL)を認め、2型AIPと診断した。退院1週間後、UCの活動性悪化とともに上腹部痛の再燃と膵酵素の再上昇を認めた。膵炎再燃と考えられ、ステロイド導入も検討したが、UCのコントロールにより2型AIPが改善するという報告があることから、ウステキヌマブでUCの寛解導入を試みつつ、急性膵炎に準じた治療を行った。速やかに上腹部痛・炎症反応の改善が得られ、退院した。その後、下痢・血便が再燃し、トファシチニブを導入したところ、UCのコントロール良好となり、2型AIPも再発なく経過している。退院2ヶ月後に施行したMRIでは、当初認めた膵尾部の拡散制限は減弱し、膵尾部の腫大も改善していた。【結語】UCの経過中に発症した2型AIPの症例を経験した。UC加療中に急性膵炎を発症した場合に、2型AIPを念頭にEUS-FNAを検討する必要がある。また、UCのコントロールが得られる場合、2型AIPで再燃は稀とされるため、ステロイドの導入はせずにUCのコントロールに努めることも考慮されると考える。

2型自己免疫性膵炎, 潰瘍性大腸炎

横浜労災病院 消化器内科 白土達也, 高柳卓史, 悦田咲季子, 能中理紗子, 上野航大, 井井辰光, 西上堅太郎, 伏見 光, 松本彰太, 佐野 誠, 枇杷田祐佑, 稲垣淳太, 春日範樹, 岡田直也, 内山詩織, 関野雄典, 永瀬 肇

【背景】腫瘍径1cm以下の場合の5年生存率は約80%と報告され膵癌の予後改善には早期診断が重要であり、早期膵癌のサインとして、限局性膵萎縮(Focal Pancreatic Parenchymal Atrophy: FPPA)の画像所見が着目されている。また、膵癌においては“正常膵管上皮から腫瘍細胞への変化の開始から転移能を獲得した悪性化まで、約15年かかる”と推測される”と報告されており、膵癌の自然史を画像検査にて把握することは膵癌早期診断において重要である。今回我々は、FPPAが生じてから、主膵管拡張・腫瘍形成・膵外進展までの長期経過をCT検査にて観察することができた一例を経験したため報告する。

【症例】80代男性で、当院他科にて他臓器癌の術後サーベイランスのため、定期的に体幹部CTを撮像していた。膵管癌の病理組織学的診断日をX日とする。X-24か月には放射線科医の読影にて膵精査の推奨もあるも、他科担当医の元、当科への紹介には至らず、X-2か月のCTにて再度膵精査の推奨ありX-1か月に当科へ紹介受診となった。

過去CT画像を回顧すると、X-11年の時点ですでに膵尾部にFPPAを認め、萎縮領域に一致して平衡相で増強性の造影効果を伴っていた。FPPAは経時的に進行し、X-35か月にはFPPAはわずかに改善し、FPPAの頭部側の膵実質の限局的な腫大を認め、X-24か月には主膵管の拡張が出現し、FPPAの頭部側の腫大は進行、X-12か月にはFPPAは消失し、主膵管拡張は進行し主膵管の遠端部に27mmの腫瘍を認め、X-2か月には腫瘍は60mmにまで増大し腹腔・上腸間膜動脈に浸潤していた。EUS-FNAを施行し膵尾部癌T4N0M0cStageIII(膵管取り扱い規約第7版)の確定診断に至った。その後、GEM単剤による全身化学療法を行うもX+3か月には肺転移を認め、X+8か月に肺炎により死亡となった。

【結語】今回、FPPAを呈してから膵外進展までの膵癌の11年の経過をCT検査にて観察し得た稀な症例を経験した。膵癌の早期診断には膵臓の画像所見をtime lineに沿って評価することが重要であり、文献的考察を含めて報告する。

膵癌, 限局性膵萎縮



北里大学北里研究所病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 同 炎症性腸疾患先進医療センター<sup>2)</sup>,  
 同 予防医学センター<sup>3)</sup>, 同 腫瘍センター<sup>4)</sup>,  
 同 病理診断科<sup>5)</sup>  
 堂脇志恵<sup>1)</sup>, 宮本康雄<sup>1,3)</sup>, 梅田智子<sup>1,2)</sup>, 小松萌子<sup>1)</sup>, 芹澤 奏<sup>1)</sup>,  
 佐上晋太郎<sup>1,2)</sup>, 西村 賢<sup>1,4)</sup>, 中野 雅<sup>1,2)</sup>, 前田一郎<sup>5)</sup>, 日比紀文<sup>2)</sup>,  
 小林 拓<sup>1,2)</sup>

【症例】40歳代、男性【主訴】腹痛【現病歴】25年前に全身の痛みに対して線維筋痛症と診断され、ペインクリニックに通院していた。20年ほど前から1-2か月に1回の頻度で2-3日持続する腹痛が出現していた。20XX年3月に強い腹痛を自覚し他院を受診したところ、腹部造影CT検査で造影効果を伴う限局性・全周性の小腸壁の肥厚と内腔拡張を認め小腸閉塞と診断され入院した。数日で自然軽快し退院したのち同月当院消化器内科を紹介受診した。【初診時所見】腹部自発痛なし。【身体所見】腹部圧痛なし。【検査所見】血液検査：白血球 3370 /  $\mu$ L, CRP 1.43 mg/dL, SAA 5.6  $\mu$ g/mL。上下部消化管内視鏡検査・バルーン小腸内視鏡検査：特記すべき所見なし。【経過】外来での診断に難渋していたが、経過中腹痛発症しIBDセンター受診したところ、問診から家族性地中海熱(FMF)を強く疑いコルヒチン0.5 mg/日を開始した。腹痛の頻度・程度ともに改善しただけでなく、長期存在した線維筋痛症様の全身痛も消失した。遺伝子検査ではMEFVexon10にヘテロ変異(p. M694I)が確認された。その後1年にわたってほぼ無症状で経過している。【考察】FMFは主にMEFV遺伝子に変異を認める自己炎症性疾患である。本邦における遺伝子変異はExon2のp. E148QとExon10のp. M694Iの頻度が高い。p. M694I保因患者は周期的に繰り返す発熱・腹痛があり短期間に自然軽快することが特徴であり、治療・合併症であるアミロイドーシスの予防にはコルヒチンが有効である。本邦でのFMF診断例は海外と比較して成人発症が多く、患者数も約500人と希少な疾患とされているが、医療者の疾患認知度による影響も否定できない。繰り返す腹痛に対してはFMFを念頭において病歴を聴取し、早期診断と治療に繋げることが重要である。

繰り返す腹痛, 家族性地中海熱

## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第378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378回例会  
当番会長 加藤 広行

旭化成ファーマ株式会社  
アストラゼネカ株式会社  
アッヴィ合同会社  
EAファーマ株式会社  
MSD株式会社  
株式会社大塚製薬工場  
小野薬品工業株式会社  
オリンパスマーケティング株式会社  
科研製薬株式会社  
株式会社栗原医療器械店  
コヴィディエンジャパン株式会社

シスメックス株式会社  
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社  
第一三共株式会社  
武田薬品工業株式会社  
株式会社ツムラ  
帝人ヘルスケア株式会社  
テルモ株式会社  
日本化薬株式会社  
ヴィアトリス製薬株式会社  
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社  
ミヤリサン製薬株式会社

(敬称略50音順・2023年12月12日現在)