

# 日本消化器病学会 関東支部第379回例会

## プログラム・抄録集



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）

令和6年4月27日（土）

海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第379回例会 プログラム・抄録集

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）  
〒221-0855 神奈川県横浜市神奈川区三ツ沢西町1-1  
TEL 045-316-4580

会 期：令和6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 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 14：15～14：30）
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8：00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4月27日（土）に現地開催となります。
  - 1) 評議員会：4月27日（土）12：00～12：30（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379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：jsge379kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084



# 日本消化器病学会関東支部第379回例会

## 令和6年4月27日（土）

8：28～8：30 開会の辞					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（消化管1）1～4	8：30～8：54	田村 繁樹	(10) 専攻医Ⅶ（肝胆膵1）41～44	8：30～8：54	瀬崎ひとみ
(2) 専攻医Ⅱ（消化管2）5～9	8：54～9：24	北村 昌史	(11) 専攻医Ⅷ（肝胆膵2）45～48	8：54～9：18	慶徳 大誠
(3) 専攻医Ⅲ（消化管3）10～14	9：24～9：54	渋谷 紀介	(12) 専攻医Ⅸ（肝胆膵3）49～52	9：18～9：42	藤澤 聡郎
(4) 専攻医Ⅳ（消化管4）15～18	9：54～10：18	田川 慧	(13) 専攻医Ⅹ（肝胆膵4）53～55	9：42～10：00	安達 快
10：18～10：23 休憩			10：00～10：05 休憩		
(5) 専攻医Ⅴ（消化管5）19～23	10：23～10：53	横山 康行	(14) 研修医Ⅰ（消化管1）56～59	10：05～10：29	岡田 直也
(6) 専攻医Ⅵ（消化管6）24～27	10：53～11：17	田村 哲哉	(15) 研修医Ⅱ（消化管2）60～64	10：29～10：59	福田 知広
(7) 専攻医Ⅶ（消化管 <sup>消化管 のほか</sup> ）28～30	11：17～11：35	立川 準	(16) 研修医Ⅲ（肝胆膵）65～68	10：59～11：23	萩原 慶
			(17) 研修医Ⅳ（膵・その他）69～72	11：23～11：47	権藤 興一
			12：00～12：30 評議員会（第2会場）		
12：15～13：05 ランチョンセミナー1（第1会場）			12：40～13：20 ランチョンセミナー2（第2会場）		
「クローン病診療と新たなエビデンス」			「肛門病変を伴うクローン病の治療 ～長期予後を見据えて～」		
東京医科歯科大学 消化器連携医療学 藤井 俊光 先生 司会 北里大学医学部消化器内科学 横山 薫 先生 共催：アッヴィ合同会社			東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患センター 酒匂美奈子 先生 司会 東京慈恵会医科大学内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之 先生 共催：武田薬品工業株式会社		
13：20～14：15 特別講演（第1会場）					
「固形癌は代謝病という視点から見た癌免疫治療研究」					
岡山大学学術研究院医歯薬学域免疫学分野 教授 鶴殿平一郎 先生 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					
14：15～14：30 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(8) 消化管1 31～35	14：35～15：05	山本 恵介	(18) 消化管3 73～77	14：35～15：05	日比谷秀爾
(9) 消化管2 36～40	15：05～15：35	神岡 洋	(19) 肝・膵・その他 78～82	15：05～15：35	佐藤巳喜夫
15：35～ 閉会の辞（第1会場）					

専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式にご参加ください。  
（第1会場 14：15～）

## 特別講演

第1会場 13:20~14:15

# 「固形癌は代謝病という視点から見た 癌免疫治療研究」

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** 先生  
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**

……演者の先生ご紹介……

うどの へいいちろう  
**鵜殿 平一郎** 先生

岡山大学学術研究院医歯薬学域免疫学分野 教授

### 略歴

1985年3月 長崎大学医学部卒業 医学部附属病院  
第二内科 研修医  
1990年3月 長崎大学大学院博士課程修了 医学博士  
1991年6月 米国ニューヨーク・マウントサイナイ  
医科大学留学  
1993年10月 岡山大学医学部助手  
1998年1月 長崎大学医学部講師  
1999年1月 長崎大学医学部助教授  
2003年3月 独立行政法人理化学研究所横浜研究所  
免疫アレルギー科学総合研究センター  
チームリーダー  
2011年4月 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科  
教授  
2021年4月 岡山大学学術研究院医歯薬学域 教授  
～現在に至る

### 賞罰

平成6年 小林孫兵衛記念医学賞  
平成9年 両備禮園記念財団研究助成  
平成10年 加藤記念バイオサイエンス研究助成  
平成11年 長崎大学角尾学術賞  
平成25年 内藤記念科学振興財団研究助成  
平成24年 武田科学振興財団研究助成  
平成25年 セコム科学技術振興財団研究助成  
平成26年 大和証券ヘルス財団研究助成  
平成29年度 内藤記念科学振興財団特定研究助成

### 所属学会等

日本癌学会(評議員)、日本免疫学会(評議員)、日本癌免疫学会(理事)  
日本臨床ストレス応答学会(幹事)、日本生化学会  
International Immunology誌(Associate Editor)

## ランチオンセミナー 1

第1会場 12:15~13:05

# 「クローン病診療と新たなエビデンス」

東京医科歯科大学 消化器連携医療学 准教授 **藤井 俊光** 先生  
司会 北里大学医学部 消化器内科学 診療准教授 **横山 薫** 先生

共催：アツヴィ合同会社

……演者の先生ご紹介……

<sup>ふじい</sup> <sup>としみつ</sup>  
**藤井 俊光** 先生

東京医科歯科大学 消化器連携医療学 准教授

### 略歴

平成14年 東京医科歯科大学医学部卒業  
平成14年 東京医科歯科大学医学部附属病院合同内科にて研修  
平成15年 草加市立病院内科医員  
平成16年 長野厚生連北信総合病院消化器内科  
平成17年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科(消化器病態学)、渡辺守先生、金井隆典先生に師事  
研究テーマは慢性腸炎の機序解明と新規免疫統御療法の開発  
新規免疫抑制剤S1P1受容体アゴニストのマウス慢性腸炎モデルでの有用性と新規作用機序を解明  
平成21年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医学博士取得  
平成21年 東京医科歯科大学消化器内科医員、長沼誠先生、松岡克善先生に臨床研究を師事  
平成25年 東京医科歯科大学消化器内科助教  
平成28年 東京医科歯科大学消化器内科医学部内講師  
平成31年 東京医科歯科大学潰瘍性大腸炎・クローン病先端治療センター副センター長  
令和元年 東京医科歯科大学潰瘍性大腸炎・クローン病先端医療センターへ改組

令和4年 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科消化器連携医療学講座准教授

炎症性腸疾患の診療、臨床研究に従事、多数の治験責任医師を担当、武蔵野赤十字病院、草加市立病院でIBD外来を開設し地域のIBD診療の向上、大学消化器内科では医局長、関連病院統括等を歴任し若手医師育成を担当。

### 所属学会

日本消化器病学会(学会評議員、関東支部評議員、指導医、ガイドライン炎症性腸疾患(IBD)作成委員会委員)、日本消化器内視鏡学会(関東支部評議員、指導医)、日本炎症性腸疾患学会(臨床疫学委員会委員、専門医システム委員会委員)、大腸癌研究会 炎症性腸疾患関連癌診療ガイドライン作成委員、日本消化管学会(指導医)、日本肝臓学会、日本内科学会、日本感染症学会、日本免疫学会、日本臨床免疫学会、「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班 診断基準改訂プロジェクト委員、腸管外合併症治療指針作成委員、他  
American Gastroenterological Association、European Crohn's and Colitis Organisation

## ランチオンセミナー2

第2会場 12:40～13:20

# 「肛門病変を伴うクローン病の治療 ～ 長期予後を見据えて～」

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患センター 部長 **酒匂美奈子** 先生  
司会 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 主任教授 **猿田 雅之** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

……演者の先生ご紹介……

さこう みなこ  
**酒匂 美奈子** 先生

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 部長

### 略歴

2001年 旭川医科大学医学部医学科卒業  
国立国際医療センター(現 国立国際医療研究センター戸山病院)内科研修医  
2003年 横浜市立市民病院 外科レジデント  
2004年 社会保険中央総合病院 内科 医員  
2014年 東京山手メディカルセンター(病院名改称) 炎症性腸疾患内科 医員  
2020年 同 医長  
2023年 同 部長

### 所属学会

日本内科学会 認定医  
日本消化器病学会 専門医 指導医  
日本消化器内視鏡学会 専門医  
日本炎症性腸疾患学会  
日本大腸肛門病学会

## 第1会場（午前の部）

8：28～8：30

—開会の辞—

—評価者—

医療法人徳洲会 湘南鎌倉総合病院	消化器病センター	佐々木亜希子
日本医科大学付属病院	消化器外科	進士 誠一
東京女子医科大学病院	消化器内科	米澤麻利亜

(1) 専攻医Ⅰ（消化管1） 8：30～8：54 座長 横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 田村 繁 樹

1. 頸椎前縦靱帯骨化症により嚥下障害をきたした一例

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

2. 食道に発生した免疫低下に伴うEBV関連リンパ増殖性疾患の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○平野 杏奈, 澁谷 尚希, 柴田 英典, 中村 光希  
上田 薫, 山崎 琢士, 猿田 雅之  
同 皮膚科 長久 大介  
同 腫瘍・血液内科 鈴木 一史, 矢野 真吾  
同 病理診断科 本間 志功

3. トシリズマブとステロイドの併用が奏功したカンジタ食道炎合併のirAE食道炎の一例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○池 瞳, 諸星 雄一, 中原 日菜, 立野 瑞樹  
鎌田 直樹, 江澤 将敬, 倉増 佑樹, 山本晴二郎  
羽田 明海, 後藤 行, 影山 知也, 石野すみれ  
福田 知広, 角田 裕也, 今村 諭, 長久保秀一  
小池 祐司, 林 宏行, 藤田由里子, 小松 弘一

4. 糖尿病性ケトアシドーシスに合併した急性壊死性食道炎の一例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○佐藤雄太郎, 加藤 正樹, 荒木 建一, 小松 拓実  
中本 悠輔, 清川 博史, 今野 真己, 佐藤 義典  
前畑 忠輝, 安田 宏, 立石 敬介  
同 代謝・内分泌内科 菱田 吉明

(2) 専攻医Ⅱ（消化管2） 8：54～9：24 座長 自治医科大学 消化器内科 北村 昌 史

5. 乳癌の転移性食道腫瘍により食道狭窄を呈した一例

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

6. イマチニブによる術前補助化学療法が著効した巨大胃 GIST の一例

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, 西村 尚, 酒寄 千晶, 三國 隼人  
澤田 亮一, 猿田 雅之  
同 外科学講座 上部消化管外科 黒河内喬範

7. 神経線維腫症 1 型に合併した進行胃癌の 1 例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○鈴木 裕介, 菊地 秀昌, 清水 桃子, 白井 萌子  
坂口 吉朗, 小林 楓, 西宮 哲生, 岩下 裕明  
宮村 美幸, 山田 哲弘, 中村健太郎, 松岡 克善

8. ニボルマブによる 3 次療法後、無治療で完全奏功(CR)を維持している切除不能胃癌の一例

町田市民病院 消化器内科 ○廣畑 愛, 谷田恵美子, 鈴木 瞳, 神谷 昂汰  
芳賀 将輝, 長谷川雄大, 河村 篤, 益井 芳文  
和泉 元喜

9. オルメサルタン関連スプルー様腸炎を発症した一例

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

(3) 専攻医Ⅲ(消化管3) 9:24~9:54 座長 獨協医科大学 下部消化管外科 渋谷 紀介

10. 血便を契機に診断された成人消化管重複症の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○水谷 琢, 三浦 孝也, 佐藤 杏美, 佐々木吾也  
小島 柊, 松本 圭太, 小糸 雄大, 石井 剛弘  
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  
同 一般外科 長谷部龍士, 渡部 文昭, 力山 敏樹

11. 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) による小腸穿孔を来した一例

横須賀共済病院 外科 ○前田 直紀, 野尻 和典, 小野 秀高, 八子 博貴  
今西 康太, 吉田 謙一, 諏訪 宏和, 大田 洋平  
太田 絵美, 鈴木 千穂, 岡野 茉由, 紫葉 裕介  
北本 真悠, 杉村 直彦, 布施 雄馬, 高田由佳理  
舛井 秀宣, 長堀 薫

12. 肺多形癌の術後早期に小腸転移を発見した 1 例

川崎幸病院 消化器内科 ○竹内 優太, 岡本 法奈, 谷口 文崇, 小野 颯  
中島 祥裕, 森重健二郎, 塚本 啓祐, 大前 芳男

13. 小腸内視鏡で粘膜下腫瘍が疑われたメッケル憩室の一例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○松倉 渉子, 三井 達也, 木村 容子, 小松 悠香  
藤麻 武志, 荻原 良太, 日比 則孝, 森久保 拓  
箕輪慎太郎, 三浦 みき, 齋藤 大祐, 林田 真理  
三好 潤, 松浦 稔, 久松 理一  
同 消化器・一般外科 大森 春佑, 阿部 展次  
同 病理学教室 林 怜匡, 柴原 純二

14. 胆汁酸腸石によるイレウスの1例

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科 ○岡田 俊二, 比留間智紀, 今井 健太, 坂部 勇太  
北川 博之, 菊地 秀彦, 西山 竜

(4) 専攻医Ⅳ(消化管4) 9:54~10:18 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 田川 慧

15. 潰瘍性大腸炎術後,30年以上経過後に発生した回腸囊癌の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○浦島 哲大, 辰巳 健志, 小原 尚, 斎藤紗由美  
黒木 博介, 杉田 昭, 小金井一隆

16. 激しい全身症状を呈した5-アミノサリチル酸製剤不耐の一例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○小森友花子, 横山 薫, 堀井 敏喜, 金澤 潤  
別當 朋広, 池原 久朝, 草野 央  
同 新世紀医療開発センター 小林 清典

17. 潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎に合併した無菌性胆嚢膿瘍の一例

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

18. 潰瘍性大腸炎治療としてのシクロスポリンを使用中に可逆性後頭葉白質脳症症候群を呈した一例

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○西口 貴則, 山崎 大, 岡野 莊, 園田 光  
酒匂美奈子, 岩本 志穂, 深田 雅之

(5) 専攻医Ⅴ(消化管5) 10:23~10:53 座長 日本医科大学付属病院 消化器外科 横山 康行

19. 大腸ポリープの頸部に粘液湖を認めた粘膜内癌の1例

自治医科大学 消化器一般移植外科 ○秋元 峻舗, 東條 峰之, 利府 数馬, 村橋 賢  
本間 祐子, 直井 大志, 伊藤 誉, 井上 賢之  
森 和亮, 鯉沼 広治, 堀江 久永, 北山 丈二  
山口 博紀, 佐田 尚宏  
同 消化器・肝臓内科 林 芳和  
同 病理診断部 福嶋 敬宣

20. 集学的治療により CR を達成した肝転移を伴う上行結腸癌の 1 例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○大西 勇輔, 野村 優, 本多 悠, 櫻井裕一郎  
城野 紡, 藤野 洋平, 高井 佑輔, 岩崎 暁人  
清水 智樹, 酒井 英嗣, 真田 治人  
同 外科 加藤 秀明, 渡邊 透

21. 悪性リンパ腫寛解中に生じた異時性 MSI-H 大腸癌の 1 例

帝京大学医学部溝口病院 外科 ○渡邊 理, 國本 真由, 高橋 秀樹, 小泉 彩香  
茂原 富美, 添田 成美, 高島 順平, 山崎 健司  
杉本 齊, 藤本 大裕, 黒田 浩章, 三浦 文彦  
谷口 桂三, 松谷 哲行, 小林 宏寿

22. 免疫チェックポイント阻害薬が著効し安全に根治切除し得た高頻度マイクロサテライト不安定性閉塞性横行結腸癌の一例

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

23. 小腸転移を認めた乳腺浸潤性小葉癌の 1 例

横浜国立大市民病院 消化器外科 ○奥津 康子, 田中 優作, 山本 峻也, 本間 実  
工藤 孝迪, 山本 淳, 清水 康博, 藪野 太一  
望月 康久  
同 乳腺外科 門倉 俊明, 小谷 礼子, 嶋田 和博

(6) 専攻医Ⅵ(消化管6) 10:53~11:17 座長 総合東京病院 消化器内科 田村 哲哉

24. 直腸粘膜切除術(EMR)に続発した Crowned dens 症候群の 1 例

北里大学病院 消化器内科 ○齋藤佑太郎, 横山 薫, 原田 洋平, 伊藤 隆士  
堀井 敏喜, 金澤 潤, 別當 朋広, 池原 久朝  
草野 央

25. 多発 EMR 後潰瘍に侵入した無症候性大腸アニサキスの一例

ひたち医療センター 消化器センター  
昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○村岡 幹夫, 角 一弥  
ひたち医療センター 消化器センター 姫井 紅里, 浅見 哲史, 松根 佑典, 柴田 英貴  
石原 明

26. 腹部超音波検査にて診断し得た若年性ポリープを契機に発症した小児腸重積の 1 例

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科 ○松坂 翔, 土方 一範, 林 幹士, 藤井 紘大  
鳥羽 崇仁, 藤本 愛, 和久井紀貴, 岡野 直樹  
永井 英成, 松田 尚久

27. 腺腫を合併した直腸粘膜脱症候群に内視鏡切除を施行した一例

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器内科 ○中谷健二郎, 見原 雄貴, 得平 卓也, 吉田 良仁  
高橋 秀明, 松本 伸行  
同 内視鏡部 黒木優一郎  
同 病理診断科 長宗我部基弘, 有泉 泰  
聖マリアンナ医科大学 消化器内科 立石 敬介

(7) 専攻医Ⅶ(消化管そのほか) 11:17~11:35 座長 平塚市民病院 立川 準

28. 著明な腹腔内遊離ガスと腸管気腫症を伴った巨大結腸症の一例

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

29. 日単位で増大する腸間膜原発脱分化脂肪肉腫により死亡した一例

横浜国立大学横浜市市民病院 消化器内科 ○影山 知也, 藤田由里子, 中原 日菜, 池 瞳  
後藤 行, 江澤 将敬, 山本晴二郎, 羽田 明海  
石野すみれ, 福田 知広, 角田 裕也, 今村 諭  
長久保秀一, 諸星 雄一, 小池 祐司, 小松 弘一

30. SIADH を合併した結核による被囊性腹膜硬化症の1例

虎の門病院 消化器内科 ○内藤 宏, 前原 耕介, 平野 多紀, 服部 大輔  
佐藤 悦基, 田村 哲男, 小山里香子, 今村 網男  
同 臨床感染症科 原口 瑞樹, 荒岡 秀樹

13:20~14:15

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

岡山大学学術研究院医歯薬学域免疫学分野 教授 鶴殿 平一郎 先生

司会 横浜市立市民病院炎症性腸疾患センター 小金井 一 隆

(8) 一般演題(消化管1) 14:35~15:05 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 山本 恵介

31. 粘膜下腫瘍に併存した早期食道癌

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○佐々木亜希子, 市田 親正, 隅田ちひろ, 西野 敬祥  
長山 未来, 内藤 航

32. Delle を伴う胃粘膜下腫瘍に対して、腹腔鏡内視鏡合同手術 (CLEAN-NET) を施行した2例

東京大学医科学研究所附属病院 外科 ○小野山温那, 阿彦 友佳, 門間 聡子, 柵山 尚紀  
愛甲 丞, 志田 大  
国立消化器・内視鏡クリニック 吉汲祐加子  
ららぽーと横浜クリニック 大西 達也  
東京大学医科学研究所附属病院 病理科 大田 泰徳  
同 消化器内科 松原 康朗, 池松 弘朗

33. 小腸と尿管との間に瘻孔を形成したクローン病3例の臨床経過

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

34. 生物学的製剤によるクローン病の狭窄の変化

東京医科歯科大学 消化器内科 ○竹中 健人, 清水 寛路, 田村 皓子, 森川 亮  
藤井 俊光, 岡本 隆一  
東京医科歯科大学病院 光学医療診療部 河本 亜美, 日比谷秀爾, 大塚 和朗

35. 内服開始5年後に発症したオルメサルタンに起因するスプルー様腸疾患の一例

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 ○小林 卓真, 小黒 邦彦, 船山 陽平, 坂本 博次  
矢野 智則, 山本 博徳

- (9) 一般演題(消化管2) 15:05~15:35 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 神岡 洋
36. 難治性潰瘍性大腸炎に対して大腸全摘術後7年で回腸囊 high-grade dysplasia を発症し、回腸囊切除術を施行した1例  
東京大学医学部 腫瘍外科 ○小松 更一, 品川 貴秀, 船越 薫子, 園田 洋史  
阿部 真也, 永井 雄三, 松崎 裕幸, 横山雄一郎  
江本 成伸, 室野 浩司, 佐々木和人, 野澤 宏彰  
石原聡一郎
37. 約20年間の横行結腸人工肛門造設状態からの人工肛門閉鎖後、大腸機能の回復をみたクローン病の一例  
JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○酒匂美奈子, 西口 貴則, 山崎 大, 岡野 荘  
園田 光, 岩本 志穂, 深田 雅之
38. 抗 TNF  $\alpha$  抗体製剤が奏功した、潰瘍性大腸炎に対する結腸亜全摘後に大量出血と穿孔で発症した小腸多発潰瘍の1例  
横浜市立大学市民総合医療センター IBD センター ○鳥谷建一郎, 木村 英明, 前橋 学, 白倉 大毅  
栗村 紀輝, 春山 芹奈, 中森 義典, 松林 真央  
国崎 玲子  
横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科学 遠藤 格
39. 当院で経験したウォシュレットによる直腸潰瘍の2例  
亀田総合病院 消化器内科 ○西脇 拓郎, 蘆川 堯, 船登 智将, 井上 薪  
川満菜津貴, 吉村 茂修, 南雲 大暢, 仲地健一郎  
中路 聡
40. びまん浸潤型大腸癌との鑑別に苦慮した慢性憩室炎の一例  
藤沢市民病院 消化器内科 ○三枝 正路, 福地 剛英, 岩瀬 滋  
横浜市立大学附属病院 消化器内科学 前田 慎

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

虎の門病院 消化器外科（肝・胆・膵）	進藤 潤一
横浜市立大学附属病院 消化器内科	日暮 琢磨
町田市民病院 消化器内科	谷田恵美子

(10) 専攻医Ⅶ(肝胆膵1) 8:30~8:54 座長 虎の門病院 肝臓内科 瀬崎 ひとみ

#### 41. C型慢性肝炎の抗ウイルス療法によるSVR後7年で肝細胞癌を発症した一例

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

#### 42. 肝生検にて診断し得た Multicystic Biliary Hamatoma (MCBH) の1例

災害医療センター 消化器科 ○常井 薫時, 大野 志乃, 竹内 祐貴, 杉山 勇太  
柴田 勇, 佐々木善浩, 板倉 潤  
同 病理科 平野 和彦

#### 43. ステロイドパルス療法で治療し得た急性B型肝炎の一例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○砂山 学, 上田 薫, 神岡 洋, 澁谷 尚希  
佐伯 千里, 及川 恒一, 猿田 雅之

#### 44. 薬剤性胆汁鬱滞型肝障害遷延化の原因として、十二指腸乳頭括約筋機能異常の関与が疑われ、診断に肝胆道シンチグラフィが有効であった1例

防衛医科大学校病院 消化器内科 ○安藤 悠哉  
東京医科歯科大学病院 総合診療科  
防衛医科大学校病院 消化器内科 成松 和幸, 吉岡 幹士, 山下 耕生, 菅原 悠輝  
岡崎 忽也, 大黒 拓磨, 落合美音子, 木本 侑哉  
江崎 航大, 川端 紘輔, 武川 舞子, 植田 浩貴  
石川 博隆, 東山 正明, 高本 俊介, 富田 謙吾  
穂苺 量太  
東京医科歯科大学病院 総合診療科 馬淵 卓, 橋本 正良

(11) 専攻医Ⅷ(肝胆膵2) 8:54~9:18 座長 武蔵野赤十字病院 消化器内科 慶徳 大誠

#### 45. 重症肝不全に対し肝生検で診断し得た肝アミロイドーシスの一例

川崎市立井田病院 消化器内科 ○藤吉 朋子, 岡田 享, 山田 博昭, 高松 正視  
伊藤 大輔  
同 内科 西尾 和三  
同 病理診断科 杜 ぶん林  
川崎市立川崎病院 血液内科 定平 健

46. 右半結腸切除術後の乳糜腹水に対してオクトレオチドを使用した一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器肝臓内科 ○石綿 藍梨, 光吉 優貴, 小森 徹也, 山本 玖美  
田中 孝幸, 土屋 学, 石川 将史, 鹿野 智裕  
佐藤 優子, 三浦由起子, 野口 正朗, 板垣 宗徳  
松平 浩, 木下 晃吉, 小池 和彦  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

47. 免疫複合療法後のカボザンチニブ再投与が奏功し drug-free となった進行肝細胞癌の一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科 ○山崎 雄大, 土谷 薫, 安井 豊, 内原 直樹  
田中 雄紀, 宮本 遥, 慶徳 大誠, 岡田 理沙  
樋口 麻友, 高浦 健太, 田中 将平, 前屋鋪千明  
玉城 信治, 中西 裕之, 高橋 有香, 泉 並木  
黒崎 雅之

48. RomeIV 分類で診断不可能であった機能的胆道障害の2例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○勝又 理沙, 小林 正典, 石堂 舜, 勝田 景統  
金子 俊, 福田 将義, 村川美也子, 朝比奈靖浩  
大塚 和朗, 岡本 隆一

(12) 専攻医X(肝胆膵3) 9:18~9:42 座長 順天堂大学 消化器内科学講座 藤澤 聡 郎

49. 右肝静脈のシャント形成により肝左三区域切除術で切除し得た肝門部領域 IPNB の一例

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 ○正田 貴大, 新木健一郎, 石井 範洋, 福島 涼介  
奥山 隆之, 関 貴臣, 星野 弘毅, 萩原 慶  
河合 俊輔, 塚越真梨子, 五十嵐隆通, 播本 憲史  
調 憲

50. 胆管狭窄を伴う胆嚢癌との鑑別に苦慮した黄色肉芽種性胆嚢炎の一例

東京通信病院 消化器内科 ○弦間 有香, 時任佑里恵, 松井 徹, 坂井有里枝  
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 岸田由起子  
同 外科 奥田 純一

51. 心窩部痛で発症した胆嚢捻転症の1例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○坂東 麻由, 三浦 亮, 清水 友貴, 本田 卓  
松本 康佑, 青柳 仁, 磯野 朱里, 阿部浩一郎  
有住 俊彦, 小田島慎也, 淺岡 良成, 山本 貴嗣  
田中 篤  
同 外科学講座 貝沼 雅彦, 佐野 圭二

52. 表層進展の診断に経口胆道鏡が有用であった肝左葉 IPNB の1例

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

(13) 専攻医Ⅱ(肝胆膵4) 9:42~10:00 座長 北里大学医学部 消化器内科学 安達 快

53. 原発巣と転移巣で腫瘍性質が変化した膵神経内分泌腫瘍多発肝転移の1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○金澤 卓也, 神保 泰久, 鈴木 彬実, 福嶋 浩文  
藤澤 聡郎, 石川 大, 内山 明, 永原 章仁  
池嶋 健一, 伊佐山浩通

54. EUSガイド下による穿刺・排膿が有効であった膵膿瘍の1例

総合病院国保旭中央病院 消化器内科 ○小林里彩子, 中川美由貴, 長澤 正憲, 重原 光那  
瀬谷 俊格, 吉埜 稜平, 宮川 明祐, 樋口 正美  
窪田 学, 中村 朗, 紫村 治久, 糸林 詠  
志村 謙次

55. EUS-CD後に遅発性の出血を繰り返した1例

東海大学八王子病院 消化器内科 ○田澤 遥介, 伊藤 裕幸, 小村 侑司, 山口 徹  
張 つほみ, 伊藤 彩乃, 津田 真吾, 広瀬 俊治  
永田 順子, 鈴木 孝良

(14) 研修医Ⅰ(消化管1) 10:05~10:29 座長 横浜労災病院 消化器内科 岡田 直也

56. NivolumabによるirAE後に肺転移巣が消失し、化学療法フリーで長期生存を得ている頸部食道癌の1例

虎の門病院分院 消化器内科  
虎の門病院 消化器内科 ○岡本 和也  
虎の門病院分院 消化器内科 菊池 大輔, 山下 聡  
虎の門病院 臨床腫瘍科 陶山 浩一  
同 放射線治療科 富永 理人  
同 消化器内科 鈴木 悠悟, 布袋屋 修

57. 再建に工夫を要した空腸癌の一切除例

獨協医科大学 肝胆膵外科/一般外科 ○吉田 直樹, 白木 孝之, 仁木まい子, 佐藤 駿  
田中 元樹, 山口 教宗, 朴 景華, 森 昭三  
磯 幸博  
同 病理診断学 石田 和之, 青木 琢

58. 炎症性腫瘍による小腸狭窄に対して手術を施行した1例

横浜市立大学 消化器 腫瘍外科学 ○永山 智弓, 中川 和也, 竹下 裕介, 酒井 淳  
小澤真由美, 石部 敦士, 小坂 隆司, 秋山 浩利  
遠藤 格  
横浜市立大学附属病院 病理部 高瀬 宙希, 山中 正二, 藤井 誠志

59. 癌性腹膜炎との鑑別に審査腹腔鏡が有用であった結核性腹膜炎の1例

独立行政法人国立病院機構 相模原病院 消化器内科 ○久保川 俊, 川岸 加奈, 迎 美幸, 菅野 聡  
安達 献  
同 リウマチ科 野木 真一  
同 産婦人科 新井 努  
同 病理診断科 堀田 綾子, 齋藤 生朗

(15) 研修医Ⅱ(消化管2) 10:29~10:59 座長 一般財団法人神奈川県警友会けいゆう病院 消化器内科 福田 知 広

60. 出血部位の同定に難渋した Heyde 症候群の 1 例

国際医療福祉大学成田病院 初期研修医 ○眞部 悟一  
同 消化器内科 結束 貴臣, 金田 真人, 西澤 俊宏, 山下健太郎  
篠浦 丞, 井上 和明, 角田 圭雄, 海老沼浩利

61. 初発から 13 年後に再発症した難治性アメーバ腸炎の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○百合本大夢, 田村 皓子, 藤井 俊光, 竹中 健人  
清水 寛路, 小林 正典, 金子 俊, 村川美也子  
朝比奈靖浩, 岡本 隆一  
同 光学医療診療部 河本 亜美, 日比谷秀爾, 福田 将義, 大塚 和朗

62. 潰瘍性大腸炎に Wilson 病を合併した一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○金城めぐみ, 野上 章, 長谷川麻衣, 小松 萌子  
同 炎症性腸疾患先進治療センター 日比 紀文  
同 肝センター 齋藤 英胤  
同 消化器内科  
同 炎症性腸疾患先進治療センター 佐上晋太郎, 芹澤 奏, 洪井 俊祐, 梅田 智子  
阿曾沼邦央, 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

63. 潰瘍性大腸炎に合併した成人 Burkitt リンパ腫による腸重積症の 1 例

横浜市立市民病院 消化器外科 ○木村 圭佑, 工藤 孝迪, 山本 淳, 清水 康博  
田中 優作, 藪野 太一, 望月 康弘  
同 炎症性腸疾患科 辰巳 健志

64. 生体腎移植後に発症した潰瘍性大腸炎に対してベドリズムアブを投与した一例

北里大学医学部 消化器内科学 ○小野 高裕, 堀井 敏喜, 金澤 潤, 別當 朋広  
池原 久朝, 横山 薫, 草野 央  
同 新世紀医療開発センター 小林 清典

(16) 研修医Ⅲ(肝胆膵) 10:59~11:23 座長 群馬大学医学部附属病院 肝胆膵外科 萩原 慶

65. 肝内胆管癌 (Stage IVb) に対する化学療法・重粒子線療法が著効しコンバージョン手術を経て病理学的完全奏功を得た一例

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

66. EUS-FNA で診断した胆嚢神経内分泌癌の一例

横浜医療センター 消化器内科 ○笹山 大樹, 小田 貴之, 友成 悠邦, 鈴木 雅人

67. 胆嚢仮性動脈瘤を合併した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○植木 伸哉, 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

68. 減黄と診断に難渋した十二指腸乳頭部癌の1例

町田市民病院 消化器内科 ○鎌田 峻司, 谷田恵美子, 廣畑 愛, 鈴木 瞳  
神谷 昂汰, 芳賀 将輝, 長谷川雄大, 河村 篤  
益井 芳文, 和泉 元喜  
同 外科 脇山 茂樹  
同 病理診断科 干川 晶弘

(17) 研修医Ⅳ(腫・その他) 11:23~11:47 座長 杏林大学医学部 消化器内科学 権 藤 興 一

69. EUS-FNA が診断に有用であった2型自己免疫性膵炎の1例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○原 梨花子, 佐藤 彩, 水野 卓, 碓氷 七瀬  
山田 俊介, 辻 翔平, 相馬 直人, 浅見真衣子  
内田 義人, 安藤さつき, 中尾 将光, 菅原 通子  
中山 伸朗, 今井 幸紀, 持田 智

70. IPMN に嚢胞感染を伴った1例

がん・感染症センター 東京都立駒込病院 消化器内科 ○上田 梨紗, 仲程 純, 千葉 和朗, 南 亮悟  
氏田 互, 田畑 宏樹, 飯塚 敏郎, 神澤 輝実

71. 膵管空腸吻合部狭窄による再発性閉塞性膵炎に対して超音波内視鏡下膵管ドレナージ留置に成功した1例

慶應義塾大学 医学部 消化器内科 ○藤田 昂秀, 堀部 昌靖, 岩崎 栄典, 佐藤 萌  
金井 隆典  
同 一般・消化器外科 北郷 実

72. 総肝動脈膵仮性嚢胞内穿破による難治性 hemosuccus pancreaticus にステントグラフト (Viabahn) の血管内治療が奏効した1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床研修センター ○山田 彩乃  
同 消化器内科 富嶋 享, 阿部 大樹, 中村 駿佑, 奥秋 匠  
松下 瑞季, 山内 友愛, 伊藤 光一, 福生 有華  
大久保裕直  
東京女子医科大学 画像診断学・核医学教室 山本 敬洋

## 第2会場（午後の部） 一般演題

(18) 一般演題(消化管3) 14:35~15:05 座長 東京医科歯科大学病院 光学医療診療部 日比谷 秀 爾

### 73. 潰瘍性大腸炎に脳静脈洞血栓症を併発した一例

辻仲病院柏の葉 消化器内科・IBDセンター ○下山 義博, 竹内 健, 武田晋一郎, 與座喜一郎  
齋藤 慶太, 樋口 良太

### 74. 坐剤製剤によると考えられるメサラジン不耐をきたした潰瘍性大腸炎の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○和田 晴香, 加藤 智尋, 長谷川麻衣, 島村 仁子  
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 消化器内科  
同 炎症性腸疾患先進治療センター 阿曾沼邦央, 野上 章, 小松 萌子, 芹澤 奏  
洪井 俊祐, 梅田 智子, 中野 雅  
同 消化器内科  
同 炎症性腸疾患先進治療センター 小林 拓  
北里大学 医学部 消化器内科学

### 75. 入院を要する潰瘍性大腸炎患者に対するウパダシチニブの有用性の検討

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○古谷 誠, 太田 佑樹, 加藤 順, 小関 悠介  
小澁 雄史, 朱 信彰, 岩崎 巨征, 大山 湧平  
仲澤 隼人, 間宮 幸代, 堀尾 亮輔, 黒杉 茜  
園田美智子, 金子 達哉, 明杖 直樹, 對田 尚  
沖元謙一郎, 齊藤 景子, 松村 倫明, 加藤 直也

### 76. 難治性潰瘍性大腸炎に対するカロテグラストと biologics の dual therapy の試み

東京医科歯科大学 消化器内科 ○藤井 俊光, 日比谷秀爾, 河本 亜美, 田村 皓子  
森川 亮, 小林 桜子, 清水 寛路, 齊藤 詠子  
竹中 健人, 大塚 和朗, 岡本 隆一

### 77. ニューモシスチス肺炎を発症した腎細胞癌併発潰瘍性大腸炎に対し寛解維持療法として血球成分除去療法が有効であった一例

東京女子医科大学 消化器内科 ○高鹿 美姫, 米澤麻利亜, 山本 章子, 佐々木 優  
村杉 瞬, 伊藤亜由美, 大森 鉄平, 中村 真一  
徳重 克年

(19) 一般演題(肝・膵・その他) 15:05~15:35 座長 龍ヶ崎済生会病院 消化器内科 佐藤 巳喜夫

### 78. 急激な転帰を辿った肝血管肉腫の一例

伊勢崎市民病院 内科 ○甲賀 達也, 清水 萌, 飯塚 圭介, 上野 敬史  
増尾 貴成

### 79. パセドウ病に伴う肝障害との鑑別に難渋した自己免疫性肝炎の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○奥新 和也, 森山 慎, 松下 祐紀, 山田 友春  
中塚 拓馬, 南 達也, 佐藤 雅哉, 工藤洋太郎  
藤城 光弘, 建石 良介

80. 脾に多発する腫瘍を形成した限局型からびまん型へ移行した自己免疫性脾炎の1例

自治医科大学附属病院 内科学講座消化器内科部門 ○田中 朗嗣, 菅野 敦, 櫻井 祐輔, 池田恵理子  
安藤 梢, 横山 健介, 山本 博徳  
同 病理診断部 藤堂 祉揚, 坂口 美織, 河田 浩敏, 福嶋 敬宜

81. 当院における出血や穿孔に対する Over-The Scope Clip の検討

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

82. 7年6か月に亘る長期の化学療法後に難治性気胸を発症した直腸癌多発肺転移の一例

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

## 2024・2025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
380	黒崎 雅之 (武蔵野赤十字病院)	7月27日(土)	東京 海運クラブ	4月17日～ 5月22日予定
381	糸井 隆夫 (東京医科大学 消化器内科)	9月7日(土)	東京 海運クラブ	5月29日～ 7月3日予定
382	新井 誠人 (東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科)	12月14日(土)	東京 海運クラブ	8月28日～ 10月2日予定
383	田中 篤 (帝京大学医学部 内科学講座)	2025年 2月15日(土)	東京 海運クラブ	10月23日～ 11月27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 (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	5月22日(水)
45	福田 勝之 (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380回)例会のお知らせ

期 日：2024年7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

※オンライン視聴も可能です。

特別講演：「炎症性腸疾患と再生医療」

演者：東京医科歯科大学大学院・医歯学総合研究科 消化器病態学 教授

司会：武蔵野赤十字病院 院長

岡本 隆一  
黒崎 雅之

女性医師の会・特別セミナー：

「Diversity and inclusion ～世代を超えて消化器病診療・研究・キャリア形成を考える～」

司会：武蔵野赤十字病院 消化器内科 部長

武蔵野赤十字病院 消化器内科

土谷 薫  
前屋鋪 千明

「DE&Iは本当に必要なのか？」

演者：北里大学医学部 消化器内科学 主任教授

草野 央

「消化器内科医が幸せに働くために～女性医師の経験から～(仮)」

演者：東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患センター 部長

酒匂美奈子

「30代での妊娠、出産、育休を経て感じたキャリアプランをイメージすることの難しさ」

演者：がん研究会有明病院 下部消化管内科

泉 敦子

ランチョンセミナー1

司会：東京医科歯科大学 分子腫瘍医学分野 教授

田中 真二

「知っておくべき遺伝子パネル検査の使い方 ～消化器癌に対してどうしますか?～」

演者：聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学講座 主任教授

砂川 優

「肝胆膵がんにおけるCGP検査を交えた個別化治療」

演者：国立がんセンター 希少癌センター/中央病院 肝胆膵内科 医長

森実 千種

ランチョンセミナー2：「消化吸収アップデート」

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

演者：防衛医科大学校 内科学講座(消化器内科) 教授

穂苅 量太

当番会長：黒崎 雅之(武蔵野赤十字病院 院長)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge380kanto@pw-co.jp

#### ◆研修医・専攻医セッションについて◆

研修医(演題登録時に卒後2年迄)および専攻医(演題登録時に卒後35年迄)セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専攻医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号(99)で登録して下さい。なお、応募演題数が多い場合は、規定の受付期間内で先着順とし、一般演題に変更させていただく場合がございます。また研修医・専攻医セッションへの応募は、各々1施設(1診療科)、1演題に制限させていただきます。

#### お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

日本消化器病学会関東支部 第44回教育講演会ご案内  
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日時：2024年6月2日（日）

会場：WEB開催（当日のライブ配信のみ）

会長：眞嶋 浩聡（自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科）

主題：「最新&細心消化器病診療」

◆開会の辞◆眞嶋 浩聡（第44回教育講演会会長）

◆講演1◆「*Helicobacter pylori*陰性胃癌を熟知する」

司会：草野 央（北里大学医学部 消化器内科学）

講師：藤崎 順子（がん研有明病院 健診センター）

◆スポンサードセミナー1◆「潰瘍性大腸炎を「診る」ポイント」

司会：都築 義和（埼玉医科大学 消化管内科）

講師：松本 吏弘（自治医科大学さいたま医療センター 消化器内科）

◆スポンサードセミナー2◆「携帯エコーを用いた病態把握 便秘治療でガイドラインをどう活用するか」

司会：土屋 昭彦（上尾中央総合病院 消化器内科）

講師：結束 貴臣（国際医療福祉大学 成田病院 緩和医療科）

◆講演2◆「医療安全：消化器内視鏡診療における鎮静」

司会：安田 宏（聖マリアンナ医科大学 消化器内科）

講師：中井 陽介（東京女子医科大学 消化器内科）

◆講演3◆「脂肪性肝疾患の新しい分類－奈良宣言を踏まえて－」

司会：持田 智（埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科）

講師：三浦 光一（自治医科大学 消化器内科）

◆講演4◆「irAEについて消化器内科・外科医として知っておきたいこと」

司会：富谷 智明（埼玉医科大学 健康推進センター／消化器内科・肝臓内科）

講師：峯村 信嘉（三井記念病院 総合内科）

◆講演5◆「痔瘻早期発見に向けた最新の取り組み」

司会：眞嶋 浩聡（自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科）

講師：花田 敬士（JA尾道総合病院 消化器内科）

◆講演6◆「最新消化器がんゲノム診療」

司会：朴 成和（東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科）

講師：川上 尚人（近畿大学 医学部腫瘍内科）

◆支部長挨拶◆長谷川 潔（東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学）

◆閉会の辞◆眞嶋 浩聡（第44回教育講演会会長）

参加方法：2024年4月3日（水）正午（予定）～2024年5月22日（水）正午までに関東支部ホームページの参加登

録からお申し込みください。参加費（3,000円、テキスト代含む）はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。（定員500名）

更新単位：18単位

※参加証は各プログラムの視聴完了後、ならびに講演1～6の確認問題をご回答いただくとダウンロードできます。

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第44回教育講演会 運営事務局

株式会社プランニングウィル 担当：馬場、鹿子木、森山

TEL 03-6801-8084 FAX 03-6801-8094 E-mail: jsge44elm@pw-co.jp

# 1 頸椎前縦靱帯骨化症により嚥下障害をきたした一例

日本鋼管病院 消化器内科

大場悠貴, 渡邊勝一, 市川 武, 大和田真生, 渡部和気, 吉村 翼, 洲上綾子, 奥山啓二, 中村篤志

【症例】88歳男性【主訴】嚥下障害【現病歴】2型糖尿病, 高血圧症, 脂質異常症, 慢性腎不全, 慢性心不全, 心房細動で内服治療中。2ヶ月前からの嚥下障害のため耳鼻咽喉科を受診した。軟性喉頭鏡では嚥下障害をきたす病変を指摘されず, 原因精査目的で消化器内科へ紹介, 精査加療目的で入院となった。【既往歴】前立腺肥大症, 膀胱結石【家族歴】なし【臨床経過】明らかな神経学的異常所見は認めなかった。上部消化管内視鏡検査, 頭部MRIでは原因となる病変は指摘されなかったが, 嚥下造影ではC5の骨棘が咽頭腔(食道入口部)を圧排しており, 嚥下障害の原因と考えられた。頸椎CTではC5-7の前縦靱帯骨化症による食道圧排を認め, 頸椎前方除圧術, 外骨腫切除術を施行した。術後は嚥下訓練を行い, 嚥下困難は改善し退院となった。【考察】頸椎前縦靱帯骨化症の多くは無症候性であるが, 0.2~28%に嚥下障害が報告されている。有症例による骨化巣の存在高位はC5-6(40%), C4-5(23%)であり, 本症例もC5-7の骨化巣が嚥下障害の原因となった。食道入口部はC6の高さにあり, 輪状軟骨に囲まれた生理的狭窄部位であるため, 上部消化管内視鏡検査では嚥下障害の原因となる圧排を指摘することが困難である。高齢者の嚥下障害の鑑別には, 前縦靱帯骨化症などの頸椎疾患を考慮する必要がある。神経学的所見, 頭部MRI, 内視鏡検査などで原因となる病変を認めない場合は, 頸椎CT, 嚥下造影を施行することは有用である。

前縦靱帯骨化症, 嚥下障害

# 2 食道に発生した免疫低下に伴うEBV関連リンパ増殖性疾患の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,

同 皮膚科<sup>2)</sup>, 同 腫瘍・血液内科<sup>3)</sup>, 同 病理診断科<sup>4)</sup>

平野杏奈<sup>1)</sup>, 瀧谷尚希<sup>1)</sup>, 柴田英典<sup>1)</sup>, 中村光希<sup>1)</sup>, 上田 薫<sup>1)</sup>,

長久大介<sup>2)</sup>, 鈴木一史<sup>3)</sup>, 矢野真吾<sup>3)</sup>, 本間志功<sup>4)</sup>, 山崎琢士<sup>1)</sup>,

猿田雅之<sup>1)</sup>

【諸言】リンパ増殖性疾患(lymphoproliferative disorder, LPD)は, 自然消退する良性的リンパ球増殖症から悪性リンパ腫までを含むリンパ増殖症の総称である。消化管はLPDの節外病変が好発する臓器であるが, 胃が50-60%, 小腸が30%, 大腸が10%程度でみられるとされ, 食道での発生は非常にまれである。【症例】86歳男性。【経過】全身の紅斑のため前医皮膚科で20XX年X月からPSL30mg/日が開始された。しかしながら皮疹の改善を認めずX+2月より水疱性類天疱瘡の診断で当院皮膚科に入院加療となった。入院後よりHb 12.5 g/dLから6.1 g/dLと貧血の進行を認めた。胸腹部単純CTでは消化管内に明らかな腫瘍性病変, リンパ節腫大等は認めなかったものの, 上部消化管内視鏡検査にて中部食道に境界明瞭な易出血性, ヨード淡染でpink color sign陰性の丈の低い平坦隆起性病変を認めた。同部位の生検で中型~大型の異型単核球浸潤を認め, CD79 a(+), CD138(+), CD45(+ )であり形質細胞由来で, EBV-ISH陽性細胞を散在性から小集簇性に認めた。血液検査でEBV-DNA 4.27LogIUが検出されたことよりEBV関連リンパ増殖性疾患と診断した。他臓器にリンパ腫病変や骨髄浸潤は認めず, 食道に限局するLPD病変であった。高齢, 全身状態不良であることを鑑みて無治療で経過観察の方針とし, 以降Hb 8-9 g/dL程度を推移し明らかな増悪は認めなかった。【考察】PubMedによる会議録を除く文献検索では, 食道内に限局する免疫低下に伴うEBV関連LPDは例報告されていたが, PSL単独での免疫低下によるEBV関連LPD食道病変は本症例が初めてであった。【結語】EBV関連LPD消化管病変はPSL使用による免疫低下に伴うことがあり注意を要する。

食道, リンパ増殖性疾患

# 3 トシリズマブとステロイドの併用が奏功したカンジダ食道炎合併のirAE食道炎の一例

横浜市立市民病院 消化器内科

池 瞳, 諸星雄一, 中原日菜, 立野瑞樹, 鎌田直樹, 江澤将敬, 倉増佑樹, 山本晴二郎, 羽田明海, 後藤 行, 影山知也, 石野すみれ, 福田知広, 角田裕也, 今村 諭, 長久保秀一, 小池祐司, 林 宏行, 藤田由里子, 小松弘一

【背景】免疫チェックポイント阻害剤の副作用である免疫関連有害事象(irAE)は, 消化管領域において大腸炎が比較的高頻度で報告されているが, 食道炎の報告は非常に稀であり, 報告する。【症例】63歳, 男性。x-6年 膀胱痛に対して膀胱尿道全摘術と術後化学療法を行った。x-5年2ヶ月 ベンプロリズマブによるirAE大腸炎を発生し, ステロイド投与にて治療を行った。膀胱痛の進行に対して, x-2年4ヶ月 アベルマブを投与を開始した。x-19日 発熱・咽頭痛・体幹部の皮疹・汎血球減少が出現し入院となった。アベルマブ投与によるirAEを疑い, x-3日 メチルプレドニゾン13.2mg投与を開始した。x日 激しい胸痛が出現し当科紹介となった。x+1日 高可溶性IL-2レセプター血症・高IL-6血症を認め, サイトカイン放出症候群と診断, トシリズマブ450mgを開始した。開始4時間後より胸部の激痛が軽減した。x+2日 上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 深い何れもの縦走潰瘍とその上に厚い白苔を認めた。臨床経過よりirAE食道炎とカンジダ食道炎の併発と診断した。アムホテリジンを内服し, x+27日に胸部症状は完全に消失し退院となった。ステロイドを漸減中止したが, 現在まで経過は良好である。【考察】(1)irAEは消化管領域では大腸炎が発生する事例は多く報告されているが, 食道炎が発生した症例は極めて少ない。内視鏡所見はカンジダ食道炎であったが, 今回の症例は激痛で発生しており, 重度のirAE食道炎にカンジダ食道炎が併発し, 疼痛と白苔が出現したと考えられる。消化管領域におけるirAEは, 発症後急速に重症化し消化管穿孔を起こした事例も報告されているため, 早期の診断治療が重要である。(2)消化管のirAEに対して抗TNF $\alpha$ 抗体やステロイドが一般的には使用されるが, IL-6阻害薬の使用報告は少ない。しかしながらIL-6阻害薬は悪性腫瘍治療に伴うサイトカイン放出症候群に適応承認があり, 多臓器のirAEに対する治療に広く使用されている。今回の症例で, IL-6阻害薬は消化管領域のirAEに関与しても主力となる可能性は示唆される。

irAE食道炎, トシリズマブ

# 4 糖尿病性ケトアシドーシスに合併した急性壊死性食道炎の一例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>,

同 代謝・内分泌内科<sup>2)</sup>

佐藤雄太郎<sup>1)</sup>, 加藤正樹<sup>1)</sup>, 菱田吉明<sup>2)</sup>, 荒木建一<sup>1)</sup>, 小松拓実<sup>1)</sup>,

中本悠輝<sup>1)</sup>, 清川博史<sup>1)</sup>, 今野真己<sup>1)</sup>, 佐藤義典<sup>1)</sup>, 前知忠輝<sup>1)</sup>,

安田 宏<sup>1)</sup>, 立石敬介<sup>1)</sup>

【症例】53歳男性【主訴】呼吸困難, 黒色嘔吐, 黒色便【既往歴】特記事項なし【家族歴】母:糖尿病【現病歴】大量飲酒後に, 黒色嘔吐と黒色便を認め, その後から咽頭痛と腹部違和感が出現した。3日後から間欠的な上腹部痛, 呼吸困難, 体動困難が出現し当院へ救急搬送となった。【経過】来院時に血糖値416 mg/dlと著明な高血糖, 尿ケトン体陽性かつAnion gap開大性代謝性アシドーシスを認め, 糖尿病性ケトアシドーシス(以下DKA)と診断した。また, 腹部CTでは食道壁肥厚とその周囲の脂肪織濃度の上昇, および十二指腸壁肥厚を認めた。DKAに対しては, インスリン持続静注開始後に寛解が得られたため, インスリン皮下注射へと変更した。入院2日目に黒色便と黒色嘔吐の精査目的に上部消化管内視鏡(以下EGD)を施行したところ, 胸部中部食道から胸部下部食道にかけて, 粘膜炎の境界が明瞭な粘膜炎の黒色変化を全周性に認め, 十二指腸球部から水平脚に多発潰瘍を認めた。DKAに合併した急性壊死性食道炎および多発十二指腸潰瘍と診断し, ポンプラザン20 mg/日, アルギン酸ナトリウム60 ml/日を開始した。入院8日目に再度EGDを施行したところ, 食道の黒色粘膜炎は消失し, 十二指腸潰瘍の改善を認めた。その後, 全身状態の改善を認めたため, 第16病日に退院となった。【考察】急性壊死性食道炎は, 内視鏡にて黒色化した食道粘膜炎を認める稀な急性食道炎である。初発症はコーヒー残渣嘔吐または吐血が最も多いとされ, 一般に重篤な基礎疾患を有する例が多い。基礎疾患としては, 糖尿病, 感染症, 腎不全, 悪性腫瘍など多様な疾患が報告されており, なかでも糖尿病を合併した報告例が多い。急性壊死性食道炎の明確な病態は不明だが, 虚血や循環障害と, 嘔吐による胃酸逆流や食道内圧の上昇が原因と考えられている。本症例においては, 大量飲酒後にDKAを発生し, 高血糖と高度脱水に伴う食道壁の微小循環障害をきたしたことで急性壊死性食道炎を発生したと考えられた。【結語】急性壊死性食道炎は稀な疾患であるが, 病歴や病態を考慮し鑑別疾患に挙げることが大切である。

急性壊死性食道炎, 糖尿病性ケトアシドーシス

## 5 乳癌の転移性食道腫瘍により食道狭窄を呈した一例

JR 東京総合病院 消化器内科

石垣佑樹, 上山知人, 岩原彰大, 松本留美衣, 吉川剛史, 毛利 大, 大前知也, 赤松雅俊, 岡本 真

【症例】70歳代女性。X-19年に左乳癌に対し乳房切除術を行い、術後のパクリタキセル+ホルモン療法を施行されていたが1年で自己中断された。X-2年10月、右頸部腫瘍を認めたことを契機に通院再開され、乳癌再発、右頸部リンパ節転移、両側肺転移、仙骨転移の診断となった。11月に右頸部リンパ節緩和照射施行、X-1年1月からフルベスタラントが開始された。X年7月より嚥下困難を自覚し、徐々に悪化したため、9月に消化器内科に紹介となった。CTで中部食道の全周性壁肥厚があり、口側の拡張と食物残渣の貯留を認めた。上部消化管内視鏡検査でも食道狭窄を認めたが、スコープ通過は可能であった。壁肥厚部は狭帯域光観察で周囲との粘膜構造に大きな違いは認めなかった。壁肥厚部より生検施行したところ、扁平上皮内に異型細胞の増殖を認め、腺癌が疑われた。免疫染色により腺癌成分がエストロゲンレセプター陽性となり、乳癌再発による転移性食道腫瘍の診断となった。放射線照射、エリブリン投与を行ったが、通過障害をきたしたため、内視鏡的バルーン拡張術を施行し、食事摂取可能となった。【考察】転移性消化管腫瘍の頻度は、多い順に小腸、大腸、胃、食道であり、転移性食道腫瘍は稀である。転移性食道腫瘍の原発巣は肺癌や乳癌、胃癌で多く、臨床における食道転移の報告は、生存期間の長さも影響し乳癌が最多である。剖検で診断されることが多く、生前診断は内視鏡的粘膜切除術や超音波内視鏡下穿刺吸引法での診断例が多く、本症例のように上部消化管内視鏡時の生検で診断されることは稀である。びまん浸潤型で粘膜変化が乏しく、全周性でほぼ左右対称の漏斗状狭窄を呈することが多い。びまん浸潤型食道腫瘍に遭遇した場合は、転移性腫瘍も鑑別に加える必要がある。

転移性食道腫瘍, 食道狭窄

## 6 イマチニブによる術前補助化学療法が著効した巨大胃GISTの一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,

同 外科学講座 上部消化管外科<sup>2)</sup>

西脇興平<sup>1)</sup>, 西村 尚<sup>1)</sup>, 酒寄千晶<sup>1)</sup>, 三國隼人<sup>1)</sup>, 澤田亮一<sup>1)</sup>, 猿田雅之<sup>1)</sup>, 黒河内喬徳<sup>2)</sup>

【症例】39歳男性。【主訴】心窩部不快感【現病歴】20XX年8月から食後の心窩部不快感を自覚しており、次第に症状が増悪したため同年9月に前医を受診した。上部消化管内視鏡検査にて、噴門部に潰瘍を伴う10cm以上の胃粘膜下腫瘍を認めたため、GIST疑いの診断で当院に紹介受診となった。【経過】CTでは最大径約14cmの腫瘍を認め、不均一な造影増強効果を伴い、内部壊死や嚢胞変性が疑われた。上部消化管内視鏡検査では、胃穹隆部前壁に、2箇所潰瘍形成を伴う巨大粘膜下腫瘍を認めた。潰瘍部からボーリング生検を施行し、病理結果からGISTの確定診断となった。有症状であり手術適応と考えられたが、最大径が10cm以上であったため、イマチニブによる術前補助化学療法後に手術を行う方針となった。イマチニブ開始後、肝障害や好中球減少のため、途中でイマチニブを減量し約1年間内服を継続した。1年間の術前補助化学療法により腫瘍最大径は約8cmまで縮小が得られたため、20XX+1年9月に開腹噴門側胃切除術、横隔膜合併切除術を施行した。病理では腫瘍成分の核分裂像は36/補正50HPFと高値であり、腫瘍径と核分裂像から再発高リスクと分類されたため、術後補助化学療法としてイマチニブ3年間内服の方針となった。以後再発なく経過している。【考察】GISTは内視鏡検査では消化管粘膜下腫瘍として認識され、多くは定期的な経過観察のみ行われており、実際に治療対象となるGISTの罹患率は1人/10万人/年程度と稀である。今回イマチニブによる術前補助化学療法が著効し、完全切除に至った巨大胃GISTの症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

GIST, イマチニブ

## 7 神経線維腫症1型に合併した進行胃癌の1例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科

鈴木裕介, 菊地秀昌, 清水桃子, 白井萌子, 坂口吉朗, 小林 楓, 西宮哲生, 若下裕明, 宮村美幸, 山田哲弘, 中村健太郎, 松岡克善

症例は40代男性、食事摂取不良および腹水貯留を主訴に当院紹介受診。身体診察にて全身に多発する軟属腫、カフェオレ斑、漏斗胸を認め、神経線維腫症1型と臨床的診断となった。各種検査にて進行胃癌、腹膜播種、肝転移でありstage4と診断された。ガイドラインに則り各種抗腫瘍剤加療を行うも2年弱で4th lineへ移行となった。幽門狭窄のため消化管ステントを留置し、現在トリフルリジン・チピラシル塩酸塩内服を継続している。神経線維腫症の合併により悪性腫瘍の罹患リスクが2.7倍あるとされ、一般に神経腫瘍、特に神経膠腫や悪性末梢神経鞘腫瘍が多いとされている。消化管腫瘍ではGISTなど間葉系腫瘍が多いとされ、胃癌との合併に関しては医中誌を検索した限り6例の症例報告があるのみであった。示唆に富む症例と考えられ、文献的考察を加え発表する。

胃癌, 神経線維腫症1型

## 8 ニボルマブによる3次療法後、無治療で完全奏功(CR)を維持している切除不能胃癌の一例

町田市民病院 消化器内科

廣畑 愛, 谷田恵美子, 鈴木 瞳, 神谷昂汰, 芳賀将輝, 長谷川雄大, 河村 篤, 益井芳文, 和泉元喜

【症例】70代女性。胃痛のために2020年X月にEGDを施行し、噴門部から前庭部小弯に及ぶ3型進行胃癌を認め、生検組織の病理結果はgroup5, por, HER2陰性だった。CT検査で多発リンパ節転移と肺転移を認めcStageIVと診断した。SOX療法9コース、その後末梢神経障害のためS-1単剤3コースを施行したが進行(PD)と判定。深部静脈血栓症を有していたため、2次療法としてPTX療法4コースを施行したが、脱毛に耐えられず中止。診断13ヶ月後より3次療法としてニボルマブを開始した。原発巣・転移巣とも縮小したが、CTCAE grade2の間質性肺炎が出現し、診断18ヶ月後に11コースで終了した。免疫関連副作用(irAE)と考えブレドニゾロン(PSL)を30mgから開始して漸減し、3か月後に肺の浸潤影は消退した。診断22ヶ月後のPET-CT検査では原発巣・転移巣ともに集積は認めずCRと判定した。PSL10mgを継続していた診断23か月後より肝胆道系酵素が上昇し、CTでは胆管の拡張と造影効果増強を認めた。肝生検でもcholangitisを認めirAE胆管炎と考えた。PSL30mgに増量して漸減し、診断29ヶ月後に肝胆道系酵素は正常化したため診断32ヶ月後にPSLを中止した。CTとEGDではCRを維持していた。現在無治療経過観察中だが、診断45ヶ月後(ニボルマブ中止後27ヶ月)経過した時点でCRを維持している。【考察】本症例はニボルマブの1次治療承認前に治療を開始しており、3次療法で単剤投与を行ったが、投与終了後も無治療で再発を認めておらず、何らかの理由で長期間に有効性を維持できていると思われる。irAEとして間質性肺炎と胆管炎を異時的に発症したが、PSLでコントロールが可能であり、PSLを終了後も顕在化していない。免疫チェックポイント阻害薬の有効性はirAEの発症と相関するという報告もある。学会では考察を加えて報告する。

ニボルマブ, 胃癌

筑波大学附属病院 消化器内科

小川英恵, 坂本 琢, 阿部 涼, 小島丈心, 鈴木 聡, 湯原美貴子, 宇野広隆, 堀籠祐一, 石川直樹, 城山真美子, 川越亮承, 小松義希, 小林真理子, 山本祥之, 山田武史, 秋山慎太郎, 奈良坂俊明, 土屋輝一郎

【症例】71歳女性。X年7月から1日5行以上の水様性下痢と食事摂取量低下が出現し、1ヶ月で10kgの体重減少を認めた。下血や発熱、強い腹痛はなく、海外渡航歴や肉類の生食はなかった。前医受診し、施行された検査では下痢の原因は判然とせず、症状は改善しなかった。他覚所見では腹部造影CTで腸間膜のリンパ節腫大が指摘された。下痢の精査加療目的に8月に紹介となった。CT所見の腫大したリンパ節の形状と分布から腫瘍性病変よりも炎症による反応性腫大が疑われた。腸管内の器質性病変検索目的に小腸カプセル内視鏡検査を施行したところ、小腸全体に絨毛の萎縮を認めた。上部消化管内視鏡検査では有意所見なく、下部消化管内視鏡検査 (CS) では、回腸粘膜の発赤、絨毛の萎縮、脱落を連続性かつ広範に認め、生検では炎症細胞浸潤、小型リンパ球の集塊を認めた。発熱や腹痛なく改善傾向のない下痢主体の臨床症状や血液検査で炎症所見陰性、便培養陰性であり、感染性疾患は否定的であった。内視鏡検査により腫瘍性病変を除外し、非感染性小腸炎として薬剤性小腸炎を疑った。内服薬に10年前からオルメサルタン、数年前からアスピリンポプラザン、イフェンプロジル、ゾルピデム、モンテルカスト、1ヶ月前から酢酸亜鉛があった。下痢の原因となり得ること、低血圧にて服用不要であったことからオルメサルタンを中止した。1週間後に下痢と食事摂取量は改善した。3ヶ月後の腹部CTではリンパ節の一部縮小と消失を認め、CSでは小腸粘膜の発赤や絨毛の萎縮と脱落は軽快した。再度施行した生検では炎症所見は認めなかった。以上からオルメサルタン関連スブルー様腸炎 (OAE) と診断した。【考察】OAEはオルメサルタンに起因する消化管障害で体重減少を伴うような重度の下痢を特徴とする。オルメサルタンの内服開始から発症まで長期間を要するため、診断に難渋することが多い。診断には内服歴に加えてカプセル内視鏡での小腸の絨毛萎縮所見が有用である。我々は、早期に診断に至り経過も良好であったOAEの症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

オルメサルタン、水様性下痢

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 一般外科<sup>2)</sup>

水谷 琢<sup>1)</sup>, 三浦孝也<sup>1)</sup>, 佐藤香美<sup>1)</sup>, 佐々木吾也<sup>1)</sup>, 小島 稔<sup>1)</sup>, 松本圭太<sup>1)</sup>, 小糸雄大<sup>1)</sup>, 石井剛弘<sup>1)</sup>, 宮川修平<sup>1)</sup>, 関根匡成<sup>1)</sup>, 上原健志<sup>1)</sup>, 浅野岳晴<sup>1)</sup>, 松本吏弘<sup>1)</sup>, 吉谷博幸<sup>1)</sup>, 真嶋浩聡<sup>1)</sup>, 長谷部龍士<sup>2)</sup>, 渡部文昭<sup>2)</sup>, 力山敏樹<sup>2)</sup>

【症例】74歳男性【主訴】血便【既往歴】50歳 直腸癌, 64歳 冠動脈狭窄性心臓病【内服薬】硝酸イソソルビド, アムロジピン, プロパフェノン, アピキサiban【現病歴】20XX年12月に多量の血便と貧血を認め前医に入院。造影CTや大腸内視鏡では出血源指摘できず、退院後カプセル内視鏡 (CE) で、回腸末端に地図状潰瘍や輪状狭窄を認めた。小腸精査目的に当院へ紹介され、ダブルバルーン内視鏡 (DBE) 目的に入院した。【入院後経過】経肛門のDBEで回盲弁から約1mの回腸に二股に分かれた腸管を認めた。一方は口側腸管と連続しており、もう一方は起始部に輪状狭窄と潰瘍を認め盲端であった。潰瘍部分から生検を行い悪性所見は認めなかったが、内視鏡所見から消化管重複症を疑い、鮮血便の原因と考えた。退院後重複腸管切除目的に外科へ紹介した。腹腔鏡下小腸部分切除術が行われ、回盲部から80cmに隣接する回腸と血管を共有する重複腸管を認め切除した。病理学的に粘膜下層に末梢神経が集塊して正常腸管と筋層を共有しており重複腸管と診断した。術後経過良好であり合併症なく退院した。【考察】消化管重複症は全ての消化管に見られる稀な先天性疾患であり有病率としては0.02%である。9割が小児期で発症し成人ではより稀である。診断される契機としては、急性腹痛や血便、下血などがあるが、医学中央雑誌で【消化管重複症】【成人】【血便】の3つのキーワードで検索したところわずか10例の症例報告のみであった。本症例は高齢で憩室も有する患者で、大腸憩室出血を疑うことが、小腸検査を行うことで消化管重複症を発見することができた症例である。上下部内視鏡で明らかに出血性病変がない場合は小腸検査も原因検索に有用な手段であると学んだ一例である。稀な消化管重複症を経験したため報告する。

消化管重複症, 成人

横須賀共済病院 外科

前田直紀, 野尻和典, 小野秀高, 八子博貴, 今西康太, 吉田謙一, 諏訪宏和, 大田洋平, 太田絵美, 鈴木千穂, 岡野美由, 紫葉裕介, 北本真悠, 杉村直彦, 布施雄馬, 高田由佳理, 舛井秀宣, 長堀 薫

症例は56歳の女性で発熱と上腹部の疼痛を主訴に当院受診した。血液検査所見にて好酸球の増多あり好酸球性胃腸炎の疑いで精査目的に入院となった。特発性好酸球増多症の疑いでステロイド加療が予定されていた。しかし腹痛の増悪、炎症反応の上昇ありCT撮影したところ消化管穿孔の診断となり緊急手術の方針となった。手術所見では広汎な小腸にまだら状の色調不良を認めた非閉塞性腸管虚血症 (NOMI) の疑いで広汎小腸切除を施行した。病理所見では好酸球の粘膜下層への浸潤、血管炎所見を認めた。臨床的項目からも好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の診断となり術後ステロイドパルス治療が開始された。EGPAは中年に好発し気管支喘息、鼻炎が先行し、心臓、消化管、腎臓など多臓器に障害を来す疾患であり、消化管穿孔に至る症例は非常に稀である。今回我々は消化管穿孔に至るEGPAの症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

小腸穿孔, 血管炎

川崎幸病院 消化器内科

竹内優太, 岡本法奈, 谷口文崇, 小野 颯, 中島祥裕, 森重健二郎, 塚本啓祐, 大前芳男

【患者】60歳代 男性

【経過】X-1年10月、健診の胸部X線検査で右肺下葉に異常陰影を指摘され当院呼吸器外科紹介受診。PET-CTでは明らかな遠隔転移を認めず。X-1年11月に同科入院し、審査胸腔鏡施行。術中迅速病理診断で非小細胞肺癌と診断し、胸腔鏡補助下右肺下葉切除、リンパ節郭清 (ND2a-2郭清) が行われた。術後診断はPleomorphic carcinoma、pT2aN1(Bulky) M0-IIB、EGFR遺伝子変異陽性 (L858R) であった。外来フォロー中、労作時呼吸困難がやや増悪。CRPが漸増し、X年3月の定期受診時にCRP10.04 mg/dlと炎症反応高値を認め、精査加療目的にて同科に再入院した。入院後造影CTで小腸壁肥厚を認め当科紹介となり、ダブルバルーン小腸内視鏡を施行し、空腸に1/2周性・易出血性の潰瘍性病変を認めたため生検を施行した。病理結果より肺癌からの小腸転移と判断。オシメルチニブ開始となり、経過良好にて退院した。X年11月のCTでCRとなり、その後もオシメルチニブを継続。術後2年3か月生存中である。

【考察】肺多形癌の消化管転移は頻度が多いとされる。医学中央雑誌の検索において、「肺多形癌」、「小腸転移」(会議録を除く) をキーワードとして1983年から2024年2月までの期間でわれわれが調べた範囲では18例のみであった。うち腸切除を行わなかった症例は少なく、いずれも長期生存は得られていなかった。また穿孔・出血・腸重積により手術を要した報告が多かった。本症例では、出血症状・腹部症状はないもののHb・MCVの低下傾向を認めていた。oncologic emergencyをきたす前に小腸内視鏡で早期に病理診断を得ることができ、輸血・内視鏡的止血や、手術などの侵襲的処置を回避し、全身化学療法を導入できた。小腸転移を有する肺多形癌は予後不良であるが、小腸内視鏡による早期診断と適切な化学療法が生存期間の延長に寄与する可能性が示唆された。

肺多形癌, 小腸転移

## 13 小腸内視鏡で粘膜下腫瘍が疑われたメッケル憩室の一例

杏林大学 医学部 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 消化器・一般外科<sup>2)</sup>、同 病理学教室<sup>3)</sup>  
松倉渉子<sup>1)</sup>、三井達也<sup>1)</sup>、木村容子<sup>1)</sup>、小松悠香<sup>1)</sup>、藤原武志<sup>1)</sup>、  
萩原良太<sup>1)</sup>、日比則孝<sup>1)</sup>、森久保拓<sup>1)</sup>、箕輪慎太郎<sup>1)</sup>、大森春佑<sup>2)</sup>、  
林 怜匡<sup>3)</sup>、三浦みき<sup>1)</sup>、齋藤大祐<sup>1)</sup>、林田真理<sup>1)</sup>、三好 潤<sup>1)</sup>、  
松浦 稔<sup>1)</sup>、阿部展次<sup>2)</sup>、柴原純二<sup>3)</sup>、久松理一<sup>1)</sup>

20代女性。X-1年9月、腹痛、暗赤色便を主訴に当科を初診した。翌日再度血便を認め、冷汗、ふらつきも自覚し当科に緊急入院した。造影CT検査では明らかなextravasationは確認できず、上下部消化管内視鏡検査でも出血源を認めなかった。小腸出血を疑い小腸カプセル内視鏡検査を施行したところ下部小腸に頂部に陥凹を伴う粘膜下腫瘍様病変を認めたが、活動性出血は見られなかった。小腸バルーン内視鏡検査では回腸に15-20mm大の粘膜下腫瘍様の軽度隆起を認め、びらん皰瘻やDelleを疑う陥凹を認めたが出血源と確定できるような潰瘍や凝血塊付着は見られなかった。Cushion sign陽性から脂肪腫や嚢胞性腫瘍、外圧迫が疑われた。若年女性であり手術を行うのであれば確実に出血源と断定してからのほうが良いと判断し、点墨を行い外来通院での経過観察の方針とした。その後再出血なく経過し貧血も改善したが、X年1月、再度血便を認め当科に緊急入院した。造影CT検査でextravasationは認めず、回腸に腸管外に突出する嚢胞状構造を認めた。小腸カプセル内視鏡検査では中部小腸に点墨を確認し、その肛門側に頂部に陥凹と出血を伴う粘膜下腫瘍様病変を認めた。小腸バルーン内視鏡検査では前回認めた粘膜下腫瘍様の隆起の膨隆と頂部に凝血塊の付着、接触での軽度出血のみみられ出血源と判断した。術前の鑑別としてメッケル憩室、重複腸管、腸管子宮内膜症などが考えられた。メッケルシンチグラフィで淡い集積を認めメッケル憩室と術前診断し、単孔式腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。病理学的検査で異所性胃粘膜、腺組織を伴ったメッケル憩室と診断された。メッケル憩室は若年者の原因不明消化管出血の原因として知られているが、本症例は憩室の内反により粘膜下腫瘍様を呈しており内視鏡での診断が困難であった。

メッケル憩室、原因不明消化管出血

## 14 胆汁酸腸石によるイレウスの1例

国家公務員共済組合連合会 平塚共済病院 消化器内科  
岡田俊二、比留間智紀、今井健太、坂部勇太、北川博之、菊地彦彦、西山 竜

腸石は十二指腸以下に生じた結石である。発生原因により仮性結石、真性結石に分類され、真性結石は稀である。今回われわれは繰り返してイレウスを起こした胆汁酸腸石の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。【症例】80歳代、女性。3年前にイレウスで小腸部分切除、および閉塞原因である腸石除去を行っている。今回イレウス再発をきたし入院となった。腹部CT検査、小腸造影検査、小腸バルーン内視鏡検査を行い腸石によるイレウス再発と診断した。バルーン小腸内視鏡検査では腸石滞留の肛門側に輪状の狭窄をとまなうびらんを認めた。腸石除去処置に伴うびらん部の穿孔リスクを考慮し外科的手術で除去を行い、イレウスを解除した。結石分析では胆汁酸が主成分である真性結石であった。術後は再発認めず現在外来で経過観察中である。

胆汁酸腸石、イレウス

## 15 潰瘍性大腸炎術後、30年以上経過後に発生した回腸囊腫の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科  
浦島哲大、辰巳健志、小原 尚、斎藤紗由美、黒木博介、杉田 昭、小金井一隆

症例は59歳男性。X-33年、潰瘍性大腸炎に対し大腸全摘、回腸囊肛門吻合術を施行された。X-9年より紹介医でフォローアップされており、2-3年に1度、下部消化管内視鏡検査を施行していた。X-1年4月、便潜血陽性のため下部消化管内視鏡検査を施行したところ、回腸囊肛門吻合部直上の回腸囊内に潰瘍性病変を認め、生検の結果low grade dysplasiaと診断された。同年8月に再度下部消化管内視鏡的検査が施行され、既知の潰瘍からの生検でlow grade dysplasiaの診断であったため経過観察となった。X年8月、血便精査のため実施した下部消化管内視鏡検査で回腸囊内の潰瘍性病変の増大を認め、生検で粘液癌成分も含む腺癌と診断され、同年10月、外科的加療目的に当科紹介となった。肛門診では、回腸囊肛門吻合部直上に右側中心の亜全周性腫瘍を触知した。血液生化学検査で、CEAは18と上昇し、CTでは肛門直上の回腸囊内に全周性の不整な壁肥厚と周囲の脂肪織濃度上昇を認めたが、遠隔転移は明らかではなかった。MRIでは腫瘍と左側の内肛門括約筋への浸潤が疑われ、回腸囊周囲および右内腸骨リンパ節の腫大を認めた。以上より回腸囊腫の診断で、回腸囊肛門切除、回腸人工肛門造設術、右側方リンパ節郭清を実施した。術中所見では、肝転移、腹腔播種は認めず、腫瘍の前立腺浸潤が否定できなかったため、前立腺部分切除も併施した。切除検体の肉眼所見では、回腸囊肛門吻合部口側に60x50mmで全周性の5型腫瘍を認めた。病理組織学的検査では粘液癌と診断され、前立腺への浸潤は認めず、切除断端は陰性であり、回腸囊腫T3N0M0、StageIIAと診断された。また腫瘍近傍にも上皮内病変を認め、同部も含め腫瘍全体もp53完全欠失であり、炎症性癌による回腸囊腫と考えられた。術後閉塞に対する加療を経て術後34日目に軽快退院となった。現在まで無再発で経過中である。回腸囊腫の報告例は非常にまれであり発症頻度は低いと考えられるが、潰瘍性大腸炎の術後症例に対しては本症の発症を念頭におき定期的な内視鏡的フォローアップが必要である。

回腸囊腫、潰瘍性大腸炎

## 16 激しい全身症状を呈した5-アミノサリチル酸製剤不耐の一例

北里大学 医学部 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 新世紀医療開発センター<sup>2)</sup>  
小森友花子<sup>1)</sup>、横山 薫<sup>1)</sup>、堀井敏喜<sup>1)</sup>、金澤 潤<sup>1)</sup>、別當朋広<sup>1)</sup>、池原久朝<sup>1)</sup>、小林清典<sup>2)</sup>、草野 央<sup>1)</sup>

【症例】30歳代女性【現病歴】20XX-3年に他院で潰瘍性大腸炎(UC)全大腸型と診断された。20XX年4月頃より排便回数増加や血便が出現し加療のため同年8月当院へ紹介となった。既往歴に特記事項なく、たまねぎと花粉のアレルギー歴を有した。症状よりUC活動期、軽症と考えられ、初診日よりMMX pH依存型5-アミノサリチル酸(ASA)製剤を1200mg/日から開始し、4800mg/日まで1日毎に増量した。内服開始8日目に後頸部痛を認め、近医整形外科を受診し頸椎椎間板損傷を疑われた。同時期より39°Cの発熱を来したがCOVID19は陰性であった。13日頃より腹痛出現と下痢が3-4行/日へ増加した。18日目に当科へ電話相談をした際に5-ASA製剤の不耐が疑われ内服中止を指示されたが、発熱や関節痛などの症状が強く翌19日目に当科を予約外受診した。血液検査で白血球17000/mL、CRP20.83 mg/dLと著明な昇を認め、造影CT検査では全大腸の腸管壁肥厚と多発腸管リンパ節腫脹を認め緊急入院となった。なおプロコラルシトニンは低値であった。【入院後経過】入院時の多彩な症状に対し、複数の科にコンサルトの上、椎体疾患や髄膜炎、頸部膿瘍なども念頭に各種画像検査、採血検査を施行したが有意な所見は認められなかった。入院第6病日に大腸内視鏡検査を施行したがUCとしては軽症の所見であった。発症時期、様式から5-ASA不耐症を疑い、入院後も薬剤は中止したままであったが、徐々に解熱、関節痛や排便回数の改善を認め、炎症反応も低下し退院が可能となった。なお、入院時施行したDLST試験は1062%と強陽性の結果であった。【考察】5-ASA製剤はUCの第1選択薬として汎用されているが、近年その不耐の報告が増加傾向にあり、不耐症状と原病の症状増悪との鑑別に苦慮することが少なくない。不耐症状は個々で程度の差はあるが、本例は著明な炎症反応の上昇や激しい全身症状を呈した1例として報告する。

潰瘍性大腸炎、5-ASA不耐

## 17 潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎に合併した無菌性胆嚢膿瘍の一例

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

【症例】57歳男性【主訴】健診異常【既往歴】潰瘍性大腸炎, 心房細動, 糖尿病, 腎機能障害, 高血圧症【現病歴】X-19年重症潰瘍性大腸炎(UC)で結腸全摘+J型回腸囊直腸吻合施行され, 術後は5-アミノサリチル酸製剤(5-ASA)で治療されていた。X-1年8月, 10行以上の顕血便が出現し, 残存直腸部UC重症再燃, 重症回腸囊炎と診断され緊急入院となった。メトロニダゾール内服, ステロイド注射剤, 5-ASA注射剤で軽快退院した。その際, 施行した造影CT検査で胆嚢に限局性壁肥厚を認められたが, 腹部超音波検査(US), MRCP検査では悪性所見はみられず, 胆嚢腺筋症の疑いは経過観察の方針となった。X年8月, 人間ドックを受診し, USで限局性壁肥厚の増大を指摘され, 当科を紹介受診した。MRCPでは, 拡散強調像で胆嚢底部に集積を伴う壁肥厚を認め, 造影EUSでは胆嚢底部に30mm大の高エコーを呈する隆起性病変で, Sonazoid造影で動脈相に早期濃染する所見を認めた。増大傾向から悪性腫瘍も否定できず, 手術目的に入院した。X年10月, 拡大胆嚢摘出術, 肝門部リンパ節郭清術が施行された。病理組織学的所見では, 胆嚢壁漿膜下層に好中球の密な集簇と, その周囲に泡沫組織球, 異物型多型巨細胞の集簇, リンパ球を主体とした炎症細胞浸潤を認めたが, 胆嚢上皮の異型性変化は認めなかった。各種特殊染色も陰性であり, 無菌性膿瘍と診断された。現在, 外来経過観察を行っているが, 回腸囊炎や, 無菌性膿瘍を含む腸管外合併症の再燃なく経過している。【考察】UC術後の回腸囊炎に合併した無菌性胆嚢膿瘍の一例を経験した。潰瘍性大腸炎では腸管外合併症として無菌性膿瘍の報告は散見されるが, 胆嚢膿瘍を生じた症例はなかった。また, 術後症例での発症は少なく, 貴重な症例と考えられたため, 若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 無菌性胆嚢膿瘍

## 18 潰瘍性大腸炎治療としてのシクロスポリンを使用中に可逆性後頭葉白質脳症症候群を呈した一例

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科  
西口貴則, 山崎 大, 岡野 莊, 園田 光, 酒匂美奈子, 岩本志穂,  
深田雅之

【症例】40歳台女性【主訴】下痢, 顕血便, 腹痛【現病歴】X-3年に血便を契機に潰瘍性大腸炎と診断された。プレドニゾロンの使用歴もあるが, X-1年以降はメサラジンで寛解維持されていた。X年11月より粘血便を自覚し, 排便回数も1日10行まで増加したため12月1日に近医を受診した。プレドニゾン30mgで加療を開始されるも症状の改善なく, 治療抵抗性と判断され12月24日に当院を紹介受診した。【経過】当院受診時, 排便回数は1日25行であり顕血便も見られた。食事摂取も不能であったため緊急入院としプレドニゾン50mgで治療を開始した。第4病日の時点で排便回数と血便の改善がみられず, ステロイド抵抗性と判断しシクロスポリン持続静注を開始した。シクロスポリン開始後は排便回数および血便の頻度は減少した。その後, 第9病日に視力障害が出現し, 血圧も急上昇したため頭部MRIを撮像したところT2強調像, 拡散強調像で両側後頭葉皮質に高信号を認めた。シクロスポリンによる薬剤性の高血圧性脳症を懸念しシクロスポリンを同日中止したところ第10病日には視覚障害は速やかに改善した。その後, 第18病日に頭部MRIを撮像したところ後頭葉の高信号域が消失していた。後頭葉白質に高信号域があり, 薬剤中止により神経症状と画像所見の消失がみられたことから, シクロスポリンによる薬剤性の可逆性後頭葉白質脳症症候群(Posterior reversible encephalopathy syndrome:以下PRES)を疑った。シクロスポリン中止後はプレドニゾンによる治療を継続し, Vedolizumabを導入のうえで第24病日に自宅退院した。現在はVedolizumabでの維持療法を継続中だが, 視覚異常や神経学的異常なく経過している。【考察】PRESは高血圧性脳症や薬剤などにより頭蓋内に血管性浮腫が生じ, 視覚異常, 意識障害, 頭痛などを呈する疾患だが, 詳細な病態は解明されていない。臓器移植後, シクロスポリンによる免疫抑制治療中の患者でのPRESの報告はあるが, 潰瘍性大腸炎での報告例は稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, シクロスポリン

## 19 大腸ポリープの頸部に粘液湖を認めた粘膜内癌の1例

自治医科大学 消化器一般移植外科<sup>1)</sup>, 同 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>, 同 病理診断部<sup>3)</sup>  
秋元峻輔<sup>1)</sup>, 東條峰之<sup>1)</sup>, 利府数馬<sup>1)</sup>, 村橋 賢<sup>1)</sup>, 本間祐子<sup>1)</sup>, 直井大志<sup>1)</sup>, 伊藤 誉<sup>1)</sup>, 井上賢之<sup>1)</sup>, 森 和亮<sup>1)</sup>, 鯉沼広治<sup>1)</sup>, 堀江久永<sup>1)</sup>, 林 芳和<sup>2)</sup>, 福岡敬宣<sup>3)</sup>, 北山丈二<sup>1)</sup>, 山口博紀<sup>1)</sup>, 佐田尚宏<sup>1)</sup>

患者は77歳、男性。既往歴に糖尿病、慢性腎機能障害あり。舌癌に対して、気管切開、両側肩甲骨筋上頸部郭清、右舌全摘、右腹直筋による即時再建を施行された。舌癌術後1か月後のCT検査でS状結腸に20mm大の粘液貯留を認めた。精査目的に大腸内視鏡検査を施行したところ、AV20cmのS状結腸に20mmほどの太い茎をもつポリープを認めた。腫瘍表面のpit patternでは明らかな癌を疑う所見を認めなかった。EUSでは、茎の部分に粘液が貯留しており、ポリープ自体が粘液産生癌の可能性も否定できず、内視鏡での確実なR0切除が難しいと判断した。ただし頭部からの生検での病理診断はadenomaであった。1か月後にCTを再検査するとポリープが増大傾向にあったために手術の方針となった。手術は腹腔鏡下S状結腸切除D2郭清を行い、吻合は層々吻合で行った。術後はおおむね順調で、術後17日目に退院となった。病理結果は、30x17x14mmの腺腫内癌であった。また病変頸部の粘膜下層には12mm大の粘液湖を形成しており、粘液内には癌細胞は認めなかった。免疫染色ではAFP(-) Glypican3(-) SALL4(-) で管状線癌(tub2 > tub1)と診断した。リンパ管侵襲や血管侵襲は認めなかった。またリンパ節転移も認めなかった。本症例は、術前診断はadenomaであったが、EUSで腫瘍頸部に粘液湖が疑われ、粘液癌の可能性が否定できないために手術の方針とした。過去の文献報告では頸部に粘液湖を含む粘膜内癌の報告は認められなかったが、同様の大腸腺腫の報告は1例認めるのみであり、まれな症例であると考えられる。結果からみても、total biopsy目的に内視鏡治療を検討してもいい症例であったかもしれない。

粘液湖, 粘膜内癌

## 20 集学的治療によりCRを達成した肝転移を伴う上行結腸癌の1例

横浜栄共済病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>  
大西勇輔<sup>1)</sup>, 野村 優<sup>1)</sup>, 本多 悠<sup>1)</sup>, 櫻井裕一郎<sup>1)</sup>, 城野 紡<sup>1)</sup>, 藤野洋平<sup>1)</sup>, 高井佑輔<sup>2)</sup>, 岩崎暁人<sup>1)</sup>, 清水智樹<sup>1)</sup>, 酒井英嗣<sup>1)</sup>, 真田治人<sup>1)</sup>, 加藤秀明<sup>2)</sup>, 渡邊 透<sup>2)</sup>

【症例】81歳女性。貧血精査目的の下部消化管内視鏡検査で上行結腸に2型腫瘍, 下行結腸に早期大腸癌を疑う病変を3か所指摘された。造影CTで肝S8に60mm大の転移性肝腫瘍を認め, 上行結腸癌Stage4aの診断と切った。原発巣と転移巣の同時切除は困難と判断し, 原発巣の切除を優先する方針とした。当院消化器外科で右半結腸切除+D2郭清術を施行し, 病理結果は低分化型腺癌 pT4aN1bM1 Stage4aであった。その後下行結腸の早期癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行し, いずれも治療切除が得られた。切除検体から高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High), BRAF陽性を認めたため, Pembrolizumabによる化学療法を開始した。経過中肝S6に15mm大の新規転移病変を認めしたが, 6コース終了時点でS6 8mm, S8 22mmまで肝転移は縮小した。最大径が20mm程度まで縮小したため, この2病変に対してラジオ波焼灼術を施行し, 完全焼灼を得た。9コース終了時点で転移再発はなく, 腫瘍マーカーも正常化し, 臨床的完全寛解(clinical CR)を達成した。現在も再発なく経過している。【結語】多発肝転移を伴う上行結腸癌に対して集学的治療を施行し, CRを達成した症例を経験したため, 若干の文献を加えて報告する。

大腸癌, マイクロサテライト不安定性

## 21 悪性リンパ腫寛解中に生じた異時性MSI-H大腸癌の1例

帝京大学医学部溝口病院 外科  
渡邊 理, 國本真由, 高橋秀樹, 小泉彩香, 茂原富美, 添田成美, 高島順平, 山崎健司, 杉本 斉, 藤本大裕, 黒田浩章, 三浦文彦, 谷口桂三, 松谷哲行, 小林宏寿

【はじめに】ホジキンリンパ腫寛解中に大腸癌が生じた一例を経験したので報告する。【症例】52歳、男性、既往にホジキンリンパ腫。ホジキンリンパ腫に対しABVd治療（ドキシソルピシン、プレオマイシン、ビンブラスチン、ダカルバジン）4コース施行した。その後、血液検査所見では可溶性IL-2受容体が正常値で経過し、PET-CTでも腫瘍の縮小を認めたため完全寛解と判断された。2年後に便潜血陽性となり当院へ紹介され、下部消化管内視鏡検査で横行結腸脾彎曲部に半周生の2型病変を認めた。生検結果から大腸癌と診断され手術の方針となった。手術は腹腔鏡下結腸切除術（横行結腸）D3郭清を施行、術後経過良好で術後8日で退院した。病理診断はpT3N1aM0 pStageIIbであり、術後補助化学療法を導入した。MSI-HでありCAPOXを4コース施行した。現在、両者とも再発なく経過している。【結語】悪性リンパ腫と大腸癌を異時に発症した症例の報告は比較的稀である。今回、ホジキンリンパ腫寛解中に異時性横行結腸癌を認めた1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

ホジキンリンパ腫, 大腸癌

## 23 小腸転移を認めた乳腺浸潤性小葉癌の1例

横浜市立大市民病院 消化器外科<sup>1)</sup>, 同 乳腺外科<sup>2)</sup>  
奥津康子<sup>1)</sup>, 田中優作<sup>1)</sup>, 門倉俊明<sup>2)</sup>, 山本峻也<sup>1)</sup>, 本間 実<sup>1)</sup>, 工藤孝迪<sup>1)</sup>, 山本 淳<sup>1)</sup>, 清水康博<sup>1)</sup>, 小谷礼子<sup>2)</sup>, 嶋田和博<sup>2)</sup>, 藪野太一<sup>1)</sup>, 望月康久<sup>1)</sup>

症例は70歳代女性、X-3年5月に左乳腺浸潤性小葉癌に対して左乳房切除、腋窩リンパ節郭清術施行し、術後病理結果でpT4bN1M0 pStageIIIB（トリプルネガティブ）の診断。術後TC療法を4コース施行し、以後縦郭リンパ節腫大や胸水貯留など再発を疑う所見を認めるも診断確定せず、経過観察中。併存疾患に糖尿病、高血圧、心房細動、関節リウマチがあり、非定型性抗酸菌症とC型肝炎に対して加療歴がある。家族歴に特記事項なし。X年6月30日より下痢や腹痛、7月7日に嘔気を認めたため近医クリニックを受診。腸炎の診断で経過観察とされたが改善を認めなかったため7月10日に当院を受診した。腹骨盤部造影CTを行い、小腸狭窄による腸閉塞の診断で入院とした。7月11日にイレウス管を留置し、7月19日にイレウス管抜去後に排便を認めたため食事再開とした。7月26日に再度嘔気・嘔吐が出現し、7月28日にイレウス管を再挿入した。8月3日に行ったイレウス管造影で、7cm程度にわたり小腸狭窄を認め、造影CTと併せて腸閉塞の責任病変として矛盾なく、小腸腫瘍による腸閉塞の診断で手術の方針とした。8月7日に腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。術中所見では腹膜播種を疑う微小結節を多数認めたが、腸閉塞の責任病変は回腸腫瘍として認め、切除標本で腫瘍は7cm大の3型病変であった。術後病理では乳癌小腸転移（血行性転移）の診断であった。術後経過は良好で、術後10日目に軽快退院した。術後は乳腺外科外来でEribulin Mesilateによる化学療法継続中である。浸潤性小葉癌は乳癌の5%程度と比較的稀であり、遠隔転移は骨・肺・肝・脳などに多いとされており、消化管への転移は稀であると言われている。今回、腸閉塞をきたした乳癌小腸転移に対して腹腔鏡補助下小腸部分切除を行い、生活の質（QOL）の改善を得た症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

リンチ症候群, 小腸癌

## 22 免疫チェックポイント阻害薬が著効し安全に根治切除し得た高頻度マイクロサテライト不安定性閉塞性横行結腸癌の一例

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

【背景】高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-H）大腸癌は若年発症が多いため発見が遅れる傾向にあり、しばしば大腸閉塞を呈した状態で受診される。我々は、pembrolizumab（Pembro）投与により大腸閉塞が解除され、安全に根治切除し得たMSI-H閉塞性横行結腸癌を経験したため報告する。【症例】29歳男性。家族歴は父に大腸癌、父方祖母に大腸癌を認める。6ヶ月前からの便秘、および1ヶ月前から続く嘔気嘔吐を主訴に前医受診。CSで左側横行結腸に全周性2型腫瘍を認め、加療目的に当科紹介となった。腹部造影CT検査では、左側横行結腸に造影効果を伴う全周性の不整な壁肥厚像と所属リンパ節腫大を認め、また腫瘍近傍の軟部陰影が胃壁へ連続しており、播種による胃壁浸潤が疑われた。X線透視下CSでは、閉塞部での造影剤の口側腸管への通過はかろうじて保たれていたが、口側腸管へのスコープの通過は困難であった。生検結果は高分化腺癌であり、遺伝子検査結果はKRASG12D変異およびMSI-Hであった。以上より、閉塞性横行結腸癌cT4b(胃)N2bM1c1(P1) cStageIVcと診断し、腸閉塞に対しては禁食および酸化マグネシウムによる嚴重な排便管理を行い、Pembro単剤（1st line, q3w）で化学療法を開始した。2コース終了した頃より排便習慣の著明な改善を認め、4コース施行後のCTでは原発巣およびリンパ節の著明な縮小（PR）および口側腸管の拡張も改善した。8コース施行後に、腹腔鏡補助下結腸部分切除（横行結腸、D3郭清）を施行。腹膜播種や不整な癒着等の所見認めず、定型的な根治手術が可能であった。術後合併症は認めず、術後8日目に退院。病理組織所見は、完全奏功（CR, Grade3）であった。【考察】MSI-H閉塞性横行結腸癌に対しPembro投与により、緊急手術および人工肛門回避を回避し、安全に根治切除し得た症例を経験した。本症例では、若年発症や家族歴からLynch症候群を疑い、今後遺伝学的検査を行う予定である。

MSI-H, Pembrolizumab

## 24 直腸粘膜切除術（EMR）に続発したCrowned dens症候群の1例

北里大学病院 消化器内科  
齋藤佑太郎, 横山 薫, 原田洋平, 伊藤隆士, 堀井敏喜, 金澤 潤, 別當朋広, 池原久朝, 草野 央

【症例】72歳女性【現病歴】多発性硬化症で当院神経内科に通院していた。訪問看護師より排便の際に直腸腫瘍を指摘され、当科を紹介受診した。全盲であることから精査加療目的に入院し、第2病日に下部内視鏡検査（CS）を実施した。直腸Rs領域に50mm大のIspポリープを認め、同病変に対してEMRを施行した（病理結果：Carcinoma in adenoma, tub1, pTis, pLy0, pV, pHM0, pVM0）。第5病日に発熱、頸部痛、後部硬直が出現し、血液検査で炎症反応の上昇を認めた。第6病日に髄液検査を実施したが、細胞数の上昇や糖低下所見は指摘されなかった。第8病日に頸-骨盤造影CT画像検査を施行し、軸椎歯突起周囲の石灰化を認めたため、Crowned dens症候群と診断された。NSAIDs内服開始後より、発熱、頸部痛、炎症反応高値は著明に改善し、第13病日に退院した。【考察】Crowned dens症候群は、歯突起の周囲へのピロリン酸カルシウム脱水物の沈着が原因で急性の頸部痛を引き起こす疾患である。症状としては発熱、強い頸部痛を呈し、しばしば髄膜炎との鑑別が重要となる。PubMedで『Crowned dens 症候群』【内視鏡】で検索した結果、自験例を含め4例の報告のみであり非常に稀な疾患と考える。内視鏡治療後に発熱・頸部痛を認めた際には本疾患を考慮し画像検査を実施する必要がある。

Crowned dens症候群, 内視鏡

ひたち医療センター 消化器センター<sup>1)</sup>、  
昭和大学江東豊洲病院 消化器センター<sup>2)</sup>、  
村岡幹夫<sup>1,2)</sup>、角一弥<sup>1,2)</sup>、姫井紅里<sup>1)</sup>、浅見哲史<sup>1)</sup>、松根佑典<sup>1)</sup>、  
柴田英貴<sup>1)</sup>、石原明<sup>1)</sup>

【症例】60歳代男性【現病歴】便潜血陽性に対する精査目的で大腸内視鏡検査を行ったところ、回盲部から上行結腸にφ15-20mmのSessile Serrated lesion (SSL)を3箇所認め、また全大腸に数mmの多発ポリープを認めた。SSLについては、Endoscopic mucosal resection (EMR)を施行し、それぞれのEMR後潰瘍にクリップによる創の閉鎖を行い合併症なく退院した。患者希望で残りのポリープを内視鏡切除する方針とし約1ヶ月後に再入院した。【初回病理所見】3箇所全てSessile serrated adenoma/polyp【入院後経過】入院時、血便や腹痛などの症状は認めなかった。内視鏡を回盲部まで挿入すると、前回の近接した3箇所のEMR後潰瘍において、一つはクリップによる完全閉鎖、一つはクリップが一部脱落しているもののほぼ瘢痕化が得られていた。しかし、クリップが脱落し、EMR後のびらん面が最も認められていた部位に大腸アニサキスの侵入を認めた。患者に確認すると前日に生魚を摂取していたとのことであった。内視鏡観察しているとアニサキスの活動性が確認され、生検鉗子で摘出し、予定通りポリペクトミーを続行し検査を終了した。【考察】本邦では生魚をよく摂取するためアニサキスの報告は多いが、主に胃アニサキス症でありしばしば腹痛などの症状を伴う。大腸アニサキスの報告自体少ないが、さらに本症例は無症候性であり、また大腸EMR後潰瘍に侵入したアニサキスの報告は検索した限り無い。興味深いのは、複数あるEMR後潰瘍の中で、最もびらん面が残されている粘膜面にアニサキスが侵入していた点である。アニサキスは侵入しやすい場所を選択する知性を持ち合わせているのかもしれない。文献的考察も含めて報告する。

アニサキス, EMR

聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
同 内視鏡部<sup>2)</sup>、同 病理診断科<sup>3)</sup>、  
聖マリアンナ医科大学 消化器内科<sup>4)</sup>、  
中谷健二郎<sup>1)</sup>、黒木優一郎<sup>2)</sup>、見原雄貴<sup>1)</sup>、得平卓也<sup>1)</sup>、吉田良仁<sup>1)</sup>、  
高橋秀明<sup>1)</sup>、松本伸行<sup>1)</sup>、長宗我部基弘<sup>3)</sup>、有泉泰<sup>3)</sup>、  
立石敬介<sup>4)</sup>

【症例】70歳代女性。他医で以前から直腸粘膜脱症候群（以下MPS）を指摘され、定期フォロー中であった。X-1年12月の下部消化管内視鏡検査でMPS内にポリープを疑う所見があり、生検病理でMPSと腺腫成分の混在がみられた。X年4月のフォローアップ内視鏡ではポリープ様所見が前回より目立ち、生検でtraditional serrated adenoma（以下TSA）の結果であった。切除目的でX年5月に当院紹介受診となった。当院で施行した内視鏡では下部直腸右側中心に半周程の発赤調の平坦型と隆起型が混合するMPSを認めた。隆起部は過形成性変化やTSAを疑う表層所見を認めたが、びらんや白苔付着を伴っていたため、詳細観察や腫瘍の範囲診断は困難であった。当院の生検病理でも隆起部は低異型度から高異型度腺腫やSSA/P with dysplasiaと、MPSに伴う反応性異型との鑑別が困難という結果であった。また背景疾患に骨髄異形成症候群があり、加えて心疾患でアピキサパン内服中であったため、慢性的に貧血や血便を認めていた。そのため診断的治療目的でMPS部分とともにESDによる一括切除を施行した。半周程の切除検体中、隆起部に低異型度腺腫が認められたが、それ以外の部位はMPSのみで腫瘍成分は認めなかった。その後のフォローアップ内視鏡で腫瘍やMPSの再発は認めない。今回われわれは、腺腫を合併した直腸粘膜脱症候群の症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

粘膜脱症候群, ESD

東邦大学医療センター 大森病院 消化器内科  
松坂 翔, 土方一範, 林 幹士, 藤井紘大, 鳥羽崇仁, 藤本 愛,  
和久井紀貴, 岡野直樹, 永井英成, 松田尚久

症例は4歳女児。腹痛を伴わない血便を主訴に前医を受診した。整腸剤を内服し経過観察したが改善せず、腹部超音波検査にて重積像を認め当院紹介受診した。当院での腹部超音波検査では、肝彎曲部に46x26mm大の有茎性腫瘤によるtarget signが描出され、病変内には基部から頂部に向かって扇状に広がるような血液の流入、小嚢胞状に拡張した腺管の所見を認めたことから若年性ポリープによる腸重積と診断した。注腸造影検査で蟹爪様所見を認め高圧浣腸で整復できたが、腸重積の再燃の可能性が懸念されたため待機的に全身麻酔下で内視鏡的粘膜切除術を行った。病理組織診断は若年性ポリープであった。今回、腹部超音波検査が若年性ポリープの診断に有用であり、安全に治療できた1例を経験したので報告する。

若年性ポリープ, 腸重積

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科  
芦田安輝, 加藤真吾, 田川 慧, 木村勇太, 増淵悟志, 嶋田正樹,  
鈴木一世, 岸 寛士, 砂田莉沙, 新井智洋, 田中孝幸, 堀裕太郎,  
須田健太郎, 寺井悠二, 松原三郎, 岡 政志, 名越澄子

【症例】60歳代女性。【主訴】便秘、腹部膨満感。【現病歴】X年5月頃から心窩部痛と腹部膨満感を自覚し始め、5月26日に症状増悪したため近医を受診し、腹部CT検査で腹腔内遊離ガス、腸管気腫、腸管拡張を認めた。消化管穿孔疑いで他院外科を紹介され、腹部骨盤部造影CT検査で腸管造影不良域はなく、血液検査所見でWBCとCRPが正常値であり、消化管穿孔や腹膜炎の可能性は低く、高度便秘による腸管気腫症の診断で5月29日に当院紹介受診した。当院受診時腹部X線検査で腹腔内遊離ガスを認めるが、腹痛などの自覚症状に乏しく、排便コントロールを行い待機的に内視鏡検査の方針とした。しかし、7月12日に腹部膨満感が増悪したため、腹部骨盤部造影CT検査で腸管気腫、腹腔内遊離ガス、腸管拡張が前医よりも増悪していた。明らかな腸管閉塞起点はなく、症状・血液検査所見から緊急手術を要する消化管穿孔や腹膜炎を示唆する所見は認めなかったため、慢性便秘症による腹腔内遊離ガスと腸管気腫症を伴った巨大結腸症と診断し、同日緊急入院となった。絶食管理下で腸管蠕動誘発目的にパンテノール注射を開始し、下剤を併用して排便コントロールを行った。その後継続的な排便を認め、CT検査で腸管拡張認めると腸管気腫と腹腔内遊離ガスは消失した。食事開始後も順調に排便を認めたため第22病日に退院とした。X年9月に下部内視鏡検査施行し、大腸の全体的な拡張を認めるも大腸癌などの閉塞起点は認めなかった。現在も外来通院で排便コントロールを行い腹腔内遊離ガスと腸管気腫症の再燃なく経過している。【考察】腹腔内遊離ガスや腸管気腫症は、一般的に緊急手術を要する消化管穿孔や腸管虚血を示唆する所見であるが、本症例は上記疾患を疑う症状や異常な血液検査所見に乏しく、持続的な腸管内腔圧の上昇によって腹腔内遊離ガスと腸管気腫症を発生したものと考えられ、排便コントロールによる腸管内腔圧低下により所見が改善したと思われた。理学的所見に乏しい腹腔内遊離ガスや腸管気腫を伴う症候性巨大結腸症の場合、排便コントロールなど非観血的治療も治療選択肢の一つである。

巨大結腸症, 腸管気腫

横浜市立市民病院 消化器内科  
 影山知也, 藤田由里子, 中原日菜, 池 瞳, 後藤 行, 江澤将敬,  
 山本晴二郎, 羽田明海, 石野すみれ, 福田知広, 角田裕也,  
 今村 諭, 長久保秀一, 諸星雄一, 小池祐司, 小松弘一

【症例】51歳男性【主訴】腹部膨満  
 【現病歴】双極性障害により通院中の患者。20XX年8月頃より便秘が出現した。11月24日発熱し11月29日前医受診したところ、CRP26.7mg/dLと高値であった。12月2日CT検査で腸間膜由来の20cm大腫瘍、胸腹水貯留を認めたため精査加療目的に同日入院した。  
 【経過】入院時血液検査では腫瘍マーカー(CEA, CA19-9、PSA、AFP、SCC、AFP)は正常範囲内であった。可溶性IL-2受容体が4167U/mLと高値であったことから高悪性度リンパ腫または固形腫瘍を念頭に精査行う方針とした。腹水細胞診で二核～多核の異型細胞を認め非上皮性悪性腫瘍や低分化癌を疑う像であった。エコーガイド下経皮腫瘍針生検を施行したところ、紡錘型細胞が主体の腫瘍細胞が得られた。c-kit陰性、CD20陰性、SMA陰性、MyoD1陰性、ERG陰性、myogenin陰性であり、CDK4陽性、desmin陽性であったため脱分化脂肪肉腫の診断に至った。12月11日腫瘍崩壊症候群に伴う腎障害が出現した。日単位で腫瘍は増大傾向であったが腫瘍に対する姑息的な外科的切除は腹腔内圧上昇により閉腹困難が想定されたため適応外であった。12月14日腫瘍増大による横隔膜圧排、酸素需要が出現し緩和鎮静を開始したが、12月15日呼吸不全となり死亡した。  
 【考察】脱分化脂肪肉腫は四肢、後腹膜に好発する肉腫であり、腸間膜原発の報告は極めて稀である。またその自然史の報告はなく、今回日単位で進行し死亡に至った一例を経験したため文献的考察を交え報告する。

脱分化脂肪肉腫, 腸間膜原発腫瘍

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター  
 佐々木亜希子, 市田親正, 隅田ちひろ, 西野敬祥, 長山未来,  
 内藤 航

【症例】77才女性。【現病歴】嚥下障害を主訴に当院を受診。既往はなく喫煙や熱い飲み物の摂取もなく、機会飲酒のみであった。【経過】上部消化管内視鏡検査にて、胸部中部食道後壁に30mm大で発赤調の陥凹を伴う隆起性病変を認めた。陥凹面には画像強調内視鏡により日本食道学会分類のB1血管を伴うavascular area(AVA)を認め、生検で扁平上皮癌(SCC)であった。粘膜下腫瘍様の立ち上がり呈し、粘膜下腫瘍様食道癌(SMT様食道癌)も考慮されたが、病変は軟らかく生検鉗子で容易に変形した。超音波内視鏡(EUS)では粘膜下層に限局した高エコー腫瘍を認め、上部消化管透視では充填欠損と空気量による容易な変形を示した。磁気共鳴画像(MRI)では、病変はT1およびT2強調画像で高信号強度、脂肪抑制T2強調画像で低信号強度であった。以上より脂肪腫上のSCCと診断、脂肪腫も含め内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)で一括切除した。病理組織学的検査では、脂肪腫の表層にSCCが進展しており、粘膜筋板までに限局していた。【考察】食道粘膜下腫瘍はその70-90%が平滑筋腫で、脂肪腫は2%と稀である。食道粘膜下腫瘍に併存する食道癌の報告は稀で、平滑筋腫は12例、脂肪腫では4例の報告のみである。平滑筋腫では管腔内突出による食道粘膜の慢性的刺激が癌の発生に寄与すると推測されているが、脂肪腫は柔らかくその頻度が低い可能性がある。SMT様食道癌との鑑別が問題となるが、本症例では粘膜下層に留まる高エコー腫瘍から脂肪腫と診断し、ESDによる切除が可能であった。

食道脂肪腫, 食道癌

虎の門病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 臨床感染症科<sup>2)</sup>  
 内藤 宏<sup>1)</sup>, 前原耕介<sup>1)</sup>, 平野多紀<sup>1)</sup>, 服部大輔<sup>1)</sup>, 佐藤悦基<sup>1)</sup>,  
 田村哲男<sup>1)</sup>, 小山里香子<sup>1)</sup>, 原口瑞樹<sup>2)</sup>, 荒岡秀樹<sup>2)</sup>, 今村綱男<sup>1)</sup>

【症例】50歳代男性。発熱、腹部膨満感、食思不振で前医を受診。CTで右腹部に限局した腹水を認め入院となった。腹腔ドレーン留置され、腹水の性状は滲出性であった。また血清IFN $\gamma$ 遊離試験は陰性であった。各種検査、抗生剤投与後も発熱、炎症反応高値が遷延したため、第18病日に当院転院となった。前医のCTより被嚢性腹膜硬化症と考え、血清IFN $\gamma$ 遊離試験は陰性であったが腹水の抗酸菌培養を反復したところ、転院第5病日にガフキ-2号のMycobacterium tuberculosis complexが認められた。また転院時に著明な低Na血症(115 mEq/L)を呈していたが、血清ADH抑制なく、尿中Na濃度高値であり結核によるSIADHと考えた。結核に対してイソニアジド、リファンピシン、ピラジナミド、エタンプトールを開始した。また被嚢性腹膜硬化症に対してはイレウス期への進展を回避するためにプレドニゾロンを開始した。プレドニゾロンは腹膜透析による被嚢性腹膜硬化症の既報にならない、60mg/日で開始した。投与開始日より解熱が得られ、炎症反応も経時的に改善を認めた。投与開始3日目より腹水排泄量減少し、1週間後には排泄はほとんど消失し、ドレーン抜去し得た。SIADHについても抗結核薬の開始に伴い改善した。経過良好であり転院第37病日に退院となった。退院後は外来にてプレドニゾロンを漸減し、投与開始4ヶ月で中止を得た。抗結核薬は4剤を2ヶ月投与した後に、イソニアジド、リファンピシンを4ヶ月投与し終了となった。治療開始後腹部症状の再燃なく、腹部硬結は消失し、CTでも腹膜肥厚の著明な改善を確認した。【考察】被嚢性腹膜硬化症は腹膜透析の合併症として知られ、イレウスに進行すると外科的治療が必要となる病態である。結核という感染を背景にしながら早期のステロイド導入によりイレウスを回避することができた。結核に合併したSIADHも治療に伴い改善した。結核による被嚢性腹膜硬化症の症例は非常に稀であり、文献的考察を含めて報告する。

被嚢性腹膜硬化症, 結核

東京大学医科学研究所附属病院 外科<sup>1)</sup>,  
 国立消化器・内視鏡クリニック<sup>2)</sup>,  
 ららぽーと横浜クリニック<sup>3)</sup>,  
 東京大学医科学研究所附属病院 病理科<sup>4)</sup>, 同 消化器内科<sup>5)</sup>  
 小野山温那<sup>1)</sup>, 阿彦友佳<sup>1)</sup>, 門間聡子<sup>1)</sup>, 柵山尚紀<sup>1)</sup>, 吉波祐加子<sup>2)</sup>,  
 大西達也<sup>3)</sup>, 大田泰徳<sup>4)</sup>, 松原康朗<sup>5)</sup>, 池松弘朗<sup>5)</sup>, 愛甲 丞<sup>1)</sup>,  
 志田 大<sup>1)</sup>

内腔発育型の粘膜下腫瘍に対しては、多くの施設でClassical LECSが行われているが、Delleを伴う場合は腫瘍細胞が腹腔内へ散布する危険性があり、胃壁を穿孔させない方法としてCLEAN-NET、NEWS、Closed LECSなどが考案されている。今回、我々はDelleを伴う2例に対してCLEAN-NETを安全に施行し得たので報告する。【症例1】41歳女性。腹痛を契機に施行した上部内視鏡検査で、胃体中部大弯後壁に4cm大のdelleを伴う粘膜下腫瘍を指摘され当科紹介となった。生検では、spindle cell tumorを認めるのみで、確定診断は困難であったが、潰瘍形成を伴っており、悪性病変も否定できないため手術適応と判断となった。CLEAN-NETを施行し、術後6日目に合併症なく退院となった。最終病理結果は、Schwannomaであった。【症例2】41歳女性。健診の上部消化管透視検査で異常を指摘され、上部内視鏡検査を施行したところ、前庭部大弯後壁に4cm大のdelleを伴う粘膜下腫瘍を指摘され当科紹介となった。生検でGISTの診断となり手術適応と判断。CLEAN-NETを施行し、術後9日目に合併症なく退院となった。最終病理結果は、低リスク群GISTであった。CLEAN-NETは、従来のClassical LECSと同様に、切除範囲を最小限にとどめることで胃の変形をなるべくきたさないようにすることが期待できるうえに、管腔を開放させずに病変を切除することが可能であるため、腹腔内播種を危惧することなく施行することができる。また外科医、内視鏡医の双方にとっても技術的難度もそれほど高くない手技であり、Delleを伴う胃粘膜下腫瘍に対してはよい適応であると考えられた。

CLEAN-NET, 胃粘膜下腫瘍

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科

小原 尚, 小金井一隆, 辰巳健志, 黒木博介, 齋藤紗由美, 杉田 昭

【目的】小腸と遺残尿管との間に瘻孔を形成したクローン病3症例の臨床経過から、本症に対する至適治療法を検討した。【症例】1例目は49歳男性で、全身脱力と低アルブミン血症、気尿のため前医に入院し、精査でクローン病、回腸尿管瘻が疑われ、当科に転院した。入院時下腹部に圧痛を伴う柔らかな膨隆を認め、CT検査所見で腹直筋後鞘と腹膜の間に膿瘍腔があり、膀胱内にairを認めた。開腹時、同部の切開で膿汁とガスの流出を認め、遺残尿管膿瘍と判断した。下腹部腹腔内で回腸が膀胱、腹壁と瘻孔を形成し横行結腸も巻き込まれており、回腸回盲部切除と横行結腸瘻孔閉鎖を行い、遺残尿管は開放し搔爬、ドレナージを施行した。2例目は43歳男性で、33歳時にクローン病と診断され、41歳時に臍部からの腸液流出、気尿、糞尿を認めた。小腸造影検査で回腸狭窄、回腸回腸瘻を認め、手術目的に当科に紹介された。術中所見では、膀胱へとつながる遺残尿管があり同部位に回腸が瘻孔を形成しており、膀胱右側に5cm弱の硬結を認めた。回腸回盲部切除、膀胱部分切除を行い、遺残尿管は開放して搔爬した。3例目は29歳男性で、回腸狭窄と臍部へとつながる遺残尿管の腫大を認め、手術目的に当院紹介となった。術中所見で、膀胱につながる遺残尿管と回腸病変から尿管への瘻孔を認め、回腸部分切除、遺残尿管切除、膀胱部分切除を施行した。術後は3例とも遺残尿管への再感染や、尿路感染症を発症することなく経過している。【結語】クローン病では、頻度は高くはないものの病変腸管から遺残尿管に瘻孔を形成することがある。本症に対しては、原因であるクローン病の病変腸管の切除と尿管との分離あるいは尿管の切除が必要である。

クローン病, 尿管

東京医科歯科大学 消化器内科<sup>1)</sup>,  
東京医科歯科大学病院 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
竹中健人<sup>1)</sup>, 河本亜美<sup>2)</sup>, 日比谷秀爾<sup>2)</sup>, 清水寛路<sup>1)</sup>, 田村皓子<sup>1)</sup>,  
森川 亮<sup>1)</sup>, 藤井俊光<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>

【背景】クローン病に対する生物学的製剤により患者予後は改善した。潰瘍が治癒する過程で狭窄が進行する可能性が示唆されているがエビデンスは限定的である。【方法】当院通院中のクローン病患者で、生物学的製剤治療前と治療6か月後の経肛門小腸バルーン内視鏡所見を解析 (post-hoc) し、腸管狭窄の変化について検討した。腸管の直径が15mm以下の病変を狭窄と定義し、狭窄が複数ある場合は最も直径が短い病変を解析対象とした。【結果】141名 (小腸型73名・小腸大腸型68名、TNF: 61名・UST: 49名・VDZ: 31名) を対象に解析を行った。治療前の内視鏡にて潰瘍および狭窄は、大腸ではそれぞれ50名/8名、小腸ではそれぞれ141名/66名に認めた。治療開始6か月後、大腸では6名(75%)・小腸では21名(32%)に狭窄の改善を認めた一方、大腸では0名(0%)・小腸では11名(15%)に狭窄の進行を認めた。生物学的製剤毎のサブ解析では、小腸狭窄の改善をTNFでは35%(9/26)・USTでは26%(7/27)・VDZでは38%(5/13)、小腸狭窄の進行をTNFでは14%(5/30)・USTでは14%(3/22)・VDZでは17%(3/18)認め、有意な差は認めなかった。小腸の潰瘍を達成した群では、狭窄の進行は6%(2/32)のみに認めた。結語: 生物学的製剤導入6か月後、小腸狭窄の改善は約3割、狭窄の進行は約2割に認めた。小腸狭窄の改善や進行に関して、製剤間で有意な差はなかった。

クローン病, 小腸内視鏡

自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門

小林卓真, 小黒邦彦, 船山陽平, 坂本博次, 矢野智則, 山本博徳

症例は68歳女性。高脂血症と高血圧の既往あり6年前からアンギオテンシンⅡ受容体拮抗薬であるオルメサルタンを内服していた。半年前から1日10行以上の水様性下痢の症状が持続し前医を受診した。大腸内視鏡検査では回腸末端の粘膜に白色絨毛が目立ち、生検では特異的な所見を認めなかった。組織培養でBacteroides fragilisが検出され、感染性腸炎を考慮しクリンダマイシン内服での加療を行ったが改善みられなかった。下痢症状が持続し、体重減少(-8kg/6か月)もあり、当院紹介となった。上部内視鏡検査では胃は全体的に浮腫状粘膜、十二指腸全域に絨毛の萎縮と浮腫を認めた。カプセル内視鏡検査では上部空腸から下部回腸までに絨毛脱落を伴う縦走潰瘍瘢痕が散在しており、上部空腸の一部に活動性潰瘍を認めた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査では上部空腸に小潰瘍が散在しており、中部空腸に潰瘍瘢痕を認めた。経肛門ダブルバルーン内視鏡検査では下部回腸に絨毛の萎縮あり、小潰瘍の散在を認めた。生検では軽度の炎症細胞浸潤を認めるのみであった。病歴にオルメサルタン内服歴があり、薬物に起因するスブルー様腸疾患の可能性を考え、オルメサルタンを内服中止した。中止後はすみやかに下痢症状の改善がみられ、確定診断とした。オルメサルタンに起因するスブルー様腸疾患の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

薬剤起因性腸炎, オルメサルタン

東京大学医学部 腫瘍外科

小松大一, 品川貴秀, 船越薫子, 園田洋史, 阿部真也, 永井雄三, 松崎裕幸, 横山雄一郎, 江本成伸, 室野浩司, 佐々木和人, 野澤宏彰, 石原聡一郎

【背景】潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門(管)吻合術後、慢性回腸囊炎などを背景に回腸囊にdysplasiaや癌が発生することがあり注意を要する。今回我々は潰瘍性大腸炎術後7年で回腸囊にhigh-grade dysplasiaを認めた症例を経験したため報告する。【症例】42歳男性。25歳で全大腸炎型潰瘍性大腸炎を発症し、5-ASA製剤内服が開始された。再燃寛解型の臨床経過で、再燃時にはステロイド全身投与で寛解導入され、寛解維持目的にアザチオプリンが併用されていた。発症9年後の再燃時にインフリキシマブと顆粒球除去療法による寛解導入が行われたが寛解に至らず、難治性潰瘍性大腸炎の診断で発症10年後に腹腔鏡補助下大腸全摘術、回腸囊肛門管吻合(3期分割手術)を施行した。術後に回腸囊炎を発症し、抗菌薬内服や5-ASA製剤内服、ステロイド局所製剤による治療が開始されたが、毎年の内視鏡検査では回腸囊の炎症所見が持続していた。大腸全摘術後6年の内視鏡検査で回腸囊内にlow-grade dysplasiaが検出され、その後のフォロー内視鏡でhigh-grade dysplasiaが検出されたため、大腸全摘術後7年に開腹回腸囊切除術(Miles手術)、永久回腸人工肛門造設術を施行した。術後病理診断では回腸囊内に平坦病変を認め、high-grade dysplasiaの診断であった。同病変の肛門側にはlow-grade dysplasiaが分布するも、残存直腸粘膜には腫瘍性病変を認めなかった。現在術後2年間無再発で外来経過観察中である。【考察】潰瘍性大腸炎に対する回腸囊肛門(管)吻合術後の回腸囊dysplasia/癌の累積発生率は術後20年で1.6%から6.9%と稀である。回腸囊dysplasia/癌発症の高リスク因子としては潰瘍性大腸炎関連大腸dysplasia/癌が知られており、術後年1回の回腸囊サーベイランス内視鏡検査が推奨されている。一方、回腸囊炎をリスク因子とする既報もあり、本症例のように内視鏡的炎症を持続して認める回腸囊炎症例でもサーベイランス内視鏡検査が有用である可能性がある。【結語】稀とされる回腸囊high-grade dysplasiaの1例を経験したため報告する。

回腸囊, dysplasia

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科  
酒匂美奈子, 西口貴則, 山崎 大, 岡野 莊, 園田 光, 岩本志穂,  
深田雅之

【症例】40歳代男性【現病歴】X-30年膝胆管合流異常手術(胆管空腸吻合)を施行された際にクローン病(CD)と診断された。X-27年より当院通院、X-25年にS状結腸切除、回腸人工肛門造設術を施行された。X-24年回腸部分切除、S状結腸皮膚瘻閉鎖、横行結腸人工肛門造設術を施行後、短腸症候群に対して在宅中心静脈栄養療法(HPN: Home Parenteral Nutrition)が導入された。その後夜間も1.5時間に一度程度ストマ排液の破棄を行う状態が続いていた。X-5年7月の造影検査にて横行結腸人工肛門直下の狭窄・皮膚瘻指摘。同年11月15日横行結腸切除、ストマ閉鎖術が施行された。術後癒着性イレウスのため12月25日癒着を剥離、回腸部分切除術施行され、残存小腸120cmとなった。手術後も1503ml/日、874kcal/日の補液を継続した。不溶性食物繊維の併用で便は徐々に有成形した。亜鉛欠乏症の合併に対して補充を行った。術後肝機能障害の改善を待ち、またT-spt陽性であったためINH予防内服を行った後、X-4年11月に術後寛解維持目的にてウステキスマブが導入された。このころまでに43kgから48kgまでの体重増加が認められた。ウステキスマブは以後12週間隔で投与を継続しており、同年7月の小腸造影検査にて活動性炎症所見がないことが確認された。また、術直後は頻回の排便が見られたが、このころの1日の排便回数は7-8回程度で、おむつの使用が不要となった。X-1年2月には排便回数は3-4回/日となり、有形便のこともあり昼間のsoilingが消失した。X年1月現在排便は1日2回程度で、補液量は1403ml/日、1040kcal/日となっており、減量を検討している。【考察】長期間の腸管空置により腸管粘膜の萎縮を生じ、機能の回復は困難なケースも多い。横行結腸人工肛門造設により20年間空置された大腸が良好に機能していると思われる症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

結腸人工肛門、短腸症候群

抗TNF $\alpha$ 抗体製剤が奏功した、潰瘍性大腸炎に対する結腸全摘後に大量出血と穿孔が発症した小腸多発潰瘍の1例

横浜市立大学市民総合医療センター IBD センター<sup>1)</sup>、  
横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科<sup>2)</sup>  
横谷建一郎<sup>1)</sup>, 木村英明<sup>1)</sup>, 前橋 学<sup>1)</sup>, 白倉大毅<sup>1)</sup>, 栗村紀輝<sup>1)</sup>,  
春山芹奈<sup>1)</sup>, 中森義典<sup>1)</sup>, 松林真央<sup>1)</sup>, 国崎玲子<sup>1)</sup>, 遠藤 格<sup>2)</sup>

症例は30歳女性。X年5月に下痢と粘血便を認め、近医を受診。下部内視鏡で潰瘍性大腸炎(全大腸炎型)と診断された。5ASA製剤の内服で臨床的寛解を得られたが、9月より粘血便の再燃と発熱を認め、10月に前医に入院した。入院後ステロイド内服療法を行うも改善せず、入院14日目に当院に転院搬送となった。同日よりステロイド大量静注療法、転院後4日目よりカルシニューリン阻害薬での治療を行ったが、腹部症状の増悪を認め、転院後5日目に開腹結腸全摘、回腸人工肛門、S状結腸粘液瘻造設術を行った。術後8日目に嘔吐を認め、CTで腸閉塞の診断。術後12日目にイレウス管を挿入して減圧治療を行った。術後18日目にストマとイレウス管から出血を認め輸血療法を行った。術後20日目に腹部症状の増悪を認め、腸閉塞と腸管出血に対して開腹手術を行った。術中所見ではトライツ靭帯から230cmで腸管の狭窄を認め、同部位より口側の小腸に多発潰瘍を認めた。特にトライツから100cm以降の回腸に潰瘍は多数存在し、220cmの部位に穿孔がみられた。腸閉塞解除術、穿孔部閉鎖、空腸人工肛門造設術を行った。術直後よりステロイド大量静注療法を行ったが、ストマからの出血は増加し、再手術後3日目に抗TNF $\alpha$ 抗体製剤の導入した。ICUに入室、RBC 78単位、FFP 40単位、PLT 25単位輸血を必要としたが、出血量は減少し、抗TNF $\alpha$ 抗体製剤投与後5日目より輸血を中止しICUを退出、抗TNF $\alpha$ 抗体製剤投与10日目頃よりストマからの出血は完全に消失した。潰瘍性大腸炎術後の小腸炎の発症率は0.8%と非常に稀であるが、一度発症すると、重篤な転機を辿る可能性がある。今回我々は抗TNF $\alpha$ 抗体製剤が奏功した、潰瘍性大腸炎に対する結腸全摘後に大量出血と穿孔が発症した小腸多発潰瘍の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、小腸炎

亀田総合病院 消化器内科  
西脇拓郎, 蘆川 堯, 船登智将, 井上 薪, 川滿葉津貴, 吉村茂修,  
南雲大暢, 仲地健一郎, 中路 聡

【症例】症例1. 66歳, 男性. 主訴は肛門痛. 普段より便秘傾向のため, 10年以上排便時にウォシュレットを5分以上使用する習慣がある. 2週間より肛門部違和感を自覚し, 受診1週間前に浣腸を使用した. その後, 下痢が持続し, ウォシュレットを最高水圧で長時間, 高頻度に使用するようになった. その結果, 肛門痛が悪化したため当院外来を受診した. 大腸内視鏡検査の結果, 肛門管から下部直腸にかけて全周性の炎症および潰瘍を認めた. 病理組織学的検査では, 軽度の炎症性細胞浸潤と局所の出血を伴う非腫瘍性の直腸粘膜を認めた. 症例2. 68歳, 男性. 主訴は便通異常. 2週間前より便のきれが悪いのを自覚し, ウォシュレットを頻繁かつ長時間使用するようになり, さらに症状悪化したため, 当院外来を受診した. 大腸内視鏡検査で直腸の一部, 縦走で不整形の潰瘍を認めた. 病理組織学的検査では, 高度な炎症性細胞浸潤のある潰瘍形成がみられた. 両症例ともウォシュレットの使用を中止することで症状は消失し, 内視鏡所見の改善も確認できた. 【考察】日本人の半数程度が排便前後に肛門を洗浄している. ウォシュレットを使用して排便後に肛門を洗浄することは, 手指衛生や肛門を清潔にするのに役立つ. しかし, ウォシュレットの過度の使用は直腸粘膜脱症候群や孤立性直腸潰瘍などの直腸障害を引き起こすことが報告されている. 今回われわれが経験したウォシュレットの使用により直腸潰瘍が進行した稀な2症例を報告する.

直腸潰瘍, 電動ビデ

びまん浸潤型大腸癌との鑑別に苦慮した慢性憩室炎の一例

藤沢市民病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
横浜市立大学附属病院 消化器内科学<sup>2)</sup>  
三枝正路<sup>1)</sup>, 福地剛英<sup>1)</sup>, 岩瀬 滋<sup>1)</sup>, 前田 慎<sup>2)</sup>

【症例】55歳女性【現病歴】近医にて血便精査目的の下部消化管内視鏡検査でS状結腸粘膜の浮腫状変化と発赤所見を認めた。また卵巣腫瘍精査目的の骨盤単純MRI検査にてS状結腸から直腸に不整な壁肥厚を認めたため精査加療目的に当科紹介となった。造影CTではS状結腸から直腸に造影効果を伴う不整な壁肥厚と周囲の脂肪織濃度上昇を認め、直腸傍リンパ節、下腸間膜リンパ節の顕在化を認めた。PET-CTでも壁肥厚部位に一致してFDG集積を認め画像検査上では悪性腫瘍の可能性を第一に考えた。一方、下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に多発憩室と全周性の壁の硬い狭窄と硬化を認め、粘膜面の浮腫状変化および発赤を認めるも粘膜病変を疑う所見は乏しく、同部位から白色膿汁様分泌物を認めた。生検を七か所施行したが、いずれもGroup 1で悪性を疑う所見は指摘されなかった。憩室炎の増悪を避けるため注腸造影の代替として大腸3D-CT検査(CT Colonography: CTC)を施行しS状結腸に拡張不良と、狭窄部近傍に複数の憩室を認め、内視鏡での炎症範囲と同範囲での憩室炎として矛盾しない所見であった。各種検査所見からは、びまん浸潤型大腸癌もしくは慢性憩室炎との鑑別に苦慮したが、最終的には下腹部痛などの所見も度々遷延しており、CTCで狭窄を認めた部分を参考に腹腔鏡下S状結腸切除術、D3郭清を施行した。周術期合併症は認めず、最終病理結果はS状結腸憩室炎の診断となった。【考察】びまん浸潤型大腸癌に関しては診断に難渋したという症例報告が散見される。今回我々もびまん浸潤型大腸癌との鑑別に苦慮した慢性憩室炎の一例を経験した。診断や腸管切除範囲の決定に関してCTCが一助となったため、若干の文献的考察を含めて報告する。

慢性憩室炎, CT Colonography

横浜労災病院 消化器内科

悦田咲季子, 永瀬 肇, 関野雄典, 内山詩織, 高柳卓矢, 岡田直也, 春日範樹, 稲垣淳太, 杉田田裕佑, 佐野 誠, 松本彰太, 伏見 光, 西上堅太郎, 利井辰光, 上野航大, 能中理紗子, 成本壮一, 岡崎靖史, 長谷川直樹

C型肝炎に対する治療は直接作用型抗ウイルス薬 (DAAs) の進歩により、ほとんどの症例でウイルスの持続的陰性化 (SVR) が得られるようになった。一方でSVR後肝発癌の問題が指摘されている。われわれはSVR後7年で肝細胞癌(HCC)を発症した線維化非進行C型肝炎症例を経験した。症例は63歳男性。C型慢性肝炎、及び糖尿病にて他院に通院していたが、抗ウイルス療法の希望があり2007年に当院紹介受診となった。C型肝炎ウイルス(HCV)はgenotype1b、高ウイルス量でありインターフェロンでは難治例であったためまず肝庇護剤投与を行いALT20-40U/Lと安定した。2015年1月にALT上昇があり、ダクラタビル/アスナプレビル(DAA2剤)による治療を開始、この時点でヒアロン酸121ng/mLであった。治療終了12週目でSVR12を確認、血清肝機能も正常化した。以後、半年毎に腹部エコー検査を含めてフォローしていたが、慢性肝炎を示唆する所見と脂肪肝を認めるもHCCの発生はなかった。治療終了後5年の2021年時点でHCCは認めず、ヒアロン酸31ng/mLと線維化マーカーの改善も認められた。しかし2023年の腹部エコー検査で肝左葉に最大径53mm大の腫瘍性病変を認め、造影MRI検査、CT検査を施行しHCCと診断した。AFP5.3ng/mLだが、PIVK 227mAU/mLと高値、ICG-R15は11.5%であり腹腔鏡下肝切除術を施行した。病理検査では分化型HCCであり背景肝の線維化はF1であったが脂肪変性が目立つ所見であった。HCVに対する治療でSVRが得られると肝発癌リスク因子は男性、高齢、肝線維化進展などがあげられている。本症例は非高齢者で線維化が軽度であるが治療後5年以上経過してHCCを発症した症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

HCV, HCC再発

災害医療センター 消化器科<sup>1)</sup>, 同 病理科<sup>2)</sup>

常井薫時<sup>1)</sup>, 大野志乃<sup>1)</sup>, 竹内祐貴<sup>1)</sup>, 杉山勇太<sup>1)</sup>, 柴田 勇<sup>1)</sup>, 佐々木善浩<sup>1)</sup>, 平野和彦<sup>2)</sup>, 板倉 潤<sup>1)</sup>

【症例】85歳男性【現病歴】B型肝炎ウイルスキャリアーの既往があり、X-2年9月に急性胆管炎で当科に入院した際に偶発的に造影CTで肝S6に22mm大の動脈相でring enhanced lesionとして描出される結節病変を指摘された。結節病変は胆管炎の寛解後も縮小せずに残存し腫瘍ではなく腫瘍の可能性が示唆された。しかし待機的にEOB-MRI撮影したが、組織推定に特異的な所見に欠き、経過観察の方針となった。その後1年間経過を追うも変化を認めず、良性疾患疑いと判断され終診となった。X年11月に左季肋部痛で受診された際に単純CT検査で偶発的に同結節病変が35mm程度まで増大していた。造影CT、造影MRI撮像では特異的な所見はなく、腫瘍マーカーも正常範囲であった。画像上増大しており何らかの悪性疾患を疑い、X+1年1月に肝腫瘍生検を施行した。生検標本では嚢胞状胆管様構造の集簇、核異型の少ない単層円柱上皮の裏打ち構造、細胆管の著明な増生が見られMulticystic Biliary Hamartoma (MCBH) と診断された。悪性所見を認めないことから手術はせず、外来経過観察の方針となった。【考察】MCBHは小嚢胞が集簇する多房性の胆管過誤腫で良性的疾患であり、2006年にZenらによって提唱された稀少疾患である。MCBHはまだ提唱されてから日が浅いが悪性化の報告はない。しかし、画像での診断は困難であり、手術による確定診断がほとんどである。本症例は解剖学的に肝表層に位置し、病理学的に異型に乏しい嚢胞状胆管様構造を認め、MCBHに矛盾しないと考えられた。一方で画像/生検検査のみでは、粘液嚢胞腫瘍(MCN)、胆管嚢胞腺腫、間葉性過誤腫(HMH)、胆管内乳頭腫瘍(IPNB)、胆管過誤腫(VMC)、カリリ病など鑑別が必要な疾患は多く、本例では生検によりMCBHの可能性が高いと判断できたため、手術を回避することができた。外来で悪性化の有無について経過を追う必要がある。

肝腫瘍, 稀少疾患

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科

砂山 学, 上田 薫, 神岡 洋, 澁谷尚希, 佐伯千里, 及川恒一, 猿田雅之

【症例】80歳男性【現病歴】来院前日から全身倦怠感、来院当日の朝から39度の発熱を認め、肺炎疑いで当院紹介受診となった。体温39.2℃, BP144/66, HR102回, Sa95%, 意識清明, 眼球結膜に軽度黄染を認め、胸部単純CTでは肺炎像を認めなかった。血液検査ではAST 6476U/L, ALT 3129U/L, T-Bil 4.7mg/dL,  $\gamma$ -GTP 433U/L, PT 41%(第2病日 33%)であり、非昏睡型急性肝不全の診断で入院となった。腹部造影CTで胆管閉塞は認めず、肝実質濃度がびまん性にやや低下し、peripolar collarを伴い、急性肝障害が示唆された。各種抗体検査でHBs抗原 14962IU/mL, IgM Hbc抗体 12.0S/CO, genotypeB, 4年前当院で施行したHBs抗原が陰性であり、急性B型肝炎と診断した。また与芝の劇症化率は29.6%。決定木法にて劇症化した場合の死亡のリスクは79.6%と非常に高いと判断、全身管理目的ICU入室となった。第2病日からTAFを開始、mPSL1000mgによるステロイドパルス療法を3日間施行、以降PSL60mg(1mg/kg/day)での後療法を行った。経過中に肝性脳症を発症することなく肝機能は改善、PT時間も回復したため、第7病日にICUを退出、7日毎にPSLを10mg漸減、第15病日(PSL 40mg時点)からALT 1755U/Lと肝機能障害が再燃、新規投与を行っていたリファミキシンやST合剤を中止するも改善せず。第18病日にはALT値が2775U/Lとさらなる増悪を認めたため、PSL減量による肝炎の再燃と判断、第19病日に再度PSL60mgへ増量した。その後、速やかに肝機能が改善したため1週間毎にPSLを10mgずつ漸減し、以降再燃なく第47病日(PSL 25mg)に自宅退院となった。B型肝炎による急性肝不全は本邦では23%と原因の第1位を占めており、劇症化した場合に死亡率約70%と予後が悪い疾患である。急性B型肝炎に対してPSLの投与は中止後の再活性化のリスクからその是非は意見が分かれるところであったが、Bo Zhaoらの報告でその有用性が示された。また核酸アナログの進歩により再燃のリスクはさらに減ってきていると考えられる。HBV初感染による急性肝不全を発症し、ステロイド療法で寛解した一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

急性B型肝炎, ステロイドパルス療法

防衛医科大学校病院 消化器内科<sup>1)</sup>

東京医科歯科大学病院 総合診療科<sup>2)</sup>

安藤悠哉<sup>1,2)</sup>, 成松和幸<sup>1)</sup>, 馬淵 卓<sup>2)</sup>, 吉岡幹士<sup>1)</sup>, 山下耕生<sup>1)</sup>, 菅原輝輝<sup>1)</sup>, 岡崎忽也<sup>1)</sup>, 大黒拓磨<sup>1)</sup>, 落合美音子<sup>1)</sup>, 木本侑哉<sup>1)</sup>, 江崎航大<sup>1)</sup>, 川端結輔<sup>1)</sup>, 武川舞子<sup>1)</sup>, 植田浩貴<sup>1)</sup>, 石川博隆<sup>1)</sup>, 東山正明<sup>1)</sup>, 高本俊介<sup>1)</sup>, 富田謙吾<sup>1)</sup>, 橋本正良<sup>2)</sup>, 穂苅量太<sup>1)</sup>

【症例】74歳男性【主訴】黄疸【現病歴】70歳時に難治性逆流性食道炎の診断で当院当科に紹介され、上部消化管内視鏡検査で逆流性食道炎や残胃炎を認めず、総合的に機能性ディスペプシアと診断した。その後PPIを継続するも奏功せず。自身で市販薬を内服していた。X日から尿の黄染および食欲不振を認め、X+5日には全身倦怠感と黄疸が出現した。X+8日には近医を受診し、造影CTとMRCPで異常は認めず、薬剤性肝障害の疑いで経過を診ていたも肝障害が持続するため精査加療のため当院へ紹介となった。【既往】34歳胃潰瘍・十二指腸潰瘍手術(幽門側胃切除)【経過】病歴と血液・生化学検査で胆道系酵素の上昇を認めたことから胆汁鬱滞型薬剤性肝障害(DILI)を疑った。リンパ球刺激試験で陽性であったボノブラザン/マル酸塩によるDILIとしてウルソデオキシコール酸の内服とグリチルリチン酸製剤の静注で加療したものの、ビリルビンと胆道系酵素は高値で遷延した。患者が家族を介護していることを理由にX+11日に一旦退院とした。しかし、外来でもAST/ALTは低下したものの、ビリルビンと胆道系酵素は高値で遷延し、再上昇傾向が診られたためX+42日目に再入院とし、肝生検を実施した。病理ではDILIとして矛盾せず、経口プレドニゾン 50 mg/dayから内服を開始したものの効果は認めず、プレドニゾンは漸減・中止した。その後、自然経過で胆道系酵素が低下したためX+56日目に退院とした。胃切除後の既往があることから、直接ビリルビン優位の黄疸と胆道系酵素高値が遷延した原因として迷走神経切離による胆汁うっ滞や胆道ジスキネジアが関与している可能性を考え、肝胆道シンチグラフィ(99mTc-PMT)を施行したところ、十二指腸括約筋機能不全(SOD)の所見が得られビリルビンと胆道系酵素高値が遷延した原因としてSODの合併が考えられた。【考察】胆汁鬱滞が遷延した原因および肝障害発症前の腹部症状の原因としてSODの関与が考えられた1例を経験した。

薬剤性肝障害, 十二指腸括約筋機能不全

川崎市立井田病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 内科<sup>2)</sup>、  
同 病理診断科<sup>3)</sup>、川崎市立川崎病院 血液内科<sup>4)</sup>  
藤吉朋子<sup>1)</sup>、岡田 享<sup>1)</sup>、山田博昭<sup>1)</sup>、高松正視<sup>1)</sup>、伊藤大輔<sup>1)</sup>、  
西尾和三<sup>2)</sup>、杜ぶん林<sup>3)</sup>、定平 健<sup>4)</sup>

症例は81歳の男性。食思不振、白色便を認め近医内科受診し、血液検査で肝胆道系酵素高値であったため当院内科紹介受診となった。血液検査ではT-Bil 6.5 mg/dlと黄疸を認め、AST 98 IU/L、ALT 67 IU/L、 $\gamma$ -GTP 602 IU/Lと肝胆道系酵素の上昇を認め精査加療目的で消化器内科入院となった。腹部造影CT、MRCP、腹部超音波検査では胆道の閉塞起点や肝臓内占拠性病変は認めず、血液検査では各種肝炎ウイルスマーカーは陰性で、その他の感染症や自己免疫性肝疾患、薬剤性肝障害は否定的であった。ウルソデオキシコール酸を投与したが改善なく、確定診断に至る手掛かりに乏しかったため、第12病日に経皮的肝生検を試行された。肝生検病理ではCongo-red染色陽性であり、アミロイドの沈着による胆道障害所見を認め、AL型アミロイドーシスの診断となった。第22病日加療目的に他院へと転院となり、骨髄生検、皮膚生検を施行された。骨髄生検の結果から多発性骨髄腫が合併していることが診断された。同日ステロイド投与開始、第27病日よりDara-Vd療法開始されたが、病状の改善なく第36病日死亡となった。肝生検はアミロイドーシスでは出血リスクが高いとされ相対的禁忌とされていたが、近年では肝生検にて肝アミロイドーシスの診断に至った報告も散見される。原因不明の肝機能障害の鑑別においては、アミロイドーシスも念頭において精査を進める必要がある、肝生検は有用な検査であると考えられた。一方アミロイドーシスの予後は心疾患で規定されることが多いとされるが、本症例では心機能は保たれており肝不全が予後規定因子になったと考えられた。今回重症肝不全に対し肝生検で確定診断を得た骨髄腫合併ALアミロイドーシスの一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

アミロイドーシス、肝不全

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器肝臓内科<sup>1)</sup>、  
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>  
土綿藍梨<sup>1)</sup>、光吉優貴<sup>1)</sup>、小森徹也<sup>1)</sup>、山本玖美<sup>1)</sup>、田中孝幸<sup>1)</sup>、  
土屋 学<sup>2)</sup>、石川将史<sup>1)</sup>、鹿野智裕<sup>1)</sup>、佐藤優子<sup>1)</sup>、三浦由起子<sup>1)</sup>、  
野口正朗<sup>1)</sup>、板垣宗徳<sup>1)</sup>、松平 浩<sup>1)</sup>、木下晃吉<sup>1)</sup>、小池和彦<sup>1)</sup>、  
猿田雅之<sup>2)</sup>

【症例】59歳、女性【主訴】腹部膨満感、下肢浮腫、肝機能障害【現病歴】X-8年に肝機能障害、慢性腎機能障害にて近医より紹介受診された。精査の結果、NASHによる肝硬変と診断し、内服治療および生活習慣指導を開始した。また同時に少量の腹水貯留、下肢浮腫を認めたため利尿剤による治療を開始した。その後、利尿薬にて腹水貯留のコントロールを行っていたが、腎機能が悪いこともあり腹水コントロールに難渋していた。入院にて腹水穿刺も施行し肝硬変による漏出性腹水と診断していた。同時に肝性脳症発症も繰り返していた。X-6年には慢性腎機能障害進行に伴い血液透析が導入された。以降、腹水はほぼ消失していた。X-3年に便潜血陽性を契機に下部消化管内視鏡を施行したところ早期上行結腸癌を認めた。内視鏡施行中に麻酔にて血圧の著明な低下を認め、長時間の内視鏡検査はハイリスクと判断し、右半結腸切除術を施行した。病理結果はTis癌であり治癒切除であった。X-2年後より腹水増加認め、その後も腹水貯留と肝性脳症に対して内服薬と血液透析によるDWの調整を行っていたが、腹水のコントロールがつかなくなりCART療法施行目的にX年に入院となった。入院にて腹腔穿刺施行したところ、腹水の性状は黄白色、腹水中TGが高値であった。またリンパ管シンチ検査を施行し、漏出部位は特定できなかったが腹腔内へのリンパ液の漏出を認め、乳糜腹水の診断となった。その後血液透析時にオクトレオチドを開始し、乳糜腹水の治療を開始した。画像上はオクトレオチドが有効している所見は認めなかったものの、自覚症状の改善、腹水の増悪による入院等は減少した。【考察】消化管術後の難治性乳糜腹水に対してオクトレオチドが有効した症例の報告がある。一方で、本症例ではオクトレオチドが乳糜腹水に対し有効している所見は得られなかったものの、腹水イベントの減少に寄与した可能性がある。貴重な症例を経験したため、文献的考察を加えて考察する。

乳糜腹水、オクトレオチド

武蔵野赤十字病院 消化器内科  
山崎雄大、土谷 薫、安井 豊、内原直樹、田中雄紀、宮本 遙、  
慶徳大誠、岡田理沙、樋口麻友、高浦健太、田中将平、前屋鋪千明、  
玉城信治、中西裕之、高橋有香、泉 並木、黒崎雅之

【症例】70代男性【現病歴】X年5cm肝細胞癌(HCC)に対して初回治療として肝切除が施行された。その後肝内再発に対してラジオ波焼灼療法や経カテーテル的肝動脈化学塞栓術が施行されたが多発再発をくり返しX+8年アベルマブ+アキシチニブの臨床試験に参加された。1年後に増悪しX+9年第2相臨床試験としてカボザンチニブが開始となりstable disease (SD)が得られ1年間投与された。その後増悪しリンパチニブ、ラムシルマブ、ソラフェニブとシークエンシャル療法を行いX+11年アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法が導入された。初回効果判定はSDであったがその後増悪しX+12年保険適用薬としてカボザンチニブ導入目的に入院となった。【既往歴】糖尿病内服治療、60歳時C型慢性肝炎に対してIFN治療が施行されウイルス陰性化【入院時所見】身体診察上異常所見なし、Alb 3.9 g/dl、T-Bil 0.7 mg/dl、PT 107%. BS 298 mg/dl、HbA1c 8.3%、AFP 736 ng/ml、AFP L3分画 16.6%、PIVKA-II 9331 mAU/ml【経過】臨床試験でカボザンチニブ60mg/day投与時に手足症候群などの有害事象が発現したため2回目のカボザンチニブ投与開始時は20mg/day隔日で投与を開始した。投与開始4週後にAFP・PIVKA-IIともに20%以下低下し12週後に施行した造影CTまたはMRI検査では肝内の多発する病変はmodified RECIST criteriaでcomplete response (CR)と判定された。カボザンチニブによる有害事象は軽度倦怠感以外は認めず20mg/day隔日投与を継続した。以後8-12週毎に造影CTまたはMRI検査を継続しCRが維持されていたため投与開始後11ヶ月後にカボザンチニブ内服中止とした。現在薬物中止から14ヶ月経過しており画像上CRおよび腫瘍マーカー3種類すべて基準範囲内が維持されている。【考察】免疫複合療法後にカボザンチニブを再投与しCRおよびdrug-free statusが得られた症例を経験した。1回目と2回目のカボザンチニブ投与時のresponseが異なり腫瘍および腫瘍微小環境が変化したためと考えられる。

肝細胞癌、カボザンチニブ

東京医科歯科大学 消化器内科  
勝又理沙、小林正典、石堂 舜、勝田景統、金子 俊、福田将義、  
村川美也子、朝比奈靖浩、大塚和朗、岡本隆一

【緒言】機能性胆道障害としてRomeIVでは機能性胆嚢障害 (Functional Gallbladder Disorder: FGD)と乳頭括約筋機能不全 (Sphincter of Oddi Disorder: SOD)が挙げられているが、診断基準が曖昧なことから未診断の機能性胆道障害の症例が多く存在する可能性がある。当院で経験したRomeIV分類で診断不可能であった2例の機能性胆道障害について報告する。【症例1】30代女性で、5年前からの食後の強い心窩部痛で当院を受診された。疼痛により20回を超える救急外来の受診歴があり失神の経験もあったが、他院では肝障害や胆道拡張を含む検査異常は全て認めず他院から心因性と判断されていた。痛みがRomeIVの胆道痛の基準を満たしていたことから肝胆道シンチグラフィ (hepatobiliary scintigraphy; HBS)を行うと、明らかな十二指腸への胆汁排泄遅延が認められた。SODが疑われる所見であり十分なinformed consentのもと内視鏡的乳頭括約筋切開 (Endoscopic sphincterotomy; EST)を行った。処置後、疼痛は完全に消失した。【症例2】21歳女性で、14歳からの周期的に出現し1週間程度持続する強い心窩部痛から日常生活が安定せず、勉学に支障をきたしていた。本症例も血液・画像検査では全く異常なく心因性と考えられていたが、HBSで胆嚢からの明らかな胆汁排泄遅延を認めた。FGDが疑われたが胆嚢摘術は希望されず、まずは内視鏡治療を行った。ESTを行い、内視鏡的経乳頭胆嚢ドレナージュチューブを留置した。処置後HBS所見は著明に改善し、疼痛も完全に消失した。【考察】機能性胆道障害の診断基準としてRomeIV分類が用いられるが、診断基準を満たさない機能性胆道障害が存在する。上記症例はHBSにて病態が疑われ、内視鏡治療で著明に症状が改善された。今後、これらの症例で有用であったHBS所見を含む新たな診断基準が望まれる。

胆道型機能性消化管障害、RomeIVの診断基準

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  
正田貴大, 新木健一郎, 石井範洋, 福島涼介, 奥山隆之, 関 貴臣,  
星野弘毅, 萩原 慶, 河合俊輔, 塚越真梨子, 五十嵐隆通,  
播本憲史, 調 憲

【はじめに】肝左三区域切除術は拡大肝切除の中でも高リスク手術と考えられている。今回肝門部領域IPNBに対して左三区域切除術を企図したが、術前に右肝静脈に血栓形成を認め、切除適応外と判断したものの、化学療法中に右肝静脈内にシャント形成を認め、切除し得た1例を経験したため報告する。【症例】58歳男性。黄疸を主訴に前医受診し、CTで肝門部領域胆管癌疑われ当科紹介。画像上肝左葉を中心に胆管の囊状拡張あり左肝管に乳頭状結節影を認めIPNBが疑われた。ERCPによるMapping biopsyでは左肝管は乳頭状上皮の診断でIPNB疑い、右前区域・後区域胆管には明らかな腫瘍性病変は認めなかった。前区域胆管起始部の狭窄と囊状腫瘍場により前区域グリソンは圧排されており、肝左三区域切除術の方針とした。ICGR-15 25.6%と不良であったが、Child-Pugh A (5点)、残肝容積695ml (39.2%)で、機能的残肝容積 (fFRLV) 723ml/m<sup>2</sup>は当科の切除基準を満たし (fFRLV ≥ 615ml/m<sup>2</sup>)、左門脈塞栓後に手術の方針とした。門脈塞栓後の評価CTで右肝静脈の分枝に血栓形成あり抗凝固療法を開始すると消失せず。術後肝うっ血による肝不全のリスクから手術適応外と判断し、化学療法の方針とした。GEM+CDDP+S-1 (GCS) 療法を開始し、3ヶ月後の評価CTでは腫瘍の縮小が得られた。また、右肝静脈血栓は残存していたものの末梢で静脈シャントの形成を認めた。6ヶ月の時点で同様の所見が維持されており、切除可能と判断し肝左三区域切除術、肝外胆管切除再建術を施行した。手術時間755分、出血1,318ml。術後経過は胆汁漏れを認めたが、保存的に改善し第45病日退院となった。病理診断はIPNBの上皮内癌の診断で断端陰性、明らかなリンパ節転移は認めずpTisN0M0-Stage0の診断であった。術後S-1補助化学療法を施行し経過観察していたが、術後20ヶ月で肺転移再発を認めGCS療法にて加療中。【結語】血栓形成により切除適応外と判断したが、化学療法中に右肝静脈の側副血行路の発達を認め、切除が可能となった。切除を念頭に置いた詳細な術前画像の評価が重要と思われた。

胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB), 肝静脈血栓

胆管捻転症, 画像診断

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>  
弦間有香<sup>1)</sup>, 時任佑里恵<sup>1)</sup>, 松井 徹<sup>1)</sup>, 坂井有里枝<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>2)</sup>, 岸田由起子<sup>2)</sup>, 奥田純一<sup>3)</sup>,  
光井 洋<sup>1)</sup>

【症例】77歳男性【現病歴】X年Y-4月に定期外来の採血で肝胆道系酵素および炎症反応の上昇を認めた。CTで胆嚢壁肥厚、周囲の脂肪織濃度の上昇および肝実質への進展、および胆管閉塞を認め、また胆嚢頸部および下部胆管には胆嚢結石を認めた。胆嚢癌・胆管および肝浸潤の疑い、総胆管結石性胆管炎の診断で当科に紹介となった。ERCPでは胆嚢管合流部付近の上流胆管の狭窄を認めたが、同部位からの生検や胆汁細胞診からも悪性を疑う所見は認めず。狭窄に対して胆管ステントを留置し、胆管炎が落ち着いたところで結石除去を行った。また、EUSでは胆嚢壁の全周性の壁肥厚を認め、同部位からFNAを行うも悪性所見は認めなかった。この段階では胆嚢癌は積極的には疑われない。Y-2月に再評価目的のERCPを施行し、胆管狭窄部からの生検を行うも悪性を疑う所見はなく、慢性胆嚢炎の疑いでY月に開腹胆嚢摘出術を施行した。病理検査の結果黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断であった。その後、Y+4月に胆管狭窄評価目的のERCPを施行したところ、胆管狭窄は改善しており、ステントフリーで経過観察中である。【考察】黄色肉芽腫性胆管炎は胆嚢壁内に肉芽腫を形成する比較的稀な疾患であり、胆嚢炎の一亜型である。周囲の臓器に炎症性浸潤を来すこともあり、その臨床像からは胆嚢癌との鑑別が困難であることが多い。本症例には、EUS-FNAや胆管狭窄部からの繰り返し生検により術前に悪性を否定することで、拡大手術を防ぐことができた。

黄色肉芽腫性胆嚢炎, 胆管狭窄

帝京大学 医学部 内科学講座<sup>1)</sup>, 同 外科学講座<sup>2)</sup>  
坂東麻由<sup>1)</sup>, 三浦 亮<sup>1)</sup>, 清水友貴<sup>1)</sup>, 本田 卓<sup>1)</sup>, 松本康佑<sup>1)</sup>,  
青柳 仁<sup>1)</sup>, 磯野朱里<sup>1)</sup>, 阿部浩一郎<sup>1)</sup>, 有住俊彦<sup>1)</sup>, 小田島慎也<sup>1)</sup>,  
浅岡良成<sup>1)</sup>, 山本貴嗣<sup>1)</sup>, 田中 篤<sup>1)</sup>, 貝沼雅彦<sup>2)</sup>, 佐野圭二<sup>2)</sup>

症例は80歳男性。当院膠原病内科にリウマチ性多発筋痛症で定期通院中。20XX年11月に心窩部痛が出現し、その後4回嘔吐した。症状が持続するため当院救急外来を受診。血液検査、腹部X線検査では原因と考える所見はなかったため対症療法で帰宅となった。しかし、症状の改善が乏しく、疼痛部位が右季肋部になったことから、2日後に内科外来を受診。腹膜刺激徴候は認めなかったが、Murphy徴候を認め、血液検査でWBC12,200/μl、CRP14.92mg/dLと上昇していた。腹部造影CT検査では胆嚢は右横隔膜下に位置しており、著明な腫大と、壁の造影効果の軽度低下を認めた。胆嚢内腔には高吸収が散在していたが、明らかな活動性出血を疑う所見はなかった。急性胆嚢炎(中等症)を疑い、同日緊急入院し抗菌薬による初期治療を開始した。第2病日に症状の悪化はないものの、WBC、CRPともに軽度上昇したため、入院時の腹部造影CT画像を再検討した。再検討の結果、胆嚢捻転症の可能性が疑われ、同日に当院外科にコンサルテーションし、第3病日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。手術時に胆嚢は捻転しており、胆嚢壁の色も不良、胆嚢床付着部はほとんど欠損している状態だった。術後経過は良好で術後8日で退院となった。胆嚢捻転症の身体所見は、急性胆嚢炎に類似する。画像検査の進歩により診断率も上昇したが、診察する頻度の高い急性胆嚢炎と比較し、稀な病態であることから、アベラビリティバイアスにより診断に至れない可能性がある。入院時の当院での腹部造影CT検査も再検討すると胆嚢捻転症を示唆する所見であった。貴重な症例を経験したので、画像の提示とともに、文献的考察を加えて今回報告する。

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学  
今福佳織里, 二瓶真一, 栗田祐介, 窪田賢輔, 山崎雄馬, 緒方智樹,  
長谷川翔, 細野邦広, 中島 淳

【症例】症例は79歳女性。検診のエコーで肝左葉の腫瘍を疑われ、精査目的に当科紹介となった。造影CTでは左肝内胆管の限局性拡張と内部に一部造影効果を有する領域を認めた。EUSでは拡張した胆管内に低エコー性乳頭状隆起を認め、同部位はソナゾイド造影でhyper enhancementであった。IPNBを疑い胆管造影を施行すると、B2にカニ爪様の造影欠損を認めた。IDUSを行うとB2で乳頭状隆起を認めたが、B3分岐・B4分岐・肝門部にかけて明らかな腫瘍の進展所見は認めなかった。経口胆道鏡(POCS)ではB2、さらにB3に乳頭状隆起を認めた。B4分岐・肝門部の胆管粘膜は正常であった。内視鏡精査上、病変の主座はB2、3と考えた。胆汁吸引細胞診では腫瘍細胞は認めず、POCS下での腫瘍生検はIPNB (low grade dysplasia) であった。S2、3に限局する肝左葉IPNBの術前診断で肝左葉切除術が施行された。切除標本の病理診断はIPNB (high grade dysplasia)、腸型に胆嚢型、胃型の混在が示唆された。切除断端はlow grade相当の病変が進展していた。【結論】表層進展を伴ったS2、3のIPNBの一例を経験した。IPNBの表層進展に経口胆道鏡が有用な可能性が示唆される。

IPNB, 経口胆道鏡

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科  
金澤卓也, 神保泰久, 鈴木彬実, 福嶋浩文, 藤澤聡郎, 石川 大,  
内山 明, 永原章仁, 池嶋健一, 伊佐山浩通

【症例】50歳代女性【主訴】倦怠感【現病歴】2023年夏頃から倦怠感が出たため前医を受診。血液検査にて肝機能障害、造影CTにて膵尾部腫瘍と多発肝腫瘍を認めたため、精査目的に当院紹介受診となった。【経過】当院で行ったDynamic CTでは膵尾部腫瘍は長径57mm境界明瞭・不整形腫瘍であった。肝腫瘍は多発しており、原発巣・肝転移巣はいずれも造影効果は乏しかった。膵腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引を施行し、組織検査でNeuroendocrine Tumor Grade 1 (NET G1) の診断であった。転移巣は肝全体に多発しており、原発巣と転移巣で悪性度が異なる可能性が考えられたため、肝腫瘍生検も施行し、NET G2の所見であった。肝転移は多発しており、Ki67指数も15.8%と中等度であったため、分子標的薬であるエベロロリムスで治療を開始した。間質性肺炎やGrade 2の腎機能障害が出現したため、減量し継続していたが、約6ヶ月後には肝転移巣の増大を認め、PD判定となった。2nd lineとしてスニチニブに変更したが、各々Grade 2の血小板減少と口腔内粘膜障害が出現した。オクトレオスキャンで、原発巣への集積は乏しいものの、肝転移巣への高度な集積を認めたことから、より強力な腫瘍抑制効果を期待して、その後の治療はルテチウムオキソドトロチドに変更した。【考察】本症例では原発巣と肝転移巣で腫瘍のGrade、オクトレオスキャンの結果が異なっており、転移により腫瘍の性質が変異したものと考えられる。オクトレオスキャンの集積が見られた肝転移巣は、今後ルテチウムオキソドトロチドによる治療効果が期待できると考えている。NETの治療方針を検討するうえで示唆に富む症例と考へ、文献的考察を加えて報告する。

膵腫瘍, 神経内分泌腫瘍

東海大学八王子病院 消化器内科  
田澤遙介, 伊藤裕幸, 小村侑司, 山口 徹, 張つぼみ, 伊藤彩乃,  
津田真吾, 広瀬俊治, 永田順子, 鈴木孝良

症例は47歳男性。近医にアルコール性急性肝炎で入院、その後膵尾部近傍に仮性嚢胞を形成し、経時的に増大傾向を示すため内視鏡的ドレナージ治療目的に紹介受診となった。紹介医持参CTでは仮性嚢胞は胃壁と接しており、単房性で径80mm以上、嚢胞形成後4ヶ月超経過し禁酒も遵守出来ていることから、内視鏡的ドレナージの適応と判断し後日入院となった。治療は超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ (EUS-guided cyst drainage, EUS-CD) とし、サドル部15mm径のlumen-apposing metal stent (LAMS) を用いた。治療後のCTでは嚢胞の縮小が得られており、合併症なく処置7日後に退院となった。その後退院6日後に車両を運転中に突然の意識消失あり、事故を起こし救急搬送された。血液検査所見では貧血の進行を認めており、身体所見からも消化管出血を示唆する所見を認めたため、緊急で上部消化管内視鏡を施行した。内視鏡では胃内に黒色残渣を認めるものの、可視範囲では明らかな出血源を認めず、仮性嚢胞内からの出血を考え吸引性局所止血剤 (ヒュースタット) を腔内に散布し終了とした。退院後約1ヶ月の間再出血がないことを確認し、後日内視鏡下でLAMSの抜去を試みた。把持鉗子にてLAMSを抜去したところ、腔内より動脈性の湧出性出血を認めた。クリップ止血を試みたが止血されないため、緊急血管造影下塞栓治療を行った。血管造影では脾動脈に動脈瘤を形成しており、同部からの出血所見を認めたためコイル塞栓術が選択された。処置後の再出血は認めず、経過良好のため退院となりその後も再出血は認めていない。LAMSは2018年に本邦で使用可能となった消化管壁と嚢胞壁の瘻孔形成補綴システムである。既報ではLAMS留置の際に10%の頻度で出血の合併症を認めていたが、多くは留置の際の出血であり、留置1週以降の出血や抜去時の出血は稀とされている。本症例では留置後遅発性に出血を繰り返しており、臨床経過上示唆に富むと考へ若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-CD, 遅発性出血

総合病院国保旭中央病院 消化器内科  
小林里彩子, 中川美由貴, 長澤正憲, 重原光那, 瀬谷俊格,  
吉笠後平, 宮川明祐, 樋口正美, 窪田 学, 中村 朗, 紫村治久,  
糸林 詠, 志村謙次

【背景】膵膿瘍は膵炎後や膵臓手術後の報告は散見されるもの、これらの背景を有しない偶発的な膵膿瘍は比較的稀である。膵癌と誤診されて手術に踏み切られる症例や診断が遅れて重症化する報告もある。【症例】HbA1c 11.8%とコントロール不良の糖尿病を有する85歳女性。1週間前からの発熱を主訴に受診し血液検査で炎症反応上昇、肝胆道系酵素の軽度上昇と腹部単純CT検査で膵鉤部に低吸収域を認めた。膵癌に伴う閉塞性胆管炎を否定できなかったことから同日ERCPを施行したところ、偶発的に十二指腸水平脚に陥凹面を認め膿汁の流出が見られた。第3病日にdynamic CT検査を行うと30mm大の造影不良な膵鉤部腫瘍と多発する肝低吸収域、門脈血栓を認めた。画像から膵痛遠隔転移を鑑別に挙げたが、ERCPの所見も踏まえて膵膿瘍十二指腸穿破の可能性を考慮し、第5病日EUSを行った。EUSガイド下で病変を穿刺すると白色膿汁が吸引できたため、膵膿瘍と診断した。培養検査からは*Klebsiella pneumoniae* (string test+) が検出された。その後は、抗菌薬の投与と門脈血栓に対して抗凝固療法による治療を行った。第17病日にdynamic CT検査で再評価したところ膵膿瘍、肝膿瘍、門脈血栓ともに縮小傾向を認めた。【考察】コントロール不良な糖尿病は膵膿瘍のリスクとされており、この背景を有する膵腫瘍に遭遇した場合には悪性腫瘍だけでなく膿瘍も鑑別に挙げるべきである。膵膿瘍が鑑別に挙がる症例に対して早期診断、治療のためにEUSガイド下による穿刺・排膿を視野に入れて診療をする必要がある。

膵膿瘍, EUS-PFD

虎の門病院分院 消化器内科<sup>1)</sup>, 虎の門病院 臨床腫瘍科<sup>2)</sup>,  
同 放射線治療科<sup>3)</sup>, 同 消化器内科<sup>4)</sup>  
鈴木和也<sup>1,4)</sup>, 菊池大輔<sup>1)</sup>, 山下 聡<sup>1)</sup>, 陶山浩一<sup>2)</sup>, 富永理人<sup>3)</sup>,  
鈴木悠悟<sup>4)</sup>, 布袋屋修<sup>4)</sup>

【背景】本邦ではATTRACTION-3試験により、プラチナ系、FU系薬剤 (FP療法) に応じた切除不能食道癌への2次治療としてNivolumab (Nivo) が承認された。今回我々は、FP療法による1次治療に応じた切除不能頸部食道癌に対し、2次療法としてNivoを導入し、増大傾向であった肺転移巣が消失し、長期生存を得られている症例を報告する。【症例】70歳代男性。縦隔リンパ節、右鎖骨上リンパ節に転移を認める頸部食道癌cT2N2M0=StageIIaに対して根治的放射線療法 (RT: 60Gy/30fr, FP療法) を導入した。治療開始後に背部痛のため撮像したCTで、第10肋骨、第11胸椎への骨転移ならびに両肺への肺転移が疑われ、骨転移に対する追加照射 (35Gy/5fr) を施行した。FP4回投与施行し原発巣は消失していたが、肺転移巣の増大を認めPDと判定した。そのため2次療法として治療開始後6ヶ月後にNivoを導入した。Nivo1回投与後に発熱、倦怠感を認め中止し、その後Paclitaxel (PTX) 導入した。PTX2回投与終了後、間質性肺炎が出現し、ステロイドパルス1000mg/dayを導入し、その後漸減し改善を認めた。ステロイドパルス後1週間後のCTでは、増大傾向を示していた肺転移巣に空洞化が認められ、その後のフォローで転移巣は縮小を維持、さらに消失が認められた。一方、経過中にリウマチ性多発筋痛症や下垂体炎も出現し、間質性肺炎もirAE (immune-related Adverse Events) によるものと判断された。その後、仙骨転移と傍大動脈リンパ節転移が出現し追加照射を施行したが、化学療法フリーで経過し、現在診断後50ヶ月の時点で原発巣と肺転移は消失を維持、その他に新たな転移も認めず経過している。【考察】悪性黒色腫や、腎細胞癌、非小細胞肺癌において、irAEの出現と良好な治療効果の相関性が知られており、近年では胃癌でも同様の結果を示す文献が散見される。しかし、頸部食道癌の症例で、Nivolumab投与後irAEを認め、増大傾向であった肺転移巣が消失し、長期の治療効果を認めている症例は本邦報告例なく、貴重な1例であると考えられ、文献的考察を踏まえ報告する。

切除不能頸部食道癌, irAE

獨協医科大学 肝胆膵外科/一般外科<sup>1)</sup>, 同 病理診断学<sup>2)</sup>  
 吉田直樹<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>, 森 昭三<sup>1)</sup>, 磯 幸博<sup>1)</sup>, 石田和之<sup>2)</sup>,  
 青木 琢<sup>2)</sup>

【症例】52歳 男性 腹満、嘔気にて前医を受診。上部消化管内視鏡を施行し、十二指腸水平脚に腫瘍性狭窄を認めた。生検にてAdenocarcinomaの結果から十二指腸癌の診断となった。CTでは他臓器転移は認めず、腫瘍近傍にリンパ節転移を認めるのみであったため、根治切除の方針となった。術中所見では、腫瘍はトライツ靭帯より15cmに存在。術中洗浄細胞診は陽性であった。閉塞状態であったためそのまま手術は継続。また腫瘍は横行結腸に浸潤しており横行結腸合併切除も施行した。術前のCTでリンパ節転移を認めていたため、辺縁動脈の第一空腸動脈をたどって上腸間膜動脈左縁で切離した。肛門側の切離ラインは腫瘍より20cmの部分で、リニアカッターを用いて切離。口側の切離ラインを決定するにあたって、第1空腸動脈を切離した影響で十二指腸水平脚において虚血所見を認めため、ICG蛍光カメラを用いて血流状態を確認し、血流が問題無い部分で切離。結果的に十二指腸水平脚は亜全摘となった。そのため、小腸との端々吻合は困難と判断。横行結腸間膜を通して十二指腸下行脚に側々吻合を行った。術後経過は良好で、縫合不全もなく術後15日目に軽快退院となった。病理組織診断は分化型管状腺癌で一部粘液癌を伴っていた。深達度は漿膜を越えて横行結腸まで浸潤していた(pT4b)。2個のリンパ節に転移を認め(pN1b)、UICC第8版でstage 3Cであった。空腸癌であることから、R1切除ではあるが補助化学療法は施行しない方針となり、経過観察となった。現在無再発生存中である。【考察】十二指腸水平脚から空腸における癌の場合、一般的には大腸癌のリンパ節郭清を念頭において、辺縁動脈のみならずより上流の血流を遮断しなくてはならない場合がある。この血流遮断によって、吻合を行うべき十二指腸水平脚の虚血状態を誘発する可能性があり得る。本症例の場合、ICG蛍光カメラで口側の血流状態を確認し、血流の問題ない部位で切離することで、縫合不全の発生確率を押さえられる可能性が示唆された。文献的考察を交えて報告する。

空腸癌, 再建方法

独立行政法人国立病院機構 相模原病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
 同 リウマチ科<sup>2)</sup>, 同 産婦人科<sup>3)</sup>, 同 病理診断科<sup>4)</sup>  
 久保川俊<sup>1)</sup>, 川岸加奈<sup>1)</sup>, 迎 美幸<sup>1)</sup>, 菅野 聡<sup>1)</sup>, 安達 誠<sup>1)</sup>,  
 野木真一<sup>2)</sup>, 新井 努<sup>3)</sup>, 堀田綾子<sup>4)</sup>, 齋藤生朗<sup>1)</sup>

【症例】76歳、女性。【主訴】下腹部痛【現病歴】202X-2年に関節リウマチ(RA)と診断され、メトトレキサート(MTX)の内服が開始された。その後はRAは安定して経過していた。202X年4月に下腹部痛を主訴に近医を受診し、尿潜血陽性であったため尿管結石が疑われ当院泌尿器科を受診した。単純CTにて腹水貯留や腹膜肥厚を指摘されたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。癌性腹膜炎も否定できないため、全身スクリーニング目的に胸部～骨盤部造影CT、上下部消化管内視鏡検査を施行した。しかし、上下部内視鏡検査では原発巣となる病変は認められず、CTでも腹水貯留や腹膜肥厚を指摘されるのみで、肺野異常陰影もなく、原因の特定に至らなかった。腹水貯留を認め腹部超音波検査を施行したが、安全に穿刺できる部位を認めず腹水検体の採取は不可能であった。癌性腹膜炎や悪性中皮腫などの悪性疾患のほか結核性腹膜炎などの炎症性疾患などが鑑別診断として挙げられたが、画像診断のみでは確定診断に至らず、当院婦人科に依頼し審査腹腔鏡を施行する方針となった。腹膜の病理組織学的検査で、ラングハンス型巨細胞を含む類上皮肉芽腫が指摘され、Ziehl-Neelsen染色で抗酸菌が確認された。明らかな悪性所見は認めず、結核性腹膜炎の診断となった。結核性腹膜炎に関しては治療目的に他施設に紹介となった。RAは現在MTXを中止しイグラチモドとサラゾピリン、NSAIDsの頓用内服にて寛解を維持している。【考察】結核性腹膜炎は全結核患者の0.04-0.5%であり、その半数は肺病変を認めないと報告されている。主訴に関しても腹水貯留に起因する腹部感満感などを訴えることが多く、特異的な自覚症状はないため診断に苦慮することも報告されている。癌性腹膜炎でも同様の所見を認めることから、確定診断は組織診断となり、審査腹腔鏡など外科的な処置を要することが多いため、複数科での連携も重要となる。

結核性腹膜炎, 審査腹腔鏡

横浜市立大学 消化器 腫瘍外科学<sup>1)</sup>,  
 横浜市立大学附属病院 病理部<sup>2)</sup>  
 永山智弓<sup>1)</sup>, 中川和也<sup>1)</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>, 高瀬由希<sup>2)</sup>, 山中正二<sup>2)</sup>,  
 藤井誠志<sup>2)</sup>, 遠藤 格<sup>1)</sup>

症例は83歳、男性。40歳代に虫垂炎の手術歴があった。5年前に小細胞性リンパ腫と診断され、当院血液内科で通院治療中であった。前日からの嘔吐、心窩部痛を主訴に救急搬送された。腹部は軽度膨満し、臍左側に軽度の圧痛を認めた。血液検査では軽度の炎症反応上昇があり、造影CT検査では左中腹部の小腸にcaliber changeを認め、癒着性腸閉塞と診断し、緊急入院となった。胃管での減圧では腸閉塞の改善をみとめず、入院3日目にイレウス管を挿入した。イレウス管留置後1週間経過してもイレウス管排液は1日1000ml以上認めていた。入院17日目のイレウス管造影では小腸の限局した拡張不良部位を認め、保存的治療では経口摂取が難しく、外科的介入の方針とした。腹腔鏡下に観察すると、Treitz靭帯から約150cmの小腸に接するように腸間膜側に約3cmの腫瘍性病変を認めた。同部位で腸管が屈曲し、狭窄機転となっていた。臍部小開腹創から狭窄部位を体外に引き出し、腫瘍性病変を含むように約10cmの小腸を切除し、機能的端々吻合で再建した。術後11日目に軽快退院となった。病理組織検査では腸間膜側の腫瘍は線維化や炎症性肉芽組織からなり、悪性所見は認めなかった。炎症性変化は狭窄部の小腸粘膜面から小腸間膜や漿膜面まで連続しており、固有筋層の断裂を伴っていた。また腫瘍内の漿膜下層では膿瘍形成を一部に認めた。以上から本症例は小腸壁深部に及ぶ潰瘍形成を契機とした炎症性変化による狭窄が原因で、腸閉塞を来したと考えられた。炎症性腫瘍により小腸狭窄を来した症例はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

炎症性腫瘍, 小腸狭窄

国際医療福祉大学成田病院 初期研修医<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
 眞部悟一<sup>1)</sup>, 結束貴臣<sup>2)</sup>, 金田真人<sup>2)</sup>, 西澤俊宏<sup>2)</sup>, 山下健太郎<sup>2)</sup>,  
 篠浦 丞<sup>2)</sup>, 井上和明<sup>2)</sup>, 角田圭雄<sup>2)</sup>, 海老沼浩利<sup>2)</sup>

90歳女性。高血圧症、重症大動脈弁狭窄症の既往あり。数年前から貧血にて近医で鉄剤で経過観察をしていたが、入院9か月前に下血、貧血の症状が悪化し当院を受診した。消化管出血を疑い、上部、下部、カプセル内視鏡検査を実施するも明らかな出血源は特定できなかったため外来で経過観察としていた。再度貧血症状が悪化したため消化管内視鏡検査目的で当院に入院となった。入院2日目、6日目にダブルバルーンを用いて全小腸を観察したところ、空腸に毛細血管拡張を疑う所見あり、APC(アルゴンプラズマ凝固法)を用いて焼灼した。しかしながら、入院11日目再度、下血を認めたためダイナミックCT検査を実施するもExtravasation(血管外漏出)は認めず、Shock index<1であったため下部内視鏡検査を実施した。上行結腸に毛細血管拡張を伴う活動性出血を確認し、クリップ法で止血した。その後、フォン・ウィルブランド因子マルチマー解析で高分子マルチマーの欠損を認めHeyde症候群と診断した。考察本症例は、大動脈弁狭窄症を背景に、内視鏡下で毛細血管拡張部からの出血、その後フォン・ウィルブランド因子マルチマー解析で高分子マルチマーの欠損を認め、Heyde症候群の診断に至った一例である。造影CT検査では出血源の特定ができず出血部位の同定に難渋していたが、ショックインデックスが<1だったため下部内視鏡検査を繰り返したことが診断に大きく寄与した。Heyde症候群を適切に診断し治療につなげるために、内視鏡検査は必須であるが、実施の有無については造影CT検査のみならず、ショックインデックスも考慮する必要があると思われる。

Heyde症候群, 消化管出血

東京医科歯科大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
百合本大夢<sup>1)</sup>, 田村皓子<sup>1)</sup>, 藤井俊光<sup>1)</sup>, 河本亜美<sup>2)</sup>, 日比谷秀爾<sup>2)</sup>,  
竹中健人<sup>1)</sup>, 清水寛路<sup>1)</sup>, 小林正典<sup>1)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>,  
福田将義<sup>2)</sup>, 朝比奈靖浩<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>

【症例】37歳女性【現病歴】X-13年に発熱、腹痛、血便のため近医を受診し、大腸内視鏡検査(CS)で盲腸に多発する類円形潰瘍を認めた。炎症性腸疾患が疑われ、サラゾルスルファピリジン処方された。症状は改善したが、X-12年に再検したCSで潰瘍は残存しており、病理組織検査にてアメーバ虫体を認め、アメーバ腸炎と診断された。メトロニダゾール(MNZ)による治療が行われたが、X-11年1月のCSでは改善を認めなかった。再度MNZ治療が行われ、X-11年6月のCSで改善を認めたため終診となった。以後症状無く経過していたが、X-1年12月に腹痛が出現し近医を受診した。膿瘍形成性虫垂炎と診断され、保存治療のち、X年5月に虫垂切除術が施行された。術中所見で回盲部全体に炎症所見の波及を認め、クローン病の可能性が考慮されたため、切除中止となった。X年8月に施行したCSで盲腸に多発する潰瘍がみられ、同部位の病理組織検査で類上皮細胞肉芽腫を認めた。小腸病変精査および加療目的でX年10月に当科紹介受診した。【経過】X年12月に施行した経肛門小腸内視鏡検査では、回腸に異常所見を認めず、盲腸に白苔及び粘液で覆われた類円形潰瘍を認めた。病理組織検査でアメーバ虫体を認め、アメーバ腸炎と診断し、MNZによる治療を行った。病歴聴取からはアメーバの感染経路は特定されなかった。X+1年4月のCSで、潰瘍は縮小したものの残存していた。病理組織検査でアメーバ虫体を認め、MNZおよびパロモマイシンによる治療を行った。X+1年4月のCSで潰瘍の治癒を確認した。【考察】アメーバ腸炎は下痢、血便、腹痛などの症状を呈し、ときに慢性的な経過をたどる。本症例同様、臨床症状消失後に再発したとする報告もあるが、1年以上の長期経過後に再発した報告は少数例に限られている。アメーバ腸炎の既往を有する大腸潰瘍の症例では、長期経過後でもアメーバ腸炎が再発する可能性を考慮し鑑別にあげることが重要と考えられた。文献的考察を加えて報告する。

アメーバ腸炎、大腸潰瘍

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 肝センター<sup>4)</sup>  
金城めぐみ<sup>1)</sup>, 佐上晋太郎<sup>1,2)</sup>, 宮本康雄<sup>1,2)</sup>, 野上 章<sup>1)</sup>,  
芹澤 奏<sup>1,2)</sup>, 長谷川麻衣<sup>1)</sup>, 齋藤英胤<sup>1,2)</sup>, 洪井俊祐<sup>1,2)</sup>, 梅田智子<sup>1,2)</sup>,  
小松萌子<sup>1)</sup>, 阿曾沼邦央<sup>1,2)</sup>, 中野 雅<sup>1,2)</sup>, 日比紀文<sup>2)</sup>,  
小林 拓<sup>1,2)</sup>

【症例】15歳、男性【主訴】なし【家族歴】姉：Wilson病(後に診断)  
【現病歴】14歳時下痢と血便があり近医を受診し、全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。メサラジンで一旦症状改善したものの、3ヶ月後に腹痛、血便が増悪し当科を紹介受診した。プレドニゾロン(PSL)40mgから導入し症状の改善を認め漸減した。しかしPSL開始後にALT優位の肝逸脱酵素上昇が認められ、PSL終了後も遷延した。UC寛解維持のためアザチオプリン(AZA)を追加したが心窩部痛が出現したため6-メルカプトプリン(6-MP)に変更した。その後肝障害の更なる増悪があり精査開始された。【検査所見】血液検査では炎症反応上昇なく、AST 223 U/L, ALT 642 U/L, ALP 384 U/L,  $\gamma$ -GTP 61 U/L, 各種肝炎ウイルス陰性、抗ミトコンドリア抗体陰性、抗核抗体陰性、IgG 1400 mg/dlであった。腹部超音波検査では軽度脂肪肝を認めた。【経過】薬剤性肝障害除外のためアロプリノール併用下にて6-MPを減量したが、肝障害の改善は認めなかった。次にメサラジンを中止したところ、肝障害の一時改善がみられたが、その後UCが増悪した。ベドリズマブを開始し効果発現までPSLを併用した。腸管症状の改善がありPSLは漸減したが、肝障害が増悪した。同時期に姉がWilson病と診断されたため同疾患を疑い、血清セロプラスミン低値、遺伝子検査でATP7Bに複合ヘテロ接合体を認め、Wilson病と考え酢酸亜鉛水和物製剤を開始した。以後肝障害は正常化、UCも寛解維持されている。【考察】UCの疾患感受性遺伝子とWilson病の原因遺伝子は異なり、両疾患を合併した報告はまれであるが、Wilson病における腸管上皮細胞への銅の沈着が腸管粘膜の炎症を助長しUCの難治化に関与する可能性が報告されている。本症例ではWilson病の症状は肝障害以外には軽微であったが、両疾患について慎重な経過観察が必要と考えられる。

Wilson病、潰瘍性大腸炎

横浜市立市民病院 消化器外科<sup>1)</sup>, 同 炎症性腸疾患科<sup>2)</sup>  
木村圭佑<sup>1)</sup>, 辰巳健志<sup>2)</sup>, 工藤孝迪<sup>1)</sup>, 山本 淳<sup>1)</sup>, 清水康博<sup>1)</sup>,  
田中優作<sup>1)</sup>, 藪野太一<sup>1)</sup>, 望月康弘<sup>1)</sup>

潰瘍性大腸炎に合併した成人Burkittリンパ腫による腸重積症の1手術例を経験したので報告する。  
症例は32歳男性、X-13年、潰瘍性大腸炎と診断された。発症当初は5-ASA製剤および副腎皮質ステロイドの内服により寛解導入し、その後通院を自己中断していた。  
X年11月頃より上腹部痛のため近医を受診し、内服治療を行ったが、症状は改善せず、1ヶ月で4kgの体重減少を認め、近医に際受診した。上部消化管内視鏡検査で胃炎と診断、内服薬で加療されたが、症状は改善しなかった。X年12月に下痢、血便を認め、前医に受診した。腹部造影CT検査で上行結腸に5cm大の腫瘍様の壁肥厚を認め、拡張した上行結腸内に多量輪状影を認め、回腸が上行結腸にはまり込む腸重積と診断され、手術加療目的に当院に紹介された。当院で施行した下部消化管内視鏡検査では上行結腸内に管腔内を占拠するような巨大な腫瘍を認めた。下行結腸から直腸にかけて、広範囲の粘膜浮腫、発赤、びらん、膿性分泌物の付着があり、中等度の潰瘍性大腸炎の内視鏡所見であった。腫瘍からの生検では明らかな悪性細胞は検出されなかった。潰瘍性大腸炎に合併した上行結腸腫瘍による腸重積症と診断し、腹腔鏡下回盲部切除術(D3郭清)を施行した。病理組織学的検査は回腸のBurkittリンパ腫であった。術後、血液内科で化学療法(R-EPOCH療法)を施行中であるが、直前に潰瘍性大腸炎の再燃を認め、5ASA製剤内服とステロイド静注で寛解導入した。術後3ヶ月経過した現在、化学療法を継続中である。  
成人のBurkittリンパ腫はまれであり、さらに腸重積症を合併した症例は非常にまれである。進行が早く予後が不良であり、手術や化学療法を含めた早期治療が重要であるが、本症例では合併した潰瘍性大腸炎の再燃リスクもあり、慎重に病状を観察する必要があると考えられた。

Burkittリンパ腫、腸重積症

北里大学医学部 消化器内科学<sup>1)</sup>,  
同 新世紀医療開発センター<sup>2)</sup>  
小野高裕<sup>1)</sup>, 堀井敏喜<sup>1)</sup>, 金澤 潤<sup>1)</sup>, 別當朋広<sup>1)</sup>, 池原久朝<sup>1)</sup>,  
横山 薫<sup>1)</sup>, 小林清典<sup>2)</sup>, 草野 央<sup>1)</sup>

【症例】52歳男性。【主訴】血便。【現病歴】20XX-21年に生体腎移植を行い、タクロリムス4mg/日、メチルプレドニゾロン4mg/日、ミコフェノール酸モフェチル1,000mg/日の内服で当院泌尿器科にて管理されていた。20XX-6年より頻回な腹痛、水様便、血便を認めたため、当科に紹介され下部消化管内視鏡検査(CS)を施行した。S状結腸から直腸にかけてびまん性の発赤・びらんを認め、Mayo endoscopic subscore(MES)2の左側結腸炎型潰瘍性大腸炎の診断となった。生体腎移植後であったためメサラジン2,000mg/日とメサラジン注腸剤での加療を行ったところ、血便や水様便は消失した。しかし、治療開始2ヶ月後に症状が再燃したため、メチルプレドニゾロンからプレドニゾロン20mg/日に変更した。プレドニゾロンに対する反応性は良好であったが、5mg/日までを漸減すると症状の再燃を認めるため、低用量のプレドニゾロンを継続していた。また、20XX-4年および、20XX-1年に施行したCSでもMES 2の活動性炎症粘膜を認めていた。20XX年5月に排便回数が8回/日と増加し、血便を頻回に認めるようになったため、同年8月にCSを施行した。S状結腸から直腸にかけてMES 2の活動性炎症粘膜を認めたため、同年9月より治療強化目的にベドリズマブを導入した。初回投与日は排便回数10回/日、血便2回/日であったが、4回目の投与時には排便回数4回/日、血便は消失した。この時点まで感染症の発症はなく経過している。【考察】併存疾患に対して中止困難な複数の免疫抑制剤を内服中の潰瘍性大腸炎患者に対して、腸管選択性の高いベドリズマブを投与することで、過剰な免疫抑制をせずに寛解導入・維持を行うことができると考える。

臓器移植と潰瘍性大腸炎発症の関連、臓器移植後の潰瘍性大腸炎患者に対するベドリズマブの投与

肝内胆管癌 (Stage IVb) に対する化学療法・重粒子線療法が著効しコンバージョン手術を経て病理学的完全奏功を得た一例

東京都済生会中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 腫瘍内科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
小川夏実<sup>1)</sup>, 林 智康<sup>1)</sup>, 内田彩千子<sup>1)</sup>, 中島菖子<sup>1)</sup>, 三宅宏晃<sup>2)</sup>, 石田 慎<sup>1)</sup>, 田口佳光<sup>1)</sup>, 今村峻輔<sup>1)</sup>, 田沼浩太<sup>1)</sup>, 横山 歩<sup>1)</sup>, 三枝慶一郎<sup>1)</sup>, 岸野竜平<sup>1)</sup>, 廣瀬茂道<sup>2)</sup>, 船越信介<sup>2)</sup>, 中澤 敦<sup>1)</sup>

【症例】57歳女性。2型糖尿病に対し当院糖尿病内科通院中に肝機能障害精査目的で当科消化器内科を受診し、造影CT検査で肝S7に107mm大の腫瘍と肝両葉に最大20mm程度多発結節、肝門部および傍大動脈領域から縦隔領域にかけてのリンパ節転移、両肺上葉結節を認めた。肝生検より肝内胆管癌 (T4N1M1, StageIVb) と診断され、Gemcitabine/ Cisplatin/ S1 (GCS) 療法を開始した。12サイクル施行後には腫瘍マーカー (CEA, CA19-9) の陰性化とPETCTでの異常集積の消失を認めた。この時点でコンバージョン療法として外科的切除も検討されたが、再発リスクが高いと判断され見送られた。GCS療法計18サイクル施行後、原発巣コントロールのため、追加で肝右葉の原発巣に対し重粒子線療法60Gy (RBE) /4回を施行した。重粒子線療法後Gemcitabine/S1 (GS) 療法を計7サイクル追加で施行し、原発巣は最大腫瘍径39mmへ縮小し、多発肝転移およびリンパ節転移、肺転移も縮小を維持していた。診断より16ヶ月後、転移巣の消失も含め病勢制御を得られていたためコンバージョン手術として拡大右肝切除術が施行された。提出された肝右葉切除検体からは腫瘍成分が検出されず、病理学的完全奏功 (pCR) を得た。術後はS1単独療法2サイクル目でアレルギー反応出現のため不耐中止となったが、術後から1年の間再発なく経過している。【考察】肝内胆管癌はしばしば無症状であり診断時には病態が進行していることも多い。特にStageIVの肝内胆管癌の5年生存率は約5.0%と予後不良である。今回肝内胆管癌 (StageIVb) に対する化学療法・重粒子線療法が著効しコンバージョン手術を経て病理学的完全奏功を得た貴重な一例を経験したので報告する。

病理学的完全奏功 (pCR), コンバージョン手術

EUS-FNAで診断した胆嚢神経内分泌癌の一例

横浜医療センター 消化器内科  
笹山大樹<sup>1)</sup>, 小田貴之<sup>1)</sup>, 友成悠邦<sup>1)</sup>, 鈴木雅人<sup>1)</sup>

【症例】82歳女性 【主訴】黄疸 【現病歴】20XX年10月より褐色尿と皮膚黄染が出現し、近医を受診したところ、黄疸を指摘され当院へ紹介となった。来院時血液検査で総ビリルビン16.9mg/dL, AST 143U/L, ALT 146U/L, ALP 710U/L,  $\gamma$ -GTP 955U/Lと上昇していた。CTでは肝門部リンパ節の腫大により総胆管が圧排されており、上流の胆管拡張を認めた。また多発する転移性肝腫瘍も認め、胆嚢壁の不整な壁肥厚像があったことから、胆嚢癌のリンパ節転移による閉塞性黄疸が疑われた。精査加療目的に同日入院とした。第2病日にERCPを施行し胆管造影で狭窄像を認め、狭窄にかかると胆管プラスチックステントを留置した。同日診断目的に肝門部の腫大リンパ節に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を施行した。以降は減黄良好であり、第9病日に再度ERCPを行い、胆管プラスチックステントを胆管金属ステントに入れ替え、第12病日に退院となった。病理検査では多数の腫瘍細胞を認め、免疫染色を行ったところsynaptophysin(+), CD56(±), chromogranin(-), ki-67陽性率約50%であり胆嚢神経内分泌癌の診断となった。多発肝転移、リンパ節転移を伴う切除不能胆嚢神経内分泌癌であり、化学療法を提案したが、希望はなくBest supportive careの方針となった。【考察】黄疸を契機に発見され、EUS-FNAで診断した胆嚢神経内分泌癌の症例を経験した。胆嚢神経内分泌癌をEUS-FNAで診断した報告は限られており、当日は若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNA, 胆嚢神経内分泌癌

胆嚢仮性動脈瘤を合併した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理検査科<sup>2)</sup>  
植木伸哉<sup>1)</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>2)</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】72歳、男性。【主訴】心窩部痛、嘔吐、タール便。【既往歴】61歳時にS状結腸癌手術。高血圧、脂質異常症で治療中。【現病歴】急性胆嚢炎治療後に総胆管結石を指摘され当科に紹介入院した。内視鏡的胆管結石除去を施行し胆嚢摘出治療を勧めた。しかし、外科手術は希望されず経過観察の方針となっていた。約半年後、特に誘因無く心窩部痛、嘔吐が出現した。その数日後にはタール便が出現、右院救急外来を受診し入院となった。【身体所見】貧血、黄疸、右上腹部に圧痛を認めた。【検査成績】WBC 9800/ $\mu$ l, RBC 293x10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, Hb 8.4g/dl, Hct 25.3%, Plt 22.3x10<sup>3</sup>/ $\mu$ l, CRP 1.5mg/dl, AST 244U/L, ALT 217U/L, LDH 178U/L, T-Bil 3.87mg/dl, ALP 227U/L,  $\gamma$ -GTP 305U/L, CEA 1.2ng/ml。【入院後臨床経過】腹部単純CTで石灰化胆石、および胆嚢、総胆管内に血腫を疑う高吸収域が認められた。胆道出血を疑いダイナミックCTを施行、胆嚢壁に濃染する結節を認め、胆道出血の原因として胆嚢壁の仮性動脈瘤形成が考えられた。緊急性があると判断し、動脈塞栓による止血治療の方針とした。血管造影では胆嚢動脈左側分枝に径8x5mmの仮性動脈瘤を確認した。治療目的で仮性動脈瘤および左側分枝にコイル塞栓を施行した。塞栓治療後には状態は安定した。その後、外科での開腹胆嚢摘出術を施行した。組織学的には胆嚢壁に胆汁栓を容れたRAS、組織球と高度のリンパ球浸潤や肉芽腫の形成が認められ黄色肉芽腫性胆嚢炎に合致する所見であった。【考察】胆嚢仮性動脈瘤を合併した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例を経験し、病態、画像所見が示唆に富むと考え報告する。

胆嚢仮性動脈瘤, 黄色肉芽腫性胆嚢炎

減黄と診断に難渋した十二指腸乳頭部癌の一例

町田市民病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
鎌田峻司<sup>1)</sup>, 谷田恵美子<sup>1)</sup>, 廣畑 愛<sup>1)</sup>, 鈴木 瞳<sup>1)</sup>, 神谷昂次<sup>1)</sup>, 芳賀将輝<sup>1)</sup>, 長谷川雄大<sup>1)</sup>, 河村 篤<sup>1)</sup>, 益井芳文<sup>1)</sup>, 和泉元喜<sup>1)</sup>, 脇山茂樹<sup>2)</sup>, 干川晶弘<sup>3)</sup>

【症例】70代男性。20XX年に胆嚢結石を指摘され、5年後に黄疸を主訴に受診。20mm大の総胆管結石を認め、経口胆道鏡下で電気水圧衝撃波胆管結石破砕術を施行した。20XX+7年2月に黄疸で再受診し、ERCPで下部胆管狭窄を認めた。8.5Frのプラスチックステント (PS) を留置した。ファーター乳頭の腫大を認めたが、生検と細胞診で悪性所見は指摘されなかった。造影CTとMRI検査で悪性を疑う所見はなかった。2か月後にPSが閉塞し10FrのPSに交換したが、ステントの閉塞や脱落を繰り返し、複数本のPSや金属ステント (BONASTENT M-Intraductal) を留置するなど、17か月の間に計10回の処置を必要とした。細胞診と組織診を複数回行ったが、悪性を示唆する所見は指摘されなかった。20XX+7年7月に十二指腸狭窄が出現した。経時的に増強したため乳頭の全体像の把握が困難となり、乳頭への処置は難化した。造影CT検査で主腸管拡張が出現し、HbA1cも上昇した。悪性疾患が否定できず、今後の減黄処置が困難であることなどから、20XX+8年6月に隣頭十二指腸切除術を施行した。切除標本の病理結果は、Ap領域のファーター乳頭腺腫露出腫瘍型でpT3b, pStageIIBだった。現在は無治療経過観察中であり、再発は認めず、HbA1cも正常化した。【考察】十二指腸狭窄や主腸管拡張などの間接所見より悪性腫瘍の切除につながった。術前に病理診断に至らず、患者が手術を決断する時期が遅くなった可能性はある。

乳頭部癌, 閉塞性黄疸

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科  
原梨花子, 佐藤 彩, 水野 卓, 碓氷七瀬, 山田俊介, 辻 翔平,  
相馬直人, 浅見真衣子, 内田義人, 安藤さつき, 中尾将光,  
菅原通子, 中山伸朗, 今井幸紀, 持田 智

【目的】自己免疫性膵炎 (autoimmune pancreatitis: AIP) は1型と2型の2重型に分類される。2型はわが国ではまれであり、1型に特異的なIgG4などの血清バイオマーカーがないため診断が困難である。一方、膵疾患の診断法では、EUS-FNAの際の穿刺針が改良され、組織採取能が向上している。EUS-FNAが2型AIPの診断に有用であった症例を経験したので報告する。【症例】30歳台後半の男。1ヶ月持続する心窩部痛を主訴に来院した。血清Amyは744 U/lと高値であるが、白血球数は8,060 /  $\mu$ Lで正常範囲内、CRPも0.25 mg/dLと上昇は軽度であった。造影CTでは膵頭体移行部と尾部に動脈相で低吸収、門脈相で等吸収の腫瘍が観察され、体部膵管が軽度拡張していた。MRIでは腫大した膵体尾部に拡散制限が認められ、MRCPでは主膵管がびまん性に狭小していた。血清IgG4は44.6 mg/dLで正常範囲内であった。EUSでは膵尾部は腫大しており、実質輝度が低下し、内部に点状高エコーが見られた。頭体移行部にも同様の病変が認められた。膵尾部の病変に対して22G フランシオン針でEUS-FNAを施行した。病理所見としては、背景に軽度の線維化を伴った膵実質に、多数の好中球浸潤が認められた。一部で膵管内腔および上皮内へ浸潤する好中球が見られ、granulocytic epithelial lesion (GEL) と考えられた。形質細胞はほとんど見られなかった。大腸内視鏡検査を行ったが炎症性腸疾患は合併していなかった。2型AIPと診断し、プレドニゾン30mg/日で治療を開始し、腹痛は軽快した。4週間後の造影MRIで膵体尾部の腫大は改善しており、動脈相での造影効果も回復していた。膵管狭小像は残存しており、外来でプレドニゾンを漸減中である。【結語】EUS-FNAで得られた組織の病理所見としてGELが認められ、2型AIPと診断した症例を経験した。組織採取能の向上によってEUS-FNAによって診断される症例が報告されているが、いまだその数は少ない。2型AIPを疑った場合には、EUS-FNAの実施を考慮すべきである。

自己免疫性膵炎, EUS-FNA

がん・感染症センター 東京都立駒込病院 消化器内科  
上田梨紗, 仲程 純, 千葉和朗, 南 亮悟, 氏田 互, 田畑宏樹,  
飯塚敏郎, 神澤輝実

【症例】73歳、女性【現病歴】2年前より分枝型IPMN疑いで定期的に経過観察されていた。心窩部痛と発熱を主訴に当院を受診した。血液検査ではWBC10500/ $\mu$ l, CRP 19.02 mg/dl, AMY 52U/Lであった。造影CT検査では経過観察されていた膵頭部の嚢胞は増大し(半年前 30×18mm、今回 43×28mm)、壁はびまん性に肥厚、嚢胞周囲の脂肪織濃度上昇、嚢胞内のCT値の上昇(半年前 12.2HU、今回 26.5HU)を認めた。MRI-T2WIでは嚢胞内の信号低下と拡散強調画像での拡散制限を認めた。超音波内視鏡検査では嚢胞内の輝度上昇とfluid-fluid levelを認めた。嚢胞感染と診断し、内視鏡的ドレナージも考慮されたが、まずは抗菌薬での保存的治療を行い軽快し、10日後に退院した。IPMNに伴った嚢胞感染の報告は少ないが、経乳頭的に内視鏡ドレナージで加療されている報告が多い。画像的所見の特徴や治療法の選択も含め文献的考察を加えて報告する。

IPMN, 嚢胞感染

慶應義塾大学 医学部 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 一般・消化器外科<sup>2)</sup>  
藤田昂秀<sup>1)</sup>, 堀部昌靖<sup>1)</sup>, 岩崎栄典<sup>1)</sup>, 佐藤 萌<sup>1)</sup>, 北郷 実<sup>2)</sup>,  
金井隆典<sup>1)</sup>

【症例】73歳女性【主訴】上腹部痛【臨床経過】当院にて十二指腸乳頭部癌に対してX-5年に並全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行され、その後再発なく外科外来で定期的な経過観察としていた。しかし、X-1年6月とX-1年8月に急性膵炎を発症し膵管拡張があることから膵管空腸吻合部狭窄による閉塞性膵炎と判断した。保存的に改善後、再発予防的に小腸内視鏡を用いた膵管ステント留置を試みたが、膵管空腸吻合部を同定できなかった。今回X年10月下旬に再度軽症膵炎(予後因子1点、CTグレード1)を発症し、その際にCTで主膵管の拡張(5mm)が認められた。3回目の再発性膵炎であり腹部症状が持続することから、十分な説明の上で、膵管空腸吻合部狭窄による膵管閉塞に対して超音波内視鏡下膵管ドレナージを施行した。膵体部の5mmに拡張した膵管を19G 穿刺針で穿刺後にガイドワイヤで吻合部を突破し、経胃的にプラスチックステント(Type-IT)の留置に成功した。施行後、膵酵素と腹部症状は改善し合併症なく退院した。膵管穿刺部が吻合部近傍となったことから、経消化管的に膵尾部方向へ膵管ステントを留置追加が望ましいと判断し、X年12月には小腸内視鏡下に膵管空腸吻合部より膵管ステント留置施行した。以降膵炎の再発なく経過している。【考察】症候性の膵管空腸吻合部狭窄に対する小腸内視鏡によるドレナージ留置は安全性が高く第一選択であるが、成功率は低いことが報告されている。治療難渋例は一般的には外科的治療を考慮すべきであるが、今回は超音波内視鏡下膵管ドレナージ処置を選択し、非侵襲的に臨床的成功を得ることができた。今後は吻合部を介した膵管ステントを複数本留置し狭窄解除を目標とした。【結語】膵頭十二指腸切除後の膵管空腸吻合部狭窄による閉塞性膵炎に対して超音波内視鏡下膵管ドレナージに成功した症例を経験した。

再発性閉塞性膵炎, 超音波内視鏡下膵管ドレナージ

順天堂大学医学部附属練馬病院 臨床研修センター<sup>1)</sup>,  
同 消化器内科<sup>2)</sup>,  
東京女子医科大学 画像診断学・核医学教室<sup>3)</sup>  
山田彩乃<sup>1)</sup>, 富嶋 享<sup>2)</sup>, 阿部大樹<sup>2)</sup>, 中村駿佑<sup>2)</sup>, 奥秋 匠<sup>2)</sup>,  
松下瑞季<sup>2)</sup>, 山内友愛<sup>2)</sup>, 伊藤光一<sup>2)</sup>, 福生有華<sup>2)</sup>, 山本敬洋<sup>3)</sup>,  
大久保裕直<sup>2)</sup>

【症例】60代男性。1か月前からの下痢と体動困難、血便で救急搬送となった。飲酒歴は3-4合/日×40年間。胃全摘術後、完全内臓逆位、アルコール依存症、急性膵炎の既往あり。救急来院時はショックバイタル、Hb 6.3g/dlであり補液と輸血で循環動態の安定がみられた。出血源精査のためCT, 上下部内視鏡検査が施行されたが出血源は不明であった。CTでは膵尾部に11, 1mm大の嚢胞あるも膵頭部には明らかな嚢胞性病変認めず。入院後血便はなく経過し13日目の単純CTで膵頭部に33mm大の軽度高吸収化を呈する嚢胞の出現および膵尾部嚢胞径の増大を認めた。超音波内視鏡(EUS)・造影CT・腹部血管造影で総肝動脈から動脈瘤様の膵頭部嚢胞内への動脈血の流入を確認し、総肝動脈の仮性嚢胞内穿破と診断した。入院後20日目に総肝動脈から嚢胞内へのcoil塞栓術を施行するも、coil impactionを認め40日目に追加コイル塞栓を行った。しかし53日目に吐血と血便によりショック状態となり、CTで嚢胞径の増大を認め嚢胞内の膵管内への再出血およびhemosuccus pancreaticusと考えられた。55日目に総肝動脈にステントグラフト(Viabahn 6mm×5cm)を留置した。60日目の血管造影でもエンドリーク認めずその後は出血なく経過良好である。【考察】本症例は背景にアルコール性慢性膵炎があり、入院2年半前にも急性膵炎を起こし、その後仮性嚢胞の合併が出現した。胃全摘後であること、完全内臓逆位により出血源を同定するのに時間を要したが、CT, EUS, 血管造影で仮性嚢胞内への総肝動脈穿破によるhemosuccus pancreaticusと診断できた。胃全摘後であり総肝動脈のisolationは避け、仮性嚢胞内に2度のcoiling(packing)を行ったが奏功せず、その後のステントグラフト留置が有用であった。

hemosuccus pancreaticus, ステントグラフト

## 73 潰瘍性大腸炎に脳静脈洞血栓症を併発した一例

辻仲病院 柏の葉 消化器内科・IBD センター  
下山義博, 竹内 健, 武田晋一郎, 與座喜一郎, 齋藤慶太,  
樋口良太

【背景】欧米ではIBD患者における血栓症合併の頻度は1~7%程度と健常者に比し約2~3倍高く、血栓症の独立した危険因子として考えられている。今回、我々は入院経過中に脳静脈洞血栓症を発症した死亡例を経験したため報告する。【症例】22歳男性。20XX年1月に頻回の下痢、血便を発症し、近医より当院肛門外科に紹介された。内視鏡で全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、当科に紹介され入院しプレドニン40mgにより寛解導入し、メサラジン製剤は経過中に不耐症が疑われたため、退院後はアザチオプリン(AZA)50mgにより寛解維持されていた。同年10月中旬に下痢、血便が再燃し、CRP 8.34 mg/dLと高値だったため再入院した。内視鏡でMES3の所見を認めたため、同年11月4日にベドリズマブを開始しAZAは中止された。腹痛・下痢症状は改善傾向となったが、エンタビオ投与翌日より38~39度の発熱と頭痛を認めCRPも13.83mg/dLと上昇、投与5日後に突然下肢脱力を発症し転倒した。頭部MRIで頭頂部~後頭葉に脳静脈洞血栓症による静脈性梗塞を認め、近医脳神経外科に転院となった。同日ヘパリン治療開始したが、転院3日後に全身痙攣を発症し、静脈性梗塞拡大と一部脳出血も認めため経皮的血栓回収術が行われた。しかし、効果なく脳浮腫に脳ヘルニアを合併し、両側外減圧術も行われたが転院後20日に永眠された。【結語】重症UCにおける血栓症併発については、若年者で重症化することに留意すべきであり、適切な予防法を今後検討する必要があると考えられた。

潰瘍性大腸炎, 脳静脈洞血栓症

## 74 坐剤製剤によると考えられるメサラジン不耐をきたした潰瘍性大腸炎の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科<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>, 北里大学 医学部 消化器内科学<sup>4)</sup>  
和田晴香<sup>1)</sup>, 阿曾沼邦央<sup>1,2)</sup>, 宮本康雄<sup>3)</sup>, 加藤智尋<sup>1)</sup>, 長谷川麻衣<sup>1)</sup>,  
島村仁子<sup>1)</sup>, 野上 章<sup>1,2)</sup>, 小松萌子<sup>1,2)</sup>, 芹澤 奏<sup>1,2)</sup>, 渋井俊祐<sup>1,2)</sup>,  
梅田智子<sup>1,2)</sup>, 佐上晋太郎<sup>2)</sup>, 日比紀文<sup>2)</sup>, 中野 雅<sup>1,2)</sup>,  
小林 拓<sup>1,2,4)</sup>

【症例】60代女性。【現病歴】2年前からの血便にて他院で下部消化管内視鏡検査(CS)を施行したところ、直腸~S状結腸にびまん性連続性に血管透見消失像ならびに粗造粘膜を認め、左側大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断された。メサラジン坐剤開始となったが、開始17日後より腹痛が出現し、下痢、血便も増加した。坐剤の中止翌日に症状は軽減したがCRP 4.7mg/dLと上昇しており、中止5日後のCSでは直腸~S状結腸にかけてびらんの多発・膿性粘液の付着を認め、粘膜所見は治療開始前より増悪していた。プレドニン注腸剤を開始後、血便や腹痛は改善傾向を認めたが臨床的寛解には至らず、メサラジン不耐疑いとして精査加療目的に当院を紹介受診した。【受診時現症】下痢4回/日、血便/腹痛なし。Hb 14.3 g/dL、WBC 6700/μL (Neut 47.5%、Lym 40.3%、Eos 3.0%)、CRP 0.06 g/dL、便中カルプロテクチン(FC) 3966 μg/g。【経過】十分な説明のもと、マルチマトリックス型メサラジン内服を低用量(1200mg)で開始したところ、当日に下痢が10回/日に増加し、発熱、血便および腹痛を認めため内服中止した。症状は速やかに改善し、1週後に下痢は1回前後/日まで減少し血便/腹痛も消失した。これまでの経過から坐剤によって感作されたメサラジン不耐と考えたが、減感作療法を希望されたため、プレドニン注腸剤継続下でメサラジン顆粒製剤内服を少量5mgから開始した。漸増中にも50mgで不耐症状が出現し、減感作を断念した。プレドニン注腸剤単独欠投与の方針となり、2週間にて症状寛解し、FCも206 μg/gまで低下した。現在は無治療で臨床的寛解を維持している。なお、外注で薬剤リンパ球刺激試験(DLST)を追加したところ、マルチマトリックス型メサラジンでのみ陽性と報告された。【考察】局所製剤によるメサラジン不耐の報告は稀であり、メサラジン不耐の機序やDLSTの意義を含めて考察する。

潰瘍性大腸炎, 5-ASA不耐

## 75 入院を要する潰瘍性大腸炎患者に対するウパダシニブの有用性の検討

千葉大学医学部附属病院 消化器内科  
古谷 誠, 太田佑樹, 加藤 順, 小関悠介, 小瀬雄史, 朱 信彰,  
岩崎巨征, 大山湧平, 仲澤隼人, 間宮幸代, 堀尾亮輔, 黒杉 茜,  
園田美智子, 金子達哉, 明杖直樹, 對田 尚, 沖元謙一郎,  
齊藤景子, 松村倫明, 加藤直也

【目的】近年、潰瘍性大腸炎に対する新規治療薬が増加している。一方で、Acute severe UCという病態においては、外来での治療に反応せずに入院治療を要する症例や、最終的に手術治療に至ってしまう症例が、依然として存在する。潰瘍性大腸炎の新規治療薬であるウパダシニブ(UPA)は、寛解導入用量が高用量であり、治療の奏効率や効果発現の速さなどが期待されているJAK阻害薬である。本研究では、入院を要するような重症の潰瘍性大腸炎に対するUPAの効果を検討することを目的とした。【方法】2022年9月から2024年2月までの期間に、当院入院中にUPAを開始した潰瘍性大腸炎患者を対象とした。入院時の重症度や同入院中の手術治療の有無、退院までの期間等について後方視的に検討を行った。【結果】対象は5例、男性/女性:3例/2例、年齢中央値56歳(21~61歳)、罹病期間中央値20ヵ月(5~182ヵ月)、全例が全大腸炎型、入院時partial Mayo score中央値9(7~9)点、厚生労働省の分類で全例が重症であった。治療歴としては、4例がステロイド抵抗性で、全例がBio experiencedであった。過去に使用された生物学的製剤の中では、インフリキシマブ(IFX)が最も多く3例で使用されており、3例とも同入院中のUPA使用前に投与され一次無効と判断されていた。UPA投与後の治療反応性としては、4例が奏効し手術治療を回避した。一方で、1例では投与後に発熱を来し、臨床的にも奏効しなかったために治療薬をトファシニブに変更したが、変更後も奏効が得られずに最終的に手術治療を受けていた。治療が奏効した4例については、中央値でUPA投与後16.5日後に退院に至っており、発熱を含め入院中に大きな有害事象は認めなかった。【結論】UPAにより、ステロイド抵抗性やIFX無効例を含む、入院を要した重症UCにおいても半数以上の症例で手術治療を回避でき、2週間程度で退院に至っていた。

潰瘍性大腸炎, ウパダシニブ

## 76 難治性潰瘍性大腸炎に対するカロテグラストとbiologicsのdual therapyの試み

東京医科歯科大学 消化器内科  
藤井俊光, 日比谷秀爾, 河本亜美, 田村皓子, 森川 亮, 小林桜子,  
清水寛路, 齊藤詠子, 竹中健人, 大塚和朗, 岡本隆一

【目的】近年多彩な生物学的製剤(bio)や低分子化合物が潰瘍性大腸炎に対し開発されているが、なお無効例や効果減弱、副作用等で治療に難渋する症例は少なくない。bio等の分子標的薬(ADT)を併用したdual therapyは関節リウマチでは有害事象の増加等により成功していない。炎症性腸疾患では接着分子に対する分子標的薬が有効で、腸管選択的であるため安全性が高く他のADTと安全に併用できる可能性がある。カロテグラストは主に寛解導入を目的として開発された接着分子を標的とした経口α4インテグリン阻害剤であり、潰瘍性大腸炎におけるカロテグラストのreal worldの成績とbioとの併用療法の有効性および安全性について検討を行った。【方法】2022年5月以降に当院においてカロテグラストを投与した潰瘍性大腸炎、およびbio failureに対してカロテグラストとbioによるdual therapyを行った難治例を対象に短期有効性及び安全性について検討した。【結果】カロテグラストを導入した44例中8週以上観察された37例(男性18例、年齢中央値43歳)を対象とした。全大腸炎型43%、pMayo中央値5(2~7)で、ステロイド依存例35%、抵抗例19%、ADT-failure 12例、ADT-naive 25例で、12例はチオプリン併用だった。8週の有効性は寛解63%、ADT-naiveで72%だった。bioとの併用は12例でpMayo中央値5(3~7)、併用したbioはステキスマブ8例、インフリキシマブ2例、アダリムマブ1例、ベドリズマブ1例で、bioの反応性は無効または効果不十分8例、効果減弱4例で、bio最終投与からカロテグラスト導入までの期間中央値14日(11~35)、カロテグラストの併用期間41日(15~59)、心窩部痛で1例投与中止となった。67%で寛解しbioでの維持療法へ移行した。【結論】カロテグラストは有効かつ安全で、biologics failureにおいてdual therapyは選択肢となる可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎, カロテグラスト

ニューモシスチス肺炎を発症した腎細胞癌併発潰瘍性大腸炎に対し寛解維持療法として血球成分除去療法が有効であった一例

東京女子医科大学 消化器内科

高鹿美姫, 米澤麻利亜, 山本幸子, 佐々木優, 村杉 瞬, 伊藤亜由美, 大森鉄平, 中村真一, 徳重克年

【症例】50歳代男性【既往歴】右腎細胞癌, 糖尿病【現病歴】20XX-1年8ヶ月に粘血便, 下痢の精査目的に下部消化管内視鏡検査(CS)が施行された。CSの結果, 全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断され, 5ASA4800mg/日, プデソニド点滴が開始された。その際の腹部超音波検査で右腎細胞癌も指摘, 手術を検討されていた。20XX年-2ヶ月UC再燃あり, 当科初診。初診時にヒテイガーインデックス(CAI)は14点, CSでは直腸から横行結腸に粘膜浮腫, 易出血性, 地図状潰瘍を認めた。中等症から重症のUCと判断し第1回入院。プレドニゾン(PSL)1mg/kg/日(PSL80mg)点滴静注, 血球成分除去療法(CAP)開始。PSL減量5日目に症状の増悪あり, PSL依存性と判断しインフリキシマブ(IFX)5mg/kg開始。PSL10mg/日まで漸減し退院。退院1週間後に38℃の発熱と黒色便を認め第2回入院。Hb5.6g/dLと貧血を認め, 上部消化管内視鏡検査施行。十二指腸球部にA1 stageの潰瘍を認め, ポノプラザン20mg/日開始。しかし発熱が持続し呼吸苦も出現したため胸部CT検査施行。両肺野にスリガラス影を認めた。PSL, IFX投与中であることよりニューモシスチス肺炎(PCP)が疑われ, 3回目のIFXは中止とした。PCPに対しST合剤投与下でPSL80mg/日点滴静注へ増量した。しかし再度呼吸状態が悪化, 胸部CT検査で肺炎の悪化, 心不全を認めICU管理とした。NPPV, hANP, DOB開始し管理した。その後, 肺炎, 心不全は改善した。UCに対しては易感染性, PCP併発, 担瘤患者であることよりCAPで寛解導入した。その後CAPで維持療法を行い退院2ヶ月後に右腎細胞癌の手術が施行された。【考察】本症例は, 腎細胞癌を併発している中等症以上のUCに対し, PSL, IFX導入後にPCPを発症した。そのためCAPで寛解導入し維持療法を行った。CAPは免疫抑制がないため, 重篤な感染症例や担瘤症例にも有効な治療法と思われ, 文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 血球成分除去療法

急激な転帰を辿った肝血管肉腫の一例

伊勢崎市民病院 内科

甲賀達也, 清水 萌, 飯塚圭介, 上野敬史, 増尾貴成

【症例】74歳男性【主訴】左側腹部痛【現病歴】20××年10月午前3時頃トイレに行き立ち上がった後突然気持ち悪くなり倒れ, 左側腹部痛も出現し救急要請し近医に搬送された。血液検査や画像検査で脾破裂・肝細胞癌破裂が疑われ前医で緊急TAEを施行した。脾動脈上極枝が出血源と考えられ同部位に塞栓術を施行し, 肝右葉にも多血性腫瘍を散見し出血リスクが高いと考えられA5, A8, A6に対しても塞栓術を行った。全身状態悪化につき肝腫瘍の精査治療目的に第10病日, 当院紹介受診となった。【臨床経過】他院で行われた半年前の定期腹部エコーでは異常なく, 半年の経過で急激に進行した肝脾の多血性腫瘍と考えられ, 経過や画像検査からは血管肉腫が鑑別となった。他院にセカンドオピニオンの方針となったが第28病日に口渇, 食欲不振, 左下腹部・背部痛が出現し同日当院入院となった。肝血管肉腫は生検での出血死亡リスクも高いと報告されているため, 肝生検はせずに臨床・画像経過にて血管肉腫と判断し, 奏効の報告があるパクリタキセルでの治療を目指す方針となった。第32病日, 夜間呼吸時右前胸部痛が出現, 造影CTで心胸を認め, 右横隔膜下の播種病変からの出血と考えられた。ご本人・ご家族と相談し, これ以上の積極的な治療は行わず緩和治療の方針となった。その後, 呼吸困難感増悪あり, モルヒネ持続皮下注を開始し, 第36病日永眠された。病理解剖はご家族の希望が得られなかった。【考察】肝血管肉腫は肝原発悪性腫瘍の約1.8%を占める非常に希な疾患であるが, 平均生存期間は6ヶ月程度と極めて予後不良と言われている。治療の第一選択は肝切除であるが診断時に進行していることが多く切除率は約20%と言われている。切除不能な症例に対し確立された治療法はないが, 近年切除不能な血管肉腫に対してパクリタキセル投与を行い治療効果が得られたとの報告もある。本症例ではパクリタキセルの投与準備をしていたが腫瘍の再破裂による急変により緩和治療の方針となり, 診断から約1ヶ月での急激な転帰となった。【結語】肝血管肉腫による急激な転帰を辿った症例を報告した。

肝癌, 肝血管肉腫

パセドウ病に伴う肝障害との鑑別に難渋した自己免疫性肝炎の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科

奥新和也, 森山 慎, 松下祐紀, 山田友春, 中塚拓馬, 南 達也, 佐藤雅哉, 工藤洋太郎, 藤城光弘, 建石良介

【症例】39歳女性【現病歴】20歳時にパセドウ病と診断され一時的に内服加療し寛解していた。子宮内膜症で他院通院中の20XX-1年, AST 372 U/L, ALT 807 U/Lに至る肝障害を認め, 内服中のジェノゲストによる薬剤性肝障害が疑われたが休業により改善した。20XX年YY-1月19日に発熱, 腹痛, 下痢が生じた。徐々に増悪しYY月7日に前医に救急搬送され高度の肝障害を認め, 同8日に当科緊急入院となった。入院時にはAST 560 U/L, ALT 831 U/L, T-Bil 8.2, PT66.0%と高度の肝障害と肝予備能の低下を認めた。甲状腺ホルモン値がFT4 3.09 ng/dL, FT3 4.2 ng/dL, TSH0.01  $\mu$ IU/mL未満であり甲状腺中毒症の状態からパセドウ病の再燃と診断された。第4病日よりヨウ化カリウムの内服を開始し, 一時的にAST 375 U/LおよびALT 459 U/Lまで肝障害の改善を認め, パセドウ病に伴う肝障害も示唆されたが, その後甲状腺機能の安定にもかかわらず肝障害の再増悪を認めた。IgG 2, 593 mg/dLおよび抗核抗体陽性から自己免疫性肝炎も示唆されるため, 第13病日に経皮的肝生検を施行し, 第14病日からプレドニゾン35mg/日の内服を開始した。その後は速やかに肝障害が改善し第30病日に自宅退院となった。肝生検では形質細胞の浸潤が目立ち, interface hepatitisが多くの門脈域で確認される典型的な自己免疫性肝炎の所見であった。門脈域に線維化を認めることから肝障害を繰り返している経過が示唆された。【考察】パセドウ病は多彩な症状を呈するが, 肝障害は30-40%と高頻度に認められる随伴症である。甲状腺中毒症に急性肝不全を呈した症例報告も散見され, 重度肝障害の鑑別疾患として考慮することは必要である。本症例では甲状腺機能の改善とともに一時的に肝障害も軽減したため判断に難渋したが, 抗核抗体陽性および基準上限値1.1倍を超えるIgG値から自己免疫性肝炎の可能性が十分に示唆されるため肝生検を施行した。病理所見および副腎皮質ステロイドへの反応性も考慮すると典型例と診断して肝障害の原因精査として幅広い疾患を考慮することの重要性を示唆する症例と考えて報告する。

自己免疫性肝炎, パセドウ病

脾に多発する腫瘍を形成した限局型からびまん型へ移行した自己免疫性肺炎の1例

自治医科大学附属病院 内科学講座消化器内科部門<sup>1)</sup>

同 病理診断部<sup>2)</sup>

田中朗嗣<sup>1)</sup>, 菅野 敦<sup>1)</sup>, 櫻井祐輔<sup>1)</sup>, 池田恵理子<sup>1)</sup>, 安藤 梢<sup>1)</sup>, 横山健介<sup>1)</sup>, 藤堂祉揚<sup>2)</sup>, 坂口美織<sup>2)</sup>, 河田浩敏<sup>2)</sup>, 福嶋敬宜<sup>2)</sup>, 山本博徳<sup>1)</sup>

【症例】71歳男性【主訴】なし【既往歴】心房細動, 出血性脳梗塞, 高血圧, 高尿酸血症【現病歴】X年5月に前医の腹部超音波検査(US)で脾臓に多発する腫瘍性病変を認め, EUS-FNAを施行したが, 確定診断が得られず精査目的に当科を紹介となった。CTでは脾頭部に20mm, 体部に15mm, 尾部に20mm程度の多発する低吸収の腫瘍性病変が認められた。EUSでは, 同部位も含めて少なくとも7個の低エコー腫瘍が散見された。血清IgG4は862mg/dLと高値であり, 両側の顎下腺腫大も認められていたことから, IgG4関連疾患に伴う自己免疫性肺炎(AIP)ならびに唾液腺炎が強く疑われた。X年6月当科に入院し, ERCPを施行したところ腫瘍部に一致する限局した膵管の不整狭細像が認められた。脾頭部病変ならびに脾体部病変からEUS-FNAを施行し病理組織学的検討を行ったところ, リンパ球・形質細胞浸潤, 最大で50個/強拡大1視野のIgG4陽性形質細胞浸潤, 閉塞性静脈炎, 花冠状線維化が認められ, 自己免疫性肺炎診断基準の病理項目を全て満たし, AIPと診断した。悪性所見は認められなかった。診断時には自覚症状がなかったため糖質コルチコイドの投与は行わず経過を観察したが, X年9月のUSで脾尾部腫瘍の増大を認めた。11月には, IgG4も1339mg/dLに上昇し, CTでは複数の脾腫瘍が癒合してびまん性の脾腫大に変化していた。胆管の狭窄と脾静脈の狭小化が認められたため, X年12月よりプレドニゾン30mg/日にて治療を開始し, 漸減しつつ4週間後に画像を再評価したところ, 脾腫大と膵管狭窄は改善し, 顎下腺腫大も消失した。【考察】自己免疫性肺炎が多発腫瘍を形成することも稀であり, その後の経過も不明である。今回, 多発する限局型の病変からびまん型へ脾腫大が変化したAIPを経験した。AIPにおいて脾腫大がびまん型へと至るまでの自然史を捉えた文献的報告は認められず, 稀な1例と考えられたため報告する。

自己免疫性肺炎, びまん性変化

東京品川病院 消化器内科

黒川 潤, 石井直樹, 矢野貴彦, 濱田 潤, 新井優紀, 香内朱萌, 岡 響子

【目的】消化管の難治性出血や穿孔は内視鏡治療に抵抗があり、外科治療の対象であった。近年、Over-The Scope Clip(以下OTSC)システムが開発され、上記に対する内視鏡による救済治療のひとつとして注目されている。当院でOTCSを使用した症例に関して、検討し報告する。【方法】2021年1月1日から2023年12月31日までの3年間、当院でOTCSを使用した症例11例に関して、後ろ向きに有効性や安全性を検討した。【結果】当院でOTSCを使用した症例は内視鏡的止血術5例(出血性十二指腸潰瘍1例、出血性直腸潰瘍1例、憩室出血2例、内視鏡的乳頭括約筋切開術(EST)後出血1例)、内視鏡的縫縮術6例(S状結腸憩室穿通・腹腔内膿瘍1例、S状結腸憩室穿孔1例、S状結腸穿孔1例、小腸穿孔1例、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)後十二指腸穿孔1例、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)後胃穿孔1例)の計11例であった。OTSCによる内視鏡的治療後に再出血や縫縮不全を示唆する所見は認めなかった。また、治療中および治療後に有害事象も認めなかった。転帰は退院9例、転院1例、死亡1例であった。【考察】前述したとおり、OTSCは内視鏡による救済治療のひとつとして注目されており、本邦でも有効性を示す報告が増えている。当院で検討した11例の中で、死亡例1例は、アルコール性肝硬変・食道静脈瘤破裂の診断で入院中に併発したS状結腸憩室穿孔に対して、内視鏡的縫縮術を行った症例であり、他の要因の影響が大きかったと考える。その他の10例では再出血や縫合不全、有害事象は認めず、良好な経過であった。以上のことから、OTSCの有効性や安全性が示唆された。OTSCは外科治療の代替手段として活用されることが期待され、引き続き検討が必要である。【結語】当院においても消化管の難治性出血、穿孔に対してOTCSは有効であった。

内視鏡, OTSC

東京労災病院 消化器内科

池上 遼, 西中川秀太, 中島一彰, 平泉泰翔, 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60代男性。20XX-7年に多発肺転移を伴う直腸癌と診断された。肺転移巣は両葉に多発しており、一部は胸膜直下に位置していた。直腸は閉塞症状を有したため高位前方切除を施行した後、化学療法が開始された。当初、Bevacizumab(Beva)併用FOLFOX療法を開始したが、末梢神経障害を呈したため中止となった。Capecitabine+Beva療法を1年間施行した。その後Beva + FOLFIRI療法を4年間、Panitumumab併用FOLFOX療法を1年間施行し、いずれもPD判定となったため、20XX-1年11月から、3rd lineとしてBevacizumab 併用TAS-102療法を開始した。20XX年12月上旬に呼吸苦・倦怠感を主訴に外来を受診した際、左肺のIII度気胸と診断され緊急入院となった。第1病日に16Frダブルカテーテルを挿入したが肺拡張が不良であるため第3病日に20Frシングルカテーテルのドレーンを追加で挿入した。その後も肺拡張は十分に得られず、左下葉の腫瘍が胸膜に瘻孔を形成していることが原因として考えられた。そのため第15病日に胸腔鏡下肺瘻閉鎖術を施行し、瘻孔を組織接着剤で被覆した。術後もエアリークが見られたため、待機的に胸膜癒着療法を実施した。その後は良好な肺拡張が得られ、約1か月後にドレーンを抜去し退院となった。現在まで気胸の再燃なく経過している。BevaはVEGFをターゲットとしたヒト化モノクローナル抗体で、大腸癌の他、肺癌や乳癌などの化学療法においても用いられている。腫瘍のみならず、炎症や創傷治癒過程においても血管新生を抑制するため、Beva投与下では出血や消化管穿孔、瘻孔形成のリスクが上昇する。原発、転移に限らず肺腫瘍にたいしてBevaを投与することで数ヶ月後に難治性気胸を来した症例報告は散見される。特にびまん性肺疾患を合併する症例や、胸膜直下に病変がある症例に対してBevaを用いる場合は気胸の発症に十分留意すべきである。今回7年以上に亘る長期間の化学療法中に難治性気胸を来した1例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

Bevacizumab, 気胸

## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第397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379回例会  
会長 小金井一隆

旭化成ファーマ株式会社  
アッヴィ合同会社  
あゆみ製薬株式会社  
ヴィアトリス製薬株式会社  
科研製薬株式会社  
キッセイ薬品工業株式会社  
杏林製薬株式会社  
ギリアド・サイエンシズ株式会社  
コヴィディエンジャパン株式会社  
サンド株式会社  
ジョンソン エンド ジョンソン株式会社

積水メディカル株式会社  
武田薬品工業株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
株式会社ツムラ  
日本化薬株式会社  
日本新薬株式会社  
ファイザー株式会社  
ミヤリサン製薬株式会社  
持田製薬株式会社  
株式会社ヤクルト本社  
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2024年3月6日現在)