

日本消化器病学会 関東支部第380回例会

プログラム・抄録集



当番会長：黒崎 雅之（武蔵野赤十字病院 院長）

令和6年7月27日（土）

海運クラブ+WEB配信サイト（視聴のみ）

日本消化器病学会関東支部第380回例会 プログラム・抄録集

当番会長：黒崎 雅之（武蔵野赤十字病院 院長）
〒180-8610 東京都武蔵野市境南町1-26-1
TEL 0422-32-3111

会 期：令和6年7月27日（土）

会 場：海運クラブ+WEB配信サイト（視聴のみ）
〒102-0093 東京都千代田区平河町2-6-4 海運ビル
TEL 03-3264-1825 <http://kaiunclub.org/>

<発表者、参加者の皆様へ>

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. Web視聴より質問される方は、所属と氏名を明らかにし、Q&Aへ入力をお願いします。
9. 専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 13：55～14：10）
10. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。
 - 1) サイトより参加登録いただき、お支払いをお願いいたします。（クレジット決済のみ）
 - 2) 参加登録が完了された方に、第380回例会のWeb開催へ参加の為のID、パスワードをご連絡いたします。また参加証（専門医更新5単位）はWeb開催サイトにログイン後、ダウンロードいただけます。※当日会場での参加登録も可能です。（現金支払いのみ）
11. 当日参加登録受付、PC受付は7：30より開始いたします。
12. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
13. 評議員会は7月27日（土）に現地開催+Zoomによるライブ開催となります。
 - 1) 評議員会：7月27日（土）に11：40～12：10（この日時以外での受付は行いません。）
 - 2) 評議員会への参加については第380回例会の参加登録が必要です。
14. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

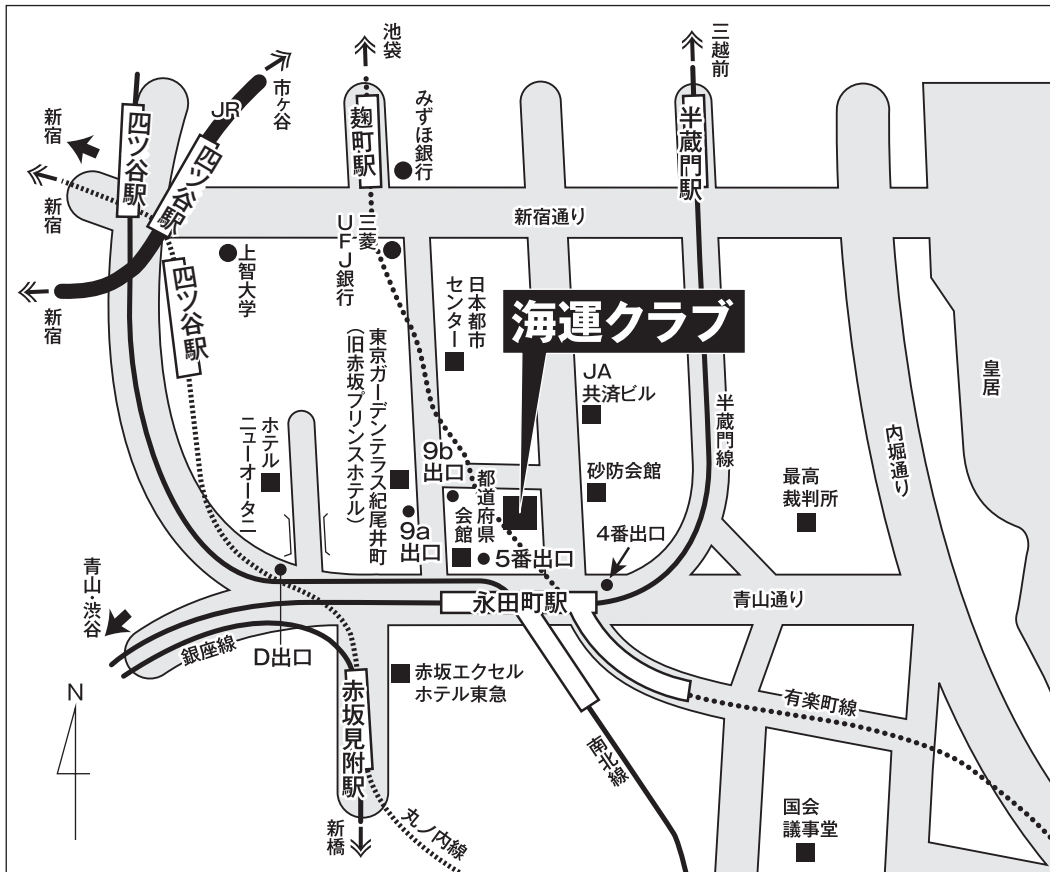
※Web参加登録は7月5日（金）正午よりオンラインにて開始を予定しております。
準備が整い次第、日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

【問い合わせ】
日本消化器病学会関東支部第380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：jsge380kanto@pw-co.jp/Tel：03-6801-8084

会場案内図

海運クラブ

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



[交通のご案内]

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

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

日本消化器病学会関東支部第380回例会

令和6年7月27日（土）

7:58～8:00			開 会 の 辞		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（上部消化管1）1～4	8:00～8:24	鈴木 信之	(14) 専攻医Ⅶ（肝臓1）56～59	8:00～8:24	水野 卓
(2) 専攻医Ⅱ（上部消化管2）5～8	8:24～8:48	古守知太郎	(15) 専攻医Ⅷ（肝臓2）60～63	8:24～8:48	上田 元
(3) 専攻医Ⅲ（下部消化管1）9～13	8:48～9:18	河本 亜美	(16) 専攻医Ⅸ（肝臓3）64～67	8:48～9:12	薩田 祐輔
(4) 専攻医Ⅳ（下部消化管2）14～18	9:18～9:48	小栗 典明	(17) 専攻医Ⅹ（肝臓4）68～71	9:12～9:36	春日 良介
(5) 専攻医Ⅴ（下部消化管3）19～22	9:48～10:12	佐藤 博彦	(18) 専攻医Ⅺ（胆道）72～76	9:36～10:06	二瓶 真一
10:12～10:17 休憩			10:06～10:11 休憩		
(6) 専攻医Ⅵ（膵臓・その他）23～26	10:17～10:41	池田 守登	(19) 研修医Ⅲ（肝臓）77～81	10:11～10:41	綾木 花奈
(7) 研修医Ⅰ（消化管1）27～31	10:41～11:11	高原 楠昊	(20) 研修医Ⅳ（肝・膵）82～86	10:41～11:11	永嶌 裕樹
(8) 研修医Ⅱ（消化管2）32～35	11:11～11:35	上野 卓教			
			11:40～12:10 評議員会（第2会場）		
12:00～12:50 ランチョンセミナー1（第1会場）			12:20～13:00 ランチョンセミナー2（第2会場）		
「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？～」 聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学講座 主任教授 砂川 優 先生 「肝胆膵がんにおけるCGP検査を交えた個別化治療」 国立がんセンター希少病センター/中央病院 肝胆膵内科 医長 森實 千種 先生 司会 東京医科歯科大学大学院 分子腫瘍医学分野 教授 田中 真二 先生 共催：中外製薬株式会社			「消化吸收アップデート」 防衛医科大学校 内科学講座（消化器内科）教授 穂苅 量太 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：ミヤリサン製薬株式会社		
13:00～13:55 特別講演（第1会場）			「炎症性腸疾患と再生医療」 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 岡本 隆一 先生 司会 武蔵野赤十字病院 院長 黒崎 雅之		
13:55～14:10 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(9) 上部消化管 36～39	14:10～14:34	高浦 健太	(21) 下部消化管1 87～90	14:10～14:34	水谷 真理
(10) 下部消化管2 40～42	14:34～14:52	張 萌琳	14:35～16:05 「女性医師の会」 特別企画・臨床セミナー		
(11) 肝臓1 43～46	14:52～15:16	花岡 太郎	「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～」		
(12) 肝臓2 47～50	15:16～15:40	林 宏樹	司会 武蔵野赤十字病院 消化器内科 部長 土谷 薫 先生		
(13) 胆膵 51～55	15:40～16:10	向井俊太郎	武蔵野赤十字病院 消化器内科 前屋鋪千明 先生		
			「DE&Iは本当に必要なのか？」		
			北里大学医学部 消化器内科学 主任教授 草野 央 先生		
			「消化器内科医が幸せに働くために～女性医師の経験から～」		
			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		
			「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」		
			がん研究会有明病院 下部消化管内科 泉 敦子 先生		
16:10～ 閉会の辞（第1会場）					

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

特別講演
第1会場 13:00~13:55
「炎症性腸疾患と再生医療」

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 岡本 隆一 先生
司会 武蔵野赤十字病院 院長 黒崎 雅之

………演者の先生ご紹介………

おかもと りゅういち
岡本 隆一 先生
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

略歴

1996年3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業
1996年6月 東京医科歯科大学医学部第二内科医員
(研修医)
1997年6月 国家公務員共済組合連合会東京共済病院
内科研修医
1998年6月 長野県厚生連北信総合病院
医員(消化器内科)
2000年6月 柏市立柏病院 医員(消化器内科)
2004年3月 東京医科歯科大学大学院・医歯学総合研究
科卒(医学博士)
2004年4月 学術振興会特別研究員(PD)
2007年4月 東京医科歯科大学大学院・消化管先端治療
学 准教授
2014年4月 東京医科歯科大学大学院・再生医療研究セ
ンター 教授
2017年9月 東京医科歯科大学大学院・創生医学コン
ソーシアム・消化器創生ユニット長
2018年4月 東京医科歯科大学大学院・学長特別補佐
(シンクタンク)
2020年5月 東京医科歯科大学大学院・消化器病態学
教授
2022年4月 東京医科歯科大学病院・難病治療部 副部長
2022年4月 同 潰瘍性大腸炎・クローン病先端医療
センター センター長
2024年4月 東京医科歯科大学病院・難病治療部 部長
現在に至る

兼任

北海道大学大学院医学研究院 客員教授

【所属学会】

日本消化器病学会：財団評議員、学会在り方・将来像検
討委員会委員、国際委員会委員
再生医療推進委員会委員
日本消化器内視鏡学会：学術評議員
日本炎症性腸疾患学会：代議員、研究助成委員会委員長、
国際交流委員会委員
日本消化器関連学会機構(JDDW)：将来構想委員会委員
日本消化管学会：研究助成委員会委員
日本内科学会、日本再生医療学会など
American Gastroenterological Association(AGA),
Abstract review committee member
International Society for Stem Cell Research (ISSCR),
Annual meeting abstract reviewer

ランチセミナー 1

第1会場 12:00~12:50

「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?～」

聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学講座 主任教授 砂川 優 先生

「肝胆膵がんにおけるCGP検査を交えた個別化治療」

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 森實 千種 先生

司会 東京医科歯科大学大学院 分子腫瘍医学分野 教授 田中 真二 先生

共催：中外製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

すなかわ

砂川

ゆう

優 先生

聖マリアンナ医科大学 臨床腫瘍学講座 主任教授

略歴

平成15年 日本医科大学医学部卒業
平成18年 埼玉医科大学病院臨床腫瘍科 助手
平成24年 昭和大学横浜市北部病院内科 助教
平成25年 南カリフォルニア大学ノリス包括がんセンター
リサーチフェロー
平成28年 昭和大学横浜市北部病院内科(腫瘍内科) 講師
平成29年 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座 准教授
令和3年 聖マリアンナ医科大学臨床腫瘍学講座 主任教授

所属学会

日本内科学会(認定医)、日本臨床腫瘍学会(がん薬物療法専門医/指導医)、日本癌治療学会(がん治療認定医)、日本癌学会、日本大腸肛門病学会、日本病理学会(分子病理専門家)、日本緩和医療学会 日本がんサポーターブケア学会、日本遠隔医療学会、American Society of Clinical Oncology(ASCO) European Society for Medical Oncology(ESMO)

もりざね

森實

ちぐさ

千種 先生

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

略歴

平成9年4月～ 横浜市立大学医学部附属病院 勤務
平成11年6月～ 国立がん研究センター中央病院 レジデント
平成14年6月～ 横浜市立大学医学部附属市民総合医療センター
消化器病センター勤務
平成15年4月～ 国立がん研究センター中央病院
肝胆膵内科 がん専門修練医
平成17年4月～ 国立がん研究センター中央病院
肝胆膵内科 医員

平成29年4月～ 国立がん研究センター中央病院
肝胆膵内科 医長

所属学会

日本内科学会、日本消化器病学会、日本胆道学会、日本膵臓学会、日本消化器内視鏡学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本癌学会、日本メディカルAI学会、American Society of Clinical Oncology、European Society for Medical Oncology

ランチョンセミナー2

第2会場 12:20～13:00

「消化吸収アップデート」

防衛医科大学校 内科学講座（消化器内科） 教授 **穂苅 量太** 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：ミヤリサン製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

^{ほかり}^{りょうた}
穂苅 量太 先生

防衛医科大学校 内科学講座（消化器内科） 教授

略歴

平成3年3月	慶應義塾大学 医学部卒業	平成17年1月～現在	日本消化器病学会専門医
平成3年5月	慶應義塾大学医学部研修医(内科)	平成17年12月～現在	日本内科学会専門医
平成5年5月	国立埼玉病院研修医(内科)	平成18年12月～現在	日本消化器内視鏡学会専門医
平成6年5月	同研修医辞職	平成20年4月～現在	日本肝臓学会専門医
平成6年6月	警友総合病院医員(内科)	平成23年12月～現在	日本消化器内視鏡学会指導医
平成7年5月	同医員辞職	平成25年6月～現在	日本リンパ学会理事
平成7年6月	慶応義塾大学医学部助手(専修医)(内科学)	平成26年12月～現在	日本臨床中医薬学会理事
平成9年2月	慶応義塾大学助手(医学部内科学)	平成26年11月～現在	日本消化吸収学会理事
平成9年7月	国立埼玉病院医員(内科)	平成28年3月～現在	日本消化器病学会財団評議員
平成10年8月	同医員辞職	平成28年3月～現在	日本微小循環学会理事
平成10年9月	防衛医科大学校内科学第二講座助手	平成28年3月～現在	日本消化器内視鏡学会社団評議員
平成12年1月	同指定講師	平成29年7月～現在	日本高齢消化器病学会理事
平成13年8月	米国カルフォルニア大学サンフランシスコ校留学	平成29年1月～現在	日本小腸学会理事
平成15年7月	同帰国	令和2年1月～現在	日本潰瘍学会理事
平成17年10月	同講師	令和2年7月～現在	日本消化器免疫学会理事
平成25年4月	同教授 現在に至る	令和2年7月～現在	日本炎症性腸疾患学会理事
<学会及び社会における活動>		令和5年2月～現在	日本消化管学会理事
		令和5年4月～現在	日本消化器病学会理事
		令和5年6月～現在	日本リンパ学会副理事長
		令和5年9月～現在	日本神経消化器病学会理事
平成14年4月～現在	日本内科学会認定医	令和5年11月～現在	日本大腸肛門学会理事

「女性医師の会」特別企画
臨床セミナー

第2会場 14:35～16:05

「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 土谷 薫 先生
武蔵野赤十字病院 消化器内科 前屋舗千明 先生
「DE&Iは本当に必要なのか？」

北里大学医学部 消化器内科学 主任教授 草野 央 先生
「消化器内科医が幸せに働くために～女性医師の経験から～」
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
「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」
がん研究会有明病院 下部消化管内科 泉 敦子 先生

………演者の先生ご紹介………

くさの ちか
草野 央 先生

略歴

平成12年3月 北里大学医学部卒業
平成12年4月 東京女子医科大学病院 消化器病センター
消化器外科入局
平成17年4月 国立がん研究センター中央病院内視鏡部レジ
デント
平成19年5月 Stanford 大学Veterans Affairs Palo Alto, USA
留学
平成20年4月 国立がん研究センター中央病院内視鏡部専門
修練医

平成22年4月 国立国際医療研究センター 消化器科 技官
平成24年8月 東京医科大学 消化器内科 臨床研究医
平成25年4月 東京医科大学 消化器内科 助教
平成27年1月 東京医科大学 消化器内科 講師
平成28年10月 日本大学医学部 消化器肝臓内科 助教
令和2年4月 日本大学医学部 消化器肝臓内科 診療准教授
令和2年4月 日本大学病院 内視鏡室長
令和3年8月 北里大学医学部 消化器内科 主任教授

さこうみなこ
酒匂美奈子 先生

略歴

平成13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
平成15年 横浜市立市民病院 外科レジデント

平成16年 社会保険中央総合病院 内科 医員
平成26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
令和2年 同 医長
令和5年 同 部長

いずみ あつこ
泉 敦子 先生

略歴

平成26年3月 神戸大学医学部卒業
平成26年4月 国立病院機構東京医療センター 初期研修医

平成28年4月 国立国際医療センター消化器内科
レジデント・フェロー
令和2年10月 がん研有明病院 上下部消化管内科 医員

第1会場（午前の部）

7:58~8:00

—開会の辞—

—評価者—

東京共済病院	消化器内科	唐鎌	優子	
日本医科大学	武蔵小杉病院	消化器内科	洲上	綾子
武蔵野赤十字病院	消化器内科	田中	将平	

(1) 専攻医Ⅰ（上部消化管1） 8:00~8:24 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 鈴木 信之

1. 内視鏡の粘膜下層剥離術が診断に有用であった食道類基底細胞癌の1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○加藤 蓉子, 赤澤 陽一, 上山 浩也, 山本 桃子
岩野 知世, 内田 涼太, 宇都宮尚典, 阿部 大樹
上田久美子, 北条麻里子, 池嶋 健一, 伊佐山浩通
永原 章仁

2. 制酸剤内服終了のたびに再発を繰り返し、長期にわたりフォローを要したCameron潰瘍の1例

ひたち医療センター 消化器センター ○櫻井 友渚, 角 一弥, 上原 孝太, 内田 裕介
杉山 慧弥, 川端悠里衣, 富岡 幸大, 石原 明

3. 治癒切除困難と判断した食道胃接合部癌に対してニボルマブと化学療法の併用で病理学的完全奏効に至った一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○西村 直人, 原田健太郎, 西村 尚, 野口 正朗
澤田 亮一, 猿田 雅之
同 外科学講座 矢野 文章

4. 皮膚筋炎を合併した胃食道接合部腺癌において化学療法を施行しコンバージョン手術まで至った一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○杉村 峻, 三国 隼人, 中山真梨子, 菊地伊都香
豊永 貴彦, 猿田 雅之
同 リウマチ・膠原病内科 松下 嵩之, 黒坂大太郎
同 上部消化管外科 石川 佳孝, 矢野 文章

(2) 専攻医Ⅱ（上部消化管2） 8:24~8:48 座長 東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 古 守 知太郎

5. 腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術後に仮性瘤を形成し吐下血を来した2例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○竹田安里彩, 山形 亘, 菊地晃太郎, 渡辺 雅人
芦川 智久, 藤 佑樹, 室井 勇人, 秋山 淳
石井 亮佑, 山田 大貴, 山城 雄也, 北詰 晶子
村野 竜朗, 横田 拓也, 三浦 夏希, 中園 綾乃
下地 耕平, 井上 大, 堀家 英之, 並木 伸

6. 経皮内視鏡的胃瘻造設術後の右胃大網動脈出血に血管塞栓術が有効であった二例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○池澤百合花, 所知加子, 前田 千春, 後藤 広樹
佐久間大樹, 小俣亜梨沙, 永島 愛一, 米井翔一郎
黒澤 貴志, 石井 寛裕, 京 里佳, 菱木 智
杉森 一哉

7. バルーン下逆行性経静脈的塞栓術 (BROTO) の合併症として脊椎硬膜下/くも膜下複合血腫を生じた一例

公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科 ○安部 真蔵, 小串 勝昭, 与那嶺 諒, 佐々木美穂
平松 直樹, 久米 菜緒, 林 智恩, 比嘉 愛里
古澤 享子, 三箇 克幸, 小柏 剛, 井口 靖弘
岡 裕之, 近藤 正晃

8. 傍乳頭憩室内真性腸石の腸管内落下による腸閉塞の1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○中畑万里子, 安達 快, 玉置 明寛, 花岡 太郎
渡辺 真郁, 奥脇 興介, 岩井 知久, 草野 央

(3) 専攻医Ⅲ(下部消化管1) 8:48~9:18 座長 東京医科歯科大学病院 光学医療診療部 河本 亜美

9. 腸閉塞を契機に診断された小腸 MALT リンパ腫の1例

帝京大学 医学部 内科 ○森 俊彬, 青柳 仁, 曾根 雅之, 阿部浩一郎
田代 晴子, 本田 卓, 松本 康佑, 磯野 朱里
三浦 亮, 有住 俊彦, 小田島慎也, 浅岡 良成
今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤
帝京大学 医学部 外科 宮田 敏弥, 野澤慶次郎, 落合 大樹
帝京大学 医療技術学部 臨床検査学科 望月 眞
帝京大学 医学部 病院病理部 笹島ゆう子

10. 腸閉塞を伴った回腸悪性リンパ腫の1例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○河島 孝大, 酒井 英嗣, 清水 智樹, 岩崎 暁人
高井 佑輔, 藤野 洋平, 城野 紡, 櫻井裕一郎
野村 優, 伊藤ひかり

11. 出血性ショック及び肝膿瘍をきたした小腸脂肪腫の1例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○井上 薫, 鈴木 裕史, 石井ひかり, 勝矢 雄之
北原 愛弓, 三浦 宏仁, 栗原 滉平, 中田 史子
内野 康志, 谷口 博順, 山本 信三, 伊藤由紀子
吉田 英雄
同 胃・食道外科 井川 聡, 三田 英明, 風間 義弘, 永岡 栄
同 病理診断科 熊坂 利夫, 裴 有安
横浜市立大学大学院医学研究科・医学部 分子病理学 堀 千紗

12. 妊娠中に発症した初回癒着性イレウスに対してイレウス管挿入により改善し妊娠継続が可能となった
1 例

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門 ○月井伶音奈, 菊池 一生, 森 大地, 大西 良尚
山崎 裕太, 樋口 健佑, 鈴木 統大, 中谷 真也
牛腸 俊彦, 居軒 和也, 紺田 健一, 東條 正幸
木原 俊裕, 矢野雄一郎, 久保田祐太郎, 片桐 敦
吉田 仁
こにしクリニック 小西 一男
昭和大学病院 内視鏡センター 山村 冬彦

13. 慢性偽性腸閉塞症に対して経胃瘻的空腸瘻による減圧治療が著効した一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○齋藤有栄子, 矢野 智則, 小野 友輔, 岡田 昌浩
福田 久, 小林 卓真, 加賀谷結華, 坪水 花絵
上野 貴, 山本 博徳
同 外科学講座 消化器一般移植外科学部門 倉科憲太郎, 高橋 和也

(4) 専攻医Ⅳ(下部消化管2) 9:18~9:48 座長 杏林大学医学部 消化器内科学 小 栗 典 明

14. Ustekinumab により寛解維持中の潰瘍性大腸炎に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の1例

土浦協同病院 消化器内科 ○南家 一徳, 草野 史彦, 上山 俊介, 木下 隼人
佐野 慎哉, 渡辺研太郎, 福田 啓太, 北野 尚樹
軽部 莉佳

15. 経過中に壊疽性膿皮症を合併した難治性潰瘍性大腸炎に対しコルヒチンが有用であった一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○厚見 周平, 三枝慶一郎, 小林 文子, 湊 喜洋
穴井 映光, 井上 卓, 中島 菖子, 石田 慎
林 智康, 田沼 浩太, 岸野 竜平, 中澤 敦
同 腫瘍内科 三宅 広晃, 楠原 正太, 青木 優, 船越 信介
同 皮膚科 木村 佳史
同 病理診断科 廣瀬 茂道

16. 経過観察中に早期大腸癌とサイトメガロウイルス潰瘍を合併した, 大腸限局型野生型 ATTR アミロ
イドーシスの1例

草加市立病院 消化器内科 ○澁谷慶太郎, 渡辺 翔, 鈴木 郁哉, 井浦亜有子
川内結加里, 栗原 正道, 矢内 常人
都立広尾病院 消化器内科 藤井 崇

17. 胃癌術後に結腸壁肥厚を認め大腸転移再発の診断となった1例

災害医療センター 消化器内科 ○竹内 祐貴, 柴田 勇, 常井 薫時, 杉山 勇太
大野 志及, 佐々木義浩, 板倉 潤

18. 後腹膜及び皮下に多発膿瘍を形成した EB ウイルス陽性びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の1剖検
例

東京労災病院 消化器内科 ○石井 咲貴, 西中川秀太, 大場 信之, 荻野 悠
折原 慎弥, 池上 遼, 中島 一彰
同 病理診断科 塩野さおり

(5) 専攻医Ⅴ(下部消化管3) 9:48~10:12 座長 東海大学医学部 消化器内科 佐藤 博彦

19. 当院で診断した Collagenous colitis 6 例の臨床的検討

東京都立大塚病院 消化器内科 ○金田 有史, 田中 啓, 根本 淳子, 新井 祐美
岩本加代子, 西平成嘉子, 白崎 友彬, 本林麻衣子
倉田 仁

20. 敗血症性ショックで死亡し、剖検で直腸の血管性病変がエントリーであったと考えられた一例

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 ○木庭 怜香, 西田 晨也, 若島 将人, 村上 脩斗
川村 允力, 目黒 公輝, 田邊 浩紹, 土谷 一泉
鹿野島健二, 今城 健人, 土肥 弘義, 國分 茂博
同 病理診断科 福永 眞治

21. 当院の大腸内視鏡における computer-aided diagnosis (CAdE) による腺腫発見率, ポリプ発見率の現状

東京都立墨東病院 消化器内科 ○清家 理佐, 矢内 真人, 垣迫 大介, 関戸 清佳
横堀 将一, 緒方香菜子, 小林 諒平, 山田優里奈
松川 直樹, 佐藤 綾子, 小林 克誠, 松本 太一
古本 洋平, 東 正新

22. 便潜血を契機に発見されたアメーバ性大腸炎に対してメトロニダゾールとパロモマイシンの併用が有効であった一例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○藏田 隼也, 木下 聡, 閼彌 一貴, 高田 祐明
中里 圭宏
同 消化器内科
医療法人真医会 南医院 南 一洋

(6) 専攻医Ⅵ(脾臓・その他) 10:17~10:41 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 池田 守登

23. 特発性血小板減少性紫斑病, 全身性エリテマトーデスに合併した IgG4 陰性自己免疫性脾炎の 1 例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○柿澤 桃花, 川西 彩, 白滝 理博, 森町 将司
出口 隆造, 鈴木 秀和, 松嶋 成志, 加川 建弘
同 病理診断科 宮岡 雅, 中村 直哉

24. 内視鏡的脾管ドレナージと胸腔ドレナージが有効であった難治性脾性胸水の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○染谷 昌伸, 坂井 音々, 羽田 明海, 柴崎 梢
石野 勇康, 角田翔太郎, 鈴木 悠一, 遠藤 和樹
大石梨津子, 船岡 昭宏, 三輪 治生, 森本 学
沼田 和司, 前田 慎

25. 脾鉤部癌との鑑別に難渋し外科的切除を施行した自己免疫性脾炎の 1 例

横浜労災病院 消化器内科 ○井出 貴也, 関野 雄典, 逸見 莉子, 森本 紗生
悦田咲季子, 能中理紗子, 今長 大輝, 金田 真人
和田 直之, 伏見 光, 松本 彰太, 佐野 誠
枇杷田裕佑, 春日 範樹, 杉本 祐一, 岡田 直也
内山 詩織, 永瀬 肇

26. 正中弓状靱帯圧迫症候群による膵十二指腸動脈瘤に対しコイル塞栓を行った一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○小宮山夏永, 森山 由貴, 高木 亮輔, 中川俊一郎
門馬 匡邦, 小西 直樹, 屋良昭一郎, 平山 剛
岩本 淳一, 本多 彰, 池上 正
同 放射線科 片田 芳明

(7) 研修医 I (消化管 1) 10:41~11:11 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 高原 楠 晃

27. 腹腔鏡下に切除しえた成人胃重複症の一例

北里大学 北里研究所病院 消化器内科 ○高井有理子, 加藤 智尋
同 一般・消化器外科 迫 裕之
同 病理診断科 前田 一郎
国際医療福祉大学 医学部 臨床腫瘍学 樋口 肇
北里大学 北里研究所病院 消化器内科
同 予防医学センター 宮本 康雄
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 梅田 智子, 中野 雅, 小林 拓
同 消化器内科
同 腫瘍センター 西村 賢

28. 骨盤内膿瘍に対し超音波内視鏡下経直腸的ドレナージが奏功した3例

東京西徳洲会病院 消化器内科 ○高畑 花帆, 山本 龍一
同 外科 神人 将, 吉田 雄亮, 下元雄太郎, 高木 睦郎
江口 武彦, 佐藤 一彦

29. 双方向からの内視鏡的アプローチにて解除し得た低位前方切除術後の吻合部完全閉塞の1例

杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科 ○水野 李香, 阪元 良弘, 阿部 展次
同 消化器・一般外科
同 下部消化管外科 本多 五奉, 吉敷 智和, 磯部 聡史, 金 翔哲
若松 喬, 飯岡 愛子, 麻生 喜祥, 小嶋幸一郎
須並 英二
同 消化器・一般外科
杏林大学医学部附属杉並病院 消化管外科 片岡 功

30. リサンキズマブが奏効した心移植後 de novo IBD の一例

東京大学 医学部 附属病院 消化器内科 ○曹 心怡, 塩見 千尋, 黒川 憲, 村上 恵太
今井 誠, 坪井 真代, 井原聡三郎, 木下 裕人
早河 翼, 辻 陽介, 藤城 光弘

31. サイトメガロウイルス(CMV)初感染を契機に増悪した潰瘍性大腸炎の一例

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科 ○玉城 義仁, 山下健太郎, 石原 洋, 高橋 宏太
結束 貴臣, 西澤 俊宏, 篠浦 丞, 井上 和明
同 病理診断科 松岡 亮介, 富田 裕彦, 林 雄一郎, 小無田美菜
国際医療福祉大学三田病院 消化器センター 片岡 幹統
国際医療福祉大学成田病院 消化器内科
国際医療福祉大学三田病院 消化器センター 海老沼浩利

(8) 研修医Ⅱ(消化管2) 11:11~11:35 座長 つくばセントラル病院 消化器内科 上野 卓 教

32. CTで術前診断し得た腸回転異常症による超高齢発症した中腸軸捻転の1例

公立阿伎留医療センター 消化器内科 ○古川理香子, 田中 匡実, 渋谷 真史, 葉山 譲
岡野 憲義
同 外科 姫川 昊, 遠藤 和伸, 仁科有美子, 矢嶋 幸浩

33. Pembrolizumabにて完全寛解に至り長期無再発を得ているMSI-H大腸癌CurB手術後早期再発例

国保直営総合病院君津中央病院 外科 ○徳武 輝, 須田竜一郎, 柳澤 真司, 片岡 雅章
西村 真樹, 小林 壮一, 岡庭 輝, 中臺 英里
藤野 真史, 大野 幸恵, 進藤 博俊, 田口 航大
滝口 翔太, 近藤 尚, 白石 健太, 海保 隆

34. 早期発見および集学的治療により根治切除が得られた同時性3重複癌(食道癌、胃癌、肝細胞癌)の一例

東京通信病院 消化器内科 ○高橋 勇太, 弦間 有香, 加藤 知爾, 時任佑里恵
坂井有里枝, 小林 克也, 関川憲一郎, 奥田 純一
光井 洋
同 病理診断科 岸田由起子
同 外科 鹿間 健志, 織畑 光一

35. 進行食道癌に対してICI併用療法を行い、下痢の鑑別・治療に難渋した一例

慶應義塾大学 医学部 医学科 ○桑原 諒成
川崎市立川崎病院 内科 町田雄二郎, 下嵯啓太郎, 吉田 康祐, 花田 亮太
井上健太郎, 有泉 健, 高木 英恵, 玉井 博修
同 内視鏡センター 正岡 建洋

第1会場（午後の部）

13：00～13：55

特別講演

炎症性腸疾患と再生医療

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 岡本隆一先生

司会 武蔵野赤十字病院 黒崎雅之

(9) 一般演題(上部消化管) 14：10～14：34 座長 武蔵野赤十字病院 消化器内科 高浦健太

36. 食道癌、胃小彎リンパ節転移による通過障害に対して化学放射線療法が著効した一例

足利赤十字病院 消化器内科 ○漆原 史彦, 鈴木 統裕, 室久 俊光
同 放射線科 寺内 貴志, 澤田 将史, 川口 修

37. 消化管狭窄症状を契機に診断しえた正中弓状靱帯圧迫症候群(MALS; Median Arcuate Ligament Syndrome)に起因した膵十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫の1例

防衛医科大学校病院 消化器内科 ○川端 紘輔, 植田 浩貴, 江崎 航大, 木本 侑哉
吉岡 幹士, 安藤 悠哉, 武川 舞子, 堀内 知晃
吉留 佑太, 田原 寛之, 西村 弘之, 富岡 明
綾木 花奈, 成松 和幸, 東山 正明, 高本 俊介
富田 謙吾, 穂苅 量太

38. PPI 長期使用により発生した胃過形成ポリープと胃内細菌叢の関連

東京医科大学病院 消化器内視鏡学分野 ○濱田麻梨子, 新倉 量太, 岩田 英里, 張 萌琳
秋本 佳香, 永田 尚義, 河合 隆

39. SOX + Nivolumab 治療によって conversion 手術に至れた切除不能進行胃癌の1例

NHO 高崎総合医療センター 消化器科 ○増田 智之, 井戸 健太, 小林倫太郎, 書上 愛
成清 弘明, 佐野 希望, 鈴木 悠平, 上原 早苗
星野 崇, 安岡 秀敏, 長沼 篤, 柿崎 暁

(10) 一般演題(下部消化管2) 14：34～14：52 座長 東京医科大学 消化器内視鏡学分野 張 萌琳

40. 当院における大腸 NET の内視鏡切除方法別治療成績の検討

東京医科歯科大学 光学医療診療部 ○米本 有輝, 福田 将義, 早川 優香, 大塚 和朗
同 消化器内科 岡本 隆一

41. 術前炎症性マーカーおよび栄養評価指数から考える後期高齢者者大腸癌の予後予測因子

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科 ○田口 慶祐, 太田 竜, 谷合 信彦
日本医科大学附属病院 消化器外科 宮坂 俊光, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一
松田 明久, 横山 康行, 高橋 吾郎, 岩井 拓磨
吉田 寛

42. インフリキシマブが肛門病変に奏功した潰瘍性大腸炎の一例

亀田総合病院 消化器内科 ○大野 航, 仲地健一郎, 井坂 佑莉, 木下 裕介
西田 泰久, 川又 夏樹, 藤井 陽三, 大倉 哲郎
川添 夕佳, 蘆川 堯, 西脇 拓郎, 船登 智將
川満菜津貴, 井上 薪, 吉村 茂修, 白鳥 俊康
南雲 大暢, 中路 聡
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 太田 佑樹

(11) 一般演題(肝臓 1) 14:52~15:16 座長 北里大学医学部 消化器内科学 花岡 太郎

43. Full genome sequence が可能であった誘因のない B 型肝炎既往感染からの HBV 再活性化 (de novo B 型肝炎) の一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○山田 俊介, 内田 義人, 神山 淳一, 内木佳代子
碓水 七瀬, 佐藤 彩, 辻 翔平, 相馬 直人
安藤さつき, 菅原 通子, 中尾 将光, 中山 伸朗
今井 幸紀, 富谷 智明, 水野 卓, 持田 智
同 病理診断科 山口 浩, 山田 健人

44. 免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) による免疫介在性肝機能障害 (IMH) に対してステロイドが著効した 1 例

市立青梅総合医療センター 消化器内科 ○宇賀 美杉, 久保田悠史, 芥田 沙希, 普天間朝久
末松 聡史, 渡部 太郎, 伊藤 ゆみ, 濱野 耕靖
野口 修

45. アテゾリズマブ・ベバシズマブ投与後に発症した irAE 脳炎の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○福岡なつみ, 吉川 修平, 橋本 凌, 小島 柊
佐々木吾也, 佐藤 杏美, 今井友里加, 高橋 成明
勝部 聡太, 森野 美奈, 小糸 雄大, 三浦 孝也
石井 剛弘, 大竹はるか, 関根 匡成, 上原 健志
浅野 岳晴, 松本 吏弘, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

46. Durvalumab + Tremelimumab による治療経過中に重篤な免疫関連有害事象を発症するも奏功が得られた切除不能肝細胞癌の二例

東京医科歯科大学 消化器内科 ○延澤 翼, 金子 俊, 村川美也子, 稲田 賢人
持田 知洋, 渡壁 慶也, 志水 太郎, 土屋 淳
三好 正人, 岡本 隆一
同 疾患生理機能解析学 柿沼 晴
同 統合教育機構 中川 美奈
同 消化器内科
同 肝臓病態制御学 朝比奈靖浩

(12) 一般演題(肝臓2) 15:16~15:40 座長 自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 林 宏 樹

47. 早期胃癌を合併した切除不能肝細胞癌症例に対してアテゾリズマブ+ベバシズマブ療法を行った2症例

東海大学 医学部附属八王子病院 消化器内科 ○山口 徹, 広瀬 俊治, 田澤 遙介, 小村 侑司
張 つばみ, 伊藤 彩乃, 津田 真吾, 永田 順子
伊藤 裕幸, 鈴木 孝良
同 病理診断科 杉山 朋子, 田尻 琢磨
有隣厚生会 富士小山病院 小嶋清一郎
幸隆会 多摩丘陵病院 渡辺 勲史

48. 腫瘍随伴症候群として高カルシウム血症を呈した肝細胞癌の一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○泉 直登, 渡邊 俊司, 大塚 陽介, 上野 航
三浦 光一, 森本 直樹, 山本 博徳

49. ABC conversion 肝切除した進行肝細胞癌の3例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○橋本 英篤, 橋本 英篤, 渡邊 綱正, 鈴木 達也
立石 敬介
同 消化器・一般外科 井田 圭亮, 小泉 哲

50. ステロイドが奏効した自己免疫性肝炎の診断基準を満たさない原発性胆汁性胆管炎の一例

公立昭和病院 消化器内科 ○細川 貴範, 浦牛原幸治, 小林 正佳, 菊地 翁輝
山崎 洵, 石田 拓也
同 内視鏡科 川口 淳, 鈴木 祥子, 大野 一将, 武田 雄一
同 臨床検査科 櫻井 幸

(13) 一般演題(胆膵) 15:40~16:10 座長 東京医科大学 消化器内科学分野 向 井 俊太郎

51. ステロイド治療を行うことなく良好に経過したIgG4関連硬化性胆管炎の一例

東京都立多摩北部医療センター 消化器内科 ○小山 友裕, 柴田 喜明, 中村 里菜, 山田 善人
鈴木 健太, 山東 憲央, 葉山 惟信, 四宮 航

52. 下部胆管閉塞により胆管十二指腸瘻を認め、自然瘻孔からドレナージした一例

足利赤十字病院 内科 ○牧 竜一, 鈴木 統裕, 川田 陽介, 田中 孝尚
漆原 史彦, 室久 俊光

53. 急性膵炎後に回腸瘻を形成した被包化壊死に対して複数本の経胃的ドレナージと経乳頭ドレナージが有効であった一例

日本医科大学千葉総病院 消化器内科 ○葉山 優子, 大久保知美, 本宮 里奈, 金本 泳秀
新川 将大, 東 哲之, 下鑑 秀徳, 濱窪 亮平
木下 舞, 桐田久美子, 池田 剛, 吉田 祐士
藤森 俊二
東京都立多摩北部医療センター 消化器内科 鈴木 健太, 葉山 惟信, 柴田 喜明
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 厚川 正則, 岩切 勝彦

54. 当院で経験した免疫チェックポイント阻害剤関連膵障害5例の検討

がん研有明病院 肝胆膵内科 ○前川 有里, 武田 剛志, 佐藤洋一郎, 平井 達基
鈴木由佳里, 三重 堯文, 古川 貴光, 岡本 武士
佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹

55. 肝転移を有していたものの, 原発巣のコントロールのために SSPPD を施行した膵腺房細胞癌の一例

神奈川県立がんセンター病院 消化器内科(肝胆膵) ○榎本 昌人, 福島 泰斗, 白石 和雅, 濱口 智美
戸塚雄一郎, 朝井 靖二, 小林 智, 上野 誠

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

多摩総合医療センター	消化器内科	北詰 晶子
千葉大学大学院医学研究院	消化器内科学	近藤 孝行
さいたま赤十字病院	消化器内科(肝胆膵)	丸田 享

(14) 専攻医Ⅶ(肝臓1) 8:00~8:24 座長 埼玉医科大学 消化器・肝臓内科 水 野 卓

56. 前立腺癌治療薬・アピラテロンによる肝細胞障害型薬物性肝障害

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター ○尾崎 美優, 野村 憲弘, 柴田 悠樹, 加藤 久貴
川崎 佑輝, 角 一弥, 牛尾 純, 江口 潤一
横山 登, 井上 晴洋, 伊藤 敬義

57. 肝細胞癌胃転移に対して放射線療法および全身薬物療法を行った一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○小野寺 啓, 小笠原暢彦, 金子 俊, 延澤 翼
村川美也子, 竹中 健人, 小林 正典, 朝比奈靖浩
岡本 隆一
同 光学医療診療部 福田 将義, 大塚 和朗
同 病理部 山本 浩平

58. 不明熱を伴った巨大肝血管腫の1切除例

東京医科大学 消化器内科学分野 ○良沢 玲, 竹内 啓人, 杉本 勝俊, 高橋 宏史
掛川 達矢, 和田 卓也, 吉益 悠, 糸井 隆夫
同 消化器外科・小児外科学分野 刑部 弘哲, 瀧下 智恵, 永川 裕一
同 病理診断学分野 松林 純, 長尾 俊孝

59. 抗PDL 1抗体誘導乾癬様皮膚炎を発症後に肝細胞癌骨転移再発に対して定位放射線治療に加えレンパチニブ投与によって完全奏効を得た1例

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○木原 遥, 厚川 正則, 北村 倫香, 塩田 香織
長谷川雄太, 新井 泰央, 岩下 愛, 金子 恵子
近藤 千紗, 糸川 典夫, 岩切 勝彦
日本医科大学多摩永山病院 消化器内科 河野 惟道, 山脇 博士, 新福 摩弓, 田中 周

(15) 専攻医Ⅷ(肝臓2) 8:24~8:48 座長 東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 上 田 元

60. 画像診断が困難であった好酸球形肝炎性偽腫瘍の1例

杏林大学病院 消化器内科 ○高田 華瑠, 關 里和, 友近 瞬, 小松 悠香
森久保 拓, 箕輪慎太郎, 磯村 杏那, 川村 直弘
柴原 純二, 森 秀明, 久松 理一

61. Vp4 門脈腫瘍栓を伴う進行肝細胞癌に対して複合免疫療法と TACE の併用により臨床的完全奏功を得た一例

虎の門病院 肝臓センター 分院肝臓内科 ○塩田 瑞季, 保坂 哲也, 瀬崎ひとみ, 山本 茂輝
エリクソン安香, 川村 祐介, 斎藤 聡, 鈴木 義之
荒瀬 康司, 池田 健次, 熊田 博光, 芥田 憲夫
鈴木 文孝

62. 下大静脈腫瘍栓を伴う高度進行肝癌に対して陽子線治療が奏効した一例

医療法人 徳洲会 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○齋藤瑳智子, 小林 正宏, 賀古 眞, 小泉 一也
同 放射線腫瘍科 徳植 公一

63. 急性に同時発症した PBC-AIH overlap の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○石川 敬資, 長谷川直之, 石川 直樹, 松本めぐみ
松田 悠, 小川 英恵, 湯原美貴子, 宇野 広隆
堀籠 祐一, 城山真美子, 萩原 悠也, 池田 貴文
新里 悠輔, 遠藤 壮登, 岡田 浩介, 瀬尾恵美子
土屋輝一郎

同 病理診断科 竹村 紀子, 河合 瞳, 松原 大祐

(16) 専攻医区(肝臓3) 8:48~9:12 座長 聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 薩田 祐輔

64. 長期経過で門脈圧亢進症をきたし食道静脈瘤破裂まで至った肝サルコイドーシスの一例

独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター 消化器内科 ○鈴木徹志郎, 茅島 敦人, 荒金 直美, 東條 誠也
岡村 真伊, 黒崎 颯, 先崎 光, 吉村 梨沙
青山 夏海, 青木 康浩, 脇坂 悠介, 松永 隆宏
玉川 空樹, 渡邊 多代, 福原誠一郎

65. 乳癌に対する抗癌化学療法中に発症・進行し、薬物性肝障害合併による急性増悪を来した脂肪性肝疾患の一例

千葉大学 医学部附属病院 消化器内科 ○内田 蒼大, 片山 慶一, 中村 昌人, 小暮 禎祥
藤本健太郎, 弓田 冴, 宇野澤秀美, 興梠 慧輔
井上 将法, 叶川 直哉, 近藤 孝行, 中川 良
小笠原定久, 中本 晋吾, 加藤 順, 加藤 直也

66. cyanoacrylate 注入法による一時止血後に BROTO を行った十二指腸静脈瘤破裂の1例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○越後貫 舜, 浅川 剛人, 徳永 悠月, 榊 一臣
大友有紀子, 松本 浩明, 先田 信哉

67. 幽門輪温存脾頭十二指腸切除後の門脈狭窄による異所性胃静脈瘤破裂に対して、内視鏡的 NBCA 止血術が有効であった1例

群馬県済生会前橋病院 消化器内科 ○菊地 優実, 金山 雄樹, 畑中 健, 廣田 堇
中野 佑哉, 中野 彩智, 迫 陽一, 吉田佐知子
蜂巢 陽子, 田中 良樹, 吉永 輝夫

(17) 専攻医Ⅹ(肝臓4) 9:12~9:36 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 春日 良介

68. 原因不明の肝機能障害、黄疸に対して肝生検で確定診断に至った1例

横須賀共済病院 消化器内科 ○土田 峻介, 中村 遼太, 鈴木 達也, 鈴木 海人
新井 啓介, 井村 里佳, 金子 由佳, 金城 美幸
小馬瀬一樹, 田邊 陽子, 渡辺 秀樹, 新井 勝春
鈴木 秀明

69. 肝障害を契機に診断されたAL型アミロイドーシスの一例

東邦大学 医療センター 大橋病院 消化器内科 ○橋口 貴宏, 塩澤 一恵, 岩井 哲, 小川 悠
村上 貴寛, 山田 悠人, 日原 大輔, 松井 貴史
岡本 陽祐, 齋藤 倫寛, 伊藤 謙, 渡邊 学
同 病理診断科 横内 幸, 高橋 啓

70. 呼吸不全をともなった巨大肝嚢胞に対して経皮的治療を施行した2例

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

71. 重粒子線治療が著効した巨大肝細胞癌の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○岩瀬 浩暉, 吉峰 尚幸, 南雲 秀樹, 毛利 州秀
向津 隆規, 松井 哲平, 宅間 健介, 藤本 愛
岡野 直樹, 和久井紀貴, 永井 英成, 五十嵐良典
松田 尚久

(18) 専攻医Ⅺ(胆道) 9:36~10:06 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科(肝胆膵) 二瓶 真一

72. ランブル鞭毛虫感染に伴う下部胆管腫瘍の一例

練馬光が丘病院 消化器内科 ○太田 賢志, 田代 淳, 佐久間信行, 猪熊 顕之
田村 直樹, 本多 正彦, 松下 功, 新井 雅裕

73. 肝門部胆管癌に対してGC + Durvalumab を投与し, irAE 腸炎・脳炎を発症した1例

慶應義塾大学 医学部 内科学教室(消化器) ○岡田 亨, 千田 彰彦, 村田 祥磨, 津軽 開
石田 典仁, 宗 英一郎, 堀江 沙良, 金井 隆典
同 腫瘍センター 平田 賢郎
同 腫瘍センター ゲノムユニット 林 秀幸

74. 肝内多発転移を有する肝門部胆管小細胞癌にVP-16/CDDP療法が有効であった一例。

茨城県厚生連 JAとりで総合医療センター 消化器内科 ○塚田 雅己, 上妻 千明, 佐々 真優, 内館 梢
山下 萌, 相川恵里花, 河村 貴広

75. ヒルシスプルング病類縁疾患に合併した総胆管結石に対し内視鏡的胆道ドレナージを行った1例

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○大久保里奈, 清水 雄大, 斎藤 豊和, 喜多 碧
石渡 栞, 善如寺 暖, 栗林 志行, 山崎 勇一
浦岡 俊夫
群馬大学医学部附属病院 外科診療センター 小児外科 大串健二郎
同 光学診療部 竹内 洋司

76. 発熱を契機に診断された胆嚢腺扁平上皮癌の一例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 船橋中央病院 消化器内科 ○門山 知樹, 浅野 公将, 田中 一真, 竹熊 勇登
嶋田 太郎, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 山口 武人
横田 哲生, 小松 悌介
船橋市立医療センター 消化器内科 木村 恵

(19) 研修医Ⅲ(肝臓) 10:11~10:41 座長 防衛医科大学校 内科学第2(消化器) 綾木 花奈

77. C型代償性肝硬変に対するグレカプレビル/ビブレンタスビル療法およびソホスブビル/ベルパタスビル/リバビリン療法に治療抵抗性を示した genotype 3 b の1例

虎の門病院 肝臓センター 分院肝臓内科 ○小川 哲史, 保坂 哲也, 瀬崎ひとみ, 山本 茂輝
エリクソン安香, 川村 祐介, 齋藤 聡, 鈴木 義之
荒瀬 康司, 池田 健次, 熊田 博光, 芥田 憲夫
鈴木 文孝

78. 免疫チェックポイント阻害薬治療の経過中にE型肝炎感染が持続した肝細胞癌の一例

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科 ○石井 花霞, 添田 敦子, 又吉 晃平, 大曾根 礼
和田 拓海, 津金 祐亮, 姫井 紅里, 佐浦 勲
根本 絵美, 丹下 善隆, 江南ちあき, 越智 大介
池澤 和人
同 病理診断科 臺 勇一

79. SVR後C型肝炎肝硬変に生じたsarcomatoid HCCに対して複合免疫療法を行った一例

東京医科歯科大学病院 統合教育研修センター ○高見澤駿斗
東京医科歯科大学 消化器内科 村川美也子, 金子 俊, 延澤 翼, 三好 正人
竹中 健人, 小林 正典, 福田 将義, 中川 美奈
大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 病理部 小柳 杏莉, 倉田 盛人

80. 切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法にてirAE腸炎を発症し、適切なマネジメントを行うことで後治療に移行できた一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科 ○岩本 英里, 内原 直樹, 土谷 薫, 田口 美奈
山崎 雄大, 木村 晶平, 田中 雄紀, 八木田純子
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, 安井 豊
高橋 有香, 中西 裕之, 黒崎 雅之, 泉 並木

81. 経頸静脈の肝生検にて診断し得た, 肝アミロイドーシスによる急性肝不全の一例

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター ○片山 響
同 肝胆脾消化器病学 岩城 慶大, 本多 悠, 和田 直大, 小林 貴
野上 麻子, 米田 正人, 中島 淳
同 病理診断科 山中 正二, 藤井 誠志

(20) 研修医Ⅳ(肝・脾) 10:41~11:11

座長 千葉大学病院 消化器内科 永 篤 裕 樹

82. 非代償性肝硬変に進行した肝サルコイドーシスの一症例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○矢口まいか, 今 一義, 深田 浩大, 福原 京子
柳沼 礼子, 内山 明, 山科 俊平, 森永 真紀
石塚 敬, 多田 昌弘, 永原 章仁, 伊佐山浩通
池嶋 健一

83. 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ベバシズマブ療法中に胆管プラスチックステント留置後出血をきたした1例

さいたま赤十字病院 消化器内科 ○上坂 怜央, 丸田 享, 甲嶋 洋平

84. 突然の大量右胸水を発症したアルコール性肝障害・慢性膵炎の1例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○鈴木 彩華, 白田龍之介, 高鹿 美姫, 小笠原友里
林 涼子, 大塚 奈央, 山本 果奈, 伊藤亜由美
米沢麻利亚, 高山 敬子, 小木曾智美, 谷合麻紀子
菊山 正隆, 中村 真一, 中井 陽介

85. 動脈塞栓治療を行った膵仮性嚢胞内出血の1例

横須賀市立うわまち病院 消化器内科 ○齋藤嘉由輝, 前原 健吾, 中村 順子, 吉原 努
古川 潔人, 高橋伸太郎, 佐藤 晋二, 森川瑛一郎
池田 隆明

86. 妊娠を契機とした高トリグリセリド血症に伴う重症急性膵炎の1例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○吉本 岳瑠, 山本 夏代, 竜野 稜子, 久田 裕也
赤澤 直樹, 横井 千寿, 小島 康志, 田中 康雄
秋山 純一, 柳瀬 幹雄

第2会場（午後の部） 一般演題

(21) 一般演題(下部消化管1) 14:10~14:34 座長 慶應義塾大学医学部 内視鏡センター 水谷 真理

87. JAK 阻害薬と副腎皮質ステロイド使用中に複数の合併症と大量出血を認め、集学的治療を施行し救命し得た潰瘍性大腸炎の一例

東京医科歯科大学病院 消化器内科 ○森川 亮, 田村 皓子, 河本 亜美, 日比谷秀爾
竹中 健人, 清水 寛路, 小林 正典, 金子 俊
村川美也子, 福田 将義, 朝比奈靖浩, 大塚 和朗
岡本 隆一

88. 菌血症を合併した生卵由来と考えられる健常若年者の非チフス性サルモネラ腸炎の一例

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

89. 5-アミノサリチル酸製剤の関与が疑われる胸膜炎を生じた潰瘍性大腸炎の1例

杏林大学医学部附属杉並病院 消化器内科 ○馬上 知尋, 稲田 絢子, 江藤晃一郎, 荻本 直堯
同 消化器内科
杏林大学医学部 消化器内科 日比 則孝, 羽田 裕, 池崎 修, 齋藤 大祐
高橋 信一, 久松 理一, 大森 鉄平

90. 重症腸チフスの1例

社会福祉法人 恩賜財団 水戸済生会総合病院 消化器内科 ○高須 美香, 柏村 浩, 竹内 恵理, 山田 修三
根本 陽介, 宇佐美佳恵, 宗像 紅里, 金野 直言
大川原 健, 青木 洋平, 仁平 武

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
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
384	野 村 幸 世 (星薬科大学 医療薬学研究室)	5月17日(土)	東京 星薬科大学	2025年2月5日～ 3月12日予定
385	加 川 建 弘 (東海大学医学部 内科学系消化器内科)	7月12日(土)	東京 海運クラブ	4月2日～ 5月14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・2025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
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
46	鴨志田 敏 郎 (日立総合病院 消化器内科)	2025年 6月8日(日)	WEB開催	未 定

次回(第381回)例会のお知らせ

期 日：2024年9月7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

特別講演：「胆道診療における内視鏡の役割」

演者：富山大学 学術研究部医学系内科学第三講座 教授

司会：東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 主任教授

安田 一朗

糸井 隆夫

ランチョンセミナー1：「胆膵診療Up to date(仮)」

演者：帝京大学 外科／沖永総合研究所 教授

演者：聖マリアンナ医科大学 消化器内科 准教授

司会：手稲溪仁会病院 消化器病センター センター長

司会：埼玉医科大学総合医療センター 消化器内科 教授

杉本 真樹

中原 一有

湯沼 朗生

良沢 昭銘

ランチョンセミナー2：「消化管デバイスと胆膵デバイスについて(仮)」

演者：香川大学医学部 消化器・神経内科学 教授

演者：埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 准教授

司会：獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 教授

司会：東邦大学医学部内科学講座 消化器内科学分野 教授

小原 英幹

谷澤 優樹

入澤 篤志

松田 尚久

第27回専門医セミナー：第26回専門医セミナー(第378回例会 2月17日(土))開催に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：糸井 隆夫(東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野 主任教授)

【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: jsge381kanto@pw-co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 内視鏡的粘膜下層剥離術が診断に有用であった食道類基底細胞癌の1例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科
加藤容子, 赤澤陽一, 上山浩也, 山本桃子, 岩野知世, 内田涼太,
宇都宮尚典, 阿部大樹, 上田久美子, 北条麻里子, 池嶋健一,
伊佐山浩通, 永原章仁

60歳代男性。X-1年8月に健診目的の上部消化管内視鏡検査(EGD)で胸部下部食道に粘膜不整を認め近医へ紹介受診となった。同年10月のEGDでは同部位にbrownish areaを認めたが生検結果はAtypical epitheliumの診断であった。X年1月の再検査では生検結果で扁平上皮癌の診断となり精査加療目的に当院へ紹介受診となった。X年3月、当院でのEGDでは胸部下部食道に約10mmの上皮下腫瘍を認め、頂部に発赤調の陥凹面を伴っていた。NBI観察では陥凹面に一致してbrownish areaを認め、NBI併用拡大観察ではType B1およびB2血管を認め、small AVAを伴っていた。造影CT検査では、明らかなリンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。当院での生検結果はAtypical epitheliumの診断であったが、前医の生検結果に加え上皮下腫瘍様隆起を認めることから特殊型食道癌の可能性も考えられ、診断目的に内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。ESD検体の病理組織学的所見では、上皮下から粘膜下層深層にかけて硝子用基底膜物質の沈着を伴う腫瘍細胞が充実胞巣状に増生しており、類基底細胞癌の所見であった。また、腫瘍表層の粘膜内には一部で扁平上皮癌成分を伴っていた。最終病理診断はLt. 9x8 mm, type0-I, Basaloidsquamous cell carcinoma, pT1b/SM2 (2000 μ m), INfA, Ly0, V0, pHM0, pVM0であった。非治療切除の判断となり、また、ESD後のPET-CTにて#106、#107リンパ節に集積を認めたため、術前化学療法後に胸腔鏡下食道重全摘術が施行された。術後の病理組織学的所見では腫瘍細胞の残存は見られず、#106、#107リンパ節に転移は見られずR0切除を得られた。食道類基底細胞癌は特殊型食道癌の一型であり、腫瘍表層は非腫瘍或いは扁平上皮癌のみで構成されることが多い。拡大内視鏡や生検診断での確定診断が困難な場合が多い。本症例のように上皮下腫瘍様隆起を伴う場合、診断的ESDが類基底細胞癌の確定診断に有用な可能性がある。

食道類基底細胞癌, 内視鏡的粘膜下層剥離術

2 制酸剤内服終了のたびに再発を繰り返し、長期にわたるフォローを要したCameron潰瘍の1例

ひたち医療センター 消化器センター
櫻井友渚, 角 一弥, 上原孝太, 内田裕介, 杉山慧弥, 川端悠里衣,
富岡幸大, 石原 明

【症例】84歳、女性
【既往歴】77歳時に腰部脊柱管狭窄症、78歳時に尾骨骨折、83歳時に大腿骨頸部骨折を患い、NSAIDs内服歴がある。
【経過】78歳時に胃のむかつきと心窩部痛が出現し、当院を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行し、大型食道裂孔ヘルニアと、裂孔貫通部の胃粘膜小弯に2か所の潰瘍を認めた。ラベプラゾール20mgで2か月間治療した後に経過観察の内視鏡検査を行い、潰瘍は瘢痕化したため内服終了した。1年後の79歳時に胃のむかつきを主訴に再度受診し、ファモチジン40mgで2か月間の対症療法を行った。この時に尿素呼吸試験陽性が判明し、二次除菌で*H. pylori*除菌に成功した。80歳時に胃のむかつきと心窩部痛が再燃し、胃粘膜小弯にH2 Stageの胃潰瘍が再発していた。エソメプラゾール20mgを3か月間内服し症状軽快したが、その後84歳までの4年間に、さらに2回同様の部位に潰瘍が再発した。都度制酸剤で治療しており、それぞれの再発と治療の期間は、3か月間のエソメプラゾール20mg内服治療終了8か月後再発→1年間のボノプラザン(20mg, 10mg)内服治療終了1か月後再発だった。最後の再発時にボノプラザン20mgを再開し、8か月後の内視鏡検査で潰瘍は瘢痕化し治療していた。経過中患者希望により一時的にファモチジンを使用したこともあったが、潰瘍の改善・維持効果には乏しかった。これを踏まえボノプラザン10mgを維持量で継続する方針とし、以後症状の再燃なく経過した。
【考察】食道裂孔ヘルニアの横隔膜貫通部胃粘膜に生じるCameron潰瘍には、呼吸運動による粘膜への物理的負荷や虚血、胃酸やNSAIDによる粘膜傷害など複合的な要因が考えられている。本症例では胃酸が最も大きな要素と想定され、慢性に経過し再発を繰り返す場合、高齢であることも考慮し制酸剤による保存療法を継続する必要があると考えられた。

Cameron潰瘍, 難治性胃潰瘍

3 治療切除困難と判断した食道胃接合部癌に対してニボルマブと化学療法の併用で病理学的完全奏効に至った一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 外科学講座²⁾
西村直人¹⁾, 原田健太郎¹⁾, 西村 尚¹⁾, 野口正朗¹⁾, 澤田亮一¹⁾,
矢野文章²⁾, 猿田雅之¹⁾

【背景】抗PD-1抗体であるニボルマブと化学療法の併用は、HER2陰性治療切除不能進行・再発胃癌/食道胃接合部癌の一次治療として有効性と忍容性が示されている。【症例】80歳代前半、女性。既往歴は高血圧症。X-1年7月からのつかえ感を主訴にX-1年10月に当院を受診し、食道胃接合部に全周性の狭窄を伴う9cm大、肉眼型分類5型の病変を認めた。生検病理では腺癌、HER2は陰性、CPSは5以上であり、食道胃接合部癌(腺癌)、cT3br(大動脈)N1M0、cStage III、GE+1cm、EI:4cm、GI:5cm、BE(-)、HH(+)(食道癌取り扱い規約第12版)と診断した。大動脈に浸潤を認めており治療切除困難と判断し、化学療法を施行する方針にした。X-1年11月からFOLFOX療法を導入し、HER2検査結果が判明した2サイクル目からFOLFOX+ニボルマブ療法へ変更した。2サイクル目投与後にCTCAE grade 3(v5.0)の免疫関連有害事象である皮膚障害(多形紅斑)を呈し、3サイクル目からはニボルマブを中止した。3サイクル後のCT検査では腫瘍の縮小を認め、大動脈への浸潤は解除されており、治療切除可能と判断した。X年2月の5サイクル目を最終投与とし、X年3月にロボット支援下食道重全摘術、3領域郭清を行った。術後病理検査で腫瘍の残存を認めず、病理学的完全奏効に至ったと判断した。以後慎重に経過観察をする方針である。【考察】治療切除不能な食道胃接合部癌に対し、ニボルマブと化学療法の併用療法を行うことで、病理学的完全奏効に至った症例を経験した。欧米諸国における切除可能な胃癌/食道胃接合部癌の標準治療は術前補助化学療法と手術の併用である。近年、抗PD-L1抗体と化学療法を併用することで、病理学的完全奏効率を有意に改善させることが報告されている。本症例も既報と同様に、免疫チェックポイント阻害薬と化学療法を併用することで、病理学的完全奏効に至った可能性を示した。

食道胃接合部癌, 化学療法

4 皮膚筋炎を合併した胃食道接合部腺癌において化学療法を施行しコンバージョン手術まで至った一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 リウマチ・膠原病内科²⁾, 同 上部消化管外科³⁾
杉村 峻¹⁾, 三国隼人¹⁾, 松下嵩之²⁾, 石川佳孝²⁾, 中山真梨子¹⁾,
菊地伊都香¹⁾, 豊永貴彦²⁾, 黒坂大太郎²⁾, 矢野文章³⁾,
猿田雅之¹⁾

【症例】72歳男性【主訴】上腹部痛【臨床経過】X-1年3月近医で胃食道接合部腺癌を診断され、前医を紹介受診。精査にて傍大動脈リンパ節転移を認めたことから切除不能胃食道接合部腺癌の診断となった。前医での治療導入前にCK 3392 U/Lと高値を認め、近位筋優位の筋力低下、四肢体幹に皮疹を認めたことから皮膚筋炎の疑いで精査加療目的に当院へ紹介。各種検査にて抗TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の診断となった。同年5月より皮膚筋炎に対してPSL60mg/bodyで加療を開始、ADL低下は目立ったものの治療反応は良好で漸減を繰り返し、X-1年11月にPSL 9mgまで減量された。胃食道接合部腺癌に対してPSL導入と同時に時期よりSOX療法の導入を行ったが、4コース施行後に原発巣の増大を認めた。しかしリンパ節転移の縮小が認められたことから、コンバージョン手術の可能性を考慮しつつ、2次治療としてweekly PTX療法を行った。X-1年11月、weekly PTX療法5コース後の効果判定で原発巣の縮小及びリンパ節転移の消失が認められたためX年1月末にコンバージョン手術が予定されたものの、X年1月上旬に皮膚筋炎症状の再増悪を認め緊急入院。ステロイドパルス療法およびPSL増量を要し、皮膚筋炎増悪による嚥下障害も認めたことから外科的切除が中止された。ADL低下および末梢神経障害増悪も認めたためweekly PTX療法も中止されたが、X年2月に原発巣の再増大が認められた。しかしリンパ節転移再発は認めなかったことから、RAM単剤療法2コース、CPT-11を1コース施行したところ、原発巣およびリンパ節転移の再増悪なく維持された。その後のPSL増量で皮膚筋炎症状、ADLおよび嚥下機能の改善傾向を認め、PSL 25mgまで減量した時点でコンバージョン切除が可能と判断され、X年3月末に噴門側胃切除術を施行した。【考察】悪性腫瘍合併皮膚筋炎において皮膚筋炎と腫瘍の病勢の関連が示唆されている。本症例では皮膚筋炎の増悪と原発巣の増大を同時に認めたが、最終的にコンバージョン手術を行うことができた稀な例であり文献的考察を交えて報告する。

胃食道接合部癌, 抗TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎

5 腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術後に仮性瘤を形成し吐血を来した2例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科
竹田安里彩, 山形 亘, 菊地晃太郎, 渡辺雅人, 芦川智久,
藤 佑樹, 室井勇人, 秋山 淳, 石井亮佑, 山田大貴, 山城雄也,
北詰晶子, 村野竜朗, 横田拓也, 三浦夏希, 中園綾乃, 下地耕平,
井上 大, 堀家英之, 並木 伸

【背景】腹部大動脈瘤(abdominal aortic aneurysm: AAA)はガイドライン上、径55mm以上や症候性、拡張速度が半年で5mm以上の病変は手術適応となる。人工血管置換部が破綻して仮性瘤を形成し十二指腸に穿破したことにより吐血を来した2例を経験したため報告する。【症例】症例1は86歳男性、症例2は65歳男性。共に数年前にAAAに対して人工血管置換術を行っている。吐血を主訴に救急搬送され、造影CT検査で人工血管置換部付近に仮性瘤が形成されていた。仮性瘤は十二指腸水平脚と接し、十二指腸内に高吸収成分が見られた。上部消化管内視鏡検査を行うと壁外圧排と十二指腸びらんがみられ、びらんからは少量の出血を認めた。CT所見と併せて人工血管置換部が破綻して仮性瘤を形成し、十二指腸に穿破したと考えられた。当院血管外科にて腹部大動脈ステントグラフト内挿術(EndoVascular Aneurysm Repair: EVAR)を行った。【考察】AAA術後の患者で上部消化管出血が疑われる場合には、人工血管置換部が破綻し仮性瘤の十二指腸穿破の可能性を念頭に置く必要がある。若干の文献的考察を加え報告する。

腹部大動脈瘤, 十二指腸穿破

6 経皮内視鏡的胃瘻造設術後の右胃大網動脈出血に血管塞栓術が有効であった二例

済生会横浜市南部病院 消化器内科
池澤百合花, 所知加子, 前田千春, 後藤広樹, 佐久間大樹,
小侯亜梨沙, 永島愛一, 米井翔一郎, 黒澤貴志, 石井寛裕,
京 里佳, 菱木 智, 杉森一哉

【背景】胃瘻造設時の穿刺部位としては血管の走行から体下部前壁が望ましいとされている。しかし実際には胃の変形や隣接する他臓器との位置関係で理想的な穿刺部位を選択できない場合がある。今回、大弯側での造設後に出血を合併し、血管塞栓術を行った二例を経験したので報告する。【症例1】72歳女性、脳梗塞後に胃瘻造設目的に当院へ転院した。胃瘻造設位置を検討するも、前壁側には穿刺部位の確保が困難であり、大弯側へ造設となった。胃壁固定後、穿刺を行った際に出血があったが、胃瘻留置後の圧迫で止血が得られた。翌日の圧迫解除後も出血なく、造設2日後から経管栄養を開始した。しかし造設3日後に胃瘻刺入部から出血があり上部消化管内視鏡検査を実施した。胃瘻造設箇所に近い潰瘍を認め、軽度の出血に対し焼灼止血を行った。造設5日後に再度出血があり造影CTを撮影したところ、明らかな造影剤漏出像はないものの右胃大網動脈を胃瘻が貫いていたため、緊急IVRを施行した。右胃大網動脈を選択し、仮性動脈瘤も含めコイルで塞栓した。その後は再出血を認めなかった。【症例2】65歳男性、脳挫傷、頸椎損傷後で寝たきりであったが、今回、心肺停止蘇生後から食事摂取が困難となり胃瘻造設目的に消化器内科併診となった。症例1と同様に前壁側には穿刺部位確保困難であり大弯側へ造設となった。ダイレクター抜去後に出血があったが、胃瘻留置し圧迫することで止血が得られた。造設2日後から経管栄養を開始した。しかし造設4日後からガーゼに血液の染み出しとHb低下を認めた。圧迫で止血は得られなかったが、造影CTで胃瘻が右胃大網動脈を貫いており、今後の出血リスクが高いと判断し、造設5日後にIVRを施行した。遠位部から近位部にかけてコイルを使用し塞栓した。その後は再出血することなく経過した。【考察】胃瘻造設後出血に対し血管塞栓術が有効であった二例を経験した。胃瘻造設後の出血は圧迫で止血が得られることが多い。しかし大弯側で造設した場合は比較的大動脈損傷の可能性も念頭置き、止血が得られない場合はIVRを考慮する必要がある。

胃瘻出血, 血管塞栓

7 バルーン下逆行性経静脈的塞栓術(BRTO)の合併症として脊椎硬膜下/くも膜下複合血腫を生じた一例

公務員共済組合連合会 横浜南共済病院 消化器内科
安部真蔵, 小串勝昭, 与那嶺諒, 佐々木美穂, 平松直樹, 久米菜緒,
林 智恩, 比嘉愛里, 古澤享子, 三箇克幸, 小柏 剛, 井口靖弘,
岡 裕之, 近藤正晃

【症例】65歳女性。【主訴】吐血。【病歴】X-9年より非アルコール性脂肪肝炎で外来加療が行われていた。X年9月、夕方に暗赤色の大量吐血をきたし当院救急外来へ搬送された。同日夜間に緊急上部消化管内視鏡検査が施行され、胃噴門部にF2相当の静脈瘤を認めた。頂部にred plug疑う所見があり、胃静脈瘤からの出血と断定された。活動性出血は来ていなかったが、同日は観察で終了し、第2病日にn-butyl-2-cyanoacrylate局注による止血を試みた。手技中に大量出血をきたし、S-Bチューブを挿入して一時止血が得られた。内視鏡的加療は困難と考え、BRTOを施行する方針とした。第7病日にBRTOを施行し、胃静脈瘤の血栓化を確認した。BRTO後より強い背部痛が出現したが鎮痛薬で対応した。第8病日も背部痛の改善が無いため造影CT検査を施行すると脊髄周囲に高吸収域を認めた。MRIでの精査を実施し、Th11レベルに脊椎硬膜下/くも膜下複合血腫が認められた。神経症状はなく整形外科へコンサルトし、血栓が吸収されるまで鎮痛剤で保存加療を行う方針とした。第19病日にはMRI検査で血腫の縮小を確認し、疼痛コントロールも得られたため第37病日に退院した。退院後の外来フォローでも疼痛の再燃無く経過している。【考察】BRTOの合併症はおおよそ2.6%で生じるとされており、軽症のものは吐き気、心窩部痛、発熱等で一過性である。しかし重篤な合併症として肺血栓塞栓症、肝不全、胃潰瘍等が報告されている。本症例に生じたBRTOにより脊柱管内に出血を来した症例はPub med, 医中誌での検索では先行報告がなく、極めて稀な合併症であったと考える。脊髄血腫の疫学や発症した病因について文献を踏まえ報告する。

バルーン下逆行性経静脈的塞栓術, 脊椎硬膜下/くも膜下複合血腫

8 傍乳頭憩室内真性腸石の腸管内落下による腸閉塞の1例

北里大学 医学部 消化器内科学
中畑万里子, 安達 快, 玉置明寛, 花岡太郎, 渡辺真郁, 奥脇興介,
岩井知久, 草野 央

【症例】68歳女性【主訴】嘔吐、上腹部痛【現病歴】20XX年11月下旬より発熱と背部痛を認めた。近医を受診し腹部造影CTを施行したところ傍乳頭憩室内による下部胆管の圧排を認め、Lemmel症候群を疑い当院当科を紹介受診した。初診時に上腹部痛は改善しており血液検査で炎症反応や肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。精査目的に12月Y日に超音波内視鏡検査を施行したところ傍乳頭憩室内の内部に結石を認め、同憩室による胆管の圧排と末梢胆管拡張が示唆され、Lemmel症候群が疑われた。状態は改善しており経過観察の方針となったが、Y+2日から心窩部痛と嘔吐を認め、Y+4日に救急外来を受診した。腹部単純CT上は傍乳頭憩室内に認めた結石が骨盤内小腸に移動しており結石を起点とした腸閉塞が疑われた。同日イレウス管を留置し、Y+9日に小腸造影検査を施行したが小腸内の結石は停滞しており自然排石は困難と考え、Y+12日に腹腔鏡下結石除去術を施行し32mmの結石を摘出した。摘出された結石成分はデオキシコール酸が95%以上であった。術後は腸閉塞の再発は認めず、退院後も問題なく経過した。【考察】憩室内結石は本症例のように二次遊離胆汁酸であるデオキシコール酸が主成分である真性腸石と毛髪や食残、異物や胆石、胃石を含む仮性腸石の2つに分類される。本症例は事前にCT、超音波内視鏡検査で傍乳頭憩室内の結石を認め、腸閉塞発症時のCTで結石の移動が確認され、憩室内で生成された真性腸石が小腸内に落下し腸閉塞を引き起こしたと考えられた。胃石や胆石等の仮性腸石による腸閉塞の報告は散見されるが、十二指腸憩室に形成された真性腸石の落下による腸閉塞の報告は極めて稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

傍乳頭憩室内真性腸石, 腸閉塞

帝京大学 医学部 内科¹⁾、帝京大学 医学部 外科²⁾、
帝京大学 医療技術学部 臨床検査学科³⁾、
帝京大学 医学部 病院病理部⁴⁾
森 俊彬¹⁾、青柳 仁¹⁾、曾根雅之¹⁾、阿部浩一郎¹⁾、宮田敏弥²⁾、
野澤慶次郎²⁾、落合大樹²⁾、望月 真³⁾、笹島ゆう子⁴⁾、田代晴子¹⁾、
本田 卓¹⁾、松本康佑¹⁾、磯野朱里¹⁾、三浦 亮¹⁾、有住俊彦¹⁾、
小田島慎也¹⁾、浅岡良成¹⁾、今津博雄¹⁾、山本貴嗣¹⁾、田中 篤¹⁾

症例は40代男性。3年前に*H.pylori*陰性限局期胃MALTリンパ腫に対し放射線治療を施行し、以降外来で経過観察中であった。202×年12月中旬から持続する嘔気と心窩部痛を自覚し受診した。腹部造影CT検査で小腸に造影される全周性の不整な壁肥厚像を認めた。同部を起点に口側小腸の拡張と液体貯留がみられ、小腸閉塞と診断し入院となった。絶食のみで腸閉塞は改善し、後日小腸内視鏡検査を施行したが、狭窄部までは到達できなかった。小腸カプセル内視鏡検査を実施したところ、小腸に全周性の線維性癒着狭窄が同定された。PET-CTでは異常集積はなく、確定診断は得られなかった。腸閉塞の診断治療目的に腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。術中小腸の漿膜面に微小血管の増生した部位が認められ、同部位より口側腸管が拡張した所見を認めた。同部位が起点になった腸閉塞と考え、小腸部分切除を施行した。切除検体は肉眼的に検体粘膜面に30x25mm大の粘膜隆起所見を認め、周囲の粘膜の引き連れが認められた。病理所見では、粘膜下層を中心にCD20(+)、bcl-2(+)、CD10(-)、CD5(-)の小型異型リンパ球のびまん性増殖が認められ、follicular colonizationが認められた。以上からMALTリンパ腫と診断した。診断確定後、化学療法にて治療を開始している。消化管MALTリンパ腫の発生部位は胃が最も多く、小腸原発のMALTリンパ腫は稀である。胃MALTリンパ腫の小腸原発も稀であり、両者についての文献的考察を含めて報告する。

小腸MALTリンパ腫，腸閉塞

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾、同 胃・食道外科²⁾、
同 病理診断科³⁾、
横浜市立大学大学院医学研究科・医学部 分子病理学⁴⁾
井上 薫¹⁾、鈴木裕史¹⁾、石井ひかり¹⁾、勝矢雄之¹⁾、北原愛弓¹⁾、
三浦宏仁¹⁾、栗原晃平¹⁾、中田史子¹⁾、内野康志²⁾、谷口博順³⁾、
山本信三¹⁾、伊藤由紀子¹⁾、吉田英雄¹⁾、井川 聡²⁾、三田英明²⁾、
風間義弘²⁾、永岡 栄²⁾、堀 千紗²⁾、熊代利夫²⁾、裴 有安⁴⁾

【緒言】小腸脂肪腫は非上皮性良性腫瘍であり、全小腸腫瘍の約5%を占める比較稀な疾患である。基本的には無症状であるが、時に腸重積や潰瘍形成による消化管出血といった病態を引き起こす。今回出血性ショックによる心停止、及びその後に続発した肝膿瘍の原因と考えられた小腸脂肪腫に対して精査・加療を行い、良好な経過を辿った1例を経験したため報告する。【症例】70歳代男性。主訴は血便、狭心症にて経皮的冠動脈インターベンション、重症大動脈弁狭窄症に対して生体弁置換術の既往あり、腎硬化症にて維持透析中であった。以前に急激な貧血の進行を認めた経過が2回あり、その都度上・下部消化管内視鏡検査が行われたが出血は認めなかった。今回維持透析前夜より血便が出現したため前医に緊急入院し、上・下部消化管内視鏡検査及び胸部腹部造影CT検査が施行されたが、出血源は同定されなかった。自然止血後に食事を再開したところ発熱及び再出血を来し、出血性ショックから心停止に至った。蘇生処置にて救命されたが播種性血管内凝固症候群(DIC)に陥っており、また発熱精査のCTにて肝膿瘍を認めたことから集中治療が続けられた。全身状態改善後に施行された小腸カプセル内視鏡検査で回腸に潰瘍を伴う隆起性病変が描出されたため、精査・加療目的に当院に転院となった。経肛門小腸ダブルバルーン内視鏡検査では回腸末端より200cmほど口側に一部潰瘍形成を伴う直径30mm相当の有茎性腫瘍を認めた。前医での経過から内視鏡的切除は危険と判断し、腫瘍近傍に点墨を施して回腸部分切除術の方針とした。切除検体の病理診断は小腸脂肪腫であり、腫瘍表層のびらん直下にある、再疎通と血栓を伴う小動脈の存在は一連の出血・肝膿瘍の原因として矛盾しないものであった。切除後は経過良好にて術後第16病日に退院となった。【結語】小腸脂肪腫は腸重積を契機にして発見されることが多いが、今回我々は出血性ショックから心停止に至る稀な1例を経験した。小腸腫瘍のCT診断率は55%程度と高くはないため、小腸病変が疑われる場合には適切な小腸精査を行い、治療に繋げることが重要である。

小腸脂肪腫，消化管出血

横浜栄共済病院 消化器内科
河島孝大、酒井英嗣、清水智樹、岩崎暁人、高井佑輔、藤野洋平、
城野 紡、櫻井裕一郎、野村 優、伊藤ひかり

【経過】症例は84歳女性。出血性胃潰瘍、Lemmel症候群の入院加療後であり、腹痛と下痢症状のため受診し、ウイルス性胃腸炎として対症療法を行った。症状が持続し体重減少も顕著のため第14病日に再受診した。腹部超音波検査では上行結腸に限局性壁肥厚と少量腹水がみられ、造影CTにおいてbahun弁付近から連続する腫瘍性病変と回腸の拡張をみとめた。回盲部腫瘍による亜閉塞として入院のうえ胃管挿入で減圧管理を開始し、第16病日に回盲部切除術+D2郭清を行った。回腸に8.5×8×6.5cmの腫瘍が形成されており、内腔の閉塞が確認された。DLBCL, non-GCB typeの病理診断であり、3/15個のリンパ節にリンパ腫の増殖をみとめた。腹腔洗浄液に悪性所見はみられなかった。第29病日に退院とし、血液内科で化学療法の適応含めてフォローを受ける方針となった。【考察】腸管悪性リンパ腫の治療は、外科的治療および化学療法・放射線療法などの内科的治療からの選択あるいは組み合わせになる。小腸原発性悪性リンパ腫においては、本症例のように出血・穿孔・狭窄を呈した症例は緊急を要するため、臨床現場では外科的切除が選択されることが多い。小腸原発悪性リンパ腫に対してどのような治療が優先されるべきか文献的考察を交えて報告する。

小腸悪性リンパ腫，腸閉塞

昭和大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾、
こにしクリニック²⁾、昭和大学病院 内視鏡センター³⁾
月井伶音奈¹⁾、菊池一生¹⁾、森 大地¹⁾、大西良尚¹⁾、山崎裕太¹⁾、
樋口健佑¹⁾、鈴木統大¹⁾、中谷真也¹⁾、牛腸俊彦¹⁾、居軒和也¹⁾、
紺田健一¹⁾、東條正幸¹⁾、木原俊裕¹⁾、矢野雄一郎¹⁾、
久保田祐太郎¹⁾、片桐 敦¹⁾、小西一男²⁾、山村彦彦³⁾、
吉田 仁¹⁾

症例は40代、女性。20XX-5年に子宮筋腫に対して腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術後であった。20XX年2月、妊娠29週時に腹痛で当院産婦人科を受診した。排便は少量認めていたが腹部膨満と圧痛があり、腹部単純X線検査でniveau像を認めた。腹部単純CTでは、小腸の拡張を認め、癒着性イレウスの診断で当科にコンサルトされた。同日胃管挿入し、絶飲食補液加療を開始した。翌日胃管よりガストログラフィン造影剤を注入したが嘔吐し、腹部X線でも造影剤の大腸への流入は認めなかった。イレウス管挿入の適応と判断し、透視下でイレウス管を挿入した。絶飲食管理が長期化したため、入院8日後に中心静脈栄養を開始した。イレウス管留置後、排液は良好であり、腹部症状の改善を認めた。適宜イレウス管を先進し調整を行った。次第に排ガス・排便も認められたが、産婦人科と相談し、妊娠週数が十分でないため可能な限りの妊娠の継続とイレウス再燃のリスクを考慮し、慎重に経過をみる方針とした。イレウス管留置12日後にガストログラフィン造影を施行し、X線にて大腸までの造影剤流入を確認できたため、イレウス管を抜去した。飲水再開し緩下剤および腸管蠕動促進薬を開始した。成分栄養剤で症状増悪ないことを確認し、流動食から慎重に食事開始した。5分粥まで食上けを行い、食上け後も再燃なく経過したため20XX年3月(妊娠35週)に一旦退院した。その後は症状再燃なく経過し、産科に再入院し、妊娠37週に産科と外科合同で選択的帝王切開術および術中腸管評価を行った。子宮後壁漿膜と腸管の癒着を認め癒着剥離の方針としたが剥離時に腸管穿孔を認めたため腸管部分切除を行った。経過良好で術後9日後に母子ともに問題なく退院した。妊娠中の癒着性イレウス患者に対するイレウス管挿入で改善を認め妊娠継続が可能であった症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

イレウス管，妊娠

13 慢性偽性腸閉塞症に対して経胃瘻の空腸瘻による減圧治療が著効した一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾、
自治医科大学 外科学講座 消化器一般移植外科学部門²⁾
齋藤有栄子¹⁾、矢野智則¹⁾、小野友輔¹⁾、岡田昌浩¹⁾、福田 久¹⁾、
小林卓真¹⁾、加賀谷結華¹⁾、坪水花絵¹⁾、上野 貴¹⁾、山本博徳¹⁾、
倉科憲太郎²⁾、高橋和也²⁾

【症例】父、兄に慢性偽性腸閉塞症の家族歴のある30歳の女性。父は77歳時、兄は45歳時に同疾患にて死亡している。【病歴】X-5年5月より過敏性腸症候群として近医で加療開始された。同年11月に腹痛・腹部膨満を主訴に前医受診し腸閉塞と診断され、12月に当院外科へ転院した。CTで回腸末端のバンドによる閉塞が疑われ、12月10日に開腹にてイレウス解除術を施行した。術後、niveauが消失しない一方で、術後10日目の内視鏡では回腸末端に狭窄所見なく、慢性偽性腸閉塞を発症したと考えられた。薬剤調整で症状一時改善しX-5年2月に退院したが、X-3年5月と7月に腸閉塞で当科入院した。CTで小腸の途中から横行結腸中程までの拡張を認めたが、器質的狭窄を認めず、薬剤調整で軽快退院した。その後は小腸状態が続いたが、X-1年12月からの6か月間に腸閉塞で4回の入院を要した。減圧チューブ挿入で治療したが短期間に腸閉塞を繰り返すため、経胃瘻の空腸瘻による減圧治療を行う方針とした。腹壁と胃の間に異常拡張した小腸が存在したため、内視鏡下でなく開腹による胃瘻造設をX年7月に当院外科で施行し、術後9日目に1200 mm長24 FrのGBジュニナルチューブ（富士システムズ株式会社製）を小腸減圧目的に留置した。術後の効果はめざましく、小腸ガスが消失し、2か月で+9kgの体重増加を認め、社会復帰できた。1日1~4回の減圧操作と下剤注入、3日に1回程度の先端バルーン注水量調整で自己管理しつつ、3か月毎のチューブ交換を外来で行い、留置後10か月まで腸閉塞での入院なく経過している。当初、チューブ先端バルーンへの精製水注入量を25~15mlで調節していたが、腸管拡張が軽減して現在は15mlで維持している。【考察】本疾患への経胃瘻の空腸瘻（PEG-J）の有用性は2017年にOhkuboらによって報告されたが、未だ広く普及するには至っていない。我々は患者のQOLが短期間で格段に改善した症例を経験したので報告した。

慢性偽性腸閉塞症，経胃瘻の空腸瘻

14 Ustekinumabにより寛解維持中の潰瘍性大腸炎に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の1例

土浦協同病院 消化器内科
南家一徳、草野史彦、上山俊介、木下隼人、佐野慎哉、渡辺研太郎、
福田啓太、北野尚樹、軽部莉佳

【症例】31歳、女性【現病歴】20XX-5年(26歳時)に全結腸型潰瘍性大腸炎を診断された。治療開始後、PSL依存性であり、Azathioprineは薬物性脾炎により不耐であり治療抵抗性であった。20XX-4年にVedolizumabが導入されたが1次無効、その後Infliximab、Golimumabと導入するもいずれも2次無効であり長期の寛解維持効果が得られなかった。20XX-3年にUstekinumabを導入し、粘膜治癒を達成、LRG・CRPなどのバイオマーカーも陰性化し寛解維持を継続していた。20XX年3月に、間欠熱と頸部・腋窩の痛性リンパ節腫大が出現した。造影CTでは、内部に壊死を疑う造影不良域を伴う頸部・腋窩・縦隔リンパ節の腫大があり、sIL-2R:745IU/mLと軽度高値だった。末血中の異型リンパ球は認めなかった。組織球性壊死性リンパ節炎、リンパ腫、その他リンパ増殖疾患が鑑別にあげられた。リンパ節生検を検討していたところ、自然軽快してきたため経過観察していたが、20XX年4月に症状が再燃し、頸部リンパ節生検を施行した。病理組織像は、大小様々なリンパ球様細胞を認め、異型が高度なリンパ球は認めなかった。加えて、核変を食食する組織球を少数認め、組織球性壊死性リンパ節炎を疑う所見であった。臨床像とあわせて、組織球性壊死性リンパ節炎と診断し、PSL治療を検討したが再度自然軽快を得て、以後症状再燃なく現在に至るまでUstekinumabを継続中である。【考察】自己免疫疾患に対するUstekinumab投与後の悪性リンパ腫/リンパ増殖疾患発症の報告が少数散見される。医中誌・PubMedでは、Crohn病に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の報告が1例のみあったが、Ustekinumabに関連した報告はなかった。自験例において、潰瘍性大腸炎・Ustekinumabとの因果関係は明らかではないものの、リンパ増殖疾患の報告がある故にUstekinumab継続に懸念があったが、現在に至るまで再燃はない。【結語】Ustekinumabで寛解維持中の潰瘍性大腸炎に合併した組織球性壊死性リンパ節炎の1例を経験した。文献的考察を加えて本会で報告する。

潰瘍性大腸炎，組織球性壊死性リンパ節炎

15 経過中に壊疽性膿皮症を合併した難治性潰瘍性大腸炎に対しコルヒチンが有用であった一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾、
同 皮膚科³⁾、同 病理診断科⁴⁾
厚見周平¹⁾、三枝慶一郎¹⁾、小林文子¹⁾、湊 喜洋¹⁾、穴井映光¹⁾、
井上 卓¹⁾、中島菖子¹⁾、三宅広見²⁾、石田 慎¹⁾、林 智康¹⁾、
田沼浩太¹⁾、楠原正太²⁾、青木 優²⁾、岸野竜平¹⁾、船越信介²⁾、
中澤 敦¹⁾、木村佳史³⁾、廣瀬茂造⁴⁾

【症例】43歳、男性【主訴】下痢、血便【既往症】肛門周囲膿瘍、自閉症スペクトラム障害【家族歴】特になし【現病歴】X-11年に全大腸型潰瘍性大腸炎を発症し、ステロイド寛解導入後、スルファサラジン、アザシチンにて寛解維持を行っていた。X-5年に病勢増悪したが、pH依存型メサラジンに変更し改善が得られていた。X-2年に再度、病勢増悪しベドリスマブ、X年Y-8月にインフリキシマブを導入したが効果乏しく、血便、下痢増悪をきたしX年Y-4月に入院となった。入院後の下部消化管内視鏡検査では潰瘍性大腸炎増悪に矛盾しない所見が得られ、プレドニゾン（PSL）1mg/kg（50mg）/日を開始し、血便および炎症反応の低下を確認した。以後、外来で漸減し経過観察していたが、10mgまで減量したところX年Y月に左側母趾膿瘍が出現し、歩行困難となり再度入院となった。この際も血便、下痢症状は増悪傾向にあった。抗生剤加療、皮膚切開も施されたが改善なく潰瘍性大腸炎の腸管外合併症としての壊疽性膿皮症が鑑別に挙がった。潰瘍性大腸炎への治療として顆粒球除去療法も施行されたが奏効せず、下痢、血便、皮膚症状ともに治療抵抗性を示したため、消化器症状と膿瘍形成が連動していた事、皮膚病理所見も勘案し壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎と診断し、コルヒチン 1mg/日、PSL1mg/kg（50mg）/日を開始した。投与6日目ごろより皮膚症状の改善、下痢回数の改善を認めた。以後は、コルヒチンを1mg-1.5mg/日で維持し、PSLを漸減していったが、皮膚潰瘍・膿瘍所見はさらに改善し、CRPの陰性化、血清LRGの低下が得られX年Y+8月に施行した下部消化管内視鏡検査でも粘膜治癒を達成していた。現在はコルヒチンの維持により、下痢、血便、皮膚症状の再燃は認めず経過している。【考察】潰瘍性大腸炎において壊疽性膿皮症の合併は比較的まれである。今回、我々は壊疽性膿皮症を合併した難治性潰瘍性大腸炎においてコルヒチンが有用であった一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎，壊疽性膿皮症

16 経過観察中に早期大腸癌とサイトメガロウイルス潰瘍を合併した、大腸限局型野生型ATTRアミロイドーシスの1例

草加市立病院 消化器内科¹⁾、都立広尾病院 消化器内科²⁾
瀧谷慶太郎¹⁾、渡辺 翔¹⁾、鈴木郁哉¹⁾、井浦亜有子¹⁾、
川内結加里¹⁾、栗原正道¹⁾、藤本 崇²⁾、矢内常人¹⁾

【背景】大腸限局型アミロイドーシスの長期予後についてのデータは乏しく、とりわけ大腸限局型ATTRアミロイドーシスの報告はこれまでにない。

【症例】80歳男性

【主訴】血便

【現病歴】X-8年に血便精査の下部消化管内視鏡検査（CS）で大腸アミロイドーシスと診断された。上部消化管と小腸に病変は認めず、他臓器にも異常はなかった。症状が自然軽快したため、CSを年に1度フォローしていた。X年に施行されたCSで、単発のサイトメガロウイルス潰瘍と4cm大の側方発育型腫瘍（非顆粒型・扁平隆起型）を認めた。同時にアミロイド沈着の免疫染色および遺伝子解析を行いATTR野生型と診断した。全大腸に渡ってアミロイド沈着を認めたが、大腸以外の臓器への沈着はなかった。内視鏡的粘膜下層剥離術時には高度のアミロイド沈着により、視野と操作性が不良だったが一括切除を行い、病理で早期大腸癌（粘膜内癌）の治癒切除だった。

【考察】大腸限局型アミロイドーシスの特徴と長期予後についてPubMedを用いて分析した。20例の大腸限局型アミロイドーシスの症例報告の内、3年以上の観察期間のある症例は3例のみだった。AL型、かつ大腸の一部にアミロイド沈着を認める症例が多く、大腸広範にアミロイド沈着を認めた（広範全大腸型）のは本症例を含めて2例のみだった。広範全大腸型アミロイドーシスはその罹患範囲から併存症リスクが高いと予想されるため、その長期管理において本症例は重要な知見を含んでいると考えられた。

大腸限局型アミロイドーシス，ATTRアミロイドーシス

17 胃癌術後に結腸壁肥厚を認め大腸転移再発の診断となった1例

災害医療センター 消化器内科
竹内祐貴, 柴田 勇, 常井薫時, 杉山勇太, 大野志及, 佐々木義浩, 板倉 潤

【症例】65歳女性【現病歴】X-3年10月癒着性腸閉塞の診断で入院となる。入院時造影CTで胃壁肥厚およびリンパ節腫大を指摘され上部消化管内視鏡検査で胃体部小弯に3型胃癌を認めた。11月当院消化器外科で胃癌に対し胃全摘術D2郭清が行われた。術中小腸間膜及び大網に播種結節を認め切除し、術後診断はT3N2M1(p1b), pStageIVであった。術後化学療法導入されたが忍容性不良のため経過観察となる。その後明らかな再発や転移は指摘されなかったがX年1月より右下腹部痛認め、CTで上行から横行結腸にかけて粘膜の濃染を伴う壁肥厚を認めた。胃癌既往からは腹膜播種再発が想定されたが明らかな播種結節や腹水貯留などは指摘できず、腹膜播種として典型的とは言えず、精査目的で当科紹介となる。下部消化管内視鏡検査では横行結腸右側に内視鏡通過困難な浮腫性の狭窄を認めたが腸管内に明らかな腫瘍性病変を認めず生検結果もgroup1であった。内視鏡所見からは腹膜播種や4型大腸癌が疑われPET-CT検査を追加したがFDG集積は見られなかった。しかしながら胃癌腹膜播種再発が否定できず5月31日に試験開腹術が行われ、上行結腸から横行結腸にかけて播種結節を認めたが上行結腸には狭窄示唆する所見もあり右半結腸切除の方針となる。病理所見では粘膜下層から漿膜下層を主体に低分化の腺癌を認め、腫瘍の粘膜面・漿膜面への露出が乏しく、胃癌大腸転移の診断となった。術後経過良好で退院となりSOX+Nivolumab療法が開始されたが忍容性不良でありbest supportive careの方針となる。【考察】胃癌術後3年で大腸転移再発の診断となった1例を経験した。胃癌の転移再発病巣の標準的な治療は化学療法が大腸転移は狭窄の合併のため外科的切除が選択されることもある。また少数例での報告ではあるが切除後の長期生存例の報告もあるため正確な術前診断が重要となると考える。

転移性大腸癌, 胃癌

19 当院で診断したCollagenous colitis 6例の臨床的検討

東京都立大塚病院 消化器内科
金田有史, 田中 啓, 根本淳子, 新井祐美, 岩本加代子, 西平成嘉子, 白崎友彬, 本林麻衣子, 倉田 仁

【背景】Collagenous colitis (以下CC)は慢性水様性下痢と大腸上皮直下の膠原繊維帯の肥厚を特徴とする疾患である。欧米では10万人あたりの年間発症率は0.8~7.2人とされる。原因の1つに薬剤があり、特にNSAIDs、PPIは発症に有意に関与するとされる。内視鏡所見ではCCの約1/3で粘膜裂創がみられるがその他は軽微な所見であることが多く、見過ごされることも多い。今回、当院の症例を既報と比較しCCの診断についての注意点を検討した。【対象と方法】2022年4月~2023年12月まで当院にて臨床症状および病理学的所見からCCと診断された6例について臨床像、内視鏡所見を評価した。【結果】対象6例のうち男性は4例、女性は2例であった。平均年齢は、60.7±11.1歳であった。薬剤内服についてはPPIの使用が3例、P-CABの使用が2例、NSAIDsの使用が2例(重複有り)であった。発見契機となった症状は慢性水様性下痢が全例にみられた。内視鏡所見は細顆粒状粘膜が1例、その他は軽微な所見であった。【結論】既報と同様に薬剤がベースとなりCCを引き起こしていると考えられる症例が目立った。同薬剤の内服中に慢性下痢を認めた場合には、薬剤性のCCを鑑別の1つにする必要がある。また、内視鏡所見が乏しい症例が多く、CCを疑った場合には、生検を行う必要があると考えた。

Collagenous colitis, 慢性下痢

18 後腹膜及び皮下に多発膿瘍を形成したEBウイルス陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の1剖検例

東京労災病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
石井映貴¹⁾, 西中川秀太¹⁾, 大場信之¹⁾, 荻野 悠¹⁾, 折原慎弥¹⁾, 池上 遼¹⁾, 中島一彰¹⁾, 塩野さおり²⁾

症例は83歳女性。当院呼吸器内科で器質化肺炎に対しステロイド内服治療を受けていた。20XX年5月頃から左側腹部痛が出現し、徐々に増悪傾向となったため同年7月10日に当院救急外来を受診した。その際に施行した腹部造影CTでは、脛体尾部背側から左後腹膜にかけて脂肪成分を主体とする腫瘍性病変と脾臓に造影効果の乏しい多発膿瘍を認め精査目的に消化器内科に入院となった。脂肪肉腫以外に悪性リンパ腫も鑑別に挙げられ、血液内科に依頼したところ悪性リンパ腫を強く示唆する所見には乏しいが、否定はできないとの見解であった。7月14日に確定診断目的にEUS-FNAを施行したが、病理所見は壊死組織のみで明らかな診断には至らなかった。その後、疼痛と炎症反応が著明に増悪したため、7月24日に腹部CTを施行すると後腹膜軟部陰影の増大を認めた。7月31日の腹部CTでは腹膜前脂肪層の混濁と液体貯留を認め、後腹膜膿瘍の合併と判断しエコーガイド下でドレーンを留置した。また、左側腹部の深部皮下組織にも脂肪組織の混濁と液体貯留を認め、切開排膿を施行した。切開時に硬結部位より生検も行ったが、後腹膜膿瘍と同様に壊死組織の所見であった。抗菌薬加療、ドレーナージ、切開排膿を続けたが、全身状態は急速に悪化し、同年8月22日に死亡した。ご家族の承諾を得て、病理解剖を施行したところ、EBウイルス陽性びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma: DLBCL)と診断された。EBウイルス陽性DLBCLは、免疫機能低下を契機に発症し、EBウイルス陰性DLBCLや古典的なホジキンリンパ腫と比較して予後が悪いとの報告がある。今回、後腹膜膿瘍や皮下膿瘍を形成し、診断治療に難渋したEBウイルス陽性DLBCLの1例を経験したため報告する。

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫, EBウイルス陽性

20 敗血症性ショックで死亡し、剖検で直腸の血管性病変がエントリーであったと考えられた一例

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
木庭怜香¹⁾, 西田晨也¹⁾, 若島将人¹⁾, 村上脩斗¹⁾, 川村允力¹⁾, 目黒公輝¹⁾, 田邊浩紹²⁾, 土谷一茂¹⁾, 鹿野島健二¹⁾, 今城健人¹⁾, 土肥弘義¹⁾, 福永真治²⁾, 国分茂博¹⁾

【背景】消化管領域で敗血症ショックを呈し急激な経過を辿る場合、消化管穿孔や非閉塞性腸管虚血(NOMI)を疑うことが多く、直腸病変が責任病巣となることは比較的まれである。今回、敗血症性ショックを呈し、剖検にて直腸の出血性病変が菌血症のエントリーと疑われた一例を経験したため報告する。【症例】54歳、男性。X年Y月16日朝より発熱と腹痛があり、便秘を訴えていた。18時頃排便があった。20時頃意識が朦朧としているのを同居家族に見られ救急搬送された。来院1カ月前に下部消化管内視鏡検査で内痔核を指摘された。既往歴に心筋梗塞、本態性高血圧、脂質異常症、2型糖尿病があった。【経過】来院時は低血圧、意識障害のショックバイタルを認め、血液検査で炎症反応の上昇、血小板数、肝予備能と腎機能の低下、乳酸値高値を認めた。造影CTでは直腸壁の肥厚と直腸周囲から左腎周囲に脂肪組織濃度上昇を認めた。臨床経過から消化管穿孔やNOMIを疑ったが、Free airは認めず、Smaller SMV signがわずかにあるものの造影不良域は認めなかった。直腸炎が主体の腹腔内感染症による敗血症性ショックと診断した。昇圧剤、抗菌薬で加療開始するも心停止し、蘇生措置を繰り返したが救命出来なかった。剖検により、直腸に著明なうっ血、血管破綻を伴う壁肥厚を認めたが、びらんや潰瘍を認めず、粘膜層への好中球浸潤はあるものの膿瘍形成は認められなかった。より口側の消化管に炎症所見は認めなかった。膀胱直腸窩に膿性物の貯留を認め腹膜にも炎症所見を呈していた。全身の諸臓器にもうっ血所見を認めた。血液培養から大腸菌が検出されたが、明らかな細菌塊は認めなかった。【考察】菌血症にもかかわらず、剖検では直腸の炎症反応は強くなく、むしろ著明なうっ血、血管破綻の所見が目立ったこと、それ以外に明らかな炎症部位が見当たらないこと、過去の内視鏡所見からも内痔核の指摘があることから直腸の血管破綻によりエンドトキシンショックを来したのではないかと推察した。

敗血症性ショック, 直腸炎

21 当院の大腸内視鏡におけるcomputer-aided diagnosis (CADE)による腺腫発見率、ポリープ発見率の現状

東京都立墨東病院 消化器内科
清家理佐, 矢内真人, 垣迫大介, 関戸清佳, 横堀将一, 緒方香菜子, 小林謙平, 山田慶里奈, 松川直樹, 佐藤綾子, 小林克誠, 松本太一, 古本洋平, 東 正新

【背景】大腸内視鏡検査は内視鏡医の熟練度に大きく依存しており、1回の検査で約1/4の腫瘍性病変が見落とされているとの報告もある。こうしたヒューマンエラーの軽減目的に人工知能 (artificial intelligence : AI) 技術を活用した computer-aided diagnosis (CADE) は世界中で注目されている。そこで当院で CADE がどのように大腸内視鏡の質を向上させるか検討した。【方法】2023年4月から2024年2月までに当院で施行された大腸内視鏡2739例のうち、止血、治療内視鏡、炎症性腸疾患サーベイランスを検査目的とした症例を除いた2176例を対象とした。CADEを使用した547例 (AI群) と使用しなかった1629例 (非AI群) に分けて、adenoma detection rate (ADR), polyp detection rate (PDR), JNET2A, 2B, 3のpolyp detection rateについて後方視的に比較検討した。【結果】年齢、性別といった患者背景については両群間で有意差を認めなかった。ADRはAI群33%, 非AI群29%であった。PDRはAI群75%, 非AI群60%であった。JNET2A, 2B, 3のpolyp detection rateはAI群62%, 非AI群47%であった。いずれにおいてもAI群で有意に高かった。(p<0.05)【結語】当院の大腸内視鏡検査においてCADEはADR, PDRを向上させた。また、組織学的診断はなされていないもののJNET2A, 2B, 3のpolyp detection rateも有意に向上させており、効率的にポリープの発見・診断を行える可能性が示唆された。症例の蓄積により、CADEのさらなる有用性が示されることが期待される。

大腸内視鏡検査, 人工知能

22 便潜血を契機に発見されたアメーバ性大腸炎に対してメトロニダゾールとパロモマイシンの併用が有効であった一例

独立行政法人地域医療機能推進機構埼玉メディカルセンター 消化器内科¹⁾, 医療法人真医会 南医院²⁾
藏田隼也¹⁾, 木下 聡¹⁾, 閼彌一貴¹⁾, 高田祐明¹⁾, 南 一洋^{1,2)}, 中里主宏¹⁾

【症例】42歳男性【主訴】便潜血陽性【現病歴】健診で便潜血陽性を初めて指摘され、大腸内視鏡検査(CS)を施行した。虫垂孔近傍に多発する不整形の小びらんを認め、生検の結果、アメーバ原虫を認めた。確定診断後にメトロニダゾール(MNZ)500mg/日を10日間内服し、内服終了2ヶ月後にアメーバ糞便検査を行い、陰性を確認したところで治療終了とした。その半年後に再度健診で便潜血陽性を指摘され、CSを行ったところ前回指摘された部位にびらんの残存を認めた。生検の結果でもアメーバ原虫を認め、メトロニダゾール抵抗性アメーバ性大腸炎と考えられた。そこでMNZ1500mg/日を10日間内服し、さらにパロモマイシン(PRM)1500mg/日を10日間内服した。2ヶ月後、治療効果判定目的でCSを行ったところ、粘膜びらんは改善を認め、生検からもアメーバ原虫は認められなかった。その後、再発なく経過している。【考察】近年、無症候性アメーバ性大腸炎が便潜血陽性や人間ドックのCSで発見されることがあるとの報告もあり、本症例も偶然発見された一例であった。感染経路として考慮すべき海外渡航歴や同性間の接触歴、風俗店の利用は認められなかった。一般的にMNZの内服で治療は可能であるが、今回のように治癒までに至らない場合はMNZの増量やPRMの併用も検討する必要がある。また、本症例のように盲腸に局限した病変では糞便検査による効果判定が不十分ことがある。そのため一回目の治療は偽陰性であった可能性があり、内視鏡検査での再評価が必要であったと考えられた。今回、便潜血を契機に発見されたアメーバ性大腸炎に対してMNZとPRMの併用が有効であった一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

アメーバ性大腸炎, パロモマイシン

23 特発性血小板減少性紫斑病、全身性エリテマトーデスに合併したIgG4陰性自己免疫性膵炎の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
柿澤桃花¹⁾, 川西 彩¹⁾, 白滝理博¹⁾, 森町将司¹⁾, 出口隆造¹⁾, 鈴木秀和¹⁾, 松嶋成志¹⁾, 宮岡 雅²⁾, 中村直哉²⁾, 加川建弘¹⁾

【症例】45歳、女性【主訴】肝胆道系酵素値上昇【現病歴】7歳時に特発性血小板減少性紫斑病 (ITP) を発症し、8歳時に脾臓摘出術を施行後、再燃はみられない。14歳時に全身性エリテマトーデス (SLE) に伴うループス腎炎を発症し、ステロイドパルス療法を施行後、プレドニゾロン (PSL) の内服で病状が改善したため漸減・中止となり、外来フォロー中であった。45歳時に血液検査においてAST 134 U/L, ALT 327 U/L, ALP 839 U/L, γ -GTP 955 U/L, T-Bil 1.0mg/dl, D-Bil 0.5mg/dlが認められた為、当科に精査加療目的で受診。血清Amy 92 U/L, IgG4 10.4mg/dlの上昇はみられなかったが、腹部超音波検査で膵頭部の腫大と肝外胆管・肝内胆管の拡張が認められた。腹部造影CTでは、膵実質がびまん性に腫大したソーセージ様を呈しており、下部胆管の壁肥厚が認められ膵内胆管には狭窄がみられた。MRI脂肪抑制T1強調画像では、びまん性に腫大した膵実質は低信号を呈しており、MRCPで膵内胆管の狭窄は先細り状に描出された。ERPを施行し、主膵管のびまん性不整細線が認められたため Vater 乳頭からの生検を行い、病理組織でCD138陽性形質細胞の浸潤を認めた。EUS-FNAを施行したところ、組織学的に間質の線維化と花筈様線維化の所見が得られたが、IgG4陽性細胞は認められなかった。血液検査及び病理組織上ではIgG4が陰性であったが、画像所見と組織学的な線維化の所見から自己免疫性膵炎 (AIP) と診断し、PSL30mg/日投与後14日後の腹部造影CTでは膵腫大の著名な改善が認められ、PSL減量後も再燃はみられていない。【考察】ITPとSLEそれぞれに合併したIgG4陰性AIPの報告は稀であり、若十の文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性疾患, 自己免疫性膵炎

24 内視鏡的膵管ドレナージと胸腔ドレナージが有効であった難治性膿性胸水の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科
染谷昌伸, 坂井音々, 羽田明海, 柴崎 梢, 石野勇康, 角田翔太郎, 鈴木悠一, 遠藤和樹, 大石梨津子, 松岡昭宏, 三輪治生, 森本 学, 沼田和司, 前田 慎

【症例】アルコール多飲歴のある55歳男性。咳嗽、呼吸苦を主訴に近医内科受診され左胸水貯留を認め精査加療目的でX年3月12日に当院呼吸器内科を受診。同日に胸腔穿刺施行され帰宅したが呼吸苦の改善が乏しく第2病日に呼吸器内科受診。酸素化障害も認めため、緊急入院となり胸腔ドレーンが挿入された。血液検査で膵酵素上昇、造影CTで膵頭部の膵石と膵周囲脂肪組織濃度上昇を認め、慢性膵炎急性増悪と診断した。胸水中アミラーゼの異常高値を認めたため、膵胸腔瘻による膿性胸水と診断した。胸腔ドレーン留置後、呼吸状態が改善したため、第10病日にERCPを施行。乳頭部膵管の屈曲により、膵管深部挿管が困難であった。第15病日にERCPを再検し膵管挿管に成功。膵頭部主膵管に軽度の狭窄を認め、尾側膵管より著明な造影剤漏出を認めた。再度の膵管挿管が困難であることが予想されたため、外瘻を避け、7F膵管ステントを留置した。ステント留置後、経過良好であったが第14病日に膿胸に伴う敗血症性ショックのためICU入室。保存的治療により軽快し、第25病日に膿液瘻の評価目的にERCPを施行したところ、造影剤漏出は消失していた。膵管ステントを再留置し、膿胸に対して外科的治療を検討していたが第28病日にCOVID-19肺炎を発症。重症呼吸不全を合併し、第33病日から39病日まで人工呼吸管理を行った。その後、ICUでの集中治療により全身状態は改善。膿胸も抗菌薬投与により軽快を認めたため、第49病日に退院となった。【結語】膿性胸水は慢性膵炎の比較的多発な合併症である。今回、膵管ステント留置及び集中治療により膵胸腔瘻を治療しえた症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膿性胸水, 膵管ドレナージ

横浜労災病院 消化器内科

井出貴也, 関野雄典, 逸見莉子, 森本紗生, 悦田咲季子, 能中理紗子, 今長大輝, 金田真人, 和田直之, 伏見 光, 松本彰太, 佐野 誠, 枇杷田裕佑, 春日範樹, 杉本祐一, 岡田直也, 内山詩織, 永瀬 肇

【症例】80歳代女性【主訴】左下腹部痛、背部痛、便秘、黒色便【現病歴】X年9月に黒色便と腰痛の精査目的に当科外来紹介受診となった。初診時に施行した造影CTで26mm大の膵尾部囊胞性病変を最大とした多発する脾のう胞を認めた。MRIでは主膵管と連続性のある多発のう胞を認め、最大の膵尾部病変は隔壁様構造を伴うが内部に充実成分や拡散制限を認めなかった。膵管内乳頭粘液性腫瘍（以下IPMN）を疑い、EUSでの追加精査を行ったところ、主病変は40mm大の多房性囊胞性病変を認め、造影エコーで造影効果を伴う隔壁肥厚を認めた。以上より術前診断を膵尾部IPMNの悪性転化すなわち、Intraductal Papillary Mucinous Carcinoma（以下IPMC）疑いとして外科手術の予定とした。手術待機時間がやや長くなったため、3か月後のX年11月に造影CTを再検したところ、脾頭部に35mm大の乏血性腫瘍と病変による膵管狭窄、尾側膵管拡張の所見を認めた。EUSでは30mm大の境界不明瞭内部不均一な低エコー腫瘍として描出され、EUS-FNA施行するも組織診断は付かなかった。この時点で術前診断を画像所見から脾頭部IPMN併存膵管癌、膵尾部IPMC疑いとした。カンサーボードで脾臓全摘出は年齢的に過侵襲と判断し、予後規定因子である脾頭部膵管癌に対しての外科手術の方針とした。本人・家族に十分なICの上でX年12月に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術後病理検査では悪性所見を認めず、IgG4陽性の形質細胞浸潤、花筈状線維化と閉塞性静脈炎を認め、1型自己免疫性膵炎（以下AIP）の診断となった。最終診断は手術不要な脾頭部限局型1型AIPと手術が検討される膵尾部IPMC疑いであった。現在、膵尾部IPMC疑いに関して経過観察中である。【考察】限局性腫大を呈するAIPの内、本例の様に短い膵管狭細像を認める場合は特に膵癌との鑑別に難渋することがある。本例では脾IPMNの経過中に新規に出現した脾頭部腫大と膵管途絶像に対してAIPの術前診断に至らなかった。非常に示唆に富む一例と思われるため、文献的考察を加え報告する。

自己免疫性膵炎, IPMN

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科¹⁾,

同 放射線科²⁾

小宮山夏永¹⁾, 森山由貴¹⁾, 高木亮輔¹⁾, 中川俊一郎¹⁾, 門馬匡邦¹⁾, 小西直樹¹⁾, 屋良昭一郎¹⁾, 平山 剛¹⁾, 岩本淳一¹⁾, 本多 彰¹⁾, 片田芳明²⁾, 池上 正¹⁾

【症例】70歳代、男性【主訴】心窩部不快感、黒色便【現病歴】入院2週間前より心窩部不快感と食欲不振があり、その後労作時呼吸困難や動悸を自覚するようになった。さらに入院1週間前位から黒色便を認めた。動悸と呼吸困難感が持続し、近医へ救急搬送された。同院で緊急上部消化管内視鏡が施行されたが、胃十二指腸に明らかな出血源は認めなかった。精査加療目的に当院へ紹介・転院した。【既往歴】心房細動に対するablation後、脳梗塞既往あり、バイアスピリン服中、バセドウ病手術歴あり。【来院後経過】Hb 7.3 g/dlの貧血があり、輸血を行った。入院後は明らかな下血・黒色便のエピソードはない。再度胃カメラ・大腸ファイバー・カプセル内視鏡を行った。空腸の一部にびらんを思わせる発赤を認めたが、あきらかな出血源は同定できなかった。造影CTでは腹腔動脈起始部に有意な狭窄所見があり、脾頭アーケードの発達、動脈瘤の多発を認め、正中弓状靱帯圧迫症候群（MALS）と診断した。動脈瘤に対するIVRを予定し、いったん退院としたが腹痛が生じ、再入院となり、予定IVRまで疼痛コントロールを行い待機した。初回退院から10日後、前上脛十二指腸動脈、後下脛十二指腸動脈領域の多発動脈瘤に対してコイル塞栓を施行。SMAからの造影で動脈瘤は消失し、腹腔動脈は背側脾動脈などの側副路を介して良好に描出されていることを確認した。【考察】MALSでは正中弓状靱帯により腹腔動脈起始部が圧迫を受け、血行動態の変化から脾十二指腸動脈に動脈瘤を形成する。この動脈瘤の破裂は致死性であるため、発見されたものに対しては処置を必要とする。外科的に正中弓状靱帯を切開する方法が行われるが、一方動脈瘤に対するIVRのみでフォローされている報告もあり、治療法は定まっていない。症状については腹痛などを契機に発見されることが多いが、本症例で見られた消化管出血は一般的な徴候とは言えない。【結語】心窩部不快感・消化管出血を契機に発見された正中弓状靱帯症候群の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

正中弓状靱帯圧迫症候群, 脾十二指腸動脈瘤

北里大学 北里研究所病院 消化器内科¹⁾,

同 予防医学センター²⁾,

同 炎症性腸疾患先進治療センター³⁾, 同 腫瘍センター⁴⁾,

同 一般・消化器外科⁵⁾, 同 病理診断科⁶⁾,

国際医療福祉大学 医学部 臨床腫瘍学⁷⁾,

高井有理子¹⁾, 宮本康雄^{1,2)}, 梅田智子^{1,3)}, 加藤智尋¹⁾, 迫 裕之⁵⁾,

前田一拓⁶⁾, 樋口 肇⁷⁾, 西村 賢^{1,4)}, 中野 雅^{1,3)},

小林 拓^{1,3)}

【症例】60代、女性【主訴】なし【現病歴】20XX-1年9月任意検診の胃透視検査で下部食道に圧排像を指摘され、当科を受診した。【既往歴】胃粘膜下腫瘍 腹腔鏡補助下胃部分切除術 【現症】身体所見に異常なし【検査結果】血算および生化学的検査に異常所見なく、腫瘍マーカー（CEA）も基準値範囲内であった。上部消化管内視鏡検査では、胃噴門部小弯に約18mm大の立ち上がりかなだらかで上皮性変化のない正常粘膜に覆われた胃粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、クッションサインは陽性であった。胸腹部単純CT検査では噴門部管腔外に突出する約18mm大の類円形のlow density lesionを認めた。腹部造影MRI検査では、胃噴門部に接する境界明瞭で辺縁が比較的平滑、内部はT1WIでやや高信号、T2WIではhigh densityを示す類円形腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では第3-4層に18.1mm×17.1mm大の囊胞様構造を認め、内部に粘膜様構造と高エコーと低エコーが混在する内容物を認めた。【経過】胃重複症を疑い20XX年1月に腹腔鏡下食道胃接合部腫瘍核出術を施行した。術後経過は良好で第16病日に退院した。切除された腫瘍は胃粘膜に被覆された囊胞性病変であり、胃重複症の病理診断となった。【考察】胃重複症は胎生期に発生する消化管の発生奇形である。本邦においてこれまでに150症例ほどの報告が見られるが、その多くは腹痛が契機となり乳幼児期に診断されるため、本症例のように成人において無症候で診断される例は稀である。癌化の報告例も散見され、進行痛として診断される例も少なくないことから、症状の有無や年齢に関わらず手術を検討すべきである。本症例では粘膜下腫瘍様の病変に対し、CT、MRI、超音波内視鏡検査を組み合わせたことが治療方針決定に有用であった。

胃重複症, 重複胃

東京西徳洲会病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾

高畑花帆¹⁾, 山本龍一¹⁾, 神人 将²⁾, 吉田雄亮²⁾, 下元雄太郎²⁾,

高木陸郎²⁾, 江口武彦²⁾, 佐藤一彦²⁾

近年、膵炎以外が原因の骨盤内の様々な感染巣に対しても近年EUS下ドレナージが施行されている。今回我々は原因が膵炎以外の骨盤内感染巣に対するEUS下CDを施行した3例を経験した。【症例1】63歳男性。S状結腸憩室炎の穿孔後の腹腔内膿瘍に対し経直腸的にEZ shot 3 19G穿刺針にて穿刺。透視画像にて膿瘍内であることを確認し GW留置し、瘻孔部を6mm EPBD balloonにて拡張。膿瘍内に5Fr ENCD tube留置し終了。膿瘍縮小し直腸内にてENCD tubeを切断鉗子にて切断。【症例2】74歳男性。原因不明の多発腹腔内膿瘍に対し経直腸的にEZ shot 3 19G穿刺針にて穿刺。透視画像にて膿瘍内であることを確認し GW留置し、瘻孔部をES dilatorにて拡張。膿瘍内に5Fr ENCD tube留置し終了。膿瘍縮小しENCD tube抜去。【症例3】87歳女性。S状結腸憩室炎の穿孔後の腹腔内膿瘍に対し経直腸的にEZ shot 3 19G穿刺針にて穿刺。透視画像にて膿瘍内であることを確認し GW留置し、瘻孔部をES dilatorにて拡張。膿瘍内に5Fr ENCD tube留置し終了。膿瘍縮小しENCD tube切断。いずれもEUS-CDにより手術を回避できた。若干の文献的考察を加え報告する。

超音波内視鏡下ドレナージ, 骨盤内膿瘍

杏林大学医学部付属病院 消化器・一般外科¹⁾、同 下部消化管外科²⁾、杏林大学医学部付属杉並病院 消化管外科³⁾、水野李香¹⁾、本多五奉^{1,2)}、吉敷智和^{1,2)}、磯部聡史^{1,2)}、金 翔哲^{1,2)}、片岡 功^{1,3)}、若松 喬^{1,2)}、飯岡愛子^{1,2)}、麻生喜祥^{1,2)}、小嶋幸一郎^{1,2)}、阪元良弘¹⁾、阿部展次¹⁾、須並英二^{1,2)}

症例は70代男性。S状結腸癌 腹膜播種に対し、腹腔鏡下低位前方切除術及び横行結腸人工肛門造設術を施行した。術後は再発なく経過し、術後1年のサーベイランスで行った大腸内視鏡検査にて吻合部の完全閉塞を認めた。明らかな再発所見なく、再手術に伴う肛門機能低下などを考慮して、内視鏡的治療を行う方針とした。全身麻酔下に肛門と人工肛門の両側から内視鏡を挿入し、双方向から光源が透見される部位を確認した。肛門側から局注針で穿刺を行い、ガイドワイヤーを挿入した。バルーン拡張を実施したところ、閉塞は解除され、内視鏡は通過可能となった。術後、吻合部の再閉塞なく経過し、内視鏡的治療から4ヶ月後に人工肛門閉鎖術を行った。現在も再燃なく経過している。吻合部完全閉塞に対して、肛門からだけでなく、人工肛門からの内視鏡的アプローチを加えることで、安全に低侵襲な治療が可能となった1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

術後吻合部完全閉塞、双方向的アプローチ

東京大学 医学部 附属病院 消化器内科、曹 心怡、塩見千尋、黒川 憲、村上恵太、今井 誠、坪井真代、井原聡三郎、木下裕人、早河 翼、辻 陽介、藤城光弘

【症例】症例は38歳女性。拡張型心筋症で心移植後、プレドニゾン(PSL)、タクロリムス(TAC)、ミコフェノール酸モフェチル(MMF)投与中であった。心移植6ヶ月後、下痢、腹痛が生じた。サイトメガロウイルス(CMV)抗原陽性であり、下部消化管内視鏡検査(CS)で小潰瘍とびらんを認め、生検でCMV陽性細胞を認めた。CMV腸炎の診断でバルガンシクロビル(VGCV)を開始したところ、CMV抗原は陰性化し、症状も軽快した。薬剤性腸炎の懸念からMMFをエベロリムス(EVL)へ変更した。しかし、2ヶ月後に下痢、腹痛が再燃し、入院した。CTで回盲部から上行結腸に腸炎所見を認め、CSで回盲部に深掘れ潰瘍、上行結腸に複数の小潰瘍を認めた。生検や培養で移植後リンパ増殖性疾患(PTLD)や腸結核、感染性腸炎は認めなかったが、僅かなCMV陽性細胞を認め、VGCVをGCVへ変更した。CMV抗原は陰性であった。その後も腹痛・炎症反応は遷延し、GCV開始2週後・4週後にCSを再検したが、回盲部の潰瘍性病変は改善傾向を認めなかった。生検では両目ともCMV陽性細胞は認めず、除外診断として心移植後に生じたde novo IBDを疑った。5-アミノサリチル酸(5-ASA)を開始したが、5-ASA不耐のため中止となった。したがって、CMV腸炎の既往や、心移植後で既にTACやEVLを投与中であることを考慮し、PSLやアザチオプリンの投与は避け、有効性と安全性を考慮して抗IL-23抗体製剤(リサンキズマブ、RZB)による寛解導入および維持を行う方針とした。RZB開始後、CSで回盲部の潰瘍性病変は改善傾向となり、炎症反応は低下し、腹痛も改善したため、RZB開始後第41日目に退院となった。現在もRZBを継続し、再燃なく経過している。【結論】臓器移植後に生じた潰瘍に伴う腸炎は、一般的にCMV腸炎やPTLD等が鑑別の上位となるが、今回稀な病態である心移植後de novo IBDを経験したため、診断や治療方法について文献的考察を踏まえ報告する。

de novo IBD、リサンキズマブ

国際医療福祉大学成田病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾、国際医療福祉大学三田病院 消化器センター³⁾、玉城義仁¹⁾、山下健太郎¹⁾、石原 洋¹⁾、高橋宏太¹⁾、結束貴臣¹⁾、西澤俊宏¹⁾、篠浦 丞¹⁾、井上和明¹⁾、松岡亮介²⁾、富田裕彦²⁾、林雄一郎²⁾、小無田美菜³⁾、片岡幹統³⁾、海老沼浩利^{1,3)}

症例は30歳代男性。5年前に潰瘍性大腸炎と診断されたが、症状に乏しく3年前に5-ASAを自己中断していた。来院8日前から発熱を認め、近医で抗菌薬、解熱鎮痛薬を処方されたが改善を認めなかった。発症1週間前にキャンプをしていたこと、肝逸脱酵素上昇から当院感染症内科入院ツツガムシ病を疑いドキシサイクリンの投与を行うも改善認めなかった。さらに、10-20回/日程度の水様便、血便を認め、当科転科となった。入院時より肝細胞障害型の肝機能障害(AST 162, ALT 162, ALP 146, GGT 95 U/L)、貧血(Hb 9.3 g/dL)、低栄養(ALB 3.3 mg/dL)、炎症反応高値(CRP 5.18 mg/dL)、異型リンパ球の出現(4.0%)を認めた。潰瘍性大腸炎の再燃を疑い、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、全結腸に浮腫、発赤、びらんを認め、S状結腸から直腸にかけて地図状潰瘍を認めた。上行結腸には一部抜き打ち状の小潰瘍も伴っており、いずれの部位の生検でも複数のCMV陽性細胞を認めた。また、CMV antigenemia強陽性で血清学的にCMV IgM(+) 7.73, CMV IgG(-) <6.0であったことから、CMV初感染により、発熱、肝機能障害、潰瘍性大腸炎の増悪を認めたものと診断した。そのため、PSL 1mg/kg/day、5-ASAの投与に加えて、ガンシクロビルの点滴投与を開始したところ、徐々に解熱傾向に加えて、血便、排便回数の改善、肝機能の改善を認めた。自覚症状と内視鏡像が改善傾向にあったため退院とし、以後外来にてPSL漸減中である。潰瘍性大腸炎の経過中にCMV再活性化を認めることは頻繁にあるが、CMV初感染を合併することは稀であり、文献的考察を加えて報告する。

サイトメガロウイルス初感染、潰瘍性大腸炎

公立阿佐留医療センター 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、古川理香子¹⁾、姫川 昊²⁾、田中匡実¹⁾、遠藤和伸²⁾、仁科有美子²⁾、渋谷真史¹⁾、葉山 譲¹⁾、岡野憲義¹⁾、矢嶋幸浩²⁾

【症例】80歳代、女性。【既往歴】帝王切開、脂質異常症、虫垂切除術。【経過】20XX年Y月Z日に腹痛、嘔吐を主訴に当院受診した。腹部CTにて腸管の上腸間膜動脈(以下SMA)を中心としたwhirl-like patternを認め、横行結腸軸捻転の診断で緊急入院となった。入院後は保存的治療を行い、症状は軽快したが、入院3日目の腹部CTで結腸の捻転は解除されておらず、入院4日目に手術を施行した。術中所見では回腸から上行結腸にかけて腸間膜がSMAを軸に捻転していた。手術は、腸管の捻転を解除し位置を整復、今後の結腸軸捻転再発の可能性があるので、結腸右半切除術を行った。なお、明らかなLadd靱帯は認めなかった。術後経過は良好で術後11日目に退院となった。【考察】医学中央雑誌で「成人腸回転異常症」、「軸捻転」をキーワードに検索すると、本邦では成人発症の中腸軸捻転の症例は42例あり、Ladd靱帯を形成せずに中腸軸捻転を発症した報告症例は自験例を入れて4症例であった(会議録除く)。【結語】超高齢で発症した腸回転異常症による中腸軸捻転という非常に稀な症例を経験したため文献での考察を踏まえて報告する。

腸回転異常症、中腸軸捻転

国保直営総合病院君津中央病院 外科

徳武 輝, 須田竜一郎, 柳澤真司, 片岡雅章, 西村真樹, 小林壮一, 岡庭 輝, 中臺英里, 藤野真史, 大野幸恵, 進藤博俊, 田口航大, 滝口翔太, 近藤 尚, 白石健太, 海保 隆

【はじめに】Pembrolizumabは、PD-1 (programmed cell death-1) リガンドであるPD-L1及びPD-L2との結合を直接阻害する、ヒト化IgG4モノクローナル抗体である。本邦においては、2021年8月に「治療切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する結腸・直腸癌」の保険承認を取得し、大腸癌に対して臨床応用されるようになった。しかしながら、その長期的な成績については明らかではない。【症例】77歳女性。74歳時、血便を主訴に当院受診。精査にて、S状結腸癌と診断された。術前CTで、腹壁への広範な直接浸潤、#241・242・252リンパ節への転移、傍大動脈リンパ節および横行結腸間膜リンパ節への転移を認めた。cT4b(腹壁)N3M1(LYM) cStageIVaの診断で、腹壁合併切除を伴う結腸重全摘および傍大動脈リンパ節郭清が施行された。病理診断では、Por, p4b(腹壁、横行結腸), Lyle, Vlc, Pn1b, pPM0, pDM0, pRM0, pN3(13/37) [ND 3, ND(V+)] 1, ND (Pn+) 1であり、最終病期はIIICと診断された。術後補助化学療法としてCapox療法が導入されたが、術後2ヶ月目に傍大動脈および上腸間膜動脈領域に再発腫瘍を認め、全身化学療法の適応と判断された。コンパニオン診断としてMSI検査を行い、MSI-Hと判定されたため、Pembrolizumab投与が開始された。Pembrolizumab投与1ヶ月後のCTでは再発腫瘍径は最大37mmまで増大したが、3ヶ月後のCTでは28mmまで縮小した。その後も経時的に腫瘍径は縮小し、12ヶ月後には増強効果を認めない軟部組織様の低吸収域となり、最大径15mmまで縮小した。PS 2であり、腫瘍縮小効果が持続していたことからPembrolizumab投与を中止した。Pembrolizumab中止後も軟部組織様の低吸収域は経時的に縮小し、現在、Pembrolizumab中止後15ヶ月経過しているが、軟部組織様の低吸収域は最大径8mmまで縮小し、再発の兆候は認められていない。【まとめ】大腸癌根治切除後、早期再発を来した症例に対してPembrolizumab投与により腫瘍縮小効果が得られ、同業中止後も長期寛解を維持している1例を経験したので報告する。

大腸癌転移・再発, 免疫療法

慶應義塾大学 医学部 医学科¹⁾, 川崎市立川崎病院 内科²⁾, 同 内視鏡センター³⁾, 桑原諒成¹⁾, 町田雄二郎²⁾, 正岡建洋³⁾, 下嵯啓太郎²⁾, 吉田康祐²⁾, 花田亮太²⁾, 井上健太郎³⁾, 有泉 健²⁾, 高木英恵²⁾, 玉井博修²⁾

【症例】症例は70歳男性。進行食道癌に対するNivolumab + Ipilimumab (Immune checkpoint inhibitor: ICI) 併用療法開始から約2ヶ月後に頻回の下痢が出現した。臨床経過、便培養検査結果から細菌性腸炎は否定的であり、内視鏡および病理所見よりirAE腸炎と診断した。PSL 1mg/kgの4日間投与では改善に乏しかったものの、Infliximab (IFX) 300mgの追加投与により、症状が軽快したため、PSLを漸減し退院となった。退院1週間後より、再び頻回の下痢が出現し再入院となった。検査所見では、Cytomegalovirus (CMV) antigenemia, Clostridioides difficile (CD) 抗原・CDトキシン陽性であり、大腸内視鏡検査ではCMV腸炎、irAE腸炎が示唆された。CMV腸炎、CD腸炎、irAE腸炎再燃の合併を考え、Ganciclovir, Vancomycin内服を開始した。CMV腸炎、CD腸炎、また潜在性結核感染症の既往があるため、irAE腸炎に対するIFX投与は行わず、PSL漸減を継続した。10日間経過しても下痢、炎症反応は改善せず、大腸内視鏡検査では、新たに直腸に偽膜を認めた。CMV antigenemiaは陰性化しており、下痢の原因としてCD腸炎、irAE腸炎再燃の可能性が考慮された。CD腸炎に対してFidaxomicinを10日間投与し、下痢の改善を認め第54病日に退院となった。【考察】本症例ではirAE腸炎の治療開始時、感染性腸炎は否定的だったが、再入院時にはCMV腸炎、CD腸炎の合併が疑われた。このような状況下では、免疫抑制薬、抗ウイルス薬、抗菌薬は相反する治療となり得るため、治療選択に難渋することがある。今回、進行食道癌に対するICI併用療法中にirAE腸炎、CD腸炎、CMV腸炎の3者を合併した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

irAE腸炎, CD腸炎

東京通信病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 外科³⁾ 高橋勇太¹⁾, 弦間有香¹⁾, 加藤知爾¹⁾, 時任佑里恵¹⁾, 坂井有里枝¹⁾, 小林克也¹⁾, 関川憲一郎¹⁾, 岸田由起子²⁾, 鹿間健志³⁾, 織畑光一³⁾, 奥田純一³⁾, 光井 洋¹⁾

【症例】71歳男性【現病歴】アルコール性肝硬変、*H.pylori*除菌後、下咽頭癌粘膜切除後(X-8年)、早期胃癌内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)後(X-4年)で当科外来通院中。X-1年12月の腹部エコーで肝S5に15mm大の腫瘍性病変を指摘され、X年1月のEOB造影MRIで肝細胞癌の診断となった。同時にX年1月に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)の定期フォローで胸部中部食道の20mm大0-IIc病変よりHigh grade squamous dysplasia、胃体中部小弯の10mm大0-IIc病変よりGroup5 (tub1)、胃前庭部後壁の10mm大0-IIc病変よりGroup5 (tub1)を指摘された。X年2月に胃2病変に対してESD、3月に食道ESD、4月に腹腔鏡下肝部分切除を施行し、標本の病理組織は、食道はSquamous cell carcinoma、胃は2病変いずれもtubular adenocarcinoma、肝臓はHepatocellular carcinomaであった。全病変において根治が得られ、現在外来にて経過観察を継続している。【考察】1879年にWarrenとGatesにより1)各腫瘍は一定の悪性像を呈する、2)発生病部位を異とする、3)互いに転移場でないことの3点を満たすものを重複癌と定義された。また同時性・異時性については発生病時期が1年未満のものを同時性、1年以上のものを異時性とする定義が広く採用されている。日本病理学会集計によると3重複癌の掲載開始となった2015年より例年250件ほどの3重複癌の報告がされており、今後も診断技術の進歩や治療成績の向上により同時性・異時性問わず重複癌患者は増加していくものと予想される。今回我々は、異時性により下咽頭癌、胃癌に対して治療切除歴を有し、ハイリスク症例として慎重に経過観察を行うことにより同時性3重複癌(食道癌、胃癌、肝細胞癌)の早期発見・根治切除が可能であった一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

同時性3重複癌, 根治切除

足利赤十字病院 消化器内科¹⁾, 同 放射線科²⁾ 漆原史彦¹⁾, 鈴木統裕¹⁾, 室久俊光¹⁾, 寺内貴志²⁾, 澤田将史²⁾, 川口 修²⁾

【症例】64歳、男性。2か月前から続く食欲不振、体重減少、腹痛を主訴に前医を受診し、CTで胃小彎側に73mm程度の巨大な腫瘍とその他にも小彎、傍大動脈にも腫瘍を認めたため、当院に紹介となり、精査目的の入院とした。当院施行の上部消化管内視鏡検査で下部食道に全周性3型食道癌を認め、また胃食道接合部にbridging fold様のひだのひきつれと通過障害が見られた。CT、内視鏡所見より食道癌と胃小彎リンパ節転移による狭窄と診断し、傍大動脈リンパ節転移を伴うことから根治的治療は困難と判断し、食道狭窄に対しステント留置の上、化学療法の方針とした。しかし食道ステントの自然脱落を認めたため経口的に内視鏡で抜去した。患者本人より経口摂取の希望が強く、小彎リンパ節の縮小目的に化学放射線療法の上乗せ効果を期待し、化学療法(5-FU+CDDP(FP療法))に加え、食道原発巣、胃小彎リンパ節転移、傍大動脈リンパ節転移に対し強度変調放射線治療(intensity modulated radiation therapy: IMRT)を行った。胃小彎リンパ節転移は著明に縮小を認め、通過障害の改善と認めた。現在、経口摂取可能となり、外来で化学療法を継続しており、PRを維持している。切除不能食道癌に対するIMRTを用いた化学放射線療法は低侵襲でありながら癌による様々な症状緩和を図れ、担癌患者のQOLの向上、維持に有用であると考えた。

食道癌, 化学放射線療法

消化管狭窄症状を契機に診断しえた正中弓状韧带压迫症候群 (MALS; Median Arcuate Ligament Syndrome) に起因した降十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜血腫の1例

防衛医科大学校病院 消化器内科

川端紘輔, 植田浩貴, 江崎航大, 木本侑哉, 吉岡幹士, 安藤悠哉, 武川舞子, 堀内知見, 吉留佑太, 田原寛之, 西村弘之, 富岡 明, 綾木花奈, 成松和幸, 東山正明, 高本俊介, 富田謙吾, 穂刈量太

症例は45歳の男性。20XX年3月4日から上腹部不快感と嘔吐を認め、症状が増悪したため前医を受診した。単純CT検査で十二指腸水平部付近に辺縁不整な腫瘍性病変が疑われ、3月12日に当科を紹介受診した。後腹膜腫瘍や膵腫瘍を疑い、上腹部ダイナミックCTを撮像したところ、十二指腸下行部から水平部周囲に緩徐な造影効果を呈する長径約8 cm大の腫瘍性病変を認め、神経叢浸潤型膵癌やIgG4関連疾患、悪性リンパ腫などを疑った。同日に上部消化管内視鏡検査を実施し、十二指腸下行部に浮腫状狭窄を認め、腫瘍による狭窄を疑った。さらに精査するため、3月14日に入院した。その時点で造影CTを再検討したところ下降十二指腸動脈に仮性動脈瘤を認め、動脈瘤破裂による後腹膜血腫が疑われた。MALSによって腹腔動脈が狭小化しており、それによる上腸間膜動脈の相対的血流増加が動脈瘤の原因ではないかと推測した。入院翌日に経動脈的塞栓術 (TAE) を施行し、3月18日の造影MRIでは、十二指腸周囲には血腫と出血後変化と思われるT1WI/ T2WI低信号域を認めるものの、十二指腸水平部の粘膜浮腫は改善傾向であった。ガストログラフィン造影でも十二指腸の狭窄は改善していた。その後、食事形態を粥食に変更し3月26日に退院した。その後は食物の通過障害が再燃することなく、退院2か月後の上部消化管内視鏡検査では狭窄は認めず、浮腫性変化も消失していた。今回われわれは、MALSに起因したと思われる降十二指腸動脈瘤が破裂し、血腫による圧排で十二指腸狭窄をきたした稀な1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

十二指腸狭窄, 正中弓状韧带压迫症候群

PPI長期使用により発生した胃過形成ポリープと胃内細菌叢の関連

東京医科大学病院 消化器内視鏡学分野

濱田麻梨子, 新倉量太, 岩田英里, 張 萌林, 秋本佳香, 永田尚義, 河合 隆

【背景】プロトンポンプ阻害薬 (PPI) の長期使用が胃内のpH、細菌叢に強く影響する可能性が報告されている。我々は、*H. pylori* 陰性患者において、長期PPI使用後に組織学的に強い炎症を伴う胃過形成性ポリープが発生した症例を経験した。胃過形成性ポリープの免疫組織化学染色、16SrRNA シークエンスによる属レベルの細菌叢解析 (細菌の割合) を行い、胃過形成性ポリープの病態発生の検討を行った。【症例】60代男性、逆流性食道炎に対して20XX年からランソプラゾール30mg/ 日を内服していた。血清学的 *H. pylori* 抗体検査は陰性であった。20XX+7年の上部消化管内視鏡検査では、背景胃粘膜に萎縮性変化はなく、胃内にポリープは認めなかった。20XX+9年後の内視鏡検査では胃体上部大彎後壁に5mm大発赤調ポリープを認めた。HE染色では腺窩上皮の過形成性変化と間質の好中球を含む多彩な炎症細胞浸潤がみられ、過形成性ポリープと診断した。免疫組織化学染色では、腺管はCDX2陽性、MUC6陰性であった。16SrRNA シークエンスにて、胃過形成性ポリープから *Corynebacterium* 属 (37%)、*Novosphingobium* 属 (32%)、*Mycobacterium* 属 (13%) が検出された。【結語】*H. pylori* 陰性患者において、長期間のPPI使用に伴う胃内pHの変化により、*Corynebacterium* 属を主とした細菌の持続感染による慢性炎症の所見を認めた。これらの変化が、胃過形成性ポリープの発生に関連している可能性が示唆された。

PPI, 胃過形成性ポリープ

SOX+Nivolumab治療によってconversion手術に至れた切除不能進行胃癌の1例

NHO 高崎総合医療センター 消化器科

増田智之, 井戸健太, 小林倫太郎, 書上 愛, 成清弘明, 佐野希望, 鈴木悠平, 上原早苗, 星野 崇, 安岡秀敏, 長沼 篤, 柿崎 暁

【症例】70代男性【既往歴】腎癌部分切除後【現病歴】X年7月食思不振精査目的に近医でEGD施行。前庭部小彎に2/3周性の3型腫瘍を認め、同月当院紹介。病理でadenocarcinoma tub2, HER2-, MSI highの診断。CTと併せcT3N3M1(#16a1/b2) Stage4の切除不能進行胃癌と診断した。【経過】X年9月よりSOX+Nivolumabによる化学療法開始。X年11月CTでリンパ節転移の著明な縮小ありCR判定となる。7コース目以降S1+Nivolumabで治療継続しCT上CR得られ続けた。X+1年6月のEGDでは、胃内に病変指摘できず内視鏡上もCRと判断される所見であった。X+1年9月副腎皮質機能低下症を併発するも、ヒドロコルチゾン内服しつつ治療継続できた。X+2年2月、計21コース施行後もなおCRであったことからconversion手術を提案。審査腹腔鏡で非治癒因子を認めず、同年4月幽門側胃切除D2郭清・B2再建施行された。病理で原発巣に腫瘍細胞残存なく#8aリンパ節転移のみでありpCR判定となった。外来でadjuvantとしてS1+Nivolumabを施行中である。【考察】胃癌治療ガイドラインにおいては、Stage4胃癌症例に対するconversion手術は、化学療法による抗腫瘍効果が得られ、R0切除が可能と判断される場合に強く推奨されているが、#16a2/b1以外の遠隔リンパ節転移は、切除不能な遠隔転移として緩和的化学療法を行うことが多い。本症例は#16a1/b2の遠隔転移を伴っていたが化学療法が著効し切除に至れた。CONVO-GC-1研究では、#16a1/b2転移患者のMST (54.3月) は#16a2/b1転移患者 (33.5月) に劣らなかった報告もあり、化学療法効果次第ではconversion手術が検討される。【結語】SOX+Nivolumabによる化学療法後、conversion手術に至れた切除不能進行胃癌の1例を経験した。

胃癌, conversion

当院における大腸NETの内視鏡切除方法別治療成績の検討

東京医科歯科大学 光学医療診療部¹⁾, 同 消化器内科²⁾

米本有輝¹⁾, 福田将義¹⁾, 早川優香¹⁾, 大塚和朗¹⁾, 岡本隆一²⁾

【目的】内視鏡検査の普及や質の向上により局所切除可能な大腸神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor: NET) に遭遇する機会は増えている。筋層浸潤の無い腫瘍径1cm未満の大腸NETは内視鏡切除の適応とされており、通常のEMR (conventional EMR: cEMR) と比較してESMR-L (endoscopic submucosal resection with a ligation device) やESD (Endoscopic Submucosal Dissection) で高いR0切除率が報告されている。しかし、切除方法の選択基準は明確にされておらず、各施設に委ねられている。そこで今回我々は、当院における大腸NETの内視鏡切除方法別の治療成績を検証した。【方法】2009年1月から2023年12月までに、当院で内視鏡切除した大腸NET79症例を対象として、臨床病理学的特徴を後方視的に検証した。【結果】患者背景は、男性54例 (68.4%)、年齢中央値58 (23-82) 歳、部位は盲腸 / Rs / Ra / Rbが[§]1 (1.3%) / 4 (5.1%) / 11 (13.9%) / 63 (79.7%) 例、病変径中央値は6 (2-12) mm、切除方法はESMR-L / ESD / cEMR / その他が[§]44 (55.7%) / 23 (29.1%) / 11 (13.9%) / 1 (1.3%) 例であった。切除方法毎の治療成績は、ESMR-L / ESD / cEMR / その他でR0切除率が[§]90.9 / 87.0 / 36.4 / 0%, 合併症は後出血が[§]9.1 / 13.0 / 0 / 0%, 穿孔はいずれも認めず、局所・転移再発はいずれにおいても認めなかった。【結語】既報と同様に、cEMRと比べてESMR-LやESDにおいて高いR0切除率であったが、後出血の割合も高かった。それぞれの治療の特徴を十分に理解して切除方法を選択する必要がある。

神経内分泌腫瘍, 内視鏡治療

41 術前炎症性マーカーおよび栄養評価指数から考える 後期高齢者者大腸癌の予後予測因子

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器外科¹⁾、
日本医科大学附属病院 消化器外科²⁾、
山口慶祐¹⁾、宮坂俊光²⁾、山田岳史²⁾、上原 圭²⁾、太田 竜¹⁾、
進士誠一²⁾、松田明久²⁾、横山康行²⁾、高橋吾郎²⁾、岩井拓磨²⁾、
谷合信彦¹⁾、吉田 寛²⁾

【目的】近年の大腸癌罹患数の上昇および超高齢化社会に伴い高齢者大腸癌は年々増加している。また、健康寿命も延伸しており、高齢者の定義を変更する提言も出てきている。本研究の目的は、術前の免疫能や栄養状態が高齢者大腸癌患者の予後にどのように影響を与えているかを明らかにすることである。【方法】2011年1月から2019年12月の期間に、当院で根治的手術が行われたstage II, III結腸直腸癌症例を対象と、術前に測定した炎症性マーカーおよび栄養評価指数が予後に与える影響を前期高齢者群(65-74歳: pre-old群)、後期高齢者群(75歳以上: old群)、非高齢者群(64歳以下: young群)に分け、臨床病理学的因子や予後と比較検討を行った。【結果】対象は570例。pre-old群は183例(32.1%)、old群は224例(39.3%)、young群は163例(28.6%)で、年齢の中央値は71歳(23-97)であった。Stageは全体でStage II: III= 299: 271であったが、old群は他群と比較し、有意にstage II症例が多かった($p=0.01$)。また、old群では右側結腸癌症例が有意に多かった($p=0.012$)。old群は、pre-old群、young群と比較すると、リンパ球数($p=0.07$, $p=0.02$)、血清アルブミン値($p=0.06$, $p=0.0003$)が低く、Lymphocyte to monocyte ratio (LMR) ($p=0.01$, $p=0.0001$) および prognostic nutritional index (PNI) ($p=0.003$, $p=0.02$)も有意に低かった。予後について検討したところ、全体ではPNI低値が単独のCSS不良因子であった一方($p=0.03$, HR: 2.11 1.09- 4.08)、old群ではNLR高値のみが単独のCSS不良因子であった($p=0.02$, HR: 4.36 1.31- 14.52)。old群においてNLR高値群は術後合併症(Clavien-Dindo分類grade 2以上)も有意に多かった($p=0.009$)。【考察】高齢者では術前の栄養状態よりも免疫能がより予後に影響を及ぼす可能性があり、術前のImmunonutritionやシンプロバイオティクスが有用となる可能性がある。

高齢者大腸癌、大腸癌予後予測因子

42 インフリキシマブが肛門病変に奏効した潰瘍性大腸 炎の一例

亀田総合病院 消化器内科¹⁾、
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学²⁾
大野 航¹⁾、仲地健一郎¹⁾、井坂佑莉¹⁾、木下裕介¹⁾、西田泰久¹⁾、
川又夏樹²⁾、藤井陽三²⁾、大倉哲郎²⁾、川添次佳²⁾、蘆川 堯¹⁾、
西脇拓郎¹⁾、船登智将¹⁾、川満菜津貴¹⁾、井上 薪¹⁾、吉村茂修¹⁾、
白鳥俊康¹⁾、南雲大陽¹⁾、太田佑樹²⁾、中路 聡¹⁾

【症例】64歳男性【主訴】腹痛、肛門痛、血便。【既往歴】特記すべき既往なし。【現病歴】X-1年12月に数か月持続する下痢・血便・間欠的な腹痛を契機に前医を受診し、下部消化管内視鏡検査(CS)で全結腸にMayo Grade 2のびらん・血管透見の消失を認め全大腸型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。X年1月16日よりpH依存型メサラジン3600mg/dayが開始となり血便は改善傾向にあったが腹痛・肛門部痛と便回数は増悪、発熱・炎症高値を認めていた。5-ASA不耐の可能性を考えメサラジンを中止するも、腹痛・肛門部痛と下痢・血便が持続するため2月4日に精査加療目的の入院となった。【入院後経過】メサラジンの休薬による症状改善に乏しくUCの増悪(中等症)と判断した。2月6日より寛解導入目的のプレドニゾロン40mg/day内服を開始したが、改善がみられず2月14日に評価目的のCSを行ったところ、びらん・深掘れ潰瘍を認めていた。2月21日よりウバダシニブ45mg/day、顆粒球除去療法を開始した。2月24日にCMV抗原検査陽性かつ生検組織でCMV陽性と判明したため、CMV腸炎合併としてガンシクロビルを開始した。腹痛は改善傾向であったが肛門部痛が持続し、3月2日に直腸肛門部の再評価として施行したCSでは直腸から肛門部まで潰瘍が連続していた。ウバダシニブによる病勢コントロールは困難と判断し、3月3日にインフリキシマブへ変更した。その後、肛門部痛は著明に改善し3月13日に退院となった。【考察・結語】炎症性腸疾患に合併する肛門病変はCrohn病に高頻度で合併することがよく知られているが潰瘍性大腸炎では稀である。頻回の下痢などの肛門部への刺激が原因になるほか、肛門管付近の病変からでも直接的に発生すると報告されている。本症例においても内視鏡的に直腸から連続的に発生した肛門病変であり、インフリキシマブによるUCの病勢コントロールが肛門部痛に著効したと考えられたが本邦ではこのような報告はまだ認められていないため、今回考察をふまえて報告する。

潰瘍性大腸炎、肛門病変

43 Full genome sequenceが可能であった誘因のないB型 肝炎既往感染からのHBV再活性化 (de novo B型肝炎) の一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾
山田俊介¹⁾、内田義人¹⁾、神山淳一¹⁾、内木佳代子¹⁾、碓氷七瀬¹⁾、
佐藤 彩¹⁾、辻 翔平¹⁾、相馬直人¹⁾、安藤さつき¹⁾、菅原通子¹⁾、
中尾将光¹⁾、山口 浩²⁾、中山伸朗²⁾、今井幸紀²⁾、富谷智明¹⁾、
水野 卓¹⁾、山田健人²⁾、持田 智¹⁾

75歳女性。下部消化管内視鏡検査を不定期に施行しており、その際のスクリーニング検査でX-4年まではHBs抗原陰性であった。X-2年3月にHBs抗原 5.54 IU/mL、10月に12.1 IU/mLと陽性化したのが精査はされなかった。その間に新規に開始された薬物、サプリメントはなかった。X年に倦怠感が出現し、その6週後に近医を受診した。AST 94 U/L、ALT 177 U/L、HBs抗原4,380 IU/mL、HBe抗原陰性、HBe抗体陽性、HBe抗体陽性、IgM HBe抗体陰性、HBV-DNA 8.1 log IU/mL、ジェノタイプCであり、B型既往感染の再活性化によるde novo肝炎と考えられた。第8病日にPT-INR 1.55となり、10病日からtenofovir alafenamide fumarate (TAF)を開始した。その後も肝障害は遷延して22病日に当院へ転院、AST 68 U/L、ALT 61 U/L、T-Bil 17.3 mg/dL、PT-INR 3.57と肝不全が進行しており、HBe抗原が1.75 S/COと陽性化していた。同日よりヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム1000 mg/日を3日間投与し、その後半量ずつ漸減した。第23病日にHBV-DNAは5.3 log IU/mLまで低下したが、26病日に昏睡が出現し、同日に永眠された。死後肝生検では肝線維化を示唆する所見はみられず、急性肝不全並急性性型と診断した。再活性化時のHBVのfull genome sequenceでは、コアプロモーター変異(A1762T, G1764A)、プレコアmix変異(G1896G/A)およびnt2448-nt488領域の欠損(spl spliced variant)が認められた。誘因のないB型既往感染の再活性化による急性肝不全は厚生労働省の全国集計には今までは1例のみが登録されており、本症例はわが国では2例目に相当する。spl spliced variantを有するHBV株から分泌されるHBSP (hepatitis B spliced protein)がT細胞リンパ球の免疫応答の活性化と関連するとの報告があり、本症例ではこの領域の欠損が再活性化に関連していた可能性がある。

B型肝炎、de novo B型肝炎

44 免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) による免疫介在 性肝機能障害 (IMH) に対してステロイドが著効し た1例

市立青梅総合医療センター 消化器内科
市賀美彩、久保田悠史、芥田沙希、普天間朝久、末松聡史、
渡部太郎、伊藤ゆみ、濱野耕靖、野口 修

【緒言】近年、様々な癌種に対してICIが用いられており、治療効果が示されてきている。一方でICIによる有害事象の1つとして免疫介在性肝機能障害(IMH)を発症することがある。今回、ICI投与中に免疫関連有害事象(irAE)として肝障害を発症し、肝生検を行ってIMHと診断、ステロイド加療が著効した症例を経験したため報告する。【症例】70代男性。右腎細胞癌cStage4に対して、1st lineとしてニボルマブ(NIVO) + イビリムマブ(IPI)が導入された。導入86日目、4コース終了後にAST 247 U/L、ALT 292 U/L、 γ -GTP 81 U/Lと肝胆道系酵素上昇を認めた。UDCA 300 mg/dayが開始され、化学療法は中止となったが、導入93日目にAST 931 U/L、ALT 911 U/L、 γ -GTP 167 U/Lと肝障害はgrade4に増悪した。CT、MRIでは肝にperiportal collar sign、胆嚢漿膜化浮腫を認めた他異常は明らかでなく、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体は正常値でウイルス性肝炎を示唆する所見も見られなかった。肝生検を施行し、interface hepatitisおよびリンパ球の質浸潤が確認された。肝細胞のロゼット形成は見られなかった。CD4、CD8陽性リンパ球の分布は同程度であった。以上の経過から、grade4の肝障害をIMHと診断し、メチルプレドニゾロン1.5 mg/kg/dayで加療開始した。治療開始後4日目に肝障害が改善傾向となり、ステロイドを漸減しても肝障害は改善傾向を維持した。【結語】本症例では、IMHの発症後速やかに診断・加療し、病状改善に繋げることができた。若干の文献学的考察を加えて報告する。

irAE, IMH

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
福岡なつみ, 吉川修平, 橋本 凌, 小島 稔, 佐々木吾也,
佐藤杏美, 今井友里加, 高橋成明, 勝部聡太, 森野美奈, 小糸雄大,
三浦孝也, 石井剛弘, 大竹はるか, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴,
松本吏弘, 宮谷博幸, 真嶋浩聡

症例は78歳男性。多発肝細胞癌に対しX-18日よりアテゾリズマブ・ペバシズマブ (ATZ/B-mab) を投与開始した。X-16日より足がもつれる症状が出現し、X-3日からは自力歩行できない状態となった。入院時JCS2の意識障害を認め、副腎不全やirAE下垂体炎を念頭に内分泌の精査を含め血液検査を行った。低Na血症の他は明らかな所見を認めなかったが、Na補正ののちも意識障害が進行した。頭部MRI検査、髄液検査、脳波検査を施行したが、疾患特異的な所見はなく、irAE脳炎としてX+3日よりメチルプレドニゾロン1000mg/dayを3日間投与した。その後一時的に意識障害は改善したものの、再び増悪しX+8日より2度目のステロイド投与を施行した。同時に画像所見上肝細胞癌の急速な進行を認め、呼吸状態も不安定となったためX+14日にICU入室のうえ集中治療を行った。X+16にはICUを退室し、ステロイド投与は意識障害の改善に寄与している可能性が考えられたため後療法を継続した。しかし、誤嚥性肺炎の併発や肝細胞癌の進行もあり療養病院へ転院した。本症例ではATZ/B-mab投与2日後に意識障害を認めており、かつ他の意識障害をきたす疾患の診断基準を満たさず、irAE脳炎の可能性が高いと考えられる。ATZ/B-mabを含めた抗PD-L1抗体製剤とirAE脳炎の疫学や治療について文献的考察を加えて報告する。

irAE脳炎, 肝細胞癌

Durvalumab + Tremelimumabによる治療経過中に重篤な免疫関連有害事象を発症するも奏功が得られた
切除不能肝細胞癌の二例

東京医科歯科大学 消化器内科¹⁾, 同 肝臓病態制御学²⁾,
同 疾患生理機能解析学³⁾, 同 統合教育機構⁴⁾
延澤 翼¹⁾, 金子 俊¹⁾, 村川美也子¹⁾, 稲田賢人¹⁾, 持田知洋¹⁾,
渡壁慶也¹⁾, 志水太郎¹⁾, 土屋 淳¹⁾, 三好正人¹⁾, 中川美奈⁴⁾,
柿沼 晴³⁾, 朝比奈浩靖^{1,2)}, 岡本隆一¹⁾

【症例1】70代男性。X-1年3月にmetabolic dysfunction associated steatotic liver diseaseによる肝硬変を背景とした肝細胞癌を認め、同年7月に肝S8亜区域切除術が施行された。以後再発なく経過していたが、X年6月のCTで最大径2.4cm、計5箇所肝細胞癌再発を認めた。切除不能肝細胞癌に対してlenvatinib12mgの投与を開始したが、Grade3の蛋白尿と手足症候群を発症したため、休薬・減量投与となり、同年9月の画像効果判定ではProgressive Diseaseとなったが、二次治療として同年11月よりDurvalumab + Tremelimumab (DT)を開始した。投与34日目にGrade3の免疫関連有害事象(irAE)筋炎を発症したが、PSL1mg/kgの投与を開始し、コントロール良好となった。その後Durvalumabの再開希望なく、経過をみているが、初回単回投与から約5か月後の画像効果判定でもmRECISTではComplete Response (CR)、RECISTではPartial Response (PR)を維持している。【症例2】70代男性。X-1年11月に食道胃接合部癌と診断された際にアルコル性肝硬変を背景とした約16cmの切除不能肝細胞癌を認めた。X年1月にDT投与を開始し、投与19日目にGrade3のirAE肝障害と甲状腺炎を発症したが、PSL1mg/kgの投与を開始し、コントロール良好となった。治療再開希望がありPSL10mg内服下で約3か月後にDurvalumabを再開した。投与開始3か月後の画像効果判定でもmRECIST/RECISTでそれぞれPRを維持している。【考察】抗CTLA-4抗体と抗PD-L1抗体を併用するDTではirAE発症率は比較的高いとされている一方、irAE発症例では生存期間は有意に長いとする報告もある。我々が経験した2例のようにGrade3以上の重篤なirAEであっても、適切にマネジメントすることで治療奏功が得られる例もある。DT療法の自験例での解析及び文献的考察を踏まえ報告する。

肝細胞癌, 免疫関連有害事象

早期胃痛を合併した切除不能肝細胞癌症例に対して
アテゾリズマブ+ペバシズマブ療法を行った2症例

東海大学 医学部附属八王子病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾, 有隣厚生会 富士小山病院³⁾,
幸隆会 多摩丘陵病院⁴⁾
山口 徹¹⁾, 広瀬俊治¹⁾, 田澤遙介¹⁾, 小村佑司¹⁾, 張つばみ¹⁾,
伊藤彩乃¹⁾, 津田真吾¹⁾, 永田順子¹⁾, 伊藤裕幸¹⁾, 小嶋清一郎³⁾,
渡辺勲史⁴⁾, 杉山朋子²⁾, 田尻琢磨²⁾, 鈴木孝良¹⁾

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬による治療効果が期待されている。今回我々は胃癌と肝細胞癌(HCC)の重複癌症例にアテゾリズマブ+ペバシズマブ(ATZ-BEV)を投与した。【症例1】60歳代、男性、非アルコール性脂肪性肝炎(NASH)症例。腹痛精査のために近医で行った腹部超音波で肝右葉に巨大腫瘍が見つかり当院を受診した。精査結果、両葉に複数のHCCがありATZ-BV適応と診断した。スクリーニングの上部消化管内視鏡検査(EGD)で胃体下部に早期胃癌(signet ring cell carcinoma)を認めた。HCCを予後決定因子と診断して2023年6月、ATZ-BVを投与した。倦怠感や皮疹のために休薬をしながら3コース投与したところAFPは開始時の4729 ng/mLから3 ng/mLに改善、肝内病変はCRであった。ATZ-BV開始8か月後に再度EGDを行ったところ胃癌は肉眼的に縮小、病理で悪性所見が検出されなかった。【症例2】70歳代、男性、アルコール性肝硬変症例。糖尿病で近位に通院中、スクリーニング検査でHCCが見つかり、2022年6月に当院でS8、S4HCCに対して部分切除術を行った。2023年4月に左頸部にリンパ節腫脹が出現し病理学的にHCC転移と診断した。ATZ-BV投与前スクリーニングのEGDで胃前庭部に早期胃癌(tubular adenoma)を検出した。HCC治療を優先し同年8月からATZ-BVを投与開始した。9コース投与後に造影CTで頸部リンパ節の縮小と胃癌病変がgroup1に改善していることが確認された。【考察】ATZ、BEVはHCC以外に大腸癌や非小細胞肺癌で適応がある。大規模臨床試験では進行胃癌に対するBVの効果が検証され全生存率改善に効果は無かったが無再発生存に寄与することが示されている。しかし早期胃癌に対する報告は無い。今回、胃と肝臓の重複癌症例にATZ-BVを投与しどちらの癌腫にも良好な効果を得た2例を経験したので報告する。

肝細胞癌, 早期胃癌

腫瘍随伴症候群として高カルシウム血症を呈した肝細胞癌の一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
泉 直登, 渡邊俊司, 大塚陽介, 上野 航, 三浦光一, 森本直樹,
山本博徳

【症例】60歳代、男性、13年前から糖尿病に対して内服治療を受けている。7週間前から腹部膨満感を自覚し、利尿剤を処方され一時的に症状は改善したが再増悪するため、3週間前に前医に入院した。腹部CT検査で大量腹水と門脈腫瘍栓を伴う肝腫瘍を認め、AFP高値であることから肝細胞癌と診断された。大量腹水貯留に対してBCAA製剤のほか、トルパブタン7.5mg/日、スピロラクトン50mg/日、フロセミド40mg/日を用いても管理が困難であり、肝細胞癌の積極的な治療適応とならないと判断されていた。セカンドオピニオンを希望し当院を受診した。【既往症・生活歴】糖尿病、高血圧、十二指腸潰瘍、飲酒：飲まない【現症】身長160cm、体重70.3kg、結膜：黄染なし、腹部：膨満、波動あり、圧痛なし、四肢：下腿浮腫なし【検査所見】PT(%) 76.7%、HbA1c 5.9%、ALB 3.6 g/dL、BUN 69 mg/dL、CRE 1.69 mg/dL、T-Bil 1.46 mg/dL、AST 73 U/L、ALT 37 U/L、AFP 235960 ng/mL、PIVKA2 3804 mAU/mL、Na 131 mmol/L、K 5.1 mmol/L、Cl 97 mmol/L、Ca 16.6 mg/dL、PTHインタクト 6 (10-65pg/mL)、PTHrP 6.4 (1.1pmol/L以下)腹部造影CTで門脈右枝から本幹、一部左枝に及ぶ腫瘍栓を伴う肝腫瘍を認める。【経過】同日入院の上で充分量の補液を施行した。入院時検査で、高カルシウム血症を認め、骨病変を認めないため腫瘍随伴症候群と診断した。エルカトニン製剤、ゾレドロン酸の投与を行い、徐々にカルシウム値は軽快、腎機能も正常化した。腹水貯留に対しては穿刺排液とアルブミン補充を行い、肝臓に対する治療として肝動注療法を施行した後に退院した。外来でAtezolizumab + Bevacizumab併用療法を開始し、経過観察中である。【考察】骨病変や原因疾患を伴わない悪性腫瘍に高カルシウム血症をきたすことがあり、PTHrP産生腫瘍による傍腫瘍症候群として知られている。肺がんや頭頸部扁平上皮癌によるものが多く、肝細胞癌によるものは比較的稀である。本症例では利尿剤投与と高Ca血症により、より高度の血管内脱水を来していた可能性があり、病態の把握と適切な対応が重要と考えられる。

腫瘍随伴症候群, 肝細胞癌

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器・一般外科²⁾
橋本英篤³⁾, 橋本英篤¹⁾, 渡邊綱正¹⁾, 鈴木達也¹⁾, 井田圭亮²⁾,
小泉 哲²⁾, 立石敬介¹⁾

【はじめに】近年, 進行肝細胞癌(HCC)治療の発展は目覚ましく, レンパチニブ(LEN)や免疫チェックポイント阻害薬の高い奏効率が報告されている。今回, 当院で薬物療法後に根治的治療であるconversion肝切除を行った3例について報告する。【症例1】70代男性, C型肝炎SVR後に肝S7からS1にかけて単発9cm大のHCCを認め, 残肝機能から切除限界を超えると判断し, 薬物療法とカテーテル治療を先行した。LEN-TACE, アテゾリズマブ+ベバシズマブ(ATZ+BV)療法により, 7cmまで腫瘍縮小を認め, m-RECISTでCRとなった。腫瘍縮小による尾状葉温存が可能となり, 肝予備能も切除範囲内と判断し, ATZ+BV療法6コース施行後, BV最終投与の6週間後にconversion肝切除を施行した。【症例2】70代男性, B型肝炎既感染, 急性期脳梗塞入院中の腹部CTにて, 偶発的に肝右葉13cm大のHCCを指摘された。腫瘍占拠部位と腫瘍径より切除境界と判断し, 全身薬物療法を先行した。ATZ+BV療法を2コース施行後に腫瘍縮小を認め, ATZ+BV療法3コース施行後, BV最終投与の5週間後にconversion肝切除を施行した。【症例3】70代男性, B型肝炎既感染, 総胆管結石精査目的の腹部CTにて, 肝S8を主座に下大静脈へ浸潤する約9cmのHCCを認めた。下大静脈浸潤を認めることから, 全身薬物療法を先行した。ATZ+BV療法を5コース施行後に著明な腫瘍縮小ならびに下大静脈浸潤の縮小を確認し, ATZ+BV療法6コース施行後, BV最終投与の6週間後にconversion肝切除を施行した。【考察】薬物療法によりダウンスレージングないし外科切除境界の改善が得られ, 根治的な肝切除術が可能となったHCCの3例を経験した。ABC conversion 肝切除では, まず切除困難な理由を内科と外科で共有し, さらに薬物療法により期待する治療効果を明確にしたうえで内科治療を開始し, 切除タイミングを逸することなく, また手術前の抗VEGF阻害薬の調整など, 集学的な治療戦略が必要と考える。

ABC conversion, HCC

ステロイドが奏効した自己免疫性肝炎の診断基準を満たさない原発性胆汁性胆管炎の一例

公立昭和病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾,
同 臨床検査科³⁾
細川貴範¹⁾, 浦牛原幸治¹⁾, 川口 淳²⁾, 櫻井 幸³⁾, 鈴木祥子²⁾,
小林正佳¹⁾, 大野一将²⁾, 菊地翁輝¹⁾, 山崎 洵¹⁾, 石田拓也¹⁾,
武田雄一²⁾

【症例】55歳女性【既往歴】脳梗塞, 子宮全摘, 網膜剥離【常用薬】シロスタゾール, アムロジピン, カンデサルタン【経過】2週間前から褐色尿, 倦怠感続き近医受診し黄疸認めたとのことで紹介となった。ビリルビン8.7mg/dlと黄疸を認め造影CTでは明らかな閉塞機転は認めずperiportal collar signを認め急性肝炎を疑った。アルコール摂取歴や薬剤性肝障害を疑う被疑薬なくHBs抗原陰性, HCV抗体陰性, 抗核抗体40倍, 抗ミトコンドリア抗体80倍であった。経過観察としていたが, ビリルビンが徐々に上昇し第5病日に肝生検を行い原発性胆汁性胆管炎の診断となった。第9病日ビリルビンが22.4md/dlまで上昇し造影CTを再度行ったが来院時と著変なく閉塞性黄疸は否定的であった。国際AIHグループ(IAIHG)の簡易版診断基準は満たさないもののプレドニゾン40mg内服を開始したところビリルビンは速やかに低下し, プレドニンを徐々に漸減し第108病日でプレドニンを中止しウルソデオキシコール酸のみ継続としているが1年半経過時点で再燃は認めていない。【結語】原発性胆汁性肝硬変は病因が未だ解明されていない慢性進行性の胆汁うっ滞性肝疾患であり, 治療はウルソデオキシコール酸が第一選択であり通常ステロイドは使用されない。PBC-AIHオーバーラップ症候群と診断された場合はステロイドが奏功することが知られているが, 本症例では自己免疫性肝炎の診断基準を満たさないにも関わらずステロイドが奏功した。自己免疫性肝炎の合併しない原発性胆汁性胆管炎に対しステロイドが奏功した症例の報告は少なく貴重な症例と考えここに報告する。

原発性胆汁性胆管炎, PBC-AIHオーバーラップ症候群

ステロイド治療を行うことなく良好に経過したIgG4関連硬化性胆管炎の一例

東京都立多摩北部医療センター 消化器内科
小山友裕, 柴田喜明, 中村里菜, 山田善人, 鈴木健太, 山東憲史,
葉山惟信, 四宮 航

【背景】IgG4関連硬化性胆管炎に対する基本的治療としてステロイド治療が推奨されているが, ステロイド治療の長期化による有害事象のリスクも懸念される。本症例ではステロイド治療を行うことなく良好に経過したIgG4関連硬化性胆管炎の一例を提示する。【症例】59歳男性。前医の採血にて肝胆道系酵素の上昇があり, CTを施行したところ肝門部の胆管閉塞及び左肝内胆管の拡張を認めたことから当院紹介となった。血液検査にてIgG4 466 mg/dlと高値を認め, MRCP上近位総胆管から両肝管にかけて狭窄を認めた。EUS上も同様の所見があり, 後日ERCPにて経口胆道鏡を用いて観察したところ近位胆管～肝門部に全周性の壁肥厚及び血管の増生・拡張を認めた。胆道鏡下に生検を施行し, 病理組織検査でIgG4を含む炎症性細胞浸潤が認められたことからIgG4関連硬化性胆管炎と診断した。ステロイド治療を検討したが, 新型コロナウイルス感染症に罹患したこともあり見送りとなった。罹患後の外来でも無症状のまま経過しており, 当院紹介から4ヶ月後にMRCPを施行したところ狭窄は軽減し, 血中IgG4値も248 mg/dlまで改善していた。治療は開始せずに経過観察とし, 当院紹介から5ヶ月後に胆管ステントを抜去したが, その後のMRCPでも狭窄の増悪はなくステロイド治療なしで良好に経過した。【考察】IgG4関連硬化性胆管炎診断後の治療として本来であれば黄疸等症候がなくとも積極的なステロイド治療の導入が勧められるが, 本症例では自然経過にて胆管狭窄及び血中IgG4値の改善傾向を認めた。ステロイド治療の有害事象を加味すると, 無症状の患者に対する早期治療介入は必須ではない可能性がある。無症状にて診断されたIgG4関連硬化性胆管炎の場合, 定期的に検査を行い胆管狭窄や自覚症状がなければ慎重な経過観察も考慮される。【結論】ステロイド治療を行うことなく良好に経過したIgG4関連硬化性胆管炎の一例を経験した。

IgG4関連硬化性胆管炎, ステロイド

下部胆管閉塞により胆管十二指腸瘻を認め, 自然瘻孔からドレナージした一例

足利赤十字病院 内科
牧 竜一, 鈴木統裕, 川田陽介, 田中孝尚, 漆原史彦,
室久俊光

【症例】53歳 男性。20XX年6月に心窩部痛, 発熱を主訴に前医を受診。血液検査にて炎症反応, 肝胆道系酵素の上昇を認め, 閉塞性黄疸・急性化膿性胆管炎が疑われたため当院に緊急搬送。当院CT検査にて総胆管, 肝内・肝外胆管の拡張を認め, 下部胆管狭窄に伴う閉塞性黄疸の診断となり, 入院となる。第2病日に40℃台の発熱を認め, 血液検査にて炎症反応の高度上昇, 血小板の低下を認め, DIC score 6点となり, 重症胆管炎の診断。同日緊急にてERCPを施行した。十二指腸乳頭部球部に胆汁, 結石の排出を伴う瘻孔, 十二指腸浮腫に伴う狭窄所見を認めた。狭窄部位はJF-260Vスコープが通過できなかったため, GIF-Q260Jに切り替えたが通過できず, 鎮静が十分に得られず体動が激しくなったため検査を中止した。第3病日に炎症・肝胆道系酵素の上昇が継続して認められ, 処置の難易度から安全な鎮静が必要と判断したため, 全身麻酔下でのERCPとした。前日通過不可能であった十二指腸球部を側視鏡が通過できたため, 経乳頭の胆管挿入を試みるが下部胆管の狭窄が強く胆管選択が困難であった。そこで十二指腸球部の瘻孔から造影を行い, 総胆管の造影ができたため同瘻孔から胆管選択に成功。胆管十二指腸瘻と判断して, 同瘻孔からのドレナージを試みる方針とした。同瘻孔に対してプラスチックステントを留置して処置終了とした。その後肝胆道系酵素・炎症反応の改善が認められ, 第11病日に軽快退院となる。【考察】遠位胆管・乳頭部・膵頭部に癌が認められた場合に経乳頭アプローチが困難な場合がある。現在ではEUS-CDSにて十二指腸球部と総胆管に瘻孔を形成しドレナージを行うことがある。本症例では自然に形成された総胆管-十二指腸瘻孔からの胆道ドレナージ術であり, 医学中央雑誌で検索し同一の内容の報告がなかったため稀な症例であると考え文献的考察を含めて報告する。

胆管十二指腸瘻, ERCP

急性肺炎後に回腸瘻を形成した被包化壊死に対して複数本の経胃のドレナージと経乳頭ドレナージが有効であった一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器内科¹⁾、
東京都立多摩北部医療センター 消化器内科²⁾、
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科³⁾、
葉山優子¹⁾、大久保知美¹⁾、厚川正則¹⁾、本宮里奈¹⁾、金本泳秀¹⁾、
新川将大¹⁾、東 哲¹⁾、下鍬秀徳¹⁾、濱濱亮平¹⁾、木下 舞¹⁾、
桐田久美子¹⁾、池田 剛¹⁾、吉田祐士¹⁾、鈴木健太²⁾、葉山惟信³⁾、
柴田喜明²⁾、藤森俊二¹⁾、岩切勝彦³⁾

【背景】急性肺炎の合併症として仮性脾嚢胞や被包化壊死が生じ、それらに消化管瘻が約3~10%程度併発することが報告されている。消化管瘻は膿瘍ドレナージのみで閉鎖することも多く、全身状態や被包化壊死の大きさ形態などによって個々に治療選択がなされる。今回我々はアルコール性急性肺炎後に複数の回腸瘻を形成した骨盤腔に至る巨大な被包化壊死に対して経胃のドレナージチューブを3本留置し、加えて主腸管からの膿液漏れに対し経乳頭のドレナージチューブを留置する比較的低侵襲な治療により軽快した一例を経験したので報告する。【症例】40代男性。併存症は高血圧のみで焼酎3合/日。202X年1月下旬に自製困難な左側腹部痛を主訴に当院救急外来を受診となり、重症急性肺炎CT grade 2の診断で同日緊急入院とした。入院時は予後因子1点だったものの大量補液の反応性が乏しく、翌日には乏尿かつ予後因子4点となり集学的加療が行われた。すみやかにCHDFを離脱できたものの経時的なCTでは脾周囲壊死の所見が認められた。厳密な管理にて経過をみたが第28病日から炎症増悪し、CTで脾から骨盤腔に連続する不整な被包化壊死を認めた。第35病日に超音波内視鏡下経胃的に内瘻チューブと外瘻チューブを1本ずつ留置した。しかしながら改善乏しく第46病日に経胃的に膿瘍腔造影をしたところ、多房性の膿瘍と回腸への瘻孔を2か所認めた。慎重に隔壁を破った上で瘻孔近傍に位置するよう内瘻チューブを計3本留置した。この後も経口摂取再開にて発熱があり第54病日MRCP撮影し主腸管途絶を確認した。同日ERCPで主腸管造影したところ膿瘍腔への造影の漏出を認めたため、主腸管にドレナージチューブを留置した。以後は良好な経過を辿り第68病日に軽快退院へ至った。発症3か月後のCTでは膿瘍腔は著明に縮小し、腸管との明らかな連続性は認められず瘻孔の閉鎖が期待される。【結語】急性肺炎後の被包化壊死では、消化管瘻の有無や膿液漏の部位を繰り返し評価し、適切な位置でドレナージをする必要があると考えられた。

急性肺炎、被包化壊死

当院で経験した免疫チェックポイント阻害剤関連障害5例の検討

がん研有明病院 肝胆脾内科
前川有里、武田剛志、佐藤洋一郎、平井達基、鈴木由佳里、
三重克亮、古川貴光、岡本武士、佐々木隆、尾阪将人、
笹平直樹

免疫チェックポイント阻害剤(ICI)による免疫関連有害事象(irAE)は、全身の様々な臓器で発症しうる副作用であり、早期発見・早期対応が重要である。irAEは、内分泌障害、皮膚障害、大腸炎などの頻度は高い一方、脾障害は稀であり、発生頻度や危険因子は判明しておらず、治療法についてもまだ確立していない。そこで当院で経験したICI関連脾障害5例の特徴について検討した。ICI関連脾障害は、CTCAE ver. 5.0でGrade3以上のアミラーゼ/リパーゼの上昇と定義し、それに加え、腹痛と脾炎に特徴的な画像所見がある場合には脾炎を伴うICI関連脾障害と診断した。年齢中央値は62歳、性別は男性3例、女性2例。原疾患は、子宮体癌2例、食道癌1例、肺癌1例、腎癌1例。ICI2剤併用(抗PD1抗体+抗CTLA-4抗体)が2例、ICI単剤(抗PD1抗体)が3例。ICI初回投与から脾障害発症までの期間の中央値は112日(14-228日)。脾障害発症時、他のirAE併発例は3例(大腸炎1例、前立腺炎1例、無症候性髄膜炎・無症候性ブドウ膜炎1例)、他のirAE既往例は1例(皮膚障害、甲状腺機能低下症、副腎機能低下症)、脾障害が初回のirAEであったのは1例であった。自覚症状は腹痛を4例で認め、血中アミラーゼは中央値で750 U/L(505-889 U/L)と上昇し、CTでは4例で自己免疫性脾炎様の脾腫大所見を認めた。脾炎を伴うICI関連脾障害は4例であった。治療は4例でステロイド投与(3例:PSL 1mg/kg、1例(大腸炎併発例):mPSL 2mg/kg)が行われ、1例は大量輸液のみが行われた。治療後、全例で腹痛は改善、血中アミラーゼは正常化(中央値 32日[13-54日])し、脾腫大も改善した。禁食期間中央値は3日(0-4日)であった。脾障害による死亡例は認めなかった。ICI関連脾障害に関してはまだまだ不明な点も多いが、若干の文献的考察を加え、報告する。

免疫チェックポイント阻害剤、免疫関連有害事象

肝転移を有していたものの、原発巣のコントロールのためにSSPPDを施行した脾腺房細胞癌の一例

神奈川県立がんセンター病院 消化器内科(肝胆脾)
榎本昌人、福島泰斗、白石和雅、濱口智美、戸塚雄一郎、朝井靖二、
小林 智、上野 誠

【症例】40歳、女性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年2月に心窩部痛を認め、腹部超音波検査で脾頭部腫瘍を指摘されたため前症を紹介受診した。造影CTで肝転移および脾頭部腫瘍破裂による脾液漏れを認めたため入院となり、保存的治療で改善を得た。原発巣は上腸間膜動脈への浸潤が疑われ、EUS-FNAでAcinar cell carcinomaの病理診断を得て、脾腺房細胞癌 cT4N1M1, Stage 4 (UICC8版)と診断、X年5月当院紹介受診となった。ECOG PS 0、主要臓器機能は良好であり、GEM+nab-paclitaxel (GnP)を開始した。6コース終了後の造影CTで原発巣の増大を認めたためPDと判定され、X年7月よりmodified FOLFIRINOX (以下mFFX)を開始した。6コース終了後のX年7月にGrade3の下痢を認めたため、イリノタカンを1段階減量して投与を継続し、11コース終了後の造影CTでPRと判定された。しかしながら、繰り返す腫瘍内感染により治療継続が困難となったことに加えて、十二指腸浸潤による腫瘍出血のリスクが高いと考えられたため原発巣の切除を行う方針とした。X+1年1月に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術(以下、SSPPD)を施行した。腫瘍は小児頭大であったものの周囲への浸潤所見は認めず、剥離面の組織を迅速診断に提出したところ悪性所見は認められなかった。脾切除は門脈直上で行い、脾断端迅速診断でも悪性所見は認められなかった。術後合併症なく経過し術後18日目に退院となり、X+1年3月よりmFFXを再開し、現在も化学療法を継続している。【結語】遠隔転移を有する脾腺房細胞癌は通常手術適応を有しないものの、化学療法に加えて、繰り返す感染等のコントロールのために原発巣切除を行い、良好な経過を得た一例を経験した。

脾腺房細胞癌、腫瘍内感染

前立腺癌治療薬・アビラテロンによる肝細胞障害型薬物性肝障害

昭和大学江東豊洲病院 消化器センター
尾崎美優、野村憲弘、柴田悠樹、加藤久貴、川崎佑輝、角 一弥、
牛尾 純、江口潤一、横山 登、井上晴洋、伊藤敬義

【背景】CYP17Aの選択的阻害剤であるアビラテロン酢酸エチルは去勢抵抗性前立腺癌に対する治療薬として近年普及している。一方でアビラテロン投与中の劇症肝炎発症の報告が散見する。今回アビラテロン投与中に急性肝障害を発症し、肝組織検査で過剰免疫による肝細胞障害が成因と診断された1例を経験したので報告する。【症例】75歳男性【主訴】肝機能障害【臨床経過】前立腺癌に対し1ヶ月前からアビラテロン投与中、意識障害で前医に救急搬送された。意識障害は速やかに改善したが、血液検査で高度な急性肝障害を認め当院に転院した。入院時血液生化学検査はAST 2,504 IU/L、ALT 2,703 IU/L、LDH 1,656 IU/L、PT 55.9%、T-Bil 1.5mg/dL、γ-GTP 30 IU/Lで肝細胞障害型肝障害を示唆した。ウイルス性急性肝炎やアビラテロンによる薬物性肝障害を疑い、アビラテロンを入院時より中止した。患者はC型慢性肝炎治療後のSVR患者だったが、その他の肝炎ウイルス及び自己免疫性肝疾患関連マーカーは陰性で、腹部造影CT検査でも胆嚢内結石は存在するものの総胆管結石など胆管病変は否定された。入院第3病日に肝生検を施行し、薬物性肝障害疑いに対しメチルプレドニゾン(mPSL)によるパルス療法を開始し、第7病日にはAST 114 IU/L、ALT 1,012 IU/L、PT 78%まで改善した。その後プレドニゾン(PSL)による後療法を行い第27病日に退院した。肝組織病理検査ではCD8及び一部CD4主体のリンパ球浸潤を認め、細胞性免疫過剰による薬物性肝障害と診断した。【考察】アビラテロンによる薬物性肝障害を経験した。肝組織検査では類洞内に浸潤したCTLによる肝細胞障害が確認され、アビラテロンもしくはその代謝物が惹起したものと推察された。【結語】アビラテロンによる劇症肝炎発症機序として肝細胞に対する細胞性免疫過剰が中心と考えられ、免疫複合療法によるirAEと同様に速やかな免疫抑制療法導入が重要と示唆された。

アビラテロン、薬物性肝障害

東京医科歯科大学病院 消化器内科¹⁾、同 光学医療診療部²⁾、同 病理部³⁾
 小野寺啓¹⁾、小笠原暢彦¹⁾、金子 俊¹⁾、延澤 翼¹⁾、村川美也子¹⁾、竹中健人¹⁾、小林正典¹⁾、福田将義²⁾、山本浩平³⁾、大塚和朗³⁾、朝比奈靖浩¹⁾、岡本隆一¹⁾

【症例】80歳代男性。非ウイルス性肝硬変症を背景とする肝細胞癌に対し、約20年前より肝部分切除術、肝動脈化学塞栓術、全身薬物療法による治療を行っていた。2年前からは無治療で再発なく経過観察していたが、X年2月に肝切離面および右肺上葉腫瘍の新出・増大が認められ、肝細胞癌の肺転移の疑いで精査中であった。X年3月、意識障害のため当院へ救急搬送となり、血液検査で貧血の進行、BUN/CrE比の上昇が認められ上部消化管出血が疑われた。同日施行した上部消化管内視鏡検査では、胃体上部大弯後壁より発赤調腫瘍が認められ、同部位からの出血が疑われた。病理組織学的検査ではH.E.染色で類円形核と好酸性の細胞質を有する腫瘍細胞が索状構造を示しながら増殖し、免疫染色でArginase-1、HepPar-1が陽性でCK7、CK20が陰性であったため、肝細胞癌胃転移の診断となった。6か月前に施行した上部消化管内視鏡検査では同部位に明らかな腫瘍は認められず、短期間で急速な増大を示したと考えられた。高齢・全身状態を考慮すると手術は困難と判断し、出血制御目的に20Gy/5回の放射線治療を施行した。その後、デュルバルマブ投与により病勢の制御を行っているが、以降貧血の進行はなく、経過良好である。【考察】上部消化管出血を契機として診断された肝細胞癌胃転移の一例を経験した。肝細胞癌の胃転移は極めて稀であり、手術療法困難時の肝細胞癌胃転移への治療法は未だ確立されていない。本症例は肝細胞癌胃転移に対して局所放射線療法および全身薬物療法により出血制御が得られ、良好な経過をたどっている希少な例であり、診断および治療経過ともに示唆に富む。文献的考察を踏まえ報告する。

肝細胞癌、胃転移

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科¹⁾、日本医科大学多摩永山病院 消化器内科²⁾
 木原 遥¹⁾、河野惟道²⁾、厚川正則¹⁾、北村倫香¹⁾、塩田香織¹⁾、長谷川雄太¹⁾、新井泰史¹⁾、岩下 愛¹⁾、山脇博士²⁾、新福摩弓²⁾、金子恵子¹⁾、近藤千紗¹⁾、糸川典夫¹⁾、田中 周²⁾、岩切勝彦¹⁾

【症例】60歳代男性。【現病歴】MAFLDの既往を有し、20XX年7月肝右葉に生ずる12cm大の肝細胞癌に対して肝右葉切除術を受け、pT3N0M0、pStage IIIA（中分化型肝細胞癌）と診断された。20XX+1年5月CTおよびMRIにより第二腰椎の溶骨性変化を指摘され、CTNBで第二腰椎骨転移再発・進行肝細胞癌と診断された。同月全身化学療法としてアテゾリズマブ（Atz）・ベバシズマブ（Bev）が導入されたが、2コース投与後に抗PDL1抗体誘導乾癬様皮膚炎（Grade3）を発症し中止となった。乾癬の治療に並行して20XX+1年10月骨転移に対して定位放射線治療（SRT）（20Gy/1Fr）を行い、同年11月レンパチニブ（LEN）の投与を開始した。その後乾癬を増悪させることなくLEN投与が継続され、20XX+4年5月において完全奏効を維持している。【考察】乾癬は、異常角化を特徴とする難治性の慢性炎症性皮膚疾患であり、活性化T細胞が種々のサイトカインを産生し、角化細胞の増生や慢性炎症を誘導する。乾癬における血管内皮増殖因子（VEGF）は、その過剰発現によって血管新生と血管透過性が亢進され、角化細胞の過剰増殖に寄与するとされている。LENは、広範なキナーゼ阻害薬であるために乾癬を改善させる可能性が示唆される一方でNK細胞の活性化を通して増悪させる可能性も指摘されている。抗PDL1抗体による乾癬は、ランゲルハンス細胞におけるPDL1シグナルの遮断によって誘導されることが示されており、マルチキナーゼ阻害薬における乾癬発症のメカニズムとは異なる。このことからLENは、抗PDL1抗体による乾癬を増悪させることなく2次治療として導入できる可能性がある。また肝細胞癌による骨転移については、放射線治療の感受性が高いとはいえないことからSRTに連続したLENの投与が奏功に寄与している可能性がある。【結語】抗PDL1抗体による乾癬を合併した肝細胞癌術後骨転移再発に対してSRT後に後治療としてLEN投与後乾癬を増悪させることなく完全奏効を得た1例を経験したため、治療経過および文献的考察を含め報告する。

肝細胞癌、乾癬

東京医科大学 消化器内科学分野¹⁾、同 消化器外科・小児外科学分野²⁾、同 病理診断学分野³⁾
 良沢 玲¹⁾、竹内啓人¹⁾、杉本勝俊¹⁾、高橋宏史¹⁾、掛川達矢¹⁾、和田卓也¹⁾、吉益 悠¹⁾、刑部弘哲²⁾、瀧下智恵²⁾、永川裕一²⁾、松林 純³⁾、長尾俊孝³⁾、糸井隆夫¹⁾

【症例】40代女性【既往歴】20代に甲状腺癌（手術、術後にチラージン175μg/日内服）【現病歴】2006年頃よりCTで肝右葉後区域に3cm大の肝血管腫を指摘された。2021年3月甲状腺外科でCTを施行したところ肝血管腫が増大傾向（12cm大）であり、当科紹介受診した。造影CTでは典型的な肝血管腫であり、以降年1回の単純MRIで経過観察していた。2023年12月第1子を出産し、出産後9日目より悪寒と発熱を認めた。近医で抗生剤加療や対症療法を行うも改善なく、2024年1月当科紹介受診し、入院となった。【入院後経過】不明熱精査で血液検査や各種培養検査を施行するも、明らかな膠原病や血管炎、感染症は否定されたが、IL-6が47.6pg/mL（基準値：7.0pg/mL以下）と高値であった。造影CTでは肝血管腫は13cm大であり、内部に低吸収域が混在し、出血や壊死が疑われた。造影超音波検査でも、肝血管腫内に造影欠損域を認めた。NSAIDsの内服をするも効果は一時的であり、CRPも10～13mg/dLを推移し改善がなかった。消化器外科にコンサルトし、同年2月外科的肝切除を施行した。術後速やかに解熱し、経過良好にて退院となった。3月の外来受診時にはCRPやIL-6（3.2pg/mL）は正常化した。【まとめ】10cmを超える巨大肝血管腫は不明熱の原因となり得る。これは肝血管腫の内部で出血や壊死が生じると、血管腫の内側を裏打ちする免疫細胞が刺激され、IL-1やIL-6等の免疫メディエーターを放出し、肝臓の炎症反応により発熱が引き起こされると考えられている。本症例でも高値であったIL-6が術後に正常化しており、病態の一因となっていた可能性がある。今回不明熱を契機に発見され、切除により解熱した内部に壊死を伴った巨大肝血管腫の1例を経験したので報告する。

血管腫、不明熱

杏林大学病院 消化器内科
 高田華瑠、關 里和、友近 瞬、小松悠香、森久保拓、箕輪慎太郎、磯村杏那、川村直弘、柴原純二、森 秀明、久松理一

40歳代の男性。人間ドックの腹部CT検査で多発肝腫瘍を認めた。腹部造影MRIを施行し、多発肝血管腫とともに転移性肝腫瘍や肝内胆管癌を疑う病変を認めたため、202X年2月X日に当科を受診した。【既往歴】脳動脈奇形（手術）、副鼻肺炎（手術）、うつ病加療中。【検査所見】血液検査では、血算、生化学検査は正常。腫瘍マーカーはCEAのみ軽度高値であった。腹部造影CT検査では、肝両葉に辺縁から内部に向かって造影された腫瘍が多発しており、血管腫が考えられた。一方、S6に肝外へ突出する径20mm大の腫瘍を認め、動脈早期相でリング状に濃染し、平衡相でwash outしており血管腫と異なる造影所見であった。腹部造影超音波検査：肝両葉に血管腫を疑う複数の腫瘍を認めた。S6の腫瘍は境界明瞭で内部は低エコーで、ソナイドによる造影では、血管相では全体的に造影効果があり、後血管相では完全欠損した。PET-CT検査にて、肝S6の腫瘍に軽度のFDGの異常集積を認めた。上、下部消化管内視鏡検査では異常所見を認めなかった。画像検査からは悪性腫瘍を否定できず、超音波ガイド下経皮的肝腫瘍生検を施行した。【病理組織所見】肝実質内に好酸球を主体とした高度の炎症性細胞浸潤がみられ、リンパ球・形質細胞・組織球・好中球も混在していた。浸潤の顕著な領域は膿瘍を形成し、その周囲には線維増生を伴っていたが、異型細胞や腫瘍性変化は認めなかった。以上より好酸球性肝炎炎症性偽腫瘍と診断した。【経過】好酸球増多を呈する疾患が鑑別に挙げられたが、末梢血の好酸球上昇や好酸球性胃腸炎は認めなかった。悪性疾患は否定され、画像での経過観察を行ったところ、S6の腫瘍は徐々に縮小し、初診から6か月後に消失した。【考察】好酸球性肝炎炎症性偽腫瘍は、背景として寄生虫、自己免疫性疾患、血液疾患などが報告されている。本症例は自覚症状や炎症反応の上昇がなく、原因の特定には至らなかったが、肝腫瘍生検を行うことで手術を回避することができたため、診断に難渋する肝腫瘍症例では肝腫瘍生検を積極的に検討すべきであると思われる。

炎症性偽腫瘍、好酸球

Vp4門脈腫瘍栓を伴う進行肝細胞癌に対して複合免疫療法とTACEの併用により臨床的完全奏功を得た一例

虎の門病院 肝臓センター 分院肝臓内科
塩田瑞季, 保坂哲也, 瀬崎ひとみ, 山本茂輝, エリクソン安香, 川村祐介, 斎藤 聡, 鈴木義之, 荒瀬康司, 池田健次, 熊田博光, 芥田憲夫, 鈴木文孝

【症例】70歳男性【既往歴】C型慢性肝炎、幽門側胃切除後【経過】X-9年までC型慢性肝炎に対して当科外来を受診していたが、治療を自己中断しHCV RNA陽性が持続していた。X-1年に右上腹痛を主訴に当院外来を受診した。腹部造影CT検査では肝右葉全体に11cm大の肝細胞癌（HCC）を認め門脈右枝末梢から門脈本幹まで浸潤する門脈腫瘍栓を伴っていた。AFP 18.2 ng/mL、PIVKA-II 39169 mAU/mLであり、Child Pugh分類GradeA、ALBI score 2bだった。食道静脈瘤（Lm、F1-2、Cb、RC0/1、Te）、胃静脈瘤（Lg-cf、F2、Cw、RC0）を認めたが出血リスクは低いと判断し、アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法を開始し、消化管出血や重篤な有害事象は生じなかった。7コース施行した時点で、AFP 4.9 ng/mL、PIVKA-II 673 mAU/mLまで低下し、腹部造影CT検査では主腫瘍は5cm大まで縮小し、壊死した腫瘍内の一部に4cm大の腫瘍浸染領域を認めた。門脈腫瘍栓も退縮、瘢痕化し門脈本幹は完全に開存した。残存病変に対して肝動脈化学塞栓療法（TACE）を施行し、良好なリビオドール沈着が得られた。TACE施行後も、アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法を継続した。経過中に食道静脈瘤の悪化を認めたため、薬物療法を一時中断し食道静脈瘤硬化療法（EIS）を施行した。薬物療法開始から1年経過した時点で、AFP 3.6 ng/mL、PIVKA-II 29 mAU/mLと正常範囲内を維持し、腹部造影CT検査ではModified RECIST criteriaでcomplete response（CR）と判定された。【考察】一般的に高度門脈腫瘍栓を伴う肝細胞癌は予後不良とされており、治療選択肢も少ない。また、分子標的薬とTACEの併用に関する報告はあるものの、複合免疫療法とTACEを併用した報告は限られている。今回Vp4の門脈腫瘍栓を伴う進行肝細胞癌に対して、複合免疫療法が奏効しTACEと併用することにより臨床的完全奏功を得た一例を経験したので報告する。

HCC, 複合免疫療法

下大静脈腫瘍栓を伴う高度進行肝癌に対して陽子線治療が奏効した一例

医療法人 徳洲会 湘南鎌倉総合病院 消化器病センター¹⁾, 同 放射線腫瘍科²⁾
齋藤瑩子¹⁾, 小林正宏¹⁾, 徳植公一²⁾, 賀古 真¹⁾, 小泉一也¹⁾

【症例】63歳男性。【現病歴】既往に2型糖尿病、高血圧、狭心症があり、X-27ヶ月、X-15ヶ月に受診した検診の超音波検査で肝SOLを指摘されたが、血管腫が疑われ精査には至らなかった。X-3ヶ月の検診で肝SOLの増大を認めたためMRI検査を実施、肝S6に7.7cm、S5に5.0cmの多発肝細胞癌を認め、S5腫瘍より下大静脈浸潤を認めた。前医で行われた生検で肝細胞癌と診断されたが切除不能と判断され、陽子線治療を希望されX-1ヶ月に当院に紹介となった。【経過】当院受診時はBMI 41.4と高度肥満を認め、肝臓はChild-Pughスコアは6点の肝硬変であった。過去に飲酒歴があるが最近10年間は機会飲酒であり、背景肝疾患のetiologyはMetALDと考えられた。PET-CTを含む検査で肝外転移を認めず、肝予備能も維持されているため陽子線治療を行う方針となった。呼吸同期のための金属マーカーを留置後、Xより総線量72.6GyE/22Frの陽子線治療を実施した。治療中に有害事象を認めず予定通り治療を完遂可能であった。腫瘍マーカーも治療前はAFP 36,720 μg/L（L3分画23.5%）、PIVKAII 3,360 AU/Lと著明高値を認めたが、治療後は速やかに低下しX+12ヶ月後の検査で正常を維持し、画像上も肝内病変、下大静脈腫瘍栓ともに縮小を認めている。【考察】肝細胞癌に対する陽子線治療は、2022年4月に4cm以上の切除不能肝細胞癌を対象として保険承認され当院でも同年9月より実施している。下大静脈浸潤は下大静脈症候群や肺塞栓症を来す予後不良な状態である。第23回全国原発性肝癌追跡調査では肝細胞癌の肝静脈侵襲は6.5%に認め、下大静脈におよぶVv3症例は1.5%と報告されている。Vv3症例の生存期間の中央値は肝動注で5.55（リザーブ持続動注6.74）ヶ月、分子標的薬6.83ヶ月と極めて不良である。切除可能な症例では外科的切除も選択となるが本症例のように肝硬変合併で肝内多発病変を認める症例では予備能の観点からも切除は困難と考えられる。高度脈管侵襲を伴っていても肝内病変が比較的限局しており予備能が維持されている症例に対しては陽子線が有効な治療手段となりうると考えられる。

肝細胞癌, 陽子線治療

急性に同時発症したPBC-AIH overlapの一例

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
石川敬資¹⁾, 長谷川直之¹⁾, 石川直樹¹⁾, 松本めぐみ¹⁾, 松田 悠¹⁾, 小川英恵¹⁾, 湯原美貴子¹⁾, 宇野広隆¹⁾, 堀籠祐一¹⁾, 城山真美子¹⁾, 萩原悠也¹⁾, 池田貴文¹⁾, 新里悠輔¹⁾, 近藤壮登¹⁾, 岡田浩介¹⁾, 瀬尾恵美子¹⁾, 土屋輝一郎¹⁾, 竹村紀子²⁾, 河合 瞳²⁾, 松原大祐²⁾

【症例】50歳代、女性。これまで肝障害を指摘されたことはなかった。3日前より褐色尿と心窩部痛、皮膚黄染を自覚し、前医を受診した。血液検査で肝胆道系酵素上昇と黄疸を認め、精査加療目的にて当院に紹介された。入院時、眼瞼結膜と皮膚に黄染あり、その他身体所見に特記事項なし。AST 1,572 U/L、ALT 1,910 U/L、ALP 229 U/L、γ-GTP 300 U/L、T-Bil 12.4 mg/dLと肝胆道系酵素上昇および黄疸が認められた。前医の血液検査で抗核抗体陰性、抗ミトコンドリアM2抗体96.0（基準値index 7未満）と高値であり、原発性胆汁性胆管炎（PBC）が疑われた。しかし急性発症である点、胆道系酵素に比較してAST、ALTの上昇が顕著である点がPBCとしては非典型的あり、早期診断のため入院同日に肝生検を施行した。病理で慢性非化膿性破壊性胆管炎（CNSDC）や肝線維化は認められなかったが、胆管周囲に高度の小型リンパ球浸潤、形質細胞浸潤が認められ、胆道系酵素上昇・抗ミトコンドリアM2抗体陽性と併せてPBCの診断基準を満たした。一方、自己免疫性肝炎（AIH）に特徴的なInterface hepatitis、Lobular hepatitisが認められ、Paris criteriaよりPBC-AIH overlapと診断した。ウルソデオキシコール酸600mgを開始し、肝胆道系酵素は改善傾向となった。肝生検病理結果を確認後、第9病日よりプレドニゾン40mgを追加で開始した。肝胆道系酵素・黄疸共にさらに改善し、第22病日に退院した。その後、肝胆道系酵素・黄疸は正常化し、プレドニゾンは漸減している。【考察】急性同時にPBC-AIH overlapを発症した症例は希少である。抗核抗体や抗ミトコンドリア抗体が陰性の報告も複数ある。診断およびステロイドの要否を判断するため、肝病理所見が重要である。本症例は肝生検病理結果でInterface hepatitis、Lobular hepatitisが認められ、PBC-AIH overlapのステロイド投与基準を満たした。急性同時発症例では以前の肝生検検体がなかったことや、治療開始までの時間的余裕が少ない場合もあることから、早期に肝生検を施行し診断・治療に繋げていくことが重要と考えられる。文献的考察を加えて報告する。

PBC-AIH overlap, 肝生検

長期経過で門脈圧亢進症をきたし食道静脈瘤破裂まで至った肝サルコイドーシスの一例

独立行政法人 国立病院機構 東京医療センター 消化器内科
鈴木徹志郎, 茅島敦人, 荒金直美, 東條誠也, 岡村真伊, 黒崎 颯, 先崎 光, 吉村梨沙, 青山夏海, 青木康浩, 脇坂悠介, 松永隆宏, 玉川空樹, 渡邊多代, 福原誠一郎

【症例】58歳男性【経過】X-12年、健康診断で肺門部リンパ節腫脹を指摘され呼吸器内科を受診し、気管支鏡検査でラングハンス巨細胞より成る類上皮細胞肉芽腫を認め、肺サルコイドーシスの診断となった。無症候性であったため治療介入せず、半年毎の経過観察とした。X-7年、顔面の環状紅斑が出現し、皮膚サルコイドーシスも疑われたが患者希望で生検には至らなかった。X-6年、造影CT検査で肝内に多発する低吸収域が目立つようになり、肝サルコイドーシスが疑われたが、肝胆道系酵素の上昇は軽度に留まり、かつ門脈圧亢進を唆する所見も認めなかったため肝生検はせず、治療介入もしなかった。その後は定期的な血液検査と画像検査で経過観察していた。X-1年12月、吐血を主訴に来院し、上部消化管内視鏡検査ではこれまで未指摘であった食道静脈瘤からの出血を認め、緊急で内視鏡的食道静脈瘤結紮術を施行した。後日、肝臓と皮膚からの生検で類上皮細胞肉芽腫を認め、それぞれ肝サルコイドーシス、皮膚サルコイドーシスの診断に至った。X年1月から肝サルコイドーシスによる肝硬変の診断のもとプレドニゾン 30 mg/日が開始され、X年4月までにプレドニゾン 5mg/日まで漸減した。途中、食道静脈瘤の追加治療として内視鏡的食道静脈瘤結紮術を施行している。【考察】肝サルコイドーシスは肺病変と比較して稀であり、その大半が無症候性であるとされる。そのため十分な臨床研究結果がなく、治療介入基準はおろか治療薬およびその予後改善効果についても明確なエビデンスはない。しかしながら本症例のように肝硬変や門脈圧亢進症に至った肝サルコイドーシスはしばしば報告されており、その早期発見や経過観察の重要性が示唆される。

肝サルコイドーシス, 肝硬変

乳癌に対する抗癌化学療法中に発症・進行し、薬物性肝障害合併による急性増悪を来した脂肪性肝疾患の一例

千葉大学 医学部附属病院 消化器内科

内田蒼大, 片山慶一, 中村昌人, 小暮禎祥, 藤本健太郎, 弓田 冴, 宇野澤秀美, 興相慧輔, 井上將法, 叶川直哉, 近藤孝行, 中川 良, 小笠原定久, 中本晋吾, 加藤 順, 加藤直也

【背景】脂肪性肝疾患 (SLD) は、肥満等の代謝性疾患に起因する MASLD のほか、薬物等多様な原因によっても起こり得る。今回、乳癌に対する化学療法中に発症・進行し、薬物性肝障害合併による急性増悪を来した SLD の一例を経験したため報告する。【症例】50 代女性。BMI 28.8。高血圧あり。飲酒なし。X-5 年 9 月よりステージ IV の乳癌に対して、抗エストロゲン薬等による化学療法が施行されていた。X-4 年 2 月より肝障害が持続し MASLD 疑いで経過観察されていた。X-1 年 12 月頃より血小板数が低下傾向であった。X 年 2 月に黄疸、腹水貯留が出現し、当科を紹介受診し、当日緊急入院となった。画像検査で肝辺縁不整、脾腫を認めた。経静脈的肝生検で肝線維化の進行を確認し、非代償性肝硬変と診断した。病理標本では脂肪沈着は軽度であったが、その他の慢性肝疾患を示唆する所見に乏しく、脂肪肝の指摘歴があることから、SLD による肝硬変と判断した。SLD の原因として、肥満に伴う MASLD の他、抗エストロゲン薬による薬剤誘発の可能性も示唆された。また、比較的急速に悪化しており、その他の化学療法剤による薬物性肝障害の併発も考えられた。担瘤状態のため肝移植は適応外であり、化学療法剤の中止および肝硬変に対する支持療法を行う方針とした。合成二糖類、難吸収性抗菌薬による排便管理、アルブミン製剤、利尿剤による腹水治療を行なった。治療開始後、黄疸や腹水は著明に改善し、第 15 病日に退院した。薬剤変更の上、乳癌に対する化学療法を再開し得た。肝障害再燃なく経過したもの、原疾患の進行により X+3 年に死亡した。【結語】本邦では MASLD に対する薬物療法は確立されておらず、治療に難渋することも多い。しかし、薬剤誘発 SLD など、対応可能な病態が併存している可能性があり、適切な判断が求められる。また、MASLD では血小板数低下が軽微であるため、肝線維化進行が認識されないまま肝障害発症リスクのある薬剤が使用される場合があり、注意が必要である。

脂肪性肝疾患、薬物性肝障害

幽門輪温存脾頭十二指腸切除後の門脈狭窄による異所性胃静脈瘤破裂に対して、内視鏡的 NBCA 止血術が有効であった 1 例

群馬県済生会前橋病院 消化器内科

菊地優実, 金山雄樹, 畑中 健, 廣田 薫, 中野佑哉, 中野彩智, 迫 陽一, 吉田佐知子, 蜂巢陽子, 田中良樹, 吉永輝夫

【症例】68 歳男性。【主訴】吐血【現病歴】X-7 年に十二指腸乳頭部癌に対して、当院外科で幽門輪温存脾頭十二指腸切除を実施した。X-3 年に CT で上腸間膜静脈の狭小化が進行し、同部位に一致して PET-CT に FDG の集積を認め、乳頭部癌の術後再発と診断した。ゲムシタビン・シスプラチン併用療法 (GC 療法) を約 1 年半実施し、再発部位は縮小し、その後再発および転移はなく、本人の希望もあり、GC 療法は中止していた。X 年 4 月にトイレで 3 回吐血をしたため、当院救急外来に搬送された。【入院時検査所見】Hb 9.6g/dl と低下しており、BUN は 23mg/dL と上昇していた。造影 CT では、上腸間膜静脈狭窄による側副路の発達により、吻合部周囲の挙上空腸および胃静脈瘤が形成されていた。【入院後経過】同日緊急で上部消化管内視鏡検査 (EGD) を実施したところ、胃内には血液が貯留しており、術後吻合部の空腸側にプラークを伴う胃静脈瘤を認めた。観察時には活動性出血を認めなかった。n-butyl-2-cyanoacrylate (NBCA) 局注による止血術を試みたが、呼吸によるスコープの変動が大きく、止血困難と判断し、観察のみで終了とした。後日待機的に再度 EGD を実施した。挙上空腸内でスコープを反転させることにより、スコープのポジションが安定し、NBCA の局注に成功した。単純 CT では、NBCA が挙上空腸静脈瘤内にあることを確認した。翌日より食事摂取を開始し、再出血なく経過良好で術後 8 日目に退院となった。今後は、経皮経肝的に門脈を穿刺し、上腸間膜静脈の狭小化部位に金属ステントの留置を検討している。【考察】静脈瘤は肝硬変による門脈圧亢進症により形成されることが多いとされている。今回は乳頭部癌術後再発による上腸間膜静脈狭窄により異所性胃静脈瘤が形成され、破裂をきたした稀な症例を経験した。内視鏡的 NBCA の局注による止血術は、孤立性胃静脈瘤破裂に有効な止血術とされているが、異所性胃静脈瘤破裂にも有効である可能性が示唆された。

異所性胃静脈瘤、内視鏡的 NBCA 止血術

cyanoacrylate 注入法による一時止血後に BRTO を行った十二指腸静脈瘤破裂の 1 例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科

越後貴輝, 浅川剛人, 徳永悠月, 榎 一臣, 大友有紀子, 松本浩明, 先田信哉

【症例】45 歳男性【主訴】吐血【現病歴】背景にアルコール多飲歴があり、他院で肝障害の指摘を受けていた。20XX 年 4 月某日、午前 2 時から突然の吐血・血便を来し同日 20 時に当院緊急搬送となった。造影 CT より十二指腸静脈瘤破裂が疑われ救急外来で緊急上部消化管内視鏡を行った。十二指腸内に多量の凝血塊があり、上十二指腸角後壁に F2 相当の静脈瘤を認めた。観察中に瘤上の red plug より噴出性の出血を来し、ヒストアクリルによる内視鏡的塞栓療法を行い止血を得た。【臨床経過】来院時 CT より供血路が上腸間膜静脈、排血路が右腎皮質静脈の十二指腸静脈瘤と考え BRTO を行う方針とした。第 6 病日、右内経静脈アプローチにて BRTO を試みたがシャント内にカテーテル挿入ができず断念した。第 9 病日、右大腿静脈アプローチにて BRTO を再度試行し右腎静脈付近に合流するシャントを選択しバルーン閉塞下に 5% ethanolamine oleate with iopamidol (EOI) を 2.5ml 注入して塞栓した。第 10 病日、5%EOI を 1.8ml 追加塞栓した。第 10 病日、CT にて十二指腸静脈瘤が縮小していることを確認した。その後食事再開した後も再出血なく経過した第 17 病日に自宅退院となった。BRTO に伴う合併症はなく、外来経過観察中である。【考察】cyanoacrylate 注入法による一時止血後、待機的な BRTO が奏効した十二指腸静脈瘤破裂の一例を経験した。内頸アプローチによる BRTO でシャント選択困難な場合、大腿アプローチに切り替えることで手技完遂できる可能性が示唆された。

十二指腸静脈瘤破裂、BRTO

原因不明の肝機能障害、黄疸に対して肝生検で確定診断に至った 1 例

横須賀共済病院 消化器内科

土田峻介, 中村遼太, 鈴木達也, 鈴木海人, 新井啓介, 井村里佳, 金子由佳, 金城美幸, 小馬瀬一樹, 田邊陽子, 渡辺秀樹, 新井勝春, 鈴木秀明

【症例】70 歳、男性【現病歴】右環指悪性黒色腫に対して 20XX-1 年 3 月 20 日に右環指切断施行した。20XX-1 年 12 月下旬から食欲不振を認め、20XX 年 1 月 15 日に黄疸、肝胆道系酵素上昇を認めた。1 月 17 日に CT/AUS 施行し、胆嚢内胆汁充滿、S8 肝転移認め当科紹介となり精査治療目的に入院となった。【既往歴】悪性黒色腫術後、前大脳動脈瘤クリッピング術後、Parkinson 病、H.pylori 除菌後、緑内障【身体所見】体温 36.5℃、血圧 130/87、脈拍数 87 回/分、腹部平坦軟・圧痛なし【血液検査所見】T-Bil 4.0mg/dL、D-Bil 2.3mg/dL、AST 127U/L、ALT 41U/L、ALP 338 U/L、 γ -GTP 975U/L、CRP 0.35mg/dL、WBC $3.2 \times 10^3/\mu\text{L}$ 【造影 CT 所見】胆嚢の腫大、肝 S8 低濃度結節、右肺底部や右肺 S6 の結節、多発溶骨性病変【エコー所見】胆嚢内に debris 充滿【上部消化管内視鏡所見】黒色の微小病変の散在【入院後経過】入院後は急速に黄疸が進行した。胆泥による閉塞性黄疸を疑い、1 月 19 日に ERCP/EST 施行したが、明らかな総胆管結石、胆泥の排出は認めなかった。肝内にびまん性の悪性黒色腫の転移の可能性を考え、肝生検を施行した。生検の結果、肝にびまん性の悪性黒色腫の浸潤を認め、肝機能障害、黄疸の原因と考えられた。【結語】悪性黒色腫の肝浸潤を肝生検にて診断しえた一例を経験した。肝生検で悪性黒色腫の浸潤を診断できた症例は希少であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

悪性黒色腫、肝生検

東邦大学 医療センター 大橋病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
橋口貴宏¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 岩井 哲¹⁾, 小川 悠¹⁾, 村上貴寛¹⁾,
山田悠人¹⁾, 日原大輔¹⁾, 松井貴史¹⁾, 岡本陽祐¹⁾, 齋藤倫寛¹⁾,
伊藤 謙¹⁾, 横内 幸²⁾, 高橋 啓²⁾, 渡邊 学¹⁾

症例は50歳代男性。高血圧、脂質異常症で近医通院中、食思不振、体重減少を認め、採血を施行したところ肝胆系酵素の上昇を指摘され当科紹介となった。当科受診時の採血ではAST/ALT 48/40 U/L、TB/DB 1.6/0.7 mg/dL、ALP 914 U/L、 γ -GTP 926 U/Lと胆道系優位の上昇を認めた。腹部超音波では肝は腫大、胆嚢は萎縮しており、CTでは門脈周囲の低吸収域も認め、急性肝炎が疑われた。しかし、問診や臨床経過、各種ウイルスや抗体などは陰性で原因は不明であった。その後もALP、 γ -GTPは高値持続し、原因検索のため肝生検を施行する方針とした。組織所見は肝細胞索間の類洞壁に好酸性無構造物の沈着をびまん性に認め、そのため肝細胞索は萎縮していた。沈着物はコンゴレッド染色で薄橙色、DFS染色で橙色を呈し、偏向顕微鏡下で緑色の複屈折性を示し、アミロイドーシスと診断された。大腸内視鏡所見は、右半結腸優位に粘膜粗造が目立ち、腸管全体は易出血性であり、生検では粘膜固有層内の小血管壁および粘膜筋板の一部にアミロイド物質の沈着を認めた。心エコーを施行、apical sparing patternを認め、心アミロイドーシスも併存していた。遊離L鎖 κ/λ 比では λ 優位でAL型アミロイドーシスと診断した。AL型アミロイドーシスはモノクローナルな免疫グロブリン軽鎖由来のアミロイドが全身諸臓器に沈着し機能障害を生じうる病態である。沈着臓器は本例のように肝臓、消化管、心臓など全身にわたる。肝臓は比較的アミロイド蛋白の沈着しやすい臓器とされ、本例同様、肝腫大を呈することが多く、ALP単独の上昇が特徴的とされている。アミロイドーシスは早急な治療が必要であり、原因不明のALP、 γ -GTP上昇を伴う肝腫大を有する症例においてはアミロイドーシスも考慮する必要があると思われる、若干の文献的考察をふまえ報告する。

アミロイドーシス、肝腫大

呼吸不全をともなった巨大肝嚢胞に対して経皮的治療を施行した2例

水戸済生会総合病院 消化器内科
竹内恵理, 柏村 浩, 山田修三, 根本陽介, 宇佐美佳恵, 宗像紅里,
金野直宣, 大川原健, 青木洋平, 仁平 武

【緒言】肝嚢胞は通常は治療対象にならないが、増大による圧迫症状や感染・出血を合併した場合に治療が必要とされ、稀であるが巨大化して呼吸困難を来し緊急治療される事もある。多発肝嚢胞症（PCLD）に合併した巨大肝嚢胞によって呼吸不全を呈した2症例に経皮的治療を行ったので報告する。【症例1】68歳女性。【主訴】呼吸困難・意識障害。【既往歴・生活歴】医療機関にかかったことはないが、独居で日常生活自立度はやや低く外出もあまりしない。【現病歴】1週間前から食思低下、3日前から呼吸困難と意識障害が出現し前医を受診した。CTで横隔膜挙上と縦隔腹部臓器の圧排偏位を伴う30cmの巨大肝嚢胞と低酸素血症を認めたため救急搬送となった。【治療経過】全身麻酔と腹腔鏡下嚢胞開窓術については耐術能に問題ありと判断し、経皮的嚢胞穿刺ドレナージを行って救命した。癒着療法後25日目に退院した。【症例2】73歳女性。【主訴】右季肋部痛。【既往歴】高血圧症、パーキンソン病。【現病歴】2週間前から主訴出現し、1週間前に近医のCTで23cmの巨大肝嚢胞による右横隔膜挙上と無気肺を認め当院へ紹介となった。呼吸不全症状は無く1週後に経皮治療を予定したが、入院予定前日に呼吸困難と低酸素血症を来し救急搬送された。【治療経過】経皮的嚢胞穿刺ドレナージで救命し、癒着療法後17日目に退院した。【考案】緊急治療を要する巨大肝嚢胞に対し経皮穿刺吸引を行い救命でき、癒着療法による嚢胞退縮効果も確認された。1例目は巨大嚢胞により肝臓が左半身へ変位し肝実質を介する経肝的ルートが確保できず菲薄化した嚢胞壁を直接穿刺したが、良い転機が得られた。腹腔鏡下肝嚢胞開窓術に比べて低侵襲な経皮治療は、低耐術能の巨大肝嚢胞患者の緊急治療として試みられるべき有効な方法と考えられた。

巨大肝嚢胞、経皮的治療

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
岩瀬浩輝, 吉峰尚幸, 南雲秀樹, 毛利川秀, 向津隆規, 松井哲平,
宅間健介, 藤本 愛, 岡野直樹, 和久井紀貴, 永井英成,
五十嵐良典, 松田尚久

【背景】粒子線治療は2022年4月より4cm以上の外科的切除困難な肝細胞癌に対して保険適応となり、従来の治療アルゴリズムでは根治治療の選択肢がない病態に対する根治的な治療法として期待される。【症例】57歳の男性：食欲不振を主訴に202X年11月近医を受診し、腹部超音波検査、腹部CT検査上、肝右葉に腫瘍を認めたため同月当科紹介受診となった。受診時の採血上、AST 47U/L、ALT 41U/L、T-Bil 0.6mg/dL、ALB 3.9g/dL、PT 174%、PIVKA-II 18996mAU/ml、HBs抗原陰性であった。腹部造影CTでは肝右葉に占拠する単発の径12cmの動脈相で濃染する巨大肝腫瘍を認めたが、脈管侵襲や遠隔転移は認めなかった。HBVを背景とする巨大肝細胞癌と診断した。治療としては、肝動脈化学塞栓療法や薬物治療を提示するも、より副作用が少なく侵襲性の低い治療を患者本人が希望し、重粒子線治療の方針とした。専門医療施設に紹介し、重粒子線治療（60Gy/4fr）を施行した。その後、徐々に腫瘍は縮小し、202X+2年4月の時点で病変全体は壊死しており、PIVKA-II 118mAU/mlと腫瘍マーカーも低下している。【結語】今回我々は、重粒子線治療が著効した巨大肝細胞癌の症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

重粒子線、肝細胞癌

ランブル鞭毛虫感染に伴う下部胆管腫瘍の一例

練馬光が丘病院 消化器内科
太田賢志, 田代 淳, 佐久間信行, 猪熊顕之, 田村直樹, 本多正彦,
松下 功, 新井雅裕

症例は76歳男性。慢性腎不全で腎臓内科に通院中であった。海外渡航歴なし。同性との性交渉歴なし。腹部超音波検査で9mmの総胆管拡張を指摘され、消化器内科に紹介となった。MRCPを施行し、下部胆管に総胆管拡張を認めた。EUSで精査を行ったところ、下部胆管から十二指腸乳頭部にかけて12.6mm×4.9mm大の低エコー腫瘍を認めた。ドップラー観察では血流に乏しく、乏血性腫瘍が考えられた。ERCPを施行し、胆汁細胞診、胆管擦過細胞診、下部胆管生検を施行したが、いずれも反応性変化を認めるのみで、悪性を示唆する所見を認めなかった。7Fr 5cmのプラスチックステントを留置した。その4ヶ月後に再度ERCPを施行し、胆汁細胞診、胆管擦過細胞診、下部胆管生検を行なったところ、胆管擦過細胞診よりランブル鞭毛虫の栄養型と嚢子を認めた。外来にてメトロニダゾール750mg分3を1週間内服で駆虫し、駆虫終了から2週間後に便中塗抹陰性を確認した。駆虫確認の6ヶ月後にERCPで胆汁細胞診、胆管擦過細胞診、下部胆管生検を再度施行したが、ランブル鞭毛虫の栄養型、嚢子はいずれも認めず、胆管上皮も再生性変化を認めるのみであった。経過中に胆管炎症状は認めなかった。3年の経過で下部胆管腫瘍は増大傾向を認めず、複数回の生検でも悪性を示唆する所見を認めなかったことから、感染に伴う炎症性肉芽腫性変化と考えられた。ランブル鞭毛虫は経口的に摂取された後に十二指腸・小腸・胆道系に定着し下痢や胆嚢炎症状を引き起こすことがあるとされる。本症例では下痢を認めず、ランブル鞭毛虫感染を積極的に疑う病歴ではなかったが、胆道系腫瘍の鑑別疾患の一例としても考慮されうると考えた。

ランブル鞭毛虫、総胆管拡張

肝門部胆管癌に対してGC +Durvalumab を投与し、
irAE 腸炎・脳炎を発症した1例

慶應義塾大学 医学部 内科学教室 (消化器)¹⁾、
同 腫瘍センター²⁾、同 腫瘍センター ゲノムユニット³⁾
岡田 亨¹⁾、千田彰彦¹⁾、村田祥磨¹⁾、津軽 開¹⁾、石田典仁¹⁾、
宗英一郎¹⁾、堀江沙良¹⁾、平田賢郎²⁾、林 秀幸³⁾、金井隆典¹⁾

【症例】64歳男性。X-1年12月上旬に褐色尿を主訴に近医受診し、身体所見・血液検査から黄疸を認め、精査目的に当院に紹介となった。CT、MRIで門脈本幹と左右肝動脈への腫瘍浸潤を伴う肝門部腫瘍を認め、明らかな遠隔転移の所見を認めなかった。肝腫瘍生検を実施され、腺癌が検出されたことから、局所進行切除不能肝門部胆管癌と診断された。X年1月24日から緩和的化学療法としてGemcitabine +Cisplatin +Durvalumab (GCD) を開始された。計2コース終了した後、CTCAE grade 2 の食思不振、grade 3 の下痢を認め、2月21日に精査・加療目的に入院となった。入院後実施された下部消化管内視鏡検査にて、S状結腸から直腸S状部にかけて全周性の粘膜脱落および島状の残存粘膜を認め、免疫関連有害事象 (irAE) による腸炎と診断された。プレドニゾン (PSL) を60mg/日 (1mg/kg) で開始し、5日毎に10mgずつ漸減の上、3月14日に20mg/日で退院となった。しかし退院翌日、JCS 1-3の意識障害を認めたため、精査目的に再入院となった。頭部CT、MRIで特記所見を認めなかったが、髄液所見で単球優位の細胞数増多を認めた。irAE 脳炎が最も疑われたが、ヘルペス脳炎や癌性髄膜炎の可能性も考慮され、3月17日よりFilmmurray髄膜炎・脳炎パネルで陰性が確認されるまでアシクロビルを併用しながら、メチルプレドニゾン1000mg/日を3日間投与された。治療により意識障害と髄液所見は速やかに改善を認め、ステロイドは3月20日よりPSL 60mg/日に減量の上、1週間毎に5mgずつ漸減された。患者は4月11日にPSL 40mg/日に減量の上、退院した。【結語】肝門部胆管癌に対してGCDを投与中に、irAE腸炎・脳炎を続けて発症した1例を経験した。irAE脳炎は、MRI等の画像検査で異常を認めない症例も散見され、経過からirAEが疑わしい場合には適宜髄液検査等を行って診断し、早急にステロイド治療を開始することが重要である。

irAE脳炎、胆管癌

肝内多発転移を有する肝門部胆管小細胞癌にV P-
16/CDDP療法が有効であった一例。

茨城県厚生連 JA とりで総合医療センター 消化器内科
塚田雅己、上妻千明、佐々真優、内館 梢、山下 萌、相川恵里花、
河村貴広

【症例】76歳男性【主訴】尿の黄染【現病歴・臨床経過】X年3月上旬から尿の黄染が出現。近医を受診し、ビリルビン尿陽性と肝胆道系酵素上昇を認め、当院紹介。造影CTでは肝門部より3管合流部にかけて11×18mmの造影効果を満たす腫瘍が判明し、肝右葉に3箇所転移を認めた。ERCPで減黄ドレナージ施行した。採取組織よりH E染色ではN/C比の高い小型癌細胞が髄様に増殖していた。免疫染色にてChromogranin A陽性、Synaptophysin陽性、CD56一部陽性につき、small cell carcinomaの診断となった。肝門部胆管小細胞癌cT1cN0cM1 (H E) c Stage4B (胆道癌取扱い規約第7版) として、V P-16/CDDP療法を開始した。計4コース施行後の効果判定では原発巣と肝転移ともに縮小し、PR判定であった。11コース施行後2回目の効果判定では肝転移消失が確認し、PRを維持していた。計17コース施行したが、X+1年3月に胆嚢周囲膿瘍を発症し、入院。PS低下したため、訪問診療導入の上BSCの方針となった。【考察】胆管原発小細胞癌は希少であり、遠隔転移を認める症例の予後は不良である。現状有効な化学療法は確立されていないが、肺小細胞癌に準じた化学療法を行なった症例の報告はある。本症例は胆管原発小細胞癌として確定診断となり、かつ化学療法により腫瘍の縮小効果が得られた。このような症例を蓄積していくことにより、有効な化学療法を検討していく必要がある。【結語】V P-16/CDDP療法が有効であり、比較的長期生存が可能となった胆管小細胞癌の一例を報告する。

胆管小細胞癌、エトポシド

ヒルシュブルング病類縁疾患に合併した総胆管結石
に対し内視鏡的胆道ドレナージを行った1例

群馬大学大学院 医学系研究科 消化器・肝臓内科学¹⁾、
群馬大学医学部付属病院 外科診療センター 小児外科²⁾、
同 光学診療部³⁾
大久保里奈¹⁾、清水雄大¹⁾、大串健二郎²⁾、斎藤豊和¹⁾、喜多 碧¹⁾、
石渡 栞¹⁾、善如寺暖¹⁾、栗林志行¹⁾、山崎勇一¹⁾、竹内洋司³⁾、
浦岡俊夫¹⁾

【症例】20歳台男性【現病歴】胎生期より巨大膀胱を指摘され、在胎35週3日、出生後に排尿障害、排便障害および腹部膨満による呼吸障害が認められた。3月齢時に低位鎖肛に対し会陰性肛門形成術を施行したが腹部膨満が続き、6月齢時に実施した直腸生検より、ヒルシュブルング病類縁疾患の中の慢性特発性偽性腸閉塞(CIIP)と診断した。3歳時に虫垂・横行結腸・下行結腸およびS状結腸切除と上行結腸直腸吻合術を施行し、その後も腸閉塞解除術、消化管穿孔部縫合閉鎖・回腸瘻造設術、Duhamel法による直腸回腸吻合術、外科的胃瘻・小腸瘻造設術を施行し、在宅中心静脈栄養法で栄養管理を継続していた。就学のために当院に通院するようになったが、19歳時にカテーテル関連血流感染症(CRBSI)の診断で入院を繰り返した。右鎖骨下・内頸静脈血栓のためにエドキサパンが開始された。X-5月も発熱、肝胆道系酵素上昇のために入院し、CRBSIに対して抗生剤加療を行い改善した。X年Y日にも発熱、肝胆道系酵素上昇をきたしCRBSIが再び疑われ入院した。【経過】CRBSIの診断でセフトラゾールによる加療を開始したが肝胆道系酵素上昇が改善せず、Y+6日、精査目的に施行した腹部CT、MRCPにて胆管拡張、総胆管結石、胆管結石を指摘され、急性胆管炎と診断した。Y+7日、ドレナージ目的にERCPを企図した。CIIPのために胃や十二指腸が全体的に拡張しており十二指腸へのスコープ挿入が困難だったが、大腸内視鏡用スライディングチューブ(ST-CB)を併用することで胃内でのたわみを抑制でき、ERCPに引き続いてEST、胆管プラスチックステント留置を施行できた。処置後に急性胆管炎は改善し、Y+16日、退院した。【考察】胆嚢の収縮能低下に関連する因子として絶食や完全静脈栄養などが知られており、小腸・大腸通過時間の遅延は二次胆汁酸の増加を引き起こして罹石性を高めると認め、本症の発症機序として考えられた。肝胆道系酵素上昇および発熱を認めた本症では、若年であっても総胆管結石による急性胆管炎を念頭に置く必要がある。

スコープ挿入困難、大腸内視鏡用スライディングチューブ

発熱を契機に診断された胆嚢腺扁平上皮癌の一例

独立行政法人 地域医療機能推進機構 船橋中央病院 消化器内科¹⁾、
船橋市立医療センター 消化器内科²⁾
門山知樹¹⁾、浅野公将¹⁾、田中一真¹⁾、竹熊勇登¹⁾、嶋田太郎¹⁾、
土屋 慎¹⁾、加藤佳瑞紀¹⁾、山口武人¹⁾、横田哲生¹⁾、小松侓介¹⁾、
木村 恵²⁾

【症例】66歳女性【主訴】発熱、全身倦怠感【現病歴】X年10月14日に38.5度の発熱があり、その後経過を見ていたが改善せず、10月30日に近医を受診した。尿検査にて膿尿があり、尿路感染症を疑われLVFXが投与されていた。その後も発熱があり、症状改善が乏しかったため、11月7日に当院に紹介受診となった。来院時の血液検査にて白血球20200/μL、CRP12.7mg/dLと著名な上昇を認め、単純CTにて胆嚢腫瘍を疑う所見があり、同日消化器内科に紹介となった。造影CTにて胆嚢体部から底部にかけて十二指腸側に突出する7cm大の腫瘍を認め、胃や十二指腸、横行結腸を圧排している所見を認め、39度を超える発熱が持続しており、精査加療目的に同日入院となった。入院後も発熱、白血球とCRPの著名な上昇が持続しており、第4病日に施行した上部消化管内視鏡検査では胃と十二指腸に明らかな腫瘍浸潤は認めないものの、前庭部に外圧迫の所見を認めた。胆嚢癌疑いにて手術による診断加療目的に同日外科転科となった。第7病日に手術を施行され、胆嚢癌を疑う腫瘍と、胃前庭部と肝への腫瘍浸潤を認めたため、胆嚢摘出術+幽門側胃切除術+R-Y再建術+肝部分切除術が施行された。病理組織診断は胆嚢原発の腺扁平上皮癌であり、一部高異型度の肉腫様の変化も認めた。また胆嚢管近傍のリンパ節に転移を認めた。術後速やかに解熱傾向となり、炎症反応も経時的に改善を認めた。術後4日目に食事再開し、5日目に留置していたWinslow孔ドレーンを抜去した。術後経過良好であり、術後9日目に退院となった。病理組織診断にてリンパ節転移を認めており、退院後、外来にて術後補助化学療法を施行する方針となった。【考察】持続する発熱を契機に診断された胆嚢腺扁平上皮癌の症例を経験した。胆嚢腺扁平上皮癌は稀であり若干の文献的考察を交えて報告する。

発熱、胆嚢腺扁平上皮癌

C型代償性肝硬変に対するグレカブレビル/ピブレンタスビル療法およびソホスブビル/ペルパタスビル/リバビリン療法に治療抵抗性を示したgenotype 3bの1例

虎の門病院 肝臓センター 分院肝臓内科
小川哲史, 保坂哲也, 瀬崎ひとみ, 山本茂輝, エリクソン安香, 川村祐介, 齋藤 聡, 鈴木義之, 荒瀬康司, 池田健次, 熊田博光, 芥田憲夫, 鈴木文孝

【症例】70歳代女性【現病歴】約30年前に指摘されたC型肝炎があったがこれまでに精査加療を行っていなかった。X年7月の健康診断で肝機能障害および肝臓疑いの指摘があり当院紹介受診となった。【既往歴、居住歴、嗜好歴】左乳癌。輸血歴なし。刺青なし。海外渡航歴なし。【治療経過】肝臓に対する治療後、X年10月よりグレカブレビル/ピブレンタスビル（GLE/PIB）のDAA2剤による治療を開始した。開始4週間後にHCV-RNA 2.6 Log IU/mLまで低下したが、その後HCV-RNAは低下せずbreakthroughを来した。breakthroughの後もHCV-RNAは低下せずGLE/PIBの投与は12週間終了した。X+1年3月よりソホスブビル/ペルパタスビル/リバビリン（SOF/VEL/RBV）併用療法を開始した。投与開始2ヶ月後にHCV-RNA陰性化が確認された。その後、投与開始24週間後までHCV-RNA陰性化が持続し投与終了となった。投与終了から4週間後にHCV-RNA 6.8 Log IU/mLとなり、再治療も不成功に終わった。本症例のHCV/NS5A領域のアミノ酸配列をPCR direct sequenceで解析したところ、GLE/PIB療法開始前の時点で30番がR→K、31番がL→Mとなっており、genotype 3b特有のアミノ酸置換を有していた。GLE/PIB療法終了後の解析では、上記に加えて93番がY→Hに変化していた。また、宿主因子であるIL28B genotypeはTGであった。【考察】genotype 3bは元々NS5A領域に抗ウイルス薬の感受性を低下させるアミノ酸置換を有しており、各種DAA治療の効果も他のgenotypeよりも低いと言われている。本症例ではgenotype 3bに加えて初回治療後にさらなる薬剤感受性低下をもたらす耐性変異が追加されたため、再治療も不成功となった可能性が想定される。また、宿主因子のIL28B genotypeがTGであったことも治療不成功に関係したと思われる。

HCV, genotype 3b

SVR後C型肝硬変に生じたsarcomatoid HCCに対して複合免疫療法を行った一例

東京医科歯科大学病院 統合教育研修センター¹⁾, 東京医科歯科大学 消化器内科²⁾, 同 病理部³⁾, 高見澤駿斗¹⁾, 村川美也子²⁾, 金子 俊²⁾, 延澤 翼²⁾, 三好正人²⁾, 竹中健人²⁾, 小林正典²⁾, 福田将義²⁾, 中川美奈³⁾, 大塚和朗³⁾, 小柳杏莉³⁾, 倉田盛人³⁾, 朝比奈靖浩²⁾, 岡本隆一²⁾

【症例】80代男性。X-22年C型慢性肝炎と診断し、X-19年肝S8に4.5cmの肝細胞癌（HCC）を認め肝左葉+S8切除術を施行した。X-18年ベグインターフェロン+リバビリン併用療法にてSVRを達成したが、X-15年以降HCC再発を繰り返し、TACEを10回、RFAを7回施行した。X-2年以降は再発なく半年毎の画像検査で経過観察していたが、X年EOB-Gd造影MRIで肝S6/7に5cmの腫瘍が出現した。腫瘍辺縁に淡い造影効果を認めるものの早期濃染に乏しく、1ヶ月後の造影CTでは7cmへ急速な増大を認めた。AFP 2.0ng/mL、L3分画0.5%、PIVKA-II 122mAU/mLよりHCCが疑われ、またCRP 11.29mg/dlと高値であった。肝腫瘍生検では分化傾向が乏しく好酸性胞体を有する異型細胞が充実に増殖し、免疫染色ではCytokeratin AE1/AE3陽性、CK7一部陽性であり、肉腫様肝細胞癌（sarcomatoid HCC: sHCC）と診断した。アテゾリズマブ（ATZ）+ベバシズマブ（BV）併用療法を開始し、1ヶ月後CRP 5.04mg/dl、PIVKA-II 72mAU/mLまで低下したが腫瘍は8cmへ増大を認めた。食指不振のため本人が治療中止を希望し、緩和ケアの方針にて近医へ転院した。【考察】sHCCは原発性肝癌の2%以下の稀なサブタイプであり、急速な転帰を辿り予後不良であることが知られる。有効な治療法は早期の外科的切除のみであり、局所療法や全身薬物療法に関する報告は乏しい。sHCCに対して分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬が有用とする報告もあるが、本症例はATZ+BVによる免疫複合療法を行い、CRPの低下を認めたものの有害事象のため1コースのみの投与で治療中止、RECISTでProgressive diseaseの判定となった。sHCCの診断および治療について、文献的考察を含め報告する。

sarcomatoid HCC, アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法

免疫チェックポイント阻害薬治療の経過中にE型肝炎感染が持続した肝細胞癌の一例

医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

石井花霞¹⁾, 添田敦子¹⁾, 又吉晃平¹⁾, 大曾根礼¹⁾, 和田拓海¹⁾, 津金祐亮¹⁾, 姫井紅里¹⁾, 佐浦 勲¹⁾, 根本絵美¹⁾, 丹下善隆¹⁾, 江南ちあき¹⁾, 越智大介¹⁾, 臺 勇一²⁾, 池澤和人¹⁾

【症例】70歳代男性。20XX-9年にC型慢性肝炎への治療を受けSVRを得るも、以降は通院を継続していなかった。20XX年に貧血を指摘され下部消化管内視鏡検査および造影CTを施行したところ、多発する肝腫瘍を認めた。肝生検で高分化型肝細胞癌と診断された。全身薬物療法を選択しデュルバルマブ+トリメトリムマブを導入したが4コースでPDとなり、次治療としてレンパチニブを開始した。その1か月後に軽度の肝障害を認め、2か月後にはAST 343 U/L、ALT 300 U/Lまで上昇した。レンパチニブを中止するも改善せず、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）によるirAE（CTCAE Grade3）を疑いPSL50mg/日を開始したところ、肝障害の改善が得られた。その後、IgA HEVが陽性であったとの報告を得た。HEV RNAは5.8 LC/mLであり、肝障害の原因は急性E型肝炎であったと診断した。肝障害の改善に伴いPSLを減量すると肝障害は再燃し、以前は陰性であった抗ミトコンドリアM2抗体の陽性化および肝生検でPBC様の所見を認め、irAEによる胆管炎も否定できなかった。またirAEと考えられる腎障害が出現し、PSLの減量・中止は困難となった。急性肝障害の発症から4ヶ月が経過した時点でIgA HEVは陰性化した。依然としてHEV RNAは5.6 LC/mLと高値でE型肝炎の持続感染を認めた。【考察】近年ICIは悪性腫瘍に対する薬物療法の中心となり、irAEの治療目的でステロイドを使用する機会が増加している。ウイルス性肝炎の慢性化を防ぐためステロイドを投与する際は可能な限りウイルス性肝炎を否定してから開始するべきである。しかしIgA HEVの結果報告には長期間を要するため、PSLを先行開始せざるを得ない場合もある。これまで慢性E型肝炎の多くは臓器移植後・血液疾患など特殊な免疫不全状態患者における報告だが、今後はICI治療に関連するE型肝炎の慢性化にも注意を払うべきと考える。

E型肝炎, 免疫チェックポイント阻害薬

切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ+トリメトリムマブ併用療法にてirAE腸炎を発症し、適切なマネジメントを行うことで後治療に移行できた一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科

岩本英里, 内原直樹, 土谷 薫, 田口美奈, 山崎雄大, 木村晶平, 田中雄紀, 八木田純子, 慶徳大誠, 岡田理沙, 樋口麻友, 高浦健太, 田中将平, 前屋舗千明, 玉城信治, 安井 豊, 高橋有香, 中西裕之, 黒崎雅之, 泉 並木

【症例】70代男性。C型肝硬変SVR後・Child-Pugh A肝細胞癌に対して、11年前から6回のRFA、6回のTACE、1回のSRTを施行した後、肝外病変に対してレンパチニブ、ソラフェニブを用いて治療を行った。X年5月上旬、CTにて胸膜結節、下大静脈腫瘍の増大あり、3次療法としてデュルバルマブ+トリメトリムマブ併用療法（DT療法）で治療を開始した。投与9日後より全身倦怠感、食欲不振、1日10回以上の下痢症状を認めた。CTでは有意な所見は認めなかったが、臨床症状よりCTCAE grade3のirAE腸炎の診断にて緊急入院した。入院後プレドニゾロン70mg（1mg/kg）で治療開始し、下痢症状は改善傾向であったが、プレドニゾロン漸減中に症状再燃を認めたため、第19病日インフリキシマブを投与した。投与翌日より下痢症状はgrade1相当に改善を認め、プレドニゾロン30mgまで漸減し第26病日退院した。その後下痢症状は再燃なく経過した。DT療法にて胸膜結節の縮小を認めたが下大静脈腫瘍は残存し、同部位に対して放射線治療を行った。現在はdrug freeにて経過観察中である。【考察】当院では、DT療法を施行した30例のうち、6例irAE中止をきたしている。しかしその6例の症例中、2例が他の分子標的薬に移行、3例が薬物療法以外の治療に移行することができている。本症例はDT療法後にirAE腸炎grade3相当の副作用が生じたが、適切にirAEマネジメントを行った結果、後治療に移行できた一例を経験した。【結語】DT療法によって、irAEが発生した場合でも、適切なマネジメントによって後治療に移行できると考えられた。

肝細胞癌, irAE

横浜市立大学附属病院 臨床研修センター¹⁾,
同 肝胆膵消化器病科²⁾, 同 病理診断科³⁾,
片山 響¹⁾, 岩城慶太²⁾, 本多 悠²⁾, 和田直大²⁾, 小林 貴²⁾,
野上麻子²⁾, 米田正人²⁾, 山中正二³⁾, 藤井誠志³⁾, 中島 淳²⁾

【症例】33歳代、男性。4日前に前医にて急性肝不全と診断され、精査加療目的で当院消化器内科に転院となった。造影CTでは肝腫大、胆嚢壁肥厚など急性肝炎に特徴的な所見を認めた。第1病日から、前医より開始しているステロイドパルス療法を継続した。急性肝不全の病因は不明であったため、第3病日経頸静脈的肝生検を施行した。さらに、トロポニンI高値、心拡大を認めることから、心筋炎の可能性を考え、第4病日に心臓カテーテル検査・心筋生検を施行した。第6病日から傾眠傾向となり、急性肝不全昏睡型となった。ステロイド療法、血漿交換療法、血液濾過透析を続けるも効果に乏しく、肝不全の進行を認めた。第11病日肝生検、心筋生検の結果、DFS染色にて陽性を示す沈着物が認められたことによりAL型アミロイドーシスの診断となった。第12病日永眠された。【考察】全身性アミロイドーシスでは、肝臓に高頻度でアミロイドが沈着し、肝アミロイドーシスをきたす。しかし、肝アミロイドーシスは、肝腫大以外には明らかな臨床徴候を示さない場合が多く、本症例のように病態が進行するまで精査されていないケースがある。本症例のように肝不全に至ってから経皮的肝生検をする場合は、凝固能の低下もあり出血が問題となる。また、アミロイドーシスの病態として、血管壁や組織の脆弱性、後天的な凝固異常をきたすことにより、出血リスクが高いとされている。今回、出血リスクの高い症例において、経頸静脈的肝生検を行うことで、合併症なく病理学的評価を行うことができた。全身性アミロイドーシスに対してMP療法（メルファラン＋プレドニン）などの治療選択肢が残されていることを考えると、適切な時期にアミロイドーシスの診断をつけることが重要であり、経頸静脈的肝生検を含めた積極的な病理学的評価の検討が望まれる。【結論】経頸静脈的肝生検にて診断し得た、肝アミロイドーシスによる急性肝不全の一例を経験した。

肝アミロイドーシス、経頸静脈的肝生検

順天堂大学 医学部 消化器内科

矢口俊一¹⁾, 今 一義, 深田浩大, 福原京子, 柳沼礼子, 内山 明,
山口俊平, 森永真紀, 石塚 敬, 多田昌弘, 永原章仁, 伊佐山浩通,
池嶋健一

【症例】58歳、女性【主訴】発熱【既往歴】55歳時に適応障害【現病歴】9ヶ月前から時々微熱を自覚し、38℃台まで上昇することもあった。7ヶ月前に近医へ受診し、肝機能障害を指摘されたが通院を中断。2ヶ月前に前医を受診。CT、MRCPで慢性肝障害が疑われ当院へ紹介された。飲酒歴なし。【臨床経過】血小板数 20.2x10⁹/μL、PT 66%、AST 31 IU/L、ALT 16 IU/L、γGT 241 IU/L、ALP 1371 IU/L（旧測定法）、T-Bil 0.68 mg/dLと胆道系酵素優位の肝障害を認めた。肝炎ウイルスおよび自己抗体は陰性。ACE 23.7 IU/L、可溶性IL2R 1200 IU/mLといずれも高値であった。EOB-MRIで肝内にT2WI/DWIで高信号、造影効果不良な腫瘤が多発しており、肉芽腫性肝炎の所見であった。腫瘍肝生検を施行し、ラングハンス型・異物型巨細胞を伴う乾酪性肉芽腫像を認め、抗酸菌感染症が疑われた。しかし胸部CTで肺病変を認めず、骨髄生検組織を用いた抗酸菌培養等いずれも陰性。2ヶ月後に肝生検を再検したところ典型的な壊死像は認められず、肝外病変を認めないことも併せて肝サルコイドーシスの診断となった。その後も胆道系酵素高値が持続。徐々に血小板数が低下してきたため、1年9ヶ月後よりウルソデオキシコール酸（UDCA）600mg/日を開始。ALP値800 IU/L台以上→400 IU/L前後、γGT値300 IU/L台後半→80 IU/L台前後といずれも減少効果を認めたが、その後も肝硬変所見は徐々に進行し、2年3ヶ月後の時点で肝硬度32.8 kPaと著明高値。3年2ヶ月後にはRC陽性の食道静脈瘤を認め、EVLを施行した。4年3ヶ月後には血小板数8.0x10⁹/μLまで低下、腹水貯留を来しChild Pugh grade Bとなり、利尿剤を開始した。【結論】サルコイドーシスは高頻度に肝障害をきたすが、肝硬変様の病態まで進行する例は1~8%で稀とされる。UDCAが一定の効果を示すも非代償性肝硬変まで進行した肝サルコイドーシスの一例を経験した。

肝サルコイドーシス、肝硬変

さいたま赤十字病院 消化器内科
上坂伶史, 丸田 享, 中嶋洋平

症例は 59 歳、男性。進行肝細胞癌に対しアテゾリズマブ・ベバシズマブを投与し外来通院加療中であった。肝細胞癌による閉塞性黄疸、急性胆管炎に対して内視鏡的にDouble-pit型の胆管プラスチックステントを左肝管先端で留置したが、3ヶ月後に発熱、腹痛、血便あり当院を緊急受診した。採血上は炎症反応上昇と肝胆道系酵素の上昇あり、ステント交換を目的とした内視鏡的処置を施行したところ主乳頭からの拍動性出血をみとめ、胆道出血と診断し、ENBDを追加で留置した。その後造影CTを施行してextravasationや仮性動脈瘤は同定できなかったものの、入院時の造影CTを見返すと右肝動脈がDouble-pit型ステントにより顕著に圧排されており、同部がこのたびの出血源として疑われた。なおも貧血および黄疸が進行するため、責任血管の同定ならびに塞栓目的にて腹部血管造影を施行した。施行中に右肝動脈造影で総胆管への造影剤漏出を認め、同部が出血源と判断しコイル塞栓によるisolationを行い、止血に成功した。胆道出血の原因としては医原性の報告が多いものの、内視鏡的な胆道プラスチックステント留置後の出血例は報告が少ない。加えて当症例では入院時の造影CTで出血源の動脈がプラスチックステントにより顕著に圧排を受ける所見を認めており、同所見がステント留置後胆道出血の高危険群をみている可能性が考えられ、文献的考察を交えて報告する。

胆道出血、プラスチックステント

東京女子医科大学病院 消化器内科

鈴木彩華, 白田龍之介, 高鹿美姫, 小笠原友里, 林 涼子,
大塚奈央, 山本果奈, 伊藤亜由美, 米沢麻利亜, 高山敦子,
小木曾智美, 谷合麻紀子, 菊山正隆, 中村真一, 中井陽介

【症例】65歳、男性【現病歴】X-10年からアルコール性肝障害で当院からつけの症例（アルコール量60g/day）。X年2月、腹痛と腹部膨満感出現した。腹部造影CTで腹水の新出あり、フロセミド20mg開始となった。X年4月、自覚症状増悪しないものの、経過観察目的の造影CTで大量右胸水が新出し、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時、SpO2 98%（室内気）と酸素化は保たれていた。胸部レントゲンでは右中下肺野含気消失していたが、縦隔偏移は認めなかった。血液検査ではWBC 8,400/μL、CRP 0.28mg/dL、Alb 3.6g/dL、PT 77%、T-Bil 0.4mg/dLと炎症反応と肝機能は正常範囲内だが、アミラーゼ 504U/L、リパーゼ 332U/Lと膵酵素上昇を認めた。入院後胸腔ドレーンを留置すると淡血性胸水の排液あり、胸水中アミラーゼは1832U/Lと高値だった。入院時造影CTでは、臍頭部の脾石と尾側尿管の拡張、臍尾部の膵管破綻と縦隔まで広がる仮性嚢胞が指摘され、膵管破綻に伴う脾性胸水と診断された。膵管ドレナージ目的にERCPを施行したが、頭部の脾石脇をガイドワイヤーが通過せず膵管ドレナージは困難だった。そのため翌日、超音波内視鏡ガイド下膵管ドレナージを施行し経胃的に7Fr膵管ステントを留置した。膵管ドレナージ後は、胸腔ドレーンを抜き、以後胸水再増加も認めず退院となった。今後は体外衝撃波破砕術で脾石治療を予定している。【考察】膵管破綻は、walled-off necrosisや慢性膵炎に併発する。アルコール性肝疾患を有する症例で胸腹水が新出した場合、門脈圧亢進に伴う病態がまず考慮されるが、慢性肝炎合併例では、脾性腹水・胸水を鑑別に挙げ、胸腹水中アミラーゼを測定することが重要である。本症例もX年2月のCTを後ろ向きに振り返ると、膵管破綻と仮性嚢胞出現が認められた。本症例は、経時的画像所見が得られ、また適切な診断・治療が著効した教育的な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

アルコール性肝障害、慢性肝炎

横須賀市立うわまち病院 消化器内科

齋藤嘉由輝, 前原健吾, 中村順子, 吉原 努, 古川潔人, 高橋伸太郎, 佐藤晋二, 森川瑛一郎, 池田隆明

【症例】77歳、男性。【主訴】左下腹部痛、発熱。【既往歴】64歳時に前立腺癌手術。甲状腺機能低下症で治療中。【現病歴】以前は大酒家であったが最近は節酒していた。しかし、2週間前ぐらいから飲酒量が増加(焼酎3合/日程度)していた。当科受診4日前から、誘因なく左下腹部痛、発熱が出現した。近医で憩室炎疑いとして処方を受けたが改善せず、疼痛が増強したため紹介受診となった。【身体所見】貧血、黄疸なく、腹部全体に圧痛を認めた。検査成績: WBC 18500/ μ l, RBC 473x10³/ μ l, Hb 15.0g/dl, Hct 45.1%, Plt 39.1x10³/ μ l, CRP 45.41mg/dl, AST 39U/l, ALT 29U/l, LDH 332U/l, Amylase 45U/l, T-Bil 0.83mg/dl, ALP 72U/l, γ -GTP 20U/l, T-Cho 217mg/dl, TG 313mg/dl, Ca 9.6mg/dl。【入院後臨床経過】入院時腹部単純CTで腭尾部腫大と周囲の炎症、浸出液を指摘された。飲酒歴からアルコール性急性腭炎が考えられた。Lipase 99U/l, trypsin 1096ng/ml と上昇しており、造影CTでは腭尾部に造影不領域を認め、周囲に炎症性浸出液が確認された。急性腭炎と診断し絶食補液による治療を開始、症状は改善傾向となっていた。しかし、入院7日目に冷汗を伴う左側腹部痛が出現した。腹部CTでは腭尾部から脾門部にかけての嚢胞様構造内に血性と考えられる高吸収の内容物が確認された。急速な貧血の進行から、腭仮性嚢胞内出血と診断、緊急の血管内治療の方針とした。脾動脈造影では、腭尾部近傍の脾動脈分枝に仮性動脈瘤が認められ、また血腫により進展された脾臓被膜動脈の上極部に活動性出血が確認された。このため、脾動脈塞栓治療を行う方針とした。治療後に一過性に炎症反応の上昇などが認められたが徐々に改善し、仮性嚢胞も吸収・縮小した。【考察】急性腭炎に伴う腭仮性嚢胞内出血に対し脾動脈塞栓治療を施行し救命し得た1例を経験した。画像所見、治療経過を含め示唆に富む症例と考え報告する。

脾動脈塞栓治療, 腭仮性嚢胞内出血

東京医科歯科大学病院 消化器内科

森川 亮, 田村皓子, 河本亜美, 日比谷秀爾, 竹中健人, 清水寛路, 小林正典, 金子 俊, 村川美也子, 福田将義, 朝比奈靖浩, 大塚和朗, 岡本隆一

【症例】46歳男性【現病歴】X-3年に潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、5-ASAで寛解を維持していたが、X年1月に再燃し、プレドニゾロン(PSL)40 mg/日を開始された。ステロイド抵抗例の判断でフィルゴチニブを併用開始され、排便回数は減少したが、右下腿に浮腫、発赤、疼痛が出現した。抗菌薬を開始されたが改善せず、X年3月に当院を紹介受診した。【経過】当院初診時PSLは20 mg/日で継続していた。10回/日の下痢があり、右下腿には発赤、熱感、圧痛を認めた。CTでは縦隔気腫、肺炎像、肺動脈血栓、及び深部静脈血栓を認め、大腸内視鏡ではびまん性の粗造粘膜と多発潰瘍に加え、直腸潰瘍からの拍動性出血を認めた。内科治療抵抗性であり、大量出血を認めたことから手術適応のUCと判断した。血栓症に対してヘパリン静注を開始し、IVCフィルターを挿入した。肺炎及び蜂窩織炎に対して抗菌薬を開始した。いずれの併存症も増悪せず、入院5日目に大腸全摘術及び人工肛門造設術を施行し、術後は経過良好であった。【考察】UCの治療においてステロイドの効果判定は1~2週間以内に行い、抵抗例では他治療への切り替え及びステロイドの速やかな減量が推奨される。今回2ヶ月以上にわたる中等量以上のPSLとJAK阻害薬を併用中に複数の合併症及び大量出血を認めたものの、集学的治療により救命し得た症例を経験し、教訓的一症例であると考え報告する。

潰瘍性大腸炎, 副腎皮質ステロイド

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

吉本岳瑠, 山本夏代, 竜野稜子, 久田裕也, 赤澤直樹, 横井千寿, 小島康志, 田中康雄, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【現病歴】症例は1妊0産の26歳ミャンマー人女性。妊娠前の健診歴はなく、以前に血液学的異常の指摘はなかった。X-1年5月に自然妊娠し、定期妊婦健診を受けていた。妊娠14週より白血球高値指摘されていたが、脂質検査は未施行だった。39週2日のX年2月、突然左側腹部痛を自覚し、当院に救急搬送された。採取した血液検体に著明な乳白を認め、生化学検査で中性脂肪(TG) 10908 mg/dl と著明な高TG血症を認めた。AMY 234, P-AMY 198, CRP 0.99 と軽度の酵素素および炎症反応上昇がみられ、症状と併せて急性腭炎が疑われ、同日緊急入院となった。【経過】来院後施行した腹部超音波検査では、子宮腫大があり脾臓の描出は困難であった。腭炎の画像診断は得られなかったが、妊娠中の腭炎合併による児のリスクを考慮し、同日緊急帝王切開術施行した。帝王切開直後に造影CTを施行し、CT Grade 1、予後因子0点の軽症腭炎と診断した。補液と疼痛管理を開始したところ、産後1日目にWBC 18820/ μ l, CRP 31.10 mg/dl と増悪し、2日目にCT Grade 3、予後因子3点の重症腭炎の診断となった。予防的抗菌薬投与、早期経腸栄養にて加療継続し、産後4日目は炎症のピークアウト見られ、腹部症状も改善した。TGは産後1日目で7085 mg/dl、2日目に3314 mg/dl と自然に低下したため、フィブラート系薬剤投与や吸着療法は施行しなかった。経過良好で産後15日目に退院した。入院中での血液検査にて、アポリポ蛋白CII, CIII, Eの著名高値あり、脂質異常症V型(WHO表現型分類)が疑われた。【考察】妊娠にともなう腭炎は重症化することが多く、児致死率は7%と報告されている。本症例では、妊娠後期で帝王切開が可能な時期であるため、早期の帝王切開を選択し速やかに腭炎治療に移行したことで、母子ともに救命した。妊娠中に腭炎の可能性が少しでも疑われる場合には、母子救命のためには確定診断に拘らず迅速な判断をすることが重要と考えた。

急性腭炎, 高トリグリセリド血症

柏市立柏病院 消化器内科

永山和宜, 磯崎 岳, 藤本純子, 沼田真理子, 望月奈穂子, 酒井英樹

【背景】非チフス菌サルモネラ腸炎は乳幼児を除き、基礎疾患のない症例で血液培養陽性となることは比較的稀であるが、時に重篤な腸管外合併症を惹起する。今回我々は生卵喫食が契機と考えられ発熱が遷延して腸炎を伴った健康成人例を経験したので報告する。【症例】19歳男性、既往症はなく海外渡航歴・爬虫類飼育歴もない。生卵を日常的に摂取している。X年9月上旬より発熱と腹痛・軟便が出現し徐々に増悪したため第7病日に当院を受診した。身体所見では軽度の全体的な腹部圧痛を認めたが心雑音、表在リンパ節腫脹、皮疹を認めなかった。血液検査はWBC 4740/ μ l, CRP 2.00 mg/dl, PCT 0.20 ng/ml であり、ANA 40倍(Nucleolar)は非特異的と考えられた。またHIVは陰性、EBVは既感染パターンであった。CTでは回腸末端から下行結腸の浮腫性壁肥厚、回盲部リンパ節腫大、少量腹水を認めた。初診時の血液培養と便培養からいずれもSalmonella sp. (O4群)が検出された。薬剤感受性検査は良好で耐性を示す抗菌薬はなかった。入院の上LVFXによる治療を開始し、解熱と下痢の消失を確認して外来治療に切り替えて治療終了とした。その後再発していない。【考察】2022年のサルモネラ属菌による(複数症例)食中毒事件数は21件と直近10年で約3分の1に減少している。しかし、家庭には各種のサルモネラ菌が常在し汚染リスクが残る上、同菌は乾燥に強く、かつ夏季の増殖速度は非常に速い。養鶏業界では対策としてワクチン(O4/7/9の3価)や競合排除法(一種の腸内細菌叢移植)、抗生物質飼料添加物投与が行われている。抗生物質飼料添加物は孵化10週以後には許可されず、さらにコリスチンが2018年に禁止されるなど、One Healthの観点から抗菌薬を避ける方向だが既に各種の耐性菌が報告されており、検査に際して薬剤感受性の確認が重要である。【結語】鶏(卵・肉とも)が関連する感染性腸炎の発熱が遷延する場合、健康成人でもサルモネラ菌を意識した積極的な検索と抗菌薬感受性を念頭に置いた治療が必要である。

サルモネラ菌感染症, 細菌性腸炎

杏林大学医学部付属杉並病院 消化器内科¹⁾,杏林大学医学部 消化器内科²⁾馬上一知¹⁾, 日比則孝^{1,2)}, 稲田絢子¹⁾, 江藤晃一郎¹⁾, 荻本直亮¹⁾,
羽田 裕^{1,2)}, 池崎 修^{1,2)}, 齋藤大祐^{1,2)}, 高橋信一^{1,2)}, 久松理一^{1,2)},
大森鉄平^{1,2)}

【症例】66歳女性。【経過】X-4年3月、粘血便を主訴に前医を受診し、直腸炎型潰瘍性大腸炎の診断となった。加療目的に当院を紹介受診し、MMX5-アミノサリチル酸（5-ASA）2400mgの内服と5-ASA坐剤の加療を開始し寛解導入を得た。以後臨床的寛解を維持できていたが、同年12月に吸気時に増悪する胸痛と呼吸困難感を自覚し、胸部CT検査で両側胸部背側に浸潤影と左胸水貯留を認め、胸膜炎が疑われ呼吸器内科に入院となった。SLE、関節リウマチ、血管炎などが鑑別診断に挙げられたが自己抗体は全て陰性であった。抗菌薬加療と非ステロイド性抗炎症薬内服で症状は改善し、退院となった。X-2年、粘血便が頻回となり5-ASA坐剤でも改善が乏しいため、MMX5-ASA4800mgまで増量し再度寛解を得た。その後潰瘍性大腸炎は寛解維持できていたが、胸膜炎症状を頻回に繰り返すようになった。このためMMX5-ASAによる薬剤性胸膜炎を疑い、X年8月にサラゾスルファピリジン（SASP）3000mgへ変更したところ、胸膜炎の再燃が認められなくなり、以後潰瘍性大腸炎も臨床的寛解を維持している。【考察】5-ASA製剤による副作用として肺障害が報告されている一方で、潰瘍性大腸炎の腸管外合併症による呼吸器疾患の報告もある。後者では腸病変の病勢と相関して出現することが多い。本症例は臨床的寛解を得られており、胸膜炎を伴う自己免疫疾患を認めていなかった。SASPに変更したことにより、5-ASA製剤増量後に頻回に出現した胸膜炎の再燃を認めなくなった。SASPの主成分も5-ASAであることから、添加物に起因する薬剤性胸膜炎の可能性も考えられた。5-ASA製剤による胸膜炎の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

5-アミノサリチル酸、胸膜炎

社会福祉法人 恩賜財団 水戸済生会総合病院 消化器内科
高須美香, 柏村 浩, 竹内恵理, 山田修三, 根本陽介, 宇佐美佳恵,
宗像紅里, 金野直言, 大川原健, 青木洋平, 仁平 武

【緒言】腸チフスは3類感染症であり、診断した医師は直ちに届け出を行う必要がある。発生頻度の低さから忘れられがちな疾患であるが、治療法を誤れば死に至り得るため定法どおりに細菌検査を行う事が重要である。【症例】50歳代 男性【主訴】腹痛、下痢、倦怠感【既往歴】特記無し【生活歴】2022/10/30-12/30タイでプラント建設に従事。【現病歴】X-7週から腹痛や下痢、X-4週頃から倦怠感が出現し、X-10日頃から悪寒も加わり当科に初診した。CTでは終末回腸中心の腸管壁肥厚があり腸間膜リンパ節腫大と脾腫を伴っていた。X+1日の下部消化管内視鏡検査では盲腸と上行結腸を中心に不整形の糜爛が多発し原虫感染症を疑ったが、生検と腸液の培養・検鏡では疾患特異的な所見は得られなかった。一方、初診時の血液培養から4/4本でグラム陰性桿菌が検出されSalmonella typhiが検出された。【治療経過】X+2日よりCTRX 2gで治療した。X+7日に呼吸不全となり挿管しX+16日まで人工呼吸器管理を行なった。下痢の消失と血液培養陰性化の確認の後にX+19日CTRXを中止したが、X+26日に頸胸椎移行部の自発痛と圧痛が現れCT所見と合わせて菌移行による頸椎化膿性脊椎炎と診断した。CTRX再開後に経口抗菌剤AMPC/CVA+STに切り替え治療を継続して頸部痛は徐々に軽快し、X+43日に退院し外来経過観察とした。この間、管轄の保健所への報告し指導を受けながら血液培養陰性化の確認も行った。【考察】法定伝染病である腸チフスは、本邦では年間20から30例程度が報告され、そのうち70%から90%が輸入感染事例である。日常診療において不明熱・感冒・腸炎・肝炎などの診断で治療され、診断が遅れる事もあり得る。世界的にはワクチンが実用化されているが本邦では認可されておらず、接種できる医療機関は限定されている。従って下痢や発熱を伴う輸入感染症として、ジアルジアやアメーバなどの原虫感染症とともに鑑別に挙げるべき疾患であり、早期の培養検査での診断確定と、適切な抗菌薬使用および全身管理が重要である。

腸チフス、輸入感染症

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第380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380回例会
当番会長 黒崎 雅之

旭化成ファーマ株式会社
あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
株式会社アムコ
EAファーマ株式会社
インサイト・バイオサイエンス・ジャパン合同会社
株式会社インテグラル
ヴィアトリス製薬株式会社
H.U.フロンティア株式会社
エーザイ株式会社
株式会社LSIメディエンス
大塚製薬株式会社
小野薬品工業株式会社
ギリアド・サイエンス株式会社
興和株式会社
シーマン株式会社

シーメンスヘルスケア・ダイアグノスティクス株式会社
塩野義製薬株式会社
シスメックス株式会社
住友ファーマ株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
大鵬薬品株式会社
田辺三菱製薬株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
日本イーライリリー株式会社
日本化薬株式会社
日本ライフライン株式会社
ノーベルファーマ株式会社
ファイザー株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2024年6月19日現在)