日本消化器病学会
関東支部第381回例会

プログラム・抄録集

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）

令和６年９月７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381回例会
プログラム・抄録集

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）
〒160-0023　東京都新宿区西新宿6-7-1
TEL 03-3342-6111

会　　期：令和６年９月７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動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。時間厳守でお願いします。**
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　13：35 ～ 13：50）**
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381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９月７日（土）に現地開催＋Zoomによるライブ開催となります。
　1）評議員会：９月７日（土）に11：15 ～ 11：45（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381回例会の参加登録が必要です。
14．会場１階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

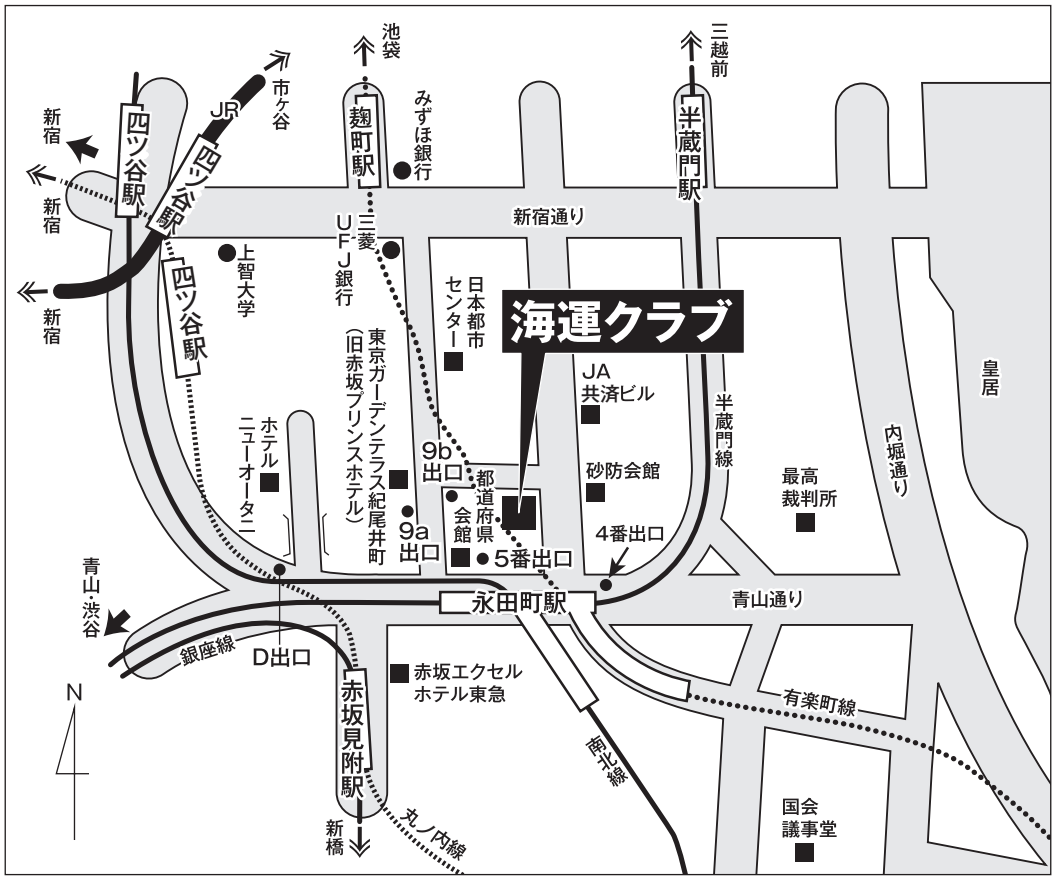
※Web参加登録は８月30日（金）正午よりオンラインにて開始を予定しております。
　準備が整い次第,日本消化器病学会関東支部ホームページにて参加方法をご案内いたします。

[問い合わせ]
日本消化器病学会関東支部第381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：jsge381kanto@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381回例会
令和６年９月７日（土）

7：58 ～ 8：00　**開　会　の　辞**

第１会場（午前の部）

演　　題	時　間	座　長
(1) 専攻医Ⅰ（食道）1 ～ 3	8：00～ 8：18	土橋　　昭
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸）4 ～ 7	8：18～ 8：42	粟津　崇仁
(3) 専攻医Ⅲ（小腸）8 ～12	8：42～ 9：12	荻原　良太
(4) 専攻医Ⅳ（小腸・大腸）13～17	9：12～ 9：42	岩下　祐子
(5) 専攻医Ⅴ（大腸）18～21	9：42～10：06	上野　　貴
10：06 ～ 10：11　**休憩**		
(6) 専攻医Ⅵ（肝・胆）22～26	10：11～10：41	森下　慶一
(7) 専攻医Ⅶ（膵臓）27～30	10：41～11：05	菅　　元泰

第２会場（午前の部）

演　　題	時　間	座　長
(17) 専攻医Ⅷ（胆・膵）73～77	8：00～ 8：30	石垣　和祥
(18) 専攻医Ⅸ（その他）78～81	8：30～ 8：54	河野　　真
(19) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸）82～85	8：54～ 9：18	新倉　量太
(20) 研修医Ⅱ（小腸・大腸）86～88	9：18～ 9：36	村松　孝洋
(21) 研修医Ⅲ（肝臓）89～92	9：36～10：00	碓井　真吾
10：00 ～ 10：05　**休憩**		
(22) 研修医Ⅳ（胆・膵）93～97	10：05～10：35	小林　正典
(23) 研修医Ⅴ（その他）98～101	10：35～10：59	牧　　匠
11：15～11：45　**評議員会**（第２会場）		

11：30 ～ 12：20　**ランチョンセミナー１**（第１会場）

「胆膵診療の最前線」

聖マリアンナ医科大学　消化器内科　准教授　中原　一有　先生
帝京大学　外科/冲永総合研究所　教授　杉本　真樹　先生
司会　手稲渓仁会病院　消化器病センター　センター長　潟沼　朗生　先生
埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　教授　良沢　昭銘　先生

共催：ガデリウス・メディカル株式会社

12：00 ～ 12：40　**ランチョンセミナー２**（第２会場）

「『Experience × New Device』～経験と新デバイスが導く、新たな可能性～」

香川大学医学部　消化器・神経内科学　教授　小原　英幹　先生
埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　准教授　谷坂　優樹　先生
司会　獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　教授　入澤　篤志　先生
東邦大学医学部内科学講座　消化器内科学分野　教授　松田　尚久　先生

共催：株式会社カネカメディックス

12：40 ～ 13：35　**特別講演**（第１会場）

「胆道診療における内視鏡の役割」

富山大学　学術研究部医学系内科学第三講座　教授　**安田　一朗** 先生
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　**糸井　隆夫**

13：35 ～ 13：50　**専攻医・研修医奨励賞表彰式**（第１会場）

第１会場（午後の部）

演　　題	時　間	座　長
(8) 胃・十二指腸１ 31～34	13：50～14：14	土方　一範
(9) 胃・十二指腸２ 35～38	14：14～14：38	香川　泰之
(10) 小腸・大腸 39～43	14：38～15：08	北川　敬丈
(11) 大腸 44～48	15：08～15：38	渋澤　恭子
(12) 肝臓 49～53	15：38～16：08	掛川　達矢
(13) 肝・胆 54～58	16：08～16：38	河野　惟道
(14) 胆道 59～63	16：38～17：08	五十嵐洋介
(15) 胆・膵 64～68	17：08～17：38	八木　　伸
(16) 膵臓２ 69～72	17：38～18：02	福田　壮馬

第２会場（午後の部）

演　　題	時　間	座　長
(24) 膵臓１ 102～106	13：50～14：20	玉置　明寛

15：20 ～ 17：50

「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」

司会　矢島　知治　先生（杏林大学医学部　医学教育学）

★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。

18：02 ～　**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　13：35 ～）

特別講演

第1会場　12:40〜13:35

「胆道診療における内視鏡の役割」

富山大学　学術研究部医学系内科学第三講座　教授　**安田　一朗** 先生

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　**糸井　隆夫**

……演者の先生ご紹介……

安田（やすだ）　一朗（いちろう） 先生

【略歴】

富山大学学術研究部医学系　内科学第三講座・教授
1990年　岐阜大学医学部卒業
1990年　岐阜大学医学部附属病院第一内科入局
1991年　岐阜市民病院消化器内科臨床研修医
（1992年〜1993年　藤田保健衛生大学第二教育病院：中澤　三郎教授　国内留学）
1998年　岐阜大学医学部附属病院第一内科
2002年　ハンブルク大学エッペンドルフ病院
　　総合内視鏡部（Nib Soehendra教授）
2004年　岐阜大学医学部附属病院光学医療診療部助手
2008年　岐阜大学医学部附属病院第一内科講師
2012年　岐阜大学大学院医学系研究科地域腫瘍学准教授
2014年　帝京大学医学部　消化器内科学教授/
　　同附属溝口病院　消化器内科科長
2018年〜　現職
（2019年〜光学医療診療部長兼任、2023年〜　副病院長）

【専門領域】 消化器内科、消化器内視鏡、
　　特に胆・膵疾患の内視鏡診断・治療

【所属学会】

日本内科学会：評議員、総合内科専門医、指導医.
日本消化器病学会:監事、専門医、指導医、財団評議員.
日本消化器内視鏡学会：理事、専門医、指導医、FJGES.
日本胆道学会：理事長、認定指導医.
日本膵臓学会：評議員、指導医.
日本消化器がん検診学会：代議員.
日本高齢消化器病学会：理事、評議員.
日本腹部救急医学会：教育医・認定医.
Asian-Pacific Society for Digestive Endoscopy (A-PSDE)：Councilor. American Society for Gastrointestinal Endoscopy (ASGE): International member. European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE): Member

ランチョンセミナー 1
第1会場　11:30〜12:30

「胆膵診療の最前線」

「急性胆嚢炎に対する内視鏡的経乳頭胆嚢ドレナージの最前線」
聖マリアンナ医科大学　消化器内科　准教授　**中原　一有** 先生

「胆膵内視鏡における3D-VR画像支援の最前線」
帝京大学　外科/冲永総合研究所　教授　**杉本　真樹** 先生

司会　手稲渓仁会病院　消化器病センター　センター長　**潟沼　朗生** 先生

埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　教授　**良沢　昭銘** 先生

共催：ガデリウス・メディカル株式会社

……演者の先生ご紹介……

中原（なかはら）　一有（かずなり）　先生

【略歴】
2002年３月　聖マリアンナ医科大学医学部　卒業
2002年４月　聖マリアンナ医科大学病院で研修
2004年４月　相模原協同病院　消化器内科
2005年４月　清川病院　消化器内科
2006年４月　仙台市医療センター仙台オープン病院　消化器内科
2008年４月　聖マリアンナ医科大学　消化器・肝臓内科　医員
2009年４月　聖マリアンナ医科大学　消化器・肝臓内科　助教
2012年　医学博士
2016年４月　聖マリアンナ医科大学　消化器・肝臓内科　講師
2021年10月　聖マリアンナ医科大学　消化器・肝臓内科　准教授
2022年１月　兼 大学病院　胆道・膵臓病センター　副センター長
現在に至る

【学会認定医・専門医・評議員】
日本内科学会認定医／日本消化器病学会専門医／日本消化器内視鏡学会専門医／日本消化器内視鏡学会指導医／日本胆道学会認定指導医／日本消化器内視鏡学会関東支部評議員／胆道学会評議員

杉本（すぎもと）　真樹（まき）　先生

【略歴】
1996年 帝京大学医学部卒.専門は肝胆膵外科.
帝京大学医学部附属病院外科，国立病院機構東京医療センター外科，帝京大学ちば総合医療センター外科，米国カリフォルニア州退役軍人局Palo Alto病院客員フェロー，神戸大学大学院医学研究科消化器内科特務准教授，国際医療福祉大学大学院准教授を経て現職.
　医用画像解析，XR/VR/AR/MR，Metaverse，3Dプリンタ臓器，手術ロボット，手術支援システムなど医工学分野での最先端技術の研究開発や，医療機器開発，医工産学連携，医療ビジネスコンサルティング，起業支援などを行っている.
2016年 Holoeyes株式会社を創業し，現在代表取締役CEO

【所属学会等】
日本外科学会指導医，専門医／日本消化器内視鏡学会専門医／日本内視鏡外科学会技術認定取得者，評議員／日本肝胆膵外科学会評議員／日本コンピュータ外科学会評議員／日本登山医学会専門医／FICS 国際外科学会 Fellow／ISS/SIC 万国外科学会 Active member／SAGES 米国消化器内視鏡外科学会 International Member／EAES 欧州内視鏡外科学会 Member／RSNA 北米放射線学会 Member

ランチョンセミナー２

第2会場　12:00～12:40

『Experience × New Device』
～経験と新デバイスが導く、新たな可能性～

「デバイス活用による消化管の内視鏡的切除と創閉鎖～機器開発含めて～」

香川大学医学部　消化器・神経内科学　教授　**小原　英幹** 先生

「ENGETSUが導く新たな可能性」

埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　准教授　**谷坂　優樹** 先生

司会　獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　教授　**入澤　篤志** 先生

東邦大学医学部内科学講座　消化器内科学分野　教授　**松田　尚久** 先生

共催：株式会社カネカメディックス

……演者の先生ご紹介……

小原（こばら）　英幹（ひでき） 先生

【略歴】

平成９年５月　香川医科大学医学部卒業
平成９年10月　香川県立中央病院　内科　嘱託医
平成11年10月　香川医科大学医学部附属病院　医員
平成15年10月　坂出市立病院　消化器内科　医長
平成21年９月　香川労災病院　消化器内科　副部長・平成22年９月～部長
平成23年４月　香川大学医学部附属病院　助教
平成24年11月　香川大学医学部附属病院　講師
令和６年４月　香川大学医学部　消化器・神経内科学　教授

【学会資格・役割等】

日本消化器内視鏡学会専門医・指導医・四国支部評議員・学術評議員・学会賞選考小委員会委員
日本消化器病学会専門医・指導医・四国支部評議員・学会評議員・学術集会検討委員会委員
日本消化管学会専門医・指導医・代議員・中四国支部幹事・倫理委員会委員
日本内科学会認定内科医・総合内科専門医・四国支部評議員
日本胃癌学会会員・日本胆道学会会員・日本肝臓学会会員
DEN Open Associate editor

谷坂（たにさか）　優樹（ゆうき） 先生

【略歴】

平成19年３月　愛媛大学医学部医学科卒業
平成29年11月　埼玉医科大学学位取得
平成19年４月　市立宇和島病院　初期研修医
平成21年４月　市立宇和島病院消化器内科　医員
平成22年４月　昭和大学病院横浜市北部病院消化器病センター　助教
平成26年４月　埼玉医科大学国際医療センター消化器内科　助教
平成30年６月　埼玉医科大学国際医療センター消化器内科　講師
令和４年12月　埼玉医科大学国際医療センター消化器内科　准教授
現在に至る

【所属学会】

日本内科学会（認定内科医，総合内科専門医）／日本消化器病学会（学会評議員，関東支部評議員，指導医，専門医）／日本消化器内視鏡学会（学術評議員，関東支部評議員，指導医，専門医，Fellow of JGES（FJGES））／日本胆道学会（評議員，指導医）／日本膵臓学会（指導医）／日本がん治療認定医機構（癌治療認定医）／米国消化器内視鏡学会正会員

【委員】

日本消化器内視鏡学会広報委員／査読委員

第27回専門医セミナー

第２会場　15:20～17:50（WEB　視聴併用）

「ドクターガストロ ～臨床推論からの消化器病学～」

第26回専門医セミナー（第378回例会　2024年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。
問診や身体診察で得られた情報をもとに、どのように診断を進めていくべきなのか、ディスカッションを展開します。

※専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。
（日本消化器病学会関東支部第381回例会における参加登録ならびに参加費をお支払いください。）
※専門医更新単位３単位取得できます。
（WEB受講者には参加証明証を後日、お送りいたします。）

司　　会：矢島　知治 先生（杏林大学医学部　医学教育学）

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

出場選手：藏田　隼也 先生（埼玉メディカルセンター　内科）
酒井晋二郎 先生（新東京病院　消化器内科）
高野　澄玲 先生（東京女子医科大学病院）
田村　周甫 先生（東京西徳洲会病院　消化器内科）
Dang Thanh Huy 先生（国際医療福祉大学成田病院）
得平　雅英 先生（杏林大学医学部付属病院　消化器外科）
中村　駿佑 先生（順天堂大学医学部附属順天堂医院　消化器内科）
山下　　薫 先生（深谷赤十字病院　消化器科）
良沢　　玲 先生（東京医科大学病院　消化器内科）
和田　拓海 先生（筑波記念病院　消化器内科）

第１会場（午前の部）

7：58～8：00　　―開会の辞―

評価者

千葉大学大学院　医学研究院　消化器内科学　高橋　幸治
東京医科大学　消化器内科　森瀬　貴之
獨協医科大学　医学部　内科学（消化器）講座　山宮　知

（1）専攻医Ⅰ（食道）　8：00～8：18　　座長　東京慈恵会医科大学　内視鏡医学講座　土　橋　　昭

1．食道アカラシアに合併した表在型食道癌の一例

慶應義塾大学　医学部　内科学(消化器)　○勝海　愛，森　英毅，正岡　建洋，松崎潤太郎
安藤　裕子，齋藤　義正，金井　隆典
同　腫瘍センター　松浦　倫子，高取　祐作，富田　英臣，飽本　哲兵
同　内視鏡センター　加藤　元彦

2．食道壁内偽憩室症の一例

日本鋼管病院　消化器内科　○大場　悠貴，中村　篤志，市川　武，渡邊　勝一
渡部　和気，吉村　翼，渕上　綾子，奥山　啓ニ

3．吐血を契機にHIV感染症の診断に至った1例

日本赤十字社医療センター　消化器内科　○勝矢　雄之，山本　信三，石井ひかり，北原　愛弓
井上　薫，三浦　宏仁，栗原　滉平，中田　史子
鈴木　裕史，内野　康志，谷口　博順，吉田　英雄
同　病理部　裴　有安

（2）専攻医Ⅱ（胃・十二指腸）　8：18～8：42　　座長　順天堂大学医学部　消化器内科　粟　津　崇　仁

4．カテーテルアブレーション後に発症した急性胃拡張症の一例

上尾中央総合病院　消化器内科　○渡邉　陽，笹本　貴広

5．興味深い肉眼形態を呈した胃癌原発の転移性大腸癌の1例

東邦大学　医療センター大森病院　消化器内科　○中村　眞紀，福士　剛蔵，若林　宗弘，鈴木　啓太
小林　輝，辛島　遼，北條　紋，西川　雄祐
渕之上和弘，土方　一範，鳥羽　崇仁，小野　真史
山口　和久，藤本　愛，和久井紀貴，岡野　直樹
永井　英成，栃木　直文，松田　尚久

6．粘膜生検で病理診断困難な胃癌疑い症例に対し，EUS-FNB再検で4型胃癌の診断に至った一例

横浜労災病院　消化器内科　○森本　紗生，関野　雄典，逸見　莉子，井出　貴也
悦田咲季子，能中理紗子，今長　大輝，金田　真人
和田　直之，松本　彰太，伏見　光，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
同　外科　郡司　久

7．胃底腺ポリープからの出血が原因で貧血をきたした一例

東京慈恵会医科大学　消化器・肝臓内科　○尾石　晃一，秋田　義博，川村　愛子，猿田　雅之

（3）専攻医Ⅲ(小腸)　8：42〜9：12　　座長　杏林大学医学部　消化器内科学　荻　原　良　太

8．空腸の Enteric muco-submucosal elongated polyp が先進部となった腸重積の1例

国立病院機構　横浜医療センター　外科(消化器外科・乳腺外科)　○小粥　真実，藤井　義郎，松田　悟郎，清水　哲也
木村　　準，村上　　崇，山本　悠史，藤原　大樹
木村　安希，大石　裕佳，川崎　千瑛，根岸　大貴
中間　拓雄，渡邊　晴貴

9．急速な進行を認め小腸内視鏡により診断に至った小腸原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

国立病院機構東京医療センター　消化器内科　○先崎　　光，青木　康浩，吉村　梨沙，茅島　敦人
荒金　直美，東條　誠也，岡村　真伊，黒崎　　颯
青山　夏海，脇坂　悠介，松永　隆宏，渡邊　多代
福原誠一郎
同　臨床検査科　白石　淳一

10．腸重積を契機に診断された回腸びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫(DLBCL)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　○柏嵜　由希，佐々木吾也，佐藤　杏美，今井友里加
澁谷　優子，高橋　成明，勝部　聡太，森野　美奈
賀嶋ひとみ，小糸　雄大，三浦　孝也，高橋　裕子
石井　剛弘，吉川　修平，大竹はるか，上原　健志
松本　吏弘，宮谷　博幸，眞嶋　浩聡
同　外科　宮倉　安幸

11．好酸球性胃腸炎漿膜下層優位型の1例

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

12．小腸閉塞をきたした回盲部子宮内膜症の一例

戸田中央総合病院　消化器内科　○藤本　冠慶，吉益　　悠，松本　　将，本間　俊裕
堀部　俊哉，原田　容治

（4）専攻医Ⅳ(小腸・大腸)　9：12〜9：42　座長　東京慈恵会医科大学附属柏病院　消化器・肝臓内科　岩　下　祐　子

13．ウパダシチニブのゴーストタブレットによりクローン病が悪化した1例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○湯村　千尚，小島原駿介，松本　健吾，増山　智史
金澤美真理，田中　孝尚，菅谷　武史，富永　圭一
入澤　篤志

14. 低アルブミン血症の改善に難渋した Cronkhite Canada 症候群の 1 例

筑波記念病院　消化器内科　○津金　祐亮，江南ちあき，大曽根　礼，澤　龍太郎
和田　拓海，佐浦　　勲，姫井　紅里，根本　絵美
丹下　善隆，越智　大介，添田　敦子，池澤　和人
同　　病理科　　臺　　勇一

15. JAK 阻害薬の rotation 治療によって寛解を達成した潰瘍性大腸炎の一例

東京医科大学病院　消化器内科学分野　○和田　実季，一宮　　匡，福澤　誠克，糸井　隆夫
大堀 IBD クリニック　　吉村　直樹

16. 転移性脈絡膜腫瘍を認めた S 状結腸癌の 1 例

順天堂大学医学部附属浦安病院　消化器内科　○望月　佑奈，深見久美子，湯澤安梨沙，藤山　杏奈
牛尾　真子，矢野慎太郎，大川　博基，中津　洋一
西　慎二郎，荻原　伸悟，降旗　　誠，北村　庸雄
長田　太郎

17. S 状結腸軸捻転が疑われた移動盲腸の一例

熊谷総合病院　消化器内科　○水谷　　琢，比留間晴彦，中川　慧人，岡本四季子
村上　規子，門野源一郎，石川　武志，土合　克己
斎藤　雅彦
同　　外科　　木下　和也，帖地憲太郎
自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科　　北　　順二，関根　匡成，眞嶋　浩聡

（5）専攻医Ⅴ（大腸）　9：42～10：06　座長　自治医科大学　内科学講座　消化器内科学部門　上　野　　貴

18. 当院における Covered 大腸ステントの使用経験

東京西徳洲会病院　消化器内科　○田村　周甫，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
埼玉医科大学病院　消化管内科　　都築　義和

19. 経肛門イレウス管による持続減圧と腸管洗浄により救命し得た劇症型 CDI の 1 例

茨城県立中央病院　消化器内科　○笹井　裕平，天貝　賢二，瀬山　侑亮，本多　寛之
石橋　　肇，山岡　正治，大関　瑞治，五頭　三秀
荒木　眞裕

20. 保存的加療で軽快し得た劇症型アメーバ赤痢の 1 例

湘南鎌倉総合病院　消化器病センター　○中谷聡一郎，西野　敬祥，市田　親正，隅田ちひろ
長山　未来，小林　正宏，佐々木亜希子

21. 保存的に軽快した free air を伴う腸管気腫症の一例

佐野厚生総合病院　消化器内科　○大塚　祐治，斎藤　直宏，横田　　渉，佐山　侑里
木村　弘明，生形　晃男，北川　清宏，久武　祐太
宮永　亮一，寺元　　研，東澤　俊彦，岡村　幸重

（6）専攻医Ⅵ(肝・胆)　10：11〜10：41　　座長　八王子消化器病院　消化器内科　森　下　慶　一

22. IgA 腎症に対するステロイドによる加療中に発症した肝蛭症の一例

国立国際医療研究センター病院　消化器内科　○垣淵　大河，田中　康雄，金子　貴大，小林　和貴
宮田　祥宏，大島　　開，蒲生　彩香，松本　千慶
鈴江　航大，竜野　稜子，久田　裕也，赤澤　直樹
横井　千寿，小島　康志，斎藤　明子，山本　夏代
秋山　純一，柳瀬　幹雄

23. 脳梗塞に続く鼻出血で発見された肝細胞癌斜台転移の一例

関東労災病院　消化器内科　○成瀬　　謙，金子　麗奈，萱嶋美智子，前廣　由紀
渡邉　菜帆，小野　拓真，西上堅太郎，清水　　良
中崎奈都子，大森　里紗，矢野雄一郎，鎌田健太郎
岸本　有為，池原　　孝

24. RFA 後に下横隔動脈に生じた遅発性仮性動脈瘤の一例

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

25. ERCP 関連手技後に内因性眼内炎による失明を来したクレブシエラ菌血症の一例

埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　○佐藤　　遼，水出　雅文，藤田　　曜，谷坂　優樹
井上　恵輔，小森　健吾，地主　龍平，渡邉　隆一
杉本　　啓，山崎　嵩之，田島　知明，眞下　由美
良沢　昭銘

26. 内視鏡的胆嚢ドレナージ術にて胆嚢壁の血流改善を認めた壊疽性胆嚢炎の一例

聖マリアンナ医科大学　消化器内科　○津久井充人，中原　一有，五十嵐洋介，関根　章裕
薩田　祐輔，丹羽はるか，角田　樹生，飯島　良彦
岡本　寛治，立石　敬介
同　　消化器・一般外科　　小林慎二郎

（7）専攻医Ⅶ(膵臓)　10：41〜11：05　　座長　千葉大学医学部附属病院　消化器内科　菅　　元　泰

27. 二次性血栓性微小血管障害症を発症した切除不能膵癌の一例

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　○羽田　明海，沼田　和司，森本　　学，三輪　治生
舩岡　昭宏，遠藤　和樹，角田翔太郎，土屋　洋省
小宮山哲史，大石梨津子，鈴木　悠一，石野　勇康
柴崎　　梢，染谷　昌伸
横浜市立大学院医学研究科　消化器内科学　　前田　　愼

28. irAE 膵炎との鑑別を要した肺癌膵転移による閉塞性膵炎の一例

日本大学医学部内科学系　消化器肝臓内科学分野　○高瀬　航陽，藤澤真理子，齋藤　　圭，北原　麻衣
大木　庸子，野村　舟三，木暮　宏史
同　　呼吸器内科学分野　黒澤　雄介，権　　寧博

29. 膵癌術後晩期の局所再発病変による悪性門脈閉塞に対して門脈ステントが有効であった消化管出血の1例

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

30. 主膵管破綻症候群、膵仮性嚢胞による膵性腹水に対して内視鏡的膵管ステント留置術が奏効した一例

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

第１会場（午後の部）

12：40〜13：35

特別講演

胆道診療における内視鏡の役割

富山大学　学術研究部医学系内科学第三講座　教授　　**安　田　一　朗** 先生

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　**糸　井　隆　夫**

（8）一般演題(胃・十二指腸１）　13：50〜14：14　座長　東邦大学医療センター　大森病院　消化器センター内科　土　方　一　範

31. 粘膜下層浸潤した胃底腺粘膜型胃癌の１例

獨協医科大学　医学部　内科学（消化器）講座　○石川　　学，郷田　憲一，吉永　智則，近藤　真之
金森　瑛，入澤　篤志
同　病理診断学講座　石田　和之

32. 過マンガン酸カリウムによる急性胃粘膜障害の一例

筑波メディカルセンター病院　消化器内科　○間宮　　孝，鄭　　黎佳，藤川健太郎，浜田　善隆
西　雅明

33. 胃 MALT リンパ腫除菌治療 17 年後に食道 MALT リンパ腫および扁桃 DLBCL を合併した１例

東京医科大学　消化器内視鏡学分野　○張　　萌琳，岩田　英里，濱田麻梨子，秋本　佳香
新倉　量太，永田　尚義，河合　　隆
同　人体病理学分野　松林　　純
同　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野　塚原　清彰
同　血液内科学分野　後藤　明彦
同　消化器内科学分野　糸井　隆夫

34. 膵尾部神経内分泌腫瘍による左側門脈圧亢進症・胃静脈瘤に対して IVR が奏功した１例

帝京大学　医学部　内科学講座　○梶田　航平，三浦　　亮，二木　直之，清水　友貴
本田　　卓，松本　康佑，青柳　　仁，磯野　朱里
阿部浩一郎，有住　俊彦，小田島慎也，淺岡　良成
今津　博雄，山本　貴嗣，田中　　篤
同　放射線科学講座　和田　　武，山本　真由，近藤　浩史

（9）一般演題(胃・十二指腸２）　14：14〜14：38　座長　東京医科大学病院　消化器内科　香　川　泰　之

35. 悪性貧血により血小板低値を伴った *Helicobacter pylori* 現感染を合併した自己免疫性胃炎の一例

東京医科大学病院　消化器内科　○大本　真由，森瀬　貴之，内藤咲貴子，河野　　真
山内　芳也，香川　泰之，村松　孝洋，山西　文門
田所　健一，島井　智士，水町　　碧，井田　知宏
貝塚　玄樹，福澤　誠克，糸井　隆夫
同　内視鏡センター　河合　　隆

36. *Helicobacter pylori* 除菌 20 年後に白色扁平隆起型の腺窩上皮型胃癌を認めた一例

東京医科大学　消化器内視鏡学分野　○岩田　英里，張　　萌琳，秋本　佳香，濱田麻梨子
新倉　量太，永田　尚義，河合　　隆
同　　消化器内科学分野　香川　泰之，福澤　誠克，糸井　隆夫

37. 慢性膵炎急性増悪の治療中に生じた非外傷性十二指腸壁内血腫により通過障害を来した 1 例

前橋赤十字病院　消化器内科　○安藤　和秀，伊藤　健太，本多　夏穂，丸山　　優
田村　優樹，井上真紀子，阿部　貴紘，柴崎　充彦
関口　雅則，滝澤　大地，新井　弘隆
群馬大学大学院　医学系研究科　消化器・肝臓内科　浦岡　俊夫

38. 潰瘍型胃悪性リンパ腫からの消化管出血に対して色素動注法を用いた動脈塞栓が有用であった 1 例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野　○相川　浩之，香川　泰之，福澤　誠克，内藤咲貴子
河野　　真，山内　芳也，森瀬　貴之，村松　孝洋
山西　文門，田所　健一，島井　智士，水町　　碧
井田　知宏，貝塚　玄樹，糸井　隆夫

(10) 一般演題(小腸・大腸)　14：38～15：08　座長　公立昭和病院　予防・健診センター　北　川　敬　丈

39. 産褥期にループス腸炎で発症した全身性エリテマトーデスの 1 例

練馬総合病院　内科　○松田　英士，山本晴二郎，石本　飛鳥，田村　理絵
沼口隆太郎，佐々木康裕，西澤麻理子，安田伊久磨
藤田　愛子，中尾　英一，豊田　丈夫，東　宏一郎
柳川　達生
同　内視鏡センター　齋藤　　隆，今井　俊一，吉川　祐輔，徳山　　丞
栗原　直人

40. 術後再建腸管症例に対する小腸カプセル内視鏡検査：有用性と安全性の検討

横浜市立大学附属病院　肝胆膵消化器病学　○三澤　　昇，日暮　琢磨，井上喬二郎，田村　繁樹
中島　　淳

41. 落下柿胃石による食餌性腸閉塞を発症した一例

北里大学　医学部　消化器内科学　○佐々木雅也，久保田　陽，草野　　央

42. 経肛門的ダブルバルーン内視鏡(DBE)により小腸憩室出血を同定し、クリップ止血し得た 1 例

日本大学医学部内科学系　消化器肝臓内科学分野　○福本由香里，春田　明子，杵渕　広志，笠巻　敬太
寺田　里絵，杉田　知実，小椋加奈子，高橋　　悠
鈴木　晴久，木暮　宏史
東京都立病院機構　東京都立豊島病院　内科　岡田　侑大

43. インフリキシマブが奏功した非中毒性巨大結腸症を伴った潰瘍性大腸炎の一例

新座志木中央総合病院　消化器内科　○神田　遼弥，嵐山　　真，班目　　明

(11) 一般演題(大腸) 15：08〜15：38　　座長　公立富岡総合病院　消化器科　渋　澤　恭　子

44. 上行結腸憩室炎による広範囲な腸腰筋膿瘍の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○久野木康仁，山宮　　知，石川　　学，坂本　智哉
稲葉　康記，嘉島　　賢，佐久間　文，福士　　耕
牧　　匠，入澤　篤志

45. 逸脱した大腸ステントを留置スネアにより縮小化し内視鏡的に回収し得た一例

東京医科大学病院　消化器内科　○山本　一稀，福澤　誠克，村松　孝洋，水町　　碧
島井　智士，和田　実季，井田　知宏，貝塚　玄樹
田所　健一，山西　文門，香川　泰之，森瀬　貴之
山内　芳也，河野　　真，内藤咲貴子，糸井　隆夫

46. Pembrolizumab 投与後に Hyperprogressive disease を来たした TMB-High 大腸癌の 1 例

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

47. 潰瘍性大腸炎関連腫瘍との鑑別に苦慮したが ESD で治癒できた散発性腫瘍の 1 例

防衛医科大学校病院　内科学講座（消化器内科）　○植田　浩貴，冨岡　　明，千谷　菜花，安藤　悠哉
吉岡　幹士，江崎　航大，川端　紘輔，木本　侑哉
石川　博隆，武川　舞子，堀内　知晃，綾木　花菜
吉留　佑太，田原　寛之，西村　弘之，成松　和幸
高本　俊介，冨田　謙吾，穂苅　量太

48. 5 ASA 不耐に対して顆粒球吸着療法が著効した一例

八王子消化器病院　消化器内科　○森下　慶一，佐々木　優，土田　浩喜，小林　睦季
植村修一郎，尾崎　雄飛，斎田　　真，小池　伸定
原田信比古
東京女子医科大学　消化器内科　　高山　敬子

(12) 一般演題(肝臓) 15：38〜16：08　　座長　東京医科大学病院　消化器内科　掛　川　達　矢

49. 高齢者における慢性 C 型肝炎に対する direct acting antivirals agents 治療の有効性と安全性の検討

東京医科大学　消化器内科学分野　○良沢　　玲，和田　卓也，中島　啓佑，中村　駿介
眞壽田真由香，高橋　宏史，掛川　達矢，竹内　啓人
杉本　勝俊，糸井　隆夫

50. COVID-19 後に発症し、診断に難渋した腹腔内リンパ節の腫大を伴う自己免疫性肝炎の一例

獨協医科大学　医学部　内科学（消化器）講座　○嘉島　　賢，武田　　歩，久野木康人，佐久間　文
福士　　耕，大西　俊彦，眞島　雄一，飯島　　誠
入澤　篤志
同　　病理診断学講座　　高岡　身奈，石田　和之

51. 肝細胞癌の胃小弯リンパ節転移に対して動脈塞栓術と放射線治療が著効した一例

東京医科大学病院　消化器内科　○高橋　征志，中村　駿介，中島　啓佑，本多　英仁
眞壽田真由香，高橋　宏史，掛川　達矢，和田　卓也
阿部　正和，吉益　　悠，竹内　啓人，杉本　勝俊
糸井　隆夫

52. BCLC-Advanced stage 肝癌に対して集学的治療で組織学的 CR を得た一例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野　○藤原　未琴，眞壽田真由香，掛川　達矢，中島　啓佑
中村　駿介，高橋　宏史，和田　卓也，竹内　啓人
杉本　勝俊，糸井　隆夫

53. アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法中の骨転移増悪に対して手術・放射線加療後，アテゾリズマブ単剤で腫瘍の縮小が得られた切除不能肝細胞癌の一例．

東京医科大学病院　消化器内科　○山本　悠貴，掛川　達矢，藤原　未琴，林　真理
中島　啓介，中村　駿介，眞壽田真由香，高橋　宏史
和田　卓也，竹内　啓人，杉本　勝俊，糸井　隆夫

(13) 一般演題(肝・胆)　16：08～16：38　座長　日本医科大学多摩永山病院　消化器内科　河　野　惟　道

54. 腫瘍随伴症候群を伴った巨大肝細胞癌の一例

日本大学医学部内科学系　消化器肝臓内科学分野　○宮澤　秀利，本田　真之，増崎　亮太，十束　茉衣
金子　朋弘，有間　修平，松本　直樹，山上　裕晃
木暮　宏史
日本大学医学部外科学系　消化器外科学分野　荒牧　修，岡村　行泰
日本大学医学部病態病理学系　腫瘍病理学分野　大荷　澄江，増田しのぶ
同　人体病理学分野　辻村　隆介

55. 診断に苦慮した肝障害の一例

八王子消化器病院　消化器内科　○森下　慶一，佐々木　優，土田　浩喜，小林　睦季
植村修一郎，尾崎　雄飛，斎田　真，小池　伸定
原田信比古
東京女子医科大学　消化器内科　高山　敬子

56. 遠位胆管癌と IgG 4 関連硬化性胆管炎が合併した 1 例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科　○福田　壮馬，山重　大樹，丸木　雄太，肱岡　範
永塩　美邦，東江　大樹，岡本　浩平，八木　伸
桑田　潤，小森　康寛，岡田　真央，森實　千種
上野　秀樹，奥坂　拓志
同　肝胆膵外科　水井　崇浩，江崎　稔
同　病理診断科　平岡　伸介

57. 胆嚢結腸瘻を有した Intracholecystic papillary neoplasm associated with an invasive carcinoma の 1 例

昭和大学　藤が丘病院　消化器内科　○浅見　哲史，高野　祐一，玉井　直希，山脇　将貴
野田　淳，新谷　文崇，西元　史哉，長濵　正亞
小田原市立病院　消化器内科　丸岡　直隆

58. 治療困難総胆管小結石に対し胆道鏡直視下リトリーバルバスケットが有用であった 2 例

埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科　○渡邉　隆一，水出　雅文，藤田　曜，谷坂　優樹
井上　惠輔，小森　健吾，佐藤　遼，地主　龍平
杉本　啓，山崎　嵩之，田島　知明，眞下　由美
良沢　昭銘

(14) 一般演題(胆道) 16：38～17：08　　座長　聖マリアンナ医科大学　消化器内科　五十嵐　洋　介

59. 体外衝撃波結石破砕術にて胆嚢管嵌頓結石を破砕し内視鏡的胆嚢ステント留置術に成功した胆石性胆嚢炎の一例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科　○枇杷田雅仁，齋藤　倫寛，伊藤　謙，栗原　昌孝
田島　慎也，山田　悠人，日原　大輔，松井　貴史
岡本　陽祐，塩澤　一恵，渡邉　学

60. 内視鏡的組織採取により診断し得た、胆管断端神経腫の３例

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

61. BismuthII 型の肝門部領域胆管癌に対し経皮的に複数の金属ステントを留置し内瘻化に成功した１例

帝京大学医学部附属溝口病院　消化器内科　○勝倉　暢洋，土井　晋平，早川　淳，苗村　佑太
菊山　智博，齋藤　剛，足立　貴子，渡邊　彩子
松本光太郎，綱島　弘道，辻川　尊之

62. 全身状態不良例に対して経皮経肝胆嚢ドレナージ（PTGBD）経路を介した経皮的胆嚢ステント留置術（PTGS）を施行した一例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科　○栗原　昌孝，齋藤　倫寛，伊藤　謙，枇杷田雅仁
田島　慎也，山田　悠人，日原　大輔，岡本　陽祐
塩澤　一恵，渡邉　学

63. 傍乳頭憩室を有する胆管内進展を伴う乳頭部腫瘍に管腔内ラジオ波焼灼術併用の内視鏡的乳頭切除術が有用であった一例

東京医科大学　消化器内科学分野　○山口　右真，山本健治郎，祖父尼　淳，土屋　貴愛
田中　麗奈，殿塚　亮祐，向井俊太郎，永井　一正
松波　幸寿，小嶋　啓之，南　裕人，平川　徳之
糸井　隆夫

(15) 一般演題(胆・膵) 17：08～17：38　座長　国立がんセンター中央病院　肝胆膵内科　八　木　伸

64. BRAFV600E 変異を有する肝内胆管癌に対し、ダブラフェニブ・トラメチニブ併用療法が奏効した１例

神奈川県立がんセンター　消化器内科　○戸塚雄一朗，上野　誠，白石　和雅，榎本　昌人
濱口　智美，朝井　靖二，福島　泰斗，手塚　瞬
小林　智，古瀬　純司
横浜市立大学附属病院　消化器内科学　前田　愼

65. 進行胆管癌に対して術前の化学療法が著効した１例

自治医科大学附属病院　消化器一般移植外科　○須藤　慧多，木村　有希，渡部　純，青木　裕一
田口　昌延，笠原　尚哉，森嶋　計，笹沼　英紀
北山　丈二，山口　博紀，佐田　尚宏
自治医科大学　内科学講座　消化器内科部門　菅野　敦
同　病理診断部　廣田　由佳，佐野　直樹，福嶋　敬宜

66. 石灰化子宮筋腫による小腸狭窄を背景に発症した胆石性イレウスの1例

帝京大学　医学部付属　溝口病院　消化器内科　○齋藤　剛，土井　晋平，早川　淳，苗村　佑太
菊山　智博，足立　貴子，松本光太郎，渡邊　彩子
勝倉　暢洋，綱島　弘道，辻川　尊之，高島　順平
小林　宏寿

67. mFOLFIRINOX 療法後の conversion surgery にて完全寛解を得た膵腺扁平上皮癌の1例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野　○飯名　桃子，塩谷　健斗，松波　幸寿，土屋　貴愛
田中　麗奈，殿塚　亮祐，向井俊太郎，永井　一正
山本健治郎，小嶋　啓之，南　裕人，平川　徳之
糸井　隆夫

68. 膵頭部癌との鑑別が困難であったびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の一例

東京医科大学病院　消化器内科　○杉村真之介，永井　一正，祖父尼　淳，土屋　貴愛
殿塚　亮祐，向井俊太郎，山本健治郎，田中　麗奈
松波　幸寿，小嶋　啓之，南　裕人，平川　徳之
塩谷　健斗，糸井　隆夫

(16) 一般演題(膵臓2)　17：38〜18：02　座長　国立がんセンター中央病院　肝胆膵内科　福　田　壮　馬

69. Pembrolizumab で CR を維持している Lynch 症候群関連膵癌の一例

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

70. 切除不能膵癌に対してスペーサ留置後に根治的重粒子線治療を施行した3例

国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院　○黒崎　宏貴，篠藤　誠，瀧山　博年，磯崎　哲朗
山口有輝子，山田　滋，石川　仁
獨協医科大学埼玉医療センター　外科　吉富　秀幸

71. 悪性疾患が疑われた膵嚢胞性病変に対し、EUS 下嚢胞ドレナージを行うことにより嚢胞辺縁の充実部に対し EUS-TA を施行し得た2例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科　○桑田　潤，肱岡　範，永塩　美邦，小森　康寛
福田　壮馬，八木　伸，岡本　浩平，山重　大樹
東江　大樹，奥坂　拓志

72. 膵液瘻を伴う急性膵炎を契機に診断し得た膵癌の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科　○橋本　凌，関根　匡成，華山　翔泰，福本　彩音
柏嵜　由希，福岡なつみ，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，吉川　修平
上原　健志，松本　吏弘，宮谷　博幸，眞嶋　浩聡

第２会場（午前の部）

評価者

神奈川県立がんセンター　消化器内科　小林　智
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）　三輪　治生
がん研有明病院　肝胆膵内科　岡本　武士

(17) 専攻医Ⅷ(胆・膵)　8：00〜8：30　　座長　東京大学医学部附属病院　臨床腫瘍科　石　垣　和　祥

73. 超高齢者の積み上げ胆管結石に対して経口胆道鏡下で Ho-YAG レーザー結石破砕により治療し得た 1 例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野　○関口　大，平川　徳之，土屋　貴愛，田中　麗奈
殿塚　亮祐，向井俊太郎，山本健治郎，永井　一正
松波　幸寿，小嶋　啓之，南　裕人，塩谷　健斗
糸井　隆夫

74. EUS-TA が診断に有用であった充実性偽乳頭状腫瘍の 1 例

厚生中央病院　消化器内科　○小原　大輝，石井健太郎，根本夕夏子，中村　文彦
堀江　義政，内田久美子，村上　貴寛，渡辺　早紀
東京医科大学　病理診断科　黒田　雅彦

75. 超音波内視鏡下組織採取が診断に有用であった同時性多発膵管癌の 1 例

杏林大学　医学部付属杉並病院　消化器内科
杏林大学　医学部　消化器内科　○江藤晃一朗，荻本　直尭，大森　鉄平
同　消化器内科　権藤　興一，山田　貴大，川本　翔，神林　孔明
落合　一成，渡邉　俊介，土岐　真朗，久松　理一
同　病理学教室　柴山　隆宏，林　玲匡，柴原　純二

76. 膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)由来の膵腺扁平上皮癌の一例

東京都立駒込病院　消化器内科　○井関　真理，仲程　純，氏田　亙，田畑　宏樹
千葉　和朗，神澤　輝実，飯塚　敏郎
同　肝胆膵外科　白田　力，原田　康寛，沖永　裕子，脊山　泰治
同　病理科　堀口慎一郎

77. MEN 1 型の長期経過中に腫瘍が増大し主膵管内進展を来した膵神経内分泌腫瘍の 1 例

自治医科大学　内科学講座　消化器内科部門　○三澤　啓吾，菅野　敦，横山　健介，田中　朗嗣
櫻井　祐輔，山本　博徳
同　病理学講座　病理診断部　佐野　直樹，福嶋　敬宜
同　消化器一般移植外科　利府　数馬，笹沼　英紀，佐田　尚宏
同　内科学講座　消化器内科部門
同　病理学講座　病理診断部　池田恵理子，安藤　梢

(18) 専攻医Ⅸ(その他) 8：30〜8：54　　座長　東京医科大学病院　消化器内科　河　野　　真

78. 腹痛を主訴に来院したが早期 ACV 投与で水痘の重症化を未然に防いだと考えられる一例

国家公務員共済組合連合会　横浜栄共済病院　消化器内科　○伊藤ひかり，河島　孝大，野村　　優，櫻井裕一郎
城野　　紡，藤野　洋平，高井　佑輔，岩崎　暁人
清水　智樹，酒井　英嗣

79. 肝嚢胞や膵仮性嚢胞との鑑別を要した総肝動脈瘤の一例

東京医科歯科大学病院　消化器内科　○浜村　亮輔，申　　貴広，小林　正典，金子　　俊
福田　将義，村川美也子，大塚　和朗，朝比奈靖浩
岡本　隆一

80. 腸間膜硬化像を示した IgG 4 関連疾患の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構　船橋中央病院　内科　○田中　一真，嶋田　太郎，関田　伸之，門山　知樹
竹熊　勇登，淺野　公将，土屋　　慎，加藤佳瑞紀
山口　武人

81. 悪性腹膜中皮腫の一例

順天堂大学付属順天堂医院　消化器内科　○坂本　龍彌，粟津　崇仁，福嶋　浩文，湯澤安梨沙
矢田　茉佑，野村　　慧，波間　大輔，上山　浩也
深田　浩大，戸張　真紀，石川　　大，藤澤　聡郎
澁谷　智義，北條麻理子，池嶋　健一，永原　章仁
伊佐山浩通

(19) 研修医Ⅰ(胃・十二指腸) 8：54〜9：18　座長　東京医科大学　消化器内視鏡学分野　新　倉　量　太

82. AFP-L 3 分画上昇が発見の契機となった AFP 産生胃癌の 1 切除例

群馬大学大学院医学系研究科　消化器・肝臓内科学　○相原沙代子，佐藤　圭吾，舘山　夢生，村上　立真
戸島　洋貴，山崎　勇一，浦岡　俊夫
群馬大学医学部附属病院　光学医療診療部　竹内　洋司
群馬大学大学院医学系研究科　消化管外科学　中澤　信博，佐伯　浩司

83. 早期胃癌 ESD 後の implantation が疑われた一例

東京医科歯科大学　消化器内科　○上野晋太郎，金子　　俊，小林　正典，朝比奈靖浩
岡本　隆一
同　光学医療診療部　米本　有輝，早川　優香，福田　将義，大塚　和朗
同　病理部　新宅　　洋，大橋　健一
同　消化管外科　谷岡　利朗，徳永　正則

84. 内視鏡的に砕石除去しえた Bouveret 症候群の 1 例

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

85. 鉄欠乏性貧血の治療経過のなかでオスラー病と判明した一例

佐野厚生農業協同組合連合会　佐野厚生総合病院　消化器内科　○福尾　佳奈，齋藤　直宏，横田　　渉，佐山　侑里
木村　弘明，生形　晃男，北川　清宏，久武　祐太
宮永　亮一，寺元　　研，東澤　俊彦，岡村　幸重

(20) 研修医Ⅱ(小腸・大腸)　9：18〜9：36　　座長　東京医科大学病院　消化器内科　村　松　孝　洋

86. 集学的治療により救命し得た出血源同定困難であった小腸出血の一例

前橋赤十字病院　消化器内科　○山本　詩音，関口　雅則，滝澤　大地，本多　夏穂
丸山　　優，田村　優樹，伊藤　健太，井上真紀子
阿部　貴紘，柴崎　充彦，新井　弘隆
同　　放射線診断科　森田　英夫
同　　外科　岡田　幸士，内藤　稜山，宮崎　達也
高崎総合医療センター消化器内科　井戸　健太
群馬大学医学部附属病院　消化器・肝臓内科　浦岡　俊夫

87. 発作性心房細動を起こした Cronkhite-Canada 症候群(CCS)の 1 例

東海大学　医学部付属病院　消化器内科　○小銭　友恵，出口　隆造，柿澤　桃花，辻　　優美
幕内　智規，上田　　孝，佐藤　博彦，佐野　正弥
寺邑英里香，門馬　牧子，藤澤　美亜，鈴木　秀和
松嶋　成志，加川　建弘

88. 横行結腸 MALT リンパ腫に対して放射線治療が奏功した 1 例

東京逓信病院　消化器内科　○柴尾　喬志，阿部　創平，加藤　知爾，弦間　有香
坂井有里枝，小野　晋治，小林　克也，関川憲一郎
光井　　洋
同　　放射線科　北口真由香

(21) 研修医Ⅲ(肝臓)　9：36〜10：00　　座長　慶應義塾大学医学部　内科学（消化器）　碓　井　真　吾

89. 肝原発神経内分泌腫瘍の 1 例

東京医科大学八王子医療センター　消化器内科　○椋野　　拓，阿部　正和，篠原　裕和，秋田泰之輔
菊地　佑真，本多　英仁，浅野　響子，奴田原大輔
山本　　圭，平良　淳一，中村　洋典，北村　勝哉

90. デュルバルマブによる治療歴がありソラフェニブ開始後に重症皮疹を呈した肝内胆管癌の 1 例

公益財団法人がん研究会有明病院　肝胆膵内科　○前田　寛子，岡本　武士，佐藤洋一郎，平井　達基
前川　有里，鈴木由佳理，三重　尭文，古川　貴光
武田　剛志，佐々木　隆，尾阪　将人，笹平　直樹
同　　腫瘍リウマチ膠原病科　武田　孝一
同　　皮膚腫瘍科　芝原　与喜
同　　病理部　井上　典仁，河内　　洋，後藤　啓介

91. 急性肝障害から診断に至った IgG 4 関連自己免疫性肝炎の一例

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

92. 肺胞出血をきたしたアルコール性肝硬変の 1 例

東京慈恵会医科大学附属第三病院　消化器・肝臓内科　○宮入　直輝，小森　徹也，神谷　昂汰，中村　円香
芳賀　将輝，酒寄　千晶，山本　玖美，三國　隼人
土屋　学，光吉　優貴，木下　勇次，三浦由起子
木下　晃吉，小池　和彦
東京慈恵会医科大学附属病院　消化器・肝臓内科　猿田　雅之

(22) 研修医Ⅳ(胆・膵)　10：05〜10：35　　座長　東京医科歯科大学　消化器内科　小　林　正　典

93. EHL が奏功した胆嚢胆管瘻を伴う Mirizzi 症候群(CorletteI 型，CsendesIII 型)の一例

藤沢市民病院　消化器内科　○山下　恭平，西村　正基，加藤　瑠莉，永守　駿太
御厨優一郎，三枝　正路，尾崎　裕理，山下　啓和
塚本　恵，吉村　勇人，近藤　新平，安藤　知子
福地　剛英，岩瀬　滋
横浜市立大学医学部　消化器内科学　前田　愼

94. 胆嚢内に起源の異なる多発癌を認めた 1 例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野　○鈴木　盛夫，永井　一正，南　裕人，祖父尼　淳
土屋　貴愛，田中　麗奈，向井俊太郎，山本健治郎
松波　幸寿，小嶋　啓之，平川　徳之，塩谷　健斗
糸井　隆夫
同　人体病理学分野　助田　葵，長尾　俊孝
同　消化器・小児外科学分野　永川　裕一
旭川医科大学　内科学講座 病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野(がんゲノム医学部門)　水上　裕輔
札幌東徳洲会病院　医学研究所 ゲノム診断研究部　小野　裕介
東京医科大学　臨床医学系消化器内科学分野
札幌東徳洲会病院　医学研究所 ゲノム診断研究部　殿塚　亮祐

95. 著明な膵管拡張と門脈浸潤を伴う境界不明瞭な膵神経内分泌腫瘍に対し膵全摘術を施行した一例

東京大学　医学部附属病院　消化器内科　○王谷　俊雄，福田晃史郎，鈴森知沙季，西尾　洋人
遠藤　剛，石田　宏太，福田麟太郎，高岡　真哉
大山　博生，野口　賢作，鈴木　辰典，佐藤　達也
石垣　和祥，齋藤　友隆，濱田　毅，高原　楠昊
藤城　光弘

96. 術前胆道ドレナージに難渋した，主膵管型 IPMN の 1 例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター　○宮城　大地，大石梨津子，三輪　治生，遠藤　和樹
鈴木　悠一，舩岡　昭宏，沼田　和司，森本　学
横浜市立大学　消化器内科学教室　前田　愼

97. 術後 14 年目に膵転移を認めた甲状腺乳頭癌の 1 例

虎の門病院　消化器内科　○今井那奈美，平野　多紀，服部　大輔，前原　耕介
佐藤　悦基，田村　哲男，小山里香子，今村　綱男
同　病理診断科　木脇　圭一
伊藤病院　外科　鈴木　章文

(23) 研修医Ⅴ(その他)　10：35〜10：59　座長　獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　牧　匠

98. 造影剤アレルギーを有する食道静脈瘤症例に対する食道静脈瘤硬化療法：1 例報告

獨協医科大学病院　内科学(消化器)講座　○大塚　星渡，稲葉　康記，嘉島　賢，久野木康仁
佐久間　文，福士　耕，牧　匠，山宮　知
入澤　篤志

99. 脾臓に対する EUSー TA で出血をきたした一例

昭和大学藤が丘病院　内科学講座　消化器内科部門　○富井　賢司，高野　祐一，玉井　直希，野田　淳
山脇　將貴，浅見　哲史，新谷　文崇，西元　史哉
長濱　正亞
小田原市立病院　消化器内科　丸岡　直隆

100. 超音波内視鏡下吸引針生検により診断に至った結核性腹膜炎・リンパ節炎の 1 例

武蔵野赤十字病院　消化器内科　○佐藤　壱哉，高浦　健太，玉城　信治，安井　豊
土谷　薫，中西　裕之，泉　並木，黒崎　雅之
同　外科・消化器外科　山口　和哉，井ノ口幹人

101. 急速増大する脾腫瘍を摘出したところ SANT であった 1 例

東京大学　医学部　附属病院　肝胆膵外科・人工臓器移植外科　○中山　超，及川　亮，三原裕一郎，黒坂翔太郎
風見　由祐，桐谷　翔，西岡裕次郎，市田　晃彦
河口　義邦，高本　健史，赤松　延久，長谷川　潔

(24) 一般演題(膵臓１)　13：50〜14：20　　座長　北里大学医学部　消化器内科学　玉　置　明　寛

102. 繰り返す膵炎の長期経過の中で主膵管型 IPMN の形態変化を追えた一例

東京医科大学病院　消化器内科　○中野優太郎，小嶋　啓之，土屋　貴愛，田中　麗奈
殿塚　亮祐，向井俊太郎，山本健治郎，永井　一正
松波　幸寿，南　　裕人，平川　徳之，塩谷　健斗
糸井　隆夫

103. 膵全体に多発する嚢胞性病変を背景に発生した膵癌の一例

獨協医科大学　医学部　消化器内科　○牧　　匠，入澤　篤志，山宮　　知，嘉島　　賢
久野木康仁，佐久間　文，福士　　耕，稲葉　康記
福島県立医科大学会津医療センター　消化器内科　澁川　悟朗

104. 当院における切除不能神経内分泌腫瘍に対する PRRT 再治療の治療成績

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科　○小森　康寛，肱岡　　範，桑田　　潤，福田　壮馬
八木　　伸，岡本　浩平，山重　大樹，東江　大樹
森實　千種，奥坂　拓志
同　　消化器内科　庄司　広和
同　　放射線診断科　伊藤　公輝

105. ERCP 後膵炎の予防目的に留置した膵管ステントが十二指腸に穿通した一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座　○佐久間　文，坂本　智哉，稲葉　康記，嘉島　　賢
久野木康仁，福士　　耕，山宮　　知，入澤　篤志
同　　外科学（肝・胆・膵）講座　松本　尊嗣，白木　孝之，青木　　琢

106. 切除不能進行膵癌による膵管内圧上昇に伴う疼痛に対し超音波内視鏡下膵管ドレナージが奏功した一例

聖路加国際病院　消化器内科　○村島　侑子，鈴木雄一朗，生坂　　光，横須賀亮介
金　　允泰，山崎　友裕，奥山　秀平，高木　浩一
福田　勝之
同　　消化器内科
東京歯科大学市川総合病院　消化器内科　中村　健二

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
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
３８６	眞　嶋　浩　聡 （自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科）	９月６日（土）	東　京 海運クラブ	５月28日～ ７月２日予定

演題の申込はインターネットにてお願いいたします。
詳細につきましては「URL:http://jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto」をご覧ください。

2024・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	10月30日（水）
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382回）例会のお知らせ

期　　日：2024年12月14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：「膵のう胞性腫瘍，どう診る？―日常臨床のCQを研究へつなげる―」
演者：東京女子医科大学　消化器内科　教授　中井　陽介
司会：東京女子医科大学八千代医療センター　消化器内科　教授　新井　誠人
「女性医師の会」特別企画・臨床セミナー：「腹部エコー・内視鏡診断と治療・HBV再活性化診療」
「消化器疾患における腹部エコーの最新知見」
演者：国際医療福祉大学医学部大学院　消化器内科学　准教授　結束　貴臣
「消化器内視鏡診断と治療　～20年間の遷移～」
演者：東邦大学医療センター大森病院　消化器内科　講師　藤本　　愛
「Ｂ型肝炎再活性化診療のコツ　～よりよい患者説明・院内対策のために～」
演者：国立国際医療研究センター　肝炎・免疫研究センター　肝疾患研究部　肝疾患先端治療研究室長　由雄　祥代
司会：東京女子医科大学病院　消化器内科　講師　小木曽智美
ランチョンセミナー１：「複合免疫療法による進行肝細胞癌治療:その進化と実臨床で直面する課題（仮）」
演者：千葉大学大学院医学研究院　消化器内科　講師　小笠原定久
司会：松戸市立総合医療センター　病院事業管理者/千葉大学名誉教授　横須賀　収
ランチョンセミナー２：「これからのHER2陽性胃癌の治療戦略」
演者：国立がん研究センター東病院　消化管内科　中山　巌馬
司会：聖隷佐倉市民病院　外科　部長　小池　直人
当番会長：**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　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: jsge382kanto@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（**各々１施設（１診療科）につき、１演者に制限させていただきます**）。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、同一施設から複数応募及び採択が可能ですが、応募演題数が多い場合は一部を一般演題に変更させていただく場合がございます。

お問い合せについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、その他の事務上のことは、
下記関東支部事務局へお願いいたします。
〒181-8611　東京都三鷹市新川6-20-2
杏林大学医学部消化器・一般外科学教室
日本消化器病学会関東支部事務局
TEL 0422-71-5288　FAX 0422-47-5523
E-mail：kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部　支部長　長谷川　潔

日本消化器病学会関東支部　第45回教育講演会ご案内
（日本消化器病学会専門医制度：18単位）

日　時：2024年11月17日（日）
会　場：WEB開催（当日のライブ配信のみ）
会　長：福田　勝之（聖路加国際病院　消化器内科）
主　題：「診療の進歩と今後の展望」

※予定プログラム
◆開会の辞◆福田　勝之（第45回教育講演会会長）
◆講演１◆「アカラシア・GERDの内視鏡治療（POEM、ARMSその他上部消化管内視鏡治療）」
　　司会：髙木　浩一（聖路加国際病院　消化器内科）
　　講師：島村　勇人（昭和大学江東豊洲病院　消化器センター）
◆スポンサードセミナー１◆「FD　六君子湯」
　　司会：山本　貴嗣（帝京大学医学部　内科学講座）
　　講師：松﨑潤太郎（慶應義塾大学薬学部薬物治療学講座）
◆スポンサードセミナー２◆「IBD」
　　司会：国崎　玲子（横浜市立大学附属市民総合医療センター　炎症性腸疾患（IBD）センター）
　　講師：小林　　拓（北里大学　北里研究所病院　炎症性腸疾患先進治療センター（IBDセンター））
◆講演２◆「海外での内視鏡治療、アメリカ、カナダと日本の消化器診療の違い」
　　司会：池谷　　敬（東京都立大久保病院　消化器内科）
　　講師：白鳥　安利（Maimonides Medical Center）
◆講演３◆「下部消化管内視鏡治療」
　　司会：井出　大資（がん研究会有明病院　下部消化管内科）
　　講師：小田島慎也（帝京大学医学部　内科学講座）
◆講演４◆「慢性膵炎、急性膵炎」
　　司会：入澤　篤志（獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座）
　　講師：中村　健二（東京歯科大学　市川総合病院　消化器内科）
◆講演５◆「肝胆膵外科」
　　司会：田中　真二（東京医科歯科大学大学院　分子腫瘍医学分野）
　　講師：海道　利実（聖路加国際病院　消化器・一般外科）
◆講演６◆「肝癌治療」
　　司会：奥山　秀平（聖路加国際病院　消化器内科）
　　講師：小笠原定久（千葉大学大学院医学研究院　消化器内科学）
◆支部長挨拶◆長谷川　潔（東京大学大学院医学系研究科　臓器病態外科学）
◆閉会の辞◆福田　勝之（第45回教育講演会会長）
参加方法：事前参加登録制となりますので、2024年８月28日（水）正午（予定）～ 2024年10月30日（水）
　　正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。
　　参加費（3,000円、テキスト代含む）はクレジット決済のみとなります。
　　なお一度お振込いただいた参加費は原則的にご返金致しませんので予めご了承ください。
　　定員になり次第、締め切らせて頂きます。（定員500名）
更新単位：18単位
　　※参加証は各プログラムの視聴完了後、ならびに講演１～６の確認問題をご回答いただくとダウンロードできます。
問合せ先：日本消化器病学会関東支部第45回教育講演会 運営事務局
　　株式会社プランニングウィル　担当：馬場、鹿子木
　　TEL：03-6801-8084　E-mail：jsge45lm@pw-co.jp

1　食道アカラシアに合併した表在型食道癌の一例

慶應義塾大学　医学部　内科学(消化器)[1]，
同　腫瘍センター[2]，同　内視鏡センター[3]
勝海　愛[1]，森　英毅[1]，松浦倫子[2]，正岡建洋[1]，高取祐作[2]，
富田英臣[2]，飽本哲兵[2]，松崎潤太郎[1]，安藤裕子[1]，齋藤義正[1]，
加藤元彦[3]，金井隆典[1]

【症例】70歳代、女性。約3年前から嚥下困難感を自覚し、精査加療目的に当院消化器内科に紹介受診となった。食道造影検査では下部食道にバリウムの貯留および食道胃接合部の伸展不良を認めた。食道内圧検査で蠕動波は完全に消失し、積算弛緩圧(IRP)中央値22.0mmHg、60%の嚥下に全食道昇圧(panesophageal pressurization)を認め、IRP値は本邦基準より低いものの、総合的にシカゴ分類 Type IIアカラシアと診断した。一方で、上部消化管内視鏡検査で、胸部中部食道後壁に長径25mm大、約1/4周性、網目状0−IIc病変と肛門則に近接した10mm大の0−IIc病変を認め、拡大BLI観察でB1血管、ヨード不染を呈し、表在型食道癌、cT1a−EP/LPMと内視鏡診断した。同部位に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を実施し、病理結果はpT1a−EPであった。食道アカラシアに関しては、症状の経過を観察しながら経口内視鏡的筋層切開術（POEM）の適応を検討する方針となった。【考察】食道アカラシアは食道体部の蠕動障害と下部食道括約筋の弛緩不全を特徴とする原因不明の疾患であり、食道癌のリスクが上昇することが知られている。食道アカラシア患者における食道癌の発生率は一般人口の10〜50倍と報告されており、慢性的な食物停滞による粘膜刺激や炎症が発癌に関与していると考えられている。本症例では、ESDによる表在型食道癌の治療が奏功し、治癒切除が得られた。今後は、食道アカラシアに対するPOEMの適応を慎重に検討する必要があり、その際にはESD後瘢痕の影響を考慮したアプローチが必要とされる。食道アカラシア患者に対する内視鏡スクリーニングの重要性および表在型食道癌合併例における治療戦略を考慮すべき貴重な症例として、文献的考察を含め報告する。

食道アカラシア，食道癌

2　食道壁内偽憩室症の一例

日本鋼管病院　消化器内科
大場悠貴，中村篤志，市川　武，渡邊勝一，渡部和気，吉村　翼，
渕上綾子，奥山啓ニ

【症例】64歳、男性【主訴】嚥下困難【現病歴】数年前から嚥下時の違和感を自覚し、徐々に大きな固形物が飲み込めなくなった。耳鼻咽喉科を受診したが、軟性喉頭鏡検査で明らかな異常が指摘されず、嚥下障害と嘔気を主訴に救急外来を受診した。胸部腹部単純CTで胸部下部食道の壁肥厚を認め、食道癌が疑われ、精査加療目的に入院した。【既往歴】40歳代 胃潰瘍【家族歴】なし【内服歴】なし【嗜好歴】喫煙歴 30本/日 46年間、飲酒歴 ビール500ml/日、チューハイ2000mL/日　連日【身体所見】腹部　平坦・軟、自発痛圧痛なし【経過】上部消化管内視鏡検査を施行したが、食道入口部で狭窄しており、経鼻用細径スコープも通過できず、気管支用スコープへ変更し、食道入口部を通過した。下部食道や胃噴門部に腫瘍を疑う所見は認めなかったが、食道壁にピンホール状の小陥凹が散見された。食道造影検査では食道にびまん性にカフスボタン様の小バリウム斑を認め、PET/CTでは食道にびまん性に異常集積を認めた。検査結果から食道癌は否定的であり、炎症性疾患が疑われた。狭窄部である食道入口部をバルーン拡張後、経鼻用細径スコープで再度、検査を施行し、食道病変を生検した。病理組織所見では真菌感染は認めず、慢性炎症の所見を認めた。バルーン拡張後は以前より症状が改善したため退院した。今後は再度バルーン拡張を施行する方針である。【考察】食道壁内偽憩室症は食道腺導管の拡張により食道粘膜面が陥凹して、憩室様を呈した病態である。基礎疾患に糖尿病や食道カンジダ症、アルコール多飲歴を有することが多いとされる。食道壁内偽憩室症のみでは症状に乏しいが、慢性炎症および狭窄が合併すれば嚥下障害を呈する。症状には基礎疾患の治療と狭窄解除が行われる。本症例はアルコール多飲による食道壁内偽憩室症で、食道狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術を施行し症状が軽快した。糖尿病やアルコール多飲歴などある場合は、食道偽憩室症も鑑別診断に上げ、早期に診断、治療介入することが重要である。

食道壁内偽憩室症，嚥下障害

3　吐血を契機にHIV感染症の診断に至った1例

日本赤十字社医療センター　消化器内科[1]，同　病理部[2]
勝矢雄之[1]，山本信三[1]，石井ひかり[1]，北原愛弓[1]，井上　薫[1]，
三浦宏仁[1]，栗原滉平[1]，中田史子[1]，鈴木裕史[1]，内野康志[1]，
谷口博順[1]，裴　有安[2]，吉田英雄[1]

【症例】39歳男性【現病歴】X年Y月に吐血を主訴に当院救急外来受診。緊急上部消化管内視鏡検査で食道上部〜中部にかけて全周に広範に広がる重度カンジダ症、一部露出血管（疑い）を伴う食道潰瘍（サイトメガロウイルス抗原（C10 , C11 ）が（1, 3）と弱陽性であったためサイトメガロウイルス食道炎の可能性を疑ったが生検で病理診断に至らず)、十二指腸下行脚及び食道に、一部中心に陥凹を伴う発赤の強いうろこ状の表面模様を呈する扁平隆起を認め、生検病理診断でKaposi肉腫の診断となった。AIDS指標疾患である食道カンジダ症、Kaposi肉腫病変を認めたことよりHIV感染のスクリーニングを施行したところ、HIV−1（WB）陽性、HIV−1 RNA1. 2×10E5 copy/ mL検出となりHIV感染症/ AIDSの診断となった（CD4陽性T細胞数25/ μL)。その後下部消化管内視鏡検査でも回腸末端にKaposi肉腫病変を認めた。頭部MRI所見及び髄液検査（HIV−1RNA 4. 7×10E4　copy/ mL検出）の結果よりHIV脳症の可能性も疑われた。精査後感染症科に転科しHIV感染症/ AIDSに対する加療を行った。【考察】HIV感染症は感染初期（急性期)、無症候期、AIDS発症期に分けられ、AIDS発症期においては23のAIDS指標疾患に遭遇する可能性がある。代表的な消化管疾患として口腔内・食道カンジダ症、サイトメガロウイルス感染、結核、Kaposi肉腫等が挙げられるが、本症例のように何かしらの消化器症状を呈することを契機として診断に至るケースも存在する。【結語】消化管内視鏡検査を施行する際にも、前述のAIDS指標疾患に遭遇し他に理由なく指標疾患が生じている場合には基礎疾患としてHIV感染症を鑑別に挙げ、スクリーニング検査を行う必要がある。

吐血，HIV

4　カテーテルアブレーション後に発症した急性胃拡張症の一例

上尾中央総合病院　消化器内科
渡邉　陽，笹本貴広

【症例】69歳女性。【主訴】嘔気、腹部膨満感。【現病歴】発作性心房細動に対して高周波カテーテルアブレーション（RFCA）が実施され、特記すべき問題なく施行後2日目に退院した。退院後、食後の嘔気と腹部膨満感が持続し、そのため退院から5日目に当院を受診した。腹部単純レントゲンと単純CTで著明な胃の拡張と胃内容物の貯留が確認され、精査加療目的で同日入院した。【経過】胃管を留置して内容物をドレナージし、モサプリドクエン酸水和物の内服を開始した。第2病日に胃透視検査を行い、胃内残渣の貯留と胃の蠕動低下を認めた。第4病日に上部消化管内視鏡を施行し、観察範囲内の胃十二指腸に狭窄は指摘されなかった。以上より、RFCAによる食道迷走神経叢の熱損傷に起因する急性胃拡張症と診断した。時間の経過と共に症状が改善し、第7病日に流動食から開始し、徐々に食事を進め、第13病日に自宅退院した。その後、症状の再燃は認めていない。【考察】急性胃拡張症はRFCAに伴う合併症として知られているが、稀である。本病態はRFCAによる食道周囲の迷走神経叢の熱損傷によるものと考えられ、適切な対応が可能である。【結語】この症例は教育的な意義があり、報告された先行研究と自身の経験を踏まえて考察したものである。

カテーテルアブレーション，急性胃拡張症

5 興味深い肉眼形態を呈した胃癌原発の転移性大腸癌の1例

東邦大学　医療センター大森病院　消化器内科
中村眞紀, 福士剛蔵, 若林宗弘, 鈴木啓太, 小林　輝, 辛島　遼, 北條　紋, 西川雄祐, 渕之上和弘, 土方一範, 鳥羽崇仁, 小野真史, 山口和久, 藤本　愛, 和久井紀貴, 岡野直樹, 永井英成, 栃木直文, 松田尚久

【症例】81歳男性。前医にて腎機能障害の精査中、胃癌の腹膜播種とそれに伴う両側尿管狭窄の疑いがあり、加療目的に当院へ紹介された。当院での上部消化管内視鏡検査では、胃体部に4型進行胃癌が認められ、組織生検で印環細胞癌を含む低分化型腺癌が検出された。胸腹部CTでは胃壁の不整肥厚は軽度で、腹腔内リンパ節転移や腹水は認められなかったが、両側尿管には悪性狭窄が疑われ、腎盂が拡張していた。腎瘻造設後、大腸内視鏡検査を施行し、全結腸に多発する径5 mm前後の頂部にびらんを伴う平坦隆起性病変を認めた。組織生検では印環細胞癌を含む低分化型腺癌が検出され、胃癌の多発大腸転移が疑われた。追加の免疫組織化学染色では、MUC 5ACおよびMUC 6陽性、CDX2陰性であり、胃癌の転移病変と矛盾しない所見であった。HER2陰性であることを確認し、多発大腸転移と後腹膜播種を伴う進行胃癌と診断して化学療法を開始した。ファーストラインとしてFOLFOX＋ニボルマブ併用療法を7クール施行したが、内視鏡所見の改善は乏しく、PDと判断され、現在はラムシルマブ＋パクリタキセル療法に変更して治療中である。【考察】転移性大腸癌は全大腸癌の0.1－1％を占め、原発巣は胃癌が最も多い。転移様式は腹膜播種や隣接臓器からの直接浸潤が多いとされるが、比較的稀な血行性・リンパ行性の壁内転移では、癌が固有筋層や粘膜下層に定着し粘膜下腫瘍様形態をとることが多いと報告されている。本例では、腸管の内腔狭小化や伸展性の欠如、壁外性圧迫像、粘膜下腫瘍様といった転移性大腸癌に特徴的な所見は認められず、多発する小型の平坦隆起性病変として認識され、良性びらんや腺腫といった上皮性病変を疑う所見であり、非典型的な内視鏡像であった。【結語】興味深い肉眼形態を呈した胃癌原発の転移性大腸癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

胃癌，転移性大腸癌

6 粘膜生検で病理診断困難な胃癌疑い症例に対し，EUS-FNB再検で4型胃癌の診断に至った一例

横浜労災病院　消化器内科[1]，同　外科[2]
森本紗生[1]，関野雄典[1]，逸見莉子[1]，井出貴也[1]，悦田咲季子[1]，能中理紗子[1]，今長大輝[1]，金田真人[1]，和田直之[1]，松本彰太[1]，伏見　光[1]，佐野　誠[1]，枇杷田裕佑[1]，春日範樹[1]，杉本祐一[1]，岡田直也[1]，内山詩織[1]，郡司　久[2]，永瀬　肇[1]

【背景】通常の粘膜生検で病理診断が得られない消化管壁肥厚症例に対して，ボーリング生検や粘膜切開後の生検などが行われてきたが，粘膜下を主座とする4型胃癌では病理学的確定診断が得られないこともしばしば経験する．【症例】72歳女性．X月に前医の上部消化管内視鏡検査および腹部CT検査において4型胃癌が疑われ，精査加療目的に当科を紹介受診された．当科で施行した上部消化管内視鏡検査では体中部から前庭部にかけて全周性の壁肥厚と拡張不良を認め，ボーリング生検を施行したところ8検体全てGroup1の診断であった．追加でEUS-FNBを施行し，粘膜下より3検体を採取したが，いずれからも腫瘍細胞は検出されなかった．PET-CTで悪性所見を認めず，腫瘍性の根拠を得られなかった．X＋3月に内視鏡を再検したところ，内視鏡所見は経時的な変化を認めなかったが，EUS-FNBの再検により平滑筋層にまばらに浸潤する異型細胞を認めた．異型細胞は特殊染色でAE1/AE3(＋)EMA(＋)PAS(＋)と上皮性であり低分化型腺癌の診断に至った．ロボット支援下胃全摘術が施行され，最終診断はpT4a，N0，M0，CY1，pStageIVとなったが手術標本からも粘膜病変を認めず，粘膜下を主体とした4型胃癌であることが示された．今後は術後化学療法を施行する方針としている．【考察】当院では粘膜生検で診断困難な胃壁肥厚症例に対するEUS-FNBを本例を経験するまでに7例の経験しているが，診断感度80%，特異度100％という結果であった．本例では初回のEUS-FNBで腫瘍細胞が検出されず，3か月後の再検で何とか病理学的確定診断に至った．本手技の有用性，病理診陰性であった場合の対応などについて，文献的考察を加えて報告する．

胃癌，EUS-FNB

7 胃底腺ポリープからの出血が原因で貧血をきたした一例

東京慈恵会医科大学　消化器・肝臓内科
尾石晃一，秋田義博，川村愛子，猿田雅之

【症例】50代女性【主訴】黒色便【病歴】自己免疫性肝炎(プレドニゾロン5mg/日，アザチオプリン50mg/日でコントロール良好)にて当科外来に通院中で，20XX年4月の定期外来で黒色便を伴う貧血(Hb 8.6 mg/dL)を認めた．消化管出血精査目的に上下部消化管内視鏡検査を実施したが，明らかな出血源は認めなかった．再診時に施行した血液検査にてさらなる貧血の進行(Hb 6.9 mg/dL)を認め，精査加療目的に入院した．【既往歴】逆流性食道炎，強直性脊椎炎，線維筋痛症，脂質異常症，気管支喘息，胆嚢ポリープ，子宮内膜症，子宮全摘後【経過】入院時に施行した腹部CTでは貧血，黒色便の原因となる明らかな異常所見は認めなかった．既に上下部内視鏡検査を実施していたため，入院1日目に小腸精査目的に小腸カプセル内視鏡検査を実施した．小腸内に一部小びらんを認めたが，活動性出血を認めなかった．食事再開後も貧血の進行がないことを確認し，入院5日目に自宅退院した．20XX年5月に再度黒色便を伴う貧血(Hb 6.7 mg/dL)を認め，精査加療目的に再入院した．入院2日目に施行した上部消化管内視鏡検査にて多発胃底腺ポリープを認め，その一部(胃体中部大彎の10mm大の山田分類III型ポリープ)より活動性出血を認めた．責任病変と判断し，同病変に対して止血目的にEMRを施行した．切除検体の病理診断は胃底腺ポリープだった．その後黒色便は消失し，貧血は経時的に改善したため入院8日目に自宅退院した．退院時より多発胃底腺ポリープに対する縮小効果を期待して，PPIを休薬した．退院後の外来では貧血進行や黒色便なく経過している．【考察】原因不明の消化管出血に対して内視鏡検査を繰り返し施行したことで，原因を特定できた．近年，PPIの長期投与により様々な合併症が報告されている．本症例もPPIの長期投与による胃底腺ポリープの増大および多発が一因である可能性が考えられた．出血を伴う胃底腺ポリープ自体は稀であり，文献的考察を加えて報告する．

胃底腺ポリープ，出血

8 空腸のEnteric muco-submucosal elongated polyp が先進部となった腸重積の1例

国立病院機構　横浜医療センター　外科(消化器外科・乳腺外科)
小粥真実, 藤井義郎, 松田悟郎, 清水哲也, 木村　準, 村上　崇, 山本悠史, 藤原大樹, 木村安希, 大石裕佳, 川崎千瑛, 根岸大貴, 中間拓雄, 渡邊晴貴

Muco-submucosal elongated polyp (MSEP) は正常粘膜と粘膜下層の浮腫状疎性結合組織からなる良性の有茎性ポリープで，大腸に多い比較的まれな疾患である．症状は下血や貧血が多く，カプセル内視鏡やバルーン内視鏡検査で指摘されることが多い．今回，空腸の Enteric muco-submucosal elongated polyp (EMSEP) により腸重積をきたした症例を経験したので報告する．202x年12月x日，右側腹部痛を主訴に受診し，腹部超音波検査で腸重積を疑われ，造影CT検査で空腸に造影効果を有する腫瘤を伴う target sign を認め，腸重積と確定診断した．同日，緊急で腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した．腹腔鏡下で重積した小腸を確認した後，小開腹操作に移行し，体外で Hutchinson 手技により重積を解除した．整復後にTreitz靭帯から約70cmの空腸内に腫瘤を触れ，同部位を先進部として腸重積となっていた．先進部から肛門側の腸管は重積による拡張を認めたため，同部を含め約55cmの小腸部分切除術を施行した．術後経過は良好で，術後4日目で食事を開始し，術後7日目に軽快退院した．切除標本の肉眼初見では50×40×25mm大の有茎性ポリープを認め，表面は正常な小腸粘膜で不整を認めなかった．病理組織検査結果では，ポリープ部に異型細胞を認めず，粘膜下層は高度な浮腫を伴い，静脈の拡張，リンパ管拡張を認め，MSEPと診断された．小腸のMSEPの報告は少なく，今回，腸重積の原因となった稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する．

muco-submucosal elongated polyp，腸重積

9 急速な進行を認め小腸内視鏡により診断に至った小腸原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

国立病院機構東京医療センター　消化器内科[1)]，
同　臨床検査科[2)]
先崎　光[1)]，青木康浩[1)]，吉村梨沙[1)]，茅島敦人[1)]，荒金直美[1)]，
東條誠也[1)]，岡村真伊[1)]，黒崎　颯[1)]，青山夏海[1)]，脇坂悠介[1)]，
松永隆宏[1)]，渡邊多代[1)]，福原誠一郎[1)]，白石淳一[2)]

【症例】93歳、男性【主訴】貧血、食思不振【既往歴】肺癌【現病歴】X年2月より黒色便を認め、約1カ月間でHb 4mg/ dl低下、約2カ月間で4kgの体重減少を認めた。貧血と食欲不振の精査目的に当院消化器内科に紹介となった。 同年4月に施行した上部消化管内視鏡では明らかな出血源を認めず、5月初旬に精査目的で入院となった。【経過】入院時に施行した造影CTでは、2カ月前のCTでは指摘されていない小腸の数か所に全周性の壁肥厚と腸管拡張認め、急速に進行する小腸腫瘍が疑われた。下部内視鏡検査では回盲部より20cm口側まで挿入するも小腸粘膜に異常はみられなかった。深部小腸の精査目的に経口小腸バルーン内視鏡検査施行した所、Treitz靭帯から15cm肛門側 に狭窄を伴い白苔の広がる広範な潰瘍を認めた。同部位の病理検査の結果、びまん 性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断となった。血液内科へ転科とし化学療法が検討されたが、年齢や穿孔リスクを考慮してBSCの方針となり5月中旬に退院となった。【考察】経口小腸バルーン内視鏡を用いて、急速に進行する小腸原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断へ至った1例を経験した。小腸腫瘍は全消化管腫瘍の中でも5%以下と頻度が少ないが、近年は小腸内視鏡の発展に伴い診断が以前より容易となっている。びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫に特徴的な内視鏡所見・臨床所見を認め、若干の文献的考察を加え報告する。

小腸リンパ腫，小腸腫瘍

10 腸重積を契機に診断された回腸びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)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[1)]，
同　外科[2)]
柏嵜由希[1)]，佐々木吾也[1)]，佐藤杏美[1)]，今井友里加[1)]，澁谷優子[1)]，
高橋成明[1)]，勝部聡太[1)]，森野美奈[1)]，賀嶋ひとみ[1)]，小糸雄大[1)]，
三浦孝也[1)]，高橋裕子[1)]，石井剛弘[1)]，吉川修平[1)]，大竹はるか[1)]，
上原健志[1)]，松本吏弘[1)]，宮谷博幸[1)]，眞嶋浩聡[1)]，宮倉安幸[2)]

【症例】84歳男性【既往歴】前立腺癌、高血圧症、脂質異常症【現病歴】繰り返す腹痛を主訴に前医を受診し、単純CT検査で腸閉塞が疑われ当院外来を紹介受診した。【臨床経過】来院時も腹痛は持続しており、造影CT検査で回腸の腫瘤を先進部とする腸重積所見と口側小腸の拡張を認めた。同日緊急入院とし、絶食と胃管減圧による保存的治療を行い重積は自然整復された。入院後4日目に下部内視鏡検査を施行し、回盲部から10cm口側の回腸に1/ 3周性の2型腫瘍を認めた。生検でびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）と診断され、その後準緊急的に腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。手術後にPET-CT検査を施行し限局期(1期)と診断され、現在は他院で術後化学放射線療法を行っている。【考察】成人の腸重積症は比較的稀な疾患であり、原因として悪性腫瘍の頻度が高い。多くは急性腹症で発症し迅速な手術を要することが多いが、本症例は保存治療で軽快したため術前に内視鏡精査を行い回腸DLBCLの確定診断を得ることができた。可能な限り術前診断を行うことは治療方針や術式を決定する際に有用であり、速やかな化学療法の導入につなげることができる。

腸重積，びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

11 好酸球性胃腸炎漿膜下層優位型の1例

横須賀市立うわまち病院　消化器内科[1)]，同　病理検査科[2)]
前原健吾[1)]，中村順子[1)]，吉原　努[1)]，古川潔人[1)]，佐藤晋二[1)]，
高橋伸太郎[1)]，森川瑛一郎[1)]，池田隆明[1)]，飯田真岐[2)]，
辻本志朗[2)]

【症例】56歳、女性。【主訴】腹痛、下痢。【既往歴】高血圧で治療中。喫煙なし、飲酒；ビール350ml/ 日。【現病歴】1ヵ月前ぐらいから特に誘因なく腹痛が出現、数日前から下痢が認められたため当科を受診。腹部CTで広範囲の消化管壁肥厚を指摘され精査治療目的で入院となった。【身体所見】臍部を中心に自発痛、圧痛を認めた。【検査成績】WBC 9100/ μl（Neut 73. 5%、Eo 1. 8%、Baso 0. 3%，Mono 3. 6%、Lym 20. 8%）、RBC470x10^4/ μl、Hb 15. 6g/ dl、Hct 46. 0%、Plt 22. 3x10^4/ μl、CRP 0. 1mg/ dl、AST 21U/ L、ALT 23U/ L、LDH 229U/ L、ALP 47U/ L、γ-GTP 28U/ L、T-Bil 0. 74mg/ dl、AMY 88U/ L、IgE 47U/ ml。【臨床経過】腹部CTでは、少量の腹水と胸部中部食道から腹部食道にかけての全周性壁肥厚、胃前庭部壁肥厚、および小腸から大腸に広範囲の浮腫性壁肥厚が認められた。造影CTでは一部の消化管壁に粘膜面より強い漿膜側の造影効果が確認された。便培養では有意菌は検出されず、上・下部内視鏡検査でのランダム生検でも診断に結びつくような粘膜の異常所見は認められなかった。以上の検査所見から、ループス腸炎や好酸球性胃腸炎の漿膜下層優位型などの非感染性腸炎を考えた。腹水はダグラス窩に少量認められるのみであった。しかし、診断の確定には穿刺腹水検査が必要と考えられた。このため、超音波内視鏡下での腹水採取を検討した。穿刺による腹水採取についての患者同意が得られたため手技を施行した。穿刺液は淡黄色で軽度混濁しており、総細胞数　7700/ μlで好酸球が多数（76. 0%）を占めていた。以上の所見から好酸球性胃腸炎の漿膜下層優位型と診断した。フェキソフェナジン塩酸塩を開始したが、症状や消化管壁肥厚の改善は不良であった。このため、プレドニゾロン20mg/ 日による治療を開始し症状の改善が得られた。【考察】末梢血の好酸球増多や消化管粘膜の好酸球浸潤が認められないため、診断に苦慮した好酸球性胃腸炎漿膜下層優位型の症例を経験した。超音波内視鏡下での腹水穿刺検査が診断に結びつくなど、示唆に富むと考え報告する。

好酸球性胃腸炎，漿膜下層優位型

12 小腸閉塞をきたした回盲部子宮内膜症の一例

戸田中央総合病院　消化器内科
藤本冠慶，吉益　悠，松本　将，本間俊裕，堀部俊哉，
原田容治

【はじめに】異所性子宮内膜症とは子宮内膜の組織が子宮，卵巣以外に生じた疾患である．今回我々は小腸閉塞に対して腹腔鏡下回盲部切除術を施行し病理所見から回盲部子宮内膜症と診断した一例を経験したので報告する．【症例】30歳代の女性，未経妊未経産．心窩部痛，嘔気嘔吐を主訴に近医を受診し，腸閉塞が疑われたため当院へ紹介となった．造影CTでは小腸の腸管拡張が目立ち，回盲部に腫瘍性病変を疑う所見があり同部位を起点とした小腸の閉塞を認めた．また多発子宮筋腫もみられた．絶食・補液管理とし，第1病日にイレウス管を挿入した．腹痛や嘔吐は改善したが排便は認められなかった．第5病日に施行した下部消化管内視鏡検査では回腸末端の狭窄と狭窄部口側の著明な腸管拡張を認めた．生検を施行したが確定診断には至らず，第14病日に施行した造影CTでも腸管拡張は残存していた．入院時CTで回盲部腫瘍が疑われたこともあり，診断的治療のため第25病日に腹腔鏡下回盲部切除術が施行された．病理組織所見では狭窄部の漿膜下層から固有筋層にかけて子宮内膜組織が散在して認められた．再度病歴を聴取したところ以前から月経周期に一致して増悪と寛解を繰り返す腹痛があり，回盲部子宮内膜症と診断した．食事開始後も症状の再燃は認めず第33病日に退院とした．【考察】希少部位子宮内膜症の一つである腸管子宮内膜症は全子宮内膜症患者の12～37%で発生すると言われている．好発部位はS状結腸・直腸が85%と多く，小腸は7%と比較的まれである．回盲部子宮内膜症では症状発症時期の約47%が月経に一致していたとの報告がある．本例も月経に随伴して増悪を繰り返していたことから回盲部子宮内膜症が疑われた．若年女性における腸閉塞では腹部症状と月経周期の関連を聴取のうえ，回盲部子宮内膜症を念頭に置くことが必要と考えられる．

小腸閉塞，異所性子宮内膜症

13 ウパダシチニブのゴーストタブレットによりクローン病が悪化した1例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
湯村千尚，小島原駿介，松本健吾，増山智史，金澤美真理，
田中孝尚，菅谷武史，富永圭一，入澤篤志

【背景】クローン病は消化管に慢性炎症をきたす疾患であり、治療に難渋することが多い。近年、新規薬剤が登場し治療選択の幅が広がっている。今回、ウパダシチニブ（UPA）のゴーストタブレットによりクローン病が悪化した症例を経験したため報告する。【症例】40代女性【主訴】腹痛【現病歴】X-27年に小腸大腸型クローン病と診断し、X-26年にインフリキシマブを導入されたが、病勢コントロールが悪く、X-25年に回盲部切除、狭窄形成術、X-23年に人工肛門造設術が施行された。X-18年にさらに小腸部分切除と人工肛門再造設を施行された。アダリムマブへの変更、倍量投与を行うも改善は得られなかった。X-7年にウステキヌマブ、X-3年にベドリズマブを導入されたが、X-1年8月に倦怠感が遷延し、関節痛の増悪も認めたためUPAに変更された。変更後も症状の改善は乏しく、X年3月に腹痛の増悪あり、精査・加療目的に入院した。【入院後経過】入院後、小腸カプセル内視鏡検査と経口的ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。空腸とストマ口側に縦走潰瘍が多発しており、X-2年から内視鏡的改善が得られていなかった。カプセル内視鏡の排出時間が2時間と短く、患者より「ストマ内に錠剤がそのまま出てきている。」との報告があった。内服後、約2時間でストマ内に原型を留めた状態でUPAの排泄を認めた。症状の改善を認めておらず、薬剤の効果が出ていないと判断し、UPAからリサンキズマブへ変更した。【考察】UPAは徐放製剤であり、数時間かけて消化管内で穏やかに放出されるように設計されている。徐放製剤の溶解には消化管の通過時間や消化管の潰瘍などによる吸収障害が関与している。本症例では、消化管切除歴があり消化管通過時間が短かったためゴーストタブレットをきたしたと考えられた。【結語】小腸部分切除とストマ造設がされているクローン病でUPAのゴーストタブレットが発生し治療効果が得られなかった一例を経験した。徐放製剤を使用時はその特性を理解し、患者の消化管状況を考慮する必要がある。

クローン病，ウパダシチニブ

14 低アルブミン血症の改善に難渋したCronkhite Canada症候群の1例

筑波記念病院　消化器内科[1]，同　病理科[2]
津金祐亮[1]，江南ちあき[1]，大曽根礼[1]，澤龍太郎[1]，和田拓海[1]，
佐浦　勲[1]，姫井紅里[1]，根本絵美[1]，丹下善隆[1]，越智大介[1]，
添田敦子[1]，臺　勇一[2]，池澤和人[1]

【背景】Cronkhite Canada症候群（CCS）は消化管ポリポーシスに分類されるが、非腫瘍性・非遺伝性の病態解明が進んでいない希少な疾患である。今回ステロイドによる加療を開始したが、低アルブミン血症の改善に難渋した症例について文献的考察を含め報告する。【症例】50代男性、上海赴任中の20XX年3月より食欲減退、味覚異常を自覚、その後1か月で20kgの体重減少と全身の脱毛もみられるようになった。4月中旬に前医を受診、精査にてCCSが疑われ、プレドニゾロン(PSL) 40mgが開始された。早期の帰国を勧められ、4月下旬に当院を受診された。来院時TP 5. 3g/ dL、ALB 3. 0g/ dL、CRP3. 34mg/ dL、Hb13. 4g/ dLと軽度の低アルブミン血症、炎症反応高値を認めた。造影CTでは胃・小腸、結腸から直腸にびまん性壁肥厚を認め、上部消化管内視鏡では胃～十二指腸に発赤調のポリポーシス、下部消化管内視鏡では上行結腸から肛門縁まで連続したポリポーシスを認めた。病理所見はいずれも軽度～中等度の炎症細胞浸潤と間質の浮腫が認められ、CCSと矛盾しない所見であった。その後PSL30mgへ減量したが、ALB 2. 0g/ dLに低下したため、5月初旬入院し中心静脈栄養を開始、PSLを2週間で5mgずつ漸減していき、第16病日に経口摂取再開したところ、ALB 2. 4g/ dLに上昇し全身状態も改善したため第26病日に退院となった。外来においてもPSL減量を行っているが経過は良好である。【考察】CCSは世界的には稀少であるが、症例の3/ 4以上が本邦からの報告であり、遭遇する機会もあると考えられる。身体所見では脱毛や爪甲萎縮などの皮膚症状が認められ、消化吸収不良や蛋白漏出性胃腸症を高確率で合併する。本症例は主要所見・参考所見ともそろっており、診断は比較的容易であった。治療はPSL投与を行うが、炎症性腸疾患と経過が異なると考えられるため、減量には注意が必要である。

Cronkhite Canada症候群，低アルブミン血症

15 JAK阻害薬のrotation治療によって寛解を達成した潰瘍性大腸炎の一例

東京医科大学病院　消化器内科学分野[1]，
大堀 IBD クリニック[2]
和田実季[1]，一宮　匡[1]，福澤誠克[1]，吉村直樹[2]，糸井隆夫[1]

【背景】JAK阻害薬は，潰瘍性大腸炎において5-ASA不耐やステロイド依存・抵抗などの難治例に対する寛解導入・維持において重要な役割を果たしている．炎症性腸疾患の病態に関与しているサイトカインの細胞質内シグナル伝達を阻害することにより炎症抑制効果を有しており，本邦では現在，トファシチニブ・フィルゴチニブ・ウパダシチニブの3剤が使用可能である．免疫抑制剤や生物学的製剤からJAK阻害薬への変更による寛解導入・維持の報告は多いが，JAK阻害薬から他JAK阻害薬へのrotationによる治療報告は少ない．今回，JAK阻害薬のrotation治療によって寛解導入・維持を達成した潰瘍性大腸炎の症例を経験したため，文献的考察も含め報告する．【症例】30歳代男性．血友病で当院通院加療中であった．20XX年に下痢・血便を発症し，当院での精査の結果，潰瘍性大腸炎全大腸炎型と診断された．5ASA不耐であったため，プレドニゾロンとタクロリムス投与で寛解導入を行った．寛解導入後に維持目的にトファシチニブ20mgを投与した．しかし，トファシチニブ投与後に発熱，血便を生じた他，CRPの上昇を認めた．潰瘍性大腸炎の再燃と判断し，トファシチニブを中止し，フィルゴチニブ200mgとアザチオプリン50mgの併用にて再度寛解導入を行った．フィルゴチニブとアザチオプリンを導入後は，徐々に血便・便回数の低下を認め，投与125日後にCRPは陰性化し，貧血も改善した．また導入1年後に施行した下部消化管内視鏡検査では，全大腸において粘膜治癒が得られていた．【考察】トファシチニブはJAK1~3まで阻害するのに対して，フィルゴチニブとウパダシチニブはJAK1選択的であり，3剤それぞれでJAKに対する選択性や代謝経路が異なっている．JAK阻害薬導入で効果不十分の症例において，他機序の薬剤への変更だけでなく，JAK阻害薬のrotationも寛解導入・維持に有効と考えられる．【結語】JAK阻害薬のrotation治療により臨床的寛解を達成した潰瘍性大腸炎の1例を経験した．

潰瘍性大腸炎，JAK阻害薬

16 転移性脈絡膜腫瘍を認めたS状結腸癌の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院　消化器内科
望月佑奈，深見久美子，湯澤安梨沙，藤山杏奈，牛尾真子，
矢野慎太郎, 大川博基, 中津洋一, 西慎二郎, 荻原伸悟, 降旗　誠,
北村庸雄，長田太郎

【症例】60歳代　男性【既往歴】特になし【経過】20XX-2年、浮腫と呼吸困難を主訴に前医を受診し、著明な全身浮腫、大量胸腹水、貧血、低蛋白血症のため紹介受診となった。下部内視鏡検査でS状結腸に全周性の腫瘍を認め、生検病理診断で中分化型腺癌の診断となった。PET-CTで腹膜への集積を認めたため、切除不能進行S状結腸癌として全身化学療法を開始した。治療開始後2年間、病勢コントロールされていたが、S状結腸癌診断後から右眼の視力低下を自覚していた。視力障害は徐々に進行し光覚弁も認めない失明に近い状態となった。CT検査で右眼球内に腫瘍性病変が認められ、転移性脈絡膜腫瘍の診断となった。治療内容を変更し、右脈絡膜転移巣に対しては腫瘍縮小目的で3Gy×10回照射の放射線療法が実施されたが、視力回復せず失明に至った。原発巣に対しては現在も化学療法を継続中である。【考察】転移性脈絡膜腫瘍は稀な腫瘍とされていたが、治療の進歩により予後は延長し担癌患者は増加傾向にあるとされている。しかし、原発巣は肺と乳房が多くを占め，結腸および直腸からの転移は稀とされている。症状は霧視が多く、多臓器転移に引き続き出現することが多いため症状発症時には生命予後の改善は困難な状態が多い。治療は、原発巣の治療に加え眼球への放射線療法や光凝固，冷凍凝固が選択されることが多いとされている。今回、切除不能S状結腸癌の化学療法治療中に認めた脈絡膜転移について若干の文献考察を加えて報告する。

転移性脈絡膜腫瘍，S状結腸癌

17 S状結腸軸捻転が疑われた移動盲腸の一例

熊谷総合病院　消化器内科[1)]，同　外科[2)]，
自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科[3)]
水谷　琢[1)]，比留間晴彦[1)]，中川慧人[1)]，岡本四季子[1)]，村上規子[1)]，
門野源一郎[1)]，石川武志[1)]，土合克己[1)]，斎藤雅彦[1)]，木下和也[2)]，
帖地憲太郎[2)]，北　順二[3)]，関根匡成[3)]，眞嶋浩聡[3)]

【症例】55歳女性【主訴】右下腹部痛【既往歴】36歳　子宮頸癌(子宮全摘術)、50歳 乳癌(右乳房全摘術)【現病歴】以前より慢性便秘の既往があり、最近は週1回程度の排便状況であった。20XX年5月に右下腹部痛で当院へ救急搬送された。CTでcoffee bean様の腸管拡張を認め、S状結腸軸捻転が疑われ緊急内視鏡を施行。横行結腸まで挿入するも、明らかなS状結腸軸捻転を疑う所見に乏しく処置を終了し、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】CTを再読影したところ拡張腸管はS状結腸ではなく、移動した上行結腸と考えられ盲腸や回腸末端の軸捻転が疑われた。外科にコンサルトし、盲腸捻転による絞扼を考慮し緊急手術の方針となった。腹部正中切開10cm直下に著明に拡張した回盲部を認めた。肝弯曲部分のみ後腹膜と固定していたが、その口側の上行結腸は完全に伸展。蛇行しており非固定の状態であった。明らかな捻転は手術時には認めなかった。移動盲腸を呈しており、今後の軸捻転リスクを考慮し回盲部切除し肝弯曲の上行結腸と回腸を吻合し終了した。術後経過良好であり第10病日に退院した。【考察】盲腸捻転の発症頻度は全腸閉塞の0. 4%、結腸軸捻転症例中の5. 9%と報告されている。S状結腸軸捻転と比較して臨床での遭遇機会は非常に少ない。またS状結腸軸捻転症の場合は絞扼所見がなければ内視鏡治療が第一選択になることが多いが、盲腸捻転での治療は内視鏡による整復成功率が30%以下であり再発率も50%と高率であるため手術を第一選択にすべきと考えられている。本例のようにS状結腸軸捻転が疑われ、その後盲腸捻転と診断される報告例もあるが、結腸軸捻転を疑う症例では画像所見を吟味し盲腸捻転も念頭に置く必要があると思われる。

移動盲腸，S状結腸軸捻転

18 当院におけるCovered 大腸ステントの使用経験

東京西徳洲会病院　消化器内科[1)]，同　外科[2)]，
埼玉医科大学病院　消化管内科[3)]
田村周甫[1)]，山本龍一[1)]，神人　将[2)]，吉田雄亮[2)]，下元雄太郎[2)]，
高木睦郎[2)]，江口武彦[2)]，都築義和[3)]，佐藤一彦[2)]

本邦に大腸ステント留置術が2012年に導入され、2020年にはCovered 大腸ステントが承認された。Covered 大腸ステントの有効性・安全性は現在本邦においても検討されている。当院におけるCovered 大腸ステントの使用経験を報告する。症例は2023年7月から2024年1月当院において大腸Covered ステントを留置した6例。男性2例、女性4例。平均年齢79. 3歳。閉塞部位は横行結腸1例、下行結腸1例、S状結腸3例、直腸1例。病期はStage II1例、IIIb 2例、IVb3例。目的は手術・化学療法前が2例、BSC目的4例。全例留置成功し、手技時間は平均28. 2分。CROSSは手技前は2が5例、3が1例であった。手技後は全例4となった。平均入院日数は16. 6日。観察期間中1例においてステント逸脱が生じた。観察期間内に2例死亡に至ったが癌死であり2例とも開存死亡であった。少数例の使用経験であるが、実際の症例を提示しつつ若干の文献的考察を加え報告する。

閉塞性大腸癌，大腸Covered ステント

19 経肛門イレウス管による持続減圧と腸管洗浄により救命し得た劇症型CDIの1例

茨城県立中央病院　消化器内科
笹井裕平，天貝賢二，瀬山侑亮，本多寛之，石橋　肇，山岡正治，
大関瑞治，五頭三秀，荒木眞裕

【背景】Clostridioides difficile infection(CDI) は抗菌薬使用により正常な腸内細菌叢が破壊される事で発症する。多くの場合、バンコマイシン（VCM）やメトロニダゾール（MNZ）投与で速やかに改善するが、我々は中毒性巨大結腸症を合併した劇症型CDIを経験したため報告する。【症例】63歳女性。X年3月経尿道的尿管結石破砕術の術前後にセフメタゾール（CMZ）1gが投与された。X年4月発熱で前医を受診。腎盂腎炎が疑われ、CMZ1g1日2回が開始された。翌日より下痢が出現し、3日後にCDtoxin陽性が判明した。CDIの診断で、同日よりCMZを中止しVCM125mg1日4回内服が開始された。VCM開始翌日の腹部CTで大腸拡張を認め、絶食の上、VCM内服を継続するも改善が得られなかった。全身状態も経時的に増悪し、中毒性巨大結腸症の診断基準を満たした。大腸全摘が検討され、VCM開始後10日目に、精査加療目的に当院に転院した。同日、腸管減圧目的に経肛門イレウス管を留置した。留置後、速やかに腸管拡張所見は改善し、自覚症状の改善も得られた。持続減圧に加え、連日の腸管洗浄も開始した。VCMは500mg1日4回内服に増量し、MNZ500mg1日3回静脈内投与とVCM500mg1日4回の経肛門イレウス管投与も併用した。転院後第3病日にVCM内服は中止し、フィダキソマイシン（Fdx）200mg1日2回内服に変更した。腹部所見、血液検査所見ともに経時的に改善が得られ、転院後第7病日に経肛門イレウス管を抜去し、VCM経腸投与を終了、同日より食事再開とした。以降も増悪なく経過し、FdxとMNZは第12病日に終了した。経過良好で第18病日に自宅退院した。【考察】中毒性巨大結腸症を合併したが、経口、経腸、経静脈での抗菌薬投与に加え、経肛門イレウス管による腸管減圧と洗浄を行うことで、救命し得た劇症型CDIを経験した。経肛門イレウス管による腸管の持続減圧と洗浄、VCM経腸投与が、劇症型CDIにおける外科手術回避、転帰改善に寄与する事が示唆された。劇症型CDIに対する治療を検討する上で、貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

Clostridioides difficile infection，中毒性巨大結腸症

20 保存的加療で軽快し得た劇症型アメーバ赤痢の1例

湘南鎌倉総合病院　消化器病センター
中谷聡一郎，西野敬祥，市田親正，隅田ちひろ，長山未来，
小林正宏，佐々木亜希子

【症例】50代米国籍男性【主訴】下痢，粘血便【臨床経過】X年3月フィリピン滞在中に水様下痢が出現し，近医でLevofloxacinを処方後に軽快したが，X年4月に発熱，水様下痢，血便を認めX年5月に当科紹介となった．低アルブミン血症，著明な炎症反応，貧血に加え，腹部造影CTでは横行結腸径78mmの拡張と腸管壁の菲薄化が見られた．肝右葉には径50mmの肝膿瘍を認めた．無送気で下部消化管内視鏡検査を行い，介在粘膜の炎症所見に乏しい，縦走・打ち抜き潰瘍を認めた．第1病日よりMeropenem，Ganciclovir点滴静注とVancomycin散内服を開始し経皮的肝膿瘍ドレナージを行った．各種培養検査はいずれも陰性で潰瘍性大腸炎を疑ったが，第8病日に腸管病理組織検体でアメーバ原虫を確認しアメーバ赤痢，腸管外アメーバ症と診断した．VancomycinをMetronidazole内服へ変更し，便回数の低減，炎症反応は改善した．第12病日の造影CTでは腸管拡張が遷延しており，初回CTでは憩室と考えられた脾弯曲部の構造に一致して腸管膜への穿通と膿瘍を認めた．巨大結腸症と腸管外膿瘍を認める劇症型アメーバ赤痢として腸管切除を外科と協議したが，臨床経過が改善傾向であることや患者自身の経済的理由での拒否があったことから十分な病状説明の上で保存的加療の方針となった．第17病日のCTでは，腸管外膿瘍は消退し，Paromomycin内服を10日間おこなった．第19病日には経口摂取が可能となり第33病日に退院となった．【考察】劇症型アメーバ赤痢は腸管壊死や穿孔を伴う致死的な疾患である．本症例は腹膜刺激症状を伴わない重症腸炎として発症し，腸管外アメーバ症や微小穿通を合併した．経済的な理由など特殊な状況から保存的加療が選択され，腹膜炎や腸管壊死には至らず経過した症例である．文献的考察も踏まえて報告する．

アメーバ赤痢，腸管外アメーバ症

21 保存的に軽快したfree airを伴う腸管気腫症の一例

佐野厚生総合病院　消化器内科
大塚祐治，斎藤直宏，横田　渉，佐山侑里，木村弘明，生形晃男，北川清宏，久武祐太，宮永亮一，寺元　研，東澤俊彦，岡村幸重

【症例】79歳男性　【主訴】なし（CT検査異常）【既往歴】B型慢性肝炎，食道アカラシア，心房細動，慢性便秘【現病歴・経過】202X年2月に左肺扁平上皮癌と診断され，化学放射線療法が導入された．6月初旬からは地固療法として免疫チェックポイント阻害薬が開始されていたが，6月中旬の血液検査でCK著明高値を認め，両側大腿部を中心とした筋痛もあることからirAE筋炎と診断されステロイドパルス療法が開始された．10月25日に肺癌の治療効果判定のために撮影されたCT検査で偶発的に腸管気腫と後腹膜にガス像を認めた．バイタルでは38℃の発熱見られ，血液検査ではWBC(15,500/μL)，CRP(9.7mg/dL)と炎症所見が認められたほか，Lac(3.5mmol/L)上昇あり腸管の循環不全が疑われたが，腹膜刺激徴候や腹痛などの自覚症状が乏しかったことより，外科と相談のうえ，絶食・補液・抗生剤にて保存的に治療を開始した．11月6日には血液検査で炎症所見改善したため抗生剤加療を終了し，11月24日には腹部Xp検査・腹骨盤部CTでガス像消失したため治療を終了した．【結語】肺扁平上皮癌に対して投与していた免疫チェックポイント阻害薬によるirAE筋炎に対してステロイド加療後に腸管気腫症を発症し，保存的な加療により手術を回避できた一例を経験したため報告する。

腸管気腫症，irAE筋炎

22 IgA腎症に対するステロイドによる加療中に発症した肝蛭症の一例

国立国際医療研究センター病院　消化器内科
垣淵大河，田中康雄，金子貴大，小林和貴，宮田祥宏，大島　開，蒲生彩香，松本千慶，鈴江航大，竜野稜子，久田裕也，赤澤直樹，横井千寿，小島康志，斎藤明子，山本夏代，秋山純一，柳瀬幹雄

【症例】23歳男性　ベトナム人 【現病歴】20XX-1年12月に前医にてIgA腎症と診断され、20XX年1月からステロイド治療が開始された。その後1月下旬から約1ヶ月間、ベトナムに帰国した。3月下旬から38-39℃の間欠熱が出現し、有熱時の咳嗽及び腹部違和感も認めたため、4月上旬に前医を受診した。その際にCTで肝両葉に多発する低吸収域を認め肝膿瘍が疑われたため、当科紹介受診し、精査目的で入院となった。【臨床経過】血液検査では肝胆道系酵素の上昇と好酸球優位の白血球上昇を認めた。胸腹骨盤部造影CTでは、肝内グリソン鞘周囲に造影効果の乏しい斑らな低吸収域を認め、造影早期相ではその辺縁に沿って淡い増強効果を示し、後期相でのwashoutは認めなかった。さらに右肺下葉の胸膜下から中枢側に沿って広がるconsolidationを認めた。CTでの肝内低吸収域を狙った経皮的肝生検では腫瘍性病変は認めず、Charcot-Leyden crystalを伴う多発壊死巣と好酸球浸潤を認めた。以上より寄生虫疾患を疑い精査したところ、便虫卵検査は陰性であったが、寄生虫抗原に対する抗体検査で血清肝蛭IgGが陽性であり、肝蛭症の診断に至った。熱帯病治療薬研究班の研究の参加の同意を取得の上でトリクラベンダゾールによる治療を開始、また、ステロイドについては免疫抑制を考慮し減量を行ったところ、臨床症状と血液検査及び画像所見の改善を認めた。【考察】肝蛭症は主にFasciola hepaticaやFasciola giganticaを原因微生物とする人畜共通の寄生虫感染症であり、欧州、アフリカ、東南アジアなどに広く分布する疾患である。本症例は肝病変のみならず肺胸膜病変も伴っており、肝蛭の異所寄生の可能性が考えられた。さらに本症例はステロイド内服中と免疫抑制状態であり臨床症状の悪化が危惧されたが、血液検査、CT所見、肝病理から肝蛭症を疑い、免疫学的検査を速やかに行うことにより、効率的に治療につなげることができた。【結論】IgA腎症に対するステロイド加療中に発症した肝蛭症の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝蛭症，IgA腎症

23 脳梗塞に続く鼻出血で発見された肝細胞癌斜台転移の一例

関東労災病院　消化器内科
成瀬　謙，金子麗奈，萱嶋美智子，前廣由紀，渡邉菜帆，小野拓真，西上堅太郎，清水　良，中崎奈都子，大森里紗，矢野雄一郎，鎌田健太郎，岸本有為，池原　孝

高血圧と2型糖尿病を既往に有する72歳男性。X-3年、アルコール性肝硬変と左葉に70mm大の肝細胞癌を指摘され当院紹介となった。以後経皮的肝動脈塞栓術、経皮的ラジオ波焼灼術、肝S3亜区域切除を経て、再発無く経過観察していた。X年Y月、構音障害と右半身の脱力を認め、MRIで橋底部左側急性期脳梗塞を認めた。アスピリン100mg、クロピドグレル75mg、エダラボン60mg/日で加療を開始した。脳梗塞の原因検索で心房細動を認めたため、エドキサバン60mgを追加し、第14病日に後遺症なく退院とした。退院3日後に大量鼻出血で近医を受診し、蝶形骨洞からの拍動性出血を認めたため、蝶形骨洞及び中鼻道にサージカルスポンジを充填止血し搬送された。CT上、頭蓋底斜台部に骨破壊を伴う腫瘍性病変があり、同部位からの出血と考えた。鼻腔をパッキングしたまま待機的にカテーテル検査を行い、上行咽頭動脈、中咽頭動脈、及び後硬膜枝より腫瘍血管が描出されたため、エンボスフィアで塞栓を施行した。再出血無く1カ月経過したY+3月、内視鏡的下鼻腔腫瘍生検を行い、hepatocellular carcinoma斜台転移の診断となった。同部位に対し、強度変調回転照射法で39Gy/13frの体外照射を施行した。Y+5月、肝細胞癌の肝内再発を認めたため、Durvalumab 1500mg＋Tremelimumab 300mgによる加療を開始した。2投目にDurvalumab 1500mgを投与した時点で肝内病変は画像上P D判定であったが、頭蓋底病変は乏血化を維持していたため投与を継続したところ、4投目を投与後に肝内病変は縮小傾向に転じ、6投目で消失しCR判定となった。以後14投目まで再発を認めていない。事後的な考察では、脳梗塞の要因として、心房細動の他、トルソー症候群の可能性が挙げられた。脳梗塞を契機に発見された斜台転移を伴う肝細胞癌に対し、Durvalumab＋Tremelimumabと放射線治療でCRを得た一例であり、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌，斜台転移

24 RFA後に下横隔動脈に生じた遅発性仮性動脈瘤の一例

筑波大学附属病院　消化器内科[1]，同　放射線診断・IVR 科[2]
松田　悠[1]，池田貴文[1]，松本めぐみ[1]，石川敬資[1]，小川英恵[1]，湯原美貴子[1]，宇野広隆[1]，石川直樹[1]，堀籠祐一[1]，城山真美子[1]，萩原悠也[1]，新里悠輔[1]，遠藤壮登[1]，長谷川直之[1]，瀬尾恵美子[1]，岡田浩介[1]，土屋輝一郎[1]，石黒聡尚[2]

【症例】70歳代男性。近医にてアルコール性肝硬変で経過観察中に、腹部超音波で肝細胞癌と診断され当院に紹介された。造影CT、EOB-MRIで肝S8に22mm大、S1に10mm大の肝細胞癌（HCC）が認められた。Child-Pugh分類は5点Aでラジオ波焼灼療法（RFA）の方針とした。S8病変に対して1回の焼灼後、肝表近傍に残存病変を認め2回の追加焼灼を行った。S1病変に対しては1回の焼灼を行った。RFA施行翌日の造影CTで2病変は焼灼範囲内であったが、S8の焼灼野および肝表に広がる血腫を認めた。動脈損傷の可能性を考慮し、5週間後に造影CTを再検したところ、S8の焼灼野内に長径23mmの仮性動脈瘤を認めた。出血は来していなかった。同日に緊急で血管造影を施行した。造影所見で仮性動脈瘤は右下横隔動脈の横隔膜腹側枝に発生しており、動脈塞栓術を施行した。その後は、動脈瘤は消退し、再燃なく経過している。【考察】RFAにおける重篤な合併症は3.0%～7.8%で発生するとされるが、仮性動脈瘤の合併症は稀であり、その中でも下横隔動脈からの発生は今まで報告がない。既報のRFAによる仮性動脈瘤は遅発性に認められており、RFAによる穿刺ではなく熱の波及によって動脈壁の障害が起きていることが示唆されている。本症例においてもRFAによる熱波及によって下横隔動脈が損傷し血腫を認め、遅発性に仮性動脈瘤を形成したと考えられる。右下横隔動脈の枝が肝被膜や無漿膜野の肝実質を栄養していることがあり同部位が損傷されたと推察される。RFA後の血腫は動脈損傷の可能性を考えて仮性動脈瘤を念頭に置いた短期間の画像検査が必要である。肝臓辺縁に位置する肝細胞癌を焼灼する際には下横隔動脈損傷による仮性動脈瘤の発生にも注意を要する。【結語】RFA後に下横隔動脈に生じた遅発性仮性動脈瘤の一例を経験した

仮性動脈瘤，RFA

25 ERCP関連手技後に内因性眼内炎による失明を来したクレブシエラ菌血症の一例

埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科
佐藤　遼，水出雅文，藤田　曜，谷坂優樹，井上恵輔，小森健吾，地主龍平，渡邉隆一，杉本　啓，山崎嵩之，田島知明，眞下由美，良沢昭銘

【背景】肝・胆道系感染症の起因菌として*Klebsiella*が挙げられるが，稀ながら眼内炎をきたすことが報告されている。今回，ERCP関連手技後に内因性眼内炎による失明を来したクレブシエラ菌血症の一例を経験したため報告する。【症例】67歳男性。肝門部領域胆管癌疑い症例。CA19−9高値および肝胆道系酵素上昇を認め入院となり，精査目的にERCPを施行。胆管造影で右肝管の狭窄及び前後区域枝の泣き別れ所見を認め，B5に6FrのENBD tubeを留置し，胆汁細胞診を連日提出する方針とした。ERCP翌日，顕著な肝胆道系酵素上昇を認め，ENBD tube機能不全及び末梢胆管閉塞を疑いENBD tubeを抜去し，保存的加療を継続。その後，データの増悪及び発熱を呈したためCT精査を施行。撮像CTで前区領域の胆管炎及び肝膿瘍を認めたため，ERCPを再度施行し前区にプラスチックステント留置を行った。同時に施行した血液培養及び胆汁培養からは*Klebsiella pneumoniae*が検出された。プラスチックステント留置後，胆管炎は改善傾向を認めたが，左眼の視力低下を訴えたため眼科を受診。内因性眼内炎の診断に至り，眼科治療を行うも視力回復は得られなかった。【考察】*Klebsiella pneumoniae*は内因性の細菌性眼内炎の最も多い原因菌として報告がある。本症例では，ERCP関連手技後に生じた胆管炎および肝膿瘍によってクレブシエラ菌血症を呈し，内因性眼内炎をきたしたと考えられた。*Klebsiella pneumoniae*を検出した菌血症患者に視力低下を認めた際には，速やかに本症を想起することが肝要と考える。今回，若干の文献的考察を加えて報告する。

Klebsiella pneumoniae，眼内炎

26 内視鏡的胆嚢ドレナージ術にて胆嚢壁の血流改善を認めた壊疽性胆嚢炎の一例

聖マリアンナ医科大学　消化器内科[1)]，
同　消化器・一般外科[2)]
津久井充人[1)]，中原一有[1)]，五十嵐洋介[1)]，関根章裕[1)]，薩田祐輔[1)]，丹羽はるか[1)]，角田樹生[1)]，飯島良彦[1)]，岡本寛治[1)]，小林慎二郎[2)]，立石敬介[1)]

症例は83歳，男性。約3週間前からの右季肋部痛を主訴に前医を受診し，急性胆嚢炎の疑いにて当院紹介となった。受診時身体所見では右季肋部に圧痛および軽度筋性防御を認め，血液検査にて炎症所見 (白血球12100、CRP16. 8) と肝胆道系酵素の上昇 (T−Bil3. 1、D−Bil1. 7、AST154、ALT176、γ−GTP649) を認めた。腹部造影CTでは，胆嚢の腫大および壁肥厚を認め，胆嚢頚部は胆嚢壁の造影効果が消失し，周囲の液体貯留，膿瘍形成を認め，壊疽性胆嚢炎と考えられた。また，胆嚢および総胆管内に結石を認めた。高齢であること，発症から3週が経過しており手術が難渋することが予測されること，総胆管結石が併存することなどの理由から，外科との協議の結果，十分なICと外科バックアップのもと内視鏡的経乳頭胆嚢ドレナージ術を先行する方針となり，入院同日に緊急ERCPを施行した。胆管造影にて総胆管内に6mm大の結石を認め，EST施行後にバスケットカテーテルにて結石を除去し，6FrのENGBDカテーテルを胆嚢内に留置した。ENGBD施行後は症状，血液検査所見の改善を認め，6日後にENGBDカテーテルを抜去して胆嚢ステントに内瘻化を行い，9日後に退院となった。退院から約2ヶ月後に施行した造影CTでは，胆嚢の縮小および周囲膿瘍の消失を認め，胆嚢壁の造影効果が確認された。その後も胆嚢炎の再発はなく，発症から約5ヶ月後に腹腔鏡下胆嚢摘出術 (Lap−C) を施行した。摘出標本は，胆嚢壁に高度炎症細胞浸潤と線維化を認め，粘膜上皮の広範な壊死と肉芽組織形成がみられたが，全層壊死はみられなかった。壊疽性胆嚢炎に対する治療の第一選択は緊急手術であるが，内視鏡的胆嚢ドレナージ術により急性胆嚢炎および胆嚢壁血流の改善を認め，待機的Lap−Cが安全に施行可能であった症例を経験した。壊疽性胆嚢炎と考えられる場合でも，可逆性の一過性血流障害のものがあり，手術困難な症例では内視鏡的胆嚢ドレナージ術が治療の選択肢になりえる可能性があると思われる。

壊疽性胆嚢炎，内視鏡的胆嚢ドレナージ

27 二次性血栓性微小血管障害症を発症した切除不能膵癌の一例

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[1)]，
横浜市立大学院医学研究科　消化器内科学[2)]
羽田明海[1)]，前田　愼[2)]，沼田和司[1)]，森本　学[1)]，三輪治生[1)]，舩岡昭宏[1)]，遠藤和樹[1)]，角田翔太郎[1)]，土屋洋省[1)]，小宮山哲史[1)]，大石梨津子[1)]，鈴木悠一[1)]，石野勇康[1)]，柴崎　梢[1)]，染谷昌伸[1)]

【症例】58歳．男性．202X年7月に上腸間膜動脈に高度浸潤を伴う膵鉤部腫瘤を指摘された．超音波内視鏡下穿刺術で腺癌を検出し，局所進行膵頭部癌と診断された．8月よりS1併用化学放射線療法を実施．同年10月よりゲムシタビン単独による追加化学療法が施行された．明らかな転移病巣などは認めず治療継続していたが，202X＋2年3月右下肺野に間質影が出現したため，化学療法を中断して呼吸器内科での精査を行っていた．4月下旬より左上腹部痛が出現していたが，1週間後に急激な腹痛の悪化を認め，当院へ救急搬送された．腹部造影CTでは小腸の限局性の壁肥厚を認め，腸管虚血が疑われた．入院後，腹痛が持続していたが，意識障害，強直性痙攣が出現したため，全身管理目的にICUに入室した．頭部CTでは明らかな病変を認めず，血液検査で腎機能障害，血小板減少と破砕赤血球の出現を認めたため，血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）と診断した．ADAMTS13を提出したうえで，TTPに対して血漿交換およびステロイドパルス療法を実施する方針とした．安静保持が困難であるため，気管挿管・人工呼吸管理として第1病日より治療を開始したところ，徐々に血小板数の上昇を認めた．第8病日に血漿交換を終了し（計8回），意識障害の改善を確認した上で抜管した．肺炎に対して抗菌薬投与を行ったが，全身状態は良好であった．第13病日にADAMTS13陰性を確認．骨髄穿刺でも骨髄癌腫症を疑う所見はなく，一連の病態は膵癌に合併した二次性血栓性微小血管障害症(TMA)と診断した．ステロイドは速やかに漸減停止し，リハビリテーションを行ったうえで第22病日に退院．一過性の高CK血症を認めたが，その後再発を認めず外来で経過観察を行っている．【考察】悪性腫瘍に伴う二次性TMAの原因として膵癌の頻度が高いことが知られているが，発生頻度や臨床像に関する報告は少ない．自験例は腫瘍制御が得られている状態で発生した二次性TMAであり，血漿交換などの治療が奏効した稀な症例であり，文献的考察を加えて報告する．

血栓性微小血管障害症，膵癌

28 irAE膵炎との鑑別を要した肺癌膵転移による閉塞性膵炎の一例

日本大学医学部内科学系　消化器肝臓内科学分野[1)]，
同　呼吸器内科学分野[2)]
高瀬航陽[1)]，藤澤真理子[1)]，齋藤　圭[1)]，北原麻衣[1)]，大木庸子[1)]，野村舟三[1)]，黒澤雄介[2)]，権　寧博[2)]，木暮宏史[1)]

症例は61歳男性。当院にて202X年に肺腺癌（T4N3M1b cStage IVA 胸膜・リンパ節転移、PDL1低発現EGFRL85R＋）の診断となりオシメルチニブでの内服加療を開始した。202X+1年7月にCTで肺に新病変と、頭部MRIで多発脳転移を認めた。202X+1年8月よりアテゾリズマブ＋パクリタキセル＋カルボプラチン＋ベバシズマブ併用療法を導入された。202X+2年3月にCEA上昇および原発巣、転移巣の増大を認め、202X+2年4月にオシメルチニブを再開したところで薬剤性肺炎を認めたため投与中止となった。薬剤性肺炎の治療としてPSL 24mg/ dayで治療を開始し、PSL 16mg/ dayに減少したところ10日後に嘔吐・腹痛を認め、当科に紹介受診となった。炎症反応高値とP型アミラーゼが168U/ Lと上昇しており、CTで膵腫大・周囲脂肪織濃度上昇を認め、急性膵炎の診断で同日入院となった。原因として、経過からはirAEによる膵炎が否定できず、第2病日にPSL 60mg/ dayで治療開始したところ、炎症反応と腹痛の著明な改善を認めた。しかしながら、第3病日に食事再開による腹痛の増悪を認め、ＭＲＩ検査とCT再検により、膵頭部周囲のリンパ節腫大と頭体移行部の腫瘍性病変、尾側膵管拡張を認めた。肺癌膵転移による閉塞性膵炎の可能性を疑い、第15病日に膵腫瘍に対してEUS−FNA/ Bを施行し、組織診でadenocarcinoma、細胞診Class Vの結果であった。免疫染色ではTTF−1、NapsinA陽性、CA19−9陰性であり、肺癌膵転移と診断した。第19病日に腫瘍性膵管狭窄に対して膵管ステントを留置し、第23病日に食事再開とした。食事再開後も経過良好のためPSL漸減し、第25病日に肺癌の化学療法（カルボプラチン＋ペメトレキセド）の導入が可能となった。今回、irAE膵炎と肺癌膵転移による閉塞性膵炎の鑑別に苦慮した1例を経験したため報告する。

肺癌膵転移，irAE膵炎

29 膵癌術後晩期の局所再発病変による悪性門脈閉塞に対して門脈ステントが有効であった消化管出血の1例

日本医科大学付属病院　消化器外科
須藤悠太，大野　崇，松下　晃，川野陽一，清水哲也，上田純志，室川剛廣，春名孝洋，吉森大悟，浜口　暁，吉田　寛

【緒言】肝胆膵領域の悪性腫瘍に対する膵頭十二指腸切除の術後合併症として，門脈狭窄・閉塞をきたすことが報告されている。原因は血管合併切除再建、膵液漏などによる炎症性変化、癌の局所再発が挙げられ、門脈圧亢進によって挙上空腸や吻合部周囲に静脈瘤を形成し、消化管出血をきたして治療に難渋する場合がある。今回我々は膵癌術後の局所再発による門脈閉塞を原因とした消化管出血に対し、門脈ステントを留置が有効であった1例を経験したため報告する。【症例】症例は63歳女性。膵頭部癌(pT3N0M0 pStage3)に対して亜全胃温存膵頭十二指腸切除術(SSPPD)を施行された。術後約3年、腸間膜リンパ節腫大を指摘され、転移再発の診断でGemcitabine＋nab−Paclitaxel療法を施行された。約5年に渡り治療を継続したが、外来通院中に高度貧血を指摘され入院となった。入院中に施行した造影CT検査で上腸間膜静脈周囲の軟部陰影の増大、それによる門脈閉塞を認め、側副血行路の発達も指摘された。入院中に黒色嘔吐、再度貧血の進行を認め、ダブルバルーン小腸内視鏡にて挙上空腸に怒張した静脈を認め、同部のクリッピングを行った。挙上空腸周囲の静脈瘤形成が出血の原因と判断し、開腹下回結腸静脈門脈経路での門脈ステント留置術を行った。ステント留置により上腸間膜動脈(SMA)への圧排、狭窄がみられたため、SMA根部にもステントを留置し、門脈本幹の良好な血流、側副血行路の血流低下を確認して終了した。その後症状は再燃なく、第8病日にNal−IRI/ 5FU＋LV両方を導入、第12病日に退院し、現在術後3か月で外来通院中である。SSPPD後に貧血の進行を認めた際、門脈狭窄や閉塞を鑑別に入れて精査を行い、迅速に病態を把握して治療を行うことができれば、早期の化学療法再開やQOL改善につなげることができると考えられた。【結語】膵癌術後の晩期合併症として悪性門脈閉塞による消化管出血の1例を経験した。術後貧血進行，消化管出血の原因として静脈瘤形成を疑い、適切に対応することができれば予後の延長に寄与できると考えられた。

亜全胃温存膵頭十二指腸切除術，門脈ステント

30 主膵管破綻症候群、膵仮性嚢胞による膵性腹水に対して内視鏡的膵管ステント留置術が奏効した一例

千葉大学　医学部附属病院　消化器内科[1]，同　腫瘍内科[2]
内田蒼大[1]，菅　元泰[1]，大金良槻[1]，酒井美帆[1]，渡部主樹[1]，關根　優[1]，高橋知也[1]，山田奈々[1]，杉原地平[1]，大内麻愉[1]，永嶌裕樹[1]，高橋幸治[2]，大山　広[1]，沖津恒一郎[1]，大野　泉[2]，加藤直也[1]

【背景】膵性腹水は慢性膵炎を背景として主膵管破綻症候群(DPDS)、膵仮性嚢胞の破裂により膵管の断裂部から腹腔内へ膵液が漏出する稀な病態である。治療として、保存的治療は効果が乏しく、内視鏡的経乳頭的または内視鏡的経消化管的ドレナージが選択され、改善が乏しい場合は手術が検討される。今回、経消化管的ドレナージによる改善が乏しく、内視鏡的経乳頭的な膵管ステント留置が効果的であった膵性腹水の1例を経験したため報告する。【症例】32歳女性。BMI18. 5。アルコール量118gを連日摂取している。 X年1月頃から腹部膨満を自覚し、近医を受診し腹水貯留を認めた。試験穿刺にて腹水中のアミラーゼ2831U/ Lと高値であり膵性腹水の診断で前医紹介となった。絶食管理により症状は改善傾向となったが、食事再開とともに腹水が再度増加したため、精査加療目的にX年2月に当院紹介となった。CTで大量腹水、膵尾部に70mm大の単房性嚢胞性病変を認めた。MRCPでは膵体部で主膵管途絶、仮性嚢胞を認め、DPDSを疑う所見であった。DPDSにより膵仮性嚢胞が形成され嚢胞破綻により膵性腹水を来したと考え、超音波内視鏡下経消化管的ドレナージを行いLumen apposing metal stentとプラスチックステントを留置した。良好なドレナージが得られたものの腹水の改善は乏しかった。続いてDPDSに対する評価および治療のため内視鏡的逆行性膵管造影検査を施行した。主膵管の途絶、造影剤の漏出がみられ、DPDSとして矛盾しない所見であった。膵管口切開、膵管ステント留置を行った。その後の画像検査では腹水の減少の改善が見られ、現在も定期的なステント交換で増悪なく経過している。【結語】慢性膵炎を背景として膵仮性嚢胞、DPDSによる膵性腹水を来し、内視鏡治療により手術を回避できた1例を経験した。治療の選択には術前の画像検査所見から病態に沿った判断が重要であると考えられた。

膵性腹水，内視鏡的膵管ステント留置術

31 粘膜下層浸潤した胃底腺粘膜型胃癌の1例

獨協医科大学　医学部　内科学（消化器）講座[1]，
同　病理診断学講座[2]
石川　学[1]，郷田憲一[1]，吉永智則[1]，近藤真之[1]，金森　瑛[1]，石田和之[2]，入澤篤志[1]

症例は60代男性。*H.pylori*の除菌後フォロー目的に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy，EGD)を受けた際に、十二指腸下行脚に十二指腸腺腫を指摘され、当科を紹介された。当科で施行したEGDで十二指腸腺腫と別に胃体下部前壁の小弯側に12mm大の淡い発赤調を呈する類円形の隆起性病変を認めた。萎縮範囲はC−3の萎縮性胃炎であったが，病変部は内視鏡的には非萎縮粘膜からの発生と思われた。NBI(narrow band imaging)拡大観察においては、形状・大きさともに不均一な絨毛状構造を認めた。粘膜構造内に軽度の口径不同を伴う血管が不規則に屈曲蛇行していた。生検結果は、軽度の構造異型があることからgroup2と診断された。診断と治療を兼ねてESD（endoscopic submucosal dissection）を施行した。組織学的には、病変の隆起部は腺窩上皮類似の上皮がやや大型の腺管を形成していた。一方で深部は粘膜下層へ突出する様に、幽門腺上皮類似の上皮が小〜中型の腺管構造をとりながら密に増殖していた。類円形核は腫大していたが，均質であり、細胞極性も比較的保たれていた。免疫組織学的検査を行うと、病変部表層の腺窩上皮様〜深部の固有胃腺の上皮にMUC5AC（+)、MUC6（+)、MUS2（−)、CD10（−)、CDX2（−）で胃型を示し、pepsinogen I（+)、H+/ K+ − ATPase(+)であり、胃底腺粘膜型胃癌と診断した。腫瘍は粘膜下層400 μ mまで浸潤していた。脈管侵襲および水平/ 垂直断端ともに陰性であった。胃底腺型胃癌はH. pylori未感染胃癌の一つとして注目されている特殊型胃癌であり、胃底腺細胞に類似した分化型腺癌でpepsinogen I（主細胞のマーカー）and/ or H+/ K+ − ATPase（壁細胞のマーカー）が陽性となる胃腫瘍性病変である。そのなかで胃底腺細胞への分化に加え、MUC5AC（腺窩上皮細胞の マーカー）が陽性となる腺窩上皮細胞に類似した分化を示す胃底腺型胃癌の一組織亜型が胃底腺粘膜型胃癌である。今回我々は、粘膜下層まで浸潤した胃底腺粘膜型胃癌の1例を経験したので若干文献的考察を加え報告する。

胃底腺粘膜型胃癌，胃底腺型胃癌

32 過マンガン酸カリウムによる急性胃粘膜障害の一例

筑波メディカルセンター病院　消化器内科
間宮　孝，鄭　黎佳，藤川健太郎，浜田善隆，西　雅明

【緒言】
過マンガン酸カリウムは強力な酸化剤である。有機物と接触して酸素を発生して殺菌作用を示すこと、また還元によって生じたマンガンイオンは収れん作用を持ち、炎症抑制効果がある。その作用から蒸留水に溶解後に創傷の治療薬として外用で用いられる。今回我々は、過マンガン酸カリウムを誤って服用し、急性胃粘膜障害を呈した一例を経験した。その毒性は海外の報告が多く本邦ではまれで治療経過や内視鏡所見についての知見も少なく、初期治療として有用とされているミルクの投与など情報の不足から使用に至らなかった。今後渡航者の受診も増加する可能性があり、ここに報告する。
【症例】
症例は17歳女性、頭痛薬と間違え200 mgの錠剤を服用した。直後より腹部不快感と嘔吐症出現して救急受診された。肺障害や気道、咽頭、喉頭の症状や障害なく保存的に加療した。粘膜障害の評価目的に服用12時間後に上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体中部大弯に黒色の薬剤の付着と付着部位に一致した粘膜障害を認めた。PPIによる保存的治療を施行し。第4病日に上部消化管内視鏡検査にて再評価を行った。潰瘍は治癒傾向にあり穿孔や狭窄の危険は少ないと判断して退院された。
【考察】
過マンガン酸カリウムは10gが致死量といわれている。障害には局所の粘膜障害のほか赤血球の酸化に伴うメトヘモグロビン血症、呼吸不全、肝不全、出血性膵炎など報告されており、投与量によっては全身管理が必要となる。本症例では服用量から臓器不全などの副作用は呈さず局所の所見のみであった。また保存的治療により良好な結果をえた。治療では特有の解毒剤は認めず、メトヘモグロビン血症に対してはメチレンブルーやビタミンCの投与、ミルクによる局所作用の低下などの報告があり症状や投与量によって投与が検討される。
【結論】
過マンガン酸カリウムによる急性胃粘膜障害を経験した。文献的考察を加えて報告する。

過マンガン酸カリウム，急性胃粘膜障害

33

胃MALTリンパ腫除菌治療17年後に食道MALTリンパ腫および扁桃DLBCLを合併した1例

東京医科大学　消化器内視鏡学分野[1)]，同　人体病理学分野[2)]，同　耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野[3)]，同　血液内科学分野[4)]，同　消化器内科学分野[5)]
張　萌琳[1)]，岩田英里[1)]，濱田麻梨子[1)]，秋本佳香[1)]，新倉量太[1)]，永田尚義[1)]，松林　純[2)]，塚原清彰[3)]，後藤明彦[4)]，糸井隆夫[5)]，河合　隆[1)]

【背景】食道のextranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa-associated lymphoid tissue (MALTリンパ腫) は消化管リンパ腫全体の約1%未満とされており、非常に稀である。今回、胃MALTリンパ腫と異時性に食道MALTリンパ腫および扁桃びまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) を発症した症例を経験したので報告する。【症例】51歳男性。特記すべき既往歴はない。胃透視で体中部前壁に粘膜集中像を指摘された。200X年1月に施行した上部消化管内視鏡検査 (EGD) では体中部前壁に褪色と発赤の混ざった軽度陥凹を伴うひだのひきつれを認め、陥凹部より生検を行った。病理組織学的には胃粘膜に小型リンパ球が多数浸潤しており、lymphoepithelial lesionを伴い腺管の消失が認められた。免疫組織化学的所見や内視鏡所見と合わせてMALTリンパ腫と診断された。200X年3月、尿素呼気試験で陽性であり、*H.pylori*除菌を行い、200X年4月に除菌成功を確認した。その後経年的にEGD施行し、胃MALTリンパ腫の陥凹は徐々に縮小し、組織学的にもリンパ腫の消失を認めた。200X+17年5月、EGDで食道に白色調の粘膜下隆起の集簇を認め、生検を施行した。病理組織学的に、胃粘膜に小型リンパ球が多数浸潤し、lymphoepithelial lesionを伴っていた。免疫組織化学的所見も考慮し、MALTリンパ腫と診断された。200X+18年1月、咽頭違和感の訴えがありEGD施行したところ、左扁桃に不整形の腫瘤を認めたため、耳鼻科で生検を施行した。病理組織学的に、くびれた核を有する中型から大型のリンパ球様の異型細胞がびまん性に浸潤しており、CD20(+) CD3(−) CD5(−) CD10 (−) bcl6(+) MUM1 (+) MIB1 (90%) であり、DLBCL, NOS, non-GCBと診断された。同年2月にPET-CTで左頸部リンパ節にも集積があり、Lugano分類でII期と診断された。同年3月、R-CHOP療法を施行し、同年9月のPET-CTではFDG集積の消失を認め、完全奏効と判断された。【考察】胃と食道のMALTリンパ腫の合併は過去に2例しか報告がなく、扁桃DLBCLを併存した症例の報告は初めてであり、文献的考察を追加して報告する。

MALTリンパ腫，びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫

34

膵尾部神経内分泌腫瘍による左側門脈圧亢進症・胃静脈瘤に対してIVRが奏功した1例

帝京大学　医学部　内科学講座[1)]，同　放射線科学講座[2)]
梶田航平[1)]，三浦　亮[1)]，二木直之[1)]，清水友貴[1)]，本田　卓[1)]，松本康佑[1)]，青柳　仁[1)]，磯野朱里[1)]，阿部浩一郎[1)]，有住俊彦[1)]，小田島慎也[1)]，淺岡良成[1)]，今津博雄[1)]，山本貴嗣[1)]，田中　篤[1)]，和田　武[2)]，山本真由[2)]，近藤浩史[2)]

症例は57歳男性。クローン病で他院通院中。20歳代からの複数回の消化管切除により短腸症候群となっており在宅中心静脈栄養が導入されている。X-2年に消化管出血疑いによる入院が2回あったが、内視鏡検査でクローン病の再燃はなく、出血源は同定されていなかった。X年2月、血便、血圧低下で救急搬送され、上部消化管内視鏡検査で胃静脈瘤からの出血が認められた。IVRにより左胃動脈からの塞栓が施行された。その後の検査で膵尾部腫瘍による脾静脈閉塞と左側門脈圧亢進による胃静脈瘤破裂の診断、多発肝腫瘍も伴っていた。出血が持続していたため、追加治療が必要と判断され、当院転院となった。転院後、塞栓治療の影響と考えられる肝梗塞部位の膿瘍化を認めたため、ドレナージと抗生剤による治療を行った。炎症の改善後、胃静脈瘤および脾静脈血管形成術を施行した。経皮経肝アプローチでガイドワイヤーの先進が困難であったため、経皮経脾臓アプローチにより胃静脈瘤の塞栓を行った。さらに脾静脈にステント留置、バルーン拡張を行った。大腿動脈から挿入したカテーテルから部分的脾動脈塞栓術を追加し、経皮穿刺経路の塞栓を行い合併症なく治療終了となった。肝膿瘍ドレナージの際に施行した肝腫瘍生検から神経内分泌腫瘍を認めたため、膵神経内分泌腫瘍肝転移の診断となった。ステント留置後、経過順調であり、10日後に退院となり、他院にて分子標的薬で治療中である。膵腫瘍による脾静脈閉塞、胃静脈瘤に関しては出血部位へのアプローチに難渋することがある。止血困難な間に原病が進行することも多く予後への影響が大きい。本症例では経皮経脾臓アプローチにより静脈瘤治療のみならず脾静脈血流も回復し、化学療法につなげることが可能となった。貴重な症例を経験したので、画像の提示とともに、文献的考察を加えて今回報告する。

胃静脈瘤，膵尾部腫瘍

35

悪性貧血により血小板低値を伴った*Helicobacter pylori*現感染を合併した自己免疫性胃炎の一例

東京医科大学病院　消化器内科[1)]，同　内視鏡センター[2)]
大本真由[1)]，森瀬貴之[1)]，内藤咲貴子[1)]，河野　真[1)]，山内芳也[1)]，香川泰之[1)]，村松孝洋[1)]，山西文門[1)]，田所健一[1)]，島井智士[1)]，水町　碧[1)]，井田知宏[1)]，貝塚玄樹[1)]，福澤誠克[1)]，河合　隆[2)]，糸井隆夫[1)]

症例は70歳代，男性．X年1月頃より食思不振，X年3月より労作時の息切れ・動悸を認めたためX年4月に近医を受診した．血液検査にてHb 3. 8 g/ dL，MCV 114. 1 fLと高度の大球性貧血を認め当院へ紹介受診となった．大腸内視鏡検査及び腹骨盤部造影CT検査では明らかな貧血の原因を疑う所見を認めなかった．上部消化管内視鏡検査では胃全体の高度萎縮性胃炎（木村・竹本分類Type 0-3）を認めた．血液検査では，血小板 16. 2万/ μL，LDH 2935 U/ L 及び間接Bil優位のBil上昇を認めた．抗内因子抗体は陰性であったが抗胃壁細胞抗体 160倍，抗*Helicobacter pylori*抗体価 7. 0 U/ mL，尿素呼気試験 4. 6 ‰，Vit B12 55 pg/ mL，葉酸 9. 3 ng/ mLであり自己免疫性胃炎と*Helicobacter pylori*現感染を合併した高度萎縮性胃炎による悪性貧血と考えられた．赤血球液による輸血療法を行うも貧血の改善は乏しく，血小板は減少傾向であったが，悪性貧血に伴う無効造血と考えVit B12の筋注投与を開始したところ，貧血の緩徐な改善と著明な血小板の改善を認め第16病日に退院となった．悪性貧血を伴う自己免疫性胃炎は比較的稀であるが日常診療において貧血の原因として留意しておく必要がある．今回悪性貧血により血小板低値を伴った*Helicobacter pylori*現感染を合併した自己免疫性胃炎の一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する．

自己免疫性胃炎，悪性貧血

36

*Helicobacter pylori*除菌20年後に白色扁平隆起型の腺窩上皮型胃癌を認めた一例

東京医科大学　消化器内視鏡学分野[1)]，
同　消化器内科学分野[2)]
岩田英里[1)]，香川泰之[2)]，張　萌琳[1)]，秋本佳香[1)]，濱田麻梨子[1)]，新倉量太[1)]，永田尚義[1)]，福澤誠克[2)]，糸井隆夫[2)]，河合　隆[1)]

【背景】白色扁平隆起を呈する腺窩上皮型胃癌は、*H. pylori*未感染の粘膜に生じる腫瘍として報告されている。今回我々は*H. pylori*除菌20年後に白色扁平隆起型の腺窩上皮型胃癌が発生した一例を経験したので報告する。【症例】70代男性。20年前に*H. pylori*除菌施行。6年前に胃角部小弯の消化管間質腫瘍(GIST)に対して腹腔鏡下胃局所切除術を施行している。狭心症に対してステント留置後でクロピドグレル内服中のため、消化管出血予防目的でラベプラゾールを長期間内服している。術後の経過観察目的で行った上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胃体中部前壁大弯よりに8mm大の白色調扁平隆起を認めた。背景粘膜はC-IIIの胃粘膜萎縮を認めたが、非萎縮粘膜にはRACを認めており、*H. pylori*除菌後として矛盾しない所見であった。穹窿部から体中部にかけて多発性白色扁平隆起（春間・川口病変）を認めたが、それらの病変に比べて大きく不整形であり、顆粒状で均一な表面構造を認めた。NBI拡大内視鏡では、窩間部の開大と明瞭なDemarcation lineを認めた。内視鏡所見・生検から白色扁平隆起型の腺窩上皮型胃癌と診断し、ESDを行った。術後病理組織診断では、軽度の核の腫大、極性の乱れがある腺窩上皮様細胞が乳頭状に増生しており、Foveolar-type neoplasm, pT1a (M)，pUL0，Ly0，V0，pHM0，pVM0と診断した。【結語】白色隆起型腺窩上皮型胃癌は、体部～穹窿部の特に大彎側に好発する大腸の側方発育型腫瘍様の境界明瞭な白色扁平隆起性病変である。*H. pylori*未感染の粘膜に生じる腫瘍として報告されており、除菌後の長期経過の中で発生した報告は未だ少ない。本症例は周囲に多発性白色扁平隆起が観察されており、腺窩上皮の過形成からの腫瘍化が推測され、 文献的考察を加えて報告する。

腺窩上皮型胃癌，白色扁平隆起

37 慢性膵炎急性増悪の治療中に生じた非外傷性十二指腸壁内血腫により通過障害を来した1例

前橋赤十字病院　消化器内科[1)]，
群馬大学大学院　医学系研究科　消化器・肝臓内科[2)]
安藤和秀[1)]，伊藤健太[1)]，本多夏穂[1)]，丸山　優[1)]，田村優樹[1)]，
井上真紀子[1)]，阿部貴紘[1)]，柴崎充彦[1)]，関口雅則[1)]，滝澤大地[1)]，
新井弘隆[1)]，浦岡俊夫[2)]

【症例】30歳台男性。アルコール性慢性膵炎の急性増悪のため複数回の入院歴があった。腹痛のため近医より当科紹介となり、慢性膵炎急性増悪として入院対応となった。入院時の造影CT検査では造影CT Grade 1の膵炎像に加えて膵頭部の仮性嚢胞に感染が疑われ、禁食補液の上で抗菌薬投与とした。第4病日に嘔吐・吐血を認めたためCT検査を再施行したところ、胃噴門部からの造影剤漏出と十二指腸水平部での壁内血腫を認めた。上部消化管内視鏡検査(EGD)でマロリー・ワイス症候群による出血を認め、内視鏡的止血術でコントロールが得られた。第6病日にEGD再施行時のガストログラフィンによる消化管造影で十二指腸水平部の狭窄を認めたためDouble Elementary Diet(W-ED)チューブを留置した。経腸栄養を行って経過観察としたが、第10病日のCT検査で血腫の増大を認めた。外科と相談の上で血腫の改善に乏しい場合はバイパス術を施行する方針となったが、第17病日にはCT検査で血腫が縮小傾向となった。第24病日に施行したチューブ造影で狭窄部における造影剤の通過を確認し、経腸栄養剤の経口摂取を開始した。第32病日にW-EDチューブを抜去して食事開始した。経過中に膵酵素の上昇と腹部症状は徐々に改善し、第45病日に退院とした。退院3ヶ月後に施行したCT検査では、膵仮性嚢胞・十二指腸壁内血腫のさらなる縮小を認めた。以後は通過障害の再燃なく経過している。【考察】十二指腸壁内血腫は消化管壁内血腫の中で最も発生頻度が高く、発生原因は外傷性が多い。本症例では外傷歴がなく非外傷性と診断した。非外傷性血腫の原因として抗凝固療法や血液凝固異常、膵疾患が報告されており、また飲酒との関連も示唆されている。本症例では飲酒歴と慢性膵炎があり、血腫の成因である可能性が考えられた。また、十二指腸通過障害に対してW-EDチューブによる保存的治療が有効であった。慢性膵炎急性増悪の治療中に非外傷性十二指腸壁内血腫を生じ通過障害を来した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

十二指腸壁内血腫，慢性膵炎急性増悪

38 潰瘍型胃悪性リンパ腫からの消化管出血に対して色素動注法を用いた動脈塞栓が有用であった1例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野
相川浩之, 香川泰之, 福澤誠克, 内藤咲貴子, 河野　真, 山内芳也,
森瀬貴之, 村松孝洋, 山西文門, 田所健一, 島井智士, 水町　碧,
井田知宏, 貝塚玄樹, 糸井隆夫

【症例】60歳台, 男性.【現病歴】X-13年にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）に対してR-CHOP療法を施行し寛解維持していた. X年3月にCT検査で右腋窩リンパ節腫脹を認め, 生検を行いDLBCL再発の診断となった. PET-CTでは全身骨髄への多発集積と胃から膵周囲にかけての集積を認めたため, 化学療法を行う方針となっていた. 同年5月に心窩部痛と動悸, 息切れを自覚したため外来を受診した. Hb 4. 9 g/ dLと低値で消化管出血を疑い緊急入院した.【入院後経過】同日, 緊急内視鏡を施行した. 胃体下部後壁に潰瘍を伴う隆起性病変を認め, DLBCLの再発病変と診断した. 潰瘍底に露出血管を認め, 止血鉗子にて焼灼止血を試みるも噴出性に出血した. クリッピングで出血量は減少したが止血不十分であったためInterventional Radiology (IVR）をおこなった. 血管造影で支配血管が左胃動脈からの2本の分枝のいずれかであることが同定された. より選択的に塞栓するために造影剤とインジゴカルミンを混和してカテーテルより注入し術中内視鏡で染色部位を確認した. 病変部が染色された血管に塞栓物質を注入し手技を終了した. その後は再出血を示唆する所見はなく, 第4病日に内視鏡検査を施行するも止血は得られていた. 化学療法導入前に胃全摘術を施行し第29病日に退院した.【考察】胃原発非上皮性悪性腫瘍による大量出血の頻度は0. 47%程との報告があり非常に稀である. さらに胃悪性リンパ腫は間質成分が少なく, 組織脱落がしやすいため内視鏡的な止血は困難との報告もある. 本症例でも内視鏡的な止血が困難でありIVRに移行した. 医学中央雑誌において「胃悪性リンパ腫」と「出血」をキーワードに検索したが, IVRで止血が得られた症例はわずか1例のみであった. さらに色素の動注と術中内視鏡で選択的な塞栓術を行った症例は本症例のみであった. 胃悪性リンパ腫からの出血に対して色素動注法を用いた動脈塞栓が有用であった稀な症例を経験したため文献的考察も加え報告する.

色素動注法，悪性リンパ腫

39 産褥期にループス腸炎で発症した全身性エリテマトーデスの1例

練馬総合病院　内科[1)]，同　内視鏡センター[2)]
松田英士[1)]，山本晴二郎[1)]，石本飛鳥[1)]，田村理絵[1)]，沼口隆太郎[1)]，
佐々木康裕[1)]，西澤麻理子[1)]，安田伊久磨[1)]，藤田愛子[1)]，
中尾英一[1)]，豊田丈夫[1)]，東宏一郎[1)]，柳川達生[1)]，齋藤　隆[2)]，
今井俊一[2)]，吉川祐輔[2)]，徳山　丞[2)]，栗原直人[2)]

【症例】30歳女性【主訴】腹痛、嘔吐、下痢【現病歴】0経妊0経産。今回、初の妊娠で、202X年Y月2日に，妊娠37週0日で1970gの子宮内胎児発育不全の男児を出産し，Y月9日に退院した．Y月14日から腹痛，嘔吐，10回/ 日以上の下痢を認め，Y月16日に当院に救急搬送された。.【既往歴】なし【家族歴】伯父：関節リウマチ　伯母：バセドウ病【経過】造影CTで、広範な小腸の壁肥厚および腹水の貯留をみとめた。腹水穿刺をしたところ、腹水は痰黄色で滲出性腹水であった。出産後、感染性腸炎の原因となる食物摂取歴はなく、CTのtarget sign、comb signなどからループス腸炎を鑑別疾患にあげ､自己抗体を測定したところ、入院5日目のY月21日に、抗核抗体640倍、抗ds-DNAIgG抗体の上昇が判明し、ループス腸炎と診断した。PSL30mg/ 日を開始したところ、症状は速やかに改善し、Y月25日のCTでは、小腸の壁肥厚の改善、腹水の消失がみられ、Y月26日に退院した。【考察】全身性エリテマトーデスは、ループス腸炎が診断契機となることは稀であるものの、特徴的な画像所見から、鑑別診断にあげることが早期の診断、治療につながるため、若干の文献的考察を含めて報告する。

ループス腸炎，小腸炎

40 術後再建腸管症例に対する小腸カプセル内視鏡検査：有用性と安全性の検討

横浜市立大学附属病院　肝胆膵消化器病学
三澤　昇，日暮琢磨，井上喬二郎，田村繁樹，中島　淳

【目的】小腸カプセル内視鏡は，小腸疾患が既知又は疑われる患者に適応があり，小腸疾患の診断を行うために幅広く用いられているが，胃癌外科手術後や膵頭十二指腸切除術後などの術後再建腸管症例に対する小腸カプセル内視鏡の検査成績は報告がほとんどない．今回我々は術後再建腸管症例に対する小腸カプセル内視鏡の検査成績について検討を行った．【方法】2007年11月から2023年7月までに当院で施行された術後再建腸管に対する小腸カプセル内視鏡検査23症例，24検査について，患者背景，検査目的，再建法，パテンシーカプセルの有無，内視鏡による誘導の有無，検査時間内の大腸到達率，カプセル内視鏡の胃・小腸通過時間，有所見率などをretrospectiveに解析した．【成績】症例は男性21症例，女性2症例で，幽門側胃切除・Billroth 1法再建12症例，幽門側胃切除・Billroth 2法再建2症例，幽門側胃切除・Roux-en-Y再建1症例，胃全摘・Roux-en-Y再建2症例，胃空腸吻合術・Roux-en-Y再建1症例，膵頭十二指腸切除術後5症例であった．検査理由は，OGIB19検査，腹部症状精査3検査，腸炎精査2検査であった．小腸カプセル内視鏡施行前にパテンシーカプセルを施行した症例はなく，内視鏡による誘導は2検査でおこなった．検査時間内の大腸到達率は75%（18検査）で，小腸内で終了した6検査は幽門側胃切除・Billroth 1法再建4検査，幽門側胃切除・Billroth 2法再建1検査，胃全摘・Roux-en-Y再建1検査であった．滞留率は0%で，全症例カプセル内視鏡の自然排出を認めた．胃通過時間は29. 5 ± 59. 7分で，小腸まで到達した症例の小腸通過時間は332. 6 ± 112. 5分であった．有所見率は48. 8%（11検査）で，所見の割合としてはAngioectasiaが最も多かった（6症例）．【考案】本検討は少数例ではあるものの，膵頭十二指腸切除術後やBillroth 2法再建，Roux-en-Y再建などの術後再建腸管の症例に対しても，小腸カプセル内視鏡は安全かつ有用な検査と考えられた一方で，検査時間内に大腸まで到達しない症例も散見され，今後さらなる検討と対策が必要であると考えられた．

小腸，カプセル内視鏡

41 落下柿胃石による食餌性腸閉塞を発症した一例

北里大学　医学部　消化器内科学
佐々木雅也，久保田陽，草野　央

【症例】76歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】特記すべき事項なし【現病歴】202X年12月に腹痛、嘔吐を認め、近医受診。腹部XPにて、腸閉塞が疑われ、当院紹介受診となった。腹部単純CTにて、回腸末端に含気のある low density を呈する 30mm 大の腫瘤影を認め、腫瘤より口側全小腸の拡張を認めた。回盲部腫瘍による腸閉塞を疑い、同日緊急入院となった。入院後、絶食・補液、胃管留置を行った。第2病日に症状改善が乏しく、イレウス管を留置した。第6病日に症状改善し、腹部XPではイレウス管が横行結腸まで先進していた。そのためイレウス管を終末回腸まで引き戻した後、イレウス管造影を施行したが、終末回腸に明らかな腫瘤性病変は描出されなかった。第7病日に、原因検索目的に下部消化管内視鏡を施行したところ、回腸末端に小潰瘍を認めるものの、明らかな閉塞起点となるような器質的疾患は認めなかった。また、直腸内に黄褐色の手拳大の異物を認めた。表面は硬いが、鉗子での破砕は可能であり、内部は線維質であった。異物を用手的に体外に除去した。異物の成分分析にてタンニンが検出されたため、柿胃石が考えられた。患者への問診で、10日程前からの干し柿の大量の摂取歴があり、最終的に柿胃石に起因する食餌性腸閉塞の診断となった。第9病日に経過良好で退院となった。【考察】胃石は稀な疾患ではあるが、胃内では心窩部症状、小腸へ落下すると腸閉塞症状を呈することがある。本邦で最も多い胃石が柿胃石である。落下胃石は、ほとんどの症例で外科的治療が行われている。本症例は胃管・イレウス管で、胃石の小腸から大腸への移動を認め、保存的加療が可能であった。【結語】柿胃石により発症した食餌性腸閉塞の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。

腸閉塞，柿胃石

42 経肛門的ダブルバルーン内視鏡(DBE) により小腸憩室出血を同定し、クリップ止血し得た1例

日本大学医学部内科学系　消化器肝臓内科学分野[1)]，
東京都立病院機構　東京都立豊島病院　内科[2)]
福本由香里[1)]，春田明子[1)]，杵渕広志[1)]，岡田侑大[2)]，笠巻敬太[1)]，寺田里絵[1)]，杉田知実[1)]，小椋加奈子[1)]，高橋　悠[1)]，鈴木晴久[1)]，木暮宏史[1)]

【症例】80代男性。血便を主訴に近医受診し、精査目的に同日当院紹介受診となった。大量の暗赤色便があり、血液検査でヘモグロビン低下を認めたため、下部消化管出血の診断で緊急入院となった。禁食・補液とし、第2病日に前処置後、大腸内視鏡検査を施行した。結腸には凝血塊を認めなかったが、回腸末端に新鮮血貯留と口側からの血液流入を認め、小腸出血を疑った。同日施行した腹部骨盤造影CTでは小腸に造影剤の血管外漏出はなく、小腸カプセル内視鏡(SBCE) を行ったところ、回腸末端に血液の貯留を認めたため、第3病日に経肛門的DBEを施行した。到達最深部より抜去観察を行いながら小さなangioectasiaをアルゴンプラズマ凝固で治療した。最後に回腸末端を観察すると散見される憩室の1つに凝血塊付着と周囲の粘膜の発赤を認めた。凝血塊を除去すると湧出性出血が見られたため、クリップによる縫縮を行い、ガストログラフィン造影で憩室の閉鎖を確認した。その後も貧血進行や再出血を認めず、食事再開後も経過良好であり、第12病日に退院となった。【考察】小腸憩室は全消化管憩室の1. 4~3. 2%程度で、回腸憩室は小腸のうち14%と稀である。多くは無症状であり、出血に至る頻度は数%程度と報告されているが、時に大量出血となり得るため、小腸出血を疑った際には腫瘍性病変や血管性病変に加え、憩室出血も考慮する必要がある。本症例も小腸出血疑いで、速やかな小腸精査により出血源を同定し治療を行えた。近年のSBCEやDBEといった小腸検査の技術向上および普及により、小腸の出血源検索、また低侵襲な内視鏡的止血術が可能となっている。今回SBCEとDBEを用いて診断・治療した小腸憩室出血の1例を報告する。

小腸憩室出血，経肛門的ダブルバルーン内視鏡

43 インフリキシマブが奏功した非中毒性巨大結腸症を伴った潰瘍性大腸炎の一例

新座志木中央総合病院　消化器内科
神田遼弥，嵐山　真，班目　明

【症例】40歳台，女性．【現病歴】罹病期間4年の潰瘍性大腸炎左側大腸炎型にて他院へ通院していた．5-アミノサリチル酸3600mg / 日の加療を行なっていたが，アドヒアランス不良であった．4週間前からの腹痛，血便，発熱を認めていたが，自己判断で禁食，腸管安静にて経過を見ていた．症状の改善を認めず，当院救急外来を受診した．腹骨盤部単純CT検査にて横行結腸肝曲から直腸までの連続した壁肥厚を認め，罹患範囲の口側伸展を認めた．来院時の横行結腸径は33mmであった．重症潰瘍性大腸炎の診断で同日緊急入院となった．ステロイド大量静注療法(50mg/ day: 1mg/ kg) と末梢静脈栄養療法を開始した．入院時39℃台の発熱を認めていたが，第3病日より解熱を認めた．しかし，腹部全体の腹痛，10行/ 日以上の血便が持続していた．第4病日に仰臥位腹部単純X線検査を施行し，横行結腸径が60mmの拡大を認めた．横行結腸径は巨大結腸症の基準を満たすが，中毒症状の基準を満たしていなかったため，非中毒性巨大結腸症の診断とした．生物学的製剤の早急な開始が必要と判断し，同日インフリキシマブ (5mg/ kg) を開始した．また，血清アルブミンが1. 6g/ dLと低値を認め，中心静脈栄養療法にて管理した．徐々に便行の減少、腹痛は改善し，血便も減少した．連日仰臥位腹部単純X線検査を行い，徐々に横行結腸径は縮小傾向であった．第15病日に粘膜評価目的にS状結腸内視鏡検査を施行し，多発する潰瘍を認めるものの深掘れ潰瘍はなく，再生上皮の出現も認め，治癒過程と考えた．第16病日に食事開始し，症状の増悪を認めなかった．第18病日に血便の消失もあり，2回目のインフリキシマブを投与し，第23病日に退院となった．【考察】中毒性巨大結腸症を伴った潰瘍性大腸炎は絶対的手術適応だが，非中毒性巨大結腸症の手術適応に関しては未だ明確ではない．今回，早急なインフリキシマブの導入によって手術を回避できた非中毒性巨大結腸症を伴った潰瘍性大腸炎の一例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．

潰瘍性大腸炎，非中毒性巨大結腸症

44 上行結腸憩室炎による広範囲な腸腰筋膿瘍の一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座
久野木康仁, 山宮　知, 石川　学, 坂本智哉, 稲葉康記, 嘉島　賢，佐久間文，福士　耕，牧　　匠，入澤篤志

【症例】60歳台, 男性【主訴】右下腹部痛【現病歴】200X年11月, 右下腹部痛を主訴に当科を受診し，腹部造影CTで膿瘍を伴う上行結腸憩室炎と診断された. その際は入院を拒否したが, 5日後に症状が増悪した為に入院した. 入院加療ののち改善傾向があり自主退院した. その後, 200X年 12月に慢性膵炎急性増悪の為当科に再入院したが, 治療途中で再度自主退院した．200X+1年1月, 右下腹部痛を自覚し当院外来を受診した. 腹部単純CTを施行したところ上行結腸から膵周囲, 右腸腰筋に連続する長径23cmの膿瘍を認め, 精査加療目的の為当科に入院した. 【入院時現症】意識清明. BT 36. 8℃, HR 85 bpm, BP 103/ 38 mmHg. 腹部は平坦, 軟. 右下腹部に筋性防御を伴う圧痛あり. 右腰筋徴候陽性. 【経過】入院時の血液検査所見でWBC 25, 800x10^3/ μL, CRP 11. 48mg/ dLと高度の炎症を認めた. 腸腰筋膿瘍に対し, 入院同日からPIPC/ TAZ 18g/ 日の投与を開始した．抗菌薬による加療では改善に乏しく, 入院第5病日にCT下ドレナージを施行し, 8Frのドレナージチューブを留置した. 穿刺液からは*Escherichia coli*が検出された. 第16病日にドレナージ不良の為, 10Frにチューブをサイズアップした. その後は良好なドレナージを得た. 第26病日に腹部単純CTを施行したところ膿瘍の縮小が確認され，炎症反応もWBC 9, 200x10^3/ μL, CRP 0. 05mg/ dLと大幅に改善した為, 第27病日にドレナージチューブを抜去した. 経過良好の為第30病日に軽快退院した. 【考察】腸腰筋膿瘍は血行性, リンパ行性感染による原発性とクローン病等の隣接する臓器疾患に由来する二次性がある. 本症例では, CTで経時的に憩室炎による膿瘍が腸腰筋に波及する様子が観察されたため, 二次性の要素が大きいと考えられた. 腸腰筋膿瘍に対するCT下ドレナージの有用性の報告はあるが, 本症例のように広範囲な膿瘍であっても適切なドレナージ行うことで内科的に治療できる可能性がある.

憩室炎，腸腰筋膿瘍

45 逸脱した大腸ステントを留置スネアにより縮小化し内視鏡的に回収し得た一例

東京医科大学病院　消化器内科
山本一稀，福澤誠克，村松孝洋，水町　碧，島井智士，和田実季，井田知宏，貝塚玄樹，田所健一，山西文門，香川泰之，森瀬貴之，山内芳也，河野　真，内藤咲貴子，糸井隆夫

【症例】75歳男性【主訴】貧血【現病歴】20XX年4月頃より貧血の進行を認め、便潜血陽性のため精査目的に紹介となった。貧血精査として上下部内視鏡検査を施行し、直腸S状部に全周性狭窄を伴う不整な易出血性の潰瘍性病変を認め、2型進行大腸癌と考えられた。狭窄が強く、内視鏡の通過は困難であり、腸閉塞リスクが高いと考えられ、20XX年6月Y日に加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時の腸閉塞症状は乏しく、待機的に減圧を行う予定とし、Bridge to surgeryとして20XX年6月Y +3日に大腸ステント(Niti-S，Taewoon Medical)を挿入した。しかし、ステント留置時に腫瘍口側にステントが逸脱したため、再度ステント留置を試みた。逸脱したステントに干渉しないように2本目のステントを留置し成功した。逸脱したステントは、狭窄部に留置したステントが拡張した段階で、内視鏡的に回収を行う方針とした。腹部単純X線検査で腸管の減圧状態やステントの拡張程度を評価し、排便があったことを確認した後に、6月Y +9日に逸脱したステントの回収を行なった。細径内視鏡(PCF-PQ260I，オリンパス)を挿入すると、留置したステントの拡張は良好で、内視鏡は抵抗なく通過可能であった。ステント内を通過すると、逸脱した口側のステントが留置ステントに重なるように位置していた。まず、鉗子およびスコープで逸脱ステントを口側に移動させ、ステント同士の重なりを解除した。次に、逸脱したステントを留置スネア計6本で絞扼し、ステントを縮小させた。縮小したステントを把持して回収を試みるも、留置したステントに引っかかり回収できなかった。そこで、シングルバルーン内視鏡用のスライディングチューブを挿入して回収を試みようとしたが、ステント内をスライディングチューブが通過せず、ステントの途中までチューブを挿入した。再度、逸脱したステントを把持鉗子で掴み、チューブ内に引き込み、ステント回収に成功した。【結語】我々は逸脱した大腸ステントを留置スネアで縮小化し、内視鏡的に回収し得た一例を経験した。当日は手技中の動画を提示する。

大腸ステント，進行大腸癌

46 Pembrolizumab投与後にHyperprogressive diseaseを来たしたTMB-High大腸癌の1例

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

【症例】60歳、女性【経過】20XX-1年7月に体重減少、心窩部痛を主訴に当院紹介受診した。CTで横行結腸肥厚、多発リンパ節腫脹、多発肝腫瘤を認め、free airを伴う腹水を認めることから腸管穿孔による腹膜炎と診断し、姑息的に穿孔部切除＋横行結腸人工肛門増設術を行った。手術検体の病理結果から低分化型腺癌が検出され、大腸癌cStageIVと診断した。腹膜炎の経過は良好であり退院後に化学療法方針となった。同年9月から1次治療としてFOLFOX＋Bevacizumab療法、同年10月より2次治療としてFOLFIRI＋Bevacizumab療法を開始した。2次治療継続中にがん遺伝子パネル検査が実施され、MET-amplification及びTumor mutation burden(TMB)-High (TMB:10. 8Muts/Mb)が判明した。MET-amplificationの臨床試験に参加する方針となり、他院でABBV-400 (cMet抗体薬物複合体)が開始された。20XX年3月から投与開始するも、同年4月の効果判定でPD判定となり治療中止となっている。その後、当院でTMB-High固形癌としてPembrolizumab療法を開始した。投与開始後、明らかな有害事象は認めなかったが投与開始3週間後に体動困難で救急搬送となり、受診時のCTで肝転移及びリンパ節転移の急速な増大を認めHyperprogressive disease(HPD)と診断した。全身状態も悪化し、追加治療の適応なく緩和治療へ移行し、一度自宅退院したが投与37日後に死亡した。【考察】腫瘍遺伝子変異量すなわちTMBは免疫チェックポイント阻害薬の治療効果を予測するバイオマーカーとして近年注目されている。TMB-High固形癌では癌種に関わらずPembrolizumab療法が有効であることが報告をされており、本邦でも保険承認をされている。しかしながらPembrolizumab等の免疫チェックポイント阻害薬を投与した際に腫瘍が急速に増悪するHPDという現象も報告をされている。HPDの発生機序に関しては不明瞭な部分が多いが、発症した症例は著明に予後が悪化とするが分かっている。TMB-High固形癌におけるPembrolizumab投与後のHPDに関してはほとんど報告がなく、今回我々は若干の文献的考察を踏まえて報告する。

Pembrolizumab，Hyperprogressive disease

47 潰瘍性大腸炎関連腫瘍との鑑別に苦慮したがESDで治癒できた散発性腫瘍の1例

防衛医科大学校病院　内科学講座（消化器内科）
植田浩貴，冨岡　明，千谷菜花，安藤悠哉，吉岡幹士，江崎航大，川端紘輔，木本侑哉，石川博隆，武川舞子，堀内知晃，綾木花菜，吉留佑太，田原寛之，西村弘之，成松和幸，高本俊介，冨田謙吾，穂苅量太

【症例】50歳代男性【主訴】なし【既往歴】22歳：潰瘍性大腸炎．45歳：腰椎圧迫骨折．【現病歴】22歳で潰瘍性大腸炎を発症し，他院で約15年間プレドニゾロン15mgとメサラジン2250mgで加療されていた．X-10年に腰椎圧迫骨折をきたし，ステロイド性骨粗鬆症が原因と判断され，当科に紹介された．当科でアザチオプリンを導入してからステロイドを漸減・中止した．その後，白血球減少ありアザチオプリンは中止となり，X-4年からはベドリズマブで維持されていた．X-4年のCSにてランダム生検を実施したところ，直腸の内視鏡的に所見のない粘膜からatypical glandが検出された．再検時にはatypical glandは検出されていなかったが，半年後に施行したCSで脾弯曲部の発赤部位の生検からdysplasiaが検出された．以前に別部位からatypical glandが検出されたことから，脾弯曲部の病変は散発性の病変というよりも潰瘍性大腸炎関連腫瘍（UCAN）の可能性を考え大腸全摘を勧めていたが，同意を得られず経過観察となっていた．X-3年のCSにて脾弯曲部の同部位からの生検でdysplasiaが検出されていたが，範囲がわかりにくく，X-2年，X-1年のCSではdysplasiaの指摘は困難であった．X年4月のCSにて，脾弯曲部のdysplasiaが検出された部位を色素内視鏡を含めて詳細観察したところ，境界明瞭な0-IIaを認め，内視鏡像からは散発性腫瘍が疑われた．周囲から陰性生検を行い，ESDの方針となった．【経過】X年6月に脾弯曲部の0-IIaに対してESDを施行し，偶発症なく退院した．ESD検体の病理はTubular adenoma，low grade，断端陰性で治癒切除であった．病理組織学的にも散発性腫瘍が考えられた．【考察】ランダム生検でUCANが疑われたものの，内視鏡的に散発性腫瘍を疑いESDを施行して，治癒切除となった症例を検討した．内視鏡的に散発性腫瘍とUCANを鑑別し，病理学的に腫瘍と共に背景粘膜を評価することで不要な大腸全摘を回避できる可能性がある．

潰瘍性大腸炎，大腸腫瘍

48 5ASA不耐に対して顆粒球吸着療法が著効した一例

八王子消化器病院　消化器内科[1)]，
東京女子医科大学　消化器内科[2)]
森下慶一[1)]，佐々木優[1)]，土田浩喜[1)]，小林睦季[1)]，植村修一郎[1)]，尾崎雄飛[1)]，斎田　真[1)]，小池伸定[1)]，原田信比古[1)]，高山敬子[2)]

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)は寛解、再燃を繰り返す慢性の炎症性疾患であり、治療に難渋する症例も多い。近年様々な治療薬が開発されるが、治療の基本薬としては5ASA製剤が中心となる。しかし10%程度に5ASA不耐し減感作療法や5ASAスイッチ、AZAなどの治療変更が行われる。顆粒球吸着療法（GMA）は安全性が高く、他剤と異なり併用禁忌が少ないため高齢者、合併症のある患者にも比較的使用がしやすい。今回我々は5ASA不耐例に使用し、GMAが著効した症例を経験したために報告する。【症例】60歳才代、男性。血便を主訴に当院初診、下部消化管内視鏡検査（CS）で潰瘍性大腸炎（全大腸炎型）の診断となった。初期治療とし5ASA製剤開始、若干の軽快を認めたが、1週間後に症状悪化、5ASA不耐が疑われた。ステロイドによる寛解導入を検討したが、糖尿病の既往などから本人の同意が得られず、GMA導入となった。GMAを10回施行し、CSの再検で内視鏡手的寛解が得られた。現在は5ASA製剤の継続のみで症状安定が得られている。【考察】当院ではステロイド抵抗・依存例の難治症例に対しGMAを積極的に導入しており、臨床的症状有効を80%程度に得られている。UCは大腸にびまん性炎症を呈する難治性疾患で、複雑な炎症細胞、サイトカインが関連しているため治療に難渋する症例もあるが、大腸粘膜炎症部位には好中球やリンパ球を中心とした白血球浸潤が著明であり、活性化した白血球を吸着除去する血球成分吸着除去療法（CAP）の効果性が示されている。GMAは中等症から重症のUCの寛解導入療法において、ステロイド抵抗・依存例の難治症例に対する生物学的製剤や分子標的薬と並び治療効果が期待でき、IFXの2次無効の改善効果も報告されている。他剤と併用でも重篤な副作用が出現することも少なく高齢者・薬剤アレルギーの患者にも安全に効率的に利用できると考えられ、治療の選択肢となりえる。【結語】5SA不耐に対してCAPが有効な症例を経験した。

潰瘍性大腸炎，5ASA不耐

49 高齢者における慢性C型肝炎に対するdirect acting antivirals agents治療の有効性と安全性の検討

東京医科大学　消化器内科学分野
良沢　玲，和田卓也，中島啓佑，中村駿介，眞壽田真由香，
高橋宏史，掛川達矢，竹内啓人，杉本勝俊，糸井隆夫

【背景】本邦は現在，65歳以上の高齢者の総人口割合が28.4％と超高齢化社会となっており，慢性C型肝炎患者においても高齢化が進んでいる．一般的に高齢者は肝繊維化が進行している症例が多く，発癌リスクは決して低くない．一方で近年，慢性C型肝炎に対するdirect-acting antivirals agents （DAAs）治療が主流となり，その治療成績は飛躍的に向上しているが，その有効性や安全性の検討はまだ十分とは言えない．今回，当院における65歳以上の高齢慢性C型肝炎患者に対するDAAsの治療成績を若年者と比較し検討した．【対象と方法】対象は，2014年9月から2023年4月までに当院で慢性C型肝炎患者に対してDAAs治療を行った全532例のうち，65歳以上を高齢者群（240例），65歳未満を若年者群（292例）とし，後方視的に患者背景およびsustained virological response （SVR）率，治療中断例を比較し検討した．SVR判定はDAAs治療終了後24週時点で行うものとした．【結果】患者背景は高齢者群で女性142例，男性98例，若年者群で女性84例，男性208例であった．C型肝炎ウイルスのジェノタイプは，高齢者群では，1型167例，2型66例，不明7例，若年者群では1型182例，2型95例，3型4例，6型1例，不明10例であり，その割合に両群で有意差を認めなかった．治療成績については，SVR率は高齢者群と若年者群でほぼ同等であった（90.0% vs. 89.4%，p=0.886）．薬剤有害事象による治療中断例は，高齢者群3例，若年者群2例であり，有害事象発生率に有意差は見られなかった（1.3% vs. 0.1%，p=0.662）．高齢者での治療中断例はダクラタスビル／アスナプレビル2例，ソホスブビル＋リバビリン1例であり，有害事象として肝障害，皮疹，全身疼痛があった．【考察】DAAsの治療成績の既報であるように，我々の施設でも高齢者群においてSVR率や有害事象率は若年者群と同等であった．【結語】高齢慢性C型肝炎患者に対するDAAs治療は，若年者と同様に有効かつ安全に施行可能である．

慢性C型肝炎，direct acting antivirals agents治療

50 COVID-19後に発症し、診断に難渋した腹腔内リンパ節の腫大を伴う自己免疫性肝炎の一例

獨協医科大学　医学部　内科学（消化器）講座[1)]，
同　医学部　病理診断学講座[2)]
嘉島　賢[1)]，武田　歩[1)]，久野木康人[1)]，佐久間文[1)]，福士　耕[1)]，
大西俊彦[1)]，眞島雄一[1)]，飯島　誠[1)]，高岡身奈[2)]，石田和之[2)]，
入澤篤志[1)]

【症例】70歳台，女性【主訴】倦怠感【現病歴】20XX年Y月Z日に発熱を主訴とし前医を受診しCOVID-19と診断された．自然経過で改善傾向であったが第7病日に嘔気・倦怠感の症状が出現した．前医で血液検査が施行され肝胆道系酵素の上昇と黄疸が指摘され，精査目的に入院した．CT所見で胆管閉塞は否定的で，腹腔内LNの腫大が認められた．急性肝障害のスクリーニング検査が施行されたが，診断に至らず精査加療目的に当院へ紹介され，第30病日に受診した．【既往歴】脂質異常症，胆嚢摘出後【身体所見】体温：36.0度，HR：60bpm，BP：118/76，顕性黄疸を認め，体表LNは触知しない，腹部は平坦・軟で自発痛や圧痛を認めない．【血液検査所見】WBC 4.20×106 μL，Hb 11.6 g/dL，Plt 12.8 ×104 μL，AST 376U/L，ALT 504 U/L，ALP 152U/L，GGT 449 U/L，LD 220 U/l，T-Bil 2.3 mg，D-Bil 1.7 mg，BUN 11.8 mg/dL，Cr 0.64 mg/dL，Na 141 mEq/L，K 4.3 mEq/L，Cl 107 mEq/L，CRP 0.74mg/dl，CEA 0.94ng/mL，CA19-9 14.37 U/l，sIL-2R 1666.2 U/l．【画像検査所見】CTにて30mm大の顕著な腹腔内LN腫大，右肝管に軽度の壁肥厚が指摘された．【経過】紹介受診後，外来で精査の方針とし第42病日にEUSを施行した．EUSでも腹腔内LNの腫大は明らかである一方でその他に特記すべき所見に乏しかった．鑑別として悪性リンパ腫と胆道癌を挙げ，EUS-FNAとERCPを第50病日に施行した．しかしいずれも有意な病理学的所見は得られなかった．初診時と比して肝障害の顕著な増悪を認め，第56病日経皮的肝生検を施行した．病理学的所見ではInterface hepatitisが指摘され，最終的に自己免疫性肝炎の診断となった．【考察】COVID-19後自己免疫性疾患が発症した報告は散見されている．本症例もCOVID-19後に自己免疫性肝炎を発症した一例であり，かつ自己免疫性肝炎で顕著なLN腫大を伴う症例は稀と考えられたため多少の文献的考察を加え報告する．

リンパ節腫脹，自己免疫性肝炎

51 肝細胞癌の胃小弯リンパ節転移に対して動脈塞栓術と放射線治療が著効した一例

東京医科大学病院　消化器内科
高橋征志，中村駿介，中島啓佑，本多英仁，眞壽田真由香，
高橋宏史，掛川達矢，和田卓也，阿部正和，吉益　悠，竹内啓人，
杉本勝俊，糸井隆夫

【症例】80歳代・女性【既往歴】C型肝炎(直接作用型抗ウィルス薬によりウィルス学的著効)【現病歴】200X年に前医で肝S8に肝細胞癌を認めたため、肝動脈塞栓術を1回、ラジオ波焼灼療法(RFA)を3回施行された。主治医の退職に伴い、200X+6年に当科を紹介受診した。以降、肝内の肝細胞癌再発に対して、RFAを計7回施行した。200X+12年6月、肝S3に18mm大の肝細胞癌を認めた。超音波検査による描出が困難であったため、200X+12年8月に、当院消化器外科で腹腔鏡下肝切除術が施行された。200X+13年6月に、腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-II)が上昇傾向を示した。精査目的にPET-CTを施行したところ、胃小弯部に25mm大のリンパ節転移を認めた。【入院後経過】200X+13年7月胃小弯リンパ節転移に対して、動脈化学塞栓療法と放射線治療（27Gy/3回）を施行した。その後、腫瘍マーカー(AFP、PIVKA-II)は徐々に改善傾向を示し、200X+13年12月に正常化した。CT上も治療後のリンパ節転移は縮小傾向であり、以降肝内や他部位も含め再発や新たな腫瘍は認められない。【まとめ】肝細胞癌の胃近傍へのリンパ節転移は比較的稀である。肝細胞癌治療アルゴリズムでは薬物療法の適応であったが、本人が希望しなかったため、胃小弯リンパ節転移に対して動脈化学塞栓療法と放射線治療を施行し、著効した貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

肝細胞癌，リンパ節転移

52 BCLC-Advanced stage肝癌に対して集学的治療で組織学的CRを得た一例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野
藤原未琴，眞壽田真由香，掛川達矢，中島啓佑，中村駿介，
高橋宏史，和田卓也，竹内啓人，杉本勝俊，糸井隆夫

症例は70代，男性．X年1月頃，全身に多発する皮疹を認めた．近医皮膚科を受診し，皮膚生検で転移性腫瘍が疑われ，X年3月に当院を受診した．造影CTでは肝S7に早期濃染，wash outを呈する約10cm大の腫瘤を認め，リンパ節・肺・骨転移を疑う所見も認めた．肝腫瘤は生検で中分化型肝細胞癌の診断となり，遠隔転移を伴うことからBCLC-Advanced stageと判断した．治療開始前の腫瘍マーカーはAFP 720ng/mL，AFP-L3分画 90.3%，PIVKA-2 12979mAU/mLと高値であった．ECOG PSは0でChild-Pugh分類もAと肝予備能は保たれており，X年4月よりアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法を開始した．7コース投与後，X年6月に施行した造影CTでは原発巣，転移巣とも著明に縮小しており，mRESIST PRとなったため，原発巣に対してX年10月にTACEを施行した．翌月の造影CTでmRESIST CRが得られ，腫瘍マーカーもAFP 1.2ng/mL，AFP-L3分画 0.5%未満，PIVKA-2 26mAU/mLと3系統全て基準値内まで低下した．conversion surgeryとしてX+1年4月に開腹下肝部分切除術を施行した．病理組織所見ではviableな腫瘍細胞は確認されず組織学的にCRを得た．術後は無治療経過観察中だが，明らかな再発を認めていない．今回，肝癌に対して集学的治療を行い，組織学的にCRを得た症例を経験した．近年，肝細胞癌に対して薬物療法奏功後にTACEなどの局所療法，外科的治療を追加し，CRを得た報告が増えている．肝癌の治療戦略に対して文献的考察を加え報告する．

肝細胞癌，Conversion surgery

53 アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法中の骨転移増悪に対して手術・放射線加療後，アテゾリズマブ単剤で腫瘍の縮小が得られた切除不能肝細胞癌の一例．

東京医科大学病院　消化器内科
山本悠貴，掛川達矢，藤原未琴，林　真理，中島啓介，中村駿介，眞壽田真由香，高橋宏史，和田卓也，竹内啓人，杉本勝俊，糸井隆夫

【症例】60歳代，男性．【現病歴】40歳代時にIFN治療でHCV-SVRとなっていた．X年に他院で撮影した造影CT検査で最大94mm大の両葉に多発する肝細胞癌を指摘され当科を紹介受診した．肝腫瘍生検でWnt/β-catenin活性化型に特徴的な偽腺管構築を伴う中分化型肝細胞癌の診断となり，免疫組織化学染色ではβ-cateninの核内集積を認めた．アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法(Atezo+Bev)を開始し，3コース投与後に両下肢の脱力を主訴に当院を受診した．精査のMRI検査で第8胸椎，第4腰椎の骨融解像を認め肝細胞癌の転移性骨腫瘍の診断となった．免疫有害事象は除外され，骨転移の増悪に伴う神経症状と考えられprogressive disease(PD)と判断した．切迫麻痺状態から整形外科で後方除圧固定術，椎弓切除術後，残存する骨転移巣に対し放射線照射(30Gy/10Fr)を施行した．その後，患者へ他レジメンへの変更を提案したところAtezo+Bevの治療継続を強く希望された．Bevは放射線照射に伴う消化管穿孔のリスクを考慮し4コース目よりAtezo単剤で再開した．6コース後のCT検査で肝内の主病変は66mmに縮小し，7コース投与時には腫瘍マーカーは基準値内へ改善した．その後も腫瘍径は縮小を維持し原発巣は25mmとなり，転移性骨腫瘍径も縮小が得られた．PET-CT検査では新たな転移や骨転移巣の集積を認めず，現在もAtezo単剤投与を継続している．【考察】β-catenin活性型の肝細胞癌では免疫回避から免疫療法への耐性の報告がされている．本症例もβ-catenin活性化の肝細胞癌と考えられ，Atezo/Bev投与中に骨転移増悪による神経障害を生じたことから当初PDと考えられた．しかし，転移性骨腫瘍に対する手術，放射線治療後にAtezo単剤を継続することで原発巣の著明な腫瘍縮小が得られたことは，臨床経過上示唆に富む症例であり文献的考察を加え報告する．

肝細胞癌，アテゾリズマブ

54 腫瘍随伴症候群を伴った巨大肝細胞癌の一例

日本大学医学部内科学系　消化器肝臓内科学分野[1]，
日本大学医学部外科学系　消化器外科学分野[2]，
日本大学医学部病態病理学系　腫瘍病理学分野[3]，
同　人体病理学分野[4]
宮澤秀利[1]，本田真之[1]，増崎亮太[1]，十束茉衣[1]，金子朋弘[1]，有間修平[1]，松本直樹[1]，山上裕晃[1]，荒牧　修[2]，辻村隆介[4]，大荷澄江[3]，増田しのぶ[3]，岡村行泰[2]，木暮宏史[1]

【症例】70歳代，男性【主訴】体重減少【既往歴】2型糖尿病，前立腺肥大症【現病歴】3か月前からの食欲低下，体重減少の症状で前医内科に紹介受診となった．38℃台の発熱あり，腹部造影CT検査で肝腫瘍，肝膿瘍が疑われた．抗菌薬を開始したが炎症の改善乏しく，当院へ転院となった．【入院時現症】意識清明，体温 38.5℃，血圧 127/72 mmHg，脈拍 55回/分，腹部圧痛所見なし．【血液生化学検査】WBC 22.4×103/μL(BAND 1%，SEG 91%)，T-Bil 0.50 mg/dL，Alb 1.8 g/dL，CRP 19.4 mg/dL，AFP 517 ng/mL，PIVKA-2 66 mAU/mL．【腹部造影CT検査】肝右葉後区域に約10cm大の分葉状腫瘤あり，早期濃染と後期相でwash out認め，内部には壊死を疑う低吸収域を認める．右肝静脈に腫瘍浸潤あり．【入院後経過】肝腫瘍感染による膿瘍化を疑い，広域抗菌薬を使用したが改善なく，血液培養も陰性であった．また各検査所見から肝細胞癌と診断され，腫瘍随伴症候群による炎症が疑われた．消化器外科に依頼し肝後区域切除，下大静脈腫瘍栓摘除術を施行した．術後病理結果では低分化肝細胞癌，下大静脈腫瘍栓と診断された．術後発熱，炎症反応は改善し退院可能となった．【考察】肝細胞癌に伴う腫瘍随伴症候群には高カルシウム血症，低血糖，高コレステロール血症，多血症等があるが，腫瘍熱は1%未満と報告されている．本症例は当初は肝膿瘍も疑い抗菌薬治療を行ったが改善せず，肝切除後に改善したことから腫瘍熱であったと考えられる．腫瘍熱を来す症例は分化度が低いものや腫瘍内壊死を伴う等の特徴があるが，本症例も組織評価で低分化型であった．発熱には炎症性メディエーターが関与している可能性があり，術前の血漿G-CSF値を測定したところ87.0 pg/mLと高値であったが，免疫染色では陰性であり証明は出来なかった．【結語】肝細胞癌による腫瘍随伴症候群を疑い，肝切除を行うことで炎症所見の改善が見られ，退院可能となった症例を経験したために報告する．

肝細胞癌，腫瘍随伴症候群

55 診断に苦慮した肝障害の一例

八王子消化器病院　消化器内科[1]，
東京女子医科大学　消化器内科[2]
森下慶一[1]，佐々木優[1]，土田浩喜[1]，小林睦季[1]，植村修一郎[1]，尾崎雄飛[1]，斎田　真[1]，小池伸定[1]，原田信比古[1]，高山敬子[2]

【症例】40才台男性【主訴】倦怠感【既往歴、手術歴】なし【飲酒歴】なし【家族歴】祖父；肝炎【現病歴】X-7年に肝障害を指摘も特に受診はしなかった。X-6年に倦怠感、吐血を主訴に当院初診、黄疸、肝胆道系酵素の上昇を認め精査入院、内服歴なく、各種ウィルス陰性、ANA80倍と上昇から原因検索目的に肝生検を施行、AIH疑診例となった。肝庇護療法のみで軽快し外来通院、γGTPのみ100-200U/Lで推移したが、腹部エコー検査、CT検査で脂肪肝を認めたため食事運動療法で経過観察となった、その後体重5Kg減量されるとγGTP80U/Lとなり本人希望で検診継続となった。X年会社検診で肝機能異常を指摘され再初診、γGTP536U/Lと上昇、AIHの再燃が否定できず入院となった。採血、画像診断で有意な所見なく、本人の希望もあり、肝生検を施行、軽度の脂肪肝のみでAIHの所見は認めなかった。原因としてストレスに対して過剰な筋力トレーニングをしており、過剰な運動による肝細胞壊死が誘因の肝機能障害が疑われ、3週間の自宅安静を施行、γ80台U/Lまで軽快を認め診断となった。【結語】繰り返す肝障害に対して問診が重要であった症例を経験した。

肝障害，肝生検

56 遠位胆管癌とIgG4関連硬化性胆管炎が合併した1例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科[1]，
同　肝胆膵外科[2]，同　病理診断科[3]
福田壮馬[1]，山重大樹[1]，丸木雄太[1]，肱岡　範[1]，永塩美邦[1]，東江大樹[1]，岡本浩平[1]，八木　伸[1]，桑田　潤[1]，小森康寛[1]，岡田真央[1]，森實千種[1]，上野秀樹[1]，水井崇浩[2]，江崎　稔[2]，平岡伸介[3]，奥坂拓志[1]

60歳男性。心窩部痛を主訴に前医を受診した。血液検査で肝機能障害を指摘され、身体所見では両側顎下腺腫脹および左下顎リンパ節腫大を認めた。CTでは肝門部胆管から膵内胆管まで連続する全周性の壁肥厚を認めた。血清CEA，CA19-9は正常値だが、IgG4は551 mg/dlと高値であった。ERCPでは肝門部胆管から膵内胆管まで狭窄を認めた。胆管生検にて腺癌を疑う異型細胞とともに、リンパ球・形質細胞浸潤を伴う線維化を認め、IgG4陽性形質細胞12/HPFと高値であった。遠位胆管癌とIgG4関連硬化性胆管炎（IgG4-SC）の鑑別が困難であり、当院紹介となった。ERCPでは肝門部胆管から膵内胆管にかけての壁不整と肝門側にかけてのなだらかな狭窄を認め、EUSおよびIDUSでは肝門部胆管から膵内胆管にかけての壁肥厚を認めたが外側高エコー層は保たれていた。胆管生検で遠位胆管から腺癌が検出され、胆管二次分枝合流部には悪性所見は認めなかった。CTの再検では、腫瘍の血管浸潤は認めず、リンパ節転移や遠隔転移も明らかでなかった。以上より、遠位胆管癌cT2N0M0 cStageIBの診断となり、膵頭十二指腸切除術が施行された。術後病理診断では、中分化型管状腺癌が神経に沿って膵まで進展しており、pT3(panc)N0M0 pStageIIAと診断された（R0切除）。一方、腫瘍周囲の間質には豊富なリンパ球・形質細胞浸潤と線維化、閉塞性静脈炎を伴い、IgG4陽性形質細胞＞100/HPFを認め、遠位胆管癌とIgG4-SCが合併したと考えられた。術後3ヶ月現在無再発で経過し、IgG4は466 mg/dlとわずかに低下したものの高値で推移している。本症例のように、胆管癌とIgG4-SCが合併した症例は稀ながら報告されている。その機序として、IgG4-SCによる持続性の炎症を契機とした発癌、あるいは胆管癌によるparaneoplastic syndromeとしてのIgG4-SC発症の2つの可能性が考えられている。今回、遠位胆管癌とIgG4-SCの合併した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胆管癌，IgG4

57 胆嚢結腸瘻を有したIntracholecystic papillary neoplasm associated with an invasive carcinomaの1例

昭和大学　藤が丘病院　消化器内科[1)],
小田原市立病院　消化器内科[2)]
浅見哲史[1)], 高野祐一[1)], 玉井直希[1)], 山脇将貴[1)], 野田　淳[1)],
新谷文崇[1)], 西元史哉[1)], 丸岡直隆[2)], 長瀞正亞[1)]

症例は79歳女性。詳細不明だが10年以上前に総胆管結石で他院にて内視鏡治療の歴があった。今回、数ヶ月前から持続する右上腹部痛を訴え受診した。血液検査ではCEA 6. 0ng/ mLと腫瘍マーカーの軽度上昇を認めたが、その他には特記すべき所見は認めなかった。CTで胆嚢体部から底部にかけて早期相から造影され遷延性の造影効果を示す隆起性病変を認めた。同部位はEUSで乳頭状隆起として観察され、Intracholecystic papillary neoplasm(ICPN) が疑われた。また、CTで胆嚢底部と横行結腸に瘻孔も確認された。ERCPを施行し、胆嚢腫瘍部からガイドワイヤー誘導式鉗子を用い生検を行い、病理学的にもICPNと診断された。また、ENBD造影・下部消化管内視鏡でも胆嚢横行結腸瘻が確認された。ICPN、胆嚢横行結腸瘻の術前診断で胆嚢床切除に加え右半結腸切除を併施した。切除検体の病理学検査では漿膜下層浸潤を認め、ICPN associated with an invasive carcinomaと診断された。また、瘻孔には悪性所見は認めなかった。現在は術後から1年が経過し、無再発で生存中である。ICPNと胆嚢結腸瘻はそれぞれ比較的稀な疾患であり、胆嚢結腸瘻を合併したICPNの報告は我々が検索した範囲では1例のみである。胆嚢結腸瘻の合併を術前に診断し計画的に結腸切除を併施したICPNの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

ICPN，胆嚢結腸瘻

58 治療困難総胆管小結石に対し胆道鏡直視下リトリーバルバスケットが有用であった2例

埼玉医科大学国際医療センター　消化器内科
渡邉隆一, 水出雅文, 藤田　曜, 谷坂優樹, 井上惠輔, 小森健吾,
佐藤　遼, 地主龍平, 杉本　啓, 山崎嵩之, 田島知明, 眞下由美,
良沢昭銘

【背景・目的】治療困難結石の主たる要因として、巨大結石、多発結石、3管合流部結石などが挙げられる。しかし、総胆管拡張を伴う小結石も、バルーンカテーテルやバスケットを用いた結石除去が困難な場合がある。総胆管拡張を伴う小結石除去に難渋し、胆道鏡直視下リトリーバルバスケットで結石除去に成功した症例を2例経験したので報告する。【症例1】83歳女性、2022年8月心窩部痛を認め、腹部超音波検査、単純CT、MRCPで多発巨大結石を総胆管に認め、結石除去目的に当科に紹介となった。乳頭処置として内視鏡的乳頭切開術（EST）後に内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張（EPLBD）を追加し、内視鏡的結石除去術を行った。その際、大結石の除去には成功したが、小結石が残存したため、総胆管にプラスチックステントを留置して治療終了とした。再度内視鏡的結石除去術を施行したが、胆管径が太く、採石用バスケットカテーテルとバルーンカテーテルを用いた結石除去は困難だった。後日、胆道鏡直視下に小結石を視認し、リトリーバルバスケット用いて結石を把持して結石除去に成功した。【症例2】73歳男性、前立腺癌に対して精査目的に造影CTを撮像。その際、偶発的に多発結石を認め、結石除去目的に当科紹介となった。初回のERCPではカニュレーションに難渋し長時間の検査となったため、EST後にプラスチックステントを留置して手技を終了。後日、EPLBDを追加し、内視鏡的結石除去術を試みたが小結石が残り、完全結石除去は困難だった。後日、胆道鏡直視下でリトリーバルバスケットを用いた結石除去を試み、成功した。【結語】今回、治療困難な小結石に対して胆道鏡直視下リトリーバルバスケットが有用だった2例を経験した。動画の供覧および若干の文献的考察を加えて報告する。

小結石，胆道鏡

59 体外衝撃波結石破砕術にて胆嚢管嵌頓結石を破砕し内視鏡的胆嚢ステント留置術に成功した胆石性胆嚢炎の一例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科
枇杷田雅仁, 齋藤倫寛, 伊藤　謙, 栗原昌孝, 田島慎也, 山田悠人,
日原大輔, 松井貴史, 岡本陽祐, 塩澤一恵, 渡邉　学

症例は50歳台、男性。狭心症のため抗血小板薬を2剤内服している。202X年3月中旬、総胆管結石による閉塞性黄疸の診断で内視鏡的総胆管結石除去を施行した。胆管造影で遠位胆管が軽度狭窄していたが結石に伴う良性狭窄を疑い外来にて経過観察の方針とした。同年4月上旬に心窩部痛・発熱を主訴に再受診され、造影CTで残存胆嚢結石の総胆管落下による急性胆管炎と診断した。同日に緊急ERCPを施行し胆管ステントを留置した。また、遠位胆管狭窄は改善しておらず、後日、抗血小板薬休薬後に生検を予定した。ERCP翌日に腹痛が出現し、造影CTで胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚を認め、胆嚢管に結石が嵌頓しており、胆石性胆嚢炎と診断した。遠位胆管狭窄が悪性である可能性が否定できず、抗血小板薬による出血リスクもあったため、胆嚢摘出術や経皮経肝胆嚢ドレナージは避け、経乳頭的胆嚢ドレナージ術の方針となった。胆嚢管内の結石嵌頓及び炎症に伴うと考えられる胆嚢管の屈曲・蛇行が強く挿入に難渋したが、5Frの内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ(ENGBD) 留置に成功した。内瘻化のために体外衝撃波結石破砕術 （ESWL）計8000発で胆嚢管結石を破砕した後、再度ERCPを施行し、内視鏡的胆嚢ステント（EGBS）を留置した。近年、Mirizzi症候群やconfluence stoneなどの嵌頓結石に対する治療として胆道鏡下の電気水圧衝撃波の報告が増えている。しかし、本症例のような胆嚢管の途中に結石が嵌頓しており、胆嚢管の屈曲が強い場合には、胆道鏡を誘導するのは困難である。ESWLは胆道巨大結石やconfluence stoneなどの困難結石に対して古くから有効性が報告されている治療法であり、胆道鏡下での治療が困難と想定される総胆管内に露出していない胆嚢管結石に対しても有効な治療法の選択肢になると考えられた。

胆嚢管結石，ESWL

60 内視鏡的組織採取により診断し得た、胆管断端神経腫の3例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科[1)],
同　病理診断科[2)]
八木　伸[1)], 肱岡　範[1)], 永塩美邦[1)], 東江大樹[1)], 福田壮馬[1)],
岡本浩平[1)], 山重大樹[1)], 桑田　潤[1)], 小森康寛[1)], 丸木雄太[1)],
森實千種[1)], 上野秀樹[1)], 平岡伸介[2)], 奥坂拓志[1)]

内視鏡的組織採取により診断に至った胆管断端神経腫の3例を経験したので報告する。症例1：79歳男性。8年前にHepatic peribiliary cystsに対して肝左葉切除歴あり。経過観察中の造影CT検査にて、肝門部近傍の総胆管内に均一な造影効果を伴う15mmの結節を認めた。EUSでは同部位に7mmの境界明瞭、内部は均一なhypoechoicな腫瘤を認めた。乳頭型胆管癌など、胆管内の病変を鑑別に挙げERCP、経口胆道鏡（POCS）を施行した。胆管造影では左肝管切除断端に一致して辺縁が整な造影欠損を認めた。POCSでは左肝管断端に粘膜に異常のない粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、POCS下に生検を行った。病理学的に腫大した神経束を認め、胆管断端神経腫の診断を得た。症例2：84歳男性。29年前に胆石症に対して胆嚢摘出術施行歴あり。胸部精査目的のCT検査にて偶発的に12mmの総胆管内結節を認めた。EUSでは肝門部近傍の総胆管内に12mmの境界明瞭、hypoechoicな腫瘤を認めた。病歴、画像所見から胆管断端神経腫を疑いEUS-TAを施行し、病理学的に紡錘形細胞が束状に増生しており胆管断端神経腫の診断を得た。症例3：85歳男性。32年前に胆石症に対して胆嚢摘出術施行歴あり。膵尾部癌術後のフォローのCT検査にて胆嚢管盲端部の壁肥厚が指摘された。胆管断端神経腫を疑い、POCSを施行。胆嚢管盲端部に粘膜に異常のない粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、POCS下生検およびEUS-TAを施行し、両検体から腫大した神経束が断片的に含まれており、胆管断端神経腫に矛盾しない所見であった。3症例とも経過観察としている。一般的に胆管断端神経腫は術前での診断は困難とされており、胆管癌の術前診断で外科的手術が施行され、切除検体で診断に至る報告が散見される。胆管断端神経腫を疑う病変に対する内視鏡的組織採取は有用であり、不要な外科切除を避ける可能性がある。

胆管断端神経腫，EUS-TA

61

BismuthII型の肝門部領域胆管癌に対し経皮的に複数の金属ステントを留置し内瘻化に成功した1例

帝京大学医学部附属溝口病院　消化器内科
勝倉暢洋, 土井晋平, 早川　淳, 苗村佑太, 菊山智博, 齋藤　剛, 足立貴子, 渡邊彩子, 松本光太郎, 綱島弘道, 辻川尊之

症例は83歳男性。X−33年、胃癌に対し幽門側胃切除B−I再建施行。X−4年、胸部食道癌に対し残胃切除含む食道亜全摘施行し空腸の挙上性悪いため遊離結腸を用いて再建を行った。X−3年、食道結腸部の吻合部狭窄あり内視鏡下バルーン拡張術を施行。X−1年、術後経過観察の造影CTで肝門部胆管に造影効果を伴う壁肥厚を認め肝門部領域胆管癌と診断された。年齢によるADL低下と多数の手術歴から、手術や化学療法は希望されず重粒子線治療のみを行った。X年5月、食欲不振を自覚し採血で肝胆道系酵素上昇を認めた。CTで肝門部領域胆管癌の原発巣増大および肝内胆管拡張を認め、癌の増大による閉塞性黄疸と診断した。手術など積極的な治療は希望されず胆汁ドレナージのみ行う方針とした。胆管浸潤はBismuth分類II型の形態を呈し左右どちらに浸潤が進むか予測困難であり両葉ドレナージを狙う方針とした。まず小腸内視鏡による処置を検討したが吻合部狭窄と複雑な再建のため実施困難と判断し、経皮穿刺によるドレナージを実施した。エコーガイド下でB2を穿刺し、狭窄部を越え総胆管内にガイドワイヤー(GW) を留置した。続いてUneven Double Lumen Cannulaを使用し、GWをもう一本挿入し狭窄部を越え右肝管内に留置した。右肝管のGW越しにEpic Biliary Stentを挿入し左右の胆管をブリッジするよう留置した。続いて最初のGWを目印にメッシュ間隙を通してGW先端を総胆管に留置し、Epic Biliary Stentを左肝管～総胆管にstent−in−stentで留置した。最後に外瘻チューブを留置し処置終了とした。良好な減黄を確認後に外瘻チューブは抜去した。本症例は、従来困難とされていた経皮的に複数の金属ステントを留置し内瘻化に成功した症例である。悪性胆道狭窄に対する新たな治療選択肢になりうると考えられ若干の文献的考察を加えて報告する。

経皮治療，肝門部領域胆管癌

62

全身状態不良例に対して経皮経肝胆嚢ドレナージ（PTGBD）経路を介した経皮的胆嚢ステント留置術（PTGS）を施行した一例

東邦大学医療センター大橋病院　消化器内科
栗原昌孝, 齋藤倫寛, 伊藤　謙, 枇杷田雅仁, 田島慎也, 山田悠人, 日原大輔, 岡本陽祐, 塩澤一恵, 渡邉　学

症例は80歳台、男性。X年X月に急性胆嚢炎のため前医に入院した。PTGBDが施行され、炎症反応は改善したが、胆嚢内に充満した多数の結石を認め、胆嚢炎再発のリスクが高いと判断された。胆嚢摘出術施行やPTGBD留置のまま退院する事などが検討されたが、既往にCOPD、誤嚥性肺炎、重度の認知症などがあり、耐術不能、ドレナージ自己抜去のリスクが高く、内視鏡的胆嚢ステント留置(EGBS)による内瘻化目的に当院転院となった。まずPTGBD経路から胆嚢管を越えて総胆管内にドレナージチューブ先端を進めた。しかし、この際に使用した鎮静薬が少量であったにもかかわらず呼吸抑制、循環抑制を来し、さらに処置後に誤嚥性肺炎を併発し、呼吸状態悪化を来した。ERCP施行のリスクは非常に高いと判断し、PTGBD経路から経皮的に胆嚢ステントを留置し内瘻化する方針とした。肺炎、呼吸状態の改善を待ち、PTGBD経路からガイドワイヤーを十二指腸に落とし、胆嚢から十二指腸にかけて順行性に7FrDouble Pigtail型のプラスチックステントを留置した。術後経過は良好で、退院調整目的に再度前医へ転院となった。高齢化社会に伴い高齢者の胆嚢炎、胆石症は増加しているが、基礎疾患のため胆嚢摘出術が困難な症例も少なくない。しかし、胆嚢摘出術非施行例における胆嚢炎再発率は22－47%と高く、胆嚢摘出術困難例では胆嚢炎再発を予防する治療、処置を検討する必要がある。近年、姑息的なEGBSや超音波内視鏡下胆嚢ドレナージなど内視鏡的治療の報告がされているが、本症例の様に基礎疾患が重篤な全身状態不良例で、内視鏡的治療が困難な症例では経皮的胆嚢ステント留置術は代替治療として有用であると考えられた。

PTGBD，PTGS

63

傍乳頭憩室を有する胆管内進展を伴う乳頭部腫瘍に管腔内ラジオ波焼灼術併用の内視鏡的乳頭切除術が有用であった一例

東京医科大学　消化器内科学分野
山口右真, 山本健治郎, 祖父尼淳, 土屋貴愛, 田中麗奈, 殿塚亮祐, 向井俊太郎, 永井一正, 松波幸寿, 小嶋啓之, 南　裕人, 平川徳之, 糸井隆夫

症例は81歳男性．上部消化管内視鏡検査で腫大した十二指腸乳頭部を認め，生検組織診断で腺癌の疑いとなり，当院紹介受診となった．十二指腸鏡観察では，傍乳頭憩室を伴う大きさ15mm大で共通管を主座とする乳頭部腫瘍であり，生検組織診断では腸型腺腫の診断となった．超音波内視鏡検査では，乳頭部より胆管内に連続する5mm程度の低エコーSOLを認めたが，Papillary foldか進展かの判断がつかなかった．造影CT検査では，リンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった．以上より胆管内進展を疑う乳頭部腫瘍(腺腫内癌疑い)であったが，本人と家族の強い希望で，内視鏡的乳頭切除術(EP:endoscopic papillectomy)を施行した．スパイラルスネアを用いて病変を通電切除し，病変回収後にスコープを再挿入した．膵管にプラスチックステントを留置し，胆管カニュレーションを行うが，胆管は造影されるも深部挿管困難で，胆管にステントを留置できなかった．切除検体の最終病理診断は，上皮内癌成分を伴う腺腫で脈管侵襲は認めなかった．しかし2nd lookの内視鏡検査では，切除面に顆粒状粘膜を認め，生検組織診断で腺腫の診断となり，遺残病変が示唆されため，追加内視鏡治療を施行した．胆管カニュレーション困難例であったが，SureClip Traction Bandを用いて乳頭部を肛門側へ牽引し胆管深部挿管に成功した．直接胆管造影と管腔内超音波検査で乳頭開口部より連続する12mm長の壁不整/壁肥厚を認め，胆管内遺残病変と診断し、管腔内ラジオ波焼灼術(RFA)を施行した．膵管にプラスチックステントを留置後に胆管内にRFAプローブ(Habib™ EndoHPD)を挿入した．高周波装置はVIO300Dを使用し，190V(Effect8)，10Wで合計90秒間焼灼後，フルカバードの金属ステントを留置し終了した．患者は偶発症なく退院となり，RFA治療の1ヶ月後にステントを抜去し，2ヶ月後に乳頭部からの生検では遺残病変を認めなかった．傍乳頭憩室のある胆管内進展を伴う乳頭部腫瘍にRFA併用EPが有用であった症例を経験したので報告する．

内視鏡的乳頭切除術，管腔内ラジオ波焼灼術

64

BRAFV600E変異を有する肝内胆管癌に対し、ダブラフェニブ・トラメチニブ併用療法が奏効した1例

神奈川県立がんセンター　消化器内科[1)],
横浜市立大学附属病院　消化器内科学[2)]
戸塚雄一朗[1)]，上野　誠[1)]，白石和雅[1)]，榎本昌人[1)]，濱口智美[1)]，朝井靖二[1)]，福島泰斗[1)]，手塚　瞬[1)]，小林　智[1)]，古瀬純司[1)]，前田　愼[2)]

【症例】52歳、女性。【主訴】右側腹部痛。【既往歴】特記事項なし。【家族歴】特記事項なし。【現病歴】X－1年12月から右側腹部痛を自覚していた。X年4月に症状が増悪したため、精査目的に当施設へ紹介となった。造影CT検査で肝S6から背側に突出する84mm大の造影効果の乏しい腫瘍、右胸水貯留、傍大動脈周囲リンパ節腫大を認めた。経皮的肝腫瘍生検を行い、低分化腺癌が検出された。肝内胆管癌、cT4N1M1、StageIVBと診断した。X年5月から一次治療の ゲムシタビン・シスプラチン併用(GC) 療法を開始した。1コース終了後の造影CT検査で、腫瘍の急激な増大(84mm→123mm)、胸水の増加、腹水、黄疸の出現を認めた。GC療法は不応と判断した。包括的がんゲノムプロファイリング検査(FoundationOneCDx)により、BRAFV600E変異が検出され、エキスパートパネルの結果、ダブラフェニブとトラメチニブとの併用（DAB/TRA）が推奨された。X年6月からDAB/TRA療法を開始した。治療開始時T−Bil5. 6mg/dLと肝不全を認めていたが、1週間後には1. 6mg/dLに低下した。治療開始4週間後の造影CT検査で、腫瘍は著明に縮小し、胸水は減少、腹水はほぼ消失した。【考察】BRAFV600E変異を有する肝内胆管癌に対して、DAB/TRA療法により、肝不全から救命し得た報告はなく、文献的な考察を加えて報告する。

肝内胆管癌，BRAFV600E

65 進行胆管癌に対して術前の化学療法が著効した1例

自治医科大学附属病院　消化器一般移植外科[1)],
自治医科大学　内科学講座　消化器内科部門[2)],
同　病理診断部[3)]
須藤慧多[1)], 木村有希[1)], 渡部　純[1)], 青木裕一[1)], 田口昌延[1)],
笠原尚哉[1)], 森嶋　計[1)], 笹沼英紀[1)], 菅野　敦[2)], 廣田由佳[3)],
佐野直樹[3)], 福嶋敬宜[2)], 北山丈二[1)], 山口博紀[1)], 佐田尚宏[1)]

【緒言】進行胆管癌に対する化学療法で原発巣の病理学的完全奏効が得られることは稀である。【症例】57歳男性。皮膚黄染を契機に当院受診し、胆管生検で遠位胆管癌の診断となった。両肺に多発結節を認め肺転移の疑いでゲムシタビン＋シスプラチン療法(GC療法)を開始した。治療開始から10ヶ月の時点で肺結節に増大なく、診断目的に胸腔鏡下肺部分切除を施行した。病理結果で転移が疑われる悪性所見はなく、他肺結節も転移ではないと判断した。GC療法開始から1年4ヶ月で幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術後経過に問題なく術後19日目に退院した。病理結果では胆管の原発巣に悪性所見なく病理学的完全奏効(CR)であった。原発巣近傍のリンパ節には一部扁平上皮への分化を伴う腺癌を認めた。現在外来で補助化学療法としてS-1の内服を継続し、術後8か月再発なく経過している。【考察】胆道癌の治療は切除可能な場合は根治を目的とした手術切除であり、切除不能胆道癌に対する化学療法としてGC療法、ゲムシタビン＋シスプラチン＋S-1(GCS)療法、ゲムシタビン＋S-1(GS)療法が標準治療とされるが、術前補助化学療法(NAC)に関してはいまだ確立していない。本症例は肺転移が疑われたため術前GC療法を行い、コンバージョン手術が施行できた。病理結果は原発近傍リンパ節にわずかに癌は残存するものの原発巣の癌細胞は消失してCRとなり根治手術が施行し得た。結果として肺転移のない局所進行胆道癌に術前GC療法が奏功した経過をとったが、同様にNACが奏功した報告は少ない。胆道癌は発見困難なため手術適応のない進行例で発見されることも多く、術前診断で想定した範囲を超えた水平方向の進展を伴い胆管断端が陽性となる症例も散見されることから、NACの確立が必要である。本症例は胆道癌に対するNACの有用性を示唆すると考えられる。【結語】胆管癌に対して術前のGC療法が著効し、根治手術が可能であった1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆管癌，化学療法

66 石灰化子宮筋腫による小腸狭窄を背景に発症した胆石性イレウスの1例

帝京大学　医学部付属　溝口病院　消化器内科
齋藤　剛, 土井晋平, 早川　淳, 苗村佑太, 菊山智博, 足立貴子,
松本光太郎, 渡邊彩子, 勝倉暢洋, 綱島弘道, 辻川尊之, 高島順平,
小林宏寿

【症例】79歳女性。左視床出血後の右麻痺あり、ADL全介助、胃瘻造設後。2024年6月、腹痛発熱で当院受診。CTで胆石性胆嚢炎と診断され入院。第2病日に経皮経肝胆嚢ドレナージ（PTGBD）施行、抗生剤加療開始。第10病日、吐血のため緊急上部内視鏡施行。十二指腸球部に胆嚢との瘻孔と胆嚢結石の十二指腸内への脱落を認めた。瘻孔部からの出血が疑われたが、観察時は活動性出血は認めなかったため観察のみとした。第15病日、嘔吐が出現、CTで小腸イレウスを認め、石灰化した子宮筋腫が下腹部の腹壁直下で小腸を圧排、同部位に胆嚢結石（径10mm程度、複数）の陥頓と口側小腸の拡張を認めた。胃瘻カテーテルを開放し、保存的加療を行うも改善せず、小腸鏡での胆石回収も困難であったため、外科的治療の方針となった。回腸を切開し用手的に胆石を摘出。術後経過は良好で、CTで胆石の残存なくイレウスの改善を認め、第30病日に退院となった。【考察】胆石性イレウスは胆石症の稀な合併症で、全イレウスの0.3-0.5%を占める。本症例では、通常なら自然排出が期待できる大きさの胆石であったが、石灰化した子宮筋腫による小腸狭窄が存在したこと、PTGBDにより十二指腸と胆嚢に瘻孔が生じたため、胆嚢結石が一気に腸管内に流出したことが、胆石性イレウス発症の誘因となった点が特徴的である。

胆嚢十二指腸瘻孔，胆石性イレウス

67 mFOLFIRINOX療法後のconversion surgeryにて完全寛解を得た膵腺扁平上皮癌の1例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野
飯名桃子, 塩谷健斗, 松波幸寿, 土屋貴愛, 田中麗奈, 殿塚亮祐,
向井俊太郎, 永井一正, 山本健治郎, 小嶋啓之, 南　裕人,
平川徳之, 糸井隆夫

【症例】70歳代女性. 202X年Y月に行った検診でCA19-9高値を認め，当院を受診した．腹部造影CT検査で膵尾部に造影効果の乏しい17mm大の腫瘤と肝S7に最大11mm大のring-enhancementを伴う腫瘤を認めた．膵腫瘤よりEUS-guided fine needle biopsyを行い，病理組織診断はAdenocarcinoma with squamous differentationであった．膵尾部癌多発肝転移の診断となり，同月よりmFOLFIRINOX療法を開始した．投与3ヶ月後にCA19-9は正常化し，効果判定の腹部造影CT上も膵尾部の原発巣及び肝転移巣は消失した．その後も化学療法を継続し，原発巣及び肝転移消失を維持していたが，副作用による末梢神経障害が強く，化学療法の継続は困難となってきたため，Conversion surgery (CS)の方針となった．202X+4年Y月に開腹膵体尾部切除術及び肝部分切除術を行った．術後は手術関連有害事象はなく経過した．手術検体の病理結果はNo residual cancerで, 悪性所見を認められず，化学療法に対する組織学的効果判定基準はGrade 4(CR)で, CAP分類/ ICCR分類 Score 0 (CR)で完全寛解(CR)と判定された．その後6ヶ月再発なく経過している．【考察】膵腺扁平上皮癌は非常に稀な組織型であり，一般的に通常型管状腺癌と比較すると進行が早く予後が不良とされている．近年，膵癌に対する化学療法後CSの報告は散見されるが，CRとなった報告は稀であり，ここに報告する．

膵癌，化学療法

68 膵頭部癌との鑑別が困難であったびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

東京医科大学病院　消化器内科
杉村真之介，永井一正，祖父尼淳，土屋貴愛，殿塚亮祐，
向井俊太郎，山本健治郎，田中麗奈，松波幸寿，小嶋啓之，
南　裕人，平川徳之，塩谷健斗，糸井隆夫

【症例】70歳代の男性．【既往歴】椎間板ヘルニア，脾破裂，脾摘出術後．【現病歴】腹痛，腹部膨満感を自覚し近医を受診，画像検査にて膵頭部腫瘤を指摘され当院へ紹介受診となった．造影CTでは膵頭部に45mm大の低吸収域を認めた．腫瘤内部は造影効果に乏しく, 辺縁は遅延性に濃染される乏血性腫瘍であり，尾側主膵管の軽度拡張と膵実質の萎縮を認めた．腫瘤に連続して，門脈起始部から上腸間膜静脈，下大静脈にかけて低吸収域が拡がり，腫瘍浸潤が疑われた．EUSでは境界明瞭，辺縁整，内部不均一な低エコー腫瘤影として描出された．辺縁が整である点が非典型的であったが，膵頭部癌を第一に疑いEUS-FNAを施行した．急速な進行が予想されたため組織診断結果が判明する前に化学療法開始の方針となり，nab-PTX＋GEM療法が開始された．しかし，EUS-FNAでびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）の病理組織診断結果であった．追加で行ったPET-CTでは膵頭部の腫瘤に一致して集積を認めた他，傍大動脈リンパ節に集積がみられた．以上より，Lugano分類I期のDLBCLと最終診断され，当院血液内科にてR-CHOP療法が導入された．【まとめ】各種画像検査のみでは膵頭部癌との鑑別が困難であったDLBCLの一例を経験した．文献的考察を加え報告する．

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫，膵癌

69

PembrolizumabでCR を維持しているLynch症候群関連膵癌の一例

がん研究会有明病院　肝胆膵内科
佐藤洋一郎，武田剛志，平井達基，前川有里，鈴木由佳里，
三重尭文，古川貴光，岡本武士，佐々木隆，尾阪将人，
笹平直樹

【症例】50歳代、女性【既往歴】41歳　S状結腸癌(低分化型管状腺癌)、47歳　子宮体癌(類内膜癌)【家族歴】母：卵巣癌【内服歴】なし【生活歴】喫煙：20本/日 18-47歳、飲酒：機会飲酒【現病歴】若年発症の重複癌の既往のためLynch症候群を疑われ、当院紹介となった。遺伝子検査では　MSH2の欠失を認め、Lynch症候群の診断となった。Lynch症候群の診断から2年後のサーベランスの腹部超音波検査で膵体尾部に12×9 mm大の低エコー腫瘤認め、当科紹介となった。CTおよびPET-CTでは、膵腫瘤は指摘できなかったが、遠隔リンパ節（大動脈周囲・左外腸骨）の腫大および軽度集積を認めた。大動脈周囲リンパ節に対してEUS-FNAを施行し、Adenocarcinomaの結果であった。免疫染色ではHNF4a(+)、CDx(-)、PAX(-)、ER(-)、p53 null patternと、既往の大腸癌と子宮癌の切除標本の組織像および免疫染色の結果とは異なり、原発性膵癌が最も疑われる所見であった。再度EUSを施行し、膵体部に6mm大の低エコー腫瘤を認めたため、微小膵癌・多発リンパ節転移の画像所見から切除不能膵癌の診断となり、mFOLFIRINOX療法の方針となった。18コース後よりPRであり、34コース時の画像評価では、病変は縮小を維持していたが、CA19-9は243. 5U/mlと上昇傾向にあった。診断時のEUS-FNA検体では、MSH2・MSH6の蛋白発現消失を認め、MMR deficientであり、二次治療としてPembrolizumabの方針となった。17コース施行した段階で、腫瘍マーカー陰性かつ画像上CRを維持している。【考察】Lynch症候群は、ミスマッチ修復遺伝子の生殖細胞系列変異を原因とし、様々な悪性腫瘍を若年性、多発性に発症する遺伝性疾患である。Lynch症候群関連膵癌の発生率は0. 4~3. 7%であり、MMR deficientを呈する膵癌の頻度は1%前後と考えられている。予後は良好との報告が散見され、免疫チェックポイント阻害薬が奏功しやすいと言われている。今回、PembrolizumabでCR を維持しているLynch症候群関連膵癌を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

Lynch症候群，膵癌

70

切除不能膵癌に対してスペーサ留置後に根治的重粒子線治療を施行した3例

国立研究開発法人量子科学技術研究開発機構 QST 病院[1)]，
獨協医科大学埼玉医療センター　外科[2)]
黒崎宏貴[1)]，篠藤　誠[1)]，吉富秀幸[2)]，瀧山博年[1)]，磯崎哲朗[1)]，
山口有輝子[1)]，山田　滋[1)]，石川　仁[1)]

【背景】2022年4月より局所進行切除不能膵癌に対する重粒子線治療が保険適用となった。従来のX線と比較して、重粒子線は高い線量集中性を有することから、周囲正常組織への影響を抑えつつ腫瘍に対して高線量を投与できる。しかし、膵癌は放射線抵抗性腫瘍である上に、耐容線量の低い消化管が近接することが多く、腫瘍と消化管の接し方によっては重粒子線をもってしても腫瘍制御に十分な線量を安全に投与することが困難となる場合がある。この問題を解決するため、体内吸収性のポリグリコール酸を不織布として加工した放射線治療用吸収性組織スペーサが開発され、保険適用となっている。これを腫瘍と消化管の間に外科的に留置することによって、これまで治療不可能であった症例に対しても根治的重粒子線治療が可能となった。当院においてスペーサ留置後に膵癌の重粒子線治療を施行した経験について報告する。【症例1】88歳女性、15mm大の膵尾部癌。幽門側胃切除後であり、膵体尾部切除では残胃全摘となるため、切除は希望しなかった。病変の呼吸性移動等を考慮したマージンを確保するには周囲消化管との間に十分な距離が必要であったため、スペーサを留置し、55. 2Gy/12分割の重粒子線治療を施行した。【症例2】91歳男性、膵体尾部移行部15mmと尾部末端10mm大の膵尾部癌。過去に膵体部癌に対する化学放射線療法を施行されており、再照射困難であった。スペーサを留置後、重粒子線治療55. 2Gy/12分割を施行した。【症例3】78歳女性、47mm大の膵体尾部癌。腫瘍周囲に胃、小腸が近接し重粒子線治療困難であったが、スペーサを留置することで、重粒子線治療を施行することが可能となった。【結果】3例とも術後合併症なく経過し、スペーサ留置によって腸管線量の低減を図ることが可能であったことから、予定通り根治的重粒子線治療を完遂した。照射終了後の画像検査でスペーサの吸収・消失を確認した。全例良好な局所制御が得られており、消化管障害を認めなかった。【結語】スペーサ留置術および重粒子線治療は安全に施行可能であった。

重粒子線治療，切除不能膵癌

71

悪性疾患が疑われた膵嚢胞性病変に対し、EUS下嚢胞ドレナージを行うことにより嚢胞辺縁の充実部に対しEUS-TAを施行し得た2例

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科
桑田　潤，肱岡　範，永塩美邦，小森康寛，福田壮馬，八木　伸，
岡本浩平，山重大樹，東江大樹，奥坂拓志

【はじめに】膵嚢胞性病変は主としてCTやMRI、EUSなどの画像所見をもとに診断を行うが、時に悪性疾患との鑑別に苦慮する症例に遭遇する。今回、増大傾向を示し悪性疾患も疑われた膵嚢胞性病変に対して、超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ(EUS-guidedcyst drainage: EUS-CD) 後に充実部分のEUS-TA(EUS-guided tissue acquisition)を施行した2症例を経験したので報告する。【症例】症例1: 70代男性。2018年の検診にて膵頭部嚢胞性病変を指摘され、6年の経過で22mm→50mmに増大傾向を認めた。増大傾向かつ充実部分があり、EUS-TAの方針となったが、嚢胞成分が介在し穿刺は困難と判断した。このため、EUS-CD後にEUS-TAを施行する方針とした。EUS下に7Frプラスチックステントを留置した。その際採取した嚢胞内容液の細胞診は陰性であった。EUS-CDより17週間後に、EUS-TAを施行した。嚢胞成分は消失しており、充実部分の穿刺が可能であった。病理診断では悪性所見を認めず、経過観察とした。7ヶ月の経過で病変の増大はなく経過している。症例2: 70代男性。2008年の検診にて膵頭部嚢胞性病変を指摘され、13年の経過で11mm→55mmまで増大し、病変内に充実部分を認め、かつCA19-9高値であり、EUS-TAの方針とした。嚢胞が介在し穿刺が困難であり、症例1同様の方針とした。EUS-CDより1週間後に、充実部分に対してEUS-TAを施行した。病理診断では悪性所見を認めず、またEUS-CD後、CA19-9は正常値まで低下を認めた。1年間の経過で病変の増大はなく経過している。2例とも偶発症は認めなかった。【結語】良悪性の鑑別が困難な嚢胞性病変では、過大な侵襲を避けるために、嚢胞内容液分析や、EUS-CDにより嚢胞を縮小させた上でEUS-TAを行うことも考慮される。

膵嚢胞性病変，EUS-CD

72

膵液瘻を伴う急性膵炎を契機に診断し得た膵癌の一例

自治医科大学附属さいたま医療センター　消化器内科
橋本　凌，関根匡成，華山翔泰，福本彩音，柏嵜由希，福岡なつみ，
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，吉川修平，上原健志，
松本吏弘，宮谷博幸，眞嶋浩聡

症例は50歳男性。数ヶ月前からの腹痛が増悪し当院救急受診。軽症急性膵炎(予後因子1点、CT grade 1)と診断され入院となった。CTで膵体部から膵尾部にかけて嚢胞と膵体部から尾側での膵管拡張を認めた。EUSで膵体部の嚢胞近傍で膵管の途絶を認め、膵液漏を疑い、ERPを施行した。ERPでは、膵管の狭小部位で造影剤の漏出を認め、膵液瘻と診断し、ENPDを留置した。SPACEによる膵液細胞診は陰性であった。膵体部の嚢胞は縮小した。膵尾部の嚢胞が残存したが、その後の精査で大腸瘻を認め、経大腸的にドレナージを施行した。症状が軽快したためにENPDを内瘻化し、一旦退院となった。膵管狭窄の原因が不明であり、EPS抜去のタイミングで、膵癌否定目的に再度SPACEを施行した。膵液細胞診でadenocarcinomaの診断を得た。ERPと同時に施行したEUSでは腫瘤性病変は指摘出来ず、近傍リンパ節に対してのEUS-TAでは陰性であった。cTisN0M0 cStage0と診断した。しかし、同部からの膵液漏があり、播種の可能性が否定できないため、手術前提の上、まずは化学療法の方針とした。急性膵炎の成因として膵腫瘍によるものは1. 2%と比較的稀である。しかし、急性膵炎の発症後1年以内に膵癌と診断されるリスクは高いとの報告がある。そのため、急性膵炎は画像診断で検出できない小膵癌などの唯一の発見契機となる場合があり、原因が特定できない場合は膵癌の存在を考慮して慎重なフォローアップが重要である。今回、膵液漏を伴う急性膵炎を契機に診断し得た膵癌を経験したので、その後の経過や文献的考察も交えて報告する。

膵癌，膵液瘻

73 超高齢者の積み上げ胆管結石に対して経口胆道鏡下でHo-YAGレーザー結石破砕により治療し得た1例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野
関口　大, 平川徳之, 土屋貴愛, 田中麗奈, 殿塚亮祐, 向井俊太郎, 山本健治郎, 永井一正, 松波幸寿, 小嶋啓之, 南　裕人, 塩谷健斗, 糸井隆夫

症例は97歳女性．20XX年Y月に他院で腹壁下膿瘍治療中に施行した腹部CT検査にて，総胆管内に石灰化の強い積み上げ状の結石を認めていたが，無症候であり経過観察となっていた．しかし，20XX+4年Z月に急性胆管炎を発症したため，内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を行ったが，結石除去が困難であったため，胆管内にプラスチックステントが留置された．同年同月に結石の治療目的に当科を紹介され受診し，入院の上でERCPを行なった．胆道造影では遠位胆管に充満する10mm大の積み上げ状の結石を5個認めた．結石の除去及び経口胆道鏡の挿入をスムーズにするため，内視鏡的乳頭切開術および内視鏡的乳頭バルーン拡張術を行った．その後に，経口胆道鏡を挿入しHo-YAGレーザーで結石を破砕した．結石が複数あり長時間の治療が予想されたが，超高齢者であったため，常に呼吸循環動態の変化に配慮しながら治療を行った．治療時間が1時間を超えたため，初回のセッションを終了した．6日後に2回目のセッションで破砕されていた結石を，バスケット鉗子などを用いて除去し，完全結石除去し得た．術後も有害事象なく早期に退院した．
今回，超高齢者の積み上げ結石に対して経口胆道鏡下Ho-YAGレーザー結石破砕を行うことで，効率よく且つ安全に結石治療を行えた症例を経験したため報告する．

総胆管結石，Ho-YAGレーザー

74 EUS-TAが診断に有用であった充実性偽乳頭状腫瘍の1例

厚生中央病院　消化器内科[1)]，東京医科大学　病理診断科[2)]
小原大輝[1)]，黒田雅彦[2)]，石井健太郎[1)]，根本夕夏子[1)]，中村文彦[1)]，堀江義政[1)]，内田久美子[1)]，村上貴寛[1)]，渡辺早紀[1)]

症例は61歳男性。主訴はなし。既往歴に前立腺肥大症あり。健診の腹部超音波検査で膵頭部に17mm大の低エコー腫瘤を認め、精査目的に当院を受診した。造影CT検査では膵頭部に15mm大の漸増性造影効果を有する病変を認めた。同病変はMRI検査ではT1強調像で低信号、T2強調像で軽度高信号、拡散強調像で拡散の低下を呈した。超音波内視鏡検査では膵頭部に20×12mm大の周囲膵実質より低エコーを呈する類円形、境界は比較的明瞭、内部エコー均一な充実性腫瘤性病変を認めた。内部に嚢胞や石灰化は認めなかった。同病変に対してEndoscopic ultrasound-guided tissue acquisition（EUS-TA）を施行した。初回は25GのLancet型穿刺針を使用し吸引法を用いて組織採取を試みた。1回の穿刺で体動も大きくなり検査継続困難となり終了した。各種免疫染色を行ったが検体量が不十分であったこともあり確定診断に至れず改めて2回目のEUS-TAを行った。2回目は22GのFranseen型穿刺針を使用し吸引法を用いて組織採取を行った。この回も体動が強く出現したため2回の穿刺で終了した。検体量は十分とは言えなかったが、病理医と十分に情報を共有し、最終的にβ-catenin、Vimentin、CD10の陽性が確認され充実性偽乳頭状腫瘍(Solid-pseudopapillary neoplasm：SPN)の診断に至った。SPNの男性例は比較的少なく腫瘍径も小さいこともあり臨床的には稀な症例と考えられた。そのため、若干の文献的考察を加え報告する。

充実性偽乳頭状腫瘍，EUS-TA

75 超音波内視鏡下組織採取が診断に有用であった同時性多発膵管癌の1例

杏林大学　医学部付属杉並病院　消化器内科[1)]，
同　消化器内科[2)]，同　病理学教室[3)]
江藤晃一朗[1,2)]，権藤興一[2)]，荻本直尭[1,2)]，山田貴大[2)]，川本　翔[2)]，神林孔明[2)]，落合一成[2)]，渡邉俊介[2)]，柴山隆宏[3)]，林　玲匡[3)]，土岐真朗[2)]，柴原純二[3)]，大森鉄平[1,2)]，久松理一[2)]

症例は60代女性．X年4月上旬より臍部の自発痛を自覚し，近医産婦人科を受診．右卵巣に嚢胞性病変を指摘され，CT検査を施行したところ，膵体部より尾側の膵管拡張を認め，精査目的に当院紹介受診した．血液学的検査では膵酵素を含め異常値は認めなかったが，腫瘍マーカーは，CEA 6. 5 ng/ ml，DUPAN-2 16000 U/ ml，Span-1 786. 6 U/ ml と異常高値であった．腹部造影CT検査では，膵体部に25mm大の乏血性腫瘤を認め，病変より尾側膵管の拡張を認めた．PET-CTでは膵体部腫瘤に異常集積を認めたが，膵体部以外の膵内に異常集積は認めず，明らかなリンパ節転移，遠隔転移を示唆する所見も認めなかった．超音波内視鏡検査（EUS）では，膵体部に類円形で境界明瞭な25mm大の低エコー腫瘤を認め，また非連続性に膵尾部にも，類円形で境界明瞭な15mm大の低エコー腫瘤を認めた．造影EUSでは，膵体部，尾部病変は共に，血管早期相，血管後期相でhypo-enhancementな腫瘤であった．EUSの結果から，膵体部，尾部の腫瘤はともに膵管癌が考えられ，それぞれ，超音波内視鏡下組織採取を施行した．病理所見は，膵体部病変，膵尾部病変ともにadenocarcinomaの診断であり，同様の組織型であることから，同時性多発膵管癌と診断した．右卵巣嚢胞性腫瘤も認めていたが，予後規定因子となるのは膵病変と考えられ，膵管癌の治療を優先する方針とし，切除を念頭に術前化学療法を開始している．膵管癌の多くは単発病変として発生し，同時性多発病変は非常に稀であり，超音波内視鏡下組織採取が診断に有用であった同時性多発膵管癌の1例を経験したため文献的考察も含めて報告する．

膵癌，同時性多発

76 膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)由来の膵腺扁平上皮癌の一例

東京都立駒込病院　消化器内科[1)]，同　肝胆膵外科[2)]，
同　病理科[3)]
井関真理[1)]，仲程　純[1)]，氏田　亙[1)]，田畑宏樹[1)]，千葉和朗[1)]，白田　力[2)]，原田康寛[2)]，沖永裕子[2)]，脊山泰治[2)]，堀口慎一郎[3)]，神澤輝実[1)]，飯塚敏郎[1)]

【症例】74歳、女性【主訴】血糖コントロール不良【現病歴】20年来の糖尿病があり、近医で加療されていた。X-1年3月に歩行障害が出現したため前医の神経内科を受診し、全身精査より右乳癌による傍腫瘍性神経症候群が疑われた。同年7年に右乳房切除術が施行され、右乳癌pT4bN0M0，pStageIIIBと診断された。その後歩行障害は改善したが、同年11月に前医の定期検査でHbA1c 12. 0%と上昇を認めた。精査の結果、CEA 20ng/ mL、CA19-9 150. 8U/ mL、Span-1抗原56U/ mLと腫瘍マーカーが上昇しており、造影CTおよびMRCP検査で膵尾部に結節を指摘されたことから膵癌が疑われ、同年12月に当院を紹介受診した。【臨床経過】当科受診時の血清IgG4は48. 3 mg/ dLで上昇は認めなかった。造影CTでは膵頭部に15mm大の嚢胞病変と、膵体部に10mm大、膵尾部に20mm大の造影増強効果の乏しい低吸収結節を認め、その上流の主膵管は拡張していた。MRIでは膵尾部に拡散強調画像で結節状の淡い高信号域がみられた。EUSでは膵体部に内部が低エコーで辺縁が高エコーとなる12mm大の嚢胞病変と、膵尾部に16mm大の低エコーの腫瘤病変を認めた。画像からは通常型膵癌とは非典型的な像であり、乳がんの膵転移再発またはIPMN由来癌などが考えられた。1回目のEUS-FNA(22G)では確定診断に至らず、FNB針(19G)による再検査により膵体部と膵尾部病変ともに低分化癌と診断した。膵体部癌TS1(12×10mm)，T1c, N0, M0, cStageIA、膵尾部癌TS1(15×13mm)，T3, N0, M0, cStageIIAと診断し、X年2月に膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的検査では胃型と腸型のIPMC病変から連続して低分化腺癌と扁平上皮癌成分が混在し、扁平上皮癌成分が全体の70%を占めていた。IPMNからの移行像からIPMN由来の膵腺扁平上皮癌と診断した。また、浸潤癌の周囲に炎症細胞を認め、IgG4陽性細胞が集簇していた。【結語】IPMN由来の膵腺扁平上皮癌の1例を経験した。膵腺扁平上皮癌は本邦の膵癌の0. 6%と稀な組織型であり、IPMN由来の膵腺扁平上皮癌は希少である。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

IPMN由来浸潤癌，膵腺扁平上皮癌

77 MEN1型の長期経過中に腫瘍が増大し主膵管内進展を来した膵神経内分泌腫瘍の1例

自治医科大学　内科学講座　消化器内科部門[1)]，
同　病理学講座　病理診断部[2)]，同　消化器一般移植外科[3)]
三澤啓吾[1)]，池田恵理子[1,2)]，菅野　敦[1)]，横山健介[1)]，田中朗嗣[1)]，
櫻井祐輔[1)]，安藤　梢[1,2)]，佐野直樹[2)]，福嶋敬宜[2)]，利府数馬[3)]，
笹沼英紀[3)]，佐田尚宏[3)]，山本博徳[1)]

【症例】71歳男性。実弟が遺伝子検査でMEN1型(原発性副甲状腺機能亢進症)と診断されている。【病歴】20XX-9年に健康診断の腹部超音波検査で10mm大の膵頭部腫瘤を指摘され，前医を受診した。前医で経過観察中に増大傾向は認めなかったが，20XX-7年6月にEUS-FNAを行い，非機能性膵内分泌腫瘍(PanNET) G1と診断された。無治療経過観察で腫瘍径の増大はないものの多発する腫瘤や家族歴からMEN1型を疑われ，20XX-7年7月に当院消化器内科へ紹介受診した。7mmの膵体部腫瘤に対してもEUS-FNAが施行され，PanNET G1と診断された。また，同年から緩徐に膵頭部腫瘍径の増大を認め，オクトレオスキャンで集積を確認した上でランレオチド の投与が開始された。20XX-1年11月，経過観察目的に施行されたMRCPで，新規に膵頭部に12mmの腫瘤性病変が指摘された。造影CTでは乏血性腫瘤で，EUSでは主膵管内に腫瘍栓を窺わせる病変が認められた。ERP像でもカニ爪様の透亮像が確認された。膵管擦過細胞診ではclass1であったが，画像所見からは特殊型膵癌やPanNETの主膵管進展もしくは膵管内管状乳頭腫瘍(ITPN)を鑑別に挙げ，20XX年3月に膵頭十二指腸切除が施行された。病理組織学的には膵頭部に3つのPanNETが認められ，そのうち最大径の腫瘤のみ，G2であり，主膵管内進展を伴っていた。十二指腸の検索ではガストリノーマは認められなかった。過去 画像を後方視的に振り返ると，20XX-2年の時点で膵頭部に乏血性腫瘤を認め，1年の経過で急速に増大・主膵管進展していことが判明した。半年経過後も残膵病変は増大なく経過している。【考察】MEN1型患者におけるPanNETは膵内に異時性に再発することや膵内分泌機能低下を含む術後のQOL低下など懸念事項もあり手術適応の選択に難渋することがある。本症例では，診断当初は10mm以下でG1であったことから経過観察としていたが，悪性度の高い新規腫瘤が急速に増大し，手術の方針に転換した。MEN1型に合併したPanNETの長期経過観察中に新規腫瘤が出現し，主膵管進展を伴いながら増大した1例を経験したため，文献的考察を加え報告する。

MEN1，膵内分泌腫瘍

78 腹痛を主訴に来院したが早期ACV投与で水痘の重症化を未然に防いだと考えられる一例

国家公務員共済組合連合会　横浜栄共済病院　消化器内科
伊藤ひかり，河島孝大，野村　優，櫻井裕一郎，城野　紘，
藤野洋平，高井佑輔，岩崎暁人，清水智樹，酒井英嗣

【症例】緑内障、高血圧、前立腺肥大症の併存があるが免疫不全要素のない81歳男性【経過】来院3日前より発熱、心窩部違和感があり便秘、食欲不振、水分摂取困難を伴った。ふらつき、一過性意識消失のため救急要請、入院となった。38. 9℃の発熱、疼痛や掻痒を伴わない皮疹の出現があり、ひだり前腕、顔面に膿疱、紅色小水疱、紅色丘疹が混在していた。翌日に解熱し皮疹の四肢、体幹への波及をみとめた。第3病日にTzanck試験陽性のため水痘帯状疱疹ウイルス（VSV）感染症の診断でアシクロビル（acyclovir; ACV）750 mg/ day投与を開始した。同日腹痛症状が持続するため撮像した造影CTでは少量腹水貯留、上腸間膜動脈周囲の脂肪織濃度上昇、リンパ節腫脹をみとめるのみであり、腹部超音波検査においても腹痛の原因は同定できなかった。ACV投与後腹部症状は改善傾向となったが痂皮化遷延したため、第9病日ACV 1500 mg/ dayに増量した。全皮疹で痂皮化、腹部症状が軽快したため、第15病日にACV投与を終了した。【考察】通常水痘では腹部症状は伴わないが，免疫不全宿主患者では典型的な皮疹症状ではなく腹痛や背部痛で発症し、診断や治療が遅れるため重症化、致命的となることがある。本症例では基礎疾患や薬剤歴に免疫不全の要素がなかったが腹痛発症3日後に皮疹が出現し、皮疹の痂皮化が遷延したため高用量のACV投与を要した。ACV投与後腹痛や下痢が改善したことから、VZV感染が腹部症状と関連しており、重症化リスクがあったと考えられる。腹痛や背部痛に皮疹を伴った際には重症水痘を疑い早期の高用量ACVを検討するべきだと考える。【結語】腹痛を主訴に来院し治癒が遷延した成人水痘の一例を報告する。

水痘・帯状疱疹ウイルス，腹痛

79 肝嚢胞や膵仮性嚢胞との鑑別を要した総肝動脈瘤の一例

東京医科歯科大学病院　消化器内科
浜村亮輔, 申　貴広, 小林正典, 金子　俊, 福田将義, 村川美也子,
大塚和朗，朝比奈靖浩，岡本隆一

【症例】78歳男性．Stanford B型の大動脈解離と総腸骨動脈瘤破裂の既往がある．14日前に38℃台の発熱が数日間持続したのち，自然解熱した経過がある．近医の定期外来受診時にCRP 2. 55mg/ dLと炎症反応の上昇を指摘された．行われた造影CTで膵頭部と肝尾状葉との間に最大径78mmの嚢胞を含む複数の嚢胞性病変を認めたため，精査目的に当院を受診した．大動脈解離治療時の画像では肝S2/ 3には径4cmの肝嚢胞を認めていたが，膵には嚢胞性病変は指摘できず，比較的急速に出現した嚢胞性病変と考えられた．病変内部に出血を示唆するわずかな高吸収域を認めていたことから出血性膵仮性嚢胞などが鑑別されたため，dynamic CTを改めて撮像すると，総肝動脈の血栓性閉塞と仮性動脈瘤の切迫破裂およびその周囲の血腫と診断された．無症状でバイタルサインも安定しており，貧血の進行も認めなかったことから，一度集中治療室へ緊急入院した上で3日後に待機的に血管造影検査を施行した．腹腔動脈造影では総肝動脈に仮性動脈瘤を認め，その抹消の血流は認められず，総肝動脈瘤破裂後の血腫により血流が途絶していると考えた．瘤の起始部にステントグラフトを留置して血流が再開したのを確認し処置を終了した．以降，経過良好のまま第16病日に退院した．【考察】総肝動脈瘤破裂は比較的稀な病態であり，外傷や腹部手術後，カテーテル処置後の発症が多く報告されている．重篤化しやすく死亡率も高い病態で，本症例のように無症状で経過し救命し得た例は極めて稀である．総肝動脈瘤破裂は無症候で来院すると肝嚢胞や膵仮性嚢胞など他の嚢胞性疾患と鑑別が必要となるが，病態は大きく異なり，急速な病態悪化により致死的になる可能性があるため注意を要する．文献的考察を含めて報告する．

総肝動脈瘤破裂，腹腔内嚢胞性病変

80 腸間膜硬化像を示したIgG4関連疾患の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構　船橋中央病院　内科
田中一真，嶋田太郎，関田伸之，門山知樹，竹熊勇登，淺野公將，
土屋　慎，加藤佳瑞紀，山口武人

【症例】75歳、女性。特記すべき既往症はない。二週間来の持続的な左下腹部痛と下痢、食欲低下、体重減少（5kg）を主訴にX年6月中旬に当科外来を受診し、精査加療目的に入院となった。腹部造影CTにて下腸間膜動静脈に沿ってS状結腸間膜に連続的に進展する硬化像とS状結腸壁肥厚を認め、さらに左尿管は同硬化像に巻き込まれ閉塞していた。大腸内視鏡検査ではS状結腸壁浮腫状肥厚を認めるのみで、生検検体でも特記すべき病理組織学的所見を認めなかった。FDG-PETでは同硬化像に一致した集積亢進を認めた（SUVmax 7. 14）。血清IgG4上昇(226mg/ dL)により、IgG4関連疾患を疑い開腹または腹腔鏡下生検を検討したが，経時的に腹部症状の増強や低栄養、胸腹水出現を来たしたため危険性が高いと判断した。病理診断に欠けるが、臨床及び画像診断、血清学的診断よりIgG4関連疾患（IgG4関連硬化性腸間膜炎）疑診と判断し、ステロイド投与の方針とした。先行して左尿管ステントを留置し、X年7月初旬プレドニゾロン30mgを開始し症状は速やかに改善した。画像所見上の腸間膜硬化像ならびにS状結腸壁肥厚も消退傾向となり、同月中旬退院となった。以後外来経過観察しステロイド漸減とした。X年9月には尿管ステントを抜去、以後も腸間膜硬化像や尿管狭窄の再燃なく経過している。【考察】IgG4関連硬化性腸間膜炎は病変局在の性質上、経皮的な生検は困難であり、既報では腹腔鏡ないし開腹での生検または腸管切除により診断された例が多く、診断に至るまでの過侵襲が懸念される。本症でも他のIgG4関連疾患と同様、ステロイドが著効することが知られており、本症例のように疑心例でも刻一刻と病状が悪化する状況では病理診断に固執せずにステロイドを投与することも許容されるだろう。病理診断に欠ける疑診例に対するステロイド投与の是非は議論の分かれるところではあるが，過侵襲を回避するためにも患者の状況を踏まえた柔軟な診療方針決定が望ましい。

IgG4関連疾患，腸間膜硬化像

81 悪性腹膜中皮腫の一例

順天堂大学付属順天堂医院　消化器内科
坂本龍彌, 粟津崇仁, 福嶋浩文, 湯澤安梨沙, 矢田茉佑, 野村　慧, 波間大輔, 上山浩也, 深田浩大, 戸張真紀, 石川　大, 藤澤聡郎, 澁谷智義, 北條麻理子, 池嶋健一, 永原章仁, 伊佐山浩通

【症例】60代男性．健康診断の胸部レントゲン検査で右肋横隔膜鈍化と血液検査で炎症反応高値を指摘され前医を受診した．胸腹部CT検査で腹腔内の多発結節，甲状腺左葉に60mm大の腫瘤と右胸水，腹水貯留を認め精査目的に当院紹介となった．PET-CTではCTに一致した多発リンパ節，腹腔内結節への集積および腹膜に沿って異常集積を認めた一方，甲状腺腫瘤の集積は軽度であった．左甲状腺腫瘤針生検では悪性所見は認めず，悪性リンパ腫，腹膜癌などを第一に考え胸水穿刺を施行した．病理所見では核腫大を伴い核小体のやや目立つ異型細胞が球状集塊を認め，免疫染色でCalretinin，WT1，Mesothelin，HEG-1陽性を呈し，BAP-1は陰性であった．以上より上皮型の悪性中皮腫と診断した．審査腹腔鏡も検討したが，急速な病勢であったため，画像所見と合わせ胸腔内の所見は乏しいことから腹膜原発悪性中皮腫と判断した．胸膜中皮腫に準じニボルマブ，イピリムマブ併用療法を導入した．2コース終了時点で，眼症状（ぶどう膜炎）を認めたため終了し，2次治療でカルボプラチン，ペメトレキセド併用療法に変更した．現在11コースを継続しており，病勢を維持した状態で生存観察できている．【まとめ】悪性中皮腫は胸膜，腹膜，心膜，精巣鞘膜などに発生する悪性腫瘍であり，胸膜が80-85%，腹膜が10-15%，その他の部位での発生は1%以下とされ，生存期間中央値は4.7カ月，3年生存率4.3%と予後不良と報告されている．発症原因としてアスベスト曝露との関連性を指摘されているが，非曝露の発症報告も増えており，本症例も曝露歴はなかった．本例は1次治療が有害事象で脱落したものの，2次治療を継続できている．当科の症例と若干の文献的考察を含め報告する．

悪性腹膜中皮腫，ニボルマブ

82 AFP-L3分画上昇が発見の契機となったAFP産生胃癌の1切除例

群馬大学大学院医学系研究科　消化器・肝臓内科学[1]，
群馬大学医学部附属病院　光学医療診療部[2]，
群馬大学大学院医学系研究科　消化管外科学[3]
相原沙代子[1]，佐藤圭吾[1]，舘山夢生[1]，村上立真[1]，戸島洋貴[1]，山崎勇一[1]，竹内洋司[2]，中澤信博[3]，佐伯浩司[3]，浦岡俊夫[1]

【症例】50歳台男性．20XX－7年C型肝炎に対してソホスブビル・リバビリン併用療法により持続性ウイルス学的著効となり，それ以後は血友病A，HIV感染症で通院していた当院血液内科で腹部エコー，腫瘍マーカーなどで経過観察されていた．20XX年6月AFP 7.3ng/ mlと軽度上昇，AFP-L3分画87.3%と著明に上昇したため，9月に当科紹介受診となった．肝細胞癌を疑いEOB-MRI検査を施行するも明らかな腫瘤を認めず，10月上部消化管内視鏡検査で胃幽門部小弯に25mmの発赤調深い陥凹を伴う隆起性病変を認め，生検にて中分化型腺癌（tub2）を認めた．造影CT検査にて胃前庭部に壁肥厚を伴う腫瘤を認め，肝に腫瘤は認めず，周囲臓器への浸潤，リンパ節腫大なく，胃幽門部癌（幽門部小弯，25mm，0-IIa +IIc，UL0，cTlb）と診断し，外科手術の適応と判断して同月消化管外科紹介となった．術前の腫瘍マーカーはCEA，CA19-9の上昇はなく，AFP 12.6ng/ ml，AFP-L3分画 89.9%とさらに上昇していた．20XX年11月腹腔鏡下幽門側胃切除術（D1郭清）を施行した．病理組織学的には腫瘍は粘膜内に限局しており，低分化型腺癌の所見で，一部胎児消化管上皮類似癌も認められ，免疫染色ではAFP陽性の腫瘍細胞を認めた．最終病理組織診断はpT1a，INFc，Ly0，V0，pN1，M0，pStage IBであった．術後の造影CT，EOB-MRI検査では明らかな再発，肝細胞癌を認めず，術後1か月後にAFP 1.5ng/ ml，AFP-L3分画 35.9%まで改善し，術後3か月後にはAFP 1.3ng/ ml，AFP-L3分画＜0.5%と正常化した．【考察】AFP産生胃癌はAFP高値を示すことが多く，脈管侵襲が強く，早期に肝転移を来す頻度が高いため，一般には予後不良とされている．肝細胞癌の診断に頻用されるAFP-L3分画はAFP＜10ng/ mlの低値例でも測定可能で有用とされているが，AFP産生胃癌での有用性は明らかではない．今回我々はAFPの軽度上昇を来し，AFP-L3分画上昇が発見の契機となったAFP産生胃癌の1切除例を経験したため文献的考察を加え報告する．

AFP産生胃癌，AFP-L3分画

83 早期胃癌ESD後のimplantationが疑われた一例

東京医科歯科大学　消化器内科[1]，同　光学医療診療部[2]，
同　病理部[3]，同　消化管外科[4]
上野晋太郎[1]，米本有輝[2]，早川優香[2]，福田将義[2]，金子　俊[1]，小林正典[1]，朝比奈靖浩[1]，大塚和朗[2]，新宅　洋[3]，大橋健一[3]，谷岡利朗[4]，徳永正則[4]，岡本隆一[1]

【症例】60代男性．X年8月，スクリーニング目的に施行した上部消化管内視鏡検査（EGD）において，胃体上部前壁に20mm大の0-IIc病変，胃体中部小弯に10mm大の0-IIc病変を認め，それぞれ生検でtub1-2であった．同年10月，体上部前壁の病変に対し内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行したところ，病理所見はpor2 ＞ tub2 ＞ tub1，pT1b2（2400μm），Ly0，V0，UL(-)，pHM0，pVM0であった。eCurC2と判断し，追加胃切除の方針とした．同年12月，当院胃外科にて，残存している体中部小弯の病変も含めてロボット支援噴門側胃切除術を施行した．切除標本からは体中部小弯に既知の0-IIc病変と，体上部にESD後瘢痕を認めたが，上記とは別に，ESD瘢痕部とは17mm程度離れた粘膜下層に径270μm大の腫瘍胞巣を1カ所認めた．腫瘍胞巣に上皮内病変は認めず，EVG染色を併用した検討で静脈侵襲も否定的であった．腫瘍胞巣はESD検体の粘膜下層浸潤病変と類似した組織像であり，同病変のimplantationが疑われた．【考察】本症例は，ESD後追加外科切除検体において，ESD瘢痕と非連続性に粘膜下層の腫瘍胞巣を認め，病理学的検討からESDを実施した早期胃癌のimplantationが疑われた．若干の文献的考察を加え報告する．

早期胃癌，implantation

84 内視鏡的に砕石除去しえたBouveret症候群の1例

埼玉医科大学病院　総合診療内科[1]，同　消化管内科[2]，
同　消化器一般外科[3]
田邊恵司[1]，松本　悠[1]，宇野天敬[1]，塩味里恵[1]，伏島雄輔[3]，都築義和[2]，中元秀友[1]，今枝博之[1]

【症例】80代、男性【主訴】202X年2月下旬頃から嘔吐が出現し、排便・排ガスも認めなかった。近医受診し上部内視鏡検査施行された際に幽門部に食物残渣の貯留を認めた。胃癌を疑われ精査目的に当科紹介受診となり入院となった【既往歴】胆石性胆嚢炎（保存的加療）、関節リウマチ【入院時現症】体温37.0℃、血圧112/ 74mmHg、脈拍93回/ 分、SpO2 98%（室内気）、腹部：平坦・軟、心窩部に軽度圧痛あり、反跳痛なし【血液検査所見】AST30U/ L、ALT19U/ L、AMY297U/ L、ALP85U/ L、T-Bil1.0mg/ dL、D-Bil0.3mg/ dL、CRP10.36mg/ dL、WBC10470/ μL、Hb13.0g/ dL、PLT354×103/ μL【経過】入院時に撮影した胸腹部造影CTで胆嚢内の結石が幽門部に嵌頓し、総胆管・肝内胆管内にairを認めた。入院第2病日に透視下上部消化管内視鏡施行。幽門部に5cm程度の胆嚢結石を認めスネアで把持し胃内へ移動させ、機械的砕石具で内視鏡的砕石を行い回収した。十二指腸球部に瘻孔と周囲に潰瘍を認め造影を行うと胆嚢が造影された。入院第4病日より食事再開し腹部症状の増悪なく経過した。血液検査で肝胆道酵素の上昇はなく、炎症反応は改善傾向であった。第8病日に2nd lookを行い、1.5cm程度の砕石後に残存していた結石が十二指腸の瘻孔に嵌まっておりスネアを使用して回収した。その後も経過良好であり第15病日に退院となった。退院後、外来で定期的に内視鏡フォローを行い十二指腸の瘻孔は縮小傾向である。【結語】胆嚢十二指腸瘻により胆嚢結石が幽門部に嵌頓したBouveret症候群の1例を経験した。比較的稀な病態であり、外科的手術を選択する症例が多い中、内視鏡で治療が可能であった。若干の文献的考察を含め報告する。

Bouveret症候群，内視鏡治療

85 鉄欠乏性貧血の治療経過のなかでオスラー病と判明した一例

佐野厚生農業協同組合連合会　佐野厚生総合病院　消化器内科
福尾佳奈，齋藤直宏，横田　渉，佐山侑里，木村弘明，生形晃男，北川清宏，久武祐太，宮永亮一，寺元　研，東澤俊彦，
岡村幸重

【症例】80代女性
【主訴】吐血
【現病歴】鉄欠乏性貧血にて近医にて30年以上鉄剤を内服中に、早期胃癌を認め20XX年Y−2月にESDを施行。同年Y−1月にESD後のフォローアップ目的で施行した上部消化管内視鏡で胃・十二指腸の複数個所から滲出性出血を認め、一次止血目的でクリップにて止血術を施行後、地固め目的で翌週に入院の上APC焼灼術を施行した。その後、Y月6日入浴後に嘔気を自覚し、コップ1杯分の吐血を認めたため、翌日当院受診し、Hb7. 9への低下を認め同日緊急入院となった。
【経過】入院後から、鉄剤の投与及びP−cabを開始。緊急内視鏡では胃・十二指腸の複数の毛細血管拡張の他、舌・口腔内粘膜の特徴的な血管拡張も認めた。また、繰り返す鼻出血の既往も判明し家族歴からオスラー病と診断した。全身精査では、肺、脳、脊髄動脈等に動静脈奇形は認めなかった。
【考察】オスラー病は本邦に約1万人患者がいると推定されている遺伝性の出血性疾患であり死亡率は2から4%と報告されている。80から90%に鼻出血が生じるとされており、本症状を契機として病院受診し診断される例も多い。今回、鉄欠乏性貧血の治療経過のなかでオスラー病が判明した一例を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

鼻出血，オスラー病

86 集学的治療により救命し得た出血源同定困難であった小腸出血の一例

前橋赤十字病院　消化器内科[1)]，同　放射線診断科[2)]，
同　外科[3)]，高崎総合医療センター消化器内科[4)]，
群馬大学医学部附属病院　消化器・肝臓内科[5)]
山本詩音[1)]，関口雅則[1)]，滝澤大地[1)]，本多夏穂[1)]，丸山　優[1)]，
田村優樹[1)]，伊藤健太[1)]，井上真紀子[1)]，阿部貴紘[1)]，柴崎充彦[1)]，
新井弘隆[1)]，森田英夫[2)]，岡田幸士[3)]，内藤稜山[3)]，宮崎達也[3)]，
井戸健太[4)]，浦岡俊夫[5)]

【症例】60歳台、男性【主訴】血便【現病歴】X−3日に血便、ショック状態で前医入院。造影CTおよび下部消化管内視鏡検査を施行するも出血源不明であった。以後出血と自然止血を繰り返した。X−1日に再度血便、造影CTで右上腹部小腸に出血を確認。前医対応困難のためX日に当科転院。【経過】転院当日に経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡を施行するも、出血源に到達できず同定マーキングクリップのみ施行。X+1日に経口的ダブルバルーン小腸内視鏡を行うも出血源に到達できずマーキングクリップのみ施行。CT再検で疑われた出血部位は小腸内視鏡で到達困難と判断。放射線科、外科と協議のうえ、今後造影CTで出血が確認された場合にはIVRを施行し、その後に外科手術を行う方針となった。X+2日未明に再出血があり、造影CTで下腹部小腸に出血を確認、緊急IVR施行し、SMA分枝の回腸動脈の直動脈から出血あり、同部にTAE施行。同日日中の造影CTでは出血は認めず、かつ腸管血流は保たれていた。しかしX+4日に採血結果から腸管虚血が疑われたため、同日緊急腹腔鏡下小腸部分切除術を施行。術中所見では腸間膜はうっ血浮腫を示したが、腸管の血色は良好であった。摘出標本では粘膜は全層欠損し潰瘍を形成していたものの、病理学的に特異的所見は認めなかった。術後一過性の腸管麻痺を認めたが保存的に軽快し、X+17日に退院。【考察】小腸出血は出血源の同定が困難な場合が多く、また深部小腸からの出血の際には内視鏡で病変部まで到達困難な場合も少なくない。消化管出血に対するIVRの適応とタイミングについて各診療科間で十分に協議できる体制の構築が重要である。

小腸出血，IVR

87 発作性心房細動を起こしたCronkhite−Canada症候群(CCS)の1例

東海大学　医学部付属病院　消化器内科
小銭友恵，出口隆造，柿澤桃花，辻　優美，幕内智規，上田　孝，佐藤博彦，佐野正弥，寺邑英里香，門馬牧子，藤澤美亜，鈴木秀和，松嶋成志，加川建弘

症例69歳、男性。数か月間持続する下痢を主訴に他院を受診した。上下部内視鏡検査では、胃・十二指腸及び大腸に多発する発赤調の無茎性〜亜有茎性隆起が認められ、CCSが疑われ当院紹介受診した。来院時のバイタルに異常はみられず、全身脱毛なし、爪の萎縮なし、皮膚の色素沈着も認めなかった。血液検査所見: 白血球 13100/ μL, Hb 16. 3g/ dL, 血小板 26. 5万/ μL. TP 5. 1 g/ dL, Alb 2. 2g/ dL, 総ビリルビン 0. 6mg/ dL, AST 45U/ L, ALT 30U/ L, LD 369IU/ L, γ −GTP 23U/ L, BUN 22mg/ dL, Cr 0. 91mg/ dL, Na 145mEq/ L, K 2. 1mEq/ L, Cl 98mEq/ L. CRP 0. 76mg/ dL. 入院時の心電図上は異常を認めなかった。当院の下部内視鏡検査で生検を行い、病理組織結果では粘膜固有層が広く浮腫状で、中等度のリンパ球や胞室細胞主体の炎症細胞浸潤がみられ、嚢胞様に拡張する陰窩が散在していた。消化管ポリポーシス、慢性下痢、低蛋白血症、内視鏡と病理所見からCCSの診断となっが、入院4病日に脈拍 180回/ 分の発作性心房細動が発症した。発作性心房細動の治療としてアデノシン、メインテート、ベラパミルの静注を行うも反応に乏しく、電気的除細動を行い不整脈は改善した。原因として感染症は否定的であり、慢性下痢による低K血症が原因と考えられ、K補正を行い循環動態の安定化と不整脈の改善を認めた。その後入院10病日にPSL50mgを開始し, 便回数も改善、徐々にPSLも減量となったため、現在外来フォロー中である。

Cronkhite−Canada症候群，発作性心房細動

88 横行結腸MALTリンパ腫に対して放射線治療が奏功した1例

東京逓信病院　消化器内科[1)]，同　放射線科[2)]
柴尾喬志[1)]，阿部創平[1)]，加藤知爾[1)]，北口真由香[2)]，弦間有香[1)]，
坂井有里枝[1)]，小野晋治[1)]，小林克也[1)]，関川憲一郎[1)]，
光井　洋[1)]

【症例】40歳台男性【現病歴】X−1年8月中旬に痔瘻の手術に対しての術前精査目的で施行した大腸内視鏡検査で横行結腸に20mm大の粘膜下腫瘍を認めた。生検の結果、MALTリンパ腫の診断となり、精査加療目的に当院に同年9月中旬に紹介受診となった。腎機能障害のため、単純CT・MRIを施行したが、腹腔内のリンパ節への浸潤を疑う所見なく、大腸に限局していると考えた。治療として外科的手術もしくは放射線治療が想起されたが,腎機能の増悪や糖尿病による血糖コントロールが悪く、手術による縫合不全の可能性が考えられたため、侵襲度の少ない放射線治療から開始する方針とした。X年1月中旬より照射を開始し、2月まで合計30Gy/ 15Frで治療を行い、急性期有害事象の発生は認めなかった。X年4月下旬に治療評価目的に下部消化管内視鏡検査を施行し、20mmから10mmまでの病変の縮小を認めた。ただ、同年7月に施行した内視鏡検査では、辺縁はなだらかになったが、腫瘍径には変わりなく残存していた。患者本人と相談し、今後10月に同検査を施行し、腫瘍の残存が引き続き見られた場合は、全身状況を勘案し、手術ないしは、リツキシマブ単剤による治療を検討している。【考察】消化管原発MALTリンパ腫の原発は多くが胃であり、大腸原発は0. 4%と非常にまれである。また、MALTリンパ腫は粘膜や腺組織周囲のリンパ組織から発生する低悪性度のB細胞性リンパ腫であるが、より悪性のDiffuse large B cell lymphomaに進展する可能性があり、早期の治療が欠かせない。胃MALTリンパ腫はヘリコバクターピロリの除菌が有効とされているが、大腸MALTリンパ腫における除菌治療の有効性はまだ明らかでなく、治療法が確立していない。比較的稀な本症例において、手術ではなく放射線治療による病変縮小を経験したため、文献的考察を加え報告する事とした。

MALTリンパ腫，放射線治療

89 肝原発神経内分泌腫瘍の1例

東京医科大学八王子医療センター　消化器内科
椋野　拓, 阿部正和, 篠原裕和, 秋田泰之輔, 菊地佑真, 本多英仁, 浅野響子，奴田原大輔，山本　圭，平良淳一，中村洋典，北村勝哉

【症例】68歳、女性【主訴】肝腫瘤精査【現病歴】X年3月の検診で肝腫瘤を指摘され、近医で精査のためMRI検査を施行したところ、肝嚢胞と診断され経過観察となった。半年後のMRI検査で、嚢胞成分の増大とその他にも肝内に腫瘤性病変を認めた。多発肝腫瘤であったため肝転移を疑い、上下部内視鏡検査を施行したが消化管に明らかな腫瘤性病変を認めなかった。さらなる精査のためPET-CTを施行したところ、嚢胞成分のPET集積は認めなかったが、S5にPET集積部位を認めたため、X+1年4月当院へ紹介受診となった。【既往歴】心房細動、胆嚢摘出後、子宮筋腫摘出後、前庭神経炎【経過】当院で施行した腹部エコーではS5に 33mmの高+低エコーの混在する腫瘤性病変とS8に壁肥厚様の周囲高エコーと内部低エコー病変を認め、典型的な肝嚢胞とは様相が異なっていた。EOB-MRIではS5に悪性腫瘍を疑う低信号を認め、S8部位には明瞭な低信号と周囲に淡い低信号域を認めた。またS3にも悪性腫瘍を疑う小さな淡い低信号を認めた。CEA、CA19-9、AFP、PIVKA-II陰性であり、臨床的に他臓器からの転移が否定され、S5の腫瘤から肝腫瘍生検を施行し、肝原発神経内分泌腫瘍（NET G2、Ki 67指数5-10%）と診断した。肝内病変をより正確に把握するためソマトスタチン受容体シンチグラフィ（SRS）を施行したところ、肝内3箇所に異常集積を認め、その他全身に遠隔転移を疑う異常集積は検出されなかった。【考察】肝原発神経内分泌腫瘍は非常に稀であり、診断に苦慮する事が多い。PETで集積を認めず診断に苦慮した嚢胞性腫瘤であるS8およびS3腫瘤はSRSでは辺縁に集積を認め、肝原発神経内分泌腫瘍と診断した。今回、各種画像所見の特徴と確定診断までに至った過程、本症例に対する治療方針に関して文献的考察を踏まえて報告する。

肝原発神経内分泌腫瘍，ソマトスタチン受容体シンチグラフィ

90 デュルバルマブによる治療歴がありソラフェニブ開始後に重症皮疹を呈した肝内胆管癌の1例

公益財団法人がん研究会有明病院　肝胆膵内科[1]，
同　腫瘍リウマチ膠原病科[2]，同　皮膚腫瘍科[3]，同　病理部[4]
前田寛子[1]，岡本武士[1]，武田孝一[2]，芝原与喜[3]，井上典仁[4]，
河内　洋[4]，後藤啓介[4]，佐藤洋一郎[1]，平井達基[1]，前川有里[1]，
鈴木由佳理[1]，三重堯文[1]，古川貴光[1]，武田剛志[1]，佐々木隆[1]，
尾阪将人[1]，笹平直樹[1]

【症例】56歳　女性【主訴】皮疹【既往歴】なし【内服薬】レンボレキサント、ロキソプロフェン（頓服）【アレルギー】なし【飲酒・喫煙歴】機会飲酒、喫煙歴なし【家族歴】特記事項なし【現病歴】X-1年に肝機能異常を指摘されたため当院紹介受診となり、肝内胆管癌多発肺転移・骨転移と診断した。ゲムシタビン+シスプラチン+デュルバルマブ療法を開始したが8か月後のCT検査でPD判定となった。遺伝子パネル検査にてKIT N822K変異を認めたためX-13日に2次治療としてソラフェニブを開始した。X-6日の外来受診時はCTCAE Grade 1の手足症候群以外に有害事象は認めなかった。X-2日より発熱と頭痛、X日より皮疹が出現したため、当日緊急入院となった。【入院後経過】来院時、顔面・体幹・四肢（手掌・足底を除く）に掻痒感を伴う境界明瞭な円形(一部標的状)の浮腫性紅斑を播種状に認め、癒合傾向もみられた。顔面浮腫が著明であったが気道閉塞症状、粘膜疹、下痢は認めず、CTCAE Grade 3の皮疹と診断した。ソラフェニブ以外の新規薬剤はなく、主な鑑別薬剤としてソラフェニブによる多形性紅斑と免疫介在性有害事象による皮膚障害を挙げた。血液検査では汎血球減少とCRPの軽度上昇を認めたが、抗菌薬は不要と判断した。プレドニゾロン（PSL）1.0 mg/ kg/ 日にて治療を開始し、皮疹は徐々に軽快した。皮膚生検では角化細胞の壊死はなく主に真皮表層血管周囲に炎症細胞が浸潤し、薬疹として矛盾しないものの、原因薬剤の特定には至らなかった。血液培養陰性を確認し、経過良好であったためPSLを漸減し、X+13日に退院となった。退院後、PSL継続下でソラフェニブを慎重に減量再開しており、皮疹の再燃は認めていない。【考察】免疫チェックポイント阻害薬と分子標的薬を同時または順次使用する場面は増えている一方で、これらの薬剤の相互作用も含めた副作用に関する症例報告は少ない。今回我々はデュルバルマブ中止後にソラフェニブを開始し重症皮疹を呈した一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

肝内胆管癌，重症皮疹

91 急性肝障害から診断に至ったIgG4関連自己免疫性肝炎の一例

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

【背景】IgG4関連疾患（IgG4−related disease）は血清IgG4高値および標的臓器におけるIgG4陽性細胞浸潤が特徴である. 自己免疫性膵炎, IgG4関連硬化性胆管炎などが代表的であるが, 近年自己免疫性肝炎との合併が報告されるようになった. 【症例】57歳女性【主訴】褐色尿【現病歴】X年5月初旬より褐色尿を自覚していた. 近医を受診した際に黄疸を指摘され精査目的に当科紹介入院となった. 【入院時現症】身長164cm, 64. 5Kg, 36. 5℃, 眼球結膜に黄染あり. 耳下腺, 顎下腺の腫脹なし. 腹部に自発痛および圧痛なし. 肝脾を触知せず. 【検査所見】白血球6, 300/ μL, Hb13. 9g/ dL, 血小板27. 6万/ μL, PT88. 8%, T-Bil8. 2mg/ dL, D-Bil6. 1mg/ dL, AST1324U/ L, ALT1885U/ L, ALP (IFCC) 387U/ L, γ -GTP566U/ L, CRP2. 02mg/ dL, IgG2265. 8mg/ dL, IgG4309mg/ dL, IgA382. 3mg/ dL, IgM112. 1mg/ dL, 抗核抗体40倍, 抗ミトコンドリアM2抗体(-), Hbs抗原(-), HCV抗体(-), 腹部CTでは膵腫大なし. 胆嚢内には胆石, 胆泥が確認されるが, 胆嚢腫大は認めず. 総胆管はやや拡張あり. 【入院後経過】本症例の黄疸, 肝障害の原因としては総胆管結石性胆管炎, 自己免疫性肝炎, IgG4関連硬化性胆管炎が鑑別となった. 肝生検を行ったのち, ERCPを施行した. ERCPでは胆管に硬化性変化は確認されず下部胆管に結石を認めたため, 胆管ステントを留置したが黄疸や肝障害は改善しなかった. 肝病理組織では門脈域に形質細胞中心の炎症細胞浸潤があり, Interface hepatitisを認めた. 免疫染色ではIgG陽性とIgG4陽性の形質細胞が多数認められIgG陽性細胞中のIgG4陽性細胞の比率は50%を超えていた. 以上よりIgG4関連自己免疫性肝炎と診断してステロイドパルス療法を開始, その後は漸減の方針としたところ黄疸や肝機能は改善した【考察】本症例は診断時, 肝臓以外の病変は認めなかったがこの先他臓器の障害を来す可能性があり慎重なフォローが必要である. 急性肝障害の原因検索においては, 従来自己免疫性肝炎と診断されていた症例の中にもIgG4関連自己免疫性肝炎が潜んでいた可能性を考慮し, IgG4も測定することが望ましいと考えられた.

IgG4関連疾患，急性肝障害

92 肺胞出血をきたしたアルコール性肝硬変の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院　消化器・肝臓内科[1]，
東京慈恵会医科大学附属病院　消化器・肝臓内科[2]
宮入直輝[1]，小森徹也[1]，神谷昂汰[1]，中村円香[1]，芳賀将輝[1]，
酒寄千晶[1]，山本玖美[1]，三國隼人[1]，土屋　学[1]，光吉優貴[1]，
木下勇次[1]，三浦由起子[1]，木下晃吉[1]，小池和彦[1]，猿田雅之[2]

【症例】44歳，男性【主訴】血痰，咳嗽，呼吸困難【既往歴】なし【生活歴】飲酒：純アルコール換算 110g/ 日，歯科医【現病歴】X年2月頃より，同僚に黄疸を指摘されていた．3月上旬，息子に大腿部を蹴られ皮下血腫ができ，他院で血腫除去術が行われた．2日前より血痰・咳嗽・呼吸困難を自覚し，呼吸困難が増悪したため，3月下旬当院へ救急搬送となった．来院時，血液検査で，黄疸を伴う肝胆道系酵素上昇，貧血，凝固異常，胸腹部CTで両肺にびまん性すりガラス陰影，肝脾腫を認め，精査加療目的で入院となった．入院後，各種精査でアルコール多飲以外の明らかな原因を認めず，非代償性アルコール性肝硬変が疑われた．酸素需要の増大を認めたため，人工呼吸器管理を行う目的でICU入室となった．挿管下での気管支鏡検査で，気管支内に多量の血性喀痰を認め，気管支洗浄液・喀痰細胞診でClass2より，肺胞出血と診断した．止血剤，ビタミンK，タゾバクタム/ ピペラシリン投与．赤血球濃厚液，新鮮凍結血漿輸血で対応したが，CTで肺陰影が増悪したため，特発性肺胞出血を疑い，ステロイドパルス療法(メチルプレドニゾロン1000mgを 3日間) を施行した．その後，徐々に肺陰影は改善し，ステロイドを漸減した．酸素化良好となったため，抜管・ICU退室となった．肺胞出血の原因として追加精査を行ったが，各種感染症，ANCA関連血管炎，Goodpasture症候群，SLE等の自己免疫疾患は否定され，最終的に，肝硬変の凝固異常に起因する二次性の肺胞出血と診断した．新鮮凍結血漿輸血，分岐鎖アミノ酸輸液，ラクツロース，リファキシミンよる肝不全治療を継続し，改善傾向となったため，退院した．【考察】肝硬変患者では，凝固異常に起因する筋肉内出血などの致命的な深部出血をきたすことがある．一方で，本症例のように肺胞出血をきたすことはまれである．貴重な症例と考え，文献的考察を加えて報告する．

肝硬変，肺胞出血

93 EHLが奏功した胆嚢胆管瘻を伴うMirizzi症候群(CorletteI型，CsendesIII型)の一例

藤沢市民病院　消化器内科[1)]，
横浜市立大学医学部　消化器内科学[2)]
山下恭平[1)]，西村正基[1)]，加藤瑠莉[1)]，永守駿太[1)]，御厨優一郎[1)]，
三枝正路[1)]，尾崎裕理[1)]，山下啓和[1)]，塚本　恵[1)]，吉村勇人[1)]，
近藤新平[1)]，安藤知子[1)]，福地剛英[1)]，岩瀬　滋[1)]，前田　愼[2)]

【症例】80歳男性【主訴】なし【既往歴】総胆管結石、直腸癌術後【現病歴】総胆管結石に対し2年前にERCPで採石を行なった既往あり。その際に胆嚢結石を認めており、予防的な胆嚢摘出術について提案したが希望なく経過観察の方針となっていた。その後膵嚢胞に対し定期的なフォローアップ中であった。202X年2月、膵嚢胞のフォローアップ目的に施行したMRCPで、元々胆嚢頚部に存在した15mm大の胆石が三管合流部付近の総胆管内に移動し、上流の胆管拡張を伴っていたため胆管ドレナージおよび結石除去目的にERCPを施行した。結石除去を行う予定であったが、総胆管内の結石は可動性がなく結石除去は困難であった。結石が胆嚢管に嵌頓している合流部結石と判断し、一時的に胆管ステントを留置し、同年4月下旬に改めて胆道鏡下に電気水圧衝撃波破砕術(EHL)を用いて砕石を行う方針とした。【入院後経過】胆道鏡で下流より胆管内の観察を行っていくと、胆嚢管分岐部に明らかな異常は認めず、胆嚢管は残存していることが確認できた。胆道鏡でさらに上流の胆管の観察を行ったところ、胆嚢管と総胆管に胆管の半周程度の瘻孔が形成され、結石が露出していた。Mirizzi症候群(CorletteI型，CsendesIII型)と診断した。総胆管側からEHLを行い、胆嚢管に嵌頓した結石の除去に成功し、可能な限り採石を行なった。破砕したことにより細かな結石が残存していたため胆管ステントを再び留置し、今後二期的に採石を予定している。【考察】Mirizzi症候群は外科的治療が標準とされ、胆嚢胆管瘻による総胆管への結石露出例や合流部胆石ではEHLも選択肢になるが治療法の選択基準は明らかでない。今回、高齢で手術希望がなく、胆嚢胆管瘻を伴うMirizzi症候群に対してEHLが有用であった1例を経験したので報告する。

Mirizzi症候群，胆道鏡

94 胆嚢内に起源の異なる多発癌を認めた1例

東京医科大学　臨床医学系　消化器内科学分野[1)]，
同　人体病理学分野[2)]，同　消化器・小児外科学分野[3)]，
旭川医科大学　内科学講座　病態代謝・消化器・血液腫瘍制御内科学分野(がんゲノム医学部門)[4)]，
札幌東徳洲会病院　医学研究所 ゲノム診断研究部[5)]
鈴木盛夫[1)]，永井一正[1)]，南　裕人[1)]，祖父尼淳[1)]，土屋貴愛[1)]，
田中麗奈[1)]，殿塚亮祐[1, 5)]，向井俊太郎[1)]，山本健治郎[1)]，松波幸寿[1)]，
小嶋啓之[1)]，平川徳之[1)]，塩谷健斗[1)]，助田　葵[2)]，長尾俊孝[2)]，
永川裕一[3)]，水上裕輔[4)]，小野裕介[5)]，糸井隆夫[1)]

【症例】60歳代女性、20XX−3年、健診の体外式腹部超音波検査(AUS)で胆嚢結石と体部から底部にかけての胆嚢腺筋腫症(ADM)を指摘され、以降造影CT、及びAUSにて定期フォローされていた。20XX年2月に施行したAUSで、新たに胆嚢体部に30mm大の隆起性病変を認め、精査加療目的に入院となった。造影CTでは、胆嚢体部に造影効果を有する腫瘤影を認めた。同腫瘤は、MRIのT1WIで低信号、T2WIで淡い高信号、DWIで高信号、ADCにて拡散低下を呈した。EUSでは、底部にRASの拡張を有する壁肥厚と壁在結石を認め、体部にも壁肥厚と連続する30mm大の桑実状隆起性病変を認めた。隆起部はソナゾイド造影で早期から一様に濃染された。各種画像検査より胆嚢癌を疑い、拡大胆嚢摘出術を施行した。切除標本では、胆嚢体部に桑実状の隆起性病変（病変1）と、胆嚢底部に粗造な粘膜領域（病変2）を認め、前者はADMの表層に粘膜内癌が広がり一部で漿膜下層への浸潤がみられた。漿膜表面および肝への浸潤は認めなかったが、リンパ節に腺癌の転移を認め、最終病理組織診断は、pT2N1M0，fStage IIIb（胆道癌取扱い規約第7版）の診断であった。2病変の関連性と腫瘍の成り立ちを調べる目的で切除検体の遺伝子変異解析を行ったところ、病変1では、ARID1A、BRAFに変異を認めたのに対し、病変2ではSMAD4、CDKN2Aに変異がみられた。（まとめ）本例は、胆嚢壁肥厚をフォロー中に新たな隆起性病変を認め、手術検体の遺伝子変異解析の結果、胆嚢内に起源の異なる2つの腫瘍が発癌していたことが明らかとなった。示唆に富む1例と考え報告する。

胆嚢癌，遺伝子変異解析

95 著明な膵管拡張と門脈浸潤を伴う境界不明瞭な膵神経内分泌腫瘍に対し膵全摘術を施行した一例

東京大学　医学部附属病院　消化器内科
王谷俊雄，福田晃史郎，鈴森知沙季，西尾洋人，遠藤　剛，
石田宏太，福田麟太郎，高岡真哉，大山博生，野口賢作，鈴木辰典，
佐藤達也，石垣和祥，齋藤友隆，濱田　毅，高原楠昊，
藤城光弘

【症例】70歳 男性 【主訴】体重減少、肝障害【臨床経過】20XX年4月近医にて体重減少と肝障害を指摘され、腹部超音波検査で胆管・膵管拡張を認めたため精査目的に当科紹介受診。造影CTでは明らかな腫瘤性病変を指摘しえなかったものの、膵頭部に胆管および膵管狭窄と上流側の拡張を認めた。主膵管は体部で72mmまで拡張し、再び尾部で狭窄し尾側膵管は5mmの拡張を伴っていた。また膵頭部には50×36 mmおよび35×22 mmの単房性嚢胞性病変を認めた。造影MRIでは膵頭部に6 cm大の拡散制限を伴う領域を認め、門脈および上腸間膜静脈内への進展が疑われた。また尾部膵管狭窄部に沿って緩徐な造影効果を伴う拡散制限領域を認めた。EUSにて膵頭部に41×33 mmの境界不明瞭な低エコー腫瘤を認め、FNAによりneuroendocrine tumor G2（CD56(+)，chromogranin A(+)，synaptophysin(+)，Ki−67: 8%)（PNET G2)の診断を得た。なお門脈および上腸間膜静脈内病変は本腫瘤から連続しておりsonazoid造影で早期濃染を認めたことから脈管浸潤と判断された。膵頭部嚢胞性病変は隔壁や充実成分を含まず、貯留嚢胞が疑われた。なお尾部膵管狭窄部に低エコー腫瘤を認め腫瘍性病変を否定できなかったが、内部に走行する膵管を認めたため穿刺対象としなかった。明らかな遠隔転移は認めなかったことから、肝胆膵外科にて7月初旬に膵全摘術を施行した。【考察】著明な膵管拡張と門脈浸潤を伴う浸潤傾向の強い非典型的な造影効果を有するPNET G2症例を経験した。境界不明瞭かつ浸潤傾向が強い点、膵尾部主膵管の乏血性組織が取り巻く所見はPNETとしては極めて稀な所見と考えられたため、切除可能PNETに関する若干の文献的考察を踏まえご報告させていただく。

膵神経内分泌腫瘍，膵癌

96 術前胆道ドレナージに難渋した，主膵管型IPMNの1例

横浜市立大学附属市民総合医療センター　消化器病センター[1)]，
横浜市立大学　消化器内科学教室[2)]
宮城大地[1)]，大石梨津子[1)]，三輪治生[1)]，遠藤和樹[1)]，鈴木悠一[1)]，
舩岡昭宏[1)]，沼田和司[1)]，森本　学[1)]，前田　愼[2)]

【症例】69歳 男性．【主訴】発熱，腹痛．【既往歴】上行大動脈瘤（大動脈弁・上行大動脈置換術）【現病歴】202X年より膵頭部主膵管拡張を指摘され他院で経過観察されていた．202X＋1年10月MRCPで主膵管内の壁在結節を指摘され，主膵管型IPMNと診断された．202X＋2年2月精査加療目的に当院を紹介受診した．EUSでは，膵頭部主膵管に充満する乳頭状腫瘤を認め，膵体尾部にも壁在結節を複数認めた．膵管造影では膵頭部に粘液の充満を認め，病変範囲の評価が困難であった．膵管鏡検査では，膵体尾部には明らかな結節を認めず，膵頭部には膵管内に充満する乳頭状腫瘍を認め，生検にて膵管内乳頭粘液性腺腫（IPMA）と診断された．膵頭部に限局する主膵管型IPMAとして膵頭十二指腸切除術を予定していたが，同年4月に閉塞性黄疸(T. Bil 10. 7g/ dL)を認めたためERCP施行．胆汁中には粘液の混入を認めず，造影で遠位胆管狭窄を認めたため，8. 5Frストレート型プラスチックステントを留置して終了とした．しかしながら第3病日にステント逸脱を認め，再度ERCPを施行．胆汁吸引で多量の粘液を認め，IPMNに伴う膵管胆管瘻と診断した．7Frダブルピッグテールを留置したが，第5病日に再度ステントが逸脱したため，右肝内胆管にENBDを留置した．その後も黄疸が遷延したため，第11病日に左肝内胆管にENBDを追加留置し，連日洗浄を行った所，徐々に黄疸の改善を認めた．第28病日に関連施設に転院となり，第36病日に膵頭十二指腸切除術が施行された．【考察】主膵管型IPMNよる膵管胆管瘻に対して，術前胆道ドレナージに難渋した症例を経験したため，文献的考察を含めて報告する．

膵管内乳頭粘液性腺腫（IPMA），胆道ドレナージ

97 術後14年目に膵転移を認めた甲状腺乳頭癌の1例

虎の門病院　消化器内科[1)]，同　病理診断科[2)]，
伊藤病院　外科[3)]
今井那奈美[1)]，平野多紀[1)]，服部大輔[1)]，前原耕介[1)]，佐藤悦基[1)]，
田村哲男[1)]，小山里香子[1)]，今村綱男[1)]，木脇圭一[2)]，鈴木章文[3)]

【症例】患者は70歳代女性．X−14年に甲状腺乳頭癌に対して甲状腺全摘出，左頚部リンパ節郭清を施行．X−13年に肺転移を指摘され，分子標的薬による薬物療法中であった．レジメンの検討のため，X−1年に肺転移巣の気管支鏡生検を遺伝子パネル検査に提出したところ，偶発的にMEN1遺伝子変異を指摘され，膵神経内分泌腫瘍(PNEN) の検索目的に当院紹介となった．体外式超音波検査では膵鉤部に境界明瞭な10mm大の低エコー腫瘤を認めた．造影CTでは膵に明らかな異常は指摘されなかった．超音波内視鏡(EUS）では，膵鉤部に8mm大の境界明瞭な低エコー腫瘤が描出され，腫瘤内部に血流シグナルを認め，PNENを鑑別上位に外科的切除も見据え，EUS−FNAを施行した．HE染色では乳頭状構造を示す異型上皮細胞，すりガラス状の形態を示す核が認められ，免疫組織学的染色ではTTF1(+)，PAX8(+)を示し，甲状腺乳頭癌膵転移と診断した．現在も甲状腺乳頭癌に対する全身化学療法を継続しており，増悪なく経過している．【考察】甲状腺乳頭癌の遠隔転移は肺への単独転移，骨転移がその多くを占める．他臓器への転移は稀であり，さらに膵への転移は0−1％程度と限られる．また，その場合の治療としては全身化学療法が選択されることが多い．本症例では，甲状腺癌初発から14年目に偶発的に10mm未満の微小膵腫瘤を指摘され，画像診断に苦慮したもののEUS−FNAにより正確な診断を導くことができた．適切な治療選択が得られ，外科的切除を回避できたことは特筆すべき点であると考える．【結語】今回我々は，甲状腺乳頭癌術後14年目に出現した微小膵転移をEUS−FNAで診断しえた極めて稀な一例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．

転移性膵腫瘍，EUS−FNA

98 造影剤アレルギーを有する食道静脈瘤症例に対する食道静脈瘤硬化療法：1例報告

獨協医科大学病院　内科学(消化器)講座
大塚星渡, 稲葉康記, 嘉島　賢, 久野木康仁, 佐久間文, 福士　耕，
牧　　匠，山宮　知，入澤篤志

【背景】食道静脈瘤に対する予防治療として，Ethanolamineoleate(EO)を血管内に注入して供血路まで塞栓を行うEIS(EO法)は有用である．EOに造影剤を混合することでEOの注入範囲を確認しながら安全に施行できるが，造影剤のアレルギーがある場合にはEVLが選択されることが多い．今回，当科でEISを行った症例における食道静脈瘤形態（F因子）と使用EO量の後方視的検討を基に，造影剤アレルギーを有する患者に対して造影剤非混合下EIS(EO法)が安全かつ効果的に施行できた食道静脈瘤の1例を経験した．【静脈瘤形態別の至適EO量の検討】2022年から2024年までに，当院で初回にＥＩＳを施行した食道静脈瘤症例のうち，食道壁外シャントがなく，供血路までEOの投与が確認できた30例について静脈瘤形態別にEO投与量を検討した．EO投与量は，F1（n=4）で3ml(±2.4)，F2(n=21)で7ml(±3.9)，F3（n=5）で7.25ml(±3.9)であった．【症例】60歳台，男性．背景肝はC型肝炎．LmF2CbRC−の食道静脈瘤があり，EUSでは食道壁外シャントに関わる貫通静脈は認めなかった．造影剤アレルギーがあり，造影剤非混合EOを用いた血管内注入法を2セッション施行した．先述の検討を基に，7mlと3.5mlのEOを注入し，偶発症はなく効果的な治療を遂行できた．【結語】食道静脈瘤に対する造影剤非混合下でのEO注入は，供血路への適切なEO流入や，食道壁外シャントへの流出を確認できない状態での治療になるため，安全かつ効果的な治療遂行が困難である．しかし，造影剤アレルギーの症例に対しても，術前にEUSを施行し，壁外シャントになりうる太い貫通静脈を認めない症例においては，食道静脈瘤形態に応じて注入するEO量を考慮しながらEISを施行することで，安全かつ効果的な治療につながると考えられた．

食道静脈瘤，造影剤アレルギー

99 脾臓に対するEUSーTAで出血をきたした一例

昭和大学藤が丘病院　内科学講座　消化器内科部門[1)]，
小田原市立病院　消化器内科[2)]
富井賢司[1)]，高野祐一[1)]，玉井直希[1)]，野田　淳[1)]，山脇将貴[1)]，
浅見哲史[1)]，新谷文崇[1)]，丸岡直隆[2)]，西元史哉[1)]，長濱正亞[1)]

症例は60代女性、特記すべき既往はない。健康診断で受けたCT検査にて左腋窩・左鎖骨上窩・腹部大動脈周囲リンパ節腫大を指摘された。脾腫はみられなかった。悪性リンパ腫を疑われ当院の血液内科に紹介となった。CTガイド下のリンパ節生検が考慮されたが、リンパ節が小さく困難と判断され、超音波内視鏡下組織採取(EUS−TA)目的に消化器内科に依頼があった。EUSでは腹腔内リンパ節は介在血管のため穿刺不可能であった。脾臓にび漫性に小さな低エコーがみられ、悪性リンパ腫の脾浸潤の可能性も考慮された。ご本人・ご家族に対して十分なInformed consentを行い、脾臓に対して22GのFNB針(SonoTipTopGainTM)を用いてEUS−TAを2回施行した。2回目の穿刺直後に脾臓周囲にエコーフリースペースが観察され出血が疑われた。EUSのプローベ先端で圧迫止血を行いエコーフリースペースの増大がないことを確認しスコープを抜去した。直後の造影CTでは脾臓周囲に液体貯留がみられたが、造影剤の血管外漏出は認めなかった。保存的に経過をみたが翌日の血液検査でヘモグロビン低下なく、4日後のCTでは出血はほぼ完全に吸収されていた。病理組織学的に核型が不整な大型リンパ球がみられ、免疫組織化学ではCD20・CD79a陽性B細胞がみられ濾胞性リンパ腫(グレード1−2)と診断され血液内科にて治療予定となった。脾臓に対するEUS−TA後に腹腔内出血を生じた一例を経験した。若干の文献的考察を含めて報告する。

EUS−TA，脾臓

100 超音波内視鏡下吸引針生検により診断に至った結核性腹膜炎・リンパ節炎の1例

武蔵野赤十字病院　消化器内科[1)]，同　外科・消化器外科[2)]
佐藤壱哉[1)]，高浦健太[1)]，玉城信治[1)]，安井　豊[1)]，土谷　薫[1)]，
中西裕之[1)]，山口和哉[2)]，井ノ口幹人[2)]，泉　並木[1)]，黒崎雅之[1)]

【症例】50代男性【既往歴】特記事項なし【現病歴】健康診断で施行した腹部超音波検査で膵嚢胞を疑う病変を指摘され、X年9月に当院消化器内科に紹介受診された。【経過】精査目的に施行した腹部造影CT検査では、肝門部・膵頭部および体尾部・胃小弯側にかけて一部不均一な造影効果を伴う腫瘍性病変として描出された。X年10月、膵体尾部の病変より超音波内視鏡下吸引針生検を計2回施行したが、いずれも組織診断は類上皮性肉下種を一部で認めるものの、多くは壊死組織であった。免疫染色の結果から、悪性リンパ腫の可能性が否定できず、サンプリングエラーの可能性も考慮し、X年11月腹腔鏡下腫瘍生検を施行した。術中迅速および最終病理診断からは悪性腫瘍は否定的である一方で、多核巨細胞を伴う類上皮性肉下種を認めた。いずれの検査においても、組織染色および術中に留置したドレーンからの排液を用いた抗酸菌培養では結核菌は検出されなかったが、同月に施行したインターフェロンγ遊離試験(T SPOT)が陽性であり、結核性腹膜炎・リンパ節炎が疑われた。X年12月、再度超音波内視鏡下吸引針生検施行し、同検体を用いた塗抹および培養検査では結核菌は検出されなかったが、結核菌群PCR検査でMycobacterium tuberculosisが陽性であり、診断に至った。【結語】診断に難渋したものの、超音波内視鏡下吸引針生検により診断に至った結核性腹膜炎・リンパ節炎の症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

超音波内視鏡下吸引針生検，結核性腹膜炎

101 急速増大する脾腫瘍を摘出したところSANTであった1例

東京大学　医学部　附属病院　肝胆膵外科・人工臓器移植外科
中山　超，及川　亮，三原裕一郎，黒坂翔太郎，風見由祐，
桐谷　翔, 西岡裕次郎, 市田晃彦, 河口義邦, 高本健史, 赤松延久，
長谷川潔

【緒言】脾臓腫瘤形成性病変であるsclerosing angiomatoid nodular transformation(SANT) は、2004年に初めて報告され、未だ本邦報告例が少ない稀な疾患である。今回我々は、急速増大を示して悪性腫瘍との鑑別を要し、外科的切除を行ったSANTの症例を報告する。【症例】52歳女性。X−1年4月に健診のエコーで脾腫瘤を指摘され、MRIでの精査にて明らかな悪性所見はなくSANTや炎症性偽腫瘍の疑いで経過観察を行う方針となった。同年11月のフォローMRIにて腫瘍径が28mmから40mmへの増大傾向を認めたため、X年3月に当院消化器内科紹介受診。4月のEUSでは腫瘍径48mmと更に増大していることが確認された。その後の造影CTでも良性病変を疑う所見ではあるものの、本人の希望もあり手術加療を行う方針となった。X年6月に腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。手術時間2時間24分、出血量20ml、輸血はしなかった。術後病理診断はSANTであった。術翌日に左横隔膜下ドレーンを抜去し、その後も経過良好にて術後6病日に退院となった。【結語】急速増大傾向により悪性腫瘍の否定ができず、腹腔鏡下脾臓摘出術を施行したSANTの1例を経験したので報告する。

SANT，脾腫瘍

102 繰り返す膵炎の長期経過の中で主膵管型IPMNの形態変化を追えた一例

東京医科大学病院　消化器内科
中野優太郎，小嶋啓之，土屋貴愛，田中麗奈，殿塚亮祐，
向井俊太郎，山本健治郎，永井一正，松波幸寿，南　裕人，
平川徳之，塩谷健斗，糸井隆夫

症例は 40歳代女性。20XX年8月に心窩部痛を主訴に前医を受診し急性膵炎と診断され治療目的に当科へ紹介となった。MRCPでは，膵頭部主膵管の狭窄と尾側の主膵管および分枝膵管の拡張をわずかに認め，EUSでは粗造な膵実質や膵頭部膵管狭窄などの慢性膵炎所見を呈し，明らかな腫瘤は認めなかった。膵頭部の主膵管狭窄評価のためERCPを行なったところ，造影にてSantorini管との合流部から膵体部にかけて狭窄があった。膵液細胞診を行うもClass2であり，特発性慢性膵炎と診断し内視鏡的に膵管ステントを留置し，以降は定期的な交換を行なっていた。しかし，ステント留置を行なっていても膵炎を発症するため，20XX+2年には一度ステントフリーとした。20XX＋5年8月のMRCPでは主膵管拡張の著明な増悪を認め，同年12月に再び膵炎を発症したため，膵管ステントを再留置した。20XX+6年4月に更なる膵管拡張を認めたため，同年7月にERCPおよび経口膵管鏡 (POPS : peroral pancreatoscopy) を行った。膵管造影では頭部から体部の主膵管の拡張と、頭部主膵管壁に突出する5mm大の透亮像があり，POPSではその透亮像と一致する部位に乳頭状結節を認め，同部位より狙撃生検を行った。それより尾側膵管への乳頭状結節の進展は認めなかった。生検結果は，均一な小型卵円形腫大核と淡明な細胞質内粘液を有する杯細胞様の円柱状腫瘍細胞が細い血管間質を有する乳頭状構築を呈して増殖し，主膵管型膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN) の診断となり，ロボット支援腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術を施行した。手術検体の病理学的所見は，肉眼的には主膵管の拡張からなる嚢胞状病変が認められ，内腔の一部には充実性成分の増生を伴っていた。組織学的には，拡張した主膵管内の充実性成分は，小型の卵円形核や細胞質内粘液を有する円柱状の腫瘍細胞が丈の高い乳頭状構築を呈して増殖していた。高異型度の非浸潤性IPMN の診断であり，切除断端は陰性であった。繰り返す膵炎の経過の中で主膵管型IPMNの形態変化を追えた貴重な一例を経験したため報告する。

主膵管型IPMN，経口膵管鏡

103 膵全体に多発する嚢胞性病変を背景に発生した膵癌の一例

獨協医科大学　医学部　消化器内科[1)]，
福島県立医科大学会津医療センター　消化器内科[2)]
牧　　匠[1)]，入澤篤志[1)]，山宮　知[1)]，嘉島　賢[1)]，久野木康仁[1)]，
佐久間文[1)]，福士　耕[1)]，稲葉康記[1)]，澁川悟朗[2)]

【症例】60歳台、女性．焼酎水割り2杯/ 日の飲酒と3本/ 日の喫煙あり．糖尿病の既往あり．膵癌の家族歴あり．半年間で体重が1. 4kg減少し前医で受診．腹部単純CTで膵頭部腫大を指摘され，血液検査でCEA，CA19−9の上昇あり当科紹介受診．腹部造影CTで上腸間膜静脈に近接する膵頭部腫瘍、膵全体に多発する大小様々な嚢胞性病変を認めた．MRCPでは膵に多発する嚢胞構造を認めた．EUSでは多発嚢胞の他，膵頭部に25mm大の低エコー性腫瘍があり，EUS−FNAで腺癌と診断した．術前化学療法(GEM＋nabPTX) を2コース施行後，SSPPD，門脈合併切除した．切除検体は，Ph, TS1, 15mm，結節型，浸潤性膵管癌，pT1c, sci, INFb, ly1, v1, ne1, mpd0, pCH0, pDU0, pS0, pRP1, pPV0, pA0, pPL0, pOO0, pPCM0, pBCM0, pDPM0, pN0であった．同一検体内では大小様々な嚢胞状拡張を示す多発性病変が見られ，嚢胞の主体は軽度の異型を示す高円柱上皮が平坦状，低乳頭状に出現するlow grade PanINであった．一方で繊維血管性間質を伴い乳頭状に増殖する像も見られ，IPMNの混在も見られた．このような画像を呈した報告はほとんどなく，本症例の多発嚢胞と膵管癌の関連は不明であり，若干の文献的考察を加えて報告する．

膵癌，膵嚢胞

104 当院における切除不能神経内分泌腫瘍に対するPRRT再治療の治療成績

国立がん研究センター中央病院　肝胆膵内科[1)]，
同　消化器内科[2)]，同　放射線診断科[3)]
小森康寛[1)]，肱岡　範[1)]，桑田　潤[1)]，福田壮馬[1)]，八木　伸[1)]，
岡本浩平[1)]，山重大樹[1)]，東江大樹[1)]，森實千種[1)]，庄司広和[2)]，
伊藤公輝[3)]，奥坂拓志[1)]

【背景】177Lu−DOTATATEを用いたpeptide receptor radionuclide therapy(PRRT) は、2021年にソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍に対する放射線内用療法として本邦で保険適用となった。4回のPRRT(以下I-PRRT) 後、腫瘍進行を認めた患者に対して再度PRRTを行う、PRRT再治療(以下R−PRRT) の安全性と有用性についての報告が海外を中心に複数報告されているが、本邦でのR−PRRTの報告は未だない。今回当院のR−PRRT症例での有効性・安全性について検討した。【方法】2021年12月から2024年5月に当院でI-PRRTを施行した153例中、R−PRRTを施行した13例を対象とし、患者背景、最良総合効果、有害事象について後方視的に検討した。【結果】年齢中央値(範囲) は58(36−68) 歳、男性/ 女性が8/ 5、ECOG−PSは0/ 1/ 2が9/ 3/ 1、原発臓器は膵/ 直腸が11/ 2、Ki−67中央値(範囲) は11(2−50) %、G1/ G2/ G3が1/ 10/ 2であった。I-PRRTの治療ラインは2次/ 3次/ 4次/ 5次6次が1/ 3/ 4/ 3/ 1、R−PRRTの治療ラインは5次/ 6次/ 7次が5/ 2/ 5で、1例は治療経過が不詳であった。診断時切除不能/ 再発は4/ 9であり、機能性NETはインスリノーマが1例みられた。I-PRRTの最良総合効果はPR/ SDが10(77%) / 3(23%) であり、I−PRRTのPFS中央値(範囲) は17. 3(10. 3−47. 4) ヶ月、I−PRRT最終投与からR−PRRT開始までの期間の中央値(範囲) は16. 1(7. 36−95. 8) ヶ月であった。R−PRRTの治療回数は最大4回とし、4回/ 継続治療中/ 中止が4(31%) / 6(46%) / 3(23%) であった。中止した3例の治療回数は1例が2回、2例が1回で、中止理由は2例がPDで1例が別治療へ移行した。R−PRRTでの最良総合効果はPR/ SD/ PDが4(31%) / 6(46%) / 3(23%) で、ORRは31%であった。有害事象はG3の血液毒性が1例(8%) あり、その他腎毒性を含めG3以上の有害事象はなかった。観察期間中央値(範囲) は136(38−508) 日で、mPFS、mOSは共に未到達であった。【考察】168例のR−PRRT症例について後方視的に検討した既報では、R−PRRTでのGrade3以上の有害事象発生率は7. 2%であり、ORRは15. 5%と報告されている。今回の検討では安全性は既報と同等であり、既報より高い有効性を認めた。

神経内分泌腫瘍，PRRT

105 ERCP後膵炎の予防目的に留置した膵管ステントが十二指腸に穿通した一例

獨協医科大学医学部　内科学（消化器）講座[1)]，
同　外科学（肝・胆・膵）講座[2)]
佐久間文[1)]，坂本智哉[1)]，稲葉康記[1)]，嘉島　賢[1)]，久野木康仁[1)]，
福士　耕[1)]，山宮　知[1)]，松本尊嗣[2)]，白木孝之[2)]，青木　琢[2)]，
入澤篤志[1)]

【はじめに】予防的膵管ステントは胆管挿管困難症例に対するERCP後膵炎の予防に有効とされている．今回我々はERCP後膵炎の予防目的に留置した膵管ステントが十二指腸に穿通した一例を経験したため報告する．【症例】70歳台，男性．約2週間前より心窩部の違和感と食欲低下を自覚していたため当院当科を受診した．血液検査所見で肝胆道系酵素の上昇が認められ精査加療の目的に入院となった．腹部造影CTでは総胆管及び肝内胆管の拡張を認めた．右腎に長径13cmの巨大な腎嚢胞を認め十二指腸，膵頭部及び遠位胆管が圧排されており，腎嚢胞の圧排による閉塞性黄疸と診断した．第4病日にERCPが施行された．最初に膵管が選択されたため膵管ガイドワイヤー法で胆管選択を試みたが困難であり，膵管からの乳頭プレカットを行なった上で胆管挿管した．遠位胆管に狭窄を認めたため胆管ステントとストレート型の非脱落型膵管ステント（5Fr, 5cm）を留置した．第5病日に腹痛を認め，第6病日に増悪したため造影CTを撮影したところ膵管ステントが乳頭対側の十二指腸壁に穿通しており，その周囲にfree airが認められた．膵管ステントによる十二指腸穿孔と診断し外科に相談の上，内視鏡下で膵管ステントを抜去し，穿通部位をクリップで縫縮した．保存的に加療し第14病日のCTではfree airの減少が認められたため食事を再開し，第20病日に退院となった．【結語】単純性腎嚢胞の圧排による閉塞性黄疸は極めて稀であると考える．本症例のように十二指腸なの内腔が狭くなっていたり可動性が制限されている症例では，消化管側の先端がPigtail型のステントを選択する等症例に応じたステント選択が偶発症の予防のために必要である．

膵管ステント，腎嚢胞

106 切除不能進行膵癌による膵管内圧上昇に伴う疼痛に対し超音波内視鏡下膵管ドレナージが奏功した一例

聖路加国際病院　消化器内科[1)]，
東京歯科大学市川総合病院　消化器内科[2)]
村島侑子[1)]，鈴木雄一朗[1)]，中村健二[1, 2)]，生坂　光[1)]，横須賀亮介[1)]，
金　允泰[1)]，山崎友裕[1)]，奥山秀平[1)]，高木浩一[1)]，福田勝之[1)]

症例は60代女性。X年1月に上腹部痛、黄疸を主訴に近医を受診し膵頭部癌cStage4 UR-Mと診断されX年2月に当院紹介となった。ERCPにて胆管に金属ステントを留置しX年2月26日よりゲムシタビン+ナブパクリタキセル療法を開始した。X年3月下旬ごろから食後に増悪する上腹部痛が出現し、徐々に増悪しオキシコドンを導入するも改善が乏しく、食事摂取も困難となった。血清膵アミラーゼは1026 U/Lと高値で、造影CTにて主膵管拡張の増悪を認め、膵管閉塞に伴う膵管内圧上昇が腹痛の主たる病態と判断した。十二指腸浸潤による狭窄により、経乳頭的なドレナージは困難と考えられため、多職種カンファレンスで検討の上、超音波内視鏡ガイド下膵管ドレナージ（以下EUS-PDD）を緩和治療として行う方針とした。X年4月25日にEUS（TJF-UC260）を用い、胃内から拡張した尾部主膵管を同定した。19G穿刺針で膵管を穿刺し、造影後にダイレーターで穿刺部を拡張後、プラスチックステントを留置し終了した。処置後偶発症は認めず、術後1日目には血清膵アミラーゼは660 U/Lに低下し、腹痛も改善し食事を再開した。術後5日目に自宅退院となり、X年5月7日のCTでは主膵管拡張は改善し、血清アミラーゼも正常範囲となり、オピオイドは中止した。膵管内圧上昇に伴う疼痛に対する治療は内視鏡的経乳頭的膵管ドレナージが第一選択となり、腫瘍浸潤や慢性膵炎による炎症波及による十二指腸狭窄、術後再健腸管、腫瘍や膵石による狭窄が強固である場合など、経乳頭的なアプローチが困難な場合には超音波内視鏡下膵管ドレナージが考慮されるが、確立された適応はない。悪性腫瘍による膵管閉塞に伴った膵管内圧上昇による腹部症状は稀であるが、EUS-PDDによりオピオイドから離脱した症例を経験した。癌性疼痛との鑑別など適応に慎重な判断を要するものの、本症のような悪性腫瘍による膵管内圧上昇に伴う疼痛に対し、EUS-PDDはオピオイドの回避を可能にし、有用な治療選択と思われた。緩和内視鏡としてのEUS-PDDが奏功した症例を経験し、文献的考察を加え報告する。

EUS-PDD，膵癌

謝　辞

日本消化器病学会関東支部第381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381回例会
当番会長　糸井　隆夫

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
株式会社アビス
SBカワスミ株式会社
ガデリウス・メディカル株式会社
株式会社カネカメディックス
杏林製薬株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社
クックメディカルジャパン合同会社
株式会社J-MIT
株式会社JIMRO
株式会社スリー・ディー・マトリックス
ゼリア新薬工業株式会社
センチュリーメディカル株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
田辺三菱製薬株式会社
中外製薬株式会社
東亜新薬株式会社
日本ライフライン株式会社
株式会社 パイオラックスメディカルデバイス
富士フイルムメディカル株式会社
株式会社メディコスヒラタ
メリットメディカル・ジャパン株式会社
持田製薬株式会社
株式会社八神製作所
ヤンセンファーマ株式会社

（敬称略50音順・2024年７月17日現在）