

日本消化器病学会 関東支部第382回例会

プログラム・抄録集



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）

令和6年12月14日（土）

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第382回例会 プログラム・抄録集

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）
〒276-8524 千葉県八千代市大和田新田477-96
TEL 047-450-6000

会 期：令和6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 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、PowerPoint2021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HDMIです。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 4) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専攻医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
8. 専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 14：20～14：35）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金払いのみ）
10. 当日参加登録受付、PC受付は7：30より開始いたします。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
12. 評議員会は12月14日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：12月14日（土）第2会場12：00～12：30
 - 2) 評議員会への参加については第382回例会の参加登録が必要です。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

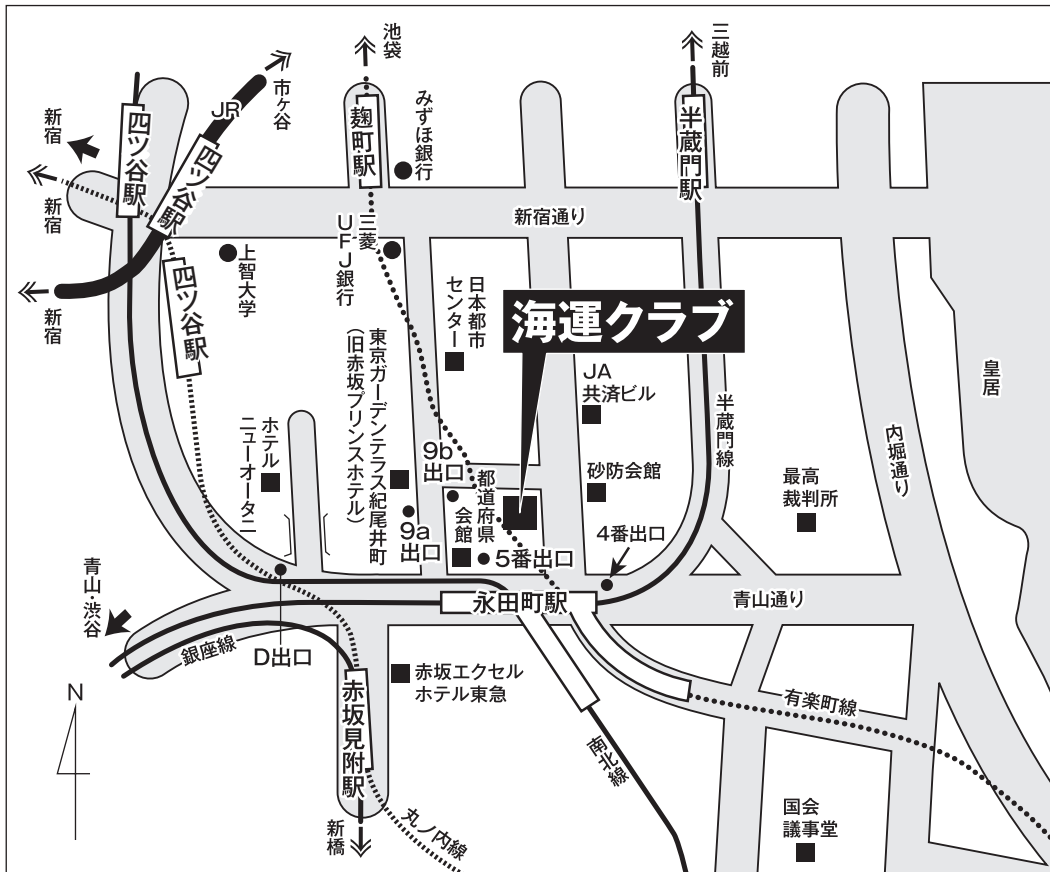
【問い合わせ】

日本消化器病学会関東支部第382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：jsge382kanto@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382回例会

令和6年12月14日（土）

7:58～8:00			開 会 の 辞		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（食道）1～4	8:00～8:24	村上 大輔	(14) 専攻医Ⅶ（大腸1）57～60	8:00～8:24	嶋 由紀子
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸）5～8	8:24～8:48	斎藤 雅彦	(15) 専攻医Ⅷ（大腸2）61～65	8:24～8:54	小島原駿介
(3) 専攻医Ⅲ（小腸）9～13	8:48～9:18	横山 雄也	(16) 専攻医Ⅸ（肝臓）66～70	8:54～9:24	渡邊 俊司
(4) 専攻医Ⅳ（膵臓・その他1）14～17	9:18～9:42	石井 優	(17) 専攻医Ⅹ（胆・膵・その他）71～74	9:24～9:48	篠田 昌宏
(5) 専攻医Ⅴ（膵臓・その他2）18～21	9:42～10:06	岡本 武士	(18) 専攻医Ⅺ（肝・胆・その他）75～78	9:48～10:12	得平 卓也
(6) 専攻医Ⅵ（膵臓・その他3）22～25	10:06～10:30	長谷川 翔	10:12～10:17 休憩		
10:30～10:35 休憩			(19) 研修医Ⅳ（消化管2）79～82	10:17～10:41	金野 直言
(7) 研修医Ⅰ（消化管1）26～30	10:35～11:05	上田 孝	(20) 研修医Ⅴ（胆・膵・その他1）83～86	10:41～11:05	土屋 慎
(8) 研修医Ⅱ（十二指腸・その他）31～35	11:05～11:35	東郷 聖子	(21) 研修医Ⅵ（胆・膵・その他2）87～90	11:05～11:29	片山 正
(9) 研修医Ⅲ（肝・胆・その他）36～39	11:35～11:59	大部 誠道			
			12:00～12:30 評議員会（第2会場）		
12:20～13:10 ランチョンセミナー1（第1会場）			12:40～13:20 ランチョンセミナー2（第2会場）		
「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」			「これからのHER2陽性胃癌の治療戦略」		
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科 講師 小笠原定久 先生 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 先生 共催：アストラゼネカ株式会社			国立がん研究センター東病院 消化管内科 中山 巖馬 先生 司会 聖隷佐倉市民病院 外科 部長 小池 直人 先生 共催：第一三共株式会社		
13:25～14:20 特別講演（第1会場）					
「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—」					
東京女子医科大学 消化器内科 教授 中井 陽介 先生 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					
14:20～14:35 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
(10) 消化管1 40～44	14:35～15:05	金子 達哉	14:35～16:05 「キャリア支援の会」 特別企画 臨床セミナー		
(11) 消化管2 45～48	15:05～15:29	山口 和也	腹部エコー・内視鏡診断と治療・HBV再活性化診療 司会：東京女子医科大学病院 消化器内科 講師 小木曾智美 先生		
(12) 肝臓・膵臓 49～52	15:29～15:53	田村 玲	「消化器疾患における腹部エコーの最新知見」 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 先生		
(13) 膵臓・その他 53～56	15:53～16:17	大内 麻愉	「消化器内視鏡診断と治療 ～20年間の遷移～」 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 講師 藤本 愛 先生		
			「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～」 国立国際医療研究センター 研究所 免疫病態研究部 テニョアトラック部長 由雄 祥代 先生 共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社		
16:17～ 閉会の辞（第1会場）					

専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式にご参加ください。
（第1会場 14:20～）

18:15～ 海運クラブ 評議員懇親会 日本消化器病学会関東支部第382回例会/第119回日本消化器内視鏡学会関東支部例会 合同

特別講演

第1会場 13:25~14:20

「脾のう胞性腫瘍、どう診る？ —日常臨床のCQを研究へつなげる—」

東京女子医科大学 消化器内科 教授 **中井 陽介** 先生

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**

……演者の先生ご紹介……

な かい ようすけ
中井 陽介 先生

【経歴】

1998年 東京大学医学部卒業
1998年 東京大学医学部附属病院 研修医
1999年 国保旭中央病院 研修医
2001年 東京大学医学部附属病院 消化器内科 医員
2004年 JR東京総合病院 消化器内科 医員
2005年 東京大学医学部附属病院 消化器内科 医員
2008年 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科
助教
2009年 東京大学医学部附属病院 消化器内科 助教
2010年 University of California, Irvine 消化器内科
留学
2012年 東京大学医学部附属病院 消化器内科 助教
2017年 東京大学医学部附属病院 消化器内科 特任講師
2019年 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部
准教授
2024年 東京女子医科大学 消化器内科
教授・基幹分野長

【所属学会】

日本内科学会
日本消化器病学会
日本消化器内視鏡学会
日本肝臓学会
日本胆道学会
日本脾臓学会
日本臨床腫瘍学会
日本高齢消化器病学会
American Society for Gastrointestinal Endoscopy
American Society of Clinical Oncology

ランチョンセミナー 1

第1会場 12:20～13:10

「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」

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科 講師 **小笠原 定久** 先生

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** 先生

共催：アストラゼネカ株式会社

………演者の先生ご紹介………

おがさわら さだひさ
小笠原 定久 先生

【学歴】

2004年 3月 千葉大学医学部卒業
2012年 3月 千葉大学大学院医学研究科博士課程 修了

【職歴】

2004年 4月 千葉大学医学部附属病院 初期研修医
2005年 4月 国保君津中央病院 初期研修医
2006年 4月 千葉大学医学部附属病院 消化器内科
2006年10月 千葉県循環器病センター 内科
2007年10月 国保君津中央病院 消化器科
2009年 4月 千葉大学医学部附属病院 消化器内科
2013年11月 千葉大学大学院医学研究院 先端化学療法学
特任助教
2016年 4月 千葉大学医学部附属病院 臨床試験部 特任助教
2018年 4月 千葉大学医学部附属病院 臨床試験部 特任講師
2018年 9月 千葉大学医学部附属病院 臨床研究開発推進セ
ンター 特任講師
2022年 4月 千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 講師

【学会活動】

日本内科学会総合内科専門医・指導医、日本消化器病学会専
門医・指導医、日本肝臓学会専門医・指導医・評議員、日本
がん治療認定機構がん治療認定医、日本肝臓研究会評議員

ランチオンセミナー 2

第2会場 12:40～13:20

「これからのHER2陽性胃癌の治療戦略」

国立がん研究センター東病院 消化管内科 **中山 巖馬** 先生

司会 聖隷佐倉市民病院 外科 部長 **小池 直人** 先生

共催：第一三共株式会社

………演者の先生ご紹介………

なかやま いづま
中山 巖馬 先生

【経歴】

2008年3月 岡山大学医学部卒業

2008年4月～2010年3月 三井記念病院 初期臨床研修

2010年4月～2013年3月 NTT東日本関東病院 後期臨床研修

2013年4月～2018年9月 がん研究会 有明病院 消化器内科 医員

2018年4月～2023年9月 がん研究会 有明病院 消化器化学療法科 副医長

2019年3月 東北大学大学院医学系研究科 博士課程修了

2023年10月～現在 国立がん研究センター東病院 消化管内科 医員

「キャリア支援の会」特別企画
臨床セミナー

第2会場 14:35～16:05

「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」

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** 先生

「消化器内視鏡診断と治療 ～20年間の遷移～」

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 講師 **藤本 愛** 先生

「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～」

国立国際医療研究センター 研究所 免疫病態研究部 テニユアトラック部長
由雄 祥代 先生

司会 東京女子医科大学病院 消化器内科 講師 **小木曾 智美** 先生

共催：ギリアド・サイエンス株式会社

……演者の先生ご紹介……

けっそく たかおみ
結束 貴臣 先生

2008/3月 東邦大学医学部卒業
2011/4月 横浜市立大学医学部大学院肝胆膵消化器病学教室
博士課程入学
2015/3月 横浜市立大学医学部大学院肝胆膵消化器病学教室
博士課程修了
2008-2010 平塚市民病院初期研修医
2010-2012 平塚市民病院後期研修医
2013-2015 横浜市立大学医学部肝胆膵消化器病学教室非常勤
診療医

2016-2020 横浜市立大学附属病院緩和医療部助教
2021-2022 横浜市立大学附属病院緩和医療科診療講師
2022/4/1-2022/7/31 横浜市立大学附属病院緩和医療科講師
2022/8/1-2022/3/31 国際医療福祉大学成田病院緩和医療科
部長/病院准教授
2023/4/1-現在 国際医療福祉大学成田病院緩和医療科部長
国際医療福祉大学医学部・大学院消化器内科学
准教授

ふじもと あい
藤本 愛 先生

2001年3月 東邦大学医学部医学科卒業
2001年3月 第95回医師国家試験合格
2001年5月 東邦大学医学部付属大森病院第一内科入局
2003年4月 東邦大学医学部付属大森病院消化器内科
2004年4月 東邦大学大学院医学研究科入学
2005年12月 University of California, Irvine留学
2007年3月 東邦大学大学院医学研究科修了
2007年6月 東邦大学医療センター大森病院消化器内科レジ
デント
2009年4月 国家公務員共済組合連合会虎の門病院消化器科
医員

2011年 4月 東邦大学医療センター大森病院消化器内科シ
ニアレジデント
2013年 4月 慶應義塾大学腫瘍センター低侵襲療法研究開
発部門助教
2018年 4月 独立行政法人国立病院機構東京医療センター
消化器科医員
2020年 10月 東邦大学医療センター大森病院消化器内科助教
2022年 3月 東邦大学医療センター大森病院消化器内科講師

よしお さちよ
由雄 祥代 先生

2003年 大阪大学医学部医学科卒業
2003年 大阪大学医学部附属病院内科研修医
2004年 大阪厚生年金病院(現 大阪病院)消化器内科レジデ
ント
2009年 大阪大学医学部附属病院 消化器内科医員

2013年 国立国際医療研究センター肝炎免疫研究センター肝
疾患研究部研究員
2016年 同上級研究員
2017年 同肝疾患先端治療研究室長

第1会場（午前の部）

7:58~8:00

—開会の辞—

評価者

JCHO 船橋中央病院 消化器内科	加藤佳瑞紀
東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科	菊地 秀昌
千葉大学医学部附属病院 消化器内科	石川 翼

(1) 専攻医Ⅰ（食道） 8:00~8:24 座長 東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 村上 大輔

1. 糖尿病性ケトアシドーシスに壊死性食道炎を合併した1例

総合病院厚生中央病院 消化器内科 ○小川 悠, 里井 新, 栗原 昌孝, 馬場 隆成
松井 貴史, 木村 晴, 中村 文彦, 石井健太郎
根本夕夏子

2. 経鼻胃管の長期留置中に胸部上部食道からの噴出性出血を認めた一例

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

3. 胸部食道癌術後に右大腿筋転移を来たした1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○木村 光利, 鈴木 幹人, 萩原 信敏, 櫻澤 信行
向後 英樹
同 病理診断科 大窪 泰弘, 大橋 隆治

4. 続発性骨髄線維症に伴う巨脾に起因する食道静脈瘤破裂に対して経皮経肝静脈瘤塞栓術（PTO）を施行した一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○岡本 大輔, 三國 隼人, 中村 円香, 芳賀 将輝
神谷 洸汰, 小森 徹也, 山本 玖美, 酒寄 千晶
土屋 学, 光吉 優貴, 木下 勇次, 三浦由紀子
木下 晃吉, 小池 和彦

(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸） 8:24~8:48

座長 熊谷総合病院 消化器内科 斎藤 雅彦

5. *H.Pylori* 陰性胃粘膜を背景に発生した幽門腺腺腫内癌の一例

順天堂大学 医学部附属 浦安病院 消化器内科 ○本橋 澄明, 中津 洋一, 藤山 杏奈, 湯澤安梨沙
牛尾 真子, 矢野慎太郎, 大川 博基, 西 慎二郎
萩原 伸悟, 降旗 誠, 北村 庸雄, 長田 太郎

6. 術後肝転移再発をきたした stageI 胃原発胎児消化管類似癌の1例

自治医科大学 消化器一般移植外科 ○崎尾 啓, 高橋 和也, 齋藤 心, 風當ゆりえ
加賀谷紘丈, 高木 徹, 金丸 理人, 佐田友 藍
松本 志郎, 倉科憲太郎, 吉田 淳, 細谷 好則
佐田 尚宏, 北山 丈二
同 臨床腫瘍科 大澤 英之
同 消化器一般移植外科
同 臨床腫瘍科 山口 博紀

7. 胃過誤腫性内反性ポリープによる胃十二指腸重積の一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 消化器内科 ○門山 知樹, 嶋田 太郎, 田中 一真, 竹熊 勇登
浅野 公将, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀, 山口 武人
地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 外科 福山 南美
独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 外科 宇野 秀彦
同 病理診断科 小松 悌介

8. 胃癌の異所性病変の発見における AI 内視鏡の有用性の検討

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○畑山 靖樹, 村上 大輔, 嶋 由紀子, 杉山 晴俊
西野 隆義, 新井 誠人

(3) 専攻医Ⅲ(小腸) 8:48~9:18

座長 済生会習志野病院 消化器内科 横山 雄也

9. 短期間に2回経肛門ダブルバルーン内視鏡(DBE)を施行し腸閉塞をきたした一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○福本 彩音, 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, 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

10. 小腸に局限した非典型的免疫チェックポイント阻害薬関連消化器毒性の一例

東京科学大学病院 消化器内科 ○金谷 亮佑, 森川 亮, 田村 皓子, 金子 俊
清水 寛路, 竹中 健人, 村川美也子, 藤井 俊光
朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 光学医療診療部 河本 亜美, 日比谷秀爾, 福田 将義, 大塚 和朗
同 病理部 田口登和子, 山本くらら

11. 血便を契機に発見された多発小腸神経内分泌腫瘍の一例

医療法人徳洲会 千葉西総合病院 消化器内科 ○田村 周甫, 梅木 清孝, 秋田 英里, 前嶋 恭平
伊藤 峻, 石山 涼子, 佐藤普一郎, 島田 紀朋

12. 内視鏡的止血が得られた小腸出血の2例

東京都教職員互助会三楽病院 消化器内科 ○寺田有一郎, 片岡 陽佑, 佐藤 優樹, 伊藤 友里
佐藤 淳一, 加藤 礼子, 花尻 和幸, 和田 友則

13. 繰り返す腸閉塞に対して腹腔鏡下腸管癒着剥離術を施行した家族性地中海熱の一例

北里大学北里研究所病院	消化器内科	○高木 大歩
同	炎症性腸疾患先進治療センター	佐上晋太郎
同	一般・消化器外科	原田 優香, 小木曾 匡
同	消化器内科	
同	炎症性腸疾患先進治療センター	松林 真央, 芹澤 奏, 井上楠奈子, 野上 章
		小松 萌子, 洪井 俊祐, 梅田 智子, 阿曾沼邦央
		中野 雅, 小林 拓
同	消化器内科	
同	予防医学センター	宮本 康雄
同	炎症性腸疾患先進治療センター	
同	一般・消化器外科	矢部 信成, 石井 良幸

(4) 専攻医Ⅳ(膵臓・その他1) 9:18~9:42 座長 昭和大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 石 井 優

14. 診断に難渋した膵 SPN (Solid pseudopapillary neoplasm) の1例

東邦大学医療センター大森病院	消化器内科	○丹羽 絢菜, 中川 皓貴, 三浦 雅史, 星 健介
		渡部 浩二, 木村 祐介, 宅間 健介, 岡野 直樹
		五十嵐良典, 松田 尚久
同	病理診断科	黒瀬 泰子, 栃木 直文

15. 十二指腸穿孔後に仮性動脈瘤破裂をきたした膵頭部癌合併貯留嚢胞の一例

船橋市立医療センター	消化器内科	○櫻井 舜, 東郷 聖子, 松崎 綾音, 木村 恵
		藤井 渚夕, 笠松 伸吾, 石井 清文, 関 厚佳
		安藤 健, 小林 照宗, 水本 英明

16. 診断、治療に難渋した乳び腹水を伴う腸間膜脂肪織炎の1例

国立病院機構 千葉医療センター	消化器内科	○金谷 崇伸, 阿部 朝美, 八木はるか, 三浦 義史
		西村 光司, 新行内綾子, 宮村 達雄, 伊藤 健治
		金田 暁, 齊藤 正明, 多田 稔, 杉浦 信之

17. 腹部超音波健診にて高エコー病変として発見されEUS-FNAが診断に有用であった微小 SPN の1例

湘南鎌倉総合病院	消化器病センター	○上石 英希, 小泉 一也, 眞一まこも, 窪田 純
		木村かれん, 増田 作栄

(5) 専攻医Ⅴ(膵臓・その他2) 9:42~10:06 座長 がん研究会 有明病院 肝胆膵内科 岡 本 武 士

18. 膵臓癌に対する抗癌剤治療中に胆嚢炎を発症し、侵襲性クレブシエラ感染症で急性経過を辿って死亡した一例

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

19. 膀胱癌に対する GEM + nab-PTX 療法中に発症した *C.difficile* 腸炎の 1 例

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○小山 貴久, 藤澤真理子, 北原 麻衣, 大木 庸子
野村 舟三, 齋藤 圭, 木暮 宏史

20. 診断に難渋した術後長期間経過し発見された転移性腎細胞癌の 2 例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○香河 成澄, 伊東 詩織, 邊田 陽子, 新村 泰季
勝又 理沙, 藤井 亮輔, 周東万里恵, 河上 和輝
原 英展, 松本 浩明, 大友有紀子, 榎 一臣
浅川 剛人, 吉野 耕平, 先田 信哉

21. 多彩な性感染症で入院を繰り返した若年女性の 1 例

東京通信病院 消化器内科 ○西崎由希子, 小野 晋治, 弦間 有香, 坂井有里枝
阿部 創平, 加藤 知爾, 小林 克也, 平野 賢二
関川憲一郎, 光井 洋
同 感染症内科 濁川 博子

(6) 専攻医Ⅵ(膵臓・その他3) 10:06~10:30 座長 横浜市立大学附属病院 消化器内科(肝胆膵消化器病学) 長谷川 翔

22. SPINK 1 変異陽性慢性膵炎に発症した膵体部癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○望月 佑奈, 生駒 一平, 神保 泰久, 藤澤 聡郎
福間 泰斗, 高橋 翔, 高崎 祐介, 波間 大輔
富嶋 享, 石井 重登, 深田 浩大, 上山 浩也
戸張 真紀, 石川 大, 池嶋 健一, 永原 章仁
伊佐山浩通

23. 胃潰瘍を契機に診断された梅毒の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科 ○北原 愛弓, 中田 史子, 石井ひかり, 勝矢 雄之
井上 薫, 三浦 宏仁, 栗原 滉平, 鈴木 裕史
内野 康志, 谷口 博順, 山本 信三, 伊藤由紀子
吉田 英雄
同 胃・食道外科 井川 聡, 三田 英明, 永岡 栄
同 感染症科 上田 晃弘
同 病理部 熊坂 利夫, 裴 有安

24. 膵尾部癌に対する EUS-TA 後に needle tract seeding による術後再発をきたした一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科 ○松本めぐみ, 萩原 悠也, 石川 敬資, 松田 悠
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, 池田 貴文, 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 消化器外科 土井 愛美
同 病理診断科 前田 晃樹

25. 貧血，黒色便を契機に診断された十二指腸副乳頭部癌の一例

横浜医療センター 消化器内科 ○清水 洸志，友成 悠邦，鈴木 雅人，平本 雅也
佐伯 優美，小田 貴之，永井 康貴，小川 祐二
山田 英司，野中 敬

(7) 研修医Ⅰ(消化管Ⅰ) 10:35~11:05 座長 東海大学医学部内科学系 消化器内科学 上 田 孝

26. 亜全周性の食道 ESD 後にステロイド経口+局注併用療法を行い、術後 21 日目に遅発性穿孔を来した 1 例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○杉山 匠，村上 大輔，宮崎 夏帆，畑山 靖樹
嶋 由紀子，杉山 晴俊，西野 隆義，新井 誠人

27. プロトンポンプ阻害薬中止が有用であった胃前庭部毛細血管拡張症に対するアルゴンプラズマ凝固法後の出血性多発過形成性ポリープの 1 例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○鎌本 紗衣，松本 悠，塩味 里恵，小林 威仁
同 消化管内科 宮口 和也，都築 義和，今枝 博之
同 病理診断科 浜田 芽衣，石澤 圭介，山田 健人

28. 癌検診にて経過を追えた *H.pylori* 陰性の胃 MALT リンパ腫の 1 例

社会医療法人 熊谷総合病院 消化器内科 ○信太 麟，比留間晴彦，水谷 琢，岡本四季子
村上 規子，門野源一郎，松井真理子，石川 武志
土合 克巳，斎藤 雅彦，井村 穰二

29. 胃軸捻転の 2 例(臓器軸性捻転の 1 例と間膜軸性捻転の 1 例)

東千葉メディカルセンター 消化器内科 ○池上 貴章，亀崎 秀宏，高橋 大輝，多田 健太
楊 薇，岩永 光巨，前田 隆宏，妹尾 純一

30. Crohn 病に合併した幽門狭窄に対し外科的治療で改善した 2 症例

慶應義塾大学病院 卒後臨床研修センター ○菅 紗有里
慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 勝海 愛，吉松 裕介，杉本 真也，三上 洋平
金井 隆典
同 外科学(一般・消化器) 竹内 優志，松田 諭，川久保博文，北川 雄光
同 内視鏡センター 筋野 智久，高林 馨

(8) 研修医Ⅱ(十二指腸・その他) 11:05~11:35 座長 船橋市立医療センター 消化器内科 東 郷 聖 子

31. Vater 乳頭部 angioectasia による Overt OGIB の 1 例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○宮崎 夏帆，村上 大輔，杉山 晴俊，畑山 靖樹
嶋 由紀子，西野 隆義，新井 誠人

32. 術前に EUS-TA で診断し得た十二指腸乳頭部 gangliocytic paraganglioma の 1 例

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

33. 胆管拡張症に合併した分節性動脈中膜融解症 (segmental arterial mediolysis; SAM) による上腸間膜動脈瘤破裂の1例

東京女子医科大学附属足立医療センター 卒後臨床研修センター ○小菅 健司
同 内科 後藤 俊哉, 細田 麻奈, 岡部ゆう子, 木村 綾子
大野 秀樹
同 救急医療科 鈴木 典成, 山口 英宣

34. 輪状痔に自己免疫性腭炎を合併し、十二指腸狭窄をきたした成人女性の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 臨床研修医 ○松永 樹哉
島田総合病院 内科 近森 正康, 嶋田 一成, 内田 伸平
同 外科 加藤宗次郎

35. 小腸潰瘍を契機に診断された AA アミロイドーシスの一例

北里大学 北里研究所病院 消化器内科 ○上地 菜奈, 高木 大歩
同 炎症性腸疾患先進治療センター 佐上晋太郎
同 腎臓内科 三崎 美佳
同 病理診断科 星野 昭芳, 前田 一郎
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 渋谷 俊祐, 野上 章, 和田 晴香, 梅田 智子
井上楠奈子, 芹澤 奏, 松林 真央, 阿曾沼邦央
中野 雅, 小林 拓
同 消化器内科
同 予防医学センター 宮本 康雄

(9) 研修医Ⅲ(肝・胆・その他) 11:35~11:59 座長 国保直営総合病院 君津中央病院 消化器内科 大部 誠 道

36. 免疫チェックポイント阻害剤投与後に急速な病勢進行を認めた肝細胞癌の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○趙 虹, 佐藤ももか, 中塚 拓馬, 山田 友春
馬淵 敬祐, 松下 祐紀, 奥新 和也, 佐藤 雅哉
南 達也, 工藤洋太郎, 建石 良介, 藤城 光弘
同 人体病理学・病理診断学分野 山本 周

37. がん遺伝子パネル検査によって生殖細胞系列の BRCA 2 変異を同定しプラチナレジメンが奏効した原発性肝癌の1例

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科 ○中村 慶仁, 石垣 和祥, 佐藤 靖祥
同 消化器内科 鈴木知沙季, 福田晃史郎, 鈴木 辰典, 高原 楠晃
藤城 光弘
JR 東京総合病院 消化器内科 赤松 雅俊
東京大学医学部附属病院 呼吸器内科 鹿毛 秀宣
同 ゲノム診療部 織田 克利

38. 術後31年目に食道転移を来した乳癌の1例

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

39. 内視鏡的切除にて診断に至った乳癌胃転移の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 内視鏡医学講座 ○佐藤 恵介, 伊藤 守, 土橋 昭, 長谷川悠子
福田 舞, 多田 尚矢, 二口 俊樹, 小林 雅邦
玉井 尚人, 炭山 和毅
東京慈恵会医科大学 病理学講座 五味澤一隆, 下田 将之

第1会場（午後の部）

13：25～14：20

特別講演 脾のう胞性腫瘍、どう診る？ —日常臨床のCQを研究へつなげる—

東京女子医科大学 消化器内科 教授 中井陽介先生

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

(10) 一般演題(消化管1) 14：35～15：05 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 金子達哉

40. 当センター地域胃エックス線検診の現状

ちば県民保健予防財団 総合健診センター 消化器内科 ○山口 和也, 中川 由紀

41. CDX 2 低発現大腸癌の腫瘍生物学的解析

東京大学 医科学研究所 外科
Columbia University ○向山 順子
Columbia University Piero Dalerba

42. 潰瘍性大腸炎に合併した難治性irAE 腸炎にタクロリムスが有効だった1例

北里大学北里研究所病院 消化器内科	○井上楠奈子, 野上 章, 洪井 俊祐, 芹澤 奏
同 炎症性腸疾患先進治療センター	梅田 智子, 松林 真央, 阿曾沼邦央, 中野 雅
	小林 拓
同 消化器内科	高木 大歩
同 炎症性腸疾患先進治療センター	佐上晋太郎
同 呼吸器内科	岡田 真彦, 朝倉 崇徳
同 病理診断科	星野 昭芳, 前田 一郎
同 消化器内科	
同 予防医学センター	宮本 康雄
同 消化器内科	
同 腫瘍センター	西村 賢

43. 妊娠期間中ベドリズムブによる寛解導入後に出産可能であった潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科	○宮内 琉希, 道鎮 優, 寺本 駿也, 芦田 安輝
	木村 勇太, 高橋久一郎, 内田 信介, 新井 智洋
	砂田 莉沙, 田中 孝幸, 池田 守登, 須田健太郎
	寺井 悠二, 岡 政志, 名越 澄子
同 消化器・肝臓内科	
同 炎症性腸疾患センター	加藤 真吾, 田川 慧

44. ゴリムマブへの二次無効を呈しウステキヌマブが著効した潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎の1例

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

(11) 一般演題(消化管2) 15:05~15:29 座長 ちば県民保健予防財団総合健診センター 消化器内科 山口 和也

45. *Helicobacter pylori* 除菌によって縮小を認めた中村Ⅱ型ポリープの一例

公立富岡総合病院 消化器科 ○洪澤 恭子, 星野 駿介, 関根 晋介, 岡田 多恵
岩本 敦夫, 齋藤 秀一
伊勢崎市民病院 内科 片貝 朔也, 細井 愛美, 吉成夫希子, 春日 健吾
一色 綾希, 松井 綾子, 石原 眞悟, 麻 興華
増尾 貴成

46. 胃瘻造設後の気腹症に対して、ポリグリコール酸シート・フィブリン糊被覆法を施行した1例

東京都教職員互助会三楽病院 消化器内科 ○伊藤 友里, 片岡 陽佑, 佐藤 優樹, 寺田有一郎
佐藤 淳一, 加藤 礼子, 花尻 和幸, 和田 友則

47. 短期間に小腸再発した多発小腸癌の1例

杏林大学医学部附属病院 上部消化管外科 ○田中 佑治, 井手麻友美, 中山 快貴, 小島 洋平
鶴見 賢直, 大木亜津子, 竹内 弘久, 阪本 良弘
須並 英二, 阿部 展次
同 消化器内科 森久保 拓, 久松 理一
同 病理診断科 鬼塚 裕美, 柴原 純二

48. 解剖学的分岐異常を伴った左胃動脈解離に対して保存的加療で改善を得た一例

JR 東京総合病院 消化器内科 ○岩原 彰大, 上羽梨紗子, 上山 知人, 松本留美衣
吉川 剛史, 毛利 大, 大前 知也, 赤松 雅俊
岡本 真
東京大学医学部附属病院 消化器内科 本庄 一樹

(12) 一般演題(肝臓・膵臓) 15:29~15:53 座長 日本赤十字社 さいたま赤十字病院 肝胆膵内科 田村 玲

49. mFOLFOX 6、S-1 単剤療法施行時に HBV の再活性化を来した stageIV 胃癌の1例

東名厚木病院 消化器外科 ○田澤 賢一, 深澤 美奈, 神山 公希, 高坂 佳宏
鎌田 順道
同 消化器内科 玉置 道生
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科 藤井 努

50. 関節リウマチの治療中に発症した肝腫瘍の2例

松戸市立総合医療センター 消化器内科 ○山崎 春佳, 粒良 和郎, 山本 孝志, 佐久間崇文
西川 貴雄, 森居 真史, 横須賀 収
同 病理診断科 野呂 昌弘

51. 超音波内視鏡下経胃的臍仮性嚢胞ドレナージから4か月後のプラスチックステント留置中に発生した遅発性腹膜炎の1例

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

52. 肺炎および十二指腸狭窄を繰り返す症例に対し EUS-TA により膀胱癌臍転移を診断した1例

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

(13) 一般演題(臍臓・その他) 15:53~16:17 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 大内 麻愉

53. 下腿の皮下脂肪壊死を契機に診断された臍腺房細胞癌の1例

足利赤十字病院 内科 ○牧 竜一, 永島 一憲, 山口慎太郎, 川田 陽介
漆原 史彦, 鈴木 統裕, 室久 俊光

54. 被包化壊死に留置した Double-pigtail 型 plastic stent の十二指腸穿破に対し、ステント抜去および内視鏡的手縫い縫合法(EHS)で閉鎖した1例

済生会習志野病院 消化器内科 ○柴田 修平, 黒澤 浄, 内田 賢, 横山 雄也
飯野陽太郎, 平井 太, 阿部 径和
同 外科 中村 祐介

55. 転移性臍腫瘍(Sister Mary Joseph's nodule)を契機に発見された臍癌の1例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○岡田 晃宏, 竹内 良久, 喜多絵美里, 須藤研太郎
中村 和貴, 石井 浩

56. 臍頭部癌十二指腸浸潤に対する十二指腸ステント留置後、ステント断裂を認めた1例

さいたま赤十字病院 消化器内科 ○渡部 太郎, 大島 忠, 森田 佑甫, 石田 悟
今井 秀人, 渡辺 啓輔, 吉井 健大, 丸田 享
田村 玲, 鎮西 亮, 高橋 正憲, 甲嶋 洋平

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

済生会横浜市東部病院	消化器内科	馬場	毅
水戸済生会総合病院	消化器内科	大川原	健
順天堂大学医学部附属浦安病院	消化器内科	矢野	慎太郎

(14) 専攻医Ⅶ(大腸1) 8:00~8:24 座長 東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 嶋 由紀子

57. serrated polyposis syndrome を背景として粘膜下層浸潤を呈した大腸癌の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 ○倉野 将彰, 白川 貴大, 壽美竜太郎, 津端しおり
渡邊もえぎ, 鍛治 諒介, 大野亜希子, 久松 理一
同 病理学 磯村 杏耶, 柴原 純二

58. 無茎性の Colonic Muco-Submucosal Elongated Polyp の一例

熊谷総合病院 消化器内科 ○水谷 琢, 斎藤 雅彦, 比留間晴彦, 岡本四季子
村上 規子, 門野源一郎, 松井真理子, 石川 武志
土合 克己
同 病理診断科 井村 穰二
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 関根 匡成, 眞嶋 浩聡

59. 掌蹠膿疱症性関節炎に併発した AA 型腸管アミロイドーシスの一例

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

60. 大腸憩室炎による狭窄術後に憩室関連大腸炎を発症した1例

東千葉メディカルセンター 消化器内科 ○高橋 大輝, 岩永 光巨, 多田 健太, 楊 薇
前田 隆宏, 妹尾 純一, 亀崎 秀宏

(15) 専攻医Ⅷ(大腸2) 8:24~8:54 座長 獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座 小島原 駿 介

61. 重症潰瘍性大腸炎(UC)に対してメサラジン投与後に心筋炎をきたしベドリズムで寛解した1例

国際医療福祉大学 三田病院 消化器内科 ○杉元俊太郎, 片岡 幹統, 三上桂太郎, 大谷 知弘
辻野誠太郎, 石井 研, 渡辺知佳子

62. サイトメガロウイルス感染症を併発し重篤化した全大腸炎型潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○道鎮 優, 宮内 琉希, 寺本 駿也, 芦田 安輝
木村 勇太, 高橋久一郎, 内田 信介, 新井 智洋
砂田 莉沙, 田中 孝幸, 堀 祐太郎, 池田 守登
須田健太郎, 寺井 悠二, 松原 三郎, 岡 政志
名越 澄子
同 消化器・肝臓内科
同 炎症性腸疾患センター 田川 慧, 加藤 真吾

63. 急速な転帰を辿った4型横行結腸癌の1例

三井記念病院 消化器内科 ○丹野恵里佳, 田邊 舞衣, 曾谷村佳史, 阿達 航太
鈴木 賛, 芝本 祐太, 中原 健徳, 森山 慎
近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎, 関 道治
戸田 信夫
同 病理診断科 占部 秀典, 森田 茂樹

64. 膿瘍形成した穿孔性虫垂炎に対して超音波内視鏡下経直腸ドレナージを行った一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○吉武 寛隆, 高須 美香, 高野 竜馬, 竹内 恵理
目時 佳恵, 根本 陽介, 山田 修三, 宗像 紅里
金野 直言, 大川原 健, 青木 洋平, 柏村 浩
仁平 武

65. 潰瘍性大腸炎の治療中に粟粒結核を発症した1例

地域医療機能推進機構船橋中央病院 内科 ○田中 一真, 浅野 公將, 門山 知樹, 竹熊 勇登
清水 理雅, 嶋田 太郎, 土屋 慎, 加藤佳瑞樹
石川 哲, 山口 武人

(16) 専攻医区(肝臓) 8:54~9:24 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門 渡 邊 俊 司

66. ステロイド・ガンシクロビル併用療法が奏功したEBV・CMV重複感染による急性肝炎の1例

成田赤十字病院 消化器内科
聖隷佐倉市民病院 消化器内科 ○黒須 理恵
成田赤十字病院 消化器内科 安井 伸, 高田 知明, 若松 徹, 万代 恭史
鹿島 励, 福田 和司

67. 細菌性眼内炎を伴った肝膿瘍の1例

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

68. 内視鏡的に肝十二指腸瘻を確認し得た肝膿瘍の一例

聖隷横浜病院 消化器内科 ○江澤 将敬, 吹田 洋将, 豊水 道史, 佐藤 育也

69. 進行肝細胞癌に対するデュルバルマブ・トレメリムマブ併用療法で惹起されたirAE腸炎症例の検討

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○根本 裕貴, 藤谷 誠, 澤田 翠, 赤塚 鉄平
伊在井 亮, 土屋 貴大, 三輪 千尋, 米本 卓弥
藤本健太郎, 弓田 冴, 宇野澤秀美, 興梠 慧輔
井上 将法, 中村 昌人, 叶川 直哉, 近藤 孝行
小笠原定久, 中本 晋吾, 加藤 直也

70. C型肝硬変に合併した血小板減少に対してアパトロネパグの反復投与が有用であった一例

北里大学 医学部 消化器内科 ○近藤 英太, 岩崎秀一郎, 野村 奈央, 飯田 淳貴
日高 央, 草野 央

(17) 専攻医Ⅹ(胆・膵・その他) 9:24~9:48 座長 国際医療福祉大学成田病院 消化器外科 篠田 昌宏

71. 膵仮性嚢胞内出血と膵周囲の多臓器虚血を生じた一例

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

72. 重症急性膵炎加療中に複数の腹腔内動脈瘤が新出し分節性動脈中膜融解 (Segmental arterial mediolysis) と診断した一例

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

73. 肝移植後の胆管吻合部完全狭窄に対して磁石圧迫吻合術 (山内法) が有用であった一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○鈴木 瞳, 長谷川 翔, 山崎 雄馬, 二瓶 真一
栗田 裕介, 細野 邦広, 中島 淳
同 消化器腫瘍外科 澤田 雄, 遠藤 格
同 内視鏡センター 窪田 賢輔
国際医療福祉大学病院 放射線科 山内栄五郎

74. 十二指腸憩室内の魚骨による腸管穿通に対して内視鏡にて治療し得た1例

新東京病院 消化器内科 ○湯澤 航平, 外山 雄三, 千 磨耶, 前田 元
青沼 映美, 木村 元, 小玉 祐, 西澤 秀光
溝上 裕士, 浅原 新吾, 長浜 隆司

(18) 専攻医Ⅺ(肝・胆・その他) 9:48~10:12 座長 聖マリアンナ医科大学 横浜市西部病院 消化器内科 得平 卓也

75. 肝細胞癌・胃転移と早期胃癌が重複した1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○金井 尚吾, 西川 雄祐, 向津 隆規, 藤本 愛
和久井紀貴, 岡野 直樹, 永井 英成, 山川 輝記
大嶋 陽幸, 定本 聡太, 栃木 直文, 松田 尚久

76. 先天性胆道拡張症が併存し、肝内胆管癌と鑑別困難であった肝神経内分泌腫瘍の一例

横浜市立大学 医学部 消化器・腫瘍外科学 ○杉村 直彦, 澤田 雄, 油座 築, 佐原 康太
菊地祐太郎, 藪下 泰宏, 本間 祐樹, 松山 隆生
遠藤 格
同 病理診断科・病理部 高瀬 宙希, 山中 正二, 藤井 誠志

77. 高第八因子血症による偽性ヘパリン不応症にヘパリン起因性血小板減少症を合併した門脈上腸間膜静脈血栓閉塞の一例

関東労災病院 消化器内科 ○萱嶋美智子, 金子 麗奈, 成瀬 謙, 前廣 由紀
渡邊 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
池原 孝

78. 腹水穿刺による肋間動脈出血を引き起こした一例

昭和大学江東豊洲病院 消化器病センター ○佐藤 友哉, 川崎 佑輝, 加藤 久貴, 柴田 悠樹
角 一弥, 野村 憲弘, 牛尾 純, 伊藤 敬義
横山 登, 井上 晴洋

(19) 研修医Ⅳ(消化管2) 10:17~10:41 座長 水戸済生会総合病院 消化器内科 金 野 直 言

79. 感染性腸炎が疑われたIgA血管炎の一例

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科 ○佐藤 真結, 池田 剛, 奥田 謙, 本宮 里奈
新川 将大, 金本 泳秀, 東 哲之, 下鱈 秀徳
赤石 優子, 木下 舞, 濱窪 亮平, 桐田久美子
吉田 祐士, 大久保知美, 藤森 俊二
同 腎臓内科 日高 綾子, 崔 祥大, 山田 剛久

80. 直腸癌術後完全狭窄に対して rendezvous technic により再開通し得た一例

虎の門病院 分院 消化器内科 ○元田 航世, 菊池 大輔, 山下 聡
同 消化器外科 戸田 重夫, 的場周一郎, 前田 裕介

81. S状結腸および盲腸に内瘻形成した直腸癌の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○竹市 怜生, 河野 眞吾, 二木 修平, 井田 善文
白川 峻佑, 伊藤 謙, 山本 剛史, 行田 悠
野呂 拓史, 渡野遼郁雄, 町田 理夫, 須郷 広之
同 病理診断科 佐藤慎一郎, 小倉加奈子

82. 腸管子宮内膜症に対してロボット支援下直腸切除術を施行した一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○松下 皓斐, 渡野遼郁雄, 二木 修平, 井田 善文
白川 峻祐, 行田 悠, 山本 剛史, 伊藤 謙
河野 眞悟, 町田 理夫, 須郷 広之

(20) 研修医Ⅴ(胆・膵・その他1) 10:41~11:05 座長 JCHO 船橋中央病院 内科 土 屋 慎

83. ニボルマブによる免疫関連有害事象の胆管炎を発症した1例

東京女子医科大学病院 消化器内科 ○嘉陽田朝仁, 白田龍之介, 高鹿 美姫, 小笠原友里
林 涼子, 大塚 奈央, 山本 果奈, 伊藤亜由美
米沢真利亜, 高山 敬子, 小木曾智美, 谷合麻紀子
菊山 正隆, 中村 真一, 中井 陽介
同 泌尿器科 小針 悠希, 高木 敏男
同 病理診断科 長嶋 洋治

84. 超音波内視鏡下の内視鏡用イントロデューサーを用いた生検によって確定診断した胆嚢癌の一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○漆原 陵, 碓氷 七瀬, 水野 卓, 辻 翔平
宮口 和也, 坂田 浩, 佐藤 彩, 山田 俊介
相馬 直人, 内田 義人, 安藤さつき, 中尾 将光
菅原 通子, 中山 伸朗, 今井 幸紀, 富谷 智明
持田 智

85. 膵神経内分泌腫瘍との鑑別に難渋した膵腺房細胞癌腹膜播種の一例

川崎市立川崎病院	消化器内科	○村松美悠加, 町田雄二郎, 吉田 康祐, 有泉 健
		玉井 博修
同	病理診断科	折笠 英紀
同	内視鏡センター	正岡 建洋
同	消化器内科	
同	内科	井上健太郎
同	消化器内科	
同	総合内科	高木 英恵

86. 腹膜播種をきたした腸管悪性リンパ腫の1例

東京医科大学八王子医療センター	消化器内科	○古橋 直也, 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

(21) 研修医Ⅵ(胆・膵・その他2) 11:05~11:29 座長 東京歯科大学 市川総合病院 消化器内科 片 山 正

87. 潰瘍性大腸炎の再燃に際して合併した腫瘤形成性膵炎の一例

国際医療福祉大学 医学部 医学科 5年	○鳥居 龍
国際医療福祉大学 市川病院 消化器内科	石橋 史明, 持田賢太郎, 遠西 孝夫, 鈴木 翔

88. 膵腺房細胞癌に皮下結節性脂肪壊死による歩行障害を併発した一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科	○鈴木 彩恵, 野呂 拓史, 二木 修平, 井田 善文
	白川 峻祐, 行田 悠, 山本 剛史, 伊藤 謙
	河野 真吾, 渡野遼郁雄, 町田 理夫, 須郷 広之

89. 迷入した超音波内視鏡下膵周囲膿瘍ドレナージチューブを内視鏡的に回収しえた一例

国保直営総合病院 君津中央病院 消化器内科	○久我 拓駿, 熊谷純一郎, 大部 誠道, 勝見 周平
	安部 晃規, 齋藤 遼, 春名 智弘, 三根 毅士
	吉田 有, 駒 嘉宏, 藤森 基次, 畦元 亮作

90. 特異的検査が陰性であった腹膜炎の一例

杏林大学医学部付属杉並病院 総合研修センター	○奥村 俊彦
同	消化器内科 江藤晃一郎, 稲田 絢子, 馬上 知尋, 荻本 直亮
	日比 則孝, 羽田 裕, 池崎 修, 齋藤 大祐
	高橋 信一, 大森 鉄平
同	呼吸器内科 中本啓太郎

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
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
387	矢 野 智 則 (自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門)	12月13日 (土)	東 京 海運クラブ	8月27日～ 10月1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。

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
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
47	海老沼 浩 利 (国際医療福祉大学医学部 消化器内科)	11月16日 (日)	WEB開催	未 定

次回 (第383回) 例会のお知らせ

期 日：2025年2月15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：「免疫チェックポイント阻害薬による消化器関連有害事象のマネジメント」

演者：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 助教

伊藤 隆徳

司会：帝京大学医学部 内科学講座 教授

田中 篤

ランチョンセミナー1：「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患 (MASLD) に関わる最新の話題」

演者：横浜市立大学附属病院 消化器内科 准教授

米田 正人

司会：聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 主任教授

立石 敬介

ランチョンセミナー2：「B型慢性肝炎の現状と課題・抗ウイルス治療目標」

演者：武蔵野赤十字病院 消化器内科 副部長

玉城 信治

司会：東京科学大学 消化器内科 肝臓病態制御学講座 教授

朝比奈靖浩

第28回専門医セミナー：第27回専門医セミナー (第381回例会 9月7日 (土)) 開催に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

* 専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

* 専門医更新単位3単位取得できます。

* 詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：田中 篤 (帝京大学医学部 内科学講座 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: jsge383kanto@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きます場合がございます。

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 長谷川 潔

1 糖尿病性ケトアシドーシスに壊死性食道炎を合併した1例

総合病院厚生中央病院 消化器内科
小川 悠, 里井 新, 栗原昌孝, 馬場隆成, 松井貴史, 木村 晴,
中村文彦, 石井健太郎, 根本夕夏子

症例は49歳男性。繰り返す黒色嘔吐を主訴に当院救急外来を受診。来院時の血液検査で炎症反応軽度高値、BUN/CRE比の解離、GLU354mg/dlと高血糖を認め、動脈血液ガス分析ではアニオンギャップ開大を伴う代謝性アシドーシスの所見、尿中ケトン(3+)であり、糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)の状態が考えられた。CTでは胸部中部から下部食道に浮腫性壁肥厚を認め、頻回の嘔吐に伴うマロリーワイス症候群等も疑われた。絶食補液および、インスリン持続静注にて加療開始した。第2病日にはケトアシドーシスは速やかに改善、血糖および自覚症状も改善したことから第3病日より食事再開するも、胸痛、胸部違和感の訴えがあり第4病日に上部消化管内視鏡検査を施行。胸部中部食道から食道胃接合部領域まで全周性に白苔とびまん性の点状発赤を認め、特徴的な食道粘膜の黒色化は認められないものの、DKAの壊死性食道炎合併が考えられた。再度絶食補液管理とし、PPI投与等の保存的加療にて症状、内視鏡所見ともに改善が認められたため、5分粥食を継続し第16病日に退院となった。今回、糖尿病性ケトアシドーシスに壊死性食道炎を合併し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。

壊死性食道炎, ケトアシドーシス

2 経鼻胃管の長期留置中に胸部上部食道からの噴出性出血を認めた一例

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

【症例】90歳、男性。【主訴】吐血。【現病歴】202X年Y月よりY+4月まで急性細菌性前立腺炎、腸腰筋膿瘍、化膿性椎間板炎、E. faecalis菌血症に次いで入院加療が行われた。長期入院に伴いADLの低下を認めたことから、同月リハビリ病院へ転院となった。転院先で経口摂取が不良となり、直後より経鼻胃管が挿入され、経管栄養が開始となった。その後、Y+5月に傾眠傾向となったことから当院搬送となり、高血糖高浸透圧症候群の診断で加療が開始された。状態は改善し、再度リハビリ病院への転院調整中、Y+6月に大量の吐血を認めた。【既往歴】2型糖尿病、大球性貧血、前立腺肥大症、鼠径ヘルニア。【経過】吐血した同日に緊急で上部消化管内視鏡検査を実施し、胸部上部食道に粘膜損傷と噴出性出血を認めた。内視鏡的止血を試みるも有効な止血は得られず、処置中に著明な血圧低下を認めたことから内視鏡検査は中断し、胃食道バルーンタンポナーデでの止血管理を行なった。翌日、状態が安定したことから再度上部消化管内視鏡検査を実施し、粘膜損傷部をクリップで縫縮した。第8病日に上部消化管内視鏡検査で病変が改善傾向にあることを確認し、第9病日に食事を再開した。しかし第12病日に黒色便、血圧低下を認めた。造影CT検査を実施し、食道病変の近傍に位置する気管支動脈に以前のCTでは指摘されない仮性動脈瘤を認めた。一連の出血における責任血管であると判断し、同日に気管支動脈塞栓術を施行した。その後、再出血は認めず、経過良好であった。【考察】食道静脈瘤以外で噴出性の食道出血に遭遇することは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

食道潰瘍, 仮性動脈瘤

3 胸部食道癌術後に右大腿筋転移を来した1例

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
木村光利¹⁾, 鈴木幹人¹⁾, 萩原信敏¹⁾, 櫻澤信行¹⁾, 向後英樹¹⁾,
大窪泰弘²⁾, 大橋隆治²⁾

症例は59歳男性。胸部上部食道癌に対して、術前化学療法(5-FU+CDDP)2コース施行後、縦隔鏡・ロボット支援下食道亜全摘・腹腔鏡補助下胃管再建・頸部郭清・腸瘻造設を実施した。提出標本の病理結果は、Esophagus, excision (post-chemotherapeutic status): Squamous cell carcinoma, 中分化>高分化, Ut, 18*26mm, CT-2型, CT-pT2 (MP), INFb, Ly0, V1a, PIM0, pPM0 (15mm), pDM0 (95mm), pRM0 (0.6mm), CT-pN0 (0/71), であり、化学療法の治療効果判定はGrade Iaであった。術後6ヶ月後に呼吸困難感を主訴に緊急入院となる。胸部CTにてT1に骨破壊像を認め、食道癌の胸椎転移と診断した。また、入院1ヶ月前より右大腿背側に、徐々に増大する腫瘍を認めており、身体所見上、同部位に弾性硬・可動性良好な無痛性の腫瘍を触知した。超音波検査では右屈筋部の筋膜上に30mm大の境界明瞭な低エコー腫瘍として描出された。食道癌の骨格筋転移を疑い、局所麻酔下に腫瘍摘出を実施した。術中所見では境界は明瞭で周囲への浸潤は認めず、比較的容易に腫瘍を摘出し得た。摘出標本の病理組織検査で、Squamous cell carcinomaが検出され、既存の手術標本と比較し、食道癌の骨格筋転移と診断した。胸椎転移に関しては整形外科にて除圧術を実施した後、放射線照射(30Gy)を実施した。悪性腫瘍の骨格筋転移は末梢血中の腫瘍細胞が骨格筋に生着する過程において様々な要因があるため稀であるとされている。医学中央雑誌にて「食道癌」「骨格筋転移」をキーワードで検索したところ8例が報告されるのみであった。食道癌術後に右大腿筋背側に転移を来した稀な1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

骨格筋転移, 胸部食道癌

4 続発性骨髄線維症に伴う巨脾に起因する食道静脈瘤破裂に対して経皮肝静脈瘤塞栓術(PTO)を施行した一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科
岡本大輔, 三國隼人, 中村円香, 芳賀輝輝, 神谷洗汰, 小森徹也,
山本玖美, 酒寄千晶, 土屋 学, 光吉優貴, 木下勇次, 三浦由紀子,
木下晃吉, 小池和彦

【症例】66歳、男性。【主訴】腹部不快感。【現病歴】慢性骨髄性白血病に伴う続発性骨髄線維症に対して、当院血液内科でルキソリチニブを投与されていた。X-2年より、骨髄線維症に伴う巨脾に起因する食道静脈瘤を発症し、内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)を4回、内視鏡的静脈瘤硬化療法を1回施行した。しかし、X年3月に施行された定期的上部消化管内視鏡検査にて、F2CbRC2+と下部食道静脈瘤の再増悪を確認し、予防的EVLを予定していた。今回、X年5月腹部不快感を訴え当院を受診。受診時、Hb8.5g/dlと貧血の進行を認め、食道静脈瘤破裂が疑われたため、同日当科へ緊急入院となった。【臨床経過】入院1日目に緊急上部消化管内視鏡検査を施行し、下部食道6時方向にred plugを伴う静脈瘤を確認した。同部位にEVLを施行したが、さらに口側の静脈瘤でも出血を認めた。追加のEVL施行は困難であったため、Sengstaken-Blakemore tube (SBチューブ)を挿入し、姑息的に圧迫止血を試みた。入院3日目にSBチューブを抜去し、造影CTで門脈から静脈瘤への流入血管路を確認した。同日、同血管に対してヒストアクリルを用いたPTOを施行した。入院6日目の造影CTで良好な塞栓状態を確認し、入院7日目に経口摂取を再開した。その後、再出血なく経過し、入院19日目に自宅退院となった。【考察】本症例では、続発性骨髄線維症による門脈圧亢進が原因で食道静脈瘤破裂を繰り返し、EVLによる止血が困難となり、PTOを選択した。骨髄線維症に起因する食道静脈瘤の報告は散見されるがPTOを施行した報告はなく、貴重な症例と考え報告する。

食道静脈瘤, 門脈圧亢進

順天堂大学 医学部附属 浦安病院 消化器内科
本橋澄明, 中津洋一, 藤山杏奈, 湯澤安梨沙, 牛尾真子,
矢野慎太郎, 大川博基, 西慎二郎, 萩原伸博, 降旗 誠, 北村庸雄,
長田太郎

【症例】50歳代女性。H. Pylori抗体陰性。健診の上部消化管内視鏡検査 (EGD) で胃穹窿部に隆起性病変を認め、生検で胃型腺癌が疑われたため当科に紹介受診となった。再検EGDでは、背景粘膜は萎縮のない胃粘膜で、穹窿部大弯に境界明瞭で表面平滑な7 mm大の隆起性病変を認めた。病変の境界は明瞭で表面は平滑であった。NBI (narrow band imaging) 拡大観察では、腺管構造は全体的に絨毛状から顆粒状を呈していたが、頂部に形状が不均一な微小血管を認め、cType 0-I型早期胃癌と診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を行った。切除検体は、HE染色では隆起に一致して基底側側に管状や嚢胞状の腺管の増生を認めた。免疫染色では表層はMUC5AC陽性、中・深部はMUC6陽性を示し、幽門腺腺腫に一致する染色パターンであった。また、腫瘍の一部では正常腺管構造が破綻し核異型を認める領域を認めた。以上から幽門腺腺腫内癌と診断した。【考察】幽門腺腺腫は胃底腺粘膜に発生し、頸部粘液細胞への分化が主体となる。内視鏡観察では幽門腺腺腫を含む胃型腺腫は表面が腺窩上皮で覆われており正色調を呈するため注意深い観察が必要になる。拡大観察では乳頭状や絨毛状所見を認めることが多く、背景胃粘膜は萎縮や胃炎であることが一般的に多いとされている。本症例のように萎縮のない胃粘膜に発生する場合も比較的多く、腸型腺腫と比較し高率に高度異形成や癌化を伴うとされている。H. Pylori末感染と考えられる胃に発生した幽門腺腺腫、およびその癌化例について若干の文献考察を加えて報告する。

幽門腺腺腫, 胃癌

自治医科大学 消化器一般移植外科¹⁾, 同 臨床腫瘍科²⁾
崎尾 啓¹⁾, 高橋和也¹⁾, 齋藤 心¹⁾, 風當ゆりえ¹⁾, 加賀谷敏文¹⁾,
高木 徹¹⁾, 金丸理人¹⁾, 佐田友藍¹⁾, 松本志郎¹⁾, 倉科憲太郎¹⁾,
大澤英之²⁾, 吉田 淳¹⁾, 細谷好則¹⁾, 佐田尚宏¹⁾, 北山丈二¹⁾,
山口博紀^{1,2)}

【背景】胎児消化管類似癌は、胎児初期の消化管上皮に類似したグリコゲンに富む淡明な円柱細胞が管状、乳頭状、あるいは充実性増殖を示す腺癌であり、AFP、Glypican3、SALL4、が代表的な免疫組織学的マーカーとされ、いずれかが陽性となることで鑑別される。胃癌取り扱い規約の組織学分類では、悪性上皮性腫瘍の特殊型に分類され、胃癌全体の2.2%を占める稀な疾患である。今回我々は肝転移再発をきたしたStage I胃原発胎児消化管類似癌を1例経験したので報告する。【症例】症例は65歳男性。心窩部痛を契機に上部消化管内視鏡検査を施行され、胃体下部大弯に0-IIc病変を指摘され、生検で低分化腺癌と診断された。治療目的に当科紹介となり、精査後に胃癌cT2N0M0、cStage Iと診断し、ロボット支援下幽門側胃切除術、D2リンパ節郭清術、Billroth-I法再建を行った。術後経過は良好だった。病理診断では淡明な胞体を持つ異型細胞が指摘され、免疫染色でSALL4およびAFPが陽性であったため、胎児消化管類似癌pT1b (SM2), pN0, Ly0, V1b, pStage IAと診断された。術後化学療法は行わなかった。術後3年3か月でAFPおよびCEAの上昇があり、画像診断で肝転移再発と診断した。SOX+Nivolumab療法を開始し、以後nab-PTX+RAM、TAS102、IRI、カベシタピン単剤治療を施行し、術後4年9か月で現病死亡した。【考察】胎児消化管類似癌は前述のとおり、AFP、Glypican3、SALL4を代表的な組織学的マーカーとするまれな胃癌であり、AFP産生、高頻度な脈管侵襲・肝転移を来しやすいことが特徴である。平均生存期間は17か月と報告した文献が見られ、胎児消化管類似癌の予後は極めて不良とされている。深達度がT1であっても肝転移再発をきたした症例も極めてまれであるが報告されており、同疾患と診断した際の術後化学療法の投与基準や転移巣切除の適否などさらなる症例の蓄積と検討が必要と考ええる。【結語】胎児消化管類似癌を1例経験した。本疾患は極めて予後不良であり、深達度がT1であっても術後遠隔転移再発をきたす可能性がある。

胎児消化管類似癌, AFP産生腫瘍

独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 消化器内科¹⁾,
地方独立行政法人 東京都立病院機構 東京都立多摩総合医療センター 外科²⁾,
独立行政法人地域医療機能推進機構 船橋中央病院 外科³⁾,
同 病理診断科⁴⁾
門山知樹¹⁾, 嶋田太郎¹⁾, 福山南美²⁾, 宇野秀彦³⁾, 田中一真¹⁾,
竹熊勇登¹⁾, 浅野公将¹⁾, 土屋 慎¹⁾, 加藤佳瑞紀¹⁾, 小松俊介⁴⁾,
山口武人¹⁾

【症例】51歳男性【主訴】食思不振、嘔吐【現病歴】X年2月某日、一か月来の食思不振、ならびに嘔吐を主訴に当院当科を紹介受診。同日精査加療目的に入院となった。身体所見では顕著な腹部膨満を認め、血液検査にて白血球数17700/ μ L、CRP 6.62mg/dLと炎症反応の上昇、BUN 61.6mg/dL、Cr 2.83mg/dLの腎機能障害も認めた。単純CTにて左上腹部に80×40mm大の低吸収腫瘍に加えて著明な胃拡張が指摘された。腹部超音波では同腫瘍は十二指腸水平部ないしは空腸に位置する隔壁構造を伴う嚢胞様腫瘍として描出され、その口側ではいわゆるtarget signを認め、胃あるいは十二指腸由来の腫瘍性病変が先端部となった十二指腸重積が示唆された。上部消化管内視鏡では十二指腸水平部に粘膜下腫瘍様病変を認めた。さらに基部様の構造物が胃前庭部より幽門輪を越えて同病変に連続することが確認され、胃有茎性粘膜下腫瘍による胃十二指腸重積と診断した。内視鏡的治療も検討されたが、腫瘍が大きく胃内への還納困難と判断され外科的治療の適応と考えられた。入院後、経鼻胃管での減圧により嘔気嘔吐は消失、また腎機能障害も補液により改善した。第15病日に待機的に手術施行。開腹下に腫瘍が空腸内に陥入していることを確認、用手的に胃内への還納を試みたが腫瘍は幽門輪を越え、胃前庭部大弯を切開し腫瘍を牽引して胃内に還納、全層切除により有茎性粘膜下腫瘍を摘出した。術後は経過良好につき、第26病日に退院となった。病理組織学的検査では、粘膜下に粘膜筋板を伴った異型のない腺管構造の増殖を認め胃過誤腫性内反性ポリープの診断となった。【考察】胃有茎性病変が十二指腸球部に陥入する、いわゆるBall valve症候群はしばしば経験されるが、さらに先進し胃十二指腸重積をきたす病態は稀である。また胃過誤腫性内反性ポリープ自体も報告例に限られる。本症例において術前診断は困難であったが、後方視的には過誤腫性内反性ポリープによる胃十二指腸重積として矛盾しない画像所見が得られており、このような病態があり得ることを認識すれば迅速な対応が可能となる。

胃過誤腫性内反性ポリープ, 胃十二指腸重積

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科
畑山靖樹, 村上大輔, 嶋田紀子, 杉山晴俊, 西野隆義,
新井誠人

【目的】近年AI (artificial intelligence) の進歩は目覚ましく、医療分野においても画像診断支援領域でのAIが注目されている。消化管内視鏡検査でも上部消化管内視鏡検査AIは本邦では2022年から薬事承認された。上部消化管内視鏡検査AIの本邦での実臨床での成績の報告は少なく、その有用性について検討が必要である。今回、胃癌ESD前の精査内視鏡検査における異所性病変の検出にAIが有用であるかについて検討した。

【方法】2024年4月から9月までに当院・他院で早期胃癌もしくはその疑いと診断され、治療前の精査目的で精査内視鏡を行った32例を対象とした。精査内視鏡は胃癌発見時から3か月以内に全例行った。精査時に、AIによる評価も行った。精査はエキスパートの医師が施行した。検討項目として、異所性病変の有無とその画像所見の特徴、またその病変をAIで特定できたかについて解析を行った。AIは、gastroAI™ model-G (AIメディカルサービス社) を使用した。本検討では、生検でGroup3以上を認めたものを異所性病変と定義した。

【成績】対象とした32例のうち、異所性病変を認めた症例は6例 (18.8%)、8病変であった。6例全例でH. pyloriは既感染、平均年齢は77歳 (64-89歳)、性別は3例が女性、過去の治療歴は1例で食道癌に対して胃管再切除術後、1例で早期胃癌2回ESD後、1例は胃癌stage IVに対して化学療法を行いCRだった。腫瘍平均長径は9.6mm (4-15mm)、3病変は、長径5mm以下の微小胃癌であった。8病変全てがAIで同定可能であった。

【結論】胃ESD前の精査内視鏡においてエキスパートの医師が指摘した異所性病変を、AIを用いた内視鏡でも全例指摘可能であった。非熟練医であっても、エキスパートの医師と同等に病変を検出することができる可能性が示唆された。

胃癌, AI内視鏡

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科
福本彩音, 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, 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

【症例】50歳台男性【現病歴】小腸クローン疑いで当科通院中。回腸狭窄に対して過去2回バルーン拡張術の施行歴あり。今回DBEでのリサンキズマブ導入後評価目的に入院した。【臨床経過】入院2日目に経肛門DBEを施行し、4か所の狭窄部位を認め、スコープの通過しない1か所に内視鏡的バルーン拡張術（EBD）を施行した。術後の夜間より頻回の血便と貧血の進行あり、拡張後出血を疑った。造影CTでextravasationを認めなかったため保存的加療としていたが、輸血を要する血便が持続するため7日目に再度経肛門的DBEを施行した。前回拡張部も含めて活動的出血や出血源を同定できなかったが、前回通過した狭窄部がスコープ通過困難のためEBDを追加した。術直後から嘔吐が出現したが、単純CTでは特記すべき異常を認めなかった。8日目も嘔吐が持続していたため造影CTを行ったところ、回腸の比較的広範な領域に壁肥厚を認め、口側腸管は拡張していた。DBE及びEBDによる炎症性狭窄の増悪と腸閉塞と診断し、胃管留置による減圧で保存的加療を開始した。症状は次第に改善し、11日目の造影CTでも回腸の壁肥厚と腸管拡張は改善していた。経口摂取開始後の症状の再燃がないため、17日目に退院した。【考察】クローン病の小腸狭窄に対するDBE及びEBDは外科手術を回避する有用な治療として普及している。EBDの成績をまとめたシステマティックレビューでは、穿孔や出血、外科手術を要する主要な偶発症の発症率は、3.21%とされている。一方、DBE及びEBDの偶発症としての腸閉塞の報告は稀である。今回、入院中の短期間でDBE及びEBDを繰り返したことによる炎症性狭窄の増悪と腸閉塞をきたしたと思われる一例を経験したため報告する。

クローン病, ダブルバルーン内視鏡

医療法人徳洲会 千葉西総合病院 消化器内科
田村周甫, 梅木清孝, 秋田英里, 前嶋恭平, 伊藤 峻, 石山涼子,
佐藤普一郎, 島田紀朋

症例は虚血性心筋症、心不全、心室細動の既往があり埋め込み型除細動器を挿入されている68歳男性。血便を主訴に救急搬送され、腹部造影CTにて小腸に血管外漏出像を認めた。同日緊急シングルバルーン小腸内視鏡検査（SBE）を行い、回腸にびらんを伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め、露出血管に対して凝固止血を行い点墨、マーキングクリップを行った。その口側にも同様のびらんを伴う粘膜下腫瘍様隆起を認めた。再出血時の止血は困難と考えられ、出血コントロールおよび粘膜下腫瘍の診断目的に入院11日目に小腸部分切除術にて小腸を125mm切除した。術中所見として腫瘍は内視鏡で止血を行った部位とその口側のほか肛門側にも同様の硬結を認めたため3か所すべてが含まれる形で切除した。術後の病理診断ではすべて神経内分泌腫瘍、G1の診断であった。出血契機に発見された多発小腸神経内分泌腫瘍はまれであり若干の文献的考察を加え報告する。

小腸多発神経内分泌腫瘍, シングルバルーン小腸内視鏡検査

東京科学大学病院 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾, 同 病理部³⁾
金谷亮佑¹⁾, 森川 亮¹⁾, 田口登和子³⁾, 山本くらら³⁾, 田村皓子¹⁾,
河本亜重²⁾, 日比谷秀爾²⁾, 金子 俊¹⁾, 清水寛路²⁾, 竹中健人¹⁾,
福田将義²⁾, 村川美也子¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 大塚和朗²⁾,
岡本隆一¹⁾

【症例】74歳、男性。【主訴】下痢、食欲低下。【現病歴】当院呼吸器内科でX-3年3月に右下葉肺腺癌stage 4bと診断され、化学療法を開始された。X-1年12月からは4th ライン治療としてアテゾリズマブを開始されていたが、X年6月にPDとなり、7月より5th ライン治療としてTS-1療法を開始された。8月より1日1回の下痢と食欲低下が出現し、TS-1を中止したが下痢は1日5回へと増悪し、腹痛が出現した。経口摂取が不可能となり、体動も困難となったため9月に当院を受診した。腹部は平坦、軟で圧痛はなかった。血液検査ではBUN、CRE、尿酸の上昇を認めた。下痢に伴う急性腎障害と診断され同日緊急入院となり、絶食および補液による加療を開始したが症状は改善せず、入院4日目に当科紹介となった。CTでは遠位回腸に周囲の脂肪組織濃度上昇を伴う浮腫状の壁肥厚を認めた。下部消化管内視鏡では小腸にびまん性に発赤、粗造粘膜、および膿性粘液の付着を認め、大腸には浮腫状の変化を認めたが、活動性の炎症所見は認めなかった。便培養、CDトキシシン、およびサイトメガロウイルスDNAは陰性であった。免疫関連有害事象（immune-related adverse effect：irAE）小腸炎Grade2相当と判断し、ステロイド1mg/kg/日で治療を開始した。治療導入後下痢回数および腹痛はいずれも改善傾向であり、ステロイド奏功例として現在治療中である。病理では回腸の絨毛構造の短縮及び粘膜固有層の好中球浸潤、陰窩膿瘍形成を認めたが、アポトーシス像は明らかでなかった。大腸は粘膜固有層に軽度の単核球浸潤を認められる程度であり、炎症所見は目立たなかった。【考察】消化器毒性はirAEの中でも頻度が高く、多くは大腸炎として発症する。本症例は内視鏡的所見・病理学的所見ともに小腸に局限して炎症を認めており、報告数の少ないirAE小腸炎であると考えられる。貴重な症例と考えられたため、文献的知見を踏まえ報告する。

irAE, 小腸

東京都教職員互助会三楽病院 消化器内科
寺田有一郎, 片岡陽佑, 佐藤優樹, 伊藤友里, 佐藤淳一, 加藤礼子,
花尻和幸, 和田友則

【背景】消化管出血のうち2-3%が小腸からの出血であるとする報告が見られるが、実臨床で小腸出血の確定診断に至ることは少ない。今回、内視鏡的止血が得られた小腸静脈瘤出血と小腸憩室出血の2症例を報告する。

【症例1】50歳代男性。胆管癌に対して、3年半前に肝外胆管切除・亜全胃温存瘻頭十二指腸切除術を施行。S-1補助療法を継続中に下血・貧血の悪化を繰り返し、胆管空腸吻合部からの消化管出血が疑われたものの出血源の特定に至らずに頻回の輸血を要した。4度目の入院で胆管空腸吻合部静脈瘤から噴出性出血を認め、クリップ止血を行った。再出血予防として、門脈血栓による門脈圧亢進に対して他院で部分的脾動脈塞栓術が追加され、その後再出血なく経過し、原病に対する化学療法を再開できた。

【症例2】70歳代女性。4日前から持続する血便で受診。CT検査で回腸遠位端〜盲腸に造影剤の貯留を認め、活動性出血が疑われたため緊急内視鏡を施行。回盲弁から5cm口側の回腸憩室から湧出性出血を認め、クリップ止血を行った。第3病日に再出血を来したもののクリップを追加し止血し得た。

【結語】小腸出血は診断・治療に難渋する例も多いが、内視鏡的クリップ止血に成功した小腸静脈瘤出血と小腸憩室出血を経験したため、内視鏡所見を含め文献的考察を交えて報告する。

小腸静脈瘤, 小腸憩室出血

13 繰り返す腸閉塞に対して腹腔鏡下腸管癒着剥離術を施行した家族性地中海熱の一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾,
同 予防医学センター³⁾, 同 一般・消化器外科⁴⁾
高木大歩¹⁾, 松林真央^{1,2)}, 宮本康雄^{1,3)}, 芹澤 奏^{1,2)},
井上楠奈子^{1,2)}, 野上 章^{1,2)}, 小松萌子^{1,2)}, 洪井俊祐^{1,2)},
梅田智子^{1,2)}, 阿曾沼邦央^{1,2)}, 佐上晋太郎²⁾, 原田優香⁴⁾,
小本曾匡⁴⁾, 矢部信成^{2,4)}, 石井良幸^{2,4)}, 中野 雅^{1,2)},
小林 拓^{1,2)}

【背景】家族性地中海熱 (Familial Mediterranean fever; 以下FMF) は主にMEFV遺伝子に変異を認める自己炎症性疾患である。発熱と腹痛などの漿膜炎症状を周期的に繰り返す。【症例】47歳男性。20歳頃より2か月に1-2回の頻度で2-3日続く腹痛や関節痛を繰り返す線維筋痛症と診断され治療されてきたが、コントロールが困難であった。20XX-2年3月に強い腹痛を自覚し、小腸閉塞の診断で他院に入院した。退院後に原因精査目的で当院消化器内科を紹介受診した。FMFを疑い遺伝子検査にてMEFV遺伝子exon10変異を認めたことから、確定診断に至った。コルヒチン1日1gの内服を開始し、腹痛発作は著減したが、20XX年4月に約2年ぶりの腹痛のため受診した。FMFの発作を疑ったが、腹部造影CT検査で遠位回腸に口側拡張を伴うcaliber changeを認め、FMFの漿膜炎による癒着性腸閉塞と診断し入院とした。絶食のみで改善し退院したが、翌月同部位の腸閉塞で再入院した。腹部手術歴はなかったが短期間で腸閉塞を繰り返すこと、小腸造影にてcaliber changeの確認ができたことから、まず審査腹腔鏡を行う方針となった。鏡視下所見は、大網と腸間膜が複数箇所癒着を形成し、大網裂孔ヘルニア山口の分類Aの所見を認め、回腸末端の腸管同士・腸管膜同士の癒着が散見された。一方、腹壁との癒着は認めなかった。このうち1箇所は大網のバンドが形成されており、CTで指摘された回腸のcaliber changeの原因と考えられた。癒着していた小腸自体に狭窄は認めなかったため、腸切除は行わず腹腔鏡下腸管癒着剥離術を実施した。術後経過は良好で術後10日目に退院した。以後再発なく経過している。【考察】腹部手術歴のないFMF患者において、腸閉塞は2-3%の頻度で発生すると報告されている。FMF患者が腹痛を生じた際には発作による漿膜炎症状だけでなく、繰り返す漿膜炎による癒着性腸閉塞の可能性も念頭において診療にあたる必要があると考えられた。

家族性地中海熱, 腸閉塞

14 診断に難渋した臍 SPN (Solid pseudopapillary neoplasm) の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
丹羽絢菜¹⁾, 中川皓貴¹⁾, 三浦雅史¹⁾, 星 健介¹⁾, 渡部浩二¹⁾,
木村祐介¹⁾, 宅間健介¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 黒瀬泰子²⁾, 桒木直文²⁾,
五十嵐良典¹⁾, 松田尚久¹⁾

36歳女性。健診で軽度の肝障害を指摘され、前医を受診した。腹部超音波検査で臍頭部に14mm大の低エコー腫瘍とMRI T1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、拡散強調画像で拡散低下を認めため、精査目的で当院を紹介受診した。血液検査ではCA19-9、CEA、DUPAN-2の上昇は認めなかった。腫瘍は造影CTの動脈相と門脈相で乏血性を呈し、平衡相で周囲の脾実質と等吸収に造影された。超音波内視鏡検査では内部均一な低エコー腫瘍で、臍管拡張や嚢胞、石灰化は認めなかった。腫瘍内部の血流は比較的少なかった。臍神経内分分泌腫瘍を疑い、超音波内視鏡下穿刺吸引法を行ったが、採取された検体は血液のみだった。小病変のため再穿刺は行わず、画像検査を追加した。ソマトスタチン受容体シンチグラフィーで集積亢進は認めず、PET-CTで臍頭部に集積亢進を認めた。以上より、神経内分分泌性や腺房細胞癌が否定できなかったため、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的に小型類円形核と好酸性の細胞質を有する異型細胞を認め、一部はロゼット状に配列していた。免疫染色でCD10陽性、 β -cateninの核内移行を認め、synaptophysin、chromograninA、Insulinoma-associated protein 1、CK7、CK19いずれも陰性だったことから、SPNと診断した。一般的に、SPNは若年女性の臍尾部に好発する充実性腫瘍とされる。典型例では腫瘍内部に嚢胞成分や石灰化が混在するが、非典型例も多く、しばしば他の臍腫瘍との鑑別が問題となる。今回、診断に難渋した臍SPNを経験したため、文献的考察を加え報告する。

Solid pseudopapillary neoplasm, 臍腫瘍

15 十二指腸穿破後に仮性動脈瘤破裂をきたした臍頭部癌合併貯留嚢胞の一例

船橋市立医療センター 消化器内科
櫻井 舜, 東郷聖子, 松崎綾音, 木村 恵, 藤井渚夕, 笠松伸吾,
石井清文, 関 厚佳, 安藤 健, 小林照宗, 水本英明

【症例】65歳男性【病歴】切除不能臍頭部癌に対して化学療法中であった。腫瘍自体は一時縮小傾向がみられたものの、加療開始5ヶ月後のCTで臍頭部に20×25mmの単房性嚢胞の形成が見られ増大傾向にあった。腫瘍による貯留嚢胞であると考えられた。加療開始8か月後、持続する心窩部痛を主訴に救急外来を受診した。CT上では前述の嚢胞は40×45mmまで拡大しており内部に気腫像を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸水平脚に瘻孔を形成しており、臍嚢胞の十二指腸穿破と診断した。さらにその1週間後、多量の吐血でショックバイタルとなり救急搬送となった。造影CT上では穿破した嚢胞内に上腸間膜動脈の分枝が露出しており、同部位からの出血を強く疑い緊急で血管造影を行った。上腸間膜動脈の分枝の第一空腸枝に仮性動脈瘤を形成しており、造影剤の流出を認めた。出血の責任血管と判断してコイル塞栓を行い、止血が得られ救命に成功した。第9病日に自宅退院となった。【考察】十二指腸穿破後に仮性動脈瘤破裂をきたした臍頭部癌合併貯留嚢胞の一例を経験した。通常、嚢胞内の被膜形成が十分であれば出血は内圧上昇により自然に止血するとされている。しかし、本症例では、嚢胞が十二指腸に穿破し開放空間となった事が、重篤な経過を辿った原因となったと考えられた。嚢胞の腸管への穿破は感染を合併した場合などではドレナージへつながり、自然治癒へと結びつくことも多い。しかし、本症例の様に重篤な経過へと繋がり得ることも念頭に置くべきであると考えられる。また、このような仮性動脈瘤に対しては、早期の発見および経動脈的塞栓や手術といった早期の介入が肝要であると思われる。

仮性動脈瘤破裂, 貯留嚢胞

16 診断、治療に難渋した乳び腹水を伴う腸間膜脂肪織炎の1例

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科
金谷崇伸, 阿部朝美, 八木はるか, 三浦義史, 西村光司,
新行内綾子, 宮村達雄, 伊藤健治, 金田 暁, 齊藤正明, 多田 稔,
杉浦信之

【症例】81歳、男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X-2年3月頃より、腹部膨満感や息切れが出現した。腹部エコーにて大量の腹水貯留が認められ紹介となった。【経過】初診時、腹部エコーにて腹水貯留を認め、腹水穿刺を施行すると乳び腹水であった。腹水検査においてCA125の著明な上昇を認めたが、細菌培養や抗酸菌培養、腹水細胞診はいずれも陰性であった。血液検査では、WBC 6100/ μ l、CRP 6.44mg/dlと炎症反応高値であり、CA125>184.5U/mL、sIL2R>771 U/mLと腫瘍マーカーも高値であった。上下部消化管内視鏡と造影CT、腹部エコー検査では、肝硬変や悪性腫瘍、結核性腹膜炎を示唆する所見はなかったが、腹膜石灰化を認めた。外来にて利尿薬治療を継続したが定期的な腹水穿刺を要した。X-1年4月ごろより低アルブミン血症、腎機能低下が進行し、X-1年8月には体動困難となり再入院となった。その際のCTで腹膜石灰化が進行しており、腸間膜脂肪織炎が疑われた。しかし、全身状態不良であり外科的手術は適応外であり、保存加療を継続する方針とした。ステロイド投与も試みたが効果は乏しく、腹水濃縮還流を施行しつつ、臨床症状管理を継続した。X年3月、低アルブミン血症の進行、全身状態の低下、誤嚥性肺炎の合併などきたし入院となり、5月に呼吸不全により死亡した。病理解剖による診断は、腸間膜に粗大な腸間膜脂肪織炎と石灰化巣を認め、大網にも播種状の石灰化巣であり、それが乳び腹水の原因と考えられた。直接死因は腹水の胸腔内流入、胸水貯留による呼吸不全と考えられた。【考察】腸間膜脂肪織炎は稀な疾患であり、特異的な症状はなく、病理組織診断が必要とされる。高齢者の場合侵襲的検査に制約があり、生前診断が困難であった。ステロイド治療が有効とされるが、本症例では効果が見られなかった。CTでの腸間膜石灰化所見は診断に有用な所見と考え、その画像経過も含めて報告する。

腸間膜脂肪織炎, 乳糜腹水

17 腹部超音波健診にて高エコー病変として発見されEUS-FNAが診断に有用であった微小SPNの1例

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター
上石英希, 小泉一也, 眞一まこも, 窪田 純, 木村かれん,
増田作栄

【症例】37歳女性。飲酒歴無し。健康診断の腹部超音波検査にて腓尾部に境界明瞭な類円形の5mm大の高エコー腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。腓ダイナミック造影CT検査では腓尾部に5mm大の石灰化を認めたが、明らかな充実性腫瘍は描出されなかった。EUSを施行したところ、腓尾部の5mm大の石灰化周囲に9mm大の低エコー腫瘍を認めた。同部位に対して経胃的にEUS-FNAを施行したところ、軽度腫大した類円形の核を有する異型細胞を認め、淡好酸性で比較的豊かな細胞質を有していた。免疫染色ではβ-カテニンは核内陽性であり、Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) と診断した。他院にて脾温存腓尾部切除を施行し、SPNの確定診断となった。【考察】SPNは若年女性の腓尾部に多いとされる比較的予後良好な腫瘍であり、出血や変性を生じやすいため囊胞性病変として発見されることが多いが、本例のように特に小型の病変では囊胞成分を伴わない病変として描出されることもあり注意を要する。また腹部超音波健診マニュアル改訂版(2021)では、脾における15mm未満の高エコー腫瘍または石灰化はカテゴリー2で良性とされており間隔をあけた経過観察が推奨されているが、本例のように腫瘍性病変が含まれる可能性があることも念頭に置く必要がある。本例においては腓ダイナミックCTによる精査でも石灰化のみで充実性腫瘍は認めなかったが、EUSを施行することで石灰化周囲に微小な充実性腫瘍部を描出することが可能であり、さらにEUS-FNAで確定診断が可能であった。若年女性において高エコー腫瘍や石灰化が見られた際はSPNも鑑別となり、その精査には超音波内視鏡が有用であると考えられる。

SPN, EUS

18 脾臓癌に対する抗腫瘍治療中に胆嚢炎を発症し、侵襲性クレブシエラ感染症で急性経過を辿って死亡した一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾
藤崎敬太¹⁾、高橋知也¹⁾、大金良樹¹⁾、酒井美帆¹⁾、渡部主樹¹⁾、
関根 優²⁾、山田奈々¹⁾、杉原地平¹⁾、大内麻輪¹⁾、菅 元泰²⁾、
永島裕樹¹⁾、高橋幸治²⁾、沖津恒一郎¹⁾、大野 泉²⁾、大山 広¹⁾、
加藤直也¹⁾

【背景】*Klebsiella pneumoniae*は、肝膿瘍から眼内炎・中枢神経感染症などの転移性感染果を引き起こすことがある。脾腫瘍に対し抗がん剤治療中に侵襲性過結核性クレブシエラ感染症による肝膿瘍・胆嚢炎を発症し、急速な転機を辿った症例を経験したため報告する。【症例】76歳女性【臨床経過】脾腫瘍痛肝転移に対して、4ヶ月前から化学療法が開始された。1ヶ月前のCT検査で、肝転移新出・増大を認め、PD判定となり、2nd lineへの移行となった。2nd line導入入院の際に、腹部症状を伴い施行した造影CT検査で肝膿瘍が疑われ、レボフロキサシンの内服加療を行った。炎症反応の軽快と腹部症状の改善を認めたため、投与6日で抗生剤を終了した。肝膿瘍生検目的で入院された際に入院前日からの腹痛の訴えがあり、血液検査でも炎症反応の増悪と凝固異常を伴ったため、造影CT検査で、肝膿瘍+重症急性胆嚢炎の診断となり、輸血・抗菌薬投与の上でPTGBD留置による初期加療を行ったが、治療反応が乏しかった。第2病日には意識レベル低下も伴い、MRI検査で微小脳塞栓所見が多発性脳ソー症候群によるものと考えられた。積極的な治療は難しいと考えられ、緩和的に対応し第4病日永眠された。その後、血液培養からは*Klebsiella oxytoca*、*K. pneumoniae*が検出され、いずれもstring test陽性。胆汁培養からは*K. oxytoca*が検出された。侵襲性過結核性クレブシエラ感染症に矛盾せず、頭部MRI検査の所見も肝膿瘍の可能性が考えられた。【考察】侵襲性過結核性クレブシエラ感染症は、転移性感染果の出現が報告されており、眼所見や神経学的所見が重要とされている。死亡例も報告されており、早期の抗菌薬治療・外科的対応を含めた集学的治療が重要である。本症例でも、肝膿瘍から胆嚢炎・中枢神経感染症への移行を認め、急速な転機を辿った。【結語】胆嚢患者でも易感染状態にある方に肝膿瘍を認めた際には、侵襲性クレブシエラ感染症の可能性を考慮し、広域抗生剤治療を行うべきである。

侵襲性クレブシエラ感染症, 胆嚢炎

19 脾癌に対するGEM+nab-PTX療法中に発症したC.difficile腸炎の1例

日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野
小山貴久, 藤澤真理子, 北原麻衣, 大木庸子, 野村舟三, 齋藤 圭,
木暮宏史

70代女性。黄疸を主訴に近医受診し、腹部超音波検査で胆管拡張と脾腫瘍大を認め当院紹介受診となった。受診時の血液検査で総ビリルビンおよび肝胆道系酵素上昇を認めた。CT検査では脾頭部に30mm大の腫瘍性病変、多発肺膿瘍、多発肝腫瘍、腹部リンパ節腫大、胆管拡張、主脾管拡張、脾実質の萎縮が認められた。脾頭部腫瘍に対してEUS-FNA/Bを施行し、adenocarcinomaを認め、脾頭部癌StageIVと診断した。同日にERCPも施行しプラスチックステントを留置して減黄処置を行った。EUS-FNA/B・ERCPの前後2日間のみSBT/CPZを投与した。その後、初診から2週間後に再度ERCP施行し金属ステントに交換した。処置後、状態が安定してからGnP(GEM+nab-PTX)による化学療法を開始したが、GnP2日目に下痢症状が出現し、便中CDトキシン陽性となったため、*C.difficile*腸炎と診断しMNZで治療を開始した。症状改善したが、抗菌薬治療中であったためGnP8日目の投与は延期し、GnP15日目に外来で投与を再開した。GnP18日目に食思不振と疼痛の訴えがあり救急外来受診。CT検査で小腸に腸液とガス貯留が認められ、腸炎の疑いで入院した。入院時には下痢や排便は認めなかったが、血液検査で炎症反応高値であったこと、既往・画像所見から*C.difficile*腸炎の再発も念頭に置き、抗菌薬は投与せず経過観察とした。入院3日目に提出された便検体からCDトキシンが検出され、CT検査で全結腸の壁肥厚を認め、*C.difficile*腸炎の再発と診断した。年齢・発熱・血液検査・画像所見から重症と判断し、DICスコア7点であったため、DIC治療と抗菌薬投与(MEPM・MNZ)点滴治療を開始した。入院12日目に中枢神経障害を考慮しMNZ投与を終了した。その後採血で炎症反応改善がみられたが、入院18日目に再度発熱し、炎症反応増悪、肝腎機能低下を認めた。CT検査では大腸炎の改善がみられたものの、全身状態は改善せず、入院20日目に死亡した。今回、nab-PTX投与が*C.difficile*腸炎の発症・再発に関与したと考えられる症例を経験したため報告する。

C. difficile腸炎, nab-PTX

20 診断に難渋した術後長期間経過し発見された転移性腎細胞癌の2例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科
香河成澄, 伊東詩織, 邊田陽子, 新村泰季, 勝又理沙, 藤井亮輔,
東万里恵, 河上和輝, 原 英展, 松本浩明, 大友有紀子,
柳 一臣, 浅川剛人, 吉野耕平, 先田信哉

【目的】腎細胞癌に対して手術療法を施行した患者に術後長期間経過してから多血性腫瘍を認めたため診断目的で施行された超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)で転移性腎細胞癌の病理学的診断が得られなかった2症例を経験したので報告する。【症例1】70代男性。X年に右腎細胞癌に対して経腹膜の腎摘出術を施行されたX+13年に憩室出血で入院、その際のCTで偶発的に脾鉤部に26mmの多血性腫瘍を認めた。後日EUS-FNAを施行され組織診断で漿液性囊胞腫瘍(SCN)であったため外来で経過観察の方針となった。しかしフォローのCTで多血性腫瘍が37mmに増大しており、増大傾向のSCNもしくは病理学的には否定的ではあったが神経内分泌腫瘍の可能性も考えられ手術目的で外科に紹介となった。X+14年に脾頭下十二指腸切除術施行され、切除標本の病理の結果はmetastatic renal cell carcinomaであり、14年前に治療された腎細胞癌の脾転移と診断された。【症例2】70代男性。X年に右腎細胞癌に対して腹腔鏡下腎部分切除術を施行された。再発なく経過していたが、X+6年のフォローのCTで35mm大のリング状に造影される多血性肝腫瘍と22mm大の早期浸染される腹膜播種を疑う所見を認め精査目的で当科紹介となった。EUS-FNAを施行したが組織診断では腫瘍細胞が認められなかった。追加で超音波内視鏡下穿刺生検法(EUS-FNB)を施行したところ組織診断でclear cell carcinomaが検出され6年前に治療された腎細胞癌の肝転移と診断された。腹膜播種もあるため治療として薬物療法が検討されている。【考察】症例1、2ともにEUS-FNAでの転移性腎細胞癌の診断に難渋した症例を経験したため若干の文献的考察を交えて報告をする。

EUS-FNA, 腎細胞癌脾転移

21 多彩な性感染症で入院を繰り返した若年女性の1例

東京通信病院 消化器内科¹⁾、同 感染症内科²⁾
西崎由希子¹⁾、小野晋治¹⁾、濁川博子²⁾、弦間有香¹⁾、坂井有里枝¹⁾、
阿部創平¹⁾、加藤知爾¹⁾、小林克也¹⁾、平野賢二¹⁾、関川憲一郎¹⁾、
光井 洋¹⁾

【症例】20歳代女性【主訴】右季肋部痛【職業】性産業に従事【既往歴】淋菌感染症、クラミジア感染症、性器ヘルペス感染症【現病歴】X-1年10月に咽頭痛を訴え、淋菌感染とクラミジア感染併発し抗生剤での治療を行っていた。X-1年12月には排尿時痛を訴え、性器ヘルペスと診断され塗布剤と内服薬を処方されていた。その後血便や月経不順を認めていたが近医では経過観察となっていた。X年1月右季肋部痛および体動困難を認めたため前医を受診し、当院紹介入院となった。【入院後経過】血液検査では白血球数とCRPの上昇を認めた。造影CTでは肝周囲に早期濃染の所見を認め、骨盤内の脂肪組織濃度上昇や腹膜肥厚もありFitz-Hugh-Curtis症候群の所見に合致するものであった。画像診断後、クラミジアないし淋菌感染を疑ったため抗生剤治療としてCTRXとAZMを併用投与した。その後クラミジア・トラコマティスの血清IgA抗体と尿DNAが陽性で尿淋菌DNAは陰性と判明した。その後は腹部症状、炎症反応ともに改善したため、抗生剤をMNZとMINO内服に変更し退院となった。【退院後経過】退院後も仕事を継続していたが、3か月後、上腹部痛、下痢嘔吐により当院再入院となった。血液検査では著明な炎症反応高値を認め、腹部CTでは骨盤腹膜炎の所見に加え、小腸大腸の液体貯留と壁肥厚があり腸炎を合併していた。細菌性腸炎を想定し、CMZにて治療を開始したが、前医検査にて淋菌陽性と判明し抗生剤をCTRXに変更した。便培養は正常細菌叢であり、今回クラミジア抗体は陰性であった。その後腹部症状は徐々に改善し退院となった。【考察】多彩な腹部症状で入院を繰り返した性産業に従事する若年女性性例を経験した。職業柄、性感染症のリスクは高く、正確な診断と最適な抗生剤の投与が重要である。今回2度の入院において、症状とCT画像所見ならびに特異抗体検査等によりクラミジア感染と淋菌感染を診断し、適切な抗菌薬治療を行えた。性感染症は消化器症状を訴える場合も多く、診断ならびに治療においては、十分な注意が必要である。

肝周囲炎、骨盤腹膜炎

23 胃潰瘍を契機に診断された梅毒の一例

日本赤十字社医療センター 消化器内科¹⁾、同 胃・食道外科²⁾、
同 感染症科³⁾、同 病理部⁴⁾
北原愛弓¹⁾、中田史子¹⁾、石井ひかり¹⁾、勝矢雄之¹⁾、井上 薫¹⁾、
三浦宏仁¹⁾、栗原健平¹⁾、鈴木裕史¹⁾、内野康志¹⁾、谷口博順¹⁾、
山本信三¹⁾、伊藤由紀子¹⁾、井川 聡²⁾、三田英明²⁾、永岡 栄²⁾、
上田晃弘³⁾、熊坂利夫⁴⁾、裴 有安⁴⁾、吉田英雄¹⁾

【症例】30歳代男性【現病歴】X年5月心窩部痛・嘔吐を主訴に当科外来を受診した。【経過】CT検査では胃幽門前庭部の壁肥厚、胃周囲・骨盤内・鼠径リンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃体下部小弯～前庭部前壁にかけて辺縁不整の融合傾向にある胃潰瘍を認めた。進行胃癌や悪性リンパ腫などを疑い生検を行ったが、Group1の診断であった。*Helicobacter pylori*感染の関与も考えられたが、可溶性IL-2受容体高値も認められており、左鼠径リンパ節生検まで行う方針とした。術前検査にてRPR定量362.0 R.U.、TPLA定量562.3 COIと高値であり、身体所見においても陰茎の硬結、全身の皮疹を認め、第2期の梅毒として矛盾しなかった。鼠径リンパ節生検の結果は梅毒性リンパ節炎の診断であった。胃潰瘍病変についても病理学的検索を追加し、胃梅毒の診断となった。治療としては、上部消化管内視鏡検査当日より胃潰瘍に対しプロプラザンの内服を開始し、梅毒の診断後よりアモキシシリンの内服を開始した。梅毒治療完遂後の上部消化管内視鏡検査では胃潰瘍は治癒傾向にあった。【考察】胃梅毒は全身性梅毒感染患者の約0.1～0.2%にみられるとの報告がある。胃体下部から幽門前庭部にかけてみられ、全周性の炎症、壁硬化、不整形のびらんと融合傾向にある浅く広い多発潰瘍が特徴的である。本症例もそれに合致しており、文献的考察を加えて報告する。

胃潰瘍、梅毒

22 SPINK1変異陽性慢性膵炎に発症した膵体部癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
望月佑介、生駒一平、神保泰久、藤澤聡郎、福岡泰斗、高橋 翔、
高崎祐介、波岡大輔、富嶋 享、石井重章、深田浩大、上山浩也、
戸張真紀、石川 大、池嶋健一、永原章仁、伊佐山浩通

【背景】膵癌は最も予後の悪い固形癌の一つであり罹患数が増加をしている。膵分泌性トリプシンインヒビター（SPINK1）遺伝子変異は膵炎の原因遺伝子の一つとして知られている。【症例】58歳男性。習慣的な飲酒はしていなかった。X年に急性膵炎を発症し、その後も急性膵炎を繰り返すため、精査目的にX+2年10月に当科紹介となった。画像検査で膵尾部に散在する膵石及び仮性嚢胞を認めたが、その他明らかな器質的異常は認めず、血清学的検査でも原因は指摘できなかった。遺伝子検査を施行しSPINK1遺伝子変異を認めたが、膵炎の家族歴はなく、X+7年10月にSPINK1変異陽性の慢性膵炎と診断した。定期的な経過観察を行ったが、X+8年2月のMRCPで軽度の尾側膵管拡張を伴う体部主膵管狭窄を認め、X+9年2月に同所見の著明な増悪を認めた。造影CTで膵管拡張部の頭側に12mm乏血性腫瘍を認めた。超音波内視鏡にて腫瘍の主座は膵体部主膵管内に存在したため、内視鏡的逆行性膵胆管造影（ERCP）にて連続膵液細胞診を行った。同検査にてAdenocarcinomaを認め、膵体部癌cT1N0M0 StageIA、切除可能分類：Resectableの診断とした。術前化学療法（gemcitabine+S-1療法）2コース後に、X+9年5月にロボット支援下膵尾部切除術を行い、病理検査で腫瘍は9mm大、高分化adenocarcinoma、主膵管内伸展5mm、脈管侵襲なし、ypT1bN0M0 StageIBと診断した。SIによる術後化学療法を開始したが、術後2か月で多発肝転移による再発を来し、術後3か月よりmodified FOLFIRINOXを開始した。【考察】SPINK1遺伝子変異はトリプシンインヒビターの構造変化によりトリプシンとの結合能・阻害活性が持続し膵炎を惹起する。特発性慢性膵炎は本邦の全国調査にて、慢性膵炎の22%を占め、日本人の特発性慢性膵炎患者のうち、9.2%にSPINK1遺伝子変異を認めると報告された。特発性慢性膵炎患者より膵癌が発生する確率は0.99%、一方SPINK1遺伝子変異を有する慢性膵炎患者より膵癌が発生する確率は3.3%であったが有意差は認めない。【結語】SPINK1遺伝子変異を有する遺伝性膵炎フォーラムに発症した膵癌の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

SPINK1変異陽性慢性膵炎、膵癌

24 膵尾部癌に対するEUS-TA後にneedle tract seedingによる術後再発をきたした一例

筑波大学 医学医療系 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、
同 病理診断科³⁾
松本めぐみ¹⁾、萩原悠也¹⁾、石川敬資¹⁾、松田 悠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⁾、
池田貴文¹⁾、新里悠輔¹⁾、遠藤壮登¹⁾、土井愛美²⁾、前田晃樹³⁾、
長谷川直之¹⁾、瀬尾恵美子¹⁾、岡田浩介¹⁾、土屋輝一郎¹⁾

【症例】70代男性。CTで膵尾部に10mm大の腫瘍を認め、膵癌が疑われた。EUS-guided tissue acquisition (EUS-TA) による組織診断の方針となり、低エコー腫瘍に対してTrident形状針22ゲージを用いて経胃的に3回穿刺し、腺癌と診断した。膵尾部切除術を施行し、病理診断は浸潤性膵管癌、pT3N1M0 pStageIIBであった。術後補助化学療法としてS-1療法を6ヶ月行い、以降は経過観察となった。術前EUS-TAから39か月後のCTで胃小弯側から近傍の横行結腸に連続する24mm大の腫瘍を認めた。PET-CTでは同部位にFDG集積を認め、他に転移を疑う所見はなかった。EUSでは胃壁から連続する腫瘍として観察され、術前EUS-TAの穿刺経路と一致している点から、needle tract seeding (NTS) による局所再発を疑い、EUS-TAで腺癌と診断した。周囲への浸潤傾向も強いことから化学療法後に手術の方針となった。ゲムシタビン+ナパブクリタキセル療法を6ヶ月行い、再発巣の縮小と新出病変がないことを確認、胃壁横行結腸合併切除術を施行し根治切除可能であった。現在は無治療経過観察中である。【考察】EUS-TAは膵腫瘍の診断において重要な役割を担うが、重篤な合併症としてNTSが報告されている。本施設での膵癌手術症例におけるNTS発生率は1.03%(1/97)、本邦における大規模調査でも0.33%(40/12,109)と少数であり、患者特徴や発症病態は不明な点が多い。既報では浸潤性膵管癌、膵尾部病変への経胃穿刺後に多い点が特徴とされており、本症例でも同様であった。一方、本症例では、周囲への浸潤傾向が強かったことから化学療法後に横行結腸合併切除術を施行した。検索し得た範囲では、同様の治療経過を経たNTSの報告はなく、集学的治療により根治切除が可能となった本症例は貴重と考える。【結語】膵尾部癌に対するEUS-TA後にNTSをきたした症例を経験したので報告する。

膵癌、needle tract seeding

貧血、黒色便を契機に診断された十二指腸副乳頭部癌の一例

横浜医療センター 消化器内科

清水志志, 友成悠邦, 鈴木雅人, 平本雅也, 佐伯優美, 小田貴之, 永井康貴, 小川祐二, 山田英司, 野中 敬

【症例】81歳男性。2型糖尿病で当院糖尿病内科通院中であった。X-1年から貧血進行し、上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy, EGD)での精査を提案されていたが拒否していた。X年11月、めまい、黒色便を主訴に救急搬送され、血液検査で高度貧血(Hb5.3g/dL)を認めた。緊急で行ったEGDで十二指腸乳頭部口側からの拍動性出血を認め、止血した。第5病日、側視鏡で十二指腸を再検したところ副乳頭に3型腫瘍を認め、腫瘍からの生検ではAdenocarcinomaが検出された。画像所見上、明らかな遠隔転移や周囲リンパ節転移を疑う所見はなく、十二指腸癌cT1bN0M0 cStageIBの診断とした。貧血進行なく、第14病日に退院となった。X年12月に亜全胃温存脾臓十二指腸切除術を施行した。切除標本では腫瘍に副脾管および脾組織が混在しており副乳頭に相当し、pT1bN1M0 pStageIIIAの十二指腸副乳頭部癌と診断された。術後補助化学療法を行い、現状再発なく経過している。【結語】副乳頭部癌は非常に稀な疾患である。今回、貧血、黒色便を契機に診断された十二指腸副乳頭部癌を経験したため若干の文献的考察も交えて報告する。

副乳頭部癌、黒色便

亜全周性の食道ESD後にステロイド経口+局注併用療法を行い、術後21日目に遅発性穿孔を来した1例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科

杉山 匠, 村上大輔, 宮崎夏帆, 畑山靖樹, 嶋由紀子, 杉山晴俊, 西野隆義, 新井誠人

症例は82歳、男性。出血性胃潰瘍の内視鏡止血時に、食道扁平上皮癌(長軸径9-10cm、亜全周性、0-IIc+Is)を認めた。深達度はLPM~MM主体であるがIs部はSM浸潤も疑われ、外科治療適応の表在食道癌と考えられた。年齢、ADLによる耐術能の問題や多発胃潰瘍による再建リスクも高いことから、ステロイドによる狭窄予防併用のESDを希望された。一括切除し、狭窄予防目的にケナコルト局注を施行した。術中穿孔は認めなかった。術後3日目からステロイド内服を併用し、合併症なく術後8日目に退院した。入院、外来で計3回ケナコルト局注を施行した。術後21日目、食物(菓子パン)が詰まったことを契機に胸背部の疼痛、呼吸困難が出現したため、救急搬送となった。胸部CTにて広範な縦隔気腫および頸部皮下気腫を認め、ESD後の遅発性穿孔の診断で、緊急入院にて絶飲食・抗菌薬治療を開始した。入院4日目の胸部CTにて、縦隔炎からの右胸腔内への穿破・膿胸が疑われた。同日の上部内視鏡検査にて食道ESD後潰瘍と縦隔間に瘻孔を認め、腸管減圧目的に経鼻胃管チューブを留置した。入院11日目には胸部CTにて縦隔炎・膿胸が増悪傾向であったため、瘻孔部より縦隔内へ直接細径内視鏡を挿入し、貯留物を吸引し、縦隔内に経鼻栄養チューブをドレーナジ目的で留置した。入院18日目には経皮的胸腔ドレーナジも追加した。その後、炎症反応は低下傾向となり、縦隔および胸腔ドレーナジが奏功していると判断された。入院37日目に発熱し、血液培養からCandida albicansが検出されたため真菌血症の診断となり、抗真菌薬を開始した。入院41日目より徐々に呼吸不全となり、急性呼吸窮迫症候群が疑われた。全身管理およびステロイドパルス療法を行ったが呼吸状態の改善はなく、入院43日目に死亡した。本症例では、ESD後21日目という比較的長い時間が経過した時点での穿孔であり、ステロイド経口+局注併用療法による食道壁の脆弱化が影響した可能性がある。

食道ESD、遅発性穿孔

プロトンポンプ阻害薬中止が有用であった胃前庭部毛細血管拡張症に対するアルゴンプラズマ凝固法後の出血性多発過形成性ポリープの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 病理診断科³⁾

鎌本紗衣¹⁾、松本 悠¹⁾、宮口和也²⁾、塩味里恵¹⁾、都築義和²⁾、小林成仁¹⁾、浜田芽衣³⁾、石澤圭介³⁾、山田健人³⁾、今枝博之²⁾

症例は60歳台、男性。糖尿病性腎症による腎不全に対する血液透析中、201X年に黒色便、貧血を認めたため、当科紹介入院した。上部消化管内視鏡(EGD)で胃前庭部毛細血管拡張症(GAVE)による出血を認め、アルゴンプラズマ凝固法後(APC)を施行された。201X+3年に黒色便を認め、EGDで幽門前庭部に多発過形成性ポリープからの出血を認め、内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行された。その後もしばしば過形成性ポリープとGAVEの再発による貧血を認め、輸血とEMRやAPCが施行された。その間にプロトンポンプ阻害薬(PPI)の処方継続されていた。201X+7年にPPIをH2ブロッカーに変更したところ、過形成性ポリープの再発は減少し、さらにレバミピドに変更したところポリープは消失し、GAVEも軽快し、貧血の進行はみられていない。GAVEに対するAPC後に過形成性ポリープを認めることがあり、またPPIの長期服用による過形成性ポリープや胃底腺ポリープの増大、増加による出血の報告もみられている。本例ではPPIの中止により過形成性ポリープやGAVEの再発が抑制され示唆に富む症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

GAVE, PPI

癌検診にて経過を追えたH.pylori陰性の胃MALTリンパ腫の1例

社会医療法人 熊谷総合病院 消化器内科

信太 麟, 比留間晴彦, 水谷 琢, 岡本四季子, 村上規子, 門野源一郎, 松井真理子, 石川武志, 土合克巳, 斎藤雅彦, 井村義二

【症例】80歳代、女性。【現病歴】当院受診の10年前から、胃癌検診にて内視鏡検査を施行していた。6年前の内視鏡検査にて胃体中部前壁寄りに皺襞に沿って10mm大の発赤を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認めた。生検にて、異型のない胃底線粘膜のみであった。その後も胃癌検診にて経過観察されたが、明らかな増大傾向なく経過した。1年前の胃癌検診で同病変に、生検が施行されたが、前回同様、異型のない胃底線粘膜であったが、更なる精査のため、当院消化器内科の受診となった。【臨床経過】超音波内視鏡検査では、病変は10.1×2.9mmであり、第2~3層に中心をおき、内部は比較的均一な低エコーを呈していた。病変が小さいため、超音波内視鏡下の針生検は施行せず、内視鏡検査にて経過観察の方針とした。6ヶ月後の再検査にて、軽度増大していたため、ボーリング生検を施行した。病理組織学的に小型から中型のリンパ球主体の集簇した病変を認め、MALTリンパ腫が疑われた。診断目的でESDを施行し、一括切除した。病理組織学的には、病変の主座は粘膜下層に認められ、粘膜層への波及はごく一部に留まっていた。多結節性で、大小不同を示し、一部に胚中心を保ったリンパ濾胞を認め、一部ではfollicular colonizationを認めた。免疫組織学的に、CD20⁺細胞のびまん性浸潤と胚中心でのCD10⁺細胞の消失、FDC networkの保存等より胃MALTリンパ腫と診断した。H.pyloriは、血清抗体法・便中抗原法で共に陰性であった。PET-CT等にて胃以外に集積病変を認めず、Lugano病期分類1期と考え、今後の放射線治療など追加治療の必要性なども含めて、近医血液内科に紹介した。【考察】本例のように粘膜下層に主座をおく胃MALTリンパ腫では、生検での診断はつきにくくと考えられた。胃MALTリンパ腫の診断について、文献的考察を加えて報告する。

胃MALTリンパ腫、胃粘膜下腫瘍

東千葉メディカルセンター 消化器内科

池上貴章, 亀崎秀宏, 高橋大輝, 多田健太, 楊 薇, 岩永光巨, 前田隆宏, 妹尾純一

【症例1】65歳男性【主訴】腹部膨満【現病歴】肺扁平上皮癌StageIIIB以上、脳挫傷後遺症により自立不可のためBest Supportive Careの方針の方。脳梗塞発症し入院となった。29病日目から食欲低下、腹部膨満が出現した。30病日目にCT撮影を行ったところ、胃内のガス貯留が著明であり当科紹介となった。胃軸捻転(臓器軸性捻転)を疑い上部内視鏡検査を施行し、捻転部で粘膜のらせん状の集中像を認めたが、挿入は比較的容易であり整復を行なった。食事摂取可能となったが、47病日目に肺扁平上皮癌の進行により死亡した。【症例2】75歳女性【主訴】嘔気、発熱【現病歴】先天性脳性麻痺があり、胃軸捻転を繰り返す胃管挿入で軽快できていた方。嘔気、発熱が出現したため受診し、胃軸捻転再発として入院となった。胃管挿入は困難であり、CTで胃軸捻転(間膜軸性捻転)を疑い、上部消化管内視鏡検査を施行した。胃内に入ると画面右側に穹窿部、左側に管腔方向が観察された。スコープを水平脚まで挿入し、右トルクをかけて整復を行なった。食事再開するも短期間で胃軸捻転を繰り返したため、胃管を留置し再燃を予防し、中心静脈栄養管理の方針とし44病日目に退院となった。【考察】胃軸捻転は胃が生理的範囲を超えて病的に捻転し、胃の通過障害から胃拡張をきたす疾患である。頻度は慢性(無症候性)のものも含めると0.05-0.23%とも報告され、有症状となると稀な疾患であると言える。食道胃接合部と幽門輪を結ぶ長軸方向に捻転する臓器軸性捻転、大彎と小彎を結ぶ短軸方向に捻転する間膜軸性捻転に分類できる。症例1は臓器軸性捻転、症例2は間膜軸性捻転と考えられた。治療法は保存的治療と外科的治療があり、まず胃管による減圧や内視鏡的整復などの保存的治療を行う。整復された後は、再発を考慮し胃固定術が推奨される。整復困難や反復例、血流障害による腸管壊死や穿孔などが見られた場合に外科的治療の適応となる。間膜軸性捻転では内視鏡的整復による α -loop法(ロングスコープを深部まで挿入して多くは右トルクをかけての整復)が有用である。

胃軸捻転, 軸捻転

慶應義塾大学病院 卒後臨床研修センター¹⁾, 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)²⁾, 同 外科学(一般・消化器)³⁾, 同 内視鏡センター⁴⁾ 菅紗有里¹⁾, 勝海 愛²⁾, 吉松裕介²⁾, 杉本真也²⁾, 竹内優志³⁾, 松田 諭³⁾, 三上洋平²⁾, 筋野智久⁴⁾, 高林 馨⁴⁾, 川久保博文²⁾, 北川雄光³⁾, 金井隆典²⁾

【症例1】20歳代男性。約1年前から心窩部痛と嘔吐を自覚し、近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、幽門輪の浮腫状狭窄と著明な胃拡張を認めた。大腸内視鏡検査(CS)では盲腸、横行結腸、下行結腸に瘢痕散在、直腸にびらんを認め、小腸造影では縦走潰瘍の所見を得られたため、小腸大腸型Crohn病(CD)と診断された。5-ASA製剤、エンテール、ブデソニド腸溶性顆粒充填カプセル(BUD)で治療開始し、幽門狭窄に対しては内視鏡的バルーン拡張術(EBD)を実施したが症状の改善に乏しく、当院に紹介受診となった。インフリキシマブを導入し炎症反応は改善したが、幽門狭窄による嘔吐症状が持続したため、当院一般・消化器外科にて腹腔鏡下胃空腸吻合術を実施し、以後臨床的寛解を維持している。【症例2】10歳代男性。肝臓癌治療後に繰り返す血便の精査で施行したCSで回腸末端から上行結腸に非連続性に一部縦走傾向の潰瘍を認め、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。当院で施行した小腸カプセル内視鏡検査で十二指腸から小腸下部にかけて広範にびらん・小潰瘍を認め、前医の所見と合わせて小腸大腸型CDを疑った。5-ASA製剤やBUDで治療後も血便症状や炎症反応高値が続いており、リサキズマブを追加し寛解が得られた。しかし、問欠的に認めていた嘔吐症状が改善せず、EGD施行したところ、数石状の変化を伴う高度の幽門狭窄を認めた。スコープ通過は可能であり、EBDでの改善は望めないと考え、当院一般・消化器外科にて腹腔鏡下胃空腸吻合術を実施した。【考察】CDは全消化管で非連続性に全層性炎症を引き起こす、原因不明の慢性肉芽腫性炎症性疾患であり、合併症として、消化管狭窄、瘻孔、膿瘍形成、穿孔などが知られている。疾患活動性に対しては免疫抑制療法を中心とした内科的治療が有効だが、線維性狭窄に対する有効な薬剤は現存せず、治療適応の病変にはEBDや外科的手術が考慮される。CDの上部病変としての幽門狭窄に関する報告は少なく、保存的治療の無効な幽門狭窄に対して外科的治療を実施した2症例は貴重であり、文献的考察を含め報告する。

Crohn病, 幽門狭窄

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科

宮崎夏帆, 村上大輔, 杉山晴俊, 畑山靖樹, 嶋由紀子, 西野隆義, 新井誠人

【症例】78歳・男性。慢性腎不全(維持透析中)と高血圧の併存疾患がある。5年前より複数回の黒色便と貧血のエピソードがあり、これまでの上下部内視鏡検査およびカプセル内視鏡検査でも出血源が同定されなかった。原因不明の顕在性消化管出血(Overt OGIB)の精査加療目的として当院へ紹介された。貧血進行の精査目的に上部内視鏡検査を再検したところ、十二指腸に少量の鮮血を認めたが、出血源は明らかではなかった。2年前の上部内視鏡検査においても同様のエピソードがあったため、胆道出血や腸管出血(hemosuccus pancreaticus)などを疑い、側視鏡に変更し精査とした。Vater乳頭部近傍のangioectasiaからの活動性出血を認め、乳頭部へ熱凝固が加わらないように留意しながら、APCによる止血に成功した。入院のうえ経過観察とし、第2病日の2nd lookで止血良好であることを確認し、食事を開始した。貧血の進行や黒色便の再燃なく経過し、第5病日に退院となった。しかし、1ヶ月後に黒色便と貧血の進行を再度認めたため再入院となった。Vater乳頭部のangioectasiaが残存しており、黒色便の原因と考えられた。ERCPで主腸管へ脱落型腸管ステントを留置し、高周波止血鉗子による十分な止血を行った。第2病日の2nd lookでは、angioectasiaからの出血が持続しており、焼灼凝固およびクリッピングを追加した。閉塞性黄疸や肺炎などの再発症は認めなかった。その後、貧血進行や黒色便の再燃はなく、第9病日に退院した。退院1ヶ月後、8ヶ月後の内視鏡検査では、乳頭部のangioectasiaは完全に消失していた。

【考察】Vater乳頭部周囲は通常観察では接線方向となるため、側視鏡を用いることにより、OGIBの原因を特定できる可能性がある。特に、上部内視鏡検査で血性残渣を認める場合は、側視鏡による評価も検討すべきである。また腸管ステントを留置することにより、安全に乳頭部の止血処置を行うことができた。

OGIB, 十二指腸乳頭部Angioectasia

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 消化器内科学教室²⁾

新津帆那¹⁾, 鈴木悠一¹⁾, 坂井幸々¹⁾, 相馬 亮¹⁾, 羽田明海¹⁾, 柴崎 梢¹⁾, 石野勇康¹⁾, 角田翔太郎¹⁾, 土屋洋省¹⁾, 遠藤和樹¹⁾, 大石梨津子¹⁾, 船岡昭宏¹⁾, 三輪治生¹⁾, 森本 学¹⁾, 沼田和司¹⁾, 前田 慎²⁾

【症例】57歳女性【現病歴】X年Y月に心窩部痛の精査目的に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭部腫瘍を指摘された。同月、精査加療目的に当科紹介受診となった。Y+1月に精査目的に超音波内視鏡検査(endoscopic ultrasonography: EUS)を施行した。光学的には十二指腸乳頭部から垂れ下がるように粘膜下腫瘍様の形態を呈する長径50mm程度の隆起性病変を認めた。EUSではやや内部不均一な低エコー域として描出され、Detective Flow Imaging検査では腫瘍内部の血流が非常に豊富であったが、超音波内視鏡下組織採取(EUS guided tissue acquisition: EUS-TA)のための穿刺ラインの確保は可能と考えられた。鑑別疾患として神経内分泌腫瘍、十二指腸乳頭部癌(非露出腫瘍型)、GIST等を考慮し、病理学的診断目的にEUS-TA施行の方針となった。【経過】Y+1月にEUS-TAを施行した。柔らかい多血性腫瘍で穿刺困難例と考えられたため新規フランシー型穿刺針(Acquire-S, Boston Scientific)22Gを使用して穿刺を行い、検体採取に成功した。組織学的にgangliocytic paragangliomaの診断を得た。EUS-TA後、第3病日に肝胆道系酵素上昇あり閉塞性黄疸と判断し、第7病日にendoscopic retrograde cholangiopancreatography(ERCP)を施行し胆管ステントを留置した。内科外科で協議を行い、乳頭部腫瘍の治療として外科的切除の方針とし、Y+2月に当院外科で膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本での最終診断もgangliocytic paragangliomaで、切除断陰性、リンパ節転移陰性であり、その後無再発で経過中である。【結語】術前にEUS-TAで診断し得た十二指腸乳頭部gangliocytic paragangliomaの1例を経験した。新規フランシー型穿刺針でのEUS-TAが奏功して術前診断が可能で、確実に外科的切除の方針を決定できた貴重な症例であり、文献的考察も交えて報告する。

gangliocytic paraganglioma, EUS-TA

胆管拡張症に合併した分節性動脈中膜融解症 (segmental arterial mediolysis; SAM) による上腸間膜動脈瘤破裂の1例

東京女子医科大学附属足立医療センター 卒後臨床研修センター¹⁾, 同 内科²⁾, 同 救急医療科³⁾
小菅健司¹⁾, 後藤俊哉²⁾, 細田麻奈²⁾, 岡部ゆう子²⁾, 木村綾子²⁾, 鈴木木成³⁾, 山口英宣³⁾, 大野秀樹²⁾

【症例】49歳男性【主訴】腹痛【現病歴】20xx-1年12月健診の腹部超音波検査で総胆管拡張を指摘され当院に紹介された。精査の結果、肝機能障害はなく、悪性腫瘍や結石も認めないため経過観察の方針となった。20xx年10月X-1日に腹痛と下痢を自覚していた。X日、下腹部痛が増悪し背部痛出現したため当院を受診した。来院時、腹部膨満と下腹部に圧痛がみられたが腹膜刺激症状はなかった。腹部造影CT検査では腹腔内に多量の血腫と上腸間膜動脈と下腸間膜動脈の分枝に口径不整な動脈瘤を多数認め、分節性動脈中膜融解症 (segmental arterial mediolysis; SAM) による動脈瘤破裂と診断し緊急入院した。【経過】Hb10.3 g/dLであり赤血球輸血後、血管内治療実施した。透視下では造影剤の血管外流出は見られず上腸間膜動脈分枝と下腸間膜動脈分枝に動脈瘤を認めた。塞栓による腸管虚血の影響を考慮し前者のみに対してコイル塞栓術を行った。X+7日造影CTで下腸間膜動脈分枝部の動脈瘤が入院時と比べ拡張し破裂の可能性があり、再度コイル塞栓術を実施した。X+13日、造影CTでは新規動脈瘤や塞栓部の拡張なく腹部症状も消失した。X+19日、下部消化管内視鏡検査では腸管虚血の所見を認めず、X+20日に軽快退院した。【考察】本邦のSAMによる動脈瘤破裂は比較稀な疾患と考えられてきたがCTの性能向上に伴い近年報告が増加している。医学中央雑誌にて「分節性動脈融解症」もしくは「segmental arterial mediolysis」で検索したところ144件の症例報告が確認できた (会議録は除く)。さらに胆道疾患に関連したものは少なく2件胆嚢動脈出血と1件胆嚢炎の合併の症例があるが胆管拡張症を合併するものの報告は確認できなかった。胆道拡張症とSAMを合併した症例は今回が初報告である。【結論】胆管拡張にSAMが合併すること非常に稀であるが動脈破裂による致死性の経過となるため、経過中に腹痛等を認めた場合にはSAMも鑑別に挙げるべきである。

分節性動脈中膜融解症 (segmental arterial mediolysis; SAM), 総胆管拡張

輪状膵に自己免疫性膵炎を合併し、十二指腸狭窄をきたした成人女性の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 臨床研修医¹⁾, 島田総合病院 内科²⁾, 同 外科³⁾
松永樹哉¹⁾, 近森正康²⁾, 嶋田一成²⁾, 内田伸平²⁾, 加藤宗次郎³⁾

【症例】68歳女性【主訴】腹部膨満【既往歴】食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎、高血圧症、脂質異常症、糖尿病【現病歴】20XX年5月末から腹部膨満感の症状を認めていた。逆流性食道炎症状を疑われ上部内視鏡検査を施行するも、食物残渣を多く含む通過障害が考えられた。6月27日には単純CTで胃の拡張と膵頭部の腫瘍を疑う所見を認めた。胃管を挿入し胃内容物のドレナージを行い、絶食、補液管理とし、精査目的に入院となった。【臨床経過】腹部エコーではびまん性の膵腫大と、膵実質粗造の不均質、エコーレベルの低下を認めた。造影CTでは膵実質が十二指腸下行脚を取り囲むように存在していた。膵実質は全体に腫大し、膵周囲に遅延性の造影効果のある被膜構造を認めた。MRCPでは膵頭部膵管の走行異常と体部以降の膵管描出不良を認めた。EUSでは、十二指腸下行脚を全周性・輪状に覆う膵頭部を認めた。粘膜面に異常は無く壁外圧排を認め、消化管造影で同部位の狭窄を認めた。血中IgG4の値が230mg/dLと高値であった。以上より、輪状膵に合併した自己免疫性膵炎として診断に至った。7月2日に上部内視鏡で十二指腸下行脚の狭窄部位に対し、W-EDチューブを挿入した。7月8日に自己免疫性膵炎に対して、0.6mg/kgにあたる35mgでステロイド加療を開始した。7月17日にはガストログラフィーで水分の通過は確認できた。7月19日にはW-EDチューブの排液量も減少しており、同チューブを抜去した。その後、経口で経腸栄養剤を開始し、適宜食上げをしていき、症状の増悪なく8月21日に退院となった。【考察】輪状膵は稀な疾患であり、成人で発見される症例はさらに少ない。症状を伴う場合は、胃十二指腸潰瘍や膵炎などの合併が多い。本症例では輪状膵に自己免疫性膵炎を合併し、十二指腸狭窄が強まった症例であり、外科的治療を行わずステロイド治療で狭窄症状は改善した。【結論】本症例では輪状膵に自己免疫性膵炎を合併した一例を経験した。

輪状膵, 自己免疫性膵炎

小腸潰瘍を契機に診断されたAAアミロイドーシスの一例

北里大学 北里研究所病院 消化器内科¹⁾, 同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾, 同 予防医学センター³⁾, 同 腎臓内科⁴⁾, 同 病理診断科⁵⁾
上地菜奈¹⁾, 渋井俊祐^{1,2)}, 野上 章^{1,2)}, 和田晴香^{1,2)}, 梅田智子^{1,2)}, 高木大歩¹⁾, 井上楠奈子^{1,2)}, 芹澤 奏^{1,2)}, 宮本康雄^{1,3)}, 松林真央^{1,2)}, 阿曾沼邦央^{1,2)}, 佐上晋太郎²⁾, 三崎美佳⁴⁾, 星野昭芳⁵⁾, 前田一郎²⁾, 中野 雅²⁾, 小林 拓^{1,2)}

【症例】70代男性【現病歴】202X年3月健康診断でCRP4.04mg/dLを指摘され、同年6月下旬を主訴に当科へ受診した。大腸内視鏡で回腸末端に潰瘍が散在しており、NSAIDs起因性腸病変を疑いNSAIDs内服中止し経過観察とした。一時的に症状は改善したが、202X+1年2月下旬が再度悪化し入院となった。【入院時所見】巨舌あり、Hb10.1g/dL, Alb2.6g/dL, CRP12.59mg/dL, Cr1.68mg/dL, 血清アミロイドA(SAA)177mg/dL, 尿蛋白(2+)。【経過】入院時の便培養でSalmonella species検出されたため、シプロフロキサシン投与したが症状改善しなかった。第10病日に経肛門バルーン小腸鏡施行し回腸に絨毛の萎縮、数石像、不整形潰瘍がみられ、S状結腸より遠位で小腸潰瘍が散在していた。生検にてCongo-Red染色陽性、免疫染色抗アミロイドA抗体陽性であった。慢性感染症、膠原病、悪性腫瘍は検索しうる限り否定的であり、クローン病を原因としたAAアミロイドーシスを疑った。第29病日に腸管病変をターゲットとしてデソニド腸溶性徐放製剤内服を開始したところ症状は改善し、第51病日に再度小腸鏡実施すると潰瘍は消失していたが、症状は改善乏しく、炎症反応も陰性化しなかったため第53病日にアザリムブを投与した。その後炎症反応は悪化したため、第76病日にコルヒチン投与も行ったが副作用による下痢が強く継続困難であった。SAAは低下せず、下部尿路機能障害、口腔内の著明な乾燥、巨舌による構音障害が出現した。第93病日に腎不全のため透析導入したが、病状悪化し第119病日に死亡した。病理解剖を行い、慢性感染症や膠原病を示唆する所見は指摘されなかった。また、腸管の他、腎、膀胱、顎下腺、末梢神経組織などにもアミロイド沈着を認めたが、小腸の炎症所見は消失していた。【考察】アミロイドーシスは、早期診断し治療を開始することが肝要であるとされている。本症例では消化管病変に関しては治療に反応があり改善がみられていた一方で、全身に不可逆なアミロイド沈着が進行し救命困難であった。多様な症状を呈し病理解剖を行った一例を経験したため報告する。

アミロイドーシス, 小腸潰瘍

免疫チェックポイント阻害剤投与後に急速な病勢進行を認めた肝細胞癌の1例

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 人体病理学・病理診断学分野²⁾
趙 虹¹⁾, 佐藤ももか¹⁾, 中塚拓馬¹⁾, 山田友春¹⁾, 山本 周²⁾, 馬淵敬祐¹⁾, 松下祐紀¹⁾, 奥新和也¹⁾, 佐藤雅哉¹⁾, 南 達也¹⁾, 工藤洋太郎¹⁾, 建石良介¹⁾, 藤城光弘¹⁾

【緒言】免疫チェックポイント阻害剤 (Immune Checkpoint Inhibitor, ICI) は進行がんの治療に大きな進歩をもたらしたが、一部の患者でhyperprogressive disease (HPD) と呼ばれる急速な腫瘍増大が見られることがある。今回、STRIDE (トレメリムマブ+デュルバルマブ) 導入後にHPDを生じた進行肝癌の症例を経験したので報告する。【症例】68歳男性【既往歴】高血圧、2型糖尿病【生活歴】飲酒: 30g/日×47年喫煙: 10本/日×43年【現病歴】脂肪性肝疾患を背景とした肝細胞癌の患者。肝右葉の径6cmの主病変の他、肝両葉の多発微小転移と中肝静脈浸潤を認めたため手術適応はなく、薬物療法が選択された。アテゾリマブ+ベバシズマブ11コース後に病勢進行で中止、レンパチニブ63日投与後病勢進行で中止となり、3次治療としてSTRIDEを導入した。2コース実施後に腹痛と嘔気、体動困難で入院加療となった。【臨床経過】貧血の進行および血清腹水の存在から肝細胞癌破裂が疑われた。造影CTでは肝両葉にびまん性に急速に進展した肝癌と、複数の所からの造影剤の血管外漏出が見られた。肝動脈塞栓術にて主要な部位の止血を実施したが、肝予備能の悪化により出血コントロールが困難で、第3病日に死亡退院となった。【考察】HPDはICI投与後1-2割の患者に生じるとされ、予後不良な病態として知られる。本症例ではSTRIDE前のtumor growth rate (TGR) 1.7%に対し、投与後は42.3%と2倍を大きく超える進行速度でありHPDの条件を満たした。PD-1陽性の制御性T細胞の活性化、腫瘍周囲の免疫環境の変化、11q13染色体増幅など特定の遺伝子変異の関与が想定されているが、未だその機序や予測因子は明らかでない。【結論】進行肝癌に対するICI投与後にHPDを生じた症例を経験した。剖検所見からの考察とともに文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 免疫チェックポイント阻害剤

がん遺伝子パネル検査によって生殖細胞系列のBRCA2変異を同定しプラチナレジメンが奏効した原発性肝癌の1例

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, JR 東京総合病院 消化器内科³⁾, 東京大学医学部附属病院 呼吸器内科⁴⁾, 同 ゲノム診療部⁵⁾ 中村慶仁²⁾, 石垣和祥¹⁾, 佐藤靖祥¹⁾, 鈴森知沙季²⁾, 福田見史郎²⁾, 鈴木辰典²⁾, 高原楠晃²⁾, 赤松雅俊³⁾, 鹿毛秀宣⁴⁾, 織田克利⁵⁾, 藤城光弘²⁾

【症例】62歳、男性【現病歴】20XX-2年Y月に背部痛を自覚し、前医を受診のちCTを撮像したところ、肝腫瘍、多発リンパ節腫大を認めた。翌月に肝生検を施行したが、悪性所見は得られなかった。翌月の造影MRIにて増大傾向をみとめ、臨床的に悪性疾患を疑い、開腹により生検を施行した。病理結果より poor differentiated carcinoma の診断に至り、低分化肝臓癌として Atezolizumab + bevacizumab 併用療法を開始した。最良効果判定でPRを維持していたが、20XX年にPD判定となり、Lenvatinibに変更するとともに当院にがん遺伝子パネル検査目的で紹介となった。GenMineTOPがゲノムプロファイリングシステムで遺伝子検査を施行したところ、TP53の体細胞遺伝子変異が検出されたほか、germlineにBRCA2変異を認め、肝臓癌ではなく遺伝性乳癌卵巣癌症候群に伴う低分化肝内胆管癌の診断とした。Gemcitabine + cisplatin (GC) 併用療法を導入し、奏効が得られた。しかし、GC療法導入8か月後の効果判定にてPD判定となり、S-1を含めた二次治療への移行も検討されたが、BRCA2の遺伝子異常による相同組換え修復欠損の状態が持続していると考え、PARP阻害薬であるNiraparib (NCTH1901, jRCTs031190104, 武田薬品から無償提供)を導入する方針とした。現時点で有害事象なく治療を継続している。【考察】BRCA1/2変異のある肝内胆管癌は全胆道癌の中で約3%と希少な疾患である。今回低分化肝臓癌に対して、がん遺伝子パネル検査を実施することで、肝内胆管癌の同定と最適な治療方針を決めることができた。原発性肝癌に対しても、がん遺伝子パネル検査を行うことで、治療選択の可能性を広げられると考える。【結語】がん遺伝子パネル検査によって生殖細胞系列のBRCA2変異を同定し、プラチナレジメンが奏効した原発性肝癌の1例を経験した。

がん遺伝子パネル検査、遺伝性乳癌卵巣癌症候群

術後31年目に食道転移を来した乳癌の1例

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

【症例】75歳、女性。【主訴】嚥下困難感。【既往歴】31年前に乳癌で右乳房切除術・腋下行リンパ節郭清を、また8年前に胸骨転移で放射線治療、ホルモン療法を受けた。狭心症にて循環器内科通院中。【現病歴】1ヵ月前ぐらいから徐々に嚥下困難感が出現した。循環器内科受診時に症状持続の訴えがあり、当科紹介受診となった。【身体所見】右乳癌手術後瘢痕のみ、他に異常を認めない。検査成績：WBC 5000/ μ l、RBC 384x10⁴/ μ l、Hb 11.7g/dl、Hct 36.2%、Plt 15.4x10⁴/ μ l、BUN 13.6mg/dl、Cr 0.5mg/dl、AST 20U/L、ALT 11U/L、ALP 59U/L、T-Bil 0.71mg/dl。臨床経過：上部消化管内視鏡では胸部食道に全周性の狭窄を認めた。食道造影では同部位は12mm程度のなだらかな狭窄であり、粘膜下病変が考えられた。狭窄部の生検では軽度の食道炎を認めるのみであった。胸部CTでは胸部中下部食道境界付近の全周性壁肥厚と、周囲のリンパ節腫大が確認された。提出していた乳癌の腫瘍マーカーNCC-ST-439は3.4U/mlで基準域内、ICTPは5.1ng/mlと軽度上昇を示した。診断には組織採取が必要と考え、食道狭窄部の超音波内視鏡 (EUS) による観察を行った。EUSでは粘膜下層を中心に腫瘍によると考えられる肥厚が認められ、EUS-FNAによる組織採取の方針となった。採取した組織は、N/C比が高度の異型細胞が小胞巣を形成し、小管状構造を示して増殖する所見が確認された。免疫染色で神経内分泌腫瘍は否定され、サイトケラチン(+), エストロゲン受容体(+), P40(-)より乳癌の食道転移と診断した。胃瘻造設後に乳癌外科に転科し、治療継続の方針になった。【考察】初回手術後31年目に食道転移を来した乳癌の症例を経験した。術後長期間経過しての食道転移例であり、EUS-FNAによる組織採取が診断に有用であった点と唆込に富むと考え報告する。

食道転移、乳癌

内視鏡的切除にて診断に至った乳癌胃転移の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 内視鏡医学講座¹⁾, 東京慈恵会医科大学 病理学講座²⁾ 佐藤恵介¹⁾, 伊藤 守¹⁾, 土橋 昭¹⁾, 長谷川悠子¹⁾, 福田 舞¹⁾, 多田尚矢¹⁾, 二口俊樹¹⁾, 小林雅邦¹⁾, 玉井尚人¹⁾, 五味澤一隆²⁾, 下田将之²⁾, 炭山和毅¹⁾

【症例】50歳代女性。【主訴】なし。【現病歴】検診目的の上部消化管内視鏡検査 (EGD) で胃体中部大弯後壁に10mm大の陥凹性病変を認め、生検結果はGroup 5 (por>sig)であった。術前の胸腹部CTで乳癌術後の多発骨転移再発を認めたが、胃病変が予後規定因子となり得るため、内視鏡的切除目的に当院当科へ紹介となった。【既往歴】X-11年左乳癌cT2N1 cStage IIB, IDC, Sci, NB1(2+11), ER(3+), PgR(3+), HER2 (1+), Ki67 (20%), Luminal Aに対し、術前化学療法および左乳房四分切除術+腋窩リンパ節郭清を行った。pT1bN2a, ILC, NG2, C-Grade 1b, ER40-50%, HER2 (1+), Ki67(2%)の診断で術後化学放射線治療を施行。【臨床経過】精査目的のEGDで、胃体中部後壁に10mm大の発赤調陥凹病変を認めた。観察で境界はやや不明瞭であったが、微小血管構造および微小粘膜構造は不整であり、胃癌に矛盾しない所見であった。10mm大の未分化型癌、深達度Mと診断し、病変周囲より行った4点生検で組織学的に腺癌の浸潤がないことを確認した後、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。明らかな有害事象はなく術後第8病日に退院した。病理組織診断では、粘膜内に留まった腺癌の組織像を呈し、免疫組織化学的にエストロゲン受容体、GATA-3, GCDFP-15が陽性、CDX2が陰性であり、乳癌胃転移の診断に至った。内視鏡的切除後に乳癌胃転移・胃転移に対してホルモン療法を開始した。現在までに2年が経過しているが、EGDでは胃内に転移性乳癌を疑う所見を認めず経過は良好である。【考察】乳癌の胃転移と胃原発の低分化腺癌および印環細胞癌の病理組織像は類似しており、HE染色のみでは鑑別が困難なことがある。内視鏡下に生検を行い病理医に診断を依頼する際、患者背景や既往歴を病理医と共有することが重要であると考えられた。

転移性胃癌、内視鏡的粘膜下層剥離術

当センター地域胃エックス線検診の現状

ちば県民保健予防財団 総合健診センター 消化器内科 山口和也, 中川由紀

【背景】千葉県において高齢化が進んでおり、地域住民を対象とした胃エックス線検診においても、変化が生じている可能性がある。【目的】当財団で2008年度と2022年度に行った地域胃エックス線検診結果を比較する。【対象】2008年度と2022年度に当財団の地域胃がん検診として胃エックス線検査を受診した2008年度35市町村の126,547人と2022年度57,045人。【方法】撮影は、2008年度は日本消化器がん検診学会「新・胃X線撮影法ガイドライン」に準拠した7枚撮影法で行った。造影剤は高濃度造影剤 (濃度: 200W/V%、量150ml) を使用。2022年度は日本消化器がん検診学会「新・胃X線撮影法ガイドライン改訂版」に準拠した8枚撮影法で行った。造影剤は高濃度造影剤 (濃度: 200W/V%、量145ml) を使用。すべて二重読影を行い、精密検査、確定診断には胃内視鏡検査を施行。【結果・考察】2008年度は受診者126,547人、要精密検査者数11,190人、要精密検査率8.8%、精検受診率89.52%、がん発見数187、がん発見率0.15%、早期がん108、進行がん50、進行度不明29であった (早期がん率68.4%)。発見がんの年代別内訳は、40代3例、50代14例、60代68例、70代86例、80代16例であった。60代は36.4%、70代は46.0%、80代は8.6%であった。受診者の年代分布は80才以上が3.6%であった。2022年度は受診者57,045人、要精密検査者数3,130人、要精密検査率5.5%、精検受診率88.37%、がん発見数71、がん発見率0.12%、早期がん52、進行がん19であった (早期がん率73.2%)。発見がんの年代別内訳は、40代2例、50代4例、60代15例、70代26例、80代26例であった。60代は21.1%、70代は36.6%、80代は36.6%であった。受診者の年代分布は80才以上が10.1%であった。受診者および発見がんの年代が高齢へやシフトしていた。高齢受診者が増加したことは、バリウム誤嚥対策などの注意が必要である。【結語】地域胃エックス線検診において、受診者、がん発見者ともに高齢化が進んでいた。

胃がん検診、胃エックス線検診

東京大学 医科学研究所 外科¹⁾, Columbia University²⁾
向山順子^{1,2)}, Piero Dalerba²⁾

腸管のマスター遺伝子であるホメオボックス転写因子CDX2の発現が低下した大腸癌が注目されている。CDX2低発現大腸癌は、通常は根治切除のみで経過が良好であるステージ2の病期でも極めて予後が悪く転移再発率が高い(5年無再発生存率: 87% vs 49%, $p=0.003$) (Dalerba P et al. N Engl J Med 2016)。早期の化学療法導入により予後が改善する可能性が示されつつあるが、臨床試験の導入には基礎生物学的エビデンスの蓄積が不可欠である。本研究では、CDX2低発現大腸癌の遺伝子解析、細胞系譜解析を含む基礎研究に、大腸癌臨床検体の大規模データベースのバイオインフォマティクス解析を取り入れ、同大腸癌の分子生物学的特徴を多角的に解析した。大腸癌臨床検体231例の遺伝子発現をStepMiner algorithmを用いて解析した結果、CDX2低発現大腸癌はAPC遺伝子の変異が少なく(79% vs 52%, $p=0.006$)、BRAF遺伝子の変異が多いなど(7% vs 43%, $p<0.001$)、特有の遺伝子変異パターンを認めた。また、異種移植マウスモデルを用いた薬効試験では、CDX2低発現大腸癌はPaclitaxelやVincristineの腫瘍縮小効果が高く、通常の大腸癌とは異なる薬剤感受性を示した。本研究により、CDX2低発現大腸癌は、通常の大腸癌とは、腫瘍生物学的に異なる大腸癌の新たなサブタイプであることが明らかになった。本研究の成果は、現在の治療では予後が不良である同大腸癌に対する最適化治療の確立に向けた重要な知見となる。

大腸癌, マイクロRNA

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

宮内琉希¹⁾, 加藤真吾^{1,2)}, 田川 慧^{1,2)}, 道銀 優¹⁾, 寺本駿也¹⁾, 芦田安輝¹⁾, 木村勇太¹⁾, 高橋久一郎¹⁾, 内田信介¹⁾, 新井智洋¹⁾, 砂田莉沙¹⁾, 田中孝幸¹⁾, 池田守登¹⁾, 須田健太郎¹⁾, 寺井悠二¹⁾, 岡 政志¹⁾, 名越澄子¹⁾

【症例】30歳代、女性。【主訴】下腹部痛、血便。【現病歴】20XX年に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)を発症し、近医でメサラジン(5-ASA)を開始されたが効果不良のため、プレドニゾロン(PSL)による寛解導入療法が行われた。しかし、PSL漸減により症状増悪を認めたため、ステロイド依存例の判断でアザチオプリン(AZA)を開始、PSL漸減中止された。20XX+6年に妊娠が発覚し、患者希望でAZAは中止となったが流産した。同年10月に腹痛・血便の再燃を認め、PSL30mgで寛解導入され、AZAを再開した。20XX+7年2月にPSL離脱、同年に妊娠し、6月(妊娠20週)に周産期管理含め当院へ紹介された。AZA50mg+5-ASA4000mgで加療継続し、同年11月に当院で第1子を出産した。その後も治療薬の変更なく20XX+9年3月に当院で第2子を出産した。20XX+10年に第3子を妊娠し、同年4月(妊娠27週)に中等症のUCの再燃を認めたため、PSL30mgを開始したが効果乏しく、ステロイド抵抗例と判断し、同年5月にPSLに加えてベドリズマブ(VDZ)を導入した。VED2回投与した段階でUCは臨床的寛解となり、同年7月に第3子を出産した。第3子の周産期経過に問題はなかった。その後、PSLは漸減終了し、VDZ継続で再燃なく経過している。【結語】妊娠中のUC増悪時には5-ASA製剤やPSLが主に用いられるが、不応例には腸管特異的な炎症抑制作用のあるVDZも有用な治療法の1つとして考えられた。

ステロイド依存例, 妊娠

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾,
同 予防医学センター³⁾, 同 腫瘍センター⁴⁾,
同 呼吸器内科⁵⁾, 同 病理診断科⁶⁾
井上楠奈子^{1,2)}, 野上 章^{1,2)}, 渋井俊祐^{1,2)}, 芹澤 奏^{1,2)},
宮本康雄^{1,3)}, 高木大歩¹⁾, 梅田智子^{1,2)}, 松林真央^{1,2)},
阿曾沼邦史^{1,2)}, 佐上晋太郎²⁾, 西村 賢^{1,4)}, 岡田真彦⁵⁾,
朝倉崇徳⁵⁾, 星野昭芳⁶⁾, 前田一郎⁶⁾, 中野 雅^{1,2)}, 小林 拓^{1,2)}

【症例】38歳男性【現病歴】X-15年に潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。インフリキシマブ(IFX)(有害事象で中止)、ベドリズマブ(VDZ)(効果不十分で中止)の使用歴があり、X-6年よりゴリムマブ(GLM)にて寛解維持した。X-5年、前医にて悪性黒色腫と診断された。外科的切除するもX-1年に右胸膜播種を認め、BRAF/MEK阻害薬を開始、X年7月22日にはニボルマブ/イビリマブを開始するも翌日より水様便、発熱を認め7月27日に入院した。CTで右胸水、回盲部壁肥厚、大腸内視鏡では回腸末端と全大腸にびらんを認めた。UCにimmune-related Adverse Events(irAE)腸炎を合併したと考え、PSL70mg/日を開始するも改善なく8月1日当院に転院した。【入院時現症】BT35.7度、BP115/70、腹部平坦軟、自発痛圧痛なし、排便回数20回(水様性下痢)、血便無し、CRP 2.94mg/dL、Alb 3.2g/dL、T-Bil 0.38mg/dL、AST 47 U/L、ALT 58 U/L、 γ -GTP 205 U/L、PT 130%。【経過】ステロイド無効irAE腸炎に対する抗TNF α 抗体薬の有用性を考慮しGLMを第1病日に再投与も改善ないため第3病日にVDZを開始した。一時軽快傾向も再燃し、肝障害が悪化したため第7病日に肝生検を施行した。門脈域、中心静脈周囲の肝小葉に軽度のリンパ球浸潤を認めirAE肝炎合併と診断した。VDZも無効と判断し、第9病日にタクロリムス(Tac)を開始したところ翌日に解熱、徐々に腸炎症状ならびに肝障害改善しCRPも正常化したが悪性胸水増悪傾向にありTac減量しUC維持療法目的で第31病日にウスチキマブを導入した。第40病日に内視鏡で所見が消失したことを確認し、悪性黒色腫の治療再開のため第46病日に前医へ転院した。【考察】既報ではirAE腸炎の治療にステロイドが推奨されており、無効例にはIFXやVDZの投与が検討される。Tacが奏功した報告は少ないため文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, irAE腸炎

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

症例は36歳女性。X-10年に全大腸炎型の潰瘍性大腸炎を発症。病状がコントロールできずX-5年に大腸全摘術を施行された。メサラジンおよびチオプリンに対する不耐および数種類の抗菌薬にアレルギー歴を有する。X年11月に便回数の増加、血便を認め、内視鏡検査で回腸囊炎と診断された。シプロフロキサシンを投与されたが全身性に皮疹を認め中止となり、生物学的製剤の導入を検討された。インターフェロン γ 遊離試験が陽性であり、潜在性結核感染症と診断され、isoniazid 300mg/日を3週間先行投与のうえ、ゴリムマブ導入となった。症状は徐々に改善し、導入1年後の内視鏡検査では回腸囊炎は著明な改善がみられた。しかし、X+2年12月の内視鏡検査では再び回腸囊炎の悪化を認め、X+3年6月より便回数が増加したことから同年7月にウスチキマブにスイッチした。その後症状は軽快し、X+4年2月の内視鏡検査では回腸囊炎の改善が得られた。慢性回腸囊炎に対しては抗菌薬の継続投与が行われるが、本症例では抗菌薬の長期投与が困難であった。近年、慢性回腸囊炎に対する生物学的製剤の有効性を示す報告が散見されるが、慢性回腸囊炎に対する生物学的製剤治療のエビデンスは乏しい。慢性回腸囊炎の疫学や治療について文献的考察を加えて報告する。

慢性回腸囊炎, 潰瘍性大腸炎

公立富岡総合病院 消化器科¹⁾、伊勢崎市民病院 内科²⁾
 洪澤恭子¹⁾、星野駿介¹⁾、関根晋介¹⁾、岡田多恵¹⁾、岩本敦夫¹⁾、
 齋藤秀一¹⁾、片貝朝也²⁾、細井愛美²⁾、吉成夫希子²⁾、春日健吾²⁾、
 一色綾希²⁾、松井綾子²⁾、石原眞悟²⁾、麻 興華²⁾、増尾貴成²⁾

【症例】60代男性。他院上部消化管内視鏡(EGD)にて胃にびらんを伴う多発性隆起性病変を認め、生検では過形成性ポリープであった。Helicobacter pylori (HP)抗体陽性のため同院にてHP除菌を行うも、一次および二次除菌療法後の尿素呼吸試験は陽性であった。胃多発性隆起性病変の精査およびHP三次除菌療法目的に、20XX年7月1日当院紹介受診した。7月14日EGDにて胃体部小弯から角部大弯にかけて頂部にびらんを伴う広基性隆起性病変が多発し、前庭部にも同様のポリープが散見された。内視鏡所見および前医生検結果から中村II型ポリープと考え、HP三次除菌療法を行い、便中HP抗原陰性を確認した。その後約6か月毎にEGDを行い約3年8か月経過観察したところ、ポリープの縮小は認められたものの完全消失には至らなかった。【考察】医学中央雑誌(1983年以降)において中村II型ポリープの症例報告は2例のみであった。中村II型ポリープとは1962年中村によって報告され、幽門腺と胃底腺の境界(萎縮境界)の肛門側に帯状に発生する再生性過形成ポリープで、びらんによる中心臍窩を有する半球状のポリープである。一般に大きさは10～15mmまでで癌化の頻度は極めて低いとされる。しかし症例報告の中には多発早期胃癌の報告があり、大きさが15mm以上や急速に増大するポリープは腫瘍発生素因が強いと考えられるとのことであった。HP除菌によりポリープが消失した報告もあったが、本症例では縮小を認めたものの消失には至らなかった。【結語】報告の少ない中村II型ポリープの症例を経験したため報告する。

中村II型ポリープ、過形成性ポリープ

杏林大学医学部付属病院 上部消化管外科¹⁾、
 同 消化器内科²⁾、同 病理診断科³⁾
 田中佑治¹⁾、井手麻友美¹⁾、中山快貴¹⁾、小島洋平¹⁾、鶴見賢直¹⁾、
 大木亜津子¹⁾、竹内弘久¹⁾、阪本良弘¹⁾、須並英二¹⁾、阿部展次¹⁾、
 森久保拓²⁾、久松理一²⁾、鬼塚裕美³⁾、柴原純二³⁾

症例は71歳男性、貧血を主訴に受診。造影CT検査で空腸に造影効果を伴う28mm大と30mm大の腫瘍と腸間膜リンパ節腫大を認めた。PET-CT検査でも同部位に集積を認めた。小腸内視鏡検査では切開95cmに1/3周性の2型病変と115cmに半周性の2型病変を認め、いずれも生検で低分化な癌腫が検出された。小腸癌の診断で、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。開腹すると漿膜面にひきつれを認める腫瘍が2個(Treitz靱帯から70cmと90cm)認められた。腫瘍から口側・肛門側20cm程度の小腸を観察、10cmの距離を確保して空腸を切除した。7病日に腸閉塞を発症、単純CT検査では上部空腸に壁肥厚を認め、吻合部浮腫と考え保存的加療を行った。15病日に造影CT検査を施行したところ上部空腸に造影効果を伴う壁肥厚を認め、前回検査よりも増大していた。小腸腫瘍による腸閉塞と診断し21病日に再手術を施行した。開腹すると吻合部から20cm肛門側の空腸に漿膜面にひきつれを認める50mm大の腫瘍を認め、同部位が閉塞起点となっていた。全小腸を検索し他に腫瘍がないことを確認し、小腸部分切除術を施行した。再手術から13病日に退院した。術後4か月後に貧血で救急外来受診、造影CT検査で小腸に造影効果を伴う壁肥厚と腸重積を認め、小腸癌再発疑いの診断で開腹手術を施行した。開腹すると回腸末端から100cmに50mm大の漿膜面にひきつれを認める腫瘍を認め、小腸切除術を施行した。病理組織学的に3回の手術で摘出した4病変はすべて低分化の癌腫で粘膜面に腫瘍露出と潰瘍形成を認め、粘膜下層を主座とし漿膜下層までの浸潤を認めた。腸間膜リンパ節転移1/8個(初回手術時)、リンパ管および静脈侵襲陽性であった。4病変が原発巣もしくは転移巣なのか病理学的には判断できなかった。同時性多発小腸癌(十二指腸癌除く)は稀な疾患で、さらに短期間で小腸再発を来した症例は極めて稀である。多発小腸癌症例では手術時に全小腸を観察すること、また4か月と短期間での再発を認めたことから短期間での画像検査が重要と考えた。短期間に再発した多発小腸癌症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

多発小腸癌、異時再発

東京都教職員互助会三楽病院 消化器内科
 伊藤友里、片岡陽佑、佐藤優樹、寺田有一郎、佐藤淳一、加藤礼子、
 花尻和幸、和田友則

【背景】胃瘻造設術の主な合併症は、創部の出血や感染、胃壁裂創、気腹症、他臓器損傷などが挙げられる。気腹症は術後早期に改善し処置を要することは稀だが、本症例では著明な気腹症が遷延した。【症例】77歳、女性【現病歴】Parkinson病の進行および尿路感染症での入院加療を契機に嚥下機能の低下を認め、胃瘻造設術(PEG)の依頼で紹介、当院消化器内科転院となった。【既往歴】Parkinson病【経過】内視鏡下PEG造設術を施行、3点胃壁固定を行った後にイントロデューサー法で20Frバンパーボタン型胃瘻を留置した。術当日に嘔吐、腹部膨隆を呈し、緊急CTで著明な気腹症を認めた。20G サフロー留置針で腹腔穿刺、脱気を行った。術後2日目には発熱、CRP13.5mg/dLまで上昇を認め、再度穿刺脱気のためピペラシリン・タゾバクタム投与を行った。気腹症が遷延するため、術後7日目に内視鏡施行し、PEG留置部の裂創に対してリーク予防・創部補強としてポリグリコール酸(PGA)シート・フィブリン糊被覆処置を行った。術後16日目に瘻口造影でリークがないことを確認し、PEGの使用を開始した。【結語】胃瘻造設後に著明な気腹症が遷延し、リーク予防目的にPGAシート・フィブリン糊被覆法を施行した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

胃瘻、気腹症

JR 東京総合病院 消化器内科¹⁾、
 東京大学医学部附属病院 消化器内科²⁾
 岩原彰大¹⁾、本庄一樹²⁾、上羽梨紗子¹⁾、上山知人¹⁾、松本留美衣¹⁾、
 吉川剛史¹⁾、毛利 大¹⁾、大前知也¹⁾、赤松雅俊¹⁾、岡本 真¹⁾

【背景・目的】左胃動脈解離は比較的稀な疾患であり、国内外でも症例報告の数が限られている。緊急的な外科的治療を要する重症症例も報告がされており、治療方針やリスクファクターの検討のために症例の蓄積が重要である。今回自施設で左胃動脈解離の1例を経験したので報告する。【症例】高血圧の既往のある50歳男性。安静時に突然発症した上腹部痛を主訴に前医に救急搬送となった。血液検査、腹部単純CTでは診断に至らず、腹痛持続するため入院して精査加療の方針となった。上部消化管内視鏡検査や心エコー検査は異常を認めなかったが、腹部造影CTで左胃動脈解離を認め主訴の原因と考えられた。また左胃動脈から左副肝動脈が分岐する解剖学的分岐異常が認められた。第1病日に当院へ転院搬送となり、降圧、鎮痛、腸管安静による急性期加療を行ったところ、第2病日には腹痛の改善を認めた。第7病日に食事再開したがその後も症状再燃なく経過し、第10病日に退院した。退院後は降圧薬の内服を継続して経過観察した。腹部症状の再燃はなく、発症から1.5ヵ月後の造影CTで解離腔の消失を認めた。その後1年間の経過で解離腔の再発や仮性動脈瘤の出現はない。【結語】左胃動脈解離に対して保存加療で改善を得た1例を経験した。過去の報告からも左胃動脈解離については保存的加療で改善を得ている例が多いが、手術や血管内治療を要する例も散見される。外科的治療やカテーテル治療が可能な施設での急性期治療が望ましいと考える。自験例を含めた19例の報告のうち10例で解剖学的分岐異常を伴っており、左胃動脈解離を引き起こす要因の一つである可能性がある。

左胃動脈解離、左副肝動脈

東名厚木病院 消化器外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科³⁾
田澤賢一¹⁾、深澤美奈¹⁾、神山公希¹⁾、高坂佳宏¹⁾、鎌田順道¹⁾、
玉置道生²⁾、藤井 努³⁾

症例は80台、男性。胃癌の診断(4型、UMA、全周性、cT4N1MoP0Cyx cStageIIIB以上)の診断で、審査腹腔鏡施行、腹腔内に広範囲の腹膜播種(cP1)を認め、病理組織学的に印鑑細胞癌の診断を得た(HER2 score:0)。同日にCVポート造設術施行。mFOLFOX6を8コース施行後、再度、審査腹腔鏡を施行、複数の腹膜結節は癒着化、同部を切除生検施行も、明らかな悪性細胞なく、腹腔洗浄細胞診もClassIIであった。Conversion Surgery検討するも、患者さんに希望がなく、S-1単剤療法を開始した。もともとHBVの既感染例(HBsAg(-)、HBcAB(+) 4.56、HBV-DNA-RT-PCR(+) 1.0未満)であり、mFOLFOX6 8コース終了時点で、肝胆道系酵素の上昇(-)もHBsAg(+)、HBV-DNA-RT-PCR(+) 3.9であった。S-1 80mg/dayx14日、休薬7日(1)を施行、grade3の口内炎(+)で、S-1投与量を40mg/dayに減量再開(2)後、肝胆道系酵素の上昇を認め(GOT 369、GPT 421、ALP 214、gamma-GTP 194)、HBsAg: 6077、HBcAg (+) 81、HBV-DNA-RT-PCR(+) 7.5であった。S-1をただちに中止、Entecavir (0.5mg) 1T/2days内服、徐々に肝胆道系酵素の低下を認め、4.5か月で正常化した。HBV-DNA-RT-PCR(+) 1.0未満となり、S-1 50mg/dayx14日(3)で再開を行い、肝胆道系酵素の上昇はない(経過中、T-Bilの上昇なし)。HBV既感染例に対し、mFOLFOX6、S-1単剤療法に引き続いて発症したHBV再活性化の一例を経験した。文献的考察を含めて、報告する。

HBV, S-1

松戸市立総合医療センター 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
山崎春佳¹⁾、粒良和郎¹⁾、山本孝志¹⁾、佐久間崇文¹⁾、西川貴雄¹⁾、
森居真史¹⁾、横須賀収¹⁾、野呂昌弘²⁾

【背景】肝悪性リンパ腫の画像所見は特徴的な所見に乏しく、画像による診断が困難である。メトトレキサート投与歴のある患者に出現したリンパ増殖疾患はメトトレキサート関連リンパ増殖症(MTX-LPD)と総称され、その発症率は0.1%未満と稀な病態である。MTX-LPDの診断は肝腫瘍生検と臨床経過が重要と考えられている。【症例1】81歳、男性【主訴】肝腫瘍【既往歴】関節リウマチ(RA)、狭心症【現病歴】整形外科でRAに対して2015年3月からMTXを使用していた。2020年11月に間質性肺炎の合併が疑われMTXは中止となった。血液検査で肝障害を認め腹部超音波検査を行ったところ、肝右葉に低エコー領域を認め当科紹介となった。【経過】造影CTでは10cm大の造影効果の不良な低吸収域の腫瘍を認めた。肝腫瘍生検を施行し、免疫不全関連リンパ増殖症(OI-LPD)の診断となった。Ki67指数は10%未満であった。2021年1月の造影CTで肝腫瘍は縮小しており、半年毎にCTのフォローを行っている。【症例2】75歳、男性【主訴】多発肝腫瘍【既往歴】関節リウマチ【現病歴】整形外科で関節リウマチに対して2019年3月からメトトレキサートを使用していた。現病がコントロール不良であり、2024年8月に生物学的製剤導入目的にスクリーニングの単純CTを施行したところ多発肝腫瘍を認め、当科に紹介となった。【経過】造影CTで辺縁が造影され内部壊死をきたした多数の肝腫瘍を認めた。肝腫瘍生検を施行したところ、OI-LPDの診断となった。Ki67指数は高値であった。休薬から1ヵ月後の造影CTでは肝腫瘍は縮小した。【考察】MTX-LPDの肝病変は、一定の画像所見を示さず、その診断に肝腫瘍生検は有用だが、リンパ腫との鑑別は困難であり、薬剤中止後の臨床経過が重要であった。今回Ki67指数が高値の症例でも、経過で縮小を認めており、生検診断には限界があった。

メトトレキサート関連リンパ増殖疾患、肝腫瘍

千葉大学 医学部 消化器内科¹⁾、同 腫瘍内科²⁾
高橋幸治^{1,2)}、大金良規^{1,2)}、酒井美穂¹⁾、高橋知也¹⁾、渡部主樹¹⁾、
関根 優¹⁾、杉原地平¹⁾、山田奈々¹⁾、大内麻倫¹⁾、菅 元泰^{1,2)}、
永島裕樹¹⁾、大山 広¹⁾、沖津恒一郎^{1,2)}、大野 泉^{1,2)}、
加藤直也¹⁾

【背景】急性脾炎の局所合併症としての脾周囲液体貯留に対する経消化管的ドレナージは広く行われており、Lumen-apposing金属ステント留置後にプラスチックステントに置換して長期留置することで再発率が低くなるとされる。しかし、長期留置されたプラスチックステントによる大腸への穿通などの有害事象の報告もある。今回、我々はLumen-apposing金属ステントからプラスチックステントへの置換後に起きた遅発性腹膜炎の症例を経験したため報告する。【症例】50歳の男性。アルコール摂取後に腹痛が出現し、急性脾炎と診断され加療された。その後、脾尾部に仮性嚢胞が出現したため、当院へ紹介となった。当院初診時、脾仮性嚢胞の大きさは長径5cmであった。症状がなく経過観察としていたが、その10ヵ月後、脾仮性嚢胞は長径10cmに増大し、腹部の膨満感を伴うようになったため、超音波内視鏡経消化管的ドレナージを行う方針とした。超音波内視鏡にて経胃的に脾尾部の脾仮性嚢胞を描出し、Lumen-apposing金属ステントを留置した。処置後、脾仮性嚢胞は縮小し、留置から2ヵ月後にLumen-apposingステントを抜去してダブルジグザグ型プラスチックステントに置換した。それからさらに2ヵ月後、急激な腹痛と発熱が出現した。CT検査を行うと、腹腔内遊離ガスおよびプラスチックステント留置部周囲の脂肪組織濃度上昇が確認された。胃-脾仮性嚢胞吻合部破綻による腹膜炎と診断し、プラスチックステントを抜去し、瘻孔部にクリッピングを行った。その後、患者の症状は速やかに改善した。【考察】本例では、吻合形成から4か月という十分な期間が経過し、吻合が良好に形成されていると考えられたが、プラスチックステント留置中に遅発性腹膜炎が発生した。脾周囲液体貯留に対する長期間のプラスチックステント留置では、遅発性の有害事象が発生する可能性も念頭に置いて診療を行う必要がある。

脾仮性嚢胞、遅発性腹膜炎

千葉大学医学部附属病院 腫瘍内科¹⁾、同 消化器内科²⁾
大金良規¹⁾、永島裕樹²⁾、酒井美帆²⁾、渡部主樹²⁾、関根 優²⁾、
高橋知也²⁾、山田奈々²⁾、杉原地平²⁾、大内麻倫²⁾、菅 元泰¹⁾、
沖津恒一郎¹⁾、高橋幸治¹⁾、大山 広²⁾、大野 泉¹⁾、加藤直也²⁾

【症例】81歳男性。【経過】X-1年6月から膀胱尿路上皮癌に対してエンホルツマブベドチンによる全身化学療法を開始した。X年4月10日、背部痛、嘔気を主訴に当院を受診し、腹部造影CT検査で脾頭部部の腫大と十二指腸狭窄を認め緊急入院となった。上部消化管内視鏡検査では十二指腸水平脚に狭窄を認めたものの上皮性変化は目立たず、生検でも悪性所見は確認されなかった。脾炎による十二指腸狭窄と判断し保存加療を行ったところ、症状は徐々に改善し5月17日に退院となった。MRCPや超音波内視鏡では主脾管径の不整は認めるものの脾炎の原因は同定出来ず、診断的治療として内視鏡的逆行性胆道脾管造影を実施し脾管ステントを留置したが、症状の再燃を繰り返した。超音波内視鏡下組織採取(EUS-TA)を行ったものの当初は診断が付かなかった。しかし経過中のCT検査で腹膜播種の増悪が疑われ、脾転移の可能性が高いと判断し、19Gのフランチン針にて再穿刺を行ったところ脾に膀胱癌の組織が認められ、脾炎および十二指腸狭窄の原因は膀胱癌の脾転移、腹膜播種であると考えた。経過中、同様の症状で入院を繰り返しADLが低下したため、Best Supportive Care (BSC) を選択し、最終的には11月13日に永眠された。【考察】転移性脾腫瘍は脾腫瘍の2%未満を占める稀な疾患であり、転移経路としてはリンパ行性、血行性、近接臓器からの波及、癌性腹膜炎が挙げられている。また膀胱癌は主に膀胱内に局所的に広がる 경우가多く、進行した場合は他の臓器への転移が見られるものの、脾臓への転移は比較的に珍しいとされる。近年、脾腫瘍に対する病理診断にEUS-TAが普及しており、本症例においても病理診断を得ることができた。この症例は膀胱癌による脾臓への稀な転移の一例であり、今後の理解に寄与するものであると考えた。

転移性脾腫瘍、EUS-TA

足利赤十字病院 内科

牧 竜一, 永島一憲, 山口慎太郎, 川田陽介, 漆原史彦, 鈴木統裕, 室久俊光

【症例】77歳男性。20XX年3月頃から両下腿の境界明瞭な発赤所見と両上肢の関節痛を認めたため、当院皮膚科を受診した。同年5月に下肢の結節性紅斑に対して皮膚生検を施行し、組織診にて皮膚の脂肪壊死所見を認めた。膠原病や悪性腫瘍に随伴する結節性紅斑が疑われ、全身の造影CT検査を施行し、膵頭部、膵尾部に30mm大の境界明瞭な類円形の造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。また、肝外側に50mm大の境界明瞭な膵病変と類似した腫瘍性病変を認めた。

血液検査にて血清エラスターゼ、トリプシン、膵ホスホリパーゼA2、エラスターゼ1の上昇を認めたため、膵腺房細胞癌、神経内分泌腫瘍等を鑑別に6月に超音波内視鏡下針生検(Endoscopic Ultrasound-guided Fine Needle Aspiration)施行したところ、比較的小型の核を有する異型細胞を認め、免疫染色ではtrypsin、bcl-10が陽性であったことから、膵腺房細胞癌の確定診断となった。

年齢やPS (performance status)、疾患の予後(切除不能では5年生存率0% 生存期間中央値が41か月)を考慮し、抗がん剤等は施行せず、BSC (Best Supportive Care)の方針となった。

【考察】膵腺房細胞癌においては、浸潤性膵管癌と比較して、初発症状や腫瘍の占拠部位については特異的な所見を認めることは少ないが、肝転移を有する症例ではリパーゼ過剰産生に由来する腫瘍随伴症候群(皮下脂肪壊死、多発関節炎)の発症が報告されている。我々は下肢の軽微な結節性紅斑と多発関節炎から、肝転移を有する膵腺房細胞癌の診断に至った症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

膵腺房細胞癌, 皮下脂肪壊死

被包化壊死に留置したDouble-pigtail型plastic stentの十二指腸穿孔に対し、ステント抜去および内視鏡的手縫い縫合法(EHS)で閉鎖した1例

済生会習志野病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾柴田修平¹⁾, 黒澤 浄¹⁾, 内田 賢¹⁾, 横山雄也¹⁾, 飯野陽太郎¹⁾, 中村祐介²⁾, 平井 太¹⁾, 阿部径和¹⁾

【緒言】2022年2月にオリンパス社よりディスプレイ付針持器(SutuArt)が上市され、本邦でも内視鏡的手縫い縫合法(Endoscopic Hand Suturing: EHS)による粘膜欠損部の縫合閉鎖が可能となった。今回、被包化壊死(WON)に留置した内瘻ステントの十二指腸穿孔に対し、EHSで瘻孔閉鎖した1例を報告する。【症例】61歳、女性。【主訴】嘔吐・腹痛。【現病歴】急性発症の嘔吐・腹痛のため救急搬送となり、重症胆石性急性膵炎の診断で入院となった。絶食・補液で全身状態安定化したが、WONの圧排により十二指腸下部の狭窄を生じたため、超音波内視鏡下経消化管ドレナージを施行し、瘻孔形成補綴材とDouble-pigtail型plastic stentを経胃的にWON内に留置した。その後は5回の内視鏡的ネクロセクトミーを行い、Double-pigtail型plastic stentを残して内瘻化し、第87病日に退院となった。stent留置から237日後にstent遠位端の十二指腸球部穿孔と、stent両端から白色膿汁の排出を確認した。そのためstentを抜去し、胃側の瘻孔をSutuArtによるEHSで閉鎖した。閉鎖術2日後には経口摂取再開し、103日後に両端から造影を行い、瘻孔閉鎖を確認した。【考察】WONに留置したDouble-pigtail型plastic stentの十二指腸球部穿孔の報告は非常に稀である。stentにより、胃と十二指腸をつなぐ異常瘻孔が形成され、両端から白色膿汁排出を認めたことから、膿瘍腔の残存が示唆された。stent抜去のみでは、残存した瘻孔両端が消化液・食物残渣の流入路・流出路となることで、感染増悪や瘻孔閉鎖の遅延をきたしうため、閉鎖術追加が望まれた。一方の瘻孔を閉鎖し、片側をドレナージルートとして残す方針とし、胃側の瘻孔をSutuArtによるEHSで閉鎖した。その結果、早期の経口摂取が可能になったと考えられた。

内視鏡的手縫い縫合法(EHS), SuturArt

転移性膵腫瘍(Sister Mary Joseph's nodule)を契機に発見された肺癌の1例

千葉県がんセンター 消化器内科

岡田晃宏, 竹内良久, 喜多絵美里, 須藤研太郎, 中村和貴, 石井 浩

【症例】62歳女性【現病歴】1か月前から臍部の発赤、腫瘍を自覚していたが自己判断で経過観察していた。その後腹痛が出現し前医受診。CT検査で臍部皮下腫瘍を指摘され、腹壁腫瘍疑いにて当院整形外科へ紹介となった。当院で行った造影CT検査で膵尾部、肝臓、腹膜に腫瘍を認め、膵臓原発の腫瘍疑いにて当科紹介となった。腫瘍マーカーはCEA 21.5ng/mL, CA19-9 27859.8U/mLと高値であり、膵腫瘍と臍部腫瘍からの生検で腺癌を認め、膵尾部癌・肝転移・腹膜転移・膵転移(Sister Mary Joseph's nodule: SMJN)と診断した。乳癌の既往があるものの、乳癌とは異なる病理組織像であり、BRCA変異遺伝子の有無を確認しつつ、肺癌に対しGEM+nab-PTXによる薬物療法を開始している。【考察】全内臓悪性腫瘍の皮膚転移は剖検例で1.4~4.4%と報告され、膵転移はそのうちの約4~5%と非常にまれな病態である。また、SMJNの原発臓器は胃や大腸、卵巣など多岐に渡るが、SMJN出現後の平均生存期間は肺癌が最も短く7.4か月とする報告があり、予後不良因子の1つと考えられている。医学中央雑誌にて「膵臓癌」「膵転移」「SMJN」をキーワードに検索したところ、会議録を除いた2000年以降の報告は36例あり、そのうちSMJNが先行した報告は21例だった。手術療法後の症例や局所進行肺癌への治療中に膵転移が出現した症例においては集学的治療による長期生存例が近年報告されているが、SMJNが先行した報告での生存期間中央値は6か月であり、依然として予後不良である。膵腫瘍が判明した際には悪性腫瘍からの転移の可能性を考慮し、血液検査や画像検査を行うことが早期発見と治療において非常に重要であると考えられる。【結語】SMJNを契機に発見された肺癌の1例を経験したのでここに報告する。

肺癌, Sister Mary Joseph's nodule

膵頭部癌十二指腸浸潤に対する十二指腸ステント留置後、ステント断裂を認めた1例

さいたま赤十字病院 消化器内科

渡部太郎, 大島 忠, 森田佑輔, 石田 悟, 今井秀人, 渡辺啓輔, 吉井健大, 丸田 享, 田村 玲, 鎮西 亮, 高橋正憲, 甲嶋洋平

症例は80代女性、膵頭部癌による閉塞性黄疸に対し総胆管にメタリックステント(8mm径、full cover型)を留置後、肝転移を認めたため全身化学療法を導入していた。治療開始後18週目に膵癌十二指腸浸潤による上十二指腸角から十二指腸下脚までの狭窄を認めたため、十二指腸ステント(22mm径、uncover型)を留置した。十二指腸ステント留置後12週で急性胆管炎を発症、緊急ERCPを施行した際に十二指腸ステントの部分断裂を認めた。その際、十二指腸ステントは開存していたため、胆管ステント留置のみを施行し、十二指腸ステントの追加は施行しなかった。十二指腸ステント留置後41週目に十二指腸閉塞を生じたため、透視下内視鏡を施行した所、十二指腸ステントの部分断裂部より腫瘍が浸潤し狭窄をきたしていた。十二指腸ステントの断裂部をカバーするように十二指腸ステント(22mm径、uncover型)をstent in stentで追加留置した所、90日以上十二指腸ステント開存を得られている。膵頭部癌十二指腸浸潤に対する十二指腸ステント留置後のステント断裂は比較的にまれな偶発症であるため、若干の論文的考察を踏まえて報告する。

膵癌, 十二指腸ステント断裂

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学¹⁾、同 病理学²⁾
倉野将彰¹⁾、白川貴大¹⁾、壽美竜太郎¹⁾、津端しおり¹⁾、
渡邊もえぎ¹⁾、鍛冶諒介¹⁾、大野亜希子¹⁾、磯村杏耶²⁾、柴原純二²⁾、
久松理一¹⁾

症例は64歳の女性。X-1年1月の大腸内視鏡検査で上行結腸に10mm、15mm、20mm、S状結腸に20mmの sessile serrated lesion (SSL)を認め、X-1年4月に内視鏡的治療を施行した。X-1年11月にフォローの大腸内視鏡検査を行ったところ、横行結腸肝彎曲部に10mm、脾彎曲部に20mm、下行結腸に4mm、5mm、S状結腸に3mm、8mm、10mmのSSLを認めた。少なくともS状結腸より近位側に7個のSSL認め、3個が10mm以上の大きさを有していたため、前回の内視鏡初見と合わせて serrated polyposis syndrome (SPS)の診断となった。横行結腸脾彎曲部の病変は20mm大の正色調で粘液付着を伴う平坦隆起性病変であった。中心部は発赤調隆起を呈しておりSSL with dysplasiaまたはadenocarcinomaを疑い、ESDを施行し病変を一括切除した。病理組織ではSSLを背景に、中心の隆起部位に一致して低分化成分を有する4×4mmのadenocarcinomaを認め、粘膜下層へ2000 μm浸潤していた。また、MMR免疫染色でMLH1の発現低下を認め、MSI検査でMSI-highであった。本症例は若年発症の大腸癌の既往歴や家族歴がないことからSPSを背景として serrated pathwayにより発癌し、粘膜下層浸潤を呈した早期大腸癌であると考えられた。その後、同部位に対して横行結腸部分切除術を行い、内視鏡治療後の癒痕部位には腫瘍の残存は認めず、リンパ節転移の所見も認めなかった。現在も生存し大腸内視鏡検査で経過観察中である。SPS患者の癌の発生率は22.3%と高率に発生し、50%以上が同時性および異時性に癌の合併を認めることから、腫瘍消失まで3-6ヶ月毎の内視鏡フォローが必要であると報告されている。本症例は10mm以上のSSLに対して内視鏡治療を行った後に、半年後の内視鏡検査で粘膜下層浸潤を呈した大腸癌を認めており、SPS症例においては慎重な経過観察と速やかに全ての腫瘍を切除する必要があると考えられた。今回、SPSを背景として発生した粘膜下層浸潤癌の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

serrated polyposis syndrome, sessile serrated lesion

熊谷総合病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科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⁾、斎藤雅彦¹⁾、比留間晴彦¹⁾、岡本四季子¹⁾、村上規子¹⁾、
門野源一郎¹⁾、松井真理子¹⁾、石川武志¹⁾、土合克己¹⁾、井村穰二²⁾、
関根匡成³⁾、眞崎浩聡³⁾

【症例】70代男性【主訴】なし【既往歴】2年前に大腸ポリープ内視鏡治療歴【現病歴】follow-upの大腸内視鏡検査を施行したところS状結腸に頭部が発赤調でJNET1のφ20mmのIs病変を認め、total biopsy目的に内視鏡的粘膜切除術(EMR)を行った。病理結果で正常粘膜に被覆された浮腫性の粘膜下組織に拡張もしくは壁の肥厚した血管を伴っておりColonic muco-submucosal elongated polyp(CMSEP)と考えられた。【考察】大腸ポリープは病理組織学的に腫瘍性、過誤腫性、炎症性、再生性、分類不能の主に5種類に分類される。CMSEPはもともと分類不能のポリープというより、一つの別のカテゴリーとして分類することも提唱されている。CMSEPはポリープ表面が正常粘膜で覆われ、粘膜下層の静脈・リンパ管拡張を伴う細長い有茎性のポリープが特徴として言われている。腸管の蠕動など機械的刺激により引き伸ばされ有茎となっているという考察もある。明らかな悪性化の報告はされていないが、血便などの原因になる報告も認められており、切除も検討される。無茎性CMSEPをMucosal polypとする考え方もあるが、今回の症例は典型的な有茎性CMSEPが完成するまでの前段階を見ている可能性があると考えられた。

大腸ポリープ, CMSEP

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

【症例】76歳女性【主訴】腹痛【既往歴】高血圧、子宮頸癌、多発筋痛症、胆石性胆囊炎、癒着性腸閉塞、腰部脊柱管狭窄症【現病歴】X-23年掌蹠膿疱症性関節炎と診断されMTX10mg、PSL20mgが開始された。関節症状は軽快も、CRP陰性化は得られなかった。MTX、PSLが継続されていたが、X-1年1月関節炎は安定していたためMTX、PSLが漸減された。X-1年10月腹痛で救急外来を受診し、腸炎の疑いで緊急入院した。CSでは、終末回腸に白苔が付着した不整型潰瘍が多発し、EGDでは前庭部を中心に類円形潰瘍が多発していた。生検組織診断・免疫組織化学的診断から消化管の広範囲にSAA由来のアミロイド沈着を認め、AA型腸管アミロイドーシスと診断された。CMV-antigenemia陽性に対し開始したganciclovirは奏功しなかったが、MNZを開始後、症状は軽快し退院した。X-1年11月腸管気腫症を合併した麻痺性腸閉塞で入院したが、保存的加療で退院した。X年2月上腹部痛再燃、CRP値上昇を認め緊急入院した。【入院後経過】造影CT検査で小腸内に腸液の貯留を認め、麻痺性腸閉塞が疑われた。CSでは終末回腸に小びらんが散在し、横行結腸から下行結腸にかけて白苔が付着した粗造粘膜が連続し、生検組織診断でアミロイドの沈着を認めた。入院後、禁食によりCRP値は改善したが、腹痛、嘔気は持続し、低Alb血症、蛋白漏出症候群に対して中心静脈栄養を開始した。入院16日目にPSLを3mgから15mgに増量したところ、排便回数、消化器症状の改善を認め、入院18日目から成分栄養剤を開始した。その後も腹部症状の再燃なく、徐々に食上げを行った。入院40日目に施行したCSでは粘膜病変の改善を認め、入院47日目に退院した。【考察】膠原病疾患に腸管アミロイドーシスが併発する症例は少数であるが散見される。しかし、掌蹠膿疱症性関節炎に併発した報告例はなく、また腸管アミロイドーシ自体稀な疾患であり貴重な症例と考えられ若干の文献的考察を加えて報告する。

腸管アミロイドーシス, 掌蹠膿疱症性関節炎

東千葉メディカルセンター 消化器内科
高橋大輝、岩永光巨、多田健太、楊 薇、前田隆宏、妹尾純一、
亀崎秀宏

症例は60歳代男性。X年、他院で行われた下部消化管内視鏡検査でS状結腸に多発憩室と同部の狭窄を指摘された。狭窄部の生検で悪性所見は認めず、無症状のため経過観察となっていた。X+8年6月、血便と下腹部痛を主訴に前医を受診した。下部消化管内視鏡検査で既知の狭窄が増悪しており、同年7月、精査加療目的に当科に紹介された。内視鏡スコープは通過困難であり、狭窄による症状を認め、悪性腫瘍を合併している可能性も否定できないと考え、8月にS状結腸切除術を行った。病理では憩室部に一致して炎症細胞浸潤が見られ、悪性所見は認めなかった。X+9年1月、経過観察の下部消化管内視鏡検査を施行したところ、S状結腸の憩室間粘膜に顆粒様粘膜と血管透見の低下、易出血性を認めた。直腸には炎症所見を認めなかったため、憩室関連大腸炎の診断とし、無症状のため経過観察とした。X+9年6月、血便が出現し、内視鏡検査を再検したところ直腸にも炎症が新出していた。病理では、basal plasmacytosisを伴うびまん性の炎症細胞浸潤と陰窩膿瘍を認め、潰瘍性大腸炎に移行したと考え、メサラジン座薬を開始した。治療介入から約2年経過しているが、現時点では再燃なく経過している。憩室関連大腸炎は多発憩室を伴う大腸の憩室間粘膜にみられる慢性炎症である。病態は不明な点が多く、治療を要しないことも多いが、炎症性腸疾患と同様の治療を要することもある。欧米では多数の報告例があるが、本邦での報告は少ない。憩室関連大腸炎は定義上、肉眼的にも病理学的にも直腸に病変を認めないといわれているが、潰瘍性大腸炎に移行する症例もあるといわれている。本症例においても経過中に直腸から連続する炎症が出現し潰瘍性大腸炎へ移行したのと考えられた。

憩室関連大腸炎, 潰瘍性大腸炎

国際医療福祉大学 三田病院 消化器内科
杉元俊太郎, 片岡幹統, 三上桂太郎, 大谷知弘, 辻野誠太郎, 石井 研, 渡辺知佳子

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)に対する治療薬であるメサラジンの副作用として心筋炎が挙げられているが、頻度としては1%未満で非常に少ない。【症例】50歳代女性【既往歴】なし【主訴】下痢、血便【現病歴】202X年春より5-6行/日の下痢および血便が出現。病日1に前医受診し、下部消化管内視鏡(CS)で直腸の潰瘍、自然出血を認め同日当科紹介となった。病日4にCSを施行したところ、直腸からS状結腸に粗造な粘膜、びらんを認め、病理組織学的検査でも高度の炎症細胞浸潤を認め、中等症のUCと診断された。【経過】メサラジン内服とメサラジン注射剤にて症状が改善し、病日12に退院となったが、発熱と下痢回数の増加など症状が再燃した。臨床的重症度は重症であり病日17に再度入院としCSを施行し内視鏡所見による分類は強度と診断された。CTにて全結腸の腸管壁の肥厚を認め全大腸炎型UCと診断した。禁食とし内服薬を中止してプレドニゾロン1.0mg/kg、顆粒球除去療法を開始したところ症状は改善し病日44に退院となった。退院後メサラジンを再開しプレドニゾロン減量しながら加療していたが、病日54に39.0℃の発熱、倦怠感、背部痛にて入院となった。5ASA不耐も考えメサラジンを中止したが病日55に強い胸痛も出現し心筋逸脱酵素の上昇、心電図でのST上昇を認めた。冠動脈造影では狭窄は認めずメサラジン内服に伴う心筋炎と診断した。NSAIDsの内服とともに下痢、血便など症状が増悪した。NUDT15遺伝子検査をしてアザチオプリンを開始も肝障害出現のため中止としベドリズマブを開始したところ症状、内視鏡所見とも改善し現在も寛解維持している。【考察】少数だがメサラジンによる心筋炎は報告されている。投与後2-4週間後で症状が発現することが多く中止にて速やかに改善する。投与開始後に生じた胸部症状は心筋炎も考慮する必要がある。【結語】重症潰瘍性大腸炎に対してメサラジン投与後に心筋炎をきたしベドリズマブで寛解した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, メサラジン

三井記念病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
丹野恵里佳¹⁾, 田邊舞衣¹⁾, 曾谷村佳史¹⁾, 阿達航太¹⁾, 鈴木 賛¹⁾, 芝本祐太¹⁾, 中原健徳¹⁾, 森山 慎¹⁾, 近藤真由子¹⁾, 高木 馨¹⁾, 小島健太郎¹⁾, 関 道治¹⁾, 占部秀典²⁾, 森田茂樹²⁾, 戸田信夫¹⁾

症例は50歳、男性。特記既往なし。1ヶ月前から便秘を自覚しており、黒色便と倦怠感を主訴に前医を受診した。CT検査で脾腫大、脾周囲から腎下極にかけて脂肪織濃度上昇を指摘され、脾炎疑いで当院を紹介受診した。初診時血液検査で炎症反応はCRP 12.7mg/dLと高値、膵酵素Amylase 288u/Lと上昇は軽度であった。Hb7.1g/dLの貧血を認め、腫瘍マーカーはCEA 6.0ng/mL、CA19-9 59.1U/mLと上昇していた。造影CT検査では横行結腸の全周性の浮腫様変化、脾全体の腫大、腸間膜から傍大動脈領域に至るリンパ節腫大、腹膜播種結節、下腹部に少量腹水を認めた。腹水細胞診はGroup5であった。下部消化管内視鏡検査では横行結腸に全周性狭窄を伴う顆粒状数石状の粘膜を認めた。狭窄部から生検を行い、中分化から低分化のtubular adenocarcinomaが検出された。以上から4型横行結腸癌、脾びまん性転移疑い、腹膜播種、多発リンパ節転移と診断した。化学療法導入予定であったが、第28病日より急性腎障害を呈し、胸腹水の増悪を認めた。腹部膨満強く、腹水ドレーナージなどで対応していたが、全身状態が悪化し、第39病日に死亡した。急速な転帰を辿った4型横行結腸癌の1例を経験したので報告する。

びまん浸潤型大腸癌, 4型大腸癌

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾, 同 炎症性腸疾患センター²⁾
道鎮 優¹⁾, 田川 慧^{1,2)}, 加藤真吾^{1,2)}, 宮内琉希¹⁾, 寺本駿也¹⁾, 芦田安輝¹⁾, 木村勇太¹⁾, 高橋久一郎¹⁾, 内田信介¹⁾, 新井智洋¹⁾, 砂田莉沙¹⁾, 田中孝幸¹⁾, 堀祐太郎¹⁾, 池田守登¹⁾, 須田健太郎¹⁾, 寺井悠二¹⁾, 松原三郎¹⁾, 岡 政志¹⁾, 名越澄子¹⁾

【症例】60歳代、男性。【主訴】心窩部痛、嘔気、腹痛、下痢。【現病歴】X年1月に直腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、メサラジン(5-ASA) 2400mgで寛解維持していた。同年3月のCOVID-19罹患を契機にUC増悪し前医に入院した。5-ASA 4000mgに増量、経口ブデソニド9mg併用も無効のため、同年4月8日にgolimumabを導入。排便回数は改善したが心窩部痛と嘔気が強く、EGDで胃・十二指腸の炎症所見を認めたため、UCの口側進展と判断。同年4月27日にupadacitinibを導入し治療強化を行うも無効のため、同年5月14日に当院へ転院。入院時の血液検査でサイトメガロウイルス(CMV)抗原が陽性のため、CMV腸炎合併と判断し5月16日にガンシクロビル(GCV)治療を開始した。5月23日に血小板(Plt)が3.6万と著明な低下を認めたため、GCVの副作用と判断し、バルガンシクロビル(VGCV)に変更した。しかし、その後もPltの改善なくVGCV休薬。5月27日に胸痛が出現、CK-MBとトロポニンIの上昇、冠動脈CTで左前下行枝に欠損像を認めたため、非ST上昇型心筋梗塞(NSTEMI)を疑うも、血小板低値のため心臓カテーテル検査困難。5月28日に発熱を認め、カテーテル関連血流感染症を疑いメロペネム+バンコマイシンで加療開始した。抗菌薬治療開始後も症状改善なく、β-Dグルカン上昇していたためミカファンギン(MCFG)開始。5月30日に咳嗽出現し、胸部レントゲンで両側すりガラス影を認めたため、ニューモシスチス肺炎(PCP)発症と診断しMCFGからST合剤+プレドニゾロン(PSL)に治療薬変更したが、肺炎コントロールできず、同年6月14日永眠された。【結語】UCにCMV感染を合併し、GCVによる骨髓抑制、NSTEMI、PCPを合併したUC症例を経験した。高齢者の治療では常に感染症リスクを考えた治療が重要である。

潰瘍性大腸炎, サイトメガロウイルス

水戸済生会総合病院 消化器内科
吉武寛隆, 高須美香, 高野竜馬, 竹内恵理, 日時佳恵, 根本陽介, 山田修三, 宗像紅里, 金野直言, 大川原健, 青木洋平, 柏村 浩, 仁平 武

【症例】21歳、男性【主訴】嘔吐、下痢、腹痛、肛門痛、排尿時痛【既往歴】なし【現病歴】第1病日体温37.9度、嘔吐あり。第2病日体温38.8度、下痢、頭痛、腹痛、肛門痛、排尿時痛あり。第3病日体温39.1度、前医受診し胃腸炎と診断された。第6病日体温37.4度、腹部症状が継続し前医を再診して尿路感染を疑われ、血液検査でWBC13400、CRP24と炎症反応高値を指摘された。第7病日当院を紹介受診した。体温37.9度。CTで虫垂腫脹と虫垂根部・先端に結石あり、骨盤内に虫垂穿孔によると思われた最大径92mmの膿瘍を認め、膿瘍形成した穿孔性虫垂炎と診断した。まず保存的加療の方針として、SBT/CPZ投与を開始したが、38度台の発熱が継続し炎症反応は改善なし。入院第4病日にPIPC/TAZに変更したが、やはり改善なし。外科に相談し、患者に十分なインフォームドコンセントを行った後に、入院第6病日に超音波内視鏡下経直腸ドレーナージを施行した。内瘻にダブルビッグティールカテーテルを留置し、続いて外瘻にENPDカテーテルを留置しようとしたが、留置できず内瘻留置のみで終了した。ドレーナージ翌日には解熱し炎症反応も改善し、経過良好で入院第19病日に退院した。退院後の下部消化管内視鏡検査では、カテーテルは自然脱落していた。退院後第109日に虫垂炎再燃で再入院したが、CMZの投与で7日間退院した。初回入院から退院後第171病日に、待機的に腹腔鏡下で虫垂切除術を行った。その後は再発を認めていない。【考察】膿瘍形成など高度炎症を生じた急性虫垂炎に対して周術期合併症を減らし、拡大手術を回避する方法として、保存的加療に待機的な手術の有用性を示す報告が多い。しかし膿瘍は抗菌薬治療のみでは改善せず、ドレーナージ治療が必要ながが多いが、骨盤内膿瘍は腹壁からの安全な穿刺ルート確保が難しい。2003年に超音波内視鏡下経直腸ドレーナージが考案され有効性及び安全性の報告があるが、本邦における報告は少ない。今回膿瘍形成した穿孔性虫垂炎に対して、経直腸ドレーナージが有効であった一例を経験したので報告する。

穿孔性虫垂炎, 経直腸ドレーナージ

地域医療機能推進機構船橋中央病院 内科
田中一真, 浅野公将, 門山知樹, 竹熊勇登, 清水理雅, 嶋田太郎,
土屋 慎, 加藤佳瑞樹, 石川 哲, 山口武人

【症例】50歳代男性【経過】X-3年に発症した潰瘍性大腸炎に対しインフリキシマブ、アザチオプリン、メサラジンによる治療が行われてきた方。X年1月26日に、10日前からの発熱を主訴に受診し、時折血便を伴い排便回数が8回と増加あり、潰瘍性大腸炎の増悪が疑われ精査加療目的に入院の方針となった。入院時の胸部レントゲン検査で肺野全体の粒状影を認めたため胸部CTで精査を行い、肺野全体にランダムパターンのびまん性粒状陰影を認めた。喀痰・尿塗抹検査で結核菌陽性、結核PCR陽性を確認し、粟粒結核の診断で個室隔離での入院となった。入院後、インフリキシマブ及びアザチオプリンを中止し、粟粒結核に対してイソニアジド、リファンピシン、エタンプトール、ピラジナミドによる4剤併用療法を第4病日に開始したが、第10病日に血小板数が入院時13.9万/ μ Lから1.5万/ μ Lへ急速に低下を認めた。リファンピシンによる免疫性血小板減少症を疑い、第11病日にレジメンをイソニアジド、レボフロキサシン、エタンプトール、ストレプトマイシンに変更した。血小板輸血を第10、14、15病日に行ったがその後も血小板減少が持続したため第16病日にPSL 30mg/日を開始し第36病日に血小板数は16.3万/ μ Lと正常化した。また、インフリキシマブ及びアザチオプリン中止に伴う潰瘍性大腸炎の症状増悪が懸念されたが、PSL開始に伴い消化管症状も改善した。連日の喀痰検査で塗抹陰性、6週間培養でも結核菌発育認められなかったため、X年3月31日に退院となった。PSLを漸減し、X年9月にインフリキシマブ再開、X+1年2月にPSL終了、X+1年11月に抗結核薬終了し、以降も結核再発なく経過している。【考察】潰瘍性大腸炎に対する生物学的製剤、免疫抑制剤の使用は、結核などの感染症リスクを増加させることが知られている。本症例では、インフリキシマブ及びアザチオプリンの使用が結核発症に寄与したと考えられ、さらにリファンピシンによる免疫性血小板減少症に伴う稀な症例であったため文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎, 粟粒結核

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

【緒言】*Klebsiella pneumoniae*は尿路感染症や肺炎の起病菌として日常診療でよく遭遇する細菌だが、病原性の強いムコイド産生型の過粘稠性*K. pneumoniae*株による侵襲性肝膿瘍症候群では、しばしば眼内炎を伴い失明等の転機につながる。当院でも肝膿瘍と眼内炎を併発し治療を行った1例を経験したので報告する。【症例】50歳男性。【主訴】発熱・左眼痛と視力低下。【既往歴・生活歴】特記事項なし。【現病歴】X-5日から38℃台の発熱ありX-3日に近医で解熱剤を処方されたが改善せず、X-1日に前医に受診しCTで肝膿瘍が発見され入院した。経皮肝膿瘍ドレナージの予定であったが同日夜から左眼瞼浮腫と眼痛が出現しX日朝からは視力低下も伴い、細菌性眼内炎の診断で緊急手術目的に同日当院へ転院となった。【治療経過】入院時眼所見は視力0.09 前房蓄膿を伴う強い眼内炎症と硝子体混濁を認め、入院当日に眼科で左水晶体摘出と硝子体切除術を施行した。また肝S7の5cmの単発膿瘍に対して同日に経皮経肝膿瘍ドレナージ術を施行した。血液と肝膿瘍穿刺液の培養でムコイド産生型の過粘稠性*K. pneumoniae*株が検出された。抗菌薬CMZ投与で解熱が得られ順調に経過し、CCL内服に切り替えて入院28日目に退院した。退院後6ヶ月時点で肝膿瘍は縮小し全身状態良好である。一方、経過中に右眼と視神経へ感染の波及はなかったものの、視力は手術直後に手動弁であったが、術後25日に失明した。【考察】内因性眼内炎は視力予後が不良で、早期に徹底的な治療が必要とされているが、稀な疾患である事からぶどう膜炎と誤診されたり、敗血症の治療開始後に眼内炎の症状が出現したりするため診断の遅れ易い病態である。当症例は発熱から4日目に眼症状が出現し直ちに眼科と内科で治療を開始したが視機能は維持できなかった。ムコイド産生型の過粘稠性*K. pneumoniae*株による肝膿瘍は、中枢神経や腸腸筋や眼に感染を伴う侵襲性肝膿瘍症候群を来し易いため、肝膿瘍を診断した際には本症も鑑別に挙げ、眼症状の出現にも注意しながら早期診断と適切な治療開始を心がける必要がある。

肝膿瘍, 眼内炎

成田赤十字病院 消化器内科¹⁾,
聖隷佐倉市民病院 消化器内科²⁾
黒須理恵^{1,2)}, 安井 伸¹⁾, 高田知明¹⁾, 若松 徹¹⁾, 万代恭史¹⁾,
鹿島 励¹⁾, 福田和司¹⁾

【症例】28歳、女性【主訴】発熱、咽頭痛【経過】入院2週前から発熱と咽頭痛が出現した。近医を受診しアモキシシリンを処方され一時解熱するも、発熱と全身性皮疹が出現したため、入院5日前に当院救急外来を受診した。血液検査で肝障害 (AST 291 IU/L, ALT 200 IU/L, T-BIL 0.5 mg/dL)、腹部超音波検査で脾腫を認め、EBV-IgM抗体(+), IgG抗体(+/-), EBNA(-)より伝染性単核球症と診断された。外来経過観察となったが再診時の血液検査で肝障害は悪化し、黄疸、凝固異常 (AST 2050 IU/L, ALT 1111 IU/L, T-BIL 3.7 mg/dL, PT-INR 1.29) も併発したため精査加療目的に同日入院となった。肝臓治療法で肝障害は改善傾向となったが、凝固異常は悪化傾向 (PT-INR 1.40) で急性肝不全への進展が危惧され、第3病日よりステロイドパルス療法が開始された。凝固異常は改善傾向となり、3日間でステロイド投与を終了したところ、第7病日に肝障害悪化が認められた。この時点でCMV-IgM(+), CMV-IgG(-)であることが判明し、EBVとCMVの重複感染と診断した。EBV-DNAとCMV-DNAは両者とも陽性であった。第7病日よりステロイドセシパルス療法とガンシクロビル 500 mg/日の投与が開始された。肝障害は改善傾向となり、ステロイドは第10病日よりPSL 60 mg/日の投与に移行し、以後漸減終了となった。ガンシクロビルも第30病日で投与終了となり、肝障害の再燃徴候がないことを確認して第37病日に退院となった。CMV-DNAは陰性化したためEBV-DNAは陽性が持続しており、慎重に経過観察中である。【考察】本症例はPCR法により診断されたEBV・CMV重複感染である。乳幼児および小児では重複感染による重症化が報告されており、若年成人期での感染が重なり、重症化したと推測される。先進国では近年EBV一次感染の年齢が上昇しており、CMV感染の好発年齢との差が縮まることから、重複感染が今後、増加する可能性がある。重複感染による急性肝炎に対する確立された治療法はない。本症例ではステロイド・ガンシクロビル併用療法が奏功したが、今後の症例蓄積と評価が待たれる。

重複感染, 急性肝炎

聖隷横浜病院 消化器内科
江澤将敬, 吹田洋将, 豊水道史, 佐藤育也

【症例】81歳男性【主訴】発熱、心窩部痛【現病歴】当院受診の1週間前から発熱、心窩部痛が出現した。自宅で経過を見ていたが体動困難となったため当院に救急搬送された。血液検査では炎症反応及び肝胆道系酵素高値であり、腹部造影CTでは総胆管結石を認め総胆管結石性胆管炎の診断となった。【入院後経過】入院同日に緊急ERCP施行し内視鏡的胆道ドレナージ術を施行した。処置後、肝胆道系酵素は改善していたが、発熱、心窩部痛、炎症反応高値は持続していたため第15病日に上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部下面に多発小潰瘍及び胆汁粘液の排出を伴う瘻孔を2箇所認めた。同日追加で腹部造影CTを施行したところ入院時にも認めていた肝S2の嚢胞性病変の内部にair bubbleを含む被包化された液体貯留を認めた。同病変は十二指腸球部上壁側と接しており同部位での穿通が疑われた。第17病日に透視下にて上部消化管内視鏡検査を施行し、前回指摘されていた十二指腸球部の瘻孔より造影を行なったところ肝S2の病変と一致する領域が造影された。テーパードカテーテルにて内容物を吸引したところ緑黄色の胆汁を認め、後日培養結果より腸球菌が検出された。肝膿瘍のドレナージ目的に膿瘍内へENBDチューブを留置した。処置後に腹部単純CTを撮像したところENBDチューブの先端は肝S2の嚢胞性病変に留置されており同部位と十二指腸球部の瘻孔形成を確認できた。また急性胆嚢炎の所見も認めため追加でPTGBDを施行した。その後は心窩部痛は改善傾向であり炎症反応の陰転化を確認できた。第22病日に腹部単純CTのフォローを行い肝膿瘍及び胆嚢炎の所見は改善傾向であった。残存する総胆管結石に対しては内視鏡治療は十二指腸穿孔や瘻孔の損傷などのリスクが高いと判断し当院消化器外科へ転科し開腹にて胆嚢摘出、総胆管結石摘出、肝膿瘍十二指腸瘻切除、十二指腸穿孔閉鎖術を行った。

肝膿瘍, 肝十二指腸瘻

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科

根本裕貴, 藤谷 誠, 澤田 翠, 赤塚鉄平, 伊在井亮, 土屋貴大,
三輪千尋, 米本卓弥, 藤本健太郎, 弓田 訝, 宇野澤秀美,
興相慧輔, 井上将法, 中村昌人, 叶川直哉, 近藤孝行, 小笠原定久,
中本晋吾, 加藤直也

【背景・目的】 進行肝細胞癌に対する薬物療法としてデュルバルマブ・トレメリムマブ併用療法 (STRIDE療法) が実臨床で用いられているが, しばしば免疫関連有害事象 (immune-related adverse events, irAE) が問題となる。特に抗CTLA-4抗体を含む免疫複合療法では下痢の発現率が高いと報告されており, 病態の理解と適切な対応が求められる。そこで, 当院で経験したSTRIDE療法によるirAE腸炎について, 臨床的特徴を探索することを目的に検討を行った。【方法】 2023年4月から2024年3月までの期間に, 当院で進行肝細胞癌に対しSTRIDE療法を導入した68例を対象に, 後方視的に検討した。【結果】 年齢中央値74歳 (35-85), 男性58例 (85%) だった。下痢を認めたのは21例 (31%) で, CTCAEグレードは, Grade1が8例 (12%), Grade2が5例 (7%), Grade3が6例 (9%), Grade4が2例 (3%) だった。STRIDE療法開始から下痢発症までの期間の中央値は16日 (2-69) だった。10例は対症療法のみで自然軽快したが, 11例でステロイド全身投与を要し, うち3例でインフリキシマブ投与を行った。下痢発症からステロイド投与開始までの期間の中央値は8日 (0-11) であり, ステロイド投与に反応した症例において下痢改善までの中央値は2日 (1-6) だった。ステロイド全身投与を行った11例のうち, 4例でSTRIDE療法を再開したが, irAE腸炎が再燃したのは1例だった。【考察】 当院でのSTRIDE療法による下痢の発現率は既報とほぼ同等であり, STRIDE療法によるirAE腸炎は実臨床で比較的高頻度に遭遇することが示された。多くの症例はステロイド投与により改善を認めるものの, 一部の症例ではステロイドに抵抗性となり治療に難渋する。そのため, ステロイド抵抗性の場合にはインフリキシマブ投与が重要であると考えられる。【結語】 進行肝細胞癌の診療において, 複合免疫療法によるirAE腸炎に対する理解を深めることが重要である。

進行肝細胞癌, irAE腸炎

北里大学 医学部 消化器内科

近藤英太, 岩崎秀一郎, 野村奈央, 飯田淳貴, 日高 央,
草野 央

【背景】 血小板減少症は肝硬変患者に高頻度に見られ, 観血的手技施行時に問題となる。従来は血小板輸血による対処療法を行っていたが, 安全性や流通などの問題があり適切な輸血製剤の使用が望まれる。アパトロロンボパグは経口トロポポエチン受容体作動薬であり, 血小板輸血の代替療法として考慮される。【症例】 40代女性 【現病歴】 20XX-7年にC型肝炎変を指摘された。20XX-5年に転居に伴い当院初診となり, 直接作用型抗ウイルス薬による治療を行いSVRを達成した。その後, 汎血球減少が出現し画像検査では脾腫を認めたため, 20XX-1年に部分的脾動脈塞栓術 (PSE) 施行の方針となった。血小板数5万/ μ L前後で推移していたため手技施行10日前からアパトロロンボパグを内服したところ, 血小板数は8.9万/ μ Lに上昇しPSEを安全に施行できた。PSE施行後に血小板数は一度改善を認めたが, 次第に減少した。貧血精査のために施行した下部消化管内視鏡検査で上行結腸に大腸菌歯状病変を認めたため, 内視鏡的粘膜切除術 (EMR) の方針となった。血小板数が4万/ μ Lであったため, 術前にアパトロロンボパグを内服したところ血小板数は12.5万/ μ Lまで上昇しEMRを安全に施行できた。EMRから半年後に上部消化管内視鏡検査で食道静脈瘤 (Li, F2, Cb, RCI) を認めたため内視鏡的静脈瘤結紮術 (EVL) を予定したが, 血小板数が5万/ μ Lであったためアパトロロンボパグの内服を行ったところ血小板数は11.4万/ μ Lまで上昇した。EVL施行後, 出血や血球症は認めずに経過している。【考察】 トロポポエチン受容体作動薬は反復投与することにより中和抗体が産生され, 再投与時に血小板数を増加させる効果が減少する可能性があると考えられている。本症例ではアパトロロンボパグの反復投与を行ったが, 血小板数は増加し安全に観血的手技を施行することができた。

アパトロロンボパグ, C型肝炎変

筑波記念病院 消化器内科

大曾根礼, 丹下善隆, 澤龍太郎, 和田拓海, 津金祐亮, 姫井紅里,
佐浦 樹, 根本絵美, 江南ちあき, 越智大介, 添田敦子,
池澤和人

【背景】 急性脾炎治療5年後に, 脾仮性嚢胞内出血と脾周囲の多臓器虚血を認め, 治療に難渋した症例を経験したので報告する。【症例】 60代男性。5年前にアルコール性急性脾炎の既往があり, その際に脾尾部仮性嚢胞を指摘された。退院後も多量飲酒を続けていたが, 脾炎の再燃なく経過していた。今回, 心窩部から左側腹部にかけて急な激痛を発症し当院へ救急搬送となった。CTでは脾尾部の仮性嚢胞内出血と, 胃の大弯側, 脾頭部周囲の十二指腸, 脾頭部, 脾臓, 横行結腸に及ぶ広域な虚血所見を認め, 緊急入院となった。血栓形成や動脈解離の所見はなく, 多臓器虚血の原因は明らかでなかった。保存的治療を行い, 自覚症状や一部臓器の血流障害は改善傾向であったが, 第7病日に左側腹痛が再燃し, 再検したCTで脾尾部仮性嚢胞内の再出血を認めた。仮性嚢胞内に仮性動脈瘤を疑う所見があり, コイル塞栓術施行目的に施行した血管造影では仮性動脈瘤を指摘できず, 責任血管も同定できなかったことから塞栓術は断念した。保存的治療を継続し疼痛は軽減傾向となるも, 第10病日に脾尾部仮性嚢胞内に再々出血を生じた。同出血による仮性嚢胞の増大, 嚢胞周囲の液体貯留も認め, 嚢胞壁破綻や内容液漏出を疑った。短期間に出血を反復しており保存的治療は困難と考え, 第13病日に脾体尾部切除+脾臓切除術を施行した。その時点で画像上横行結腸の血流障害は残存していたが, 術中所見では明確な虚血を確認せず腸管は温存した。しかし経口摂取開始後 (術後第20病日) に横行結腸穿孔を併発し, 横行結腸切除術, 人工肛門造設術を施行した。【結語】 原因不明の多臓器虚血および脾仮性嚢胞内出血で入院し, 当初は内科的治療を行ったが, 最終的には腸管壊死と消化管穿孔を併発し腸管切除を要した。重症急性脾炎に非閉塞性腸間膜虚血を合併した報告例は散見されるが, 脾仮性嚢胞内出血に合併し多臓器に限局的に虚血が生じた報告は認められず, 文献の考察を加え報告する。

脾仮性嚢胞内出血, 多臓器虚血

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

小林和貴, 山本夏代, 垣塚大河, 金子貴大, 宮田祥宏, 大島 開,
浦生彩香, 星野圭亮, 松本千慶, 鈴江航大, 竜野俊子, 久田裕也,
赤澤直樹, 秋山純一, 小島康志, 田中康雄, 柳瀬幹雄,
横井千寿

【症例】 41歳男性

【現病歴】 大量飲酒歴があり, 腹痛を主訴に当院に救急搬送。急性アルコール性脾炎の診断で緊急入院となった。

【臨床経過】 入院時の造影CTでは脾周囲の脂肪織混濁と腎下極に及ぶ炎症の波及があり, 予後因子は0点, CTgrade2, 重症脾炎と診断した。第3病日にはCRP 41.89 mg/dlとなり, CTで脾尾部に造影不良域が出現したが, 炎症所見は改善傾向であった。しかし, 第10病日, 朝から腹痛が増強し, 夕方に突如意識障害が出現し, 収縮期血圧70mmHg台とショックを発症, Hb 4.8g/dlと急速な貧血の進行を認めた。造影CTでは左肝動脈, 中結腸動脈など, 複数の血管に5mm前後の動脈瘤が新出し, 腸間膜と後腹膜の一部に新出の高吸収域を認めた。動脈瘤破裂による腹腔内出血がショックの原因と診断した。動脈瘤は脾周囲の液体貯留や脂肪織混濁から離れた部位に複数出現したことから, 臨床的に分節性動脈中膜融解 (Segmental arterial mediolysis: SAM) と診断した。気管内挿管および大量輸血下に緊急で血管造影を行った。右結腸動脈の動脈瘤を病変責任病変と診断し, コILINGにて止血を行った。その後, 症状は改善し, その他の動脈瘤に関して変化がみられず, 第25病日退院した。

【考察】 SAMは動脈の中膜が融解することにより腹部血管や脳血管に多発的に動脈瘤が形成される非炎症性・非動脈硬化性疾患である。突然の腹腔内出血を契機に診断されることが多く, 致死率も高い。本症例では, 病理学的診断はされていないが, 脾炎の急性期の経過で炎症と異なる部位に多発の動脈瘤が新出し, 臨床的にSAMと診断した。脾炎の治療過程でSAMの新出が確認されたという稀な症例と考え, 考察とともに報告する。

分節性動脈中膜融解, 重症急性脾炎

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学¹⁾,
同 消化器腫瘍外科²⁾, 同 内視鏡センター³⁾,
国際医療福祉大学病院 放射線科⁴⁾
鈴木 瞳¹⁾, 長谷川翔¹⁾, 山崎雄馬¹⁾, 二瓶真一¹⁾, 栗田裕介¹⁾,
細野邦広²⁾, 澤田 雄²⁾, 遠藤 格²⁾, 窪田賢輔³⁾, 山内栄五郎⁴⁾,
中島 淳¹⁾

【症例】46歳女性。20XX年3月に原発性胆汁性胆管炎による肝硬変に対して右葉グラフトを用いた生体部分肝移植を受けた。術後経過は良好であったが20XX+1年6月に肝機能障害が出現し、CTで肝内胆管拡張を認めた。胆管吻合部狭窄が疑われERCPを行ったところ、吻合部から肝門側の胆管は全く造影されなかった。経乳頭の胆道鏡下でも吻合部の完全閉塞を確認した。後区域にPTCDを留置し、以後内視鏡的または経皮経肝のアプローチでの狭窄部の突破を複数回試みたが、右肝管と総胆管は離断しており、内癒化は困難であった。再開腹による胆管吻合は侵襲性が高いため、20XX+2年5月に磁石圧迫吻合術による狭窄解除を行う方針とした。まず経乳頭的な磁石のデリバリールートとして金属ステント（BONASTENT M-intraductal、径12mm、長さ4cm）を留置し、金属ステント内で乳頭部を胆管拡張用バルーン（REN、8mm）で拡張した。一度スコープを抜き把持鉗子で親磁石の把持用の糸を把持した状態で再度スコープを挿入し、胆管内に親磁石を挿入した。吻合部狭窄直下の胆管造影で後区域から総胆管が描出され、胆管吻合部の完全狭窄は解除されたと判断した。留置から3か月後にERCPを行い経乳頭的に磁石を抜き、内外瘻チューブを経皮的に総胆管に留置することに成功した。【結語】磁石圧迫吻合術で胆管吻合部完全狭窄の解除に成功した一例を経験した。磁石圧迫吻合術は胆管吻合部狭窄に対して有用であると考えられる。

胆管吻合部狭窄、磁石圧迫吻合術

新東京病院 消化器内科
湯澤航平, 外山雄三, 千 磨耶, 前田 元, 青沼映美, 木村 元,
小玉 祐, 西澤秀光, 溝上裕士, 浅原新吾, 長浜隆司

【背景】魚骨による十二指腸穿通は、消化管異物穿通・穿孔例の約0.4~2%と比較的稀な疾患である。今回内視鏡的治療可能であった十二指腸下行部の魚骨穿通の1例を経験したため報告する。【症例】82歳女性【主訴】下腹部痛【既往歴】高血圧、脂質異常症、骨粗鬆症【現病歴】来院2日前から鮭を食べた後から下腹部痛が出現。経過観察するも腹部症状改善せず消化器内科外来受診となった。身体所見は腹部に圧痛あるものの反跳痛はなかった。採血にてWBC11900/ μ L、CRP10.350mg/dlと炎症反応も高く入院加療とした。入院時の腹部造影CTにて十二指腸水平脚に憩室と憩室内に線状構造物と軟部影の増強を認めた。腸管外に遊離ガス所見も認めた。魚骨による十二指腸憩室穿通疑ったが腹膜炎所見がないことからまずは上部消化管内視鏡検査とした。内視鏡下にて十二指腸下行部の憩室内に魚骨を認め、鉗子にて10mmの魚骨を摘出した後、クリップにて縫縮し処置を終了とした。抗生剤加療とし入院6日目症状の増悪なく退院とした。【結語】魚骨の十二指腸穿通に対して内視鏡的除去後、保存的に治癒し得た症例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

十二指腸、魚骨

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
金井尚吾, 西川雄祐, 向津隆規, 藤本 愛, 和久井紀貴, 岡野直樹,
永井英成, 山川輝記, 大嶋陽幸, 定本聡太, 栃木直文,
松田尚久

【症例】70歳台女性。5年前に肝細胞癌(HCC)合併代謝機能障害関連脂肪肝炎(MASH)による肝硬変と診断されている。肝S2部分切除を施行されたが再発を繰り返し、肝左葉切除が施行されると共に、計3回の肝動注化学塞栓術(TACE)を施行されている。2024年5月に施行されたEOB-MRIにて肝右葉に多発するHCCの再発が認められ、全身化学療法に適応と考えられアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法の導入が検討された。治療導入前にスクリーニング目的で施行された上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部前壁に頂部にびらん面を伴う10mm大の粘膜下腫瘍(SMT)様隆起が2病変認められ、また噴門直下に粘膜下層深部浸潤を疑う約25mm大の0-IIa+IIc病変を認めた。同病変から生検を行い、噴門直下の病変からはTubular adenocarcinomaを認め、胃癌と確定診断した。SMT様隆起部は組織像が異なる異型細胞の増殖の他、脂肪滴や類洞様構築が認められたことから、併存疾患であるHCCの胃転移と診断した。胃癌は明らかな遠隔転移なく手術適応と判断したが、HCCに対する抗VEGF阻害剤であるベバシズマブ投与は創傷治癒遅延を引き起こす可能性があり、胃癌治療の妨げになると考えられ、HCCに対する全身化学療法を延期とし、肝内のHCC再発部分に対して進行を一時的に遅らせることを目的としてTACEを行い、早期胃癌およびHCC胃転移に対して腹腔鏡下噴門側胃切除を実施した。【考察】HCCの臓器別転移頻度としては肺(43.4%)、腹膜(17.8%)、副腎(15.2%)、骨(13.5%)、胃転移は2%ほどと稀であり、胃転移と診断されたHCCの多くは直接浸潤とされる。またHCC胃転移例の大半で、門脈腫瘍塞栓の合併を認めたとする報告もある。本症例は門脈腫瘍塞栓を認めず、手術所見でもHCCの胃への直接浸潤の所見を認めなかった。さらにHCC以外に胃癌の重複を認め、胃癌とHCC胃転移の同時切除を施行し得た非常に稀な1例と考えられた。【結語】直接浸潤を伴わないHCC胃転移に重複する早期胃癌を合併し、外科的に一括切除した希少な1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌、胃転移

横浜市立大学 医学部 消化器・腫瘍外科学¹⁾,
同 病理診断科・病理部²⁾
杉村直彦¹⁾, 澤田 雄¹⁾, 油座 築¹⁾, 佐原康太¹⁾, 菊地祐太郎¹⁾,
数下泰宏¹⁾, 本間祐樹¹⁾, 松山隆生¹⁾, 高瀬直希²⁾, 山中正二²⁾,
藤井誠志²⁾, 遠藤 格¹⁾

症例は50代男性。既往にB型肝炎既感染、十二指腸潰瘍の治療歴あり。腰背部痛を主訴に前医を受診。ダイナミックCTで偶発的に総胆管拡張、肝右葉後区から尾状葉にかけて早期濃染し、漸増性に造影される長径6cm大の腫瘍を認めた。肝腫瘍に対しEUS-FNAを施行し、病理検査はcarcinomaの診断であった。肝内胆管癌の疑いで、精査加療目的で当科を紹介受診。当科での血液検査では腫瘍マーカーは陰性であった。PET-CTでは肝内の腫瘍に一致してSUVmax=7.48の集積を認めた。先天性胆道拡張症が併存した肝内胆管癌と診断し、手術の方針とした。肝右葉尾状葉切除、肝外胆管切除、胆管空腸吻合、腸造設術を施行。術中採取した胆嚢内胆汁のアミラーゼ値は13700IU/Lと高値であった。また、術中胆道造影で戸谷分類Iaの先天性胆道拡張症、PC typeの嚢・胆管合流異常症と診断した。術後、中肝静脈血栓、腹腔内膿瘍で治療を要したが、術後43日目に自宅退院した。術後病理で、肝腫瘍の腫瘍細胞は、線維性間質を背景に胞巣状、索状、リボン状、小腺腔状に増殖し、クロマチン粗造で比較的均一な円形核と好酸性胞体を有していた。免疫組織化学染色で腫瘍細胞はArginase1(-), Hepatocyte(-), CK7(少数+), CK19(diffuse+), Synaptophysin(diffuse+), ChromograninA(diffuse+), CD56(diffuse+), SSTR2A(diffuse+), Ki-67陽性率4.0%であった。核分裂像は1個以下/平方ミリメートル。G2の神経内分泌腫瘍と診断した。また、胆管と胆嚢には悪性所見を認めなかった。なお、術後にソマトスタチン受容体シンチグラフィ検査を含めた全身精査を行ったが、他臓器に神経内分泌腫瘍を認めず、肝原発の神経内分泌腫瘍であると診断した。今回、先天性胆道拡張症と肝原発の神経内分泌腫瘍が併存した稀な1例を経験したので報告する。

肝神経内分泌腫瘍、先天性胆道拡張症

高第八因子血症による偽性ヘパリン不応症にヘパリン起因性血小板減少症を合併した門脈上腸間膜静脈血栓閉塞の一例

関東労災病院 消化器内科

荻嶋美智子, 金子麗奈, 成瀬 謙, 前廣由紀, 渡邊葉帆, 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, 池原 孝

55歳男性。持続する腹痛が増強し、精査目的で紹介となった。造影CTで門脈から上腸間膜静脈に広範な血栓を認め、リバーロキサパンを開始したが、翌日腹痛が増悪し入院加療とした。第1病日にヘパリン15000単位/日を開始したところ腹痛は消失した。しかし、APTTが延長せず第5病日には30000単位まで増進した。APTTは46秒であったがACTが166秒と延長しており、APTTが何らかの理由で延長しないものと考えた。第八因子が188%と上昇していたことが一因と予想された。第6病日に上腸間膜静脈の一部で再開通を認めた。第9病日経口薬へ切替えるため、ワーファリン2.5mgを開始したが、激しい頭痛と嘔吐と共にAPTT208秒と過延長を示し、血小板6.6万/ μ Lと低下したため、ヘパリン起因性血小板減少症（HIT-II型）を疑った。ヘパリンを中止後も強い腹痛が持続し、再開通していた血流の消失と腸管麻痺を認めた。アルガトロパン1 γ を開始したが腸管麻痺は増悪したため、第15病日にイレウス管を留置し減圧は概ね成功した。しかし、イレウス管が遠位回腸まで進まず、回腸穿孔により膿瘍を形成した。膿瘍が腸管内にドレーナージされており、抗生剤投与で縮小傾向にあったため保存的加療とし、イレウス管を抜去した。第35病日アルガトロパンをワーファリンに切り替え、退院した。第50病日膿瘍形成部が炎症性膿瘍狭窄となり、腸閉塞が再燃し再入院した。イレウス管を留置後、第63病日回腸-回腸バイパス術を施行した。以後、腸管症状は改善しているが、門脈上腸間膜閉塞部位は再開通を得られず、血管内腔は萎縮し、側副血行路が発達している。本症例で、偽性ヘパリン不応症を呈した要因と考えられる高第八因子血症は、門脈血栓症の原因であるか、或いは他の原因によって生じた門脈血栓に続発したものかは不明である。またHIT-II型を合併した極めて稀な経過であり、文献的考察を加え報告する。

門脈血栓症, 高第八因子血症

腹水穿刺による肋間動脈出血を引き起こした一例

昭和大学江東豊洲病院 消化器病センター

佐藤友哉, 川崎佑輝, 加藤久貴, 柴田悠樹, 角 一弥, 野村憲弘, 牛尾 純, 伊藤敬義, 横山 登, 井上晴洋

【背景】腹水穿刺は肝硬変患者における特発性細菌性腹膜炎(SBP)などの鑑別診断や大量腹水時に腹圧を下げ、腎血流量を改善する目的で腹水を排液する手技である。腹水穿刺の合併症として出血や感染などが挙げられる。今回腹水穿刺によって肋間動脈末梢枝からの出血を引き起こし、重篤な経過を辿った一例を報告する。【症例】X-1年前にアルコール性肝障害の診断を受けていた40代男性。X-2日前からの体動困難で受診した。受診時バイタルサインは、体温37.3℃、血圧157/88 mmHg、脈拍数126回、呼吸数24回、意識障害はなく、身体所見で眼球結膜黄染、腹部膨満を認めた。血液検査で、Hb12.3g/dl、肝胆道系酵素の上昇(AST 687U/l、ALT 144U/l、T-Bil 7.2mg/dl)、PT活性の低下(PT活性値41.9%)、血小板の低下(血小板数4.9万/ μ L)を認めた。腹部CT検査では肝臓の萎縮、辺縁の不整、腹水貯留を認めた。入院日、腹水の成因確認目的で超音波下に22G針で右側腹部第2腰椎の高さより腹水試験穿刺を施行した。黄色透明検体40mlを採取し、腹水の性状は漏出性でSBPは否定でき、肝硬変に伴う門脈圧亢進に起因すると診断した。入院翌日の上部消化管内視鏡検査では胃・食道静脈瘤など出血をきたす病変はなかった。入院第3病日の血液検査でHb 7.3g/dlと低下、さらに肝機能障害の増悪を認めた。入院第4病日にHb 5.1g/dlとさらに貧血進行したため、腹水穿刺を再検し血性であった。腹部造影CT施行し、大量腹水と右第11肋間動脈を責任血管と考えられる造影剤の血管外漏出を認めた。その後、緊急で腹部血管塞栓術を行った。右第11肋間動脈から造影を施行すると血管外漏出を認め、N-butyl-2-cyanoacrylate(NBCA)を用いて塞栓した。また上下の肋間動脈からの交通がある可能性も考慮し、第10/12肋間動脈も塞栓し終了とした。術後の血液検査でHb 7.6g/dlと貧血の改善を認めたが、肝腎機能障害の増悪、その後肝不全となり入院第9病日に永眠した。【考察・結語】腹水穿刺は日常診療でもよく行われる手技であり、超音波下で行えば比較的安全である。一方で本症例のように重篤な合併症を引き起こす可能性もあり、手技中・手技後の状態には十分に注意すべきである。

肝硬変, 腹水穿刺

感染性腸炎が疑われたIgA血管炎の一例

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科¹⁾、同 腎臓内科²⁾ 佐藤真結¹⁾、池田 剛¹⁾、奥田 謙¹⁾、本宮里奈¹⁾、新川将大¹⁾、金本泳秀¹⁾、東 哲之¹⁾、下鐘秀徳¹⁾、赤石優子¹⁾、木下 舞¹⁾、濱窪亮平¹⁾、桐田久美子¹⁾、吉田祐士¹⁾、大久保知美¹⁾、日高綾子²⁾、崔 祥大²⁾、山田剛久²⁾、藤森俊二¹⁾

【症例】68歳女性【主訴】浮腫、食思不振、倦怠感、嘔気【現病歴】20XX年Y月Z-4日、両下肢の浮腫が出現した。Z-2日に近医内科を受診、血液検査を施行し結果説明のため1週間後に再診の予定だったが、倦怠感、食思不振、嘔気が出現したため、Y月Z日に当院救急外来を受診した。【既往歴】高血圧【入院時現症・検査所見】両側下腿に圧痕性浮腫あり。X線画像：心拡大・胸水貯留なし。腹部CT：回盲部から上行結腸にかけての壁肥厚あり、周囲の脂肪組織濃度上昇あり、腹水貯留あり。血液検査：白血球10900/ μ L、D-dimer 39.4 μ g/mL、Cre0.72mg/dL、CRP5.24mg/dL。尿検査：蛋白1+、潜血3+【経過】来院日当日に感染性腸炎疑いで入院し、レボフロキサシン500mg/dayの投与を開始したが炎症反応に改善がみられなかった。入院2日目に紫斑と血便を認めたため、自己免疫疾患を考え、各種抗体検査、皮膚生検、上下部内視鏡検査、腎生検を行った。MPO-ANCA・PR3-ANCA・抗核抗体・リウマトイド因子陰性、第13因子低下あり、IgA高値を認めた。胃・十二指腸・小腸に潰瘍がみられ、病理所見では炎症細胞浸潤・核破壊像を認め、免疫抗体法にてIgA沈着を認めた。腎検体においては、蛍光抗体法にてメサネフギウム領域にIgAの顆粒状沈着を認め、IgA血管炎と診断した。蛋白尿があり腎障害が示唆されCreが1.5mg/dL以上に上昇したため、プレドニゾロンによる治療を開始した。【考察】IgA血管炎は免疫複合体型血管炎に分類される小型血管炎である。成人発症例では腎障害や再発率が高いとの報告があり、本症例においても腎障害がみられた。皮疹が先行するのが一般的だが、本症例と同様に腹部症状が先行する症例が1-2割程度であると報告されている。【結語】抗菌薬に対し反応が乏しい腸炎ではIgA血管炎も鑑別疾患に挙げる必要があり、紫斑や血便が先行しない場合にも留意すべきである。

腸炎, IgA血管炎

直腸癌術後完全狭窄に対してrendezvous technicにより再開通し得た一例

虎の門病院 分院 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾

元田航世¹⁾、菊池大輔¹⁾、山下 聡¹⁾、戸田重夫²⁾、の場周一郎²⁾、前田裕介²⁾

【序文】腸管悪性腫瘍に対する術後狭窄に関して、完全狭窄をきたした報告はいまだ少ないが、今回完全狭窄に対してrendezvous technicにより再開通に成功した一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】患者は64歳男性。直腸癌cT3N3M0 Stage3cに対してゼローダ併用術前放射線療法後、腹腔鏡下内肛門括約筋切除術+左側方リンパ節郭清+一時的回腸人工肛門造設術を施行。術後化学療法としてXELOX療法を計6コース施行した。1年後に施行したフォローのCSにて吻合部の完全狭窄を認めた。回腸末端の人工肛門と肛門の両側から内視鏡を挿入、透視にて位置を確認後、肛門側からデュアルナイフにて切開を加え再開通に成功した。その後は再開通した部分にガイドワイヤーを通し、バルーンで計3回、外来にて拡張術を施行した。再開通から4か月後に人工肛門閉鎖術を施行し、食事摂取も良好で排便も認めている。

【考察】術後狭窄には様々な原因があるが、内腔が開通している場合にはガイドワイヤーを用いた拡張が可能である。一方で、完全狭窄の場合にはガイドワイヤーをむやみに押し進めると腸管穿孔等のリスクがある。狭窄部位の外科的切除も選択肢の一つとなるが、今回の症例は術後1年での狭窄であり、癒着による影響も大きい。そのため、rendezvous technicを用いた内視鏡的アプローチは術後完全狭窄に対する治療として有用性の高いものであると考える。

直腸癌術後完全狭窄, rendezvous technic

81 S状結腸および盲腸に内瘻形成した直腸癌の一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾,
竹市怜生¹⁾, 河野眞吾¹⁾, 二木修平¹⁾, 井田善文¹⁾, 白川峻佑¹⁾,
伊藤 謙¹⁾, 山本剛史¹⁾, 行田 悠¹⁾, 野呂拓史¹⁾, 渡野遼郁雄¹⁾,
町田理夫¹⁾, 佐藤慎一郎²⁾, 小倉加奈子²⁾, 須郷広之¹⁾

【背景】大腸癌は隣接臓器に浸潤し、他の消化管との内瘻形成を認める場合があるが、複数箇所と内瘻を形成するものは非常にまれである。今回、我々は血便で発症した直腸癌によるS状結腸および盲腸との瘻孔形成を経験したので報告する。【症例】30歳代、女性。血便を主訴に前医を受診し、腫瘍マーカーの上昇と単純CTで直腸に6cm大の腫瘤影を認めた。下部消化管内視鏡では直腸RaとS状結腸に半周性の潰瘍性病変を認め、造影CTで腫瘍はS状結腸に浸潤しており、S状結腸に瘻孔形成した直腸癌と診断した。造影MRIではS状結腸への浸潤の他に子宮や小腸とも隣接していることは確認できたが、それらへの浸潤は明らかではなかった。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めず、術前診断は直腸癌cT4bN0M0で手術が施行された。術中所見では折れ返ったS状結腸と回盲部が骨盤内に落ち込んでダグラス近傍で強固に癒着しておりロボット支援下直腸低位前方切除術+回盲部切除術+回腸ストーマ造設術を施行した。摘出検体では直腸癌の潰瘍底からS状結腸と盲腸に瘻孔形成していた。術後経過は良好で近日退院の予定である。【結語】当院で経験した、S状結腸および盲腸に内瘻形成した直腸癌の合併切除により切除し得た症例を経験したため報告する。

直腸癌、内瘻形成

82 腸管子宮内膜症に対してロボット支援下直腸切除術を施行した一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科
松下皓斐, 渡野遼郁雄, 二木修平, 井田善文, 白川峻祐, 行田 悠,
山本剛史, 伊藤 謙, 河野眞悟, 町田理夫, 須郷広之

【背景】子宮内膜症は卵巣、ダグラス窩、仙骨子宮靱帯、膀胱子宮窩などに好発するが、まれに消化管にも発生することがある。今回我々は直腸に発生した腸管子宮内膜症の1例を経験した。腸管子宮内膜症は稀少部位内膜症の一つであり、腸管子宮内膜症の中では最も頻度が高い。その頻度は子宮内膜症全体の0.5から数%とされており今回その1例を経験したので報告する。【症例】48歳女性。腹痛・嘔気を主訴に前医を紹介受診。CT検査で直腸Rs部位の狭窄と口側の腸管拡張を認めたため、腸閉塞の診断で当院へ紹介となった。内視鏡下にステント留置術が行なわれ、病理組織検査では悪性所見を認めなかったが、腸閉塞解除目的で手術の方針となった。手術はロボット支援下に直腸切除術が行なわれた。口側腸管の浮腫が残存していたために一期的な切除吻合は行わず、ハルトマン手術を施行した。病理組織所見は漿膜下層から粘膜下層にかけて広範・散在性に子宮内膜腺および内膜間質 (CD10陽性) を伴う子宮内膜症の所見が認められた。術後経過は順調で13病日に退院し、その7ヶ月後に腹腔鏡下にハルトマンバーサル手術が行なわれている。【考察】腸管子宮内膜症は子宮内膜様の組織が腸管壁に発生し、繰り返す出血や炎症による線維化と肥厚を呈することが多い。本症例のように腸閉塞をきたすなど緊急性の高い疾患であり、早期の診断・治療が求められる。

腸管子宮内膜症, ロボット支援下直腸切除術

83 ニボルマブによる免疫関連有害事象の胆管炎を発症した1例

東京女子医科大学病院 消化器内科¹⁾, 同 泌尿器科²⁾,
同 病理診断科³⁾,
嘉陽田朝仁¹⁾, 白田龍之介¹⁾, 高鹿美姫¹⁾, 小笠原友里¹⁾,
林 涼子¹⁾, 大塚奈央¹⁾, 山本果奈¹⁾, 伊藤亜由美¹⁾, 米沢真利亜¹⁾,
小針悠希²⁾, 高山敬子²⁾, 小木曾智美²⁾, 谷谷麻紀子²⁾, 菊山正隆²⁾,
中村真一¹⁾, 長嶋洋治³⁾, 高木敏男²⁾, 中井陽介¹⁾

【症例】46歳、男性【現病歴】X-1年に右腎細胞癌stageIV (cT4N1M1)と診断され、当院泌尿器科でイビリムマブ+ニボルマブ併用療法導入。導入後3カ月でニボルマブ単剤療法に変更、部分奏功を維持。経過中、免疫関連有害事象(irAE)の中枢性副腎皮質/甲状腺機能低下症を発症したが、ステロイド補充を併用しながらニボルマブ継続していた。X年2月より肝胆道系酵素上昇が出現、増悪傾向を認めたためニボルマブを休業した。CTでは左肝内胆管拡張と造影効果を伴う胆管壁肥厚を、PET-CTで左肝内胆管～総胆管に一致するFDG集積亢進を認めた。irAE胆管炎疑いで、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】入院時腹痛・発熱は認めず、血液検査ではWBC 3,540/ μ L、CRP 0.13 mg/dLと炎症反応上昇はなく、T-Bil 1.3 mg/dL、AST 38 U/L、ALT 32 U/L、ALP 116 U/L、 γ -GTP 93 U/Lと軽度の肝胆道系酵素の上昇を認めたが、外来時より低下していた。超音波内視鏡では総胆管径7mmと拡張はないが、左肝管から遠位胆管まで連続的に2mm程度の壁肥厚を認めた。胆管結石を含む閉塞起点は認めなかった。ERCPを施行、胆管造影では総胆管～肝内胆管まで連続する壁硬化像を認めた。直接胆道鏡では胆管粘膜は全周性に上皮の脱落・びらんを認めた。胆道鏡直視下・透視下に施行した胆管生検では、リンパ球、特にCD8陽性細胞を中心とした強い細胞浸潤を認め、irAE胆管炎と診断した。ニボルマブ休業後から肝胆道系酵素の低下を認めており経過観察の方針となった。【考察】本症例では閉塞を伴わない胆管拡張・びまん性胆管壁肥厚・胆道系酵素優位の肝障害・胆管生検によるCD8陽性T細胞浸潤所見を認めirAE胆管炎と診断した。irAE肝障害は5-10%に発症すると報告される一方で、irAE胆管炎は比較的稀な疾患でありステロイド反応性が不良とされる。本症例は各種画像的検索で特徴的な所見を有する貴重な1例であり、文獻的考察を加えて報告する。

irAE, irAE胆管炎

84 超音波内視鏡下の内視鏡用イントロデューサーを用いた生検によって確定診断した胆嚢癌の一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科
漆原 陵, 碓氷七瀬, 水野 卓, 辻 翔平, 宮口和也, 坂田 浩,
佐藤 彩, 山田俊介, 相馬直人, 内田義人, 安藤さつき, 中尾将光,
菅原通子, 中山伸朗, 今井幸紀, 富谷智明, 持田 智

【緒言】胆嚢底部の腫瘍は組織採取が難しいが、ガイドワイヤー留置下に挿入可能な内視鏡用イントロデューサー (endoscopic introducer: EI) の使用が可能となり、経乳頭の生検による診断例が報告されている。今回、急性胆嚢炎を合併した切除不能進行胆嚢癌の症例に対して、超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ (EUS-guided gallbladder drainage: EUS-GBD) の際に、EIで穿刺経路を拡張後に生検鉗子で組織を採取し、病理診断が可能であった症例を経験したので報告する。【症例】70代女性。黄疸を指摘され受診した。総ビリルビンは12.7 mg/dLで、肝胆道系酵素と炎症反応の上昇を認めた。CTでは胆嚢底部が著明に肥厚し、胆管は中部で狭窄、その上流の拡張を認めた。胆嚢癌とリンパ節転移による閉塞性黄疸に併発した急性胆管炎と診断し、ERCPを行って胆管にプラスチックステントを留置した。黄疸は改善傾向であったが、第7病日に炎症反応が再上昇し、CTで急性胆嚢炎と診断した。肺転移も認められ、切除不能と判断し、EUS-GBDを行った。十二指腸球部から胆嚢頸部を19G針で穿刺して造影すると、胆嚢底部に隆起性病変を認めた。ガイドワイヤーを胆嚢内に挿入し、7Fr EIで経路を拡張した後、径2.0 mmの生検鉗子をEI内に通して胆嚢底部の隆起性病変から生検した。続いてEIを通して2本のガイドワイヤーを留置し、7Frプラスチックステントを胆嚢内に留置した。病理診断は胆臓扁平上皮癌であった。胆嚢炎は改善し、化学療法の導入を予定している。【考察と結語】EIは一般的には経乳頭の胆管生検に用いられるが、インターベンショナルEUSにおける経路拡張にも使用されている。本症例では急性胆嚢炎に対するEUS-GBDの経路拡張にEIを使用し、EI内を通した鉗子による生検で胆嚢癌と診断した。切除不能胆嚢癌では組織採取によるがん遺伝子パネル検査の重要性も増しており、本法は胆嚢癌に対する組織採取方法の選択肢となると考えられた。

EUS-BD, 胆嚢癌

川崎市立川崎病院 消化器内科¹⁾、同 内科²⁾、同 総合内科³⁾、
同 病理診断科⁴⁾、同 内視鏡センター⁵⁾
村松美悠加¹⁾、町田雄二郎¹⁾、吉田康祐¹⁾、井上健太郎^{1,2)}、
高木英恵^{1,3)}、有泉 健¹⁾、折笠英紀⁴⁾、正岡建洋⁵⁾、玉井博修¹⁾

【背景】膵腺房細胞癌(Acinar cell carcinoma: ACC)と膵神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine tumor: NET)はいずれも稀な膵腫瘍であるが、両者の鑑別が難しいことが知られている。【症例】症例は59歳男性。低Na血症精査目的の腹部CT検査で偶発的に膵尾部腫瘍が指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。造影CT検査、MRCP検査では膵尾部に最大径65mmの嚢胞化が目立つ腫瘍を認め、通常型膵管癌は否定的であった。EUS-FNAにて、好酸性の細胞質を持つ異型細胞が同定され、免疫染色でchromogranin A(+), synaptophysin(-), CD56(-), Ki67指数は3-21%であった。術前診断NET G2として膵尾部切除術目的で開腹したところ、腹膜播種が疑われた。腹膜播種病変は迅速病理診断でNETの所見であり、切除不能NETとして手術終了した。術後病理組織では、chromogranin A(-), synaptophysin(-), CD56(-)の所見であり、術前診断と一致しなかった。NETとACCは組織学的に類似していることから、ACCを鑑別に挙げて病理組織の再検討を行った。腹膜播種検体ではACCの特異的マーカーであるbcl-10(+), trypsin(+)の所見であり、膵尾部EUS-FNA検体ではbcl-10が腫瘍細胞の全域に陽性、trypsinは腫瘍の一部で満遍なく散在性に陽性であったため、最終診断はACCとなった。化学療法目的に他院紹介とした。【考察】ACCとNETは組織学的に類似しており、鑑別には免疫染色が重要である。本症例ではNETを疑って手術を試みた際に腹膜播種を認め、切除は行えなかったが結果的にACCとの診断につながった。NETとの鑑別が困難であったACCの症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

膵腺房細胞癌, 膵神経内分泌腫瘍

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
古橋直也, 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】77歳、男性【主訴】腹部膨満感【既往歴】特記なし【経過】202X年4月頃からの腹部膨満感を主訴に前医を受診し、CT検査を施行したところ大量腹水とともに腹腔内・腸間膜に粗大な軟部陰影を認めた。悪性腫瘍、腹膜播種を疑い原発巣精査目的で当院へ紹介入院となった。入院後に腹部造影CT検査を施行したところ回盲部の壁肥厚と一部菲薄化、腹膜の壁肥厚と軟部陰影を認めた。腹水細胞診では、Class IVのMalignant lymphomaの診断であった。大腸内視鏡検査では回盲部に3型の腫瘍性病変を認めたため生検し、盲腸に7mm程度のIs様病変を認めたためEMRを施行した。腫瘍部・ポリープ病変からの病理組織学検査は、いずれもびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)と診断された。血液内科へ化学療法を打診したが、小腸粘膜が菲薄化しており、穿孔のリスクが高いと判断された。外科的根治的切除も厳しいと判断されたためBSCの方針となった。【考察】消化管悪性リンパ腫は全消化管に原発する可能性がある。形態として潰瘍型や隆起型が多いが、本症例においては回盲部に3型腫瘍、盲腸にIsポリープと形態の異なる腫瘍を認め、いずれもDLBCLと診断された。治療の第一選択はR-CHOP療法などの化学療法が挙げられ、寛解率は高いが、消化管穿孔のリスクが高く治療に難渋することが多い。Is様ポリープ形態の悪性リンパ腫の報告は少なく、近年では多様な治療方法も行われるようになってきており、本症例に関して文献的考察を加えて報告する。

消化管悪性リンパ腫, 腹膜播種

国際医療福祉大学 医学部 医学科 5年¹⁾、
国際医療福祉大学 市川病院 消化器内科²⁾
鳥居 龍¹⁾、石橋史明²⁾、持田賢太郎²⁾、遠西孝夫²⁾、鈴木 翔²⁾

【症例】38歳 男性【現病歴】29歳時に他院で潰瘍性大腸炎と診断され、症状が改善後は無治療であった。1年前に発熱、水様下痢の症状で再燃した際に、経口メサラジン2.4 g/日で再寛解導入されたが、治療再開2か月後に心窩部痛が出現し、血液検査で炎症反応および血清アミラーゼ上昇を認めた。腹部単純CT検査で膵頭部腫大および周囲の脂肪組織濃度上昇を認めたため、急性膵炎の診断で当院外来を紹介受診し入院となった。入院後の腹部造影CT検査および腹部単純MRI検査所見からは膵癌に特徴的な所見は見られず、頻度は稀であるが腫瘍形成性膵炎の可能性を考えた。飲酒歴や胆石および総胆管結石の合併がなかったため、薬剤性膵炎の可能性を考え経口メサラジンを中止した。経口メサラジン製剤中止後も腹痛が持続したため、病態の把握のために超音波内視鏡検査を実施した。膵頭部の腫瘍は低エコー腫瘍として描出され、内部に点状高エコーを伴い、血流は乏しかった。また、超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)による迅速細胞診で異型細胞は認めなかった。潰瘍性大腸炎に合併した腫瘍形成性膵炎と診断し、ブレドニゾロン40 mg/日の内服を開始したところ、5日程度で腹部症状は消失し、血液検査で炎症反応も改善した。退院後約1年間かけてステロイドを漸減、中止した後も、症状および画像所見上膵炎の再燃は認めていない。【考察】潰瘍性大腸炎に合併する自己免疫性膵炎は通常、膵管への好中球浸潤の目立つ2型自己免疫性膵炎を呈することが多い。本症例は、EUS-FNAの病理組織検体では好中球ではなくIgG4陽性形質細胞の浸潤が目立ち、1型自己免疫性膵炎を疑った。1型自己免疫性膵炎の中には腫瘍形成性膵炎を呈する症例があることが報告されており、本症例は稀ではあるが潰瘍性大腸炎に合併した腫瘍形成性膵炎(1型自己免疫性膵炎)と考える。【結語】潰瘍性大腸炎の再燃に伴う腫瘍形成性膵炎の一例を経験した。

自己免疫性膵炎, 潰瘍性大腸炎

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科
鈴木彩恵, 野呂拓史, 二木修平, 井田善文, 白川峻祐, 行田 悠,
山本剛史, 伊藤 謙, 河野真吾, 渡野遼郁雄, 町田理夫,
須郷広之

【はじめに】膵腺房細胞癌は、膵実質の腺房細胞から発生し、全膵腫瘍の0.5%程度と比較的まれな悪性腫瘍である。10-20%で足などに皮下結節性脂肪壊死を伴うとされている。【症例】症例は50歳男性。両下腿に圧痛を伴う硬結を複数認め、近医の皮膚科で原因不明の結節性紅斑として4ヶ月ほど経過観察されていた。その後、1ヶ月で8kgの体重減少と、職場の健診で肝機能障害を指摘され、近医を受診した。腹部超音波及びCTにて膵腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。既往歴は胃十二指腸潰瘍のみで、家族歴に悪性疾患なし。アルコール歴は10年前からは機会飲酒程度であった。身体所見として、腹部は平坦であり、腹部腫瘍は触知しなかった。両下腿に3-6cm程度の有痛性で軽度膨隆し硬結となっている紅斑を7-8個ずつ認めた。両側の膝関節・下腿全体に自発痛と軽度浮腫を認め、痛みによる歩行障害を認めた。血液検査所見では、膵酵素の上昇を認める一方、腫瘍マーカーは正常であった。腹部造影CT及び造影MRIでは、膵体尾部に最大径11cm大の腫瘍性病変を認め、内部は一部壊死や石灰化を伴った。腫瘍は早期に造影されるが膵実質より増強効果は乏しく、辺縁に被膜様の遅延性増強効果を認めた。EUS-FNAによる病理組織検査ではacinar cell carcinomaの診断であった。また両下腿の硬結は、皮膚生検で脂肪壊死を認めており、腫瘍に伴う皮下結節性脂肪壊死と考えられた。切除可能膵体尾部腺房細胞癌cT3N0M0 cStage2Aの術前診断に対し、開腹膵体尾部切除術を施行した。術中所見で、脾彎曲付近の横行結腸、胃体部大彎後壁で、腫瘍の浸潤を疑い合併切除した。病理検査では、Acinar cell carcinoma, TS4(135×110×90mm) pT3(S0, RP0, PV0, A0, PL0, OO0, PCM0) pN0M0 pStage2Aで、根治切除となった。術後2日目から、足の痛みは軽減し、自力での歩行が可能となった。ISGPS Grade Bの膵液瘻を認めたが、軽快、退院となった。【結語】比較的稀な、膵腺房細胞癌に皮下結節性脂肪壊死による歩行障害を併発した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

膵腺房細胞癌, 皮下結節性脂肪壊死

国保直営総合病院 君津中央病院 消化器内科
 久我拓哉、熊谷純一郎、大部誠道、勝見周平、安部晃規、齋藤 遼、
 春名智弘、三根毅士、吉田 有、駒 嘉宏、藤森基次、
 畦元亮作

【症例】70歳男性。【既往歴】左肺癌に対して左上葉切除術後化学療法後【臨床経過】十二指腸乳頭部癌に対して臍頭十二指腸切除術を施行され、術後臍液瘻、腹腔内膿瘍形成のために外瘻留置のまま退院された。退院1か月後に外来にて外瘻チューブを抜去した。抜去6日後に発熱、腹痛があり緊急受診され、当科に相談があった。CTで臍周囲の腹腔内膿瘍の増大を認め、EUS-AD（超音波内視鏡下膿瘍ドレナージ）を施行し、内瘻チューブ（7Fr4cm 両端pigtail）と外瘻チューブ（6Fr先端pigtail）を留置した。血液培養、膿瘍の培養からはいずれも大腸菌が検出された。処置後、順調に炎症は改善した。留置7日後にチューブ造影を施行したところ、膿瘍は縮小してきたが胃への造影の流出はみられなかった。留置14日後に外瘻を抜去し内瘻を追加しようと、胃に内視鏡を挿入したところ内瘻チューブが胃内ではなく、膿瘍内に迷入していることが判明した。外瘻を抜去し鉗子等で回収を試みたが困難であり、内瘻を追加し処置を終了とした。留置18日後に膿瘍にガイドワイヤーを留置して穿刺経路をバルーンで拡張したところ、膿瘍内に細径内視鏡の挿入が可能となり、直視下に生検鉗子で把持して迷入した内瘻チューブの回収に成功した。処置合併症は認めず、留置21日後に退院された。【考察】内瘻チューブが迷入したタイミングを後方視的に検討すると、EUS-AD施行3日後のCTにて、迷入しており、EUS-AD施行時の迷入であったと疑われる。pigtailステントはリリース時に迷入に注意が必要である。超音波内視鏡下に留置し、臍のう胞に迷入したステント回収方法は、経皮的、内視鏡的、腹腔鏡などの報告がある。非侵襲的に内視鏡で回収を行うためには、穿刺したアクセスルートを確認しておくことが重要と考えられた。また、内視鏡的に回収に難渋する症例においては、バルーン拡張を併用して直視下に回収する方法が有用と考えられた。

ステント迷入，EUS-AD（超音波内視鏡下膿瘍ドレナージ）

杏林大学医学部付属杉並病院 総合研修センター¹⁾，
 同 消化器内科²⁾，同 呼吸器内科³⁾，
 奥村俊彦¹⁾，江藤晃一郎²⁾，稲田絢子²⁾，馬上知尋³⁾，荻本直亮²⁾，
 日比則孝²⁾，羽田 裕²⁾，池崎 修²⁾，齋藤大祐³⁾，高橋信一²⁾，
 大森鉄平²⁾，中本啓太郎³⁾

【症例】50歳代男性。【経過】3週間前からの上気道炎症状を伴わない38℃の発熱と腹囲増大を主訴に前医を受診した。アルコール多飲歴があり、腹部診察で波動を認め、採血で肝障害とCRP9.1mg/dLと炎症反応上昇を認めたことから、肝機能低下に伴う腹水貯留と特発性細菌性腹膜炎(SBP)の疑いで紹介受診、緊急入院となった。入院時の胸腹部CTで右肺上葉に結節影、少量の胸水と腹膜肥厚を伴う多量の腹水が認められた。腹水試験穿刺を行ったところ、滲出性腹水であった。結核性腹膜炎の可能性も考慮し、入院時に結核菌特異的IFN- γ 産生能(T-SPOT)を測定したが陰性であった。発熱を認めていたことからTAZ/PIPCによる加療を行ったが解熱傾向はなく、CRPも高値で遷延した。フロセミド投与によりCT上では腹水は減少傾向であったが、腹膜肥厚・腹腔内脂肪組織の不整像が目立ち、さらに右胸水が増加していた。T-SPOTは陰性であったが、肺病変と利尿剤投与下の胸水増加、持続する発熱があることから呼吸器内科にコンサルトし、気管支鏡下ブラン擦過診と気管支肺胞洗浄を施行した。Ziehl-Nelsen陽性(G-2)、TB-LAMP陽性であり、肺結核および結核性胸膜炎の診断に至った。腹膜肥厚・腹腔内脂肪組織の不整像は結核性腹膜炎に伴うものと判断し抗結核薬3剤併用療法を開始したところ、速やかに解熱しCRPも低下した。全身状態も改善し、外来治療継続の方針となり退院となった。【考察】抗生剤治療抵抗性の腹膜炎であり、腹水性状とCT所見から結核性腹膜炎を疑ったが、T-SPOT陰性であったため診断に苦慮した一例を経験した。T-SPOT偽陰性に関わる因子として高齢者、ステロイド投与、長期罹患などが報告されているが本症例は該当しなかった。画像所見で結核性腹膜炎を疑った場合、全身画像評価と他科連携による精査を行うことが重要であると考えられた。

結核性腹膜炎，肺結核

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第382回例会開催にあたり下記の企業・団体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382回例会
当番会長 新井 誠人

旭化成ファーマ株式会社
あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
ヴィアトリス製薬合同会社
株式会社AIメディカルサービス
株式会社大塚製薬工場
小野薬品工業株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
第一三共株式会社

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
千葉大学医学部第一内科同門会
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
日本新薬株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
メルクバイオフーマ株式会社
持田製薬株式会社
一般社団法人八千代市医師会
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2024年10月17日現在)