

日本消化器病学会 関東支部第383回例会

プログラム・抄録集



当番会長：田中 篤（帝京大学医学部 内科学講座 教授）
令和7年2月15日（土）
海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第383回例会 プログラム・抄録集

当番会長：田中 篤（帝京大学医学部 内科学講座 教授）

〒173-8606 東京都板橋区加賀2-11-1

TEL 03-3964-1211

会 期：令和7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 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 14：15～14：30）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金払いのみ）
10. 当日参加登録受付、PC受付は8：00より開始いたします。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
12. 評議員会は2月15日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：2月15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383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383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

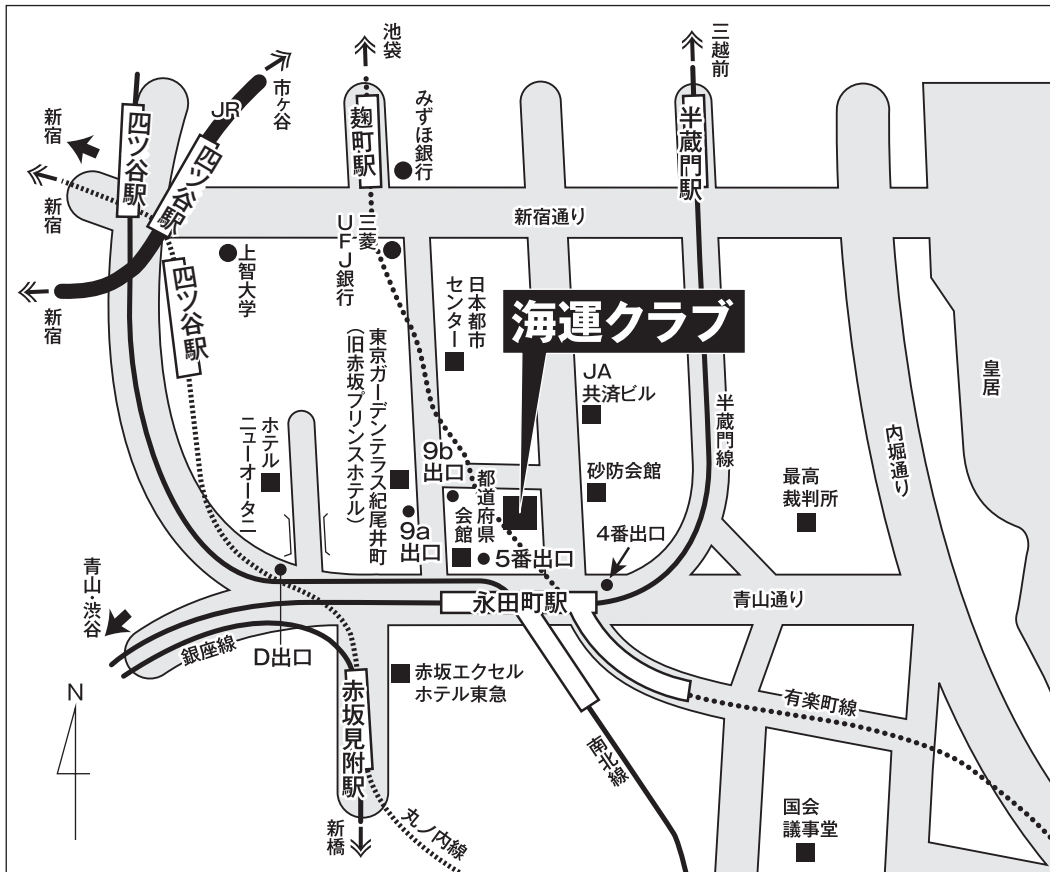
株式会社プランニングウィル内

E-mail：jsge383kanto@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383回例会

令和7年2月15日（土）

8：28～8：30			開 会 の 辞		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（胃・十二指腸）1～6	8：30～9：06	金子 裕明 竜野 稜子	(9) 専攻医Ⅶ（膵臓・その他2）45～48	8：30～8：54	石井 研 戸塚雄一朗
(2) 専攻医Ⅱ（小腸・大腸1）7～12	9：06～9：42	鮑本 哲兵 坂部 勇太	(10) 研修医Ⅰ（消化管・その他1）49～54	8：54～9：30	関口 裕美 中田 史子
(3) 専攻医Ⅲ（小腸・大腸2）13～17	9：42～10：12	高橋 裕子 松本 悠	9：30～9：35 休憩		
10：12～10：17 休憩			(11) 研修医Ⅱ（消化管・その他2）55～61	9：35～10：17	土屋 洋道 山内 芳也
(4) 専攻医Ⅳ（小腸・大腸3）18～22	10：17～10：47	矢田 智之 徳富 遥	(12) 研修医Ⅲ（肝・胆・膵）62～68	10：17～10：59	服部 純治 森町 将司
(5) 専攻医Ⅴ（肝・胆）23～29	10：47～11：29	菅谷 明徳 堀内 知晃			
(6) 専攻医Ⅵ（膵臓・その他1）30～34	11：29～11：59	大木 庸子 飯塚 武			
			12：00～12：30 評議員会（第2会場）		
12：10～13：00 ランチョンセミナー1（第1会場） 「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）に関わる最新の話題」 横浜市立大学附属病院 国際臨床肝疾患センター センター長 米田 正人 先生 司会 聖マリ安娜医科大学病院 消化器内科 主任教授 立石 敬介 先生 共催：興和株式会社 メディカルアフエアーズ統括部			12：40～13：20 ランチョンセミナー2（第2会場） 「B型慢性肝炎の現状と課題・抗ウイルス治療目標」 日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 消化器内科 副部長 玉城 信治 先生 司会 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 消化器病態学分野 肝臓病態制御学 教授 朝比奈靖浩 先生 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社		
13：20～14：15 特別講演（第1会場） 「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」 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 助教 伊藤 隆徳 先生 司会 帝京大学医学部 内科学講座 教授 田中 篤					
14：15～14：30 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(7) 消化管 35～38	14：30～14：54	中田和智子 中本 悠輔	14：30～16：30 第28回専門医セミナー 「症例検討セッション」 司会 小田島慎也 先生（帝京大学医学部 内科学講座） 阿部浩一郎 先生（帝京大学医学部 内科学講座） ★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。		
(8) 肝臓・膵臓 39～44	14：54～15：30	溝口 明範 稲葉 康記			
16：30～ 閉会の辞（第2会場）					

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

特別講演

第1会場 13:20~14:15

「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」

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 助教 **伊藤 隆徳** 先生
司会 帝京大学医学部 内科学講座 教授 **田中 篤**

………演者の先生ご紹介………

いとう たかのり
伊藤 隆徳 先生

【経歴】

2006年 3月 金沢大学医学部医学科卒業
2006年 4月 愛知厚生連豊田厚生病院
研修医・専攻医・消化器内科
2012年 4月 大垣市民病院 消化器内科
2015年 1月 名古屋大学大学院医学部医学系研究科
消化器内科博士課程入学
2018年 3月 博士(医学)取得
2018年 4月 名古屋大学医学部附属病院
消化器内科 病院助教
2023年 5月 名古屋大学医学部附属病院
消化器内科 助教 現在に至る

【所属学会・研究会】

日本内科学会 総合内科専門医
日本消化器病学会 専門医・指導医・支部評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医
日本肝臓学会 専門医・指導医・評議員
日本肝癌研究会
日本臨床腫瘍学会
日本超音波医学会
日本門脈圧亢進症学会 など

ランチオンセミナー 1

第1会場 12:10～13:00

「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）に 関わる最新の話題」

横浜市立大学附属病院 国際臨床肝疾患センター センター長 **米田 正人** 先生

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** 先生

共催：興和株式会社 メディカルアフエアーズ統括部

……演者の先生ご紹介……

よねだ まさと
米田 正人 先生

【学歴・職歴】

2001年 横浜市立大学医学部卒業
2004年 横浜市立大学大学院医博士課程卒業
2005年 横浜市立大学附属病院消化器内科助手
2007年 横浜市立大学附属病院助教
2013年10月～2016年2月
米国フロリダ州マイアミ大学に留学
2016年3月
横浜市立大学附属病院
肝胆膵消化器病学 講師
2019年4月
横浜市立大学附属病院
国際臨床肝疾患センター 准教授
2023年4月
・横浜市立大学附属病院
国際臨床肝疾患センター センター長
・横浜市立大学 先端医科学研究センター
セローム解析センター センター長

【所属学会】

日本消化器病学会専門医，指導医
関東地方会評議員，学会評議員
日本肝臓学会専門医，指導医
東部会評議員，学会評議員
日本超音波学会 評議員
日本消化器内視鏡学会専門医，指導医
日本消化管学会認定医，指導医
日本内科学会 内科総合専門医

ランチオンセミナー 2

第2会場 12:40～13:20

「B型慢性肝炎の現状と課題・ 抗ウイルス治療目標」

日本赤十字社 武蔵野赤十字病院 消化器内科 副部長 **玉城 信治** 先生
司会 東京科学大学大学院医歯学総合研究科 消化器病態学分野 肝臓病態制御学 教授 **朝比奈靖浩** 先生

共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

………演者の先生ご紹介………

たま き のぶはる
玉城 信治 先生

【略歴】

2006年3月 日本医科大学卒業
2017年4月-2020年3月
山梨大学大学院先進医療科学専攻卒業
医学博士取得
2006年4月-2008年3月
海老名総合病院 初期臨床研修医
2008年4月-現在
武蔵野赤十字病院消化器科 医員
2020年4月-2022年1月
University of California San Diego,
Department of Medicine,
NAFLD research center, Visiting
scholar
2022年4月-武蔵野赤十字病院 肝疾患相談センター
副センター長併任
2022年7月-武蔵野赤十字病院 消化器科 副部長
2024年4月-北海道大学医学部 客員准教授 併任

【所属学会】

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・学会評議員
関東支部会評議員
日本肝臓学会専門医・指導医・学会評議員
東部会評議員
日本消化器内視鏡学会専門医
2018年-日本消化器病学会・日本肝臓学会
NAFLD/NASH診療ガイドライン作成委員
2024年-日本超音波医学会エラストグラフィ(肝臓)
ガイドライン 委員
2024年-日本超音波医学会 脂肪肝ガイドライン
委員

第28回専門医セミナー

第2会場 14:30～16:30

「症例検討セッション」

第27回専門医セミナー（第381回例会 2024年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。
（日本消化器病学会関東支部第383回例会における参加登録ならびに参加費をお支払いください。）

※専門医更新単位3単位取得できます。

司 会：小田島慎也 先生（帝京大学医学部 内科学講座）
阿部浩一郎 先生（帝京大学医学部 内科学講座）

症例プレゼンター：土生 亜実 先生（日本医科大学 消化器内科学）
大隅 瞬 先生（東京都健康長寿医療センター 消化器・内視鏡内科）
清水 友貴 先生（帝京大学医学部 内科学講座）
ディスカッサント：金 允泰 先生（聖路加国際病院 消化器内科）
生坂 光 先生（聖路加国際病院 消化器内科）
土居楠太郎 先生（北里大学医学部 消化器内科学）
中畑万里子 先生（北里大学医学部 消化器内科学）
伊藤 峻 先生（医療法人徳洲会 千葉西総合病院 消化器内科）
田村 周甫 先生（医療法人徳洲会 千葉西総合病院 消化器内科）
都丸 翔太 先生（群馬大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科）
片貝 朔也 先生（伊勢崎市民病院 消化器内科（消化管））

第1会場（午前の部）

8:28~8:30

—開会の辞—

—評価者—

国立国際医療研究センター病院	消化器内科	横井	千寿
地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター	消化器・内視鏡内科	小野	敏嗣
日本大学医学部附属板橋病院	消化器・肝臓内科	齋藤	圭

専攻医Ⅰ（胃・十二指腸） 8:30~9:06

座長 横浜市立大学付属病院 消化器内科 金子 裕 明
国立国際医療研究センター病院 消化器内科 竜 野 稜 子

1. 胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃固定術を行った一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○室井 勇人, 村野 竜朗, 山城 雄也, 並木 伸
同 消化器・一般外科 岡山 卓司

2. 肝膿瘍の胃穿孔が疑われた1例

帝京大学医学部 内科学講座 ○曾根 雅之, 阿部浩一郎, 二木 直之, 村田 紗依
坂東 麻由, 梶田 航平, 徳富 遥, 竹内 研人
清水 友貴, 本田 卓, 松本 康佑, 磯野 朱里
青柳 仁, 三浦 亮, 有住 俊彦, 小田島慎也
浅岡 良成, 今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤

3. 多発胃・十二指腸潰瘍に、化膿性椎間板炎および右硬膜外膿瘍を合併したサルモネラ菌血症の一例

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

4. 分化型胃粘膜内癌 ESD 後5年で原病死となった1例

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

5. 切除不能・再発胃癌に対する当院の Zolbetuximab 投与指針について

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

6. 十二指腸下行部に嵌頓した胃石による腸閉塞をきたした一例-炭酸水で溶解せず内視鏡的搔爬にも抵抗であった胃石嵌頓-

帝京大学ちば総合医療センター 内科 ○八兄 逸平, 高橋健太郎, 高村 尚樹, 四ツ谷 諭
山田 章盛, 佐藤 新平, 小尾俊太郎
同 外科 岸田 浩輝, 小杉 千弘, 首藤 潔彦, 幸田 圭司

7. 術前診断に難渋し、繰り返す小腸イレウスを契機に診断した腸管子宮内膜症の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 ○木島 武恒, 藤麻 武志, 君塚 拓也, 木村 容子
小松 悠香, 和田 晴香, 荻原 良太, 小栗 典明
森久保 拓, 三井 達也, 林田 真理, 三好 潤
松浦 稔, 久松 理一
同 下部消化管外科 麻生 喜祥, 吉敷 智和, 須並 英二
同 病理学教室 里見 介史, 柴原 純二

8. ウパダシチニブ内服中の潰瘍性大腸炎患者の脂質代謝異常の実態

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○清水 健人, 太田 佑樹, 園田美智子, 金子 達哉
石川 翼, 對田 尚, 沖元謙一郎, 松村 倫明
加藤 順, 加藤 直也

9. 潰瘍性大腸炎の治療中に出現した再発性急性心外膜炎の一例

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 循環器内科 加藤 彩美, 西成田 亮, 石田 弘毅, 東條 大輝
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, 野上 章, 小松 萌子
渋谷 俊介, 梅田 智子, 阿曾沼邦央, 中野 雅
小林 拓

10. *Edwardsiella tarda* による腸炎を発症し、保菌者へ移行した1例

東京労災病院 消化器内科 ○関 楓子, 乾山 光子, 石井 咲貴, 中島 一彰
池上 遼, 折原 慎弥, 荻野 悠, 大場 信之
西中川秀太

11. 潰瘍性大腸炎に対するステロイド治療中に無症候性の肺動脈血栓塞栓症を来した一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○二木 直之, 磯野 朱里, 森 俊彬, 村田 紗依
徳富 遥, 曾根 雅之, 梶田 航平, 清水 友貴
櫻井美代子, 松本 康佑, 本田 卓, 青柳 仁
三浦 亮, 有住 俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也
浅岡 良成, 今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤

12. 直腸癌多発転移に伴う腫瘍性播種性血管内凝固症候群(DIC)に対して化学療法を施行し著効した一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○崔 盛奎
日本医科大学 消化器内科学 岩切 勝彦
日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科
日本医科大学 消化器内科学 中村 拳, 石井 萌, 大木 孝之, 町田 花実
善方啓一郎, 阿川 周平, 恩田 毅, 田邊 智英
瀬上 綾子, 植木 信江, 二神 生爾

専攻医Ⅲ(小腸・大腸2) 9:42~10:12 座長 自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器内科 高橋 裕子
埼玉医科大学病院 総合診療内科 松本 悠

13. 経口ダブルバルーン小腸内視鏡により治療しえた椎茸による食事性腸閉塞の1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○川田 啓介, 小林 卓真, 上野 貴, 加賀谷結華
小野 友輔, 赤星 和明, 水田 優実, 小黒 邦彦
坂本 博次, 矢野 智則, 山本 博徳

14. 播種性骨髄腫腫症をきたし、急速な経過で死亡した上行結腸癌の一部検例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○東 暖乃, 村田 依子, 浅野 悠稀, 中原 祐貴
林 春菜, 上野 航大, 池田 佳彦, 松本 悠亮
後藤 駿吾, 佐藤 高光, 内田 苗利, 秦 康夫
栗山 仁

15. MSI-H の RS 直腸癌に対し Pembrolizumab 単剤療法が著効した1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○須藤 悠太, 菊池 悠太, 山田 岳史, 上原 圭
松田 明久, 進士 誠一, 横山 康行, 高橋 吾郎
岩井 拓磨, 宮坂 俊光, 香中伸太郎, 松井 隆典
林 光希, 吉田 寛

16. 梅の種子により小腸と大腸で2回閉塞を起こした食餌性イレウスの一例

神奈川県立足柄上病院 総合診療科 ○黒沼 尚仁, 國司 洋佑

17. 咳嗽と胸痛を契機に左胸水貯留と骨病変が見つかりその後の精査で腸結核の診断に至った一例

佐野厚生総合病院 消化器内科 ○野村 藍菜, 宮永 亮一, 木村 弘明, 佐山 侑里
齋藤 直宏, 生形 晃男, 北川 清宏, 久武 祐太
寺元 研, 東澤 俊彦, 岡村 幸重
同 呼吸器内科 中山 真吾

専攻医Ⅳ(小腸・大腸3) 10:17~10:47 座長 国立国際医療研究センター国府台病院 消化器・肝臓内科 矢田 智之
帝京大学医学部附属病院 内科 徳 富 遥

18. 小腸大腸型クローン病に伴う慢性偽性腸閉塞症に対して経胃瘻的空腸瘻が有効であった一例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○尚原 弘和, 加藤 正樹, 塚本 京子, 荒木 健一
石田 潤, 小松 拓実, 中本 悠輔, 今野 真己
清川 博史, 佐藤 義典, 前畑 忠輝, 安田 宏
立石 敬介

19. 義歯誤飲に対して大腸内視鏡にて摘出し得た2例

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

20. 内視鏡的整復を行った盲腸軸捻転症の一例

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

21. 微小大腸癌 CSP 後再発に対して ESD で治療切除を得た 1 例

自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器内科 ○華山 翔泰, 石井 剛弘, 柏寄 由希, 藤田 実優
福本 彩音, 橋本 凌, 水谷 琢, 青山佳代子
福岡なつみ, 佐々木吾也, 佐藤 杏美, 小島 柊
今井友里加, 高橋 成明, 勝部 聡太, 森野 美奈
小糸 雄大, 松本 吏弘, 眞嶋 浩聡, 宮谷 博幸

22. 開腹直視下カテーテル塞栓術により腸切除を回避し得た下腸間膜動静脈奇形によるうっ血性腸炎の 1 例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○去川 友音, 神岡 洋, 猿田 雅之
同 外科 武田 泰裕
同 画像診断部 榎 啓太郎

専攻医 V (肝・胆) 10:47~11:29

座長 茨城県立中央病院 腫瘍内科 菅 谷 明 徳
防衛医科大学校 内科学講座 堀 内 知 晃

23. アルコール関連 Acute on Chronic Liver Failure (ACLF) に対し生体肝移植を行った一例

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○加藤 蓉子, 石塚 敬, 山科 俊平, 今 一義
福原 京子, 内山 明, 深田 浩大, 柳沼 礼子
伊佐山浩通, 永原 章仁, 池嶋 健一

24. ヒト免疫不全ウイルス, B 型肝炎ウイルス重複感染を背景とした肝細胞癌に対して四次治療の Cabozantinib により部分奏功が得られた一例

慶應義塾大学医学部 消化器内科 ○會田 卓弘, 尾城 啓輔, 上野 真, 中代 幸江
田淵 貴也, 春日 良介, 谷木 信仁, 碓井 真吾
中本 伸宏, 金井 隆典

25. 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) による肝腫瘍生検で前立腺癌肝転移の診断を得た一例

社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○前田 千春, 石井 寛裕, 後藤 広樹, 池澤百合花
佐久間大樹, 小俣亜梨沙, 永島 愛一, 米井翔一郎
黒澤 貴志, 京 里佳, 所 知加子, 菱木 智
杉森 一哉
横浜市立大学 医学部 消化器内科学教室 前田 慎

26. Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法に不応を示した進行肝細胞癌と胃癌の重複癌症例に対し、STRIDE レジメン (Durvalumab + Tremelimumab 併用療法) が奏功した 1 例

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

27. 気管支胆汁瘻に対して内視鏡的胆道減圧を行い改善を得た一例

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

28. 肝門部領域胆管癌との鑑別が困難であった IgG4 関連硬化性胆管炎の 1 例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科 ○吉川 雄祐, 菊地祐太郎, 佐原 康太, 三宅謙太郎
藪下 泰宏, 澤田 雄, 本間 祐樹, 松山 隆生
遠藤 格

29. 超音波内視鏡 (EUS-HGS) 後の金属ステント拡張不良に対して内視鏡的バルーン拡張術が奏功した膵頭部癌の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○相馬 亮, 角田翔一郎, 三輪 治生, 森本 学
沼田 和司
横浜市立大学 医学部 消化器内科学教室 前田 慎

専攻医Ⅵ(膵臓・その他 1) 11:29~11:59 座長 日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 大 木 庸 子
横浜市立大学医学部 肝胆膵消化器病学 飯 塚 武

30. 消化管出血を契機に診断に至った自己免疫性膵炎, 膵仮性嚢胞の一例

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

31. 健診での貧血の指摘を契機に偶発的に巨大膵尾部腫瘍が発見され、膵原発孤立性繊維性腫瘍と診断された一例

聖路加国際病院 消化器内科 ○石井 幸多, 鈴木雄一郎, 生坂 光, 村島 侑子
横須賀亮介, 金 允泰, 山崎 友裕, 奥山 秀平
高木 浩一, 福田 勝之

32. 診断に難渋した膵尾部嚢胞性腫瘍の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○友野 千寛, 北條 紋, 宅間 健介, 木村 祐介
岡野 直樹, 松田 尚久
同 消化器外科 岡田 嶺, 伊藤 悠子
同 病理診断科 黒瀬 泰子, 栃木 直文

33. 肺癌精査中に指摘された陳旧性日本住血吸虫症の 1 例

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科 ○石川彩椰人, 植田 錬, 丹下 主一, 外川 修
中込 良, 小池 和彦
同 病理診断科 井上 泰

34. C 型慢性肝炎治療 SVR 例に認められた大網原発節性濾胞辺縁帯リンパ腫の 1 例

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

第1会場（午後の部）

13：20～14：15

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

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 助教 伊藤 隆徳 先生

司会 帝京大学医学部 内科学講座 教授 田中 篤

一般演題（消化管） 14：30～14：54

座長 東京警察病院 消化器科 中田 和智子
聖マリアンナ医科大学 消化器内科 中本 悠輔

35. 20年の経過で異所性胃粘膜から十二指腸癌を伴う幽門腺腺腫が発生した一例

亀田総合病院 消化器内科 ○大倉 哲郎, 仲地健一郎, 大野 航, 藤井 陽三
西田 泰久, 井坂 佑莉, 木下 裕介, 蘆川 堯
川添 夕佳, 西脇 拓郎, 船登 智将, 井上 薪
川満菜津貴, 南雲 大暢, 中路 聡
同 臨床病理科 安藤 司恩, 本間 浩一

36. 超高齢の MSI-High 食道胃接合部癌に対してペムプロリズマブの短期間投与により長期寛解が得られた一例

東邦大学医療センター 大橋病院 消化器内科 ○竹中 祐希, 日原 大輔, 岡本 陽祐, 橋口 貴宏
小川 悠, 枇杷田雅仁, 萩原 麻希, 岩井 哲
齋藤 孝太, 山田 悠人, 松井 貴史, 吉田 有輝
齋藤 倫寛, 塩澤 一恵, 伊藤 謙, 渡邊 学
同 病理診断科 横内 幸
同 放射線科 藤井 貴央, 吉田 匡宏

37. PSC に対して生体肝移植後の難治性潰瘍性大腸炎合併妊娠の1例

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 ○菅谷 武史, 小島原駿介, 稲葉 航平, 坂本 智哉
増山 智史, 金澤美真理, 田中 孝尚, 渡邊 詔子
富永 圭一, 入澤 篤志

38. *Vibrio parahaemolyticus* が検出された感染性腸炎の1例-腸炎ビブリオ発症には菌量に関係するかもしれない-

帝京大学ちば総合医療センター 内科 ○高村 尚樹, 八兄 逸平, 高橋健太郎, 四ツ谷 諭
山田 章盛, 佐藤 新平, 佐藤 隆久, 小尾俊太郎

39. 原発巣の確認が困難であった神経内分泌腫瘍多発肝転移の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○竹内 研人, 浅岡 良成, 清水 友貴, 本田 卓
松本 康祐, 磯野 朱里, 青柳 仁, 三浦 亮
立澤 直子, 有住 俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也
山本 貴嗣, 今津 博雄, 田中 篤
同 病理学講座 菊地 良直, 笹島ゆう子

40. Child-Pugh B かつ Vp4 に対する集学的治療にて7年生存中の一例-患者とともに諦めないがん治療-

帝京大学ちば総合医療センター 内科 ○高橋健太郎, 高村 尚樹, 八児 逸平, 四ツ谷 論
山田 章盛, 佐藤 新平, 佐藤 隆久, 小尾俊太郎

41. 慢性肝疾患・血小板減少を有する患者に対する観血的内視鏡処置にアバトロンボパグを使用した4例

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

42. 免疫チェックポイント阻害薬併用療法が奏効した切除不能肝細胞癌と表在型食道癌の重複癌の1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○松本光太郎, 早川 淳, 阿久津朋宏, 岡本 寛治
苗村 佑太, 菊山 智博, 斎藤 剛, 足立 貴子
渡邊 彩子, 辻川 尊之, 綱島 弘道, 勝倉 暢洋
土井 晋平
同 病理診断科 阿曾 達也, 高橋美紀子
同 第四内科 菊池健太郎

43. 膵神経内分泌腫瘍との鑑別を要し超音波内視鏡で診断し得た上臍十二指腸動脈瘤の一例

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科 ○喜多 碧, 脇岡 範, 小森 康寛, 桑田 潤
福田 壮馬, 八木 伸, 山重 大樹, 岡本 浩平
東江 大樹, 原井 正太, 岡田 真央, 丸木 雄太
永塩 美邦, 森實 千種, 上野 秀樹, 奥坂 拓志

44. 造影超音波内視鏡が診断に有用であった同時性多発性浸潤性膵管癌の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○梶田 航平, 今津 博雄, 清水 友貴, 本田 卓
松本 康祐, 青柳 仁, 磯野 朱里, 三浦 亮
阿部浩一郎, 有住 俊彦, 小田島慎也, 浅岡 良成
山本 貴嗣, 田中 篤
同 外科学講座 澁谷 誠, 三澤 健之, 佐野 圭二

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

公益社団法人東京都教職員互助会	三楽病院	消化器内科	加藤 礼子
社会福祉法人 同愛記念病院	消化器内科		新野 徹
帝京大学医学部	内科学講座		磯野 朱里

専攻医Ⅶ(膵臓・その他2) 8:30~8:54 座長 国際医療福祉大学三田病院消化器病センター 石井 研
神奈川県立がんセンター 消化器内科(肝胆膵) 戸塚 雄一郎

45. 初発から11年後に診断された微小な脾動脈瘤による Hemosuccus Pancreaticus に対し緊急脾体尾部切除を行った一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科 ○大島 開, 山本 夏代, 垣淵 大河, 金子 貴大
小林 和貴, 宮田 祥宏, 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, 横井 千寿, 小島 康志, 田中 康雄
秋山 純一, 柳瀬 幹雄

46. 致死的経過を辿ったアルコール性慢性膵炎、仮性嚢胞門脈穿破の一例

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科 ○中原 健徳, 戸田 信夫, 関 道治, 小島健太郎
高木 馨, 近藤真由子, 森山 慎, 鈴木 賛
丹野恵里佳, 芝本 祐太, 曾谷村佳史, 田邊 舞
阿達 航太

47. 主膵管破綻症候群(DPDS)に対して超音波内視鏡下膵管ドレナージ(EUS-PD)が有効だった一例

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

48. 膵癌術後再発による悪性輸入脚症候群に対して超音波内視鏡下胃輸入脚瘻孔形成術が奏功した1例

帝京大学医学部溝口附属病院 消化器内科 ○早川 淳, 辻川 尊之, 苗村 佑太, 斎藤 剛
菊山 智博, 足立 貴子, 渡邊 彩子, 松本光太郎
勝倉 暢洋, 網島 弘道, 土井 晋平

49. 上喉頭神経内枝を温存して ESD 施行した下咽頭癌の 1 例

国際医療福祉大学成田病院	臨床研修医	○榎木 大我, Dang Thanh Huy
同	耳鼻咽喉科	渡部 佳弘, 今西 順久
国際医療福祉大学医学部大学院	消化器内科学	角田 圭雄, 篠浦 丞
国際医療福祉大学成田病院	消化器内科	
同	緩和医療科	
国際医療福祉大学医学部大学院	消化器内科学	
横浜市立大学 医学部大学院	肝胆膵消化器病学教室	結束 貴臣, 石原 洋, 高橋 宏太
国際医療福祉大学成田病院	消化器内科	
国際医療福祉大学医学部大学院	消化器内科学	山下健太郎, 西澤 俊宏, 井上 和明
国際医療福祉大学成田病院	消化器内科	
国際医療福祉大学医学部大学院	消化器内科学	
横浜市立大学 医学部大学院	肝胆膵消化器病学教室	海老沼浩利
同	肝胆膵消化器病学教室	
大森赤十字病院	消化器内科	有本 純, 千葉 秀幸
横浜市立大学 医学部大学院	肝胆膵消化器病学教室	
横浜栄共済病院	消化器内科	酒井 英嗣

50. 無症状で発見され、ESD で食道癌肉腫と診断しえた一例

埼玉医科大学 総合診療内科	○塚本 喜弘, 松本 悠, 塩味 里恵, 山本 啓二
同	消化管内科
宮口 和也, 都築 義和, 今枝 博之	
埼玉医科大学国際医療センター	上部消化管外科
宮脇 豊	
埼玉医科大学	病理診断科
浜田 芽衣	

51. Over-The-Scope Clip を含めた集学的治療が奏功した手術困難な胃潰瘍穿孔の 1 例

順天堂大学医学部附属練馬病院	消化器内科	○賀来 徳倫, 沖 翔太郎, 上村 泰子, 奥秋 匠
山内 友愛, 鈴木 信之, 福生 有華, 大久保裕直		

52. イビリムマブ・ニボルマブ併用療法によって画像上消失した食道癌再発性脳転移の 1 例

筑波大学附属病院	消化器内科	○朔 あかり, 山田 武史, 松本めぐみ, 石川 敬資
小川 英恵, 松田 悠, 宇野 広隆, 石川 直樹		
城山真美子, 堀籠 祐一, 萩原 悠也, 新里 悠輔		
小松 義希, 小林真理子, 山本 祥之, 坂本 琢		
土屋輝一郎		
同	脳神経外科	鶴淵 隆夫
筑波大学 医学医療系	診断病理	坂本 規彰

53. 後期高齢者の切除不能進行胃癌に対して Pembrolizumab が奏効した一例

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

54. 化学療法が奏効し conversion surgery を施行し得た内胸リンパ節転移を伴う巨大胃 GIST の一例

東海大学 医学部 消化器内科学 ○大谷 美樹, 森町 将司, 柿澤 桃花, 辻 優美
幕内 智規, 白滝 理博, 三島 佑介, 上田 孝
佐藤 博彦, 佐野 正弥, 寺邑英里香, 門馬 牧子
川西 彩, 藤澤 美亜, 鶴谷 康太, 荒瀬 康太
出口 隆造, 松嶋 成志, 鈴木 秀和, 加川 建弘

研修医Ⅱ(消化管・その他2) 9:35~10:17

座長 総合東京病院 消化器内科 土山 洋道
東京医科大学 消化器内科 山内 芳也

55. 保存的加療をし得たメッケル憩室炎の一例

伊勢崎市民病院 医療部 初期研修医 ○富永 哲成
同 内科 片貝 朔也, 春日 健吾, 石原 眞悟, 麻 興華
増尾 貴成

56. 腹部超音波検査が治療効果判定に有用であった好酸球性胃腸炎の1例

東京大学 医学部附属病院 消化器内科 ○土田 愛子, 本庄 一樹, 井原聡三郎, 山本 恵介
早河 翼, 辻 陽介, 藤城 光弘

57. 回腸憩室出血に対し内視鏡的クリップ止血術が奏功した1例

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科 ○椎名 大祐, 植田 錬, 玉澤 弘隆, 石川彩椰人
丹下 主一, 外川 修, 中込 良, 小池 和彦

58. 回腸末端・回盲弁温存により短腸症候群を呈していないクローン病の1例

東京女子医科大学 消化器・一般外科 ○大栗 香子, 二木 了, 谷 公孝, 前田 文
腰野 蔵人, 金子 由香, 番場 嘉子, 小川 真平
山口 茂樹

59. 当院における Covered 大腸ステントを留置した8例の使用経験

東京西徳洲会病院 消化器内科 ○石塚菜乃香, 山本 龍一
武蔵野徳洲会病院 消化器内科 吉本 泰治
東京西徳洲会病院 外科 内田 陽, 品田 玲奈, 下元雄太郎, 高木 睦郎
江口 武彦, 佐藤 一彦
埼玉医科大学病院 消化管内科 都築 義和
東京西徳洲会病院 循環器内科 堂前 洋

60. 回盲弁から発生した巨大有茎性粘膜下脂肪腫を内視鏡的に切除した1例

総合病院 厚生中央病院 消化器内科 ○溝口 怜実, 中村 文彦, 小原 大輝, 村上 貴寛
内田久美子, 堀江 義政, 石井健太郎, 根本夕夏子

61. 複数回の経皮的腫瘍生検で、漏出胆汁による肉芽腫と診断された右横隔膜腫瘤の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○永山 智弓, 和田 直大, 野上 麻子, 岩城 慶大
小林 貴, 中島 淳, 米田 正人
同 病理診断科・病理部 石山 貴博, 原田丈太郎, 山中 正二

62. 肝膿瘍と鑑別を要し急性の経過を辿った肝原発腫瘍の一例

東京科学大学病院 総合教育研修センター ○西谷美乃里

東京科学大学 消化器内科 鈴木 圭人, 村川美也子, 小野寺 啓, 小笠原暢彦
延澤 翼, 金子 俊, 三好 正人, 竹中 健人
福田 将義, 大塚 和朗, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一

同 医歯学総合研究科 人体病理学分野 屋富祖大騎, 伊藤 一真

同 医歯学総合研究科 包括病理学分野 木脇 祐子

東京科学大学病院 病理部 倉田 盛人

63. 肝硬変関連免疫不全を背景に非 HIV ニューモシスチス肺炎を発症した一例

埼玉医科大学病院 臨床研修センター ○宮本 開

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 辻 翔平, 内田 義人, 碓氷 七瀬, 佐藤 彩
山田 俊介, 相馬 直人, 安藤さつき, 菅原 通子
中尾 将光, 稲生 実枝, 中山 伸朗, 今井 幸紀
富谷 智明, 水野 卓, 持田 智

64. BCLC stage C 肝細胞癌に対し LEN-TACE を施行し CR、drug free を達成した一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科 ○柚田帆乃香, 内原 直樹, 土谷 薫, 田口 美奈

徳永 悠月, 木村 晶平, 田中 雄紀, 八木田純子
慶徳 大誠, 岡田 理沙, 高浦 健太, 田中 将平
前屋舗千明, 玉城 信治, 安井 豊, 高橋 有香
中西 裕之, 泉 並木, 黒崎 雅之

65. 細径経口胆道鏡を用いて経乳頭の胆嚢ドレナージに成功した急性胆嚢炎の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○崎山 祐未, 遠藤 和樹, 坂井 音々, 相馬 亮

羽田 明海, 石野 勇康, 角田翔太郎, 大石梨津子
鈴木 悠一, 土屋 洋省, 船岡 昭宏, 三輪 治生
森本 学, 沼田 和司

横浜市立大学 医学部 消化器内科学教室 前田 慎

66. 病理学検討が得られた抗 PD-1 抗体ペンプロリズマブ投与後の免疫介在性膵炎の1例

東京都立多摩北部医療センター 消化器内科 ○山内 千乃, 葉山 惟信, 中村 里菜, 内田 晋平

小山 友祐, 山田 善人, 鈴木 健太, 四宮 航
柴田 喜明

同 病理診断科 田頭 周, 伊藤 雄二

67. ペンプロリズマブ投与中に発症した irAE 膵炎の一例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○久田 龍輝, 中村 円香, 芳賀 将輝, 神谷 昂汰

酒寄 千晶, 小森 徹也, 三國 隼人, 土屋 学
光吉 優貴, 木下 勇次, 三浦由紀子, 木下 晃吉
小池 和彦

東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

68. 膵原発と考えられた消化管間質腫瘍の一例

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座

○坪井海南都, 久野木康仁, 山宮 知, 坂本 智哉
稲葉 康記, 嘉島 賢, 佐久間 文, 福士 耕
牧 匠, 入澤 篤志

同 肝・胆・膵外科 青木 琢
同 病理診断学 野田 修平, 石田 和之

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
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	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)	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384回)例会のお知らせ

期 日：2025年5月17日(土)

会 場：星薬科大学

〒142-8501 東京都品川区荏原2-4-41 TEL 03-3786-1011

【交通のご案内】東急電鉄 池上線 戸越銀座駅 A3出口…徒歩 8分

目黒線 武蔵小山駅 東口…徒歩 15分

都営地下鉄 浅草線 戸越駅 改札口…徒歩 10分

特別講演：「胃粘膜の遺伝子異常の蓄積と精密リスク診断への応用」

演者：星薬科大学 学長

牛島 俊和

司会：星薬科大学 医療薬学研究室 教授

野村 幸世

キャリア支援の会：「臨床医も基礎研究のすゝめ(仮)」

演者：東京大学医科学研究所外科

向山 順子

司会：星薬科大学エビゲノム研究室

山田 晴美

ランチョンセミナー1：「潰瘍性大腸炎の治療について(仮)」

演者：銀座セントラルクリニック

鈴木 康夫

司会：東京山手メディカルセンター

岩本 志穂

ランチョンセミナー2：開催予定

当番会長：野村 幸世(星薬科大学 医療薬学研究室 教授)

東京大学 アイソトープ総合センター 特任教授

東京大学医学部附属病院 胃食道外科 病院診療医)

【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: jsge384kanto@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 胃軸捻転症に対して腹腔鏡下胃固定術を行った一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科¹⁾、
同 消化器・一般外科²⁾
室井勇人¹⁾、村野竜朗¹⁾、山城雄也¹⁾、岡山卓司²⁾、並木 伸¹⁾

【症例】18歳、女性。数年前から緊張やストレスにより増強する嘔気・吃逆症状を自覚していたが、呑気症の症状と考え、医療機関を受診して以来、20XX年9月、持続する嘔気、嘔吐、腹部膨満感で当院救急外来に当院を受診。造影CT検査で胃の著明な拡張を認め、胃穹窿部が右側に、十二指腸球部が左側に偏位しており、脾臓が正中まで遊走していたことから間膜軸性の胃軸捻転症および遊走脾の診断で緊急入院とした。胃管による減圧後、入院翌日に内視鏡的整復術を行い、症状が改善し第4病日に退院とした。しかし、退院5日後に嘔吐、腹部膨満感の症状が再燃し同年10月に当科再診。胃軸捻転症の再燃で緊急入院となった。第2病日に再度内視鏡的整復術を施行し、経口摂取可能となった。内視鏡的整復後早期に再発がみられたことから外科的治療が必要と判断し、第16病日に腹腔鏡下胃固定術を行った。穹窿部を横隔膜に固定した後、前庭部小弯側・大弯側を腹壁にそれぞれ固定した。脾固定は行わず、体上部～体中部大弯を左側腹部壁側腹膜に6針固定し終了とした。手術翌日より食事を開始し、経過良好により第23病日に退院とした。【考察】胃軸捻転症は非常にまれな疾患であり、新生児・乳児期に多く発症し成人例はまれである。軸捻転症で血行障害、壊死、穿孔を来した場合は致死率が42～56%と報告されている。早期診断と治療が必要である。治療には保存的療法と手術療法があるが、保存的治療としては胃管による減圧や内視鏡的整復術があるが、成人例では横隔膜疾患などの器質的要因が存在していることから保存的療法は無効で胃固定術が必要と考えられている。本症は小児期に発症していたと思われる胃軸捻転症が18歳に症状が顕在化した一例で、保存加療では早期再発に至り、再発予防目的の外科手術を要した。【結語】遊走脾を併発し外科的治療を要した胃軸捻転症の一例を経験した。

胃軸捻転症、遊走脾

2 肝膿瘍の胃穿孔が疑われた1例

帝京大学医学部 内科学講座
曾根雅之、阿部浩一郎、二本直之、村田紗依、坂東麻由、梶田航平、
徳富 遥、竹内研人、清水友貴、本田 卓、松本康佑、磯野朱里、
青柳 仁、三浦 亮、有住俊彦、小田島慎也、淺岡良成、今津博雄、
山本貴嗣、田中 篤

症例は30歳代、男性。発熱、咽頭痛を主訴に近医を受診した。扁桃炎を繰り返しており、扁桃炎の診断で抗菌薬を処方された。咽頭痛は改善するも、発熱が持続しており当院内科に紹介された。原因精査のために胸部腹部単純造影CT検査を行ったところ、肝S2に径6cm大の辺縁に造影効果を伴う低吸収域を認め、肝膿瘍と診断した。膿瘍が胃体部小弯の胃壁と連続していたため上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体上部小弯に径2cm大で頂部に潰瘍を伴う胃粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。潰瘍辺縁から生検を行ったが、病理組織学的検査では悪性を疑う所見はなかった。潰瘍からの胆汁の流出は見られなかったが、画像所見から総合的に判断し、肝膿瘍の胃穿孔と診断した。抗菌薬治療から2か月後に撮影した造影CT検査では肝膿瘍の縮小を認め、その後に行った上部消化管内視鏡検査では隆起性病変は消失していた。肝膿瘍の胃穿孔は珍しく、内視鏡所見の特徴を含めた文献的考察を加えて報告する。

肝膿瘍、胃穿孔

3 多発胃・十二指腸潰瘍に、化膿性椎間板炎および右硬膜外膿瘍を合併したサルモネラ菌血症の一例

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

66歳女性。10日続く発熱、腹痛、腰背部痛、下痢が改善せず、精査目的で紹介となった。血液生化学所見でWBC12600/ μ Lと上昇、血小板32000/ μ Lと著明な減少と造影CTにて肝脾腫を認めた。感染性腸炎に播種性血管内凝固症候群を合併したものと考え、第1病日より絶食補液、オメプラゾール40mg/日の静脈投与と、PIPC/TAZ 18g/日の投与を開始した。第2病日に血液培養からグラム陰性桿菌が検出された。第3病日に黒色便を認めたため上部内視鏡検査を施行したところ、胃体下部大弯側と十二指腸球部前面にA1 stageの潰瘍を認めた。血小板が低値であるため、生検は施行せず、保存的加療を継続した。第5病日に血液培養からSalmonella O-8が同定された。抗菌薬感受性の結果から、CTX 2g/日にde-escalationを行なった。炎症反応は改善し、血小板数は228000/ μ Lまで回復したが、発熱と腰背部痛が遷延したため、第8病日に造影CTを再検したところ、L4/5に化膿性椎間板炎、L5椎体右側に硬膜外膿瘍を疑い、腰椎MRIにて確定診断に至った。穿刺ドレーナージが困難な病巣であり、抗生剤投与とコルセット装着による保存的加療を継続した。第16病日に経過観察目的の上部内視鏡検査では、潰瘍底のH1 stageへの改善を認めた。この時の潰瘍縁の生検では、炎症細胞浸潤を指摘するのみで、菌体や悪性所見は認めなかった。炎症反応がCRP 3mg/dlで遷延したため、第18病日にCLDM 1800mg/日の併用を開始したところ、陰性化した。3週間の抗菌薬投与を行い、椎間板炎、硬膜外膿瘍は縮小した。本症例は、多発胃・十二指腸潰瘍に、化膿性椎間板炎および右硬膜外膿瘍を合併したサルモネラ菌血症の一例であり、極めて稀な経過のため文献的考察を加えて報告する。

サルモネラ菌血症、潰瘍

4 分化型胃粘膜内癌ESD後5年で原病死となった1例

大和市立病院 消化器内科
武田堯憲、亀田 亮、中村朗子、中村洋介、浅見昌樹、山本和寿、
柳田直毅

【症例】66歳男性【現病歴】X年8月に噴門部から体中部小弯の45mm大の0-IIc病変に対して胃ESDを施行した。病変範囲同定の困難な病変で切除範囲が広範となり、粘膜下層の豊富な脂肪、血管、線維化のため剥離に難渋し、複数箇所で検体の菲薄化、穿孔があった。病理組織検査では中分化型管状腺癌の粘膜内癌で、粘膜下層への浸潤や脈管侵襲は見られなかった。検体の壁の欠損、穿孔が4か所に見られ、pVMXの診断であった。追加外科切除を勧めたが、本人、家族の希望で経過観察の方針となり、以降定期フォローをしていた。X+3年2月に造影CTで小弯リンパ節の腫大があり、上部消化管内視鏡で癒痕部より異形腺管が認められ、胃ESD後再発の診断となった。X+3年4月に胃全摘術、D1郭清を実施した。病理組織検査では胃に癌遺残はなく、No.1リンパ節に低分化腺癌の転移を認めた。X+3年7月から補助化学療法（S-1）を開始した。X+3年10月に造影CTにて腹腔動脈近傍、傍大動脈に腫大リンパ節を認め、術後再発の診断となった。X+3年11月から全身化学療法を開始し、1st line CapeOX+Nivolumab、2nd line Ramucirumab+Paclitaxel、3rd line FTD/TPIを行うも多発リンパ節転移の増大と左副腎転移の出現を認めた。高次医療機関への紹介を希望され、X+5年6月に紹介となった。同施設で後方治療を行うも奏功せず、X+5年11月に死亡した。【結語】分化型胃粘膜内癌ESD後pVMXで経過観察を希望しESD後5年で原病死となった症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃癌、ESD

5 切除不能・再発胃癌に対する当院のZolbetuximab投与指針について

総合病院国保旭中央病院 消化器内科

小林里彩子, 中村 朗, 金 宰紘, 萩原康平, 鈴木隆斗, 長澤正憲, 瀬谷俊格, 中川美由貴, 宮川明祐, 樋口正美, 窪田 学, 紫村治久, 糸林 詠, 志村謙次

【背景】胃癌の一次治療として2024年3月にZolbetuximabが薬事承認され個別化治療がさらに進んだが、患者背景やバイオマーカーにより免疫チェックポイント阻害薬との使い分けが混沌としている。CLDN陽性例は約38%と高確率ではあるが、Zolbetuximabの副作用で初回の約60%に嘔気、infusion reaction(以下IR)が生じるため、その対応が治療選択や継続の鍵となる。当院では初回外来開始を基本とするため、十分な制吐とIR対策を行っている。

【方法】当院の指針で2024年8月1日～10月31日にZolbetuximabを導入した切除不能・進行胃癌4例について副反応対策と効果を検討した。前投与薬は制吐目的でグラナセトロン、ホスアプレピタント、デキサメタゾン、プロトンポンプ阻害薬、オランザピンを、IR対策目的でフェモナジン、d-クロロフルフェニラミンマレイン酸塩を投与した。投与速度は体表面積1.7m²を境界に二分し、0～30分・30～60分・60分～で投与速度を上げた。嘔気時は投与を中断し、改善後に半量から再開した。

【結果】嘔気・嘔吐は3例に生じ、胃全摘後の1例では出現しなかった。1例は約60分、2例目は30～60分の間、3例目は3コース以降で出現したが、いずれも薬剤投与中断とメトクロプラミドの投与で改善し再開が可能であった。IR例はなかった。2例は入院後にCLDN陽性と判明し入院中に開始したが2例は外来で治療を開始できた。1例は病状悪化で死亡、3例はSD以上が得られており現在も治療継続中である。

症例1: 76歳男性、PS2、腹膜播種、入院導入、1コース施行したが病状悪化で死亡。
症例2: 1歳男性、PS2、腹膜播種・多発肝転移・骨転移、入院導入、4コース施行しPRで継続中。

症例3: 83歳男性、PS0、肺転移再発術後、外来導入、3コース施行し再発なく継続中。
症例4: 56歳男性、PS1、大動脈周囲リンパ節転移、外来導入、3コース施行しPRで継続中。

【結論】経験数は少ないもののZolbetuximabの嘔気・嘔吐、IRは十分な対策でコントロールが可能であり初回での外来治療開始も可能であった。これにより本薬剤の効果を最大限に引き出すことが延命に寄与するものと考えられる。

胃癌, Zolbetuximab

6 十二指腸下行部に嵌頓した胃石による腸閉塞をきたした一例-炭酸水で溶解せず内視鏡的搔爬にも抵抗であった胃石嵌頓-

帝京大学ちば総合医療センター 内科¹⁾, 同 外科²⁾

八兄逸平¹⁾, 高橋健太郎¹⁾, 高村尚樹¹⁾, 四ツ谷論¹⁾, 山田章盛¹⁾, 佐藤新平¹⁾, 岸田浩輝²⁾, 小杉千弘²⁾, 首藤潔彦²⁾, 幸田圭司²⁾, 小尾俊太郎¹⁾

【緒言】胃石は、胃内で食物や毛髪から形成され次第に増大する。本邦では、植物胃石である柿胃石がもっとも多い。胃石が十二指腸下行部に嵌頓し腸閉塞を発症した症例を経験した。内科的治療に難渋し外科的に摘出せざるを得なかった症例を経験したので報告する。【症例】82歳女性。当院受診の数か月前より心窩部痛があり近医に受診するも改善しなかった。X年X月心窩部痛が悪化したため救急搬送された。来院時の画像所見では十二指腸下行部より口側が食残で緊満していた。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行部における胃石嵌頓と診断された。当初、外科的治療の拒否があったため、内科的治療を開始した。既報に従い炭酸水を用いて溶解を試みたが、胃石の溶解には至らなかった。内視鏡的に搔爬を試みたが表面が割れるのみであった。さらに内視鏡操作によって胃石は水平部に進出した。約1か月治療するも改善を認めないため、本人と再度相談して外科的治療の承諾を得た。腹腔鏡所見ではTreitz靱帯より10cm口側にコックツいた感触を鉗子で触知した。ICGでは胃石の表面空腸にまだらな蛍光発色を認めた。上部空腸を膈より体腔外に展開し、Hutchinson手技を用いて胃石を肛門側に誘導して、安全な空腸を切開して胃石を摘出した。摘出した胃石の成分はタンニンが98%であった。【考察】当院が位置する房総半島の山里では柿が豊富に収穫できる。本症例も庭先の柿を大量に摂取していた。胃石に対してコカ・コーラをはじめ炭酸水による溶解療法が報告されているが失敗例の報告は少ない。十二指腸下行部はスペースもなく嵌頓した胃石を把持できず破壊出来なかった。内科的治療が奏功しない場合は早期の外科治療が検討されるべきと思われる。

胃石, 腸閉塞

7 術前診断に難渋し、繰り返す小腸イレウスを契機に診断した腸管子宮内膜症の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学¹⁾,

同 下部消化管外科²⁾, 同 病理学教室³⁾

木島武恒¹⁾, 藤麻武志¹⁾, 君塚拓也¹⁾, 木村容子¹⁾, 小松悠香¹⁾, 和田晴香¹⁾, 萩原良太¹⁾, 小栗典明¹⁾, 森久保拓¹⁾, 三井達也¹⁾, 麻生吉祥²⁾, 里見介史³⁾, 吉敷智和²⁾, 林田真理¹⁾, 三好 潤¹⁾, 松浦 稔¹⁾, 柴原純二³⁾, 須並英二²⁾, 久松理一¹⁾

【緒言】腸管子宮内膜症は子宮内膜症全体の約10%に存在し、発症部位はS状結腸・直腸が約70%、小腸は約7%と報告されている。腸管子宮内膜症の薬物療法として定まった治療法はなく、薬物療法で制御困難な場合は手術を考慮する必要がある。今回我々は腸管子宮内膜症による繰り返す小腸イレウスを経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。【症例】症例は48歳女性。20XX-1年6月に月経に随伴する腹痛が生じ、ジェノゲスト内服を開始した。その後腹痛再燃し、2度の小腸イレウスを生じたため、20XX年3月小腸精査目的に当院紹介となった。小腸内視鏡検査では遠位回腸に輪状に配列する不整形潰瘍を多数認め、クローン病は否定的であり、NSAIDs潰瘍を鑑別に挙げた。腹痛に対してNSAIDs内服歴あったため、NSAIDs内服を中止した。4月に腹痛再燃し、小腸イレウスで入院した。保存的加療のみで改善し、第7病日に小腸内視鏡検査を行い、前回認めた輪状潰瘍は改善していたが、強い癒着を認め、深部挿入は困難であり、大建中腸増量し、第10病日に退院した。9月に小腸イレウス再燃し、保存的加療で改善なく、第12病日にイレウス管を挿入した。第15病日のイレウス管造影では骨盤内に軽度の停滞があるが、明らかな閉塞起点はなかった。第21病日に再度小腸内視鏡検査を行い、ガストログラフィン造影では狭窄と癒着を疑う造影剤の貯留を認めたが、観察範囲に明らかな活動性炎症や狭窄は認めなかった。原因不明の繰り返すイレウスであり、第40病日に腹腔鏡下小腸部分切除術を行った。回腸末端から10cm口側に狭窄を認め、骨盤内回腸は癒着で一塊となっていた。切除標本の病理検査から腸管子宮内膜症の診断となり、術後10日で退院した。【考察】小腸に発症する腸管子宮内膜症は頻繁に経験するものではない。しかし、手術歴のない閉経前女性が腸閉塞をきたした際の鑑別診断の一つとして本疾患を念頭に置くことが肝要である。

腸管子宮内膜症, 小腸イレウス

8 ウパダシチニブ内服中の潰瘍性大腸炎患者の脂質代謝異常の実態

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

清水健人, 太田佑樹, 園田美智子, 金子達哉, 石川 翼, 對田 尚, 沖元謙一郎, 松村倫明, 加藤 順, 加藤直也

【背景と目的】潰瘍性大腸炎(UC)は主に大腸に慢性炎症をきたす原因不明の炎症性疾患である。UCの新規治療薬であるウパダシチニブ(UPA)は即効性の特徴とする経口薬であるが、副作用の一つとして脂質代謝異常が報告されている。本研究では、UPA治療中に高トリグリセリド(TG)血症をきたしたUC患者の特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】当院で2022年10月から2024年6月にUPAを3ヶ月以上内服したUC患者を対象とし、後方視的に高TG血症を調査した。本報告では随時TG 175 mg/dL以上が3ヶ月以上続く場合を高TG血症と定義した。またUPA開始前に脂質異常を認めていた症例は除外した。【結果】UPAを使用したUC患者は32例で、UPA内服中に高TG血症を来したのは5例であった。全症例の平均観察期間は10.1ヶ月だった。UPA 45mg/日での寛解導入中に高TG血症は認めなかった。UPAで寛解維持療法中に高TG血症を中央値2ヶ月(0-13ヶ月)で認め、最大値は診断から中央値4ヶ月(0-7ヶ月)であった。高TG血症をきたした5例のうち2例は高LDL血症も併発しており、脂質異常症に対して内服治療を開始し、速やかに低下していた。高TG血症を認めた群と認めない群の2群間の比較において、UPA開始時に高齢であること(P=0.09)や、UCの病悩期間が長いこと(P=0.03)が高TG血症のリスク因子として唆された。一方で、性別、UCの病型や重症度、UPA導入時の併用薬、また高血圧や糖尿病の併存疾患の有無は、高TG血症と関連は認めなかった。【考察】UPA寛解導入中に高TG血症は認めなかった。UPA維持療法中に高TG血症をきたす可能性があるため、UPA治療中は定期的な脂質モニタリングと適切な管理が重要である。

潰瘍性大腸炎, ウパダシチニブ

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 循環器内科³⁾
高木大歩^{1,2)}、松林真史^{1,2)}、芹澤 奏^{1,2)}、加藤彩美³⁾、野上 章^{1,2)}、
小松萌子^{1,2)}、渋井俊介^{1,2)}、梅田智子^{1,2)}、阿曾沼邦央^{1,2)}、
佐上晋太郎²⁾、西成田亮³⁾、石田弘毅³⁾、東條大輝³⁾、中野 雅^{1,2)}、
小林 拓^{1,2)}

【症例】20代男性【主訴】胸部絞扼感【現病歴】X-1年6月に全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。メサラジン4g/日が開始され、症状は一時改善した。同年7月に発熱、呼吸困難感、心窩部圧迫感を自覚し近医受診し、急性心外膜炎の診断で入院した。薬剤性心外膜炎を疑いメサラジンを中止し、UCはプレドニゾロン(PSL) 30mg/日で寛解導入し退院したが減量中に再燃したためPSLが30mg/日に増量されX年3月、当院を紹介受診した。6-MP 50mg/日を開始したが、PSLを漸減中再度再燃、4月にアタリマブ(ADA)を開始し反応は良好であった。X年5月、持続する胸部絞扼感を自覚し近医受診し急性心外膜炎と診断され、当院に転院した。【身体所見】吸気時胸部絞扼感増悪、心膜摩擦音聴取あり。【検査所見】血液検査：白血球 10460/μL、CRP 13.19mg/dL、CK 66U/L、CK-MB 2U/L、高感度心筋トロポニンI 110pg/mL未満。12誘導心電図：洞調律、II、III、aVF、V1-4のST上昇。心臓超音波検査：左室駆出率60%、壁運動異常なし、心嚢液貯留あり。【経過】再発性急性心外膜炎と診断、当初ADA導入直後であることから薬剤性も鑑別に挙げたが異なる二剤で同様の症状を来すことは考えにくいと判断し、また、ADA開始前のX年4月の心電図でわずかにST上昇を認めたため、UC腸管外合併症(EIM)と考えた。これまでにPSLは依存性の経過であったため投与は行わず、ADAは継続しつつアスピリンとコルヒチンを開始する方針とした。入院第15病日に症状が改善し退院した。その後ADAにてUCの寛解導入に成功し、アスピリンは2ヶ月、コルヒチンは半年併用し心外膜炎も再発なく寛解維持している。【考察】UCに合併する心外膜炎の報告は少なく、その多くはメサラジンやインフリンキナブ等による薬剤性である。EIMと診断されたものは非常に少なく、EIMのうち0.23%とされる。治療は、原因薬剤の中止もしくは、EIMの場合NSAIDsやコルヒチンの投与および原疾患の管理とされるが、多くはステロイドの投与を要する。本症例は、EIMと診断しステロイド投与をせずに治療可能であった非常に稀な症例であり、今回報告する。

潰瘍性大腸炎、心外膜炎

東京労災病院 消化器内科

関 楓子、乾山光子、石井咲貴、中島一彰、池上 遼、折原慎弥、
荻野 悠、大場信之、西中川秀太

【症例】症例は20歳代女性で特記すべき既往なし。20XX年11月、昼に白身魚の刺身を摂取した。同日の夕方から下痢、下腹部の間の欠痛を自覚し、粘血便も出現したため当院救急外来を受診した。来院時、発熱はなく身体所見上、下腹部に圧痛を認めた。血液検査ではWBC 9400/μL、Hb 12.9g/dL、CRP 0.08mg/dL、腹部単純CT検査で左側横行結腸から下行結腸にかけて腸管壁の浮腫性肥厚を認め、高度に狭窄していたとして整腸剤を処方され帰宅した。翌日に当科外来を受診し、下痢および粘血便は軽快傾向であり便培養検査を提出の上、整腸剤のみ継続された。潰瘍性大腸炎を鑑別するため第4病日に大腸内視鏡検査で直腸内のみ観察したが、有意所見はなかった。後日便培養検査ではEdwardsiella tarda (E. tarda) 3+が検出されたが、判明時には大腸炎症状は消失していた。1ヶ月後に施行した大腸内視鏡検査でも全大腸で異常を認めなかったが、内視鏡時の便培養検査で再びE. tarda 2+が検出された。E. tardaの保菌者と診断し、飲食関係の仕事をしてきたため除菌する方針となった。MICでは多くの抗菌薬で感受性が高いと判定された。AMPC1000mg分4で5日間で内服し、3ヶ月後に再び便培養を行い除菌が成功したことを確認した。【考察】E. tardaは自然界に分布し淡水魚やヘビなど爬虫類の腸管内に生息する。ヒトへの感染源の多くは汚染した魚類の経口摂取で、鑑賞魚、ベットのカメラや蛇なども原因となりうる。約80%が腸管感染症として発症するが多くの抗生薬の投与なく軽快する。壊死性筋膜炎や髄膜炎、肝膿瘍などを発症し重症化した場合には、高齢者や免疫不全者においては致死率38%程度と報告がある。日本人のE. tardaの保菌率は0.007%と非常に稀であり、文献的考察を踏まえて報告する。

Edwardsiella tarda, 保菌

帝京大学医学部 内科学講座

二木直之、磯野朱里、森 俊彬、村田紗依、徳富 遥、曽根雅之、
梶田航平、清水友貴、櫻井美代子、松本康佑、本田 卓、青柳 仁、
三浦 亮、有住俊彦、阿部浩一郎、小田島慎也、浅岡良成、
今津博雄、山本貴嗣、田中 篤

【症例】70歳代女性。30年前に潰瘍性大腸炎・直腸炎型と診断され通院治療していた。20XX-4年に再燃し、全大腸炎型へ悪化したため当科紹介された。プレドニゾロンで寛解となり、以降はメサラジンで治療を継続していた。20XX年初めより血便が再燃したため、4月よりプレドニゾロン20mg/日(0.5mg/kg)を再開した。再開後、症状は多少改善したものの持続しており、5月上旬よりアザチオプリンを導入した。同時期より左側優位に下肢の浮腫が出現し、その後嘔りづらい感じを自覚するようになったため、救急外来を受診した。血液検査でD-ダイマー高値を指摘されたため、下肢静脈超音波検査を行ったところ、左総大腿静脈以下で浮動性を伴う血栓を指摘され、精査加療目的に入院となった。入院後に施行した造影CTで左肺動脈に粗大な血栓を認め、アピキサパンを開始するとともに、下肢静脈の血栓に対して第4病日に下大静脈フィルターを留置した。第8病日に再検した造影CTでは肺動脈血栓と深部静脈血栓はともに縮小傾向であった。潰瘍性大腸炎については血便の回数は減少傾向であったが、造影CTでは腸管壁の肥厚が見られていたため、第15病日に大腸内視鏡検査を施行したところ、S状結腸から直腸にかけて連続する血管透視の消失やびらん、潰瘍を認め、治療効果不良と判断した。第20病日よりベドリスマブを開始し、第23病日に退院した。以降は外来で治療を継続し、抗凝固療法開始後3か月目の下肢静脈超音波検査では膝窩静脈に器質化した血栓を認めるのみで総大腿静脈から浅大腿静脈の血栓は消失しており、5か月目の造影CTで肺動脈血栓も消失していた。今回ステロイド治療中の潰瘍性大腸炎で無症候性の肺血栓塞栓症を来した症例を経験した。活動期の炎症性腸疾患では深部静脈血栓症と肺動脈血栓塞栓症を合併しやすいことが知られており、本症例も同様であった。文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、肺動脈血栓塞栓症

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾、日本医科大学 消化器内科学²⁾崔 盛奎^{1,2)}、中村 拳^{1,2)}、石井 萌^{1,2)}、大木孝之^{1,2)}、町田花実^{1,2)}、
善方啓一郎^{1,2)}、阿川周平^{1,2)}、恩田 毅^{1,2)}、田邊智英^{1,2)}、
洲上綾子^{1,2)}、植木信江^{1,2)}、二神生爾^{1,2)}、岩切勝彦²⁾

【症例】73歳、女性。【既往歴】陳旧性多発脳梗塞、認知症【内服薬】特記すべき内服薬なし【生活歴】飲酒、喫煙なし。Performance status (PS) 1【現病歴】4日前から持続する発熱を主訴に来院された。来院時の血液検査所見で炎症を認め、造影CTで直腸RSに壁肥厚・狭窄、また領域外リンパ節腫大、多発肝/肺腫瘍を認め、精査目的に入院とした。【経過】入院後下部消化管内視鏡検査を行い直腸RSに全周性の浮腫性壁肥厚を伴う腫瘍を認め、高度に狭窄していた。CT結果も踏まえて直腸癌(cStageIV)による閉塞性腸炎と診断し、大腸ステントを挿入した。閉塞性腸炎を解除し感染コントロールにも関わらず、PSは低下傾向で凝固異常も伴った。第8病日に日本救急医学会急性期DIC診断基準4点、日本血栓止血学会DIC診断基準4点であり、感染や血栓は認めず腫瘍性DICと診断しトロンボモデュレーションを開始したが改善乏しく、DICの基本となる原疾患の治療が必要と考えられた。DICによりPSは不良であり、本来の大腸癌薬物療法の適応は外れているが、実際のPSとの乖離があると判断し、ご本人とご家族へ十分なインフォームドコンセントのもとmodified FOLFOX6療法を開始した。薬物療法翌日から凝固異常の著明な改善を認め、腫瘍性DICからの離脱とPS改善を得ることができ、加療継続が可能となった【考察】大腸癌による腫瘍性DICの報告は少ない。基本的にはPS低下例に対して癌薬物療法は適応でなく、腫瘍性DICの影響でPSを過小評価し、治療の機会を逸していた症例の存在が考えられる。本症例もPS4まで低下していたが、腫瘍性DICに隠れた本来の全身状態を適切に評価することにより薬物療法を施行し、全身状態の改善に繋がった。今後大腸癌に対しても複数のクライテリアでDICを評価し、播種性骨髄腫腫症など、誘因となる病態の検索をすることで、これまで適応とされなかった例に対してもがん薬物療法の選択が考慮される。

腫瘍性播種性血管内凝固症候群、癌薬物療法

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門

川田 啓介, 小林卓真, 上野 貴, 加賀谷結華, 小野友輔, 赤星和明, 水田優実, 小黒邦彦, 坂本博次, 矢野智則, 山本博徳

【症例】63歳男性。【主訴】腹痛、嘔吐、食思不振。【現病歴】X年9月に食思不振と腹痛のため近医を受診し、腸閉塞疑いとして当院消化器内科に紹介された。精査の過程で撮影された胸腹骨盤部造影CT検査で空腸に閉塞起点があり、腸閉塞として緊急入院した。【経過】第1病日から経鼻胃管を留置し、絶食と補液での加療を開始した。第3病日から排便を認めたが、経鼻胃管排液は500-1000ml/day程度あり、腹部レントゲン検査でもニボー像の改善を認めなかった。第6病日に腹部造影CT検査を施行し、閉塞起点に低吸収域の構造を認めた。形態と食事歴から椎茸による食事性腸閉塞が疑われたため、同日イレウス管を留置した。第13病日に経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、幽門輪から155cm、175cmの位置に、それぞれ吸引困難な食物残渣の塊を認めた。肛門側の食物残渣は押し流し、口側の食物残渣は可能な限りネットで回収した。小腸粘膜生検を施行して組織学的評価を行ったが、小腸粘膜には特異的な炎症所見は認めなかった。内視鏡検査後症状は改善し、第17病日に退院した。【考察】食事性腸閉塞はイレウス全体の1%程度と比較的まれな疾患である。閉塞部位については回腸末端から100cm以内が61%であったと報告がある。その理由として、回腸は空腸より口径が小さいこと、回腸末端部は可動性が小さく、蠕動運動が弱いことが考えられている。食事性腸閉塞は保存的治療が無効なことが多く、手術になる症例も散見される。本症例ではダブルバルーン小腸内視鏡検査での治療を行った。詳細な食事歴の問診と造影CT検査をもとに診断をし、適切なタイミングでダブルバルーン小腸内視鏡検査を行うことが有用だと考えられた。

椎茸, 食事性腸閉塞

茅ヶ崎市立病院 消化器内科

東 暖乃, 村田依子, 浅野悠稀, 中原祐貴, 林 春菜, 上野航大, 池田佳彦, 松本悠亮, 後藤駿吾, 佐藤高光, 内田苗利, 秦 康夫, 栗山 仁

【症例】79歳女性。下腿浮腫を主訴に当院を受診され、CT検査で多発骨転移、傍大動脈リンパ節転移を認め、血液検査でCA19-9 45366 U/mlと著明高値を認めたため、消化器癌の疑いで精査目的に当科入院となった。上部消化管内視鏡検査及び超音波内視鏡検査では胃癌や膵臓癌などを疑う悪性所見は認めなかったが、下部消化管内視鏡検査では上行結腸に15 mm大の小型3型腫瘍を認め生検を施行した。翌日生検部位からの多量出血を認めたため、緊急に内視鏡的焼灼止血術を要した。適宜輸血等を行ったが、貧血、DICを合併し、呼吸状態も悪化し、全身状態不良となり、下部消化管内視鏡検査から19日目に死亡した。上行結腸腫瘍の生検から中分化管状腺癌が検出されたが、大腸癌としては進行が急激であり、また多発骨転移・リンパ節転移の原発巣としては腫瘍径も小さく、大腸癌が原発であるか疑われたため、死後36時間後に剖検を施行した。【結果】剖検にて原発は既知の15 mm大の上行結腸癌 (por2>por1, tub2) であり、多発リンパ節転移、癌性リンパ管症、全身のリンパ管侵襲 (両側副腎、胆嚢、左卵巣、左付属器、子宮、膀胱、虫垂)、全身臓器への血行性転移 (右心室、肝臓、腎臓、骨髄腫腫症、下大静脈腫瘍血栓症) を認めた。【考察】播種性骨髄腫腫症はほとんどが腎臓に合併し (90%以上)、大腸癌原発は稀である。また貧血、腰部痛、出血傾向を3徴とし、骨髄を中心とする広汎なリンパ行性、血行性転移およびDICなどを呈し予後不良とされている。本症例は播種性骨髄腫腫症を背景とした上行結腸癌の極めて高度な脈管侵襲により、癌性リンパ管症、悪液質、DICなどがある状態で、腫瘍生検を契機に大量出血をきたし、呼吸状態、循環動態がさらに増悪して死亡に至ったと推察された。【結語】急速な経過で死亡した上行結腸癌による播種性骨髄腫腫症の一部検例を経験した。大腸癌による骨髄腫腫症という稀な疾患に対する剖検例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

大腸癌, 播種性骨髄腫腫症

日本医科大学付属病院 消化器外科

須藤悠太, 菊池悠太, 山田岳史, 上原 圭, 松田明久, 進士誠一, 横山康行, 高橋吾郎, 岩井拓磨, 宮坂俊光, 香中伸太郎, 松井隆典, 林 光希, 吉田 寛

近年DNAミスマッチ修復機能が欠損している患者MSI-H/dMMR (MSI-H: Microsatellite instability-high/dMMR: Mismatch repair deficient) に対する免疫チェックポイント (ICI: Immune checkpoint inhibitor) 療法が推奨されている。今回我々は子宮、卵巣および尿管へ浸潤する巨大RS直腸癌に対しPembrolizumab単剤治療を行った後に、手術加療を施行しPathological CR (CR: Complete response) を得た1例を経験した。症例は57歳の女性。肛門癌を主訴に前医受診し、大腸内視鏡検査で直腸RS部に腫瘍を認めた。生検でGroup5の診断となり、加療目的に紹介となった。腫瘍は子宮、卵巣、および左尿管へと浸潤し、周囲リンパ節の腫大も指摘されていたが、遠隔転移は認めなかった。cT4bN2M0 cStage3cの診断で手術加療を勧めたがご本人の手術希望なく、遺伝子検査でKRAS変異陽性 (G12S) であったため、FOLFOXIRI/Bev投与開始とした。その後、MSI-Hの結果を得て、Pembrolizumab単剤投与のレジメンを変更し、合計17コース施行した。早期には腫瘍の著明な縮小を認めたが、1年経過時点で腫瘍の増大を認めた。PET-CTで腫瘍活性の残存を認め、ycT4bN0M0 ycStage2cの診断として、根治目的に開腹低位前方切除、子宮全摘・付属器切除・左尿管切除・回腸人工肛門造設術を施行した。病理では悪性所見を認めず、リンパ節転移も陰性でPathological CRの診断だった。MSI-Hの大腸癌に対し、Pembrolizumab単剤投与といったICI療法によりPathological CRを得た症例報告は少ない。またICI療法の著効例では非手術での経過観察も考慮され、手術を行うタイミングが難しい。本症例は、骨盤内を占拠する巨大RS直腸癌であり、MSI-Hを得てPembrolizumab単剤療法を施行し著効したが、Clinical CRには至らず、施行1年で腫瘍の増大が疑われ、手術加療を選択した。また、ICI療法では、治療後に偽増悪を起こし、治療の効果判定に苦慮することがあるとの報告がある。本症例でも、ICI治療早期には著明な腫瘍縮小を認めたが、1年経過時点で腫瘍の増大を認めており、晩期発症の偽増悪の可能性も考慮される。

直腸癌, MSI-H

神奈川県立足柄上病院 総合診療科

黒沼尚仁, 國司洋佑

【症例】94歳、女性【主訴】嘔吐【既往歴】70歳台で子宮癌に対し子宮全摘出術後【現病歴】X年9月30日から食後の嘔吐が持続し、食事摂取困難したため10月3日に当院救急外来を受診した。来院時腹部膨満著明であり、腹部単純CTを撮像したところ、回腸末端に辺縁がhigh density、内部がlow densityの20mm大の結節を認め、口側腸管の拡張、液体貯留を認めた。鑑別として胆石イレウス、食餌性イレウスが考えられたが、以前に胆嚢結石を指摘されたことはなく、食事内容を確認すると毎日梅干を摂取しているとのことで、梅の種子による食餌性イレウスと考える。入院加療の方針となった。入院1日目に経鼻イレウス管による腸管減圧の保存的加療を施行、2日目には排便、排ガスを認め、同日イレウス管造影を行い、速やかに造影剤の結腸までの流出を認めたため、イレウス管抜去後に経口摂取を再開した。入院5日目に下腹部痛出現し、食思不振再燃したため、腹部単純CTを再検討したところ、S状結腸に上記の20mm大の結節を認め、口側腸管の拡張を認めた。緊急で大腸内視鏡検査を施行したところ、S状結腸に狭窄性病変を認め、何とかスコープ通過は可能であった。下行結腸内に梅の種子と思われる既知の結節を認め、ネットタイプの把持鉗子を使用し除去に成功した。S状結腸の狭窄部位から3箇所生検を行ったが病理結果は悪性所見認めず、狭窄部位周辺に憩室の多発を認め、過去のS状結腸憩室炎や子宮癌術後の癒着による良性狭窄と考えられた。腸管安静の後、8日目から経口摂取再開し症状再燃は認めなかったが、再燃予防のため、22日目にバルーン拡張術を施行した。処置後経過良好であったが、独居であり自宅退院のために環境調整を行い、40日目に自宅へ退院した。【考察】植物種子によるイレウスの報告例では本症例のように何らかの器質性病変が背景にあることが多く、過去報告例の大半は保存加療で改善に至らず外科的治療に至っている。本症例は不運にも2回の閉塞を起こしたが、幸い内視鏡的治療が奏功し手術加療を回避した稀有な症例であった。

腸閉塞, 食餌性イレウス

17 咳嗽と胸痛を契機に左胸水貯留と骨病変が見つかり その後の精査で腸結核の診断に至った一例

佐野厚生総合病院 消化器内科¹⁾、同 呼吸器内科²⁾
野村藍葉³⁾、宮永亮一⁴⁾、中山真吾⁵⁾、木村弘明⁶⁾、佐山侑里¹⁾、
齋藤直宏¹⁾、生形晃男¹⁾、北川清宏¹⁾、久武祐太¹⁾、寺元 研¹⁾、
東澤俊彦¹⁾、岡村幸重¹⁾

症例は49歳女性。円形脱毛症で皮膚科に通院し、16カ月前からバリシチニブを内服していた。3週間前から咳嗽が出現し、数日前から吸気時や体動時に左胸痛を自覚し、呼吸器内科を受診した。胸部CTでは、左胸水貯留と左第6肋軟骨移行部腫瘍がみられ、骨溶解もみられた。薬剤性の可能性を考えバリシチニブを中止としたが改善はなく、胸水検査でも原因となる異常所見はみられなかった。胸腹部造影CTを追加したところ、上行結腸の壁肥厚と骨盤にも溶骨性変化がみられた。免疫抑制による全身感染症または悪性腫瘍の可能性を考え、原因精査目的に消化管内視鏡検査を行った。上部消化管内視鏡検査では異常は認めなかったが、大腸内視鏡検査で、バウヒン弁近傍のハウストラに輪状の潰瘍性病変を認め、腸結核が疑われた。便検査で結核PCRが陽性であり、病理検査では、乾酪壊死は見られないものの類上皮細胞肉芽腫が見られたことから腸結核と診断し、抗結核薬の治療を開始した。本患者は、8年前にT-SPOT.TBが陽性であり潜在性結核感染症として2年間呼吸器内科で経過観察をしていたが、発症無く終診となっていた。本症例では、JAK阻害薬であるバリシチニブで免疫抑制状態となり結核を発症した可能性が考えられた。JAK阻害薬や生物学的製剤などによる治療開始前や投与中には結核の検索は必要である。本症例は咳嗽や胸痛、胸水貯留がみられているなかでも、胸水・喀痰抗酸菌検査は陰性であった。結核感染症を疑った際の精査の一つとして内視鏡検査を行うことの重要性を学んだ。貴重な症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

腸結核, 結核

18 小腸大腸型クローン病に伴う慢性偽性腸閉塞症に 対して経胃瘻の空腸瘻が有効であった一例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科
尚原弘和、加藤正樹、塚本京子、荒木健一、石田 潤、小松拓実、
中本悠輔、今野真己、清川博史、佐藤義典、前畑忠輝、安田 宏、
立石敬介

【症例】59歳男性【主訴】腹痛、腹部膨満【既往】小腸大腸型クローン病(CD)【経過】20XX-9年に小腸大腸型CDと診断し、メサラジンと栄養療法にて粘膜治癒が得られていた。20XX-6年頃より持続する腹痛、腹部膨満症状が出現し、腹部CTにて閉塞起点の無い小腸の拡張、小腸の壁内気腫と腹腔内遊離ガス像を認めた。CDに伴う二次性の慢性偽性腸閉塞症を疑い、症状緩和目的に各種腸管蠕動賦活薬や便秘薬、下剤を使用し一時的に改善を認めるも徐々に症状悪化をきたした。またCDの治療強化目的に生物学的製剤を導入するも症状改善には至らなかった。20XX年7月に腹痛を主訴に外来を受診し腹部CTで小腸の拡張と腸管気腫を認め、一時的にイレウス管を留置し保存的加療で改善を認めた。20XX年10月に腹痛、腹部膨満にて当科外来を受診し、腹部CTにて小腸の拡張と液面形成、腹腔内遊離ガスを認めた。再度イレウス管を留置し腸管減圧を行った。症状改善後に行った小腸造影では器質的閉塞所見は認めず、小腸蠕動低下と造影剤の停滞を認めたため、慢性偽性腸閉塞(CIPO)と診断した。本症例は非代償期で内科的治療抵抗例であり、日常生活に支障を来していたことから持続的減圧目的に経胃瘻の空腸瘻(PEG-J)造設を選択した。第12病日にPEG(オリンパス社イデアルボタン、24Fr、第19病日にPEG-J(富士システムズ社、GBジェジュアルボタン、24Fr、600mm)造設を行い、その後腹部膨満の症状改善を認めた。段階的に食事を開始し、第22病日に自宅退院とした。以後、外来で経過観察を行っているが現在に至るまで症状再発なく経過出来ている。【考察】CIPOは消化管蠕動が低下し腸管内容物が小腸内に停滞することで腹部膨満や嘔気・嘔吐をきたす疾患である。従来、腸管蠕動促進薬等で症状緩和が困難な非代償期の場合には、腸管減圧目的にイレウス管の留置が行われてきた。今回、PEG-J造設を行うことで症状を改善させ、患者のQOL向上に寄与しつつ入院期間を短縮することができた。CIPOに対する有効な治療と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

慢性偽性腸閉塞, PEG-J

19 義歯誤飲に対して大腸内視鏡にて摘出した2例

大和市立病院 消化器内科
中村朗子、亀田 亮、武田亮憲、中村洋介、浅見昌樹、柳田直毅、
山本和寿

【症例1】76歳女性【既往】脂質異常症【現病歴】20XX年11月12日12時頃に昼食を摂取した際、有鉤義歯を誤飲した。症状がなかったため経過観察していたが、11月13日に近医受診し当院紹介受診した。腹部に自発痛・圧痛は認めず、血液検査では特記所見を認めなかった。体幹部単純CTで盲腸に義歯を疑う金属アーチファクトを認め、free airは認めなかった。経過観察及び摘出目的に入院とした。第2病日の腹部レントゲンで右下腹部に義歯を認め、位置が移動していなかったため大腸内視鏡を施行した。オーバーチューブ、透明フード、把持鉗子を使用し義歯摘出した。摘出後のCTで腸管穿孔を疑う所見は認めず、第3病日に腹部症状を認めなかったため食事再開し退院とした。【症例2】52歳女性【既往】てんかん【現病歴】20XX年2月25日18時頃に夕食を摂取した際、有鉤義歯を誤飲した。2月26日、朝食摂取後に右下腹部の違和感を認め当院受診した。来院時は腹部に自発痛・圧痛を認めず、血液検査では特記所見を認めなかった。体幹部単純CTで盲腸に義歯を疑う金属アーチファクトを認め、free airは認めなかった。経過観察及び摘出目的に入院とした。第2病日の腹部レントゲンで下行結腸に義歯を認め、腹部症状は認めなかったため大腸内視鏡は行わず経過観察とした。第3病日の腹部レントゲンで下行結腸に義歯を認め、位置が移動していなかったため、第4病日に大腸内視鏡を施行した。オーバーチューブ、透明フード、把持鉗子を使用し義歯摘出した。摘出後のCTで腸管穿孔を疑う所見は認めず、第5病日に腹部症状を認めなかったため食事再開し退院とした。【結語】有鉤義歯は自然排泄が困難であり腸管穿孔の危険性が高い。大腸内視鏡による義歯摘出を2例経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

義歯, 異物除去

20 内視鏡的整備を行った盲腸軸捻転症の一例

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

【背景】盲腸軸捻転症は大腸軸捻転症の5%程度とされており、比較的稀な疾患である。上行結腸や盲腸の後腹膜への固定不全に便秘等の2次的誘因が加わり生じるとされている。腸管虚血となる可能性も高く、緊急手術となる症例が多い。しかし今回、盲腸軸捻転症に対して内視鏡的整備を行い、改善が得られた一例を経験したため報告する。【症例】89歳、女性【主訴】腹痛【現病歴】20xx年10月10日午前中から腹部全体の疼痛が出現し、その後2回嘔吐した。自宅で経過観察していたが、その後も症状の改善はなく10月11日に前医を受診した。同日施行された単純CTで腸閉塞と診断され、前医に緊急入院した。翌日に精査目的に施行された造影CTで腸管の捻転が疑われたため、当院に転院した。当院で撮影した造影CTでも盲腸の著明な拡張とその肛門側の狭窄やWhirl signを認め、画像所見から盲腸軸捻転症と診断した。腸管の造影効果は保たれており、年齢や心不全等の併存疾患から手術のリスクは高いと考えられ、まずは内視鏡的整備を試みる方針とした。内視鏡では上行結腸は一部浮腫状に狭小化していたが、盲腸まで挿入は可能であった。盲腸の粘膜は発赤調であったが、明らかな壊死を疑う所見はなく、可能な限り脱気し終了とした。翌日には排便得られており、腹部X線画像でも腸管拡張も改善しており食事再開とした。その後も再増悪なく経過し、10月16日に退院とした。今後は、再発繰り返すようであれば外科的治療も検討する方針としている。【考察】内視鏡的整備で緊急手術を回避した盲腸軸捻転症を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

盲腸軸捻転症, 大腸軸捻転症

自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器内科
華山翔泰, 石井剛弘, 柏壽由希, 藤田実優, 福本彩音, 橋本 凌,
水谷 琢, 青山佳代子, 福岡たつみ, 佐々木吾也, 佐藤杏美,
小島 柊, 今井友里加, 高橋成明, 勝部聡太, 森野美奈, 小糸雄大,
松本史弘, 眞嶋浩聡, 宮谷博幸

【症例】85歳男性。近医で便潜血陽性を指摘され、当院に紹介された。下部内視鏡検査で盲腸に4mm0-Is病変を認めCSP施行した。病理検査では中分化腺癌(tub2)、低分化腺癌(por)と診断され、水平方向断端陽性(HM1)、垂直断端不明瞭(VMX)であった。VMXのため深達度に関しても粘膜内癌(pTis)が浸潤癌(pT1)の判別が困難であったが、約50日後のフォローアップで肉眼的遺残なく、瘢痕部からの生検でも明らかな遺残を認めなかった。このため追加切除は行わず、1年後に内視鏡フォローを行った。CSP瘢痕部上に3mm0-Is病変を認め、遺残再発として内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。病理結果は低分化腺癌(por)、深達度pTis、断端は水平・垂直ともに陰性(HM0、VM0)であり、治癒切除が得られた(Cecum, 4×3mm, TypeIs, por, pTis, Ly0, V0, pHM0, pVM0)。【考察】コールドスネアポリペクトミー(CSP)は、10mm以下の大腸ポリープに対する標準的な内視鏡治療法として広く行われている。CSPで切除された病変が癌と診断された場合、深部断端や深達度の詳細な病理評価が難しいことも多いが、大腸癌cold polypectomyガイドラインでは早期の内視鏡再検を行い、必要に応じて追加の内視鏡治療や外科切除を検討するとされている。本症例でもCSPした微小癌の詳細な断端、深達度評価は困難であったが、その後早期の内視鏡フォローで明らかな遺残がなく経過観察となった。1年後に瘢痕部再発を認めたが、追加外科切除を行わずにESDにより治癒切除が得られた。術前診断の重要性は言うまでもないが、CSPの普及に伴い、微小癌切除後の対応に苦慮するケースが今後増えることが予想される。文献的考察を交えて報告する。

コールドスネアポリペクトミー、早期大腸がん

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
同 外科²⁾, 同 画像診断部³⁾
去川友音¹⁾, 神岡 洋¹⁾, 武田泰裕²⁾, 榎啓太郎³⁾, 猿田雅之¹⁾

【症例】特記すべき既往のない60歳男性。20XX年に左下腹部痛および血便を自覚し、前医で虚血性腸炎と診断され保存加療にて改善を認めたが、1か月後に再発し精査加療目的で当院に転院となった。当院で施行した腹部造影CT検査にて、下腸間膜動脈(IMA)とS状結腸静脈間の動静脈奇形(AVM)が確認され、肛門管から横行結腸左側にかけて腸管の浮腫や壁肥厚を認め、大腸内視鏡検査では肛門管から口側腸管にかけてうっ血した粘膜が確認され、生検にて容易に出血を来した。IMA造影検査ではAVMのほかIMVから門脈に流出する血流の途絶が確認され、IMV途絶を伴うAVMによりうっ血性腸炎を来していると考えられた。治療法に関して、炎症は肛門管まで波及しており外科的治療では結腸左半切除および人工肛門造設が必要とされたが、侵襲度や年齢、患者の希望も勘案しカテーテル塞栓術を第一に検討した。IMV途絶によりAVMへの経門脈的カテーテル塞栓術が実施困難と予測されたため、開腹直視下にてAVMに続く血管を同定し、直接カテーテル塞栓術を行う方針とした。術中、術後に合併症はなく順調に経過し第57病日に退院となった。退院後も再発なく経過している。【考察】下腸間膜動静脈奇形は稀な疾患であり、動脈と静脈が異常吻合し、異常血管集簇(nidus)が形成される病態である。本疾患は繰り返すうっ血性腸炎の原因となり得るが、確立された治療法は存在しておらず、既報の中では腸切除に至っている症例が多い。我々は、下腸間膜静脈(IMV)途絶を伴う下腸間膜動静脈奇形によるうっ血性腸炎に対し開腹下にてカテーテルの塞栓術を施行し腸切除を回避・治癒に至った1例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

うっ血性腸炎、下腸間膜動静脈奇形

順天堂大学 医学部附属 順天堂医院 消化器内科
加藤容子, 石塚 敬, 山科俊平, 今 一義, 福原京子, 内山 明,
深田浩大, 柳沼礼子, 伊佐山浩通, 永原章仁, 池嶋健一

35歳女性。元来健康であったが、21歳頃より連日飲酒歴があり、8年前から1日にビール 350ml/缶を4缶もしくは日本酒4合ほどに増加した。2024年8月ごろより眼結膜の黄染、両下腿浮腫が出現したが、9月に大量飲酒をした。その後も症状の改善が乏しく、10月に前医を受診した。血液検査でWBC: 18,800/ μ L(好中球 84.5%), AST:88 IU/L, ALT:17 IU/L, ALP:418 U/L, γ -GT:1263 IU/L, T-Bil:12 mg/dl, D-Bil:8.5 mg/dl, PT-INR:1.35と肝機能障害を認め、緊急入院となった。前医入院後5日目にPT-INR:1.82まで延長し、集中治療目的に当院へ転院搬送となった。各種ウイルス検査は陰性または既感染、抗核抗体と抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。過剰な飲酒歴と好中球優位の白血球上昇があり、多量飲酒を契機としたAcute-on-chronic liver failure (ACLF)と診断した。MELD-score 21点、アルコール性肝炎重症度スコア11点と重症のため、血漿交換療法(PE)と持続的血液濾過透析法(CHDF)を開始したが、肝機能の改善はなく、第6病日よりブレドニゾロン50mg/日の投与を開始した。第12病日の時点でlille score: 0.148であり、第13病日にPE(計13回)、CHDFを終了した。しかし、CT上肝萎縮は進行し腹水の増加も認めた。第18病日の時点でPT-INR:2.02, T-Bil:12.2 mg/dl, MELD-Na score: 37点と悪化したため、当院にて肝移植の適応ありと判断し、第35病日にドナー(実兄、39歳男性)から肝左葉 450gの提供を受け生体部分肝移植を行い、救命することができ術後慎重に経過観察中である。日本では断酒期間6か月未満の重症アルコール関連肝疾患に対する肝移植は極めて少なく、予後不良である。欧米では断酒期間に縛られず早期肝移植によって予後が改善し、精神科・ソーシャルワーカーによる多職種介入により移植後再飲酒率が減少したという報告もあり、本症例でも早期肝移植により良好な経過が得られた。日本においてもアルコール関連肝疾患の症例は増加しており、肝移植の適応基準の検討とより良い再飲酒予防対策が必要と考えられた。

ACLF, 重症アルコール性肝炎

慶應義塾大学医学部 消化器内科
會田卓弘, 尾城啓輔, 上野 真, 中代幸江, 田淵貴也, 春日良介,
谷木信仁, 碓井真吾, 中本伸宏, 金井隆典

【症例】48歳男性。【主訴】なし。【現病歴】高校生の頃からB型肝炎を指摘されていたが、定期通院はしていなかった。X-6年に後天性免疫不全症候群のため抗レトロウイルス療法を導入され、治療薬に含まれるテノホビルアラファナミドにてB型肝炎ウイルス(HBV)-DNAは感度以下にコントロールされていた。X-3年5月に胆管炎を発症したことを契機に肝門部の腫瘍が発覚し、胆管細胞診にてAdenocarcinomaを認めたため、同年7月に外科的切除術を施行された。術前診断は胆管癌であったが、切除検体から肝細胞癌(胆管内発育型)と診断された。X-2年4月に残肝に多発再発を認め、一次治療としてAtezolizumab + Bevacizumab、二次治療としてLenvatinib、三次治療としてDurvalumab + Tremelimumabを投与したが、いずれも増悪判定となった。X年6月から四次治療としてCabozantinibを開始した。【経過】Cabozantinibは40mg/日で開始した。Grade1の手足症候群と口内炎を認めたものの、減量を要することなく認容性は保たれていた。8週後に撮像した造影CTにて肝内多発病変は縮小および造影効果の減弱を認め、RECIST, mRECISTともに部分奏功と判定した。【考察】肝細胞癌に対し複数の治療レジメンが使用可能となっているが、特に二次治療以降では治療シークエンスが確立されていないのが現状である。Cabozantinibは臨床試験にて病勢制御率が高いが奏効率は低いという薬剤特性を示しており、本症例のような奏効を予期するバイオマーカーは存在しない。本症例はHIV, HBV重複感染という背景や特殊な発育形式を示した腫瘍であり、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, Cabozantinib

社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市南部病院, 消化器内科¹⁾, 横浜市立大学 医学部 消化器内科学教室²⁾, 前田千春¹⁾, 石井寛裕¹⁾, 後藤広樹¹⁾, 池澤百合花¹⁾, 佐久間大樹¹⁾, 小俣重梨沙¹⁾, 永島愛¹⁾, 米井翔一郎¹⁾, 黒澤貴志¹⁾, 京 里佳¹⁾, 所知加子¹⁾, 菱木 智¹⁾, 杉森一哉¹⁾, 前田 慎²⁾

【はじめに】肝腫瘍の診断はさまざまな画像診断でも確定できない症例がある。そのような場合には経皮的な肝腫瘍生検で確定診断に至ることが多い。しかしながら、経皮的な肝腫瘍生検が困難な症例に対しては超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) での診断も有用とされている。今回、我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) による肝腫瘍生検で前立腺癌の肝転移を診断できたため報告する。【症例】80歳男性【現病歴】1年前から前立腺癌に対してホルモン療法を施行されていた。外来での経過観察中に撮影した単純CTで肝左葉に腫瘤を認め、精査目的に当科紹介受診となった。【経過】血液検査では肝障害やウイルス感染は認めず、腫瘍マーカー (a-FP, PIVKA-II, CEA, CA19-9) の上昇も認めなかった。腹部造影ダイナミックCTではS3に動脈相で辺縁に増強効果を認め、門脈相で低吸収を示す腫瘍影を認めた。EOB-MRIではT1WI低信号、T2WI軽度高信号、DWI高信号を示す1.5cm大の腫瘤を認め、T1WI造影後ダイナミック相で辺縁増強効果があり、肝細胞相で境界明瞭な低信号を示した。ソナゾイド造影エコーでは早期相で辺縁の濃染を認め、1分ほどで早期のwash outを認めた。以上より、肝細胞癌よりは肝内胆管癌や転移性肝腫瘍を鑑別として挙げた。上部消化管・大腸内視鏡検査を施行したが、特に異常は認めなかった。PSAは基準値以下であるものの経徐に上昇していることから、前立腺癌の肝転移の可能性も考慮し、肝腫瘍生検の方針とした。胃や肋骨の遮蔽により経皮的肝生検アプローチは困難であったため、EUSで胃内より外側区域の肝腫瘍を描出しFNAを施行した。病理組織検査の結果より腺癌と診断され、組織像および免疫染色の結果から前立腺癌の肝転移と診断した。【考察】経皮的な肝腫瘍生検が困難な症例に対してEUS下に肝腫瘍生検を施行し、前立腺癌の肝転移と診断できた一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNA, 前立腺癌肝転移

Atezolizumab+Bevacizumab併用療法に不応を示した進行肝細胞癌と胃癌の重複癌症例に対し、STRIDEレジメン (Durvalumab + Tremelimumab併用療法) が奏功した1例

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

【症例】慢性肝疾患の既往のない80歳代男性。X年5月、腹痛で前医を受診した。腹部造影CT検査で最大径60mm多発肝腫瘍を認め、肝細胞癌破裂と診断され緊急肝動脈塞栓術が施行された。X年6月、当院へ追加治療目的のために転院となった。造影CT検査では両葉に肝細胞癌が多発しておりいずれも前医画像と比較し増大増加、さらに腹膜播種を認めており進行肝細胞癌 (cStageIVB, BCLC Stage-C) の診断となった。また、精査の過程で同時に早期胃癌を認めた。重複癌であるが肝細胞癌を予後規定因子とし、全身化学療法を開始した。【治療経過】X年7月5日、7月26日にAtezolizumab+Bevacizumab併用療法 (以下Atezo+Bey) を2コース受けた。8月15日の造影CT検査では肝内病変は73mmへ増大、肝細胞癌関連腫瘍マーカー (AFP・PIVKAII・AFP-L3) の上昇を認めた。RECIST ver. 1.1にてProgressive Diseaseの評価となりAtezo+Bey投与を終了とした。8月19日にSTRIDEレジメンを導入し、9月11日の造影CTでは肝内病変、腹膜播種、肝門部リンパ節のいずれも縮小した。以後、Durvalumabを3コース投与し、Partial Responseが得られている。また、7月4日に施行した上部消化管内視鏡検査では胃体中部に30mm大0-I+IIc型早期胃癌 (Adenocarcinoma tub2+ tub1+por) を認めていたが、11月15日の上部消化管内視鏡検査では15mmに縮小した。【結語】抗PD-L1抗体であるDurvalumabと抗CTLA-4抗体であるTremelimumabの併用療法は、Atezolizumab+Bevacizumabの併用療法と並び、切除不能肝細胞癌における一次治療の選択肢として推奨されている。実臨床では現状としてICI (Immune Checkpoint Inhibitors) がセカンドライン以降で使用するケースが多いが肝細胞癌におけるICI後のICI治療のコンセンサスは得られていない。本症例ではPDL-1抗体無効後、CTLA-4抗体による治療で奏功を得た。また、偶発的に発見された胃癌に対しても同一のレジメンで奏功を得た、極めて稀な症例である。文献的考察を交え、報告する。

進行肝細胞癌, STRIDEレジメン

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

【背景】気管支胆汁瘻は気管支と胆道が交通する稀な疾患であり、確立した治療法はない。肝腫瘍、肝腫瘍、胆道系の閉塞、外傷などが原因で胸膜と横隔膜が癒着し、右肺の気管支と胆管が瘻孔を形成して発症する。治療方法は、早期の開胸による瘻孔閉鎖、肋間からのドレナージ、横隔膜閉鎖、肺葉切除、予防的胆道減圧などがある。また、全身状態不良例ではベッドサイドで気管支鏡にて気管支充填材を挿入して一時的ではあるが有効であった報告もある。しかし、炎症性癒着などで手術が困難な場合が多く、また保存的治療が進歩した現在、外科的処置は積極的には行われていない。【症例】85歳男性【既往歴】関節リウマチ、心房細動、高血圧症、骨粗鬆症、右母指骨髄炎、左人工膝関節置換術後、左下腿皮下膿瘍、多発化膿性関節炎、MSSA菌血症【現病歴】X年Y月、2週間前からの食不振を主訴に外来を受診した。急性胆嚢炎、多発肝腫瘍と診断し同日入院とした。【入院後経過】全身状態不良で手術は困難のため保存的加療の方針となった。入院19日目、炎症の改善に乏しかったため経皮的肝腫瘍ドレナージを行った。胆汁の排出は良好であった。入院35日目、咳嗽が出現した。40日目には茶褐色喀痰、39度台の発熱があり、抗菌薬への反応は不良であった。関節リウマチに伴う間質性肺炎を鑑別に挙げ、58日目に気管支鏡検査を施行した。気管支内に胆汁様喀痰を認め、回収した喀痰はT-Bil 26.8と高値を認めた。胆汁造影CTを行い、腹腔内膿瘍と気管支の交通が疑われ、気管支胆汁瘻と診断した。耐術能はないと判断し、胆汁の十二指腸への排出を促進するために64日目にERCPを施行し、ERBD、ENBDを留置した。91日目には喀痰は白色へと改善、呼吸困難や咳嗽も消失し、退院した。【結語】胆汁性喀痰、発熱、咳嗽、呼吸困難、黄疸などの症状から疑い、喀痰Bil高値、胆汁造影CTにて瘻孔が見られれば、気管支胆汁瘻の可能性がある。今回、耐術能のために侵襲的治療を選択できず、内視鏡的胆道減圧を行い改善を得た症例を経験した。文献を参照し本症例の診断経過を再考する。

気管支胆汁瘻, 肝腫瘍

肝門部領域胆管癌との鑑別が困難であったIgG4関連硬化性胆管炎の1例

横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科
吉川雄祐, 菊地祐太郎, 佐原康太, 三宅謙太郎, 藪下泰宏, 澤田 雄, 本間祐樹, 松山隆生, 遠藤 格

【背景】IgG4関連硬化性胆管炎は発症機序が不明な硬化性胆管炎の一つであり胆道癌との鑑別が問題となる。【症例】60歳代男性。膵管内乳頭状粘液性腫瘍の定期フォローのMRCPIにて肝門部領域胆管狭窄および肝内胆管拡張が出現した。胆管癌の鑑別目的に行なったERCPによる組織診ではclass 3bが検出されるも胆道癌の確定診断には至らなかった。PET-CTでは肝門部胆管、肝門部リンパ節にそれぞれSUVmax=3.8, 4.6のFDGの集積を認めた。腫瘍マーカーはCEA: 1.5ng/ml, CA19-9: 19U/mlと正常であった。IgG4関連硬化性胆管炎も疑われたが血清IgG4: 52mg/dLと上昇を認めなかった。診断基準内に胆管外病変として挙げられる1型自己免疫性肺炎、IgG4関連涙腺・唾液腺炎、IgG4関連後腹膜線維症、IgG4関連腎臓病はいずれも認めなかった。以上より、組織診所見、画像所見から肝門部領域胆管癌 (Bismuth type4, cT3N1M0 cStage3c) の可能性が濃厚であると診断し、十分なインフォームドコンセントのもと手術の方針とした。門脈の左枝、前区域枝への塞栓術施行後に肝左3区域、尾状葉切除、肝外胆管切除、胆道再建術を施行した。術後の病理組織検査では悪性所見を認めなかった。一方でIgG4関連硬化性胆管炎診断基準の病理所見のうち「高度のリンパ球、形質細胞浸潤と、線維化」「強拡大視野当たり10個を超えるIgG4陽性形質細胞浸潤」「閉塞性静脈炎」の3項目が満たされ、悪性所見がないことからIgG4関連硬化性胆管炎の確定診断となった。術後、胆管空腸吻合不全を認めたが、POD21で退院となった。現在はIgG4関連硬化性胆管炎に対して経過観察中である。今回我々は、術前に診断困難であったIgG4関連硬化性胆管炎の1例を経験した。肝門部領域胆管癌との鑑別において示唆に富む症例であり若干の文献的考察を加えて報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎, 肝門部領域胆管癌

超音波内視鏡 (EUS-HGS) 後の金属ステント拡張不良に対して内視鏡的バルーン拡張術が奏功した膵頭部腫瘍の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科¹⁾,
横浜市立大学 医学部 消化器内科学教室²⁾
相馬 亮¹⁾, 角田翔一郎¹⁾, 三輪治生¹⁾, 森本 学¹⁾, 沼田和司¹⁾,
前田 慎²⁾

【症例】60代、女性。食道癌に対する食道全摘・胃管再建術の既往あり。褐色尿を認め、前医の血液検査で肝胆道系酵素上昇を指摘された。CTで5cm大の膵頭部腫瘍による胆管閉塞を認め、当科へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸下行部から水平部に腫瘍浸潤を認めた。腫瘍部からの生検でCarcinomaを検出し、膵頭部癌(cT3N0M0 Stage IIA: 取扱い規約第7版)と診断した。胆管開口部の同定が困難であり、超音波内視鏡 (EUS-HGS) による胆道ドレナージ術を施行した。再建胃管からB2胆管を穿刺し、ガイドワイヤーを総肝管まで留置した。その後、7Frプラスチックステントの挿入を試みたが、胃壁の抵抗が強く挿入困難であったため、3mm径バルーンカテーテルで穿刺経路を拡張し、8mm、12cm self-expandable metallic stent (SEMS) を留置した。第3病日に発熱をきたし、血液検査では肝胆道系酵素の再上昇を認めた。CTで肝内胆管拡張を認めたことから、SEMSの拡張不良および胆汁流出障害による急性胆管炎と診断した。第4病日にReinterventionを行い、既存のSEMSメッシュ間隙からEUS-guided created route (ESCR) を介しての胆管挿管に成功した。胆管造影では、SEMS拡張不良部を機転とした胃への造影剤流出不良を確認した。総肝管へ5Fr ENBDチューブを留置することで胆管炎は改善を得た。第12病日に、再度ESCRを介して8mm径バルーンカテーテルにてSEMS拡張不良部を拡張したところ、胆管から胃内へ造影剤流出は良好となった。術後経過は良好で、第15病日に退院し、第34病日より化学療法を開始した。【考察】悪性胆道閉塞に対する、超音波内視鏡 (EUS-HGS) でのSEMS留置は広く普及しているが、合併症への対応策は確立されていない。SEMSの拡張不良に対し、内視鏡的バルーン拡張術が有効であった一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

EUS-HGS, 金属ステント拡張不良

消化管出血を契機に診断に至った自己免疫性膵炎、膵仮性嚢胞の一例

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

【症例】76歳男性【主訴】黒色便【はじめに】自己免疫性膵炎は特異的な症状はなく、自覚症状はないか軽度の腹痛や背部痛がある程度とされており、膵頭部に及ぶものでは閉塞性黄疸が発見の契機となることがある。膵仮性嚢胞を形成することはあるが、仮性嚢胞による症状が出現することは非常に稀である。今回、巨大仮性嚢胞による圧排で症状を来し、診断に至った症例を経験したため報告する。【経過】黒色便を認め、前医を受診した。血液検査でHb10.3g/dlの貧血の指摘あり、精査加療目的に当院当科を紹介受診した。Hb7.3g/dlと貧血の進行を認めたため、緊急入院となった。上部消化管出血の疑いで内視鏡検査が施行されたところ、胃体上部小弯に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、病変の頂部から拍動性の出血を呈しており、凝固止血を施行し止血が得られた。後刻、施行された造影CT検査では、びまん性膵腫大と胃を圧排する8mm大の膵仮性嚢胞を認め、嚢胞性病変の脾門部への進展により胃周囲の側副血行路が著明に発達していた。血液検査でアミラーゼ259U/L、リパーゼ159U/L、IgG4 238mg/dlと上昇しており、自己免疫性膵炎による膵仮性嚢胞の形成に伴う側副血行路の発達による胃静脈瘤からの上部消化管出血が疑われた。膵仮性嚢胞に対しては、内視鏡的ドレナージは側副血行路の発達から穿刺時の出血リスクが高いと判断され、外科的治療の方針となった。第7病日に開腹経胃嚢胞ドレナージ術が施行された。嚢胞の縮小を確認した後に、第11病日からプレドニゾン30mg/dayで内服を開始し、第18病日に退院となった。第34病日に腹痛を主訴に救急外来を受診し、造影CT検査で膵炎の急性増悪を認めたため緊急入院した。絶食にて軽快、脂肪制限食の栄養指導を行い退院となった。その後も複数回膵炎の急性増悪を繰り返したが、絶食や成分栄養剤の摂取にて改善し、次第に膵炎の急性増悪を来さなくなり、IgG4、膵酵素も低下傾向となった。今後もステロイド加療の継続する方針である。【考察】消化管出血を契機に診断に至った自己免疫性膵炎による膵仮性嚢胞の一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

自己免疫性膵炎, 膵仮性嚢胞

健診での貧血の指摘を契機に偶発的に巨大膵尾部腫瘍が発見され、膵原発孤立性繊維性腫瘍と診断された一例

聖路加国際病院 消化器内科
石井幸多, 鈴木雄一朗, 生坂 光, 村島侑子, 横須賀亮介,
金 允泰, 山崎友裕, 奥山秀平, 高木浩一, 福田勝之

膵孤立性繊維性腫瘍は比較的に稀な間葉系組織由来の腫瘍であるが、その多くは胸膜病変であり、膵原発の同疾患は極めて稀である。今回、無症状で貧血を契機に発見された膵原発孤立性繊維性腫瘍を経験した。69歳、女性。20XX年8月の健診で貧血を指摘され、近医にて上部消化管・大腸内視鏡検査を施行されたが、明かな原因となるような異常は認めず、精査加療目的で当院紹介となった。来院時、症状やバイタルサイン、腹部所見の異常はなく、血液検査でHb 9.2 g/dLの貧血及びCRP 7.52 mg/dLの炎症反応上昇を認めた。造影CT検査では、内部に造影増強効果を伴う境界明瞭な125mm大の膵尾部に位置する腫瘍を認めた。膵臓造影MRI検査ではT2WIでの高信号と低信号が混在した不均一な信号を認めた。CT及びMRIの結果から、膵粘液性嚢胞腫瘍、膵粘液癌、乳癌術後であることから転移性膵腫瘍などの可能性を考慮し、超音波内視鏡下穿刺吸引生検を施行した。同検体による病理組織診では、核分裂像は目立たず、線維芽細胞様の紡錘形細胞増生を認め、免疫染色ではCD34 +、STAT6 +、AEI1/3 -、CD117 -, DOG1 -, S100 -, desmin -, ALK -, Pgr -, IgG4/IgG < 5% であることから、膵孤立性繊維性腫瘍の診断となった。孤立性繊維性腫瘍は一般的には良性で予後良好であるが、稀に悪性の経過を辿ることもあるため外科的切除の方針となった。孤立性繊維性腫瘍は間葉系組織由来の腫瘍であるが、その多くは胸膜病変であり、膵原発の同疾患は極めて稀である。一般的には良性かつ予後良好であるが、組織学的悪性所見を伴わない場合でも転移する可能性も示されており、適切な検査及び外科的手術による切除を中心とした治療方針の検討を、過去の症例と比較の上、文献的考察を加えて報告する。

膵腫瘍, 孤立性線維性腫瘍

診断に難渋した膵尾部嚢胞性腫瘍の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾,
同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾
友野千寛¹⁾, 北條 紋¹⁾, 宅間健介¹⁾, 木村祐介¹⁾, 岡野直樹¹⁾,
岡田 嶺²⁾, 伊藤悠子²⁾, 黒瀬泰子³⁾, 栃木直文³⁾, 松田尚久¹⁾

症例は40歳代女性。スクリーニング目的で施行した腹部超音波検査で、膵尾部に39mm大の腫瘍を指摘され当院紹介となった。超音波検査所見では、腫瘍内部に充実成分と嚢胞成分が混在し、膵管拡張や石灰化は認めなかった。造影超音波検査では、隔壁様の網目状染色を認めたが腫瘍内部には濃染されず、漿液性嚢胞腫瘍が疑われた。更なる精査を検討したが、患者の希望により経過観察となった。4年後、心窩部痛精査を主訴に施行した腹部超音波検査では、膵尾部腫瘍は58mmと増大しており、血液検査ではCA19-9およびCEAの上昇を認めた。腹部造影CTでは、乏血性の充実成分と多房性の嚢胞成分を認めた。MRIでは、嚢胞の大部分がT2で高信号、T1で低信号を示し、一部はT1で高信号、T2で低信号を示した。EUSでは膵管との交通を認めず、腫瘍内部に充実成分と嚢胞成分が混在しており、嚢胞成分内に出血を疑う高吸収域を認めた。これらの画像所見から、粘液性嚢胞腫瘍を鑑別に挙げた。PET-CTではFDGの集積は認めなかったが、腫瘍の増大傾向および腫瘍マーカーの上昇を考慮し、悪性変化を否定できないとして診断的治療を目的に脾臓合併脾体尾部切除術を施行した。病理所見では、脾体尾部嚢胞の内部は漿液性で淡黄色透明の液体を含み、部分的に嚢胞壁の肥厚は認められたが、充実性の増殖は認めなかった。嚢胞壁周囲には脾索や静脈洞を認め、被覆上皮に異型所見は認めなかった。嚢胞は膵内に存在し、膵臓との連続性が認められなかったことから、膵内副脾に発生した脾嚢胞と診断した。術後、腫瘍マーカーは陰性化した。膵尾部嚢胞性腫瘍に対する診断的外科的切除術の症例報告は散見されるが、脾嚢胞の診断に至った症例は比較的稀であり、文献的考察を含めて報告する。

膵尾部腫瘍, 膵尾部嚢胞性腫瘍

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
石川彩椰人¹⁾, 植田 鍊¹⁾, 丹下主一¹⁾, 外川 修¹⁾, 中込 良¹⁾, 井上 泰²⁾, 小池和彦¹⁾

【症例】81歳男性。15歳まで山梨県在住。海外渡航歴なし。【経過】右肺癌精査中のX年6月23日に38.1℃の発熱、8行/日の下痢を主訴に当科紹介となった。【経過】7月1日に大腸内視鏡検査(CS)を実施した。全大腸に白苔付着したびらん、アフタ様潰瘍が散在しており、生検にて日本住血吸虫の虫卵を認め日本住血吸虫症(日虫症)と診断した。7月16日に腹痛を主訴に小腸炎疑いで入院の際に上部消化管内視鏡検査(EGD)を実施し、十二指腸生検でも虫卵を認めた。なお、肝機能は正常であり門脈圧亢進症も無かったが、腹部超音波検査では肝門脈域に一致した網目状の線状高エコーを認めた。診断的治療として8月10日にpraziquantel 1800mg/日の2日間内服を行ったところ、腹痛や下痢等の症状は消失した。治療効果判定目的に10月31日にCS、EGDを実施し、前回同様の部位に虫卵を認めた。9月4日から右肺扁平上皮癌cStageIIAに対してpembrolizumabで治療継続中であるが、腹部症状の再発は無く経過している。また、7月21日のEGDで胃角部前壁に早期胃癌cStageIAを認めたが、肺癌治療を優先する方針となり、経過観察とした。【考察】日虫症は1996年に国内で終息宣言がされているが、近年高齢者の消化管での生検や切除検体にて虫卵が確認された報告が散見される。一般的に成虫は5年程度で死滅すると言われており、国内の感染例も陳旧性が多い。また日虫症は成虫・虫卵両抗原に対する抗体価を測定し、治療法を検討すべきだが、当院では施行困難であったため、診断的治療として吸虫駆除剤を投与した。なお、関連性は明らかではないが、肺癌や胃癌の切除検体にも虫卵がみられる報告が散見されており、本症例も肺癌、胃癌の診断がなされ興味深い症例であり、文献的考察を加えて報告する。

陳旧性日本住血吸虫症, 癌

横須賀市立うわまち病院 消化器内科¹⁾, 同 病理検査科²⁾
中村順子¹⁾, 前原健吾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⁾, 細野邦広¹⁾, 池田隆明¹⁾, 飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾

【症例】60歳、男性。【既往歴】15年前に狭心症で冠動脈ステント留置。3年前のC型慢性肝炎治療でウィルスは持続陰性化(SVR)。【現病歴】C型慢性肝炎SVR後のスクリーニング目的で施行した腹部CTで、胆嚢底部と結腸肝湾曲間に25x15mmの軟部腫瘍を指摘され、精査方針となった。【検査成績】WBC 5900/ μ l, RBC 432x10³/ μ l, Hb 13.0g/dl, Hct 37.2%, Plt 33.4x10³/ μ l, BUN 11.8mg/dl, Cr 1.09mg/dl, AST 14U/L, ALT 15U/L, LDH 118U/L, ALP 20U/L, T-Bil 0.32mg/dl。【臨床経過】造影CTでは大網由来と考えられる不均一に造影される充実性腫瘍で、胆嚢底部への浸潤が疑われた。MRIで腫瘍はT1WIでは低信号、T2WIでは軽度高信号、DWIでは拡散抑制を示した。明らかなリンパ節腫大等の所見は認められなかった。以上の画像所見より、大網由来の腫瘍で肉腫等が否定できないため、外科での腹腔鏡下腫瘍切除、胆嚢摘出術の方針となった。【病理所見】やや小形で核小体を伴う均一なリンパ球がびまん性に増殖しており、胆嚢壁への浸潤が認められた。増殖リンパ球の免疫染色では、CD20(+), CD3(-), CD5(+, weak), CD10(-), BCL2(+), CCND1(-)であり、MIB-1 indexは10%程度であった。以上より、大網原発の節性濾胞辺縁帯リンパ腫(NMZL)と診断した。術後のPET-CTでは他のリンパ節や臓器の集積はなく、病期は1期と判断した。C型肝炎ウィルス陽性の脾原発NMZLでは、抗ウィルス治療の有効性が報告されているが、本例はすでにSVRが得られたおり、追加治療なく慎重に経過観察を行っている。【考察】C型慢性肝炎の抗ウィルス治療SVR例に認められた大網原発の節性濾胞辺縁帯リンパ腫の1例を経験した。臨床経過、画像所見を含め示唆に富むと考え報告する。

大網, 節性濾胞辺縁帯リンパ腫

亀田総合病院 消化器内科¹⁾, 同 臨床病理科²⁾
大倉哲郎¹⁾, 仲地健一郎¹⁾, 大野 航¹⁾, 藤井陽三¹⁾, 西田泰久¹⁾, 井坂佑莉¹⁾, 木下裕介¹⁾, 蘆川 堯¹⁾, 川添夕佳¹⁾, 西脇拓郎¹⁾, 船登智将¹⁾, 井上 薪¹⁾, 川満津菜貴¹⁾, 南雲大暢¹⁾, 中路 聡¹⁾, 安藤司思²⁾, 本間浩一²⁾

【はじめに】非乳頭部十二指腸腺腫は稀な疾患であり、上部消化管内視鏡(EGD:esophagogastroduodenoscopy)によるスクリーニング検査の普及を背景に、近年、報告例が増加傾向にあり、低侵襲治療を前提とした早期拾い上げ診断の必要性が高まりつつある。非乳頭部十二指腸腺腫は、小腸型上皮由来でadenoma-carcinoma sequenceによって説明される腸型形質腫瘍と、異所性胃型上皮を伴う腫瘍様病変に由来するBrunner's gland hyperplasia, ectopic gastric mucosa, gastric metaplasia, foveolar-hyperplastic polypに由来する胃型形質腫瘍に大別される。内視鏡検査では本症例のような十二指腸内の腫瘍様病変を拾い上げ、腫瘍化する可能性がある病変として認識しておくべきと考える。【症例】57歳男性。20XX年に施行されたEGDで十二指腸球部前面に約4mmの発赤調の隆起性病変を指摘された。病変は経時的に増大し異所性胃粘膜の病理診断であったが、20XX+18年には15mm大に増大し生検でtubular adenomaの診断となった。20XX+20年のEGDで病変の大きさは20mm大まで増大したため内視鏡的粘膜下層剥離術で一括切除を行った。病理では、病変の大部分は幽門腺に酷似した腺管構造であり、胃型腺腫の組織像であった。一部は高度異形成を認め、duodenal pyloric gland adenoma with high-grade dysplasiaと診断された。異所性胃粘膜から十二指腸癌が生じた症例の報告は極めて稀で、内視鏡的及び病理的に経過を追っている例は本症例が初めてである。今回、若干の文献を含めて報告する。

異所性胃粘膜, 十二指腸癌

東邦大学医療センター 大橋病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾, 同 放射線科³⁾
竹中祐希¹⁾, 日原大輔¹⁾, 岡本陽祐¹⁾, 橋口貴宏¹⁾, 小川 悠¹⁾, 枇杷田雅仁¹⁾, 栽原麻希¹⁾, 岩井 哲¹⁾, 齋藤孝太¹⁾, 山田悠人¹⁾, 松井貴史¹⁾, 吉田有輝¹⁾, 齋藤倫寛¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 横内 幸²⁾, 藤井貴史³⁾, 吉田匡宏³⁾, 渡邊 学¹⁾

症例は80歳台女性、20XX年10月に近医より食道胃接合部癌の疑いで紹介受診となった。内視鏡下生検にて食道胃接合部癌(T3N1M0 cStage3) adenocarcinoma (tub1-2) HER2陰性と診断した。外科的手術の適応であったが本人の希望により化学療法の方針とした。診断より3か月後からSOX療法を開始したが、治療中に嘔気と舌炎が出現したため2回目の投与からS-1単剤療法に変更し治療を継続した。20XX+2年に吐血を伴う高度貧血のため当院入院となった。貧血の原因は腫瘍からの出血と考え、さらに腫瘍は増大傾向であり治療効果はPDと判断、S-1療法を8クールで終了とした。また、出血コントロールとして30Gy/10回の緩和照射を実施し貧血の進行を軽減できた。高頻度マイクロステライト不安定性 (MSI-High) が陽性であることから、緩和照射終了後にsecond lineとしてペムブロリズマブの投与を開始した。入院にて2クール施行、以後は外来にてペムブロリズマブの継続投与を予定していたが、血液検査でCr値増加grade2、胸部CTで左肺の間質性肺炎grade2が出現したため、投与開始から2か月ほどで緩和治療へ移行した。同時期のCTで腫瘍は縮小していた。その後、全身状態の増悪はみられず、治療終了から9か月後の腹部CTにて腫瘍の増大は認めなかった。20XX+4年に施行したCTおよび内視鏡検査上も増悪なく、診断から48か月、治療開始から27か月の時点で寛解を維持していた。本症例は、超高齢患者のMSI-High陽性食道胃接合部癌に対してペムブロリズマブが著明な腫瘍制御効果を示した。投与回数も少なかったが治療中止後も長期寛解が維持できた点が特徴的である。本症例に関して、ペムブロリズマブの治療効果に関して若干の文献的考察を含めて報告する。

食道胃接合部癌, Pembrolizumab

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座
菅谷武史, 小島原駿介, 稲葉航平, 坂本智哉, 増山智史,
金澤美真理, 田中孝尚, 渡邊詔子, 富永圭一, 入澤篤志

【症例】39歳。女性。23歳時にPSCに対して生体肝移植を施行された。肝移植後から育児希望があったが、流産や死産の経験があった。31歳より慢性的な腹痛、下痢、血便症状を自覚していた。腹部症状が増悪したため、20XX-3年(36歳)に当科へ紹介され全大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断された。5-ASA製剤が著効し臨床的寛解となったが、20XX-3年10月に再燃し入院した。Ustekinumabが導入され退院となるが、その後、4度にわたる生物学的製剤の変更が試みられたが臨床的寛解には至らず経過されていた。UCの活動性は持続していたが、育児希望が強く、当院リプロダクションセンターに通院し不妊治療を継続されていた。20XX年4月に人工授精にて妊娠成立した。妊娠成立時も5-ASA製剤とVedolizumabにて加療されていたが、重症度分類の中等症の活動性を示していた。妊娠20週頃より血便が悪化し、低アルブミンおよび貧血の進行、CRPの上昇を認め、腸管安静や寛解導入治療を目的に、20XX年7月に入院された。UC増悪のため、プレドニゾン50mg/日が開始され、臨床症状は改善し妊娠28週で退院となった。妊娠32週で妊娠高血圧腎症のため、産婦人科へ入院され、その後、胎児機能不全のため妊娠34週で緊急帝王切開し出産に至った。【考察】本邦では近年、炎症性腸疾患の患者数が増加の一途をたどり、育児希望症例や妊娠症例を経験することも多くなってきた。安全な妊娠・出産には母体の疾患活動性が最も重要であるとされ、活動性が高ければ、早産や低出生体重、帝王切開のリスクが上がるとされている。今回、我々は、潰瘍性大腸炎合併妊娠、肝移植後、高齢出産など多くのリスクをかかえたまま出産に至ることができた症例を経験したので文献的考察とともに報告をする。

潰瘍性大腸炎, 妊娠

帝京大学医学部 内科学講座¹⁾, 同 病理学講座²⁾
竹内研人¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 清水友貴¹⁾, 本田 卓¹⁾, 松本康佑¹⁾,
磯野朱里¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 立澤直子¹⁾, 有住俊彦¹⁾,
阿部浩一郎¹⁾, 小田島慎也¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 今津博雄¹⁾, 田中 篤¹⁾,
菊地良直²⁾, 笹島ゆう子²⁾

【概略】症例は67歳男性。高血圧などで近医クリニック通院中。2か月前から時折腹痛を認め受診するも原因不明で経過観察となっていた。再度腹痛を生じ、かかりつけ医で腹部超音波検査を施行したところ肝腫瘍を認め、腹部造影CTで肝左葉に早期濃染する腫瘍を認めたため、精査目的に当院へ紹介となった。Gd-EOB-DTPA造影MRIでは、早期濃染し肝細胞相でdefectになる多発肝腫瘍を認め、PET-CTでは肝左葉と傍大動脈リンパ節に集積を認めており、精査目的に入院となった。上部消化管・大腸内視鏡検査では悪性腫瘍や潰瘍性病変は認めなかった。肝腫瘍生検を施行し、結果はMetastatic neuroendocrine tumor (grade2)であった。前医造影CTの撮影範囲で小腸(回腸疑い)に早期濃染する病変を認め、小腸神経内分泌腫瘍の可能性を考えた。小腸検索として小腸造影を行ったが病変の指摘は困難であった。すでに転移を有しており、小腸病変が確認できない場合でも治療方針への影響がないこと、すでに病理診断を得ていることから小腸鏡は施行しなかった。退院後施行したソマトスタチン受容体シンチグラフィでは縦隔・腹腔リンパ節・肝内に集積を認めたが、原発巣を疑わせる集積は認めなかった。脳転移評価として施行した頭部MRIで下垂体腫瘍を認め追加精査したところ、非機能性の下垂体腺腫が疑われた。腫瘍内科に紹介しオクトレオチドによる内服加療が開始され、現在も通院加療中である。【考察】肝腫瘍生検からNET(G2)の診断となり、耐糖能異常や潰瘍、下痢や皮膚紅潮などではなく、自覚症状としては腹痛のみであったことから、非機能性神経内分泌腫瘍と診断した。ガイドラインで消化管NET(G1/G2)に対する薬物加療としてソマトスタチンアナログ療法が記載されており、本症例でも選択された。消化管あるいは原発の神経内分泌腫瘍ではしばしば原発巣の検出が困難であることが報告されている。小腸NETであった場合、1cm以下の病変でもリンパ節転移するという報告もあり、原発巣不明であっても転移を有する症例がおりうる。本症例も各種検査で原発巣の検出困難で肝転移の生検で組織を確定した。

神経内分泌腫瘍, 多発肝腫瘍

帝京大学ちば総合医療センター 内科
高村尚樹, 八兄逸平, 高橋健太郎, 四ツ谷論, 山田章盛, 佐藤新平,
佐藤隆久, 小尾俊太郎

【はじめに】腸炎ビブリオは主に魚介類の生食により媒介され、腸炎による発熱や下痢を引き起こす。当院の位置する沿岸部は特に魚介類を生食する機会が多い。腸炎ビブリオの発症件数は1990年代にピークを迎えたが、ここ数年は減少傾向である。今回原因と思われる赤貝摂取量に依存して発症した症例を経験したため報告する。【症例】36歳女性。【臨床経過】X年X月に右側腹部-下腹部疼痛、嘔吐、下痢を認め症状改善がないため救急要請した。血液検査で炎症反応の上昇、腹部単純CT検査で回盲部-上行結腸壁肥厚を認め入院加療の方針とした。前日に生魚を摂食していたため、腸管感染症を疑い便培養を提出した。入院後禁食輸液で治療開始した。また一緒に赤貝を摂食した母親にも同様の消化器症状が出現していた。第3病日に便培養よりVibrio parahaemolyticusが検出され、腸炎ビブリオによる感染性腸炎と診断した。時間経過とともに20回あった下痢が減少し、腹痛も改善したため、第3病日より経口摂取開始し、第8病日に退院となった。感染性胃腸炎は5類感染症であり、本症例は食中毒を強く疑ったため最寄りの保健所に届け出た。【考察】腸炎ビブリオはコレラ菌と同様のビブリオ属菌であり、鞭毛を持って活発に活動するグラム陰性短桿菌に分類されている。本症例は鮮魚店で購入した刺身からの感染が疑われており、摂食した家族に摂取量に依存して下痢症状が出現している。原因食品の低温管理や調理時または調理後の汚染防止し予防することが重要である。食品衛生法では食中毒が疑われているため24時間以内の保健所への届出が必要である。今後、沿岸地域の特性を考慮し保健所と共同して啓蒙活動を行う予定である。

感染性胃腸炎, 腸炎ビブリオ

帝京大学ちば総合医療センター 内科
高橋健太郎, 高村尚樹, 八兄逸平, 四ツ谷論, 山田章盛, 佐藤新平,
佐藤隆久, 小尾俊太郎

【緒言】2009年より始まった肝がんに対する薬物療法は目覚ましい発展をとげている。しかし、Child-Pugh Bの症例には基本的に適応はなく、肝機能不良例の進行肝細胞癌治療はunmet needsとされてきた。患者とともに諦めず肝がん治療に取り組んだ一例を報告する。【症例】49歳男性(配管工を経て現トラック運転手)。18歳時の刺青でC型肝炎に感染した。X年8月初発。S8 3cm単発のHCCが疑われ当院に紹介となった。X年10月にEVL後、11月に肝切除(mod. Diff. Vp0, Vv1, B0)を施行した。X+1年10月PIVKA-IIが上昇しX+2年2月Vp4の門脈腫瘍浸潤で再発した。残存肝機能がChild-Pugh BであったためX+2年3月から1-3kurの動注化学療法(Low-dose FP)を施行しCRとなった。X+3年4月S5 3cm単発の再発ありTAE1を施行した。7月DAAにてウイルス駆除。12月TAE2を施行した。X+4年1月動注化学療法4kur目を施行した。X+5年3月TAE3、5月PTO、8月PSE、9月胸壁転移に対してTAE4、12月TAE5を施行した。X+6年1月TAE6、5月TAE7施行するもコントロールが困難となり、7月アテゾリズマブ+ベバシマブを導入した。X+7年4月EVL施行。5月放射線治療を行った。【考察】肝機能不良例に対する肝癌治療は標準的治療法が見出されていない。肝硬変の合併症を含めて集学的な肝癌治療が予後を延長する可能性がある。

肝細胞癌, 集学的治療

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

【背景】慢性肝疾患患者では血小板減少症により、観血的処置の際に出血リスクが高まることが問題となる。血小板減少症に対する標準治療は血小板輸血であるが、副反応や感染症に加え繰り返す輸血により抗血小板抗体が産出し血小板輸血が無効になるリスクもある。近年、慢性肝疾患患者に対する待機観血的処置の際の血小板減少症に対する治療としてアパトロンボバグが使用可能となったが、実臨床における報告はまだ少ない。当院にて慢性肝疾患患者に対する観血的内視鏡処置にアパトロンボバグを使用した4例を報告する。【症例】1) 60代、男性。アルコール性肝硬変のために通院中、大腸ポリープに対して内視鏡的粘膜切除術（EMR）が予定された。血小板数は $4.8 \times 10^4 / \mu\text{L}$ でありアパトロンボバグ40mgを内服したところ $9.7 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と上昇し、問題なくEMRを施行できた。2) 70代、男性。代謝機能障害関連脂肪肝炎（MASH）による肝硬変のため通院中に肝臓腫瘍を指摘され、超音波内視鏡下穿刺吸引法が予定された。血小板数は $4.4 \times 10^4 / \mu\text{L}$ でありアパトロンボバグ40mgを内服し、 $7.5 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と上昇し、問題なく超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）を施行できた。3) 60代、男性。MASHによる肝硬変のため通院中、食道静脈瘤に対して地固め治療が予定された。血小板数は $4.6 \times 10^4 / \mu\text{L}$ でありアパトロンボバグ40mgを内服し、 $5.4 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と上昇し、治療を施行できた。4) 50代、女性。アルコール性肝硬変に合併した食道静脈瘤の破裂に対して、緊急で内視鏡的静脈瘤結紮術が施行された。残存した食道静脈瘤に対して、内視鏡的静脈瘤硬化療法（EIS）が予定された。血小板数は $3.4 \times 10^4 / \mu\text{L}$ であり血小板輸血を10単位投与したが、血小板数の改善は認められなかった。アパトロンボバグ60mgを内服し、 $7.5 \times 10^4 / \mu\text{L}$ と上昇し、治療を施行できた。4症例とも出血性合併症はなく、血栓症等の有害事象は認めなかった。【結語】アパトロンボバグを使用することで、血小板減少を認める肝硬変患者でも安全に観血的内視鏡処置を施行することができた。

アパトロンボバグ、観血的内視鏡処置

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、同 第四内科³⁾
松本光太郎¹⁾、早川 淳¹⁾、阿久津朋宏¹⁾、岡本寛治¹⁾、苗村佑太¹⁾、
菊山智博²⁾、斎藤 剛²⁾、足立貴子¹⁾、渡邊彩子¹⁾、辻川尊之¹⁾、
網島弘道¹⁾、勝倉暢洋¹⁾、阿曾達也²⁾、菊池健太郎³⁾、高橋美紀子²⁾、
土井晋平¹⁾

【背景】肝細胞癌のリスク因子である喫煙や飲酒過多などの生活習慣が関与することで、他臓器の重複がん併発の可能性が高くなる。今回、肝細胞癌と食道癌を同時に認め、肝細胞癌治療を優先した薬物療法により両疾患の病勢が良好にコントロールされた1例を経験し、文献の考察を加えて報告する。【症例】78歳男性。X-20年よりアルコール性肝障害の診断で近医に通院していた。X-1年10月頃より食思不振と身体活動低下を来し、血液検査で肝障害とAFP高値、造影CTで両葉に早期浸染とwash outを呈する多発肝腫瘍を認め、切除不能の多発肝細胞癌の診断で当院を紹介された。腫瘍マーカーはAFP 172 ng/mL、PIVKA-II 786 mAU/mL。上部消化管内視鏡検査（EGD）で胸部中部食道に0-I型の発赤剥離起性病変を認め、病理組織診断は扁平上皮癌であった。両疾患の予後から肝細胞癌に対する薬物療法を優先し、X年2月からアテゾリズマブ/ペバシズマブ併用療法を開始した。2クール後の造影CTで肝腫瘍の造影効果不良がみられ、治療継続の予定であった。しかし4月に右上肢の運動機能障害を来し、頭部MRIで左中大脳動脈分水嶺領域に新規の脳梗塞を認めたため、デュルバルマブ/トレメリムマブ併用療法へ変更した。治療変更後、AFPとPIVKA-IIは減少し、7クール後の造影CTで多発肝腫瘍はさらに縮小し、EGDでは既知の食道癌も消失した。現在も重篤な有害事象を来すことなく治療継続中である。【考察】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）が登場してから適応範囲は拡大し、各がん種での有用性に関する報告が増えているが、本症例のようにICIが複数のがん種に対して同時に効果を示した報告例は少ない。肝細胞癌治療として使用したICIが食道癌にも有効であったことは、両癌種が類似の免疫抑制機構を共有し、全身性に免疫応答が強化したことで複数部位の腫瘍制御が達成された可能性を示している。今後さらなる症例の蓄積と検討が望まれる。【結語】食道癌を併発した切除不能肝細胞癌の症例に対してICI併用療法が奏効した1例を経験した。

免疫チェックポイント阻害薬、重複癌

国立がん研究センター中央病院 肝胆脾内科
喜多 碧、脇岡 範、小森康寛、桑田 潤、福田壮馬、八木 伸、
山重大樹、岡本浩平、東江大樹、原井正太、岡田真史、丸本雄太、
永塩美邦、森實千種、上野秀樹、奥坂拓志

【症例】70歳台女性。上腹部痛を契機に近医を受診し、精査目的に行った造影CTで脾臓腹部側に8mmの多血性腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院に紹介となった。上部消化管内視鏡検査では萎縮性胃炎や潰瘍痕を認めたが、観察範囲内に十二指腸神経内分泌腫瘍（NET）を疑う病変は指摘できなかった。造影CTで脾臓部の病変は胃十二指腸動脈（GDA）との連続性が疑われ、動脈瘤または脾多血性腫瘍が鑑別となった。また、腹腔動脈起始部の狭小化を認め、正中弓状韧带压迫症候群（MALS）が疑われた。脾臓部腫瘍の精査目的に超音波内視鏡検査（EUS）を行ったところ、脾臓部に11.6 mmのGDAと連続する病変があり、連続する血管と同期して内部に拍動性のドップラーを呈していた。ソナゾイド造影では同病変は周囲組織と比較して早期から造影効果を認め、Bモードにおいても造影効果を伴った血流が拍動性に流入することを確認した。以上より、GDA領域の動脈瘤として血管塞栓術を行う方針となった。血管造影では上臍十二指腸動脈に動脈瘤を認め、腹腔動脈からアクセスしコイル塞栓を行い、合併症なく終了した。その後、動脈瘤の破裂や再燃なく経過した。【考察】腹部内臓動脈瘤のうち上臍十二指腸動脈瘤は2%と比較的稀である。上臍十二指腸動脈瘤の成因は脾炎、感染症、外傷、動脈硬化などのほか、本例のようにMALSによるものが報告されている。MALSでは腹腔動脈の血流が低下し、上腸間膜動脈からの側副血流が増加することで上臍十二指腸アークアードが発達し、動脈瘤が形成されると考えられている。上臍十二指腸動脈瘤の治療は経カテーテル的動脈塞栓術が第一選択であり、破裂の危険性があるため診断した時点で塞栓術を考慮すべきである。上臍十二指腸動脈瘤は破裂後に造影CTや血管造影検査で診断された例が多く、本邦においてEUSで診断し得た報告は本例の他に一例のみであった。脾臓部の多血性腫瘍の鑑別においては上臍十二指腸動脈瘤の可能性を考慮すべきであり、EUSが診断の一助となる可能性がある。

上臍十二指腸動脈瘤、正中弓状韧带压迫症候群

帝京大学医学部 内科学講座¹⁾、同 外科学講座²⁾
梶田航平¹⁾、今津博雄¹⁾、清水友貴¹⁾、本田 卓¹⁾、松本康祐¹⁾、
青柳 仁¹⁾、磯野朱里¹⁾、三浦 亮¹⁾、阿部浩一郎¹⁾、有住俊彦¹⁾、
小田島慎也¹⁾、浅岡良成¹⁾、山本貴嗣¹⁾、田中 篤²⁾、澁谷 誠²⁾、
三澤健之²⁾、佐野圭二²⁾

症例は74歳女性。X-1年より不正規出血が出現、増加傾向にあるためX年に近医受診し進行子宮頸癌の疑いとなった。子宮頸癌治療を当院で行う方針となったが前医で行われたCT検査にて脾臓部に多房性囊胞性腫瘍、体部に、囊胞に接して辺縁に遷延性浸染を呈する腫瘍をみとめ、脾臓部分枝型IPMNおよび体部癌の疑いでX年3月に当科紹介となった。病理診断目的で脾体部病変に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）施行、Adenocarcinomaの診断となった。脾体部癌としてはStage IB（cT2N0M0）と考えられ、脾体尾部切除を検討していたが、術前精査のために撮影をおこなった造影CT検査で脾臓部のIPMNとは別に、鉤部に微かな遷延性浸染を呈する領域を認めた。このため、5月にEUSによる脾全体のスクリーニング精査を行なったところ、従来からCTで指摘されている脾臓部の分枝型IPMN、体部の脾癌とは別に鉤部に9mm大の比較的境界明瞭な低エコー腫瘍と腫瘍に接する形で分枝膵管の拡張を認めた。穿刺ルート上の血管を避けられないため超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）による病理診断は困難と判断し、ソナゾイド造影EUSを行った。鉤部病変は早期相では正常脾と同等に均一に造影されるが、後期相で造影剤が早期にwash outされ、脾鉤部癌と診断した。脾鉤部癌、体部癌ともに切除可能と判断し、7月に脾全摘術を行なった。病理結果では脾鉤部、脾体部病変ともに浸潤性膵管癌で、二つの病変に連続性はなく、同時性多発浸潤性膵管癌と診断した。同時性多発浸潤性膵管癌は少なからず存在するため、術前には多発脾癌を念頭に精査を進める必要がある。また造影EUSはリアルタイムでの病変血行動態の観察を可能とし、FNA不可や、特に小脾癌でFNA陰性結果時の脾癌診断法として有用である。今回、造影EUSが診断に有用であった同時性多発性浸潤性膵管癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

脾癌、造影EUS

初発から11年後に診断された微小な脾動脈瘤によるHemosuccus Pancreaticusに対し緊急脾体尾部切除を行った一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

大島 開, 山本夏代, 垣淵大河, 金子貴大, 小林和貴, 宮田祥宏, 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, 横井千寿, 小島康志, 田中康雄, 秋山純一, 柳瀬幹雄

【症例】49歳男性、大酒家。【現病歴】11年前に小腸出血疑いで大学病院に入院し、バルーン小腸内視鏡で小腸病変の焼灼術を施行された。6年前にアルコール性慢性肝炎の急性増悪で他院に入院した際に2度の血便を認め、カプセル内視鏡でangioectasiaが疑われたが自然止血し退院。3年前に血便で当院に入院し、再度バルーン小腸内視鏡も施行したが原因特定できず、同様に自然軽快し退院した。今回、来院3時間前からの心窩部痛と鮮血便を主訴に救急搬送され、精査目的に再入院となった。【臨床経過】来院時Hb 11.2 g/dlと軽度の貧血を認めた。造影CTでは全結腸に高吸収の液貯留が見られ、脾臓は高度に萎縮し、実質と一部主脾管内に数mm大の結石が散在していた。結石尾側の脾管拡張が見られたが、活動性脾炎の所見は認められなかった。大腸内視鏡では回腸末端に多量の血液貯留があり、より口側からの出血が疑われた。そこで上部消化管内視鏡を行い、十二指腸球部に血液貯留と十二指腸乳頭からの持続出血を認めた。造影CTを再確認したところ、脾石に隣接した微小な仮性動脈瘤を発見し、Hemosuccus Pancreaticus (HP) と診断した。緊急血管内治療の方針とし、横行脾動脈の分枝に動脈瘤を同定しコイル塞栓を行った。続いて脾動脈からの側副路の分枝を探索中に突如心窩部痛と血圧低下がみられ、動脈瘤の再破裂が疑われた。血管内治療を断念し緊急脾体尾部切除に移行する方針とした。出血コントロールのため脾動脈本幹をバルーンカテテルで圧迫したまま開腹し、バルーンの減圧、抜去と同時に脾動脈の結紮切離を行った。術後は経過良好で退院となった。【考察】HPは仮性動脈瘤などが脾管と交通しVater乳頭への出血をきたす稀な疾患で、上部消化管内視鏡で十二指腸乳頭からの出血を確認することや、造影CTで動脈瘤などの出血源を同定することで診断される。本症例では、HPの診断に至るまでに11年を要した。動脈瘤が微小だったために出血源の同定ができなかったことに加え、前医で小腸出血が疑われたことが診断の遅延に影響したと考えた。

Hemosuccus Pancreaticus, 緊急脾体尾部切除

致死経過を辿ったアルコール性慢性脾炎、仮性囊胞門脈穿破の一例

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科

中原健徳, 戸田信夫, 関 道治, 小島健太郎, 高木 肇, 近藤真由子, 森山 慎, 鈴木 賛, 丹野恵里佳, 芝本祐太, 曾谷村佳史, 田邊 舞, 阿達航太

症例は46歳女性。過去に6回のアルコール性急性脾炎の治療歴あり。20XX年8月、背部痛を主訴に近医を受診し、脾管拡張を指摘され当科を紹介受診した。MRCPおよびCT検査では、脾頭部の主脾管に結石を認め、その尾側脾管が拡張していた。また、脾管内には多数の脾石が確認され、さらに脾頭部および脾石近傍に10mm大の仮性囊胞が認められた。精査および治療目的で10月1日に入院したが、入院時には仮性囊胞が38mmまで増大していた。脾頭部脾石による脾管閉塞が仮性囊胞増大の原因と考え、脾管ドレナージを目的にERCPを施行。しかし、脾石より尾側へのアプローチは困難であった。仮性囊胞のドレナージ後、体外衝撃波結石破砕術(ESWL)による脾石除去を検討したが、10月12日の検査で仮性囊胞の縮小および門脈からの血流流入を確認し、仮性囊胞の門脈穿破と診断した。この時点で、脾頭部脾石に対するESWL、経胃的尾側脾管ドレナージ、門脈切除を伴う脾頭十二指腸切除などを検討したが、いずれの処置も重大な偶発症の可能性が高く、患者が無症状であったため、外来での厳重経過観察を選択した。その後は特に問題なく経過していたが、20XX+1年4月に腹痛を生じ再入院した。CT検査では胸腹水および広範な腸管浮腫を認めた。腹水の性状は漏出性であり、仮性囊胞門脈穿破に伴う門脈圧亢進症による症状と考えられた。利尿剤やアルブミン製剤の投与を行ったが効果が乏しく、腎機能障害を生じコントロールに難渋した。腹痛に対するフェンタニルの大量投与や高アンモニア血症による意識障害が発生し、さらに誤嚥性肺炎を併発して呼吸状態が悪化した。人工呼吸器管理や持続的血液濾過透析(CHDF)を行ったが、改善は見られず、20XX+1年5月29日に死亡した。致死経過をたどった慢性脾炎および仮性囊胞門脈穿破の一例を経験したため報告する。

脾炎, 仮性脾囊胞

主脾管破綻症候群(DPDS)に対して超音波内視鏡下脾管ドレナージ(EUS-PD)が有効だった一例

社会福祉法人恩賜財団 済生会横浜市南部病院 消化器内科
佐久間大樹, 石井寛裕, 後藤山樹, 前田千春, 池澤百合花, 小俣亜梨沙, 永島愛一, 米井翔一郎, 黒澤貴志, 京 里佳, 所知加子, 菱木 智, 杉森一哉

【症例】36歳女性【主訴】息切れ, 左胸痛【現病歴】X-1年7月から8月にかけて仮性囊胞を伴うアルコール性脾炎のため当院に入院し保存的加療を行った。その後外来で経過観察中、X年1月に息切れが出現したため当院を受診した。CTで左大量胸水がみられ、胸腔穿刺を行った結果、胸水中アミラーゼの異常高値を認めたため脾性胸水と診断し精査入院した。胸腔ドレーンを留置後、内視鏡的逆行性胆管脾管造影(ERCP)を行い主脾管破綻症候群(DPDS)と診断した。瘻孔付近に内視鏡的経鼻脾管ドレナージ(ENPD)を留置、後日瘻孔部位へ内瘻化した。今回はEUS-PD目的にX年5月に入院とした。【入院後経過】EUS-PDを行うと、主脾管断裂部とそれより乳頭側の脾体部の主脾管に狭窄を認めた。ガイドワイヤー(GW)は乳頭まで留置できたが、脾体部の狭窄部をステントが通過しなかった。先端が主脾管断裂部より乳頭側になるように経胃的にステントを留置した。【退院後経過】左胸水の増悪や脾炎の再燃は認めず経過し、後日ステント交換を行い経乳頭的に尾側脾管までステントを留置することができた。今後は脾管ステントの定期交換を行いながら、破綻部の狭窄が改善すればステントを抜去する方針である。【結語】主脾管破綻症候群(DPDS)に対してEUS-PDが有効であった一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

主脾管破綻症候群, EUS-PD

脾癌術後再発による悪性輸入脚症候群に対して超音波内視鏡下胃輸入脚瘻孔形成術が奏功した1例

帝京大学医学部溝口附属病院 消化器内科

早川 淳, 辻川尊之, 苗村佑太, 斎藤 剛, 菊山智博, 足立貴子, 渡邊彩子, 松本光太郎, 勝倉暢洋, 綱島弘道, 土井晋平

【はじめに】近年、脾臓癌の罹患率が上昇する中で、脾臓癌に対する手術件数も増加しており、術後の予期し得る病態として輸入脚症候群の症例も増加すると予測される。輸入脚症候群に対する治療として従来は外科的治療が第一選択とされていたが、近年では内視鏡による低侵襲治療の報告が多くなっている。今回、脾癌術後再発に伴う輸入脚症候群に対し超音波内視鏡(EUS)下胃輸入脚瘻孔形成術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】76歳男性。20XX-7年に脾頭部癌に対して他院で脾頭十二指腸切除術(SSPPD)を受けた。20XX年5月発熱と腹痛を訴え、胆管炎を疑われ当院へ紹介受診となった。採血検査ではWBCとCRPに加え肝胆系酵素の上昇、血小板の低下、および凝固因子の延長を認めた。造影CTでは後腹膜再発に加え拡張した輸入脚を認めたため、脾癌再発に伴う輸入脚症候群、それに起因する胆管炎およびDICと診断した。入院当日にEUSガイド下で輸入脚ドレナージを施行、EUSで胃体下部小弯から拡張した輸入脚を同定後、19G 穿刺針を用いて輸入脚を穿刺した。ガイドワイヤーを挿入し、通電ダイレクターならびに胆管拡張用バルーンを用いて瘻孔を拡張した。その後、内瘻として両端pig-tail型のプラスチックステントを挿入し、外瘻として経鼻胆管ドレナージチューブを用いて輸入脚内の腸液をドレナージした。術後、発熱、腹痛は消失し、胆管炎の改善を認めた。第8病日にはCTで輸入脚の拡張が解消されたことを確認し、外瘻を抜去して退院となった。【結語】脾癌術後再発に伴う悪性輸入脚症候群に対し、EUS下胃輸入脚瘻孔形成術を施行し、良好な治療結果を得た。輸入脚症候群に対する内視鏡治療には他にもさまざまな手法があり、今後はそれぞれの治療法について安全性、低侵襲性、有効性をさらに検討し、最適な治療法を確立していく必要があると考える。

EUS下ドレナージ, 輸入脚症候群

国際医療福祉大学成田病院 臨床研修医¹⁾、同 消化器内科²⁾、同 緩和医療科³⁾、同 耳鼻咽喉科⁴⁾、国際医療福祉大学医学部大学院 消化器内科学⁵⁾、横浜市立大学 医学部大学院 肝胆膵消化器病学教室⁶⁾、大森赤十字病院 消化器内科⁷⁾、横浜栄共済病院 消化器内科⁸⁾、榎木大我¹⁾、結束貴臣^{2,3,5,6)}、渡部佳弘⁴⁾、有本 純^{6,7)}、Dang Thanh Huy¹⁾、石原 洋^{2,3,5,6)}、高橋宏太^{2,3,5,6)}、山下健太郎^{2,5)}、西澤俊宏^{2,5)}、角田圭雄³⁾、篠浦 丞⁵⁾、井上和明^{2,5)}、今西順久⁴⁾、海老沼浩利^{2,5,6)}、千葉秀幸^{6,7)}、酒井英嗣^{6,8)}

【背景】上咽頭神経内枝は喉頭蓋から披裂部の感覚を支配している神経である。表在型下咽頭癌に対する内視鏡的切除術（Endoscopic submucosal dissection: ESD）は上喉頭神経内枝を損傷するリスクがあり、時に誤嚥や嘔声といった合併症を引き起こす。今回、術前に上喉頭神経内枝の走行を同定し、神経を温存しながらESDを施行した一例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性。（既往歴）特記事項なし（生活歴）喫煙20本/日×44年、飲酒60g/日×毎日（現病歴）検診にて上部消化管内視鏡を施行したところ、梨状陥凹に2cm程度の表面不整な0-IIb病変を認めた。生検を行ったところ、扁平上皮癌の診断となった。CTにて明らかな遠隔転移を認めなかった。以上から早期表在型下咽頭がんの診断となり、ESDを施行した。術前内視鏡で喉頭展開後に白色光および画像強調機能にて上喉頭神経内枝が描写され、走行が確認できた。しかしながらヨード染色後は不明瞭になった。ESD術中は神経損傷しないよう慎重に切開を行った。また、トラクションメソッドを用いて病変を口側に牽引し、神経と病変部の距離を保ちながら切除した。手術時間は64分で完全一括切除が得られており、合併症はなかった。【考察】上咽頭神経内枝の温存にはヨード染色前に神経の走行を確認することが重要である。また、トラクションメソッドは神経温存のための剥離に有効である。

咽頭癌, ESD

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科
賀来徳倫、沖翔太郎、上村泰子、奥秋 匠、山内友愛、鈴木信之、福生有華、大久保裕直

症例は88歳女性。既往に内蔵逆位があり、また間質性肺炎に対してプレドニゾン5mg内服し、在宅酸素療法が導入中であった。食後の心窩部痛を認め当院へ救急要請となった。身体診察では腹部全体に圧痛・反跳痛を認め、血液検査ではWBC4600/ μ L、CRP0.63mg/dLであった。CT検査で胃体部小弯の穿孔、腹腔内遊離ガスと腹水貯留を認め、胃穿孔の診断となった。緊急手術を検討したが、間質性肺炎のため全身麻酔での人工呼吸器管理のリスクが高いとの判断で、緊急手術は施行せず、絶食・抗菌薬加療による保存的加療の方針となった。第2病日に当科へ転科となり、血液検査ではWBC1700/ μ Lと低下、CRPは10.42mg/dLと上昇あり、腹膜炎所見に改善を認めないこと、外科的処置が困難であることから、内視鏡的閉鎖の方針となった。上部消化管内視鏡検査では、胃体中部小弯に4cm大のA1潰瘍を認め、潰瘍底口側に1cm大の穿孔所見を認めたため、Over-The-Scope Clip (OTSC) を用いて内視鏡的閉鎖を施行した。施行直後の消化管造影検査では、腹腔内への漏れはなく処置は終了した。その後経過良好のため第4病日より飲水を、第7病日より食事を再開した。第10病日に炎症反応の上昇、腹痛の出現を認め造影CTにて穿孔部位から連続して脾背側ならびに右前腎傍腔腹側におよぶ膿瘍形成を認めた。第12病日に膿瘍腔へCTガイド下ドレナージを施行した。第23病日のCT検査で膿瘍腔の縮小を認め、同日ドレナージチューブを抜去し、以降腹部症状なく経過良好である。OTSCは消化管穿孔や出血、手術後の縫合不全や瘻孔の閉鎖に対し有用であり、2011年に本邦で保険適応となった。内視鏡治療数の増加に伴い、医源性消化管穿孔に対してその使用例は増加しているが、消化管潰瘍穿孔に対しては外科的手術が選択されることが多い。今回手術困難例の胃潰瘍穿孔に対して、OTSCを含めた集学的治療用いて保存的加療が奏効した1例を経験したため、文献的考察も踏まえて報告する。

胃潰瘍, 内視鏡治療

埼玉医科大学 総合診療内科¹⁾、同 消化管内科²⁾、埼玉医科大学国際医療センター 上部消化管外科³⁾、埼玉医科大学 病理診断科⁴⁾、塚本喜弘¹⁾、宮口和也²⁾、松本 悠¹⁾、塩味里恵¹⁾、都築義和²⁾、宮脇 豊³⁾、浜田芽衣⁴⁾、山本啓二¹⁾、今枝博之²⁾

症例は46歳女性。検診の上部消化管造影検査で食道に腫瘍を指摘され紹介となった。症状はなく、既往歴や服薬はなく喫煙歴、飲酒歴はない。上部消化管内視鏡検査では切開30cmに約40mm大の表面が過角化を伴い、一部に潰瘍をきたした亜有茎性の粘膜下腫瘍様病変を認めた。隆起部、茎部からの生検では、有意な所見が得られなかった。超音波内視鏡検査を行い腫瘍が第4層由来でないHypoechoic腫瘍であることを確認し、診断的治療目的にESDを施行し、合併症なく終了した。病理組織所見ではpT1b-SM2(1500 μ m)の癌肉腫で、断端陰性、脈管侵襲陰性であった。造影CTでは明らかな転移は認めず、追加外科切除の方針となった。食道癌肉腫は全食道癌に占める割合は比較的低く0.2~2.8%といわれている。有茎性のことも多く、隆起成分は急速に腫大するため壊死に陥りやすく、生検材料として適切でない可能性もある。また発見時には既に増大していることが多く、本症例のように早期段階でESDで癌肉腫と診断したケースはまれであり文献的考察を交えて報告する。

食道癌肉腫, ESD

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾、同 脳神経外科²⁾、筑波大学 医学医療系 診断病理³⁾、朝あかり¹⁾、山田武史¹⁾、松本めぐみ¹⁾、石川敬資¹⁾、小川英恵¹⁾、松田 悠¹⁾、宇野広隆¹⁾、石川直樹¹⁾、城山真美子¹⁾、堀籠祐一¹⁾、萩原悠也¹⁾、新里悠輔¹⁾、小松義希¹⁾、小林真理子¹⁾、山本祥之¹⁾、坂本 琢¹⁾、鶴淵隆夫²⁾、坂本規彰³⁾、土屋輝一郎¹⁾

【症例】76歳、男性。【現病歴】X年6月検診を契機に食道扁平上皮癌cT3N0M0と診断された。フルオロウラシル+シスプラチン(FP)療法を2コース施行したが縮小得られず、根治切除術を施行した。病期はypT3N1 ypStage IIIであった。X+1年8月に左半盲症状を契機に脳転移と診断し、腫瘍摘出術及びサイバーナイフを35Gy照射した。その後、複数回の脳転移再発を認め、X+3年10月にサイバーナイフ20Gy照射、X+5年3月に腫瘍摘出術を施行したが、3ヶ月後に再発した。Performance Status (PS) 3、Tumor Proportion Score (TPS) <1%、Neutrophil/Lymphocyte ratio (NLR) 26であり奏功率は低いと予想されたが、FP療法不応のためX+5年8月にイビリムマブ・ニボルマブ(Ipi+Nivo)を投与した。投与翌日に誤嚥性肺炎を来したBSCの方針としたが、投与1ヶ月後よりPS・嚥下機能の改善を認め、4か月後にはCTで脳転移の縮小を確認した。さらなる改善を期待し、Ipi+Nivoを再開したところ、3コース後のX+6年2月のMRIで脳転移は消失した。X+6年11月現在、irAEで休業しているが半年以上再発を認めていない。【考察】食道癌脳転移の発生頻度は0-5%と稀で、予後は極めて不良である。悪性黒色腫や非小細胞肺癌の脳転移に対しては、Ipi+Nivoが奏効することが示されている。PD-L1高値やTumor Mutational Burden高値、放射線照射による腫瘍浸潤リンパ球の誘導などが、ICIの脳転移に対する治療効果と関連することが報告されている。一方で、本症例と同様にPD-L1低発現の食道癌脳転移において、抗PD-1抗体 (Toripalimab) により脳転移が消失した報告もあり、ICIの奏効には必ずしもPD-L1高値が必須ではないと考えられる。化学療法や放射線・手術に抵抗性のPD-L1陰性食道癌脳転移に対して、Ipi+Nivoが著効した貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

食道癌脳転移, 免疫チェックポイント阻害薬

独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科¹⁾、
医療法人真医会 南医院²⁾、
塩田 匠¹⁾、闇瀬一貴¹⁾、木下 聡¹⁾、藏田隼也¹⁾、高田祐明¹⁾、
南 一洋^{1,2)}、中里圭宏¹⁾

【症例】79歳女性。2ヶ月前から下腿浮腫が出現し改善がないため近医を受診したところ、血液検査でHb 5.8g/dLと著明な貧血を認め精査加療目的で当院紹介となった。来院時、上下肢の浮腫と左側腹部から臍部にかけて弾性軟の腫瘤を触知した。血液検査で貧血以外に低アルブミン血症と腫瘍マーカーの異常高値(CEA 147.8ng/mL, CA19-9 3518.7ng/mL)を認めた。胸腹骨盤造影CTでは胃体下部に10cmの著明な壁肥厚と多発するリンパ節腫大、腹膜播種を疑う結節があり、上部内視鏡検査(EGD)で胃体部から前庭部にかけて3/4周性の潰瘍を伴う腫瘍性病変を認めた。生検で腺癌が検出されたことから、進行胃癌(cStageIV: T4bN1M1)、HER2(-)、PD-L1(CPS $\geq$ 5)の診断となった。高齢者ではあったがSOX+Nivolumab療法で治療を開始した。投与4病日から食欲低下と嘔気嘔吐が出現し、副作用がその後2週間続いた。現治療の継続は困難と判断し、MSI-HであったことからPembrolizumab療法に変更した。投与後副作用なく、腫瘍マーカーは著明に低下し、治療開始2ヶ月後のCT検査で原発巣の縮小を認め、PRと判断した。さらに5ヶ月後のPET-CT検査では腹膜播種、リンパ節転移を疑うFDGの集積は消失し、EGDで病変の縮小を認め、良好な治療経過をたどっている。

【考察】MSI-Hのサブグループは進行・再発胃癌の約3-5%を占める。近年高齢の癌患者は増加傾向にあり、高齢者への癌治療は生活機能の低下を招きやすく、治療前の身体精神社会的な機能の多面的な評価が肝要である。今回、高齢者の切除不能進行胃癌に対してPembrolizumabが奏効した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

切除不能進行胃癌、マイクロサテライト不安定性

東海大学 医学部 消化器内科学

大谷美樹、森町将司、柿澤桃花、辻 優美、幕内智規、白滝理博、
三島佑介、上田 孝、佐藤博彦、佐野正弥、寺邑英里香、門馬牧子、
川西 彩、藤澤美亜、鶴谷康太、荒瀬康太、出口隆造、松嶋成志、
鈴木秀和、加川建弘

【症例】53歳男性【経過】X年Y月に腹部膨満感を主訴に近医受診し腹部超音波検査と腹部CT検査にて長径170mmの腹腔内腫瘍を指摘された。Y+2月に精査加療目的に当院を紹介受診され、EUS-FNAにてGISTと診断。さらにPET-CTにて右内胸リンパ節への転移を認めた。翌月よりイマチニブ400mg/日の投与を開始したが、投与12日目にGrade2の多形紅斑(CTCAE Ver.5)が出現したため投与を中止した。中止してから21日後、多形紅斑の改善を認めたためイマチニブ300mg/日に減量して投与を再開した。しかし、再投与から4日目にGrade3の多形紅斑、およびGrade2の顔面・体幹・四肢浮腫が出現したため投与を中止し、プレドニゾン0.5mg/kg/日の投与を開始した。プレドニゾンは漸減していき、28日目に投与を終了した。CTにて部分奏効であったが、イマチニブは不耐と判断し、Y+5月にスニチニブ50mg/日の投与を開始した。スニチニブ投与14日目にGrade2の倦怠感、頭痛、ビリルビン増加、AST・ALT増加を認めたため投与を中止し、Grade1に改善したところで37.5mg/日に投与を再開した。時折、Grade3の好中球数減少を認め休薬とすることがあったが、ほかに明らかな有害事象は認めず、投与を継続することができた。Y+10月のPET-CTで右内胸リンパ節の集積は消失しており、CTで原発巣は95mmまで縮小していた。外科との協議でconversion surgeryを試みる方針となり、手術4週間前まで化学療法を施行し、X+1年Y+4月に腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。摘出した腫瘍は長径120mmで切除断端は陰性であった。切除の際に腫瘍近傍の腹膜に播種結節を2つ認め切除した。術後化学療法は希望されず、経過観察方針とし、1年以上経過した現在も再発は認めていない。【結語】化学療法が奏効しconversion surgeryを施行し得た内胸リンパ節転移を伴う巨大胃GISTの一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

胃GIST, conversion surgery

伊勢崎市民病院 医療部 初期研修医¹⁾、同 内科²⁾
富永哲成¹⁾、片貝朔也²⁾、春日健吾²⁾、石原眞悟²⁾、麻 興華²⁾、
増尾貴成²⁾

【症例】52歳男性【主訴】腹痛【現病歴】突然の心窩部痛、右下腹部痛を主訴に当院救急外来に救急搬送された。【来院時所見】JCS-0、体温37.5℃、血圧117/73 mmHg、心拍数89回/分、呼吸数18回/分、SpO2 95%(室内気)、腹部平坦軟、自発痛なし、臍部を中心に圧痛あり、反跳痛なし。【検査所見】血液所見: RBC 499万/ μ L、Hb 14.9 g/dL、WBC 10700/ μ L、Plt22.8万/ μ L、TP 6.5 g/dL、T-Bil 0.49 mg/dL、AST 23 U/L、ALT 41 U/L、LD 175 U/L、ALP 70 U/L、 γ -GTP 47 U/L、BUN 15 mg/dL、Cr 0.93 mg/dL、Na 141 mEq/L、K 4.0 mEq/L、Cl 107 mEq/L、CRP 2.68 mg/dL、腹部造影CT: 回腸に連続して造影増強効果を伴う管状構造があり周囲脂肪織濃度上昇を認めた。free airは認めなかった。近傍に複数の腫大リンパ節を認めた。【経過】メッケル憩室炎と診断した。外科医と相談し、穿孔など緊急手術を要する所見を認めず、禁食、輸液、抗菌薬(CMZ)治療を開始した。第4病日に解熱、第7病日腹部症状の改善を認めたため、経口摂取を開始した。第9病日に経肛門シングルバルーン小腸内視鏡検査で、可能な限り小腸内に内視鏡を進め、メッケル憩室までは到達せず、ガストログラフィン造影を施行するも穿孔などは指摘されなかった。保存的加療が許容されると考え、メッケル憩室内の異所性胃粘膜による潰瘍形成の可能性を考慮し、同日からボノプラザン2mgを開始した。その後、腹部症状は改善傾向にあり、第13病日に抗菌薬を内服のLVFXに切り替えた上で退院とした。第60病日に当院外科にて腹腔鏡下小腸部分切除術が施行され、病理診断では真性憩室の形成、異所性胃粘膜組織を認めメッケル憩室炎、治療後として矛盾ない結果であった。【考察】メッケル憩室炎は人口の約2%に存在する残存病変である。メッケル憩室の患者のうち、臨床的合併症を発症するのは10%未満との報告がある。メッケル憩室炎は穿孔を伴うことが多く、通常緊急手術治療が選択されるが、本症例のように待機手術が可能であった症例を経験した。メッケル憩室炎の治療法は、合併症、臨床症状など、様々な要因を考慮して決定されるべきである。

メッケル憩室炎、保存的加療

東京大学 医学部附属病院 消化器内科

土田愛子、本庄一樹、井原聡三郎、山本恵介、早河 翼、辻 陽介、
藤城光弘

【症例】27歳男性【現病歴】20XX年4月、腹痛・夜間頻尿を契機に1型糖尿病、糖尿病性ケトアシドーシスと診断され前医に紹介となった。血液検査で著明な好酸球増多(白血球20,000/ μ L、好酸球64%)、腹部単純CTで小腸浮腫・腹水、上部消化管内視鏡検査で20個以上/HPFの好酸球浸潤を認め、好酸性胃腸炎(EGE)の診断となった。絶飲食にて腹痛軽快したため食事再開するも症状が再燃し、精査加療目的に当院受診となった。【生活歴】アルコール: 14g/日(20-27歳)、タバコ: 7本/日(20-27歳)【既往歴】気管支喘息、1型糖尿病【経過】腹部単純CTで胃や空腸を主体とする腸管の浮腫性肥厚と少量腹水貯留を認めた。上部消化管・大腸内視鏡検査では食道・十二指腸・S状結腸に非特異的な浮腫状粘膜、および生検で20個以上の好酸球浸潤を複数箇所認め、EGEに合致した所見であった。重症度は腹痛3点/下痢3点/好酸球数9点の15点で中等症であり、症状も加味し第14病日からプレドニゾン60 mg/日で治療を開始した。腹部超音波検査(AUS)では、治療前は十二指腸から回腸に浮腫性壁肥厚・少量腹水を認めたが、第16病日には十二指腸の壁肥厚は軽減し空腸の壁肥厚は消失、第22病日には十二指腸・空腸の壁肥厚・腸管浮腫、腹水ともに消失した。これと合致するように臨床所見速やかに改善し、好酸球数も第19病日1,215/ μ L(10.3%)と減少を認めたため第23病日より経管栄養を、第26病日より食事を再開。その後臨床所見の増悪なく、第29病日白血球11,400/ μ L、好酸球2.0%(228/ μ L)に改善し、プレドニゾン30mg/日まで減量し第32病日に退院した。【考察】EGEの治療反応性については症状や採血での評価が中心であり、画像評価での報告は少ない。AUSは内視鏡検査やCTなどに比して非侵襲かつ簡便で反復して施行可能であることから近年、潰瘍性大腸炎の治療反応性評価での有用性が報告されている。本症例でも治療反応性の評価に粘膜壁の評価を用い、有用であった。【結語】EGEの治療効果判定でAUSが有用であった1例を経験した。

好酸球性胃腸炎、腹部超音波検査

公立学校共済組合 関東中央病院 消化器内科
椎名大祐, 植田 鍊, 玉澤弘隆, 石川彩椰人, 丹下主一, 外川 修,
中込 良, 小池和彦

【症例】67歳男性【主訴】血便【既往歴】高血圧症、2型糖尿病、脂質異常症【内服薬】アスピリン・ダイアルミネート錠など【生活歴】飲酒歴:エタノール換算48gを週に5日、喫煙歴:20歳から67歳まで30本/日 受診時は禁煙【現病歴】X年11月初旬から1日1回の血便を自覚し近医受診し、8日に大腸内視鏡検査実施したところ腸管内に新鮮血を多量に認めた。同院では対応困難であり当科に緊急搬送となった。【臨床経過】来院時BP91/64mmHg、HR83/minと血圧低下があり、採血ではHb11.7g/dLと軽度貧血を認めた。胸腹骨盤造影CT撮像したところ回盲部より10cm口側の部位に1.5cm程度の憩室があり、同部位に動脈相で造影剤漏出の所見を認めた。Meckel憩室も疑い外科的治療も考慮したが、まずは内視鏡下での診断を優先する方針として同日緊急で大腸内視鏡検査をPCF-PQ260Lスコープにて実施した。結腸及び回腸末端は多量の血液貯留があり、パウヒン弁から約10cm程度口側の回腸に憩室を大小複数認め、そのうちのひとつに血餅付着を認めた。憩室室内の拡張血管から拍動性出血を来しており、比較的高齢であった事と憩室が散在していた事から回腸憩室出血の診断とした。同部位に対しクリップにより止血を得た。その後血便再発なく第3病日から経口摂取再開し、第7病日に退院となった。【考察】小腸憩室は稀な疾患であり、その中でも空腸憩室が80%、回腸憩室15%、両部位が5%程度と報告されている。医中誌にて小腸憩室+出血にて検索したところ会議録を除いて内視鏡的に止血を得た報告は12例あり、その中でも本症例のようにクリップのみで内視鏡的に止血を得られることは多くはない。本症例では内服薬にアスピリン・ダイアルミネート錠があり出血傾向になっていたことが原因の一因であると考えた。【結語】回腸憩室出血に対し内視鏡的クリップ止血術が奏功した1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸憩室、憩室出血

東京女子医科大学 消化器・一般外科
大栗香子, 二本 了, 谷 公孝, 前田 文, 腰野藏人, 金子由香,
番場嘉子, 小川真平, 山口茂樹

【症例報告】30代女性【主訴】腹痛【現病歴】10代後半に小腸大腸型クローン病と診断され、回腸部分切除、狭窄形成術など5回の手術歴があり、残存小腸長は140cmであった。アグリマンプによる治療が行われていたが、X年X月に腹痛が出現し、腹部CT検査で小腸壁肥厚、腸間膜内膿瘍を認め当院消化器内科に入院となった。【既往歴】特記事項なし【入院後経過】入院時、発熱36.9℃、下腹部に圧痛を認め、血液検査ではWBC9620/ml、Hb10.7g/dl、Alb3.1g/dl、CRP0.79mg/dlであった。小腸造影検査では回腸に縦走潰瘍と多発狭窄、大腸内視鏡検査ではスコープが通過しない回盲弁狭窄を認め、同時に施行した逆行性造影検査では回腸末端に縦走潰瘍を認めた。多発狭窄、腸間膜内膿瘍の診断で保存的加療による腸管安静後に手術の方針となり、予定術式は腸間膜内膿瘍の原因である回腸から回盲部までの一括切除が予定された。術中所見では回腸末端は縦走潰瘍を認めたが軟らかく、回盲弁の狭窄も術中のバルーン拡張術により温存可能と判断した。腸間膜内膿瘍を形成し一塊となっていたトライツ靱帯から90-110cm(約20cm)の回腸部分切除のみを行った(残存小腸長100cm)。切除標本ではほぼ全体に活動性のある縦走潰瘍と多発狭窄があり、縦走潰瘍の一部から腸間膜内へ穿通する部位を認めた。術後経過は良好で、術後15日目に退院となった。退院時の排便回数は1回/日、便性は泥状便であった。現在外来通院中であるが排便回数は3回/日、便性は軟便で悪化は認められておらず、体重も増加し、血液検査ではAlb3.8g/dlと栄養状態は良好である。【考察】短腸症候群の明確な定義はないが、成人で残存小腸150cm未満とされている。回腸末端・回盲弁が切除されると胆汁酸の吸収が障害され、胆汁酸が結腸に流入することで分泌性下痢が誘発される。今後長期フォローが必要であるが本症例では残存小腸長が100cmにも関わらず短腸症候群を呈していない要因として回腸末端・回盲弁が温存されたことが大きいと考えられる。回腸末端・回盲弁が温存できず短腸症候群を呈していないクローン病の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

クローン病、短腸症候群

東京西徳洲会病院 消化器内科¹⁾、
武蔵野徳洲会病院 消化器内科²⁾、東京西徳洲会病院 外科³⁾、
埼玉医科大学病院 消化管内科⁴⁾、
東京西徳洲会病院 循環器内科⁵⁾、
石塚菜乃香¹⁾、山本龍一¹⁾、吉本泰治²⁾、内田 陽³⁾、品田玲奈³⁾、
下元雄太郎³⁾、高木陸郎³⁾、江口武彦³⁾、佐藤一彦³⁾、都築義和⁴⁾、
堂前 洋⁵⁾

本邦に大腸ステント留置術が2012年に導入され、2020年にはCovered 大腸ステントが承認された。Covered 大腸ステントの有効性・安全性は現在本邦においても検討されている。当院においてCovered 大腸ステントを留置した8例の使用経験を報告する。症例は2023年7月から2024年9月当院においてCovered 大腸ステントを留置した8例。男性2例、女性6例。平均年齢79.3歳。閉塞部位は横行結腸1例、下行結腸2例、S状結腸4例、直腸1例。病期はStage II3例、IIb2例、IVb3例。目的は手術・化学療法前か3例、BSC目的5例。全例留置成功し、手技時間は平均20分。CROSSは手技前は2が7例、3が1例であった。手技後は全例4となった。平均入院日数は12.6日。観察期間中1例においてステント逸脱が生じた。観察期間内に2例死亡に至ったが痛死であり2例とも開存死亡であった。少数例の使用経験であるが、実際の症例を提示しつつ若干の文献的考察を加え報告する。

閉塞性大腸癌、Covered大腸ステント

総合病院 厚生中央病院 消化器内科
溝口恰実, 中村文彦, 小原大輝, 村上貴寛, 内田久美子, 堀江義政,
石井健太郎, 根本夕夏子

回盲弁から発生した巨大有茎性粘膜下脂肪腫を内視鏡的に切除した1例症例は50歳代の女性。数か月前からの腹部膨満感と慢性下痢のため、当センターを受診した。造影CTにて上行結腸遠位側に5×4cmの境界明瞭で内部均一な低吸収腫瘤を認め、同所見部から上行結腸近位側にかけて不整な壁肥厚像を伴っていた。大腸内視鏡検査を施行すると、腸管内腔を占拠する巨大な有茎性粘膜下腫瘍を認め、stalk部分は回盲弁上唇から上行結腸遠位側まで伸びていた。超音波内視鏡検査では、第3層由来の内部均一な高エコー腫瘤として描出された。以上より大腸脂肪腫と診断し、内視鏡的切除を行う方針とした。病変のstalk基部を同定し、回盲弁を閉塞させない様に注意しながら留置スネアで絞扼し、4mm大のスネアを留置スネアの直上まで通して合併症なく病変を一括切除した。病変の回収に時間を要したものの、検体に損傷を加えることなく経肛門的に摘出した。後出血や遅発性穿孔も認めず、術後3日目に退院した。病理診断は55×45mmの脂肪腫で切除断端も陰性であった。治療5か月後の大腸内視鏡検査でも、局所再発所見は認めなかった。なお、治療前に認められていた腹部症状に関しても改善が得られた。巨大結腸脂肪腫に対する内視鏡的一括切除を行った1例を経験したので、文献的考察を加えながら報告する。

脂肪腫、内視鏡治療

複数回の経皮的腫瘍生検で、漏出胆汁による肉芽腫と診断された右横隔膜腫瘍の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学¹⁾,
同 病理診断科・病理部²⁾
永山智弓¹⁾, 和田直大¹⁾, 野上麻子¹⁾, 石山貴博²⁾, 原田丈太郎²⁾,
山中正二²⁾, 岩城慶大¹⁾, 小林 貴¹⁾, 中島 淳¹⁾, 米田正人¹⁾

【症例】70代男性。X-5年、胆石による急性胆のう炎を発症し、他院で経皮経肝胆のうドレナージ術を受けた。処置翌日に体動でドレナージチューブが抜けたものの、保存的加療で軽快した。後日胆のう炎を再発し、胆のう摘出術を受けた。X年4月、健診の上腹部MRIで右横隔膜に腫瘍を指摘された。造影CTで右横隔膜肥厚（63×18 mm）と隣接する肝実質に炎症を疑う造影効果を指摘された。同年6月当科を紹介され受診した。血液検査では、CRPが1.0 mg/dlと軽度上昇していた。造影エコー検査では、造影効果のある腫瘍として描出された。経皮的腫瘍生検を施行し、悪性所見はなく、リンパ球や形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤を認めた。確定診断には至らず、経過観察となった。X年8月の肝臓ダイナミックCTでは、同部位に造影効果を伴い内部に蜂巣状の低濃度域を伴う腫瘍があり、形状と内部性状は変化していた。隣接する肝実質には炎症波及を疑う造影効果を認めた。再度経皮的腫瘍生検を施行し、悪性所見はなく、胆汁様構造物に対する肉芽腫形成を認めた。細菌培養と抗酸菌培養は陰性だった。漏出胆汁により横隔膜に形成された肉芽腫と診断した。経過観察の方針となった。【考察】本症例は原因不明の横隔膜腫瘍として精査され、病歴や複数回の肝生検を通じて診断に至った稀な一例であった。胆汁漏出が原因となる肉芽腫形成は臨床的に極めて珍しく、鑑別診断として考慮すべき重要な知見を提供する。文献の考察を加えて報告する。

横隔膜腫瘍, 肉芽腫

肝膿瘍と鑑別を要し急性の経過を辿った肝原発腫瘍の一例

東京科学大学病院 総合教育研修センター¹⁾,
東京科学大学 消化器内科²⁾,
同 医歯学総合研究科 人体病理学分野³⁾,
同 医歯学総合研究科 包括病理学分野⁴⁾,
東京科学大学病院 病理部⁵⁾
西谷美乃里¹⁾, 鈴木圭人²⁾, 村川美也子²⁾, 小野寺啓²⁾,
小笠原暢彦²⁾, 延澤 翼²⁾, 金子 俊²⁾, 三好正人²⁾, 竹中健人²⁾,
福田将義²⁾, 大塚和朗²⁾, 朝比奈靖浩²⁾, 屋富祖大騎²⁾, 木脇祐子⁴⁾,
伊藤一真³⁾, 倉田盛人⁵⁾, 岡本隆一²⁾

【症例】60代女性【主訴】発熱、心窩部痛【現病歴】肝疾患の既往歴はない。左後腹膜囊胞の精査目的に20XX年Y-2月当院を受診した際の超音波検査では肝に異常を認めなかった。2週間前から持続する心窩部痛と発熱があり、Y月の再診時にWBC 16600 / μ L, CRP 14.1 mg/dL, AST 57 U/L, ALT 59 U/Lと炎症反応、肝酵素の上昇を認めた。造影CTで肝左葉外側区域に6 cm, 3 cm, 肝右葉に1.4 cmのリング状濃染を呈する不整形腫瘍を新規に認めた。CEA, CA19-9, AFP, PIVKA-2は正常範囲内であり、急速な増大を呈していることから肝膿瘍を第一に疑ったが、超音波検査では内部不均一な充実性腫瘍像を呈し、内部に無エコー域を認めないことから腫瘍性病変が鑑別に挙がった。抗菌薬治療を開始したが39度の発熱が出現し、血液検査でも炎症反応の増悪が続いた。造影超音波検査では辺縁主体の不均一な早期濃染と門脈相で造影効果が遅延したことから悪性腫瘍を疑い、第5病日に肝腫瘍生検を施行した。第7病日より急速に呼吸状態が増悪し、血液検査でも経時的に炎症反応・肝胆道系酵素が増悪し、WBC 39400 / μ L, CRP 27.3 mg/dLまで上昇した。また、CT検査で右胸水の出現、多発肝腫瘍の増大と壊死性変化の増悪を認めた。第8病日、病理組織診断により悪性腫瘍と診断したが、免疫染色では血管系マーカー陽性だが血管形成が不明瞭、CD31陰性より血管肉腫としては非典型的であり、類上皮肉腫、またはサイトケラン陽性である点から低分化癌が鑑別に挙がった。抗菌薬を中止し、腫瘍に対する追加精査や治療を検討したが、呼吸不全が急速に進行し積極的治療は困難となり、第11病日に死亡した。病理解剖による組織学的検討を行った。【考察】肝膿瘍との鑑別を要し、急速な進行により死亡に至った肝腫瘍の一例を経験した。生前に確定診断には至らなかったが、肉腫や低分化癌の予後は一般的に不良であり、本症例のように急速な転帰を辿る症例も報告されている。炎症反応高値の肝腫瘍を認めた場合には、膿瘍のみならず上記の鑑別疾患を念頭に置くことが重要である。

肝腫瘍, 肝膿瘍

肝硬変関連免疫不全を背景に非HIVニューモシスチス肺炎を発症した一例

埼玉医科大学病院 臨床研修センター¹⁾,
埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科²⁾
宮本 開¹⁾, 辻 翔平²⁾, 内田義人²⁾, 碓氷七瀬²⁾, 佐藤 彩²⁾,
山田俊介²⁾, 相馬直人²⁾, 安藤さつき²⁾, 菅原通子²⁾, 中尾将光²⁾,
稲生実枝²⁾, 中山伸朗²⁾, 今井幸紀²⁾, 富谷智明²⁾, 水野 卓²⁾,
持田 智²⁾

【背景】肝硬変患者は免疫抑制の状態にあり、感染症のリスクが高い。特発性細菌性腹膜炎、呼吸器感染症などの早期の診断と治療が重要である。肝硬変関連免疫不全（Cirrhosis-associated immune dysfunction: CAID）を背景に非HIVニューモシスチス肺炎を発症した症例を経験したので報告する。【症例】50歳台後半の男。アルコール関連の非代償性肝硬変で、X-2年6月から難治性腹水に対して定期的に穿刺排液していた。腹水の治療でX年6月に入院。Child-Pughスコアは11（grade C）、MELDスコアは23であった。呼吸困難を訴えており、第4病日に胸部CTを施行したところ、左上葉優位で両肺にすりガラス影と網状影（crazy-paving pattern）が認められた。第7病日にはCRPが2.09 mg/dLと上昇。SBPを含め腹腔内感染は否定され、臨床経過から誤嚥性肺炎と診断し、セフメタゾール2 g/日を開始した。第11病日にSpO2が90%に低下し、CRPは9.06 mg/dLと上昇、第12病日の胸部CTでは両肺の斑状のすりガラス影と網状影が増悪していた。β-Dグルカンは142.5 pg/mL、KL-6は1,770 U/mLと上昇し、喀痰検査でP. jirovecii-PCRが陽性であった。上部消化管内視鏡検査でカンジダ食道炎は認めず、HIV陰性であったため、非HIVニューモシスチス肺炎と診断された。ST合剤とヒドロコルチゾン投与を含む集学的治療を開始したが、呼吸状態は改善せず、第17病日に永眠した。【考察と結語】非HIVニューモシスチス肺炎は悪性腫瘍、臓器移植後の免疫療法中、膠原病の治療中などに発症すること多い。本症例は入院2ヶ月前から末梢血リンパ球数が500 / μ L未満に低下しており、入院時には263 / μ Lであったことから、CAIDを背景とした非HIVニューモシスチス肺炎と推定された。重度の肝硬変症例では末梢血リンパ球数の低下が感染症リスクの指標となり、その予防と早期診断、治療が重要である。

ニューモシスチス肺炎, 肝硬変関連免疫不全

BCLC stage C肝細胞癌に対しLEN-TACEを施行しCR、drug freeを達成した一例

武蔵野赤十字病院 消化器内科
柚田帆乃香, 内原直樹, 土谷 薫, 田口美奈, 徳永悠月, 木村晶平,
田中雄紀, 八木田純子, 慶徳大誠, 岡田理沙, 高浦健太, 田中将平,
前屋崎千明, 玉城信治, 安井 豊, 高橋有香, 中裕之, 泉 並木,
黒崎雅之

【症例】70歳代男性【既往歴】糖尿病【現病歴】全身倦怠感を主訴に近医を受診し腹部エコーで肝腫瘍を認め、X年8月当院紹介となった。HBs抗原、HCV抗体は陰性であり、アルコール多飲歴を有した。造影CTでは肝右葉に10cmの腫瘍性病変、両肺野に多発結節影を認めた。肝腫瘍生検の病理診断は中分化型肝細胞癌でありアルコール性肝硬変を背景とした肝細胞癌肺転移と診断した。Child-Pugh A 6点、BCLC stage C肝細胞癌の一次治療としてレンパチニブ（LEN）を開始した。LEN内服中、Grade 2相当の食欲低下、倦怠感を認めたが適宜休薬、減量を行いながら治療を継続した。その後のフォローCTでは肝腫瘍、肺転移の縮小傾向を認め最良効果判定としてはstable disease（SD）であった。X+1年3月肝内病変制御目的にTACEを併用する方針としX+1年4月肝右葉の肝細胞癌に対しTACEを施行した。TACE施行前後休薬期間を設けた上でLENは継続を行い、X+1年7月CTにて肺転移の消失、標的病変の腫瘍濃染の消失を認めmRESISTにてcomplete response（CR）となった。その後は倦怠感、蛋白尿の有害事象を認めたため適宜休薬、減量を行いながらLEN継続し、CTにて再発所見なく経過した。X+6年6月CTにて無再発にて経過しており、腫瘍マーカーも正常化継続していることを確認しdrug freeとした。その後X+6年10月まで無再発にて経過観察中である。【考察】LENは蛋白尿や倦怠感等の有害事象にてrelative dose intensity（RDI）を保つことが出来ない症例が存在するが、RDI 70%以上に維持して治療を継続することが重要と報告されている。本症例ではLEN開始後2か月後頃よりRDI70%以上を保つことが困難となったが、TACEを追加することで肝内病変の制御ができ、さらに肺転移の消失も認めた。本症例のようにBCLC stage Cの症例であってもRDIが保たれない症例においてTACEを追加することで治療効果が期待できると考えられた。【結語】BCLC stage C肝細胞癌に対しオンデマンドLEN-TACEを施行することでCRを達成し、その後drug freeにて無再発にて経過している一例を経験したため報告する。

肝細胞癌, LEN-TACE

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 医学部 消化器内科学教室²⁾、
崎山祐未¹⁾、遠藤和樹¹⁾、坂井音々¹⁾、相馬 亮¹⁾、羽田明海¹⁾、
石野勇康¹⁾、角田翔太郎¹⁾、大石梨津子¹⁾、鈴木悠一¹⁾、土屋洋省¹⁾、
松岡昭宏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。卵巣癌術後の維持療法として、2024年7月よりパクリタキセル+カルボプラチン+ペバシズマブの多剤併用化学療法を行っていた。同年10月、腹痛を主訴に当院を受診し、中等症急性胆嚢炎の診断で緊急入院した。抗VEGF阻害剤であるペバシズマブを投与中であることから、緊急手術および経皮肝胆嚢ドレナージは出血・創傷治癒遅延・瘻孔形成不全のリスクが高いと判断され、内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージ (ETGBD) を施行する方針とした。胆管挿管を行い、透視下で胆嚢へのガイドワイヤー挿入を試みたが、胆嚢管の同定が困難であり、細径経口胆道鏡 (9Fr eyeMAX, Micro-Tech) を使用する方針とした。胆道鏡下に胆嚢管開口部を同定したが、屈曲・蛇行が強く、胆道鏡を胆嚢管へ挿入することは困難であった。胆道鏡のアングル操作で胆嚢管合流部に先端を向けながら、3Frカテーテルを胆嚢管へ進め、0.025inchガイドワイヤーを進めたところ、胆嚢内へのガイドワイヤー挿入に成功した。その後、胆嚢管が直線化せず5FrENBDチューブの留置は困難であった。胆嚢管の直線化が必要と判断し、パピロトームを屈曲させながら挿入し、0.035inchガイドワイヤーに交換したところ、胆嚢底部まで先進したガイドワイヤーの剛性によって胆嚢管が直線化された。ENBD留置後の内癒化が困難であると予想されたため、5Frプラスチックステントを胆嚢に留置した。処置後、合併症を認めず、腹痛および炎症反応は速やかに改善し、第9病日に退院した。癌病勢は安定していたため、退院後は維持療法を一時休業し胆嚢摘出術を行い、術後1ヶ月目から維持療法を再開する方針となった。

【考察】解剖学的に経乳頭のドレナージが困難であった急性胆嚢炎に対し、細径経口胆道鏡と複数のデバイスを組み合わせることでETGBDに成功した一例を経験したため、若干の文献的検討を交え、報告する。

胆嚢炎, 胆道鏡

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科¹⁾、
東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科²⁾、
久田龍輝¹⁾、中村円香¹⁾、芳賀将輝¹⁾、神谷昂汰¹⁾、酒寄千晶¹⁾、
小森徹也¹⁾、三國幸一¹⁾、土屋 学¹⁾、光吉優貴¹⁾、木下勇次¹⁾、
三浦由紀子¹⁾、木下晃吉¹⁾、小池和彦¹⁾、猿田雅之²⁾

【症例】74歳 女性【主訴】心窩部不快感【既往歴】右肺腺癌に対して右肺上葉切除、高血圧に対して、アムロジピン、テルミサルタン、パニック障害に対して、パロキセチン投与、胆石症の既往なし【生活歴】機会飲酒、喫煙 10本×46年【家族歴】肺炎なし【現病歴】右腎細胞癌stage3に対し、泌尿器科で右腎摘出後の患者。X年2月から術後補助療法としてペムプロリズマブが投与されていた。X年10月に心窩部不快感を主訴に、主科外来を受診した。血液検査で血清Amy上昇とs-IL2R高値を、腹部造影CTにて脾頭部腫大・腸管膜リンパ節多発腫大を認め、当科に紹介となった。経時的に脾腫大、脾酵素上昇を認めており、病歴からペムプロリズマブの副作用による肺炎を疑い、精査加療目的で入院となった。MRIでは脾頭部の軽度腫大・辺縁の分葉状構造の消失・胆管壁肥厚が認められた。EUSでは脾頭部で点状、索状高エコーを認め、主脾管辺縁高エコーは目立たなかった。主脾管は狭窄、拡張なく正常であった。第7病日に超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を施行し、小葉内・脾管上皮内にCD8陽性細胞優位のTリンパ球浸潤を認めたが、悪性所見は認められなかった。以上の各種精査により、irAE肺炎Grade3と診断した。PSL 0.6mg/kg/day (30mg/day) の投与開始後、心窩部不快感は消失し、腹部CTで脾頭部腫大は改善し、腸管膜リンパ節も縮小した。症状の再燃や脾酵素上昇を認めなかったため、PSLを漸減し、第17病日に退院となった。【考察】免疫チェックポイント阻害薬による脾障害の頻度は0.6-4%と報告されており、稀である。また、画像診断上、自己免疫性肺炎との類似点も多い。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

免疫チェックポイント阻害薬, 肺炎

東京都立多摩北部医療センター 消化器内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、
山内千乃¹⁾、葉山惟信¹⁾、中村里菜¹⁾、内田晋平¹⁾、小山友祐¹⁾、
山田善人¹⁾、鈴木健太¹⁾、四宮 航¹⁾、柴田喜明¹⁾、田頭 周²⁾、
伊藤雄二²⁾

【背景】免疫チェックポイント阻害薬による免疫介在性有害事象 (irAE) は全身の様々な臓器に起こりえる有害事象であるが、肺炎は極めて稀で、その特徴は明らかではなく病理学的検討は乏しい。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を行い病理学的に検討し得た免疫介在性肺炎の1例を経験したため報告する。【症例】65歳男性【併存症】高血圧症、CKD、HBVキャリア【現病歴】人間ドッグで右腎細胞癌を指摘され、X-1年12月に右腎全摘出術が施行された。術後病理では、淡明細胞型腎細胞癌pT3aN0M0、StageIIIの診断であった。高再発リスク群でありKEYNOTE-564試験に則りX年3月ペンプロリズマブが導入された。4コース終了後より血清AMY値が上昇傾向となり、7コース終了時にはAMY 327IU/Lまで上昇し食後の腹痛・背部痛も出現した。CTで脾腫大と周囲脂肪組織浸潤を認め、肺炎の精査加療目的に入院となった。肺炎の成因としてアルコール多量飲酒歴や脂肪摂取歴はなく、irAE肺炎の臨床診断とした。超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) による病理所見では、リンパ球主体の炎症細胞浸潤と線維化を伴う脾外分泌腺組織を認めた。浸潤細胞はCD4陽性リンパ球主体であり、好酸球は微量・限局性で好中球の浸潤は乏しかった。絶食輸液では腹部症状改善せず、入院第4病日よりPSL 40mg内服を開始した。開始後速やかに症状は消失し、入院第22病日のCTでも脾腫大改善しており、PSL 20mgまで漸減し軽快退院した。その後も外来でPSL減量中であるが再燃は認めず、ペンプロリズマブの再開は主科と検討中である。【考察】病理学的には自己免疫性肺炎の特徴的な病理所見は認められず、CD4陽性リンパ球の浸潤が認められた。irAE肺炎やirAE腸炎においてはCD8陽性リンパ球有意が多いが、irAE肺炎の病理を報告した既報においては本症例同様にCD4陽性リンパ球が有意であることが報告され、病歴期間の影響が考えられた。【結語】免疫介在性肺炎は稀ではあるが、病理学的診断はその後の治療において重要であり、積極的に検体採取するべきであると考えられた。

irAE, 肺炎

獨協医科大学医学部 内科学 (消化器) 講座¹⁾、
同 肝・胆・脾外科²⁾、同 病理診断学³⁾、
坪井海南都¹⁾、久野木康仁¹⁾、山宮 知¹⁾、坂本智哉¹⁾、稲葉康記¹⁾、
嘉島 賢¹⁾、佐久間文¹⁾、福士 耕¹⁾、牧 匠¹⁾、青木 琢²⁾、
野田修平³⁾、石田和之³⁾、入澤篤志¹⁾

【症例】70歳台 女性【現病歴】2型糖尿病のため当院内内分泌代謝内科に通院していた。20XX年Y月にCA19-9の上昇を指摘されたため、当院当科を紹介され受診した。MRCPにて、脾尾部に拡散強調画像で高信号を呈する10mm大の腫瘍性病変を認められたため、精査目的に20XX年Y+3月に当科に入院した。【既往歴】気管支喘息、2型糖尿病【家族歴】姉：脾腫、胃癌。【入院時現症】意識清明、BT: 36.1℃、HR: 89/bpm、BP: 138/77mmHg、腹部は平坦、軟、圧痛、腫瘍触知なし。【血液検査所見】【免疫学的検査】CA19-9 156.9 U/mL、CEA 2.0 ng/mL、DUPAN-2 27U/mL、Span-1 30 U/mL。【画像検査所見】【腹部造影CT検査】脾尾部に遅延性濃染を呈する10mm大の腫瘍性病変を認める。明らかな消化管との交通は認めない。【上部消化管・大腸内視鏡検査】明らかな異常所見なし。【超音波内視鏡検査】脾尾部にHypoechoicな境界明瞭、辺縁整の12mm大の腫瘍を認める。【経過】第2病日にEUS-FNAを施行した。病理組織学的所見では、固有筋層様の平滑筋束に連続した核の大小不同を伴う異型細胞を認め、消化管間質腫瘍 (GIST) に矛盾しない所見であった。以上より、脾原発GISTと診断した。当院肝胆脾外科に依頼し、20XX年Y+5月に脾体尾側切除術を施行した。【病理組織学的所見 (手術検体)】脾尾部に10x10mm大の白色病変を認める。内部には錯綜する紡錘形細胞を認める。脈管侵襲なし。CD34陽性、c-kit陽性、S-100陽性、SMA陰性、Ki-67陽性率2%。Modified Fletcher分類の超低リスク群に相当。【考察】消化管外に発生するGISTは全GISTの5%程度とされ、稀ではあるが脾原発例の報告もある。既報では脾原発GISTは初期症状に乏しく、進行して診断されることが多いため予後不良とされる。今回我々は、比較的小さな脾原発と考えられるGISTを早期診断し、治癒切除を行うことが可能であった。脾原発GISTは稀な症例であるが、脾腫瘍鑑別の際に念頭に置く必要があると考える。

GIST, 脾臓

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第383回例会開催にあたり下記の企業より格別のご協力を賜りました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

日本消化器病学会関東支部 第383回例会
当番会長 田中 篤

あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
株式会社アビス
EAファーマ株式会社
エーザイ株式会社
大塚製薬株式会社
オリンパスマーケティング株式会社
科研製薬株式会社
ギリアド・サイエンシズ株式会社

グラクソ・スミスクライン株式会社
興和株式会社
株式会社JIMRO
ゼリア新薬工業株式会社
武田薬品工業株式会社
田辺三菱製薬株式会社
株式会社ツムラ
久光製薬株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2024年12月11日現在)