

日本消化器病学会 関東支部第384回例会

プログラム・抄録集



当番会長：野村 幸世（星薬科大学 医療薬学研究室 教授）

令和7年5月17日（土）

星薬科大学

日本消化器病学会関東支部第384回例会 プログラム・抄録集

当番会長：野村 幸世（星薬科大学 医療薬学研究室 教授）
〒142-8501 東京都品川区荏原2-4-41
TEL 03-3786-1011

会 期：令和7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 <https://www.hoshi.ac.jp/>

<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。
【発表データ受付設置場所】
第1会場演者：本館1階(第1会場前)
第2・3会場演者：百年記念館1階
 - 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本体をお持ちください。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ち込みください。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、舞台上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 14：30～14：45）
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5月17日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：5月17日（土）第1会場12：05～12：35
 - 2) 評議員会への参加については第384回例会の参加登録が必要です。
13. 託児・キッズセミナーを開催いたします。※事前申込みが必要です。

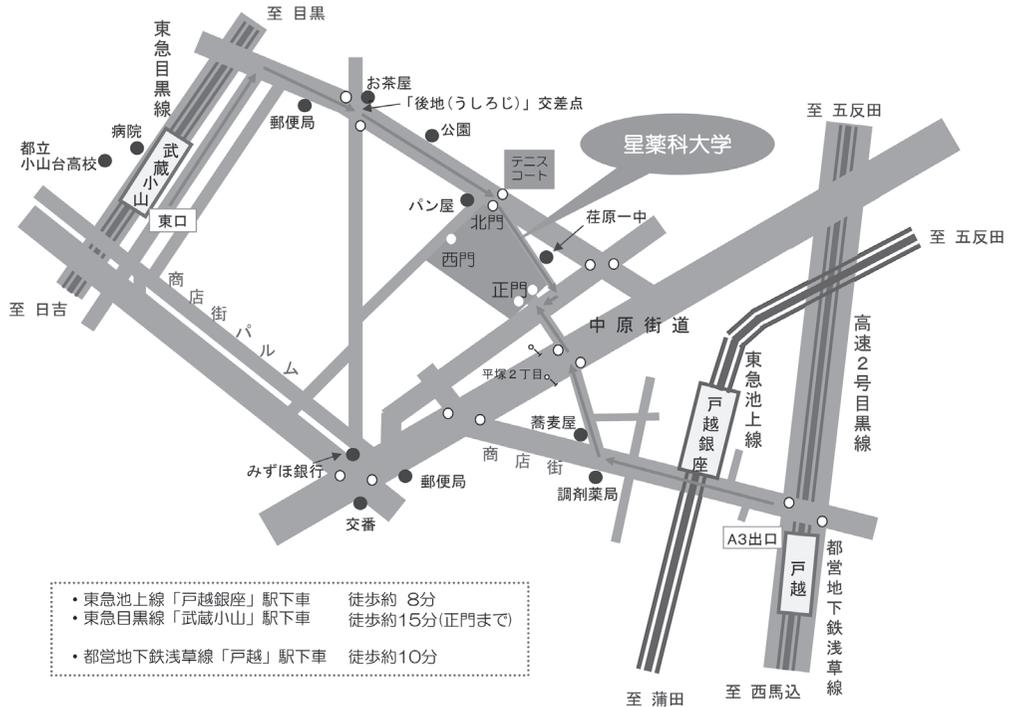
[問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第384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：jsge384kanto@planningwill.co.jp/Tel：03-6801-8084

交通案内図

星薬科大学 ACCESS MAP

〒142-8501 東京都品川区荏原2-4-41



◆『戸越銀座』駅からのルート

- ① 改札を出たら右へ。
- ② 商店街を2分位歩くと右側にお蕎麦屋さんがあるので、その手前を右へ。(手前が眼科です。お蕎麦屋さんの角に星薬科大学の青い看板が出ています。)
- ③ 道なりにまっすぐ進むと正門があります。

◆『武蔵小山』駅からのルート

- ★ 西門・北門は、安全管理上、常時施錠しておりますので、正門から入構をお願いします。
- ① 改札口を出たら左へ進み、エスカレーター又はエレベーターで「東口」へ出て、左(目黒方面)へ。
 - ② 突き当たりを右折し、道なりに進みます。
 - ③ 4～5分歩き、最初の信号(「後地(うしろじ)」)を渡り、道なりにまっすぐ進みます。
 - ④ 4～5分歩き、2番目の信号の右手に北門があります。(左手にはテニスコート)
 - ⑤ 正門(中原街道側)へは、北門横から斜めに入る細い路地から回ってください。

◆『戸越』駅からのルート

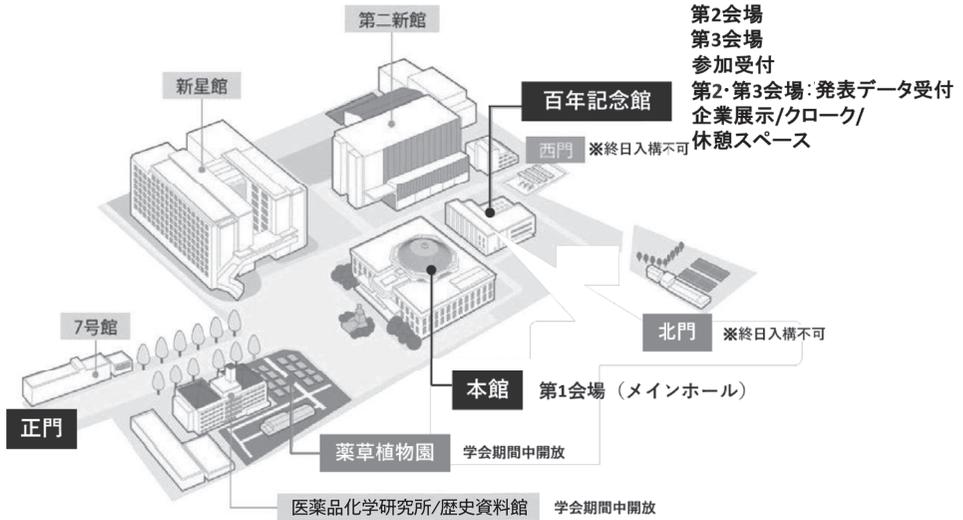
- ① 五反田寄りの改札を出て左へ進み階段を上がる。
- ② 第2京浜(国道)に出るので、コージーコーナーの角から戸越銀座商店街へ。
- ③ 商店街を4～5分歩く(途中で池上線の踏切を越える)と右側にお蕎麦屋さんがあるので、その手前を右へ。(お蕎麦屋さん角に青い看板が出ています。)
- ④ 道なりにまっすぐ進むと正門があります。

■大学構内への入構は、正門からお願いいたします。

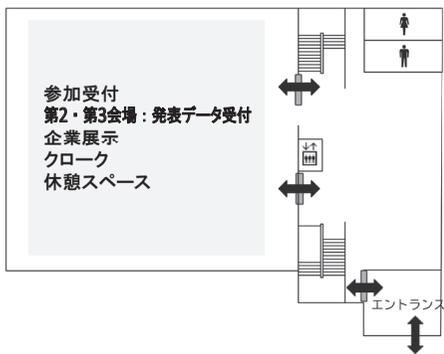
■タクシーでお越しの場合は、武蔵小山駅より乗車いただき、正門で下車ください。

会場案内図

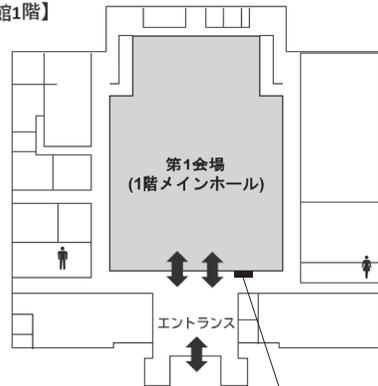
星薬科大学



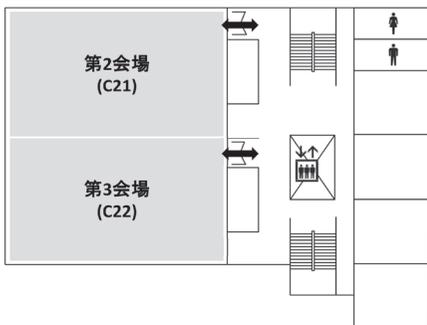
【百年記念館1階】



【本館1階】



【百年記念館2階】



日本消化器病学会関東支部第384回例会

令和7年5月17日（土）

8:28～8:30 開会の辞（第1会場）					
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・胃・十二指腸）1～5	8:30～9:00	森野 美奈	(8) 専攻医Ⅶ（胆・膵）34～37	8:30～8:54	青木 祐磨
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸）6～9	9:00～9:24	河合 優佑	(9) 専攻医Ⅷ（膵臓・その他）38～41	8:54～9:18	大塚 奈央
(3) 専攻医Ⅲ（小腸・大腸）10～13	9:24～9:48	伊藤 顕太郎	(10) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸・小腸）42～46	9:18～9:48	土居 楠太郎
(4) 専攻医Ⅳ（大腸）14～17	9:48～10:12	小松 悠香	(11) 研修医Ⅱ（大腸）47～51	9:48～10:18	幕内 智規
10:12～10:17 休憩			10:18～10:23 休憩		
(5) 専攻医Ⅴ（肝臓1）18～23	10:17～10:53	弓田 冴	(12) 研修医Ⅲ（肝・胆）52～56	10:23～10:53	鈴木 健太
(6) 専攻医Ⅵ（肝臓2）24～29	10:53～11:29	松本 浩明	(13) 研修医Ⅳ（胆・膵）57～60	10:53～11:17	春日 範樹
(7) 専攻医Ⅶ（胆）30～33	11:29～11:53	阿部 貴紘	群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 糸井 祐貴 先生 東京女子医科大学消化器内科学教室 米澤麻利亜 先生 司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科 土屋輝一郎 先生 共催：ファイザー株式会社		
12:05～12:35 評議員会（第1会場）					
12:35～13:25 ランチョンセミナー1（第2会場）			12:35～13:25 ランチョンセミナー2（第3会場）		
「潰瘍性大腸炎の未来を切り拓く -新たなStandard of Careの可能性」 銀座セントラルクリニック 鈴木 康夫 先生 司会 東京山手メディカルセンター 岩本 志穂 先生 共催：ヤンセンファーマ株式会社			「潰瘍性大腸炎診療における最新のTopic」 群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 糸井 祐貴 先生 東京女子医科大学消化器内科学教室 米澤麻利亜 先生 司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科 土屋輝一郎 先生 共催：ファイザー株式会社		
13:35～14:30 特別講演（第1会場）					
「胃粘膜の遺伝子異常の蓄積と精密リスク診断への応用」 星薬科大学 学長 牛島 俊和 先生 司会 星薬科大学 医療薬学研究室 教授 野村 幸世					
14:30～14:45 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）					
15:25～16:55 「キャリア支援の会」特別企画1 臨床セミナー					
「臨床医も基礎研究のすゝめ」 東京大学医科学研究所 外科 向山 順子 先生 司会 星薬科大学 エピゲノム研究室 山田 晴美 先生 共催：Japan Medical Support株式会社					
第2会場（午後の部）			第3会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(14) 食道 61～63	14:45～15:03	奥新 和也	(18) 肝・胆・その他 78～82	14:45～15:15	塚越真梨子
(15) 胃・十二指腸 64～67	15:03～15:27	増田 寛喜	(19) 膵臓 83～86	15:15～15:39	池田恵理子
(16) 小腸・大腸 68～72	15:27～15:57	海江田裕太	群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 糸井 祐貴 先生 東京女子医科大学消化器内科学教室 米澤麻利亜 先生 司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科 土屋輝一郎 先生 共催：ファイザー株式会社		
(17) 大腸 73～77	15:57～16:27	保田 智彦			
16:55～ 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 14:30～）

特別講演

第1会場 13:35~14:30

「胃粘膜の遺伝子異常の蓄積と 精密リスク診断への応用」

星薬科大学 学長 **牛島 俊和** 先生

司会 星薬科大学 医療薬学研究室 教授 **野村 幸世**

……演者の先生ご紹介……

うしじま としかず
牛島 俊和 先生

【略歴】

1986年 東京大学医学部医学科卒業
東京大学病院内科研修医
1987年 東芝林間病院内科医師
1988年 東京大学病院第三内科に入局。関東通信病院
血液内科医師
1989年 国立がんセンター研究所発がん研究部リサー
チレジデント
1991年 国立がんセンター研究所発がん研究部 研究員
1994年 国立がんセンター研究所発がん研究部 室長
1999年 国立がんセンター研究所発がん研究部 部長
2010年 同 エピゲノム解析分野分野長(組織改組)
2011-14年 国立がん研究センター研究所 上席副所長
2020年 国立高度専門医療研究センター医療研究連携
推進本部(JH)
副本部長(併任)
2022年 星薬科大学 学長

【受賞】

1997年 日本癌学会奨励賞
2009年 日本癌学会Mauverney賞
2012年 がん研究センター医学会総長賞
日本消化器癌発生学会田原榮一賞
2013年 日本ヘリコバクター学会上原ヘリコバクター賞
2018年 ベルツ賞(一等賞)
高松宮妃癌研究基金学術賞
2024年 安田医学賞

ランチオンセミナー 1

第2会場 12:35~13:25

「潰瘍性大腸炎の未来を切り拓く -新たなStandard of Careの可能性」

銀座セントラルクリニック 鈴木 康夫 先生

司会 東京山手メディカルセンター 岩本 志穂 先生

共催：ヤンセンファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

すずき やすお
鈴木 康夫 先生

【略歴】

1981年(昭和56年) 滋賀医科大学医学部卒業
1981年(昭和56年) 千葉大学医学部付属病院第二内科
入局
1987年(昭和62年) アイルランド共和国トリニティー大
学留学
1989年(平成元年) 帰国後、千葉大学医学部付属病院第
二内科に復帰
1994年(平成6年) 千葉大学医学部付属病院第二内科助手
1996年(平成8年) 千葉大学医学部付属病院光学医療
診療部副部長兼務
2003年(平成15年) 東邦大学医学部付属佐倉病院内科
助教授
東邦大学医学部付属佐倉病院消化
器センター 副センター長兼務
2004年(平成16年) 東邦大学医学部付属佐倉病院消化
器センター長
2006年(平成18年) 東邦大学医療センター佐倉病院消
化器センター長
2006年(平成18年) 東邦大学医療センター佐倉病院
内科 教授
2011年(平成23年) 東邦大学医療センター佐倉病院
副院長
2011年(平成23年) 東邦大学医療センター佐倉病院
内科学講座 主任教授
2016年(平成28年) 東邦大学医療センター佐倉病院
IBDセンター センター長兼務
2018年(平成30年) 東邦大学医療センター佐倉病院
IBDセンター センター長 特任教授
2021年(令和3年) 銀座セントラルクリニック 院長
日本医科大武蔵小杉病院消化器内
科顧問医師

【所属学会】

日本大腸肛門病学会・評議委員
厚生労働省難治性炎症性腸管障害に関する調査研究 研
究代表者
日本消化器病学会クローン病治療ガイドライン作製委員
厚生労働省難治性腸管障害調査研究班潰瘍性大腸炎治療
ガイドライン作製委員
日本小児炎症性腸疾患治療ガイドライン作製委員
厚生労働省重篤副作用マニュアル作製委員
日本消化器内視鏡学関東地方会評議員
日本消化器内視鏡専門医・指導医・和文誌編集委員会査
読委員
日本消化器学会専門医・指導医
日本消化管学会胃腸科専門医・指導医
日本内科学会認定内科医・指導医
日本炎症性腸疾患協会監事
日本炎症性腸疾患学会(JSIBD)理事
一般社団法人アジア炎症性腸疾患機構(AOCC)理事
IBD Club Junior 世話人

ランチオンセミナー2

第3会場 12:35~13:25

「潰瘍性大腸炎診療における最新のTopic」

群馬大学大学院医学系研究科 内科学講座 消化器・肝臓内科学分野 **糸井 祐貴** 先生

東京女子医科大学消化器内科学教室 **米澤麻利亜** 先生

司会 筑波大学 医学医療系 消化器内科 **土屋輝一郎** 先生

共催：ファイザー株式会社

………演者の先生ご紹介………

いと い ゆう き
糸井 祐貴 先生

【学歴・職歴】

2015年(平成27年)3月 秋田大学医学部卒業
2015年(平成27年)4月 前橋赤十字病院初期臨床研修医
2017年(平成29年)4月 群馬大学医学部附属病院消化器・
肝臓内科 レジデント
2017年(平成29年)10月 公立富岡総合病院消化器科
2020年(令和2年)4月 高崎総合医療センター消化器内科
2021年(令和3年)4月 群馬大学医学部附属病院消化
器・肝臓内科
現在に至る

【資格】

日本内科学会認定医
日本消化器病学会認定消化器病専門医
日本消化管学会認定胃腸科専門医

【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、日本消化管学会、日本炎症性腸疾患学会

よねざわ まりあ
米澤 麻利亜 先生

【学歴・職歴】

1999(平成11)年3月 東京女子医科大学医学部卒業
1999(平成11)年4月 東京女子医科大学消化器内科学教
室に入室
2001(平成13)年6月 至誠会第二病院へ出張
2002(平成14)年6月 谷津保健病院へ出張
2003(平成15)年6月 東京女子医科大学消化器内科学教
室へ帰局
2006(平成18)年4月 同 助教
2017(平成29)年11月 医学博士号取得
2025(令和7)年3月 現在に至る

日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医・関東支部評議員
日本消化管学会 胃腸科専門医・指導医
日本炎症性腸疾患学会 専門医・指導医
日本がん治療認定機構 がん治療認定医
難病指定医

【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、日本消化管学会、日本大腸肛門病学会、日本炎症性
腸疾患学会、日本小腸学会、日本カプセル内視鏡学会、
日本栄養治療学会、日本病態栄養学会、日本腹部救急医
学会 など

【資格】

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医
日本消化器病学会 専門医・指導医・関東支部評議員・
学会評議員

「キャリア支援の会」
特別企画1 臨床セミナー
第1会場 15:25~16:55

「臨床医も基礎研究のすゝめ」

東京大学医科学研究所 外科 向山 順子 先生

司会 星薬科大学 エピゲノム研究室 山田 晴美 先生

共催：Japan Medical Support株式会社

……演者の先生ご紹介……

むこうやま じゅんこ
向山 順子 先生

【経歴】

2009年3月 高知大学医学部医学科 卒業
2009年4月 姫路赤十字病院 臨床研修医
2011年4月 製鉄記念広畑病院 外科医師
2013年4月 神戸大学大学院医学研究科外科学講座食道
胃腸外科学分野 入学
2017年3月 同 卒業 博士(医学)の学位を取得
2017年4月 Columbia University, Department of
Pathology and Cell Biology,
Postdoctoral fellow
*日本学術振興会海外特別研究員を併任
(2020年4月から2021年3月)
2021年4月 国際医療福祉大学三田病院消化器外科
病院講師
2024年5月 東京大学医科学研究所外科 助教

【所属学会】

日本外科学会 専門医
日本消化器外科学会 専門医
日本消化器病学会 専門医
日本臨床外科学会
日本女性外科医会 世話人
日本消化器癌発生学会 代議員
日本癌学会
日本乳癌学会

【受賞歴】

2024年 日本消化器癌発生学会 研究奨励賞
2024年 Yokohama Award, International Surgical
Week
2024年 日本外科学会 若手外科医のための臨床研究助成
2023年 日本女医会 第4回山本繻子賞(国際賞)
2021年 Excellence Oral Presentation Award,
International Colorectal Research Summit
2021年 日本癌学会 第40回癌学会奨励賞
2020年 日本癌学会 第79回日本癌学会学術総会 がん
研究における女性研究者シンポジウム賞
2020年 日本女医会 第4回山崎倫子賞(最優秀研究奨
励賞)
2019年 兵庫県健康財団 令和元年度兵庫県健康財団が
ん研究奨励賞
2016年 神戸大学 優秀学生賞
2017年 大学女性協会 安井医学奨学生賞
2015年 日本消化器癌発生学会 研究奨励賞

特別企画2 キッズセミナー

<ご案内>

キッズセミナールームにて「サイエンス倶楽部」による
3～6歳の未就学児および小学生を対象とした
体験型セミナーを開催いたします。参加無料です。
※参加には事前のお申し込みが必要です。
お申込み方法等、関東支部HPをご確認ください。

テーマ：「冷たい世界」

- ①ドライアイス空気砲
- ②シャボン玉浮かし
- ③色変わりジュース
- ④消えた！現れた！！文字の不思議
- ⑤シャーベットを作ろう！！

※3才～未就学児のお子様ที่キッズセミナーへご参加いただく場合、
託児申込が必要です。
(小学生のお子様の託児申込は必須ではございません。)

【お問合せ先】 日本消化器病学会関東支部第384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
Tel：03-6801-8084 Fax：03-6801-8094
E-mail: jsge384kanto@planningwill.co.jp

お申込みは先着順となっています。
詳しくは、上記お問合せ先に、ご連絡ください。

第1会場（午前の部）

8：28～8：30

—開会の辞—

—評価者—

東京大学大学院医学系研究科	消化管外科学	馬場 祥史
国際医療福祉大学市川病院	消化器内科	鈴木 翔
東京大学医科学研究所	外科	向山 順子

専攻医Ⅰ（食道・胃・十二指腸） 8：30～9：00 座長 自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 森野 美奈

1. 食道内圧検査施行中に食道異常収縮を誘発でき抗コリン薬が有効であった1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○廣田 董, 保坂 浩子, 菊地 優実, 大久保里奈
都丸 翔太, 糸井 祐貴, 佐藤 圭吾, 橋本 悠
田中 寛人, 栗林 志行, 浦岡 俊夫
群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部 竹内 洋司

2. 内視鏡にて整復しえた腸回転異常を伴わない右傍十二指腸ヘルニアの1例

草加市立病院 消化器内科 ○鈴木 郁哉, 小林 正典, 井浦亜有子, 川内結加里
町田 智世, 栗原 正道, 渡辺 翔, 矢内 常人

3. irAE 十二指腸炎の治療過程で irAE 大腸炎も併発した一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 ○芹澤 宏樹, 三澤 昇, 井上喬二郎, 鈴木 瞳
田村 繁樹, 日暮 琢磨, 中島 淳
同 病理診断科・病理部 鶴澤 侑生, 原田丈太郎, 石山 貴博, 山中 正二
藤井 誠志

4. 第Ⅶ因子欠乏症により高度な凝固機能障害を伴い出血性胃潰瘍で死亡した一例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○馬場 遼, 森岡 晃平, 高田 祐介, 鎌田 直樹
立野 瑞樹, 石野すみれ, 角田 裕也, 今村 論
長久保秀一, 諸星 雄一, 小池 祐司, 藤田由里子
小松 弘一

5. 非 *H.pylori* 感染と思われる *H.pylori* 除菌 18 年後に発見された早期胃癌の1例

東京医科大学 消化器内視鏡学 ○小久保歩美, 岩田 英里, 張 萌琳, 新倉 量太
河合 隆

専攻医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸） 9：00～9：24 座長 虎の門病院 消化器内科 河合 優佑

6. 出血性十二指腸静脈瘤に対し n-butyl-cyanoacrylate とモノエタノールアミノレイン酸を用いたバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術にて止血が得られた一例

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

7. びまん浸潤型胃癌と鑑別が困難であった特発性肉芽腫性胃炎の一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器外科 ○笠谷 峻, 保田 智彦, 新井 洋紀, 柿沼 大輔
中村 慶春

日本医科大学付属病院 消化器外科 吉田 寛

8. 胃切除後 Roux-en-Y 吻合部通過障害に対して内視鏡治療にて軽快した3例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○志鎌 峻, 櫻澤 信行, 萩原 信敏, 向後 英樹
鈴木 幹人, 吉田 寛

9. 小腸原発 B 細胞リンパ腫の1例

昭和医科大学 江東豊洲病院 消化器センター ○倉橋 美穂, 岸 優美, 山口 倫昌, 伊藤翔太郎
豊田 陽一, 汐見大二郎, 年森 明子, 田邊 万葉
浦上 尚之, 伊藤 敬義, 横山 登, 井上 晴洋

専攻医Ⅲ(小腸・大腸) 9:24~9:48 座長 順天堂大学 医学部 消化器内科 伊藤 顕太郎

10. 胆石性腸閉塞の2例

公立藤岡総合病院 外科 ○飯塚 雄太, 斎藤 加奈, 高橋 遼, 豊増 嘉高
中里 健二, 設楽 芳範

11. 診断に難渋した、嵌頓と自然解除を繰り返す鼠径ヘルニアの一例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○兼松 健太, 國司 洋佑, 柳橋 崇史, 内田 要
石原 鴻, 大西 咲希

12. 肉芽腫性口唇炎を合併した Crohn 病の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○福村 桃子, 小松 萌子, 辛島 遼, 北條 紋
鳥羽 崇仁, 藤本 愛, 和久井紀貴, 岡野 直樹
永井 英成, 松田 尚久

同 皮膚科 古屋 佳織

同 病院病理 黒瀬 泰子

13. Clostridium perfringens 敗血症を続発した骨盤内慢性膨張性血腫の一例

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

専攻医Ⅳ(大腸) 9:48~10:12 座長 杏林大学医学部 消化器内科 小松 悠香

14. 慢性経過で寛解と増悪を繰り返した免疫関連有害事象による腸炎(irAE 腸炎)の一例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○田畑 千琴, 西本 崇良, 辰口 篤志, 秋元 直彦
大森 順, 嶋津 由香, 井上 諒祐

15. 下痢症状を契機に内視鏡下生検を行い診断に至った AL アミロイドーシスの一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○山崎 雄介, 古守知太郎, 西村 尚, 猿田 雅之

16. 脱分化型脂肪肉腫が最も疑われる大腸紡錘形肉腫の一例

虎の門病院 消化器内科 ○江田 肖, 小田切啓之, 布袋屋 修
同 消化器外科 黒柳 洋弥
同 病理診断科 伊藤 慎治

17. 虫垂出血に対して内視鏡的止血術・盲腸部分切除術を施行した一例

筑波記念病院 消化器内科 ○澤 龍太郎, 江南ちあき, 添田 敦子, 菅野 優貴
大曾根 礼, 津金 祐亮, 和田 拓海, 佐浦 勲
姫井 紅里, 根本 絵美, 越智 大介, 臺 勇一
上田 和光, 池澤 和人

専攻医Ⅴ(肝臓1) 10:17~10:53 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 弓田 冨

18. 当院における化膿性肝膿瘍の臨床的検討

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

19. 肝内胆管癌と鑑別困難であった肝炎性偽腫瘍の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○渡邊 優紀, 中村 駿佑, 太田 寛人, 倉田 美実
石井 重登, 上山 浩也, 深田 浩大, 戸張 真紀
石川 大, 藤澤 聡郎, 永原 章仁, 池嶋 健一
伊佐山浩通

20. 肝細胞癌破裂後の腹膜播種大腸浸潤による穿孔で腹膜炎を発症した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 ○藤田 実優, 吉川 修平, 眞嶋 浩聡, 宮谷 博幸
松本 吏弘, 浅野 岳晴, 上原 健志, 関根 匡成
大竹はるか, 石井 剛弘, 三浦 考也, 小糸 雄大
森野 美奈, 勝部 聡太, 今井友里加, 高橋 成明
佐藤 杏美, 小島 柊, 佐々木吾也

21. 進行肝細胞癌における腫瘍間不均一性と腫瘍内不均一性の解析

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○勝矢 雄之, 澤田 翠, 土屋 貴大, 藤谷 誠
吉埜 稜平, 赤塚 鉄平, 伊在井 亮, 片山 慶一
三輪 千尋, 米本 卓弥, 弓田 冨, 興梠 慧輔
井上 将法, 中村 昌人, 叶川 直哉, 小笠原定久
中本 晋吾, 加藤 順

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学
Division of Digestive and Liver Diseases,
Department of Internal Medicine,
The University of Texas Southwestern Medical Center

神崎 洋彰

22. 切除不能肝細胞癌に対する Durvalumab + Tremelimumab 療法中に免疫介在性有害事象重症筋無力症を発症した一例

東京科学大学 消化器内科 ○頓宮 広久, 延澤 翼, 金子 俊, 村川美也子
竹中 健人, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 光学医療診療部 河本 亜美, 福田 将義, 大塚 和朗

23. フォンタン術後に合併する肝癌の診断契機の検討

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

専攻医Ⅵ(肝臓2) 10:53~11:29 座長 横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 松本 浩明

24. 肝膿瘍を契機に診断された肝細胞癌の一例

川崎市立井田病院 消化器内科 ○小川 優人, 山田 博昭, 倉増 佑樹, 島田 史恵
山近 由衣, 高松 正視, 伊藤 大輔, 杜 ぶん林

25. 化膿性脊椎炎などの多発膿瘍を併発した肝硬変の剖検例

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

26. 複数の原因により非昏睡型急性肝不全をきたし、診断に難渋した症例

北里大学病院 消化器内科 ○小川 萌, 日高 央, 岩崎秀一郎, 飯田 淳貴

27. 肝悪性腫瘍との鑑別を要した肝嚢胞自然退縮の1例

さいたま市民医療センター 消化器内科 ○石井 彩, 篠崎 博志, 白井 貴浩, 橋本 凌
片平 雄大, 木全 悠太, 井原 亮, 山中 健一
新畑 博英

28. 肝嚢胞による閉塞性黄疸に対し、肝嚢胞穿刺ドレナージで改善を認めた一例

神奈川県立足柄上病院 消化器内科 ○大西 咲希, 國司 洋佑, 柳橋 崇史, 内田 要
石原 鴻, 兼松 健太, 川名 一郎
横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室 前田 慎

29. アテゾリズマブ・ベバシズマブによる conversion 切除後 drug free 2年後に肺転移を認めた進行肝細胞癌の1例

武蔵野赤十字病院 消化器内科 ○田口 美奈, 安井 豊, 山崎 雄大, 内原 直樹
徳永 悠月, 田中 雄紀, 木村 晶平, 宮本 遥
八木田純子, 慶徳 大誠, 岡田 理沙, 樋口 麻友
高浦 健太, 田中 将平, 前屋舗千明, 玉城 信治
土谷 薫, 中西 裕之, 泉 並木, 黒崎 雅之

30. 片側胆嚢の結石発作による急性腹症を呈した重複胆嚢の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 ○島田 海, 鈴木 達也, 橋本 英篤, 渡邊 網正
立石 敬介

31. 胆道感染が原因と考えられた巨大後腹膜膿瘍の一例

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

32. 胆管金属ステント留置後に後上脛十二指腸動脈の仮性動脈瘤を形成し胆道出血をきたした1例

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○倉野 将彰, 川本 翔, 石田 拓也, 澁田 秀則
萩本 直堯, 山田 貴大, 落合 一成, 権藤 興一
土岐 真朗, 久松 理一
同 放射線科 小野澤志郎

33. B2再建後 胆石性胆管炎に対してPTGBD RVによるERCP施行した一例

国保旭中央病院 消化器内科 ○長澤 正憲, 金 宰紘, 萩原 康平, 鈴木 陸斗
小林里彩子, 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

第1会場 (午後の部)

13:35~14:30

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

星薬科大学 学長 牛島俊和先生

司会 星薬科大学 医療薬学研究室 教授 野村幸世

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

公立藤岡総合病院	外科	齋藤	加奈
日本医科大学	消化器外科	岩井	拓磨
茨城県立中央病院	外科	小野山	温那

専攻医Ⅷ(胆・膵) 8:30~8:54 座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 消化器・肝臓内科 青木 祐磨

34. 胆石性膵炎後に発症し保存的加療で改善した肝門索膿瘍の一例

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 消化器内科 ○仲野谷 純, 小野田 翼, 岸本 希実, 安部 計雄
下山田雅大, 伊藤 有香, 石田 博保

35. 胆管炎に対する内視鏡的膵胆管造影検査後に肝嚢胞感染を生じた一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○池澤百合花, 石井 寛裕, 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
黒澤 貴志, 京 里佳, 所知加子, 菱木 智
杉森 一哉

36. 皮疹と肝障害を伴った急性膵炎の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○池田 悠真, 竹内 研人, 浅岡 良成, 清水 友貴
本田 卓, 松本 康佑, 磯野 朱里, 青柳 仁
三浦 亮, 立澤 直子, 阿部浩一郎, 有住 俊彦
小田島慎也, 山本 貴嗣, 今津 博雄, 田中 篤

37. 慢性膵炎の経過中に EUS-FNA で診断し得た膵頭部癌の一例

自治医科大学内科学講座 消化器内科部門 ○小田部拓実, 菅野 敦, 横山 健介, 田中 朗嗣
櫻井 祐輔, 山本 博徳
自治医科大学 病理診断部 福嶋 敬宜
自治医科大学内科学講座 消化器内科部門
自治医科大学 病理診断部 池田恵理子, 安藤 梢

専攻医Ⅸ(膵臓・その他) 8:54~9:18 座長 東京女子医科大学 消化器内科 大塚 奈央

38. 潰瘍性大腸炎初回診断時に認めた膵腫大に対して EUS-FNB が診断に有用であった 2 型自己免疫性膵炎の 1 例

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

39. 微小腺癌との鑑別診断に苦慮した限局型自己免疫性膵炎の一例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○道嶺 優, 池田 守登, 松原 三郎, 宮内 琉希
寺本 駿也, 内田 信介, 新井 智洋, 砂田 莉沙
田川 慧, 田中 孝幸, 中川 慧人, 堀 祐太郎
岡 政志, 加藤 真吾

40. Modified FOLFIRINOX により病理学的完全奏功が得られた遠隔転移を有する膵尾部癌の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○後藤 広樹, 石井 寛裕, 前田 千春, 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
同 病理診断科 中山 崇
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

41. 腸型腺癌の悪性転化を来した成熟嚢胞性奇形腫の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○松本めぐみ, 宇野 広隆, 山本 祥之, 石川 敬資
小川 英恵, 松田 悠, 湯原美貴子, 石川 直樹
堀籠 祐一, 城山真美子, 小松 義希, 小林真理子
山田 武史, 土屋輝一郎

研修医 I (胃・十二指腸・小腸・その他) 9:18~9:48 座長 北里大学医学部 消化器内科学 土居 楠太郎

42. JAK inhibitor augments response to ICIs in an immune-competent mouse model of gastric cancer peritoneal dissemination

日本医科大学千葉北総病院 臨床研修センター
東京大学アイソトープ総合センター ○杜 婉瑩
日本医科大学千葉北総病院 消化管外科 増田 寛喜, 保田 智彦, 久下 恒明
近畿大学 免疫学教室 長岡 孝治, 垣見 和宏
国立がん研究センター中央病院 瀬戸 泰之
東京大学アイソトープ総合センター
星薬科大学 医療薬学研究室 野村 幸世

43. エンドループを用いた腫瘍牽引併用単孔式胃内手術を施行した胃穹窿部前壁内腔発育型 GIST の 1 例

社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院 消化器外科 ○若林 健治, 田澤 賢一, 山野 格寿, 神山 公希
高坂 佳宏
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科 藤井 努
社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院 病理診断科 加藤 優子
同 消化器外科
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科 深澤 美奈

44. 空腸壊死をきたした門脈血栓症の一例

社会医療法人社団 三思会 東名厚木病院 消化器外科 ○國重 祐太, 田澤 賢一, 深澤 美奈, 木村 七菜
神山 公希, 高坂 佳宏
同 血管外科 小島 淳夫
同 救急科 山下 巖
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科 藤井 努

45. CT画像診断が有用であった膀胱上窩ヘルニア嵌頓による絞扼性イレウスの一例

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 ○赤岡 春菜, 高田 祐明, 蔵田 隼也, 關彌 一貴
南 一洋, 木下 聡, 中里 圭宏
同 外科 牧野 七海, 牧野 暁嗣, 唐橋 強
同 放射線診断科 渡邊 浩美

46. 消化管緊急手術での腸管血流評価における ICG 蛍光強度の定量的評価の有用性と切除範囲の一致性に関する観察研究

国保直営総合病院君津中央病院 外科 ○丸山 紗季, 進藤 博俊, 須田竜一郎, 柳澤 真司
片岡 雅章, 西村 真樹, 小林 壮一, 岡庭 輝
中臺 英里, 大野 幸恵, 藤野 真史, 瀧口 翔太
田口 航大, 綿貫 義久, 白石 健太, 近藤 尚
海保 隆
同 臨床工学科 望月 葵

研修医Ⅱ(大腸) 9:48~10:18 座長 東海大学医学部 内科学系 消化器内科学 幕内 智規

47. 妊娠中の UC 再燃に伴う CMV 腸炎: ホスカルネットの有効性と安全性

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○飯國 泰成, 中村 拳, 亀井 淳矢, 崔 盛奎
日本医科大学 消化器内科学 齋能 和輝, 町田 花実, 善方啓一郎, 阿川 周平
恩田 毅, 田邊 智英, 植木 信江, 二神 生爾
同 消化器内科学 岩切 勝彦

48. 注腸での治療が奏功した重症 Clostridium difficile 腸炎の1例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○村山 豪宏, 石田 慎, 中島 菖子, 林 智康
田沼 浩太, 三枝慶一郎, 岸野 竜平, 船越 信介
中澤 敦, 三宅 広晃, 青木 優
同 感染症内科 伊藤 航人

49. 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 ○高坂 尚伸, 奴田原大輔, 浅野 響子, 菊地 佑真
秋田泰之輔, 本多 英仁, 篠原 裕和, 阿部 正和
山本 圭, 平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

50. 上行結腸髄様癌の一例

杏林大学医学部附属杉並病院 消化器外科 ○前田 大地, 片岡 功, 斎藤 勇利, 高木 理子
近藤 恵里, 橋本 佳和, 鈴木 裕
同 呼吸器・甲状腺外科 平田 佳史
同 心臓血管外科 池添 亨
同 病理診断科 谷口 浩和

51. 空置直腸に広範な high grade dysplasia を合併したクローン病の一例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○西田 悠人, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀
中尾 詠一, 小原 尚, 小金井一隆, 杉田 昭

研修医Ⅲ(肝・胆) 10:23~10:53 座長 日本医科大学附属病院 消化器内科学 鈴木 健太

52. 成人発症Ⅱ型シトリン欠損症に急性膵炎を併発し膵仮性嚢胞を生じた1例

獨協医科大学病院 臨床研修センター ○金森 亮祐
獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 福士 耕, 牧 竜一, 稲葉 康記, 嘉島 賢
久野木康仁, 佐久間 文, 牧 匠, 山宮 知
飯島 誠, 入澤 篤志

53. 40代初発のEBウイルス(EBV)感染による急性肝炎の一例

東京通信病院 消化器内科 ○大井 研人, 加藤 知爾, 近藤花奈美, 弦間 有香
坂井有里枝, 小野 晋治, 阿部 創平, 小林 克也
平野 賢二, 関川憲一郎, 光井 洋

54. 十二指腸神経内分泌腫瘍・同時性多発肝転移に対し同時切除で肉眼的完全切除をしえた一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科、人工臓器・移植外科 ○石本 崇聖, 風見 由祐, 高本 健史, 猿田 優也
吉崎 雄飛, 若杉 正樹, 三原祐一郎, 西岡裕次郎
市田 晃彦, 赤松 延久, 河口 義邦, 長谷川 潔

55. 原発巣の特定に難渋した転移性脳腫瘍の一例

東京都立 多摩北部医療センター 消化器内科 ○小川 真由, 鈴木 健太, 中村 里菜, 内田 晋平
小山 友裕, 山田 善人, 葉山 惟信, 四宮 航
柴田 喜明
同 脳神経外科 佐野 貴志, 百瀬 俊也

56. がん遺伝子パネル検査によってERBB2の高度増幅を認めトラスツズマブ単剤療法が著効した切除不能胆嚢癌の1例

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科
同 消化器内科
同 総合研修センター ○佐久間理史
同 臨床腫瘍科 佐藤 靖祥
同 消化器内科 福田晃史郎, 鈴木 辰典, 高橋 良太, 高原 楠晃
横浜市立大学附属病院 臨床腫瘍科 加藤 真吾
同 がんゲノム診断科 市川 靖史
同 消化器外科 遠藤 格
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
東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科 朴 成和
東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科
同 消化器内科 石垣 和祥, 藤城 光弘

研修医Ⅳ(胆・膵) 10:53~11:17 座長 横浜労災病院 消化器内科 春日 範 樹

57. 保存的治療により軽快した胆石性腸閉塞の一例

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 ○松本 冠, 石野 勇康, 坂井 音々, 相馬 亮
角田翔太郎, 鈴木 悠一, 遠藤 和樹, 大石梨津子
船岡 昭宏, 三輪 治生, 森本 学, 沼田 和司
横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎

58. 嚢胞穿破, 急性膵炎を繰り返した膵粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) の一例

東京北医療センター 消化器内科 ○木本 妃音, 光定 聖弥, 岩田 朋之, 西野 龍
中島 謙, 小川 祐貴, 小林満里菜, 粟飯原隼人
藤原 悠史, 間瀬 一壽

59. 高齢男性に発生した膵高度悪性充実性偽乳頭状腫瘍の一例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 ○松野 紘之, 山田 俊介, 水野 卓, 碓氷 七瀬
佐藤 彩, 辻 翔平, 相馬 直人, 内田 義人
安藤さつき, 菅原 通子, 中尾 将光, 中山 伸朗
今井 幸紀, 富谷 智明, 持田 智
同 病理診断科 岩下 広道, 山口 浩

60. 膵管内乳頭状粘液性腫瘍により閉塞性黄疸を来した膵胆管合流異常症の一切除例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科 ○廣田 良介, 脊山 泰治, 冲永 裕子, 倉田 昌直
同 消化器内科 千葉 和朗, 中程 純
同 放射線科 鈴木 瑞佳
同 病理科 堀口慎一郎

第2会場（午後の部） 一般演題

一般演題Ⅰ（食道） 14：45～15：03 座長 東京大学医学部附属病院 感染制御部（消化器内科） 奥 新 和 也

61. 同時性食道癌・胃癌術後15年目に挙上結腸壊死及び皮膚壊死を来した一例

東京大学医科学研究所 外科 ○向山 順子
国際医療福祉大学三田病院 消化器センター 藤原 弘毅, 加藤 文彦, 加藤 亜裕
同 消化器センター
国際医療福祉大学成田病院 消化器外科 篠田 昌宏

62. ラット外科的逆流モデルにおける食道円柱上皮化生に対する MEK インヒビターの治療効果の検討

日本医科大学大学院医学研究科 消化器外科学 ○増田 寛喜
東京大学医学系研究科 消化管外科学
日本医科大学大学院医学研究科 消化器外科学 吉田 寛
東京大学医学系研究科 消化管外科学 瀬戸 泰之
国立医薬品食品衛生研究所 病理部 豊田 武士
富山市民病院 外科 宮下 知治
東京大学医学系研究科 消化管外科学
星薬科大学 医療薬学研究室 野村 幸世

63. 胸部食道癌を合併した頸部食道癌肉腫に対して喉頭温存目的に局所切除術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 胃・食道外科 ○要 知輝, 菅原弘太郎, 鶴 眞夫, 浅岡 礼人
岡本 麻美, 大矢周一郎, 三輪 快之, 谷島 翔
八木 浩一, 馬場 祥史

一般演題Ⅱ（胃・十二指腸） 15：03～15：27 座長 日本医科大学大学院医学研究科 消化器外科学 増 田 寛 喜

64. 早期胃癌疑いで紹介となり鑑別を要した炭酸ランタン症の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○中村 凌, 大木 大輔, 藤城 光弘
同 消化器内科
同 次世代内視鏡開発講座 辻 陽介

65. 開口障害症例に対する経鼻的アプローチを用いた上部消化管用細径処置スコープによる ESD の 1 例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○古賀 邦林, 北川 善康, 菱川 恵介, 岡田 晃宏
箕輪真寿美, 竹内 良久, 石垣 飛鳥, 徳長 鎮
杉田 統, 喜多絵美理, 天沼 裕介, 鈴木 拓人
須藤研太郎, 中村 和貴, 三梨 桂子, 傳田 忠道

66. 根治的胃切除術後の体組成および栄養学的指標の変化一切除範囲・再建方法別の比較検討—

東京女子医科大学附属足立医療センター 外科 ○西口 遼平, 浅香 晋一, 小川 雅子, 佐川まさの
岡山 幸代, 久原浩太郎, 碓井 健文, 横溝 肇
塩沢 俊一

67. 胃癌切除術後残胃拡張に対する簡便な治療介入インデックスの検討

北里大学医学部 上部消化管外科学 ○山岡 善子, 原田 宏輝, 藤田 翔平, 樋口 格
櫻谷美貴子, 熊谷 厚志, 比企 直樹
同 新世紀医療開発センター 先進外科腫瘍学 山下 継史

一般演題Ⅲ(小腸・大腸) 15:27~15:57 座長 慶應義塾大学医学部内科学(消化器) 海江田裕太

68. クロウン病の手術例に対する抗体製剤による治療の影響

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○黒木 博介, 辰巳 健志, 後藤 晃紀, 小原 尚
中尾 詠一, 杉田 昭, 小金井一隆

69. 多発性嚢胞腎に合併した空腸多発真性憩室穿孔の1例

大阪公立大学 消化器外科学 ○米光 健, 笠島 裕明, 小澤慎太郎, 福井 康裕
関 由季, 福岡 達成, 渋谷 雅常, 前田 清

70. 限局性AL型消化管アミロイドーシス診断後5年間の経過

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

71. 当院で経験した市中発症のClostridium difficile腸炎の9例についての検討

都立駒込病院 消化器内科 ○森口 義亮, 一箭 空伸, 今枝 駿介, 野間絵理子
高雄 暁成, 柴田 理美, 飯塚 敏郎
同 内視鏡科 船曳 隼大, 岡 靖祐

72. 電解質喪失症候群を呈し、内視鏡的に治療切除を得た大腸絨毛腫瘍

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

一般演題Ⅳ(大腸) 15:57~16:27 座長 日本医科大学 千葉北総病院 消化器外科 保田智彦

73. 原発巣切除を行なった術前穿孔を伴う大腸癌患者の治療成績

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学 ○田中 宗伸, 小澤真由美, 大矢 浩貴, 遠藤 格
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 外科 諏訪 雄亮
横須賀共済病院 外科 諏訪 宏和

74. S状結腸憩室内に発生した絨毛腺腫の1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科 ○佐藤 晋二, 永山 智弓, 芹澤 宏樹, 田村 繁樹
古川 潔人, 吉原 努, 高橋伸太郎, 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 志郎

75. 自然退縮した直腸がんの一例

日本赤十字社 原町赤十字病院 外科 ○東海林久紀, 笹本 肇, 内田 信之
群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学 大曾根勝也, 佐伯 浩司, 調 憲

76. 特徴的な血管パターンを示した肛門管扁平上皮腫瘍の1例

がん研有明病院 下部消化管内科 ○後藤 諒介, 十倉 淳紀, 鈴木 桂悟, 井出 大資
千野 晶子, 五十嵐正広, 斎藤 彰一
同 病理部 高松 学

77. 内視鏡的にT1早期大腸癌との診断に苦慮したアメーバ性腸炎の一例

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科 ○高丸 博之, 水口 康彦, 豊嶋 直也, 山田 真善
斎藤 豊

第3会場（午後の部） 一般演題

一般演題V（肝・胆・その他） 14：45～15：15 座長 群馬大学大学院総合外科学講座 肝胆膵外科分野 塚越真梨子

78. ルストロンボパグ投与下の肝癌ラジオ波焼灼術施行中に肝動脈損傷と門脈血栓を生じ、肝動脈血栓栓で止血し得た症例

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

79. 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に重症急性膵炎を発症し、分流手術を要した胆管非拡張型膵胆管合流異常の一例

群馬大学大学院 総合外科学講座 肝胆膵外科分野 ○正田 貴大, 新木健一郎, 塚越真梨子, 福島 涼介
奥山 隆之, 関 貴臣, 星野 弘毅, 萩原 慶
河合 俊輔, 五十嵐隆通, 久保 憲生, 調 憲

80. 高齢者における認知機能と消化器症状との関連の検討

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター 消化器内科 ○望月 佑奈, 野村 収, 浅岡 大介, 栗津 崇仁
壁村 大至, 野元 勇佑
順天堂大学医学部 消化器内科 竹田 努, 赤澤 陽一, 上田久美子, 上山 浩也
北條麻理子, 永原 章仁

81. 脾硬化性血管腫様結節性変化(SANT)に対して腹腔鏡下摘出術を施行した一例

獨協医科大学病院 肝胆膵外科 ○仁木まい子, 松本 尊嗣, 宮下将太郎, 早川 智彬
田中 元樹, 清水 崇行, 白木 孝之, 森 昭三
青木 琢
同 病理診断学 石田 和之

82. 直腸切断術後会陰ヘルニア再々発に対して右腹直筋皮弁を用いて修復した1例

大阪公立大学 消化器外科学 ○米光 健, 福岡 達成, 小澤慎太郎, 関 由季
笠島 裕明, 渋谷 雅常, 前田 清

一般演題VI（膵臓） 15：15～15：39 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門 池田恵理子

83. IgG 4 関連疾患との鑑別に苦慮した膵頭部癌の一例

慶應義塾大学医学部 消化器内科 ○佐藤 翼, 岡田 享, 早川 宇宙, 岡田はるか
中島 悠貴, 清野 隆史, 堀部 昌靖, 岩崎 栄典
金井 隆典
同 内視鏡センター 川崎慎太郎

84. EUS-FNB で診断に至った脱分化型脂肪肉腫の一例

都立駒込病院 消化器内科 ○南 亮悟, 一箭 空伸, 今枝 駿介, 森口 義亮
野間絵梨子, 田畑 宏樹, 仲程 純, 千葉 和朗
神澤 輝実, 飯塚 敏郎
同 病理科 元井 亨

85. 超音波内視鏡検査からみた早期慢性膵炎診断

順天堂大学医学部附属順天堂練馬病院 消化器内科 ○奥秋 匠, 伊藤 光一, 上村 泰子, 山内 友愛
沖 翔太郎, 高橋 翔, 鈴木 彬実, 福生 有華
大久保裕直
順天堂大学医学部附属順天堂医院 医学研究科消化器内科学 伊佐山浩通

86. 局所進行切除不能膵癌に対して化学放射線療法を行い9年の長期生存が得られた1例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○岡田 晃宏, 喜多絵美里, 竹内 良久, 箕輪真寿美
古賀 邦林, 天沼 裕介, 須藤研太郎, 中村 和貴
三梨 桂子, 傳田 忠道
同 内視鏡科 石垣 飛鳥, 徳長 鎮, 杉田 統, 北川 善康
鈴木 拓人

2025・2026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
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
388	窪田 賢輔 (横浜市立大学附属病院 内視鏡センター)	2026年 2月14日 (土)	東京 海運クラブ	10月21日～ 11月25日予定
389	北條 麻理子 (順天堂大学 医学部 消化器内科)	4月11日 (土)	東京 順天堂大学	2026年1月7日～ 2月4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	5月21日(水) 正午予定
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385回) 例会のお知らせ

期 日：2025年7月12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…徒歩2分
銀座線・丸ノ内線、赤坂見附駅D (弁慶橋) 出口…徒歩7分

特別講演：「腸内細菌学は消化器病学会が主導して発展させていきましょう」

演者：慶應義塾大学医学部 内科学 (消化器)

金井 隆典

司会：東海大学医学部 内科学系 消化器内科

加川 建弘

キャリア支援の会：開催予定

ランチョンセミナー1：「炎症性腸疾患治療のupdate (仮)」

演者：杏林大学医学部付属杉並病院

大森 鉄平

司会：大船中央病院

吉田 篤史

ランチョンセミナー2：開催予定

当番会長：加川 建弘 (東海大学医学部 内科学系 消化器内科)

【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: jsge385kanto@planningwill.co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

研修医 (演題登録時に卒後2年迄) および専攻医 (演題登録時に卒後3.5年迄) セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です (各々1施設 (1診療科) につき、1演者に制限させていただきます)。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専攻医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号 (99) で登録して下さい。なお、同一施設から複数応募及び採択が可能ですが、応募演題数が多い場合は一部を一般演題に変更させていただく場合がございます。

お問い合わせについて

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 立石 敬介

日本消化器病学会関東支部 第46回教育講演会ご案内
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2025年6月8日(日)

会 場：WEB開催(当日のライブ配信のみ)

会 長：鴨志田敏郎((株)日立製作所日立総合病院 消化器内科)

主 題：「消化器疾患 up to date」

◆開会の辞◆鴨志田敏郎(第46回教育講演会会長)

◆スポンサードセミナー1◆「潰瘍性大腸炎の治療の現状と今後の展望～難治症例、重症例を中心に～」

司会：石田 博保(独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 消化器内科)

講師：石川 和夫(順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科)

◆講演1◆「医療ビッグデータ研究の現状と展望～新たなエビデンス創出への挑戦～」

司会：丸山 常彦(水戸済生会総合病院 消化器一般外科)

講師：池澤 和人(医療法人社団筑波記念会 筑波記念病院)

◆講演2◆「MASLD(代謝機能障害関連脂肪性肝疾患)の最新知見」

司会：池上 正(東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)

講師：米田 正人(横浜市立大学附属病院 国際臨床肝疾患センター)

◆講演3◆「SNADETの内視鏡診断と治療」

司会：小野 敏嗣(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)

演者：角嶋 直美(東京大学医学部附属病院 光学医療診療部)

◆スポンサードセミナー2◆「ウイルス肝炎の最新の治療と話題」

司会：鴨志田敏郎((株)日立製作所日立総合病院 消化器内科)

講師：鈴木 文孝(虎の門病院 肝臓センター 肝臓内科)

◆講演4◆「胃がん治療の変遷」

司会：藤城 光弘(東京大学大学院医学系研究科 消化器内科)

講師：山口 博紀(自治医科大学外科学講座 消化器一般移植外科学部門)

◆講演5◆「消化管の粘膜組織構築と疾患の病理組織診断」

司会：岩本 淳一(東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)

講師：伴 慎一(獨協医科大学 埼玉医療センター 病理診断科)

◆講演6◆「大腸がん化学予防の最前線」

司会：土屋輝一郎(筑波大学 医学医療系 消化器内科)

講師：武藤 倫弘(京都府立医科大学 分子標的予防医学/保健・予防医学教室(予防医学部門))

◆支部長挨拶◆立石 敬介(聖マリアンナ医科大学 消化器内科学)

◆閉会の辞◆鴨志田敏郎(第46回教育講演会会長)

参加方法：2025年3月21日(金)正午(予定)～2025年5月21日(水)正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。

参加費(3,000円、テキスト代含む)はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

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

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第46回教育講演会 運営事務局

株式会社プランニングウィル 担当：馬場、森田

TEL：03-6801-8084 FAX：03-6801-8094 E-mail：jsge46elm@planningwill.co.jp

1 食道内圧検査施行中に食道異常収縮を誘発でき抗コリン薬が有効であった1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学¹⁾、群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部²⁾、
農田 薫¹⁾、保坂浩子¹⁾、菊地優実¹⁾、大久保里奈¹⁾、都丸翔太¹⁾、
糸井祐貴¹⁾、佐藤圭吾¹⁾、橋本 悠¹⁾、田中寛人¹⁾、栗林志行¹⁾、
竹内洋司²⁾、浦岡俊夫¹⁾

【症例】60歳台、女性【主訴】嚥下障害と胸痛【現病歴】10年ほど前から食物が食道を通過しないことがあり、最近では水分も詰まってしまい、強い胸痛を認めることが頻回にみられるようになった。上部消化管内視鏡検査を行うも、明らかな異常所見は認められず、精査加療目的に当科に紹介となった。【検査結果および経過】シカゴ分類v4.0のプロトコールに従ってHigh-resolution manometry (HRM)を施行したが、検査中に症状は出現せず、内圧所見上も症状の原因となり得る異常所見は認められなかった。後日HRM施行中に食事負荷を行ったところ、1次蠕動波と食道胃接合部の間にcompartmentalized pressurizationが認められ、強い胸痛がみられた。食道胃接合部の弛緩不全に伴ってpressurizationがみられているものと考えて硝酸薬を投与したが、症状は全く改善せず、pressurizationも変化はみられなかった。次に抗コリン薬の静脈投与を行ったところ、胸痛は残存するも1次蠕動波は出現しなくなった。抗コリン薬投与約10分後に1次蠕動波が出現するようになり、胸痛の改善もみられた。食事で誘発される食道運動異常であることから好酸球性食道炎を疑ったが、内視鏡および病理組織学所見上、好酸球性食道炎は否定された。HRM検査結果を踏まえて抗コリン薬の内服を行ったところ、胸痛は出現しなくなった。【結語】食事負荷によりHRM中に食道異常収縮を誘発させて薬剤負荷に対する反応性を評価することにより、適切に薬物治療を選択することができた1例を経験した。HRMを行っても検査中に症状が出現しないケースが多いが、正確な病態把握には症状出現時のHRM所見を得ることが重要である。

食道運動障害, 食道内圧検査

2 内視鏡にて整復しえた腸回転異常を伴わない右傍十二指腸ヘルニアの1例

草加市立病院 消化器内科
鈴木郁哉, 小林正典, 井浦亜有子, 川内結加里, 町田智世,
栗原正道, 渡辺 翔, 矢内常人

【症例】79歳女性【既往歴】50歳時に脳梗塞の既往があり右片麻痺、失語のため要介護度4であり、施設入所中である。誤嚥性肺炎で複数の入院歴がある。【現病歴】X-1日の夕食後からの頻回嘔吐と右上腹部痛にてX日に当院外来を受診した。腹部単純CTで十二指腸水平脚は上腸間膜動脈の下を通過せずに強く下方に屈曲し、狭窄しており、胃と十二指腸下行脚までの著明な拡張を認めていた。血液検査では炎症反応の上昇を認めたが、虚血は否定的であった。なお、前月に行われていた腹部CTでは上腸間膜動脈下を十二指腸水平脚が走行しており、腸回転異常は認めなかった。【経過】十二指腸の屈曲、狭窄が症状の原因と考え、腸管虚血を示唆する兆候に乏しかったことから、外科と相談の上、内視鏡的整復を試みた。透視下で細径大腸内視鏡(PCF-PQ260L, Olympus, Japan)を挿入すると十二指腸下行脚に強い屈曲部位を認めた。上皮の色調、形態に異常は認めず、慎重なスコープ操作で屈曲部を通過してトライツ靱帯まで内視鏡を挿入すると、十二指腸の偏位が修正された。下行脚からの造影で空腸まで良好に通過することを確認し処置を終了した。翌日のCTで水平脚の偏位が修正され、通過障害が改善しているのを確認した。同時に発症していた誤嚥性肺炎の軽快後、経口摂取を再開し、消化管閉塞の再発がないことを確認してX+13日に施設退院した。【考察】処置後、本症例は腸回転異常を伴わない右傍十二指腸ヘルニアであった可能性と考えた。右傍十二指腸ヘルニアは内ヘルニアのうちでも比較的まれで、腸回転異常症に伴って発症することが多く報告されている。本症例は事前のCTで腸回転異常は認められておらず、腸回転異常を伴わない右傍十二指腸ヘルニアであり、非常に稀な1例と考えられる。傍十二指腸ヘルニアは絞扼を伴うことが多く、過去の報告ではいずれも手術によって治療されているが、本症例では内視鏡にて整復し、その後の再発も認めない。腸回転異常を伴わない右傍十二指腸ヘルニアにおいて内視鏡による整復が有効な可能性があり、文献的考察を加えて報告する。

右傍十二指腸ヘルニア, 内視鏡的整復

3 irAE十二指腸炎の治療過程でirAE大腸炎も併発した一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学¹⁾、
病理診断科・病理部²⁾

芹澤宏樹¹⁾、三澤 昇¹⁾、井上喬二郎¹⁾、鈴木 瞳¹⁾、田村繁樹¹⁾、
日暮琢磨¹⁾、中島 淳¹⁾、鶴澤佑生²⁾、原田丈太郎²⁾、石山貴博²⁾、
山中正二²⁾、藤井誠志²⁾

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬 (immune checkpoint inhibitor: ICI)の副作用は多岐にわたることが知られている。今回、食思不振を契機に発見されたirAE十二指腸炎の治療過程でirAE大腸炎も併発した症例を経験したので報告する。【症例】26歳男性。20XX年に悪性黒色腫に対して外科的手術施行、術後化学療法施行していた。20XX+2年Y月に多発肺転移増大傾向を認め、イビリムマブ+ニボルマブを開始した。Y+4月中旬より食思不振、嘔気、嘔吐を認め、症状徐々に増悪するため外来受診、精査加療目的に入院となった。入院後絶食による腸管安静で経過を見ていたが症状持続したため、上部消化管内視鏡検査施行したところ十二指腸に著明な発赤を認めた。原因としてirAE十二指腸炎が考えられ、入院3日目にPSL60mg/日を開始した。PSL投与後より徐々に症状は改善傾向となったが、入院10日目より1日7回程度の水様便を認めた。入院13日目に上下部消化管内視鏡検査を施行、前回認めた十二指腸炎は改善傾向であったが、下部消化管内視鏡では左側結腸に炎症所見を認めた。各種検査より感染症は否定的であり、下痢の原因としてirAE大腸炎が考えられたため、PSL投与を継続、抗菌薬投与せず経過を見る方針とした。内視鏡下で施行した生検病理では十二指腸、大腸ともに陰窩炎やアポトーシスを認め、irAE十二指腸炎、irAE大腸炎と矛盾しない所見であった。入院14日目より下痢症状は徐々に改善となったため、PSLを徐々に漸減、その後も症状増悪なく入院21日目に退院となった。【考察】本邦でのICIの使用は広がってきているが、これまでの抗瘤剤とは機序が全く違う薬剤であり、副作用の詳細についてもわかっていないことが多い。ICI投与に伴うirAE十二指腸炎は比較的稀な副作用であり、報告も少なく、また、今回の症例のように、irAEに対してステロイド投与中に新たなirAEが発症する報告は極めて稀であり、文献的にほとんど確認できない。本症例はそのような稀な経過を示した点で非常に興味深いと考えられた。

ICI, irAE

4 第VII因子欠乏症により高度な凝固機能障害を伴い出血性胃潰瘍で死亡した一例

横浜市立市民病院 消化器内科
馬場 遼, 森岡晃平, 高田祐介, 鎌田直樹, 立野瑞樹, 石野すみれ,
角田裕也, 今村 諭, 長久保秀一, 諸星雄一, 小池祐司,
藤田由里子, 小松弘一

【症例】76歳、男性【主訴】黒色便、茶褐色嘔吐【既往歴】心房細動(エドキサバン内服中)、完全房室ブロック、心不全、大動脈弁狭窄症【臨床経過】20XX年4月中旬に心不全増悪で入院歴があり、完全房室ブロックに対してペースメーカーを挿入予定であった。4月下旬に嘔吐があり軽快したが、5月5日の朝に黒色便、午後に茶褐色の嘔吐が出現し、救急搬送された。来院時、出血による低血圧、房室ブロックによる徐脈、胸水貯留による酸素化不良を認め、全身状態不良であった。Hb 5.5 g/dLと貧血を認め、APTTは保たれていたがPT-INR 8.39と高度に延長していた。造影CTで出血源は分からなかった。全身状態不良のため保存的加療を優先し、ビタミンKやFFP、エドキサバン拮抗薬であるアンデキサネットを投与したが、PT-INRは4を下回らなかった。大量の濃厚赤血球・FFPを輸血したが、大量の赤褐色下血が止まらず、昇圧剤でも血圧が保てず、5月8日に死亡された。病理解剖の結果、胃体中部小弯前壁に65×35 mmの漿膜下層に達する胃潰瘍を認め、同部位からの動脈性出血であったと判明した。入院時の第VII因子凝固活性が12%と低下していたと後日判明した。【考察】APTTが保たれPTのみが延長する原因として第VII因子欠乏症が鑑別となるが、非常に稀な疾患である。本症例ではこれまで凝固異常がなく、第VII因子凝固活性が低下しており、後天性第VII因子欠乏症が疑われた。第VII因子に対する自己免疫疾患であり、ステロイドなどの免疫抑制薬や第VII因子製剤が治療法となるが、確定診断にはさらにクロスミキシング試験やインヒビター力価測定が必要であった。高度の凝固機能障害を合併する場合には内視鏡的止血が有効かについては明確なエビデンスがなかったが、本症例では完全房室ブロックや心不全により全身状態が不良であり実施が難しかった。【結語】凝固機能異常を合併した消化管出血では、凝固因子欠乏症を念頭に置いた検査(クロスミキシング試験・凝固因子活性・インヒビター力価)も検討すべき。

出血性胃潰瘍, 後天性第VII因子欠乏症

5 非*H.pylori*感染と思われる*H.pylori*除菌18年後に発見された早期胃癌の1例

東京医科大学 消化器内視鏡学
小久保歩美, 岩田英里, 張 萌琳, 新倉量太, 河合 隆

【背景】*H. pylori*除菌後の胃癌発生メカニズムは未だ完全には解明されていないが、*H. pylori*除菌後胃癌のリスクとして①PPIの長期使用および②非*H. pylori*感染を中心とする胃内細菌叢の影響が注目されている。【目的】*H. pylori*除菌後の長期経過において、胃癌発生に関わる非*H. pylori*細菌の関与を明らかにすることを目的とした。【方法】我々は、*H. pylori*除菌長期経過観察中の患者において、PPI使用中に早期胃癌が発生した症例を経験した。早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行し、ESD標本を用いて16S rRNAシーケンスによる属レベルの細菌叢解析を行い、*H. pylori*除菌後の胃癌発生に関わる細菌の検討を行った。【症例】70代の女性、18年前に*H. pylori*除菌治療に成功し、年に1回の内視鏡経過観察を行っていた。4年前よりリウマチを発症し、NSAIDsによる潰瘍の予防目的でPPIを継続内服していた。20XX年胃体中部小弯に褪色調のやや不整な陥凹性病変を認め、生検にてgroup4、NBI併用拡大観察でVS classificationにより癌と診断、ESDを施行した。病理結果はadenocarcinoma (tub1)であった。16S rRNAシーケンスにて、胃粘膜から*Mycobacterium*属、*Leptotrichia*属、*Paracoccus*属、*Sphingomonas*属、*Prevotella*属、*Nevskia*属が検出された。【結語】*Mycobacterium*属などを主とした細菌の持続感染による慢性炎症およびPPI使用による胃内pHの変化により、*H. pylori*除菌長期経過での胃癌発生と関連がある可能性が示唆された。今後、*H. pylori*除菌後の胃内細菌叢の変化と胃癌発生リスクとの関連をさらに解明することが求められる。

*H. pylori*除菌後胃癌, 胃内細菌叢

6 出血性十二指腸静脈瘤に対しn-butyl-cyanoacrylateとモノエタノールアミノレイン酸を用いたバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術にて止血が得られた一例

国立国際医療研究センター病院 消化器内科

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

【症例】64歳男性【主訴】黒便【現病歴・検査所見】2型糖尿病で近医通院中、毎日100gのアルコール多飲歴あり。前日からの黒便と一過性意識消失にて当院救急搬送となった。救急搬送時、意識清明、血圧75/53mmHg、心拍数111/min、血液検査はHb 5.8 g/dl、Alb 1.9 g/dl、T-Bil 1.1 mg/dl、PT活性 61%、造影CTで十二指腸静脈瘤の発達と少量腹水を認めた。上部消化管出血の疑い、出血性ショック、Child-Pugh分類B(9点)のアルコール性肝硬変の診断で入院となった。【入院後経過】緊急上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行し十二指腸下行脚部乳頭対側白色栓を伴う半周性の静脈瘤を認めた。同部位を出血点と判断したが自然止血が得られている状況であった。硬化剤を用いた内視鏡治療における塞栓症リスクが考慮され、CTで十二指腸静脈瘤から右腎静脈への短絡路を確認できることから、緊急バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(BRTO)施行の方針となった。血管造影室で右内頸静脈よりアプローチし右腎静脈に短絡路を確認した。バルーン閉塞下にモノエタノールアミノレイン酸(EO)の注入を開始したところ、次第に血圧が低下し造影剤の腸管内漏出像が描出された。十二指腸静脈瘤の再破裂と判断するも、静脈瘤内へのEOの良好な滞留を得られず、出血点へn-butyl-cyanoacrylate(NBCA)を注入し、静脈瘤と排水路全体を塞栓した。その際にカテーテル先端がNBCAと固着し抜き困難となるも、後日抽出の方針として同日は処置終了となった。以降、出血徴候無く経過した。POD5、EGDで十二指腸静脈瘤の硬化像が観察された。POD6、CTで静脈瘤への血流消退を確認した。POD19に残存カテーテルを血管造影下で除去し、POD23に自宅退院となった。【考察】十二指腸静脈瘤破裂への治療は、内視鏡的治療が第一選択となることが多いが、本症例はEGDおよびCT所見からBRTOが適応となった。またBRTO術中の再出血の経過から、EOとNBCAが併用された点でも興味深い症例と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

十二指腸静脈瘤, BRTO

7 びまん浸潤型胃癌と鑑別が困難であった特発性肉芽腫性胃炎の一例

日本医科大学千葉北総病院 消化器外科¹⁾
日本医科大学付属病院 消化器外科²⁾
笠谷 峻¹⁾, 保田智彦¹⁾, 新井洋紀¹⁾, 柿沼大輔¹⁾, 中村慶春¹⁾, 吉田 寛²⁾

症例は41歳、女性。高血圧を除き、特記既往歴はなかった。受診の1か月前から心窩部痛と食欲不振があり前医を受診した。上部消化管内視鏡検査で進行胃癌が疑われ当院に紹介となった。1か月間に10kgの体重減少があり、貧血脱水による歩行困難のため緊急入院となった。入院後も十分な経口摂取はできず、造影CT検査で胃のびまん性壁肥厚、所属リンパ節の腫大、少量の腹水を認めた。上部消化管内視鏡検査では体部から前庭部に全周性の壁肥厚とびらんを認め、透視検査では体部から前庭部の拡張不良と壁硬化像を認めた。胃の病変部からの複数回の生検はいずれも癌は検出し得なかったが、びまん浸潤型胃癌を強く疑い、十分なICの上確定診断および治療目的で手術を行った。手術時の肉眼所見で胃体部は発赤・硬化しており、血性腹水と腫大・硬化した大弯リンパ節の迅速病理検査でも悪性所見を認めなかったが、病変を完全切除するためD2郭清を伴う幽門側胃切除を行った。手術後、有害事象はなく、経口摂取が改善したため、術後10日目に退院した。病理組織学検査では、胃および所属リンパ節に悪性所見は認めず、類上皮肉芽腫が多発してみられた。その後の大腸内視鏡検査やCT検査でも胃以外の病変は認めず、特発性肉芽腫性胃炎と診断し、現在経過観察中である。特発性肉芽腫性胃炎は、びまん浸潤型胃癌と術前の臨床経過や検査結果が酷似して鑑別が困難な場合があり、注意が必要である。

肉芽腫性胃炎, 胃癌

8 胃切除後Roux-en-Y吻合部通過障害に対して内視鏡治療にて軽快した3例

日本医科大学付属病院 消化器外科

志鎌 峻, 櫻澤信行, 萩原信敏, 向後英樹, 鈴木幹人, 吉田 寛

【はじめに】胃癌に対して術後に様々な通過障害が起こりうる。禁食、補液などの保存的治療で軽快する症例から絞扼性腸閉塞など緊急手術を要する症例もある。今回我々は胃切除Roux-en-Y(R-Y)法再建後の術後早期のY脚での通過障害を内視鏡治療にて治療できた3例を経験したので報告する。【症例1】70代女性、早期胃癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除を施行(R-Y再建)、また同時に早期大腸癌に対して腹腔鏡補助下回盲部切除術施行した。Y脚捻転による閉塞を認めたが、術後12日目に内視鏡的に整復し軽快退院となった。【症例2】70代男性、早期胃癌に対して腹腔鏡補助下胃全摘術を施行(R-Y再建)、Y脚捻転による閉塞を認めたが、術後8日目に内視鏡的に整復し軽快退院となった。【症例3】50代男性、早期胃癌に対してロボット支援胃全摘術を施行(R-Y再建)、Y脚部の通過障害を認めたが術後8日目に内視鏡的整復とバルーン拡張術で改善し退院となった。【結果】術後Y脚部での通過障害に対して、いずれも内視鏡的処置で改善を認め、その後は合併症なく経過している。【結語】胃切除R-Y再建後のY脚閉塞は非常に稀であり、緊急手術になることもあるが、今回内視鏡的処置で改善しえた症例を3例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

胃癌, 内視鏡治療

昭和医科大学 江東豊洲病院 消化器センター

倉橋美穂, 岸 優美, 山口倫昌, 伊藤翔太郎, 豊田陽一, 汐見大二郎, 年森明子, 田邊万葉, 浦上尚之, 伊藤敬義, 横山 登, 井上晴洋

【症例】36歳女性。X-1年12月、持続する臍周囲痛を主訴に当科を受診した。血液検査は、WBC 6040 / μ L, RBC 326万 / μ L, Hb 10.1 g/dL, CRP 0.67 mg/dL, CEA 0.6 ng/mL, CA19-9 2.0 U/mL未満, sIL-2R 630 U/mLであった。腹部造影CTでは回腸に35mm大の腫瘍性病変と周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。小腸カプセル内視鏡検査では、回腸でSMT様の壁外圧迫を認めた。経肛門シングルバルーン内視鏡検査では、到達最深部より造影を行い円形の径20mm大の透亮像を認めた。悪性腫瘍の可能性を考慮し、診断的治療目的で十分なインフォームド・コンセントを得た上で、X年2月に小腸部分切除術を施行した。回腸に3つの腫瘍を認め、病理組織所見は、大型の類円形細胞が密に増殖しており、免疫組織化学染色ではCKAE1AE3 (-), CD20 (+), CD3 (-) であり、B細胞リンパ腫の診断に至った。【考察】消化管悪性リンパ腫は、腹痛や消化管出血、偶発的な画像検査を契機に診断されることが多い。今回我々は、小腸原発B細胞リンパ腫の1例を経験した。本症例では、小腸病変が診断に至るまでに複数の検査を要し、適切な画像診断および病理診断の重要性が示唆された。文献的考察を加えて発表する。

B細胞リンパ腫, 小腸原発リンパ腫

公立藤岡総合病院 外科

飯塚雄太, 斎藤加奈, 高橋 遼, 豊増嘉高, 中里健二, 設楽芳範

【緒言】胆石性腸閉塞は稀な疾患であり、胆石が胆管や瘻孔を介して腸管内に落石し、閉塞起点となることで発症する。自然排石や内視鏡治療での排石率は低いとされ、多くの場合外科的治療を要する。今回、腸管内容を減圧後に腹腔鏡下手術を施行した2例を経験したため報告する。【症例1】71歳女性で、受診9日前より嘔気が出現したが経過観察していた。定期外来として受診、採血所見では脱水所見と炎症反応の軽度な上昇を認めた。CTでは胆嚢12指腸瘻を疑う胆道気腫と小腸内に2.5cmの結石、口側腸管の拡張を認めた。胆石性腸閉塞として同日入院とした。イレウス管を留置し腸管内容の減圧後、第9病日に手術を施行した。腹腔鏡で観察すると、大網が胆嚢に炎症性に癒着し胆嚢底部がわずかに観察できるのみであったため、腹腔鏡下結石摘出術のみ施行した。術後は経過良好であり、術後6日で食上げ終了、術後12日で退院となった。【症例2】91歳女性で、受診前日より心窩部痛、嘔吐があり当院救急外来を受診した。CTでは小腸に石灰化病変があり、口側の拡張所見を認めたため閉塞起点と思われた。受診3年前に胆嚢炎に対して保存的加療歴があり、落石に伴う胆石性腸閉塞と考えられた。同日に緊急入院し経鼻胃管による減圧で保存的加療をし、第4病日に手術を施行した。腹腔鏡で観察すると、胆嚢は十二指腸と接し、大網の被覆があったため十分な観察ができず、腸管内結石除去術のみ施行した。術後経過は良好であり、術後12日で退院となった。【考察】胆石性腸閉塞は稀な疾患であり、全胆石症の中で0.15-1.5%、全腸閉塞の中で0.15から1.0%と報告されている。胆石性腸閉塞に対しては外科的治療、内視鏡的治療、経過観察があるが、自然排石や内視鏡治療の成功率は低率であり、治療の原則は手術となる。手術では瘻孔閉鎖と腸閉塞解除の2つが必要とされる。自験例では胆石摘出による閉塞解除のみで軽快し得たため、報告する。

胆嚢結石, 腸閉塞

神奈川県立立石柄上病院 消化器内科

兼松健太, 國司洋佑, 柳橋崇史, 内田 要, 石原 鴻, 大西咲希

【症例】75歳男性【病歴】以前から便秘と下痢を繰り返しており、排便がない際に嘔吐するというエピソードも複数回認めていた。今回、腹部膨満感と排便困難が6月29日から出現し、7月1日に嘔吐を2回認めた。症状が持続し、腹痛が出現したため7月2日に内科新患外来を受診した。来院時、強い腹痛を認めていたが、腹部単純X線・腹部単純CT撮影後に排便があり症状は改善した。腹部単純CTで小腸拡張と鏡面形成像を認め腸閉塞が示唆された。また右下腹部の回腸の腸閉塞先進部は壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇を伴ってClosed loop様に描出された。左鼠径ヘルニアも指摘されたが、腸閉塞の先進部としては描出されなかった。内ヘルニアや腸捻転による腸閉塞が否定できない所見であったが、症状消失後に施行した造影CTでは、腸管拡張所見やClosed loop様所見は改善しており、明らかな血流障害も認めなかった。腸閉塞が自然解除された、または腸炎であった可能性が高いと判断し、外来経過観察の方針とした。7月4日、腹痛原因精査の大腸内視鏡検査を行う目的で入院したが、腸管洗浄液内服後に腹痛が出現した。身体所見とCT所見から左鼠径ヘルニア嵌頓とこれを起点とする腸閉塞と診断した。徒手整復を施行して腹痛は改善したが、再発リスクが高いと判断して7月5日に腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術を施行した。術中所見として血性腹水と回盲部近傍の小腸壁血腫を認めたが、腸管虚血所見は認めなかった。術後経過は順調で7月9日に軽快退院した。【考察】本症例は、鼠径ヘルニア嵌頓による腸閉塞が自然解除と再嵌頓を繰り返した結果、診断が遅れたと考えられる。初診時、CTで観察された内ヘルニア様の所見は、鼠径部への一時的な嵌頓後の自然還納を反映していた可能性がある。鼠径ヘルニア嵌頓は腸閉塞の原因となるが、自然還納後は所見が不明瞭となるため、診断に難渋することがある。本症例のように、腸閉塞がエピソード的に出現する場合には、ヘルニア嵌頓の反復の可能性を考慮し、慎重な観察が必要である。

鼠径ヘルニア嵌頓, 腸閉塞

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科¹⁾, 同 皮膚科²⁾, 同 病院病理³⁾

福村桃子¹⁾, 小松萌子¹⁾, 辛島 遼¹⁾, 北條 紋¹⁾, 鳥羽崇仁¹⁾, 藤本 愛¹⁾, 和久井紀貴¹⁾, 岡野直樹¹⁾, 永井英成¹⁾, 松田尚久¹⁾, 古屋佳織²⁾, 黒瀬泰子³⁾

症例は17歳女性。11歳時より痔核を認めていたが、排便時痛の増悪と肛門部腫瘍の増大があり他院を受診した。肛門鏡で裂肛および腫大した皮垂を認め、便中カルプロテクチンが高値であったため、Crohn病が疑われ当科を紹介受診した。当院初診時、排便時痛の訴えはあったが、腹痛や下痢などの腹部症状は認めなかった。また、以前より口内炎を繰り返しており、初診時に口腔内びらんと下口唇の無痛性腫脹を認めていた。大腸内視鏡検査では、皮垂に加え、回腸末端の発赤と、一部縦列傾向を示す小アфтаが全大腸に散在していたが、介在粘膜の血管透見は比較的保たれていた。小アфтаからの生検病理組織では炎症細胞浸潤と非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、小腸大腸型Crohn病と診断し、5-アミノサリチル酸製剤の内服を開始した。下口唇からの生検病理組織で、炎症細胞浸潤と非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、Crohn病に合併した肉芽腫性口唇炎と診断した。口唇病変に対してデスロラクタジン錠およびトラニラストの内服に加えトリウムシロノアセニド局注射を併用し、口唇病変は一時改善した。しかし、治療経過中2行/日の下痢を認めるようになり、5-アミノサリチル酸製剤内服開始から半年後に施行した大腸内視鏡検査でびらんや潰瘍を伴う大腸粘膜所見の増悪を認めた。若年発症で腸管外合併症を有するCrohn病の増悪であることを考慮し、アダリムマブ (ADA) を導入した。ADA開始後も下痢などの腹部症状と口唇の腫脹は改善と増悪を繰り返し、血清バイオマーカーの高値も持続していたことから、ADA導入1ヶ月後にADA倍量投与とした。その後、腹部症状は改善したが、口唇病変への効果は不十分であったため、アザチオプリンを追加・増量したところ、徐々に改善傾向を示した。現在まで腹部症状、口唇病変ともに再燃なく経過している。Crohn病に合併する肉芽腫性口唇炎は稀な腸管外合併症であり、文献的考察を加えて報告する。

Crohn病, 肉芽腫性口唇炎

日本医科大学 消化器外科

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

【背景】慢性膨張性血腫(chronic expanding hematoma; CEH)は、手術や外傷を契機に発症し、身体の至る所に起こりうる緩徐に増大する血腫である。軟部腫瘍との鑑別が困難な場合もあり、治療は血腫の全摘出が望まれる。我々は、骨盤内CEHへの血腫不完全摘出後、Clostridium perfringens (C. perfringens)による遺残血腫感染を契機に敗血症を来した症例を経験した。【症例】76歳男性。既往に膀胱癌手術、大動脈弁置換術、出血性脳梗塞(半身麻痺, PS2)あり。67歳時に右総腸骨動脈瘤に対する血管内治療後、70歳時のCTで膀胱直腸窩に境界明瞭な25×25mm大の腫瘍像が指摘され、以降size followされていた。76歳時に施行したCTにて54×37mmと増大傾向を示し、腹痛を伴うようになっていたためMRIを施行。陳旧性血腫が疑われたが、悪性軟部腫瘍が否定できないことから経直腸的にEUS-FNAを行い、骨盤内CEHと診断した。術中所見は、血腫は膀胱直腸窩に存在し、著明な炎症を伴っていた。血腫の全摘出には骨盤内臓全摘が必要となるためPSを考慮し、血腫被膜を開窓し洗浄ドレーナージ+人工肛門造設術を施行した。術後7日目に突然腹膜刺激症状を伴う、血圧低下(SBP≤90mmHg)と寒寒戦慄が出現。血液検査上、WBC 24000/μL、CRP10mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認め敗血症と診断。血液培養施行後TAZ/PIPCを開始した。抗菌薬開始後よりバイタルサインおよび腹部所見は改善傾向を示し、術後31日目に退院となった。血液培養からは、C. Perfringensが検出された。現在は感染再燃の兆候もなく、外来で経過観察中である。【考察】大腸の常在菌であるC. Perfringensによる敗血症は、致死率27-44%と報告されており極めて予後不良である。本症例においては、EUS-FNAの経路を介して骨盤内血腫に逆行性に感染が波及した可能性が示唆された。洗浄ドレーナージ術後などに、突然の急激な全身状態の悪化を呈した場合、C. perfringens感染症の可能性を念頭に入れることが肝要である。

Clostridium perfringens, 慢性膨張性血腫

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科

田畑千琴, 西本崇良, 辰口篤志, 秋元直彦, 大森 順, 嶋津由香, 井上諒祐

【症例】60代男性。肺腺癌cT3N2M0に対して202X年9月にデュルバルマブ療法を開始した。Grade2-3の下痢を認めたため6月にデュルバルマブを終了し、ステロイド治療を開始した。漸減および中止後に4回増悪所見を認めたため202X+2年12月にインフリキシマブを投与導入した。導入により改善を認めたがその後もステロイド漸減中に増悪し、その都度インフリキシマブを投与していた。今回202X+4年3月からプレドニン5mgで維持されていたが、下痢・血便症状が再燃しステロイドを増量するも改善を認めなかった。下部内視鏡検査ではS状結腸から直腸にかけて多発する潰瘍を認め、ステロイド不応と考えられた。CMVアンチゲミアは陰性であり、組織学的にもCMVの免疫染色は陰性であった。粘膜固有層への好中球・リンパ球を主体とした急性・慢性炎症細胞浸潤を認め、irAE腸炎として矛盾しないものであった。検査のday1、day22にインフリキシマブを投与し、ステロイド漸減中である。【結語】ガイドラインではステロイド漸減中に増悪した症例ではインフリキシマブの投与を推奨されているが、慢性経過での寛解と増悪で治療が難渋し長期の経過となった場合の治療については明記がないため症例を供覧した。その後の経過や文献的考察も加えて報告する。

irAE腸炎, インフリキシマブ

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科
山崎雄介, 古守知太郎, 西村 高, 猿田雅之

【症例】43歳女性【主訴】下痢、腹痛【現病歴】当院受診1ヶ月前より1日数回の下痢を認めた。2週間前より1日15回程度に下痢症状が増悪したため前医を受診し、過敏性腸症候群が疑われ治療にて経過を見ていたが症状が改善しなかった。3日前より嘔気・嘔吐、血性下痢、腹痛が出現し20XX年Y月Z日当院を紹介受診し、血液検査上、低K血症、低Alb血症を認めたが、腹部CT検査では消化管の壁肥厚や液体貯留はなく、腸炎を示唆する所見は認めなかった。経口摂取の低下もあり、同日に精査目的で入院となった。【経過】入院後、症状の主体である下痢の精査のため上下部内視鏡検査を施行した。上部内視鏡検査で胃と十二指腸に非特異的な発赤を認め生検を施行した。また、下部消化管内視鏡検査でも、全大腸に非特異的な発赤を認め、一部に軽微な白色細顆粒状粘膜を認め、回腸および各結腸から生検を施行した。それぞれの生検検体より、HE染色にて粘膜固有層に好酸性無構造の沈着物を認め、アミロイド沈着が疑われた。同部位はDFS (Direct Fast Scarlet) 染色にて赤橙色に染色され、偏光顕微鏡でアップルグリーン色を呈したことからアミロイド沈着と診断した。病理診断目的にさらに免疫染色を行ったところ、κ鎖が陽性であり、λ鎖、アミロイドA蛋白、β2ミクログロブリン、トランスサイレチンはいずれも陰性であったためALアミロイドーシスと診断した。また、多発性骨髄腫の併存検査を行った尿蛋白電気泳動でベンスジョーンズ蛋白陽性と判明し、血清κ鎖3790 mg/L、遊離λ鎖κ/λ比621.8と著明に上昇していた。骨髄穿刺にて骨髄形質細胞比率14.4%と上昇を認め、多発性骨髄腫の診断となった。ALアミロイドーシスは多発性骨髄腫による二次性の病態と考えられ、原疾患に対し血液・腫瘍内科にてグラツマブ・デキサメタゾン併用療法を開始した。【まとめ】下痢症状を契機に内視鏡下生検を施行し診断に至ったALアミロイドーシスを経験した。本症例は慢性下痢の精査において生検の重要性を示唆しており、適切な診断を導くためには積極的な組織学的評価が求められる。

ALアミロイドーシス, 多発性骨髄腫

虎の門病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器外科²⁾,

同 病理診断科³⁾

江田 肖¹⁾, 小田切啓之¹⁾, 布袋屋修¹⁾, 黒柳洋弥²⁾, 伊藤慎治³⁾

【緒言】脱分化型脂肪肉腫は悪性軟部腫瘍のひとつであり、希少な高悪性度腫瘍として知られている。その希少性の故、疾患の疫学的事項、臨床像、治療方針などは未だ十分に解明されていない。今回、消化器内視鏡診療の中で同症に遭遇する極めて稀な機会を得たため報告する。【症例】70歳代女性。健診目的で施行されたPET-CT検査で結腸脾彎曲部とその近傍のリンパ節にFDGの集積(SUV max=7.6)が認められた。このため、大腸癌の疑いとして、当院外科外来を受診した。当院で施行した造影CT検査では、結腸脾彎曲部に、わずかに造影効果のある壁肥厚が認められ、大腸癌に矛盾しない所見であった。しかし、CT検査後に施行した大腸内視鏡検査では同部に癌を疑う所見は指摘できなかった。その代わりに、脾彎曲部はスコープ操作性が極めて不良となる硬くひきつれた領域として認識された。同部を何回か往復するなかで、発赤、緊満感を伴う10mm大の粘膜下腫瘍様の局面がわずかに観察され、CTで指摘された病変の一部を見ているものと考えられた。同部ではスコープが固定されてしまうため、生検は不可能であった。組織診断はつけられなかったが、悪性腫瘍が疑わしいため、十分なインフォームド・コンセントのうえで、腹腔鏡補助下左半結腸切除術が施行された。術後の経過は良好であった。切除検体の病理組織学的評価では、非上皮性紡錘形細胞肉腫が固有筋層から漿膜層を主座に拡がっていた。免疫組織化学的検討では、MDM2+, CDK4+/-を呈していた。背景脂肪細胞の異型が弱く、高分化脂肪肉腫の同定が難しいものの、脱分化型脂肪肉腫が最も疑われる所見であった。現在は外来で定期的に経過観察中である。【結語】PET-CT健診を契機に発見された脱分化型脂肪肉腫が疑われる紡錘形肉腫の一例を経験した。極めて稀な症例であり、内視鏡所見、病理組織学的所見のいずれもが示唆に富むものであった。これまでの文献とともに考察する。

脱分化型脂肪肉腫, 大腸

17 虫垂出血に対して内視鏡的止血術・盲腸部分切除術を施行した一例

筑波記念病院 消化器内科

澤龍太郎, 江南ちあき, 添田敦子, 菅野優貴, 大曾根礼, 津金祐亮, 和浦拓海, 佐浦 勲, 姫井紅里, 根本絵美, 越智大介, 臺 勇一, 上田和光, 池澤和人

【症例】40歳男性、身長175cm、体重124kg。7ヶ月前に下壁心筋梗塞を発症した。器質性血栓や体型の影響で再灌流は困難であり、ワーファリンとプラスグレル内服で保存的に加療された。20XX年X月に24時間以内の下痢、新鮮血を混じた血便を主訴に当院外来を受診した。来院時バイタルサインは安定しており、Hb 15.2g/dlと貧血はなく、入院の上で待機的な下部消化管内視鏡検査(CS)を予定した。入院2日目、前処置のためのポリエチレングリコール溶液服用後に多量の暗赤色血便が出現し、血圧70/34mmHgのショックを呈した。Hbも8.6g/dlへ低下し、造影腹部CTでは盲腸内腔にextravasationを認め、虫垂根部からの活動性出血が疑われた。赤血球濃厚液を輸血しつつ緊急CSを施行したところ虫垂開口部からの漏出性出血を認め、虫垂出血と診断した。露出血管は同定できず、クリップ5個で虫垂開口部を縫縮し、一次止血を確認してCSを終了した。同日夕方に再度血便を認めたが、バイタルは安定しその後の追加出血はなかった。消化器外科と協議の上、再出血リスク予防の観点から、待機の腹腔鏡下盲腸部分切除術の方針となった。PT-INR 3.58と延長していたためメナテロン10mgを静注し、24時間後にPT-INR 1.34まで回復したことを確認し、腹腔鏡下盲腸部分切除術を施行した。術後に抗血栓・抗凝固療法を再開するも血便や貧血の進行なく、軽快退院が得られた。【考察】虫垂出血源とする下部消化管出血は稀である。本症例では内視鏡的な一次止血及び盲腸部分切除術による段階的な治療アプローチが奏功した。虫垂出血に関して、本邦での報告を集計し、報告する。

虫垂出血, 抗凝固療法

18 当院における化膿性肝膿瘍の臨床的検討

国立病院機構 千葉医療センター 消化器内科

八木はるか, 宮村達雄, 上原多恵子, 金谷崇伸, 三浦義史, 新行内綾子, 西村光司, 伊藤健治, 阿部朝美, 金田 暁, 齊藤正明, 杉浦信之, 多田 稔

【目的】肝膿瘍は、抗菌薬治療やドレナージにより治療を行うが、稀に敗血症などの合併症を生じ急激な転機を辿る症例も存在する。肝膿瘍の臨床経過や予後に影響するリスク因子を検討した。【方法】2018年3月から2024年10月の間に当院で入院加療を行った化膿性肝膿瘍の47症例を対象とし、基礎疾患や起原菌、臨床像や転帰などを後ろ向きに観察した。【結果】重症合併症を認めず軽快の転帰を辿った症例は34例であった。敗血症やDIC、眼内炎、化膿性脊椎炎などの重症合併症を認めた後に軽快した症例は8例、死亡した症例は5例であった。重症合併症を認めなかった症例を予後良好群(34例)、死亡もしくは重症合併症を認めた症例を予後不良群(13例)として、2群間比較を行った。性別や年齢、血液培養陽性率、糖尿病や悪性疾患合併の有無、CRPやAlbの値などを比較した。そのうち有意差を認めたのは血液培養陽性率と悪性疾患合併率であった。血液培養陽性率は予後良好群23.5%に対し、予後不良群は84.6%と有意に高く(P値0.001)、悪性疾患合併率に関しては、予後良好群5.9%に対し予後不良群は46.2%と有意に高い結果となった(P値0.003)。また、肝膿瘍の最大径別に2群に分けると、最大径5cm以上が35例、5cm未満が12例であった。5cm以上の群においては77%の27例で穿刺ドレナージを行われた一方、5cm未満の群では25%の3例のみで穿刺ドレナージが行われた。全症例における起原菌は、Klebsiella pneumoniaeが20例と最も多く、次いでEscherichia coliが3例であった。また、2024年4月以降に重症化した5症例のうち、2症例の起原菌はString test陽性かつ高病原性Klebsiella pneumoniaeであった。【結語】化膿性肝膿瘍の予後不良因子は、血液培養が陽性となることや悪性疾患の合併であった。また、近年増加傾向とされている高病原性Klebsiella pneumoniaeを起原菌とする症例では重症化しやすく、慎重に治療を行う必要がある。

化膿性肝膿瘍, 臨床的検討

19 肝内胆管癌と鑑別困難であった肝炎症性偽腫瘍の1例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科

渡邊優紀, 中村駿佑, 太田寛人, 倉田美美, 石井重登, 上山浩也, 深田浩大, 戸張真紀, 石川 大, 藤澤聡郎, 永原章仁, 池嶋健一, 伊佐山浩通

【症例】76歳男性【既往歴】肝機能障害を来したう既往及び内服薬なし【現病歴】上腹部痛を主訴に前医を受診した。造影CT検査でS1に20mm大の乏血性肝腫瘍を認め、前医受診から約1ヶ月後に当院へ紹介となった。受診時の身体所見では、軽度の右上腹部痛を認めるのみで、その他、炎症反応、肝胆道系酵素、腫瘍マーカーはいずれも正常範囲内であった。腹部超音波検査ではS1に20mm大の境界やや不明瞭で輪郭不整な低エコー腫瘍を認め、その他S8にも20mm大の同様な低エコー腫瘍を認めた。造影CT検査では、ともに動脈相では辺縁にリング状造影効果を認め、平衡相にかけて腫瘍全体が遅延性に濃染を呈した。EOB-MRI検査では、T1強調像で低信号、T2強調像でやや高信号で、CTと同様の造影態度を示していた。肝内胆管の拡張は認めず、肝細胞相では低信号を呈していたが腫瘍と正常肝の境界はやや不明瞭であり、拡散強調像で腫瘍全体ではなくスポット的に拡散低下を呈していたのが特徴的であった。以上の所見から肝内胆管癌および肝転移などの悪性腫瘍を第一に考えたが、MRI所見からは肝炎症性偽腫瘍も否定できず、経皮的肝生検を施行した。病理組織検査では線維化とリンパ球や形質細胞の高度浸潤、肉芽腫の形成などの慢性炎症の所見のみでIgG4陽性細胞や悪性細胞は認めなかった。炎症性偽腫瘍と診断し経過観察したところ、3か月後の造影CT検査では腫瘍はいずれも消失していた。現在約1年後の経過を見ているが肝腫瘍は消失したままである。【考察】肝炎症性偽腫瘍は線維性組織の増殖や炎症細胞浸潤を特徴とした良性腫瘍性病変であり、肝内胆管癌との鑑別が困難である症例が多い。本症例はEOB-MRI検査の肝細胞相で通常の悪性腫瘍と異なり正常肝との境界が不明瞭であり、DWIでの拡散低下領域が腫瘍径よりも明らかに小さく、腫瘍末梢の肝内胆管拡張を伴っていないなど肝内胆管癌としては非典型的な所見も認めていたが病理学的診断なしで経過観察する事は難しいと思われた。肝炎症性偽腫瘍と肝内胆管癌の鑑別に有用な画像的特徴について文献的考察を加えて報告する。

炎症性偽腫瘍, 肝内胆管癌

20 肝細胞癌破裂後の腹膜播種大腸浸潤による穿孔で腹膜炎を発症した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

藤田実優, 吉川修平, 眞嶋浩聡, 宮谷博幸, 松本吏弘, 浅野岳晴, 上原健志, 関根匡成, 大竹はるか, 石井剛弘, 三浦考也, 小糸雄大, 森野美奈, 勝部聡太, 今井友里加, 高橋成明, 佐藤杏美, 小島 柀, 佐々木吾也

肝細胞癌破裂裂機に発見されたアルコール性肝硬変背景の65歳男性の肝細胞癌の患者。X-3年9月に腰痛を主訴に肝細胞癌破裂が発見され、緊急の肝動脈塞栓術を施行した。その後肝細胞癌に対して、肝動脈化学塞栓術、ラジオ波焼灼術を施行したが、腹膜播種のため、X-2年11月より化学療法導入となった。アデプリスマブ・ベバシズマブ併用療法、デュルバルマブ・トレメリムマブ併用療法、レンパチニブによる治療を行ったが、腫瘍進行あり、カボザニチニブによる治療へ変更していた。今回、X年11月に右下腹部痛と発熱を主訴に当院に救急搬送となった。右下腹部に増強する圧痛と反跳痛を認め、血液検査では炎症反応の著明な上昇、腹部CT検査では、上行結腸に腹膜播種結節と腹腔内遊離ガスを認めた。肝細胞癌の腹膜播種大腸浸潤からの穿孔の診断で緊急手術を施行した。腫瘍部に壊死した陥凹部を認め、胆汁排液はないものの淡黄色の排液がみられ、穿通部と考えられた。腫瘍切除を含めた右結腸切除は過侵襲であると判断し、開腹洗浄ドレナージと回腸人工肛門造設術を行った。術後合併症はなく、腹膜炎再燃もなく経過良好であり、ストマ手技獲得の上、退院した。大腸穿孔は腹膜炎をきたし予後不良となる場合が多く、緊急性の高い急性腹症の一つである。今回、肝細胞癌破裂後の腹膜播種大腸浸潤による穿孔で腹膜炎を発症した1例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

肝細胞癌, 穿孔性腹膜炎

21 進行肝細胞癌における腫瘍間不均一性と腫瘍内不均一性の解析

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学¹⁾,
Division of Digestive and Liver Diseases,
Department of Internal Medicine,
The University of Texas Southwestern Medical Center²⁾

勝矢雄¹⁾, 澤田 翠¹⁾, 土屋貴大¹⁾, 藤谷 誠¹⁾, 吉楚稜平¹⁾,
赤塚鉄平¹⁾, 伊在井亮¹⁾, 片山慶一¹⁾, 三輪千尋¹⁾, 米本卓彰¹⁾,
弓田 牙¹⁾, 興梠慧輔¹⁾, 神崎洋彰^{1,2)}, 井上将法¹⁾, 中村昌人¹⁾,
叶川直哉¹⁾, 小笠原定久¹⁾, 中本晋吾¹⁾, 加藤 順¹⁾

【背景】腫瘍の不均一性は腫瘍間不均一性と腫瘍内不均一性に大別される。肺癌などの癌腫では、この不均一性が理由で免疫チェックポイント阻害薬への治療反応が一樣でなくなるといふ報告がある。肝細胞癌でも腫瘍間ならびに腫瘍内不均一性の報告は散見されるが、手術検体を用いた研究が多く、進行肝細胞癌での研究は少ない。そこで今回は、進行肝細胞癌におけるRNA sequence解析を通して腫瘍間、腫瘍内の不均一性に関して解析することにした。【方法】当院にて手術適応のない肝細胞癌において、複数の腫瘍においてもしくは同一腫瘍内で同時に複数検体を生検にて採取した5症例に対してRNA sequence解析と病理学的評価を行った。同時に当院にて撮像された造影CTで生検以降の結節ごとの最大径を追跡した。ヒートマップ作成とクラスタリング解析には、etiology, 脈管浸潤, 遠隔転移の有無をマッチさせたcohortを作成し使用した。【結果】腫瘍間、腫瘍内ともに、意外にも均一性を示す部分もあった。腫瘍間不均一性に関して、matched cohortでもクラスタリング解析で同一群に分類されるものもあれば、CXCL9-11やVEGFといった一部の遺伝子が類似するととまる症例もあった。腫瘍内不均一性に関しては、クラスタリングで類似性が示されるものや、示されない場合でも炎症シグネチャやVEGFパルスウェイ、CTLA4などで一致を見る症例があった。病理所見と比較すると、分化度が一致している症例ではRNA発現も類似している傾向にあった。腫瘍径の増減が類似していた症例もあり、腫瘍間の遺伝子発現に類似性を認めた一例では2結節とも大幅な縮小を呈していた。【考察・結論】本研究により、進行肝細胞癌において腫瘍間・腫瘍内で遺伝子発現の共通性が見られる症例があることが明らかとなった。特に、炎症関連遺伝子やVEGFの発現が一致する例では、治療効果の類似性も示唆された。

肝細胞癌, RNA解析

22 切除不能肝細胞癌に対するDurvalumab + Tremelimumab療法中に免疫介在性有害事象重症筋無力症を発症した一例

東京科学大学 消化器内科学¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾
頓宮広久¹⁾, 延澤 翼¹⁾, 金子 俊¹⁾, 朝川美也子¹⁾, 河本亜美²⁾,
竹中健人¹⁾, 福田将義²⁾, 大塚和朗²⁾, 村比奈浩浩¹⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】60代男性。X年1月にアルコール性肝硬変を背景とした肝細胞癌(S4 43mm)の治療目的に当院を紹介受診した。同年2月に肝細胞癌破裂を来したため肝動脈塞栓術を施行し、同年3月に肝細胞癌に対しロボット支援下肝S4部分切除術を施行した。同年5月に肝S4に門脈腫瘍栓を伴う浸潤性肝細胞癌の再発を認めたため、同年7月に切除不能肝細胞癌に対してDurvalumab+Tremelimumab(DT)の投与を開始した。同年8月に2コース目を投与したが、初回投与開始から45日目に体動困難、食思不振、発熱を認め、当院へ救急搬送された。両眼瞼下垂、左右注視時の複視、増悪する構音障害、CK上昇を認める一方で、近位筋優位の筋力低下や筋痛がなかったことから、免疫介在性有害事象(imAE)Grade4の重症筋無力症と診断した。入院5日目に40℃超の発熱、酸素需要増加、血圧低下を認めたため、気管挿管を行い、人工呼吸器管理下で3日間のステロイドパルス療法を行った。その後、PSL 50mg/日の経口投与を開始し、人工呼吸器管理は離脱できたが、嚥下機能の改善が乏しく、入院26日目より5日間の免疫グロブリン大剂量静注療法を行った。入院39日目には経口摂取が可能となり、PSLを漸減し、入院81日目に退院となった。なお、入院40日目のEOB-MRI検査では肝細胞癌の縮小・不明瞭化がみられRECISTにて部分奏功が得られていた。【考察】抗CTLA-4抗体を含む免疫チェックポイント阻害薬併用治療ではimAE発症率が比較的高いことが知られる。特に重症筋無力症の発症は稀ではあるが、呼吸困難を伴い重篤になり得るため、早急に診断し、集中治療を含めた迅速な全身管理、加療を行うことが重要である。

肝細胞癌, 免疫介在性有害事象

23 フォンタン術後に合併する肝癌の診断契機の検討

東京女子医科大学 消化器内科
高野澄玲, 小木曾智美, 小笠原友里, 谷合麻紀子, 高山敬子,
米沢麻利亜, 白田龍之介, 島松 裕, 伊藤亜由美, 山本果奈,
大塚奈央, 林 涼子, 高鹿美姫, 菊山正隆, 中村真一,
中井陽介

【目的】フォンタン関連肝疾患(FALD)では、若年者に肝癌(HCC)を認めることが問題となる。我々は、FALD-HCCの臨床像と臨床経過を後方視的に検討した。【対象】2003-2024年に当科を受診したFALD患者のうち、FALD-HCC 25例(男性13例, 52%)を対象とした。基礎心疾患は単心室6例、両大血管右室起始症8例、三尖弁閉鎖症6例、その他5例であった。FALD-HCCの特徴と臨床経過を検討した。【結果】フォンタン手術年齢の中央値は6(1-26)歳、HCC発症時年齢は33(20-45)歳で、HCC合併は術後27(15-38)年に認められた。血液検査の中央値は、アルブミン4.3(1.7-5.1)g/dL、総ビリルビン1.4(0.7-3.2)mg/dL、AST 22(8-79)U/L、ALT 21(4-57)U/L、 γ -GTP 73(31-331)U/L、血小板数13.8(5.7-30.9) $\times 10^4/\mu$ L、AFP 39(2-8, 786)ng/mL、MELD-XI 11.51(9.44-15.38)であった。肝癌の局在は、左葉/右葉/尾状葉/両葉; 8/10/1/6例であり、肝辺縁部に多く認められた。腫瘍数は単発/2個/3個以上の多発; 17/3/5例、病期は1/2/3/4期; 10/8/2/5例であった。肝組織が得られたHCCの分化度はそれぞれ高/中/低; 3/1/4例で、非癌部の線維化はF1/2/3/4; 0/1/1/2例であった。治療は肝切除3例、肝動脈塞栓術6例、放射線6例、陽子線6例、薬物療法1例に施行したが、3例は肝不全のため緩和治療のみを行った。FALD-HCCの5年生存率は50%では術後27年でのHCCを発症し、5年生存率は50%と低率であった。HCCはFALD患者の予後を規定すると考えられ、サーベイランス法の構築やHCC抑止のための対策を講じる必要がある。

フォンタン関連肝疾患(FALD), 肝癌

24 肝膿瘍を契機に診断された肝細胞癌の一例

川崎市立井田病院 消化器内科
小川優人, 山田博昭, 倉増佑樹, 島田史恵, 山近由衣, 高松正視,
伊藤大輔, 杜ぶん林

症例は91歳の男性。X年12月に38度の発熱、嘔気があり近医内科を受診し、LVFX内服したが症状改善せず、7日後に当院内科を紹介受診した。WBC 15800, CRP 19.0と炎症反応の上昇を認め、腹部造影CTでS7にring enhanceを伴う低吸収域を認めた。画像上は肝膿瘍が疑われ精査加療目的に当院消化器内科入院となった。入院後SBT/ABPCで加療開始した。第9病日には炎症反応改善し、第11病日に退院となった。退院後も抗菌薬加療を継続し、X+1年1月の造影CTでは膿瘍のサイズに著変はなかったが、X+1年2月の造影CTでは膿瘍は縮小傾向であった。X+1年3月、腹痛を主訴に当院受診した。CTで膿瘍腔は縮小していたが、周囲の内部不均一な低濃度域が目立つようになっていた。AST有意の肝機能障害でHbs抗原、HCV抗体陰性で脂肪肝が考えられたが、AFP 64.5, PIVKA-2 273.5と腫瘍マーカーの上昇を認めたため、腫瘍性病変が疑われた。X+1年4月、肝腫瘍生検を行った。病理診断では一部壊死を伴ったN/C比増大した異型細胞を認め、高分化型肝細胞癌の診断となった。当初は肝膿瘍に典型的な画像所見であり、肝膿瘍として治療していた。しかし、経過を追うことに腫瘍性病変を疑う画像所見に変化していった。肝膿瘍の診療の際には悪性腫瘍の合併の可能性を念頭に置き、慎重な経過観察を行うことが重要と考えられた。

肝腫瘍, 肝膿瘍

筑波記念病院 消化器内科¹⁾、同 病理科²⁾
 神山広大¹⁾、添田敦子¹⁾、大曾根礼¹⁾、和田拓海¹⁾、津金祐亮¹⁾、
 姫井紅里¹⁾、佐浦 勲¹⁾、根本絵美¹⁾、丹下善隆¹⁾、江南ちあき¹⁾、
 越智大介¹⁾、臺 勇一²⁾、池澤和人¹⁾

【背景】非代償性肝硬変は感染症を合併しやすく、予後に重大な影響を与える。化膿性脊椎炎、前立腺炎を発症し剖検が施行された症例を経験したので報告する。【症例】60代男性。ADLは自立していた。【既往歴】肝硬変、完全房室ブロックによるペースメーカー挿入、糖尿病、気管支喘息、睡眠時無呼吸症候群。生活歴：飲酒や喫煙はなし。家族歴：姉がシェーグレン症候群、MCTD、ペースメーカー挿入歴あり、菌血症で死亡。【現病歴】9日前から続く発熱・腰痛を主訴に受診した。CT、MRIにてL5-S1椎間板炎、L5/S1硬膜外膿瘍、前立腺膿瘍、右梨状筋膿瘍の診断となった。血液培養ではMSSAが検出された。Child-Pugh C (11点)の肝硬変であり、背景として自己免疫性肝炎あるいはMASHを考えた。3ヶ月間の抗菌薬投与により膿瘍は消滅したが、長期臥床によるADLの低下がみられリハビリテーション目的での入院が継続された。その後、尿路感染症からの菌血症を発症し、血液培養にて多剤耐性腸球菌・溶連菌が検出された。VCM投与により感染はコントロールできたが、浮腫・腹水など肝不全が増悪し、第182病日に永眠された。姉に自己免疫性疾患や心疾患など本症例に類似した病歴があり、遺伝性疾患の可能性も考えられ、同意を得て病理解剖を行った。【病理所見】肝臓にヘモジデリンの沈着が認められヘモクロマトーシスの可能性があり、一方MASHの所見には乏しく、ウイルス性肝炎あるいは自己免疫性肝炎の可能性が指摘された。また、細菌性腹膜炎の所見も認めた。【結語】肝硬変患者における原因不明の発熱・腰痛時には椎体膿瘍等の鑑別のために、MRI施行を考慮する。多くの場合、感染に対する抗菌剤治療に抵抗し、肝機能悪化に伴うADL低下へ至り予後不良となる可能性が高い。

肝硬変、化膿性脊椎炎

さいたま市民医療センター 消化器内科
 石井 彩、篠崎博志、白井貴浩、橋本 凌、片平雄大、木全悠太、
 井原 亮、山中健一、新畑博英

【症例】73歳、男性【主訴】なし【現病歴】狭心症で当院循環器内科通院中であった。X年9月に血液検査で肝機能障害あり腹部USを施行し、肝S8に壁肥厚のある嚢胞性腫瘍を認めた。造影CT検査では肝S8に21mm大の境界不明瞭な遷延性に造影される腫瘍を認め、腫瘍周囲の胆管拡張もあり肝内胆管痛が疑われ当科紹介受診した。EOB造影MRI検査ではS8に拡散制限を伴う13mm大の腫瘍性病変を認めたが、明らかな造影効果は認めなかった。T2強調像で腫瘍内部に高信号域あり嚢胞成分の混在が考えられた。鑑別診断としてCT所見より肝内胆管癌、原発性肝癌、US、MRI所見よりIPNBや嚢胞壊死した転移性肝癌を考えた。またX-2年に施行した冠動脈CTを見返すと肝臓全体の撮像が不判然とし、肝S8に肝嚢胞の一部が描出されており、肝嚢胞の自然退縮も鑑別に加えた。ERCPを施行したところ、内視鏡像では十二指腸乳頭部の開大なく、胆管造影では肝内胆管に有意な狭窄や拡張は認めず胆管と交通する嚢胞性腫瘍も指摘できなかった。胆汁を採取したが細胞診で悪性所見は認めなかった。腫瘍マーカーはAFP 2.79 ng/ml, CEA 2.5 ng/ml, CA19-9 4.98 U/ml と上昇なくPET-CT検査でも肝にFDP異常集積を認めず悪性腫瘍を強く示唆する所見なく肝嚢胞の自然退縮を鑑別上位に考えた。診断的治療として手術も提案したが希望されず経過観察とした。X+1年3月に施行した腹部USではS8領域の腫瘍は確認できなくなっていた。X+1年6月の造影CT検査でもS8の腫瘍は縮小してほぼ確認できなくなっていたことから、肝嚢胞が自然退縮する過程を見ていたと考えられ現在も経過観察中である。【考察】嚢胞成分を伴う肝腫瘍として肝嚢胞の自然退縮も鑑別に挙げられる。肝嚢胞は頻度の高い疾患だが自然退縮は稀で退縮経過の画像変化の特異所見も不明であり、自然退縮中に肝嚢胞腺腫へ発展した報告もあるため経過観察が必要と考える。【結語】肝悪性腫瘍との鑑別を要した肝嚢胞自然退縮の1例を経験した。

肝嚢胞、肝悪性腫瘍

北里大学病院 消化器内科
 小川 萌、日高 央、岩崎秀一郎、飯田淳貴

【目的】急性肝不全は肝臓の機能が急激に低下し、凝固異常や代謝異常により、多臓器に影響を及ぼす疾患である。そのうち、意識障害を伴わないものは非昏睡型急性肝不全に分類される。原因にはウイルス性、薬物性など多岐にわたるが、成因不明例は約22%程度とされている。今回、非昏睡型急性肝不全をきたし、複数の原因が疑われた症例を経験したため報告する。【方法】20歳代男性。これまで検診は受けていなかった。発熱、嘔気を主訴に前医を受診し、血液検査で黄疸、肝障害を認め当院紹介となった。T-Bil 6.9 mg/dL、I-Bil 1.5 mg/dL、AST/ALT 2189/3870 U/L、ALP/γ-GTP 124/479 U/Lと高度の肝障害と黄疸を認めており緊急入院した。PT% 40%と低下していたものの、意識障害は認めず、非昏睡型急性不全と診断した。禁食輸液管理を行い、第3病日には肝障害は改善し、食事再開した。食事再開後も改善傾向で経過し、第6病日に退院した。【成績】肝不全の原因について薬剤性、ウイルス性、アルコール性、膠原病、先天性疾患が挙げられる。薬物性についてはアセトアミノフェン、クラリスロマイシン、ブチルスコポラミンの内服をしており、DLSTで陰性確認した。ウイルス性については2週間前に鹿肉を摂取していたが、IgA-HEV抗体は陰性であった。また、発症4日前に COVID-19に感染しており、入院時も陽性であった。加えて自覚症状はないものの帯状疱疹ウイルスの陽性も確認された。アルコール性については発症5日前に多量飲酒のエピソードがあり、普段から習慣的に飲酒していた。膠原病については各種抗体陰性を確認し、原発性ヘモクロマトーシスやWilson病は血清学的に否定された。以上より、ウイルス感染、アルコール多飲が急性肝不全の契機となったと考えられた。【結論】今回、肝不全発症の原因が複数存在した症例を経験した。急性肝不全の成因は多岐にわたるため、各種検査に加えて詳細な問診が診療の一助となる。

急性肝不全、非昏睡型急性肝不全

神奈川県立足柄上病院 消化器内科¹⁾、
 横浜市立大学附属病院 消化器内科学教室²⁾
 大西咲希¹⁾、國司洋佑¹⁾、柳橋崇史¹⁾、内田 要¹⁾、石原 鴻¹⁾、
 兼松健太¹⁾、川名一郎¹⁾、前田 慎²⁾

【症例】89歳男性。X-6年に肝嚢胞を指摘され、経過観察の方針となっていた。X年10月の上旬から徐々に増悪する腹部膨満感、両下腿浮腫、黄疸を認め、前医を受診した。血液検査にて肝障害を認め、精査目的に10月17日に当院を受診した。来院時に血液検査で肝胆酵素上昇と、単純CTでS4に142×215×229mmの巨大肝嚢胞と左肝内胆管拡張を認めた。巨大肝嚢胞による閉塞性黄疸と判断し、10月18日に経皮的肝嚢胞穿刺を行い4Lの黄色の排液を確認後にPTCD用チューブ(7Fr, pig tail型)を留置した。10月21日に腹部膨満感と肝胆酵素の改善を確認した。チューブからは100ml/日以上の排液が続いたため、ミノサイクリン投与による硬化療法を行う方針とした。10月22日に、チューブの造影で、肝嚢胞と胆管の交通がないことを確認の上、ミノサイクリン500mg/生食20mlを注入しチューブをクランプした。10月23日にチューブのクランプを解除後排液は数十mlとなったため、10月28日にチューブを抜去し11月1日に退院した。11月12日の外来にて、肝胆酵素の正常化と腹部超音波検査での肝嚢胞の縮小を確認した。またこの時点で、下腿浮腫の消失を確認した。以後は症状再発なく現在まで経過している。【考察】症候性肝嚢胞に対しては、嚢胞切開術や肝切除術、経皮的嚢胞穿刺排液、経皮的硬化療法が治療の選択肢となる。単純性肝嚢胞は一般的に無症候性であり、治療適応は無いが、一部で悪性となり治療が検討される。肝嚢胞に伴う症候としては腹痛、悪心、腹部膨満感が知られているが、稀な症候として閉塞性黄疸の報告が近年増加している。単純性肝嚢胞に閉塞性黄疸を合併した症例は51例にとどまると報告されており、治療法は確立していない。今回我々は肝嚢胞穿刺とミノサイクリンによる硬化療法を行い、良好な経過を辿った症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝嚢胞、閉塞性黄疸

アテゾリズマブ・ペバシズマブによるconversion切除後drug free 2年後に肺転移を認めた進行肝細胞癌の1例

武蔵野赤十字病院 消化器内科

田口美奈, 安井 豊, 山崎雄大, 内原直樹, 徳永悠月, 田中雄紀, 木村晶平, 宮本 遼, 八木田純子, 慶徳大誠, 岡田理沙, 樋口麻友, 高浦健太, 田中将平, 前屋鋪千明, 玉城信治, 土谷 薫, 中西裕之, 泉 並木, 黒崎雅之

症例は63歳、男性。20XX年9月右上腹部痛を主訴に近医を受診し、CTで肝腫瘍を指摘され当院紹介となった。肝S8に4cm大の肝細胞癌および前区2次分枝中枢に及ぶ胆管浸潤を認め、切除不能肝細胞癌と診断した。20XX年11月よりアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法を導入し、画像上、胆管浸潤の縮小・末梢胆管拡張の改善・主腫瘍の縮小を認めた。AFPは5342ng/mlから69ng/mlへと著明に低下した。20XX+1年7月まで同治療を継続したが、AFPが197ng/mlと上昇に転じ、横隔膜浸潤を疑う画像を認めたためconversion切除を施行した。同年9月に横隔膜合併切除を伴う肝S8亜区域切除を施行し、病理学的に横隔膜断端および管断端に腫瘍の残存を認めなかった。術後、AFP・PIVKA-II・AFP-L3分画はいずれも正常範囲内となりdrug freeの状態を経過観察を継続した。しかし、術後2年の20XX+3年9月に肺結節を認め、AFPは2.7ng/mlと上昇を認めなかったがAFP-L3分画は22.9%と上昇を認めた。PET-CTでも淡い集積を認めたため胸腔鏡下切除を施行し、肝細胞癌肺転移と診断された。20XX+3年12月肺内に残存する小転移巣に対してアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法を再開し、20XX+4年4月には気管支リンパ節の腫大に対して放射線治療を追加した。以降、アテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法継続で1年以上上病勢制御が維持されている。近年、切除不能肝細胞癌は薬物療法の進歩によりconversion切除やdrug freeが可能な症例が報告されており、その適応基準に関する議論が進んでいる。conversion切除やdrug freeに至って例は予後が良好であるものの、drug free後の再発リスクや再治療の選択については症例のさらなる集積が必要である。本症例はdrug free後2年を経た遠隔転移再発を認めた貴重な例であり、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 薬物療法

片側胆嚢の結石発作による急性腹症を呈した重複胆嚢の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科学

島田 海, 鈴木達也, 橋本英篤, 渡邊綱正, 立石敬介

【主訴】心窩部痛【既往歴】なし【現病歴】検診受診歴のない40歳男性。20XX年2月、心窩部痛を主訴に近医を受診。疼痛が高度で診察時に下肢の伸張が困難であり、腹膜炎が疑われ当院紹介となった。【経過】体温37.9度、血圧135/97 mmHg、脈拍97回/分、SpO2 98%(室内気)、疼痛のため仰臥位になれず座位で診察し、反跳痛やMurphy徴候は評価が困難であった。血液検査ではWBC 11,700/ μ L、CRP 14.31 mg/dLと炎症反応の上昇を認めたが、T-Bil 1.2 mg/dL、AST 22 U/L、ALT 25 U/L、ALP 67 U/L、 γ -GTP 93 U/Lと肝胆道系酵素の上昇は軽度であった。高度の心窩部痛のため緊急処置を要する急性腹症を疑い、腹部超音波検査より腹部造影CT検査を優先し、肝S4に脂肪織濃度上昇を伴う低吸収域を認め、肝腫瘍を疑い透視下での経皮経肝ドレナージを施行し入院となった。ドレナージ直後より心窩部痛は劇的に改善し、翌日より解熱と炎症反応の低下を認めた。穿刺液培養陰性かつドレナージ時の造影所見より重複胆嚢が鑑別に挙がり、2週間の抗菌薬投与後にドレナージュ造影を施行したところ、胆嚢様構造(嚢状拡張部)とそれに連続する肝内胆管・総胆管が造影され、重複胆嚢と診断した。また、経過中に施行した腹部超音波検査では肝S4の胆嚢様構造と内部に高エコー構造物を認め、重複胆嚢の結石性胆嚢炎と診断した。胆嚢炎に対し胆嚢摘出術も考慮したが、胆嚢が肝実質内に位置していることから肝切除を要する可能性が高く、ドレナージュチューブ除去後に腹痛や炎症反応の上昇を認めなかったことから経過観察の方針とし、第20病日に退院となった。【考察】重複胆嚢は4,000-5,000人に1人の割合で発生する先天異常である。胎生期における胆嚢原基の過剰な分裂や胎生器官の誤った分化により発生すると考えられている。本症例は検診の受診歴がなく、腹痛により仰臥位が保てなかったため腹部超音波検査が施行できず、処置前に重複胆嚢の診断に至らなかったと考える。成人であっても先天異常を鑑別に挙げる必要性と、腹痛診療における超音波検査の重要性が示唆された。【結語】成人男性における重複胆嚢の一例を経験した。

重複胆嚢, 結石性胆嚢炎

胆道感染が原因と考えられた巨大後腹膜膿瘍の一例

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科¹⁾、

同 消化器外科²⁾

伊藤ひかり¹⁾、河島孝大¹⁾、野村 優¹⁾、櫻井裕一郎¹⁾、城野 紡¹⁾、藤野洋平¹⁾、高井佑輔¹⁾、岩崎暁人¹⁾、清水智樹¹⁾、酒井英嗣¹⁾、加藤秀明²⁾

【症例】50代女性【現病歴】20XX年X-4月結石性胆管炎の診断で、近医で抗菌薬治療を受けていた。以降も腹痛が繰り返し出現していたが、医療機関は受診せず、鎮痛薬の内服で様子を見ていた。症状が悪化したため前医を再受診したところ、胆道感染の再発が疑われた。20XX年X月当院紹介受診した。来院時の血液検査でCRP 21.47mg/dL、白血球21,900/ μ Lと高値であり、造影CTでは14mm大の総胆管結石・胆管拡張と、右縦隔から後腎傍腔に及ぶ巨大な後腹膜膿瘍をみとめた。長期に渡る胆道感染による胆道壁の破綻と、それに続発する後腹膜膿瘍と考えた。同日緊急入院とし、胆道および後腹膜の双方をドレナージする方針とした。ERCPでは胆道から後腹膜への明らかな交通は確認できず、胆管プラスチックステントを留置して終了した。後腹膜膿瘍に対しては右背部から超音波ガイド下にドレナージュを留置した。胆汁と後腹膜ドレーン排液の細菌培養双方から、抗菌薬耐性の少ない*H. parainfluenzae*が検出された。治療開始後速やかに腹痛は消失し、入院第4病日の検査では膿瘍の縮小と炎症反応の改善がみられた。本人が早期での完治を希望したため、第8病日に胆管切開結石摘出術および経皮的ドレーンの入れ替えを行った。術中所見、病理所見では胆管、胆嚢から後腹膜への交通は明らかでなかった。第9病日には食事開始とした。第15病日に胆管ステント、第16病日に後腹膜ドレーンをそれぞれ抜去し、第23病日に退院とした。第91病日にCTで膿瘍が消失したことを確認した。【考察】長期に渡る結石性胆道感染が原因と考えられる巨大後腹膜膿瘍の一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

結石性胆管炎, 後腹膜膿瘍

胆管金属ステント留置後に後上脘十二指腸動脈の仮性動脈瘤を形成し胆道出血をきたした1例

杏林大学 医学部 消化器内科学¹⁾、同 放射線科²⁾

倉野将彰¹⁾、川本 翔¹⁾、石田拓也¹⁾、澁田秀則¹⁾、荻本直亮¹⁾、山田貴大¹⁾、落合一成¹⁾、権藤興一¹⁾、小野澤志郎²⁾、土岐真朗¹⁾、久松理一¹⁾

症例は70代男性、睪頭部癌(cT3N0M0 StageIIa)の診断で、重篤な合併症もあり侵襲的な加療を希望されずbest supportive careの方針となっていた。経過中、閉塞性黄疸を認めたため、肝外胆管に対してcovered self-expandable metallic stent(SEMS)留置による胆道ドレナージ術を施行した。胆管SEMS留置60日後、逆行性胆管炎にて入院加療中に多量の暗赤色便および意識障害が出現した。出血源の精査目的に造影CT検査を施行したところ、入院時には認めなかった後上脘十二指腸動脈(PSPDA)に仮性動脈瘤を認め、同部位からの活動性出血が考えられた。また、胆管SEMSは上行結腸まで逸脱していた。緊急血管造影検査を施行し、PSPADの仮性動脈瘤に対して、n-ブチル-2シアノアクリレートとリビオドールによる塞栓術を施行した。術後再出血は認めず、全身状態は安定した。胆管SEMS留置中に仮性動脈瘤を形成し胆道出血をきたした症例の報告は、右肝動脈の報告が多く、医中誌でキーワードを“金属ステント”、“胆道出血”、“後上脘十二指腸動脈”、“仮性動脈瘤”で検索したところ2例のみの報告であった。胆管SEMS留置後にPSPDAの仮性動脈瘤を形成し、仮性動脈瘤破裂による胆道出血に対して血管造影検査による塞栓術を行い救命し得た稀な症例を経験したので報告する。

胆道出血, 仮性動脈瘤

国保旭中央病院 消化器内科

長澤正憲, 金 宰紘, 萩原康平, 鈴木陸斗, 小林里彩子, 瀬谷俊格, 中川由由貴, 宮川明祐, 樋口正美, 窪田 学, 紫村治久, 糸林 詠, 志村謙次

【症例】76歳男性【現病歴】20XX年Y月Y日4時頃から心窩部痛、発熱、悪寒戦慄を自覚し当院に搬送された。血液検査で肝胆道系酵素と炎症反応の上昇を認め、胆管炎が疑われCTを撮像した。CT撮像したところ総胆管は12mmに拡張し、胆のう結石を認めた。下部胆管の結石はCTでははっきりせずCT陰性結石による胆管炎の診断となった。当科に入院したが休日であり、緊急のシングルバルーン補助下のERCP施行困難のため経皮的に外瘻化により減圧し後日待機的にERCP施行の方針となった。【入院後経過】入院当日にPTGBD行い第5病日にERCP施行した。しかし内視鏡が乳頭に到達したもののカテーテルが接線方向を向いてしまいカニューレシオンに難渋したためPTGBD RV施行の方針となった。第10病日にPTGBDカテーテルを輸入脚へ導導した。第12病日にPTGBD RD ERCP施行した。輸入脚の乳頭からは留置したカテーテルを認めた。始めカテーテルの脇からカニューレシオンを試みたもののうまくいかず直接カテーテルの中を通す形でGWを送り込み体表側でつかんだ。次に内視鏡側からアンイーブンカテーテル胆のう管側のGWに通し、アンイーブンカテーテルの側孔を介してGWを進め左肝管に留置しました。その後GWのみ留置し左肝管のGWを介してERBDを留置し、胆のうにPTGBD (5Fr pig) を再留置して処置終了した。第17病日にPTGBD抜去と抗菌薬投与を終了し、第18病日に自宅退院となった。【考察】B2再建後 胆石性胆管炎に対してPTGBD RVによるERCP施行した一例を経験した。術後腸管の胆管炎はERCPの難易度が高く成功率が低い限られた施設で施行されている。しかし経皮処置を補助的に加えRVとすることで比較的容易に治療可能となりうる。

術後腸管, ランデブーERCP

独立行政法人国立病院機構水戸医療センター 消化器内科

仲野谷純, 小野田翼, 岸本希実, 安部計雄, 下山田雅大, 伊藤有香, 石田博保

【症例】77歳男性。【現病歴】X年7月26日心窩部痛を自覚し、翌日救急外来を受診され、血液検査で肝胆道系酵素、酵素の上昇、黄疸、炎症反応の上昇を認めた。CTで膵周囲脂肪織濃度の上昇あり、MRCPでは明らかな総胆管結石はないものの胆泥を認め、胆石性肺炎と考えられた。絶食・補液・メロペネム・ウリナスタチンによる保存的加療を行い、速やかに胆道系酵素・酵素、炎症反応は低下傾向となった。第3病日の造影CTで、肝門索の腫大、内部airが出現し、肝門索膿瘍と考えられた。外科的加療や穿刺ドレナージなども検討されたが、抗菌薬への反応が良好であり、抗血栓薬や合併症・併存症を考慮するとリスクが高いと判断し、保存的加療を継続する方針となった。血液培養からはClostridium perfringensが検出された。抗菌薬をメロペネムからアンピシリン・スルバクタムへ変更し、計27日経静脈投与を行い、CRPはほぼ陰性化した。内服抗菌薬アモキシシリン・クラバン酸へ変更後も再燃なく経過し、第32病日に退院となった。7ヶ月後のCTでは肝門索膿瘍は縮小し、外科的治療の追加は不要と考えられた。【考察】肝門索膿瘍は胎生期の臍静脈の遺残物であり、生後内腔は閉鎖し、線維性結合組織へと変化した脂肪組織と腹膜で覆われた索状組織である。肝門索膿瘍は1976年にCharuziが初めて報告した稀な疾患である。乳幼児の発症例は肺炎からの波及が主な原因と考えられるが、成人例では胆管炎・胆管炎・肺炎などの胆道感染や、歯菌や歯周病などの口腔内感染症に続発して発症することが知られている。既報のほとんどの症例で外科的切除や穿刺ドレナージが施行されているが、抗菌薬のみで改善が得られた報告はきわめて稀である。本症例でも外科的切除や経皮的な穿刺ドレナージが検討されたが、抗菌薬による保存的加療のみで改善し、その後も再燃なく経過しており、貴重な症例と考えられる。【結論】胆石性肺炎に続発した肝門索膿瘍に対して保存的加療で改善した一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

肝門索膿瘍, 胆石性肺炎

済生会横浜市南部病院 消化器内科

池澤百合花, 石井寛裕, 後藤広樹, 前田千春, 佐久間大樹, 小俣亜梨沙, 永島 智, 米井翔一郎, 黒澤貴志, 京 里佳, 所知加子, 菱木 智, 杉森一哉

【背景】肝嚢胞は時に感染を生じることがあり感染経路としては門脈系からの血行感染や胆道系からの逆行性感染が考えられている。今回、我々は結石性胆管炎に対し内視鏡的膵胆管造影(ERCP)を施行し、その後に肝嚢胞感染を併発した症例を経験したため報告する。【症例】68歳、女性【主訴】発熱、右季肋部痛【現病歴】2025年2月19日に発熱、右季肋部痛で当院救急外来を受診した。来院時の血液検査では肝胆道系酵素、白血球数、CRPを認めた。腹部超音波検査と造影CTでは肝嚢胞、総胆管拡張と総胆管結石を認め、結石性胆管炎と診断し入院加療となった。肝嚢胞壁の造影効果はなく肝嚢胞感染は認めなかった。入院翌日にERCPを施行し胆管ステントを留置した。その後、肝胆道系酵素低下したが、発熱は持続し、CRPの改善も乏しかった。入院7日後に造影CTを再度施行したところ入院時には認めなかった肝嚢胞壁の肥厚と嚢胞周囲の早期濃染を認めた。ERCP後の肝嚢胞感染と診断し、入院8日後に超音波ガイド下に感染肝嚢胞ドレナージを行った。ドレナージチューブより膿性内容物を認めた。その後は発熱とCRPも改善が得られた。入院15日後にドレナージ造影を実施したが胆管との明らかな交通は認めなかった。後日ドレナージを抜去し入院19日後に軽快退院となった。【考察】ERCP後に新規に肝嚢胞感染をきたす症例報告は少ない。若干の文献的考察を交えて報告する。

肝嚢胞感染, 胆管炎

帝京大学医学部 内科学講座

池田悠真, 竹内研人, 浅岡良成, 清水友貴, 本田 卓, 松本康佑, 磯野朱里, 青柳 仁, 三浦 亮, 立澤直子, 阿部浩一郎, 有住俊彦, 小田島慎也, 山本貴嗣, 今津博雄, 田中 篤

症例は48歳女性。来院の1週間前に全身性紅斑を認めた。紅斑は水疱となり一部破裂し、掻痒感を伴ったため近医皮膚科を受診して外用薬・抗アレルギー薬・ステロイドを処方された。その後、咽頭違和感も出現し他院内科を受診しクラリスロマイシンを処方された。その後、食後に左腰部痛が出現し、当院へ搬送された。37.3℃の微熱を認め、全身性に紅斑や水疱が散在し一部破裂していた。左腰部部に自発痛圧痛を認めた。血液検査では炎症反応高値と肝細胞障害程度の肝胆道系酵素上昇を認め、尿中WBC上昇も認めた。腹部単純CTで膵尾部周囲の脂肪織混濁があり、腹部造影CTを追加したところ、CT grade1の急性肺炎所見を認めた。また、追加聴取では直近で頻尿を認めており、熱の原因として全身性の水疱症や尿路感染症、急性肺炎を考え抗菌薬加療を開始した。酵素の上昇がないことから、当初から食事を提供されていたが、腹痛の訴えはなく食事量も十分摂取できた。水疱症については皮膚科相談し、播種性帯状疱疹は否定的で一般管理となった。その後、腰部痛は改善し、肝胆道系酵素や炎症反応も自然改善した。肺炎や肝障害、発熱、皮疹を一元的にきたす鑑別として、ウイルス感染を疑い検査したところ、コクサッキーウイルスB4の抗体価32と高値が判明し、ウイルス感染に伴う影響を考えた。食上へのうち、第9病日に退院となった。退院後も腹部症状や血液検査上の変化はなく、コクサッキーウイルスB4のペア血清は64倍まで上昇を認めた。急性感染の基準である、ペア血清4倍は満たさないものの、初回の抗体価提出時期が発症から10日ほど経過していたことが影響していると考え、最終的にコクサッキーウイルスB4感染によるウイルス性急性肺炎、ウイルス性肝障害、皮疹と判断した。【考察】急性肺炎治療ガイドラインではウイルス性肺炎の頻度は不明とされている。過去の報告によると、肺炎を起こしうるウイルスとして、ムンプス、コクサッキー、肝炎ウイルス、サイトメガロウイルス、HIVなどが挙げられている。多彩な症状からウイルス感染を疑い、診断に至った一例を経験した。

ウイルス性肺炎, 皮疹

自治医科大学内科学講座 消化器内科部門¹⁾、

自治医科大学 病理診断部²⁾

小田部拓実¹⁾、池田恵理子^{1,2)}、菅野 敦¹⁾、横山健介¹⁾、田中朗嗣¹⁾、櫻井祐輔¹⁾、安藤 梢^{1,2)}、福嶋敬宜²⁾、山本博徳¹⁾

【症例】52歳、男性【既往歴】25歳：アルコール性急性膵炎、30歳：慢性膵炎、45歳：糖尿病 飲酒：ワイン400ml/日(35年：慢性膵炎診断後も飲酒継続)【経過】20XX年に下部胆管狭窄が認められ、前医でプラスチックステントを留置した。胆管狭窄の原因検索目的に当院消化器内科を紹介された。当院初診時に背部痛が認められ、血液検査と造影CTの所見からステント閉塞による胆管炎と診断され、緊急入院となった。緊急ERCPにてENBD tube留置、抗菌薬による胆管炎治療が開始された。緊急入院時の造影CTでは、膵頭部に多数の膵石を認め、尾側の膵実質は萎縮しており、主膵管の拡張も伴っていた。胆管狭窄は慢性膵炎の影響と考えられたが、膵頭部には境界不明瞭な低吸収域が認められ、慢性膵炎による炎症性変化と膵癌との鑑別は困難であった。胆管炎改善後に再度ERCPを施行したが、胆管狭窄部からの生検や細胞診では悪性所見は認められなかった。また、EUSで、膵頭部に明らかな腫瘍の同定は困難であったが、胆管と膵石の間に境界不明瞭で内部比較的均一な低エコー領域があるように観察された。慢性膵炎による炎症性腫瘍と膵癌の鑑別が困難であったため、胆管と膵石の間の低エコー領域を標的としてEUS-FNAを施行した。病理所見では、細胞診/組織診で腺癌の診断が得られ、慢性膵炎に合併した膵頭部癌と診断した。EUS-FNA後に撮像した肝EOB-MRIで肝転移を疑う所見が認められ、化学療法開始となった。GEM+nab PTX 15コース、naIRI+5FU/LV 5コース投与しており、1年5ヶ月経過した現在も治療継続中である。【考察】慢性膵炎は膵癌のリスク因子であるが、背景疾患に慢性膵炎を有する場合は、炎症性変化や膵石によってEUSの観察制限が生じるため、膵腫瘍の同定に難渋し、EUS-FNAの施行が困難な症例も経験される。今回、慢性膵炎の経過中にEUS-FNAによって膵頭部癌の診断が得られた1例を経験したので報告する。

慢性膵炎, EUS-FNA

横浜労災病院 消化器内科

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

【症例】41歳男性【主訴】腹痛、下痢、血便【現病歴】X年6月に腹痛、下痢、血便で前医を受診した。下部消化管内視鏡検査で全結腸型潰瘍性大腸炎を疑う所見を認め、メサラジン4800mgで治療開始されたが症状改善なく、X年7月に当院紹介受診となった。初診時の造影CT検査での全結腸に腸管壁の肥厚、採血検査での炎症反応高値と前医の下部消化管内視鏡検査の結果を併せて、潰瘍性大腸炎全結腸型中等症の診断で入院した。また、入院時より上腹部痛とリパーゼ高値、CTやMRIでのびまん性の膵腫大を認め、急性膵炎の併発が疑われた。IgG4は正常値であったが、CA19-9は89.9U/mLと高値であった。EUSでは膵実質のびまん性腫大とエコーレベルの低下を認め、主膵管は狭小化しており視認不可能であった。ペルフルプタン造影EUSでは明らかなCapsule-Like Rim所見を認めなかったが自己免疫性膵炎(以下AIP)に矛盾しない所見と判断し、病理診断目的にEUS-FNBを施行した。FNBの病理結果は、好酸球・好中球およびリンパ球の混在した炎症細胞浸潤を認めたが、形質細胞の浸潤は目立たなかった。閉塞性静脈炎は認めず、花冠線維化を認めた。腫瘍性変化は認めなかった。以上から、ICDCによる2型AIP準確定診とし、プレドニゾン30mgで治療開始としたところ、上腹部痛は速やかに改善し、膵酵素や炎症所見は改善傾向となった。以降ステロイドを漸減したが、X年9月に撮像したCTでは膵腫大の改善が確認され、2型AIPの確定診断に至った。以降も潰瘍性大腸炎とともに寛解を維持している。【考察】2型AIPは若年で、炎症性腸疾患、特に潰瘍性大腸炎に合併することが特徴的である。AIPの病理診断におけるEUS-FNBの有用性が報告されているが、2型AIPにおいては1型と比較して診断が困難と考えられている。今回潰瘍性大腸炎の初回診断時に認めた膵腫大に対してEUS-FNBが診断に有効であった2型AIP症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

2型自己免疫性膵炎, EUS-FNB

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科

道鎮 優、池田守登、松原三郎、宮内琉希、寺本駿也、内田信介、新井智洋、砂田莉沙、田川 慧、田中孝幸、中川慧人、堀祐太郎、岡 政志、加藤真吾

【症例】79歳、女性【主訴】なし【現病歴】X年1月、MRIで頭体移行部の限局的な膵管狭窄と尾側膵管拡張を認め、微小膵癌疑いとして当院紹介受診された。造影CTでは腫瘍を認めず、腫瘍マーカーはCEA 1.9ng/mL、CA19-9 13U/mL、DUPAN-2 25U/mLと正常範囲内であり、IgG4は344mg/dLと高値であった。EUSでは膵実質に慢性膵炎所見を認めず、膵管狭窄周囲に膵実質との境界が不明瞭な9mm×5mmの低エコー領域を認めた。微小膵癌、限局型自己免疫性膵炎(AIP)を鑑別診断としてX年2月にERCPによる複数回連続膵液細胞診(SPACE)、EUS-FNAを施行した。SPACEの結果はclass2であり、FNAの細胞診・組織診では悪性所見を認めず、IgG4陽性形質細胞浸潤は10個未満/HPF、IgG4/IgG陽性細胞比25%であった。確定診断がつかず、嚴重な経過観察の方針となった。X+1年1月のMRIで尾側膵管拡張の増悪、EUSで低エコー領域が14mm×10mmと増大し、再精査を推奨したが、患者本人が検査を希望されなかった。X+1年5月のMRIで膵管狭窄と尾側膵管拡張の増悪を認め、造影CTでは腫瘍を認めなかったが、再精査の同意が得られ、X+1年7月にERCP、EUS-FNAを施行した。SPACEの結果はclass2、膵管狭窄部の擦過細胞診はclass2であった。FNAの細胞診・組織診では悪性所見を認めず、膵管周囲に高度のリンパ球と形質細胞の浸潤と繊維化を認め、IgG4陽性形質細胞浸潤は60-100個/HPF、IgG4/IgG陽性細胞比50%であった。自己免疫性膵炎診断基準2018で限局型AIPの確定診断となり、無症状のためステロイド加療を行わず慎重に経過観察の方針となった。【考察】限局型AIPでは膵癌との鑑別が重要である。病理組織学的にびまん性かつ多数のIgG4陽性形質細胞の出現やIgG4/IgG陽性細胞比高値を認める場合には、AIPの可能性を考慮するべきとの報告がある一方で、膵癌周囲にIgG4陽性形質細胞浸潤を伴う症例が散発的に報告されている。限局型AIPと微小膵癌の鑑別を要する症例では、AIPに対する侵襲的な手術を回避するために、上記病理所見とEUS-FNAの重要性を認識し、限局型AIPと確定診断後も慎重な経過観察が必要と考えられた。

自己免疫性膵炎, EUS-FNA

済生会横浜市南部病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾、

横浜国立大学医学部 消化器内科学³⁾

後藤広樹¹⁾、石井寛裕¹⁾、前田千春¹⁾、池澤百合花¹⁾、佐久間大樹¹⁾、小俣亜梨沙¹⁾、永島愛一¹⁾、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⁾、中山 崇²⁾、前田 慎³⁾

【症例】73歳女性【主訴】左側腹部痛【既往歴】左乳癌【家族歴】父親 前立腺癌、妹 大腸癌・膀胱癌【現病歴】20XX年10月より持続する左側腹部痛の精査治療目的に、20XX+1年1月に当院を紹介受診となった。血液検査でCA19-9 49362 U/MLと著明な上昇を認めた。腹部造影CTで膵尾部に胃・脾臓・結腸と境界不明瞭な長径40mmの腫瘍を認め、また左腎動脈近傍の傍大動脈リンパ節の腫大し遠隔転移が疑われた。EUS-FNAを施行し、Adenocarcinomaが検出され、膵癌cT4N0M1cStage IVと診断された。【臨床経過】20XX+1年2月よりmodified FOLFIRINOX(mFFX)による全身化学療法を開始した。6月のCTで原発巣および転移巣の縮小を認め、PRと判断した。mFFX19コース施行後、CA19-9 26.13 U/MLと正常化し、CT上もPRを維持していたため、当院外科と相談しconversion surgeryの方針となった。2025年1月8日膵体尾部切除および脾臓摘出、結腸部分切除、傍大動脈リンパ節を含む右腎摘出を施行した。術後病理学的所見で膵尾部から脾臓、横行結腸にかけて線維化組織が広がっており、残存癌は認めなかった。治療効果判定はgrade4、pathological Complete Response(pCR)と診断した。3月よりTS-1に由来する術後補助化学療法を開始している。【考察】今回mFFXによりpCRがえられた遠隔転移を有する膵癌の一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

膵尾部癌, 病理学的完全奏功

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⁾, 同 外科²⁾, 同 放射線診断科³⁾, 赤岡春菜¹⁾, 高田祐明¹⁾, 牧野七海²⁾, 蔵田隼也¹⁾, 關瀬一貴¹⁾, 牧野暁嗣²⁾, 南 一洋¹⁾, 木下 聡¹⁾, 渡邊浩美³⁾, 唐橋 強²⁾, 中里圭宏¹⁾

【症例】症例は既往歴に便秘、虫垂炎開腹手術歴のある86歳男性。3日間持続する複数回の嘔吐を主訴に前医を受診した。受診前日に排便を認めたが、X線検査で小腸にニボー像を認め、腸閉塞疑いで同日当院紹介受診となった。来院時、腹部膨満感と右鼠径部内側に限局した圧痛点を認めたが、腹膜刺激兆候は認めなかった。血液検査で炎症反応(WBC 17400/ μ L)、逸脱酵素(LDH 259 U/L, CK 418 U/L)上昇を認め、体幹部造影CT検査で膀胱前壁右側・膀胱上窩内に限局的な嚢状の液体貯留と小腸の嵌頓を認めた。同部位より口側の腸管は連続的に拡張しており、嵌頓した腸管壁の造影効果は不良であった。以上から、膀胱上窩ヘルニア嵌頓による絞扼性イレウスの診断となり、緊急手術となった。術中所見として、腹腔内に拡張した小腸と骨盤腔に漿液性腹水貯留があり、右鼠径ヘルニアも認められたが、閉塞起点ではなかった。そこからより頭側に位置する膀胱上窩に小腸と大網の嵌頓を認め、ヘルニア嚢内には血性腹水が貯留していた。嵌頓した小腸は絞扼による壊死性変化をきたしていたため、小腸部分切除を施行した。嚢内を洗浄し、ヘルニア門を縫合閉鎖し、手術終了となった。術後経過は良好に推移し、術後6日に食事を再開し、術後20日で自宅退院となった。病理結果は切除した小腸は約7cmであり、絨毛の萎縮と粘膜上皮の脱落、炎症細胞浸潤を認めたが、腸管穿孔や悪性所見は認めなかった。【考察】膀胱上窩ヘルニアの明確な成因は不明であるが、加齢・栄養不良・膀胱癌に対する手術治療との関連も疑われている。発症頻度は比較的稀な疾患であるが、近年は症例報告がされるようになってきている。ただ、鼠径ヘルニアなど内ヘルニアの術前診断で外科的手術が施行され、術中所見で膀胱上窩ヘルニアであったと診断されることが多い。今回、正確な術前診断が可能であった一例を経験したため、特徴的なCT画像所見、術中画像所見に文献的考察を加えて報告する。

膀胱上窩ヘルニア、絞扼性イレウス

国保直営総合病院君津中央病院 外科¹⁾, 同 臨床工学科²⁾, 丸山紗季¹⁾, 進藤博俊¹⁾, 須田竜一郎¹⁾, 望月 葵²⁾, 柳澤真司¹⁾, 片岡雅章¹⁾, 西村真樹¹⁾, 小林壮一¹⁾, 岡庭 輝¹⁾, 中臺英里¹⁾, 大野幸恵¹⁾, 藤野真史¹⁾, 瀧口翔太¹⁾, 田口航大¹⁾, 綿貫義久¹⁾, 白石健太¹⁾, 近藤 尚¹⁾, 海保 隆¹⁾

【背景】消化管緊急手術での腸管の虚血性障害は、吻合不全を含む術後合併症のリスク因子である。その評価は肉眼的な主観に依存する場合が多く、再現性や信頼性に課題がある。客観的かつ定量的な血流評価法の確立は、切除範囲の適正化に不可欠である。ICG蛍光イメージングは、血流評価の補助手段として広く用いられているが、従来は蛍光強度の視覚的評価が中心であり、定量化による信頼性の向上は限定的であった。SPY-PHI (Stryker, 米国) は、蛍光強度を相対値 (%) として定量化できる近赤外線イメージングシステムであり、腸管血流の客観的評価に寄与する可能性がある。本研究では、消化管緊急手術におけるSPY-PHIを用いたICG蛍光強度の定量的評価が、腸管切除範囲の判断に与える影響を検討する。【方法】消化管緊急手術を必要とし、腸管切除の要否が判断される症例を対象とした。各症例で、異なる評価者が肉眼所見に基づいて腸管切除の必要性およびその範囲 (Visual range) を評価し、一致度を記録した。その後、ICGを静脈内投与し、SPY-PHIを用いて蛍光強度を評価 (ICG range) し、同様的一致度を記録した。同一評価者内でのVisual rangeとICG rangeが2cm以上異なる場合を切除範囲不一致と定義し、両者の一致性を分析した。【結果】2024年6月から12月までに、10例を対象として調査を実施した。内訳は、絞扼性腸閉塞が4例、S状結腸軸捻転1例、閉鎖孔ヘルニア嵌頓1例、消化管穿孔2例、小腸腫瘍1例、腹壁離開1例であった。Visual rangeとICG rangeが一致しなかった症例は2例 (20%) であり、いずれもICG rangeを基に追加的腸管切除を行った。【考察】本研究において、腸管切除範囲の主観的評価 (Visual range) がICG蛍光強度による客観的評価 (ICG range) と一致しなかった症例が20%に及び、肉眼所見だけでは認識できない虚血性腸管の存在が明らかとなった。消化管緊急手術では、迅速かつ的確な切除範囲の決定が求められるため、SPY-PHIを用いたICG蛍光イメージングが診断精度の向上に寄与する可能性が示唆される。

腸管血流評価, ICG蛍光イメージング

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⁾, 飯國泰成^{1,2)}, 中村 泰^{1,2)}, 亀井淳矢^{1,2)}, 崔 盛奎^{1,2)}, 齋能和輝^{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)}, 植木信江^{1,2)}, 二神生爾^{1,2)}, 岩切勝彦²⁾

【背景】潰瘍性大腸炎 (UC) は寛解と再燃を繰り返す慢性疾患である。妊娠は再燃因子の一つである。UCにはサイトメガロウイルス (CMV) 腸炎が合併しやすく、UCの重症化リスクとなる。CMV腸炎に対しては、ガンシコビル (GCV) が用いられるが、催奇形性が報告されており、妊婦に対するCMV腸炎の治療戦略は確立されていない。我々は、妊娠を契機に増悪したUCにCMV腸炎が合併し、治療抵抗性となったが、ホスカルネット (FOS) を併用し奏功した症例を経験したので報告する。【症例】妊娠8週の35歳女性。既往歴や内服薬はない。6ヶ月前にUCと診断された。5-アミノサリチル酸 (5-ASA) 経口薬は不耐のため、アゼノド注腸と5-ASA注腸にて寛解導入と維持をしていた。10日前、腹痛・血便・微熱を自覚し、内視鏡検査所見などからUCの増悪 (中等症・左側大腸炎型) と診断され入院した。入院時のpartial Mayo score (PMS) 7、CRP 10mg/dLであった。【経過】1病日よりプレドニゾン (PSL) 30mgを開始した。7病日もPMS 6、CRP 6 mg/dLと改善が得られず、PSL抵抗性と判断し、9病日にインフリキシマブを併用した。16病日にはPMS 0、CRP 2 mg/dLと改善し、PSLを漸減した。19病日にPMS 6、CRP 11 mg/dLと再燃し、21病日にPSL 50mgへ増量した。21病日に血中CMV抗原陽性が判明し、23病日よりFOS 180mg/kgを開始した (投与量は添付文書を参考にした)。使用にあたり患者への十分な説明および医薬品安全管理委員会の承認を経た。その後は経時的にPMS、CRPとも改善し、27病日よりPSLを漸減した。33病日にCMV抗原陰性化を確認し、35病日にFOSを終了した。【考察】本症例の治療抵抗性には、妊娠による免疫学的変化とCMV腸炎の合併が複合的に関与しており、FOSがCMVの複製を抑制することで炎症を抑制したと考えられる。妊婦のCMV腸炎に対しては、GCVも治療選択肢となりうるが、催奇形性のリスクから本症例ではFOSを選択した。本報告は、妊娠中のUC・CMV腸炎合併例に対するFOS併用の有効性と安全性を示唆する貴重な症例提示であるが、1例報告であり更なる症例の蓄積が必要である。

サイトメガロウイルス腸炎, ホスカルネット

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾, 同 感染症内科²⁾, 村山豪宏¹⁾, 石田 慎¹⁾, 中島昌子¹⁾, 林 智康¹⁾, 田沼浩太¹⁾, 三枝慶一郎¹⁾, 岸野竜平¹⁾, 船越信介¹⁾, 中澤 敦¹⁾, 伊藤航人²⁾, 三宅広見¹⁾, 青木 優¹⁾

【症例】47歳男性
【経過】X年Y月頃より筋力低下、食思不振を自覚しY+4月頃より歩行困難となった。Y+5月に近医を受信し、炎症反応上昇および胆汁貯留の所見を認めた。胆嚢炎疑いでセフトリアキソンの投与が開始されたが、改善乏しく、当院を紹介受診となった。受診時、ショックバイタルであり、造影CT検査にて非閉塞性腸管虚血を疑う所見を認めたため、メロベネムでの治療を開始した。その後はバイタル安定したものの、炎症反応高値を遷延し、下痢症状を伴ったため、CD toxin検査を提出したところ陽性であった。重症Clostridium difficile腸炎として、メロベネムちゅううし、バンコマイシン内服およびメトロニダゾールの点滴加療を開始した。血液検査、下痢症状ともに改善乏しく、フィダクソマイシンの投与を開始したが、改善乏しかった。大腸内視鏡検査を施行したところ、腸管浮腫、偽膜形成がS状結腸から直腸にかけて限局的であった。バンコマイシンの内服と注腸の隔日投与に変更したところ、血液検査、下痢症状ともに改善を認めた。1週間ほど経過したところで頸部発赤が出現した。バンコマイシンによるレッドネック症候群を疑い、メトロニダゾールの内服と注腸投与に変更したところ、発赤は消失し、血液検査、下痢症状ともに改善を認めた。【結論】重症Clostridium difficile腸炎に対して経口・点滴での加療で改善が乏しい場合、注腸投与の治療が有用となる可能性が示唆された。

Clostridium difficile腸炎, 注腸投与

49 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
高坂尚伸, 奴田原大輔, 浅野響子, 菊地佑真, 秋田泰之輔,
本多英仁, 篠原裕和, 阿部正和, 山本 圭, 平良淳一, 中村洋典,
北村勝哉

【症例】70歳、女性【主訴】右下腹部痛【既往歴】高血圧、脂質異常症【経過】20XX年Y月に便潜血陽性を指摘され、前医にて大腸内視鏡(CS)検査を施行された。回盲部に発赤伴う粘膜下隆起様病変を認め、生検ではcolitisの診断であった。Y+1月には食欲不振も出現し、前医CT検査で上行結腸壁肥厚を指摘されたが、経過観察となった。Y+2月に右下腹部痛を認め、前医を受診した。右下腹部に硬結腫瘍を触知し、血液検査にて白血球数13,180/ μ L、CRP 7mg/dLと上昇しており、CT検査で上行結腸から盲腸にかけて壁肥厚、脂肪織濃度上昇、周囲のリンパ節腫大を認めた。急激な増悪のため精査目的で当院へ紹介受診され、入院となった。CS検査では、回盲部から上行結腸にかけて全周性の狭窄伴う腫瘍を認めたが内視鏡の通過は可能であった。同部位から生検し、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL) GCB型と診断した。血液内科と消化器外科へ依頼し、手術を先行した後に化学療法の方針となった。【考察】DLBCLはリンパ節に次いで消化管に発生することが多く、時に急激な増大を示すことがある。初発症状としては、本症例のように腹痛、排便習慣の変化を訴えることが多い。腫瘍の大きさに割に内視鏡の通過が良好であり、画像所見では腸閉塞を来していないことも大腸癌よりもリンパ腫を示唆する所見であると考えられる。治療方針としては、R-CHOP療法などの化学療法が第一選択となる。ただし、本症例のように限局性疾患の患者では、手術療法と併用する方が低い再発率と高い生存率であることが提唱されており、文献的考察を加えて報告する。

大腸, 悪性リンパ腫

51 空置直腸に広範なhigh grade dysplasiaを合併したクローン病の一例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科
西田悠人, 辰巳健志, 黒木博介, 後藤晃紀, 中尾詠一, 小原 尚,
小金井一隆, 杉田 昭

症例は46歳女性。X-23年、他院で潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、プレドニゾンにより寛解導入された。X-21年、UC難治例として当科を紹介受診。術前的大腸内視鏡検査で、大腸にcobblestone appearance、回腸末端に縦走潰瘍を認めたため、クローン病(CD)が疑われ、結腸全摘、回腸直腸吻合術を施行した。術後の病理組織学的検査では、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めたことから、最終診断はCDに変更された。X-19年より再発予防目的でアザチオプリンを開始し、寛解を維持していた。X-12年、他院で経経分娩を施行後より腫からの排便を認め、会陰切開に伴う直腸腫瘍と診断された。当院に紹介後、回腸双孔式人工肛門造設術、直腸腫瘍閉鎖術を施行したものの、腫瘍は完治せず、X-11年再度直腸腫瘍閉鎖術を施行したものの、腫瘍の改善はみられず、回腸人工肛門は閉鎖されないまま、直腸が空置された状態で経過観察されていた。X-1年、空置直腸のサーベイランス目的に内視鏡検査を施行した。直腸に明らかな隆起性病変は認められなかったが、軽度の炎症を伴う平坦な部位から無作為に7か所の生検を行った結果、すべての検体でhigh grade dysplasia(HGD)が検出された。広範な直腸HGDと術前診断し、X年に回腸直腸吻合部切除、直腸切断術を施行した。摘出標本の肉眼所見では、直腸に萎縮粘膜が広がり粘膜襞は消失を認めたが、明らかな腫瘍や潰瘍は指摘できなかった。病理組織学的検査では、クロマチン増量を伴う核質比(NC比)の高い腺管が散在し、構造異型は乏しいものの、荒廃した粘膜を置換するような異型上皮の増殖を認めた。免疫組織化学染色においてp53陽性を示し浸潤性増殖は認めなかったため、HGDと診断された。病変範囲は空置直腸に15cmに及ぶ広範な分布を示し、全周性に認められる部位も存在した。術後経過は良好で、術後13日目に合併症なく退院した。本症例は、空置直腸に広範なHGDを合併した稀なクローン病症例であり、長期的なサーベイランスの重要性が示唆されたため報告する。

クローン病, 空置直腸に広範なhigh grade dysplasiaを合併

50 上行結腸髄様癌の一例

杏林大学医学部附属杉並病院 消化器外科¹⁾,
同 呼吸器・甲状腺外科²⁾, 同 心臓血管外科³⁾,
同 病理診断科⁴⁾
前田大地¹⁾, 片岡 功¹⁾, 斎藤勇利¹⁾, 高木理子¹⁾, 平田佳史²⁾,
池添 亨³⁾, 近藤恵里¹⁾, 橋本佳和¹⁾, 谷口浩和⁴⁾, 鈴木 裕¹⁾

【症例】70歳代、女性【現病歴】健診で便潜血陽性を指摘され、消化器内科を受診した。下部消化管内視鏡検査で上行結腸に潰瘍性病変を認め、生検で腺癌と診断された。手術目的に当科を紹介受診した。【既往歴】腺腫様甲状腺腫【初診時現症】腹部は平坦、軟で、腹痛は認めなかった。右季肋部に無痛性の腫瘍を触知した。【初診時血液検査値】軽度の貧血(Hb10.8g/dL)を認めたほか異常値は認めなかった。腫瘍マーカーはCEA2.9ng/ml、CA19-98.7U/mlと正常値であった。【画像】下部消化管内視鏡では上行結腸に亜全周性の2型腫瘍を認め、生検で高-中分化型腺癌と診断された。CTでは腫瘍は6cmの造影効果を伴った不整な壁肥厚として描出された。所属リンパ節は腫大し、転移と判断した。口側腸管は拡張なく、肝転移と肺転移は認めなかった。【術前診断】上行結腸癌(T4aN1aM0 cStage3b)【手術】術式は腹腔鏡下右側結腸切除術(D3郭清)。腫瘍は上行結腸の中央に認め、腹壁側は可動性不良であった。腹壁浸潤の可能性を考慮して、腹壁を一部合併切除する層で剥離し、治癒切除を得た。【切除標本病理所見】腺管形成に乏しい腫瘍細胞が固有筋層を越えて浸潤し、合併切除された腹壁に浸潤していた。辺縁部には高-中分化腺癌も見られるが、主体となる成分は明瞭な核小体とクロマチン淡明な核と好酸性の細胞質を持ち、腺管形成に乏しかった。また、上皮内リンパ球が散見され、腫瘍の近傍にはcroh'n's-like reactionが認められた。以上より髄様癌と診断した。【結語】辺縁部に高-中分化腺癌の成分を含む髄様癌の一例を経験した。大腸髄様癌は術前の生検では確定診断に至らない場合が多く、本病型の存在を認識することが正確な診断の一助になる。供覧に値する貴重な症例と思われるため報告する。

大腸癌, 髄様癌

52 成人発症II型シトリン欠損症に急性睪炎を併発し睪仮性嚢胞を生じた1例

獨協医科大学病院 臨床研修センター¹⁾,
獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座²⁾
金森亮祐¹⁾, 福士 耕²⁾, 牧 竜²⁾, 稲葉康記²⁾, 嘉島 賢²⁾,
久野木康仁²⁾, 佐久間²⁾, 牧 匠²⁾, 山宮 知²⁾, 飯島 誠²⁾,
入澤篤志²⁾

【背景】成人発症II型シトリン欠損症(adult-onset type II citrullinemia: CTLN2)は常染色体劣性疾患であり、神経精神症状と血清シトリンおよびNH3濃度の上昇を示す尿素サイクル疾患である。睪炎の併発が報告されているが機序は不明である。今回CTLN2に睪炎、睪仮性嚢胞を合併した症例を経験したので報告する。【症例】55歳台、男性。【家族歴】姉:CTLN2。【生活歴】飲酒なし。【現病歴】元々油分を多く含む食事を好んで摂取していた。X-1年2月妄想症状があり統合失調症と診断された。X年2月よりグループホームに入所した。入所後は食事制限があり提供されたものにのみを摂取していた。3月上腹部痛、食欲低下が出現し、精査目的に6月に当院を紹介受診した。【経過】受診時の血液検査でAST 90 U/L、ALT 107 U/L、Alb 2.6 g/dL、中性脂肪268 mg/dL、NH3 94 μ g/dL、総胆汁酸 116.5 μ mol/L、腹部造影CTで肝形態に異常はなかった。家族歴、食癖異常からCTLN2が疑われた。アミノ酸分析にてシトリン 66.1 nmol/mLと上昇を認めた。遺伝子検査で両アレルにおいてSLC25A13遺伝子にバリエーションを認め、CTLN2と診断した。治療として中鎖脂肪酸(medium-chain triglyceride:MCT)オイル大さじ1杯を毎食時に摂取した。その後食欲の改善、NH3値の改善を認めた。上腹部痛は自然軽快していたが、X+1年2月に左季肋部痛、嘔吐のため受診した。血液検査で睪アミラーゼ 63 U/Lと軽度上昇を認め、造影CT検査で睪尾部に57mm大の嚢胞を認めた。睪仮性嚢胞が疑われたためERCPを施行し嚢胞内にENPDを留置し縮小を得た。しかしその後繰り返し急性睪炎を生じた。血液検査で中性脂肪908 mg/dLと上昇を認め、高脂血症に伴う急性睪炎が疑われた。ベマフィブラートの内服を開始したところ中性脂肪の改善を認め、それ以降急性睪炎の再発を認めていない。【考察】CTLN2の症例を経験した。MCTオイルによる治療が奏功した一方、睪炎、睪仮性嚢胞を生じ治療に難渋した。本症例では高脂血症に起因した睪炎が疑われベマフィブラートが奏功した可能性がある。文献的考察を加えて報告する。

シトリン欠損症, 睪炎

東京通信病院 消化器内科

大井研人, 加藤知爾, 近藤花奈美, 弦間有香, 坂井有里枝, 小野晋治, 阿部創平, 小林克也, 平野賢二, 関川憲一郎, 光井 洋

【症例】40歳代男性【主訴】発熱【既往歴】脂肪肝【家族構成】妻子あり【現病歴】202X年X月9日から37度から39度台の発熱、倦怠感、咽頭痛があり前医受診した。インフルエンザウイルス、コロナウイルスは陰性であった。受診数日後からは褐色尿も出現し、15日に当院外来受診し血液検査にて肝胆道系酵素の上昇、食欲低下も認めたことから同日入院となった。【入院後経過】血液検査ではAST 293IU/L, ALT 471IU/L, ALP 1170IU/L, γ -GTP 373IU/L, 総ビリルビン 1.9mg/dL, 直接ビリルビン 1.4mg/dL, 異型リンパ球 56%であった。肝障害の精査目的に造影CT検査施行し、肝実質に造影早期相で不均一な強い増強効果が多発しており、MRCP検査では胆道系に異常認めず、急性肝炎と診断した。急性肝炎の鑑別としてA型肝炎、B型肝炎、C型肝炎、E型肝炎、サイトメガロウイルス感染、EBV感染、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎等を挙げ、各種抗体検査を行った。IgM-HA抗体、HBs抗原、HBs抗体、HBV-DNA、HCV抗体、IgA-HEV抗体、CMV-IgM抗体、CMV-IgG抗体、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。EBV-VCAIgM抗体 10, EBV-VCAIgG抗体 80と陽性であり、EBNA抗体、EBV EA-DRIG抗体は陰性であったことから、急性期のEBV感染による急性肝炎と考えられた。第8病日には解熱を認め、第11病日の血液検査で肝胆道系酵素の改善傾向を認め、全身状態良好であったため同日退院となった。【考察】一般的にEBV感染は思春期から若年青年層に好発する。今回の症例のような、40歳代でのEBV初感染による急性肝炎の報告例は少なく、文献的考察を含めて報告する。

EBウイルス, 急性肝炎

東京都立 多摩北部医療センター 消化器内科¹⁾,

同 脳神経外科²⁾

小川真由¹⁾, 鈴木健太¹⁾, 佐野貴志²⁾, 中村里菜¹⁾, 内田晋平¹⁾, 小山友裕¹⁾, 山田善人¹⁾, 葉山惟信¹⁾, 四宮 航¹⁾, 柴田喜明¹⁾, 百瀬俊也²⁾

【症例】66歳男性。半年前から左上下肢全体に痺れの出現があったが、増悪がないため経過観察としていた。その後、左下肢末梢の異常感覚が強くなり、歩行時に足先の感覚鈍麻が出現したが、左上肢の運動は可能であった。X年1月4日に左下肢の不随意運動を認め、徐々に左上肢にも広がり救急搬送となった。頭部CT/MRIでは右頭頂葉にring enhancementを伴うmm大の腫瘍性病変を認め、体幹部造影CTにて多発肺転移および腹腔内リンパ節腫大を認めた。原発巣精査のためにPETCTを行うとS状結腸及び胆嚢に集積があった。その後神経症状の増悪により2月7日に開頭腫瘍摘出術を施行した。病理組織ではadenocarcinomaであり、免疫染色ではCK7(+), CK20(-)であった。しかし大腸内視鏡検査を施行すると、S状結腸には明らかな進行癌を認めずipポリープを2つ認め、EMRを施行し早期癌の診断であり原発巣の可能性は低かった。EUSを施行すると胆嚢壁の著明な肥厚と異常血流があり悪性を疑う所見であったものの、肝転移がないことから胆嚢癌原発としては非典型例であると考えられた。胆汁細胞診提出のためにERCPを施行したが、胆嚢内にENBDチューブを留置できず、胆汁細胞診からも悪性所見は得られなかった。そのため胆嚢壁肥厚に対してEUS-FNAを施行すると、adenocarcinomaの所見が得られた。免疫染色によってCK7(+), CK20(-)となり転移性脳腫瘍と一致して、胆嚢癌cT3aN1M1 StageIVの確定診断となった。その後、Gemcitabine・Cisplatin・Durvalumabの三剤併用療法を導入したものの、経過中にCOVID-19感染や顔面蜂窩織炎によってPSが低下し、全身化学療法中止となった。BSCの方針となり、7月29日に永眠された。【考察】転移性脳腫瘍の原発巣は肺癌が半数を占め、胆嚢癌の脳転移は低頻度である。当院における過去3年間の胆嚢癌11症例を検討したが、やはり脳転移症例は本症例のみであったものの、全生存期間への関与は明らかではなかった。脳転移は通常では血行性であり、本邦での胆嚢癌脳転移症例の報告の多くは肝転移を有しており、本症例のような肝転移を有さない症例の報告は稀有であると考えられた。

転移性脳腫瘍, 胆嚢癌

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科、人工臓器・移植外科
石本崇聖, 風見由祐, 高本健史, 猿田優也, 吉崎雄飛, 若杉正樹, 三原祐一郎, 西岡裕次郎, 市田晃彦, 赤松延久, 河口義邦, 長谷川潔

症例は50代女性、検診にて肝機能障害を認め、腹部超音波検査で肝嚢胞性病変を指摘された。経過観察となっていたが、その1年後の超音波検査で右肝を占拠する巨大肝腫瘍が確認され、精査治療目的に当科を紹介受診、造影CT・EOB-MRIにて右肝を占拠する14cm大の腫瘍を含めた計4病変の肝腫瘍を認めた。また上部消化管内視鏡検査にて十二指腸球部に20mm大の粘膜下腫瘍を認め、生検で神経内分泌腫瘍 (NET) G1、以上から十二指腸原発NET及び多発肝転移と診断した。原発巣に対してはリンパ節郭清範囲を考慮し、腔頭十二指腸切除も考慮したが、画像検査で明らかな腫大リンパ節を認めなかったため、幽門側胃切除 (腔上縁・肝十二指腸間膜左側のリンパ節郭清、腔頭後部リンパ節サンプリング) と拡大右肝切除、肝部分切除による原発・転移巣の同時切除を施行した。手術時間は7時間45分、出血量は320ml、術後の経過は良好であり、第11病日に退院となった。病理診断では原発巣はNET G1、肝転移巣はG2であり、リンパ節転移に関してはNo. 6で1/6個 (転移リンパ節数/切除リンパ節数)、No. 8aで3/7個、No. 12aで2/3個、切除リンパ節全体では6/36個に認めたが、十二指腸病変及び肝転移病変双方に対し肉眼的完全切除を達成できた。術後3ヶ月の画像検査では遺残病変や明らかな再発所見を認めず、経過観察を継続している。

幽門側切除, 拡大右肝切除 肝部分切除

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科¹⁾, 同 消化器内科²⁾,

同 総合研修センター³⁾,

横浜市立大学附属病院 臨床腫瘍科⁴⁾,

同 がんゲノム診断科⁵⁾, 同 消化器外科⁶⁾,

東京大学医学部附属病院 呼吸器内科⁷⁾, 同 ゲノム診療部⁸⁾,

東京大学医学部附属病院 腫瘍・総合内科⁹⁾

佐久間理史^{1,2,3)}, 石垣和祥^{1,2)}, 福田見史郎²⁾, 鈴木辰典²⁾,

高橋良太²⁾, 高原楠晃²⁾, 佐藤靖祥¹⁾, 加藤真吾³⁾, 市川靖史⁵⁾,

遠藤 格⁶⁾, 鹿毛秀宣⁷⁾, 織田克利⁸⁾, 朴 成和⁹⁾, 藤城光弘^{1,2)}

【症例】63歳、男性。【臨床経過】20XX-4年4月より皮膚黄染が出現し、前医での精査の結果、切除不能胆嚢癌の診断。ゲムシタピン+シスプラチン+S-1 (GCS) 併用療法を10コース施行後、腫瘍の縮小を認めたため、20XX-3年にconversion surgery (肝右葉+尾状葉+腔頭十二指腸切除術) を行い、治療切除が得られた。20XX-2年1月に肝転移を指摘され、2月に肝部分切除術を行ったが、その4か月に多発肝転移を再度指摘されたため、以降はGC療法・S-1単剤療法等で治療を行っていたが、20XX-1年2月のCTで多発肝転移・リンパ節転移の増大を認め、PD判定となった。肝転移手術術体を用いてがん遺伝子パネル (CGP) 検査 (FoundationOne CDxがんゲノムプロファイル) を施行したところ、ERBB2の高度増幅 (コピー数 172) を認めた。患者申出療養 (NCCH1901) の対象薬剤であるトラスツズマブ単剤療法導入目的に当院紹介となり、20XX-1年4月よりトラスツズマブ単剤療法開始し、最良効果はPRであった。19コース施行後のCTで非腫瘍性病変のリンパ節転移が増大したため、PD判定となった (治療期間: 13か月)。【結語】がん遺伝子パネル検査によってERBB2の高度増幅を認め、トラスツズマブ単剤療法が著効した胆嚢癌の1例を経験した。文献的考察を加えて演題発表とする。

がん遺伝子パネル検査, HER2

57 保存的治療により軽快した胆石性腸閉塞の一例

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¹⁾、
横浜市立大学附属病院 消化器内科²⁾
松本 冠¹⁾、石野勇康¹⁾、坂井音々¹⁾、相馬 亮¹⁾、角田翔太郎¹⁾、
鈴木悠一¹⁾、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】70歳、女性。慢性胆嚢炎および胆石症で当科にて経過観察していた。202X年X月に心窩部痛と嘔吐を主訴に当院へ救急搬送された。CT検査で回腸に25mm大の胆石の嵌頓と、口側腸管の拡張を認めたため、胆石性腸閉塞と診断した。また、胆嚢内の既存の胆石が消失し、ガス像の出現が確認されたため、胆嚢十二指腸瘻に伴う胆石の腸管内への落石と判断した。腸管の虚血性変化は認めず、胆石の自然排出が可能と考え、保存加療の方針とした。入院同日にイレウス管を挿入し、絶食・補液投与し経過観察したところ、第2病日に腹痛および嘔気は消失した。第4病日に施行したイレウス管造影で胆石が回腸末端に移動しており、用手圧迫により横行結腸まで移動した。第6病日に施行したCTでは結腸内の胆石は認められず、自然排石したと考えられた。同日、イレウス管を抜去し、経口摂取を開始した。食事開始後も腹部症状の再燃はなく、全身状態良好のため第8病日に退院した。

【考察】胆嚢十二指腸瘻を背景とした胆石性腸閉塞は、比較的稀な疾患であり、多くの場合手術を要すると報告されている。このたびイレウス管留置による保存的治療で軽快した一例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

胆石性腸閉塞、胆嚢十二指腸瘻

59 高齢男性に発生した睪高度悪性充実性偽乳頭状腫瘍の一例

埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科¹⁾、同 病理診断科²⁾
松野紘之¹⁾、山田俊介¹⁾、水野 卓¹⁾、磯木七瀬¹⁾、佐藤 彩¹⁾、
辻 翔平¹⁾、相馬直人¹⁾、岩下広道²⁾、内田義人¹⁾、安藤さつき¹⁾、
菅原通子¹⁾、中尾将光¹⁾、山口 浩²⁾、中山伸朗¹⁾、今井幸紀¹⁾、
富谷智明¹⁾、持田 智¹⁾

【緒言】充実性偽乳頭状腫瘍 (Solid Pseudopapillary Neoplasm: SPN) は睪臓に発生するまれな腫瘍であり、若い女性に好発し、予後は良好であることが多いとされている。今回、高齢男性に発生した高度悪性SPN (High-grade SPN) を経験したため文献的考察も含め報告する。【症例】70代男性。腹痛精査目的のCTで睪尾部に7cm大の腫瘍と多発肝腫瘍を指摘された。造影早期より病変の辺縁から不均一な造影効果を認め、内部には壊死巣と思われる低吸収域を認めた。脾静脈と門脈右後枝に腫瘍栓を伴っていた。CEAとCA19-9は正常であった。病理診断のため22G針で睪腫瘍からEUS-FNBを行った。組織学的には、N/C比の高い類円形核を有する細胞が認められ、一部で充実性胞巣を形成していた。免疫染色では β -cateninが核内陽性であり、SPNと診断した。通常のSPNと比較して、核クロマチン増量が目立ち、核分裂像が散見され、一部に凝固壊死を認めること、MIB-1標識率が高いことから高度悪性SPNと診断した。他院に紹介され、睪腫に準じてゲムシタピン+ナバパクリタキセル併用化学療法が開始されている。【考察】SPNは睪腫瘍全体の0.9%~2.7%を占めるまれな腫瘍である。一般的には低悪性度として知られているが、一部で悪性転化する症例もある。本邦の多施設での検討では、288例のうち遠隔転移を4例認め、高度悪性例は1例のみであった。高度悪性SPNは免疫組織学的にはp53とp16陽性でRb1欠損が特徴と報告されており、本症例も一致していた。

SPN, EUS-FNA

58 嚢胞穿破、急性睪炎を繰り返した睪粘液性嚢胞腫瘍(MCN)の一例

東京北医療センター 消化器内科
木本妃音、光定聖弥、岩田朋之、西野 龍、中島 謙、小川祐貴、
小林満里菜、栗飯原隼人、藤原悠史、間瀬一壽

【症例】43歳女性【主訴】心窩部痛【臨床経過】3年前に睪尾部嚢胞を健診で指摘されていた。X-1日に心窩部違和感を自覚し、X日に症状増悪あり、当院へ救急搬送された。血液検査ではAmy 3428 U/L、WBC 18640 / μ Lと上昇し、腹部造影CTでは睪尾部実質は軽度腫大し睪周囲の液体貯留と腸間膜の脂肪織濃度上昇、腹膜肥厚と腹水貯留も認めた。また睪尾部には25mm大の嚢胞性病変を認め、嚢胞は睪前面・上方に開口し胃背側との間に液体貯留を伴っていた。以上より、睪尾部嚢胞性病変穿破、予後因子0点、CT Grade2の重症急性睪炎と診断した。X+5日には腹部症状軽快し経口摂取開始とした。X+7、14日のCTで腹水増加、腹膜肥厚の増悪、多数の粒状・小結節影が出現し、嚢胞性病変穿破に伴う癌性腹膜炎も疑い、計2回の腹水穿刺を行い、細胞診・セルブロック作成での組織診評価を行ったがいずれもClass2、inflammatory changeであった。腹水・腹膜肥厚や小結節は残存していたが腹痛・炎症反応は改善あり。X+24日に退院した。退院後は睪炎再燃なく経過したが、退院2か月後のCTで腹水増加、腹膜内小結節、腹膜肥厚を認め、PET-CTでも同部位に集積あり睪腫の腹膜播種や腹膜癌も否定できず、高次医療機関へ紹介した。高次医療機関でも精査が行われたが、睪炎の経過をみていと判断され、経過観察の方針となり、当院退院7か月半後のMRIで腹水消失あり同院は終診となっていた。退院17か月後 (Y日) に左上腹部痛あり、Y+2日当院救急外来を受診した。受診時腹痛は改善していたが、CTで睪尾部に軽度の炎症を認め、睪尾部嚢胞が36mmと増大していたため精査目的で再入院した。嚢胞内の壁に結節や石灰化はないものの増大傾向で、症候性でもあることから、Y+75日に診断的治療目的に開腹睪尾部切除術・脾摘術を行った。病理診断は睪粘液性嚢胞腫瘍(MCN)であった。術後7ヶ月時点では転移再発なく経過している。【考察】MCNは中年女性の睪尾部に好発する嚢胞性病変であり、被膜形成をしているために破裂する症例は稀とされている。今回は誘因不明なMCN破裂・睪炎を伴う一例を経験したため若干の文献を交えて報告する。

睪粘液性嚢胞腫瘍、嚢胞穿破

60 睪管内乳頭状粘液性腫瘍により閉塞性黄疸を来した睪胆管合流異常症の一切除術

がん・感染症センター都立駒込病院 肝胆膵外科¹⁾、
同 消化器内科²⁾、同 放射線科³⁾、同 病理科⁴⁾
廣田良介¹⁾、春山泰治¹⁾、沖永裕子¹⁾、倉田昌直¹⁾、千葉和朗²⁾、
中程 純²⁾、鈴木瑞佳³⁾、堀口慎一郎⁴⁾

【背景】睪管内乳頭状粘液性腫瘍(IPMN)は粘液を産生し、時に隣接する他臓器への穿破を来すことが知られている。今回我々は術前に胆管穿破と診断されたが、実際は睪胆管合流異常に合併したと考えられる睪管内乳頭状粘液性腫瘍(IPMC)に対して睪頭十二指腸切除術を施行した一例を経験したため報告する。

【症例】症例は78歳男性。X年に発熱、腹痛、嘔吐を主訴に前医受診。CTにて睪頭部嚢胞性病変と著明な睪胆管の拡張を指摘された。閉塞性胆管炎の診断となり、抗生剤治療を開始するも感染のコントロールがつかず当院に転院となった。嚢胞性病変内部には充実成分を認め、主睪管、副睪管、胆管内には粘液が充満していた。ERBD・ENBDチューブを留置し、減黄と胆管炎の改善を認めた。胆管穿破を伴うIPMCの診断となり、手術の方針となった。

【結果】亜全胃温存睪頭十二指腸切除術、領域リンパ節郭清を施行した。術中所見では、睪周囲は随伴性睪炎による線維化が著明であり、睪実質の萎縮を認めた。術中エコーでは、術前画像と同様に上腸間膜動脈左縁までの著明な胆管拡張を認め、拡張部は全て摘出の方針とした。胆管拡張も著明で内部には粘液が充満していた。通常の手順通りに手術を施行し、術後経過は良好で術後15日目に胆管チューブ抜去、18日に退院となった。病理診断では、腫瘍は睪胆管合流部や副乳頭まで進展しており、十二指腸内腔に露出していた。術前診断は胆管穿破とされていたが、睪胆管合流異常の可能性が高かった。腫瘍の主座は拡張した主睪管内、分枝睪管内であり間質への浸潤を伴っていた。切除断端は陰性、尿管侵襲は認めなかった。術後化学療法としてS-1療法を施行中である。

【結語】胆管と交通したIPMCによる閉塞性黄疸では胆管穿破、睪胆管合流異常の可能性がある。

睪管内乳頭状粘液性腫瘍、閉塞性黄疸

61 同時性食道癌・胃癌術後15年目に挙上結腸壊死及び皮膚壊死を来した一例

東京大学医科学研究所 外科¹⁾,
国際医療福祉大学三田病院 消化器センター²⁾,
国際医療福祉大学成田病院 消化器外科³⁾,
向山順子¹⁾, 藤原弘毅²⁾, 加藤文彦²⁾, 加藤亜裕²⁾, 篠田昌宏^{2,3)}

症例は60歳代女性。15年前に食道癌 (MT, cT1(SM), N0, M0, fStageI) と胃癌 (ML, cT1(M)N0, M0, fStageI) の重複癌に対して、右開胸開腹食道全摘術、胃全摘術、胸壁前経路回結腸再建を施行された。退院後、再発や狭窄なく15年間経過していたが、然る胸部隆起が出現した。近医を受診し便秘薬処方経過観察となった。発症から5日間経過し呼吸困難感が出現し、当院紹介となった。身体所見では、胸部から両側乳房までの著明な膨隆と皮膚発赤を認め、中心部の皮膚は黒色壊死を呈していた。採血検査では、WBC 11000 /mL、CRP 18.89 mg/dLと上昇を認めた。造影CT検査では、再建腸管内に食物残渣が大量に貯留し、再建結腸は最大径25 cmまで拡張し、黒色壊死した皮膚直下の腸管壁の造影効果は減弱していた。再建腸管の狭窄による急激な腸管拡張と、それに伴う限局性結腸壊死、皮膚壊死と診断し、胃管を挿入した。しかし、多量の食物残渣のために減圧は不良であり、受診後3日目に経皮的ドレナージを施行した。経皮ドレナージ孔より栄養チューブを挿入し経腸栄養を開始した。受診後24日目に感染巣ドレナージ及び皮膚デブリードマンを施行した。ドレナージ手術から3週間が経過して、皮膚欠損部からの排膿が消失し、栄養状態も改善傾向であることから、入院後56日目に二期的再建手術を行う方針とした。手術所見では、小腸が広範囲に癒着しており、左結腸グラフトを用いて再建をした。術後は、Clavien-Dindo分類でIIIaの創感染を認め切開排膿を行った。縫合不全はなく経過し、受診後83日で退院した。食道再建術での導管壊死の大半は数か月以内に生じる。本邦での遅発性結腸壊死の報告は2例であり、広範な皮膚壊死を伴う結腸壊死症例の報告はない。右結腸再建術後15年目に遅発性の挙上結腸壊死及び皮膚壊死の症例に対して、ドレナージ手術と左結腸グラフトによる二期的再建により、良好な経過を得たため報告する。

食道癌, 挙上結腸

63 胸部食道癌を合併した頸部食道癌肉腫に対して喉頭温存目的に局所切除術を施行した一例

東京大学医学部附属病院 胃・食道外科
要 知輝, 菅原弘太郎, 鶴 眞夫, 淺岡礼人, 岡本麻美,
大矢周一郎, 三輪快之, 谷島 翔, 八木浩一, 馬場祥史

食道癌肉腫は食道悪性腫瘍全体の0.5~2.8%程度と言われている稀な腫瘍であり、またその多くは胸部中部~下部にできるため頸部食道の癌肉腫は非常に珍しい。癌肉腫に関しては化学療法・放射線療法のエビデンスがまだ得られておらず、標準治療が手術しかないという現状がある。この点が、通常の頸部食道癌でも重要となる喉頭機能温存可否の問題と相まって、最適な治療方針を決定するのが非常に難しくしている。今回我々は頸部食道癌肉腫に加え胸部食道癌を合併した症例に対し局所切除を含めた集学的治療を行う経験を得たため、ここに報告する。症例は63歳男性、咽頭違和感で受診した際の上部消化管内視鏡検査で頸部食道入口部近傍に癌肉腫疑いの有茎性腫瘍と、胸部食道に全周性0 II b病変を指摘された。生検では胸部病変は扁平上皮癌だった。頸部病変は悪性成分が認められなかったが肉腫の可能性は否定できなかった。診断は①頸部食道癌肉腫疑い Ce21~25cm, cT1bN0M0, cStage I ②胸部食道扁平上皮癌 MtL27~37cm, cT1bN0M0, cStage I となった。頸部病変は食道入口部に近接しており、喉頭機能温存希望が強かったため術前化学療法の方針とした。治療後、頸部病変はほぼサイズ変わらず、胸部病変は範囲縮小していた。この時点で頸部病変は良性の脂肪肉腫の可能性もあり、局所切除術を施行した。病理ではpT1b食道癌肉腫、VOLy0で断端陰性であった。追加切除術も検討されたが患者本人の希望を鑑み頸部病変はclose follow、胸部病変に関しては根治的放射線療法の方針となった。現在放射線治療は終了し、boostFPの3コース目を行っている最中である。

食道癌肉腫, 頸部食道癌

62 ラット外科的逆流モデルにおける食道円柱上皮化生に対するMEKインヒビターの治療効果の検討

日本医科大学大学院医学研究科 消化器外科学¹⁾,
東京大学医学系研究科 消化管外科学²⁾,
星薬科大学 医療薬学研究室³⁾,
国立医薬品食品衛生研究所 病理部⁴⁾, 富山市民病院 外科⁵⁾,
増田寛喜^{1,2)}, 豊田武士⁴⁾, 宮下知治⁵⁾, 吉田 寛¹⁾, 瀬戸泰之²⁾,
野村幸世^{2,3)}

【背景】バレット食道は食道腺癌の発生母地と考えられているが治療法は内視鏡的粘膜切除やレーザー焼却といった物理的方法しか存在しない。胃粘膜における前癌病変である粘液細胞化生(SPEM)や腸上皮化生(IM)はRAS経路の活性化によって引き起こされ、MEK inhibitor (MEKi) はRAS経路の活性化を抑制する。以前、我々は*H.pylori*感染スナネズミ慢性胃炎モデルに対しMEKiを投与することにより、SPEM、IMが正常粘膜へ復することを報告した。バレット食道にはSPEM、IMと同様の組織学的変化が認められる。バレット食道におけるRAS経路の活性化の有無を調べたところ、MEKの活性産物であるpERKの局在が確認された。今回我々はラットに対し逆流手術を行いMEKiの治療効果を検討した。【方法】24匹のラットに逆流手術を行った。手術17週間後のラットを2群に分け、MEKiまたはプラセボを4週間投与しその治療効果を検討した。【結果】手術を行った24匹のラットの内、19匹が手術17週間後まで生存し、その内10匹をプラセボ群、9匹をMEKi群とした。両群の全てのラットで食道に扁平上皮の過形成、びらん、円柱上皮化生を認めた。プラセボ群では遠位食道に円柱上皮化生を認めたが、MEKi群では遠位食道に修復により生じたとも捉えられる扁平上皮化生を認めた。円柱上皮化生には転写因子SOX9の発現が関与することが報告されており、MEKi群では遠位食道に扁平上皮化生はSOX9は陰性であった。加えて両群で円柱上皮の長さも測定したところMEKi群で有意に短かった。【まとめ】本研究ではMEKiが食道の円柱上皮化生を正常扁平上皮へ復する可能性が示された。円柱上皮化生の長さとも食道腺癌発生には正の相関関係が報告されており、MEKi治療による円柱上皮長の短縮は食道癌発生の抑制に寄与する可能性がある。

食道, バレット食道

64 早期胃癌疑いで紹介となり鑑別を要した炭酸ランタン症の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾,
同 次世代内視鏡開発講座²⁾
中村 凌¹⁾, 大木大輔¹⁾, 辻 陽介^{1,2)}, 藤城光弘¹⁾

症例は60歳代男性、X年4月に近医でスクリーニング目的に上部消化管内視鏡検査が施行された。前庭部後壁に軽度発赤した隆起性病変を認め、生検病理でgroup2の診断となった。早期胃癌疑いとして、X年5月に精査加療目的に当科を紹介受診された。既往歴としては2型糖尿病、慢性腎臓病(血液透析中)、閉塞性動脈硬化症、虚血性心疾患を認めた。当科で拡大内視鏡検査を施行し、通常光観察では、C-3の萎縮性胃炎を認め、前庭部後壁に辺縁不整な30mm大の発赤調の表面平坦型病変を認めた。NBI拡大観察では、Demarcation Lineを有し、軽度の異型血管や粘膜構造異型を認め、早期胃癌と診断し生検検査を行った。生検病理結果では、腫瘍性変化は認めず、粘膜固有層間質に好塩基性~褐色の沈着物を認め、間質へのリンパ球や形質細胞、好中球などを混じた炎症細胞浸潤、腺窩上皮の軽度の過形成性変化を認め、ランタン沈着が疑われた。病歴で慢性腎臓病が背景にあることから合致し、炭酸ランタン症と診断した。今回、早期胃癌と鑑別を要する炭酸ランタン症を経験した。内視鏡検査における胃・十二指腸粘膜内の炭酸ランタンは通常観察では、白色の病変として認識されることが多いとされ、拡大観察では微細顆粒状沈着物として観察される。発赤を呈する病変も認めることがあり、本例と同様に早期胃癌との鑑別が必要ながある。透折患者の胃の白色病変の鑑別の一つとして、炭酸ランタン症を想起する必要がある、病歴の把握が重要と考えられた。透折を施行されている患者の内視鏡所見として、びまん性の白色粘膜や微細な白色点を認めた際には鑑別に挙げる必要がある。

炭酸ランタン症, 早期胃癌

千葉県がんセンター 消化器内科

石賀邦林, 北川善康, 菱川恵介, 岡田晃宏, 箕輪真寿美, 竹内良久, 石垣飛鳥, 徳長 鎮, 杉田 統, 喜多絵美理, 天沼裕介, 鈴木拓人, 須藤研太郎, 中村和貴, 三梨桂子, 傳田忠道

【症例】80代男性。当院頭頸科を右頬粘膜がん(cT3N0M0 cStageIII)で受診した。術前スクリーニング検査で胃体下部前壁に10mm大の早期胃癌を認めた。頭頸科と協議の上、頬粘膜がんの手術後に早期胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を予定した。20XX年10月に右上顎部分切除を施行したが、術後に開口障害を来し、通常径スコープは経口挿入が困難となった。【治療方法】経鼻アプローチによる極細径スコープを用いたESDは可能であったが、術後潰瘍部からの出血時に開口障害による窒息のリスクが懸念されたため、ESD後潰瘍のClip縫縮が望ましいと考えた。上部消化管用細径処置スコープ(EG-840TP, Fujifilm, Japan)は先端径が7.9mmと細径でありながら、従来の処置スコープ同様の鉗子口径や副送水機能を搭載している。本症例は同スコープが経鼻的に挿入可能であったため、これを用いてESDを実施した。使用機器はEG-840TP、Clutch cutter, SOクリップ。左鼻孔より挿入し、全周切開後に粘膜下層を展開しながら病変を切除し、SureClipで縫縮して終了した。【結果】切除標本は45mm×30mmで、悪性合併症なく経過良好であった。病理組織学的診断は、8×5mm, tub1, pT1a, Ly0, V0, pUL0, pHM0, pVM0, eCuraAであった。【考察】開口障害のある患者においても、上部消化管用細径処置スコープが鼻孔を通過可能であれば、通常の経口内視鏡治療と同様の有用性が可能である。本症例は経鼻的アプローチによるESDの有用性を示唆するものであり、今後の選択肢として検討に値すると思われる。【結語】上部消化管用細径処置スコープで経鼻的アプローチが可能であれば、経鼻的ESDに新たな治療選択肢が生まれる。

胃癌, 内視鏡治療

東京女子医科大学附属足立医療センター 外科

西口遼平, 浅香晋一, 小川雅子, 佐川まさの, 岡山幸代, 久原浩太郎, 碓井健文, 横溝 肇, 塩沢俊一

【背景】根治的胃切除術は胃癌に対する標準治療の一つであるが、術後の体組成や栄養学的指標の変動は術式によって異なる可能性がある。本研究では、2015年から2023年に施行されたStage I-IIIの胃癌症例において、切除範囲および再建方法別の術前・術後1年の体組成および栄養学的指標の変化を検討した。【方法】2015年から2023年に根治的胃切除術を施行したStage I-IIIの胃癌患者198例を対象とし、切除範囲(DG, PG, TG)および再建方法(DG-B1, DG-RY, PG-DT, PG-EG, TG-RY)別に分類した。評価項目はBMI, 体組成(内臓脂肪面積, 皮下脂肪面積, 骨格筋量)および栄養学的指標(血清アルブミン値, CRP, 総コレステロール値, 総リンパ球数)とし、術前および術後1年の経時的変化を比較した。さらに、Stage I症例のみを対象に再分析を行い、Stage II, III症例の影響を除外した。【結果】切除範囲別の検討では、術後1年のBMI減少率はTG群(-13.4%)がDG群(-8.4%), PG群(-12.9%)と比較して有意に高かった(P<0.001)。内臓脂肪および皮下脂肪の減少率もTG群で最も高かった。一方、骨格筋量の減少率は3群間で有意差を認めなかった。栄養学的指標では、血清アルブミン値がTG群で有意に低下した。Stage I症例の再分析でもTG群の変動傾向はStage I-III症例の解析と概ね一致した。再建方法別の検討では、TG-RY群でBMI, 内臓脂肪, 皮下脂肪, 血清アルブミン値の減少率が最も高く、DG-B1とDG-RYの各減少率が最も低かった。骨格筋量に関しては全群間で有意差を認めなかった。【結論】術後の体組成および栄養学的指標の変化は、切除範囲と再建方法により異なった。特にTG群ではBMIと体脂肪量の減少が顕著であり、血清アルブミン値も有意に低下した。一方、骨格筋量の減少に有意差はなかった。Stage I症例の解析でも同様の傾向が確認され、術式に応じた適切な栄養管理が肝要である。

胃切除術後, 体組成

北里大学医学部 上部消化管外科学¹⁾同 新世紀医療開発センター 先進外科腫瘍学²⁾山岡善子¹⁾, 原田宏輝¹⁾, 藤田翔平¹⁾, 樋口 格¹⁾, 櫻谷美貴子¹⁾, 熊谷厚志¹⁾, 山下継史²⁾, 比企直樹¹⁾

【背景】胃切除後の残胃拡張は誤嚥性肺炎のリスク因子とされるが、明確な指標は確立されていない。本研究では、胃切除後の腹部単純レントゲン検査(Xp)における画像指標のうち、術後の消化器症状や誤嚥性肺炎に関連する指標を同定することを目的とした。【対象・方法】2019年1月~8月に当院で幽門側胃切除術(distal gastrectomy; DG)を施行し、術後に立位腹部単純Xpを撮影した症例を対象とした。Xp所見として、椎体の中心から左横隔膜角までの距離、胃泡の最大幅、左横隔膜と胃泡頂部との距離、胃の縦軸の距離を測定し、術後消化器症状の有無との関連をROC曲線解析により評価した。さらに、より正確な検証のため、2022年1月~2023年4月に施行されたDGおよび幽門保存胃切除術症例のうち、朝食後1時間以上経過した状態で立位Xpを撮影した症例を用いてvalidation studyを行った。【結果】76例中、治療介入を要した症例は5例であり、最も強く関連が示唆された指標は、椎体の中心から左横隔膜角までの距離と胃泡の最大幅の比であった(胃拡張インデックスと定義)。この指標の治療介入を予測する至適カットオフ値は51%であり、感度100%、特異度86%、AUC 0.94と高い診断能を示した。Validation set 88例における術後消化器症状として、嘔気、嘔吐、膨満感/げっぷがそれぞれ10/4/19/7例に認められ、胃拡張インデックス51%以上の関連は、嘔気(p=0.0043)、嘔吐(p=0.6328)、膨満感(p<0.0001)、げっぷ(p=0.0005)であった。一方、術後合併症(縫合不全、イレウス、胆汁漏、腹腔内膿瘍、肺炎)との明確な関連は認められなかった。多変量解析の結果、胃拡張インデックス51%以上のリスク因子として、年齢74歳以下(p=0.0215)、女性(p=0.0137)、出血量395ml以上(p=0.0301)が同定された。【結語】胃拡張インデックスは、胃切除後の治療介入を要する症例を予測する有用な指標であることが示唆された。

gastric dilatation, post-gastrectomy

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科

黒木博介, 辰巳健志, 後藤晃紀, 小原 尚, 中尾詠一, 杉田 昭, 小金井一隆

【目的】クローン病(CD)外科治療例で術前に使用された抗体製剤(Bio)の影響を明らかにする。【対象】診断から1年以上経過した自験CD初回腸管手術例124例(男性86)を対象とした。CD診断年齢は23歳, 手術時年齢は31歳, 肛門病変は75例(60.4%)であった(全て中央値)。【方法】Bio開始時の病態, Bio開始から手術までの期間, 手術適応となった病態について検討した。【成績】Bio開始時の病態は活動性病変63例, 狭窄35例, 瘻孔13例(内瘻10例), 肛門病変(その後腸管病変出現)13例であった。使用されたBioは1剤が73例, 2剤が40例, 3剤が8例であった。CD診断から手術までの期間は6.9年(1-31), Bio開始から手術までの期間は4年(0-22), 手術理由は活動性病変2例, 狭窄64例, 瘻孔54例, 肛門病変3例, 痔瘻瘻1例であった。Bio導入理由別に、Bio開始から手術までの期間は活動性病変5年(0-15), 狭窄2.4年(0-8.5), 瘻孔2.7年(0-10), 肛門病変4.7年(3-9)で、狭窄、瘻孔合併例で短かった。手術適応となった病態は、活動性病変では狭窄が55.4%, 瘻孔36.5%, 狭窄では狭窄が62.8%, 瘻孔37.2%, 瘻孔は狭窄7.6%, 瘻孔92.4%で、瘻孔合併例では手術時にも同様な病態の症例が多かった。【結論】クローン病に対する抗体製剤使用例では手術適応は活動性病変が少なく、狭窄、瘻孔が多くを占めた。また、多くの症例では活動性病変を有していた。治療開始時に狭窄や瘻孔を合併した症例では手術までの期間が短く、特に、瘻孔合併例では手術時も治療開始時の病態が改善していない症例が多く、最初から手術を考慮してもよいと考えられた。

クローン病, 手術

大阪公立大学 消化器外科学

米光 健, 笠島裕明, 小澤慎太郎, 福井康裕, 関 由季, 福岡達成, 渋谷雅常, 前田 清

症例は61歳, 女性。常染色体優性多発性嚢胞腎(ADPKD)による腎不全で血液型不適合腎移植術後3年目に軽度の腹痛を主訴に当院を受診した。腹部CT検査で腸管気腫を認めたが, 腸管血流は保たれていたために抗菌薬での保存的加療を行なった。入院後1ヶ月目に腹部症状が増悪し, 腹部CT検査にてfree airを認め, 消化管穿孔の疑いで緊急手術を施行した。術中所見では, 空腸を中心に腸間膜側に多発する憩室があり, トライツ靭帯より10cm肛門側の憩室に1.5cm大の穿孔部を認めた。周囲腸管の炎症性変化, また憩室が多発していたことから縫合不全のリスクが高いと判断し, 同部位で双孔式人工肛門造設した。人工肛門閉鎖術前に経口および経人工肛門内視鏡検査を行い, 多発憩室の存在部位を同定・点墨をしたのちに人工肛門閉鎖術を施行した。ADPKDに大腸憩室を合併することはあるが, 小腸憩室を合併するとの報告は比較的稀である。本症例では, 穿孔性腹膜炎の発症に至り, 人工肛門造設後, 炎症の沈静化を待った後に小腸部分切除を施行する2期的手術により良好な経過を得ることができた。術前の内視鏡検査による憩室範囲の同定は, 腸管切除範囲の決定に有用であった。

空腸多発真性憩室穿孔, 多発性嚢胞腎

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座

田中孝高, 小島原駿介, 増山智史, 金澤美真理, 渡邊詔子, 山宮 知, 菅谷武史, 富永圭一, 入澤篤志

【症例】40歳台, 男性。【主訴】なし。【現病歴】20XX年Y月, 前医で便潜血陽性の2次精査として大腸内視鏡検査が施行された。大腸に散在するびらんが認められ, 病理学的検査でアミロイド沈着が認められたことから精査・加療目的に当院を紹介され受診した。【身体所見】血圧104/65mmHg, 心拍数65/分, 体温36.3℃, 呼吸数16/分, SpO2 96% (室内気), 腹部:平坦・軟, 圧痛なし。四肢:両下肢に浮腫なし, 関節痛なし。【血液生化学検査所見】AST 36 IU/L, ALT 28 IU/L, ALP 191 IU/L, LDH 195 IU/L, CRP 0.01 mg/dL, PT% 115%, APTT 28.5秒, CEA 1.2 mg/dL CA19-9 5 U/dL, IGRA陰性, アミロイドA蛋白3.5 mg/mL【尿検査所見】尿蛋白:陰性, 尿潜血:陰性, B-J蛋白陰性【画像検査所見】頭胸腹部造影CT:明らかな異常所見なし。経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査(DBE):十二指腸から小腸にかけて多発する白色小隆起を認めた。経肛門的DBE:大腸に散在するびらんを認めた。前医での生検部位に血腫を認めた。【入院後経過】入院後, 経口的・経肛門的DBEを施行し, 消化管アミロイドーシスを疑う多発白色小隆起を認めた。腎機能障害, 心血管系病変, 慢性炎症を疑う所見は認めなかった。骨髄検査では, 多発性骨髄腫や高ガンマグロブリン血症の診断には至らなかった。消化管病変の免疫染色よりAL型アミロイドーシスの診断となり, 消化管病変以外の臓器に病変を認めないことから限局性AL型消化管アミロイドーシスの診断となった。診断後5年間, 経口的ならびに経肛門的DBEで経過観察を行なってきたが, 内視鏡所見に変化を認めず, 血便や遅延性下痢, 蠕動不良といった消化管症状も出現せず経過している。【結語】限局性消化管AL型アミロイドーシスは予後良好とされているが, その長期予後の報告は少ない。毎年モニタリングが行えた症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

アミロイドーシス, 小腸

都立駒込病院 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾森口義亮¹⁾, 一箭空伸¹⁾, 今枝駿介¹⁾, 船隻牟大²⁾, 岡 靖敏²⁾, 野間絵理子¹⁾, 高雄暁成¹⁾, 柴田理美¹⁾, 飯塚敏郎¹⁾

【背景・目的】Clostridium difficile腸炎(CDI)は入院患者の感染性下痢症の原因で最多であるが, 近年は市中発症のCDIの報告が増え, 若年発症や既往歴や抗菌薬の投与歴に乏しいことが特徴とされている。当院で経験した市中発症のCDIの9例について検討した。【対象・方法】2013年1月~2024年12月に診断されたCDIのうち, 市中で発症し過去12週間に入院歴がないものを市中発症と定義した。年齢, 性別, 既往歴, 薬歴, 抗菌薬投与歴, 重症度, 治療法, 再発の有無について後方視的な調査を行った。【結果】年齢中央値は65歳(18-90歳)で, 抗生剤投与歴を認めたのは55%(5例)で, 内訳はジェニナックが2例, フロモックス1例, ホスホマイシン1例, 詳細不明が1例であった。再発率は22%(2例)で, 制酸剤の使用は11%(1例)にみられた。基礎疾患は潰瘍性大腸炎(UC)が2例で, SLEが1例, 前立腺癌が1例, 糖尿病が3例であった。潰瘍性大腸炎の症例は2例とも免疫抑制剤を使用していた。抗生剤投与や免疫低下などの誘因がない患者は2例であった。重症度は軽症が4例, 重症が5例であった。【考察】市中発症のCDIは若年発症や既往歴や抗菌薬の投与歴に乏しいことが特徴とされている。自験例の院内発症のCDIは年齢中央値が69歳, 抗生剤投与が83%, 再発率が17%であった。市中発症と院内発症を比較すると, 直近の抗生剤使用率は低く, 年齢や再発率に大きな差はなかった。いずれの症例においても, 加齢や免疫抑制剤の使用などのリスク因子を有していた。

CDI, 市中発症

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

仲道汐里, 佐々木亜希子, 西野敬祥, 隅田ちひろ, 市田親正

【背景】電解質喪失症候群(Electrolyte depletion syndrome; EDS)は, 大腸に発生する巨大な絨毛腫瘍によって高度の脱水や電解質異常が引き起こされる病態である。内視鏡的粘膜炎下層剥離術(ESD)により治癒切除を得て, EDSによる諸所見が改善した症例を報告する。【症例】76歳女性【主訴】嘔吐, 下痢【現病歴】2024年8月に嘔吐と下痢のため他院に入院。Na121mmol/Lと高度な低Na血症を認め, 下部内視鏡検査で歯状線から直腸Raにかけて径130mm大の粘液分泌を伴う3/4周性の絨毛性腫瘍を認めた。自宅退院により低Na血症が再燃するため, 当院に転院での精査加療予定となった。他に原因となる内科的・内分泌的疾患を認めず, 直腸の巨大絨毛腫瘍によるEDSの可能性を考えた。病変は結節部位で粘膜下層浸潤が否定できなかったが, 歯状線に一部かかる病変であり, 診断的治療目的でESDを先行する方針とし, 一括切除された。施行時間は440分で, 術後一過性に誤嚥性肺炎を来したが改善し, 計18日で退院された。病理結果は, papillary adenocarcinoma (pap, tub1, 0-IIa, pT1a(M), Ly0, V0 in high grade tubulovillous adenoma, 125×95mm)と治癒切除であった。退院後は低Na血症による嘔吐や, 下痢の再燃はみられなかった。【考察】大腸の絨毛腫瘍がEDSを来す頻度は0.76-2.4%と比較的稀で, 高齢者, 直腸・S状結腸に98.3%と好発, 腫瘍径10cm以上, 大量の下痢と脱水, がんの合併が特徴とされる。34例の既報のうち91.4%で手術が行われ, ESDは本症例を含め3例であった。絨毛腫瘍は粘膜下層浸潤による病変の形態変化が乏しく, サイズと悪性度に相関がないとされ, 術前の正確な診察度診断は難しいが, 本疾患を低Na血症の鑑別と認識し, 低侵襲治療の可能性につき症例ごとに判断する事が重要である。

電解質喪失症候群, 大腸絨毛腫瘍

横浜市立大学 消化器・腫瘍外科学¹⁾、
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 外科²⁾、
横須賀共済病院 外科³⁾、
田中宗伸¹⁾、小澤真由美¹⁾、大矢浩貴¹⁾、遠藤 格¹⁾、諏訪雄亮²⁾、
諏訪宏和³⁾

【背景】大腸癌患者の再発リスク因子として穿孔例が挙げられるが、そのエビデンスは十分ではない。【目的】原発巣切除を行なった術前穿孔を伴う大腸癌患者の予後を明らかにする。【方法】2013年1月から2021年12月に、関連2施設において穿孔を伴う大腸癌に対して緊急で原発巣切除を施行した大腸癌手術患者を対象とした。pStageごとの再発、3年生存期間を検討した。【結果】症例は21例。年齢中央値(四分位)は72(65-81)歳、男女比は4:3。ASA-PS3以上が10例(48%)。結腸癌12例、直腸癌9例、いずれも原発巣切除術が施行された。穿孔部位は腫瘍部での穿孔10例、腫瘍部口側10例、その他1例。術式は吻合を伴う手術が4例に施行され、うち1例はdiverting stomaを造設。開腹手術16例、腹腔鏡手術5例に施行された。手術時間201(164-266)分、出血量290(170-460)g、Clavien-Dindo分類GradeII以上の合併症は9例、縫合不全は0例、敗血症性ショックによる術後在院死1例であった。術後在院日数=19(15-30)日。組織型(tub1/tub2/por/muc) = (4/13/2/2)。pStage/II/III/IV=1/10/5/5。予後は死亡が7例、原病死5例、他病死2例、再発は3例(18.8%)に認められた。観察期間中央値(範囲)は14(2-39)ヶ月であった。3年生存率(%)はpStage/II/III/IV=100/89/80/NA。pStage-III大腸癌16例のうち、術後補助化学療法を行なった症例は4例、うち1例に再発を認めた。再発を来した3例の再発様式は肝転移1例(症例(1))、腹膜播種が2例(症例(2)、(3))であった。症例(1):pStage IIBは腫瘍部での穿孔。症例(2):pStage IIA、症例(3):pStage IIIBは腫瘍外での穿孔であった。ASCO、ESMO、NCCNで挙げられた再発リスク因子で当てはまる項目は症例(1)(T4a、v1、CEA6.2)、症例(2)(ly1b)、症例(3)(CEA6.5、ly1、v2)であった。【結論】術前穿孔を伴った大腸癌患者に対しての原発巣切除手術は、短期中期においては比較的良好な成績が得られていた。穿孔例の再発リスク因子については今後の更なる症例の集積が必要である。

穿孔性大腸癌、下部消化管穿孔

横須賀市立総合医療センター 消化器内科¹⁾、
同 病理検査科²⁾、
佐藤晋二¹⁾、永山智弓¹⁾、芹澤大樹¹⁾、田村繁樹¹⁾、古川潔人¹⁾、
吉原 努¹⁾、高橋伸太郎¹⁾、森川瑛一郎¹⁾、細野邦広¹⁾、池田隆明¹⁾、
飯田真岐²⁾、辻本志郎²⁾

【症例】71歳、男性。主訴：血便【既往歴】高血圧、舌癌手術加療後【現病歴】20XX年1月、血便を主訴に受診。待機的な下部消化管内視鏡検査施行するも明らかな出血源を認めず多発S状結腸憩室と10mm以下のJ-Net分類Type2Aの結腸ポリープを認めるのみであった。同年6月に舌癌のフォローとして施行されたPET-CTでSUVmax4.7の集積をS状結腸に認め患者さんの希望もありEMR施行の方針となった。【検査成績】WBC5900/ μ l、RBC486 $\times 10^4$ / μ l、Hb15.4g/dl、Plt15.7 $\times 10^4$ / μ l、CRP0.02mg/dl、AST27U/L、ALT40U/L、CEA1.7ng/ml、CA19-94.5U/ml【臨床経過】EMR施行するとS状結腸憩室内から前回は指摘できなかった白色のピロード状の腫瘍の露出と同部位から排出される粘液を認めた。内視鏡的切除は困難と判断し腫瘍から生検施行し病理結果はtubulovillous adenomaであった。PET-CTでの集積もあり悪性の可能性も考えられたため外科へ手術目的に紹介しS状結腸切除術を施行したが病理結果は2cm大のtubulovillous adenomaまでであり腫瘍は憩室に沿って憩室内全体に発育している所見であった。【考察】本症例は初回の下部消化管内視鏡検査では指摘できなかった憩室内絨毛腺腫が粘液の存在で指摘できた症例である。結腸憩室内の腫瘍の発生は比較稀だが特に今回のような多発憩室による狭小化が起きている管腔では観察が困難で見落とす可能性もありより慎重な検査が望まれると思われる。【結論】比較稀なS状結腸憩室内に発生した絨毛腺腫の一例を経験したため報告した。

憩室、絨毛腺腫

日本赤十字社 原町赤十字病院 外科¹⁾、
群馬大学大学院 医学系研究科 総合外科学²⁾、
東海林久紀¹⁾、笹本 肇¹⁾、大曾根勝也²⁾、内田信之¹⁾、佐伯浩司²⁾、
調 憲²⁾

【症例】85歳男性。既往歴に高血圧、腹部大動脈瘤手術(グラフト置換術)、横行結腸切除術(良性)。【経過】肛門出血を主訴に、かかりつけ医より当院を紹介され受診。血液検査では、Hb12.8と軽度の貧血、BUN29、Cre1.14と軽度の腎機能障害を認めたが、CEA、CA19-9の上昇は認められなかった。肛門指診では6時方向に裂肛の癒痕、2時方向には新鮮な裂肛、直腸内に硬便が触れたが鮮血はみられなかった。精査目的に下部消化管内視鏡検査(以下CS)を認めたが希望せず。しかし7日後に、出血が続くととので再診。CSを施行したところ、肛門縁より10cmのRa左側壁に、約1/4周性で平血状のIIa+IIc様病変と、そのすぐ口側に腺腫と思われるIsp病変を認めた。IIa+IIc様病変からの生検で、Group 5、adenocarcinoma(tub1)の診断。CTでは、局所の病変は同定できず、遠隔転移も認められなかった。手術を勧めたが、本人、家族より、放射線治療を含めた集学的治療の希望があり、大学病院へ紹介となった。紹介先で施行された、診断より2か月後のCSでは、Isp病変は同様に認められたが、IIa+IIc様病変は認められず、潰瘍癒痕となっていた。同部の生検では癌の遺残なし。診断から3か月後のCSでも同様の所見であり、この時Isp病変はEMR施行して腺腫の診断。癒痕化した部分の生検は癌の遺残なしであった。その後も、診断から7か月後、13か月後、19か月後、26か月後に経過観察目的のCSを施行したが、内視鏡所見、生検ともに同様の結果であった。経過中のCT、MRI、PETでも転移や腫瘍遺残を示す所見は認められず、直腸がんの自然退縮と判断した。手術も提案されたが、本人の強い希望で経過観察継続となり、現在は当院で再発なく3年を超え経過観察中である。【考察】悪性腫瘍の自然退縮はまれであり、その明確な機序はまだ不明である。その再発率や予後も不明で、手術適応、化学療法の検討、サーベイランス方法など検討すべき問題は多い。若干の文献的考察を加えて報告する。

直腸癌、自然退縮

がん研有明病院 下部消化管内科¹⁾、同 病理部²⁾、
後藤諒介¹⁾、十倉淳紀¹⁾、鈴木桂悟¹⁾、井出大資¹⁾、千野晶子¹⁾、
五十嵐正広¹⁾、高松 学²⁾、斎藤彰一¹⁾

【背景】肛門管扁平上皮腫瘍は、肛門上皮内腫瘍(AIN: Anal Intraepithelial Neoplasia)を前駆病変とし、一部は肛門扁平上皮癌(SCC: Squamous Cell Carcinoma)へと移行することが報告されている。AINは異型度に応じてAIN-I~IIIに分類され、特にAIN-II、IIIは癌化リスクが高い。発生にはHPV感染が関与し、免疫抑制状態の患者で高頻度に認められる。Narrow Band Imaging(NBI)による血管パターンを観察は、食道扁平上皮癌の診断法を参考にすることで、肛門管扁平上皮腫瘍の質的診断に寄与できる可能性がある。本症例では、食道扁平上皮癌で報告されるAVA(Avascular Area)に類似した血管パターンを認めたため報告する。【症例】40代男性。健診目的の大腸内視鏡検査で病変を指摘され当院紹介。特記すべき既往歴なし。【内視鏡所見】肛門管歯状線に位置する15mm大の白色調平坦病変であり、通常観察では境界不明瞭であった。拡大内視鏡では、口径不同を呈するloop状の異常血管が集簇し、無血管領域(AVA)を伴う特徴的な所見を認めた。粘膜下層への明らかな浸潤を疑う所見は認めず、高度異型性または粘膜内癌と診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。【病理所見】最終診断は17mm \times 7mm、P、Type 0-IIa、Squamous intraepithelial neoplasia, high grade(AIN-II)であった。免疫染色ではp16がびまん性に陽性を示し、HPV関連腫瘍と考えられた。p53染色はnull patternを呈した。【考察】本症例では、肛門管扁平上皮腫瘍において、食道癌で報告されるAVAに類似した異常血管構築を認めた。本症例のようなNBI拡大内視鏡による血管評価は、AINの質的な診断あるいは深達度診断にも寄与できる可能性がある。

肛門上皮内腫瘍、NBI 拡大内視鏡

77 内視鏡的にT1早期大腸癌との診断に苦慮したアメーバ性腸炎の一例

国立がん研究センター中央病院 内視鏡科
高丸博之, 水口康彦, 豊嶋直也, 山田真善, 齋藤 豊

【背景】アメーバ性腸炎は比較的稀な疾患と考えられていたが、近年では年間1000例以上の報告が見られる。内視鏡的には盲腸に特徴的な所見を認め、腸管梅毒や腸管結核等を鑑別診断とすることが多い。【症例】70代の男性。検診での便潜血陽性精査目的にて前医受診。大腸内視鏡検査を施行したところ、盲腸に病変を認めたため精査治療目的に当科受診となった。前医内視鏡所見では盲腸に存在する10mm大のびらんとして認識されたが、当院における大腸内視鏡検査にて、辺縁が虫垂開口部にかかる20mm大の発赤調陥凹性病変を認めた。白苔が洗浄後も強固に付着し一部評価困難な部分があったもののNBI拡大観察では若干径の異なる網状の血管を認めNET Type2Bを疑う所見であった。インジゴ散布では明瞭な陥凹局面を有するように見え、肉眼型0-IIa+IIcを疑った。クリスタルバイオレット染色拡大観察にて全体に染色不良であったが残存する口径不同のpitを認め、Vi軽度不整ともとれるしよけんであった。深達度T1bの早期大腸癌も鑑別に置き、生検を施行した。生検の結果はamebiasisとの報告であった。フラジールを処方し6ヶ月後の大腸内視鏡検査にて病変の消失を認めた。【考察】アメーバ性腸炎は盲腸に比較的多く認め、内視鏡的にはこいば様びらん、不整形潰瘍、打ち抜き状潰瘍、類円形潰瘍、腫瘤形成様潰瘍、偽膜を伴う潰瘍などが特徴的な所見とされ、びらんや潰瘍にはいわゆる「汚い白苔」を伴うと報告されている。本症例は腫瘤形成潰瘍の一種と考えられるが、白苔は少量であり非典型的な所見であったため診断に苦慮した。確定診断は生検であるが早期大腸癌を疑った場合生検施行による線維化は内視鏡治療を困難にするため、慎重な対応が必要となる。

アメーバ性腸炎, 内視鏡診断

78 ルストロンボパグ投与下の肝臓ラジオ波焼灼術施行中に肝動脈損傷と門脈血栓を生じ、肝動脈血栓術で止血し得た症例

東京大学医学部附属病院 消化器内科
渡邊信彦, 中塚拓馬, 馬淵敬祐, 松下祐紀, 山田友春, 南 達也, 佐藤雅哉, 工藤洋太郎, 建石良介, 藤城光弘

【背景】肝細胞癌(HCC)患者は肝硬変を高率に合併し、門脈圧亢進症、血小板減少を伴うことも少なくない。ラジオ波焼灼術(RFA)はHCCに対する低侵襲治療として広く普及しているが、血小板数低値が出血リスクであると報告されている。血小板低値例に対して、近年は血小板輸血より確実な方法としてトロンボポエチン受容体作動薬が用いられている。今回我々はルストロンボパグ投与下でのRFA施行時に腹腔内出血および門脈血栓が生じた1例を経験したので報告する。【症例】アルコール関連肝硬変を背景としたHCCの65歳男性。繰り返す再発に対しマイクロ波焼灼術、RFAによる治療歴あり。最大径1.4cmのHCC再発2病変に対しRFAによる治療を予定した。入院予約時血小板数は4.8万/uLであったが、ルストロンボパグ内服にてRFA前日に9.4万/uLまで上昇した。RFA術中に腹腔内出血を認め、ダイナミックCTで右肝動脈下区域枝損傷と広範な門脈血栓を認めた。出血性ショックとなり、血管造影下で動脈塞栓術を実施し止血した。その後は再出血なく経過、処置後第8病日で退院となった。門脈血栓は自然消失した。【考察】ルストロンボパグ投与による血小板減少を伴う慢性肝疾患患者への侵襲的処置の安全性は既に報告されている。しかし、RFA施行時に腹腔内出血と門脈血栓症を同時に合併した症例報告はない。門脈血栓症とルストロンボパグ、RFAの因果関係は不明であるが、血栓溶解療法を必要とせず血栓は自然軽快した。ルストロンボパグ投与下で出血・血栓を来した際の対応につき、文献的な考察を加えて報告する。

肝細胞癌, トロンボポエチン受容体作動薬

79 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に重症急性膵炎を発症し、分流手術を要した胆管非拡張型膵胆管合流異常の一例

群馬大学大学院 総合外科学講座 肝胆膵外科学分野
正田貴大, 新木健一郎, 塚越真梨子, 福島涼介, 奥山隆之, 関 貴臣, 星野弘毅, 萩原 慶, 河合俊輔, 五十嵐隆通, 久保憲生, 調 憲

【はじめに】膵胆管合流異常(以下、PBM)は胆道癌の発生母地で、胆汁が混和した胆汁が胆管拡張型の場合は胆管内に、胆管非拡張型の場合は胆嚢内に停滞し、持続性の炎症を呈することが原因と考えられている。成人の胆管拡張型PBMに対して分流手術が確立している一方で、非胆管拡張型PBMに対して胆管切除を要するかは一定の見解が得られていない。【症例】25歳女性。腹痛を主訴に前医受診し、急性膵炎の診断で入院。精査のMRIでPBMが疑われ当科紹介。EUSでは十二指腸壁外の膵臓内で膵管と胆管とが合流しており、MRIでは10mm程度の共通管を認めるが胆管拡張は伴わず、胆管非拡張型PBMと診断した。特記すべき既往はなく、CEA/CA19-9の上昇認めず。胆管非拡張型で若年であることを考慮し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術後第1病日のP-AMY上昇(2226IU/L)あり、第3病日の造影CTでCTgrade3の重症急性膵炎を発症した。保存的加療を継続するも改善乏しく、第7病日にERCPにてENPD/ENBD留置した。ENBD排液中のP-AMY著明高値(210420IU/L)であり、胆管への膵液逆流が示唆された。一方でENPD排液は連日ルート内とごく少量で、排液のT-bilは測定できず。以降は経時的に膵炎改善し、第33病日に再度ERCP施行しENPD/ENBDをEPS/EBDに内挿し、第42病日に退院。胆嚢の病理診断は悪性所見を認めなかったが、過去にも何度か腹痛あり膵炎を反復していたと判断、期待的に分流手術を施行する方針とした。胆嚢摘出から約半年後、ロボット支援腹腔鏡下分流手術(肝外胆管切除、胆管空腸吻合術)を施行。術後合併症なく経過し、術後12日目に退院。肝外胆管の病理診断は悪性所見認めず。分流手術後1ヶ月経過したが膵炎の再燃なく経過しており、外来経過観察中である。【結語】胆管非拡張型PBMに対して胆嚢摘出術を選択したが、術後重症急性膵炎を発症した症例を経験した。膵炎を主訴とする成人の胆管非拡張型PBMは極めて稀であるが、分流手術を選択すべきと考えられた。

膵胆管合流異常, 急性膵炎

80 高齢者における認知機能と消化器症状との関連の検討

順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター 消化器内科¹⁾, 順天堂大学医学部 消化器内科²⁾
望月佑奈¹⁾, 野村 取¹⁾, 浅岡大介¹⁾, 粟津崇仁¹⁾, 壁村大至¹⁾, 野元勇佑¹⁾, 竹田 努²⁾, 赤澤陽一²⁾, 上田久美子²⁾, 上山浩也²⁾, 北條麻理子²⁾, 永原章仁²⁾

【目的】わが国では高齢者の5人に1人が認知症と言われ、今後高齢化に伴う嚥下障害や消化機能の低下による栄養不足が認知症のリスクを高める可能性が指摘されているが、これまで十分な研究が行われていないのが現状である。そこで、今回高齢者における認知機能と消化器症状との関連を検討することとする【対象と方法】2020年11月から2021年11月の間に、順天堂東京江東高齢者医療センターに通院中の65歳以上で歩行可能な患者を対象とした前向きコホート研究の登録時データベースを用いて横断研究を行った。消化器症状は腹部症状に関連するQOLスコア(出雲スケール)、便秘スコアリングシステム【CSS】を用い、アンケート形式で調査した。【結果】1013人の適格な研究被験者(男性444人(43.8%)および女性569人(56.2%);平均年齢:78.1±6.1歳)が解析対象となり、MMSEの平均スコアは26.5(±3.1)点で、Abdominal symptom-related QOL scoreの平均は、Reflux-related QOL score: 1.8(±2.4)、Upper abdominal pain-related QOL score: 1.1(±2.0)、Fullness-related QOL score: 1.7(±2.4)、Constipation-related QOL score: 2.2(±2.6)、Diarrhea-related QOL score: 2.1(±2.6)だった。このうち、MMSEと有意な関連を認めたのはReflux-related QOL score($\beta=0.072, P=0.018$)のみであった。【結論】本検討では、高齢者において認知機能が低下すると胸やけ症状QOLが減少する傾向がみられた。高齢者では、加齢に伴う神経系の変化によりGERD症状の知覚が低下し、無症候性GERDの割合が高くなる可能性が示唆された。

認知症, 消化器症状

獨協医科大学病院 肝胆脾外科¹⁾, 同 病理診断学²⁾
 仁木まい子¹⁾, 松本尊嗣¹⁾, 宮下将太郎¹⁾, 早川智彬¹⁾, 田中元樹¹⁾,
 清水崇行¹⁾, 白木孝之¹⁾, 森 昭三¹⁾, 石田和之²⁾, 青木 琢¹⁾

71歳、男性。人間ドックで偶発的に脾腫瘍を指摘され当院紹介受診となった。血液検査では明らかな異常所見はなく、AFP、CA19-9、CEA、PIVKA2、可溶性インターロイキン2受容体などの腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。造影CTでは脾上極に動脈相で低吸収を示す53mm大の腫瘍像を認めた。他臓器に腫瘍性病変の像は認めなかった。PET-CTでは腫瘍に明らかなFDGの集積は認めなかった。画像での診断は困難であると判断し、脾臓摘出し病理学的に確定診断することとした。手術は腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。手術は問題なく終了し、術後ドレーンアミラーゼの上昇を認めたが経時的に低下していき、術後7日目に抜去した。抜去後も発熱や腹痛等なく経過し術後10日目に軽快退院となった。組織学的に腫瘍辺縁で分葉状の結節を形成する傾向を認め、赤脾髄の洞様の血管がリンパ球浸潤を伴いながら増生していた。線維化の強い領域は硝子様で、スリット状の血管が認められた。免疫染色で増生する血管の内皮細胞はCD8陽性、CD31陰性、CD34陰性で、周囲の反応性の血管ではCD8陰性、CD31陽性、CD34陽性であった。また血管増生している領域を中心にIgG4陽性細胞が散見された。IgG4/IgGは30~40%であった。以上の所見により脾の硬化性血管腫様結節性変化(Sclerosing angiomatoid nodular transformation: SANT)と診断した。脾臓のSANTはまれな疾患であり、脾臓の赤脾髄から発生する良性的結節性病変である。一般的にSANTを画像検査のみで確定診断することは困難であり、脾臓摘出術は治療と診断を兼ねる。病理学組織的特徴としては、多結節性増殖パターンやスリット状、円形、または不規則な形状の血管腔を含む個々の結節を認めることが多い。SANTは近年周知されてきており、まれな疾患であることから文献的考察を踏まえて報告する。

脾SANT, 脾硬化性血管腫様結節性変化

大阪公立大学 消化器外科学
 米光 健, 福岡達成, 小澤慎太郎, 関 由季, 笠島裕明, 渋谷雅常,
 前田 清

症例は76歳男性。直腸癌に対し腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術施行後2ヶ月のCTで会陰ヘルニアの診断となった。バードペントラライストを用いて腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行したが、4ヶ月後のCTで再発を来した。Bard コンボジックスメッシュを用いて再度腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行したが、4ヶ月後に会陰部痛を自覚し、CTで会陰ヘルニア再々発の診断となった。腹腔鏡下アプローチのみでは修復困難と判断し、右腹直筋皮弁を用いたヘルニア修復術を施行した。開腹下にヘルニア嚢、メッシュを摘出した。ヘルニア門は7×9cmであった。深下腹壁動静脈の穿通枝皮弁である腹直筋皮弁を用いて経会陰的にヘルニア門を閉鎖した。術後4年経過したが、現在再発の徴候を認めない。これまでメッシュを用いても修復困難な会陰ヘルニアに対して、腹直筋皮弁を用いて修復し得た報告例はなく、文献的考察を加えて報告する。

会陰ヘルニア, 右腹直筋皮弁

慶應義塾大学医学部 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡センター²⁾
 佐藤 翼¹⁾, 川崎慎太郎²⁾, 岡田 享¹⁾, 早川宇宙¹⁾, 岡田はるか¹⁾,
 中島悠貴¹⁾, 清野隆史¹⁾, 堀部昌靖¹⁾, 岩崎崇典¹⁾, 金井隆典¹⁾

【症例】72歳 男性。X-1年11月にCA19-9の上昇を指摘され、前医を受診した。腹部造影CT検査にて腹腔動脈や上腸間膜動脈周囲に軟部腫瘍影を認め、精査加療目的にX年3月に当院を紹介受診した。睪内尿管の狭窄と胆管の軽度拡張を認め、精査目的にEUS-FNAおよびERCPを施行した。EUSやIDUSでは胆管壁の均一な壁厚を認めるものの明らかな睪腫瘍は認めなかった。しかし睪頭部はやや腫大した印象でありEUS-FNAを施行した。また、ERCPにて狭窄部の胆管生検を行うもいづれも悪性所見は認めなかった。血清IgG4の上昇は認めないものの、病理診断にて悪性所見を認めなかったことからAIPやIgG4関連硬化性胆管炎に準じてPSL 25 mg/dayにてステロイドトライアルを行う方針とした。PSL開始後のCT検査でも睪頭部腫大の改善を認めず、X年5月に睪頭部と上腸間膜動脈周囲低エコー領域から再度EUS-FNAを施行したが悪性所見を認めなかった。その後腫瘍マーカーの上昇、腹水の出現、体重減少の進行を認め、ステロイド不応の経過からも改めて悪性疾患の可能性を考慮した。外科と協議のうえでX年6月に審査腹腔鏡を施行し、睪頭部と神経叢からの針生検で腺癌を検出した。切除不能局所進行睪腫瘍の診断とし、X年7月よりゲムシタピン塩酸塩とナブパクリタキセルによる全身化学療法を開始した。【考察】IgG4関連疾患では大血管の周囲に軟部陰影を生じることがあり、悪性疾患との鑑別が重要となる場合がある。本症例ではEUS-FNAでは2回とも悪性所見は認めなかったが、常に悪性の可能性を念頭に置きステロイド不応性の経過、腫瘍マーカーの上昇から審査腹腔鏡による追加病理診断を行ったことで悪性の診断に至ることができた。病理検査にて悪性の診断がつかず、IgG4関連疾患を疑った場合であっても悪性疾患の可能性を念頭に置くことが重要となる。血管周囲の軟部影や腫瘍を形成しない睪腫瘍のEUS-FNAでの正診率はそれほど高くはないという報告もあり、FNA以外の検体採取の方法も選択肢に入れておくことが肝要と考えられた。【結語】2回のEUS-FNAで診断がつかず、審査腹腔鏡により悪性診断しえた睪腫瘍の一例を報告する。

EUS-FNA, 睪腫瘍

都立駒込病院 消化器内科¹⁾, 同 病理科²⁾
 南 亮悟¹⁾, 一箭空伸¹⁾, 今枝駿介¹⁾, 森口義亮¹⁾, 野間絵梨子¹⁾,
 田畑宏樹¹⁾, 仲程 純¹⁾, 千葉和朗¹⁾, 神澤輝実¹⁾, 元井 亨²⁾,
 飯塚敏郎¹⁾

【背景】脱分化型脂肪肉腫は稀少がんである脂肪肉腫のサブタイプの一つである。多くは外科手術検体で診断されており、超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法/生検(Endoscopic Ultrasonography guided Fine Needle Aspiration/ Biopsy, EUS-FNA/B)で診断された報告はほとんどない。今回、EUS-FNBで脱分化型脂肪肉腫を診断した症例を報告する。【症例】85歳、女性。造影CTで睪頭部背側に50 mmの漸増性に造影される腫瘍を指摘された。脾臓との境界は不明瞭で上流側の脾実質の萎縮や主睪管拡張はなく、ほか横隔膜後脚腔に単発のリンパ節腫脹を認めた。MRIでは腫瘍はT1強調像で低信号、T2強調像では不均一に高信号を呈した。T2強調像で充実部を疑う部位については拡散制限を有した。EUSでは、内部不均一な低エコー腫瘍として描出された。後腹膜由来の腫瘍として脂肪肉腫、神経鞘腫が、睪由来の病変として睪液性嚢胞腫瘍、睪神経内分泌癌が鑑別に挙がった。同部へのEUS-FNA(経胃2回穿刺、22ゲージ生検針EZ shot3 Plus; Olympus)では十分な検体が確保できなかった。後日にEUS-FNB(経胃3回穿刺、22ゲージ穿刺針AcquireTMS; Boston Scientific)を施行した。組織学的に紡錘形腫瘍細胞が密に増殖し、腫瘍細胞はMDM2とCDK4が共陽性であった。このことより脱分化型脂肪肉腫と診断された。今後、外科手術が予定されている。【考察】脱分化型脂肪肉腫は脂肪細胞に富む高分化領域と紡錘形細胞からなる脱分化領域とが混在した腫瘍である。内部不均一な病変であるため、生検での診断が難しいとされてきた。EUS-FNAでは診断に至らなかったが、十分な組織採取が可能なEUS-FNBを用いることで、脱分化型脂肪肉腫の診断が可能となった。組織採取に有利なEUS-FNBで脱分化型脂肪肉腫を診断した貴重な症例と考えられた。

EUS-FNB, 脱分化型脂肪肉腫

順天堂大学医学部附属順天堂練馬病院 消化器内科¹⁾、
 順天堂大学医学部附属順天堂医院 医学研究科消化器内科学²⁾
 奥秋 匠¹⁾、伊藤光一¹⁾、上村泰子¹⁾、山内友愛¹⁾、沖翔太郎¹⁾、
 高橋 翔¹⁾、鈴木彬実¹⁾、福生有華¹⁾、伊佐山浩通²⁾、
 大久保裕直¹⁾

【目的】2009年に早期慢性膵炎 (early chronic pancreatitis: ECP) の概念が提唱されたが、15年が経過した現在でも詳細な臨床像は明らかとなっておらず、実臨床で十分な診断がなされているとは言い難い。そのため、当院で超音波内視鏡検査 (endoscopic ultrasonography: EUS) を行った症例を解析し、診断の現状と課題について検討した。

【方法】当院で2023年4月から2024年9月にEUSが実施された383症例 (のべ439件) を対象とし、慢性膵炎臨床診断基準2019を用いてECPの診断能について検討した。

【結果】383症例のうち、膵酵素異常を認めたのは66例、有症状者は9例、多量飲酒歴を認めたのは35例、急性膵炎の既往を有するのは14例であった。EUSでは点状または索状高エコーを70例、分葉エコーを13例、膵管境界高エコーを28例、分枝膵管拡張を15例に認め、ECPの画像所見を満たしたのは32例であった。最終診断は確診が2例 (2/383: 0.5%)、疑診が4例 (4/383: 1.0%)、診断項目を1項目のみ満たしたのは10例 (10/383: 2.6%) であった。各診断項目における診断の割合 (確診/疑診) は有症状者9例に対して2例 (22.2%) / 2例 (22.2%)、膵酵素異常66例に対して2例 (3.0%) / 3例 (4.5%)、急性膵炎の既往14例に対して2例 (14.3%) / 0例、多量飲酒35例に対して0例 / 3例 (8.6%) であった。今回の検討で膵外分泌機能と膵炎関連遺伝子異常は評価できなかった。

【考察】全症例に対するECP確診、疑診の割合はそれぞれ0.5%、1.0%と少数であった。各診断項目における疑診を含むECPの割合は有症状、急性膵炎の既往、多量飲酒、膵酵素異常の順に高率となっていた。有症状者が最多という点は既報と同様であり、ECPの診断においては病歴に注目したスクリーニングが重要と考えられた。実施できていなかった膵炎関連遺伝子や膵外分泌機能の評価を行った上での検討が今後の課題である。

早期慢性膵炎、超音波内視鏡

局所進行切除不能膵癌に対して化学放射線療法を行い9年の長期生存が得られた1例

千葉県がんセンター 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾
 岡田晃宏¹⁾、喜多絵美里¹⁾、竹内良久¹⁾、箕輪真寿美¹⁾、古賀邦林¹⁾、
 石垣飛鳥²⁾、徳長 鎮²⁾、杉田 統²⁾、北川善康²⁾、天沼裕介¹⁾、
 鈴木拓人²⁾、須藤研太郎¹⁾、中村和貴¹⁾、三梨桂子¹⁾、傳田忠道¹⁾

【症例】67歳女性【現病歴】腰背部違和感を主訴に前医を受診、CT検査で膵体部に45mm大の乏血性腫瘤を指摘され、X年に当科紹介となった。腫瘤は腹腔動脈から固有肝動脈にかけて浸潤しており、生検で腺癌を認め、局所進行切除不能膵癌 (UR-LA膵癌) と診断した。GEM+nab-PTX (GnP) を5コース行い、腫瘍は縮小するも動脈への浸潤は残存していたため、S-1併用化学放射線療法 (3D-CRT 50.4Gy/28Fr) を行った。CRT完遂後はGnPを再開しPRを維持し続けたが、X+1年に行ったCT検査で肝S7に転移を疑う所見が判明したため、S-1に変更した。その後は原発巣・肝転移巣ともに増大を認めず、X+3年には肝転移の消失が確認された。S-1による流涙や角膜障害が出現し、ご本人は化学療法の中止を希望され経過観察の方針となり、治療開始から9年経過の現在も増悪なく経過している。【考察】膵癌診療ガイドラインではUR-LA膵癌に対する治療として、化学療法と化学放射線療法が提案されており、両者の優劣については統一した見解は得られていない。化学放射線療法施行例では、本症例のように局所制御が得られ長期生存に至る症例が散見され、有望な治療と考えられる。【結論】化学放射線療法を行うことで長期生存が得られている局所進行膵癌の1例を経験したのでここに報告する。

膵癌、化学放射線療法

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第384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384回例会
当番会長 野村 幸世

アステラス製薬株式会社

エーザイ株式会社

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

コヴィディエンジャパン株式会社

Japan Medical Support株式会社

大正製薬株式会社

大鵬薬品工業株式会社

株式会社ツムラ

日本イーライリリー株式会社

ファイザー株式会社

ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社

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・2025年3月27日現在)