

# 日本消化器病学会 関東支部第385回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：加川 建弘（東海大学医学部 内科学系 消化器内科 領域主任教授）

令和7年7月12日（土）

海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第385回例会 プログラム・抄録集

当番会長：加川 建弘（東海大学医学部 内科学系消化器内科 領域主任教授）  
〒259-1193 神奈川県伊勢原市下糟屋143  
TEL 0463-93-7134

会 期：令和7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 海運ビル  
TEL 03-3264-1825 <http://kaiunclub.org/>

## <発表者・参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべて現地会場においてPCでのプレゼンテーションとなります。  
口演30分前までに、発表データ受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
  - 1) 会場に用意するPCのアプリケーションは、PowerPoint2021となります。発表データはUSBメモリにてお持ちください。また、事前に必ず、作成したPC以外のPCでも正常に動作することを確認してください。  
※データ作成の際は、文字化けを防ぐため次の標準フォントをご使用ください。  
日本語：MSゴシック、MS Pゴシック、MS明朝、MS P明朝  
英語：Arial, Century, Century Gothic, Times New Roman  
※スライド作成時の画面サイズは「ワイド画面（16：9）」で作成してください。
  - 2) Macintosh使用、及びKeynote（アプリケーション）を使用の場合は、必ずPC本体をお持込みください。なお、プロジェクターへの接続はHDMIです。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
  - 3) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
  - 4) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専攻医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
8. 専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 16：20～16：35）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金払いのみ）
10. 当日参加登録受付、PC受付は9：00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7月12日（土）に現地開催のみとなります。
  - 1) 評議員会：7月12日（土）第2会場12：15～12：45
  - 2) 評議員会への参加については第385回例会の参加登録が必要です。
13. 会場1階ロビーにAED（自動体外式除細動器）を設置しております。

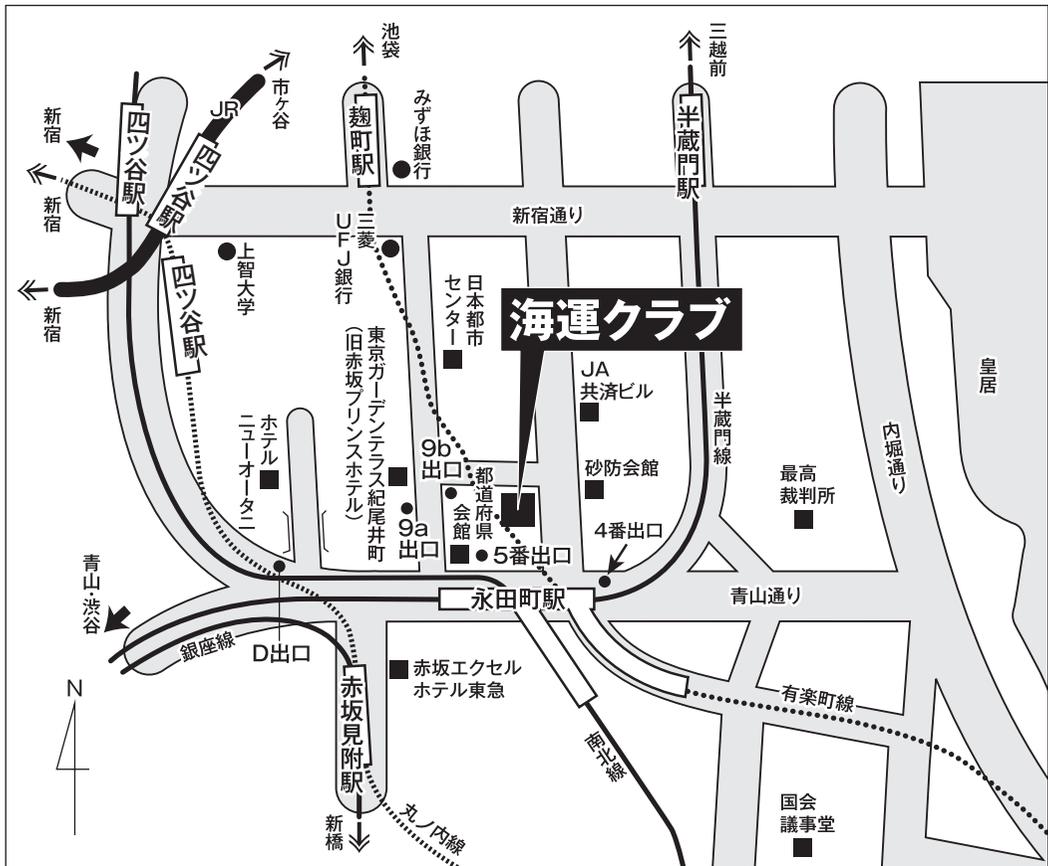
### [問い合わせ]

日本消化器病学会関東支部第385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 : [jsge385kanto@planningwill.co.jp](mailto:jsge385kanto@planningwill.co.jp) / Tel : 03-6801-8084

# 会場案内図

## 海運クラブ

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



### [交通のご案内]

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

地下鉄 赤坂見附駅〈銀座線〉〈丸ノ内線〉D(弁慶橋)出口より徒歩約8分

# 日本消化器病学会関東支部第385回例会

## 令和7年7月12日（土）

9：28～9：30 開会の辞					
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（食道・胃）1～4	9：30～9：54	大関 瑞治	(10) 専攻医Ⅶ（肝臓2）33～36	9：30～9：54	沖永 裕子
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸）5～8	9：54～10：18	羽田 裕	(11) 専攻医Ⅷ（胆）37～39	9：54～10：12	高橋 翔
(3) 専攻医Ⅲ（小腸）9～12	10：18～10：42	笠野 由佳	(12) 専攻医Ⅸ（膵臓）40～43	10：12～10：36	遠藤 和樹
(4) 専攻医Ⅳ（小腸・その他）13～16	10：42～11：06	川崎 健太	10：36～10：41 休憩		
11：06～11：11 休憩			(13) 研修医Ⅰ（消化管）44～47	10：41～11：05	張 つほみ
(5) 専攻医Ⅴ（大腸1）17～19	11：11～11：29	小山 洋平	(14) 研修医Ⅱ（肝臓）48～51	11：05～11：29	竹内 研人
(6) 専攻医Ⅵ（大腸2）20～22	11：29～11：47	小峯 知佳	(15) 研修医Ⅲ（肝・胆・膵）52～56	11：29～11：59	辻野誠太郎
(7) 専攻医Ⅶ（肝臓1）23～25	11：47～12：05	福島 泰斗	12：15～12：45 評議員会（第2会場）		
12：40～13：30 ランチョンセミナー1（第1会場）			12：55～13：35 ランチョンセミナー2（第2会場）		
「炎症性腸疾患治療について」			「潰瘍性大腸炎治療におけるJAK阻害薬の位置づけ」		
杏林大学医学部 消化器内科学講座 臨床教授			順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 准教授 福生 有華 先生		
杏林大学医学部付属杉並病院 消化器内科 診療科長 大森 鉄平 先生			「潰瘍性大腸炎における経口薬の最新治療」		
司会 大船中央病院 消化器・IBDセンター 光学診療部 副院長 兼			東京科学大学病院 ヘルスサイエンスR&Dセンター（HeRD）リサーチコーディネーター部門		
光学診療部 部長 吉田 篤史 先生			消化器内科 准教授 長堀 正和 先生		
共催：ヤンセンファーマ株式会社			司会 東京医科大学病院 消化器内科 准教授 福澤 誠克 先生		
			共催：ファイザー株式会社		
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(8) 胃・十二指腸・小腸 26～28	13：40～13：58	荒木 建一	(16) 肝・胆・膵 57～60	13：45～14：09	浅見 哲史
(9) 大腸 29～32	13：58～14：22	武下 達矢			
14：25～15：25 キャリア支援の会（第1会場）					
「近年の胃ESD後出血対策～ボノプラザンの有用性を含め～」					
昭和医科大学藤が丘病院 消化器内科 講師 五味 邦代 先生					
「皮膚疾患と消化器の関係」					
野村皮膚科医院 院長 野村 有子 先生					
司会 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 客員教授 名越 澄子 先生					
共催：大塚製薬株式会社					
15：25～16：20 特別講演（第1会場）					
「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」					
慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）教授 金井 隆典 先生					
司会 東海大学医学部 内科学系 消化器内科 領域主任教授 加川 建弘					
16：20～16：35 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
16：35～ 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 16：20～）

## 特別講演

第1会場 15:25~16:20

# 「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」

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） **金井 隆典** 先生  
司会 東海大学医学部 内科学系 消化器内科 **加川 建弘**

……演者の先生ご紹介……

かない たかのり  
**金井 隆典** 先生

### 【略歴】

1988年3月 慶應義塾大学医学部卒業  
1988年4月 慶應義塾大学大学院医学研究科入学  
1992年3月 慶應義塾大学大学院医学研究科博士課程 所  
定単位取得退学  
1992年4月 慶應義塾大学医学部内科学(助手)  
1994年2月 慶應義塾大学 博士(医学)取得  
1995年9月 ハーバード大学Beth Israel Medical Center  
(リサーチフェロー)  
2000年8月 東京医科歯科大学医学部消化器内科学(助手；  
2004年6月より講師)  
2008年4月 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)准教授  
2013年8月 慶應義塾大学医学部内科学(消化器)教授  
2014年4月 AMED(難治性疾患実用化研究事業:統括班長)  
2014年10月 慶應義塾大学病院免疫統括医療センター(セ  
ンター長)  
2016年4月 慶應義塾大学病院IBDセンター(センター長、  
兼任)  
2016年10月 AMED-CREST(主任研究者)  
2017年10月 慶應義塾大学医学部学部長補佐(兼任)  
2018年7月 慶應義塾大学病院消化器センター(センター  
長、兼任)  
2019年10月 慶應義塾大学医学部総合医学研究センター  
(副センター長、兼任)

2020年5月 コロナ制圧タスクフォース研究統括責任者  
2021年8月 慶應義塾大学医学部長  
2022年6月 一般社団法人日本専門医機構理事  
2023年10月 慶應義塾大学大学院医学研究科委員長  
2023年10月 日本学術会議第26期連携会員

### 【賞罰】

2008年 慶應義塾大学医学部三四会 北島賞  
2020年12月 日本免疫学会ヒト免疫研究賞  
2021年4月 日本消化器病学会学術賞  
2023年 Clarivate社 Highly Cited Researcher2023  
2024年 Clarivate社 Highly Cited Researcher2024

### 【所属学会】

理事長：日本消化器免疫学会  
監事：日本内科学会  
理事：アジア炎症性腸疾患学会、日本炎症性  
腸疾患学会、日本大腸肛門病学会、日  
本大腸検査学会、日本無菌性物ノート  
バイオロジー学会

### 【専門分野】

消化器病学・炎症性腸疾患・腸内細菌・免疫学・  
神経免疫学

# ランチオンセミナー 1

第1会場 12:40~13:30

## 「炎症性腸疾患治療について」

杏林大学医学部 消化器内科学講座 臨床教授

杏林大学医学部附属杉並病院 消化器内科 診療科長 **大森 鉄平** 先生

司会 大船中央病院 消化器・IBDセンター 光学診療部 副院長 兼

光学診療部 部長 **吉田 篤史** 先生

共催：ヤンセンファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

おおもり てっぺい  
**大森 鉄平** 先生

### 【略歴】

2003年3月 埼玉医科大学卒業  
2003年4月 東京女子医科大学消化器内科学教室に入局  
医療錬士  
2005年12月 さいたま市立病院消化器内科 医員  
2007年4月 東京女子医科大学消化器内科学 医療錬士  
2009年4月 東京女子医科大学消化器内科学 助教  
2018年8月 東京女子医科大学消化器内科学 准講師  
2022年3月 東京女子医科大学消化器内科学 講師  
2024年4月 東京女子医科大学消化器内科学 非常勤講師  
2024年4月 杏林大学医学部消化器内科学講座 臨床教授  
2024年4月 杏林大学医学部附属杉並病院消化器内科  
診療科長

### 【受賞歴】

2013年 東京女子医大医師会奨励賞  
2014年 JDDW2014(第88回日本消化器内視鏡学会総会)  
優秀演題賞  
2018年 JDDW2018(第96回日本消化器内視鏡学会総会)  
若手奨励賞  
2018年 第9回日本炎症性腸疾患学会学術集会Young  
Investigator Award  
2019年 The 7th Asian Organization for Crohn's &  
Colitis Travel Award  
2022年 Digestive Endoscopy Open 2022 Best  
Reviewer award

### 【指導医・専門医・認定医、その他の資格等】

日本内科学会認定内科医、総合内科専門医、指導医  
日本内視鏡学会専門医・指導医 関東支部評議員 学術  
評議員  
日本消化器病学会専門医 関東支部評議員 学会評議員  
日本カプセル内視鏡学会指導医、代議員  
日本消化管学会胃腸科専門医、指導医、代議員  
日本小腸学会 評議員  
日本炎症性腸疾患学会専門医、指導医、代議員  
難病指定医、小児慢性特定疾病指定医

### 【公的な委員会等の役員・委員歴】

日本炎症性腸疾患学会・総務委員会委員・財務委員会委  
員・専門医システム委員会委員・日本消化器内視鏡学会・  
炎症性腸疾患内視鏡診療ガイドライン作成委員会委員・  
小腸内視鏡診療ガイドライン作成委員会(第2版)委員・  
日本消化器内視鏡学会関東支部査読委員・日本カプセル  
内視鏡学会・読影トレーニング委員会委員・情報委員会  
委員

## ランチオンセミナー2

第2会場 12:55～13:35

### 「潰瘍性大腸炎治療におけるJAK阻害薬の位置づけ」

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 准教授 **福生 有華** 先生

### 「潰瘍性大腸炎における経口薬の最新治療」

東京科学大学病院 ヘルスサイエンスR&Dセンター (HeRD) リサーチコーディネート部門  
消化器内科 准教授 **長堀 正和** 先生

司会 東京医科大学病院 消化器内科 准教授 **福澤 誠克** 先生

共催：ファイザー株式会社

………演者の先生ご紹介………

ふくお ゆか  
**福生 有華** 先生

#### 【略歴】

2004年3月 福島県立医科大学医学部卒業  
2007年3月 大船中央病院 臨床研修医終了  
2007年4月 順天堂大学医学部消化器内科学講座 専攻生  
2013年3月 順天堂大学にて医学博士の学位授与  
順天堂大学大学院卒業 学位授与  
2013年4月 越谷市立病院 消化器内科 医員  
2015年4月 越谷市立病院 消化器内科 医長  
2016年4月 順天堂大学練馬病院消化器内科 助教  
2019年12月 順天堂大学練馬病院消化器内科 准教授  
2024年4月 順天堂大学練馬病院内視鏡センター長

#### 【資格】

日本内科学会認定医・総合内科専門医、日本消化器内視鏡  
専門医・指導医・関東支部評議員、日本消化器病学会専門医・  
指導医・関東支部評議員、日本肝臓学会専門医、がん治療  
認定医、日本カプセル内視鏡認定医

ながほり まさかず  
**長堀 正和** 先生

#### 【学歴】

平成4年3月 東京医科歯科大学医学部卒業  
平成22年9月 博士(医学)東京医科歯科大学

平成27年～平成30年

未来医療研究人材養成拠点事業  
(文部科学省)

#### 【職歴】

平成4年6月～平成5年 本学医学部附属病院内科 研修医  
平成5年～平成6年 都立府中病院内科 研修医  
平成6年～平成8年 横須賀共済病院 医師(消化器  
内科)  
平成8年～平成15年 柏市立柏病院 医師(消化器内  
科)  
平成15年～平成16年 東京医科歯科大学医学部附属病  
院 医員  
平成16年～平成17年 MGH(Massachusetts General  
Hospital)  
Crohn's and Colitis Center,  
Fellow  
平成18年～平成27年 東京医科歯科大学 消化器内科  
助教

平成30年～

平成31年～

医学部(特任准教授)  
臨床試験管理センター(准教授)  
臨床試験管理センター・副セン  
ター長

令和4年～

令和6年～

潰瘍性大腸炎クローン病先端治  
療センター・センター長  
臨床試験管理センター・副セン  
ター長(准教授)

東京科学大学病院 ヘルスサイ  
エンスR&Dセンター(HeRD)  
(リ)サーチコーディネート部門  
消化器内科 准教授

「キャリア支援の会」  
特別企画 臨床セミナー  
第1会場 14:25～15:25

「近年の胃ESD後出血対策～ポノプラザンの有用性を含め～」

昭和医科大学藤が丘病院 消化器内科 講師 五味 邦代 先生

「皮膚疾患と消化器の関係」

野村皮膚科医院 院長 野村 有子 先生

司会 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 客員教授 名越 澄子 先生

共催：大塚製薬株式会社

……演者の先生ご紹介……

ごみ くによ  
五味 邦代 先生

【学歴】  
2004年3月 昭和大学医学部卒業  
2010年3月 昭和大学医学部大学院社会医学研究科衛生学 卒業

2015年10月 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 助教  
2016年5月 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 講師  
(現職)

【経歴】  
2004年5月 昭和大学藤が丘病院 臨床研修医  
2006年5月 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 入局  
2010年4月 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 助教  
2010年10月 昭和大学藤が丘病院 救命救急センター 助教  
2011年10月 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 助教  
2014年3月 昭和大学江東豊洲病院 消化器センター 助教

【資格】  
日本内科学会総合内科専門医、日本消化器内視鏡学会専門医・指導医、日本消化器内視鏡学会関東支部評議員・学術評議員、日本消化器病学会専門医・指導医、日本消化管学会胃腸科専門医・指導医、日本腹部救急医学会評議員、日本肝臓学会専門医・指導医、日本ヘリコバクターピロリ学会認定医

のむら ゆうこ  
野村 有子 先生

【学歴】  
1986年 慶應義塾大学医学部卒業  
1986年 慶應義塾大学医学部皮膚科教室入局  
1988年 神奈川県警友会警友病院皮膚科  
1990年 慶應義塾大学医学部皮膚科助手  
1992年 神奈川県警友会けいゆう病院皮膚科  
1998年 野村皮膚科医院開業  
2003年 チャリオタワに医院を移転

害対策委員会 委員長、日本毛髪美容学会 理事、慶應義塾大学医学部皮膚科同窓会 副会長

【役職】  
日本皮膚科学会東京支部 代議員、神奈川県皮膚科医会 幹事、横浜市皮膚科医会 常任幹事、神奈川区医師会 災

【所属学会】  
日本皮膚科学会、日本研究皮膚科学会、日本臨床皮膚科医会、日本化粧品学会、日本皮膚アレルギー学会、日本抗加齢学会、日本風工学会

## 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。

- ①手作り望遠鏡で夜空の観察だ!?
- ②お家に水族館を作ろう!!
- ③レジン宝石は夜光る???

※3才～未就学児のお子様は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385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: jsge385kanto@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）

9：28～9：30

—開会の辞—

—評価者—

東名厚木病院 消化器内科	川井貴美子
独立行政法人国立病院機構 栃木医療センター	内藤 裕史
海老名総合病院 消化器内科	水上 創

専攻医Ⅰ（食道・胃） 9：30～9：54 座長 茨城県立中央病院 消化器内科 大 関 瑞 治

### 1. 食道扁平上皮癌と胃腺癌の重複を呈した高齢者に対する段階的根治的治療が奏功した一例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） ○後藤 行， 會田 卓弘， 笠原 美沙， 加藤 智尋  
石田 典仁， 千田 彰彦， 津軽 開， 金井 隆典  
慶應義塾大学病院 腫瘍センター 平田 賢郎， 川崎 健太  
同 内視鏡センター 宮崎 蔵人， 水谷 真理， 高林 馨， 加藤 元彦  
同 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門 松浦 倫子

### 2. 上部消化管内視鏡により整復し得た高齢女性の胃軸捻転症の一例

東京通信病院 第一外科 ○久具 脩， 加藤有理沙， 織畑 光一， 三宅 弘章  
下里あゆ子， 富樫 順一， 土屋 剛史， 永吉実紀子  
村田祐二郎， 山澤 邦宏， 奥田 純一

### 3. 肝細胞癌との鑑別を要した多発肝転移を伴う AFP 産生胃癌の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科 ○畠山松之助， 川村 直弘， 友近 瞬， 小松 悠香  
和田 晴香， 森久保 拓， 北濱圭一郎， 關 里和  
柴原 純二， 森 秀明， 久松 理一

### 4. 十二指腸潰瘍出血に対する動脈塞栓後に急性壊死性膵炎を併発した一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科  
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 ○高田 紘彰  
日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 恩田 毅， 二神 生爾  
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 厚川 正則

専攻医Ⅱ（胃・十二指腸） 9：54～10：18 座長 杏林大学 医学部付属杉並病院 消化器内科 羽 田 裕

### 5. 内視鏡的止血困難な十二指腸仮性動脈瘤破裂による消化管出血に対し血管塞栓術が奏効した一例

筑波記念病院 消化器内科 ○森田 大雅， 丹下 善隆， 根本 絵美， 神山 広大  
藤野 美菜， 丸山 泰司， 津金 祐亮， 高木 亮輔  
佐浦 勲， 姫井 紅里， 江南ちあき， 越智 大介  
添田 敦子  
同 放射線科 高橋 信宏  
つくばトータルヘルスプラザ 池澤 和人

6. 胃 Inflammatory fibroid polyp からの内視鏡的治療抵抗性の出血に対し緊急胃局所切除術を施行した1例

国立病院機構 横浜医療センター 外科 ○中間 拓雄, 村上 崇, 木村 準, 根岸 大貴  
小粥 真実, 坂口裕太郎, 大石 裕佳, 江畑 信孝  
藤原 大樹, 木村 安希, 山本 悠史, 松田 悟郎  
清水 哲也, 藤井 義郎

7. 門脈ガス血症を伴う胃壁内気腫症に対して保存的加療で軽快した1例

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

8. 正中弓状靭帯圧迫症候群に伴う十二指腸動脈瘤破裂により、後腹膜血腫および出血性ショックをきたし、開腹止血術を要した1例

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科  
慶應義塾大学 医学部 消化器内科 ○清水 嶺, 松原 佑太, 中原 日菜, 萩原 裕也  
山口 晃弘, 倉持みずき  
独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科 内田 直洋, 池田 未緒, 高鳥 真吾

専攻医Ⅲ(小腸) 10:18~10:42

座長 武蔵野赤十字病院 消化器内科 笠野 由佳

9. 絞扼性腸閉塞で緊急外科手術を要した若年クローン病の1例

日本医科大学 消化器内科学 ○新井 悠, 大森 順, 井上 諒祐, 嶋津 由香  
町田 花実, 下鐘 秀徳, 濱窪 亮平, 星本 相理  
西本 崇良, 秋元 直彦, 辰口 篤志, 田中 周  
藤森 俊二, 厚川 正則  
同 消化器外科学 横山 康行

10. 好酸球性胃腸炎の治療中にサイトメガロウイルス(CMV)感染を合併した一例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○小林 礼乃, 北原 言, 池原 久朝, 草野 央

11. 保存的に軽快した胆石イレウスの1例

日産厚生会 玉川病院 消化器内科 ○木川 裕通, 小澤 和正, 岩渕 桐加, 福士 剛蔵  
吉本 憲介, 永嶋 裕司, 山本 慶郎

12. 難治性 Celiac 病の一例

東海大学 医学部 消化器内科 ○柿澤 桃花, 藤澤 美亜, 菊地 毅弘, 辻 優美  
幕内 智規, 三島 佑介, 白滝 理博, 上田 孝  
森町 将司, 佐藤 博彦, 佐野 正弥, 川西 彩  
鶴谷 康太, 荒瀬 吉孝, 岩崎 栄典, 鈴木 秀和  
松嶋 成志, 加川 建弘

専攻医Ⅳ(小腸・その他) 10:42~11:06

座長 慶應義塾大学 腫瘍センター 川崎 健太

13. 癒着により初回内視鏡では到達困難であった小腸病変に対し再検査で診断に至った高齢者悪性リンパ腫の一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○釣田 千裕, 秋田 義博, 細川 陽平, 川村 愛子  
菊地伊都香, 櫻井 俊之, 猿田 雅之

14. 腹膜播種を伴う進行空腸癌を合併した家族性大腸腺腫症の一例

自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 ○高野 愛, 田丸 智子, 水田 優実, 小野 友輔  
小林 卓真, 上野 貴, 井野 裕治, 坂本 博次  
矢野 智則

15. 原因不明の腹痛から内臓播種性水痘帯状疱疹ウイルス(VD-VZV)感染症と診断した一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科 ○山路 朔, 後藤 駿吾, 松岡 莉緒, 浅野 悠稀  
中原 祐貴, 上野 航大, 奥富 雅俊, 池田 佳彦  
佐藤 高光, 村田 依子, 栗山 仁  
同 臨床検査科 内田 苗利

16. 腹腔内膿瘍、骨盤内膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージを施行した二例

横浜労災病院 消化器内科 ○薬師寺絢太, 関野 雄典, 倉林 聖, 白土 達也  
逸見 莉子, 森本 紗生, 吉村 梨沙, 井出 貴也  
野村 優, 今長 大輝, 金田 真人, 松本 彰太  
佐野 誠, 枇杷田裕佑, 春日 範樹, 岡田 直也  
内山 詩織, 永瀬 肇

専攻医Ⅴ(大腸1) 11:11~11:29

座長 上尾中央総合病院 消化器内科 小山 洋平

17. 内視鏡的にて整復し得た盲腸軸捻転症の一例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科 ○小池悠太郎, 草野 祐実, 猪又光太郎, 加藤 陽佳  
高木 央, 三代 賢, 桑田 潤, 小堀 郁博  
曾我 幸一, 片山 裕視, 玉野 正也

18. PPIによって惹起されたと考えられた抗生剤使用歴の無い重症偽膜性腸炎の1例

社会医療法人財団 石心会 川崎幸病院 消化器内科 ○砥出 康平, 大前 芳男, 谷口 文崇, 塚本 啓祐  
森重健二郎, 岡本 法奈, 小野 颯, 竹内 優太  
東 凜々子

19. 難治性腸炎として発症しリツキシマブが著効した大腸EBV-MCUの一例

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科 ○鈴木 賛, 斎藤 活輝, 堀口くらら, 阿達 航太  
高瀬 舞衣, 曾谷村佳史, 小林里彩子, 芝本 佑太  
丹野恵里佳, 森山 慎, 近藤真由子, 高木 馨  
小島健太郎, 関 道治, 戸田 信夫  
同 病理診断科 森田 茂樹  
同 血液内科 高橋 強志  
同 総合内科 峯村 信嘉  
同 内視鏡部 加藤 順

専攻医Ⅵ(大腸2) 11:29~11:47 座長 群馬大学総合外科学講座 消化管外科学分野 小 峯 知 佳

20. EUS-TA が診断に有用であった直腸癌腭転移の1例

東邦大学医療センター大森病院 内科学講座消化器内科学分野 ○岩本 敦雅, 若林 宗弘, 池上 遼, 小原 大和  
三浦 雅史, 星 健介, 氏田 互, 中川 皓貴  
木村 裕介, 山口 和久, 宅間 健介, 岡野 直樹  
松田 尚久  
同 病院病理学講座 密田 亜希, 栃木 直文  
同 臨床腫瘍学講座 菊池 由宣

21. 大腸内視鏡検査を契機に発見された multiple lymphomatous polyposis の初期像を呈するマントル細胞リンパ腫の一例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○加藤 淳, 小山 洋平, 穴井 映光, 山田紗李奈  
原田 文人, 山口 智央, 飛田 拓途, 黒沢 哲生  
中村 直裕, 李 秀載, 柴田 昌幸, 明石 雅博  
笹本 貴広, 田中由理子, 高森 頼雪, 有馬美和子  
土屋 昭彦, 西川 稿, 滝川 一  
同 病理診断科 杉谷 雅彦

22. 下部直腸癌による大腸閉塞に対して大腸ステント留置を行った2例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科 ○香河 成澄, 伊東 詩織, 吉永 あみ, 石井ひかり  
小野寺 啓, 邊田 陽子, 勝又 理沙, 山本晴二郎  
藤井 亮輔, 芦川 智久, 原 英展, 松本 浩明  
榊 一臣, 浅川 剛人, 吉野 耕平, 先田 信哉

専攻医Ⅶ(肝臓1) 11:47~12:05 座長 神奈川県立がんセンター 消化器内科 福 島 泰 斗

23. 肝細胞癌に対するデュルバルマブ単独療法中に発症し、病勢に一致してPIVKA-IIが変動したirAE肺障害の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○高田 良, 山崎 勇一, 富永 哲成, 小林倫太郎  
館山 夢生, 村上 立真, 戸島 洋貴, 浦岡 俊夫

24. 肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブにより免疫関連副作用(irAE)の間質性肺炎を認め、ステロイド治療が奏功した一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 消化器・肝臓内科 ○井上 隼輔, 藤川 博敏, 河田 洲, 芳賀 大生  
金子 桂士, 中河原浩史  
同 呼吸器内科 森田 博之

25. 腫瘍性病変との鑑別に苦慮した focal confluent fibrosis を呈した自己免疫性肝炎の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○目良 麻衣, 池田 貴文, 澤 龍太郎, 岸本 希実  
松本めぐみ, 和田 拓海, 石川 敬資, 湯原美貴子  
宇野 広隆, 石川 直樹, 遠藤 壮登, 長谷川直之  
岡田 浩介, 瀬尾恵美子, 土屋輝一郎  
同 病理診断科 安田 一, 坂本 規彰

---

第1会場（午後の部） 一般演題

---

一般演題Ⅰ（胃・十二指腸・小腸） 13：40～13：58 座長 聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 荒木 建一

26. 術前に Composite gangliocytoma/neuroma and neuroendocrine tumor が強く疑われたが確定に至らなかった十二指腸乳頭部腫瘍の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○大金 良槻, 大山 広, 内田 蒼大, 須藤 大賀  
横塚 孝基, 安部 晃規, 中屋 善輝, 酒井 美帆  
渡部 主樹, 關根 優, 大内 麻愉, 菅 元泰  
沖津恒一郎, 加藤 順

同 腫瘍内科 大野 泉

同 肝胆膵外科 鈴木 大亮, 高野 重紹, 高屋敷 吏, 大塚 将之

27. 巨大な十二指腸有茎性病変が嵌頓をきたし外科的切除を要した一例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○池田 良輔, 金子 裕明, 佐藤 博紀, 松岡 裕人  
濱口 智美, 池田 礼, 合田 賢弘, 須江聡一郎  
入江 邦泰, 前田 慎

同 消化器一般外科 橋本 至, 内山 護, 湯川 寛夫

28. 血中 cell-free DNA を用いた絞扼性腸閉塞の新規診断

日本医科大学 消化器外科 ○岩井 拓磨, 山田 岳史, 上原 圭, 進士 誠一  
松田 明久, 横山 康行, 高橋 吾郎, 吉田 寛

一般演題Ⅱ（大腸） 13：58～14：22

座長 済生会宇都宮病院 消化器内科 武下 達矢

29. 保存的治療で救命し得た壊死型虚血性直腸炎の1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科 ○高橋伸太郎, 永山 智弓, 芹澤 宏樹, 田村 繁樹  
吉原 努, 古川 潔人, 佐藤 晋二, 森川瑛一郎  
細野 邦広, 池田 隆明

30. 直腸 Rb における T2 癌の深達度別臨床病理学的特徴とリンパ節転移との関連

昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター ○宮田 裕輝, 工藤 進英, 高階 祐輝, 一政 克朗  
神山 勇太, 仙波 重則, 森田友梨子, 峯岸 洋介  
奥村 大志, 桜井 達也, 中原 健太, 小川 悠史  
前田 康晴, 小沢 慶彰, 竹原 雄介, 小形 典之  
林 武雅, 澤田 成彦, 馬場 俊之, 三澤 将史

31. 潰瘍性大腸炎における Advanced therapy 多剤無効例に対するウパダシチニブの有効性の検討

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○飯島 良彦, 加藤 正樹, 荒木 建一, 塚本 京子  
石田 潤, 小松 拓実, 中本 悠輔, 佐藤 義典  
前畑 忠輝, 立石 敬介

32. PNI および CONUT スコアを活用したクロリムスからトファシチニブへスイッチし寛解導入した重症 UC の 1 例

自治医科大学附属 さいたま医療センター 消化器内科 ○井上 智博, 三浦 孝也, 松本 吏弘, 水谷 琢  
佐藤 杏美, 勝部 聡太, 森野 美奈, 吉川 修平  
大竹はるか, 関根 匡成, 上原 健志, 浅野 岳晴  
宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

---

14 : 25~15 : 25

## キャリア支援の会

### 近年の胃 ESD 後出血対策～ボノプラザンの有用性を含め～

昭和医科大学藤が丘病院 消化器内科 講師 五味 邦代 先生

### 皮膚疾患と消化器の関係

野村皮膚科医院 院長 野村 有子 先生

司会 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 客員教授 名越 澄子 先生

---

15 : 25~16 : 20

## 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

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 教授 金井 隆典 先生

司会 東海大学医学部 内科学系 消化器内科 領域主任教授 加川 建弘

---

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

東海大学医学部 消化器内科	荒瀬 吉孝
池上総合病院 消化器内科	加持順一郎
慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）	中島 悠貴

専攻医Ⅷ(肝臓2) 9:30~9:54

座長 都立駒込病院 外科 沖 永 裕 子

### 33. 肝機能障害を契機に診断したEBV関連T/NK細胞リンパ増殖症の一例

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

### 34. 視力予後不良となった内因性眼内炎により診断し得た胆嚢炎・肝膿瘍の1例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○川手裕里絵, 北村 倫香, 長尾千香子, 井上 諒介  
鈴木 健太, 小谷野香織, 長谷川雄太, 葉山 惟信  
新井 泰央, 厚川 正則

### 35. Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) 施行後の難治性肝性脳症に対しステント縮小術が有効であった1例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○佐藤 洸平, 曾根 雅之, 梶田 航平, 徳富 遥  
竹内 研人, 清水 友貴, 本田 卓, 櫻井美代子  
松本 康佑, 磯野 朱里, 青柳 仁, 三浦 亮  
阿部浩一郎, 有住 俊彦, 浅岡 良成, 小田島慎也  
今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤  
同 放射線科学講座 山本 真由

### 36. Mayer - Rokitsansky - Kuster - Hauser 症候群に対する臍再建 40 年後に発症した再建部膿瘍とムコイド産生型 Klebsiella pneumoniae による肝膿瘍の一例

東邦大学医療センター 大橋病院 消化器内科 ○小原 大輝, 青木 勇樹, 松井 貴史, 小川 悠  
齋藤 孝太, 村上 貴寛, 山田 悠人, 日原 大輔  
岡本 陽祐, 塩澤 一恵, 伊藤 謙, 渡邊 学  
同 産婦人科 大村 涼子

専攻医Ⅸ(胆) 9:54~10:12

座長 順天堂大学附属順天堂医院 消化器内科 高 橋 翔

### 37. ステロイド加療中に胆汁細胞診にてランブル鞭毛虫が検出された1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○国生 華奈, 薩田 祐輔, 上向伸太郎, 松田 悠  
五十嵐洋介, 佐藤 純也, 中原 一有, 立石 敬介

### 38. Edwardsiella tarda 感染による胆道感染を反復した1例

独立行政法人 労働者健康安全機構 東京労災病院 消化器内科 ○石井 咲貴, 西中川秀太, 大場 信之, 乾山 光子  
土方 一範, 折原 慎弥, 松坂 翔

39. デュルマルマブによる続発性副腎機能不全を発症した切除不能胆嚢癌の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○菊池 毅弘, 川西 彩, 柿澤 桃花, 辻 優美  
幕内 智規, 白滝 理博, 三島 佑介, 上田 孝  
佐藤 博彦, 森町 将司, 佐野 正弥, 鶴谷 康太  
藤澤 美亜, 荒瀬 吉孝, 岩崎 栄典, 鈴木 秀和  
松嶋 成志, 加川 建弘

専攻医X(膵臓) 10:12~10:36 座長 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 遠藤 和樹

40. 40代男性の膵充実性偽乳頭状腫瘍 solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○吉田 有希, 田澤 遥介, 小村 侑司, 山口 徹  
張 つほみ, 吉原 四方, 広瀬 俊治, 永田 順子  
伊藤 裕幸, 鈴木 孝良  
同 消化器外科 和泉 秀樹, 金子 順一  
同 病理診断科 藏田麻希子, 田尻 琢磨

41. 多発性腫瘍性病変を認めた1型自己免疫性膵炎の一例

東京都立病院機構 駒込病院 消化器内科 ○岩城 公人, 田畑 宏樹, 仲程 純, 南 亮悟  
星 健介, 千葉 和朗, 神澤 輝実, 飯塚 敏郎

42. 切除不能膵頭部癌に伴う胆道出血に対して止血目的のSEMS留置後に仮性動脈瘤が形成された1例

東京都立多摩北部医療センター 消化器内科  
日本医科大学 消化器内科学 ○石井 萌  
東京都立多摩北部医療センター 消化器内科 中村 里菜, 福永 清, 内田 晋平, 室井 勇人  
柴田 喜明  
日本医科大学 消化器内科学 鈴木 健太, 葉山 惟信, 山田 善人, 井上 諒祐  
厚川 正則

43. 小膵嚢胞の経過観察中に異所性に非切除進行膵癌を合併した一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 ○田澤 遥介, 伊藤 裕幸, 小村 侑司, 山口 徹  
張 つほみ, 吉原 四方, 広瀬 俊治, 永田 順子  
鈴木 孝良

研修医I(消化管) 10:41~11:05 座長 東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科 張 つほみ

44. PPI長期投与中に発症した胃底腺ポリープ出血に対して緊急EMRで止血した1例

板橋中央総合病院 ○東 夏帆  
同 消化器内科 森田 祐規, 古賀 大輝, 豊川英一朗, 永江 真也  
伊藤 洋平, 山田 夏美, 今西真実子, 根岸 良充  
青木いづみ

45. 診断に苦慮した大量出血を繰り返す多発小腸狭窄の一例

東京科学大学病院 消化器内科 ○里見 賢明, 竹中 健人, 清水 寛路, 金子 俊  
村川美也子, 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

46. ダブルバルーン内視鏡を複数回施行するも出血点の同定に苦慮した空腸吻合部出血の1例

埼玉医科大学病院 総合診療内科 ○須田 紘基, 塩味 理恵, 山本 啓二  
同 消化管内科 宮口 和也, 都築 義和, 今枝 博之  
同 総合診療内科  
同 消化管内科 松本 悠

47. 治療抵抗性のS状結腸憩室穿通膿瘍に対する大腸内視鏡下洗浄ドレナージが奏功した一例

杏林大学医学部付属杉並病院 総合研修センター ○畑本 真吾  
同 消化器内科 石田 拓也, 江藤晃一郎, 澁田 秀則, 稲田 絢子  
馬上 知尋, 日比 則孝, 羽田 裕, 齋藤 大祐  
高橋 信一, 大森 鉄平

研修医Ⅱ(肝臓) 11:05~11:29 座長 帝京大学医学部附属病院 消化器内科 竹内 研人

48. 詳細な問診・診察によりリケッチャ感染症の診断に至った一例

板橋中央総合病院 ○牛山 陸  
同 消化器病センター(内科) 森田 祐規, 古賀 大輝, 豊川英一郎, 永江 真也  
伊藤 洋平, 山田 夏美, 今西真実子, 根岸 良充  
青木いづみ

49. 菌性敗血症によってACLFとなったアルコール性肝硬変の一例

国際医療福祉大学病院 消化器内科 ○Chheang Limeng, 秋田 貴之, 大澤 陽介, 高後 裕  
大竹 孝明

50. アルコール性肝硬変を基礎疾患に持つ肺炎を治療中に発見された門脈肺高血圧症の一例

東京医科大学茨城医療センター 卒後臨床研修センター ○藤村晋太郎  
同 消化器内科 小宮山夏永, 森山 由貴, 中川俊一郎, 玉虫 惇  
柿崎 文郎, 門馬 匡邦, 小西 直樹, 屋良昭一郎  
平山 剛, 岩本 淳一, 池上 正  
筑波大学附属病院 循環器内科 佐藤 希美

51. 著明な好酸球増多を伴った自己免疫性肝炎の一例

東海大学医学部付属病院 消化器内科 ○雁金 理紗, 鶴谷 康太, 菊地 毅弘, 辻 優美  
柿澤 桃花, 幕内 智規, 三島 佑介, 白滝 理博  
上田 孝, 森町 将司, 佐藤 博彦, 佐野 正弥  
川西 彩, 藤澤 美亜, 荒瀬 吉孝, 岩崎 栄典  
鈴木 秀和, 松嶋 成志, 加川 建弘

52. FGFR 2 fusion を有する十二指腸乳頭部 MiNEN に対してイリノテカン+シスプラチン併用療法後に conversion surgery を行った 1 例

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科 同 総合研修センター	○久賀 崇史
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, 高原 楠昊
同 肝胆膵外科	宮下 真理, 河口 義邦, 長谷川 潔
同 ゲノム診療部	鹿毛 秀宣, 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

53. 巨大感染性肝嚢胞に対して超音波内視鏡下肝嚢胞ドレナージで加療し得た一例

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	○宮嶋 好輝, 遠藤 和樹, 藤吉 朋子, 坂井 音々
	相馬 亮, 柴崎 梢, 石野 勇康, 角田翔太郎
	鈴木 悠一, 大石梨津子, 船岡 昭宏, 土屋 洋省
	小宮山哲史, 三輪 治生, 森本 学
横浜市立大学大学院医学研究科 消化器内科学	前田 慎

54. 発熱、肝機能障害を契機に診断されたメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患(MTX-LPD)の一例

東京都済生会中央病院 臨床研修医室	○北出 実鈴
同 消化器内科	田沼 浩太, 岩下 紘士, 中島 菖子, 石田 慎
	林 智康, 横山 歩, 三枝慶一郎, 岸野 竜平
	中澤 敦

55. 胃癌術後の閉塞性黄疸に対して、胆管拡張用デバイスを用いずにEUS-HGSをし得た一例

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学	○渡辺 瑛里, 長谷川 翔, 本多 悠, 飯塚 武
	八木 伸, 栗田 裕介, 窪田 賢輔, 米田 正人

56. 膵癌との鑑別に苦慮した自己免疫性膵炎再燃の 1 例

東京通信病院 初期臨床研修医	○岡 大智
同 消化器内科	平野 賢二, 近藤花奈美, 斎藤 聡, 高橋 奎胡
	小野 晋治, 阿部 創平, 加藤 知爾, 小林 克也
	関川憲一郎, 光井 洋

---

## 第2会場（午後の部） 一般演題

---

一般演題Ⅲ（肝・胆・膵） 13：45～14：09 座長 昭和医科大学 藤が丘病院 消化器内科 浅見 哲史

57. 急速な経過で増大し肝切除術を行った肝のう胞性腫瘍の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○奥新 和也, 金子 拓馬, 馬淵 敬祐, 松下 祐紀  
山田 友春, 中塚 拓馬, 南 達也, 佐藤 雅哉  
工藤洋太郎, 藤城 光弘, 建石 良介  
同 肝胆膵外科 三原裕一郎, 長谷川 潔  
同 病理部 安永 瑛一

58. 高齢者の症候性巨大肝嚢胞に対してポリドカノールフォームによる経皮的硬化療法が有用であった2例

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 ○関口 大, 掛川 達矢, 林 真里, 高橋 宏史  
本多 英仁, 竹内 啓人, 杉本 勝俊, 糸井 隆夫

59. 切除不能肝門部領域胆管癌に対する GCD 療法後に conversion surgery を行い根治切除が得られた1例

神奈川県立がんセンター 消化器内科 ○星野 圭亮, 福島 泰斗, 白石 和雅, 塩谷 健斗  
榎本 昌人, 小幡 泰介, 戸塚雄一朗, 手塚 瞬  
小林 智, 上野 誠

60. 経皮経肝胆嚢ドレナージの経路を用いて胆管メタリックステントを留置した膵頭部癌の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○友野 千寛, 北條 紋, 三浦 雅史, 中川 皓貴  
木村 祐介, 宅間 健介, 岡野 直樹, 松田 尚久

## 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
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
390	山 本 貴 嗣 (帝京大学 医学部 内科学講座)	7月11日(土)	東 京 帝京大学板橋キャンパス	4月1日～ 5月13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・2026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
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
48	森 本 直 樹 (自治医科大学 消化器内科)	2026年 6月7日(日)	WEB開催	未 定

### 次回(第386回)例会のお知らせ

期 日：2025年9月6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：「ゲノム解析の基礎と臨床応用」

演者：東京大学医学研究所 先端医療研究センター 臨床ゲノム腫瘍学分野 教授 古川 洋一  
司会：自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 教授 眞嶋 浩聡

ランチョンセミナー1：「進化する潰瘍性大腸炎に対する分子標的治療」

演者：杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 臨床教授 松浦 稔  
司会：自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 准教授 松本 吏弘

ランチョンセミナー2：「リンヴォック・スキリージ クロウン病のエビデンス(仮)」

演者：埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 助教 田川 慧  
深谷赤十字病院 消化器科 江藤 宏幸

司会：埼玉医科大学病院消化管内科 診療副部長 教授 総合診療内科 兼任 都築 義和

スポンサードセミナー：司会：埼玉医科大学総合医療センター

消化器・肝臓内科 教授 炎症性腸疾患(IBD)センター長 加藤 真吾

「UCに対する腸内細菌療法最適化」

演者：順天堂大学腸内細菌療法リサーチセンター(Gut-Link Lab) センター長

順天堂大学医学部 消化器内科 前任准教授 石川 大

「UC治療におけるAdvanced Therapyへの期待と役割」

演者：東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 講師 櫻井 俊之

第29回専門医セミナー：第28回専門医セミナー(第383回例会2月15日(土))開催に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

\*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

\*専門医更新単位3単位取得できます。

\*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：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)

【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: jsge386kanto@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きます場合がございます。

#### お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 立石 敬介

# 1 食道扁平上皮癌と胃癌の重複を呈した高齢者に対する段階的根治的治療が奏功した一例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）<sup>1)</sup>、慶應義塾大学病院 腫瘍センター<sup>2)</sup>、同 内視鏡センター<sup>3)</sup>、同 腫瘍センター 低侵襲療法研究開発部門<sup>4)</sup>、後藤 行<sup>1)</sup>、平田賢郎<sup>2)</sup>、會田卓弘<sup>1)</sup>、笠原美沙<sup>1)</sup>、加藤智尋<sup>1)</sup>、石田典仁<sup>1)</sup>、千田彰彦<sup>1)</sup>、津軽 開<sup>1)</sup>、川崎健太<sup>2)</sup>、金井隆典<sup>1)</sup>、宮崎蔵人<sup>3)</sup>、水谷真理<sup>3)</sup>、松浦倫子<sup>4)</sup>、高林 馨<sup>3)</sup>、加藤元彦<sup>3)</sup>

【症例】84歳男性【既往歴】慢性閉塞性肺疾患（COPD）、早期大腸癌内視鏡切除後、咽頭乳頭腫【現病歴】20XX年10月、健康診断の一環として施行された上部消化管内視鏡検査（EGD）にて、胸部中部食道および胃角部後壁に腫瘤を認めた。生検にて、食道病変は扁平上皮癌、胃病変は高分化型管状腺癌と診断され、精査目的で当院紹介となった。画像検査および内視鏡検査所見より、食道癌はcT2N0M0（cStage II）、胃癌はcT1bN0M0（cStage I）と診断された。高齢および基礎疾患による術後呼吸器合併症リスクを鑑み、患者の意向も踏まえて非手術的治療方針を選択した。内科・外科・放射線科による多診療科カンファレンスを行い、食道癌に対しては根治的放射線療法（CRT）を、胃癌に対しては化学療法による縮小を待って内視鏡治療を施行する段階的根治的アプローチを採用した。Geriatric 8スコアは15点と良好で化学放射線療法の実施は可能と判断された一方、Cancer and Aging Research Group（CARG）スコアは6点（年齢、消化管原発、多剤併用）であり、中等度の有害事象リスクが示唆された。これらを踏まえ、20XX年12月より食道癌に対して、JCOG0502レジメン（5-FU 700 mg/m<sup>2</sup>、CDDP 70 mg/m<sup>2</sup>、放射線60 Gy）によるCRTを80%投与量で施行した。翌年2月のEGDで食道病変の完全奏効（CR）を確認した。胃病変は縮小を認めず、超音波内視鏡検査所見も考慮して内視鏡的切除の適応と判断し、3月に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した。病変は一括切除され、病理診断はAdenocarcinoma, tub1>tub2, pT1a, pUL0, Lv0, V0, pHM0, pVM0であり、内視鏡的根治度Aと判定された。本症例は、食道扁平上皮癌と胃癌の重複を呈した高齢者に対して、老年腫瘍学的評価に基づき段階的かつ集学的な治療戦略を構築・実行することで、非手術的に根治を達成し得た一例である。個別性の高い治療設計と多診療科連携が奏功した本症例は、高齢者重複癌における現実的かつ実践的な治療指針を提示し得るものと考えられる。

重複癌, 高齢者

# 3 肝細胞癌との鑑別を要した多発肝転移を伴うAFP産生胃癌の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科  
畠山松之助, 川村直弘, 友近 瞬, 小松悠香, 和田晴香, 森久保拓, 北濱圭一郎, 關 里和, 柴原純二, 森 秀明, 久松理一

60代の男性。当院泌尿器科にて20XX-2年5月に右腎細胞癌、8月に前立腺癌に対し手術施行し、経過観察にて再発なく経過していた。胸部灼熱感、2~3ヶ月で10kg程度の体重減少を認め、20XX年6月精査目的で当科紹介受診された。肝疾患の既往はなかったが、血液検査でAST47IU/L、ALT26IU/Lと軽度の肝障害とAFP3977ng/mL、PIVKA-II20973mAU/mLと肝腫瘍マーカーの著明な上昇を認めた。体幹部CTでは食道胃接合部に腫瘤性病変を認め、肝内にも多発する腫瘍性病変を認めた。消化管通過障害を来す可能性もあり、同日入院の上で精査を行う方針とした。第4病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、噴門部から胃体部小弯前壁よりにかけて3型腫瘍を認め、進行胃癌が疑われた。肝腫瘍マーカーは高値であり、肝腫瘍に関しては肝細胞癌の可能性も考えられ、第12病日に超音波ガイド下経皮的肝腫瘍生検を施行した。生検結果では低分化な癌腫であり、免疫染色でGlypican3, SALL4陽性の結果からAFP産生胃癌、多発肝転移の診断となった。化学療法施行を検討したが癌性疼痛や嘔気が強くなり、食事摂取も不可能となったため、本人・家族と相談の上で緩和治療の方針となった。その後ホスピスに転院となり、永眠されたが、病理解剖は行っていない。AFPは胎児期内胚葉および卵黄嚢で産生される胎児血漿蛋白の主成分であり、主に肝細胞癌や卵黄嚢癌において高値になるとされる。1970年にBourrelleらにより血清AFP高値を呈する胃癌が初めて報告され、2022年のZhao Lらの報告によると胃癌全体の1.3~15%に認められるとされる。本症例では胃癌および多発肝腫瘍の所見からAFP産生胃癌の多発肝転移を考えたが、AFP、PIVKA-IIが共に高値を示したことから肝細胞癌との鑑別も必要であった。AFP産生胃癌は希少な疾患ではないが、PIVKA-IIも共に高値を示す報告例もあり文献的考察を加えて報告する。

AFP産生胃癌, 肝多発腫瘍

# 2 上部消化管内視鏡により修復し得た高齢女性の胃軸捻転症の一例

東京通信病院 第一外科  
久具 脩, 加藤有理沙, 織畑光一, 三宅弘章, 下里あゆ子, 富樫順一, 土屋剛史, 永吉美紀子, 村田祐二郎, 山澤邦宏, 奥田純一

【はじめに】胃軸捻転症は胃の全体または一部が生理的な範囲を超えて病的に捻転し、胃の通過障害から胃の拡張を来す疾患であり、その発症頻度は小児で3.4%、成人で0.17%と報告されており、非常に稀な疾患である。【症例】症例は78歳女性。食後4時間後からの嘔気、腹部全体の張りが出現し、その後、増悪してきたため救急搬送された。2年前に上部消化管内視鏡検査を受けているものの、明らかな異常は指摘されていない。来院時血液検査上は白血球数9300×10<sup>3</sup>/μL、CRP 0.01で軽度の炎症反応上昇とAMY 217U/L、リパーゼ 220U/Lの酵素素上昇を認めたのみで他に異常は認められなかった。腹骨盤部造影CT検査では、胃の著名な拡張があり、胃が180度ねじれており、噴門部と幽門部の狭窄を認めた。また、胃の拡張と同時に脾臓が正中へ、膵臓は左側へ偏移していることが認められた。胃軸捻転症に伴う通過障害と診断、胃管を留置して保存的治療を行う方針となった。第1病日目、胃管から1500mL程度の排液を認め、腹部症状の改善を認めたが、フォローの腹部X線検査では胃の捻転は全く改善されていなかった。そのため上部消化管内視鏡での修復が施行された。上部消化管内視鏡検査では胃の拡張を認め、透視下では内視鏡がγ字を描きながら十二指腸下行脚まで走行していることを確認した。そこから内視鏡を反時計回りにゆっくりと回転させることにより狭窄を解除した。修復後のCT上で胃、脾臓、膵臓がともに正常な位置に戻っていることが確認された。第2病日目より食事が開始された。食事摂取良好、腹部症状の再燃がないことを確認して第3病日目に退院となった。【結語】今回、高齢者の初発の胃軸捻転症という非常に稀な症例を経験した。文献的考察とともに報告する。

胃軸捻転症, 上部消化管内視鏡修復

# 4 十二指腸潰瘍出血に対する動脈塞栓後に急性壊死性肺炎を併発した一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科<sup>1)</sup>、日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科<sup>2)</sup>、高田彰彰<sup>1,2)</sup>、恩田 毅<sup>1)</sup>、二神生爾<sup>1)</sup>、厚川正則<sup>3)</sup>

【症例】59歳、男性。【既往歴】X-1年6月十二指腸潰瘍ESD後出血に対しTAE止血歴あり。【現病歴】X年12月10日より左尿管結石および結石性腎盂腎炎にて当院泌尿器科に入院していた。第7病日に黒色便・血圧低下を認めたことから上部消化管出血を疑い緊急EGDを施行した。その結果、十二指腸SDAに潰瘍認めため十二指腸潰瘍出血の診断で当科転科となった。【経過】内視鏡所見から十二指腸潰瘍出血の診断で転科当日に凝固止血施行した。翌日の2nd lookにて十二指腸SDA後壁に既知の凝固した病変を認めたが正面視困難であり、側視鏡に切り替えたところ露出血管を正面視可能であった。凝固止血試みるもForrest 1b相当の出血を認め止血困難となったためメーキングクリップを置き、同日放射線科にて緊急TAEの方針となった。しかし、明確な出血点を特定できず、クリップを参考に枝の疑わしい箇所に対してゼラチンスポンジによる塞栓を行った。第11病日に再度黒色便・貧血進行したため再びTAE施行し腓頭部を栄養する腓十二指腸動脈・胃十二指腸動脈の枝をNBCA/ゼラチンスポンジにて塞栓した。術後経過良好で第20病日に退院となったが、退院後16日に腹痛で受診し急性壊死性肺炎の診断で再入院となった。【考察】NBCA/ゼラチンスポンジを用いた血管塞栓は虚血性の合併症を引き起こすことが知られている。特にNBCAでは稀な合併症だが腓十二指腸動脈の枝を塞栓した際に急性肺炎が起きることが知られている。過去の症例報告でもNBCAを用いた十二指腸潰瘍出血への塞栓後に壊死性肺炎を発症した例が報告されており、本症例でも腓頭部を栄養する腓十二指腸動脈・胃十二指腸動脈の枝をNBCA/ゼラチンスポンジで塞栓したことが壊死性肺炎を引き起こしたと考えられた。IVRは内視鏡的止血困難な場合の選択肢として有用である一方、今回の様な合併症を引き起こすことがあり、その治療選択に関しては十分注意を払う必要があることを再確認した。

十二指腸潰瘍, 壊死性肺炎

## 5 内視鏡的止血困難な十二指腸仮性動脈瘤破裂による消化管出血に対し血管塞栓術が奏効した1例

筑波記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 放射線科<sup>2)</sup>、  
つくばトータルヘルスプラザ<sup>3)</sup>  
森田大雅<sup>1)</sup>、丹下善隆<sup>1)</sup>、根本絵美<sup>1)</sup>、神山広大<sup>1)</sup>、藤野美菜<sup>1)</sup>、  
丸山泰司<sup>1)</sup>、津金祐亮<sup>1)</sup>、高木亮輔<sup>1)</sup>、佐浦 勲<sup>1)</sup>、姫井紅里<sup>1)</sup>、  
江南ちあき<sup>1)</sup>、越智大介<sup>1)</sup>、添田敦子<sup>1)</sup>、高橋信宏<sup>2)</sup>、池澤和人<sup>3)</sup>

【背景】十二指腸領域の仮性動脈瘤は稀であるが、破裂時には致命的な消化管出血を引き起こすことがある。今回十二指腸仮性動脈瘤破裂による消化管出血に対し、内視鏡的止血が困難で血管塞栓術が有効であった一例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性。糖尿病の既往歴を有する。ふらつき、黒色便を主訴に救急搬送され、Hb 4.4 g/dL の高度貧血を認めた。腹部造影CTで十二指腸球部に造影剤の血管外漏出所見を認め、緊急上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行した。EGDでは、十二指腸球部前壁に拍動性の露出血管を伴う潰瘍を認め、クリップによる止血術を施行した。内視鏡的止血に成功したものの、EGDおよびCTの所見から仮性動脈瘤を疑い、厳重経過観察の方針とした。しかし、第9病日に吐血を認め、緊急EGDを施行すると、クリップ脱着による十二指腸球部の噴出性出血を認めた。内視鏡的止血を試みたが、入院時より周囲の浮腫が強く内腔の狭小化と出血による視野確保困難があり、内視鏡的止血を断念した。出血性ショックに対して輸血や昇圧剤の投与を行い、緊急で血管塞栓術を施行した。血管造影検査で上降十二指腸動脈由来の仮性動脈瘤と診断し、コイル血管塞栓術による止血に成功した。【経過】血管塞栓術後は再出血なく経過し、第12病日のEGDで拍動性露出血管の消失を確認。第20病日に退院となった。【考察】十二指腸仮性動脈瘤は消化性潰瘍や慢性膵炎を契機に形成されることが知られている。本症例では糖尿病による微小血管障害が基盤にあり、十二指腸潰瘍を契機として動脈瘤形成に至った可能性が考えられる。破裂時には大量出血をきたすため、内視鏡的止血が困難な場合には血管内治療の介入が必要である。本症例では、内視鏡的止血が困難でショック状態に陥ったが、血管塞栓術によって救命できたと考えられる。【結語】十二指腸仮性動脈瘤破裂による出血に対し血管塞栓術が有効であった1例を報告した。消化管出血の鑑別として本疾患を念頭に置き、内視鏡的止血が困難な場合には早期に血管内治療への移行を検討すべきである。

十二指腸仮性動脈瘤破裂、コイル塞栓術

## 6 胃Inflammatory fibroid polypからの内視鏡的治療抵抗性の出血に対し緊急胃局所切除術を施行した1例

国立病院機構 横浜医療センター 外科  
中間拓雄、村上 崇、木村 準、根岸大貴、小粥真実、坂口裕太郎、  
大石裕佳、江畑信孝、藤原大樹、木村安希、山本悠史、松田悟郎、  
清水哲也、藤井義郎

症例は46歳女性。以前から貧血を指摘されていた。X年3月に吐血を主訴に前医受診し、上部消化管内視鏡 (GS) で胃体中部にdelleを伴う粘膜下腫瘍からの活動性出血を認めたため、同日当院消化器内科へ紹介受診した。来院時採血ではHb=7.6g/dLと貧血を認め、CEA、CA19-9は正常値であった。腹部造影CT検査で胃体中部に腫瘍性病変を認め、同部から造影剤の漏出像を認めた。GS下熱凝固法で止血を行ったが、翌日にHb=6.7g/dLと貧血が増悪したため、GSを再度施行し腫瘍側壁の潰瘍からの出血に対して止血した。胃癌の可能性も否定できなかつたため、精査予定であったが、翌日のGSで再度、同部から出血を認め、同日、緊急開腹手術を施行した。胃体中部小弯後壁に管内発育型の腫瘍を触知し、術中GS下、自動吻合器を用いて胃局所切除術を施行した。術中迅速診断に提出し、胃癌の所見を認めなかつたため、追加の胃切除及びリンパ節郭清は施行しなかつた。術後は第7病日に急性胆嚢炎を発症したため、緊急で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、第13病日に軽快退院した。病理組織検査で、胃粘膜下腫瘍は23x23x25mm、間質部に線維芽細胞様の紡錘形細胞の増生と炎症性細胞を認め、細胞異形や核分裂像は認めなかつた。免疫染色はCD34(+), CD117(KIT)(-), DOG-1(-),  $\alpha$  SMA(-), desmin(-), S100(-)、以上から炎症性纖維性ポリープ (IFP) と診断した。IFPは全胃ポリープの約0.1%未満と稀な良性疾患であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

IFP, SMT

## 7 門脈ガス血症を伴う胃壁内気腫症に対して保存的加療で軽快した1例

学校法人日本医科大学 日本医科大学付属病院 消化器外科  
長谷川健、松井隆典、山田岳史、上原 圭、進士誠一、松田明久、  
横山康行、高橋吾郎、岩井拓磨、宮坂俊光、香中伸太郎、菊池悠太、  
林 光希、吉田 寛

【背景】胃壁内気腫症は非感染性ガスが胃壁内に貯留する稀な疾患で、予後は良好とされるが、致命的経過をとる気腫性胃炎との鑑別が重要である。【症例】73歳女性。T cell rich B cellリンパ腫に対する化学療法予定中。誤嚥性肺炎で気管切開挿管・経管栄養中に血性胃液を認め、上部内視鏡で急性胃粘膜病変と診断された。化学療法前日にPSL100mgを開始後、腹部膨満と血性排便増加を認め、造影CTで胃壁内気腫と門脈ガスを認めた。腹膜刺激症状はなく、WBC8600/ $\mu$ L、CRP0.73mg/dL、乳酸3.2mmol/Lと軽度上昇、昇圧剤下で血行動態は安定していた。絶食・PPI・抗菌薬による保存的加療を行い、第7病日のCTで病変の改善を確認、経管栄養を再開し軽快した。【考察】胃壁内気腫は、非感染性の胃壁内気腫症と、感染性の気腫性胃炎に分類される。前者は外傷や閉塞、肺からの空気流入などが原因で予後は良好だが、後者はガス産生菌感染により致命的経過をとることがあり、早期の抗菌薬や外科的対応が必要となる。門脈ガスは腸管壊死の重要所見だが、胃壁内気腫では必ずしも胃壊死を示唆しない。【結語】本症例では臨床経過・画像所見から胃壁内気腫症と診断し、保存的加療で良好な転帰を得た。重症度を多面的に評価することで、適切な治療選択が可能である。

胃壁内気腫症、門脈ガス血症

## 8 正中弓状韌帯圧迫症候群に伴う降十二指腸動脈瘤破裂により、後腹膜血腫および出血性ショックをきたし、開腹止血術を要した1例

独立行政法人 国立病院機構 埼玉病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
慶應義塾大学 医学部<sup>2)</sup> 消化器内科<sup>2)</sup>  
清水 嶺<sup>1,2)</sup>、松原佑太<sup>1,2)</sup>、内田直洋<sup>1)</sup>、中原日業<sup>1,2)</sup>、池田未緒<sup>1)</sup>、  
萩原裕也<sup>1,2)</sup>、高鳥真吾<sup>1)</sup>、山口晃弘<sup>1,2)</sup>、倉持みずき<sup>1,2)</sup>

【背景】正中弓状韌帯圧迫症候群 (median arcuate ligament syndrome; MALS) は正中弓状韌帯により腹腔動脈起始部が圧迫され、血流異常や腹部内臓虚血を生じるものである。肝臓や脾臓の血流が上腸間膜動脈から降十二指腸動脈アーケードを介して供給されるため、この部の血流が増大し動脈に血行力学的ストレスが加わって、降十二指腸動脈瘤を形成、時に破裂する。今回、正中弓状韌帯圧迫症候群に伴う降十二指腸動脈瘤破裂により、後腹膜血腫および出血性ショックをきたし、開腹止血術を要した1例を経験したので報告する。【症例】54歳男性。3日前からの心窩部痛を主訴として、当院救急外来を受診された。来院時、バイタルサインは安定していたが、強い心窩部痛を訴え、表情は苦悶様であった。腹膜刺激候は認めなかつた。血液検査で貧血は認めなかつたものの、腹部ダイナミックCTで降頭部から右後腹膜腔にかけて径12 cm大の血腫と降十二指腸動脈領域の仮性動脈瘤を指摘できた。腹腔動脈起始部の狭窄も認めることから、正中弓状韌帯圧迫症候群に伴う降十二指腸動脈瘤破裂により後腹膜血腫を生じたと考えられた。interventional radiology (IVR) 目的での転院を検討していたところ、突然再度強い心窩部痛を訴え、ショック状態となった。経時的な貧血の進行を認め、出血性ショックと判断した。細胞外液と各種血液製剤の急速投与、昇圧剤の使用を行いつつ、開腹止血術を行う方針となった。術中、腹腔内に大量の血液貯留を認め、後腹膜出血が腹腔内に穿破し出血性ショックに至ったと考えられた。外科的止血が得られ、救命することができた。第70病日に軽快退院した。【考察】正中弓状韌帯圧迫症候群に伴う降十二指腸動脈瘤破裂に対する緊急治療は、現在IVRを選択することが一般的であるが、本症例は途中で出血性ショックに移行し、開腹止血術を行い救命した。若干の文献的考察を踏まえ報告する。

正中弓状韌帯圧迫症候群、降十二指腸動脈瘤破裂

日本医科大学 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 消化器外科学<sup>2)</sup>  
 新井 悠<sup>1)</sup>、大森 順<sup>1)</sup>、井上 祐祐<sup>1)</sup>、嶋津由香<sup>1)</sup>、町田花実<sup>1)</sup>、  
 下鐘秀徳<sup>1)</sup>、濱窪亮平<sup>1)</sup>、星本相理<sup>1)</sup>、西本崇良<sup>1)</sup>、秋元直彦<sup>1)</sup>、  
 横山康行<sup>2)</sup>、辰口篤志<sup>1)</sup>、田中 周<sup>1)</sup>、藤森俊二<sup>1)</sup>、厚川正則<sup>1)</sup>

症例は20歳、男性。16歳でクローン病と診断され、5-aminosalicylic acid, elemental diet, azathioprineで加療中であった。19歳時の定期フォローアップ目的のダブルバルーン小腸内視鏡検査で空腸-結腸瘻を認めため、外科手術も検討されていたが、無症状かつ血液検査で異常所見を認めず、活動期の炎症所見も乏しかったため、その後も外来加療を継続していた。20歳2ヶ月時に、2日前の高脂肪食摂取後から持続する水様性下痢および徐々に増悪する上腹部痛で体動困難となったため救急要請となった。来院時にバイタルサインに異常はなかったが、腹部全体に強い自発痛と圧痛を認め、血液検査ではWBC 10600/ $\mu$ Lと炎症反応、LDH 254 U/L, CK 290 U/Lと逸脱酵素の軽度上昇を認め、Lac 20 mg/dlと上昇していた。腹部造影CT検査では下腹部から骨盤部の広範囲の小腸拡張と浮腫状壁肥厚および造影効果低下を認め、closed loopを呈していたため、絞扼性腸閉塞と診断し、緊急外科手術となった。手術所見では、上部空腸 (Treitz靱帯から60cm肛門側) -S状結腸の瘻孔がヘルニア門を形成し、そこに横行結腸と小腸が嵌頓し、絞扼性腸閉塞となっていた。瘻孔を切除して絞扼を解除したところ、腸管壁の色調が改善し、腸管蠕動も認められたため、腸管切除は施行せず、瘻孔切除および癒着剥離のみで手術を終了した。術後経過は良好であり、第8病日に退院となった。現在当院外来にてクローン病に対して通院加療継続中である。クローン病の腸管瘻孔形成例では、栄養障害を伴わない無症候性病変では保存的治療を継続する場合もあり、特に若年者で手術に対して拒否的な場合もある。しかし、長期経過により正常腸管を巻き込んだ病変の拡大、癌化のリスクが懸念されるため、外科手術を検討する必要がある。特に本症例のような近位小腸-遠位大腸の瘻孔症例では、ヘルニア門を形成して腸管が嵌頓する場合は念頭に置く必要があると考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

クローン病, 絞扼性腸閉塞

北里大学 医学部 消化器内科学  
 小林礼乃, 北原 言, 池原久朝, 草野 央

【症例】  
 76歳女性  
 【主訴】

下痢、食思不振

【病歴・経過】

元来近医にて機能性腸症候群の疑いで加療されていたが、X-2年6月に便回数増加・水様便・貧血を主訴に当院へ紹介となった。血液検査で軽度の好酸球増多を認めたことと、上下部消化管内視鏡検査を施行した際の生検で好酸球浸潤を認めたことから好酸球性胃腸炎と診断され、X-2年7月より全身ステロイド投与による加療が開始された。ステロイド投与に伴って便回数は減少し全身状態も安定して推移していた。X年3月、下痢の増悪と食思不振を主訴に当科外来を再受診。発熱と下腹部圧痛を伴っており、造影CTで回腸末端の壁肥厚を認めたことから、好酸球性胃腸炎の再燃を疑い入院となった。入院5日目に多量の血便が出現したため下部消化管内視鏡を施行したところ、回腸末端に多発する打ち抜き潰瘍を認めた。潰瘍部からの生検を施行し、免疫染色にてCMV感染が指摘された。この生検結果より好酸球性胃腸炎の増悪ではなく、CMV合併による症状増悪・血便出現と診断され、抗ウイルス療法を施行したところ血便および腹部症状は改善した。また、2ヶ月後のX年5月に下部消化管内視鏡検査を施行し潰瘍の癒着化が確認された。

【考察】

本症例は好酸球性胃腸炎の治療中に出血性のCMV腸炎を合併した症例である。好酸球性胃腸炎の再燃との鑑別において、潰瘍の形態や分布、病理所見が重要であり、本症例のようなウイルス感染以外にも、薬剤性腸炎・虚血性腸炎・Clostridioides difficile腸炎なども含めた鑑別が求められる。急激な消化管症状の変化を認めた際には、これらの二次的病態を常に念頭に置く必要があるという点で示唆に富む症例である。

好酸球性胃腸炎, サイトメガロウイルス感染

日産厚生会 玉川病院 消化器内科  
 木川裕通, 小澤和正, 岩瀬桐加, 富士剛蔵, 吉本憲介, 永嶋裕司, 山本慶郎

症例は80代男性。既往歴は糖尿病と脂質異常症。受診前日から嘔気、嘔吐が出現。その後心窩部痛を認め改善しないため救急車で来院した。受診時、身体所見上は心窩部を最強点とする圧痛を認めるのみであった。腹部単純CT検査で、回腸遠位部に直径25mm程の周囲が高吸収となる胆石を疑う構造物を認め、その口側腸管に液体貯留、ニボー形成を認めた。また胆道気腫像と、胆嚢は萎縮しており十二指腸球部との交通を疑う所見を認めることから胆嚢十二指腸瘻、胆石イレウスと診断し、入院加療とした。入院後、速やかに症状が軽快したことと、結石が回腸遠位部であったため自然排石を期待し、保存的治療の方針とした。第3病日にCT再検したところ、回腸遠位部に認めていた結石は消失し小腸イレウス像も改善していた。第4病日に上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部前壁に瘻孔形成を疑うびらんが存在することを確認した。PPI内服を継続とし第6病日に退院となった。その後は再発なく外来にて経過観察中である。胆石イレウスは何らかの治療介入が必要となることが多いとされているが、今回我々は保存的に軽快した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

胆石イレウス, 胆嚢十二指腸瘻

東海大学 医学部 消化器内科  
 柿澤桃花, 藤澤美亜, 菊地毅弘, 辻 優美, 幕内智規, 三島佑介, 白滝理博, 上田 孝, 森町将司, 佐藤博彦, 佐野正弥, 川西 彩, 鶴谷康太, 荒瀬吉孝, 岩崎栄典, 鈴木秀和, 松嶋成志, 加川健弘

【症例】50歳、女性【主訴】下痢【現病歴】X-14年水様性下痢と全身疼痛により発症し、慢性下痢による著明な低K血症 (1.4mEq/L) に伴う横紋筋融解症と診断され、下痢の原因疾患不明のまま、対症療法にて軽快した。その後も低K血症の改善が見られないため、X-7年紹介受診。下部内視鏡検査にて十二指腸、回腸末端の絨毛萎縮、十二指腸生検にて絨毛萎縮、粘膜固有層の中等度炎症細胞浸潤及び上皮内リンパ球浸潤、さらに血中グリコニンIgA抗体、抗組織トランスグルタミナーゼIgA抗体とも陽性であったためceliac病 (CD) と診断され、グルテン除去食にて下痢症状はいったん軽快した。以後、グルテン摂取による増悪、低K血症にて数回入院歴はあったが、いずれもグルテンフリー食 (GFD)、K補正にて軽快していた。【経過】X-1年9月、10月にも同様のepisodeはあったが、GFDにもかかわらずK投与への反応は不良であり、上部内視鏡検査では十二指腸絨毛の萎縮がみられた。European Society for the Study of Coeliac Disease guidelineでは、12ヶ月以上のGFD実施にもかかわらず症状が持続または再発するものは難治性CDとされる。本症例も難治性celiacと考えられたため、同ガイドラインに従い、中心静脈採食、ステロイドを投与したところ、下痢症状、低K血症も改善した。【考察】celiac病は食事からのグルテンに対する過敏反応によって生じる小腸の炎症性疾患である。欧米では有病率1%とされているが、本邦では極めて稀な疾患であり、日本の一般的な集団におけるceliac病は0.05%との報告がある。通常はGFDにて改善するが本症例のように難治性のものもあり、その際はステロイド、アザチオプリンが有効であるとされ、本症例でもステロイド加療が有効であった。文献的考察を加えて報告する。【結語】難治性celiac病の1例を経験した。

Celiac病, ステロイド

癒着により初回内視鏡では到達困難であった小腸病変に対し再検査で診断に至った高齢者悪性リンパ腫の一例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科  
釣田千裕, 秋田義博, 細川陽平, 川村愛子, 菊地伊都香, 櫻井俊之, 猿田雅之

【症例】80代女性【主訴】なし【病歴】20XX年の健診で便潜血陽性を指摘され近医を受診した。腹部単純CTで小腸に壁肥厚を認め、精査目的に当科紹介受診し同年X月に入院した。上下部内視鏡検査では、有意所見は認めなかった。腹部CTでは回腸末端付近に腫瘤様の壁肥厚を認めたため、リンパ増殖性疾患、小腸癌が鑑別として考えられた。血清学的検査はCEA 3.3 ng/mLと基準範囲内だったが、CA19-9 55 U/mL, sIL-2R 667 U/mLと軽度高値だった。精査目的に肛門的ダブルバルーン内視鏡 (DBE) を施行した。胃癌術後、子宮全摘後、虫垂炎術後と複数回の腹部手術歴の影響が、腹腔内癒着が著明だった。パウヒン弁から40cm口側まで挿入できたが、CTで指摘されていた病変部まで到達できなかった。最深部より内視鏡下小腸逆行造影検査を施行したが、観察範囲内に有意所見は認めなかった。診断がつかなかったが、高齢でありCTやMRIによる慎重な経過観察を選択された。画像検査では骨盤内小腸の壁肥厚の所見は著変なかったが、sIL-2Rが経時的に上昇した (X+2月: 831 U/mL, X+3月: 914 U/mL)。診断目的の手術も選択肢として提示したが、非侵襲的方法による再評価を希望されたため、小腸内視鏡検査を施行することとした。癒着により深部小腸への挿入が困難だったことから、今回はシングルバルーン小腸内視鏡 (SBE) を用いて経肛門的にアプローチした。挿入には難渋したが、パウヒン弁から60cm口側に比較的境界明瞭な10mm程度の不整形潰瘍が散見され、CTで指摘された病変と判断した。生検にてdiffuse large B-cell lymphoma (DLBCL) と診断された。腫瘍血液内科にて化学療法が速やかに開始され、現在経過観察されている。【考察】本症例は、高齢かつ既往手術による癒着のため小腸内視鏡検査に困難を伴ったが、繰り返しのアプローチと工夫により確定診断に至り、速やかな治療導入につながった貴重な一例だった。若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸鏡, 悪性リンパ腫

腹膜播種を伴う進行空腸癌を合併した家族性大腸腺腫症の一例

自治医科大学内科学講座 消化器内科学部

高野 愛, 田丸智子, 水田優実, 小野友輔, 小林卓真, 上野 貴, 井野裕治, 坂本博次, 矢野智則

【症例】家族性大腸腺腫症 (familial adenomatous polyposis; FAP) の32歳男性。【現病歴】13歳時から1-2年間隔で上下部消化管内視鏡検査を施行され、ポリープに対するintensive downstaging polypectomyが行われていた。30歳時に30mm大の非乳頭部十二指腸腺腫に対してUnderwater EMRを施行されている。31歳時に鉄欠乏性貧血が進行し、精査目的で胸腹部造影CTを施行されたところ、近位空腸の壁肥厚と近傍に腫大したリンパ節を認めた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査にて、幽門から20cmの上部空腸に3/4周性の隆起性病変を認め、生検でadenocarcinomaの結果であり、空腸癌と診断された。【経過】当院消化器外科にて開腹手術を施行されたところ、腹膜播種結節が認められ、また腫瘍はトライツ韧带近傍に位置しており主病変部自体の切除も困難と判断され、十二指腸空腸バイパス術を施行された。術後よりXELOX+Bmabによる全身化学療法を開始されている。【考察】FAP例における最大の死亡原因は大腸癌であるが、予防的大腸切除+intensive downstaging polypectomy等の治療の進歩により大腸癌による死亡は減少傾向にある。しかし、大腸癌による若年死亡が減少することで、小腸癌が予後に関わる症例が増加する可能性がある。「遺伝性大腸癌診療ガイドライン2024年版」では定期的な小腸内視鏡検査は推奨されていないが、小腸癌はCTや上下部消化管内視鏡検査のみでは早期発見が難しい。また、予防的大腸全摘術後の症例では、内視鏡的治療が困難な状態の小腸癌が発見された場合に癒着のため手術の難易度が高くなる可能性もあり、可能な限り早期の発見が望ましいと考える。FAPの小腸癌合併症例を蓄積することで、サーベイランスの確立を期待したい。

家族性大腸腺腫症, 小腸癌

原因不明の腹痛から内臓播種性水痘帯状疱疹ウイルス (VD-VZV) 感染症と診断した一例

茅ヶ崎市立病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 臨床検査科<sup>2)</sup>  
山路 航<sup>1)</sup>, 後藤駿吾<sup>1)</sup>, 松岡 莉緒<sup>1)</sup>, 浅野悠稀<sup>1)</sup>, 中原祐貴<sup>1)</sup>, 上野 航大<sup>1)</sup>, 奥富雅俊<sup>1)</sup>, 池田佳彦<sup>1)</sup>, 佐藤高光<sup>1)</sup>, 内田苗利<sup>2)</sup>, 村田依子<sup>1)</sup>, 栗山 仁<sup>1)</sup>

【症例】84歳男性【主訴】右上腹部痛【現病歴】臍右上部の腹痛を自覚し、翌日未明疼痛が増強したため、同日当院救急外来へ救急搬送された。腹部所見では臍右上部を最強点とする自発痛・圧痛を認めたが、反跳痛や筋性防御は認めなかった。また血液検査上炎症所見はほぼ正常で、造影CT検査上も異常所見なく、腹痛の原因は不明であった。救急外来で鎮痛剤の点滴静注を施行したが改善を認めないため、同日当院消化器内科へ入院となった。【既往歴】7年前に膀胱癌前立腺浸潤に対し経尿道的前立腺切除術・膀胱切除術・化学放射線療法後、再発なし【入院後経過】入院後から鎮痛目的にアセトアミノフェン、フルビプロフェンアキセチルに加えて、トラマドール、ベンタゾシン、ブレンロルフィンを投与したが、疼痛コントロールに難渋した。上部消化管内視鏡検査を施行し、食道の小隆起性病変に対して生検を施行したが、その他胃十二指腸に腹痛の原因となる粗大病変を認めなかった。第3病日に体幹や顔面など全身に紅暈を伴う水疱が出現し、汎発性帯状疱疹の診断で皮膚科転科し、アシクロビルを開始した。また腹痛の原因として内臓播種性水痘帯状疱疹ウイルス (VD-VZV) と診断した。第10病日には食道生検からすりガラス様の核内封入体が認められ、ヘルペス食道炎の所見であった。【考察】VD-VZVとは多くは細胞性免疫低下例で見られ、初期は腹痛が先行して皮疹を伴うが、診断が遅れると数日の経過で致死的になることもある。また疼痛はオピオイドの使用が必要になるほど強いこともある。他覚的所見で異常を認めず、腹痛の原因を特定できないものの、激しい疼痛を訴える症例には、VD-VZVを念頭に、疼痛コントロールを図りながら、血中や臓器からVZV-DNA PCR検査や抗ヘルペスウイルス薬開始の検討が必要と思われる。

腹痛, 水痘帯状疱疹ウイルス

腹腔内膿瘍、骨盤内膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージを施行した二例

横浜労災病院 消化器内科

薬師寺尚太, 関野雄典, 倉林 聖, 白土達也, 逸見莉子, 森本紗生, 吉村梨沙, 井出貴也, 野村 優, 今長大輝, 金田真人, 松本彰太, 佐野 誠, 枇杷田裕治, 春日範樹, 岡田直也, 内山詩織, 永瀬 肇

【症例1】95歳女性。20XX年2月8日に胆嚢炎疑いの診断で転院搬送となった。CTにて十二指腸下行脚近傍に84mmの膿瘍形成を認め、大腸憩室炎あるいは大腸癌穿孔後の腹腔内膿瘍と診断した。外科手術を希望されず、2月10日に超音波内視鏡下ドレナージを施行した。経十二指腸的に19G針で膿瘍を穿刺し、瘻孔を拡張の上で7Fr7cm両側pig tail型ステントと5Fr先端pig tail型ENBDを留置して内外瘻とした。治療翌日のCTで膿瘍は縮小傾向であった。治療2日後に外瘻は自己抜去されたが炎症反応は速やかに改善し、内瘻状態にて治療23日後に自宅退院となった。【症例2】83歳女性。20XX年2月17日に肝膿瘍で前医入院。2回の経皮ドレナージを行うも、新たに子宮腹側に最大径83mmの骨盤内膿瘍を認めたため、3月17日に追加治療目的に当院転院となった。直腸S状部より膀胱、子宮と膿瘍を描出し、子官を介さない穿刺ルートを確認した。19G針で穿刺、内容物の粘調度が高く、外瘻の方針とした。瘻孔拡張後に5Fr先端pig tail型ENBDを留置し、数日間は生理食塩水による手洗を行った。治療5日後のCTで主病変の背側に新規の小腸腸腔を認めたため、治療6日後に既存の瘻孔を介して新規膿瘍腔に7Fr両側pig tail型ステントを追加留置し、治療9日に自宅退院となった。外来までステントは自然脱落していたが膿瘍の再燃は認めなかった。【考察】腹腔内・骨盤内膿瘍は保存的治療が困難であり、早期ドレナージが必要となることが多い。超音波内視鏡下ドレナージは低侵襲で合併症も少なく、手術不適例にも有用な治療選択肢と報告される。文献的考察を加えつつ本治療法の有用性について報告する。

腹腔内膿瘍, 超音波内視鏡下ドレナージ

## 17 内視鏡的に整復し得た盲腸軸捻転症の一例

獨協医科大学 埼玉医療センター 消化器内科  
小池悠太郎, 草野祐実, 猪又光太郎, 加藤陽佳, 高木 央,  
三代 賢, 桑田 潤, 小堀郁博, 曾我幸一, 片山裕祝,  
玉野正也

【症例】64歳、女性。【主訴】腹痛、嘔吐。【既往歴】S状結腸軸捻転(60歳のときに内視鏡的整復術)、虫垂炎(55歳のときに腹腔鏡下虫垂切除術)、うつ病【現病歴】200X年4月に前日より続く腹部膨満感と腹痛・嘔吐のため前医を受診した。腹部単純X線検査にて上腹部に鏡面像を認め、腸閉塞が疑われたため当院当科へ紹介となった。【経過】当院で実施した造影CTにてS状結腸の病的な拡張は認めず、S状結腸捻転は否定的であった。上腹部正中から左側に腸管拡張を認めており、下行結腸から上行結腸近位部が虚脱していた。上行結腸が内側に移動しており、上行結腸遠位部が不自然に折れ曲がって頭側に走行し、同部から回腸末端にかけて拡張が認められた。また上腸間膜動脈のwhirl-like patternを認めていた。以上より盲腸捻転を疑われ、第1病日に透視下で緊急内視鏡的整復術を施行した。X線透視下では、内視鏡が大腸内にあるにもかかわらず、渦巻状に360度回転して位置している様子が確認された。スコープは比較的容易に狭窄部を通過し、拡張した盲腸を認めた。上行結腸や回腸末端には粘膜びらんを認めたものの粘膜の色調は良好であり、明らかな腸管虚血の所見は認めなかった。吸引による減圧をはかり終了とした。内視鏡的整復術後は腹部膨満感、上腹部痛は改善し、第3病日には食事摂取を開始し、症状再燃なく、第8病日に退院となった。【考察】本邦における盲腸軸捻転症は結腸軸捻転の5.9%と比較的稀な疾患であり、盲腸軸捻転は内視鏡的整復術の成功率が低く、10%程度に留まり、緊急手術となることが多い。本症例は内視鏡が狭窄部位を容易に通過でき、循環障害を示唆する所見がなかったことから外科的処置を要せずに軽快したと考えられた。今回、内視鏡的に整復し得た盲腸軸捻転の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

下部消化管、内視鏡的整復術

## 18 PPIによって惹起されたと考えられた抗生剤使用歴の無い重症偽膜性腸炎の1例

社会医療法人財団 石心会 川崎幸病院 消化器内科  
砥出康平, 大前芳男, 谷口文崇, 塚本啓祐, 森重健二郎, 岡本法奈,  
小野 颯, 竹内優太, 東凜々子

【症例】61歳男性【病歴】小脳出血で当院脳神経外科に入院。保存的治療の方針となり、ロサルタンカリウム、アムロジピンで降圧管理、ストレス性消化性潰瘍予防目的としてランソプラゾール15mg/dayの内服を行っていた。第10病日に発熱、悪寒戦慄、下痢(水様便9回/day)を認めた。血液検査ではWBC 12800/ $\mu$ l, CRP 0.94 mg/dlで軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部骨盤造影CT検査で大腸全域に液体貯留や腸管壁肥厚を認め、大腸炎が疑われた。その際のCDトキシン検査は陰性だった。同日の夜間帯に血圧低下をきたし、循環血液量減少性ショックが疑われた。補液及びノルアドレナリンの投与で循環動態の安定を図る方針となった。第11病日、大腸炎疑いで当科紹介された。【経過】第11病日、下痢の精査目的に下部消化管内視鏡検査を施行した。グリセリン浣腸のみの前処置であったためS状結腸までの観察にとどまったが、S状結腸から直腸まで連続性に全周性に黄白色調の偽膜を認めた。偽膜を剥がすと赤色調の粘膜を認め虚血性変化は否定的だった。CDトキシン検査は陰性であったものの下部消化管内視鏡検査所見から偽膜性腸炎を強く疑い、大腸粘膜生検培養検査を施行した。それも陰性ではあったが、便培養検査でClostridioides difficileを検出し、内視鏡所見も踏まえて総合的に重症偽膜性腸炎と診断した。治療に関しては第11病日からVCM(500mg/day)の内服を行った。第12病日にはCRP 28.06 mg/dlと著明な上昇を認めたが、その後第18病日にはCRP 0.97 mg/dlと奏効し、排便回数も減少、便の性状も軟便に改善を認めた。その後腹痛症状は改善し、小脳出血の後遺症に対するリハビリテーション目的に転院となった。【考察】一般的に偽膜性腸炎は抗生剤投与歴がリスクと広く認識されているが、抗生剤未使用での偽膜性腸炎の報告は少数である。また既報によれば、PPIは偽膜性腸炎のリスクと言われており、PPIが偽膜性腸炎の発症に関わったと推測されている。

偽膜性腸炎, PPI

## 19 難治性腸炎として発症しリツキシマブが著効した大腸EBV-MCUの一例

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科<sup>2)</sup>, 同 血液内科<sup>3)</sup>, 同 総合内科<sup>4)</sup>,  
同 内視鏡部<sup>5)</sup>  
鈴木 賛<sup>1)</sup>, 斎藤活輝<sup>1)</sup>, 堀口くらら<sup>1)</sup>, 阿達航太<sup>1)</sup>, 高瀬舞衣<sup>1)</sup>,  
曾谷村佳史<sup>1)</sup>, 小林里彩子<sup>1)</sup>, 芝本佑太<sup>1)</sup>, 丹野恵里佳<sup>1)</sup>,  
森田 慎<sup>1)</sup>, 近藤真由子<sup>1)</sup>, 高木 馨<sup>1)</sup>, 小島健太郎<sup>1)</sup>, 関 道治<sup>1)</sup>,  
森山茂樹<sup>2)</sup>, 高橋強志<sup>3)</sup>, 峯村信嘉<sup>4)</sup>, 加藤 順<sup>5)</sup>, 戸田信夫<sup>1)</sup>

【緒言】Epstein-Barrウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍(EBV-MCU)は、Epstein-Barrウイルス関連リンパ増殖性疾患(EBV-LPD)の亜型であり、免疫抑制や加齢に伴う免疫低下を背景に発症する。消化管病変はまれで、特に大腸病変の報告は少ない。近年、免疫抑制剤使用例で散発的に報告されているが、臨床像や治療方針は未確立である。今回、リツキシマブで著効を得たEBV-MCUの一例を経験したため、報告する。

【主訴】発熱・下痢

【症例】59歳、女性。IgG4関連硬化性胆管炎に対しプレドニゾン3 mg/日で寛解を維持していた。胆囊摘出術後より40℃近い発熱と水様下痢が3週間持続したため、精査目的で当科に紹介された。難治性C. difficile腸炎を疑い抗菌薬を投与するも奏功しなかった。スクリーニング検査で血中EBV-DNAは3.65 Log IU/mLと高値を示し、下部消化管内視鏡で上行結腸からS状結腸にかけて地図状に分布する深在性潰瘍を認めた。潰瘍底からの生検ではEBER陽性、CD20強陽性のBリンパ球浸潤を著明に認め、EBV-LPDと診断した。リツキシマブを週1回・計4回投与した結果、第2週より発熱と下痢は消失した。再検した下部消化管内視鏡では、潰瘍は癒着化し、組織学的にもBリンパ球浸潤は消失した。血中EBV-DNAも測定感度以下となり、以後無治療で再燃なく経過している。

【まとめ】免疫抑制を背景とする難治性腸炎では、EBV関連病変を鑑別に挙げる必要がある。大腸EBV-MCUはまれながら、高EBV-DNA血症やびまん性潰瘍像を手がかりに診断が可能である。本症例を通じて、EBV関連消化管病変について文献的考察を加えて報告する。

Epstein-Barrウイルス陽性粘膜皮膚潰瘍(EBV-MCU), EBV関連リンパ増殖性疾患(EBV-LPD)

## 20 EUS-TAが診断に有用であった直腸癌転移の1例

東邦大学医療センター大森病院 内科学講座消化器内科学分野<sup>1)</sup>,  
同 病院病理学講座<sup>2)</sup>, 同 臨床腫瘍学講座<sup>3)</sup>  
岩本敦雅<sup>1)</sup>, 若林宗弘<sup>1)</sup>, 池上 遼<sup>1)</sup>, 小原大和<sup>1)</sup>, 三浦雅史<sup>1)</sup>,  
星 健介<sup>1)</sup>, 氏田 互<sup>1)</sup>, 中川皓貴<sup>1)</sup>, 木村裕介<sup>1)</sup>, 密田亜希<sup>2)</sup>,  
山口和久<sup>1)</sup>, 宅間健介<sup>1)</sup>, 岡野直樹<sup>1)</sup>, 菊池由宣<sup>3)</sup>, 栢木直文<sup>1)</sup>,  
松田尚久<sup>1)</sup>

【背景】大腸癌の他臓器転移のうち膀胱転移が占める割合は1.7%と稀であり、原発性膀胱癌との鑑別が画像上困難である。今回、EUS-TAが直腸癌膀胱転移の診断に有用であった1例を経験したので報告する。【症例】50歳代、男性。【主訴】食欲不振、労作時呼吸苦【現病歴】20XX年3月上旬より食欲不振を自覚し、3月中旬から労作時呼吸苦のため前医を受診した。CTで多発肝腫瘍、多発肺腫瘍、膀胱腫瘍、直腸壁肥厚、腸間膜軟部陰影、腹水を認めた。精査治療目的に当院を紹介受診した。初診時身体所見でECOG PS 2、腹部やや膨隆あり、両側下腿浮腫を認めた。血液検査:AST 157 U/L, ALT 58 U/L, CRP 8.3 mg/dL, Hb 10.6 g/dL, CA19-9 986 U/mL, CEA 5036.0 ng/mL, DUPAN-2 190 U/mL, Span-1 1100 U/mL。腹部超音波検査で肝内に境界不明瞭な多発腫瘍と膀胱部に輪郭不整な径30mm弱大の低エコー腫瘍を認めた。第2病日に施行した超音波内視鏡検査で膀胱部に境界不明瞭な低エコー腫瘍を認め、同部位にEUS-TAを施行した。直腸壁肥厚の精査のため第4病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ下部直腸に2型腫瘍を認め、同部位より生検を施行した。Rb直腸癌cT2N1M1c(HEP, PUL, P, PANc) cStageIVc, またはRb直腸癌cT2N1M0 cStageIIIAと膀胱腫瘍cT2N1M1(HEP, PUL, P) cStageIVの重複癌と臨床診断した。肝障害を認め治療が急がれたため、第6病日からmFOLFOX6療法を減量開始した。膀胱、直腸両病変の病理組織診断はadenocarcinomaであり、EUS-TAによる膀胱体の免疫組織化学染色でCK7陰性、CK20陽性、CDX-2陽性を認めたため、直腸癌膀胱転移の診断となった。【考察】転移性膀胱癌の原発巣として大腸癌は1.3%と稀である。膀胱転移発見時にはすでに他臓器転移を伴っていることが多く手術適応となる症例に限られる。病理学的には、上皮性細胞の細胞骨格を鑑別に cytokeratin, 特にCK7とCK20の免疫組織化学染色が腫瘍細胞原発部位の鑑別に有用との報告がある。今回、膀胱EUS-TA検体の免疫組織化学染色によりCK7陰性、CK20陽性を認め直腸癌膀胱転移と診断し得た1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

直腸癌膀胱転移, EUS-TA

## 21 大腸内視鏡検査を契機に発見された multiple lymphomatous polyposis の初期像を呈するマントル細胞リンパ腫の1例

上尾中央総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
加藤 淳<sup>1)</sup>, 小山洋平<sup>1)</sup>, 穴井映光<sup>1)</sup>, 山田紗李奈<sup>1)</sup>, 原田文人<sup>1)</sup>,  
山口智史<sup>1)</sup>, 飛田拓途<sup>1)</sup>, 黒沢哲生<sup>1)</sup>, 中村直裕<sup>1)</sup>, 李 秀載<sup>1)</sup>,  
柴田昌幸<sup>1)</sup>, 明石雅博<sup>1)</sup>, 笹本貴広<sup>1)</sup>, 田中由理子<sup>1)</sup>, 高森頼雪<sup>1)</sup>,  
有馬美和子<sup>1)</sup>, 土屋昭彦<sup>1)</sup>, 西川 稿<sup>1)</sup>, 杉谷雅彦<sup>2)</sup>, 滝川 一<sup>1)</sup>

【背景】消化管悪性リンパ腫の大部分はB細胞性リンパ腫で、マントル細胞リンパ腫(MCL)は消化管悪性リンパ腫の中では0.8%という稀な疾患でありほとんどが進行例で発見され、最も難治性のリンパ腫の代表疾患とされている。【症例】HBVキャリアの50歳代男性。便潜血陽性のため前院で行った大腸内視鏡(CS)で多発する大腸ポリープが同定され、精査目的で当院紹介となった。当院で施行したCSでは全結腸に頂部に発赤調のびらんを呈する大小不同の粘膜下腫瘍様の隆起性病変が散在していた。リンパ濾胞性ポリープを疑い生検とtotal biopsy目的のEMRを行った。組織学的にはリンパ球様細胞増殖性病変が疑われたが、生検検体では検体量が少なく診断に苦慮した。EMR検体の免疫組織化学染色(IHC)でCD5(+), CD10(-), CD23(-), CyclinD1(+))でありMCLと診断された。上部消化管内視鏡では十二指腸球部に発赤調の平坦隆起性病変を認め、生検結果は大腸と同様でMCLに矛盾しない所見であった。PET-CTでは消化管以外に明らかな遠隔転移は認めず、Lugano国際会議分類stage1として経過観察の方針となった。【考察】HBs抗原陽性患者の悪性リンパ腫の発症リスクは陰性患者に比べて2-3倍高いとする報告がある。本症例はHBs抗原陽性の無症候性キャリアであり、悪性リンパ腫の発症リスクは高かった。消化管原発MCLの原発巣としては大腸が最多であり、その形態学的特徴はmultiple lymphomatous polyposis (MLP)を呈することである。しかしながら既報のMLPと異なり本症例の隆起性病変は30個程度にすぎず、MLPの初期像であったと判断した。非上皮性の腫瘍である悪性リンパ腫の診断において、粘膜浅層だけの生検検体では診断が困難な場合があり、本症例においてはEMRによる検体の採取が診断に有用であったと考えられた。【結語】悪性リンパ腫の発症リスクが高いHBVキャリアの患者において、MLPの初期像からMCLと診断し得た一例を経験した。MLPを疑った場合は生検に加え、total biopsyとしてのEMRも考慮すべきである。

悪性リンパ腫, マントル細胞リンパ腫

## 22 下部直腸癌による大腸閉塞に対して大腸ステント留置を行った2例

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科  
香河成澄, 伊東詩織, 吉永あみ, 石井ひかり, 小野寺啓, 邊田陽子,  
勝又理沙, 山本晴二郎, 藤井耕輔, 芦川智久, 原 英展, 松本浩明,  
榊 一臣, 浅川剛人, 吉野祥平, 白田信哉

【目的】歯状線近傍の下部直腸癌への大腸ステント留置は肛門痛などのリスクがあり通常は行われない。しかしproximal release型の大腸ステントを用いて下部直腸癌による大腸閉塞を解除できた2例を経験したので報告する。【症例1】80代女性。貧血精査目的の大腸内視鏡検査の前処置中に嘔吐を認めた。大腸内視鏡検査で直腸RS-aにスコア不通過の全周性の2型病変を認め、CTでも同部位に閉塞起点とする大腸閉塞の所見があり緊急で経肛門イレウス管を留置し入院となった。生検でAdenocarcinomaが検出され直腸癌の診断であった。当初は人工肛門造設術も検討されたが、呼吸機能低下で耐術能が低くまた脳梗塞の後遺症で人工肛門の管理が困難なことが予測され、大腸ステント留置の方針となった。Nit-S Enteral Colonic Stentを留置し大腸閉塞は解除され肛門痛などの症状も認めず、常食の摂取が可能となり退院した。【症例2】60代男性。体動困難を主訴に当院へ救急搬送された。CTで直腸癌による大腸閉塞を認め緊急で経肛門イレウス管を留置して入院となった。生検でAdenocarcinomaが検出され直腸癌の診断であった。癌性腹膜炎や腹膜播種結節が多数あること、脳梗塞の後遺症で高次機能障害があり人工肛門の管理が難しくと判断し大腸ステント留置の方針となった。Nit-S Enteral Colonic Stentを留置し、大腸閉塞は解除され肛門痛などの症状も認めなかった。しかし食事再開したところ嘔吐を認め、CTで腹膜播種による小腸閉塞の所見を認めた。腹膜播種の進行より予後数ヶ月であると考えられ本人の希望通り流動食のみ摂取し自宅退院とした。【考察】人工肛門の管理が困難、耐術能に問題のある下部直腸癌による大腸閉塞症例ではproximal release型の大腸ステントを注意して留置することも検討される。

下部直腸癌, 大腸ステント

## 23 肝細胞癌に対するデュルバルマブ単独療法中に発症し、病勢に一致してPIVKA-IIが変動したirAE肺障害の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学  
高田 良, 山崎勇一, 富永哲成, 小林倫太郎, 館山夢生, 村上立真,  
戸島洋貴, 浦岡俊夫

【症例】80代男性【主訴】発熱【既往歴】C型肝炎に対するIFN療法でSVR達成【現病歴】20XX-8年、人間ドックで肝細胞癌(HCC) T2N0M0, Stage IIが発見され、重粒子線治療を施行。20XX-7年に異所再発に対してラジオ波焼灼療法を実施した。20XX-1年に肝内多発再発・肺転移・縦郭リンパ節転移を認め、同年2月に当科紹介、HCC再発(T3N1M1, Stage IVB)と診断し、アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法を開始した。9コース施行するもPD判定となり、2次治療として開始したレンパチニブは1週間の投与でGrade 2の黄疸で中止となった。11月よりデュルバルマブ(Durva)単独療法を開始し、12月にTACEを施行。3コース終了時のCTで間質性肺炎を認め、20XX年2月に緊急入院となった。TACE後のHCCは制御され、肺・リンパ節転移も進行なくSD判定であったが、PIVKA-IIは13,484 mAU/mlと著増していた。1月中旬から発熱を繰り返していたが咳・痰はなく、感染症は否定的で、DurvaによるirAE肺障害と診断し、プレドニゾロン(PSL) 60mg/dayを開始した。治療開始後に改善を認め、PSLは漸減され、4週後にはCTで肺炎像の改善を確認した。HCCはSDを維持し、PIVKA-IIは5,335 mAU/mlと著明に低下していた。【考察】免疫チェックポイント阻害薬によるirAE肺障害はまれながら致死経過もあり、慎重な管理が求められる。KL-6やSP-DはirAE肺障害の既知のマーカー今回だが、PIVKA-IIが肺障害に呼応して変動した報告はなく、今般、HCCに対するDurva単独療法中に発症し、PIVKA-IIが病勢に一致して変動した1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, irAE肺障害

## 24 肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブにより免疫関連副作用(irAE)の間質性肺炎を認め、ステロイド治療が奏功した1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 横浜中央病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,  
同 呼吸器内科<sup>2)</sup>  
井上隼輔<sup>1)</sup>, 藤川博敏<sup>1)</sup>, 河田 洲<sup>1)</sup>, 芳賀大生<sup>1)</sup>, 金子桂士<sup>1)</sup>,  
中河原浩史<sup>1)</sup>, 森田博之<sup>2)</sup>

【症例】75歳男性。X-10年に慢性C型肝炎にSOF+RBVを施行しSVRとなった。DAA治療後のX年5月にAFP 103 ng/mL(L3分画 49.8%)と高値となったため、精査を行い、肝S5に15×14mmの肝細胞癌(cT1N0M0 Stage I), Child Pugh A, BCLC Stage Aと診断した。本人にIC後、RFA治療を選択しX年6月に施行したが、RFA治療後一時低下したAFPがX年8月には956 ng/mLと再上昇を認め、MRIで肝細胞癌の多中心性発育を認めためたB-TACEを行ったが、AFPは4377 ng/mLと増加し、造影CTでRFA治療後の肝S5周囲に浸潤するような境界不明瞭な腫瘍を認めた。TACE不応と判断し、一次薬物療法としてアテゾリズマブ+ベバシズマブを開始した。AFPは614 ng/mLまで低下したが3コース終了後のX年12月に感冒症状で来院され、聴診で背部中心にfine crackleを認めた。PaO2 75.5 mmHg, PaCO2 37.0 mmHg, SpO2 92%。胸部CTで両側肺野に間質陰影を認め、症状経過やKL-6 2470 U/mLと高値、自己免疫抗体陰性などからアテゾリズマブによるGrade2の免疫関連副作用(以下irAE)、間質性肺炎(以下IP)と診断した。当院呼吸器内科に入院し、メチルプレドニゾロン80 mgの静注を開始し、プレドニゾロン10 mg内服まで減量でき、臨床に改善したため、X+1年3月にレンパチニブによる二次薬物療法を開始した。X+1年4月にはAFPは173 ng/mLまで改善を認めており、現在に至るまで治療経過は良好である。【考察】IPを伴う肺癌患者では免疫チェックポイント阻害薬の使用でirAEによるIPのリスクが高いことが知られている。本症例では一次化学療法開始前にIPの診断はついていなかったが、CT上は軽度の胸膜肺実質線維化性病(PPFE)が背景にあり、このようなリスクを有する症例では治療前の評価と治療開始後の経過観察が重要であると考えられた。【結論】irAE, IPに対しステロイドが奏功し、その後の薬物療法への移行が可能となった点は、今後の治療戦略においても示唆に富む症例と考えられ報告とした。

アテゾリズマブ, 間質性肺炎

筑波大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
 目良麻衣<sup>1)</sup>, 池田貴文<sup>1)</sup>, 澤龍太郎<sup>1)</sup>, 岸本希実<sup>1)</sup>, 松本めぐみ<sup>1)</sup>,  
 安田 一<sup>2)</sup>, 和田拓海<sup>1)</sup>, 石川敬賢<sup>1)</sup>, 湯原美貴子<sup>1)</sup>, 宇野広隆<sup>1)</sup>,  
 石川直樹<sup>1)</sup>, 遠藤壮登<sup>1)</sup>, 坂本規彰<sup>2)</sup>, 長谷川直之<sup>1)</sup>, 岡田浩介<sup>1)</sup>,  
 瀬尾恵美子<sup>1)</sup>, 土屋輝一郎<sup>1)</sup>

【症例】50歳代女性。X年3月に肝内胆管癌が疑われて当院へ紹介された。造影CTと造影MRIでは肝後区域に長径 86 mmの領域性造影効果を認め、CA19-9 86.8 U/mLと高値であり、細胆管細胞癌や胆管浸潤型肝内胆管癌が鑑別に挙げられた。一方、AST 286 U/L、ALT 258 U/L、 $\gamma$ GT 183 U/L、総Bil 3.1 mg/dLと肝障害を認め、血清IgG 2159 mg/dL、抗核抗体40倍であったため、背景肝として自己免疫性肝炎(AIH)を疑った。同年4月に確定診断目的に肝生検を施行した。病理像では、腫瘍を疑った後区域にはリンパ球を主体とする高度な炎症細胞浸潤や間質の線維化を認め、肝細胞はわずかで悪性所見を認めなかった。画像変化を認めない前区域も同様の所見であったが、線維化や肝細胞の脱落は後区域より高度であった。両者の組織像はinterface hepatitisであり、AIH改訂版国際診断基準(1999年)では16点となりAIHと確定診断した。同年6月からプレドニゾロン(PSL) 30 mgを開始したところ肝胆道系酵素の正常化及び腫瘍マーカーの改善を認めた。領域性造影部位もPSLにより縮小したことから、同部位はAIHに伴う focal confluent fibrosis (FCF) と診断した。X+1年5月時点でPSL 4 mgにて維持しており再燃なく経過している。【考察】本症例は当初、悪性腫瘍が疑われたが背景肝疾患のスクリーニングを行うことでAIHを鑑別にあげることができた。また、造影効果に差があった領域との組織学的な比較がAIHとそれに伴うFCFの診断に有用であった。FCFは肝門部から放射状に広がるくさび型の線維化であり、内側区域や前区域に見られることが多い。画像所見では造影効果の増強遅延を認め、肝細胞癌や肝内胆管癌といった悪性腫瘍と誤認しやすい。慢性肝疾患による線維化で発生することが報告されているが本邦においてAIHでの報告はなされておらず、文献的知見も踏まえ報告する。

自己免疫性肝炎, Focal confluent fibrosis

千葉大学医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 腫瘍内科<sup>2)</sup>,  
 同 肝胆膵外科<sup>3)</sup>  
 大金良規<sup>1)</sup>, 大山 広<sup>1)</sup>, 内田着大<sup>1)</sup>, 須藤大賀<sup>1)</sup>, 横塚孝基<sup>1)</sup>,  
 安部見規<sup>1)</sup>, 中屋善輝<sup>1)</sup>, 酒井美帆<sup>1)</sup>, 渡部主樹<sup>1)</sup>, 關根 優<sup>1)</sup>,  
 大内麻倫<sup>1)</sup>, 菅 元泰<sup>1)</sup>, 沖津恒一郎<sup>1)</sup>, 大野 泉<sup>2)</sup>, 鈴木大亮<sup>3)</sup>,  
 高野重昭<sup>3)</sup>, 高屋敷史<sup>3)</sup>, 大塚将之<sup>3)</sup>, 加藤 順<sup>1)</sup>

【症例】50歳代男性。上部消化管内視鏡検診で十二指腸乳頭部の腫大を指摘され、当科紹介となった。血液検査ではビリルビン、肝胆道系酵素、腫瘍マーカーに異常はなかった。造影CT検査では十二指腸乳頭部に13mm大の多血性腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)では辺縁整、境界明瞭で内部比較的均一な低エコー腫瘍で、十二指腸筋層、胆管、膵管や膵実質への浸潤はなかった。EUS-guided samplingでは上皮様細胞と紡錘形細胞の増生を認め、一部に神経原性分化を示唆する細胞も確認された。以上の所見より Composite gangliocytoma/neuroma and neuroendocrine tumor (CoGNET) が疑われたが、確定診断には至らなかった。肝胆膵外科と協議のうえ、経十二指腸の乳頭部切除術を施行した。病理組織学的検査では、上皮様細胞、紡錘形細胞、神経節細胞の3成分からなる腫瘍で、水平断層は陰性であった。免疫染色では、上皮様細胞を中心に chromogranin-A, synaptophysin, CK-AEI/AE3 が、紡錘形細胞を中心に S-100, SOX-10 が陽性を示し、最終的に CoGNET と診断した。【考察】CoGNET は従来 Gangliocytic paraganglioma と呼ばれていた、十二指腸下部に発生する稀な腫瘍で、上皮様細胞、神経節細胞、紡錘形細胞の3種類の組織から構成されることが特徴である。本腫瘍は構成成分の多様性ゆえに、一部のみが採取された場合は carcinoid tumor や spindle cell tumor などの鑑別が困難である。本症例では上皮様細胞と紡錘形細胞の増生に加え、一部に神経原性分化を示唆する細胞も確認され CoGNET が疑われたが、材料が断片的かつ量的に限られており、また稀少疾患であることから確定診断には至らなかった。治療としてはリンパ節転移や浸潤を伴う場合は降頭十二指腸切除術が選択されるが、近年は縮小手術や内視鏡的切除も報告されている。本症例では画像上の浸潤を認めず、経十二指腸の乳頭部切除術で断端陰性が得られた。縮小手術が奏効した一例ではあるが明確なコンセンサスは確立しておらず、今後の症例蓄積が求められる。

CoGNET, 十二指腸乳頭部腫瘍

横浜市立大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器一般外科<sup>2)</sup>  
 池田良輔<sup>1)</sup>, 金子裕明<sup>1)</sup>, 佐藤博紀<sup>1)</sup>, 松岡裕人<sup>1)</sup>, 濱口智美<sup>1)</sup>,  
 池田 礼<sup>1)</sup>, 合田賢弘<sup>1)</sup>, 須江聡一郎<sup>1)</sup>, 入江邦泰<sup>1)</sup>, 橋本 至<sup>2)</sup>,  
 内山 護<sup>2)</sup>, 湯川寛夫<sup>2)</sup>, 前田 慎<sup>1)</sup>

症例は31歳、男性。X-3日前より間欠的な心窩部痛を自覚し、X-1日に黒色便と嘔吐を認めたため、翌日に他院を受診した。CT検査にて十二指腸に隆起性病変を認め、精査加療目的に当院を紹介された。当院初診時、心窩部に軽度の自発痛を認めたが、筋性防御や反跳痛はなかった。前医のCTでは、十二指腸水平脚に約5cm大の腫瘍性病変を認め、嵌頓による通過障害と考えられる胃の軽度拡張も認められた。また球部は腫瘍の牽引により変形しており、有茎性病変の嵌頓による消化管閉塞と診断し、緊急入院となった。同日施行した透視下上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球部に基部を有する巨大な有茎性病変が水平脚まで引き延ばされて嵌頓しており、頭部のサイズが大きく内視鏡的整備は困難であった。茎部はうっ血様の変化を呈し、頭部は易出血性で表層観察による悪性の鑑別は困難であった。入院後、腹痛は軽減傾向であったが、血流障害を伴うこと、整備困難であることから、入院2日目に準緊急手術を施行した。上腹部正中切開で腹腔内を観察すると、病変は十二指腸水平脚に嵌頓していた。用手的に整備し、病変の基部は十二指腸球部と判断。球部前壁を長軸切開して内腔を観察したところ、球部を主座とする有茎性病変を確認し、茎部で結紮切離して摘出した。切除部および切開部は縫合閉鎖し、手術を終了した。術後経過は良好で、術後5日目の透視造影で漏出所見がなかったため6日より経口摂取を開始し、10日目に退院となった。摘出標本の病理組織では、表層は正常十二指腸粘膜に覆われ、粘膜下層には粘液産生に富む Brunner 腺が結節状に増生していた。構造異型や細胞異型は認められず、Brunner 腺過形成と診断された。Brunner 腺過形成は十二指腸に発生する良性疾患であるが、稀に増大し嵌頓を来すことがある。嵌頓を伴う腫瘍性病変に対しては、本疾患も鑑別に挙げるべきである。小病変であれば内視鏡的切除も可能だが、整備困難や巨大病変では外科的切除を選択すべきであり、文献的報告を交えて報告する。

十二指腸腫瘍, 嵌頓

日本医科大学 消化器外科  
 若井磨磨, 山田岳史, 上原 圭, 進士誠一, 松田明久, 横山康行,  
 高橋吾郎, 吉田 寛

【背景】腹腔鏡手術の普及により癒着性腸閉塞の発生頻度は減少している一方で(Udelsman et al.), 絞扼性腸閉塞の頻度が相対的に増加していることが報告されている。その要因として、切開創への広範な壁側の癒着ではなく、臓側に局所的に生じる癒着が索状物形成を引き起こしやすい可能性が示唆される(Yamada et al.)。絞扼性腸閉塞では虚血が経時的に進行し、しばしば不幸な転帰を辿るものの、理学所見や血液検査の個人差が大きく、また gold standard である造影CTでも診断に苦慮し治療介入が遅れる症例も多い。我々は、血中 cell-free DNA の long fragment (long cfDNA) が虚血性腸疾患におけるバイオマーカーとして有用であることに着目し、絞扼性腸閉塞の診断における有用性を検証した。

【方法】対象は2018年4月～2023年3月に絞扼性腸閉塞疑いにて手術を施行した患者59例。手術前の末梢血を採取し、cfDNA を抽出。Fragment の長さならびに濃度を BioAnalyzer (Agilent Technologies) を用いて測定した。ROC 解析により、long cfDNA の診断精度を評価した。

【結果】絞扼性腸閉塞 49例、癒着性腸閉塞 10例。年齢、性別、血液検査、cfDNA 濃度に有意差は認めなかった。long cfDNA は絞扼性腸閉塞患者において有意に高値であり (P=0.002), long cfDNA による絞扼性腸閉塞診断の AUC は 0.80 (95% CI=0.67-0.90) であった。また術後フォローでの血液サンプルでは絞扼群の long cfDNA は消失した。【結論】long cfDNA は絞扼性腸閉塞の客観的な診断補助ツールとして有用である。また現在、CT 画像診断の精度を上げるべく、AI を用いた画像解析システムの開発に多施設共同で取り組んでおり、多角的な絞扼性腸閉塞早期診断法の開発を目指している。

絞扼性腸閉塞, cell-free DNA

## 29 保存的治療で救命し得た壊死型虚血性直腸炎の1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科  
高橋伸太郎, 永山智弓, 芹澤宏樹, 田村繁樹, 吉原 努, 古川潔人,  
佐藤晋二, 森川瑛一郎, 細野邦広, 池田隆明

【症例】85歳、女性。【主訴】下血、下腹部痛。【既往歴】49歳時に胆石発作で胆摘手術、74歳時に肺気腫で在宅酸素療法導入。【現病歴】20XX年7月に血便で当科に入院した。下部消化管内視鏡検査では直腸粘膜に広範囲のびらん性変化を認め、造影CTで腸骨動脈系の動脈硬化性狭窄所見、左腸骨動脈内血栓を確認した。虚血性直腸炎としての保存的治療で症状は改善し、退院後も抗血小板薬継続の方針となっていた。同年10月中旬、経過中に指摘された乳癌の手術予定で抗血小板薬が中止され、その数日後に血便、下腹部痛が出現したため緊急入院となった。【検査成績】WBC 10900/ $\mu$ l、RBC286/ $\mu$ l、Hb 8.9 g/dl、Hct 27.4%、Plt 6.2万/ $\mu$ l、CRP 21.23 mg/dl、AST 24 U/L、ALT 7U/L、LDH 174 U/L、ALP 51 U/L、 $\gamma$ -GTP 8 U/L、T-Bil 0.46 mg/dl、AMY 117 U/L、FBS 103 mg/dl、FDP 62.8  $\mu$ g/ml、D-ダイマー 37.9  $\mu$ g/ml、ラクテート 11.9 mmol/L。【臨床経過】骨盤部CTで直腸壁肥厚、周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。保存的治療で循環状態の安定後に施行した下部消化管内視鏡検査で、直腸粘膜は黒紫色、浮腫状を示し壊死性変化が考えられた。造影CTでも直腸の血流低下が認められた。壊死型虚血性直腸炎として外科的治療を検討したが、呼吸機能を含め全身状態が不良であり断念し、保存的治療の方針となった。炎症に対する抗菌薬投与と共に、血栓形成による病態悪化を考え、入院翌日よりヘパリン治療を開始した。以降、下血、下腹部痛は徐々に改善した。第16病日にはヘパリンから抗血小板薬に変更し、第28病日に自宅退院となった。退院前に施行した内視鏡検査では、直腸粘膜の再生所見が確認できた。【考察】複数の栄養血管を有する直腸の虚血性大腸炎は稀である。今回、発症早期から開始した抗凝薬を含む保存的治療で救命し得た壊死型虚血性直腸炎の症例を経験し、示唆に富むと考え報告する。

壊死型虚血性直腸炎, 抗凝固療法

## 31 潰瘍性大腸炎におけるAdvanced therapy多剤無効例に対するウパダシチニブの有効性の検討

聖マリアンナ医科大学 消化器内科  
飯島良彦, 加藤正樹, 荒木建一, 塚本京子, 石田 潤, 小松拓実,  
中本悠輔, 佐藤義典, 前畑忠輝, 立石敬介

【目的】近年、本邦において難治性潰瘍性大腸炎(UC)に対して複数の生物学的製剤や低分子化合物製剤(Advanced Therapy: AT)が使用可能となった。ウパダシチニブ(UPA)は2022年9月にUCに対して使用可能となったが、実臨床におけるAT多剤無効例に対する治療成績や効果予測因子は不明である。今回、我々はAT多剤無効例に対するUPAの治療成績と、それらに影響する背景因子を検討した。【方法】2022年9月から2024年12月までにUPAを導入したUC 26症例のうち、AT使用歴が2剤以上、導入時のpartial Mayo score (pMS) 3以上、かつ観察期間が26週を有する11例を対象とした。寛解はpMS 1以下、有効はpMS 1以下または2以上の改善と定義した。UPA導入8および26週時点での寛解率・有効率と、それらに影響を及ぼす背景因子を検討した。【結果】患者背景は男性7例・女性4例、年齢43歳(15-62)、罹患期間7年(1-21)、導入時pMS 4(3-9)、Hb 13.2 mg/dL(9.3-16.8)、血小板 $35.3 \times 10^4$ /L(24.9-66.0)、Alb 4.3 g/dL(2.8-4.8)、CRP 0.09 mg/dL(0.03-1.36)、血沈 3 mm/1hr(1-42)(いずれも中央値)、全大腸炎型9例・左側大腸炎型2例、ステロイド抵抗性2例・依存性8例・ナイーブ1例であった。前治療はGOL 1例、UST 1例、MIRI 2例、FIL 4例、TOF 2例、TAC 1例、併存治療は5-ASA製剤5例、CAP 2例であった。UPA導入後8週の寛解率は55%(6/11例)、有効率は73%(8/11例)、4例が治療中止となった。26週時点での寛解率は64%(7/11例)、有効率は64%(7/11例)であった。26週時点の寛解率と各背景因子との関連性を検討したが、統計学的に有意な差を認めなかった。【結論】AT多剤無効例におけるUCに対してUPAの寛解率は8週で55%、26週で64%と有効性が示された。また、少数の検討ではあるが、導入早期に反応が得られた症例では長期的な寛解維持が期待できる可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎, ウパダシチニブ

## 30 直腸RbにおけるT2癌の深達度別臨床病理学的特徴とリンパ節転移との関連

昭和医科大学横浜市北部病院 消化器センター  
宮田裕輝, 工藤進英, 高階祐輝, 一政克朗, 神山勇太, 仙波重則,  
森田友梨子, 峯岸洋介, 奥村大志, 桜井達也, 中原健太, 小川悠史,  
前田康晴, 小沢慶彰, 竹原雄介, 小形典之, 林 武雅, 澤田成彦,  
馬場俊之, 三澤将史

【背景・目的】大腸T2癌では外科的切除が標準治療とされ、リンパ節転移の有無がその後の治療方針決定において重要である。直腸Rbは解剖学的に内視鏡的アプローチが可能な部位であり、内視鏡的筋層剥離術等の進展により、新たな治療選択肢が検討されている。本研究では、直腸Rb T2癌を深達度で分類し、臨床病理学的特徴およびリンパ節転移との関連を比較検討した。【方法】対象は、2001年4月から2021年12月までに当センターで外科的切除された直腸Rb T2癌103例である。臨床因子(年齢、性別、CEA、CA19-9、再発)および病理学的因子(腫瘍径、組織型、静脈侵襲、リンパ管侵襲、リンパ節郭清数、リンパ節転移、腺腫成分、深達度)を調査した。深達度は、内輪筋層にとどまるものをT2a、外縦筋層まで達するものをT2bと定義し、各群間で比較を行った。【結果】リンパ節転移陽性例は21例(20.4%)であり、リンパ管侵襲の有無は転移と有意に関連していた(陽性例: 31.7% vs. 85.7%、 $p < 0.0001$ )。深達度別では、T2aが67例(65.0%)、T2bが36例(35.0%)で、リンパ節転移の頻度はT2aで17.9%(12/67)、T2bで25.0%(9/36)と、T2bにやや高い傾向が認められたが、有意差はなかった( $p=0.4316$ )。その他の因子において、群間で有意差は認められなかった。【結論】直腸Rb T2癌における深達度別比較では、T2bでリンパ節転移の頻度がやや高い傾向がみられたが、有意な差は認められなかった。深達度がリンパ節転移や病理学的特徴に与える影響について、今後のさらなる検討が望まれる。

大腸T2癌, リンパ節転移

## 32 PNIおよびCONUTスコアを活用したタクロリムスからトファシチニブへスイッチし寛解導入した重症UCの1例

自治医科大学附属 さいたま医療センター 消化器内科  
自井智博, 三浦孝也, 松本吏弘, 水谷 琢, 佐藤杏美, 勝部聡太,  
森野美奈, 吉川修平, 大竹はるか, 関根匡成, 上原健志, 浅野岳晴,  
宮谷博幸, 眞嶋浩聡

【背景】重症潰瘍性大腸炎(UC)の治療において、治療効果の予測と手術適応の判断はしばしば困難である。【症例】30代女性。ステロイド抵抗性全大腸炎型UCに対し、前医でメサラジン、アザチオプリン、プレドニゾン(PSL) 30mg/日を使用していたが、症状の増悪により紹介入院となった。入院時点でPNI 16.4、CONUT 11と予後推定栄養指数は低水準であり、初期治療が奏功しない場合には速やかな手術が必要になると予想された。入院後1日からタクロリムス0.1 mg/kg/dayで導入したが、7日後のトラフ値は3.1 ng/mLと十分に上昇せず、治療効果が得られないと判断し、トファシチニブに切り替えた。治療経過中はPNIとCONUTスコアを厳重にモニタリングしながら、症状は軽快し手術を回避することができた。臨床的寛解が得られ入院後30日に退院となった。退院後もトファシチニブを継続し、現在寛解状態を維持している。【考察】重症UCに対して寛解導入療法を行う際には、外科手術の適切なタイミングを逃さないことが重要である。外科手術のハイリスク患者の絞り込みと短期間内に内科治療の継続・変更および手術の選択を適切に判断する必要があり、その際に客観的な指標が有用となる。本症例では、入院時点でPNIおよびCONUTスコアを基に手術リスクが高い重症例と判断し、治療の導入および変更を迅速に行った結果、手術を回避することができた。【結論】PNIおよびCONUTスコアを用いることで重症UC治療戦略の最適化に寄与する可能性がある。

潰瘍性大腸炎, CONUTスコア

順天堂大学 医学部 消化器内科

池嶋亮, 多田昌弘, 石塚 敬, 森永真紀, 深田浩大, 柳沼礼子, 内山 明, 福原京子, 今 一義, 山科俊平, 永原章仁, 伊佐山浩通, 池嶋健一

症例は47歳男性。202X年9月から咽頭痛、12月からの発熱、右季肋部痛、尿濃染を主訴に近医を受診し、前医に紹介された。AST 539 U/L、ALT 542 U/L、T-Bil 7.3 mg/dLと肝機能障害を認め緊急入院となり、体幹部皮疹の出現、EBVVCA-IgM 1.0、EBVVCA-IgG 11.0、EB抗EBNAIlgG 3.7、EBV-DNA 6.57とEBウイルス(EBV)現感染所見を認め、伝染性単核球症の診断となった。肝機能障害の増悪に加え血球貪食症候群(HS)を合併したため、第7病日に当院に転院となった。骨髄・皮膚のREAD検査でEBER陽性、CD2、CD3、CD7、CD56陽性のNK細胞、TIA1、perforin陽性を検出し、EBV関連血球貪食症候群(EBV-AHS)、EBV関連T/NK細胞リンパ増殖症(EBV+T/NK cell-LPD)の診断となり、デキサメタゾンの投与を開始した。同時に急性肝不全に至ったため、血漿交換療法、持続的血液ろ過透析療法(CHDF)を併用し、第10日目よりガンシクロビル開始したところ、肝機能障害は改善傾向となり、第13日目には血漿交換療法を離脱、2日後にCHDFも終了した。しかしHSの改善は得られず、第15病日よりエトポシドを開始。ガンシクロビルによる骨髄抑制も懸念されたため、抗ウイルス療法はホスカビルに変更した。Salvage治療として第27病日よりCHOP療法を開始したが、第28病日に血痰、酸素化低下を生じ、肺胞出血症との診断で、人工呼吸器管理およびメチルプレドニゾロンパルス(mPSL pulse)療法1コース目を開始。L-アスパラギナーゼを開始した。第45病日からmPSL pulse2コース目を施行したが効果が乏しく、第53病日に死亡した。病理解剖の所見では肝組織は小動脈の脂肪沈着を呈し、EBER陽性でCD3CD、CD56陽性の細胞浸潤を認めた。EBV+T/NK cell LPDはEBV持続感染によりT/NK細胞が増殖し、発熱、リンパ節腫脹、肝脾腫などの症状が持続し、予後不良とされる疾患である。本症例は血漿交換療法+CHDF、抗ウイルス療法の併用で急性肝不全を脱することができたが、EBV-HSの治療抵抗性のため、救命には至らなかった。予後を悪化させた背景にはT/NK cell-LPDの中でも急激型NK細胞白血病などの悪性病型の存在も考慮された。

EBV関連T/NK細胞リンパ増殖症, 血球貪食症候群

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科

川手裕里絵, 北村倫香, 長尾千香子, 井上諒介, 鈴木健太, 小谷野香織, 長谷川雄太, 葉山惟信, 新井泰史, 厚川正則

【背景】肝膿瘍は糖尿病、過度の飲酒、肝・胆道系疾患、悪性腫瘍などを基礎疾患として発症することが多い。肝膿瘍の起炎菌としてKlebsiella pneumoniaeが最も多く、眼内炎、肺化膿症、脳膿瘍・髄膜炎など他臓器感染症の合併が報告されている。【症例】60代男性。20XX年3月X日より微熱、心窩部痛を認め、第8病日に起床時からの左眼の視力低下を主訴に前医を受診され、左ぶどう膜炎の診断でLVFX内服およびステロイド点眼液で保存的加療が開始された。第9病日に当院眼科へ紹介となり、第11病日に内因性眼内炎の精査目的に血液検査、全身CT撮像を行い、胆嚢炎および肝右葉に肝膿瘍を認め同日緊急入院となった。第11病日にTAZ/PIPCによる抗菌薬加療に加え、無症候性総胆管結石に対して内視鏡的胆管ドレーナージ術、胆嚢炎に対して経皮経肝胆嚢ドレーナージ術を行った。胆汁培養よりK. pneumoniaeを検出したが、血液培養は陰性であった。第19病日に硝子体手術を施行し、眼感染コントロールは良好であったが、前房内透見不良であり視機能の改善は得られなかった。第20病日の腹部CTで肝膿瘍の縮小傾向と炎症反応の改善を認め、第27病日にTAZ/PIPC投与を終了とした。同日に腹腔鏡下胆嚢摘出術、第35病日に内視鏡的結石除去術を行った。第39病日の腹部CTにて肝右葉の肝膿瘍の縮小を認めるものの、肝左葉に新規肝膿瘍を認めたためLVFX内服継続で第46日に退院とした。【考察】本症例は左眼の視力低下を契機に、肝膿瘍の診断及び治療介入に繋がった。既報では眼症状の発症から24時間以内の早期眼科的治療介入が重要であると報告されているが、当院で経験した肝膿瘍に合併した内因性眼内炎では3例中2例において、早期眼科的治療介入に関わらず視機能の改善は認められなかった。本症例のように眼症状が出てから初めて医療機関を受診し、初発症状から時間経過した症例もあり注意が必要である。【結語】細菌性肝膿瘍は他臓器感染症を合併することもあり、特に内因性眼内炎は治療抵抗性で視力予後が不良なため、早期発見・治療及び眼科との緊密な連携が重要である。

肝膿瘍, 内因性眼内炎

帝京大学 医学部 内科学講座<sup>1)</sup>, 同 放射線科学講座<sup>2)</sup>佐藤洗平<sup>1)</sup>, 曾根雅之<sup>1)</sup>, 山本真由<sup>2)</sup>, 梶田航平<sup>1)</sup>, 徳富 遥<sup>1)</sup>, 竹内研人<sup>1)</sup>, 清水友貴<sup>1)</sup>, 本田 卓<sup>1)</sup>, 櫻井美代子<sup>1)</sup>, 松本康佑<sup>1)</sup>, 磯野朱里<sup>1)</sup>, 青柳 仁<sup>1)</sup>, 三浦 亮<sup>1)</sup>, 阿部浩一郎<sup>1)</sup>, 有住俊彦<sup>1)</sup>, 浅岡良成<sup>1)</sup>, 小田島慎也<sup>1)</sup>, 今津博雄<sup>1)</sup>, 山本貴嗣<sup>1)</sup>, 田中 篤<sup>1)</sup>

症例は50歳代男性。アルコール性肝硬変(Child Pugh分類C)で当院に紹介され通院中であった。初診時より大量の腹水を認めており、スピロノラクトン、フロセミド、トルバプタンなどの利尿剤にも反応は乏しく、定期的に腹水穿刺を実施していた。しかしながら穿刺排液量は徐々に増えていき、1回の腹水穿刺で4リットル抜いても、1週間後再貯留する状態であり、難治性腹水と判断した。MELDスコア14点で、放射線科との協議の上、TIPS(Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt)の適応と判断した。院内の高難度新規医療技術評価委員会での承認を受けた後にTIPSを施行し、径8mmのステントを留置した。翌日から尿量が増加し、腹水も減少したため、術後4日目に退院した。一方で、TIPS前は血清アンモニア値が100  $\mu\text{g/dL}$ 前後だったが、TIPS後は150から300  $\mu\text{g/dL}$ で推移し、術前にはみられなかった肝性脳症を繰り返し発症するようになった。排便コントロールや蛋白制限食など、日常生活の注意点を指導するとともに、BCAA製剤、リファキシミンなどの治療を試みるも、改善はみられなかった。そのため、シャント血流量を減らすことを目的として、ステント径を6mmに縮小した。術後は血清アンモニア値が100  $\mu\text{g/dL}$ 前後まで低下し、肝性脳症も改善した。シャント縮小後も腹水は増加せず、利尿剤の投与や腹水穿刺は行わず経過観察中である。本邦ではTIPSが保険収載されておらず、報告例も少ない。TIPS後の難治性肝性脳症に対するステント縮小術後の経過について、文献的考察を含め報告する。

TIPS, 肝性脳症

東邦大学医療センター 大橋病院 消化器内科<sup>1)</sup>,同 産婦人科<sup>2)</sup>小原大輝<sup>1)</sup>, 青木勇樹<sup>1)</sup>, 松井貴史<sup>1)</sup>, 小川 悠<sup>1)</sup>, 齋藤孝太<sup>1)</sup>, 村上貴寛<sup>1)</sup>, 山田悠人<sup>1)</sup>, 日原大輔<sup>1)</sup>, 岡本陽祐<sup>1)</sup>, 塩澤一恵<sup>1)</sup>, 伊藤 謙<sup>1)</sup>, 大村涼子<sup>2)</sup>, 渡邊 学<sup>1)</sup>

症例は50代女性。10代にMayer-Rokitansky-Kuster-Hauser症候群に対しS状結腸による膈再建術の既往がある。発熱と腹痛を主訴に前医を受診、炎症反応高値と肝S8に65mmの腫瘍性病変を認め、肝膿瘍が疑われ加療が開始された。しかし、翌日shock vitalを呈し当院転院となった。肝膿瘍による敗血症性ショックと考え、経皮経肝膿瘍穿刺吸引を施行、膿性排液を認め、培養はムコイド産生型Klebsiella pneumoniae(MKP)であった。肝膿瘍に対して8Frドレーンを留置、第4病日のDynamic CTでは、膿瘍内部の液状化と、骨盤内に30mmの膿瘍も確認した。第11病日には肝膿瘍は増大していたため、ドレーンを12Frへ入れ替えた。その後、呼吸不全を併発し挿管管理となったが、集学的治療により改善し、第16病日に抜管、第39病日にドレーンを抜去、第40病日に退院した。経過中、肝膿瘍と骨盤内膿瘍の関連性と骨盤内膿瘍が再建膈末端であることを疑い、第34病日に陰性造影と末端の付着粘液の培養を施行した。膿瘍部が再建膈末端であることは確認できたが、培養から同一菌は同定されなかった。MKPは粘膜による高い抗食性を有し、免疫正常者でも重篤な感染を引き起こす。感染のリスクとして糖尿病やアルコール多飲などの報告があるが、本例に明らかリスク因子はなかった。一方、再建膈は腸管粘膜由来のため腸内細菌が定着しやすく、性交渉や加齢による粘膜バリアの破綻によりbacterial translocationが生じやすいため、また、術後数十年を経て膿瘍を認めたとの報告もあり、本例の肝膿瘍は再建部膿瘍の血行性感染が原因だった可能性がある。膈再建術後長期間経過した症例においても、感染成立を念頭に対応することが重要であると考え、若干の文献的考察を加え報告する。

肝膿瘍, 膈再建術後

## 37 ステロイド加療中に胆汁細胞診にてランブル鞭毛虫が検出された1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科  
国生華奈, 薩田祐輔, 上向伸太郎, 松田 悠, 五十嵐洋介,  
佐藤純也, 中原一有, 立石敬介

75歳女性。X年9月、顎下腺腫大が出現し前医を受診した。血液検査にてIgG4 410mg/dLと高値を認め、IgG4関連唾液腺炎の診断となった。同年10月、心窩部痛を認め、血液検査にてT-Bil 2.2mg/dL、D-Bil 1.3mg/dL、AST 730U/L、ALT 617U/L、 $\gamma$ -GTP 685U/L、AMY 172U/Lと肝胆道系酵素および膵酵素の上昇を認めた。造影CTにて脾のびまん性腫大および被膜様構造、膵内胆管狭窄を認め、自己免疫性膵炎(AIP)、IgG4関連硬化性胆管炎と診断された。前医に入院となり、ERCPにて胆管狭窄部より生検を施行し、胆管ステントが留置された。なお、胆管生検の結果は炎症細胞浸潤を認めるが悪性所見は認めなかった。その後、ステロイド加療目的にて当院へ紹介となり、PSL30mg/dayでのステロイド療法を開始した。X+1年2月、ERCPを施行し、胆管狭窄の改善が確認され、胆管ステントは抜去した。しかし、その際に施行した胆汁細胞診より多数のランブル鞭毛虫が検出された。詳細な問診を行ったところ、海外への渡航歴はなかったが、軽度の下痢が継続していたことが判明した。そこで、メトロニダゾールの内服加療を開始したところ、症状の改善が得られた。本症例におけるランブル鞭毛虫の感染経路は不明であったが、ステロイド療法による免疫抑制状態がランブル鞭毛虫の増殖および下痢症状の出現に関与した可能性が否定できない。ステロイド加療などの免疫抑制状態下に加え不明の消化器症状が出現した際には、一般的な感染症に加えランブル鞭毛虫による寄生虫症も鑑別の一として念頭に置く必要がある。

自己免疫性膵炎, ランブル鞭毛虫

## 38 Edwardsiella tarda感染による胆道感染を反復した1例

独立行政法人 労働者健康安全機構 東京労災病院 消化器内科  
石井咲貴, 西中川秀太, 大場信之, 乾山光子, 土方一範, 折原慎弥,  
松坂 翔

症例は54歳男性。20XX年2月に発熱、腹部膨満感を主訴に病院を受診した。血液検査で炎症反応および肝胆道系酵素が上昇しており、CT検査では胆管壁の肥厚と胆嚢内結石を認めたため急性胆管炎の診断で入院した。入院時の血液培養からEdwardsiella tardaが検出され、抗菌薬加療にて改善を認めたため第12病日に退院した。また、入院翌日の造影CT検査では門脈左枝に血栓が見られており抗血栓薬が開始された。退院から9ヵ月後の20XX年12月に腹痛、黄疸が出現し急性胆管炎の診断で入院した。血液培養ではKlebsiella pneumoniaeが検出された。CT検査では総胆管結石を認めたため、内視鏡的乳頭切開術および採石術を施行した。胆嚢内結石は残存しているが、胆嚢摘出術の希望はなく経過観察とした。門脈血栓症も残存しており、抗血栓薬は継続した。20XX+4年6月の造影CT検査では門脈血栓の器質化、門脈左枝の閉塞を認めており、抗血栓薬は無効と判断し終了した。20XX年+6年7月に発熱、右季肋部痛を受診し、CT検査で胆嚢腫大を認めたため急性胆嚢炎の診断で入院した。入院翌日に経皮経肝胆嚢ドレーナージを施行し、吸引した胆汁培養から再びEdwardsiella tardaが検出された。ドレーナージ及び抗菌薬投与にて炎症反応は改善したが、繰り返す胆道感染の管理のために胆嚢摘出術を施行した。Edwardsiella tardaは、腸内細菌科に属するグラム陰性桿菌で、主に淡水魚や爬虫類に常在している。淡水魚の摂取や外傷などを介してヒトに感染し、稀だがヒトからも検出されることがある。腸管感染症が大半を占めるが、敗血症や肝膿瘍、髄膜炎など腸管外感染を併発した場合には重症化や死亡例も報告されている。今回、6年の経過でEdwardsiella tarda感染による胆道感染を反復した1例を経験したため報告する。

Edwardsiella tarda, 胆道感染

## 39 デュルマルマブによる続発性副腎機能不全を発症した切除不能胆嚢癌の1例

東海大学医学部付属病院 消化器内科  
菊池毅弘, 川西 彩, 柿澤桃花, 辻 優美, 幕内智規, 白滝理博,  
三島佑介, 上田 孝, 佐藤博彦, 森町将司, 佐野正弥, 鶴谷康太,  
藤澤美亜, 荒瀬吉孝, 岩崎栄典, 鈴木秀和, 松嶋成志,  
加川建弘

【背景】切除不能胆嚢癌の薬物治療において、免疫チェックポイント阻害薬(ICI)であるDurvalumabが2022年12月に保険適応となり、従来のGemcitabine + Cisplatin(GC)にDurvalumabを加えたGCD療法が標準治療となった。その一方で、ICIによる免疫関連有害事象の報告も増加し、その一つに内分泌障害が知られている。当院で経験したDurvalumabによる続発性副腎機能不全を発症した切除不能胆嚢癌の1例を報告する。【症例】79歳、女性【主訴】脱力、意識障害【現病歴】胆嚢癌、多発リンパ節転移、多発肝転移の診断にて、X年Y-6月よりGemcitabine + Cisplatin(GC)療法を開始し、5コースまで施行した。X年Y-2月よりGC + Durvalumab療法に変更したが、X年Y月Z-1日より脱力が生じ、意思疎通が困難な状況となった。X年Y月Z日に4コースを施行予定であったが、血液生化学検査にてNa 117mEq/L、Glu 43mg/dLと低値であり、副腎不全の疑いにて、同日緊急入院となった。ヒドロコルチゾン100mg/日の静注を開始し、内分泌検査を追加したところ、ACTH 4.1pg/ml(基準値7.2-63.3)、コルチゾール1.52  $\mu$ g/ml(基準値7.07-19.6)であり、Durvalumabによる続発性副腎不全の診断に至った。意識レベルは徐々に改善し、第5病日にはコルチゾールが23.6  $\mu$ g/dLまで上昇を認め、ヒドロコルチゾンを50mg/日に減量した。第11病日にヒドロコルチゾン70mg/日の内服投与に変更し、第21病日に退院とした。【考察】本症例では、低Naおよび低血糖を契機に副腎不全を疑い、迅速なステロイド投与が奏功した。ICIによって生じる続発性副腎不全は頻度は少ないが、適切な診断及び治療を要する。そのため、ICIにより副腎不全が生じ得ることを念頭に置き、治療にあたる必要がある。

デュルマルマブ, 副腎機能不全

## 40 40代男性の脾充実性偽乳頭状腫瘍 solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>  
吉田有希<sup>1)</sup>, 田澤遙介<sup>1)</sup>, 小村有司<sup>1)</sup>, 山口 徹<sup>1)</sup>, 張つほみ<sup>1)</sup>,  
吉原四方<sup>1)</sup>, 広瀬俊治<sup>1)</sup>, 永田順子<sup>1)</sup>, 伊藤裕幸<sup>1)</sup>, 鈴木孝良<sup>1)</sup>,  
和泉秀樹<sup>2)</sup>, 金子順一<sup>2)</sup>, 藏田麻希子<sup>3)</sup>, 田尻琢磨<sup>3)</sup>

【症例】48歳男性【主訴】嘔気【既往歴】なし【生活歴】飲酒; 日本酒2合/回×2回/月【現病歴】20XX年1月に嘔気、心窩部痛が出現し、1週間経過するも症状の改善がみられないため当科外来を受診した。血液検査で腫瘍マーカーはCEA 1.6 ng/mL、CA19-9 17.0 U/mL、DUPAN-2 25U/mLと正常範囲であった。腹部超音波検査で膵尾部に内部の石灰化と乏血性の低エコー腫瘍を認めた。造影CT検査では同部位に微小嚢胞が混在し石灰化を伴う乏血性で漸増性造影効果を認める境界明瞭な腫瘍性病変がみられた。MRI検査の拡散強調像で高信号域、T2強調画像で内部が低信号域、T1強調画像で低信号域を呈していた。上記より脾SPNを疑いEUS-FNAを施行した。細胞診は軽度核腫大と核異型の乏しい偏在核を示す異型細胞が散在性に出現し、一部で血管間質を伴っていたことから脾充実性偽乳頭状腫瘍solid pseudopapillary neoplasm (SPN)が推定された。以上より脾SPNが疑われるため、腹腔鏡下脾尾部切除術を施行した。病理組織診では脾SPNの診断で膵尾部の白色充実性腫瘍が神経周囲を取り囲むように増殖し、脾静脈に浸潤していたがリンパ節転移は認められなかった。【考察】脾SPNは若年女性に好発する低悪性度癌性腫瘍で、腫瘍は繊維性被膜を有し充実性部分と嚢胞成分が混在している場合が多い。男性の発症率は脾SPNの10%で、発症年齢が女性と比較し約10歳程高く、腫瘍は嚢胞成分が少ない石灰化を伴う充実性腫瘍で、組織浸潤が高頻度であると報告されている。本症例は中年男性で、病理組織診では石灰化を伴う充実性腫瘍を呈し脾静脈浸潤を伴っていた。男性の脾SPNは稀であり報告する。

脾充実性偽乳頭状腫瘍, Solid pseudopapillary neoplasm (SPN)

## 41 多発性腫瘍性病変を認めた1型自己免疫性膵炎の一例

東京都立病院機構 駒込病院 消化器内科  
岩城公人, 田畑宏樹, 仲程 純, 南 亮悟, 星 健介, 千葉和朗,  
神澤輝実, 飯塚敏郎

【背景】自己免疫性膵炎は膵癌との鑑別がしばしば困難であり、特に多発性限局型は診断に難渋することがある。【症例】60歳代女性、X年7月に右臍部周囲の疼痛を主訴に前医を受診し、腹部超音波検査及び共鳴胆管膵管造影(MRCP)で膵腫瘍が疑われた。血液検査ではIgG4は126 mg/dlであった。またCA19-9、CEA、DUPAN-2の上昇を認めなかった。膵頭部から膵尾部にかけて4箇所腫瘍を認め、EUS-FNAの病理組織診断では軽度の炎症細胞浸潤と線維増生があり、免疫染色ではIgG4陽性の形質細胞は10個/HPFを超え、IgG4/IgG比は70%から1型自己免疫性膵炎限局型準確定の診断となった。その後、膵臓切除を要する腫瘍性病変については著変なく、IgG4関連疾患における膵外病変を示唆する所見を認めなかった。有症状であり多発病変からびまん型へ進展する可能性を考慮して、プレドニゾン(PSL)30mg/日内服による寛解導入療法を開始した。膵臓切除外目的にX年11月に早期のEUS評価を行ったところ、膵尾部に唯一残存する低エコー結節を認めたため、再度EUS-FNAを施行し病理結果では線維化と腺房の萎縮の見られる膵組織であり、悪性所見は認めなかった。また、X+1年1月に再度DWIBSを施行したところ多発する拡散制限域は改善しており、ステロイド内服に対する治療反応は良好と考えられた。以後漸減しPSL5mg/日の内服による維持療法を継続し、経過良好である。【考察】多発する限局型の自己免疫性膵炎であり、慎重に膵臓の除外を行った一例を経験した。自己免疫性膵炎限局型では時に多発性腫瘍性病変を呈することが報告されており、自己免疫性膵炎全体の20%程度を占めるとする報告もある。多発性腫瘍性病変を呈する1型自己免疫性膵炎の臨床的特徴や診断・治療方針について文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性膵炎, IgG4関連疾患

## 42 切除不能膵頭部癌に伴う胆道出血に対して止血目的のSEMS留置後に仮性動脈瘤が形成された1例

東京都立多摩北部医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
日本医科大学 消化器内科学<sup>2)</sup>  
石井 晋<sup>1,2)</sup>, 鈴木健太<sup>2)</sup>, 葉山惟信<sup>2)</sup>, 中村里菜<sup>1)</sup>, 福永 清<sup>1)</sup>,  
内田晋平<sup>1)</sup>, 山田善人<sup>2)</sup>, 室井勇人<sup>1)</sup>, 井上諒祐<sup>2)</sup>, 柴田喜明<sup>1)</sup>,  
厚川正則<sup>2)</sup>

【背景】悪性疾患に対する化学療法後の胆道狭窄から胆道出血をきたすことを臨床的に少なからず経験する。今回、胆道出血の止血目的にself-expandable metallic stent: SEMSの留置を契機に形成された仮性動脈瘤から、SEMS留置後早期に再出血をきたした症例を経験したため報告する。【症例】70歳代女性。近医にて閉塞性黄疸を指摘され紹介となり、精査の結果膵頭部癌(T4N0M1, stage IV)と診断した。減黄目的にSEMS(Hanarostent Multi-hole covered 10mm 8cm)を留置しGEM+nab-PTX療法を開始した。1kur day16に黒色調の嘔吐を認め上部内視鏡検査を施行したところ、十二指腸乳頭に凝血塊が付着し、既存SEMSは自然逸脱を認めていた。活動性出血なく、ERCにてステント抜きendoscopic nasobiliary drainage tubeを留置した。その後出血なく経過していたが、day20に再出血し、ERCにてバルーン圧迫するも止血は得られず、治療目的で高次医療機関に転院しSEMS(Wallflex ful covered 10mm 6cm)留置にて止血を得た。しかしday22に再度同部位より出血を認め、腹部造影CTでday20に認められなかった後上腸下腸動脈仮性動脈瘤が形成されており、同部位からの出血と診断し、血管塞栓術を行い止血した。以後再出血なく経過し、GEM+nab-PTX療法を再開し奏功を得て、後日conversion手術に至った。【考察】SEMSによる仮性動脈瘤形成は、癌自体や化学療法の影響で動脈と胆道壁の間の癒着した脆弱な部分にSEMSのradial forceが作用し近接する動脈の壊死を起こすためと考えられている。既報では悪性胆道狭窄に対するSEMS留置後から仮性動脈瘤破裂までの期間は数カ月の症例が多い一方で、本症例では留置後2日と極めて短期に出血した。出血直後の動脈が破綻している状態に、radial forceの強いSEMSを留置したことが短期間の仮性動脈瘤の形成と破裂に結びついたと推察される。【結語】胆道出血に対して止血目的のSEMS留置は有用であるが、SEMS自体が仮性動脈瘤を形成させることもあり、SEMS留置後は慎重に経過観察を必要とする。

胆道出血, 仮性動脈瘤

## 43 小膵嚢胞の経過観察中に異所性に非切除進行膵癌を合併した一例

東海大学医学部付属八王子病院 消化器内科  
田澤遙介, 伊藤裕幸, 小村侑司, 山口 徹, 張つばみ, 吉原四方,  
広瀬俊治, 永田順子, 鈴木孝良

症例は87歳女性。近医で食思不振の精査目的に腹部超音波検査を施行し、膵体部に4mm大の嚢胞を指摘され膵臓紹介受診。軽度の膵管拡張、膵体部に直径4mmの単房性嚢胞を認めたが、その他有意な所見なし。その後、腹部超音波検査で2度再検査を行ったが、変化を認めなかったため、1年後のフォローとなった。1年後の近医の血液検査で血性Amy高値となり、再度当院に紹介受診。当院再診時の血液検査でCA-19-9 44.9、Amy 307と高値であった。腹部超音波検査では膵体部に既存の4mm大の膵嚢胞を認め、また、新たに膵鉤部に上腸間膜動脈に接している32×20mm大の不整低エコー腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では、膵鉤部の19.8×32.6mmの不整低エコー腫瘍に対して穿刺を行い、組織上は小型の異型膵管の浸潤様増殖が見られ、Adenocarcinomaの所見であった。腫瘍は上腸間膜動脈に180度以上接触していると考えられたため、非切除進行膵癌UR-LAの診断となり、本症例は87歳と高齢であり、PS2程度であることから緩和の方針となった。当院ではガイドラインに則り、主膵管と交通する5mm以上の分枝拡張を分枝型IPMNと診断し、原則半年毎のフォローを行っているが、5mm未満の膵嚢胞においては個々の判断となっているのが現状である。5mm未満の膵嚢胞においては、分枝型IPMNにおけるコホート研究や治療指針のようなエビデンスを念く、方針が確立されていない。小膵嚢胞において膵癌合併を念頭にのべた慎重な経過フォローが必要であると考え、年齢やPSを考慮してどこまで検査を行うべきか示唆に富む症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

膵嚢胞, 膵癌

## 44 PPI長期投与中に発症した胃底腺ポリープ出血に対して緊急EMRで止血した1例

板橋中央総合病院<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>  
東 夏帆<sup>1)</sup>, 森田祐規<sup>2)</sup>, 古賀大輝<sup>2)</sup>, 豊川英一朗<sup>2)</sup>, 永江真也<sup>2)</sup>,  
伊藤洋平<sup>2)</sup>, 山田夏美<sup>2)</sup>, 今西真実子<sup>2)</sup>, 根岸良充<sup>2)</sup>,  
青木いづみ<sup>2)</sup>

【背景】プロトンポンプ阻害剤(PPI)は消化性潰瘍の治療や予防、逆流性食道炎の治療において有用な薬剤であるが、長期内服による副作用の報告も散見される。今回我々は、PPI長期投与に起因すると考えられた胃底腺ポリープ(FGP)出血の1例を経験したため報告する。

【症例】80歳代女性。既往に脳梗塞、心筋梗塞、心房細動、慢性心不全等があり、ランソプラゾール(10年以上内服)、エドキシパンを内服していた。めまい、ふらつきを主訴に救急外来を受診され、血液検査で貧血(Hb 5.7 g/dl)、直腸診で黒色便を認め、上部消化管出血疑いで同日入院となった。緊急で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、胃体部から穹窿部に多数のFGPを認めた。そのうち、胃体上部大弯に認める9mm大の山田3型ポリープの拡張血管から出血をきたしていたため、緊急EMRを施行し一括切除して止血に成功した。FGPからの出血の原因として、PPIの長期内服が考えられ、PPIをヒスタミンH2受容体拮抗薬に変更した。翌日に行ったフォローアップのEGDでは出血を認めず、同日より食事およびエドキシパンを再開した。赤血球輸血も行い、食上げおよびエドキシパン再開後も出血がないことを確認して第6病日に退院となった。尚、EMR切除後の病理組織学的検査では、胃底腺粘膜から隆起する嚢状拡張を伴うポリープであり、FGPとして矛盾しない所見であった。FGP出血から4か月後にフォローアップを行い、EGDでは多数認めていたFGPの著明な縮小を認め、血液検査では出血時に1520 pmol/lであったガストリン値が25 pmol/lまで低下していた。

【考察】PPIは有効性が高く、日常診療において広く用いられている薬剤であるが、長期投与に伴う種々の副作用もある。そのため、漫然とした処方を選び、適正使用を心がけることが重要であると考えられた。

胃底腺ポリープ, プロトンポンプ阻害剤

東京科学大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 光学医療診療部<sup>2)</sup>  
里見賢明<sup>1)</sup>, 河本亜美<sup>2)</sup>, 竹中健人<sup>1)</sup>, 清水寛路<sup>2)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>,  
村川美也子<sup>1)</sup>, 福田将義<sup>2)</sup>, 朝比奈靖浩<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>,  
岡本隆一<sup>1)</sup>

【症例】24歳男性。X-9年から鉄欠乏性貧血を認められ、近医で鉄剤を処方されていた。X-4年6月に発熱、頻回嘔吐、血便が出現し前医を受診したところ、造影CTで小腸に血管外漏出像を認められた。一時自然止血されたが、2日後に再出血ありIVRが施行され、小腸の血管外漏出像部位に対しコイル塞栓術が施行された。カプセル内視鏡では塞栓部位と一致してS1ステージの潰瘍痕を認めた。確定診断に至らず、無投薬で経過観察された。X-1年12月より再び発熱後に血便を認め、前医を受診した。上下部消化管内視鏡検査で異常を認めず、経肛門小腸内視鏡検査ではコイル塞栓部位と一致して潰瘍を伴う小腸狭窄を認めた。精査加療のためX年3月に当科を紹介受診された。同月に再度発熱後に大量血便を認め、緊急入院となった。入院時は発熱、腹痛はみられず、採血ではHb 11.4g/dlと貧血を認め、CRPは0.03mg/dlと正常値であった。経口小腸内視鏡検査では回腸に潰瘍を伴う狭窄を複数箇所認めたが、出血源は特定できなかった。病理では類上皮細胞肉芽腫などの疾患特異的所見を認めなかった。保存加療で自然止血が得られ、退院した。多発小腸狭窄の原因精査の一環としてMEFV遺伝子解析を行ったところ、Exon 2上のLeu110Pro/Glu148Glnの変異を認めた。診断的治療のためにコルヒチンの内服を開始後、発作が減少したことから家族性地中海熱非典型例と診断した。【考察】MEFV遺伝子は家族性地中海熱(FMF)の原因遺伝子として知られている。FMF診断基準を満たすもの、またはMEFV遺伝子検査でExon 10の変異を有するものが典型例とされているが、既報ではExon 10以外の変異をもつ非典型例では本症例のようにFMFの典型症状が目立たない場合もみられ、特に近年ではIBD様のMEFV遺伝子関連腸炎が報告されている。典型例、非典型例ともにコルヒチンが発作の改善に有効であるとされている。非定型の臨床症状でも、反復する腸管症状が見られる場合は家族性地中海熱を考慮することが重要と考えられた。

小腸出血, 家族性地中海熱

杏林大学医学部付属杉並病院 総合研修センター<sup>1)</sup>,  
同 消化器内科<sup>2)</sup>  
畑本真吾<sup>1)</sup>, 石田拓也<sup>2)</sup>, 江藤晃一郎<sup>2)</sup>, 瀧田秀則<sup>2)</sup>, 稲田絢子<sup>2)</sup>,  
馬上知尋<sup>2)</sup>, 日比則孝<sup>2)</sup>, 羽田 裕<sup>2)</sup>, 齋藤大祐<sup>2)</sup>, 高橋信一<sup>2)</sup>,  
大森鉄平<sup>2)</sup>

【症例】60歳代男性【既往歴】虫垂炎、S状結腸憩室炎【経過】前日から持続する下腹部痛を主訴に当院を受診した。腹部診察で左下腹部の圧痛・反跳痛を認め、採血でCRP3.87mg/dLと炎症反応上昇を認めた。腹部骨盤部CT検査でS状結腸に憩室と連続性のある膿瘍が認められたことから、S状結腸憩室穿通膿瘍の診断で入院となった。入院後、絶食およびCMZ2g/dayによる保存的加療を行ったが、CRP上昇も遷延しており、第7病日の造影CTでも膿瘍の縮小が認められなかった。このため外科治療介入も検討したが、侵襲性を考慮し透視下での大腸内視鏡下膿瘍ドレナージを施行した。S状結腸に多発憩室を認め、一部発赤腫脹した粘膜面を認めた。ガストログラフィン造影では明らかな腸管外漏出は認められなかったが、同部位が責任病変と判断した。ガイドワイヤを用いて慎重に造影チューブカテーテルを挿入し、膿瘍腔に到達した。生食30ccで膿瘍腔の洗浄ドレナージを行い、終了とした。その後、腹部症状は速やかに改善しCRPも低下した。入院から11日目の腹部骨盤造影CTでは膿瘍の縮小傾向、周囲脂肪織濃度の軽減を認めていた。食事開始後も症状なく経過良好であり、外来での経過観察の方針として第24病日に退院となった。【考察】治療抵抗性のS状結腸憩室穿通膿瘍であったが、大腸内視鏡下洗浄ドレナージが奏功した一例を経験した。大腸内視鏡下洗浄ドレナージという治療戦略は、経皮的ドレナージや手術などのより高侵襲な治療を回避できる可能性があり、文献的考察を含め報告する。

憩室炎, 膿瘍

埼玉医科大学病院 総合診療内科<sup>1)</sup>, 同 消化管内科<sup>2)</sup>  
須田紘基<sup>1)</sup>, 松本 悠<sup>1,2)</sup>, 宮口和也<sup>2)</sup>, 塩味理恵<sup>1)</sup>, 都築義和<sup>2)</sup>,  
山本啓二<sup>1)</sup>, 今枝博之<sup>2)</sup>

症例は60代、男性。202X-20年に胃癌全摘術後(Roux-Y再建)。202X-1年6月に黒色便を主訴に当科を受診し上部消化管内視鏡で明らかな出血無く、カプセル内視鏡施行したが吻合部の軽度発赤のみであり処置せず退院となった。202X年4月に再度黒色便を主訴に受診し精査目的に入院。カプセル内視鏡施行すると回腸腸に血液貯留を認めた。経肛門のダブルバルーン内視鏡(DBE)施行したが活動性の出血は認めず、その後黒色便は改善したため退院となった。同年8月に再度黒色便認めカプセル内視鏡施行したところ空腸の吻合部に出血を認めた。経口のDBEを施行したが、空腸の吻合部に発赤は認めるものの活動性の出血は認めなかった。同年10月に再度黒色便を認めたため緊急で経口のDBEを施行したところ、空腸の吻合部に血管を伴う小潰瘍をみとめた。ボスマン生食を局注しクリッピング施行した。止血処置中に噴出性の出血がありクリップ追加し止血を得られた。食事再開後も黒色便の再燃、貧血進行なく経過したため退院となった。その後黒色便、貧血症状のため外来で経口のDBE施行し吻合部の血管に対して凝固止血とクリッピングを施行し、以後出血を認めていない。遅発性の小腸吻合部出血はまれであり文献的考察を含め報告する。

ダブルバルーン内視鏡, 小腸吻合部出血

板橋中央総合病院<sup>1)</sup>, 同 消化器病センター(内科)<sup>2)</sup>  
牛山 陸<sup>1)</sup>, 森田祐規<sup>2)</sup>, 古賀大輝<sup>2)</sup>, 豊川英一郎<sup>2)</sup>, 永江真也<sup>2)</sup>,  
伊藤洋平<sup>2)</sup>, 山田夏美<sup>2)</sup>, 今西真実子<sup>2)</sup>, 根岸良充<sup>2)</sup>,  
青木いづみ<sup>2)</sup>

【症例】特記既往のない10歳代男性。X-8日より発熱、腹痛を認めていた。X-5日に消化器内科を受診し、腹痛、嘔気を伴うことから腸炎疑いと診断された。改善しないためX-3日に救急外来を受診し、CTにて回盲部リンパ節の腫大と軽度脾腫を認めるのみであったため、整腸剤、解熱鎮痛剤処方にて帰宅となった。その後40度程度の高熱も認めたため、X-1日に救急外来再診し著明な胆道系酵素上昇を認めたため精査加療目的に消化器内科入院となった。CTでは肝臓病変や総胆管結石などの器質異常はなく、各種ウィルス性肝炎や伝染性単核球症、薬剤性肝障害、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎、原発性硬化性胆管炎、甲状腺疾患等を鑑別に挙げ、肝障害スクリーニング採血、診察を行ったが、該当する病歴や身体所見はいずれも認めなかった。そのため、リケッチアなど頻度の低い疾患も念頭に置き再度診察を行ったところ、発症3日前に、山中湖へ行き虫に刺されたエピソードを聴取し、右肘・左手背に刺し口様の皮疹、体幹・背部に紅斑を認めた。発熱、刺し口、皮疹の主要3徴候を伴うことから、ツツガムシ病や日本紅斑症などのリケッチア感染症が疑われ、入院日よりミノサイクリン100mg(2T×朝食後)を開始した。ミノサイクリン投与翌日より解熱し、肝胆道系酵素もピークアウトしたため入院8日目に退院となった。尚、ミノサイクリン投与前、投与12日後、45日後の検体を採取しペア血清、PCRを行った。PCRは陰性で、ペア血清は現在結果待ちである。【考察】発熱、刺し口、皮疹の主要3徴候を認め、ミノサイクリンが著効したことから、臨床的にリケッチア感染症と考えられた。リケッチア感染症は非常に稀であるが、原因不明の発熱、肝胆道系酵素上昇を認めた際にはリケッチア感染症も念頭に置き、詳細な問診・身体診察を行うことが重要である。今回、我々はリケッチア感染症を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

リケッチア感染症, 肝障害

国際医療福祉大学病院 消化器内科  
Chchang Limeng, 秋田貴之, 大澤陽介, 高後 裕, 大竹孝明

【背景】肝硬変ではしばしば感染症や消化管出血を契機にacute on chronic liver failure (ACLF)となる。感染症は最も頻度の高い誘因であるが、中でも菌性感染は見逃されやすく、肝疾患患者においては重症化のリスクが高いにもかかわらず、初期対応が遅れやすい。実臨床では感染源としての菌科病巣が見落とされることも少なくない。菌性敗血症が肝硬変の急性増悪と多臓器不全を誘発した症例を経験したため報告する。【症例】50歳の男性。元々は常習飲酒であったが、X-1年12月に他院で肝機能障害を指摘され禁酒を継続していた。X年3月、発熱と黄疸を主訴に近医を受診し肝不全の診断で当院に転院となる。入院時、39.2℃の発熱、全身浮腫、少量腹水、ALB 2.3 g/dL、T-Bil 8.7 mg/dL、AST 54 U/L、ALT 38 U/L、ALP 66 U/L、AMMO 49 μg/dL、CRP 2.69 mg/dL、WBC 6800/μL、Hb 12.8 g/dL、PLT 7.3万/μL、PT% 29.1%、APTT 43.2 sec、D-dimer 22.7 μg/mLと慢性播種性血管内凝固症候群(DIC)を合併した肝不全の状態であった。ACLFの明確な誘因はなく、肝炎ウイルスの感染・消化管出血・薬物性肝障害はいずれも否定的であった。菌科の併診により重度菌科炎を認められ、熱源と判断。血培でMSSAが検出され、菌性敗血症と診断。抗菌薬・トロポドンジユリンによる治療に加え、感染源の抜菌を実施。抜菌後はPT延長により出血が遷延し、FFP・RBC輸血を複数回施行した。感染制御後は全身状態が改善し、抗菌薬終了後も再燃なく経過した。しかし、慢性肝不全とDICは持続しており、将来的には肝移植を行わなければ長期生存は難しいと考えられる。【考察】菌性感染により肝不全に陥った肝硬変症例を経験した。感染症が肝不全急性増悪の引き金となる可能性を常に考慮すべきであり、菌科の評価を含めた感染精査が重要である。医科菌科連携と予防的介入は、肝不全診療において重要事項と考えられる。

菌性敗血症, 肝硬変

東京医科大学茨城医療センター 卒後臨床研修センター<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 筑波大学附属病院 循環器内科<sup>3)</sup>, 藤村晋太郎<sup>1)</sup>, 小宮山夏永<sup>2)</sup>, 西山由貴<sup>2)</sup>, 中川俊一郎<sup>2)</sup>, 玉虫 惇<sup>2)</sup>, 柿崎文郎<sup>2)</sup>, 門馬匡邦<sup>2)</sup>, 森山直樹<sup>2)</sup>, 屋良昭一郎<sup>2)</sup>, 平山 剛<sup>2)</sup>, 岩本淳一<sup>2)</sup>, 佐藤希美<sup>3)</sup>, 池上 正<sup>2)</sup>

【症例】52歳女性【主訴】呼吸困難【現病歴】入院4日前に39℃の発熱と咳嗽、呼吸困難を主訴に当院救急外来を受診。CT検査にて両下肺野主体の肺炎像を指摘されるも、本人の希望で入院は見送られた。その後も症状が増悪したため再度救急外来を受診。CT検査で改めて両下肺に肺炎像を認め、気管支肺炎の診断で入院となった。入院時、SpO<sub>2</sub>は95% (簡易酸素マスク6L/分)であった。基礎疾患としてアルコール性肝硬変、糖尿病、脳梗塞後遺症(左上肢麻痺)を有する。【臨床経過】入院時、聴診にて両肺にWheezeを認めた。血液検査では白血球3,700/μL、CRP 1.43 mg/dLと炎症反応は比較的に軽微であったが、BNPは34.8 pg/mLと軽度上昇していた。抗菌薬および気管支拡張薬による治療を開始したが、第4病日時点でSpO<sub>2</sub> 96% (酸素5L/分)と呼吸状態の改善は乏しかった。アルコール性肝硬変を合併し、入院時CTで腹部皮下静脈の拡張など門脈体循環シヤントを示唆する所見があり、肺炎像の範囲に比して低酸素血症が遷延することから、第6病日に肝肺症候群や肺高血圧症の合併を疑い心臓超音波検査を施行。同検査では右室拡大を認め、三尖弁収縮期圧較差(TRPG)は41mmHgと推察され、肺高血圧症の存在が強く示唆された。心電図検査ではV1-V3誘導でのST低下とT波異常を認めた。これらの結果から、循環器内科へ対診を行い、精査加療目的に第20病日に他院へ転院となった。転院後、コントラスト心エコー検査では明らかな肺内シヤントは認められず肝肺症候群は否定的であり、肺血管シンチグラフィでも慢性血栓性肺高血圧症を疑う血流欠損は認めなかった。右心カテーテル検査にて平均肺動脈圧36mmHg、平均肺動脈楔入圧10mmHg、推定肺静脈圧較差13mmHgであり、門脈肺高血圧症と診断された。【結語】アルコール性肝硬変を基礎疾患に持つ患者が、気管支肺炎の治療中に診断された門脈肺高血圧症の貴重な一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

門脈肺高血圧症, アルコール性肝硬変

東海大学医学部付属病院 消化器内科  
雁金理紗, 鶴谷康太, 菊地毅弘, 辻 優美, 柿澤桃花, 幕内智規, 三島佑介, 白滝理博, 上田 孝, 森町将司, 佐藤博彦, 佐野正弥, 川西 彩, 藤澤美亜, 荒瀬吉孝, 岩崎栄典, 鈴木秀和, 松嶋成志, 加川建弘

【症例】82歳男性。発熱と倦怠感を主訴に近医を受診し、肝逸脱酵素の上昇を指摘され当科紹介となった。初診時、血液検査ではAST 238 U/L、ALT 203 U/L、LDH 1033 U/L、ALP (IFCC) 204 U/L、GGT 55 U/L、CRP 10.21 mg/dLであった。また、末梢血好酸球数は2993/μL (41.0%)と高度の好酸球増多を認めた。血清学的検査ではウイルス性肝炎の所見はなく、ANA 1:80陽性、IgG 1582 mg/dLであった。薬物性肝障害、アルコール性肝障害および寄生虫感染は否定的であった。INR 1.55と凝固異常を伴っていたため、経頸静脈的肝生検を施行。病理では門脈域を主体としたリンパ球浸潤、好酸球および形質細胞の浸潤を認めたが、形質細胞にコロナリティはみられなかった。自己免疫性肝炎(AIH)と診断し、プレドニゾン30 mg/日を開始したところ、発熱・肝酵素・好酸球数は速やかに改善を認め、以後PSLを漸減している。【考察】IAIHG revisedスコアは治療前13点、治療後15点と「probable AIH」の範囲であったが、組織所見、他疾患の除外、ステロイドに対する良好な反応を踏まえ、自己免疫性肝炎と診断した。AIHに好酸球増多を伴う症例はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性肝炎, 好酸球増多症

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科<sup>1)</sup>, 同 総合研修センター<sup>2)</sup>, 同 消化器内科<sup>3)</sup>, 同 肝胆膵外科<sup>4)</sup>, 同 ゲノム診療部<sup>5)</sup>, 東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科<sup>6)</sup>, 久賀崇志<sup>1,2)</sup>, 石垣和祥<sup>1,3)</sup>, 福田晃史郎<sup>3)</sup>, 鈴木辰典<sup>3)</sup>, 高原楠昊<sup>3)</sup>, 佐藤靖洋<sup>1)</sup>, 宮下真理<sup>4)</sup>, 河口義邦<sup>4)</sup>, 鹿毛秀宣<sup>5)</sup>, 織田克利<sup>3)</sup>, 朴 成和<sup>6)</sup>, 長谷川潔<sup>4)</sup>, 藤城光弘<sup>1,3)</sup>

【症例】60歳代男性【現病歴】202X-2年10月健診の腹部超音波検査で胆管拡張を指摘され、当院紹介受診。側視鏡による観察で主乳頭に不整な隆起性病変を認め、生検でmixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)の診断。EOB-MRIで肝内に多発転移を認め、切除不能の十二指腸乳頭部MiNENとしてイリノテカン+シスプラチン(IP)併用療法を導入した。IP療法3コース後のEOB-MRIで多発転移は消失し、主病変も縮小(最良効果PR)。3コース施行後にOncoGuide™ NCCオンコパネルシステムでがん遺伝子パネル(CGP)検査を行ったが、FGFR2 fusionを含め、治療標的となる遺伝子異常は認めなかった。IP療法7コース施行後も奏効が維持していたため、conversion surgeryを行う方針となり、202X-1年8月ロボット支援下腹腔鏡下十二指腸切除術を施行し、根治的切除が得られた。術後の合併症は認めず、7PODで退院となった。翌9月よりIP療法を術後補助として80% doseで再開した(合計6コースの予定)。G2の食思不振・倦怠感等を認め、2コース目以降は64%に減量したが、食思不振・倦怠感ともに改善せず3コースで術後補助IP療法は終了とした。202X-1年12月のCTでは肝・局所ともに再発所見を認めず、以後も再発なく経過している。202X年3月再発時の薬物療法の見直しを目的にFGFR2 fusionのFISH検査を行ったところ、FGFR2 fusion陽性であり、再発時はFGFR阻害剤の使用を検討する方針とした。【考察】切除不能の十二指腸乳頭部MiNENに対して、IP療法により著明な腫瘍縮小および肝転移の消失を認めた後、conversion surgeryが可能となり、根治的切除を得られた貴重な一例を経験した。また、本症例では、CGP検査では検出されなかったFGFR2 fusionがFISH検査により同定され、再発時にはFGFR阻害薬の適応が検討可能となった点も注目に値する。今後、MiNENにおける個別化治療戦略の確立に向けて、さらなる症例の蓄積と解析が求められる。

MINEN, FGFR阻害薬

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<sup>1)</sup>、横浜市立大学大学院医学研究科 消化器内科学<sup>2)</sup>、宮嶋好輝<sup>1)</sup>、遠藤和樹<sup>1)</sup>、藤吉朋子<sup>1)</sup>、坂井音々<sup>1)</sup>、相馬 亮<sup>1)</sup>、柴崎 梢<sup>1)</sup>、石野勇康<sup>1)</sup>、角田翔太郎<sup>1)</sup>、鈴木悠一<sup>1)</sup>、大石梨津子<sup>1)</sup>、松岡昭宏<sup>2)</sup>、土屋洋省<sup>1)</sup>、小宮山哲史<sup>1)</sup>、三輪治生<sup>1)</sup>、森本 学<sup>1)</sup>、前田 慎<sup>2)</sup>

【背景・目的】肝嚢胞は一般的に良性疾患であるが、巨大嚢胞による胆管圧排や感染を契機に重篤な病態へ進展することがある。今回我々は、巨大感染性肝嚢胞に対して超音波内視鏡下肝嚢胞ドレナージ (EUS-CD for liver cyst) により治療し得た一例を経験したため、若干の文献的考察を交え報告する。

【症例】79歳、男性。2024年12月、発熱、黄疸を主訴に当院を受診した。画像検査にて肝左葉を主座とし、右葉に及ぶ20×16cm大の巨大肝嚢胞を認め、胆管圧排による急性胆管炎と診断された。緊急ERCPにてENBDを施行。炎症改善後に内瘻化して退院となったが、退院11日目に肝嚢胞感染を合併し再入院となった。外科と協議の上、まずは内科での嚢胞ドレナージの方針となった。嚢胞により血管が高度に圧排されており、血管を避けての穿刺が困難と思われたため、経皮的ドレナージではなくEUS-CD for liver cystを施行する方針とした。19G FNA針で穿刺し、7Fr外瘻チューブを留置したところ、膿性排液を認めたため、嚢胞内洗浄を連日行い炎症は改善した。その後、嚢胞虚脱により嚢胞と胃壁の距離が開大したため、ステント逸脱リスクを考慮し内瘻化は見送られた。外科と再度相談をし、嚢胞開窓術が予定されたが、嚢胞壁は炎症性に肥厚し、嚢胞も虚脱していたため開窓は困難であった。最終的にEUS-CD施行25日目に、7Fr15cm double pig tail型プラスチックステントを胃内から嚢胞へ留置し内瘻化した。また、胆管圧排は嚢胞虚脱に伴い改善を認めたため胆管ステントは抜き、退院となった。しかし、退院後22日目にステント閉塞による感染性肝嚢胞再発で緊急入院し、ステント交換および外瘻チューブを追加留置した。その後は嚢胞内洗浄と抗菌薬治療により改善を得た。感染改善した後に計3本の7Fr double pig tail型プラスチックステントでの内瘻化を行い、退院となった。以後、現在まで感染の再燃なく経過している。

【結語】巨大感染性肝嚢胞に対し、EUS-CDは有効な治療手段となり得るが、嚢胞の虚脱や再感染といった病態の変化に応じた臨機応変な対応が求められる。

EUS-CD, 感染性肝嚢胞

東京都済生会中央病院 臨床研修医室<sup>1)</sup>、同 消化器内科<sup>2)</sup>、北出実鈴<sup>1)</sup>、田沼浩太<sup>2)</sup>、岩下紘士<sup>2)</sup>、中島昌子<sup>2)</sup>、石田 慎<sup>2)</sup>、林 智康<sup>2)</sup>、横山 歩<sup>2)</sup>、三枝慶一郎<sup>2)</sup>、岸野竜平<sup>2)</sup>、中澤 敦<sup>2)</sup>

【症例】60歳、女性。【主訴】発熱、倦怠感【現病歴】X-4年10月に朝の両側足背痛あり、X-3年1月より膠原病内科からメトトレキサート(MTX)開始となった。X年7月より倦怠感、8月末より肝機能障害増悪、9月4日より夜間の発熱を繰り返し、18日よりMTX減量、精査治療目的に19日に当科入院となった。【入院後経過】入院後ウルソデオキシコール酸開始し、20日に肝生検および21日に腫大した肝門部リンパ節より超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)施行した。23日には肝機能障害はピークアウトし、肝生検検体のフローサイトメトリーでMTX-LPDが疑われ、25日よりMTX中止とした。肝生検、EUS-FNA検体がMTX-LPDの病理診断にはならなかったが、肝機能障害は改善し、現在も外来経過観察中である。【考察】MTX長期投与に伴いMTX-LPDを発症する症例が一定数認められる。本症例は発熱を伴う肝機能障害からリンパ腫などを疑い診断に至った。若干の文献的考察を加え、MTX-LPDについて考察する。

メトトレキサート, リンパ増殖性疾患

横浜市立大学 肝胆膵消化器病学、渡辺瑛里、長谷川翔、本多 悠、飯塚 武、八木 伸、栗田裕介、窪田賢輔、米田正人

【症例】67歳男性。X-2年1月に多発リンパ節転移を認めるステージIIIの胃前庭部癌に対して、幽門狭窄と高度貧血の改善目的に幽門側胃切除(Billroth-II再建)を受けた。術後化学療法中、X年3月より肝機能障害が出現し、当科紹介となった。CTでは腫大した肝門部リンパ節の影響により総胆管が圧排・浸潤され、肝門部胆管の狭窄と肝内胆管の拡張を認めた。小腸鏡を用いた経乳頭的な胆道ドレナージ(EBD)の方針とした。小腸鏡で乳頭まで到達し胆管挿管したが、肝門部胆管の完全狭窄を認め、胆道ドレナージは困難であった。翌日、超音波内視鏡下胆管-胃吻合術(EUS-HGS)の方針とした。胃内から2.0mm径のB2胆管を挿出した。19G穿刺針でB2胆管を穿刺、0.025inchガイドワイヤーを留置し、胆管造影用カテーテルで造影を行った。胆管造影用カテーテルの通過が容易であったため、胆管拡張用デバイスをを用いず、7Frプラスチックステントを先端が総胆管に当たるよう留置した。処置翌日、肝機能障害は改善し、単純CTで胆汁漏やステントの逸脱などの有害事象がないことを確認した。治療後の経過は順調であり、処置5日後に軽快退院となった。【考察】胆道ドレナージにおいて、経乳頭的EBDが困難な症例ではEUS-HGSは有用な方法である。EUS-HGSでプラスチックステント留置の際には、胆管拡張用デバイスをを用いて瘻孔拡張を行うことが一般的である。本症例では瘻孔拡張を行わないことで、胆汁漏や膿瘍の形成、仮性肝動脈瘤形成といったリスクを低減することができたことを考える。瘻孔拡張を行わないEUS-HGSを経験したため、文献的考察を加えて報告する。

EUS-HGS, 胆管拡張

東京通信病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>、同 消化器内科<sup>2)</sup>、岡 大智<sup>1)</sup>、平野賢二<sup>2)</sup>、近藤花奈美<sup>2)</sup>、齋藤 聡<sup>2)</sup>、高橋奎樹<sup>2)</sup>、小野晋治<sup>2)</sup>、阿部創平<sup>2)</sup>、加藤知爾<sup>2)</sup>、小林克也<sup>2)</sup>、関川憲一郎<sup>2)</sup>、光井 洋<sup>2)</sup>

【症例】67歳男性【現病歴】X-2年に自己免疫性膵炎(AIP)、IgG4関連硬化性胆管炎と前医で診断されてプレドニゾロン(PSL)30mgで治療開始し、寛解。PSL7.5mgで維持療法が施行され、無再燃で経過していた。X年8月に当院紹介されたが、当院初診日の血液検査で膵酵素の異常上昇が認められた。9月のCT、MRIで膵頭部腫大、下部胆管狭窄、尾部膵管の狭窄出現が確認され、AIP再燃と判断しPSL20mgに増量。徐々にPSL減量し、PSL12.5mg+アザチオプリン50mg(新たに併用開始)となった12月に画像評価を行ったが、膵頭部の腫大がやや改善して見えるにもかかわらず体部主膵管が3→8mmに拡張し、さらに膵尾部の膵管狭窄も顕在化していた。PSLへの反応不良から多発膵癌を否定できず、精査のためX+1年1月に当科入院。【既往歴】糖尿病(PSL導入後)【入院後経過】入院時の血液検査では下部胆管狭窄に起因すると思われる肝胆道系酵素の上昇も出現した。膵頭部、尾部病変のEUS-FNAを2回、ERCPにて胆管生検と膵管擦過細胞診、さらに経鼻膵管ドレナージチューブを留置し再入鏡細胞診を施行したが悪性所見は得られなかったために、多発膵癌よりはステロイド抵抗性のAIP再燃と考えた。PSL40mgに増量したところ肝胆道系酵素は改善。2か月後のMRIでは膵頭部膵管の狭窄と下部胆管狭窄所見は残存するものの、体部主膵管径は5mmに低下し、尾部の膵管狭窄も著明改善していた。【考察】AIP再燃例においても通常はPSL増量により改善が認められる。膵画像所見がかえって悪化する症例は極めてまれであり、AIPではなく膵癌を疑う根拠になりうる。本例では膵癌否定のための検査を十分に行ううえでPSLの更なる増量という適切な対応ができたものと考えているが、膵癌の併存の可能性に注意しつつ慎重にフォローを行う。

自己免疫性膵炎, 膵癌

## 57 急速な経過で増大し肝切除術を行った肝のう胞性腫瘍の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 肝胆膵外科<sup>2)</sup>, 同 病理部<sup>3)</sup>, 奥新和也<sup>1)</sup>, 金子拓馬<sup>1)</sup>, 馬淵敬祐<sup>1)</sup>, 松下祐紀<sup>1)</sup>, 山田友春<sup>1)</sup>, 中塚拓馬<sup>1)</sup>, 南 達也<sup>1)</sup>, 佐藤雅哉<sup>1)</sup>, 工藤洋太郎<sup>1)</sup>, 三原裕一郎<sup>2)</sup>, 安永瑛一<sup>3)</sup>, 長谷川潔<sup>2)</sup>, 藤城光弘<sup>1)</sup>, 建石良介<sup>1)</sup>

症例は54歳女性。X-8年に健康診断で肝障害を指摘され、脂肪肝の診断で不定期に通院していた。X-8年およびX-6年に施行されたMRI検査では肝S5に1.5から2cmの肝のう胞性腫瘍を認めるものの、充実成分はなく、単純性肝のう胞として矛盾しない所見であった。その後は健康診断で腹部超音波検査を定期的を受けており、最終の健康診断はX-2年であったが、脂肪肝および肝のう胞を指摘されるのみで要精査とはならなかった。X年Y-1月、前医泌尿器科に食思不振および血尿を認め受診した。両腎結石および12cmの肝のう胞性腫瘍を指摘された。抗菌薬投与にて加療を受けたが背部痛と39℃台の発熱が続き当院紹介受診となった。来院時、39℃台の発熱と左背部痛を認め、CT検査にて左腎結石および肝S5から突出する多房性肝のう胞性腫瘍を認めた。この胞毎にCT値が異なり肝のう胞感染や肝膿瘍も鑑別があがったが、MRI検査では感染を疑うDWI高信号は認めず、熱源は左腎結石に伴う複雑性尿路感染症と考えられ、ピペラシリン・タゾバクタムの投与にて軽快した。肝S5多房性肝のう胞性腫瘍について、造影CTおよびMRIの所見から厚い隔壁と造影効果を伴う充実部分の存在から肝粘液性のう胞性腫瘍 (mucinous cystic neoplasm of the liver, MCN) が疑われ、肝切除術施行の方針となった。Y+1月に右門脈塞栓術、Y+2月に右肝切除術を施行し、経過良好で術後9日目に退院となった。病理学的には好酸性細胞質を持つ腫瘍細胞が嚢胞内腔を裏装し、一部で乳頭状・管状の増殖を示す低異型度の上皮内腫瘍であった。MCNは否定的で、胆管内乳頭状腫瘍 (intraductal papillary neoplasm of bile duct, IPNB) としても非典型的であり、特定の分類に当てはめがたい組織像と考えられた。臨床経過および病理学的に示唆に富む症例であり、文献的考察を加えて報告する。

肝のう胞性腫瘍, 管内乳頭状腫瘍

## 58 高齢者の症候性巨大肝嚢胞に対してポリドカノールフォームによる経皮的硬化療法が有用であった2例

東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 関口 大, 掛川達矢, 林 真里, 高橋宏史, 本多英仁, 竹内啓人, 杉本勝俊, 糸井隆夫

【背景】症候性巨大肝嚢胞に対する治療法として開窓術があるが、外科的治療であるため侵襲性が高く、高齢者に対してより侵襲性の低い治療が望まれる。今回、当院にてポリドカノールフォームによる経皮的硬化療法を経験したため報告する。【症例1】症例は83歳女性。20XX年Y月に心窩部痛で他院を受診し、腹部CT検査にて肝左葉に162×106mm大の肝嚢胞を指摘され当科へ紹介となった。超音波ガイド下で右側より経皮経肝的に肝嚢胞内へ8Frドレーナージカテーテルを留置し、肝嚢胞内液を1.9L程度抜水した。その後、ポリドカノールフォームを肝嚢胞内に注入した。7日後に再度ポリドカノールフォームを注入し、8日目にカテーテルを抜去した。【症例2】症例は76歳女性。20XX年Z月頃から上腹部膨満感を自覚していたが様子を見ていた。同年Z+6月頃に嘔気を主訴に他院を受診し、腹部超音波検査で上腹部に巨大肝嚢胞を指摘され当科紹介となった。腹部CTで肝左葉に141×105mm大の肝嚢胞を認め、超音波ガイド下で経皮経肝的に肝嚢胞内へ8Frドレーナージカテーテルを留置し、肝嚢胞内液を1L程度抜水した。その後、ポリドカノールフォームを肝嚢胞内に注入した。8日目に再度ポリドカノールフォームを注入し、9日目にカテーテルを抜去した。2症例とも特記すべき合併症はなく経過良好で退院となった。【考察】症候性肝嚢胞に対するポリドカノールフォームを使用した超音波ガイド下肝嚢胞硬化療法は、高齢者であっても簡便かつ合併症リスクも低い有用な治療法であると考えられた。

症候性肝嚢胞, ポリドカノールフォーム

## 59 切除不能肝門部領域胆管癌に対するGCD療法後conversion surgeryを行い根治切除が得られた1例

神奈川県立がんセンター 消化器内科 星野圭亮, 福島泰斗, 白石和雅, 塩谷健斗, 榎本昌人, 小幡泰介, 戸塚雄一朗, 手塚 瞬, 小林 智, 上野 誠

【背景】肝門部領域胆管癌はその腫瘍局在の性質上、初診時に切除不能と判定される症例が多い。近年、化学療法はの進歩により腫瘍縮小を契機にconversion surgeryが可能となる症例が報告されており、新たな治療戦略として注目されている。【症例】79歳男性。既往歴、家族歴に特記事項はない。X年4月、黄疸、右季肋部痛を主訴に前医を受診。CT検査で肝門部胆管に腫瘍性病変を認めた。ERCPを行い胆管生検の結果、病理学的に腺癌と診断された。X年5月、治療目的に当施設へ紹介となった。CTでは肝門部胆管の腫瘍による壁肥厚と狭窄、その末梢側の拡張を認め、狭窄は前後区域胆管分岐部に及んだ。腫瘍は右肝動脈に浸潤していた。右葉優位の肝門部領域胆管癌と診断し、胆管造影を行い左葉肝内胆管の精査を行った。B2/3/4 分岐部の胆管は生検において悪性所見を認めなかった。肝門部領域胆管癌 (Bismuth-IIIa, T3N0M0, cStage IIIa) と診断し拡大右葉切除の方針としたが、残肝容積率が不足しており経皮経門脈塞栓術を施行した。前区域門脈の塞栓を行ったが残肝容積の増大を認めず、切除不能と判断し化学療法を導入した。X年8月、ゲムシタビン+シスプラチン+デュルバルマブ (GCD) 療法を開始した。2コース施行後の画像評価で腫瘍縮小を認めた。好中球減少 Grade 3 を認め、休薬を必要としたが、ゲムシタビンを減量することで投与継続可能であった。合計8コース施行後、D単剤を1コース施行した。腫瘍縮小を認め予定残肝容積率が増加したため、X+1年4月に肝右葉切除、肝外胆管切除、胆管空腸吻合術を施行した。病理組織学的診断は胆管癌, pT1bN0M0, Stage Iであった。組織学的治療効果判定はGrade3と判定した。術後経過良好であり、術後1年時点で無再発生存中である。【まとめ】切除不能肝門部領域胆管癌に対してGCD療法が著効し、conversion surgeryが可能となった1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

胆道癌, 抗癌剤加療

## 60 経皮経肝胆嚢ドレーナージの経路を用いて胆管メタリックステントを留置した膵頭部癌の一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 友野千寛, 北條 紋, 三浦雅史, 中川皓貴, 木村祐介, 宅間健介, 岡野直樹, 松田尚久

症例は80歳代女性。前医受診2か月前から腹痛を自覚していた。食後の嘔吐も出現し経口摂取が困難となり前医を受診した。黄疸が指摘され、施行したCT画像ではGroove領域の膵癌および膵内胆管狭窄による閉塞性黄疸の診断に至った。減黄目的に内視鏡検査を試みたが十二指腸浸潤による腸管狭窄で十二指腸乳頭部への到達が困難であった。減黄加療を目的として当院に転院となった。来院時発熱および右季肋部痛を認め、炎症反応も高値を示した。画像所見上胆嚢炎の診断で経皮経肝胆嚢ドレーナージを施行した。ドレーナージ後炎症所見は改善し、黄疸所見も軽快した。十二指腸狭窄に対し、金属ステントを留置し、経口摂取を再開した。胆嚢ドレーナージルートからの加圧造影による胆管拡張を試み、EUS下胆道ドレーナージの方針とした。しかしEUS所見では穿刺ルートに腸管の存在が認められ、経胃的胆管ドレーナージは不可と判断した。再度加圧造影による経皮経肝胆道ドレーナージの追加や十二指腸ステント内への側視鏡挿入等が考慮されたが、胆嚢造影で胆嚢管が比較的明瞭で太く、遠位側胆管狭窄部と胆嚢管合流部の間に間隔が認められなかったため、胆嚢管経由での金属ステント留置の方針となった。ドレーナージカテーテルをSeekingカテーテルに変更し、愛護的な操作でガイドワイヤーを胆嚢管から十二指腸への留置に成功した。その後10mm径60mm長のfully covered metal stentを挿入し、十二指腸側からステント上縁が胆嚢管合流部からかからないように留置に成功した。減黄を確認し、退院となった。現在interventional EUSの普及により胆道ドレーナージ手技の選択肢は多岐にわたるが、条件によっては経胆嚢管でのアプローチも選択肢の一つと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

閉塞性黄疸, 経皮経肝胆嚢ドレーナージ

## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第385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385回例会  
当番会長 加川 建弘

あすか製薬株式会社  
アステラス製薬株式会社  
アッヴィ合同会社  
EAファーマ株式会社  
大塚製薬株式会社  
オリンパスマーケティング株式会社  
ガドリウス・メディカル株式会社

武田薬品工業株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
ファイザー株式会社  
富士フイルムメディカル株式会社  
株式会社望星薬局  
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2025年5月28日現在)