

日本消化器病学会 関東支部第386回例会

プログラム・抄録集



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)

令和7年9月6日(土)

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第386回例会 プログラム・抄録集

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）
〒330-8503 埼玉県さいたま市大宮区天沼町1-847
TEL 048-647-2111

会 期：令和7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 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ください。また、バッテリーのみでの稼働はトラブルの原因となるため、外部電源用アダプタを必ずお持ちください。
 - 3) 発表は枚数ではなく時間で制限させていただきます。
 - 4) 発表時は、演台に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
3. 発表スライドに際しては、患者さんのプライバシーの保護（日付の記載は年月までとする、等）に十分配慮してください。
4. 演題発表時には、利益相反状態の開示が必要になります。開示基準・規定の書式に従って利益相反の有無を必ず開示してください。
5. 演者は前演者の口演開始後、直ちに「次演者席」へご着席ください。
6. 専攻医セッション、研修医セッション及び一般演題は、1題口演4分、追加討論2分です。時間厳守をお願いします。
7. 座長・評価者の方は、セッション開始15分前までに総合受付にお立ち寄りください。
8. 専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 14：15～14：30）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金払いのみ）
10. 当日参加登録受付、PC受付は8：00より開始いたします。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
12. 評議員会は9月6日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：9月6日（土）第2会場12：00～12：30
 - 2) 評議員会への参加については第386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386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

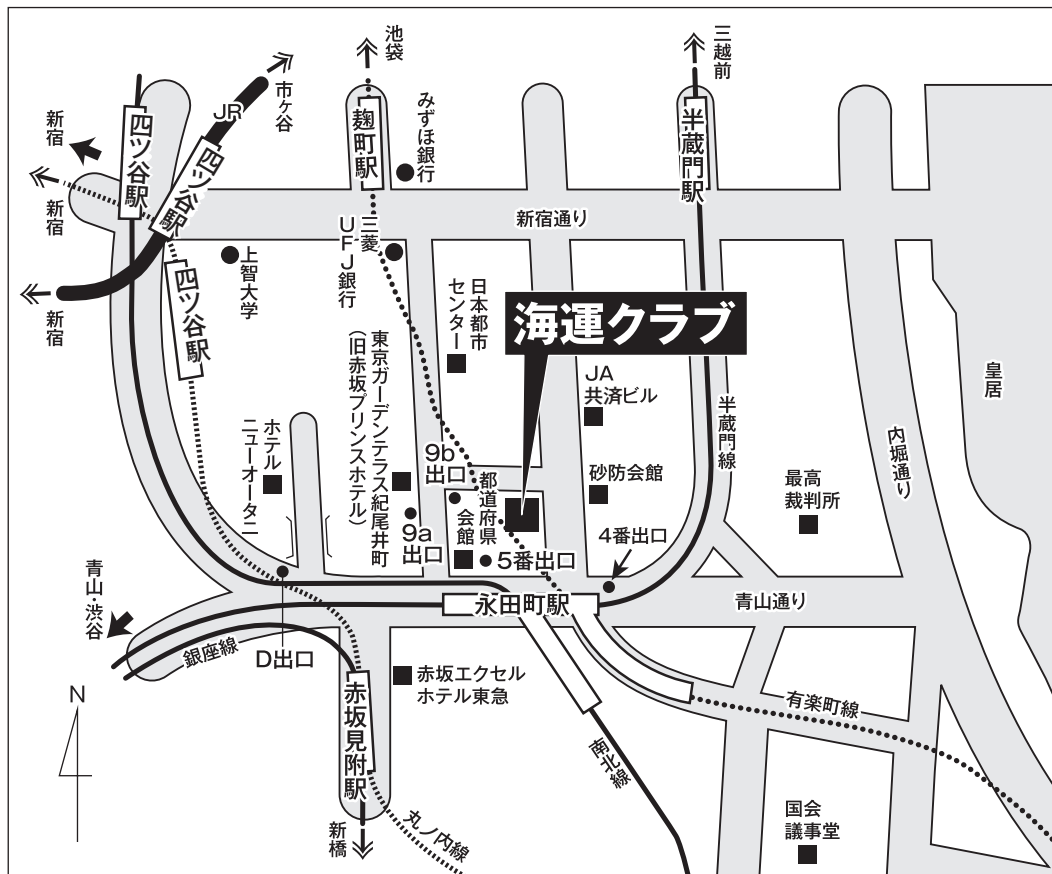
株式会社プランニングウィル内

E-mail：jsge386kanto@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386回例会

令和7年9月6日（土）

8：28～8：30			開 会 の 辞		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（咽頭・食道）1～4	8：30～8：54	三好 正人	(12) 専攻医Ⅶ（小腸）46～49	8：30～8：54	高村 尚樹
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸1）5～9	8：54～9：24	佐野 正弥	(13) 専攻医Ⅷ（大腸1）50～54	8：54～9：24	井原聡三郎
(3) 専攻医Ⅲ（胃・十二指腸2）10～14	9：24～9：54	神宝 隆行	(14) 専攻医Ⅸ（大腸2）55～59	9：24～9：54	樺 映志
(4) 専攻医Ⅳ（肝臓）15～19	9：54～10：24	内田 義人	(15) 専攻医Ⅹ（大腸3）60～64	9：54～10：24	若林 宗弘
10：24～10：29 休憩			10：24～10：29 休憩		
(5) 専攻医Ⅴ（胆）20～24	10：29～10：59	小川 大輔	(16) 専攻医Ⅺ（膵臓1）65～68	10：29～10：53	北原 麻衣
(6) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸・小腸）25～27	10：59～11：17	勝部 聡太	(17) 専攻医Ⅻ（膵臓2）69～71	10：53～11：11	鈴木 良優
(7) 研修医Ⅱ（小腸・大腸）28～31	11：17～11：41	井村 友理	(18) 研修医Ⅳ（膵臓）72～75	11：11～11：35	内田久美子
(8) 研修医Ⅲ（肝・胆）32～34	11：41～11：59	高橋 駿	12：00～12：30 評議員会（第2会場）		
12：20～13：10 ランチョンセミナー1（第1会場）			12：40～13：20 ランチョンセミナー2（第2会場）		
「進歩する潰瘍性大腸炎に対する分子標的治療 ～IL-23p19阻害薬 Guselkumabへの期待～」 杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 臨床教授 松浦 稔 先生 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 准教授 松本 吏弘 先生 共催：ヤンセンファーマ株式会社			「変わりゆくクローン病治療戦略 ～JAK阻害剤リンヴォックの立ち位置を考える～」 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 先生 「クローン病におけるスキリージのポジション ～evidenceとexperience～」 深谷赤十字病院 消化器科 江藤 宏幸 先生 司会 埼玉医科大学病院消化器内科 診療副部長 教授 総合診療内科 兼任 都築 義和 先生 共催：アッヴィ合同会社		
13：20～14：15 特別講演（第1会場）			「ゲノム解析の基礎と臨床応用」 東京大学医科学研究所 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 先生 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 眞嶋 浩聡		
14：15～14：30 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）			14：30～15：10 スポンサーセミナー（第1会場） 「潰瘍性大腸炎治療におけるS1P受容体調節薬への期待と役割」 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 先生 「UCに対する腸内細菌療法最適化」 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 先任准教授 石川 大 先生 座長 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 センター長 加藤 真吾 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	14：35～16：35 第29回専門医セミナー 「症例検討セッション」		
(9) 肝臓 35～37	15：10～15：28	小宮山泰之	司会 今枝 博之 先生（埼玉医科大学病院 消化器内科） 草野 央 先生（北里大学医学部 消化器内科学） 横井 千寿 先生（国立国際医療研究センター病院 消化器内科）		
(10) 胆 38～40	15：28～15：46	草野 祐実	症例プレゼンター 宮口 和也 先生（埼玉医科大学病院 消化器内科） 浦生 彩香 先生（国立国際医療研究センター病院 消化器内科） 小島 稔 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科）		
(11) 消化管 41～45	15：46～16：16	澁谷 尚希	ディスカッション ①地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 消化器内科 鈴木 隆斗 先生、中川美由貴 先生 ②自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 三ツ橋拓実 先生、林 安樹 先生 ③熊谷総合病院 消化器内科 渡邊 吉明 先生、岡本四季子 先生 ④群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科 富永 哲成 先生、喜多 碧 先生 ⑤筑波大学附属病院 消化器内科 岸本 希実 先生、池田 貴文 先生 ⑥関東労災病院 消化器内科 佐藤 佑輝 先生、原 健三 先生 ⑦戸田中央総合病院 消化器内科 山本 悠貴 先生、田所 健一 先生 ⑧東京大学大学院医学系研究科 消化器内科 寺田有一郎 先生、岩田 琢磨 先生		
16：35～			★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。		
16：35～			閉会の辞（第2会場）		

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

特別講演
第1会場 13:20～14:15
「ゲノム解析の基礎と臨床応用」

東京大学医科学研究所 先端医療研究センター 臨床ゲノム腫瘍学分野 古川 洋一 先生
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 眞嶋 浩聡

……演者の先生ご紹介……

ふるかわ よういち
古川 洋一 先生

【学歴】

1981年4月 東京大学教養学部理科Ⅲ類入学
1987年3月 東京大学医学部医学科卒業

【学会】

日本外科学会、大腸肛門病学会、日本癌学会、日本人類
遺伝学会、アメリカ癌学会

【職歴】

1987年6月～1988年5月
東京大学医学部附属病院(研修医)
1988年6月～1992年7月
東京大学関連病院にて研修
1992年7月 癌研究会附属研究所生化学部(研究生)
1995年4月 東京大学医学部附属病院腫瘍外科(医員)
1996年1月 WHO国際癌研究機構発癌機構研究部留学
(リサーチフェロー)
1999年2月 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析セ
ンター(助手)
2001年5月 同(助教授)
2004年3月 同研究所研究拠点形成(特任教授)
2007年4月 同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)
現在に至る

【資格】

外科認定医取得(第6113号)1991年12月
臨床遺伝専門医・指導医取得(第647号)2007年12月

【賞罰】

大川出版賞(2014年)

ランチセミナー 1

第1会場 12:20~13:10

「進歩する潰瘍性大腸炎に対する分子標的治療 ～ IL-23p19阻害薬 Guselkumabへの期待～」

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 臨床教授 **松浦 稔** 先生
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 准教授 **松本 吏弘** 先生

共催：ヤンセンファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

まつうら みのる
松浦 稔 先生

【職歴・学歴】

1995年3月 神戸大学医学部 卒業
1995年6月 神戸大学医学部附属病院 内科(研修医)
1996年6月 明石市立市民病院 消化器内科(レジデント)
2000年6月 京都大学医学部附属病院 消化器内科(医員)
2001年4月 京都大学大学院医学研究科博士課程入学
2005年3月 京都大学大学院医学研究科博士課程修了
博士(医学)取得
2005年4月 京都大学医学部附属病院 消化器内科(医員)
2007年9月 米国ノースカロライナ大学 Balfour Sartor
研究室(博士研究員)
2010年4月 京都大学医学部附属病院 消化器内科(医員)
2011年4月 京都大学医学部附属病院 消化器内科(特
定病院助教)
2016年3月 京都大学医学部附属病院 内視鏡部(助教)
2018年5月 京都大学医学部附属病院 内視鏡部副部長
(院内講師)
2019年4月 杏林大学医学部 消化器内科学(准教授)
2024年4月 杏林大学医学部 消化器内科学(臨床教授)

【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、日本炎症性腸疾患学会、日本消化器免疫学会、日本
臨床免疫学会、日本小腸学会、日本大腸肛門病学会、日
本消化管学会、日本高齢消化器病学会、Asia
Organization for Crohn's Colitis (AOCC)、European
Crohn's and Colitis Organization (ECCO)

【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、日本消化器内視鏡
学会 専門医・指導医、日本炎症性腸疾患学会 専門医・
指導医、日本消化管学会 胃腸科認定医

【役職】

日本消化器病学会 財団評議員、関東支部評議員、日本消
化器内視鏡学会 学術評議員、関東支部評議員、日本炎
症性腸疾患学会 代議員、臨床疫学委員(2017-2023)研
究助成委員(2024-)、日本消化器免疫学会 評議員、広報
委員(2016-)、日本小腸学会 評議員、Asian Organization
for Crohn's & Colitis (AOCC)、epidemiological committee
member、炎症性腸疾患(IBD)ガイドライン作成委員会
委員(2018-現在)、副委員長(2024-)、IBD内視鏡診療ガイ
ドライン作成委員(2021-2024、日本消化器内視鏡学会)、炎
症性腸疾患関連痛診療ガイドライン作成委員(2021-2024、
大腸癌研究会)、Clinical Journal of Gastroenterology機
関誌編集委員会委員

ランチオンセミナー 2

第2会場 12:40～13:20

「変わりゆくクローン病治療戦略 ～JAK阻害剤リンヴォックの立ち位置を考える～」

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 先生

「クローン病におけるスキリージのポジション —evidenceとexperience—」

深谷赤十字病院 消化器科 江藤 宏幸 先生

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 先生

共催：アッヴィ 合同会社

………演者の先生ご紹介………

た が わ け い
田川 慧 先生

【経歴】

2017年 3月 埼玉医科大学卒業
2017年 4月 埼玉医科大学総合医療センター 初期研修
2019年 4月 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・
肝臓内科
2020年10月 上尾中央総合病院 消化器内科
2022年 2月 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・
肝臓内科
2023年 4月 同 炎症性疾患センター

【資格・所属学会】

日本内科学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日
本肝臓学会専門医、日本消化器病学会専門医、日本炎症
性腸疾患学会専門医、日本カプセル内視鏡学会会員、日
本消化管学会会員

え と う ひろゆき
江藤 宏幸 先生

【経歴】

平成24年(2012年) 3月 自治医科大学医学部卒
平成24年(2012年) 4月 自治医科大学付属さいたま医
療センター(初期研修医)
平成26年(2014年) 4月 義務年限として秩父市立病院
や深谷赤十字病院に勤務
平成31年(2019年) 4月 日本大学医学部大学院医学研
究科 消化器肝臓内科学
令和 3年(2021年) 4月 深谷赤十字病院 消化器科
(現職)

器病学会 消化器病専門医・指導医、日本消化器内視鏡
学会 消化器内視鏡専門医・関東支部評議員、日本肝臓
学会 肝臓専門医、日本消化管学会 胃腸科専門医・胃
腸科認定医、日本ヘリコバクター学会 *H.pylori*感染症
認定医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、日
本炎症性腸疾患学会、日本胃癌学会、日本門脈圧亢進症
学会、難病指定医

【受賞歴】

the 17th Korea-Japan Joint Symposium on *Helicobacter*
Research : Young Investigator Award

【所属学会・資格】

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医、日本消化

スポンサードセミナー

第1会場 14:30～15:10

「潰瘍性大腸炎治療における S1P受容体調節薬への期待と役割」

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** 先生

「UCに対する腸内細菌療法最適化」

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** 先生

座長 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 センター長 **加藤 真吾** 先生

共催：ファイザー株式会社

………演者の先生ご紹介………

いしかわ
石川

だい
大 先生

【学歴及び職歴】

2001年 岩手医科大学医学部卒業
2004年 順天堂大学 消化器内科入局
2009年 米国Case Western Reserve University, IBD Research Center留学
2014年 順天堂大学 消化器内科 助教
2014年 便秘療法の臨床研究開始 研究責任者
2016年4月～現在 順天堂大学 消化器内科 准教授
2019年12月～現在 キリンIBD社と共同研究講座「腸内細菌療法研究講座」研究責任者
2022年4月～2025年3月 メタジェンセラピューティクス社と共同研究講座「細菌叢再生学講座」研究責任者
2025年1月～現在 順天堂大学腸内細菌療法リサーチセンター センター長
2025年3月～現在 順天堂大学医学部消化器内科 前任准教授

【受賞学術賞】

2008年 「第29回お茶の水研究会」 最優秀賞受賞
2010年 Cleveland Clinic and CWRU Research Award 優秀演題賞
2018年 アジア炎症性腸疾患学会 Best abstract賞
2019年 Crohn and colitis学会誌 Journal IBD 優秀論文賞
2020年 15th Congress of ECCO(ヨーロッパ腸炎学会) 優秀演題発表賞

【所属学会】

消化器病学会関東地方会評議員、消化器免疫学会、日本炎症性腸疾患研究会、消化器内視鏡学会、日本内科学会、国際粘膜免疫学会、ヨーロッパ腸炎学会

さくらい
櫻井

としゆき
俊之 先生

【略歴】

2002(平成14)年 東京慈恵会医科大学卒業
2002年5月 東京慈恵会医科大学附属病院 内科研修医
2004(平成16)年4月 同 消化器・肝臓内科レジデント
2005(平成17)年4月 国立国際医療センター 消化器科レジデント
2006(平成18)年12月～2007(平成19)年3月 国立療養所栗生楽泉園内科に出身(ハンセン病診療支援で草津温泉に赴任)
2007(平成19)年11月 国立国際医療センター 臨床研修指導医
2010(平成22)年4月 国立国際医療センター病院 消化器内科医員
2014(平成26)年4月 同 医療情報室室長補佐(併任)
2016(平成28)年4月 同 副医療教育部門長(併任)および総合診療科医員(併任)
2017(平成29)年4月 東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 助教
2024(令和6)年3月 現職

【所属学会】

日本内科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本肝臓学会、日本消化管学会、日本炎症性腸疾患学会、日本大腸肛門病学会、日本カプセル内視鏡学会

【専門医等】

日本内科学会総合内科専門医、日本消化器病学会指導医、日本消化器内視鏡学会指導医、カプセル内視鏡学会指導医、日本炎症性腸疾患学会指導医

【評議員等】

日本消化器病学会学術評議員、日本消化器内視鏡学会学術評議員、カプセル内視鏡学会代議員

【学位】

Prostaglandin E-major urinary metabolite diagnoses mucosal healing in patients with ulcerative colitis in remission phase. 令和4年7月27日

第29回専門医セミナー

第2会場 14:35～16:35

「症例検討セッション」

第28回専門医セミナー（第383回例会 2025年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。
（日本消化器病学会関東支部第386回例会における参加登録ならびに参
加費をお支払いください。）

※専門医更新単位3単位取得できます。

司 会：今枝 博之 先生（埼玉医科大学病院 消化管内科）
草野 央 先生（北里大学医学部 消化器内科学）
横井 千寿 先生（国立国際医療研究センター病院 消化器内科）

症例プレゼンター：宮口 和也 先生（埼玉医科大学病院 消化管内科）
蒲生 彩香 先生（国立国際医療研究センター病院 消化器内科）
小島 柊 先生（自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科）

ディスカッサント：①地方独立行政法人 総合病院国保旭中央病院 消化器内科
鈴木 隆斗 先生、中川美由貴 先生
②自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門
三ツ橋拓実 先生、林 宏樹 先生
③熊谷総合病院 消化器内科
渡邊 吉明 先生、岡本四季子 先生
④群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科
富永 哲成 先生、喜多 碧 先生
⑤筑波大学附属病院 消化器内科
岸本 希実 先生、池田 貴文 先生
⑥関東労災病院 消化器内科
佐藤 佑輝 先生、原 健三 先生
⑦戸田中央総合病院 消化器内科
山本 悠貴 先生、田所 健一 先生
⑧東京大学大学院医学系研究科 消化器内科
寺田有一郎 先生、岩田 琢磨 先生

特別企画 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。

実験テーマ「すっぱい・にがいの科学」

実験①「すっぱいもの」の性質

実験②「にがいもの」の性質

実験③「すっぱいもの」と「にがいもの」をまぜると…

※3才～未就学児のお子様が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386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: jsge386kanto@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—

聖マリアンナ医科大学 消化器内科	佐藤 純也
公益財団法人がん研究会 がん研有明病院 上部消化管内科	高須 綾香
東京大学大学院医学研究科 消化器内科学	屋嘉比聖一

専攻医Ⅰ（咽頭・食道） 8:30~8:54

座長 東京科学大学病院 消化器内科 三 好 正 人

1. スクリーニングの上部消化管内視鏡検査で診断した咽頭梅毒の1例

東京都立駒込病院 消化器内科	○藤井 一生, 野間絵梨子, 井関 真理, 森口 義亮
	後藤 修, 飯塚 敏郎
同 内視鏡科	岡 靖紘, 船曳 隼大
同 病理科	堀口慎一郎
同 感染症科	今村 顕史

2. 逆流性食道炎 改訂ロサンゼルス分類 minimal change の臨床的・生理学的意義は不明瞭である

日本医科大学 多摩永山病院 消化器内科	○上久保京香
日本医科大学付属病院	星川 吉正, 門馬 絵理, 川見 典之, 岩切 勝彦
	厚川 正則
日本医科大学千葉北総病院	星野慎太郎

3. 「PCAB テスト」は、真の胃食道逆流症の診断に有用ではない可能性がある

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科	○山崎 遼, 星野慎太郎
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科	星川 吉正, 門馬 絵理, 川見 典之, 岩切 勝彦
	厚川 正則

4. ICI 2 剤併用療法開始後早期に重篤な呼吸器系 irAE をきたしながら完全寛解が得られた切除不能進行食道癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科	○久世 悠佳, 足立 駿祐, 栗津 崇仁, 福嶋 浩文
	竹田 努, 藤澤 聡郎, 戸張 真紀, 石川 大
	澁谷 智義, 北條麻理子, 池嶋 健一, 伊佐山浩通
	永原 章仁

専攻医Ⅱ（胃・十二指腸1） 8:54~9:24

座長 東海大学医学部医学科 内科学系消化器内科学 佐 野 正 弥

5. ウパダシチニブ投与後に認めた胃潰瘍の1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科	○内田 健登, 藤井 紘大, 井上 慶一, 北條 紋
	野上 章, 鳥羽 崇仁, 藤本 愛, 和久井紀貴
	岡野 直樹, 松田 尚久

6. ボノプラザンにより増大した胃過形成性ポリープの EMR で出血コントロールに難渋した一例

横浜栄共済病院 消化器内科 ○河島 孝大, 酒井 英嗣, 清水 智樹, 岩崎 暁人
高井 佑輔, 城野 紡, 林 春菜, 能中理紗子
伊藤ひかり, 水橋 舞

7. 胃十二指腸蜂窩織炎に対して保存的加療で治癒が得られた 1 例

さいたま市立病院 消化器内科 ○坂田 碩人, 山本 傑

8. 十二指腸憩室炎に対して抗菌薬で保存的に治療し得た一例

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

9. 当院における十二指腸憩室出血 9 例の臨床的特徴および治療成績

杏林大学医学部 消化器内科学 ○村上万里絵, 白川 貴大, 津端しおり, 壽美竜太郎
望月もえぎ, 鍛冶 諒介, 楠原 光謹, 大野亜希子
久松 理一

専攻医Ⅲ(胃・十二指腸2) 9:24~9:54 座長 一般財団法人自警会 東京警察病院 消化器科 神 宝 隆 行

10. 開腹胃全摘 Roux-en-Y 再建術の 14 年後に内ヘルニアを発症した 1 例

東葛病院 外科 ○根来 亮, スレスタサントス, 岸野亜紀子, 五日市 宏
椎名 晴奈

11. 内視鏡的粘膜下層結紮術(ESMR-L)で腎細胞癌術後 30 年目に生じた転移性胃腫瘍の診断的治療に至った一例

独立行政法人地域医療機能推進機構 埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○柳岡 響, 大塚 祐治, 関彌 一貴, 高田 祐明
山口 晃弘, 中里 圭宏
慶應義塾大学 予防医療センター 木下 聡
医療法人真医会 南医院 南 一洋

12. 診断に難渋した Borrmann 4 型胃癌に対し診断的 EMR-L が有用だった 2 症例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○金谷 崇伸, 金子 達哉, 堀尾 亮介, 後藤 千尋
石川 翼, 大浦 弘嵩, 太田 祐樹, 對田 尚
沖元謙一郎, 松村 倫明, 加藤 順
同 病理部 松阪 恵介

13. EUS-TA で診断した 3 型胃癌の 1 例

熊谷総合病院 消化器内科 ○渡邊 吉明, 岡本四季子, 柏寄 由希, 比留間晴彦
石川 武志, 門野源一郎, 土合 克巳, 松井真理子
斎藤 雅彦
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 関根 匡成

14. 異なる内視鏡像を呈した粘膜下異所性胃腺由来と考えられた進行胃癌の一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○漆原 陵, 碓氷 七瀬, 水野 卓, 坂田 浩
佐藤 彩, 山田 俊介, 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, 持田 智
同 病理診断科 岩下 広道, 山口 浩
横浜市立市民病院 病理診断科 立石 陽子

専攻医Ⅳ(肝臓) 9:54~10:24

座長 埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科 内田 義人

15. 抗腫瘍活性物質を含むサプリメントの長期摂取による薬物性肝障害が疑われた一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○佐藤 慶佑, 松本 康佑, 清水 友貴, 本田 卓
櫻井美代子, 磯野 朱里, 青柳 仁, 三浦 亮
有住 俊彦, 阿部浩一郎, 浅岡 良成, 小田島慎也
今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤

16. 薬剤性肝障害に併発した二次性免疫性血小板減少症の一例

深谷赤十字病院 消化器科 ○長谷川綾香, 江藤 宏幸, 葛西 豊高, 佐藤 伸悟
牛山 叡, 大山 湧平, 石嶋 貴, 須賀 政裕
岡本四季子, 石川 文彦

17. 肝被膜下に多量の出血をきたした肝動脈瘤破裂に対し血管内治療で治療し得た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 ○松坂 翔, 西中川秀太, 大場 信之, 乾山 光子
土方 一範, 折原 慎弥, 石井 咲貴

18. 術前画像診断では肝細胞癌(HCC)が強く疑われた肝内胆管癌(ICC)の一例

筑波大学附属水戸地域医療教育センター 総合病院水戸協同病院 ○小方 智景, 鹿志村純也, 磯 直樹, 岡田 健太
小野 公平, 有賀 啓之

19. 進行肝細胞癌に対して、レンパチニブと肝動注療法を併用し、肺転移巣の縮小を認めた一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○松井 実咲, 渡邊 俊司, 大塚 陽介, 上野 航
三浦 光一, 森本 直樹, 矢野 智則

専攻医Ⅴ(胆) 10:29~10:59

座長 北里大学医学部 消化器内科学 小川 大輔

20. 門脈血栓を生じた胆石性急性胆嚢炎の1例

昭和医科大学 藤が丘病院 消化器内科 ○菊地ひかり, 浅見 哲史, 玉井 直希, 野田 淳
新谷 文崇, 高野 祐一, 長濱 正亞

21. 高度側弯症のある総胆管結石患者への直視鏡を用いたERCPで加療した一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科 ○前田 千春, 石井 寛裕, 石橋 和馬, 深澤 拓真
後藤 広樹, 大西 咲希, 久米 菜緒, 小俣亜梨沙
米井翔一郎, 阿南 秀征, 尾関雄一郎, 黒澤 貴志
所 知加子, 杉森 一哉
横浜市立医学部 消化器内科学教室 前田 慎

22. 診断に苦慮した胆管浸潤を伴う結核性リンパ節炎の1例

草加市立病院 消化器内科 ○関 寛人, 小林 正典, 鈴木 郁哉, 井浦亜有子
川内結加里, 周東万里恵, 町田 智世, 栗原 正道
赤須 雅文, 光法 雄介, 根本真理子, 渡辺 翔

23. 重複胆管、腓胆管合流異常症に合併した進行胆嚢癌の1例

大和市立病院 消化器内科 ○武田 堯憲, 亀田 亮, 小林 柚月, 永島 愛一
中村 洋介, 浅見 昌樹, 山本 和寿, 柳田 直毅

24. 高齢者急性胆嚢炎に対する EGBS 長期留置の有用性

医療法人積仁会 島田総合病院 消化器内科 ○柴原 研太, 近森 正康, 有福 厚孝, 内田 伸平
嶋田 一成

研修医Ⅰ(胃・十二指腸・小腸) 10:59~11:17 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 勝 部 聡 太

25. 内視鏡で止血困難であった十二指腸 GIST 出血に対して緊急 PD を施行した一例

熊谷総合病院 消化器内科 ○山岸 みく, 渡邊 吉明, 柏寄 由希, 比留間晴彦
岡本四季子, 五月女直樹, 門野源一郎, 石川 武志
土合 克巳, 斎藤 雅彦, 平山 信男, 帖地憲太郎
北 順二

26. 横隔膜ヘルニアに胃軸捻転を併発し、内視鏡による捻転解除後に修復術を施行した1例

新久喜総合病院 消化器内科 ○佐藤 和希, 石井 直樹
同 外科 加藤 琢也, 野田 和雅

27. 小腸内視鏡検査で診断し得た緩徐進行性胃腸管 T 細胞リンパ増殖異常症の一例

東京科学大学病院 消化器内科 ○堤 万緒, 澁谷慶太郎, 田村 皓子, 竹中 健人
清水 寛路, 藤井 俊光, 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, 日比谷秀爾, 福田 将義, 大塚 和朗
同 病理部 屋富祖大騎, 加藤 秀

研修医Ⅱ(小腸・大腸) 11:17~11:41 座長 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器) 井 村 友 理

28. A 型胃炎フォロー中に小腸 GIST が発見された一例

公立阿伎留医療センター 消化器内科 ○河崎 啓悟, 田中 匡実, 仁科有美子, 遠藤 和伸
葉山 譲, 渋谷 真史, 碓氷もりの, 加藤 廉
矢嶋 幸浩, 岡野 憲義

29. 繰り返す血便に対する複数回の大腸内視鏡により回腸悪性リンパ腫の診断に至った一例

社会医療法人熊谷総合病院 消化器内科 ○楯 和馬, 斎藤 雅彦, 渡邊 吉明, 柏寄 由希
岡本四季子, 比留間晴彦, 松井真理子, 門野源一郎
石川 武志, 土合 克巳
同 外科 高橋 秀樹, 帖地憲太郎, 平山 信男, 北 順二

30. 直腸癌に対する直腸切断術から 40 年後に潰瘍性大腸炎を発症した一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科 ○瓜生 理世, 梅田 智子, 松林 真央, 野上 章
井上楠奈子, 渋谷 俊祐, 中野 雅
同 炎症性腸疾患先進治療センター 小林 拓
同 消化器内科
同 炎症性腸疾患先進治療センター 佐上晋太郎, 阿曾沼邦央

31. BRAF 変異陽性直腸癌に対する BRAF 阻害薬治療中に重症膵炎・十二指腸穿孔・皮膚瘻をきたし死亡した一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○七田 蒔子, 宮川 佑, 石垣 佑樹, 鈴木 伸三
遠藤 剛, 鈴森知沙季, 林 猛志, 玉田 健次
岩田 琢磨, 藤澤 剛太, 早河 翼, 辻 陽介
朴 成和, 藤城 光弘

研修医Ⅲ(肝・胆) 11:41~11:59

座長 防衛医科大学校 消化器内科 高 橋 駿

32. 門脈・脾静脈・上腸間膜静脈血栓を契機に診断された JAK 2 V617F 変異陽性真性多血症の 1 例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科 ○大竹 智貴, 木村 昌倫, 今村 潤, 木村 公則

33. デュルバルマブによる imAE 肝障害に対してミコフェノール酸モフェチル投与が奏功した 1 例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 ○後藤 真央, 入江 邦泰, 松岡 裕人, 佐藤 博紀
濱口 智美, 池田 礼, 池田 良輔, 合田 賢弘
金子 裕明, 須江聡一郎, 前田 慎
横浜市立大学 病理診断科 山中 正二, 藤井 誠志

34. 除去困難な嵌頓結石に対して電気水圧衝撃波胆管結石破碎術が奏功した 1 例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○田端 瞳, 良沢 玲, 朝井 靖二, 奴田原大輔
中島 啓佑, 飯名 桃子, 菊池 佑真, 篠原 裕和
山本 圭, 平良 淳一, 中村 洋典, 北村 勝哉

第1会場（午後の部）

13：20～14：15

特別講演

ゲノム解析の基礎と臨床応用

東京大学医科学研究所 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 先生

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 眞嶋 浩 聡

一般演題(肝臓) 15：10～15：28

座長 武蔵野赤十字病院 消化器内科 小宮山 泰之

35. R-CHOP 療法後に発症した B 型肝炎ウイルス再活性化による急性肝不全の一例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○和田 直大, 小林 貴, 岩城 慶大, 野上 麻子
米田 正人

36. 肝内胆管癌の治療不応後に TERT promoter 変異が確認され、アテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法が奏功した原発性肝癌の一例

がん研究会有明病院 肝胆膵内科 ○濱田 潤, 岡本 武士, 鈴木 圭人, 佐藤洋一郎
平井 達基, 前川 有里, 三重 堯文, 武田 剛志
佐々木 隆, 尾阪 将人, 笹平 直樹
同 ゲノム診療部 深田 一平, 高橋 俊二
同 病理部 高松 学
同 肝胆膵内科
同 ゲノム診療部 古川 貴光

37. EUS-FNA が診断に有用であった胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の 1 例

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

一般演題(胆) 15：28～15：46

座長 獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 草野 祐実

38. 当院にて経験した十二指腸乳頭部腺筋腫症 3 例の臨床病理学的検討

秀和総合病院 外科 ○鎌田 悠子, 中村 典明, 花塚 拓也, 加藤俊一郎
小川 康介, 光岡 明人, 真田 貴弘, 桑原 博

39. HER 2 陽性かつ高い腫瘍遺伝子変異量 (TMB-H) を有する胆嚢癌に対してペムブロリズマブが奏功した一例

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科 ○山羽 智大, 佐々木昭典, 野田 順世, 木村 莉葉
南 杏友, 内山 学, 吉岡 翼, 岡本 梨沙
本村 廉明

40. 肝門部胆管癌の頭蓋骨転移による動眼神経麻痺に対して放射線治療を施行した一例

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

一般演題(消化管) 15:46~16:16 座長 東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 澁谷 尚希

41. 逐年胃がん検診で発見された壁外発育型巨大胃 Gastrointestinal stromal tumor の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構うつのみや病院 健康管理センター
同 内科 ○宇賀神卓広, 加藤 陽平, 倉橋 清加
自治医科大学 消化器外科 松本 志郎, 齋藤 心
独立行政法人地域医療機能推進機構うつのみや病院 外科 堀江 久永
自治医科大学 病理学 河田 浩敏

42. JAK 2 陽性の骨髄増殖性腫瘍を背景とした慢性虚血性胃炎の一例

がん・感染症センター 都立駒込病院 内視鏡科 ○岡 靖紘, 船曳 隼大, 荒川 丈夫
同 消化器内科 井関 真理, 森口 義亮, 野間絵梨子, 後藤 修
飯塚 敏郎

43. 初発潰瘍性大腸炎寛解導入でオザニモド肝機能障害をきたした1例

大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀

44. 潰瘍性大腸炎発症から2年以内に発生したS状結腸びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

JCHO さいたま北部医療センター 内科 ○坪井瑠美子, 齊藤 一美, 松本 圭太

45. カンピロバクター腸炎による回盲部潰瘍からの出血に対して内視鏡的止血術を要した一例

熊谷総合病院 消化器内科 ○比留間晴彦, 渡邊 吉明, 柏寄 由希, 岡本四季子
石川 武志, 門野源一郎, 土合 克巳, 松井真理子
斎藤 雅彦

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

富士森内科クリニック	清川 博史
横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学	野上 麻子
独立行政法人 地域医療機能推進機構 さいたま北部医療センター 消化器内科	松本 圭太

専攻医Ⅵ(小腸) 8:30~8:54 座長 帝京大学 ちば総合医療センター 内科 高 村 尚 樹

46. 繰り返す腸閉塞を契機に診断された回腸子宮内膜症の1例

横浜市立大学附属市民センター病院 内視鏡部	○古川 翼, 澤田 敦史, 鎌田 直樹, 野崎 公雄
	山下 啓和, 諸橋 啓太, 金村 知樹, 東 大輔
	厚坂 励生, 林 慧, 西尾 匡史, 小林 亮介
	平澤 欣吾
同 消化器外科	沼田 正勝
同 病理診断科	熊谷 栄太
横浜市立大学 消化器内科	前田 慎

47. 小腸虚血所見を伴った上腸間膜動脈塞栓症にたいしてヘパリン投与のみで腸管温存できた1例

横浜労災病院 外科・消化器外科 ○柚山 大輔, 成本 壮一

48. 上行結腸癌術後の吻合部近傍から発生した悪性リンパ腫の1例

東京通信病院 消化器内科 ○齋藤 聡文, 阿部 創平, 岸田由起子, 近藤花奈美
高橋 奎胡, 小野 晋治, 加藤 知爾, 小林 克也
平野 賢二, 関川憲一郎, 光井 洋

49. 消化管原発 Burkitt リンパ腫の化学療法中に大量出血をきたし止血困難であった一例

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

専攻医Ⅶ(大腸1) 8:54~9:24 座長 東京大学大学院 医学系研究科 消化器内科学 井 原 聡三郎

50. 腹水貯留のある結核性腹膜炎2例の診断過程の検討

東京医療センター 消化器内科	○家城 健史
永寿総合病院 消化器内科	上田 真裕, 松下美紗子, 一松 収, 吉田 英雄
同 呼吸器内科	楠本 竜也
同 外科	大島 剛

51. 父娘で潰瘍性大腸炎を発症し、ともにメサラジン不耐が出現した例

熊谷総合病院 消化器内科 ○柏寄 由希, 石川 武志, 渡邊 吉明, 比留間晴彦
岡本四季子, 門野源一郎, 土合 克己, 松井真理子
斎藤 雅彦

52. 潰瘍性大腸炎加療中に水痘・帯状疱疹ウイルス感染症を合併した1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○平澤 佑果, 矢野慎太郎, 石野 博崇, 津川 直輝
福岡 泰斗, 牛尾 真子, 深見久美子, 谷口源太郎
荻原 伸悟, 降旗 誠, 北村 庸雄, 長田 太郎

53. Budd-Chiari 症候群および急性心筋梗塞を生じた重症潰瘍性大腸炎の一例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○竹之内恵菜, 荒木 健一, 津久井充人, 飯島 良彦
塚本 京子, 石田 潤, 小松 拓実, 中本 悠輔
加藤 正樹, 川島亜貴世, 佐藤 義典, 前畑 忠輝
立石 敬介

54. 潰瘍性大腸炎に合併した直腸肛門管癌に対し化学放射線療法で完全奏効を得た一例

慶應義塾大学 医学部 内科学（消化器） ○飯田 俊典, 杉本 真也, 水島 一郎, 宮野 芽生
重原 光那, 長谷川麻衣, 深沢 直人, 村上宗一郎
韓 可, 海江田祐太, 須永 将梧, 鈴木 祥平
吉松 裕介, 清原 裕貴, 三上 洋平, 金井 隆典
同 腫瘍センター 平田 賢郎
同 内視鏡センター 高林 馨

専攻医Ⅷ(大腸2) 9:24~9:54

座長 順天堂大学医学部 消化器内科 樺 映 志

55. S 状結腸の閉塞性イレウスで瘻孔形成が発見された一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○岩井 朱音, 吉川 修平, 山本 大貴, 華山 翔泰
福本 彩音, 藤田 実優, 橋本 凌, 水谷 琢
青山佳代子, 佐々木吾也, 佐藤 杏美, 今井友里加
勝部 聡太, 森野 美奈, 三浦 孝也, 関根 匡成
上原 健志, 松本 吏弘, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡

56. S 状結腸膀胱瘻発症を契機に発見された、憩室に発生した S 状結腸癌の1例

杏林大学 医学部 消化器・一般外科 ○小島有紀子, 代田 利弥, 後藤 充希, 石井 俊
磯部 聡史, 中山 快貴, 本多 五奉, 若松 喬
麻生 喜祥, 飯岡 愛子, 吉敷 智和, 阪本 良弘
阿部 展次, 須並 英二
杏林大学 医学部付属 杉並病院 消化器・一般外科 片岡 功, 鈴木 裕
杏林大学医学部 病理学教室 日比谷孝志, 藤原 正親, 柴原 純二

57. S 状結腸癌切除後の機能的端々吻合部に便塊貯留をきたした一例

筑波記念病院 消化器内科 ○藤野 未菜, 添田 敦子, 丹下 善隆, 神山 広大
丸山 泰司, 森田 大雅, 高木 亮輔, 津金 祐亮
佐浦 勲, 姫井 紅里, 根本 絵美, 江南ちあき
越智 大介, 池澤 和人

58. 特発性門脈圧亢進症に対する Hassab 手術後の直腸静脈瘤に対して EIS を施行した 1 例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○猪又光太郎, 小堀 郁博, 加藤 陽佳, 小池悠太郎
高木 央, 山田奏太郎, 前田 紘基, 三代 賢
榊原 和真, 相馬 佑樹, 増田美佳子, 鈴木 優仁
山口真裕美, 早川 富貴, 桑田 潤, 白橋 亮作
草野 祐実, 曾我 幸一, 片山 裕視, 玉野 正也

59. 内視鏡的粘膜切除術にて切除した孤立性神経線維腫の 1 例

千葉県がんセンター 消化器内科 ○富澤 寛, 箕輪真寿美
同 内視鏡科 徳長 鎮, 菱川 恵介, 石垣 飛鳥, 杉田 統
北川 善康, 鈴木 拓人

専攻医区(大腸 3) 9:54~10:24 座長 東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 若 林 宗 弘

60. 横行結腸髄様癌による腸重積の 1 手術例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○野澤 勇哉, 小森 啓正, 岩井 拓磨, 山田 岳史
松田 明久, 進士 誠一, 横山 康行, 高橋 吾郎
室川 剛廣, 吉田 寛

61. 大腸癌の化学療法中に出現した呼吸困難を主訴に緊急入院し、正常血糖ケトアシドーシスと診断した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器肝臓内科 ○岩瀬 大知, 原田健太郎, 野口 正朗, 西村 尚
澤田 亮一, 猿田 雅之

62. 大腸癌による骨髄癌腫症を来した 1 例

JCHO 船橋中央病院 内科 ○西村 駿, 浅野 公將, 市川 峻平, 茂木 智拓
永嶌 裕樹, 嶋田 太郎, 土屋 慎, 高石 浩司
加藤佳瑞紀
同 泌尿器科 関田 信之
同 病理診断科 小松 悌介

63. ソマトスタチン受容体発現レベルの異なる骨転移が異時性に出現し肺癌との鑑別を要した神経内分泌腫瘍の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○岸本 希実, 小林真理子, 澤 龍太郎, 目良 麻衣
松本めぐみ, 和田 拓海, 石川 敬資, 宇野 広隆
石川 直樹, 山田 武史, 山本 祥之, 土屋輝一郎
同 呼吸器内科 北澤 晴奈
同 呼吸器外科 小林 尚寛
同 放射線診断科 原 唯史
同 病理診断科 加藤 聖大, 松原 大祐

64. 上行結腸粘膜下腫瘍を契機に診断された、神経芽腫の集学的治療後に発生した二次性発癌と考えられる右尿管癌の一例

千葉大学 医学部附属病院 消化器内科 ○木下 裕介, 堀尾 亮輔, 後藤 千尋, 石川 翼
大浦 弘嵩, 金子 達哉, 太田 佑樹, 對田 尚
沖元謙一郎, 齊藤 景子, 松村 倫明, 加藤 順
同 泌尿器科 佐塚 智和

専攻医X(膵臓1) 10:29~10:53 座長 日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 北 原 麻 衣

65. Stanford A型大動脈解離により生じた虚血性膵炎の1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○渡邊 和秀, 花岡 太郎, 小川 大輔, 玉置 明寛
安達 快, 渡辺 真郁, 奥脇 興介, 木田 光広
草野 央

66. 膵尾部嚢胞性病変により反復する急性膵炎に対し脾合併膵尾部切除施行し粘液性嚢胞腺癌と診断した一例

独立行政法人 労働者健康安全機構 横浜労災病院 消化器内科 ○倉林 聖, 関野 雄典, 白土 達也, 薬師寺絢太
逸見 莉子, 森本 紗生, 吉村 梨沙, 井出 貴也
野村 優, 今永 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

67. 急性膵炎で入院となり超音波内視鏡検査と膵液細胞診にて微小膵癌の診断に至った一例

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○亀井 淳矢, 阿川 周平, 新井 悠, 齋能 和輝
大木 孝之, 町田 花実, 中村 拳, 田邊 智英
恩田 毅, 植木 信江, 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

68. 十二指腸潰瘍・閉塞を契機に診断された主膵管拡張を伴わないGroove膵癌の一例

大森赤十字病院 消化器内科 ○赤瀬夢つみ, 高柳 卓矢, 片山 大暉, 高橋 耕平
寺一 稜介, 廣畑 愛, 林 映道, 飯田 敏史
海老澤 佑, 須藤 拓馬, 有本 純, 新倉 利啓
中岡 宙子, 千葉 秀幸, 井田 智則

専攻医XI(膵臓2) 10:53~11:11

座長 横浜市立大学 消化器内科学 鈴 木 良 優

69. 膵仮性動脈瘤の血管内治療後に十二指腸狭窄を来した1例

昭和医科大学病院 消化器内科 ○西川 晃一, 飯高 正典, 水野紗也香, 坂 隆寛
森 大地, 中山 顕皓, 西原 成俊, 及川 脩
中谷 真也, 杉浦 育也, 石井 優, 吉田 仁

70. 嚢胞内感染を契機に破裂を来した膵嚢胞に対し、段階的ドレナージが奏功した1例

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

71. BRCA 2 変異陽性・膵神経内分泌癌に対し FOLFIRINOX 療法後オラパリブで4年以上 SD を維持した1例

国立国際医療センター 消化器内科 ○柴田 寛至, 小島 康志, 濱崎麟太郎, 宮川 晴行
小林 和貴, 須澤 綾友, 中村 暁子, 大和 幹
蒲生 彩香, 鈴江 航大, 竜野 稜子, 矢野 成樹
久田 裕也, 赤澤 直樹, 横井 千寿, 田中 康雄
秋山 純一, 柳瀬 幹雄, 山本 夏代

研修医Ⅳ(膵臓) 11:11~11:35

座長 東京医科大学病院 消化器内科 内田 久美子

72. 菌状息肉症の膵転移を EUS-FNA で診断した一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○倉持 智仁, 佐藤 彩, 水野 卓, 漆原 陵
坂田 浩, 碓氷 七瀬, 山田 俊介, 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, 持田 智
同 皮膚科 岩永佳菜子, 宮野 恭平
同 病理診断科 松村 舞依, 佐々木 惇

73. 急性膵炎を契機に発見された膵嚢胞性粘液腺癌の一例

独立行政法人 労働者健康安全機構 関東労災病院 消化器内科 ○三浦賢太郎, 中崎奈都子, 鎌田健太郎, 岩瀬 浩暉
佐藤 祐輝, 関 楓子, 丹羽 絢菜, 前廣 由紀
西上堅太郎, 原 健三, 大森 里紗, 矢野雄一郎
金子 麗奈, 小野 真史, 池原 孝
同 外科・消化器外科 福井 梨紗, 坂田 宏樹

74. 膵内走行総肝動脈 (IPCHA; intrapancreatic common hepatic artery) の破格がある十二指腸乳頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術を行った一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器・移植外科 ○太田 幸, 阿部 学, 市田 晃彦, 宮下 眞理
西岡裕次郎, 高本 健史, 河口 義邦, 赤松 延久
長谷川 潔

75. 相同組換え修復欠損を有する IPMN 由来膵癌術後再発に対しプラチナレジメンを導入した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 ○一瀬 雄太
同 消化器内科 竹熊 勇登, 坂井有里枝, 遠藤 剛, 福田晃史郎
時任佑里恵, 宮林 弘至, 高原 楠晃
同 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

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
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
391	岩 本 淳 一 (東京医科大学茨城医療センター 消化器内科)	9月19日 (土)	東 京 海運クラブ	6月10日～ 7月15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	10月30日 (木)
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387回) 例会のお知らせ

期 日：2025年12月13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4.59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：「究極のへき地 南極での医療」

演者：小山記念病院 救急科

小田 有哉

司会：自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 教授

矢野 智則

キャリア支援の会：「テーマ：最新の消化器疾患の治療 (仮)」

「消化管癌について 最新の治療のトレンドを紐解く (仮)」

演者：筑波大学附属病院 消化器内科 病院講師

小林真理子

「潰瘍性大腸炎治療Up-To-Date (仮)」

演者：JCHO東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 部長

酒匂美奈子

司会：自治医科大学内科学講座 消化器内科学部門 病院助教

宮原 晶子

ランチョンセミナー1：「UC Advanced Therapyの次なる一手：ゲセルクマブの臨床試験・実臨床から見える未来」

演者：埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 教授/IBDセンター長

加藤 真吾

司会：自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 教授

矢野 智則

ランチョンセミナー2：「Cross-sectional imagingを活用したクローン病診療と包括的患者支援

～当院におけるスキリージの使用経験を含めて～」

演者：山口大学医学部附属病院 IBDセンター 副センター長

橋本 真一

司会：自治医科大学 富士フィルムメディカル国際光学医療講座 教授

坂本 博次

当番会長：矢野 智則 (自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 教授)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F

TEL 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: jsge387kanto@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

日本消化器病学会関東支部 第47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11月16日（日）

会 場：WEB開催（当日のライブ配信のみ）

会 長：海老沼浩利（国際医療福祉大学医学部 消化器内科学 教授）

主 題：「何度でも学びたい消化器病」

◆開会の辞◆海老沼浩利（第47回教育講演会会長）

◆講演1◆「消化管内視鏡分野の基本とトピックス」

司会：今枝 博之（埼玉医科大学病院 消化管内科）

講師：豊島 治（とよしま内視鏡クリニック）

◆スポンサードセミナー1◆「タイプ別に考える慢性便秘症」

司会：海老沼浩利（国際医療福祉大学医学部 消化器内科学）

講師：結束 貴臣（国際医療福祉大学成田病院 緩和医療科）

◆講演2◆「GERDと上部消化管機能障害の最新知見」

司会：新井 誠人（東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科）

講師：松村 倫明（千葉大学医学部附属病院 消化器内科）

◆講演3◆「潰瘍性大腸炎に対するAdvanced therapyの最新動向」

司会：吉田 篤史（大船中央病院 消化器IBDセンター）

演者：吉松 裕介（慶應義塾大学医学部 内科学（消化器））

◆スポンサードセミナー2◆「潰瘍性大腸炎の治療選択：標準治療から新規治療薬の位置づけまで」

司会：加藤 順（千葉大学医学部附属病院 消化器内科・内視鏡センター）

講師：富永 圭一（獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座）

◆講演4◆「胆膵診療Up to date～内視鏡診療を中心に～」

司会：森本 直樹（自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門）

講師：水野 卓（埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科）

◆講演5◆「胆管癌の多様性と臨床的意義」

司会：中川 美奈（東京科学大学 ヘルスケア教育機構 医歯学教育開発室）

講師：小無田美菜（国際医療福祉大学 医学部）

◆スポンサードセミナー3◆

司会：井上 和明（国際医療福祉大学 医学部）

「肝硬変の診断と治療」

講師：馬場 俊之（昭和医科大学横浜市北部病院 消化器内科）

「C型慢性肝炎における肝外病変と抗ウイルス療法がもたらすベネフィット」

講師：伊藤 敬義（昭和医科大学江東豊洲病院 消化器センター）

◆講演6◆「肝門部領域胆管癌治療の現状と展望」

司会：斎藤 英胤（北里大学北里研究所病院 肝臓病センター）

講師：阿部 雄太（慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科）

◆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◆海老沼浩利（第47回教育講演会会長）

参加方法：2025年8月28日（木）正午（予定）～2025年10月30日（木）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47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：森田、石川、馬場

TEL：03-6801-8084 FAX：03-6801-8094 E-mail：jsge47elm@planningwill.co.jp

1 スクリーニングの上部消化管内視鏡検査で診断した咽頭梅毒の1例

東京都立駒込病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡科²⁾、同 病理科³⁾、同 感染症科⁴⁾
藤井一生¹⁾、野間絵梨子¹⁾、井関真理¹⁾、岡 靖結²⁾、船曳隼大²⁾、森口義亮¹⁾、堀口慎一郎³⁾、今村顕史⁴⁾、後藤 修¹⁾、飯塚敏郎¹⁾

症例は50歳代男性で、HIV感染症で定期通院中であった。HIVのコントロールは良好で、HIV-RNAは測定感度以下、CD4は491/ μ Lであった。昨年6月の血液検査でHb 11.6g/dLと減少を認めたため、精査目的に上部消化管内視鏡検査を行った。口蓋垂から両側の口蓋弓にかけて拡大・癒合した、淡紅色で一部乳白色の沈着物を伴う粘膜斑を認めた。表面凹凸不整な扁平隆起で、両側の中咽頭側壁、喉頭蓋舌、両側の梨状陥凹へと広がっていた。NBI観察では境界明瞭なBrownish area様に描出されたため、当初は咽頭癌が疑われ組織生検が施行された。生検病理学的検査では上皮下間質に形質細胞を主体とする炎症細胞浸潤が密に認められた。Treponema pallidum抗体を用いた免疫染色で陽性菌が多数認められ、咽頭梅毒の診断となった。梅毒による臨床所見は咽頭病変のみであり、性器や皮膚病変などには認められなかった。血清学的検査でも梅毒血清反応(PRPF法) 6869R.U.、TP抗体(TPLA法) 275384T.U.と高値であった。診断後はアモキシシリン水和物の内服が開始され、治療から30日後の血清学的検査で治癒判定の診断となった。以降再発なく経過している。梅毒はTreponema pallidumによる性感染症の一つで、本邦では近年増加傾向である。かつては陰茎や外陰部からの発症が主であったが、口腔性交の増加に伴い、口腔・咽頭症状を初発とする患者も増加してきている。今後本例のように上部消化管内視鏡検査で偶発的に指摘されるケースも今後増えていく可能性がある。消化器領域における梅毒の報告は胃梅毒が最も多く、次に直腸の症例が散見される。咽頭梅毒の報告は少ないのが現状である。本例における診断までの経緯は、当初は咽頭癌の可能性を考えていたが、病理組織学的検討において形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤の像から咽頭梅毒が鑑別にあげられ、免疫染色にて確定診断が得られた。今後は消化器内科医にとっても咽頭梅毒の特徴的な内視鏡所見について理解を深める必要であると考えらる。

咽頭梅毒、咽頭癌

2 逆流性食道炎 改訂ロサンゼルス分類 minimal changeの臨床的・生理学的意義は不明瞭である

日本医科大学 多摩永山病院 消化器内科¹⁾、日本医科大学付属病院²⁾、日本医科大学千葉北総病院³⁾
上久保京香¹⁾、星川吉正²⁾、門馬絵理²⁾、星野慎太郎³⁾、川見典之²⁾、岩切勝彦²⁾、厚川正則²⁾

[背景] 逆流性食道炎は有病率10%のcommon diseaseである。逆流性食道炎の内視鏡分類として、日本では改訂ロサンゼルス分類が頻用され、従来のgrade A-Dの分類に加えてminimal change(以下、grade M)という分類が存在する。しかしgrade Mの臨床的・生理学的意義は依然不明瞭であり、この分類が逆流性食道炎の過剰診断につながっている懸念がある。本研究では、grade M 逆流性食道炎の臨床・生理学的意義について検討する。[方法] 当院で2020年1月から2025年3月までの間に、逆流症状の精査目的に上部消化管内視鏡検査と24時間逆流モニタリング検査を受けた患者のデータを解析した。両検査の2週間以上前から酸分泌抑制剤を内服していない症例を対象とした。Grade A-Dの逆流性食道炎の症例は除外した。逆流性食道炎 grade Mとgrade N(正常所見)との間で、臨床的特徴や逆流モニタリング所見を比較する。[結果] 解析対象となった34症例中、19例がgrade M、14例がgrade Nの診断となった。年齢、性別、BMIに2郡間で有意差を認めなかった。34症例中、25症例がFスケールに回答し、grade M群はgrade N群よりもFスケール合計値は優位に低かった(19.0 [0-28.0] vs. 27.0 [18.5-35.5], $p=0.016$)。食道内酸暴露時間割合(0.50 [0.25-2.85] vs. 0.60 [0.15-1.25], $P=0.444$)、総逆流回数(25.0 [15.5-33.5] vs. 21.0 [6.5-29.5], $p=0.425$)、夜間ベースラインインピーダンス値(2571 [1934-2886] vs. 2466 [2201-2892], $p=0.742$)に両群で有意差を認めなかった。[結論] 逆流症状を有する少数症例の検討ではgrade M群の臨床的・生理学的意義は不明瞭であった。今後さらなる症例蓄積が必要である。

逆流性食道炎, minimal change

3 「PCABテスト」は、真の胃食道逆流症の診断に有用ではない可能性がある

日本医科大学 千葉北総病院 消化器内科¹⁾、日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科²⁾
山崎 遼¹⁾、星川吉正²⁾、門馬絵理²⁾、星野慎太郎¹⁾、川見典之²⁾、岩切勝彦²⁾、厚川正則²⁾

[背景] 胃食道逆流症(GERD)の有病率は高く、近年増加傾向である。GERD精査として、上部消化管内視鏡検査(EGD)や24時間逆流モニタリング検査(MIIpH)があるが、プライマリケアの現場での実施は容易ではない。診断的治療としてプロトンポンプ阻害剤(PPI)の処方、いわゆる「PPIテスト」が、従来プライマリケアの現場では頻用されてきたが、診断精度は十分ではない。2015年に発売されたPotassium-Competitive Acid Blocker(PCAB)の一種であるボノプラザンは、従来のPPIよりも効果発現が早く、より長時間安定した胃酸分泌抑制効果を認める。そのため、PCABテストは診断的治療として有用な可能性がある。本研究では、PCABテストの有用性を検討した。[方法] 2024年6月から2025年4月までに、当院に1ヶ月以上未治療の胸焼け症状のため受診され、EGDとMIIpH検査後に28日間のボノプラザン 20mg内服、さらに内服前後にFスケールに回答した患者データを後ろ向きで解析した。Fスケールの合計点数が8点以上を組入基準とし、かつ治療後に点数が8点以下、もしくは50%以上の低下が認められたら、PCABテスト陽性と定義した。食道内酸暴露時間 $>4.0\%$ 、もしくはEGDでロサンゼルス分類グレードA以上の粘膜傷害を認めた場合にtrue GERDと診断した。PCABテストのtrue GERD診断性能を測定した。[結果] 対象となった29症例(年齢: 中央値49.0 [40.0-55.0]、性別 女性 51.7%、BMI 21.8 [20.8-26.9])において、PCAB治療前後でFスケール合計点は27.0 [17.0-31.0]から15.0 [10.0-17.0]に低下した($p<0.001$)。PCABテスト陽性は9人(31.0%)に、true GERDは8人(27.6%)に認めた。PCABテストの感度は53.8% (95%CI 25.1-80.8%)、特異度は87.5% (95%CI: 61.7-98.4%)であった。[結論] 今回の少数症例の解析では、PCABテストの精度は高くなく、PCABテストだけでGERD診断/除外すべきではないだろう。

胃食道逆流症, pcab テスト

4 ICI2剤併用療法開始後早期に重篤な呼吸器系irAEをきたしながら完全寛解が得られた切除不能進行食道癌の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
久世悠佳、足立駿祐、栗津崇仁、福岡浩文、竹田 努、澤澤聡郎、戸張真紀、石川 大、澁谷智義、北條麻理子、池嶋健一、伊佐山浩通、永原章仁

【症例】 74歳男性【現病歴】嚥下困難を主訴に当院を受診した。胸部食道に3型進行病変と多発肺転移、リンパ節転移を認め、cStageIV食道癌と診断した。全身化学療法の適応であったが、腎機能障害(cGFR 36.6)を有しており、ニボルマブとイビリムマブによる免疫チェックポイント阻害薬(ICI) 2剤併用療法の方針とした。通過障害に対し姑息照射をおこなったのち、薬剤開始した。2コース目1回目の投与後に呼吸不全により緊急入院となった。放射線性肺臓炎も鑑別に上がったが、発症時期などからGrade4の呼吸器系免疫学的有害事象(irAE)を強く考えた。集中治療室による呼吸管理、ステロイドパルスなどにより救命することもある。退院後も在宅酸素(1~2L)需要はあるものの、日常生活が可能となるまで改善が得られた。薬物療法継続は不可能であり無治療経過観察とした。1ヵ月後のCTで多発肺転移、リンパ節転移は完全に消退を認め、その後2年間、寛解状態で経過している。【考察】 ICIを用いた免疫療法は2010年代に登場し、現在では多くの癌種に広く承認されている。ICIの併用療法は単剤療法よりも高い治療効果を持つ一方で、重篤な副作用が発生することも報告されている。免疫関連有害事象(irAE)をきたした症例ではICI療法が高い有効性を示すことが報告されており、本症例のように重篤なirAEにより早期中止を余儀なくされた場合でも、長期にわたり効果が持続する例がある。本症例の特筆すべき点はわずか2サイクルで治療を中止したにもかかわらず、完全緩解が得られ持続している点である。今回、ICIによる免疫療法の有用性と同時にその重篤なリスクについても再認識する貴重な症例を経験したため報告する。

免疫チェックポイント阻害薬2剤併用療法, 食道癌

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
内田健登, 藤井絃大, 井上慶一, 北條 紋, 野上 章, 鳥羽崇仁,
藤本 愛, 和久井紀貴, 岡野直樹, 松田尚久

症例は80歳台、女性。関節リウマチの既往があり、当院膠原病科にてイグラチモドおよびアバタセプトで加療中であったが、関節症状の悪化に伴い20XX年Y月9日よりウパダシチニブ15mgの投与が開始された。ウパダシチニブ内服後より急激な食欲低下が出現し、1か月で3kgの体重減少を認めた。Y月24日にウパダシチニブは中止され、代わってゴリムマブ50mg/週の投与が開始された。Y+1月28日、近医を受診し施行された上部消化管内視鏡検査にて、3型進行胃癌が疑われる潰瘍性病変を認め、Y+2月5日に精査加療目的に当科紹介となった。来院時採血では明らかな炎症反応や腫瘍マーカー（CEA、CA19-9）の上昇は認められなかった。腹部CTでは胃小弯側のリンパ節腫大を認めた。当院で再度施行した上部内視鏡検査では、胃体下部から前庭部前壁にかけて発赤調で硬く、境界明瞭な肉芽形成を伴う陥凹性病変を認めた。生検では肉芽組織および炎症細胞浸潤を認めたが、腫瘍性病変やアミロイドーシスを示唆する所見は認められなかった。Y+2月26日に施行したPET-CT検査でも、病変部および周囲リンパ節にFDGの集積亢進は認めなかった。その後、食欲は改善傾向を示し、Y+2月31日の再検内視鏡では潰瘍は縮小し明らかな改善を認めた。Y+4月31日の再検でも瘢痕化が確認され、以降再発なく経過している。以上の経過より、ウパダシチニブによる薬剤性潰瘍と診断した。今回、ウパダシチニブ投与後に胃潰瘍を認めた稀な一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

薬剤性胃潰瘍, ウパダシチニブ

横浜栄済病院 消化器内科
河島孝大, 酒井英嗣, 清水智樹, 岩崎暁人, 高井佑輔, 城野 紡,
林 春菜, 能中理紗子, 伊藤ひかり, 水橋 舞

【症例】69歳女性。【病歴】X-6年に逆流性食道炎と診断され、ボノブラザン10mgが開始された。X-1年12月の上部消化管内視鏡で胃体部の過形成性ポリープの増大と表面の易出血性変化を認め、治療目的で当院紹介となった。X年1月14・15日、当院で上部消化管内視鏡を施行し、胃体部を中心とした山田IV型過形成性ポリープ10病変をEMRで切除した。切除時に高頻度で露出血管からの出血を認め、止血処置に時間を要した。X年1月19日に退院したが、X年1月21日に吐血にて救急搬送され、ショックバイタルと高度貧血を認めた。緊急内視鏡で切除後潰瘍からの出血を確認し止血処置を行った。以後は再出血なくX年1月29日に退院、X年2月26日の内視鏡でも再出血所見はなかった。【考察】胃過形成性ポリープはPPIやP-CAB長期使用による増大が報告され、中止やH2ブロッカーへの変更で縮小・消失した報告もある。出血原因となる場合は切除適応とされるが、本症例では切除時や治療後潰瘍の出血が問題となった。出血高リスク症例ではポリープ切除より原因薬剤の中止を優先することも一つの選択肢であり、本症例はその可能性を示唆する。

過形成性ポリープ, 出血

さいたま市立病院 消化器内科
坂田碩人, 山本 傑

【背景】胃十二指腸蜂窩織炎は、胃や十二指腸の粘膜下層を中心とし全層性に広がる炎症性炎症伴う比較的稀な疾患であり、高い致死率を伴う予後不良の疾患として知られている。今回、保存的加療により治癒に至った胃十二指腸蜂窩織炎の1例を経験したため報告する。【症例】50歳代男性。【主訴】心窩部痛、嘔気【現病歴】生来健康で基礎疾患のない方。心窩部痛と嘔気を主訴に前医を受診したが、症状改善乏しく当院紹介受診となった。当院初診時の血液検査にて著明な炎症反応を認め、腹部CTにて胃壁のびまん性の肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査（EGD）では胃および十二指腸に高度な炎症所見を認めた。入院後、絶食、経鼻胃管による減圧術、プロトンポンプ阻害薬（PPI）、抗菌薬投与による保存的加療を開始した。入院時採取した胃および十二指腸からの生検培養の結果 *Klebsiella pneumoniae* および *Haemophilus parainfluenzae* が検出され、胃十二指腸蜂窩織炎と診断した。腹部症状および炎症反応改善を認め、第10病日より食事を再開したが、第13病日に下血を認め、出血性十二指腸潰瘍に対して内視鏡的クリッピング止血術を施行した。第26病日、再度血便ありその他十二指腸潰瘍部より再出血を認め、焼灼止血を施行した。十二指腸蠕動運動及び胆汁酸や胰液の滯留暴露による組織障害を考慮し、ウルソデオキシコール酸とナファモスタットメシル酸塩を追加した。以後、再出血なく経過し、第29病日のEGDで胃十二指腸の炎症所見の軽快を確認。抗菌薬を経口投与に切り替え、第37病日に退院した。退院後13日のEGDにて炎症所見の更なる改善を確認し、炎症反応の正常化も認めたため、退院23日で抗菌薬を終了した。以後、再燃なく経過し、退院71日目のEGDにおける生検培養にて陰性化を確認した。【考察】胃十二指腸蜂窩織炎の発症にはアルコール多飲、糖尿病や免疫抑制剤などによる免疫力低下などが誘因となることが報告されているが、本症例では明らかな誘因を認めず特発性と考えられ希少な症例と考えられる。保存的加療で治癒が得られた1例として文献的考察を踏まえて報告する。

胃蜂窩織炎, 十二指腸蜂窩織炎

東京北医療センター 消化器内科
川口裕介, 中島 謙, 西野 龍, 小林満里菜, 栗飯原隼人,
光定聖弥, 藤原悠史, 間濤一壽, 岩田朋之

【目的】十二指腸憩室の発生頻度は消化管憩室の中でも結腸に次いで頻度が高いとされている。そのうち症状をきたすものは約5%と非常にまれであり、治療方針について一定の見解はない。そこで、当院で十二指腸憩室炎をきたし保存的に加療し得た症例を報告する。【方法】症例は50代女性。X年Y月に右上腹部痛を自覚し、症状が持続したため前医を受診した。腹部造影CT検査で脾頭部にring状に造影される低吸収域があり、精査のため当院を紹介受診した。血液検査で炎症反応上昇を認め脾嚢胞内出血や脾炎、十二指腸憩室炎なども疑われたことから精査加療目的に入院した。【成績】入院後は絶食・補液とし、第2病日よりABPC/ SBTを開始した。第5病日にMRCPを施行し脾頭部背側に憩室様構造と周囲の炎症所見を認めたが、血腫や膿瘍、腫瘍を示唆する信号変化は認めなかった。第7病日に上部消化管内視鏡検査を行い、十二指腸乳頭口側に潰瘍形成を伴う憩室を認め、胆汁排出もあったことから、十二指腸憩室炎と診断した。悪性腫瘍による潰瘍形成も考慮し少量生検を行ったが、炎症細胞を認めるのみだった。症状や炎症所見は徐々に改善し、食事摂取も良好であり、第9病日に退院した。退院後も上部消化管内視鏡とCTでフォローを行い、Y+1ヶ月後には憩室炎は残存していたが改善傾向を呈し、Y+8ヶ月後には憩室炎の改善を確認した。【結論】医学中央雑誌で2000年から2025年の間で、十二指腸憩室炎で検索したところ、議事録を含め23件が該当した。内視鏡で憩室内に腸石や食残、胆汁は16例（69%）で認め、内視鏡的にドレナージを実施していた。傍十二指腸乳頭憩室炎が多数を占めたが、水平脚に発生した例も4例存在した。本症例ではCT検査や内視鏡検査で腸石は認めず、憩室炎の原因は不明であった。内視鏡で憩室内は容易に観察可能でありドレナージは不要と判断した。そのため抗菌薬加療のみで治療し得たと考えた。十二指腸憩室炎を疑った場合は可能な限り水平脚まで観察を行い、必要時は積極的なドレナージが望ましいと思われる。

十二指腸憩室炎, 保存的治療

杏林大学医学部 消化器内科学

村上万里絵, 白川貴大, 津端しおり, 壽美竜太郎, 望月もえぎ, 鍛冶諒介, 楠原光謙, 大野亜希子, 久松理一

【背景・目的】十二指腸憩室は加齢に伴い発生頻度が高くなる疾患であり、頻度が少ないが出血を来すことがある。十二指腸憩室出血は、消化管出血の診断アルゴリズムにおいて“pitfall”となりやすい。今回当院で内視鏡的に診断可能であった十二指腸憩室出血症例について、臨床的特徴および治療成績を報告する。【方法】2015年1月から2025年1月までの10年間に当院で診断された十二指腸憩室出血9例を対象とし、後方視的に臨床学的特徴および治療成績を検討した。【結果】平均年齢は81.2(75-86)歳、性別は男性3例、女性6例で、基礎疾患は高血圧が4例(44%)、心疾患5例(56%)、脳血管障害1例(11%)であった。内服薬は抗血栓薬5例(56%)、非ステロイド抗炎症薬2例(22%)、副腎皮質ステロイド2例(22%)であった。症状は黒色便5例、鮮血便4例、吐血2例で認めた。Hbは中央値9.3(5.0-11.2) g/dLであり、ショック指数1.0以上を示した症例は3例で認めた。造影CT検査を施行した7例中3例で血管外漏出像を認めた。全例で緊急上部消化管内視鏡検査が施行され、出血源となった憩室は下行部に8例、水平部に1例であった。憩室内で出血源を認識できたのは7例であり、露出血管を4例、糜爛を3例に認めた。初回治療はクリップ止血が6例、Interventional Radiology (IVR)が3例施行され、30日以内の再出血をクリップ止血例で2例認めたが再度クリップで止血し得た。【考察】高齢化の進行に伴い、十二指腸憩室を有する患者の増加が予測される。十二指腸憩室出血は時に多量の出血を来し、内視鏡的止血が困難となる場合がある。高齢者における原因不明の消化管出血の鑑別疾患として十二指腸憩室出血を念頭に置き、IVRを含めた止血戦略の構築が重要である。

十二指腸憩室, 出血

東葛病院 外科

根来 亮, スレスタサントス, 岸野亜紀子, 五日市宏, 椎名晴奈

70代女性。X-14年に胃全摘術の既往があった患者。3日前の夕食後から持続する腹痛を認めたため救急搬送された。造影CTでRoux-en-Y脚の背側に回腸末端から挙上空腸のすぐ近傍までの小腸のほぼ全長が左側に嵌頓していた。同日に内ヘルニアによる絞扼性腸閉塞として緊急手術を行なった。術中所見は暗赤色の嵌頓腸管がCTと同様にRoux-en-Y脚の背側の間隙に入り込み嵌頓していた。ヘルニア門になった間隙の締め付けが強く孔を少し切り広げて嵌頓腸管を引き出し整復した。整復した嵌頓腸管の色調は改善しICG蛍光法を用いて血流異常がないことを確認したため、腸管切除は必要ないと判断した。術後下血を認め、術後2日目にHb7.2 mg/dlと低下したため赤血球輸血を行ったが、術後3日目に下血は改善し、術後5日目に食事を開始した。術後48日目に退院した。【考察】内ヘルニアは開腹胃全摘Roux-en-Y吻合術後患者の1~5%に起こると報告されている。開腹胃全摘術は腹腔鏡下胃全摘術と比較して術後内ヘルニアのリスクは下がると報告されているが、内ヘルニアの発症時期は開腹胃全摘術後の後期に増加するという報告がある。今回、開腹胃全摘術14年後に発症した内ヘルニアによる絞扼性腸閉塞に対して、緊急絞扼解除術を施行し救命した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

内ヘルニア, 胃全摘術Roux-en-Y脚吻合

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, 慶應義塾大学 予防医療センター², 医療法人真医会 南医院³, 柳岡 響¹, 木下 聡², 大塚祐治¹, 関彌一貴¹, 高田祐明¹, 南 一洋³, 山口晃弘¹, 中里圭宏¹

【症例】30年前に右腎細胞癌に対して腎摘出術、9年前に膀胱転移に対して膀胱尾部切除の治療を行い、その後再発がないことから専門施設での通院は終了となっていた84歳女性。20XX-2年に近医で施行した上部内視鏡検査(EGD)で体中部大弯前壁に発赤を伴った6mm大の隆起性病変を認めていたが、多発する胃底腺ポリープの一つとして経過観察となっていた。20XX年のEGDでポリープ頂部にびらん性変化を認め、生検でGroup2、免疫染色でCD3(-)、CD20(-)、CD56(+)であったことから神経内分泌腫瘍が疑われ、精査加療目的で紹介受診となった。当科でEGDの再検を行ったところ、病変部は緊満感を有し、前医で施行した生検の影響もあり、粘膜のびらんはやや深掘れを伴った拡がりを呈していた。拡大内視鏡観察下では腫瘍様の明瞭なdemarcation line(DL)を認め、辺縁の表面微細構造(MS)と微小血管構築像(MV)は比較的regularであったが、頂部のびらん部はMS、MVともにabsentであった。超音波内視鏡検査では第2層を主座とした粘膜下層の肥厚があり、内部均一な高エコー病変として描出されたことから、上皮性腫瘍と粘膜下腫瘍の鑑別が必要であった。そこで診断的治療目的でESMR-Lを施行した。切除断端は陰性であったが、病理結果は4mm大の淡明細胞癌であり、腎細胞癌の転移性腫瘍の診断となった。その後PET-CTを施行し明らかな遠隔転移はないことから、現在は定期的な画像フォローを行っている。【考察】腎細胞癌は切除後、長期経過で異時性異所性に再発することがある。本症例は膀胱転移、さらに胃転移を来したが治療によって良好な経過を辿っている症例であり、また、診断に難渋したが緩徐に増大した転移性胃腫瘍を2年間観察し得た貴重な経験をしたので、文献的考察を加えて報告する。

転移性胃腫瘍, 腎細胞癌

千葉大学医学部附属病院 消化器内科¹, 同 病理部², 金谷崇伸¹, 金子達哉¹, 松阪恵介², 堀尾亮介¹, 後藤千尋¹, 石川 翼¹, 大浦弘嵩¹, 太田祐樹¹, 對田 尚¹, 沖元謙一郎¹, 松村倫明¹, 加藤 順¹

【目的】Borrmann 4型胃癌は粘膜下をびまん性に進展するため、通常の生検では診断が困難なことがある。今回、上部消化管内視鏡(EGD)にて4型胃癌を疑われるも診断に難渋し、最終的にEMR-Lにより確定診断に至った2症例を経験したため報告する。【症例1】80代女性。既往歴として結節性多発動脈炎あり。X年11月に腹痛・嘔気を主訴に前医を受診した。CT検査にて横行結腸の壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡(CS)および生検にて虚血性変化と判断された。結節性多発動脈炎の腸管病変が疑われ、腸管安静、ステロイド治療が開始されたが改善なく、X年12月に当院転院となった。当院でCS再検するも腸管浮腫が高度でS状結腸以深には到達できず、その後横行結腸穿孔をきたした。外科的に結腸部分切除術が施行され、手術検体について転移性低分化腺癌(por2)と診断された。原発巣精査のためX+1年1月にEGDを施行。発赤を伴うびまん性の胃壁肥厚を認め、4型胃癌疑いとしてボーリング生検施行するも診断つかず。EMR-Lにより検体を再採取したところ、低分化腺癌(非充実型、por2)の診断となった。最終的に4型胃癌・横行結腸転移の診断となったが、患者本人のPSを鑑みBSCの方針となった。【症例2】50代女性。X年11月より心窩部痛と食思不振を主訴に前医を受診した。EGDでびまん性の胃壁肥厚を認め、4型胃癌が疑われたが、生検では明らかな悪性所見を認めなかった。対症的に加療されたが症状は改善せず、X+1年1月に当院紹介となった。当院でEGDおよびボーリング生検を施行するも診断つかず、EMR-Lにて検体を採取したところ、低分化腺癌(非充実型、por2-sig)の診断となった。化学療法を先行し手術を目指す方針として現在加療中である。【考察】通常生検で診断困難な4型胃癌に対し、EMR-Lにより確定診断に至った2症例を経験した。深部組織の採取が可能なEMR-Lは、診断手技として有用である可能性が示唆された。文献的考察を加えて報告する。

4型胃癌, EMR-L

13 EUS-TAで診断した3型胃癌の1例

熊谷総合病院 消化器内科¹⁾、
自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科²⁾、
渡邊吉明³⁾、岡本四季子³⁾、関根匡成³⁾、柏壽由希³⁾、比留間晴彦³⁾、
石川武志³⁾、門野源一郎³⁾、土合克巳³⁾、松井真理子³⁾、
斎藤雅彦³⁾

【背景】粘膜面の変化に乏しい胃癌の診断においては、通常の内視鏡生検で診断に至らなかった場合にポーリング生検や超音波内視鏡下組織採取(EUS-TA)の有用性が知られている。今回潰瘍形成を伴い3型胃癌の様相を呈したにもかかわらず、複数の生検で診断に至らず、EUS-TAが有用であった1例を経験したので報告する。【症例】60代、男性。上腹部痛を主訴に近医を受診、腹部エコーで多量の腹水貯留を認め、精査目的に当院紹介となった。血液検査の結果、CA19-9高値であり、腹水細胞診でadenocarcinomaを認め、癌性腹水が考えられた。上部消化管内視鏡検査では胃体上部後壁に潰瘍形成を伴う境界不明瞭な発赤調の隆起を認め、3型胃癌が疑われた。潰瘍辺縁周堤部から5か所生検を行ったが、病理の結果腫瘍性変化はみられなかった。その後超音波内視鏡検査(EUS)を行い、胃体上部に潰瘍形成に一致して不整な壁肥厚あり、漿膜側まで浸潤する腫瘍が疑われた。EUS-TAを施行したところ、Adenocarcinoma(tub2)の所見が得られた。よって胃癌腹膜播種の診断となり、当院で化学療法施行の方針となった。【考察】EUS-TAは生検と比較し、深部の組織採取が可能であり、病変の首座が粘膜下層以深の場合は特に正診率を向上させることができる。本症例では結果が期待された潰瘍辺縁からの生検で診断がつかなかったものの、EUS-TAでの深部組織採取により診断に至った。4型胃癌におけるEUS-TAの診断の報告は複数あるが、3型胃癌の様相を呈している生検で診断に至らなかった場合の報告は少ない。粘膜面の変化によらず、胃癌の組織診断においてEUS-TAが有効な手段になりうると考えられた。

3型胃癌, EUS-TA

14 特異な内視鏡像を呈した粘膜下異所性胃腺由来と考えられた進行胃癌の一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科¹⁾、
同 病理診断科²⁾、横浜市立市民病院 病理診断科³⁾、
漆原 陵¹⁾、碓氷七瀬¹⁾、水野 卓¹⁾、坂田 浩¹⁾、佐藤 彩¹⁾、
山田俊介¹⁾、辻 翔平¹⁾、相馬直人¹⁾、若下広道¹⁾、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⁾、立石陽子²⁾、
中山伸朗³⁾、今井幸紀³⁾、持田 智³⁾

【緒言】粘膜下異所性胃腺 (submucosal heterotopic gastric glands: SHGG) は胃癌の高リスク因子とされている。粘膜固有層由来癌にSHGGが併存した報告例が多いが、SHGG由来癌の報告も散見される。【症例】80代男性【主訴】腹部膨満【経過】15年前に胃体下部前壁の0-IIc 3cm大の早期胃癌に対してESDを施行された。病理結果は高分化型管状腺癌で、脈管侵襲なく、断端陰性であった。背景粘膜にはSHGGが散見されていた。2か月前からの腹部膨満のため来院した。単純CTで腹水と大網の結節を認めた。胃前庭部の壁肥厚も疑われ、PET検査で同部に集積亢進を認めた。GFでは胃体下部大弯後壁に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、表面には多数の開口部から粘液の流出を認めた。表面粘膜は内視鏡上炎症性変化が疑われ、生検でも悪性所見はなかった。開口部から鉗子を挿入して生検を行ったところp53のnull typeの異常染色像を呈する軽度異型腺管を認め、腺窩上皮型腺癌と診断された。上皮内癌様の成分も広く見られた。胃癌、腹膜播種の診断で、BSCとなった。【考察】本症例は表面の開口部から鉗子を挿入して粘膜下の組織を生検することで腺癌と診断でき、過去のESD検体でSHGGが指摘されていたことから、SHGG由来胃癌と考えた。医中誌で検索し得たSHGG由来癌は13例で、11例が粘膜下腫瘍の形態であった。粘膜面にびらんを伴わなかった6例のうち4例は生検で診断がつかず、2例でEUS-FNAが行われたが診断が確定したのは1例のみと、SHGG由来癌の診断は難しいと考えられた。本症例と同じく表面に多数の開口部を認めたのは13例中1例のみで、2例では1か所のdelleを認めるのみであった。

粘膜下異所性胃腺, 胃癌

15 抗腫瘍活性物質を含むサプリメントの長期摂取による薬物性肝障害が疑われた一例

帝京大学 医学部 内科学講座
佐藤慶佑、松本康佑、清水友貴、本田 卓、櫻井美代子、磯野朱里、
青藤 仁、三浦 亮、有住俊彦、阿部浩一郎、浅岡良成、
小田島慎也、今津博雄、山本貴嗣、田中 篤

症例は、関節リウマチ (MTX継続投与下)、胃痛 (術後、補助化学療法終了し無治療3年経過観察中) で当院外科に定期外来通院中の81歳女性。定期受診時の血液検査でPT%71%と肝予備能の低下、また直接ビリルビン2.94 mg/dL、AST 1605 U/L、ALT 2025 U/L、LDH 1066 U/Lと著明な肝胆道系酵素の上昇を認め、当科を紹介受診した。同日に施行した腹部単純CTでは明らかな肝腫大や転移を示唆する所見は得られず、身体診察上も明らかな腹部所見はなく眼結膜の黄染のみであった。今後肝障害の増悪や肝不全への進展も予測されたため緊急入院の方針となり、肝障害の精査を行うこととした。入院時の追加の間診でサプリメントとして紅豆杉を内服していることが判明した。紅豆杉はパクリタキセルを含有しており厚生労働省より2023年に医薬品への移行の通達がありサプリメントとして販売停止となっていたものの、多量の買い占めを行っており現在まで約10年間は内服を継続していた。他に新規開始薬剤はなく、他の原因としてウイルス感染や自己免疫性肝疾患を示唆する血液検査所見は認めなかったことから紅豆杉による肝障害を疑った。入院後はサプリメントのみの中止で肝胆道系酵素は速やかに改善し、倦怠感も消失したため第7病日に退院した。退院1か月後の外来で肝胆道系酵素の正常化を確認した。RECAM-J 2023は7点でProbable、DDW-J 2004ワークショップのスコアは7点で可能性が高い、Naranjo評価スケールは3点でPossibleと判定され、薬物肝障害の可能性が示唆された。抗腫瘍活性物質を含むサプリメントの摂取による薬物性肝障害が疑われた症例であるが、既往の関節リウマチに対するMTXの定期内服やPSL投与中止後数か月での肝障害の発現でもありそれらの鑑別やサプリメントによる肝障害に関して文献的な考察もふまえて報告をする。

薬物性肝障害, サプリメント

16 薬剤性肝障害に併発した二次性免疫性血小板減少症の一例

深谷赤十字病院 消化器科
長谷川綾香、江藤宏幸、葛西豊高、佐藤伸悟、牛山 颯、大山湧平、
石嶋 貴、須賀政裕、岡本四季子、石川文彦

【症例】70代男性。X年12月下旬より発熱、倦怠感が出現し、市販薬の内服を開始した。X+1年1月も倦怠感が持続するため近医受診し血液検査で肝胆道系酵素上昇、血小板数9000/ μ Lと減少をみとめ当科紹介となった。好酸球数が高値であることから薬剤性肝障害を疑い、内服薬を全て中止とした。骨髄生検で巨核球過形成であり、未成熟血小板分画(IPF)高値であることから免疫性血小板減少(ITP)が疑われ、第2病日よりプレドニゾロン50mg/dayを開始した。血小板数は改善乏しく、第3病日より免疫グロブリン静注療法(IVIG)25mg/dayを開始した。第4病日より血小板数、ASTともに改善傾向となった。プレドニゾロンを漸減し第25病日に退院となった。薬剤リンパ球刺激試験では葛根湯、新富士胃腸薬が強陽性であり、同薬による薬剤性肝障害を機に二次性ITPを発症したと診断した。現在プレドニゾロン漸減中だが、再燃なく経過している。【考察】ITPは頭蓋内出血などの致死合併症が生じうる疾患であり、早期の診断、治療介入が必要である。薬剤性肝障害と血小板減少の合併を認めた際は二次性ITPを鑑別に挙げ、速やかに専門科に相談し適切な治療介入をすべきである。

免疫性血小板減少, 薬剤性肝障害

17 肝被膜下に多量の出血をきたした肝動脈瘤破裂に対して血管内治療で治療し得た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
松坂 翔, 西中川秀太, 大場信之, 乾山光子, 土方一範, 折原慎弥,
石井咲貴

症例は50歳女性。既往に高血圧があり、降圧薬を内服中であった。20XX年1月、腹痛および倦怠感を自覚し、次第に増悪して立位困難となり救急搬送された。意識レベルは清明で、血圧は来院時182/121mmHgと高値であったが救急外来で130/80mmHgに低下した。Hbは来院時13.8g/dlと低下は認めなかったが、造影CTにて肝被膜下に多量の血腫を認め、肝右葉を圧排していた。また、肝S7/8に楔状の造影欠損を認め、動脈相で同部位から被膜下への造影剤の漏出が見られた。肝右葉辺縁の被膜下出血に対して血管内治療を施行した。マイクロカテーテルを右肝動脈に挿入し、出血点を同定したところで、ジェルパートによる塞栓で止血を得た。肝細胞癌を疑う腫瘍濃染は認められず、その後腫瘍マーカーの上昇や造影CTの再検査でも肝細胞癌を疑う所見はなく、肝動脈瘤からの出血が原因と考えられた。経過中、第3病日にはCRPが16.64mg/dlまで上昇し、造影CTでS7周囲に血腫感染によると思われる膿瘍形成を認めた。外科的ドレーナジは同意が得られず、保存的加療で第52病日にはCRP3.02mg/dlまで改善し退院となった。肝動脈瘤は稀な疾患であり、成因としては外傷性(42%)、動脈硬化性(19%)、特発性(17%)、炎症性(6%)、細菌性(5%)と報告されている。本症例では外傷歴や、肝胆道系の治療歴も認めなかった。また自己抗体は陰性であり血管炎等も否定的で、感染も認めず、特発性肝動脈瘤と考えられた。肝動脈瘤破裂に対して血管内治療が奏功し、術後形成された感染性血腫に対しても保存的に加療し得た1例を経験したので報告する。

肝動脈瘤破裂, 肝被膜下出血

18 術前画像診断では肝細胞癌(HCC)が強く疑われた肝内胆管癌(ICC)の一例

筑波大学附属水戸地域医療教育センター 総合病院水戸協同病院
小方智景, 鹿志村純也, 磯 直樹, 岡田健太, 小野公平,
有賀啓之

はじめに:B型肝炎ウイルスキャリアーは慢性肝炎から肝硬変を経ずHCCが発生することもあるため注意深く画像検査を行いながら経過観察をすることが大切である。HCCはDyCTの動脈相での濃染とその後のWashoutを示すことが多い。症例:60歳の男性。慢性B型肝炎に対してX-12年からエンテカビルで治療中であった。なお、実母もHBVキャリアーで肝硬変・HCCが発生して死亡している。X年7月時点でHBs抗原250IU/mL、HBs抗体(-)、HBe抗原(-)、HBe抗体80%、HBV-DNA(-)でB型肝炎の病勢は落ち着いており、TP6.7g/dL、Alb3.9g/dL、Plt28.1万/μL、AST22IU/L、ALT21IU/L、ALP219IU/L、γ-GTP25IU/L、LDH178U/Lと肝機能も保たれていた。X年7月定期フォローアップのDy-CTで肝S3に動脈相で濃染と平衡相でwashoutされる20mm大の結節が出現した。EOB-MRIでも肝細胞相で信号低下と拡散低下を認めたことからHCCと診断した。9月にRFAを施行しその後は再発なく経過していたが、X+3年5月Dy-CTでRFA後の辺縁に15mm大の高血流結節が出現し、HCC再発として7月にTACEを行った。X+3年12月のDy-CTでTACE後の病変近傍に20mm大の高血流結節が再出現した。AFP2.1ng/mL、PIKVA-II11mAU/mLとHCCの腫瘍マーカーは陰性であったが、EOB-MRIでもHCCに矛盾しない所見でありHCC再発と診断した。単発かつ治療後の再発を繰り返すHCCとして、X+4年2月に肝部分切除を施行した。病理学的には腺管状に増殖浸潤する異型細胞が確認され、免疫染色ではCK7(+), CK19(+), CD56(+), Hepatocyte(-), CD10(-)であり、肝内胆管癌と判明した。考察:肝硬変を伴うICCは造影CTで多様な造影パターンを示す。15.3%のICCではHCCと同様に“wash-in and wash-outパターン”を呈するという報告もあり、CTで鑑別する際には注意を要する。貴重な症例を経験したので文献的考察をふまえて報告する。

肝内胆管がん, 術前画像診断

19 進行肝細胞癌に対して、レンパチニブと肝動注療法を併用し、肺転移巣の縮小を認めた一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
松井美咲, 渡邊俊司, 大塚陽介, 上野 航, 三浦光一, 森本直樹,
矢野智則

【症例】74歳、男性【既往】HCV、SVR達成。HBV既往感染。間質性肺炎で経過観察中。喫煙:30年×40本、飲酒:日本酒1合/日。糖尿病、高血圧症、脂質異常症で内服治療継続中。【現病歴】定期受診時に肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部超音波検査で胆嚢癌が疑われ、当院を紹介受診した。【治療経過】肝細胞癌、胆嚢浸潤、脈管浸潤(Vp3,Vv2)多発肺転移と診断した。全身薬物療法の適応だが、間質性肺炎の合併のため、免疫チェックポイント阻害薬の使用は困難であり、レンパチニブによる治療を開始した。経過中に蛋白尿が出現したため、肝動注療法(HAIC:スズブラチン)を施行したところ、肝内病変は脈管侵襲を含めて消失した。以後、未治療で経過観察中に、肺転移病変についても経時的な縮小傾向が持続し、抗腫瘍治療の終了後1年を経ても病勢の悪化を認めていない。【考察】肺転移を伴う進行肝細胞癌に対する治療は、複合免疫療法あるいはチロシンキナーゼ阻害薬による全身薬物療法が主体となる。自己免疫性疾患を合併した例では、免疫チェックポイント阻害薬の使用が困難であることから、チロシンキナーゼ阻害薬のみが適応となるが、副作用として手足症候群、蛋白尿、高血圧などが高頻度出現し、治療に難渋することをしばしば経験する。本症例では、間質性肺炎の合併により免疫療法を施行できず、レンパチニブによる蛋白尿の悪化もみられ、治療継続が困難かと思われたが、レンパチニブとHAICとの併用が奏功し、肺転移巣の縮小も得られており、貴重な症例と考えられる。TACE後に、局所的な治療対象となっていない肺転移病巣も縮小した症例報告もあり、腫瘍壊死、腫瘍抗原の放出に伴い、宿主の腫瘍免疫賦活機序が指摘されている。本症例においても、直接的な治療介入を行っていない肺病変の縮小には、腫瘍免疫賦活機序が関連している可能性が示唆される。

進行性肝細胞癌, レンパチニブ

20 門脈血栓を生じた胆石性急性胆嚢炎の1例

昭和医科大学 藤が丘病院 消化器内科
菊地ひかり, 浅見哲史, 玉井直希, 野田 淳, 新谷文崇, 高野祐一,
長濱正亞

症例は70歳の女性。特記すべき既往歴や併存疾患はなく、飲酒歴もない。5日前からの右季肋部痛を主訴に前医を受診した。腹部超音波検査で急性胆嚢炎が疑われ、同日に当院を受診した。血液検査では肝胆道系酵素(T.bil2.3mg/dL、D.bil1.4mg/dL、AST106U/L、ALT236U/L、ALP317U/L、γGTP606U/L)、炎症反応(CRP12.06mg/dL)、D-ダイマー(9.9mg/dL)の上昇を認めた。また、造影CTで胆嚢結石と胆嚢壁肥厚・胆嚢周囲脂肪線濃度上昇に加え門脈左枝に血栓を認めた。胆石性急性胆嚢炎(東京ガイドライン2018中等症)および門脈血栓症と診断し緊急入院した。MRCP・超音波内視鏡検査では胆管に異常は認めなかった。また、慢性肝疾患や血栓性素因を検索したが全て陰性であり門脈血栓の原因は胆嚢炎と考えられた。急性胆嚢炎に対し抗菌薬を投与し、門脈血栓に対してはヘパリン持続静注後、エドキサパンへ移行した。炎症反応や肝胆道系酵素は改善し第12病日に退院した。退院後もエドキサパンを継続したが、2か月後のMRIでは門脈血栓は残存していた。しかし、食道・胃静脈瘤や腹水といった門脈圧亢進症の症状はみられずに経過し肝胆道系酵素も正常となった。今後胆嚢摘出術を予定している。胆嚢炎による門脈血栓症は稀ではあるものの胆嚢炎に合併した肝機能障害の原因として重要であり若干の文献的考察を加えて報告する。

胆嚢炎, 門脈血栓症

21 高度側弯症のある総胆管結石患者への直視鏡を用いたERCPで加療した一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科¹⁾、
横浜市立医学部 消化器内科学教室²⁾
前田千春¹⁾、石井寛裕¹⁾、石橋和馬¹⁾、深澤拓真¹⁾、後藤広樹¹⁾、
大西咲希¹⁾、久米菜緒¹⁾、小俣亜梨沙¹⁾、米井翔一郎¹⁾、阿南秀征¹⁾、
尾関雄一郎¹⁾、黒澤貴志¹⁾、所知加子¹⁾、杉森一哉¹⁾、前田 慎²⁾

【はじめに】ERCPは通常側視鏡を使用して施行されるが、側視鏡下の処置が困難な症例に対しては、直視鏡を用いたERCPの報告が散見される。今回、我々は高度側弯症患者に対して直視鏡を使用しERCPを施行し加療に成功したため報告する。【症例】27歳男性【既往歴】微細染色体異常症、最重度知能障害、高度脊椎側弯症、難治性てんかん、慢性心不全、慢性呼吸不全、盲腸捻転、川崎病【現病歴】2025年4月29日頃から皮膚黄染を認めた。前医の腹部超音波検査で総胆管結石、胆泥貯留、肝内胆管拡張を認めたため、5月2日に当院救急搬送となった。血液検査で肝胆道系酵素の上昇、炎症反応の軽度上昇、CTで遠位胆管に結石を認め、総胆管結石性胆管炎と診断した。抗菌薬投与で保存加療を行い、炎症反応や肝酵素は改善傾向を認めたが、ビリルビンの上昇と凝固延長を認めたため保存加療は限界と判断し、ERCPを施行する方針とした。平時より心不全、呼吸不全に対してNPPVを使用しているため、ERCP施行に際しては経口気管挿管、人工呼吸器管理下で行うこととした。高度の側弯症と低身長を認めていたため、術前より側視鏡の挿入は困難と判断された。腹部CTでは偏位した十二指腸乳頭部への到達は、直視鏡（GIF-H290T）でなら可能と想定された。側弯による食道の蛇行と狭小化で挿入に難渋したが、十二指腸到達に成功し乳頭を視認することができた。乳頭の正面視は困難であったが回転機能付きスフィンクテロトーム（ENGETSU）を使用し、胆管挿管に成功し、EST小切開のち胆管ステントを留置できた。その後は肝胆道系酵素や炎症の改善を認めたため、5月14日に再度同様の方法でERCPを施行し、ステントを抜去後、EPBD、結石除去に成功した。その後も経過は良好で5月19日に施設転院となった。【考察】高度側弯症患者に対して直視鏡を使用しERCPを施行し得た一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆石性胆管炎、高度側弯症

22 診断に苦慮した胆管浸潤を伴う結核性リンパ節炎の1例

草加市立病院 消化器内科
関 寛人、小林正典、鈴木郁哉、井浦重有子、川内結加里、
岡東万里恵、町田智世、栗原正道、赤須雅文、光法雄介、
根本真理子、渡辺 翔

【症例】71歳女性。【既往歴】小児期に結核の既往がある。【現病歴】背部痛を主訴に近医を受診し、MRCPで胆管内に径20 mm大の腫瘍性病変を指摘された。発熱、体重減少はなく、黄疸、腹痛も認めなかった。当院に行ったら造影CTでも同様に膵頭部背側に径20 mm大の腫瘍を認め、胆管浸潤が疑われた。血液検査ではAST 49 U/L、ALT 40 U/L、ALP 130 U/L、 γ -GTP 110 U/Lと肝胆道系酵素の軽度の上昇を認め、腫瘍マーカーもDUPAN-2 (166 U/mL) やsIL-2R (384 U/mL) は軽度の上昇を認めたが、CEA、CA19-9については基準範囲内であった。超音波内視鏡(EUS)では膵上縁の胆管近傍に径20 mm大の内部に低エコー領域を伴う境界明瞭な腫瘍を認め、やはり総胆管内腔への浸潤を認めた。種々の検査から悪性腫瘍を疑い、EUSガイド下穿刺生検(EUS-FNA)を行ったが、類上皮細胞肉芽腫および多核巨細胞を認めるのみで悪性所見は認めなかった。診断が確定できず、悪性腫瘍の可能性を否定できなかったため、肝外胆管切除術を行った。切除標本では胆管に隣接したリンパ節に多数の乾酪壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫を認め、Ziehl-Neelsen染色により抗酸菌陽性であった。小児期の結核の既往が判明し、T-SPOT検査も陽性であったことから胆管浸潤を伴う結核性リンパ節炎と診断した。一方で、胸部CTでは左肺上葉に縦痂を認めるのみで、喀痰および気管支肺泡洗浄液の培養はいずれも陰性であり、その他の活動性結核を示す病変は確認できなかったことから、抗結核薬の投与は行わずに経過観察した。術後3年が経過した現在まで再発は認めない。【考察】胆道結核は稀な肺外結核の一病型であり、特に胆管に限局した結核性リンパ節炎の報告は少ない。結核流行地域での報告が多くを占めるが、いずれも悪性腫瘍との鑑別に難渋している。さらに本症例は直近の結核暴露歴は明らかでなく、肺病変や全身症状を欠く孤発性の結核性リンパ節炎の症例であり、診断は困難であった。小児期であっても結核の既往のある症例においては常に結核性病変を鑑別に挙げる必要がある。類似症例の文献を含め報告する。

結核、胆管癌

23 重複胆管、膵胆管合流異常症に合併した進行胆嚢癌の1例

大和市立病院 消化器内科
武田亮憲、亀田 亮、小林柚月、永島愛一、中村洋介、浅見昌樹、
山本和寿、柳田直毅

【症例】67歳男性。X-23年に腹部超音波検査で胆嚢体部～底部の胆嚢腺筋腫と診断され、2年間フォローを受けたが、変化がなかったため通院を自己中断した。X-1年に健康診断で肝障害を指摘され近医を受診。再度、胆嚢腺筋腫が疑われた。X年2月、フォロー目的の腹部超音波検査で胆嚢壁の形状変化を認め、胆嚢腫瘍を疑われX年3月に当院外科を紹介受診となった。MRCPおよびEUSを施行したところ、重複胆管と膵胆管合流異常を認めた。胆嚢壁の肥厚も指摘され、いずれの検査でも胆嚢腺筋腫が疑われたが、悪性腫瘍を完全には否定できない所見であった。両側の胆管に拡張を認めなかったことから、胆管非拡張型の膵胆管合流異常症に合併した胆嚢腺筋腫としてX年5月9日に胆嚢摘出術を施行した。術後に肺炎を発症したが、保存加療で軽快しX年5月17日に自宅退院となった。病理組織検査の結果、高分化型腺癌と診断され、腫瘍の漿膜浸潤が見られたが断端への露出は認めなかった。検体内の胆嚢頸部のリンパ節にリンパ節転移を認め、Stage IIb以上の進行胆嚢癌と診断した。追加肝床切除およびリンパ節郭清が必要と判断し、さらに追加分流手術の適応を検討する目的で、重複胆管の合流の有無および胆管走行評価のため、X年6月5日にERCPを施行した。重複胆管が肝門部で合流していることを確認し、齋藤分類IIIbの重複胆管と診断した。合流形態から、合流異常胆管の再建は不要と判断し、X年6月17日に追加肝床切除術、所属リンパ節郭清および合流異常胆管切除術を施行した。【結語】重複胆管および膵胆管合流異常症を伴う胆嚢腺筋腫症疑いに対して胆嚢摘出術を施行し、進行胆嚢癌であった症例を経験した。非常に稀な症例であり、ERCP所見、EUS所見のいずれも示唆に富む所見であったため、若干の文献的考察を加えて報告する。

重複胆管、膵胆管合流異常症

24 高齢者急性胆嚢炎に対するEGBS長期留置の有用性

医療法人積仁会 島田総合病院 消化器内科
柴原研太、近森正康、有福厚孝、内田伸平、嶋田一成

当院では手術ハイリスク患者群に対して内視鏡的胆嚢ステント留置術(EGBS:Endoscopic gallbladder stenting)を選択している。高齢、PS低下、認知症等により手術リスクが高い急性胆嚢炎患者に対し、EGBSの有用性と安全性を評価した。2020年1月～2025年5月の間に当院でEGBS留置を施行した37例(男性17例、女性20例、平均年齢85.9歳)を後方視的に検討した。うち35例(軽症12例、中等症23例)は急性胆嚢炎、2例は胆嚢炎予防目的であった。急性胆嚢炎治療として1例でガイドワイヤーが通過せずEGBS留置不能であった。EGBS留置に成功した34例では2例を除き炎症反応の改善が見られ、EGBS手技的成功率は97%(36例/37例)、臨床的成功率は94%(33例/35例)であった。EGBS留置に成功した胆嚢炎の中等症例の1例で一時的に所見の改善があったが留置から19日後に胆嚢炎に伴う敗血症性ショックで死亡した。1例は挿入後炎症反応の増悪軽快を繰り返してステント不全疑いで25日後に抜去しその後増悪なく経過している。EGBS不能で胆道ドレーナージのみ施行した1例で胆嚢炎が増悪し死亡した。4例に対して胆嚢摘出術が施行され、手術直前もしくは術中にEGBSが抜去され、1例に対して今後の胆嚢摘出術が予定されている。EGBS留置後の死亡例は7例でそのうち6例は別疾患が原因となり死亡し、1例のみ胆嚢炎に伴う敗血症性ショックで死亡した。胆嚢摘出術施行とならなかったのは31例でそのうち2例は途中抜去となっているがEGBS抜去後は増悪なく経過している。EGBS長期留置した29例の胆嚢非切除理由はADL不良、認知症のためが26例、原疾患重篤が2例、本人拒否1例であった。29例の経過観察期間は4～1507日で胆嚢炎の無増悪期間は平均425日、中央値224日であった。EGBS留置は長期間の胆嚢炎再発予防に効果的であるといえ、合併症も少なく安全で効果的な手技といえる。また、高齢で要介護状態の患者で手術が困難なケースでもEGBS留置により胆嚢炎の再発を長期に抑え安全に経過観察が可能と思われる。

胆嚢炎、EGBS

熊谷総合病院 消化器内科

山岸みく, 渡邊吉明, 柏壽由希, 比留間晴彦, 岡本四季子, 五月女直樹, 門野源一郎, 石川武志, 土合克巳, 斎藤雅彦, 平山信男, 帖地憲太郎, 北 順二

【症例】50歳台男性【現病歴】20XX年Y月Z日早朝より暗赤色の下血を認めた。同日夕方まで症状改善なく近医を受診した。半年前の採血でHb16g/dlに対して、Hb11 g/dl台まで低下しており、消化管出血の疑いで同日当院へ紹介搬送された。搬送後、精査加療目的に消化器内科に緊急入院となった。【経過】入院時の造影CTにて、臍鉤部に位置する部位に造影早期から不均一に濃染する腫瘍性病変が存在すると考えられた。緊急上部内視鏡検査において、乳頭より肛門側に十二指腸内腔に張り出す粘膜下病変と、頂部より拍動性の出血を認めた。直視鏡および側視鏡にてHSE局注やクリップでの止血を試みたが、多量の動脈性出血のため内視鏡的には処置困難と判断した。IVRによる止血処置も選択肢として考慮されたが、外科と相談の結果、確実な止血を得るために緊急PD（臍頭十二指腸切除術）を選択した。手術時間は4時間3分、出血量は115ml。術後にGrade Bの膀胱漏があったが、保存的に改善して術後27日に軽快退院となった。病理結果は、腫瘍は主に二成分からなり、一方は円形に近い核細胞質を有する成分、他方は紡錘形細胞からなる成分で十二指腸の混合型GISTと診断された。【考察】緊急内視鏡で止血困難であった十二指腸GISTによる腫瘍性出血に対して、緊急PDを行った一例を経験したので報告する。腫瘍性病変からの出血に対して、時に通常の内視鏡的止血処置が困難な場合も見られる。IVRや外科的切除が考慮されるが、患者の状態、腫瘍の性状などを鑑みて判断することが大切である。

十二指腸GIST, 緊急PD

新久喜総合病院 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾佐藤和希¹⁾, 石井直樹¹⁾, 加藤琢也²⁾, 野田和雅³⁾

症例：72歳女性。主訴：心窩部痛、嘔気・嘔吐、両手足のしびれ現病歴：突然の嘔気、嘔吐、心窩部痛を主訴に救急に搬送された。CT検査で左横隔膜の挙上、胃の緊満感を持った拡張、Closed loopを形成する走行が観察された。横隔膜ヘルニア、胃軸捻転の診断に至った。ショートタイプの小腸内視鏡を用いて整復を行った。その後、経口摂取を開始した。嘔吐、心窩部痛の再燃はみられなかったが、軸捻転の症状として、嘔気などが持続した。経過観察のCTでも捻転の再発はなかったが、縦郭内への胃の脱出が観察された。小腸内視鏡による胃の腹腔内への還納を試みたが不成功だったために、患者様と再発のリスクを説明して手術に踏み切った。腹腔鏡下横隔膜ヘルニア修復術を施行した。腹腔鏡にてヘルニア門を観察したところ、食道裂孔ヘルニアではなく横隔膜ヘルニアであった。ヘルニア門は直接縫合閉鎖し、修復した。また、胃体中部大彎前壁よりと腹壁の固定を行った。再発なく、経口摂取も問題なく、退院となった。突然の心窩部痛、嘔吐の鑑別の一つとして、胃軸捻転は重要であり、診断にはCTが必須である。診断後には緊急的な内視鏡的整復術が適応になる。本症例では小腸内視鏡を用いて整復したが、小腸内視鏡は上部用、大腸用と比較して軟らかく、深部への挿入時においても胃の裂創を生じにくい可能性が考えられた。また、その軟らかさによる捻転の解除も容易である。捻転前の胃の状態は明らかではないが、今後も捻転を再発する可能性があり、ヘルニアの修復、胃壁の固定術を行った。診断、治療経過が興味深く、ここで報告する。

胃軸捻転, 横隔膜ヘルニア

東京科学大学病院 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾, 同 病理部³⁾堤 万緒¹⁾, 澁谷慶太郎¹⁾, 田村皓子¹⁾, 河本亜美²⁾, 日比谷秀爾²⁾, 竹中健人¹⁾, 清水寛路¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 金子 俊¹⁾, 村川美也子¹⁾, 福田将義²⁾, 朝比奈浩浩¹⁾, 大塚和朗²⁾, 屋富祖大騎³⁾, 加藤 秀³⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】85歳女性【病歴】X年Y月から1日10行程度の下痢が出現し、前医を受診した。上部消化管内視鏡検査（EGD）、大腸内視鏡検査では特記すべき所見を認めなかった。止痢薬等の内服加療が行われたが、下痢は改善せず、3か月で10kg体重が減少した。X年Y+3月に当科を紹介受診した。【経過】身体所見では、発熱はなく、腹部全体に軽度圧痛を認めた。血液検査ではCRP高値やAlb低値が見られ、CT検査では小腸の液体貯留と壁肥厚を認めた。嘔気、食欲低下が増悪し、精査加療目的で入院した。便培養は陰性で、EGDでは食道と十二指腸に浅い潰瘍が散見された。経肛門シングルバルーン小腸内視鏡では、回腸末端から遠位回腸にかけて絨毛の萎縮、多発する潰瘍を認め、S状結腸および直腸でアフタが散見された。各種検査結果から、感染性腸炎、膠原病などの全身疾患や炎症性腸疾患等は否定的であった。また、胸部不快感に対して服用していたアスピリン腸溶錠は、薬剤性消化管障害を鑑別に挙げ休業したが、症状の改善は見られなかった。回腸の病理組織検査では、絨毛構造の消失と小型リンパ球浸潤を認め、免疫染色ではCD3弱陽性、CD5弱陽性、CD7陽性で、Ki-67は10%程度であった。十二指腸の病理組織検査でも類似した所見を認めた。以上より、緩徐進行性胃腸管T細胞リンパ増殖異常症と診断した。【考察】消化管悪性リンパ腫の約90%はB細胞性リンパ腫であり、NK/T細胞リンパ腫の占める割合は5%以下と稀である。今回、内視鏡検査で診断し得た貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

慢性下痢, 緩徐進行性胃腸管T細胞リンパ増殖異常症

公立阿伎留医療センター 消化器内科

河崎啓悟, 田中匡実, 仁科有美子, 遠藤和伸, 葉山 譲, 渋谷真史, 碓氷もりの, 加藤 廉, 矢嶋幸浩, 岡野憲義

【症例】50歳代、女性【主訴】めまい、嘔吐【既往歴】A型胃炎（X-4年より当院にてフォロー）、鉄欠乏性貧血、悪性貧血【薬歴】クエン酸第一鉄、メコパラミン【病歴】X年Y月、めまい、嘔吐、起立困難を主訴に当院外来を受診し、血液検査にて貧血の進行を認めた。腹部単純CTで小腸に石灰化を伴う腫瘍を認め、小腸GIST(gastrointestinal stromal tumor)が疑われ精査、加療目的に入院となった。【入院後経過】貧血の進行が強く、入院第4病日に照射赤血球4単位の輸血を施行した。貧血の精査目的に上部消化管内視鏡検査を施行したが、出血源は認められなかった。造影CTにて骨盤腔内の小腸に径4.2cmの石灰化を伴う腫瘍を認め、腫瘍肛門側に出血を疑う腸管内液体貯留を認めたことにより、これが貧血の原因であると考えた。腫瘍の切除目的に、外科にて腹腔鏡下手術を行った。術中所見ではTreitz靱帯から約40cm肛門側の小腸に4cm大の腫瘍を認め小腸部分切除を施行し、術後第3病日に退院となった。術後の病理結果では、腫瘍径5cm以下であり、核分裂像を認めず(0個/50HPFs)、Ki-67陽性細胞5%以下であったため、再発低リスク群のGISTと判断された。術後補助療法は必要なく、現在は外来にてフォロー中である。【考察】医学中央雑誌、PubMedにて「A型胃炎」「小腸GIST」と検索したが、症例報告は1例もなかった。A型胃炎とは自己免疫性の胃炎であり、抗壁細胞抗体が陽性、胃体部にびまん性炎症を認める、胃酸分泌が高度に障害されるという特徴を持つ。A型胃炎の治療法は確立されておらず、通常は貧血に対して鉄剤やVitB12の補充を行う。本症例も鉄剤およびVitB12筋注にて貧血は改善していたが、急速な貧血の進行を認め、貧血のスクリーニング目的で全身検索を行い小腸GISTの発見、治療へと至った。【結語】A型胃炎の経過観察中に急速な貧血進行が出現し、診断することができた小腸GISTの1例を経験した。

A型胃炎, 小腸GIST

繰り返す血便に対する複数回の大腸内視鏡により回腸悪性リンパ腫の診断に至った一例

社会医療法人熊谷総合病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾
 楠 和馬¹⁾、斎藤雅彦¹⁾、渡邊吉明¹⁾、柏寄由希¹⁾、岡本四季子¹⁾、
 比留間晴彦¹⁾、松井真理子¹⁾、門野源一郎¹⁾、石川武志¹⁾、
 土合克巳¹⁾、高橋秀樹²⁾、帖地憲太郎²⁾、平山信男²⁾、北 順二²⁾

【背景】節外性悪性リンパ腫の約30-40%は消化管に原発し、その中で小腸原発は20-30%と胃に次いで多く、小腸内では回腸原発が最多とされている。大腸内視鏡でも出血の原因が明らかにならず、回腸まで観察することで発見される悪性リンパ腫は臨床的意義が高く、本例で経験したため報告する。【症例】70代男性【主訴】血便【既往歴】脳梗塞、腹部大動脈瘤、大腸ポリープ【現病歴】20XX-2年3月に血便を主訴に当院に救急搬送された。血液検査では貧血は認められなかったものの、第3病日の下部消化管内視鏡では憩室の他、虚血性腸炎を疑う所見が見られた。症状が軽快し第5病日に退院した。20XX年5月に再度血便と気分不快で救急搬送されたが、入院後多量の血便が無く症状も軽快したため、本人の希望なく内視鏡検査を施行せずに帰宅となった。2週後の20XX年6月に再度血便で来院し、第2病日に下部消化管内視鏡を施行した。挿入時から暗赤色の血便があり、回腸末端部から口側に広がる潰瘍型の付着を認めた。小腸内の病変を疑い内視鏡を進めたところ、回盲弁から15cm口側に2/3周性の辺縁平滑な隆起性病変が認められた。観察時病変からの出血は認めず、内視鏡所見から潰瘍型の悪性リンパ腫を疑い5箇所生検を実施した。病理検査にて高異型度B細胞性リンパ腫の診断となったため、外科にて小腸部分切除を施行し、退院となった。今後PET-CTを施行し、紹介先にて化学療法施行を予定している。【結語】血便を主訴に複数回の大腸内視鏡を施行し、小腸病変を疑って内視鏡を進めることで発見された回腸悪性リンパ腫の1例を経験した。上記術後の病理所見・経過を加え、文献的考察を交えて報告する。

高異型度B細胞性リンパ腫、小腸原発

直腸癌に対する直腸切断術から40年後に潰瘍性大腸炎を発症した一例

北里大学北里研究所病院 消化器内科¹⁾、
 同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾
 瓜生理世¹⁾、梅田智子¹⁾、松林真央¹⁾、野上 章¹⁾、井上楠奈子¹⁾、
 浜井祐希¹⁾、佐上晋太郎^{1,2)}、阿曾沼邦央^{1,2)}、中野 雅¹⁾、
 小林 拓²⁾

【症例】60歳代、男性【主訴】発熱、腹痛、下痢【現病歴】X年、1日10行の下痢が出現し1週間持続したため近医を受診し、感染性腸炎の診断でレボフロキサシンを内服するも症状改善せず発熱や食欲不振などの症状が出現し前医に入院した。抗生剤をホスホマイシンに変更するも改善なく、大腸内視鏡検査（CS）を施行し大腸型クローン病と診断された。5-ASA製剤とステロイド大量静注療法が開始されたが、ステロイド抵抗性と診断され、精査加療目的に当院に転院した。【既往歴】X-40年直腸癌（腹会陰直腸切断術および永久人工肛門造設術施行、再発なし）、高血圧症、脂質代謝異常症【当院入院時現症】体温36.1℃、血圧121/79mmHg脈拍83bpm、SpO2 98%（room air）、腹部平坦・軟・左側腹部に人口肛門、心窩部に圧痛あるが腹膜刺激症状なし。ストマ排液は泥状・血性。【入院後経過】CSを再度施行したところ、全結腸にわたり血管透見消失、発赤、浮腫状粘膜を認め、特に横行結腸を中心に縦走潰瘍が多発していた。介在粘膜にも活動性炎症所見を認め、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎（UC）と診断した。1日10行以上の血便および血液検査異常（CRP 7.39mg/dL、Alb 2.4g/dL、赤沈56mm/1hr）を認め、Mayo内視鏡スコア3と最重症であったためインフリキシマブとアザチオプリンによる寛解導入療法を開始したところ、臨床的改善および内視鏡的改善が得られ、第26病日に退院した。【考察】UCのびまん性非特異的炎症は原則として直腸から連続性に認められ、病勢の進行とともに罹患範囲が口側へ進展する臨床経過が典型的と考えられている。大腸術後にUCの発症が疑われた症例や診断された症例は散見されるが、術後1年未満の症例が多く、術前からの合併や術後の腸管虚血による粘膜障害や化学療法による免疫機能異常が原因として考えられている。本症例のように直腸癌の治療のため直腸切断術が施行され長期経過の後にUCを新規発症した症例は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎、直腸

BRAF変異陽性直腸癌に対するBRAF阻害薬治療中に重症肺炎・十二指腸穿孔・皮膚瘻をきたし死亡した一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科
 七田路子、宮川 佑、石垣佑樹、鈴木伸三、遠藤 剛、鈴森知沙季、
 林 猛志、玉田健次、岩田琢磨、藤澤剛太、早河 翼、辻 陽介、
 朴 成和、藤城光弘

【症例】症例は飲酒歴のない65歳男性。血便を契機に診断されたBRAF V600E変異陽性直腸癌で、多発肝転移、肺転移、側方リンパ節転移を伴うStage IVb（cT4bN3M1b）であった。サルコイドーシスに対して約10年間、プレドニゾロン（5 mg/日）を内服していた。1次治療としてFOLFOX＋ペバシマブ療法を開始したが、21コース施行後に薬剤性肺炎を発症し、ステロイドパルス療法とその後のプレドニゾロン内服による漸減後、原発巣と肝転移の進行を認めたため、エンコラフェニブ＋セツキシマブの併用療法による2次治療を開始した。導入1か月後、腹痛を自覚し、血中酵素の上昇とCT所見より、膵頭部の重症急性膵炎（CT Grade 3）と診断された。原因精査の結果、化学療法による薬剤性膵炎と考え、エンコラフェニブとセツキシマブを中止し、絶食、補液、抗菌薬による保存的加療を行った。膵炎は一時的に改善したが、膵炎発症第14病日に発熱と炎症反応の再上昇を認め、造影CTで十二指腸下行脚の穿孔と腹腔内膿瘍を認めたため、開腹による穿孔部閉鎖術と膿瘍ドレナージを施行した。その後一時的に病状は軽快したが、第35病日に造影CTで再穿孔と周囲の膿瘍形成を認め、さらに十二指腸皮膚瘻の形成も確認された。抗菌薬治療、内視鏡的瘻口閉鎖術、膿瘍腔ドレーン留置を追加したが治療は難渋した。腹腔内膿瘍のコントロール不良による全身性炎症の進行により急性呼吸窮迫症候群を発症し、膵炎発症第69病日に死亡した。なお、長期ステロイド使用が消化管穿孔や瘻孔形成、治癒遅延のリスク因子となった可能性も示唆された。【結論】エンコラフェニブ＋セツキシマブの2剤併用療法はBRAF V600E変異陽性大腸癌に対する有効な治療選択肢として広く使用されているが、稀に重症膵炎を発症する場合がある。本症例では重症薬剤性膵炎に続発して十二指腸穿孔、皮膚瘻を合併し重篤化した稀な症例を経験したため、文献的考察を踏まえ報告する。

BRAF阻害剤、急性肺炎

門脈・脾静脈・上腸間膜静脈血栓を契機に診断されたJAK2 V617F変異陽性真性多血症の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科
 大竹智貴、木村昌倫、今村 潤、木村公則

【緒言】非肝硬変性門脈血栓症（PVT）は稀だが重篤であり、約半数に骨髄増殖性腫瘍（MPN）が潜在すると報告される。とくに真性多血症（PV）はJAK2 V617F変異を伴い、門脈系のみならず脾静脈・上腸間膜静脈を含む広範囲血栓を初発所見とすることがある。PVの診断には高ヘモグロビン/ヘマトクリット値が典型的所見であるが、消化器静脈血栓症を初発とするPVでは必ずしも検査値が典型的でない場合がある。この背景には、PV患者では慢性的な鉄欠乏がしばしば存在し、高赤血球量にもかかわらずヘモグロビン濃度やヘマトクリットが正常範囲にマスクされう点が挙げられる。MPNを想起せず抗凝固療法のみで経過観察すると再燃や肝不全を招く恐れがある。【症例】69歳男性。心窩部痛で前医受診し肝機能障害と肝内多発高エコー像を指摘され、当院紹介。造影CTで門脈・脾静脈・上腸間膜静脈に造影欠損を認めPVTと診断、同日エドキサパン30 mg開始。血液検査ではHb 16.6 g/dL、Ht 54.6 %、MCV 83 fL、白血球 10.3 10³/L、血小板 33.4 10⁴/μL、フェリチン 106.4 ng/mL、EPO 3.8 mIU/mLだった。エリスロエチン低値及びJAK2 V617F変異陽性であることが判明し、MPNが疑われた。そのため骨髄生検実施され、顆粒球の過形成などの所見があり臨床所見と合わせPVの診断となった。他のPVT原因（肝硬変・腫瘍・Protein C/S欠損等）は除外された。第8病日CT再検で血栓進展なく第18病日退院。現在は外来でエドキサパン内服継続、定期的な濁血も実施され腹痛の再燃なく経過している。【考察】PV関連PVTは鉄欠乏によりMCV低値となり多血がマスクされ、診断が遅れやすい。また、PV関連PVTは血栓が器質化している場合が多く、再開通率が低い。治療は抗凝固療法とPV自体への介入を両輪とする。予後改善の鍵はMPN本体の制御と血栓再発予防であり、消化器領域と血液領域の連携が重要である。【結語】PVTを契機にPVが診断された本例は、JAK2変異検索を迅速に行う意義と、抗凝固療法とPV自体への介入による集学的管理の有効性を示した。

門脈血栓症、JAK2 V617F変異

横浜市立大学附属病院 消化器内科¹⁾,
横浜市立大学 病理診断科²⁾

後藤真央¹⁾, 入江邦泰¹⁾, 松岡裕人¹⁾, 佐藤博紀¹⁾, 濱口智美¹⁾,
池田 礼¹⁾, 池田良輔¹⁾, 合田賢弘¹⁾, 金子裕明¹⁾, 須江聡一郎¹⁾,
山中正二²⁾, 藤井誠志²⁾, 前田 慎¹⁾

症例は70代男性。X-1年3月に肝障害の精査で施行したCTにて肝門部領域胆管狭窄を指摘され、当科を紹介受診。精査の結果、肝門部胆管癌と診断した。Bismuth Type IIの形態を呈しているが、胆道鏡などの評価により左2次分枝から臍内胆管まで表層進展を呈しており、本人と治療方針を相談したところ切除は希望されず、胆管ステント留置の上で全身化学療法を実施する方針となった。X-1年4月よりゲムシタビン+シスプラチン+デュルバルマブ併用療法を開始、最良評価はPRであり、X-1年10月よりデュルバルマブ単剤療法に移行した。X-1年12月に発熱および呼吸苦を自覚され、CT撮像したところimAE肺障害を認め、デュルバルマブ投与中止の上で、プレドニゾロン1mg/kg/dayで投与開始した。その後、肺障害は改善したため、プレドニゾロン投与を漸減した。X年2月プレドニゾロン10mg/dayまで漸減したところでS-1療法を開始したが、X年3月26日の定期外来受診時にAST/ALT 989/121IU/L、T-bil 8.4mg/dlと増悪を認め、CT上も腹水貯留の出現を認めていた。胆管炎除外のため、ERCを施行したが、診断時より胆管狭窄は著明に改善しており、胆管炎は否定的であった。imAE肝障害と考へ、入院の上でプレドニゾロン1mg/kg/dayで投与を開始したところ肝障害は軽度したが、漸減したところ黄疸の増悪を認めたため、第13病日にプレドニゾロン2mg/kg/dayへ増量したが改善乏しく、第15病日よりミコフェノール酸モフェチル2000mg/day投与を開始したところ、肝障害、黄疸ともに改善を認めた。治療経過中、サイトメガロウイルス感染症の併発、細菌性肺炎の併発を認めたが抗ウイルス薬および抗菌薬投与により改善を認め、第53病日に軽快退院となった。imAE肝障害に対してミコフェノール酸モフェチル投与が奏功した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。

imAE肝障害、ミコフェノール酸モフェチル

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科

田端 瞳, 良沢 玲, 朝井靖二, 奴田原大輔, 中島啓佑, 飯名桃子,
池田佑真, 篠原裕和, 山本 圭, 平良淳一, 中村洋典,
北村勝哉

【症例】80歳台、男性【現病歴】202X年Y月上旬、義歯を誤飲したため前医を受診し、その際に撮像した単純CTで下部胆管に8mm大の結石を認めた。Y+1月にERCPによる結石除去を試みたが、結石は上部胆管へと押し上げられ、除去困難となった。Y+2月、結石除去目的で当院に紹介され入院となった。【既往歴】前立腺癌術後【経過】当院で施行した造影CTでは、前医で留置された胆管ステントの脇に結石を認めた。バルーンカテーテル及びバスケットカテーテルを用いて結石除去を試みたが、結石は左肝管内へと押し上げられ、嵌頓したため除去困難となった。後日、胆道鏡にて嵌頓した結石を直視下で確認し、電気水圧衝撃波結石破砕装置(EHL)にて破砕して結石除去に成功した。【考察】総胆管結石治療は内視鏡的乳頭括約筋切開術や乳頭バルーン拡張術に続いて、バスケットカテーテルやバルーンカテーテルなどによる除去が主流である。しかし、バスケットで把持できないほどの巨大結石、固くて機械的破砕ができない結石、嵌頓結石、胆管狭窄を伴う結石例などは、これらの手技のみでは十分な除去が困難な場合がある。本症例は、胆管径に比して結石が大きく、さらに操作中に左肝管に嵌頓したため、通常のカテーテル操作では除去困難であった。EHLによる結石破砕術は、胆道鏡下で結石の位置を確認しながら高エネルギーを局所に照射できるため、結石の固さや形状、位置に関わらず柔軟な対応が可能である。今回除去困難な嵌頓結石に対してEHLによる胆管結石破砕術が奏功した1例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

胆管結石、電気水圧衝撃波胆管結石破砕術

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

和田直大, 小林 貴, 岩城慶大, 野上麻子, 米田正人

【背景】化学療法中および免疫抑制剤の使用中にB型肝炎ウイルス(HBV)の再活性化が生じ、重篤な肝炎を引き起こすことがある。今回、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)のHBV無症候性キャリア症例が、R-CHOP療法後にHBV再活性化による急性肝不全を発症し、救命し得た症例を経験したため報告する。【症例】70歳代女性。HBV無症候性キャリアであった。X-1年3月、前医にてDLBCLに対してR-CHOP療法を施行され、寛解に至っていた。X年3月、定期的な血液検査でAST 216 U/L、ALT 423 U/L、PT-INR 1.27、HBV-DNA 8.0 Log IU/mLと肝障害およびHBVウイルス量の上昇が認められ、HBV再活性化と診断された。入院のうえ、エンテカビル0.5 mg/日の内服治療を開始したところ、一時的に肝障害は改善傾向を示した。しかし、X年4月、AST 320 U/L、ALT 424 U/L、PT-INR 1.67と肝障害の悪化と凝固異常が出現し、急性肝不全と診断された。加療目的で当院に転院となった。転院時、意識清明であった。経頸静脈的肝生検を施行したところ、悪性リンパ腫の再発を示唆する所見を認めなかった。組織学的に小葉性肝炎を主体とする炎症所見を認め、ウイルス性肝炎の急性増悪を示唆する所見であり、HBV再活性化による肝機能障害として矛盾しなかった。治療としてエンテカビルを1.0 mg/日に増量した。転院後も意識障害はなく経過し、肝障害および凝固異常は徐々に改善し、第20病日に退院となった。【考察】HBV無症候性キャリアおよび既往感染者の再活性化による急性肝不全や遅発性肝不全は予後不良である。本症例は核酸アナログ製剤などの投与を行い、救命し得た。文献的考察を加えて報告する。

B型肝炎、再活性化

がん研究会有明病院 肝胆膵内科¹⁾, 同 ゲノム診療部²⁾,
同 病理部³⁾

濱田 潤¹⁾, 岡本武士¹⁾, 深田一平²⁾, 古川貴光^{1,2)}, 高松 学³⁾,
鈴木圭人¹⁾, 佐藤洋一郎¹⁾, 平井達基¹⁾, 前川有里¹⁾, 三重亮文¹⁾,
武田剛志¹⁾, 佐々木隆¹⁾, 尾阪将人¹⁾, 高橋俊二²⁾, 笹平直樹¹⁾

【症例】60歳代男性【既往歴】高血圧、糖尿病、代謝機能障害関連脂肪性肝疾患、B型肝炎既感染【内服薬】リナグリプチン、ルセオグリフロジン【嗜好歴】機会飲酒、喫煙歴なし【家族歴】特記事項なし【主訴】なし【現病歴】X年12月、健康診断にて肝腫瘍を指摘され、当院を紹介受診した。初診時の血液検査ではChild-Pugh分類A(5点)であり、腫瘍マーカーはPIVKA-IIとCA19-9の軽度上昇を認めた。腹部造影CTでは、肝右葉に最大径45mmの分葉状腫瘍と多数の小結節を認め、末梢胆管拡張は認められず、腫瘍辺縁に漸増性の造影効果を呈していた。EOB-MRIでは、腫瘍辺縁に早期濃染を認めたが、内部は周囲肝より弱く造影され、肝細胞相ではwashoutを呈した。PET-CTでは胆道癌にしては淡い集積(SUVmax=4.83)を認め、肝外に腫瘍は認められなかった。肝生検では線維性間質を伴う異型円柱状細胞の索状・胞巣状の増殖を認め、免疫染色ではCK AE1/3(+、dot-like)、CK19(-)、Glypican-3(-)、Hepatocyte(-)、ARG1(+))であった。肝細胞癌・肝内胆管癌のいずれにも明確に一致しない所見であったが、腫瘍マーカーと画像所見とあわせて非典型的な肝内胆管癌を第一に考えた。ゲムシタビン・シスプラチン・デュルバルマブ併用療法を導入したが、初回効果判定で病勢進行を認めた。遺伝子パネル検査にてTERT promoter変異を認め、混合型肝癌の可能性も考慮しX+1年3月よりアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法を導入したところ著明な腫瘍縮小を認めた。蛋白尿のためペバシズマブの休薬が頻繁となり、6か月後に再増大およびリンパ節転移を認め、放射線治療を追加したが病勢進行が見られた。X+1年12月に蛋白尿改善を確認しレンパチニブに移行したが病勢が進行し、X+2年3月に死亡した。【考察】遺伝子パネル検査によりTERT promoter変異が検出され、肝細胞癌の治療薬を使用することで奏効が得られた一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌、遺伝子パネル

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⁾

森川瑛一¹⁾, 永山智弓¹⁾, 芹澤宏樹¹⁾, 田村繁樹¹⁾, 吉原 努¹⁾,
古川潔人¹⁾, 高橋伸太郎¹⁾, 佐藤晋二¹⁾, 細野邦広¹⁾, 池田隆明¹⁾,
飯田真岐²⁾, 辻本志朗²⁾

症例：73歳、男性。主訴：腰背部痛。現病歴：数ヶ月前から誘因なく腰背部痛が出現。疼痛悪化のため当院救急外来を受診した。CTスキャンで右肺底部の腫瘍、および肝門部近傍の腫瘍と肝内胆管拡張を指摘され、当科および呼吸器内科紹介受診となった。検査成績：WBC 7000/ μ l, RBC 305x10⁴/ μ l, Hb 10.6g/dl, Hct 31.2%, Plt 32.8x10³/ μ l, CRP 1.11mg/dl, AST 21U/L, ALT 10U/L, LDH 197U/L, ALP 248U/L, γ -GTP 375U/L, T-Bil 0.68mg/dl, CEA 8.2ng/ml, CA19-9 234.3U/ml, HBs抗原(-), HCV抗体(-) 臨床経過：造影CTで、右肺底部に空洞を伴う径約7cmの腫瘍を、また、嚢胞状に拡張した肝門部近傍の左肝内胆管内に、低濃度で淡く造影される径約3cmの腫瘍を確認した。右肺底部腫瘍はCT下生検で胸膜浸潤を伴う肺扁平上皮癌と診断され、放射線治療の方針となった。腹部MRIでは、肝門部近傍腫瘍はT2WIで高信号、DWIでは辺縁部優位の高信号を示した。以上より、胆管細胞癌や胆管内乳頭状腫瘍 (Intraductal papillary neoplasm of the bile duct: IPNB) が鑑別にあった。確定診断目的でEUS-FNAを施行した。EUSでは嚢胞状に拡張した胆管内に腫瘍は存在し、得られた組織では粘液中に低異型度の高円柱上皮が乳頭状に増殖する所見が認められた。ERCPでは粘液のためか、腫瘍や左末梢胆管の描出は困難であった。以上の画像および組織所見より IPNB と診断した。保存的治療のみで胆道系酵素の増悪等は認められなかったが、肺癌による呼吸器症状の悪化で緩和医療に移行した。考察：偶然の機会に見えられ、EUS-FNAが診断に有用であったIPNBの1例を経験し、示唆に富む症例と考え報告する。

胆管内乳頭状腫瘍, EUS-FNA

東京ベイ・浦安市川医療センター 消化器内科

山羽智大, 佐々木昭典, 野田順世, 木村莉葉, 南 杏友, 内山 学,
吉岡 翼, 岡本梨沙, 本村廉明

【目的】胆嚢癌を含む進行胆道癌は、診断時に切除不能例が多く、予後不良である。標準的な化学療法に加え、免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の導入や遺伝子型に基づく個別化治療が進められているが、HER2陽性かつTMB-Hを有する胆道癌に対する治療効果については十分な知見がない。今回、HER2陽性かつTMB-Hを有する進行胆嚢癌に対してペムプロリズマブ単剤を投与し、著明な奏効を得た症例を経験したため報告する。【方法】症例は67歳男性。倦怠感と心窩部痛を主訴に受診し、腹部造影CTにて胆嚢癌および肝・リンパ節転移を認め、EUS下穿刺生検により腺癌と判明し、cT3N1M1のステージIVと診断された。初回治療としてゲムシタビン+S-1併用療法を施行したが、2コース後に病勢進行と胆管炎を伴い、化学療法無効と判断された。癌遺伝子パネル検査にてHER2増幅およびTMB-Hを確認した。HER2陽性固形腫瘍に対する抗HER2薬の臨床試験が当時は存在しなかったためTMB-H腫瘍に対する既承認薬であるペムプロリズマブ単剤投与 (200mg/3週ごと) を選択した。【成績】治療開始1週間程度から全身状態の改善と倦怠感の軽減を認めた。治療開始8週目のCTにて原発巣および肝・リンパ節転移の著明な縮小を確認し、CEAおよびCA19-9も著明に低下した。2025年6月現在、27か月以上にわたり病勢進行を認めず、無増悪で治療継続中である。重大な免疫関連有害事象はみられていない。【結論】TMB-HおよびHER2陽性を併せ持つ進行胆嚢癌に対し、ペムプロリズマブ単剤で顕著な腫瘍縮小と長期病勢コントロールを達成した極めて稀な報告である。TMB-H胆道癌は稀であり、HER2陽性例に対するICI単剤の有効性は不明だったが、本例は両者が併存してICIが奏効し得る可能性を示した。標準治療に限られる胆道癌では早期のゲノム解析が重要であり、今後ICIと抗HER2薬の併用療法の実臨床への応用が期待される。

進行胆嚢癌, HER2陽性, TMB-H

秀和総合病院 外科

鎌田悠子, 中村典明, 花塚拓也, 加藤俊一郎, 小川康介, 光岡明人,
真田貴弘, 桑原 博

【はじめに】腺筋腫症性過形成 (adenomyomatous hyperplasia: 以下AMH) は、胆嚢にはしばしば見られる良性疾患であるが、下部胆管・十二指腸乳頭部に発生した報告例は少ない。当院で2014年3月から2025年6月までの期間に経験した3例の十二指腸乳頭部AMHの臨床病理学的特徴について考察する。【症例】78歳男性、健診の上部消化管内視鏡で Vater 乳頭の腫大を指摘された。造影CTでは Vater 乳頭部に造影効果のある15mmの腫瘍が同定され、総胆管・主胆管の拡張を認めた。超音波内視鏡では乳頭内に10mm大の腫瘍を認めた。内視鏡的治療と外科治療について十分に説明の上で、亜全胃温存瘻頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査では、胆管固有筋層・乳頭筋の肥厚と胆管付属腺の増生を認め、AMHの診断となった。【考察】当院で経験した3例のうち上に提示した以外の2例は、閉塞性黄疸を契機に病変を指摘された。3例とも悪性腫瘍の可能性を否定できず瘻頭十二指腸切除術を施行し、病理組織学的検査で下部胆管から十二指腸乳頭部にかけてのAMHと診断された。病変の局在としては、2例では下部胆管から乳頭部にかけての全周性の壁肥厚を示し、1例では限局した結節形成を示した。また、1例は総胆管粘膜面に過形成性病変が指摘され、2例は胆管から乳頭部上皮に異型を伴い上皮内腫瘍合併の可能性を指摘された。頻度の多い胆嚢AMHについては、病変の局在により diffuse type, segmental type, fundal type に分類される。乳頭部AMHは頻度が少なく局在による分類は存在しないが、本邦での報告例を検索すると、その肉眼型は腫瘍・ポリプ等の何らかの隆起を示すものや、一部または全周性の壁肥厚像を示すものなど、様々であった。また、乳頭部AMHに胆道癌が合併した報告は検索し得た限り1例のみであったが、乳頭部の慢性炎症から付属腺上皮の再生が促進され、遺伝子異常が発生するという機序が推定されていた。

十二指腸乳頭部腺筋腫症, 上皮内腫瘍

がん研究会有明病院 肝胆脾内科

鈴木圭人, 岡本武士, 佐藤洋一郎, 平井達基, 前川有里, 濱田 潤,
三重克文, 古川貴光, 武田剛志, 佐々木隆, 尾阪将人,
笹平直樹

【症例】60代 女性 【主訴】右眼瞼下垂、複視 【既往歴】脂質異常症 【内服薬】なし 【現病歴】20XX年 倦怠感、食欲不振、嘔吐を主訴に前医を受診した。CTで肝門部領域胆管癌疑いとなり、当院を紹介受診した。手術を検討したが、繰り返す胆管炎による体力低下や術前の腫瘍増大があり、薬物療法を行う方針とした。ゲムシタビン・シスプラチン・S-1 (GCS) 療法、放射線照射+S-1療法、ゲムシタビン・シスプラチン・デュラルマブ (GCD) 併用療法の後、4次治療として治療薬の投与を行った。多発肺転移の増悪とTh4胸椎転移の出現のため、Progressive Diseaseと判定した。胸椎転移に対して20Gy/5Frで放射線照射を行った。患者希望を踏まえ、20XX+2年に5次治療としてFOLFOX (保険適応外) を導入した。初回投与3週間後より右眼瞼下垂と複視が出現し、神経診察で右眼瞼下垂、眼球内転運動・上下転運動の障害を認めた。外転運動及び対光反射は保たれており、感覚障害・顔面神経障害は認めなかった。頭部CTで鞍上部から右蝶形骨洞に軟部濃度があり、周囲骨構造溶骨性変化を認めた。造影MRIでトルコ鞍後方から斜台にかけて右位にT1強調画像で低信号、拡散強調画像で高信号を認め、右動眼神経及び外転神経への進展を認めた。原疾患の頭蓋骨転移と診断し、デキサメタゾン併用の上、第3病日から30Gy/10Frで放射線治療を行った。照射終了後、一度退院したが、胆道ステント閉塞による閉塞性黄疸で再入院し、肝臓病出現や腫瘍穿破による腹水貯留、Performance statusの低下があり、Best Supportive Careの方針となった。頭蓋骨転移に対する放射線照射開始後から33日後に右目の開眼が見られたものの、眼球運動制限による複視は残存した。最終入院第28病日に原病で死亡した。【考察】胆管癌の頭蓋骨転移は非常に稀である。今回われわれは切除不能肝門部領域胆管癌に対して全身薬物療法中に、斜台蝶形骨転移による右動眼神経麻痺を来とし、放射線照射によって眼瞼下垂症状が改善した1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

肝門部領域胆管癌, 骨転移

41 逐年胃がん検診で発見された壁外発育型巨大胃 Gastrointestinal stromal tumorの1例

独立行政法人地域医療機能推進機構うつのみや病院 健康管理センター¹⁾、
同 内科²⁾、自治医科大学 消化器外科³⁾、
独立行政法人地域医療機能推進機構うつのみや病院 外科⁴⁾、
自治医科大学 病理学⁵⁾、
宇賀神卓広^{1,2)}、松本志郎³⁾、齋藤 心³⁾、加藤陽平^{1,2)}、倉橋清加^{1,2)}、
河田浩敏⁴⁾、堀江久永⁴⁾

Gastrointestinal stromal tumor (以下、GISTと省略する)は消化管に発生する肉腫の1種で、罹患率は人口10万人あたり1~2人/年程度である。欧米では症状が出現後に受診して発見されることが多いが、胃がん検診制度が確立した本邦では管内発育型GISTが無症状の段階で発見されることも多い。しかし、管外発育型GISTは、上部消化管造影や上部消化管内視鏡での早期発見が難しい。今回、我々は逐年上部消化管造影検診で、著明な壁外圧排像として指摘され、発見された巨大胃GISTの1症例を経験した。

症例は63歳男性。検診の上部消化管造影で、前年は見られなかった巨大な胃壁外圧排像を指摘された。CTでは胃大弯に沿って、壁外に発育する円形で輪郭明瞭な巨大腫瘍を認め、腫瘍内部は一部嚢胞化し、充実成分は造影効果を認めた。転移や浸潤の所見はなかった。画像から胃GISTを疑い、手術が施行された。開腹すると巨大な胃大弯由来の腫瘍が胃を腹側頭側へ圧排しており、幽門輪温存胃切除術が施行された。検体の病理組織検査では、腫瘍は直径19 cmで、断面は白色充実性の腫瘍で、血性の液体が貯留する大きな空洞を伴っていた。組織学的には、紡錘形、一部類上皮様の腫瘍細胞が充実性に増生していた。辺縁部では境界明瞭な膨脹性発育を示し、胃壁の筋層に連続していた。腫瘍細胞はKIT、CD34がびまん性に陽性でありGISTと診断された。術後3年間、imatinibによる補助化学療法が施行され、5年9か月経過した現在、再発、転移は認められていない。1年間で急速に増大した胃GISTが検診で偶然発見された示唆に富む症例であり、文献的考察を加えて報告する。

Gastrointestinal stromal tumor, 検診

42 JAK2陽性の骨髄増殖性腫瘍を背景とした慢性虚血性胃炎の一例

がん・感染症センター 都立駒込病院 内視鏡科¹⁾、
同 消化器内科²⁾、
岡 靖紘¹⁾、井関真理²⁾、船曳隼大¹⁾、森口義亮²⁾、野間絵梨子²⁾、
荒川丈夫¹⁾、後藤 修²⁾、飯塚敏郎²⁾

〔症例〕症例は40歳代女性。X-5年よりJAK2陽性の骨髄増殖性腫瘍と診断されていたが、JAK阻害薬や血栓予防薬等の内服加療を希望せず、瀉血のみで経過観察されていた。X-2年から胃部不快感を自覚、X年Y-1月から食欲不振・胃部不快感が悪化したため、精査加療目的に当科を受診した。上部消化管内視鏡検査では胃大弯隅を中心とする境界明瞭な白紫色の浮腫状粘膜を多数認めた。同日の造影CT検査では、腹腔動脈起始部、上腸間膜動脈根部、左外腸骨動脈の造影効果不良を認め、上記主幹動脈の狭窄・閉塞に伴う胃粘膜血流障害と判断された。抗β2-GPI-IgM抗体陽性であり、今回の発症には骨髄増殖性腫瘍の血球増加に加えて抗リン脂質抗体症候群の関与も考慮された。症状推移からも慢性経過の病態と判断され、絶食・補液・除痛・ヘパリンナトリウム持続投与での保存的加療に加えて、ルキソリチニブリン酸塩による抗腫瘍治療が開始された。治療開始1週間後腹痛が改善し、治療開始2週間後から食事開始したが、開始後早期に腹痛が再燃した。症状改善には動脈閉塞・狭窄に対しての血行再建術が必要と判断され、数週間後に治療目的に他院へ転院した。以降順次血行再建術を実施されており、現在も経過良好である。〔考察〕胃は腹腔動脈・上腸間膜動脈から栄養を受け、虚血に強い臓器であるため、虚血性胃症の報告は稀である。本疾患は致死率が高いとの報告もあり、迅速な診断並びに血栓素因の誘因となる背景疾患の精査、治療が必要と考える。〔結論〕骨髄増殖性腫瘍を背景とした慢性虚血性胃炎の一例を経験した。慢性虚血性胃炎に関して文献的考察を踏まえ、報告する。

胃炎, 虚血性胃炎

43 初発潰瘍性大腸炎寛解導入でオザニモド肝機能障害をきたした1例

大森敏秀胃腸科クリニック
大森敏秀

40代男性【主訴】下痢血便 【嗜好歴】飲酒 日本酒2合週3回喫煙 20本 【アレルギー歴】なし 【現病歴】5年前大腸内視鏡歴あり異常なし。半年前にも下痢血便症状あるも短期で自然軽快。X-1年12月に下痢血便7-8回でX年1月に当施設に初診。大腸内視鏡にて遠位側潰瘍性大腸炎UC MES2にて初回診断。生検結果もUCに矛盾せず。【初診時採血】CRP 0.2, ESR 60 4mm/hr, WBC 7700, リンパ球 1500/μl, Hb 13.7, GOT 20, GPT 26, gGTP 123 【臨床経過】時間依存メサラジン顆粒4.24g開始にて血便は消失。胃痛出現して上部消化管内視鏡は正常。DLSTメサラジン各種提出にて陰性を確認。メサラジン再開にて胃痛・微熱感・全身倦怠感出現して、メサラジン不耐と判断した。SDMするもホルモン剤、注射剤への抵抗が強く、同年3月オザニモドを開始した。症状日記記載により開始8日目に臨床的寛解に入った。5月の定時採血にてリンパ球数 960/μl, GOT 92, GPT 178, gGTP 589 を覚知して即座にオザニモドを中止した。6月 GOT 49, GPT 152, gGTP 689, オザニモド治療開始11週後の内視鏡で粘膜寛解・組織寛解を確認した。その後 GOT 23, GPT 41, gGTP 324 を確認した。紫外線暴露の週末活動があり、アザチオプリンを希望されず、7月より臨床的寛解の状態で、維持治療としてベドリズマブ開始予定となった。【考察】初発UCに対してメサラジン不耐で、ステロイド治療を希望されず、オザニモドで寛解導入を行い成功した症例。肝障害が明らかになり治療中止。寛解維持治療でアザチオプリンを希望されず、ベドリズマブ導入を考慮した症例の報告である。国内添付文章では、オザニモドの肝障害は4.5%、エトラスモド0.7%という報告であった。投与前の肝障害既往には注意が必要である。

オザニモド, 肝機能障害

44 潰瘍性大腸炎発症から2年以内に発生したS状結腸びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

JCHO さいたま北部医療センター 内科
坪井瑠美子, 齊藤一美, 松本圭太

〔症例〕55歳女性。X年7月、血便のため当院で下部消化管内視鏡検査 (CS) を施行。S状結腸～直腸に血管透見像消失を認め、生検で陰窩炎を認めたため、潰瘍性大腸炎 (UC) 左側大腸炎型と診断した。以後、近医でメサラジン2g/日の内服治療を継続していた。X+1年8月、再度当院でCS施行し、S状結腸は所見なく、直腸にMayo内視鏡スコア1の炎症を認めたため、メサラジンを4gに増量し近医で治療継続していた。しかし同居家族の介護により多忙となり、X+1年11月から血便が増悪した。内服は継続していたが精査目的の受診が困難で、X+2年4月に当院を再受診した。血便8回/日、貧血、炎症反応高値を認め、UC再燃 (中等症) と判断し、プレドニゾロン (PSL) 20mg/日の内服を開始した。血便は軽度改善傾向を示したため介護状況が落ち着き次第CS施行予定であった。しかしPSLを15mgに減量中、血便や炎症反応、貧血の悪化を認め、同年5月に入院となった。前処置なしでCS施行したところ、他部位に炎症所見は認めなかったが、S状結腸に約17cmにわたる全周性潰瘍性病変を認めた。生検では慢性炎症を伴う線維性組織や壊死物のみで、有意な腫瘍性病変は認められなかった。この時点ではUCの増悪と考え、PSLを40mgに増量し加療を継続していた。入院4日目に施行した腹部CTで多発肝腫瘍を認め、UC増悪ではなくcolitic cancerの可能性を疑い、前処置後に再度CSを施行。潰瘍辺縁の粘膜を中心に生検を行った。結果待機中に高次医療機関に転院となったが、S状結腸腫瘍部位の穿孔が生じ同部の切除とHartmann手術が施行された。生検および手術検体よりびまん性大細胞型B細胞リンパ腫 (DLBCL) と診断され、今後血液内科での化学療法予定である。【考察】UCは長期経過で大腸腺癌を合併することが知られているが、DLBCL合併の報告例は少ない。本症例はUC発症から短期間でDLBCLを合併した稀な一例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, DLBCL

熊谷総合病院 消化器内科

比留間晴彦, 渡邊吉明, 柏寄由希, 岡本四季子, 石川武志,
門野源一郎, 土合克巳, 松井真理子, 斎藤雅彦

30歳代。多量の血便を主訴に消化器内科外来を受診した。緊急大腸内視鏡検査にて、回盲弁上唇に類円形の潰瘍および潰瘍内の露出血管からの湧出性出血を認め、クリップによる止血術を施行した。約1か月前に加熱不十分の鶏肉を摂取後、下痢などの腸炎症状を呈していたこと、特徴的な潰瘍の形態からカンビロバクター腸炎を疑い、内視鏡検査時に便培養を提出した。受診時には腸炎症状はすでに改善しており、潰瘍以外に特記すべき所見を認めなかったため、抗菌薬は使用せずに経過観察とした。翌日には貧血進行を認めたが、血便の再発はなく、退院した。便培養からCampylobacter jejuniが検出され、同菌による回盲部潰瘍からの出血と診断した。回盲部潰瘍はカンビロバクター腸炎の半数程度に認められ、大腸病変は通常2週間以内に消退するが、回盲部潰瘍の治癒は1か月程度要するとの報告もあり、本症例はその臨床経過と一致した。カンビロバクター腸炎の症状が改善していても、血便の原因として回盲部潰瘍からの出血を考慮する必要があると考えられた。内視鏡的止血術を要したカンビロバクター腸炎の報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

カンビロバクター腸炎, 回盲部潰瘍

横浜労災病院 外科・消化器外科

柚山大輔, 成本壮一

今回我々は小腸虚血所見を伴った上腸間膜動脈塞栓症にたいしてヘパリン投与のみで腸管温存できた症例を経験したので報告する。症例は85歳男性。身長170cm、体重53.7kg。既往は心房細動。食事時の腹痛を主訴に当院救急センターに搬送された。造影CTで下腔十二指腸動脈、中結腸動脈より末梢側での上腸間膜動脈の完全閉塞、小腸虚血、左腎虚血所見を認めた。外科コンサルト時には発症から6時間以上経過しており手術の方針とした。腹腔鏡下に観察したところ小腸の虚血を認めた。虚血腸管のわずかな蠕動、ICGの遅延性染色を認め、壊死には至っていない可能性があるかと判断した。また虚血範囲は広範で境界不明瞭であり虚血腸管を全て切除することは過大侵襲と考えヘパリン投与のみで腸管切除は行わず2nd lookの方針とした。術後はAPTT基準値の2倍を目標にヘパリン20000単位/日を開始した。翌日にAPTTは79.3と目標値に達した。審査腹腔鏡では腸管の色調に著明な改善を認め、切除は不要と判断した。第4病日造影CTでは上腸間膜動脈、左腎動脈血栓の縮小を認めた。上腸間膜動脈塞栓症の治療法は、血栓溶解療法、血栓回収、腸管切除術がある。虚血のみで、壊死に至っていない症例ではヘパリン投与のもと審査腹腔鏡を繰り返し行うことで治療の低侵襲化を図れる可能性が示唆された。

上腸間膜動脈塞栓症, 腸管虚血

横浜市立大学附属市民センター病院 内視鏡部¹⁾,同 消化器外科²⁾, 同 病理診断科³⁾,横浜市立大学 消化器内科⁴⁾古川 翼¹⁾, 澤田敦史¹⁾, 鎌田直樹¹⁾, 野崎公雄¹⁾, 山下啓和¹⁾,
諸橋啓太¹⁾, 金村知樹¹⁾, 東 大輔¹⁾, 厚坂励生¹⁾, 林 慧¹⁾,
西尾匠史¹⁾, 小林亮介¹⁾, 熊谷栄太²⁾, 沼田正勝²⁾, 平澤欣吾³⁾,
前田 慎⁴⁾

【症例】症例 30代女性【経過】20XX年9月および10月に麻痺性イレウスの診断で前医にて入院加療され、繰り返す小腸イレウスの精査目的に当科紹介となった。造影CTにて回腸末端に壁肥厚を認め、同部位が閉塞起点であった。問診上、症状出現時期が月経周期と一致していたことから腸管子宮内膜症が疑われた。加えて、MRIにて右卵巣に2cm大の内膜症性嚢胞を認めたため、当院婦人科より診断的治療としてジェノゲスト（DNG）投与を開始したところ、翌月経周期ではイレウス症状を認めなかった。ダブルバルーン小腸内視鏡検査では、回腸末端より約10cm口側にスコープ通過困難な狭窄を認めたが、粘膜面に明らかな異常はなかった。造影にて約8cmにわたる比較的平滑な狭窄と口側の正常腸管を確認した。狭窄部近傍からの内視鏡下生検では異常を認めなかった。DNGによる薬物療法で症状は一時改善したが、スコープ非通過の狭窄を認め、かつ挙児希望もあることから外科的治療を選択し、20XX+1年2月に腹腔鏡下小腸部分切除術および右卵巣嚢腫摘出術を施行した。術後病理組織検査にて、固有筋層から漿膜面にかけて子宮内膜腺管および線維化を認め、腸管子宮内膜症と診断された。右卵巣嚢腫も内膜症性嚢胞であった。術後経過は良好で第6病日に退院。挙児希望により再発予防のためのDNG療法は約3か月で中止し、現在は自然妊娠を目指している。【考察】回腸子宮内膜症の病巣の主座は腸管の漿膜下層から筋層に存在するため、内視鏡下生検による術前診断は困難であることが多い。本症例においても生検による確定診断は得られなかったが、ダブルバルーン小腸鏡を用いて粘膜所見や狭窄範囲を評価できたことは、小腸悪性腫瘍（リンパ腫、癌、GIST）との鑑別や術式決定に有用であった。回腸子宮内膜症は性成熟期女性に好発し、妊孕性の温存も重要な課題である。診断および治療にあたっては、消化器外科と婦人科の密な連携のもと、個々の社会的背景を考慮した治療方針の選択が求められる。

イレウス, 腸管内膜症

東京通信病院 消化器内科

齋藤聡文, 阿部創平, 岸田由起子, 近藤奈美, 高橋奎胡,

小野晋治, 加藤知爾, 小林克也, 平野賢二, 関川憲一郎,

光井 洋

【症例】70代男性【現病歴】X-7年に上行結腸癌に対し、当院外科で拡大右半結腸切除術を施行した。以後は、定期的な下部消化管内視鏡検査（以下CS）で経過観察していた。X-3年/X-1年のCSで吻合部より小腸側に発赤を認めたが、病理結果はいずれも炎症性変化のみの指摘だった。X年に健診で便潜血陽性となったこともあり、同年にCS再検したところ吻合部近傍に全周性の潰瘍性病変を認め、病理結果でびまん性大細胞型B細胞リンパ腫（以下DLBCL）と診断され、血液内科で化学療法を開始した。【考察】DLBCLは非ホジキンリンパ腫の中で最も頻度が高く約35-40%が消化管に発生し、胃が最も多く、次に小腸、特に回腸末端が多いとされている。当症例は、吻合部より小腸側のDLBCLが大腸へ浸潤したと考えているが、吻合部近傍を原発とするDLBCLの報告は極めて少ない。おそらく吻合部の慢性炎症が起因となり、悪性リンパ腫を発症した可能性を我々は想起しているが、X-1年からX年にかけての増悪が著しい。消化管原発の悪性リンパ腫は進行すると、穿孔・出血を来し致命的となる可能性があるため、より早期の診断が欠かせず、適切なfollow-up期間について文献的考察を加えて報告する。

DLBCL, 吻合部腫瘍

横浜市立みなと赤十字病院 消化器内科¹⁾、同 病理科²⁾
 邊田陽子³⁾、先田信哉⁴⁾、吉野耕平¹⁾、浅川剛人¹⁾、伊東詩織¹⁾、
 榊 一臣¹⁾、松本浩明¹⁾、原 英展¹⁾、芦川智久¹⁾、山本晴二郎¹⁾、
 藤井亮輔¹⁾、勝又理沙¹⁾、石井ひかり¹⁾、小野寺啓¹⁾、吉永あみ¹⁾、
 熊谷二郎²⁾

【症例】77歳、女性【現病歴】下腹部痛と食思不振を主訴に受診し、CTで胸腹水貯留・肝左葉低吸収域・腹腔内リンパ節腫大を認めたため、悪性腫瘍が疑われた。精査目的に上下部内視鏡検査を施行し、胃・十二指腸と盲腸に2型腫瘍を認め、生検施行した。組織学的診断にてBurkittリンパ腫と診断した。肝臓・腎臓にも病変を認め、4期であることから外科的切除は行わずに化学療法開始の方針とし、ビンクリスチンなしの50%減量でCHOP療法を開始した。頸部リンパ節縮小・腹部症状の緩和・LDH低下を認め、治療効果は良好に得られていたが、化学療法開始7日目で貧血進行・黒色便増加を認め、腸管病変からの出血と考えられた。8日目に内視鏡的止血を試みたが、十二指腸内に多量に血液が貯留しており止血困難であった。造影CTを再撮像したところ近位空腸から出血を認めたため経カテーテル動脈塞栓術（TAE）を施行した。処置終了時には造影剤の血管外漏出がないことを確認したが、9日目未明に同部位からの再出血を認め、2回目のTAEを施行した。15時に止血確目的に再度TAE施行し、本幹血管からの造影で血管外漏出ないことを確認した。しかし、その後も貧血進行・血圧低下を認め、12日目に出血性ショックで死亡した。【考察】消化管原発悪性リンパ腫は稀な疾患であり、全消化管悪性腫瘍に対する発生頻度は1~4%とされている。化学療法への感受性は良好であり、遠隔転移を伴う4期であっても完全奏効率は60%程度とされ根治も見込める。一方で本症例のように重篤な合併症を引き起こしうる可能性もある。消化管悪性リンパ腫による消化管出血に対してTAEを施行した報告では、一時的な止血には有効であったが、異なる部位からの再出血をきたす場合が非常に多く、臨床的な効果は限定的であったとされている。本症例のように腸管病変が広範囲にわたる場合は止血目的の外科的手術も適応外となる。腫瘍縮小に伴い出血のほかにも腸穿孔やイレウスのリスクがあり、死亡に至る合併症が起こる可能性があることを治療前に十分に説明する必要がある。

消化管原発悪性リンパ腫、経カテーテル動脈塞栓術

東京医療センター 消化器内科¹⁾、
 永寿総合病院 消化器内科²⁾、同 呼吸器内科³⁾、同 外科⁴⁾
 家城健史¹⁾、上田真裕²⁾、松下美紗子²⁾、楠本竜也³⁾、大島 剛⁴⁾、
 一松 収²⁾、吉田英雄²⁾

【目的】結核性腹膜炎は腹水抗酸菌培養での診断困難例が多い。診断に時間を要した一例と、円滑に診断できた一例を比較し、有用な検査を検討する。

【症例1】62歳男性。慢性咳嗽や腹部膨満を主訴に来訪した。CTにて大量腹水と腹膜軟部影を認め、癌性腹膜炎疑いの精査目的で入院した。消化管内視鏡検査や腹水細胞診にて診断に至らずで入院した。腹水アデノシンデアミンナーゼ（ADA）は未測定であった。再入院時に腹水のADA高値とリンパ球優位の細胞数増多を認め、T-SPOT陽性であった。腹水抗酸菌培養が4週目に陽性となり、初診70日後に診断された。

【症例2】73歳男性。症例1と同様の主訴とCT所見を認め、同目的で入院となった。消化管内視鏡検査で異常所見を認めて、腹水ADAとT-SPOTが陽性であった。腹腔鏡下生検にて腹膜のびまん性発赤と2mm大の多発白色結節を認めた。結核PCR陽性で、初診22日後に診断された。

【考察】結核性腹膜炎は早期診断が肝要で、診断に30日以上要すると死亡率60%との報告もある。抗酸菌培養は時間を要するうえ偽陰性率が高く、症例1のような診断困難例がある。腹水ADA(36-40IU/L以上)やインターフェロンγ遊離試験(IGRA)は感度・特異度が高い。1検査でも陽性の場合、症例2のように腹膜生検を積極的に考慮すべきである。

結核性腹膜炎、腹水貯留

熊谷総合病院 消化器内科
 柏壽由希、石川武志、渡邊吉明、比留間晴彦、岡本四季子、
 門野源一郎、土合克己、松井真理子、斎藤雅彦

【背景】5-ASA製剤は炎症性腸疾患の治療薬の中で、寛解導入および維持に対して基本的かつ中心的な役割を担っている。しかし、近年5-ASA不耐症例は増加傾向であり、さらに不耐発症のリスク因子は不明な点が多い。今回、父娘で潰瘍性大腸炎を発症し、ともにメサラジン不耐を疑われた例を経験したため、報告する。

【症例】父親は43歳時に発症し、分節型の潰瘍性大腸炎と診断された。pH依存型メサラジン3600mgで治療を開始すると、一時症状は改善するも、内服開始10日後頃から血便はないものの発熱、腹痛、下痢の悪化を認めた。内服開始20日後にはさらに症状が増悪したため入院し、内服を中止すると速やかに症状は改善した。病歴からメサラジン不耐を疑い、サラソルフアゼリン400mgに変更したところ症状は改善したため、同量で継続した。娘は18歳で発症し、全大腸型の潰瘍性大腸炎と判断された。MMX型メサラジン4800mgを開始し、開始後1週間程度は症状の改善があるもその後悪化した。プレドニゾロンを開始し症状は改善するも、MMX型メサラジン4800mgを再開すると再度症状が悪化し入院となった。メサラジン不耐を疑い内服を中止すると、速やかに症状は改善した。その後はプレドニゾロンを漸減し、整腸剤のみで再燃なく寛解を維持している。

【考察】潰瘍性大腸炎は、遺伝的背景に何らかの環境要因の影響がトリガーとなり発症することが予想されている。メサラジン不耐についても遺伝的要因が示唆されているという報告はあるが、その表現型に関する遺伝子や変異を特定するのは容易ではない。本症例はメサラジン不耐には遺伝的要因が含まれる可能性を示唆するものと思われる。

潰瘍性大腸炎、5-ASA不耐

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科
 平澤佑果、矢野慎太郎、石野博崇、津川直輝、福岡泰斗、牛尾真子、
 深見久美子、谷口源太郎、荻原伸悟、降旗 誠、北村庸雄、
 長田太郎

【症例】20歳代男性。水痘ワクチン接種歴1回あり。3年前に潰瘍性大腸炎（UC）左側大腸炎型と診断され慢性的に全身ステロイド加療をされていた。メサラジンに加えPSL5mg、ブデソニド注腸フォーム剤が投与されていたが症状の増悪があったため当院を紹介受診し入院加療となった。内視鏡検査で直腸から下行結腸までMES3の所見を認め、PSLを40mgに増量したが効果不十分でありステロイド抵抗性と判断した。経口内服薬かつ低リスク薬剤を希望されたため、PSLを減量した段階でフィルゴチニブ（FIL）を導入するも症状改善に乏しく、Shared Decision Makingの上、ウバダシチニブ（UPA）に変更した。UPA服用直後から奏功し腹部症状および下痢、血便症状は消失し退院したが、退院日当日夜間より38度台の発熱、顔面の発疹が出現した。UPAの副作用によるざ瘡と感染症併発を考え緊急入院となった。皮膚所見は悪化しデルマトイック、ギムザ陽性から水痘の診断となりアシクロビル投与を開始した。その後も水痘は重症化したため全身管理が必要になりICU管理となった。【考察】水痘はVPD（Vaccine Preventable Diseases）として2014年10月から日本でも水痘ワクチンの2回接種が定期接種として開始され2015年以降水痘患者数は著明に減少している。しかし水痘患者の減少に伴い、ナチュラルブースター効果が減弱したことによるワクチン接種後罹患（breakthrough水痘）例の増加が懸念されている。JAK阻害薬は带状疱疹ウイルスの再活性化に対する注意喚起がされているが、初感染に伴う水痘の発症リスクについても認識が必要であるUCのAdvanced therapy中に水痘を合併した症例を経験したので文献的考察を踏まえ報告する。

潰瘍性大腸炎、水痘

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科

竹之内恵美, 荒木健一, 津久井充人, 飯島良彦, 塚本京子, 石田 潤, 小松拓実, 中本悠輔, 加藤正樹, 川島重貴世, 佐藤義典, 前畑忠輝, 立石敬介

【症例】38歳男性。【病歴】20XX-1年に下痢や血便を契機に潰瘍性大腸炎（UC）と診断され、メサラジン製剤で治療していた。20XX年1月から症状が悪化し、前医にてブデソニド注腸剤、ブデソニド腸溶性徐放錠が追加になったが、改善がないため精査加療目的で当院に入院となった。【経過】入院時の排便回数は10回以上/日、顕血便、発熱、頻脈、貧血、CRP高値を認め、重症UCと診断した。腹部造影CTでは、肝静脈、肺動脈、門脈、脾静脈および上腸管膜静脈に血栓を認めた。上部消化管内視鏡では、下部食道にF1相当の食道静脈瘤を認め、また入院経過中に腹水が出現した。血栓による肝静脈の閉塞および門脈圧亢進症（食道静脈瘤、腹水）を認めたことからBudd-Chiari症候群（BCS）の診断とした。血栓症の原因検索では、プロテインCの低下を認めたが、その他、血液凝固異常や抗リン脂質抗体症候群を示唆する結果は認めなかった。血栓症に対しては、アンチトロンビンが低値であったことから、乾燥濃縮人アンチトロンビン3で治療を開始したが、効果が認めなかったため、ヘパリンナトリウム持続投与に変更した。第8病日に胸痛を自覚し、生化学検査にてトロポニンTの上昇、心電図にてST上昇を認め、急性心筋梗塞と診断した。UCの持続出血により循環動態が不安定であったため、経皮的冠動脈インターベンションは行わず、ヘパリンナトリウム持続投与とニコランジルによる保存的治療を行った。以後、胸痛は認めなかった。重症UCに対しては、ステロイド大量静注療法とリサンキズマブを用いて寛解導入を行い、寛解を得た。UC寛解後の腹部造影CTで、肝静脈、肺動脈、門脈、脾静脈および上腸管膜静脈の血栓の縮小を認めたことから、UCの炎症に伴う凝固能亢進、線溶低下による血栓症であったと考えられた。血栓が縮小したため、ヘパリンナトリウム持続投与からリバーロキサパンに変更し退院となった。【結語】今回我々は、BCSおよび急性心筋梗塞を併発した重症UCの一例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎, Budd-Chiari症候群

潰瘍性大腸炎に合併した直腸肛門管癌に対し化学放射線療法で完全奏効を得た一例

慶應義塾大学 医学部 内科学（消化器）¹⁾, 同 腫瘍センター²⁾, 同 内視鏡センター³⁾, 飯田俊典¹⁾, 杉本真也¹⁾, 水島一郎¹⁾, 宮野芽生¹⁾, 平田賢郎²⁾, 重原光²⁾, 長谷川麻衣²⁾, 深沢直人¹⁾, 村上孝一郎¹⁾, 韓 可¹⁾, 海江田祐太¹⁾, 須永将梧¹⁾, 鈴木祥平¹⁾, 吉松裕介¹⁾, 清原裕貴¹⁾, 高林 馨²⁾, 三上洋平¹⁾, 金井隆典¹⁾

【症例】38歳、女性【主訴】血便

【現病歴】X-3年8月に潰瘍性大腸炎（UC）全大腸炎と診断され、メサラジンの内服を開始した。X-2年6月にはステロイド静注のため入院加療を受けたが、以降はメサラジン4g/日で臨床的寛解を維持していた。X-1年12月の大腸内視鏡検査（CS）にて、直腸から肛門管にかけて進行癌が指摘された。前医でUC関連腫瘍に対する標準治療として大腸全摘術を提示されたが、永久人工肛門造設の受容が困難であったため、化学放射線療法（CRT）を希望し、精査加療目的でX年1月に当院を紹介受診した。

【経過】慢性炎症を背景として直腸の扁平上皮化を認め、肛門管から直腸上部にかけて扁平上皮に連続する約6cm大の5型腫瘍を形成していた。病理学的には扁平上皮癌であり、p53に加えてp16も陽性を示し、ヒトパピローマウイルス（HPV）感染との関連が示唆された。MRIおよびPET-CTにて明らかな局所浸潤や遠隔転移は認められず、cT3N0M0、cStage IIと診断した。関連各科と協議のうえ、まずCRTを先行し、不応時にはサルベージ手術を検討する方針とした。X年2月より放射線療法（54Gy/30Fr）併用でFP（5-FU 1000 mg/m²、CDDP 75 mg/m²）を4週毎に2コース施行した。X年4月のCTおよびMRIで腫瘍は縮小し、部分奏功の判定となり、治療終了9週後のCSでは既知の腫瘍は消失し、組織学的にも完全奏功（CR）の判定となった。その後も画像および内視鏡にて慎重に経過観察を継続し、治療開始から3年以上が経過した現在もCRおよびUCの内視鏡的寛解を維持している。

【考察】UCに扁平上皮癌を合併する症例は極めてまれであり、確立した治療方針はなく、予後も不良とされる。一般的に肛門管扁平上皮癌ではCRTが標準治療であるが、本症例はUC関連腫瘍として大腸全摘術も選択肢となり得た。しかし、UC関連腫瘍としては非典型的な臨床経過や内視鏡像、さらに病理学的にp16陽性を認め、HPV感染の関与が強く示唆されたためCRTを選択した。外科的手術回避により患者のQOLを損わずにCRが得られた貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎, 炎症発癌

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科

若井朱音, 吉川修平, 山本大貴, 華山翔泰, 福本彩音, 藤田実優, 橋本 凌, 水谷 琢, 青山佳代子, 佐々木吾也, 佐藤杏美, 今井友里加, 勝部聡太, 森野美奈, 三浦孝也, 関根匡成, 上原健志, 松本吏弘, 宮谷博幸, 真嶋浩聡

【症例】52歳の男性。既往歴として20年前からの腎部の難治性膿皮症と3年前からの全身性脱毛症がある患者。X-3年から1日2〜3回程度の水様下痢が持続しており、X-1年12月に前医を受診し、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に炎症性の狭窄を認めていた。前医で経過観察となっていたがX年1月から毎朝間欠性の左下腹部痛を認めるようになり、X年4月に再度前医を受診した。CT検査でS状結腸の壁肥厚を認め、精査目的にX年5月に当院に紹介された。当院でも下部消化管内視鏡検査を行うため、前処置を服用したところ腹部膨満と嘔吐が出現した。CT検査でS状結腸の一部壁肥厚とその口側での腸管拡張を認め閉塞性イレウスとして緊急入院となった。入院後、経肛門イレウスチューブを留置したところ減圧を得られ、症状は徐々に改善した。経肛門チューブを留置した際の観察では、S状結腸の狭窄部には明らかな腫瘍性変化や潰瘍性変化は認めなかった。また、イレウス改善後に再度内視鏡検査での観察および消化管造影を行ったところ、狭窄部の近傍に腸管腸管瘻を認めたことから外科的治療を行う方針となり、X年7月に瘻孔切除術を行った。【考察】腸管瘻（腸管皮膚瘻を含む）が自然発生する原因として、ある文献ではクローン病が30.2%、穿孔性憩室炎が24.5%、消化管悪性腫瘍が15.1%とされている。また疾患別に見ると、クローン病では約6〜12%が腸管腸管瘻を経験するのにに対し、憩室炎では約2%が瘻孔を合併するが、膀胱瘻や陰瘻が大多数で腸管腸管瘻は非常に稀であると考えられ、消化管悪性腫瘍に関しても非常に稀である。今回、原疾患の診断がついていない状態で閉塞性イレウスから瘻孔形成を発見し得た一例を経験したので、文献的考察を加えて考察する。

大腸狭窄, 瘻孔

S状結腸膀胱瘻発症を契機に発見された、憩室に発生したS状結腸癌の1例

杏林大学 医学部 消化器・一般外科¹⁾, 杏林大学 医学部付属 杉並病院 消化器・一般外科²⁾, 杏林大学医学部 病理学教室³⁾, 小島有紀子¹⁾, 代田利弥¹⁾, 後藤充希¹⁾, 石井 俊¹⁾, 磯部聡史¹⁾, 中山快貴¹⁾, 本多五奉¹⁾, 若松 喬¹⁾, 麻生喜祥¹⁾, 飯岡愛子¹⁾, 吉敷智和¹⁾, 片岡 功²⁾, 鈴木 裕²⁾, 日比谷孝志²⁾, 藤原正親³⁾, 柴原純二³⁾, 阪本良弘¹⁾, 阿部展次¹⁾, 須並英二¹⁾

【背景】大腸癌発生母地は腺腫をはじめ炎症、正常組織など多岐にわたるが、憩室から発生する大腸癌は稀である。今回我々はS状結腸膀胱瘻発症を契機に見された、S状結腸憩室由来の大腸癌の1例を経験したので報告する。【症例】症例：61歳、男性。血便、排便困難を主訴に前医受診、S状結腸憩室炎に伴う結腸狭窄の診断で当科紹介となった。憩室炎を繰り返すも保存的加療で軽快し、本人都合で精査が中断されていた。初診より1年半後、発熱、腹痛を認め精査にて憩室炎に伴うS状結腸膀胱瘻と診断され、横行結腸及双孔式人工肛門造設術を施行した。二期的にS状結腸切除予定であったが、再度診察継続を自己判断で中断となき、初診より約3年半後、再受診された。【腹部・検査所見】腹部所見は平坦、軟、圧痛なし。腫瘍マーカーCEAは12.3と上昇し、下部消化管内視鏡検査では、狭窄のため瘻孔は確認できず、観察範囲に上皮性腫瘍は認めなかった。造影CT検査にて膀胱内に30×20mm大の腫瘍、両側側方リンパ節腫大を認めた。膀胱鏡では腫瘍性病変認め、生検は腸型腺癌であった。【診断・手術】S状結腸癌の膀胱浸潤の診断にて、開腹S状結腸切除術+膀胱部分切除+両側側方リンパ節郭清が施行された。【病理組織診断】肉眼所見ではS状結腸膀胱瘻孔内に充満する30×40×25mm大の乳白色充実性腫瘍を認めたが、S状結腸粘膜面に腫瘍は認めなかった。組織型は腺癌（tub1>pap>tub2）であり、病期はp14b、pN0、pM0、pStage2cであった。【考察】大腸憩室内に発生する大腸癌の報告は稀である。大腸憩室由来の大腸癌は、憩室炎に基づく慢性炎症や腸内細菌叢の変化により発生すると報告されている。本症例では大腸内腔の粘膜面に腫瘍は露出していなかった。その原因としては大腸憩室の多くは固有筋層を欠く仮性憩室であり、腸壁が薄く外側への伸展が容易であったため、漿液側、さらに膀胱へ浸潤したと考えられる。【結語】憩室発生の大腸癌は術前の確定診断は困難な可能性があり、診断が確定した段階で癌としての根治切除目的に追加切開などの対応を考慮すべきである。

憩室, 大腸癌

筑波記念病院 消化器内科

藤野未栄, 添田敦子, 丹下善隆, 神山広大, 丸山泰司, 森田大雅, 高木亮輔, 津金祐亮, 佐浦 勲, 姫井紅里, 根本絵美, 江南ちあき, 越智大介, 池澤和人

【背景】結腸癌の手術において、自動吻合器による機能的端々吻合が多く行われている。吻合部は嚢状に拡張し、内部は便塊が貯留し、糞便性イレウスをきたした報告がある。今回、S状結腸癌術後の便秘症に対して下剤を内服していたが、層状の巨大な便塊を形成し、内視鏡的処置を要した症例を経験したので報告する。【症例】70代女性。20XX年にS状結腸癌に対してS状結腸癌切除術が施行された。20XX+11年に下腹部痛を主訴に来院、腹部CTで術後吻合部に著明な便貯留を認めた。入院後、内視鏡的処置を実施し、便塊が排出されたことを確認し、退院となった。その後、慢性便秘に対して酸化マグネシウム、ルビプロストンを内服、また繊維質のものを多く摂取しよう心掛けていた。20XX+15年に便の狭小化の訴えあり、スクリーニング目的に下部消化管内視鏡 (colonoscopy, CS) を施行した。腸管洗浄後の内服は可能であり腸閉塞の所見は見られなかったが、吻合部に巨大な便塊を認めた。腹部CTで便塊は径12cmで層状の構造がみられた。下剤を内服しつつ、CSを複数回施行、スネア便塊の破碎、腸管洗浄液を送水して、便塊の排出を促した。【考察】機能的端々吻合部が嚢状に拡張し、便塊貯留をきたす症例は複数報告され、原因として、機能的端々吻合部と流出部の径の不同、屈曲による流出障害が考えられる。治療は外科的手術またはスネア等を用いた内視鏡的治療が行われるが、内視鏡治療は便塊が巨大なため複数回の処置が必要となることが多い。便塊形成の予防として下剤が使用されるが、酸化マグネシウム内服においては、便塊は層状の構造をもつ腸石様となっている。酸化マグネシウムは通常は緩下薬として使用されるが、通過障害や口側に拡張がある場合、腸石の原因となりえることが報告されており、本疾患においては避けたほうがよいと考えられる。

腸石, 機能的端々吻合

千葉県がんセンター 消化器内科¹⁾, 同 内視鏡科²⁾富澤 寛¹⁾, 徳長 鎮²⁾, 菱川恵介²⁾, 箕輪真寿美¹⁾, 石垣飛鳥²⁾, 杉田 統²⁾, 北川善康²⁾, 鈴木拓人²⁾

症例は50代女性。便通異常を主訴に前医を受診し、大腸内視鏡検査にて、上行結腸に隆起性病変を認めたため、当院を紹介受診された。当院で大腸内視鏡検査を再検したところ、上行結腸に弾性硬で可動性良好な上皮下病変を認めた。細径プローブ (20MHz) による超音波内視鏡検査では、同病変は6mm大で粘膜下層由来の比較的均一な高エコーとして描出された。生検にて神経線維腫疑い (c-kit陰性, SMA陰性, DOG-1陰性, S-100が50%程度陽性, SOX10が30%程度陽性, CD34が50%程度陽性となる紡錘形細胞が錯綜して増生していた) の診断となった。病歴や家族歴、身体所見には、神経線維腫症1型 (NF1) の合併を疑う点は無かった。孤立性の神経線維腫であれば、一般に悪性化のリスクはないとされており、経過観察と診断的切除の選択肢を提示したところ、診断的切除を希望されたため、後日内視鏡的粘膜切除術による一括切除を行った。処置中および処置後に偶発症は認められなかった。病理結果は、粘膜固有層から粘膜下層に位置する神経線維腫で、悪性所見は認めず、切除断端は陰性であった。なお、術前の胸腹部CT検査および腹部超音波検査では、脾臓の小嚢胞を認める以外に、粗大病変は認めなかった。神経線維腫の診断確定後、当院の皮膚科および遺伝子診療科を受診したが、病歴や身体所見などから、やはりNF1の合併は否定的と判断された。孤立性の大腸神経線維腫は稀な疾患であるため、その報告は限られており、内視鏡治療に至っては数例の報告があるのみである。今回、内視鏡的粘膜切除術で切除した孤立性大腸神経線維腫の1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

大腸粘膜下腫瘍, 大腸神経線維腫

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科

猪又光太郎, 小堀郁博, 加藤陽佳, 小池悠太郎, 高木 央, 山田奏太郎, 前田紘基, 三代 賢, 神原和真, 相馬佑樹, 増田美佳子, 鈴木優仁, 山口真裕美, 早川富貴, 桑田 潤, 白橋亮作, 草野祐実, 曾我幸一, 片山裕視, 玉野正也

【症例】31歳女性【主訴】血便【既往歴】ターナー症候群, 脊柱側湾症, 下肢静脈瘤, 直腸静脈瘤, 特発性門脈圧亢進症, 痔核【現病歴】X-30年より前医小児科にてターナー症候群に対し、ホルモン療法を開始。X-29年に前医小児外科にて、特発性門脈圧亢進症・食道静脈瘤に対しHassab手術を施行。その後X-23年までEISを複数回施行された。X-1年、前医より当院へ紹介となった。X年11月に暗赤色便を認め、受診。Hb 9.0g/dLと貧血を認めた。同年12月Hb7.4mg/dLと貧血の進行を認めたが、上部消化管内視鏡検査では胃にF1程度の白色静脈瘤を認めるのみで、活動性出血は認めず、造影CT検査でも明らかな出血源を疑う所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では下部直腸に白色栓を伴う直腸静脈瘤を認めたため、同部位が出血源と判断し、EIS目的に入院となった。【経過】入院同日、EIS施行。肛門をバルーンで圧迫後、穿刺針で静脈瘤を穿刺し、モノエタールアミノオレイン酸塩と造影剤を注入し、出血持続無いたと確認し終了とした。その後は出血無く経過し、第5病日退院となった。退院3ヶ月後の下部消化管内視鏡検査では、直腸静脈瘤は縮小傾向を示し、貧血の改善も認めた。【結語】直腸静脈瘤に対するEISは有効な治療の選択肢の1つと考える。若干の文献的考察を加え報告する。

直腸静脈瘤, EIS

日本医科大学付属病院 消化器外科

野澤勇哉, 小森啓正, 岩井磨磨, 山田岳史, 松田明久, 進士誠一, 横山康行, 高橋吾郎, 室川剛廣, 吉田 寛

【序言】成人の腸重積は稀であるが約90%で器質的病変を伴い、良性・悪性含め腫瘍性病変が最多である。腸閉塞をきたす場合には緊急手術の検討が必要となる。髄様癌は大腸癌でも極めて稀で、右側結腸に多く、結節状・隆起状に大きく発育する組織型である。今回、我々は横行結腸髄様癌による腸重積に対して手術治療を行った1例を経験したので報告する。【症例】75歳女性。右視床出血後、左片麻痺のため前医にてリハビリテーション中であった。粘血便・嘔吐ありCTにて左側横行結腸にpseudokidney-like appearanceをみとめ、腸重積の疑いで当院搬送された。口側腸管の拡張を認めたが血流は保たれており、下部消化管内視鏡による整復を試みた。腸管拡張は軽減したが疼痛遷延し、緊急手術を施行した。開腹時には腸重積はほぼ解除されており、腫瘍を含む横行結腸を部分切除、手縫い吻合による再建を行った。術後経過は良好で、術後13日目に前医へ転院。病理組織学的診断は髄様癌、病期はpT2N0M0 (Stage I) であった。【考察】髄様癌は、MSI-H陽性、低分化ながらも予後良好という臨床的特徴をもつ。腫瘍径が大きく腸管内に隆起するため腸重積のlead pointになりやすいと考えるが、その報告は非常に少ない。腸重積を呈する症例では特殊な組織型の悪性腫瘍も念頭におき、無理のない内視鏡的整復の試行および外科的介入への迅速な移行判断が重要と考えられる。

髄様癌, 腸重積

大腸癌の化学療法中に出現した呼吸困難を主訴に緊急入院し、正常血糖ケトアシドーシスと診断した一例

東京慈恵会医科大学附属病院 消化器内科
岩瀬大知, 原田健太郎, 野口正朗, 西村 尚, 澤田亮一, 猿田雅之

【背景】正常血糖ケトアシドーシス (euglycemic diabetic ketoacidosis: euDKA) は、SGLT2阻害薬使用に伴い発症しうる代謝性合併症である。血糖値が正常範囲に保たれるため診断が遅れやすく、臨床現場での認識が重要である。今回、進行大腸癌に対する分子標的薬治療中に呼吸困難を呈し、euDKAと診断された一例を経験した。【症例】64歳男性。進行大腸癌 (BRAF変異陽性) に対しエンコラフェニブ+セツキシマブ療法を施行中。既往に2型糖尿病があり、テネリグリブリン・カナグリフロジン配合剤およびインスリンを併用していた。X年2月、1週間にわたり労作時の呼吸困難が進行し、緊急入院となった。入院時のバイタルサインは安定していたが、呼吸数増加を認めた。SpO2は98% (室内気)、PSは2。身体所見では両側下肺野にfine cracklesを聴取した。動脈血ガスではpH 7.27、HCO₃-低下、アニオンギャップ増加を認め、代謝性アシドーシスと判断された。血糖は120mg/dLと正常範囲内であったが、尿中ケトン体は強陽性であった。胸部CTでは明らかな肺炎、肺塞栓、間質性肺炎の増悪を認めず、心電図や心エコーにも明らかな異常所見を認めなかったことから、SGLT2阻害薬関連euDKAと診断された。SGLT2阻害薬を中止し、インスリンの持続静注とブドウ糖補液を開始したところ、2日以内に代謝性アシドーシスは改善し、呼吸困難も速やかに軽快した。以降はインスリン単剤で血糖管理を継続し、再発は認めなかった。【考察】euDKAはがん患者においてもSGLT2阻害薬投与中に発症しうる。本症例では、がん化学療法中の呼吸困難の原因として代謝性アシドーシスに伴う代償性過換気が疑われ、血液ガス分析が診断の鍵となった。がん患者ではステロイド併用や食思不振・飢餓状態などの誘因が重なりやすく、euDKAの発症リスクは相対的に高いと考えられる。【結語】がん患者の呼吸困難における鑑別では、代謝性アシドーシスにも留意する必要がある。SGLT2阻害薬使用中はeuDKAを常に念頭に置き、早期の診断と迅速な対応が求められる。

分子標的薬, 正常血糖ケトアシドーシス

大腸癌による骨髄癌腫症を来した1例

JCHO 船橋中央病院 内科¹⁾, 同 泌尿器科²⁾, 同 病理診断科³⁾
西村 駿¹⁾, 浅野公将¹⁾, 市川峻平¹⁾, 茂木智拓¹⁾, 永瀧裕樹¹⁾, 嶋田太郎¹⁾, 土屋 慎¹⁾, 高石浩司¹⁾, 関田信之²⁾, 小松悌介³⁾, 加藤佳郎紀¹⁾

症例は83歳男性、当院の血液内科にびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫、泌尿器科に前立腺腫でかかりつけの方。X年5月初旬より上腹部痛、黒色便を自覚し、38.1度の発熱や動悸も出現したため5月6日に当院の救急外来を受診した。血液検査にてLDH 1166 u/L、CRP 13.02 mg/dlと高値を認め、Hb 9.8 g/dlと低値であったため精査加療目的に血液内科に入院となった。第2病日の血液検査にてCEA 616 ng/ml、CA19-9 23199 U/mlと著明な高値を認め、暗赤色便があったことから、消化器内科に紹介となった。同日に施行した上部消化管内視鏡検査では特記所見を認めなかったが、第3病日に施行した下部消化管内視鏡検査では上行結腸に半周性の2型進行大腸癌を認め、生検にて粘液性腺癌の診断となった。尚、胸腹部の造影CT検査では明らかな転移巣は指摘できなかった。びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の病勢や全身の転移検査目的に他院でPET-CT検査施行の方針となり、第7病日に一旦退院となった。しかし、疼痛が強くなり、食事摂取不良となり、5月13日に再入院となった。第2病日に骨髄生検を施行し、第3病日に骨シンチグラフィを施行したところ、体幹部、大腿骨、上腕骨、肩甲骨と全身に集積が認められた。病歴から前立腺癌の骨転移が疑われたが、骨髄生検で腸型形質の腺癌を認め、大腸癌による骨髄癌腫症の診断となった。患者本人に加療希望は無くBSCの方針となり、第29病日に永眠となった。大腸癌を原発とした骨髄癌腫症を経験した。大腸癌による骨髄癌腫症はまれであり、今回、ご遺族の了承のもと病理解剖を実施しており、病理解剖の結果と文献的な考察も含めて報告する。

大腸癌, 骨髄癌腫症

ソマトスタチン受容体発現レベルの異なる骨転移が異時性に出現し肺癌との鑑別を要した神経内分泌腫瘍の一例

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 呼吸器内科²⁾, 同 呼吸器外科³⁾, 同 放射線診断科⁴⁾, 同 病理診断科⁵⁾
岸本希実¹⁾, 小林真理子¹⁾, 澤龍太郎¹⁾, 目良麻衣¹⁾, 松本めぐみ¹⁾, 和田拓海¹⁾, 石川敬資¹⁾, 宇野広隆¹⁾, 石川直樹¹⁾, 山田武史²⁾, 山本祥之³⁾, 北澤晴奈³⁾, 小林尚寛³⁾, 原 唯史⁴⁾, 加藤聖大⁵⁾, 松原大祐⁵⁾, 土屋輝一郎⁵⁾

【症例】60歳代男性。直腸20mm大の粘膜下腫瘍に対しX年2月に腹腔鏡下低位前方切除術を施行。神経内分泌腫瘍 (NET) G2 (Ki-67 10-15%) pT3N0M0 pStage IIBと診断された。X+2年5月に多発肝転移で再発し、エベロリムスで1次治療を開始したが肝転移増大のため中止。肝動脈塞栓術施行も2ヶ月後に肝転移増悪と多発骨転移 (頸胸腰椎・仙骨・胸骨・肋骨・両側大腿骨) が出現した。ソマトスタチン受容体シンチグラフィ (SRS) では全ての病変で集積良好であり、X+4年2月よりペプチド受容体放射性核種療法 (PRRT) を施行。肝・骨転移への集積は顕著に低下し良好な治療効果を得た。一方X+2年8月より右肺下葉気管支B9内にSRS集積陰性小結節と末梢に浸潤影を認めており、炎症性変化として経過観察していた。しかしPRRT終了後から気管支内病変が増大しX+5年3月には18mmとなったため、重複癌を疑い気管支鏡下生検を施行したところ低分化型非小細胞肺癌と診断された。PET-CTでは肺結節に加え右第1・4肋骨および頸胸腰椎・仙骨に強いFDG集積を認め、PRRTで制御されたNETの骨転移とは別部位であった。NETの新規骨転移との鑑別でSRSを再度施行したが集積はほとんど認めず、新出した骨病変は低分化型非小細胞肺癌の転移が第一に疑われた。しかし肺癌とNETの治療方針は全く異なるため、呼吸器内科・呼吸器外科・放射線診断科と協議し、診断に必要な検体量の担保と侵襲度を鑑みて右第4肋骨部分切除術での組織診断を施行した。その結果新出した骨転移はNET G3 (Ki-67 30%) と判明しX+5年5月よりストレプトゾシン+S-1療法を開始した。【考察】NETではソマトスタチン受容体 (SSTR) の腫瘍不均一性が報告されており、効果・予後不良因子の一つとされる。本例ではSSTR高発現成分はPRRTで制御されたが、異時性に出現したSSTR低発現かつ増殖能の高い成分が骨転移をきたし、偶発した肺癌との鑑別を要した。PRRTで良好な治療効果が得られていても病変新出時にはSSTR低発現成分の増悪を考える必要性を示した示唆に富む症例であり、文献的考察を含め報告する。

神経内分泌腫瘍, PRRT

上行結腸粘膜下腫瘍を契機に診断された、神経芽腫の集学的治療後に発生した二次性発癌と考えられる右尿管癌の一例

千葉大学 医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 泌尿器科²⁾
木下裕介¹⁾, 堀尾光輔¹⁾, 佐塚智和²⁾, 後藤千尋¹⁾, 石川 翼¹⁾, 大浦弘高¹⁾, 金子達哉¹⁾, 太田佑樹¹⁾, 對田 尚¹⁾, 沖元謙一郎²⁾, 齊藤景子¹⁾, 松村倫明¹⁾, 加藤 順¹⁾

症例は2歳時に右副腎原発の神経芽腫に対して化学放射線療法の施行歴がある39歳女性。X年11月に大腸ポリープ切除目的に下部消化管内視鏡検査を行った際に上行結腸粘膜下腫瘍を指摘され、右下腹部痛の自覚もあり、神経芽腫の治療後でフォロー中であった当院へ精査加療目的に紹介となった。当院で施行した下部消化管内視鏡検査では、上行結腸にクッションサイン陰性・径3cm大の粘膜下腫瘍を認め、EUSでは第4/5層由来で比較的に均一な低エコーとして観察された。また、回腸末端には外圧排ないし腫瘍浸潤を疑う易出血性の粗造な粘膜が観察された。さらにCT・MRIでは、回腸遠位部から右腸腰筋内に進展し、下大静脈・右総腸骨動脈・右腎・尿管を巻き込む長径5cm大の充実性腫瘍を認め、近傍のリンパ節転移や肝転移を疑う所見も認めた。後方視的にみるとX-1年7月に施行されていたCTにおいて、尿管管内に造影効果を示す軟部腫瘍影を認めていたことや、内視鏡での生検や腹部エコーを用いたエコーガイド下生検において上皮性悪性腫瘍が疑われたことから、右尿管癌stage IVの診断となった。幼少期に右副腎原発の神経芽腫に対する集学的治療を行っていた背景から、放射線誘発性の二次性発癌と考えられた。当院泌尿器科へ紹介後X年12月よりGcarbo療法 (ゲムシタピン+カルボプラチン併用療法) が開始となり、以降化学療法が継続されている。上行結腸粘膜下腫瘍を契機に診断された、神経芽腫の集学的治療後に発生した二次性発癌と考えられる右尿管癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸粘膜下腫瘍, 二次性発癌

北里大学 医学部 消化器内科学

渡邊和秀, 花岡太郎, 小川大輔, 玉置明寛, 安達 快, 渡辺真郁, 奥脇興介, 木田光広, 草野 央

【症例】54歳男性。突然の背部痛を主訴に当院救命救急センターに搬送された。造影CTで上行大動脈から腹部大動脈にかけて解離を認めStanford A型大動脈解離と診断した。上行大動脈の偽腔は閉塞しており、集中治療室 (ICU) での鎮痛・降圧治療を中心とした保存的加療の方針とした。第2病日に腹痛の訴えがあり、血液検査とCTで予後因子7点の重症急性肺炎と診断した。大動脈解離発生時のCTでは、腹腔動脈は偽腔から起始しており、起始部で閉塞していた。また上腸間膜動脈も偽腔から起始しており、灌流不全による虚血性肺炎と考えられた。腎不全と呼吸不全に対して、人口呼吸器管理と持続的腎機能代替療法 (CRRT) を導入し、重症急性肺炎に対しては大量輸液、蛋白分解酵素阻害薬、経管栄養を開始した。その後解離の増悪なく、呼吸不全と腎不全の改善が得られ、人口呼吸器管理とCRRTを離脱し第22病日にICUを退室した。しかし、炎症反応の上昇と発熱が遷延し、第31病日の造影CTでは腓尾部から後腹膜へ及ぶ被包化腓壊死 (WON) を認めた。抗菌薬の効果は乏しく、超音波内視鏡ガイド下経消化管のドレナージの方針とし、第32病日に経胃的に Lumen apposing metal stent を留置した。第38病日から内視鏡的ネクロセクトミーを計11回施行し壊死物質の縮小と感染のコントロールが得られ第86病日に自宅退院した。現在WONの再燃なく外来で経過観察中である。【考察】虚血性肺炎は急性肺炎全体の5~8%とされており、大動脈解離に伴発する虚血性肺炎は比較的稀である。また他の成因の肺炎と比較して重篤化しやすく予後不良とされている。本症例は急性大動脈解離に伴う虚血性肺炎および多臓器障害に対し、集中治療で良好な転帰を得たため文献的考察を交えて報告する。

大動脈解離, 虚血性肺炎

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科²⁾

亀井淳矢¹⁾, 阿川周平¹⁾, 新井 悠¹⁾, 齋能和輝¹⁾, 大木孝之¹⁾, 町田花実¹⁾, 中村 拳¹⁾, 田邊智英¹⁾, 恩田 毅¹⁾, 植木信江¹⁾, 二神生爾¹⁾, 厚川正則²⁾

症例 75歳女性 (現病歴) 1週間前より心窩部痛が出現し近医を受診した。近医にて血液検査と造影CT検査を行ったところ、明らかな腓腫大や腫瘍性病変を認めないが腓体部から腓尾部にかけて主腓管の軽度拡張を指摘されていた。腹痛症状が持続するため当院受診となり、腹部CTにて腓尾部の腫大と肺炎を疑う所見があり入院となった。(既往歴) 器質性肺炎 脂質異常症 (内服薬) プレドニゾロン 5mg/day アトルバスタチンカルシウム水和物 10mg/day (アレルギー) なし (入院後経過) 飲酒歴などはなく肺炎の原因となるようなエピソードを認めず、腓体部の主腓管拡張を認めたため超音波内視鏡 (Endoscopic Ultrasonography: EUS) を行った。EUSにて腓体部に10mm大の辺縁不明瞭な乏血性の低エコー腫瘍を認め腓体部癌を疑う所見であった。肺炎の原因として腓体部癌による閉塞性肺炎が最も疑われたことから入院第3病日にERCP検査を行い、腓管狭窄部の擦過細胞診とENPDを留置し、連日細胞診を提出した。腓管擦過細胞診および腓液細胞診にてAdenocarcinomaの診断にいたり、腓癌 cStage IA (T1bN0M0) の診断となった。ご本人・ご家族へICJのうえ、neo-adjuvant therapy後に手術加療の方針とした。(考察) 急性肺炎で入院し、造影CTでは腫瘍影は明らかでないものの、EUSと腓液細胞診にて診断に至った微小腓癌の一例を経験した。以前から原因不明の肺炎には一定数の微小腓癌症例が含まれていることが知られており、退院後の造影CT検査フォローが推奨されている。今回は主腓管の軽度拡張所見に着目し、迅速な診断に至り、急性肺炎の状況によっては胆石性肺炎の除外も兼ねたEUSにより、より積極的なアプローチできる可能性が考えられ、基準に関与してさらなる検討が望まれる。

微小腓癌, 急性肺炎

腓尾部嚢胞性病変により反復する急性肺炎に対し脾合併腓尾部切除施行し粘液性嚢胞腺癌と診断した一例

独立行政法人 労働者健康安全機構 横浜労災病院 消化器内科
倉林 梨, 関野雄典, 白土達也, 薬師寺絢太, 逸見莉子, 森本紗生, 吉村聖沙, 井出貴也, 野村 優, 今重大輝, 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

【症例】症例は84歳女性。X年2月に他疾患に精査中のCTで偶発的に腓嚢胞性病変を指摘された。MRIで腓尾部に主腓管と交通のある多房性嚢胞性病変を認め、嚢胞径が55mmの worrisome feature (WF) に該当する腓管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) と診断した。年齢からは追加精査や経過観察の希望はなかった。X+2年10月に初めて急性肺炎で入院となり、以降X+6年2月までの3年4か月の期間で計10回の急性肺炎を繰り返した。X+5年7月の時点で10mm以上の主腓管拡張を認め、High-risk Stigmata (HRS) 陽性となったこと、および他に肺炎のetiologyを認めない事からIPMNによる肺炎と考え、外科手術を提案するものの手術には至らなかったが、入院の頻度が増悪したX+6年2月に最終的に手術を希望された。X+6年3月に脾合併腓体尾部切除術施行し、最終診断はMucinous cystadenocarcinoma (非浸潤癌) となった。術後早期ではあるが、現在まで急性肺炎の再燃なく経過している。【考察】粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) とIPMNとの鑑別診断はしばしば難しいことがある。本症例では主腓管との交通を認め、cyst by cystの形状を取る多房性嚢胞であったこと、肺炎を繰り返していたことから術前診断をIPMNとしていた。MCNとIPMNの画像診断、MCNと急性肺炎の併発について、文献的考察を加えて報告する。

粘液性嚢胞腫瘍, 腓管内乳頭粘液性腫瘍

十二指腸潰瘍・閉塞を契機に診断された主腓管拡張を伴わないGroove腓癌の一例

大森赤十字病院 消化器内科

赤瀬夢つみ, 高柳卓矢, 片山大暉, 高橋耕平, 寺一俊介, 廣畑 愛, 林 映道, 飯田敏史, 海老澤佑, 須藤拓馬, 有本 純, 新倉利啓, 中岡宙子, 千葉秀幸, 井田智則

【症例】75歳男性。食思不振、嘔吐を主訴に受診した。上部消化管内視鏡 (EGD) で多発十二指腸潰瘍を認めたが、生検で悪性所見はなく、プロトンポンプ阻害薬による治療を開始した。2週間後、嘔気嘔吐の増悪により緊急入院となった。EGDで上十二指腸角 (SDA) に全周性の上皮性変化を伴わない狭窄性変化を認め、スコープは通過不能であった。造影CTではGroove領域に乏血性腫瘍を認め、腫瘍マーカーCA19-9は219 U/mlと高値を示していた。MRI/MRCPではSDA付近に拡散強調画像で高信号を示す病変を認めたが、主腓管および総胆管の拡張は認めなかった。超音波内視鏡 (EUS) ではGroove領域に境界明瞭・辺縁不整・内部不均一な30mm大の低エコー腫瘍を検出し、腫瘍により遠位胆管の狭小化も認められた。EUS下穿刺吸引法 (EUS-FNA) にて腓癌の確定診断に至った。所属外リンパ節腫大を認めたことから、腓癌cT3N1aM1Stage IVと診断した。十二指腸・胆管ステントを留置後、Gemcitabine+nab-paclitaxelによる全身化学療法を開始した。【結語】Groove腓癌は腓頭部と十二指腸下行脚の間の溝 (groove) に発生し、十二指腸狭窄や潰瘍、胆管狭窄を契機に発見されることが多い。主腓管に異常を認めない症例も多く、画像所見が非特異的で診断が困難であることも少なくない。今回、十二指腸潰瘍・閉塞が契機となりEUS-FNAにより確定診断に至った主腓管非拡張型Groove腓癌の一例を経験したため報告する。

Groove腓癌, EUS-FNA

昭和医科大学病院 消化器内科

西川晃一, 飯高正典, 水野紗也香, 坂 隆寛, 森 大地, 中山顕皓, 西原成俊, 及川 脩, 中谷真也, 杉浦有也, 石井 優, 吉田 仁

＜症例＞42歳、男性。＜主訴＞上腹部痛。＜現病歴＞医療機関への通院歴のない方で、上腹部痛で前医を受診し、胃腸炎の疑いで対症療法となったが、上腹部痛の改善みられず前医再度受診された。腹部造影CTで脾幹部血腫と脾仮性動脈瘤を疑う所見を認めたため血管内治療目的に当院に転院搬送された。入院同日に緊急血管内治療を施行し、下脾十二指腸動脈と空腸枝のアーケードに動脈瘤が描出され、同部位にコイル塞栓術を施行した。血管内治療後に腹痛は改善したが、入院3日目に嘔気嘔吐みられ、腹部造影CTで脾幹部から十二指腸水平部周囲軟部影と十二指腸水平部の通過障害を疑う所見を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃内に大量の残渣が貯留し、十二指腸下行部を中心とした粘膜浮腫および内腔の狭窄を認め、狭窄によってスコープ通過困難であった。経鼻胃管を挿入して嘔気嘔吐は軽快し、水分摂取も可能であったことから保存的に加療を継続した。入院13日目の腹部造影CTで、軟部影は縮小し、胃十二指腸の拡張・液貯留は軽減していることを確認した。入院15日目、上部消化管内視鏡検査で前回同様の十二指腸狭窄と粘膜浮腫を認めるも、スコープ通過は可能であった。続けて十二指腸造影を施行したところ、狭窄部口側で造影剤の停留を認めるも少量が水平部に流れることを確認し、完全狭窄ではないと判断した。胃管排液もごく少量となっていることから胃管抜去とした。流動食から食事再開し、徐々に食上げしても嘔気嘔吐再燃なく経過した。入院28日目に上部消化管内視鏡検査で十二指腸狭窄と粘膜浮腫の改善を確認した。＜考察＞血管内治療後の腸管狭窄の成因として、血腫による物理的圧排、虚血による粘膜障害が考えられる。虚血性変化の原因としては、塞栓術による血流障害や、血腫からの炎症波及が考えられる。本症例では、上部消化管内視鏡検査で狭窄部の腸管浮腫を認めたことや、軟部影に著変ないが狭窄は改善したことから、軟部影による物理的圧排よりも、虚血による粘膜障害が十二指腸狭窄に影響したと考えられる。

脾仮性動脈瘤, 十二指腸狭窄

東京都済生会中央病院 消化器内科

岩下敏士, 林 智康, 中島喜子, 石田 慎, 横山 歩, 田沼浩太, 三枝慶一郎, 岸野竜平, 中澤 敦

【症例】82歳女性。10年前のCTで脾頭部に40mm大の嚢胞を認め、以後緩徐々に増大傾向を示していたが、嚢胞径以外に悪性を示唆する所見はなく、脾管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)と診断し、消化器外科と協議の上で当科にて経過観察としていた。【現病歴】202X年Y月、嘔気と右上腹部痛を主訴に当院を受診した。CTおよびMRIで脾頭部嚢胞は70mmに増大し、嚢胞壁の肥厚および内部の信号変化を認め、嚢胞内感染を疑い入院となった。【臨床経過】播種リスクを考慮し、第1病日より抗菌薬にて保存的加療を開始したが、身体所見や血液検査上の炎症反応は改善せず、第7病日のCTで脾嚢胞破裂を確認した。第8病日に肝下面の液貯留に対し経皮的ドレナージを施行し、第9病日には嚢胞内への超音波内視鏡下経消化管的ドレナージ(EUS-TD)を追加した。連日経鼻的に洗浄ドレナージを行い、経過良好にて、第16病日に経皮的ドレーン、経鼻的ドレーンを抜去し、第18病日に退院となった。【考察】worrisome featuresに乏しいIPMNであっても、嚢胞径の進行性増大と感染徴候があれば、破裂などの合併症を念頭に置く必要がある。本症例は、播種を懸念して初期は保存的に対応しつつ、破裂後には適切なタイミングで段階的なドレナージを実施することで感染制御と良好な転帰が得られた点が示唆的であった。【結語】嚢胞内感染を契機に破裂を来したIPMNに対し、適切な手技選択による段階的ドレナージで良好な経過を得た1例を、文献的考察を加えて報告する。

IPMN, EUS-TD

国立国際医療センター 消化器内科

柴田寛至, 小島康志, 濱崎麟太郎, 宮川晴行, 小林和貴, 須澤綾友, 中村暁子, 大和 幹, 蒲生彩香, 鈴江航大, 竜野稜子, 矢野成樹, 久田裕也, 赤澤直樹, 横井千寿, 田中康雄, 秋山純一, 柳瀬幹雄, 山本夏代

【背景】浸潤性脾管癌におけるBRCA1/2遺伝子変異は全体の5-7%程度とされ、変異陽性患者に対してPARP阻害薬であるオラパリブの有効性が示されているが、長期奏効を示す報告は限られる。また、BRCA変異陽性脾神経内分泌腫瘍に対するオラパリブの報告はさらに稀である。【症例】50代女性。2012年に左乳癌に対し左乳房切除術施行歴あり。2021年6月、食欲不振と体重減少を主訴に前医を受診し、脾がん・肝転移で当院紹介となった。CEA 542.3ng/mL, CA19-9 1802.4U/mLと上昇を認め、CT検査で脾体尾部に72mm大の不整形低吸収腫瘍、肝に多発する境界不明瞭な低吸収結節と、傍大動脈・肝門部リンパ節腫大を認め、脾癌・肝転移・リンパ節転移と診断した。EUS-TAおよび肝腫瘍生検を施行し腺癌の診断となった。家族歴に父：60代前立腺癌、父方の叔母：40代乳癌、母方の叔母：40代肺癌と、家族性脾癌も疑われ、同月からFOLFIRINOX療法を開始した。抗がん剤初回投与直前の採血でNSE 1550 ng/mL、ProGRP 5959 pg/mLと著明な高値を示し神経内分泌腫瘍が疑われたため免疫染色を追加したところ、CD56、chromogranin Aおよびsynaptophysin陽性、Ki67 80-90%と強陽性であったため、最終診断は脾大細胞型神経内分泌癌となった。FOLFIRINOX1コース目でGrade3の下痢、Grade4の好中球減少・好中球減少などの有害事象を認め、2コース目以降は減量投与とした。計9コース施行し、脾体部の腫瘍は22mmまで縮小し最良治療効果はPRを維持した。経過中に施行したFoundationOne CDxがんゲノムプロファイル検査でBRCA2病的変異(c.6468_6469del)とmicrosatellite stableを認め、BRCAAnalysisでも同様の変異を認めたことから、維持療法として2021年12月よりオラパリブを導入した。その後有害事象なく経過し、現在に至るまで治療を継続中であり、2025年6月時点で腫瘍は更に縮小したSDを維持している。【結語】BRCA2変異陽性の脾大細胞型神経内分泌癌に対しFOLFIRINOX後にオラパリブを導入し、長期にわたりSDを維持した稀な一例を報告する。

BRCA2, オラパリブ

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科¹⁾, 同 皮膚科²⁾, 同 病理診断科³⁾

倉持智仁¹⁾, 佐藤 彩¹⁾, 水野 卓¹⁾, 漆原 陵¹⁾, 坂田 浩¹⁾, 碓氷七瀬¹⁾, 山田俊介¹⁾, 辻 翔平¹⁾, 相馬直人¹⁾, 内田義人¹⁾, 安藤さつき¹⁾, 菅原通子¹⁾, 中尾将光¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 岩永佳菜子²⁾, 宮野恭平²⁾, 松村依佐³⁾, 佐々木惇³⁾, 持田 智¹⁾

【緒言】菌状息肉症(Mycosis fungoides: MF)は皮膚を原発とするCD4陽性T細胞由来の悪性リンパ腫である。50-60歳台に好発し、リンパ節転移または内臓転移を呈したMFの予後は不良とされている。今回、MF加療中に発見された脾腫瘍に対しEUS-FNAを行い、病理学的にMFの脾転移と診断した一例を経験したため、文献的考察も含め報告する。【症例】80代男性。5年前から全身の掻痒あり。外用ステロイド薬塗布で改善しないため、1年前に当院皮膚科を受診した。全身に紅褐色斑が多発し、一部で扁平隆起、結節腫瘍を形成していた。皮膚生検の結果、菌状息肉症と診断された。CTで臓器浸潤は認めず、紫外線療法が開始されたが、4か月前には左頸部リンパ節腫大が出現し、放射線治療が追加された。今回、皮膚病変が増悪し、入院となった。造影CTで脾頭部に2cm大の嚢胞性病変が新出しており、周囲の造影効果が低下していた。MRIでは嚢胞周囲はT1強調画像で低信号であり、拡散制限を認めた。EUSでは脾頭部に3cm大の低エコー性腫瘍を認め、内部には壊死と思われる無エコー域を認めた。22G FNB針で低エコー部分からEUS-FNAを行った。不整形の核を有する中型のリンパ球浸潤が目立ち、免疫染色ではCD2, CD3, CD7陽性を示し、CD8>CD4かつ、CD5, CD20は陰性であった。皮膚生検と同様の染色態度を示し、MFの脾浸潤と診断した。【考察】MFの脾転移は稀であり、我々のPubMedでの検索では既報は3例のみであった。臨床的報告は少ない一方、MFの剖検所見では41%に脾転移を認め、肺、脾臓、肝臓、腎臓に次いで多いとされる。画像診断の発達およびEUS-FNAの進歩により、今後は報告例の増加が予想される。

菌状息肉症, EUS-FNA

73 急性肺炎を契機に発見された膵嚢胞性粘液腺癌の一例

独立行政法人 労働者健康安全機構 関東労災病院 消化器内科¹⁾, 同 外科・消化器外科²⁾
三浦賢太郎¹⁾, 中崎奈都子¹⁾, 鎌田健太郎¹⁾, 岩瀬浩暉¹⁾, 佐藤祐輝¹⁾, 関 楓子¹⁾, 丹羽絢菜¹⁾, 前廣由紀¹⁾, 西上堅太郎¹⁾, 原 健三²⁾, 大森里紗²⁾, 矢野雄一郎²⁾, 金子麗奈²⁾, 小野真史²⁾, 福井梨紗²⁾, 坂田宏樹²⁾, 池原 孝¹⁾

【緒言】膵粘液性嚢胞腫瘍 (mucinous cystic neoplasm: MCN) は、主に中高年女性の膵尾部に好発する嚢胞性腫瘍で、通常は主膵管との交通はなく、無症状で偶発的に発見されることが多い。今回、急性肺炎を契機に発見され、画像所見上、主膵管との交通を有し、他の嚢胞性病変との鑑別に苦慮した膵粘液性嚢胞腺癌 (mucinous cystadenocarcinoma: MCC) の一例を経験したので報告する。【症例】58歳、女性。既往歴・飲酒歴に特記すべき事項はなし。X-1日夕方より左上腹部痛が出現し、X日に近医を受診。血清アミラーゼの上昇および腹部超音波検査で膵腫大を指摘され、急性肺炎の疑いで当院救急外来を紹介受診した。【検査所見】造影CTで膵尾部に32mm大の多房性嚢胞性腫瘍を認め、内部に隔壁様の造影効果を伴っていた。尾側膵の腫大および周囲脂肪組織濃度の上昇を伴っており、急性肺炎 (予後因子0点、CTグレード1点) と診断され緊急入院となった。X+1日の造影MRIで腫瘍径は41mmに増大し、内部に壁に結節様構造を認めたが造影効果は不明瞭であった。また尾側膵管の拡張と続発性肺炎の所見も認めた。X+5日の超音波内視鏡検査では、嚢胞と主膵管の交通を疑う所見を認めた。血中CA19-9は45.2 U/mLと軽度上昇を認めたが、他の腫瘍マーカーは陰性であった。【治療経過】急性肺炎は保存的加療で軽快した。膵嚢胞性病変はMCN、膵嚢液性嚢胞腫瘍macrocytic type、嚢胞変性を伴う膵神経内分泌腫瘍等が鑑別に挙げられたが、確定診断には至らなかった。MCNの可能性があり、腫瘍径が4cmを超え、続発性肺炎を認めることから手術適応と判断し、X+46日に膵尾部切除 (脾合併切除、リンパ節郭清) を施行された。【病理所見】病理組織学的にMCC、noninvasiveと診断した。嚢胞は一部主膵管と交通が認められた。【結語】MCNは、本症例のように急性肺炎を契機に発見され、嚢胞と交通を呈する場合、他の嚢胞性病変との鑑別が困難となる。画像所見のみで確定診断に至らない場合でも、腫瘍径や合併症の有無などを総合的に評価し、適切なタイミングでの治療介入が必要であると示唆された症例であった。

膵粘液性嚢胞腫瘍, 膵嚢胞性腫瘍

74 膵内走行総肝動脈 (IPCHA; intrapancreatic common hepatic artery) の破格がある十二指腸乳頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術を行った一例

東京大学医学部附属病院 肝胆腸外科、人工臓器・移植外科
太田 幸, 阿部 孝, 市田晃彦, 宮下真理, 西岡裕次郎, 高本健史, 河口義邦, 赤松延久, 長谷川潔

膵頭十二指腸切除術において動脈走行は手術難易度や根治性に影響を及ぼす重大な因子である。総肝動脈 (CHA) が上腸間膜動脈 (SMA) から分岐したのち膵頭部の膵実質内を走行する破格 (IPCHA, intrapancreatic common hepatic artery) のある十二指腸乳頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術を行った症例を経験したので報告する。症例は70歳男性、自覚症状はなく20XX年Y月に定期検査にて胆道系酵素の上昇を指摘され、CT・MRCPで遠位胆管狭窄を指摘された。同年Y+1月に前医ERCで露出型乳頭部腫瘍が指摘され、同部位の生検でadenocarcinomaが指摘された。十二指腸乳頭部癌 (露出腫瘍型・cT3aN0M0) の診断で当科紹介、切除の方針となった。術前CTでCHAがSMAから分岐するHepato-mesenteric typeの血管亜型が指摘され、加えてCHAが膵実質内を貫通して走行する動脈破格のIPCHAが指摘された。本症例では主病変はIPCHAに浸潤しておらず、温存する方針とした。手術ではまずSMAから分岐するIPCHAと、下膵十二指腸動脈 (IPDA)、第一空腸動脈 (J1A) の共通幹の根部を同定、IPDA、J1Aをクランプテストの後に先行切離した。続いて肝門郭清、膵切離を門脈直上で一旦行い、最後にPCHAの直上で膵を再度離断しIPCHAと膵実質の剥離を行う形で切除した。手術は4時間12分、出血450mlで終了し病理所見はpT1aM0N0で腫瘍の露出はなくR0切除であった。術後経過は良好で術後10日で退院した。IPCHAを伴うHepato-mesenteric typeの血管亜型は国内で9例の報告のみであり、膵癌では動脈浸潤のため切除を要することが多い。本症例は乳頭部癌で浸潤がなく、IPCHAを温存した膵頭十二指腸切除が可能であった。IPCHA温存例は過去に4例のみであり、本症例は貴重な一例である。安全な切除には術前の血管評価と術中判断が重要である。

IPCHA, 膵頭十二指腸切除術

75 相同組換え修復欠損を有するIPMN由来膵癌術後再発に対しプラチナレジメンを導入した1例

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科¹⁾, 同 消化器内科²⁾, 同 総合研修センター³⁾, 同 呼吸器内科⁴⁾, 同 ゲノム診療部⁵⁾, 東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科⁶⁾
一瀬雄太^{1,3)}, 竹熊勇登²⁾, 坂井有里枝²⁾, 遠藤 剛²⁾, 福田晃史郎²⁾, 時任佑里恵²⁾, 石垣和祥^{1,2)}, 宮林弘至²⁾, 高原楠晃²⁾, 鹿毛秀宣⁴⁾, 織田克利⁵⁾, 朴 成和⁶⁾, 藤城光弘^{1,2)}

【症例】70歳代男性【臨床経過】分枝型IPMNの経過観察中、MRCPで嚢胞径の増大を認め、CTでもIPMN由来の膵頭部癌が疑われたため、精査目的で当院紹介。EUS-FNAで腺癌の診断。当院で再検したCTでは切除可能境界膵癌と評価されたため、術前補助化学療法としてゲムシタビン・ナブパクリタキセル併用 (GnP) 療法を4コース施行後、20XX年4月に膵頭十二指腸切除術を行い、根治切除が得られた。術後補助化学療法としてS-1単剤療法を開始したが、2ヵ月後に肺転移が顕在化したため、20XX年9月よりGnP療法を再開した。8コース施行後にPDと判定され、二次治療としてnal-IRI+5-FU/LV療法を開始した。二次治療開始後、原発巣の手術検体を用いてがん遺伝子パネル検査 (FoundationOne CDxがんゲノムプロファイル) を実施したところ、BRC42の体細胞遺伝子変異を認め、相同組換え修復欠損 (HRD) signatureも0.97と高値であった。確認のため実施したBRACAnalysisは陰性であり、遺伝性乳癌卵巣癌症候群は否定された。プラチナレジメンの有効性が期待されたが、nal-IRI+5-FU/LV療法が奏効していたため、同療法を継続した。nal-IRI+5-FU/LV療法を計16コース施行後、RECISTではSDであったが、腫瘍マーカーの上昇および痛性疼痛の増悪がみられたため、三次治療としてFOLFOX療法を導入した。【考察】家族性膵癌の原因遺伝子として最も頻度の高いBRC42であるが、本症例のように体細胞のみでBRC42の病的バリエントを認め、HRDに至る例は非常に稀であり、その発癌機序については検討の余地がある。現在、TOP2パネル (研究) で追加解析を行っている。また、がん遺伝子パネル検査を実施することで、予後延長や疼痛緩和を目的した最適な治療方針の決定に資することができたと考えられた。【結語】相同組換え修復欠損を有するIPMN由来膵癌術後肺転移再発に対し、プラチナ製剤レジメンを導入した1例を経験した。

BRCA変異陽性膵癌, がん遺伝子パネル検査

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第386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386回例会
当番会長 眞嶋 浩聡

あすか製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
EAファーマ株式会社
ヴィアトリス製薬合同会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
武田薬品工業株式会社

株式会社ツムラ
日本化薬株式会社
ファイザー株式会社
富士フイルムメディカル株式会社
株式会社メディコスヒラタ
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2025年7月15日現在)