

日本消化器病学会 関東支部第387回例会

プログラム・抄録集



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）

令和7年12月13日（土）

海運クラブ

日本消化器病学会関東支部第387回例会 プログラム・抄録集

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）
〒329-0498 栃木県下野市薬師寺3311-1
TEL 0285-58-7348

会 期：令和7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 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 14：35～14：50）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金払いのみ）
10. 当日参加登録受付、PC受付は7：30より開始いたします。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
12. 評議員会は12月13日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：12月13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387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387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

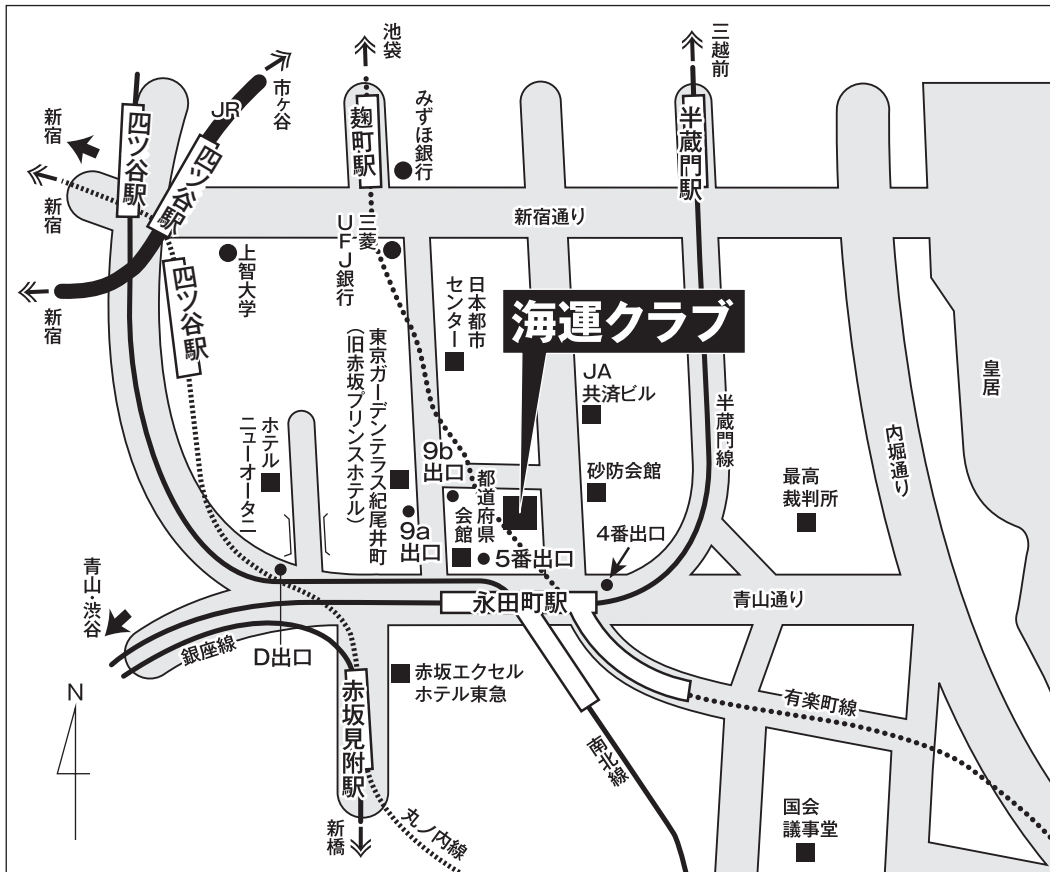
株式会社プランニングウィル内

E-mail：jsge387kanto@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387回例会

令和7年12月13日（土）

7：58～8：00			開 会 の 辞		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（胃・十二指腸1）1～4	8：00～8：24	松本 悠	(10) 専攻医Ⅴ（大腸1）40～43	8：00～8：24	田邊 陽邦
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸2）5～8	8：24～8：48	安藤 理孝	(11) 専攻医Ⅵ（大腸2）44～47	8：24～8：48	高橋 成明
(3) 専攻医Ⅲ（小腸1）9～12	8：48～9：12	藤麻 武志	(12) 専攻医Ⅶ（肝臓1）48～51	8：48～9：12	十束 茉衣
(4) 専攻医Ⅳ（小腸2）13～17	9：12～9：42	伊藤 峻	(13) 専攻医Ⅷ（肝臓2）52～56	9：12～9：42	門 輝
9：42～9：47		休憩	(14) 専攻医Ⅸ（肝・胆・膵）57～61	9：42～10：12	中林 良太
(5) 研修医Ⅰ（食道）18～21	9：47～10：11	藤倉佐和子	10：12～10：17 休憩		
(6) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸）22～25	10：11～10：35	後藤 俊哉	(15) 研修医Ⅵ（肝臓）62～65	10：17～10：41	池田 貴文
(7) 研修医Ⅲ（小腸・大腸）26～29	10：35～10：59	鈴木 一世	(16) 研修医Ⅶ（胆）66～69	10：41～11：05	今岡 大
(8) 研修医Ⅳ（大腸）30～34	10：59～11：29	田丸 智子	(17) 研修医Ⅷ（膵臓）70～72	11：05～11：23	永井 一正
(9) 研修医Ⅴ（大腸・その他）35～39	11：29～11：59	新井 弘隆	12：00～12：30 評議員会（第2会場）		
12：40～13：30 ランチョンセミナー1（第1会場） 「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」 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 先生 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 共催：ヤンセンファーマ株式会社			12：50～13：30 ランチョンセミナー2（第2会場） 「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～」 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 先生 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 先生 共催：アッヴィ合同会社		
13：40～14：35 特別講演（第1会場） 「究極のへき地 南極での医療」 小山記念病院 救急科 小田 有哉 先生 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					
14：35～14：50 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
14：50～16：20 「キャリア支援の会」 特別企画 臨床セミナー 「最新の消化器疾患の治療」 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 先生 「消化管癌について 最新の治療のトレンドを紐解く」 筑波大学 医学医療系 消化器内科 病院講師 小林真理子 先生 「潰瘍性大腸炎治療Up-To-Date」 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 先生 共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社			(18) 消化管 73～76	14：50～15：14	幕内 智規
			(19) 大腸 77～80	15：14～15：38	上野 貴
			(20) 肝・胆・膵 81～85	15：38～16：08	嘉島 賢
16：20～ 閉会の辞（第1会場）					

専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式にご参加ください。
（第1会場 14:35～）

18:30～ 懇親会 日本消化器病学会関東支部第387回例会/第121回日本消化器内視鏡学会関東支部例会 合同
全国町村会館

特別講演

第1会場 13:40~14:35

「究極のへき地 南極での医療」

小山記念病院 救急科 小田 有哉 先生

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

……演者の先生ご紹介……

おだ ゆうや
小田 有哉 先生

【学歴】

2011年 自治医科大学医学部卒業

2023年 日本医科大学 博士(医学)

【職歴】

2011-2012年 茨城県立中央病院初期研修医

2013-2015年 なめがた地域総合病院内科、救急科医員

2016-2017年 日本医科大学千葉北総病院救命救急センター嘱託医(後期研修)

2018-2020年 常陸大宮市国民健康保険美和診療所管理者

2021年 神栖済生会病院内科医員 義務年限修了

2022-2023年 日本医科大学千葉北総病院救命救急センター助教医員

2023年7月-2025年 国立極地研究所第65次南極地域観測隊員

2025年4月 小山記念病院救急科医員

ランチオンセミナー 1

第1会場 12:40～13:30

「UC Advanced Therapyの次なる一手： グセルクマブの臨床試験・実臨床から見える未来」

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** 先生

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**

共催：ヤンセンファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

かとう しんご
加藤 真吾 先生

【学歴】

1991(平成3)年3月	防衛医科大学校医学科卒業	2023(令和5)年4月1日	同 炎症性腸疾患(IBD)
1998(平成10)年9月	防衛医科大学校教育部 医学研究 科消化器病学専攻入学		センター センター長
2002(平成14)年10月	同上 修了	2024(令和6)年4月1日	同 教授

【職歴】

1991(平成3)年6月7日	防衛医科大学校病院 初任実 務研修(研修医)
1993(平成5)年6月1日	自衛隊熊本病院 診療科(内 科)
1995(平成7)年8月8日	防衛医科大学校病院 医官専 門研修(内科学第二講座)
1998(平成10)年9月24日	防衛医科大学校教育部 医学 研究科(消化器病学専攻)
2000(平成12)年9月1日	米国カリフォルニア州立大学 サンフランシスコ校 留学
2002(平成14)年4月30日	同上 終了帰国
2002(平成14)年10月2日	自衛隊福岡病院 診療科(内 科)
2004(平成16)年8月1日	防衛医科大学校内科学第二講 座(医員)
2005(平成17)年8月31日	防衛庁退職
2005(平成17)年9月1日	埼玉医科大学総合医療セン ター 消化器・肝臓内科 講 師
2010(平成22)年5月1日	同 准教授

【免許・資格】

日本内科学会総合内科専門医、日本内科学会指導医、日本消化器病学会指導医・専門医、日本消化器内視鏡病学会指導医・専門医、日本肝臓学会指導医、日本炎症性腸疾患学会専門医・指導医

【所属学会】

日本消化器病学会 正会員・関東支部例会 評議員、日本消化器内視鏡学会 社団評議員・関東地方会 評議員、日本潰瘍学会 評議員、日本神経消化器病学会 評議員、日本消化器免疫学会 評議員、日本消化吸收学会 評議員、日本カプセル内視鏡学会 代議員、日本小腸学会 評議員、日本内科学会 正会員、日本肝臓学会 正会員、日本消化管学会 代議員・専門医審議委員会委員、日本炎症性腸疾患学会 正会員・財務委員会委員、Asian Organization for Crohn's and colitis (AOCC) member、European Crohn & Colitis Organization (ECCO) member

ランチオンセミナー 2

第2会場 12:50～13:30

「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～」

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** 先生
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** 先生

共催：アッヴィ 合同会社

………演者の先生ご紹介………

はしもと しんいち
橋本 真一 先生

【略歴】

2000年 3月 山口大学医学部医学科 卒業
2000年 5月 山口大学医学部附属病院 研修医(第一内科)
2001年 4月 山口労災病院 内科就職
2002年 4月 山口大学大学院医学系研究科 入学(消化器病態内科学)
2006年 3月 同上卒業 医学博士取得
2006年 4月 JA厚生連 小郡第一総合病院 内科就職
2008年 4月 山口大学医学部附属病院 医員(第一内科)
2010年 4月 山口大学大学院医学系研究科消化器病態内科学 助教
2015年 4月 山口大学医学部附属病院 第一内科 講師
2021年 4月 山口大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授
2023年 4月 山口大学医学部附属病院 IBDセンター副センター長(併任)
現在に至る

日本消化器内視鏡学会：専門医・指導医、中国支部評議員、学術評議員、上部消化管スクリーニング認定医、大腸内視鏡スクリーニング認定医、和文誌査読委員

日本炎症性腸疾患学会：IBD専門医・指導医、総務委員
日本消化管学会：胃腸科専門医・指導医
日本カプセル内視鏡学会：認定医・指導医
IBD research編集委員、企画委員

【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、日本消化管学会、日本カプセル内視鏡学会、日本大腸肛門病学会

【専門領域】

炎症性腸疾患、小腸疾患

【資格】

日本内科学会：総合内科専門医、中国支部評議員
日本消化器病学会：専門医・指導医、中国支部評議員、学会評議員

「キャリア支援の会」
特別企画 臨床セミナー
第1会場 14:50～16:20

最新の消化器疾患の治療

「消化管癌について 最新の治療のトレンドを紐解く」

筑波大学 医学医療系 消化器内科 病院講師 **小林真理子** 先生

「潰瘍性大腸炎治療Up-To-Date」

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** 先生

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** 先生

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

………演者の先生ご紹介………

こばやし まり こ
小林真理子 先生

【経歴】

大阪府出身
2008年 筑波大学医学専門学群卒業
2008年－2010年 筑波大学附属病院初期研修医
2010年－2011年 東京都立多摩医療センター後期
研修医
2011年－2013年 筑波大学附属病院消化器内科後
期研修医
2013年－2021年 筑波記念病院消化器内科医員
2021年－2024年 筑波大学附属病院光学診療部
病院助教
2024年－ 筑波大学附属病院消化器内科
病院講師

【資格】

日本内科学会認定内科医、総合内科専門医／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／日本肝臓学会専門医／日本
癌治療学会認定医

さこう み な こ
酒匂美奈子 先生

【略歴】

2001年 旭川医科大学医学部医学科卒業
国立国際医療センター内科研修医
2003年 横浜市立市民病院 外科レジデント
2004年 社会保険中央総合病院 内科 医員
2014年 東京山手メディカルセンター(病院名改
称) 炎症性腸疾患内科 医員
2020年 同 医長
2023年 同 部長

【受賞歴】

Asian IBD Symposium Seoul 2012 Travel Award、
The 2nd Annual Meeting of Asian Organization
for Crohn's and Colitis (AOCC2014) Travel
Award、2015年日本大腸肛門病学会 学会賞(炎症
性腸疾患患者における出産例の検討、日本大腸肛
門病会誌 2015; 68 : 13-21)

特別企画2 キッズセミナー

<ご案内>

キッズセミナールームにて「サイエンス倶楽部」による
3～6歳の未就学児および小学生を対象とした
体験型セミナーを開催いたします。参加無料です。

※参加には事前のお申し込みが必要です。
お申込み方法等、関東支部HPをご確認ください。

実験①光るモコモコクリスマスツリー

実験②トロトロイルミネーション

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

【お問合せ先】 日本消化器病学会関東支部第387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: jsge387kanto@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）

7:58~8:00

—開会の辞—

—評価者—

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科/外来化学療法部/腫瘍センター	石垣 和祥
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学	井上 将法
日本大学医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野	野本 佳恵

専攻医Ⅰ（胃・十二指腸1） 8:00~8:24 座長 埼玉医科大学病院 総合診療内科 松 本 悠

1. 胸膜中皮腫の胃転移に対して胃局所切除術を行った1例

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

2. 維持透析中に発症した胃蜂窩織炎の一例

北里大学メディカルセンター 消化器内科
北里大学医学部 消化器内科学 ○新家 一和, 金子 亨, 黒須 貴浩, 坂部 勇太
小山 栞, 田原久美子, 日高 央
同 消化器内科学 草野 央

3. 胃浸潤を伴う膵尾部腫瘍として発見されたB細胞リンパ腫の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○高山 真哉, 神岡 洋, 猿田 雅之

4. 若年女性に発症した異時性多発胃印環細胞癌を契機に遺伝性びまん性胃癌を疑った1例

佐野厚生総合病院 内科 ○横田 渉, 宮永 亮一, 伊藤 悠太, 木村 弘明
田中 達大, 生形 晃男, 北川 清宏, 久武 祐太
寺元 研, 東澤 俊彦, 関根 忠一, 岡村 幸重

専攻医Ⅱ（胃・十二指腸2） 8:24~8:48 座長 厚木市立病院 消化器・肝臓内科 安 藤 理 孝

5. ポリープ様病変の形態を呈した腎臓癌胃転移の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○澁谷 悠希, 磯野 朱里, 清水 友貴, 本田 卓
櫻井美代子, 松本 康佑, 青柳 仁, 三浦 亮
阿部浩一郎, 有住 俊彦, 小田島慎也, 浅岡 良成
今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤
帝京大学医学部附属病院 病理部病理診断科 笹島ゆう子
帝京大学医学部 泌尿器科学講座 中川 徹

6. 遅発性に紫斑を認めたIgA血管炎の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科 ○東 綾乃, 竹中 祐希, 青木 勇樹, 小川 悠
枇杷田雅仁, 岩井 哲, 斎藤 孝太, 山田 悠人
日原 大輔, 松井 貴史, 岡本 陽祐, 塩澤 一恵
伊藤 謙, 渡邊 学
同 皮膚科 原田 侑弥
同 病理診断科 横内 幸, 高橋 啓

7. 腹臥位での経皮経後腹膜経由 CT ガイド下静脈瘤塞栓術が奏功した十二指腸静脈瘤の一例

昭和医科大学 江東豊洲病院 消化器センター ○橋爪 瞭, 加藤 久貴, 柴田 悠樹, 川崎 佑輝
角 一弥, 牛尾 純, 江口 潤一, 伊藤 敬義
横山 登, 井上 晴洋
同 放射線科 清野 哲孝

8. 内視鏡で整復に成功した特発性間膜軸性胃軸捻転症の一例

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

専攻医Ⅲ(小腸1) 8:48~9:12

座長 杏林大学医学部 消化器内科学 藤 麻 武 志

9. 消化管出血をきたした回腸脂肪腫に対し内視鏡切除し得た1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○古庄 桃子, 石野 博崇, 津川 直輝, 平澤 佑果
湯澤安梨沙, 牛尾 真子, 福岡 泰斗, 矢野慎太郎
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

10. 定期的な内視鏡的狭窄拡張術を行っていたクローン病狭窄病変に生じた小腸癌の一例

東京科学大学病院 消化器内科 ○山岡 弘明, 田村 皓子, 森川 亮, 竹中 健人
藤井 俊光, 清水 寛路, 金子 俊, 村川美也子
朝比奈靖浩, 岡本 隆一
同 光学医療診療部 日比谷秀爾, 大塚 和朗, 河本 亜美, 村野 竜朗
同 大腸・肛門外科 花岡まりえ
同 病理部 小柳 杏莉, 倉田 盛人

11. 空腸に生じた SMARCA 4 欠損未分化腫瘍を、術前に経口ダブルバルーン内視鏡検査で診断し得た極めて稀有な一例

とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科 ○山下 達也, 石井 宏明, 小川 和紀, 津久井舞未子
倉田 秀一
同 外科 高見真梨子
同 病理診断科 河合 繁夫
栃木県立がんセンター 消化器内科 橋元 幸星
自治医科大学附属病院 内科学講座 消化器内科学部門 坂本 博次

12. 小腸カプセル内視鏡滞留に対し内視鏡的バルーン拡張術を契機に小腸原発びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の診断に至った一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○山本 大貴, 森野 美奈, 佐々木吾也, 佐藤 杏美
今井友里加, 勝部 聡太, 高橋 裕子, 三浦 孝也
吉川 修平, 大竹はるか, 上原 健志, 関根 匡成
浅野 岳晴, 松本 吏弘, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡
同 病理診断科 竹村 杏奈, 安藤 史織, 岡部 直太, 大城 久

専攻医Ⅳ(小腸2) 9:12~9:42 座長 国際医療福祉大学市川病院 消化器内科 伊 藤 峻

13. クローン病に上腸間膜静脈狭窄及び小腸動静脈奇形を合併した1例

日本医科大学 消化器内科学 ○川手裕里絵, 大森 順, 奥田 謙, 大木 孝之
井上 諒祐, 品川 悠人, 嶋津 由香, 町田 花実
下鑑 秀徳, 濱窪 亮平, 星本 相理, 西本 崇良
秋元 直彦, 田中 周, 辰口 篤志, 藤森 俊二
厚川 正則

14. 繰り返す消化管出血を契機に発見された非特異的多発性小腸潰瘍症(CEAS)の1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○齋藤佑太郎, 別當 朋広, 土居楠太郎, 堀井 敏喜
横山 薫, 池原 久朝, 草野 央

15. 繰り返す小腸出血に対して小腸内視鏡検査が有用であった小腸リンパ管腫の一例

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 ○板橋 真子, 藤麻 武志, 君塚 拓也, 松本 康平
小松 悠香, 和田 晴香, 荻原 良太, 小栗 典明
森久保 拓, 三井 達也, 林田 真理, 三好 潤
松浦 稔, 久松 理一
同 上部消化管外科 小島 洋平, 阿部 展次
同 下部消化管外科 磯部 聡史
同 病理学教室 北濱圭一郎, 柴原 純二

16. 演題名:多剤に対して抵抗性を示し、JAK 阻害薬にて寛解導入が可能であった腸管バーチエット病の1例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○勅使河原亨三郎, 鈴木 一世, 岡田 悠吾, 岡村 洸
清水 圭祐, 永原 昂太, 寺本 駿也, 道鎮 優
宮内 琉希, 岸 寛士, 鍋田 正樹, 増渕 悟志
内田 信介, 田中 孝幸, 倉岡 直亮, 川村 祐介
岡 政志, 松原 三郎
同 消化器・肝臓内科
炎症性腸疾患センター 田川 慧, 加藤 真吾

17. 小腸多発リンパ管腫からの消化管出血に対してシロリムス内服治療が有効であったクリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群の1例

日本医科大学 消化器内科学 ○木原 遥, 大森 順, 奥田 謙, 大木 孝之
井上 諒祐, 品川 悠人, 嶋津 由香, 町田 花実
下鑑 秀徳, 濱窪 亮平, 星本 相理, 西本 崇良
秋元 直彦, 田中 周, 辰口 篤志, 藤森 俊二
厚川 正則

研修医Ⅰ(食道) 9:47~10:11 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 藤 倉 佐和子

18. アルコール性ケトアシドーシスを契機に発症した黒色食道(急性壊死性食道炎)の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器) ○宇佐美友那, 森 英毅, 安藤 裕子, 正岡 建洋
松崎潤太郎, 齋藤 義正, 金井 隆典

19. 飲酒・喫煙歴のない食道扁平上皮表在癌の臨床病理学的特徴

獨協医科大学 医学部 医学科 ○小川 諒
獨協医科大学病院 内科学（消化器） 郷田 憲一，吉永 智則，川田 陽介，小西 潤
石川 学，山口真太郎，入澤 篤志
同 病理診断科 石田 和之

20. 大腸癌に伴う大腸閉塞により急性壊死性食道炎を発症し食道穿孔を合併した一例

横浜国立大学市民病院 消化器内科 ○小林絵美里，高田 祐介，諸星 雄一，鈴木 圭一
森岡 晃平，角田 裕也，今村 諭，長久保秀一
藤田由里子
同 病理診断科 立石 陽子，林 宏行

21. 健常人に発症したステークハウス症候群の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 ○石神 優佑，北村 雄斗，高木 亮輔，小宮山夏永
森山 由貴，中川俊一郎，玉虫 惇，上田 元
柿崎 文郎，門馬 匡邦，小西 直樹，屋良昭一郎
平山 剛，岩本 淳一，本多 彰，池上 正

研修医Ⅱ（胃・十二指腸・小腸） 10：11～10：35 座長 虎の門病院 肝臓内科 後 藤 俊 哉

22. 術前及び術中診断が困難であった進行胃癌の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 研修センター所属 消化器・一般外科 ○三浦 大周
同 消化器・一般外科 岡 伸一，菅野 寛之，八田 亮輔，大塚 知博
野本 潤，小濱信太郎，東 大輔，嵩原 一裕
大内 昌和，吉本 次郎，永坂 邦彦

23. 小腸内視鏡を用いて整復した胃軸捻転の1例

新久喜総合病院 消化器内科 ○大内田優月，石井 直樹，村上 洋介，片桐 智子

24. 免疫関連有害事象消化器毒性による消化管出血に対してウステキヌマブが著効した一例

東京科学大学病院 消化器内科 ○蜂巢 由佳，森川 亮，田村 皓子，河本 亜美
金子 俊，日比谷秀爾，竹中 健人，村野 竜朗
村川美也子，清水 寛路，藤井 俊光，朝比奈靖浩
大塚 和朗，岡本 隆一
東京科学大学 人体病理学分野 鬼澤 理紗
同 包括病理学分野 大西威一郎

25. 典型的な所見に欠ける高齢発症のIgA 血管炎に伴う腹部症状に対して，乾燥濃縮人凝固第 XIII 因子が著効した1例

新小山市民病院 消化器内科・内視鏡科 ○宮田遼太郎，三ツ橋拓実，齋藤有栄子，小野明日香
藤沼 俊博，森川 昇玲，日高 康博，田野 茂夫

研修医Ⅲ(小腸・大腸) 10:35~10:59 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 鈴木 一世

26. 横行結腸浸潤を認めた小腸 GIST の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○松下 恭規, 伊藤 謙, 葛西 真由, 白川 峻佑
千葉 義之, 行田 悠, 山本 剛史, 河野 眞吾
石山 隼, 野呂 拓史, 渡野邊郁雄, 町田 理夫
須郷 広之
同 病理診断科 發知 詩織, 小倉加奈子

27. 多発肝転移をきたした原発不明神経内分泌腫瘍に対し外科的加療が奏功した一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科・消化器外科 ○川野有香子, 野呂 拓史, 千葉 義之, 山本 剛史
伊藤 謙, 行田 悠, 河野 眞吾, 渡野邊郁雄
町田 理夫, 須郷 広之
同 病理科 發知 詩織, 小倉加奈子

28. 2型自己免疫性膵炎の合併が疑われた潰瘍性大腸炎に対しウステクシマブ再投与が奏効した1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学 ○宇南山 彰, 三澤 昇, 井上喬二郎, 鈴木 瞳
二瓶 真一, 田村 繁樹, 八木 伸, 日暮 琢磨
米田 正人

29. 潰瘍性大腸炎治療における JAK 阻害薬 の有用性と安全性についての検討

獨協医科大学 医学部(医学科) ○裴 秀哲
同 内科学(消化器)講座 田中 孝尚, 小島原駿介, 金澤美真理, 菅谷 武史
富永 圭一, 入澤 篤志

研修医Ⅳ(大腸) 10:59~11:29 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 田丸 智子

30. 潰瘍性大腸炎に肝膿瘍を合併し抗菌薬治療後ミリキズマブで寛解導入し得た1例

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

31. 発熱に対してC反応性蛋白(CRP)が上昇せず、炎症反応の指標として血清アミロイドA蛋白(SAA)が有用であったベーチェット病の一例

東京女子医科大学 大学病院 消化器内科 ○丸井 有佐, 伊藤亜由美, 高野 澄玲, 高鹿 美姫
山本 果奈, 米沢麻利亜, 白田龍之介, 高山 敬子
小木曾智美, 谷合麻紀子, 中村 真一, 中井 陽介

32. 横行結腸癌切除後に発生した吻合部デスマイド型線維腫症の一例

順天堂大学医学部附属順天堂練馬病院 総合外科 ○渕上 諒一, 山本 剛史, 白川 峻佑, 千葉 義之
伊藤 謙, 行田 悠, 河野 眞吾, 町田 理夫
石山 隼, 野呂 拓史, 渡野邊郁雄, 須郷 広之
同 病理診断科 佐藤慎一郎, 松本 俊治

33. 多発大腸転移巣を有する胆嚢癌の治療経過中に免疫チェックポイント阻害薬に関連する大腸炎を併発した1例

公益財団法人 がん研究会 有明病院 臨床教育研修センター
同 肝胆膵内科 ○黒田 花音, 鈴木 圭人
同 肝胆膵内科 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
同 感染症科 武田 孝一
同 病理部 高松 学
同 下部消化管内科 千野 晶子, 井出 大資, 鈴木 桂悟, 内藤 宏
後藤 諒介

34. 大腸巨大脂肪腫による腸重積に対しESDで治療し得た1例

新久喜総合病院 消化器内科 ○及川 恭平, 石井 直樹, 村上 洋介, 片桐 智子

研修医Ⅴ(大腸・その他) 11:29~11:59

座長 前橋赤十字病院 消化器内科 新井 弘 隆

35. 難治性潰瘍性大腸炎に対するVedolizumabの有効性と好適症例の検討

獨協医科大学 医学部 医学科 5年 ○木暮 紘子
獨協医科大学 内科学(消化器) 菅谷 武史, 小島原駿介, 金澤美真理, 田中 孝尚
富永 圭一, 入澤 篤志

36. 当院で経験した日本海裂頭条虫の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○林 星華, 平野 杏奈, 神谷 昂汰, 中村 円香
芳賀 将輝, 小森 徹也, 三國 隼人, 土屋 学
光吉 優貴, 澁谷 尚希, 木下 勇次, 三浦由紀子
木下 晃吉, 小池 和彦
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

37. 腎細胞癌により閉塞性黄疸をきたし死亡した一例

川崎協同病院 消化器内科 ○大小田 凱, 野本 朋宏

38. 後腹膜原発孤立性線維性腫瘍に対して動脈塞栓後に手術を施行した1例

順天堂大学 練馬病院 総合外科 ○穂坂 大誠, 河野 眞吾, 白川 峻佑, 千葉 義之
山本 剛史, 伊藤 謙, 行田 悠, 町田 理夫
石山 隼, 野呂 拓史, 渡野邊郁雄, 須郷 広之
同 病理診断科 發知 詩織, 小倉加奈子

39. 痔疾患に伴う食道胃静脈瘤の臨床的特徴の検討

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○大垣 響, 稲葉 康記, 山宮 知, 牧 匠
嘉島 賢, 佐久間 文, 福士 耕, 山元 勝悟
牧 竜一, 入澤 篤志

第 1 会場（午後の部）

13：40～14：35

特別講演

究極のへき地 南極での医療

小山記念病院 救急科 小 田 有 哉 先生

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

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

深谷赤十字病院	消化器科	牛山	勲
昭和医科大学江東豊洲病院	消化器センター	角	一弥
古河赤十字病院	消化器内科	高岡	良成

専攻医Ⅴ(大腸1) 8:00~8:24 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 田 邊 陽 邦

40. 非中毒性巨大結腸症を合併した潰瘍性大腸炎の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○高須 美香, 柏村 浩, 吉武 寛隆, 高野 竜馬
奥野 恵理, 山田 修三, 根本 陽介, 宇佐美佳恵
宗像 紅里, 金野 直言, 青木 洋平, 仁平 武
野崎 礼史, 丸山 常彦, 大谷 明夫

41. テルミサルタンが原因と思われた薬剤性腸炎の一例

国家公務員共済組合連合会 南共済病院 消化器内科 ○佐々木美穂, 小柏 剛, 阿部 怜実, 山路 慧人
与那嶺 諒, 小川 慧祐, 林 智恩, 古澤 享子
吉村 勇人, 小串 勝昭, 三箇 克幸, 井口 靖弘
岡 裕之, 近藤 正晃

42. ステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎に合併した自己免疫性溶血性貧血の一例

昭和医科大学医学部 内科学講座消化器内科部門 ○石井有莉寿, 山崎 裕太, 水野紗也香, 森 大地
樋口 健佑, 鈴木 統大, 中谷 真也, 菊池 一生
藤原 敬久, 居軒 和也, 紺田 健一, 東條 正幸
片桐 敦, 吉田 仁
同 内科学講座血液内科部門 綿貫めぐみ
昭和医科大学病院 内視鏡センター 若村 邦彦

43. 肝門部までに至る広範囲進展をきたした虫垂粘液性腺癌の一例

JCHO 船橋中央病院 消化器内科 ○茂木 智拓, 永畠 裕樹, 市川 峻平, 西村 駿
浅野 公将, 嶋田 太郎, 土屋 慎, 加藤佳瑞紀

専攻医Ⅵ(大腸2) 8:24~8:48 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 高 橋 成 明

44. 血便を契機に発見された虫垂子宮内膜症の一例

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

45. 魚骨をCTで経時的に追跡することができた超高齢者の一例

JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科 ○湯原 脩, 吉峰 尚幸, 杉村真之介, 井田 知宏
井野邊優香, 毛利 州秀, 小林 俊介, 宮澤 秀明
永井 英成
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 松田 尚久, 五十嵐良典

46. 治療に難渋した Cronkhite-Canada 症候群に対してアザチオプリンで寛解導入が得られた一例

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 ○大塚 祐治, 柳岡 響, 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 消化器内科 木下 聡
医療法人真医会 南医院 消化器内科 南 一洋

47. 出血性ショックを来した重症潰瘍性大腸炎に対して経カテーテル的動脈塞栓術で緊急手術を回避した1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○高橋くるみ, 飯島 良彦, 加藤 正樹, 津久井充人
荒木 建一, 塚本 京子, 石田 潤, 小松 拓実
中本 悠輔, 佐藤 義典, 前畑 忠輝, 立石 敬介

専攻医Ⅵ(肝臓1) 8:48~9:12 座長 日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 十 束 茉 衣

48. 肝細胞癌に対するレンパチニブ投与中に腸管気腫症を発症した一例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科 ○高木 央, 草野 祐美, 前田 紘希, 山田奏太郎
加藤 陽佳, 猪又光太郎, 小池悠太郎

49. 進行肝臓癌に対するデュルバルマブ+トレメリムマブ療法 (STRIDE) による心筋炎の一例

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 ○本間 琢朗, 上野 航, 大塚 陽介, 渡邊 俊司
三浦 光一, 森本 直樹, 矢野 智則

50. EUS-FNA により診断した肝細胞癌肝臓転移に対しニボルマブ・イピリムマブ併用療法が奏効した1例

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

51. 術前診断に苦慮した肝原発 MALT リンパ腫の1例

国家公務員共済組合連合会 立川病院 消化器内科 ○岡村 真伊, 鍛冶場 寛, 黒崎 颯, 湊 喜洋
影山 和也, 近藤まゆ子, 山根 剛, 古宮 憲一

専攻医Ⅷ(肝臓2) 9:12~9:42 座長 東京大学 保健・健康推進本部 門 輝

52. ランソプラゾール長期内服中に低ナトリウム血症を来したC型・アルコール性肝硬変の一例

防衛医科大学校病院 消化器内科 ○池田 瞭, 高本 俊介, 穂刈 量太, 富田 謙吾
成松 和幸, 古橋 廣廣, 田原 寛之, 堀内 知晃
高橋 駿, 平田 大, 植田 浩貴, 吉岡 幹士
田中 諒, 藤田 知彰, 杉浦 拓海, 筒井真太郎

53. 当院における過去10年間の肝膿瘍症例の検討

国家公務員共済組合連合会 立川病院 消化器内科 ○黒崎 颯, 近藤まゆ子, 岡村 真伊, 湊 喜洋
鍛冶場 寛, 影山 知也, 山根 剛, 古宮 憲一

54. 自己免疫性肝炎様の病像を呈したセクシヌマブによる薬物性肝障害の一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科 ○剣持 実希, 石塚 敬, 喜古 博之, 足立 駿祐
多田 昌弘, 森永 真紀, 内山 明, 福原 京子
柳沼 礼子, 今 一義, 山科 俊平, 福嶋 浩文
竹田 努, 深田 浩大, 戸張 真紀, 藤澤 聡郎
伊佐山浩通, 永原 章仁, 池嶋 健一

55. 門脈感染性血栓性静脈炎を契機に肝梗塞を来した一例

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科 ○塚田 雅己, 頓宮 広久, 土田 峻介, 新井 祐美
中村 遼太, 鈴木 達也, 新井 啓介, 鈴木 海人
金子 由佳, 小馬瀬一樹, 田邊 陽子, 新井 勝春
渡辺 秀樹

56. 肝内動脈門脈シャントに伴う門脈圧亢進症により難治性腹水をきたした1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科 ○佐藤 恵介, 平野 杏奈, 神谷 昂汰, 中村 円香
芳賀 将輝, 小森 徹也, 三国 隼人, 土屋 学
光吉 優貴, 澁谷 尚希, 木下 勇次, 三浦由紀子
木下 晃吉, 小池 和彦
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

専攻医Ⅸ(肝・胆・脾) 9:42~10:12

座長 東京女子医科大学 消化器内科 中 林 良 太

57. 特発性門脈圧亢進症による門脈体循環シャントとアミノ酸代謝異常疑いによる高アンモニア血症をきたした一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○濱田 庸樹, 南雲 秀樹, 小林康次郎, 荻野 悠
向津 隆規, 松井 哲平, 和久井紀貴, 岡野 直樹
永井 英成, 松田 尚久

58. 全身薬物療法後のPD傾向を契機にConversion Surgeryを行った肝細胞癌の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○飛弾 一樹, 鈴木 達也, 渡邊 綱正, 橋本 英篤
安藤 雄和, 立石 敬介
同 消化器・一般外科 井田 圭亮, 小泉 哲

59. 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に迷入したクリップが核となり総胆管結石を形成した1例

地域医療推進機構うつのみや病院 消化器内科
自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○泉 直登, 清水 美聡, 堂福 慶吾, 小野 友輔
地域医療推進機構うつのみや病院 消化器内科 中澤 克行
自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 横山 健介, 田中 朗嗣, 櫻井 祐輔, 安藤 梢
田邊 陽邦, 池田恵理子, 菅野 敦, 矢野 智則

60. 胆汁多項目PCRパネル検査で診断し得た、免疫安定期に発症したAIDS関連胆管炎の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○石川 敬資, 遠藤 壮登, 澤 龍太郎, 目良 麻衣
松本めぐみ, 岸本 希実, 和田 拓海, 吉田 将太
湯原美貴子, 宇野 広隆, 石川 直樹, 新里 悠輔
萩原 悠也, 福田 壮馬, 池田 貴文, 長谷川直之
坂本 琢, 土屋輝一郎
同 感染症科 喜安 嘉彦

61. 十二指腸異所性腺から発生した退形成癌成分を含む IPMN 由来浸潤癌の一切除例

大森赤十字病院 消化器内科 ○寺一 稜介, 高柳 卓矢, 須藤 拓馬, 新倉 利啓
千葉 秀幸, 赤瀬夢つみ, 高橋 耕平, 片山 大暉
日吉 雅也, 井田 智則

研修医Ⅵ(肝臓) 10:17~10:41

座長 筑波大学附属病院 消化器内科 池田 貴文

62. 肝がんとの鑑別に難渋した Epstein-Barr Virus 陽性びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

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

63. 増大する肝血管筋脂肪腫に対して外科的切除術を施行した3例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科 ○大澤 拓己, 行田 悠, 白川 峻佑, 千葉 義之
山本 剛史, 伊藤 謙, 河野 眞吾, 町田 理夫
石山 隼, 野呂 拓史, 渡野邊郁雄, 須郷 広之
發知 詩織, 小倉加奈子

64. 超高齢男性に発症した重症自己免疫性肝炎の一例

国際医療福祉大学成田病院 研修医局 ○金川 響
同 消化器内科 加藤 新, 平野 雄大, 西澤 俊宏, 角田 圭雄
山下健太郎, 篠浦 丞, 井上 和明, 海老沼浩利
同 病理診断科 小無田美菜
同 消化器内科
同 緩和医療科 石原 洋, 富田 尚貴, 高橋 宏太, 結束 貴臣

65. 腎細胞癌に対して投与したペムブロリズマブにより発症した免疫チェックポイント阻害薬関連有害事象肝障害の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○島津 伽奈, 浅田 晃平, 高森ゆうみ, 岩下 紘士
中島 菖子, 石田 慎, 林 智康, 田沼 浩太
横山 歩, 三枝慶一郎, 岸野 竜平, 中澤 敦
同 腫瘍内科 三宅 広晃, 天野 佑美, 青木 優, 船越 信介

研修医Ⅶ(胆) 10:41~11:05

座長 国立がん研究センター東病院 肝胆臓内科 今岡 大

66. 高度黄疸を伴った自己免疫性膵炎・IgG 4 関連硬化性胆管炎に対して胆道ドレナージを行わず、ステロイド加療のみで肝障害・黄疸の改善が得られた1例

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

67. *FGFR 2* 融合遺伝子陽性の肝内胆管癌に対しタスグラチニブを導入した1例

東京大学医学部附属病院	臨床腫瘍科	○鄭	悦
同	総合研修センター		
同	消化器内科	大塚	利彦, 寺田有一郎, 福田晃史郎, 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, 渡邊 広祐
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

68. 胆嚢炎に併発した胆嚢動脈仮性動脈瘤出血の一例

東京通信病院	消化器内科	○葛	里南, 平野 賢二, 近藤花奈美, 斎藤 聡史
		高橋	奎胡, 小野 晋治, 阿部 創平, 加藤 知爾
		小林	克也, 関川憲一郎, 光井 洋

69. 急性胆嚢炎に対して内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージが有用であった3症例

日本医科大学	武蔵小杉病院	消化器内科	○田中	佑奈, 新井 悠, 亀井 淳矢, 齋能 和輝
			大木	孝之, 町田 花実, 中村 拳, 阿川 周平
			恩田	毅, 田邊 智英, 植木 信江, 二神 生爾

研修医Ⅷ(膵臓) 11:05~11:23

座長 東京医科大学 消化器内科学分野 永井 一 正

70. 糖尿病・健康障害を伴う肥満症の既往のない女性が発症したチルゼパチド使用後の急性膵炎の一例

筑波記念病院	消化器内科	○姫野友梨香, 添田 敦子, 神山 広大, 丹下 善隆
		藤野 未菜, 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

71. 2度のTAEを要したHemosuccus Pancreatitisの一例

獨協医科大学	内科学(消化器)講座	○中澤	温貴, 嘉島 賢, 相原沙代子, 山宮 知
		牧	匠, 佐久間 文, 福士 耕, 稲葉 康記
		牧	竜一, 入澤 篤志
同	放射線医学講座	曾我	茂義

72. 膵実質の限局性萎縮から膵癌を早期診断し、二度のロボット支援下手術で膵全摘を行った症例

東京大学医学部附属病院	消化器内科	○高木	宏徳, 石田 宏太, 高原 楠晃, 貝發 美香
		遠藤	剛, 丹下 主一, 福田晃史郎, 時任佑里恵
		福田麟太郎, 大山 博生, 鈴木 辰典, 野口 賢作	
		佐藤	達也, 齋藤 友隆, 藤城 光弘
同	肝・胆・膵外科	山本理恵子, 河口 義邦, 長谷川 潔	
同	病理診断科	田中麻理子	
同	消化器内科		
同	臨床腫瘍科	石垣	和祥

第2会場（午後の部） 一般演題

一般演題(消化管) 14:50~15:14 座長 東海大学医学部内科学系 消化器内科学 幕内 智規

73. 消化器症状を契機に診断した自己免疫性自律神経節障害の2疑診例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○佐藤 知之, 坂本 博次, 福田 久, 石井 宏明
小川 和紀, 小黑 邦彦, 小野 友輔, 加賀谷結華
小林 卓真, 齋藤有栄子, 関口 裕美, 高橋 治夫
林 宏樹, 永山 学, 矢野 智則
同 神経内科学部門 益子 貴史, 阿南 悠平

74. 胃瘻抜去後の瘻孔閉鎖不全に対し OTSC が有効であった一例

新久喜総合病院 消化器内科 ○吉田 明史, 村上 洋介, 石井 直樹

75. メサラジン不耐・アザチオプリンによる肝障害を契機にオザニモドによる寛解維持治療を選択した、女性新規発症潰瘍性大腸炎の一例

大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀
埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科 田川 慧

76. 当院における潰瘍性大腸炎に対する Guselkumab の実臨床成績

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 ○西口 貴則, 岡野 莊, 上羽梨沙子, 園田 光
岩本 志穂, 深田 雅之, 酒匂美奈子

一般演題(大腸) 15:14~15:38 座長 自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 上野 貴

77. ウパダシチニブ導入後に出血性ショックを呈した急性重症潰瘍性大腸炎の3例

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

78. 潰瘍性大腸炎における感染性腸炎合併診断の予測因子に関する検討

北里大学北里研究所病院 臨床検査科 ○中村 一樹
同 炎症性腸疾患先進治療センター 金城めぐみ, 佐上晋太郎, 小林 拓
同 炎症性腸疾患先進治療センター
同 消化器内科 中野 雅

79. 大腸腺腫・早期癌における酢酸併用 NBI 拡大観察の有用性

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○川田 陽介, 石川 学, 吉永 智則, 小西 潤
郷田 憲一, 入澤 篤志

80. 重症潰瘍性大腸炎の寛解導入後に血球成分除去療法により長期寛解維持が得られた1例

深谷赤十字病院 消化器科 ○牛山 勲, 葛西 豊高, 江藤 宏幸, 佐藤 伸悟
大山 湧平, 石嶋 貴, 長谷川綾香, 須賀 政裕
川辺 晃一, 中原 守康, 岡本四季子, 石川 文彦

一般演題(肝・胆・膵) 15:38~16:08 座長 獨協医科大学 内科学(消化器)講座 消化器内科 嘉 島 賢

81. 自己免疫性肝炎による late-onset hepatic failure に対し脳死肝移植を行った 1 例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○三澤 啓吾, 上野 航, 大塚 陽介, 渡邊 俊司
三浦 光一, 森本 直樹, 矢野 智則
同 外科学講座 消化器一般移植外科学部門 堀内 俊男, 平田 雄大, 大豆生田尚彦, 眞田 幸弘
大西 康晴, 佐久間康成
同 病理学講座・病理診断部 河田 浩敏, 福島 敬宜

82. ENBD チューブを留置し二期的に総胆管結石採石術を施行した完全内臓逆位の一例

日本鋼管病院 消化器内科 ○三谷 啓介, 市川 武, 淵上 綾子, 水野 敬宏
同 消化器病センター 相浦 浩一

83. ERCP 偶発症による後出血を呈した高脂血症に伴う急性膵炎の 1 例

深谷赤十字病院 消化器科 ○葛西 豊高, 江藤 宏幸, 佐藤 伸悟, 牛山 勲
大山 湧平, 石嶋 貴, 長谷川綾香, 須賀 政裕
川辺 晃一, 中原 守康, 岡本四季子, 石川 文彦

84. 内視鏡治療後食道狭窄を有する膵腺房萎縮のない微小浸潤膵癌の 1 例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○星 健介, 仲程 純, 千葉 和朗, 田畑 宏樹
南 亮悟, 神澤 輝実, 飯塚 敏郎
同 病理科 堀口慎一郎
同 放射線科 鈴木 瑞佳

85. 分節性動脈中膜融解症を原因とする膵仮性動脈瘤破裂に伴う血腫で十二指腸閉塞を来した一例

芳賀赤十字病院 消化器内科 ○長井 洋樹, 野本 弘章, 坪水 花絵, 高見 博人
如水 慶嗣

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
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22日～ 11月26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
392	考 藤 達 哉 (国立国際医療研究センター肝炎・免疫研究センター)	12月12日(土)	東 京 海運クラブ	8月26日～ 9月30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:<https://jsge.or.jp/member/meeting/shibu/kanto>」をご覧ください。

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
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
49	秋 山 純 一 (国立国際医療研究センター病院 消化器内科)	11月1日(日)	WEB開催	未 定

次回(第388回)例会のお知らせ

期 日：2026年2月14日(土)

会 場：海運クラブ

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

【交通のご案内】地下鉄 有楽町線・半蔵門線・南北線、永田町駅4, 5, 9番出口…徒歩2分
銀座線・丸ノ内線、赤坂見附駅D(弁慶橋)出口…徒歩7分

特別講演：「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患(MASLD)診療の最前線」

演者：横浜市立大学肝胆膵消化器病学 主任教授

武蔵野赤十字病院消化器内科 副部長

司会：横浜市立大学附属病院内視鏡センター 教授

米田 正人

玉城 信治

窪田 賢輔

ランチョンセミナー1 共催：株式会社カネカメディックス

ランチョンセミナー2 共催：アッヴィ合同会社

アフタヌーンセミナー1 共催：ヤンセンファーマ株式会社

アフタヌーンセミナー2 共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

第30回専門医セミナー：第29回専門医セミナー(第386回例会 9月6日(土))開催に続き、本例会でも専門医セミナーを開催いたします。

*専門医セミナー参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。

*専門医更新単位3単位取得できます。

*詳しくは、日本消化器病学会ホームページにてご案内させていただきます。

当番会長：窪田 賢輔(横浜市立大学附属病院 内視鏡センター)

第388回例会本部事務局長：長谷川 翔(横浜市立大学 肝胆膵消化器病学)

【運営事務局】株式会社ACEエンタープライズ

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-28 NF九段 2F

TEL: 03-6261-0245 Fax: 03-6261-0246 E-mail: jsge388kanto@ace-enterprise.co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

研修医(演題登録時に卒後2年迄)および専攻医(演題登録時に卒後3-5年迄)セッションを設け、優秀演題を表彰する予定です(各々1施設(1診療科)につき、1演者に制限させていただきます)。演題申込時、講演形態は【研修医セッション】または【専攻医セッション】から選び、会員番号は、学会未入会の場合は、番号(99)で登録して下さい。なお、同一施設から複数応募及び採択が可能ですが、応募演題数が多い場合は一部を一般演題に変更させていただきます場合がございます。

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 立石 敬介

1 胸膜中皮腫の胃転移に対して胃局所切除術を行った1例

日本医科大学付属病院 消化器外科
岸田憲亮, 向後英樹, 櫻澤信行, 小森啓正, 鈴木幹人, 萩原信敏,
吉田 寛

【はじめに】胸膜中皮腫は直接浸潤を主な進展様式とする予後不良な腫瘍であり、遠隔転移をきたすことは稀である。近年胸膜中皮腫の予後延長に伴い、遠隔転移の報告が散見されるが、消化管に転移した症例の報告はこれまで十数例に留まっている。今回我々は出血コントロール目的として外科的切除を行った胸膜中皮腫の胃転移例を報告する。【症例】1年前に肉腫型の左胸膜中皮腫と診断された74歳の男性。原発巣は切除不能であり、イビリムマブとニボルマブによる1次治療を行われたが、多発骨転移が出現し2次治療の導入を計画されていた。経過中に急速な貧血の進行があり、上部消化管内視鏡検査で出血性胃腸瘍を指摘された。出血コントロール目的に当科へ紹介され、開腹胃局所切除術を施行した。病理学的に胸膜中皮腫の転移と診断された。【考察】病理学的には胃GISTや平滑筋肉腫との鑑別が問題となるが、胸膜生検の病理像と一致がみられたため胸膜中皮腫の転移と診断した。胸膜中皮腫のなかでも肉腫型は上皮型に比べ遠隔転移が多く報告されている。上皮型と肉腫型の鑑別は形態学的所見によるが、特に肉腫型は線維性腫瘍との鑑別が困難であり、免疫組織化学染色が重要である。本症例は非典型的ながら紡錘形細胞が錯綜して増生し、 α -SMA染色が強陽性であったことから筋線維芽細胞優位の肉腫型と診断した。肉腫型胸膜中皮腫は進行が速く予後不良であるため、本邦ガイドラインでは外科的切除は推奨されておらず、出血や狭窄に対する対症療法としての介入が現状である。一方で消化管への転移例は少数に留まっており、局所再発における切除範囲を含めた治療方法に関しては検討が必要である。【おわりに】今回我々は、肉腫型胸膜中皮腫の胃転移というきわめて稀少な症例を経験した。胸膜中皮腫は進行が速く予後不良であり、特に肉腫型は遠隔転移をきたしやすいとされるが、消化管への転移は依然として稀で、なかでも胃転移の報告はきわめて限られている。本症例は消化器領域における稀少例として貴重であり、文献的考察を加えて報告する。

肉腫型胸膜中皮腫, 胸膜中皮腫の胃転移

3 胃浸潤を伴う睪尾部腫瘍として発見されたB細胞リンパ腫の一例

東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科
高山真哉, 神岡 洋, 猿田雅之

【現病歴】85歳男性。腹部膨満感で近医受診し単純CT検査で睪尾部腫瘍を指摘され当院紹介、精査目的に入院となった。【既往歴】慢性腎不全、中咽頭痛（放射線治療）、心房細動、前立腺肥大症、高尿酸血症、脊柱管狭窄症（手術）。【入院後経過】血液検査でLDH 554、sIL2R 3115と高値、CEA・CA19-9・DUPAN-2の上昇は認められなかった。造影CT検査で睪尾部を中心に胃・脾浸潤を疑う不定形腫瘍、左鎖骨上窩・胸骨傍リンパ節の腫大、胸腹水を認めこれらは前医検査より増悪していた。腹水セルブロックを作成したが悪性所見は認められなかった。上部消化管内視鏡検査では胃体上部に深掘れ潰瘍を伴う腫瘍を認め、生検ではCD20陽性・CD79 α 陽性細胞の浸潤を多数認めた。睪尾部の生検も試みたが超音波内視鏡検査で胃壁と睪腫瘍の間に腹水の貯留があり断念した。以上より胃または睪原発B細胞リンパ腫と診断し腫瘍内科に転科し、高齢かつ入院時からADLが低下していること、腎不全増悪からステロイド単独治療を施行した。【考察】本例は胃または睪原発と考えられる節外悪性リンパ腫である。消化管原発リンパ腫は全悪性リンパ腫の5-10%で、その60-70%を胃原発が占めるが脾浸潤は10-20%程度と少ない。一方で睪原発リンパ腫は全悪性リンパ腫の1%未満、睪腫瘍の約0.2%とされ極めて稀である。過去の報告でも睪原発例は大多数がびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であり、診断時に腹水や他臓器浸潤を伴う症例は少ないとされる。本症例はその鑑別・診断に難渋した貴重な高齢者例であり、文献的考察を加えて報告する。

節外悪性リンパ腫, 睪不定形腫瘍

2 維持透析中に発症した胃蜂窩織炎の一例

北里大学メディカルセンター 消化器内科¹⁾,
北里大学医学部 消化器内科学²⁾,
新家一和^{1,2)}, 金子 亨^{1,2)}, 黒須貴浩^{1,2)}, 坂部勇太^{1,2)}, 小山 栗^{1,2)},
田原久美子^{1,2)}, 草野 央²⁾, 日高 央^{1,2)}

【症例】70歳代男性【主訴】嘔吐、体動困難【現病歴】糖尿病性慢性腎臓病で維持透析中の患者。20XX年Y月Z日、2日間続く倦怠感、嘔吐により体動困難となったため救急搬送された。腹-骨盤部単純CT検査を施行したところ、胃の拡張とびまん性の胃壁肥厚を認めた。血栓による胃の血流障害もしくは胃蜂窩織炎が疑われたが、穿孔の所見は認めなかったため保存的加療の方針とし、絶食管理のもとメロベネム水和物を開始した。Z+1日に播種性血管内凝固症候群(DIC)を発症したためDIC加療を並行して開始した。同日上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃の穹窿部-胃体下部に発赤調の浮腫性粘膜を認め、同部位の病理所見では粘膜固有層への好中球の高度浸潤を認め、培養検査ではEnterococcus様の細菌が検出された。培養結果が得られた時点で炎症反応は改善傾向であり、培養結果を参考にZ+8日にアンピシリン/スルバクタムにde-escalationした。Z+10日に再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃粘膜の炎症は改善傾向であり、Z+11日に食事を開始した。食事開始後も症状の再燃はなく、Z+22日に抗生剤を終了し、Z+24日退院した。【考察】胃蜂窩織炎は粘膜下層を中心に全層性に滲出性変化と炎症細胞の浸潤、浮腫をきたす化膿性炎症性疾患であり、抗生剤が発展した現在も死亡率が高い疾患である。治療法は大きく手術と抗生剤治療で2分されているが、治療法の決定は主治医の裁量となっている。今回保存的な抗生剤加療で改善した胃蜂窩織炎の一例を経験したため報告する。

胃蜂窩織炎, 維持透析

4 若年女性に発症した異時性多発胃印環細胞癌を契機に遺伝性びまん性胃癌を疑った1例

佐野厚生総合病院 内科
横田 渉, 宮永亮一, 伊藤悠太, 木村弘明, 田中達大, 生形晃男,
北川清宏, 久武祐太, 寺元 研, 東澤俊彦, 関根忠一,
岡村幸重

症例は24歳女性、既往歴に口唇裂を有する。主訴は胃痛。上部消化管内視鏡検査(EGD)にて前庭部前壁側に褪色調扁平病変を認め、生検にて印環細胞癌と診断された。内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行し、病理診断はeCura Aと判定された。経過観察目的に3か月後に施行したEGDで前庭部後壁に新たに2か所の褪色調扁平病変を認め、いずれも印環細胞癌でありESD施行したところeCura C2と判定された。家族歴を改めて聴取すると、祖父は40代で胃癌による死亡、父は32歳で胃癌に対して胃全摘術後、叔父も40歳代で胃癌手術を受けており、若年発症の胃癌が多発していることが明らかとなった。本症例は、若年発症であること、異時性に多発する印環細胞癌であること、強い家族歴を有することから、遺伝性びまん性胃癌(hereditary diffuse gastric cancer:HDGC)が強く疑われた。HDGCは、CDH1遺伝子やCTNNA1遺伝子の胚細胞変異を背景とする常染色体顕性遺伝疾患であり、若年発症、多発性、印環細胞癌、強い家族歴を特徴とする。HDGCはE-cadherin異常との関連が示唆されており、口唇口蓋裂を合併しやすいとされる。HDGCが疑われる場合には遺伝カウンセリングの導入や遺伝子検査の実施が推奨され、診断がついた場合には予防的胃全摘術も選択肢となるが、臨床現場では早期病変の拾い上げや診断の難しさから見逃されることも少なくない。今回我々は、若年女性に発症した異時性多発胃印環細胞癌を経験し、HDGCを強く疑う契機となったため若干の文献的考察を加えて報告する。

遺伝性びまん性胃癌, 印環細胞癌

5 ポリープ様病変の形態を呈した腎臓癌胃転移の一例

帝京大学医学部 内科学講座¹⁾,
帝京大学医学部附属病院 病理部病理診断科²⁾,
帝京大学医学部 泌尿器科学講座³⁾,
澁谷悠希¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 清水友貴¹⁾, 本田 卓¹⁾, 櫻井美代子¹⁾,
松本康佑¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 有住俊彦¹⁾,
小田島慎也¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 今津博雄¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 笹島ゆう子²⁾,
中川 徹³⁾, 田中 篤¹⁾

症例は78歳、男性。左腎癌に対し他院で全摘手術後10年が経過し、肺転移、脾転移、副腎転移に対し当院でcabozantinibで加療中であった。胃部不快感を主訴に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体部を中心に胃全体に広がる5-10mmの発赤調のポリープ様病変が多発していた。ポリープ様病変の表面には上皮性腫瘍様所見を認めず、腎癌からの転移性胃腫瘍も鑑別に挙げられた。一部のポリープ様病変から少量の出血があり、その後の経過で貧血が緩徐に進行したため、出血を伴うポリープ様病変に対し内視鏡的粘膜切除術を施行した。切除検体の病理組織学的検査では、粘膜固有層内に類円形核と淡明な胞体を持った腫瘍細胞が増殖し、免疫染色ではPAX-8、CD10ともに陽性であったため、腎明細胞癌の転移と診断した。現在はcabozantinibを継続し定期的な内視鏡検査で転移巣の経過をフォローしている。転移性胃腫瘍は一般的に粘膜下腫瘍様の形態を呈することが多いとされるが、原発巣によっては特徴的な所見も報告されている。腎癌の胃転移における特徴について、若干の文献的考察を加え報告する。

転移性胃腫瘍, 腎細胞癌

6 遅発性に紫斑を認めたIgA血管炎の一例

東邦大学医療センター大橋病院 消化器内科¹⁾, 同 皮膚科²⁾,
同 病理診断科³⁾,
東 綾乃¹⁾, 竹中祐希¹⁾, 青木勇樹¹⁾, 小川 悠¹⁾, 枇杷田雅仁¹⁾,
岩井 哲¹⁾, 斎藤孝太¹⁾, 山田悠人¹⁾, 日原大輔¹⁾, 松井貴史¹⁾,
岡本陽祐¹⁾, 塩澤一恵¹⁾, 伊藤 謙¹⁾, 原田侑弥²⁾, 横内 幸³⁾,
高橋 啓³⁾, 渡邊 学¹⁾

【症例】10歳台男性。【既往歴】なし。【現病歴】20XX年X月Y日に腹痛が出現し翌日近医を受診したところ抗菌薬を処方されたがその後も腹痛は改善せず、近医受診より3日後当院を受診し腹痛の改善なく精査加療目的で同日入院となった。【入院時所見】心窩部および臍周囲に圧痛あり、WBC 5900 / μ l, Hb 15.4 g/dl, PLT 22.5万 / μ l, PT% 91%, TB 0.6 mg/dl, AST 22 U/L, ALT 16 U/L, LDH 242 U/L, BUN 9.7 mg/dl, Cr 0.73 mg/dl, IgG 798 mg/dl, IgA 762 mg/dl, IgM 151 mg/dl, IgE 11.8 mg/dl, CMV抗原陰性, T-SPOT陰性, 第13因子活性54%。CTでは小腸の一部に著明な壁肥厚および腹水の貯留を認めた。【臨床経過】小腸炎を疑い緊急入院とし、腸管安静目的に絶食補液による保存的治療を開始した。入院後右下腿に疼痛と掻痒感を伴わない紫斑が出現した。入院後施行の上部消化管内視鏡検査では胃、十二指腸の2-3mm大の領域性のある発赤の散在、大腸内視鏡検査では終末回腸と回盲弁に発赤を認め何も生検を行った。しかし確定診断には至らなかったため、臨床経過、内視鏡像からIgA血管炎を疑いさらに皮膚生検を行ったところ白血球破壊性血管炎 (LCV) の所見を認め、IgA血管炎と診断した。入院7日目からプレドニゾン60mg/日を開始し、徐々に漸減した。経過中腹痛の増悪を一時認めたものの最終的に寛解が得られた。【考察】IgA血管炎はLCVを伴う紫斑が主たる臨床徴候であり、IgA血管炎の70-80%に腹痛を認めるが、一般的に皮疹出現後に腹痛や関節痛が生じることが多いと考えられている。本症例のように非典型的な経過をたどる症例も存在し診断に難渋する可能性がある。今回、遅発性に紫斑を認めたIgA血管炎の一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

IgA血管炎, 皮疹に先行する腹痛

7 腹臥位での経皮経後腹膜経由CTガイド下静脈瘤塞栓術が奏功した十二指腸静脈瘤の一例

昭和医科大学 江東豊洲病院 消化器センター¹⁾,
同 放射線科²⁾,
橋爪 瞭¹⁾, 加藤久貴¹⁾, 柴田悠樹¹⁾, 川崎佑輝¹⁾, 角 一弥¹⁾,
牛尾 純¹⁾, 江口潤一¹⁾, 清野哲孝²⁾, 伊藤敬義¹⁾, 横山 登¹⁾,
井上晴洋¹⁾

【背景】十二指腸静脈瘤は肝硬変に伴う門脈圧亢進症の稀な合併症で、破裂時には致死的となり得る。破裂部位や血行動態の影響により内視鏡的止血が困難例も多く、経皮経肝の静脈瘤塞栓術 (PTO) やバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (B-RTO) が代表的な血管内治療 (IVR) として行われる。しかし血管走行やシヤント形態によっては通常アプローチが成立せず、止血に難渋することも少なくない。今回我々は従来アプローチ困難例に対して、腹臥位・経皮経後腹膜経由のCTガイド下静脈瘤塞栓術を施行し、良好な結果を得たので報告する。【症例】60歳男性。既往にアルコール性肝硬変、胃食道静脈瘤破裂があり、胃静脈瘤と食道静脈瘤に対してEVL治療歴がある。X-2日に下血を認め当院に救急搬送された。血液検査ではHb 9.9g/dL、血小板13.6万 / μ l、Alb 2.9 g/dL、T-Bil 1.4 mg/dL、D-Bil 0.6 mg/dL、PT活性性 61.2%であり、Child-Pugh score 9点 (Child B)、mALBI grade -1.55点 (Grade 2b) であった。造影CTで門脈本幹から左腎静脈シヤントを介する十二指腸静脈瘤を確認し、上部消化管内視鏡では十二指腸下行脚にred plugを伴う静脈瘤を認めた。内視鏡的止血は高リスクと判断し緊急IVRの方針としたが、排血路である左精巣静脈の分枝血管と供血路の下降十二指腸静脈へのアプローチは血管の蛇行と病変までの距離があり、血管走行上カテーテル到達困難と判断した。そこで、患者を腹臥位とし左背部からCTガイド下にて経皮経後腹膜経由で排血路側静脈瘤を直接穿刺した。腹臥位による重力の影響から、供血路側への血流の逆流を認めた。その為、静脈瘤の供血路側をコイル塞栓してアイソレーション法を用いて止血を得た。術後造影CTおよび内視鏡検査で静脈瘤の血流消失を確認し、第6病日に退院した。【結語】本症例は、従来の止血アプローチが困難な十二指腸静脈瘤破裂症例に対し、腹臥位での経皮経後腹膜経由CTガイド下塞栓術が奏功した稀な症例である。本手法は標準的アプローチが適応困難な症例において、治療選択肢の一つとなり得ると考えた。

経皮経後腹膜経由CTガイド下静脈瘤塞栓術, 腹臥位

8 内視鏡で整復に成功した特発性間膜軸性胃軸捻転症の一例

国立国際医療センター 消化器内科
宮川晴行, 竜野稜子, 濱崎嶺太郎, 小林和貴, 柴田寛至, 須澤綾友,
中村孝子, 大和 幹, 蒲生彩香, 鈴江航大, 矢野成樹, 久田裕也,
赤澤直樹, 小島康志, 横井千寿, 田中康雄, 秋山純一, 柳瀬幹雄,
山本夏代

【症例】64歳女性。【現病歴】X年Y-4月、食後の嘔吐を主訴に入院したが、胃管による排液後に症状が改善した。単純CTや上部消化管内視鏡検査で閉塞の原因は不明であった。X年Y月、食事を良く嚥まずに短時間で摂取したあと、頻回の嘔吐と上腹部痛を自覚し当科外来を受診した。造影CTで高度の胃拡張を認め、十二指腸閉塞の診断で再入院となった。【身体所見】BMI13.8 kg/m²、左側腹部の膨隆を認める。【臨床経過】造影CTでは、胃が高度に拡張していた。幽門が噴門に近接し、虚脱した十二指腸近位部が噴門と胃体部の間隙を走行し、右胃大網動脈が噴門の腹側を走行していたことから、小網根部を軸として捻転した間膜軸性胃軸捻転症と診断した。胃管挿入後に1L程度の排液を認め、症状は改善した。自覚症状や検査所見から、明らかな絞扼による消化管虚血の所見に乏しいことから、外科に相談の上、内視鏡的整復術を行った。整復には有効長の長い小腸内視鏡を選択した。内視鏡所見では、胃体上部は拡張し、体部は変形していた。内視鏡を胃体部のねじれに合わせて十二指腸下行脚まで挿入した。透視下で確認すると、内視鏡は大きなαループを形成して挿入されており、右トルクをかけながら内視鏡を引いたところ、内視鏡が直線化し、整復に成功した。第3病日に胃管を抜去し、経口摂取を再開したが、その後は捻転の再燃なく経過し、第8病日に退院した。再発予防として食生活の改善を行い、退院後5か月間再燃なく経過している。【考察】成人の胃軸捻転症はまれな疾患であり、通常は食道裂孔ヘルニアや横隔膜疾患に続発する他、高齢者や長期臥床患者などでみられる。本症例は基礎疾患のない中年女性であり、食習慣やい瘦が関連していた可能性が考えられる。診断には造影CTで幽門・噴門、十二指腸の位置関係から消化管の走行を確認することが重要である。本症例のように血流障害を伴わない症例では、長軸の内視鏡を用いた整復を行うことにより外科的整復術を回避できる可能性がある。

胃軸捻転症, 内視鏡的整復術

9 消化管出血をきたした回腸脂肪腫に対し内視鏡切除し得た1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科
古庄桃子, 石野博崇, 津川直輝, 平澤佑果, 湯澤安梨沙, 牛尾真子, 福岡泰斗, 矢野慎太郎, 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】49歳男性。3日前より血便と腹痛が出現したため20XX年4月当科を受診。血液検査で明らかな貧血進行はなく、造影CTでも出血点や腹痛の原因となる所見は認めなかった。大腸内視鏡検査では盲腸に30mm大の表面に潰瘍を伴う有茎性の腫瘍性病変を認めた。生検病理所見では炎症性変化のみであった。CTでは盲腸に腫瘍性病変は認めなかったが、回腸末端に20×30mm大の造影効果を認めない低吸収域を認めた。以上から回腸末端由来の出血性粘膜下腫瘍と診断した。再度大腸内視鏡検査を施行したところ、回腸から盲腸に逸脱する有茎性粘膜下腫瘍を認め、前回認めた腫瘍表面の潰瘍は縮小瘢痕化しており、cushion sign陽性、弾性軟であり、CT所見と併せて脂肪腫を疑った。サイズが大きく可動性もあることから腸重積のリスクを考え、20XX年6月に留置スネアを用いたポリペクトミーを施行した。病理組織では粘膜下層に異型のない成熟脂肪組織の増生を認め、回腸脂肪腫と診断された。【考察】小腸脂肪腫は消化管良性腫瘍の中でもまれであり、消化管脂肪腫のなかでも数%未満とされる。本症例は腫瘍が大きく、蠕動や摩擦による機械的刺激によって粘膜損傷が生じ、潰瘍形成や出血を引き起こしたと考えた。基本的に良性疾患であるため無症状の場合は経過観察とされるが、腫瘍径が大きくなると閉塞や腸重積を引き起こす可能性があり、その場合は内視鏡的切除および外科的切除が推奨される。本症例は有茎性であり、留置スネアを用いたポリペクトミーで問題なく切除を行うことができた。【結語】血便を契機に診断され、内視鏡切除し得た回腸脂肪腫の一例を経過した。若干の文献的考察を加え報告する。

回腸脂肪腫, 粘膜下腫瘍

10 定期的な内視鏡的狭窄拡張術を行っていたクローン病狭窄病変に生じた小腸癌の一例

東京科学大学病院 消化器内科¹⁾, 同 光学医療診療部²⁾, 同 大腸・肛門外科³⁾, 同 病理部⁴⁾
山岡弘明¹⁾, 日比谷秀爾²⁾, 大塚和朗³⁾, 田村皓子¹⁾, 森川 亮¹⁾, 河本重美¹⁾, 竹中健人¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 清水寛路¹⁾, 金子 俊¹⁾, 村川美也子¹⁾, 村野竜朗²⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 花岡まりえ³⁾, 小柳杏莉⁴⁾, 倉田盛人⁴⁾, 岡本隆一¹⁾

【症例】60歳代男性。【現病歴】X-27年に小腸型クローン病と診断。5-ASA開始するもX-25年に小腸穿孔をきたし手術施行した既往がある。X-15年に当院紹介。バルーン小腸内視鏡検査(BAE)にて多発小腸狭窄を認めた。6-メルカトプリンで寛解維持療法を継続しつつ、定期的なBAEで小腸多発狭窄の評価および内視鏡的バルーン拡張術を施行していた。回腸潰瘍残存および狭窄部位の炎症残存に対してX-5年にインフリキシマブを導入している。X-4年に再度小腸穿孔をきたし、穿孔部穿孔閉鎖術を施行した。以降は年1回の定期的BAEを行い、狭窄病変に対して拡張を行っていた。X年3月に発熱・腹痛を主訴に予約外受診。造影CT検査にて右腹部小腸に液体貯留を伴う壁肥厚を指摘され、小腸壁内膿瘍形成と診断し、病変部の外科的切除を施行する方針となった。【経過】X年4月に病変部に対する小腸部分切除術を施行した。トリン鞘帯より300cmから335cmに著明な壁肥厚を伴う狭窄部位を認め、同部位を切除した。切除検体の病理組織学評価にて、中～高分化腺癌の所見を認めた。腫瘍の周囲粘膜には異形成を伴っており、慢性炎症を背景とし発症したクローン病合併小腸癌と考えられた。【考察】クローン病は慢性炎症を背景として炎症性発癌をきたしていることが知られているが、多発する小腸病変や縦走潰瘍の存在下で、術前に小腸腫瘍性病変を鑑別して術前に診断することは困難であり、術後に癌と診断されている報告例が多い。今回の症例においても、定期的な小腸内視鏡検査で小腸病変に対する評価および狭窄部に対する内視鏡的拡張術を行っていたにもかかわらず、手術での切除全体の病理評価にて小腸癌の診断に至り、術前診断は困難であった。クローン病合併小腸癌に対するサーベイランス手段の確立が今後望まれるものと考えられる。

クローン病, 小腸癌

11 空腸に生じたSMARCA4欠損未分化腫瘍を、術前に経口ダブルバルーン内視鏡検査で診断し得た極めて稀な一例

とちぎメディカルセンターしもつが 消化器内科¹⁾, 同 外科²⁾, 同 病理診断科³⁾, 栃木県立がんセンター 消化器内科⁴⁾, 自治医科大学附属病院 内科学講座 消化器内科学部門⁵⁾
山下達也¹⁾, 橋元幸亮¹⁾, 石井宏明¹⁾, 小川和紀¹⁾, 津久井舞未子¹⁾, 倉田秀一¹⁾, 高見真梨子²⁾, 河合繁夫³⁾, 坂本博次³⁾

【背景】SWI/SNF複合体は、クロマチンモデリングを制御するたんぱく質複合体であり、そのサブユニットであるSMARCA4はがん抑制遺伝子として機能し、SMARCA4やSMARCB1の遺伝子機能喪失変異を有する腫瘍は、SWI/SNF複合体関連腫瘍として報告されている。2015年、フランスの病理医Le Loarerらが、胸部未分化腫瘍でSMARCA4の機能喪失変異と免疫染色での発現消失を有する19例を報告し、SMARCA4-deficient thoracic sarcomaと命名した。以降本邦でも呼吸器外科領域を中心に報告が挙がるようになったが、消化器領域では大腸、食道、胃での症例が少数報告されるにとどまり、小腸にあっては術前にSMARCA4欠損を診断し得た症例は報告されていない。今回我々は、CT検査で発見された空腸腫瘍に対して経口ダブルバルーン内視鏡検査を施行し、病理組織学的検査でSMARCA4欠損未分化腫瘍と診断することに成功した。【症例】67歳の外国籍男性、慢性閉塞性肺疾患の既往がある。倦怠感と食欲不振を主訴に近医から紹介された。鉄欠乏性貧血を認め、CT検査および上部下部内視鏡検査を施行したが、いずれも有意な所見は認めなかった。その後鉄剤内服で経過観察を行うも貧血の改善に乏しく、初診から4か月後にCT検査を再検したところ、新規に空腸腫瘍を疑う所見を認めた。経口ダブルバルーン内視鏡検査を施行し、Treitz帯から約60cmの部位に、白苔付着と絨毛構造の破壊を伴う、管腔を占める隆起性病変を認め、同部位からの生検組織は分化傾向のない上皮様異型細胞がシート状に増殖し、核の偏在とラプイド細胞が見られた。小腸癌としては非典型的な未分化腫瘍であり、SMARCA4の免疫染色を追加したところ欠損を認め、SMARCA4欠損未分化腫瘍と診断した。外科へ紹介し、腹腔鏡下小腸腫瘍切除術を施行した。切除検体の病理組織学的診断はSMARCA4欠損性小腸未分化腫瘍であり、術前診断に矛盾しない結果であった。【結論】空腸腫瘍に対して術前にSMARCA4欠損を診断し得た極めて稀な一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

SMARCA4欠損未分化腫瘍, 小腸腫瘍

12 小腸カプセル内視鏡滞留に対し内視鏡的バルーン拡張術を契機に小腸原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の診断に至った一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾
山本大貴¹⁾, 森野美奈¹⁾, 佐々木吾也¹⁾, 佐藤杏美¹⁾, 今井友里加¹⁾, 勝部聡太¹⁾, 高橋裕子¹⁾, 三浦孝也¹⁾, 吉川修平¹⁾, 大竹はるか¹⁾, 上原健志¹⁾, 関根匡成¹⁾, 浅野岳晴¹⁾, 松本史弘¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 眞嶋浩聡¹⁾, 竹村杏奈²⁾, 安藤史織²⁾, 岡部直太²⁾, 大城 久²⁾

【症例】75歳、女性
【主訴】心窩部痛
【現病歴】半年前より心窩部痛が出現し、改善と再燃を繰り返したため前医を受診。上部・下部内視鏡検査に異常はなく、造影CTで回腸壁肥厚を指摘された。パテンシーカプセルで開通性を確認後、X年3月に小腸カプセル内視鏡(capsule endoscopy: CE)を施行されたが、排泄を確認できなかった。X年4月のCTで回腸壁肥厚を認め、カプセルの滞留が確認された。CEの回収と回腸壁肥厚の精査のため当科を紹介受診となった。【経過】経肛門ダブルバルーン内視鏡を施行したところ、下部回腸に壊瘍様狭窄を認めた。スコープ不通過であったため、内視鏡的バルーン拡張術(endoscopic balloon dilation: EBD)を施行しスコープが通過した。狭窄部のすぐ口側に2/3周性の周堤を伴う潰瘍性病変を認めた。さらにその口側にCEが滞留しており、回収ネットで把持し、スコープと共に抜去し回収に成功した。術後は偶発症なく経過し、通過障害による心窩部痛は改善した。生検病理の結果、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(diffuse large B-cell lymphoma: DLBCL)と診断され、他院血液内科へ紹介となり、化学療法導入となった。【結語】EBDによりCE滞留の解決と病変の病理診断が同時に可能となり、DLBCLの確定診断と治療導入につながった。CE施行に際しては滞留リスクを念頭に置きつつ、状況に応じた内視鏡的対応が重要である。

びまん性大細胞型B細胞リンパ腫, 小腸カプセル内視鏡

日本医科大学 消化器内科学

川手裕里絵, 大森 順, 奥田 謙, 大木孝之, 井上諒祐, 品川悠人, 嶋津由香, 町田花実, 下鎌秀徳, 濱窪亮平, 星本相理, 西本崇良, 秋元直彦, 田中 周, 辰口篤志, 藤森俊二, 厚川正則

症例は32歳、女性。20XX年より小腸型クローン病を指摘され、当院外来通院中であった。腸閉塞で複数回の入院歴があり、20XX+1年には小腸型クローン病による多発小腸狭窄に対して回腸狭窄形成術を施行し、その後はアタリムマブによる寛解維持療法を継続していた。20XX+2年から便秘を認め、徐々に食事摂取不良を伴ってきたため20XX+2年 3月に当科受診し、同日入院となった。来院時にバイタルサインに異常はなかったが、腹部全体に軽度の圧痛を認め、血液検査ではHb 11.5 g/dlと軽度の貧血、CRP 0.84 mg/dLと軽度の炎症反応を認めた。腹部造影CT検査では脾静脈合流部より末梢の上腸間膜静脈 (SMV) の狭窄、上行結腸周囲に発達した側副血行路、空腸周囲に発達した血管集積、小腸壁肥厚および拡張、内部の液体貯留を認めたため、精査加療目的で緊急入院となった。大腸内視鏡検査では回腸～盲腸に活動期粘膜所見や狭窄所見は認めず、上行結腸 (肝弯曲部) に拡張した拡張血管を認めた。腹部血管造影検査においても空腸動静脈奇形 (AVM)、SMVの狭窄、上行結腸周囲の側副血行路の所見を認めた。以上よりクローン病に上腸間膜静脈狭窄及び小腸動静脈奇形を合併し、上行結腸周囲に側副血行路が発達したと考えられた。当院の放射線科および消化器外科とも協議の上で、空腸AVMに対してバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (B-RTO)、SMVに対して生体吸収性ステント留置術、側副血行路に対して血管結紮術を施行した。術後は貧血や炎症反応を認めたが、経過とともに改善し、術後11日目で食事開始、術後32日目で退院となった。クローン病を含む炎症性腸疾患は血栓形成のリスクが高いとされるが、上腸間膜静脈狭窄は少数であり、さらに動静脈奇形を合併した症例報告は非常に珍しく、若干の文献的考察を加えて報告する。

クローン病, 上腸間膜静脈狭窄

北里大学 医学部 消化器内科学

齋藤佑太郎, 別當朋広, 土居楠太郎, 堀井敏喜, 横山 薫, 池原久朝, 草野 央

【症例】50歳代女性【現病歴】20XX年12月、黒色便と貧血を主訴に前症を受診した。腹骨盤部造影CTと上部消化管内視鏡検査で出血源を認めず、当院紹介となった。来院時も黒色便は持続しており、ヘモグロビン (Hb) 8.1 g/dLの貧血を認めた。パテンシーカプセルを施行したが排出は確認できなかった。貧血が自然に軽快したため、一旦終診となった。以降、再出血なく経過したが、20XX年2月に再び黒色便を認め再受診した。精査目的に経口小腸内視鏡検査を施行したが、出血源は同定されず、点墨を施行して終了した。黒色便は自然に軽快し、外来経過観察とした。20XX年4月、下腹部痛と暗赤色便を認め、3回目の受診をした。Hb 7.0 g/dLの貧血を認め、赤血球液 (RBC) 4単位の輸血を施行した。腹骨盤部造影CTでは、骨盤内小腸に壁肥厚を伴う狭窄を複数か所に認めた。経肛門小腸鏡を施行したが狭窄は確認できなかったため、経口小腸造影検査を施行し、少なくとも2か所に狭窄および潰瘍を疑う所見を認めた。同年5月まで腹痛と黒色便が持続し、貧血も7.4 g/dLと再度低下したことから、RBC 2単位を輸血の上、外科的加療の方針となった。経鼻イレウス管を狭窄部まで挿入した後、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。終末回腸から50 cm口側の25 cmの範囲を切除した。切除標本では3か所の狭窄を伴う潰瘍性病変を認めた。病理組織学的には炎症細胞浸潤を認めたが、疾患特異的な所見は認めなかった。慢性的な消化管出血、小腸に局限した多発性潰瘍、特異的な炎症所見の欠如から、非特異的多発性小腸潰瘍症 (chronic enteropathy associated with SLC02A1: CEAS) と診断した。【考察】CEASは、小腸に多発する非特異的な潰瘍を特徴とする非常に稀な疾患であり、SLC02A1遺伝子異常が原因とされている。反復する消化管出血や鉄欠乏性貧血を契機に発見されることが多く、NSAIDs起因性潰瘍やCrohn病との鑑別が重要である。本症例では内視鏡検査のみで確定診断に至らず、最終的に外科的切除によりCEASと診断された。診断に難渋した本症例を、既報例の文献的考察を交えて報告する。

非特異的多発性小腸潰瘍症, SLC02A1遺伝子

杏林大学医学部付属病院 消化器内科学¹⁾,同 上部消化管外科²⁾, 同 下部消化管外科³⁾, 同 病理学教室⁴⁾板橋真子¹⁾, 藤麻武志¹⁾, 君塚拓也¹⁾, 松本康平¹⁾, 小松悠香¹⁾, 和田晴香¹⁾, 荻原良太¹⁾, 磯部聡史²⁾, 小栗典明³⁾, 森久保拓³⁾, 三井達也¹⁾, 北濱圭一郎⁴⁾, 小島洋平²⁾, 林田真理¹⁾, 三好 潤¹⁾, 松浦 稔¹⁾, 柴原純二²⁾, 阿部榮次²⁾, 久松理一¹⁾

【緒言】リンパ管腫はリンパ管の発育異常に起因する稀な良性腫瘍であり、特に小腸に局限するのは全体の約1%未満とされる。多くは無症状だが、有症例では消化管出血が多く、腹痛や腸重積を伴うこともある。無症候性や1cm未満の小病変では経過観察が基本だが、症候性あるいは大型病変では出血や閉塞を防ぐ目的で切除が推奨される。今回我々は繰り返す小腸出血を呈した小腸リンパ管腫の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は48歳男性。202X-1年6月頃から黒色便と暗赤色便を断続的に認めたが、医療機関を受診していなかった。202X年1月、勤務中に一過性意識消失を生じ、前医へ救急搬送された。血液検査でHb 7.0 g/dLと貧血を認め緊急入院となった。造影CT検査や上下部内視鏡検査で出血源を認めなかったが、経口摂取開始後に再度貧血進行を認めた。原因不明消化管出血の鑑別として小腸カプセル内視鏡検査が施行され、上部小腸に血液貯留やリンパ管拡張を疑う所見を認めたため、小腸出血精査目的に当院紹介となった。第3病日に施行した経口小腸内視鏡 (DBE) 検査で、切歯145cmに半周性の白色小顆粒状隆起の集簇を認め、同部位より持続的な出血を確認した。明らかな露出血管はなく、止血は困難であったため、白色小顆粒状隆起より生検を行った。病理所見はリンパ管腫様病変であり、腫瘍性か非腫瘍性かの判断は困難であった。これまでに持続的な出血や貧血を繰り返しており、失神症状も認めていたことから出血コントロールが必要と考え、第9病日に小腸部分切除術を施行した。病理組織学的に、粘膜固有層から粘膜下層にかけてD2-40陽性を示す大小様々なリンパ管の集簇が見られ、小腸リンパ管腫の診断となった。術後経過は良好であり、術後7日目に退院した。【考察】小腸に発生するリンパ管腫は頻りに経験するものではない。しかし、原因不明の繰り返す消化管出血では鑑別診断の一つとして本疾患を念頭に置くことが必要であり、小腸内視鏡は診断と治療方針決定の一助となり得る。

小腸出血, 小腸リンパ管腫

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科¹⁾,炎症性腸疾患センター²⁾勅使河原亨三郎¹⁾, 鈴木一世¹⁾, 田川 慧^{1,2)}, 加藤真吾^{1,2)}, 岡田悠吾¹⁾, 岡村 洗¹⁾, 清水圭祐¹⁾, 永原昂太¹⁾, 寺本駿也¹⁾, 道鎮 優¹⁾, 宮内琉希¹⁾, 岸 寛士¹⁾, 錫田正樹¹⁾, 増淵悟志¹⁾, 内田信一¹⁾, 田中孝幸¹⁾, 倉岡直亮¹⁾, 川村祐介¹⁾, 岡 政志¹⁾, 松原三郎¹⁾

【症例】40歳代、女性。【主訴】腹痛。【既往歴】20歳代、扁桃摘出術、腺腫様甲状腺腫摘出術。【家族歴】祖父、悪性リンパ腫。父、キャスルマン病、後十字靱帯硬化症。【現病歴】3年前より反復性の口内炎が出現し、他院を受診。バルーン小腸内視鏡検査 (DBE) が施行され、回腸末端に5cm大の潰瘍を認めた。腸管パーチェット病 (BD) の診断がなされ、プレドニゾロン (PSL) 6mg/日およびインフリキシマブ (IFX) を2回導入されるも効果不良にて当院に紹介となった。シクロスポリン (CyA) 200mg+IFX 200mg+コルヒチン 0.5mgを併用するも効果不良にて回盲部切除術を施行した。その後、IFXの効果が不十分のため、アタリムマブ (ADA) に変更し、CyA 200mg+ADA 40mg (毎週)+ミコフェノール酸モフェチル (MMF) 500mgで寛解導入を試みた。しかし、腹痛の増悪を認め、寛解導入困難にてPSLを追加とし、PSL 35mg+ADA 80mg (隔週)+CsA 200mg+MMF 1000mgで加療。さらに腹痛が増強し、大腸内視鏡検査を施行したところ、残存回腸の術後吻合部近傍に新たな潰瘍の出現を認め、ウパダシニブ (UPA) 45mgの投与を開始した (院内適応外申請許可後に使用)。投与3日目には腹痛が消失し、現在はPSL 7.5mgまで減量することができ、かつ、UPA 45mg投与継続中。【結論】多剤抵抗性の難治性腸管BDに対して、UPAは新たな寛解導入・維持療法の手段となる可能性がある。

腸管パーチェット, ウパダシニブ

17 小腸多発リンパ管腫からの消化管出血に対してシロリムス内服治療が有効であったクリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群の1例

日本医科大学 消化器内科学

木原 遥, 大森 順, 奥田 謙, 大木孝之, 井上諒祐, 品川悠人, 嶋津由香, 町田花実, 下鐘秀徳, 濱窪亮平, 星本相理, 西本崇良, 秋元直彦, 田中 周, 辰口篤志, 藤森俊二, 厚川正則

症例は55歳、女性。出生時にポートワインステインを認め、クリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群と診断されていた。そのほか既往歴に特記事項はない。37歳時より繰り返す貧血症状や黒色便を認め、鉄剤内服にて外来通院中であった。47歳時に小腸精査目的で当院紹介受診し、ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行したところ、空腸に多発する粘膜下腫瘍を認め、同部位の超音波内視鏡検査所見や生検による乳び液の流出を認めたこと等から多発リンパ管腫と考えられた。そのほか出血源となる所見はなく、リンパ管腫からの出血が想定されたが、止血剤および鉄剤内服にて貧血進行なく経過していた。その後55歳になり、Hb 5.3 g/dlと貧血の悪化および頻回の血便が持続していたため、小腸精査加療目的で再度当科入院となった。入院後の経口および経肛門ダブルバルーン小腸内視鏡検査では、いずれも小腸内には大量の血液貯留を認め、多発リンパ管腫周囲からの出血所見が見られた。一方で上部下部内視鏡検査およびCT検査では小腸以外に出血所見を認めず、多発リンパ管腫からの出血と判断した。内視鏡的止血術は困難と判断し、後日シロリムスによる内服加療を開始したところ、血便は徐々に消失し、輸血療法することなくHb 6.5 g/dlと貧血進行も止まった。今後はシロリムス内服療法を継続しながら外来通院予定である。シロリムスは2021年より難治性リンパ管疾患に保険適用となり、多くの脈管奇形を有する疾患に適用となっている。一方で、出血伴う小腸多発リンパ管腫を来したクリッペル・トレノーネイ・ウェーバー症候群の報告はまだ少数であり、今回若干の文献的考察を加えて報告する。

小腸リンパ管腫, シロリムス

18 アルコール性ケトアシドーシスを契機に発症した黒色食道（急性壊死性食道炎）の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室（消化器）

宇佐美友那, 森 英毅, 安藤裕子, 正岡建洋, 松崎潤太郎, 齋藤義正, 金井隆典

【症例】60代・男性。入院X-4か月に右上咽頭痛・声門上痛に対し下咽頭喉頭全摘、空腸遊離再建、両側頸部リンパ節郭清を実施し、術後放射線化学療法を施行。X-10日に自宅退院された後、アルコール換算64.3 g/日の飲酒を開始し、連日飲酒を継続していた。入院当日0時頃より心窩部痛を自覚し、黒色嘔吐も出現したため救急搬送。腹部圧痛はあるが腹膜刺激徴候はなし。静脈血液ガスはpH 7.027、Na 133 mEq/L、Cl 85 mEq/L、HCO3⁻ 11.9 mEq/Lで、アニオンギャップは36.1 mEq/Lに上昇。尿ケトン体3+よりアルコール性ケトアシドーシスと判断。上部消化管内視鏡では切歯18-40 cmにかけて全周性の浮腫・びらんを認め、一部は黒色変化を呈した。胃・十二指腸に明らかな異常は認めず、アルコール性ケトアシドーシスに伴う黒色食道（急性壊死性食道炎）と診断。禁食・補液・PPI投与に加え、電解質補正を含む体液管理を行った。X+8日の再検内視鏡では全周性の壊死様付着物を残すものの粘膜浮腫・びらは著明に改善し、経口摂取を再開。X+18日に退院し、X+3か月の内視鏡で食道病変は瘢痕化なく完全治癒を確認した。【考察】本例では大量飲酒後の飢餓・脱水に伴うアルコール性ケトアシドーシス、術後の栄養低下、再建後の逆流環境が相乗し黒色食道を発症したと考えられた。補液・PPI中心の保存的治療で速やかに改善し、狭窄などの遅発合併症も認めなかった。高アニオンギャップ代謝性アシドーシスに上部消化管出血を伴う場合、黒色食道を早期鑑別に挙げ迅速に内視鏡評価を行うことが重要である。

黒色食道, ケトアシドーシス

19 飲酒・喫煙歴のない食道扁平上皮表在癌の臨床病理学的特徴

獨協医科大学 医学部 医学科¹⁾

獨協医科大学病院 内科学（消化器）²⁾, 同 病理診断科³⁾

小川 諒¹⁾, 郷田憲一²⁾, 吉永智則²⁾, 川田陽介²⁾, 小西 潤²⁾, 石川 学²⁾, 山口真太郎³⁾, 入澤篤志²⁾, 石田和之³⁾

食道扁平上皮癌の2大リスク因子としては、飲酒と喫煙が知られている。しかし、実臨床において、飲酒歴・喫煙歴を共に認めない食道扁平上皮癌の発癌に遭遇するが、稀なため、臨床学的特徴については不明な点がある。今回、飲酒歴・喫煙歴を認めない食道扁平上皮表在癌の臨床病理学的特徴を検討することを目的とした。【方法】2018年10月から2024年3月にかけて当院で内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した114例174病変を抽出し、臨床学的特徴を後方視的に検討した。【結果】飲酒歴・喫煙歴をいずれも認めない症例（A群）は10例12病変、飲酒歴・喫煙歴を認める症例（B群）は104例162病変であった。性別はA群：男性1例、女性9例、B群：男性118例、女性17例であり、両群間で有意差を認めた（ $P<0.001$ ）。また、A群では有意差は認めないものの全例が胸部中部食道に発生しており（ $P=0.14$ ）、有意に後壁に多かった（ $P=0.04$ ）。本検討では年齢、病変部位、肉眼型、病変長径、病変長軸長/短軸長比、深達度は、いずれも両群間で差はみられなかった。【結論】飲酒・喫煙歴を認めない患者に対する食道癌スクリーニングにおいては、女性患者は特に留意し、胸部中部食道後壁においてはより慎重な観察を行うべきことが示唆された。

禁酒・喫煙のない、食道癌

20 大腸癌に伴う大腸閉塞により急性壊死性食道炎を発症し食道穿孔を合併した一例

横浜市立市民病院 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾

小林絵美里¹⁾, 高田祐介¹⁾, 諸星雄一¹⁾, 鈴木圭一¹⁾, 森岡晃平¹⁾, 角田裕也¹⁾, 今村 諭¹⁾, 長久保秀一¹⁾, 立石陽子²⁾, 林 宏行²⁾, 藤田由里子¹⁾

【背景】急性壊死性食道炎（acute esophageal necrosis: AEN）は内視鏡的に黒色壊死を呈する稀な疾患である。AENは多くが保存的治療で改善するが、合併症として狭窄や穿孔の報告がある。また穿孔は約6~7%とされるが、その原因が解明された報告はほとんどない。今回我々は、大腸癌に伴う大腸閉塞を契機にAENを発症し食道穿孔に至った稀少な一例を経験した。【症例】55歳男性。腹痛を主訴に近医受診し、精査目的に当院救急外来を紹介された。来院時発熱と頻脈を認め、造影CT検査で肝低吸収域とS状結腸壁肥厚を認めたため入院となった。肝臓病疑いで抗菌薬を投与し解熱得られ、第7病日まで経口摂取可能であり排便も見られていた。第8病日、下部消化管内視鏡検査前処置で嘔吐を認め、単純CT検査で多発肝転移を伴う大腸癌の腸閉塞を疑い、S状結腸に内視鏡的ステント留置術を施行した。その後も腹痛と頻脈が持続し、第9病日に単純CT検査で右優位の両側胸水貯留・縦隔気腫を認め、胸腔ドレナージで黒色胸水を排泄した。また経鼻内視鏡検査で胸部中部食道に10mm大の穿孔と周囲粘膜の黒色壊死を認め、AENに伴う食道穿孔と診断した。全身状態から外科的介入は困難であり保存的治療としたが、感染コントロールに難渋し第17病日に敗血症性ショックで死亡した。剖検では食道胃接合部から口側125mmに及ぶ全周性の食道壊死と、右胸腔に穿通する15mmの食道裂創を認めた。【考察】AENの発症機序は明確でないが、低灌流、胃酸逆流、粘膜防御能低下の3要素が重なって生じると考えられている。報告例の多くは高齢男性や糖尿病、慢性腎不全、アルコール多飲などの基礎疾患を有し、上部消化管出血を契機に発見される。本症例は大腸癌に伴う大腸閉塞と腹部コンパートメント症候群が背景にあり、虚血と急激な食道内圧上昇がAEN発症と穿孔の一因となった可能性がある。【結語】本症例のように基礎疾患に乏しい患者においても、AENに食道穿孔を併発し致死の経過を辿りうる点で臨床的示唆に富む。警鐘を鳴らす観点からも病理解剖結果や文献的考察を含めて報告する。

急性壊死性食道炎, 食道穿孔

21 健康人に発症したステーキハウス症候群の一例

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科
石神優佑, 北村雄斗, 高木亮輔, 小宮山夏永, 森山由貴,
中川俊一郎, 玉虫 惇, 上田 元, 柿崎文郎, 門馬匡邦, 小西直樹,
屋良昭一郎, 平山 剛, 岩本淳一, 本多 彰, 池上 正

【背景】ステーキハウス症候群は、咀嚼不十分な肉塊などが食道に嵌頓して急激な嚥下困難や胸部症状を呈する疾患であり、1963年にNortonらが初めて報告した。硬い固形物を十分に咀嚼せずに摂取した際に生じやすく、食道癌や憩室、術後吻合部狭窄といった器質的疾患や、アカラシア、食道痙攣といった運動障害を背景に認めることが多い。そのため健康成人における発症は稀であり、心疾患や肺塞栓症との鑑別を要する場合もある。【症例】60歳、男性。既往歴に特記すべき事項はなかった。昼食にステーキを摂取後、咀嚼不十分なまま嚥下した直後から嚥下困難と前胸部の閉塞感を自覚した。水分摂取では改善せず、症状持続のため約2時間後に救急外来を受診した。来院時バイタルサインは安定しており、呼吸・循環動態に異常は認めなかった。血液検査に明らかな異常はみとめなかった。胸部CTで胸部食道内に高吸収の異物様陰影を認めた。上部消化管内視鏡検査では、上部から中部食道にかけて大きな肉塊の嵌頓を確認した。鉗子での摘出は困難であったため、鉗子を用いて肉塊を胃内に慎重に押し込み、速やかに症状は改善した。処置後に穿孔や出血などの偶発症は認められず、経過観察後に同日帰宅となった。【考察】本症例は基礎疾患のない健康成人に発症した稀な例である。文献的には、器質的疾患や食道運動障害を有する症例に多く報告されており、背景疾患のない例は少数である。治療法としては、内視鏡的に鉗子で摘出する方法、もしくは本例のように胃内へ押し込む方法が行われており、多くの場合外科的治療を要さず良好な経過を示す。臨床では急性冠症候群などの鑑別を念頭に置きつつ、食後の急激な嚥下困難の病歴を丁寧に聴取することが診断に直結する。【結語】基礎疾患を有さない健康成人に発症したステーキハウス症候群を経験した。食後の嚥下困難や胸部症状を呈する症例では、本疾患を鑑別に挙げ、内視鏡的治療を迅速に行うことが重要である。

ステーキハウス症候群, 健康人

23 小腸内視鏡を用いて整復した胃軸捻転の1例

新久喜総合病院 消化器内科
大内田優月, 石井直樹, 村上洋介, 片桐智子

症例は90歳女性。突然の嘔気・嘔吐、SpO₂の低下を主訴に救急搬送された。腹部膨満・軟であり腹痛は認めなかった。胸部レントゲン検査にて右下肺野に透過性低下を認めCT検査にて縦隔内に拡張した胃を認めClosed loopの形成が観察された。食道裂孔ヘルニアに併発した胃軸捻転症と診断し小腸内視鏡を用いて透視化にて整復を行った。翌日には症状改善し、食事開始した。その後排便も認め入院14日目に軽快退院となった。胃軸捻転ではCTによる診断後、内視鏡を早期に行い、虚血の有無を評価し、減圧、捻転解除する必要がある。虚血の評価、減圧であれば上部用の内視鏡でも十分であるが、捻転解除を行うためには深部十二指腸まで内視鏡を挿入する必要がある。小腸内視鏡は上部用、大腸用と比較して軟らかく、捻転した胃においても深部十二指腸への挿入が可能である。また軟らかいために胃の裂創を生じる可能性は低く、内視鏡のループ、捻転の解除も容易である。以前、横隔膜ヘルニアに胃軸捻転を併発し、小腸内視鏡による捻転解除後に修復術を施行した1例を発表した。今回、小腸内視鏡が捻転解除に有効であった2例目を経験したため報告する。

小腸内視鏡, 胃軸捻転

22 術前及び術中診断が困難であった進行胃癌の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 研修センター所属 消化器・一般外科¹⁾,
同 消化器・一般外科²⁾
三浦大周¹⁾, 岡 伸一²⁾, 菅野寛之²⁾, 八田亮輔²⁾, 大塚知博²⁾,
野本 潤²⁾, 小濱信太郎²⁾, 東 大輔²⁾, 髙原一裕²⁾, 大内昌和²⁾,
吉本次郎²⁾, 永坂邦彦²⁾

【背景】胃癌の術前診断は治療方針を左右するが、術前生検で陰性となることも少なくない。今回、幽門狭窄をきたすも術前生検及び術中迅速診断で悪性所見が得られず、術後の病理診断で胃癌と判明した症例を経験したため報告する。

【症例】71歳、男性。嘔吐を主訴に紹介受診された。来院時、栄養障害を認めており、入院で上部消化管内視鏡検査を施行した。胃幽門部に潰瘍性病変と狭窄を認め、同部位を生検したところGroup1であった。その後狭窄部増悪したため、バルーン拡張術を施行したが数日で再狭窄し、当科に手術目的に紹介となりロボット支援下幽門側胃切除術を施行した。術中所見では胃の幽門輪付近は硬く、周囲リンパ節を巻き込むように白色の線維性病変が進展しており、胃癌を強く疑って腹腔内洗浄細胞診とNo.5リンパ節とその周囲の線維性病変を術中迅速診断に提出するも悪性所見は得られなかった。術後の最終病理診断は4型胃癌であり、粘膜面への癌の露出は僅かで、多くは固有筋層から漿膜下組織に浸潤し一部漿膜面に露出していた。リンパ節転移は認めず、pT4aN0M0 Stage IIBであった。術後docetaxel+S-1併用療法(DS療法)を行い無再発であったが、術後1年2ヶ月目で腹膜播種再発をきたした。

【考察】4型胃癌は粘膜下主体の浸潤や線維化により術前生検で陰性を示すことがあり、中には限局性浸潤する非典型例も存在する。術中診断ができないことは稀であるが、自験例では術前も得られなかった。悪性が疑われる症例には術前に繰り返し生検することや超音波内視鏡下穿刺組織生検(endoscopic ultrasound-guided fine needle biopsy: EUS-FNB)を行うこと、術中に切除検体を迅速組織診に提出することも考慮すべきと考えられる。また、術中見られた白色組織は最終病理診断で癌と診断されなかったものの、線維成分の中に異型細胞をわずかに認めており、播種再発をきたした可能性が考えられる。

【結語】幽門狭窄をきたすも診断困難な進行胃癌の1例を経験した。自験例のような胃癌が存在することを念頭に置き、正確な診断のための積極的アプローチが必要であると考えられる。

術前診断陰性, 術中迅速診断陰性

24 免疫関連有害事象消化器毒性による消化管出血に對してウステキスマブが著効した一例

東京科学大学病院 消化器内科¹⁾,
東京科学大学 人体病理学分野²⁾, 同 包括病理学分野³⁾
蜂巣由佳¹⁾, 森川 亮¹⁾, 鬼澤理紗²⁾, 大西威一郎³⁾, 田村皓子¹⁾,
河本亜美¹⁾, 金子 俊¹⁾, 日比谷秀爾¹⁾, 竹中健人¹⁾, 村野竜朗¹⁾,
村川美也子¹⁾, 清水寛路¹⁾, 藤井俊光¹⁾, 朝比奈靖浩¹⁾, 大塚和朗¹⁾,
岡本隆一¹⁾

【症例】60歳台、男性。【主訴】腹痛・下痢。【現病歴】当院呼吸器内科で悪性胸膜中皮腫に対して、X-1年11月から1st lineとしてイビリムマブ・ニボルマブ療法を導入された。12月にgrade 2の免疫関連有害事象(imAE)肺臓炎及び腸炎を発症したが、プレドニゾロン(PSL)60 mg/日でいずれも改善し、5 mgまで減量したうえでX年3月よりニボルマブ単剤療法を開始された。5月にgrade 3のimAE腸炎を発症し、PSL60 mg/日を開始したが抵抗性であり、インフリキシマブ(IFX)300 mgに変更したところ症状は改善し、2回の投与で治療を終了した。7月からは2nd lineとしてゲムシタピン単剤療法を開始されていたが、中旬頃から腹痛が出現。下痢回数も8回/日に増加し、精査加療目的に入院となった。腹部は軽度膨隆し、全体に圧痛を認めた。血液検査ではAlb2.7 g/dL, CRP 8.83 mg/dLであった。CTでは小腸及び大腸に浮腫性の壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡では大腸に多発する地図状潰瘍を認めた。grade 3のimAE腸炎と診断し、8月1日よりIFXを開始したが抵抗性であり、13日には暗赤色便が出現し、ショック状態となった。CTでは小腸及び大腸に壁肥厚を認めたがextravasationは認めなかった。プロトンポンプインヒビターを開始し、上部消化管内視鏡を施行したところ十二指腸に多発する潰瘍を認めた。病理ではアポトーシスの増加を認め、imAE上部消化管病変として矛盾しなかった。18日よりウステキスマブ(UST)260 mgを開始したところ、9月1日に暗赤色便は消失した。【考察】消化器毒性はimAEの中でも発生頻度が高く、多くは大腸炎として発症する。本症例では大腸炎の治療中に上部消化管病変を合併し、さらには出血性ショックにまで至ったが、USTで止血を得ることができた。貴重な一症例であると考え、文献的知見を踏まえ報告する。

免疫関連有害事象消化器毒性, ウステキスマブ

典型的な所見に欠ける高齢発症のIgA血管炎に伴う腹部症状に対して、乾燥濃縮人凝固第XIII因子が著効した1例

新小山市民病院 消化器内科・内視鏡科

宮田遼太郎、三ツ橋拓実、齋藤有栄子、小野明日香、藤沼俊博、森川昇玲、日高康博、田野茂夫

60歳台男性。特に既往や健診異常はなかった。入院5日前から腹痛と黒色便を自覚し、徐々に血便へ変化した。歩行困難となり救急要請し当院へ搬送された。来院時に身体所見にて脈拍112回/分、軽い瘦、腹部正中から左下腹部へかけての自発痛と圧痛、直腸診にて血便、血液検査にて白血球・尿素窒素の上昇とヘモグロビン・総蛋白・アルブミンの低下、腹部造影CT検査にて遠位回腸の壁肥厚と部分的な造影不良域を認めた。入院後に腸管安静にて血便は消失したが、間欠的な黒色便は残存し、疼痛コントロールにオピオイドを要し、緩徐に低蛋白血症と貧血が進行した。腹部造影CT検査に再検にて遠位回腸の壁肥厚と部分的な造影不良域の悪化、血液検査にてIgA上昇と凝固第XIII因子低下、随時尿検査にて顕微鏡的血尿と糸球体型赤血球変形、蛋白尿定性±、上下部消化管内視鏡検査にて、胃角部小弯の潰瘍と十二指腸下行脚から水平脚にかけての地図上潰瘍、回腸末端から直腸にかけて不整形な小潰瘍やびらん、散在、十二指腸および大腸の潰瘍辺縁の生検にて血管壁の好中球浸潤、好中球破砕物、弾性線維断裂を認めた。以上より、高齢発症で紫斑、腎炎、関節炎を認めないが、腸管アンギーナとleukocytoclastic vasculitisからアメリカないしはヨーロッパリウマチ学会の分類基準を満たし、IgA血管炎と診断した。腹痛の改善乏しく重症に準ずる状態と判断し、ステロイド投与を検討したが、低栄養状態と身体活動能力の低下から副作用のリスクを懸念し、乾燥濃縮人凝固第XIII因子投与を先行した。投与直後から発熱したが、血液培養2セットからメチシリン感受性黄色ブドウ球菌が検出され、中心静脈カテーテルからの血流感染症と判断した。乾燥濃縮人凝固第XIII因子投与翌日から著明に腹痛と黒色便の改善を認め、経口摂取開始後も症状再燃なく、徐々に低蛋白血症と貧血は改善したため、結果的にステロイドを要さなかった。非典型的なIgA血管炎に対して乾燥濃縮人凝固第XIII因子が著効した1例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

IgA血管炎、第XIII因子

横行結腸浸潤を認めた小腸GISTの1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科¹⁾、同 病理診断科²⁾

松下恭規¹⁾、伊藤 謙¹⁾、葛西真由¹⁾、白川峻佑¹⁾、千葉義之¹⁾、行田 悠¹⁾、山本剛史¹⁾、河野眞吾¹⁾、石山 隼¹⁾、野呂拓史¹⁾、渡野遼郎雄¹⁾、町田理夫¹⁾、發知詩織²⁾、小倉加奈子²⁾、須郷広之¹⁾

【はじめに】Gastrointestinal stromal tumor(GIST)は消化管に発生する間葉系腫瘍であり、発生部位としては胃が最も多く、小腸は全体の約20-30%を占める。小腸GISTは消化管出血や腹痛などで発見されることも少なくないが、無症候性に増大するケースも著明に腹痛と黒色便の改善を認め、経口摂取開始後も症状再燃なく、徐々に低蛋白血症と貧血は改善したため、結果的にステロイドを要さなかった。非典型的なIgA血管炎に対して乾燥濃縮人凝固第XIII因子が著効した1例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

多発肝転移をきたした原発不明神経内分泌腫瘍に対して外科的加療が奏功した一例

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科・消化器外科¹⁾、同 病理科²⁾

川野有香子¹⁾、野呂拓史¹⁾、千葉義之¹⁾、山本剛史¹⁾、伊藤 謙¹⁾、行田 悠¹⁾、河野眞吾¹⁾、渡野遼郎雄¹⁾、町田理夫¹⁾、須郷広之¹⁾、發知詩織²⁾、小倉加奈子²⁾

【はじめに】我が国において消化管神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor; NET)の発生部位は直腸が最多、次いで胃とされており、国際的には小腸の発生頻度が高くなる。今回、原発巣同定に至らず行った外科的介入により、原発巣を含めて切除をし得たNET多発肝転移の一例を経験したため報告する。【症例】74歳女性。黒色便を主訴に救急外来受診し、当院消化器内科紹介。上下部消化管では出血源や腫瘍性病変を認めず、小腸造影、カプセル内視鏡、ダブルバルーン内視鏡にて回腸病変の存在が示唆されたが確定診断は得られなかった。造影CTにて肝右葉を中心とした多発肝転移および上腸間膜動脈(SMA)周囲のリンパ節腫脹を認めた。肝S7の腫瘍性病変に対し生検を行ったところ、NET G2の病理診断であった。原発不明NETに対する手術適応の判断を含め、当科紹介。オクトレオスキャンではCTで同定されていた肝転移およびリンパ節転移に一致する集積を認めるのみで原発巣は不明であった。NCCN1. 2023に沿って原発不明NETに対し、locoregional and/or metastatic siteの切除の方針とした。【術中所見】肝転移巣はRHVの根部に沿ったS7 3cm、S7 1.5 cm S7 1.0 cm S5 1.0 cmの5個、リンパ節転移は回腸動脈分岐後のSMA本幹の抹消に近接していた。肝肝静脈を含む拡大後区切除+S5の2か所の部分切除後、SMA、SMVの本幹を露出。リンパ節は、SMA神経叢を3/4周剥離し、SMVの抹消を合併切除再建することでリンパ節を摘出することができた。原発巣は、Treizから190cmの部位に結節を触れて同定、切除した。【経過】術後12日で退院。病理検査で回腸NET G2の肝転移、リンパ節転移の診断。以後外来経過観察で2年間無再発生存中である。【結語】原発の確定診断を得られなかったNET多発肝転移に対し、術中に原発巣同定、同時切除を施行し得た一例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

原発不明NET、肝転移

2型自己免疫性膵炎の合併が疑われた潰瘍性大腸炎に対しウステキスマブ再投与が奏効した1例

横浜市立大学附属病院 消化器内科 肝胆膵消化器病学

宇南山影、三澤 昇、井上喬二郎、鈴木 瞳、二瓶真一、田村繁樹、八木 伸、日暮琢磨、米田正人

【緒言】潰瘍性大腸炎(ulcerative colitis: UC)は慢性炎症性腸疾患であり、時に他臓器病変を合併することが知られている。自己免疫性膵炎(autoimmune pancreatitis: AIP)はその一つであり、まれながらUCとの合併例が報告されている。今回我々は、複数の治療薬に抵抗性を示したUCの再燃時にAIPの合併が疑われ、ウステキスマブの再投与により両病態が改善した症例を経験したため報告する。【症例】30歳女性。X-7年に全結腸型UCと診断され、5-AZA、ステロイド、アタリムマブ、ゴリムマブなどが投与されたが寛解維持は困難であった。その後、ウステキスマブ導入により臨床的・内視鏡的寛解が得られていた。X-1年1月にIgA腎症と診断され、ステロイド治療が開始されたためウステキスマブは中止された。同年10月頃より下痢、血便、腹痛が再出現し、膵酵素上昇も認められた。UC再燃膵酵素上昇の精査目的にX年1月に当院紹介受診となった。下部消化管内視鏡では全結腸にびまん性炎症と多発潰瘍を認め、全大腸炎型UC(中等症～重症)と診断。CTとMRCPからびまん性の膵腫大を認め、EUSでは膵実質はびまん性に低エコーであり内部に点状高エコーが散在していた。血中IgG4は正常範囲であり、2型AIPを疑った。治療選択としてステロイドも考慮されたが、UCがステロイド依存であったこと、ウステキスマブがAIPに奏功した報告があることから、同剤を再投与する方針とした。X年2月にウステキスマブを投与後、3月には下痢・血便の改善および膵酵素の低下を認め、以降も症状は持続的に改善した。X年8月MRCPで膵腫大は改善し、9月の下部消化管内視鏡では潰瘍性病変を認めず、血管透視像の改善を確認した。【結語】本症例はウステキスマブが潰瘍性大腸炎のみならず自己免疫性膵炎に対しても有効である可能性を示唆する。複数臓器に及ぶ自己免疫性疾患を背景に持つ患者において、ウステキスマブは有用な治療選択肢となり得る。今後さらなる症例の集積と検討が望まれる。

小腸GIST、小腸腫瘍

潰瘍性大腸炎、自己免疫性膵炎

獨協医科大学 医学部 (医学科)¹⁾,
同 内科学 (消化器) 講座²⁾
裴 秀哲¹⁾, 田中孝尚²⁾, 小島原駿介²⁾, 金澤美真理²⁾, 菅谷武史²⁾,
富永圭一²⁾, 入澤篤志²⁾

【背景・目的】潰瘍性大腸炎(UC)は、原因不明の慢性炎症性腸疾患である。ステロイド治療に依存する症例や抵抗する症例が難治例とされ、分子標的薬を用いた advanced therapy を行うことがガイドラインで推奨されている。現在、UC に適応を有する JAK 阻害薬は、トファシチニブ(TOF)、フィルゴチニブ(FIL)、ウパダシチニブ(UPA)の3剤があり、advanced therapy のひとつとして寛解導入及び維持に使用される。当院における JAK 阻害薬3剤の治療成績から有効性及び安全性に関する検討を行った。【方法】2018年5月から2024年8月の間に、当院において JAK 阻害薬を使用したUC 34 症例に対して、投与後8~12 週の臨床的寛解率、投与1年後の臨床的および内視鏡的寛解率、投与から1年以内に発生した有害事象を、UPA投与群とTOF/FIL投与群とに分けて後方視的に解析した。【結果】JAK阻害薬の投与後8~12 週の臨床的寛解率は、UPA 投与群で69.2%、TOF/FIL 群で61.9%であり、両群間に有意差を認めなかった(p=0.664)。投与後1年の臨床的寛解率については、UPA 投与群で92.3%、TOF/FIL 群で81.0%であり、両群間に有意差を認めなかった(p=0.364)。投与後1年の内視鏡的寛解率(全体症例数17例)は、UPA 投与群が83.3%、TOF/FIL投与群が54.5%であり、両群間に有意差は認めなかった(p=0.235)。帯状疱疹や脂質異常症、血栓症などJAK 阻害薬で認められやすい有害事象は、両群間で発生率に差は認めなかった。食道潰瘍やカテーテル感染といった入院治療を要する重篤な有害事象をTOF/FIL 群で2例に認めた。【結語】JAK阻害薬は、難治性UCに対して既報と同等の有効性を示した。TOF/FIL投与群で2例に入院治療を要する重篤な有害事象を認めた。

潰瘍性大腸炎, JAK阻害薬

東京女子医科大学 大病院 消化器内科
丸井有佐, 伊藤亜由美, 高野澄玲, 高麗美姫, 山本果奈,
米沢麻利亜, 白田龍之介, 高山敬子, 小木曾智美, 谷谷麻紀子,
中村真一, 中井陽介

【症例】22歳男性【主訴】発熱、右下腹部痛【現病歴】202X-12年、結節性紅斑、毛嚢炎様皮疹、関節炎の所見を認め、HLA-B51陽性であったことから完全型パーチェット病と診断。コルヒチンによる治療が開始されたが、下痢の副作用により中止された。202X-10年よりブレドニゾロン(PSL)が開始され、202X-5年にはアプレミラスト120mgが導入。202X年1月上旬、右下腹部痛が再燃し当科を受診したが、発熱は認められず、白血球数 $3.90 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、CRP 0.61mg/dLと軽度の炎症反応のみで経過観察とした。その後、胸痛が出現し、上部消化管内視鏡検査にて咽頭・食道に白苔を伴う抜き打ち様潰瘍を認めた。下部内視鏡検査で、回盲部に深掘れ潰瘍を認め、腸管型パーチェット病と診断した。PSL 50mg、インフリキシマブ(IFX) 240mgを導入しIFXを継続した。PSL 5mgまで漸減中に症状が再燃したため202X年5月当科へ緊急入院となった。【入院後経過】入院時に40.3℃の発熱、右下腹部痛、口腔内潰瘍、関節痛を認めた。血液検査では白血球 $7.45 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、CRP 3.21mg/dL。腹部造影CTで盲腸壁肥厚、脂肪組織濃度上昇、腸間膜リンパ節腫脹など腸管の炎症が強く、腸管パーチェット病の再燃と判断した。CRPは軽度上昇していたがSAAは286mg/Lと異常高値であり、PSL 50mg、IFXを再導入した。その後炎症は改善し2回目のIFX投与後も増悪なく、SAA感度未満で退院とした。退院後は外来でIFX継続とし、その後の症状増悪なし。【考察】本症例では、発熱や消化管症状に対してCRPの上昇が乏しい経過を示した。CRPとSAAは関連するとされるが、肝機能障害、AAアミロイドーシス、ステロイド投与中の症例ではCRPの反応性が低下することが知られている。また今回の経過から、腸管型パーチェット病における病勢評価にはSAAが有用なバイオマーカーとなる可能性が示唆された。

パーチェット病, SAA

埼玉医科大学病院 総合診療内科¹⁾, 同 消化管内科²⁾
濱田昂大¹⁾, 松本 悠^{1,2)}, 宮口和也^{1,2)}, 塩味里恵^{1,2)}, 都築義和²⁾,
山本啓二¹⁾, 今枝博之²⁾

症例: 19歳女性。3年前に全結腸型潰瘍性大腸炎を発症し、ブレドニゾロン(PSL)で寛解導入した。5ASA不耐のためAZA 50mgで寛解維持していた。2年前に再燃を認め、PSL 0.5mg/kgで寛解導入しアダリムマブ(ADA)を開始、その後ADA+AZAで寛解を維持していた。今回発熱、下痢血便・腹痛で受診し、血液検査でWBC 12800、CRP 24、腹部造影CTで肝膿瘍、大腸内視鏡でUC再燃を認めた。ADAを中止し、経皮的ドレナージは施行せず、セフトリアキソン、メトロニダゾールによる抗菌薬治療を3週間施行した。2週後の超音波検査で膿瘍の縮小を確認後、UC増悪に対しミリキズマブ(MIR)を導入した。4週後には血便、腹痛の改善を認めた。以降半年以上、肝膿瘍の再発を認めず、UCの臨床的寛解を維持している。生物学的製剤使用中の深部感染症では、製剤を3-6週間以上延期すべきとする報告が多い。本症例では画像で肝膿瘍の縮小を確認後、ADAからMIRへmode of action (MOA)の変更を行った。抗TNF- α 製剤と比較して抗IL-23(p19)抗体は感染症の有害事象が低い可能性があり、深部感染症制御後の生物学的製剤再開においてMIRは有用な選択剤となる可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎, 肝膿瘍

順天堂大学医学部附属順天堂練馬病院 総合外科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
瀬上諒一¹⁾, 山本剛史¹⁾, 白川峻佑¹⁾, 千葉義之¹⁾, 伊藤 謙¹⁾,
行田 悠¹⁾, 河野真吾¹⁾, 町田理夫¹⁾, 石山 隼¹⁾, 野呂拓史¹⁾,
渡野遼郎雄¹⁾, 須郷広之¹⁾, 佐藤慎一郎²⁾, 松本俊治²⁾

【はじめに】大腸癌術後の経過観察中に認める局所の腫瘍は、再発や播種などを疑う場合が多く、診断は容易ではない。今回、術前診断に苦慮した横行結腸癌術後の吻合部デスモイド型線維腫症を経験したため文献的見分を交えて報告する。【症例】悪性腫瘍の家族歴のない50代男性。横行結腸癌に対して腹腔鏡下横行結腸切除術(D3リンパ節廓清)を施行した。病理結果はAdenocarcinoma, tub1+2, pT3(SS), Lyl1a, V1a, BD1, N1a, StageIIIBであった。術後補助化学療法は行わず経過観察の方針となったが、術後21か月のCTで吻合部近傍に緩徐増大傾向の軟陰影を認めた。下部内視鏡では吻合部再発や新規病変は認めず、PET-CTでも同部位のみにFDGの淡い集積(SUVmax2.0)を認めるのみで、他部位には有意な集積はなかった。遠隔転移のない再発・播種の可能性が示唆され、診断もかねて再度手術を行った。術中所見としては吻合部漿膜側に結節を認めるも、他病変なく、吻合部を含む腸管切除術を施行した。術後経過は良好で自宅退院となった。現在外来で経過観察中である。病理検査の結果、腫瘍はdesmoid type fibromatosisの診断であった。

吻合部デスモイド型線維腫症, 大腸癌術後

多発大腸転移巣を有する胆嚢癌の治療経過中に免疫チェックポイント阻害薬に関連する大腸炎を併発した1例

公益財団法人 がん研究会有明病院 臨床教育研修センター¹⁾,
同 肝胆膵内科²⁾, 同 感染症科³⁾,
同 臨床病理センター 病理部⁴⁾, 同 下部消化管内科⁵⁾
黒田花音^{1,2)}, 岡本武士²⁾, 武田孝一³⁾, 高松 学⁴⁾, 千野晶子⁵⁾,
井出大資¹⁾, 鈴木桂梧⁵⁾, 内藤 宏⁵⁾, 後藤諒介⁵⁾, 鈴木圭人^{1,2)},
佐藤洋一郎²⁾, 平井達基²⁾, 前川有里²⁾, 濱田 潤²⁾, 三重堯文²⁾,
古川貴光²⁾, 武田剛志²⁾, 佐々木隆²⁾, 尾坂将人²⁾, 笹平直樹²⁾

【症例】40歳代 男性【既往歴】なし【内服薬】フェブキソスタット【アレルギー】イオメブロール【嗜好歴】飲酒：週4回、喫煙：21-48歳、20本/日【家族歴】特記事項なし【主訴】検診異常【現病歴】便潜血陽性のため施行した大腸内視鏡検査で全大腸に多発隆起性病変を認め、腹部エコーで胆嚢腫瘍も指摘されたため当院紹介受診となった。当院の大腸内視鏡では盲腸から直腸に及ぶびらんを伴う粘膜下腫瘍様隆起が多発し、生検組織診断にて低分化腺癌の診断となった。免疫組織化学検査において腫瘍細胞はHNF4a(+), CDX2(-), SATB2(-)を示し、他臓器癌の大腸転移が示唆された。胆嚢腫瘍は30mm大の形状不整な隆起性病変であり一部壁外への突出も認めた。総合的に胆嚢癌の大腸転移と診断し、ゲムシタピン・シスプラチン(GC)+ペムブロリズマブ併用療法を開始した。5コース目の2日目より嘔気、嘔吐、8-10行の下痢が出現、3日目より血便が出現にて緊急入院した。【入院後経過】入院時の大腸内視鏡検査では粘膜下腫瘍様隆起が残存していたほか、終末回腸から全大腸にかけて発赤とびらんを主体とする非特異的な炎症所見を新たに認めた。組織学的には非特異的な炎症所見のみを認めたが、免疫関連有害事象(irAE)腸炎Grade3の診断でステロイド1mg/kgの投与を開始した。投与2日目より下痢は著明に改善し、6日目よりステロイドの減量を開始したが、再燃リスクを考慮し7日目にペドリズマブを開始した。症状再燃なく12日目に退院した。以降、外来にてステロイドを漸減・中止し、ペドリズマブは合計3回投与した。免疫療法は再開困難と判断しGC+S-1療法を開始した。退院後3か月の経過で、再燃は確認されなかった。【考察】胆嚢癌の消化管転移は稀であり、報告の多くは腹膜播種からの直接浸潤によるものである。本症例ではリンパ節腫大や腹膜結節を認めず、臨床像および画像所見から純粋な血行性転移が第一に考えられた。胆嚢癌多発大腸転移の経過中にirAE腸炎を併発した極めて稀な1例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

転移性大腸癌, irAE腸炎

難治性潰瘍性大腸炎に対するVedolizumabの有効性と好適症例の検討

獨協医科大学 医学部 医学科 5年¹⁾,
獨協医科大学 内科学 (消化器)²⁾,
木暮紘子¹⁾, 菅谷武史²⁾, 小島原駿介²⁾, 金澤美真理²⁾, 田中孝尚²⁾,
富永圭一²⁾, 入澤篤志²⁾

【背景・目的】潰瘍性大腸炎(UC)は原因不明の慢性炎症性腸疾患であり、近年新規治療薬の適応が拡大している。抗インテグリン抗体製剤vedolizumab(VDZ)は腸管特異的に作用し、安全性と有効性が期待されるが、適応症例は十分に明らかでない。本研究では難治性UCに対するVDZの有効性と好適症例を検討した。【方法】対象は2023年4月～2024年11月に当院でVDZを投与した難治性UC34例。主要評価項目は短期(6週)および長期(54週)のclinical response、副次評価項目は内視鏡的重症度別改善率、有害事象、短期改善の有無による臨床的背景の比較とした。【結果】短期的改善率は76.4%(26/34例)、寛解率は44.1%(15/34例)。54週に到達した30例の長期寛解率は53.3%(16/30例)。有害事象は短期に8.8%で認めたが、その後は54週まで発生しなかった。投与時の内視鏡的重症度が低い群(MES 0,1)では短期的改善率が88.9%(8/9例)と高率。寛解群は非寛解群に比べ投与時年齢が若い傾向を示した(p=0.070)。【結語】比較的軽症例が多かったため、短期・長期とも既報と比べ高い改善率を示した。難治性UCにおいても臨床的・内視鏡的重症度が軽度の症例ではVDZが有効である可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎性, ペドリズマブ

大腸巨大脂肪腫による腸重積に対しESDで治療した1例

新久喜総合病院 消化器内科
及川恭平, 石井直樹, 村上洋介, 片桐智子

症例：78歳 男性主訴：鮮血便、腹痛現病歴：既往に前立腺癌術後、高血圧あり。1ヶ月前から左下腹部の違和感及び時折の痛みがあったが増悪なく経過を見ていた。X日、鮮血便を主訴に当院救急外来を受診。腹部は平坦・軟で圧痛なし。CTで下行結腸に爪様所見を伴うLow densityの腫瘍を認め、大腸脂肪腫による腸重積、同腫瘍からの出血が考えられ、入院となった。腹部の自発痛、圧痛は軽度で、血液検査成績からも腸管虚血は否定的だった。そのため緊急手術ではなく、大腸内視鏡検査での診断、内視鏡治療を先行した。大腸内視鏡で管腔を占拠する黄色調の粘膜下腫瘍を認め、脂肪腫が疑われた。表面にびらんがみられ、同部からの出血と考えられた。留置スネアで基部を絞扼した。腫瘍が大きく、スネアでの切除が困難と判断し、ESDを企画した。Dual knifeとHook knifeを用いて留置スネアの腫瘍側を切除した。なお、留置スネアで絞扼されていたために切除中の出血は微量だった。留置スネアの脱落防止目的に切除断端にクリッピングを行った。切除標本では85×50×25mm大で、病理学的に粘膜下層由来の脂肪腫と診断された。悪性所見はなかった。術後合併症なく経過し、X+8日に退院した。本症例ではESD前に留置スネアで基部を絞扼することで、治療中の出血を防止でき、安全に切除できた。腸重積を生じた脂肪腫に対しての内視鏡治療報告が散見される。簡便であるのがUnroofing法であるが、本症例のようなESDでの治療報告例もあり、考察を加える。

腸重積, ESD

当院で経験した日本海裂頭条虫の1例

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
林 星華¹⁾, 平野杏奈¹⁾, 神谷昂汰¹⁾, 中村円香¹⁾, 芳賀将輝¹⁾,
小森徹也¹⁾, 三國隼人¹⁾, 土屋 学¹⁾, 光吉優貴¹⁾, 澁谷尚希¹⁾,
木下勇次¹⁾, 三浦由紀子¹⁾, 木下晃吉¹⁾, 小池和彦¹⁾, 猿田雅之²⁾

【症例】53歳男性【主訴】便にひも状のものが混じる、腹部膨満感【現病歴】202X年11月より月1回程度、白色と淡紅色の10-20cmのひも状構造物が便とともに排出されるようになった。同時期から腹部膨満感も出現し近医を受診、寄生虫症が疑われビランテルバル酸塩を処方されたが改善なく、202X+1年2月に当科を受診した。便虫卵検査にて日本海裂頭条虫が疑われ、駆虫目的で同年3月に入院となった。【既往歴】糖尿病、脂質異常症【家族歴】特記事項なし【海外渡航歴】202X年6月グアム旅行【喫食歴】生肉の摂取はなし。生野菜は市販のもののみ摂取。202X年10月に生焼けの鮭を摂取。市販の刺身は月に2回程度摂取。【入院後経過】入院第1病日の20時にクエン酸マグネシウム、21時にセンノシド24mgを投与した。入院第2病日の朝に反応便があることを確認した上で、8時にプラジカンテル1650mgを投与し、10時にクエン酸マグネシウムを追加した。12時頃に計10m程度の虫体の排出を確認した。以降、腹部症状等なく経過し、第3病日に退院となった。虫体を75%アルコールで固定し、感染制御部で詳細に観察した結果、当初は1隻と考えられたが、2隻の日本海裂頭条虫であることが判明した。退院2ヵ月後の外来で寄生虫の虫卵検査を行い、陰性を確認した。【考察】日本海裂頭条虫はサケやマスなどを第二中間宿主とし、魚介の生食文化がある本邦では、年間300-500例程度の発生が推定されている。文献的考察を加え、報告する。

日本海裂頭条虫, 寄生虫

37 腎細胞癌により閉塞性黄疸をきたし死亡した一例

川崎協同病院 消化器内科
大小田凱, 野本朋宏

はじめに：閉塞性黄疸の主な原因として総胆管結石嵌頓や胆管・膵臓悪性腫瘍の浸潤などが挙げられるが、肝胆道系以外の腫瘍が浸潤して閉塞に至る症例も存在する。腎細胞癌の胆管直接浸潤により閉塞性黄疸をきたした症例を経験したので報告する。

症例：60歳代男性。黄疸、右側腹部痛を主訴に来院した。身体所見としては右季肋部の圧痛と眼球結膜黄染を認めた。血液検査ではビリルビン、肝胆道系酵素およびCRPが上昇していた。腫瘍マーカーでは、CA19-9・PIVKA-2が高値であった。腹部単純CTでは、右腎腫大および辺縁高吸収・内部低吸収の腫瘍を認め、腎細胞癌を疑った。腫瘍の肝門部直接浸潤による肝内胆管の拡張を認め、右腎細胞癌に伴う閉塞性黄疸の診断で入院とした。

入院経過：第13病日の夕方より意識障害が出現した。血液検査では腎機能悪化および貧血の進行を認めた。肝性脳症は否定的であり、頭部CTでも特記事項はなかった。腎機能悪化に対し、透析を開始した。黒色嘔吐あり、上部消化管出血を疑いオメプラゾールを開始し、適宜輸血により補正を行った。その後も全身状態の改善乏しく、第18病日に死亡確認を行った。病理解剖では総胆管への腫瘍直接浸潤を認め、閉塞性黄疸の原因と考えられた。これにより黄疸腎となり、肝不全・腎不全の進行に伴い意識障害が出現した可能性が示唆された。最終的には、右腎細胞の進行に伴う閉塞性黄疸により腎不全・肝不全をきたし、上部消化管出血に伴いそれらがさらに進行して致死的なものとなったものと判断した。

考察：腎細胞癌は血行性転移が多く、他臓器への直接浸潤は稀とされる。田畑らの報告によれば、腫瘍と肝の癒着を認めることはあるが、肝被膜が強固であるため直接浸潤は稀である。組織学的に直接浸潤を認めた例では、細胞が分裂を繰り返して悪性度を増していき、直接浸潤部では紡錘形・多型性の細胞を充実に認めたとのことである。本症例でも同様に、腎周囲では典型的な淡明細胞癌の組織像を認めたが、浸潤部では紡錘形の細胞を充実に認め、極めて悪性度が高いと考えられた。

結語：腎細胞癌が胆管に直接浸潤する稀な症例を経験した。

腎細胞癌の肝門部直接浸潤、淡明細胞癌の紡錘形・多型性細胞

38 後腹膜原発孤立性線維性腫瘍に対して動脈塞栓後に手術を施行した1例

順天堂大学 練馬病院 総合外科¹⁾、同 病理診断科²⁾
穂坂大誠¹⁾、河野真吾¹⁾、白川峻佑¹⁾、千葉義之¹⁾、山本剛史¹⁾、伊藤 謙¹⁾、行田 悠¹⁾、町田理夫¹⁾、石山 隼¹⁾、野呂拓史¹⁾、渡野遼郎雄¹⁾、發知詩織²⁾、小倉加奈子²⁾、須郷広之²⁾

【目的】孤立性線維性腫瘍（solitary fibrous tumor; 以下SFT）は比較的に間葉系腫瘍であり、治療は外科的切除が原則である。今回我々は、後腹膜原発の多血性SFTに対して動脈塞栓後に腫瘍摘出を施行した症例を経験したので報告する。【症例】80歳代女性。2週間程度持続する全身倦怠感と排尿時違和感の精査外来にて、腹部超音波検査で膀胱周囲に等エコーの構造物を認めたことを契機に腹腔内腫瘍が判明した。造影CTでは膀胱前腔に不均一に早期濃染される長径10cm大の多血性腫瘍を認めた。MRIでは一部に拡散低下領域を伴う内部不均一な腫瘍を認めた。CTガイド下生検検体で、組織学的に異型に乏しい短紡錘形細胞のpatternless patternを伴う増生、および免疫染色で腫瘍細胞の核にSTAT6の陽性像を認めた。PET-CTでは転移を疑う集積を認めなかった。孤立性線維性腫瘍の術前診断で、左右の内腸骨動脈および左下腹壁動脈に対して塞栓術を行ったのち、開腹腫瘍切除を行った。腫瘍径は100×80×40mm、多血性腫瘍のため出血コントロールに難渋し、手術時間は143分、出血量は997gであった。術後経過は良好であり術後9日目に自宅退院した。術後の標準病理結果は術前診断を支持するものであり、組織学的に腫瘍壊死を思わせる地図上に広がる壊死を認め、WHO分類第5版に登場した予後予測モデルでは再発リスクは中間群に相当した。術後は造影CT等の画像診断を用いて定期的にフォローアップ予定である。【結語】後腹膜原発の多血性SFTに対し、術前に動脈塞栓術を行ったうえで腫瘍全摘術を施行した症例を経験した。術前動脈塞栓術は多血性腫瘍における出血リスク軽減に寄与し得ると考えられ、今後も有用な治療戦略の一つとなる可能性がある。

孤立性線維性腫瘍, IVR

39 脾疾患に伴う食道胃静脈瘤の臨床的特徴の検討

獨協医科大学 医学部 内科学（消化器）講座
大垣 響, 稲葉康記, 山宮 知, 牧 匠, 嘉島 賢, 佐久間文, 福士 耕, 山元勝悟, 牧 竜一, 入澤篤志

【背景】脾疾患による脾静脈の閉塞や狭窄が原因で上昇した静脈圧を緩衝する形で消化管静脈瘤を形成することがあり、その病態は左側門脈圧亢進症と呼ばれる。求肝性の門脈血流を呈し、通常の門脈圧亢進症と病態が異なるが、臨床的特徴に関する報告は少なく、予防治療に対するコンセンサスは得られていない。今回、脾疾患に伴う食道胃静脈瘤の臨床的特徴について検討した。【方法】2019年1月から2022年12月までEGD、造影CTを施行した脾疾患患者124例（脾悪性腫瘍92例、慢性肝炎32例）を対象とした。評価項目としては、食道胃静脈瘤の合併頻度、食道胃静脈瘤の内視鏡的特徴、静脈瘤血行動態、転帰とした。【結果】食道胃静脈瘤（EV, GV）は11例で見られ、全体の8%であった。出血例はなかった。全11例で脾静脈狭窄を呈しており、左側門脈圧亢進症の血行動態を呈していた。内視鏡的特徴として噴門・穹窿部から胃体部全体におよぶ広範囲にGVが認められた。さらに、EV発症例は、全例で肝硬変や門脈閉塞の門脈圧亢進症を合併しており、Red color sign（RCS）の発生頻度も60%と高かった。また、予防治療として全例で制酸薬の投与がおこなわれた。【考察】左側門脈圧亢進症に、門脈圧亢進症を合併した症例で、EVの発生やRCSがみられた。既存の報告と同様に、門脈圧亢進症を合併することにより求肝性血流から遠肝性血流となり、LGVが脾静脈圧を緩衝できず上行性の側副血行路としてEVを形成したと推察できた。また、GVのerosionやRCSはなく、制酸薬が出血率の低減に寄与した可能性がある。しかし、EVに関しては制酸薬投与下でもRCSの発生率が高く、予防的内視鏡治療を考慮する必要がある。【結語】脾疾患に伴う食道胃静脈瘤（左側門脈圧亢進症に伴う食道胃静脈瘤）に、門脈圧亢進症を併発した場合、出血リスクがあるため予防治療を考慮する必要がある。

左側門脈圧亢進症, 食道胃静脈瘤

40 非中毒性巨大結腸症を合併した潰瘍性大腸炎の1例

水戸済生会総合病院 消化器内科
高須美香, 柏村 浩, 吉武寛隆, 高野竜馬, 奥野恵理, 山田修三, 根本陽介, 宇佐美佳恵, 宗像紅里, 金野直言, 青木洋平, 仁平 武, 野崎礼史, 丸山常彦, 大谷明夫

【緒言】中毒性巨大結腸症は潰瘍性大腸炎（以下UC）の絶対的手術適応であり、緊急手術の死亡率・合併症リスクは3%と低くない。一方、頻脈や発熱や血圧低下などの中毒症状を欠く「非中毒性巨大結腸症」も存在し手術適応に難渋する事がある。【症例】80歳代女性【主訴】血便、下痢【既往歴】変形性股関節症手術【現病歴】X-19年に潰瘍性大腸炎を発症し、SASP内服や5ASA注射で安定し近医で通院加療していた。ステロイド使用歴や入院歴はない。X-1ヶ月より血便や下痢が悪化しX日に当院に入院した。【治療経過】入院2日目にUC中等症としてプレドニゾン40mgを開始したが、腹痛と血便は持続しステロイド抵抗例と判断した。入院8日目インフリキシマブ（以下IFX）を導入した直後に下痢血便と腹痛の軽減が認められたが、3日後から症状は再燃持続しIFX不応が予想された。その後、入院16日目のCTで巨大結腸症を認めた。この時点で腹痛は軽度で高熱や頻脈も見られず白血球数も正常であったが、巨大結腸症に経時的改善はみられず、大腸穿孔から手術に至る可能性が高いと考え外科チームと情報共有を開始した。X+25日に開腹大腸全摘術+小腸単孔式人工肛門増設術を行った。炎症は筋層に及び潰瘍底には強い炎症を伴っていた。拡張した横行結腸では一部平滑筋の断裂が認められ巨大結腸の原因と考えられた。【考察】巨大結腸症合併UCは非穿孔例に比し穿孔例の死亡率が3から5倍に増加すると言われている。バイタルサインや血液検査所見が比較的落ち着いた非中毒性巨大結腸症に於いても手術が妥当とする最近の報告があり、当症例も手術適応と考えられた。

潰瘍性大腸炎, 非中毒性巨大結腸症

国家公務員共済組合連合会 南共済病院 消化器内科
佐々木美穂, 小柏 剛, 阿部怜実, 山路慧人, 与那嶺諒, 小川慧祐,
林 智恩, 古澤享子, 吉村勇人, 小串勝昭, 三箇克幸, 井口靖弘,
岡 裕之, 近藤正晃

【症例】82歳男性【主訴】水様性下痢【現病歴】高血圧症の既往があり、テルミサルタン、ニフェジピンによる内服加療を行っていた。20XX年4月、10行/日程度の水様性下痢が出現し、前医を受診した。当初、感染性腸炎が疑われレボフロキサシンが投与されたが、改善がないため当院当科を紹介受診した。来院時、10行/日の水様性下痢、しぼり腹、便失禁を認めたが、体重減少や血便、発熱は認めなかった。血液検査では白血球 $6100/\mu\text{L}$ 、CRP 1.31mg/dlと軽度の炎症反応の上昇を認めたが、便培養検査は陰性であった。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸の絨毛の萎縮、顆粒状変化を認め、大腸内視鏡検査では、終末回腸の絨毛長の短縮と絨毛の萎縮、発赤を認めた。病理組織診断では、軽度の絨毛萎縮、リンパ球を主体とした炎症細胞浸潤と一部で好酸球浸潤を認めたが、collagen-bandは認めなかった。アンギオテンシンII受容体阻害薬(ARB)による下痢を疑い、テルミサルタンを中止したところ、下痢は改善した。その後も下痢の再燃はなく、高血圧に対してARB以外の降圧薬での治療を継続していく方針である。【考察】2012年以降、欧米ではオルメサルタンに関連したsprue-like-enteropathyの報告がみられ、2013年7月にFood-Drug-Administrationからオルメサルタンによる重度な慢性下痢症の注意喚起がなされた。本邦でも同年10月に厚生労働省薬品食品局に報告がなされており、薬剤の中止で速やかに改善が得られることから慢性下痢の鑑別として重要である。大多數の報告がオルメサルタンによる薬剤性腸炎であるが、他のARBによる薬剤性腸炎の報告も散見される。今回テルミサルタンが原因と思われる薬剤性腸炎の一例を経験したため、文献的考察を踏まえて報告する。

薬剤性腸炎、アンギオテンシンII阻害薬

JCHO 船橋中央病院 消化器内科
茂木智拓, 永島裕樹, 市川峻平, 西村 駿, 浅野公将, 嶋田太郎,
土屋 慎, 加藤佳瑞紀

60歳代男性。高血圧症等で近医定期通院中の定期採血にて肝機能異常の指摘あり当院紹介受診となった。腹部造影CTにて盲腸～パウヒン弁までの結腸壁肥厚及び盲腸に低濃度腫瘍を認めた。腫瘍は後腹膜神経叢に沿って臍頭部背側～臍頭部内側～肝門部にまで至っており一部内部に粘液を疑う液体貯留を認め、腹腔動脈、傍大動脈、右外腸骨周囲等にリンパ節腫大を認めた。悪性腫瘍に伴う胆道閉塞と考えられ精査加療目的に入院となった。入院第2病日に下部消化管内視鏡検査施行し、盲腸に外側から突出するような腫瘍を認め、生検にて腸型形質を示す低分化型粘液性腺癌が検出された。第6病日に臍周囲に広がる低エコー領域より超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行し、原発巣と同様の組織を認めた。総ビリルビンが 5.1 mg/dL と上昇傾向を認め第7病日に減黄目的に内視鏡的逆行性胆管膵管造影施行するが十二指腸の高度の浮腫を認め十二指腸乳頭部の視認ができず断念した。腹部超音波検査にて肝内胆管の拡張を確認後第14病日に超音波内視鏡下胆道ドレナージ術を施行し、総ビリルビンは 1.2 mg/dL と改善を認めたものの病状進行を認め、相談の結果Best Supportive Careの方針となり第41病日に施設退院となった。広範囲に及ぶ虫垂粘液性腺癌を経験したため文献的考察を加えて報告する。

虫垂癌, EUS-HGS

昭和医科大学医学部 内科学講座消化器内科部門¹⁾,
同 内科学講座血液内科部門²⁾,
昭和医科大学病院 内視鏡センター³⁾
石井有莉寿¹⁾, 山崎裕太¹⁾, 水野紗也香¹⁾, 森 大地¹⁾, 樋口健佑¹⁾,
鈴木統大¹⁾, 中谷真也¹⁾, 菊池一生¹⁾, 藤原敬久¹⁾, 居軒和也¹⁾,
紺田健一¹⁾, 東條正幸¹⁾, 片桐 敦¹⁾, 綿貫めぐみ²⁾, 若村邦彦³⁾,
吉田 仁¹⁾

【症例】20代女性【既往歴】プロラクチノーマ【現病歴】20XX-4年に他院で潰瘍性大腸炎(UC)と診断され5-ASA製剤(メサラジン)で寛解したが、20XX年4月に再燃した。5-ASA増量で改善せず、6月からプレドニン(PSL)30mgが開始された。PSL導入後も寛解に至らず10月に当院を紹介受診した。【経過】ステロイド抵抗性と判断し、PSLを漸減しつつベドリズムパ(VDZ)を導入したところ臨床的改善を認めた。しかしVDZ2回目投与4週後に少量の血便と黄疸で予約外受診した。血液検査でヘモグロビン $6.9\rightarrow 4.3\text{ g/dL}$ 、総ビリルビン $3.6\rightarrow 5.2\text{ mg/dL}$ と増悪を認め、溶血性貧血と診断し、緊急入院した。骨髄穿刺で造血異常を認めず、直接クームス試験陽性、IgG陽性より温式自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断した。以前から間接優位の高ビリルビン血症と貧血が持続していたことからUCの腸管外合併症によるAIHAの増悪と判断した。また入院後臨床的寛解であったためVDZはUCに対して有効であると判断した。VDZ継続しAIHAに対してPSL40mg(1mg/kg)を開始したところ、速やかに溶血所見が改善したため第11病日に退院した。外来でPSLを漸減し20XX+1年7月に終了した後も3か月間再燃を認めず、またVDZ継続によりUCの寛解も維持している。【考察】本例は慢性持続していたAIHAがVDZ導入期に増悪したことにより診断に至った。UC患者の20-30%に腸管外合併症を認めるが、AIHAは全体の1%未満と極めて稀な合併症である。PSLが基本治療だが、UC活動性の制御も重要である。UC患者に黄疸や貧血を合併した場合、腸管外合併症としてAIHAの合併を鑑別する必要があると考えられた。貴重な症例を経験したため若干の文献的考察を踏まえて報告する。

潰瘍性大腸炎、自己免疫性溶血性貧血

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

【症例】51歳女性【主訴】血便【現病歴】20XX年2月2日から排便時の出血があり、精査目的に2月10日に当科紹介となった。【既往歴】卵巣嚢腫(チョコレート嚢胞)術後【臨床経過】20XX年2月26日に下部消化管内視鏡検査を施行し、虫垂開口部に10mm大の弾性硬で可動性良好な粘膜下腫瘍を認めた。腹部エコーでは同部位に低エコーな腫瘍を認め、造影CTでは造影効果を伴う充実性腫瘍を認めた。MRIではT1低信号、T2低信号、DWI高信号を呈し、GISTや平滑筋腫が鑑別に挙げられた。4月18日に診断的治療目的で腹腔鏡下回盲部切除術を施行し、病理組織学的に腸管子宮内膜症と診断された。【考察】腸管子宮内膜症は主に直腸・S状結腸に発生し、虫垂に発生するものは稀である。虫垂子宮内膜症は術前画像検査のみでは確定診断が困難なことが多い。今回われわれは稀な虫垂子宮内膜症の一例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

腸管子宮内膜症, 虫垂腫瘍

魚骨をCTで経時的に追跡することができた超高齢者の一例

JCHO 東京蒲田医療センター 消化器内科¹⁾、
東邦大学医療センター大森病院 消化器内科²⁾
湯原 脩¹⁾、吉峰尚幸¹⁾、杉村真之介¹⁾、井田知宏¹⁾、井野邊優香¹⁾、
毛利利秀¹⁾、小林俊介¹⁾、宮澤秀明¹⁾、永井英成¹⁾、松田尚久²⁾、
五十嵐良典²⁾

【症例】90歳台、女性。高血圧と脂質異常症で近医に通院中であつた。食後数時間で間欠的な心窩部痛が出現し始め、改善しないために当院へ救急搬送された。理学的所見では、心窩部に軽度の圧痛を認めたが、反跳痛や筋性防御は認められなかった。血液・生化学検査所見では特記すべき異常所見は認められず、腹部単純CT検査にて胃前庭部に線状の異物を認め、異物誤飲による心窩部痛が疑われた。緊急入院後に内視鏡的異物除去を検討したが、腹部単純CT検査所見で多量の胃内容物が認められ、超高齢者であることもあり、本人と家族の同意が得られず経過観察となった。第2病日の腹部単純CT検査では、線状の異物はS状結腸まで下降していることが確認され、さらに第3病日の同検査では直腸まで達していることが確認された。その後第4病日の同検査では、線状の異物は直腸の同部位に滞留していることが確認された。直腸壁への異物の刺入の可能性が疑われ、内視鏡的異物除去の必要性を再度家族と本人へ説明し、同意が得られたため同日に下部消化管内視鏡検査を施行した。その結果、下部直腸に魚骨を確認し、把持鉗子にて回収に成功した。除去後も理学的所見に異常を認めず、第5病日に退院となった。なお、退院後も腹痛なく順調に経過している。【結語】今回我々は魚骨を腹部CT検査で経時的に追跡することができた超高齢者の一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

魚骨，異物除去

治療に難渋したCronkhite-Canada症候群に対してアザチオプリンで寛解導入が得られた一例

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¹⁾、
慶應義塾大学予防医療センター 消化器内科²⁾、
医療法人真会 南医院 消化器内科³⁾
大塚祐治¹⁾、木下 聡²⁾、柳岡 響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】60代男性【主訴】食思不振、下痢【経過】X-2年3月頃より食思不振、下痢が出現し前医でプロトンポンプ阻害薬が投与されるも症状の改善がなく、体重は1か月で約3kg減少した。同年4月に施行した上部消化管内視鏡(EGD)で幽門前庭部の腫瘍性病変と狭窄を指摘され、当院紹介受診のうえ精査加療目的に入院となった。身体所見では両下腿の圧痕性浮腫と脱毛、血液検査で低アルブミン血症(3.3g/dL)、CRP軽度高値(1.76mg/dL)を認めた。腹部造影CTで十二指腸と上行結腸・下行結腸に偏在する全周性の壁肥厚と上下部内視鏡検査で胃と大腸に無茎性びまん性のポリポース、カプセル型小腸内視鏡で絨毛の浮腫状変化を認めた。以上からCronkhite-Canada症候群(CCS)の診断基準を満たしたことから確定診断に至った。プレドニゾン(PSL)40mg/日(0.5mg/kg)で治療を開始したところ、第6病日から徐々に食事摂取が可能となり、排便回数は5回から1回まで減少、状態が安定したため第25病日に退院となった。その後、外来でPSL3mgまで漸減したところ、両下腿浮腫が再燃し、体動困難、血液検査で低アルブミン血症(1.7g/dL)を認めたためCCSの増悪と判断し再入院となった。PSL40mg/日に再増量するも改善が得られず、アザチオプリン25mgを導入したところ徐々に浮腫は改善し第21病日に退院となった。一方で入院時の身体所見で左第5趾黒色壊死と両側外顆潰瘍が見られ、造影CT検査で左膝窩動脈の50%狭窄を認め、下肢動脈閉塞症に対してCCSのコントロールがいった3ヶ月後に左足趾離断術を行った。【考察】CCSは原因不明の希少疾患であり、消化管に非腫瘍性ポリポースを形成して吸収障害を引き起こすことが知られている。本症例はPSLだけではコントロールが出来ず、免疫抑制剤を組み合わせることで良好な経過を得られた一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

Cronkhite-Canada症候群，アザチオプリン

出血性ショックを来した重症潰瘍性大腸炎に対して経カテーテル的動脈塞栓術で緊急手術を回避した1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科
高橋くるみ、飯島良彦、加藤正樹、津久井充人、荒木建一、
塚本京子、石田 潤、小松拓実、中本悠輔、佐藤義典、前畑忠輝、
立石敬介

【症例】24歳、男性【経過】20XX年3月に潰瘍性大腸炎(UC)を発症し、5-ASA製剤を開始した。同年4月に発熱、1日10行以上の血便を伴う水様便、腹痛が出現したため、入院加療を行う方針とした。入院時の下部消化管内視鏡(CS)では、全大腸粘膜において血管透見像の消失を認め、潰瘍を散見した。以上から、重症の全大腸炎型UCと診断した。第1病日よりプレドニゾン60mg/日を開始したが、症状の改善に乏しく、ステロイド抵抗例と判断した。第3病日よりウパダシニブ(UPA)45mg/日を開始したところ、症状は改善傾向を示した。第12病日に大量の血便と血圧低下、頻脈を認めた。腹部造影CT検査で上行結腸に造影剤の漏出を認め、下部消化管出血による出血性ショックと判断した。外科的治療を検討されたが、本人の希望により、緊急で経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)を施行した。上腸間膜動脈の分枝より造影剤の漏出があり、同血管を液体塞栓物質で塞栓した。加療後より速やかにショックバイタルから離脱した。その後も腹部症状の再燃および大量出血は経過した。第26病日のCSで内視鏡的粘膜治療を確認したため、第42病日に退院した。退院後4か月を経過したが、臨床的寛解を維持している。【考察】UCにおいて大量出血は致死的となり得る重篤な合併症のため、緊急での外科的手術が推奨されている。本邦のガイドラインでは、大量出血時におけるTAEの位置付けは明確に記載されておらず、現時点では症例報告のみとなっている。既報では、いずれもTAEにより一時的に止血を得たが、数日以内に再出血を来し、緊急手術に至っている。本症例はTAE単独で止血を得ており、その後も緊急手術を回避している。緊急手術は一般的に予定手術よりも周術期の合併症のリスクが高く、術式選択が制限されるといった課題がある。今回我々は、出血性ショックを来した重症UCに対してTAEで緊急手術を回避した1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

US, TEA

肝細胞癌に対するレンパチニブ投与中に腸管気腫症を発症した一例

獨協医科大学埼玉医療センター 消化器内科
高木 央、草野祐美、前田紘希、山田奏太郎、加藤陽佳、
猪又光太郎、小池悠太郎

【症例】67歳、男性。【主訴】なし。【既往】大腸ポリープ、前立腺がん、鎖骨骨折、虫垂炎。【現病歴】30代の時にC型肝炎を指摘されるも治療介入には至らず、200X-12年にPeg-IFN+RBV+TVRによる3剤併用療法にてSVR達成。同年にS8の肝細胞癌に対しRFAを実施。200X-1年5月にS2の肝内転移に対し肝外側区域切除を実施されるも、200X年6月に転移性骨腫瘍を指摘されAtezolizumab+Bmab開始。【臨床経過】200X年10月から切除不能肝細胞癌に対する2次治療としてLenvatinib 12mgを開始した。治療開始1か月後に実施した効果判定目的のCT検査にて転移性骨腫瘍は縮小を認めるも、小腸に壁在気腫を認め腸管気腫症の診断で当院外科へ入院となった。腸管気腫症の原因となる腸閉塞や腸炎などの背景疾患の併存はなく、抗VEGF抗体であるLenvatinibが原因と考えられた。緊急での試験開腹も検討されたが、腹部症状は乏しく、禁食による腸管安静と被疑薬の休業による嚴重な経過観察を行った。第6病日に実施したCT検査にて小腸の壁在気腫の減少を認めたため、同日より食事を再開するも再燃なく経過し、第8病日に退院となった。【考察】腸管気腫症は腸管の粘膜下や漿膜下に含気性囊胞を形成する稀な疾患である。多くは、腸閉塞や腸炎、慢性閉塞性肺疾患や膠原病などの基礎疾患を原因とする続発性の腸管気腫とされているが、近年では分子標的薬である抗VEGF抗体などによる薬剤性の腸管気腫症も報告されている。分子標的薬による腸管気腫症の多くは原因薬剤の中止と腸管安静による保存的治療で軽快するとされており、本症例もLenvatinibの中止により保存的加療で軽快を認めた。分子標的薬は現在でも様々な癌腫で保険適応になっており、薬剤を使用する際には腸管気腫症の発症の可能性を念頭に置く必要がある。

レンパチニブ，腸管気腫症

自治医科大学附属病院 消化器・肝臓内科
本間琢朗, 上野 航, 大塚陽介, 渡邊俊司, 三浦光一, 森本直樹, 矢野智則

【症例】70歳代女性。【主訴】筋肉痛, 体動困難, 発熱。【現病歴】C型肝硬変を背景とした肝細胞癌でX-8年より肝動脈化学塞栓術およびラジオ波凝固療法を繰り返し施行したが, 門脈浸潤を伴う再発がみられSTRIDEを開始した。STRIDE導入day15に腰痛, 四肢の筋肉痛を自覚し徐々に歩行困難も出現したため当院救急外来を受診した。採血でCK上昇, LDH上昇, AST, ALT上昇を認めた。免疫関連有害事象 (irAE) による筋炎の暫定診断で緊急入院した。【入院後経過】入院に際して, 重症筋無力症や心筋炎の可能性も考慮し, 神経内科および循環器内科に診察を依頼した。当初は経胸壁心エコーで明らかな壁運動低下を認めず, 顔面筋, 嚥下, 呼吸にも問題はなく, irAE筋炎としてday17からPSL 50mg/日 (1mg/kg/日) を導入した。しかしday19に奇異性呼吸による呼吸困難を訴え, HR 25~40 bpm程度の不整な徐脈が現れた。循環器内科に再度診察を依頼し, irAE心筋炎による心室内伝導障害と考え, 冠動脈造影・経皮的ペーシング開始, 心筋生検, 気管内挿管を行いICU入室した。心筋生検では心筋細胞にリンパ球の多数浸潤, 心筋細胞の萎縮や変性を認めirAE心筋炎と診断した。day19よりmPSL 1000mg/日を施行したがCK高値は改善せず, ミコフェノール酸モフェテルを適用外使用し, 心筋逸脱酵素はピークアウトしたが心機能は回復しなかった。day35に死亡退院となった。【考察】STRIDE開始15日後に発症したirAE心筋炎の症例である。進行肝癌に対して免疫療法の有用性が報告されるようになり, 多くの症例で導入されている一方で, 重篤な免疫関連有害事象を発症しうするため, 慎重な対応が必要である。肝細胞癌の免疫療法によるirAEのリスクにつき文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌, 免疫関連有害事象

千葉大学 大学院 医学研究院 消化器内科学
木下裕介, 米本卓弥, 安齋春香, 藤谷 誠, 赤塚鉄平, 伊在井亮, 片山慶一, 澤田 翠, 土屋貴大, 三輪千尋, 吉埜稜平, 渡部太郎, 弓田 冨, 興侶慧樹, 井上将法, 中村昌人, 叶川直哉, 小笠原定久, 中本晋吾, 加藤 順

症例は45歳男性, X-4年11月に健康診断で肝腫瘍を指摘された。S5単発, 30mmの肝内胆管癌の術前診断で肝部分切除術が施行されたが, 病理結果で肝細胞癌と判明した。経過観察していたところ, X-1年4月に左肺尖部結節の増大を認め, 胸腔鏡下左肺部分切除術を施行した。病理検査では肝細胞癌の肺転移と診断された。術後もAFP上昇が持続し, X年2月に左肺に新規結節を認めた。その後, X年5月には背部痛が出現し, 造影CTで脾体尾部に造影不良腫, 少量腹水を認め, 脾腫, 脾臓性脾炎が疑われた。診断目的にEUS-FNAを施行したところ, 病理所見では異型細胞が索状構造を伴って認められ, 既往歴を踏まえると, 肝細胞癌の脾転移に矛盾しないと考えられた。全身状態, 肝予備能ともに十分に保たれており, 複合免疫療法の適応があると判断された。レジメンが協議され, 脾静脈に血栓を認めていたため, VEGF阻害作用を有する薬剤の投与は避ける方針となった。そのため, ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を導入した。1サイクル投与後, 皮膚炎や破壊性甲状腺炎, 肝炎といった免疫介在性有害事象を発症した。肝炎はステロイド外用薬を使用し, 破壊性甲状腺炎により生じていた頻脈についてはビソプロロールフルマル酸塩の投与をおこない, いずれも軽快した。肝炎に対しては早期に2mg/kgの高用量プレドニゾロンの投与をおこなったが, 速やかに改善したためプレドニゾロンは漸減していった。ニボルマブ・イピリムマブ併用療法は1サイクルのみの投与であったが, 投与開始前に5402.9ng/mLであったAFPは投与1ヶ月後には151.0ng/mLまで低下し, 同時期の画像評価では, 脾転移はPR相に縮小していた。造影CTの所見では脾腫が疑われた脾腫瘍に対し, EUS-FNAを施行したことで肝細胞癌の脾転移と診断することができ, ニボルマブ・イピリムマブ併用療法を導入し得た。肝細胞癌の転移部位において脾臓は稀であり報告も少ない。今回, 貴重な症例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する。

肝細胞癌脾転移, ニボルマブ・イピリムマブ併用療法

国家公務員共済組合連合会 立川病院 消化器内科
岡村真伊, 鍛冶場寛, 黒崎 颯, 湊 喜洋, 影山和也, 近藤まゆ子, 山根 剛, 古宮憲一

【症例】49歳, 女性【主訴】なし(健診異常)【現病歴】X年Y-2月に健診で腹部超音波検査を受け, 肝右葉後上区域 (S7) に占拠性病変を指摘された。前医を受診し施行された造影CT検査で, 肝S7に非造影で低吸収, 動脈相で軽度濃染し門脈相で低吸収を呈する約2cm大の腫瘍を指摘された。Y月に精査目的で当院を紹介受診した。【既往歴】なし【経過】同病変はEOB造影MRI検査で, 動脈相高信号, 門脈相低信号, 肝細胞相低信号を示し, PET-CT検査で同病変のみにFDG高集積を認めた。肝細胞癌を疑い, 診断的治療目的でY+2月に腹腔鏡下肝後区域切除術を施行した。摘出標本の肉眼所見では肝S7に灰白色調で比較的境界明瞭な単発の結節性腫瘍を認めた。病理組織学的所見では小型から中型リンパ球様細胞の増生を認め, CD20・CD79α陽性, CD3・CD5・CD10陰性であった。一部の胆管上皮にlymphoepithelial lesionを認め, MALTリンパ腫と診断した。術後の骨髄生検で骨髄浸潤がないことを確認し, 肝原発MALTリンパ腫と診断した。Ann Arbor分類 stage Iで追加治療を行わず経過観察とし, 術後6年経過しているが再発なく経過している。【考察】肝原発MALTリンパ腫は極めて稀で, 節外性リンパ腫の0.4%に過ぎない。背景因子としてC型肝炎, B型肝炎, 原発性胆汁性胆管炎, H. pylori感染などの慢性炎症の関与が報告されているが, 本例のように基礎疾患を伴わない症例も少なくない。特徴的な画像所見としてVPS (vessel penetration sign) やSE (speckled enhancement) が報告されているが, 本例のように特徴的な画像所見を欠く例も多く, 肝細胞癌や胆管細胞癌との鑑別が困難で術前診断に苦慮した報告が多い。確定診断には組織診断が必要なものもあり, 診断的肝切除が行われた報告が中心だが, 生検を施行して診断に至り, リツキシマブを含む化学療法や除菌療法が行われた例もある。いずれも予後は良好だが, 8年以上経過した後に肺へ再発した症例もあり長期的なフォローが不可欠である。術前診断に苦慮した肝原発MALTリンパ腫の1例を経験した。

肝臓, MALTリンパ腫

防衛医科大学校病院 消化器内科
池田 暁, 高本俊介, 榎刈量太, 富田謙吾, 成植和幸, 古橋廣廣, 田原寛之, 堀内知見, 高橋 駿, 岡田 大, 植田浩貴, 吉岡幹士, 田中 諒, 藤田知彰, 杉浦拓海, 岡井真太郎

【症例】72歳男性【主訴】嘔吐【既往歴】C型肝炎硬変, アルコール性肝硬変, 肝細胞癌, 肺腺癌, 早期胃癌【現病歴】肝硬変に対し当科かかりつけの方。20XX年7月27日嘔気が出現し, 近位を受診。メトクロプラミド・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩を投与されるも改善せず, 当院救急外来を受診された。来院時の採血にてNa 118mmol/Lと低ナトリウム血症を認めたため, 電解質補正および原因精査のため入院となった。【入院後経過】入院後, 3%塩化ナトリウム水溶液を用いて0.5~1mEq/hrのペースで電解質補正を開始した。同日の採血で130mmol/Lとなったところで生理食塩水での補正に変更, 同時に症状の改善が見られた。アジソン病やSIADH, 甲状腺機能低下症などを鑑別疾患として, コルチゾールや甲状腺ホルモンなどの各種ホルモン検査や頭部CT検査を行うも, 特記所見は認められなかった。7月29日に補正を終了し, 7月30日に採血を行ったところ, Na 123mmol/Lと著明な低下を認めたため, 再度生理食塩水による補正を開始した。また, 薬剤性低ナトリウム血症の被疑薬としてランソプラゾールが挙がり, 7月31日より内服を中止することとなった。8月2日, 本人の退院希望もあり外来フォローの方針で退院となった。8月12日, 採血にてNa 129mmol/Lと低下してしており, 問診にてランソプラゾールが再開されていたことが判明したため, 内服中止を指示した。以降の外來での採血ではNa 131mmol/L以上が維持されているため, ランソプラゾールによる低ナトリウム血症と判断した。【考察】ランソプラゾールは消化器領域を中心に広く使用されている薬剤である。本症例では胃癌に対するESDを契機にランソプラゾールの内服を開始し, 4年間は副作用を認めなかったが, 突然嘔気症状が出現し, 低ナトリウム血症を来することとなった。添付文書上, 低ナトリウム血症の発生頻度は不明という形で記載されているが, 若干の文献的考察を加えて報告する。【結語】ランソプラゾール長期内服中に低ナトリウム血症を発症した肝硬変の一例を経験したため報告する。

低ナトリウム血症, 肝硬変

国家公務員共済組合連合会 立川病院 消化器内科
黒崎 颯, 近藤まゆ子, 岡村真伊, 湊 喜洋, 鍛冶場寛, 影山知也,
山根 剛, 古宮憲一

【背景】肝膿瘍の治療は抗生剤投与+ドレナージで行うことが一般的であるが、ドレナージの閾値は施設の規模や術者の熟練度など現場の医療体制によって異なると考えられる。今回当院における過去10年間の肝膿瘍症例について臨床的特徴や治療効果を検討した。【方法】2015年9月から2025年8月の期間に当院で入院加療を行った肝膿瘍症例67例を対象とした。年齢、性別、症状、併存疾患、原因、膿瘍径、処置の有無、抗生剤の種類、血液培養結果、原因菌、入院期間、治療期間について分析を行った。【結果】患者背景は平均年齢74.3歳で、男性が36例(53.7%)とやや多く、併存疾患としては悪性腫瘍は26(38.8%)例、糖尿病は18例(26.9%)に認めた。症状は発熱を53例(79.1%)、腹痛を27例(40.3%)に認めた。原因は胆嚢炎胆管炎が53例(35.8%)、肝胆道系の悪性腫瘍が16例(23.9%)、肝嚢胞が7例(10.4%)、原因不明が20例(29.9%)であった。膿瘍径は平均54.6mmであり、処置は経皮的肝膿瘍ドレナージが22例、ERCPが5例、PTGBDが2例、PTCDが1例、手術が1例、いずれの処置も行わなかったのは36例であった。血液培養は22例で陽性となり、原因菌としては最多はKlebsiella pneumoniaeであった。入院日数の平均は39.1日で、転帰として死亡例は7例(10.4%)で認め、その全例が胆癌患者であった。初期治療として処置を行った群(23例)と保存治療を選択した群(44例)で膿瘍径(mm)の平均値は65.0/49.4(p=0.13)、入院日数は41.7/37.8(p=0.60)と統計学的有意差は認めなかった。保存治療を選択した群のうち8例(18.2%)では入院中に追加治療として経皮的肝膿瘍ドレナージを要した。保存治療を開始した後から追加処置を要した症例は保存治療のみで退院した症例と比較して膿瘍径が79.3/42.8(p=0.0384)と有意に大きく、また最初から処置を行った症例と比較して入院期間は60.1/41.7(p=0.0521)と長い傾向にあったが統計学的有意差は認めなかった。【結論】当院における過去10年間の肝膿瘍症例について検討した。膿瘍径が比較的大きい症例においても初期治療として保存治療が選択されることがあり、一部では追加治療としての処置を要した。

肝膿瘍, 経皮的肝膿瘍ドレナージ

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科
剣持実希, 石塚 敬, 喜古博之, 足立駿祐, 多田昌弘, 森永真紀,
内山 明, 福原京子, 柳沼礼子, 今 一義, 山科俊平, 福岡浩文,
竹田 努, 深田浩大, 戸張真紀, 藤澤聡郎, 伊佐山浩通, 永原章仁,
池嶋健一

53歳女性。X年に発熱、関節痛を主訴に近医を受診し、全身性エリテマトーデス(SLE)と診断。プレドニゾン(PSL)30mg/日より治療を開始し症状は軽快した。PSLは漸減され5mg/日を維持量とし経過観察となった。X+9年10月に症状の再燃があり、精査加療目的で当院膠原病内科に紹介となり、対症療法で経過観察となっていた。X+11年1月に発熱と肩、手指、膝関節痛の増悪があり、分類不能の末梢性脊椎関節炎と診断。2月14日よりセクキスマブ15mg開始後、症状は軽快した。セクキスマブを5回目投与以降の4月11日の血液検査でAST:954 IU/L、ALT:958 IU/L、T-Bil:22.58 mg/dl、抗核抗体:20倍、IgG:2095 mg/dlと肝障害が出現し緊急入院となった。画像所見では肝腫大、門脈周囲浮腫、胆嚢嚢膜下浮腫など急性肝炎像を呈しており、4月18日にエコー下肝生検を施行した。リンパ球、形質細胞、好酸球の強い浸潤を認め、臨床経過および薬物性肝障害Score10点、自己免疫性肝炎(AIH) Score12点(AIH疑診例)であり、薬物性肝障害(DILI)と診断した。安静と補液により5月14日にはAST:52 IU/L、ALT:61 IU/L、T-Bil:3.91 mg/dlまで軽快し退院。しかし、6月3日にAST:399 IU/L、ALT:447 IU/L、T-Bil:2.16 mg/dlと再上昇し、抗核抗体:20倍、IgG:2952 mg/dlと上昇しており、6月5日に再度肝生検を施行した。リンパ球や形質細胞の浸潤を伴うinterface hepatitis、肝細胞のロゼット形成を認め、AIH Score16点(AIH確診例)に上昇したが、薬物曝露歴や臨床経過より、AIH様の病理像を呈したセクキスマブによるDILIと改めて診断した。6月12日よりPSL40mg/日に増量したところ肝障害の改善を認め、徐々に漸減した。25mg/日まで減量後、AST:19 IU/L、ALT:25 IU/L、T-Bil:0.88 mg/dl、IgG:1419 mg/dlまで改善し退院。その後外来にて引き続き漸減しており肝障害の再燃なく経過している。セクキスマブによるAIH様の病理像を呈したDILIの症例を経験した。セクキスマブ使用時に肝障害を認めた際は積極的に肝生検を行い、結果に応じてステロイドでの加療を検討する必要がある。

自己免疫性肝炎, 薬物性肝障害

国家公務員共済組合連合会 横須賀共済病院 消化器内科
塚田雅己, 頼宮広久, 土田駿介, 新井祐美, 中村遼太, 鈴木達也,
新井啓介, 鈴木海人, 金子由佳, 小馬瀬一樹, 田邊陽子, 新井勝春,
渡辺秀樹

【症例】75歳男性【主訴】体動困難【現病歴・臨床経過】透析クリニックで維持透析中。X年5月透析前血液検査にて新規肝機能障害を認めた。当科紹介予定であったが、自宅にて体動困難となったため救急搬送された。血液検査で肝機能障害と高度炎症所見を、腹部単純CTでは総胆管結石を認めた。総胆管結石性胆管炎の診断となり、待機的なERCPでの減黄ドレナージを予定した。入院2日目未明にJCS3-300の意識障害で発見され、程なくして死亡した。死亡後に判明した血液培養検査ではE. Coli, Pseudomonas aeruginosa, Bacteroides fragilisが検出された。家族より病歴解明希望あり、死亡36時間後に剖検を実施した。病理所見では門脈内腔に著明な好中球浸潤を示す塞栓像を認め、グラム陽性球菌も見られた。門脈塞栓に沿って肝実質の梗塞像を広汎に認めた。総胆管内に8×6mm大の褐色調結石を認めるも、胆管壁に明らかな炎症細胞浸潤は認めなかった。これら所見から、結石性胆管炎による病態ではなく、門脈感染性血栓性静脈炎を契機に発症した肝梗塞に至り死亡したと考えられた。【考察】門脈感染性血栓性静脈炎は非常に稀な病態である。本病態を契機に発症した肝梗塞は報告例も少なく、現状有効な治療法も確立されていない。このような症例を蓄積していくことにより治療法を検討していく必要がある。【結語】門脈感染性血栓性静脈炎により肝梗塞を発症し、致死経過をたどった一例を報告する。

門脈感染性血栓性静脈炎, 肝梗塞

東京慈恵会医科大学附属第三病院 消化器・肝臓内科¹⁾,
東京慈恵会医科大学附属病院 消化器・肝臓内科²⁾
佐藤恵介¹⁾, 平野杏奈¹⁾, 神谷昂汰¹⁾, 中村円香¹⁾, 芳賀将輝¹⁾,
小森俊也¹⁾, 三国隼人¹⁾, 土屋 学¹⁾, 光吉優貴¹⁾, 澁谷尚希²⁾,
木下勇次¹⁾, 三浦由紀子¹⁾, 木下晃吉¹⁾, 小池和彦¹⁾, 猿田雅之²⁾

【症例】37歳、女性【主訴】腹部膨満。【既往歴】早期頭蓋癒合症手術(2歳時)、動脈管開存症・心室中隔欠損閉鎖術(3歳時)、特発性側弯症手術(15歳時)、C型慢性肝炎(21歳時)、インターフェロンでウイルス学的著効、子宮内膜症左付属器切除術(27歳時)、左Nuck管水腫術(33歳時)。【生活歴】飲酒:ビール 350mLを週に2本、喫煙:なし。【現病歴】C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療後の経過観察目的で当院当科外来へ通院していた。X年6月頃より腹部膨満を自覚し、施行された腹部単純CTで、多量の腹水貯留が認められた。癌性腹膜炎の可能性を考慮し、入院精査を行った。胸腹部造影CT、上下部消化管内視鏡、MRCPで明らかな原発巣を認めず、腹水は漏出性で細胞診の結果もclass Iであった。上部消化管内視鏡では、LiFiCw RC(-)の食道静脈瘤を認めた。その後実施したPET-CTでも、癌性腹膜炎の原因を示唆する明らかなPET集積所見は認められなかった。3度の腹水穿刺およびスピロノラクトン、トルバタン投与を行うも、腹水コントロールに難渋した。腹水が漏出性で、明らかな悪性所見を認めないこと、以前施行したCTと比べ門脈径が増大していること、側副血行路が顕在化していることを踏まえ、肝S4の動脈門脈(A-P)シャントに起因する門脈圧亢進が難治性腹水の原因であると診断した。腹部血管造影を行い、上腸間膜動脈性門脈造影で求肝性の門脈は描出されず、腹動脈造影でA4からnidus様の無数のシャント血管を介した門脈が早期に描出された。今後、IVRによるシャント塞栓を検討していく方針となった。【考察】本症例では、肝硬変や門脈血栓を伴わずにA-Pシャントが門脈圧亢進の原因となり、難治性腹水を引き起こしたと考えられた。貴重な症例と考え、文献的考察を加え報告する。

動脈門脈シャント, 門脈圧亢進症

特発性門脈圧亢進症による門脈体循環シャントとアミノ酸代謝異常疑いによる高アンモニア血症をきたした一例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科
濱田庸樹, 南雲秀樹, 小林康次郎, 荻野 悠, 向津隆規, 松井哲平,
和久井紀貴, 岡野直樹, 永井英成, 松田尚久

症例は60歳台女性。下痢による低カリウム血症で前医腎臓内科に入院中から繰り返す意識障害を認め、腹腔内シャントによる肝性脳症疑いとして意識障害精査目的に当院に転院した。腹部造影CTで肝硬変を疑う所見を認めなかった。分岐鎖アミノ酸製剤投与で血清アンモニア値増悪傾向を認め、アミノ酸代謝異常を疑い血中アミノ酸検査施行したところ、シトルリン、チロシン、フェニルアラニン値が高値となり、尿素サイクル異常症が疑われた。腹部超音波検査から上腸間膜静脈、左腎静脈、下大静脈へとつながる門脈体循環シャントを認めた。同時に施行した門脈圧測定の結果も踏まえて意識障害の原因は特発性門脈圧亢進症からの門脈体循環シャントと2型高シトルリン血症に伴う高アンモニア血症と考えられた。尿素サイクル促進を期待してアルギニン製剤開始され、また窒素負荷を考慮し分岐鎖アミノ酸を投与せずブドウ糖を中心とした中心静脈栄養投与され、意識障害、血清アンモニア値は改善した。特発性門脈圧亢進症精査目的の肝生検施行3日後、突然の腹痛、嘔吐を認め、ショックバイタルとなり、造影CTで肝生検刺入部に出血を疑う所見を認め、緊急血管造影検査、経カテーテル動脈塞栓術施行した。退院後下剤やカルニチン製剤を怠棄しており、疎通不良、意識障害を認め救急搬送された。排便コントロール開始したところ、高アンモニア血症改善傾向、意識障害改善傾向を認め、現在まで再燃なく経過している。造影CTで下腸間膜静脈に伴走するシャントを認め、待機的に経カテーテル動脈塞栓術施行予定としている。アミノ酸代謝異常による高アンモニア血症は稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

特発性門脈圧亢進症, アミノ酸代謝異常

腹腔鏡下胆嚢摘出術後に迷入したクリップが核となり総胆管結石を形成した1例

地域医療推進機構うつのみや病院 消化器内科¹⁾,
自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門²⁾,
泉 直登^{1,2)}, 横山健介²⁾, 清水美聡^{1,2)}, 堂福慶吾^{1,2)}, 田中朗嗣²⁾,
櫻井祐輔²⁾, 小野友輔^{1,2)}, 安藤 梢²⁾, 田邊陽邦²⁾, 池田恵理子²⁾,
中澤克行¹⁾, 菅野 敦²⁾, 矢野智則²⁾

【背景】腹腔鏡下胆嚢摘出術 (LC) の際に胆嚢管の処理に用いるクリップが胆管内に移動・迷入することは稀である。今回我々は胆管内に迷入したLC時のクリップを核として総胆管結石を形成した症例を経験したため報告する。【症例】84歳女性。X-5年に胆石症に対して他院でLCを施行された。術後経過は良好であったが、X年に右季肋部痛を主訴に当院を受診した。来院時に発熱はなく、血液検査でも肝胆道系酵素上昇や炎症反応上昇は認められなかったが、CTで総胆管内に高吸収の結石像が認められたため総胆管結石として入院した。ERCPを施行したところ、透視下においてクリップを疑う金属片を核とした結石が確認された。バルーンカテーテルを使用してクリップごと結石を除去し、以後再発なく経過している。【考察】LC術後のクリップ迷入は発生頻度が低いが、発症時期は術後早期から長期経過後まで幅広く、胆管炎や閉塞性黄疸を契機に発見されることが多いと報告されている。機序としては、クリップの逸脱や局所炎症に伴う胆管への脱落が想定されている。診断にはCTやERCPが有用であり、治療は内視鏡的除去が第一選択となる。本例では、クリップが絡まりバスケットカテーテルが外れなくなることを懸念して、バルーンカテーテルを使用して安全に除去し得た。【結論】LC後にクリップを核とした総胆管結石を発症した一例を経験した。本症例では、バルーンカテーテルにより結石を安全に除去した。

総胆管結石, 胆嚢摘出術

全身薬物療法後のPD傾向を契機にConversion Surgeryを行った肝細胞癌の一例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科¹⁾,
同 消化器・一般外科²⁾
飛弾一樹¹⁾, 鈴木達也¹⁾, 渡邊綱正¹⁾, 橋本英篤¹⁾, 安藤雄和¹⁾,
井田圭亮²⁾, 小泉 哲²⁾, 立石敬介¹⁾

【症例】60歳代男性【既往歴】特記なし【現病歴】突然の心窩部痛で前医を受診し、腹部造影CTにて肝細胞癌破裂が疑われ当院紹介となった。【経過】造影CTで肝左葉外側区域を主座とする多結節癒合型肝細胞癌を認め、破裂に伴う播種結節を胃壁・大網周囲に確認した。また左肝静脈から下大静脈への腫瘍浸潤と肺動脈血栓塞栓症を認めた。破裂部からの活動性出血はなく、肝動脈塞栓術は施行せず、進行肝細胞癌BCLC-Cと診断し、全身薬物療法を選択した。再出血リスクと肺動脈血栓の塞栓症リスクを考慮し、Durvalumab + Tremelimumab併用療法 (Dur + Tre療法) を選択した。Dur + Tre療法開始後に腫瘍は縮小傾向となり、6コース施行時点で播種結節の減少および下大静脈浸潤の消失を認めた。一方で低下したAFPが再上昇するPD徴候を示したため、外科とのCancer boardの結果、RECIST PDを確認する前に外科的切除の方針となり、Dur + Tre療法6コース投与5週間後に肝外側区域切除、横隔膜合併切除、胃部分切除、播種結節摘除術を施行した。術後は肝予備能回復を待ってアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法へ移行し、経過良好であった。【考察】全身薬物療法後のConversion Surgeryは普及しつつあるが、その施行タイミングは様々である。本症例ではDur + Tre療法により奏効を得つつもPD傾向を示した段階で外科的切除に踏み切り、良好な転帰を得た。また、抗VEGF抗体を含まないレジメンを使用することで、切除前に休薬期間を設けるとことなく速やかに手術へ移行可能であった。薬物療法単独で治療困難な肝細胞癌例において、PD傾向を契機にConversion Surgeryへ移行するシークエンシャル療法は有用な戦略となり得ると考えられ、本症例について文献的考察を交えて報告する。

肝細胞癌, Conversion Surgery

胆汁多項目PCRパネル検査で診断し得た、免疫安定期に発症したAIDS関連胆管炎の一例

筑波大学附属病院 消化器内科¹⁾, 同 感染症科²⁾
石川敬智¹⁾, 遠藤壮登¹⁾, 澤龍太郎¹⁾, 目良麻衣¹⁾, 松本めぐみ¹⁾,
岸本希実¹⁾, 和田拓海¹⁾, 吉田将太¹⁾, 湯原美貴子¹⁾, 宇野広隆¹⁾,
石川直樹¹⁾, 新里悠輔¹⁾, 萩原悠也¹⁾, 福田壮馬¹⁾, 池田貴文¹⁾,
長谷川直之¹⁾, 坂本 琢¹⁾, 土屋輝一郎¹⁾, 喜安嘉彦²⁾

【症例】30代男性。X年4月、前医にて慢性咳嗽を契機にHIV感染症およびニューモシスチス肺炎と診断された。肺炎治療後に抗レトロウイルス療法 (ART) が開始され、HIV量は検出感度未満、CD4陽性細胞数 $484 / \mu\text{l}$ と比較的安定した免疫状態であった。X年7月、発熱と肝障害が出現し、翌8月には胆道系酵素と炎症反応の上昇を認めた。造影CTでびまん性胆管壁肥厚と胆嚢腫大を認め、胆道感染が疑われ抗菌薬投与が行われたが改善乏しく、胆道ドレーナジ目的に当科へ転院した。胆道病変がびまん性であることから原発性硬化性胆管炎 (PSC) やIgG4硬化性胆管炎が鑑別に上がったものの、臨床背景からAIDS関連胆管炎も疑い、抗菌薬は投与継続しつつ精査を行った。超音波内視鏡検査では胆管および胆嚢のびまん性肥厚を認め、内視鏡的逆行性胆道造影では総胆管に毛羽立ち様所見、肝内胆管に剪定状所見を認め、PSCに類似する胆管像であった。胆汁培養は陰性で、胆管生検も高度の炎症所見のみで診断に至らなかったが、胆汁検体をを用いた多項目PCRパネル検査 (多項目PCR) でCryptosporidium属を検出し診断に至った。経鼻胆管ドレーナジ後は胆道系酵素と炎症反応は改善し、チューブ抜去後も再増悪なく、1か月後のMR胆管造影で胆管像の改善を確認した。【考察】AIDS関連胆管炎は日和見感染症で、起因微生物としてはCryptosporidium属が最多である。典型的には高度免疫不全期に発症するが、ART下でも発症し得る非典型例が少数報告され、なかでもウイルス学的抑制下かつCD4が保たれた状態で発症した本症例は稀である。本疾患は従来の病理検査や培養では病原体同定が困難な場合があり、本来は便検体を対象とするが、胆汁に適用して病原体を証明した報告もある。胆汁への使用は適応外であるものの、診断困難例における有用性を示す貴重な症例と考えられる。

AIDS関連胆管炎, 胆汁多項目PCRパネル検査

大森赤十字病院 消化器内科

寺一俊介, 高柳卓矢, 須藤拓馬, 新倉利啓, 千葉秀幸, 赤瀬夢つみ, 高橋耕平, 片山大暉, 日吉雅也, 井田智則

症例は63歳男性。X-8年上行大動脈解離の手術を施行し、当院循環器内科にてフォローされていた。X-1年8月呼吸苦精査の造影CTで十二指腸腫瘍を認めるも精査されず。X年1月定期外来受診時の血液検査にてHb17.4→7.1の急激な低下を認め、十二指腸腫瘍精査を含め当科紹介となった。造影CTでは十二指腸下行脚に被膜を有する38mm大の境界明瞭な腫瘍性病変を認め、動脈相で低吸収、平衡相で均一な増強効果を示し、膵頭部への圧排を伴っていた。MRIではT1WI低信号、T2WI一部高信号、DWIでは拡散制限を認め、MRCPでは胆管膵管に異常所見を認めなかった。EGDでは腫瘍頂部の自壊と湧出性出血を伴う30mm大の粘膜下腫瘍を認め、EUSでは境界明瞭なmixed echoicな腫瘍として描出された。腫瘍マーカーはCEA 0.8 ng/ml, CA19-9 14.6 U/ml。急速なHbの低下と活動性出血を認めたため、生検・EUS-FNAは行わず、画像所見よりGISTと診断し十二指腸部分切除を施行した。病理組織学的には、腫瘍は線維化を伴う異所性腺組織に囲まれており、内部に乳頭管状構造を示す腺癌を認めた。腫瘍は嚢胞状構造内に存在するように見える領域と間質への浸潤を示す領域が混在し、後者には退形成癌の成分を伴っていた。異所性腺の膵管内に発生し、嚢胞状発育を経て間質浸潤を呈した退形成癌成分を含むIPMN由来浸潤癌と診断した。異所性腺由来のIPMN由来浸潤癌は極めて稀であり、さらに退形成癌成分を伴う症例の報告は認めない。文献的考察を加えて報告する。

十二指腸異所性腺, IPMN由来浸潤癌

がん・感染症センター都立駒込病院 肝臓内科

村松周哉, 木村昌倫, 今村 潤, 木村公則

【症例】81歳女性。肝疾患既往なし。偶発的に指摘された肝腫瘍の精査加療目的に当院紹介受診、同日に緊急入院された。造影CT検査では肝右葉に最大径16cmの腫瘍を認め、動脈相の増強は乏しく、門脈相～平衡相でも明瞭なwashoutを欠く低血管性腫瘍であり、腫瘍径に比して肝内胆管拡張は軽度であった。その他にも、右副腎、右腎、下大静脈に浸潤しており、傍大動脈リンパ節転移を疑う所見もみられた。腫瘍マーカーは、AFP1.5ng/mL、PIVKA-II 109mAU/mL、CA19-9 226.5U/mL、CEA 2.1ng/mL、CA125 37.2U/mL、DUPAN-2 470U/mL、SPan-1抗原 75U/mLであった。肝細胞癌、肝内胆管癌、混合型肝癌が鑑別に挙がり、確定診断のために入院4日目に肝腫瘍生検を施行。病理組織検査では中～大型異型リンパ球のびまん性増殖を認め、CD20/LCA陽性、CD3陰性、AE1/AE3陰性、CD10陰性・BCL6弱陽性・MUM1陽性、Ki-67約90%、LMP1一部陽性で、EBER-ISH陽性よりEpstein-Barr Virus (EBV)陽性びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (DLBCL)と診断された。しかし、原病の急速な進行に伴う閉塞性胆管炎も併発し、全身状態が急速に進行したため、Best Supportive Careの方針となり、入院24日目に死亡された。【考察】EBV陽性DLBCLは予後不良で迅速な診断・治療導入が求められる。肝リンパ腫は原発・転移を問わず一般に低血管性で、巨大でも腫瘍径の割に胆管拡張が目立たないことが多い一方、肝門部浸潤時には胆管拡張を呈し肝内胆管癌に酷似し得る。本例ではCA19-9/DUPAN-2高値、PIVKA-IIも軽度上昇、および低血管性巨大腫瘍+胆管拡張軽微という所見が重なり、肝内胆管癌だけでなく、肝細胞癌と混合型肝癌も除外困難であった。肝リンパ腫は肝がんと類似する画像所見を呈し得ることを念頭に置き、鑑別困難な低血管性肝腫瘍では生検による組織学的確定を早期に前倒しする戦略が妥当である。

Epstein-Barr Virus陽性びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫, 肝がん

順天堂大学医学部附属練馬病院 総合外科

大澤拓己, 行田 悠, 白川峻佑, 千葉義之, 山本剛史, 伊藤 謙, 河野眞吾, 町田理夫, 石山 隼, 野呂拓史, 渡野遼都雄, 須郷広之, 發知詩織, 小倉加奈子

肝血管筋脂肪腫は血管・平滑筋・脂肪の3成分から成る腫瘍で、腎臓に好発するが、肝臓原発のものは比較的まれである。一般的には良性腫瘍で手術適応はないが、増大傾向を認めるもの、腹部症状を伴うものは切除が考慮される。我々は3例の巨大肝血管筋脂肪腫切除例を経験したため総括して報告する。【症例1】44歳女性。妊娠12週に近医で施行した腹部超音波検査で長径12cmの肝腫瘍を指摘され当院紹介となった。生検の結果より肝血管筋脂肪腫の診断となり経過観察となった。妊娠37週時点で14cm大に増大しており腫瘍破裂を考慮し帝王切開術を施行。分娩後1カ月で開腹S3亜区域切除術を施行した。【症例2】51歳女性。健康診断で肝腫瘍を指摘され当院紹介受診。造影CT・MRIの所見より肝血管筋脂肪腫と診断され経過観察されていたが、4年間で長径が12cmから20cmに増大したため、開腹右肝切除術を施行した。【症例3】50歳女性。健康診断の上部消化管造影検査で壁外性圧迫所見を認め当院を紹介受診。肝生検で肝外側区域肝血管筋脂肪腫と診断され経過観察の方針となった。2年間で12cmから15cmと増大傾向を認め、腹部膨満感も認めたことから開腹左肝切除術を施行した。3症例とも病理診断結果は肝血管筋脂肪腫で断端は陰性で悪性所見は認めなかった。術後経過はいずれも良好で合併症なく退院され現在まで再発所見も認めていない。

肝血管筋脂肪腫, 良性腫瘍

国際医療福祉大学成田病院 研修医局¹⁾, 同 消化器内科²⁾,同 緩和医療科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾金川 響¹⁾, 加藤 新²⁾, 平野雄大²⁾, 石原 洋^{2,3)}, 富田尚貴^{2,3)},高橋宏太^{2,3)}, 結束貴臣^{2,3)}, 西澤俊宏²⁾, 角田圭雄²⁾, 小田美菜⁴⁾,山下健太郎³⁾, 篠浦 丞³⁾, 井上和明²⁾, 海老沼浩利¹⁾

【緒言】自己免疫性肝炎は中年女性に好発し、85歳以上の超高齢男性に発症することは稀である。今回、我々は超高齢男性に発症した重症自己免疫性肝炎の一例を経験したので報告する。【症例】特記すべき既往のない80代後半の男性。来院当日より嘔気と全身倦怠感を自覚。自宅で嘔吐した際に吐血し、当院消化器内科を受診した。身体所見では、眼球結膜に黄染あり。血液検査では、肝脱酵素の上昇と黄疸の出現を認める一方、腹部造影CTでは胆管拡張など明らかな胆道閉塞所見はなかった。上部消化管内視鏡ではマロリーワイス裂傷を認めたが、ほかに特記すべき出血源を認めなかった。急性肝炎として精査加療目的に入院となった。入院後、IgG高値(1941 mg/dL)および抗核抗体陽性(40倍)が判明。肝炎ウイルスマーカーはすべて陰性であり、新規薬剤服用歴やサプリメント摂取歴もなく、自己免疫性肝炎を疑った。肝性脳症や肝萎縮の出現はなかったが、PT-INRは2.36と著明に延長していた。入院第3日に経静脈的肝生検を施行。翌日よりメチルプレドニゾン500 mg/日のミニパルス静注を3日間行ったのち内服へ切り替え漸減投与した。肝生検病理では、門脈域に高度の形質細胞浸潤を認め、interface hepatitisの像を呈しており、採血所見と併せ重症自己免疫性肝炎と確定診断した。ステロイド開始後に肝機能は速やかに改善し、1か月後には概ね正常化した。プレドニゾン30 mg/日まで減量し退院とした。入院中に再燃や治療関連副作用は認めなかった。その後外来にてステロイドの漸減を継続し、発症後4か月経過した現在5mg/dayで維持しているが再燃なく経過している。【結語】本症例は発症年齢・性別ともに自己免疫性肝炎としては非典型的であり、診断上の注意を要する症例と考えられた。

自己免疫性肝炎, 高齢男性

腎細胞癌に対して投与したベムプロリズマブにより発症した免疫チェックポイント阻害薬関連有害事象肝障害の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾
 島津伽奈¹⁾, 浅田晃平¹⁾, 高森ゆうみ¹⁾, 岩下統士¹⁾, 中島菖子¹⁾,
 三宅広晃²⁾, 石田 慎¹⁾, 天野佑美²⁾, 林 智康¹⁾, 田沼浩太¹⁾,
 横山 歩¹⁾, 青木 優²⁾, 三枝慶一郎¹⁾, 岸野竜平¹⁾, 船越信介²⁾,
 中澤 敦¹⁾

【症例】67歳男性【経過】他院にて、左腎細胞癌術後、ベムプロリズマブによる加療を施行していたが、免疫チェックポイント阻害薬関連(irAE)水疱性類天疱瘡を発症したため休薬し、プレドニゾロン20mg/日による加療を行っていた。ベムプロリズマブ休薬から約1年後、術後再発につきパゾパニブ塩酸塩の投与を開始した。投与2ヶ月後ごろから軽度の腹部膨満感、咽頭のつかえ感が出現し、定期受診採血で肝胆道系逸脱酵素上昇を著明に認めたため、当院に紹介、転院となった。当院来院時、T-bil10.2mg/dL, AST/ALT 442/922U/L、Child-Pugh B(7点)であった。パゾパニブ塩酸塩による薬物性肝障害が疑われ、肝生検を施行の後、プレドニゾロンを1000mg3日間投与した。その後は40mg/日から漸減していった。徐々に肝胆道系逸脱酵素、症状ともに改善を認め、第19病日に退院となった。その後、薬剤誘発性リンパ球刺激試験の結果がパゾパニブ塩酸塩について陰性であり、また、肝生検の結果からirAE肝障害に矛盾しない像を認めた。【考察】本症例はパゾパニブ塩酸塩による薬物性肝障害が原因として疑われたが、1年近く前に投与したベムプロリズマブが原因となったirAE肝障害であった。薬物性肝障害とirAE肝障害では機序が異なるものの、いずれも他疾患の除外を前提としており、鑑別に難渋することも多い。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

免疫チェックポイント阻害薬, irAE肝障害肝障害

高度黄疸を伴った自己免疫性膵炎・IgG4関連硬化性胆管炎に対して胆道ドレナージを行わず、ステロイド加療のみで肝障害・黄疸の改善が得られた1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科
 谷垣俊樹, 田村繁樹, 芹澤宏樹, 永山智弓, 吉原 努, 古川潔人,
 高橋伸太郎, 佐藤晋二, 森川英一郎, 細野邦広, 池田隆明

【背景】自己免疫性膵炎ガイドラインにも黄疸例に関してはERCPに引き続き内視鏡的胆道ドレナージが推奨されている。しかし、ERCPは膵炎をはじめとした合併症が問題となることもあり、ステロイドが著効することからも、黄疸例に対しても胆道ドレナージが不要な可能性が示唆されている。今回、高度黄疸を伴ったものの、ステロイドのみで肝障害・黄疸の改善が得られた1例を経験したので報告する。【症例】症例は84歳男性、倦怠感を主訴に近医を受診、肝胆道系酵素の上昇と腹部超音波での肝内胆管の拡張を認め、X年6月に当院に紹介受診となった。受診時は全身の黄染・灰白色便・褐色尿を認め、血液検査では、T-Bil:6.3, AST:125, ALP:294と黄疸・肝機能障害を認めた。目立った発熱や腹痛、血液検査での炎症反応上昇はなく、2日後に準緊急での入院とした。入院当日に撮影した造影CTではびまん性の脾腫大・脾周囲の被膜状の造影不領域を認め、また、下部胆管の壁肥厚と上流胆管の著明な拡張を認めた。第2病日にERCPでの胆道ドレナージを試みたが胆管挿管が困難であった。第5病日にIgG:3956, IgG4:1804と高値が判明、MRCP検査を追加したところ、主膵管の不整な狭細像を認め、下部胆管は途絶を認めた(中澤分類TYPE1)。上記より、自己免疫性膵炎・IgG4関連硬化性胆管炎と診断。黄疸は高度であったが、追加の胆道ドレナージは行わず、プレドニゾロン0.6mg/kg/日での治療を開始した。その後比較的速度やかに肝障害・黄疸は改善し、第15病日にはT-Bil:1.3, AST:73, ALP:156と数値の改善を認め、第16病日に退院となった。ステロイド導入4週後には黄疸・肝障害は正常化。MRCP再検したところ、胆管閉塞の所見は改善を認めていた。その後ステロイドを漸減、維持量でも再燃なく経過している。【考察】高度黄疸を伴う自己免疫性膵炎・IgG4関連硬化性胆管炎に対して胆道ドレナージを行わず、ステロイド加療のみで肝障害・黄疸の改善が得られた1例を経験した。当日は多少の文献的考察を交え発表する。

自己免疫性膵炎, IgG4関連硬化性胆管炎

FGFR2融合遺伝子陽性の肝内胆管癌に対しタスルグラチニブを導入した1例

東京大学医学部附属病院 臨床腫瘍科¹⁾,
 同 総合研修センター²⁾, 同 消化器内科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⁾
 鄭 悦^{1,2)}, 石垣和祥^{1,3)}, 大塚利彦³⁾, 寺田有一郎³⁾,
 福田晃太郎³⁾, 高原楠英³⁾, 鹿毛秀宣⁴⁾, 織田克利⁵⁾, 渡邊広祐⁵⁾,
 朴 成和⁶⁾, 藤城光弘^{1,3)}

【症例】70代男性。
 【現病歴】X-4年7月、嗔声の精査目的で施行したCTで胆管拡張を指摘され、胆管癌疑いで当院紹介。精査の結果、肝内胆管癌と診断され、左肝切除+尾状葉切除+胆囊摘出術を施行した。X-2年1月、閉塞性黄疸を発症し、遠位胆管癌と診断。重全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。1年後のCTで肝転移を認めたが切除適応なく、ゲムシタビン+シスプラチン(GC)併用療法を導入した。GC療法3コース後に部分奏効を得て、7コース終了後にゲムシタビン単剤へ移行したが、2コース後に肝転移が再増大したためシスプラチンを再開した。この際、2年前の遠位胆管癌切除検体をFISH検査に提出したところ、FGFR2融合遺伝子陽性と判明した。X年4月のCTで病勢進行を認め、FGFR阻害薬タスルグラチニブを導入。しかし2か月後に漿液性網膜剥離を発症し、同時に肝転移の増大傾向も認めたため早期中止とした。その後GC+デュバルマブ併用(GCD)療法へ変更し、現在も治療継続中である。なお、GCD導入前に施行した肝腫瘍生検はがん遺伝子パネル検査(FoundationOne CDx)に提出済みであり、結果は本会で報告予定である。
 【考察】胆道癌は固形癌の中でも治療標的となる遺伝子異常を多く有することが知られており、その一つがFGFR2融合遺伝子である。本邦ではFGFR阻害薬としてベミガチニブ・フチバチニブ・タスルグラチニブの3剤が保険承認されている。本症例ではFISH検査でFGFR2融合遺伝子陽性を認めたため、コンパニオン診断として承認されているタスルグラチニブを導入した。しかし肝転移果には奏効を認めなかった。これは原発巣と転移巣における遺伝子異常の差異、あるいは耐性変異の獲得による治療抵抗性などが関与している可能性があり、今後さらに検討していく予定である。

胆管癌, FGFR阻害薬

胆嚢炎に併発した胆嚢動脈仮性動脈瘤出血の一例

東京通信病院 消化器内科
 葛 里南, 平野賢二, 近藤花奈美, 斎藤聡史, 高橋奎胡, 小野晋治,
 阿部創平, 加藤知爾, 小林克也, 関川憲一郎, 光井 洋

症例は90歳男性。既往に2型糖尿病、高血圧、陳旧性心筋梗塞、心房細動があり、抗凝固薬アピキサパンを内服中。右季肋部痛、嘔吐、血便を主訴に受診。Murphy徴候陽性。血液検査にて肝胆道系酵素上昇、炎症反応高値を認めた。単純CTでは胆嚢および総胆管内に高吸収域、上行～横行結腸に浮腫像を認め、胆道出血を伴う胆嚢・胆管炎および虚血性腸炎が疑われ入院となった。入院翌日の腹部エコーで、胆嚢内に血腫を疑う高エコー構造物、胆嚢壁に拍動性血流を伴う無エコー域を認めた。造影CTにて右肝動脈・胆嚢動脈起始部に仮性動脈瘤を確認。IVRおよび胆嚢摘出術が検討されたが、全身状態不良のため手術は困難であり、IVRでは右肝動脈塞栓のリスクがあった。造影CTでは動脈相より門脈相で仮性動脈瘤の描出が良好であり、血栓化が進行し血流低下傾向と判断。自然止血を期待し、アピキサパン中止、補液・絶食、タゾバクタム・ベベラシリン投与にて保存的加療を開始した。第3病日の腹部エコーで血栓化を確認。以降、腹痛の改善、肝胆道系酵素および炎症反応の低下、血便の消失を認めた。第6病日より中心静脈栄養を開始し、第13病日より経口摂取再開。抗凝固薬はエドキサパンへ変更の上、第6病日より再開したが、再出血は認めなかった。再発予防として胆嚢摘出術も検討されたが、患者の希望により施行せず、保存的加療のみで第46病日に退院となった。胆嚢動脈仮性動脈瘤は稀な疾患であり、約61%が胆嚢炎に伴って形成される。合併症としては、胆嚢内出血、胆管炎、消化管出血などが報告されており、治療には通常IVRや胆嚢摘出術が必要とされる。保存的加療のみで軽快した症例報告はこれまでになく、貴重な症例と考えられるので、文献的考察を加えて報告する。

胆嚢動脈仮性動脈瘤, 保存的加療

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科

田中佑奈, 新井 悠, 亀井淳矢, 齋能和輝, 大木孝之, 町田花実, 中村 拳, 阿川周平, 恩田 毅, 田邊智英, 植木信江, 二神生爾

急性胆嚢炎に対する治療は外科的手術治療や経皮経肝胆嚢ドレナージが選択されるが、全身状態や併存疾患などが理由でこれらの治療が困難なこともしばしば経験する。内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージ(ETGBD)の成功率は高いものの、今回我々の施設からETGBDが有用であった3症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。【症例1】60歳代男性【経過】総胆管結石性胆管炎、敗血症性ショック、急性心不全に対して内視鏡的胆嚢ドレナージを行い、集中治療を継続していた。急性胆嚢炎も併発し、全身状態から手術治療は困難と考えられ、内視鏡的胆嚢ステント留置術(EGBS)を施行した。【症例2】80歳代男性【経過】胆嚢結石を過去に指摘されたが高齢のため経過観察の方針となっていた。今回、急性結石性胆嚢炎を発症し、同時に腹水貯留と多発肝細胞癌を疑う所見を認めた。全身状態および併存疾患からETGBDの適応と考え、EGBSを施行した。【症例3】60歳代男性【経過】発作性心室細動による心肺停止蘇生後のためCCU入院中。第5病日に発熱を認め、全身CTにて急性胆嚢炎と診断された。CCUから移動することが困難でありPTGBAを施行。胆嚢炎は一時的に軽快したものの再燃し、第30病日にETGBD、EGBSを施行した。

急性胆嚢炎, 内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージ

筑波記念病院 消化器内科

姫野友梨香, 添田敦子, 神山広大, 丹下善隆, 藤野未菜, 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, 江南あき, 越智大介, 池澤和人

【背景】GLP-1受容体作動薬は2型糖尿病や肥満症の治療薬として使用されている。一方、肥満でない個人や健康障害を伴わない肥満での減量など、いわゆる「GLP-1ダイエット」が問題となっている。今回、糖尿病の既往はなく、肥満を認めるものの健康障害の既往のない女性において、チルゼパチド使用後に急性膵炎を発症した症例を経験したため報告する。【症例】40歳代女性。糖尿病の既往はなく、身長148cm、体重65kg、BMI29.6と肥満を認めていた。20XX年2月から、減量のため自費診療でチルゼパチド皮下注射2.5mg週1回投与を開始した。2.5mgを1ヵ月使用後、休業期間を置き、5mgを3ヵ月、7.5mgを2週間使用したところ、7ヵ月で12kg (-18.5%)の減量がみられた。同年9月に上腹部痛が出現し、救急外来を受診。血液検査でAMY2900U/Lと上昇、腹部CTで膵腫脹および膵臓周囲の脂肪組織濃度上昇を認め、急性膵炎と診断した。飲酒歴はなく、肝機能は正常であること、MRCPで胆嚢内に小胆石がみられるものの総胆管結石は認めず、当初は特発性膵炎と考えられた。その後の詳細な聞き取りにより、チルゼパチド使用が明らかとなり、チルゼパチド使用による急性膵炎の可能性が考えられた。保存的治療で速やかに軽快、今後はチルゼパチドを使用しないよう指導を行い、6病日に退院となった。【考察】GLP-1受容体作動薬は消化器症状を中心とした有害事象を高頻度に引き起こすものの、重大な有害事象は少なく比較的安全である。しかし本症例のように膵炎を発症するリスクがあり、海外では死亡例も報告されている。保険適応外での使用は、副作用被害救済制度の適応外であり、重大な健康被害が生じても保障が受けられないこと説明する必要がある。また、自由診療でのGLP-1受容体作動薬使用の機会が増えており、原因不明の急性膵炎については、GLP-1受容体作動薬の使用による薬剤性膵炎の可能性も考慮するべきである。

チルゼパチド, 急性膵炎

獨協医科大学 内科学(消化器)講座¹⁾,

同 放射線医学講座²⁾

中澤温貴¹⁾, 嘉島 賢¹⁾, 相原沙代子¹⁾, 山宮 知¹⁾, 牧 匠¹⁾, 佐久間文¹⁾, 福士 耕¹⁾, 稲葉康記¹⁾, 牧 竜一¹⁾, 曾我茂義²⁾, 入澤篤志¹⁾

【症例】60歳台、男性【主訴】腹痛【現病歴】20XX年Y月、心窩部痛と黒色便を主訴に受診した。血液検査で膵アミラーゼが1250U/Lと高値であること、造影CTで膵尾部周囲の液体貯留が認められ、急性膵炎と診断され、膵体部主膵管拡張も伴っていたため精査・加療目的に入院された。【既往】脾動脈瘤【経過】急性膵炎加療と並行して、膵管拡張の精査目的に超音波内視鏡検査を行ったところ、膵体部実質を圧排するように脾動脈起始部に動脈瘤を認め、同部位の膵管は狭小化し尾側膵管は拡張していた。膵実質に閉塞起点は指摘できず、脾動脈瘤からの出血と出血性膵炎も鑑別にあがったが、出血自体は入院後認めず、悪性疾患の否定が必要と判断し内視鏡的経鼻膵管ドレナージ術を施行し、脾液連続細胞診を行った。膵炎経過も良好なため第17病日退院とした。しかし、第23病日血便を認め再入院となり、初回入院時15.0g/dLあったHbは9.0g/dLまで低下を認めた。CTでは脾動脈瘤の形態が変化していて、動脈瘤の膵管内穿破による出血性膵炎の可能性が高いと判断し、血管造影で動脈瘤を介して膵管が造影されることを確認の上、脾動脈瘤に対しコイル塞栓を施行した。処置後血便や貧血の進行はなく第32病日退院としたが、第46病日血便再燃を認め入院した。貧血の進行や造影CTで血管外漏出はなかったが、動脈瘤の拡大と膵酵素の上昇も認められたことから、出血性膵炎の再燃と考えた。今後の出血や膵炎再燃リスクを考慮し、腹腔動脈から総肝動脈をコイル塞栓し、以降出血なく経過している。【考察】出血性膵炎は急性/慢性膵炎や血管炎、抗凝固療法中などを背景に膵内の血管が破綻し出血をきたす。出血性膵炎は希な疾患であるが、死亡率が高く正確な診断と治療が重要である。本症例では脾動脈瘤自体へのコイル塞栓のみではコントロールができず腹腔動脈をも塞栓する必要が生じた。希少な経験と考え文献的考察を加え報告する。

出血性膵炎, Hemosuccus pancreatitis

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾, 同 肝・胆・膵外科²⁾, 同 臨床腫瘍科³⁾, 同 病理診断科⁴⁾

高木宏徳¹⁾, 石田宏太¹⁾, 高原楠昊¹⁾, 山本理恵子²⁾, 河口義邦²⁾, 貝發美香³⁾, 遠藤 剛¹⁾, 丹下圭一¹⁾, 福田晃史郎¹⁾, 時任佑里恵¹⁾, 福田麟太郎¹⁾, 大山博生¹⁾, 鈴木辰典¹⁾, 野口賢作¹⁾, 佐藤達也¹⁾, 石垣和祥¹⁾, 齋藤友隆¹⁾, 田中麻理子⁴⁾, 長谷川潔³⁾, 藤城光弘¹⁾

症例は2型糖尿病を併存する67歳男性。人間ドックMRIにて膵鉤部にφ11mmの分枝膵管型膵管内乳頭粘液性腫瘍(BD-IPMN)を初回指摘され、当院紹介初診。12ヵ月後のMRIにて嚢胞径増大と主膵管拡張、壁に結節は見られなかったものの、膵体部実質に限局性萎縮とわずかな膵管口径不同が出現した。造影CTおよびEUSで同部位に明らかな腫瘍像は認めなかったが、糖尿病の増悪も見られたことから、精査目的にERCPを施行。膵体部主膵管に比較的小さい帯状狭窄を認めるのみで尾側膵管の拡張は見られなかった。膵管狭窄部からの擦過細胞診および経鼻膵管ドレナージ留置下の脾液細胞診で腺癌が得られ、膵癌cTisNOMO, Stage 0と診断した。そのため術前化学療法は施行せず、 upfront surgeryの方針とした。なお膵管鏡による進展範囲評価は診断能に限界があることから施行せず、術中迅速病理診断の結果により術式を検討することとなった。胃十二指腸動脈左縁の膵切離断端で腫瘍陰性を確認したことから、ロボット支援下膵尾部切除術を遂行。術後病理にて狭窄部より1mm頭の頭体移行部を中心に一部に浸潤瘍φ4mmを伴う上皮内癌成分主体のφ18mm大の腫瘍を認め、pT1bNOMO, Stage IAの診断に至った。しかし術中迅速の深切り標本の再検討により上皮内癌成分が断端陽性と判断されたため、患者・家族および各診療科間で議論し、仕事の都合から約6ヵ月後に残膵全摘術を選択することとした。自費でのロボット手術を希望され、IRBでの審査の後、ロボット支援下残膵切除術を施行した。切除術の結果、病理結果で膵臓端近傍の主膵管周囲に浸潤するφ10mmの浸潤性膵癌pT1bNOMOを認めた。術後補助化学療法をせずに、現在2ヵ月無再発生中である。本症例は膵実質の限局性萎縮「くびれ」所見からIPMN併存膵癌を早期診断することができた一方で、主膵管狭窄や萎縮の部位と腫瘍の存在部位が一致せず、術前の腫瘍進展範囲診断に難渋した。また二度のロボット支援下手術で膵全摘を行った外科的にも稀有な一例であり、文献的考察を交えて報告する。

膵癌, 膵実質限局性萎縮

73 消化器症状を契機に診断した自己免疫性自律神経節障害の2症例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
同 神経内科学部門²⁾

佐藤知¹⁾, 坂本博次¹⁾, 福田 久¹⁾, 益子貴史²⁾, 阿南悠平²⁾,
石井宏明¹⁾, 小川和紀¹⁾, 小黒邦彦¹⁾, 小野友輔¹⁾, 加賀谷結華¹⁾,
小林卓真¹⁾, 齋藤有栄子¹⁾, 関口裕美¹⁾, 高橋治夫¹⁾, 林 宏樹¹⁾,
永山 学¹⁾, 矢野智則¹⁾

【背景】自己免疫性自律神経節障害 (Autoimmune autonomic ganglionopathy, AAG) は自律神経系に対する免疫異常で広範な自律神経症状を呈する稀な後天性疾患である。典型例では抗自律神経節アセチルコリン受容体 (抗gAChR) 抗体が陽性で、起立性低血圧、無汗症、消化管運動障害等を呈する。消化器症状を契機に診断したAAGの2症例を経験したため報告する。【症例1】25歳男性。既往に躁うつ病と虫垂炎手術歴を認める。X-1年11月に便意の消失と勃起不全を自覚し、原因不明のイレウスを繰り返した。X年2月に精査目的に入院。CTで回腸狭窄が疑われたが、小腸内視鏡検査で狭窄を認めず、イレウスは保存的に改善した。4月にイレウスで入院し、イレウスチューブを留置された。癒着性腸閉塞疑いで腹腔鏡下癒着剥離術を施行、術中所見で小腸狭窄を疑い小腸部分切除を追加した。病理所見はイレウスチューブ先端の物理的刺激による炎症性変化のみであった。術後もイレウスを繰り返した。X+1年4月、パテンシーカプセル検査でカプセルが食道に6時間停滞し、食道内圧検査で遠位食道痙攣と診断された。同年5月に発汗障害が出現。神経内科と協議し、抗gAChR抗体陰性AAGが疑われた。免疫グロブリン静注療法を開始し、腹部症状は軽減した。【症例2】39歳男性。既往にうつ病を認める。X年1月、インフルエンザ罹患後に嚥下困難と高度の便秘を自覚した。同年4月にふらつき、発汗低下、勃起不全を自覚した。近医で精査を受けたが診断に至らなかった。7月に黄便性イレウスによるS状結腸穿孔に対してストマ造設をされた。嚥下障害の精査目的で当院を紹介受診、食道内圧検査で食道アカラシアと診断された。神経内科と協議して抗gAChR抗体陰性AAGが疑われた。AAG疑いに対してステロイドパルス療法、免疫グロブリン静注療法、食道アカラシアに対して経口内視鏡的筋層切開術を施行し、嚥下困難は改善した。【考察】7割のAAG症例が消化器症状を呈し、受診の契機となりうる。自律神経症状を伴う消化器症状ではAAGを鑑別に挙げ、神経内科と連携のもと診療にあたるのが大切である。

自己免疫性自律神経節障害, 消化管運動障害

74 胃瘻抜去後の瘻孔閉鎖不全に対しOTSCが有効であった一例

新久喜総合病院 消化器内科
吉田明史, 村上洋介, 石井直樹

症例は74歳、女性。4年前より、神経精神ループスの診断となり、ステロイド加療を受けていた。その後、徐々に、嚥下機能低下を認めた。家族の希望があり、3年前に胃瘻増設を行った。しかし、胃瘻増設2年後に、胃瘻瘻孔周囲に肉芽腫が増生するようになり、リンデロン軟膏塗布して経過観察していた。その後、肉芽改善せず、肉芽切除目的に形成外科コンサルトとなった。栄養剤接触刺激の除去目的に、胃瘻を新たに増設して、肉芽腫が退縮しないようなら、手術を行う方針となった。胃瘻増設3年後に、別部位に再度、内視鏡的胃瘻増設術を行った。再増設1ヵ月後頃には、旧胃瘻瘻孔は肉芽腫が消失して、癒着化傾向を認めていた。しかし、再増設半年後頃より、旧胃瘻瘻孔より栄養剤の漏出を認めるようになった。3-0ナイロンで縫合を行い、経管栄養を止めて、瘻孔の自然閉鎖の有無を経過観察した。縫合7日目には浸出液減少し、発赤も改善を認めたことから、経管栄養を再開した。しかし、縫合8日目に、縫合部より浸出液持続を認めた。ステロイド内服中であり、浸出液による瘻孔炎も認められ、自然閉鎖は困難と考えた。縫合9日目に、上部消化管内視鏡的にOTSC (Over The Scope Clip) を用いて、旧胃瘻瘻孔部の縫縮を行った。旧胃瘻瘻孔部の肛門側にマーキングクリップを1個打ち、瘻孔部をフード内に全層性に引き込み、OTSC (GSタイプ) にて瘻孔閉鎖を行った。術翌日に経管栄養再開したが、旧胃瘻瘻孔部より栄養剤の漏出は認められなくなった。術後21日目に退院となった。OTSCは、旧来、原発性の消化管穿孔、内視鏡治療後の出血や潰瘍底の縫縮に用いられてきた全層縫合器である。OTSCを胃瘻瘻孔部の閉鎖に用いた症例報告は少ないが、本症例のように、胃瘻瘻孔部閉鎖不全に対しても有効であることを認めた。OTSCを胃瘻抜去部の瘻孔閉鎖に対して使用した貴重な一例を経験した。

OTSC, 瘻孔閉鎖不全

75 メサラジン不耐・アザチオプリンによる肝障害を契機にオザニモドによる寛解維持治療を選択した、女性新規発症潰瘍性大腸炎の一例

大森敏秀胃腸科クリニック¹⁾,
埼玉医科大学総合医療センター 消化器肝臓内科²⁾
大森敏秀¹⁾, 田川 慧²⁾

【主訴】潰瘍性大腸炎悪化での紹介転医【アレルギー歴】鶏卵【現病歴】20歳女性大学生。2年前より下痢・血便を認め近医で漢方治療を受けていたが、20XX年12月に症状が悪化し、総合病院で肝湾曲部以下の全結腸型潰瘍性大腸炎と診断された。時間メサラジン1500mgで一時的に改善するも再増悪し、専門の治療を希望し当院受診。【経過】初診時、メサラジン不耐の可能性を説明しつつ時間メサラジン顆粒4gへ増量したが、夜間排便・嘔吐・眼球陥没・脱水を認め、急性重症増悪 (ASUC) と判断し医科大学へ緊急入院。絶食・点滴管理下でPSL 50mgにて寛解導入に成功した。DLSTでは時間メサラジン±、MMX陰性SASP陰性であったが、臨床経過よりメサラジン不耐と判断。NUDT15遺伝子型 (arg/arg) 確認後AZA 50mgを開始したが、4月に肝障害 (GOT 176, GPT 345, γ -GTP 250) を認めAZA中止。5月には肝機能が正常化。退院後はPSLを漸減し5月に中止。今後の寛解維持治療についてShared Decision Making (SDM) を行い、注射製剤を避けたいという患者希望から経口SIP受容体調節薬オザニモド (OZA) を選択。5月20日よりスターターバック開始。6月にはWBC 4800、リンパ球数816/ μ lと低下したが、臨床的寛解を維持。8月22日、OZA開始後12週の全大腸内視鏡にて粘膜・組織寛解を確認した。【結論】本症例はメサラジン不耐およびAZAによる肝障害を契機に、ステロイド導入後休業後の寛解維持治療としてOZAを選択し、内視鏡的寛解を達成した若年女性例である。今後の妊娠・出産を契機に治療変更の可能性があるが、ベドリズマブ (VDZ) への同意も得ている。【考察】注射治療やステロイド回避を希望する患者が増加しており、メサラジン不耐例も増加傾向にある。カロテグラストによる複数回の寛解導入歴を有する患者においても、次回再燃時の選択肢としてSIP製剤の処方機会は今後さらに増加すると考えられる。

SIP受容体調整剤, 若年女性

76 当院における潰瘍性大腸炎に対するGuselkumabの実臨床成績

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科
西口貴則, 岡野 荘, 上羽梨沙子, 園田 光, 岩本志穂, 深田雅之, 酒匂美奈子

【背景】難治性潰瘍性大腸炎 (UC) に対する治療選択肢は拡大し、現在3種類のIL-23p19抗体が実臨床で使用可能となった。一方、新規IL-23p19抗体製剤であるGuselkumabにおけるリアルワールドのデータは限られており、当院での寛解導入期の使用経験の後方視的に解析する。【目的】当院における難治性UC患者に対して導入されたGuselkumabの寛解導入期の有効性、サロゲートマーカーの推移および安全性を検証する。【方法】2025年5月から9月までにGuselkumabを導入した難治性UC患者22例を対象とした。診療録より年齢、性別、罹病期間、既往治療、導入時疾患活動性 (部分Mayoスコア)、血液学的指標 (CRP、PGE-MUM等)、併用薬の情報を収集した。次に、2025年9月末までに寛解維持療法に移行した9例に対して、寛解維持療法開始時の臨床的改善および寛解の達成率、安全性、ステロイド製剤の離脱率を検討した。【結果】対象患者22例の年齢中央値は33歳 (IQR 29, 47)、罹病期間中央値は52ヵ月 (IQR 29, 173)、部分Mayoスコア中央値は4 (IQR 2, 5)、CRPの中央値は0.3mg/dl (IQR 0.1, 0.5)、PGE-MUM36.7 μ g/gCr (IQR 12.3, 60.5) であった。また、Advanced therapy経験例は18例 (85.7%)、使用薬剤数の中央値は2であった。寛解維持療法開始時での臨床的改善は2例 (33%)、臨床的寛解は1例 (16%)、ステロイド製剤離脱は3例中2例 (66%) で認められた。これらの症例でのCRP変化率は Δ 0.1mg/dl、PGE-MUM変化率は Δ 1.4 μ g/gCrであった。観察期間中、皮疹による中止が1例みられた。【結論】GuselkumabはUCの寛解導入療法において、比較的安全性が高く有効な薬剤であると考えられた。リアルワールドデータの蓄積は、今後の治療戦略に有用な知見を提供すると思われる。

潰瘍性大腸炎, Guselkumab

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⁾
鈴木啓太¹⁾, 阿曾沼邦夫²⁾, 井上楠奈子¹⁾, 洪井俊祐²⁾, 中村健太²⁾,
梅田智子¹⁾, 松林真央¹⁾, 佐上晋太郎²⁾, 中野 雅^{1,2)},
小林 拓^{1,2)}

【緒言】ウパダシチニブ (UPA) は中等症～重症の潰瘍性大腸炎 (UC) に有効とされる。UPA導入後に改善傾向を示したが、出血性ショックを呈した急性重症潰瘍性大腸炎 (ASUC) の3例を経験したため報告する。【症例1, 50歳女性】7年前発症の難治性UC。血便10回以上、CRP13.05 mg/dLで、ASUCの診断で入院。第2病日にUPA45 mg開始。第6病日に排便回数など改善傾向も第7病日 (CRP5.53 mg/dL) に血便、血圧低下、意識消失を認めた。大腸内視鏡 (CS) で横行結腸の上皮化傾向の再生粘膜上皮から湧出性出血を認めAPCによる止血。第9、14病日にも内視鏡止血を行ったが、第21病日に再びショックを呈したためUPA中止しミリキズマブ (MIRI) に変更。以降血便なく、顆粒球除去療法併用し第41病日に退院。【症例2, 51歳男性】17年前発症の難治性UC。腹痛、血便10回以上、CRP13.07 mg/dLでASUCの診断で入院。第2病日にUPA45 mg開始し、第5病日にプレドニゾン (PSL) 40 mgを追加。第8病日に症状改善傾向であったが第9病日 (CRP1.97 mg/dL) に血便、血圧低下、意識消失を認めた。CSで上行結腸の上皮化傾向の潰瘍底に湧出性出血を伴う露出血管を認めクリップ止血。UPAを中止し免疫調節薬に変更後、再出血なく第20病日に退院。【症例3, 39歳女性】17年前発症の全大腸炎型UC。症状再燃ありASUCの診断で前医入院。PSL大量静注療法、インフリキシマブで改善乏しく当院転院。転院時血便回数10回以上、CRP10.63 mg/dLで第3病日にUPA 45mg導入。第4病日には症状改善傾向も、第5病日 (CRP1.34 mg/dL) に血便、血圧低下、意識消失を認め第6病日にCS施行。上皮化傾向の潰瘍底に拍動性出血を伴う露出血管を認めクリップ止血を施行。第9病日に再出血あり盲腸の露出血管にクリップ止血を施行。UPAを中止し第10病日にMIRIに変更したが、第12病日にも横行結腸の露出血管から出血を認めクリップ止血を施行。再出血なく第23病日に退院。【結語】UPA導入後、症状・CRP・内視鏡所見が改善傾向にもかかわらず、出血性ショックを呈したASUCの3例を経験した。極めて稀な経過であり文献的考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎、ウパダシチニブ

北里大学北里研究所病院 臨床検査科¹⁾,
同 炎症性腸疾患先進治療センター²⁾, 同 消化器内科³⁾
中村一樹¹⁾, 金城めぐみ²⁾, 中野 雅³⁾, 佐上晋太郎²⁾,
小林 拓²⁾

【目的】潰瘍性大腸炎 (UC) の再燃時には感染性腸炎合併との鑑別がしばしば困難である。確定診断には便培養が必須だが、結果判明に数日を要し迅速な治療方針決定を妨げる。そこで本研究では、UC入院症例における感染性腸炎合併の予測因子を検討した。

【方法】2015年7月～2025年3月に当院へ消化器症状増悪で入院し、入院時に便培養およびプロカルシトニン (PCT) を提出した連続したUC患者を対象とした。*C. difficile* トキシン陽性例、サイトメガロウイルス腸炎、その他明らかな感染症合併例は除外した。便培養陽性例を感染性腸炎合併群とし、非合併群との間で年齢、体温、PCT、CRP、白血球数、血小板数、便回数をWilcoxon順位検定と比較し、ROC解析により診断精度を評価した。血便の有無はFisherの正確検定にて比較した。

【成績】対象87例中、便培養陽性は5例 (5.7% : *C. jejuni* 2例、*E. tarda* 3例) であった。合併群は非合併群に比べ体温が有意に高値 (中央値 38.9℃ [95%CI: 38.0-39.6] vs 37.0℃ [36.6-37.6], $P=0.006$)、年齢が有意に低値であった (31.0歳 [19.5-32.0] vs 40.0歳 [26.0-52.0], $P<0.05$)。PCT、CRP、白血球数、血小板数、便回数、血便の有無には有意差を認めなかった。ROC解析では体温のAUC 0.87、年齢のAUC 0.76であり、体温が最も高い診断能を示し、38.9℃以上の感度80%、特異度93%、陽性的中率40%、陰性的中率99%であった。

【結語】UC再燃時において、高熱および若年若しくは感染性腸炎合併の予測因子となる。迅速な鑑別診断を要する臨床現場において、便培養結果判明前の治療判断を補助する有用な指標となる。

炎症性腸疾患、診断予測

獨協医科大学 医学部 内科学 (消化器) 講座
川田陽介, 石川 学, 吉永智則, 小西 潤, 郷田憲一,
入澤篤志

【背景】大腸腺腫・早期癌の診断においてJNET分類に基づくNBI拡大観察が普及しているが、JNET type 2Bの診断精度は高くなく、クリスタルバイオレット (crystal violet: CV) を用いたpit pattern分類を用いて総合的に判断する。しかし、CVの発癌性が懸念されるようになり、CVに代わる補助的技法が求められている。酢酸法を用いた報告がみられるものの、non-expertにおける酢酸法診断の一致率や診断精度の比較など不明点が多い。【目的】酢酸併用NBI拡大観察 (NBI+AA) の診断一致率を観察者間 (専門医expert/非専門医non-expert) で比較し (主要評価項目)、NBI単独と対比した診断精度を評価する (副次評価項目)。【方法】内視鏡的に切除され、組織学的診断が確定した大腸腺腫・早期大腸癌・鋸歯状病変・過形成病変を後向きに抽出し、NBI単独像とNBI+AA像の2種類の拡大観察画像カタログを作成し、expert3名とnon-expert3名が独立して読影した。【結果】解析対象は235病変であった。(主要評価項目) NBI+AAにおける観察者 (全体) 間一致率は $\kappa=0.516$ で、NBI単独の $\kappa=0.577$ より低かった。観察者間の比較では、expert $\kappa=0.628$ 、non-expert $\kappa=0.458$ と有意差はなかった ($p=0.082$)。癌/非癌における診断一致率は、NBI単独の全体 $\kappa=0.488$ 、群別で expert $\kappa=0.584$ 、non-expert $\kappa=0.344$ と有意差はなかった ($p=0.053$)。NBI+AAではexpert $\kappa=0.521$ に対し、non-expert $\kappa=0.022$ で、expertにおいて有意に高かった ($p<0.001$)。 (副次評価項目) 早期癌におけるNBI単独とNBI+AAの感度は65.2% vs. 46.3%、特異度90.7% vs 89.0%、正診率86.4% vs 81.8%、AUC (Area Under the Curve) 0.778 vs 0.647 ($p<0.001$) でNBI単独が有意に高い精度を示した。【結語】本研究においてNBI+AAの診断一致率はexpertにおいて高い傾向がみられたが、NBI+AAの上乗せ効果は認められなかった。表面構造のみに基づくNBI+AA診断の再現性には、pit pattern診断法の習熟度に左右される可能性が示唆され、non-expertにおいては教育的介入や読影プロトコルの最適化が望まれる。

酢酸、大腸腺腫

深谷赤十字病院 消化器科
牛山 毅, 葛西豊高, 江藤宏幸, 佐藤伸悟, 大山湧平, 石嶋 貴,
長谷川綾香, 須賀政裕, 川辺晃一, 中原守康, 岡本四季子,
石川綾香

60代男性。X年10月血便と下痢で当院を受診した。CRPは22mg/dLであり、造影CTでは全結腸の壁肥厚を認めた。下部消化管内視鏡はMES3、生検では陰窩膿瘍を伴う中等度活動性を認め、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎 (UC) と診断した。重症度評価は潰瘍性大腸炎重症度判定基準で重症 (非劇症)、partial Mayo score 7点、Lichtiger CAI 15点だった。PSL 70 mg/日を開始したが効果不十分であり、TAC併用を開始した。その後、血液検査で炎症の再増悪を認め、CMV抗原陽性だったことから、CMV腸炎の合併と診断した。ガンシクロビル併用を開始し炎症は改善した。X年10月に中枢型深部静脈血栓症 (DVT) を合併したが、アビキサパン投与で消失した。X+1年1月にはCRPは基準値まで改善した。下部消化管内視鏡では横行結腸に残存潰瘍を認めたものの大半はMES0相当であり、生検でも活動性所見は消失していた。X+1年3月に腎障害のためTAC投与を終了した。AZAで寛解維持療法を試みたが、X+1年4月に胆汁うっ滞型肝障害・黄疸を呈し、嘔気・嘔吐も出現した。AZA不耐と判断し投与を中止した (NUDT15はArg/Arg)。AZAの代わりとなる寛解維持療法を選択する上で、患者から生物学的製剤の全身性副作用への懸念の訴えがあった。そのため、副作用が比較的少ないアダカラムによる血球成分除去療法 (CAP) を選択した。X+1年5月にCAPを導入した。当初は2週毎、X+1年11月から3週毎、X+2年2月から4週毎にCAPの施行間隔を延長し、計22回施行した。CAP施行中はCRP・赤沈は基準値で推移した。X+2年1月の下部消化管内視鏡では広範な偽ポリープを認めたが活動性炎症はなく、MES0相当の治療所見を認めた。その後も再燃することなく寛解維持が得られた。最終的に静脈ライン確保困難のためCAPを終了し、X+2年7月にリサンキズマブによる寛解維持療法へ移行した。CMV腸炎やDVTを合併するような重症UCでありながらCAP単独で長期寛解維持が可能であった本症例は、副作用への懸念が強い患者に対する治療選択肢として有用性を示唆する。

潰瘍性大腸炎、血球成分除去療法

81 自己免疫性肝炎によるlate-onset hepatic failureに対し 脳死肝移植を行った1例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門¹⁾,
同 外科学講座 消化器一般移植外科学部門²⁾,
同 病理学講座・病理診断部³⁾
三澤啓吾¹⁾, 上野 航¹⁾, 大塚陽介¹⁾, 渡邊俊司¹⁾, 三浦光一¹⁾,
森本直樹¹⁾, 堀内俊男²⁾, 平田雄大²⁾, 大豆生田尚彦²⁾, 真田幸弘²⁾,
大西康晴²⁾, 河田浩敏³⁾, 佐久間康成³⁾, 福岡敬宜³⁾, 矢野智則¹⁾

【症例】58歳女性。20歳頃から健診で肝機能障害を指摘されていたが、自然軽快し精査や加療の既往はない。【病歴】20XX-1年8月に眩暈、倦怠感、間欠的な灰白色便が出現し感冒薬を内服した。9月に前医を受診し血液検査で肝機能障害を認め、前医の消化器内科へ紹介となった。内服歴や飲酒歴はなく、ウイルス性肝炎も否定的であり、自己抗体陰性であったため原因不明の肝機能障害としてウルソデオキシコール酸の内服を開始したが、肝機能障害は改善しなかった。10月に前医で肝生検を施行しても原因は判然としなかった。11月1日に自宅退院したが、1週間後の外来受診時にPT 34%と凝固能異常が出現し急性肝不全を疑って緊急入院した。11月11日からステロイドパルス療法を行っても改善せず、11月14日には肝性脳症1度の意識障害出現並びにPT 20%へ低下したため、精査加療目的で11月18日に当院へ転入院した。入院時には肝性脳症2度へ意識障害の進行を認め、血漿交換を開始した。CTで肝萎縮および実質の造影不整も高度であり、脳死肝移植および長男をドナーとする生体肝移植を計画し、12月2日に移植外科へ転科、12月7日に脳死肝移植を行った。術後、拒絶反応を含めた合併症はなく、肝機能障害も軽快したため20XX年1月に自宅退院した。【考察】本症例はlate-onset hepatic failure (LOHF)の経過を示した1例である。LOHFは多くが昏睡型肝不全の経過を辿る重篤な病態であり、内科的治療のみでは救命率が低くしばしば肝移植が必要となる。摘出した肝臓の病理学的所見は、肝臓全体に変性萎縮と再生結節が混在し、組織学的には新大山分類A1-2/F1程度のリンパ球や形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤とInterface hepatitisの像を示した。病歴、年齢、性別、病理像から、背景疾患は自己免疫性肝炎(AIH)と考えられた。急性発症のAIHでは本症例同様、自己抗体が陰性でIgGも正常範囲の症例も少なくなく、急性肝不全を呈するとステロイドへの反応も不良となるため注意が必要である。今回、LOHFに対して肝移植を行って救命し得た1例を経験したため文献的考察を加え報告する。

急性肝不全、自己免疫性肝炎

82 ENBDチューブを留置し二期的に総胆管結石採石術 を施行した完全内臓逆位の一例

日本鋼管病院 消化器内科¹⁾, 同 消化器病センター²⁾
三谷啓介¹⁾, 市川 武¹⁾, 瀧上綾子¹⁾, 水野敬宏¹⁾, 相浦浩一²⁾

内臓逆位に対するERCPは通常とは全く異なり決して容易ではない。今回、二期的に経乳頭の採石術を施行し得た完全内臓逆位症の1例を経験したので報告する。症例は89歳、男性。発熱を主訴に当院救急外来を受診。来院時明らかに腹部症状は認めなかったが、体温40.3℃、血液生化学検査で高度の炎症反応と肝逸脱酵素の高値を認めた。腹部CTで完全内臓逆位と総胆管結石を認め、総胆管結石による急性胆管炎を疑った。ERCP施行直前に左側臥位で直視鏡を挿入し観察した。穹隆部で時計周り(右)に180度ひねり球部へ到達。時計回りのトルクを戻しながら下行部にかけて挿入しさらに反時計まわりの回転を加えて内視鏡の直線化を透視化で確認した。引き続き側視鏡に入れ換え、左側臥位のまま挿入した。乳頭正面視の際は、左ひねりを常に加えながら内視鏡を把持する必要があった。P-GW法で胆管挿管し、乳頭12時方向をEST切開後、バスケットとバルーンカテーテルにより採石術を行った。遺残結石確認のためENBDチューブを留置し終了とした。翌日のENBD造影で残石を認めたため、ERCPで再度採石術を行った。先述の挿入法でスコープ挿入を行ったが、胃内でスコープがたわみ、乳頭部到達時にはユニバーサルコードにループをつくってしまったため、スコープと内視鏡装置の接続を外してトルクを正常に戻した。8mm径のバルーンでEPBDを追加し採石術を行った。翌日のENBD造影で完全結石除去を確認した。【考察】完全内臓逆位症は2000人から10000人に1人の割合でみられ、本症に対してERCPを施行する機会は極めてまれである。完全内臓逆位の場合、まず直視鏡で十二指腸乳頭部までの到達や内視鏡の直線化の感覚をつかむこと、また再ERCP時のENBDチューブはスコープ挿入の道標となり、ともに非常に有用であった。

内臓逆位, ERCP

83 ERCP偶発症による後出血を呈した高脂血症に伴う 急性膵炎の1例

深谷赤十字病院 消化器科
葛西豊高, 江藤宏幸, 佐藤伸悟, 牛山 叡, 大山湧平, 石嶋 貴,
長谷川綾香, 須賀政裕, 川辺晃一, 中原守康, 岡本四季子,
石川文彦

【症例】38歳男性。近医に糖尿病で通院加療中。飲酒歴はなし。20XX年6月に左側腹部痛で救急搬送された。血液検査で胆酵素・炎症反応の上昇を認めた。腹骨盤造影CT検査で膵頭部腫大・周囲脂肪組織濃度の上昇を認めた。総胆管拡張・総胆管結石は認めなかった。急性膵炎の診断で緊急入院となった。急性膵炎の成因として、胆道系酵素の上昇を伴っていることから、CT陰性結石による胆石性膵炎が疑われた。第1病日に診断的治療目的でERCPを施行した。針状ナイフによる十二指腸主乳頭のプレカットまで施行したが、胆管挿管は不成功だった。数日後にERCPを再施行する方針として処置を終了した。第2病日の血液検査で中性脂肪値 2217mg/dlが判明した(第1病日は中性脂肪値未測定)。高脂血症に伴う急性膵炎と診断し、通常の膵炎治療にヘパリン持続点滴・ペマフィブラート内服を併用して加療した。ERCP再施行を要せず、急性膵炎・胆道系酵素上昇は改善した。第8病日に暗赤色便を認めた。腹骨盤造影CT検査で十二指腸主乳頭から造影剤の血管外漏出を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行し、プレカット後の潰瘍底から活動性出血を認めた。純エタノール局注法により止血術を施行し止血が得られた。以降は再出血・急性膵炎の再発はなく、第26病日に退院した。リポ蛋白分画検査ではIDL分画高値であり、3型高脂血症と判断した。内服治療の効果は良好であり、家族性ではなく糖尿病・食餌性による二次性高脂血症と判断した。【考察】ERCPが不要だった症例に内視鏡処置をしたことにより、偶発症として後出血を呈した高脂血症に伴う急性膵炎の1例を経験した。明らかに画像所見がないにも関わらず、胆石性膵炎の疑いでERCPを実施したことは反省点である。MRCP・EUSによる追加画像検査を検討すべきだった。中性脂肪値が1000mg/dlを超えると急性膵炎の発症率が高くなることが知られている。本邦の全国調査では高脂血症を成因とする急性膵炎は1.8%と稀である。稀ではあるものの診療方針への影響を考慮すると、急性膵炎の初療時には成因検索として脂質検査を漏れなく実施すべきである。

高脂血症, 急性膵炎

84 内視鏡治療後食道狭窄を有する膵腺房萎縮のない微 小浸潤癌の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾,
同 病理科²⁾, 同 放射線科³⁾
星 健介¹⁾, 仲程 純¹⁾, 堀口慎一郎²⁾, 千葉和朗³⁾, 田畑宏樹¹⁾,
南 亮悟¹⁾, 神澤輝実¹⁾, 鈴木瑞佳³⁾, 飯塚敏郎¹⁾

【症例】80歳男性【病歴】体重減少を主訴に前医を受診し、CTおよびMRCPにて膵体尾部の主膵管拡張を指摘された。前医で内視鏡的精査が試みられたが、食道癌に対するESDを複数回施行されており、厳重性食道狭窄のためスコープ通過が困難であった。精査目的で当院を紹介受診した。【既往歴】高血圧、脂質異常症、糖尿病、表在型食道癌【画像所見】3年前のCTとの比較で、今回新たに膵体尾部の主膵管拡張の出現を認めた。結節や限局性膵実質萎縮はなかった。MRIでは膵体部に膵管途絶と上流側主膵管および分枝膵管の拡張を認め、膵管途絶部に拡散制限はなかった。【経過】微小な膵癌が鑑別として挙がったが、アルコール多飲歴もあり慢性膵炎も考慮された。内視鏡治療後食道狭窄のため、食道狭窄に対してバルーン拡張した後にEUSを試みたがEUSスコープ(GIF-UCT260, Olympus)の通過不能であった。側視鏡(JF-260V, Olympus)は通過可能となったため、ERPを施行した。膵体部にて主膵管途絶を認め、上流膵管は造影されず、ガイドワイヤーによる突破も困難であったため、途絶部より下流に5Fr ENPDチューブの先端を留置した。ENPD留置下で膵液連続細胞診を施行し、9回中6回でhigh grade PanIN (pancreatic intraepithelial neoplasm)を疑う所見を認め、微小膵癌と診断した。術前化学療法を施行後、膵体尾部切除術を施行した。術後切除標本の超音波観察では膵管途絶・上流膵管拡張を認めたが、膵管途絶部に結節は認めなかった。切除標本病理像では主膵管途絶部に浸潤径3.5mmの微小浸潤癌を認めるものの、背景腺に膵腺房萎縮や線維化は乏しく、浸潤部と連続するhigh grade PanINは正常膵管上皮との境界が明瞭であった。【考察・結論】本症例はPanIN領域や背景腺の限局性膵実質萎縮に乏しいことから早期の段階で浸潤に至った主膵管優勢型パターンでの微小浸潤癌が推察された。文献的考察を加え報告する。

膵癌, SPACE

芳賀赤十字病院 消化器内科

長井洋樹, 野本弘章, 坪水花絵, 高見博人, 如水慶嗣

症例は56歳、女性。飲酒歴や腓炎の家族歴なし。乳癌手術歴があり、2年前の造影CTで異常はなかった。当院受診9日前に突然腹部を殴られたような激痛があり、近医EGDで十二指腸潰瘍の診断で外来治療を受けていた。腹痛は改善したが当院受診前日に食思不振・嘔吐で近医受診し、腹部単純CT撮像され、腓腫瘤、十二指腸狭窄の診断で当院へ紹介となった。身体所見上、体温36.8℃、血圧141/109mmHg、脈拍103/分、腹部は平坦・軟で心窩部に軽度の圧痛を認めた。当院受診時の血液検査でHb 15.1 g/dL、BUN 79mg/dL、Cre 2.24mg/dL、AMY 150 U/Lで、高度脱水、腎障害を認め緊急入院となった。入院翌日のEUSで十二指腸下行脚に狭窄を認め、潰瘍は認めなかった。狭窄部周囲には低エコー腫瘤を認め、ソナゾイド造影では腫瘤は造影されず、膿瘍や血腫の存在が疑われた。保存的治療の方針とし抗菌薬・絶食・中心静脈栄養・経鼻胃管留置解放で治療した。第4病日に腎機能改善を確認し造影CT施行したところ、腓頭部の仮性動脈瘤、および血腫による十二指腸狭窄の診断となった。造影剤の血管外漏出はなく血腫吸収を待つ方針としたが、徐々に胃管排液が増加し、第8病日に造影CTを再検したところ、血腫の増大を認めた。第12病日に待機的に血管造影検査を施行、上腸間膜動脈には非動脈硬化性の口径不同を認め、後下腓十二指腸動脈の遠位部に微細な数珠状の蛇行・口径不同と仮性動脈瘤を認めコイル塞栓を行った。その後、血腫は縮小、胃管排液は減少し、第25病日より徐々に飲食を開始し退院となった。仮性動脈瘤の成因として、中高年であること、炎症性変化や動脈硬化性病を認めないこと、突然の腹腔内出血で発症すること、血管造影で血管の不正な数珠状の狭窄と拡張を認めることから分節性動脈中膜融解症(SAM)が考えられた。現在定期的に造影CTを撮像し、3年間再発はない。本症例はSAMによる腓仮性動脈瘤破裂であること、腹痛改善後に十二指腸閉塞症状で来院されたことから示唆に富む一例であると考えられた。

分節性動脈中膜融解症(SAM)、腓仮性動脈瘤

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第387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387回例会
当番会長 矢野 智則

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アッヴィ合同会社
EAファーマ株式会社
株式会社大塚製薬工場
ギリアド・サイエンズ株式会社
武田薬品工業株式会社
田辺ファーマ株式会社

中外製薬株式会社
東亜新薬株式会社
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
ブリストル・マイヤーズスクイブ株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2025年10月15日現在)