

# 日本消化器病学会 関東支部第388回例会

## プログラム・抄録集



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 教授）

令和8年2月14日（土）

海運クラブ

# 日本消化器病学会関東支部第388回例会 プログラム・抄録集

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 教授）  
〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9  
TEL 045-787-2800

事務局長：長谷川 翔（横浜市立大学肝胆膵消化器病学 講師）

会 期：令和8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 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、Windows Microsoft PowerPoint 365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  
※スライドは「ワイド画面（16：9）」で作成してください。
  - 2) Macintosh使用、及びKeynote（アプリケーション）を使用の場合は、必ずPC本体をお持込みください。なお、プロジェクターへの接続はHDMIです。変換コネクタを必要とする場合は必ずご自身でお持込みください。また、バッテリーのみでの稼動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、演台上に置かれたモニターを見ながらご自身で操作して画面を進めていただきます。なお、発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
  - 5) グラフや動画などは、必ず元データも保存してください。またバックアップの為にデータも持参してください。
3. 発表スライドは、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、速やかに「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もしくは同施設の方は、奨励賞表彰式に出席してください。（第1会場 14：45～15：00）
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7：30～17：10です。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
12. 評議員会は2月14日（土）に現地開催のみとなります。
  - 1) 評議員会：2月14日（土）第2会場11：40～12：10
  - 2) 評議員会への参加については第388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。

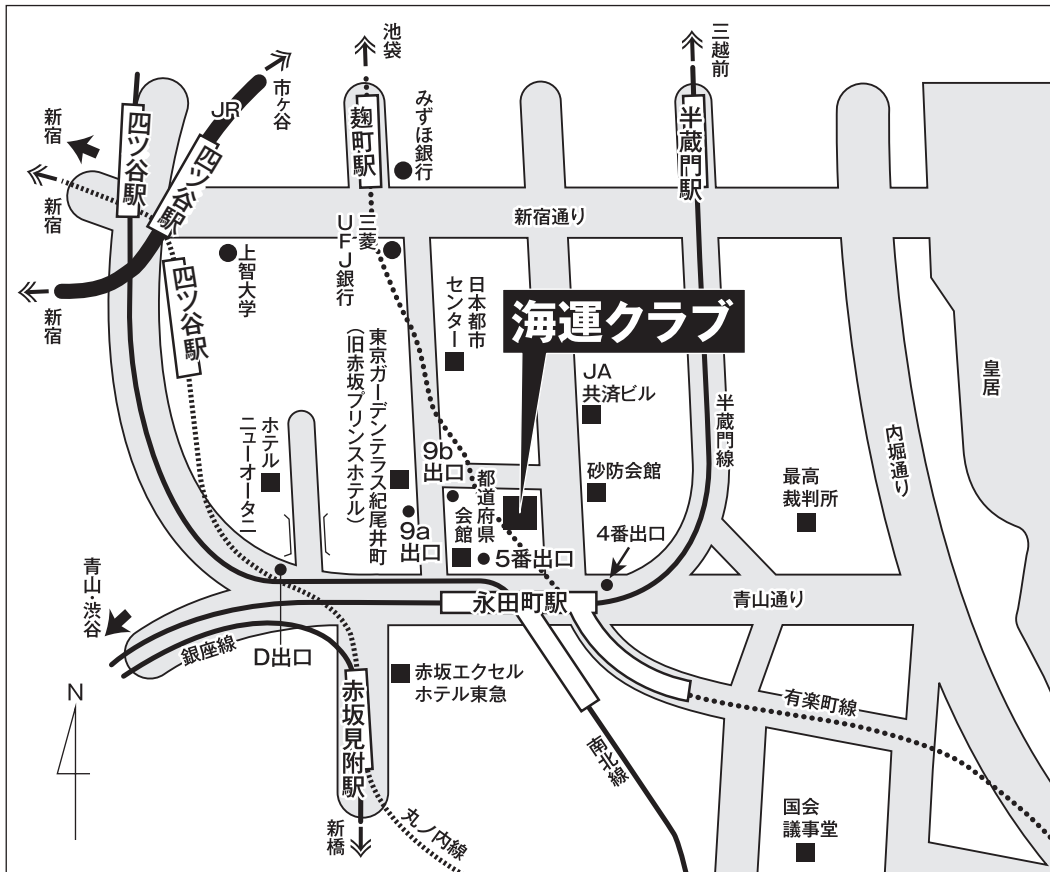
【問い合わせ】

日本消化器病学会関東支部第388回例会運営事務局  
〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-28 NF九段2階  
株式会社ACEエンタープライズ内  
E-mail：[jsge388kanto@ace-enterprise.co.jp](mailto:jsge388kanto@ace-enterprise.co.jp)

# 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388回例会

## 令和8年2月14日（土）

8:25～8:30			開会の辞（第1会場）		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医1（消化管）1～5	8:30～9:00	中村 拳 阿部 創平	(9) 専攻医5（肝）40～43	8:30～8:55	橋本 英篤
(2) 専攻医2（消化管）6～11	9:00～9:40	枇杷田 裕佑 後藤 晃紀	(10) 専攻医6（肝）44～48	8:55～9:25	仁木 まい 内野 康志
(3) 専攻医3（大腸）12～16	9:40～10:10	鍛冶 諒 片山 千佳	(11) 専攻医7（胆膵）49～53	9:25～9:55	池村 宗朗 岡田 健太
(4) 専攻医4（その他）17～20	10:10～10:35	池田 佳彦	(12) 専攻医8（胆膵）54～58	9:55～10:25	石垣 賀子 芳賀 大生
10:35～10:45 休憩			10:25～10:35 休憩		
(5) 研修医1（消化管）21～25	10:45～11:15	向山 順子 内田 苗利	(13) 研修医3（胆膵）59～61	10:35～10:55	大石 梨津子
(6) 研修医2（肝臓・その他）26～28	11:15～11:35	白滝 理博	(14) 研修医4（膵）62～64	10:55～11:15	小嶋 啓之
			11:40～12:10 評議員会（第2会場）		
12:20～13:10 ランチョンセミナー1（第1会場） 悪性腫瘍に対する治療戦略 「術後再建腸管症例の悪性胆道閉塞に対する内視鏡治療」 東京女子医科大学病院 消化器内科 講師 白田龍之介 「胆管狭窄の内視鏡的マネジメント up to date」 東海大学医学部 消化器内科 教授 岩崎 栄典 司会 仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科 副院長 伊藤 啓 共催：株式会社カネカメディックス			12:20～13:10 ランチョンセミナー2（第2会場） 「IBDにおけるスクリージへの期待 ～当院でのスクリージの使用経験を含めて～」 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 部長 酒匂美奈子 司会 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患センター センター長 辰巳 健志 共催：アッヴィ合同会社		
13:15～14:10 特別講演（第1会場） 「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）診療の最前線」 「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）：疾患概念の変遷と診断の新展開」 横浜市立大学肝胆膵消化器病学 主任教授 米田 正人 「MASLDに対する治療の現状と展望」 武蔵野赤十字病院消化器内科 副部長 玉城 信治 司会 横浜市立大学附属病院内視鏡センター 教授 窪田 賢輔					
14:15～14:45 アフタヌーンセミナー1（第1会場） 「小腸病変から考えるクローン病診療 — 生物学的製剤の現状とトレムフィアの意義 —」 東京科学大学 消化器連携医療学 講師 竹中 健人 司会：横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患センター 准教授 国崎 玲子 共催：ヤンセンファーマ株式会社			14:15～14:45 アフタヌーンセミナー2（第2会場） 「新規経口治療薬への期待 ～作用機序から考えるS1P受容体調節剤～」 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 教授 IBDセンター長 加藤 真吾 司会 横浜市立大学大学院 医学研究科 肝胆膵消化器病学 准教授 / 横浜市立大学附属病院 炎症性腸疾患センター 副センター長 日暮 琢磨 共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社		
14:45～15:00 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
演 題	時 間	座 長	15:10～17:10 第30回専門医セミナー 「症例検討セッション」		
(7) 消化管 29～33	15:10～15:40	徳長 鎮 三國 隼人	司会 千葉 秀幸（大森赤十字病院消化器内科） 今城 健人（新百合ヶ丘総合病院消化器内科） 佐藤 高亮（茅ヶ崎市立病院消化器内科）		
(8) 示唆に富む症例 34～39	15:40～16:20	伊東 傑 合田 賢弘	症例プレゼンター 林 映道（大森赤十字病院 消化器内科） 上野 航大（茅ヶ崎市立病院 消化器内科） 川村 允力（新百合ヶ丘総合病院 消化器内科） ディスカッション 櫻井 祐輔（自治医科大学 消化器内科） 小田部 拓実（自治医科大学 消化器内科） 原井 正太（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科） 山重 大樹（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科） 西脇 拓郎（亀田総合病院 消化器内科） 寛見 太一（亀田総合病院 消化器内科） 井関 真理（東京都立駒込病院 消化器内科） 細井 萌子（東京都立駒込病院 消化器内科） 佐原 康太（横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科） 棚田 桃加（横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科）		
			★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。		
17:10～			閉会の辞（第2会場）		

専攻医・研修医セッションの発表者もしくは同施設の方は、奨励賞表彰式にご参加ください。  
（第1会場 14:45～）

## 特別講演

第1会場 13:15～14:10

# 「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患 (MASLD) 診療の最前線」

「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患 (MASLD) : 疾患概念の  
変遷と診断の新展開」

横浜市立大学肝胆膵消化器病学 主任教授 **米田 正人**

「MASLDに対する治療の現状と展望」

武蔵野赤十字病院消化器内科 副部長 **玉城 信治**

司会 横浜市立大学附属病院内視鏡センター 教授 **窪田 賢輔**

………演者紹介………

よねだ まさと  
**米田 正人**

### 【学歴】

2001年 横浜市立大学医学部卒業  
2004年 横浜市立大学大学院医博士課程卒業

### 【職歴】

2005年 横浜市立大学附属病院消化器内科  
助手  
2007年 横浜市立大学附属病院助教  
2013年10月～2016年2月 米国フロリダ州マイアミ大学  
に留学  
2016年3月 横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学  
講師

2019年4月 横浜市立大学附属病院 国際臨床  
肝疾患センター 准教授  
2023年4月 横浜市立大学附属病院 国際臨床  
肝疾患センター センター長  
2025年8月 横浜市立大学大学院医学研究科  
肝胆膵消化器病学 主任教授

### 【所属学会】

日本消化器病学会、日本肝臓学会、日本超音波学会、日  
本消化器内視鏡学会、日本消化管学会、日本内科学会

たまき のぶはる  
**玉城 信治**

### 【学歴】

2006年3月 日本医科大学卒業  
2017年4月～2020年3月 山梨大学大学院先進医療科学  
専攻卒業 医学博士取得

### 【職歴】

2006年4月～2008年3月 海老名総合病院 初期臨床研  
修医  
2008年4月 現在 武蔵野赤十字病院消化器科 医員  
2020年4月～2022年1月 University of California San  
Diego, Department of  
Medicine, NAFLD research  
center, Visiting scholar  
2022年4月 武蔵野赤十字病院 肝疾患相談センター 副  
センター長併任  
2022年7月 武蔵野赤十字病院 消化器科 副部長  
2024年4月 北海道大学医学部 客員准教授併任

### 【資格】

日本内科学会 総合内科専門医・指導医  
日本消化器病学会 専門医・指導医・学会評議員・関東支  
部会評議員  
日本肝臓学会 専門医・指導医・学会評議員・東部会評議員  
日本消化器内視鏡学会 専門医  
2018－ 日本消化器病学会・日本肝臓学会 NAFLD/  
NASH診療ガイドライン委員  
2023－ アジア太平洋肝臓学会 Emerging Leader  
Committee  
2024－ 日本肝臓学会 肝炎診療ガイドライン(B型肝炎・  
C型肝炎)委員  
2024－ 日本超音波医学会 エラストグラフィ(肝臓)ガイ  
ドライン 委員  
2024－ 日本超音波医学会 脂肪肝ガイドライン 委員  
2025－ 日本肝臓学会 MASH/MASLDの診療ガイド 作  
成委員

## ランチセミナー 1

第1会場 12:20～13:10

# 「悪性腫瘍に対する治療戦略」

## 「術後再建腸管症例の悪性胆道閉塞に対する内視鏡治療」

東京女子医科大学病院 消化器内科 講師 白田龍之介

## 「胆管狭窄の内視鏡的マネジメント up to date」

東海大学医学部 消化器内科 教授 岩崎 栄典

司会 仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科 副院長 伊藤 啓

共催：株式会社カネカメディックス

### ……演者紹介……

はくた りゅうの すけ  
白田 龍之介

【学歴】  
2008年 東京大学 医学部卒業

2019年

東京大学大学院 医学系研究  
科 消化器内科学卒業

#### 【職歴】

2008年4月～2010年3月 日本赤十字社医療センター  
初期研修医  
2010年4月～2013年3月 日本赤十字社医療センター  
後期研修医  
2013年4月～2015年3月 東京大学医学部附属病院  
消化器内科 病院診療医  
2015年4月～2017年3月 日本赤十字社医療センター  
消化器内科 医員  
2017年4月～2019年3月 東京大学医学部附属病院  
消化器内科 病院診療医

2019年4月～2020年3月

東京大学医学部附属病院  
消化器内科 特任臨床医

2020年4月～2022年3月

東京大学医学部附属病院  
光学医療診療部 助教

2022年4月～2024年3月

東京大学医学部附属病院  
消化器内科 助教

2024年4月～

東京女子医科大学 消化器内  
科 講師

#### 【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、  
日本胆道学会、日本膵臓学会

いわさき  
岩崎

えいすけ  
栄典

#### 【学歴】

2001年3月31日 慶應義塾大学医学部 卒業

#### 【職歴】

2001年5月1日 慶應義塾大学医学部 研修医(内科学)  
2003年5月1日 他施設出向(東京歯科大学市川総合病  
院、日本鋼管病院)  
2005年6月1日 慶應義塾大学医学部 助手(専修医)  
(内科学・消化器)  
2008年5月1日 慶應義塾大学医学部 助教(2009年4  
月～2012年4月出向)  
2009年4月1日 東京都済生会中央病院内科 医員  
2014年4月1日 慶應義塾大学医学部 助教(内視鏡セ  
ンター)  
2015年4月1日 慶應義塾大学医学部 助教(内科学・  
消化器)

2015年5月1日 慶應義塾大学医学部 専任講師・学部  
内(内科学・消化器)

2017年3月1日 慶應義塾大学医学部 専任講師(内科  
学・消化器)

2025年4月1日 慶應義塾大学医学部 非常勤講師(内  
科学・消化器)

2025年4月1日 東海大学医学部内科学系 消化器内科  
教授

#### 【所属学会】

日本内科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学  
会、日本肝臓学会、日本膵臓学会、日本胆道学会、日本  
消化管学会、日本救急医学会、日本腹部救急医学会、米  
国消化器内視鏡学会国際会員(ASGE)、欧州消化器内視  
鏡学会国際会員(ESGE)

## ランチオンセミナー2

第2会場 12:20～13:10

# 「IBDにおけるスキリージへの期待 ～当院でのスキリージの使用経験を含めて～」

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 部長 酒匂美奈子

司会 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患センター センター長 辰巳 健志

共催：アッヴィ合同会社

………演者紹介………

さこう み な こ  
酒匂美奈子

### 【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



## アフタヌーンセミナー 1

第1会場 14:15～14:45

# 「小腸病変から考えるクローン病診療 —生物学的製剤の現状とトレムフィアの意義—」

東京科学大学 消化器連携医療学 講師 **竹中 健人**

司会 横浜市立大学附属市民総合医療センター 炎症性腸疾患センター  
准教授 **国崎 玲子**

共催：ヤンセンファーマ株式会社

………演者紹介………

たけなか けん と  
**竹中 健人**

### 【学歴】

2002年 3月 私立開成高等学校卒業  
2008年 3月 東京医科歯科大学医学部医学科卒業  
2016年 3月 東京医科歯科大学大学院卒業

### 【職歴】

2008年 4月 虎の門病院前期内科レジデント  
2010年 4月 東京医科歯科大学消化器内科 医員  
2011年 4月 みなと赤十字病院消化器内科 医師  
2013年 4月 東京医科歯科大学消化器内科 医員  
2018年 4月 東京医科歯科大学消化器内科 助教  
2022年 4月 東京医科歯科大学消化器内科 講師  
2024年10月 東京科学大学消化器内科 講師(大学名：統合により変更)

### 【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、日本カプセル内視鏡学会、日本小腸学会、  
日本炎症性腸疾患学会



## アフタヌーンセミナー 2

第1会場 14:15～14:45

# 「新規経口治療薬への期待 ～作用機序から考えるS1P受容体調節剤～」

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 教授 IBDセンター長 **加藤 真吾**

司会 横浜市立大学大学院 医学研究科 肝胆膵消化器病学 准教授/横浜市立大学附属病院  
炎症性腸疾患センター 副センター長 **日暮 琢磨**

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

………演者紹介………

かとう しんご  
**加藤 真吾**

### 【学歴】

1985(昭和60)年3月 大阪府立天王寺高等学校卒業  
1991(平成3)年3月 防衛医科大学校医学科卒業  
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  
2002(平成14)年10月 同上 修了

### 【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  
2023(令和5)年4月1日 同 炎症性腸疾患(IBD)センター センター長  
2024(令和6)年4月1日 同 教授

### 【所属学会】

日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本潰瘍学会、日本神経消化器病学会、日本消化器免疫学会、  
日本消化吸収学会、日本カプセル内視鏡学会、日本小腸学会、日本内科学会、日本肝臓学会、日本消化管  
学会、日本炎症性腸疾患学会、Asian Organization for Crohn's and colitis (AOCC) member、European  
Crohn & Colitis Organization (ECCO) member

## 第30回専門医セミナー

第2会場 15:10～17:10

# 「症例検討セッション」

第29回専門医セミナー(第386回例会 2025年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。

※専門医セミナーの参加費は無料です。どなたでもご参加いただけます。  
(日本消化器病学会関東支部第388回例会における参加登録ならびに参加費をお支払いください。)

※専門医更新単位3単位取得できます。

司 会：千葉 秀幸 (大森赤十字病院消化器内科)  
今城 健人 (新百合ヶ丘総合病院消化器内科)  
佐藤 高光 (茅ヶ崎市立病院消化器内科)

症例プレゼンター：林 映道 (大森赤十字病院 消化器内科)  
上野 航大 (茅ヶ崎市立病院 消化器内科)  
川村 允力 (新百合ヶ丘総合病院 消化器内科)

ディスカッサント：櫻井 祐輔 (自治医科大学 消化器内科)  
小田部拓実 (自治医科大学 消化器内科)  
原井 正太 (国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科)  
山重 大樹 (国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科)  
西脇 拓郎 (亀田総合病院 消化器内科)  
鷺見 太一 (亀田総合病院 消化器内科)  
井関 真理 (東京都立駒込病院 消化器内科)  
細井萌々子 (東京都立駒込病院 消化器内科)  
佐原 康太 (横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科)  
棚田 桃加 (横浜市立大学医学部 消化器・腫瘍外科)

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

### 【テーマ】磁石を楽しもう！

#### 【内容】

- ①いろいろな磁石で遊ぼう
- ②磁石にくっつくもの・くっつかないものはどれ？
- ③ガウス加速器をつくろう！
- ④磁性流体が磁石を食べる？

※3才～未就学児がキッズセミナーへご参加いただく場合、託児申込  
が必要です。  
(小学生の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388回例会運営事務局  
〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-28 NF九段 2F  
E-mail : jsge388kanto@ace-enterprise.co.jp

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

## 第1会場（午前の部）

8：25～8：30

—開会の辞—

### 評価者

順天堂大学医学部 消化器内科	竹田 努
東京女子医科大学八千代医療センター 内視鏡科	杉山 晴俊
新座志木中央総合病院	班目 明

専攻医1（消化管） 8：30～9：00

座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 中村 拳  
東京通信病院 消化器内科 阿部 創平

#### 1. 胆嚢への直接浸潤を画像検査的に認めた進行胃癌の1例

日本大学医学部附属 板橋病院 ○小野 周平, 岡村 行泰  
医療法人社団苑田会 苑田第一病院 天田 塩, 加茂 知久, 渡邊 善広

#### 2. 門脈-下大静脈シャントを介した十二指腸静脈瘤に対しバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術（BRTO）が奏功した1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○宇野 裕喜, 荻野 悠, 渡邊 菜帆, 南雲 秀樹  
小林康次郎, 向津 隆規, 松井 哲平, 藤本 愛  
和久井紀貴, 岡野 直樹, 五十嵐良典, 松田 尚久

#### 3. Muckle-Wells 症候群に併発した小腸潰瘍の一例

東京科学大学病院 消化器内科 ○金山 学史, 渡辺 雅人, 清水 寛路, 竹中 健人  
金子 俊, 村川美也子, 朝比奈靖浩, 岡本 隆一  
同 光学医療診療部 河本 亜美, 村野 竜朗, 大塚 和朗  
同 病理部 田口登和子

#### 4. 腹痛を契機に発症し診断に難渋したIgA 血管炎の1例

獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座 ○武田 歩, 田中 孝尚, 相原沙代子, 大塚 久仁  
小島原駿介, 菅谷 武史, 富永 圭一, 入澤 篤志

#### 5. 診断に難渋した小腸動静脈奇形の一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○能美楨之介, 三浦 亮, 清水 友貴, 本田 卓  
松本 康佑, 青柳 仁, 磯野 朱里, 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 総合診療科 立澤 直子

専攻医2（消化管） 9：00～9：40

座長 横浜労災病院 消化器内科 枇杷田 裕佑  
横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 後藤 晃紀

#### 6. 逆流性食道炎による高度食道狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効だった一例

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

7. 十二指腸潰瘍により胆嚢十二指腸瘻を形成し、再発性胆管炎を来した一例

三井記念病院 消化器内科 ○芝本 祐太, 齊藤 活輝, 堀口くらら, 阿達 航太  
曾谷村佳史, 田邊 舞衣, 鈴木 賛, 丹野恵里佳  
森山 慎, 近藤真由子, 高木 馨, 小島健太郎  
関 道治, 戸田 信夫

8. 胃瘻抜去後の創部閉鎖不全に対して、OTSC による内視鏡的閉鎖術を施行し改善した一例

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

9. 消化管出血を契機に外科的根治切除を行った巨大十二指腸 Brunner 腺過誤腫の1例

筑波学園病院 ○金森 亮平, 福田 邦明, 石毛 和紀, 永瀬 将臣  
城山真美子, 佐浦 勲, 重田早紀子, 松本 正弘

10. 免疫抑制剤内服中に胃の不整型潰瘍と直腸のびらんを発症し、薬剤中止にて改善を認めた一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○岡田 悠吾, 岡 政志

11. 内視鏡的止血困難な非静脈瘤性上部消化管出血に対する IVR への移行戦略

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科  
日本医科大学 消化器内科学 ○宮本菜桜子  
日本医科大学武蔵小杉病院 放射線科 安井 大祐, 小谷 映午  
日本医科大学 消化器内科学 厚川 正則  
日本医科大学武蔵小杉病院 放射線科  
日本医科大学 消化器内科学 中村 拳  
日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科  
日本医科大学 消化器内科学 新井 悠, 亀井 淳矢, 大木 孝之, 齋能 和輝  
町田 花実, 恩田 毅, 田邊 智英, 植木 信江  
二神 生爾

専攻医3 (大腸) 9:40~10:10

座長 杏林大学医学部付属病院 消化器内科学 鍛冶 諒介  
群馬大学医学部附属病院 総合外科 消化管外科 片山 千佳

12. 急性腎障害に対し早期の血液透析導入が有用であったサルモネラ腸炎の1例

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

13. JAK 阻害薬による薬剤性発熱が疑われた潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター ○寺本 駿也, 岡田 悠吾, 岡村 洸, 清水 佳祐  
勅使河原享三郎, 永原 昂太, 宮内 琉希, 道銀 優  
岸 寛士, 鴫田 正樹, 増渕 悟志, 内田 信介  
倉岡 直亮, 岡 政志, 川村 祐介, 松原 三郎  
埼玉医科大学総合医療センター  
同 炎症性腸疾患センター 鈴木 一世, 田川 慧, 加藤 真吾

14. 悪性リンパ腫による回盲部腫瘤で腸重積を発症した一例

東京都立大塚病院 ○根本 淳子, 倉田 仁, 田中 啓, 白崎 友彬  
本林麻衣子, 岩本加代子

15. 糞便による腸管圧迫から虚血性大腸炎を生じた一例

聖隷横浜病院 ○笠間 瑞希, 吹田 洋将, 豊水 道史, 佐藤 育也  
江澤 将敬, 越後貫 舜

16. 潰瘍性大腸炎に対する IL-23 抗体製剤 3 製剤の短期治療成績

自治医科大学附属さいたま医療センター ○藤田 実優, 松本 吏弘, 眞嶋 浩聡, 宮谷 博幸  
上原 健志, 関根 匡成, 吉川 修平, 大竹はるか  
三浦 孝也, 高橋 裕子, 勝部 聡太, 森野 美奈  
高橋 成明, 今井友里加, 小島 柊, 佐々木吾也  
佐藤 杏美, 井上 智博, 青山佳代子

専攻医 4 (その他) 10:10~10:35

座長 茅ヶ崎市立病院 消化器内科 池田 佳彦

17. ペプチド受容体放射性核種療法が奏効したカルチノイド症候群を伴う肺神経内分泌腫瘍の 1 例

横浜市立大学附属病院 臨床腫瘍科 ○鈴木 啓章, 小林 規俊, 前原 健吾, 大久保直紀  
露木 翔, 市川 靖史  
同 病理診断科 病理部  
同 医学研究科 医学部 分子病理学 新井 拓真, 藤井 誠志

18. Median arcuate ligament syndrome に起因する胃十二指腸動脈瘤破裂の一例

株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 ○佐藤 虞美, 廣島 良規, 後藤 美智, 安東 敬仁  
寺門 幸乃, 徳留 和佳, 菅沼 大輔, 町島 雄一

19. 健常者への Salmonella Oranienburg による脾嚢胞感染を来した 1 例

昭和医科大学病院 消化器内科 ○西川 晃一, 音山 裕美, 中島 陽子, 大西 良尚  
坂 隆寛, 吉田 仁

20. 出血性脾嚢胞に対して開腹脾摘術を施行した 2 例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○宮川 真央, 浜口 暁, 上田 純志, 松下 晃  
川野 陽一, 清水 哲也, 室川 剛廣, 大野 崇  
吉田 寛

研修医 1 (消化管) 10:45~11:15

座長 東京大学医科学研究所 外科・フロンティア外科学 向山 順子  
茅ヶ崎市立病院 臨床検査科 内田 苗利

21. 脾癌に伴う胆管炎が成因と考えられた胃壁膿瘍の一例

筑波大学付属水戸地域医療教育センター 総合病院水戸協同病院 消化器内科 ○森本みずき, 鹿志村純也, 磯 直樹, 岡田 健太  
小野 公平, 有賀 啓之, 池田 直哉

22. 小腸腫瘍による腸重積症で手術を要した一例

江東病院 ○畠 実久, 森 広樹, 太田 一樹, 蔡 岳泰  
渡辺 大地, 上山 美鈴, 須山 由紀, 加藤 博久  
堀江 智子

### 23. 短期間で肉眼所見が著しく変化した Rindi 分類 3 型胃 NET の一例

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

### 24. 早期胃癌 ESD における BEST-J score と後出血の関連

東京女子医科大学 八千代医療センター 消化器内科 ○波多野広希, 村上 大輔, 杉山 匠, 九里 光政  
高橋 傑, 嶋 由紀子, 石川賢太郎, 杉山 晴俊  
西野 隆義, 新井 誠人

### 25. 原発性硬化性胆管炎合併潰瘍性大腸炎に上行結腸癌と肝内胆管癌を発症した 1 例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 ○森田えりか, 辰巳 健志, 小原 尚, 中尾 詠一  
後藤 晃紀, 黒木 博介, 杉田 昭, 小金井一隆  
横浜市立大学附属病院 病理診断科・病理部 石山 貴博, 山中 正二

研修医 2 (肝臓・その他) 11:15~11:35 座長 東海大学医学部付属病院 消化器内科 白滝 理博

### 26. 左横隔膜下に発生した異所性肝細胞癌の 1 例

NTT 東日本関東病院 肝胆脾内科 ○嘉陽田朝暉, 永井 奎毅, 上地 大樹, 辻川真太郎  
小山 裕司, 藤田 裕司, 長尾 厚樹, 寺谷 卓馬

### 27. 肝原発神経内分泌腫瘍の術後肝転移再発に対して集学的治療により完全奏功が得られた一例

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

### 28. 腹腔内膿瘍との鑑別を要した脱分化型脂肪肉腫の一例

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



13：15～14：10

**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**

**「代謝機能障害関連脂肪性肝疾患（MASLD）：疾患概念の変遷と診断の新展開」**

横浜市立大学肝胆膵消化器病学 主任教授      米 田 正 人

**「MASLD に対する治療の現状と展望」**

武蔵野赤十字病院消化器内科 副部長      玉 城 信 治

司会 横浜市立大学附属病院内視鏡センター 教授 窪 田 賢 輔

---

## 第1会場（午後の部） 一般演題

一般演題1（消化管） 15：10～15：40

座長 千葉県がんセンター 内視鏡科 徳長 鎮  
東京慈恵会医科大学附属西部医療センター 三國 隼人

### 29. 当院における潰瘍性大腸炎に対するグセルクマブの短期治療成績

東京医科大学病院 臨床医学系消化器内科学分野 ○種井 博紀, 一宮 匡, 今村 拓磨, 福澤 誠克  
糸井 隆夫  
大堀 IBD クリニック 吉村 直樹

### 30. クローン病におけるベドリズマブの有効性

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

### 31. 水痘感染を併発した活動期潰瘍性大腸炎に対して顆粒球除去療法を用いて治療継続し得た1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科 ○野上 章, 鳥羽 崇仁, 井上 慶一, 藤井 紘大  
北條 紋, 松田 尚久

### 32. オザニモド OZA 導入により大腸サーベイランスが容易となった多剤耐性 UC 活動期の1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

### 33. S 状結腸癌を併存した結核性腹膜炎で抗結核薬の診断的投与および腹腔鏡下組織生検が有用であった一例

JR 東京総合病院 消化器内科 ○岩原 彰大, 弦間 有香, 金子 麗奈, 吉川 剛史  
毛利 大, 大前 知也, 赤松 雅俊, 岡本 真  
同 消化器外科 酒井 航, 金沢 孝満  
同 臨床検査科 田中 大貴, 大友 梨恵

一般演題2（示唆に富む症例） 15：40～16：20

座長 埼玉医科大学国際医療センター 消化器内科 伊東 傑  
横浜市立大学 消化器内科学 合田 賢弘

### 34. 食道原発無色素性悪性黒色腫の一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 ○野尻晋太郎, 依光 展和, 山田 大貴, 渡邊 昌人  
山城 雄也, 下地 耕平, 中園 綾乃, 吉永 繁高  
並木 伸  
同 病理診断科 岡田 晴香

### 35. 十二指腸浸潤からの出血で致死的な経過を辿り、剖検によりパラガングリオーマと診断された一例

一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 消化器内科 ○古田 祐樹, 香川 幸一, 岩井 佑太, 福田 知広  
田中 優作, 伊藤 高章, 岡沢 啓  
同 消化器外科 西 知彦  
同 病理診断科 堂本 英治  
独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 病理診断科 古賀 裕

**36. 脾癌に非細菌性血栓性心内膜炎を合併し心筋梗塞を繰り返した一例**

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○横塚 孝基, 菅 元泰, 須藤 大賀, 内田 蒼大  
安部 晃規, 大金 良槻, 黒崎 宏貴, 中屋 義輝  
酒井 美帆, 渡部 主樹, 關根 優, 大内 麻愉  
大山 広

**37. 術後4年を経て卵管癌からの孤立性脾転移に対しEUS-TAで診断し得た1例**

杏林大学 医学部 消化器内科学 ○荻本 直亮, 落合 一成, 内田 直洋, 佐藤 祐大  
石田 拓也, 澁田 秀則, 山田 貴大, 川本 翔  
土岐 真朗, 久松 理一  
同 病理学教室 加藤憲一郎, 里見 介史, 柴原 純二

**38. ウパダシニブ投与中に発生したニューモシスチス肺炎の治療経過中に門脈血栓症を合併した一例**

昭和医科大学 医学部 内科学講座消化器内科学部門 ○山崎 裕太, 水野紗也香, 富士 貴弘, 森 大地  
大西 良尚, 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  
東篠 正幸, 片桐 敦, 吉田 仁  
同 内科学講座呼吸器内科学部門 眞鍋 亮  
昭和医科大学 内視鏡センター 若村 邦彦

**39. Wilson病の長期管理中に自己免疫性肝炎を新規発症した一例**

横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学教室 ○岩城 慶大, 和田 直大, 小林 貴, 野上 麻子  
米田 正人  
同 病理診断科 山中 正二, 藤井 誠志

## 第2会場（午前の部）

### — 評価者 —

けいゆう病院 消化器内科	福田 知広
横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科	黒木 博介
湘南鎌倉総合病院	七里 頼子

専攻医5（肝） 8：30～8：55

座長 聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 橋本 英篤

#### 40. 超音波内視鏡下ドレナージが著効した感染性肝嚢胞の一例

藤沢湘南台病院 消化器内科 ○織茂 智也, 山本 敦史, 鈴木 英祐, 西野 麻美  
今福佳織里, 東 暖及, 竹岡 祐毅, 堀 恭樹  
松田 玲圭

#### 41. 治療に難渋した Fusobacterium 肝膿瘍の一例

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科 ○瀬澤 大, 北村 晃一, 村上 脩斗, 西田 晨也  
川村 允力, 田邊 浩紹, 目黒 公輝, 土谷 一泉  
鹿野島健二, 土肥 弘義, 廣石 和正, 國分 茂博  
今城 健人

#### 42. 硬化性血管腫フォロー中に混合型肝癌の診断に至りゲムシタピン+S-1併用療法で長期生存を得られている一例

さいたま市立病院 消化器内科 ○小林 文子, 星 瞳, 三井 綾佳, 石井 彩  
白井 貴浩, 平澤 智明, 岩田賢太郎, 町田 健太  
山本 傑, 瀧本 洋一, 三浦 邦治, 牟田口 真  
金田 浩幸, 金子 文彦  
同 腫瘍内科 関根 克敏  
同 消化器外科 藤田 優裕

#### 43. アテゾリズマブ、ペバシズマブ併用療法開始後の腫瘍内出血壊死に対して、TAE 後に mRECIST CR を達成した進行肝細胞癌の一例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○目良 麻衣, 長谷川直之, 澤 龍太郎, 岸本 希実  
松本めぐみ, 和田 拓海, 石川 敬資, 小川 英恵  
吉田 将太, 湯原美貴子, 宇野 広隆, 石川 直樹  
福田 壮馬, 池田 貴文, 瀬尾恵美子, 岡田 浩介  
土屋輝一郎  
同 放射線診断 IVR 科 石川 太一, 井上 慶, 酒井 正史

専攻医6（肝） 8：55～9：25

座長 獨協医科大学 肝胆膵外科 仁木 まい子  
日本赤十字社医療センター 消化器内科 内野 康志

#### 44. 肝動脈塞栓術後壊死により病理診断が困難であった非典型性良性肝腫瘍破裂の1例

聖隷佐倉市民病院 ○黒須 理恵, 佐藤 慎一, 吉川りょう, 坂本 大  
矢挽 眞士, 齊藤 将喜

45. ストーマ静脈瘤からの出血に対し経皮的塞栓術が有効であった原発性硬化性胆管炎の1例

船橋市立医療センター ○勝矢 雄之, 水本 英明, 辻川 直輝, 田中 一真  
藤井 渚夕, 笠松 伸吾, 石井 清文, 東郷 聖子  
関 厚佳, 小林 照宗

46. 肝内多発肝細胞癌に対するレンパチニブ併用 TACE により、生体肝移植待機中に5-5-500基準を11か月間維持し得た1例

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器） ○清水 嶺, 谷木 信仁, 後藤 行, 上野 真  
中代 幸江, 春日 良介, 田淵 貴也, 碓井 真吾  
尾城 啓輔, 中本 伸宏, 金井 隆典  
同 放射線診断科 田村 全, 塚田 実郎, 陣崎 雅弘  
同 一般・消化器外科 長谷川 康, 阿部 雄太, 北川 雄光

47. 免疫チェックポイント阻害薬治療中に TACE を契機として非治療部位の腫瘍縮小を認めた肝細胞癌の一例

東京慈恵会医科大学 消化器・肝臓内科 ○永山 華月, 上田 薫, 中村 光希, 山本 玖美  
松本 尚樹, 神岡 洋, 中川 千夏, 佐伯 千里  
及川 恒一, 猿田 雅之

48. 敗血症性ショックを伴う右側肝膿瘍に対して、超音波内視鏡下肝膿瘍ドレナージを施行した一例

横浜市立大学付属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○古川 翼, 三輪 治生, 坂井 音々, 相馬 亮  
柴崎 梢, 石野 勇康, 角田翔太郎, 遠藤 和樹  
大石梨津子, 鈴木 悠一, 土屋 洋省, 船岡 昭宏  
小宮山哲史, 森本 学  
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

専攻医7(胆膵) 9:25~9:55

座長 順天堂大学 消化器内科 池村 宗朗  
水戸協同病院 岡田 健太

49. 慢性膵炎に伴う膵仮性動脈瘤破裂、膵液瘻を来した症例に対してIVR、内視鏡的アプローチ、外科的アプローチを組み合わせる加療した1例

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科 ○阿達 航太, 曾谷村佳史, 高瀬 舞衣, 鈴木 賛  
芝本 祐太, 丹野恵里佳, 森山 慎, 近藤真由子  
高木 馨, 小島健太郎, 関 道治, 戸田 信夫  
同 消化器外科 小田祐一郎, 河野 義春  
東京大学医学部附属病院 消化器内科 中原 健徳  
同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 長久保源太

50. 診断に苦慮した閉塞性黄疸を伴う肝外胆管腫瘍の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○浅田 晃平, 中島 菖子, 岩下 紘士, 石田 慎  
林 智康, 横山 歩, 田沼 浩太, 三枝慶一郎  
岸野 竜平, 中澤 敦  
同 病理診断科 廣瀬 茂道  
同 血液内科 國枝 尚子

51. EUS-HGS 後の遅発性胆道出血に対して内視鏡的止血術を行った一例

株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 ○後藤 美智, 廣島 良規, 佐藤 虞美, 安東 敬仁  
寺門 幸乃, 徳留 和佳, 菅沼 大輔, 町島 雄一

52. 病変の増大縮小を繰り返し、術後病理にて診断に至った膵粘液性嚢胞腺腫の一例。

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

53. 膵・胆管合流異常の診断的 ERCP 後に胆道ドレナージを要した 1 例

関東中央病院 消化器内科 ○石井 佳恵, 外川 修, 石川彩椰人, 西尾 洋人  
中川 秀紀, 中込 良

専攻医 8 (胆膵) 9:55~10:25

座長 東京女子医科大学消化器内科 石垣 賀子  
地域医療機能推進機構 横浜中央病院 芳賀 大生

54. 膵管胆管瘻を介した粘液性胆管閉塞のため内視鏡治療に難渋した IPMC の一例

済生会横浜市南部病院 ○深澤 拓真

55. 肝転移を有し腫瘍内動脈性出血と破裂をきたした SPN の 1 例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○高橋くるみ, 薩田 祐輔, 松田 悠, 五十嵐洋介  
佐藤 純也, 中原 一有, 立石 敬介  
同 消化器・一般外科 土橋 篤仁, 小林慎二郎  
同 病理診断科 大池 信之

56. セレスタミン(R) (ベタメタゾン・d-クロロフェニラミンマレイン酸塩配合剤) の内服により軽快した自己免疫性膵炎の 1 例

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

57. 当院で経験した高中性脂肪性膵炎 3 例の検討

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

58. AL アミロイドーシスに併発した原発性硬化性胆管炎の 1 例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○清水 佳祐, 倉岡 直亮, 砂田 莉沙, 中川 慧人  
村上 規子, 池田 守登, 松原 三郎

研修医3(胆膵) 10:35~10:55

座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター 大石 梨津子

59. 感染を合併し超音波内視鏡下ドレナージで治療した膵リンパ上皮嚢胞の一例

がん・感染症センター 東京都立駒込病院 消化器内科 ○西村 馨介, 星 健介, 田畑 宏樹, 仲程 純  
千葉 和朗, 南 亮悟, 飯塚 敏郎  
同 肝胆膵外科 二宮 理貴, 脊山 泰治, 倉田 昌直, 冲永 裕子  
中村 萌衣, 澤野 友耀  
同 病理科 堀口慎一郎  
同 放射線科 鈴木 瑞佳

60. Osler 病を背景とした胆道出血による胆管炎をきたした症例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○須恵彩理咲, 八木 伸, 本多 悠, 小田 貴之  
飯塚 武, 栗田 裕介, 長谷川 翔, 窪田 賢輔

61. 胆道鏡を用いた直接生検で確定診断に至った胆管悪性黒色腫の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○板橋 寿花, 大石梨津子, 古川 翼, 坂井 音々  
相馬 亮, 柴崎 梢, 石野 勇康, 角田翔太郎  
遠藤 和樹, 鈴木 悠一, 土屋 洋省, 船岡 昭宏  
小宮山哲史, 三輪 治生, 森本 学  
横浜市立大学 医学部 消化器内科学 前田 慎

研修医4(膵) 10:55~11:15

座長 東京医科大学 臨床医学系消化器内科学分野 小嶋 啓之

62. 限局性膵実質萎縮から発生した膵癌の一例

水戸協同病院 初期研修医 ○池田 未有  
同 消化器内科 有賀 啓之, 磯 直樹, 岡田 健太, 小野 公平  
鹿志村純也  
同 消化器外科 奥田 洋一, 池田 直哉, 橋本 真治

63. ERCP 後腸管穿孔に対して Over-The-Scope Clip による内視鏡的閉鎖術後に PTBD による胆管ドレナージと内瘻化に成功した膵頭部癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科 ○佐々 元, 良沢 玲, 朝井 靖二, 山本 圭  
奴田原大輔, 中島 啓佑, 小久保歩美, 中野優太郎  
飯名 桃子, 菊地 佑真, 篠原 裕和, 中村 洋典  
北村 勝哉

64. 腫瘍内出血を契機に診断に至った中年男性の充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)の一例

JCHO 埼玉メディカルセンター 消化器内科 ○菅谷 真伍, 闇彌 一貴, 柳岡 響, 大塚 裕治  
高田 祐明, 南 一洋, 山口 晃弘, 中里 圭宏  
同 外科 横瀬 崇寛, 冠城 拓示, 唐橋 強

17:10~

—閉会の辞—



## 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
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	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)	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389回)例会のお知らせ

期 日：2026年4月11日(土)

会 場：順天堂大学 7号館

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1 TEL 03-3813-3111

【交通のご案内】

J R 線 御茶ノ水駅(御茶ノ水口)…徒歩7分

地下鉄 丸ノ内線、御茶ノ水駅…徒歩7分

千代田線、新御茶ノ水B1出口…徒歩9分

特別講演：「消化器疾患治療の医療経済」

演者：東京大学大学院 薬学系研究科 医療政策・公衆衛生学 特任准教授

司会：順天堂大学医学部 消化器内科 先任准教授

五十嵐 中

北條麻理子

ランチョンセミナー1：「潰瘍性大腸炎の最新治療戦略～トレムフィアReal World Experience～」

演者：山手メディカルセンター 消化器内科 医長

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

司会：順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科 教授

岡野 莊

加藤 真吾

澁谷 智義

ランチョンセミナー2：「便秘エコーと便意に着目した最新の慢性便秘症診療」予定

演者：横浜市立大学 消化器内科・肝胆膵消化器病学教室 助教

司会：順天堂大学医学部 消化器内科 教授

三澤 昇

永原 章仁

当番会長：北條麻理子(順天堂大学医学部 消化器内科)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: [jsge389kanto@planningwill.co.jp](mailto:jsge389kanto@planningwill.co.jp)

### ◆研修医・専攻医セッションについて◆

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

### お問い合わせについて

次回例会については、上記の当番会長の先生へ、その他の事務上のことは、

下記関東支部事務局へお願いいたします。

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail: [kanto@jsge.or.jp](mailto:kanto@jsge.or.jp)

日本消化器病学会関東支部 支部長 立石 敬介

## 1 胆嚢への直接浸潤を画像検査的に認めた進行胃癌の1例

日本大学医学部附属 板橋病院<sup>1)</sup>、  
医療法人社団苑田会 苑田第一病院<sup>2)</sup>  
小野周平<sup>1)</sup>、天田 塩<sup>2)</sup>、加茂知久<sup>2)</sup>、渡邊善広<sup>2)</sup>、岡村行奈<sup>1)</sup>

症例は70歳代、女性。約2か月前に食思不振と嘔吐を認め、近医で対症療法が開始されていた。しかし、症状の改善に乏しく、直近2ヶ月で10kgの体重減少を認めたため、当院を受診した。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部に全周性の2型病変を認め、スコープは通過困難であった。腹部造影CT検査では、胃前庭部から幽門部にかけて不整な壁肥厚と腫瘍影を認めた。腫瘍は胆嚢底部と連続し、胆嚢との境界は不明瞭であった。胆嚢底部は胃病変と一塊となって肥厚し、肝床部においても肝臓との境界も不明瞭になっていた。大動脈周囲リンパ節の一部に類円形の腫大と造影効果の増強を認めた。腹部造影MRI検査では、胃前庭部から胃幽門部にかけて腹部造影CT検査と同様の所見を認め、病変部は拡散強調画像で高信号を呈していた。生検ではAdenocarcinoma (tub1) を認め、Gastric Cancer, L Circ, Type 2, tub 1, cT4b (gallbladder) N1M1 (PALN), cStage 4 と診断した。変形性膝関節症、4変形性股関節症、脳梗塞後遺症でECOG PS 3であることを踏まえ、ご本人やご家族との協議の結果、Best Supportive Careの方針とし、化学療法は施行しなかった。入院1日目にW-EDチューブを挿入した。入院8日目に十二指腸ステントを留置し、その翌日から経口摂取を再開した。食事摂取良好となり、入院16日目に退院とした。隣接臓器浸潤を伴う胃癌はT4bに分類され、浸潤臓器としては脾臓、肝臓、横行結腸、副腎、脾臓が多く、本症例のような胆嚢への直接浸潤は極めて稀である。これらT4b症例の5年生存率はR0切除例で20-30%とされるが、切除不能例では10%未満と極めて不良である。臓器別にみると、脾臓や肝臓浸潤例では術後合併症率や局所再発率が高く、予後不良とされる。一方で横行結腸や脾臓浸潤例ではR0切除が得られた場合に長期生存も報告されている。胆嚢への直接浸潤は報告自体が非常に少なく、その臨床的特徴や治療成績について明確なデータは存在しない。本症例は胆嚢直接浸潤を呈した稀な胃癌の一例であり、その予後や治療選択について文献的考察を加え報告する。

進行胃癌、胆嚢直接浸潤

## 2 門脈-下大静脈シャントを介した十二指腸静脈瘤に対しバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (BRTO) が奏功した1例

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科  
宇野裕哲、荻野 悠、渡邊来帆、南雲秀樹、小林康次郎、向津隆規、松井哲平、藤本 愛、和久井紀貴、岡野直樹、五十嵐良典、松田尚久

十二指腸静脈瘤は比較的良好な疾患であり、頻度は門脈圧亢進症患者の0.4%、静脈瘤硬化療法施行例の0.345%とされる。破裂時には致死性となるため早期の治療介入が重要であり、内視鏡的静脈瘤硬化療法 (EIS) やBRTOが施行される。今回、門脈から下大静脈 (IVC) へ連続するシャントを介した十二指腸静脈瘤に対してBRTOを施行し良好な結果を得た症例を経験した。症例は75歳女性で、関節リウマチに対して他院加療中であった。1か月でHb10.2g/dlから8.8g/dlへ低下し、便潜血陽性のため施行した下部消化管内視鏡検査では貧血となりうる所見は指摘されなかった。上部消化管内視鏡では十二指腸水平部にCbF3の静脈瘤を認め、発赤所見から破裂リスクが高いと判断され精査加療目的に当院紹介となった。身体所見は浮腫や血便を含め特記所見はなかった。血液生化学検査では、内視鏡後に開始した鉄剤内服下でHb10.6g/dlの軽度貧血を認め、線維化計算式であるAPRI1.39、FIB-4index6.40と肝線維化が疑われた。腹部超音波検査では脾腫、脂肪肝は指摘されたが、辺縁鋭く表面平滑で肝硬変の所見はみられなかった。腹部造影CTでは腹水はなく、脾腫と、門脈からIVCへ至るシャントと十二指腸静脈瘤を認めた。治療は外科手術を希望されず、アプローチ可能な大循環シャントが存在するためBRTOを選択した。右内頸静脈からカテーテルを留置し門脈圧を測定、その後にIVCに開口する流出路を同定し、血管造影で十二指腸静脈瘤本体と脾十二指腸静脈系シャントを介して門脈本幹が描出された。マイクロカテーテルを静脈瘤本体まで誘導し5%EOI (Ethanolamine oleate with iopamidol) を13ml注入した。翌日にバルーン拡張下で再度血管造影を行い、供血路は硬化、閉塞していることを確認し手技を終了した。術後に明らかな合併症は認めず、第6病日に退院となった。1か月後の上部消化管内視鏡検査、造影CTで十二指腸静脈瘤の退縮を確認した。本症例はシャントを有する十二指腸静脈瘤に対し、BRTOが有効な治療選択となりうることを示唆する。

十二指腸静脈瘤、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術

## 3 Muckle-Wells症候群に併発した小腸潰瘍の一例

東京科学大学病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 光学医療診療部<sup>2)</sup>、同 病理部<sup>3)</sup>  
金山学史<sup>1)</sup>、渡辺雅人<sup>1)</sup>、田口登和子<sup>3)</sup>、清水寛路<sup>1)</sup>、竹中健人<sup>1)</sup>、河本亜美<sup>2)</sup>、金子 俊<sup>1)</sup>、村川美也子<sup>1)</sup>、村野竜朗<sup>2)</sup>、朝比奈靖浩<sup>1)</sup>、大塚和朗<sup>2)</sup>、岡本隆一<sup>1)</sup>

【背景】Muckle-Wells症候群(MWS)は、CIAS1遺伝子変異によって発症する稀な遺伝性炎症性疾患である。IL-1 $\beta$ の過剰が発症機序と考えられており、治療の第一選択として抗IL-1 $\beta$ 抗体製剤のカナキマブ(CAN)が用いられる。MWSによる炎症は全身性に出現し難聴や関節痛などを生じる。【症例】68歳女性。娘がMWSと診断されたことを契機にX-10年当院を受診し、MWSと診断された。難聴に加えてCRP及び血清アミロイドA高値を認めCAN 150mg/日を開始した。投与後血清アミロイドAは改善傾向となったが、関節痛やCRP高値が見られ、X-9年11月にCAN 450mg/日へ増量された。増量後、関節炎は改善を見た。X-2年11月CRP上昇があり、造影CTで回腸末端に壁肥厚を認めたため、下部消化管内視鏡検査を行ったところ、回腸末端に小潰瘍の多発、回盲弁の5cm口側に半周性の潰瘍を認めた。腹部症状は乏しく、病歴含め特異的な所見なく原因不明であり経過観察となった。X-1年11月関節痛の増悪、CRPの上昇を認め、原病の増悪と考えられCAN 600mg/日へ増量された。X年5月頃から下痢や腹痛を認め、7月に施行した下部消化管内視鏡検査で回腸末端に小潰瘍の増悪を認めた。腹部症状が増悪し、8月回腸末端を閉塞機転とした小腸閉塞の診断で緊急入院となった。保存加療を行ったが、改善なく内科治療抵抗性であったため、腹腔鏡下回盲部切除術が施行された。病理所見では、回盲部の口側に漿膜下層までの深い潰瘍形成と全層性の炎症および線維化に伴う小腸狭窄を認めた。類上皮細胞肉芽腫やアミロイドの沈着はなく、疾患特異的な所見を認めなかった。【考察】分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬が普及する現在において、診断に難渋する非特異的な消化管炎症に対して薬剤の関与を考慮することが重要となる。本症例で使用していたCANも、投与に関連した炎症性腸疾患様の病態が近年報告されている。MWSを背景に生じた小腸潰瘍の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Muckle-Wells症候群、カナキマブ

## 4 腹痛を契機に発症し診断に難渋したIgA血管炎の1例

獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座  
武田 歩、田中考尚、相原沙代子、大塚久仁、小島原駿介、菅谷武史、富永圭一、入澤篤志

【はじめに】IgA血管炎は皮膚症状、関節症状、腹部症状、腎障害を主症状とする全身性の小血管炎である。多くは左右対称性の紫斑を初発症状とし、腹部症状を初発とする例は比較的稀である。今回、腹部症状が先行し、発症から約2週間後に紫斑が出現したため診断に難渋したIgA血管炎の1例を経験した。【症例】43歳男性。X年10月16日頃から嘔気、食後の心窩部痛を自覚した。近医で整腸剤を処方され経過を見ていたが改善なく、10月28日に前医を受診した。前医の血液検査でWBC 27600/ $\mu$ L、CRP 13.4mg/dLと高値を示し、当院へ紹介された。当院受診時も強い心窩部痛が持続しており、血液検査でWBC 31,000/ $\mu$ L、CRP 16.0mg/dLであった。腹部CTで空腸の一部および回腸末端の壁肥厚と周囲の脂肪組織濃度上昇を認め入院した。補液で腹部症状は改善したが、CRP 10.0mg/dL以上の炎症反応が遷延しており、第5病日の腹部CTでも回盲部の炎症は残存していた。第9病日の小腸内視鏡検査では回盲部に散在する地図状潰瘍が認められた。また、両側の足首から足趾に出現していた点状発赤が両側大腿、下腹部へと進展しIgA血管炎が疑われた。消化管病変からの生検では特徴的な所見は得られなかったが、皮膚科で施行した皮膚生検でIgA血管炎と確定診断された。食事再開後も腹部症状の再燃なく第19病日に退院したが、退院4日後心窩部痛が増悪し、腹部CT所見の悪化、炎症反応の再上昇を認め再入院した。プレドニゾン60mg/日にて治療後腹部症状は速やかに改善した。【結語】本症例は、腹部症状出現後約2週間を経て紫斑が出現したIgA血管炎の1例である。腹痛を初発とし、皮疹が後から出現する症例では診断が遅れる可能性がある。強い炎症を伴う腹痛と、十二指腸、小腸を中心とした消化管炎症を認める場合には、皮疹がなくてもIgA血管炎を鑑別診断として念頭におく必要があると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

IgA血管炎、腹痛



## 5 診断に難渋した小腸動静脈奇形の一例

帝京大学 医学部 内科学講座<sup>1)</sup>、  
帝京大学医学部附属病院 総合診療科<sup>2)</sup>  
能美 慎之介<sup>1)</sup>、三浦 亮<sup>1)</sup>、清水友貴<sup>1)</sup>、本田 卓<sup>1)</sup>、松本康佑<sup>1)</sup>、  
青柳 仁<sup>1)</sup>、磯野朱里<sup>1)</sup>、立澤直子<sup>2)</sup>、阿部浩一郎<sup>1)</sup>、有住俊彦<sup>1)</sup>、  
小田島慎也<sup>1)</sup>、浅岡良成<sup>1)</sup>、今津博雄<sup>1)</sup>、山本貴嗣<sup>1)</sup>、田中 篤<sup>1)</sup>

症例は79歳男性。胸部大動脈瘤、早期胃痛に対し内視鏡的粘膜下層剥離術、上行結腸癌に対し開腹右半結腸切除術の既往がある。抗血栓薬の内服はない。20XX年7月に黒色便、労作時呼吸困難感が出現し、かかりつけ医を受診。同日の血液検査でHb5g/dLと低下していた。同院入院し上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査を施行したが、原因となる所見はなかった。大腸内視鏡検査で回腸末端に凝血塊があり小腸出血を疑い、8月に当院に紹介受診。初診時にHb8.1g/dL、消失した黒色便も再燃していたため入院精査とした。前医の腹部ダイナミック造影CTで活動性出血や小腸狭窄・腫瘍は確認できなかったため、第1病日にカプセル内視鏡を施行。明らかな消化性潰瘍やびらんはなかったが、空腸上部から鮮血があり、10分後から黒色に変化していた。空腸出血を考え、第3病日に経口の小腸鏡を施行。シングルバルーンを用いて検査を行ったが、開腹手術の影響もあり深部まで到達できず中止となった。観察範囲で明らかな出血源はなかった。検査後自然止血し、食事開始後も再出血はなかった。血管拡張などの出血を考えカルバゾクロムスルホン酸ナトリウム30mg/日の内服を行い、第10病日に退院した。その後、9月末より再度黒色便が持続したため再入院となった。腹部ダイナミック造影CT、第4病日に施行した経肛門の小腸鏡では、原因と考える所見はなかった。禁食とし黒色便が消失後に食事を開始したが、数日で黒色便が再度出現した。造影CTでは活動性出血の特定ができなかったが、第24病日に血管造影検査を施行。上腸間膜動脈造影でのCTAで空腸一部に粘膜面に突出する血管拡張があり、前後の空腸増強効果は他の腸管より目立った。選択的造影で活動性出血はなかったが、異常血管拡張があり小腸動静脈奇形(AVM)による出血と考え塞栓を行った。塞栓以降は症状再燃なく、第36病日に退院。消化管AVMの中で小腸AVMは最も頻度が高く全体の46%と言われ、血管造影検査では腸管壁の濃染が特徴的な所見とされている。原因不明の消化管出血を認めた場合、活動性出血が確認できなくても血管造影検査を検討する必要があると考える。

小腸、動静脈奇形

## 6 逆流性食道炎による高度食道狭窄に対して内視鏡的バルーン拡張術が有効だった一例

独立行政法人地域医療機能推進機構横浜中央病院 消化器・肝臓内科  
渡邊和希、芳賀大生、井上隼輔、河田 洲、金子桂士、中河原浩史、  
藤川博敏

【諸言】逆流性食道炎の3.4%に狭窄を伴うとされ、通過障害を伴う場合には内視鏡的バルーン拡張術(Endoscopic Balloon Dilation: EBD)が検討されるが、逆流性食道炎から高度狭窄に至った報告は少ない。今回、逆流性食道炎によってピンホール状の高度食道狭窄を来した症例に対してEBD加療が有効だった一例を経験したため報告する。【症例】40歳代男性。併存疾患に統合失調症がある。20歳代で逆流性食道炎を指摘歴はあるが、加療歴や加療内容の詳細は不明だった。前医で潰瘍と高度狭窄を伴う逆流性食道炎(ロサンゼルス分類Grade D)を指摘され、ボノプラザン内服で加療されていたが自己退院した。退院後、嘔吐、呼吸苦が出現したため、当院に搬送され誤嚥性肺炎で入院した。肺炎加療後に実施した上部消化管内視鏡検査でSquamocolumnar junction (SCJ)直下にピンホール状の高度狭窄を認めた。潰瘍は消失し、生検で悪性所見もないため、経過から逆流性食道炎による良性食道狭窄と考えられた。6mm径バルーンでEBDを開始し、計5回EBDを施行した。1~4回目のEBDでノッチは消失しなかったが狭窄部は拡大傾向で、5回目のEBDで15mm径バルーンで拡張した際に、裂創を生じたが狭窄症状は改善し食事摂取可能となったため、第33病日に自宅退院した。【考察】高度の良性食道狭窄に対するEBDは効果的な治療方法であるが、本症例のように逆流性食道炎によって高度狭窄を来した報告は少ない。本例は長期間にわたる酸の逆流によって高度狭窄に至ったと推測される。高度狭窄のため細径のバルーンを用いる工夫を行ったが、ノッチが消失する前にバルーン径を大きくすることには偶発症の危険を伴い、慎重な治療計画が必要と考えた。また、本症例は吸収性食道用ステント留置の適応と考えられ、早期の販売が期待される。

逆流性食道炎, EBD

## 7 十二指腸潰瘍により胆嚢十二指腸瘻を形成し、再発性胆管炎を来した一例

三井記念病院 消化器内科  
芝本祐太、齊藤活輝、堀口くらら、阿達航太、曾谷村佳史、  
田邊舞衣、鈴木 賛、丹野恵里佳、森山 慎、近藤真由子、  
高木 馨、小島健太郎、関 道治、戸田信夫

症例は44歳男性。既往に十二指腸潰瘍があり、ヘリコバクター・ピロリ除菌後であった。発熱および黒色便を主訴に近医を受診し、血液検査上肝胆道系酵素、炎症所見の上昇を認めたため、胆管炎疑いにて当院紹介となった。CTでは胆嚢および十二指腸壁の肥厚・造影効果を認め、胆嚢十二指腸瘻が描出された。また、胆道気腫を認めたことから、瘻孔を介した十二指腸内容の逆流による胆管炎と判断した。黒色便が持続したため、第2病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸下降脚(SDA)に潰瘍を認めたが、活動性出血は見られず、瘻孔の同定にも至らなかった。絶食、補液、抗生剤およびPPI投与により胆管炎、黒色便症状とも消退した。上部消化管内視鏡検査再検し十二指腸潰瘍の改善確認後第18病日に退院した。しかし、第36病日に胆管炎を再発したため、再度入院となった。第42病日に上部消化管内視鏡検査および消化管造影を施行したところ、十二指腸潰瘍はほぼ癒着化しているにも拘わらず、造影にて瘻孔から胆嚢および総胆管が描出された。再発性胆管炎に対し外科的介入が必要と判断し、第63病日に胆嚢摘出術および瘻孔閉鎖術を施行した。十二指腸潰瘍を原因とする胆嚢十二指腸瘻の報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

胆嚢十二指腸瘻, 十二指腸潰瘍

## 8 胃瘻抜去後の創部閉鎖不全に対して、OTSCによる内視鏡的閉鎖術を施行し改善した一例

日産厚生会玉川病院 消化器内科  
小澤和正、福士剛藏、山本慶郎、永嶋裕司、吉本憲介、岩淵桐加、  
木川裕通

患者は89歳男性。腰椎圧迫骨折を契機にADLが徐々に低下傾向にある中、20XX-3年12月にS状結腸捻転による結腸壊死のため、他院にてS状結腸切除、下行結腸に人工肛門造設となった。20XX-2年1月にCOVID-19に罹患しADLが一気に低下、リハビリテーションを継続していたものの十分な経口摂取が困難となったため、20XX-2年3月に当院にて胃瘻増設した。その後、リハビリテーションの継続と栄養状態の改善により経口摂取良好となり、20XX年3月胃瘻抜去し退院となった。瘻孔閉鎖については経過観察としていたが、食残の漏出が継続したため自然閉鎖には至らなかった。外科的に瘻孔部の縫合を試みたものの、胃内容物漏出に伴う瘻孔部の皮膚炎により縫合不全をきたした。瘻孔部の皮膚炎管理のために瘻孔閉鎖が必要な状態であり、Over The Scope Clip(OTSC)にて内視鏡的に瘻孔閉鎖を試みた。術後経過は良好で、皮膚炎も改善したことにより瘻孔も閉鎖した。胃瘻抜去後は、自然閉鎖することがほとんどであるが、本症例のように胃瘻留置期間が長期にわたる場合には自然閉鎖しないこともある。胃瘻抜去後の閉鎖不全のOTSCを用いた対処法について、文献的考察を交えて報告する。

胃瘻閉鎖不全, OTSC

## 9 消化管出血を契機に外科的根治切除を行った巨大十二指腸 Brunner 腺過誤腫の1例

筑波学園病院

金森亮平, 福田邦明, 石毛和紀, 永瀬将臣, 城山真美子, 佐浦 勲, 重田早紀子, 松本正弘

【目的】十二指腸に発生する粘膜下病変 (subepithelial lesion: SEL) は稀であり、そのうち Brunner 腺過誤腫はさらに少なく、全十二指腸腫瘍の約10%と報告される。多くは無症状だが、大型病変では消化管出血や閉塞を来すことがある。今回われわれは消化管出血を契機に発見され、外科的切除に至った巨大 Brunner 腺過誤腫の1例を経験したので報告する。【症例】40代女性。黒色便を主訴に救急搬送され、Hb 7.4 g/dL と貧血を認めた。腹部造影CTで十二指腸球部から下行脚にかけて内腔を占拠する径約90 mmの境界明瞭な腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡ではクッションサイン陽性の十二指腸SELから湧出性出血を認めた。EUSで十二指腸SELは比較的均一で高エコーな腫瘍であったが内部に10mm程度の嚢胞状構造が散在していた。腫瘍の主要付着部は球部のみと考えられ、脾との境界も明瞭であった。消化管造影検査でも病変が球部に限局することを確認した。これらの所見を踏まえ、根治切除を目的として外科紹介となり胃幽門側切除術を施行した。切除標本では粘膜下に位置する腫瘍性病変を認め、免疫染色では c-kit 陰性であった。病理組織学的に Brunner 腺過誤腫と診断された。術後経過は良好で、再出血なく退院した。【考察】Brunner 腺過誤腫は稀な良性疾患であり、径2 cmを超える病変では出血が多いと報告されている。近年、EUSやEUS-TAによる術前診断、内視鏡的粘膜切除 (EMR/ESD) による低侵襲治療の報告も増えているが、本症例は径9 cmと巨大であり、根治切除を目的として外科的切除を選択した。EUSおよび消化管造影により腫瘍の局在と周囲臓器との関係の評価できたことが術式決定に有用であった。十二指腸SELは稀ではあるが、消化管出血の鑑別として念頭に置くべきであり、治療方針決定には、EUS所見に加えて病変の大きさや出血リスク、患者の全身状態を含めた総合の評価が重要である。本症例は巨大 Brunner 腺過誤腫に対して外科的切除を行い良好な転帰を得た点で、今後の治療方針選択に示唆を与える貴重な症例と考えられる。

十二指腸SEL, 巨大 Brunner 腺過誤腫

## 10 免疫抑制剤内服中に胃の不整型潰瘍と直腸のびらんを発症し、薬剤中止にて改善を認めた一例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科

岡田悠吾, 岡 政志

80歳女性。約40年前から悪性関節リウマチ (MRA) で前医膠原病内科でプレドニゾロン1mg、メトトレキサート (MTX)、ウパダシニブ (UPA) による治療を行い症状・炎症コントロールは良好であった。X-1年7月より下腹部痛、血便が出現し、下部消化管内視鏡 (CS) を施行したところ直腸にアフタ様びらんを認めた。潰瘍性大腸炎 (UC) としてサラゾスルファピリジンを開始したが改善しないため、当院紹介となった。以降時間依存性5αミノサリチル酸製剤を開始したが改善せず、Hbも8g/dL台で推移し大球性貧血であった。X年5月、当院でもCSを施行したところ直腸に前医同様の病変を認めた。心窩部痛もあり上部消化管内視鏡 (EGD) を施行したところ胃前庭部に不整型潰瘍を認め、生検を行うも良性であった。以降もHb 7g/dL台まで低下し貧血症もあり、精査目的にX年7月に入院した。EBV-DNA陽性でありMTX関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) も疑い、造影CTや骨髄検査を行うもリンパ節腫脹や異形成なく否定的であった。EGD再検で不整型潰瘍に変化なく拡大観察も悪性所見は認めなかったが、病変の再生検でCMVおよびEBER-ISH陽性細胞を散在性に認め、MTX-LPDよりMRA治療に伴う免疫抑制状態を背景としたCMV、EBV再活性化に伴う変化が考えられた。MTX、UPA中止により腹痛や貧血は軽快し、X年12月のEGD、X+1年2月のCSで胃、直腸病変ともに改善した。直腸病変は、当初はCMV、EBV再活性化と関連する病理所見は言及されず、MTX、UPA継続下でUC治療を行っても改善しなかったが、同業中止後に胃病変同様に改善した経過からCMV、EBV再活性化の関与が否定できなかつたと考えた。本症例ではMTX-LPDとの鑑別、UCとの鑑別など多角的な検討を必要としたが、最終的には薬剤性免疫抑制に伴うウイルス性潰瘍の診断に至り、免疫抑制剤中止により直腸も含め症状・所見が改善した点は注目される。MRA患者における消化管病変の背景には、感染症の関与を常に念頭に置き、必要に応じてウイルス再活性化や悪性疾患との鑑別を含めた包括的な診療が求められると考えられた。

潰瘍, 免疫抑制剤

## 11 内視鏡的止血困難な非静脈瘤性上部消化管出血に対するIVRへの移行戦略

日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科<sup>1)</sup>,

日本医科大学武蔵小杉病院 放射線科<sup>2)</sup>, 同 消化器内科<sup>3)</sup>,

日本医科大学 消化器内科学<sup>4)</sup>

宮本菜桜子<sup>1,4)</sup>, 中村 拳<sup>2,4)</sup>, 安井大祐<sup>2)</sup>, 小谷映午<sup>2)</sup>, 新井 悠<sup>3,4)</sup>, 亀井淳矢<sup>3,4)</sup>, 大木孝之<sup>3,4)</sup>, 齋能和輝<sup>3,4)</sup>, 町田花実<sup>3,4)</sup>, 恩田 毅<sup>3,4)</sup>, 田邊智英<sup>3,4)</sup>, 植木信江<sup>3,4)</sup>, 二神生爾<sup>3,4)</sup>, 厚川正則<sup>4)</sup>

【目的】非静脈瘤性上部消化管出血 (NVUGIB) の内視鏡的止血困難例に対する次治療の選択基準や移行タイミングは明確でない。当院で内視鏡的止血困難であったNVUGIB症例を対象に、IVR (interventional radiology) で良好な予後を得た症例の特徴に着目し、IVRの好適症例を後方視的に検討した。

【方法】2021年10月から2025年10月に、日本医科大学武蔵小杉病院で内視鏡的止血困難なNVUGIBに対しIVRを施行した14例を対象とした。内視鏡的止血困難の判断は複数の内視鏡専門医で行った。患者背景、内視鏡所見、IVR術中所見、臨床的転帰を、診療録から後方視的に調査した。

【結果】血管造影にて責任血管を同定し選択的に塞栓し得た例をselective群 (n=9)、病変近傍のflow reductionのみ行った例をnon-selective群 (n=5) とした。両群間で患者背景に差はなかった。再治療および塞栓後症候群は、selective群ではいずれも0%、non-selective群でいずれも40%でみられた。

non-selective群と比較したselective群の内視鏡的な特徴として、Forrest分類I-IIa症例が有意に高率であった (100% vs 40%, p=0.028) ほか、胃出血が多い傾向 (55.6% vs 20%) にあった。画像上の特徴としては、主要動脈 (左右胃動脈および胃十二指腸動脈) の破綻例が多い傾向 (44.4% vs 20%) にあった。

【考察】主要動脈が破綻したForrest分類I-IIa潰瘍は時に内視鏡止血が困難であるが、IVRの治療成績はむしろ良好であった。アクセスの容易さや、複数の栄養血管を持ち虚血リスクが低いという臓器特性が示唆された。このような好適症例では、積極的なIVR移行が考慮される。

非静脈瘤性上部消化管出血, interventional radiology

## 12 急性腎障害に対し早期の血液透析導入が有用であったサルモネラ腸炎の1例

済生会横浜市南部病院 消化器内科

石橋和馬, 所知加子, 深澤拓真, 後藤広樹, 前田千春, 大西咲希, 久米菜緒, 小俣重梨沙, 米井翔一郎, 阿南秀征, 尾関雄一郎, 黒澤貴志, 石井寛裕, 杉森一哉

【はじめに】非チフス性サルモネラ菌は細菌性胃腸炎の代表的な原因菌であり、主に汚染された鶏卵、鶏肉、乳製品などを介して感染する。一般的には1週間程度で軽快することが多いが、小児や基礎疾患を有する症例において、敗血症や急性腎障害を引き起こし重症化することがある。その中でも血液透析まで必要とした症例は稀である。今回、多量の下痢により急性腎障害を来したため早期に血液透析を導入し、治療が奏功したサルモネラ腸炎の1例を経験したので報告する。【症例】53歳、男性。4日前から腹痛と水様性下痢を認め、呼吸困難を自覚したため当院へ救急搬送された。来院時は収縮期血圧100 mmHg台の血圧低下とSpO<sub>2</sub> 88% (リザーバマスク15L/分) の低酸素血症、四肢末梢のチアノーゼを認めた。血液検査では白血球10600/μL、CRP 61.17 mg/dLと著明な炎症反応の上昇、pH 7.146、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 6.7 mmol/Lの代謝性アシドーシス、BUN 98.6 mg/dL、Cr 9.97 mg/dLと腎機能障害を認めた。腹部単純CT検査では直腸から下行結腸にかけて浮腫状の壁肥厚があり、腸管感染症が疑われた。絶食補液管理下で、メロベム0.5 g/日の投与を開始した。炎症反応は改善したが、連日1000 mL以上の下痢が持続した。また循環血漿量減少に対し補液負荷を行ったが、腎機能は改善せず尿量が続いたため、第3病日に血液透析を開始した。第5病日に血液培養から非チフス性サルモネラ菌が検出され、抗菌薬をレボフロキサシン250 mg隔日投与に変更した。第12病日にレボフロキサシンによる薬疹が疑われセフトリアキソン2 g/日に変更した。隔日で血液透析を行い、下痢の回数が減少するとともに腎機能も改善した。第14病日より経口摂取を開始し第15病日で血液透析を離脱、第19病日に退院した。【考察】本症例はサルモネラ腸炎による多量の下痢により循環血漿量が減少し、急性腎障害を合併した。保存的加療で速やかに改善しない腎障害に対しては適切なタイミングで血液透析を導入することが救命および腎機能回復のために重要であることが示唆された。

サルモネラ腸炎, 血液透析



## 13 JAK阻害薬による薬剤性発熱が疑われた潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学総合医療センター<sup>1)</sup>、同 炎症性腸疾患センター<sup>2)</sup>  
寺本駿也<sup>3)</sup>、鈴木一世<sup>1,2)</sup>、田川 慧<sup>1,2)</sup>、加藤真吾<sup>1,2)</sup>、岡田悠吾<sup>1)</sup>、  
岡村 洗<sup>1)</sup>、清水佳祐<sup>1)</sup>、勅使河原享三郎<sup>1)</sup>、永原昂太<sup>1)</sup>、  
宮内琉希<sup>1)</sup>、道鎮 優<sup>1)</sup>、岸 寛士<sup>1)</sup>、錫田正樹<sup>1)</sup>、増淵悟志<sup>1)</sup>、  
内田信介<sup>1)</sup>、倉岡直亮<sup>1)</sup>、岡 政志<sup>1)</sup>、川村祐介<sup>1)</sup>、松原三郎<sup>1)</sup>

【症例】64歳、男性。「主訴」下痢、血便。「現病歴」X-20年に潰瘍性大腸炎(UC)を発症。メサラジンとプレドニゾン(PSL)で加療されていたが、ステロイド依存例で再燃・寛解を繰り返していた。X年5月の再燃時はPSL30mg/日に加えてアザチオプリン50 mg/日が併用されたが、PSL10 mgに漸減した段階でUCが再燃したため、X年8月に当院へ紹介受診となった。受診時は排便回数6回/日、顕血便(++++)、発熱と頻脈はなくHb:10.1(g/dL)、赤沈:36mm/hと中等症であった。下部消化管内視鏡検査(CS)で肝彎曲から直腸に不整形潰瘍などを認めMayo Endoscopic Subscore(MES)=3の状態であり、X年9月下旬に加療目的に入院した。ステロイド依存例のUCであるため、9月30日にミリキズマブを投与したが病状の改善はなく、再検査のCSで内視鏡所見の改善もなく10月10日にフィルゴチニブ(FIL)へ治療変更した。しかし、FILでも効果乏しく、10月15日にウパダシニブ(UPA)へ治療変更した。UPA開始2日間で排便回数・血便頻度の軽減を認め、CRPは陰性化した。10月17日より38℃台の発熱が出現した。点滴刺入部周囲の発赤と熱感があり、血液培養でメチシリン感受性コアグラーゼ陰性ブドウ球菌(MSCNS)が検出されたため、カテーテル関連血流感染症(CRBSI)と診断し、バンコマイシンを開始した。抗菌薬治療を行ったが血液培養陰性化確認後も発熱は遷延したため、UPAの薬剤性発熱を考慮して10月22日にUPAからトファシニブ(TOF)へ治療変更した。熱は微熱程度で経過、排便回数・血便頻度は変化がみられなかったため、10月29日にインフリキシマブへ切り替えたところ速やかに解熱し腹部症状も寛解した。その後、便性状は形成化し食上げ可能となり、X年11月8日に退院した。UPAとTOF、FILに対する薬剤リンパ球刺激試験(DLST)を提出したところ、UPAとTOFは陽性であり、FILは陰性であった。「結語」本症例はUPA投与後に薬剤性発熱を呈しDLST陽性を示した稀なUC症例である。

潰瘍性大腸炎、薬剤性発熱

## 14 悪性リンパ腫による回盲部腫瘍で腸重積を発症した一例

東京都立大塚病院  
根本淳子、倉田 仁、田中 啓、白崎友彬、本林麻衣子、  
岩本加代子

悪性リンパ腫による回盲部腫瘍で腸重積を発症した一例【症例】55歳男性【主訴】腹痛【既往歴】高血圧症、2型糖尿病、脂質異常症、不眠症【現病歴】X-1年11月に波のある腹部全体の疼痛と食思不振を自覚。X年2月に腹痛持続するため消化器内科を紹介受診した。その際の診察で右上腹部に腫瘍を指摘された。腫瘍精査として造影CTが撮像され、上行結腸近傍に約70mmの腫瘍、また腫瘍周囲結腸に腸重積の所見を認めたため、精査加療目的で同日緊急入院となった。【臨床経過】病変観察、及び腸重積整備目的で入院同日に下部消化管内視鏡検査を施行した。上行結腸に腫瘍性病変を認めたが、比較的表層の粘膜構造が保たれていたことから非上皮性腫瘍が疑われた。内視鏡による重積解除は困難であった。内科的な整備困難であったことから、外科的解除が望ましいと判断して消化器外科に転科となった。腸閉塞リスクを考慮し、生検結果をまたず腸重積解除目的に第2病日に回盲部切除術を施行した。検体病理診断の結果、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の所見であり、腸管リンパ腫による腸重積と診断した。術後より化学療法を開始し、現在も治療継続して存命である。【結語】回盲部に発生した悪性リンパ腫を先進部とした腸重積の症例を経験した。腸重積に対する内視鏡検査については症例ごとに対応が判断されている。本症例をきっかけに、腸重積症例に対する内視鏡的介入の意義について検討したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

腸重積、内視鏡治療

## 15 糞便による腸管圧迫から虚血性大腸炎を生じた一例

聖隷横浜病院  
笠間瑞希、吹田洋将、豊水道史、佐藤育也、江澤将敬、  
越後貢舜

【症例】59歳男性【主訴】下腹部痛、水様便【現病歴】糖尿病性腎症による末期腎不全のため血液維持透析を行っている方である。慢性便秘症のため当科外来を受診し、腹部X線画像で直腸に糞便の貯留を認めたためマクロゴールの内服を開始した。マクロゴールを1包内服後に下腹部痛、水様便を生じ、内服自己中断したが症状が持続したため再度当科外来を受診した。【臨床経過】身体所見では下腹部に自発痛および軽度圧痛を認め、血液検査で炎症反応上昇を認めた。腹部造影CTでは直腸からS状結腸移行部にかけて腸管の全周性浮腫性壁肥厚および腸管周囲の脂肪組織濃度上昇を認めた。来院当日に大腸内視鏡検査を施行したところ、肛門縁から5-40cmに全周性の粘膜発赤、充血所見を認め、同部位から生検を行った。検体からは線維化を伴う再生性大腸粘膜を認め、粘膜虚血後の回復期と考えられた。絶食・補液による保存的加療により症状は改善し第10病日に退院した。【考察】本症例では臨床経過および画像所見から、Stercoral colitisを生じていたものと考えられる。Stercoral colitisは糞便により腸管内圧が上昇し、腸管壁が圧迫されることで糞便貯留部分の粘膜虚血を引き起こす虚血性腸炎の一亜型であり、虚血性腸炎の病態解明の一助になると考え報告する。

虚血性腸炎、Stercoral colitis

## 16 潰瘍性大腸炎に対するIL-23抗体製剤3製剤の短期治療成績

自治医科大学附属さいたま医療センター  
藤田実優、松本吏弘、眞嶋浩聡、宮谷博幸、上原健志、関根匡成、  
吉川修平、大竹はるか、三浦孝也、高橋裕子、勝部聡太、森野美奈、  
高橋成明、今井友里加、小島 稔、佐々木吾也、佐藤杏美、  
井上智博、青山佳代子

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する分子標的薬は選択肢が拡大しており、IL-23抗体製剤としてミリキズマブ(MIRI)、リサンキズマブ(RIS)、グセルクマブ(GUS)の3剤が保険適用となっている。本研究では、これら3製剤の短期治療成績を比較検討することを目的とした。【方法】当院でUCに対してMIRI、RIS、GUSによる寛解導入療法を実施した29例を対象とした。MIRI群10例、RIS群9例、GUS群10例の3群に分け、患者背景および導入前後の臨床経過を後方視的に解析した。【成績】生物学的製剤またはJAK阻害薬の既往は、MIRI群では全例、RIS群では67%、GUS群では80%に認められた。ステロイド依存性/抵抗性は、MIRI群6/2例、RIS群4/2例、GUS群6/1例であった。治療効果の指標としたCAI(Lichtiger index、中央値)は、MIRI群で0.4・8・12週に5.5・5.3・3.5、RIS群で8.4・3.3・3、GUS群で6.5・3.3・3と推移した。臨床的有效率は、MIRI群で4.8・12週に40.40・40%、RIS群で56.75・78%、GUS群で57.80・67%であった。また、観察期間内に重篤な有害事象は認められなかった。【結論】生物学的製剤やJAK阻害薬既往を有する症例が多い難治例中心の集団であったが、3剤はいずれも短期的な有効性を示した。なかでもRISおよびGUSでは、比較的速度やかな治療反応が得られる傾向がみられ、IL-23抗体製剤選択の一助となる可能性が示唆された。

潰瘍性大腸炎、IL-23抗体製剤

## 17 ペプチド受容体放射性核種療法が奏効したカルチノイド症候群を伴う肺神経内分泌腫瘍の1例

横浜市立大学附属病院 臨床腫瘍科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科 病理部<sup>2)</sup>,  
同 医学研究科 医学部 分子病理学<sup>3)</sup>  
鈴木啓章<sup>1)</sup>, 小林規俊<sup>1)</sup>, 前原健吾<sup>1)</sup>, 大久保直紀<sup>1)</sup>, 露木 翔<sup>1)</sup>,  
新井拓真<sup>2,3)</sup>, 藤井誠志<sup>2,3)</sup>, 市川靖史<sup>1)</sup>

【症例】70歳代、男性。【現病歴】下痢・顔面紅潮・発熱・体重減少を主訴に前医を受診した。造影CT検査でひだり肺下葉に腫瘍性病変があり、同部位に対し気管支鏡下生検が施行され、肺神経内分泌腫瘍（Ki67L.I. 4%, NET Grade 2）の診断となった。また、尿中5-HIAA高値であり、臨床症状と合わせてカルチノイド症候群の診断となった。症状緩和目的にオクトレオチドが導入され、顔面紅潮は改善するも下痢症状の改善乏しく、当院受診となった。ソマトスタチン受容体シンチグラフィーを施行し、肺・肝臓・骨に集積を認め、肺神経内分泌腫瘍（NET）、多発肝転移、骨転移の診断とした。ペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）の適応と考え、これまでに計4回施行した。2回終了後の中間評価では原発巣および肝転移巣の縮小を得られており、下痢の頻度はPRRT導入前の半分以下に減少した。【考察】本邦では肺原発を対象に含めた臨床試験結果から、原発部位を問わず、ソマトスタチン受容体陽性のNETを対象にPRRTは承認されているが、肺・消化管原発に比較し肺NETに対するPRRTの報告は少ない。また、カルチノイド症候群に対するPRRTの有効性に関しては、中腸NETを原発とする前向き試験において排便回数・顔面紅潮症状の改善が報告されており、非機能性NET以上にPRRTの果たす役割は大きいと考えられる。NETTER-2試験の結果から、肺・消化管NETに対する一次治療としてPRRTは良好な成績を示しており、肺NETにおいても早期導入による高い治療効果が期待できる。本症例においては、抗腫瘍効果のみならずカルチノイド症状の緩和目的としてPRRTを速やかに導入し、腫瘍の制御とホルモン症状の緩和を得ることができた。

神経内分泌腫瘍, PRRT

## 18 Median arcuate ligament syndromeに起因する胃十二指腸動脈瘤破裂の一例

株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院  
佐藤康美, 廣島良規, 後藤美智, 安東敬仁, 寺門幸乃, 徳留和佳,  
菅沼大輔, 町島雄一

【背景】Median arcuate ligament syndrome（MALS）は腹腔動脈起始部の外的圧迫により側副血行路の血流増加と末梢動脈瘤をきたしうる疾患である。今回我々はMALSに起因する胃十二指腸動脈瘤破裂に対して、緊急IVRで救命した一例を経験したので報告する。【症例】症例は58歳男性。夕食後の突然の腹痛で救急搬送された。造影dynamic CTで脾頭部周囲から両腎下極に及ぶ低吸収域を認め、急性脾炎と診断した。来院時に収縮期血圧65 mmHg未満でショック状態であったものの、細胞外液の投与で循環動態は速やかに安定した。第2病日にHbが<sup>13</sup>1.1 g/dLから9.7 g/dLへ低下した。造影dynamic CTを再度行ったところ、胃十二指腸動脈分岐部に動脈瘤を認め、同部の動脈瘤破裂と診断した。また、腹腔動脈起始部の高度狭窄を認め、MALSに伴う側副血行路形成が動脈瘤の原因と判断した。緊急IVRにより破裂動脈瘤に対してコイル塞栓を行った。その後は貧血の進行や腹痛症状の増悪なく経過し、第3病日より経口摂取を開始した。第10病日の造影CTで動脈瘤内の血流を認めず、後腹膜の血腫は縮小していた。腹部超音波検査で、腹腔動脈起始部の収縮期最大血流速度は呼気時334.2 cm/s、吸気193.2 cm/sであり、MALSに矛盾しない所見であった。第10病日より嘔吐が出現し、経口摂取不能となった。MALSに伴う胃十二指腸動脈瘤破裂に伴う遅発性の十二指腸通過障害が原因と考えられた。今後、保存的治療のみでの改善は困難と考えられ、第19病日に外科的治療を目的に他院に転院となった。【結語】MALSに伴う胃十二指腸動脈瘤破裂は稀であるが、ひとたび発症すると致死的となりうる重篤な疾患である。今回我々は、緊急IVRにより救命し得た一例を経験した。

正中弓状靱帯圧迫症候群, 動脈瘤破裂

## 19 健常者へのSalmonella Oranienburgによる脾嚢胞感染を来した1例

昭和医科大学病院 消化器内科  
西川晃一, 音山裕美, 中島陽子, 大西良尚, 坂 隆寛,  
吉田 仁

【症例】20歳代男性【既往歴】なし 【主訴】発熱、左上腹部痛【現病歴】発熱、左上腹部痛を自覚し、近医を受診した。感染性腸炎として1週間の抗菌薬治療を受けたが症状改善せず、精査加療目的に当院を受診した。【経過】来院時、39℃台の発熱と左季肋部圧痛があり、血液検査で白血球13,400/ $\mu$ L、CRP 22.8 mg/dLと炎症反応が上昇していた。造影CT検査では脾臓に14 cm大の嚢胞性病変があり、嚢胞内部はやや高吸収で周囲に脂肪濃度の上昇を認めた。腹部超音波検査では、嚢胞内に可動性の微細エコーを認め、感染性脾嚢胞と診断した。抗菌薬加療を開始したが、発熱および炎症反応は改善せず、第7病日に超音波およびX線透視下で経皮的ドレナージを施行した。ドレナージ排液は血性膿性であり、培養検査ではSalmonella Oranienburgが同定された。ドレナージ後は症状と炎症反応は速やかに改善し、ドレナージ後も症状再燃はなく、第24病日に退院した。退院1か月後の外来でも感染の再燃は認めていない。【考察】脾嚢胞は多くが無症候性で偶発的に発見されるが、感染・破裂・出血などの合併症を呈することがある。脾嚢胞感染は易感染患者に発症するとの報告が多いが、本症例では健常者であった。また非チフス性サルモネラ（Non-Typhoidal Salmonella）による脾嚢胞感染は報告例が少なく稀である。さらに脾嚢胞感染は抗菌薬の移行性が低く、抗菌薬単独での治療が困難となることがある。本症例でも抗菌薬に反応せず、ドレナージにより速やかな改善を認めた。健常者へのSalmonella Oranienburgによる脾嚢胞感染を経験したため、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

脾嚢胞, サルモネラ

## 20 出血性脾嚢胞に対して開腹脾摘術を施行した2例

日本医科大学付属病院 消化器外科  
宮川真史, 浜口 暁, 上田純志, 松下 晃, 川野陽一, 清水哲也,  
室川剛廣, 大野 崇, 吉田 寛

【緒言】脾嚢胞は比較的稀で多くは良性であるが、増大傾向や感染、出血、有症例では手術が選択される。今回、出血性脾嚢胞が疑われ開腹脾摘術を施行した2例を経験したため報告する。【症例】症例1: 47歳女性。7年前に外傷性脾内出血を指摘され経過観察中であった。フォローCTで脾嚢胞の増大と貧血進行を認め、造影CTで嚢胞内血腫および充実成分を疑い手術適応と判断した。開腹脾摘術を施行し、手術時間214分、出血89 mL、術後合併症なく9日目退院。病理は類上皮嚢胞であった。症例2: 39歳女性。1年前より腹部膨満感・疼痛を自覚し、近医エコーで巨大嚢胞性病変を指摘された。CTで20 cm大の巨大脾嚢胞、内部に出血を疑う所見を認め、有症状のため開腹脾摘術を施行した。手術時間158分、出血210 mL、合併症なく8日目退院。病理は良性脾嚢胞であった。【考察】脾嚢胞に対する治療は経皮的ドレナージ、天蓋切除、脾臓摘出などが選択肢となる。良性疾患であるため脾機能温存が望ましいが、巨大嚢胞や内部出血・充実成分を伴う症例では根治性の観点から摘出術が適切となる場合がある。近年腹腔鏡手術の報告が増えているが、腫瘍径や安全な視野確保を考慮して本2例では開腹を選択した。脾摘術後は脾静脈・門脈血栓症や重症感染症のリスクがあり、適切な予防策や血栓症対策を含めた術後管理が重要である。【結語】出血性変化を伴う脾嚢胞の2例に対し開腹脾摘術を施行し、良好な経過を得た。脾嚢胞の治療選択には症状、病変特性、根治性を踏まえた判断が求められる。

脾嚢胞, 脾摘術



## 21 膵癌に伴う胆管炎が成因と考えられた胃壁膿瘍の一例

筑波大学付属水戸地域医療教育センター 総合病院水戸協同病院 消化器内科  
森本みずき、鹿志村純也、磯 直樹、岡田健太、小野公平、  
有賀啓之、池田直哉

【症例】80歳、男性。(主訴)悪寒、戦慄、発熱。(既往歴)77歳～前立腺肥大、79歳～高血圧。(現病歴)6日前から発熱あり。悪寒・戦慄を伴う発熱と食思不振となり近医を受診、肝機能異常が指摘されて当院へ紹介となった。(採血検査)AST 188、ALT 193、ALP 195、 $\gamma$ -GTP 619、LDH 400、T-Bil 8.1、D-Bil 6.5、白血球 8500、好中球 91.3%、CRP 16.3と胆道系酵素の上昇を伴う肝機能障害と炎症反応高値を認めた。CA19-9は4237.5と異常高値であった。(画像検査)ダイナミックCTでは膵頭部に30mmの徐々に造影効果を示す腫瘍を認めて膵癌と診断した。膵癌による胆管狭窄から閉塞性黄疸を生じての胆管炎と診断した。リンパ節腫大はあるものの明らかな遠隔転移はなかった。また、胃体部大弯の壁の外側に25mmほどの腫瘍を3個認めた。これらが播種結節ならば切除不能進行膵癌となるが、内部に造影効果を認めないことから膿瘍の可能性を考えた。(治療)胆管炎を伴う閉塞性黄疸に対して内視鏡的胆管ドレナージを行い、胆汁培養でEnterobacter aerogenesを認めた。胃壁の腫瘍に対しては超音波内視鏡下穿刺を行った。病変は漿膜下層に存在し辺縁は低エコー、中心部は無エコーであり膿瘍を疑った。22G針で穿刺吸引すると膿であり、培養で胆汁と同様のEnterobacter aerogenesが確認できた。抗生剤治療を継続して膿瘍はすべて消失した。膵癌については術前補助化学療法を行って再評価後に手術を検討する方針となった。【まとめ】稀な胃壁膿瘍を経験した。膵癌による閉塞性黄疸を来し、急性胆管炎から菌血症となって胃壁に膿瘍を形成したものと考えた。播種に伴う病変であれば治療方針を変更しなくてはならない状況であることから穿刺、吸引を行って診断した一例であった。胆管炎は頻繁に経験するが胃壁膿瘍を形成することは稀であることから貴重な症例と考えて報告する。

胃壁膿瘍、超音波内視鏡下穿刺

## 22 小腸腫瘍による腸重積症で手術を要した一例

江東病院  
畠 実久、森 広樹、太田一樹、蔡 岳泰、渡辺大地、上山美鈴、  
須山由紀、加藤博久、堀江智子

症例は75歳女性。食後心窩部痛を自覚し、当院消化器内科を受診した。上下部消化管内視鏡検査を行ったが、心窩部痛の原因と考えられる明らかな異常所見は認められなかった。症状は持続していたため、腹部超音波検査を行ったところ、小腸腫瘍による小腸閉塞が疑われた。腹部造影CTを撮影したところ小腸腫瘍による腸重積を認め緊急入院となった。入院後、イレウス管挿入を行い造影では下部小腸にくちばし様の狭窄を認め、病変部より先のガストロは通過不良であった。内科的治療は困難と判断され、腹腔鏡下小腸部分切除術を行った。病変は境界明瞭な有茎性の白色腫瘍であり、病理学的検査を行ったところ、炎症性線維性ポリープの診断となった。GISTなどと比べて頻度はまれであるが、腸重積の原因として考慮すべき疾患と思われたため、文献的考察を加えて報告する。

小腸腫瘍、腸重積

## 23 短期間で肉眼所見が著しく変化したRindi分類3型胃NETの一例

横浜労災病院 消化器内科

山下 真、野村 優、岡田直也、白土達也、薬師寺絢太、倉林 聖、  
逸見莉子、森本紗生、吉村梨沙、今長大輝、金田真人、松本彰太、  
枇杷田裕佑、佐野 誠、春日範樹、内山詩織、関野雄典、  
永瀬 肇

【症例】66歳男性。慢性心不全で循環器内科通院していた。貧血精査目的にX年6月に上部消化管内視鏡(EGD)を実施した。胃体中部大弯に15mm大の発赤の強い隆起性病変を認め、頂部には線状の陥凹を伴い、内部には凹凸不整な白色の局面が観察された。貧血かつ抗血栓薬2剤内服中のため後日生検の方針となった。2ヶ月後のX年8月に抗血栓薬休薬の上、再度EGDを施行したところ病変はやや増大し、表面は崩れ白色調の無構造となっており、立ち上がり急峻な凹凸不整の目立つ隆起性病変へ変化していた。生検による病理組織診断では腫瘍細胞が索状に配列、増殖し、免疫染色にてChromogranin(+), CD56(+), Synaptophysin(+), MIB-1陽性率が1%でありNeuroendocrine tumor (NET) G1の診断であった。孤発性であり、自己免疫性胃炎や高ガストリン血症は伴わず、Rindi分類3型と診断した。CTでは明らかなリンパ節転移・遠隔転移は認めず胃NET G1 cT1b2N0M0 Stage Iと診断した。X年10月にロボット支援下幽門側胃切除+D1郭清を施行、術後病理組織診断はpT1b2N0M0 Stage I、MIB-1陽性率5%でNET G2の診断であった。追加治療は行わずCTと定期EGDでサーベイランスを行う方針となり術後1年後も明らかな再発所見なく経過している。【考察】胃NETはWHO分類により核分裂像やMIB-1陽性率により高分化型のNET G1/G2/G3、低分化型のNeuroendocrine cancer (NEC)と組織学的に分類され、背景疾患によりRindi分類1型から3型に分けられる。Rindi分類3型のNETは1型2型と比較してリンパ節転移の頻度が高く、MIB-1陽性率も高いことが多く予後が悪いと報告されている。ガイドラインでは1cm以上の胃NETは外科的切除とリンパ節郭清が推奨されている。本症例は腫瘍が短期間で色調や形態に著しい変化を示し、術後の病理検査で粘膜下層深層に浸潤していた。Rindi分類3型では術前にG1と診断されていた場合でも、本症例のように腫瘍形態の変化や粘膜下層深層浸潤を来す可能性があり、早期の外科的治療介入が望ましいと考えられた。

胃NET、Rindi分類

## 24 早期胃癌ESDにおけるBEST-J scoreと後出血の関連

東京女子医科大学 八千代医療センター 消化器内科  
波多野広希、村上大輔、杉山 匠、九里光政、高橋 傑、嶋田紀子、  
石川賢太郎、杉山晴俊、西野隆義、新井誠人

【目的】胃ESD/EMR後出血の多くは2日以内に発生するとされるが、退院後に吐血・黒色便を生じ出血性ショックを呈する症例もみられる。近年、早期胃癌ESD後出血を予測するBEST-J scoreが報告された。本研究では、当院における早期胃癌ESD後出血とBEST-J scoreとの関連を明らかにし、約5%とされる出血例をいかに臨床現場でリスク層別化し、適切な介入へつなげることができるかを目的とした。

【方法】2021年5月から2025年8月までに当院で胃ESDを施行した198例のうち、病理学的に早期胃癌と確定した169例を対象として後ろ向き検討を行った。後出血率、ESDから後出血までの日数、BEST-J scoreの構成因子(病変サイズ・部位、抗血栓薬内服状況、多発病変、血液透析)、およびESD後潰瘍の縫縮の有無との関連を解析した。縫縮は潰瘍の完全縫縮のみを対象とし、露出血管や筋層損傷部への局所クリップは含めなかった。

【成績】早期胃癌に対するESDを施行した169例のうち、後出血は11例(6.5%)であった。BEST-J score別の後出血率は、低リスク群である0点が1/39例(2.6%)、1点が2/60例(3.3%)、中リスク群である2点が1/46例(2.2%)であった。高リスク群である3点が1/26例(3.8%)、4点が2/13例(15.3%)、超高リスク群である5点以上が4/19例(21.0%)であった。後出血の発症日は0～16日であったが、抗血栓薬非服用の3例はいずれも2日以内に出血した一方、3日以降に出血した5例はすべてBEST-J scoreが3点以上の抗血栓薬内服症例であった。退院後に出血した症例は4例(3点:7日後、4点:7日後、4点:10日後、5点:16日後)であった。また、BEST-J scoreの高リスク症例を含む29例(平均2.1点)に対してESD後潰瘍の完全縫縮が施行されており、後出血は認められなかった。

【結論】抗血栓薬内服中でBEST-J scoreが高い症例では、退院後を含む発症性出血が生じやすい傾向があった。これら高リスク症例に対して完全縫縮などの予防的介入を行うことで、後出血を効率的に減少させ得る可能性がある。

早期胃癌ESD、後出血



横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科<sup>1)</sup>,  
横浜市立大学附属病院 病理診断科・病理部<sup>2)</sup>  
森田えりか<sup>1)</sup>, 辰巳健志<sup>1)</sup>, 小原 尚<sup>1)</sup>, 中尾詠一<sup>1)</sup>, 後藤見紀<sup>1)</sup>,  
黒木博介<sup>1)</sup>, 杉田 昭<sup>1)</sup>, 石山貴博<sup>2)</sup>, 山中正二<sup>2)</sup>, 小金井一隆<sup>1)</sup>

潰瘍性大腸炎(UC)および原発性硬化性胆管炎(PSC)は、それぞれ大腸癌および胆管癌の発癌リスク因子として知られている。特に両疾患が合併する場合には、両者の発癌率はさらに上昇するとの報告もあるが、大腸癌と肝内胆管癌の双方を発症した報告は極めて稀である。今回われわれは、UC関連大腸癌に続発し、PSCに起因する肝内胆管癌を発症した1例を経験したので報告する。症例は42歳女性。X-22年にUCと診断され、アダムスマブにより長期寛解を維持していた。X-4年のサーベイランス大腸内視鏡検査にて上行結腸にV型腫瘍を認め、生検で中分化腺癌と診断されたため手術目的で当院紹介となった。精査にてUC関連上行結腸癌と診断し、遠隔転移も認めなかったため、2期的大腸全摘、回腸囊肛門吻合術を施行した。病理組織学的検査ではUC関連上行結腸癌(中分化腺癌, mpn0, stagel, R0)であり、術後は無再発で経過している。一方、X-8年頃より胆管炎を反復し、X-4年には総胆管結石性急性胆管炎の診断でERCPを施行した。その際、胆管の広狭不整を認めた。MRCPにおいても同様の所見を示し、IgG4陰性であったことからPSCと診断された。PSCに対しては胆管癌高リスクであることを踏まえ、MRCPおよび超音波検査による定期的フォローを継続していた。X-2年頃より肝S5の肝内胆管拡張の進行を認め、X年には同部位に結節性病変が明瞭化した。ERCP下生検で腺癌を認め、遠隔転移を認めなかったため肝内胆管癌の術前診断で腹腔鏡下前区域切除術を施行した。病理組織学的検査でPSC関連肝内胆管癌(高分化腺癌, intraductal growth type), im(-), eg, fc(-), fc-inf(-), sf(-), s0, vp0, vv0, va0と診断された。術後経過は良好で、現在TS-1による補助化学療法を施行中であり無再発に経過している。【結論】本症例はUC・PSC合併例という発癌高リスク背景を有し、大腸癌に続発して肝内胆管癌を発症した極めて稀な症例である。大腸と胆道の双方を標的とした慎重なサーベイランスにより2つの悪性腫瘍を早期に診断し得た点は、発癌ハイスクリン症例における綿密かつ長期的フォローアップの重要性を示唆する。

潰瘍性大腸炎, 原発性硬化性胆管炎

横浜栄共済病院 消化器内科  
久保田傑, 水橋 舞, 河島孝大, 伊藤ひかり, 能中理紗子,  
林 春菜, 城野 紡, 山脇将貴, 高井佑輔, 岩崎暁人, 清水智樹,  
真田治人, 酒井英嗣

【症例】88歳男性。X年7月スクリーニングの造影CTで肝左葉外側区に早期相で濃染し、後期相でwashoutを伴う約7cmの腫瘍を認めた。MRCPで末梢肝内胆管の軽度拡張を認め肝内胆管癌もしくは肝細胞癌が疑われたが、腫瘍マーカーは全て陰性であった。同年8月播種リスクから肝生検は行わず、診断的治療として肝外側区切除術を実施した。肝切除検体の免疫染色でSerotonin(+), Gastrin(+), CD56(+), synaptophysin(+), chromogranin(+), Ki-67 labeling index 27%であり、ガストリン産生神経内分泌腫瘍(NET: Neuroendocrine tumor) G3と診断と診断された。全身CT、ソマトスタチン受容体シンチグラフィ(SRS)、上下部消化管内視鏡を施行したが、原発臓器は特定できず、肝原発NETと判断した。X+2年8月ガストリン値上昇あり、上部消化管内視鏡検査を実施したところ、胃体下部大弯の腫大した皺襞と十二指腸の浮腫状変化を伴認め、高ガストリン血症に伴う急性胃粘膜病変が疑われた。X+2年9月からX+3年4月に間にSRSで指摘した肝S4、S5、S6、S8の肝転移再発巣に対して、ラジオ波焼却療法(RFA)を計2回施行した。ガストリン値は低下したが、同年8月血清ガストリン値が再上昇し、局所制御困難との判断から同年9月より放射性核種標識ペプチド療法(PRRT)を導入した。X+4年5月に計4コースを終了し、7月に撮影したSRSで肝転移巣の集積は消失した。血清ガストリン値も著減し、完全奏功(CR)が達成され、現在は経過観察を実施している。【考察】PRRTは転移性または局所進行性で根治切除不能で、ソマトスタチン受容体陽性と判定されたすべてのNETに対して適応となる。本症例ではRFAにて制御困難であった術後肝転移再発巣に対してPRRTが著効し、CRが得られた。PRRTは遠隔転移を伴う神経内分泌腫瘍に対して有効な治療選択肢となり得ると考えられた。

神経内分泌腫瘍, 放射性核種標識ペプチド療法

NTT 東日本関東病院 肝胆脾内科  
嘉陽田朝暉, 永井奎毅, 上地大樹, 辻川真太郎, 小山裕司,  
藤田裕司, 長尾厚樹, 寺谷卓馬

異所性肝は稀な肝臓の形成・形態異常であり、異所性肝の発生率は0.47~0.56%で、発生部位としては胆嚢に多い。今回、左横隔膜下に発生した異所性肝細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は76歳男性。検診でAFPの高値を認め、腹部ダイナミックCTで左横隔膜下に動脈相で不均一に濃染し、門脈相でwashoutを呈する30mm大の腫瘍を認めた。経時的にAFP、PIVKA-2の上昇もあり、異所性肝からの発癌を疑われ、左人工胸水下で経皮的肝生検を施行した。病理学検査で免疫組織学的にHepPar1とCAM5.2陽性であり肝細胞癌と診断し、異所性肝細胞癌に対して腹腔鏡下に異所性肝切除術を行う方針とした。手術所見としては左横隔膜下に境界明瞭で被膜に覆われた腫瘍を認めた。肝外側区と連続性はなかったが、三角間膜から連続する索状物を介して腫瘍が存在していた。また腫瘍は横隔膜に強固に癒着しており、異所性肝に加えて横隔膜合併切除を施行した。病理学的にはGlypican3陽性で異所性肝細胞癌の診断に矛盾しない結果であった。腫瘍近傍の三角間膜内には肝組織が少量認められ肝左葉と連続している可能性が示唆された。術後合併症なく第8病日に退院し、外来フォローアップではAFPは漸減しており現在まで再上昇を認めない。今回われわれは、左横隔膜下に発生した異所性肝細胞癌の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

異所性肝, 肝細胞癌

横浜市立大学附属病院 消化器内科  
渡邊莉奈, 濱口智美, 松岡裕人, 佐藤博紀, 鈴木良優, 池田 礼,  
池田良輔, 合田賢弘, 入江邦泰, 金子裕明, 須江聡一郎,  
前田 慎

症例は76歳男性。既往にS状結腸癌、盲腸癌の手術歴があるが、無再発で経過していた。X年7月上旬より吸気時に上腹部痛が出現し、経過を見ていたが改善しないため、近医内科を受診した。右季肋部に圧痛を認め、血液検査では炎症反応高値であったことから胆嚢炎が疑われ、加療目的に当院紹介受診となった。当院初診時の造影CTでは、肝臓、胆嚢および横行結腸に隣接する、内部不均一な低濃度腫瘍を認めた。胆嚢は虚脱し壁肥厚や胆嚢炎の途絶はなく、腫瘍との交通は認めなかったことから、胆嚢炎や胆嚢周囲膿瘍は否定的と考えた。結腸壁との境界は一部不明瞭であったことから、大腸憩室穿通による腹腔内膿瘍が鑑別に挙げられた。同日緊急入院とし、絶食、抗生剤加療を開始した。入院後から症状の悪化はないものの、第4病日には、CRP 16.21 mg/dL、白血球数 13000 /  $\mu$ Lと経時的に増悪傾向であり、腹腔内膿瘍に対して、経皮経肝膿瘍ドレーナージ(PTAD)を施行した。しかし、PTAD施行後も炎症反応は改善せず、PTAD施行時に提出した細胞診から肉腫様細胞が検出されたことから、悪性腫瘍の可能性を考えた。第19病日に下部消化管内視鏡検査を施行し、瘻孔形成や腫瘍性病変は認めなかった。第20病日に造影MRIを施行し、既知の腫瘍は、膜様構造や壊死を疑う造影不良域を伴った不均一な造影効果を呈し、腹壁との連続性を認め、腹壁由来の肉腫が疑われた。また、初診時CTと比較して急速に増大していた。第26病日にPET-CTを施行し、腫瘍に一致してSUV max 29.6のFDG集積を認め、骨髄にもびまん性にFDG集積を認めた。確定診断のため、第32病日に切開生検を施行し、病理学的所見から脱分化型脂肪肉腫の診断に至った。腹腔内膿瘍との鑑別を要した脱分化型脂肪肉腫の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

脱脂肪型脂肪肉腫, 腹腔内膿瘍

東京医科大学病院 臨床医学系消化器内科学分野<sup>1)</sup>、  
大堀 IBD クリニック<sup>2)</sup>  
種井博紀<sup>1)</sup>、一宮 匡<sup>1)</sup>、今村 拓磨<sup>1)</sup>、福澤 誠克<sup>1)</sup>、  
吉村 直樹<sup>2)</sup>、糸井 隆夫<sup>1)</sup>

【背景・目的】抗IL-23p19抗体製剤であるグセルクマブは中等症から重症の潰瘍性大腸炎(UC)に対する新たな治療選択肢である。当院におけるUC患者におけるグセルクマブの短期治療成績を解析した。【方法】2025年6月から2025年11月に、当院でグセルクマブを導入したUC患者12例を対象とした。また、Partial Mayo Score (PMS) で導入前および導入後8週時点での臨床的活動性を評価した。臨床的改善をPMSが2点以上減少と定義し、寛解をPMS1以下かつ血便スコア0と定義した。【結果】対象は12例(男性3例/女性9例)であった。導入時年齢の中央値は44(20-75)歳であり、罹病期間の中央値は12(6-22)年であった。病型は4例が左側大腸炎型であり、6例が全大腸炎型、1例が直腸炎型、1例が分節型であった。導入前治療として10例に分子標的治療薬の使用歴があり、2例がnaive例であった(IFX5例、ADA1例、GLM4例、UST6例、FIL3例、TFZ2例、UPA2例、OZN1例、重複あり)。導入時PMSの中央値は4.1(1-6)であり、導入後8週でのPMSの中央値は2.4(0-6)であった。導入8週時での治療成績は臨床的改善7例(58%)、寛解3例(25%)であった。また、全例において有害事象の発生を認めなかった。【結論】当院におけるグセルクマブ導入8週時点での臨床的改善率は58%、寛解率は25%であり、寛解導入療法の短期治療成績は良好な結果であった。

潰瘍性大腸炎、抗IL-23p19抗体

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

背景と目的: Vedolizumab (VDZ) は、重篤な構造的病変の形成や他の生物学的製剤の効果不十分が生じる前の、クローン病(CD)の早期段階で導入されると、より効果的であると考えられている。Clinical Decision Support Tool (CDST) は、VDZへの反応の可能性を層別化する指標として検証されている。本研究では、VDZ治療を受けたCD患者において、CDST分類が寛解転帰を予測する有用性と、VDZの寛解維持効果を評価することを目的とした。方法: 2020年6月から2025年5月までにVDZを投与されたCD患者41例の後ろ向き検討を行った。寛解導入目的でVDZを開始した21例においてCDSTの性能を解析した。5年以上の寛解維持後に、infusion reactionなどを理由にインフリキシマブ(IFX)から計画的にVDZへ切り替えた10例では、寛解維持期間に基づいてVDZの有効性を評価した。さらに、術後寛解維持目的でVDZを開始した10例について、再手術のないフォローアップ期間に基づき転帰を評価した。結果: 寛解導入目的でVDZを開始した患者のCDST分類は、低確率1例、中間確率16例、高確率4例であった。6-65か月の観察期間における寛解維持率は、それぞれ0% (0/1)、75% (12/16)、100% (4/4)であった。IFXからの切替え群では、8例(80%)が18-26か月間VDZを継続した。中断症例は、軽度の肛門病変によりIFXへの再スイッチを希望した1例と、軽度再燃を認め再スイッチを行った1例であった。術後寛解維持目的でVDZを開始した全例において、3-42か月のフォローアップ期間中、再手術は認められなかった。結論: CDST分類は、CD患者におけるVDZ治療反応性を推定する上で有用である可能性が示された。VDZは、長期IFX寛解後の維持治療や術後寛解維持においても適切な選択肢となり得る。

クローン病、ベドリズマブ

東邦大学医療センター大森病院 消化器内科  
野上 章、鳥羽崇仁、井上慶一、藤井紘大、北條 紋、  
松田尚久

【症例】40歳台男性【現病歴】2か月前から出現した下痢・血便が持続し、他院へ入院し腸炎として絶食・補液で加療された。入院時より両側鼠径部に皮疹を認め、9日目に拡大しプレドニゾン(PSL)30mgが開始され皮疹は改善した。一方で消化器症状は改善せず、10日目に大腸内視鏡検査(CS)が実施され左側大腸に多発潰瘍(縦走・散在)がみられ炎症性腸疾患が疑われ、14日目に当院へ転院となった。【入院時現症】身長159.6cm、体重52.5kg、体温36.5度、脈拍91回/分、腹部平坦かつ軟、自発痛・圧痛なし、排便回数6回(血性下痢)。CRP 0.8mg/dL、Alb 2.4g/dL、WBC 8500/ $\mu$ L、Hb 12.2g/dL、水痘・帯状疱疹ウイルス(VZV) IgG抗体 4.6。【経過】第2病日にCSを再検討したところ、直腸から左側横行結腸にかけてびまん性連続性の炎症粘膜、深掘れ潰瘍を認め全大腸炎型の潰瘍性大腸炎(UC)と診断した。第3病日にPSL60mg増量し一時排便回数は減少したが、第10病日のCSで改善乏しくPSL抵抗性と判断しPSL漸減、治療変更の方針とした。第11病日よりタクロリムス(Tac)を開始し、症状は徐々に改善、第19病日には血便は消失した。第24病日のCSで粘膜所見は改善傾向でありTacは低トラフへと移行した。しかし第28病日に頭部・体幹に小水疱と紅色丘疹が出現し、29病日に皮膚科診察でVZV抗原陽性となり水痘感染と診断された(PSL15mg投与中、Tacトラフ5.6)。バラシクロビルを開始しTacは中止した上で、第30病日よりUC治療として顆粒球除去療法(GCAP)を開始した。第36病日に皮疹の痂皮化を確認し隔離解除となり、その間UCの再燃を認めることなく経過した。維持治療のため第38病日にウスチキヌマブを投与し、計7回のGCAPを施行し第45病日に退院となった。【考察】水痘感染を併発したUCに対してGCAPで治療した1例を経験した。感染合併例におけるUCの治療戦略として示唆に富む症例と考えられ文献的考察を加えて報告する。

潰瘍性大腸炎、顆粒球除去療法

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

【症例】75歳代男性。無症状。大学病院より寛解維持目的で紹介転院。【嗜好歴】喫煙なし、日本酒2合を週3回。【既往歴】気管支喘息。【現病歴】50歳で潰瘍性大腸炎初発し医科大学入院。PSL60mgで寛解導入後当院へ。以降PSL中止となり粘膜寛解を長期維持。MMX-ASAやpH-ASA治験後に時間ASAへ戻したが時をおいて再燃した。GCAP3回、PSL再導入、ATM、漢方でも発熱継続。大腸全摘を勧めるも拒否し医科大学再入院。PSL+LCAPで寛解導入後、GLM開始、MMX-ASAへ変更され当院へ逆紹介。PSLは離脱できたが粘膜寛解得られず、VDZも検討。DLSTでMMX-ASA陰性を確認。排便2-3回、粘膜活動性持続、生検は経年的に非腫瘍性。BF注腸に依存状態が続き粘液便あり。そこでMMX-ASA中止しX年5/15よりオザニモド(OZA)開始、BF 4回目併用。8/8のOZA12週後CFでほぼ粘膜寛解。ただしS状結腸17cmに平坦腫瘍様陰影を認め、生検は非腫瘍性。他に維持薬なくOZA継続とし、X+1年2月にCF再検予定。現在無症状。【考察】本例は多剤耐性で長期粘膜活動期が続いたが非腫瘍性であった。MMX-ASA休薬後OZA導入12週で排便1回、粘液便消失、粘膜寛解へ。寛解後に腫瘍様陰影が判明した点が特徴で、周辺炎症改善により局在病変の視認性が向上した可能性がある。【結論】臨床的寛解でも粘膜活動性が残るUCではOZAによる粘膜寛解導入が有用で、UCAN診断にも資する。副作用報告は行ったが、発癌との因果関係は認められないと考えられる。

オザニモド、UCAN



S状結腸癌を併存した結核性腹膜炎で抗結核薬の診断的投与および腹腔鏡下組織生検が有用であった一例

JR 東京総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>,  
同 臨床検査科<sup>3)</sup>

岩原彰大<sup>1)</sup>, 弦間有香<sup>1)</sup>, 金子麗奈<sup>1)</sup>, 吉川剛史<sup>1)</sup>, 毛利 大<sup>1)</sup>,  
大前知也<sup>1)</sup>, 赤松雅俊<sup>1)</sup>, 岡本 真<sup>1)</sup>, 酒井 航<sup>2)</sup>, 金沢孝満<sup>2)</sup>,  
田中大貴<sup>3)</sup>, 大友梨恵<sup>3)</sup>

症例は74歳男性。下腿浮腫の精査として撮像した単純CTで大量の腹水を認め当科紹介となった。腹水穿刺で滲出性腹水を認め、腹水ADA高値から結核性腹膜炎の可能性が高いと考えられた。一方で結核検査・抗酸菌培養検査でいずれも陰性であり、また下部消化管内視鏡検査でS状結腸に進行癌を認めたことから、癌性腹膜炎との鑑別が必要であった。審査腹腔鏡も検討したが病勢増悪による発熱、ADL低下で入院となり、耐術困難と考えられた。診断的治療として第15病日にエタンプトール、リファンピシン、イソニアジドの3剤を開始したところ、2週間で解熱、血液検査所見改善を認め、3週間で腹水消失を確認した。ADLの改善により第66病日にHartmann手術を施行することができ、腹膜に多発白色結節を認め、生検病理で結核性腹膜炎に矛盾しない所見であった。第119病日に抗結核薬内服を継続して転院となった。悪性腫瘍の併存した結核性腹膜炎の症例に対しての腹膜生検の有用性、治療機会を逸しないための抗結核薬の診断的投与の意義を提起するため、本症例を報告する。

結核性腹膜炎, 癌性腹膜炎

食道原発無色素性悪性黒色腫の一例

東京都立多摩総合医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科<sup>2)</sup>

野尻晋太郎<sup>1)</sup>, 依光展和<sup>1)</sup>, 山田大貴<sup>1)</sup>, 渡邊昌人<sup>1)</sup>, 山城雄也<sup>1)</sup>,  
下地耕平<sup>1)</sup>, 中園綾乃<sup>1)</sup>, 吉永繁高<sup>1)</sup>, 並木 伸<sup>1)</sup>, 岡田晴香<sup>2)</sup>

【症例】60歳代女性【経過】20XX年左非小細胞肺癌に対し胸腔鏡下左上葉切除術を施行した(T2bN0M0)。20XX+1年フォロー目的のCTで右肺上葉に結節を指摘され、その精査目的のPET-CTにて食道にFDG異常集積を指摘され、当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて切歯より18cm-20cm、頸部食道から胸部上部食道の後壁を主体に、約1/4周性の管腔を占めるような30mm大の凹凸調から白色調の不整形腫瘍を認めた。腫瘍表面には不整な凹凸が見られたが、口側中央部分は周囲から連続した非腫瘍扁平上皮に覆われており、粘膜下腫瘍様の立ち上がり呈していた。また腫瘍の表面には拡張した血管が散見されるが、JES分類のB1血管は腫瘍および周囲粘膜に観察されなかった。以上より食道癌、30mm、1/4周性、Type 1、cT2以深と診断したが、典型的な扁平上皮癌の所見は乏しく、特殊型の可能性が考えられた。また腫瘍の対側には、10mm大の黒色調の粘膜を認め、腫瘍に明らかな黒色調の領域は指摘できなかったが、無色素性悪性黒色腫も鑑別に挙げられた。隆起性病変の病理組織所見では、明瞭な核小体を持ち、大小不同の濃染する核を有する異形細胞が充実に増生しており、メラニン顆粒は認めないものの、S-100、HMB45、MelanAの各マーカーが陽性であった。以上の所見より無色素性悪性黒色腫と診断した。対側の黒色調の粘膜からの生検ではメラニン含有細胞が密集し、メラノシスの所見であった。口腔・鼻腔・直腸粘膜および、肛門、手掌、足底など全身の皮膚に色素沈着は認めず、食道原発無色素性悪性黒色腫と診断した。PET-CTにて原発や転移を思わせる集積は他臓器に認めず、化学療法の上、外科的切除の方針となった。【結語】食道原発悪性黒色腫は非常に稀な疾患であるが、その一部は黒色調を示さない無色素性であり、診断に苦慮することが多い。今回稀な食道原発無色素性悪性黒色腫の一例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

無色素性悪性黒色腫, 食道原発

十二指腸浸潤からの出血で致死的な経過を辿り、剖検によりパラガングリオーマと診断された一例

一般財団法人神奈川県警友会 けいゆう病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>

独立行政法人国立病院機構 九州がんセンター 病理診断科<sup>4)</sup>  
古田祐樹<sup>1)</sup>, 香川幸一<sup>1)</sup>, 岩井佑太<sup>1)</sup>, 福田知広<sup>1)</sup>, 田中優作<sup>1)</sup>,  
伊藤高章<sup>1)</sup>, 西 知彦<sup>2)</sup>, 堂本英治<sup>3)</sup>, 古賀 裕<sup>3)</sup>, 岡沢 啓<sup>3)</sup>

【症例】63歳、男性。2週間持続する40度発熱および体動困難で当院救急外来を受診した。血液検査では炎症反応著明高値であった。CTでは腹部大動脈・左腎静脈・門脈に接する15cm大の不整形で内部にガス貯留を伴う後腹膜腫瘍、多発転移性肝腫瘍を認め、精査加療目的に入院した。消化管との交通も疑われ、絶食、抗菌薬による加療を開始した。解熱が得られたため、第9病日より成分栄養剤を開始し、以降順次食事を再開した。第15病日に病理組織学的診断目的に経皮的肝生検を施行し、悪性腫瘍とは診断されたが、組織型は特定できなかった。発熱なく経過したため、第29病日に抗菌薬投与終了したところ、2日後に再度発熱した。同日CTを再検したところ、後腹膜腫瘍増大を認めた。予後不良であることを告知したが、本人が経口摂取を強く希望したため、緩和的な対応として第50病日に胃空腸バイパス術を外科にて施行した。第53病日から食事を再開したが、第61病日に黒色嘔吐を認めた。急激に血圧低下し、呼吸停止、心肺停止に至り死亡した。病理解剖では、脾頭部から左腎内側尾側に及ぶ黄白色充実腫瘍を認め、周囲リンパ節や十二指腸下脚に浸潤していた。免疫染色でSynaptophysin、CD56陽性、核分裂像2-3/HPFだった。腫瘍細胞が索状に配列し、周囲を支持細胞と毛細血管を取り囲むZellballen配列を腫瘍内に認めた。また支持細胞のS-100蛋白陽性もあり、パラガングリオーマと診断した。胃空腸バイパス部は異常を認めず、発熱の原因は腫瘍内壊死果への感染、直接的な死因は十二指腸浸潤からの出血と推察された。【考察】後腹膜腫瘍は全腫瘍の0.2%を占め、そのうちパラガングリオーマは2%程度と稀な腫瘍である。非機能性腫瘍の場合は、本症例のように増大して発見されることが多い。治療は外科的手術だが、不完全切除例では5年生存率19%であり、予後不良な疾患である。巨大後腹膜腫瘍を認めた際には当疾患を鑑別に挙げ、迅速に対応する必要があると考えられる。

後腹膜腫瘍, パラガングリオーマ

肺癌に非細菌性血栓性心内膜炎を合併し心筋梗塞を繰り返した一例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科

横塚孝基, 菅 元泰, 須藤大賀, 内田蒼大, 安部晃規, 大金良規,  
黒崎宏貴, 中屋義輝, 酒井美帆, 渡部主樹, 關根 優, 大内麻倫,  
大山 広

【背景】進行肺癌は、癌細胞が産生する組織因子などの凝固促進物質により高凝固状態となりやすく(Trousseau症候群)、血栓性合併症の頻度が高い。特に、非細菌性血栓性心内膜炎(NBTE)は、急性心筋梗塞や脳梗塞などの全身性塞栓症を引き起こす極めて重篤な病態であり、担癌患者の予後を著しく悪化させる。【症例】50歳代女性。腹痛を主訴に前医を受診し、膵尾部癌、多発肝転移の疑いで当院を紹介受診した。EUS-TAにて肺癌の診断となり、一次治療としてGEM+nab-PTX療法(GnP療法)を開始した。開始後3か月で原発巣および肝転移巣の増大を認め、GnPは無効中止とした。その後二次治療としてnal-IRI+5-FU/LV療法(NAPOLI-1)を開始した。その後の造影CTで肺塞栓症を認め、アビキサパンの内服を開始した。NAPOLI-1開始後約2か月に背部痛で救急搬送され、心電図のST上昇から急性心筋梗塞(AMI)と診断した。緊急肝動脈造影(CAG)にて冠動脈#7の100%血栓性閉塞に対し経皮的肝動脈インターベンション(PCI)を施行した。第7病日の心エコー検査で、大動脈弁、三尖弁、右房に異常構造物が指摘された。血液検査は陰性、吸引血栓の病理検査で悪性所見がなかったことから、臨床的にNBTEと診断した。血栓素因検査は陰性であった。第8病日、再度背部痛と心電図変化を認め、AMI再発が疑われたため緊急CAGを実施した。前回同様、#7の100%血栓性閉塞を認め、PCIを施行した。抗血栓薬をプラスグレル+アスピリンからプラスグレル+ヘパリン皮下注へ変更した。肺癌の予後(半年未満)を考慮し開心術は適応外と判断した。その後は明らかなAMI再発はなく、緩和ケア治療目的に、第36病日に前医へ退院した。【考察】本症例は、進行癌によるNBTE合併例における血栓性AMIの再発というTrousseau症候群の重症な病型を示した稀な症例であり、担癌患者における血栓性合併症の評価・治療の重要性を示唆する貴重な一例である。

肺癌, Trousseau症候群

杏林大学 医学部 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 病理学教室<sup>2)</sup>  
荻本直亮<sup>1)</sup>、落合一<sup>1)</sup>、内田直洋<sup>1)</sup>、佐藤祐大<sup>1)</sup>、石田拓也<sup>1)</sup>、  
加藤憲一郎<sup>2)</sup>、瀧田秀則<sup>1)</sup>、山田貴大<sup>1)</sup>、川本 翔<sup>1)</sup>、里見介史<sup>2)</sup>、  
土岐真朗<sup>1)</sup>、柴原純二<sup>2)</sup>、久松理一<sup>1)</sup>

症例は80代女性。Stage4の腹膜癌の診断にて、パクリタキセル＋カルボプラチンによる化学療法を行い、腫瘍が縮小したため約4ヶ月後に子宮全摘術および両側付属器切除術及び大網切除術を施行した。手術検体で右卵管采に15mm大の腫瘍を認め、High-grade serous carcinomaの診断であった。また、免疫染色ではWT-1が陽性であった。大網には組織球の浸潤を伴う線維化巣が認められ、化学療法によって癌が消失した瘢痕組織と考えられた。その後、化学療法を継続したが、術後4年6ヶ月後の腹部造影CT検査で、膀胱部に34mm大の辺縁不整な乏血性腫瘍を認め、原発性膀胱癌も鑑別疾患として挙り、超音波内視鏡下組織採取（EUS-TA（Endoscopic Ultrasound-Tissue Acquisition））を施行した。右卵管から採取した検体と同様のHigh-grade serous carcinomaを認め、免疫染色でもWT-1が陽性であったことから、卵管癌の膀胱転移の診断に至り、化学療法継続の方針とした。過去10年間PubMedで検索すると、治療後数年を経て孤立性膀胱転移として現れた卵巣癌の症例報告があるも、卵管癌の膀胱転移の報告はなかった。医学中央雑誌でも、キーワードを「卵管癌」と「転移性膀胱癌」や「膀胱転移」で検索した結果、報告例は認めなかった。非常に稀で貴重な症例を経験したため、文献的考察も含め報告する。

卵管癌、転移性膀胱腫瘍

昭和医科大学 医学部 内科学講座消化器内科学部門<sup>1)</sup>、  
同 内科学講座呼吸器内科学部門<sup>2)</sup>、  
昭和医科大学 内視鏡センター<sup>3)</sup>  
山崎裕太<sup>1)</sup>、水野紗也香<sup>1)</sup>、富士貴弘<sup>1)</sup>、森 大地<sup>1)</sup>、大西良尚<sup>1)</sup>、  
樋口健佑<sup>1)</sup>、鈴木統大<sup>1)</sup>、中谷真也<sup>1)</sup>、菊池一生<sup>1)</sup>、藤原敬久<sup>1)</sup>、  
居軒和也<sup>1)</sup>、紺田健一<sup>1)</sup>、東篠正幸<sup>1)</sup>、片桐 敦<sup>1)</sup>、眞鍋 亮<sup>2)</sup>、  
若村邦彦<sup>3)</sup>、吉田 仁<sup>1)</sup>

【症例】20代男性【既往症】気管支喘息【臨床経過】20XX-10年に潰瘍性大腸炎（UC）を発症し、プレドニン（PSL）+5-ASA製剤4800mgによる治療で再燃寛解を繰り返していた。20XX-3年に再燃しステロイド抵抗性の病態となりフィルゴチニブを開始し寛解した。20XX-1年7月に再燃し、ウパダシチニブ（UPA）へ変更し寛解した。その後UPA30mgで維持療法を行っていたが、20XX年6月下旬から発熱、咳嗽を自覚した。近医で感冒として治療されたが改善なく当院を受診した。胸部CTで両肺野にびまん性のすりガラス影を認め、 $\beta$ -Dグルカンの上昇を伴ったことからニューモシスチス肺炎（PJP）と診断し、7月Y日に入院し酸素投与、抗菌薬（TAZ/PIPC+ST合剤）、PSL40mg投与を行い肺炎は改善傾向だった。入院時にはD-dimer陰性。CTで明らかな血栓症は認めなかったが入院翌日から経時的にD-dimer上昇を認めた。D-dimer28.81  $\mu$ g/mlと高値となったためY+17日に全身造影CTを撮像したところ、DVTは認めなかったが門脈主幹部に巨大血栓を認めた。門脈血栓症に対してエドキシパン30mgを開始したところD-dimerは低下し、その後肺炎の改善に伴い退院した。Y+36日の腹部超音波検査及びY+39日の造影CTで門脈血栓及び肺動脈の消失を確認しているが、再発予防のためエドキシパンは投与継続している。入院中の下部消化管内視鏡ではUCは内視鏡的寛解を維持していた。UPA投与がPJPや門脈血栓症の発生に寄与した可能性が高いと判断しUC維持療法の変更を検討したが、本人の強いUPA継続希望があったためY+54日からUPA15mgに減量して再開した。現時点でPJP、血栓の再発は認めずに経過しているが、UCは再燃傾向にあり今後薬剤変更を検討している。【考察】UPAは高い感染症リスク及び血栓症リスクを有している。UPA投与中のPJPの発症や深部静脈血栓症等の血栓症の報告は散見されるが門脈血栓症の報告は少ない。今回の門脈血栓症はUPA30mg投与による血栓症リスクを背景に感染症が加わったことが原因である可能性を考えた。稀な症例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

門脈血栓症、潰瘍性大腸炎

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学教室<sup>1)</sup>、  
同 病理診断科<sup>2)</sup>  
岩城慶大<sup>1)</sup>、和田直大<sup>1)</sup>、小林 貴<sup>1)</sup>、野上麻子<sup>1)</sup>、山中正二<sup>2)</sup>、  
藤井誠志<sup>2)</sup>、米田正人<sup>1)</sup>

【症例】30歳代女性。20年前より脂肪肝として経過観察されていた。16年前、肝硬変・肝不全を来し当院へ紹介受診し、Wilson病と診断された。その後、ベニシラミン1000 mgおよび酢酸亜鉛水和物150 mgによる治療を開始した。肝生検では当初ステージ4であった肝線維化は、9年前の時点ではステージ1まで改善していた。今回、X月Y日、AST 148 U/L、T-bil 6.4 mg/dL、PT-INR 1.91と肝不全所見を呈し緊急入院となった。入院当日に経頸静脈の肝生検を施行したところ、IgG高値を認めたため自己免疫性肝炎（AIH）合併を疑い、ステロイドパルス療法を開始した。Y+5日、病理所見および臨床経過よりAIHと診断された。ステロイド治療後、肝胆道系酵素、T-bil、凝固能の改善を認め、Y+35日に退院した。【考察】本症例は、Wilson病に対する長期のキレート治療により線維化がF4からF1へ退縮した後、急性肝不全様の経過でAIHを新規発症した稀な症例である。Wilson病の急性増悪では、治療アドヒアランス不良や薬剤性肝障害などが鑑別に挙げられるが、本例ではIgG高値および肝生検でAIHに整合する所見を認め、さらにステロイドへの良好な反応からAIHの関与が示唆された。抗銅治療により肝病態が安定していても、自己免疫性肝疾患は後年に新規発症し得る点は重要である。Wilson病ではAIHに類似した病理所見を呈することもあり、急性肝障害発症時には臨床経過と病理を総合した慎重な鑑別が求められる。Wilson病フォロー中に急性の肝機能悪化を認めた場合、基礎疾患の増悪のみならず、AIH合併を積極的に考慮する必要がある。【結論】Wilson病の長期管理中であっても自己免疫性肝炎は新規に発症し急性肝不全様の経過を呈し得る。急性肝障害を認めた際には、Wilson病の増悪だけでなくAIH合併を鑑別に含め、IgG評価や肝生検に基づく早期診断と適切な免疫抑制療法が肝不全回避に重要である。

Wilson病、自己免疫性肝炎

藤沢湘南台病院 消化器内科  
織茂智也、山本敦史、鈴木英祐、西野麻美、今福佳織里、東 暖及、  
竹岡祐毅、堀 恭樹、松田玲生

【症例】89歳男性、発熱、体動困難を主訴に救急搬送された。血液検査で炎症反応と肝胆道系酵素の上昇を認めた。画像検査では胆嚢壁肥厚と限局性の胆管拡張を認めたため、急性胆嚢炎、急性胆管炎と診断し、抗菌薬の保存加療目的に入院とした。入院後も血液検査の改善が乏しく、第5病日に画像の再検査を行ったところ、入院時にも認めていた巨大肝嚢胞が急速に増大し、肝内胆管の拡張も認められたため、感染性肝嚢胞とそれによる肝内胆管の圧排が原因であると考えた。治療について外科と協議を行ったが、高齢であり外科的処置は困難とのことで、内科的に肝嚢胞ドレナージを行う方針とした。経皮的には安全な穿刺路確保が困難であったため、第9病日に経胃超音波内視鏡下肝嚢胞ドレナージ（EUS-CD）を施行し、排液評価と手動的な洗浄目的に経鼻肝嚢胞ドレナージチューブを留置した。翌日の第10病日に血液検査は改善した。排液の性状が胆汁様であり、肝嚢胞と胆管に交通が疑われたため、恒久的なドレナージ目的に第19病日に経鼻肝嚢胞ドレナージチューブを内臓化した。その後は肝嚢胞の感染も落ち着き、リハビリによるADL改善を待ち第65病日に退院した。【考察】本症例は感染性肝嚢胞に対し、外科的処置、経皮的ドレナージが困難であり、EUS-CDが著効した一例であった。EUS-CDは嚢胞が経皮的に穿刺困難な場合の代替治療となる可能性があり、また内臓化が可能なためチューブ関連トラブルのリスクを減らすことができる。また、経乳頭の処置と比較して合併症のリスクも低く、全身状態不良の高齢患者にも治療手段として有効である。【結語】合併症なく超音波内視鏡下ドレナージが著効した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

感染性肝嚢胞、経胃超音波内視鏡下肝嚢胞ドレナージ（EUS-CD）



## 41 治療に難渋したFusobacterium肝膿瘍の一例

新百合ヶ丘総合病院 消化器内科

瀬澤 大, 北村晃一, 村上脩斗, 西田晨也, 川村允力, 田邊浩紹, 目黒公輝, 土谷一泉, 鹿野島健二, 土肥弘義, 廣石和正, 國分茂博, 今城健人

症例は23歳, 男性。弛張熱で近医受診し, 精査加療目的で当科紹介受診した。受診時の体温39.4度, 血液検査ではWBC 14000/uL, CRP 16.1 mg/dLと著明な炎症反応を認めていた。腹部超音波検査で肝膿瘍を疑うS6に2.3 cm × 1.1 cm大, S8に3.8 cm × 3.1 cm大の低エコー域を認めた。同日, 緊急入院とし, タゾバクタム・ピペラシリンを開始した。第2病日に経皮的肝膿瘍ドレナージを施行した。炎症反応改善傾向であったため, 第8病日にアモキシシリン・クラバン酸内服に変更した。炎症反応がさらに改善したため第12病日に退院とした。退院後に血液培養と肝膿瘍穿刺液培養からFusobacteriumが同定されたが, 菌活性が低く抗生剤への感受性は評価できなかった。第18病日の外来で炎症反応上昇を認めたため, アモキシシリン・クラバン酸は効果が乏しいと判断し, セフカペンピボキシル・メトロナゾールの内服に変更した。第22病日に経胸壁心臓超音波検査を施行したが, 感染源を疑う所見は認めなかった。第25病日に体幹部造影CT検査で多発肝膿瘍は縮小傾向だったが, 中肝静脈に血栓を認め, Lemierre症候群と診断したが, D-dimer 0.5 ug/mLと上昇なかったため抗血栓薬は開始しなかった。第32病日に体温37.4℃, WBC 8500/uL, CRP 12.23 mg/dLと炎症反応増悪および肝膿瘍の増悪が疑われたため再入院とし, タゾバクタム・ピペラシリンを開始した。D-dimer 5.5 ug/mLに上昇していたため, エドキサパン内服を開始した。第45病日にガドリニウムシンチグラフィ施行したが, 感染源を疑う所見は認めなかった。炎症反応は再度改善傾向であり, 第58病日にD-dimer 0.5 ug/dLまで低下傾向だったため, 第60病日に退院とした。第100病日の外来での血液検査は炎症反応上昇およびD-dimer上昇を認めていなかったが, 引き続き外来での経過観察としている。今回の症例ではLemierre症候群を合併し, タゾバクタム・ピペラシリン以外の抗菌薬が無効であり, 治療に難渋したFusobacterium肝膿瘍の一例を経験したので, 文献的考察を踏まえて報告する。

肝膿瘍, Fusobacterium

## 42 硬化性血管腫フォロー中に混合型肝癌の診断に至りゲムシタピン+S-1併用療法で長期生存を得られている一例

さいたま市立病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 腫瘍内科<sup>2)</sup>,

同 消化器外科<sup>3)</sup>

小林文子<sup>1)</sup>, 星 瞳<sup>1)</sup>, 関根克敏<sup>2)</sup>, 三井綾佳<sup>1)</sup>, 石井 彩<sup>1)</sup>, 白井貴浩<sup>1)</sup>, 平澤智明<sup>1)</sup>, 岩田賢太郎<sup>1)</sup>, 町田健太<sup>1)</sup>, 山本 傑<sup>1)</sup>, 瀧本洋一<sup>1)</sup>, 藤田優裕<sup>3)</sup>, 三浦邦治<sup>1)</sup>, 牟田口真<sup>1)</sup>, 金田浩幸<sup>1)</sup>, 金子文彦<sup>1)</sup>

【症例】67歳男性【主訴】なし【現病歴】X年に小腸穿孔で入院した際にCTで肝臓のS5区域に腫瘍性病変を指摘され, 硬化性血管腫疑いとして消化器外科で経過観察していた。X+3年のCTで腫瘍の増大を認めEOB-MRIと肝生検を行った。EOB-MRIでは拡散異常を認め肝血管腫は否定的とされ, 腫瘍全体に造影剤の取り込みがないことから肝細胞癌は否定的な所見であった。肝生検では一部に類円形核と比較的広い胞体を有する異型細胞を認め組織形態構築から胆管癌の可能性が高いとされた。血液検査でAFPの上昇と, 肝生検で胆管癌を示唆する所見を認めたことから混合型肝癌の診断となった。肝機能が悪く手術適応なしと判断され, 全身化学療法の方針となった。【経過】肝生検の結果より切除不能胆道癌に準じてゲムシタピン+シスプラチン+デュルバクマブ併用療法を検討したが, 虚血性心疾患に対するPCI治療や心臓超音波検査で左室駆出率低下と壁運動異常を認めたこと, 糖尿病があることからシスプラチンを含まないゲムシタピン+S-1併用療法を選択した。好中球減少のためゲムシタピン減量やスキップを行い治療開始12ヶ月後まではSD判定であった。その後は腫瘍マーカー, 画像所見ともに緩やかに増悪傾向であるが治療開始31ヶ月現在まで治療継続している。【考察】混合型肝癌は極めて稀で原発性肝癌全体の1%ほどと言われており治療の第一選択は外科的切除とされているが, 切除不能混合型肝癌に対する全身化学療法については標準化されたレジメンは未だになく, 腫瘍の主成分と考えられる癌種のレジメンにならって決定されている。今回, 切除不能な混合型肝癌に対する全身化学療法で長期生存を得られている貴重な症例を経験したため文献的考察も加えて報告する。

混合型肝癌, ゲムシタピン+S-1併用療法

## 43 アテゾリズマブ、ペバシズマブ併用療法開始後の腫瘍内出血壊死に対して、TAE後にmRECIST CRを達成した進行肝細胞癌の一例

筑波大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線診断IVR科<sup>2)</sup>

目良麻衣<sup>1)</sup>, 長谷川直之<sup>1)</sup>, 澤龍太郎<sup>1)</sup>, 岸本希実<sup>1)</sup>, 松本めぐみ<sup>1)</sup>, 和田拓海<sup>1)</sup>, 石川敬資<sup>1)</sup>, 小川英恵<sup>1)</sup>, 吉田将太<sup>1)</sup>, 湯原美貴子<sup>1)</sup>, 宇野広隆<sup>1)</sup>, 石川直樹<sup>1)</sup>, 福田壮馬<sup>1)</sup>, 池田貴文<sup>1)</sup>, 瀬尾恵美子<sup>2)</sup>, 岡田浩介<sup>1)</sup>, 土屋輝一郎<sup>1)</sup>, 石川太一<sup>2)</sup>, 井上 慶<sup>2)</sup>, 酒井正史<sup>2)</sup>

70歳代女性。糖尿病で前医通院中に, 肝障害精査の造影CTで多発肝細胞癌を疑われ, 当院を紹介受診した。初診時はPSO, Child-pugh 5点(A), ALBI score -3.11, mALBIグレード1で腫瘍マーカーはAFP 89300 ng/mL, PIVKA-II 31966 mAU/mLと上昇していた。造影CT動脈相で濃染, 門脈相でwashoutされる10cm大の最大病変をS8に認め, さらに同様の造影効果を伴う多数の小腫瘍が両葉に認められた。肥満, 糖尿病を認めることからMASLD由来の肝細胞癌と診断し, アテゾリズマブ, ペバシズマブ併用療法を開始した。7日後の外来で37.8℃の発熱を認め, 肝酵素とCRPの上昇が認められた。造影CTで最大病変の腫瘍内部に, 出血および壊死所見が認められ同日入院とした。血圧低下や貧血の進行を認めないことから保存的加療とし, 肝障害, 炎症反応ともに改善した。出血した腫瘍は腫瘍径が大きく, 再出血のリスクが高いと判断し, 17病日に腫瘍内出血を来した病変に対する動脈塞栓術(TAE)を施行した。術後の経過は良好で第29病日に退院した。退院後の造影CTでS8の最大病変は85mmに縮小し, 大部分が造影不良となった。他の肝内病変もいずれも縮小し, 腫瘍マーカーは著明に低下した。アテゾリズマブ, ペバシズマブ併用療法が有効であると考えられ, また塞栓治療により出血リスクを低減できたと判断し治療を再開した。再開4ヶ月後の造影CTで出血壊死した腫瘍を含め, すべての腫瘍の縮小と造影効果の消失が確認され, mRECIST CRを達成した。アテゾリズマブ, ペバシズマブ併用療法はVEGF阻害による出血リスクの高い治療法である。その一方, 既存治療と比較して全生存期間や奏効率において有効な治療であることも知られており, 有害事象を制御しながら投薬を継続することが重要である。腫瘍内出血をTAEで制御したことで治療を継続でき, mRECIST CRを達成した症例は希少であり, 文献的知見も踏まえて報告する。

肝細胞癌, TAE

## 44 肝動脈塞栓術後壊死により病理診断が困難であった非典型性良性肝腫瘍破裂の1例

聖隷佐倉市民病院

黒須理恵, 佐藤慎一, 吉川りょう, 坂本 大, 矢俣眞士, 齊藤将喜

【症例】27歳, 女性。【主訴】心窩部痛, 右季肋部痛。【経過】患者は入院の約2年前に腹部超音波検査で肝S7に50mm大の腫瘍を指摘された。造影CTでは動脈相で不均一な軽度濃染を示し, 平衡相で等濃度となった。EOB-MRIでは動脈相で淡い不均一な濃染を示し, 肝細胞相で等信号を呈し, 典型的血管腫や腺腫の造影パターンを欠いていた。硬化性血管腫, 肝細胞腺腫, 限局性結節性過形成(FNH)などが鑑別に挙げられたが確定診断に至らず経過観察されていた。入院約2週前より心窩部痛および右季肋部痛が出現し, 当院を受診した。造影CTで肝S7腫瘍破裂が疑われ, 日本医科大学北総病院に転院してA7塞栓による肝動脈塞栓術(TAE)を施行。TAE後は再出血なく, 炎症反応も改善し, 病態が安定したため第3病日に当院へ転院。保存的加療を継続し第17病日に退院した。破裂再発防止目的に手術の方針となり, 急性期手術は出血や癒着のリスクが高いため待機的に実施した。約7か月後に開腹S7亜区域切除および胆管摘出術を施行した。背景肝は脂肪化し実質は脆弱であったが出血量は少量で, 術後経過も良好で第10病日に退院した。切除標本では囊胞状壊死組織を認め, 腫瘍性細胞は認めずTAE後の壊死のため病理学的確定診断は困難であった。【考察】本症例は初期画像から非典型的であり, 背景肝の脂肪化により腫瘍とのコントラストが低下し典型的造影パターンを呈さなかった。また病理学的に脂肪変性と壊死が重なり腫瘍構造の同定が困難であった。代謝異常や脂肪変性を背景とする良性肝腫瘍は非典型的な画像所見を示すことが多く, TAE後の完全壊死により確定診断が困難となる場合がある。破裂例ではTAEによる止血後待機的切除を行うことで安全に根治し得ると考えられた。本症例は診断と治療の両面から示唆に富む一例であった。

良性肝腫瘍, 肝腫瘍破裂

船橋市立医療センター

勝矢雄之, 水本英明, 辻川直輝, 田中一真, 藤井渚夕, 笠松伸吾, 石井清文, 東郷聖子, 関 厚佳, 小林照宗

【症例】30歳女性【主訴】ストーマからの出血【経過】X-7年、肝胆道系酵素上昇を契機に原発性硬化性胆管炎(PSC)と診断された。X-3年に血便を契機に潰瘍性大腸炎と診断されたが、内科的治療では症状の改善が得られず、大腸全摘術および回腸ストーマ造設術を施行した。X年、ストーマからの出血に伴いショック状態となり救急搬送された。用手圧迫および結紮縫合により一時的な止血は得られたものの、その後も再出血を繰り返したため、X年に当院へ紹介受診となった。来院時、ストーマの一部に結紮部を認めたが、出血源となった静脈瘤自体は肉眼的に観察できなかった。ドブラエコーおよび造影CT検査では、上腸間膜静脈の拡張した分枝が供血路となり、ストーマ周囲で静脈瘤を形成し、複数の腹壁静脈が排血路となっており、右大腿静脈に流入していた。治療法として、腹壁静脈から逆行性に硬化剤を注入する経皮的塞栓術を選択した。3Fr. ショートシースを腹壁静脈に留置し、静脈瘤と関連しない分枝を手圧迫したうえで、5%EOI (Ethanolamine oleate with iopamidol) を少量ずつ注入し、供血路の一部が造影されるまで注入を行った。2回の入院で計3本の腹壁静脈に対して同様の治療を行い、供排血路の部分閉塞と静脈瘤血流の減少を認め、有効であった。【考察】ストーマ静脈瘤は門脈圧亢進症に伴う比較的特な合併症で、繰り返す出血により治療に難渋することも多い。本症例では、静脈瘤が肉眼的に確認困難であったこと、将来的にPSCに対して肝移植の可能性がある門脈圧亢進症合併のリスクを回避したいこと、静脈瘤血流が遠肝性で供血路側からの硬化剤注入では薬剤が停滞しにくいこと、等が治療選択上の問題であった。腹壁静脈からの逆行性塞栓術は局所的に静脈瘤へアプローチでき、全体的な影響や侵襲が比較的小さい点で検討しうる方法と考えられた。【結語】ストーマ静脈瘤からの出血に対して、腹壁静脈からの経皮的逆行性塞栓術は、安全性が高く低侵襲な治療選択肢として有用である。

ストーマ, 静脈瘤

東京慈恵会医科大学 消化器・臓臓内科

永山華月, 上田 薫, 中村光希, 山本玖美, 松本尚樹, 神岡 洋, 中川千夏, 佐伯千里, 及川恒一, 猿田雅之

【症例】60歳男性【主訴】なし【既往歴】慢性B型肝炎、高血圧、気管支喘息、原発性肺癌術後【病歴】2014年の初発以来、HCCに対し、肝切除6回、TACE2回、RFA2回を施行されてきた。2022年6月、最大17mmの病変を含む計7個のHCC再発を認め、Atez+Bev併用療法を開始した。5コース施行後のEOB-MRIでは病変径に明らかな変化を認めず、SDと判断した。そこで6コース目をAngioに置き換え、比較的腫瘍径の大きい2病変に対してTACEを施行した。その後もAtez+Bevを継続し、8コース後のEOB-MRIにてTACE施行部位のみならず、TACE非施行部位にも縮小を認めた。【考察】局所治療後に非治療部位の腫瘍縮小を認める現象は「アブスコパル効果」として知られ、腫瘍抗原の放出やT細胞活性化を介した免疫応答の増強が機序として考えられている。特に放射線治療と免疫チェックポイント阻害薬の併用で多く報告されているが、近年はマイクロ波焼灼など他の局所治療でも同様の現象が報告されている。本症例では、TACE後に非治療部位の腫瘍縮小を認めており、TACEが免疫応答を増強しアブスコパル効果に類似した反応を誘導した可能性が示唆された。【結語】免疫チェックポイント阻害薬治療中にTACEを契機として非治療部位の腫瘍縮小を認めたHCCの1例を経験した。免疫療法中のHCCにおける局所治療後の非治療部位での腫瘍変化の報告は少なく、今後さらなる症例蓄積が期待される。

肝細胞癌, アブスコパル

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)<sup>1)</sup>、同 放射線診断科<sup>2)</sup>、同 一般・消化器外科<sup>3)</sup>清水 嶺<sup>1)</sup>、谷本信仁<sup>1)</sup>、後藤 行<sup>1)</sup>、上野 真<sup>1)</sup>、中代幸江<sup>1)</sup>、春日良介<sup>1)</sup>、田淵貴也<sup>1)</sup>、碓井真吾<sup>1)</sup>、尾城啓輔<sup>1)</sup>、田村 全<sup>2)</sup>、塚田実郎<sup>3)</sup>、長谷川康<sup>1)</sup>、阿部雄太<sup>3)</sup>、中本伸宏<sup>3)</sup>、陣崎雅弘<sup>3)</sup>、北川雄光<sup>3)</sup>、金井隆典<sup>1)</sup>

【背景】肝細胞癌に対する血管内皮増殖因子阻害薬は、腫瘍における異常増生血管を是正し、血管正規化を介して後続する肝動脈化学塞栓術(TACE)の薬剤送達を改善することで治療効果を高める可能性が報告されている。この効果は、特に腫瘍量の多い肝内多発症例で有用とされている。今回、我々は生体肝移植を目指すBCLC intermediate stage肝細胞癌に対し、レンパチニブ併用TACE (LEN-TACE)を施行し、移植待機期間中に5-5-500基準内を約11か月間維持し得た1例を経験したため報告する。【症例】59歳男性。代謝機能障害関連アルコール性肝疾患(MetALD)を背景とし、X-6年6月に肝細胞癌と診断された。その後、再発に対してマイクロ波焼灼療法を計9回、TACEを1回施行された。経過中に肝予備能はChild-Pugh 8点まで増悪したため、子をドナーとする生体肝移植を行う方針となった。しかし、両葉に最大3.5 cmを含む新規5病変の肝細胞癌再発を認め、5-5-500基準内に腫瘍量が增大したため、ダウンスレージングが必要であった。また、Up-to-Seven基準内の腫瘍量であり局所療法単独では病勢制御が困難と考えられたため、X-1年2月よりレンパチニブ減量下でLEN-TACEを開始した。治療開始3ヶ月後の画像評価にてミラノ基準内へのダウンスレージングが達成され、生体肝移植に向けた術前検査が開始された。しかし、ドナー肝が高度脂肪肝により不適格と判定されたため、脂肪肝改善を待つ間LEN-TACEを継続した。最終的にドナー肝の改善は得られず、X年8月に肝内10個以上の新規再発を認めたため、肝移植は困難と判断し支持療法へ移行したものの、移植待機期間中は11ヶ月にわたりミラノ基準内を維持することができた。【考察】本症例では、肝予備能が低下した肝内多発肝細胞癌に対して、レンパチニブ減量下でのLEN-TACEがダウンスレージングと移植待機期間中の病勢制御に有用であった。本症例から、LEN-TACEが肝内多発肝細胞癌に対する移植適応の維持・獲得に有望な治療選択肢となる可能性が示唆された。

レンパチニブ併用TACE (LEN-TACE), 肝細胞癌

横浜市立大学付属市民総合医療センター 消化器病センター内科<sup>1)</sup>、横浜市立大学医学部 消化器内科学<sup>2)</sup>古川 翼<sup>1)</sup>、三輪治生<sup>1)</sup>、坂井音々<sup>1)</sup>、相馬 亮<sup>1)</sup>、柴崎 梢<sup>1)</sup>、石野勇康<sup>1)</sup>、角田翔太郎<sup>1)</sup>、遠藤和樹<sup>1)</sup>、大石梨津子<sup>1)</sup>、鈴木悠一<sup>1)</sup>、土屋洋省<sup>1)</sup>、船岡昭宏<sup>1)</sup>、小宮山哲史<sup>1)</sup>、森本 学<sup>1)</sup>、前田 慎<sup>2)</sup>

症例 70歳代 女性。6年前よりC型肝硬変、肝細胞癌に対してTACE、全身化学療法による治療を施行されていた。全身状態の悪化を認めたことから1ヶ月前より在宅緩和療法の方針となっていたが、体動困難・発熱を主訴に救急搬送された。収縮期血圧80mmHg、血液検査所見で炎症反応上昇を認め、腹部造影CTでは肝S6の既知の腫瘍と隣接して肝表直下に広がる長径10cm大の不整な低吸収域を認めた。病変は辺縁の造影増強効果を伴っており、肝膿瘍・敗血症性ショックと診断した。集中治療室に入室し、昇圧薬を含めた全身管理を行ったうえで、肝膿瘍ドレナージを企図したが、腹部超音波検査では肝実質を介した穿刺が困難であり、超音波内視鏡下肝膿瘍ドレナージ(EUS-LAD)の方針となった。十二指腸球部より肝右葉を観察すると、肝表から約6cmの深部に巨大な無エコー域を認めた。19G FNA針を用いて病変を穿刺し、膿汁を吸引して肝膿瘍であることを確認した。続いて膿瘍腔を造影した後、guidewireを挿入し、7Frガイドレターで穿刺経路を拡張した。膿汁の粘稠度が高く、プラスチックステントによるドレナージは困難と考え、金属ステント(8mm 12cm Niti-S Spring stopper)を留置したところ、多量の膿汁排出を認めた。EUS-LAD後は臨床症状の改善を認め、第9病日より経口摂取を再開。腹部CTでも膿瘍腔の著明な縮小を認めた。第18病日に金属ステントの抜去を目的に内視鏡検査施行。TJF-290を使用してステントのメッシュ間隙よりguidewireを膿瘍腔に挿入。V字鉗子でステントを把持してthrough the scopeでの抜去に成功した。造影ではステントが留置されていた膿瘍腔は消失していたが、深部の膿瘍腔へのguidewire挿入に成功。7Fr 15cm Double pigtail stentを2本留置した。処置後経過は良好であり、リハビリを行った上で第23病日に退院となった。敗血症性ショックを伴う右側肝膿瘍に対して、EUS-LADにより救命し得た1例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

肝膿瘍, EUS-LAD



慢性膵炎に伴う膵仮性動脈瘤破裂、膵液瘻を来した症例に対してIVR、内視鏡的アプローチ、外科的アプローチを組み合わせて加療した1例

社会福祉法人 三井記念病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>, 東京大学医学部附属病院 消化器内科<sup>3)</sup>, 同 肝胆膵外科・人工臓器移植外科<sup>4)</sup>, 阿達航太<sup>1)</sup>, 曾谷村佳史<sup>1)</sup>, 高瀬舞衣<sup>1)</sup>, 鈴木 賛<sup>1)</sup>, 芝本祐太<sup>1)</sup>, 丹野恵里佳<sup>1)</sup>, 中原健<sup>2)</sup>, 森山 慎<sup>1)</sup>, 近藤真由子<sup>1)</sup>, 高木 馨<sup>1)</sup>, 小島健太郎<sup>1)</sup>, 関 道治<sup>4)</sup>, 戸田信夫<sup>3)</sup>, 小田祐一郎<sup>3)</sup>, 長久保源太<sup>4)</sup>, 河野義春<sup>2)</sup>

【症例】57歳男性 【主訴】腹痛 【現病歴】アルコールを日常的に多飲しており、1ヶ月ほど前より飲酒量が増加していた。X年10月20日頃より腹痛が出現した。10月25日に前医を受診し、血液検査で炎症反応上昇とアミラーゼ上昇を認め、急性膵炎が疑われて同日当院へ紹介となった。【経過】腹部造影CTでは膵に多発する膵石、仮性嚢胞ならびに多量の腹水貯留を認めた。また、血腫を疑う高吸収性腹水を認め、背側膵動脈に仮性動脈瘤を認めた。腹腔穿刺を行ったところ、腹水はヘモグロビン4.5 g/dL、アミラーゼ10886 U/Lと高値を示したため、慢性膵炎に伴う仮性動脈瘤裂及び膵液瘻と診断し、第4病日にIVRを施行しコイル塞栓による止血を行った。さらに第6病日に内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を施行したところ、膵体部2か所に主膵管からの造影剤漏出を認め、注入した造影剤は尾部側から全て漏出した。頭側漏出部をBridgeし尾側漏出部の手前に内視鏡的経鼻膵管ドレーナージュチューブ(ENPD)を留置した。しかしその後も炎症反応改善に乏しく、第20病日に外科的に開腹洗浄ならびにドレーン留置を行った。炎症が落ち着いたところで、第36病日に再度ERCPを行ったところ、前回と同部に造影剤の漏出が見られたものの、さらに尾側膵管も描出されたため、尾側漏出部を超えてENPDを留置することに成功した。以降ドレーンからの排液は消失し、第55病日にENPDを内癒した。第60病日にドレーンを抜去した上で、第61病日に退院となった。【結語】慢性膵炎に伴う膵仮性動脈瘤破裂、膵液瘻を来した症例に対して、IVR、内視鏡的アプローチ、外科的アプローチを組み合わせで加療した1例を経験したので報告する。

膵仮性動脈瘤破裂、膵液漏

EUS-HGS後の遅発性胆道出血に対して内視鏡的止血術を行った一例

株式会社日立製作所 ひたちなか総合病院 後藤美智, 廣島良規, 佐藤真美, 安東敬仁, 寺門幸乃, 徳留和佳, 菅沼大輔, 町島雄一

【症例】70歳代 男性 【主訴】吐血 【現病歴】2022年に胃痛に対し幽門側胃切除術およびRoux-en-Y再建が行われた。術中所見で腹膜播種を認め、pT4a N3 M1 Stage IVと診断された。2022年10月からSOX + Nivolumab療法を施行されていた。2024年5月に後腹膜播種の増大による閉塞性黄疸を認めた。バルーン内視鏡でERBD留置を試みたが不能であったため、後日EUS-HGSを行なった。経胃的にB2胆管にFully Covered SEMSを留置し、黄疸の改善後に退院した。EUS-HGS後35日目に吐血を認め、救急搬送された。

【入院時現症】血圧 77 / 47 mmHg, HR 107 bpm, 整, 意識清明, 眼瞼結膜蒼白, 上腹部に圧痛を認めた

【検査所見】Hb 6.8 g/dLと貧血を認めた 【胸腹部造影CT所見】EUS-HGSで留置したステントは脱落し、回腸末端部に移動していた。B2胆管内に血管外漏出像を認めた。

【入院後経過】出血性ショックに対して献血アルブミン製剤と濃厚赤血球製剤の投与を行ない、ショックから離脱後に上部消化管内視鏡を行なった。胃胆管吻合部からB2胆管内に内視鏡を挿入すると、胆管壁に露出血管と拍動性の出血を認めた。露出血管に対して止血鉗子を用いて凝固止血を行なった。翌日の上部消化管内視鏡で、吻合部は狭窄しており内視鏡は挿入不能であったが、胆管からの出血は認めなかった。内視鏡止血後の経過は良好であり第10病日に退院した。退院後は再出血することにはなかったが、胃癌の病悪により第41病日に永眠した。

【考察】本症例は、EUS-HGS後に生じた遅発性胆道出血に対し、内視鏡的止血を行った一例である。ステント脱落から短時間で内視鏡を施行したため胆管胃吻合部が狭窄しておらずスコープが挿入可能であったこと、B2からの穿孔であり、B3よりも胆管への角度が急峻でなく挿入可能であったことなどが内視鏡的止血の成功要因と考えられた。EUS-HGS後の胆道出血に対して、内視鏡的止血術は治療の選択肢となりえると考えられた。

EUS-HGS, 胆道出血

診断に苦慮した閉塞性黄疸を伴う肝外胆管腫瘍の一例

東京都済生会中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>, 同 血液内科<sup>3)</sup>, 浅田晃平<sup>1)</sup>, 中島菖子<sup>1)</sup>, 岩下紘士<sup>1)</sup>, 石田 慎<sup>1)</sup>, 林 智康<sup>1)</sup>, 横山 歩<sup>1)</sup>, 田沼浩太<sup>1)</sup>, 三枝慶一郎<sup>1)</sup>, 岸野竜平<sup>1)</sup>, 中澤 敦<sup>1)</sup>, 廣瀬茂道<sup>2)</sup>, 國枝尚子<sup>3)</sup>

【症例】56歳男性。白色便、嘔吐を主訴に近医を受診し血液検査を施行したところビリルビン高値および肝胆道系酵素上昇を認め、当院消化器内科を紹介受診した。腹部超音波検査で肝外胆管腫瘍および肝内胆管拡張を認め精査加療目的に同日緊急入院となる。入院後に施行したDynamic CT、MRCPでは肝外胆管腫瘍、肝内胆管拡張、肝門部リンパ節腫大の他に特記すべき所見は認めず、胆管癌による閉塞性黄疸が疑われた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を施行し胆汁細胞診、胆管擦過細胞診、胆管生検を行い、減黄目的に胆道ステントを留置、減黄良好であり退院となる。すべての検体において病理組織診断がつかず、当初鑑別上位であった胆管癌の他、IgG4関連疾患や悪性リンパ腫も鑑別にあげ肝外胆管腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。病理組織診断で上皮性腫瘍細胞は認めず、免疫染色が追加されたが悪性リンパ腫やIgG4関連疾患を示唆する所見も認めなかった。検体不良の可能性も考慮し再度ERCPでの胆管生検を施行したが病理組織診断はつかなかった。血液検査にてIgG4 220 mg/dLと高値であったことからIgG4関連疾患の可能性を考慮し口唇生検施行後に診断的治療としてPSL 0.6mg/kg/dayを開始した。並行して施行したPET-CT検査で既知の肝外胆管腫瘍の他、肝門部、左鎖骨上窩、縦隔、大網に集積を伴うリンパ節腫大および胃体下部大弯にも集積を認めた。初回入院の際に上部消化管内視鏡検査は施行していたがPET-CT検査結果を受け再検とした。体下部大弯に斐肥厚を伴う粘膜発赤を認め、生検施行したところびまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)が示唆された。その後、血液内科での精査によりDLBCL stage IVBの診断に至った。R-CHOP療法が開始され、治療開始後に胆管狭窄は改善し、現在もR-CHOP療法継続中である。【結語】診断に苦慮した閉塞性黄疸を伴う肝門部腫瘍の一例を経験したため若干の文献的考察を含めて報告する。

肝外胆管腫瘍, びまん性大細胞型B細胞リンパ腫(DLBCL)

病変の増大縮小を繰り返し、術後病理にて診断に至った膵粘液性嚢胞腺腫の一例。

横浜労災病院 消化器内科

白土達也, 関野雄典, 倉林 聖, 葉師寺絢太, 逸見莉子, 森本紗生, 吉村梨沙, 野村 優, 今長大輝, 金田真人, 松本彰太, 佐野 誠, 枇杷田祐佑, 春日範樹, 岡田直也, 内山詩織, 永瀬 肇

【背景】膵嚢胞性病変の中でも腫瘍性嚢胞の治療方針は、外科的手術から経過観察まで多岐に渡るため適切な診断・治療が重要となる。画像診断において、特徴的所見から大半は診断可能であるが、非特異的な所見も多く診断に苦慮する場合もある。今回、診断に苦慮し、外科的手術の結果、粘液性嚢胞腺腫(MCN)の診断となった一例を経験したため報告する。【症例】50代女性。X-11年にCTで偶発的に膵尾部嚢胞性病変を指摘され、当院へ紹介受診となった。当院でのMRCPにて、膵尾部に最大径15mmのcyst by cystの形態を呈する多房性の嚢胞を認め、悪性所見を伴わない分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)として経過観察の方針となった。X-8年のMRCPで嚢胞径が30mmに増大し、EUS評価を行うも隔壁の肥厚などの悪性所見を認めなかった。嚢胞径は経時的、X-6年に12mm、X-3年に21mm、X-2年に12mm、X-1年に16mmと増大縮小を繰り返していた。適宜EUSによる精査を行ったが、造影効果を伴う隔壁の肥厚を認めるのみであり、Worrisome Feature!点の分枝型IPMNとしてのフォローを継続した。X年6月のMRCPにて嚢胞径20mmと再度増大を認めた時点において、IPMNの経時的変化として非典型的であり、嚢胞変性を伴う膵神経内分泌腫瘍が否定できなかつた。また、9年ICの上で診断的治療目的に外科的切除を行う方針とし、X年9月に腹腔鏡下膵体尾部切除術を行った。切除検体の病理標本では、上皮は腺腫成分を主体として乳頭状・浸潤性増殖を認めず、嚢胞周囲に免疫組織化学染色を施行した結果エストロゲンレセプターとプロゲステロンレセプターいずれも陽性を示す卵巣様間質を含んでいたため粘液性嚢胞腺腫、悪性成分なし(Mucinous cystadenoma, No evidence of malignancy)と診断した。【結語】今回、病変の増大縮小を長期間観察し得たMCNの一例を経験した。さらに文献的考察を加えて報告する。

MCN, 膵嚢胞性疾患



関東中央病院 消化器内科

石井佳恵, 外川 修, 石川彩郷人, 西尾洋人, 中川秀紀,  
中込 良

【症例】53歳、女性【現病歴】軽度の肝機能障害を契機に腹部超音波検査で総胆管拡張を指摘され、精査目的に当院を紹介受診した。MRIやEUSでは、総胆管が嚢状に拡張しているものの共通管は断定にはいたらず、膵・胆管合流異常、総胆管嚢腫が疑われたため、診断目的に入院した。【入院後経過】ERCPでは、長い共通管が造影され、胆汁中アミラーゼが57614 IU/Lと高値であり、膵・胆管合流異常と診断した。下部胆管は狭小化しており、擦過細胞診を提出したが悪性所見は認めなかった。ERCP翌日の食事再開後に腹痛が出現し、血液検査で肝胆道系酵素が上昇していた。乳頭浮腫も鑑別に保存的加療を開始したが、その後も胆汁うっ滞所見は改善せず、ドレナージ目的に再度ERCPを施行し、5Frの経胆胆管プラスチックステントを留置した。ドレナージ後は膵炎の発症はなく、肝胆道系酵素も低下し第6病日に退院した。しかし、退院4日後に急性胆管炎を再燃し緊急入院、ERCPを施行し7Frの胆管プラスチックステントに交換した。その後は薬剤性肝障害が一時的にみられたが、胆管炎は改善し、第13病日に退院した。【考察】膵・胆管合流異常に対する診断的ERCP後に胆道ドレナージを要した症例の報告はまれである。本症例では、下部胆管が狭窄しており、胆汁うっ滞をきたしやすい状態にあり、ERCPによる胆管内圧の上昇や乳頭浮腫を契機に胆汁うっ滞が悪化したと考える。また、本疾患における適切な胆道ドレナージ方法は定まっていない。今回ERCP後膵炎の懸念とデバイス挿入に難渋したため、初回ドレナージでは細径ステントを選択したが、早期ステント閉塞に至った。本疾患では膵液逆流により蛋白栓・粘稠な胆汁が形成されることも早期閉塞の一因であったと考える。

膵・胆管合流異常, 胆管炎

済生会横浜市南部病院

深澤拓真

【症例】90歳男性。2024年5月15日、膵嚢胞性病変の精査目的で当科紹介となった。IPMNの診断のもと経過観察を行っていたところ、11月14日に施行した造影CTで膵頭部に約3cmの液体成分と充実性が混在する低吸収腫瘍、同部を起点とした主膵管拡張を認めた。EUS-FNBを施行した結果、腺癌が検出され、IPMCと診断した。高齢であることからBest Supportive Careの方針となり、往診医による経過観察が開始された。2025年9月14日、発熱を主訴に当院へ搬送された。血液検査で肝胆道系酵素と炎症マーカーの上昇を認め、CT検査で既知の腺癌の増大、著明な膵管・胆管拡張とともに膵管胆管瘻の形成が疑われた。胆管炎、閉塞性黄疸の診断で同日緊急入院した。9月19日にERCPを施行したところ、乳頭から多量の粘液の漏出を認め、拡張した膵管への挿管を繰り返すため胆管挿管が困難であった。そこで膵管側から瘻孔を介して胆管にアクセスし、回転式パビトームを使用してガイドワイヤーを反転させ、Rendezvous法の要領で経乳頭の胆管挿管に成功した。胆管造影を行うと総胆管は粘液と思われる透亮像で充満しており、粘液による胆管閉塞と考えた。バルーンカテーテルを用いて粘液塊を除去した上でステントを留置した。処置後、炎症所見は一時的に改善を認めたが、経時的に再増悪を認め、粘液によるステント閉塞を疑った。瘻孔が肝門部付近まで広範囲に及び、covered metallic stentによる瘻孔閉鎖も難しく、肝内胆管のドレナージが望ましいと判断し、10月8日にEUS-HGSを施行した。処置後も黄疸や炎症所見の改善が乏しく、全身状態の悪化に伴い10月16日に死亡退院となった。【考察】IPMCは胆管穿破すると粘液による閉塞性黄疸をきたすが、粘液に伴う胆管膵管閉塞はドレナージに難渋することが多く、内視鏡的な治療戦略には特別に考慮を要する。今回、IPMCの浸潤によって膵管胆管瘻を形成し、粘液塞栓による閉塞性黄疸を来した貴重な一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

IPMC, 膵管胆管瘻

聖マリアンナ医科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器・一般外科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>

高橋くるみ<sup>1)</sup>, 薩田祐輔<sup>1)</sup>, 土橋篤仁<sup>2)</sup>, 松田 悠<sup>1)</sup>, 五十嵐洋介<sup>1)</sup>, 佐藤純也<sup>1)</sup>, 中原一有<sup>1)</sup>, 小林慎二郎<sup>2)</sup>, 大池信之<sup>3)</sup>, 立石敬介<sup>1)</sup>

症例は57歳、女性。乳癌の術前のスクリーニング目的で施行したCTにて膵尾部腫瘍を指摘され、精査目的で当科紹介となった。腹部超音波では、膵尾部に12cm大の境界明瞭で内部不均一な無エコー域を伴う巨大な腫瘍を認めた。腹部造影CTでは、腫瘍は内部に造影効果を有す領域と非造影域が混在し、広範な壊死や嚢胞変性を伴う充実性腫瘍と考えられた。MRIでは充実部分には拡散制限を認めた。また、各種画像所見にて、肝内に転移と思われる複数の結節を認めた。組織学的診断目的にEUS-FNAを施行した。ソナゾイド造影にて造影効果を有する部位をターゲットとし、22GのFranseen針を用いて穿刺を行った。病理所見は、血管を軸に腫瘍細胞の偽乳頭状増殖を認め、Vimentin, CD56,  $\beta$ -catenin (核) が陽性、Chromogranin A, BCL10が陰性であり、充実性偽乳頭状腫瘍 (SPN) と診断した。肝転移については、乳癌由来かSPN由来かの鑑別のため、腹腔鏡下肝部分切除術を施行し、SPNの肝転移と診断した。SPNの多発肝転移および乳癌に対してそれぞれ外科的切除を行う方針としたが、手術待機期間中に急激な左側腹部痛を認め、造影CTにてSPN内に造影剤の血管外漏出が確認され、腫瘍出血と考えられた。緊急血管塞栓術を施行し止血が得られたが、翌日のフォローCTにて後腹膜腔および腹腔内への穿破が疑われたため、緊急脾体尾部切除、脾摘出術を行った。切除検体の病理所見でもSPNと診断され、Ki67indexはhot spotで7.7%と比較的高値であった。術後経過は良好であり、術後第20病日に退院となった。今後は乳癌およびSPN肝転移果に対する手術を予定している。SPNは一般に低悪性度のものが多いが、肝転移を有し腫瘍内動脈性出血と破裂をきたした1例を経験したので報告する。

SPN, 膵

東京通信病院 消化器内科

高橋奎胡, 平野賢二, 近藤花奈美, 齋藤聡文, 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】90歳女性【主訴】なし【現病歴】アレルギー性皮膚炎に対して抗ヒスタミン薬を内服している方。X年2月に吐き気や近医を受診し、CT検査で膵頭部に腫瘍を疑われ前医へ紹介となった。3月の前医造影CTでは膵頭部優位にびまん性の膵腫大が認められた。同月にEUS-FNAB施行され、IgG4陽性物質細胞浸潤や花筵状の線維化が認められた。血液検査でIgG4 196mg/dLと高値であり自己免疫性膵炎 (AIP) の診断となった。4月には閉塞性黄疸に対して胆管プラスチックステントが留置された。5月に当院へステロイド加療目的に紹介となり、6月にステント交換とステロイド導入目的に入院となった。入院第1病日に治療前の評価目的にCT施行すると、前医CTで認められていた膵腫大は著明に改善していた。第2病日のERCPでも胆管狭窄の改善が確認できた。自然軽快とは思えないほどの著明な改善であったために、服薬歴を再確認すると、皮膚掻痒感に対してセレスタミン(R)(ベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤)が3錠/day (含有ステロイド量はプレドニゾン換算で5mg/day) で近医より処方されており、3週間程度内服していたことが判明。この経過から、膵病変がセレスタミン内服により軽快したものと判断した。第3病日よりプレドニゾン5mg/dayを寛解維持目的に開始とし、再燃することなく外来通院されている。【考察】AIPのステロイド寛解導入として、経口プレドニゾン0.6mg/kg/dayから開始することがガイドラインでは推奨されている。しかしながら、最近は少量のステロイドでも十分にAIPの寛解が得られ、かつ副作用も少なくなる、とする報告が散見されており、本症例のような超高齢者では治療の有力な選択肢になりうると思われる。

自己免疫性膵炎, ステロイド治療

横須賀市立総合医療センター

永山智弓, 古川潔人, 芹澤宏樹, 田村繁樹, 吉原 努, 高橋伸太郎, 佐藤晋二, 森川瑛一郎, 細野邦広, 池田隆明

高中性脂肪 (TG) 血症は急性肺炎の原因として比較的稀であるが、重症化しやすいことが知られている。当院では 2024 年から 2025 年にかけて高中性脂肪性肺炎 3 例を経験したので報告する。3 例中 2 例は肥満や糖尿病などの代謝リスク因子を有していたが、1 例は特段の代謝リスクを認めなかった。いずれも重症肺炎診断時の TG 値は 1,000 mg/dL 以上であった。造影 CT にて肺周囲脂肪組織濃度の上昇を認め急性肺炎と診断され、3 例とも重症肺炎として厳重な全身管理を要した。このうち 2 例は絶食・輸液に加えてフィブラート系薬剤および抗菌薬による保存的加療にて軽快した。一方、呼吸不全と循環動態の破綻を生じた例では、高 TG 血症の迅速な是正を目的に血漿交換 (TPE) を併用し、TG 値の低下と病勢の改善を認めた。高中性脂肪性肺炎はリスク因子の有無にかかわらず発症する可能性があるため、注意が必要である。また TG 値は来院時より入院後に増悪することがあり、経過を通した慎重な観察が必要である。重症例では高 TG 血症の早期是正を目的とした TPE の有用性について、文献的考察を加えて報告する。

高中性脂肪性肺炎, 血漿交換 (TPE)

AL アミロイドーシスに併発した原発性硬化性胆管炎の 1 例

埼玉医科大学 総合医療センター 消化器・肝臓内科

清水佳祐, 倉岡直亮, 砂田莉沙, 中川慧人, 村上規子, 池田守登, 松原三郎

【諸言】全身性アミロイドーシスは AL アミロイドーシスや AA アミロイドーシスなどの病態がみられ、AA アミロイドーシスは慢性炎症疾患や長期の感染症などに併発することが多く、AL アミロイドーシスは免疫グロブリン軽鎖が組織に沈着することで組織障害を呈する病態である。今回 AL アミロイドーシスに原発性硬化性胆管炎 (PSC) を併発した症例を経験したため報告する。【症例】56 歳男性。2023 年 5 月ごろ浮腫が出現し、尿蛋白 8.0g/g Cr のためネフローゼ症候群と診断され当院腎臓内科にて精査入院した。ネフローゼ症候群の原因検索のために腎生検が施行され Congo-red 染色陽性となりアミロイドーシスの診断となった。また骨髓生検が施行され軽鎖 (λ 鎖) の上昇を認めたことにより多発性骨髄腫による AL アミロイドーシスの診断となった。経過中に偶発的に肝内胆管拡張がみられ当科紹介となった。胆管精査目的で超音波内視鏡 (EUS) および ERCP が施行された。EUS では、主膵管拡張はみられず、膵実質に異常所見はみられないものの膵頭部のリンパ節腫脹が多数みられた。また総胆管の拡張や狭窄は認められず。肝内胆管拡張も軽微であった。ERCP による胆管造影像では pruned tree appearance 様の所見を認め所見的には PSC が疑われた。胆汁細胞診では悪性所見はみられなかった。AL アミロイドーシスに PSC が併発したと考えられたが、肝機能障害、黄疸はみられず PSC に対しては厳重な経過観察となった。【考察】アミロイドーシスに PSC を併発した症例報告は少なく、AL アミロイドーシスに併発した PSC を併発した本例は稀有な症例と考えられたため症例報告を行う。

原発性硬化性胆管炎, アミロイドーシス

感染を合併し超音波内視鏡下ドレナージで治療した脾リンパ上皮嚢胞の一例

がん・感染症センター 東京都立駒込病院 消化器内科<sup>1)</sup>,

同 肝胆脾外科<sup>2)</sup>, 同 病理科<sup>3)</sup>, 同 放射線科<sup>4)</sup>

西村馨介<sup>1)</sup>, 星 健介<sup>1)</sup>, 田畑宏樹<sup>1)</sup>, 二宮理貴<sup>2)</sup>, 仲程 純<sup>1)</sup>,

千葉和朗<sup>1)</sup>, 南 亮悟<sup>1)</sup>, 香山泰治<sup>2)</sup>, 倉田昌直<sup>2)</sup>, 沖永裕子<sup>2)</sup>,

中村萌衣<sup>2)</sup>, 澤野友耀<sup>2)</sup>, 鈴木瑞佳<sup>4)</sup>, 堀口慎一郎<sup>3)</sup>, 飯塚敏郎<sup>1)</sup>

【症例】60 歳代男性【既往歴】高血圧、脂質異常症、脳梗塞【病歴】X-8 年より脾尾部嚢胞 (32mm) を指摘されていた。CT では脾尾部に辺縁明瞭な紡錘形低濃度腫瘍を認め、MRI の拡散強調像では著明高信号、T2 強調像では低信号域が混在する高信号腫瘍を示した。EUS では内部粗造な低エコーに微小な echo-free space を伴い、脾リンパ上皮嚢胞 (lymphoepithelial cyst: LEC) や漿液性嚢胞性腫瘍 (SCN) などの良性嚢胞が鑑別となった。X-1 年に 57mm へ増大し、嚢胞周囲の充実成分に対して EUS-TA を施行したところ、集簇したリンパ球、また角化物を認め LEC に矛盾しない所見で経過観察とした。X 年に 64 mm へ増大し、腹側・背側の 2 か所に脂肪組織濃度上昇を伴う液体貯留 (膿瘍) を認めた。血液検査は WBC 9,700/μL、CRP 18.1 mg/dL と炎症高値で、腫瘍マーカーは正常であった。画像上悪性所見に乏しく、感染合併 LEC と判断し入院となった。【治療経過】広域抗菌薬投与に加え、LEC 近傍の膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージを行った。19G 穿刺針にて LEC 背側の膿瘍を穿刺し、内瘻として 7Fr ビッグテール型プラスチックステントを留置した。吸引液培養で Bacteroides uniformis を検出した。炎症が遷延したため、腹側膿瘍にも同様のドレナージを追加し、その際の造影で膿瘍腔と原発嚢胞 (LEC) の交通を確認した。ドレナージ追加後は炎症改善し第 20 病日に退院となった。LEC の緩徐増大と再燃リスクを踏まえ、外科切除を検討する方針となった。【考察・結論】LEC は、脾嚢胞性病変の 0.5% 未満と稀で、感染合併例は極めて稀である。無症候かつ確定診断例は経過観察が基本だが、感染合併 LEC に対する治療法は確立されておらず、文献的考察を加え報告する。

脾リンパ上皮嚢胞, LEC

Osler 病を背景とした胆道出血による胆管炎をきたした症例

横浜市立大学附属病院 肝胆脾消化器病学

須恵彩理咲, 八木 伸, 本多 悠, 小田貴之, 飯塚 武, 栗田裕介, 長谷川翔, 窪田賢輔

症例は 69 歳、女性。遺伝性出血性末梢血管拡張症 (Osler 病) に伴う頻回の鼻出血にて当院耳鼻科に通院中であった。急性発症の腹痛を主訴に救急外来を受診し、血液検査では肝胆道系酵素および炎症反応の上昇を認めた。単純 CT では胆管内を充滿する高吸収域を認め、胆管内血腫が疑われた。造影 CT では明らかな造影剤の血管外漏出や胆管周囲の仮性動脈瘤は認めず、ヘモグロビン低下も伴わないことから、活動性の胆道出血は乏しいと判断し、軽症胆管炎に対して絶食・抗菌薬で経過観察とした。しかし翌日に腹痛の増悪と膵酵素の上昇を認め、胆管内血腫に起因する急性肺炎の併発と診断した。胆道ドレナージが必要と判断し ERCP を施行すると、十二指腸乳頭部から黒色血液の排出を認めた。内瘻のみでは血腫による閉塞リスクが高いと考え、胆管ステントと経鼻胆管ドレナージ (ENBD) を留置した。胆管炎は改善し、ERCP 5 日後に胆管ステント抜去目的で再度 ERCP を施行した。鎮静後に ENBD を抜去しスコープ挿入を試みたところ喘鳴が出現し、SpO2 低下と鼻腔からの出血を認めた。鼻出血による気道閉塞と判断し、検査を中止して気道確保と吸引を繰り返したところ呼吸状態は改善した。処置後は耳鼻科により鼻腔にガーゼが挿入され、その後は再出血なく自宅退院となった。今回、Osler 病を背景とした胆道出血により胆管炎をきたした稀な症例を経験した。外瘻である ENBD は洗浄可能という利点を有する一方、鼻出血リスクの高い患者では重篤な合併症に直結しうるため、その適応は慎重に判断すべきと考えられた。

胆道出血, Osler 病



## 61 胆道鏡を用いた直接生検で確定診断に至った胆管悪性黒色腫の一例

横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科<sup>1)</sup>、  
横浜市立大学 医学部 消化器内科学<sup>2)</sup>  
板橋寿花<sup>1)</sup>、大石梨津子<sup>1)</sup>、古川 翼<sup>1)</sup>、坂井音々<sup>1)</sup>、相馬 亮<sup>1)</sup>、  
柴崎 梢<sup>1)</sup>、石野勇康<sup>1)</sup>、角田翔太郎<sup>1)</sup>、遠藤和樹<sup>1)</sup>、鈴木悠一<sup>1)</sup>、  
土屋洋省<sup>1)</sup>、松岡昭宏<sup>1)</sup>、小宮山哲史<sup>1)</sup>、三輪治生<sup>1)</sup>、森本 学<sup>1)</sup>、  
前田 慎<sup>2)</sup>

症例 69歳 男性。2025年7月に心窩部不快感を主訴に近医を受診した。腹部造影CT検査で胆嚢および肝門部の腫瘍性病変を認め、精査目的にERCPが施行された。胆管造影において、肝門部で隆起状の造影欠損を認め、同病変に対して透視下での生検が複数回行われた。しかし、確定診断に至らず、同年8月に精査加療目的に当院を紹介受診した。当院で腹部造影CT検査を施行したところ、胆嚢および肝門部に多血性の乳頭状腫瘍を複数認め、両肺下葉に小結節を散見し、胸腰椎に溶骨性変化を複数個所に認めた。経腹超音波検査では、胆嚢内部に桑実状の広基性病変を複数認め、内部に濾胞様の無エコー域を伴っていた。Color dopplerでは腫瘍内部に複数の流入血管を認め、胆嚢内部にやや高エコーの液体が充満していたことから、胆管癌もしくは胆嚢内乳頭状腫瘍(Intracholecystic Papillary Neoplasm)を鑑別に考慮し、多発肺転移および骨転移を有していると考えられた。当院でもERCPを施行し、前医と同様に肝門部に造影欠損を認め、乳頭小切開後に胆管内へ胆道鏡(9Fr eyeMAX)を挿入した。胆嚢管分岐部および肝門部に、表面が比較的平滑な褐色調の隆起性病変を複数認めた。同病変に対して胆道鏡での直視下生検を行い検査を終了した。検査後、胆道出血や胆管炎などの合併症なく、処置後第4病日に退院した。病理検査において、褐色の色素を含む胞体を有する異形細胞が増生しており、免疫染色において、S-100、Melan A、Melanosome (HMB45) がいずれも陽性であり、その他上皮系マーカーが陰性であることから、悪性黒色腫の確定診断に至った。遠隔転移を有していることから化学療法の方針となり、現在も加療を継続中である。複数回のERCPによる透視下生検では診断に至らず、胆道鏡を用いて、腫瘍の内肉的特徴の観察および直接生検を行うことができ、悪性黒色腫の病理学的確定診断に至った貴重な一例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

胆嚢悪性黒色腫、胆道鏡下生検

## 62 限局性脾実質萎縮から発生した脾癌の一例

水戸協同病院 初期研修医<sup>1)</sup>、同 消化器内科<sup>2)</sup>、  
同 消化器外科<sup>3)</sup>  
池田未有<sup>1)</sup>、有賀啓之<sup>2)</sup>、磯 直樹<sup>2)</sup>、岡田健太<sup>2)</sup>、小野公平<sup>2)</sup>、  
鹿志村純也<sup>2)</sup>、奥田洋一<sup>3)</sup>、池田直哉<sup>3)</sup>、橋本真治<sup>3)</sup>

【はじめに】脾癌の画像検査において脾管拡張や嚢胞は診断契機として重要性が知られている。近年、脾癌の診断契機として限局性脾萎縮(Focal Parenchymal Atrophy of the Pancreas)の有用性が報告されている。【症例】80代、女性。(主訴)脾腫瘍精査。(既往歴)2年前、洞不全症候群。他、双極性障害。(生活歴)飲酒、喫煙なし。(家族歴)父、高血圧。兄、脳梗塞。脾疾患の家族歴なし。(現病歴)7年前に右腎盂、尿管癌で手術を行い、以後単純CTを定期的に行い経過観察されていた。X年に施行したCTで脾尾部に腫瘍疑われ紹介となった。過去の画像では腫瘍部は以前より限局的脾萎縮を呈しており、今回の検査で同部位に変化が生じていた。(血液検査)血液検査で脾酵素や、血糖、HbA1cの上昇、IgG、IgG4の上昇はなかった。腫瘍マーカーではCEA上昇はないが、CA19-9 1087、DUPAN2 1600以上と上昇していた。造影CTでは、以前、限局性萎縮をみとめた部位に一致し2cm大の低吸収率腫瘍を認め、尾側の脾管拡張を伴っていた。他に脾頭部に多房性嚢胞性病変ありIPMNが疑われた。MRIでも腫瘍はT1強調画像で低信号、脂肪抑制T2強調画像で高信号を示し、DWIで高信号を示した。ERCPでは腫瘍により脾管は遠絶していた。以上より脾癌と考え、術前化学療法も検討したが、基礎疾患、年齢を考慮し、十分な説明を行い、脾体尾部切除術を行った。病理では肉眼的に剖面は境界不明瞭な白色調充実性で、組織学的に腺癌の所見であった。また腫瘍内部にはIPMNが散見され、脾管内にはLow-grade PanINもみとめた。術後に腹膜播種が判明し、脾癌(StageIV)と診断したが、ご本人様、ご家族様と相談し、化学療法は行っていない。【考察】脾癌は進行した病期で診断される症例も多く、画像所見を組み合わせ様々な変化に注目することが重要である。近年、腫瘍を伴わない脾管狭窄や限局性萎縮は早期の脾癌所見として注目され、脾疾患以外で画像検査の経過観察中に診断される症例も多い。限局性萎縮は多施設間前向き研究も開始されており、所見の意義も含め自験例について文献的考察を踏まえて報告する。

限局性脾実質萎縮、脾癌

## 63 ERCP後腸管穿孔に対してOver-The-Scope Clipによる内視鏡的閉鎖術後にPTBDによる胆管ドレナージと内瘻化に成功した脾頭部癌の1例

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科  
佐々 元、良沢 玲、朝井靖二、山本 圭、奴田原大輔、中島啓佑、  
小久保歩美、中野優太郎、飯名桃子、菊地佑真、篠原裕和、  
中村洋典、北村勝哉

【症例】80歳台、女性。【現病歴】褐色尿、灰白色便を主訴に他院を受診し、画像検査で脾頭部腫瘍と胆管狭窄を認め、当院へ紹介受診された。【経過】脾頭部腫瘍に対し、超音波内視鏡下組織採取を施行し、脾頭部癌と診断した。閉塞性黄疸に対する減黄目的にてERCPを施行した際、内視鏡挿入時に十二指下行脚に穿孔を併発したため、Over-The-Scope Clip (OTSC)を用いて穿孔部を内視鏡的に閉鎖した。翌日、減黄目的にて経皮経肝胆道ドレナージ(PTBD)を施行した。その後、全身状態改善したためPTBD ルートを介して順行性に胆管メタルステントを胆管狭窄部に留置し、内瘻化に成功した。最終的にPTBDチューブを抜去した。【考察】ERCP後の腸管穿孔は重篤な併発症であるが、外科的治療に比較してOTSCによる内視鏡的閉鎖術は迅速かつ低侵襲な治療である。本症例では、腸管穿孔直後の内視鏡的胆管ドレナージは併発症のリスクを伴うため、PTBDを選択した。ERCP後腸管穿孔に対してOTSCによる内視鏡的閉鎖術後にPTBDによる胆管ドレナージと内瘻化に成功した1例を経験したため報告する。

ERCP後穿孔、胆管ドレナージ

## 64 腫瘍内出血を契機に診断に至った中年男性の充実性偽乳頭状腫瘍(SPN)の一例

JCHO 埼玉メディカルセンター 消化器内科<sup>1)</sup>、同 外科<sup>2)</sup>  
菅谷真伍<sup>1)</sup>、闇瀬一貴<sup>1)</sup>、柳岡 響<sup>1)</sup>、大家裕治<sup>1)</sup>、横瀬崇寛<sup>2)</sup>、  
高田祐明<sup>1)</sup>、南 一洋<sup>1)</sup>、山口晃弘<sup>1)</sup>、冠城拓示<sup>2)</sup>、唐橋 強<sup>2)</sup>、  
中里圭宏<sup>1)</sup>

患者は50代男性。入院3日前、安静時に突然発症の左側腹部痛および背部痛を自覚した。疼痛は持続痛であり、翌日には嘔気嘔吐も認めた。症状増悪傾向のため当院受診となった。既往歴として健康診断で脾嚢胞疑いの指摘があった。飲酒は機会飲酒のみで脾炎の入院歴や家族歴はなし。来院時のバイタルサインは安定しており、身体所見は、左側腹部から背部に自発痛と叩打痛を認めた。血液検査ではCRP 4.93mg/dL、白血球数 13,000/ $\mu$ Lと炎症反応上昇を認めた。造影CT検査では脾体尾部に一部石灰化を伴う内部高吸収の径48mm大の腫瘍性病変を認めた。造影剤の緩徐な広がりが見られ、病変内での小出血を疑った。周囲に軽度の脂肪組織濃度上昇も認めた。脾嚢胞内出血を疑い、入院の上保存加療を行なった。感染の合併も考慮し抗生剤加療も開始、以降症状と炎症反応は改善傾向であり入院9日目で軽快退院した。外来で施行した超音波内視鏡検査では同部位に辺縁低エコー・内部モザイク状の腫瘍性病変を認めた。また背側に血腫を疑う低エコー帯を認めた。MRCPではT1WI/T2WIともに不均一な信号を認め、拡散強調画像も不均一だった。フォローで撮影した造影CT検査では径の増大(54mm)と脾静脈浸潤による胃食道静脈の拡張と胃腎シャントを認め、背側は脂肪組織濃度上昇が見られ左副腎に近接していた。EUS-FNAは穿刺ルートに脾実質を介するため実施せず。脈管侵襲所見より悪性を示唆する病変として充実性偽乳頭状腫瘍(solid pseudopapillary neoplasm, SPN)や脾腺房細胞癌を疑い、当院外科にて脾体尾部切除術(D2郭清術)および左副腎・脾合併切除術を施行した。術後病理組織診断にてSPNと確定診断され、術後は転移なく良好な経過をたどっている。SPNは若年女性に多く、無症状で偶発的に指摘されることが多い。本症例で中年男性が腫瘍内出血を契機にSPNの診断に至った経験をした。文献的考察を加えて報告する。

充実性偽乳頭状腫瘍、腫瘍内出血

## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第388回例会開催にあたり下記の企業・団体より格別のご高配・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388回例会  
当番会長 窪田 賢輔

〈協力〉

横浜市立大学肝胆膵消化器病学

〈協賛企業・団体〉

朝日インテックJセールス株式会社

アストラゼネカ株式会社

アッヴィ合同会社

株式会社インテグラル

ヴィアトリス製薬合同会社

SBカワスミ株式会社

小野薬品工業株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

ガ德里ウス・メディカル株式会社

株式会社カネカメディックス

興和株式会社

株式会社J-MIT

株式会社GenMine Labs

医療法人社団仁信会 南富士病院

センチュリーメディカル株式会社

東レ株式会社

ニプロ株式会社

日本セルヴィエ株式会社

日本ライフライン株式会社

ハナコ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

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

Meiji Seikaファルマ株式会社

株式会社メディコスヒラタ

ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2026年1月20日現在)