

# 日本消化器病学会 関東支部第389回例会

## プログラム・抄録集



当番会長：北條 麻理子（順天堂大学医学部 消化器内科 教授）

令和8年4月11日（土）

順天堂大学7号館

# 日本消化器病学会関東支部第389回例会 プログラム・抄録集

当番会長：北條麻理子（順天堂大学医学部 消化器内科 教授）  
〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1  
TEL 03-3813-3111

会 期：令和8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 順天堂大学7号館  
TEL 03-3813-3111 <https://www.juntendo.ac.jp/>

## <発表者・参加者の皆様へ>

1. 発表者は日本消化器病学会の会員に限ります。
2. 発表はすべて現地会場においてPCでのプレゼンテーションとなります。  
口演30分前までに、発表データ受付にてデータ登録・動作チェックを済ませてください。
  - 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 13：50～14：05）
9. 参加費は会員2,000円（不課税）、非会員2,200円（課税）です。（当日現金払いのみ）
10. 当日参加登録受付、PC受付は8：15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4月11日（土）に現地開催のみとなります。
  - 1) 評議員会：4月11日（土）第1会場11：20～11：50
  - 2) 評議員会への参加については第389回例会の参加登録が必要です。

### [問い合わせ]

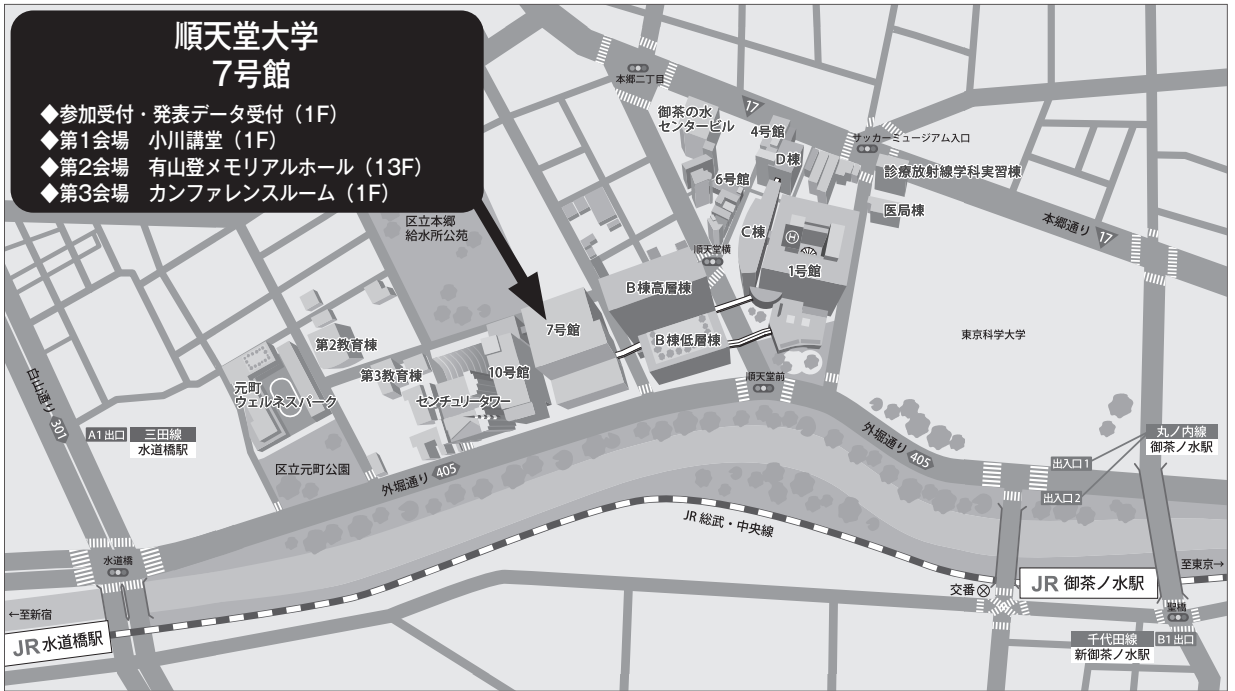
日本消化器病学会関東支部第389回例会運営事務局  
〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F  
株式会社プランニングウィル内  
E-mail：jsge389kanto@planningwill.co.jp/Tel：03-6801-8084

# 会場案内図

## 順天堂大学 本郷・お茶の水キャンパス (7号館)

〒113-8421 東京都文京区本郷2-1-1

TEL : 03-3813-3111 (大代表)



### 交通のご案内

JR線 御茶ノ水駅 御茶ノ水口より徒歩7分  
東京メトロ (丸ノ内線) 御茶ノ水駅 1番・2番出口より徒歩7分  
東京メトロ (千代田線) 新御茶ノ水駅 B1出口より徒歩9分

JR線 水道橋駅 東口より徒歩8分  
都営地下鉄 (三田線) 水道橋駅 A1出口より徒歩8分

### 参加受付

本郷・お茶の水キャンパス 7号館 1Fにて受付をいたします。  
案内板に従い、受付へお越しください。

**日本消化器病学会関東支部第389回例会**  
**令和8年4月11日（土）**

8：43～8：45 <b>開会の辞</b>					
<b>第1会場（午前の部）</b>			<b>第2会場（午前の部）</b>		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（胃・十二指腸 <sup>1</sup> ）1～4	8：45～9：09	竹内 千尋	(9) 専攻医Ⅴ（小腸 <sup>1</sup> ・大腸 <sup>1</sup> ）34～37	8：45～9：09	島田 高幸
(2) 専攻医Ⅱ（胃・十二指腸 <sup>2</sup> ）5～8	9：09～9：33	小野田 翼	(10) 専攻医Ⅵ（肝臓）38～40	9：09～9：27	山本 桃子
(3) 専攻医Ⅲ（大腸 <sup>1</sup> ）9～12	9：33～9：57	蒲生 彩香	(11) 専攻医Ⅶ（肝臓 <sup>1</sup> ・その他）41～43	9：27～9：45	山本 圭
(4) 専攻医Ⅳ（大腸 <sup>2</sup> ）13～15	9：57～10：15	高橋 知也	(12) 専攻医Ⅷ（胆）44～46	9：45～10：03	久野木康仁
10：15～10：20 <b>休憩</b>			(13) 専攻医Ⅳ（膵臓）47～49	10：03～10：21	川本 翔
(5) 研修医Ⅰ（肝臓）16～20	10：20～10：50	杉森 慎	10：21～10：26 <b>休憩</b>		
(6) 研修医Ⅱ（胃・十二指腸 <sup>1</sup> ・その他）21～23	10：50～11：08	川崎 健太	(14) 研修医Ⅲ（胃・十二指腸 <sup>1</sup> ・小腸）50～54	10：26～10：56	赤星 和明
11：20～11：50 <b>評議員会（第1会場）</b>			(15) 研修医Ⅳ（大腸）55～57	10：56～11：14	植田 浩貴
11：55～12：45 <b>ランチョンセミナー1（第2会場）</b> 「潰瘍性大腸炎の最新治療戦略 ～トレムフィアReal World Experience～」 「トレムフィア®の真価を問う ～リアルワールドエビデンスが示す答えとは～」 山手メディカルセンター 消化器内科 医長 岡野 莊 先生 「UC治療における治療選択の幅を広げる ～トレムフィアによる治療戦略～」 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 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科 教授 瀧谷 智義 先生 共催：ヤンセンファーマ株式会社			11：55～12：35 <b>ランチョンセミナー2（第3会場）</b> 「便秘エコーと便意に着目した最新の 慢性便秘症診療」 横浜市立大学 消化器内科・肝胆膵消化器病学教室 助教 三澤 昇 先生 司会 順天堂大学医学部 消化器内科 教授 永原 章仁 先生 共催：EAファーマ株式会社・持田製薬株式会社		
12：55～13：50 <b>特別講演（第1会場）</b>  <b>「消化器疾患治療の医療経済」</b> 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 五十嵐 中 先生 司会 順天堂大学医学部 消化器内科 教授 北條 麻理子					
13：50～14：05 <b>専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）</b>					
<b>第1会場（午後の部）</b>			<b>第2会場（午後の部）</b>		
(7) 胃・十二指腸・小腸 24～28	14：05～14：35	松本 悠	(16) 食道・その他 58～61	14：10～14：34	片桐 敦
(8) 大腸 29～33	14：35～15：05	新井 弘隆	(17) 肝・胆・膵 62～66	14：34～15：04	長谷川雄太
15：05～ <b>閉会の辞（第1会場）</b>					

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 13：50～)

## 特別講演

第1会場 12:55~13:50

# 「消化器疾患治療の医療経済」

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 **五十嵐 中** 先生

司会 順天堂大学医学部 消化器内科 教授 **北條 麻理子**

……演者の先生ご紹介……

いがらし あたる  
**五十嵐 中** 先生

### 【略歴】

2002年 東京大学薬学部薬学科卒業

2008年 東京大学大学院薬学系研究科博士後期課程修了

2008年から東京大学大学院薬学系研究科特任助教、特任准教授

2019年より横浜市立大学医学群健康社会医学ユニット准教授を経て、

2024年より現職

専門は薬剤経済学。医療経済ガイドラインの作成・個別の医療技術の費用対効果評価・QOL 評価指標の構築など、多方面から意思決定の助けとなるデータの構築を続けてきた。著書に、「医療統計わかりません（東京図書, 2010）」「わかってきたかも医療統計（東京図書, 2012）」「薬剤経済わかりません（東京図書, 2014）」などがある。

## ランチオンセミナー 1

第2会場 11:55~12:45

# 「潰瘍性大腸炎の最新治療戦略 ～トレムフィアReal World Experience～」

「トレムフィア®の真価を問う  
～リアルワールドエビデンスが示す答えとは～」

山手メディカルセンター 消化器内科 医長 **岡野 荘** 先生

「UC治療における治療選択の幅を広げる  
～トレムフィアによる治療戦略～」

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 順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科 教授 **澁谷 智義** 先生

共催：ヤンセンファーマ株式会社

……演者の先生ご紹介……

### おかの そう **岡野 荘** 先生

#### 【略歴】

2007年 3月 熊本大学医学部卒業  
2007年 4月 熊本大学医学部附属病院 前期研修医  
2009年 4月 熊本大学医学部附属病院 消化器内  
科 医員  
2010年 4月 国保水俣市立総合医療センター消化  
器内科 医員  
2012年 4月 熊本中央病院 消化器内科 医員  
2014年 4月 池上総合病院 消化器内科 医員  
2016年 4月 JCHO東京山手メディカルセンター炎  
症性腸疾患内科/消化器内科 医員  
2019年 4月 順天堂大学大学院人体病理病態学講  
座 博士過程

2023年 4月 JCHO東京山手メディカルセンター炎  
症性腸疾患内科/消化器内科 医長  
現在に至る

### かとう しんご **加藤 真吾** 先生

#### 【略歴】

1991年 3月 防衛医科大学校医学科 卒業  
1991年 6月 防衛医科大学校病院 初任実務研修  
(研修医)  
1993年 6月 自衛隊熊本病院 診療科(内科)  
1995年 8月 防衛医科大学校病院 医官専門研修  
(内科学第二講座)  
1998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)  
2000年 9月 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年 4月 同上 終了帰国  
2002年10月 防衛医科大学校教育部 医学研究科  
消化器病学専攻 修了

2002年10月 自衛隊福岡病院 診療科(内科)  
2003年 2月 取得 博士(医学)(大学評価・学位授  
与機構)  
2004年 8月 防衛医科大学校内科学第二講座(医  
員)  
2005年 8月 防衛庁退職  
2005年 9月 埼玉医科大学総合医療センター 消  
化器・肝臓内科 講師  
2010年 5月 同 准教授  
2023年 4月 同 炎症性腸疾患(IBD)センター  
センター長  
2024年 4月 同 教授

## ランチオンセミナー2

第3会場 11:55～12:35

# 「便秘エコーと便意に着目した 最新の慢性便秘症診療」

横浜市立大学 消化器内科・肝胆膵消化器病学教室 助教 **三澤 昇** 先生

司会 順天堂大学医学部 消化器内科 教授 **永原 章仁** 先生

共催：EAファーマ株式会社／持田製薬株式会社

………演者の先生ご紹介………

み さ わ  
**三澤**

のぼる  
**昇** 先生

### 【略歴】

2012年3月：横浜市立大学医学部医学科卒業  
2012年4月～西暦2013年3月：大森赤十字病院  
2013年4月～西暦2014年3月：横浜市立大学附属市民総合医療センター  
2014年4月～西暦2014年12月：東京都立広尾病院  
2015年1月～西暦2017年3月：茅ヶ崎市立病院  
2017年4月～2021年3月：横浜市立大学附属病院 指導診療医  
2021年4月～現在：横浜市立大学附属病院 助教  
2021年3月 博士号取得

専門分野 消化管

### 【資格】

日本内科学会：認定内科医  
日本消化器病学会：専門医・指導医 関東支部評議員  
日本消化器内視鏡学会：専門医 関東支部評議員  
日本消化管学会：専門医・指導医  
カプセル内視鏡学会：認定医

### 【主な学会活動】

便通異常症診療ガイドライン2023 作成委員会メンバー  
看護ケアのための便秘時の大腸便貯留アセスメントに関する診療ガイドライン 作成委員会メンバー

## 特別企画 キッズセミナー

### <ご案内>

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

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

- ①ロウソクの光を見てみよう
- ②豆電球（まめでんきゅう）の光を見てみよう!
- ③LEDの光を見てみよう!!
- ④UVライトで分かること!?
- ⑤虹（にじ）をつくろう!!

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

**【お問合せ先】** 日本消化器病学会関東支部第389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: jsge389kanto@planningwill.co.jp

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

## 第1会場（午前の部）

8：43～8：45

—開会の辞—

—評価者—

国立健康危機管理研究機構	国立国府台医療センター	消化器・肝臓内科	伊藤 光一
公益財団法人がん研究会	がん研有明病院	上部消化管内科	高須 綾香
日本医科大学付属病院	消化器・肝臓内科		葉山 惟信

専攻医 I（胃・十二指腸 1） 8：45～9：09 座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 竹内 千尋

### 1. upside down stomach に胃癌を認めた 2 例

越谷市立病院 消化器科 ○谷川 諒, 佐々木 仁, 山口 友輔, 佐久間 聖  
中庭 礼智

### 2. 非典型的の内視鏡像を呈した潰瘍性大腸炎関連胃病変の 1 例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科 ○松永 樹哉, 矢野慎太郎, 石野 博崇, 津川 直輝  
平澤 佑果, 牛尾 真子, 福岡 泰斗, 谷口源太郎  
萩原 伸悟, 降旗 誠, 北村 庸雄, 長田 太郎  
同 病理診断科 橋爪 茜

### 3. オルメサルタンの休薬で改善した ARB 関連胃炎

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

### 4. *H.pylori* 未感染胃粘膜を背景に発生した未分化型癌の 1 例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○坂本 龍彌, 阿部 大樹, 上山 浩也, 中村 駿佑  
上村 泰子, 岩野 知世, 山本 桃子, 沖 翔太郎  
赤澤 陽一, 上田久美子, 池嶋 健一, 伊佐山浩通  
順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学講座 八尾 隆史  
順天堂大学医学部 消化器内科 竹田 努, 北條麻理子, 永原 章仁  
順天堂大学医学部大学院医学研究科 消化管疾患病態研究・治療学講座

専攻医Ⅱ(胃・十二指腸2) 9:09~9:33 座長 国立病院機構 水戸医療センター 消化器内科 小野田 翼

5. アザチオプリン中止で自然退縮した消化管びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○剣持 実希, 高馬 将郎, 伊藤顕太郎, 大森 将史  
小田倉里奈, 福嶋 浩文, 村上 敬, 北條麻理子  
池嶋 健一, 伊佐山浩通  
順天堂大学医学部附属順天堂医院 血液内科 安田 肇, 原田早希子, 松下 真弓, 木下慎太郎  
安藤 美樹  
順天堂大学 医学部 消化器内科 野村 慧, 石川 大, 永原 章仁  
順天堂大学大学院医学研究科 腸内細菌療法リサーチセンター  
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科 澁谷 智義

6. 従来治療困難な胃・十二指腸静脈瘤に対するEUS-guided variceal therapyを施行した3例の治療成績

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター ○今枝 駿介, 増田 作栄, 上石 英希, 木村かれん  
眞一まこも, 小泉 一也

7. 内視鏡治療抵抗性DAVEに対し外科治療を選択した肝硬変合併の一例

杏林大学医学部 消化器内科学 ○畠山松之助, 白川 貴大, 大野亜希子, 津端しおり  
壽美竜太郎, 望月もえぎ, 鍛冶 諒介, 楠原 光謹  
友近 瞬, 關 里和, 川村 直弘, 久松 理一  
同 消化器・一般外科学 大木亜津子, 阿部 展次  
同 病理学教室 日比谷孝志, 藤原 正規, 柴原 純二

8. インフリキシマブ不応irAE腸炎に対してベドリズマブが著効した一例

北里大学病院 消化器内科 ○降矢 恵佑, 堀井 敏喜, 土居楠太郎, 北原 言  
別當 朋広, 和田 拓也, 渡邊 晃誠, 石戸 謙次  
横山 薫, 池原 久朝, 草野 央

専攻医Ⅲ(大腸1) 9:33~9:57

座長 国立国際医療センター 消化器内科 蒲生 彩香

9. 悪性リンパ腫が疑われたアセトアミノフェン誘発大腸炎の1例

川越三井病院 内科 ○勅使河原亨三郎  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科  
川越三井病院 消化器外科 徳丸 重夫, 朴 英智, 秦 怜志  
同 内科 加藤 真吾  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科  
同 炎症性腸疾患センター

10. Ustekinumab 無効UCに対するMirikizumabの導入成績: 当院7例の治療経験

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座 ○長崎 絢子, 田中 孝尚, 富永 圭一, 松本 健吾  
山崎ゆうか, 小島原駿介, 金澤美真理, 菅谷 武史  
入澤 篤志

### 11. 濾胞性リンパ腫治療後に発症した難治性腸炎の1例

東京科学大学病院 消化器内科 ○青鹿 奈南子, 関戸 清佳, 竹中 健人, 金子 俊  
村川美也子, 清水 寛路, 藤井 俊光, 朝比奈靖浩  
岡本 隆一  
同 光学医療診療部 河本 亜美, 日比谷秀爾, 村野 竜朗, 大塚 和朗  
東京都立多摩総合医療センター 消化器内科 山田 大貴, 石井 亮佑, 並木 伸  
東京科学大学病院 大腸肛門外科 青柳 康子, 花岡まりえ, 絹笠 佑介  
同 病理部 山本くらら

### 12. 潰瘍性大腸炎においてベドリズムブ皮下注製剤から静注製剤へ再切り替え後に局所および全身性過敏反応を呈した1例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○古庄 桃子, 伊藤顕太郎, 大森 将史, 小田倉里奈  
高馬 将郎, 福嶋 浩文, 村上 敬, 上田久美子  
北條麻理子, 池嶋 健一, 伊佐山浩通  
同 消化器内科 野村 慧, 石川 大, 永原 章仁  
順天堂大学大学院医学研究科 腸内細菌療法リサーチセンター  
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科 澁谷 智義

専攻医Ⅳ(大腸2) 9:57~10:15

座長 順天堂大学医学部 消化器内科 高橋 知也

### 13. フルキンチニブによる薬剤性白質脳症をきたした進行大腸癌の1例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○藤山 杏奈, 足立 駿佑, 粟津 崇仁, 野村 慧  
竹田 努, 村上 敬, 上田久美子, 戸張 真紀  
石川 大, 藤澤 聡郎, 澁谷 智義, 北條麻理子  
伊佐山浩通, 池嶋 健一, 永原 章仁

### 14. CTガイド下骨生検が診断契機となった盲腸低分化型腺癌術後孤立性仙骨転移の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○吉川 陸, 横山 康行, 菊池 悠太, 山田 岳史  
吉田 寛

### 15. SSLから印環細胞癌までの多彩な組織像を認めた大腸腫瘍の1例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○上松なな子, 青柳 仁, 清水 友貴, 本田 卓  
松本 康佑, 磯野 朱里, 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  
同 外科学講座 浅田 祐介, 浅古謙太郎, 落合 大樹  
同 病院病理部 谷口 浩和, 棚橋 明央, 笹島ゆう子

研修医Ⅰ(肝臓) 10:20~10:50 座長 横浜市立大学附属市民総合医療センター がんゲノム診療科・消化器病センター内科 杉森 慎

16. 乳癌治療中に診断された肝肉芽腫の1例

東京女子医科大学 消化器内科 ○豊福祐佳莉  
同 臨床研修センター  
同 消化器内科 小木曾智美, 高野 澄玲, 白田龍之介, 山本 果奈  
中林 良太, 大塚 奈央, 林 涼子, 高鹿 美姫  
中村 真一, 高山 敬子, 小笠原友里, 谷合麻紀子  
中井 陽介

17. 歯科治療に起因したと考えられる肝膿瘍の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 臨床研修センター ○古谷明日佳, 石野 博崇, 津川 直輝, 平澤 佑果  
牛尾 真子, 福間 泰斗, 矢野慎太郎, 谷口源太郎  
荻原 伸悟, 降旗 誠, 北村 庸雄, 長田 太郎

18. アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法後に肝内転移が消失し conversion surgery を施行し得た肝細胞癌の一例

東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 ○劉 冠廷, 福田 開人, 千代田武大, 藤本 優果  
佐々木 脩, 市田 晃彦, 西岡裕次郎, 河口 義邦  
高本 健史, 赤松 延久, 長谷川 潔

19. IVR による肝内門脈-静脈シャント閉鎖が著効した猪瀬型肝性脳症の1例

JR 東京総合病院 消化器内科 ○吉村 啓允, 金子 麗奈, 弦間 有香, 吉川 剛史  
毛利 大, 大前 知也, 赤松 雅俊, 岡本 真

20. 術後吻合部静脈瘤に対して経皮経肝静脈瘤塞栓術により内視鏡的所見の改善を得た一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター ○関野 優香  
順天堂大学医学部 消化器内科 石塚 敬, 喜古 博之, 有井 新, 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

研修医Ⅱ(胆・膵・その他) 10:50~11:08 座長 慶應義塾大学 医学部 腫瘍センター 川崎 健太

21. 超音波内視鏡下胆管胃吻合術(EUS-HGS)後吻合部を組織学的に検討しえた肝門部領域胆管癌患者の一剖検例

虎の門病院 消化器内科 ○志田 智義, 前原 耕介, 平野 多紀, 服部 大輔  
佐藤 悦基, 小山里香子, 今村 綱男  
同 病理診断科 満下 淳地, 三浦 泰朗, 高澤 豊

22. CY 1 の膵尾部癌に対して GEM + nab-PTX を 6 ケール行った後 CY 0 となり根治手術を施行できた1例

獨協医科大学 肝胆膵外科 ○笠川 佑也, 仁木まい子, 早川 智彬, 田中 元樹  
清水 崇行, 白木 孝之, 松本 尊嗣, 森 昭三  
青木 琢

23. 認知機能低下および構音障害を契機に診断された *Streptococcus intermedius* による全身多発膿瘍の一例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科 ○蓮尾 翼, 九里 光政, 宮崎 夏帆, 杉山 匠  
高橋 傑, 畑山 靖樹, 嶋 由紀子, 石川賢太郎  
村上 大輔, 杉山 晴俊, 西野 隆義, 新井 誠人  
同 脳神経外科 石黒 太一

---

第1会場 (午後の部)

---

12:55~13:50

特別講演

消化器疾患治療の医療経済

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 五十嵐 中 先生

司会 順天堂大学医学部 消化器内科 教授 北條 麻理子

---

一般演題(胃・十二指腸・小腸) 14:05~14:35 座長 埼玉医科大学病院総合診療内科 松本 悠

24. *Mycobacterium genavense* による小腸炎の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 ○三澤 昇, 日暮 琢磨, 井上喬二郎, 鈴木 瞳  
米田 正人

25. 人間ドックにおけるピロリ除菌後胃癌の現状と最適なスクリーニング戦略

大宮シテイククリニック 消化器内科 ○小澁 雄史, 中川 良  
千葉大学医学部附属病院 消化器内科

同 消化器内科 後藤 千尋, 小関 悠介, 朱 信彰, 岩崎 巨征  
堀尾 亮輔, 黒杉 茜, 園田美智子, 石川 翼  
大浦 弘嵩, 金子 達哉, 太田 佑樹, 對田 尚  
沖元謙一郎, 齊藤 景子, 松村 倫明, 加藤 順

26. 自己免疫性胃炎の診断に苦慮した萎縮性胃炎の2例

東京医科大学病院 健診予防医学センター ○岩田 英里, 河合 隆, 張 萌琳, 新倉 量大  
柳澤 京介

同 健診予防医学センター 河合 優佑  
虎の門病院 消化器内科

東京医科大学病院 健診予防医学センター 杉本 光繁  
大分大学 グローバル感染症研究センター ゲノムワイド感染症研究部門

27. 慢性偽性腸閉塞症と鑑別を要した非セリアック病グルテン関連疾患の1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 ○津久井充人, 加藤 正樹, 飯島 良彦, 荒木 健一  
小松 拓実, 中本 悠輔, 佐藤 義典, 前畑 忠輝  
立石 敬介

28. 細径ダブルバルーン内視鏡下に電気水圧衝撃波結石破砕術で腸石破砕に成功したクローン病の1例

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○村島 侑子, 堀尾 亮輔, 清水 健人, 後藤 千尋  
石川 翼, 大浦 弘嵩, 金子 達哉, 太田 佑樹  
對田 尚, 沖元謙一郎, 齊藤 景子, 松村 倫明  
加藤 順

一般演題(大腸) 14:35~15:05

座長 前橋赤十字病院 消化器内科 新井 弘隆

29. ステロイド副作用、アザチオプリン不耐、カロテグラストで短期再燃し、S I Pが著効も肝酵素上昇の監視下で寛解維持治療継続している潰瘍性大腸炎の一症例

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

30. 超早期発症型炎症性腸疾患の発症機序における BCL 6 機能異常の関与

順天堂大学 小児科 ○工藤 孝広, 永田 万純, 新井 喜康

31. リン酸オセルタミビル服用翌日に発症した虚血性腸炎

横浜新緑総合病院 消化器センター ○垣迫 健介, 白井 孝之, 五十嵐 亮, 塩沢 牧子

石垣 智之, 権 勉成, 宮島 綾子, 植田 吉宣

佐々木一憲, 江間 玲, 平山 亮一, 大塚 亮

齊藤 修治

32. 広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例

社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 消化器外科 ○田澤 賢一, 山野 格寿, 神山 公希

富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科 藤井 努

社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 救急科 山下 巖

同 病理学 加藤 優子, 渡邊 奈月

同 消化器外科 伊東 剛

富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科

33. 実臨床におけるクローン病に対する Guselkumab 寛解導入療法の有効性

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

岩本 志穂, 深田 雅之

同 消化器内科 軽部 雄人, 上羽梨紗子

## 第2会場 (午前の部)

### — 評価者 —

虎の門病院 消化器内科 (胃腸)	落合 頼業
早期胃癌検診協会 附属茅場町クリニック	北沢 尚子
順天堂大学医学部 消化器内科	福嶋 浩文

専攻医Ⅴ (小腸・大腸) 8:45~9:09 座長 河北総合病院 消化器内科 島田 高幸

### 34. クラミジア LGV 感染症による結腸・直腸潰瘍の本邦初報告例

筑波大学附属病院 消化器内科	○和田 拓海, 小林真理子, 目良 麻衣, 岸本 希実
	松本めぐみ, 吉田 将太, 石川 敬資, 湯原美貴子
	宇野 広隆, 石川 直樹, 秋山慎太郎, 山田 武史
	山本 祥之, 坂本 琢, 奈良坂俊明, 土屋輝一郎
同 感染症内科	加藤 幹朗, 野山 豪晏
同 病理診断科	松岡 亮太

### 35. 遷延する腹痛・下痢を主訴とし回盲部病変を呈したエルシニア腸炎3例の検討

地方独立行政法人国保旭中央病院 消化器内科 ○鈴木 隆斗, 中川美由貴, 志村 謙次

### 36. カプセル内視鏡検査で偽陰性となりダブルバルーン内視鏡検査で診断した小腸炎症性線維性ポリープの一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科部門	○海老原 光, 木下 翼, 西岡 駿, 小林 卓真
	上野 貴, 加賀谷結華, 林 芳和, 矢野 智則
同 外科学講座 消化器一般移植外科部門	石橋 佳奈, 伊藤 誉
自治医科大学附属病院 病理診断部	廣田 由佳

### 37. 回腸憩室からの活動性出血に対して内視鏡的止血術による完全止血を得た1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○鴻 千尋, 赤須 貴文, 高山 真哉, 中野 春菜  
猿田 雅之

専攻医Ⅵ (肝臓) 9:09~9:27 座長 順天堂大学医学部 消化器内科 山本 桃子

### 38. 炎症性偽腫瘍と考えられる1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科	○芹澤 宏樹, 永山 智弓, 田村 繁樹, 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
同 病理検査科	飯田 真岐, 辻本 志朗

### 39. 好酸球性胃腸炎を背景とし好酸球浸潤による急性肝炎の1例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 ○田代大二郎, 葉山 惟信, 長尾千香子, 鈴木 健太  
北村 倫香, 小谷野香織, 長谷川雄太, 新井 泰史  
厚川 正則

40. 肝動脈瘤破裂を契機に診断に至った結節性多発動脈炎疑いの一例

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

専攻医Ⅶ(肝臓・その他) 9:27~9:45 座長 東京医科大学 八王子医療センター 消化器内科 山本 圭

41. 肝生検により診断された成人糖原病の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科 ○望月 佑奈, 本橋 澄明, 坂本 龍彌, 宇都宮尚典  
丸山 貴史, 太田 寛人, 鈴木 信之, 石井 重登  
福生 有華, 大久保裕直

42. 急速に進行し肝不全を呈したAL型アミロイドーシスの1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 ○岡村 洸, 堀 裕太郎, 川村 祐介, 岡田 悠吾  
清水 佳祐, 勅使河原亨三郎, 永原 昂太, 寺本  
駿也  
道鎮 優, 宮内 琉希, 鴫田 正樹, 増渕 悟志  
倉岡 直亮, 加藤 真吾, 岡 政志, 松葉 三郎

43. EUS-TA で診断に至り急速な転帰をたどった分類不能高悪性度肉腫の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科 ○岩城 公人, 星 健介, 仲程 純, 千葉 和朗  
南 亮悟, 飯塚 敏郎  
同 肝胆膵外科 倉田 昌直, 武井 信諭, 二宮 理貴, 脊山 泰治  
沖永 裕子, 中村 萌衣, 澤野 友耀  
同 大腸外科 中守 咲子  
同 病理科 元井 亨

専攻医Ⅷ(胆) 9:45~10:03 座長 獨協医科大学日光医療センター 消化器内科 久野木 康仁

44. 特徴的な画像所見より術前に診断し得た胆嚢捻転症の一例

横浜保土ヶ谷中央病院 消化器内科 ○大庭 雄一, 日下恵理子, 池澤百合花, 西脇 友紀  
渡部 衛, 桑島 拓史, 中馬 誠  
横浜市立大学附属病院 消化器内科 前田 慎

45. FGFR 2 癒合遺伝子陽性の肝内胆管癌術後再発に対してタスルグラチニブを導入した1例

順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科 ○河端 優真, 富嶋 享, 倉田 芙美, 竹田 努  
福嶋 浩文, 戸張 真紀, 藤澤 聡郎, 永原 章仁  
池嶋 健一, 伊佐山浩通  
同 放射線科 狩野 樹生  
同 腫瘍内科 石川 敏昭  
同 肝胆膵外科 齋浦 明夫

46. 高度炎症を伴う isolated IgG 4 関連硬化性胆管炎に対しステロイド治療が著効し胆管ドレナージを回避し得た 1 例

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

専攻医区(膵臓) 10:03~10:21

座長 杏林大学医学部 消化器内科学 川本 翔

47. 膵管破綻により広範な難治性門脈血栓症を合併した慢性膵炎の一例

日本医科大学 消化器肝臓内科学 ○水村 泰幸, 長谷川雄大, 長尾千香子, 北村 倫香  
鈴木 健太, 小谷野香織, 新井 泰央, 葉山 惟信  
金子 恵子, 厚川 正則

48. 血糖コントロールの悪化を契機に判明した膵腺扁平上皮癌の一例

社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院 消化器内科 ○平出 晶莉, 島田 高幸, 吉見慎太郎, 永川 貴  
水野 文裕, 田島 大樹, 山下 浩子, 五十嵐裕章  
園田 寛道

同 病理診断科 大井手 慶

同 放射線腫瘍科 唐澤久美子

49. ルテチウムオキシドトレオチド不応で急速進行を示した神経内分泌腫瘍 Grade 3 (NET G 3) の一例

慶應義塾大学病院 内科学(消化器) ○藏田 隼也, 川崎 健太, 加藤 亜美, 會田 卓弘  
笠原 美沙, 加藤 智尋, 石田 典仁, 千田 彰彦  
津軽 開, 茅島 敦人, 堀部 昌靖, 金井 隆典  
平田 賢郎

同 一般・消化器外科 田中 真之

同 病理学教室 関根 茂樹

同 放射線科学教室(治療) 深田 淳一

同 放射線科学教室(診断) 岩渕 雄

同 がんゲノム医療センター 中村 康平, 西原 広史

研修医Ⅲ(胃・十二指腸・小腸) 10:26~10:56

座長 自治医科大学 消化器内科 赤星 和明

50. 出血性進行胃癌に対して緩和的放射線治療が有用であった 1 例

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

51. 後天的に生じた Treitz 靱帯の形成不全により繰り返し発症した高齢者十二指腸軸捻転の一例

横浜市立市民病院 消化器内科 ○中村 碧, 諸星 雄一, 森岡 晃平, 山崎 浩平  
鈴木 圭一, 高田 祐介, 今村 論, 角田 裕也  
長久保秀一, 小池 裕司, 藤田由里子

52. 消化管出血が遷延した成人発症の IgA 血管炎の一例

筑波記念病院 消化器内科 ○原口 理子, 越智 大介, 津金 祐亮, 丸山 泰司  
森田 大雅, 姫井 紅里, 佐浦 勲, 根本 絵美  
丹下 善隆, 江南ちあき, 添田 敦子

53. 経口小腸内視鏡により早期に診断し得た上腸間膜静脈血栓症による狭窄型虚血性小腸炎の一例

川崎医療生活協同組合 川崎協同病院 消化器内科 ○小笠原 航, 野本 朋宏  
同 外科 田中 美花, 齋藤 和彦, 渡邊 良平, 和田 浄二  
同 消化器内科 山崎 裕太  
昭和医科大学医学部 内科学講座消化器内科学部門

54. ウステキヌマブ投与で瘻孔閉鎖したが狭窄症状を呈した経過9年の Crohn 病の症例

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 消化器内科 ○近藤 悟, 山田 俊夫, 大槻 祐大, 濱元 舜  
廣本 貴史, 李 世容, 金野 朗

研修医Ⅳ(大腸) 10:56~11:14

座長 自衛隊入間病院 植田 浩貴

55. 肝腫瘍生検で診断した直腸原発悪性黒色腫の一例

獨協医科大学病院 臨床研修センター ○森田 尚之  
獨協医科大学 内科学(消化器)講座 石川 学, 大垣 響, 佐藤 優香, 相原沙代子  
坪井海南都, 村上弘太郎, 大塚 久仁, 稲葉 航平  
眞島 雄一, 嘉島 賢, 有阪 高洋, 山宮 知  
富永 圭一, 飯島 誠, 入澤 篤志  
同 病理診断学講座 松田 葉月, 石田 和之

56. 難治の下痢症をきたした Fontan 術後患者の一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○五十嵐達郎, 竹熊 勇登, 井原聡三郎, 本庄 一樹  
村上 恵太, 岩田 祐典, 今井 誠, 塩見 千尋  
黒川 憲, 早河 翼, 藤城 光弘

57. 寛解導入療法中に侵襲性肺アスペルギルス症 (IPA) の発症を疑った炎症性腸疾患 (IBD) の一例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科 ○梅原 久未, 小田切啓之, 松井 啓, 布袋屋 修

## 第2会場（午後の部） 一般演題

一般演題(食道・その他) 14:10~14:34 座長 昭和医科大学 医学部 内科学講座 消化器内科学部門 片桐 敦

### 58. 繰り返し食物嵌頓が認められるも長期間診断に至らなかった好酸球性食道炎の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○相原 幸祐  
桐生厚生総合病院 内科

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 栗林 志行, 保坂 浩子, 丸山 優, 古市 望  
大島 啓一, 糸井 祐貴, 佐藤 圭吾, 田中 寛人  
浦岡 俊夫

群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部 竹内 洋司

### 59. 食物嵌頓を契機に診断された食道蠕動低下を伴う広範囲全周性0-IIb食道扁平上皮癌の1例

順天堂大学医学部 消化器内科 ○金澤 卓也, 沖 翔太郎, 竹田 努, 上田久美子  
北條麻理子, 阿部 大樹, 赤澤 陽一, 上山 浩也  
池嶋 健一, 伊佐山浩通, 永原 章仁

同 消化器外科 那須 元美, 橋口 忠典, 橋本 貴史, 峯 真司

### 60. 好酸球増多症による多臓器不全からステロイドパルスにて救命しえた一例

越谷市立病院 消化器科 ○山口 友輔  
順天堂大学 医学部 消化器内科

越谷市立病院 消化器科 谷川 諒, 佐久間 聖, 佐々木 仁, 中庭 礼智  
順天堂大学 医学部 消化器内科 高崎 祐介, 加藤 蓉子, 高橋 翔, 富嶋 享  
藤澤 聡郎, 伊佐山浩通

### 61. 独居高齢者の食品摂取多様性とフレイル・精神身体機能との関連

順天堂東京江東高齢者医療センター 消化器内科 ○野村 収, 浅岡 大介, 李 楚宇, 神保 泰久  
樺 映志, 野元 勇佑

順天堂大学医学部 消化器内科 竹田 努, 上田久美子, 上山 浩也, 北條麻理子  
永原 章仁

一般演題(肝・胆・膵) 14:34~15:04 座長 日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 長谷川 雄太

### 62. 右房浸潤をきたした肝細胞癌の一剖検例

東京都立東部地域病院 消化器内科 ○織笠 雅行, 川邊 正人, 横井 一徳, 鈴木 聡子  
順天堂大学医学部 消化器内科

東京都立東部地域病院 消化器内科 大野 康寛

同 病理診断科 楠美 嘉晃

### 63. 肝障害を初発症状とし、診断に難渋した血管内リンパ腫の一例

獨協医科大学 日光医療センター 消化器内科 ○久野木康仁, 山口真太郎, 金澤美真理, 佐藤 愛

### 64. 胆のう摘出術前に留置したpig tail型ステントが逸脱し、小腸穿孔となった1例

荻窪病院 消化器内科 ○川上 寛人, 中村 雄二, 鈴木 健一, 王 婉  
杉山 鑑夫, 南 亮輔, 田口 佳光

同 消化器外科 竹ノ谷 隆

65. 自施設における治療抵抗性FD患者の臨床背景の検討

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 ○松脇 世尚, 二神 生爾, 中村 友哉, 馬場 紗江  
植木 信江, 恩田 毅, 阿川 周平, 中村 拳  
町田 花実, 大木 孝之, 齋能 和輝, 亀井 淳矢  
新井 悠  
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科 厚川 正則

66. 膵管造影像の形態評価が治療戦略の選択に重要であった腫瘍非形成性早期膵癌の1例

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 ○高橋 知也  
順天堂大学医学部 消化器内科  
千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学 大山 広, 大金 良槻, 酒井 美帆, 渡部 主樹  
関根 優, 大内 麻愉, 菅 元泰, 大野 泉  
加藤 順

## 2026・2027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
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
393	柿崎 暁 (国立病院機構高崎総合医療センター)	2027年 2月20日(土)	東京 都市センターホテル	10月28日～ 12月2日予定
394	朝比奈 靖浩 (東京医科大学 消化器病態学分野 肝臓病態制御学)	4月17日(土)	東京 コンgresクエア日本橋	2027年 1月6日～ 2月3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	5月18日(月)
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390回)例会のお知らせ

期 日：2026年7月11日(土)

会 場：帝京大学 板橋キャンパス

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1 TEL 03-3964-1211

【交通のご案内】JR埼京線 十条駅…徒歩12分 都営地下鉄三田線 板橋本町駅…徒歩13分

特別講演：「7,200例超のメタゲノム解析から見た日本人の腸内マイクロバイオームと消化器疾患リスク」

演者：東京医科大学病院 健診予防医学センター 准教授

永田 尚義

司会：帝京大学医学部 内科学講座 教授

山本 貴嗣

キャリア支援の会：開催予定

ランチョンセミナー1：「クローン病診療Update ～トレムフィアのエビデンスを交えて～(仮)」

演者：慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)講師(非常勤)

清原 裕貴

「クローン病診療Update ～外科医の立場から～(仮)」

演者：横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 科長

辰巳 健志

司会：帝京大学医学部外科学講座 教授

落合 大樹

ランチョンセミナー2：「リアルワールドデータから考えるペドリズマブの位置づけ」

演者：順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科 教授

澁谷 智義

司会：昭和医科大学江東豊洲病院 消化器センター 教授

浦上 尚之

昭和医科大学 豊洲クリニック予防医学センター 病院長

スポンサードセミナー：開催予定

テーマ「潰瘍性大腸炎の新たな選択肢～S1P受容体調節剤ゼボジア～」

当番会長：山本 貴嗣(帝京大学医学部 内科学講座 教授)

【運営事務局】株式会社プランニングウィル

〒113-0033 東京都文京区本郷3-40-10 三翔ビル4F

Tel: 03-6801-8084 Fax: 03-6801-8094 E-mail: [jsge390kanto@planningwill.co.jp](mailto:jsge390kanto@planningwill.co.jp)

### ◆研修医・専攻医セッションについて◆

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

### お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

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

日本消化器病学会関東支部 支部長 立石 敬介

日本消化器病学会関東支部 第48回教育講演会ご案内  
(日本消化器病学会専門医制度：18単位)

日 時：2026年6月7日(日)

会 場：WEB開催(当日のライブ配信のみ)

会 長：森本 直樹(自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門 教授)

主 題：「進化を続ける消化器病診療」

◆開会の辞◆森本 直樹(第48回教育講演会会長)

◆スポンサードセミナー1◆「C型肝炎の撲滅に向けて～現状と残された課題～」

司会：渡邊 俊司(自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門)

講師：内田 義人(埼玉医科大学 消化器内科・肝臓内科)

◆講演1◆「見落としの少ないスクリーニング内視鏡検査」

司会：斎藤 豊(国立研究開発法人 国立がん研究センター 中央病院 内視鏡センター/内視鏡科)

講師：山口 和也(公益財団法人ちば県民保健予防財団 総合健診センター 消化器内科)

◆講演2◆「膵炎診療のUp-to-date」

司会：入澤 篤志(獨協医科大学医学部 内科学(消化器)講座)

講師：木暮 宏史(日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野)

◆講演3◆「小腸疾患診療の進歩」

司会：松本 伸行(聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院/聖マリアンナ医科大学 消化器内科)

演者：矢野 智則(自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門)

◆スポンサードセミナー2◆「消化器疾患の“困りごと”に対する漢方～エビデンスと次の一手」

司会：森本 直樹(自治医科大学 内科学講座消化器内科学部門)

講師：田原 英一(公立大学法人福島県立医科大学津医療センター 漢方医学講座)

◆スポンサードセミナー3◆「肝細胞癌薬物治療の変遷と最新の治療戦略」

司会：中川 美奈(東京科学大学 ヘルスケア教育機構 医歯学教育開発室/消化器内科)

講師：小笠原定久(千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学)

◆講演4◆「ヘリコバクター・ピロリ陰性胃癌時代の診断と治療」

司会：三浦 義正(日本大学病院 消化器病センター)

講師：辻 陽介(東京大学医学部附属病院 消化器内科)

◆講演5◆「自己免疫性肝疾患 最新の診断と治療」

司会：池上 正(東京医科大学茨城医療センター)

講師：海老沼浩利(国際医療福祉大学医学部 消化器内科学)

◆講演6◆「胆膵癌に伴う悪性胆道狭窄のマネジメントup date」

司会：柿崎 暁(国立病院機構 高崎総合医療センター 臨床研究部・消化器病センター)

講師：脇岡 範(国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科)

◆支部長挨拶◆立石 敬介(聖マリアンナ医科大学 消化器内科)

◆閉会の辞◆森本 直樹(第48回教育講演会会長)

参加方法：2026年3月23日(月)正午(予定)～2026年5月18日(月)正午までに関東支部ホームページの参加登録からお申し込みください。参加費(3,000円、テキスト代含む)はクレジット決済のみとなります。

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

定員になり次第、締め切らせて頂きます。(定員500名)

更新単位：18単位

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

問合せ先：日本消化器病学会関東支部第48回教育講演会 運営事務局

株式会社プランニングウィル 担当：馬場、森田

TEL 03-6801-8084 FAX 03-6801-8094 E-mail: jsge48elm@planningwill.co.jp

# 1 upside down stomachに胃癌を認めた2例

越谷市立病院 消化器科  
谷川 諒, 佐々木仁, 山口友輔, 佐久間聖, 中庭礼智

【背景】upside down stomachに合併する胃癌の報告は多くない。今回は2例経験したので報告する。【症例1】80歳代女性【主訴】心窩部痛【現病歴】当院受診2ヶ月前からの心窩部があり近医EGDにて進行胃癌を認められ精査加療目的に紹介となった。当院EGDで高度食道裂孔ヘルニアと胃角部に進行胃癌を認め、生検病理で低分化腺癌を認めた。造影CTで多発肝転移を認めたが、胃は全体が胸腔内に位置しupside down stomachの状態であった。遺伝子検査でHER2陰性、CLDN18.2陽性であり、CAPOX+ゾルベツキシマブ療法を導入した。代表される有害事象である嘔吐が懸念されたが無事導入となりPRを得た。【症例2】87歳女性【主訴】なし【現病歴】X-4年に近医EGDで早期胃癌を指摘され当院に紹介となった。EGDを行うも、高度食道裂孔ヘルニアを認め内視鏡中に類拍出現もありupside down stomachを疑われ、胃癌も同定困難であり所謂「ひとかき胃痛」の状況と判断した。X-1年、他院で高度食道裂孔ヘルニアに対してToupet噴門形成術を施行された後に再度当院にてEGDを施行した際に早期胃癌を同定しえた。20mm大の0IIc+IIa病変に対してESDを施行し、eCureAの完全切除が得られた。【考察】upside down stomachは高度食道裂孔ヘルニアにより胃の大部分から全体が胸腔へ位置するようになった病態である。症状としては食道裂孔ヘルニアと同様に心窩部痛や胸焼け、悪心、嘔吐が多い。重症例では胸腔内での圧迫により、前負荷低下から血圧低下や肺うっ血など、心不全様の症状をきたしたり、心室類拍など不整脈が出現する事もある。今後も超高齢化社会への変遷に伴いupside down stomachを背景とする胃癌を経験する機会が多くなると予想された。【結語】upside down stomachに発症した胃癌の2例を経験した。

食道裂孔ヘルニア, 胃癌

# 2 非典型的の内視鏡像を呈した潰瘍性大腸炎関連胃病変の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病理診断科<sup>2)</sup>

松永樹哉<sup>3)</sup>, 矢野慎太郎<sup>1)</sup>, 石野博崇<sup>1)</sup>, 津川直輝<sup>1)</sup>, 平澤佑果<sup>1)</sup>,  
牛尾真子<sup>1)</sup>, 福岡泰斗<sup>1)</sup>, 谷口源太郎<sup>1)</sup>, 荻原伸悟<sup>1)</sup>, 降旗 誠<sup>1)</sup>,  
北村庸雄<sup>1)</sup>, 橋爪 茜<sup>2)</sup>, 長田太郎<sup>1)</sup>

【症例】40歳代男性。【主訴】心窩部痛、下痢、血便【現病歴】30歳で潰瘍性大腸炎(UC)を発症。メサラジン製剤服用で長期にわたり寛解を維持していた。今回、下痢症状の出現と同時に著明な心窩部痛が出現した。上部消化管内視鏡検査(EGD)では胃噴門から胃角部小弯にかけて一部に凹凸不整を伴う発赤調の平坦隆起を認めた。病理所見では炎症性変化のみであり腫瘍性変化は認めなかった。大腸内視鏡検査(CS)では大腸にわたりMES2相当の炎症性変化を認めた。心窩部痛は強く食事摂取も困難であり入院加療とし、メサラジン製剤に加えブレドニゾン(PSL)4mgの投与を開始した。心窩部痛は速やかに改善し1か月後のEGDで胃内の隆起を伴う炎症性変化は消失し、CSでもUCの粘膜治癒を確認した。【考察】UCに上部消化管病変を合併することは報告され、心窩部痛や嘔吐などの消化器症状をきっかけに診断されることも多く、内視鏡所見として胃のびまん性細顆粒状粘膜が典型的所見とされ、UCの大腸病変に類似した病理組織像を呈するとされている。本症例は胃体部小弯に発赤調の平坦隆起を伴う地図状病変を認め、非典型的な形態と考えた。本症例の胃病変はPSL投与で大腸病変の改善とともに速やかに消退しておりUC関連胃病変であることを強く示唆する所見と考えた。【結語】UC再燃と同時に心窩部痛症状を呈したUC関連胃病変と考えられた症例を経験した。内視鏡所見が既報からは非典型的であり文献の考察を加え報告する。

潰瘍性大腸炎, 胃病変

# 3 オルメサルタンの休薬で改善したARB関連胃炎

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

【症例】50歳代、男性【主訴】食思不振【現病歴】X-10年から高血圧に対し、オルメサルタン、アムロジピン、カルベジロールの内服を開始した。X-1年に腹痛を自覚し、近位で上部消化管内視鏡検査(EGD)を実施され胃潰瘍を指摘され*Helicobacter pylori*の除菌療法を受けた。X年1月に食思不振と約3か月で8kgの体重減少を自覚したため前医を受診した。EGDで胃前庭部のびらんおよび胃壁の進展不良を指摘され、精査加療目的に当科を紹介され受診した。【生化学検査】梅毒定性(RPR法)陰性、梅毒トレポネーマ抗体(抗TP抗体)陰性、CEA 1.3 ng/ml, CA19-9 8 U/ml。【細菌検査】胃粘膜培養では*H. pylori*や有意な菌は検出できなかった。【内視鏡所見】EGD所見は、前庭部に全周性の白苔を伴う易出血の顆粒状粘膜を認めた。病理組織学的所見は、慢性炎症細胞浸潤を認めたが、明らかな悪性所見は指摘できなかった。また、下部消化管内視鏡検査や小腸内視鏡検査では大腸にリンパ濾胞を認める以外に、特記すべき所見を認めなかった。【経過】NSAIDsの使用歴はなく、*H. pylori*感染や潰瘍性大腸炎関連胃炎、悪性疾患を積極的に疑わなかった。長期のオルメサルタン内服歴があることからARB関連胃炎を考えオルメサルタンを中止した。中止後1か月程度で食思不振が改善し、体重減少の進行を認めなくなった。X年6月に再度行ったEGDでは前庭部に萎縮を認めるもの、全周性の易出血性の顆粒状粘膜は消失していた。【考察】アンジオテンシンII受容体拮抗薬(ARB)関連胃炎は、特異的な内視鏡所見や病理組織学的所見を欠くことが多く、診断は除外診断を基本とする。本症例は小腸・大腸病変は指摘できなかったが、オルメサルタン中止後に主訴と胃粘膜の著明な改善を認めARB関連胃炎と診断した。【結語】長期にARBを内服している患者の原因不明の食思不振や体重減少を伴う非特異的胃炎を認めた場合には、ARB関連胃炎の可能性を念頭に置き、服薬歴の確認と休薬による経過観察を行うことが重要である。

ARB関連胃腸症, オルメサルタン

# 4 *H.pylori*未感染胃粘膜を背景に発生した未分化型癌の1例

順天堂大学医学部 消化器内科<sup>1)</sup>,  
順天堂大学大学院医学研究科 人体病理病態学講座<sup>2)</sup>,  
順天堂大学医学部大学院医学研究科 消化管疾患病態研究・治療学講座<sup>3)</sup>  
坂本龍彌<sup>1)</sup>, 阿部大樹<sup>1)</sup>, 上山浩也<sup>1)</sup>, 中村駿佑<sup>1)</sup>, 上村泰子<sup>1)</sup>,  
岩野知世<sup>1)</sup>, 山本桃子<sup>1)</sup>, 沖翔太郎<sup>1)</sup>, 赤澤陽一<sup>1)</sup>, 竹田 努<sup>1,3)</sup>,  
上田久美子<sup>1)</sup>, 北條麻理子<sup>1,3)</sup>, 八尾隆史<sup>2)</sup>, 池嶋健一<sup>1)</sup>,  
伊佐山浩通<sup>1)</sup>, 永原章仁<sup>1,3)</sup>

症例は60歳代男性。*H.pylori*感染状況は除菌歴がなく、尿素呼吸試験は陰性であり、内視鏡および病理組織的に背景粘膜に萎縮は認めず*H.pylori*未感染胃と判断した。20XX年に定期経過観察目的に上部消化管内視鏡検査を施行し、前庭部大弯に10mm大の発赤調、陥凹を伴う扁平隆起性病変を認め、陥凹面の一部にはびらんと伴っていた。NBI併用拡大観察(M-NBI)では、陥凹に一致したdemarcation lineを認め、微小血管構築像はループ形成に乏しく不整の強い未分化型癌を示唆する所見と考えられた。表面微細構造は可視可能な範囲では不整な上皮内血管パターンを示していた。VS classification system (MESDA-G)ではirregular MV pattern plus irregular MS pattern with a demarcation lineであり癌と診断した。生検病理でGroup5, Adenocarcinoma(印環細胞様)であり、ESDを施行した。病理組織学的所見では粘膜内に印環細胞癌を認めた。びらんに一致した部分は表層上皮が欠損し、辺縁隆起部表層は非腫瘍性上皮に被覆されており、中層に印環細胞癌が進展したことで反応性に増生を伴っていた。最終病理診断はsignet-ring cell carcinomaで、規約因子はM, Gre, type0-IIa+IIc, 12x12mm, sig, pT1a(M), Ly0, V0, pU0, pHM0, pVM0であった。*H.pylori*未感染早期胃癌のうち、未分化型癌は腺境界移行部に褪色調の平坦または陥凹性病変を示す場合が多く、前庭部に発生する分化型癌は発赤調の辺縁隆起を伴う陥凹性病変を示す腸型・胃腸混合型形質の癌であることが報告されている。本症例は白色光観察では腸型・胃腸混合型形質を示す分化型腺癌を疑う所見であったが、M-NBIで微小血管構築像を詳細に観察することで内視鏡的にも未分化型癌と予測診断することが可能な症例であった。*H.pylori*未感染胃癌は様々なタイプが存在し内視鏡診断が困難と報告されているが、各タイプの内視鏡的・臨床病理学的特徴を理解することで正確な診断が可能であることが示唆された。

*H.pylori*未感染胃癌, 未分化型癌

## 5 アザチオプリン中止で自然退縮した消化管びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の一例

順天堂大学 医学部 消化器内科<sup>1)</sup>、  
順天堂大学大学院医学研究科 腸内細菌療法リサーチセンター<sup>2)</sup>、  
順天堂大学医学部附属順天堂病院 血液内科<sup>3)</sup>、  
順天堂大学大学院医学研究科 消化管疾患病態研究・治療学講座<sup>4)</sup>、  
順天堂大学医学部附属順天堂越谷病院 消化器内科<sup>5)</sup>、  
剣持実希<sup>1)</sup>、野村 慧<sup>1,2)</sup>、安田 肇<sup>3)</sup>、原田早希子<sup>3)</sup>、松下真弓<sup>3)</sup>、  
木下慎太郎<sup>3)</sup>、安藤美樹<sup>3)</sup>、高馬将郎<sup>3)</sup>、伊藤顕太郎<sup>3)</sup>、大森将史<sup>1)</sup>、  
小田倉里奈<sup>1)</sup>、福岡浩文<sup>1)</sup>、村上 敬<sup>1)</sup>、石川 大<sup>1,2)</sup>、澁谷智義<sup>3)</sup>、  
北條麻理子<sup>1)</sup>、池嶋健一<sup>1)</sup>、伊佐山浩通<sup>1)</sup>、永原章仁<sup>1,2)</sup>

40歳代女性。28年来的全身性エリテマトーデスに対しX年10月よりアザチオプリン50mg/日を開始し、その後アザチオプリン100mg/日へ増量、プレドニゾロン12.5mg/日、ヒドロキシクロロキン400mgと200mgの隔日投与で経過観察となっていた。X+11年6月に心窩部痛が出現し、精査目的に当科に紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸下部に顆粒状隆起性病変および粘膜下腫瘍様隆起を伴う多発陥凹性病変を認め、悪性リンパ腫を疑い生検を施行した結果、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。頸胸腹部造影CTでは、十二指腸を含め明らかな消化管腫瘍性病変やリンパ節腫大は認めなかった。一方FDG-PETでは、十二指腸に加え横行結腸および小腸にも異常集積を認めた。FDG-PETで指摘された横行結腸病変の精査目的に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、横行結腸脾湾曲寄りに陥凹を伴う発赤調隆起性病変を認め、生検で異型細胞が検出された。また小腸カプセル内視鏡検査では、空腸に多発びらんを認めた。免疫抑制薬関連リンパ増殖性疾患を疑いアザチオプリンを中止した。中止後速やかに心窩部痛は改善し、血清sIL-2R値は979.8U/mLから397.9U/mLへ低下し、その後より上昇なく経過した。3週間後の上部消化管内視鏡検査では乳頭部から水平部にかけて粘膜下腫瘍様隆起を伴う潰瘍性病変を散見したが、前回と比較し発赤は乏しくサイズも縮小傾向で球部にあった病変は消失していた。2週間後の下部消化管内視鏡検査でも既知の横行結腸の発赤調隆起性病変は消退し、生検で異形細胞の消失を確認した。FDG-PETにおける異常集積も生理学的範囲まで低下したため、化学療法は施行せず経過観察とした。文献では、アザチオプリン関連リンパ腫で中止のみで自然退縮した症例は非常に稀である。免疫抑制下に出現する消化管病変では、薬剤関連リンパ増殖性疾患を念頭に置き、原因薬の中止による自然退縮の可能性を考慮する必要がある。

アザチオプリン、薬剤関連リンパ増殖性疾患

## 6 従来治療困難な胃・十二指腸静脈瘤に対するEUS-guided variceal therapyを施行した3例の治療成績

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター  
今枝駿介、増田作榮、上石英希、木村かれん、眞一まこも、小泉一也

【目的】胃・十二指腸静脈瘤に対する標準治療としてEVL、EIS、BRTOなどが広く行われているが、血行動態や解剖学的要因により治療が不十分となる症例も少なくない。近年、静脈瘤および供血血管を直接描出可能であるEUS-guided variceal therapy (EUS-VT) が注目されているが、その臨床的価値は未だ十分に確立されていない。そこで、当院におけるEUS-VT施行例の治療成績を検討した。【方法】胃・十二指腸静脈瘤に対しEUS-VTを施行した3例を対象に後方視的に検討した。【成績】年齢は63~77歳で、性別は男性1例、女性2例であった。静脈瘤部位は胃静脈瘤2例、十二指腸静脈瘤1例であった。前治療歴として、2例はEVL、EIS、BRTOなどの標準治療効果が不十分であり、1例は解剖学的に標準治療が困難と判断し初回治療としてEUS-VTを施行した。EUSにより全例で供血血管の同定が可能であった。治療はいずれもシアノアクリレート (NBCA) を用いて施行し、EUS-VTは初回治療セッションでは1例あたり1回、再出血治療セッションでは1例あたり1~2回(平均1.67回) 施行された。全例でBモードおよびドプラモードによりNBCAの充満と血流消失を確認し、技術的成功を得た。再出血は、既治療歴を有する胃静脈瘤の1例で初回治療2か月後および6か月後に認め、また初回治療としてEUS-VTを施行した胃静脈瘤の1例でも初回治療2か月後に再出血を認めたが、いずれも再度EUS-VTを施行することで制御可能であった。合併症として、1例で腹水増悪を認め、1例で一過性の軽度肝機能障害を認めたが、いずれも保存的に改善し、重篤な合併症は認めなかった。【結論】NBCAを用いたEUS-VTは、従来治療が不十分な胃・十二指腸静脈瘤に対するサルベージ治療としてのみならず、初回治療としても適用可能かつ、再出血例に対しても繰り返し施行することで制御し得る、有効かつ安全な治療選択肢となり得ると考えられた。一方で、症例数が限られており、今後は再出血の予測因子や最適な治療戦略について、さらなる症例集積による検討が必要である。

EUS-VT、胃・十二指腸静脈瘤

## 7 内視鏡治療抵抗性DAVEに対し外科治療を選択した肝硬変合併の一例

杏林大学医学部 消化器内科学<sup>1)</sup>、同 消化器・一般外科<sup>2)</sup>、  
同 病理学教室<sup>3)</sup>、  
島山松之助<sup>1)</sup>、白川貴大<sup>1)</sup>、大野亜希子<sup>1)</sup>、津端しおり<sup>1)</sup>、  
壽美竜太郎<sup>1)</sup>、望月もえぎ<sup>1)</sup>、鍛冶諒介<sup>1)</sup>、楠原光謹<sup>1)</sup>、友近 瞬<sup>1)</sup>、  
關 里和<sup>1)</sup>、川村直弘<sup>1)</sup>、大木亜津子<sup>2)</sup>、阿部展次<sup>2)</sup>、日比谷孝志<sup>2)</sup>、  
藤原正規<sup>3)</sup>、柴原純二<sup>3)</sup>、久松理一<sup>1)</sup>

【背景】Diffuse antral vascular ectasia (DAVE)は胃前庭部にびまん性の毛細血管拡張を来し、慢性消化管出血の原因となる。肝硬変合併例では内視鏡治療後に再発や治療抵抗性を示すことがあり、外科的介入の時期が問題となる。今回、内視鏡治療抵抗性DAVEに対し、Child-Pugh分類Bの段階で外科治療を行った肝硬変合併例を経験したので報告する。【症例】症例は60歳代男性。X-5年より鉄欠乏性貧血を繰り返していた。X-2年の上部消化管内視鏡検査で胃前庭部にDAVEを認め、経過観察で緩徐な進展を認めた。X年9月にHb9.1g/dLと貧血による失神・転倒を契機に入院し、上部消化管内視鏡検査でDAVEの著明な増悪を認めた。また以前にアルコール性肝障害を指摘され、入院時の血液検査で肝機能低下とCT検査や腹部超音波検査から肝臓の萎縮を認めたためアルコール性肝硬変の診断となった。貧血に対し計52単位の赤血球濃厚液の輸血とアルゴンプラズマ凝固療法 (APC) を計3回施行したが、十分な出血コントロールは得られず、内視鏡治療困難と判断した。出血コントロールを目的として、肝機能がChild-Pugh分類B (7点) の段階で、X年11月に開腹幽門楔形切除術を施行した。術後、消化管出血は制御され貧血はHb11.0g/dLまで改善した。さらに禁酒を継続した結果、術後約1年半の経過で肝機能はChild-Pugh分類Aへ改善した。【考察】DAVEに対する治療は内視鏡治療が第一選択であるが、肝硬変合併例では再発や治療抵抗性を示すことがある。本症例では、反復する出血により内視鏡的止血が困難であったため、Child-Pugh分類Bの段階で外科的止血を目的とした手術を選択した。結果として、出血制御に加え、栄養状態の改善を介した肝機能改善が得られた可能性が考えられた。肝機能がさらに低下したChild-Pugh分類Cでは外科治療が困難となることから、適切な時期での外科的介入が重要と考えられた。

DAVE、APC治療抵抗性

## 8 インフリキシマブ不応irAE腸炎に対してベドリズマブが著効した一例

北里大学病院 消化器内科  
降矢恵佑、堀井敏喜、土居楠太郎、北原 言、別當朋広、和田拓也、渡邊見諷、石戸謙次、横山 薫、池原久朝、草野 央

【症例】60歳代女性【主訴】下痢、浮腫【現病歴】20XX-1年11月、他院で進行胃癌cT4bN0M1 (P0/CY1) cStageIVBの診断でS1+オキサリプラチン (SOX) 療法が開始された。その後のバイオマーカー検査でHER2:陰性、CLD18.2:陽性、PD-L1:CPS>10が判明し、化学療法継続のため当科へ紹介受診となった。同年12月よりSOX+ニボルマブ療法を開始した。2コース施行後に30行/日の水様便が出現し、irAE腸炎が疑われ入院加療の方針となった。入院後の下部消化管内視鏡検査では、全大腸粘膜に渡って血管透見像の消失と、細顆粒状粘膜の出現がみられた。全大腸よりランダム生検を行ったところ、びまん性炎症細胞浸潤を認め、培養検査でも原因菌の検出が無いためirAE腸炎と診断した。第3病日からプレドニゾロン40mg/日の投与を行ったが、投与開始5日が経過しても症状の改善を認めず、ステロイド不応例と判断した。そのためインフリキシマブ200mgを第11病日と第25病日に投与したところ排便回数が7行/日まで改善したため第31病日に退院した。退院後の20XX年4月より再び15行/日の水様便が出現し、irAE腸炎再燃の診断で再入院した。初回入院より起算して第67病日にインフリキシマブ200mg、メサラジン4000mgを投与するも排便回数は改善せず、インフリキシマブ不応例と判断した。プレドニゾロン・インフリキシマブいずれも不応例であり、ベドリズマブ300mgを第79病日と第93病日に投与した。ベドリズマブの投与後は、著明に排便回数は減少し、最終的に3行/日程度となり第105病日に退院した。20XX年7月より栄養状態の改善を認め、2次治療としてweekly nab-PTXによる治療を開始し現在も治療を継続している。【考察】各癌腫でICIの適応が拡大している。それに伴いirAE腸炎を経験する頻度も増えている。一般的にはステロイドの反応性は良いとされるが、本症例のような難治例も存在する。難治例に対してベドリズマブの投与は有効な可能性がある。

irAE腸炎、ベドリズマブ

川越三井病院 内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>,  
埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科<sup>3)</sup>,  
同 炎症性腸疾患センター<sup>4)</sup>  
勅使河原亭三郎<sup>1,3)</sup>, 加藤真吾<sup>1,3,4)</sup>, 徳丸重夫<sup>2)</sup>, 朴 英智<sup>2)</sup>,  
秦 怜志<sup>2)</sup>

【症例】70歳代、男性。【主訴】発熱、倦怠感、腰痛。【既往歴】脊柱管狭窄症、30歳代胆石胆囊炎。【家族歴】特記事項なし。【現病歴】数日前より発熱のため市販薬のイブプロフェンを内服して様子を見ていたが、主訴が増悪するため、当院に受診。血液検査にて白血球数15,640/mm<sup>3</sup>、CRP12.1mg/dLと高値を認め、精査・加療目的で入院となる。セフトリアキソン1g/day、メロペネム0.5g/dayにて加療を行うも解熱せず、発熱時にはアセトアミノフェン1,600mg/dayにて対応した。入院時の腹部CT検査にて多発する腹腔内リンパ節腫脹を認めたため、第6病日に大腸内視鏡検査を施行したところ全大腸に炎症を認めた。潰瘍性大腸炎の診断のもと第7病日から時間依存型メサラジン1,500mg/dayにて加療を開始した。また、第6病日にロキソプロフェンナトリウムを内服したところ皮疹が出現した。第10病日皮膚科の診察にてアセトアミノフェンによる薬疹が疑われたため、中止したところ解熱し、第13病日には退院となる。入院時の腹部造影CT検査にて腹腔内リンパ節の多発腫脹を認めたため、悪性リンパ腫が疑われ、開腹リンパ節生検の予定であったが、アセトアミノフェン休薬後は症状も改善している点、退院後の腹部CT検査でリンパ節腫脹の改善を認めたため、薬剤熱、薬疹および薬剤性大腸炎を考慮、メサラジンの内服も中止とした。その後、大腸炎の再燃は認めず、アセトアミノフェンのDLSTが陽性であることが判明した。文献的考察ではアセトアミノフェン誘発大腸炎の報告は1例のみで本邦からは初めてである。【結論】アセトアミノフェンによる薬剤性大腸炎の診断には臨床経過より被疑薬を疑うことが重要である。

薬剤性大腸炎, アセトアミノフェン

獨協医科大学 医学部 内科学(消化器)講座  
長崎絢子, 田中孝尚, 富永圭一, 松本健吾, 山崎ゆうか,  
小島原駿介, 金澤美真理, 菅谷武史, 入澤篤志

【背景・目的】潰瘍性大腸炎(UC)に対する生物学的製剤として、IL-12/23阻害薬およびIL-23阻害薬が使用されている。UstekinumabはIL-12およびIL-23の双方を阻害する薬剤であるが、Ustekinumabが無効であった症例において、IL-23を選択的に阻害するMirikizumabの治療成績については十分な報告がない。そこで、当院におけるUstekinumab無効UC症例に対するMirikizumab導入例をまとめ、導入後12週までの短期アウトカムおよび安全性を明らかにする。【方法】2023年5月から2025年10月の間に、当院においてMirikizumabを使用したUstekinumab無効例のUC7症例を対象とし、患者背景、投与後12週時点の臨床的寛解率および有害事象について後方視的解析を行った。臨床的寛解は、partial Mayo score $\leq 2$ かつ各項目 $\leq 1$ 、血便スコア0と定義した。【結果】男性は2例(28.6%)で、年齢中央値は28歳(18-52歳)、罹病期間中央値は4年(1-14年)であった。病型は全大腸炎型5/7(71.4%)、左側大腸炎型2/7(28.6%)で、ステロイド依存型4/7(57.1%)、ステロイド抵抗型3/7(42.9%)であった。Advanced therapy使用歴は、抗-TNF $\alpha$ 抗体0/7(0%)、JAK阻害薬2/7(28.6%)、Vedolizumab4/7(57.1%)であった。導入時のpartial Mayo score中央値は3であり、投与後12週での臨床的寛解率は3/7(42.9%)であった。12週までの観察期間において有害事象は認めなかった。【結語】Ustekinumabが無効であったUC患者においても、Mirikizumab導入後12週までに臨床的寛解が得られた症例を認めた。少数例かつ短期的な観察ではあるが、Ustekinumab無効例における治療選択肢の一つとなる可能性が示唆された。

Ustekinumab, Mirikizumab

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>,  
東京都立多摩総合医療センター 消化器内科<sup>3)</sup>,  
東京科学大学病院 大腸肛門外科<sup>4)</sup>, 同 病理部<sup>5)</sup>  
青鹿奈南子<sup>1)</sup>, 関戸清佳<sup>1)</sup>, 河本亜美<sup>2)</sup>, 山田大貴<sup>2)</sup>, 石井亮佑<sup>2)</sup>,  
並木 伸<sup>3)</sup>, 青柳康子<sup>4)</sup>, 花岡まりえ<sup>4)</sup>, 絹笠佑介<sup>4)</sup>, 山本くらら<sup>5)</sup>,  
日比谷秀爾<sup>2)</sup>, 竹中健人<sup>1)</sup>, 金子 俊<sup>1)</sup>, 村野竜朗<sup>2)</sup>, 村川美也子<sup>1)</sup>,  
清水寛路<sup>1)</sup>, 藤井俊光<sup>1)</sup>, 朝比奈靖浩<sup>1)</sup>, 大塚和朗<sup>2)</sup>, 岡本隆一<sup>1)</sup>

【症例】40歳代女性。濾胞性リンパ腫に対してX-2年1月からG-CHOP療法6コース施行後、寛解となり同年9月よりX年7月までオビヌズマブによる維持療法を行った。X年10月頃から下痢、発熱、摂食不良が出現したため精査加療目的に前医に入院した。下部消化管内視鏡では全結腸に多発する類円形の浅い打ち抜き潰瘍を認め、上部消化管内視鏡では咽頭や食道にアフタ性潰瘍が散発していた。感染症を示唆する検査所見に乏しいが、内視鏡像や全身状態不良が持続したことからCMV、HSV感染症に対する診断的治療としてガンシクロビルやアシクロビルの投与を開始した。その後の食道や結腸の潰瘍性病変は改善傾向となり食事摂取を再開したが、血便や発熱が再燃した。改めて施行した上下部消化管内視鏡では食道潰瘍が再燃し、結腸潰瘍は縦走傾向を示した。これまでの経過より広義の炎症性腸疾患と考慮メサラジン内服を開始したが、不耐症状のため中止した。さらなる精査加療のためX+1年1月に当院に転院した。当院での下部消化管内視鏡では結腸に多発するびらん、縦走潰瘍、散在像に加え新たに肛門潰瘍と痔瘻を認め、クローン病に類似する所見であり、病理学的には慢性炎症所見を認めた。オビヌズマブの投与歴より抗CD20抗体関連腸炎と判断した。プレドニゾン30mgを導入したが不応であり結腸全摘術を施行した。【考察】オビヌズマブを含む抗CD20モノクローナル抗体製剤投与後に腸炎を発症した例は過去にも報告があるが、その機序や病態については不明な点が多く、確立した治療もない。既報では抗CD20抗体製剤中止のみで改善する例もある中で、本症例ではクローン病に準じてステロイドを第一選択として治療を開始したが、ステロイド抵抗性かつ全身状態不良であり結腸全摘術を要した。本症例における腸炎の臨床経過に関して、文献的考察を加えて報告する。

抗CD20抗体, 薬剤性腸炎

順天堂大学医学部 消化器内科<sup>1)</sup>,  
順天堂大学大学院医学研究科 腸内細菌療法リサーチセンター<sup>2)</sup>,  
順天堂大学医学部附属順天堂大学越谷病院 消化器内科<sup>3)</sup>,  
順天堂大学大学院医学研究科 消化管疾患病態研究・治療学講座<sup>4)</sup>  
古庄桃子<sup>1)</sup>, 野村 慧<sup>1,2)</sup>, 澁谷智義<sup>3)</sup>, 伊藤謙太郎<sup>1)</sup>, 大森将史<sup>1)</sup>,  
小田倉里奈<sup>1)</sup>, 高馬将郎<sup>1)</sup>, 福嶋浩文<sup>1)</sup>, 村上 敬<sup>1)</sup>, 上田久美子<sup>1)</sup>,  
石川 大<sup>1,2)</sup>, 北條麻理子<sup>1)</sup>, 池嶋健一<sup>1)</sup>, 伊佐山浩通<sup>1)</sup>,  
永原章仁<sup>1,2)</sup>

【症例】50歳代の男性。11歳時に潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジンで加療されていた。既往歴に喘息や蕁麻疹など特記すべきものはなく、薬剤アレルギーも認めなかった。潰瘍性大腸炎の再燃に対してプレドニゾン30mg/日を開始したが、ステロイドサイコースを呈したため中止となった。その後の下部消化管内視鏡検査でS状結腸から直腸にかけてMayo Endoscopic Subscore (MES) 2の活動性病変を認め、生物学的製剤としてベドリズマブ静注製剤を導入した。寛解導入後の維持療法として8週間毎に300mgの静脈内投与を継続し、治療継続により内視鏡的粘膜炎(MES 0)が得られた。利便性向上を目的にベドリズマブ皮下注製剤へ切り替え、一定期間使用されたが、注射部位症状のため再び静注製剤へ変更された。皮下注製剤最終投与から比較的短期間で静注製剤を再開した経過中に、過去の皮下注射部位に一致した局所紅斑を認めた。しかし、その時点ではアレルギー反応との認識はなく、ベドリズマブは継続投与された。その後、投与開始約20分後に全身の掻痒感を伴う皮疹を認めたが、抗ヒスタミン薬内服および外用ステロイドにより速やかに改善した。過敏反応を認めたこと、ならびに臨床的・内視鏡的寛解が得られていたことからベドリズマブでは中止とし、以後メサラジン単剤で寛解を維持している。【考察】本症例では、静注製剤再開後に認められた局所皮疹が過去の皮下注射部位に一致しており、反復する皮下注投与により局所的な免疫感作が成立していた可能性が考えられた。皮下注製剤から静注製剤への短期間での切り替え後、静注製剤投与時に過敏反応を生じる症例が近年複数報告されている。皮下注製剤使用後に静注製剤へ切り替える際には、本症例のような有害事象の出現の可能性を念頭に置いた慎重な経過観察が重要である。

潰瘍性大腸炎, ベドリズマブ

## 13 フルキンチニブによる薬剤性白質脳症をきたした進行大腸癌の一例

順天堂大学医学部 消化器内科  
藤山杏奈, 足立駿佑, 栗津崇仁, 野村 慧, 竹田 努, 村上 敬,  
上田久美子, 戸張真紀, 石川 大, 藤澤聡郎, 澁谷智義,  
北條麻理子, 伊佐山浩通, 池嶋健一, 永原章仁

症例: 60歳代女性。202×年1月にS状結腸癌、転移性肝腫瘍、肺腫瘍と診断し、切除不能で人工肛門造設後、1次治療でmFOLFOX+パニツムマブ併用療法を開始した。その後、2次治療にXELIRI/ペバシズマブ併用療法、3次治療にFDP/TP1療法を行い約3年10か月間継続した。病勢増悪に対し、4次治療にフルキンチニブ単剤療法を選択した。開始から40日後、自宅で突然うめき声を出し、家族が駆け付けたところ両手屈曲両足は進展し、強直した状態で1分弱持続し一旦消失した。救急搬送後、四肢の間欠性発作、右共同偏視出現しを認め、抗けいれん薬等に対応した。頭部MRIのFLAIR像で両側後頭葉皮質から皮質下白質、脳幹、両側小脳半球に高信号を散見し、同領域のADCの上昇を認めた。臨床経過と画像所見より可逆性後頭葉白質脳症 (PRES: posterior reversible encephalopa) と診断した。全身管理とレベチラセタム投与を開始し、改善を図った。入院後は運動障害が遷延したものの意識障害の再燃、神経症状の増悪はなく経過した。治療開始後2日後のMRI所見では高信号領域は減弱を認めた。日常生活に支障をもたらす後遺症はなく経過し、第23病日に自宅退院。原病に対する治療は中止とし、外来経過観察中である。考察: フルキンチニブは、血管内皮増殖因子受容体 (VEGFR) 1, 2および3への選択性が高い経口チロシンキナーゼ阻害薬である。本邦では2025年に国際共同第III相試験であるFRESCO-2試験を経て保険収載された新しい薬剤で、二重盲検試験下で切除不能進行大腸癌691例が登録され、フルキンチニブ投与群は461例であった。有害事象報告で神経症状は1例のみであり非常に少ない有害事象である。化学療法によるPRESを含めた薬剤性神経障害は遷延させると後遺障害が残ることもあるが、本症例は画像所見の変化は認められたものの専門科介入による全身管理を速やかに行い、再燃なく経過した。結語: 今回、フルキンチニブによる稀な有害事象である白質脳症をきたし、速やかな対応により重篤化を回避しえた症例を経験した。

薬剤性白質脳症, 大腸癌

## 14 CTガイド下骨生検が診断契機となった盲腸低分化型腺癌術後孤立性仙骨転移の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科  
吉川 陸, 横山康行, 菊池悠太, 山田岳史, 吉田 寛

【背景】大腸癌の骨転移は比較的稀であり、特に孤立性骨転移の診断は画像所見のみでは困難な場合がある。今回、CTガイド下骨生検により診断し得た症例を経験したため報告する。【症例】60歳代男性。2か月持続する下腹部違和感を主訴に受診した。下部消化管内視鏡検査でパウヒン弁を取り囲む盲腸2型腫瘍を認め、生検で低分化型腺癌と診断された。CTでは多発リンパ節転移を伴いcT3N2bM0、cStage IIIcと診断した。十二指腸近傍リンパ節転移による剝離断端陽性が危惧されたため術前化学療法を導入した。CAPOX施行中に腸閉塞を来し回腸ストマを造設後、FOLFOXを5コース施行した。PET-CTでは原発巣の集積は消失したが左仙腸関節近傍仙骨に異常集積を認めた。孤立性病変は転移を示唆しない可能性も考慮し、結腸右半切除術を施行し術後補助化学療法としてFOLFOXを6コース施行した。術後PET-CTで骨病変は増大傾向を示したためCTガイド下骨生検を施行したところ腺癌を認め、大腸癌仙骨転移と診断した。孤立性病変として放射線治療を施行したが、1か月後に多発リンパ節転移、肝転移、腹膜播種を認め、現在全身化学療法を継続している。【考察】大腸癌の孤立性病変転移は稀であり、PET-CTのみでは診断が困難な場合がある。本症例では化学療法により原発巣とリンパ節転移の集積が消失した一方で骨病変のみ集積が残存し診断に難渋した。CTガイド下骨生検は低侵襲に組織診断が可能であり、骨病変の鑑別に有用であると考えられた。

盲腸低分化型腺癌術後孤立性仙骨転移, CTガイド下骨生検

## 15 SSLから印環細胞癌までの多彩な組織像を認めた大腸腫瘍の1例

帝京大学 医学部 内科学講座<sup>1)</sup>, 同 外科学講座<sup>2)</sup>, 同 病院病理部<sup>3)</sup>  
上松なな子<sup>1)</sup>, 青柳 仁<sup>1)</sup>, 清水友貴<sup>1)</sup>, 本田 卓<sup>1)</sup>, 松本康佑<sup>1)</sup>, 磯野朱里<sup>1)</sup>, 三浦 亮<sup>1)</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>3)</sup>, 浅田祐介<sup>2)</sup>, 浅古謙太郎<sup>2)</sup>, 落合大樹<sup>2)</sup>, 谷口浩和<sup>3)</sup>, 棚橋明史<sup>3)</sup>, 笹島ゆう子<sup>3)</sup>

症例は70歳代男性。前医で施行した大腸内視鏡検査にて、盲腸に30mm大の0-Isp型病変を指摘され、当科にて内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection ESD) で一括切除した。最終病理診断は管状絨毛腺腫で、切除断端は陰性であった。別に、前医では上行結腸に認められた10mm大の0-Isp型病変に対して生検されておらず、sessile serrated lesion (SSL) と診断されていた。ESDから2年後に同病変を再観察したところ、大きさに明らかな変化は認めなかったが、全体としてやや丈が高くなった印象であり、一部にSSLとは異なる表面構造の領域を伴っていた。これらの所見からdysplasiaの存在を疑い、内視鏡的粘膜切除術を施行した。病理組織学的所見では、管状もしくは絨毛状に増殖する高分化腺癌を主体とし、その一部に印環細胞癌を認めた。印環細胞癌成分は粘膜下層200 μmまで浸潤していた。高分化腺癌に接して、SSLないしSSL with dysplasiaに相当する成分もみられた。脈管侵襲および切除断端はいずれも陰性であった。印環細胞癌の存在からリンパ節転移のリスクが高い病変と判断し、後日外科にてロボット支援下回盲部切除およびD2郭清を施行した。切除標本では原発巣に癌の遺残はなかったが、郭清したリンパ節8個中1個に、印環細胞癌の転移を認めた。現在、再発予防目的に術後補助化学療法中である。大腸印環細胞癌の多くは進行癌として発見されるが、早期癌でも高率に脈管侵襲やリンパ節転移が見られることが報告されている。本症例は同一病変に多彩な組織像を呈する希少な早期大腸癌であり、ここに報告する。

大腸癌, 印環細胞癌

## 16 乳癌治療中に診断された肝肉芽腫の1例

東京女子医科大学 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 臨床研修センター<sup>2)</sup>  
豊福祐佳莉<sup>1,2)</sup>, 小木曾智美<sup>1)</sup>, 高野澄玲<sup>1)</sup>, 白田龍之介<sup>1)</sup>, 山本果奈<sup>1)</sup>, 中林良太<sup>1)</sup>, 大塚奈央<sup>1)</sup>, 林 涼子<sup>1)</sup>, 高鹿美姫<sup>1)</sup>, 中村真一<sup>1)</sup>, 高山敬子<sup>1)</sup>, 小笠原友里<sup>1)</sup>, 谷合麻紀子<sup>1)</sup>, 中井陽介<sup>1)</sup>

【症例】50歳代女性。X年8月にマンモグラフィ・乳房超音波で右乳癌を指摘され、当院紹介となった。PET-CTでは右乳房の他に、肝両葉に多発するFDG集積を認め、肝転移の可能性が考えられた。X年10月よりペルツスマブ・トラスツスマブ+ドセタキセルによる化学療法を開始したところ、X+1年1月PET-CTで肝臓への異常集積が消失したため、同2月右乳房切除およびセンチネルリンパ節郭清術を施行した。術後病理結果はinvasive ductal carcinoma, cT1-2N0M0, HER2 3K, Ki-67 40%であった。術後化学療法としてペルツスマブ・トラスツスマブ+タモキシフェンを開始したが、X+1年5月に再度肝両葉に多発するFDG異常集積が出現した。超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診で肝腫瘍より組織検査を施行したところ、類上皮肉芽腫を認め、乳癌肝転移は否定的であった。肝肉芽腫を呈する疾患として、結核・ウイルス性感染・サルコイドーシス・原発性胆汁性胆管炎・薬剤性などがあげられるが、各種抗体検査やZiehl-Neelsen染色の結果では、結核・ウイルス感染・原発性胆汁性胆管炎は否定的であった。抗HER2薬関連の肉芽腫が近年複数報告されており、本症例では、サルコイドーシスは否定できないものの、薬剤誘発性サルコイド様反応を第一の鑑別として考えた。今後の経過をさらに観察予定である。【結語】EUS-FNAで診断し得た肝肉芽腫の1例を経験した。肝肉芽腫は肝悪性腫瘍との鑑別が重要であり、生検による診断が重要である。

肝肉芽腫, 乳癌

## 17 歯科治療に起因したと考えられる肝膿瘍の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 臨床研修センター  
古谷明日佳, 石野博崇, 津川直輝, 平澤佑果, 牛尾真子, 福間泰斗,  
矢野慎太郎, 谷口源太郎, 荻原伸悟, 降旗 誠, 北村庸雄,  
長田太郎

【症例】80歳代女性。4年前から臍管内乳頭腫瘍で経過観察されていた。18日前に歯科治療と抜歯を2本行ったが抗菌薬の投与はされなかった。8日前に法事があり少量の飲酒と日常より多くの食事摂取を行い翌日から食欲低下と37℃台の微熱が出現するようになり当科に独歩にて受診となった。血液検査でCRP20.2mg/dlと上昇。腹部CTで肝臓内に多発する肝膿瘍を認めたため緊急入院となった。入院時DICなどの合併は認めなかった。入院時からタゾバクタム・ピペラシリン (TAZ/PIPC)の投与を開始し第2病日に肝膿瘍に対しドレーナージを2本挿入した。培養からStreptococcus constellatusとFusobacterium nucleatumが検出された。膿瘍ドレーナージと抗菌薬投与により改善し退院となった。【考察】歯科治療が起因する肝膿瘍はまれであるが、虫歯や抜歯により一過性菌血症が生じ、口腔内常在菌が血行性に肝へ到達し、肝実質内で感染巣を形成するとされている。抜歯後は健康者でも一過性菌血症が起こり得るため抗菌薬が投与されることが多いが、本症例では行われなかった。一般には糖尿病、高齢、免疫抑制状態、ステロイドに合併することが報告されているが、本症例は高齢である以外は明らかな免疫不全を示唆する所見は認めなかった。Streptococcus constellatusとFusobacterium nucleatumは口腔由来菌であり過去の報告では同菌の混合感染による肝膿瘍は2025年に1例のみ報告されており本症例が2例目となる。【結語】歯科治療を契機に肝膿瘍を合併した症例を経験した。歯科治療後に発症した希な症例であり病態と文献の考察を加え報告する。

肝膿瘍, 歯科治療後

## 18 アテゾリズマブ+ペバシズマブ療法後に肝内転移が消失しconversion surgeryを施行し得た肝細胞癌の一例

東京大学医学部附属病院 肝胆脾外科・人工臓器移植外科  
劉冠廷, 福田開人, 千代田武大, 藤本優果, 佐々木脩, 田見晃彦,  
西岡裕次郎, 河口義邦, 高本健史, 赤松延久, 長谷川潔

<はじめに>近年、進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法 (Atezo+Bev療法) をはじめとする全身薬物療法の進歩により、腫瘍縮小後に外科的切除を検討し得る症例が増加している。一方、切除不能症例に対するconversion surgery (CS) の適応および最適な施行時期については未だ一定の見解が得られていない。<症例>77歳女性。肺MAC症にて当院呼吸器内科通院中、CTで肝膿瘍を指摘され当科紹介となった。造影CTでは右肝に最大径5.2 cmの腫瘍と多発結節を認め、肝細胞癌・多発肝内転移と診断された。肝予備能はChild-Pugh Aで遠隔転移は認めなかった。Atezo+Bev療法を計28コース施行し、主腫瘍は3.5 cmまで縮小し、肝内転移巣は消失、腫瘍マーカーも低下傾向を示したため根治切除の方針とした。しかし、手術目的の入院後に免疫関連有害事象 (irAE) として劇症1型糖尿病を発症し、手術を一旦延期した。インスリン導入により全身状態の安定化を待って、S5+S4下区域部分切除術を施行した。手術時間3時間2分、出血量80 mL、術後経過は良好で術後7日目に退院した。術後3か月時点で再発を認めていない。病理組織学的には中分化型肝細胞癌で、一部壊死を伴い、脈管侵襲は認めず切除断端は陰性であった。<考察>本症例では、多発肝内転移を有する進行肝細胞癌に対し、全身薬物療法によるdown-stagingが得られたことで、残存病変に対する根治切除が可能となった点、および術前にirAEを発症しながらも管理し得た点が特徴的である。irAEの発現は好奏効と相関するとの報告もあり、腫瘍マーカーの低下と併せて、これらがCSの適応判断を後押しする重要な所見であると示唆された。<結語>多発肝内転移を伴う進行肝細胞癌においても、Atezo+Bev療法によってdown-stagingが得られ、腫瘍が限局した症例においては、根治切除に至りうる可能性が示された。今後、症例の蓄積が必要だが、進行多発肝細胞癌の予後改善に寄与する有力な治療戦略となり得る。

肝内転移, アテゾリズマブ・ペバシズマブ

## 19 IVRによる肝内門脈-静脈シャント閉鎖が著効した猪瀬型肝性脳症の1例

JR 東京総合病院 消化器内科  
吉村啓亮, 金子麗奈, 弦岡有香, 吉川剛史, 毛利 大, 大前知也,  
赤松雅俊, 岡本 真

【症例】70歳代女性。肺高血圧症、慢性心不全、喘息・COPDオーバーラップ症候群 (ACO) に対して治療中である。突然出現した異常行動および見当識障害が改善せず、救急要請となった。来院時の意識レベルはJCS 3、GCS E4V4M6であり、精査加療目的に入院とした。【経過】意識障害の原因となる頭蓋内病変は指摘し得なかった。血清アンモニア値の上昇 (109  $\mu\text{g/dL}$ ) および脳波検査上三相波を認め、肝性脳症による意識障害を疑った。背景肝は正常であったが、造影CTにて左葉に内部に乱流を伴う径20mm大の肝内門脈-静脈 (PV) シャントを認めたため、シャントに伴う猪瀬型肝性脳症と診断した。心拡大およびBNP 1844pg/mlと心不全の悪化を呈しており、慢性心不全の増悪に伴う体液量の増加のためPVシャント血流量が増加し、脳症を発症したものと考えた。利尿薬による体液水分量の低減と、分枝鎖アミノ酸、ラクツロース、リファキシミンによるアンモニア値の抑制により、意識状態は回復した。再発予防目的に塞栓用コイル及びn-butyl-2-cyanoacrylateを用いてバルーン閉塞下逆行性経静脈的シャント塞栓術を施行した。治療後は分枝鎖アミノ酸、ラクツロース、リファキシミンを中止したが、アンモニア値の再上昇を認めず、意識状態は良好に保たれている。【考察】本症例は、10年前の時点で既に同径の肝内シャントが存在しており、肝内シャントが肺高血圧症の原因となっていた可能性はあるものの、シャント血流により門脈圧亢進症を呈することなく経過していたと考えられる。今回、3ヶ月前に重症喘息発作による入院加療歴があり、これを契機に心不全が悪化し、体液量が増加したため、シャント内血流が増加し、猪瀬型脳症を発症したものと考えた。【結論】猪瀬型肝性脳症は急性意識障害の重要な鑑別疾患の一つであり、シャント血流量の増加を契機として発症することがある。今回、シャント閉塞術が著効した一例を経験したため報告する。

猪瀬型肝性脳症, 肝内門脈-静脈シャント

## 20 術後吻合部静脈瘤に対して経皮経肝静脈瘤塞栓術により内視鏡的所見の改善を得た一例

順天堂大学医学部附属順天堂医院 臨床研修センター<sup>1)</sup>,  
順天堂大学医学部 消化器内科<sup>2)</sup>

関野優香<sup>1)</sup>, 石塚 敬<sup>2)</sup>, 喜古博之<sup>2)</sup>, 有井 新<sup>2)</sup>, 多田昌弘<sup>2)</sup>,  
森永真紀<sup>2)</sup>, 内山 明<sup>2)</sup>, 福原京子<sup>2)</sup>, 柳沼礼子<sup>2)</sup>, 今 一義<sup>2)</sup>,  
山科俊平<sup>2)</sup>, 福嶋浩文<sup>2)</sup>, 竹田 努<sup>2)</sup>, 深田浩大<sup>2)</sup>, 戸張真紀<sup>2)</sup>,  
藤澤聡郎<sup>2)</sup>, 伊佐山浩通<sup>2)</sup>, 永原章仁<sup>2)</sup>, 池嶋健一<sup>2)</sup>

【症例】50歳代男性【主訴】黒色便【既往歴】臍頭十二指腸切除術後 (吻合部潰瘍、術後汎発性腹膜炎)【現病歴】X-4年に臍管内乳頭状粘液性腺癌 (IPMC) と診断され、臍頭十二指腸切除術・脾動脈合併切除術、当院および近医で経過観察されていた。X年X月X日に黒色便を認め近医を受診し、Hb 6.4 g/dLと高度貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査で胃空腸吻合部静脈瘤を認めたが、明らかな出血源は同定できず、輸血および保存的治療によりHb 10.1 g/dLまで改善した。その後、精査加療目的に当院を受診したが、X月X+9日にHb 7.1 g/dLと再度低下を認め、緊急入院となった。同日に施行した上部消化管内視鏡検査では活動性出血は認めなかったものの、吻合部小腸側に拡張静脈およびミズ腫れ様発赤を認め、同部位からの出血が疑われた。造影CT検査では同部位へ流入する門脈分枝の発症を認めたため、近傍にクリップでマーキングを行い、吻合部静脈瘤に対して経皮経肝静脈瘤塞栓術 (PTO) を施行した。肝内門脈枝よりアプローチし、マーキングクリップを指標として静脈瘤流入路へ選択的にカテーテルを進め、コイル塞栓を行った。後日の内視鏡検査ではミズ腫れ様発赤は消失し、貧血の進行も認めなかったため退院となった。以降、貧血の再燃は認めなかった。【考察】臍頭十二指腸切除術に脾動脈合併切除術による血管狭窄などが関与した可能性が考えられた。吻合部静脈瘤に対する治療としては、内視鏡的止血術、部分的脾動脈塞栓術 (PSE)、経皮経肝静脈瘤塞栓術 (PTO) などのIVR治療、ならびに外科的治療が挙げられる。本症例のように出血が疑われるものの内視鏡的所見が困難な場合には、PTOを含むIVR治療を重要な治療選択肢として考慮すべきである。

吻合部静脈瘤, 経皮経肝静脈瘤塞栓術

超音波内視鏡下胆管胃吻合術 (EUS-HGS) 後吻合部を組織学的に検討した肝門部領域胆管癌患者の一剖検例

虎の門病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>  
志田智義<sup>1)</sup>, 前原耕介<sup>1)</sup>, 満下淳地<sup>2)</sup>, 平野多紀<sup>1)</sup>, 服部大輔<sup>1)</sup>,  
佐藤悦基<sup>1)</sup>, 小山里香子<sup>1)</sup>, 三浦泰朗<sup>2)</sup>, 高澤 豊<sup>2)</sup>, 今村綱男<sup>1)</sup>

【症例】80代男性。X-2年2月、肝門部領域胆管癌の診断で内視鏡的逆行性胆道造影 (ERC) によりPlastic Stentを留置し、本人希望で放射線治療後、Best Supportive Careの方針となった。同年10月、4回目の閉塞性胆管炎を発症し肝門部にuncovered Self Expandable Metallic Stent (SEMS) を留置した。X年5月に原病増悪に伴う十二指腸浸潤・狭窄のため胃・空腸バイパスを作成した。さらにX年7月に胆道再閉塞に対しERC困難のためEUS-HGSを施行しPlastic stentを留置した。X年10月に胆道再閉塞となり、EUS-HGS作成吻合部 (ESCR in HGS) を介して、左右肝管間を橋渡しする形でuncovered SEMSを留置し、ESCR in HGSにはPlastic stentを再留置した。X年12月に原病死し剖検を実施した。剖検ではESCR in HGSにおいて、肉眼的に肝胃間に索状構造を認め、肝漿膜と胃漿膜は癒着していた。組織学的にはステンツ貫通部周囲の線維化評価のためMasson's trichrome染色を行った。粘膜固有層や粘膜下層の線維化は極めて乏しい一方、固有筋層には同心円状の強い線維化、漿膜下層貫通部はさらに高度の線維化を確認できた。

【考察】Plastic stent留置後のESCRの組織学的評価の既報は存在せず、我々の調べる限り本症例が初の報告である。SEMS留置後のESCRの組織学的評価は2編の既報があり、radial forceによる慢性的炎症が線維化を助長しESCRの安定化に寄与するとされ、線維芽細胞の増生・吻合部周囲の癒着性線維化が確認されている。一方、持続的なradial forceを有さないPlastic stentを使用した本症例においても線維化による吻合形成を今回確認できた。胃壁の層構造により線維化の程度は大きく異なり、漿膜において線維化は最も強固だった。これは化学的的刺激に伴う炎症など、ステンツ物性以外の因子が吻合形成に寄与している可能性が示唆された。

EUS-HGS, 肝門部領域胆管癌

CY1の腓尾部痛に対してGEM+nab-PTXを6クール行った後CY0となり根治手術を施行できた1例

獨協医科大学 肝胆膵外科

笠川佑也, 仁木まい子, 早川智彬, 田中元樹, 清水崇行, 白木孝之, 松本尊嗣, 森 昭三, 青木 琢

症例は70歳代、男性。慢性膵炎、高血圧等で前医かかりつけであり、定期検査で採取したCA19-9が2220と高値であったため精査目的に当院消化器内科紹介受診となった。造影CTで膵尾部に乏血性腫瘍を認め、EUS-FNAで腺癌検出された。画像上は非切除因子なく切除可能と判断され当科紹介となった。当科紹介後審査腹腔鏡を施行したところ、洗浄細胞診陽性となり非切除腺癌として抗腫瘍治療をすることとなった。ジェムザール+ナブパクリタキセル療法を開始。1回目投与後にGrade2の皮疹を頭部と体幹、四肢に認め、抗ヒスタミン薬投与し改善した。抗腫瘍剤は80% doseに減量かつ抗ヒスタミン薬併用で6クール施行した。抗腫瘍剤開始後CA19-9含め腫瘍マーカーは陰転化し、画像上は腫瘍は縮小し遠隔転移もなく経過したため、6クール終了時点で再審査腹腔鏡を計画した。施行した再審査腹腔鏡は洗浄細胞診陰性となったため、その1週間後に根治術として膵体尾部切除術を施行した。術中、腎臓への浸潤を認め、切除した腎皮膜を迅速へ提出したところ異型細胞陽性となったため、泌尿器外科に相談し、腎部分切除を追加した。術後は腓液瘻を認めたが、追加治療することなくドレーン抜去に至り、術後17日目に軽快退院となった。医中誌で「膵癌」「CY1」「CY陰性化」で検索したが、同様の症例報告は0件であった。またPubMedで「膵癌」「CY1」「CY陰性化」で検索したところCY1からCY0となった症例で根治手術をした患者の予後は、CY0であった患者とは変わらないとの報告も見られた。CY1の腓尾部痛に対してGEM+nab-PTXを6クール行った後CY0となり根治手術を施行できた症例を経験したので報告する。

膵尾部痛, コンバージョンサージャリー

認知機能低下および構音障害を契機に診断された *Streptococcus intermedius* による全身多発膿瘍の1例

東京女子医科大学八千代医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 脳神経外科<sup>2)</sup>

蓮尾 翼<sup>1)</sup>, 九里光政<sup>1)</sup>, 宮崎夏帆<sup>1)</sup>, 杉山 匠<sup>1)</sup>, 高橋 傑<sup>1)</sup>, 畑山靖樹<sup>1)</sup>, 嶋由紀子<sup>1)</sup>, 石川賢太郎<sup>1)</sup>, 村上大輔<sup>1)</sup>, 杉山晴俊<sup>1)</sup>, 西野隆義<sup>1)</sup>, 石黒太一<sup>2)</sup>, 新井誠人<sup>1)</sup>

【症例】30歳代男性。202X年5月頃より38度の発熱、下痢がみられた。近医を受診し、うつ状態と診断された。その後、認知機能低下 (MMSE23点)、構音障害が見られるようになり、他院の脳神経外科の頭部MRI検査にて右前頭葉に腫瘍性病変をみとめ、精査目的で6月当院脳神経外科に紹介となった。転移性脳腫瘍を疑い施行した体幹部CTで、肝内、肝下方、脾臓左上方、膀胱背側などに囊胞構造を認めた。膀胱背側のものが最大で12cm大であった。38度以上の発熱が持続しており、血液検査ではWBC 24,900/ $\mu$ L、CRP 4.7mg/dLと高度炎症反応および肝障害を認めたため、入院となった。脳膿瘍、肝膿瘍、腹腔内膿瘍を疑い、TAZ/PIPCを開始した。心エコーにて、大動脈弁に疣贅を認め、感染性心内膜炎と診断された。入院時の血液培養検査では、*Streptococcus intermedius* (*S. intermedius*) が検出された。MEPM+VCMに変更したが十分な解熱が得られず、入院第5病日に膀胱背側の腫瘍を穿刺し、陳旧性変化を伴う膿性内容物が吸引され、ドレーンチューブを留置した。さらに、肝臓内、肝周囲にドレーンチューブを計4カ所留置した。それぞれ、比較的急性期と考えられる膿性内容物を認めた。培養検査では *S. intermedius* が検出された。尿検査、上下部消化管内視鏡検査では明らかな異常はみられなかった。入院第12病日からはPCGに抗菌薬を変更し、MNZを併用した。入院第45病日の心エコーでは、大動脈弁の疣贅は消失していた。食欲の回復、ADLの改善を認め、ドレーンチューブは順次抜去した。入院第64病日に退院となった。

【考察】*Streptococcus intermedius* は口腔内、消化管および泌尿生殖器などの常在菌であり、膿瘍形成を来しやすいたことが知られている。免疫低下例での報告が多いが、本症例は基礎疾患を有さない若年成人であった。*S. intermedius* による膿瘍を認めた場合には、感染性心内膜炎を含む多臓器病変の合併を念頭に置いた全身検索と、適切な抗菌薬投与およびドレーンが重要である。

多発膿瘍, *Streptococcus intermedius*

*Mycobacterium genavense* による小腸炎の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  
三澤 昇, 日暮琢磨, 井上喬二郎, 鈴木 暉, 米田正人

【背景】*Mycobacterium genavense* は免疫不全患者において播種性に感染し得る非結核性抗酸菌であり、消化管病変を呈する報告は少ない。今回、免疫抑制状態を背景に発症した *Mycobacterium genavense* による小腸炎の1例を経験したため報告する。【症例】20代女性。全身性自己免疫疾患に対し、ステロイドを含む免疫抑制治療が長期間継続されていた。食欲不振および腹痛を契機に入院し、CTで上部小腸に炎症性変化を認めたため小腸病変の精査目的経口ダブルバルーン内視鏡を施行した。Treitz靱帯近傍に白色調の浮腫状粘膜を認め、同部位より生検および培養検体を採取した。検査後に後腹膜気腫を認め、十二指腸穿孔が疑われた。同日は経過観察としたが、翌日のCTで気腫の増加を認め、緊急手術を施行した。術中、Treitz靱帯起始部近傍から約30 cmにわたり多数の白色結節を認め、同部位より追加で生検・培養を行った。穿孔部位は下十二指腸角であった。小腸粘膜および白色結節から抗酸菌培養が陽性となり、PCRで *Mycobacterium genavense* を検出したことから、小腸炎は同菌によるものと考えられた。術後経過は良好で、入院中より多剤併用による抗菌薬治療を開始した。【考察】*Mycobacterium genavense* は培養が困難なこともあり診断に難渋し得るが、本症例では小腸病変からの培養およびPCRにより確定診断に至った。免疫抑制患者における原因不明の小腸炎では、細菌を含む非結核性抗酸菌症を鑑別に挙げる必要がある。

小腸炎, ダブルバルーン内視鏡

大宮シテイクリニック 消化器内科<sup>1)</sup>、  
千葉大学医学部附属病院 消化器内科<sup>2)</sup>、  
小森雄史<sup>1,2)</sup>、中川 良<sup>1,2)</sup>、後藤千尋<sup>2)</sup>、小関悠介<sup>2)</sup>、朱 信彰<sup>2)</sup>、  
岩崎巨征<sup>2)</sup>、堀尾亮輔<sup>2)</sup>、黒杉 茜<sup>2)</sup>、園田美智子<sup>2)</sup>、石川 翼<sup>2)</sup>、  
大浦弘高<sup>2)</sup>、金子達哉<sup>2)</sup>、太田佑樹<sup>2)</sup>、對田 尚<sup>2)</sup>、沖元謙一郎<sup>2)</sup>、  
齊藤景子<sup>2)</sup>、松村倫明<sup>2)</sup>、加藤 順<sup>2)</sup>

背景：ピロリ菌除菌の普及により胃癌罹患数は減少傾向にあるが除菌後も胃癌発症リスクは残存する。対策型検診は癌による死亡率減少効果を目安に医療資源、医療経済的観点から2年に1回の間隔で検査を推奨しているが、除菌後患者に対する上部消化管内視鏡検査（GS）の適切なスクリーニング間隔や診断補助AIのスクリーニングでの有用性については十分な検討がなされていない。目的：ピロリ除菌後胃癌の年次推移と治療法の変化を明らかにし、前年のGS受診歴および内視鏡診断技術の進歩が治療成績に与える影響を検討する。方法：2014年4月から2025年3月までに当院人間ドックを受診したのべ受診者403877名を対象とし、ピロリ菌ステータス別に胃癌発症率、診断モダリティ、治療法を後ろ向きに解析し、ピロリ除菌後胃癌に対して前年GS受診の有無による胃癌の性状、進行や治療内容の差を検討した。結果：ピロリ現感染者は経年的に減少し、除菌後患者と未感染者は増加した。全受診者におけるピロリ除菌後患者の割合は2014年の8.7%から2024年の17.7%と倍増した。胃癌の絶対数は除菌後患者で最も多かった。上部消化管検査としては検索期間の前半は上部消化管造影検査（UGI）を選択する場面が多かったがGSを選択する場面が経年的に増加し、胃癌に関してはGSでみつかる場合がUGIに比べて9倍以上高かった。除菌後胃癌において前年GS受診の有無が胃癌の早期診断へ寄与するかにおいてはpStageIAの割合は非前年GS受診群では75%であったのに対して前年GS受診群では94.9%で有意に高く、また腫瘍径10mm以下の割合も非前年GS受診群の13.6%に対して前年GS受診群では48.7%と有意に高かった。治療内容に関してESDでの治療率に関して有意差はなかったが内視鏡補助AIの有無に注目すると特に前年GS受診群でAI補助下で確認された胃癌はESD治療率が有意に向上していた。結論：ピロリ除菌後患者では、毎年のGSによる検診とAI導入が胃癌の早期発見および内視鏡治療率向上に寄与する。対策型検診では現実的に困難だが人間ドックの場におけるスクリーニング戦略として上記を提案する。

ピロリ除菌後胃癌，人間ドック

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科  
津久井充人、加藤正樹、飯島良彦、荒木健一、小松拓実、中本悠輔、  
佐藤義典、前畑忠輝、立石敬介

【背景】慢性偽性腸閉塞症（CIPO）は器質的閉塞を伴わず腸閉塞様症状を反復する稀な疾患であり、鑑別診断が重要である。一方、セリアック病や非セリアック病グルテン関連疾患（NCGS）は、必ずしも特徴的な内視鏡や検査所見を示さない非典型例も存在し、診断に難渋することがある。【症例】18歳女性。20XX年初頭に下痢を認め、一時的に自然軽快したが、同年夏頃より腹痛、腹部膨満、下痢が持続し入院した。血液検査に異常はなく、造影CTおよび腹部MRIで閉塞起点を伴わない小腸全体の拡張を認めた。上部消化管内視鏡では異常を認めず、下部消化管内視鏡では回腸末端に浅いびらんおよび潰瘍を認めたが、その他に異常所見はなかった。カプセル内視鏡およびダブルバルーン内視鏡では明らかな器質的疾患を認めず、病理学的にもクロノイド病を示唆する所見はなかった。小腸型クローン病を疑いステロイド治療を含む加療を行ったが奏功せず、さらに抗菌薬や腸管蠕動促進薬などCIPOを想定した治療を行っても症状の改善は認められなかった。その後、診断的目的も兼ねてグルテンフリー食を開始したところ、腹痛や下痢、腹部膨満感といった腹部症状および腹部レントゲンにおける腸管拡張の著明な改善を認めた。グルテンフリー食開始から約3か月後に上部消化管内視鏡を再施行したが、前回と同様に、十二指腸粘膜に絨毛萎縮などセリアック病を示唆する所見は認めなかった。また、十二指腸生検ではMarsh分類Type 0であった。HLA解析ではDQB1\*05:03:01/03:01:01、DQA101:04/\*05:06で、DQ2およびDQ8は形成されていなかった。以上よりセリアック病は否定的と判断し、NCGSと診断した。【考察】本症例は、画像上CIPOの病態を呈し鑑別に難渋したが、内視鏡所見、十二指腸生検およびHLA解析によりセリアック病を系統的に除外し、食事療法への良好な反応からNCGSと診断できた。CIPO様症状を呈する症例においてグルテン関連疾患を鑑別に挙げる重要性が示唆され、本症例をもとに文献的考察を加えて報告する。

非セリアック病グルテン関連疾患，小腸イレウス

東京医科大学病院 健診予防医学センター<sup>1)</sup>、  
虎の門病院 消化器内科<sup>2)</sup>、  
大分大学 グローカル感染症研究センター ゲノムワイド感染症研究部<sup>3)</sup>、  
岩田英里<sup>1)</sup>、河合 隆<sup>1)</sup>、河合優佑<sup>1,2)</sup>、張 萌琳<sup>1)</sup>、新倉量太<sup>1)</sup>、  
柳澤京介<sup>1)</sup>、杉本光繁<sup>1,3)</sup>

【背景】*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 感染と自己免疫性胃炎 (AIG) は、高度胃粘膜萎縮や体部優位の炎症所見を呈し、一般的検査や内視鏡所見のみでは鑑別が困難な場合がある。特に長期経過例では、除菌後も炎症所見が持続する場合があり診断に苦慮する。近年、胃内*H. pylori* DNAを検出可能なPCR検査であるSmart Gene *H. pylori* G (ミズホメディー社) が臨床応用されている。今回、同検査が診断の一助となった2症例を報告する。

【症例1】70代男性。20XX-8年に健診の胃透視検査で萎縮性胃炎を指摘され精査目的で当院受診。上部消化管内視鏡検査 (EGD) で、O-III相当の高度胃粘膜萎縮、体部粘膜発赤・腫脹を認めた。尿素呼吸試験 (UBT) 低値、血清*H. pylori*抗体低値でAIGも疑い経過観察としたが、その後UBT上昇を認め除菌施行。その後も炎症所見は持続し、胃液培養は陽性、抗壁細胞抗体80倍であった。Smart Gene *H. pylori* G陰性より、AIGと診断した。

【症例2】70代女性。20XX-16年に胃腺腫に対して内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 施行後、二次除菌まで行うも不成功で当院紹介受診。紹介後、シタフロキサシン3剤療法、さらにボノプラザン3剤療法を施行したが不成功であった。内視鏡所見ではO-II相当の高度胃粘膜萎縮に加え、体部粘膜の発赤・腫脹、白濁粘液などの炎症所見が長期にわたり持続し、胃液培養も陽性であった。20XX-7年、体上部大弯の早期胃癌に対してESDを施行した。高度萎縮の存在からAIGも疑われ、抗壁細胞抗体10倍と基準値上ぎりぎり陽性であったが、Smart Gene *H. pylori* Gで陽性を示したことから、*H. pylori*現感染と診断した。

【結語】Smart Gene *H. pylori* Gは、*H. pylori*感染とAIGの鑑別が困難な症例において有用な補助診断法となり得る。*H. pylori*感染とAIGの診断に苦慮したが、PCR検査が診断の一助となった症例を文献的考察を加えて報告する。

自己免疫性胃炎，*H. pylori*感染

千葉大学医学部附属病院 消化器内科  
村島侑子、堀尾亮輔、清水健人、後藤千尋、石川 翼、大浦弘高、  
金子達哉、太田佑樹、對田 尚、沖元謙一郎、齊藤景子、松村倫明、  
加藤 順

【症例】50歳代男性。【経過】前医にてX-28年に小腸型クローン病の診断となり、X-21年に小腸部分切除術を施行された後は、メサラジン製剤と成分栄養剤で加療を行っていた。小腸切除後は比較的症状が落ち着いていたものの、X年に入ってから数ヶ月に1度程度、腹痛と嘔吐を認めるようになり、CTを撮像したところパウヒン弁より80cmの部位に小腸狭窄及び口側に狭窄前拡張を認め、拡張腸管内に径25mmの高吸収物を認めた。X年10月に精査加療目的に当院紹介となり、外来にて経肛門ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。【結果】小腸狭窄が疑われていたため、スコープは細径ダブルバルーン内視鏡 (EN-580XP) を使用した。パウヒン弁より80cm口側の小腸で縦走潰瘍を伴う狭窄を認めていたがスコープ通過は可能であった。狭窄口側は拡張し25mm大の黄色調の腸石を認めた。腸石が症状の要因の一つになっている可能性を考慮し、結石除去を試みる方針とした。鉗子での破砕を試みるも結石は非常に硬く、電気水圧衝撃波結石破砕術 (EHL) を行う方針とした。AUTOLITH TOUCH (中力友、10バルス) を使用し腸石を細かく破砕し得た。処置後は腹部症状の再燃なく経過している。【考察】ダブルバルーン内視鏡は通常径のものと同径のものでは鉗子チャネルの太さが異なる (3.2mm vs. 2.2mm)。鉗子チャネルが細いと用いることのできるデバイスが限られるため、処置を伴う場合は通常径のスコープを用いることが多い。本症例は、狭窄部に大きな潰瘍を伴うためバルーン拡張が不可であり、かつ通常径のスコープでは狭窄部の突破が困難であることが予想された細径スコープを用いたが、EHLプロパーは細径スコープの鉗子チャネルでも使用可能で本症例の処置には非常に有用であった。発表では、バルーン内視鏡によるEHLについて文献的考察も加えて報告する。

電気水圧衝撃波結石破砕術，ダブルバルーン内視鏡

ステロイド副作用、アザチオプリン不耐、カロテグラストで短期再燃し、SIPが著効も肝酵素上昇の監視下で寛解維持治療継続している潰瘍性大腸炎の一症例

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>

【主訴】50代男性 X-15年初発の左側型潰瘍性大腸炎。X-9年下痢血便10回にて総合病院より紹介初診。【経過】GMA11循環とPSL40mgにて臨床的寛解が得られた。MMXASAに変更され、その後X-8年3月に前額の疼痛から蓄膿症を診断され、急速にPSLを減量中止に持っていった。NUDT15前史、X-7年2月AZA半錠を開始したところ、1ヶ月後に筋肉痛体動不能となりAZA中止とした。その後も粘膜寛解が得られず、X年2月再燃時にCGM開始となり、12週後の内視鏡で粘膜寛解を確認した。ところが2ヶ月後X年7月に再燃し、さらなる治療法検討を要した。注射製剤の理解が得られず経口薬のOZA開始となった。10週後の内視鏡で粘膜寛解・組織寛解が得られた。X年10月GOT 35, GPT 57, gGTP 118 となり、過去の薬剤不耐歴2件あることから、一旦OZAを中止した。他の治療法変更の道がなく、またOZAの「試験薬の休薬基準」に当てはまっていなかったことから、患者さんに薬剤の特性と説明後、休薬1週間をスターターバックを経ずに、OZA再開とした。2週ごとの密な採血で肝酵素やリンパ球数を追跡するも安定し推移して、寛解維持治療を継続している。【結果】PSLとAZAが使えず、注射剤治療回避、CGM著効も直後再燃したため、OZAで寛解維持を行った症例。肝酵素上昇あるも、SIPクラスエフェクトとして厳重監視下で、維持治療を行っている。【考察】SIPは経口低分子薬で、cell trafficking 理論から、免疫を直接的に抑制しない新しい薬効の薬である。肝酵素上昇が知られており、中止基準を厳密に比較して投薬の継続を行う症例であった。

オザニモド，肝酵素上昇

超早期発症型炎症性腸疾患の発症機序におけるBCL6機能異常の関与

順天堂大学 小児科  
工藤孝広，永田万純，新井喜康

【背景】6歳未満で発症する超早期発症型炎症性腸疾患（VEO-IBD）には、単一遺伝子の病的バリエーションに起因するmonogenic-IBDが含まれる。monogenic-IBDの一部は標準治療に抵抗性を示し、生物学的製剤を要する場合があるため、その病因解明は臨床に重要である。これまでに約80の原因遺伝子が同定されているが、既知遺伝子では説明困難なVEO-IBD症例も存在する。

【目的】本研究ではVEO-IBD症例に対し網羅的遺伝子解析を行い、原因遺伝子の検索を行った。

【症例】症例は男児で、4歳時に便潜血を契機に発症し、全大腸炎型潰瘍性大腸炎、中等症（PUCAI40）と診断され、加療目的で当院を紹介受診した。内視鏡検査では回腸末端に点状出血を認め、直腸から盲腸にかけて連続性の細顆粒状粘膜を呈していた。再燃寛解を繰り返す経過で、PSL、Tac、6-MPによる治療歴を有し、その後も再燃を認めたが、2017年以降は青黛漢方により臨床的寛解を維持している。かざDNA研究所にて炎症性腸疾患遺伝子パネル解析を施行したが、原因遺伝子は特定されなかった。

【結果】患児および両親に全エクソームシーケンス解析を行い、患児のみにBCL6遺伝子ナンセンスバリエーションC. 808C>T/p. Arg270\*を同定した。本変異は国際的および日本人健康人ゲノムデータベースに登録のない極めて稀な変異であった。BCL6は転写抑制因子としてマクロファージ機能制御に関与することから、THP-1細胞を用いてBCL6をノックダウンし解析したところ、BCL6の発現レベルは30.6-46.8%に低下していた。また、マクロファージの腸管上皮への集積ならびに炎症型M1マクロファージへの分極化を促進するケモカインであるCCL2、CCL7、腸管上皮細胞のバリア破壊に寄与するマトリックスメタロプロテアーゼMMP3、MMP10の発現亢進がReal-time RT-PCRでも確認された。以上から、BCL6片側アレルのナンセンスバリエーションによりマクロファージの機能活性化が惹起され、IBD発症に関与することが示唆された。

【結論】超早期発症型炎症性腸疾患の一部において、BCL6機能異常が発症機序に関与する可能性が示された。

炎症性腸疾患，遺伝子解析

リン酸オセルタミビル服用翌日に発症した虚血性腸炎

横浜新緑総合病院 消化器センター

垣迫健介，白井孝之，五十嵐亮，塩沢牧子，石垣智之，権 勉成，宮島綾子，植田吉宣，佐々木一憲，江間 玲，平山亮一，大塚 亮，齊藤修治

【症例】症例は16歳、女性。発熱にて近医を受診し、B型インフルエンザと診断された。リン酸オセルタミビルが処方され、翌日から腹痛と下痢、血便を認めたため当院へ紹介され、緊急入院となった。腹部単純CTでは下行結腸からS状結腸にかけて浮腫性の変化を認めた。第2病日に下部消化管内視鏡を施行し、SD-junction付近に一部全周に及ぶ発赤粘膜及び縦走潰瘍を認めた。便培養ではStaphylococcus aureusが検出された。病理組織学的検査では、間質への炎症細胞浸潤、粘膜内出血、一部に立ち枯れ壊死が認められ、虚血性腸炎様の所見を呈した。リン酸オセルタミビルが誘引となった虚血性第腸炎と判断し同薬を中止したところ、血便を含めた消化器症状は第3病日に軽快し、第4病日に退院となった。リン酸オセルタミビル服用後下部消化管出血を発症した症例のうち、医学中央雑誌とPubMedの検索において詳細を確認できるものは自験例を含めて11例報告されていた。年齢：16歳-61歳で自験例が最年少であり、男/女：2/9人と女性に多かった。虚血性腸炎様の縦走潰瘍が認められたのは、自験例を含めた2例のみであった。【考察】インフルエンザに対するオセルタミビルの処方件数は本邦例が圧倒的に多く、本合併症の報告もほとんどが本邦からのものである。リン酸オセルタミビルで誘発される虚血性腸炎は稀な合併症ではあるものの、下部消化管出血の原因として念頭に置く必要がある。また、便培養結果の意義についても考察する予定である。

リン酸オセルタミビル，虚血性腸炎

広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例

社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 消化器外科<sup>1)</sup>、

富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科<sup>2)</sup>、

社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 救急科<sup>3)</sup>、

同 病理学<sup>4)</sup>

田澤賢一<sup>1)</sup>、伊東 剛<sup>1,2)</sup>、山野格寿<sup>1)</sup>、神山公希<sup>1)</sup>、山下 巖<sup>3)</sup>、加藤優子<sup>4)</sup>、渡邊奈月<sup>4)</sup>、藤井 努<sup>2)</sup>

症例は80代女性。腹痛、嘔気、嘔吐を主訴に当院ER受診、受診時の腹部CT検査で直腸に多量の便塊を認め、宿便に伴う閉塞性大腸炎（大腸壁の肥厚は不明瞭）と診断、救急科で保存的入院加療の方針となった。絶飲食、補液、抗生剤投与を行うも症状改善せず、第7病日、大腸カメラ検査施行、ほぼ全結腸にわたる大腸炎を認め、上行結腸とS状結腸の狭窄像を認めた。第17病日に再度CT検査施行、全結腸にわたる壁肥厚増を認め、狭窄型虚血性大腸炎と診断、手術適応となり、第22病日に当科転科となった。可能な限り保存治療を行い切除範囲の縮小を狙う方針で、TPN、整腸剤を継続、第27病日には流動食開始も排便不良（下痢）、第35病日にCF施行も上行結腸、S状結腸の狭窄には改善なく、検査後頻回の下痢と発熱を来し、CD toxin(-)、カテーテル感染症も疑いCVカテーテルを抜去した。第53病日にガストロ注腸施行も全結腸に内腔拡張不良を認め、経口摂取継続も頻回の下痢を来した。第59病日にCF施行もS状結腸狭窄の改善を認めず、口側結腸の観察は困難となった。進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の診断で、第79病日に全身麻酔下に開腹下結腸全摘出術、上行結腸人工肛門造設術（単孔式）を施行した。術後経過は良好で、早期の経口摂取開始も、排便管理良好、POD29に退院の運びとなった。病理組織学的に結腸全層に虚血性変化を認めるも、悪性癌、特異的な炎症像はなかった。進行する広範囲の内腔狭窄を来した狭窄型虚血性大腸炎の1例を経験した。保存加療にて治療効果を認めず、内腔狭窄が進行、手術介入により良好なQOLを得た。文献的考察を加えて報告する。

虚血性大腸炎，手術

JCHO 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科<sup>1)</sup>, 同 消化器内科<sup>2)</sup>, 岡野 莊<sup>1)</sup>, 軽部雄人<sup>2)</sup>, 上羽梨紗子<sup>2)</sup>, 西口貴則<sup>1)</sup>, 園田 光<sup>1)</sup>, 酒匂美奈子<sup>1)</sup>, 岩本志穂<sup>1)</sup>, 深田雅之<sup>1)</sup>

【背景】新規生物学的製剤のIL-23p19抗体であるGuselkumab (GUS) は、GALAXI試験およびGRAVITI試験で中等症から重症の活動期クローン病における有効性と安全性が確認された。しかしUstekinumab (UST) 経験例や肛門病変への効果は明らかでない。当院のGUSの使用例を後方視的にその有効性を検討する。【方法】2025年7月から12月に東京山手メディカルセンターでクローン病に対しGUSを投与し維持療法開始時(初回投与後12週～16週)まで観察した症例を対象とした。CDAIが投与開始時から100以上低下または150以下となった症例を改善、CDAI150以下となった症例を寛解と定義した。問診表で排液性痔瘻の閉鎖の有無を確認した。改善を予測する臨床的背景の因子を単変量解析(Wilcoxon検定、カイニ乗検定、Fisherの正確検定)で解析した。有意水準は $p < 0.05$ とした。【結果】対象は21例(小腸型6例、大腸型2例、小腸大腸型13例)でCDAI中央値は207.5 (IQR 94.5-306.8)であった。点滴静注導入は16例、皮下注導入が5例、ステロイド製剤併用率は33.3% (7例)、Advanced therapy経験例が71.4% (15例)だった。維持療法開始時の改善率は52.4%、寛解率47.6%、薬剤継続率81.0%であった。また、肛門病変がないこと ( $p = 0.009$ )、CDAIが低値 ( $p = 0.048$ ) であることが改善を予測する有意な因子だった。皮下注と点滴静注導入で改善率に差がなかった。また、痔瘻病変有病率は28.6% (6例)で寛解維持療法開始時の痔瘻病変閉鎖率50.0% (3例)。UST使用歴のある8例は改善率/寛解率とともに50.0%、薬剤継続率は87.5%であった。【結論】GUSは全体で5割以上の改善率を示し、UST使用例も半数が改善した。肛門病変の存在は非改善予測因子であったが、50%で排液性痔瘻が閉鎖した。UST経験例や痔瘻病変も効果が期待できる可能性がある。

クローン病, Guselkumab

筑波大学附属病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 感染症内科<sup>2)</sup>, 同 病理診断科<sup>3)</sup>, 和田拓海<sup>1)</sup>, 小林真理子<sup>1)</sup>, 目良麻衣<sup>1)</sup>, 岸本希実<sup>1)</sup>, 松本めぐみ<sup>1)</sup>, 吉田将太<sup>1)</sup>, 石川敬資<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>, 秋山慎太郎<sup>1)</sup>, 山田武史<sup>1)</sup>, 山本祥之<sup>1)</sup>, 坂本 琢<sup>1)</sup>, 奈良坂俊明<sup>1)</sup>, 加藤幹朗<sup>2)</sup>, 野山豪晏<sup>2)</sup>, 松岡亮太<sup>3)</sup>, 土屋輝一郎<sup>3)</sup>

【背景】*Chlamydia trachomatis*の血清型の1つであるLGV株は、性行為感染症である鼠径リンパ肉芽腫症(LGV)を引き起こす。LGVはかつて日本でも皮膚潰瘍や鼠径リンパ節腫脹等をもたらす性病として蔓延したが、1998年以降報告されていない。一方近年、欧米のHIV陽性男性同性愛者を中心に直腸炎を主体としたLGVの再興が報告されているが、本邦からの消化管病変の既報はない。【症例】梅毒を既往にもつ30歳代日本人男性。血便精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査(CS)で直腸潰瘍を認め、精査加療目的に当院を紹介された。血液検査ではsIL-2R 704 U/ml, T-SPOT陰性, CMV抗原陰性, HIV核酸増幅検査陽性であった。便培養は常在細菌。CSでは直腸に全周性の巨大な潰瘍を認め、S状結腸や直腸Raに耳介様増大を伴う潰瘍を複数認めた。病理組織所見では肉芽組織のみであった。CTでは直腸周囲リンパ節の腫大を認めた。HIV関連悪性リンパ腫を強く疑い、経肛門的に直腸粘膜の一部切除を伴う組織採取を行ったが、リンパ腫を疑う組織所見は認められなかった。sIL-2Rはさらに上昇し、再検したCSにて多発潰瘍は増大し悪化していた。HIV感染症の初期評価としてその他の性行為感染症を検索した結果、直腸拭い検体PCRで*C. trachomatis*陽性と判明し、クラミジアIgA抗体陽性であった。臨床像とあわせLGVと診断し、ドキシサイクリンを2日間投与したところ、血便の消失、sIL-2Rの低下、結腸・直腸潰瘍の瘢痕治癒を認めた。【考察】LGV株によるクラミジア感染症は、本邦で散見される非LGV株によるイクラ状粘膜を呈するクラミジア直腸炎や性器クラミジア感染症と全く異なる臨床像を呈する。従来は鼠径リンパ節腫脹が主症候であったが、近年の欧米でのアウトブレイクは直腸炎が主体である。本邦ではLGVによる直腸病変の報告はなく疾患認知度は低いことからHIV感染者における原因不明の直腸炎では本疾患を想起することが肝要である。今後HIV感染者数の増加や男性同性愛者交流の国際化に伴い、欧米と同様に本邦でもLGV増加が懸念され、疾患についての周知と注意喚起が必要と考え報告する。

クラミジアLGV感染症, 結腸・直腸潰瘍

地方独立行政法人国保旭中央病院 消化器内科 鈴木隆斗, 中川美由貴, 志村謙次

【背景】エルシニア腸炎は、回盲部の炎症や腸間膜リンパ節炎により、偽虫垂炎症状を呈することが知られている。今回我々は、典型的な画像・内視鏡所見を呈し、有症状期間が比較的長期にわたった成人のエルシニア腸炎3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1: 40代女性。右下腹部痛を主訴に前医で虫垂炎を疑われ受診。CTで終末回腸の全周性壁肥厚と腸間膜リンパ節腫大を認め、培養で*Yersinia enterocolitica*を検出した。症例2: 70代男性。9日前からの下痢・腹痛。大腸内視鏡検査で終末回腸から上行結腸にかけて浮腫と浅い潰瘍、びらんを認め、培養で*Yersinia enterocolitica*を検出した。症例3: 50代男性。3ヶ月前より下痢が持続し改善しないため受診。CTで終末回腸の壁肥厚を認め、大腸内視鏡検査では終末回腸からパウヒン弁にかけて多発潰瘍を認めた。生検組織の洗浄培養にて*Yersinia enterocolitica*を検出した。全例とも抗菌薬を要さず、整腸剤等の対症療法にて自然軽快した。【考察】自験例の有症状期間は1週間から3ヶ月と、サルモネラやカンピロバクター等の細菌性腸炎(約1週間)に比して遷延する傾向にあった。医中誌を用いた国内報告33例の検討においても、平均症状期間は2週間程度であり、1ヶ月を超える症例も散見された。本症の診断には、CTにおける回盲部リンパ節腫大や、内視鏡における終末回腸の多発アフタ、バイエル板腫脹などの特徴的所見から本症を疑い、適切な培養検査(低温増菌法等)を行うことが肝要である。回盲部潰瘍を呈する疾患として、クローン病や腸結核、腸管型バーチエット病等との鑑別が重要であるが、経過が遷延する感染性腸炎として本症を常に念頭に置く必要がある。【結論】遷延する腹痛・下痢を伴う回盲部炎の診察において、エルシニア腸炎は重要な鑑別疾患の一つである。

エルシニア腸炎, 感染性腸炎

自治医科大学 内科学講座 消化器外科部門<sup>1)</sup>, 同 外科学講座 消化器一般移植外科部門<sup>2)</sup>, 自治医科大学附属病院 病理診断部<sup>3)</sup>, 海老原光<sup>1)</sup>, 木下 翼<sup>1)</sup>, 西岡 駿<sup>1)</sup>, 小林卓真<sup>1)</sup>, 上野 貴<sup>1)</sup>, 加賀谷結華<sup>1)</sup>, 林 芳和<sup>1)</sup>, 石橋佳奈<sup>2)</sup>, 伊藤 誉<sup>2)</sup>, 廣田由佳<sup>3)</sup>, 矢野智則<sup>1)</sup>

【症例】70歳代、男性。心房細動に対して、リパーロキサパンを内服している。【病歴】2ヶ月前から労作時の息切れを自覚し、約1ヶ月前に黒色便が数日続いたため近医を受診してHb 6.3 g/dLの貧血を認め、消化管出血の疑いで入院した。上下部内視鏡では貧血の原因となる所見を認めず、輸血で貧血改善して退院した。しかし、その後も貧血進行があり、小腸出血疑い(suspected small bowel bleeding: SSSB)で当院に入院した。経過中に腹部症状はなく、入院時の造影CT検査ではextravasationを認めず、入院翌日に小腸カプセル内視鏡(CE)を施行したが、小腸には微量の凝血を1つ認めた他は有意所見を認めなかった。CE読影後に入院時の造影CTを再見すると、僅かな造影効果を伴う結節様病変が下部空腸で極短い腸重積を起していた。小腸腫瘍を疑い、入院4日目に経口ダブルバルーン内視鏡検査(DBE)を施行し、幽門から275 cm肛門間の下部空腸に、粘膜が脱落した18 mm大と10 mm大の二股に別れた垂有茎性ポリープを認めた。同病変が出血源と考え、ポリープ近傍に点墨した後、入院7日目に腹腔鏡下空腸部分切除術を行った。病理結果は、炎症性線維性ポリープであった。術後経過は良好で術後7日目に退院した。以降は、消化管出血の徴候なく経過している。【考察】SSSBの診断において、造影CT検査の次に低侵襲で小腸観察可能なCEが選択されることが多いが、偽陰性となりうる病変も存在する。比較的大きな小腸腫瘍でも、腸重積を起していると同正常粘膜しか撮影できない場合や、口側でしばらく留まった後に急速に通過して視認できない場合があり、今回のようにCEで偽陰性となりうる。今回の症例は、SSBBの診断において、各モダリティの特徴を理解して使い分ける重要性を示した、臨床的示唆に富む貴重な一例であった。

小腸ポリープ, ダブルバルーン内視鏡

### 37 回腸憩室からの活動性出血に対して内視鏡的止血術による完全止血を得た1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科  
鴻 千尋, 赤須貴文, 高山真哉, 中野春菜, 猿田雅之

【症例】70歳代 男性【主訴】鮮血便【既往歴】大動脈弁置換術後(機械弁), 慢性大動脈解離術後【現病歴】当院心臓外科に大動脈弁置換術後, 慢性大動脈解離術後などからくりつけの患者。これらに対しワルファリンカリウムを内服中, 数時間前からの鮮血便を主訴に, 当院救急部を独歩で受診した。【受診時身体所見・検査所見】血圧140/80 mmHg, HR 80回/分, 腹部に自発痛・圧痛を認めない。血液検査ではHb 10.7g/dL, 腹部Dynamic CT検査では回腸末端部に造影剤の血管外漏出を認めた。【経過】臨床症状, 血液検査所見, 造影CT所見から小腸出血疑いとして緊急入院とした。即日, 下部消化管内視鏡検査を施行。パウヒン弁より数センチ口側の回腸末端に小さな憩室を認め, 同部位より活動性出血を認めたためクリッピング止血した。その後再出血を認めなかったために, 第3病日より食事・ワルファリンカリウムを再開し, 緩徐に食上を行った。治療経過は良好であり, 第9病日に自宅に退院した。【考察】小腸憩室症は, 有病率が0.06~0.31%程度とされ, 全消化管憩室における割合も1.4-3.2%とかなり稀な疾患である。また, ここから出血を来す症例も稀であるが, 今回は下部消化管内視鏡検査にて活動性出血する瞬間を捉えクリッピングでの止血に成功した。退院後, 99mTc-シンチグラフィを施行しMeckel憩室の可能性を検討したが陰性であり, 仮性憩室からの出血であった可能性が高いと判断した。貴重な症例と考え, 考察を併せて報告する。

小腸憩室出血, 消化管出血

### 38 炎症性偽腫瘍と考えられる1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 病理検査科<sup>2)</sup>

芹澤宏樹<sup>1)</sup>, 永山智弓<sup>1)</sup>, 田村繁樹<sup>1)</sup>, 吉原 努<sup>1)</sup>, 古川潔人<sup>1)</sup>, 高橋伸太郎<sup>1)</sup>, 佐藤晋二<sup>1)</sup>, 森川瑛一郎<sup>1)</sup>, 細野邦広<sup>1)</sup>, 池田隆明<sup>1)</sup>, 飯田真岐<sup>2)</sup>, 辻本志朗<sup>2)</sup>

症例:70歳代, 男性。主訴:発熱, 嘔吐。既往歴:高血圧, 脂質異常症で通院中。現病歴:20XX年4月上旬, 特誘因なく発熱, 嘔吐が出現した。2日後には体温が39℃まで上昇した。このため近医を受診し, 超音波検査で肝内多発腫瘍を指摘され紹介入院となった。身体所見:37.9℃の発熱, 上腹部に圧痛を認めた。検査成績:WBC 15000/ $\mu$ l, RBC 430 $\times 10^4$ / $\mu$ l, Hb 12.7g/dl, Hct 38.2%, Plt 13.1 $\times 10^4$ / $\mu$ l, CRP 21.9mg/dl, AST 457U/L, ALT 349U/L, LDH 558U/L, ALP 69U/L,  $\gamma$ -GTP 285U/L, T-Bil 2.53mg/dl, BS 92mg/dl, AFP 2.2ng/ml, CEA 3.8ng/ml, HCV抗体(-), HBs抗原(-)。臨床経過:腹部超音波で肝S3, S5, S8に25~50mmの低エコー腫瘍を確認した。造影超音波では, 内部は不規則な隔壁様造影効果を示した。臨床経過, 画像所見より肝膿瘍を考え, CTRXによる治療を開始した。入院時の血液培養でKlebsiella pneumoniaeが検出された。治療開始7日目のMRIで腫瘍は最大90mmまで増大した。T2WIで腫瘍部は高信号であり, 周辺部に花卉状に並んだ微細な液状部を思わせる高信号が認められ, 同部位はDWIで拡散抑制を示した。経過中の腹部超音波では穿孔可能な液状化は認められず, 膿瘍ドレナージは困難であった。7日目より組織移行性を考慮し, 抗菌薬をLVFXに変更した。入院1か月後のCRPは0.78mg/mlまで改善し, MRIで腫瘍の縮小が確認できた。液状化がないなど典型的な肝膿瘍とは異なると考え, 腫瘍生検を施行した。採取組織は線維芽細胞増殖とリンパ球, 形質細胞の浸潤が認められ, 炎症性偽腫瘍に矛盾しない所見であった。IgG4は24mg/dlと基準値内であった。その後は外来で経過観察を行っている。考察:肝膿瘍の一部に慢性緩徐に経過し, 穿孔可能な液状化を認めない経過をとるものがあり, 組織像を含めて肉芽性肝膿瘍と診断されている。また, 炎症性偽腫瘍の一部はこの種類の肝膿瘍であると報告が認められる。本例はこれに該当する症例と考えられた。結語:本症例は炎症性偽腫瘍と肉芽性肝膿瘍の関連を考える上で示唆に富む症例と考え報告する。

炎症性偽腫瘍, 肉芽性肝膿瘍

### 39 好酸球性胃腸炎を背景とし好酸球浸潤による急性肝炎の1例

日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科  
田代大二郎, 葉山惟信, 長尾千香子, 鈴木健太, 北村倫香,  
小谷野香織, 長谷川雄太, 新井泰央, 厚川正則

【背景】好酸球性疾患は炎症の主座により疾患分類されるが, 肝臓を主座とする疾患概念は確立していない。今回我々は好酸球性胃腸炎(EGE)の診断基準を満たした著明な好酸球浸潤による急性肝炎を経験したため報告とする。【症例】70歳代女性【既往歴】NSAIDs喘息【常用薬】なし【アレルギー】なし【嗜好歴】ビール350mL/日, 喫煙6本/日過去10年間【経過】X年Y月から軽度の悪心や食欲不振があり, Y+1月の健診にてAST 545IU/L, ALT 810IU/Lの肝逸脱酵素高値を指摘された。前医を受診し外来経過観察となるも経時的に肝逸脱酵素上昇と造影CTの肝実質造影不均一を認め, 急性肝炎の診断で緊急入院となった。安静にて7日間経過を診るも改善乏しく, 総ビリルビン9.2mg/dLに増悪したため精査療目的に当院へ転院となり, 入院時の採血では各種肝炎ウイルスマーカーや自己免疫抗体などは陰性であったが, 末梢血好酸球数3665/ $\mu$ lとIgE上昇を認められ好酸球性疾患が鑑別に挙げられた。肝生検を施行したところ肝実質や門脈, 胆管と広範囲に60/HPFの好酸球浸潤が目立つ亜急性肝炎像を認め, 下部消化管内視鏡検査の生検では盲腸と上行結腸から27/HPF好酸球浸潤を認めた。消化器症状と病理所見より好酸球性胃腸炎(重症度分類24点の中等症)の確定診断となった。EGEの治療ガイドラインに準じてプレドニゾロン0.4mg/kgで開始したところ肝逸脱酵素と総ビリルビンは速やかに改善を認め, 悪心や食欲不振は消失した。プレドニゾロンは適宜漸減しY+5月現在は維持量5mg/dayにて肝逸脱酵素は正常値範囲を推移している。【考察】EGEは本邦において10万人あたり10人程度の有病率であるが, 本症例のように肝障害を伴う症例の頻度は明らかではなく症例報告に留まっている稀な病態である。明らかな発症機序は不明であるが, 既往では好酸球の脱顆粒による腸管バリア障害および腸内細菌叢異常を介して, 門脈経路で肝に炎症刺激が及ぶ可能性が示唆されている。本症例において, 消化管の臨床症状はごく軽度であり, 好酸球浸潤の主たる臓器が消化管ではなく肝臓であったことは特記すべき所見であった。

好酸球性胃腸炎, 急性肝炎

### 40 肝動脈瘤破裂を契機に診断に至った結節性多発動脈炎疑いの1例

深谷赤十字病院 消化器科

須賀裕裕, 葛西豊高, 江藤宏幸, 牛山 叡, 大山湧平, 石嶋 貴,  
長谷川綾香, 川辺晃一, 中原守康, 岡本四季子, 石川文彦

【症例】70歳代男性。20XX年7月から発熱, 倦怠感, 筋肉痛が出現した。1週間経過をみたが症状は改善せず, 当院緊急入院となった(第1病日)。血液検査で肝胆酵素上昇, 炎症反応上昇を認めた。胸腹骨盤造影CT検査では明らかな異常を認めなかった。感染症, 膠原病, 悪性腫瘍を念頭に精査したが, 原因の同定には至らなかった。P-ANCA, C-ANCAは陰性だった。第16病日に急激な貧血の増悪を認めた。同日上部消化管内視鏡検査を施行したが, 明らかな出血性病変を認めなかった。第19病日に胸腹骨盤造影CT検査を施行し, 肝被膜下の血腫および肝門部に直径8mmの肝動脈瘤を認め肝動脈瘤破裂と診断した。同日緊急腹部血管造影検査を施行した。右肝動脈瘤の他に肝動脈に複数の微小動脈瘤および右胃大網動脈に動脈瘤を認めた。右肝動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した。発熱, 体重減少, 筋肉痛, 炎症反応上昇等の臨床所見と中型血管動脈瘤の存在から, 結節性多発動脈炎疑いと診断した。PSL60mg/日で治療を開始し, 症状は速やかに改善した。動脈瘤の増大や再破裂を認めなかった。

【考察】結節性多発動脈炎は中・小動脈瘤に壊死性血管炎を生じ多臓器に血栓や動脈瘤を形成する疾患である。ANCA陰性例が多く, 症状も非特異的で不明熱として経過することがある。自験例は造影CT検査で破裂前から徐々に増大する肝動脈瘤を認めていたが, 事前に肝動脈瘤の指摘をできなかった。動脈瘤破裂による腹腔内出血を契機に結節性多発動脈炎と診断された症例は少数例が報告されている。自験例は腹痛を伴わない肝動脈瘤破裂を契機に結節性多発動脈炎の診断に至った。肝動脈瘤の進行を造影CT検査で経時的に確認できた点において貴重な一例である。不明熱診療の際には, 造影CT検査で動脈瘤の有無に留意することにより, 結節性多発動脈炎の早期診断に繋がる可能性があると考えられた。

結節性多発動脈炎, 肝動脈瘤破裂

## 41 肝生検により診断された成人糖尿病の1例

順天堂大学医学部附属練馬病院 消化器内科  
望月佑奈, 本橋澄明, 坂本龍彌, 宇都宮尚典, 丸山貴史, 太田寛人,  
鈴木信之, 石井重登, 福生有華, 大久保裕直

50代女性。軽度肝機能障害と肝腫大を指摘され、紹介受診となった。既往歴に特記事項なし。初診時AST 36 IU/L、ALT 33 IU/L、T-Bil 0.4 mg/dL、 $\gamma$ -GTP 129 U/L。腹部超音波では肝左葉の腫大は目立たないが右葉は腫大し、肝実質はまだらで低・高の微小結節様エコーが散在していた。肝静脈は右葉優位に拡張が目立っていた。Shear Wave imagingによるVs値は1.98(F4相当)、Strain imagingによるLF Index 1.276(F0-F1相当)で線維化以外が考えられ、ATTは0.71(S2-S3相当)であった。ソナゾイド造影超音波Kupffer相では肝内に明らかな欠損域は認めなかった。CTでも同様に右葉優位の肝腫大と肝実質濃度の上昇を認めた。また、MRIでは肝実質に鉄沈着の所見はみられなかった。肝生検では、肝細胞は軽度腫大し細胞質は淡明化。細胞質はPAS染色で陽性、消化PAS染色で陰性となりグリコーゲンを認め糖尿病と診断した。遺伝子検査では、PHAK2 c.2549A>TかつPHAK2 c.2549C>Tであり、糖尿病IXa型の診断に至った。成人期に診断される無症候性の糖尿病はまれであり、その画像所見および病態について報告する。

糖尿病, 肝生検

## 43 EUS-TAで診断に至り急速な転帰をたどった分類不能高悪性度肉腫の1例

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
同 肝胆膵外科<sup>2)</sup>, 同 大腸外科<sup>3)</sup>, 同 病理科<sup>4)</sup>  
岩城公人<sup>1)</sup>, 星 健介<sup>1)</sup>, 仲程 純<sup>1)</sup>, 千葉和朗<sup>1)</sup>, 南 亮悟<sup>1)</sup>,  
飯塚敏郎<sup>1)</sup>, 倉田昌直<sup>2)</sup>, 武井信論<sup>2)</sup>, 二宮理貴<sup>2)</sup>, 春山泰治<sup>2)</sup>,  
沖永裕子<sup>2)</sup>, 中村萌衣<sup>2)</sup>, 澤野友輝<sup>2)</sup>, 中守咲子<sup>3)</sup>, 元井 亨<sup>4)</sup>

【症例】70歳代男性【現病歴】発熱および体動困難を契機に腹腔内腫瘍を指摘され精査治療目的に入院となった。【既往】C型肝炎治療後肝硬変、脳梗塞、脳出血、高血圧症【血液検査】白血球 6400/ $\mu$ L、CRP 15.93 mg/dLと炎症反応の上昇を認めたが、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。【画像検査】CTにて右上腹部において横行結腸腸間膜に位置し腸管に接する、最大径58mmの境界不明瞭な分葉状腫瘍を認めた。腫瘍は早期相で不均一に造影され、中央に壊死を示唆する非造影域を伴い、平衡相でwash outを呈した。【経過】診断目的に第2病日にEUS-TAを施行した。病理組織診では紡錘形細胞が錯綜配列を呈し密に増殖しており鑑別としてGISTや脱分化型脂肪肉腫、神経原性腫瘍、多型肉腫が疑われたが確定診断には至らなかった。遠隔転移は認めず外科的切除の方針となり、第27病日に腹腔内腫瘍摘出術を含む開腹右半結腸切除術及び胆嚢摘出術を施行された。摘出検体の病理組織診、免疫組織化学的検討において、上皮系、筋系、神経系、血管系、消化管間質腫瘍を示唆する所見はいずれも認めず、特定の分化系統を示さなかったことから分類不能の高悪性度肉腫と最終診断した。術後経過は良好であり第52病日に退院となったが、第104病日のCTで腹腔内に多発腫瘍を認め高悪性度肉腫の再発と診断した。短期間で再発であり患者希望にてbest supportive careの方針となり、第124病日に死亡転帰となった。【考察・結論】EUS-TAは腹腔内腫瘍に対し低侵襲に情報を得る手段として有用性であるが、本症例のような分類不能高悪性度肉腫では組織学的異質性や検体量の制約からEUS-TAのみでの正確な組織学的分類や予後予測には限界がある。未分化肉腫は悪性軟部腫瘍の約20%を占め、腹腔内原発例は稀で極めて予後不良とされる。本例は腹腔内巨大腫瘍に対するEUS-TAの意義や限界を示すとともに、分類不能高悪性度肉腫の極めて侵襲性の高い臨床経過を示した一例であり、文献的考察を加えて報告する。

EUS-TA, 分類不能高悪性度肉腫

## 42 急速に進行し肝不全を呈したAL型アミロイドーシスの1例

埼玉医科大学総合医療センター 消化器・臓器内科  
岡村 洗, 堀裕太郎, 川村祐介, 岡田悠吾, 清水佳祐,  
勅使河原亨三郎, 永原昂太, 寺本駿也, 道鎮 優, 宮内琉希,  
鶴田正樹, 増淵悟志, 倉岡直亮, 加藤真吾, 岡 政志,  
松葉三郎

【症例】50歳代、女性。「主訴」なし（肝障害、腹腔内リンパ節腫脹）。「現病歴」高血圧、脂質異常症で近医通院中、肝障害を指摘されCTを施行したところ腹腔内リンパ節腫大を認め、X年9月3日に当院血液内科へ紹介となった。リンパ節はいずれも15 mm以下で、sIL-2RやLDの上昇はなく、悪性リンパ腫は否定的であった。採血ではAST 203 U/L、ALT 421 U/L、 $\gamma$ -GTP 2282 U/Lと胆道系酵素優位の肝障害を認め、X年9月17日に当科紹介となった。当院での造影CTでは胆嚢壁浮腫および総胆管左側にリンパ節様低吸収域を認め、胆管圧排が疑われた。腹腔内リンパ節腫脹による閉塞性黄疸を第一に考え、X年9月24日に入院の上、上部消化管内視鏡（EGD）、超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）を施行した。EUS（超音波内視鏡）では傍大動脈および肝十二指腸間膜リンパ節の腫大を認め、同部位に対しEUS-FNAを施行した。ERCPでは明らかな胆管狭窄や肝内胆管拡張は認めず閉塞性黄疸は否定的であった。EUS-FNAの病理組織学的検査ではリンパ節内にアミロイド沈着を認めた。その後、X年10月17日には直接ビリルビン優位の黄疸と肝機能障害が進行したため、肝障害の原因精査および確定診断目的にX年11月25日に経頸静脈的肝生検（TJLB）を施行した。病理組織学的検査では肝実質内にびまん性のアミロイド沈着を認め、免疫染色IgG- $\lambda$ 型であり、AL型肝アミロイドーシスと診断した。「結語」胆道系優位の肝障害および黄疸を前面に発症し、その後のAL型アミロイドーシスと診断された症例を経験した。本症例のような経過のAL型アミロイドーシスは比較的稀と考えられたため文献的考察を加えて報告を行う。

アミロイドーシス, 肝不全

## 44 特徴的な画像所見より術前に診断し得た胆嚢捻転症の1例

横浜保土ヶ谷中央病院 消化器内科<sup>1)</sup>,  
横浜市立大学附属病院 消化器内科<sup>2)</sup>  
大庭雄一<sup>1)</sup>, 日下恵理子<sup>1)</sup>, 池澤百合花<sup>1)</sup>, 西脇友紀<sup>1)</sup>, 渡部 衛<sup>1)</sup>,  
桑島拓史<sup>1)</sup>, 中馬 誠<sup>1)</sup>, 前田 慎<sup>2)</sup>

【背景】胆嚢捻転症は、可動性を有する胆嚢がその茎部を軸に回転し、血流障害を来す稀な疾患である。術前診断は困難な場合が多いが、壊死や穿孔を避けるため迅速な外科的介入が求められる。今回我々は入院時の画像検査にて術前診断し得た一例を経験したので報告する。【症例】90歳代、女性【主訴】右下腹部痛、嘔吐【現病歴】20XX年12月15日に嘔吐し、翌16日より右下腹部痛が出現した。前医受診を経て17日に当院を受診した。腹部触診にてMurphy徴候陽性であった。血液検査では、WBC 14500/ $\mu$ L、CRP 19.31 mg/dlと高度な炎症反応の亢進を認めた。一方で、T-Bil 0.8 mg/dL、AST 22 U/L、ALT 17 U/L、ALP 68 U/Lと胆道系酵素は正常範囲内であった。同日に単純CT、造影CT、MRCPを撮影した。単純CTでは胆嚢底部の下方偏位、胆嚢頸部の高吸収域を認め、造影CTでは胆嚢壁の造影効果は保たれていた。MRCPでは肝外胆管のV字変形を認めた。以上より胆嚢捻転症と診断し、絶食及び抗菌薬の投与による保存的治療を開始した。胆嚢摘出術が推奨される病態であったが、92歳と高齢で本人の手術拒否もあったため、自然解除を期待して保存的治療を継続した。腹部所見や血液検査所見は徐々に改善したが、12月24日の腹部単純CTで捻転の解除は認められず、12月25日に胆嚢摘出術を施行した。明らかな合併症もなく経過良好で2026年1月5日に退院となった。【考察】胆嚢捻転症は術前診断が困難な疾患であるが、我々は術前診断し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

胆嚢捻転症, MRCP

順天堂大学医学部附属 順天堂医院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 放射線科<sup>2)</sup>, 同 腫瘍内科<sup>3)</sup>, 同 肝胆脾外科<sup>4)</sup>, 戸端優真<sup>1)</sup>, 富嶋 享<sup>1)</sup>, 倉田美実<sup>1)</sup>, 竹田 努<sup>1)</sup>, 福嶋浩文<sup>1)</sup>, 戸張真紀<sup>1)</sup>, 藤澤聡郎<sup>1)</sup>, 狩野樹生<sup>2)</sup>, 石川敏昭<sup>3)</sup>, 齋浦明夫<sup>4)</sup>, 永原章仁<sup>1)</sup>, 池嶋健一<sup>1)</sup>, 伊佐山浩通<sup>1)</sup>

【背景】胆道癌はheterogeneityの遺伝子異常が報告されており、解剖学的な部位によって発現する遺伝子異常が異なる。一方、胆道癌に対する標準化学療法は選択肢が少なく、治療標的となる遺伝子異常が見つかった場合は予後改善する報告がされている。今回肝内胆管癌に対してFGFR2 癒合遺伝子陽性でタスルグラチニブを導入した症例を経験したため報告する。【症例】60代男性。2023年11月に肝左葉外側区域に40mm大の腫瘤を認め、精査の結果肝内胆管癌と診断した。ゲムシタピン+シスプラチン+デュラバルマブ(GCD)の術前化学療法後、肝左葉切除術を施行(pStage IV A; T3N1M0)。術後補助化学療法としてTS-1で継続治療。術後1年4か月で胸骨転移の出現とCA19-9の上昇を認め再発と判断。GCDを再導入し6コース施行後、術後1年10か月で胸骨転移以外の病変を認めないため骨転移に対して体幹部定位放射線治療(SBRT, 35Gy/5回)を施行。同時期に手術検体に遺伝子パネル検査(foundation one CDx)を施行したところ、FGFR2N549SとFGFR2-BICC1 fusionを検出した。ペギカチニブでは耐性変異となる可能性があり、FISH検査を追加してFGFR2 癒合遺伝子陽性を確認して、タスルグラチニブを開始した。血小板低下のため2段階減量(70mg/day)し、投与後2週間で血清リン値が上昇したため炭酸ランタンを投与した。治療開始後CA19-9が正常化し、3か月後の初回画像評価においても胸骨転移はSD範囲内であったが縮小傾向であった。現在、網膜剥離も含めて大きな偶発症なく治療継続している。【考察】胆道癌は2次治療以降の選択肢が少なく、遺伝子異常に対するMatched therapyも増えてきたので適切なタイミングでの遺伝子パネル検査が必要である。現在保険収載されているFGFR阻害薬は3つあり耐性変異による治療選択肢も加味した検討が必要である。

胆道癌, 化学療法

高度炎症を伴うisolated IgG4関連硬化性胆管炎に対しステロイド治療が著効し胆管ドレナージを回避し得た1例

大森赤十字病院 消化器内科 片山大暉, 高柳卓矢, 高橋耕平, 赤瀬夢つみ, 寺一稜介, 廣畑 愛, 林 映道, 飯田敏史, 海老澤佑, 須藤拓馬, 有本 純, 新倉利啓, 中岡宙子, 千葉幸幸, 井田智則

【症例】70歳代男性。X年12月、左背部から心窩部にかけての痛みを主訴に当院を受診した。既往にアルコール性肝障害、腰椎圧迫骨折、2型糖尿病あり。血液検査ではCRP17.96mg/dL, WBC11700/ $\mu$ Lと高度の炎症反応上昇を認め、肝胆道系酵素の軽度上昇を伴っていた。造影CTでは、肝門部領域から左優位の肝内胆管の多発狭窄および壁肥厚を認め、肝左葉の萎縮と上腹部多発リンパ節腫大を認めた。血清IgG4は285mg/dLであった。以上より、IgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)、原発性硬化性胆管炎、胆管癌、悪性リンパ腫を鑑別に挙げた。MRCPでは肝門部領域から左優位の肝内胆管に多発狭窄を認め、EUSでは総肝管に壁肥厚を認めたが、膵内胆管に壁肥厚や狭窄は認めなかった。病理学的評価目的に傍大動脈リンパ節に対して22G針にて超音波内視鏡下組織採取を施行。IgG4/IgG陽性細胞比は評価困難であったが、IgG4陽性細胞が100個/HPFであった。以上より、IgG4-SCを強く疑い、明らかな敗血症所見を認めず、全身状態が安定していたこと、多発胆管狭窄で限局的なドレナージ適応病変を認めなかったことから胆管ドレナージは施行せず、PSL0.6mg/kg/dayによるステロイドトライアルを開始した。治療開始2週後のMRCPで胆管狭窄の改善を認め、造影CTでは腫大リンパ節の縮小を認めた。血液検査においても炎症反応は著明に改善し、ステロイド反応性は良好と判断した。IgG4-SC診断基準2020に基づき、isolated IgG4-SC (Type2) 確診と診断した。現在は外来でステロイド漸減しながら経過をみている。

【結語】高度炎症および腹腔内リンパ節腫大を伴うisolated IgG4関連硬化性胆管炎に対しステロイド治療が著効し胆管ドレナージを回避し得た1例を経験した。本症例は高度炎症を呈するIgG4-SCの診断および治療戦略を考えるうえで示唆に富むと考え、文献的考察を加えて報告する。

IgG4関連硬化性胆管炎, 胆管ドレナージ

膵管破綻により広範な難治性門脈血栓症を合併した慢性膵炎の一例

日本医科大学 消化器肝臓内科学 水村泰幸, 長谷川雄太, 長尾千香子, 北村倫香, 鈴木健太, 小谷野香織, 新井泰史, 葉山惟信, 金子恵子, 厚川正則

【症例】60歳代男性【現病歴】20××年10月より心窩部痛を自覚し、11月に前医を受診した。腹部造影CTで膵尾部腫大および脾静脈から門脈左枝に及ぶ造影不良域を認め、急性膵炎、門脈血栓症と診断され、精査加療目的に12月に転院搬送となった。【嗜好歴】喫煙: 20本/日, 飲酒: なし。【入院後経過】超音波内視鏡(EUS)で低エコー域に観察される部位に対してEUS-FNAを施行したが悪性所見を認めなかった。門脈血栓症の原因は血栓と判断し抗凝固療法を開始したが、血栓は不変であり、器質化が疑われた。MRCPにて膵尾部に一部主膵管狭窄と尾側主膵管の拡張を認め、慢性膵炎の所見であった。絶食にてCTでの膵炎像は一時的改善するも、脂肪含有食摂取にて膵尾部に局限した膵炎を反復性に認め、膵管破綻が疑われた。内視鏡的逆行性膵管造影(ERP)を施行したところ、主膵管から腹腔内へ造影剤の漏出を認め、膵管破綻と診断し、ENPDを行った。その後、血液検査にて炎症反応は改善傾向であったが、腹痛は残存しており、内瘻による根治は困難と判断し、膵尾部切除術を施行した。【考察】慢性膵炎では膵管内圧上昇や反復する炎症により膵管破綻を来し、膵液瘻を形成することが報告されている。本症例では腹腔内に漏出した膵液が脾静脈に長時間曝露されることで血管内皮障害を来たし、広範な血栓形成を惹起した可能性が示唆された。食事摂取により膵液分泌が促進され、腹腔内への膵液漏出が反復性腹膜炎として顕在化したと考えられた。切除術では、膵実質は炎症細胞浸潤と腺房細胞の減少を認め、一部で高度な繊維化を伴い、慢性膵炎に矛盾しない所見であった。また、嚢状に拡張した主膵管とその内部に蛋白栓を認め、上皮の欠損した主膵管の存在を確認した。【結語】慢性膵炎に合併した膵管破綻および膵液瘻が広範な門脈血栓形成と反復性腹膜炎を来した一例を経験した。難治性膵炎や原因不明の門脈血栓症では膵液瘻の検索が重要である。

膵炎, 門脈血栓

血糖コントロールの悪化を契機に判明した膵腺扁平上皮癌の一例

社会医療法人 河北医療財団 河北総合病院 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 病理診断科<sup>2)</sup>, 同 放射線腫瘍科<sup>3)</sup> 平出晶利<sup>1)</sup>, 島田幸幸<sup>1)</sup>, 吉見慎太郎<sup>1)</sup>, 永川 貴<sup>1)</sup>, 水野文裕<sup>1)</sup>, 田島大樹<sup>1)</sup>, 山下浩子<sup>1)</sup>, 五十嵐裕章<sup>1)</sup>, 園田寛道<sup>1)</sup>, 大井手慶<sup>2)</sup>, 唐澤久美子<sup>3)</sup>

【症例】70歳代女性【主訴】体重減少【現病歴】2型糖尿病に対して近医にて経口血糖降下薬で加療をしていたが、血糖コントロールが悪化し当院内分泌代謝内科を紹介受診した。造影CT検査で膵体部から尾部にかけて64×42mm大の不均一な造影効果を呈する腫瘤が指摘された。膵体尾部癌が疑われ、血糖コントロール及び膵臓癌精査目的に入院した。【経過】腫瘍マーカーはCEA11.0ng/mL, CA19-91099.9U/mLと高値を認めた。入院後EUS-FNAを施行したところ、病理検査では低分化な癌成分を認めた。染色結果より扁平上皮癌の診断が得られたが、膵扁平上皮癌は非常に稀であるため、膵腺扁平上皮癌の扁平上皮成分が生検で採取されたと判断した。CT検査では他臓器への明らかな転移は認めないが、腹腔動脈、脾動脈への浸潤が疑われ、局所進行切除不能膵癌と診断した。化学放射線療法として、TS-1内服及び、50.4Gy/28回の治療を行った。3か月後に施行したCT検査で肝転移と原発癌の増大を認め、PDと判断しパクリタキセル及びゲムシタピン療法の方針となった。入院し化学療法を施行したが1コース目を実施したのちADLの低下が著しく、化学療法の継続は困難と判断しBSCの方針となった。【考察】膵腺扁平上皮癌は膵臓癌の約1%とかなり稀な疾患であり、腺癌と扁平上皮癌の両方の性質を併せ持ち、通常の腺癌よりも進行が早く予後不良とされている。画像所見としては膨張性の発育を認め、腫瘤内部の造影不良域といった壊死所見が特徴的である。標準的な治療法は定まっておらず、膵癌に準じて行われる。本症例は化学放射線療法を施行したが病勢の進行を認めた。膵腺扁平上皮癌は予後不良のため、早期発見し速やかな治療の開始が重要である。本症例は血糖コントロール不良を契機に発見されており、常に悪性腫瘍の可能性を念頭に置いて診療にあたる必要がある。

膵腺扁平上皮癌, 化学放射線療法

慶應義塾大学病院 内科学(消化器)<sup>1)</sup>, 同 一般・消化器外科<sup>2)</sup>, 同 病理学教室<sup>3)</sup>, 同 放射線科学教室(治療)<sup>4)</sup>, 同 放射線科学教室(診断)<sup>5)</sup>, 同 がんゲノム医療センター<sup>6)</sup>, 蔵田準也<sup>1)</sup>, 川崎健太<sup>1)</sup>, 加藤亜美<sup>1)</sup>, 會田卓弘<sup>1)</sup>, 笠原美沙<sup>1)</sup>, 加藤智尋<sup>1)</sup>, 石田典仁<sup>1)</sup>, 千田彰彦<sup>1)</sup>, 津軽 開<sup>1)</sup>, 茅島敦人<sup>1)</sup>, 堀部昌靖<sup>1)</sup>, 深田淳一<sup>2)</sup>, 若瀨 雄<sup>2)</sup>, 中村康平<sup>3)</sup>, 西原広史<sup>4)</sup>, 関根茂樹<sup>5)</sup>, 金井隆典<sup>1)</sup>, 平田賢郎<sup>1)</sup>

【症例】50歳代女性【現病歴】X年4月下旬の左上腹部痛を契機に膵尾部腫瘍を指摘され、当院紹介受診となった。審査腹腔鏡生検で神経内分泌腫瘍(NET)G3(Ki-67 40%)と診断した。7月に手術予定であったが、直前のCTで微小リンパ節転移および多発肝転移を認め、IV期と判断し手術は中止となった。病理組織像、腫瘍マーカー低値、ソマトスタチン受容体イメージング陽性所見よりNETと診断し、ペプチド受容体核医学内用療法(PRRT)としてルテチウムオキシドトレオチドでの治療を2回(8月と10月)実施した。治療経過中の9月に疼痛が出現し、10月初旬より経口摂取困難となり、入院となった。同日施行したCTでは多発肝転移の著明な増大および骨転移の脊柱管内進展を認め、PRRT不応と判断した。全身状態を考慮し、内服治療および緩和的放射線照射による症状緩和を行ったが、急速に病勢は進行し、低栄養に伴う胸腹水も出現したため、Best supportive careの方針となり、12月中旬に永眠された。【考察】現行のWHO分類において、神経内分泌腫瘍(NEN)は、比較的進行が緩徐なNETと病勢進行が急速な神経内分泌癌(NEC)に大別される。本症例は、臨床経過および病理学的所見に基づきNETと診断され、PRRT治療が選択された。しかし、実際の臨床経過は初診から半年足らずという極めて短期間で著明な腫瘍増大および多発器転移を呈し、NETよりNECを想起させる極めて侵襲的な経過を示した。このような症例の存在は、分化度やKi-67指数といった従来の指標に基づく疾患分類ではその後の臨床経過の予測が困難な症例があることを示唆する。現在進行中のゲノム解析の結果を含め、本症例を基点として、NENにおける疾患概念および層別化の妥当性について再考する。【結論】PRRT不応で極めて急速な臨床経過を辿ったNET G3の一例を経験した。

神経内分泌腫瘍、ペプチド受容体核医学内用療法

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

【症例】80歳代、女性【主訴】心窩部痛、胸やけ【既往歴】特記事項なし【現病歴】202X年Y月に心窩部痛、胸やけにて前医を受診し、逆流性食道炎、急性胃炎と診断され、PPIおよび胃粘膜保護薬による内服治療が開始された。一時症状改善を認めたが、その後症状が再燃し再受診となった。再診時の血液検査にてHb 3.7 g/dLと重度貧血を認めたため、緩和治療目的に当科紹介受診となった。【経過】造影CT検査では胃角部から幽門にかけての胃壁層構造が不明瞭であり、腹部傍大動脈リンパ節腫大および多発肝腫瘍を認めた。CEA 18.8 ng/mL、CA19-9 89.91 U/mLであり、上部消化管内視鏡検査では、胃体下部小弯から後壁に出血と壊死を伴う潰瘍浸潤病変を認め、3型進行胃癌と診断した。Hb 3.7 g/dLの貧血に対して計12単位の赤血球輸血を要したが、時間経過とともに再度Hb低下を認め、継続的な輸血が必要な状態であった。以上より、出血コントロール目的に緩和的放射線治療を選択した。計10回30 Gyの放射線治療後、Hbは7.6 g/dLまで上昇し、その後明らかな低下を認めなかった。止血効果によりADL改善や化学療法導入も期待されたが、その後のCTで肝転移の増大および胸水・腹水の増加を認め、全身状態を考慮し化学療法は行わず、自宅退院の方針となった。【考察】本症例は出血性進行胃癌に対して放射線治療後にHbの低下を認めなかったことから、貧血の進行は抑制されたと考えられた。出血性進行胃癌に対する緩和的放射線治療は、出血制御およびQOL改善を目的とした治療として有用であり、文献的考察を加えて報告する。

出血性進行胃癌、緩和的放射線治療

横浜市立市民病院 消化器内科  
中村 碧, 諸星雄一, 森岡晃平, 山崎浩平, 鈴木圭一, 高田祐介,  
今村 諭, 角田裕也, 長久保秀一, 小池裕司, 藤田由里子

【症例】20XX-8年から20XX-4年にかけて9kgの体重減少があった90歳代女性。腹部手術歴なし。20XX-4年のCT検査で腫瘍や腸管の走行異常を認めなかった。20XX-3年に腰椎圧迫骨折を発症、2週間後に嘔吐・腹痛を主訴に当院を受診された。CT検査で十二指腸水平脚のwhirl signを認め、小腸軸捻転症と診断された。胃管挿入し保存加療したところ、翌日のCT検査では捻転は解除されていた。入院中に複数回症状の再燃を認めたため、当院消化器外科に転科、診断目的の腹腔鏡にて明らかな腸管壊死や捻転をきたしうる癒着や構造物を認めなかった。保存加療のまま臨床症状の軽快が得られ、第33病日に退院となった。以降外来にて定期的に経過観察していたが、20XX年10月に2回、12月に1回小腸軸捻転症の再発でいずれも入院、保存加療にて軽快した。現在外来にて経過観察中である。【考察】小腸軸捻転症は腸閉塞の1.2~3.6%と報告されており、特に十二指腸の捻転は稀である。小腸軸捻転症は解剖学的異常を伴わない原発性と、解剖学的異常を伴う続発性に分類される。小腸軸捻転症が生じる要因は多岐にわたるが、続発性小腸軸捻転症では腸回転異常を伴うことが多い。腸回転異常症は胎生期発症段階における中腸の回転異常によって小腸が右側に偏位しておりTreitz靭帯が形成されていない。そのためTreitz靭帯の形成不全症例は発症年齢を問わず腸回転異常症として報告している文献が散見される。しかし本症例では初発の1年前の画像検査で腸回転異常の指摘はなく、初発時においても十二指腸水平脚の捻転の他に回転異常は認めなかった。腸回転異常を伴わずTreitz靭帯が後天的に形成不全をきたたと推定された。この背景には体重減少によるTreitz靭帯の弛緩や腸間膜脂肪量の減少が原因と考虑される。【結語】後天的に生じたTreitz靭帯の形成不全によって十二指腸軸捻転を繰り返して発症した症例を経験した。小腸軸捻転の病態を整理しながら若干の文献的考察を加えて報告する。

十二指腸軸捻転, Treitz靭帯形成不全

筑波記念病院 消化器内科  
原口理子, 越智大介, 津金祐亮, 丸山泰司, 森田大雅, 姫井紅里,  
佐浦 勲, 根本絵美, 丹下善隆, 江南ちあき, 添田敦子

【背景】IgA血管炎は小児に好発する紫斑、関節炎、腹痛、腎炎を4徴とした全身性小型血管炎である。今回、消化管出血が遷延した成人発症のIgA血管炎の一例を経験したため報告する。【症例】30代男性。入院4日前に両側下腿に紫斑が出現した。2日前に腹痛、水様便を認め、近医内科を受診した。症状が増悪したため、当院紹介受診・緊急入院となった。入院時、臍部中心に自発痛と圧痛を認めた。紫斑は両側下腿から足背にかけて広がり、軽度の膝関節腫脹を伴っていた。血液検査では炎症反応の上昇を認めた。上部消化管内視鏡で十二指腸にびらん状潰瘍が多発しており、IgA血管炎に矛盾しない所見と考えた。また皮膚生検で白血球破砕性血管炎の所見を認め、IgA血管炎と確定診断した。腹痛が高度であり、プレドニゾン80mg/日(1mg/kg/日)を開始した。速やかに症状が改善し、プレドニゾンを60mg/日に減量したところ、黒色便が出現し、Hb 6.5g/dLの貧血進行を認めた。出血源検索のため施行した上部消化管内視鏡で既知の十二指腸病変は著明に改善しており、下部消化管内視鏡で大腸に病変は認めなかった。小腸病変からの出血を考慮、カプセル内視鏡と経口小腸内視鏡を実施した。小腸に滲出性出血を伴う多発潰瘍を認めたため、小腸出血と診断した。赤血球輸血を行いながらプレドニゾンを漸減し、腹痛の再発なく黒色便、貧血ともに経時的に改善を認めた。プレドニゾン20mg/日まで減量し退院とした。【考察】本症例ではステロイドにより症状が改善したが、ステロイド漸減中に消化管出血が遷延し、頻回の輸血を要した。IgA血管炎において十二指腸下行部から小腸は病変の出現頻度が高い上に粘膜障害が高度な病変が多いとされる。大量消化管出血は稀な合併症であるが、過去10例程度の報告があり、注意を要する。【結語】IgA血管炎においてステロイド治療開始によって初期症状が改善中に大量の消化管出血を来した症例を経験した。過去文献と共に当院で過去5年間にIgA血管炎と診断された症例についても考察を交えて報告する。

IgA血管炎, 消化管出血

川崎医療生活協同組合 川崎協同病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
昭和医科大学医学部 内科学講座消化器内科学部門<sup>2)</sup>、  
川崎医療生活協同組合 川崎協同病院 外科<sup>3)</sup>、  
小笠原航<sup>1)</sup>、山崎裕太<sup>1,2)</sup>、野本朋宏<sup>1)</sup>、田中美花<sup>3)</sup>、齋藤和彦<sup>3)</sup>、  
渡邊良平<sup>3)</sup>、和田浄<sup>2)</sup>

【症例】20歳代男性【主訴】腹痛、嘔吐【臨床経過】生来健康。20XX年10月中旬から便秘と間欠的な腹痛を自覚、同月Y日に当院に救急搬送された。血液検査で炎症反応上昇及びD-dimer上昇(15.0 μg/mL)、腹部造影CTで門脈及び上腸間膜静脈血栓を認めた。うっ血により腸管壁の浮腫性肥厚、周囲腸間膜脂肪織混濁及び腹水貯留を認めたが、明らかな腸管壊死を認めないため、同日緊急入院し抗凝固療法及び絶食、中心静脈栄養による保存的加療を行った。また診断時点では明らかな腸管狭窄を認めなかったが麻痺性イレウスによる嘔吐症状が強く経鼻胃管での減圧を行った。造影CTで血栓の縮小や腸管うっ血所見の改善を認めたため第20病日から経腸栄養を開始したが、第21病日に再度嘔吐腹痛を認め絶食、減圧療法を再開した。経過から小腸狭窄の可能性が考えられ第26病日に経口小腸内視鏡検査を行ったところ、空腸に約40mmの全周性に潰瘍を伴う腸管狭窄を認め狭窄型虚血性小腸炎と診断した。外科転科し第41病日に腹腔鏡下小腸部分切除を行った。病理組織結果は虚血性変化主体で、上腸間膜静脈血栓症に虚血性小腸炎の診断に矛盾しない結果だった。術後経過は良好であり、ヘパリンからリパーロキサパン内服へ変更し第59病日に自宅退院した。上腸間膜静脈血栓症は比較的稀な疾患であり、発症数日〜数か月で小腸狭窄を来すことが報告されている。本症例では直前のCTでは確認できなかった小腸狭窄に対して経口小腸内視鏡により早期に診断治療を行うことができた。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。

上腸間膜静脈血栓症、小腸狭窄

獨協医科大学病院臨床研修センター<sup>1)</sup>、  
同 内科学(消化器)講座<sup>2)</sup>、同 病理診断学講座<sup>3)</sup>、  
森田尚之<sup>1)</sup>、石川 学<sup>2)</sup>、大垣 響<sup>2)</sup>、佐藤優香<sup>2)</sup>、相原沙代子<sup>2)</sup>、  
坪井海南都<sup>2)</sup>、村上弘太郎<sup>2)</sup>、大塚久仁<sup>2)</sup>、稲葉航平<sup>2)</sup>、真島雄一<sup>2)</sup>、  
嘉島 賢<sup>2)</sup>、有阪高洋<sup>2)</sup>、山宮 知<sup>2)</sup>、富永圭一<sup>2)</sup>、飯島 誠<sup>2)</sup>、  
入澤篤志<sup>2)</sup>、松田葉月<sup>3)</sup>、石田和之<sup>3)</sup>

症例は60代女性。肺がん検診の胸部X線写真で肺腫瘍が疑われ当院を受診した。原発性肺がんが疑われたため全身PET検査を受け、肺以外に肝と直腸にも集積が認められ、直腸は生理的集積と診断された。肝腫瘍は造影CTで転移性肝腫瘍が疑われ、原発巣診断のため肝腫瘍生検を受け、悪性黒色腫と診断された。肺腫瘍も経気管支鏡肺腫瘍生検で悪性黒色腫と診断された。詳細な全身診察にて左足底に黒子を指摘され、原発巣の可能性が高いと考えられたため切除を受けたが悪性所見は認められなかった。PET検査での直腸のFDG集積が悪性黒色腫の原発巣である可能性が考えられたため、下部消化管内視鏡検査を受け、直腸に多結節の隆起性黒色腫瘍があり、生検で悪性黒色腫と診断された。以上から直腸原発の悪性黒色腫、肺転移、肝転移と診断された。直腸原発の悪性黒色腫は稀で、直腸腫瘍の1%以下、悪性黒色腫の発生部位としても低頻度とされている。しかしながら、人体どの部位も原発巣になり得ることから、体表病変の有無にかかわらず、直腸指診や口腔内の観察など基本的な診察、更には上下部消化管内視鏡検査もスクリーニングとして実施することは重要であると考えられる。直腸悪性黒色腫について文献的考察も含め報告する

直腸悪性黒色腫、肝転移

日本私立学校振興・共済事業団 東京臨海病院 消化器内科  
近藤 悟、山田俊夫、大槻祐大、濱元 舜、廣本貴史、李 世容、  
金野 朗

【症例】20歳代女性。17歳時に回腸末端を首座とした小腸Crohn病と診断された。5ASA製剤、栄養療法でいったん軽快したが、卵巣膿瘍を併発し絶食、抗生剤、中心静脈栄養を行ったが、炎症が持続したため右卵巣切除を行った。術後、インフリキシマブを導入し寛解維持していたが、infusion reactionのために21歳時にアグリマブに変更した。臨床症状、炎症反応は改善傾向だったが、粘膜治癒には至らず、アグリマブ倍量投与で経過観察した。23歳時に大腸内視鏡検査で回腸直腸瘻が疑われ、ウステキヌマブに変更した。その後、小腸造影検査で瘻孔を確認したが、炎症反応は改善傾向を示し、たまに腹痛を認める以外には臨床症状は軽快していた。24歳時に大腸内視鏡検査で瘻孔閉鎖を確認したが、その後、回腸末端の狭窄に伴う腹痛を繰り返すようになった。25歳時に回腸末端の狭窄に対してバルーン拡張術を行った。拡張術後1年間、狭窄症状を起さずに経過良好な状態を維持できている。【考察】本症例は、小腸Crohn病経過観察中に回腸直腸瘻を形成し、ウステキヌマブが著効したことにより瘻孔閉鎖し、回腸狭窄症状が出現したと思われる。バルーン拡張術で症状は軽快したが、外科手術適応については議論の余地があり、今後も慎重に対応したいと考えている。

小腸Crohn病、バルーン拡張術

東京大学医学部附属病院 消化器内科  
五十嵐達郎、竹熊勇登、井原聡三郎、本庄一樹、村上恵太、  
岩田祐典、今井 誠、塩見千尋、黒川 憲、早河 翼、  
藤城光弘

【背景】Fontan術後患者は蛋白漏出性胃腸症候群(PLE)や鬱血性肝障害などの消化器疾患を合併しうる。今回、Fontan術後患者の慢性下痢症に対して、診断と加療に苦慮した一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。【症例】40歳代女性。出生時に肺動脈閉鎖症と診断され、BTシャント造設術を施行した。5歳時に三尖弁閉鎖症、心房中隔欠損症(ASD)、動脈管開存症(PDA)と診断され、右室流出路形成術、左肺動脈形成術、ASD直接閉鎖、BTシャントおよびPDA閉鎖を施行した。22歳で呼吸困難、心房細動、右室拡大が生じたため、Fontan手術、ペースメーカー植込み術を施行された。ペースメーカー感染と縦隔炎の既往がある。今回、X-1年から5-6回/日の水様下痢と嘔吐が出現し当科紹介受診となった。造影CTでは左側結腸に壁肥厚を認め、下部消化管内視鏡検査では全結腸が浮腫状粘膜を呈していたが、生検は非特異的所見であった。経腸壁エコー検査では下大静脈径は正常範囲内であり、Fontan循環による鬱血は否定的であった。迅速診断キットにてCD toxin陰性、GDH陽性であり、TG法とNAAT法にてCD toxin陽性であったため、VCMを投与したが下痢は改善しなかった。その他、IBSやIBDを鑑別しロペラミド、タンニン酸アルブミン、5-ASA製剤、PSL 0.5mg/kgなどの服用を行うも効果は限定的であった。下痢発症前は54kgあった体重が28kgへ減少しX年に入院となった。血清アルブミン値は一時3.2g/dLまで低下したため99mTc-HSA消化管蛋白漏出シンチグラフィを施行したがPLEの所見は認めなかった。確定診断には至らず、食事摂取量低下に対してPICC留置のうえ中心静脈栄養を導入し退院した。【考察】Fontan術後に合併するPLEは術後8年頃に発症し予後不良因子である。本症例は術後20年の長期生存患者であり、PLEとは違った病態で下痢症を発症した可能性がある。今後もFontan術後下痢症の症例蓄積が必要と考える。

難治性下痢、99mTc-HSA消化管蛋白漏出シンチグラフィ

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科  
梅原久未, 小田切啓之, 松井 啓, 布袋屋修

【緒言】重症IBDの寛解導入療法には、ステロイド大量静注療法や各種免疫抑制剤の使用が推奨されている。このような免疫抑制状態下においては、稀ではあるが、IPAを生じることが報告されている。IPAは肺アスペルギルス症の予後不良な一分類であり、早急な治療介入が必要である。【症例】60歳代男性。10年以上前に潰瘍性大腸炎 (UC) を疑われるものの放置していた。今回、下痢と腹痛で体動困難となり、近医の救急外来を受診した。CTで中毒性巨大結腸症が疑われたため、当院へ転院搬送となった。当院入院時の大腸内視鏡検査では直腸はほぼ全周性に筋層が露出しており、深部挿入は極めて危険な状態であった。重症UCと判断し、ステロイド大量静注での寛解導入療法を開始した。治療2週後の内視鏡検査では下行結腸に数石像が認められ、大腸型Crohn病も否定できないと考えられた。このため、IBD-unclassifiedと判断し、同日よりインブリキシマブを導入した。以後、臨床症状は速やかに改善し、約1ヶ月後に退院した。退院後、内服薬の自己中断があり、退院から2週間後に発熱、意識障害で再び近医を受診した。CTで腹腔内にfree airが疑われたため、再度当院へ搬送された。審査腹腔鏡を施行したが消化管穿孔の所見は認められず、IBDに対する治療の仕切り直しとして、当科に再入院となった。入院第3病日頃から、喘鳴と呼吸困難感が出現したため、造影CTを施行したところ、多発の肺動脈血栓症と下肢深部静脈血栓症が認められた。さらに両肺には空洞形成性病変が散在していた。肺の空洞性病変は、画像所見の推移とアスペルギルス抗原が陽性であることより、IPAの可能性を第一に疑った。イサブコナゾールを導入したところ、肺野病変は徐々に改善した。全身状態の安定後、入院第25病日に退院した。【考察】IBDとIPAの合併例は極めて稀であり、少数の症例報告を認めるのみである。IBDの治療中、特に寛解導入療法期においては高度の免疫抑制状態となることが多く、重症感染症への注意喚起となる有用な1例と考えられた。

侵襲性肺アスペルギルス症, 炎症性腸疾患

順天堂大学医学部 消化器内科<sup>1)</sup>, 同 消化器外科<sup>2)</sup>  
金澤卓也<sup>1)</sup>, 沖潮太郎<sup>1)</sup>, 竹田 努<sup>1)</sup>, 上田久美子<sup>1)</sup>, 北條麻理子<sup>1)</sup>, 阿部大樹<sup>1)</sup>, 赤澤陽一<sup>1)</sup>, 上山浩也<sup>1)</sup>, 那須元美<sup>2)</sup>, 橋口忠典<sup>2)</sup>, 橋本貴史<sup>2)</sup>, 峯 真司<sup>2)</sup>, 池嶋健一<sup>1)</sup>, 伊佐山浩通<sup>1)</sup>, 永原章仁<sup>1)</sup>

【症例】80歳台女性。既往歴として糖尿病、僧帽弁置換術後であり、乳癌に対してX-31年に根治的乳房切除術を受け、50Gyの術後放射線療法が施行されて以降再発はなかった。【現病歴】X-1年から食道つかえ感を自覚していた。X年に食物が嵌頓し、他院で上部消化管内視鏡 (EGD) 下に内視鏡的異物除去術が施行された。アカラシア等の食道運動障害が疑われ、当科へ紹介受診となった。高分解能食道内圧検査 (HRM) ではIntegrated Relaxation Pressure (IRP)の上昇を認めず、ineffective esophageal motility (IEM) を認めた。当科EGDでは胸部食道に10 cm以上に及ぶ全周性の0-IIb病変を認め、生検で中分化扁平上皮癌 (SCC) の診断となった。病変が広範かつ全周性であり、内視鏡切除後の狭窄等のリスクが高いと判断し、腹腔鏡下食道除去術を施行した。切除標本では胸部食道に12.5 cmにわたり全周性の0-IIb病変を認め、病理は中分化SCC、pT1a (LPM), INFa, ly0, v0, pPM0, pDM0であった。術後経過は良好で、現在まで再発を認めていない。【考察】嚥下困難や食物嵌頓を呈する症例では食道運動障害の関与を評価する意義がある一方で、器質的病変の併存も念頭に置き、内視鏡検査による精査を並行して行うことが重要である。乳癌に対する放射線治療歴があり時間の経過を経て発症しており、二次性食道癌 (放射線誘発食道癌) の可能性も疑われた。今回、食物嵌頓を契機に診断された食道蠕動低下を伴う広範囲全周性0-IIb食道扁平上皮癌の1例を経験したため報告する。

食道癌, 食道運動障害

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学<sup>1)</sup>,  
桐生厚生総合病院 内科<sup>2)</sup>,  
群馬大学医学部附属病院 光学医療診療部<sup>3)</sup>  
相原幸祐<sup>1,2)</sup>, 栗林志行<sup>1)</sup>, 保坂浩子<sup>1)</sup>, 丸山 優<sup>1)</sup>, 古市 望<sup>1)</sup>,  
大島啓一<sup>1)</sup>, 糸井祐貴<sup>1)</sup>, 佐藤圭吾<sup>1)</sup>, 田中寛人<sup>1)</sup>, 竹内洋司<sup>3)</sup>,  
浦岡俊夫<sup>1)</sup>

【症例】50歳台、男性【現病歴】10年前と4年前に食道に食物が嵌頓し、緊急内視鏡検査を施行し食物を除去した。再び食物嵌頓が認められ、近医で緊急内視鏡検査を行い、食物を除去した際に、胸部中部食道から下部食道にかけて全周性に縦走溝と輪状溝、白斑を認め、好酸球性食道炎が疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。【経過】食道粘膜の生検から食道上皮に有意な好酸球浸潤 (peak eosinophil count: 91個/HPF) を認め、好酸球性食道炎と診断した。食道胃接合部には狭窄がみられ、内視鏡通過の際に抵抗がみられ、内視鏡通過後には粘膜傷害がみられた。食道内圧検査では1次蠕動波には有意な異常はみられなかったが、連続嚥下を行った際に蠕動波の抑制が障害されていた。常用量の酸分泌抑制薬を投与後も胸部中部食道に輪状溝と腹部食道に縦走溝と白斑が残存し、有意な好酸球浸潤を認めたが、酸分泌抑制薬に加えて抗IL-13抗体 (センダキマブ) を投与したところ、わずかに輪状溝がみられるも、縦走溝および白斑は消失した。治療後には、内視鏡通過後の食道胃接合部の粘膜傷害は認められなくなり、食物嵌頓も生じなくなった。【結語】食道に食物嵌頓を認めた際には、悪性腫瘍だけではなく、好酸球性食道炎や食道運動障害の有無に注意する必要がある。

好酸球性食道炎, 食物嵌頓

越谷市立病院 消化器科<sup>1)</sup>,  
順天堂大学 医学部 消化器内科<sup>2)</sup>  
山口友輔<sup>1,2)</sup>, 高崎祐介<sup>2)</sup>, 谷川 諒<sup>1)</sup>, 加藤蓉子<sup>2)</sup>, 佐久間聖<sup>1)</sup>,  
高橋 翔<sup>2)</sup>, 富嶋 享<sup>2)</sup>, 藤澤聡郎<sup>2)</sup>, 佐々木仁<sup>1)</sup>, 中庭礼智<sup>1)</sup>,  
伊佐山浩通<sup>2)</sup>

【症例】70歳代男性【主訴】発熱、腹痛、下痢【現病歴】来院2週間前から下痢出現、一時的に改善するも来院10日前から腹痛を伴い症状再燃したため、来院4日前に近医受診し抗生剤内服開始された。その後も症状は改善せず来院前日より発熱を認めたため当院救急搬送された。【経過】来院時の採血では著明な好酸球優位な白血球増多と肝障害、腎障害を認めた。CTでは胆管拡張は認めなかったが胆嚢壁肥厚と周囲液体貯留を認め、急性胆嚢炎を否定しえず同日経皮経肝胆嚢ドレナージを施行した。ドレナージ良好にも関わらず病態改善しないことから熱源でないかと判断し、下痢症状強いことから好酸球性胃腸症を鑑別に上下部消化管内視鏡検査を施行した。消化管内視鏡検査では胃、十二指腸、結腸粘膜の浮腫性変化を認め生検では十二指腸のみ著明な好酸球浸潤を認めた。その後も病態は悪化の一途を辿り血管内播種性凝固 (DIC)、多臓器不全を来したため第8病日に骨髄穿刺施行後ステロイドパルスを実施、翌日から好酸球数の低下、多臓器不全の改善を認めた。第11病日からプレドニゾロン1.0mg/kg/dayで後療法を行い1か月後退院となった。【考察】好酸球増多症から多臓器不全、DICとなった症例に対しステロイドパルスを行い九死に一生を得た経験をした。治療後の消化管内視鏡検査では内視鏡所見、組織所見ともに改善しており、病理学的にも好酸球浸潤はほぼ消失していた。好酸球増多症は皮膚・肺・消化管・心臓・神経系・腎臓など様々な臓器障害を合併しうるとされるが、その臨床像は多彩であり臓器症状から進行性の多臓器不全に至った例は散発的報告に留まる。感染症も鑑別となる中でのステロイド導入は慎重な判断を要したが、好酸球増多と急激に進行する多臓器不全を重視し治療方針を決定したことが功を奏したと考える。

好酸球増多, 好酸球性胆嚢炎

## 61 独居高齢者の食品摂取多様性とフレイル・精神身体機能との関連

順天堂東京江東高齢者医療センター 消化器内科<sup>1)</sup>、  
順天堂大学医学部 消化器内科<sup>2)</sup>  
野村 収<sup>1)</sup>、浅岡大介<sup>1)</sup>、李 楚宇<sup>1)</sup>、神保泰久<sup>1)</sup>、樺 映志<sup>1)</sup>、  
野元勇佑<sup>1)</sup>、竹田 努<sup>2)</sup>、上田久美子<sup>2)</sup>、上山浩也<sup>2)</sup>、北條麻理子<sup>2)</sup>、  
永原章仁<sup>2)</sup>

【目的】食品摂取多様性 (DVS : Dietary Variety Score) は一定期間にどれだけ多様な食品群を摂取しているかを評価する指標であり、特に高齢者では、低栄養・フレイル・サルコペニア・認知機能との関連が強いとされている。DVSが低下しやすい要因として独居・社会的孤立、咀嚼・嚥下機能低下、うつ傾向、経済的要因などが考えられるが、高齢者の生活実態との関連は明らかではない。【対象と方法】2020年11月から2021年11月の間に、順天堂東京江東高齢者医療センターに通院中の65歳以上で歩行可能な患者を対象とした前向きコホート研究の登録時データベースを用いて横断研究を行った。DVSアンケートを用い、非独居と独居で分類し、フレイル、認知機能、腹痛や便秘などの腹部症状、嚥下機能との関連を調査した。【結果】解析可能な1,009人[非独居758人および独居291人]を解析対象とした。独居は非独居と比べ、女性の割合が高く、高齢・低体重・低身体機能傾向を示した。フレイルやオーラルフレイルの有病率が高く、うつ症状や腹部症状が強く、嚥下機能の低下が認められた。また、緑黄色野菜の摂取が少なく、DVS低値であった。性別解析では、独居男性でフレイル、オーラルフレイルの有病率が高く、うつ症状や腹部症状を有する割合が高かった。加えて、嚥下機能低下や栄養の偏りがあり、DVSは低い傾向にあった。独居女性では、より高齢でオーラルフレイル・サルコペニアの有病率が高く、うつ症状が強いが、腹部症状や嚥下機能で差はなかった。また、栄養に偏りは少なく、DVSに差はなかった。【結論】独居高齢者は非独居高齢者と比較して、フレイルおよびオーラルフレイルの有病率が高く、精神・身体機能および食生活の質の低下を有することが示された。これらの特徴は性別によって異なり、独居男性ではDVSの低下、腹痛や便秘・下痢といった腹部症状が健康状態に影響している可能性が示唆されたが、独居女性では栄養バランスに偏りは少なく、DVSの低下もみられなかった。独居高齢者に対する健康支援には、性別特性を考慮した個別介入が必要であるとと考えられた。

フレイル、高齢者

## 62 右房浸潤をきたした肝細胞癌の剖検例

東京都立東部地域病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
順天堂大学医学部 消化器内科<sup>2)</sup>、  
東京都立東部地域病院 病理診断科<sup>3)</sup>  
織笠雅行<sup>1,2)</sup>、川邊正人<sup>1,2)</sup>、横井一徳<sup>1,2)</sup>、大野康寛<sup>1)</sup>、鈴木聡子<sup>1,2)</sup>、  
楠美嘉晃<sup>3)</sup>

【症例】70歳代男性【主訴】息切れ、下腿浮腫、食思不振【既往歴】肝硬変、心筋梗塞、高血圧【家族歴】特記事項なし【生活歴】飲酒：ビール350ml/日、喫煙：20本/日×38年、アレルギーなし。【現病歴】X年4月より下腿浮腫の増悪を自覚し、5月8日以前医を受診した。心エコーで右房内に腫瘍性病変を認め、同月23日に当院循環器内科を紹介受診し即時入院となった。【来院時現症】血圧115/75 mmHg、脈拍70 bpm、体温36.6 kg、SpO<sub>2</sub> 95% (室内気)、両下腿に著明な圧痕浮腫を認める。【検査結果】Child-Pugh分類C(11点)の肝機能障害とCre 6.00 mg/dlの腎機能障害を認める。貧血は認めない。経胸壁心エコーで下大静脈から右房内に腫瘍性病変を認める。単純CTで肝実質の萎縮と多量の胸腹水を認める。【臨床経過】第7病日にふらつきと血圧低下および貧血の進行があり、造影CTで肝S4、S8に腫瘍性病変および造影剤の血管外漏出を認めた。肝細胞癌の破裂が考えられ、また肝静脈を介して下大静脈から右房内への腫瘍浸潤も疑われた。全身状態の悪化から血管内治療や化学療法等の治療は困難と考えられ、家族にインフォームド・コンセントを行ったうえでBSC、DNARの方針となった。第8病日に当科転科となり、緩和ケアを継続した。その後貧血の進行は治まり小康状態を維持していたが、徐々に全身状態が悪化し第74病日に永眠された。ご家族の希望から病理解剖を施行した。解剖ではおよそ10Lの血性腹水および、CTで認められた通り肝腫瘍の右下静脈を介した右房浸潤を認めた。その他全身状態の悪化に寄与する所見は明らかではなかった。発表では病理組織学的所見の詳細と文献的考察とともに述べる。

肝細胞癌、剖検

## 63 肝障害を初発症状とし、診断に難渋した血管内リンパ腫の一例

獨協医科大学 日光医療センター 消化器内科  
久野木康仁、山口真太郎、金澤美真理、佐藤 愛

【症例】80歳台、男性。【主訴】肝障害、食思不振、【現病歴】20XX年6月中旬より食思不振が出現した。近医を受診し内服加療を行うも症状の改善がなく他医を受診したところ肝障害及び急性腎障害、炎症反応高値を認めたため当科を紹介受診した。倦怠感が強く体動困難であったため、精査加療目的に同日入院された。【既往歴】78歳:心房粗動でペースメーカー留置、高血圧症。【入院時現症】意識清明、BT 36.6℃、HR 70 bpm、BP 148/79 mmHg。腹部は平坦、軟、圧痛、自発痛なし。全身に軽度の黄染。表在リンパ節触知せず。皮疹なし。【血液検査所見】WBC 7,100x10<sup>3</sup>/μL、Hb 19.0g/dL、Plt 3.2 x10<sup>4</sup>/μL、T-Bil 2.8mg/dL、D-Bil 1.5mg/dL、AST 247U/L、ALT 98U/L、LD 1,485U/L、UN 47.1mg/dL、Cre 1.5mg/dL、CRP 14.52mg/dL。【画像検査所見】腹部超音波検査:肝辺縁鈍。肝腫大なし。胆嚢壁の浮腫性肥厚。胆泥貯留。脾腫。超音波内視鏡:胆道に結石なし。【経過】入院時より高度の血小板減少とLDH高値を認め、悪性リンパ腫を鑑別に挙げたが、発熱や明らかなリンパ節腫大を認めなかった。血小板減少を伴う感染症を疑い抗菌薬治療を開始したが感染巣は同定できなかった。第2病日以降、US、CT等画像検査を行うも原因は特定できなかった。第14病日頃より低アルブミン血症に伴う浮腫、腹水が出現し、自己免疫性疾患や内分泌疾患も鑑別したが否定的であった。第26病日にsIL-2受容体高値が判明し血管内リンパ腫 (IVL) を疑ったが、肝生検は血小板減少の為よりスグと考えられ、専門施設へ第48病日に転院し、皮膚生検により血管内リンパ腫 (IVL) の確定診断を得た。化学療法が開始されたが第65病日に永眠された。【考察】診断に難渋したIVLの一例を経験した。IVLはリンパ節腫大に乏しく、発熱、倦怠感等の非特異的所見を呈するため、しばしば診断が困難である。本症例でも発熱がなく、当初は血小板1系統のみの減少でありIVLを積極的に疑えず診断に苦慮した。症状が抗菌薬抵抗性であり、LDH高値などから早期にIVLを疑い、早期のランダム皮膚生検などを考慮すべきであった。

肝障害、血管内リンパ腫

## 64 胆のう摘出術前に留置したpig tail型ステントが逸脱し、小腸穿孔となった1例

荻窪病院 消化器内科<sup>1)</sup>、同 消化器外科<sup>2)</sup>  
川上寛人<sup>1)</sup>、中村雄二<sup>1)</sup>、鈴木健一<sup>1)</sup>、王 婉<sup>1)</sup>、杉山鑑夫<sup>1)</sup>、  
南 亮輔<sup>1)</sup>、田口佳光<sup>1)</sup>、竹ノ谷隆<sup>2)</sup>

【症例】70歳代男性【既往歴】狭心症 (PCI歴あり)、バイアスピリン内服中【現病歴】発熱と腹部膨満を主訴に近医を受診し、CTと血液検査結果から総胆管結石性胆管炎、胆石症の診断で当院へ紹介となり、緊急入院としてERCPを施行した。胆管造影にて結石を確認し、ESTを行い、pig tail型ステント (7Fr10cm) を留置した。抗生剤の投与を行い、胆管炎改善後に一度退院とし、結石除去目的に再度入院した。留置中のステントを抜去し、総胆管結石が20mmと大きいためEPLBDを行い、バルーンカテーテルで結石除去を行った。胆管造影では明らかな残石は認めないものの、待機的な胆のう摘出術の希望あり、術前の総胆管結石性胆管炎予防のために再度pig tail型ステント (7Fr10cm) を留置した。経過良好で退院としたが、ERCP後12日目から腹痛・発熱あり、15日目に緊急で受診となった。血液検査ではWBC 8740/ml、CRP 11.57mg/dlと炎症反応上昇を認め、CTでは小腸へのステント逸脱とステント周囲の腸間膜に脂肪織混濁と穿孔を疑うairを認めた。逸脱したステントによる小腸穿孔の診断で緊急手術となった。術中所見として、Treitz帯から約30cmの小腸に腸管壁と小腸間膜を貫いたステントを確認し、小腸部分切除術を施行した。経過良好で、術後12日目に退院した。【考察】既報ではERCP手技関連合併症として、胆管ステント逸脱による十二指腸穿孔が25224例中11例 (0.04%) に生じた。11例中10例がstraight型プラスチックステントで、残り1例はメタリックステントであった。穿孔の報告は十二指腸が多いが、空腸での報告もある。本症例ではpig tail型ステントの逸脱で、穿孔部が小腸であり、内視鏡治療ではなく手術による治療を選択した。稀な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

ステント逸脱、小腸穿孔

日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科<sup>1)</sup>、  
日本医科大学付属病院 消化器肝臓内科<sup>2)</sup>、  
松脇世尚<sup>1)</sup>、二神生爾<sup>1)</sup>、中村友哉<sup>1)</sup>、馬場紗江<sup>1)</sup>、植木信江<sup>1)</sup>、  
恩田 毅<sup>1)</sup>、阿川周平<sup>1)</sup>、中村 拳<sup>1)</sup>、町田花実<sup>1)</sup>、大木孝之<sup>1)</sup>、  
齋能和輝<sup>1)</sup>、亀井淳矢<sup>1)</sup>、新井 悠<sup>1)</sup>、厚川正則<sup>2)</sup>

機能性ディスペプシアに対する治療は、酸分泌抑制剤あるいは消化管運動機能改善薬あるいは六君子湯などのエビデンスレベルの高い薬剤によってなされてきた。これらの治療によって、多くのFD患者の症状が改善することが報告されてきた。一方で、これらの治療によっても改善しない、治療抵抗性FDが目ざされている。治療抵抗性FDの鑑別には、脾胃機能異常や好酸球性胃腸炎、SR-NCWSなど挙げられる。実臨床では、これらを十分に鑑別できないまま、難治性FDとして診断し治療継続していることも多い。今回自施設における難治性FDの臨床背景を詳細に検討し報告したところ、興味深い知見を得たので報告する。上腹部を中心とした腹痛あるいは腹部膨満感などFD症状を伴うものの、腹部CT、腹部US、上部消化管内視鏡検査では異常を認めない患者に対してPPI製剤もしくはP-CAB製剤あるいはアコチアミドもしくは六君子湯を用いて2-6M以上治療したにも関わらず症状の改善しないFD患者18名を治療抵抗性FDとした。また、膵酵素はp-amylase, lipase, elastase-1, PLA2, trypsinを測定した。また、上部消化管内視鏡を施行し、十二指腸SDA近傍より十二指腸生検を行い、好酸球数をHE染色で評価した。治療抵抗性FD患者の年齢は52-92歳であり、FD症状をVASスケールで評価したところ、心窩部痛(1.94±0.493)、腹部膨満感(3.42±0.579)、早期飽満感(2.37±0.698)、心窩部灼熱感(0.722±0.322)であった。治療満足度は4.63±0.568であった。膵酵素異常を認める割合はtrypsin(88.2%)、PLA2(35.3%)、p-amylase(29.4%)、lipase(23.5%)、elastase-1(5.88%)であった。また、18名のR-FDのうち16名のR-FD患者に対してEUSを施行した。EUS score 0は3名(18.75%)、EUS score 1は13名(81.25%)であった。十二指腸好酸球数は(7.056±1.694)であった。R-FD患者において、膵酵素異常が高率に併存していることが示唆された。この知見は、R-FDの病態に脾胃機能が関与する可能性を示しており、今後は膵酵素異常と病態との関連性の詳細な検討、および脾胃能に着目した新規治療戦略の確立が重要な課題となる。

#### 治療抵抗性FD, FD

千葉大学大学院医学研究院 消化器内科学<sup>1)</sup>、  
順天堂大学医学部 消化器内科<sup>2)</sup>、  
高橋知也<sup>1,2)</sup>、大山 広<sup>1)</sup>、大金良規<sup>1)</sup>、酒井美帆<sup>1)</sup>、渡部主樹<sup>1)</sup>、  
関根 優<sup>1)</sup>、大内麻倫<sup>1)</sup>、菅 元泰<sup>1)</sup>、大野 泉<sup>1)</sup>、加藤 順<sup>1)</sup>

【はじめに】早期膵癌の診断は予後改善の観点から極めて重要であるが、腫瘍が描出されない症例も少なくない。このような症例では主膵管狭窄が重要な手がかりとなり、Serial pancreatic juice aspiration cytologic examination (SPACE)が診断に用いられる。一方、SPACEは悪性の有無の評価には有用であるものの、浸潤性膵管癌と膵管内乳頭粘液性癌 (intraductal papillary mucinous carcinoma: IPMC) などの病型鑑別が必ずしも容易ではない。浸潤性膵管癌では術前化学療法 (neoadjuvant chemotherapy: NAC) が考慮される一方、IPMCでは外科切除が基本方針となるため、両者の術前鑑別は治療戦略の選択に直結する重要な課題である。今回、我々は主膵管狭窄を契機にSPACEを施行し悪性所見を認めたものの、浸潤性膵管癌ではなくIPMCであった症例を経験した。【症例】65歳男性。腫瘍マーカー異常を契機に精査となった。造影CT、MRI、PET-CTでは膵頭部に明らかな腫瘍性病変は指摘されなかったが、MRCPで主膵管狭窄と尾側膵管拡張を認めた。EUSでは狭窄部に一致して10mm未満の低エコー域を認めたが、明瞭な腫瘍形成はなかった。ERCPでは膵頭部主膵管に約12mmの狭窄を認め、SPACEでclass IV、膵管擦過細胞診でclass IIIbを認めたため、浸潤性膵管癌を疑い膵頭十二指腸切除術を施行した。最終病理診断は非浸潤性IPMC (pTis, Stage 0)であった。【考察・結語】本症例の膵管狭窄部は、単純な先細りではなく、不整に途絶し膵管内腔が充填されるように見える造影像を呈していた。既報では、IPMN/IPMCなどの膵管内腫瘍において、このような不整閉塞像や膵管内充填像を示すことが報告されている。腫瘍非形成性主膵管狭窄例では、悪性の有無のみならず病型鑑別の観点からも、術前の膵管造影の形態学的評価が重要である。

#### SPACE, 膵管造影

## 謝 辞

日本消化器病学会関東支部第389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389回例会  
当番会長 北條麻理子

アステラス製薬株式会社

アッヴィ合同会社

EAファーマ株式会社

ヴィアトリス製薬合同会社

大塚製薬株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

武田薬品工業株式会社

株式会社ツムラ

東亜新薬株式会社

ファイザー株式会社

富士製薬工業株式会社

富士フィルムメディカル株式会社

株式会社ミズホメディー

ミヤリサン製薬株式会社

Meiji Seikaファルマ株式会社ファルマ株式会社

持田製薬株式会社

森永乳業株式会社

ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2026年3月10日現在)