

日本消化器病学会 関東支部第390回例会

プログラム・抄録集



当番会長：山本 貴嗣（帝京大学医学部 内科学講座 教授）

令和8年7月11日（土）

帝京大学 板橋キャンパス

日本消化器病学会関東支部第390回例会 プログラム・抄録集

当番会長：山本 貴嗣（帝京大学医学部 内科学講座 教授）

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

TEL 03-3964-1211

会 期：令和8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 <https://www.teikyo-u.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 13：55～14：10）
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、発表データ受付は8：05より開始いたします。
11. 当日はこのプログラム・抄録集をご持参ください。なお、ご希望の方には、1部1,000円にて当日会場にて販売いたします。（数に限りがございますので予めご了承ください）
12. 評議員会は7月11日（土）に現地開催のみとなります。
 - 1) 評議員会：7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390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390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：jsge390kanto@planningwill.co.jp/Tel：03-6801-8084

交通案内図

帝京大学 板橋キャンパス 本部棟

〒173-8605 東京都板橋区加賀2-11-1

TEL : 03-3964-1211



交通のご案内

- ①JR埼京線 十条駅 徒歩12分
- ②都営地下鉄三田線 板橋本町駅 徒歩13分

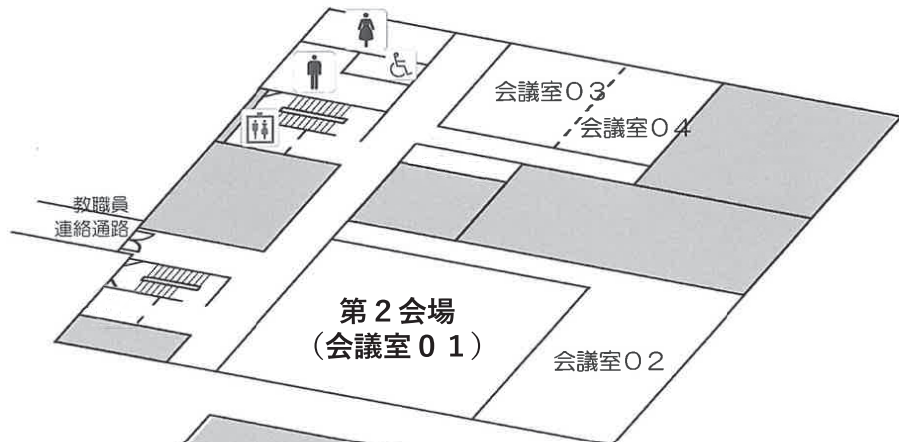
QRコードより十条駅・板橋本町駅から病院棟までの
道順動画をご視聴いただけます。



会場案内図

帝京大学

4F



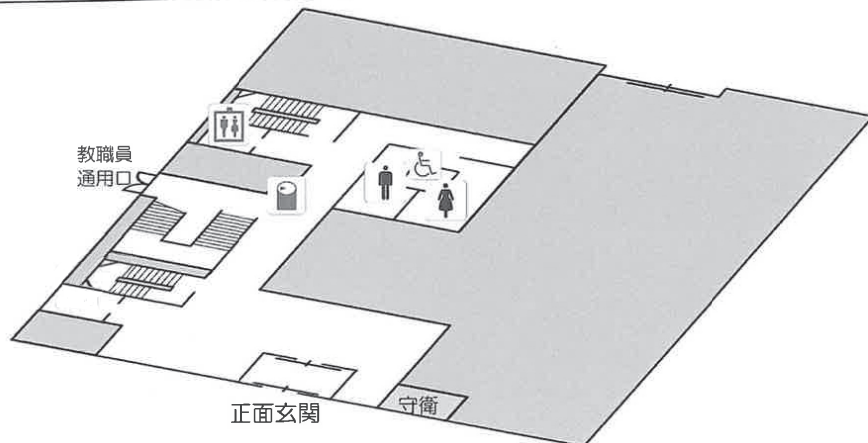
2F

発表データ受付
企業展示

参加受付



1F



日本消化器病学会関東支部第390回例会

令和8年7月11日（土）

8:18～8:20			開 会 の 辞		
第1会場（午前の部）			第2会場（午前の部）		
演 題	時 間	座 長	演 題	時 間	座 長
(1) 専攻医Ⅰ（食道1）1～3	8:20～8:38	森 英毅	(9) 専攻医Ⅶ（大腸1）28～30	8:20～8:38	坂本 琢
(2) 専攻医Ⅱ（食道2）4～6	8:38～8:56	佐野 正弥	(10) 専攻医Ⅷ（大腸2）31～34	8:38～9:02	飛田 拓途
(3) 専攻医Ⅲ（胃・十二指腸1）7～10	8:56～9:20	梶田 航平	(11) 専攻医Ⅷ（肝臓1）35～37	9:02～9:20	友近 瞬
(4) 専攻医Ⅳ（胃・十二指腸2）11～14	9:20～9:44	班目 明	(12) 専攻医Ⅷ（肝臓2）38～41	9:20～9:44	中塚 拓馬
9:44～9:49 休憩			9:44～9:49 休憩		
(5) 専攻医Ⅴ（小腸・大腸）15～17	9:49～10:07	村野 竜朗	(13) 専攻医Ⅸ（胆・その他）42～45	9:49～10:13	李 秀載
(6) 研修医Ⅰ（胃・十二指腸）18～20	10:07～10:25	古橋 廣崇	(14) 専攻医Ⅸ（脾臓）46～50	10:13～10:43	渡部 主樹
(7) 研修医Ⅱ（小腸・大腸）21～23	10:25～10:43	大久保秀則	(15) 研修医Ⅳ（胆）51～53	10:43～11:01	野村 舟三
(8) 研修医Ⅲ（肝臓）24～27	10:43～11:07	松本光太郎	(16) 研修医Ⅴ（胆・脾）54～56	11:01～11:19	中村 拳
11:20～11:50 評議員会（第1会場）					
12:05～12:55 ランチョンセミナー1（第1会場） 「長期予後改善を目指したクローン病の 治療戦略とトレムフィアへの期待」 慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）専任講師 清原 裕貴 先生 「クローン病の長期予後改善を目指した治療戦略 ～外科医の視点からみた難治病態への対応と治療戦略～」 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 科長 辰巳 健志 先生 司会 帝京大学医学部外科学講座 教授 落合 大樹 先生 共催：ヤンセンファーマ株式会社			12:05～12:45 ランチョンセミナー2（第2会場） 「リアルワールドデータから考える ベドリズムマブの位置づけ」 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 司会 昭和医科大学江東豊洲病院 消化器センター 教授 昭和医科大学 豊洲クリニック予防医学センター 病院長 浦上 尚之 先生 共催：武田薬品工業株式会社		
13:00～13:55 特別講演（第1会場） 「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ームと消化器疾患リスク」 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 先生 司会 帝京大学医学部 内科学講座 教授 山本 貴嗣					
13:55～14:10 専攻医・研修医奨励賞表彰式（第1会場）					
第1会場（午後の部）			第2会場（午後の部）		
14:10～14:50 スポンサーセミナー（第1会場） 「潰瘍性大腸炎治療におけるゼボジアの位置づけを考える」 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 医長 園田 光 先生 司会 帝京大学医学部 内科学講座 准教授 阿部 浩一郎 先生 共催：プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社			演 題	時 間	座 長
14:50～16:20 「キャリア支援の会」特別企画 臨床セミナー（第1会場） 「UC治療の未来図 一広がる選択肢と多様化する患者に向き合う」 東京女子医科大学 消化器内科 助教 伊藤 亜由美 先生 「もう一度学びなおす消化器癌の薬物療法 一日常診療で押さえてい基本と最新」 NTT東日本関東病院 腫瘍内科部長、 緩和ケア科部長 がんゲノム遺伝診療部部長兼任 倉持 英和 先生 「肝炎研究、基礎から臨床、そして融合へ～キャリアを通じて見えたもの～」 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 准教授 中川 美奈 先生 司会 帝京大学医学部総合診療科 講師 立澤 直子 先生 共催：ファイザー株式会社			(17) 胃・十二指腸 57～60	14:10～14:34	大和 洸
			(18) 小腸・大腸 61～63	14:34～14:52	鈴木 一世
			(19) 大腸・その他 64～68	14:52～15:22	大森 将史
			(20) 肝・胆・脾 69～73	15:22～15:52	曾根 雅之
16:20～ 閉会の辞（第1会場）					

専攻医・研修医セッションの発表者あるいは同施設の方は、奨励賞表彰式にご参加ください。
（第1会場 13:55～）

特別講演

第1会場 13:00~13:55

「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ームと 消化器疾患リスク」

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 先生

司会 帝京大学医学部 内科学講座 教授 山本 貴嗣

………演者の先生ご紹介………

ながた なおよし
永田 尚義 先生

【学歴】

2002年 関西医科大学 医学部 卒業

2016年 佐賀大学医学部大学院 医学系研究科 博士課程専攻修了

【職歴】

2002年～国立国際医療センター内科研修医/ 2004年～レジデント/ 2010年～消化器内科医員

2019年～東京医科大学病院 内視鏡センター准教授/ 2024年～健診予防医学センター准教授

【学会・研究会活動】

2017年～日本消化管学会 大腸憩室症ガイドライン作成委員/ 2019年～作成委員長

2023年～日本消化管学会 大腸憩室症ガイドライン改定作成委員長

2023年～急性下部消化管出血の内視鏡診療に直結するエビデンスを創出する研究会 代表

2025年～下部消化管疾患研究会 代表

【専門分野】

急性下部消化管出血、消化管感染症、口腔内と腸内マイクロバイオーーム

【マイクロバイオーーム研究の代表原著論文】

1. Akiyama S, Nagata N (corresponding author), et al. Multi-biome analysis identifies distinct gut microbial signatures and their crosstalk in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Nature Commun.* 2024 ; 15 : 10291.
2. Nishijima S, Nagata N, et al. Fecal microbial load is a major determinant of gut microbiome variation and a confounder for disease associations. *Cell.* 2025 ; 9 : 188(1) : 222-236.
3. Nagata N (First author, Corresponding author). Gut Microbiota and Its Metabolites Impact Immune Responses in COVID-19 and Its Complications. *Gastroenterology.* 2023 ; 164 : 272-288.
4. Nagata N, (First author, Corresponding author). Population-level Metagenomics Uncovers Distinct Effects of Multiple Medications on the Human Gut Microbiome. *Gastroenterology.* 2022 ; 163 : 1038-1052.
5. Nagata N, (First author, Corresponding author). Metagenomic Identification of Microbial Signatures Predicting Pancreatic Cancer From a Multinational Study. *Gastroenterology.* 2022 ; 163 : 222-238.
6. Nishijima S, Nagata N (Corresponding author). Extensive gut virome variation and its associations with host and environmental factors in a population-level cohort. *Nature Commun.* 2022 ; 13 : 5252.

【代表的な研究資金獲得】

日本医療研究開発機構 (AMED) 革新的がん医療実用化研究事業 代表

日本医療研究開発機構 (AMED) 新興再興感染症に対する革新的医薬品等開発推進研究事業 代表

日本医療研究開発機構 (AMED) エイズ対策実用化研究事業 代表

COCKPI-T Funding代表、厚生労働省科学研究費 代表、文部科学省基盤研究費 代表など

ランチョンセミナー 1

第1会場 12:05～12:55

「長期予後改善を目指したクローン病の 治療戦略とトレムフィアへの期待」

慶應義塾大学医学部 内科学（消化器）専任講師 **清原 裕貴** 先生

「クローン病の長期予後改善を目指した治療戦略 ～ 外科医の視点からみた難治病態への対応と治療戦略 ～」

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 科長 **辰巳 健志** 先生

司会 帝京大学医学部外科学講座 教授 **落合 大樹** 先生

共催：ヤンセンファーマ株式会社

………演者の先生ご紹介………

きよはら ひろき
清原 裕貴 先生

【学歴】

2009年 慶應義塾大学医学部 卒業
2014年 慶應義塾大学大学院 医学研究科博士課程 入学
2018年 同 所定単位取得後退学
2019年 博士(医学)取得

【職歴】

2009年 横浜市立市民病院 初期臨床研修医
2011年 慶應義塾大学医学部 内科学 専修医
2012年 国家公務員共済組合連合会 立川病院 内科専修医
2013年 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)専修医
2014年 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)助教(大学院生)
2018年 北里大学北里研究所病院 消化器内科・IBDセンター
医員
2020年 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)特任助教
2021年 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)助教

たつみ けんじ
辰巳 健志 先生

【略歴】

2000年 横浜市立大学医学部医学科 卒業
2002年 横浜市立大学消化器・腫瘍外科学(旧第二外科)入局
2002～2005年 稲田登戸病院、横須賀共済病院、横浜市立大
学付属市民総合医療センター
(2005～2009年 横浜市立大学大学院医学研究科 消化器病
態外科学大学院)
2008年 横浜市立みなと赤十字病院
2009年 横浜市立大学消化器・肝移植外科学 助教
2011年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 副医長
2014年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 医長
(2015年 Cleveland clinic clinical observer)

2024年 宮内庁皇嗣職

慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)非常勤講師
[兼任]

2026年 慶應義塾大学医学部 内科学(消化器)専任講師

【所属学会】

日本内科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、
日本炎症性腸疾患学会、日本肝臓学会、日本大腸肛門病学会、
日本臨床免疫学会、Asian Organization for Crohn's and Colitis
(AOCC)

【学会委員・評議員】

AOCC Clinical Research Committee、日本炎症性腸疾患学会
教育委員会 臨床研究育成分科会委員、日本消化器病学会 炎症
性腸疾患診療ガイドライン SR委員、日本消化器病学会 関東
支部評議員、日本消化器内視鏡学会 学術評議員・関東支部評
議員

2018年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 診療担当部長

2025年 横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科 科長

【所属学会】

日本外科学会 専門医、指導医
日本消化器病学会 専門医、指導医、関東支部評議員、
学会評議員
日本消化器外科学会 専門医、指導医
日本大腸肛門病学会 専門医、指導医、評議員
日本消化器内視鏡学会 消化器内視鏡専門医、指導医
日本炎症性腸疾患学会 代議員、IBD指導医

ランチオンセミナー2

第2会場 12:05～12:45

「リアルワールドデータから考える ベドリズマブの位置づけ」

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

司会 昭和医科大学江東豊洲病院 消化器センター 教授

昭和医科大学 豊洲クリニック予防医学センター 病院長 **浦上 尚之** 先生

共催：武田薬品工業株式会社

………演者の先生ご紹介………

しぶや
澁谷 智義 先生

【略歴】

平成7年3月 順天堂大学医学部 卒業
5月 順天堂医院 研修医
10年5月 順天堂大学消化器内科 入局
15年3月 順天堂大学大学院 修了
15年5月 順天堂大学附属伊豆長岡病院 出向
17年4月 順天堂大学消化器内科
17年7月 順天堂大学消化器内科 助手
20年4月 順天堂大学消化器内科 准教授
28年6月 順天堂大学消化器内科 医局長
令和3年1月 順天堂大学消化器内科 先任准教授
令和7年12月 順天堂大学医学部附属順天堂越谷
病院消化器内科 教授

【資格】

日本内科学会 認定医・専門医
日本消化器病学会 専門医・指導医・支部会評議員・
学会評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医・支部会

評議員・学会評議員

日本消化管学会 胃腸科専門医・指導医・代議員

日本肝臓学会 専門医

がん治療認定医

日本カプセル内視鏡学会 認定医・指導医・代議員

日本消化管Virtual Reality学会 評議員

日本炎症性腸疾患学会 IBD専門医・代議員

【専門分野】

炎症性腸疾患(潰瘍性大腸炎・クローン病)

小腸内視鏡(カプセル内視鏡、バルーン内視鏡)

内視鏡治療と抗血栓薬の関与

スポンサードセミナー

第1会場 14:10~14:50

「潰瘍性大腸炎治療における ゼポジアの位置づけを考える」

東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 医長 **園田 光** 先生

司会 帝京大学医学部 内科学講座 准教授 **阿部浩一郎** 先生

共催：ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

………演者の先生ご紹介………

そのだ
園田 あきら
光 先生

【略歴】

2007年 3 月 産業医科大学医学部医学科 卒業
2007年 4 月 九州大学病院 初期臨床研修
2009年 4 月 大分大学医学部附属病院 消化器内科 医員
2010年 7 月 宇佐高田医師会病院 消化器内科
2011年 4 月 社会保険中央総合病院(現東京山手メディカルセンター)
内科・炎症性腸疾患内科 医員
2013年 4 月 大分大学医学部附属病院 消化器内科
2018年10月 大分大学大学院医学研究科医学専攻 博士課程 終了
2018年10月 大分大学医学部附属病院 消化器内科 特任助教
2019年10月 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 医員
2023年 4 月 東京山手メディカルセンター 炎症性腸疾患内科 医長
現在に至る

【主な資格】

医学博士
日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医
日本消化器病学会 専門医・指導医・学会評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医・学術評議員
日本カプセル内視鏡内視鏡学会 認定医・指導医 関東地区読影認定推進委員
日本消化管学会 専門医・指導医

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

「UC治療の未来図—広がる選択肢と多様化する患者に向き合う—」
東京女子医科大学 消化器内科 助教 **伊藤亜由美** 先生

「もう一度学びなおす消化器癌の薬物療法 一日常診療で押さえない基本と最新」
NTT東日本関東病院 腫瘍内科部長、緩和ケア科部長 がんゲノム遺伝診療部部長兼任 **倉持 英和** 先生

「肝炎研究、基礎から臨床、そして融合へ～キャリアを通じて見えたもの～」
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 准教授 **中川 美奈** 先生

司会 帝京大学医学部総合診療科 講師 立澤 直子 先生
共催：ファイザー株式会社

………演者の先生ご紹介………

いとう あゆみ
伊藤亜由美 先生

【学歴】
2003年3月 東京女子医科大学 卒業

【職歴】
2006年4月～2008年3月 東京女子医科大学病院内科研修医
2008年4月～2013年5月 東京女子医科大学 消化器内科
入局、医療練士
2009年6月～2010年6月 さいたま市立病院 出向
2010年7月～2010年12月 八王子消化器病院 出向
2011年1月～ 帰局

2013年6月～ 東京女子医科大学 消化器内科 医療練士卒業、助教
2021年4月～2022年5月 同 消化器内科 非常勤講師
2022年6月～現在 同 消化器内科 助教

【所属学会等】
日本内科学会、日本消化器病学会、日本内視鏡学会、日本内視鏡学会指導医、関東内視鏡学会評議員、関東消化器病学会評議員、消化管学会、消化管学会胃腸科専門医、IBD 指導医

くらもち ひでかず
倉持 英和 先生

【略歴】
1994年 筑波大学医学専門学群卒業
1994年 東京女子医科大学 消化器外科 入局
2000年 筑波胃腸病院勤務
2003年～2006年 University of Southern California, Dept of Biochemistry and Molecular Biology (Prof. Peter V. Danenberg) 留学
2006年 東京女子医科大学 消化器外科助教
2006年 医学博士号(乙)取得
2009年 東京女子医科大学 消化器外科 准講師
2011年 同 化学療法・緩和ケア科 講師
2013年 東京女子医科大学附属八千代医療センター 外科診療部 講師
2016年 同 化学療法科 診療科長、准教授

2020年 東京女子医科大学 化学療法・緩和ケア科 准教授
2022年 同 がんセンター病院部門長兼任
2024年 NTT東日本関東病院 腫瘍内科 部長
2025年 東京科学大学臨床教授兼任、東京医療保健大学臨床教授兼任

【学会専門医】
日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医、指導医／日本遺伝性腫瘍学会 専門医／日本がん治療認定医機構認定医、暫定教育医／日本消化器内視鏡学会 専門医、指導医／日本外科学会認定登録医

【所属学会】
日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本遺伝性腫瘍学会、日本がんサポーターズケア学会、日本外科学会、日本消化器内視鏡学会

なかがわ みな
中川 美奈 先生

【学歴】
1996年 東京医科歯科大学医学部医学科 卒業
2006年 同 大学院医歯学総合研究科 卒業

【略歴】
1996年4月 東京医科歯科大学医学部附属病院第二内科入局、研修医
1997年6月 土浦協同病院研修医
1998年7月 旧都立府中病院(現多摩総合医療センター)内科医員
1999年6月 土浦協同病院消化器内科医員
2006年4月 東京医科歯科大学 大学院分子肝炎制御学講座 助教
2010年5月 同 医学部附属病院 消化器内科助教

2013年4月 同 医歯学融合教育支援センター准教授
2016年4月 同 統合教育機構 准教授
2024年10月 東京科学大学ヘルスケア教育機構 准教授

【学会活動等】
日本肝臓学会(理事・評議員・指導医・専門医)／日本消化器病学会(財団評議員・指導医・専門医)／日本高齢消化器病学会(評議員)／消化器病における性差医学・医療研究会(世話人)／日本内科学会(指導医・総合内科専門医)／日本消化器内視鏡学会(専門医)／日本門脈圧亢進症学会／日本肝臓学会／日本医学教育学会／米国肝臓学会(AASLD)／欧州医学教育学会(AMEE)

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。

テーマ「とぶもの・うかぶもの」

- ①うかぶ？とぶ？
空気を入れた風船と、とても軽いものを入れた風船は
浮かぶのか？飛ぶのか？実験します
- ②とばしてみよう！
シンプルな紙飛行機を作って飛ばします
- ③とばせたかな？
ちょっと、変わった飛行機を飛ばします
- ④ドローンをとばしてみよう！！
ドローンを飛ばす体験をします
ちゃんと、元の場所に着陸できるかな？！

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

【お問合せ先】 日本消化器病学会関東支部第390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: jsge390kanto@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）

8：18～8：20

—開会の辞—

—評価者—

医療法人社団愛友会	上尾中央総合病院	消化器内科	小山 洋平
国立研究開発法人	国立がん研究センター中央病院	頭頸部・食道内科	森田 竜一
東川口病院	内科		柳澤 大輔

専攻医Ⅰ（食道1） 8：20～8：38 座長 慶應義塾大学医学部 内科学教室（消化器） 森 英毅

1. 胃食道逆流症診断における PCAB テストの限界

日本医科大学 消化器・肝臓内科 ○久保 賢蔵, 星川 吉正, 門馬 絵理, 星野慎太郎
川見 典之, 岩切 勝彦, 厚川 正則

2. 健常者に発症した難治性 CMV 食道炎に対して抗ウイルス療法が奏功した一例

医療法人徳洲会 千葉西総合病院 消化器内科 ○角田 雄大, 前嶋 恭平, 秋田 英理, 田村 周甫
石山 涼子, 佐藤晋一郎, 梅木 清孝

3. 当院での逆流性食道炎における minimal change の臨床的・生理学的意義の検討

日本医科大学多摩永山病院 消化器内科 ○久保田海斗
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 星川 吉正, 門馬 絵理, 川見 典之, 岩切 勝彦
厚川 正則
日本医科大学千葉北総病院 消化器内科 星野慎太郎

専攻医Ⅱ（食道2） 8：38～8：56 座長 東海大学医学部 消化器内科 佐野 正弥

4. 術前生検や内視鏡診断で扁平上皮癌との鑑別に苦慮した食道大細胞型神経内分泌癌の一例

亀田総合病院 消化器内科 ○鷺見 太一, 仲地健一郎, 井坂 佑莉, 草深 公秀
中路 聡
同 臨床病理科 蘆川 希帆
同 消化器内科 山口 倫昌
昭和医科大学江東豊洲病院 消化器センター

5. 深達度 LPM の早期食道癌に対する ESD 後に頸部リンパ節転移を来した一例

順天堂大学 医学部 消化器内科 ○村上優希子, 喜古 博之, 沖 翔太郎, 赤澤 陽一
阿部 大樹, 竹田 努, 福嶋 浩文, 戸張 真紀
上山 浩也, 藤澤 聡郎, 北條麻理子, 池嶋 健一
伊佐山浩通, 永原 章仁

6. 内視鏡的除去が困難であった柿による食道閉塞に対し保存的加療で自然脱落が確認された1例

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科 ○水橋 舞, 酒井 英嗣, 田中 秀悟, 山本 惇
三上桂太郎, 織茂 智也, 林 春菜, 城野 紡
山脇 将貴, 岩崎 暁人, 清水 智樹, 真田 治人

専攻医Ⅲ(胃・十二指腸1) 8:56~9:20

座長 帝京大学医学部 内科学講座 梶田 航平

7. 胃液 PCR によるクラリスロマイシン耐性検出と *Helicobacter pylori* 治療戦略の変化

筑波記念病院 消化器内科 ○森田 大雅, 添田 敦子, 太田理香子, 丸山 泰司
佐浦 勲, 姫井 紅里, 根本 絵美, 丹下 善隆
江南ちあき, 越智 大介
つくばトータルヘルスプラザ 池澤 和人

8. プロスタサイクリン製剤在宅持続静注療法の肺動脈性肺高血圧症患者に多発胃上皮性腫瘍が発生し、Ball valve syndrome を来した一例

自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科 ○柏寄 由希, 三浦 孝也, 福本 彩音, 藤田 美憂
水谷 琢, 橋本 凌, 佐々木吾也, 今井友里加
高橋 成明, 森野 美奈, 高橋 裕子, 吉川 修平
大竹はるか, 上原 健志, 関根 匡成, 浅野 岳晴
松本 吏弘, 宮谷 博幸, 眞嶋 浩聡
同 病理診断科 岡部 直太

9. 当院における上部消化管内視鏡治療の症例の比較検討

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科 ○高田 紘彰, 新井 悠, 上久保京香, 亀井 淳矢
大木 孝之, 町田 花実, 中村 拳, 田邊 智英
植木 信江, 二神 生爾
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科 厚川 正則

10. 内視鏡検査では異常が認められず、腹腔内リンパ節転移を契機に発見された、壁外発育型胃癌の1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科 ○嶋村 海希, 吉原 努, 齋藤嘉由輝, 芹澤 宏樹
永山 智弓, 河島 孝大, 伏見 光, 田村 繁樹
高橋伸太郎, 森川瑛一郎, 細野 邦広, 後藤 希実
松本 理沙, 中谷 研介, 澤崎 翔, 飯田 真岐
辻本 志朗, 池田 隆明

専攻医Ⅳ(胃・十二指腸2) 9:20~9:44

座長 東京医科大学病院 消化器内科学分野 班目 明

11. 出血性十二指腸潰瘍加療中に意識障害を呈し、診断に難渋したセフェピム脳症の1例

東京労災病院 消化器内科 ○三輪 要介, 岩本 敦雅, 松坂 翔, 折原 慎弥
木村 祐介, 乾山 光子, 大場 信之, 西中川秀太

12. 第 XIII 因子製剤単独では効果不十分でステロイドが奏効した成人 IgA 血管炎の1例

東京通信病院 消化器内科 ○近藤花奈美, 平野 賢二, 高見 浩, 藤田 昂秀
阿部 創平, 加藤 知爾, 近藤 裕嗣, 小林 克也
関川憲一郎

13. 保存加療により改善した upside-down stomach を呈した食道裂孔ヘルニア4型の1例

川崎市立井田病院 消化器内科 ○前田 春乃, 山田 博昭, 栗村 紀輝, 小川 優人
島田 史恵, 山近 由衣, 高松 正視

14. 内視鏡的整復が困難であった高度食道裂孔ヘルニアに起因した胃軸捻転症の一例

帝京大学 内科 ○上平 晶也, 松本 康佑, 上松なな子, 村田 紗依
二木 直之, 梶田 航平, 曾根 雅之, 竹内 研人
徳富 遥, 磯野 朱里, 青柳 仁, 三浦 亮
立澤 直子, 有住 俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也
浅岡 良成, 今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤

専攻医Ⅴ(小腸・大腸) 9:49~10:07

座長 東京科学大学病院 光学医療診療部 村野 竜朗

15. 末梢の腸間膜動脈血栓・閉塞により部分的な小腸壊死をきたし、緊急手術を要した一例

筑波記念病院 消化器内科 ○太田理香子, 添田 敦子, 丸山 泰司, 森田 大雅
佐浦 勲, 姫井 紅里, 根本 絵美, 丹下 善隆
江南ちあき, 越智 大介
同 消化器外科 林 くらら
同 病理診断科 台 勇一
つくばトータルヘルスプラザ 池澤 和人

16. 潰瘍性大腸炎を背景とした Pembrolizumab による irAE 腸炎発症例

総合病院国保旭中央病院 消化器内科 ○金 宰紘, 中村 朗, 志村 謙次, 糸林 詠
紫村 治久, 窪田 学, 樋口 正美, 宮川 明祐
中川美由貴, 小川 慶太, 小林里咲子, 鈴木 隆斗
萩原 康平, 森本 耀介, 佐久間洋佑, 山本 隆広
坂田 健太, 千葉 聡太

17. サクビトリルバルサルタンによる薬剤性腸炎の1例

新座志木中央総合病院 消化器内科 ○清水 康弘, 神田 遼弥, 掛谷 和寛
東京医科大学病院 消化器内科 班目 明

研修医Ⅰ(胃・十二指腸) 10:07~10:25

座長 防衛医科大学校病院 消化器内科 古橋 廣崇

18. 内視鏡的拡張術抵抗性の高度幽門狭窄に対し、穿孔・仮性動脈瘤を契機に胃全摘を施行し経口摂取を再獲得した腐食性胃炎・食道炎の一例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器) ○増田 りか, 森 英毅, 齋藤 直宏, 安藤 裕子
正岡 建洋, 松崎潤太郎, 齋藤 義正, 金井 隆典
慶應義塾大学病院 内視鏡センター 高取 祐作, 高林 馨, 加藤 元彦
慶應義塾大学医学部 病理診断部 橋本 大輝
同 外科学教室(一般・消化器) 松田 諭

19. 十二指腸球部に孤立性粘膜下腫瘍様隆起を呈した濾胞性リンパ腫の1例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科 ○川口 怜央, 大和 洸, 田中 潤治, 河合 優佑
小田 実, 早坂淳之介, 落合 頼業, 鈴木 悠悟
小田切啓之, 松井 啓, 布袋屋 修

20. 二次性大動脈十二指腸瘻に対して OTSC が有効であった一例

東京西徳洲会病院 消化器内科 ○岸田 拓也, 佐藤 遼, 地主 龍平

研修医Ⅱ(小腸・大腸) 10:25~10:43 座長 さがみ林間病院 消化器内科 大久保 秀則

21. 小腸イレウスを契機に診断に至った回腸子宮内膜症の一例

東京西徳洲会病院 消化器内科 ○手塚 悠, 佐藤 遼, 地主 龍平

22. 長期空置後に肛門部完全閉塞を来したクローン病の1例

横浜州市市民病院 炎症性腸疾患科 ○園田 愛莉, 辰巳 健志, 黒木 博介, 後藤 晃紀
中尾 詠一, 小原 尚, 杉田 昭, 小金井一隆

23. 慢性偽性腸閉塞に腸管気腫および門脈気腫を来した1例

東京慈恵会医科大学西部医療センター 初期臨床研修医 ○岡野 磨優
同 内科学講座 消化器・肝臓内科 三國 隼人, 木下 晃吉, 小池 和彦
東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科 猿田 雅之

研修医Ⅲ(肝臓) 10:43~11:07 座長 帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 松本 光太郎

24. 多発肝腫瘍として発見され、悪性腫瘍との鑑別を要した Peliosis hepatis の1例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター ○山脇 基
杏林大学医学部 消化器内科学 關 里和, 友近 瞬, 小松 悠香, 和田 晴香
森久保 拓, 川村 直弘, 久松 理一
同 病理学教室 林 玲匡, 柴原 純二
同 医学教育学 森 秀明

25. 肝細胞癌に対するラジオ波焼灼術後に急性門脈血栓症を生じ死亡した一例

東京大学医学部附属病院 消化器内科 ○川田 陽介
同 総合研修センター
同 消化器内科 金子 拓馬, 山田 友春, 中塚 拓馬, 佐藤 雅哉
建石 良介, 藤城 光弘
東京大学大学院医学系研究科 病因・病理学専攻病理学講座 山嶋 誠, 深川 彰彦, 牛久 哲男

26. 切除不能食道癌に対するコンバージョン手術後に発症した遅発性 irAE 肝障害の1例

武蔵野赤十字病院 消化器内科 ○柳川 杏珠, 内原 直樹, 土谷 薫, 清家 理佐
田中 雄紀, 小林 諒平, 笠野 由佳, 松本 浩明
小宮山泰之, 高浦 健太, 高田ひとみ, 田中 将平
前屋舗千明, 玉城 信治, 安井 豊, 中西 裕之
黒崎 雅之
同 外科 山口 和哉, 井ノ口幹人

27. 多発性円形脱毛症に対する反復メチルプレドニゾロンセミパルス後に生じた薬物性肝障害の1例

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

第 1 会場（午後の部）

13 : 00～13 : 55

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ームと消化器疾患リスク

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** 先生

司会 帝京大学医学部 内科学講座 教授 **山本 貴嗣**

第2会場（午前の部）

— 評価者 —

公益財団法人がん研究会	がん研有明病院	肝胆膵内科	三重 堯文
埼玉医科大学病院	消化管内科		宮口 和也
杏林大学医学部	消化器内科学		森久保 拓

専攻医Ⅵ(大腸1) 8:20~8:38

座長 筑波大学 医学医療系 消化器内科 坂本 琢

28. HIV 感染症に合併した直腸梅毒の1例

がん・感染症センター	都立駒込病院	消化器内科	○細井萌々子, 森口 義亮, 岩谷 勇吾, 飯塚 敏郎
同		感染症科	小林泰一郎
同		病理科	堀口慎一郎
同		内視鏡科	後藤 修

29. BRAF 遺伝子変異陽性の早期大腸癌 ESD 治療切除後に小脳転移を生じた1例

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

30. CT で偶発的に発見された十二指腸浸潤大腸癌の一例

帝京大学 医学部	内科学講座	○川村 恵, 竹内 研人, 磯野 朱里, 徳富 遥
		曾根 雅之, 梶田 航平, 松本 康佑, 青柳 仁
		三浦 亮, 阿部浩一郎, 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	峯崎 俊亮, 佐野 圭二, 井上 陽介, 近藤 悟
		落合 大樹

専攻医Ⅶ(大腸2) 8:38~9:02

座長 上尾中央総合病院 消化器内科 飛田 拓途

31. Mirikizumab から Guselkumab への変更により奏功が得られた潰瘍性大腸炎の1例

国立健康危機管理研究機構	国立国際医療研究センター	消化器内科	○宮田 祥宏, 竜野 稜子, 池田 亘孝, 岡山 洋紀
			川島 康揮, 椎名 大祐, 垣淵 大河, 金子 貴大
			中村 暁子, 蒲生 彩香, 鈴江 航大, 矢野 成樹
			久田 裕也, 赤澤 直樹, 小島 康志, 横井 千寿
			田中 康雄, 柳瀬 幹雄, 山本 夏代, 秋山 純一

32. 多科連携による集学的療法にて寛解を得た溶血性尿毒症症候群合併腸管出血性大腸菌感染症の2症例

昭和医科大学	江東豊洲病院	消化器センター	○堀直哉バトリック, 田邊 万葉, 伊藤 敬義, 浦上 尚之
			年森 明子, 福田 舞, 汐見大二郎, 岸 優美
	昭和医科大学病院	血液内科	服部 憲路
	昭和医科大学	江東豊洲病院	脳神経内科
			栗城 綾子
同		集中治療科	森 麻衣子
同		腎臓内科	竹島亜希子

33. 盲腸癌による回盲弁浸潤に伴う腸閉塞に対し、回転式乳頭括約筋切開術用ナイフを用いたガイドワイヤー挿入が有用であった一例

東京都健康長寿医療センター 消化器・内視鏡内科 ○福地 大貴, 杉井 壮太, 草間 亮佑, 重松 大毅
堀越 裕介, 佐藤 優樹, 正谷 一石, 富野 琢朗
大隅 瞬, 深川 一史, 保坂 祥介, 小野 敏嗣

34. 直腸亜全周性腫瘍に対する ESD 後に高度狭窄を認めた潰瘍性大腸炎の一例

帝京大学医学部 内科学講座 ○篠原 陸男, 梶田 航平, 石川 悠斗, 澁谷 悠希
青柳 仁, 二木 直之, 竹内 研人, 曾根 雅之
徳富 遥, 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
帝京大学医学部附属病院 病院病理学部 笹島ゆう子

専攻医Ⅷ(肝臓1) 9:02~9:20

座長 杏林大学医学部 消化器内科学 友近 瞬

35. 腫瘍随伴性 DIC を合併した肝原発扁平上皮癌に対し、rTM 併用下に肝生検および化学療法を導入し得た1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科 ○長谷川 亮, 松本光太郎, 幸地 諒, 山室英太郎
堂脇 志恵, 早川 淳, 阿久津朋宏, 岡本 寛治
苗村 佑太, 菊山 智博, 斎藤 剛, 藤 佑樹
足立 貴子, 渡邊 彩子, 辻川 尊之, 網島 弘道
勝倉 暢洋, 土井 晋平
同 病理診断科 阿曾 達也, 高橋美紀子

36. 進行肝細胞癌に対するニボルマブ・イピリムマブ併用療法により mRECIST CR を達成した症例の検討

千葉大学医学部附属病院 消化器内科 ○三田 聡美, 三輪 千尋, 小笠原定久, 金谷 崇伸
粒良 和郎, 安齋 春香, 渡部 太郎, 片山 慶一
澤田 翠, 土屋 貴大, 藤谷 誠, 吉埜 稜平
米本 卓弥, 弓田 冴, 興梠 慧輔, 井上 将法
中村 昌人, 中本 晋吾, 加藤 順

37. 術前診断に苦慮した肝原発 MALT リンパ腫の1例

上尾中央総合病院 臨床研修センター ○関 優一, 李 秀載, 佐藤 洸平, 武部 岳
秋葉 星哉, 山田紗李奈, 原田 文人, 山口 智央
飛田 拓途, 中村 直裕, 小山 洋平, 柴田 昌幸
田中由理子, 高森 頼雪, 有馬美和子, 土屋 昭彦
西川 稿, 賛 裕亮, 若林 剛, 杉谷 雅彦

専攻医Ⅹ(肝臓Ⅱ) 9:20~9:44

座長 東京大学医学部附属病院 消化器内科 中塚 拓馬

38. 直腸静脈瘤と腹水貯留を契機に非硬変性門脈圧亢進症と診断し、その病態に神経性食欲不振症の関与が疑われた一例

国立病院機構 東京医療センター 消化器内科 ○竹部 温子, 脇坂 悠介, 家城 健史, 大倉 将太
丹治 寛子, 武部 岳, 穴井 映光, 井出 貴也
荒金 直美, 東條 誠也, 青木 康浩, 吉田 康祐
渡邊 多代, 福原誠一郎

39. ワルファリン投与中の特発性門脈圧亢進症患者に発症した急性上腸間膜静脈血栓症の1例

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 ○平野 怜, 松本 直樹, 十束 茉衣, 金子 朋弘
本田 真之, 有間 修平, 増崎 亮太, 木暮 宏史

40. 肝膿瘍治療中に胸腔穿破が原因と考えられる右膿胸を発症した一例

帝京大学 医学部 内科学講座 ○副島 麗生, 三浦 亮, 坂東 麻由, 二木 直之
村田 紗依, 竹内 研人, 徳富 遥, 曾根 雅之
梶田 航平, 松本 康佑, 青柳 仁, 磯野 朱里
有住 俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也, 浅岡 良成
今津 博雄, 山本 貴嗣, 田中 篤
帝京大学医学部附属病院 総合診療科 立澤 直子

41. 下大静脈を圧排する巨大肝嚢胞に対して穿刺吸引が奏功した一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門 ○小田部拓実, 上野 航, 泉 直登, 三澤 啓吾
大塚 陽介, 渡邊 俊司, 三浦 光一, 森本 直樹
矢野 智則

専攻医Ⅹ(胆・その他) 9:49~10:13

座長 上尾中央総合病院 李 秀載

42. 胆管ステント逸脱により小腸閉塞をきたした一例

昭和医科大学医学部 内科学講座 消化器内科部門 ○中村 絢心, 西原 成俊, 坂 隆寛, 飯高 正典
中山 顕皓, 及川 脩, 角嶋 直美

43. 血栓性微小血管症を発症した肝門部領域胆管癌の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学 ○河内 美香, 善如寺 暖, 富永 哲成, 伊藤 健太
齋藤 豊和, 喜多 碧, 石渡 栞, 糸井 祐貴
佐藤 圭吾, 安達 拓也, 村上 立真, 清水 雄大
田中 寛人, 保坂 浩子, 戸島 洋貴, 栗林 志行
山崎 勇一, 浦岡 俊夫
伊勢崎市民病院 内科 松井 綾子

44. 巨大腹膜腫瘍として発見された消化管間質腫瘍(GIST)の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科 ○福尾 幸祐, 秋田 義博, 堤 和音, 川村 愛子
野口 正朗, 猿田 雅之

45. 腸間膜原発壊死性リンパ節炎による結腸瘻、腹腔内膿瘍に対し、超音波内視鏡下膿瘍ドレナージが奏功した1例

筑波大学附属病院 消化器内科 ○神山 広大, 福田 壮馬, 藤野 未菜, 大曾根 礼
長尾剛太郎, 和田 拓海, 岸本 希実, 石川 敬資
石川 直樹, 萩原 悠也, 新里 悠輔, 池田 貴文
長谷川直之, 奈良坂俊明, 坂本 琢, 土屋輝一郎

専攻医Ⅺ(膵臓) 10:13~10:43 座長 千葉大学医学部附属病院 消化器内科 渡部 主樹

46. 潰瘍性大腸炎に2型自己免疫性膵炎を合併した1例

東京都済生会中央病院 消化器内科 ○松崎 雄也, 岸野 竜平, 大城 浩希, 湊 喜洋
小林 文子, 岩下 紘土, 伊藤 瑛基, 中島 菖子
石田 慎, 林 智康, 横山 歩, 三枝慶一郎
中澤 敦
同 腫瘍内科 船越 信介
同 病理科 廣瀬 茂道

47. 主膵管を鋳型状に進展し十二指腸乳頭から露出を認めた膵腺房細胞癌の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科 ○三代 莉加, 佐藤 純也, 五十嵐洋介, 関根 章裕
松田 悠, 上向伸太郎, 中原 一有, 立石 敬介

48. 1型自己免疫性膵炎を合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科 ○長澤 浩平, 吉森 大悟, 松下 晃, 川野 陽一
清水 哲也, 上田 純志, 室川 剛廣, 大野 崇
遠藤 憲彦, 松永 龍, 松田 明久
同 病理診断科 大橋 隆治
同 病理診断科 清水 道生
博慈会記念総合病院 病理診断センター

49. BRCA 2 病的バリエント陽性進行膵癌に対する白金製剤およびオラパリブ維持療法が有効であった1例

北里大学 医学部 消化器内科学 ○細川 莉帆, 玉置 明寛, 奥脇 興介, 渡辺 真郁
安達 快, 小川 大輔, 窪田 純, 草野 央

50. 乳児白血病寛解後に発症した若年性膵癌の1例

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野 ○賀川 翔, 齋藤 圭, 佐久間大樹, 石川 慶朋
北原 麻衣, 大木 庸子, 木暮 宏史
同 小児科学系小児科学分野 金澤 剛二, 下澤 克宜

研修医Ⅳ(胆) 10:43~11:01 座長 日本大学医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野 野村 舟三

51. FGFR 2 融合遺伝子陽性の切除不能肝内胆管癌に対しタスルグラチニブが奏功するも角膜障害のため投与中断となった一例

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科 ○池田 真志, 漆原 陵, 水野 卓, 坂田 浩
碓氷 七瀬, 佐藤 彩, 山田 俊介, 辻 翔平
相馬 直人, 安藤さつき, 中尾 将光, 菅原 通子
内田 義人, 中山 伸朗, 今井 幸紀, 持田 智
同 眼科 横谷 駿, 石川 聖

52. 切除不能胆嚢未分化癌に対しゲムシタビン・シスプラチン・ペムプロリズマブ併用療法が著効しコンバージョン手術を施行し得た1例

東京大学医学部附属病院 総合研修センター ○黒田 瑠香
同 消化器内科 福田晃史郎, 鈴木 辰典, 高原 楠晃
同 臨床腫瘍科 石垣 和祥, 佐藤 靖祥
同 呼吸器内科 鹿毛 秀宣
同 ゲノム診療部 織田 克利
東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科 朴 成和
東京大学医学部附属病院 消化器内科 藤城 光弘
同 臨床腫瘍科

53. 気腫性胆嚢炎に対して超音波内視鏡下胆嚢ドレナージが奏効した1例

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学 ○久保田 傑, 小田 貴之, 逸見 莉子, 中原 祐貴
本多 悠, 飯塚 武, 八木 伸, 栗田 裕介
長谷川 翔, 窪田 賢輔, 米田 正人

研修医Ⅴ(胆・膵) 11:01~11:19 座長 日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科 中村 拳

54. 難治性胆管空腸吻合部狭窄に対して Endosonographically created route を介した胆管生検を繰り返して診断確定に至った胆管癌局所再発の一例

横浜市立大市民総合医療センター 消化器病センター内科 ○井奥 彩佳, 大石梨津子, 高田 祐介, 藤吉 朋子
坂井 音々, 相馬 亮, 石野 勇康, 松岡 裕人
角田翔太郎, 鈴木 悠一, 土屋 洋省, 船岡 昭宏
三輪 治生, 森本 学
横浜市立大学医学部 消化器内科学 前田 慎

55. 25G 針での EUS-FNB で診断し得た膵神経鞘腫の一例

さいたま市民医療センター 消化器内科 ○八木 瑞希, 篠崎 博志, 福本 彩音, 木全 悠太
片平 雄大, 井原 亮, 新畑 博英

56. Lorlatinib 投与中に発症した高トリグリセリド血症性急性膵炎の一例

NTT 東日本関東病院 肝胆膵内科 ○大島 啓吾, 小山 裕司, 永井 奎毅, 上地 大樹
辻川真太郎, 藤田 祐司, 寺谷 卓馬

第2会場（午後の部） 一般演題

一般演題（胃・十二指腸） 14：10～14：34

座長 虎の門病院 消化器内科 大和 洸

57. 当院における口腔機能低下症と胃粘膜萎縮との関連についての検討

順天堂東京江東高齢者医療センター 消化器内科 ○李 楚宇, 野村 収, 神保 泰久, 樺 映志
野元 勇佑, 浅岡 大介
順天堂大学 消化器内科 竹田 努, 北條麻理子, 永原 章仁

58. 脾臓合併切除を伴う噴門側胃切除術を施行した胃粘膜下腫瘍の1例

東京慈恵会医科大学 上部消化管外科 ○福島 尚子, 坪井 一人
富士市立中央病院
東京慈恵会医科大学 上部消化管外科 矢野 文章

59. 7年間の経過観察後に診断的ESDで確定診断した除菌後粘膜下層浸潤胃癌の一例

上尾中央総合病院 消化器内科 ○飛田 拓途, 柴田 昌幸, 佐藤 洸平, 関 優一
武部 岳, 秋葉 星哉, 山田紗李奈, 原田 文人
山口 智央, 黒沢 哲生, 中村 直裕, 李 秀載
小山 洋平, 明石 雅博, 笹本 貴広, 田中由理子
高森 頼雪, 有馬美和子, 土屋 昭彦, 西川 稿

60. 術前生検が有用であった十二指腸胃型腺癌の一例

がん・感染症センター東京都立駒込病院 消化器内科 ○森口 義亮, 岩谷 勇吾, 飯塚 敏郎
同 内視鏡科 後藤 修
同 病理科 堀口慎一郎

一般演題（小腸・大腸） 14：34～14：52 座長 埼玉医科大学総合医療センター 消化器・肝臓内科 鈴木 一世

61. 二次性腹部大動脈腸管瘻による急激な消化管出血を来した一例

水戸済生会総合病院 消化器内科 ○奥野 恵理, 高須 美香, 高野 竜馬, 吉武 寛隆
柏村 浩, 宇佐美佳恵, 宗像 紅里, 金野 直言
青木 洋平, 仁平 武
同 消化器外科 小澤 祐介, 丸山 常彦
同 心臓血管外科 鈴木 一史, 森住 誠, 井口 祐介, 榎本 佳治

62. 免疫抑制療法を拒否し、S1P受容体調節薬スイッチを行った中等症潰瘍性大腸炎の一例

大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀, 田川 慧

63. ウパダチニブ投与後にアスペルギルス肺炎を発症し、消化管穿孔で死亡した高齢発症潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学病院 消化管内科 ○松本 悠, 都築 義和, 宮口 和也, 塩味 里恵
今枝 博之

一般演題(大腸・その他) 14:52~15:22

座長 順天堂大学医学部 消化器内科 大森 将史

64. 低ナトリウム血症の治療中に偶発的に発見された直腸 GIST の一例

さがみ林間病院 消化器内科 ○古田 祐樹, 押尾 香那, 杉本 祐一, 佐藤 晋二
大久保秀則, 川名 憲一
同 病理診断部 蔣 世旭

65. 痔核硬化療法剤 ALTA 投与後に直腸潰瘍を来した 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, 松本 茂樹, 飯島 靖博, 山野 格寿
神山 公希, 志村 国彦
同 消化器内科 長谷川 亮, 新井 圭一, 川井貴美子, 松嶋 成志
同 救急科 山下 巖
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科 藤井 努

66. 時間依存型メサラジン製剤の供給制限に伴う、MMX メサラジンへのアクティブスイッチ症例の解析

大森敏秀胃腸科クリニック ○大森 敏秀, 田川 慧

67. 非機能性 paraganglioma の 1 切除例

日本赤十字社医療センター 肝胆脾・移植外科 ○中沢 祥子, 島田 恵, 橋本 拓哉
同 病理部 岡崎ななせ, 畑 千菜, 裴 有安

68. 速やかなウロキナーゼ静注が奏功した急性上腸間膜静脈血栓症の一例

河北総合病院 消化器内科 ○島田 高幸, 山下 浩子, 田島 大樹, 水野 文裕
五十嵐裕章

一般演題(肝・胆・脾) 15:22~15:52

座長 帝京大学医学部 内科学講座 曾根 雅之

69. 下大静脈浸潤を伴う肝細胞癌に対しニボルマブ+イビリムマブでほぼ完全奏効を得た一例

帝京大学ちば総合医療センター 第三内科(消化器) ○高橋健太郎, 小尾俊太郎, 佐藤 隆久, 高村 尚樹

70. 抗がん剤アクセシビリティの国際格差の克服 —肝細胞癌に対するソラフェニブを例とした検討—

千葉県立保健医療大学 健康科学部 看護学科 ○太和田暁之
千葉大学大学院医学研究院消化器内科学
和洋女子大学大学院看護学研究科 豊川 智之
和洋女子大学 AI ライフデザイン学部

71. IgG 4 陽性細胞浸潤を伴い IgG 4 関連硬化性胆管炎との鑑別を要した好酸球性胆管炎の一例

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 ○田宮 創希, 松岡 広陽, 藤川 裕成, 鈴木 隆一
清水 桃子, 白井 萌子, 坂口 吉朗, 小林 楓
岩下 裕明, 宮村 美幸, 菊地 秀昌, 中村健太郎
山田 哲弘, 松岡 克善
同 病理診断科 蛭田 啓之

72. 胆嚢腺筋腫症の RAS 内に発生した胆嚢内乳頭状腫瘍の 1 例

秀和総合病院 外科 ○鎌田 悠子, 中村 典明, 大沼田 洵, 伊藤菜々子
加藤俊一郎, 小川 康介, 光岡 明人, 真田 貴弘
桑原 博

73. IPMN による胆管閉塞の治療に苦慮した一例

東京都健康長寿医療センター 消化器内視鏡内科

○大隅 瞬, 保坂 祥介, 高岡 亮佑, 福地 大貴
重松 大毅, 杉井 壮大, 堀越 裕介, 佐藤 優樹
正谷 一石, 富野 琢朗, 深川 一史, 小野 敏嗣

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
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 (東京科学大学 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スクエア日本橋	2027年 2月3日～ 2月5日予定
395	二 神 生 爾 (日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科)	6月12日 (土)	東 京 都市センターホテル	3月3日～ 3月31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・2027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	開催形式	申込締切日
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
50	水 野 卓 (埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科)	2027年 3月予定	WEB開催	未 定

次回 (第391回) 例会のお知らせ

期 日：2026年9月19日 (土)

会 場：海運クラブ

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

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

特別講演：「消化器病診療と医療安全 ～意識のリスクマネジメント～」

演者：東京女子医科大学 消化器内科学分野 教授

司会：東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 教授

中村 真一

岩本 淳一

第31回専門医セミナー：開催予定

ランチョンセミナー1：「IL-23抗体製剤が切り拓く潰瘍性大腸炎治療の新展開」

演者：東京科学大学 消化器内科 准教授

清水 寛路

「潰瘍性大腸炎治療における当院のグセルクマブの使用経験」

演者：辻仲病院 柏の葉 消化器内科 部長

竹内 健

司会：千葉大学医学部附属病院 内視鏡センター

加藤 順

診療教授/内視鏡センター長

ランチョンセミナー2：「リサンキブマブによる潰瘍性大腸炎治療臨床試験、そして自験例。」

演者：宇都宮記念病院 炎症性腸疾患科 科長

小柳 亮太

司会：東京医科大学茨城医療センター 内視鏡センター長 教授

岩本 淳一

スポンサードセミナー：「潰瘍性大腸炎治療におけるベルスビティの有効性と安全性 (仮)」

演者：北里大学北里研究所病院炎症性腸疾患先進治療センターセンター長

小林 拓

北里大学医学部消化器内科准教授

司会：筑波大学医学部医療系消化器内科 教授 (診療科長)

土屋輝一郎

IBDセンター部長・難病医療センター副部長

当番会長：岩本 淳一 (東京医科大学茨城医療センター 消化器内科 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 : jsge391kanto@planningwill.co.jp

◆研修医・専攻医セッションについて◆

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

お問い合わせについて

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

〒181-8611 東京都三鷹市新川6-20-2

杏林大学医学部消化器・一般外科学教室

日本消化器病学会関東支部事務局

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

E-mail : kanto@jsge.or.jp

日本消化器病学会関東支部 支部長 立石 敬介

1 胃食道逆流症診断におけるPCABテストの限界

日本医科大学 消化器・肝臓内科
久保賢蔵, 星川吉正, 門馬絵理, 星野慎太郎, 川見典之, 岩切勝彦,
厚川正則

【背景】胃食道逆流症(GERD)の有病率は高く、近年増加傾向である。GERD精査として、上部消化管内視鏡検査(EGD)や24時間逆流モニタリング検査(MIIpH)があるが、プライマリケアの現場での実施は容易ではない。診断的治療としてプロトンポンプ阻害剤(PPI)の処方、いわゆる「PPIテスト」が、従来プライマリケアの現場では頻用されてきたが、診断精度は十分ではない。2015年に発売されたPotassium-Competitive Acid Blocker (PCAB)の一種であるボノプラザンは、従来のPPIよりも効果発現が早く、より長時間安定した胃酸分泌抑制効果を認める。そのため、PCABテストは診断的治療として有用な可能性がある。本研究では、PCABテストの有用性を検討した。【方法】2024年6月から2026年4月までに、当院に1ヶ月以上未治療の胸焼け症状のため受診され、EGDとMIIpH検査後に28日間のボノプラザン20mg内服、さらに内服前後にFスケールを回答した患者データを後ろ向きで解析した。Fスケールの合計点数が8点以上を組入基準とし、かつ治療後に点数が8点以下、もしくは50%以上の低下が認められたら、PCABテスト陽性と定義した。食道内酸暴露時間>4.0%、もしくはEGDでロサンゼルス分類グレードA以上の粘膜傷害を認めた場合にtrue GERDと診断した。PCABテストのtrue GERD診断性能を測定した。【結果】対象となった36症例(年齢:中央値50.0 [45.0-59.0]、女性19(52.8)%, BMI 22.8 [20.4-27.8])において、PCAB治療前後でFスケール合計点は25.0 [19.5-31.0]から12.0 [6.5-16.3]に低下した($p<0.001$)。PCABテスト陽性は9人(31.0%)に、true GERDは14人(38.9%)に認めた。PCABテストの感度は57.1% (95% CI:28.9-82.3%)、特異度は47.6% (95% CI:25.7-70.2%)、精度は51.4% (95% CI:34.0-68.6%)であった。なお、Fスケールの変化率(治療後合計点数/治療前合計点数)がtrue GERDの診断にどれだけ寄与するかを調べるためにROC解析を行うと、AUCは0.54 (95% CI:0.34-0.68)であった。【結論】PCABテストの精度は高くなく、PCABテストだけでGERD診断/除外をすべきではないだろう。

胃食道逆流症, PCABテスト

2 健康者に発症した難治性CMV食道炎に対して抗ウイルス療法が奏功した一例

医療法人徳洲会 千葉西総合病院 消化器内科
角田雄大, 前嶋恭平, 秋田英理, 田村周甫, 石山涼子, 佐藤晋一郎,
梅木清孝

【背景】CMV食道炎はHIV感染や臓器移植後といった免疫不全患者の発症が多いとされている。今回、基礎疾患のない患者に発症したCMV食道炎に対して、対症療法のみでは改善に乏しく、抗ウイルス療法により軽快した1例を経験したため報告する。【現病歴】48歳女性。特記すべき既往はなく、ステロイド・免疫抑制薬・抗癌剤の使用歴も認めなかった。1ヶ月前からの心窩部痛・嚥下時違和感を主訴に前医を受診した。上部消化管内視鏡検査で中部食道に潰瘍性病変を認め、精査目的に当院紹介受診となった。【治療経過】当院で施行した上部消化管内視鏡検査では切開31-34cmの右壁に辺縁整な深掘れ潰瘍を多発性に認めた。生検では悪性所見を認めず、免疫染色でCMV感染が示唆されたためCMV食道炎と診断した。後日HIV陰性を確認した。なお血中CMV抗原は陰性であった。内視鏡終了後よりボノプラザン20mg/day+アルギン酸ナトリウム5%内容液60mg/dayにて保存加療を開始した。しかし初診1ヶ月後および2ヶ月後上部消化管内視鏡検査では潰瘍の縮小に乏しく、本人の自覚症状も継続していた。そこで初診4ヶ月後より上記処方に加えてバルガンシクロビル1800mg/dayを合計21日間投与した。投与中の上部消化管内視鏡検査では潰瘍の縮小を認め、自覚症状も軽減した。初診7ヶ月後の上部内視鏡検査では潰瘍瘢痕化を認め、症状再燃なく経過した。初診1年7ヶ月後の上部消化管内視鏡検査では病変の再発を認めなかった。【考察】CMV食道炎は一般的には免疫不全患者に発症することが知られており、重篤な経過を辿る症例も少なくない。一方で、健康者に発症するCMV食道炎の報告も散見され、多くは自然軽快あるいは保存加療のみで改善するとされている。本症例では対症療法のみでは改善に乏しく、抗ウイルス療法導入後に症状および内視鏡所見の改善を認めた。健康者に発症した難治性CMV感染症において、抗ウイルス療法が有効となる可能性が示唆された。

CMV食道炎, 健康者

3 当院での逆流性食道炎におけるminimal changeの臨床的・生理学的意義の検討

日本医科大学多摩永山病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
日本医科大学千葉北総病院 消化器内科³⁾,
久保田海斗¹⁾, 星川吉正²⁾, 門馬絵理²⁾, 星野慎太郎³⁾, 川見典之²⁾,
岩切勝彦²⁾, 厚川正則²⁾

【背景】逆流性食道炎は有病率10%のcommon diseaseであり、その内視鏡分類として、日本では改訂ロサンゼルス分類が頻用される。従来の粘膜障害を認めるgrade A-Dの分類に加えてminimal change (以下、grade M)という分類が存在するが、grade Mの臨床的・生理学的意義については不明瞭であり、この分類が逆流性食道炎の過剰診断につながっている懸念がある。本研究では、grade M逆流性食道炎の臨床・生理学的意義について検討する。【方法】当院で2020年1月から2026年2月までの間に、逆流症状の精査目的に上部消化管内視鏡検査と24時間逆流モニタリング検査を受けた患者のデータを解析した。両検査の2週間以上前から酸分泌抑制剤を内服していない症例を対象とした。Grade A-Dの逆流性食道炎の症例は除外した。逆流性食道炎grade Mとgrade N(正常所見)との間での臨床的特徴や逆流モニタリング所見を比較する。【結果】解析対象となった44症例中、26例がgrade M、18例がgrade Nと診断された。年齢、性別、BMIに2群間で有意差を認めなかった。44症例中、34症例がFスケールに回答し、Fスケール合計値がgrade M群で低い傾向があったが、統計学的有意差を認めなかった(20.0% [0-27.0] vs. 26.0% [17.8-33.3], $p=0.07$)。食道内酸暴露時間割合(1.2% [0.4-2.6] vs. 0.5% [0.1-1.3], $p=0.126$)、総逆流回数(21.5 [13.3-32.3] vs. 21.0 [9.0-30.8], $p=0.542$)、夜間ベースラインインピーダンス値(2592 ohm [1841-3065] vs. 2370 ohm [2154-2910], $p=0.133$)に両群で有意差を認めなかった。【結論】逆流性食道炎を有する少数症例の検討では、grade M群の臨床的・生理学的意義は不明瞭であった。今後さらなる症例の蓄積が必要であるが、grade Mの所見だけで安易に逆流性食道炎と確定診断をつけるべきでないことが示唆された。

逆流性食道炎, minimal change

4 術前生検や内視鏡診断で扁平上皮癌との鑑別に苦慮した食道大細胞型神経内分泌癌の一例

亀田総合病院 消化器内科¹⁾,
昭和医科大学江東豊洲病院 消化器センター²⁾,
亀田総合病院 臨床病理科³⁾
鷲見太一¹⁾, 仲地健一郎¹⁾, 山口倫昌^{1,2)}, 井坂佑莉¹⁾, 蘆川希帆³⁾,
草深公秀¹⁾, 中路 聡¹⁾

【症例】88歳男性。【臨床経過】20XX年3月、前医での上部消化管内視鏡検査にて胸部中部食道に15mm大の発赤調隆起性病変を指摘。生検でGroup4 (SCC highly suspected)と診断された。内視鏡上はSM浸潤も疑われ、外科治療や化学放射線治療が推奨されたが、高齢のためいずれの治療も希望されず、経過観察となった。9月に前医の勧めにより治療方針が見直され、内視鏡治療適応の有無の評価目的で当科紹介となった。当院で施行した精査内視鏡検査では、切開より30cmの胸部中部食道に既知の15mm大の発赤調0-IIa病変を認め、NBI拡大観察では表面のIPCLはTypeB2を主体とし、一部ではTypeB3血管を認めた。以上よりSM2程度の浸潤が疑われ、内視鏡治療適応外と考えられたが、高齢で侵襲的治療が困難。かつ独居などの社会的理由や患者本人の希望もあり、診断的治療目的で内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行う方針とした。20XX年9月25日全身麻酔下食道ESDを行い、合併症なく一括切除した。術後経過良好であり、第8病日に退院となった。病理組織学的にはLarge cell neuroendocrine carcinoma, pSM2, Lyla, V1a, pHM0, pVM0と診断された。免疫染色ではINSM-1(+), chromogranin-A(focally+), synapsinophysin(+), CD56(+))であり、Ki-67 indexは約95%と高値であった。【考察】食道神経内分泌癌(NEC)は全食道悪性腫瘍の2-3%未満と頻度が低く、その内の多くは小細胞型で、大細胞型は極めて稀である。大細胞型NEC(LCNEC)は早期からリンパ節・遠隔転移を来し予後不良とされる。また腫瘍の表層がSCCに類似した形態を呈することがあり、生検ではSCCと診断されることも多く鑑別が困難である。本症例でも術前生検ではSCC疑いの診断であったが、ESDによりLCNECの診断に至った。扁平上皮癌とNECでは治療方針も大きく異なるため、早期診断が重要である。今回、術前生検や内視鏡診断で扁平上皮癌との鑑別に苦慮した食道大細胞型神経内分泌癌の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

食道神経内分泌細胞腫瘍, 食道神経内分泌癌

順天堂大学 医学部 消化器内科

村上優希子, 喜古博之, 沖翔太郎, 赤澤陽一, 阿部大樹, 竹田 努, 福岡浩文, 戸張真紀, 上山浩也, 藤澤聡郎, 北條麻理子, 池嶋健一, 伊佐山浩通, 永原章仁

【症例】 飲酒歴および喫煙歴を有する50歳代男性。【現病歴】 202X年3月の他院人間ドックで施行された上部消化管内視鏡検査で早期食道癌を疑う所見を認めたため、精査加療目的に当科外来を紹介受診した。内視鏡では切歯列から23-25cmの胸部食道にB1血管を伴う0-IIc病変、左下咽頭後壁と輪状後壁にそれぞれ0-IIb病変を認めた。CTではリンパ節、肺に転移を疑う所見は認めなかった。各病変に対しESDを施行したところ、食道の病変はLPM, ly(-), v(-), 断端(-), 咽頭の2病変はEP, ly(-), v(-), 断端(-), いずれもcStage 0の中分化扁平上皮癌と診断した。ESD後も飲酒継続があり、外来で経過観察を継続した。約2年後の定期フォロー目的で施行したCTにて右頸部リンパ節の腫大を認めた。耳鼻科で穿刺吸引細胞診を提出したところ転移性扁平上皮癌の病理結果となり、食道癌の右頸部リンパ節転移の診断となった。同年3月に右頸部リンパ節郭清術を施行したところ病理で節外浸潤があり、4-6月に化学放射線療法を施行した。【考察】 本症例のような深達度LPMの早期食道癌で転移を来した症例は稀であり、0.36-2.7%と報告されている。本症例では脈管侵襲や切除断端は陰性であり、病理学的には再発・転移を来すリスク因子は認められなかった。しかし、LPM癌であっても稀にリンパ節転移を来しうることから、治療切除相当と判断される症例においても、多発病変の有無や飲酒継続などの臨床背景を踏まえ、内視鏡検査に加えて画像検査による定期的な経過観察を考慮する必要があると考えられた。

早期食道癌, リンパ節転移

国家公務員共済組合連合会 横浜栄共済病院 消化器内科
水橋 舞, 酒井英嗣, 田中秀悟, 山本 惇, 三上桂太郎, 織茂智也, 林 春菜, 城野 紘, 山脇将貴, 岩崎峻人, 清水智樹, 真田治人

【症例】 知的障害が背景にある50歳代男性。昼食後に柿を食べた後から喉のつまり感を自覚、唾液の嚥下も困難となり施設職員の付き添いで当院受診。頸胸部CTにて食道内に半球状の貯留物を認め、上部消化管内視鏡で頸部食道に嵌頓した柿を認めた。把持鉗子、スネアによる切断、生検鉗子によるトンネル形成・切断などの様々な方法を試すも柿が大きく硬いため除去困難であり、操作により頸部食道粘膜の裂創を認めたことからそれ以上の内視鏡的処置は危険と判断し中断した。柿が自然に崩壊し胃内へ落ちることを期待し絶食補液で経過観察とし、第3病日のCTフォローで食道内の貯留物がなくなっていることを確認、第4病日の上部消化管内視鏡で食道から十二指腸下行脚に柿や種の残存がないことを確認した。第4病日より食事を再開、排便を確認後、第11病日に施設退院となった。【考察】 食道異物による食道閉塞に対しては内視鏡的除去が第一選択となる。内視鏡的除去が困難な症例では外科的治療が検討される。本症例では柿という時間経過により軟化・崩壊するものであったために保存的加療で自然脱落が得られた。内視鏡的除去が困難な食道異物において、異物の性状、症状の程度によっては保存的加療も検討される。

食道異物, 嚥下困難

筑波記念病院 消化器内科¹⁾, つくばトータルヘルスプラザ²⁾
森田大雅¹⁾, 添田敦子¹⁾, 太田理香子¹⁾, 丸山泰司¹⁾, 佐浦 勲¹⁾, 姫井紅里¹⁾, 根本絵美¹⁾, 丹下善隆¹⁾, 江南ちあき¹⁾, 越智大介¹⁾, 池澤和人²⁾

【背景】 *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) の一次除菌治療は、ガイドラインにおいて感受性試験に応じた個別化医療が推奨されているが、保険診療で行われる標準治療は一律ボノブラザン (VPZ) / アモキシシリン (AMPC) / クラリスロマイシン (CAM) であった。令和8年2月の厚労省通知により、CAM耐性が確認された場合、従来2次除菌にのみ用いられていたMNZを含むレジメンを1次除菌として使用することが可能となった。当院は2023年7月に胃液PCR検査を導入し、CAM耐性が確認された症例に対しては、担当医の判断でメトロニダゾール (MNZ) を含むレジメンを1次除菌として選択していた。当院における *H. pylori* の検査状況、CAM耐性遺伝子陽性率および除菌率を既報と比較し報告する。【方法】 2023年7月～2025年6月に当院において、胃液PCRを施行した998例を後方視的に解析した。【結果】 *H. pylori* 陽性は338例 (33.8%)、うちCAM耐性PCR陽性例は90例 (26.6%) であった。VPZ/AMPC/MNZで治療された49例では、脱落4例を除く45例中41例が除菌成功し、除菌率は91.1%であった。一方、従来通りのVPZ/AMPC/CAMで治療された26例では脱落2例を除く24例中16例が除菌成功し、除菌率は66.7%と著しく低かった。【考察】 胃液PCRによるCAM耐性検出は、治療前に最適なレジメン選択を可能とし、1次除菌率の向上に寄与する。当院でのCAM耐性例に対するVPZ/AMPC/CAM使用時の除菌率は66.7%であり、既報の82.9%と比較して低い傾向を認めたが、症例数が少なく今後の蓄積が必要である。CAM耐性例へのCAM使用は避けるべきであると考えられた。

Helicobacter pylori, 胃液PCR検査自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科¹⁾, 同 病理診断科²⁾柏嵩由希¹⁾, 三浦孝也¹⁾, 福本彩音¹⁾, 藤田美憂¹⁾, 水谷 琢¹⁾, 橋本 凌¹⁾, 佐々木吾也¹⁾, 今井友里加¹⁾, 高橋成明¹⁾, 森野美奈¹⁾, 高橋裕子¹⁾, 吉川修平¹⁾, 大竹はるか¹⁾, 上原健志¹⁾, 関根匡成¹⁾, 浅野岳晴¹⁾, 松本史弘¹⁾, 宮谷博幸¹⁾, 眞嶋浩聡¹⁾, 岡部直太²⁾

【背景】 肺動脈性肺高血圧症 (PAH) に対するプロスタサイクリン製剤在宅持続静注療法は生命予後を改善する一方で、近年プロスタサイクリン製剤投与例において肥厚性胃症を背景とした胃上皮性腫瘍の発生が報告されている。【症例】 32歳女性。X-9年よりPAHに対してプロスタサイクリン製剤 (エボprostenoール) を在宅持続静注療法中。反復する嘔吐を主訴にX年3月に救急外来を受診し、入院時CT検査で胃拡張および十二指腸水平部の狭窄が疑われ、精査目的で当科に紹介された。EGDでは明らかな通過障害は認めなかったが胃粘膜は全体に浮腫状変化を呈しており、幽門前庭部に45mm大の0-I型病変を認めた。同病変は蠕動に伴い胃と十二指腸間を移動しており、Ball valve syndromeを来して反復する嘔気症状を来している可能性を考えた。生検では高異形度管状腺腫～腺癌と診断された。X年5月に同病変に対して内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を施行し、病理結果はAdenocarcinoma (tub1), pT1a, Ly0, V0, pHM0, pVM0であり、治療切除と判断した。X年6月に施行したフォローアップのEGDでは、前庭部大弯に発赤調、11mm大の0-I型病変を認めた。生検では腺腫の診断であり、X年6月に前庭部の病変に対してESDを施行した。病理結果はAdenocarcinoma (tub1), pT1a, Ly0, V0, pHM0, pVM0であり、治療切除と判断した。術後経過は良好で、以後は嘔吐症状や腫瘍の再発を認めていない。【結論】 びまん性胃粘膜浮腫を背景にした若年者に多発する胃上皮性腫瘍を認め、プロスタサイクリン持続静注療法に伴う粘膜増殖性変化の関与が示唆された。特徴的胃粘膜所見を認めた場合は、胃上皮性腫瘍の合併を念頭にEGDによる慎重なサーベイランスが重要である。文献的考察を加えて報告する。

エボprostenoール在宅持続静注療法, 胃上皮性腫瘍

日本医科大学 武蔵小杉病院 消化器内科¹⁾,
日本医科大学付属病院 消化器・肝臓内科²⁾,
高田紘彰³⁾, 新井 悠⁴⁾, 上久保京香⁵⁾, 亀井淳矢⁶⁾, 大木孝之⁷⁾,
町田花実⁸⁾, 中村 拳⁹⁾, 田邊智英¹⁰⁾, 植木信江¹¹⁾, 二神生爾¹²⁾,
厚川正則¹³⁾

背景・目的：胃がんは*H.pylori*感染との関連が知られるが、除菌後や未感染胃からの発癌も報告されている。当施設における除菌後胃がんおよび未感染胃がんの内視鏡治療症例を検討した。方法：2024年4月1日より2026年2月28日までの2年間に日本医科大学武蔵小杉病院消化器内科で施行された胃がん内視鏡治療症例を対象に解析を行なった。結果：2024年4月1日より2026年2月28日までの2年間に、当院において施行された胃がん内視鏡治療症例は99例（106病変）であった。*H.pylori*除菌後胃がん60例（62病変）、*H.pylori*現感染29例（34病変）、*H.pylori*未感染10例（10病変）である。*H.pylori*除菌後群の年齢・性別は、74.3歳・M/F: 42:18であり、*H.pylori*未感染群では年齢59.7歳・性別はM/F: 5:5であった。肉眼型分類に関しては除菌後群では0-IIaが34%（21/62）、0-IIcが60%（37/62）、未感染群では0-IIaが40%（4/10）、0-IIcが20%（2/10）であった。病理所見に関しては除菌後群ではwell differentiated, moderately, poorly, signet, adenocarcinoma of fundic gland typeが（44, 13, 1, 3, 1）であり、未感染群ではwell differentiated, moderately, poorly, signet, adenocarcinoma of fundic gland typeが（5, 0, 0, 2, 3）であった。また、除菌後胃がんにおいては背景胃粘膜がclosed typeの萎縮粘膜である症例が27%（16/60）であった。結語：当施設で経験した*H.pylori*除菌後症例においても、多彩な所見の胃がんが認められた。除菌後胃がんにおいては背景胃粘膜の萎縮が軽度の群においても認められることから十分なフォローアップが必要であると考えられる。

H.pylori, 胃癌

内視鏡検査では異常が認められず、腹腔内リンパ節転移を契機に発見された、壁外発育型胃癌の1例

横須賀市立総合医療センター 消化器内科

嶋村海希, 吉原 努, 齋藤嘉由輝, 芹澤宏樹, 永山智弓, 河島孝大, 伏見 光, 田村繁樹, 高橋伸太郎, 森川瑛一郎, 細野邦広, 後藤希実, 松本理沙, 中谷研介, 澤崎 翔, 飯田真岐, 辻本志朗, 池田隆明

【症例】77歳男性【現病歴】X年6月上旬、嘔気を主訴に当科を受診し、上部消化管内視鏡検査を行ったが、萎縮性胃炎のみを指摘され経過観察となっていた。X年12月下旬に前医で腹部超音波検査を施行した際に、臍頭部に5cm大の境界明瞭な腫瘤を認めたため、X+1年1月上旬に当科を紹介受診した。【経過】CTでは臍頭部背側に50mm大の腫瘤と、胃前庭部に22mm大の壁外性結節を認めた。その後上部消化管内視鏡検査を行ったが悪性所見は認めず、臍頭部背側腫瘤に対してEUS-FNAを施行し、Adenocarcinomaが検出された。CTでは腫瘤と臍頭部は膜様構造で隔てられており、臍癌は否定的で原発不明のリンパ節転移と考えた。精査目的に下部消化管内視鏡検査、MRI、PET-CTを行ったが原発巣は不明であった。追加精査のために当院外科に紹介し、X+1年4月に審査腹腔鏡を行った。審査腹腔鏡では腹膜播種はなかったため、開腹し臍頭部背側腫瘤の摘出を試みたが、固有肝動脈への浸潤が疑われ摘出は困難であった。また胃幽門部に腫瘤を触れたため術中内視鏡を行ったところ幽門部小弯側に2型腫瘍が発見され、生検を施行したところtub2が検出された。L, Post Less, Type2, tub2, cT3N2M0, cStageIIIと診断され、化学療法目的に当科紹介となった。バイオマーカーはHER2陰性、CLDN18陽性、PDL1>5, pMMRであり、5月下旬よりCapecitabine+Oxaliplatin+Zolbetuximabを3コース施行し腫瘍縮小が得られたが、下痢症状が強くなり8月中旬にCapecitabineを中止した。その後9月上旬よりS-1+Oxaliplatin+Zolbetuximabを4コース施行し、画像上腫瘍縮小の維持が得られていたが、低アルブミン血症やALP上昇、performance status低下がありX+2年1月に化学療法を中止した。【考察】胃癌が粘膜の不整を伴わずに発育する症例として粘膜下腫瘍様形態を示すCTで胃前庭部に壁外性の結節を認めた。これまで報告された粘膜下腫瘍様形態を示す胃癌とは異なる発育様式を示しており、非常に稀な症例と考え報告した。

壁外発育型胃癌, リンパ節転移

東京労災病院 消化器内科

三輪要介, 岩本敦雅, 松坂 翔, 折原慎弥, 木村祐介, 乾山光子, 大場信之, 西中川秀太

症例は80歳代、女性。202X年3月、転倒し両側橈骨骨折をきたし当院整形外科で手術が施行された。術後全身状態は安定していたが、第10病日に重急性期の脳梗塞が判明していた。第14病日に多量の吐血を認め、緊急内視鏡検査が施行された。十二指腸内に多量の凝血塊があり、十二指腸からの出血が考えられたが、処置中に血圧が低下し呼吸状態も悪化したため処置を中止し、ICUにて全身管理を開始した。その後、急性腎障害を併発したが、保存的治療で全身状態は改善した。再度内視鏡検査を施行したところ、球部に活動期潰瘍を認めたが露出血管はなく保存的治療を継続した。経過中にADLの低下もあり尿路感染症を併発したため尿培養結果を踏まえて第20病日よりセフェビム投与を開始した。第25病日頃より意識レベル低下を認めた。高齢であり、消化管出血後、術後、感染症併発中であったことから、再出血、脳血管障害、代謝性脳症など様々な要因が考えられ診断に難渋した。頭部MRIでは新規脳梗塞を示唆する所見を認めなかったが、脳波検査で三相波を認めたためセフェビム脳症を疑った。第27病日にセフェビムを中止したところ、意識レベルは徐々に改善し、第31病日には意識清明となった。セフェビム脳症は高齢者や腎機能低下例で発症リスクが高いとされ、意識障害、ミオクロヌス、けいれんなどを呈するが、画像検査で特異的所見に乏しいため診断に苦慮することもある。本症例では脳波所見および薬剤中止後の経過が診断の契機となった。近年、種々の併存疾患を持つ超高齢患者を診療する機会が増えており、消化器病専門医も全身を包括的に診療することが肝要である。出血性十二指腸潰瘍加療中に意識障害を呈し、診断に難渋したセフェビム脳症の1例を経験したので既報例の文献的考察を交えて報告する。

出血性十二指腸潰瘍, セフェビム脳症

第XIII因子製剤単独では効果不十分でステロイドが奏効した成人IgA血管炎の1例

東京通信病院 消化器内科

近藤花奈美, 平野賢二, 高見 浩, 藤田昂秀, 阿部創平, 加藤知爾, 近藤裕嗣, 小林克也, 関川憲一郎

【症例】41歳男性【主訴】心窩部痛、下痢、紫斑、関節痛【現病歴】X年9月8日、両側下腿に紫斑が出現。翌9日に心窩部痛、10日に両側膝関節痛を認めた。9月16日、水様性下痢が出現し近医から当院紹介受診となった。臨床経過に加え血清IgA高値であり、皮膚生検でもIgA沈着が認められたことからIgA血管炎と診断した。上部消化管内視鏡では十二指腸に多発びらんを認め、生検でもIgA血管炎に矛盾しない所見であった。第XIII因子活性は44%と低下していたため、第7病日より3日間乾燥濃縮人血液凝固第XIII因子製剤を静脈投与したが、腹痛・紫斑・関節痛の改善は乏しく第10病日に血尿が出現した。そこでプレドニゾロン40 mg/日を開始したところ、各症状はいずれも改善した。その後1週間ごとに漸減したが、第24病日に30 mg/日まで減量した時点で心窩部痛が再燃し、CRP上昇、血尿および蛋白尿を認めたため再燃と判断した。第25病日よりプレドニゾロン60 mg/日に増量し、速やかに症状は改善した。以後漸減し、第60病日に30 mg/日まで減量した時点で退院とした。外来でさらに漸減し、X+1年2月にプレドニゾロン中止後も再燃なく経過している。【考察】血液凝固第XIII因子活性低下はIgA血管炎の消化管病変の重症度と相関するとの報告があり、補充療法の有効性が示唆されているが、単独投与の有効性は確立していない。本症例では第XIII因子製剤投与のみでは十分な改善が得られなかった。成人IgA血管炎において、第XIII因子活性低下例であっても同製剤単独の効果に過度な期待は避け、臨床症状に応じた早期のステロイド導入が必要と考えられた。

IgA血管炎, 十二指腸びらん

13 保存加療により改善したupside-down stomachを呈した食道裂孔ヘルニア4型の1例

川崎市立井田病院 消化器内科
前田春乃, 山田博昭, 栗村紀輝, 小川優人, 島田史恵, 山近由衣, 高松正視

【症例】94歳、女性【主訴】心窩部痛【現病歴】X年10月末に持続する心窩部痛、食思不振、嘔吐を主訴に当院救急外来を受診した。胸部・骨盤部造影CTでは胃全体、横行結腸をヘルニア門に巻き込む巨大な食道裂孔ヘルニアと胃軸捻転、更に肺炎像を認めた。胃軸捻転を合併した食道裂孔ヘルニア4型および誤嚥性肺炎の診断となり加療目的に当科入院となった。【臨床経過】入院後、絶食補液と抗生剤による保存加療を開始した。第1病日に緊急で上部消化管内視鏡検査を施行した。透視併用下に観察を行い、胃が臓器軸性に捻転し胃全体が縦隔内へ嵌入するupside down stomachを呈した高度食道裂孔ヘルニアを認めた。一方で、胃粘膜に明らかな血流障害を示唆する虚血性変化はなく、食思不振の原因となるような腫瘍性病変も認めなかった。年齢やADLを考慮し手術は行わず、保存的加療を継続する方針とした。消化器症状、肺炎像が改善したため第5病日に流動食より食事再開とし、食後の安静保持や腹圧のかかる動作を避けるような生活指導を行いながら経過観察をした。以後、食事形態のステップアップをするも腹痛や嘔吐などの症状増悪を認めず全身状態安定していたことから第36病日に退院となった。【考察】高齢者では手術侵襲を考慮した治療選択が重要であり、保存的治療が有効な選択肢となる可能性が示唆された。今回比較的稀な食道裂孔ヘルニア4型に伴った胃軸捻転に対し、保存的加療で改善した症例を経験したので若干の文献考察を踏まえて報告する。

食道裂孔ヘルニア4型、胃軸捻転

14 内視鏡的整復が困難であった高度食道裂孔ヘルニアに起因した胃軸捻転症の一例

帝京大学 内科
上平晶也, 松本康佑, 上松な子, 村田紗依, 二本直之, 梶田航平, 曾根雅之, 竹内研人, 徳富 遥, 磯野朱里, 青柳 仁, 三浦 亮, 立澤直子, 有住俊彦, 阿部浩一郎, 小田島慎也, 淺岡良成, 今津博雄, 山本貴嗣, 田中 篤

症例は高血圧や便秘症、上行結腸癌術後で当院定期通院中の89歳女性。胃過形成性ポリープで年1回毎の上部消化管内視鏡検査も行っており、最終検査時には12mm大の有茎性ポリープ以外に中等度食道裂孔ヘルニアが指摘された。前後からの大量の嘔吐と嘔吐後も持続する暖気を主訴に定期受診外で来院。身体診察上、腹部は膨満しやや硬く圧痛を軽度認めていた。胸腹部レントゲン撮影では鏡面像や腹腔内遊離ガスはないものの、胃上部が拡張しており、精査のため造影CT検査を行ったところ既知の食道裂孔ヘルニアに幽門側胃壁が脱出しており、間膜軸性胃捻転を疑った。画像上胃壁の造影効果が保たれていることや発熱などなくバイタルサインが安定していること、また血液検査では腸管壊死を示唆する検査所見は認めなかったことからまずは内視鏡的整復を試みることとなった。上部消化管内視鏡検査では、食道内には多量の暗赤色の血液貯留を認めたが逆流性食道炎以外出血点は同定できなかった。胃体部にも暗赤色の血液貯留を認めたが観察内では出血点は同定できず、幽門前庭部への挿入は困難であった。Upside down stomach (UDS)の状態であり、透視を用いながら内視鏡をヘルニア囊内に挿入すること自体は可能ではあったが捻転解除自体は不能。嘔吐反射によるMallory-Weiss症候群や検査時間の長期化による誤嚥のリスクも非常に高いと判断し内視鏡的整復は中止し、事前に相談をしていた外科チームにより整復手術+胃壁固定目的の胃瘻造設を同日施行する方針となった。術後の経過は良好であり、入院14日後に退院。退院後1か月に胃瘻の抜去も行った。UDSは胃の変形が高度であることから内視鏡挿入困難例の報告が多く、単独整復例が少ないのが現状である。自験例も含め内視鏡的整復が困難であり最終的に観血的な整復術となった報告も多くあるため、文献的な考察も含め報告をする。

食道裂孔ヘルニア、胃軸捻転症

15 末梢の腸間膜動脈血栓・閉塞により部分的な小腸壊死をきたし、緊急手術を要した一例

筑波記念病院 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、同 病理診断科³⁾、つくばトータルヘルスプラザ⁴⁾
太田理香子¹⁾、添田敦子¹⁾、丸山泰司¹⁾、森田大雅¹⁾、佐浦 勲¹⁾、姫井紅里¹⁾、根本絵美¹⁾、丹下善隆¹⁾、江南ちあき¹⁾、越智大介¹⁾、林くらら²⁾、台 勇一³⁾、池澤和人⁴⁾

【背景】小腸梗塞・壊死は上腸間膜動脈血栓・塞栓症、非閉塞性腸間膜虚血 (NOMI)、門脈血栓・上腸間膜静脈血栓での報告が多く、広範な小腸切除に至る場合も多い。今回末梢の腸間膜動脈血栓・閉塞により部分的な小腸壊死をきたした症例を経験した。【症例】既往に糖尿病・高血圧がある70歳代男性。心窩部痛を主訴に夜間救急搬送された。血液検査・腹部単純CTでは肺炎、胆嚢炎などを示唆する所見はなく、制酸剤処方の上へ帰宅となった。しかし入眠困難となるほどの腹痛が持続し未明に再受診。再度採血・腹部単純CTを行うも著変を認めなかったが、腹痛精査目的で入院とした。入院後も腹痛は持続し、腹膜刺激徴候もみられるようになった。造影CTによる再評価で小腸壊死が疑われ、同日緊急開腹術を施行した。手術所見では、小腸中央部に約10cmの壊死領域を認め、小腸22cmを部分切除した。病理組織学的には、中央部7cmに全層性壊死と高度の好中球浸潤を認め、腸間膜にも好中球浸潤と局所的壊死を伴っていた。腸間膜動脈 (末梢の空腸枝) には血栓が確認され、腸間膜動脈の血栓または塞栓による小腸梗塞と考えられた。術後経過は良好で、第14病日に自宅退院となった。心房細動などの不整脈や凝固異常などは認めず、血栓・塞栓の成因の詳細は不明であった。【結語】腸間膜動脈の閉塞による腸管虚血・壊死は、一般に上腸間膜動脈本幹の閉塞が最もよく報告される。末梢分枝 (空腸枝・回腸枝・回結腸動脈など) の孤発性閉塞による限局性壊死の報告例は少ないが認められており、急性腸間膜虚血の病型のひとつと考えられる。腹痛が持続する場合には造影CTの積極的な再評価が診断に有用であり、本疾患も鑑別から除外しないことが重要と考えられた。

小腸壊死、急性腸間膜虚血

16 潰瘍性大腸炎を背景としたPembrolizumabによるirAE腸炎発症例

総合病院国保旭中央病院 消化器内科
金 宰紘, 中村 朗, 志村謙次, 糸林 詠, 紫村治久, 窪田 学, 鈴木正美, 宮川明祐, 中川美由貴, 小川慶太, 小林里咲子, 樋口隆夫, 萩原康平, 森本耀介, 久岡洋博, 山本隆広, 坂田健太, 千葉聡太

【目的】現在、多くのがん化学療法において使用されている免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は、多種多様な免疫関連有害事象 (irAE) のリスクが知られており、とりわけ消化器領域ではirAE腸炎が知られている。irAE腸炎の発症のため、ICIの中断を余儀なくされるケースは多いが、irAE腸炎の治療法はある程度は確立しておりirAE腸炎を可及的に鎮静化させ、早期にICIを再開できるケースも多い。しかし、ICI導入前からすでに炎症性腸疾患を有する患者に対して、ICIを使用した際のirAE腸炎のリスクや、ICI再開の基準についてはまだ議論の段階となっている。今回、炎症性腸疾患をすでに有している癌患者にICIを投与しirAE腸炎を発症するも、可及的に対処し、比較的早期にICI再開に至った例を報告し、既報や各種文献を交えて考察させていただく。【方法】寛解期の潰瘍性大腸炎 (UC) を有する、切除不能進行胃癌の患者 (HER2陰性、CLDN陰性、MSI陰性、CPS 36. 1) に対して、十分なInformed Consentの上、Pembrolizumab+CAPOX療法を導入した後、約2か月でGrade2のirAE腸炎を発症した。レジメンを中断し、ステロイドとしてPSL 0. 8mg/kg/dayから導入したところ、治療効果は良好であった。PSLを漸減していき、irAE腸炎発症後約2か月後でPembrolizumab+CAPOX再開となった。【結論】既報や各種文献も参考に自験例を考察すると、活動性の低いUCが背景にある切除不能進行胃癌患者に対してPembrolizumabを使用しirAE腸炎を発症しても、速やかに対処してPembrolizumab再開できれば、癌の病勢コントロールの意味でもメリットがデメリットを上回るのではないかと考えられた。

irAE腸炎、潰瘍性大腸炎

17 サクビトリルバルサルタンによる薬剤性腸炎の1例

新座志木中央総合病院 消化器内科¹⁾、
東京医科大学病院 消化器内科²⁾
清水康弘¹⁾、神田遼弥¹⁾、掛谷和寛¹⁾、班目 明³⁾

【背景】近年、オルメサルタンを中心としたアンジオテンシンⅡ受容体拮抗薬(ARB)関連腸症の報告が増加している。ARB関連腸症は、慢性下痢に伴う電解質異常、体重減少、低栄養を呈することが知られており、原因薬剤の中止により比較的速やかに改善する。今回、サクビトリルバルサルタンによる薬剤性腸炎の1例を経験したため報告する。【症例】82歳女性。左大腿骨頸部骨折に対し当院整形外科入院中であった。入院前より軟便が持続しており、整腸剤を開始したが改善を認めず、1日4-6回の水様便が持続していた。入院時血液検査では、アルブミンは2.7 g/dLおよびカリウムは2.3 mEq/Lと低値であり、第36病日より当科が介入を開始した際にはアルブミンは1.8 g/dL、カリウム2.2 mEq/Lと改善なく、両下腿浮腫を伴っていた。腹部単純CTでは回盲部から上行結腸にかけて壁肥厚および周囲脂肪組織濃度上昇を認めた。便培養では感染性腸炎を示唆する所見は認めなかった。第43病日の上部消化管内視鏡検査では十二指腸にひび割れ様粘膜を認め、大腸内視鏡検査では回腸に絨毛の萎縮、上行結腸から下行結腸に非連続性のびらんを認めた。十二指腸、回腸、大腸の病理所見は、いずれもリンパ球および形質細胞主体の炎症細胞浸潤を認め、非特異的であった。長期入院中であったサクビトリルバルサルタンによる薬剤性腸炎を疑い、第47病日に中止したところ、約2週間後普通便となり、アルブミン2.6 g/dLおよびカリウムは4.0 mEq/Lと著明な改善を認め、第88病日に退院となった。退院2か月後の大腸内視鏡検査ではびらんの消失を確認し、下腿浮腫も改善した。【考察】2012年にオルメサルタン関連腸症が報告されて以降、近年では他のARB製剤による報告も散見される。本症例では、サクビトリルバルサルタン中止後に臨床症状および内視鏡所見の改善を認めたことから、サクビトリルバルサルタンによる薬剤性腸炎と診断した。難治性下痢や低栄養を認める症例では、本疾患を鑑別に挙げ、内服薬歴を確認することが重要と考えられた。

ARB腸炎、サクビトリルバルサルタン

18 内視鏡的拡張術抵抗性の高度幽門狭窄に対し、穿孔・仮性動脈瘤を契機に胃全摘を施行し経口摂取を再獲得した腐食性胃炎・食道炎の1例

慶應義塾大学医学部 内科学教室(消化器)¹⁾、
慶應義塾大学病院 内視鏡センター²⁾、
慶應義塾大学医学部 病理診断部³⁾、
同 外科学教室(一般・消化器)⁴⁾
増田りか¹⁾、森 英毅¹⁾、高取祐作²⁾、高林 馨²⁾、齋藤直宏¹⁾、
橋本大輝³⁾、安藤裕子¹⁾、正岡建洋¹⁾、松崎潤太郎¹⁾、齋藤義正¹⁾、
加藤元彦²⁾、松田 諭⁴⁾、金井隆典¹⁾

【症例】40歳代女性。XX年2月17日自殺企図で酸性・アルカリ性洗剤を摂取し当院へ救急搬送され、意識障害および誤嚥性肺炎に対し一時的に挿管管理を行った。2月26日の初回上部消化管内視鏡(EGD)では全周性多発潰瘍・壊死を食道から胃に広範囲に認め、腐食性食道炎・胃炎と診断し保存的加療の方針とした。3月29日のフォローEGDでは食道は壊瘍化傾向を示すも頸部に高度狭窄を認め、細径スコープのみ通過可能であった。胃は白苔付着を伴う広範潰瘍で再生上皮は乏しく、前庭部から幽門にかけて高度炎症と狭小化を認めた。以後、頸部食道狭窄に対し段階的内視鏡的バルーン拡張術(EBD)を施行し食道狭窄はコントロール可能であったが、幽門前庭部潰瘍は遷延し、幽門狭窄は進行しレビンホル状態となり、消化管通過障害の主因は前庭部難治性潰瘍および幽門狭窄へ移行した。胃体部の粘膜は治癒傾向にあったが、広範囲に壊瘍化し、CT上胃壁肥厚も強く胃空腸バイパス手術の実施は困難と判断した。経口摂取困難のため在宅中心静脈栄養を導入し、薬剤性気管炎、薬剤性尿路結石などに対し複数診療科で対応したが、カテーテル関連感染症、尿路感染症、誤嚥性肺炎などで再入院を反復した。本人の経口摂取希望もあり協議の上、XX+1年4月23日に幽門狭窄に対するEBDを開始したが、線維化が強く拡張効果は限定的であった。経過中十二指腸側の観察には至らず、手術リスクを考慮しEBDを継続した。同年10月29日、幽門狭窄部位のEBD中に穿孔を来し緊急入院となった。CTで近傍に8mmの仮性動脈瘤を認め、IVRで塞栓術を施行した。胃の温存は困難と判断し、11月13日に胃全摘術を施行した。術後経過は良好で、経口摂取可能となり体重も受傷以前の水準に回復し、頸部食道狭窄も以後拡張不要となった。【考察】本症例は、腐食性消化管障害に対し保存的・内視鏡的治療を継続したが、最終的に外科的胃切除に至った一例である。多彩な合併症の管理や治療選択に苦慮した症例であり、文献的考察を加えて発表する。

腐食性胃炎、胃潰瘍

19 十二指腸球部に孤立性粘膜下腫瘍様隆起を呈した濾胞性リンパ腫の1例

国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 消化器内科
川口怜央、大和 洗、田中潤治、河合優佑、小田 実、早坂淳之介、
落合頼業、鈴木悠悟、小田切啓之、松井 啓、布袋屋修

【症例】症例は特記すべき既往のない60代女性。X年4月、健診の上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に粘膜下腫瘍を指摘され精査目的に当科紹介となった。X年7月に当院で上部消化管内視鏡検査および超音波内視鏡検査を施行した。十二指腸球部下壁に10mm大の粘膜下腫瘍様隆起を認め、背景粘膜と同色調で、病変部および周囲に白色顆粒状変化を伴い、Cushion signは陰性であった。超音波内視鏡検査では第2-3層を主座とする楕円形の均一低エコー領域として描出された。NET、腺癌、リンパ組織過形成などを鑑別に挙げ、生検を施行した。病理組織学的にB細胞性リンパ腫が疑われ、免疫染色でCD20陽性、BCL2陽性、BCL6陽性、Ki-67陽性率約10%であり、十二指腸濾胞性リンパ腫 Grade 3Aと診断した。PET-CTでは両側腋窩、腹部から骨盤内へFDG集積を伴う多発リンパ節腫大を認め、Lugano分類に基づき臨床病期Ⅲと診断した。全身状態は良好で自覚症状に乏しく、GELF基準を満たさない低腫瘍量と判断し無治療経過観察の方針とし現在も経過観察中である。【考察】十二指腸濾胞性リンパ腫は、原発性十二指腸リンパ腫の中で最も頻度が高く、多くは無症状で上部消化管内視鏡検査を契機に偶発的に発見される。典型像は十二指腸下腹部を中心とした多発性白色顆粒状・小結節状病変とされる。本症例は十二指腸球部に孤立性の粘膜下腫瘍様隆起として認められ多発白色顆粒状病変を欠いており、内視鏡所見や部位が非典型的でNET、腺癌、リンパ組織過形成等との鑑別を要した。また消化管濾胞性リンパ腫では結節・腫瘍性病変がLugano分類の臨床病期と関連するという報告もあり、非典型的の内視鏡像は腸管壁内へのリンパ腫細胞浸潤による疾患進行に伴い形成される可能性も指摘されている。本症例のように粘膜下腫瘍様隆起のような濾胞性リンパ腫としては非典型像を呈する場合も鑑別に含めること、また非典型像の場合は進行期であることを考慮しリンパ節病変、骨髄浸潤を含めた全身検査を行うことが重要であると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

十二指腸、濾胞性リンパ腫

20 二次性大動脈十二指腸瘻に対してOTSCが有効であった一例

東京西徳洲会病院 消化器内科
岸田拓也、佐藤 遼、地主龍平

【背景】腹部大動脈ステントグラフト内挿術(Endovascular aneurysm repair; EVAR)後の二次性大動脈十二指腸瘻(secondary aortoduodenal fistula; sADF)は極めて稀であるが、致死性の転帰をとり得る重篤な合併症である。通常は外科的治療が原則とされるが、高齢者や全身状態不良例では外科的介入が困難な場合も多い。今回、sADFに対してOver-the-Scope Clip (OTSC)により瘻孔閉鎖を得た症例を報告する。【症例】83歳女性。腹部大動脈瘤切迫破裂に対しEVAR施行後、約5か月で発熱および血便を認め入院となった。血液検査では炎症反応高値(WBC 12.6, 600/μL、CRP 13.9 mg/dL)および貧血(Hb 7.2 g/dL)を認めた。胸腹部造影CTで感染性動脈瘤が疑われ、ステントグラフト周囲のair densityおよび十二指腸水平部との近接所見を認めた。さらにガストログラフィン内服後の腹部単純CTで瘻内へのガストログラフィンの流入を認めたことから、sADFと診断した。年齢およびADLから外科的治療は困難と判断され、絶食および抗菌薬加療の方針となった。一時的に炎症反応の改善を認めたが、経口摂取再開後に症状の再燃を認めたため、瘻孔閉鎖を目的に上部消化管内視鏡検査(Esophagogastroduodenoscopy; EGD)を施行した。EGDでは十二指腸水平部に約7mmの瘻孔を認め、吸引法によりOTSCを展開し瘻孔閉鎖を得た。OTSC留置後、ガストログラフィン造影で瘻孔閉鎖を確認した。瘻孔閉鎖後は炎症反応の速やかな改善を認め、OTSC留置後2日より経口摂取が可能となった。経口摂取再開後も感染コントロールは良好に維持され、消化管出血の改善も認めた。【考察】sADFでは早期診断および早期の外科的介入が望ましいが、耐術不能例では治療選択肢が限られる。本症例ではOTSCにより瘻孔閉鎖を行い、感染制御および消化管出血の改善を得た。外科的治療が困難な症例において、OTSCは有効な低侵襲治療の選択肢となり得る。

大動脈十二指腸瘻、OTSC

21 小腸イレウスを契機に診断に至った回腸子宮内膜症の一例

東京西徳洲会病院 消化器内科
手塚 悠, 佐藤 遼, 地主龍平

【背景】腸管子宮内膜症は、子宮内膜あるいは類似組織が腸管壁内で異所性に増殖する疾患であり、多くは直腸・S状結腸に発症する。小腸に発生する症例は約10%と比較的稀であり、診断に難渋することがある。今回、イレウスを契機に診断に至った回腸子宮内膜症の一例を報告する。【症例】49歳女性。約1年前から月経周期に伴う腹痛を認めていた。今回、腹痛および嘔吐を主訴に前医を受診し、絞扼性イレウスが疑われ当院外科へ紹介となった。入院時現症では、臍部に最強点を有する腹痛を認めたと筋性防御は見られなかった。血液検査所見では、白血球 10,500/ μ L、CRP 0.12 mg/dLと軽度上昇を認めるほか、異常所見は認めなかった。腹部造影CTでは回腸末端に造影効果を伴う結節性病変および口側腸管の拡張を認めた。月経困難症の病歴を踏まえ回腸子宮内膜症によるイレウスが疑われたため審査腹腔鏡を施行したが、明らかな絞扼所見は認めず観察のみで終了した。治療は、プロゲステロン製剤によるホルモン療法を行い、症状の再燃は認めなかった。小腸内視鏡検査では明らかな上皮性腫瘍は認めなかったが、回腸末端から約10cm口側に壁外性圧排による狭窄を認めた。CTフォローで回腸結節性病変は縮小を認めず腫瘍性病変も否定できなかったため、腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。病理組織学的には、固有筋層から漿膜にかけて内腺腺様組織の散在および線維化を認め、子宮内膜症と診断された。術後経過は良好であり、引き続きホルモン療法を継続していく方針となった。【考察】腸管子宮内膜症は漿膜側から発生することが多く、本症例のように内視鏡所見では狭窄のみで上皮性変化を伴わない場合があり、内視鏡単独での診断は困難である。月経困難症を呈する女性において原因不明のイレウスを認めた場合には、本疾患を鑑別に挙げることが重要であり、臨床背景および画像所見を含めた総合的評価が診断および治療に有用である。

回腸子宮内膜症, 小腸イレウス

22 長期空置後に肛門部完全閉塞を来したクローン病の1例

横浜市立市民病院 炎症性腸疾患科
園田愛莉, 辰巳健志, 黒木博介, 後藤見紀, 中尾詠一, 小原 尚, 杉田 昭, 小金井一隆

【症例】72歳女性。X-11年に肛門周囲膿瘍、肛門痛を自覚した。X-10年、食道潰瘍、下行結腸潰瘍、直腸膿瘍を認め、肛門部の病理組織学的検査で肉芽腫を伴う慢性炎症所見を認めたことからクローン病と診断された。Infliximab導入後も効果乏しく、横行結腸双孔式人工肛門造設術が施行された。術後はメサラジンで経過観察されていた。X-2年の注腸造影検査で空置腸管口側の横行結腸狭窄を認め、空置大腸切除を提案されたが本人の希望で経過観察となっていた。X年、肛門痛、腹部膨満が出現した。腹部CT画像では、空置腸管の口側の横行結腸および肛門部の両端で閉塞しており、下行結腸から直腸にかけて著明な拡張と液体貯留を認めた。肛門生検では悪性所見は認めなかったが、CEA 169.5ng/mL、CA 19-9 322.3U/mLと著明高値であり、肛門管癌による閉塞も否定できなかった。拡張腸管の破裂・穿孔のリスクも考慮し、開腹結腸重全摘、直腸切断術、横行結腸単孔式人工肛門再増設を施行した。術中所見では、下行結腸から直腸にかけて著明な腸管拡張を認め、脾弯曲から横行結腸にかけては著明な細径化を伴う高度狭窄を認めた。肛門は完全閉塞しており小指の通過も不能であった。摘出標本の肉眼所見では、空置腸管口側の横行結腸および肛門部は完全閉塞していたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。下行結腸から直腸にかけては著明に拡張していたが、明らかな肉眼病変は認めなかった。病理組織学的検査でも悪性所見は認めず、閉塞部に高度線維化を認めるのみで、活動性炎症所見は軽微であった。術後経過は良好で、合併症なく術後27日目に退院した。【結語】クローン病において、長期空置後に炎症部位が高度線維化し完全閉塞に至ることがあり、粘液排出障害により著明な空置腸管拡張を来す可能性がある。空置腸管の合併症としては癌発生や炎症再燃が知られているが、本症例のような閉塞性変化も留意した経過観察が重要である。

クローン病, 空置腸管

23 慢性偽性腸閉塞に腸管気腫および門脈気腫を来した1例

東京慈恵会医科大学西部医療センター 初期臨床研修医¹⁾, 同 内科学講座 消化器・肝臓内科²⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院 内科学講座 消化器・肝臓内科³⁾ 岡野磨慶¹⁾, 三國隼人²⁾, 木下晃吉²⁾, 小池和彦³⁾, 猿田雅之³⁾

【症例】77歳女性。【臨床経過】Y-3月より胃部不快感、Y-1月より下痢、下腿浮腫、食欲低下を認め前医で小腸炎として入院し、保存的加療で軽快したが、下痢再燃と浮腫増悪を認め再診した。腹部CTで腸管気腫および腹腔内遊離ガスを認め当院紹介入院となった。入院時、腹部は平坦・軟で圧痛を認めず、血液検査で低アルブミン血症および抗Scl-70抗体陽性を認めた。入院3日目に収縮期血圧50mmHg台への低下および腹痛を認め造影CTを施行したところ、腸管気腫の増悪に加え著明な門脈気腫を認めたが、腸管壁造影不良や明らかな機械的閉塞所見は認めなかった。腸管安静、減圧および抗菌薬投与による保存的加療により症状は速やかに改善し、フォローCTで腸管気腫および門脈気腫の消失を認めた。【考察】本症例は腸閉塞様症状を呈しながら器質的閉塞を認めず、慢性経過および腸管拡張所見を有することから慢性偽性腸閉塞と診断した。抗Scl-70抗体陽性であったが、全身性強皮症を示唆する臨床症状を欠くため診断基準は満たさなかった。一方で、全身性強皮症は消化管運動障害を高頻度に合併することが知られており、本症例の病態に関与した可能性が示唆された。門脈気腫は従来腸管虚血に伴う予後不良所見とされるが、近年は腸管内圧上昇や粘膜炎による非虚血性機序も報告されている。成人において慢性偽性腸閉塞と門脈気腫の合併は稀であり、本症例のように虚血所見を欠く場合には保存的加療が奏効する可能性がある。【結語】慢性偽性腸閉塞に腸管気腫および門脈気腫を合併したが、保存的加療により改善した1例を経験した。

慢性偽性腸閉塞, 門脈気腫

24 多発肝腫瘍として発見され、悪性腫瘍との鑑別を要したPeliosis hepatisの1例

杏林大学医学部付属病院 総合研修センター¹⁾, 杏林大学医学部 消化器内科学²⁾, 同 病理学教室³⁾, 同 医学教育学⁴⁾ 山脇 基¹⁾, 關 里和²⁾, 友近 瞬²⁾, 小松悠香²⁾, 和田晴香²⁾, 森久保拓²⁾, 川村直弘²⁾, 林 玲恒³⁾, 柴原純二³⁾, 森 秀明⁴⁾, 久松理一²⁾

60代の女性。20XX-20年に子宮頸癌に対して円錐切除術の既往がある。20XX-1年8月に原因不明な腹水の精査目的に当科を紹介受診した。精査にて、悪性疾患をはじめ腹水の成因は不明であったが、利尿剤内服により腹水は著明に減少し、利尿剤中止後も増悪なく経過観察されていた。【検査所見】血算・凝固能に異常を認めず、生化学検査では、血清アルブミン値は4.0g/dLで、肝酵素をはじめ異常値はなく、経過中CA-125が一時的に高値を示したのが正常化し、その他の腫瘍マーカーも正常範囲であった。20XX年6月に施行した腹部造影CT検査では、既知の血管腫以外に、肝両葉に動脈早期相で造影効果に乏しく、辺縁を中心に漸増性に造影効果のある複数の腫瘍の出現を認めた。MRI検査にて、肝腫瘍は、T1強調画像で骨格筋に比し軽度低信号、T2強調画像で軽度の高信号を示した。EOB造影検査で漸増性に造影され、肝細胞相で周囲の肝実質と比べ低信号を示した。指摘された腫瘍は、腹部超音波検査のBモード法では描出されず、造影により1分後から後血管相にかけ不完全欠損を呈した。画像検査からは悪性腫瘍を否定できず、超音波ガイド下経皮的肝腫瘍生検を施行した。【病理組織所見】類洞の拡張が目立つ肝組織であり、類洞内皮の欠失は明らかではない。構成細胞や構造の著明な異型や、炎症細胞浸潤や新生血管は目立たず、免疫組織化学的にGlutamine synthetaseやCRPの発現はなく肝細胞腫瘍は否定的であり、Peliosis hepatis（肝紫斑病）の部分像の可能性が示唆された。現在、画像検査での経過観察中である。【考察】肝紫斑病は類洞の拡張と肝内に多発する血液の貯留腔を認めるまれな形態異常である。良性疾患であるが、一部の症例では進行性の経過を辿り、肝不全や肝破裂などの深刻な合併症を生じることがある。肝紫斑病は剖検時や画像検査中に偶然に発見されることが多く、悪性腫瘍との鑑別が困難なこともある。肝紫斑病について、文献的考察を加えて報告する。

Peliosis hepatis, 肝紫斑病

東京大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 総合研修センター²⁾、東京大学大学院医学系研究科 病因・病理学専攻病理学講座³⁾、川田陽介^{1,2)}、金子拓馬¹⁾、山田友春¹⁾、中塚拓馬¹⁾、佐藤雅哉¹⁾、山嶋 誠³⁾、深川彰彦³⁾、牛久哲男³⁾、建石良介¹⁾、藤城光弘¹⁾

【症例】60歳代男性。糖尿病で他院通院中、腹部造影CTで肝S6に直径12 mmの肝細胞癌（HCC）を認め、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。EOB-MRIではT2強調画像で肝実質に信号低下を認め、高度の鉄沈着が示唆された。HCCに対してラジオ波焼灼術（RFA）を施行し、同時に背景肝生検を行った。病理組織学的には、背景肝は高度のヘモジリン沈着を伴う硬変肝であった。術中に明らかな合併症は認めず、術後3日目に退院したが、術後16日目に意識障害を来し緊急入院となった。採血ではNH₄ 594 μ g/dLと高アンモニア血症を認め、造影CTでは門脈から上腸間膜静脈にかけて広範な血栓を認めた。また、小腸には広範な静脈性梗塞を認めた。高アンモニア血症に対して持続的血液濾過透析を施行し、門脈血栓症に対してヘパリン持続投与およびアンチトロンビンIII製剤の投与を行った。しかし、入院第2病日に痙攣が出現し、頭部CTで脳ヘルニアを認め、入院第4病日に死亡した。病理解剖では、門脈から上腸間膜静脈および脾静脈にかけて広範な血栓を認めた。RFA治療部から連続する血栓は認めなかったが、RFAによる腫瘍内小血管の熱変性が血栓形成の誘因となった可能性が考えられた。また血流障害に伴う広範な小腸壊死を合併していた。急性門脈血栓症に伴う急性肝不全および肝性脳症による脳ヘルニアに加え、血栓による小腸壊死が致死的な転帰に関与したと考えられた。【考察】肝ヘモジデロシスでは、鉄過剰による酸化ストレスが内皮障害を引き起こし、血栓形成に寄与すると報告されている。本症例で急性門脈血栓症を来した要因として、RFAによる血管壁の熱損傷に加え、背景肝における高度な鉄沈着が血栓形成に影響した可能性が考えられた。肝ヘモジデロシスを伴う症例にRFAを施行する際には、治療後の血栓形成に留意する必要がある。

ラジオ波焼灼術，門脈血栓症

武蔵野赤十字病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、柳川杏珠¹⁾、内原直樹¹⁾、土谷 薫¹⁾、清家理佐¹⁾、田中雄紀¹⁾、小林諒平¹⁾、笠野由佳¹⁾、松本浩明¹⁾、小宮山泰之¹⁾、高浦健太¹⁾、高田ひとみ¹⁾、田中将平¹⁾、前屋鋪千明¹⁾、玉城信治¹⁾、安井 豊¹⁾、山口和哉²⁾、井ノ口幹人²⁾、中西裕之²⁾、黒崎雅之¹⁾

【症例】60歳代、女性。胃壁内転移、右内腸骨リンパ節転移を伴うcStage IVB（T4b）切除不能進行胸部食道癌に対し、原発巣および胃転移への出血制御目的の放射線治療を先行した。その後フルオロウラシル、シスプラチン（FP）+ペムブロリズマブ療法を8コース施行したところ、画像上、遠隔転移の消失を認めたため、コンバージョン手術（ロボット支援下食道重全摘術）を施行した。病理組織学的完全奏効（pCR）を得たため、術後は化学療法を継続せず経過観察とした。重複癌である下咽頭癌に対し放射線治療を施行中、ペムブロリズマブ最終投与から4ヶ月後にAST 922 U/L、ALT 899 U/LのGrade 3肝機能障害が出現した。各種ウイルスマーカー（A・B・C・E型、EBV、CMV）、抗核抗体、抗平滑筋抗体は全て陰性であり、血清IgG値は正常範囲内であった。食道・胃に対する緩和的照射における肝臓への平均照射線量は9Gyと耐容線量範囲内であり、放射線性肝障害の可能性は低いと判断した。また、画像上、肝転移や胆道閉塞を示唆する所見を認めなかった。診断目的に施行した肝生検では、門脈域にリンパ球・形質細胞を主体とする炎症細胞浸潤と小葉内肝細胞障害を認め、肝細胞障害型irAE肝障害と診断した。ブレドニゾロン（1mg/kg）投与後、肝機能は速やかに改善傾向を示した。【考察】pCR達成後のICI休業期間中であっても重篤な遅発性irAEを発症する可能性がある。他臓器に対する放射線治療など、他原因との鑑別を要する複雑な臨床経過において、肝生検による迅速な組織学的評価は診断確定と治療介入の遅れを防ぐ上で重要と考えられる。

irAE肝障害，食道癌

東京医科大学茨城医療センター 消化器内科¹⁾、同 病理診断部²⁾、石神優佑¹⁾、北村雄斗¹⁾、小宮山夏永¹⁾、高木亮輔¹⁾、中川俊一郎¹⁾、森山由貴¹⁾、玉虫 惇¹⁾、上田 元¹⁾、門馬匡邦¹⁾、小西直樹¹⁾、屋良昭一郎¹⁾、平山 剛¹⁾、岩本淳一¹⁾、本多 彰¹⁾、池上 正¹⁾、森下由紀雄²⁾

【主訴】脱毛斑の増加。【現病歴】41歳女性。多発性円形脱毛症に対し近医で外用療法を受けるも改善せず、当院皮膚科でメチルプレドニゾロン（mPSL）500 mg/日×3日間のセミパルス療法を5～7月に計3クール施行された。第3回パルス終了後約3週間で円形脱毛症の改善が乏しく、バイオ製剤導入前を想定して採血したところ、AST 371 U/L、ALT 817 U/Lと肝障害が出現しており、精査目的にて当科へ紹介された。【既往歴】特記事項なし。内服薬はセファランチンのみ。【検査所見】当科初診時のASTは411 U/L、ALTは755 U/L、 γ -GTPは96 U/L、T-Bilは1.4 mg/dL、PT-INRは1.06で、ALT優位の肝細胞障害型とされた。ウイルス性肝炎はすべて陰性、自己抗体も陰性、IgGは正常範囲内で、腹部超音波検査でも胆道系や脂肪肝の所見は認められなかった。肝生検では広範な肝細胞脱落を認め、劇症肝炎に近い所見だった。【経過】当初、セミパルス療法後の免疫賦活による自己免疫性肝炎の発症を疑い、強力なネオミノファーゲンシー投与後も改善が乏しかったため、mPSL 1 g×3日間、その後0.5 g×3日のパルス療法を施行し、迅速な改善が見られ、その後はブレドニゾロン（PSL）の内服に移行した。しかし、PSLの減量中に再燃しステロイド依存性を示したため、免疫抑制剤の追加を考慮し、アザチオプリンを経てミコフェノール酸モフェチル（MMF）1000 mgに変更し、現在はPSL 2 mgとMMFの併用下で肝機能を正常範囲内に維持しつつ減量中であり、薬剤中止の可否を検討している。【考察】本症例は当初AIH様疾患を想定し追加のmPSLパルス療法を行ったが、反復投与後2～3週間の発症や、ALT優位の肝細胞障害型、RECAM-J2023 11点（definitive）であることなど、既報のIVMP誘発性DILIの特徴と一致したことから、むしろmPSLパルス療法自体が原因薬剤であり再投与は避けるべきケースであったと考えられる。高用量のmPSLパルス療法後も肝機能を厳重にモニタリングし、肝障害が出現した場合は安易な再パルスを避け、薬物性肝障害としての評価を優先する必要がある。

薬物性肝障害，メチルプレドニゾロン

がん・感染症センター 都立駒込病院 消化器内科¹⁾、同 感染症科²⁾、同 病理科³⁾、同 内視鏡科⁴⁾、細井萌々子¹⁾、森口義亮¹⁾、小林泰一郎²⁾、堀口慎一郎³⁾、岩谷勇吾¹⁾、後藤 修⁴⁾、飯塚敏郎¹⁾

症例は40歳代男性、CD4陽性Tリンパ球数が104 / μ Lと低値のHIV感染者である。スクリーニングの下部消化管内視鏡にて直腸Rbに周囲にSMT様隆起を伴う、白苔の付着した浅い潰瘍性病変を認めた。NBI拡大観察では上皮性腫瘍性病変は認めなかった。アメーバ赤痢やサイトメガロウイルス（CMV）腸炎、悪性リンパ腫等を鑑別に挙げ生検を行ったが、免疫組織学的にCMVは陰性、またアメーバ虫体を認めず、悪性所見も認めなかった。その後全身にバラ疹を認め、梅毒と診断された。臨床経過より直腸梅毒の可能性が疑われ、病理検体に*Treponema pallidum*抗体を用いた免疫染色を追加したところ陽性であり、直腸梅毒の診断にてベンジルペニシリンベンザチン水和物で治療を行った。治療1か月後の内視鏡検査にて、直腸の潰瘍性病変は瘢痕化していた。

本疾患は*Treponema pallidum*によって引き起こされる性感染症の一つであり、近年本邦では感染者数が増加傾向にある。消化管にも病変を生じることがあり、報告では胃梅毒が最も多く、次いで直腸の症例が散見される。またHIV感染症と梅毒の合併率が高いことも報告されている。直腸梅毒の内視鏡像は多彩であり、また生検での正診率が低いことも知られている。本疾患の診断に当たって、患者背景や病歴、他の身体所見等も考慮して鑑別する必要があると考えられる。

直腸梅毒，HIV感染症

東京医科大学八王子医療センター 消化器内科
小久保歩美, 山本 圭, 朝井靖二, 良沢 玲, 中野優太郎,
小澤優太, 飯名桃子, 林 真里, 篠原裕和, 奴田原大輔, 中村洋典,
北村勝哉

【症例】50歳、男性。【主訴】眩暈【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【経過】20XX年に上行結腸肝曲近傍のLST-G病変(80x50mm)に対し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。一部分割となるも病理結果はAdenocarcinoma in adenomaで、深達度pTis(M)、脈管侵襲なく、断端はAdenocarcinoma陰性であり治療切除の診断となった。その後CT・内視鏡検査で経過を追うも、再発を認めなかったが、20XX+3年に多発肝転移およびリンパ節転移を認めた。肝生検及びリンパ節生検を行い、病理組織の免疫染色にてCK20/CDX2/p53陽性の腺癌を認め、ESD検体と同一組織像より大腸癌転移と診断した。遺伝子検査ではBRAF V600E変異陽性が判明した。化学療法としてSOX+BV療法を開始し、肝転移は縮小を認め、PR判定となったが、計10クール施行後に肝類洞閉塞症候群を発症した。レジメン変更を検討していたところ、20XX+4年に腹膜播種による胆管狭窄、閉塞性黄疸が出現したため、胆管ステントを留置し、減黄した。減黄後二次治療としてBEACON療法を開始し、定期ステント交換を行いつつ、BEACON療法を6クール施行した。20XX+5年に眩暈と構音障害を認め、頭部造影MRIにて小脳背側に周囲に浮腫を伴ったリング状に造影される脳腫瘍を認め、小脳転移と診断した。脳浮腫に対してステロイドおよび抗脳浮腫薬(浸透圧利尿薬)投与を開始し、定位放射線療法を施行した。症状改善が得られ、退院となった。【考察】早期大腸癌ESD治療切除後に遠隔転移を来す割合は極めて低く、その多くは3-5年以内に発生する。またBRAF遺伝子変異陽性例は標準的な化学療法に抵抗性を示し、全生存期間の中央値が8-14ヶ月と極めて予後不良なサブタイプである。急速な転移や非典型的な転移を来しやすく、本症例においても、経過中に小脳転移という大腸癌では稀な遠隔転移を認めた。本症例に関して文献的考察を加えて報告する。

早期大腸癌, 小脳転移

国立健康危機管理研究機構 国立国際医療研究センター 消化器内科
宮田祥宏, 竜野稜子, 池田亘孝, 岡山洋紀, 川島康揮, 椎名大祐,
垣淵大河, 金子貴大, 中村曉子, 蒲生彩香, 鈴江航大, 矢野成樹,
久田裕也, 赤澤直樹, 小島康志, 横井千寿, 田中康雄, 柳瀬幹雄,
山本夏代, 秋山純一

【症例】31歳ネパール人女性。X-5年に中等症の左側大腸炎症潰瘍性大腸炎(UC)を発症し、当院で5-ASAとブデソニド注腸フォーム剤による治療を継続していた。X-3年より転居のため他院で治療継続となり、X-2年には症状増悪に対してプレドニゾロン(PSL)30mg/日が導入された。その後も症状の寛解と再燃を繰り返してPSLの離脱に難渋したため、X-12月に当院へ再度紹介となった際には、5-ASAとPSL 8mg/日を内服していた。X+1年2月には1日10回の血性水様便と間欠的な腹痛を認め、下部消化管内視鏡検査(CS)では全大腸炎型へ増悪しており、特に横行結腸から直腸にかけては浅い潰瘍を伴うMES 3相当の炎症を認めた。寛解導入目的にMirikizumab(MIRI) 300mg q4wの静脈内投与を開始した。併せてPSLの漸減を進め、2回目投与後に離脱した。3回目の投与後も効果不十分であり、追加3回の静脈内投与を実施する方針とした。しかし腹痛および1日4回程度の血性泥状便が持続しており、CSでは左側結腸に多発びらんと血管透見消失を伴うMES 2相当の炎症が残存していた。X+1年8月より、IL-23p19阻害薬間スイッチとしてGuselkumab(GUS) 200mg q4wの静脈内投与を開始した。初回投与後より血便頻度が減少し、3回の寛解導入療法終了時には血便は消失した。維持療法としてX+1年11月からGUS 200mg q4w皮下投与へ移行した。X+2年2月のCSでは全結腸MES 1への改善が認められ、便回数も1日1-2回の軟便となった。X+2年5月現在も、症状の再燃なく同治療を継続している。【考察】現在本邦で使用可能なIL-23p19阻害薬3製剤のうち、GUSはIL-23を直接阻害するとともに、IL-23産生細胞表面のCD64に結合するdual-actingを有することがin vitroで示されている。今回我々は、IL-23p19阻害薬間スイッチにより奏功が得られた症例を経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎, IL-23p19阻害薬

帝京大学 医学部 内科学講座¹⁾, 同 外科学講座²⁾
川村 恵¹⁾, 竹内研人¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 徳富 遙¹⁾, 曾根雅之¹⁾,
梶田航平¹⁾, 松本康佑¹⁾, 青柳 亮¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一¹⁾,
小田島慎也¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 今津博雄¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾,
峯崎俊亮²⁾, 佐野圭二²⁾, 井上陽介²⁾, 近藤 悟²⁾, 落合大樹²⁾

症例は80歳代女性。X-4年に当院皮膚科で左鼠径部有棘細胞癌切除術、X-3年に他院で寒冷凝固素症の診断、X-2年に嘔声を契機に当院耳鼻科を受診し左声門癌と診断され放射線治療を施行された既往がある。X年の左声門癌治療後フォローアップの胸部腹部造影CTで上行結腸肝彎曲の壁肥厚とCEA 10.1 ng/mL、CA19-9 8.8 U/mLと腫瘍マーカーの軽度高値を認めたことから当科へ紹介となった。外来で精査予定であったが1ヶ月後の定期外来時に、発熱や腹痛は認めないものの数日前から食思不振や下痢があり、同日より精査目的に入院となった。大腸内視鏡検査では肝彎曲に前後径10cm程度の全周性の3型進行大腸癌を認め、通常径スコープ通過は可能であった。生検・点墨・肛門側ヘックリッ留置を施行し、後に病理検査でadenocarcinomaが検出された。CT所見から十二指腸浸潤の可能性を疑い上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸乳頭より肛門側で腸管が二又に別れ、一方では腫瘍性病変を認め病変を通過するとCS時に留置したクリップを認めたことから、大腸癌の十二指腸瘻孔形成と判断した。注腸造影・上部消化管造影でも瘻孔の存在を確認し、明らかな遠隔転移もないことから臨床病期はcT4bN0M0 stageIIcと考えた。CTコノグラフィ目的に撮影した腹部CTで腫瘍周囲に微少なfree airを認めたことから、禁食・抗菌薬・高カロリー輸液で管理した。長期的な腸閉塞リスクや治療希望があったことから治療方針を外科に相談し、右半結腸切除術+D3リンパ節郭清+脾頭十二指腸切除術を施行した。大腸癌治療ガイドラインではstageIIcの治療として根治手術が選択される。進行大腸癌は隣接臓器へ浸潤することがあり、遠隔転移がなく一括切除が可能であれば他臓器浸潤のない大腸癌と同程度の予後が期待できるとされる。今回、我々は偶発的に認めた十二指腸浸潤大腸癌の一例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

進行大腸癌, 十二指腸浸潤

昭和医科大学 江東豊洲病院 消化器センター¹⁾,
昭和医科大学病院 血液内科²⁾,
昭和医科大学 江東豊洲病院 脳神経内科³⁾,
同 集中治療科⁴⁾, 同 腎臓内科⁵⁾
寺居直哉パトリック¹⁾, 田邊万葉¹⁾, 伊藤敬義¹⁾, 浦上尚之¹⁾,
年森明子¹⁾, 福田 舞¹⁾, 汐見大二郎¹⁾, 岸 優美¹⁾, 服部憲路²⁾,
栗城綾子³⁾, 森麻衣子⁴⁾, 竹島亜希子⁵⁾

【背景】腸管出血性大腸菌(EHEC)感染症において溶血性尿毒症症候群(HUS)は重篤な合併症で、腎不全・脳症・呼吸循環不全など多臓器にわたる病態を呈しうため集学的治療が求められる。今回、多科連携により寛解を得たEHEC-HUSの2例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。【症例1】20代女性。牛ステーキ・レバーパテ喫食後に腹痛・血便・発熱が出現し前医加療で改善なく当院紹介となった。感染性腸炎として消化器内科に入院し絶食・補液を開始した。第5病日に溶血所見・腎機能障害を認めHUSと診断し腎臓内科にコンサルト、第6病日に呼吸循環動態が悪化したためICU入室・CHDF開始となった。便培養は陰性であったが第13病日にO157抗原凝集抗体陽性にてEHEC感染症と確定診断した。3科連携による集学的治療にて腎機能は回復し、第14病日にCHDFを離脱、第34病日に退院となった。【症例2】10代女性。韓国での牛生レバー喫食後に発熱・腹痛・血便が出現し当院受診、感染性腸炎として消化器内科に入院し絶食・補液を開始した。第5病日に溶血所見・腎機能障害を認めHUSと診断、腎臓内科・集中治療科と連携しICU入室・CHDF開始となった。第7病日に幻聴・幻視が出現し脳神経内科のコンサルトにて血栓性微小血管症による脳症と判断、血液内科と連携し血漿交換を開始した。FFP投与時のアレルギー反応により血漿交換は中止としたが、血液内科・脳神経内科と協議の上ステロイドパルス療法・抗てんかん薬を追加した。5科連携による集学的治療にて溶血・腎機能・意識レベルが改善し、第21病日に透析を離脱、第25病日に退院となった。【考察】EHEC感染症は初診時に消化器内科が主科を担うことが多いが、HUS合併により病態は多臓器に及ぶ。本2例では消化器内科を初期主科としつつ病態進展に応じて各科が早期介入する体制をとることで主科移行に伴う情報分断を避けながら専門的対応を可能とし寛解に至った。初診科が軸となる診療科横断的連携の重要性を示す症例として報告する。

腸管出血性大腸菌感染症, 溶血性尿毒症症候群

盲腸癌による回盲弁浸潤に伴う腸閉塞に対し、回転式乳頭括約筋切開術用ナイフを用いたガイドワイヤー挿入が有用であった一例

東京都健康長寿医療センター 消化器・内視鏡内科
福地大貴, 杉井壮大, 草間亮佑, 重松大毅, 堀越裕介, 佐藤優樹,
正谷一石, 富野琢朗, 大隅 瞬, 深川一史, 坂坂祥介,
小野敏嗣

【症例】79歳女性。盲腸癌、多発肺転移・肝転移に対して化学療法中、腫瘍増大に伴う回盲部での腸閉塞のため入院した。症状緩和目的にイレウス管を挿入した上で、結腸ステント留置目的に下部消化管内視鏡検査を施行した。盲腸癌は回盲弁へ浸潤し高度狭窄を呈しており、狭窄のため回盲弁を直視することは困難であった。末端回腸へのガイドワイヤー挿入を試みたが、急峻な屈曲のため困難であった。そこで回転式乳頭括約筋切開術用ナイフ (ENGETSU; KANEKA, Tokyo, Japan) を使用し、先端方向を調整することで鋭角的に屈曲させて、末端回腸内へのガイドワイヤー留置に成功した。続いて自己拡張型金属ステントを末端回腸から狭窄部を介して上行結腸まで留置した。術後翌日の腹部X線検査でステント拡張は良好であり、腸閉塞症状は改善したため、術後3日目より食事を再開した。【考察】大腸ステント留置術は悪性大腸狭窄に対して広く行われているが、急峻な屈曲や高度狭窄を伴う症例ではガイドワイヤー挿入に難渋することがある。本症例では、回転式乳頭括約筋切開術用ナイフを用いることでデバイス先端方向の調整が可能となり、ガイドワイヤー挿入を安全に遂行し得た。内視鏡操作性が制限される症例において、本手技は有用な選択肢となる可能性が示唆された。

回転式乳頭括約筋切開術用ナイフ, 結腸ステント

直腸亜全周性腫瘍に対するESD後に高度狭窄を認めた潰瘍性大腸炎の一例

帝京大学医学部 内科学講座¹⁾,
帝京大学医学部附属病院 病院病理学²⁾
篠原隆男¹⁾, 梶田航平¹⁾, 石川悠斗¹⁾, 澁谷悠希¹⁾, 青柳 仁¹⁾,
二木直之¹⁾, 竹内研人¹⁾, 曽根雅之¹⁾, 徳富 遙¹⁾, 松本康佑¹⁾,
磯野朱里¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 有住俊彦¹⁾, 小田島慎也¹⁾,
浅岡良成¹⁾, 今津博雄¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾, 笹島ゆう子²⁾

症例は50歳代男性。活動性の潰瘍性大腸炎に対しメサラジン4800mg、アザチオプリン100mg、トファシチニブクエン酸塩10mgで寛解を得た。20XX年4月に行った定期フォローアップ目的の大腸内視鏡検査では、直腸に寛解前には指摘されていなかった亜全周性側方発育型大腸腫瘍 (laterally spreading tumor; LST) を認めた。生検はadenomaの診断でDysplasiaに相当する所見は認めなかった。20XX年5月に拡大内視鏡検査を行なった。肛門歯状線から2cmより約7cmに渡る亜全周性の病変でありJNET分類では腫瘍の大部分はType2A相当、一部2B相当であった。内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 術後狭窄は必発と考えられるため外科手術も考慮される病変であったが、本人希望からESDの方針とし同年7月に施行した。ESD施行時に狭窄予防として創部にポリグリコール酸シートの貼付を施行した。病理組織は低異型度管状腺腫と高度異型度管状腺腫の混在を認めるが悪性所見は認めず、断端は陰性であった。術後より狭窄予防にブデソニド注腸フォーム剤を使用していたが、便の出にくさを自覚し、同年9月に施行した大腸内視鏡ではESD痕痕部にピンホール様の高度狭窄を認め、大腸用細径スコープでも通過不能であった。狭窄に対し内視鏡的バルーン拡張術を複数回施行することで、狭窄は改善しスコープ通過は可能となり、現在は全結腸観察の上で経過観察を続けている。潰瘍性大腸炎患者における直腸ESDは、良性病変であっても術後の狭窄リスクが高い。理由として、潰瘍性大腸炎では、慢性炎症と修復過程で粘膜下層が繊維化し、これに伴い狭窄を来しやすいとされる。本症例でも潰瘍性大腸炎を背景としていることに加え、亜全周性の病変であったことが狭窄形成に関与したと考えられた。潰瘍性大腸炎合併例における、広範囲直腸ESD後には、術後狭窄を念頭に症状変化に注意し、早期から外来でのフォローアップや、内視鏡的拡張や場合によっては外科的治療も含めて介入を検討することが重要と考えられた。

潰瘍性大腸炎, ESD後狭窄

腫瘍随伴性DICを合併した肝原発扁平上皮癌に対し、rTM併用下に肝生検および化学療法を導入し得た1例

帝京大学医学部附属溝口病院 消化器内科¹⁾,
同 病理診断科²⁾
長谷川亮¹⁾, 松本光太郎¹⁾, 幸地 諒¹⁾, 山室英太郎¹⁾, 堂脇志恵¹⁾,
早川 淳¹⁾, 阿久津朋宏¹⁾, 岡本寛治¹⁾, 苗村佑太¹⁾, 菊山智博¹⁾,
斎藤 剛¹⁾, 藤 佑樹¹⁾, 足立貴子¹⁾, 渡邊彩子¹⁾, 辻川尊之¹⁾,
網島弘道¹⁾, 勝倉暢洋¹⁾, 阿曾達也²⁾, 高橋美紀子²⁾, 土井晋平¹⁾

【目的】肝原発扁平上皮癌は極めて稀であり、腫瘍随伴性播種性血管内凝固症候群 (DIC) を合併した場合の診断および治療戦略は確立していない。今回、recombinant thrombomodulin (rTM) 併用下に肝生検を施行し、化学療法を導入し得た1例を報告する。【症例】症例は70代男性。食慾不振と全身倦怠感を主訴に受診し、貧血、LDH高値、腎機能障害、高Ca血症を認め入院した。造影CTで肝両側に乏血性多発腫瘍を認めた。入院時よりFDP 123.3 $\mu\text{g/mL}$ 、D-dimer 58.9 $\mu\text{g/mL}$ と線溶系マーカーは高値であり、入院後にフィブリノゲン低下、血小板減少、PT-INR延長を伴う凝固線溶異常が進行した。日本血栓止血学会DIC診断基準 (2017) の基本型に基づき、固形がんに伴う腫瘍随伴性DICと診断した。肝生検前にFFPやAT製剤などの補充療法に加えてrTMを投与し、出血リスク軽減を図ったうえで肝生検を施行した。【経過】肝生検では異型細胞がpan-cytokeratin陽性、Hep Par-1陰性であり、p63陽性、GATA3陰性を示し、扁平上皮癌が示唆された。全身CT、上下部消化管内視鏡、耳鼻咽喉科診察にて他臓器原発の扁平上皮癌を示唆する病変を認めず、肝原発扁平上皮癌と診断した。rTM併用下にFP (5-FU + cisplatin) + nivolumab療法を2コース実施し、治療期間中にDICに起因する出血性合併症、臓器障害、血栓性合併症は認めなかった。しかし第68病日の造影CTで多発肝腫瘍の増加・増大を認め、病勢進行 (PD) と判定。全身状態低下により在宅緩和ケアへ移行した。【結論】rTMは、腫瘍随伴性DICを合併した肝原発扁平上皮癌の診断・治療介入への橋渡しに有用な補助手段となり得る。

肝原発扁平上皮癌, 腫瘍随伴性播種性血管内凝固症候群

進行肝細胞癌に対するニボルマブ・イビリムマブ併用療法によりmRECIST CRを達成した症例の検討

千葉大学医学部附属病院 消化器内科
三田聡美, 三輪千尋, 小笠原定久, 金谷崇伸, 粒良和郎, 安齋春香,
渡部太郎, 片山慶一, 澤田 翠, 土屋貴大, 藤谷 誠, 吉埜稜平,
米本卓弥, 弓田 芽, 興昌慧輔, 井上将法, 中村昌人, 中本晋吾,
加藤 順

【目的】進行肝細胞癌 (HCC) に対する薬物療法では、複合免疫療法の登場により深い奏効が得られるようになり、cancer-freeやdrug-freeを目指した治療戦略が注目されている。本研究では、当院でニボルマブ・イビリムマブ併用療法 (Nivo/Ipi) を導入した進行HCC症例のうち、mRECIST CRを達成した症例の臨床的特徴および治療経過を検討した。【方法】2025年7月1日から11月30日までに当院でNivo/Ipiを導入したHCC患者34例を対象とした。患者背景およびRECIST v1.1、mRECISTに基づいた有効性を評価した。【結果】全34例のNivo/Ipi導入時の年齢中央値は66.5歳 (45-83歳)、etiologyはHBV/HCV/nBnCがそれぞれ 9/10/15例であった。Child-Pugh分類はA: 23例, B: 11例であった。BCLC stage Cは19例であり、脈管侵襲を有する症例は11例 (門脈腫瘍栓 8例, うちVp4 6例)、肝外転移を有する症例は11例であった。一次治療での導入は20例、二次治療は8例、三次治療以降は6例であった。二次治療以降の全症例で免疫チェックポイント阻害剤の投与歴を有していた (Atezolizumab/Bevacizumab 13例, Durvalumab/Tremelimumab 4例, Durvalumab単剤2例)。Grade 3以上の重大な有害事象は16例で認め、mRECIST CRを達成した症例は34例中7例であり、6例がChild-Pugh Aと予備能が良好な症例であった。5cm以上の大型腫瘍を認めていた症例が5例、肝内多発症例が3例、Vp3以上の高度な脈管侵襲を有する症例は3例であった。一次治療での導入は5例であった。Grade 3以上の重大な有害事象は4例で認められた。現在、7例中1例は死亡、4例は治療継続中、2例はdrug-freeとなっている。【結語】当院においてNivo/Ipiを導入した症例では、高度脈管侵襲や大型腫瘍を有する進行HCC症例においてもmRECIST CRが得られた。特に一次治療導入例およびChild-Pugh A症例でCR例が多く認められ、Nivo/Ipiは深い奏効を期待しうる治療選択肢と考えられた。

肝細胞癌, 薬物療法

上尾中央総合病院 臨床研修センター

関 優一, 李 秀載, 佐藤洗平, 武部 岳, 秋葉星哉, 山田紗李奈, 原田文人, 山口智史, 飛田拓途, 中村直裕, 小山洋平, 柴田昌幸, 田中由理子, 高森頼希, 有馬美和子, 土屋昭彦, 西川 稿, 贅 裕亮, 若林 剛, 杉谷雅彦

【症例】70歳代、女性【現病歴】原発性胆汁性胆管炎の治療を目的として当科外来に通院されていた。定期腹部超音波検査で胆石および脂肪肝を認めており、X-3年10月にEOB造影MRI検査(EOB-MRI)を施行した。EOB-MRIでは、T2強調像・拡散強調画像で高信号を示す10mm以下の多発結節を認め、多発血管腫疑いの診断となっていた。EOB-MRIおよび腹部超音波検査で半年毎のフォローアップを行っていたが、X-1年11月のEOB-MRIでS8の病変が15mmから26mmに増大していた。同年12月にソナゾイド造影腹部超音波検査を施行したところ、S8の病変は28mm大の腫瘤として描出され、動脈相で辺縁から濃染し、30秒程度でwashoutを呈し、肝細胞癌を疑う所見であった。X年2月の腹部造影CT検査では、動脈相で淡く濃染し、門脈相で低吸収となり、平衡相では等吸収となり指摘が困難であった。同年5月に、肝細胞癌疑いに対する診断および治療を目的としてロボット支援下肝S8部分切除術を施行した。病理組織学的所見では、小型から中型の異型リンパ球様細胞が門脈域を中心に小葉を圧排するように結節状に増生し、胆管上皮にlymphoepithelial lesionを認めた。胚中心を有するリンパ濾泡を認め、CD20・CD79a陽性のB細胞性増殖を認め、リンパ球集積領域内にCK19陽性の胆管構造が認められた。以上から、肝MALTリンパ腫と診断した。血液内科へ紹介となり、術後化学療法は行わず経過観察となった。【結語】術前診断に苦慮した肝原発MALTリンパ腫の1例を経験した。肝原発悪性リンパ腫は稀な疾患であり、節外性非ホジキンリンパ腫のうち、肝原発は1%以下とされている。貴重な症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

MALTリンパ腫, 肝血管腫

直腸静脈瘤と腹水貯留を契機に非硬変性門脈圧亢進症と診断し、その病態に神経性食慾不振症の関与が疑われた一例

国立病院機構 東京医療センター 消化器内科

穴井温子, 脇坂悠介, 家城健史, 大倉将太, 丹治寛子, 武部 岳, 竹本映光, 井出貴也, 荒金直美, 東條誠也, 青木康浩, 吉田康祐, 渡邊多代, 福原誠一郎

症例は56歳の女性。25年前に神経性食慾不振症と診断されている。身長155.0cm、体重30.0kg (BMI 12.5 kg/m²)。過去に数年間、刺激性下剤の乱用の既往がある。20XX年10月、鮮血便と貧血の進行を契機に当院を受診した。下部消化管内視鏡で直腸静脈瘤と直腸粘膜脱症候群、内痔核を認めたが、上部消化管内視鏡では食道胃静脈瘤は指摘されなかった。CTで腹水貯留と下腸間膜静脈の拡張、直腸静脈瘤を認めたが、脾腫や門脈血拴の所見は指摘されなかった。血液検査は、血小板16.7×10³/μL、AST 118 U/L、ALT 135 U/L、尿素窒素40.3 mg/dL、Cre 1.06 mg/dL、T-Bil 0.36 mg/dL、Alb 3.5 g/dL、PT% 93.4、PT-INR 1.04、アンモニア21 μg/dL、M2BPGi 0.43であった。アルコール摂取量はワイン50 mlを連日飲酒する程度であり、血液検査上ウイルス性肝疾患や自己免疫性肝疾患は否定であった。腹水は漏出性の基準を満たし、腹水細胞診は陰性であった。PET-CTでは明らかな腫瘍性病変は認めなかった。追検査の結果から門脈圧亢進症が示唆されたが、その成因と肝線維化の精査が必要であり20XX+1年1月に肝生検を施行した。組織学的に門脈域の線維性拡大は明らかでなく、肝硬変の所見は認めなかった。肝細胞の壊死や変性は目立たず、脂肪沈着も認めなかった。非硬変性門脈圧亢進症として塩分制限と利尿薬による治療を行い、腹水は減少した。今回、直腸静脈瘤と腹水貯留を契機に非硬変性門脈圧亢進症の診断に至った一例を経験した。門脈圧亢進症の成因の特定は困難であったが、神経性食慾不振症の稀な合併症として門脈圧亢進症がこれまでに報告されており、本症例の病態に関与した可能性が否定できない。貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

門脈圧亢進症, 神経性食慾不振症

ワルファリン投与中の特発性門脈圧亢進症患者に発症した急性上腸間膜静脈血拴症の1例

日本大学 医学部 内科学系 消化器肝臓内科学分野

平野 伶, 松本直樹, 十束茉衣, 金子朋弘, 本田真之, 有間修平, 増崎亮太, 木暮宏史

【症例】50歳代、女性。特発性門脈圧亢進症、脾臓摘出後であり、門脈血拴に対し2013年よりワルファリンを投与されていた。2025年11月5日朝から心窩部痛と背部痛が出現し、嘔気も自覚したため、同日救急要請し当院へ搬送された。診察所見では腹部は平坦・軟で、心窩部から臍部に圧痛を認めたが、腹膜刺激徴候は認めなかった。造影CTおよび腹部超音波検査で、上腸間膜静脈の分枝に複数の血拴を認め、入院となった。ヘパリン10,000~14,000単位/日の持続点滴静注を行ったところ、腹痛は徐々に軽減し、第7病日にはほぼ軽快した。第12病日の腹部超音波検査、第14病日の造影CTで血拴は著明に縮小していた。第15病日にヘパリンからエドキサパン内服へ変更し、第20病日に退院した。【考察】門脈血拴症は特発性門脈圧亢進症の合併症として知られ、頻度は13~45%とされている。上腸間膜静脈血拴症は通常、門脈本幹から連続する血拴として生じることが多く、上腸間膜静脈のみに発生することは少ない。また、本症例では門脈血拴治療後の再発予防としてワルファリンを投与されていたにもかかわらず、血拴が再発した。発症前のPT-INRは1.5未満であり、再発予防を目的とした抗凝固療法の管理について示唆に富む症例と考え、報告する。

特発性門脈圧亢進症, 門脈血拴

肝膿瘍治療中に胸腔穿破が原因と考えられる右膿瘍を発症した一例

帝京大学 医学部 内科学講座¹⁾

帝京大学医学部附属病院 総合診療科²⁾

副島麗生¹⁾, 三浦 亮¹⁾, 坂東麻由¹⁾, 二本直之¹⁾, 村田紗依¹⁾, 竹内研人¹⁾, 徳富 遙¹⁾, 曽根雅之¹⁾, 梶田航平¹⁾, 松本康佑¹⁾, 青柳 仁¹⁾, 磯野朱里¹⁾, 立澤直子²⁾, 有住俊彦²⁾, 阿部浩一郎¹⁾, 小田島慎也¹⁾, 浅岡良成¹⁾, 今津博雄¹⁾, 山本貴嗣¹⁾, 田中 篤¹⁾

症例は40歳代男性。20XX年7月上旬に発熱、腹痛が出現。数日経過をみたが改善しないため前医に救急搬送。腹部単純CTで肝右葉に約8cmの腫瘍影があり、高熱持続とともにWBC 25030/μL、CRP 30.6 mg/dLと高値のため肝膿瘍と診断し、入院日より抗菌薬治療を開始。入院2日目に腹部造影CTを施行し、S8横隔膜直下に約94.3mm×83.4mm、S5/8に約59.6mm×56.7mmの多房性肝膿瘍を認め、当院に転院搬送。搬送時の血液検査でWBC 19900/μL、CRP 32.73 mg/dLと肝障害を認めた。X+1日に経皮経肝膿瘍ドレナージ(PTAD)を施行。膿汁は排液良好で、培養結果から*Klebsiella pneumoniae*が検出された。熱は持続したが、術後から血液検査は緩徐に改善傾向。X+8日にWBC再上昇があり、胸腹部単純CTを施行。S8膿瘍に接した横隔膜に連続性に欠ける部位があり、右胸腔内に被膜を形成した液体貯留が出現し、肝膿瘍の胸腔穿破+膿瘍と診断。胸腔穿刺も施行も僅かな胸水しか引けなかったため、X+9日にCTガイド下ドレナージを施行。しかし、隔壁もあり十分な排液がなかったため、X+11日にCTガイド下に胸腔ドレナージチューブを1本追加した。その後から病態は改善傾向となった。4本のドレナージチューブは状況を診ながらそれぞれクランプし、段階的に抜去することとした。X+37日にPTAD抜去を予定したが、腹痛が出現。画像検査で急性胆嚢炎と診断し、抜去中止し禁食として抗菌薬治療を継続。胆嚢炎の改善を確認し、X+51日に全てのドレナージチューブを抜去し、X+57日に退院。肝膿瘍は1.7~4.2%の頻度で膿瘍が発生すると報告されている。医学中央雑誌で「肝膿瘍」、「膿瘍」で検索すると57件(会議録を除く)の報告があり、治療方法も抗菌薬治療のみ、胸腔ドレナージ、手術と多岐にわたる。死亡例の報告もあり、早期診断・早期治療が必要となる。本症例では2本の胸腔ドレナージチューブを留置することで病態の改善を得られたが、後方視的にみるとPTAD留置後に解熱しなかったことから、より早期に診断できる可能性があった。PTAD留置後も解熱しないようときは、膿瘍の可能性も考える必要性がある。

肝膿瘍, 膿瘍

41 下大静脈を圧排する巨大肝嚢胞に対して穿刺吸引が奏功した一例

自治医科大学 内科学講座 消化器内科学部門
小田部拓実, 上野 航, 泉 直登, 三澤啓吾, 大塚陽介, 渡邊俊司,
三浦光一, 森本直樹, 矢野智則

【背景】肝嚢胞は比較的一般的な良性疾患であるが巨大化した場合には周囲臓器への圧排状態を来しうる。しかし下大静脈 (IVC) を圧排する巨大肝嚢胞はまれで、静脈還流障害による腹壁静脈怒張・下肢浮腫・呼吸機能低下などを伴う症例の報告は少ない。今回、IVC を圧排し静脈還流障害を認めた巨大肝嚢胞に対し、超音波ガイド下穿刺排液およびミノサイクリン注入療法が奏功した一例を経験したので報告する。【症例】70代女性。【現病歴】20XX-1年秋頃より労作時呼吸困難が出現し年末頃に腹壁静脈怒張を自覚した。20XX年2月、前医で施行の腹部CT検査で肝左葉に長径160mm大の単房性巨大肝嚢胞を認め、IVC に圧排狭窄を認めた。上行性の腹壁静脈怒張の他、両側下肢に表在静脈怒張および浮腫を認めた。呼吸機能検査では肺活量の有意な低下を認めた。精査加療目的に当科紹介受診し、肝嚢胞穿刺ドレナージおよびミノサイクリン注入療法の方針となり20XX年3月に当科入院した。【経過】入院時造影CTでは肝左葉に180mm大の巨大肝嚢胞を認め、IVC は圧排され狭小化していたが血栓は認めなかった。陰部・鼠径部・腹壁・脾門部から奇静脈系の側副血行路の発達もみられた。第2病日、超音波ガイド下にPTCD針 (18G) を用い心窩部より嚢胞を穿刺し、淡黄色透明の嚢胞液2,750mLを排液した。嚢胞液の細胞診はClass Iで細菌培養も陰性であった。嚢胞液中のCA19-9は132,025 U/mLと高値を示したがCEAは7.7 ng/mLと上昇は軽度であった。排液直後から腹部膨満・腹壁静脈怒張・下肢浮腫はいずれも著明に改善した。第7病日に再穿刺を行い、500mL排液後嚢胞癒着目的にミノサイクリン200mgを注入した。処置後の合併症はなく、第10病日に退院した。【考察】良性非寄生虫性肝嚢胞により閉塞性黄疸をきたす報告は散在するが、パッド・キアリ症候群様IVC圧排をきたす症例は稀である。本症例は、IVCの圧排に伴う側副血行路の発達や呼吸機能低下を伴い、嚢胞穿刺による減圧処置を施行した。本症例の処置後の臨床経過は良好であったが、再発する症例も比較的多く自覚症状を含めた経過観察が必要である。

肝嚢胞, 穿刺吸引

42 胆管ステント逸脱により小腸閉塞をきたした一例

昭和医科大学医学部 内科学講座 消化器内科学部門
中村純心, 西原成俊, 坂 隆寛, 飯高正典, 中山顕悟, 及川 脩,
角嶋 直美

【背景】胆管狭窄をきたす様々な病態に対する胆管ステント挿入術は広く行われており、ステントの種類も豊富である。胆管ステント逸脱は1.7-10%に認められる合併症であるが、その多くは自然排泄または内視鏡的回収が可能であり、小腸閉塞に至る症例は極めて稀である。今回、逸脱胆管ステントにより小腸閉塞を来した一例を経験したため報告する。【症例】70歳代男性。遠位胆管狭窄に対しERCP下で胆管ステント留置後、臍癌 (cStage I) と診断された。同時期に急速に進行する肺癌 (cStage IIIA) が指摘され、予後規定因子と考えられたため化学療法が導入された。1か月後に心窩部痛および嘔吐が出現し受診。血液検査では炎症反応軽度上昇を認め、造影CTにて小腸閉塞および胆管ステント逸脱を認めた。保存的加療により経過をみていたが症状の改善に乏しく、第3病日にイレウス管挿入を行った。症状は部分的な改善があったが遷延しており、またステントの位置は変わらず、第5病日に小腸内視鏡による摘出を試みたが病変へ到達は困難であった。症状が遷延しており消化管穿孔リスクを考慮し第6病日に手術を施行したが、術中および術後画像にてステントは確認されず、小腸内視鏡後から手術までの間に自然排泄されたと考えられた。症状は改善し、肝障害や黄疸は出現しなかったことからステントフリーで退院の方針とした。【結語】逸脱胆管ステントによる小腸閉塞の報告の多くはプラスチックステントが原因であり、術後癒着やstent-stone complex、ステント破損などが関与するとされる。本症例ではこれらの因子を認めず、小腸の浮腫性変化が胆管ステントによる小腸閉塞に寄与していると思われる。化学療法による腫瘍縮小に伴うステント逸脱に加え、irAE腸炎の関与が鑑別と考えた。本症例のように逸脱胆管ステントによる小腸閉塞に対しては腸管側因子による閉塞機序も考慮する必要がある。自然排泄の可能性も念頭に置いた適切な治療戦略が重要である。

胆管ステント, 腸閉塞

43 血栓性微小血管症を発症した肝門部領域胆管癌の1例

群馬大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科学¹⁾,
伊勢崎市民病院 内科²⁾
河内美香¹⁾, 善如寺暖¹⁾, 松井綾子²⁾, 富永哲成¹⁾, 伊藤健太¹⁾,
齋藤豊和¹⁾, 喜多 碧¹⁾, 石渡 栞¹⁾, 糸井祐貴¹⁾, 佐藤圭吾¹⁾,
安達拓也¹⁾, 村上立真¹⁾, 清水雄大¹⁾, 田中寛人¹⁾, 保坂浩子¹⁾,
戸島洋貴¹⁾, 栗林志行¹⁾, 山崎勇一¹⁾, 浦岡俊夫¹⁾

【症例】53歳女性【現病歴】肝門部領域胆管癌 (T4N2M0 cStage IVA) に対し胆管ステント留置後、GEM+CDDP+Pembrolizumabを開始した。6コース目に骨髄抑制のためGEM+Pembrolizumabへ変更したが、2コース目にirAE皮膚炎を発症し中止した。S-1を開始したが6日後に手足症候群のためGEM単独療法へ変更した。GEM投与5コース目に、血小板減少、貧血、腎機能障害を認め当院転院となった。【血液検査所見】WBC 4700/μL, RBC 188万/μL, Hb 5.8 g/dL, Ht 19.0%, 網赤血球 9.6%, 破碎赤血球を認める, Plt 4.4万/μL, PT 108%, PT 108%, APTT 28.8秒, FDP 3.2 μg/mL, D-dimer 0.6 μg/mL, Fibrinogen 361mg/dL, AT 81.3%, Hpt 2.3mg/dL, I-Bil 0.97mg/dL, LD 777U/L, BUN 22mg/dL, Cr 1.06mg/dL, eGFR 43.0, CRP 0.63mg/dL, PCT 0.14ng/mL, ADAMTS-13活性 59%, ADAMTS-13抗体 <0.5, 尿蛋白 (+), 尿潜血 (+), 【経過】発熱や腹痛を認めず血液検査と併せて、化学療法後の骨髄抑制や感染症による播種性血管内凝固症候群は否定的で、溶血性貧血の所見から血栓性微小血管症 (TMA) が疑われた。TMAに含まれる血栓性血小板減少性紫斑病は、ADAMTS-13活性低下がなくADAMTS-13抗体陰性であり除外され、薬剤または悪性腫瘍による二次性TMAと診断した。入院後は週1回の赤血球輸血で貧血をコントロールしていたが、第10病日に胆管炎を併発し、輸血併用下で胆管ステントを交換し軽快した。入院中に赤血球16単位、ERCP前後に血小板30単位を投与した。外来加療可能と判断し第25病日に退院し、退院1か月以降は輸血投与せず経過している。【考察】本症例は、支持療法により病態が安定したことから薬剤性TMAが強く疑われ、被疑薬としてGEMやCDDP、S-1の他、Pembrolizumabが候補となり得た。近年はPembrolizumabなどの免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) による報告も散見され、ICIの普及に伴い、irAEとしてのTMAも鑑別が必要となり注意を要する。【結語】悪性腫瘍の化学療法中に血小板減少、貧血、腎機能障害を認めた際は、TMAを念頭に置き、早期診断と原因薬剤中止を含めた適切な治療介入を行うことが肝要である。

血栓性微小血管症, 免疫チェックポイント阻害薬

44 巨大腹膜腫瘍として発見された消化管間質腫瘍 (GIST) の1例

東京慈恵会医科大学 内科学講座 消化器・肝臓内科
福尾幸祐, 秋田義博, 堤 和音, 川村愛子, 野口正朗,
猿田雅之

【症例】54歳男性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X-7月に健診で指摘された貧血の精査目的に前医を受診した。腹部CTおよび上下部消化管内視鏡検査では明らかな異常所見を認めなかった。鉄剤補充で経過観察となったが、その後自己中断していた。X月に腹痛、腹部膨満感が出現し前医を受診した。腹部超音波検査で肝内低エコー性病変 (最大12mm程度) および小腸拡張を認めた。精査加療目的に当院紹介受診した。【経過】来院時Hb 10.4 g/dLと軽度貧血を認めた。胸腹部造影CTでは腹膜に沿った著明な軟部濃度腫瘍、肝転移を疑う複数の乏血性結節および小腸拡張を認め、精査目的に緊急入院した。第3病日に腹部超音波ガイド下腹膜腫瘍生検を施行した。虫垂癌を含む消化管癌腹膜播種も鑑別に挙がり、第5病日に下部消化管内視鏡検査、第6病日に上部消化管内視鏡検査を施行したが明らかな腫瘍性病変は認めなかった。腹膜腫瘍生検の病理所見では、異型紡錘形細胞の増殖を認め、免疫染色でCD34, CD117/c-kit, DOG-1陽性であり、消化管間質腫瘍 (GIST) と診断した。第9病日よりイマチニブ投与を開始し、第18病日の腹部単純CTで腫瘍縮小と小腸拡張の改善を確認した。目立った有害事象なく経過し、第25病日に退院した。【考察】GISTは胃や小腸に好発する間葉系腫瘍であり、腹膜原発は極めてまれである。本症例では上下部消化管内視鏡で明らかな原発巣を同定できず、小腸精査が施行困難であったため、腹膜原発GISTと小腸GISTの腹膜播種との鑑別は困難であった。貧血は腫瘍内出血に起因した可能性があり、後方視的には早期診断の契機となりうる重要な所見であったと考えられる。切除不能・転移性GISTに対してはイマチニブが第一選択であり、本症例でも投与開始後早期に腫瘍縮小と小腸通過障害の改善を認め、良好な治療反応を示した。腹膜腫瘍を認めた際に、腹膜癌や腹膜中皮腫の他に、腹膜GIST (腹膜播種含め) も鑑別の一つとし、消化管精査や腫瘍生検を行う必要がある。

GIST, 腹膜腫瘍

腸間膜原発壊死性リンパ節炎による結腸瘻、腹腔内膿瘍に対し、超音波内視鏡下膿瘍ドレナージが奏功した1例

筑波大学附属病院 消化器内科

神山広大, 福田壮馬, 藤野未菜, 大曾根礼, 長尾剛太郎, 和田拓海, 岸本希実, 石川敬資, 石川直樹, 萩原悠也, 新里悠輔, 池田貴文, 長谷川直之, 奈良坂俊明, 坂本 琢, 土屋輝一郎

【背景】壊死性リンパ節炎は自然軽快例が多いが、稀に腸間膜にのみ発症し、腹腔内膿瘍や腸管虚血などの重篤な合併症を来して外科的介入を要することが多い。【症例】40代男性。発熱、腹痛を主訴に前医受診し、CTで回腸近傍に内部壊死を伴う20mm大のリンパ節腫脹を認めた。各種ウイルス検査、T-SPOT、便培養はいずれも陰性、下部消化管内視鏡検査では有意な所見を認めないことから、腸間膜原発の壊死性リンパ節炎と臨床診断した。抗菌薬を含む支持療法で一時は軽快したが、2週後に症状再燃を認めた。右下腹部に反跳痛を認め、CRP 25 mg/dL、CTにて腸間膜リンパ節の増大と周囲膿瘍形成を認めたため、精査加療目的に当院へ転院となった。膿瘍形成は消化管との瘻孔形成などリンパ節炎増悪以外の誘因を可能性として検討したが、CT上では瘻孔部位の特定が困難であった。以上より、外科的切除では瘻孔部が同定できず根治に至らないリスクを考慮し、治療的診断を兼ねて、より低侵襲である超音波内視鏡下膿瘍ドレナージ(EUS-AD)を第一選択とした。EUSでは下十二指腸角から尾側に30mm大の低エコー領域を認め、穿刺にて白濁した膿汁が吸引された。原因検索のための膿瘍腔造影により上行結腸への瘻孔を認めた。瘻孔部は微小であり自然閉鎖も期待できたことから、手術による切除ではなく経鼻ドレナージチューブ(ENCD)膿瘍腔内留置による持続ドレナージを選択した。処置後速やかに症状と炎症反応が改善し、6日後のCTではリンパ節、膿瘍腔ともに縮小を認め、8日後のドレーン造影で瘻孔消失を確認、14日後に膿瘍腔と十二指腸を内癒化し退院した。8ヶ月後の現在も再燃を認めていない。【結語】腸間膜原発壊死性リンパ節炎の再燃に伴う結腸瘻・膿瘍形成例に対し、EUS-ADを施行することで手術を回避し得た1例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

超音波内視鏡下膿瘍ドレナージ、腸間膜原発壊死性リンパ節炎

潰瘍性大腸炎に2型自己免疫性膵炎を合併した一例

東京都済生会中央病院 消化器内科¹⁾, 同 腫瘍内科²⁾, 同 病理科³⁾

松崎雄也¹⁾, 岸野竜平¹⁾, 大城浩希¹⁾, 湊 喜洋¹⁾, 小林文智¹⁾, 岩下敏士¹⁾, 伊藤瑛基¹⁾, 中島昌子¹⁾, 石田 慎¹⁾, 林 智康¹⁾, 横山 歩²⁾, 三枝慶一郎²⁾, 中澤 敦²⁾, 船越信介²⁾, 廣瀬茂道³⁾

症例は49歳男性。潰瘍性大腸炎で当院外来通院中であった。2022年8月30日より心窩部痛を自覚し近医を受診、血液検査でアミラーゼ上昇を認めたため9月4日に当院紹介となった。CTでは明らかな膵腫大を認めなかったが急性膵炎と診断し入院とした。保存的加療で軽快したが、アルコール性および胆石性とは否定的であった。自己免疫性膵炎も鑑別に挙げたがIgG4は正常であった。精査目的のEUSで膵頭部に約2cmの低エコー腫瘍と尾側膵管拡張を認め、膵癌を疑いEUS-FNAを施行したが悪性所見は認めなかった。1か月後のCTでは自己免疫性膵炎を示唆する所見へと変化し、再度EUS-FNAを行い2型自己免疫性膵炎に矛盾しない病理所見を得た。悪性所見を認めなかったためステロイド治療を開始し、CTで膵病変の改善を確認した。現在ステロイドは漸減中である。【考察】本症例は潰瘍性大腸炎に2型自己免疫性膵炎を合併した一例である。初期には膵頭部腫瘍様所見を呈し膵癌との鑑別を要したが、経時的変化および病理所見から診断に至った。IgG4上昇を伴わず比較的若年であった点も2型に合致する。2型自己免疫性膵炎は炎症性腸疾患、特に潰瘍性大腸炎との関連が知られるが、本邦での報告は少なく貴重な症例と考えられた。

2型自己免疫性膵炎、潰瘍性大腸炎

主膵管内を鋳型状に進展し十二指腸乳頭から露出を認めた膵腺房細胞癌の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科

三代莉加, 佐藤純也, 五十嵐洋介, 関根章裕, 松田 悠, 上向伸太郎, 中原一有, 立石敬介

症例は75歳女性。体重減少、黄疸を主訴に前医を受診した。腹部CTにて膵頭部腫瘍と胆管拡張を認めたため、精査目的に当院紹介となった。当院での腹部造影CTでは、膵頭部に70mm大の辺縁に造影効果が強く内部に壊死を伴う腫瘍を認め、尾側主膵管と肝側胆管の拡張を認めた。腫瘍は膵頭部の主膵管内を鋳型状に進展していた。MRIでは、腫瘍辺縁がT1で高信号、T2で低信号に描出され、中心部はT1で低信号、T2高信号と壊死性変化が疑われた。また、DWIでは腫瘍辺縁の充実部に拡散低下を認めた。各種画像検査にて他臓器への転移は認めなかった。以上から特殊型を含む膵頭部癌、膵神経内分泌腫瘍を鑑別に挙げ、組織学的検査目的にEUS-FNAを施行した。EUSでは膵頭部に境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍を認め、腫瘍の辺縁付近をターゲットに22Gのフレーション針にて穿刺した。病理所見は、類円形の核を有する腫瘍細胞の密な増殖と腺房状の配列を呈し、免疫染色にてBCL-10が陽性であり、膵腺房細胞癌と診断した。また、閉塞性黄疸に対してERCPを施行したところ、十二指腸乳頭部に主膵管開口部から露出する不整な腫瘍が確認された。露出した腫瘍の脇から胆管挿管し胆管造影を行うと、遠位胆管狭窄およびその肝側胆管の拡張を認めたため、総胆管にプラスチックステントを留置した。その後減黄は良好であり、手術を提案したが積極的な治療希望がなくbest supportive careの方針となった。主膵管内を鋳型状に進展し十二指腸乳頭から露出を認めた稀な膵腺房細胞癌の1例を経験したので報告する。

膵腺房細胞癌, ERCP

1型自己免疫性膵炎を合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例

日本医科大学付属病院 消化器外科¹⁾, 同 病理診断科²⁾,

博慈会記念総合病院 病理診断センター³⁾
長澤浩平¹⁾, 吉森大悟¹⁾, 松下 晃¹⁾, 清水道生^{2,3)}, 川野陽一¹⁾, 清水哲也¹⁾, 上田純志¹⁾, 松川剛廣¹⁾, 大野 崇¹⁾, 遠藤憲彦¹⁾, 松永 龍¹⁾, 大橋隆治²⁾, 松田明久¹⁾

【緒言】分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍(BD-IPMN)の周囲に限局した1型自己免疫性膵炎(AIP)に合致する病理所見(lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis: LSPS)を認める症例は稀であり、術前に膵管内乳頭粘液性腺癌(IPMC)との鑑別が極めて困難である。今回我々はIPMCと術前診断し、術後の病理組織診査にてLSPS所見を合併したBD-IPMNと診断した1例を経験したので報告する。【症例】83歳男性。4年前より膵頭部BD-IPMNを指摘されていた。体重減少(9か月で12kg減)に対する精査目的で施行した造影CTにて、同病変の増大を認めた。内視鏡的超音波検査(EUS)では最大径18.7mm大の多房性嚢胞と6.6mmの壁在結節を認めたが血流シグナルは認めなかった。磁気共鳴胆管膵管造影(MRCP)では主膵管と交通する25mm大のブドウ房状嚢胞が指摘された。腫瘍マーカー(CEA・CA19-9・DUPAN-2・SPan-1)はいずれも正常範囲内であった。PET-CTにて病変部にFDG高集積(SUVmax 3.75)を認めた。膵頭部IPMCと術前診断しロボット支援下全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査ではMUC5ACおよびMUC6陽性、MUC2陰性の胃型・幽門腺分化型BD-IPMNが確認された。IPMN病変に一致した範囲に高度リンパ球および形質細胞浸潤と繊維化、閉塞性静脈炎を認め、IgG4陽性細胞数50個超/HPF、IgG4/IgG比40%超であり、IPMN周囲に限局した1型AIPに合致する病理所見(LSPS)を認めたが、悪性所見は認めなかった。【考察】IPMN経過観察中に増大傾向と内部結節の出現、PET-CTの高集積を認めた場合、IPMCを強く疑うが局所的なAIPを合併した場合も類似した画像所見を呈しうるため、術前の鑑別は困難である。AIPの臨床診断基準を厳密に満たさない場合でも、切除標本においてAIPとして矛盾のない病理所見が得られることがある。両者合併の機序は未知の部分も多く、今後の症例の蓄積と検討が必要である。

1型自己免疫性膵炎、膵管内乳頭粘液性腫瘍

北里大学 医学部 消化器内科学

細川莉帆, 玉置明寛, 奥脇典介, 渡辺真郁, 安達 快, 小川大輔, 窪田 純, 草野 央

【症例】75歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】20XX-4年7月より心窩部痛が出現し、近医を受診したが異常は指摘されなかった。20XX-3年1月、CA19-9高値を契機に施行された造影CT検査で、脾体部に長径20mm大の乏血性腫瘍および肝両葉に多発腫瘍を認めた。20XX-3年2月、脾腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、adenocarcinomaと病理診断された。以上より、多発肝転移を伴う切除不能膀胱癌と診断され、化学療法導入目的に当院紹介受診となった。【経過】20XX-3年3月より1次治療としてGemcitabine + nab-paclitaxel療法を開始した。最良効果はpartial response (PR)であったが、7コース終了後のCTで原発巣の増大を認め、progressive disease (PD)と判定した。20XX-3年10月より2次治療としてnal-IRI + 5-FU/LV療法を開始した。同時期に包括的ゲノムプロファイリング (comprehensive genomic profiling: CGP) 検査を施行したところ、BRCA2病的バリエーションが検出された。白金製剤感受性が期待されたため、20XX-3年11月より3次治療としてFOLFOX療法を導入した。6コース終了後のCTでは原発巣および肝転移巣はいずれも縮小し、PRと判定した。FOLFOX療法により良好な病勢コントロールが得られたことから、20XX-2年3月より4次治療としてオラパリブによる維持療法へ移行した。以降も病勢コントロールは良好であり、現在 (20XX年2月) までPRを維持しながら治療継続中である。【考察】BRCA1/2病的バリエーション陽性膀胱癌では白金製剤およびオラパリブの有効性が報告されている。本症例ではCGP検査を契機に治療方針を変え、FOLFOX療法およびオラパリブによる維持療法により良好な病勢コントロールが得られた。本症例は、遠隔転移を伴う切除不能膀胱癌でありながら診断後約3年以上の長期生存が得られており、CGP検査結果に基づく治療介入が長期予後に寄与した可能性が示唆された。

膀胱癌, BRCA2

埼玉医科大学病院 消化器内科・肝臓内科¹⁾, 同 眼科²⁾池田真志¹⁾, 漆原 陵¹⁾, 水野 卓¹⁾, 坂田 浩¹⁾, 碓氷七瀬¹⁾, 横谷 駿²⁾, 佐藤 彩¹⁾, 山田俊介¹⁾, 辻 翔平¹⁾, 相馬直人¹⁾, 安藤さつき¹⁾, 中尾将光¹⁾, 石川 聖²⁾, 菅原通子¹⁾, 内田義人¹⁾, 中山伸朗¹⁾, 今井幸紀¹⁾, 持田 智¹⁾

【症例】70代男性【現病歴】X年3月に心窩部不快感を主訴に受診。造影CTで肝S6に11cm大の乏血性腫瘍、肝内転移および肝門部リンパ節転移を認め、エコーガイド下経皮的生検で肝内胆管癌と診断された。X年5月よりゲムシタビン+シスプラチン+デュルバルマブ (GCD) 併用療法を導入したが、3コース施行後にPD (progressive disease) となった。生検検体を用いたFGFR2融合遺伝子FISH検査は判定不能であったが、血液検体によるがん遺伝子パネル検査 (Guardant360 CDx) にてFGFR2-BICC1 rearrangementが同定された。眼科診察で異常のないことを確認し、X年9月よりタスグラチニブ (140mg/日) を開始した。投与から2週後にGrade 3の肝障害を認め、1週間休業後に一段階減量 (105mg/日) で投与を再開した。6週後に手掌の色素沈着と爪変色が確認され、8週後には血清リンの上昇に対し炭酸ランタンが開始された。3か月後に足底の鱗屑が出現し、皮膚科で保湿剤の外用を指示された。5か月後に視力の低下があり、眼科で両眼の角膜混濁を指摘されたが、視力低下は白内障のためとされた。爪甲が剥離し、手掌の鱗屑も増悪したため、二段階減量 (70mg/日) で投与を継続した。6か月後、視力低下が進み、角膜混濁が悪化して瞳孔鎖まで及んでいた。CTでは-39%まで腫瘍が縮小してPR (partial response) が得られ、投与開始時に149U/mlまで上昇していたCA19-9も一時正常化していたが、副作用のため治療中断となった。【考察】FGFR2融合遺伝子は肝内胆管癌の約10%で認められる遺伝子変異で、これをターゲットとしたFGFR阻害剤が開発された。本例では高リン血症や皮膚障害、爪障害、角膜障害といったFGFR阻害剤特有の有害事象が出現したが、奏功することができた。FGFR阻害剤は高い奏効率が期待できる一方、特有の有害事象の管理が治療継続の鍵となる。副作用の早期発見と多診療科の連携が重要である。

肝内胆管癌, FGFR阻害剤

日本大学 医学部 内科学系消化器肝臓内科学分野¹⁾, 同 小児科学系小児科学分野²⁾賀川 翔¹⁾, 齋藤 圭¹⁾, 佐久間大樹¹⁾, 石川慶朋¹⁾, 北原麻衣¹⁾, 大木庸子¹⁾, 金澤剛二²⁾, 下澤克宜²⁾, 木暮宏史¹⁾

症例は27歳男性。乳児期に骨髄性白血病に罹患し、寛解後は小児科外来に通院していた。定期的な腹部画像検査が施行されており、20XX年1月の腹部単純CT検査では特記すべき所見は認めなかった。20XX年10月頃から背部痛を自覚し、12月に施行した腹部単純CT検査で脾尾部腫瘍を指摘され、当科紹介となった。受診時、身長139.3cm、体重23.9kg、BMI 12.4と低身長・低体重を認めた。血液検査ではCA19-9 341.8U/mLと高値であった。胸腹部骨盤造影CT検査では23mm大の脾尾部腫瘍を認め、腹腔動脈と半周以上の接触・浸潤が疑われたが、明らかな遠隔転移は認めなかった。EUS-TAにてadenocarcinomaと診断された。以上よりlocally advanced膀胱癌と判断し、化学療法の方針とした。一次治療としてgemcitabine (1000mg/m²) + nab-paclitaxel (125mg/m²) 療法を開始した。Grade 3以上の有害事象は認めなかった。治療開始4か月後の造影CT検査で原発腫瘍の増大を認め、RECIST PDと判定し、二次治療へ移行した。乳児白血病後の二次性発癌としては、甲状腺癌、肉腫、星細胞腫、リンパ腫、唾液腺癌などの頻度が高いとされるが、膀胱癌の発症頻度は明らかではない。本症例では寛解後に定期的な腹部画像検査が施行されていたものの、自己中断により膀胱癌早期診断の機会が失われた可能性が示唆される。また、膀胱癌診療ガイドラインに準じた標準レジメンであるgemcitabine + nab-paclitaxel療法を選択したが、低身長・低体重のため投与量が一般成人男性と比較して少量となり、これが早期増悪の一因となった可能性がある。一方、乳児期に化学療法を受けた症例であったが、適切な支持療法のもとで大きな有害事象なく投与可能であった。乳児白血病寛解後の長期経過中に若年性膀胱癌を発症した稀な一例を経験した。本症例は、乳児白血病長期サバイバーに対する継続的な画像サーベイランスの重要性、および低身長・低体重症例における化学療法マネージメントの課題を示す貴重な症例と考えられたため報告する。

膀胱癌, 二次性発癌

東京大学医学部附属病院 総合研修センター¹⁾同 消化器内科²⁾, 同 臨床腫瘍科³⁾, 同 呼吸器内科⁴⁾, 同 ゲノム診療部⁵⁾東京大学医科学研究所附属病院 腫瘍・総合内科⁶⁾黒田瑠香¹⁾, 福田晃史郎²⁾, 石垣和祥³⁾, 鈴木辰典³⁾, 佐藤靖祥³⁾, 高原楓実²⁾, 鹿毛秀宣⁴⁾, 織田克利⁵⁾, 朴 成和⁶⁾, 藤城光弘^{2,3)}

【症例】60代男性【現病歴】X-5年より当院で混合型IPMNの経過観察を行っていた。X-1年4月より発熱、心窩部痛、1か月に5kgの体重減少を認め、造影CTで胆嚢底部に長径120mm大の辺縁不整で内部不均一な腫瘍性病変を認め、十二指腸・結腸・肝臓への直接浸潤と多発リンパ節腫大を伴っていた。切除不能胆嚢癌の疑いとなり精査目的に当科入院となった。原発巣に対してEUS-TAを施行し未分化癌の病理診断となった。切除不能胆嚢癌としてゲムシタビン・シスプラチン・ベムプロリズマブ (GCP) 併用療法を導入した。3コース後のCTで原発巣は著明に縮小 (32%縮小)、リンパ節も含めて部分奏効を得た。さらに8コース継続し、原発巣やリンパ節転移はさらに縮小 (67%縮小) し維持療法へ移行した。化学療法により著明に縮小が得られたため、コンバージョン手術の適応について肝胆外科へ相談し切除可能と判断された。X年1月に拡大胆嚢摘出術、肝外胆管切除、横行結腸部分切除術を施行した。胆嚢床切除検体では、術前治療の組織学的評価はGrade3であった。EUS-TA検体をがん遺伝子パネル検査 (OncoGuideTM NCCOンコパネルシステム) に提出したところ、Tumor mutational burden (TMB) -high (10.1 muts/Mb) であり、GCP療法が奏効した一因と考えられた。X年2月より術後補助療法としてS-1療法を開始し、造影CTでは再発なく経過している。【考察】免疫チェックポイント阻害薬との併用療法が奏効したため、ミスマッチ修復機能欠損等の遺伝的素因の存在が疑われた。TMB-highではあったが、10.1 muts/Mbと軽度高値であり、その他の遺伝的素因がないかEUS-TA検体・手術検体をTodai OncoPanel2 (研究用) で追加解析中である。【結語】切除不能胆嚢未分化癌に対しGCP療法が著効しコンバージョン手術につなげた一例を経験した。

コンバージョン手術, 免疫チェックポイント阻害薬

横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学

久保田傑, 小田貴之, 逸見莉子, 中原祐貴, 本多 悠, 飯塚 武, 八木 伸, 栗田裕介, 長谷川翔, 窪田賢輔, 米田正人

症例は85歳男性。1日前からの右季肋部痛を主訴に近医を受診し、精査加療目的に同日当院へ紹介された。来院時、Murphy徴候は陽性であり、血液検査では白血球 $15400/\mu\text{L}$ 、CRP 18.33 mg/dL と炎症反応の上昇を認めた。腹部CTでは胆嚢腫大および胆嚢壁内の全周性気腫像を認め、気腫性胆嚢炎と診断した。血小板数は $8.8\text{万}/\mu\text{L}$ と低値であり、Tokyo Guidelines 2018では重症胆嚢炎に相当した。認知症や慢性肺疾患などの併存疾患を有し、Charlson comorbidity indexは8点であったため外科手術は高リスクと判断された。また経皮経肝胆嚢ドレナージは穿刺ラインに腸管が介在するため安全な穿刺ルート確保が困難であった。鎮静下内視鏡は可能と見込まれたため、超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ (EUS-GBD) を施行する方針とした。十二指腸球部から胆嚢の描出を試みたが、胆嚢壁内の気腫による高エコー領域のため胆嚢内腔の描出は困難であった。しかし、高エコー領域の位置関係および透視所見から胆嚢の全体像を推定し、穿刺針を用いて胆嚢を穿刺した。黒褐色胆汁の吸引を確認後、胆嚢に7Fr10cmダブルビッグテイル型プラスチックステントを留置し、内瘻化に成功した。胆汁培養からは*Clostridium perfringens*が検出された。第2病日には血圧低下と意識障害が出現し、処置後の腹膜炎が疑われたが、輸液および抗菌薬投与にて改善した。血液検査でも炎症反応は経時的に改善し、第4病日から食事摂取が可能となった。第14病日のCTでは胆嚢腫大の改善および胆嚢壁内ガスの減少を認めた。その後も胆嚢炎の再燃なく経過し、第16病日にリハビリ目的で他院へ転院した。気腫性胆嚢炎はガス産生菌を起炎菌とし、胆嚢壁内または胆嚢周囲にガス像を呈する疾患である。今回、外科手術および経皮経肝胆嚢ドレナージが困難な重症気腫性胆嚢炎に対してEUS-GBDが有用であった1例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

気腫性胆嚢炎, 超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ

さいたま市市民医療センター 消化器内科

八木瑞希, 篠崎博志, 福本彩音, 木全悠太, 片平雄大, 井原 亮, 新畑博英

【症例】70歳代男性【主訴】なし【現病歴】20XX年、健診で高血糖を指摘され近医を受診した。スクリーニング腹部超音波検査で脾頭部に約34 mm大の腫瘤を認め、精査目的に当院紹介となった。【既往歴】前立腺癌【経過】腹部USでは脾頭部に辺縁平滑でやや分葉状を呈する低エコー腫瘤を認めた。造影CTでは脾頭部背側に遷延性に淡く造影される腫瘤を認め、腹腔動脈および門脈と接していた。EOB-MRIではCT同様に遷延性造影効果を示し、T2WIで高信号を呈した。脾癌、脾神経内分泌腫瘍、ganglioneuromaなどを鑑別に挙げ、病理組織診断目的にEUS-FNBを施行した。EUSでは腫瘍は辺縁整・境界明瞭で、最外層は被膜様高エコーを呈し、内部はhomogeneousであった。また腫瘍は血管に囲まれており、穿刺時出血リスクを考慮して25G針 (AcquireTM, Boston Scientific社) を用いてEUS-FNBを施行した。病理組織学的には、細胞境界不明瞭な長紡錘形腫瘍細胞の束状増殖を認めた。免疫染色ではS-100陽性、c-kit陰性、CD34陰性、Ki-67陽性率1%未満であり、神経鞘腫と診断した。手術希望なく十分なinformed consentの上、経過観察中である。【考察】神経鞘腫は脊髄、脳神経、頸部、四肢などに発生することが多く、脾原発は極めて稀である。脾神経鞘腫は外科手術後の切除標本で診断される報告が多い。しかし近年は、EUS-FNBによる術前診断例の報告が散見され多くは19~22G針が使用されている。本症例では、血管近接病変に対して25G針でも安全に十分な組織が採取され、免疫染色も可能であり、確定診断に至った。【結語】25G針を用いたEUS-FNBにより、安全かつ低侵襲に診断し得た脾神経鞘腫の1例を経験した。

脾神経鞘腫, EUS-FNB

難治性胆管空腸吻合部狭窄に対してEndosonographically created routeを介した胆管生検を繰り返し診断確定に至った胆管癌局所再発の一例

横浜市立大市民総合医療センター 消化器病センター内科¹⁾, 横浜市立大学医学部 消化器内科学²⁾, 井奥彩佳³⁾, 大石梨津子³⁾, 高田祐介³⁾, 藤吉朋子³⁾, 坂井音々³⁾, 相馬 亮³⁾, 石野勇康³⁾, 松岡裕人³⁾, 角田翔太郎³⁾, 鈴木悠一³⁾, 土屋洋省³⁾, 松岡昭宏³⁾, 三輪治生³⁾, 森本 学³⁾, 前田 慎³⁾

【背景・目的】バルーン内視鏡の到達が困難な胆管空腸吻合部狭窄は、超音波内視鏡下肝内胆管胃吻合術 (EUS-HGS) が胆道ドレナージ法として有用である一方、良悪性の鑑別に難渋する症例を経験する。今回、Endosonographically created route (ESCR) を介した繰り返しの胆管生検により、胆管癌局所再発の診断に至った1例を経験したため報告する。【症例】症例は60歳、男性。X年Y-4月に肝門部領域胆管癌に対して肝右葉切除、胆管空腸吻合、Roux-en-Y再建術を施行された (pT2bN1M0, R0)。Y-1月頃より胆管炎を繰り返し、胆管空腸吻合部狭窄が疑われ、当科紹介受診となった。初診時に胆管炎を併発していたため、緊急胆道ドレナージとして、B2よりEUS-HGSを施行し、7Fr10cmプラスチックステント (PS) を留置した。EUS-HGSの2週間後にESCR経由で胆管空腸吻合部狭窄に対する生検を施行したが、病理結果はatypical glandsであった。バルーン内視鏡下ERCPも試みたが、腸管癒着が強く吻合部への到達は困難であった。その後、胆管炎を繰り返したため、ESCR経由でPS交換を継続した。さらに胆管狭窄範囲の進展を認め、Y+2月にB3領域の区域性胆管炎に対してEUS-HGSを追加し、7Fr15cm PSを留置した。その後、Y+3月にB2のESCR経由でガイドシースを用いた胆管空腸吻合部の生検を施行したところ、adenocarcinomaが検出され、胆管癌局所再発と診断した。胆管炎のコントロール目的に胆管空腸吻合部に対して金属ステントを留置した後、全身化学療法 (GEM+CCDDP+Pembrolizumab) を導入した。【結語】胆管空腸吻合部狭窄に対するEUS-HGSは普及しつつあるが、ESCRを介する病理診断法はいまだ確立されていない。本症例では、バルーン内視鏡で到達困難な難治性胆管空腸吻合部狭窄に対し、ESCRを介した繰り返しの生検により胆道癌局所再発の診断が可能であった。

EUS-HGS, ESCR

Lorlatinib投与中に発症した高トリグリセリド血症性急性膵炎の一例

NTT 東日本関東病院 肝胆膵内科

大島啓吾, 小山裕司, 永井奎毅, 上地大樹, 辻川真太郎, 藤田祐司, 寺谷卓馬

〈はじめに〉

LorlatinibはALK陽性非小細胞肺癌に用いられる第三世代ALKチロシンキナーゼ阻害薬であり、高トリグリセリド (TG) 血症は高頻度な副作用として知られる。同薬投与中に急性膵炎を来した報告は少ない。今回、Lorlatinibへの変更後に急速にTG上昇を来し、急性膵炎へ進展したが保存加療にて軽快した一例を経験したので報告する。

〈症例要約〉

38歳男性。ALK陽性右下葉原発肺腺癌 (cStage IIIA) に対しアレクチニブで加療中、2025年7月に脳転移が判明しLorlatinibへ変更、脳浮腫に対しデキサメタゾンが開始された。2型糖尿病・脂質異常症に対してベザフィブラートにて加療中であったが、Lorlatinibへ変更後よりTGが急上昇し2026年3月初旬には $3,025\text{ mg/dL}$ に達した。食事療法、服薬指導を行ったものの同年3月23日、心窩部痛・嘔吐を主訴に当院へ救急搬送。AMY 763 U/L 、TG $2,481\text{ mg/dL}$ と高値を認め、腹部造影CTにて脾腫大・脾周囲の脂肪織濃度の上昇を認め軽症急性膵炎と診断した。絶食・大量補液による保存加療を開始した。第3病日に呼吸状態が悪化し集中治療室へ転床したものの酸素投与のみで改善した。急性膵炎自体もCRP 40 mg/dL 程度まで上昇するも比較的良好な経過で第9病日より食事開始、第17病日には自宅退院となった。高TG血症に関してはインスリン持続静注 (CVII) を導入とし、第5病日にはTG 517 mg/dL へ急速に低下したためCVIIを離脱した。その後EPA製剤、パマフィブラート内服での管理となった。

〈考察〉

本例では、Lorlatinibによる脂質異常症に加えて服薬アドヒアランスの低下、ステロイドの開始が重なった結果、急速にTGが上昇し膵炎に寄与した可能性がある。同薬投与中の定期的なTGモニタリングと高TG血症を認めた際の膵炎発症リスクへの注意が重要と考えられた。

薬剤性高トリグリセリド血症, 急性膵炎

順天堂東京江東高齢者医療センター 消化器内科¹⁾、
順天堂大学 消化器内科²⁾
李 楚宇¹⁾、野村 収¹⁾、神保泰久¹⁾、樺 映志¹⁾、野元勇佑¹⁾、
浅岡大介¹⁾、竹田 努²⁾、北條麻理子²⁾、永原章仁²⁾

【目的】わが国では超高齢社会の進展に伴い、高齢者におけるフレイル対策が重要な課題となっている。近年、口腔機能低下症、いわゆるオーラルフレイルへの関心も高まっている。本研究では、口腔機能低下症が上部消化管疾患、特に逆流性食道炎および萎縮性胃炎に及ぼす影響について検討した。【対象と方法】当センター通院中の65歳以上の高齢者のうち、上部消化管内視鏡検査および口腔機能評価を施行した401例を対象とした。口腔機能低下症の有無と、逆流性食道炎および萎縮性胃炎との関連を検討した。胃粘膜萎縮は木村・竹本分類に基づき、C-0～O-IIIを0～6点にスコア化して評価した。【結果】対象401例の内訳は、男性144例、女性257例、平均年齢78.35±7.24歳であった。口腔機能低下症陽性群は160例(39.9%)、陰性群は241例(60.1%)であった。口腔機能低下症陽性群と陰性群の比較では、逆流性食道炎の頻度はそれぞれ57例(35.6%)、67例(27.8%)であり、有意差を認めなかった($p=0.214$)。一方、胃粘膜萎縮スコアは陽性群で 2.79 ± 2.13 、陰性群で 2.14 ± 2.05 であり、口腔機能低下症陽性群で有意に高値であった($p=0.0026$)。【結論】口腔機能低下症は逆流性食道炎とは関連を認めなかったが、胃粘膜萎縮と有意に関連していた。高齢者の萎縮性胃炎の評価では、口腔機能や口腔衛生状態にも着目する必要がある。

オーラルフレイル、萎縮性胃炎

東京慈恵会医科大学 上部消化管外科¹⁾、富士市立中央病院²⁾
福島尚子^{1,2)}、坪井一人^{1,2)}、矢野文章¹⁾

症例は65歳男性。左季肋部痛を主訴に前医受診し、WBC14,400/ μ L、CRP 21.2 mg/dLと炎症反応の上昇を認め精査加療目的に当院紹介、入院となった。造影CT検査では胃穹隆部に粗大な軟部濃度腫瘍を認め、内部には液体貯留を伴っていた。上部消化管内視鏡検査では胃穹隆部に表面陥凹を伴う粘膜下隆起を認め、超音波内視鏡検査においても同部位に8cm大の充実性腫瘍を認め、内部に壊死を伴う低エコー領域が混在していた。生検にてgastrointestinal stromal tumor (GIST)の診断となり、手術の方針とした。開腹すると腫瘍は脾臓、脾尾部と一体化しており、脾臓合併切除を伴う噴門側胃切除術を施行した(mSOFY法)。術後経過は良好で術後第13病日に独歩で退院した。病理学的所見では変性、出血、壊死を伴うGISTの診断(中リスク)であったが、脾臓と脾臓に明らかな腫瘍浸潤は認めなかった。術後は補助化学療法としてイマチニブ内服を継続しており、術後2年6か月現在、無再発生存中である。壊死、変性を伴い周囲臓器と一塊となった胃GISTは、浸潤との鑑別が困難で拡大切除を要することがある。今回、脾臓合併切除を伴う噴門側胃切除術を施行した巨大胃粘膜下腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

胃粘膜下腫瘍、噴門側胃切除

上尾中央総合病院 消化器内科
飛田拓途、柴田昌幸、佐藤洗平、関 優一、武部 岳、秋葉星哉、
山田紗李奈、原田文人、山口智央、黒沢哲生、中村直裕、李 秀載、
小山洋平、明石雅博、笹本貴広、田中由理子、高森頼雪、
有馬美和子、土屋昭彦、西川 稿

【症例】65歳男性【既往歴】左視床出血、*Helicobacter pylori*除菌後【現病歴】20XX年2月、前医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を行い、胃体中部大彎に20 mm大の壁集中を伴う褪色調陥凹性病変を指摘された。生検はGroup2であり当科紹介となった。当科再検ではGroup1であり、前医で経過観察の方針となった。20XX+5年2月に陥凹周囲に隆起性変化を認め再紹介となった。EGD再検では褪色調を呈する20 mm大の0-IIa+IIc様病変であり、NBI併用拡大観察で窩間部開大およびtree-like appearanceを認めたことから、未分化型腺癌や胃MALTリンパ腫を鑑別に反復生検したが、病理診断はGroup1、2に留まり確定診断には至らなかった。20XX+6年4月の生検ではAdenocarcinoma, tub1を疑うGroup4と診断されたが、再生検ではGroup1であった。20XX+7年1月の超音波内視鏡検査で第3/5層肥厚を認めて粘膜下層浸潤腫瘍を疑った。造影CTでは胃壁肥厚やリンパ節腫大は認めなかったが、臨床的に悪性腫瘍を強く疑い、当院外科と協議のうえ同年2月に診断的ESDを施行した。病理組織学的にはAdenocarcinoma, tub1, Type 0-IIc, 30×25 mm, pT1b2, Ly0, V1, pUL1, pHM0, pVM0であり、内視鏡的治療根治度C-2、中リスクと診断した。追加外科切除として幽門側胃切除術(D1郭清、Roux-en-Y再建)を施行し、再切除検体に癌遺残およびリンパ節転移は認めなかった。【結語】約7年間にわたり組織生検で診断に至らず、ESDによるtotal biopsyが粘膜下層浸潤胃癌の確定診断および治療方針決定に有用であった一例を経験した。除菌後胃癌の病理学的特徴、早期胃癌の自然史についての文献的考察を加えて報告する。

除菌後胃癌、胃ESD

がん・感染症センター東京都立駒込病院 消化器内科¹⁾、
同 内視鏡科²⁾、同 病理科³⁾
森口義亮¹⁾、岩谷勇吾¹⁾、後藤 修²⁾、堀口慎一郎³⁾、飯塚敏郎¹⁾

症例は80代男性、心窩部不快感を主訴に前医で上部内視鏡検査を施行したところ十二指腸球部後壁に7mm大の0-IIa病変を指摘され、生検でgastric type adenocarcinomaが検出され当院へ紹介となった。当院で施行した上部内視鏡検査では頂部に開口部を有する軽度発赤した隆起性病変で、NBI観察では表面微細構造は比較的均一であったが、開口部周囲ではわずかに大小異なる表面微細構造が観察された。EMRで病変を一括切除し、病理学的に腫瘍はearly cancer in ectopic gastric mucosa of the duodenum, 7x8mm, gastric type adenocarcinoma, tub1, pTis(M), ly0, v0, pHM0, pVM0であった。組織学的に異所性胃粘膜の中層～表層を首座に腺窩上皮類似の異型細胞が不整な腺管構造を形成して増殖しており、免疫学的に腫瘍細胞はMUC5AC陽性、MUC6一部陽性、MUC2陽性の杯細胞が少数存在していた。本症例は術前生検によって胃型腺癌の診断となり切除が行われたが、内視鏡像のみでは正診が難しい症例であったと考えられる。十二指腸の胃型腫瘍はNBI併用拡大観察を含めても、胃型形質を呈する腫瘍様病変との内視鏡的鑑別が困難な例が多いとされ、本症例は術前生検が有用であった一例である。

胃型腺癌、生検

61 二次性腹部大動脈腸管瘻による急激な消化管出血を来した一例

水戸済生会総合病院 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、同 心臓血管外科³⁾
岡野恵理¹⁾、高須美香¹⁾、高野竜馬¹⁾、吉武寛隆¹⁾、柏村 浩¹⁾、宇佐美佳恵¹⁾、宗像紅里¹⁾、金野直言¹⁾、青木洋平¹⁾、仁平 武¹⁾、小澤祐介²⁾、丸山常彦²⁾、鈴木一史³⁾、森住 誠³⁾、井口祐介³⁾、榎本佳治³⁾

【症例】68歳、男性。【主訴】血便。【既往歴】腹部大動脈瘤 切迫破裂人工血管置換術後(63歳)。【現病歴】夕食中に臍周囲の腹痛、嘔気、冷汗が出現しX日に当院に救急搬送された。来院時は症状改善しバイタルサインに異常はなく帰宅となった。X+1日に血便が出現し当初診察外来を受診した。大腸内に高吸収な液体貯留を認め精査加療目的に同日入院した。X+2日に下部消化管内視鏡検査を施行し、血便はなかったが内部に血餅付着を伴う大腸憩室を認め、責任憩室と考えクリップ止血を施行した。その後血便はなく経過しX+8日午前自宅退院した。同日昼食後に嘔吐、血便、めまいが出現し再度当院に救急搬送された。血液検査でHb 6.8g/dLと貧血の進行を認め精査目的に入院した。X+9日に上部消化管内視鏡検査を施行し異常所見はなく、輸血で経過観察していた。X+10日朝5時より大量の血便によりショック状態となった。造影CT検査で小腸内に血液と思われる高吸収な液体貯留を認め、右総腸骨動脈仮性瘤を介した右総腸骨動脈小腸瘻による消化管出血と考えた。緊急でステントグラフト内挿術と仮性動脈瘤のコイル塞栓術を行い止血したが、治療中に血圧低下、呼吸状態の悪化を認め気管内挿管、人工呼吸器管理としICUに入室した。動脈小腸瘻部の感染も否定できず抗生剤治療を行い、X+14日に小腸部分切除、右腸骨動脈人工血管置換術、大網充填を施行した。幸い血液培養や術中組織・人工血管の培養は陰性であった。抗生剤内服加療を継続しX+31日に自宅退院した。【考察】二次性動脈腸管瘻による消化管出血はときに診断に難渋するが、急激な消化管出血により致死的な経過をたどる。腹部大動脈瘤人工血管置換術後の動脈腸管瘻の一例を経験したので文献を交えて報告する。

血便、動脈腸管瘻

62 免疫抑制療法を拒否し、SIP受容体調節薬スイッチを行った中等症潰瘍性大腸炎の一例

大森敏秀胃腸科クリニック
大森敏秀、田川 慧

40代男性【主訴】X-18年頃から下痢血便出現も、潰瘍性大腸炎UCである実兄のpH依存型メサラジンを持併してセルフメディケーションをしていた。【現病歴】X-17年当初初診も受給者証診断書不受理をきっかけに通院中断し、臨床的再燃後再来して時間ASAにて寛解導入され、粘膜寛解も得られた。介護職で、自施設の嘱託医師から処方を受けて当院通院停止。X-7年再燃時に、ブデソニドフォーム剤(BF)-1、PSL40mg(今回のみ)について顆粒球吸着療法(GMA)-1にて寛解導入され、MMXpH依存型メサラジンで維持されていた。AJM300治験に参加するも不変(後日偽薬判明)。BF-2、GMA-2。BF-3と都度粘膜寛解導入に至っていた。結婚を契機に再燃したが、免疫抑制療法を拒絶し、X年SIP受容体調節薬(SIP)-1のオザニモドを開始した。排便は非血性とならず、内視鏡評価タイミングが得られなかった。12週後SIP-2のエトラシモド発売に際して変更を希望され、既報がないものの、SIPスイッチを試みた。BF-4と経口ブデソニドを重ねるも改善なく、ETR12週で無処置直腸内視鏡で左側型、MES3を確認した。本人の強い希望もあり、X+1年ウバダシニブ(UPA)45mgに変更後、内服翌日に排便回数11回から4回、3日目に血便消失であった。UPA8w後内視鏡で粘膜寛解であり、生検組織でも寛解を確認し、現在はUPA15mgで寛解維持を行っている。【結論】数多くの感染症ケア現場で働いており、免疫制御療法を固辞されながらも、臨床的活性性が続いたため、寛解導入療法としてJAK阻害剤処方にも同意いただいた。SIP4の作用機序も知られているが、SIPクラス内スイッチはMS領域で、副作用のコントロールのための報告はあるが、IBD薬効不足でのSIPクラス内スイッチの先行論文がなく、今回は患者本人の強い希望にて処方変更が行われた。しかし臨床的改善が見られず、結果JAKにて寛解導入が得られた。【考察】UCでのSIPクラス内スイッチの報告はなく、症例提示を行った。TNF- α 抗体製剤や、from IL12/ 23 p40 to IL23 p19、JAK 内スイッチで一定の評価があるものの、薬効不足の際のSIPクラス内スイッチの有効性はさらなる検討が必要と考えられる。

潰瘍性大腸炎、SIPスイッチ

63 ウバダシニブ投与後にアスペルギルス肺炎を発症し、消化管穿孔で死亡した高齢発症潰瘍性大腸炎の1例

埼玉医科大学病院 消化器内科
松本 悠、都築義和、宮口和也、塩味里恵、今枝博之

80代、男性。202X-1年7月持続する血便を主訴に近医を受診し、大腸内視鏡検査で潰瘍性大腸炎(UC)を疑われ当科に紹介受診となった。入院後PSL50mgを開始したが腹部症状の改善とほしくPSL抵抗例と診断した。インフリキシマブ(IFX)を導入し腹部症状は改善外来通院となった。202X年1月中旬頃から血便が増悪しIFXの2次無効と診断し治療強化目的に入院となった。入院後に施行した大腸内視鏡検査ではS状結腸までの観察で易出血性の粘膜炎症、一部筋層露出を伴う深ばれの潰瘍を認めMES3、重症と診断した。高齢でPSL抵抗歴もあり第4病日にウバダシニブ(UPA)15mgを開始した。開始後より血便は改善傾向であった。しかし開始1週間後に発熱を認め、CTで肺に結節影が出現し真菌感染が疑われUPAを中止し、TAZ/ PIP、MCFGを開始した。VRCZ中止後より再度炎症反応が上昇し、腹部症状が増悪した。UC増悪と考え第55病日にベドリズマブ導入した。第58病日に急激な腹痛の増悪、炎症反応高値を認めた。腹部CTでfree airを認め消化管穿孔、腹膜炎と診断した。本人に手術の希望がなく保存的加療の方針となり第59病日に死亡退院となった。JAK阻害薬の合併症として真菌感染は知られており、高齢者への使用は慎重に判断する必要がある。今回IFXの2次無効で、重症再燃にUPAを投与しアスペルギルス感染を発症、消化管穿孔による死亡に至った高齢重症UCを経験したため報告する。

潰瘍性大腸炎、真菌感染

64 低ナトリウム血症の治療中に偶発的に発見された直腸GISTの一例

さがみ林間病院 消化器内科¹⁾、同 病理診断部²⁾
古田祐樹¹⁾、押尾香那¹⁾、杉本祐一¹⁾、佐藤晋二¹⁾、大久保秀則¹⁾、川名憲一¹⁾、蔭 世旭²⁾

90歳、男性。小脳出血・認知症の既往あり。202X年X月、自宅で体動困難となり救急搬送され、血液生化学検査にて低ナトリウム血症の診断で同日緊急入院となった。対症療法で低ナトリウム血症は改善したが、経過中に尿閉を認めた。骨盤部MRI検査を施行したところ、単純CT検査では指摘し得なかった腫瘍を直腸に認め精査加療目的に紹介となった。直腸診にて腫瘍は弾性硬で可動性は良好であった。下部消化管内視鏡検査にて直腸(Rb)に表面平滑な粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では第3層から連続する30×26mm大の内部不均一な低エコー腫瘍として描出された。超音波内視鏡下吸引細胞診にて紡錘形細胞を認め、DOG-1(+), CD34(+), C-KIT(-), S-100(-), α -SMA(-), Ki-67 labeling index 1%未満でlow risk gastrointestinal stromal tumor(以下GIST)の診断となった。近年、直腸GISTに対する経肛門的低位侵襲手術(TAMIS: transanal minimally invasive surgery)の報告や術前イマギング療法、臓器温存手術として経仙尾骨アプローチ等が報告されている。本症例も基本的には外科治療の適応だが、認知症のある高齢者で合併症や人工肛門となるリスクもあり、またlow risk GISTであることからご家族と相談し経過観察の方針となった。GISTは粘膜下腫瘍に分類され、カハールの介在細胞が発生母体であることから全消化管に発生し得る。しかし発生部位には傾向があり胃が70%と最も多く、次いで小腸20%(十二指腸4%)、大腸および食道が5%と報告されている。GISTの臨床上の発生頻度は年間10万人に1~2人と言われているが、特に大腸GISTは稀でありその特徴や予後は不明な点が多い。今回我々は比較的稀な直腸GISTを経験したため画像とともに報告する。

直腸、GIST

社会医療法人社団三思会 東名厚木病院 消化器外科¹⁾、
同 消化器内科²⁾、同 救急科³⁾、
富山大学附属病院 消化器・腫瘍・総合外科⁴⁾
田澤賢一¹⁾、松本茂樹¹⁾、飯島靖博¹⁾、山野格寿¹⁾、神山公希¹⁾、
志村国彦²⁾、長谷川亮²⁾、新井圭一²⁾、川井貴美子²⁾、松嶋成志²⁾、
山下 巖³⁾、藤井 努⁴⁾

症例は70歳代、男性。既往症：心筋梗塞、DOAC内服中。30年以上の内痔核の肛門脱出を主訴に他院受診、0時方向にIII度の内痔核を認め、同部に計16ml(4-4-4-4)の硫酸アルミニウムカリウム・タンニン酸注射液(以下、ALTA)を局所注入した。術後経過は良好も、術後35日目(以下、POD35と表記)に消化管出血を来し、約半周性の直腸潰瘍を認めた。ボスミンガーゼを肛門部に留置も継続的に出血、翌日(POD36)、潰瘍底部の露出血管に対し、凝固止血(パイボラ)を行うも止血を得られず、POD40に再度出血、ふらつき転倒し、当院救急外来に救急搬送、肛門診察上、6時方向の直腸粘膜に潰瘍性病変を認め、ボスミンガーゼ留置した。絶飲食、補液、DOAC中止を行い、入院後4日目(POD43)にCF施行、6時方向に巨大な直腸潰瘍を認めた。ヘパリンNaを6,000単位/dayで再開、末梢静脈点滴のカロリーアップ(800kcal/day)を行うも組織修復不良であり、入院後13日目(POD52)からT-077(きゅう帰腸艾湯(きゅうききょうがいとう))内服、ボラザG軟膏、ヘルミチンS坐剤を投与開始、入院後21日目(POD60)、CF再度施行、直腸潰瘍底部は閉鎖、経口摂取再開、入院後24日目(POD63)にDOAC再開、再出血の無いことを確認後、入院後27日目(POD66)に退院可能となった。ALTA治療後の直腸潰瘍発生率は0.4-4.6%と報告され、多くは保存加療が可能である。文献的考察を加え報告する。

内痔核、直腸潰瘍

時間依存型メサラジン製剤の供給制限に伴う、
MMXメサラジンへのアクティブスイッチ症例の解析

大森敏秀胃腸科クリニック
大森敏秀、田川 慧

【背景】当院は地域のIBDセンターとして、潰瘍性大腸炎(UC)391名、クローン病(CD)56名の診療を行っており、高用量メサラジンの長期投与を中心にIBDの再燃を防止している。【方法】2026年初頭より生じた時間依存型メサラジン製剤の供給制限に伴い、MMXメサラジンへのアクティブスイッチを実施した(時間依存型2g/日はMMX2.4g/日へ、4g/日は4.8g/日へ変更)。なお、CDについては代替製剤がないため時間依存型メサラジンを継続した。過去1年間に時間依存型メサラジンを内服していたUC患者115名に対し、診療前に服薬変更依頼のレターを配布した。その後、診察時の医師および医療スタッフからの説明を経て患者の承諾を得た上で、2026年1月10日よりMMXメサラジンへ変更し、同年3月14日時点での集計を行った。【結果】MMXメサラジンへ変更した症例は74例(64%)であった。変更に至らなかった症例の理由は以下の通りである。(1)過去のMMXメサラジン内服困難または不耐が4例、(2)指定難病医療受給者証を未所持であり、窓口での3割負担による自己負担増を懸念して時間依存型メサラジンを継続した症例が9例(7%)、(3)顆粒製剤への希望が5例(4%)、(4)経過中にメサラジン不耐が判明した症例が5例、などであった。高齢を理由に大錠剤の内服を見合わせた症例は認めなかった(最高齢86歳男性)。2ヶ月後の再診時に、MMXメサラジンから時間依存型メサラジンへの再変更を希望した症例は1例のみであり、短期間で再燃した症例は認めなかった。一方で、時間依存型メサラジンの供給再開時には元の製剤に戻すことを希望する声も多く聞かれた。【考察】患者へ事前に十分な情報提供を行うことで、メサラジン製剤の変更に対する受容性は高まるものと考えられた。【結語】当院における、時間依存型メサラジン顆粒からMMXメサラジン(錠剤)へのアクティブスイッチの実態を報告した。

メサラジン供給障害、アクティブスイッチ

日本赤十字社医療センター 肝胆脾・移植外科¹⁾、
同 病理部²⁾
中沢祥子¹⁾、島田 恵¹⁾、岡崎ななせ²⁾、畑 千菜²⁾、裴 有安²⁾、
橋本拓哉¹⁾

症例は50歳女性。健診の腹部超音波検査にて約20mm大の左後腹膜腫瘍が疑われ、当院泌尿器科紹介受診。腫瘍はTreitz靱帯近傍、脾尾部後下方、SMA、左腎静脈腹側、IMV、腹部大動脈に囲まれるように存在しており当科紹介となった。Paraganglioma(PGL)の可能性が疑われ、糖尿病内分分泌内科コンサルト。血中カテコラミン3分画すべて正常範囲内、尿中MN2分画中、尿中NMNのみ軽度高値で有意な上昇ではなかったが、副腎MRIおよび副腎シンチグラフィーにてPGL疑いとなった。術前処置として、術前2週間前から α 遮断薬を導入し、左後腹膜腫瘍摘出術を施行した(手術時間：1時間30分、出血：0ml)。術後合併症なく経過し、POD11に退院となった。病理組織診断にてsynaptophysin(+), chromogranin A(+), CD56(+), AE1/AE3(-)であり、paragangliomaの診断に至った。褐色細胞腫(PCC)、PGLはそれぞれ、副腎または傍神経節のクロム親和性細胞に由来する腫瘍であり、両者を総称してPPGLと呼んでいる。PPGLは、放射線治療や抗腫瘍薬などの薬物療法に抵抗性を示すこと、正常血圧例、無症候性例でも高血圧クリーゼを引き起こす可能性があることから、手術による腫瘍切除術が治療の第一選択である。手術を施行する際には α 遮断薬などによる十分な術前処置が必要で、正常血圧のPPGLでも同様の管理を必要とする意見がある。本症例は非機能性PGLが疑われたが、 α 遮断薬による術前処置を行い、安全に手術を行うことができた。PPGLでは原発腫瘍の切除後も15~20%に再発を認め、術後数十年経過してから再発する症例もあるため、今後も長期の経過観察が必要である。

後腹膜腫瘍, paraganglioma

速やかなウロキナーゼ静注が奏功した急性上腸間膜
静脈血栓症の一例

河北総合病院 消化器内科
島田高幸、山下浩子、田島大樹、水野文裕、五十嵐裕章

【症例】30歳代男性【主訴】上腹部痛、嘔吐【既往歴】鎖肛(人工肛門造設後)【現病歴】来院7日前から上腹部痛が出現、来院3日前に近医を受診してランソプラゾールを処方された。その後、腹痛が増悪し嘔吐症状も出現したため当院へ救急搬送された。【経過】造影CT検査では上腸間膜静脈から門脈本幹にかけて広範囲に血栓を認めた。急性上腸間膜静脈血栓症と診断し、明らかな腸管壊死を来していないことや出血性病変の既往がないことを確認した上で速やかにウロキナーゼによる血栓溶解療法およびヘパリンによる抗凝固療法を開始した。腹部症状は消失したが、第2病日のCT検査では血栓の縮小を認めていなかったため、ウロキナーゼを持続静注に切り替えて継続した。第5病日のCT検査では血栓の縮小を認めたためウロキナーゼを終了としてヘパリン持続静注のみ継続とした。第11病日のCT検査では更なる血栓の縮小を認めたためヘパリンをDOACに切り替えて第13病日に退院となった。1年後のCT検査では上腸間膜静脈に器質化したわずかな血栓が残存するのみではほぼ消失していたためDOACを終了、以後3年間現在に至るまで再発を認めていない。【考察】上腸間膜静脈血栓症は比較的良好な疾患であるが、診断の遅れにより死亡や大量腸管切除など予後不良となることもある。原因として血液疾患、凝固異常、腹部炎症性疾患や悪性腫瘍などが挙げられるが、本症例ではいずれにも該当せず特発性と考えられた。症状は腹痛や嘔吐などの非特異的な症状であることが多く、診断には造影CTが有用で90%以上の症例で診断可能とされている。治療は腸管壊死を伴う症例では壊死腸管を切除する外科的治療、そうでない場合はウロキナーゼによる血栓溶解療法やヘパリンによる抗凝固療法が行われる。本症例では後者を速やかに行うことで腸管切除を免れ救命することになったので、文献的考察を加えて報告する。

上腸間膜静脈血栓症, ウロキナーゼ

帝京大学ちば総合医療センター 第三内科（消化器）
高橋健太郎，小尾俊太郎，佐藤隆久，高村尚樹

【背景】下大静脈（IVC）浸潤を伴う肝細胞癌（HCC）は極めて予後不良であり，本病態に対する免疫療法の有効性を支持する確立したエビデンスは乏しい。ニボルマブ＋イピリムマブ（Nivo/Ipi）併用療法（CheckMate-9DW試験 Lancet 2025）は一部の進行HCCにおいて有効性が示されている。【症例】66歳女性。C型肝炎硬変（F4）に対しSVRを達成したが，2017年以降HCCの再発を繰り返した。2021年にIVCに接するHCCが出現した。トロンボエチン受容体作動薬や陽圧換気を併用したRFA，バルーン閉塞下TACEなど複数の局所治療を施行するも難治性であった。2025年8月には下大静脈浸潤を認めたため，Nivo/Ipi併用療法を開始した。4コース投与後，劇症1型糖尿病による糖尿病性ケトアシドーシスおよび無痛性甲状腺炎を含む重篤な内分泌系免疫関連有害事象（irAE）を発症し，治療を中止したが，多職種連携による集学的管理により全身状態は安定した。【結果】治療早期中止にもかかわらず，造影CTにてIVC腫瘍栓の著明な縮小および造影効果の完全消失を認めた。mRECIST基準ではほぼ完全奏効（near-CR）と判定された。肝内病変も縮小し，新規病変の出現は認めなかった。【結論】本症例は，IVC浸潤を伴うHCCに対しNivo/Ipi併用療法によりnear-CRを得た稀有な一例である。重篤な内分泌系irAEを発症した後も，多職種連携による適切な管理により治療効果が維持された。Nivo/Ipi併用療法は，大血管浸潤を伴う進行HCCの選択症例において，救済治療となり得る可能性が示唆された。

肝細胞癌，ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科¹⁾，同 病理診断科²⁾
田宮創希¹⁾，松岡広陽¹⁾，藤川裕成¹⁾，鈴木隆一¹⁾，清水桃子¹⁾，
白井萌子¹⁾，坂口吉朗¹⁾，小林 楓¹⁾，岩下裕明¹⁾，宮村美幸¹⁾，
菊地秀昌¹⁾，中村健太郎¹⁾，山田哲弘¹⁾，松岡克善¹⁾，蛭田啓之²⁾

症例は81歳男性。黄疸を主訴に近医を受診し，血液検査で肝胆道系酵素上昇を認め，当院に紹介受診となった。当院での血液検査でCRP高値も認めた。造影CT検査で肝門部胆管と胆嚢に軽度の壁肥厚を認め，下部胆管乳頭近傍に腫瘍性病変を疑う所見を認めた。一方で，MRCPでは総胆管の軽度拡張を認めたが，腫瘍性病変や総胆管狭窄は認めなかった。また，腫瘍マーカーの上昇や，自己免疫性疾患を示唆する身体所見や血液所見は認めなかった。そのため，胆管炎疑いとして抗菌薬治療を行い，黄疸，CRPおよび肝胆道系酵素の改善を認め退院となった。しかし，黄疸の再燃および食思不振を認め，退院後18日後に再入院となった。EUSでは総胆管および胆嚢に軽度壁肥厚を認めた。ERCPでは乳頭に腫瘍性病変は認めず，総胆管狭窄も認めなかった。総胆管および乳頭の生検では，いずれの検体でも高倍率1視野で20個以上の好酸球浸潤を認めた。一部の領域でIgG4/IgG比が40%以上であったが，閉塞性静脈炎の所見はなく，血清IgG4も正常範囲内であったためIgG4関連硬化性胆管炎は否定的と判断した。一方で，胆管壁肥厚，組織病理所見で総胆管と乳頭に好酸球浸潤の所見を認め，松本らの提唱する診断基準により，好酸球性胆管炎と診断した。プレドニゾロン30mg/日から開始し，黄疸および肝胆道系酵素は改善を認めた。プレドニゾロン15mg/日まで漸減した。治療開始2ヶ月後のEUSでは，まだ総胆管・胆嚢壁肥厚の改善は認めていなかったが，臨床的再燃を認めず経過した。現在は，施設入所に伴い他院通院中である。好酸球性胆管炎は稀な疾患であり，IgG4陽性細胞浸潤を伴う症例は鑑別に重要と考えられ，文献的考察を加えて報告する。

好酸球性胆管炎，病理

千葉県立保健医療大学 健康科学部 看護学科¹⁾，
千葉大学大学院医学研究院消化器内科学²⁾，
和洋女子大学大学院看護学研究科³⁾，
和洋女子大学 AI ライフデザイン学部⁴⁾
太和田暁之^{1,2)}，豊川智之^{3,4)}

【背景】抗がん剤アクセシビリティの国際格差は深刻な問題であり，東アジア・太平洋等の低所得国にも広く分布する肝細胞癌では国の経済や政治体制が影響する可能性がある。我々は専門家による科学的活動も関与する要因となる旨の仮説を立て，国際共同治験への参加に着目し，ソラフェニブを例に各国の対米承認遅延に寄与する要因を検討した。【方法】以下から公開データを収集した。IHME（ワシントン大学）：肝細胞癌年齢標準化発生率（ASIR，2007年），PMDA：各国ソラフェニブ当局承認日，世界銀行：1人当たり国民総所得（GNI p.c.，2007年）および所得グループ（HIC/UMIC/LMIC/LIC，2007年），PubMed：国際共同治験参加有無（MRCT），エコノミスト（英）：民主主義指数（DI，2007年）。EU加盟国はEMAでの共同審査だが今回は各国を個別に扱った。ログランク検定とCox比例ハザードモデルを用いて，承認遅延の影響のハザード比と95%信頼区間を得た。有意水準は0.05とした。【結果】2007年時点の国連加盟国に香港・台湾を加えた194国・地域のうち2014年まで84国・地域でソラフェニブが当局承認された。大陸7地域での承認率は北米（2/2，100%）で高く東アジア・太平洋地域は15/32（47%）。対米承認遅延は北米（カナダ，74日）で短く東アジア・太平洋地域はNR（13日-NR）。Cox比例ハザードモデルを用いたASIR，GNI p.c.，DI，MRCTの承認遅延に対する寄与度の検討では，単変量解析にて高GNI p.c.（HR 1.00，p=0.045），高DI（HR 1.16，p=0.001），MRCT有（HR 6.60，p<0.001）が，多変量解析にて高DI（HR 1.00，p=0.018），MRCT有（HR 3.21，p=0.003）が有意だった。【考察】各国・地域の薬事承認には政治状況に加え国際共同治験への参加も影響を与える可能性が示唆された。他方，多変量解析では国際共同治験への参加（MRCT）のオッズ比が1に近づき政治・経済的要因が交絡することが示されたが，調整後も有意差があることが示された。政治・経済的要因が背景として重要であり，その下支えをもとに専門家による科学的活動がアクセシビリティに寄与していることが示唆された。

薬剤アクセシビリティ，抗がん剤

秀和総合病院 外科
鎌田悠子，中村典明，大沼田洵，伊藤葉々子，加藤俊一郎，
小川康介，光岡明人，真田貴弘，桑原 博

【はじめに】胆嚢内乳頭状腫瘍（ICPN）は，胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）と類似する乳頭状に増殖する腫瘍性病変で，胆嚢の前癌病変とされる。今回我々は，胆嚢腺筋腫症のRokitansky-Aschoff sinus（RAS）内に限局発生したICPNの切除例を経験したので報告する。【症例】73歳男性，急性心筋梗塞の他は特記すべき既往はなかった。健診の腹部超音波検査で，胆嚢底部に12mm大の腫瘍を指摘された。血液検査では炎症反応や肝胆道系酵素の上昇はなく，腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。造影CTでは，胆嚢底部に20×10mm大の嚢胞構造があり，その中に10×10mm程の造影効果のある領域と微小な石灰化を認めた。MRCPでは，胆嚢底部に小嚢胞構造の集簇・壁肥厚を認め胆嚢腺筋腫症が疑われた。超音波内視鏡検査では，胆嚢底部にRASを伴う限局性の壁肥厚を認め，胆嚢腺筋腫症と考えられたが，その内部に径12mmの高エコー病変があり，辺縁に血流信号も認めた。胆嚢壁の外側は全周性に連続性が保たれていた。胆嚢腺筋腫症と悪性腫瘍の鑑別は困難であり切除の方針として，腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。切除標本では，胆嚢底部に25×20mmの嚢胞を認め，嚢胞内には乳白色調の病変を認めた。組織学的には，背景には拡張したRASの増生を認め，その嚢胞内に限局して細胞質内粘液を有する腫瘍細胞が乳頭状の構築を呈して増殖していた。明らかな間質浸潤はなかった。胆嚢腺筋腫症のRAS内に発生したICPN，high gradeと診断した。【考察】胆嚢腺筋腫症のRAS内に発生したICPNはまれであり，これまでに10例程度の報告を認めるのみである。既報と本例を比較し，胆嚢腺筋腫症と異なる画像所見の特徴や治療方法について考察する。

胆嚢内乳頭状腫瘍，胆嚢腺筋腫症

東京都健康長寿医療センター 消化器内視鏡内科
大隅 瞬, 保坂祥介, 高岡亮佑, 福地大貴, 重松大毅, 杉井壮大,
堀越裕介, 佐藤優樹, 正谷一石, 富野琢朗, 深川一史,
小野敏嗣

【症例】77歳男性【主訴】黄疸, 下痢【現病歴】1年以上持続する下痢を主訴に近医を受診したところ, 全身黄疸と心窩部から右上腹部の圧痛を認め, 胆道感染症や悪性腫瘍が疑われたため精査加療目的に当院紹介受診となった。【現症】体温36.9℃ 血圧132/71mmHg 脈拍91回/分 SpO₂ 98%(室内気), 右上腹部に軽度圧痛あり。血液検査ではCRP 5.8 WBC11000 AST98 ALT76 ALP987 γ -GTP244 T-Bil12.2と炎症反応, 肝胆道系酵素, ビリルビンの上昇を認めた。腹部造影CT検査では遠位胆管付近に80mm大の嚢胞状腫瘍陰影と肝内胆管拡張を認めた。【経過】IPMNによる閉塞性黄疸と胆管炎の診断で精査加療目的に入院となった。入院後, 保存的加療を開始したが炎症改善や減黄がみられなかった。第4病日にドレナージ目的のERCを行ったが, 十二指腸乳頭部から多量の粘液流出のため処置を断念。第6病日にPTBDを施行し右側アプローチで7Frチューブを留置した。第12病日にERCを再試行し, ランデブー法で総胆管にメタルステントを留置したが, 黄疸改善がないためPTBDチューブを7Frから8Frに交換し, 連日チューブ内洗浄を施行した。さらに左アプローチでのPTBDチューブ留置を追加し, ビリルビン値低下後に外科転科となり手術予定となった。術前検査として下部内視鏡検査を行ったが, 総胆管留置のメタルステントが大腸内へ逸脱していたため回収した。第67病日にIPMNに対し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行された。術後病理結果はIntraductal papillary mucinous carcinoma, pT3N0M0, pStage II Aであった。【考察】IPMNにおける黄疸頻度は全体で約5-10%程だが, 主膵管型および浸潤癌合併例では20-40%まで上昇し, 黄疸例ではhigh grade dysplasiaや浸潤癌が強く予想されたとの報告がある。手術リスク低減のため減黄は必要だが, 胆管浸潤を伴うIPMNの胆道閉塞に対し, 減黄目的に経乳頭的ドレナージを行うものの, 短期間での再閉塞やステント自然脱落により治療に難渋したとの報告もある。そのため, 非経乳頭的ドレナージでの減黄を検討すべきであったと考える。

膵管内乳頭粘液腫瘍(IPMN), 閉塞性黄疸

謝 辞

日本消化器病学会関東支部第390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390回例会
当番会長 山本 貴嗣

あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アッヴィ合同会社
EAファーマ株式会社
ヴィアトリス製薬合同会社
オリンパスマーケティング株式会社
興和株式会社
株式会社スリー・ディー・マトリックス
武田薬品工業株式会社
中外製薬株式会社

株式会社ツムラ
東亜新薬株式会社
久光製薬株式会社
ファイザー株式会社
ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
ムンディファーマ株式会社
持田製薬株式会社
ヤンセンファーマ株式会社

(敬称略50音順・2026年6月1日現在)