

シンポジウム プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

シンポジウム 1

第 2 会場 会議室 224 9:00 ~ 11:00

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 中沢 貴宏
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科 三好 広尚

「自己免疫関連消化器疾患の診断と治療」

- S1-01 自己免疫性膵炎の各診断基準における診断能の比較検討
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○夏目まこと、奥村 文浩、佐野 仁
- S1-02 当院における自己免疫性膵炎の検討
藤枝市立総合病院 消化器科
○大島 昭彦、丸山 保彦、景岡 正信
- S1-03 自己免疫関連胆道疾患 -IgG4 関連硬化性胆管炎と原発性硬化性胆管炎の相違点 -
¹名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学、²名古屋市立大学大学院 地域医療教育学
○内藤 格¹、中沢 貴宏¹、大原 弘隆²
- S1-04 自己免疫性膵炎の診断における EUS-FNA の位置付け
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
²名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部
○鷲見 肇¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実^{1,2}
- S1-05 自己免疫性膵炎診断における診断的ステロイド trial の有用性についての検討
名古屋第一赤十字病院
○石川 卓哉、春田 純一、山口 丈夫
- S1-06 自己免疫膵炎に対するステロイド治療の問題点
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科
○山本 智支、乾 和郎、三好 広尚
- S1-07 当院における自己免疫性膵炎の治療経験 - 長期経過を中心に -
春日井市民病院 消化器科
○加藤 晃久、高田 博樹、祖父江 聡

S1-08 当院における type I 自己免疫性膵炎の臨床的特徴と長期予後の検討

豊橋市民病院 消化器内科

○樋口 俊哉、松原 浩、浦野 文博

S1-09 潰瘍性大腸炎に対する免疫抑制剤の有用性に関する検討

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾富生、杉山 昭彦、加藤 則廣

S1-01 自己免疫性膵炎の各診断基準における診断能の比較検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○夏目まこと、奥村 文浩、佐野 仁

【目的】自己免疫性膵炎 (AIP) の新たな診断基準である International Consensus Diagnostic Criteria (ICDC)、臨床診断基準 2011 (2011 年基準) とこれまでの診断基準である臨床診断基準 2006 (2006 年基準) の診断能を検証する。

【方法】1998 年～2011 年に当院で AIP と診断された 21 例 (男性 16 例、女性 5 例、平均年齢 66.4±9.0 歳) を対象とし、2006 年基準、2011 年基準、ICDC の各診断率を、対象全体と膵腫大の項目別 (diffuse 9 例、segmental/focal 12 例) で retrospective に比較検討した。

【結果】2006 年基準、2011 年基準、ICDC の診断率は、全体では 81.0% (17/21)、95.2% (20/21) (確診 18 例、準確診 2 例)、100% (21/21)、diffuse で 66.7% (6/9)、100% (9/9)、100% (9/9)、segmental/focal で 91.2% (11/12)、91.2% (11/12) (確診 9 例、準確診 2 例)、100% (12/12) であった。2006 年基準で診断できなかった 4 例 (diffuse 3 例、segmental/focal 1 例) はいずれも ERP 所見が得られなかった症例であり、diffuse 症例では 2011 年基準、ICDC とともに全例確診となったが、segmental/focal 症例は ICDC では diagnostic steroid trial にて確診となったが、2011 年基準では診断できず、EUS-FNA を行っていた場合は準確診と診断可能であった。2011 年基準で準確診となった 2 例は、segmental/focal 症例で、ERP 所見、IgG4 値は満たしたが、other organ involvement や diagnostic steroid trial を満たさない症例で、2006 年基準、ICDC では確診症例であった。1 例は自然軽快し、もう 1 例は胆嚢がリープに対し胆嚢摘出術を施行し、IgG4 関連胆嚢炎と診断され、術中膵生検で病理学的確診所見を認め、ステロイド治療が行われた。

【結論】自験例の検討では、AIP 診断率は ICDC、2011 年基準、2006 年基準の順で高かった。2011 年基準では、診断に ERP 所見が必要となる segmental/focal 症例では 2006 年基準と変わらない診断率であり、EUS-FNA や diagnostic steroid trial を適切に行うことで診断率を向上させることが示唆された。

S1-03 自己免疫関連胆道疾患 -IgG4 関連硬化性胆管炎と原発性硬化性胆管炎の相違点 -

¹ 名古屋大学大学院 消化器・代謝内科学、
² 名古屋大学大学院 地域医療教育学
○内藤 格¹、中沢 貴宏¹、大原 弘隆²

【目的】従来より自己免疫関連胆道疾患のひとつとされている原発性硬化性胆管炎 (PSC) と近年、疾患概念が定着しつつある IgG4 関連全身疾患の胆道病変と考えられている IgG4 関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) の鑑別は時に困難であるが、両者は治療法、予後が異なるため、適切な鑑別診断が重要である。今回、我々は両者の相違点を明らかにする目的で検討を行なった。【方法】IgG4 - SC 75 例、PSC 46 例を対象とし、その血液像、胆管像、肝生検、他臓器病変について比較検討を行なった。【成績】1) 血液像: IgG4 値は IgG4-SC 619±718mg/dl、PSC 54±52 mg/dl と IgG4-SC で有意に高値であり (p < 0.001)、IgG4 高値 (> 135mg/dl) は IgG4-SC 86%、PSC 4% に認め、IgG4-SC で有意に高頻度であった (p < 0.001)。2) 胆管像: IgG4-SC に有意な所見として segmental stricture、long stricture with prestenotic dilatation、下部胆管狭窄 (p < 0.001)、PSC に有意な所見として、帯状狭窄、数珠状所見、剪定状所見、憩室様所見 (p < 0.001) を認めた。3) 肝生検: IgG4 - SC では IgG4 染色にて PSC より有意に多数の IgG4 陽性形質細胞浸潤を認めた (7.2 個 vs 0.4 個 / 強拡大 1 視野; p < 0.001)。4) 他臓器病変: IgG4-SC の他臓器病変として自己免疫性膵炎 (AIP) を 71 例 (95%)、硬化性唾液腺炎を 13 例 (17%)、後腹膜線維症を 9 例 (12%) と認めたが、PSC では上記 3 病変とも認めず、IgG4-SC で有意に高頻度に AIP を認めた (p < 0.001)。また、炎症性腸疾患 (IBD) の合併は IgG4-SC 0%、PSC 54% と PSC で有意に高頻度であり (p < 0.001)、PSC に合併した IBD は無症状 (56%)、右側有意の潰瘍性大腸炎 (48%) という特徴的な所見を呈した。【結論】自己免疫性胆道疾患と考えられている IgG4-SC、PSC の臨床像は大きく異なると考えられた。

S1-02 当院における自己免疫性膵炎の検討

藤枝市立総合病院 消化器科
○大畠 昭彦、丸山 保彦、景岡 正信

【目的】当院での自己免疫性膵炎 (AIP) の臨床像を明らかにする。

【対象と方法】当院において 2001 年 5 月～2012 年 8 月に AIP と診断した 17 例に対し retrospective に診断、治療、経過の検討を行う。

【患者背景】男女比 14 : 3、平均年齢 66.3 歳、主な受診契機 腹痛 4 例、黄疸 4 例、画像検査による胆管・膵異常 4 例、糖尿病の既往 10 例。平均観察期間は 1828 日。【検討項目】(1) 診断当時の診断基準と 2011 年の診断基準の比較、(2) 膵外病変、(3) 治療、(4) 再燃例【結果】(1) すべての症例は診断基準 2011 で準確診以上であった。診断当時の診断基準を満たしていなかったものは 4 例で、診断基準 2002 以前の症例が 1 例であった。当時の診断基準を満たさなかった 5 例中 3 例はステロイドで改善、1 例は無治療、1 例は膵癌を疑い手術を行った。(2) 最も多い硬化性胆管炎は 17 例中 10 例に認め膵病変と同時発症が 8 例、膵病変に先行して発症したものが 2 例であった。(3) ステロイド治療が 13 例、未治療が 3 例、膵癌の診断で手術を行ったものが 1 例であった。ステロイド治療例ではいずれも短期間で画像上改善が認められていた。(4) AIP と診断されてからの再燃例は 2 例であった。1 例は維持療法中 AIP 発症後 2 年して肝炎症性偽腫瘍で再燃。それから 4 年後ステロイドを中止したが、中止後 7 ヶ月後後腹膜線維症を認めた。もう 1 例は自然軽快したが、14 か月後膵腫大で再燃しステロイドを開始した。【考察】診断においては、以前の症例で診断基準を満たさないものの中に現行の診断基準におけるステロイドのオプションにあてはまる症例が見られた。また、膵外病変の中には長期間の経過観察をすることで AIP の発症で診断がつくこともあり長期間の経過観察も重要と考えられた。治療においては少数であるが他臓器病変での再燃が特徴的であった。【結論】膵外病変は長期経過観察が必要なことがある。ステロイド治療は短期的な反応は良好だが、維持療法中に他臓器病変の発症という形で再燃がみられた。

S1-04 自己免疫性膵炎の診断における EUS-FNA の位置付け

¹ 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
² 名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部
○鷲見 肇¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実^{1,2}

【目的】自己免疫性膵炎診断基準 2011 における EUS-FNA の位置付けについて検討した。【方法】対象は 2006 年 1 月より 2011 年 12 月までに画像診断にて AIP が疑われ EUS-FNA を施行した 44 例。全 44 例を診断基準 2011 を用いて最終診断 (確診、準確診、疑診、診断不能、その他) し、FNA 所見と比較検討した。FNA は 22G 穿刺針を第一選択に使用し (2 例は 25G)、lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis (LPSP) の有無を検討した。なお、LPSP 陽性は、1 : 線維化を伴う高度のリンパ形質細胞浸潤、2 : IgG4 陽性形質細胞浸潤 > 10 個 / HPF、3 : 花筈状線維化、4 : 閉塞性静脈炎のうち 2 項目以上認めるものと定義した。検討項目は以下の 3 項目である。1) 全 44 例の最終診断の内訳。2) 最終診断と FNA 所見の比較。3) IgG4 陽性 (血清 IgG4 ≥ 135mg/dl) 21 例と陰性 13 例の患者背景 (年齢、性別) 及び FNA 所見の比較。【成績】1) 44 例の内訳は確診 18 例、準確診 5 例、疑診 14 例、診断不能 5 例、膵癌 2 例であった。膵癌の 1 例は組織診断を除いた診断基準では準確診であり FNA にて癌と診断された。2) 膵癌を除いた 42 例における LPSP 陽性率は 31% (13/42) であった (確診 56% (10/18)、準確診 20% (1/5)、疑診 14% (2/14)、診断不能 0% (0/5))。FNA の付加により、組織診断を除いた診断基準で準確診および疑診であった 1 例づつが確診へ格上げされ、診断不能の 5 例中 4 例が準確診へ、1 例が疑診へ格上げされた。格上げ例の特徴は、限局性膵腫大を認めた症例が 7 例、膵管像の得られなかった症例が 4 例であった。3) IgG4 陽性例 (67.2 ± 8 歳、男女比: 17:4) と陰性例 (48.4 ± 15 歳、男女比: 10:3) の両群ともに男性が多く、IgG4 陰性例で有意に若年であった (P = 0.0008)。LPSP 陽性率はそれぞれ 48% (10/21)、8% (1/13) と IgG4 陽性例で高かった。また IgG4 陰性例中 2 例で、granulocytic epithelial lesion (GEL) を疑う所見を認めた。【結論】EUS-FNA は膵癌との鑑別に重要であり、特に限局性膵腫大を呈する例や膵管像の得られない例の診断に有用である。また IgG4 陰性例の中には、GEL を特徴とする 2 型 AIP が存在する可能性がある。

S1-05 自己免疫性膵炎診断における診断的ステロイド trial の有用性についての検討

名古屋第一赤十字病院
○石川 卓哉、春田 純一、山口 丈夫

【目的】自己免疫性膵炎 (AIP) の診断における診断的ステロイド trial の有用性について検討すること。【方法】当院で各種検査から自己免疫性膵炎が疑われたものの確定診断が困難であったため、診断的ステロイド trial を行った2例について retrospective に検討した。ステロイド trial として経口プレドニゾン 30mg/日 を2週間投与した後の画像所見の変化、臨床経過を検討した。【結果】症例1は50歳代男性。血清アマラーゼ高値のため施行した腹部CT検査にて膵頭部に30mm大の腫瘤を指摘され紹介となった。多相造影CTでは腫瘤は動脈相で周囲膵実質より乏血性、平衡相で等吸収となった。ERCPの膵管造影では頭部主膵管に限局した不整な狭窄を認め、尾側主膵管は拡張していた。胆管造影では下部胆管は狭窄しており左方偏位を認めた。血清IgG4は352mg/dlと高値であった。画像所見からは膵管癌を疑ったが血清IgG4が高値でありAIPも疑われた。EUS-FNAでは悪性所見は得られなかったがLymphoplasmacytic sclerosing pancreatitisとの確定診断は困難であった。ステロイド投与2週間後の腹部CTで膵頭部の腫瘤は著明に縮小し、AIP1型確診と診断した。症例2は60歳代女性。胃癌術後経過観察目的の腹部CTにて膵体部に腫瘤を指摘され当科紹介となった。ERCPの膵管造影で体部主膵管に限局した狭細像を認めたが、尾側主膵管拡張は軽度であった。血清IgG4は正常値だった。EUS-FNAで悪性所見はなく、AIP疑いとして経過観察したが初診時より3カ月後の腹部CTにて後腹膜に軟部影、両側水腎症の出現を認めた。後腹膜線維症を疑い、ステロイド trial を行ったが、投与2週間後のCTで画像所見の改善はみられなかった。初診時より4カ月後の腹部CTにて腹水が出現、細胞診にて adenocarcinoma と診断された。【結論】診断的ステロイド trial はAIP診断に有用であるが悪性疾患の存在を常に念頭におく必要があり、2週間画像所見の改善がみられない場合は他疾患の可能性を考える必要がある。

S1-07 当院における自己免疫性膵炎の治療経緯 -長期経過を中心に-

春日井市民病院 消化器科
○加藤 晃久、高田 博樹、祖父江 聡

【目的】ステロイド (PSL) 治療は自己免疫性膵炎 (AIP) の標準治療であるが、治療の適応や方法について未だ議論されるところである。今回我々はAIPの長期経過について PSL 治療を中心に検討した。【方法】1993年7月以降当院で経験したAIP25例のうち1年以上経過を追えた21例を対象とし、膵病変を伴わないIgG4関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) 1例も含めた。男性18例、女性3例、年齢23~82歳 (平均64.0歳)、観察期間1年~10年7ヶ月 (平均4年3ヶ月)。PSLの初期治療開始から1年以上投与した維持療法あり群12例、治療開始から1年未満に投与終了した維持療法なし群4例、およびPSLを投与しなかった非投与群5例の3群に分けて再燃率を比較検討した。維持療法あり群におけるPSL維持投与量別に再燃率を比較検討した。【成績】再燃率は維持療法あり群、維持療法なし群および非投与群で各々33.3% (4/12)、50% (2/4) および20% (1/5) であり、PSL治療による有意な再燃率の差は認めなかった。PSL維持投与量別の再燃率は、PSL維持投与量2.5mg/日以下では28.5% (2/7)、PSL5mg/日以上では40% (2/5) との結果で、維持投与量の違いで再燃率に有意差は認められなかった。今回特徴として維持療法あり群の再燃率が高かった。IgG4-SC症例を除く20例の膵腫大・膵管狭細像はびまん性: 7例、限局性: 13例の内訳となるが、再燃例4例は全例びまん性膵腫大を呈しており、維持療法あり群の非再燃例との比較で有意差が認められた ($P < 0.05$)。全観察期間中で肺癌による死亡例を1例認め、膵・胆道癌の発症は認めなかった。【結論】PSL維持療法を行っても有意に再燃率を低下させる結果には至らなかった。維持投与量別の再燃率にも有意差は認められなかった。少数例の検討であるが、PSL維持療法中に再燃する症例はびまん性膵腫大を呈する症例が多い傾向が認められた。

S1-06 自己免疫性膵炎に対するステロイド治療の問題点

藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 消化器内科
○山本 智支、乾 和郎、三好 広尚

【目的】自己免疫性膵炎 (以下AIP) に対してステロイド投与が行われているが、適正な維持療法は確立していない。今回、AIPのステロイド治療中に生じた合併症と再燃を中心にステロイド治療の問題点を検討した。【対象と方法】対象は1997年7月から2012年8月までの間に当科ならびに関連施設でAIPと診断した24例で、平均観察期間は43ヶ月 (3~144ヶ月)、平均年齢は64歳 (30~85歳)、性別は男性20例、女性4例 (男女比5:1) であった。24例について経過中に発生した偶発症、再燃症例におけるステロイド治療の有無、維持療法の有無、再燃時の臓器などを retrospective に検討した。【結果および考察】ステロイド治療は20例に行われており、ステロイドの初期投与量多くは20~40mgであった。初発時に未投与であったのは4例であったが、いずれも切除例であった。この4例のうち2例は再燃時にステロイドが投与されていた。ステロイド治療中の偶発症 (重複あり) としては、死亡例が3例あり、原因は敗血症、間質性肺炎、呼吸不全が各1例であった。糖尿病増悪が3例、ステロイドによる免疫力の低下が原因と考えられる感染症が2例 (MRSA肺炎・脊椎炎、肝膿瘍)、特発性血小板減少性紫斑病が1例に認められた。経過中に再燃を8例10回 (2例は再々燃) に認めた。再燃した臓器は、膵が7例、胆管2例、後腹膜2例、顎下腺1例、肺1例であった。再燃した10回のうち7回はステロイド中止後であったが、3回はステロイド維持療法中で、再燃した臓器は膵・胆管・肺・唾腺の1例と後腹膜線維症の2例であり、ステロイド維持療法中に再燃した症例は、膵外の複数の臓器に再燃する特徴があることが示唆された。【結語】AIPではステロイド中止後ももちろん、投与中も再燃に対して管理する必要がある。

S1-08 当院における type I 自己免疫性膵炎の臨床的特徴と長期予後の検討

豊橋市民病院 消化器内科
○樋口 俊哉、松原 浩、浦野 文博

【背景と目的】自己免疫性膵炎 (AIP) は、悪性疾患の合併もなく予後良好とされている。ステロイド (PSL) 治療により、多くは比較的速やかに初発症状は軽快する。しかし、その長期経過や経過不良因子については不明な点も多く、PSL治療の導入、維持療法についても明確なコンセンサスはない。今回の目的は、当院におけるAIPの臨床的特徴と長期予後について検討し、経過不良因子を明確にすること。【方法】2003年2月から2012年9月まで、当科で経験したAIPについて、発症契機、嗜好歴、随伴症状、血液検査所見、画像検査所見、治療経過、予後について検討し、さらに経過不良因子について調査した。【結果】日本膵臓学会AIP診断基準を満たしたtype I AIP 17例を対象とした。性別: 男性13例、女性4例。平均年齢: 65.4±8.8 (53~80歳)。診断契機 (重複を含む): 黄疸7例、膵腫瘍8例、腹痛4例、耐糖能コントロール不良2例。嗜好歴 (重複を含む): 飲酒 (診断後も50g/日以上の飲酒を継続したもの) 6例、喫煙者6例。既往歴: 糖尿病10例。発症時血清AMY: 97.9±70.7 (7~313U/L)。診断時血清IgG4: 335.7±301.4 (65~1040mg/dL)。膵病変の主座: 頭部6例、体部2例、尾部2例、全体びまん型7例。膵の病変範囲 (skip症例を含む): 1区域8例、2区域2例、3区域7例。随伴症状は、膵による圧排性胆管狭窄が3例、硬化性胆管炎 (SC) 3例、腎疾患1例、硬化性唾液腺炎4例、後腹膜線維症を3例に認めた。PSL治療は15例に対して行い、全例30mgで開始し、その後漸減していた。経過中に再燃したものを6例認めた。また、画像上膵に萎縮を認めたものは4例、膵石発生を1例に認めた。17例全例で悪性疾患の合併を認めず、死亡例はない。再燃したものの、画像上膵萎縮、膵石を認めたものを経過不良例とすると、性、飲酒、SC、腎疾患が有意な危険因子であった ($p < 0.05$)。4群で多変量解析を行うと、飲酒、腎疾患で相関を認め、最も強い危険因子は飲酒であった。【結論】嗜好歴として飲酒、随伴症状として腎疾患がAIP経過不良の危険因子である。AIP診療において、禁酒指導が重要と考えられた。

S1-09 潰瘍性大腸炎に対する免疫抑制剤の有用性に関する検討

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾富生、杉山 昭彦、加藤 則廣

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）の治療薬は5-ASAが基本薬剤であるが、一方では副作用の強いステロイド剤の投与を使用せざるを得ない症例も少なくない。最近、免疫抑制剤としてのタクロリムスや生物学的製剤が保険適応となり臨床的有用性が注目されている。今回、我々は当院においてUCに対する免疫抑制剤の有用性について後ろ向きに検討を行った。【対象】2011年4月から2012年8月まで当院で治療を行ったUC患者110例を対象とした。平均発症年齢は 37.3 ± 18.8 （4-77）歳で、平均罹患年数 8.8 ± 8.5 （0.1-44）年、男女比は6:5であった。110例中入院治療を要した患者は28例で、6例が重症、22例が中等症であった。現在110例中93例が寛解維持療法中で、17例が寛解導入中であった。【成績】寛解導入治療として全例に5-ASAを使用。ステロイド（PSL）投与を行った患者は24例。一方、免疫抑制剤が寛解導入のために投与された症例はタクロリムス（FK-506）が5例、サイクロスポリンは1例もなかった。25例に白血球除去療法（CAP）が行われた。一方、寛解維持療法として108例に5-ASAが用いられた。また現在免疫抑制剤は16例に投与（AZA14例、6-MP1例、FK-5061例）。免疫抑制剤を使用した効果が減弱のため変更が2例、副作用にて変更が2例、副作用にて中止が2例、寛解維持にて中止が2例あった。AZAおよび6-MPによる平均寛解維持期間は 10.4 ± 11.6 （1-50）か月であった。PSL依存例・抵抗例は21例であり、免疫抑制剤により11例で離脱、9例は現在減量中である。一方、FK-506症例は5例全例で寛解導入ができた。2例で経過中肝機能障害をきたしたが、血中トラフ値安定にて改善した。2例で頭痛、1例に振戦を認めた。5例中2例にて寛解導入後に再燃し、現在レミケードにて寛解導入中である。【結論】当院においてUC患者の免疫抑制剤治療につき検討した。AZA、6-MPはPSLの減量や離脱に有効であり、維持療法として免疫抑制剤は高い有用性が示唆された。またFK-506は高い寛解導入効果が得られたが、維持療法が保険診療上で継続投与が困難であり中止後に2例で再燃したが、今後、維持療法の保険適応が期待される。

一般演題 プログラム

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

一 般 演 題

第 2 会場 会議室 224

13:50 ~ 14:30 眸① 座長 公立学校共済東海中央病院 消化器内視鏡センター
石川 英樹

- 1 右腎癌術後 18 年目に発見された腎癌孤立性膵転移の 1 例
市立伊勢総合病院 外科
○武内泰司郎、出崎 良輔、野田 直哉、伊藤 史人
- 2 大腸癌術後膵転移の 2 例
静岡県立総合病院
○奥野 真理、菊山 正隆、永倉千紗子、上田 樹、重友 美紀、山田 友世、
黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之
- 3 膵腺扁平上皮癌の 1 例
西美濃厚生病院 内科
○高田 淳、岩下 雅秀、田上 真、高橋 浩子、畠山 啓朗、林 隆夫、
前田 晃男、西脇 伸二
- 4 直腸癌に併存した SCN の一例
公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
○森島 大雅、大塚 裕之、石川 英樹
- 5 診断に難渋した IPMC の一例
医療法人 山下病院
○富永雄一郎、富田 誠、小田 雄一、服部 昌志、磯部 祥、広瀬 健、
服部外志之、中澤 三郎

6 全身浮腫、腹水貯留を契機に膝 IPMN と診断され、膝全摘術を施行した 1 例

若手 (専修医)

¹ 富士市立中央病院 外科、² 東京慈恵会医科大学 外科学講座

○原 圭吾¹、竹下 賢司¹、黒河内喬範¹、熊谷 祐¹、石山 守¹、共田 光裕¹、
坂本 太郎¹、谷島雄一郎¹、小山 友己¹、良元 和久¹、梶本 徹也¹、柏木 秀幸¹

7 術前補助化学放射線療法で切除可能となった borderline resectable 膝癌の 1 例

¹ 愛知県がんセンター 中央病院 消化器内科

² 愛知県がんセンター 中央病院 内視鏡部

³ 愛知県がんセンター 中央病院 消化器外科

⁴ 愛知県がんセンター 中央病院 遺伝子病理診断部

○坂口 将文¹、脇岡 範¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、今岡 大¹、田近 正洋²、
近藤 真也²、田中 努²、永塩 美邦¹、長谷川俊之¹、大林 友彦¹、品川 秋秀¹、
関根 匡成¹、石原 健二¹、吉澤 尚彦¹、清水 泰博³、谷田部 恭⁴、丹羽 康正²、
山雄 健次¹

8 胆嚢癌に対し肝拡大右葉尾状葉切除、下部胆管癌に対し膝頭十二指腸切除術を施行後の残膝体尾部癌に対し残膝全摘術を施行した 1 例

名古屋大学大学院 腫瘍外科

○水谷 哲之、菅原 元、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、角田 信行、
伊神 剛、深谷 昌秀、上原 圭介、板津 慶太、吉岡裕一郎、椰野 正人

9 外科切除を行った肝転移を伴う高分化型膝内分泌癌の症例

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、² 静岡県立総合病院 外科

³ 静岡県立総合病院 病理診断科

○重友 美紀¹、菊山 正隆¹、永倉千紗子¹、上田 樹¹、奥野 真理¹、山田 友世¹、
黒上 貴史¹、白根 尚文¹、鈴木 直之¹、伊関 丈治²、新井 一守³

- 10 肺扁平上皮癌膵転移の一例
若手（研修医） 公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
○加藤 裕真、大塚 裕之、森島 大雅、石川 英樹
- 11 腸閉塞発症後約5か月にわたりQOLを維持できた膵癌の一例
岐阜赤十字病院 消化器内科
○松下 知路、宮崎 恒起、杉江 岳彦、高橋 裕司、伊藤陽一郎、名倉 一夫
- 12 術前FDG-PETで高集積を呈した膵solid pseudopapillary tumorの1例
若手（専修医） 名古屋セントラル病院 消化器内科
○山田 弘武、川島 靖浩、安藤 伸浩、佐藤 寛之、真鍋 孔透、小宮山琢真
- 13 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別が困難であった
低分化型膵管癌の一例
¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
³名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学
○林 大樹朗¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、大野栄三郎²、伊藤 裕也¹、
中村 陽介²、平松 武¹、杉本 啓之¹、鷺見 肇¹、船坂 好平²、中村 正直¹、
宮原 良二¹、大宮 直木¹、藤井 努³、小寺 泰弘³、後藤 秀実^{1,2}

- 14 両側耳下腺腫脹疼痛を契機に膵外分泌機能低下と考えられる脂肪性軟便が
1年間持続した習慣性飲酒の1例

かすみがうら クリニック

○廣藤 秀雄

- 15 経過中に膵石を発生した自己免疫性膵炎の一例

若手(研修医) 豊橋市民病院 消化器内科

○片岡 邦夫、松原 浩、浦野 文博、内藤 岳人、藤田 基和、山田 雅弘、
北畠 秀介、山本 英子、樋口 俊哉、田中 浩敬、田中 卓、廣瀬 崇、
芳川 昌功、岡村 正造

- 16 閉塞性黄疸を発症した groove pancreatitis の1例

若手(専修医) ¹岐北厚生病院 消化器内科、²岐阜大学大学院医療学系研究科 地域腫瘍学

○奥野 充¹、足立 政治¹、中村 憲昭¹、山内 治¹、齋藤公志郎¹、安田 一朗²

- 17 十二指腸狭窄症状で発症し、保存的治療で改善した Groove pancreatitis の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

○松浦 弘尚、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、三好 広尚、小林 隆、
小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、成田 賢生、鳥井 淑敬、森 智子、
黒川 雄太、細川千佳生、安江 祐二

第3会場 会議室 222 + 223

9:00 ~ 9:40

胃・十二指腸①

座長 岐阜大学 腫瘍外科 山口 和也

18 同時性大腸転移をきたした胃癌の1例

若手 (専修医)

春日井市民病院 消化器科

○杉山 智哉、奥田 悠介、森岡 優、立松有美子、尾関 貴紀、加藤 晃久、池内 寛和、望月 寿人、平田 慶和、高田 博樹、祖父江 聡

19 後腹膜転移にて再発し水腎症を来した pStageIB 胃癌の1例

若手 (研修医)

¹ 済生会松阪総合病院 内科、² 済生会松阪総合病院 外科

○加藤 亜唯¹、河俣 浩之¹、鈴木 康夫¹、三吉 彩子¹、青木 雅俊¹、福家 洋之¹、橋本 章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、田中 穰²、長沼 達史²、中島 啓吾¹

20 消化管出血をきたした腎細胞癌多発胃転移の一例

若手 (専修医)

¹ 岐阜県総合医療センター 消化器内科、² 岐阜県総合医療センター 病理診断科

○長谷川恒輔¹、中村 みき¹、丸田 明範¹、若山 孝英¹、山内 貴裕¹、安藤 暢洋¹、大島 靖広¹、岩田 圭介¹、芋瀬 基明¹、清水 省吾¹、杉原 潤一¹、天野 和雄¹、岩田 仁²

21 進行胃癌術後腹膜播種再発による消化管狭窄に内視鏡的ステント留置が有効であった一例

若手 (専修医)

愛知医科大学 消化器内科

○鳥井 貴司、河村 直彦、小笠原尚高、伊藤 義紹、野田 久嗣、福富里枝子、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、増井 竜太、土方 康孝、徳留健太郎、飯田 章人、水野 真理、舟木 康、佐々木誠人、春日井邦夫

22 EUS-FNAB が診断に有用であった食道胃接合部癌の1例

¹ 三重大学 医学部 附属病院 光学医療診療部

² 三重大学 医学部 附属病院 消化器・肝臓内科

○田野 俊介¹、葛原 正樹¹、稲垣 悠二²、野尻圭一郎²、二宮 克仁²、山田 玲子²、井上 宏之²、濱田 康彦¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²

23 原発診断に苦慮した AFP 産生胃癌と多発肝転移の一例

名古屋記念病院 消化器内科

○宮良 幸子、村上 賢治、神谷 聡、鈴木 重行、樋上 勝也、中舘 功、
伊藤 亜夜、内田 元太

24 白血球増加・貧血を契機に発見された G-CSF 産生性胃癌の一例

若手 (専修医)

藤田保健衛生大学病院

○城代 康貴、大久保正明、柴田 知行、河村 知彦、中井 遙、大森 崇史、
生野 浩和、市川裕一朗、釜谷 明美、米村 穰、小村 成臣、丸山 尚子、
鎌野 俊彰、石塚 隆充、中川 義仁、長坂 光夫、平田 一郎

25 精巣癌治療後 9 年を経て、上部消化管に多彩な病型を呈した

若手 (専修医)

未分化大細胞型リンパ腫の 1 例

¹ 岐阜県総合医療センター 消化器内科、² 岐阜県総合医療センター 病理診断科

○丸田 明範¹、中村 みき¹、長谷川恒輔¹、若山 孝英¹、山内 貴裕¹、安藤 暢洋¹、
大島 靖広¹、岩田 圭介¹、芋瀬 基明¹、清水 省吾¹、杉原 潤一¹、天野 和雄¹、
岩田 仁²

26 胃病変にて診断されたびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

若手 (研修医)

¹ 蒲郡市民病院 消化器内科、² 名古屋大学アイソトープ総合センター

○鈴木 健人¹、加藤 泰輔¹、成田 圭¹、佐宗 俊¹、安藤 朝章¹、安達 興一²

27 進行乳頭部癌を伴った FAP の症例

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、² 静岡県立総合病院 外科
³ 静岡県立総合病院 病理診断科

○重友 美紀¹、菊山 正隆¹、永倉千紗子¹、上田 樹¹、奥野 真理¹、山田 友世¹、
 黒上 貴史¹、白根 尚文¹、鈴木 直之¹、京田 有介²、渡邊 昌也²、鈴木 誠³、
 室 博之³

28 心窩部痛で発症し内視鏡的切除により症状の消失が認められた胃ポリープの 1 例

藤田保健衛生大学 消化管内科

○市川裕一郎、柴田 知行、河村 知彦、中井 遙、大森 崇史、城代 康貴、
 生野 浩和、小村 成臣、米村 穰、釜谷 明美、大久保正明、丸山 尚子、
 鎌野 俊彰、石塚 隆充、中川 義仁、長坂 光夫、平田 一郎

29 内視鏡的に整復し得た胃軸捻転症の 1 例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○稲垣 佑祐、足立 和規、山川 慶洋、平野 敦之、河合 宏紀、木村 吉秀、
 土田 研司、妹尾 恭司、勝見 康平

30 腹部症状より下肢紫斑が先行し、全消化管を観察しえた Henoch-Schönlein 紫斑病 (HSP) の 1 例

若手 (専修医)

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

○安江 祐二、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、小林 隆、三好 広尚、
 小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、松浦 弘尚、成田 賢生、鳥井 淑敬、
 森 智子、黒川 雄太、細川千佳生

31 IVR-CT 併用での塞栓術が奏功した胃動静脈奇形様病変の一例

若手 (専修医)

聖隷浜松病院 消化器内科

○海野 修平、室久 剛、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、木全 政晴、
 芳澤 社、舘野 誠、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、
 佐藤 嘉彦

32 十二指腸乳頭部原発腺内分泌細胞癌の1切除例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

³名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○西 鉄生¹、藤井 努¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩³、山田 豪¹、村井 俊文¹、
末永 雅也¹、堀田 佳宏¹、福本 良平¹、小林 大介¹、田中 千恵¹、中山 吾郎¹、
杉本 博行¹、小池 聖彦¹、野本 周嗣¹、藤原 道隆¹、竹田 伸¹、後藤 秀実³、
小寺 泰弘¹

33 内視鏡的十二指腸ステント留置術を施行した十二指腸神経内分泌腫瘍の1例

土岐市立総合病院 内科

○白井 修、吉村 透、下郷 友弥、清水 豊

34 EUS-FNAにて診断し部分切除術を施行した十二指腸水平脚GISTの2例

若手 (専修医)

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○井上 匡央、西江 裕忠、福定 繁紀、加地 謙太、夏目まこと、安部 快紀、
西 祐二、水島 隆史、奥村 文浩、佐野 仁

35 消化管出血を契機に発見、外科的切除にて確定診断を得た十二指腸原発カルチノイド腫瘍の一例

若手 (専修医)

¹JA愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器科、²JA愛知厚生連 豊田厚生病院 外科

○横山 晋也¹、大久保賢治¹、森田 清¹、竹内 淳史¹、金沢 宏信¹、清水 潤一¹、
竹山 友章¹、橋詰 清孝¹、西村 大作¹、片田 直幸¹、久留宮康浩²

36 貧血、タール便、腸重積にて発症した、十二指腸原発炎症性線維性ポリープの一例

若手 (研修医)

静岡県立総合病院 消化器内科

○林 一郎、菊山 正隆、富永 新平、永倉千紗子、奥野 真理、上田 樹、
重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

37 胆道狭窄を伴った十二指腸潰瘍の一例

若手 (専修医)

社会保険中京病院 消化器科

○堀口 徳之、戸川 昭三、杉村 直美、石原 祐史、飛鳥井香紀、高口 裕規、
井上 裕介、長谷川 泉、榊原 健治、大野 智義

38 肝癌治療を契機に HCV-RNA が陰性化した C 型慢性肝炎の 1 例

岐阜県総合医療センター

○若山 孝英、杉原 潤一、清水 省吾、芋瀬 基明、岩田 圭介、大島 靖広、
安藤 暢洋、山内 貴裕、丸田 明範、長谷川恒輔、中村 みき

39 IFN 少量長期療法中にダイナミックなウイルス量の変動が見られた
高齢女性の C 型慢性肝炎の 1 例

若手 (専修医)

愛知県厚生連海南病院 消化器内科

○武藤 久哲、青木 聡典、荒川 直之、久保田 稔、石川 大介、國井 伸、
渡辺 一正、奥村 明彦

40 Sequential biopsy からみた C 型慢性肝炎 IFN 治療 SVR 後の肝発癌の特徴

若手 (専修医)

小牧市民病院 消化器科

○飯田 忠、舘 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、
灰本 耕基、佐藤亜矢子、和田 啓孝

41 自然退縮をきたした肝細胞癌の 1 例

若手 (専修医)

浜松医療センター

○松永英里香、影山富士人、山崎 哲、石田 夏樹、太田 和義、下山 真、
松浦 愛、森 泰希、岩岡 泰志、住吉 信一、高井 哲成、本城裕美子、
吉井 重人、山田 正美

42 腹部 MRI 検査で EOB の取り込みを認めた多血性肝腫瘍の 1 例

¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 磐田市立総合病院 消化器外科

³ 磐田市立総合病院 病理診断科、⁴ 浜松医科大 2 外科

○西垣 信宏¹、笹田 雄三¹、高鳥 真吾¹、伊藤 潤¹、森川 友裕¹、辻 敦¹、
高橋百合美¹、斎田 康彦¹、犬飼 政美¹、落合 秀人²、鈴木 昌八²、谷岡 書彦³、
柴崎 泰⁴、坂口 孝宣⁴

43 正常肝に発生し、B3 肝内胆管狭窄を伴い、肝内胆管癌との鑑別を要した Peribiliary cyst の 1 切除例

¹ 三重大学 肝胆膵・移植外科、² 三重大学 消化器・肝臓内科

○佐藤 梨枝¹、種村 彰洋¹、大澤 一郎¹、岸和田昌之¹、水野 修吾¹、櫻井 洋至¹、
山田 玲子²、井上 宏之²、伊佐地秀司¹

44 多発肝転移をきたした眼球メラノーマの 1 例

若手 (研修医)

静岡県立総合病院 消化器内科

○富永 新平、菊山 正隆、林 一郎、永倉千紗子、奥野 真理、上田 樹、
重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

45 乳癌術後タモキシフェン内服により肝機能の悪化を認めた NASH の一例

若手 (専修医)

藤田保健衛生大学 医学部 肝胆膵内科

○大城 昌史、菅 敏樹、嶋崎 宏明、水野 裕子、中野 卓二、村尾 道人、
新田 佳史、原田 雅生、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎

46 乳癌肝転移の一例

若手 (専修医)

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター

○大塚 裕之、森島 大雅、石川 英樹

- 47 Y. enterocolitica による肝膿瘍の一例
若手（研修医） 静岡市立清水病院 消化器内科
○岩井 貴洋、窪田 裕幸、池田 誉、川崎 真佑、松浦 友春、小池 弘太
- 48 増大傾向を認めた FNH の 1 例
若手（専修医） ¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科
○内田 元太¹、仲島さより¹、井本 正巳¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、坂巻 慶一¹、
松井 健一¹、小林 健一¹、鈴木 敏行¹、伊藤 誠²
- 49 細胆管細胞癌の 1 例
藤田保健衛生大学 肝胆膵内科
○中野 卓二、大城 昌史、菅 敏樹、水野 裕子、嶋崎 宏明、新田 佳史、
村尾 道人、原田 雅生、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎
- 50 急速に増大した肉腫様肝癌の 1 例
若手（研修医） 三重県立総合医療センター 消化器内科
○市川 崇、川崎 優也、森谷 勲、田中淳一郎、笠井 智佳、大矢 由美、
井上 英和、伊藤 信康、高瀬幸次郎
- 51 術前に診断し得た混合型肝癌の 1 例
若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科
○廣瀬 崇、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、
松原 浩、竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、芳川 昌功、岡村 正造

9:00 ~ 9:24

小腸①

座長 岐阜赤十字病院 消化器内科 高橋 裕司

52 カプセル内視鏡検査が診断に有用であった広節裂頭条虫症の一例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

○鳥井 淑敬、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、小林 隆、三好 広尚、
小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、松浦 弘尚、成田 賢生、森 智子、
安江 祐二、黒川 雄太、細川千佳生

53 小腸カプセル内視鏡における小腸通過時間と加齢性変化についての検討

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○名倉明日香¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、水谷 太郎¹、山村 健史¹、石原 誠¹、
山田 弘志¹、船坂 好平²、大野栄三郎²、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、
廣岡 芳樹²、前田 修¹、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

54 鉄欠乏性貧血が発見契機となり、術前にカプセル内視鏡とダブルバルーン小腸内視鏡にて指摘しえた回腸カルチノイドの1例

¹岐阜大学 医学部 消化器病態学、²犬山中央病院 消化器内科

³犬山中央病院 外科

○井深 貴士¹、荒木 寛司¹、小澤 範高¹、小原 功輝¹、中西 孝之¹、永野 淳二¹、
久保田全哉¹、小野木章人¹、建部 英春²、白木 亮¹、今尾 祥子¹、清水 雅仁¹、
伊藤 弘康¹、森脇 久隆¹、日下部光彦³

55 特発性自己免疫性好中球減少症を合併した単純性潰瘍の一例

若手（専修医）¹ 浜松医科大学 第一内科、² 分子診断学、³ 臨床研究管理センター、⁴ 光学医療診療部

○加藤 雅一¹、谷 伸也¹、金子 雅直¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、佐原 秀¹、
大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、山出美穂子¹、高柳 泰宏¹、岩泉 守哉¹、
栗山 茂¹、山田 貴教¹、杉本 光繁¹、大澤 恵⁴、杉本 建¹、金岡 繁²、
古田 隆久³

56 術中内視鏡で確定診断できず小腸部分切除術を実施した小腸アニサキス症の1例

¹ 名古屋共立病院 消化器化学療法科、² 名古屋共立病院 消化器内科
³ 名古屋共立病院 外科

○栗本 拓也¹、矢野 雅彦²、寺下 幸夫³、森 洋一郎³

57 門脈ガス血症で発症した消化管アミロイドーシスの1例

若手（研修医） 犬山中央病院 消化器内科

○増田 達郎、建部 英春、中島 崇太、寺倉 陽一、中江 治道

58 膀胱背側に膿瘍を形成した直腸癌の1例

¹木沢記念病院 消化器科、²木沢記念病院 総合診療科、³木沢記念病院 外科
⁴木沢記念病院 病理診断科

○足達 広和¹、杉山 誠治²、吉田 健作²、中川 貴之¹、安田 陽一¹、杉山 宏¹、
坂下 文夫³、尾関 豊³、松永 研吾⁴

59 直腸 MALT リンパ腫の1例

名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学

○濱野 真吾、城 卓志、片岡 洋望、神谷 武、谷田 諭史、森 義徳、
溝下 勤、海老 正秀、尾関 啓司、塚本 宏延、田中 守、西脇 裕高、
片野 敬仁、林 則之

60 S状結腸癌に併存した虫垂粘液嚢胞腺腫の一例

国家公務員共済組合連合会東海病院内科

○戸田 崇之、丸田 真也、北村 雅一、三宅 忍幸、加藤 亨、濱宇津吉隆

61 当院における大腸内視鏡 ESD 後の手術症例の検討

若手 (専修医)

¹岐阜大学大学院 腫瘍外科学、²岐阜大学大学院 消化器病態学

○加納 寛悠¹、棚橋 利行¹、高橋 孝夫¹、野中 健一¹、松橋 延壽¹、館 正仁¹、
櫻谷 卓司¹、今井 寿¹、佐々木義之¹、田中 善宏¹、奥村 直樹¹、山口 和也¹、
長田 真二¹、荒木 寛司²、森脇 久隆²、吉田 和弘¹

62 成人の特発性腸重積に対し徒手整復のみで軽快しえた一例

若手 (研修医)

¹済生会松阪総合病院 内科、²済生会松阪総合病院 外科

○竹下 敦郎¹、三吉 彩子¹、鈴木 康夫¹、福家 洋之¹、青木 雅俊¹、河俣 浩之¹、
橋本 章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、市川 健²、長沼 達史²、中島 啓吾¹

63 急性大動脈解離発症後、壊死性虚血性大腸炎を来した一例

若手 (研修医)

静岡県立総合病院 消化器内科

○藤井 温子、菊山 正隆、永倉千紗子、上田 樹、奥野 真理、重友 美紀、
山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

64 緊急手術を行い救命し得た壊死型虚血性腸炎の1例

¹順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、²外科○金光 芳生¹、平野 克治¹、甘楽 裕徳¹、佐藤 俊輔¹、成田 諭隆¹、菊池 哲¹、
玄田 拓哉¹、飯島 克順¹、杉本 起一²、伊藤 智彰²、佐藤 浩一²、市田 隆文¹

65 潰瘍性大腸炎治療中に急性膵炎を合併した症例

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

○松下 正伸、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、氏原 正樹、
平山 裕、森瀬 和宏、前田 啓子、船坂 好平、中村 正直、宮原 良二、
大宮 直木、後藤 秀実

66 インフリキシマブ (IFX) が著効した重症潰瘍性大腸炎の一例

名古屋市立東部医療センター 消化器内科

○北川 美香、伊藤 恵介、浅野 剛、川村百合加、西牧 亜奈、田中 義人、
長谷川千尋、川合 孝

67 特発性腸間膜静脈硬化症の1例

若手 (専修医)

名古屋市立東部医療センター 消化器内科

○浅野 剛、田中 義人、川村百合加、北川 美香、西牧 亜奈、伊藤 恵介、
長谷川千尋、川合 孝

68 広範な腹膜播種を呈し、イマチニブ投与後に腫瘍崩壊症候群を来した GIST の 1 例

¹ 市立伊東市民病院 内科、² 福岡大学 医学部病理学講座○寺田 修三¹、松山 泰¹、小野田圭佑¹、二村 聡²、川合 耕治¹

69 外科的切除で脾悪性リンパ腫と診断できた一例

若手 (研修医)

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、² 静岡県立総合病院 消化器外科³ 静岡県立総合病院 血液内科○藤井 温子¹、菊山 正隆¹、大場 範行²、青野 麻希³、西岡裕次郎²、野村 明芳²、永倉千紗子¹、上田 樹¹、奥野 真理¹、重友 美紀¹、山田 友世¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、鈴木 直之¹

70 エンテカビル投与中の B 型慢性肝炎に発症した脾原発悪性リンパ腫の 1 例

若手 (研修医)

安城更生病院 消化器内科

○東堀 諒、三浦眞之祐、脇田 重徳、宮本 康雄、鈴木 悠土、小屋 敏也、市川 雄平、岡田 昭久、馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

71 副腎皮質ホルモンが奏効した Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) の一例

¹ 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、² 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部³ 愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部、⁴ 半田市立半田病院 消化器内科○石原 健二¹、田中 努¹、田近 正洋¹、近藤 真也¹、水野 信匡²、原 和生²、肱岡 範²、今岡 大²、永塩 美邦²、長谷川俊之²、大林 友彦²、品川 秋秀²、坂口 将文²、関根 匡成²、吉澤 尚彦²、谷田部 恭³、廣崎 拓也⁴、大塚 泰郎⁴、丹羽 康正¹、山雄 健次²

- 72 自然還納を認めた閉鎖孔ヘルニアの2例
若手（専修医） 済生会松阪総合病院
○市川 健、澁澤 麻衣、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰、長沼 達史
- 73 当科における癌性腹水に対するCARTの有効性
JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○松下 直哉、白井 直人、西野 眞史、高垣 航輔、竹内 靖雄、梶村 昌良
- 74 血管内コイル塞栓術にて止血し得た特発性大網出血の一例
若手（専修医） 岐阜市民病院 消化器内科
○加藤 潤一、高木 結衣、入谷 壮一、黒部 拓也、渡部 直樹、中島 賢憲、
鈴木 祐介、小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、
西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一
- 75 正中弓状靭帯症候群を伴って後上臍十二指腸動脈瘤破裂をきたし動脈塞栓術で
若手（専修医） 治癒した1例
岐阜市民病院 第二内科
○黒部 拓也、高木 結衣、加藤 潤一、入谷 壮一、渡部 直樹、中島 賢憲、
鈴木 祐介、小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、
西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一
- 76 関節炎症状が先行したエルシニア腸炎の1例
若手（専修医） ¹岐阜赤十字病院 消化器内科、²岐阜赤十字病院 放射線科
○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、宮崎 恒起¹、松下 知路¹、伊藤陽一郎¹、名倉 一夫¹、
後藤 裕夫²

77 化学放射線療法中に意識障害を伴う高アンモニア血症を来した食道癌の1例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○吉峰 崇、澤木 明、野尻 優、大脇 俊宏、青木 美帆、岩崎 弘靖、
野村 智史、金本 高明、日下部篤宣、蟹江 浩、坂 哲臣、山田 智則、
林 克己、折戸 悦朗

78 食道粘膜下腫瘍上の早期癌が疑われた三例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○横山 敬史¹、宮原 良二¹、船坂 好平²、古川 和宏¹、水谷 太郎¹、鶴留 一誠¹、
平山 裕¹、山本富美子¹、松崎 一平¹、松下 正伸¹、中村 正直¹、大野栄三郎²、
川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、大宮 直木¹、廣岡 芳樹²、前田 修¹、渡辺 修¹、
安藤 貴文¹、後藤 秀実^{1,2}

79 前立腺癌の食道転移の1例

若手 (専修医)

¹浜松医科大学 医学部 第一内科、²浜松医科大学 分子診断学

³浜松医科大学附属病院 救急部

⁴浜松医科大学 臨床研究センター、⁵浜松医科大学 光学診療部

○金子 雅直¹、山田 貴教¹、加藤 雅一¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、
佐原 秀¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、高柳 泰宏¹、岩泉 守哉²、
栗山 茂³、古田 隆久⁴、大澤 恵⁵、杉本 健¹

- 80 左気管支閉塞をきたした食道癌の QOL を劇的に改善した 1 例
若手 (専修医) 岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科
- 館 正仁、田中 善宏、加納 寛悠、桜谷 卓司、棚橋 利行、佐々木義之、
今井 寿、名和 正人、松橋 延壽、奥村 直樹、野中 健一、長瀬 通隆、
高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、二村 学、吉田 和弘
- 81 GERD による食道狭窄に対し食道下部切除を施行し、
経口摂取可能となり認知症状が改善された一例
¹名古屋大学消化器外科、²名古屋大学老年科
- 丹羽由紀子¹、小池 聖彦¹、柳川まどか²、松下 英信¹、神野 敏美¹、小林 大介¹、
田中 千恵¹、中山 吾郎¹、藤原 道隆¹、小寺 泰弘¹
- 82 肝硬変、慢性腎不全合併の胃癌食道癌患者に対し 2 期分割手術を行い安全に切
除しえた 1 例
¹名古屋大学大学院 腫瘍外科、²名古屋大学大学院 形成外科
- 平田 明裕¹、深谷 昌秀¹、板津 慶太¹、臼井 弘明¹、江畑 智希¹、横山 幸浩¹、
國料 敏男¹、角田 伸行¹、伊神 剛¹、菅原 元¹、上原 圭介¹、吉岡裕一郎¹、
亀井 譲²、椰野 正人¹

第5会場 展示室 211

9:00 ~ 9:32

胆①

座長 静岡県立総合病院 消化器内科 菊山 正隆

83 胆管断端神経腫の一切除例

若手 (研修医)

豊橋市民病院 消化器内科

○木下 雄貴、松原 浩、浦野 文博、内藤 岳人、藤田 基和、山田 雅弘、
北畠 秀介、山本 英子、樋口 俊哉、田中 浩敬、田中 卓、廣瀬 崇、
岡村 正造

84 門脈再建術後の吻合部出血に対して門脈ステントにより止血を試みた一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○白根 尚文、菊山 正隆

85 中等症胆管炎に対する内視鏡的ドレナージ時期に関する検証

若手 (専修医)

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○野尻 優、坂 哲臣、大脇 俊宏、吉峰 崇、青木 美帆、岩崎 弘靖、
金本 高明、野村 智史、日下部篤宣、蟹江 浩、山田 智則、林 克巳、
折戸 悦朗

86 EUS 下ランデブー法が深部胆管挿管獲得に有用であった十二指腸乳頭部癌の1例

岐阜大学医学部附属病院 第1内科

○上村 真也、安田 一郎、岩下 拓司、土井 晋平、馬淵 正敏、森脇 久隆

87 IgE 高値、好酸球増多を呈した良性胆道狭窄の一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○奥野 真理、菊山 正隆、永倉千紗子、上田 樹、重友 美紀、山田 友世、
黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

88 腹腔鏡下胆嚢摘出術後、長期経過して合併したクリップ迷入による総胆管結石と遅発性胆汁瘻の1例

若手（専修医）

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科

○野村 翔子、長屋 寿彦、菊池 正和、吉田 正樹、藤本 正夫、山瀬 裕彦

89 FDG-PET 検査を契機に診断された胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）の1例

¹三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科²三重大学医学部附属病院 肝胆膵移植外科○野尻圭一郎¹、井上 宏之¹、山田 玲子¹、稲垣 悠二¹、為田 雅彦¹、二宮 克仁¹、
田野 俊介¹、濱田 康彦¹、葛原 正樹¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之¹、伊佐地秀司²

90 胆嚢捻転症の一例

若手（研修医）

¹済生会松阪総合病院 内科、²済生会松阪総合病院 外科○加藤 誉史¹、三吉 彩子¹、鈴木 康夫¹、青木 雅俊¹、福家 洋之¹、河俣 浩之¹、
橋本 章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、中島 啓吾¹、河埜 道夫²、長沼 達史²

一般演題 抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

1 右腎癌術後 18 年目に発見された腎癌孤立性膵転移の 1 例

市立伊勢総合病院 外科
 ○武内泰司郎、出崎 良輔、野田 直哉、伊藤 史人

症例は 79 歳男性。61 歳時に右腎癌にて右腎摘出術 (pT2bN0M0 StageII)、63 歳時に S 状結腸癌、胆嚢結石、骨髄異形成症候群にて S 状結腸切除術 (S,Isp,10x7mm,SM,N0,H0P0M0 StageI)、胆嚢摘出術、脾臓摘出術、64 歳時に吻合部再発にて低位前方切除術を受けている。食欲不振のため、近医にて上部消化管内視鏡検査が行われた。胃体部後壁に壁外からの圧排所見を認め、精査加療目的に当院に紹介となった。腹部超音波検査にて膵体部に 4.7x5.2x4.8cm 大の不整形で、内部エコーが不均一な腫瘤を認めた。腹部造影 CT 検査にて膵体部に、径 5cm 大で早期に造影効果を伴う球形の腫瘤を認めた。中心部には一部液状成分を認めた。また膵尾部には 3cm 大の IPMN を疑う嚢胞性病変を認めた。主膵管の拡張は認めなかった。造影 MRI 検査では膵体部の腫瘤は T1WI で低信号、T2WI で高信号を示し、造影効果を伴っていた。中心部には T2WI にて高輝度、造影されぬ液状成分を認めた。膵尾部には 2.9cm 大の IPMN を疑う嚢胞集塊像を認めたが、内部に壁在結節は認めなかった。PET-CT では膵体部腫瘤に一致して淡い集積 (SUV2.8) を認めたが、他部位に集積を認めなかった。転移性膵腫瘍または膵内分岐膵癌の診断で膵尾部切除術を施行した。摘出標本では 4.9x4.5x3.1cm 大の線維性被膜に覆われた境界明瞭な腫瘤で中心部には壊死を伴っており、病理組織学的には淡明細胞癌の増生を認め腎癌の膵転移と診断された。また尾部の嚢胞性病変は拡張した嚢胞に浸潤性増生を伴う高円柱状上皮を認め IPMA と診断された。腎細胞癌は、肺・骨などに転移を来しやすく、膵臓への転移は比較的小さい。腎癌転移巣に対する治療法として、全身状態が良好で転移巣が切除可能な場合、転移巣に対する外科的治療は生存期間の延長が期待される。今回、比較的小さい腎癌孤立性膵転移症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

3 膵腺扁平上皮癌の 1 例

西美濃厚生病院 内科
 ○高田 淳、岩下 雅秀、田上 真、高橋 浩子、畠山 啓朗、林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二

症例は 86 歳女性。認知症、廃用症候群にてグループホーム入所中であつた。平成 24 年 2 月頃より上腹部皮下腫瘤認め、たびたび腹痛を訴えるようになった。6 月に入り、摂食量低下してきたため、当科受診。腹部単純 CT・US にて膵体部に充実部と嚢胞部が混在する 7x6x70mm 大の腫瘤を認め、その尾側には体部～尾部にかけて 1.5～5cm 大の、隔壁様構造によって区切られた多房性嚢胞を認めた。腹水も少量みられた。全身状態不良で血液検査結果も不良であったため、入院精査加療となった。入院時、全身に浮腫を認め、上腹部は膵腫瘍により膨隆しており、同部に圧痛を認めた。血液検査では、腫瘍マーカーは CEA 69.0ng/ml、CA19-9 3561.4U/ml と高値であった。SCC も 24.6ng/ml と高値であった。腹部造影 CT では、膵腫瘍充実部辺縁は濃染し、内部は不均一に軽度の造影効果を認めた。腹腔動脈と上腸間膜動脈、上腸間膜静脈はいずれも腫瘤より高度に圧排偏位していたが、腫瘤の浸潤は明らかでなかった。MRCP では主膵管は描出されず、ERCP でも主膵管は頭部で途絶していた。EUS では、体表からの US 同様の所見を認め、診断目的に膵体部の充実部より EUS-FNA を施行。腫瘍は通常型の膵癌と異なり、軟らかい印象で容易に穿刺可能であった。また、穿刺後、腫瘍内は出血とみられる高エコー域が広がり、造影 CT の所見と併せ、比較的多血性の腫瘍である可能性が示唆された。同時に嚢胞部も穿刺し、嚢胞内容液を吸引したところ、嚢胞は漿液性であった。充実部の病理組織診にて腺扁平上皮癌との診断であり、膵腺扁平上皮癌と診断した。しかし、全身状態不良で、高齢であったこともあり、積極的治療が行える状態ではなかった。第 15 病日、突然の嘔吐後に心肺停止となり、永眠された。本症例は、嚢胞部の画像所見と FNA にて嚢胞内容液が漿液であったことから膵漿液性嚢胞性腫瘍 (serous cystic neoplasm; SCN) の type 2b (pure macrocystic type) ではないかと推察され、SCN に膵癌が合併した可能性が考えられた。膵腺扁平上皮癌は稀であり、さらに、SCN の悪性例の報告も稀であるため、文献的考察を加え、画像を供覧する。

2 大腸癌術後膵転移の 2 例

静岡県立総合病院
 ○奥野 真理、菊山 正隆、永倉千紗子、上田 樹、重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

症例 1: 60 歳代男性。2001 年 6 月上行結腸癌に対し右半結腸切除術を施行。その後 2007 年 2 月 IVC 前面リンパ節転移摘出術、2008 年 3 月、2011 年 4 月に右肺転移切除。2012 年 7 月 PET-CT にて膵頭部腫瘤を指摘された。EUS-FNA にて腺癌細胞を認め、同年 8 月膵頭十二指腸切除術を施行した。最終病理診断は中分化型腺癌であり、先回の大腸癌の組織像との間に高い類似性を認めたため転移と判断した。症例 2: 70 歳代男性。2005 年 4 月 S 状結腸癌、直腸癌切除術施行。2010 年右肺転移切除、2011 年 9 月造影 CT にて多発肺腫瘍、膵腫瘍、肝腫瘍を指摘。原発巣評価のために膵腫瘍に対し EUS-FNA を施行したところ腺癌を認め、免疫染色の結果 CK19 (+)、CK20 (+)、CK7 (-) であり直腸癌の転移と考えられた。肝腫瘍に対し経皮的針生検を施行し直腸癌転移と診断されたため、化学療法を開始した。大腸癌の代表的な遠隔転移臓器は肝臓であり、膵転移は比較的小さいとされる。診断に関しては原発性膵癌との鑑別が重要となる。両者ともに単純 CT で iso ~ low、造影 CT で low density area として描出されることが多いが、造影後期相におけるわずかな造影効果や、EUS における内部の腺管構造等の所見は原発性膵癌に特徴的と言える。今回経験した大腸癌術後膵転移の 2 症例はいずれもそれらの特徴的な画像所見を呈したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

4 直腸癌に併存した SCN の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
 ○森島 大雅、大塚 裕之、石川 英樹

症例は 64 歳、女性。排便時の肛門痛があり近医を受診し、肛門鏡にて腫瘍を認めた為、精査加療目的に当院紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査では直腸 Rb にほぼ全周性の中心が陥凹した隆起性病変を認め、生検にて well differentiated adenocarcinoma と診断した。注腸検査では直腸 Rb に立ち上がり急峻な中心に陥凹を認める隆起性病変あり、側面像では台形状変形を認めた。病期診断の為に施行した腹部超音波検査にて、膵頭部に 47mm 大の多房性嚢胞性病変を認めた。Sonazoid 造影超音波検査では嚢胞性病変にバブルの流入は認めず、また壁在結節や嚢胞壁肥厚も認めなかった (Sonazoid の適応外使用は当院倫理委員会の承認済み)。造影 CT では直腸に 40mm 大の腫瘍を認め、周囲リンパ節腫大、大動脈総腸胃動脈分岐部付近のリンパ節腫大も認めた。膵頭部には中心に石灰化を認める大小混在した多房性嚢胞性病変を認めた。EUS では膵頭部に細かな嚢胞の集簇し、その周囲に比較的大きな嚢胞性病変が連続していた。明らかな壁在結節、壁肥厚部位は認めなかった。上記検査結果より直腸癌、リンパ節転移陽性および、膵漿液性嚢胞性腫瘍 (SCN)、macrocystic type と診断した。直腸癌に対しては当院外科にて腹会陰直腸切除術を施行され、術中所見にて腹膜播種を認め、現在は化学療法 (FOLFOX → FOLFIRI) 施行されている。SCN については診断より半年経過後の造影 CT でも腫瘍の増大傾向は認めていない。これまで IPMN 症例には他臓器癌の合併が報告されているが、SCN に他臓器癌が合併する報告は、医学中央雑誌にて 1983-2012 年の期間で「漿液性嚢胞性腫瘍」「他臓器癌」のキーワードで検索するが報告を認めなかった。今回我々は直腸癌に併存した SCN の一例を経験したので報告する。

5 診断に難渋した IPMC の一例

医療法人 山下病院

○富永雄一郎、富田 誠、小田 雄一、服部 昌志、磯部 祥、
広瀬 健、服部外志之、中澤 三郎

症例は 75 歳男性。上腹部痛を主訴に近医を受診、精査目的に当院を紹介された。腹部超音波検査にて、膵鉤部に 40mm×33mm 大で、一部高エコー領域が散在する低エコー腫瘤を認めた。上部消化管内視鏡検査では、主乳頭開口部は開大し新鮮血の流出を認め、主乳頭近傍に壁外圧排所見も認めた。膵 DynamicCT 検査では、動脈相で正常膵実質部に比べ若干弱いものの腫瘤内に造影効果を認めた。門脈相、平衡相では正常膵実質部より造影効果は弱く、腫瘤周囲を正常膵実質が取り囲む様に観察された。また、全時相を通じて腫瘤中心部に Y 字様に造影効果を有しない部位を認めた。腫瘤の尾側主膵管は約 10mm に不整拡張していたが、分枝の拡張は同定できなかった。Sonazoid を用いた造影超音波検査では、早期相で高輝度、門脈相で低輝度、実質相では内部に一部造影効果を認めない部位が散在して観察された。中心部に造影効果を認めない不整形を有し、腫瘤は全体的に造影効果を認め、造影超音波検査で腫瘤内部に Capture mode (最大輝度値を保持する描出法) で、微小嚢胞と思われる低エコー領域を認めたことなど、主膵管の高度拡張を伴う点で IPMN と鑑別が困難であったが、SCN solid type を考慮した。乳頭からの出血が持続することより、本人、家族に十分な IC を実施し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を実施した。病理結果は intraductal papillary-mucinous carcinoma, invasive, INFP, Jy1, v0, ne0, βmpd (+), pT3、膵管内に乳頭状に増殖する膵管内粘液性腺癌の像が 70% 程度を占めるが、30% は細かい胞巣を形成して浸潤増殖する比較的低下分化な浸潤癌であった。今回我々は診断に難渋した巨大 IPMC を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

6 全身浮腫、腹水貯留を契機に膵 IPMN と診断され、膵全摘術を施行した 1 例

¹ 富士市立中央病院 外科、² 東京慈恵会医科大学 外科学講座
 ○原 圭吾¹、竹下 賢司¹、黒河内喬範¹、熊谷 祐¹、石山 守¹、
 共田 光裕¹、坂本 太郎¹、谷島雄一郎¹、小山 友己¹、良元 和久¹、
 梶本 徹也¹、柏木 秀幸¹

症例は 78 歳男性。全身浮腫を主訴に前医を受診。CT で腹水貯留を指摘され当院内科紹介受診。造影 CT で膵 IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) が疑われ精査目的で入院となった。利尿剤で腹水はほぼ消失したが、CEA 40.6ng/ml と高値であったため悪性腫瘍を疑われ当科依頼。腹水、膵液の細胞診は class1、膵管からの生検は IPMA with moderate atypia の診断であった。膵頭部から膵尾部までの著明な主膵管の拡張が認められ、腫瘍の局在が明らかではなかったため膵全摘術を施行した。術中所見として、門脈と腫瘍の癒着が強くあり悪性が示唆される所見であった。術後 CEA は 8.4ng/ml と低下した。術後経過は良好で軽快退院となった。病理診断としては、一部に悪性化を伴う IPMA で、病変は膵頭部が主体で膵体部にかけての膵管内進展を認めた。CEA 免疫染色では IPMA に強い染色性を示したが、悪性化を認めた組織では染色性に乏しかった。膵 IPMN においては、IPMA より IPMC の方が腫瘍マーカー高値を示すことが多いと報告されている。本症例の臨床経過、病理組織像について文献的考察を加えて報告する。

8 胆嚢癌に対し肝拡大右葉尾状葉切除、下部胆管癌に対し膵頭十二指腸切除術を施行後の残膵体尾部癌に対し残膵全摘術を施行した 1 例

名古屋大学大学院 腫瘍外科
 ○水谷 哲之、菅原 元、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、
 角田 信行、伊神 剛、深谷 昌秀、上原 圭介、板津 慶太、
 吉岡裕一郎、榎野 正人

症例は 66 歳男性。検診 US にて異常を指摘され、精査加療目的で当科紹介となる。MDCT で、胆嚢頸部に腫瘍の主坐が存在し総胆管、門脈を圧排、さらに十二指腸下行脚、結腸肝彎曲と接し圧排していた。2010 年 11 月に肝拡大右葉尾状葉切除、肝外胆管切除再建、門脈合併切除再建、十二指腸下行脚漿状切除、右結腸切除を施行した。経過は良好で術後 29 日目に退院となった。病理診断は胆嚢癌：Gnb、乳頭型、Tubular adenocarcinoma, moderately differentiated, ss、s (-)、pHinf1a、pBinf0、pPV0、pA0、pN0、pBM0、pHM0、pEM0、int、INFb、ly0、v0、pn0 であった。術後補助化学療法は施行せず、経過観察中の術後 6 か月の CT にて下部胆管内に乳頭状の腫瘍を認め、精査にて残存膵内胆管の胆管癌と診断。2011 年 5 月に膵頭十二指腸切除術を施行、胆管空腸吻合の挙上空腸は温存、再建は胃空腸吻合の肛門側の空腸を再度挙上し、Double Roux-en Y にて空腸腸吻合を行った。経過は良好で術後 19 日目に退院となった。病理診断は胆管癌：Papillary adenocarcinoma、Bi、m、s (-)、pPanc0、pPV0、pA0、pHM0、pDM0、pEM0、ly0、v0、pn0 であった。膵頭十二指腸切除術後 1 年の CT にて残膵の腫大と一部嚢胞状となった領域を認めた。EUS-FNAB にて膵癌と診断。2012 年 7 月、残膵全摘、膵摘術を施行した。経過は良好で術後 21 日目に退院となった。病理診断は膵癌：Intraductal papillary-mucinous adenocarcinoma, minimally invasion, ly0, v0, ne0, mpd (+), pT1, pN (+) pDPM (-) であった。3 度の異なる肝胆膵領域の癌に対し根治切除を行い、いずれも良好な転帰をたどった。若干の考察を加え供覧する。

7 術前補助化学放射線療法で切除可能となった borderline resectable 膵癌の 1 例

¹ 愛知県がんセンター 中央病院 消化器内科、
² 愛知県がんセンター 中央病院 内視鏡部、
³ 愛知県がんセンター 中央病院 消化器外科、
⁴ 愛知県がんセンター 中央病院 遺伝子病理診断部
 ○坂口 将文¹、脇岡 範¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、今岡 大¹、
 田近 正洋²、近藤 真也²、田中 努²、永塩 美邦¹、長谷川俊之¹、
 大林 友彦¹、品川 秋秀¹、丹根 匡成¹、石原 健二¹、吉澤 尚彦¹、
 清水 泰博³、谷田部 恭¹、月野 康正²、山根 健次¹

【症例】67 歳、男性。既往として 5 年前から糖尿病がある。尿の濃染を自覚し近医受診、腹部 CT・腹部 MRI にて膵鉤部癌が疑われ、精査加療目的に当科を受診した。EUS で膵鉤部に 21mm 大の腫瘍を認め、SMA への浸潤および #17b リンパ節転移が疑われた。EUS-FNA にて腺癌を認め、膵鉤部癌 (cT4N1M0: cStage4a) と診断した。CT 所見からは SMA へ 180 度以下で浸潤しており、当院外科と協議し borderline resectable と判断した。患者には切除は可能ではあるものの、病巣の遺残の可能性あることを説明し、R0 手術を目指した術前治療も選択肢の一つと説明したところ、化学放射線療法を希望された。閉塞性黄疸に対して EBD にて減黄を行った後、化学放射線療法として TS-1 (TS-1 120mg/日：放射線照射日のみ内服) および放射線治療 (1.8Gy/回 総線量 50.4Gy/28 回) を行い、放射線治療終了後は TS-1 120mg/日 (Day1-14, 21 日毎) を引き続き投与した。化学放射線療法に伴う有害事象として、下痢 (G1)、食欲不振 (G2)、悪心 (G2)、手足症候群 (G1) が認められた。化学放射線療法後の腹部 CT で原発巣は縮小し、SMA 浸潤部の軟部影も減少し、さらに FDG-PET でその他の臓器に転移は認めなかった。また、腫瘍マーカーも DUPAN-2 が 77U/mL から 76U/mL へ減少していたため手術適応ありと判断し、放射線治療開始後 16 週目に膵頭十二指腸切除術および 2 群リンパ節廓清を行った。切除標本の病理学的検索では、腫瘍はほぼ膵内に留まり切除断端はいずれも陰性、さらに動脈周囲神経叢は線維化のみで、癌細胞は認められなかった。リンパ節転移は、切除膵に接着していたリンパ節のみ陽性であった。術前補助化学放射線療法の治療効果としては Grade2 と判断した。最終的に ypT3N1M0, ypStage2B と診断した。術後 3 か月経過した現在、術後補助化学療法としてゲムシタビン単剤療法を行っている。【まとめ】術前補助化学放射線療法を行い、治癒切除が得られた borderline resectable 膵癌の 1 例を経験した。

9 外科切除を行った肝転移を伴う高分化型膵内分泌癌の症例

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、² 静岡県立総合病院 外科、
³ 静岡県立総合病院 病理診断科
 ○重友 美紀¹、菊山 正隆¹、永倉千紗子¹、上田 樹¹、奥野 真理¹、
 山田 友世¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、鈴木 直之¹、伊関 丈治²、
 新井 一守³

【症例】61 歳男性 [主訴] 血痰 [現病歴] 血痰を主訴に近医で実施した CT で膵体尾部腫瘍を認め紹介となった。[既往歴] 特記事項なし [身体所見] 特記事項なし [検査結果] 腹部超音波検査にて膵体尾部に 35 mm の低エコー腫瘍を認め、腹部ダイナミック CT では体尾部に突出する 67 mm の分葉状腫瘍で早期相から不均一に濃染し一部は石灰化していた。MRI では T1 強調画像で低信号、T2 強調画像 (diffusion で高信号) の腫瘍として描出された。また、CTMRI、腹部超音波検査とも肝に多発する腫瘍性病変 (8 個) を認めた。膵内分泌腫瘍、腺房細胞癌を考慮し、EUS 下穿刺を実施したところ、神経内分泌腫瘍 (CD 56+synapthophysin+chromograninA+NSE+) の結果であった。肝転移を認めていたが、肉眼的に切除し得れば長期生存が期待できると考え、外科切除を実施した。膵体尾部切除に加えて、脾臓・胆嚢摘出術、また肉眼的に確認し得る肝転移巣の切除を実施した。術後病理は高分化型の膵神経内分泌癌で肝腫瘍については 8 個中 4 個で組織学的に転移巣と確認された (残り 4 個中 2 個は血管腫、2 個は腫瘍を確認できなかった)。術後半年経過した現在明らかな再発なく経過している。[結語] 多発肝転移を伴う膵内分泌腫瘍の切除症例を経験したので報告した。膵内分泌癌については現在確立された化学療法はなく、転移巣を認めても切除可能であれば外科治療を行うことで長期予後が見込めると言われている。

10 肺扁平上皮癌脾転移の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
○加藤 裕真、大塚 裕之、森島 大雅、石川 英樹

【症例】71歳 男性【主訴】胸部レントゲン・胸部CTにて右下葉異常陰影の指摘【既往歴】特記すべきことなし【家族歴】特記すべきことなし【生活歴】喫煙：10本/日（44年間喫煙 64歳にて禁煙）【現病歴】2012年5月、近医を受診。胸部レントゲン・胸部CTにて右下葉異常陰影を指摘され、当院呼吸器内科を紹介受診された。胸部CTにて空洞形成を伴う右下葉腫瘍・右肺門、縦隔リンパ節の腫大が認められた。腫瘍マーカーはSCC16.3 シフラ21 29 pro GRP 69 CEA6.7と上昇を認めるがCA19-9は17.4と正常範囲内であった。2012年5月、気管支鏡検査で扁平上皮癌と診断された。転移巣の全身検索の目的に2012年6月FDG-PET検査では脾体部、右下葉、右縦隔にFDGの集積を認めた。腹部超音波検査では、脾体部に辺縁不整な低エコー腫瘍を認め、造影CT検査では脾体部に37x30mmでやや造影される辺縁不整な腫瘍を認めた。ソナゾイド（当院のIRBで承認済み）による造影超音波検査では、動脈相で濃染あり平衡相では等エコーとなった。EUSでは、比較的辺縁整、境界明瞭な低エコー腫瘍として描出され、尾側脾管の拡張も認めなかった。ERCPでは体部主脾管でなめらかな狭窄を認めた。確定診断を得るため、EUS-FNAを施行した結果、SCCであり肺扁平上皮癌の脾転移と診断した。（cT2bN2M1 stageIV）肺癌脾転移は小細胞癌の報告が散見され、全身転移の一部としてみつかることが多く、手術適応となることが少ない。現在、全身化学療法（CBDCa + TS-1）を施行している。肺扁平上皮癌の脾転移は医学中央雑誌およびJMEDPlusで検索したところ過去10年間で本邦3例目であり稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

12 術前FDG-PETで高集積を呈した
脾solid pseudopapillary tumorの1例

名古屋セントラル病院 消化器内科
○山田 弘武、川島 靖浩、安藤 伸浩、佐藤 寛之、真鍋 孔透、小宮山琢真

【症例】53歳女性。健診の腰椎Xp検査で、左上腹部に石灰化を伴う腫瘍を指摘され、精査目的で紹介された。症状、理学的所見は特になく、尿検査、血液検査結果に異常なく、各種腫瘍マーカーも正常であった。腹部CTで脾尾部に12cm大の辺縁、隔壁に石灰化を有する分葉状の腫瘍を認め、内部はiso-low吸収域、不均一で、尾側より不均一な造影効果を認めた。MRIでは10cm大で、尾側よりT1low T2iso-highでGd造影で増強効果を認めた。腫瘍の頭側ではT1,T2ともにlow-high不均一でGd造影で増強効果を認めなかった。腹部超音波では脾尾部にASを伴う10cm大のSOLを認めた。超音波内視鏡では脾尾部に連続したASを伴う腫瘍と尾側にhigh-low混在する不均一な45mm大の腫瘍を認めた。PET-CTでは腫瘍の尾側よりFDG集積を認めた。solid pseudopapillary tumor (SPT)と考へ、脾合併脾体尾部切除を施行した。病理組織学的検査で、腫瘍は石灰化を伴う壁を有する陳旧化した血性内容を有するのう胞状病変と充実性腫瘍から成り立ち、充実性部分は、腺房細胞に類似する上皮様細胞の胞巣状、乳頭状造生を認め、SPTと診断した。【考察】脾SPTは、一般に若年女性に好発する脾上皮性腫瘍であり、ほとんどが良好な経過をたどるが、一部に悪性化の報告もある腫瘍である。画像検査で比較的診断がなされるが、FDG-PETを用いての評価は良悪性度の検討を含めて有用なものとする。今回、若干の文献的考察も含めて報告する。

11 腸閉塞発症後約5か月にわたりQOLを維持できた脾癌の一例

岐阜赤十字病院 消化器内科
○松下 知路、宮崎 恒起、杉江 岳彦、高橋 裕司、伊藤陽一郎、名倉 一夫

【症例】49歳、女性【主訴】食欲不振【既往歴】甲状腺機能低下症、糖尿病【現病歴】H22年8月頃より腹痛、食欲不振、全身倦怠感にて当科紹介受診入院となる。【現症】貧血(-)、黄疸(-)腹部は平坦、軟圧痛(-)臨床経過【入院時、腎前性腎障害、脱水を認めた。また、精査により脾体部癌Stgae4a (T4 DU (+) RP (+) PV (+) , N0, M0と診断した。また、十二指腸浸潤に伴う狭窄を認め、10/8ステント留置を行った。PS1であり、10/11よりGEM+S-1導入した。また、疼痛はオピオイドにてコントロールしていた。11/4腸閉塞を発症、化学療法を中止し、IVH管理、およびオクレオチドにて軽快し、一時退院となった。12/13腸閉塞再発、経鼻イレウス管にて減圧を行った。この時癌性腹膜炎と骨盤腔内での小腸の狭窄を認めた。12/24イレウス管抜去、12/28よりGEM療法再開した。その後、腸閉塞再発の可能性高く、H23/1/11内視鏡的胃瘻増設術施行している。IVH管理であったが、腸閉塞の再発はなく、H23/1/24退院となる。その後2/8腸閉塞再発、胃瘻よりイレウス管挿入し減圧をはかり、退院は出来なかったものの、腸閉塞による症状の緩和は有効であった。敗血症発症し、4月に死亡となる。【考察】近年、脾癌に対する化学療法にてある程度の生存とQOLの改善は得られている、ただし、脾癌浸潤、癌性腹膜炎に伴う腸閉塞は、QOL低下の大きな原因となっている。本症例は、腸閉塞を発症するもオクレオチド投与、経鼻・経胃瘻イレウス管留置等にて、腸閉塞発症後も約4か月のある程度のQOL維持を行うことができた。脾癌の緩和医療に対しては、疼痛コントロールもならず、多角的な処置も有効であると考えられた。

13 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別が困難であった低分化型脾管癌の一例

1 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、
2 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、
3 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学
○林 大樹朗¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、大野栄三郎²、伊藤 裕也¹、中村 陽介²、平松 武¹、杉本 啓之¹、鷲見 肇¹、船坂 好平²、中村 正直¹、宮原 良二¹、大宮 直木¹、藤井 努³、小寺 泰弘³、後藤 秀実^{1,2}

【症例】70歳代、男性。【既往歴】平成10年、早期胃癌にて内視鏡的粘膜切除術施行、平成12年、前立腺癌にて前立腺全摘除術施行。【現病歴】平成24年6月、当院循環器内科入院中に実施した腹部造影CTにて、脾頭下部の腫瘍性病変を指摘され精査となった。腫瘍マーカーは、CEAは基準範囲内、CA19-9は8IU/mlと軽度上昇を認めた。体外式USでは病変の描出は困難であった。単純CTでは病変は脾頭下部に15mm大の低吸収域として描出され、造影CTでは腫瘍辺縁に漸増性の造影効果を認めた。周囲への浸潤傾向は認めず、明らかな転移性病変は認めなかった。EUSでは脾頭下部に16x14mmの、輪郭明瞭かつ整な類円形腫瘍として描出され、側方陰影を伴っていた。内部は不均一な低エコーを呈し、中心に無エコー域が描出された。主脾管との連続性および主脾管拡張は認めなかった。Sonazoid®を用いた造影EUSでは、充実部分に一致して造影効果を認め、Color Doppler Modeでも同部に血流信号を確認した。以上より内部に嚢胞性変化を伴ったSPNと診断し、7月27日、重全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。最終診断は脾管癌 (tubular adenocarcinoma, poorly differentiated, pT3, pCH-, pDU-, pN1, pPCM-, pBCM-, ly2, v1, ne1, fStage3) であった。Sonazoid®の適応外使用は当院IRBの承認および患者へのICのもとで使用している。【まとめ】脾管癌に非典型的な血行動態は腫瘍の組織型によるものと考えた。画像診断にてSPNと鑑別が困難であった脾管癌の一切除例を経験した。

14 両側耳下腺腫脹疼痛を契機に脾外分泌機能低下と考えられる脂肪性軟便が1年間持続した習慣性飲酒の1例

かすみがうら クリニック
○廣藤 秀雄

【症例】56歳、男性（主訴）脂の浮く軟便（2-3行/日）（既往歴）飲酒2合、喫煙5本/日（現病歴）H23年5/7から両側耳下腺の疼痛腫脹が出現したため、5/14耳鼻咽喉科医院を受診。流行性耳下腺炎が疑われた。[ムンプスの既往歴なし、体温37.4度、血清アミラーゼ226 U/L、抗ムンプス抗体（HI）<8倍、CRP 1.81 mg/dL]6行/日の軟便も耳下腺の腫脹・口渇・食欲不振が改善してから2-3行/日となり自然に治ると思って1年間経過をみていた。平成24年5/28、脂の浮く軟便が改善しないため当院を受診された。（理学所見）身長172cm、体重51kg（最高55kg）、血圧134/70、貧血・黄疸なし、表在リンパ節触知せず、胸部所見なし、腹部：圧痛なく軟、肝を触知せず、下肢浮腫なし（臨床検査成績）血清リパーゼ5 U/L、アミラーゼ102 U/L、CRP <0.05 mg/dL、総蛋白7.3 g/dL、ALT 113 U/L、g-GT 28 U/L（臨床経過）2週間の断酒と整腸剤・消化酵素剤により、少しずつ便通が改善して10日間は調子もよく、脂も出なかった。そのあと心窩部が痛めたため、6/11桂枝加芍薬湯2.5gを眠前に追加した。6/25まだ少し便と脂が流れ出ると訴えあり。冬場に乾燥肌、寒さが苦手な体質と、腹診にて才血圧痛（微小循環障害）を認めたことから四物湯3錠（Ku社）朝食前に変方した。その後、脂臭い便臭が改善して本来の匂いに戻った。腹部に違和感はないが、腸が鳴ると訴えた。便通は3行/日。さらに症状が好転することを期待して、整腸剤に加えてパングレリパーゼを開始した。東洋薬は桂枝加芍薬湯に戻し5g分2とした。8/6腹部USを施行。脾臓に所見なく、胆嚢結石を認めた。便通は1-2行/日に改善し、9/3体重が53kgまで増加した。【考察】成人発症の流行性耳下腺炎は小児と異なり治癒が遅れ、また脾炎の合併は4%以下という。本例は他のウイルス感染も否定できない。上腹部痛の訴えはなく3週間の経過で耳下腺炎は治癒したが、脂肪性軟便が1年間持続して体重減少を来した。脾外分泌機能の低下と考えられ、パングレリパーゼ1800 mg/日の補充が有用であった。

16 閉塞性黄疸を発症した groove pancreatitis の1例

¹岐北厚生病院 消化器内科、
²岐阜大学大学院医学系研究科 地域腫瘍学
○奥野 充¹、足立 政治¹、中村 憲昭¹、山内 治¹、齋藤公志郎¹、
安田 一朗²

症例は40代、男性。連日アルコールを摂取していたが2012年3月下旬に心窩部痛を主訴に当科を受診し、血液検査上黄疸を認めた。腹部造影CTにて groove 領域（脾頭部と十二指腸下行脚、総胆管に囲まれた領域）に液体貯留と33x28x24mmの遅延性濃染を伴う腫瘍および脾体部に脾炎像を認め、MRIでも groove 領域にT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示す腫瘍を認め、精査加療目的にて入院となる。内視鏡的逆行性胆道造影では、中～下部胆管にかけて圧排性の狭窄を認めたが狭窄部位の粘膜面は平滑であった。内視鏡的経鼻胆道ドレナージ（ENBD）を施行し、その後、絶食にて腹痛、黄疸は消失した。第5病日のENBD造影では総胆管の狭窄像は消失していたためENBDを中止とした。上部内視鏡検査では、十二指腸に通過障害は認めなかった。その後プロトンポンプ阻害剤、カモスタットメシル酸塩の投与により保存的加療を行ったが、経過良好であり第8病日に退院した。第12病日に施行した腹部造影CTでは脾体部脾炎像は消失し、groove領域の腫瘍も21 x 15 x 19mmに縮小した。脾管の評価のため第19病日に内視鏡的逆行性脾管造影を施行し、Santorini管およびその分枝の狭窄を認め、最終的に groove pancreatitis（以下GP）と診断した。その後も心窩部痛や黄疸は認めず、さらに4か月後のCTでは腫瘍は消失していた。

GPはまれな疾患であり、40～50代の大酒家の男性に多いとされ、腹痛や閉塞性黄疸のほか、十二指腸閉塞を発症した報告が散見される。アルコールやタバコにより、十二指腸のBrunner線の過形成が発生し、副乳頭からの脾液排出を低下させるという説もあるが、いまだ十分には解明されていない。また副脾管に発生した悪性腫瘍が原因となることもあるため、厳重な経過観察が必要と考えられた。

15 経過中に脾石を発生した自己免疫性脾炎の一例

豊橋市民病院 消化器内科
○片岡 邦夫、松原 浩、浦野 文博、内藤 岳人、藤田 基和、
山田 雅弘、北島 秀介、山本 英子、樋口 俊哉、田中 浩歌、
田中 卓、廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造

【症例】60歳代男性【主訴】黄疸【生活歴】喫煙20本/日×40年、飲酒歴ビール500mL×2/日【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】平成18年11月、腹痛、黄疸で当科紹介。血液生化学検査で閉塞性黄疸と胆道系酵素の上昇、腹部造影CTで胆管拡張と脾腫大を認め、精査加療目的で入院となった。腹部超音波検査で脾はソーセージ様に腫大し、血清IgG4は184mg/dLと上昇していた。内視鏡的逆行性胆道脾管造影検査（ERCP）では、分枝脾管に異常を認めなかったが、主脾管は頭部から尾部にかけてびまん性の狭細像を認め、自己免疫性脾炎（AIP）と診断した。胆管は下部胆管から三管合流部にかけて、脾腫大による平滑な圧排狭窄を認めた。胆道ドレナージチューブを挿入し、プレドニゾン（PSL）30mg/日より治療開始した。PSL治療に対する反応は良好で、脾腫大、胆管狭窄は著明に改善。減黄も良好で、チューブ抜去して退院となった。外来でPSL taperingを進め、維持量5mgとして継続通院していた。平成19年1月、上腹部痛、黄疸再燃。腹部CTで肝内胆管拡張を認め再入院となった。ERCPでは狭細型主脾管像とともに、肝内胆管の枯れ枝状の狭窄がみられ、胆管は初発時と異なり硬化性胆管炎像となっていた。AIPの再燃と診断し、PSL40mgへ増量。黄疸は速やかに改善した。外来にてPSL taperingを続け、再び5mgで維持。その後は再燃を認めていない。しかし、平成19年12月の腹部CTで脾石の出現を認めた。無症状であるが、現在まで脾石の進行とともに脾萎縮も認めている。【まとめ】AIPはステロイド治療が有効であり、比較的速やかに初発症状は軽快し、基本的に悪性疾患の合併もなく予後良好な疾患とされている。しかし、その長期経過については不明な点も多く、症状再燃や長期的な脾内外分泌機能の面から治療の必要性を論じられることもあり、ステロイド治療の導入、維持療法についても明確なコンセンサスはない。一方画像上脾萎縮や脾石発生についての報告も散見され、再燃例は非再燃例に比べ脾石形成が多いと言われている。今回、我々は経過中に脾石、脾萎縮を認めたAIP再燃例の一例を経験したので報告する。

17 十二指腸狭窄症状で発症し、保存的治療で改善した Groove pancreatitis の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科
○松浦 弘尚、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、三好 広尚、
小林 隆、小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、成田 賢生、
鳥井 淑敬、森 智子、黒川 雄太、細川千佳生、安江 祐二

症例は66歳女性で主訴は心窩部痛、嘔吐、吐血であった。既往歴は30年前に両側卵巣摘出術。現病歴として2010年1月下旬頃より心窩部痛あり、2月初旬に嘔吐、少量吐血あり、当科へ緊急入院となった。現症はバイタルサインに異常なし。腹部は心窩部に圧痛を認め、反跳痛は認めなかった。血液検査所見はWBC 7600/μL、Hb13.4g/dL、CRP 2.71mg/dL、T.Bil 2.0mg/dL、AST 181U/L、ALT 141U/L、ALP 350U/L、γ-GTP 23 U/L、Amy 93U/L、と軽度の炎症を認めた。CEA、CA19-9ともに正常範囲であった。IgG4も正常範囲であった。緊急に行った上部内視鏡検査では、胃内に大量の残渣貯留と逆流性食道炎および出血を認め、十二指腸下行部に狭窄あり、スコープの挿入困難であった。狭窄部位の生検による病理結果は悪性所見を認めなかった。腹部USで総胆管は上部～中部は10.5mmと拡張あり、主脾管も3.1mmと軽度拡張を認めた。脾頭部から乳頭部・十二指腸下行部にかけて約35x22mmの low echoic mass を認めた。腹部単純造影CT検査では、脾頭十二指腸領域に脾実質と同程度に造影されるびまん性腫瘍を認め、十二指腸下行部の狭窄を認めた。MRCPでは異常を認めなかった。低緊張性十二指腸造影検査は、十二指腸下行部での全周性狭窄を認めた。以上より、Groove pancreatitisによる十二指腸狭窄と診断し、絶食・中心静脈による保存的加療とした。第8病日にP型アミラーゼ485U/Lと急性脾炎を発症したが、保存的治療を続けることで改善し、脾頭部腫瘍も徐々に縮小した。十二指腸下行部の狭窄の改善は不完全であったが、本人希望もあり、外科的手術を行わず、さらに約1ヵ月保存的治療を続け改善が見られ退院となった。十二指腸狭窄症状で発症したが、保存的治療により改善した Groove pancreatitis の1例を経験したので文献的に考察を加え、報告する

18 同時性大腸転移をきたした胃癌の1例

春日井市民病院 消化器科

○杉山 智哉、奥田 悠介、森岡 優、立松有美子、尾関 貴紀、加藤 晃久、池内 寛和、望月 寿人、平田 慶和、高田 博樹、祖父江 聡

【症例】71歳、女性【主訴】検診異常精査目的【既往歴】特記すべき事項なし【現病歴】平成24年の検診にて胃体部大彎の壁不平整及び、便潜血反応陽性を指摘され、精査目的にて当院受診となった。【現症】腹部は平坦、軟で腫瘤は触知せず。表在リンパ節触知せず。【経過】血液検査では、CEA:215.1ng/mlと上昇を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃体部大彎に深い潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。病変部からの生検では、poorly differentiated adenocarcinomaが検出された。腹部骨盤部造影CT検査では、胃体部の壁肥厚像を認めたが、他臓器への転移や腹水は認めなかった。また、明らかな胃周囲のリンパ節腫大は指摘できなかったが、下行結腸近傍の腸間膜リンパ節腫大を認めた。下部消化管内視鏡検査では、下行結腸に約30mm大の潰瘍を伴った粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。病変部からの生検では、poorly differentiated adenocarcinomaが検出され、胃癌の組織像と類似していた。免疫組織学的検索では、CK7陽性、CK20陰性、villin陽性、CDX2陰性であった。以上の検査所見より胃癌、腸間膜リンパ節転移、大腸転移(cT2N3M1, stageIV)と診断した。HER2陰性であったため、現在S-1+CDDP療法を施行中である。【考察】転移性大腸癌は大腸癌全体の0.1%~1%と比較的まれである。原発臓器として卵巣、子宮、肺、胃、膵臓、胆嚢、乳腺、前立腺等の報告があるが、胃癌が最多である。今回我々は、同時性大腸転移をきたした胃癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

20 消化管出血をきたした腎細胞癌多発胃転移の一例

岐阜県総合医療センター 消化器内科、

岐阜県総合医療センター 病理診断科

○長谷川恒輔、中村 みき、丸田 明鏡、若山 孝英、山内 貴裕、安藤 暢洋、大島 靖広、岩田 圭介、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一、天野 和雄、岩田 仁²

【症例】70代 女性【既往歴】B型慢性肝炎、子宮筋腫【現病歴・臨床経過】2009年10月に血尿を自覚し、近医を受診。腹部CTにて右腎腫瘍を指摘され当院泌尿器科へ紹介となった。泌尿器科の精査にて右腎細胞癌・肺転移と診断された。原発巣に対して手術を施行された後にインターフェロンや分子標的治療薬にて治療されていたが、2011年4月には脳転移と肝転移を、2011年7月には膵転移が出現した。その後、2011年9月に黒色便を認めたため消化管出血疑いにて当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体中部大彎の前壁側と後壁側それぞれ過形成性ポリープ様の発赤を伴う山田3型ポリープを認め、ポリープの起始部にDieulafoy潰瘍を認めた。潰瘍より湧出性出血を認めたため、内視鏡的止血術を施行した。検査翌日に再度内視鏡にて胃内を確認すると、止血処置をした潰瘍部からの出血はみられなかったが、前後壁のポリープ表面からそれぞれ持続性の出血を認めたため、両病変に対して内視鏡的粘膜切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検索結果はadenocarcinomaであり、2009年に手術を施行された腎細胞癌と同様の形態を呈していた。また、切除した病変以外の部位からも生検にて同様の結果が得られており、腎細胞癌の多発胃転移と考えられた。ポリープ切除後は消化管出血再発は認めなかった。【考察】転移性胃癌は頻度が低く剖検時に発見されることが多い。その原発巣としては肺や膵が多いと報告されており、腎細胞癌は転移性胃癌全体の0.6%といわれている。腎細胞癌は摘出後長期間を経て多臓器に転移することが知られているが、転移臓器は一般に肺・肝・骨・脳に多く、胃への転移は0.2%~0.7%と非常に稀である。また、その肉眼形態は様々ではあるものの粘膜下腫瘍や潰瘍の形態を呈することが多く、症状としては出血や貧血、幽門狭窄、穿孔などの報告があるが多くのは無症状である。【結語】今回、非常に稀な多発性で有茎性を呈し内視鏡的なコントロールが必要な出血をきたした腎細胞癌の多発胃転移症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告した。

19 後腹膜転移にて再発し水腎症を来したpStageII胃癌の1例

¹済生会松阪総合病院 内科、²済生会松阪総合病院 外科○加藤 亜唯¹、河俣 浩之¹、鈴木 康夫¹、三吉 彩子¹、青木 雅俊¹、福家 洋之¹、橋本章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、田中 穰²、長沼 達史²、中島 啓吾¹

【症例】60歳代女性、平成21年1月心窩部痛にて胃内視鏡検査を施行。胃体中部後壁に軽度のひだ集中を伴う不整な陥凹性病変を認め、生検は低分化腺癌であった。腹部超音波検査、CTなどでリンパ節腫脹、他臓器転移を認めず、早期胃癌0-IIc, por.T1b.N0.M0.cStageIAと診断した。平成22年2月に腹腔鏡補助下幽門側胃切除術(D1+廓清)を施行した。摘出標本の病理組織学的結果はpor2.T2.N0.M0.ly1.v1.pStageIBであった。胃癌治療ガイドラインに準拠し術後補助化学療法は施行せず、経過観察とした。手術1年後に腫瘍マーカー測定、胃内視鏡検査、腹部超音波検査、CTを施行したが明らかな再発の所見は認められなかった。しかし手術2年後の平成24年3月には左水腎症が出現。CT、MRIでは左上部尿管拡張を認めたが、明らかな閉塞を来す腫瘍は認めなかった。逆行性尿路造影では約3cmにわたる尿管狭窄像を呈した。また腫瘍マーカー上昇、他臓器転移、リンパ節腫脹など胃癌の再発を疑う所見は確認できなかった。尿細胞診にて移行上皮の異型細胞が検出され、左尿管癌の疑いで5月に左腎尿管全摘術を施行した。術中所見では明らかな腹膜播種は認めなかった。病理組織学的には尿管上皮は異型性を示さず、尿管周囲に腫大した核を持つ異型細胞が線維化を伴って増殖し、2年前に切除された胃癌の組織像と類似していた。以上より胃癌の腎・尿管周囲への転移と診断した。術後再発胃癌の化学療法目的で内科紹介となった。内科受診時には右側にも水腎症を認めた。PET-CTでは有意な集積は認めなかった。右腎瘻造設を行い、その後腎機能は改善しTS-1+CDDPによる治療を開始した。現在化学療法を継続中である。【結語】pStageIB胃癌術後に水腎症のみで再発した症例を経験した。病理組織学的に胃癌の腎・尿管周囲などの後腹膜への転移と診断したが、本症例では腫瘍マーカー上昇や他臓器転移、リンパ節腫脹などは認めず、腹膜播種を示唆する所見も乏しく、胃癌再発の診断が困難であった。水腎症のみで発症する胃癌再発症例は比較的稀であり、貴重な症例と判断し報告する。

21 進行胃癌術後腹膜播種再発による消化管狭窄に内視鏡的ステント留置が有効であった一例

愛知医科大学 消化器内科

○鳥井 貴司、河村 直彦、小笠原尚高、伊藤 義紹、野田 久嗣、福富里枝子、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、増井 竜太、土方 康孝、徳留健太郎、飯田 章人、水野 真理、舟木 康、佐々木誠人、春日井邦夫

【症例】65歳、女性。【主訴】腹痛。【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】平成21年7月、当院にて進行胃癌に対する胃全摘術(T3N1M0)後、5FU+CDDPによる術後化学療法を6コース施行された。平成23年5月、腹部CT検査にて胃癌によるKrukenberg腫瘍と診断されたため、卵巣切除術を施行された。平成24年5月7日、間欠的腹痛が出現。腹部CT検査にて大腸イレウスと診断されたため同日入院となった。大腸内視鏡検査および大腸造影検査では横行結腸に約7cmの全周性狭窄を認めたが、大腸粘膜面には癌浸潤による上皮性変化を認めず、胃癌腹膜播種による大腸狭窄と診断した。内視鏡的ステント留置を施行したところ、イレウスは改善し排便良好となったため、外来での経過観察となった。同年7月、嘔吐が出現。上部消化管造影検査を施行したところ、胃空腸吻合部より2cm肛門側の空腸に7cmにわたる狭窄を認めた。上部消化管内視鏡検査では同部位に全周性狭窄を認めるものの、粘膜面には癌浸潤による上皮性変化を認めず、胃癌の腹膜播種再発による狭窄と診断した。狭窄空腸に対し内視鏡的ステント留置を施行したところ経口摂取が可能となり現在も外来経過観察中である。【考察】バイパス手術が困難な根治不能進行胃癌による胃幽門狭窄や、人工肛門形成術が困難な根治不能進行大腸癌に対する内視鏡的ステント留置術は経口摂取の早期再開、嘔気・嘔吐の改善、自宅療養期間の延長といった症状緩和とQOLの向上に結びつき、緩和治療として有効かつ低侵襲な治療法と考えられている。今回我々は、胃癌の腹膜播種再発による空腸・大腸狭窄に対して内視鏡的ステントを留置したところ、すみやかに経口摂取が可能となり、早期退院を実現し患者のQOL向上に大きく貢献することができた。腹膜播種による消化管粘膜側からの浸潤に伴う狭窄に対しても、内視鏡的ステント留置は極めて有用で低侵襲な治療法であると考えられた。

¹ 三重大学 医学部 附属病院 光学医療診療部、

² 三重大学 医学部 附属病院 消化器・肝臓内科

○田野 俊介¹、葛原 正樹¹、稲垣 悠二²、野尻圭一郎²、二宮 克仁²、
山田 玲子²、井上 宏之²、濱田 康彦¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²

症例は 77 歳の男性。主訴はつかえ感。現病歴は H23 年 10 月よりつかえ感があり、食事摂取も困難となり他院を受診した。上部消化管内視鏡で食道胃接合部に狭窄を認めたが、同部位の生検では悪性所見は認めなかった。また、腹部 CT でも異常なく近隣病院で経過観察となった。その後も食事摂取が困難であり、精査目的で H24 年 3 月に当院を紹介受診、入院となった。上部消化管内視鏡で食道胃接合部に強い狭窄を認め、経鼻用細径ファイバーが通過不可であり狭窄部は観察できなかったが、狭窄部からの生検では悪性所見を認めなかった。しかし、腹部 CT では胃噴門部に造影効果のある腫瘤を認めた。このため再度上部消化管内視鏡を行い、食道胃接合部の狭窄部にバルーン拡張術を施行した後に胃内から胃噴門部を観察したが、壁肥厚は認めるものの明らかな上皮性の変化は認めなかった。PET-CT では胃噴門部への集積があり悪性の可能性が高いと考えられた。このため EUS-FNAB を施行した。食道胃接合部の 18mm 大の低エコー腫瘤に対して施行し腺癌の診断であった。食道胃接合部癌による狭窄と考え、当院消化管外科にて胃全摘術、Roux-en-Y 再建術が施行された。切除標本では食道胃接合部に 4×2.5×3.8cm 大の充実性腫瘤を認めた。病理所見で腫瘤は中分化から低分化成分を伴う高分化管状腺癌で漿膜下層まで進展していた。狭窄部と思われる部位では粘膜表層にまで癌が露出していたが、肛門側および食道の粘膜表層には癌の露出がない部分を認めた。最終的に食道胃接合部癌 T3N0M0 stageIIa と診断した。当院での観察では食道胃接合部は非常に強い狭窄を呈しており、また観察可能な部位では癌が表層に露出していなかったため通常の上部消化管内視鏡では診断が困難であった。しかし、今回 EUS-FNAB で術前診断が可能であり、その有用性が示された 1 例であり若干の文献的考察を加えて報告する。

23 原発診断に苦慮した AFP 産生胃癌と多発肝転移の一例

名古屋記念病院 消化器内科

○宮良 幸子、村上 賢治、神谷 聡、鈴木 重行、樋上 勝也、中館 功、伊藤 重夜、内田 元太

【症例】64 才男性。拡張型心筋症、閉塞性動脈硬化症で循環器内科に通院していたが、腹痛にて当院救急外来受診、腹部 CT にて多発肝腫瘍を認め、精査加療目的に入院となった。腹部造影 CT 検査では、肝内の多発腫瘍はリング状に濃染され、転移性肝腫瘍が疑われたが、AFP 値が 327090 と非常に高値だった。原発性肝腫瘍、転移性肝腫瘍の両方の可能性を考え全身検索を行ったところ、上部消化管内視鏡検査で胃角部に 2 型の隆起性病変を認め、生検結果で Adenocarcinoma、しかし AFP 染色は陰性だった。肝生検は御本人の同意が得られなかったため施行できず、AFP 産生胃癌と多発肝転移が、胃癌と肝腫瘍の重複か、診断は困難だった。その後多発肝腫瘍は増大し、多発肝転移が出現、状態は徐々に悪化し発症より 92 日目に永眠された。剖検では、胃は壁内病変が主体で、肝臓はほとんどが腫瘍に置換されており、どちらが原発病変か病理でも診断に迷う所見であった。免疫染色の結果は、AE1/AE3 (+)、vimentin (-)、hepatocyte (-)、CK7 (-)、CK19 (focal 弱+) であり、肝細胞癌を積極的に示唆する所見は乏しく、胆管上皮マーカーが一部弱陽性を示したが、神経周囲腔浸潤が見られない、間質線維化に乏しいなど、胆管細胞癌の特徴的所見も明らかでなかった。胃生検組織では AFP 陰性であったが、剖検材料では胃、肝、肺の腫瘍の一部は AFP 染色が陽性であったこと、また臨床経過や腫瘍マーカー値もあわせて、AFP 産生胃癌とその多発肝転移と診断した。【結語】原発診断に苦慮した AFP 産生胃癌と多発肝転移の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

25 精巣癌治療後 9 年を経て、上部消化管に多彩な病型を呈した未分化大細胞型リンパ腫の 1 例

1 岐阜県総合医療センター 消化器内科、

2 岐阜県総合医療センター 病理診断科

○丸田 明範¹、中村 みき¹、長谷川恒輔¹、若山 孝英¹、山内 貴裕¹、安藤 暢洋¹、大島 靖広¹、岩田 圭介¹、芋瀬 基明¹、清水 省吾¹、杉原 潤一¹、天野 和雄¹、岩田 仁²

【症例】48 歳、男性。【既往歴】2003 年に左精巣癌手術および放射線治療を受けていた。【現病歴・臨床経過】2012 年 7 月に心窩部痛、腹部膨満感を自覚し近医受診。内服で様子見るも症状の改善無く、当科紹介受診となった。血液データは炎症反応の上昇なく、腫瘍マーカーは CEA、CA19-9 とも正常範囲内であった。CT で後腹膜腔に 74mm 大の不均一な造影効果を示す SOL を認め、内部には壊死を疑う低濃度域を伴っていた。また腫瘍は十二指腸水平部を圧迫しており、腫瘍浸潤を疑う所見であった。さらに傍大動脈領域、腸間膜領域、胃小弯側に多発するリンパ節腫大を認めた。PET-CT では十二指腸水平部の腫瘍と頸部、縦隔、食道・胃周囲、傍大動脈領域、腸間膜領域の腫大リンパ節に異常集積を認めた。GIF 施行したところ胃噴門部小弯側に表面上に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様病変を認めた。当初は精巣癌の胃・十二指腸転移および多発リンパ節転移を疑ったが、十二指腸水平部にも内腔の大部分を占拠する 2/3 周性の隆起性病変あり、壁外浸潤を示唆する非上皮性の粘膜変化が認められた。十二指腸水平部腫瘍からの生検にて Malignant lymphoma (Anaplastic large cell lymphoma, ALK positive) と診断された。可溶性 IL-2 レセプターも 31086U/ml と著明高値であった。なお ALK 陽性であり、化学療法に対する高い感受性が期待された。【治療】治療効果に伴う消化管穿孔を念頭におき、細心の注意をはらいながら CHOP 療法開始した。CHOP クール施行後の GIF では胃噴門部の腫瘍は赤色癩痕化しており、また十二指腸水平部の腫瘍も著明な縮小が確認され、スコープの通過は容易となった。【考察】精巣癌の既往があるため、その再発と消化管・リンパ節転移を考えたが、免疫染色の結果、悪性リンパ腫と診断し得た。精巣癌と悪性リンパ腫の合併は稀で、精巣癌に対する放射線照射の二次発癌の可能性も示唆された。【結語】今回我々は、精巣癌治療後 9 年を経て上部消化管に多彩な病型を呈した未分化大細胞型リンパ腫の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

24 白血球増加・貧血を契機に発見された G-CSF 産生性胃癌の一例

藤田保健衛生大学病院

○城代 康貴、大久保正明、柴田 知行、河村 知彦、中井 遥、大森 崇史、生野 浩和、市川裕一朗、釜谷 明美、米村 穰、小村 成臣、丸山 尚子、鎌野 俊彰、石塚 隆充、中川 義仁、長坂 光夫、平田 一郎

【症例】80 代男性【現病歴】他院で白血球増加、貧血を指摘され精査目的に当院総合診療内科を紹介受診。精査のため施行した CT、超音波検査にて胃腫瘍、転移性肝腫瘍の疑いを指摘され当科へ精査依頼。上部消化管内視鏡 (GIS) 施行したところ噴門部に巨大な 3 型腫瘍を認めたため精査加療目的に当科へ入院。生検病理結果は扁平上皮癌であったが、病変の主体は噴門部～体部で明らかな食道への浸潤は認めず、胃扁上皮癌と診断。【入院後経過】全身精査の結果、傍大動脈領域リンパ節転移と多発肝転移を認め進行胃癌 StageIV と診断し、治療方針としては化学療法 (TS-1+CDDP) を選択した。現在も化学療法により治療継続中である。【考察】本症例では受診時より白血球増加著明で徐々に増加傾向を示し、血中 G-CSF も高値を認めたことから、G-CSF 産生腫瘍の可能性も考え、生検組織の追加免疫染色を施行。一部に陽性反応は認めており、断定はできないものの G-CSF 産生性胃癌の可能性もあると考えられた。【結語】比較的稀と考えられる G-CSF 産生性胃癌を疑われる一例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

26 胃病変にて診断されたびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫の一例

1 蒲郡市民病院 消化器内科、2 名古屋大学アイソトープ総合センター

○鈴木 健人¹、加藤 泰輔¹、成田 圭¹、佐宗 俊¹、安藤 朝章¹、安達 興一²

【症例】88 歳 男性。【主訴】咽頭痛。【既往歴】糖尿病、B 型肝炎キャリア。【現病歴】2011 年 12 月、咽頭痛を主訴に当院耳鼻科受診し、左扁桃周囲腫脹を認めた。精査目的に施行した頸部 CT にて甲状腺右葉下極から胸骨上端にかけての腫瘍を認め、また左咽頭間隙にも腫瘍を認めた。腫瘍の増大傾向もあり精査加療目的のため入院となった。【入院後経過】頸部腫瘍増大による気道閉塞のため気管切開を施行した。また腫瘍マーカーは CEA4.1 ng/ml、CA19-9 13U/ml、sIL-2R 1540U/ml と sIL-2R が高値であった。上部消化管内視鏡検査において胃体部大弯に表面上にびらんのある小隆起性病変を認め、生検後の免疫染色で CD20 (+)、CD79a (+)、CD3 (-)、CD5 (-)、CD10 (-)、Bcl-2 (-)、Bcl-6 (+)、MUM-1 (-)、cytokeratin (-)、EMA (-) であり、びまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫 (以下 DLBCL) と診断された。Ga シンチにて左頸部、上縦隔に強い集積を認め、胃付近への集積は軽度であった。その後 1 ヶ月の経過で消化管出血を発症し、上部消化管内視鏡検査では円形から類円形の下掘れの深い多発性潰瘍を認めた。各種検査所見より DLBCL stage3B、IPI は high risk と診断し、R-CHOP 療法を開始した。深部静脈血栓症を併発し 5 クールで終了となったが、上部消化管内視鏡検査では胃の多発潰瘍性病変の癩痕化を認め、同時に行った生検にて悪性所見なしとの診断であった。また Ga シンチ、CT において頸部病変の縮小、胃病変の消失を認めたが、左傍咽頭間隙に残存を認めていた。その後、リツキサン単剤で治療継続したが心不全、肝不全を併発し死亡となった。【考察】今回、頸部腫瘍に関する生検では有意な所見が得られず、胃生検の免疫染色により DLBCL と確定診断された。本症例は気道閉塞、消化管出血を伴う胃病変が急速に進行し、R-CHOP 療法により組織レベルまで改善を確認できた症例であり、各種画像、検査データを示しながら報告する。

27 進行乳頭部癌を伴ったFAPの症例

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、² 静岡県立総合病院 外科、
³ 静岡県立総合病院 病理診断科
 ○重友 美紀¹、菊山 正隆¹、永倉千紗子¹、上田 樹¹、奥野 真理¹、
 山田 友世¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、鈴木 直之¹、京田 有介²、
 渡邊 昌也²、鈴木 誠³、室 博之³

[症例] 39歳男性 [主訴] 皮膚の痒痒、褐色尿 [現病歴] 2011年4月より主訴を自覚し、近医受診。同院の採血で肝胆系酵素の上昇を認めたため当院に紹介となった。[既往歴] 特記事項なし [家族歴] 兄がFAPで結腸亜全摘術。母が大腸癌で逝去。母方の祖父が大腸癌。
 [身体所見] 皮膚と眼瞼結膜の黄染以外に特記事項なし。[検査結果] T-Bil=4.4、AST140、ALT270、 γ -GTP680。と肝胆系酵素の上昇を認めた。腹部ダイナミックCTにて乳頭部に20mmの腫瘍性病変を認め、十二指腸内腔に突出し、腔実質よりも造影効果が弱く、早期相と後期相で造影効果に差がみられなかった。また胆管拡張(最大18mm)を認めた。明らかな遠隔転移を認めなかったが、結腸はび漫性に壁肥厚を呈していた。超音波内視鏡検査にて乳頭部腫瘍は、腔への明らかな浸潤は認めず、十二指腸の筋層は肥厚していた。乳頭部腫瘍の生検から中分化から高分化腺癌を認めた。下部消化管内視鏡検査では、全結腸に無数のポリープを認め、下行結腸に40mmの絨毛様腫瘍を、直腸にはRa-Rbに30mmのIs病変を認め、深達度MP以深と考えられた。[経過] FAPと乳頭部癌と診断した。ENGBDを留置して減量した後に、まず幽門輪温存痔頭十二指腸切除術後実施した。切除病理にてpT3、pN2、sMO、INP β 、ly1、v1、pn0、pPanc0、pDu1、pEMO、stage3であった。術後約3ヶ月後に結腸全摘術を実施した。切除病理にて、背景粘膜には径10mm以下のポリープを1000個近く認め、直腸癌は深達度MP、INP β 、ly0、v0、S状結腸腫瘍は高分化型管状腺癌で深達度sm、INP β 、ly0、v0であった。術後半年間補助化学療法を実施していたが術後半年で多発肝転移を認め、切除不能大腸癌肝転移として、術後約1年の現在、全身化学療法を実施している。[結語] FAPに伴う乳頭部癌の切除症例を経験したので報告する。本症例のように、家族歴が明確である場合には、遺伝子検査を行う病院と連携し幼少からの精査、治療、予防的な結腸全摘が望ましいとされている。結腸の精査のみならず、十二指腸乳頭部癌の併発も多数報告されており慎重な定期検査が肝要である。

29 内視鏡的に整復し得た胃軸捻転症の1例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科
 ○稲垣 佑祐、足立 和規、山川 慶洋、平野 敦之、河合 宏紀、
 木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司、勝見 康平

症例は83歳男性。主訴は吐血。腹部膨満感を自覚し赤黒いものを吐いたためかかりつけを受診した。同病院で上部消化管内視鏡検査を行ったところ胃内に黒色の残渣を多量に認め、出血源は確認できなかったが上部消化管出血と判断し当院へ転院搬送となった。既往歴として肺癌による左肺全摘後、弁膜症による慢性心不全などがあった。また詳細は不明であったが他院で嘔吐による入院歴があった。緊急で上部消化管検査を行ったところ、前医で1リットル以上の残渣吸引後であるにもかかわらず、まだ胃内には黒色残渣を多量に認めた。胃体部には捻じれるような変形があり十二指腸への挿入は困難であったが通過は可能で十二指腸に異常を認めなかった。出血源は胃炎か逆流性食道炎と考えたが活動性の出血はなく観察のみで終了とした。胃の変形は肺癌による左肺全摘による影響と考えられ、以前も同様の症状で他院に入院した時に数日の絶食で良くなったという既往があったため今回も絶食とPPIで保存的に経過をみた。しかしその後も腹満は持続し嘔吐もあるため第6病日に胃管を挿入して減圧を開始した。第10病日ガストログラフィンによる胃透視を行い胃軸捻転と診断した。保存的には改善しないと判断して第12病日内視鏡を使った整復術を行った。ファイバーの先端を十二指腸水平脚まで挿入し時計軸方向に回転させながら抜去することにより整復された。内視鏡画像的にも捻じれはなくなり、ガストロ造影で確認して終了とした。その後は嘔吐もなくなり、食事も食べられるようになったため退院となった。成人胃軸捻転症は希な疾患であるが診断できれば内視鏡的整復による低侵襲な処置により改善可能なことがある。今回我々の経験した胃軸捻転症について若干の文献的考察を加え報告する。

28 心窩部痛で発症し内視鏡的切除により症状の消失が認められた胃ポリープの1例

藤田保健衛生大学 消化器内科
 ○市川裕一郎、柴田 知行、河村 知彦、中井 遥、大森 崇史、
 城代 康貴、生野 浩和、小村 成臣、米村 稷、釜谷 明美、
 大久保正明、丸山 尚子、鎌野 俊彰、石塚 隆充、中川 義仁、
 長坂 光夫、平田 一郎

38歳男性、平成23年末から続く心窩部痛が出現し近医受診。上部消化管内視鏡検査で胃体下部大彎に径約25mm大の表面が発赤し、辺縁やや不整な隆起性病変が認められ、同部位からの生検でinflammatory granulation tissueと診断された。酸分泌抑制剤、胃粘膜防禦剤などで経過をみられていたが、症状の改善なく当院に紹介となった。当院の内視鏡検査でも胃体下部大彎に径約25mm大の表面発赤した一部陥凹を伴う隆起性病変を認めた。NBI観察では腺管の過形成を認めたが、不整像に乏しかった。超音波内視鏡では、第3層を主座とする内部に高エコーと低エコーの混在する像を認めた。当院受診時も空腹時に増強する心窩部痛を訴え、ピロリ菌陽性であったため除菌治療を行うも症状の改善は得られず、内視鏡的にも腫瘍の消退は認められなかった。本人と相談の上、内視鏡的に切除し診断および治療を行うことを予定し、入院にて内視鏡的切除を行った。術中、特に顕著な出血もなく終了した。内視鏡的切除後は腹部症状も消失し合併症なく退院となる。病理学的検査ではびらん、過形成を伴う多形な炎症性細胞の浸潤を認める肉芽形成性のinflammatory fibroid polypと診断された。その後、外来でも症状の再燃なく経過良好である。内視鏡的切除の有効性につき文献的考察を踏まえ報告する。

30 腹部症状より下肢紫斑が先行し、全消化管を観察しえたHenoch-Schönlein紫斑病(HSP)の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科
 ○安江 祐二、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、小林 隆、
 三好 広尚、小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、松浦 弘尚、
 成田 賢生、烏井 淑敬、森 智子、黒川 雄太、細川千佳生

症例は37歳女性。主訴は腹痛、下肢の紫斑であった。既往歴として10年前に帝王切開術を受けている。現病歴は入院1ヶ月前に上気道炎症状があり感冒薬内服にて軽快していた。入院2日前より両下肢に紫斑が出現し、その後腹痛、下痢を認めたため、当科を受診し精査加療を目的に入院となった。現症としてバイタルサインは異常なく、腹部は心窩部から臍部にかけて圧痛を認めたが、反跳痛は認めなかった。両下肢に点状の紫斑を認めた。血液検査所見はWBC18900と増加し、凝固系では第XIII因子活性は84%と正常であった。免疫組織学的検査では、ASLO、ASKは正常であった。上部消化管内視鏡検査(EGD)では胃幽門前庭部、十二指腸球部および下行部に多発するアフタ様びらんを認め、下部消化管内視鏡検査(CS)では回盲部・回腸末端に多発するびらんを認めた。両検査共に生検を実施し、病理組織学的検査にて、粘膜内に好中球の浸潤と軽度の出血を認め、Henoch-Schönlein紫斑病(HSP)が示唆された。重症度を調べる目的で行った小腸カプセル内視鏡検査では全小腸にわたって粘膜発赤が認められた。下肢紫斑に対して行った皮膚生検の病理組織学的所見はHSPに矛盾しなかった。以上よりHSPと診断した。絶食、補液治療にて腹部症状の改善なく、EGD・CS後の第3病日よりPSL30mg/日を開始し、すぐに腹部症状は軽快した。第7病日から食事を開始した。第17病日のEGDにて胃、十二指腸の粘膜所見の改善を認め、PSL25mg/日に漸減した。漸減後も腹部症状の再燃はなく、腎炎の発症も認められなかった。第21病日に紫斑は消退傾向となり、第23病日に退院した。その後は外来にて経過観察していたが、2ヵ月毎にPSLを5mg漸減しても再燃なく約6ヵ月後に終診となった。下肢紫斑が腹部症状より先行し、全消化管を観察しえたHSPの1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

31 IVR-CT 併用での塞栓術が奏効した胃動静脈奇形様病変の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○海野 修平、室久 剛、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、
木全 政晴、芳澤 社、笹野 誠、熊岡 浩子、清水恵理奈、
細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は 67 歳男性。2008 年に原因不明の上部消化管出血での入院既往がある。2012 年 1 月他院にて脊椎動静脈瘻に対し脊椎硬膜動静脈塞栓術を施行。術後両下肢不全対麻痺・神経因性膀胱が残存するため、近医にてリハビリ中であった。3/29 タール便と、Hb15 から 9 への低下がみられた。上部消化管内視鏡 (GIF) で胃内に黒色残渣を認め、出血源の特定はできず。保存的治療後も再出血がみられたため、4/10 当院転院となった。GIF では胃底部大彎に小びらんを伴った皺壁の限局性肥厚像を認めた。2008 年および前医内視鏡写真を検討し、同様の変化を認めた。CT では脾動脈および総肝動脈の閉塞がみられ、胃底部に著明な血管増生を認めた。左胃動脈から胃底部へ体上部へ血流が流れ、胃粘膜内の異常血管を介し、短胃動脈を逆行した血流が脾臓への供血路となっていると考えられた。EUS では病変部に粘膜下の異常血管増生がみられ、ECDUS で拍動性の血流を認め、胃動静脈奇形が疑われた。外科的治療では胃全摘・脾摘と侵襲が大きくなるため IVR での治療を選択した。腹部血管造影では胃底部に異常血管増生を認め、左胃動脈→胃壁→短胃動脈→脾臓への供血を確認できた。GIF にて病変部近傍に clip でマーキングし、IVR-CT 併用下で左胃動脈分枝をコイル塞栓した。治療後 CT で胃内の異常血管の血流は消失し、GIF で隆起は平坦化し、ECDUS で血流は消失した。周囲粘膜には静脈うっ滞を示すアレア強調像が強く出現がみられ、動脈・動脈吻合間に静脈路を介していたと考えられた。治療後は問題なく退院となり、以後出血は認めていない。胃動静脈奇形様病変からの出血に対して、血管造影下の塞栓術が奏効した。胃の動静脈奇形様病変に対する IVR 治療成功例は極めて少なく、貴重な症例と考え報告する。

32 十二指腸乳頭部原発膵内分泌細胞癌の1切除例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、
³名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
 ○西 鉄生¹、藤井 努¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩²、山田 豪¹、
 村井 俊文¹、末永 雅也¹、堀田 佳宏¹、福本 良平¹、小林 大介¹、
 田中 千恵¹、中山 吾郎¹、杉本 博行¹、小池 聖彦¹、野本 周嗣¹、
 藤原 道隆¹、竹田 伸¹、後藤 秀実³、小寺 泰弘¹

症例は70歳女性。腹痛を主訴に近医を受診し、血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を指摘された。Dynamic CTにて膵頭部に腫瘤を認め、ERCPで十二指腸乳頭部のSMT様隆起、下部胆管の狭窄を認めERBDを留置された。胆管病理組織検査にてadenocarcinomaと診断され、膵頭部癌の診断にて当科に紹介受診となった。当院での再検査では、ERCP-IDUSにて主膵管及び胆管末端に狭窄を認め、腫瘍の主座は十二指腸壁内Ap領域であり乳頭部癌の所見であった。術前CEA=0.9ng/ml、CA19-9=15IU/lであった。十二指腸乳頭部癌の診断にて亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本では十二指腸乳頭部に10×10mm大の非露出型腫瘤を認め、病理組織学的検査の結果、免疫染色でCD56陽性、クロモグラニン及びシナプトフィジンは陰性であり膵内分泌細胞癌、pT2 (pDu1, pPanc0), pN0, M(-), pEMO, fStageIIと診断された。術後はISGPF grade Bの膵瘻を発生したが保存的に改善し、第29病日に退院となった。十二指腸乳頭部原発の膵内分泌細胞癌はまれな疾患で、本邦報告例は自験例を含め15例である。本疾患は悪性度が高く、術後早期に遠隔転移をきたすことが多く予後も不良とされている。今回われわれは十二指腸乳頭部原発の膵内分泌細胞癌を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

34 EUS-FNAにて診断し部分切除術を施行した十二指腸水平脚 GIST の2例

岐阜県立多治見病院 消化器内科
 ○井上 匡央、西江 裕忠、福定 繁紀、加地 謙太、夏目まこと、
 安部 快紀、西 祐二、水島 隆史、奥村 文浩、佐野 仁

【諸言】十二指腸GISTは比較稀な疾患であり、特に水平脚が原発の場合は解剖学的位置から診断、術式の選択に苦慮することが多い。今回術前にEUS-FNAにて診断し、十二指腸部分切除術を施行した水平脚原発GISTの2例を経験したので報告する。【症例1】57歳、女性。貧血精査目的に施行した上部消化管内視鏡検査にて下十二指腸角から水平脚にかけて頂部に発赤、浅いびらんを伴う粘膜下腫瘍を認め当院紹介となった。腹部造影CTでは下十二指腸角から水平脚に連続して、内部に石灰化を伴う、辺縁優位に濃染される約25mm大の腫瘍を認めた。超音波内視鏡では第4層由来と考えられ、内部は低エコー、不均一であった。びらん部よりの生検は陰性であり確定診断目的にEUS-FNAを施行した。病理組織検査では紡錘形細胞の増生を認め、免疫染色でc-kit+, CD34+, S-100-, SMA一部陽性であり、GISTの診断にて十二指腸部分切除術を施行した。最終病理診断も生検組織と同一であり、MIB1は2%であった。【症例2】36歳、男性。検診腹部超音波検査にて膵鉤部に腫瘤疑われ当院紹介となった。腹部造影CTでは膵鉤部と十二指腸水平脚に接して約20mm大の濃染される円形の腫瘍を認めた。小腸内視鏡による観察では病変部と思われる部位で軽度圧排所見を認めるのみで、粘膜変化は認めなかった。超音波内視鏡では病変は十二指腸第4層と連続しており、腔由来ではなく壁外発育型の十二指腸粘膜下腫瘍と考えられた。確定診断目的にEUS-FNAを施行した。病理組織検査では紡錘形細胞の増生を認め、免疫染色ではc-kit+, CD34+, S-100-, desmin-を示し、GISTの診断にて十二指腸部分切除術を施行した。最終病理診断は生検組織と同一で、MIB1は3%であった。【考察】十二指腸GISTは比較稀で、特に右門側の病変では診断に難渋することが多い。治療法は外科的切除が第一選択であり、原則部分切除が推奨されている。自験例ではEUS-FNAを行うことにより術前診断が可能となり、治療方針の決定に有用であった。十二指腸GISTに関し若干の文献的考察を加え報告する。

33 内視鏡的十二指腸ステント留置術を施行した十二指腸神経内分泌腫瘍の1例

土岐市立総合病院 内科
 ○白井 修、吉村 透、下郷 友弥、清水 豊

症例は82歳、男性。主訴は左季肋部痛、腹部膨満感。既往歴は45歳時にじん肺。81歳時に鉄欠乏性貧血(Hb11g/dl台)を指摘。当時、上部消化管内視鏡検査(以下EGD)、下部消化管検査(癒着による挿入困難でS状結腸まで)+注腸検査、腹部単純CT検査を施行し、明らかな出血源は不明であった。家族歴に特記事項なし。平成24年7月中旬より左季肋部痛と腹部膨満感が出現し近医にてEGDを施行した。以前は指摘のなかった十二指腸の腫瘍を指摘され7月26日に当科紹介となった。7月27日に当院でEGDを施行した。上十二指腸角に全周性の2型様腫瘍を認め、胃は著明に拡張し食物残渣が貯留していた。精査加療のため7月30日に入院となった。後日の病理結果からNeuroendocrine tumor(以下NET)であり、免疫染色はSynaptophysin(+), Chromogranin A(+), CD56(-), CK7(-), CK20(-), Ki67指数10%であった。血液検査ではCa8.7mg/dl, IP3.7mg/dlと正常、ガストリン720pg/mlと高値だがインスリン5.35μU/ml、グルカゴン140pg/mlと正常であった。第2病日の腹部造影CT検査では胃は著明に拡張し十二指腸の壁肥厚を認めたが、リンパ節の腫大や明らかな遠隔転移は認めなかった。以上より、明らかな転移のない非機能性の十二指腸NET、WHO分類NET G2、TNM分類StageIIa、悪性度分類G2と診断した。本来なら外科的切除であったが、高齢であり手術の侵襲も大きいことから当院外科では手術困難と判断され、本人・家族にも手術の意向はなく第18病日に通過障害に対して内視鏡的十二指腸ステント留置術を施行した。ステント留置後は経口摂取可能となり現在も外来通院中である。NETとは神経内分泌に由来する腫瘍であり、進行は緩徐であるが多くは転移能を有し悪性である。近年、NETは増加傾向にあり60%以上が消化管NETで回腸や直腸に頻発するが十二指腸は比較稀である。自験例のように高齢で治癒切除不能時には内視鏡的十二指腸ステント留置術も症状の改善に有効であった。今後の腫瘍の増悪や転移出現時には腫瘍の進行抑制に持続性ソマトスタチンアナログ製剤などの投与も有用と考えられた。

35 消化管出血を契機に発見、外科的切除にて確定診断を得た十二指腸原発カルチノイド腫瘍の一例

¹JA愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器科、
²JA愛知厚生連 豊田厚生病院 外科
 ○横山 晋也¹、大久保賢治¹、森田 清¹、竹内 淳史¹、金沢 宏信¹、
 清水 潤一¹、竹山 友章¹、橋詰 清季¹、西村 大作¹、片田 直幸¹、
 久留宮康浩²

【患者】67歳女性。【主訴】ふらつき、黒色便、倦怠感。【現病歴】2012年X月、入院の前日より倦怠感を自覚した。入院日夕方からふらつきあり、当院に救急搬送された。【入院時身体所見】血圧90/54mmHg、心拍数112/分、体温37.1度、冷汗あり。眼瞼貧血あるが、黄疸なし。呼吸音清、心雑音なし。腹部平坦、軟、圧痛を認めない。直腸診で多量黒色便あり。【入院時検査所見】BUN35.3mg/dl、Cre0.48mg/dl、RBC175×10⁴/mm³、Hb5.7g/dl。ダイナミックCTで十二指腸下行脚に動脈相で濃染する2cm大の腫瘤影と、壁外に辺縁から徐々に濃染される腫瘍が認められた。上部消化管出血と診断し、緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸下行脚に表面陥凹を有する粘膜下腫瘍を認め、oozingに対してトロンピンを撒布して終了した。【入院後経過】絶飲食、PPI投与、赤血球濃厚液輸血で治療開始。腹部MRIでは十二指腸の血管腫と壁外の神経原性腫瘍が疑われ、血管造影検査では、ともにPSPPAから供血され、十二指腸腫瘍は全体に濃染、壁外腫瘍は辺縁のみ造影効果を認めた。悪性腫瘍の可能性も否定できないことから、第25病日膵頭十二指腸切除術を施行した。病理学的検査で十二指腸原発カルチノイド腫瘍とそのリンパ節転移であると診断した。術後経過良好で第41病日退院した。【考察】本症例は消化管出血を契機に発見、外科的切除にて確定診断を得た十二指腸原発カルチノイド腫瘍の一例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

36 貧血、タール便、腸重積にて発症した、十二指腸原発炎症性線維性ポリープの一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○林 一郎、菊山 正隆、富永 新平、永倉千紗子、奥野 真理、
上田 樹、重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、
鈴木 直之

【はじめに】炎症性線維性ポリープ (inflammatory fibroid polyp) は消化管にポリープ様に隆起性に発生し、好酸球やリンパ球などの炎症細胞浸潤と小血管および線維性結合織の増生を主体とする腫瘤である。今回我々は、貧血、タール便、腸重積にて発症した十二指腸原発の炎症性線維性ポリープの一例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。【症例】39歳女性。2009年頃より鉄欠乏性貧血に対して近医にて鉄剤による投薬治療中であった。2011年7月15日、Hb4.9と貧血の進行とタール便を認め、紹介医に緊急入院となった。胃カメラでは異常を認めなかったが、腹部CTにて小腸に限局した壁の肥厚を認め、小腸腫瘍あるいは炎症性肉芽腫等による消化管出血の可能性が高いと診断された。精査加療目的に7月20日当院・消化器内科を紹介受診、同27日入院となった。入院後、造影CTでは同心円状に描出される壁肥厚を認め、十二指腸-空腸重積と診断された。また内視鏡では、十二指腸球部から下行脚にかけて十二指腸内に突出する発赤した粘膜面をもつ腫瘤を認め、その肛門側には表面に凝血塊が付着したびらん・潰瘍性病変を認めた。生検では組織型の特定には至らなかったが、十二指腸腫瘍を先進とする腸重積と診断、外科的切除の方針となった。8月5日、当院外科へ転科。8月8日、十二指腸部分切除術、術中内視鏡を施行。病理組織学的には十二指腸原発の炎症性線維性ポリープと診断された。術後経過良好として、8月24日退院となった。退院後は半年毎に外来にてフォローしているが、再発なく良好に1年を経過している。【結語】今回私たちは貧血、タール便、腸重積にて発症し、外科的切除によって炎症性線維性ポリープと診断された十二指腸腫瘍の一例を経験した。

37 胆道狭窄を伴った十二指腸潰瘍の一例

社会保険中京病院 消化器科

○堀口 徳之、戸川 昭三、杉村 直美、石原 祐史、飛鳥井香紀、
高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉、柳原 健治、大野 智義

【症例】51歳男性【主訴】右季肋部痛【現病歴】他院にて統合失調症で通院中。リスベリドン3mg/日内服中。2010年7月24日より右季肋部痛が出現。7月27日に腹痛の増強を認めたため当院救急外来を受診。来院時、発熱は認めないが腹痛は持続。腹部エコーと腹部CTにて胆嚢腫大、胆嚢壁の肥厚を認めたが明らかな胆石を認めず。血液検査で炎症反応高値、肝胆道系酵素の上昇を認めたため無石胆嚢炎の診断にて緊急手術を検討。MRCPを施行し総胆管結石は認めず。総胆管の先細り状の狭窄、胆管周囲の浮腫像を認めたことから悪性腫瘍も否定できないため精査加療目的で当科入院となった。入院後、CTR2g/日で加療開始。翌日、胆管狭窄や胆管周囲の浮腫の精査のため腹部急速造影CTを施行し十二指腸球部から下行脚にかけて壁肥厚、胆嚢の浮腫状壁肥厚、中下部胆管に高吸収域をみとめ胆嚢炎の十二指腸への炎症の波及または胆管腫瘍と考えた。7月29日に胆管病変の精査のためERCPを施行。十二指腸の壁肥厚も強かったためERCPの際に十二指腸病変の有無を確認するためまず直視鏡で観察を施行。十二指腸球部下壁に深掘れの活動性潰瘍を認めた。この結果から十二指腸潰瘍による炎症が胆管へ波及し炎症性の胆管狭窄、胆嚢浮腫を来たしたと考えられた。プロトンポンプ阻害薬にて加療開始。8月2日に症状の軽快、炎症反応と肝機能の改善を認めたためCTR投与は計5日間で終了とした。8月6日の上部内視鏡検査で十二指腸潰瘍は軽快。8月10日に胆嚢腫脹、胆管狭窄の経過観察のため腹部CT施行したところ胆嚢壁肥厚や腫脹は改善。MRCPでも胆管狭窄の改善も認めた。【考察】我々は十二指腸潰瘍が原因となった良性胆道狭窄の一例を経験した。良性胆道狭窄は原因が様々であり、原因疾患の確定は困難であるが治療方針の決定する上で重要となる。本症例のように十二指腸潰瘍の炎症が波及して胆道狭窄を引き起こした報告例は少なく、稀である。若干の文献的考察を加えて報告する、

38 肝癌治療を契機に HCV-RNA が陰性化した C 型慢性肝炎の 1 例

岐阜県総合医療センター

○若山 孝英、杉原 潤一、清水 吾省、芋瀬 基明、岩田 圭介、大島 靖広、安藤 暢洋、山内 貴裕、丸田 明範、長谷川恒輔、中村 みき

【症例】81 歳、男性。既往歴としては特記すべきことなく、輸血歴、手術歴なし。【現病歴と経過】2002 年（72 歳）に HCV 抗体陽性にて近医より紹介となった。当時の検査結果は AST28IU/l、ALT29IU/l、HCVserogroup1、HCV-RNA（ハイレンジ法）90KIU/ml、肝生検 A1/F1 であった。希望にて IFN 療法は行わず、UDCA600mg/day、グリチルチン投与による肝保護療法を行っていた。HCV-RNA は 50～140LogIU/ml で、2008 年からは HCV-RNA（RT-PCR）4.5～4.8LogIU/ml であった。2009 年 1 月 PIVKA-II74mAU/ml と上昇認め、腹部ダイナミック CT・エコーにて S5/8 に 15mm 大の肝細胞癌（HCC）認め、2009 年 2 月に TACE 併用下にラジオ波焼灼術（RFA）を施行した。その後も、HCV-RNA（RT-PCR）は、4.1～4.5LogIU/ml で経過した。2011 年 1 月ダイナミック CT にて肝右葉に多発の HCC 認め、3 月に TACE を施行した。以後、AST25 IU/l、ALT15 IU/l、HCV-RNA（RT-PCR）は未検出となり、2012 年 9 月現在、AST30 IU/l、ALT18 IU/l、HCV-RNA（RT-PCR）未検出のまま経過している。【考察】C 型慢性肝炎では、HCV 自然消失がまれながら報告され、ウイルス量、宿主遺伝子、免疫反応が関係すると言われている。今回我々は、肝癌治療を契機に HCV-RNA が陰性化した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

40 Sequential biopsy からみた C 型慢性肝炎 IFN 治療 SVR 後の肝発癌の特徴

小牧市民病院 消化器科

○飯田 忠、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤蓮矢子、和田 啓孝

【目的】ここ数年 C 型慢性肝炎に対する IFN 治療による Sustained viral response（SVR）率は向上し、さらに新たな抗 HCV 療法が確立されつつあり飛躍的に今後 SVR 率は上昇すると期待されている。しかし、一方で少数ながら SVR 後に肝発癌が発生しているのが現状である。そこで我々は発癌危険因子を特定するために、SVR 前後の肝線維化変化からみた SVR 後の肝発癌例の特徴を非発癌例を対照に比較検討した。【方法】当院にて C 型慢性肝炎に対して IFN 治療が施行された 387 例中、SVR 後の肝発癌 10 例を検討した。その中で SVR 前後肝生検を実施できた、肝発癌症例 8 例（男 7：女 1）と、非発癌例 58 例（男 34：女 24）とを比較し検討した。【成績】治療前の肝生検は発癌例にて（F4:1、F3:3、F2:3、F1:1）、非発癌例では（F4:2、F3:5、F2:16、F1:34、F0:1）であり、肝発癌例において有意に F2 以上の比率が多かった（ $p < 0.05$ ）。治療後の組織像は発癌例にて（F4:3、F3:0、F2:3、F1:1）、非発癌例では（F4:3、F3:4、F2:2、F1:36、F0:13）であった。線維化の変化は発癌例にて（悪化 3 例、平行 3 例、改善 2 例）、非発癌例にて（悪化 1 例、平行 31 例、改善 26 例）であり、肝生検で F 因子の悪化が認められれば有意に発癌率が高い（ $p < 0.01$ ）ことが認められた。【結論】SVR 後の肝生検で F 因子の悪化が認められれば有意に発癌率が高いことが認められ、IFN 治療前後の Sequential biopsy の有用性が示唆された。

39 IFN 少量長期療法中にダイナミックなウイルス量の変動が見られた高齢女性の C 型慢性肝炎の 1 例

愛知県厚生連海南病院 消化器内科

○武藤 久哲、青木 聡典、荒川 直之、久保田 稔、石川 大介、國井 伸、渡辺 一正、奥村 明彦

症例は 82 歳の女性。15 年以上前から C 型慢性肝炎として近医にてフォローアップされていたが、トランスアミナーゼの上昇はほとんどなかった。しかし約 1 年前から徐々にトランスアミナーゼが上昇し、ウルソデオキシコール酸と肝保護剤の注射などを試みるも効果がないため近医から紹介された。初診時には、GOT 56 IU/ml、GPT 60 IU/ml と肝機能異常を認め、HCV-RNA 6.0 logIU/ml、セロタイプは 1 型であった。高齢ではあったが患者さんと相談の結果、IFN 少量長期療法を開始した。PegIFN α 2a 45 μ g を隔週で投与したところ、HCV-RNA は治療開始後 12 週で一旦陰性化し、トランスアミナーゼも正常化した。しかし 20 週頃より徐々にトランスアミナーゼの再上昇とともに HCV-RNA が陽性化し、28 週時には 4.8 logIU/ml まで上昇した。抗 IFN α 抗体は陰性であったため、PegIFN α 2a を 90 μ g に増量して隔週で投与したところ、その 4 週後には HCV-RNA は再度陰性化した。そこで PegIFN α 2a 45 μ g に戻して隔週で投与したところ、4 週後には再度 HCV-RNA が再度陽性化し、トランスアミナーゼは再上昇した。このため再度 PegIFN α 2a を 90 μ g に増量して隔週で投与したところ、その 4 週後には HCV-RNA は陰性化し、トランスアミナーゼも正常化した。現在 90 μ g 隔週投与を継続中であるが HCV-RNA 陰性、トランスアミナーゼ正常の状態を維持できている。治療中発熱などの副作用はほとんどみられていない。IFN 少量長期療法は、高齢者に対しても比較的安全に施行でき、トランスアミナーゼのコントロールに有用であるが、ウイルス量をモニターしながら投与量を調節することが有効である症例がある。

41 自然退縮をきたした肝細胞癌の 1 例

浜松医療センター

○松永英里香、影山富士人、山崎 哲、石田 夏樹、太田 和義、下山 真、松浦 愛、森 泰希、岩岡 泰志、住吉 信一、高井 哲成、本城裕美子、吉井 重人、山田 正美

【症例】82 歳男性。60 歳代より C 型慢性肝炎を指摘されていた。近医で加療中にエコーで肝腫瘍を指摘されたため 2009 年 12 月に当科紹介受診となった。エコーでは肝尾状葉に 76mm 大の hypoechoic mass を認め、CT および MRI でも同部位に 11.5x7.5cm の腫瘍を認めた。腫瘍マーカーも AFP13ng/ml、PIVKA2 868mAU/ml と上昇しており、肝細胞癌と診断した。アシアロシンチにおいて肝予備能が比較的保たれおり、外科的切除が検討された。しかし、積極的治療を望まれず近医での経過観察を希望された。2012 年 8 月に魚骨による S 状結腸穿孔を来し当院外科にて単純閉鎖術が施行されたが、このときの入院時 CT において肝腫瘍は消失していた。エコーで再評価したが CT と同様に腫瘍は指摘されなかった。腫瘍マーカーも AFP2ng/ml、PIVKA2 16mAU/ml と正常化しており自然退縮を来したと判断した。現在まで再発を認めず、引き続き外来で慎重に経過観察を続けている。【考察】悪性腫瘍の自然退縮は稀な病態であり、無治療またはそれと同等な状況下で腫瘍の部分的または完全消失と考えられる。肝細胞癌においては頻度は低くその原因も不明な点が多い。腫瘍の急速な増大や出血による虚血や、免疫能の関与、感染症の合併、腫瘍増殖要因の消失（アンドロゲンや飲酒、喫煙等）などが挙げられているが、メカニズムは未だ明らかではない。今回我々は、魚骨による消化管穿孔を契機に判明した肝細胞癌の自然退縮例を経験し、興味深い症例と考えられたため、文献的考察を加えて報告する。

42 腹部 MRI 検査で EOB の取り込みを認めた多血性肝腫瘍の 1 例

¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 磐田市立総合病院 消化器外科、³ 磐田市立総合病院 病理診断科、⁴ 浜松医科大学 2 外科
 ○西垣 信宏¹、笹田 雄三¹、高島 真吾¹、伊藤 潤¹、森川 友裕¹、
 辻 敦¹、高橋百合美¹、斎藤 康彦¹、大飼 政美¹、落合 秀人²、
 鈴木 昌八²、谷岡 書彦²、柴崎 泰²、坂口 孝宣⁴

症例は 29 歳男性。平成 21 年 8 月健康診断にて肝機能障害、脂質異常症を指摘され近医受診。腹部 US で肝 S8 に約 8cm の腫瘍を指摘されたため、同月当院紹介受診。血液検査では AST は正常だが ALT 64 と軽度の肝機能障害を認め、肝炎ウイルスマーカーは HBs 抗原、HBc 抗体、HCV 抗体すべて陰性。腫瘍マーカーは AFP は正常だが PIVKA-2 は 92 と軽度高値であった。腹部 CT では、単純にて内部に不均一な低濃度域を伴う約 9cm の腫瘍を認め、造影早期では腫瘍は不均一に染まり腫瘍内部に入る血管が描出されておりモザイク状と表現されるパターンを呈していた。造影後の平衡相では肝実質よりわずかに高濃度を呈していた。EOB 造影 MRI では、T2 強調画像や T1 強調画像、拡散強調画像においては、背景肝とそれほどの信号強度差を認めず。肝細胞造影相においては不均一ながらも全体としては高信号を呈していた。以上の画像所見より、肝細胞腫瘍や FNH の可能性も考えられたが、肝細胞癌の否定ができないため外科的手術の方針となった。切除標本の病理組織にて、肝腫瘍性病変は異型に乏しい肝細胞類似の細胞から成っており、内部にグリソン鞘はみられなかった。胆汁うっ滞が強く、典型的とはいえないが肝細胞腫瘍と考えられた。また非腫瘍部には脂肪肝の所見がみられた。OATP8 の免疫染色で腫瘍細胞は陽性を示し、EOB 造影 MRI の肝細胞相で高信号を呈したことの関連が示唆された。肝細胞腫瘍と EOB 造影 MRI 所見、OATP8 などのトランスポーターに関する報告は少なく、今後さらなる検討が必要と考えられる。

44 多発肝転移をきたした眼球メラノーマの 1 例

静岡県立総合病院 消化器内科
 ○富永 新平、菊山 正隆、林 一郎、永倉千紗子、奥野 真理、
 上田 樹、重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、
 鈴木 直之

【はじめに】眼球メラノーマはブドウ膜のうち、主に脈絡膜に生じる悪性黒色腫であり、高率に肝転移をきたす。しかし、欧米諸国と比較し、日本での罹患率は低いため、その肝転移に遭遇することは非常に稀であると考えられる。【症例】86 歳男性。2007 年 2 月、他院にて右眼脈絡膜悪性黒色腫の診断で、右眼球摘出術を施行。手術検体の病理診断で、眼球外浸潤なく、視神経浸潤はなかった。局所再発や全身転移なく経過観察されていたが、2011 年 10 月、腹部超音波検査にて肝臓に、周囲に低エコー帯を伴う分葉状の高エコー腫瘍を認めため、転移性肝腫瘍を疑い精査加療目的に当科を受診した。肝生検を施行し、病理所見から悪性黒色腫の転移と診断された。造影 CT、EOB-MRI にて腫瘍が多発しており、外科的治療は適応外と判断された。また、患者自身が内科的治療を希望しなかったため、現在は経過観察としている。【考察】本症例では肝生検による病理診断にて、脈絡膜悪性黒色腫の肝転移と確定したが、それと並行し、腹部超音波検査、造影 CT、造影 MRI など各種画像検索がなされている。したがって、それら画像所見を呈示し、病理組織と比較しながら、文献的考察を交えて報告する。

43 正常肝に発生し、B3 肝内胆管狭窄を伴い、肝内胆管癌との鑑別を要した Peribiliary cyst の 1 切除例

¹ 三重大学 肝胆膵・移植外科、² 三重大学 消化器・肝臓内科
 ○佐藤 梨枝¹、種村 彰洋¹、大澤 一郎¹、岸和田昌之¹、水野 修吾¹、
 櫻井 洋至¹、山田 玲子²、井上 宏之²、伊佐地秀司¹

Peribiliary cyst は肝門部を中心に存在する多発嚢胞性疾患で、比較的たい胆管に発生する肝内胆管付属腺由来の貯留嚢胞と考えられている。基礎疾患として肝障害を伴う症例が多い。今回正常肝に発生し、胆管狭窄をきたし、胆管癌との鑑別を要した Peribiliary cyst の 1 例を経験した。症例は 46 歳女性。生来健康であったが、来院半年前から心窩部痛を認め、近医を受診。肝外側区域に嚢胞性腫瘍を指摘され、精査目的に当院紹介となった。血液検査では肝胆道系酵素の上昇はなく、CA19-9 が 42.7 U/ml と軽度高値であった。CT で肝門部胆管から左肝管、B2 胆管周囲に沿って小嚢胞が多発、集簇していた。門脈臍部は嚢胞に圧排され、S3 肝実質は委縮していた。3 か月後の CT では、嚢胞は増加し、胆嚢床左側へと進展していた。DIC-CT、ERCP では B3 胆管の狭窄を認めたが、その末梢側の胆管拡張はなく、また胆管と嚢胞との交通は認めなかった。以上から多発嚢胞性病変は Peribiliary cyst が最も疑われた。胆管狭窄の原因としては嚢胞による圧排が考えられたが、肝内胆管癌を合併している可能性を否定できず、手術の方針となった。腹腔鏡補助下肝左葉切除を施行した。病理組織所見では、胆管周囲を中心に、1 層の胆管上皮類似の上皮で覆われた嚢胞が多発しており、Peribiliary cyst と診断した。B3 胆管狭窄部を含め、胆管に腫瘍性病変を認めなかった。Peribiliary cyst は無症状ならば経過観察が基本とされる。本症例は術前 Peribiliary cyst が疑われたが、短期間に嚢胞が増加していたこと、また肝内胆管狭窄を伴い肝内胆管癌が否定できなかったことから、切除を考慮すべき 1 例と考えられた。

45 乳癌術後タモキシフェン内服により肝機能の悪化を認めた NASH の一例

藤田保健衛生大学 医学部 肝胆膵内科
 ○大城 昌史、菅 敏樹、嶋崎 宏明、水野 裕子、中野 卓二、
 村尾 道人、新田 佳史、原田 雅生、川部 直人、橋本 千樹、
 吉岡健太郎

【症例】49 歳女性。162 cm、66 kg、BMI25.2。近医にて高脂血症、脂肪肝、逆流性食道炎、過敏性腸症候群に対しプラバスタチンナトリウム、ラベプラゾールナトリウム、ドンペリドン内服にて治療であった。2011 年 5 月右乳癌と診断され 6 月 16 日右乳癌に対し乳房温存術を施行。7 月 7 日より放射線治療を 1 ヶ月間施行し、7 月 20 日よりタモキシフェンを開始した (AST89、ALT74)。2012 年 6 月に AST169、ALT154 と悪化を認めたため当科を紹介された。肝の CT 値は 39 (脾 46) と低下していた。肝硬度は 3.89 m/s と著明高値であった。肝組織所見は Matteoni 分類で type3、NAFLD activity score (NAS) は脂肪化 2 点、炎症 1 点、肝細胞障害 (肝細胞風船用腫大) 2 点の計 6 点、Bruno 分類で grade2 stage3 と著明な肝障害を認めた。タモキシフェン中止シトレミフェンに変更し、ウルソデオキシコール酸、ビタミン E、ベザフィブラート内服を開始した結果、1 カ月後には AST56、ALT31 と改善を認めた。【考察】本例は脂肪肝にて治療していたが、乳癌術後にタモキシフェンを投与したところ肝機能の悪化を認め、肝生検にて NASH と診断された。タモキシフェン中止シトレミフェン投与し肝機能の改善を認めた。NASH の進行におけるタモキシフェンの関与及びタモキシフェン投与中の肝機能悪化に対する処置について考察する。

46 乳癌肝転移の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
○大塚 裕之、森島 大雅、石川 英樹

症例は41歳、女性。主訴は心窩部不快感。既往歴は右乳癌。35歳で発症し、手術（Bq+Ax (lebel 1)）、化学療法（CEF4クール）、放射線治療（50G照射）を施行し、ホルモン療法（TAM, Zol）を継続していたが、1年前に完治と診断されて治療を終了していた。その後も再発徴候はみられていなかった。現病歴は2週間前から心窩部から右季肋部に不快感あり、当院内科を受診。身体所見では自発痛はないが、心窩部圧痛を認めた。血液検査ではWBC 13000、HB 13.8、CRP 1.09、ALP 1003、AST 157、ALT 109、T-Bil 1.99であった。腹部超音波検査では、肝は辺縁鈍で、内部エコーは不均一であり、全体的に腫大していた。腹部単純CTでは所々に低吸収域があり、全体的な萎縮はみられないものの、局所的な萎縮もみられた。腹部ダイナミックCTでは肝は多結節状の形態を呈しており、肝硬変を疑った。腹部ダイナミックMRIでも、動脈相での濃染ははっきりせず、不均一な状態で腫瘍が混在していて区別するのが難しい状態であった。急速に進行した肝障害の原因検索目的で肝生検を施行。門脈域およびその周囲の細血管内に小型の充実性泡巣を示す腫瘍細胞が塞栓する像が多数認められ、乳房部分切除材料において類似の組織所見を示す部分が認められた。免疫組織化学的には AE1/AE3 陽性、CK7 一部陽性、CD20 陰性、CD56 陰性、ER 一部で弱い陰性像、PgR 陰性、HER2 Score 1+、で若干染色性は弱いものの、類似のプロファイルを示しており、Breast cancer の Liver metastasis が疑われた。現在は PAC (40)+Beb (10mg/kg) による治療が開始されている。今回我々は乳癌化学療法終了1年後に急速に進行した肝障害を示した乳癌肝転移の症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

47 Y. enterocolitica による肝膿瘍の一例

静岡市立清水病院 消化器内科

○岩井 貴洋、窪田 裕幸、池田 誉、川崎 真佑、松浦 友春、小池 弘太

Yersinia enterocolitica による肝膿瘍の一例【症例】70代女性【主訴】食欲不振、体重減少【既往歴】約3ヶ月前からの食欲不振と10kgの体重減少を主訴に近医受診、精査目的で当院紹介受診となった。受診時軽度の嘔気があったが、腹痛、嘔吐、下痢などの症状は認めなかった。血液検査にて肝機能異常、炎症反応高値、HbA1c 14.9%を認めた。腹部エコーにて肝S6に境界やや不明瞭な4cm大の低エコー腫瘍を認めた。腹部造影CTでは、同部位辺縁に造影効果のある腫瘍を認め、肝膿瘍と診断した。また、上行結腸の壁肥厚、周囲のリンパ節腫大を認め、大腸がんが疑われた。PTADを実施し、肝膿瘍および血液培養から**Y. enterocolitica**が検出された。第8病日に腹部造影CTにて膿瘍縮小を認め、また上行結腸壁肥厚、周囲のリンパ節の縮小も認めた。このため感染性胃腸炎による壁肥厚が疑われ、第10病日に下部消化管内視鏡を実施した。回盲部に潰瘍、びらんを認めた。生検、粘膜培養、便汁培養、アメーバ検鏡を実施した。**Y. enterocolitica**を始め、病原性微生物は検出されなかったが、病理結果は炎症性細胞浸潤のみで悪性所見はなかった。第15病日にPTAD抜き、第21病日退院した。本症例の起炎菌**Y. enterocolitica**の抗血清への凝集性、生化学的性状から血清型と生物型を解析し、血清型O:8群生物型1Bであり、強毒株と呼ばれるタイプであることを明らかにした。【結語】**Y. enterocolitica**による感染性腸炎に肝膿瘍を合併したと考えられた。肝膿瘍の起炎菌としては極めて稀であり文献考察を加え報告する。

49 細胆管細胞癌の1例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

○中野 卓二、大城 昌史、菅 敏樹、水野 裕子、嶋崎 宏明、新田 佳史、村尾 道人、原田 雅生、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎

症例：70歳男性。主訴：体重減少。既往歴：慢性腎不全、糖尿病、高血圧、腹部大動脈瘤。現病歴：慢性腎不全にて当院通院中に体重減少を認めたため、腹部USを施行したところ肝内腫瘍を指摘され当科受診となった。血液検査所見：肝酵素、胆道系酵素、ビリルビンの上昇は認められず、腫瘍マーカーはDUPAN2とIL-2Rの高値が認められた。HBs抗原、HCVは陰性。画像所見：腹部US：肝S4を中心にS1、S2、S3に渡り、7cmほどの境界一部不明瞭、内部は比較的均一な低エコー腫瘍像が認められた。カラードブラでは一部に血流シグナルが認められたが、全体的にhypovascularであった。単純CT：肝S1、S2、S3、S4に渡り淡い低吸収域が認められた。MRI：T1強調像では低信号、T2強調像では高信号を呈し、またT2強調像ではB2の拡張が認められた。MRCP：B2の拡張が認められた。造影US（ソナゾイド）：動脈優位相では、腫瘍内に既存の血管が造影され、その後速やかに腫瘍に不均一な網目状の強い造影が認められた。門脈優位相では、腫瘍内の造影低下が認められ、一部には既存血管の持続造影が認められた。これらの採血、画像検査より、肝内胆管癌もしくは細胆管細胞癌が疑われ、肝左葉拡大切除術が施行された。切除標本：被膜形成のない白色の充実性の腫瘍を認め、また同様の性質と思われる小さな腫瘍像が多数認められた。病理所見：腫瘍内には多数の門脈域の残存が認められた。腫瘍に被膜形成は認められず、腫瘍中央にはHering管類似構造の増殖とその周囲に硝子間質が認められた。免疫組織染色では、Hepatocyte（-）、CK19（+）、CD10（-）CK7（+）、EMA apical surface（+）、Monoclonal CEA（-）であった。腫瘍内に胆管癌および肝細胞癌成分は認められず、細胆管細胞癌と診断された。腎機能障害のため造影CT、造影MRIが施行できなかったため、造影USが診断の一助となった細胆管細胞癌について、文献的考察を加え、報告する。

48 増大傾向を認めたFNHの1例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科○内田 元太¹、仲島さより¹、井本 正巳¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、坂巻 慶一¹、松井 健一¹、小林 健一¹、鈴木 敏行²、伊藤 誠²

症例は22歳、男性。主訴は右側副部痛。既往歴は2006年感染性腸炎にて入院。飲酒歴、常用薬なし。2012年1月30日に右側副部痛が出現し、近医を受診、採血にてWBC 12800/μl、CRP 4.3mg/dlと炎症反応を認めた。抗生剤で改善しないため2月7日に当科紹介受診、腹部単純CTで右副腎破裂と肝左葉に長径6cmの腫瘍を疑い、同日入院となった。副腎出血は保存的に止血し、その後肝腫瘍精査を施行した。採血ではWBC 8500/μl、CRP 3.29mg/dlと軽度の炎症を認めた。AFP、PIVKA-IIは基準値内であった。USでは脂肪肝を背景に境界不明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍として描出された。造影早期から強く造影され、Kupffer相では周囲肝実質と同等の造影を認めた。ダイナミックCTでは、腫瘍は境界明瞭な分葉状で、造影早期相にて強く造影され、内部に増強不良な索状構造も認められた。後期相では辺縁は被膜状に軽度の造影効果が残存し、内部は肝実質と同程度の造影であった。EOB-MRIではT1強調像で軽度低信号、T2強調像では軽度高信号で、ダイナミックでは早期から後期にかけて濃染を認めた。肝細胞相では高信号であった。angio CTでは腫瘍は左肝動脈から栄養され、CTAで早期から後期にかけて濃染し、CTAPでdefectとなった。以上からFNHを疑ったが2006年のUS、CTでは肝腫瘍は指摘されておらず、腫瘍は増大していると判断、悪性疾患も否定できず肝生検を施行した。病理組織では、グリソソ鞘様の広い間質に偽胆管の増生と種々の程度の線維化を認め、FNHとして矛盾しない所見であり、外来で経過観察となった。本症例は副腎破裂の際に偶発的に発見されたが、増大するFNHは比較的まれであり、今回報告する。

50 急速に増大した肉腫様肝癌の1例

三重県立総合医療センター 消化器内科

○市川 崇、川崎 優也、森谷 勲、田中淳一朗、笠井 智佳、大矢 由美、井上 英和、伊藤 信康、高瀬幸次郎

【症例】67歳男性【既往歴】高血圧症【家族歴】特記事項なし【現病歴】C型慢性肝炎、高血圧症にて近医通院中、2009年5月に右側腹部痛を自覚した。画像検査にて肝S5に80mm大の肝腫瘍を認め当院紹介受診。AFP 12.0ng/mlと軽度高値であり、7月1日に腹部血管造影検査を施行したところ、肝右葉を中心に多発肝細胞癌を認め、肝動脈化学塞栓療法（TACE）を施行した。その後、同年9月、10月、2011年6月にもTACEを施行した。以後は画像上、再発所見なく経過していたが、2012年4月下旬より右季肋部痛、発熱が出現。造影CTにて造影効果の乏しい腫瘍が肝右葉を占めるように急速に出現しており、門脈右枝～本幹にも腫瘍栓を認め、精査加療目的に同年5月14日、当科入院となった。【身体所見】意識清明、貧血・黄疸なし、呼吸音正常、腹部平坦・軟、右季肋部から心窩部にかけて肝触知、右季肋部圧痛あり【血液検査所見】Alb 3.4g/dl、T-Bil 0.67mg/dl、AST 23IU/l、ALT 23IU/l、AFP 2.0ng/ml、PIVKA2 8mAU/ml【入院後経過】5月15日、6月22日にTACEを施行した。しかし腫瘍は治療の甲斐なく急速な増大傾向を示し、肝不全となった。多量癌性腹水、低アルブミン血症に対して利尿剤、アルブミン補充、腹水穿刺排液、分枝鎖アミノ酸製剤投与等の内科的治療を施行するも改善なく、7月2日に永眠された。ご家族の同意を得て病理解剖を施行した。肝臓は3900g、肝右葉はほぼ全域を腫瘍が占めており、門脈腫瘍塞栓、肝門、脾、傍大動脈、縦隔リンパ節転移を認めた。病理組織像では腫瘍は索状に配列する紡錘形細胞によって構成され、TACE後の肉腫様変化と診断した。【結語】肝細胞癌初回治療3年後に急速に出現、増大をきたし、短期間に死亡した肉腫様肝癌の1例を経験した。肉腫様肝癌はTACE等の抗癌剤治療や経皮的治療後に発生頻度が高いとされ、浸潤性増殖を示し、高率に肝外転移を来す予後不良な病態と考えられており、肝細胞癌に対する抗癌剤治療や経皮的治療後には肉腫様変化を念頭において経過観察していく必要があると考えられた。

51 術前に診断し得た混合型肝癌の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○廣瀬 崇、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、
山本 英子、松原 浩、竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、
芳川 昌功、岡村 正造

【症例】78歳 男性【主訴】HCC精査目的【既往歴】糖尿病、腹膜炎にて手術歴あり。【現病歴】平成22年9月健診の超音波検査にて low echoic な肝腫瘍を指摘された。近医 CT 検査にて9月の腫瘍径が S8 に 37mm 大、10月の EOB-MRI にて 70mm 大と増大しており、当院紹介となった。同10月超音波検査では肝 S7,S8 に不明瞭な腫瘤影とその内部に3つの境界明瞭な low echoic mass を認めた。血管造影では、肝右葉に巨大腫瘍を認め、右胆管と門脈に圧排浸潤像を認めた。CTHA では第1相では腫瘍は境界不明瞭で、淡い造影効果のある部分と乏血性な部分が混在しており、最大径としては 90mm であった。第2相では、腫瘍の一部は造影効果が遷延し、corona sign は認めず、纖維成分に富んだ腫瘍が疑われた。MRCP、ERCP では右胆管起始部が描出されなかった。以上より混合型肝癌と診断した。HBc 抗体価陽性、HBs 抗原陰性、HBV-DNA は PCR 法では検出されなかった。HCV 抗体価は陰性であった。明らかな遠隔転移を疑う所見は認めず、肝機能検査では ICG15 分値 14% Child A であり肝右葉切除術を施行した。術後の摘出標本では摘出肝に 7cm x 5cm の腫瘍を認め、主要な部分は HCC pseudoglandular type でありそれに内包される格好で intrahepatic cholangiocarcinoma を認めた。以上より Combined HCC and CCC im-,eg, fc-,fc- inf-,sf+ ,s0 ,vp0 ,vv0 ,va0 ,b0 ,sm- T3N0M0 Stage3 と診断した。術後経過としては 18 か月間無再発で経過している。【考察】本症例で認めた腫瘤影は超音波検査上、境界不明瞭なやや high echoic な部分は CT では血流豊富な像として認め、病理検体では HCC の部位と一致した。超音波検査で境界明瞭な low echoic な部分は CT では遅延性濃染像として認め、病理検体では CCC の部位と一致した。今回、悪性度が高く、高度進行例が多い混合型肝癌を術前に診断し、切除し得た一例を経験したのでここに報告する。

52 カプセル内視鏡検査が診断に有用であった広節裂頭条虫症の一例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

○鳥井 淑敬、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、小林 隆、三好 広尚、小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、松浦 弘尚、成田 賢生、森 智子、安江 祐二、黒川 雄太、細川千佳生

【主訴】排便時に虫体を認めた。【既往歴】特記事項なし。【生活歴】生魚を好んで摂食していた。【現病歴】症例は41歳の女性。排便時に1メートル以上の白色調の紐状排泄物があったため当院を受診された。持参された虫体の一部から広節裂頭条虫と診断した。虫体の頭部は確認されなかった。血液生化学検査では特記すべき異常は指摘できなかった。糞便の虫卵検査は陰性であった。虫体の遺残を確認する目的でカプセル内視鏡検査を実施した。その結果、上部空腸に数cm大の体節を有する白色紐状の虫体が観察されたブラジカンテルを1日間に服用して駆虫した。現在は外来で完全に駆虫されたかどうかについて経過観察を行っている。【考察】カプセル内視鏡検査が広節裂頭条虫症の診断・治療に有用であった報告は国内外の報告でも少ない。医学中央雑誌で「カプセル内視鏡検査」、「広節裂頭条虫」をキーワードに検索した結果、報告例は4例であった。今回、微小な虫体の検出にカプセル内視鏡検査が有用であり治療方針の決定に有用であった。若干の文献的考察を加え報告する。

54 鉄欠乏性貧血が発見契機となり、術前にカプセル内視鏡とダブルバルーン小腸内視鏡にて指摘しえた回腸カルチノイドの1例

¹岐阜大学 医学部 消化器病態学、²大山中央病院 消化器内科、³大山中央病院 外科

○井深 貴士¹、荒木 寛司¹、小澤 範高¹、小原 功輝¹、中西 孝之¹、永野 淳二¹、久保田全哉¹、小野木章人¹、建部 英春²、白木 亮¹、今尾 祥子¹、清水 雅仁¹、伊藤 弘康¹、森脇 久隆¹、日下部光彦³

症例は50歳女性。前医にて狭心症のためイコサペント酸エチルなどにて加療中であった。2011年1月血液検査にてHb7.7g/dlと貧血を認めた。血液検査にて鉄欠乏性貧血と診断された。鉄剤にて貧血は改善するものの、鉄剤の中止にて再び血清鉄の低下を認めた。上部消化管内視鏡検査、大腸内視鏡検査、腹部造影CT検査を施行されたが、貧血の原因は認めなかった。2012年4月小腸検査目的にて当院紹介となった。カプセル内視鏡検査にて全小腸を観察し回腸に頂部に潰瘍を伴う単発の粘膜下腫瘍を認めた。ダブルバルーン小腸内視鏡検査にてバウヘン弁より80cmの回腸に頂部にびらんを伴うやや黄色調の粘膜下腫瘍を認めた。近傍に点墨を行い、後日腹腔鏡下小腸部分切除術を行った。手術標本では8x7mmの黄色の隆起性病変を認め、病理結果はNET G1、カルチノイドであった。固有筋層への浸潤を認め、また脈管侵襲を認めた。術後鉄欠乏性貧血は改善した。カプセル内視鏡にて指摘しダブルバルーン小腸内視鏡検査にて点墨することで、低侵襲な腹腔鏡下手術が可能となった。

53 小腸カプセル内視鏡における小腸通過時間と加齢性変化についての検討

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部○名倉明日香¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、水谷 太郎¹、山村 健史¹、石原 誠¹、山田 弘志¹、船坂 好平²、大野栄三郎²、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、前田 修¹、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

【目的】近年、消化管運動能の指標としてSmartPillや磁性体追跡システムが用いられている。今回、消化管運動能の指標として、カプセル内視鏡の胃・小腸通過時間を用い、消化管運動能の加齢変化を調べ、さらに消化管運動能と栄養状態との関連性を検討する。【方法】2003年6月から2012年5月までに当院でカプセル内視鏡を施行した640例中、胃・小腸に異常所見を認めなかった172例(年齢:58±18歳、11~90歳)を対象とした。消化管手術歴のある症例は除外した。栄養状態の指標は血清蛋白値、アルブミン値を用いた。【成績】小腸通過時間は20歳未満(5例)で175±79分、20歳以上30歳未満(15例)186±72分、30歳以上40歳未満(13例)286±81分、40歳以上50歳未満(13例)281±109分、50歳以上60歳未満(25例)254±76分、60歳以上70歳未満(44例)267±90分、70歳以上80歳未満(42例)287±87分、80歳以上(15例)では249±78分であった。年齢と小腸通過時間の相関係数は0.45、p=0.0189と相関関係を認め、加齢に伴い小腸通過時間は延長することが判明した。血清蛋白値、血清アルブミン値の各年齢別検討では血清蛋白値はほぼ一定していた。一方血清アルブミン値は20歳未満4.2±0.4g/dl、20歳以上30歳未満4.2±0.3g/dl、30歳以上40歳未満3.8±0.5g/dl、40歳以上50歳未満4.0±0.2g/dl、50歳以上60歳未満4.0±0.4g/dl、60歳以上70歳未満3.6±0.7g/dl、70歳以上80歳未満3.5±0.5g/dl、80歳以上3.2±0.5g/dlであり、年齢と血清アルブミン値の相関関係を検討した所、相関係数は-0.4、p<.0001と加齢と共にアルブミン値としての栄養状態は低下していると言えた。さらに小腸通過時間と血清アルブミン値の間には有意差は出なかったものの(p=.07)アルブミン値が低いと小腸通過時間は延長する傾向があった。【考察】加齢に伴い小腸運動能は低下し、血清アルブミン値も低下するが、今後その関連性、機序を解明する必要がある。

55 特異性自己免疫性好中球減少症を合併した単純性潰瘍の一例

¹浜松医科大学 第一内科、²分子診断学、³臨床研究管理センター、⁴光学医療診療部
 ○加藤 雅一¹、谷 伸也¹、金子 雅直¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、
 佐原 秀¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、山出美穂子¹、
 高柳 泰宏¹、岩泉 守哉¹、栗山 茂¹、山田 貴教¹、杉本 光繁¹、
 大澤 恵¹、杉本 建¹、金岡 繁²、古田 隆久³

60歳男性。H2X年4月より臍周囲の腹痛を自覚、6月に症状増悪しT総合病院に入院、回腸末端の類円形潰瘍、好中球減少を指摘され、精査にて単純性潰瘍、特異性好中球減少症の診断でPSL70mg/日で開始された。これにより腹痛、好中球減少は一旦改善したが、漸進に伴い再増悪しPSLを継続していた。H2Y年1月末より腹痛、好中球減少が再増悪しM病院入院、精査加療目的に当科に2月14日転院となった。経肛門の小腸ダブルバルーン内視鏡(以下DBE)では回腸に類円形の潰瘍が多発し、病理結果は非特異的炎症であり、消化管外病変を伴わないことから単純性潰瘍に矛盾しないと考えた。好中球減少に関しては、骨髄検査を施行したが診断に至らなかった。当科転院後は腹部症状改善していたことからメサラジン内服追加で経過を見る方針として2月28日退院した。しかし、3月4日発熱、腹痛を認めT総合病院入院を経て3月12日再び精査加療目的に入院となった。好中球減少に対しG-CSF連日投与したが、好中球の上昇に伴い腹痛の増悪を認めDBE上も回腸病変は増悪し、G-CSF製剤による好中球の増加が消化管病変の増悪の原因と考え投与を中止した。その後抗好中球抗体陽性であったことから、単純性潰瘍に特異性自己免疫性好中球減少症(以下特異性AIN)を合併した症例と考え、PSL60mg/日にて治療を開始し、PSLの減量に伴いCsAを投与した。これにより回腸病変、好中球減少ともに改善し5月26日退院となった。Behcet病(以下BD)は好中球機能異常に伴う自己炎症症候群と考えられ、また腸管BDと単純性潰瘍は類似した病態と考えられている。MDSと腸管BDを合併した症例では、好中球減少に対してG-CSF製剤を使用すると回腸病変が増悪することが報告されており、本症例も同様の機序で回腸病変が増悪したと考えられた。特異性AINの成人例は本邦では8例ほどの報告があるので、また単純性潰瘍に特異性AINを合併した報告は検索しえた限りでは皆無であった。稀な症例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

57 門脈ガス血症で発症した消化管アミロイドーシスの1例

犬山中央病院 消化器内科
 ○増田 達郎、建部 英春、中島 崇太、寺倉 陽一、中江 治道

症例は85歳女性。平成20年より当院循環器内科にて心筋梗塞に対し、冠動脈形成術(PCI)施行され、経過観察されていた。平成23年10月3日より胃部不快感、嘔気、胆汁性嘔吐、吐血を訴え救急車で来院。血液検査にてHb8.4g/dlと貧血を認め、WBC上昇、CRP上昇を認めた。腹部CTにて肝内門脈ガスと胃壁のガス像を認め、精査加療目的にて当科入院となった。門脈ガス血症と診断し、絶飲食、点滴、広域抗生剤(MEPM等)、制酸剤投与開始し、及び輸血を施行した。上部消化管内視鏡検査では出血点は同定されず、異常所見を認めなかった。経過中、WBC、CRP上昇は改善せず、腹部膨満感出現し、day13に腹部CTにて門脈ガス像、胃壁ガス像は消失したが、上部小腸管壁の拡張を認めた。小腸サブイレウスが疑われ、day23にイレウス管を挿入した。挿入翌日のイレウス管造影にて、上部小腸の拡張、ガストログラフィンの肛門側への流出障害を認めたため、外科的治療適応と判断し、当院外科に転科し、11月1日(day30)小腸部分切除術施行された。Treitz靱帯から肛門側20cmあたりから約40cmの空腸が嚢状に拡張し、漿膜面に血流障害はなさそうであったが弾力性は全くなかった。口側、肛門側の拡張のない小腸は浮腫状で、特に肛門側は白色調で灌流障害がある印象であった。拡張部を含む計55cm程度を切除し、切除標本を展開すると、拡張部の粘膜面にはびらんが多発し、壁の菲薄化が見られた。病理組織所見では小腸アミロイドーシスと診断された。門脈ガス血症の原因は小腸アミロイドーシスと考えられた。血清、尿免疫電気泳動ではIgA-λ型のM蛋白、BJPを認め、多発性骨髄腫による小腸アミロイドーシスであったものと推定されたが、高齢、全身状態(PS不良)のため患者、家族の治療希望なく、BSC(best supportive care)を希望された。平成24年1月31日(day121)昇天された。【考察】門脈ガス血症で発症した消化管アミロイドーシスの1例の報告は稀であり、文献的考察を含めて報告する。

56 術中内視鏡で確定診断できず小腸部分切除術を実施した小腸アニサキス症の1例

¹名古屋共立病院 消化器化学療法科、
²名古屋共立病院 消化器内科、³名古屋共立病院 外科
 ○栗本 拓也¹、矢野 雅彦²、寺下 幸夫³、森 洋一郎³

【症例】47歳男性

【既往歴】特記事項なし

【現病歴】朝食で生イカを摂取したところ、昼より強い下腹部痛を間歇的に自覚するようになったため外来を受診した。来院時のバイタルサインは正常範囲内であったが、左下腹部に圧痛を認めた。造影CTでは痛み部位に一致した骨盤内小腸の限局的な壁肥厚と、口側腸管の拡張を認めた。また造影効果が不良な腸管は認めなかったが、骨盤内には少量の腹水が貯留していた。採血では白血球と好酸球の増多を認めた。問診や身体所見・臨床検査結果から小腸アニサキス症の可能性を考慮しつつ、原因の特定できない急性腹痛の診断で緊急入院となった。

【経過】虚血性変化を伴う小腸イレウスの可能性が否定できず、入院同日に緊急手術を実施した。腹腔鏡で観察すると、一部空腸で約20cmにわたる発赤や浮腫状変化を認めた。傍臍部の約4cmの切開部より小腸を体外に出し、病変部から口側に約10cm離れた正常腸管部に約2cmの小切開をくわえ、通常経口内視鏡を挿入し内腔を観察した。粘膜は浮腫状で点状の発赤が散在していたが、特に周囲発赤が強い小びらんを1ヶ所認め、この部分は触診で硬結として確認することができた。当初想定していたアニサキス虫体は確認できず診断を確定できなかったため、病変部を中心とした約50cmの小腸部分切除術を行った。術後の経過は良好で、術後4日目に退院となった。病理検査では、粘膜下層に刺入した線虫と著明な好酸球浸潤を認めた。さらに採血にて、手術翌日は陰性であった抗アニサキス抗体が術後6週間後に陽性化したことを確認し、最終的に小腸アニサキス症と診断した。

【考察】小腸アニサキス症の発症初期に診断を確定することは困難であり、過去の報告でも緊急手術を実施されることが多かった。しかし腸切除の必要性については複数の意見があり、腸切除を行う前に術中内視鏡での観察や虫体摘出を試みることは、低侵襲な治療法として一考の価値があると思われる。

58 膀胱背側に膿瘍を形成した直腸癌の1例

¹木沢記念病院 消化器科、²木沢記念病院 総合診療科、
³木沢記念病院 外科、⁴木沢記念病院 病理診断科
 ○足達 広和¹、杉山 誠治²、吉田 健作³、中川 貴之¹、安田 陽一¹、
 杉山 宏¹、坂下 文夫³、尾関 豊³、松永 研吾⁴

【症例】83歳、男性。2012年2月に感冒症状で近医受診した際に貧血を指摘され、GIFが行われたが異常を指摘されず、それ以上の検査は行われなかった。同年5月に他の医療機関で貧血を指摘されたため、7日に精査目的で当院へ紹介入院となった。現症では眼瞼結膜に貧血を認め、腹部は平坦、軟で、圧痛は認めなかった。検査所見ではHb 7.3g/dlと貧血を、CRP 12.01mg/dl、WBC 13500/mm³と炎症所見を認めた。貧血の精査のためCFを施行したところ、Rsに全周性の2型病変を認め、生検で高分化腺癌と診断された。腹部CTでは直腸の壁は肥厚し、膀胱背側に液貯留とairを認め、直腸癌の穿孔による骨盤内膿瘍が疑われた。そこで注腸を行ったところ、Rsでの全周性狭窄所見を認めるものの、腸管外への造影剤の漏れは認められなかった。腫瘍進展範囲把握のため膀胱鏡を行ったところ、膀胱後壁の粘膜に浮腫状変化を認め、膿瘍の直接浸潤も否定できない状態であった。しかし、腹部症状は軽度であったため、まずはSBT/CPZの投与を開始した。第14病日の腹部CTで膿瘍腔は縮小傾向を認めた。第20病日に膀胱鏡を再度行ったところ、膀胱後壁に浮腫性変化が残存認めるものの範囲は縮小を認めた。造影MRIでは、結腸と膀胱後壁に膿瘍腔の一部残存を認めるのみで膀胱浸潤は否定的であった。そこで第38病日に直腸高位前切除術+D2郭清が行われたが、膀胱については浸潤ないと診断し温存した。摘出標本では全周性の2型病変を呈し、腫瘍中心部に10mm長の穿孔部を認めた。病理組織学的所見では、tub2、pSE、ly2、v2、pPM0、pDM0、pRM0のstageIIaであった。術後経過は良好で第52病日に退院となった。【結論】本症例では穿通により直腸前方に膿瘍を形成し、一部膀胱まで波及していたため、膀胱への腫瘍浸潤の有無の判断に苦慮をした。抗生剤投与で膿瘍の縮小化が得られたため膀胱浸潤を否定した。その後膀胱を温存し待機的に手術を行った。膿瘍合併の大腸癌の治療方針について若干の文献的考察を加え報告する。

60 S状結腸癌に併存した虫垂粘液嚢胞腺腫の一例

国家公務員共済組合連合会東海病院内科
 ○戸田 崇之、丸田 真也、北村 雅一、三宅 忍幸、加藤 亨、
 濱宇津吉隆

【はじめに】S状結腸癌に併存した虫垂粘液嚢胞腺腫の一例を経験したので報告する。【症例】93歳女性、既往歴は特になし。平成24年6月上旬より下腹部痛が出現し、当院外来を受診。貧血を指摘され入院となった。眼瞼結膜に貧血あり。腹部：平坦、軟。左側腹部に圧痛あり。腫瘍を触知せず。WBC 5800/μl、RBC 377万/μl、Hb 6.8g/dl。腹部造影CTでS状結腸に全周性の壁肥厚を認めた。また盲腸から虫垂にかけて嚢胞性病変を認めた。腹部USでは虫垂付近に境界明瞭でφ90x29mm、ソーセージ様の嚢胞性病変を認めた。下部消化管内視鏡検査では、S状結腸に全周性の狭窄を認めたがスコープは通過した。盲腸には表面平滑で半球状の粘膜下腫瘍様隆起が存在し、虫垂開口部を隆起上の陥凹として認めた。CT colonographyでは虫垂は描出されず、盲腸底部に粘膜下腫瘍様の陰影欠損として描出された。第15病日に腹腔鏡下S状結腸切除術(D3郭清)、虫垂を含む盲腸部分切除術が施行された。術中所見では、虫垂は嚢胞状に腫大しており内部は黄色の粘液で充満していた。病理所見では、S状結腸は中分化型腺癌、se、ly0、v1、INFb、int、PM0、DM0、N1だった。虫垂の層構造は消失し、膠原線維豊富な結合組織に置換されていた。また、わずかに粘液中に腺腫と考えられる異型円柱上皮を認めた。以上より、S状結腸癌に併存した虫垂粘液嚢胞腺腫と診断した。術後の経過は順調で、第32病日に退院となった。【考察】虫垂粘液嚢腫は、虫垂の腔内に粘液が貯留して、虫垂が拡張した状態を言い、発生頻度は虫垂切除患者の0.08～4.1%とされている。病理学的には過形成、粘液嚢胞腺腫、粘液嚢胞腺癌の3つに分類される。本症例では、粘液産生腺腫による粘液が貯留して虫垂粘液嚢胞腺腫に進展したものと考えられた。治療は、術中の嚢胞破裂による腹膜炎を予防するため、従来は開腹による慎重な切除が行われてきた。近年は腹腔鏡手術の安全性・確実性が向上しており、また本症例は高齢でもあり、できるだけ低侵襲を目的として、腹腔鏡補助下切除術を選択した。

59 直腸 MALT リンパ腫の1例

名古屋市立大学大学院 消化器科・代謝内科学
 ○濱野 真吾、城 卓志、片岡 洋望、神谷 武、谷田 諭史、
 森 義徳、溝下 勤、海老 正秀、尾関 啓司、塚本 宏延、
 田中 守、西脇 裕高、片野 敬仁、林 則之

症例は79歳、男性。主訴は血便。2006年1月に血便を認め近医を受診した。注腸X線検査でポリープを指摘され、大腸ポリープ切除目的に当院に紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査で、直腸に浮腫状の発赤粗造粘膜が認められ生検が行われた。病理組織検査所見は小型リンパ球の密な増生が観察され、免疫染色はCD20+、CD79a+、CD3-、CD5-、CD10-、BCL2+、CCND1±であった。AP12/MALT1転座は陰性であった。以上の結果より直腸MALTリンパ腫と診断され、当院血液内科を受診しその後経過観察となった。2008年6月の下部消化管内視鏡検査を最後にしばらく通院が途絶えていたが、2012年1月に近医より直腸MALTリンパ腫精査のため当科に紹介受診され、下部消化管内視鏡検査が施行された。肛門管直上からRaまで全周性の発赤した隆起性病変が認められた。PET-CTで左頸部リンパ節への集積が認められたため、左頸部リンパ節の生検が施行されワルチン腫瘍と診断された。Lugano分類でStageIと診断され、血液内科でR-CVP療法が4サイクル行われた。治療後の2012年8月の下部消化管内視鏡検査では直腸に潰瘍痕が散在する所見が認められるのみであった。直腸MALTリンパ腫に対して、以前は外科的切除が一般的であったが、近年は放射線療法や化学療法、ピロリ菌の除菌療法が著効したという報告が見られる。今回、比較まれな直腸MALTリンパ腫の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

61 当院における大腸内視鏡 ESD 後の手術症例の検討

¹岐阜大学大学院 腫瘍外科学、²岐阜大学大学院 消化器病態学
 ○加納 寛悠¹、棚橋 利行¹、高橋 孝夫¹、野中 健一¹、松橋 延壽¹、
 館 正仁¹、櫻谷 卓司¹、今井 寿¹、佐々木義之¹、田中 善宏¹、
 奥村 直樹¹、山口 和也¹、長田 真二¹、荒木 寛司²、森脇 久隆²、
 吉田 和弘¹

【目的】大腸癌治療ガイドラインにおいて内視鏡切除後の追加治療の適応基準として、垂直断陽性、SM浸潤度1,000μm以上、尿管侵襲陽性、低分化腺癌・印環細胞癌・粘液癌、浸潤先進部での簇出Grade2/3とされている。当院におけるESD治療後の手術症例につきその適応・妥当性につき検討した。【対象】2003年11月～2012年7月までの8年9か月間の当院で大腸内視鏡ESD治療(計464例)後に当科で外科的追加切除を行った14例。【結果】大腸癌；11例(上行結腸/S状結腸/直腸2/1/8で組織型はtub1/tub2/その他7/3/1)、直腸カルチノイド；3例。切除理由はSM浸潤度1,000μm以上；9例、尿管侵襲陽性；8例、垂直断陽性；1例、組織型；1例、であった。腹腔鏡での切除が13例、開腹が1例。ESDから手術までの中央値は70.5日。術後排ガスまでの平均日数は1.8日、術後平均在院日数は15.6日、術後合併症は2例(14.2%)を認めた。リンパ節転移は3例(21.4%)に認め、全例にリンパ管侵襲を認め、組織型は2例がtub2、1例がtub1であった。腫瘍の大きさは他の症例と有意な差はなく、術後合併症は認めなかった。術後観察期間中央値は27か月であり、リンパ節転移のあったもののうち1例(7.1%)に肺転移再発を認めた。【考察】当院でのESD後の追加切除は直腸に多く、また多くの症例で腹腔鏡でのD2郭清を行っている。今後は追加切除症例のさらなる絞り込みの診断技術開発が期待される。

¹ 済生会松阪総合病院 内科、² 済生会松阪総合病院 外科

○竹下 敦郎¹、三吉 彩子¹、鈴木 康夫¹、福家 洋之¹、青木 雅俊¹、
河俣 浩之¹、橋本 章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、市川 健²、
長沼 達史²、中島 啓吾¹

症例は20歳代女性。主訴は臍周囲痛。既往歴は特記事項なし。現病歴は20xx年8月上旬、冷汗、血便を伴う臍周囲痛が出現し、当院救急受診となった。来院時、腹部は平坦、軟で腫瘍は触知せず、上腹部正中に圧痛を認めたが反跳痛はなく、腸音は亢進していた。血液生化学検査ではWBC6500/mm³、CRP 0.2mg/dl、CK 61IU/l、LDH177IU/l、CEA 1.0ng/ml、CA19-9 17.9U/ml、血液ガス分析ではpH7.465、PCO2 31.4mmHg、HCO3 22.1mmol/lであった。腹部XPでは小腸ガス貯留を認め、腹部造影CT検査では拡張した上行結腸の内部に陥入重積した腸管を認めた。陥入腸管の横断面では、内部に低吸収域と高吸収域が混在する層構造を持つ典型的なtarget signを認め、回盲部を先進部とする腸重積と診断した。腸重積部の腸管は造影効果を認めた。腹水は少量あり、リンパ節腫大は認めなかった。腹部エコーでは、病変部の血流シグナルが見られた。血液検査、腹部画像診断より明らかな虚血壊死、腫瘍性病変を認めず、特発性腸重積を疑い、注腸造影を施行した。上行結腸にカーニ爪様所見を認め、注腸整復を試みた。整復後の造影では回盲部は狭窄像を呈していた。下部消化管内視鏡検査では回盲部は盲腸の著明な発赤、腫張および易出血性みられたが、腫瘍性病変は認めなかった。特発性腸重積の診断で入院、絶飲食で経過観察とした。翌朝の腹部単純CTでは重積は解除されていた。回腸末端、盲腸、上行結腸の一部の全周性肥厚が見られるものの、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。後日施行した注腸検査では回腸までの通過良好であり、上行結腸まで明らかな粗大病変は指摘できなかった。症状は整復後軽快し、入院第8病日退院となった。本症例は腹部超音波検査、CTにて器質的疾患についての評価を行い、徒手整復後下部消化管内視鏡検査で病変部を観察することにより手術を回避することが可能であった。しかし徒手整復後の再発に関しては十分な報告が見られず、今後慎重な経過観察が必要と考えられる。今回成人の特発性腸重積に対し腸切除術を選択せず、徒手整復のみで軽快しえた1例を経験したので報告する。

63 急性大動脈解離症後、壊死性虚血性大腸炎を来した一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○藤井 温子、菊山 正隆、永倉千紗子、上田 樹、奥野 真理、重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

症例は60代、男性。約2年前に急性大動脈解離 DeBakeyIIIb 型を発症し、当院循環器内科で降圧管理で保存的に治療後、外来で経過をみられていた。10日ほど前より下腹部痛が出現し、腹部レントゲンでイレウス像を認めたため、当科へ紹介された。造影CTで虚血性腸炎、小腸サブイレウスの診断で、腸管の造影効果、CA、SMA、IMAの血流が保たれていたことから絶食、補液による保存的治療の方針となった。約1ヶ月の治療後、一部腸炎は残存するものの、サブイレウスの所見は消失し、経過良好として退院となった。退院から約3週間後、排便時から突然の腹痛・嘔気が出現し、当院救急外来を受診。腹部CTで門脈内ガスを認め、腸管壊死の疑いで再入院となった。全身状態不良のため、まずは絶食・補液で保存的に治療を開始。徐々に腹痛の改善を認め、入院9日目の腹部造影CTでは上行結腸炎の所見は残存するも改善を認め、腸管壁の造影効果も保たれていた。入院13日目に施行した大腸内視鏡では、上行結腸に全周性の粘膜発赤と腫脹を認め、一部に縦走潰瘍を伴っていた。また粘膜の一部は暗赤色を呈し、腸管虚血による壊死性腸炎が疑われた。比較的良好な経過から、保存的治療を継続する方針となり、再発予防のために抗凝固療法を開始。その後腹部症状も改善し、経過良好として入院30日目に退院となった。現在虚血性腸炎の再発は認めていない。壊死性虚血性腸炎は、大動脈疾患およびその術後の合併症として散見されるが、その成因に関しては不明な点が多い。自験例では経過から血栓性の腸管虚血が考えられた。

65 潰瘍性大腸炎治療中に急性脾炎を合併した症例

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

○松下 正伸、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、氏原 正樹、平山 裕、森瀬 和宏、前田 啓子、松坂 好平、中村 正直、宮原 良二、大宮 直木、後藤 秀実

【症例】23歳女性。平成23年に下痢と下血があり近医を受診したところ、直腸炎型潰瘍性大腸炎と診断。メサラジン2400mgの内服を開始し、寛解となっていた。平成24年4月より症状再燃、同月末、1日10行の血性下痢となったため当院救急外来を受診、入院となった。入院時、S状結腸内視鏡検査施行、S状結腸まで連続性にそぞう粘膜がみられ、発赤、易出血性あり (Matts Grade 3)。腹部単純CTでは全結腸の壁肥厚が見られ、全大腸炎型に移行していると考えられた。絶食 IVH 管理の元、メサラジン内服を3600mgに増量し、PSL50mg/day 経静脈投与、入院2日目にG-CAPを行った。入院4日目に強い心窩部を訴えたため血液検査施行、WBC 17200 Amy 955 (IU/L) Lipase 2836 (IU/L)、腹部造影CTでは脾頭部から体部の腫大と右後腹膜周囲に腹水貯留が見られた (CT Grade 2)。重症急性脾炎として治療を開始し、メサラジンの増量とPSLの投与開始より4日目に脾炎となったため、薬剤性脾炎を考え、メサラジンを中止し、プレドニンの減量を開始した。血清 Amy 値及び心窩部痛は改善していた。しかし、潰瘍性大腸炎による症状は、G-CAPを4回施行したが、一向に改善しなかったためタクロリムスによる治療を開始した。入院30日目の下部消化管内視鏡にて粘膜治癒が確認された。

【まとめ】今回、メサラジン増量後に急性脾炎を発症した潰瘍性大腸炎の一例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

64 緊急手術を行い救命し得た壊死型虚血性腸炎の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、²外科○金光 芳生¹、平野 克治¹、甘楽 裕徳¹、佐藤 俊輔¹、成田 諭隆¹、菊池 哲¹、玄田 拓哉¹、飯島 克順¹、杉本 起一²、伊藤 智彰²、佐藤 浩一²、市田 隆文¹

【はじめに】虚血性腸炎の重症型である壊死型虚血性腸炎は、術前診断が困難なことが多く、死亡率も高いとされている。今回、緊急手術を施行し救命し得た壊死型虚血性腸炎の1例を経験したので報告する。【症例】64歳女性。【既往歴】2011年2月より多発性骨髄腫にて血液内科で加療を受けていた。2型糖尿病のためインシュリンが導入されていた。【現病歴】2012年7月、腹痛と血便を主訴に救急外来を受診した。採血検査にて貧血があり、CT検査にて大腸の浮腫性変化を認めたため、虚血性腸炎を疑い腸管安静目的に入院となった。【検査成績】白血球数 $4100/\mu\text{l}$ 、CRP 0.3mg/dl と炎症反応を認めていないが、赤血球数 $192 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、Hb 6.7g/dl と高度の貧血が認められた。また、Alb が 2.0g/dl と低値で TP が 9.9g/dl と高く IgA は 8075mg/dl と異常高値であり、骨髄腫は活動性であった。【臨床経過】入院時は軽症であったが、第2病日には白血球数 $11300/\mu\text{l}$ 、CRP 17.0mg/dl と炎症反応の異常高値を認め、Hbは輸血を行うも 4.4g/dl とさらに低下し、腹部診察所見では筋性防御を伴っていた。再度施行したCT検査では腹水の増加が認められ、腹水穿刺では腹水の性状は血性であった。汎発性腹膜炎と腹腔内出血が疑われ、緊急で開腹手術となった。開腹所見では、結腸はS状結腸から下行結腸にかけて漿膜面が黒褐色に変色し、さらに腹腔内出血を認めた。結腸全摘・下行結腸人工肛門造設術を施行したところ再出血を認めず、炎症反応も低下し、術後経過良好にて第18病日に軽快退院した。今後外来にて骨髄腫の治療を継続していく予定である。【考察】虚血性腸炎は多くが保存的治療にて軽快するが、本例のように原疾患が難治性であっても、腸管壊死が疑われた場合には躊躇せず、緊急手術を行うべきと考えられた。

66 インフリキシマブ (IFX) が著効した重症潰瘍性大腸炎の一例

名古屋市立東部医療センター 消化器内科

○北川 美香、伊藤 恵介、浅野 剛、川村百合加、西牧 亜奈、田中 義人、長谷川千尋、川谷 孝

【症例】33才女性。【現病歴】2011年9月より下痢と血便を認め近医にて全大腸内視鏡検査 (TCS) を施行。直腸～S状結腸に連続する深掘れ潰瘍を認め生検にて潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され紹介入院となる。【現症】体温 38.4°C 、下腹部に圧痛あり。血便あり。【入院時検査】WBC $15410/\mu\text{l}$ 、CRP 10.9mg/dl 、赤沈 8mm/h 、Hb 7.6mg/dl と炎症と貧血を認め Clinical activity index (CAI) 21。注腸造影では全大腸にバリウム斑と cuffs button 様所見が多発していた。【経過】絶食、5ASA 3000mg/day で治療を開始したが症状改善せず、第5病日よりPSL 40mg/day 静注を追加した。その後下血と貧血は進行し第12病日5ASA 4000mg/day に増量した。Hb 5.0mg/dl まで低下したが輸血は宗教上の理由により拒否され、やむを得ず止血剤と鉄剤投与のみを行った。免疫調節剤や顆粒球除去療法の追加も検討されたが第19病日にIFX静注を施行したところ翌日から劇的に症状が改善し、第33病日2回目の投与時にはCAI12、Hbも 11.7mg/dl まで改善した。その後は順調にPSLを漸減し、注腸造影にて全大腸に変形と伸展不良を認めるもののバリウム斑は概ね消失。TCSでは下掘れ潰瘍は改善し上行～横行結腸に炎症性ポリープが散在していた。第72病日PSL 15mg/day 、5ASA 2000mg/day まで漸減しCAI2で退院となった。その後外来にてPSLは終了となり現在は8週間毎IFX静注と5ASA 2000mg/day 内服のみでCAIOと経過良好である。【結語】2010年6月IFXが潰瘍性大腸炎にも保険収載となり、効果も高く注目を集めているが、治療の位置づけとしては確立したものはなく今後の症例の積み重ねが必要と考えられる。今回我々は重度貧血をきたすも宗教上理由で輸血が不可能なUCに対しIFXを使用し速やかな改善が見られた症例を経験したので報告する。

67 特発性腸間膜静脈硬化症の1例

名古屋市立東部医療センター 消化器内科

○浅野 剛、田中 義人、川村百合加、北川 美香、西牧 亜奈、
伊藤 恵介、長谷川千尋、川合 孝

【症例】75歳、女性【既往歴】副鼻腔炎、白内障【現病歴】平成23年8月X日に腹痛を主訴として、近医より当院紹介受診した。前医施行の腹部X線CTで上行結腸の壁肥厚を認めたため、9月Y日に大腸内視鏡検査を施行した。盲腸から横行結腸の肝彎曲部にかけて粘膜は浮腫状で暗青色を呈し、上行結腸に多発するびらんと潰瘍を認めた。また上行結腸に10mm大のLSTを認めた。9月Z日に注腸検査を施行した。上行結腸から横行結腸にかけて不整な狭窄像を認めた。外来で経過観察していたが、依然として腹痛が続くため、精査目的に11月A日入院となった。【入院後経過】造影CTで上行結腸から横行結腸の壁肥厚および同部血管の石灰化、腹部血管造影検査で右結腸静脈の狭小化と側副路形成を認め、外来で施行した内視鏡所見と併せて、特発性腸間膜静脈硬化症と診断した。治療方針に関しては腹痛、食欲不振が継続して患者のQOLが低下していること、またLSTがあり、内視鏡的治療を行った場合に治癒の遅延、穿孔、出血などの偶発症のリスクが高いことが予測されたため、手術が望ましいと考えた。患者および家族への十分なインフォームド・コンセントの下、外科にて同年11月腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。切除標本の病理所見は、ほぼ全層性に血管の増生と硝子化が存在し、一部で狭窄や石灰化、骨化を認めた。周囲には線維増生を伴い、一部の粘膜下層では強い浮腫が存在した。動脈は比較的保たれていることから、静脈への変性病変と考え、特発性腸間膜静脈硬化症として矛盾しない像であった。術後経過は順調で、12月B日退院となった。【考察】特発性腸間膜静脈硬化症はわが国で初めて報告され、その疾患概念が確立された比較的稀な原因不明の腸疾患である。生薬の山梔子を含む漢方薬の長期服用が原因の一つであるとの報告もあり、詳細な内服歴の聴取が重要である。本疾患はCTや内視鏡検査で特異的な所見を有するため、疾患の認知さえあれば診断は比較的容易と考えられる。腹痛の鑑別疾患として念頭に置き診療にあたるべきである。

68 広範な腹膜播種を呈し、イマチニブ投与後に腫瘍崩壊症候群を来した GIST の 1 例

¹ 市立伊東市民病院 内科、² 福岡大学 医学部病理学講座
○寺田 修三¹、松山 泰¹、小野田圭佑¹、二村 聡²、川合 耕治¹

【はじめに】分子標的治療薬の出現により、従来化学療法への感受性が低いとされてきた GIST 等の固形腫瘍においても腫瘍崩壊症候群 (tumor lysis syndrome: TLS) 発症の報告が増えてきている。今回我々はイマチニブ投与後に TLS を呈した GIST の 1 例を経験したので報告する。【症例】68 歳男性。主訴：腹部膨満感。既往歴：特記事項なし。飲酒歴なし。現病歴：3 か月前から日常動作が緩慢となり、腹部の膨満感が出現したため、精査加療目的に入院した。入院時現症：JCS1、羽ばたき振戦あり、腹部は著明に膨満、両下肢に圧痕性浮腫あり。血液検査所見：Cre 0.66 mg/dl、UA 7.5 mg/dl、P 3.2 mg/dl、AST 79 U/l、ALT 64 U/l、LDH 420 U/l、NH₃ 222 μg/dl、肝炎ウイルスマーカー陰性。腹部造影 CT：大網、小網、膀胱直腸窩など広範に、新生血管の発達・増生を伴う多結節が集簇した腫瘍を認め、少量の腹水を認めた。入院後経過：失禁や徘徊などの異常行動が顕在化し、腹膜腫瘍による門脈大循環シャント形成が誘因となった高 NH₃ 血症による脳症と考えた。経皮的腹膜腫瘍生検にて、KIT 陽性、CD34 陽性、類上皮細胞型 GIST と診断した。第 22 病日よりイマチニブ 400 mg 内服を開始したが、第 24 病日より血清 Cre、尿酸、P 値の上昇があり（ピーク値 Cre 2.96 mg/dl、UA 10.8 mg/dl、P 6.7 mg/dl）、clinical TLS と診断した。第 25 病日にイマチニブを中止、大量補液と尿のアルカリ化、アロプリノール投与とを行い、血清 Cre、尿酸値は改善した。第 57 病日よりラスプリカーゼ併用下にイマチニブを 300mg に減量して再開した。血清 Cre 値の一過性上昇を認めたが、画像上腫瘍は著明に縮小、高 NH₃ 血症は改善し、第 85 病日に退院した。【考察】固形腫瘍において TLS は稀な合併症であるが、その致死率は約 35.5% と高い。GIST 治療中に TLS を発症した報告はわずか 3 例に過ぎないが、うち 1 例は TLS が原因で死亡している。治療前の高 LDH 血症、高尿酸血症、腎機能低下は TLS 発症のリスク因子とされており、本例のように腫瘍量が多くリスク因子を有する GIST の治療においては TLS 発症に注意が必要と考える。

70 エンテカビル投与中の B 型慢性肝炎に発症した脾原発悪性リンパ腫の 1 例

安城東生病院 消化器内科
○東堀 諒、三浦真之祐、脇田 重徳、宮本 康雄、鈴木 悠士、小屋 敏也、市川 雄平、岡田 昭久、馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

【はじめに】悪性リンパ腫は造血臓器を中心に全身に浸潤・増殖する腫瘍であり、その中でも非ホジキンリンパ腫では脾臓への浸潤がしばしば見られる。しかし脾原発悪性リンパ腫は稀であり、全悪性リンパ腫の約 1% 程度と報告されている。また C 型肝炎ウイルス (HCV) と B 細胞性非ホジキンリンパ腫との関連性を示す報告はいくつか散見されるが、B 型肝炎ウイルス (HBV) に合併する悪性リンパ腫の報告例は少ない。今回われわれは、B 型慢性肝炎の治療中に発症した脾原発悪性リンパ腫の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は 60 代女性。1998 年 12 月より B 型慢性肝炎にて当院消化器内科に通院中であった。血液検査所見では、HBc 抗原は陰性、HBc 抗体は陽性で既に seroconversion していたが、AST と ALT の軽度上昇があり、HBV-DNA 量が 6.0 log コピー/ml と高値であったため、2010 年 12 月エンテカビル内服開始し、以後肝機能は安定していた。HBV-DNA 量も検出感度以下となった。2012 年 6 月、慢性 B 型肝炎の定期検査の腹部超音波検査で、脾臓の一部に不整な低エコー病変を指摘された。腹部造影 CT 検査を施行すると、脾門部に境界不明瞭な 50x40 mm 低吸収域の腫瘍性病変を認めた。脾臓の被膜外への浸潤は認めなかった。PET-CT では、腹部造影 CT の腫瘍性病変に一致して FDG の強い集積を認めた。IL-2R 抗体は 40U/ml と正常値であった。以上より、脾原発悪性リンパ腫を疑い組織学的診断のために外科へ紹介となった。2012 年 8 月 8 日に脾臓摘出術を施行した。開腹すると、脾門部に約 40mm の腫瘍を認めた。脾門部リンパ節を含め、腹腔内のリンパ節腫大は他には認められなかった。病理組織学的検査では結節状に増殖した小型のリンパ球主体の集簇病変が占めており、免疫特殊染色では CD20 陽性、CD10 陽性、Bcl2 陽性を示し濾胞性リンパ腫と診断となった。術後に骨髄穿刺を施行したが骨髄へのリンパ腫の浸潤は認めなかった。【結語】エンテカビル投与中の B 型慢性肝炎に発症した脾原発悪性リンパ腫の 1 例を経験したので報告した。

69 外科的切除で脾悪性リンパ腫と診断できた一例

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、
² 静岡県立総合病院 消化器外科、
³ 静岡県立総合病院 血液内科
○藤井 温子¹、菊山 正隆¹、大場 範行²、青野 麻希³、西岡裕次郎²、野村 明芳²、永倉千紗子¹、上田 樹¹、奥野 真理¹、重友 美紀¹、山田 友世¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、鈴木 直之¹

症例は 80 代、男性。主訴は左側腹部痛で、前医での腹部エコーで脾に φ7mm の腫瘍を認め、当院消化器内科へ紹介された。当科で施行した造影 CT では脾に φ82mm の不整形腫瘍を認め、腫瘍辺縁には淡い造影効果、就寝部には出血性病変を伴っていた。左閉鎖リンパ節が φ22mm と腫大していた。SPIO MRI では脾頭部と内側は SPIO で信号低下、外側尾側に φ85mm の腫瘍を認め、周囲への浸潤所見は認めなかった。PET-CT では脾に SUV max:14.7 の φ80mm の病変、辺縁部に高集積を認めた。左閉鎖リンパ節に SUV max:20.0 の集積があり、胸腰椎にも FDG 陽性病変が多発していた。以上から、脾悪性腫瘍、左閉鎖リンパ節転移、多発骨転移の疑いで、診断目的に当院外科で脾臓摘出術を施行した。腫瘍は中等大～大型の異型細胞の浸潤性増生巣からなり、腫瘍細胞は CD79a、CD20 にびまん性陽性で、CD3、AE1/3+CAM5.2 は陰性。CD31 は弱陽性であり、脾原発 Diffuse large B cell lymphoma の診断であった。術後は全身化学療法を施行し治療効果良好であったが、経過中に間質性肺炎を合併し、呼吸不全、多臓器不全で診断から約 3 か月後に死亡した。脾原発の悪性リンパ腫は悪性リンパ腫のうちで非常にまれな疾患であり、その診断に難渋することが多い。本邦での報告例と併せて、脾悪性リンパ腫の診断と治療戦略について考察する。

71 副腎皮質ホルモンが奏効した Perivascular epithelioid cell tumor(PEComa) の一例

¹ 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、
² 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、
³ 愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部、
⁴ 半田市立半田病院 消化器内科
○石原 健二¹、田中 努¹、田近 正洋¹、近藤 真也¹、水野 信匡²、原 和生²、脇岡 範²、今岡 大²、永塩 美邦²、長谷川俊之²、大林 友彦²、品川 秋秀²、塚口 将文²、関根 匡成²、吉澤 尚彦²、谷田部 恭³、廣崎 拓也⁴、大塚 泰郎⁴、丹羽 康正⁴、山雄 健次²

症例は 47 歳男性。腹痛と 1 年間で 25kg の体重減少を主訴に近医を受診し、CT で著明な腹水貯留と腸間膜に不均一に濃染する 43mmx120mm の腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。腫瘍は門脈、上腸間膜動脈、腹腔動脈を巻き込んでおり切除不能であった。組織学的評価のため腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診を行うも、リンパ球や中皮様細胞のみで腫瘍成分は認めず確定診断に至らなかった。次に外科において開腹下腫瘍生検を検討したが、術後腹水コントロールが困難となる可能性から適応外とされた。そのため CT 像から悪性リンパ腫を疑い、患者に十分な説明を行った上で副腎皮質ステロイド (PSL) 60mg/日 を計 5 日間投与した。投与後、腹水の減少による腹部症状の著明な改善を認めたため開腹下腫瘍生検が行われた。開腹時の腹水は乳糜様であった。病理組織学的に腫瘍は硬化性病変と血管の増生からなり、紡錘形細胞、類上皮細胞も認められた。また免疫組織学的には MiTF 陽性を示したことから Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) と確定診断された。術後、確定診断まで期間を要したことから、臨床的効果のみられた PSL を 40mg/日から再開し漸減したところ、1 か月後の CT で腫瘍の著明な縮小と腹水の減少を認めた。現在、PSL 開始後 6 か月が経過し、5mg/日まで漸減継続中だが、腹水はほぼ消失し腫瘍の増大も認めていない。PEComa は 2002 年の WHO 新分類で初めて取り上げられた腫瘍である。腫瘍は血管周囲に存在し多分化能を有する Perivascular epithelioid cell (PEC) を由来とする極めてまれな間葉系腫瘍の一群である。治療の第一選択は外科的切除とされているが、切除不能例に対しては未だ確立された治療はなく、最近では m-TOR 阻害剤による奏効例が報告されている。本症例は PEComa に対して副腎皮質ホルモンが奏効した初の報告である。

その他②

72 自然還納を認めた閉鎖孔ヘルニアの2例

済生会松阪総合病院

○市川 健、澁澤 麻衣、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 稜、長沼 達史

【症例1】80代男性。腰背部の違和感を主訴に救急外来受診。身体所見では腹部は軽度膨隆しており、右腰部から背部にかけての自発痛を認めHowship-Romberg sign (H-R sign) は陰性。腹部CTで小腸イレウス像に加え右閉鎖孔に嵌入する26mm大の軟部組織陰影を認め小腸の嵌頓を疑う所見であった。検査後に症状自然軽快したため再度CTを施行した所、小腸の拡張は改善し閉鎖孔内の軟部陰影は消失。嵌頓した小腸が自然還納したものと判断し自然還納した閉鎖孔ヘルニアの診断で、炎症反応や腸管壊死の所見も認めなかったため待機的に硬膜下 Direct Kugel Patch (DKB) を用いた腹壁前方到達によるヘルニア修復術を行った。術後合併症は認めず、第3病日退院。術後2年現在再発なし。【症例2】70代女性。以前から繰り返す右股関節痛を自覚しており、今回NSAIDs使用も軽快せず救急外来受診。身体所見ではH-R sign陽性で、腹部CTで右閉鎖孔に嵌入する軟部組織陰影を認めた。来院後2時間後、股関節痛は消失しH-R signは陰性化したため閉鎖孔ヘルニアの自然還納と判断し、翌日のCTでは軟部組織の嵌入所見は消失しており待機的に硬膜下DKBを用いたヘルニア修復術を施行した。術後合併症は認めず、第5病日退院。術後2ヶ月再発なし。【考察】自然還納された閉鎖孔ヘルニアの2例を経験した。症状の軽快とCTでの自然還納を確認し、再発防止の目的で待機的に低侵襲を目指し硬膜下DKBを用いた腹壁前方到達によるヘルニア修復術を行った。本症の自然還納率は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

74 血管内コイル塞栓術にて止血し得た特発性大網出血の一例

岐阜市民病院 消化器内科

○加藤 潤一、高木 結衣、入谷 壮一、黒部 拓也、渡部 直樹、中島 賢憲、鈴木 祐介、小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

【はじめに】今回我々は、上腹部痛で発症し、血管内コイル塞栓術にて止血し得た極めて稀な特発性大網出血の一例を経験したので報告する。【症例】患者は56歳、男性。起床時に上腹部痛を自覚したが、徐々に増悪するために同日昼過ぎに当院救急外来を受診した。来院時は血圧161/89mmHg、体温36.3°C、意識レベル正常とバイタルサインは正常範囲内であった。しかし、理学所見上で上腹部正中線の臍上1横指に限局した圧痛と軽度の腹膜刺激症状を認めた。血液検査ではWBC9740/uL、CRP0.07とごく軽度の炎症反応の増加がみられたが、肝機能検査値はほぼ正常範囲内であり、またHb14.0であり貧血もみられなかった。しかし、腹部CT検査にて心窩部の腹壁直下脂肪織内に軟部濃度腫瘍と内部の不整な造影効果像が認められた。さらに、腹腔内への造影剤漏出が観察され、腹腔内出血が強く疑われたために、直ちに緊急血管造影検査を行った。腹腔動脈造影により左胃大網動脈の大網枝からの出血が確認され、同部位にコイル塞栓術を施行した。術後の経過は良好であり、腹痛も改善したために、術後12病日に退院となった。【考察】大網出血は、「大網内の動脈が何らかの要因により破綻し、大網内や腹腔内に出血ないし血腫を形成する病態」と定義される。成因は腹部外傷後の炎症反応や血栓傾向、血腫による大網の捻転等の外傷性機転、抗凝固薬内服歴や大網悪性腫瘍、静脈瘤、動脈静脈奇形等の非外傷性機転により生じるとされるが、自験例のように明らかな要因を同定できない場合は特発性と診断される。演者らが医学中央雑誌で検索しえた限りでは80例の報告がみられたが、自験例のように早期に診断して血管内塞栓術にて止血し得た症例は極めて稀であった。【結語】発症後の比較的短時間で、腹部造影CT検査にて診断し、内科的に血管内コイル塞栓術にて止血・治癒し得た特発性大網出血の一例を報告した。

73 当科における癌性腹水に対するCARTの有効性

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○松下 直哉、白井 直人、西野 真史、高垣 航輔、竹内 靖雄、梶村 昌良

CART (Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy) とは腹水症 (胸水症を含む) 患者の腹水 (又は胸水) 採取後に濾過、濃縮し患者に再静注する治療法である。当科では2009年7月よりCARTを導入し、2012年8月現在で21症例に施行した。内2症例を提示する。【症例1】2011年5月心窩部痛を主訴に当院受診。腹部CTで脾尾部腫瘍、門脈浸潤と多発肝転移と診断 (病勢からもERCP細胞診は未施行)。化学療法導入目的で5月31日入院。初診時腫瘍マーカーはCEA52.2、CA19-9 8444と高値であり、軽度の低栄養と貧血、肝胆道系酵素の上昇 (T-Bil1.58,AST 72,ALT 69,γ-GTP 713) も認めた。その後GEM (1800mg/day) を開始し、3クール目の効果判定CTではSDと判断。腫瘍マーカーも改善傾向 (CEA 34,CA19-9 3485) であったため、GEM継続したが、2011年9月の外来受診時に腹水貯留とAlb低下を認めた。腹水穿刺での細胞診は陰性であり、門脈本幹閉塞による腹水貯留を疑った。その後利尿剤でも腹水コントロール困難であったため、同月よりCARTを導入し計11回施行。CART併用後はAlb台で推移し、併せてGEMも継続したが、2011年11月中旬頃から癌性疼痛が出現し緩和医療へ移行。その後急速に肝腎不全が進行し12月永眠。【症例2】2010年他院での上腹部痛精査CTで脾腫瘍を指摘、精査目的で同年7月に当院紹介。各種画像精査 (造影CT,MRCPE/ERCP) より脾頭部 (T4N1M0,stage4a) と診断され、7月22日入院。初回血液検査ではCA19-9 1025と上昇以外は有意所見なし。入院後GEM (1200mg/body) を開始したが、2回目投与時に薬疹出現あり中止、TS-1 (80mg/body) へ変更するもCA19-9上昇を認めPDと判断。3rd lineとしてDTXを試みたが、開始2ヶ月後に疼痛の増強があり中止、疼痛緩和目的で放射線照射を施行。以後は緩和医療へ移行し、2011年11月には腹水貯留も認められたため、2011年12月27日CART導入。疼痛コントロールを行いながら、4ヶ月間で計17回施行したが、2012年5月初旬に全身の衰弱が進行し永眠。【総括】CARTは患者への侵襲も少なく比較的安全な方法であり、低Alb血症と自覚症状 (腹満感) の改善に効果的であると考えられる。

75 正中弓状帯症候群を伴って後上脘十二指腸動脈瘤破裂をきたし動脈塞栓術で治癒した1例

岐阜市民病院 第二内科

○黒部 拓也、高木 結衣、加藤 潤一、入谷 壮一、渡部 直樹、中島 賢憲、鈴木 祐介、小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

患者は64歳男性。主訴は上腹部痛と黒色便。平成24年2月14日の昼食後に上腹部痛が出現し、増悪するため当科を受診。意識清明で血圧は172/136mmHgとやや高値であった。血液検査ではWBC 9,960/ μ Lと軽度上昇がみられた。腹部造影CT検査で右腎傍に巨大な血腫がみられた。併せて血腫内に活動性出血を示唆する所見がみられたために緊急動脈造影検査を施行した。腹腔動脈造影では起始部で閉塞機転がみられたことより上腸間膜動脈造影を施行。後上脘十二指腸動脈瘤からの出血と診断し、コイルによる動脈塞栓術を施行した。術後は絶食とした。またHb 8.8g/dLと貧血を認めたためMAP2単位の輸血を施行した。第3病日の腹部造影CTで胸腹水を認めたが、活動性出血はみられなかった。さらに2単位のMAPを輸血を追加した。第8病日の腹部造影CTでも変化はみられなかった。塞栓術後に発熱がしばらく続いていたが解熱し、Hbも11.1g/dLと改善した。第14病日の上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚に管外圧迫による軽度の狭窄所見が観察されたが通過障害はなく、また軽度の肝機能検査異常も改善傾向であったため同日より経口摂取を開始した。その後の経過は良好であり第25病日に退院した。後上脘十二指腸動脈瘤の形成および破裂は正中弓状帯症候群の関与が推察されたが、自験例のように後上脘十二指腸動脈瘤破裂をきたし動脈塞栓術で治癒した症例は極めて稀であり報告した。

¹岐阜赤十字病院 消化器内科、²岐阜赤十字病院 放射線科

○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、宮崎 恒起¹、松下 知路¹、伊藤陽一郎¹、
名倉 一夫¹、後藤 裕夫²

【はじめに】エルシニア腸炎は *Yersinia* 属による腸管感染症で、原因菌は *Y. enterocolitica*, *Y. pseudotuberculosis* が知られている。*Y. enterocolitica* は腹痛、特に右下腹部痛が多く虫垂炎、終末回腸炎、腸間膜リンパ節炎と診断されることが多い。しかしエルシニア腸炎は培養検査では陰性例も多く、必ずしも正診が得られているとは限らない。今回関節炎症状が先行したエルシニア腸炎の1例を経験したので報告する。

【症例】20歳代男性【既往歴／家族歴】特記すべきことなし。【現病歴】2012年6月3日に関節炎、発熱を認め近医を受診、感冒の診断にて抗生剤等の投与を受けた。その後も症状の変化なく、右下腹部痛も出現したために6月11日に当院を受診し精査加療目的に入院となった。明らかな感染ルートは不明。【入院時現症】身長168.5cm、体重66.4kg、体温38.8度、血圧122/64、脈78/分整。胸部に異常所見を認めず。右下腹部に圧痛を認めるが腹膜刺激症状は認めず。表在リンパ節触知せず。【血液生化学検査】WBC 12700/ul、CRP 6.89mg/dl、T.P 6.5g/dl、ALB 3.9g/dlと異常値を認めた。【画像所見】腹部超音波検査で回腸末端部の壁肥厚と周囲リンパ節腫脹、少量の腹水を認めた。腹部CTも同様所見であった。【大腸内視鏡検査所見】入院後5日目に大腸内視鏡検査を施行。回盲弁は腫脹し終末回腸はパイエル板の肥厚と小白苔を認めた。【入院後経過】抗生剤投与を開始、解熱とともに右下腹部痛は消失。便培養検査では *Klebsiella* 属を認めるのみであったが、血清抗体で *Y. enterocolitica* 抗体が160倍でエルシニア腸炎と確定診断した。入院7日目に退院となった。【考察】エルシニア腸炎は臨床症状が多彩で胃腸炎型、回盲部炎症型、結節紅斑型、関節炎型、敗血症型と分類される。本例は関節炎症状が先行し回盲部炎症型へと移行した症例と思われた。エルシニア腸炎は画像診断、抗体検査等の総合的判断と同時に慎重な臨床経過の把握が重要と思われた。

77 化学放射線療法中に意識障害を伴う高アンモニア血症を来した食道癌の1例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○吉峰 崇、澤木 明、野尻 優、大脇 俊宏、青木 美帆、岩崎 弘靖、野村 智史、金本 高明、日下部篤宣、蟹江 浩、坂 哲臣、山田 智則、林 克己、折戸 悦朗

切除不能食道癌の予後は不良であるが、その全身化学療法の標準治療は5-fluorouracil (FU) とシスプラチン (CDDP) である。本治療では、腎障害、骨髄抑制、粘膜障害などの有害事象がみられるが、稀な有害事象として高アンモニア血症が報告されている。今回5-FU+CDDP投与後、高アンモニア血症による意識障害を来した切除不能食道癌の1例を経験したので報告する。症例は67歳、男性で、主訴は嚥下困難であった。既往歴は10歳代に虫垂炎で手術。35歳時に胃潰瘍で手術。糖尿病、高血圧。HBVの感染既往あり。生活歴は喫煙なし、飲酒はウイスキー100ml/日。現病歴は2012年3月より、嚥下困難を自覚し当院耳鼻咽喉科を受診。CTにて食道腫瘍、腹部リンパ節腫大を認めたため、当科紹介受診。精査にて食道癌(扁平上皮癌、中分化型)、多発リンパ節転移を認めたことからstageIVa (T3N4M0)と診断した。切除不能と判断し、同年5月より化学放射線療法を開始した(5-FU 700mg/m² Day1-4, CDDP 70mg/m² Day1)。Day7より、意識障害 (JCS I-2) が出現した。画像所見において白質脳症の所見も認めず、また血中電解質濃度にも異常はなく、肝機能障害もなかったが、血中アンモニア値132μmol/Lと高アンモニア血症を認めた。脳波所見でも代謝性脳症を疑う三相波がみられた。その後、血中アンモニア値の低下とともに意識障害は改善され、症状は消失した。肝機能はもとも正常範囲内であり、高アンモニア血症を来した原因としては5-FUが最も可能性が高いと考えられた。肝機能異常のない例に対する5-FU投与の有害事象として高アンモニア血症を来した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

79 前立腺癌の食道転移の1例

¹浜松医科大学 医学部 第一内科、²浜松医科大学 分子診断学、³浜松医科大学附属病院 救急部、

⁴浜松医科大学 臨床研究センター、⁵浜松医科大学 光学診療部
○金子 雅直¹、山田 貴教¹、加藤 雅一¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、佐原 秀¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、高柳 泰宏¹、岩泉 守哉²、栗山 茂³、古田 隆久⁴、大澤 恵⁵、杉本 健¹

症例は79歳男性。2010年12月前医にてcT3bN1M1b、stageD2の前立腺癌と診断され、ホルモン療法などを開始された。676.70ng/mlとPSAの上昇と全身多発骨転移(頭蓋骨・椎体骨・骨盤骨など)出現を認めたため、2011年11月当院泌尿器科へ紹介された。以後、ドセタキセル化学療法を5回施行するも、2012年4月にはPSAは1564ng/mlまで上昇したため、治験薬を開始されたが、2012年8月、食不振、貧血が進行し当院泌尿器科へ入院した。同科より貧血精査の依頼あり、当科にて上部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡検査では、切歯列より35cmの胸部中部食道に4mm大、黄色調、表面平滑でなだらかな隆起病変を認めた。NBI拡大観察では、表層に密な毛細血管を認めるが、不整は目立たなかった。超音波内視鏡(EUS)での観察では、第2層(粘膜層)に存在する4.0X0.9mm大の境界明瞭で均一な低エコー病変として観察された。生検施行し、組織学的には、被蓋粘膜上皮下(粘膜固有層)に泡沫状あるいは印環型の異型細胞が集簇しており、癒合管状を呈する部分も認めた。免疫組織学的には、PSA、PSAP、PSMA、PS04sといった前立腺癌マーカーがいずれも陽性であり、前立腺癌の食道転移と診断した。その他、上部消化管には出血源と思われる病変はなく、貧血は薬剤あるいは原病の進行に関連するものと考えられた。他臓器癌からの食道転移例は稀であり、中でも肺癌、乳癌、胃癌がほとんどである。その一方、前立腺癌の他臓器転移は比較的高頻度ではあるが、その多くは肺、骨、リンパ節への転移であり、我々の検索では、前立腺癌食道転移の報告は過去に4例のみである。更に、EUS、NBI、詳細な免疫組織学的検索をされたものの報告はなく、貴重な症例と考え、報告する。

78 食道粘膜下腫瘍上の早期癌が疑われた三例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○横山 敬史¹、宮原 良二¹、松坂 好平²、古川 和宏¹、水谷 太郎¹、鶴留 一誠¹、平山 裕¹、山本富美子¹、松崎 一平¹、松下 正伸¹、中村 正直¹、大野栄三郎²、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、大宮 直木¹、廣岡 芳樹²、前田 修¹、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実^{1,2}

今回我々は食道粘膜下腫瘍上に早期癌の合併が疑われた三例を経験したので報告する。

三例は、65歳男性、58歳女性、54歳女性。いずれも検診UGIにて胸部上部食道に腫瘍を指摘され、当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて切歯列より20~22cmの胸部上部食道に粘膜下腫瘍を認め、表面に発赤した陥凹性病変を認めた。NBI併用拡大内視鏡観察にてIPCLの拡張や増生を認め、ヨード染色にて不染を認めたので早期食道癌が疑われた。超音波内視鏡検査にて粘膜病変の粘膜下層への腫瘍浸潤を疑わせる所見は認めなかった。また、粘膜下腫瘍は粘膜筋板又は粘膜下層と連続する内部均一な低エコー腫瘍として描出され、平滑筋腫または顆粒細胞腫が疑われた。以上から内視鏡的切除が可能と判断して内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。粘膜病変の病理的診断は一例は異型上皮(moderate dysplasia)であり、一例は生検の影響もあり、腫瘍細胞を認めなかった。また、粘膜下腫瘍は平滑筋腫であった。残る一例は治療直後であり、結果未着である。

食道粘膜下腫瘍の表面に癌が発生することは以前より指摘されている。通常の食道癌の発生要因とは別に、粘膜下腫瘍により突出した粘膜への機械的な刺激が影響している可能性が考えられている。食道粘膜下腫瘍を認めた場合、微細な粘膜病変の有無を確認することが必要である。また、粘膜下腫瘍上の病変のみを切除しても粘膜下腫瘍が残存していれば再度癌が発生する可能性が考えられるので粘膜下腫瘍を含めた一括切除が望ましいと思われる。

上記三例は超音波内視鏡検査にて粘膜下腫瘍と固有筋層の連続性が認められないことが確認出来たので、内視鏡的粘膜下層剥離術を安全に施行し粘膜下腫瘍を含め一括切除することが出来た。

80 左気管支閉塞をきたした食道癌のQOLを劇的に改善した1例

岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科

○館 正仁、田中 善宏、加納 寛悠、桜谷 卓司、棚橋 利行、佐々木義之、今井 寿、名和 正人、松橋 延壽、奥村 直樹、野中 健一、長瀬 通隆、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、二村 学、吉田 和弘

症例は68歳、男性。平成23年12月初旬より嚥下痛を認め、内視鏡で門歯より30cmの部位に2型の進行食道癌を認めた。CTでは左の気管への浸潤を認め、リンパ節転移も疑われた。化学療法を施行したが腫瘍縮小はほとんど認めず、経口摂取も不可能となったため4月下旬に食道バイパス術を施行した。気管浸潤も認めることから呼吸器合併症の可能性も考慮し、気管切開術を同時に施行した。術後、人工呼吸器管理のもとICU入室となった。術後1日目のレントゲンでは左肺の含気不良を認め、腫瘍による閉塞が考えられた。術後2日目より酸素化不良となり、気道開通を行わなければ人工呼吸器からの離脱は困難であると考えられた。そのため、挿管チューブに側溝をあげ閉塞部位を拡張する形で気切部より気道確保を行った。その後、含気良好となり酸素化も改善したため、人工呼吸器を離脱し、術後3日目に一般病棟へ転棟した。全身状態安定し放射線治療、抗がん剤治療により腫瘍縮小を認め、気管切開部も閉鎖可能となり退院できるまで回復した。当院では同様の症例を2例経験しており、腫瘍による気道閉塞を伴った患者を思考を凝らした気道確保により退院可能まで回復できたので報告する。

81 GERDによる食道狭窄に対し食道下部切除を施行し、経口摂取可能となり認知症状が改善された一例

¹名古屋大学消化器外科、²名古屋大学老年科

○丹羽由紀子¹、小池 聖彦¹、柳川まどか²、松下 英信¹、神野 敏美¹、小林 大介¹、田中 千恵¹、中山 吾郎¹、藤原 道隆¹、小寺 泰弘¹

認知症を有する高齢者の外科的手術患者数は増加している。手術の適応範囲を狭めることなく、術前に認知症を正確に評価することにより、適切な治療計画をたてることが重要である。今回われわれは認知症を正確に評価し、術後経口摂取可能となり認知症状が改善された1例を経験したので報告する。症例は80歳男性。既往歴は高血圧、糖尿病。現病歴は5年前からアルコール依存症と逆流性食道炎を発症するも、未治療のまま飲酒を継続していた。食道狭窄をきたし経口摂取不能となり、2011年12月に近医入院。内視鏡的バルン拡張術を6回施すも拡張はえられず、食道穿孔を合併し保存的治療にて軽快した。前医入院中に転倒し、大腿骨頸部骨折のため手術施行後誤嚥性肺炎を合併した。当院へ食道狭窄手術治療目的のため転院となった。病変はLt-Aeにかけての長径3cmにわたる全周生狭窄であった。下部食道切除と胃瘻造設を提示し、ご本人ご家族ともに下部食道切除を希望された。歩行器を使用しており、PS3、認知症を認めた。老年科の評価では脳血管性痴呆であり、Mini Mental State Examination (MMSE)では9/30と重度の認知機能低下を認めるも、転院による環境の変化と長期の入院によるもの一時的な低下と考えられ、経口摂取とリハビリにより回復が望めるとのことであった。2012年6月開腹下部食道切除・空腸間置術施行した。術後譫妄を軽度認めたが、家族の付き添いにより問題行動はなかった。術前よりリハビリテーションを開始し、術後第1病日より再開した。術後経過良好で、合併症なく術後10病日に経口摂取開始した。MMSEは術後第32病日では21/30と軽度認知症まで回復し、歩行は杖歩行まで回復した。術後第36病日、老人保健施設へと転院となった。

82 肝硬変、慢性腎不全合併の胃癌食道癌患者に対し2期分割手術を行い安全に切除しえた1例

¹名古屋大学大学院 腫瘍外科、²名古屋大学大学院 形成外科

○平田 明裕¹、深谷 昌秀¹、板津 慶太¹、臼井 弘明¹、江畑 智希¹、横山 幸浩¹、國料 敏男¹、角田 伸行¹、伊神 剛¹、菅原 元¹、上原 圭介¹、吉岡裕一郎¹、亀井 謙²、棚野 正人¹

症例は66歳男性。2010年7月の検診で異常を指摘され近医で食道癌、胃癌と診断された。アルコール性肝硬変、慢性腎不全のリスクのため当院へ紹介となった。ICG15分値:20.6%、K値0.109。BUN/CRE 49/1.89、GFR 46であった。食道癌【TNM7th;MtT3N1(106recR)M0cStageIII】、胃癌【TNM7th;T2(MP)NOM0stageIB】であった。慢性腎不全のため術前化学療法は難しいと判断した。2010年9月に1期目手術:右開胸開腹食道亜全摘術2領域郭清(頸部、胸部)、食道皮膚瘻、胃瘻造設術を行った。手術時間5時間37分、出血量318mlであった。術後CD腸炎となったが徐々に回復した。11月に2期目手術:胃全摘術、胃管瘻孔切除、遊離有茎空腸再建術、血行再建術施行した。手術時間は7時間47分、出血量は397mlであった。病理所見では食道癌:por diff Squamous cell carcinoma.pT2 (pMP) pN2.INFb.ly2.v1。胃癌:mod diff tubular adenocarcinoma.intermediate type.INFb.ly1.v0pT1bであった。術後誤嚥のため嚥下リハビリを行った後、食事開始となり無事退院となった。1期目72日目、2期目38日で退院となった。現在術後2年経過しているが無再発生存中である。食道癌に対する2期分割手術は、リスクの高い症例に対する手術侵襲を軽減する方法として報告されている。今回われわれは肝障害、腎障害の合併症を有するハイリスクの胃癌食道癌に対して、根治切除し小腸再建術を安全に施行しえたので報告する。

83 胆管断端神経腫の一切除例

豊橋市民病院 消化器内科

○木下 雄貴、松原 浩、浦野 文博、内藤 岳人、藤田 基和、
山田 雅弘、北畠 秀介、山本 英子、樋口 俊哉、田中 浩敬、
田中 卓、廣瀬 崇、岡村 正造

【はじめに】胆管断端神経腫は外科的操作で切断された神経断端において Schwann 細胞および神経軸索が再生、増殖した肉芽組織である。胆嚢摘出術後の 0.23% に発生する比較的稀な良性疾患であるが、悪性疾患との鑑別は極めて困難とされている。今回我々は、胆管断端神経腫の一切除例を経験したので報告する。【症例】70 歳代女性。【既往歴】28 年前に胆石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。【現病歴】検診で指摘された胃粘膜下腫瘍に対して近医で経過観察を行っていたところ、増大傾向を認め当科紹介。腹部造影 CT 検査で噴門部背側に 2.5cm 大の腫瘍とともに、総胆管に造影効果のある片側性の病変を認めたため精査入院となった。超音波内視鏡検査では、噴門部小弯前壁に第 4 層由来の胃粘膜下腫瘍を認め、胃 GIST と考えられた。胆管病変は、胆嚢管遺残部から総胆管に突出する 8x7mm 大の内部均一な低エコー病変を認めた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査を施行したところ、胆管直接造影では異常を認めなかったが、引き続き施行した管腔内超音波検査では、遺残胆嚢管に無エコー域を有する内部均一な低エコー病変を認めた。経乳頭の胆管生検を施行し、病理学的に病変部、肝門部、膈上縁は正常粘膜であった。既往と画像所見から、胆管断端神経腫を強く疑ったが、完全な悪性疾患の否定は困難であり、増大傾向を認める胃粘膜下腫瘍に対する胃部分切除術とともに、胆管切除、胆管空腸吻合術を施行した。胃粘膜下腫瘍の術後病理所見は、2cm 大の結節状の腫瘍であり、紡錘形細胞が錯綜状に配列、免疫染色は C-kit (+)、mitosis<1/50HPT で、Fletcher 分類で low risk の胃 GIST の診断であった。胆管病変は、胆管壁に 1cm 大の神経線維の著明な増生を認め、胆管断端神経腫と最終診断された。【考察】術前診断では胆管断端神経腫を鑑別の第一に挙げたが、胃 GIST と併存することで外科的手術となった。良性疾患を疑った以上、術中迅速病理診断を行い術式決定するなど、工夫の余地もあったと思われる。胆嚢摘出術後の症例では、胆管断端神経腫を念頭に置いて診断を進め、侵襲の少ない治療を考慮することが重要と考えられた。

85 中等症胆管炎に対する内視鏡的ドレナージ時期に関する検証

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○野尻 優、坂 哲臣、大脇 俊宏、吉峰 崇、青木 美帆、
岩崎 弘靖、金本 高明、野村 智史、日下部篤宣、蟹江 浩、
山田 智則、林 克巳、折戸 悦朗

【背景】我々は急性胆管炎の重症度分類に、日本語版ガイドライン『科学的根拠に基づいた急性胆管炎・胆嚢炎の診療ガイドライン』を用いている。ドレナージ時期は、Tokyo consensus meeting において、特に中等症に関して一致をみない。当院では中等症胆管炎のドレナージは、原則待機的に平日日勤帯に行っている。【目的】当院における中等症胆管炎のドレナージ時期について検証する。【対象】2010 年 5 月 1 日から 2011 年 3 月 31 日の期間、当院を受診した中等症胆管炎で内視鏡的ドレナージが施行された 47 例。【方法】対象をドレナージ施行 24 時間未満の群 (21 例) と 24 時間以上の群 (26 例) の 2 群にわけ、入院期間中の重症化の頻度および重症化因子の推移を後ろ向きに検討する。【結果】経過中、日本語版ガイドラインの重症クライテリアをみたした症例は、両群ともに認めなかった。一方、国際版ガイドライン『Tokyo Guideline for management of acute Cholangitis and cholecystitis』の重症クライテリアを、ドレナージ施行 24 時間未満の群では 4/21 例 (19.0%)、24 時間以上の群では 2/26 例 (7.7%) (p=0.246) で満たした有意差はなかった。次に、国際版の重症因子各項目に関して検討した。カテコラミンを要する低血圧は両群で認めなかった。GCS はドレナージ施行 24 時間未満の群と 24 時間以上の群で、それぞれ 14.9±0.3、15.0±0.2 (p=0.370) で有意差はなかった。PaO2/FiO2 ratio<300 となった症例は、それぞれ 4/18 例 (22.2%)、2/16 例 (12.5%) (p=0.458) で有意差はなかった。INR>1.5 となった症例は両群で認めなかった。血小板数<10 万となった症例は、それぞれ 3/21 例 (14.3%)、2/26 例 (7.7%) (p=0.466) で有意差はなかった。【結論】中等症胆管炎の内視鏡的ドレナージは待機的に行えばよいと推測する。今後前向きに介入研究を予定する。

84 門脈再建術後の吻合部出血に対して門脈ステントにより止血を試みた一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○白根 尚文、菊山 正隆

症例は 79 歳男性。2003 年胆嚢摘出術の既往あり。2012 年 4 月肝胆道系酵素の上昇認め前医受診、胆嚢管癌と診断され化学放射線療法予定であった。2012 年 5 月当院紹介 根治的治療を希望され手術の方針となった。右肝動脈、門脈浸潤を認めたため拡大右葉切除予定としたが残肝 volume が少なかったため、術前に門脈塞栓術を行った後 2012 年 7 月 13 日に手術を施行した。術後 1 病日 出血性ショックとなり再度開腹、RHA 断端からの出血および門脈吻合部からの oozing があり縫合止血を行った。その後 DIC および肝不全傾向であったが徐々に回復するも術後 8 病日再度出血性ショックとなった。同日緊急血管造影検査施行、仮性動脈瘤からの出血を認め同部位をコイルリングし、瘤形成や出血の予防目的に右肝動脈断端もコイルリングを行った。翌日施行した血管造影検査では肝動脈が描出されなかった為、術後 11 病日に回結腸動脈シャントを作成した。血漿交換などを行い状態の安定化をはかるも術後 18 病日ドレーンおよび創部から新鮮血があふれ出るほどの出血をきたし、CT 上門脈吻合部からの出血と診断された。開腹での処置は困難であろうとの判断にて当科コンサルト、同日門脈ステント留置を試みた。門脈造影にて吻合部より造影剤が漏出するのを確認。経皮経肝的に 12mmx6cm の Niti covered stent を留置、造影剤の漏出が消失したのを確認して終了した。その後貧血の進行は止まったが肝不全から多臓器不全の状態となり術後 25 病日患者は死亡した。門脈ステントにて緊急時止血し得た症例を経験したのでここに報告する。

86 EUS 下ラテンブー法が深部胆管挿管獲得に有用であった十二指腸乳頭癌の 1 例

岐阜大学医学部附属病院 第 1 内科

○上村 真也、安田 一朗、岩下 拓司、土井 晋平、馬淵 正敏、
森脇 久隆

症例は 79 歳、女性。尿の濃染を認めたため近医を受診。黄疸と腹部超音波検査にて総胆管～肝内胆管の拡張を認めたため閉塞性黄疸と診断され、精査加療目的で当科紹介入院となった。腹部造影 CT では総胆管および主膵管の拡張を認め、十二指腸乳頭部に動脈相でリング状、門脈相・平衡相で均一に濃染される 15mm 大の腫瘍を指摘された。上部消化管内視鏡検査では十二指腸主乳頭部に潰瘍形成を伴った腫瘍性病変を認め、超音波内視鏡検査 (EUS) では、腫瘍は 17x10mm の均一な低エコー腫瘍として描出され、十二指腸筋層を越えて一部碎実質に浸潤していた。以上の所見から十二指腸乳頭癌による閉塞性黄疸と考え、引き続き減黄目的にて ERCP を行ったが、腫瘍浸潤により胆管開口部の同定が困難であった。このためコンベックス型 EUS を用いて、十二指腸下行脚から 19gauge 針を下総胆管に穿刺し、その後胆管造影にて胆管の走行を確認した後、ガイドワイヤー (GW) を穿刺針内を通して胆管内へ挿入し、さらに狭窄部・乳頭部を通過させて十二指腸内に挿入・留置した。次いで GW を十二指腸内に留置したまま穿刺針・EUS スコープを抜き去り、側視鏡に入れ替え、EUS 下に留置した GW の先端をスネアで把持してスコープ内に引き込み、鉗子孔から引き出した後、7Fr. プラスチックチューブステントを胆管に留置した。術中および術後に合併症はみられず、その後順調に減黄効果が得られた。胆道ドレナージにおいて深部胆管挿管は手技の第一段階であるが、ときに胆管へのアプローチが困難なことがある。特に乳頭部に腫瘍をみとめる場合には、内視鏡的なアプローチが困難なことが多く、一般的には次善の策として経皮的ドレナージが選択される。しかし、外瘻留置は患者の苦痛を伴い、切除不能な場合には内瘻化まで要する期間が長くなるのが欠点である。近年、EUS を利用したいくつかの胆道ドレナージ法が開発されているが、なかでも EUS 下ラテンブー法は侵襲が少なく安全な方法として期待される。

87 IgE 高値、好酸球増多を呈した良性胆道狭窄の一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○奥野 真理、菊山 正隆、永倉千紗子、上田 樹、重友 美紀、山田 友世、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

症例は60歳代女性。2006年肝機能障害にて当科紹介。受診時 T-Bil5.5mg/dl、D-Bil3.6mg/dl、AST117U/l、ALT122U/l、LD332U/l、ALP1761U/l、 γ -GTP361U/lと肝胆道系酵素の上昇の他、白血球23600 μ l(好酸球63.0%)と好酸球増多、及びRIST172.0IU/mlと軽度の上昇を認めた。IgG4は60.7mg/dlと正常値であった。MRCPでは肝内胆管の多発狭窄を認め、ERCPでは中部胆管の狭窄が描出された。胆管生検では壊死物質と単核球浸潤のみの所見であった。前医でIgE2500mg/dlと高値を指摘されており、気管支喘息を合併していたことからアレルギー性肉芽腫性血管炎が疑われ、それに伴った胆管炎の可能性が考えられた。PSL40mg/日の投与を開始したところ肝胆道系酵素及び好酸球数は低下傾向となったが、画像上胆管狭窄は残存した。現在も外来加療中であり、PSL10mg/日に好酸球、肝胆道系酵素ともにほぼ正常範囲内にコントロールされているが、胆管壁肥厚は消失することなくむしろ増悪傾向を認めている。壁肥厚部は偏側性、表面不整であるが、現時点で生検にて悪性所見は指摘されていない。アレルギー性肉芽腫性血管炎は好酸球増多を伴う全身性血管炎であり、末梢神経炎、紫斑、消化管潰瘍、脳梗塞など多彩な症状を呈するが、胆管炎を併発した例の報告は少ない。今回我々は好酸球増多を呈し、アレルギー性肉芽腫性血管炎が疑われる症例に合併した良性胆道狭窄及び胆管炎の一例を経験した。特徴的な画像所見を呈した貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

89 FDG-PET 検査を契機に診断された胆管内乳頭状腫瘍 (IPNB) の一例

¹ 三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科、² 三重大学医学部附属病院 肝胆膵移植外科○野尻圭一郎¹、井上 宏之¹、山田 玲子¹、稲垣 悠二¹、為田 雅彦¹、二宮 克仁¹、田野 俊介¹、濱田 康彦¹、葛原 正樹¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之¹、伊佐地秀司²

症例は82歳の女性。2008年肺小細胞癌に対して右肺上葉切除術を施行された。術後化学療法施行の後、経過観察されていたが2011年4月施行のPET-CTにて肝門部にSUV3.5の集積が認められたため当科へ紹介入院となった。腹部エコーでは、肝内胆管前区域に17mm大の嚢胞性病変があり、その口側に約10mm大の高エコーの結節が認められた。靜ダイナミックCTでは、肝内胆管前区域に嚢胞性病変があり、エコーで指摘された結節は不明瞭であった。MRIでは、肝内胆管前区域近傍にT1 low、T2 highの嚢胞性病変が認められたが、やはり結節は不明瞭であった。EUSでは、門脈の左右分枝直後の右枝近傍に13mm大の多房性嚢胞があり、嚢胞内部に高エコーを示す結節性病変が認められたが胆管との交通は認めなかった。ERCPでは乳頭の開大や粘液の排出はなかった。胆道造影では、造影剤を圧入するも嚢胞性病変は描出されなかった。右肝内胆管からのIDUSでは右門脈に接した12mm大の多房性嚢胞があり、内部に高エコーの結節を認めた。胆汁細胞診は陰性であった。以上の結果よりIPNBが疑われ、肝門区域切除術が施行された。病理結果は、肝門部の拡張胆管内で複雑な乳頭状構造を呈し増殖する腫瘍がみられた。上皮は丈の低い円柱状で淡好酸性の胞体を呈しており、小腺房状に分布する腫瘍成分を含む胆管外間質により胆管の圧排が見られた。胆管粘液は確認できなかったが、免疫染色はMUC-1(+), MUC-2(+), MUC-5AC(+)であった。以上よりIPNBと診断した。IPNBに対するPET-CTの有用性については我々の検索した範囲では症例報告を認めるのみである。存在診断、術前悪性診断におけるPETの有用性、位置付けにはさらなる検討が必要である。

88 腹腔鏡下胆嚢摘出術後、長期経過して合併したクリップ 迷入による総胆管結石と遅発性胆汁瘻の1例

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科

○野村 翔子、長屋 寿彦、菊池 正和、吉田 正樹、藤本 正夫、山瀬 裕彦

【はじめに】現在、胆嚢結石に対する標準術式として腹腔鏡下胆嚢摘出術は広く普及しているが、胆嚢管や胆嚢動脈を切断する際には金属製クリップが用いられることが多い。近年、術後合併症としてこのクリップ迷入による総胆管結石症の報告例が散見されるようになった。一方、腹腔鏡下胆嚢摘出術後に胆汁瘻を合併することもあるが、その多くは術後早期の場合が多い。今回、われわれは腹腔鏡下胆嚢摘出術後6年を経て、胆嚢管処理に用いたクリップを核にした総胆管結石症に対して内視鏡的治療を行い、更にその1年半後に遅発性胆汁瘻に対し、外科的手術を要した1例を経験したので報告する。【症例】75歳男性、2005年5月に胆嚢結石症に対し、当院外科で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後経過は良好であった。2010年12月頃から時に心窩部痛を自覚するようになった。2011年1月、当院内科受診、採血にて肝胆道系酵素上昇と腹部CTにて総胆管の軽度拡張と下部胆管に金属陰影を認めた。精査目的で入院、内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査(ERCP)にて総胆管内にクリップ様構造を内部に有する18x10mm大の結石透亮像を認め、内視鏡的乳頭バルーン拡張術(EPBD)後、バスキューターテルによる結石摘出術を施行した。結石はクリップを核とした泥状のビリルビン結石であった。その後症状は消失し、経過良好であった。しかし2012年7月に発熱、右側腹部痛が出現し、当院内科に再受診。採血では炎症反応高値、腹部CTでは肝門部に被包化された低吸収域を認め、胆汁瘻を疑い、緊急入院とした。絶食、抗菌薬点滴の保存的治療にて軽快、ERCPでは胆嚢管断端から被包化された遊離腔への造影剤の漏出を認め、確定診断とした。内科的治療は困難と考え、当院外科にて開腹下胆嚢管結紮術を施行した。術後経過は良好で、現在再発は認めていない。【結語】本症例は腹腔鏡下胆嚢摘出術後、迷入クリップを核として形成された総胆管結石と遅発性胆汁瘻を術後長期経過して合併した稀な症例と考える。その成因、今後の対策を含め、文献的考察を加えて報告する。

90 胆嚢捻転症の一例

¹ 済生会松阪総合病院 内科、² 済生会松阪総合病院 外科○加藤 晋史¹、三吉 彩子¹、鈴木 康夫¹、青木 雅俊¹、福家 洋之¹、河俣 浩之¹、橋本 章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、中島 啓吾¹、河埜 道夫²、長沼 達史²

【症例】80歳代女性、【主訴】右上腹部痛、【既往歴】特記事項なし、【現病歴】高齢一人暮らしの女性。20xx年6月3日より徐々に増悪する右上腹部痛と嘔吐を認め、食欲低下自力で食事摂取困難になったため、6月10日当院へ救急搬送された。来院時、意識清明で、身長136cm、体重25.2kg、BMI13.5と著明な痩があり、38.0度の発熱を認めた。腹部は平坦軟で、右上腹部に圧痛を認めたが、Murphy Signは陰性で、胆嚢は触知しなかった。血液検査ではWBC13100/ μ l、Hb8.8g/dl、Plt13.3万/ μ l、PT83%、AST73IU/L、ALT95IU/L、T-Bil0.7mg/dl、ALP237U/L、CRP12.6mg/dLと著明な炎症反応上昇と、肝酵素の軽度上昇を認めた。血液ガス分析ではアシドーシスは認めなかった。腹部超音波検査では、著明な胆嚢の腫大と壁肥厚を認め、内部に複数の結石とairが認められた。胆嚢周囲には腹水の貯留を認め、胆嚢動脈の血流は認めなかった。腹部造影CT検査では、腫大した胆嚢は下方に偏位し、右腎下縁まで達しており、胆嚢壁の一部は造影効果不良であった。また、胆嚢頸部に肥厚した軟部影を認め、同部は渦巻き像を呈していた。上記検査より胆嚢捻転による壊疽性胆嚢炎が疑われ、開腹手術となった。術中所見では、血性腹水を認め、胆嚢は胆嚢管のみが間膜により肝下面に附着しているGross分類2の遊走胆嚢で、総胆管から胆嚢管方向にみて時計回りに360度回転し、黒褐色に腫大をしていた。完全型の胆嚢捻転による壊疽性胆嚢炎と診断し、胆嚢摘出術及び腹腔ドレナージを行なった。術後経過は良好で、第37病日退院となった。【結語】胆嚢捻転症は、高齢の痩せた女性に多く、画像所見上、肝床から遊離した遊走胆嚢、胆嚢壁の造影不良、捻転部の渦巻き像などの特徴的な所見がある。胆嚢捻転症は比較的稀な疾患であり、特徴的な症状、身体所見が乏しく診断に苦慮することが多い。今回、当院で経験した症例について若干の文献的考察を加えて報告する。