

教育講演 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。

第19回教育講演会プログラム

第1会場（5F 国際会議室）

教育講演（1） 9：30－10：30

司会 岐阜市民病院外科 種村 廣巳

食道癌・胃癌治療の進歩と展望

岐阜大学大学院腫瘍外科 吉田 和弘

教育講演（2） 10：30－11：30

司会 岐阜市民病院消化器内視鏡部 名倉 一夫

小腸疾患の診断と治療

名古屋大学大学院消化器内科 大宮 直木

教育講演（3） 13：30－14：30

司会 名古屋大学大学院消化器内科 後藤 秀実

NASHの診断と治療

高知大学大学院消化器内科 西原 利治

教育講演（4） 14：30－15：30

司会 三重大学大学院肝胆膵・乳腺外科 伊佐地秀司

EUS-FNAによる診断・治療の現状

岐阜大学病院第一内科 安田 一朗

1) 食道癌・胃癌治療の進歩と展望

岐阜大学大学院腫瘍外科 吉田 和弘

近年の診断技術、手術手技の進歩や新規抗癌剤の出現により、胃癌治療の成績は著しく改善した。すなわち早期癌で粘膜内癌はESD（Endoscopic Mucosal Dissection）の進歩により、QOL（Quality of life）が保てる治療法となり、さらに手術成績も比較的良好となったが、進行癌ではまだまだ満足できる治療成績ではとはいえない。従って、21世紀の外科が目指すものは、早期癌では、QOLを保てるような縮小手術・低侵襲手術を目指す一方、進行癌では新たな抗癌剤や放射線治療と手術療法をいかに組み合わせて、治療成績を向上させるかが目標であると考ええる。

早期癌ではESD適応外症例には、低侵襲手術として腹腔鏡下胃切除術を積極的に行っており、根治性とQOLを考慮して治療方針を決めている。手術時間はかかるものの、術後回復も早く、食事摂取も良好で、リンパ節郭清個数も開腹手術と同等であった。当科では、2名の内視鏡外科学会の技術認定医により総計150症例以上の治療経験に達した。

一方、転移を有したstage IV 症例は抗癌剤治療が中心となる。我々は新たな抗癌剤治療を開発し（TS-1+タキソテル療法）、その有用性を我が国のみならず韓国との共同開発に発展させて第III相臨床試験を展開している。手術不能症例が手術可能となり長期生存を期待できることから、Adjuvant surgery の有用性を提唱している。

食道癌症例も積極的に低侵襲手術を心がけている。さらに、局所進行癌症例には、新たな放射線化学療法を開発した（5-FU+タキソテル+放射線）。本治療はこれまでのFP（5-FU+シスプラチン）治療と比べ、有害事象が少なくより高い奏効率が認められ、現在臨床試験を展開しており、食道癌手術成績の改善を目指している。

略 歴

昭和59年3月 広島大学医学部卒業
昭和59年4月 広島大学原爆放射線医科学研究所外科入局
昭和62年4月 広島大学大学院入学
（広島大学医学部第1病理 田原榮一教授に師事）
平成3年9月 広島大学原爆放射線医科学研究所腫瘍外科 助手
平成4年6月 英国オックスフォード大学・ジョンラドクリフ病院留学
平成14年6月 広島大学病院講師（原医研）
平成19年8月 岐阜大学大学院腫瘍制御学講座 腫瘍外科学分野 教授

2) 小腸疾患の診断と治療

名古屋大学大学院消化器内科 大宮 直木

従来の小腸内視鏡はプッシュ式、ロープウェイ式、ゾンデ式、術中内視鏡の方式があったが、プッシュ式は挿入距離がトライツ靱帯から50cm～100cmと制限があり、苦痛も大きい。ロープウェイ式は腸紐を経鼻的に挿入後、先端のバルーンを膨らませて腸の蠕動運動で肛門外に排出されるのを待ち、腸紐を口腔側から引き出した後、腸紐伝いに経口または経肛門的に内視鏡を挿入する方法で、検査時間が1～2日ときわめて長く、患者の苦痛も甚大であった。ゾンデ式はイレウス管挿入の原理で経鼻的に内視鏡を挿入し、透視下に十二指腸下行脚に入れた後、スコープ先端のバルーンを膨らませて蠕動運動で受動的に深部に挿入させる方法で、検査時間が長く、患者の苦痛も甚大でロープウェイ式とゾンデ式は殆ど臨床で用いられなかった。術中内視鏡は手術適応のある患者に限られ、侵襲が大きいことが欠点であった。小腸は長く、詳細な内視鏡観察ができないため今まで暗黒大陸といわれてきたが、近年ダブルバルーン内視鏡とカプセル内視鏡の出現により小腸内視鏡はめざましく進歩した。ダブルバルーン内視鏡は比較的短時間に全小腸を観察でき、挿入・抜去の操作が自在にできるため生検の採取や内視鏡的治療も可能である。カプセル内視鏡は11×26mmと小さく、送気をしないため生理的な消化管画像が得られ極めて低侵襲であるため、小腸病変のスクリーニングに適した内視鏡である。

検査手順として、小腸造影X線・腹部CT検査等で病変が不明で、狭窄症状がなく、腹部・骨盤部の放射線照射の既往がなく、クローン病と確定診断されていない場合はカプセル内視鏡でまずスクリーニング検査をしている。病変が指摘された際にはダブルバルーン内視鏡で精査をすることになるが、その際カプセル内視鏡の病変通過時間やローカリゼーションがダブルバルーン内視鏡のアプローチを経口的・経肛門的のどちらにするかの選択に参考になる。また、ダブルバルーン内視鏡で治療を行った際の経過観察にもカプセル内視鏡は有効である。今回、カプセル内視鏡、ダブルバルーン内視鏡の小腸疾患の診断・治療における有用性を解説する。

略 歴

昭和63年 岐阜大学医学部卒業
平成7年 名古屋大学大学院医学研究科修了
平成9年 アメリカ・サンディエゴバーナム研究所研究員
平成11年 愛知県総合保健センター消化器画像診断部 室長
平成13年 名古屋大学医学部附属病院第二内科 助手
平成14年 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 助手
平成18年 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師～

3) NASH の診断と治療

高知大学大学院消化器内科 西原 利治

本年4月から、“高齢者の医療の確保に関する法律”により、医療保険者はメタボリックシンドローム（内臓脂肪型肥満）の早期発見を目的とした特定健康診査を行い、健康診査でメタボリックシンドローム、あるいはその予備群とされた人に対して、特定保健指導の実施を義務付けられました。このため、健康診査で内臓脂肪型肥満を指摘されて紹介される症例が増加し、高血圧・脂質異常・糖尿病の治療と生活指導に追われています。また、ALT 31 IU/L以上は異常値として取り扱われるため、消化器科として精査を求められるケースが増えています。ウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎はもちろんのこと、メタボリックシンドロームの肝臓における表現型であるNASHとその類縁疾患についても考慮する必要があります。そこで、この講演では是非、NASHとその類縁疾患の診断と治療の実際について詳しくお話しいたしたいと思っております。

略 歴

- 昭和55年 京都大学医学部卒業
- 55年 京都大学医学部附属病院内科研修医
- 56年 高知医科大学助手・医学部(内科学第一講座)
- 平成2年 米国マサチューセッツ州ボストン大学准教授
- 4年 徳島文理大学健康科学研究所客員助教授兼務（現在に至る）
- 5年 高知医科大学医学部講師（医学部附属病院第一内科）
- 15年 高知医科大学医学部助教授（消化器病態学講座）
高知大学医学部助教授（消化器病態学）
- 16年 高知大学医学部助教授（分子・生体制御学）
- 18年 高知大学医学部助教授（消化器内科学講座）
- 19年 高知大学医学部准教授（消化器内科学講座）
現在に至る

4) EUS-FNA による診断・治療の現状

岐阜大学病院第一内科 安田 一朗

超音波内視鏡（Endoscopic ultrasound：EUS）を利用してリアルタイムに病変を描出しながら穿刺吸引針生検を行うEUS-FNA（EUS-guided Fine Needle Aspiration）の歴史は、1992年のPeter Vilmanらによる報告（膵腫瘍）から始まる。元来、欧米においては“病理診断なくして癌の診断は成り立たず”、癌に対する治療を行う場合には病理診断による裏づけが日本よりもはるかに強く求められてきた。こうした背景から欧米においては、この手技に対する関心が急速に高まり、手技の確立、適応拡大、応用手技の開発が進められていった。現在、その適応については、1) 膵腫瘍診断、特に膵癌の確定診断、2) 縦隔・腹腔内腫大リンパ節の診断（鑑別診断およびstaging）、3) 消化管粘膜下腫瘍の鑑別診断が代表的であるが、肝・副腎・脾などを対象とした報告もみられる。また、この手技を応用したドレナージや局注療法といった治療手技の開発も進んでおり、ドレナージ関連手技としては、膵仮性嚢胞ドレナージ、感染性膵壊死に対する開窓術+necrosectomy、胆管十二指腸吻合術が既に臨床レベルで行われており、さらに消化管吻合術も実験的に試みられている。局注療法としては、疼痛（癌性疼痛に代表される内臓神経痛）コントロールを目的に腹腔神経叢に薬剤を注入する腹腔神経叢ブロックと、癌（膵癌）そのものに薬剤を注入して抗腫瘍効果を期待する方法があるが、後者についてはこれまで活性化リンパ球や樹状細胞、TNF α 遺伝子を埋め込んだアデノウィルスベクター（TNFerade）などの局注が試されており、また放射線源（I-125 seed）の埋め込みも報告されている。今回の講演では、こうしたEUS-FNAの最近の動向について解説する。

略 歴

1990年 岐阜大学医学部卒業
岐阜大学医学部附属病院第一内科
1991年 岐阜市民病院消化器内科
1992年 藤田保健衛生大学第二教育病院中澤内科
1993年 岐阜市民病院消化器内科
1998年 岐阜大学医学部附属病院第一内科
2002年 ドイツ・ハンブルク大学エッペンドルフ病院内視鏡部
2003年 岐阜大学医学部附属病院第一内科
2004年 岐阜大学医学部附属病院光学医療診療部助手
2005年 岐阜大学医学部附属病院第一内科助手
2006年 同 兼任講師
2008年 同 講師

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

第2会場

9:00～11:30

司会 愛知医科大学消化器内科 中尾 春壽
岐阜市民病院消化器内科 西垣 洋一

「肝細胞がんの再発に対する治療戦略」

S-001 肝細胞癌の根治治療後再発例の臨床的検討

¹藤田保健衛生大学 坂文種報徳會病院

○内藤 岳人¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹

S-002 当院における再発肝細胞癌に対する治療戦略

¹社会保険中京病院 消化器科

○長谷川 泉¹、大野 智義¹、榊原 健治¹

S-003 肝細胞癌の再発に対する治療戦略

¹三重大学 医学部 消化器・肝臓内科

○別府 徹也¹、白木 克哉¹、竹井 謙之¹

S-004 肝細胞癌再発時の治療

¹愛知医科大学 消化器内科

○大橋 知彦¹、中尾 春壽¹、米田 政志¹

S-005 進行肝細胞癌に対するアイエーコール反復動注の効果に関する検討

¹岐阜大学 消化器内科

○高井 光治¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

S-006 HCV 関連肝癌根治療法後のインターフェロンによる再発抑制効果に関する検討

¹小牧市民病院 消化器内科

○竹田 泰史¹、平井 孝典¹、中川 浩¹

S-007 C型慢性肝疾患に発生した肝細胞癌治療後のインターフェロン治療が予後に及ぼす影響～肝予備能低下抑止効果に関する検討～

¹岐阜市民病院 消化器内科

○林 秀樹¹、西垣 洋一¹、富田 栄一¹

S-008 B 型肝炎ウイルス陽性肝細胞癌の治療後の核酸アナログ投与の検討

¹大垣市民病院 消化器内科

○渥美 裕之¹、熊田 卓¹、豊田 秀徳¹

S-009 再発肝がん例での病診連携と在宅ターミナル・ケア・往診みとり

¹肝臓病・子育てよろず相談 伊東クリニック

○伊東 和樹¹

S-001 肝細胞癌の根治治療後再発例の臨床的検討

¹藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院
○内藤 岳人¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹

【目的】肝細胞癌（以下HCC）は根治的治療を施行し得ても高率に再発する。最も根治性の高い肝移植の一般的適応は『単発で腫瘍径5cm以下もしくは結節数3個以下で最大腫瘍径3cm以下』のいわゆるミラノ基準（以下MC）である。当科におけるMC内HCC再発症例の臨床像を検討する。【方法】2002年1月～2007年12月までに治療前診断でMCを満たし、治療後（1～3ヶ月）の効果判定で著効と判定したのちに再発をきたしたHCCの40例を対象とした。最終的にMCを逸脱した群と非逸脱群に分けて初回診断時ならびに初回再発時の腫瘍径・結節数・Child-pugh値・治療法、初回治療から初回再発までの期間について比較検討した。【結果】初回診断時の年齢は69.1±8.8歳、性差は1.7:1、背景肝疾患はB:C:非B非C=5:27:8、Child-pughはA:B:C=30:9:1、腫瘍径は2.1±1.0cm、結節数は1.6±0.7個であった。再発までの日数は433.5±314.9日で初回再発時に3例がMCを逸脱していた。最終的にMCを逸脱したのは18例で、初回治療からは908.2±501.9日が経過し、3.2±1.9回の治療が行われていた。非逸脱群は22例で、初回治療から885.1±623.3日の観察期間で、2.8±2.1回の治療が行われていた。逸脱群は非逸脱群に比べ初回再発時の腫瘍径が大きく（22.3±9.5mm vs 16.1±6.9mm, $p<0.05$ ）、初回再発時の結節数が多かった（3.2±3.3 vs 1.5±0.7, $p<0.05$ ）が、初回診断時腫瘍径・結節数、治療法、再発までの期間に差は認めなかった。【結語】MC内症例の45%が約2年半でMCを逸脱し、逸脱までに平均3回の治療が行われた。初回再発時に腫瘍径が大きく結節数が多い例でMC逸脱が多かった。再発HCCの予後改善には初回再発をより早期に発見することとインターフェロン療法などの多中心性発癌を防ぐ治療が必要と考えられた。

S-002 当院における再発肝細胞癌に対する治療戦略

¹社会保険中京病院 消化器科
○長谷川 泉¹、大野 智義¹、榊原 健治¹

（目的）今回我々は肝細胞癌（HCC）の治療において再発後の治療経過が予後にどれだけ影響を及ぼしているのかを明らかにするため、初回HCC根治治療後の再発に対する治療法選択とその予後への影響についてretrospectiveに検討した。（方法）1998年～2007年まで当院で診断されたHCCは265例であった（男性214例：女性51例、成因はB型45例、C型159例、非B非C型61例）。このうちHCCの初回治療として根治治療（外科切除、あるいはPEIT、RFAなどの経皮的治療）を行った128例を対象とした（男性104例：女性24例、初回治療時の年齢中央値は67歳、成因はB型17例、C型85例、非B非C型26例）。（結果）（1）上記の128例のうち76例（59%）に再発を認めた。再発への治療として根治治療を行った例は40例（外科切除5例、局所療法35例）で、経カテーテル治療（TACE等）を行った症例は32例であった。（2）初発から再発まで平均期間は16ヶ月である一方、再発から再々発までは10ヶ月であり再発から再々発までの期間が短い傾向にあった。（3）再発時の臨床病期はI.9例（12%）、II.33例（43%）、III.31例（41%）、IV.3例（4%）であった。初発HCCと同様に再発後の予後は良好に階層化された。（4）再発時に単発・多発例に分けて検討すると、単発例における治療方法別の再々発率は、外科切除1年：20%、3年：47%、局所治療1年：10%、3年：35%、経カテーテル治療1年48%、3年77%と根治治療を行った例は再発率が低く、やや経皮的治療が外科切除に比べ良い傾向にあった。再発時多発例においての1年再々発率は、外科切除：100%、局所治療：85%、経カテーテル治療97%と、治療法間に差はなく経過不良であった。（5）再発治療法別の再発時からの累積生存率は外科切除の5年生存率53%、局所治療の5年生存率48%と大きな差は認めず、経カテーテル治療3年生存率23%と予後不良であった（ $p<0.001$ ）。（結語）根治治療後の肝細胞癌再発に対する治療法に切除や局所治療を選択できた症例では比較的に予後良好であった。再発HCCの治療方針決定には、基礎肝病変の肝機能や再発時の背景因子を詳細に考慮した検討が必要である。

S-003 当院における再発肝細胞癌に対する治療戦略

¹三重大学 医学部 消化器・肝臓内科
○別府 徹也¹、白木 克哉¹、竹井 謙之¹

【目的】肝臓局所治療法であるラジオ波焼灼術（RFA）により、早期の肝細胞癌の治療成績は向上しているものの、高率に再発をきたしその治療に難渋する場合がある。再発時、局所治療不能例では、生体肝移植（LDLT）、肝動脈塞栓療法、化学療法などが考慮されるが、その再発例を含む集学的治療体系は確立されていない。そこで、肝細胞癌の集学的治療指針の策定を目的として、各種治療成績を解析した。【対象】1992年から2005年にまでの461例の肝臓の内科的治療症例を検討したうえで、当院における集学的治療方針を確立した。また2004年以降RFAを施行した初発肝癌173例を対象として、治療方針の有用性を検討した。またRFA不可能になった症例の治療成績について生体肝移植（LDLT）、アイエーコール肝動注化学療法、肝外転移のRFA成績について検討した。【成績】内科的治療での初期治療法別5年生存率はTAE39.1%、リザーバー動注化学療法3年生存率は12.7%であり、極めて不良であった。そこで我々はミラノ基準内、肝予備能良好例では外科的切除、肝動脈塞栓併用RFAを選択を可能な限り繰り返し、RFA不能例になった例では、LDLTを含む他の治療法を選択する治療方針を立てた。RFA治療例での検討では、局所再発率は極めて低かったが、他部位再発は高率であった。RFA治療後1回目再発時に約20%、2回目再発時に約40%が、RFA治療による局所治療が不可能になり他の治療法を選択した。また、再発期間は再発を繰り返す度の短くなった。RFA不能例に対しLDLTを施行例は、非施行例と比較し生存予後良好であり、3年生存率で移植群82.6%、非移植群9.1%であった。また、局所治療制御不可能な脈管浸襲を伴う進行肝細胞癌に対して、リザーバー反復動注またはアイエーコールリビオドール併用動注療法を施行し奏功率は38%であり2年生存率は74%と良好な成績を得ている。また遠隔転移に対して肺、骨RFAを施行し長期生存例も経験している。【結語】再発を含む肝細胞癌に対する集学的治療指針を策定し、治療成績の向上が認められた。

S-004 肝細胞癌再発時の治療

¹愛知医科大学 消化器内科
○大橋 知彦¹、中尾 春壽¹、米田 政志¹

【目的】肝細胞癌（HCC）は、慢性肝疾患を発生母体とすることに加え、多中心性に発癌する。ゆえに初発時の治療法が根治的であっても年率約20%で再発するため初発時の治療のみならず再発時の治療選択が重要である。我々は、再発を来したHCCの初回時および再発時の状況と治療について検討をおこなった。【対象と方法】対象は1999年1月から2007年12月までに初回治療と再発時治療を当院で施行し、1年以上経過を観察したHCC症例176例である。平均年齢は64.9±9.1歳で、男性142例、女性34例。背景肝は肝硬変150例、慢性肝炎24例、正常肝2例であり、Child-Pugh分類ではAが136例、Bが40例であった。肝疾患の原因はHCV125例、HBV24例、HBV+HCV2例、アルコール13例、NBNC12例。平均観察期間は40.4ヶ月。統計解析は2群間にWilcoxon検定、累積生存率はKaplan-Meier法、多変量解析には比例ハザードモデルを用いた。【結果】全体の累積生存率は1年91%、3年71%、5年53%、10年13%であった。初回治療別累積生存率はTAE：RFA：肝切除で1年では91%：91%：93%、3年では81%：75%：85%、5年では53%：40%：73%であり5年生存率で肝切除群が高い傾向があったが統計的有意差は認めなかった。10年生存率はTAE 0%、肝切除群37%であった。Child-Pugh分類では累積生存率に有意差は認めなかった。Stagingでは有意差は認めなかったが、JIS score 0は生存率が良好であった。初回治療時の各因子についての多変量解析では生存に関する有意な因子は認めなかった。再発後の平均生存期間は29.9ヶ月であり、全体で1年76%、3年53%、5年35%であった。再発時の治療法、Child-Pugh分類、staging、JIS-scoreは有意差は認めなかった。再発時の因子でも多変量解析で有意な因子を認めなかった。【結語】再発時のHCCの治療は個々の症例で状況が異なるため、将来の肝予備能を念頭に可能な限り根治的な治療を心がけることが必要と思われる。

S-005 進行肝細胞癌に対するアイエーコール反復動注の効果に関する検討

¹岐阜大学 消化器内科

○高井 光治¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

【目的】当院では、根治的治療が期待できない進行肝細胞癌に対して、アイエーコールの反復動注を行っており、その成績を報告する。(対象) 2005年6月から2008年1月まで、肝内多発、肝予備能不良、門脈腫瘍栓などの理由によりTACEが適応外であった肝細胞癌37症例。患者背景は、平均年齢67.6歳(56-80歳)、男/女:30/7、HCV/HBV/HCV+HBV/NBNC:24/4/3/6、Normal/CH/LC:4/10/23、Child-PughスコアA/B/C:27/5/5、VP01/2/3/4:20/3/7/4/3であった。TACEが施行できなかった理由として肝内多発26例、肝予備能不良6例、門脈腫瘍栓5例であった。(方法)CTA、CTAPにて腫瘍を確認し、アイエーコール1mgに対してリビオドール0.1mlの割合で作製した懸濁液を、担瘤動脈へ動注した。最大使用量は100mgまでとし、約3ヵ月後の画像にて治療効果判定を行い、腫瘍残存、再発があれば反復動注を行った。AFP、PIVKA-2は治療前と1ヵ月後、BUN、Cre、血小板は、治療前と3日後を比較し検討した。(結果)37症例に対して102回の動注を行った(平均2.75回 最大6回)。アイエーコールの一回投与量の平均は65.29mgで、総投与量の平均は181.8mgであった(同一症例への最大総投与量は475mg)。平均観察期間は12.5ヶ月(0.5-29ヶ月)で、全症例の累積生存率は、1年生存率61%、2年生存率が55%、median survival time (MST)は11.6ヶ月であった。治療効果判定ではCR 9例(24.3%)、PR 8例(21.6%)、SD 6例(16.2%)、PD 14例(37.8%)。奏効率は45.9%であった。治療前後でAFP、PIVKA-2、BUN、Creに差は認められず、血小板は治療後で低下していた。(p<0.0001)(考察・結語)CR例を9例経験したが、5例は複数回動注を施行した症例であり。一方、投与後の血小板減少については注意が必要であると思われた。

S-006 HCV 関連肝癌根治治療後のインターフェロンによる再発抑制効果に関する検討

¹小牧市民病院 消化器内科

○竹田 泰史¹、平井 孝典¹、中川 浩¹

【目的】現在肝癌患者の約80%をHCV持続感染者が占めるとされ、HCV関連肝癌に対するインターフェロン(IFN)による再発抑制効果について近年諸家から報告がある。我々は以前からHCV関連肝癌根治例に対しSVRを目指したIFN療法を積極的に導入してきたが、今回その再発抑制効果につき検討した。【対象・方法】対象は2003年1月から2006年3月までに当院にて肝癌根治療法を施行され、IFN療法を施行した17例(IFN群)とIFN療法を施行しなかった16例(非IFN群)を比較検討した(検討1)。IFN群/非IFN群:年齢:64±6/68±9、性別(男、女):(10、7)/(10、6)、腫瘍個数:1.6±0.9/1.8±1.1、術前AFP(ng/ml):60.5±120.5/110.4±223.4、治療法(RFA、手術):(14、3)/(16、0)、観察期間(月):47.7±16.8/48.5±17.3。IFN群17例のうちSVRが得られたのは9例(52.9%)であり、SVR例と非SVR例+非IFN群も比較した(検討2)。治療前後のAFP比をt検定で比較し、群別再発率はKaplan-Meier法で算出した。【結果】(検討1)治療前後AFP比はIFN群/非IFN群:3.58±8.8/7.87±13.9で有意差は無く(p=0.36)、累積再発率にも差は認められなかった(p=0.25)。(検討2)治療前後AFP比はSVR例/非SVR例+非IFN群:5.51±12.0/5.69±11.6で有意差はなかったが(p=0.97)、累積再発率はSVR例が非SVR例+非IFN群に比べ有意に低かった(p=0.02)。(考察・結語)HCV関連肝癌根治例におけるIFN療法での再発抑制効果はSVR例において顕著に認められ、肝癌治療後の再発抑制にはSVRを目指したIFN療法施行が重要と考えられた。

S-007 C型慢性肝炎に発生した肝細胞癌治療後のインターフェロン治療が予後に及ぼす影響～肝予備能低下抑制効果に関する検討～

¹岐阜市民病院 消化器内科

○林 秀樹¹、西垣 洋一¹、富田 栄一¹

【目的】肝細胞癌根治的治療後のインターフェロン(IFN)治療が肝予備能の低下を抑えることにより予後を改善する可能性について検討した。【対象・方法】対象は、2000年10月から2006年12月の間に当科にて根治的治療を行った後、IFN治療に同意されたC型慢性肝炎に発生した肝細胞癌26例。IFN治療に同意されなかった22例をcontrol群とした。IFN治療群/control群:年齢:70±4/63±6歳(p<0.0001)、性別(男性、女性):19/7/16/6、T-bil(mg/dl):0.91±0.25/1.02±0.42、ALB(g/dl):3.84±0.45/3.77±0.42、PT(%) :78.6/72.9、PLT(×10⁴/μl):11.7±4.2/10.8±5.7、AFP(ng/ml):105.4±220.4/21.4±22.2、PIVKA-II(mAU/ml):331.2±387.2/2096±6128、腫瘍径(cm):1.77±0.82/1.94±0.79、腫瘍数(1個、2個、3個):22/22/18/40、治療法(切除、RFA):7/19/2/20、観察期間:10ヶ月～6年。使用したIFN:天然型α5例、recombinant α8例、Peg-interferon α4例、Peg-interferon α+Ribavirin 9例。IFN治療期間:3ヶ月～2年(中央値6ヶ月)。根治的治療前と再発時または最終確認日のChild-Pugh scoreの変化から、scoreの年率変化率を求め検討した。【結果】1.再発率は、IFN治療群で1年3.9%、2年27.6%、3年40.4%に対し、control群では1年9.1%、2年53.5%、3年69.0%でありIFN治療群で有意に低率であった(p=0.03)。2. Child-Pugh scoreの年率変化率は、IFN治療群0.015±0.28、control群0.27±0.56であり、IFN治療群で有意にscoreの上昇が抑えられていた(p=0.04)【結語】IFN治療は、根治的治療後の肝細胞癌再発を抑えるのみでなく、C型慢性肝炎による肝予備能低下を抑制することにより、予後を改善している可能性が示唆された。

S-008 B型肝炎ウイルス陽性肝細胞癌の治療後の核酸アナログ投与の検討

¹大垣市民病院 消化器内科

○渥美 裕之¹、熊田 卓¹、豊田 秀徳¹

【目的】B型肝炎ウイルス(HBV)に対する核酸アナログ(NA)の出現によりその治療成績は大きく変貌した。今回われわれはHBV陽性肝細胞癌(HCC)の根治治療後のNAの投与の効果について検討した。【対象および方法】対象は1989年以降に当院で経験したHBV陽性HCC232例中、肝切除もしくは局所治療を受け、局所がコントロールされたと判断され、HBVのマーカーが経時的に測定されていた77例で、平均年齢59.2±10.3歳、男/女=62/15、NA投与例35例、NA非投与例42例であった。これらを治療後の経過から、再発形式により肝内転移再発例と多中心発生再発例に分けNA投与の有効性について検討した。【成績】1)NA投与群とNA非投与群との背景因子を見ると、年齢、性別、Child-Pugh分類、HBe抗原の有無、HBV genotype、肝細胞癌の進行度には差を認めなかったが、HBVDNA量はNA投与群がNA非投与群に比して有意に高値であった(P=0.0081) 2)全体の再発率を見るとNA投与群とNA非投与群の再発率は1年、3年、5年でそれぞれ25.8%と19.0%、38.8%と38.7%、52.7%と41.9%と両群間で差を認めなかった。一方、初回のHBVDNA量が4.0 log copies/mLを越える症例に限ると多中心発生はNA投与群とNA非投与群の再発率は1年、3年、5年でそれぞれ0.0%と16.7%、0.0%と29.7%、17.4%と29.7%と前者で低い傾向を認めた(P=0.0159) 3)治療後の全症例での生存期間もNA投与群とNA非投与群で1年、3年、5年でそれぞれ97.1%と90.5%、97.1%と85.2%、97.1%と79.2%と前者が良好であった(P=0.0412)【結論】今回の検討からHBV陽性肝細胞癌に対しては治療後、積極的にNA投与を行うことにより多中心発生再発をおさえる可能性が示された。またNA投与により予後も改善されていた。

S-009 再発肝がん例での病診連携と在宅ターミナル・ケア・往診 みとり

¹肝臓病・子育てよろず相談 伊東クリニック

○伊東 和樹¹

【背景と目的】早期診断と各種治療法が進歩した現在でもなお、肝細胞癌（以下HCC）の再発は高頻度であり、病院・診療所に通院中のHCC患者の大多数は再発・担癌生存例である。無床診療所での再発HCC例の治療・管理の現状を報告し、病診連携のあり方と開業医の役割、抗癌治療から緩和治療への望ましい移行・移管についても考察する。【対象と方法】対象母集団は、2002年6月開業より2008年の4月末までの6年間にカルテ登録された全患者5180名中、主病名が「肝細胞癌」であった225名。HCCの診断は、切除・剖検肝の病理組織もしくは総合画像診断により、腫瘍マーカー値も参考にした。225名中、生存例は62名、すでに142名が死亡、21名は生死不明であった。死亡142例中、終末期の経過が明らかな132例につき、在宅でのターミナルケアの治療内容、往診の有無、死亡場所、最終入院施設と入院日数、在宅みとりの阻害因子と問題点を検討した。また参考として、初回診断時から、もしくは再発確認後2年以上を抗癌治療なしで自然経過を追跡できた症例群についても病態の進展様式、生存率と死因を検討した。【結果】132例の終末期HCC例中、往診を併用した患者は38例 29%、うち13例は在宅でみとることができた。往診はしたが在宅みとりではない25例の死亡場所は、一般病棟18名、緩和ケア病棟6名、老健施設1名であった。最終入院の期間は0-72日、平均7日、中央値4日と比較的短期であった。在宅みとりの医学的な阻害因子は、骨転移・病的骨折、閉塞性黄疸・減黄処置、難治性胸水などであった。これらに加え、患者自身の死生観、自宅のスペースと介護者、急変時の後方病院なども規定因子であった。【まとめ】6年間の経験より、患者が望み家族がサポートできるなら、再発・終末期HCC例の過半数は在宅みとりが可能と考える。患者・家族の満足度向上、病院の医療資源活用いずれの観点からも、専門病院のバックアップに支えられた在宅ターミナルケアを普及させるべきである。

一般演題 プログラム

(若手) 筆頭演者が卒後5年以内の演題

(外科) 筆頭演者が外科施設所属の演題

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

13:15～13:43 肝臓1 座長 名古屋第二赤十字病院消化器内科 折戸 悦朗

- 1 ペースメーカー植え込み患者の肝細胞癌に対し経皮的ラジオ波焼灼療法を施行した1例

¹三重中央医療センター 消化器科

○古川 和博¹、二宮 克仁¹、子日 克宣¹、加藤 裕也¹、渡邊 典子¹、長谷川浩司¹

- 2 4D 超音波造影にてラジオ波焼灼療法後に効果判定しえた肝細胞癌の1症例
(若手)

¹中部ろうさい病院 消化器科、²増子記念病院 肝・消化器内科

○山田 誠吾¹、中江 治道¹、尾関 雅靖¹、内山 功子¹、森本 剛彦¹、細野 功¹、
堀田 直樹²、村瀬 賢一¹

- 3 2年の経過で内部エコーが多様に変化しながら肝細胞癌に移行した肝低エコー結節の1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²同 中央検査部

○川出 尚史¹、西垣 洋一¹、山田 祥子¹、福田 和史¹、水野 淳二¹、鈴木 祐介¹、
山内 貴裕¹、岩田 圭介¹、向井 強¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、名倉 一夫¹、
加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

- 4 C型慢性肝炎に対するIFN治療著効6年後に肝細胞癌を発症した1例

¹公立陶生病院 消化器内科

○林 寛子¹、森田 敬一¹、黒岩 正憲¹、坂田 豊博¹、林 隆男¹、清水 裕子¹、
松浦 哲生¹、立松 英純¹、菊池 正和¹

5 腹膜播種を来した C 型肝細胞癌の 1 剖検例

¹朝日大学附属村上記念病院、²岐阜大学大学院医学研究科腫瘍制御学講座

○大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、加藤 隆弘¹、松田 英之¹、堀江 秀樹¹、橋本 宏明¹、
福田 信宏¹、高野 幸彦¹、奥田 順一¹、井田 和徳¹、斉尾 征直²

6 AP shunt の存在が診断の契機となった門脈腫瘍塞栓を伴う肝細胞癌の 1 例

¹浜松労災病院 消化器科

○大田 悠司¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、仲程 純¹

7 肝細胞癌治療経過中に多彩な脳神経障害をきたした一例

¹JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科

○伊藤 隆徳¹、森田 清¹、大久保賢治¹、竹内 淳史¹、金沢 宏信¹、島田礼一郎¹、
松崎 一平¹、中平 健一¹、西村 大作¹、片田 直幸¹

8 肝外発育型肝細胞癌における結腸合併右葉切除後、尾状葉再発を来し、尾状葉切
(外科) 除後、肝動脈リザーバーより化学療法中の 1 例¹尾鷲総合病院 外科

○高橋 直樹¹、五嶋 博道¹、山崎 芳生¹、加藤 弘幸¹

9 肝細胞癌に対する外科的ラジオ波焼灼療法

(外科)

¹愛知医科大学 消化器外科○小竹 克博¹、黒川 剛¹、伊藤 暢宏¹、有川 卓¹、野浪 敏明¹

10 Peg-Interferon + Ribavirin 併用療法治療中に間質性肺炎を合併した C 型慢性肝炎の

(若手)

1 例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科○中村 信彦¹、杉原 潤一¹、所 史隆¹、林 基志¹、足達 広和¹、今尾 要浩¹、
戸田 勝久¹、芋瀬 基明¹、大西 隆哉¹、清水 省吾¹、植松 孝広¹、小林 成禎¹11 薬物乱用により経静脈的に感染し、ペグインターフェロン、リバビリン併用療法で
治癒した C 型重症急性肝炎に 1 例¹羽島市民病院 消化器科、²羽島市民病院 神経内科○酒井 勉¹、木村 祐子¹、坂野 喜史¹、佐竹 真一¹、福島 秀樹¹、村瀬 全彦²、
天野 和雄¹12 C 型肝炎にペグインターフェロン・リバビリン併用療法中に 1 型糖尿病を発症した
一例¹順天堂大学医学部静岡病院 消化器内科○小谷 知弘¹、平野 克治¹、佐藤 俊輔¹、成田 論隆¹、菊池 哲¹、玄田 拓哉¹、
飯島 克順¹、小川 薫¹、市田 隆文¹

13 肝血管筋脂肪腫の1例

¹藤枝市立総合病院 消化器科、²浜松南病院 消化器病・IBD センター

○大畠 昭彦¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、永田 健¹、野田 裕児¹、三輪 一太¹、
池谷賢太郎¹、渡辺 文利²

14 原発性胆汁性肝硬変に合併した肝血管筋脂肪腫の1例

¹公立陶生病院 消化器内科

○菊池 正和¹、森田 敬一¹、黒岩 正憲¹、坂田 豊博¹、林 隆男¹、清水 裕子¹、
松浦 哲生¹、立松 英純¹、林 寛子¹

15 肝に発生した類上皮血管内皮腫の1例

¹岐阜県立多治見病院 消化器内科

○西江 裕忠¹、佐野 仁¹、坂東 美香¹、夏目まこと¹、山下 宏章¹、麥島 昭彦¹、
吉村 至広¹、安藤 健二¹、上野浩一郎¹、宮部 勝之¹、坂 哲臣¹、戸川 昭三¹、
原田 明生¹

16 タモキシフェンが誘因と考えられた非アルコール性脂肪性肝炎の一例
(若手)¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○所 史隆¹、植松 孝広¹、中村 信彦¹、林 基志¹、足達 広和¹、今尾 基浩¹、
戸田 勝久¹、芋瀬 基明¹、大西 隆哉¹、清水 省吾¹、杉原 潤一¹、小林 成禎¹

17 肝 MALT lymphoma の一例

¹静岡市立静岡病院 消化器科

○徳原 満雄¹、鈴木 亮¹、岡崎 敬¹、村田美重子¹、大野 和也¹、高橋 好朗¹、
田中 俊夫¹、小柳津竜樹¹

18 肝原発が疑われた悪性リンパ腫の一例

¹愛知医科大学 消化器内科

○恒川 明久¹、佐藤 顕¹、中尾 春壽¹、中出 幸臣¹、大橋 知彦¹、米田 政志¹

19 高度肝障害で発症したびまん型肝悪性リンパ腫の2例

¹順天堂大学 医学部 付属 静岡病院

○成田 諭隆¹、玄田 拓哉¹、佐藤 俊輔¹、小谷 知弘¹、菊池 哲¹、平野 克治¹、
飯島 克順¹、小川 薫¹、市田 隆文¹

20 悪性リンパ腫の治療後に de novo 急性 B 型肝炎を発症した一例

(若手)

¹大垣市民病院 消化器科

○高木 雄介¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、曾根 康博¹、谷川 誠¹、久永 康宏¹、
豊田 秀徳¹、金森 明¹、渥美 裕之¹、高木万起子¹、中野 聡¹、荒川 恭宏¹、
藤森 将志¹

21 診断に苦慮し、救命し得た自己免疫性肝炎の一例

¹県西部浜松医療センター 消化器科

○鏡 卓馬¹、影山富士人¹、竹平 安則¹、山田 正美¹、吉井 重人¹、本城裕美子¹、
高井 哲成¹、岩岡 泰志¹、魚谷 貴洋¹、千田 剛士¹、鈴木 聡¹、山崎 哲¹

22 ベンズブロマロンにより顕性化し、ステロイド加療中に *Edwardsiella tarda* による敗血症を来した自己免疫性肝炎の1例¹三重県立総合医療センター 消化器科

○草川 聡子¹、杉本 和史¹、野尻圭一郎¹、森谷 勲¹、山口 由美¹、田嶋 学¹、
高瀬幸次郎¹

23 興味ある画像所見を呈した劇症肝炎の1例

(若手)

¹愛知県厚生連海南病院消化器科、²愛知県厚生連海南病院病理部

○青木 孝太¹、阿知波宏一¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、國井 伸¹、水谷 哲也¹、
佐々木諭実彦¹、渡辺 一正¹、後藤 啓介²、中村 隆昭²、奥村 明彦¹

24 内科的治療によって救命しえた亜急性型劇症肝炎の1例

(若手)

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科、³名古屋大学大学院 消化器内科学、
⁴名古屋大学大学院 移植内分泌外科学

○村瀬 和敏¹、仲島さより¹、井本 正巳¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、今田 数実¹、
坂巻 慶一¹、鈴木 宏康¹、浜宇津吉隆¹、松井 健一¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²、石上 雅敏³、片野 義明³、後藤 秀実³、中村 太郎⁴、
木内 哲也⁴

25 検診を契機に診断された Wilson 病の一例

¹済生会松阪総合病院 内科

○武内哲史郎¹、稲垣 悠二¹、井口 正士¹、橋本 章¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、
中島 啓吾¹

26 肝嚢胞内出血の 1 例

¹木沢記念病院 消化器科

○杉山 宏¹、中西 孝之¹、大島 靖広¹、端山 暢郎¹、後藤 憲¹

27 腹腔鏡が有用であった Fitz-Hugh-Curtis 症候群の 1 例

(外科)

¹郡上市民病院 外科

○尾関 豊¹

一 般 演 題

第3会場

9:00～9:28 食道

座長 岐阜市民病院消化器内科 杉山 昭彦

28 食道狭窄を伴い拡張術を施行したサイトメガロウイルス食道炎の1例

(若手)

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科、²愛知県厚生連 海南病院 病理部

○阿知波宏一¹、青木 孝太¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、國井 伸¹、水谷 哲也¹、
佐々木諭実彦¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹、後藤 啓介²、中村 隆昭²

29 化学療法が奏効した食道小細胞癌の1例

(若手)

¹名古屋掖済会病院 消化器科

○吉岡 靖展¹、神部 隆吉¹、大橋 暁¹、水野 聡己¹、中島 成隆¹、吉村 透¹、
安田真理子¹

30 低分化食道 sm 癌に対し ESD 後放射線化学療法を行った1例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○山田 智則¹、西脇 裕高¹、岩崎 弘靖¹、堀 寧¹、梅村修一郎¹、山川 慶洋¹、
今井 宗憲¹、栗本 拓也¹、藤原 圭¹、林 克巳¹、根本 聡¹、白子 順子¹、
折戸 悦朗¹

31 食道アカラシアに対する腹腔鏡下 Heller-Dor 手術5例の検討

(外科)

¹名古屋大学大学院 腫瘍外科

○西垣 英治¹、安部 哲也¹、小田 高司¹、西尾 秀樹¹、江畑 智希¹、横山 幸浩¹、
伊神 剛¹、菅原 元¹、上原 圭介¹、柳野 正人¹

32 内視鏡的に摘出しえた胃石の一例

(若手)

¹岐阜市民病院 消化器内科

○福田 和史¹、杉山 昭彦¹、加藤 則廣¹、山田 祥子¹、中村 博¹、永野 淳二¹、
鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、川出 尚史¹、岩田 圭介¹、向井 強¹、林 秀樹¹、
山田 俊樹¹、西垣 洋一¹、高橋 健¹、名倉 一夫¹、富田 栄一¹

33 多発性胃カルチノイド腫瘍の一例

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

○坂野 閣紀¹、丹羽 康正¹、宮原 良二²、倉橋 正明¹、児玉 佳子²、長屋 寿彦¹、
古川 和宏¹、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、大宮 直木¹、
廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

34 EMR・APC 後の遺残に対し、ESD を行い治癒切除が得られた早期胃癌の 1 例

¹国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科

○名倉明日香¹、大岩 哲哉¹、長野 健一¹、清水 秀幸¹、水谷 太郎¹、山下 俊樹¹、
木本 英三¹、早川 哲夫¹

35 ESD にて切除しえた GIST の一例

¹高山赤十字病院 内科

○牧谷 光晴¹、中井 実¹、大西紘太郎¹、寺倉 大志¹、土井 晋平¹、塩屋 正道¹、
浮田 雅人¹、浅野 寿夫¹、棚橋 忍¹

36 ESD 後に前庭部狭窄をきたした表層拡大型胃癌の 1 例

(若手)

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○高田 淳¹、荒木 寛司¹、寺倉 陽一¹、塚田 良彦¹、北川 順一¹、白上 洋平¹、
二宮 空暢¹、大澤 陽介¹、村上 啓雄¹、森脇 久隆¹

37 PEG 施行患者における栄養剤の胃食道内動態の検討

¹西美濃厚生病院 内科

○西脇 伸二¹、河口 順二¹、浅野 貴彦¹、岩下 雅秀¹、田上 真¹、畠山 啓朗¹、
林 隆夫¹、前田 晃男¹、長縄 聡¹、齋藤公志郎¹

38 Direct 法による PEG 造設時に大網を胃内に巻き込んだ 1 例

¹岐阜北厚生病院 内科

○久保田全哉¹、中村 憲明¹、原瀬 一郎¹

39 鳥肌胃炎に合併した未分化型早期胃癌の一例

¹愛知県がんセンター 中央病院 消化器内科部、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 遺伝診断部

○山北 圭介¹、中村 常哉²、田近 正洋²、河合 宏紀²、澤木 明¹、水野 伸匡¹、
原 和生¹、高木 忠之¹、澤井 勇悟¹、小林 佑次¹、杉森 聖司¹、松本 和也¹、
坪井 順哉¹、矢田部 恭³、山雄 健次¹

40 胃腸混合型の腺癌成分を伴った胃内分泌細胞癌の 1 例

¹名古屋市立大学 院医 消化器代謝内科学

○溝下 勤¹、片岡 洋望¹、佐々木誠人¹、神谷 武¹、谷田 諭史¹、小笠原尚高¹、
久保田英嗣¹、和田 恒哉¹、志村 貴也¹、村上 賢治¹、水島 隆史¹、平田 慶和¹、
城 卓志¹

41 食道浸潤を認め化学療法を行った H.pylori 陰性胃 MALT リンパ腫の 1 例

¹愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、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 血液・細胞療法部、⁴愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部

○坪井 順哉¹、中村 常哉²、田近 正洋²、河合 宏紀²、澤木 明¹、水野 伸匡¹、
高木 忠之¹、原 和生¹、小林 佑次¹、澤井 勇悟¹、松本 和也¹、杉森 聖司¹、
山北 圭介¹、鏡味 良豊³、谷田部 恭⁴、山雄 健次¹

42 皮膚転移を初発症状として診断された胃癌の一例

¹坂文種報徳会病院 消化器内科

○服部 信幸¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、奥嶋 一武¹、小林 隆¹、
三好 宏尚¹、中村 雄太¹、渡邊 真也¹、服部 昌志¹、内藤 岳人¹、木村 行雄¹、
小坂 俊仁¹、塩田 國人¹、磯部 祥¹、友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢生¹

43 少量 TS-1/CDDP によって pathological CR が得られた進行胃癌の一例

¹浜松労災病院 消化器科、²浜松労災病院 外科

○松橋 亨¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、大田 悠司¹、仲程 純¹、中山 昇²、
高橋 亮²

44 S-1/paclitaxel 併用療法が奏効した癌性腹膜炎を伴った I 型胃癌の一例

¹名古屋記念病院 化学療法科、²名古屋記念病院 血液・化学療法科、³名古屋大学大学院
消化器内科

○伊奈 研次¹、片岡 孝江²、古田 竜一¹、安藤 貴文³、後藤 秀実³

45 繰り返す好酸球性胃腸炎

¹春日井市民病院 消化器科

○稲垣 佑祐¹、加藤 晃久¹、松波加代子¹、片野 敬仁¹、吉田 道弘¹、望月 寿人¹、
森田 毅¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、伊藤 和幸¹

46 上腹部痛に対する MSCT による上部消化管仮想内視鏡診断の有用性

¹大同病院 消化器科

○印牧 直人¹、榊原 聡介¹、藤原 晃¹

47 *H.pylori* 除菌により縮小した胃過形成性ポリープの 1 例¹豊橋市民病院 消化器内科

○大林 友彦¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、石黒 裕規¹、
佐々木淳治¹、山本富美子¹、山田 哲¹、林 大樹朗¹、岡村 正造¹

48 15年間の経過観察中に癌化を来した過形成性ポリープの 1 例

¹国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科

○山下 俊樹¹、大岩 哲哉¹、長野 健一¹、清水 秀幸¹、水谷 太郎¹、木本 英三¹、
早川 哲夫¹

49 最近経験した早期十二指腸癌の2例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科

○松井 健一¹、浜島 英司¹、井本 正巳¹、中江 康之¹、今田 数実¹、仲島さより¹、
坂巻 慶一¹、濱宇津吉隆¹、村瀬 和敏¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、
伊藤 誠²

50 R-CHOP 療法が奏功した十二指腸原発悪性リンパ腫（Diffuse Large B-cell Lymphoma）の1例

¹名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科

○奥村 文浩¹、林 香月¹、大原 弘隆¹、内藤 格¹、田中 創始¹、安藤 朝章¹、
中沢 貴宏¹、和田 恒哉¹、佐々木誠人¹、片岡 洋望¹、城 卓志¹

51 十二指腸原発 T 細胞リンパ腫の一例

(若手)

¹浜松医科大学 医学部 第1内科、²浜松医科大学 医学部 臨床研究管理センター

○鈴木 聡¹、山出美穂子¹、高柳 泰宏¹、西野 眞史¹、濱屋 寧¹、山田 貴教¹、
岩泉 守哉¹、小平 知世¹、杉本 光繁¹、大澤 恵¹、古田 隆久²、伊熊 睦博¹

52 十二指腸に隣接する GIST 及び neuroendocrine carcinoma を合併した神経線維腫症 I 型患者の1例

(若手)

¹焼津市立総合病院 消化器科、²焼津市立総合病院 外科、³焼津市立総合病院 病理科

○鈴木 伸三¹、吉岡 邦晃¹、寺川 偉温¹、佐野 宗孝¹、野垣 敦宏¹、小平 誠¹、
進藤 潤一²、久力 権³

53 様々な形態的变化を示した十二指腸カルチノイドの一例

¹名古屋医療センター、²名古屋大学大学院 消化器内科学

○龍華 庸光¹、岩瀬 弘明¹、島田 昌明¹、都築 智之¹、平嶋 昇¹、小林 慶子¹、
日比野祐介¹、渡邊 久倫¹、玉置 大¹、齋藤 雅之¹、遠藤 伸也¹、後藤 秀実²

54 内視鏡治療後に発症した十二指腸壁内血腫の1例

¹富士宮市立病院 消化器科

○平良 章子¹、栗山 茂¹、奥谷 敬文¹、森 雅史¹

55 十二指腸に狭窄をきたし治療に難渋したクローン病の一例

¹名古屋大学 医学部 消化器内科

○長谷川元英¹、安藤 貴文¹、加藤 剛¹、近藤 真也¹、石川 大介¹、渡辺 修¹、
石黒 和博¹、大宮 直木¹、丹羽 康正¹、後藤 秀実¹

56 Meckel 憩室の内翻による腸重積の一例

¹羽島市民病院 消化器科、²羽島市民病院 外科、³岐阜大学医学部 高度先進外科、⁴羽島市民病院 神経内科

○福島 秀樹¹、吉田 直優³、木村 祐子¹、坂野 喜史¹、佐竹 真一¹、酒井 勉¹、
村瀬 全彦⁴、安村 幹央²、天野 和雄¹

57 興味ある多発性小腸潰瘍の2症例

¹厚生連高岡病院 消化器科、²厚生連高岡病院 外科、³厚生連高岡病院 病理

○塚田健一郎¹、齊藤奈津子¹、小川 浩平¹、西田 泰之¹、平井 信行¹、寺田 光宏¹、
太田 尚宏²、野澤 寛²、増田 信二³

58 出血傾向を示す基礎疾患を有しダブルバルーン小腸内視鏡にて止血しえた小腸
(若手) angio dysplasia の2例

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○馬場 厚¹、荒木 寛司¹、小野木章人¹、井深 貴士¹、安田 陽一¹、末次 淳¹、
足立 政治¹、清水 雅仁¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

59 クローン病回腸病変に対する minimal laparotomy による低侵襲手術の有用性
(外科)

¹名古屋大学 消化器外科²

○中山 吾郎¹、小寺 泰弘¹、藤原 道隆¹、小池 聖彦¹、城田 高¹、岩瀬 勇二¹、
中尾 昭¹

60 蛋白漏出をきたしたリンパ管拡張症の3例

¹名古屋大学大学院 消化器内科学、²名古屋大学付属病院 光学診療部

○竹中 宏之¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、白井 修¹、森島 賢治¹、川嶋 啓揮¹、
宮原 良二²、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、丹羽 康正¹、後藤 秀実¹

61 小腸内視鏡検査が診断に有効であった小腸原発悪性リンパ腫の1例

¹磐田市立総合病院 消化器科

○岩間 糾¹、犬飼 政美¹、吉岡 宣夫¹、斎田 康彦¹、小林 郁生¹、井上 裕介¹

62 バーチャル小腸内視鏡／回腸悪性リンパ腫の一例

¹静岡県立総合病院 消化器科

○吉川 俊之¹、國立 裕之¹、松村 和宜¹、鈴木 直之¹、白根 尚文¹、黒上 貴史¹、
木村 勇斗¹、赤松 和夫¹、重友 美紀¹

63 当院におけるカプセル小腸内視鏡検査の検討

¹八千代病院 消化器内科、²名古屋大学大学院消化器内科、³ブラザー記念病院

○小鳥 達也¹、長谷 智¹、安田 真子¹、横山 敬史¹、中村 正直²、大宮 直木²、
伊藤 彰浩²、後藤 秀実²、本田 亘³、加納 潤一³

64 急性虫垂炎症状で発症した鞭虫症の 1 例

(外科) ¹袋井市立袋井市民病院 外科、²袋井市立袋井市民病院 消化器内科

○柴原 弘明¹、前田 豊²、久世 真悟¹、京兼 隆典¹、高見澤潤一¹、檜垣 栄治¹

65 魚骨穿孔の一例

(外科) ¹山田赤十字病院 外科

○奥田 善大¹、楠田 司¹、宮原 成樹¹、高橋 幸二¹、松本 英一¹、藤井 幸治¹、
種村 彰洋¹、小林 基之¹、村林 紘二¹

66 再燃を繰り返す Cronkhite-Canada 症候群の 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 光学医療診療部

○原田 哲朗¹、田中 匡介²、野田 知宏¹、濱田 康彦¹、小坂 良²、青木 雅俊¹、
葛原 正樹¹、井上 宏之¹、井本 一郎²、竹井 謙之¹

67 *H.pylori* 除菌治療を試みた Cronkhite-Canada 症候群の 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

○坂巻 慶一¹、浜島 英司¹、井本 正巳¹、中江 康之¹、今田 数実¹、仲島さより¹、
濱宇津吉隆¹、松井 健一¹、村瀬 和敏¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、
伊藤 誠²

68 虚血性腸炎との鑑別が困難であった 4 型 S 状結腸癌の 1 例

¹名古屋セントラル病院 消化器科

○神谷 友康¹、真鍋 孔透¹、佐藤 寛之¹、桶屋 将之¹、安藤 伸浩¹、川島 靖浩¹

69 FOLFOX・FOLFIRI 療法を施行した糖尿病合併大腸癌の 1 例

(若手)

¹岐阜大学 医学部 第 1 内科

○渡部 直樹¹、荒木 寛司¹、井深 貴士¹、寺倉 陽一¹、小野木章人¹、安田 陽一¹、
後藤 尚絵¹、清水 雅仁¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

70 大腸消化管ステント (EMS) 留置後穿孔を合併した大腸粘液癌の 1 例

¹浜松労災病院 消化器科

○大田 悠司¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、仲程 純¹

71 悪性大腸狭窄に対する消化管ステント留置術後に腹腔内膿瘍を来した 1 例

¹浜松労災病院 消化器科、²浜松労災病院 外科

○松橋 亨¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、大田 悠司¹、仲程 純¹、中山 昇²、
片岡 佳樹²

一般演題

第4会場

9:00～9:28 大腸3 座長 名古屋市立大学大学院臨床機能内科学 佐々木誠人

72 診断に難渋した直腸子宮内膜症の1例

(若手)

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科

○米山 典孝¹、浜島 英司¹、井本 正巳¹、中江 康之¹、今田 数実¹、仲島さより¹、
坂巻 慶一¹、濱宇津吉隆¹、松井 健一¹、村瀬 和敏¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、
伊藤 誠²

73 左水腎症により発見され、ステロイド投与が有効であったS状結腸間膜脂肪織炎の1例

(若手)

¹トヨタ記念病院 消化器科、²トヨタ記念病院 病理科

○林 和孝¹、篠田 昌孝¹、高土ひとみ¹、鈴木 貴久¹、村山 睦¹、森瀬 和宏¹、
宇佐美彰久¹、田代 和弘²、鈴木 孝¹

74 若年成人の腸回転異常症に合併した重症アレルギー性紫斑病の一例

¹一宮市立市民病院 消化器科

○伊藤 隼¹、中条 千幸¹、山中 敏弘¹、水谷 恵至¹、金森 信一¹、伊藤 裕也¹、
中野 有泰¹

75 好酸球性胃腸炎の1例

¹三好町民病院 消化器内科

○伊藤 治¹、中島 守夫¹、柴田 時宗¹、成瀬 達¹

76 虚血性大腸炎に対する MDCT による 3D 血管像の検討

¹藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 内科

○磯部 祥¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、奥嶋 一武¹、小林 隆¹、
三好 広尚¹、中村 雄太¹、渡邊 真也¹、服部 昌志¹、内藤 岳人¹、木村 行雄¹、
服部 信幸¹、小坂 俊仁¹、塩田 國人¹、友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢¹

77 縦走潰瘍癍痕を伴った collagenous colitis の 1 例

¹中濃厚生病院 消化器科、²中濃厚生病院 病理部

○華井 頼子¹、山崎 健路¹、河内 隆宏¹、尾辻健太郎¹、三原 昌弘¹、勝村 直樹¹、
森 良雄²

78 CT colonography がクローン病大腸狭窄性病変の内視鏡的拡張術後の評価に有効だった一例

¹浜松南病院 消化器病・IBD センター

○竹内 健¹、飯田 貴之¹、石丸 啓¹、阿部 仁郎¹、渡辺 文利¹、花井 洋行¹

79 多発する消化管狭窄を呈したクローン病と思われるの一手術例
(若手)¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 中央検査部

○永野 淳二¹、山田 祥子¹、福田 和史¹、中村 博¹、鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、
川出 尚史¹、岩田 圭介¹、向井 強¹、林 秀樹¹、山田 俊樹¹、杉山 昭彦¹、
西垣 洋一¹、高橋 健¹、名倉 一夫¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

80 UC 患者への AZA/6-MP の有用性に関する検討
(若手)¹豊橋市民病院 消化器内科

○河合 学¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、
石黒 裕規¹、佐々木淳治¹、山本富美子¹、山田 哲¹、林 大樹朗¹

81 血便で発症した腸管アミロイドーシスの一例

¹愛知医科大学 消化器内科

○川井 祐輔¹、十倉 佳史¹、飯田 章人¹、田村 泰弘¹、金森 寛幸¹、土方 康孝¹、
徳留健太郎¹、河村 直彦¹、宮下 勝之¹、服部 芳彦¹、佐藤 真理¹、舟木 康¹、
宮田 充樹¹、中尾 春壽¹、春日井邦夫¹、米田 政志¹

82 検診の便潜血反応を契機に診断された無症候性アメーバ性大腸炎

¹土岐市立総合病院 消化器科

○南堂 吉紀¹、石原 誠¹、水野 智一¹、渡辺 武人¹、清水 豊¹

83 胃潰瘍を契機に発見された肝膿瘍を合併したアメーバ赤痢の一例

¹名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学 消化器内科

○重本 絵美¹、平嶋 昇¹、遠藤 伸也¹、玉置 大¹、齋藤 雅之¹、龍華 庸光¹、
日比野祐介¹、渡邊 久倫¹、小林 慶子¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、
後藤 秀実²

84 赤痢アメーバ症22例の検討

(若手)

¹名古屋市立東部医療センター 東市民病院

○山本 俊勇¹、濱野 真吾¹、伊藤 恵介¹、服部 孝平¹、水野 芳樹¹

85 大腸神経節細胞腫の1例

¹一宮市立市民病院 消化器科、²一宮市立市民病院 病理

○中野 有泰¹、中條 千幸¹、山中 敏広¹、水谷 恵至¹、金森 信一¹、井口 洋一¹、
伊藤 裕也¹、中島 広聖²

86 血清 O157 LPS 抗体にて診断された O157 感染症の家族内発症の一例

¹国民健康保険 関ヶ原病院 内科

○安藤 暢洋¹、桐井 宏和¹、廣瀬洋一郎¹、森島真理子¹、斉藤 吉男¹、瀬古 章¹

87 びまん性甲状腺転移をきたした直腸癌の一例

¹東栄町国民健康保険東栄病院 内科、²愛知県がんセンター愛知病院

○菊山 友^{1,2}、藤田 孝義²、都築 佳枝²、榊原 真肇²

88 分子標的薬剤併用化学療法にて30ヶ月以上の長期生存が得られた多発肝転移合併大腸癌の2例

¹名古屋記念病院 化学療法科、²名古屋記念病院 血液・化学療法科、³名古屋大学大学院
消化器内科

○浅尾 優¹、古田 竜一¹、片岡 孝江²、安藤 貴文³、後藤 秀実³、伊奈 研次¹

- 89 総胆管結石に合併した肝仮性動脈瘤、肝被膜下膿瘍の一例
(若手) ¹静岡市立清水病院 消化器科

○佐原 秀¹、窪田 裕幸¹、大石 慎司¹、鈴木 大¹

- 90 治療に難渋した HIV 感染症に合併した肝膿瘍の 1 例
¹大同病院 消化器科

○藤原 晃¹、榊原 聡介¹、印牧 直人¹

- 91 アメーバ肝膿瘍の 3 例
¹名古屋掖済会病院 消化器内科

○安田真理子¹、神部 隆吉¹、大橋 暁¹、水野 聡己¹、中島 成隆¹、吉村 透¹

92 アニサキス虫体が膵に迷入して急性膵炎をきたしたと思われる 1 例

(若手) ¹中部労災病院 消化器科

○細野 功¹、山田 誠吾¹、森本 剛彦¹、内山 功子¹、尾関 雅靖¹、中江 治道¹、
村瀬 賢一¹

93 当院における重症急性膵炎症例の検討

¹豊橋市民病院 消化器内科

○林 大樹朗¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、
石黒 裕規¹、佐々木淳治¹、山本富美子¹、山田 哲¹

94 眼瞼腫脹を契機に診断しえた自己免疫性膵炎の 1 例

(若手) ¹山本総合病院 消化器科

○武井 英之¹、泉 恭代¹、井上 英和¹、大森 茂¹

95 胆管癌との鑑別に苦慮し、自己免疫性膵炎に伴う硬化性胆管炎と考えられた 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

○松本 和也¹、水野 伸匡¹、澤木 明¹、原 和生¹、高木 忠之¹、中村 常哉²、
田近 正洋²、河合 宏紀²、澤井 勇悟¹、小林 佑次¹、杉森 聖司¹、山北 圭介¹、
坪井 順哉¹、山雄 健次¹

96 6年後に肝再発した微小浸潤 IPMC の1例

¹国立病院機構 静岡医療センター 消化器科、²国立病院機構 静岡医療センター 外科
○大西 佳文¹、尾関 豊²

97 嚢胞内出血が閉塞性黄疸の原因と考えられた IPMT の一例

¹JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○萩倉 新¹、白井 直人¹、竹内 靖雄¹、和田 朋彦¹、平野 力三¹、岡崎 貴宏¹、
梶村 昌良¹

98 脾粘液性のう胞腫瘍の3例

¹国立病院機構名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学大学院 消化器内科学
○渡邊 久倫¹、平嶋 昇¹、遠藤 伸也¹、玉置 大¹、齋藤 雅之¹、龍華 庸光¹、
日比野祐介¹、小林 慶子¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

99 膵 solid-pseudopapillary tumor 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

○石川 卓哉¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、春日井俊史¹、大野栄三郎¹、
松原 浩¹、宮原 良二¹、大宮 直木¹、丹羽 康正¹、後藤 秀実¹

100 膵 Solid-pseudopapillary tumor の1例

(外科)

¹市立伊勢総合病院 外科

○野田 直哉¹、伊藤 史人¹、井戸 政孝¹、湯浅 浩之¹、大倉 康生¹

101 嚢胞性変化を伴った膵内分泌腫瘍の一例

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

○松原 浩¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、春日井俊史¹、大野栄三郎¹、
石川 卓哉¹、宮原 良二¹、大宮 直木¹、丹羽 康正¹、後藤 秀実^{1,2}

102 診断・治療に難渋し、病理解剖にて診断のついた原発不明癌の一例

¹名古屋掖済会病院 消化器科

○中島 成隆¹、安田真理子¹、吉岡 靖展¹、吉村 透¹、水野 聡己¹、大橋 暁¹、
神部 隆吉¹

103 膵腫瘍に対する膵中央切除術
(外科)¹名古屋大学 消化器外科○鹿野 敏雄¹、竹田 伸¹、野本 周嗣¹、金住 直人¹、杉本 博行¹、山田 豪¹、
中尾 昭¹

104 膵腺扁平上皮癌の一例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科○梅村修一郎¹、林 克巳¹、舘 桂一郎¹、堀 寧¹、岩崎 弘靖¹、山川 慶洋¹、
今井 宗憲¹、西脇 裕高¹、栗本 拓也¹、藤原 圭¹、山田 智則¹、根本 聡¹、
白子 順子¹、折戸 悦朗¹

105 腫瘍として同定困難で診断に難渋した膵頭部癌の一例

¹三重大学 消化器肝臓内科、²三重大学 光学医療診療部、³三重大学 肝胆膵外科○井上 宏之¹、葛原 正樹¹、原田 哲朗¹、野田 知宏¹、小坂 良²、青木 雅俊¹、
濱田 康彦¹、田中 匡介²、伊佐地秀司³、井本 一郎²、竹井 謙之¹

106 膵腺房細胞癌の一例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷○濱宇津吉隆¹、中江 康之¹、井本 正巳¹、浜島 英司¹、今田 数実¹、仲島さより¹、
坂巻 慶一¹、鈴木 宏康¹、村瀬 和敏¹、松井 健一¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

107 膵頭部腫瘍との鑑別を要した左胃動脈瘤の1例

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○岩下 拓司¹、安田 一朗¹、中島 賢憲¹、上村 真也¹、境 浩康¹、渡部 直樹¹、
白木 亮¹、内木 隆文¹、白鳥 義宗¹、森脇 久隆¹

108 胆石性膵炎との鑑別が困難であった左胃動脈破裂の一例

¹春日井市民病院 消化器科

○片野 敬仁¹、加藤 晃久¹、松波加代子¹、稲垣 佑祐¹、吉田 道弘¹、望月 寿人¹、
森田 毅¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、伊藤 和幸¹

109 経鼻的膵管ドレナージ（ENPD）が有用であった膵性胸水の1例

¹藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

○小林 恭子¹、小村 成臣¹、有馬 裕子¹、嶋崎 宏明¹、中野 卓二¹、村尾 道人¹、
新田 佳史¹、原田 雅生¹、川部 直人¹、橋本 千樹¹、吉岡健太郎¹

110 手術にて軽快した膵性腹水の1例

¹名古屋掖済会病院 消化器科

○吉村 透¹、安田真理子¹、中島 成隆¹、水野 聡己¹、大橋 暁¹、神部 隆吉¹

111 ELPS にて治療した多発咽頭癌の一例

¹東海病院 内科、²名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

○北村 雅一¹、加藤 亨¹、山本 剛¹、丸田 真也¹、宮原 良二²、丹羽 康正²、
後藤 秀実²

112 口腔内潰瘍を形成したクローン病の一例

¹JA 岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科

○河口 順二¹、浅野 貴彦¹、岩下 雅秀¹、田上 真¹、畠山 啓朗¹、林 隆夫¹、
前田 晃男¹、長縄 聡¹、西脇 伸二¹、齋藤公志郎¹

113 薬剤性肝障害後に非閉塞性小腸・大腸壊死を生じ死亡した症例の検討

¹朝日大学付属村上記念病院消化器内科

○橋本 宏明¹、加藤 隆弘¹、松田 英之¹、福田 信宏¹、高野 幸彦¹、小島 孝雄¹、
井田 和徳¹、奥田 順一¹

114 上行結腸憩室炎に合併した門脈血栓症の1例

¹名古屋記念病院 消化器科

○新家 卓郎¹、近藤 啓¹、都築 亜夜¹、鈴木 重行¹、神谷 聡¹、山内 学¹

一般演題

第5会場

9:00～9:28 胆嚢 1

座長 岐阜市民病院消化器内科 向井 強

115 胆嚢出血を来たした胆嚢腺筋症の一例

(若手)

¹岐阜市民病院 第二内科、²岐阜市民病院 中央検査部

○山田 祥子¹、福田 和史¹、中村 博¹、永野 淳二¹、鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、
川出 尚史¹、岩田 圭介¹、向井 強¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、
高橋 健¹、名倉 一夫¹、加藤 則廣¹、山田 鉄也²、富田 栄一¹

116 胆嚢穿孔による横隔膜下膿瘍の一例

¹三重中央医療センター 消化器科、²三重中央医療センター 外科

○荒木 智子¹、二宮 克仁¹、子日 克宣¹、加藤 裕也¹、渡邊 典子¹、長谷川 浩司¹、
田中 剛史¹、下村 誠²、谷川 寛自²、横峰 修時²、横井 一²

117 治療に難渋した胆石イレウスの一例

¹公立陶生病院 消化器内科

○立松 英純¹、菊池 正和¹、林 寛子¹、松浦 哲生¹、清水 裕子¹、林 隆男¹、
坂田 豊博¹、黒岩 正憲¹、森田 敬一¹

118 血清 DUPAN-2 が異常高値であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

¹国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科

○水谷 太郎¹、大岩 哲哉¹、長野 健一¹、清水 秀幸¹、山下 俊樹¹、木本 英三¹、
早川 哲夫¹

119 分節型胆嚢腺筋腫症に合併した胆嚢癌の1例

¹JA 岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科

○畠山 啓朗¹、河口 順二¹、浅野 貴彦¹、岩下 雅秀¹、田上 真¹、林 隆夫¹、
前田 晃男¹、長縄 聡¹、西脇 伸二¹、齋藤公志郎¹

120 胆嚢癌と胆管癌を合併した臍胆管合流異常の1例

¹愛知県がんセンター 消化器内科、²愛知県がんセンター 内視鏡部、³愛知県がんセンター
消化器外科、⁴愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部

○杉森 聖司¹、高木 忠之¹、坪井 順哉¹、松本 和也¹、山北 圭介¹、澤井 勇悟¹、
小林 佑次¹、澤木 明¹、水野 伸匡¹、河合 宏紀²、田近 正洋²、中村 常哉²、
清水 泰博³、佐野 力³、谷田部 恭⁴、細田 和貴⁴、山雄 健次¹

121 胆石症を契機に診断した臍体尾部欠損症の1例

(若手)

¹半田市立半田病院消化器内科

○岩下 紘一¹、安藤 通崇¹、亀井圭一郎¹、山田 弘志¹、大原 靖仁¹、神岡 諭郎¹、
大塚 泰郎¹

122 セフトリアキソン投与後に胆泥が出現し臍炎を合併した一例

(若手)

¹愛知厚生連海南病院 消化器内科

○青木佐知子¹、佐々木諭実彦¹、青木 孝太¹、阿知波宏一¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、
國井 伸¹、水谷 哲也¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

123 当科における胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）の検討

(若手) ¹三重大学 医学部 肝胆膵外科、²三重大学 医学部 消化器肝臓内科・光学医療診療部
(外科)

○堯天 一亨¹、田端 正己¹、岸和田昌之¹、加藤 宏之¹、安積 良紀¹、水野 修吾¹、
白井 正信¹、櫻井 洋至¹、井上 宏之²、竹井 謙之²、伊佐地秀司¹

124 胆管結石による急性胆管炎で発症した早期胆管癌の1例

¹浜松労災病院 消化器内科

○仲程 純¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、大田 悠司¹

125 著明な粘液産生を認めるも肉眼的に病変を指摘できなかった粘液産生胆管腫瘍の1例

¹名古屋大学腫瘍外科

○板津 慶太¹、江畑 智希¹、上原 圭介¹、伊神 剛¹、菅原 元¹、安部 哲也¹、
横山 幸浩¹、西尾 秀樹¹、小田 高司¹、柳野 正人¹

126 Communicating accessory bile duct（副交通胆管枝）の1例

¹愛知厚生連海南病院 内科、²愛知厚生連海南病院 外科

○山 剛基¹、青木 孝太¹、阿知波宏一¹、久保田 稔¹、國井 伸¹、水谷 哲也¹、
佐々木諭実彦¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹、猪川 祥邦²、梶川 真樹²、矢口 豊久²

- 127 超音波内視鏡下穿刺吸引組織診にてびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫と診断した腹腔動脈周囲リンパ節原発の悪性リンパ腫の一例

¹半田市立半田病院 内科

○山田 弘志¹、安藤 通崇¹、亀井圭一郎¹、岩下 紘一¹、大原 靖仁¹、神岡 諭郎¹、大塚 泰郎¹

- 128 腹腔の primary effusion lymphoma 類似の臨床像にて発症した T 細胞性悪性リンパ腫の 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 光学医療診療部

○濱田 康彦¹、井上 宏之¹、野田 知宏¹、青木 雅俊¹、葛原 正樹¹、小坂 良²、田中 匡介²、井本 一郎²、竹井 謙之¹

- 129 経皮的ドレナージにより改善した左下肢伸展障害を伴った腸腰筋膿瘍の 1 例

¹浜松労災病院 消化器科

○仲程 純¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、大田 悠司¹

- 130 FDG-PET にて発見されたリンパ管閉塞による腹腔内腫瘍の 1 例

(若手)
(外科)

¹岐阜赤十字病院 外科

○松井 雅史¹、高橋 啓¹、辻本 浩人¹、飯田 豊¹、片桐 義文¹、鬼束 惇義¹

131 腸閉塞を契機に診断した横隔膜ヘルニアの一例

¹鈴鹿回生病院 内科、²鈴鹿回生病院 外科

○岩崎 朋見¹、堀池真一郎¹、中村 美咲¹、河俣 浩之¹、多喜 裕子¹、多羅尾 光²、
岩佐 真²、冨田 隆²

132 CT が診断に有用であった鼠径ヘルニアによる続発性大網捻転症の一例
(若手)

¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○林 基志¹、足達 広和¹、所 史隆¹、中村 信彦¹、今尾 要浩¹、戸田 勝久¹、
芋瀬 基明¹、大西 隆哉¹、清水 省吾¹、植松 孝広¹、杉原 潤一¹、小林 成禎¹

133 *Edwardsiella tarda* による腹膜炎の一例

¹名古屋第二赤十字病院

○今井 宗憲¹、山田 智則¹、舘 桂一郎¹、堀 寧¹、岩崎 弘靖¹、梅村修一郎¹、
山川 慶洋¹、西脇 裕高¹、栗本 拓也¹、藤原 圭¹、林 克巳¹、根本 聰¹、
白子 順子¹、折戸 悦朗¹

一般演題 抄録

(若手) 筆頭演者が卒後5年以内の演題

(外科) 筆頭演者が外科施設所属の演題

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 ベースメーカー植込み患者の肝細胞癌に対し経皮的ラジオ波焼灼療法を施行した1例

¹三重中央医療センター 消化器科

○古川 和博¹、二宮 克仁¹、子日 克宣¹、加藤 裕也¹、渡邊 典子¹、長谷川浩司¹

症例69歳男性【既往歴】平成18年洞不全症候群に対し、DDDペースメーカー(Medtronic社)移植術を施行。平成19年胃癌に対し幽門側亜全摘術施行。飲酒歴 日本酒3合/日。【現病歴】平成19年4月下旬アルコール性肝硬変に対する経過観察のための腹部超音波にて肝S5区域に9mm大の占拠性病変を認め、5月下旬CTにて肝細胞癌(HCC)と診断。同年8月下旬HCCに対する加療のため当院当科入院。【理学所見】身長162cm 体重63kg、腹部平坦 軟 正中に手術創あり。その他特記事項なし。【血液検査所見】WBC 2790/μl、RBC 336万/μl、Hb 12.0g/dl、Plt 5.8万/μl、Alb 3.5g/dl、AST 35U/l、ALT 15U/l、γ-GTP 45U/l、ALP 351U/l、T-Bil 0.6mg/dl、PT 9.65%、AFP 8.92ng/ml、HBsAg(-)、HCVAb(-)、ANA(-)、AMA(-)【腹部画像診断】腹部超音波：S5に11×7mm、9×6mmの低エコー腫瘍像を認めた。CT-AP：S5に10mm大の門脈血流欠損を認めた。DSAにて腫瘍濃染を認めた。【入院後経過】患者の希望により経皮的ラジオ波焼灼療法(RFA)を施行した。患者はペースメーカー管理下にありRFAによる電磁波障害(EMI)が生じる可能性があり、前後でペースメーカーのチェックを行い自発モードで感度を低く設定しRadionics社製のcooltipにてRFA施行。81℃7分、最大出力95Wで行った。術中術後ペースメーカーの不具合は生じず正常に作動した。治療後CTにて一部でSafety marginが少なくと判断され、後日PEITを追加し退院。【考察】ペースメーカー管理下の患者に対するRFAの施行はEMIの問題から原則禁忌とされている。一方本症例のようにリスク管理下でのRFA施行が有効であったという報告が散見される。HCC患者の高齢化が進行してきている中、ペースメーカー管理下のHCC患者も増加が予測される。このような患者のうち、局所治療の適応がある症例についてはEMIに対する厳重なリスク管理を行うことによりRFAの適応がさらに拡大できる可能性があると考えられる。【結語】ペースメーカー管理下のHCC患者に対し安全にRFAを施行し得た1例を経験したので報告した。

2 4D超音波造影にてラジオ波焼灼療法後に効果判定しえた肝細胞癌の1症例

¹中部ろうさい病院 消化器科、²増子記念病院 肝・消化器内科

○山田 誠吾¹、中江 治道¹、尾関 雅博¹、内山 功子¹、森本 剛彦¹、細野 功¹、堀田 直樹²、村瀬 賢一¹

近年、超音波機種の上により、4D超音波造影も可能となってきた。今回、本プローブを用いて、ラジオ波焼灼療法前後に造影を施行する機会を得たため、報告する。【症例】65歳 男性。【主訴】HCC精査加療目的。【既往歴】1999年 胃癌に対して幽門側胃切除施行。【現病歴】他院で慢性C型肝炎に対して外来経過観察中、2008年2月1日施行された腹部エコー、腹部ダイナミックCTで肝S5に径20mm大のSOLを指摘されたため、精査加療目的のため当院消化器科入院となった。【入院後経過】3月7日腹部血管造影施行にて肝S5病変の腫瘍濃染像を認め、TAE施行した。治療後の腹部単純CTにてリビドールの集積の不良を認め、また4D造影エコー施行において早期相で血流の残存を認め、追加治療が必要であると判断した。4D造影に使用した超音波装置はAPLIOXGで、プローブは、内部でメカニカルに扇道する4DプローブであるPVT-382MVを用いた。超音波造影剤はSonazoidを用い、MI値は0.2とした。造影モードは、ハーモニック法を用いた。使用したRFAは、RTC3.5cm(Boston社)を用いて施行した。施行後の4D造影エコーにおいては、多方向より焼灼域を診断できた。腹部ダイナミックCTでもいずれの相でも濃染像を認めなかったため治療を終了とした。【結語】4D超音波造影においてRFA施行前後の血流の評価が可能となった。今後の展望は、本プローブを用いてリアルタイム4DのRFAが可能となれば、より確実に治療が可能となると考えられる。(卒業年次：H17年度)

3 2年の経過で内部エコーが多様に変化しながら肝細胞癌に移行した肝低エコー結節の1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²同 中央検査部

○川出 尚史¹、西垣 洋一¹、山田 祥子¹、福田 和史¹、水野 淳二¹、鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、岩田 圭介¹、向井 強¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、名倉 一夫¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

<症例>61才男性、慢性B型肝炎にて経過観察されていた。平成17年2月低分化肝細胞癌にて肝外側区域+左尾状葉切除の既往有(hepatocellular carcinoma, poorly differentiated type, eg. fc(+), fc-inf(+), sf, s0, vp2, vv0, va0, b0, im2, sm(-), ch)。<経過>平成17年7月定期のエコー検査にて肝S8に17.7mm大の低エコー結節を指摘された。造影エコーにて周囲肝と同様に造影され粗大再生結節としてエコーにて経過観察となった。17年12月結節は22.1mmとやや増大し、内部エコーがやや高エコーに変化していた。18年7月内部が再び低エコーとなり、18年10月には再び高エコーとなっていた。肝細胞癌再発を疑い穿刺組織診を行ったところ、主体は慢性肝炎で、若干の肝細胞異形成を認めるのみであった。19年1月結節は等エコーとなり不明瞭となった。19年7月結節は28mm大の高エコー結節となっていた。造影エコーを行ったが、前回と同様の所見で肝細胞癌を疑わせる所見はなく、dynamic MRIでは造影効果がなく、T1高信号、T2低信号で低度異形成結節が疑われた。再度腫瘍生検を行ったところ、胞体の染色性が増強し、索状構造が不連続な複数の偽腺管構造を認める高分化肝細胞癌であった。肝細胞癌再発と診断し経皮的ラジオ波焼灼療法を行った。現在外来にて経過観察中である。<結語>肝結節性病変において結節内血流動態に変化が無くともエコーパターンの変化がみられた場合は肝細胞癌への移行を考え、腫瘍生検を行う事も考慮すべきと思われる。

4 C型慢性肝炎に対するIFN治療著効6年後に肝細胞癌を発症した1例

¹公立陶生病院 消化器内科

○林 寛子¹、森田 敬一¹、黒岩 正憲¹、坂田 豊博¹、林 隆男¹、清水 裕子¹、松浦 哲生¹、立松 英純¹、菊池 正和¹

症例は68歳男性、平成12年の検診で肝機能障害を指摘され精査を行ったところC型慢性肝炎と診断、平成13年3月よりIFN α-2bによる治療を24週間行いウイルス学的著効となった。以降定期的に6ヶ月に1回血液検査と画像検査を行っていたがウイルスは持続的に陰性で、ALTも正常であった。平成19年4月の腹部超音波検査にて肝S7に18mm大の腫瘍性病変を指摘され、精査目的で同年6月入院となった。腫瘍はUSでは、被膜を伴い内部はやや高エコーで、モザイクパターンを示し、背景肝には慢性肝障害による変形を認めた。単純CTでは周囲肝より低吸収を示し、ダイナミック造影CTでは腫瘍は動脈相で濃染され、平衡相ではwash outされた。血管造影では同部に腫瘍濃染像を認め、CTAでは早期より濃染されCTAPではperfusion defectとなった。以上より肝細胞癌と診断し手術による治療を勧めるも本人の希望で内科的治療を行うこととなり、6月19日よりPEITを合計4回行い、造影CTにて早期濃染の消失を確認し治療終了とした。その後現在まで腫瘍の再発を認めず外来通院中である。C型肝炎に対するIFN治療でウイルス学的著効が得られた症例では、肝機能の持続正常化のみならず肝線維化の改善が得られHCCの発生が有意に抑制されることが明らかとなっているが、本症例のようにIFN著効後長期経過後に発症する症例も散見される。SVR後の発癌、著効例のfollow upの方針について若干の文献的考察を加えて報告する。

5

腹膜播種を来したC型肝細胞癌の1剖検例

¹朝日大学附属村上記念病院、²岐阜大学大学院医学研究科腫瘍制御学講座

○大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、加藤 隆弘¹、松田 英之¹、堀江 秀樹¹、橋本 宏明¹、福田 信宏¹、高野 幸彦¹、奥田 順一¹、井田 和徳¹、斉尾 征直²

今回、我々はC型肝細胞癌の経過中に腹膜播種を来とし、急速な経過にて死亡し病理解剖を行った症例を経験したので報告する。(症例)79才・男性。(主訴)腹部膨満感。(家族歴)叔母 子宮癌、従兄弟 胃癌。(既往歴)77才 胃腺腫。(現病歴・治療歴)33才頃から肝機能障害を指摘され、平成5年(64才)頃より近医にてC型肝硬変として経過観察されていた。平成14年12月(73才)のCTにてS6/7の肝細胞癌(以下、HCC)を疑われ、当科紹介。平成15年2月の肝生検にて高分化型HCCと診断し、RFAを施行。平成16年2月のCTで前回治療部位の近傍再発(S6/7)を認め、同年から平成18年にかけてTAEやRFAを繰り返し施行していた。RFAは平成17年12月、TAIは平成18年2月が最終治療歴であった。その後の経過観察目的に施行したCTやUSでは、繰り返し治療していた部位に直径10mmの腫瘍を認めるも、大きさに変化なく、本人の希望にて経過観察となっていた。平成19年12月20日頃より、腹部膨満感出現し、全身倦怠感と発熱を伴ってきたため、平成20年1月4日、当科紹介入院となった。(入院時所見)体温38.0℃。腹部は膨隆し、下腿浮腫を認めた。(入院時検査所見)AST 68 IU/ml、ALT 76 IU/ml、Albは3.1g/dl、CRPは0.9mg/dlであった。AFPやPIVKA2は基準値以内であった。(入院後経過)CTやUSでは胸・腹水、肝周囲の壁側腹膜や腸間膜脂肪織内に結節状腫瘍を認めたが、門脈や下大静脈の腫瘍塞栓は認めなかった。腹水試験穿刺では、淡血性黄褐色混濁(浸出液)・細菌培養陰性・細胞診はclass 1であった。癌性腹膜炎と考えられ、原発巣の精査・加療予定となっていたが、1月16日、突然心肺停止を来とし、CPRを試みるも改善せず、死亡。同日死因検索と腹腔内精査目的にて病理解剖を施行し、肝細胞癌腹膜播種と診断した。肝細胞癌の腹膜播種は稀であり文献的考察を含めて報告する。

6

AP shuntの存在が診断の契機となった門脈腫瘍塞栓を伴う肝細胞癌の1例

¹浜松労災病院 消化器科

○大田 悠司¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、仲程 純¹

【症例】59歳・男性。20歳時交通事故で輸血。肝硬変(HCV Ab(+))にて当院通院中腫瘍マーカー上昇認めた。AFP:15.4 ng/ml、PIVKA2:206 AU/ml。3ヶ月前のCTで肝左葉下縁皮膜下に動脈優位相で濃染する径10ミリほどの腫瘍影が認められた。今回精査目的にて入院。腹部造影CTでは動脈優位相で以前指摘された腫瘍は円形の低吸収域となり、肝左葉上縁皮膜下に扇状の淡い濃染所見を認めた。門脈優位相では動脈優位相で濃染像を呈した部位は低吸収域として認められた。腹部血管造影検査では総肝動脈よりの造影で肝左葉外側区の動脈枝より不整な濃染像が認められ、連続し門脈枝が造影された。MRIでは、肝左葉上縁被膜下に索状のT1低信号域、T2高信号域を認め、以前指摘された腫瘍はT1で低信号、T2高信号域であった。腹部超音波検査では肝左葉上縁被膜下の病変は不整な低エコーを呈しており、ドップラーエコーでは低エコー域に一致し強い血流を認めた。以上の画像所見より当初指摘された円形の腫瘍は明らかな肝細胞癌は指摘できず、壊死を疑われた。左葉上縁の血流はA-Pシャントと思われたが、MRIにて腫瘍の可能性も考えられた。十分なマンテラの後、肝外側区部分切除術を施行した。病理組織所見では当初指摘された円形の病変は壊死であり、その辺縁には肝細胞癌の組織が遺残しており、壊死の近傍には門脈内に腫瘍塞栓を認め、グリソンに沿う様に白色の腫瘍が進展していた。腫瘍は索状配列を示し、中分化型肝細胞癌と診断した。【考察】入院のきっかけとなった腫瘍影は肝細胞癌であり、3ヶ月の経過で門脈内に進展し、主病変は壊死を来したと考えられ、当初は動脈優位相で造影される部分全体がAP shuntと考えたが、門脈腫瘍塞栓の部分とそれに伴うAP shuntの部分からなっていた。特異的な経過を呈し、また画像上術前に確定診断し得なかった肝細胞癌の症例を経験した。

7

肝細胞癌治療経過中に多彩な脳神経障害をきたした一例

¹JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科

○伊藤 隆徳¹、森田 清¹、大久保賢治¹、竹内 淳史¹、金沢 宏信¹、島田礼一郎¹、松崎 一平¹、中平 健一¹、西村 大作¹、片田 直幸¹

【背景】肝細胞癌の骨転移は臨床上市しばしば認められるものであるが、骨転移の部位としては椎骨や肋骨が半数以上を占め、頭蓋骨は稀である。今回我々は、肝細胞癌治療中に左動眼神経麻痺・左外転神経麻痺・両舌下神経麻痺を認め、精査により肝細胞癌の頭蓋骨転移と診断した一症例を経験したので報告する。【症例】症例は70代女性。平成元年頃より慢性C型肝炎・肝硬変にて近医通院していたが、平成12年より肝細胞癌が出現し、当院にてPEIT・RFA・TAEを施行した。平成18年7月、びまん性の肝細胞癌再発に対しTAE施行。その1ヶ月後より、頭痛・構語障害が出現し、神経内科にて舌下神経麻痺と診断された。また同年10月に複視が出現し、左外転神経麻痺を認めた。いずれも頭部MRIや髄液検査等精査を行ったが、明らかな異常は認めなかった。その後も頭痛は続き、同年11月には左動眼神経麻痺も出現。再度行った頭部造影MRIにて頭蓋骨(斜台部)に造影される腫瘍あり。経過中AFP(α-fetoprotein)の増加も認められていた事より肝細胞癌の転移が最も疑われた。平成18年12月頭蓋骨の転移巣に対し、radiation:50Gy/38days照射を行った。以後も視力低下は進行し続けたが、AFP(平成19年1月:5336ng/ml→平成19年5月:9.9ng/ml)著減、転移巣のサイズも縮小あり治療効果は明らかに認められた。平成19年10月視力の更なる悪化あり、10/15→再度radiationを行ったものの視力に関しては不可逆的であった。本症例は現在も定期的に当院外来経過観察中である。【結語】肝細胞癌治療経過中に多彩な脳神経障害を伴った事により、頭蓋骨転移と診断した比較的に稀な一症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

8

肝外発育型肝細胞癌における結腸合併右葉切除後、尾状葉再発を来し、尾状葉切除後、肝動脈リザーバーより化学療法中の1例

¹尾鷲総合病院 外科

○高橋 直樹¹、五嶋 博道¹、山崎 芳生¹、加藤 弘幸¹

肝外発育傾向を示す肝細胞癌は比較的にまれであり、報告例は少ない。今回我々は肝外発育型肝細胞癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。症例は72歳、男性。2007年9月ごろからの右側腹部痛を主訴に近医を受診、腹部超音波検査で腫瘍影が認められ、当院紹介受診。右季肋下に可動性のない長径20cm大の弾性硬の腫瘍を触知した。血液検査で肝胆道系酵素の軽度上昇を認め、腫瘍マーカーはAFP 17500ng/ml以上、PIVKA2 75000mAU/ml以上と著明な高値を示した。腹部CTで肝S5.6に造影効果のある腫瘍を認め、そこから腹腔側に連続して突出する径11cmのモザイク状の腫瘍を認めた。腹部MRIでは肝S5.6の腫瘍とそれに連続して腹腔側に突出する腫瘍は雪ダルマ状を呈しており、上行、横行結腸に浸潤が疑われた。腹部血管造影検査にて、腫瘍は右肝動脈後区枝より増強され、肝内から肝外にかけての腫瘍濃染像を認め、中結腸動脈からも腫瘍濃染像が認められた。腹腔動脈造影CTでは腫瘍は早期相にて強い造影効果を認め、後期層で洗い出しが認められた。横行結腸浸潤を伴い肝S5.6に発生した肝外性発育を示す巨大肝細胞癌と診断し手術を施行した。術中所見にて、肝下面から連続する弾性軟な径15cm大の腫瘍を認め、腫瘍は横行結腸と強固に癒着しており、浸潤していた。中結腸動脈右枝を起始部で切離し、横行結腸合併肝右葉切除術を施行した。病理組織学的所見では、低分化の成分を伴う中分化型肝細胞癌で肝外発育部分では高度の変性壊死、出血を認めた。肝内胆管および肝内門脈侵襲を認め横行結腸漿膜下層に直接浸潤していた。背景肝には肝硬変を認めなかった。術後合併症なく退院、S-1内服で術後補助化学療法を行っていた。2008年2月肝尾状葉に径3.7cmの再発を認め、同3月に肝尾状葉切除を施行した。術後肝動脈にリザーバーを留置、低用量5FU・CDPで化学療法中である。

9

(外科)

肝細胞癌に対する外科的ラジオ波焼灼療法

¹愛知医科大学 消化器外科

○小竹 克博¹、黒川 剛¹、伊藤 暢宏¹、有川 卓¹、
野浪 敏明¹

【目的】当教室では、2001年より肝細胞癌に対する治療としてラジオ波焼灼療法（RFA）を導入している。RFAは、経皮的に超音波またはCTガイド下に行う方法と開腹または内視鏡（腹腔鏡または胸腔鏡）下に行う外科的方法とがある。今回我々は、肝細胞癌に対して外科的にRFAを行った症例を検討したので報告する。【方法】開腹下にRFAを施行した症例は49例で、そのうち肝切除術と併用したもの16例、他の手術と併用したもの4例であった。また、胸腔鏡下にRFAを施行したものは3例、腹腔鏡下に施行したもの6例であった。【成績】開腹下のRFAでは肝切除術と併用が可能で、肝血流遮断を用いることにより焼灼域の拡大が得られた。内視鏡下のRFAでは、肝予備能の不良な肝硬変症例にも安全に施行可能で隣接臓器の損傷のため経皮的に施行できない症例にも安全に施行可能であった。【結論】経皮的RFAが困難な症例に対して外科的RFAは有用と考えられる。

10

(若手)

Peg-Interferon + Ribavirin 併用療法治療中に間質性肺炎を合併したC型慢性肝炎の1例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○中村 信彦¹、杉原 潤一¹、所 史隆¹、林 基志¹、
足達 広和¹、今尾 要浩¹、戸田 勝久¹、芋瀬 基明¹、
大西 隆哉¹、清水 省吾¹、植松 孝広¹、小林 成植¹

【症例】49歳、女性【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】以前よりC型慢性肝炎と診断され、近医にてSNMCの注射治療を受けていたが、Interferon治療目的にて当科紹介された。HCV genotypeは1b型、高ウイルス量であり、平成18年8月に施行した肝生検ではA1、F3であった。【治療開始時の検査成績】RBC414、Hb12.6、WBC7600、Plt11.5、PT89%、HPT89%、ZTT15、TTT15、T.Bil0.62、ALP223、AST37、ALT39、LDH171、 γ -GTP19、TP7.4、ALB4.3、T.Chol172、TG91、Glu85、BUN11、Cre0.54、HCVRNA量2200KIU/ml【治療経過】18年10月19日よりPeg-Interferon + Ribavirin併用療法（初期投与量はPeg-Interferon 80 μ g/週、Ribavirin 600mg/日）を開始した。治療開始早期に、発熱、全身倦怠感、口内炎、めまいなどの自觉症状と、白血球減少、ヘモグロビン減少がみられたが、薬剤を減量することなく順調に経過し、トランスアミナーゼは速やかに正常化し、HCVRNAは治療開始8週後に陰性化した。その後ヘモグロビン減少のため19年5月16日（30週目）にRibavirinを400mg/日に減量した。6月下旬頃から咳と痰が出現するようになり、7月下旬（40週目）には発熱と労作時の息切れも認められるようになった。頻脈はなく、肺野にベルクロラ音は聴取せず、SpO2は98%であり、血液検査ではHb11.1、WBC3800、CRP0.02、KL-6 695U/mlであった。胸部CTでは、全肺野に胸膜下を主体とした網状影が散在しており、スリガラス陰影も伴っていた。間質性肺炎の合併と診断し、7月27日（40週目）で治療を中止した。中止後発熱、労作時の息切れは比較的速やかに消失したが、咳は長期にわたって持続している。20年2月の胸部CTでは改善傾向を示しているものの、まだ網状影とスリガラス陰影が残存している。一方KL-6の値は19年12月523U/ml、20年3月361U/mlと正常化した。中止時点ではHCVRNAは陰性化していたが、19年9月19日の時点で再燃が認められ、その後はUDCAの内服を継続している。【考察】Interferon療法において、間質性肺炎は重篤な合併症の1つであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

11

薬物乱用により経静脈的に感染し、ペグインターフェロン、リバビリン併用療法で治癒したC型重症急性肝炎に1例

¹羽島市民病院 消化器科、²羽島市民病院 神経内科

○酒井 勉¹、木村 祐子¹、坂野 喜史¹、佐竹 真一¹、
福島 秀樹¹、村瀬 全彦²、天野 和雄¹

症例：40歳代男性 主訴：全身倦怠感 現病歴：1年前の健康診断ではHCV抗体は陰性でトランスアミナーゼは正常値であった。平成19年経静脈的な薬物乱用の機会が3回あったが、平成19年7月下旬より全身倦怠感、食欲不振を認め近医受診。著明な黄疸と肝機能障害を認め当院紹介入院となった。入院時検査成績：TP 6.6 ALB 4.2 T.Bil 9.5 D.Bil 6.2 AST 2426 ALT 4869 LDH 1926 ALP 376 γ -GTP 300 ZTT 9.1 TTT 2.9 NH3 106 WBC 8700 RBC 484 Hb 15.9 Plat 18.6 PT 38 HPT 35 HCV Ab + HCV-RNA + genotype 1b 入院後経過：入院後もトランスアミナーゼ、黄疸、凝固系の悪化が見られたが、保存的治療にて第14病日頃より改善に転じ自觉症状も改善した。第25病日肝生検を施行し病理組織学には急性肝炎回復期に合致する所見であった。本人家人へのICにて早期のインターフェロン療法を希望したため第27病日より12週間の計画でペグインターフェロン α 2b、リバビリン併用療法を開始した。HCV-RNAは4週間で陰性化し、治療終了24週間を超える現在に至るまで陰性を持続し、トランスアミナーゼも正常域で継続している。考察：C型急性肝炎は献血におけるHCVのスクリーニングから急激に減少したが、現在でもは医療従事者の針刺し事故や経静脈的な薬物中毒、刺青等が原因で散見されるが、劇症肝炎や重症肝炎は稀とされる。不顕性感染を含め大半の症例が慢性肝炎に至るものと推定されている。現在のところ急性肝炎についての治療法は確立されていないが、本人家人にICの上ペグインターフェロン α 2b、リバビリン12週間投与にて良好の成績を得たので若干の文献的考察を加え報告する。

12

C型肝炎にペグインターフェロン・リバビリン併用療法中に1型糖尿病を発症した一例

¹順天堂大学医学部静岡病院 消化器内科

○小谷 知弘¹、平野 克治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、小川 薫¹、
市田 隆文¹

【はじめに】C型慢性肝炎の治療としてペグインターフェロン（PEG-IFN）/ribavirin併用療法が標準治療として推奨され、その治療効果に一定のコンセンサスが得られているが、合併症として自己免疫機序による様々な病態が報告されている。今回われわれは、PEG-IFN/ribavirin療法中に1型糖尿病を発症し一時的にインスリンを要したが、その後sustained virological response（SVR）の経過とともにインスリンから離脱した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。【症例】患者は47歳男性で、平成11年ごろよりC型肝炎と診断されていた。平成17年4月中旬、肝組織所見F4A3、genotype1b、HCV-RNA定量4200KIU/mlより、抗ウイルス療法の適応と診断し、同年6月PEG-IFN 120 μ g、ribavirin 800mgの治療を開始した。治療開始後13週でHCV-RNAは陰性化した。その後、41週目頃より口渴、多尿、体重減少が出現し高血糖を認めたために42週目でPEG-IFN/ribavirin療法を中止したが、44週目に608mg/dlとさらに著明な高血糖を認めた。この時点で抗GDA抗体陽性、抗IA-2抗体陽性、尿中CPR低下を認めたことより1型糖尿病と診断した。インスリンを導入し外来通院となったが、経過中に血糖値は改善した。現在はインスリンから離脱しており、その後HCV陰性化は持続し再燃することなく抗ウイルス療法としてSVRを得るに至っている。【考察】インターフェロンによる1型糖尿病の発症は、1992年にFabrizi Pらにより初めて報告され、国内では2008年までに23例の報告がある。インターフェロン療法中の1型糖尿病発症リスクは隣関連自己抗体やHLAタイピングにより予測でき、高リスク群には厳重管理でのインターフェロン投与と、異常血糖値の出現時は即座に投与中止が望ましいとされている。今回、われわれが経験した症例もHLA DR4陽性であり糖尿病発症の高リスク群であったと思われるが、抗ウイルス療法の適応外とするには問題があり、治療中の厳重な管理が必要と考えられた。

13 肝血管筋脂肪腫の1例

¹藤枝市立総合病院 消化器科、²浜松南病院 消化器病・IBD センター

○大畠 昭彦¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、永田 健¹、野田 裕児¹、三輪 一太¹、池谷賢太郎¹、渡辺 文利²

【はじめに】肝血管筋脂肪腫は比較的稀な疾患であり、肝細胞癌をはじめとした他の腫瘍との鑑別が重要である。今回、乳癌患者に肝血管筋脂肪腫を認めた1例を経験したので報告する。【症例】53歳、女性。【主訴】肝腫瘍精査【既往歴】なし【生活歴】飲酒なし、喫煙なし【現病歴】H19年7月から右乳癌、腋窩リンパ節転移、肝転移の診断で化学療法を施行されていた。H20年1月、原発巣の縮小から手術を考慮するに至ったため、肝臓病変の精査のため当科受診。【血液】HBV-Ag (-)、HCV-Ab (-)、AFP 3.7ng/ml、PIVKA2 19mAU/ml、CEA 3.8ng/ml【腹部エコー（造影）】S4に49×44mmの分葉状のモザイクパターンを呈する腫瘍を認めた。early phaseで濃染。Kupffer phaseにてdefect。【胸部CT】約5cmの動脈相で濃染する腫瘍を求めた。初診時のCTと比べ著変なし。乳癌以外に悪性を示唆する所見なし。【その他】上部消化管内視鏡：異常なし、注腸検査：異常なし。【経過】乳癌以外に原発巣なく、エコーや各種の造影パターンからは肝細胞癌も疑われ肝生検を施行したところHMB45 (+) であり、肝血管筋脂肪腫と診断した。初回CT撮影時より約9ヶ月経過しているが増大傾向なく経過観察中である。

14 原発性胆汁性肝硬変に合併した肝血管筋脂肪腫の1例

¹公立陶生病院 消化器内科

○菊池 正和¹、森田 敬一¹、黒岩 正憲¹、坂田 豊博¹、林 隆男¹、清水 裕子¹、松浦 哲生¹、立松 英純¹、林 寛子¹

症例は61歳女性、平成3年に肝機能障害を指摘、平成10年に原発性胆汁性肝硬変と診断された。平成10年に腎機能障害を指摘、腎生検にて膜性腎症、間質性腎炎と診断され、以降当院腎臓内科通院中であった。平成19年2月初旬より心窩部の不快感を自覚、2月15日の定期受診時に心窩部に腫瘍を触知したため精査目的で入院となった。単純CTでは肝左葉に肝外に突出する約10センチ大、低吸収域と高吸収域の混在する被膜を有した腫瘍性病変を認め、造影CTでは早期より内部が不均一に造影された。MRIでは、T2強調で不均一な高信号、T1強調ではほぼ等信号を呈し、T1脂肪抑制にて信号の低下を認め脂肪成分の豊富な腫瘍であると考えられた。血管造影検査では肝左葉に淡い腫瘍染色像を認め、CTAPでは門脈血流を認めず、CTAでは早期から不均一に造影されsingle slice CTAではコロナ様濃染は認めなかった。以上より肝血管筋脂肪腫が疑われたが、脂肪沈着を伴う高分化型HCCが否定できないことと、腫瘍が大きく破裂や出血の可能性が考えられたため4月19日に肝左葉切除術を施行した。肝内側区域から外側区域にかけて境界明瞭な被膜を伴う弾性軟の腫瘍を認め、病理学的には多数の脂肪細胞の中に平滑筋細胞の増生と拡張した血管組織を認め、免疫染色でHMB-45抗体、 α -SMA陽性であり肝血管筋脂肪腫と診断した。肝血管筋脂肪腫は腎臓に好発するが肝臓では比較的稀である。近年画像診断の進歩により発見される機会が増え、報告例が増加しているが肝細胞癌との鑑別が問題となっており、若干の文献的考察を加えて報告する。

15 肝に発生した類上皮血管内皮腫の1例

¹岐阜県立多治見病院 消化器内科

○西江 裕忠¹、佐野 仁¹、坂東 美香¹、夏目まこと¹、山下 宏章¹、奥島 昭彦¹、吉村 至広¹、安藤 健二¹、上野浩一郎¹、宮部 勝之¹、坂 哲田¹、戸川 昭三¹、原田 明生¹

症例は59歳男性。食欲不振、倦怠感、体重減少あり近医受診。腹部超音波検査にて多発性肝腫瘍を指摘され当院紹介受診。理学所見上、明らかな異常は認めず、血液生化学検査では総蛋白低下、 γ -GTPの上昇を認めたが、AFP、CEA、CA19-9等の腫瘍マーカーは正常範囲内であった。画像所見としては腹部超音波検査にて肝右葉を中心に最大2.5cm大の低エコー腫瘍が多発し、一部は中心に石灰化を伴っていた。ペルフルプタンによる造影エコーでは、血管相での内部の動脈血流は見られず、クッパー相にて造影剤の取り込みのない低エコー腫瘍として描出された。腫瘍は単純CTではlow density、造影CTではring状に造影され、内部はlow densityであった。MRIではT1強調でlow intensity、T2強調でhigh intensityであった。PET-CTでは肝腫瘍部へのFDPの集積は認められなかった。以上より腫瘍マーカーの上昇がなく、PET-CTでの腫瘍への集積を認めないため典型的ではないものも、転移性肝腫瘍を疑い全身検索を施行した。下部消化管内視鏡検査にてS状結腸にIIa+IIb腫瘍を認め生検の結果、中分化腺癌であった。肝腫瘍の生検病理組織検査では正常な肝実質と明瞭に区別される豊富な繊維性間質に紡錘形細胞を認め、腺癌は否定的であった。大腸癌治療および肝腫瘍診断確定のため腹腔鏡下S状結腸切除術、肝S3の腫瘍部分切除術を施行。S状結腸腫瘍は尿管浸潤を認めないsm1浸潤早期癌であった。肝腫瘍は肉眼的に境界比較明瞭な灰白色腫瘍で、繊維性間質内に紡錘形細胞や空胞を伴う細胞を認め、免疫染色ではS100は陰性でサイトケラチン陰性、CD34陽性、factor VIII陽性、vimentin陽性であり類上皮血管内皮腫と診断した。その後、残存腫瘍治療目的に肝右葉切除術が施行された。早期大腸癌を合併し、診断に苦慮した多発性類上皮血管内皮腫を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

16 タモキシフェンが誘因と考えられた非アルコール性脂肪性肝炎の一例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○所 史隆¹、植松 孝広¹、中村 信彦¹、林 基志¹、足達 広和¹、今尾 基浩¹、戸田 勝久¹、手瀬 基明¹、大西 隆哉¹、清水 省吾¹、杉原 潤一¹、小林 成慎¹

【はじめに】非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）はウイルス性肝疾患、自己免疫性肝疾患、先天性代謝性肝疾患、アルコール性肝疾患が除外された脂肪肝を特徴とする原因不明の慢性肝障害である。肥満を背景とする原発性と、薬物などの原因が特定されている二次性に分類される。今回われわれはタモキシフェンが誘因と考えられた薬物誘発性NASHの一例を経験したので報告する。【症例】46歳 女性【経過】平成18年5月に乳腺外科にて左乳癌と診断され、weeklyパクリタキセル4クールとCEF（シクロフォスファミド、エビルビン、フルオロウラシル）4クール施行後12月22日乳房切除術を施行されstageIIB（T2N1M0）であった。術後療法として19年1月19日よりタモキシフェン20mgの投与が開始された。化学療法開始前には肝機能異常は認められなかったがパクリタキセル投与中にALT79IU/L、CEF投与にてALT191まで上昇した。タモキシフェン投与前ALT127であったが徐々に増悪したため薬物性肝障害が疑われ9月19日投与中止となった。19年10月9日にはAST192IU/L、ALT233となったため精査目的で当科紹介となった。18年5月のCT（肝/脾CT値：1.1）では脂肪肝は認められなかったが、19年9月のCT（肝/脾CT値：0.4）では著明な脂肪肝が認められた。また総コレステロール182mg/dl、中性脂肪269mg/dlと高脂血症もみられた。このため薬物誘発性NASHを疑い肝生検を施行したところ、びまん性の脂肪変性とともに小葉内およびグリソンに炎症細胞浸潤が認められNASHに矛盾しない所見であった。治療として10月25日よりベザフィブラート400mgを開始したところ、20年2月にはAST70、ALT59、総コレステロール173、中性脂肪96と肝機能ならびに高脂血症の改善を認め、タモキシフェン投与を再開した。その後肝機能異常の増悪なく継続投与中である。【結語】タモキシフェンによると考えられたNASHを経験した。ベザフィブラートが著効を示し、タモキシフェンの継続投与が可能であった。

17 肝 MALT lymphoma の一例

¹静岡市立静岡病院 消化器科

○徳原 満雄¹、鈴木 亮¹、岡崎 敬¹、村田美重子¹、
大野 和也¹、高橋 好明¹、田中 俊夫¹、小柳津竜樹¹

【症例】77歳 女性。【既往歴】昭和52年：胆石性胆嚢炎手術、平成5年：C型慢性肝炎に対してIFN治療（SVR）、平成17年：両眼白内障手術、平成19年：シェーグレン症候群。【家族歴】姉：胆管癌。【現病歴・経過】平成19年4月腹部USにて肝S4に直径25×20mmの腫瘍性病変を指摘され精査を行った。血液データはANA（セントロメア型）1280倍と高値であるが末梢血液像や生化学検査、凝固系機能は正常でCEA、CA19-9、AFP、PIVKA2などの腫瘍マーカーもすべて正常範囲内であった。腹部USでは肝左葉内側区に長径約3cmの類円形の境界明瞭なhypoechoic lesionを認め、CE/CTでは単純でlow density、動脈相でiso density、門脈相において周囲肝実質よりも軽度low densityの病変として描出され、MRIでは同病変はT1WIでlow intensity、T2WIでhigh intensityであった。FDG-PET/CTにおいても同部位に高集積を認め、炎症、あるいは腫瘍性病変が疑われた。ソナゾイド造影エコーを行ったところ、ソナゾイドを静注してから約40秒の動脈後期相で病変部にソナゾイドが集積し、静注後約10分のクーパーイメージでは周囲の正常肝にはソナゾイドが取り込まれたが病変部に取り込みは認められなかった。以上よりこの病変は動脈後期相でようやく造影されるvascularityの低い腫瘍性病変と判断された。肝生検病理組織では肝の正常小葉構造は失われ、軽度の核形不整を伴った小型～中等大のリンパ球主体の密な細胞浸潤がさかんにみられ、Lymphoepithelial lesion（LEL）が認められた。さらにCD20・CD3免疫染色、Ki67染色にてB細胞性低悪性度リンパ腫と判断され、LEL、B細胞性低悪性度リンパ腫より肝MALT lymphomaと診断された。治療法として放射線療法を選択し、腫瘍の消失をみた。【考察】肝原発MALTリンパ腫の報告例は約0.012%と極めて稀で、背景肝は本症例のように慢性炎症が存在していることが多く、特にHCV感染は肝原発悪性リンパ腫発症に関与する可能性があるといわれている。画像的特徴はUSでhypoechoic、単純CTでlow density、MRIはT1WIでlow intensity、T2WIでhigh intensityとして描出されることが多い。今回我々はこれらの特徴を有する肝MALT lymphomaの一例を経験したので報告する。

18 肝原発が疑われた悪性リンパ腫の一例

¹愛知医科大学 消化器内科

○恒川 明久¹、佐藤 顕¹、中尾 春壽¹、中出 幸臣¹、
大橋 知彦¹、米田 政志¹

症例は74歳男性。主訴は肝腫瘍精査。家族歴、既往歴に特記すべきことはなし。平成15年頃にHCV抗体陽性を指摘されるも放置。平成20年1月中旬に近医での腹部CTにて肝右葉の巨大腫瘍と肝胆道系酵素の上昇を認め、同年2月に当科に精査、加療のため入院。現症では右肋弓下に肝を2横指触知したが他に異常所見なし。採血検査では肝酵素は軽度上昇し、胆道系酵素およびLDHは中等度上昇。HCV抗体は陽性で、PIVKA2が軽度上昇していたがAFPは基準値以下。腹部CTでは慢性肝疾患の存在と右葉前区域に多結節状の巨大なSOLを認め、造影ではやや不均一な早期濃染と門脈相から平衡相にかけてwash outを認めた。MRIでは肝腫瘍はT1WIで低信号、T2WIでは不均一であり、周辺部は低信号で中心に淡い高信号域を認めた。また、腫瘍内に血管の増生を認めた。血管造影では肝血管の増生と不均一な腫瘍濃染像を認めた。CTAPでは腫瘍全体が欠損像を呈し、CTHAでは不均一な早期濃染と辺縁部の被膜様濃染を認めた。これらよりHCCとしては非典型的ではあるが、線維化を伴ったHCCまたは混合型肝腫瘍を疑った。肝障害度はBだが、アシアロシンチは正常なため肝予備能は不良ではないと判断して肝切除術を考慮するも転移検索で施行したCTにて左S3、S8および左肺門部に腫瘍を認めたが、原発性肺癌としては非典型的なためTBLBを施行した。PET-CTでは全身のリンパ節および肝、肺にFDGの集積を認め肝病変の全身転移と診断し肝切除は適応外と判断した。TBLBによる病理組織診断にてDiffuse large B-cell lymphomaと診断され、stage4と判定し速やかにTHP-COP療法を開始した。治療開始10日後のCTでは、肝腫瘍の腫瘍径が治療前に比し2cm縮小した。肝原発の悪性リンパ腫は稀であり、様々な画像所見を呈す。またHCV感染と悪性リンパ腫の関連性も示唆されている。本症例では診断時に肝外転移を認め、定義からは肝原発とはいえないが、他病変に比し肝病変が巨大であり、肝原発の悪性リンパ腫がstage4まで進行した後に診断された可能性がある。HCV感染患者において肝に孤立性のHypervascularな悪性リンパ腫を合併した際にはHCCとの鑑別に苦慮することもあると思われる、文献的考察を加え報告する。

19 高度肝障害で発症したびまん型肝悪性リンパ腫の2例

¹順天堂大学 医学部 付属 静岡病院

○成田 諭隆¹、玄田 拓哉¹、佐藤 俊輔¹、小谷 知弘¹、
菊池 哲¹、平野 克治¹、飯島 克順¹、小川 薫¹、
市田 隆文¹

症例1:60代男性。主訴は発熱と右季肋部鈍痛。2007年7月10日から右季肋部鈍痛と発熱が出現。近医にて黄疸、肝機能障害、血小板減少を指摘され当院紹介。当科入院時、腹部膨満と右季肋部圧痛を認めたが、表在リンパ節触知せず。血液検査では肝胆道系酵素上昇、黄疸、PT延長を認めた。肝炎ウイルスマーカー、ANA、AMAは陰性。フェリチンと可溶性IL-2レセプターの上昇を認めた。腹部CTでは肝脾腫が認められたが肝内占拠性病変やリンパ節腫脹は認めなかった。脾臓にはCTで不明瞭な低吸収結節影が複数みられ、USでも低エコー腫瘍影を認めた。SPIO-MRIでは肝への取り込み低下なし。Gaシンチでは異常集積なし。経皮的肝生検にてDLBCL（diffuse large B cell lymphoma）と診断、化学療法開始し肝機能障害の改善を認めたが敗血症を併発し第37病日死亡した。症例2:60代男性。主訴は全身倦怠感と発熱。2007年8月20日から全身倦怠感、発熱、嘔吐が出現。近医にて急性肝炎を疑われ9月5日に近隣の総合病院へ入院。しかし肝機能障害は改善せずPT延長、血小板減少が出現し9月10日に転院。当科入院時、黄疸著明で腹部膨満、右季肋部圧痛を認めたが、表在リンパ節触知せず。血液検査では肝胆道系酵素上昇、PT延長、白血球減少と血小板減少あり、フェリチンと可溶性IL-2レセプターの上昇あり。CT、MRIで肝脾腫を認めたが肝内占拠性病変、リンパ節腫脹は認めずGaシンチにも異常集積を認めなかった。USのみ脾臓に低エコー腫瘍影の多発を認めた。経皮的肝生検にてDLBCLと診断した。化学療法開始し肝機能障害の改善を認め第87病日に退院した。両例とも生検にて肝内に悪性リンパ腫細胞の増生を証明し得、いずれもリンパ腫の進行により急速に肝不全が進行したと考えられた。悪性リンパ腫は化学療法への反応が極めてよい腫瘍であるため、原因不明の急激な肝不全を認めた場合は悪性リンパ腫も鑑別し、時機を逸せずに肝生検を行い診断確定、治療を開始することが重要と考えられた。

20 悪性リンパ腫の治療後に de novo 急性B型肝炎を発症した一例

¹大垣市民病院 消化器科

○高木 雄介¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、曾根 康博¹、
谷川 誠¹、久永 康宏¹、豊田 秀徳¹、金森 明¹、
渥美 裕之¹、高木万起子¹、中野 聡¹、荒川 恭宏¹、
藤森 将志¹

HBsAg陰性の悪性リンパ腫患者に対するリツキシマブ併用化学療法後に急性B型肝炎を発症した症例を経験したので報告する。【症例】65歳女性。既往歴に高血圧症。輸血歴なし。平成15年6月、倦怠感を主訴として近医を受診。血小板減少を指摘され当院内科紹介受診。腹部CTで脾腫および傍大動脈リンパ節の腫脹を認めた。骨髄検査では異常所見を認めず。診断と治療をかねて開腹脾腫を行ったが診断は確定せず。上部消化管内視鏡検査で胃MALTリンパ腫と診断された。臨床病期IV期であり、化学療法を目的として平成16年8月に血液内科に入院。CHOP療法を1コース施行した後、2コース目よりリツキシマブ542mgを併用し合計6コース施行した。胃病変のみが残存したため、平成17年4月に胃病変に対して放射線照射（40Gy）を行った。同年5月より倦怠感が出現し、AST/ALT = 187/114 IU/Lと上昇、T-BIL 1.8mg/dlと黄疸が出た。また、初診時には陰性であったHBsAgが陽性化した。その他のマーカーは、IgM-HBcAb（-）、HBeAg（+）、HBeAb（-）、HBV-DNA 7.4 log copies/mlであり化学療法に伴うHBVの再活性化が疑われた。消化器科転科の上、ラムピジン100mg/日投与開始し、G-I療法、免疫グロブリン製剤投与も行ったが、肝機能は悪化し肝不全のため平成17年7月10日に永眠された。トランスアミナーゼの上昇に比べて、T-BIL値が最高で27.3mg/dlと黄疸が顕著であった。【考察】経過から、リツキシマブを含む化学療法により免疫抑制状態となりHBVが再活性化した（de novo 肝炎）と考えられた。de novo 肝炎は、HBsAg陰性、HBsAbあるいはHBeAb陽性でHBVの既往感染と考えられる症例で、副腎皮質ステロイド、抗癌剤、免疫抑制薬、リツキシマブなどを投与した際にHBV-DNAが陽性化し急性B型肝炎を発症するものをいう。de novo 肝炎は、通常の急性B型肝炎と比較して劇化率が高く、死亡率も高いと報告されている。本症例のように肝障害出現後に治療を開始しても奏功しない可能性があるため、HBsAg陰性例においても治療前にHBsAb・HBeAbを調べ、HBV-DNAをモニタリングし治療の時期を逸しないようにする必要があると考える。

21 診断に苦慮し、救命し得た自己免疫性肝炎の一例

¹県西部浜松医療センター 消化器科

○鏡 卓馬¹、影山富士人¹、竹平 安則¹、山田 正美¹、
吉井 重人¹、本城裕美子¹、高井 哲成¹、岩岡 泰志¹、
魚谷 貴洋¹、千田 剛士¹、鈴木 聡¹、山崎 哲¹

【はじめに】総胆管結石と cytomegaro virus (CMV) 感染症の合併により診断及び治療に苦慮したが救命し得た重症自己免疫性肝炎の1例を経験したので報告する。【症例】72才、女性。主訴は発熱。既往歴として27歳時に胆嚢炎で胆嚢摘出術を行っている。飲酒歴、輸血歴及び針治療歴なし。平成19年7月中旬から40℃の発熱が出現し近医にて感冒の診断で抗菌剤を処方されたが改善なく、その後肝障害を指摘された。精査加療目的で8月上旬に当院を紹介受診した。入院時血液検査ではWBC11000/mm³、Plt 30.8×10⁴/mm³、T.Bil 3.11 mg/dl、AST 537 IU/L、ALT 334 IU/L、ALP 487 IU/L、LDH 336 IU/L、γ-GTP 223 IU/L、CRP 1.29 mg/dl、AMY 72 IU/L、PT 56.1%、HBsAg(-)、HCVAb (+)、HCV-RNA(-)、C7-HPR(pp65Ag)(+) 9/62000であった。入院時腹部CTで総胆管結石を認め胆石胆管炎及びCMV感染症と判断し、内視鏡的切石術とganciclovir投与を行った。肝胆道系酵素は一時的に改善したが、10月上旬に再び急激な増悪を認めた。ANA 160倍、IgG 5107 mg/dlと上昇あり、肝生検を行い自己免疫性肝炎と診断しステロイドを投与した。ステロイド開始後に、真菌マーカーの顕在化やCMV血症の再燃、EBV血症がみられた為に抗真菌薬やganciclovirで合併症対策を慎重に行い12月上旬に退院となった。【考察】本症例は総胆管結石及びCMV感染症の加療中に自己免疫性肝炎を発生し、各種合併症対策を施すことで救命し得た貴重な症例と考えられた。遷延する重症肝障害の予後は原疾患の治療に加え、感染症などの合併症によることが多く慎重な対応が重要と思われた。

23 興味ある画像所見を呈した劇症肝炎の1例 (若手)

¹愛知県厚生連海南病院消化器科、²愛知県厚生連海南病院病理部

○青木 孝太¹、阿知波宏一¹、山 剛基¹、久保田 聡¹、
國井 伸¹、水谷 哲也¹、佐々木論実彦¹、渡辺 一正¹、
後藤 啓介²、中村 隆昭²、奥村 明彦¹

高度の肝機能障害時のCT画像においては肝実質のdensityのムラや門脈周囲のdensityの低下などがしばしば見られることが知られている。今回我々は亜急性型劇症肝炎の症例を経験し、その経過中に興味あるCT画像所見を認めたので報告する。症例は43歳の男性で、2007年9月よりバリエに長期出張中であった。2007年10月下旬より咳などの感冒様症状出現。市販の咳止めを内服。11月中旬より食欲低下。アルコールも全く飲めなくなった。11月下旬には黄疸を指摘され入院。入院先の大学病院で経頸静脈的肝生検など精査を受けるも肝障害の原因は特定できず。12月中旬よりCorticosteroids 30mg/day + Azathioprine 50mg/dayの投与を開始され、12月20日帰国。そのまま当院受診、入院となった。入院時には明らかな肝性脳症を認めなかったがGOT 252 IU/L、GPT 298 IU/L、TB 10.2 mg/dl、PT 38.5%と高度の肝機能障害を認めた。入院時の単純CT像では、比較的境界明瞭な地図状のdensityの低下と肝表面の凹凸不整を認め、鳥状に肝実質の残存している状態が像された。ダイナミックCT像においては、早期相では鳥状の肝実質部は造影されず単純CT像で地図状のlow densityとなっていた部分が造影された。時間の経過とともに鳥状の肝実質部が造影されて周囲とのコントラストが低下、後期相では肝全体がほぼ均一に造影された。患者は入院第3病日に2度の肝性脳症が出現し、劇症肝炎亜急性型と診断。ICUに収容後集中治療を行った。CTで肝の変化を追跡したところ肝の地図状のlow densityとなっていた部分は萎縮し、鳥状の肝実質残存部が肝表面に突出しているような画像へと変化した。肝の再生の兆候があまり認められないまま患者は肺炎と腸腰筋膿瘍を合併し、肝移植も施行不可能な状態となり入院第30病日に死亡した。本症例のように高度の肝障害を伴う症例においてはダイナミックCTにて肝実質の壊死部と残存部が比較的に明瞭に描出される場合があり、診断上有用であることが再認識された。

22 ベンズプロマロンにより顕性化し、ステロイド加療中に *Edwardsiella tarda* による敗血症を来した自己免疫性肝炎の1例

¹三重県立総合医療センター 消化器科

○草川 聡子¹、杉本 和史¹、野尻圭一郎¹、森谷 勲¹、
山口 由美¹、田嶋 学¹、高瀬幸次郎¹

症例は66歳女性、以前より喘息があり、近医にて通院治療を受けていた。高尿酸血症を認めたため2006年3月よりベンズプロマロン25mg内服を開始した。2007年8月の検診で肝機能異常を認め、その後黄疸も出現したため同年9月当院消化器科を受診した。受診時の血液検査ではGOT 1029 IU/L、GPT 808 IU/L、T-Bil 13.47 mg/dlと高度の肝機能異常と黄疸を認めた。CT所見では肝が萎縮していた。ウイルスマーカーは陰性、自己免疫性肝炎も否定的でありベンズプロマロンによる肝障害を疑い、投薬中止のみで経過を観察した。黄疸、肝機能異常ともに遷延したが徐々に改善を認め、退院となった。しかし、同年12月26日の受診時の血液検査でGOT 623 IU/L、GPT 622 IU/L、T-Bil 2.66 mg/dlと肝機能異常と黄疸の再燃を認め再入院となった。再入院時の検査所見では抗核抗体弱陽性、IgGの軽度上昇を認めた。年末であること、患者が高度の肥満であったことから肝生検は施行できなかったが、自己免疫性肝炎の疑診群であり、プレドニン60mg内服を開始した。肝機能異常、黄疸ともに徐々に改善し、プレドニンを漸減、30mgまで漸減したところで患者の希望があり1月22日外泊をされた。退院を考慮していたが1月25日朝から急に高熱が出現、ショック状態となった。DIC、多臓器不全をきたし、血液培養、便培養から*Edwardsiella tarda*が検出され、これによる敗血症が原因と診断し抗生剤、メシル酸ファモスタット投与、ICUでの呼吸循環管理を行ったが治療に反応なく2月3日永眠された。本症例における当初の肝障害は確定診断には至らないが、経過よりベンズプロマロンにより顕性化した自己免疫性肝炎と考えられる。当院において同時期に他の患者から*Edwardsiella tarda*は検出されておらず、外泊中に感染したものと考えられたが、魚介類の生食はしておらず感染源は最終的に不明であった。

24 内科的治療によって救命しえた亜急性型劇症肝炎の1例 (若手)

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科、³名古屋大学大学院 消化器内科学、⁴名古屋大学大学院 移植内科学

○村瀬 和敏¹、仲島さより¹、井本 正巳¹、濱島 英司¹、
中江 康之¹、今田 数実¹、坂巻 慶一¹、鈴木 宏康¹、
浜宇津吉隆¹、松井 健一¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²、石上 雅敏³、片野 義明³、
後藤 秀実⁴、中村 太郎⁴、木内 哲也⁴

【症例】51歳男性【主訴】黄疸【既往歴】20年前から軽度の肝障害を指摘【内服】H19/6/6よりグリセチンV【現病歴】H19/6月下旬より黄疸、倦怠感を認め6/26に当院受診、肝障害を認め入院となった。【検査結果】T-Bil 11.6mg/dl、D-Bil 7.7 mg/dl、AST 620U/L、ALT 1154 U/L、PT 36%、NH3 120 μg/dl、CTで肝実質のむら、腹水を認めた。原因検査でウイルス性、自己免疫性、薬剤性は否定的であった。銅代謝では血清銅、セロプラスミンは正常範囲内であったが尿中銅 253 μg/dayと高値でありWilson病も否定はできなかった。武藤の式では亜急性型の場合に劇症化と予測された。【経過】6/27よりステロイドパルス療法を開始したが7/3に劇症化した。同日から血漿交換、CHDFを行ったが感染、DICを併発した。生体肝移植ドナーがおらず、脳死肝移植登録を行った。血漿交換を計4回施行して脳症1度に改善したため血液浄化を終了し、その後は経過順調で8/31に退院となった。肝不全離脱後に銅代謝を再検討したが尿中銅 36.4 μg/dayと正常化した。肝生検では繊維化、肝細胞の再生、胆管うっ滞と軽度の炎症を認めたが銅染色は陰性で肝不全の原因は不明であった。【考察】肝不全時は肝細胞からの逸脱で尿中銅排泄量が増加するためWilson病の鑑別が重要である。また、亜急性型の劇症肝炎の内科治療での救命率は約3割で、合併症が増えるに従いさらに低下する。一方、肝移植では終生免疫抑制剤を必要とするが救命率は約6割と内科治療より高い。本症例も内科での救命は困難と考え、ドナー出現時には肝移植することも念頭においたが結果的には内科治療で救命しえた。劇症肝炎における肝移植はその適応を慎重に判断するべきと考えられた。【結語】成因不明の亜急性型劇症肝炎を内科的に救命しえた。

25 検診を契機に診断された Wilson 病の一例

¹済生会松阪総合病院 内科
○武内哲史¹、稲垣 悠二¹、井口 正士¹、橋本 章¹、
脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、中島 啓吾¹

【症例】27歳 女性【主訴】検診での肝機能異常【家族歴】肝疾患の既往なし【嗜好歴】アルコールなし、タバコなし【輸血歴】なし【現病歴】生来健康で、2003年より職場検診で血液検査施行されていたが、特に異常は認めなかった。2007年4月24日の検診にてAST100 IU/L、ALT269 IU/L、 γ -GTP168IU/Lと肝機能異常を指摘され外来を受診した。外来精査にて腹部超音波では軽度脂肪肝の所見のみであったが、Cu 28 μ g/dl、U-Cu150 μ g/l、Cp4.4mg/dlと銅代謝異常が認められ、2007年7月6日肝生検目的に入院となった。【入院時身体所見】身長151.4cm、体重45.3kg (BMI19.7)、血圧116/72mmHg、脈拍77/分・整、BT36.8℃、眼球結膜：黄染なし、眼瞼結膜：貧血なし、心肺：清、腹部：平坦、軟、圧痛なし、下腿：浮腫なし、神経学的所見なし【入院後経過】入院後、肝生検施行し、肝組織の銅染色（ロダニン法、ルベアン法）にて、銅の沈着を認めた。銅代謝異常と肝臓組織の銅沈着よりWilson病と診断された。その後外来にてD-ペニシラミンの投与を開始し、尿中銅排泄は順調に増加し、トランサミナーゼも徐々に漸減している。【考察】Wilson病は、常染色体劣性遺伝で、保因者は1/100~150人、発症は1/3~4万人と言われている。発症年齢は5~50歳と様々であるが、厚生労働省研究班が1996年に発表したWilson病患者の年齢別発症頻度は20歳までに90%弱が診断されるとある。またFerenciらの診断基準が提唱され、スコアで4点以上がWilson病と診断されており、本例では5点認めた。【結語】我々は検診を契機に発見・診断された27歳女性のWilson病を経験した。原因不明の脂肪肝を認めたときには銅代謝にも注意すべきと思われる。

26 肝嚢胞内出血の1例

¹木沢記念病院 消化器科
○杉山 宏¹、中西 孝之¹、大島 靖広¹、端山 暢郎¹、
後藤 憲¹

【症例】51歳、女性。5年前にUSで肝嚢胞を指摘され1年毎にドックで経過観察されていたが、2006年のUSにて画像所見の変化を認めたため8月28日に当科を受診した。現症では腹部に異常所見を認めなかった。検査所見ではCEA、CA19-9、AFP、PIVKA-IIの腫瘍マーカーも含め、異常所見はなかった。1年前のUSでは肝右葉に径10cm大で、内部に隔壁形成を有する嚢胞を認めたが、2006年のUSでは径が12cm大にやや増大し、内部はモザイク状を呈していた。CTでは内部濃度は均一であるが、他の嚢胞よりも内部densityがやや高く、一部に隔壁形成を認めた。しかし、内部は造影されず、壁肥厚、壁に結節も認めなかった。MRIでは内部はT1、T2強調画像で均一な高信号で、非常に多くの隔壁構造を認めたが、造影増強効果はなかった。FDG-PETでは病変部位に一致して集積欠損を認めた。血管造影では右肝動脈の伸展所見のみを認めた。以上の臨床経過、画像所見から肝嚢胞内出血が強く疑われたが、腫瘍性病変の完全否定ができず、また今後、感染を併発する可能性があるとの診断、患者も手術を希望したため10月3日に肝右葉切除術を施行した。摘出標本肉眼所見では肝右葉に径12cm大の嚢胞を認めた。剖面では嚢胞の壁は均一で、内部に茶褐色の内容物が充満していた。病理組織学的所見では嚢胞は硝子化を伴う肥厚結合組織性被膜で被包され、被膜の内面側はhemosiderin 貪食細胞を混じる線維性肉芽を認めた。以上より、肝嚢胞内出血と最終診断した。【結論】肝嚢胞の合併症としての嚢胞内出血は本邦では比較的稀とされている。肝嚢胞内出血は肝嚢胞性腫瘍との鑑別が困難とされているが、本例では1年前のUS所見があったため肝嚢胞内出血の診断が比較的容易にできた。

27 腹腔鏡が有用であった Fitz-Hugh-Curtis 症候群の1例 (若手)

¹郡上市民病院 外科
○尾関 豊¹

症例は42歳の女性。発熱、上腹部痛を主訴に当院内科を受診した。腹部は平坦、軟で、腹膜刺激症状は認めなかった。血液検査ではWBC21670、CRP17.20、好中球91.2%と高度の炎症所見を示した。腹部X線、MDCTでは肝脾の腫大、小腸内液物の軽度貯留、以外に明らかな異常はなく、腹水も認めなかった。腹膜炎の疑いで、外科に入院した。セフォチアムの点滴で治療したが無効なため、セフェピム+ミノサイクリンに変更した。しかし、高熱が持続し、腹部超音波検査、MDCTで少量から中等量のびまん性腹水が出現したため、試験穿刺したが、漿液性の混濁液であった。鼻咽頭、婦人科的に異常所見を認めず、患者家族と相談の上、入院1週間後に腹腔鏡を施行した。腹腔内全体に漿液性の腹水があり、650mlが吸引された。また、腹腔内臓器に炎症性癒着、白苔の付着をびまん性に認め、肝は白色調を呈し、白苔の付着とともに腹壁と癒着しており、肝周囲炎の所見であった。可及的に腹腔内を洗浄し、癒着を一部剥離した。術後はミノサイクリンの増量+ロセフィンに変更し、術翌日から解熱が得られ、WBC、CRPも改善した。以上から、クラミジア感染症に起因したFitz-Hugh-Curtis症候群と診断した。後日判明した膿クラミジア抗原は陰性であった。血清クラミジア抗体、腹腔鏡時に採取した白苔の病理検査はまだ判明していない。診断および治療に腹腔鏡が有用であった肝周囲炎、Fitz-Hugh-Curtis症候群の1例を経験したので報告する。

食道

28 食道狭窄を伴い拡張術を施行したサイトメガロウイルス食道炎の1例 (若手)

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科、²愛知県厚生連 海南病院 病理部
○阿知波一¹、青木 孝太¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、
國井 伸¹、水谷 哲也¹、佐々木諭美彦¹、渡辺 一正¹、
奥村 明彦¹、後藤 啓介²、中村 隆昭²

サイトメガロウイルスはAIDSや移植手術後などの免疫不全状態において、胃、食道、十二指腸、大腸などの消化管に炎症や潰瘍性病変を引き起こすことが知られている。今回我々は、食道の著明な狭窄を伴ったサイトメガロウイルス食道炎に対し、食道拡張術を施行した症例を経験したので報告する。症例は84歳の女性。平成20年1月はじめ頃より胸部の違和感と嘔吐が出現。当院外来にて心電図など循環器系の検査が施行され、陳旧性心筋梗塞と心不全状態と診断され利尿剤にて経過観察中であったが、平成20年1月20日夜、吐血にて当院救急外来受診。その際の腹部CTにて腹腔内にfree airが認められ消化管穿孔と診断され当院外科にて手術が施行された。術中所見から十二指腸潰瘍の穿孔と診断され大網充填術が施行された。術後3週間目に上部消化管内視鏡検査 (GIS) が施行されたが、その際下部食道の炎症性変化および狭窄を認め、ファイバー通過は不可能であった。同部の組織生検にて著明な炎症細胞浸潤と線維化を伴った肉芽腫様組織が得られ、一部に封入体を認めた。免疫染色にてサイトメガロウイルス抗原が陽性でありサイトメガロウイルス食道炎と診断した。ganciclovirを2週間にわたって投与後、平成4回のバルーンによる食道拡張術を施行したところ、ファイバーの通過も可能となり食思も改善した。フォローアップのGIS時の生検組織では炎症の著明な改善が認められており、ganciclovir投与が有効であったと思われる。経過中下肢の血栓性静脈炎を合併したが、ヘパリンおよび抗生剤投与にて改善、平成20年4月10日に退院となった。サイトメガロウイルスによる食道炎や潰瘍病変に対する治療としてはganciclovirの投与が有効であるとされているが、炎症や潰瘍の治療後に線維化を伴い、本症例のように著明な狭窄を来すことがあるため注意を要すると思われる。

30 低分化食道sm癌に対しESD後放射線化学療法を行った1例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○山田 智則¹、西脇 裕高¹、岩崎 弘靖¹、堀 寧¹、
梅村修一郎¹、山川 慶洋¹、今井 宗憲¹、栗本 拓也¹、
藤原 圭¹、林 克巳¹、根本 聡¹、白子 順子¹、
折戸 悦朗¹

【症例】79歳、男性。【現病歴と経過】近医にて検診の上部消化管内視鏡検査において下部食道に隆起性病変を指摘、生検にてgroup Vと診断されたため当院紹介受診となった。当院にて施行した内視鏡検査では、門歯より38cmの左壁に、大きさ10mm強の0-Is型腫瘍を認め、生検ではpoorly differentiated squamous cell carcinomaの診断であった。超音波内視鏡検査では、腫瘍によりsm層の非薄化を認めた。胸腹部造影CT検査では、リンパ節腫大ならびに他臓器転移の所見は認めなかった。以上より、0-Is型、深達度sm2-3の表在型食道癌と診断した。根治手術を念頭にリスク評価したところ、肺気腫 (COPD stage II) と虚血性心疾患 (CAG: LCA 100%、LCX #11 25%、#14PL 50%、RCA #2 75%) を認め手術高リスク群と診断した。インフォームド・コンセントの結果、ESD後放射線化学療法を行なうことを希望され、フラッシュナイフを用いたESDにより病変を一括切除した。病理組織学的診断は、Squamous cell carcinoma, Poorly differentiated, sm2, ly0, v0, lm(-), vm(+) であった。放射線化学療法は、内視鏡観察にて切除後潰瘍が癒着化しているのを確認した後、5-FU: 700mg, day1-4, 29-32; CDDP: 70mg, d1, 29, RT: 50.4Gy/28 fr/6 weeks (5 days/week) を施行した。その後9ヵ月経過中であるが、術前と比較してQOLの低下や心疾患の悪化、肺機能の低下などを認めず、無再発生存中である。【考察】食道sm2-3癌はリンパ節転移率が約50%と高率であるため外科切除が標準的治療とされているが、最近ではQOL向上を目的とした食道温存療法も模索されている。食道温存療法には根治的放射線化学療法やEMR/ESD後放射線化学療法があり、後者のほうが放射線による晩期毒性が軽減される可能性があるが、症例の集積により長期予後を明らかにする必要があると思われる。

29 化学療法が奏効した食道小細胞癌の1例 (若手)

¹名古屋掖済会病院 消化器科
○吉岡 靖展¹、神部 隆吉¹、大橋 暁¹、水野 聡己¹、
中島 成隆¹、吉村 遼¹、安田真理子¹

【症例】47歳男性【現病歴】平成16年3月より頸部痛が出現。接骨院に通院していたが症状改善しないため同年11月近医を受診、転移性脊椎腫瘍と診断された。原発巣検索のための上部内視鏡検査にて食道に2型腫瘍を認めたため、精査加療目的にて当院紹介となった。【検査所見】病変は腹部食道右前壁を主座とする2型病変で噴門部の胃粘膜下への浸潤を伴っていた。生検にて小細胞癌と診断された。頸部MRIではC5に転移を認め、脊椎の圧迫所見を認めた。腹部CTにて肝臓に転移を認めた。血液生化学所見では軽度の貧血を認めるほか肝機能・腎機能に異常を認めなかった。【臨床経過】肺小細胞癌の治療に準じCPT-11 + CDDP (CDDP 60mg/m² day1, CPT-11 60mg/m² day 1, 8, 15) による化学療法を行った。平成16年12月から計2クール施行、頸部の病変に対しては放射線治療 (計30Gy) を施行した。治療後の内視鏡検査にて食道病変は消失、肝転移も消失した。頸椎は変形が残るものの頸部痛は消失した。治療効果はCRと判断、経過観察となった。しかし平成17年10月めまい・嘔気が出現、頭部MRIにて多発脳転移を認め、全脳照射30Gyを施行、病変はほぼ消失した。平成18年1月小脳転移が出現、CPT-11 + CDDPによる化学療法を1クール施行、転移巣の縮小を認めた。平成18年4月に再び小脳転移の増大を認め、同時に副腎への転移も新たに認められた。CPT-11 + CDDPによる化学療法を2クール施行、小脳転移の縮小を認めたが副腎転移は不変であった。平成18年8月に再び小脳転移の増大を認め、Etoposide + CDDPによる化学療法を1クール施行したが効果なく、CPT-11 + CDDPによる化学療法を2クール施行し小脳転移の縮小を認めたが副腎転移は増大した。平成19年2月には大脳含め多発脳転移の状態となり、CPT-11 + CDDPによる化学療法を1クール施行するも腫瘍の増大を認め、平成19年5月永眠された。【考察】食道小細胞癌は発見時にすでに転移を来していることが多く、治療は一般に肺小細胞癌に準じた化学療法が施行されるが予後は不良とされている。今回われわれは化学療法が奏効し3年2ヶ月の生存を得た食道小細胞癌の1例を経験したので報告する。

31 食道アカラシアに対する腹腔鏡下 Heller-Dor 手術5例の検討 (外科)

¹名古屋大学大学院 腫瘍外科
○西垣 英治¹、安部 哲也¹、小田 高司¹、西尾 秀樹¹、
江畑 智希¹、横山 幸浩¹、伊神 剛¹、菅原 元¹、
上原 圭介¹、樺野 正人¹

【緒言】アカラシアは食道の一次蠕動ならびに嚥下に対する下部食道括約筋 (lower esophageal sphincter: LES) の弛緩反応の欠如を特徴とする機能的疾患である。治療法としてはカルシウム拮抗薬による内服治療やバルーン拡張術、手術療法などが行われており、腹腔鏡下手術の導入以降は手術の担う役割が大きくなっている。今回、我々は腹腔鏡下 Heller-Dor 手術の有用性について検討したので報告する。【適応】バルーン拡張術が奏効しない症例が手術適応となるが、鏡視下手術導入により術後疼痛軽減、手術侵襲の低下の利点から、近年では若年者や症状の強い症例などに手術適応を拡大している。【対象】当科で2004年7月から2008年3月までに食道アカラシアと診断し、腹腔鏡下 Heller-Dor 手術を施行した5症例を対象とした。性別は男性4例、女性1例、年齢は22~58歳で平均44歳だった。X線拡張型はFlask typeが1例、Sigmoid typeが4例で、X線拡張度はI度が1例、II度とIII度が各2例だった。【術式】アカラシアに対する手術療法は、食道筋層切開術と逆流防止装置の付加からなる。筋層切開予定部位を十分に露出した後、食道胃接合部から口側約8cm、肛門側約2cmの確実な筋層切開を行って、下部食道括約筋部の通過を改善する。その後、筋層切開によって破綻した逆流防止機構を再構築 (Fundoplication) する。この際、径20mmのバルーンを食道内に挿入して狭窄を防止する。【成績】全例が術後経過良好で合併症を認めず、術後2~4日目にX線透視検査を行い、問題なく経口摂食を再開した。【考察】腹腔鏡下 Heller-Dor 手術は合併症の危険性も低く、十分な治療効果が得られることから、食道アカラシアの治療法として非常に有用であると考えられた。

32

内視鏡的に摘出した胃石の一例

(若手)

¹岐阜市民病院 消化器内科

○福田 和史¹、杉山 昭彦¹、加藤 則廣¹、山田 祥子¹、
中村 博¹、永野 淳二¹、鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、
川出 尚史¹、岩田 圭介¹、向井 強¹、林 秀樹¹、
山田 俊樹¹、西垣 洋一¹、高橋 健¹、名倉 一夫¹、
富田 栄一¹

【症例】84歳、男性。【主訴】嘔吐、腹部膨満感、食欲低下。【既往歴】脳梗塞。【現病歴】脳梗塞、高血圧にて近医通院中。【経過】平成19年9月上旬より、嘔吐、腹部膨満感、食欲低下を認め、9月8日近医にて上部消化管内視鏡検査を施行。幽門輪の通過性は良好で、十二指腸球部は異常を認めなかったものの、胃前庭部から幽門前部にかけて多量の食物残渣を認め、同部での通過障害が疑われ、精査加療目的にて9月12日当科紹介受診となった。同日に上部消化管内視鏡検査を施行し、胃内に10cm大の胃石を認めた。胃石による通過障害が原因と考えられたため、スネアや鉗子にて粉石し、胃石の大部分をネットにて回収した。胃石の成分分析ではタンニンが98%以上を占め、柿胃石と診断した。後日の上部消化管内視鏡検査では胃内に胃石を認めないものの残渣を多く認めたため、胃運動機能の低下が推測されたため、消化管運動改善薬の投与を開始し、現在まで症状の増悪を認めていない。【考案】胃石は食物として摂取された物質や、毛髪などの誤食した物質が胃内で結石状の不溶性物質となったものと定義され、植物胃石、毛髪胃石、樹脂胃石、薬物胃石、混合胃石に分類される。柿胃石は胃石全体の60~70%を占め、タンニンを多く含む柿の常食が原因と考えられている。その背景には胃内容物の排泄遅延があると考えられており、選択的迷走神経切断術後、胃癌、糖尿病性自律神経障害や抗コリン薬内服、柿の大量摂取などが報告されている。本例では明らかなこれらの既往は認めないものの、脳梗塞後遺症のため、performance statusが3と低下しており胃の運動機能の低下を招いたことが原因と推測された。胃石症による腸閉塞の発症率はそれぞれ8%および10%であり、一般にその頻度は低い。しかしながら、腸閉塞を生じた場合は外科的治療となる場合が多いので、発見時に速やかに摘出・除去すべきであると考えられる。【まとめ】高齢の脳梗塞後遺症患者に合併した胃石に対し、内視鏡的摘出術が有用であった一例を経験した。

34

EMR・APC後の遺残に対し、ESDを行い治癒切除が得られた早期胃癌の1例

¹国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科

○名倉明日香¹、大岩 哲哉¹、長野 健一¹、清水 秀幸¹、
水谷 太郎¹、山下 俊樹¹、木本 英三¹、早川 哲夫¹

症例は68歳、男性。高血圧・糖尿病などで近医通院中であった。平成18年5月定期検査にて胃前庭部小彎に0-IIc型早期胃癌を発見され当院紹介された。同年6月に2 channel scopeを用いEMRを行った。病理診断ではtub1-tub2, M, VM-, LM+であった。その後の生検では陰性であったためburn effectを考慮し厳重に経過観察とした。同年11月に癌遺残と診断され、平成19年1月に遺残に対しAPC治療を行った。生検で一旦癌陰性となったが、同年7月に再遺残を指摘され、11月にESDを行った。病変は前庭部小彎で潰瘍痕の中心部がわずかに発赤隆起していた。切除標本は45×40mmで病理組織学的にtub1, 深達度M, VM-, LM-と診断され、治癒切除と判断した。その後は良好に経過している。EMRにて水平断端陽性の場合、胃癌治療ガイドラインでは再EMRあるいは焼灼術、または胃切除を行うか、burn effectを考慮して経過観察する、とされている。本症例ではガイドラインに則して経過観察および焼灼術を行ったが、いずれも半年以内に遺残が発見された。外科治療で根治が得られる病変が対象である以上、小病変においても任意の範囲を切除可能なESDが治療法として望ましく、遺残・再発例でも有用であると考えられた。

33

多発性胃カルチノイド腫瘍の一例

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 光學医療診療部

○坂野 聞紀¹、丹羽 康正¹、宮原 良二²、倉橋 正明¹、
兄玉 佳子²、長屋 寿彦¹、古川 和宏¹、渡辺 修¹、
安藤 貴文¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、大宮 直木¹、
廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

【症例】51歳、男性【既往歴】特記すべき事なし【主訴】心窩部痛【現病歴】2007年9月末に心窩部痛が出現し、近医で施行の上部消化管内視鏡検査を施行にて、胃内に多数の隆起性病変を認め、10月10日当院へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査で胃体部を中心に8~20mm大の多発性の隆起性病変を認めた。隆起の性状は多彩で、ポリープ様のものから表面が比較的平滑な中心に発赤調の陥凹を有しているものもあった。胃全体的に軽度の萎縮性の粘膜に発赤を伴う胃炎を認めた。超音波内視鏡検査では体上部大弯の不整形の陥凹を伴う20mm大の病変は第4層以深への浸潤を認め、深達度はmp以深と診断した。又、他の小病変はいずれも第2層に局限していた。以上の結果から粘膜下腫瘍様の形態をとる病変としてカルチノイド腫瘍を疑い生検を施行し、病理検査所見では粘膜内に小胞果状、索状に増生し結節をつくるカルチノイド腫瘍と診断された。腹部造影CTでは胃体部大弯側の壁に強く造影され、#3・#10のリンパ節の転移を疑う所見を認めた。血液検査ではガストリン190pg/ml、セロトニン225ng/mlと軽度上昇、抗胃壁細胞抗体陰性、尿検査では尿5-HIAA 4.2mg/dlと軽度上昇であった。本症例は多発性病変であり、リンパ節転移の可能性もあることから、治療として11月8日に胃全摘術を施行した。病理所見では主腫瘍は粘膜固有層から漿膜下層にびまん性に浸潤を認めた。他の腫瘍は粘膜下層までの浸潤で局限していた。腫瘍は目立つ核小体とクロマチンの増加した腫大した類円形核をもつ細胞が索状・リボン状・胞果状に配列するカルチノイド腫瘍であった。肉眼的に胃炎様に見える部分には粘膜固有層最深部から粘膜筋板に神経内分泌への分化を呈する細胞の小胞果が広範囲に存在しており、この小胞果を背景にカルチノイド腫瘍が多発性に発生したと考えられた。リンパ節には#3、#4に転移を認めた。今回、病理組織的にも強い胃粘膜萎縮のない背景粘膜より発生した多発性胃カルチノイド腫瘍を経験したので文献的考察を加えて報告する。

35

ESDにて切除したGISTの一例

¹高山赤十字病院 内科

○牧谷 光晴¹、中井 実¹、大西 敏太郎¹、寺倉 大志¹、
土井 晋平¹、塩屋 正道¹、浮田 雅人¹、浅野 寿夫¹、
棚橋 忍¹

ESDにて切除したGISTの一例。症例は76歳女性。主訴は吐血。現病歴は、コーヒー残渣様の嘔吐と黒色便を認めたため、近医を受診。血液検査にて高度の貧血を認め、翌日当院紹介受診となった。上部消化管出血を疑い緊急GIFを行なったところ、胃体中部 前壁に、中心に潰瘍形成を伴う粘膜下腫瘍を認めた。生検結果から悪性度の低いGISTと診断。EUS上、腫瘍の主座は第3層に存在し、内部は低エコーと高エコーの混在を認めた。胃の腫瘍に関しては、出血症状もあったことより処置が必要と考えられたが、経過中に脳梗塞を発症したこともあり、手術をするにはリスクが高いと判断。出血・穿孔のリスクに関しても十分に説明の上、内視鏡的粘膜剥離術(ESD)を施行。フレックスマイフで剥離を進め、最終的に基部をスネアにて絞扼切除。切除標本の病理では、生検結果と同様 CD34は強陽性、C-kitは陽性、デスマン、S-100、SMAは陰性、MIB-indexは5%で、悪性度の低いGISTと診断。切除断端は陰性であった。ESD、GISTをキーワードに医中誌で文献検索を行なったところ、GISTが疑われる腫瘍の中で、管内発育型を示し、EUSにて、粘膜筋板由来あるいは粘膜下層を主座に発育し、筋層との境界が比較的明瞭の場合には、組織学的評価を目的とした、内視鏡的切除も選択肢に入ると考察された報告あり。今回の症例も、同様の考え方に基いて治療を行った。

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○高田 淳¹、荒木 寛司¹、寺倉 陽一¹、塚田 良彦¹、
北川 順一¹、白上 洋平¹、二宮 空暢¹、大澤 陽介¹、
村上 啓雄¹、森脇 久隆¹

症例：76歳、男性 既往歴：61歳時 急性心筋梗塞。76歳時 脊柱管狭窄症にて手術。臨床経過：平成19年2月上旬より、食事の前後に心窩部違和感を自覚。近医にてGIF施行、胃前庭部小弯側にIIa病変を認め、生検にてtub1であったため、加療目的に当科紹介となった。GIFでは、胃前庭部小弯に一部粘膜発赤と褪色調変化を伴う境界不明瞭なIIa病変あり、拡大内視鏡観察と術前の2度の生検による範囲診断、EUSにて深達度mの分化型表層拡大型胃癌と診断した。適応拡大病変としてESDにて一括切除を行った。切除は胃角から前庭部の前壁小弯後壁の9/10周にわたり、幽門は温存された。切除粘膜径は100×82mmであった。病理はadenocarcinoma, 53×50mm, tub1, m, ly0, v0, LM(-), VM(-)であった。術後経過良好にて8PODに退院。22PODのGIFにて、ESD後潰瘍はH1stage、前庭部の狭窄を認め、予防的に20mmのTTSバルーンにて拡張術を施行した。23PODより嘔吐・げっぷの狭窄症状を認めるようになり、24PODに再入院、20mmでバルーン拡張を週2回の頻度で計7回、その後外来にて週1回の頻度で計4回、2週に1回の頻度で計2回、合計13回施行した。経過中、拡張毎にESD後潰瘍部より漏出性出血があり、貧血進行し、輸血を要した。狭窄・症状は拡張を繰り返す毎に徐々に改善していった。今回われわれは、胃前庭部ほぼ全周性のESD後に前庭部狭窄をきたし、潰瘍瘢痕狭窄する前に予防的に拡張術を開始し、狭窄を改善し得た1例を経験したので、報告する。

37 PEG 施行患者における栄養剤の胃食道内動態の検討

¹西美濃厚生病院 内科○西脇 伸二¹、河口 順二¹、浅野 貴彦¹、岩下 雅秀¹、
田上 真¹、畠山 啓朗¹、林 隆夫¹、前田 晃男¹、
長縄 聡¹、齋藤公志郎¹

【目的】経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）施行後の合併症として流動栄養剤の胃食道逆流（GER）に伴う嘔吐や嚥下性肺炎が問題となっている。PEG 施行後の GER の危険因子検討し半固形化栄養剤の抑制効果を検証する目的で RI による栄養剤の胃食道内動態を測定した。【対象、方法】栄養剤の胃食道内動態は Tc-99m でラベルした栄養剤を PEG から注入し、150 秒ずつ連続的に 90 分まで胃および食道の RI を計測した。1. PEG 施行患者 178 例（男 62 例、女 116 例、平均年齢 83.0 歳）の臨床症状を検討し GER の有無により 2 群に分類した。両群における内視鏡所見（逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア）、胃排出時間（GET）、胃食道逆流率（GERI）を比較検討した。2. GER 有群のうち 15 例についてラベルした半固形化栄養剤を注入し、胃食道内動態を流動栄養剤と比較検討した。栄養剤の半固形化は寒天を用いて 0.5% の濃度で行った。【結果】1. GER 無群 vs GER 有群：食道裂孔ヘルニア（44.6 vs 62.7%、 $p < 0.05$ ）、逆流性食道炎（6.3 vs 27.3%、 $p < 0.05$ ）、GET（97.8 ± 72.5 vs 89.8 ± 101.5 分、ns）、GERI（1.09 ± 1.13 vs 3.93 ± 3.87%、 $p < 0.01$ ）2. 流動栄養剤 vs 半固形化栄養剤：GERI（3.75 ± 4.25 vs 0.82 ± 1.27%、 $p < 0.05$ ）、GET（64.7 ± 30.4 vs 63.7 ± 25.5 分、ns）、半固形化栄養剤では流動栄養剤に比べ 60 分以降、有意に近位胃から遠位胃への移行が改善していた。【考察、結論】PEG 後の GER の危険因子として食道ヘルニア、逆流性食道炎の存在、GERI の高値が考えられた。そのような症例に対し、半固形化栄養剤で GER が抑制された。その抑制機構の 1 つとして近位胃から遠位胃への栄養剤の移行が改善することが考えられた。

38 Direct 法による PEG 造設時に大綱を胃内に巻き込んだ 1 例

¹岐阜厚生病院 内科○久保田全哉¹、中村 憲明¹、原瀬 一郎¹

現在、長期経口摂取不能で腸管が使用可能な患者に対する経腸栄養路の確保には、経皮内視鏡的胃瘻（percutaneous endoscopic gastrostomy, PEG）が第一選択となっている。当院ではオリンパス社製 Direct 法造設キットを用いて胃瘻の造設を行っている。今回我々は、Direct 法による胃瘻造設時に胃内に大綱を巻き込んだ稀な合併症を経験したので報告する。【症例】83 歳女性。認知症、他にグループホーム入所中、肺炎となり平成 20 年 3 月 8 日嘱託医より紹介受診、入院となった。肺炎については抗生剤投与にて改善を認めた。その後、経口摂取を開始したところ誤嚥を認め、経口摂取は困難と判断した。4 月 10 日 Direct 法造設キットにより経皮内視鏡的胃瘻造設を試みた。内視鏡を挿入し、指サインにて造設部位を決定した。皮膚消毒、局所麻酔、試験穿刺の後、胃壁固定を 3 か所行った。その後皮膚切開を加え、18Gy 穿刺針で穿刺し、ガイドワイヤーを胃内に留置した。タイレタで瘻孔を拡張後、ボタンを挿入した際、バンパー部を一層の黄色の幕が覆うような所見が認められ、大綱の胃内への巻き込みと考えられた。出血はなく、ボタンの固定も良好であったことからそのままの状態で経過観察とした。造設後は腹部所見上腹膜炎などの異常を認めなかった。造設から 6 日目の 4 月 16 日、上部消化管内視鏡にて胃内を観察したところ、開口部は開存し、生理食塩水をボタンから胃内へ注入したところ特に異常を認めなかった。翌日より胃瘻からの経腸栄養を実施し、経過は良好であり、4 月 24 日退院となった。【考察】Direct 法は従来の方法に比べて創部感染のリスクを低減しつつ一期的に太い径のバンパー型ボタンを留置できる利点がある。我々が経験したこの事象について現時点では本邦で報告はないが、造設時には合併症の一つとして念頭に置くことが必要であると考えられる。

39 鳥肌胃炎に合併した未分化型早期胃癌の一例

¹愛知県がんセンター 中央病院 消化器内科部、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 遺伝診断部○山北 圭介¹、中村 常哉²、田近 正洋²、河合 宏紀²、
澤木 明¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、高木 忠之¹、
澤井 勇悟¹、小林 佑次¹、杉森 聖司¹、松本 和也¹、
坪井 順哉¹、矢田部 恭³、山雄 健次¹

症例は 48 歳女性、検診で異常を指摘され近医で上部消化管内視鏡を施行、胃体中部後壁に潰瘍性病変を指摘された。生検にて poorly differentiated adenocarcinoma と診断され当院に紹介となった。当院で施行した消化管造影では体中部後壁に襲の集中を伴う不整な陥凹性病変として描出され、陥凹内は均一な小顆粒状の変化を伴い、襲の太まりや癒合を認めなかった。上部消化管内視鏡では体中部後壁に褪色調の陥凹性病変を認め、陥凹底は発赤調の再生結節を認めるのみであったが一部に粘膜下への浸潤が否定できない病変の厚みを伴っていた。背景胃粘膜の萎縮は軽度で、前庭部から体部小彎にかけて黄白色の顆粒状隆起を瀰漫性に認め鳥肌胃炎と診断した。CT でリンパ節転移を疑う所見も認めず、当院外科にて腹腔鏡下幽門側胃切除を施行した。病理所見は 0-IIc 35 × 30mm por / sig pT1 (SM3) pN0 pM0 pDM0 pRM0 pStageIA、であり、背景の胃粘膜固有筋層にはリンパ濾胞を伴った著明な炎症細胞浸潤と腺窩上皮の増生を認め、H.pylori 陽性であった。鳥肌胃炎はかつて小児や若年女性の生理的な現象と考えられていたが、近年若年成人の H.pylori 感染者の特徴的な所見と考えられるようになった。また消化性潰瘍や M-U 領域の未分化型胃癌など器質的疾患を伴う事が報告され、特に若年者胃癌の高危険群として臨床的意義が現在注目されている。文献的考察を加え報告する。

40 胃腸混合型の腺癌成分を伴った胃内分泌細胞癌の 1 例

¹名古屋市立大学 院医 消化器代謝内科学○溝下 勤¹、片岡 洋望¹、佐々木誠人¹、神谷 武¹、
谷田 諭史¹、小笠原尚高¹、久保田英嗣¹、和田 恒哉¹、
志村 貴也¹、村上 賢治¹、水島 隆史¹、平田 慶和¹、
城 卓志¹

【背景】胃内分泌細胞癌は一般に予後不良と言われており、胃癌全体の約 0.6% で確認され、約 70% の症例が腺癌成分を伴っていると報告されている。一方、我々は以前より胃癌を胃型・腸型マーカーの発現によって病理組織型に関係なく胃型（G type）、胃腸混合型（GI type）、腸型（I type）に分類し、発生・進展における重要性を指摘してきた（Mizoshita T, et al. Cancer Sci, 97: 38-44, 2006.）。今回は、GI type の腺癌を伴った胃内分泌細胞癌の 1 例を経験したので報告する。【現症】症例は、77 歳男性。胆石症にて近医通院中、胃腫瘍精査・治療目的で 2006 年 7 月初旬に当院消化器内科紹介受診となった。上部消化管内視鏡にて、胃角部小彎前壁に 3 型 tumor が確認され、生検で Group V、neuroendocrine carcinoma (chromogranin A 陽性) と診断された。CT などの検査では、明らかにリンパ節腫大、腹水などは確認されなかった。同年 8 月 4 日に当院消化器外科にて幽門側胃切除術（Billroth II 再建）と胆嚢摘出術が施行された。外科摘出標本の病理検査では、chromogranin A 陽性、シナプトフェジン陽性、NSE 弱陽性であり neuroendocrine carcinoma、深達度 ss、リンパ節転移は無く Stage IB (pT2N0M0) と診断された。また、混在する腺癌成分は、MUC5AC と villin が陽性、MUC2 は一部陽性、MUC6 は陰性、であり GI type であった。術後経過良好で 8 月下旬に退院し消化器外科外来でのフォローとなった。2006 年 10 月から Doxifluridine 600mg/日が開始され、2008 年 1 月 31 日現在、外来通院加療を継続している。【考察】胃腸混合型（GI type）の腺癌成分を有する胃内分泌細胞癌の 1 例を経験したので報告した。胃内分泌細胞癌は稀で予後不良な疾患のため今後解明されるべき点が多い。併存する腺癌部位の粘液形質の解析は、内分泌細胞癌の発生・進展を考える上で重要と思われる若干の文献的考察を加え報告する。

41 食道浸潤を認めた化学療法を行った H.pylori 陰性胃 MALT リンパ腫の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 血液・細胞療法部、⁴愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部
○坪井 順哉¹、中村 常哉²、田近 正洋³、河合 宏紀²、
澤木 明¹、水野 伸匡¹、高木 忠之¹、原 和生¹、
小林 佑次¹、澤井 勇悟¹、松本 和也¹、杉森 聖司¹、
山北 圭介¹、鏡味 良豊³、谷田部 恭⁴、山雄 健次¹

【症例】41歳、男性。健診の上部消化管X線検査で胃に異常あり。前医の上部消化管内視鏡検査（GIF）で胃MALTリンパ腫と診断され、H19年7月31日当院紹介受診。PSは0。表にリンパ節触知せず。GIFでは胃内に多発する粘膜下腫瘍様病変を認め、食道にも同様の所見を数カ所認めた。食道・胃病変より生検病理組織はいずれもlow-grade B-cell lymphoma of MALT typeの所見であった。血清抗Hp IgG抗体・組織培養でいずれもH.pyloriは陰性であり、生検組織の検索ではAPI2-MALT1は陰性であった。頸部・胸部・腹部CT検査、大腸内視鏡検査、骨髄穿刺では異常を認めなかった。以上より、全身化学療法の適応と判断し、患者と相談の上、Rituximabを1コース施行したが食道・胃とも病変の残存を認めたため、R-CHOP療法を6コース施行した。6コース終了時点で食道病変は消失し、胃病変も著明に縮小した。【考察】当施設でこれまで経験した胃MALTリンパ腫97例に食道浸潤を認めた症例は1例もなく、文献的にも検索した範囲では認められなかった。臨床病期I期のH.pylori陰性MALTリンパ腫の治療は現在放射線治療が行われることが多いが、治療法の選択にあたり、本例のような症例が存在することには注意を要する。

43 少量 TS-1/CDDP によって pathological CR が得られた進行胃癌の一例

¹浜松労災病院 消化器科、²浜松労災病院 外科
○松橋 亨¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、大田 悠司¹、
仲程 純²、中山 昇²、高橋 亮²

症例は78歳、女性。平成18年5月12日食欲不振、嘔吐を主訴に当科外来を受診した。上部消化管内視鏡検査において、胃幽門部後壁に3型進行胃癌を認め、幽門輪は腫瘍により閉塞している状態で内視鏡の通過はできなかった。生検検査では、group V、低分化型腺癌であった。腹部造影CTでは明らかなリンパ節腫大はなかったが、胃幽門部の腫瘍は脾臓へ直接浸潤しており、T4 N0 M0、Stage IIIA と診断した。手術適応はないと判断し、5月24日より抗腫瘍化学療法（5-FU 250 mg/日、連日、CDDP 20mg 隔週）を開始した。6月23日の上部消化管内視鏡検査では、幽門部の腫瘍はやや縮小、幽門閉塞は改善し、食事摂取が可能となったため、抗腫瘍剤を5-FU からTS-1 500mg/日（連日）に変更、CDDP 10mg（4週間毎）に変更し、以後外来にて抗腫瘍化学療法を継続した。平成19年6月に施行した上部消化管内視鏡検査では、胃幽門部の腫瘍はほぼ消失し、軽度粘膜の発赤を残すのみとなった。同部からの生検検査においても悪性所見は認められなかった。腹部CTにおいても初回入院時と比較して胃腫瘍は著明に縮小しており、脾臓への直接浸潤の所見もみられなくなった。臨床的治療効果は著効であり、手術適応があると判断し、平成19年8月20日幽門側胃切除術、D1リンパ節廓清を行った。その結果、病理組織学的に切除胃標本、リンパ節から癌細胞は認められず、術中腹腔洗浄細胞診もClass 1であり、組織学的効果判定基準は、Grade 3（著効）であった。術後経過は良好であり、平成19年9月退院した。外来にてTS-1 500mg/日の抗腫瘍剤投与を現在（平成20年5月）まで継続しているが、再発所見は認めていない。本症例は、胃癌の新たな治療法としてのneoadjuvant chemotherapy、および副作用を回避するためのlow dose TS-1+CDDPの抗腫瘍効果としての可能性を示唆している。

42 皮膚転移を初発症状として診断された胃癌の一例

坂文種報徳会病院 消化器内科

○服部 信幸¹、芳野 純治¹、乾 和郎²、若林 貴夫¹、
奥嶋 一武¹、小林 隆¹、三好 宏尚¹、中村 雄太¹、
渡邊 真也¹、服部 昌志¹、内藤 岳人¹、木村 行雄¹、
小坂 俊仁¹、塩田 國人¹、磯部 祥¹、友松雄一郎¹、
山本 智支¹、成田 賢生¹

症例は65歳、男性。主訴は下顎腫瘍・頭痛・浮遊感。既往歴として脳梗塞・真珠腫性中耳炎手術。現病歴は平成19年9月に下顎に約12mmの腫瘍出現したため、近医皮膚科を受診した。生検にて腺癌を認め、転移性病変と考えられた。原発巣精査の目的のため紹介入院となった。入院時検査所見にてCEAは7.7ng/mlと軽度高値であった。原発巣の検索での上部消化管内視鏡検査で、門歯より38cm部から胃噴門部にかけて、食道に浸潤する2型胃癌が認められた。胃病変からの生検では、高～中分化型管状腺癌で、皮膚生検像と組織像は一致すると考えられた。造影CTにて下部食道の壁肥厚と噴門部前方のリンパ節腫大が見られた。入院後に脱力発作が出現し、頭部造影CTにて、mid line siftと右前頭葉の直径20mmのring状enhanceされる病変と周囲の浮腫、右小脳にも直径8mmの同様な腫瘍が認められ、胃癌が脳転移したと診断した。転移性脳腫瘍に対してγ-ナイフ療法を行い、その後胃癌に対して化学療法をTS-1 + CDDPにて3クール行った。1クール目終了後の内視鏡検査では腫瘍の中央の陥凹が明瞭になり、腫瘍は結節状に分割されたように変化し、超音波内視鏡検査でも腫瘍の大きさは縮小傾向であった。2クール後の効果判定では内視鏡検査および超音波内視鏡検査では、病変はさらに縮小した。転移性脳腫瘍はγ-ナイフ後94日後の頭部MRIでは右前頭葉の病変は直径8mm程度で、周囲の浮腫も縮小、右小脳病変はほぼ消失した。皮膚病変は化学療法の開始後約2週間で下顎の皮膚病変は縮小傾向が認められ、45日後には下顎の皮膚病変は癒着化し自然脱落した。第111日目には斑状の発赤を認めるのみになった。3クール目終了後の内視鏡検査および超音波内視鏡検査では、胃癌は著明な縮小を認め、PRと判定した。今回私たちは皮膚転移を伴った胃癌を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

44 S-1/paclitaxel 併用療法が奏効した癌性腹膜炎を伴ったI型胃癌の一例

¹名古屋記念病院 化学療法科、²名古屋記念病院 血液・化学療法科、³名古屋大学大学院 消化器内科
○伊奈 研次¹、片岡 孝江²、古田 竜一¹、安藤 貴文³、
後藤 秀実³

症例は65歳男性。常習飲酒家で、既往歴として49歳時に直腸癌で低位前方切除術を受けている。今回、2007年12月より食欲不振、腹満が出現したが、放置していた。しかし上記症状が増強して嘔吐を伴ってきたために、2008年2月6日に当院を受診し、2月12日入院となった。2月14日の胃内視鏡検査で噴門直下に隆起性病変を認め、同部位からの生検にて高分化型腺癌の病理診断を得た。CT検査にて著明な腹水を認め、イレウスの所見が得られた。フォロースルー上部消化管造影検査にて空腸に、注腸検査にて上行結腸に狭窄を認めたが、直腸癌の再発を疑わせる所見はみられなかった。以上より大量腹水を伴う癌性腹膜炎を合併した手術不能I型進行胃癌と診断された。performance status (PS)3と全身状態は不良なためTPNを行いながら、CDDP併用療法よりも副作用の軽度なS-1/paclitaxel併用療法（S-1：2週投薬・2週休薬、paclitaxel：day 1・15.50 mg/m²）を選択し、2月26日から化学療法を開始した。しかし1クール・day 15のpaclitaxel投与翌日から不整脈（伝導異常）とgrade 2の肝機能障害・黄疸が出現した。自覚症状はほとんどなく、休薬期間中に異常は消失したために、本人と相談のうえ治療を継続した。2クール施行後のCT検査で腹水は著明に減少し、胃内視鏡検査でも隆起が平低化し、経口摂取もできるようになったためにいったん退院となった。その後、S-1/paclitaxel併用療法を外来で継続中であるが、モニター上paclitaxel投与中に軽度の伝導異常を認めるものの、肝機能異常はみられず、骨髄抑制・末梢神経障害などもほとんど認めない。PSが不良な手術不能進行胃癌症例に対しても、S-1/paclitaxel併用療法は、比較的安全に施行可能で有効であった。当院でS-1/paclitaxel併用療法を行った10例の治療成績について、あわせて報告する。

45 繰り返し好酸球性胃腸炎

¹春日井市民病院 消化器科○稲垣 佑祐¹、加藤 晃久¹、松波加代子¹、片野 敬仁¹、
吉田 道弘¹、望月 寿人¹、森田 毅¹、高田 博樹¹、
祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、伊藤 和幸¹

症例は36歳男性。13歳の頃から気管支喘息があり、近医で抗アレルギー剤などの投薬を受けているが喘息発作で何度も当院救急外来の受診歴があった。また平成11年（28歳時）に好酸球性胃腸炎で他院入院歴があった。平成17年4月腹痛を主訴として当院救急外来受診し、腹部CTで腹水の貯留と腸管の壁肥厚を認め、急性腹症として入院となった。入院時検査では白血球数23700/ μ lと上昇し、好酸球分画59%と高値を示し好酸球性胃腸炎を疑った。腹水は黄褐色透明の液体であり細胞数18400/ μ l、好酸球分画95%と高値を認め、上部消化管内視鏡検査では食道は正常であったが胃粘膜は軽度発赤し十二指腸は浮腫状であった。生検で食道から十二指腸に好酸球の浸潤を認め、好酸球性胃腸炎と診断した。第5病日よりプレドニゾロン40mg/日を開始し速やかに症状は消失した。第17病日には白血球数8900/ μ l、好酸球分画1%と改善した。プレドニゾロンを漸減し退院となった。平成19年9月、下痢と腹痛を主訴として近医を受診したが軽快せず白血球数の高度上昇を認めたため当院へ紹介受診となった。好酸球性胃腸炎の既往があったことから同疾患が疑われ精査加療目的で入院となった。腹部CTで腸管の壁肥厚を認め、血液検査では白血球数30600/ μ l、好酸球分画84%と高値を示した。上部消化管内視鏡検査では胃粘膜は全体的に発赤し、十二指腸粘膜は浮腫状で発赤、びらんを認めた。生検で十二指腸粘膜に多数の好酸球を伴う炎症細胞浸潤を認め、好酸球性胃腸炎と診断した。第2病日よりプレドニゾロン30mg/日を開始し速やかに症状は消失し第7病日には白血球数6500/ μ l、好酸球分画7%と改善した。プレドニゾロン漸減、中止後も現在のところ再発を認めていない。今回我々は気管支喘息のコントロールが不良で好酸球性胃腸炎を繰り返す症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

47 *H.pylori* 除菌により縮小した胃過形成性ポリープの1例¹豊橋市民病院 消化器内科○大林 友彦¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、山田 雅弘¹、
北畠 秀介¹、石黒 裕規¹、佐々木淳治¹、山本富美子¹、
山田 哲¹、林 大樹朗¹、岡村 正浩¹

78歳女性。【既往歴】高血圧症。【現病歴】平成16年より近医にて多発性胃ポリープにて、年一回の上部消化管内視鏡検査を施行されていた。平成19年1月22日の内視鏡検査にて増大傾向を認め、内視鏡的切除目的に平成19年3月22日、当院へ紹介となった。【現症】腹部平坦軟、眼瞼結膜に貧血を認めず。【検査所見】3月23日、当院にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ、体部大弯を中心に最大35mmで多発する山田IV型ポリープを認め、生検では過形成性ポリープの診断であった。また、4月10日尿素呼吸試験定量値にて8.8%と高値を示した。【経過】ポリープは増大傾向が見られ内視鏡的切除の適応と考えられたが、多発し茎が太いため切除時の出血が懸念された。そこで*H.pylori*陽性であることから、除菌によるポリープの縮小効果を期待し、4月24日より7日間のランソプラゾール60mg、アモキシシリン1500mg、クラリスロマイシン400mgの3剤内服による除菌療法を開始した。6月1日の内視鏡では軽度縮小傾向を認め、尿素呼吸試験定量値にて2.5%と*H.pylori*除菌成功を確認した。9月7日の上部消化管内視鏡にてポリープは著明に縮小を認め、平成20年3月18日の上部消化管内視鏡でも大きさは著変なかった。【まとめ】今回われわれは*H.pylori*除菌療法が奏効した胃過形成性ポリープの1例を経験した。大草らの報告によると、*H.pylori*除菌療法により80%の症例で、除菌成功3～15ヶ月（平均7.1ヶ月）後に胃過形成性ポリープが消失し、*H.pylori*感染陽性で癌化のない胃過形成性ポリープについては*H.pylori*除菌治療を第一選択とし、除菌成功6～12ヶ月後に増大傾向があった場合は内視鏡的切除術とし、縮小した場合は内視鏡で経過観察とするとしている。本症例では増大傾向があり内視鏡的切除術の適応と考えられたが、*H.pylori*除菌にて縮小したため侵襲的治療を回避することができ、示唆に富む症例であると考えたため報告する。

46 上腹部痛に対するMSCTによる上部消化管仮想内視鏡診断の有用性

¹大同病院 消化器科○印牧 直人¹、榊原 聡介¹、藤原 晃¹

【目的】マルチスライスCT (MSCT) を用いた消化管三次元表示は、CT colonography (CTC)、仮想内視鏡 (virtual endoscopy: VE) として下部消化管病変においては有用性が認められており、大腸がんのスクリーニングへの応用が行われている。一方、上部消化管病変においては診断の有用性が疑問視されている面もある。今回、上腹部痛におけるCT検査時に上部消化管の三次元診断を行い、その有用性について検討した。【対象・方法】対象は上腹部痛で受診した10例とした。内訳は2型進行胃癌2例、表面隆起型早期胃癌1例、胃潰瘍2例、胃ポリープ1例、胃びらん3例を含んでいた。方法は、腹部CT実施時に鎮痙剤は使用せずに発泡剤1包を服用して胃を拡張したのち、16列あるいは64列MSCTを用いて腹部全体を撮影した。撮影方向は仰臥位および右側臥位の2方向とし、撮影後に画像ワークステーションを用いて消化管三次元表示 (CT gastrography (CTG), VE) を作成した。同日あるいは数日中に上部消化管内視鏡検査を実施してその診断能について比較検討した。【結果】1) 10例全例で胃底部から胃体部にかけては明瞭に観察できたが、前庭部では1例、十二指腸球部では3例が拡張不良のため十分な観察が行えなかった。2) 陥凹性病変に関しては深い陥凹性病変4病変（胃潰瘍2病変、胃癌2病変）すべてが描出でき（描出率100%）、MPR断層像とCTGでも確認できた。隆起性病変に関しては胃ポリープの1病変は描出できたが早期胃癌1病変は描出できず描出率は50%であった。3) VEで胃ポリープおよび胃粘膜下腫瘍を指摘された1例は内視鏡では確認できず偽陽性であった。4) 胃びらんの3例はVEで異常所見はみられなかった。【考察・結論】上腹部痛の精査目的で行うCTでは、肝胆脾病変以外に上部消化管病変の観察が行えれば検査の有用性がより高まるものと思われる。疼痛を有して問題となる上部消化管病変は深い陥凹性病変と考えられるが、今回の検討ではVEですべて描出が可能であり、診断的有用性が示唆された。しかしながらVE診断による偽陽性、偽陰性例についての対応や、CT撮影を2回行うための被曝の問題もあり、今後さらに検討が必要と思われる。

48 15年間の経過観察中に癌化を来した過形成性ポリープの1例

¹国家公務員共済組合連合会 長城病院 消化器内科○山下 俊樹¹、大岩 哲哉¹、長野 健一¹、清水 秀幸¹、
水谷 太郎¹、木本 英三¹、早川 哲夫¹

症例は63歳、男性。平成5年人間ドックで胃噴門部に山田IV型の過形成性ポリープを指摘され、ほぼ毎年内視鏡による経過観察がなされていた。経過中、形態的变化は少なく、生検ではgroup Iで過形成性ポリープであった。平成19年12月に経過観察の内視鏡検査を行ったところ、形態にはあまり変化を認めなかったが、生検で分化型腺癌と診断された。そのため平成20年1月ESDを施行した。腫瘍部は18×17mmで切除標本は47×20mmであった。病理組織学的にはtub2、深達度M, ly0, v0, LM-, VM-で過形成ポリープの中央部が癌であり過形成性ポリープの癌化と診断し、完全切除と判断した。経過良好で外来通院中である。胃過形成性ポリープの癌化はまれと報告されている。今回我々は15年間の経過観察中に癌化を来した胃過形成性ポリープの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

49 最近経験した早期十二指腸癌の2例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科
 ○松井 健一¹、浜島 英司¹、井本 正巳¹、中江 康之¹、
 今田 数実¹、仲島さより¹、坂巻 慶一¹、濱宇津吉隆¹、
 村瀬 和敏¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、
 伊藤 誠²

【症例1】64歳、男性。主訴は心窩部痛。既往歴は胃十二指腸潰瘍。平成19年11月初旬から心窩部痛が出現し、11月8日に当科受診。GIFでは、開放性の胃十二指腸潰瘍の他に、主乳頭レベルの十二指腸下行脚の後壁に5mm大の靱色調のIIa様の扁平な隆起性病変を認め、生検では、Group IV、高分化腺癌疑いであった。症状はPPIで軽快し、十二指腸病変はM病変と考え、質的診断・治療目的で、平成20年1月29日に十二指腸ESDを施行した。GIF-260J、ICC200、Flushナイフ(1.5mm)、アタッチメント、ヒアルロン酸Naを用いて、ESDを施行し、病変が正面視となる場面で最後にsnareで切除し、クリッピングを追加した。施行時間は54分で、新鮮切除標本は5×3mm/10×8mm、断端陰性であった。術後、降酸素(降アミラーゼ・リパーゼ)の上昇を認めたが、特に腹痛・発熱もなく保存的治療で軽快し、術後第10病日に退院となった。組織学的には、高分化腺癌、sm2、ly0、v0、INFα、VM(-)、LM(-)であった。文献的に十二指腸のsm癌のリンパ節転移のリスクは2~5%で、根治術としてPDがあるものの、侵襲が大きく術後合併症の懸念もあり、十分なICの元、経過観察となった。【症例2】68歳、男性。主訴は特になし。既往歴は胃潰瘍、糖尿病、脳梗塞。フォローの平成20年1月15日のGIFでは、下十二指腸角付近にIIc、5mm大の不整形の発赤した浅い陥凹性病変を認めた。生検では、Group V、高分化腺癌であった。当初は、M病変で内視鏡的切除が可能と判断したが、透視下のGIFでは、病変は水平脚の中央腹側に位置し、病変までのscope(GIF-Q260J)のアプローチも困難であった。病変の裏裏に重要血管が走行し、この血管に対する内視鏡的切除術の際の穿孔時、あるいは、局注液による物理的影響などのリスクを考慮し、外科的切除術が最善と判断した。2月22日に開腹十二指腸部分切除術を施行し、切除標本は3cm×2cm、病変は7×10mmであった。組織学的には、高分化腺癌、m、ly0、v0、INFα、VM(-)、LM(-)であった。術後は一時的に吻合部の通過障害をきたしたが、術後第24病日に退院となった。【結語】比較的に稀な早期十二指腸癌の2例を経験し、自検例では1例はESD、1例は外科的部分切除術で治療し得た。

51 十二指腸原発T細胞リンパ腫の一例(若手)

¹浜松医科大学 医学部 第1内科、²浜松医科大学 医学部 臨床研究管理センター
 ○鈴木 聡¹、山出美穂子¹、高柳 泰宏¹、西野 眞史¹、
 濱屋 寧¹、山田 貴教¹、岩泉 守哉¹、小平 知世¹、
 杉本 光繁¹、大澤 恵¹、古田 隆久²、伊熊 睦博¹

【症例】68歳の男性。2007年11月、心窩部不快感あり当院受診。貧血(Hb 8.5)及び便潜血陽性から、消化管出血を疑い、上部消化管内視鏡検査を施行。Vater乳頭より肛門側の十二指腸下行脚に、易出血性の白苔を伴う全周性の不整潰瘍を認めた。上部消化管造影では十二指腸下行脚から水平脚にかけ、約3cmの全周性狭窄を認め、腹部CTでは、同部の全周性壁肥厚及び十二指腸周囲の複数のリンパ節腫大を認めた。その他右副腎腫大、舌扁桃腫大、右頸部のリンパ節腫大を認めたが、表在リンパ節は触知しなかった。胆管や膵管系への浸潤が乏しいこと、付随する多発リンパ病変、並びに可溶性IL-2受容体抗体1130の高値から、悪性リンパ腫を疑った。十二指腸病変部の病理組織診にてT-cell lymphomaと診断し、骨髄検査ではリンパ腫の浸潤を認めず、十二指腸原発T細胞リンパ腫Stage3と診断した。THP-COP療法で化学療法を行い効果を得ているが、消化管狭窄が進行したため姑息的なバルーン拡張術を行い化学療法を継続中である。【考察】消化管原発悪性リンパ腫では、Dawsonらによる診断基準が知られる。本症例では、1.表在リンパ節所見、2.末梢白血球異常、3.縦隔リンパ節所見、4.肝脾腫の四者を欠く点では合致したが、5.腫瘍が腸管及び周囲リンパ節にとどまり、とする項目は一致せず、頸部までの広がり示した。然しながら、十二指腸及び周囲病変の強さから、十二指腸原発と判断した。新WHO分類のEnteropathy type T-cell lymphomaに類すると考え、内視鏡像では特徴的な広範囲のびまん性不整潰瘍像を示したが、蛋白漏出は明らかで無かった。十二指腸原発T-cell Lymphomaは、報告例が少なく、治療経過を含めて報告する。

50 R-CHOP療法が奏功した十二指腸原発悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma)の1例

¹名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学
 ○奥村 文浩¹、林 香月¹、大原 弘隆¹、内藤 格¹、
 田中 創始¹、安藤 朝章¹、中沢 貴宏¹、和田 恒哉¹、
 佐々木誠人¹、片岡 洋望¹、城 卓志¹

症例は77歳、女性。主訴は上腹部痛。高血圧、狭心症、パーキンソン症候群で近医通院中、2007年2月13日上腹部痛とふらつきが出現。上部消化管内視鏡検査(GIF)で十二指腸球部に不整な潰瘍性病変を認めたため、2007年3月16日精査加療目的で当科入院となった。入院時現症では、腹部に腫瘍は触知せず、表在リンパ節も触知しなかった。入院時血液生化学検査では、貧血を認めるのみであり、腫瘍マーカーはCA19-9、可溶性IL-2受容体αが軽度上昇していた。GIFでは、十二指腸球部前壁に耳介状の周堤を伴う潰瘍性病変を認め、生検で悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma, CD20+, CD3-, CD10-, CD56-, cytokeratin-)と診断された。CTでは、十二指腸球部に壁肥厚を認めるほか大動脈周囲に小リンパ節が散在していた。大腸内視鏡検査、FDG-PETでは新たな病変は認められなかった。以上より、悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma)、Ann Arbor病期分類のStage2Eと診断し、R-CHOP療法を開始した。1クール終了後のGIFで腫瘍の縮小を認めたため、計6クールR-CHOP療法を施行した。有害事象として6クール目施行中に麻痺性腸閉塞となったが、保存的治療にて軽快した。6クール目終了後のGIFでは潰瘍痕を認めるのみであり、生検でも腫瘍細胞は認められなかった。CTでも軽度の壁肥厚を認めるのみであったためCRと診断した。その後外来経過観察中であるが、治療終了6ヶ月後の現在再発はみられていない。十二指腸原発悪性リンパ腫は、消化管原発悪性のなかでも比較的にまれな疾患である。今回我々は、R-CHOP療法が奏功した十二指腸原発悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma)の1例を経験したので若干の文献的考察をふまえて報告する。

52 十二指腸に隣接するGIST及びneuroendocrine carcinomaを合併した神経線維腫症I型患者の1例(若手)

¹焼津市立総合病院 消化器科、²焼津市立総合病院 外科、³焼津市立総合病院 病理科
 ○鈴木 伸三¹、吉岡 邦晃¹、寺川 偉温¹、佐野 宗孝¹、
 野垣 敦宏¹、小平 誠¹、進藤 潤一²、久力 権³

神経線維腫症I型に隣接する十二指腸Gastrointestinal stromal tumor(GIST)およびneuroendocrine carcinomaを合併した症例を経験した。症例は58歳女性。若年時に神経線維腫症I型と診断されたが、特に定期的受診はされていなかった。H20年1月1日、めまいを主訴に当院救急外来を受診。Hb 5.3g/dlの著明な貧血と黒色便を認め入院となった。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、十二指腸球後部にいずれも3cm大の隣接する粘膜下腫瘍を認めた。片方の腫瘍の頂点に血液が付着した陥凹が存在し出血部位と考えた。生検にてGISTおよびcarcinoidの診断を得、CT、MRI等にて遠隔転移のないことが確認されたため、2月6日脾臓十二指腸合併切除術が施行された。術後病理検査にてcarcinoidはneuroendocrine carcinomaと判明し、免疫染色にてsomatostatinomaと診断された。神経線維腫症I型患者では特定の腫瘍が発症するリスクが高いことが判明している。視神経腫瘍や聴神経腫瘍を代表とする脳脊髄腫瘍、脳神経ならびに脊髄神経の神経線維腫、髄膜腫、神経鞘腫および悪性神経鞘腫などが有名である。消化器分野においては、MAP kinaseが関与して発症するGISTは神経線維腫症I型患者の9%に発症すると言われている。また、carcinoid及びneuroendocrine carcinomaの中でも十二指腸副乳頭の近傍に発症するSomatostatinoma、副腎における褐色細胞腫等もそのリスクが指摘されている。今回、我々はそのうち二つの腫瘍を隣接する形態で発見した。貴重な症例と考え報告する。

十二指腸 2

53 様々な形態的变化を示した十二指腸カルチノイドの一例

¹名古屋医療センター、²名古屋大学大学院 消化器内科
○龍華 庸光¹、岩瀬 弘明¹、島田 昌明¹、都築 智之¹、
平嶋 昇¹、小林 慶子¹、日比野祐介¹、渡邊 久倫¹、
玉置 大¹、齋藤 雅之¹、遠藤 伸也¹、後藤 秀実²

症例は79歳、女性。糖尿病で当院通院中。平成19年7月27日、意識低下と動悸があり当院ER搬送受診。頭部CTでは異常所見を認めず、Hb8.6と貧血を認めた。消化管出血疑われ入院。8月8日上部消化管内視鏡検査施行。十二指腸球部に径2.0cm程の中心部に潰瘍、周堤隆起を伴う病変を認めた。十二指腸癌、悪性リンパ腫を疑い生検施行。この際の病理診断はリンパ球を主体としたごく軽度の炎症細胞浸潤、充血、肉芽組織を認めたが、悪性所見は認めなかった。PPI内服を開始した。発作性上室性頻脈を認め、血糖コントロール不良であったが、状態安定し、と退院前の8月23日に再度上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸球部の病変は表面は比較的平滑で中心部に軽度びらん、立ち上がりやや急峻な粘膜下腫瘍様の病変へと形態が変化していた。再度生検施行し、病理診断はcarcinoid tumor, synaptophysin(+), CD56(+), chromogranin(+)であった。外科的治療を行う事とし、9月4日一旦退院。10月18日再入院し、10月19日に上部消化管内視鏡検査施行。びらんは認めなかった。10月22日幽門側胃切除術、R-Y再建施行。病理診断はcarcinoid tumor of the duodenum、15mm×12×8mm、MP、ly0、v0、INF-a、med、PM(-)、DM(-)、pN0であった。経過良好で11月6日退院。今回我々は貧血を契機に発見され、短期間で様々な形態的变化を示した十二指腸カルチノイドの一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

54 内視鏡治療後に発症した十二指腸壁内血腫の1例

¹富士宮市立病院 消化器科
○平良 章子¹、栗山 茂¹、奥谷 敬文¹、森 雅史¹

症例は63歳女性。既往に脳梗塞ありワーファリン内服中、また腰痛にてNSAIDs内服中であった。2007年11月、意識消失発作にて脳外科救急受診。頭部CTで異常なく、受診時に血圧低下と腹痛、血性嘔吐を認め上部消化管出血疑いで当院救急搬送となった。緊急内視鏡検査にて、十二指腸球部前壁に出血性潰瘍を認め、HSE8ml局注後、クリッピング止血を行った。翌日止血確認のため上部消化管内視鏡検査施行したが、十二指腸の浮腫状狭窄を認め、ファイバー通過は不能となっていた。また入院後より腹痛の持続と輸血後にも関わらず貧血の進行を認めたため精査のため腹部CTを行ったところ十二指腸2nd portionの右側に径6×6cm大の腫瘍を認めた。上部消化管造影で十二指腸下行脚に圧排像を認め下部小腸への通過障害をきたしており、以上より十二指腸壁内血腫と診断した。持続的な貧血の進行、腹膜炎所見を認めなかったため、保存的治療を施行した。経過中、血腫による圧迫のため肝機能異常、Amy上昇を認めたが、肺炎等の発症は認めなかった。入院後21日目の上部消化管内視鏡検査で通過障害の改善を認め、食事摂取を開始したが、その後嘔吐等の症状は認めず軽快退院となった。今回我々は、保存的に治癒し得た、内視鏡治療後に発症した十二指腸壁内血腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

55 十二指腸に狭窄をきたし治療に難渋したクローン病の一例

¹名古屋大学 医学部 消化器内科
○長谷川元英¹、安藤 貴文¹、加藤 剛¹、近藤 真也¹、
石川 大介¹、渡辺 修¹、石黒 和博¹、大宮 直木¹、
丹羽 康正¹、後藤 秀実¹

症例は21歳、男性。2007年3月から下痢、血便を認めたため近医を受診し、大腸内視鏡検査で縦走潰瘍を認めたためクローン病と診断された。5ASA 2250mg、Elemental diet 1800kcalを行ない、下血は消失した。2007年11月から嘔吐が出現し、上部内視鏡検査で十二指腸に潰瘍および狭窄病変を認めたため入院した。Proton pump inhibitorと高カロリー輸液の治療を受けが、嘔吐は改善せず、経口摂取ができないなど狭窄症状の改善がないため、2008年1月23日に当院へ紹介され入院した。上部内視鏡検査では胃内には多量の暗緑色の液体が貯留し、十二指腸球部には白苔の伴った潰瘍を認めた。細径の内視鏡を用いたが、球部の狭窄のため十二指腸下行脚には挿入できなかった。水溶性造影剤を用いた上部消化管造影検査では、十二指腸球部から下行脚にかけて5cm以上ある狭窄を認めた。腹部造影CTでは十二指腸壁の肥厚と、胆嚢周囲にかけてfat densityの上昇を認め炎症性変化が疑われた。今回の十二指腸の潰瘍性病変はクローン病によるものと考えたが、狭窄長が5cm以上あり、また狭窄が下行脚に及んでいたため内視鏡的拡張術は困難と判断した。2008年1月30日に十分なinformed consentを行いinfliximabの点滴を行った。点滴後1週間は嘔吐が減り、狭窄症状の改善が認められたが、その後再び狭窄症状が悪化した。2月14日に黒色便があり、上部内視鏡検査、腹部造影CTを行ったが、出血源は同定できなかった。2月15日に2回目のinfliximabを施行した。2月17日に再出血のため出血性ショックとなり、輸血を行った。2月22日には出血は止まり、手術を勧めたが、患者の強い希望があり、3月6日に3回目のinfliximabを行った。3回のinfliximabの投与を行ったが、狭窄症状の改善はなく、患者の同意が得られたため3月26日に胃空腸バイパス術を施行した。今回、治療に難渋した十二指腸狭窄を伴ったクローン病の1例を経験したので報告した。

56

Meckel 憩室の内翻による腸重積の一例

¹羽島市民病院 消化器科、²羽島市民病院 外科、³岐阜大学医学部 高度先進外科、⁴羽島市民病院 神経内科

○福島 秀樹¹、吉田 直優²、木村 祐子¹、坂野 喜史¹、佐竹 真一¹、酒井 勉¹、村瀬 全彦⁴、安村 幹史²、天野 和雄¹

症例：21歳、男性。主訴：腹痛。現病歴：平成20年3月1日、朝食はとらずに飲食店で仕事をしていた。15時30分ごろ仕事終了時に食事をした後、心窩部痛を認めたため、当院救急外来を受診した。外来にて血液検査と腹部レントゲン検査を施行したが、特に異常がみられず、急性胃炎と考え、鎮痛剤、鎮痙剤を投与した。一時痛みは軽減したが再度疼痛がひどくなったため、鎮痛剤追加のうえ、腹部CTを施行した。CTでは胃拡張が著明なことと回腸末端に異常を認めたが、確定診断がつかず、入院経過観察とした。既往歴に10歳時、停留睾丸の手術歴あり。入院時現症：眼球結膜 黄疸なし、眼瞼結膜 貧血なし。表在リンパ節腫脹なし。胸部 特記すべき所見なし。腹部 平坦、軟、心窩部に軽度圧痛を認めたが、筋性防御はなく、腫瘍も触知しなかった。入院後経過：入院後、胃拡張による痛みを考えて経鼻胃管チューブを挿入した。しかし、痛みは持続、増悪し、患者は興奮、混迷状態となった。そこで血液検査を再検し、腹部造影CTを行った。血液検査では白血球の上昇とHCO₃⁻、BEの低下を認めた。腹部造影CTでは回腸末端の腸管に、いわゆるtarget signを認め、腸重積と診断し、緊急手術とした。手術所見：下腹部の正中切開後、回盲部を観察すると回腸は回盲弁を越えて上行結腸内にまで侵入していた。上行結腸側から腸重積を解除しようとしたが先遣部は回盲部から口側にもどらなかった。そのため回盲部切除を行った。切除標本では回盲弁から120cm口側の回腸に憩室があり、憩室が内翻し、先遣部になっていた。さらに憩室の20cm肛門側の回腸に長さ10cmの粘膜下出血があり、絞扼性部分と考えられた。病理所見：内翻した憩室の先端はポリープ状になっており、その頂部に胃粘膜を認めた。上皮に異型はみられず、Meckel憩室と診断した。考察：成人腸重積の多くは腫瘍性疾患がほとんどで本症例のようなMeckel憩室の内翻によるものは稀であった。結語：Meckel憩室の内翻による腸重積を経験したので報告した。

58

出血傾向を示す基礎疾患を有しダブルバルーン小腸内視鏡(若手)にて止血した小腸 angio dysplasia の2例

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○馬場 厚¹、荒木 寛司¹、小野木章人¹、井深 貴士¹、安田 陽一¹、末次 淳¹、足立 政治¹、清水 雅仁¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

今回我々は、出血傾向を伴う基礎疾患を有する原因不明消化管出血(OGIB)患者にダブルバルーン小腸内視鏡(double balloon enteroscopy: DBE)で出血部位の同定と止血に成功した小腸 angio dysplasia の2例を経験したので報告する。症例1:71歳、男性。基礎疾患として糖尿病、心筋梗塞、胃がん術後、慢性腎不全があり血液透析のため近医通院中であり、内服による抗凝固・抗血小板療法を受けていた。ASOのため当院紹介となり入院治療中であった。2008年3月初旬より血液検査上ヘモグロビン5.0g/dlと低下を認め、1ヶ月間で計32単位のMAP輸血を要した。便潜血反応陽性でありGIF、CF施行するも出血部位は同定できず。出血シンチにて骨盤部正中にhot spotを認め回腸出血が疑われた。DBE施行しバウヒン弁より40cm口側の回腸に湧出性出血を伴うangio dysplasiaが見られたためクリップにて止血術施行した。現在まで再出血を認めていない。症例2:81歳女性。骨髄異形成症候群・糖尿病にて近医通院中であった。2008年3月3日黒色便とふらつきを主訴に近医受診した。ヘモグロビン4.6g/dl、血小板5000/ μ lと著明な低下を認めたため、MAP6単位、PC20単位輸血された。GIF施行され、胃体部全体に発赤がみられた。輸血・絶食・PPI投与にて加療するもヘモグロビンの改善はみられなかった。CFにて黒色便がみられ、小腸出血が疑われ当院紹介された。3月7日DBE施行し、幽門輪より45cmの空腸に湧出性出血を伴うangio dysplasiaを認めた。粘膜は浮腫状に隆起していた。クリップにて止血術施行した。現在まで再出血を認めていない。出血素因・薬剤による出血傾向を有するOGIB患者に対しDBEは出血源の同定及び低侵襲治療として有用で、迅速な対応が可能であった。DBEは、原因不明と考えられていた小腸出血の診断や内視鏡治療に有効であると考えられた。

57

興味ある多発性小腸潰瘍の2症例

¹厚生連高岡病院 消化器科、²厚生連高岡病院 外科、³厚生連高岡病院 病理

○塚田健一郎¹、齊藤奈津子¹、小川 浩平¹、西田 泰之¹、平井 信行¹、寺田 光宏¹、太田 尚宏²、野澤 寛²、増田 信二³

要約：症例1は45才女性。下痢・発熱を主訴に近医を受診、感染性腸炎の治療後にMRSA腸炎を発症した。VCMが投与されたが、炎症反応の増悪、腎障害も出現したため当科に紹介となった。翌日には腹膜刺激徴候が出現し、CTでは多量腹水・小腸の浮腫性変化を認めたため、汎発性腹膜炎と診断し緊急手術となった。術中所見では、小腸はスキップ性に大網・腹膜・腸管と炎症性の癒着を認め、同部の腸管は壊死性腸炎が考えられた。病変は回腸末端から15cmより口側約130cmにわたっていた。病理組織では、小腸にUI-2の潰瘍が多発し、背景粘膜には壊死性血管炎が疑われた。

症例2は75才男性。下痢・腹痛が持続した後、急激な腹痛の増悪を主訴に当科を受診。高度の炎症、CTでは小腸全体の拡張を認めイレウスの診断にて入院となった。翌日には腹膜刺激徴候が出現し、炎症反応の増悪、またCTでは腹腔内遊離ガスを認めたため、汎発性腹膜炎と診断し緊急手術となった。術中所見では、回腸末端より30cm付近に腹膜との癒着があり、その脇に径2cmの穿孔を認めた。病理組織では、穿孔部前後にUI-2～4の潰瘍が多発していた。潰瘍周辺は炎症細胞浸潤・膿瘍形成・肉芽組織の増生等の非特異的所見を認めるもののその原因は不明であった。

今回我々は興味ある多発小腸潰瘍の2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

59

クローン病回腸病変に対する minimal laparotomy による低侵襲手術の有用性

¹名古屋大学 消化器外科2

○中山 吾郎¹、小寺 泰弘¹、藤原 道隆¹、小池 聖彦¹、城田 高¹、岩瀬 勇二¹、中尾 昭公¹

目的：クローン病では、患者層に若年者が多いこともあり、手術における美容性や在院日数短縮による早期社会復帰は重要な課題である。当科では、Vienna 分類L1 (terminal ileum) / L3 (ileocolon)、B2 (structuring) / B3 (penetrating) のうち手術適応の責任病変が回腸である症例を対象として、小開腹による手術の低侵襲化を試みている。今回その有用性について検討を行った。対象：当科において手術が施行された上記の対象症例のうち、小開腹群(A群) 17例、従来の開腹群(B群) 20例について、手術時間、出血量、合併症、術後疼痛、術後在院日数等をretrospectiveに比較検討した。結果：A群での術式は、回腸部分切除術12例(うち、+狭窄形成術7例、+直腸瘻孔閉鎖術4例)、回盲部切除術5例(うち、+狭窄形成術3例、+直腸瘻孔閉鎖術1例、+膀胱瘻孔閉鎖術1例)で、全例で全小腸切除を行った。平均開腹創長は、B群が12.8cmであったのに対し、A群では6.3cm(4.4-9.0cm、B2:平均5.4cm、B3:平均7.1cm)と有意に短かった。患者背景では、年齢・性別・BMI・手術回数に有意差はなかった。検討項目では、手術時間・出血量、また、術後排ガス日・食事開始日に有意差は認めなかったが、A群では有意に術後鎮痛剤総投与量は少なく、術後在院日数は短かった。B群で2例にイレウス、3例に創感染を認めたが、A群では術後合併症は認めなかった。結論：クローン病に対する小開腹手術は、特殊な器具や技術を必要とせず安全に施行することが可能であり、通常の開腹手術に比べ、美容性に加えて術後疼痛の軽減や早期社会復帰に寄与する可能性が示唆された。今後、長期予後に対する検討や腹腔鏡下手術との比較検討が必要であると思われる。

60 蛋白漏出をきたしたリンパ管拡張症の3例

¹名古屋大学大学院 消化器内科学、²名古屋大学付属病院 光学診療部

○竹中 宏之¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、白井 修¹、森島 賢治¹、川嶋 啓輝²、宮原 良二²、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、丹羽 康正²、後藤 秀実¹

【目的】今回我々は、蛋白漏出をきたしたリンパ管拡張症の3例を報告する。【症例1】39歳女性、2年前より続く下痢と浮腫を他院で精査中、蛋白漏出性シンドロームで蛋白漏出を認め当院紹介入院となった。糞便中 $\alpha 1 - \text{AT}$ 129ml/日と蛋白漏出を確認した。カプセル内視鏡（VCE）にて小腸全体に白色で丸く腫大した絨毛とリンパ管腫の散在を認め粘膜はやや浮腫状で点状の発赤の散在を認めた。ダブルバルーン内視鏡（DBE）でも同様の所見を認め生検すると同部位より乳糜の流出を認めた。組織像にてリンパ管の拡張を認めた。

【症例2】18歳男性、1年前より続く浮腫と軟便の精査で当院紹介入院となった。糞便中 $\alpha 1 - \text{AT}$ 538ml/日、蛋白漏出シンドロームにて蛋白漏出を認めた。CTでは小腸のびまん性の壁肥厚、腹腔内リンパ節腫脹、少量の腹水を認めた。可溶性IL-2レセプター 307U/mlであった。DBEでは小腸は浮腫状で絨毛の腫大を認め生検にて一部リンパ管の拡張を認めた。胃は全体的に蛇皮様の粘膜であり生検では部分的なリンパ管拡張を認めた。

【症例3】73歳男性、2年前より続く浮腫、胸水にて当院紹介入院となった。蛋白漏出シンドロームで蛋白漏出を認め、糞便中 $\alpha 1 - \text{AT}$ 129ml/日であった。VCE、DBEでは小腸はやや浮腫状であったがその他の所見は認めなかった。胃粘膜は蛇皮様であった。胃・小腸・大腸の生検はいずれも軽度の炎症細胞の浸潤のみであった。治療するも徐々に全身状態悪化し永眠された。剖検にて胃・小腸・大腸における著明なリンパ管拡張を認めた。

【結論】VCEは病変のスクリーニングや大まかな病変部位の診断に、またDBEは病変の詳細な観察や生検組織を得ることができ原因疾患の診断に有用であると考えられた。

61 小腸内視鏡検査が診断に有効であった小腸原発悪性リンパ腫の1例

¹磐田市立総合病院 消化器科

○岩間 紇¹、犬飼 政美¹、吉岡 宣夫¹、斎田 康彦¹、小林 郁生¹、井上 裕介¹

症例は70歳男性。2007年4月頃より食後の腹部膨満感があり、半年で体重が10キロ減少した。10月に近医でUGIを行ったところ、トライツ靱帯から約15センチ肛門側に全周性の狭窄像があり当院を紹介受診した。11月1日、経口の小腸内視鏡検査を施行したところ、UGIで指摘した部位に全周性の腫瘍性病変を認めそれ以上内視鏡を先進させることができなかった。内視鏡所見は一部潰瘍形成し発赤した隆起であった。biopsyを行ったところ、悪性リンパ腫または未分化癌が強く疑われた。造影CTやガリウムシンチなど全身検索を行ったが明らかな転移を疑う所見はなく、11月19日に小腸部分切除術をおこなった。切除した病理結果は小腸原発の非ホジキンリンパ腫・B cell type（CD20陽性）と診断であった。現在、R-THP-COP療法を施行中である。従来観察が困難であった小腸も内視鏡検査やカプセル内視鏡検査が可能になり、今回の症例においても有効な検査であったことから若干の文献的考察を含め報告する。

62 パーチャル小腸内視鏡／回腸悪性リンパ腫の一例

¹静岡県立総合病院 消化器科

○吉川 俊之¹、國立 裕之¹、松村 和宜¹、鈴木 直之¹、白根 尚文¹、黒上 貴史¹、木村 勇斗¹、赤松 和夫¹、重友 美紀¹

【はじめに】我々は、パーチャル大腸内視鏡の手法を応用し、より簡便に全小腸を画像化することを目指して、パーチャル小腸内視鏡を行っている。回腸悪性リンパ腫症例に対して同検査を施行したので報告する。【症例】74歳の男性。食後に腹痛が繰り返し出現したため、精査目的に入院となった。腹部造影CTで右下腹部に腫瘤を、PET/CTで同部にFDGの高集積を認めた。小腸造影で回腸に約8cmの全周性狭窄を認めた。病変より肛門側は、バリウムの通過が悪いために評価不能であった。本症例に対してパーチャル小腸内視鏡を施行した。撮像にあたっては、小腸造影チューブを経鼻的に挿入後、空腸で先端バルーンを拡張させてチューブを固定し、小腸内に空気を2リットル注入し、64列マルチスライスCTを使用した。取得した画像情報を元に画像を再構築したところ、回腸末端から約25cmより口側にかけて約8cmの狭窄を認めた。経肛門の小腸内視鏡を施行したところ、回腸末端から約15cm口側に全周性の狭窄を認め、ファイバーの通過は不能であった。生検で悪性リンパ腫と診断し、病変を含めて回腸を40cm切除した。病変の肛門側端は回腸末端から17cm口側で、切除標本上の狭窄距離は5.4cmであった。その他に腫大した腸間膜リンパ節を複数認めた。回腸病変は7×9cmの3型腫瘍で、病理診断はDiffuse large B-cell lymphomaであった。術後経過は良好で、現在化学療法を施行中である。【考察】パーチャル小腸内視鏡により、病変の回腸末端からの距離と、狭窄部の性状を把握することができた。空腸から回腸まで、広範囲にわたる小腸内腔の描出が可能であった。小腸造影や小腸内視鏡と異なり、狭窄部を越えた観察が容易であった。【結語】パーチャル小腸内視鏡は、ダブルバルーン小腸内視鏡、シングルバルーン小腸内視鏡やカプセル内視鏡とともに、小腸病変の診断に有用であると考えられる。

63 当院におけるカプセル小腸内視鏡検査の検討

¹八千代病院 消化器内科、²名古屋大学大学院消化器内科、³ブラザー記念病院

○小島 達也¹、長谷 智¹、安田 真子¹、横山 敬史¹、中村 正直²、大宮 直木²、伊藤 彰浩²、後藤 秀実²、本田 亘³、加納 潤一³

（背景と目的）本邦で平成19年10月からカプセル小腸内視鏡（以下VCE）の保険診療が始まった。高齢患者の多い一般病院でのVCEの報告は少ない。当院でもVCEを臨床導入し9症例を経験したので報告する。（対象と方法）平成20年1月25日から当院で経験したVCEの9症例（年齢43-86 平均年齢67.7歳 男性：女性 7：2）を検討した。疾患の内訳はOGIB患者7名で、そのうちC型肝炎による非代償性肝硬変1名、バイアスピリン内服患者1名、バイアスピリン以外のNSAID長期連用内服患者3名、一時的なNSAID内服患者2名であった。その他原因不明の腹痛精査患者1名、43歳男性は高血圧患者で希望により施行している。平均胃通過時間は術後胃の2例では1分であったがその他6例の平均は47分であった。観察時間内で結腸までの到達しなかった2症例を除いて平均小腸通過時間は245分であった。滞留はなかった。有所見率は66.7%で、その6症例の内訳は潰瘍2例、angiodysplasia 3例、小腸ポリープ1名であった。その他の3症例でも 粘膜下腫瘍の疑診1例があつて現在精査中であり、他の2症例に空腸びらんが認められた。VCEの画像読影は名古屋大学消化器内科とブラザー病院で運用しているカプセル内視鏡読影センターで施行された。診断がついた1例は他院で精査加療予定である。（まとめと考察）門脈圧亢進症による小腸病変やNSAIDによる小腸病変の所見が既報の如く認められたが、その有所見率は予想外に高かった。これまで高齢のOGIB患者に対する治療は慢性的経過をたどるため鉄剤投与など保存的に治療されてくる事も多かった。ダブルバルーン小腸内視鏡による検査、処置を選択する場合、わずかであるが合併症の報告もあり、また慢性貧血の高齢患者さんが転院による追加精査を希望しないケースもあるので、これから全ての患者さんを専門病院に紹介する事も困難である。今後の治療経過をさらに検討してダブルバルーン小腸内視鏡等 精査加療の絶対適応、相対適応を検討する予定である。

64 急性虫垂炎症状で発症した鞭虫症の1例 (外科)

¹袋井市立袋井市民病院 外科、²袋井市立袋井市民病院 消化器内科
○柴原弘明¹、前田 豊²、久世 真悟¹、京兼 隆典¹、
高見澤潤一¹、楢垣 栄治¹

【症例】22歳女性、東南アジア出身。【主訴】右下腹部痛。【現病歴】2年前から日本に在住。1週間程前から上腹部痛あり徐々に右下腹部痛となり当院を受診。【現症】体温36.8℃。右下腹部に筋性防御・反跳痛を認め腫瘍を触知した。【血液検査】白血球5840/ μ l、好酸球3.3%、CRP 7.37mg/dl。【US】回腸末端から盲腸にかけ腸管壁の著明な肥厚がみられた。また盲腸から背側へのびるlow echoicな像を認め炎症の波及が考えられた。明らかな虫垂は描出できなかった。【MDCT】回腸末端から盲腸にかけ著明な腸管壁の肥厚がみられた。一部壁肥厚を伴う虫垂と思われる像を認めた。また盲腸背側の後腹膜に炎症の波及がみられた。【術前診断】急性虫垂炎による腹膜炎と診断し緊急手術を行った。【手術所見】混濁腹水あり。大網が盲腸周囲を炎症性に被覆しこれを術前に腫瘍として触知した。盲腸・回腸末端の漿膜は炎症性に発赤し腸管壁は肥厚していた。虫垂に急性虫垂炎はなかった。盲腸背側には炎症による白色調の変化を盲腸壁に認めたが穿孔はなかった。虫垂切除を行いドレーンを留置し手術を終了した。【腹水細菌培養】陰性。【病理組織学的所見】虫垂粘膜では反応性リンパ濾胞の軽度増生がみられるのみで、漿膜面で化膿性腹膜炎の所見がびまん性にみられた。通常の腹膜炎に比べやや組織球の浸潤が目立った。虫垂・大網内に病原性微生物はみられなかった。【術後経過】良好で術後16日目に大腸内視鏡を行った。【大腸内視鏡検査】盲腸粘膜に1体の鞭虫の刺入がみられたためこれを摘出した。虫体の刺入部の粘膜に軽度浮腫を認め生検を行った。【生検病理組織学的所見】びらん・再生粘膜で好酸球浸潤のやや目立つ中等度の炎症細胞浸潤増加がみられた。【診断】鞭虫に起因する盲腸の炎症により腹膜炎をきたしたと診断した。【内服治療】メダゾールの内服を3日間行った。

65 魚骨穿孔の一例 (外科)

¹山田赤十字病院 外科
○奥田 善大¹、楠田 司¹、宮原 成樹¹、高橋 幸二¹、
松本 英一¹、藤井 幸治¹、種村 彰洋¹、小林 基之¹、
村林 紘二¹

最近、我々は魚骨による横行結腸腸穿孔の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は79歳男性。主訴は右下腹部痛。既往として、10歳代に虫垂切除術歴あり。近年は、高血圧症、高脂血症および前立腺肥大症にて近医定期受診中であった。特記すべきは、生活歴として漁村で暮らしており、日頃より魚を摂取することが多かったようである。当院来院3日前より右下腹部痛を認め、その後症状増悪するため、近医を受診。血液検査上、白血球増多(12000/ μ l)およびCRP上昇(12.3 mg/dl)を認め、腹部CT上、同部に膿瘍形成が疑われ、同日当院紹介となる。来院時、心窩部から右側腹部にかけて圧痛と反跳痛を認めた。血液検査所見では、白血球値は8600/ μ lであったが、CRP上昇(13.6 mg/dl)を認めた。腹部CTでは、右側腹部の腹壁付近の脂肪織内に不整な吸収値上昇域を認め、同部位の横行結腸近傍に約1 cmの細長い棒状の軽度高吸収構造を認め、魚骨による横行結腸穿孔および腹腔内膿瘍形成が疑われた。腹部超音波検査でも同様の所見があり、同日緊急手術を施行した。術中所見では、横行結腸は肝彎曲部寄りで小腸と癒着しており、鈍的に癒着剥離を行った。横行結腸を露出させると、周囲には膿瘍の付着を認め、それらを鈍的に剥離すると、横行結腸の壁外に約1 cmの魚骨様異物を認めた。その後、穿孔部の確認を試みたが、炎症が高度であり、明らかな穿孔部位は不明であった。炎症部横行結腸と膿瘍を一塊として、約10 cmの横行結腸部分切除を施行し、端側吻合にて再建を行った。摘出標本では、横行結腸の粘膜面に膿苔の付着した穿孔部を確認できた。術後は特記すべき合併症もなく、良好な経過を辿り、術後14日目に退院となった。

66 再燃を繰り返す Cronkhite-Canada 症候群の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 光学医療診療部
○原田 哲朗¹、田中 匡介²、野田 知宏¹、濱田 康彦¹、
小坂 良²、青木 雅俊¹、葛原 正樹¹、井上 宏之¹、
井本 一郎²、竹井 謙之¹

【症例】60歳代、男性。2005年6月中旬より下痢、脱毛、味覚異常、爪甲異常、色素沈着が出現した。上部消化管内視鏡検査では胃全体に発赤・浮腫を伴う顆粒状変化を認め、大腸内視鏡検査では回腸末端～直腸に発赤した多発性ポリープを認め、Cronkhite-Canada 症候群(以下、CCS)と診断された。Prednisolone(以下、PSL)、ranitidine、mesalazine投与にて、症状と内視鏡所見共に改善した。2007年1月、多発外傷後の療養中に、下痢、脱毛、味覚異常が出現し、内視鏡検査で前回発症時と同様の所見を認め、CCSの再燃と診断された。PSL、ranitidineを再開し、自覚症状は速やかに改善し、2007年8月の内視鏡では寛解状態であった。以後PSLは中止し、ranitidine継続投与にて経過観察されていたが、2008年3月初旬より下痢、脱毛、味覚異常が再度出現し、内視鏡検査上もCCSの再燃を認めた。このため、PSL30mg/日より再開し、自覚症状の改善を認めた。現在PSL減量中であるが、症状の増悪なく経過は良好である。

【考察】CCSは消化管ポリーボースや皮膚色素沈着、脱毛、爪甲萎縮を主症状とする非遺伝性の疾患であるが、再燃を繰り返したという報告は稀である。今回、再燃を繰り返すCCS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。

67 *H.pylori* 除菌治療を試みた Cronkhite-Canada 症候群の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
○坂巻 慶一¹、浜島 英司¹、井本 正巳¹、中江 康之¹、
今田 数実¹、仲島 さより¹、濱宇津吉隆¹、松井 健一¹、
村瀬 和敏¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、
伊藤 誠²

【症例】70歳、女性。主訴は、食欲不振、体重減少。既往歴は、平成9年から高血圧・糖尿病で近医通院中。平成16年脳梗塞。家族歴は、母糖尿病・乳癌。現病歴は、平成19年5月初旬からの食欲不振を主訴に5月16日当科初診。胃薬を処方され一旦経過観察となったが、症状改善せず6月21日上部消化管内視鏡施行。胃内に発赤調、無茎性から重有茎性の多発ポリープを認めた。胃体部では特に皺襞の肥厚を認め、前庭部ではイクラ状の浮腫状粘膜がカーペット状に拡がっていた。10kg以上の体重減少もあり、精査目的で7月2日入院となった。入院時現症は、身長155.5cm、体重48.8kg(1年前61.3kg)、BT36.5℃、BP110/60。腹部に圧痛を認めず、血液検査では軽度の低蛋白血症を認めた。入院後の注腸X線検査では、20mmを最大径とする10mm前後の多発ポリープを全結腸及び回腸末端にも認めた。腹部CTでは、胃及び上行結腸を主体として消化管の壁肥厚を認めた。小腸X線では、小腸は特に異常を認めなかった。又、胃EUSを施行し、第2層は肥厚したほぼ均一な低エコーとして描出され、一部無エコー領域を認めたが、第3層から5層は正常であった。また、採血では低蛋白血症が進行し、蛋白漏出性胃腸症の合併を認めた。第18病日に生検目的で胃ポリペクミー施行し、病理組織学的に過形成ポリープであった。更に、皮膚科受診とし、脱毛は認めなかったが、爪の変形と色素沈着を認めた。以上より、Cronkhite-Canada 症候群を強く疑い、病理結果にて *H.pylori* 感染が著明のため除菌治療を施行の上、ステロイドを30mgより内服投与開始した。治療開始2ヶ月後の上部消化管内視鏡では、胃ポリープが縮小し、低蛋白血症の改善を認めた。【まとめ】今回、Cronkhite-Canada 症候群を強く疑い、*H.pylori* 除菌治療とステロイド投与を行い、改善を得た1例を経験した。貴重な症例を経験したため、ここに文献的考察を加えて報告する。

68 虚血性腸炎との鑑別が困難であった4型S状結腸癌の一例

¹名古屋セントラル病院 消化器科

○神谷 友康¹、真鍋 孔透¹、佐藤 寛之¹、桶屋 将之¹、
安藤 伸浩¹、川島 靖浩¹

【症例】62歳女性【主訴】左下腹部痛【現病歴】平成19年12月末頃より下痢が出現、平成20年1月31日には左下腹部痛を自覚したため近医を受診。左下腹部に鶏卵大の腫瘤を触知し、注腸検査を施行されたところS状結腸の狭窄が著明であり、精査加療目的にて同年2月6日当科紹介入院となった。【入院後経過】腹部造影CTにて精査した結果、S状結腸に比較的大範囲に壁の肥厚、周囲脂肪織の混濁、少量の浸出液の貯留を認め、同部位の強い炎症性変化が疑われる所見であった。下部消化管内視鏡検査では、S状結腸に全周性に壁の浮腫状変化、肥厚を認めスコープの通過が困難な状況であった。確認できる粘膜面には浮腫状の変化を除いてはびまんなどの変化は認められなかった。狭窄部から施行した生検はnon specific colitisの像で悪性所見は認められなかった。重症の虚血性腸炎などの炎症性疾患を否定できなかったが、CEAの上昇もきたしており、稀ではあるがびまん浸潤型のS状結腸癌と考えた。病理組織学的には、中分化型腺癌であった。今回、虚血性腸炎などの炎症性疾患と鑑別が困難であった、比較的確であるびまん浸潤型のS状結腸癌を経験したため、若干の文献的考察をふまえて報告する。

70 大腸消化管ステント（EMS）留置後穿孔を合併した大腸粘液癌の1例

¹浜松労災病院 消化器科

○大田 悠司¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、
仲程 純¹

【背景】近年大腸癌による大腸閉塞に対し消化管ステント留置術が盛んに施行されているが、我々は同術後消化管穿孔を合併した大腸粘液癌を経験した中で報告する。【症例】64歳女性【主訴】下腿浮腫【現病歴】腹水貯留、下腿浮腫を主訴で紹介受診した。腹部造影CT検査にて腹水大量にあり、肝弯曲部において全周性に不整な壁の肥厚を認め、盲腸は約8cmと高度の拡張を認めたため大腸癌疑い、大腸イレウスの診断にて緊急入院した【現症】身長150cm。体重40kg。両側下腿に高度の浮腫あり。【入院時血液検査成績】：WBC：7.4×10⁹/L、Hb：10.6g/dl、PLT：50.1万/L、GOT：19IU/L、GPT：13IU/L、LDH：251IU/L、BUN：9mg/dl、CRE：0.4mg/dl、Alb：2.9mg/dl、CRP：3.2mg/dl、CEA：32.1、CA19-9：245.3【大腸内視鏡検査】肝弯曲部に全周性に表面平滑だが陥凹を伴うBorr. 3様の腫瘍を認め、腸管狭窄は非常に強くfiber通過は困難であった。造影にて肝弯曲部の不整な狭窄像を認め経肛門イレウス管を挿入した。【腫瘍生検】Mucinous adenocarcinoma【腹水穿刺】PAS、Alb共に陽性【経過】腹膜浸潤認め手術適応なく、本人・御家族と相談し消化管ステント留置術の希望されたため、第17病日に消化管ステント留置術施行した。その後排便もあり経過良好であったが第21病日突然の腹痛が出現し腹部CT施行した。CTにて盲腸はやや拡張も明らかな異常なかったが腹腔内air像認め、腫瘍部の消化管穿孔と診断した。穿孔後絶食・補液・抗生剤点滴にて症状改善認め、第28病日より食事再開し経過良好である。【考察】我々は消化管ステント留置後穿孔を来した大腸粘液癌を経験した。ステント留置術中、ステント留置後化学療法後の穿孔の報告があるが、術後経過良好であった穿孔を来した症例は少ない。本症例が粘液癌という非常に柔らかい特殊な腫瘍であることと関連が疑われた。現在盛んに消化管ステント留置術が施行されているが、合併症の報告も多く慎重な適応の決定が必要であり、また腫瘍の種類によって、特に粘液癌のような特殊な腫瘍に対しては、穿孔のリスクが高くなる可能性も考えられ慎重な術式選択が必要であると思われる。

69 FOLFOX・FOLFIRI療法を施行した糖尿病合併大腸癌の1例（若手）

¹岐阜大学 医学部 第1内科

○渡部 直樹¹、荒木 寛司¹、井深 貴士¹、寺倉 陽一¹、
小野木章人¹、安田 陽一¹、後藤 尚絵¹、清水 雅仁¹、
永木 正仁¹、森脇 久隆¹

【症例】64歳、男性。【経過】糖尿病にて内服加療中に肝胆系酵素の上昇を認め、腹部CTにて大腸癌、転移性肝腫瘍が疑われ、精査加療目的で当科入院となった。入院時、HbA1cは9.9%であり、コントロール不良であった。両側アキレス腱反射の低下、両側内踝の振動覚の低下を認め、糖尿病性神経障害を認めた。またCreは基準値内であったが、蛋白尿を認め糖尿病性腎症の合併を認めた。腹部造影CTでは、肝右葉を中心に長径97mmの転移性肝癌を認めた。大腸内視鏡検査ではS状結腸に1/2周をしめる2型腫瘍を認めcStage 4の進行大腸癌と診断した。手術加療の適応は無いと判断しFOLFOX療法を開始した。治療前CEAは4150.4ng/dlと上昇していたが、2コース終了後は1955.5ng/dlと著明に低下した。5コース終了後の大腸内視鏡所見では腫瘍は縮小、平坦化を認めた。また肝腫瘍も著明に縮小傾向を認めた。糖尿病に関しては入院後よりインスリン療法を行ない、HbA1cは7~7.5%の間で推移していた。12コース終了後に右手指の軽度のしびれがあり、オキサリプラチンによるGrade2の末梢神経障害と考えられた。患者と相談し、13コース目の治療を行なった。2週間後、四肢全体のしびれを認め自力歩行も不可能な状態となった。Grade3の末梢神経障害であった。FOLFOXは一時中止とし、FOLFIRIにて治療を再開した。Ccrは43.07ml/minと低下していたため、FOLFIRI2コース目からCPT-11は通常量の75%量として投与を行なったが、Ccrは増悪した。CEAも増悪傾向であったことから化学療法は中止とした。FOLFOX中止後も2ヶ月間、手指の知覚障害が継続した。末梢神経障害はゆっくりと改善したが、3ヶ月後も独居での生活は不可能な状態であり他病院にて加療を継続となった。【結語】糖尿病合併進行大腸癌に対する化学療法中に末梢神経障害、腎障害の増悪が生じ、継続加療が困難となった症例を経験した。基礎疾患として糖尿病をもち、神経障害、腎障害を合併している状態では、化学療法中より注意深く経過をみていく必要があると考えられた。

71 悪性大腸狭窄に対する消化管ステント留置術後に腹腔内膿瘍を来した1例

¹浜松労災病院 消化器科、²浜松労災病院 外科

○松橋 亨¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、大田 悠司¹、
仲程 純¹、中山 昇²、片岡 佳樹²

症例は59歳、男性。平成19年1月頃より排便困難を自覚し、同年2月当院を受診した。下部消化管内視鏡検査においてS状結腸に全周性に3型進行大腸癌を認めた。狭窄は高度であり、病変部の内視鏡通過はできなかった。腹部造影CTでは、腫瘍周囲の脂肪織混濁、左尿管への浸潤がみられ、進捗度はSI、大動脈周囲リンパ節の腫大（M1）を認め、Stage IVと診断した。手術適応はないと判断し、腫瘍部の通過障害を改善させるために、平成19年2月22日に消化管ステント（ボストン社製、Ultraflex）を留置した。術後の閉塞症状はなく、排便も良好であった。同年3月より、FOLFOX4による抗癌剤化学療法を開始し、同年4月17日に退院した。しかし、同年5月上旬より、38℃台の発熱、下腹部痛が出現した。5月7日血液検査にて白血球 14800/μl、CRP 9.8 mg/dlと炎症反応の上昇を認め、腹部造影CTにおいてS状結腸の消化管ステントを挿入した腫瘍部周囲に内部air densityを有する膿瘍形成を認めた。病変部切除のため、5月9日開腹手術が行われたが、腫瘍および膿瘍部は後腹膜と強固に癒着しており切除することができず、横行結腸に人工肛門を造設し終了した。術後、MEPM 1g/日投与にて発熱、炎症反応は徐々に改善した。5月23日腹部CTでは膿瘍腔は著明に縮小し、6月11日腹部CTでは膿瘍はほぼ消失した。大腸悪性狭窄に対する消化管ステント留置術は、切除不能病変を有する患者にとって人工肛門造設術を回避できることからQOLを低下させない治療としてその意義は大きい。しかし合併症の頻度が高く、当院においても大腸悪性狭窄に対する消化管ステント留置術後の合併症発症率は5/13（38.5%）と高率である。今後、下部消化管ステント留置術の適応については慎重に決定する必要がある。

72

(若手)

診断に難渋した直腸子宮内腺症の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
○米山 典孝¹、浜島 英司¹、井本 正巳¹、中江 康之¹、
今田 数実¹、仲島さより¹、坂巻 慶一¹、濱宇津吉隆¹、
松井 健一¹、村瀬 和敏¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、
伊藤 誠²

【症例】47歳、女性。主訴は下腹部痛。既往歴・家族歴に特記事項なし。H19年10月より下腹部痛、微熱、便秘が出現し、12月5日に当科を受診。左下腹部に軽度圧痛を認めた。12月27日の腹部CTでは、骨盤内膿瘍、両側卵巣出血性嚢胞が疑われ、更に、周囲の脂肪浸潤度の上昇・直腸壁肥厚を認めた。注腸X線では、Raの狭小化・不整なBa斑を認めた。同日のCFでは、Raの伸展不良・SMT様隆起を認め、同部からの生検では、組織学的にGroup Iであった。12月28日に当院産婦人科を受診し、経陰USでは、子宮・両側卵巣には異常はみられなかったが、右卵巣に続いて41mm大の不整形の腫瘍を認めた。H20年1月の腹部MRIでは、ダグラス窩の52×36mm大の多房性腫瘍、子宮右側に31×24mm大の嚢胞性病変を認め、右卵管膿瘍を疑った。上部消化管内視鏡検査では、特に異常はみられず、Krukenberg's tumorは否定的に判断した。大腸EUSでは、壁外に多房性嚢胞性病変を認め、連続して第2層まで壁変化（低エコー）を認め、壁外性腫瘍の直腸への浸潤を疑った。2月の腹部MRIでは、右卵巣の悪性病変・左卵巣転移が疑われ、直腸左方のリンパ節腫大を認めた。翌日のPET-CTでは、ダグラス窩の嚢胞性病変には集積なく、直腸左方の結節のみの集積を認めた。尚、腫瘍マーカーは陰性であった。以上より、骨盤腔内腫瘍の直腸浸潤と診断し、悪性の卵巣腫瘍、あるいは、子宮内腺症を考えたが、診断がつかず、質的診断・治療目的で、H20年2月14日に産婦人科・外科合同で試験開腹を施行した。腹水細胞診は陰性、術中迅速病理診断では子宮内腺症であり、子宮全摘、両側付属器摘出、低位前方直腸切除、回腸ストーマ造設術を施行した。病理組織学的には、子宮漿膜、両側卵巣、腹膜、直腸の子宮内腺症であった。術後11病日に退院し、2-3ヶ月後にストーマ閉鎖術予定である。【結論】種々の検査で診断に難渋した直腸子宮内腺症の1例を経験した。

73

(若手)

左水腎症により発見され、ステロイド投与が有効であったS状結腸間膜脂肪嚢炎の1例

¹トヨタ記念病院 消化器科、²トヨタ記念病院 病理科
○林 和孝¹、篠田 昌孝¹、高士ひとみ¹、鈴木 貴久¹、
村山 睦¹、森瀬 和宏¹、宇佐美彰久¹、田代 和弘²、
鈴木 孝¹

症例：36歳男性

主訴：S状結腸腫瘍の疑い、左水腎症にて開業医より紹介

既往歴：特記すべき事なし。（手術歴なし）

現病歴：2008年1月初旬、健診の超音波検査で左腎盂拡張を認め、腹部膨満、下痢、背部痛もあり近医受診した。CTでS状結腸壁の不整な肥厚を広範囲に認めS状結腸癌を疑われ、尿管を巻き込んで水腎症を来していると考えられ、当院紹介受診となった。

身体所見：身長170cm、体重64.3kg、脈拍88回/分、血圧120/68mmHg腹部は平坦、軟で圧痛なし。検査所見：白血球10000/μl（好中球90%）と好中球増多を認めたが、その他に異常は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では、S状結腸粘膜面には明らかな腫瘍の露出は認めず、やや片側性の浮腫を伴った腸管の狭小化と腫大した横ひだ所見を認め、軽度の発赤、びらんを認めた。病理組織検査の結果では非特異的な炎症像を認めるのみであった。注腸検査ではS状結腸に伸展性の悪い狭窄を認めた。PET-CTではS状結腸の壁肥厚部位に一致してFDGの異常集積を認め、周辺の腫大したリンパ節にFDGの集積は認めなかった。小腸造影検査、上部消化管内視鏡検査で明らかな異常は認めなかった。

経過：鑑別疾患としてびまん浸潤型S状結腸癌、Schnitzler転移、炎症性腸疾患、虚血性腸炎、腸間膜脂肪嚢炎等を考慮したが、上述の検査結果からはS状結腸間膜脂肪嚢炎が最も疑われた。診断確定のため、試験開腹、腹腔鏡下生検も検討したが、侵襲を考え経過観察とした。初診より二ヶ月後の経過観察CTで、S状結腸壁の肥厚、水腎症に変化はなく、腹部膨満、下痢が続いていたため、プレドニゾン20mgの経口投与を開始した。一ヶ月後の経過観察CTでは左水腎症は改善し、S状結腸の壁肥厚も軽減傾向を認め、症状は改善してきており現在経過観察中である。

まとめ：左水腎症によって発見され、ステロイド投与が奏功したS状結腸間膜脂肪嚢炎の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。

74

若年成人の腸回転異常症に合併した重症アレルギー性紫斑病の一例

¹一宮市立市民病院 消化器科
○伊藤 隼¹、中条 千幸¹、山中 敏弘¹、水谷 恵至¹、
金森 信一¹、伊藤 裕也¹、中野 有泰¹

今回我々は若年成人に生じ腸回転異常症に合併した重症アレルギー性紫斑病の一例を経験したため報告する。【症例】16歳女性【主訴】嘔吐、上腹部痛【現病歴】2007年10月10日早朝より感冒症状を認め救急外来に受診し、保存的に改善した。10月31日より嘔吐、上腹部痛あり、11月2日救急外来を受診し点滴治療を受けた。その後も1日10数回以上の嘔吐を認め、飲水もできないため、11月5日当院を再受診し精査加療のため消化器科入院となった。【既往歴・家族歴】特記すべき事項なし【生活歴】海外渡航歴なし、周囲に同症状なし、生食歴なし【入院時現症】体温37.4℃、脈拍96/min、血圧102/60mmHg、結膜に貧血なし黄疸なし、腹部平坦全体に圧痛あり、下腿に点状紫斑あり【検査所見】血液生化学所見：WBC 15300/μl、Hb 14.2g/dl、Plt 34.9万/μl、CRP 1.83mg/dl、腹部CT：小腸が腹腔内右側に集簇（腸回転異常疑い）、下部消化管内視鏡検査：大腸は腹腔内左側に存在、回腸末端から直腸の散在性発赤を認める。【入院後経過と考察】入院時の腹部CTより腸回転異常に伴う合併症を疑ったが、最終的に凝固因子第13因子活性の低下（37%）、皮疹、関節痛、破砕性血管炎の所見（皮膚生検）とあわせてHenoch-Schönlein紫斑病と診断した。治療はプレドニゾン40mgの内服を開始し、症状は著明に改善した。しかしプレドニゾン減量中に腹痛・嘔吐・下痢・下血にてショック状態に陥り、採血では著明な血液濃縮、著明な低蛋白血症、著明な炎症反応亢進を認めた。腹部CTでは小腸壁のびまん性肥厚のみを認めた。以上より紫斑病腸炎再燃により、蛋白漏出性胃腸症を合併した低容量性ショック状態と考えた。抗ショック療法を施行し、紫斑病増悪に対してメチルプレドニゾンセミパルス（500mg/day）3日間、フィブロガミンP 12ml静注3日間、新鮮凍結血漿5単位2日間を投与し、全身状態、消化器症状は安定し、遅れて関節痛、紫斑も再出現した。その後プレドニゾンの減量を再開し大きな再燃もなく、1月30日プレドニゾン20mg/dayにて退院となった。発表では若干の文献的考察を含め報告する。

75

好酸球性胃腸炎の1例

¹三好町民病院 消化器内科
○伊藤 治¹、中島 守夫¹、柴田 時宗¹、成瀬 達¹

比較稀な疾患である好酸球性胃腸炎の1例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。症例は71歳、男性。1ヶ月前から5回/日の下痢が続き、食欲低下、体重が5kg減少したため来院。初診時の採血ではCRP1.1 mg/dlと軽度上昇、ALB 3.3 g/dlと低アルブミン血症を認めるのみでWBC、好酸球の上昇は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では直腸および全結腸、回腸末端にまで及ぶ粘膜の強い発赤と浮腫を認め、特に盲腸、S状結腸に炎症が強かった。上部消化管内視鏡検査では、胃粘膜はほぼ全域で強い発赤と浮腫性隆起を認め炎症は十二指腸下行脚まで連続していた。生検組織の病理診断では、大腸、胃ともに粘膜固有層の浮腫と繊維化が強く好酸球の高度の浸潤を認めた。その後の採血でも末梢血の好酸球の増加は認めなかったが、病理組織診断より好酸球性胃腸炎と診断しプレドニゾン30mg/日でステロイド治療を開始した。治療後の経過は良好でCRPの正常化、下痢の消失、体重増加を認め自覚症状は消失し現在プレドニゾン5mg/dlで内服継続中であるが症状の悪化を認めていない。治療開始後9ヶ月後の内視鏡検査では、大腸粘膜の炎症所見はほとんど消失し胃粘膜も前庭部を除いては炎症所見は消失していた。

76

虚血性大腸炎に対する MDCT による3D 血管像の検討

¹藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 内科

○藤部 祥、芳野 純治、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、
奥嶋 一武¹、小林 隆¹、三好 広尚¹、中村 雄太¹、
渡邊 真也¹、服部 昌志¹、内藤 岳人¹、木村 行雄¹、
服部 信幸¹、小坂 俊仁¹、塩田 國人¹、友松雄一郎¹、
山本 智支¹、成田 賢生¹

【目的】我々はMDCTを用いた腹部血管像と虚血性大腸炎の病態について検討を行った。【対象】2007年4月より2008年4月までに下部消化管内視鏡検査にて虚血性大腸炎と診断された患者10名（男性3名、女性7名、平均年齢60.2±19.9歳）を対象とした。病変範囲は上行結腸1例、S状結腸から下行結腸にかけての病変が9例であった。発症から検査までの期間は1～18日（6.2±5.1日）であった。【方法】CTはphilips 杜製Brilliance64、画像ソフトはAquariusNETを使用した。スライス厚0.9mm、再構成間隔0.5mm、ヘリカルピッチ0.876で撮像を行った。一回の撮像時間は約15秒であった。造影剤はイオパミドールを用い、bolus tracking法にて全量2ml/kgを4.9ml/secにて投与した。前処置として前日にクエン酸マグネシウム34g、センノシド12mgを内服した。CTの撮影直前に大腸内に空気を用手的に約1000ml入れ、大腸内腔を拡張させた後に撮像し、動脈相と平衡相とスキャンを計2回行い、3D構築を行った。【結果】10例全例について辺縁血管まで良好な血管像を構築することが可能であった。5例において下腸間膜動脈起始部の石灰化を、2例において下腸間膜動脈の描出不良が認められた。1例では下腸間膜動脈の狭窄を認めた。病因として便秘症2例、腹部手術歴3例、心筋梗塞1例、高血圧5例、脂血症1例で、糖尿病は認められなかった。【結論】虚血性大腸炎10例中6例で下腸間膜動脈起始部の石灰化、下腸間膜動脈などの描出不良の異常を認め、病変部と血管の異常との関係を確認することが可能であった。全ての患者で血液生化学的検査にて異常は認められなかった。大腸内腔を拡張させることにより、詳細な腫瘍血管の描出が可能であった。

78

CT colonography がクローン病大腸狭窄性病変の内視鏡的拡張術後の評価に有効だった一例

¹浜松南病院 消化器病・IBD センター

○竹内 健¹、飯田 貴之¹、石丸 啓¹、阿部 仁郎¹、
渡辺 文利¹、花井 洋行¹

【背景】MDCTの登場により大腸疾患における診断にCT colonography (CTC) の使用される場面が増えてきている。CTCは腸管内の空気を陰性造影剤として使用することにより腸管の形態を描出することが可能であり、撮影時間が短いことより被検者の負担も少ない検査といえる。今回、クローン病患者の直腸吻合部の狭窄病変に対し内視鏡的拡張術を行い、術前後でCTCによる評価が可能であった一例を経験した。【症例】24歳男性。1998年に大腸型クローンとして発症した。ペントサとステロイド内服及び栄養療法による治療を受けていたが、1999年に直腸狭窄をきたし部分切除を受けた。その後も何度も再燃緩解を繰り返し2005年にレミケードも使用したが、2006年に吻合部の病変が狭窄し同年5月に再度直腸部分切除を受けた。2007年1月に再び吻合部に病変が出現し、ペントサ、ブレドニン、6MPで治療を開始したが十分ではなく同年12月に当科を紹介され入院。レミケードを再投与し、以後維持療法で症状は軽快した。本年4月腹痛を訴え再入院し、内視鏡及びCTCにて直腸の吻合部の病変に狭窄を認めたため内視鏡的バルーン拡張術を計2回施行した。拡張術後、腹痛は軽減しCTCでも形態的に病変部の拡張を確認できた。【結語】CTCは内視鏡検査後に必要最低限の空気を腸管内に残すだけで拡張術後の評価が可能であり患者負担も少ない簡便な拡張効果の確認法となりうると考えられた。

77

縦走潰瘍瘢痕を伴った collagenous colitis の1例

¹中濃厚生病院 消化器科、²中濃厚生病院 病理部

○華井 頼子¹、山崎 健路¹、河内 隆宏¹、尾辻健太郎¹、
三原 昌弘¹、勝村 直樹¹、森 良雄²

【緒言】collagenous colitis (CC) は1976年にLindstromによって報告された大腸の炎症性疾患である。臨床的には血便を伴わない水様下痢を主症状とし、大腸内視鏡や注腸造影では明らかな異常所見に乏しく、組織学的に大腸粘膜上皮直下の collagen band の肥厚を特徴とする。CC症例の30%で血管透視の不整、不明瞭化、粘膜の蒼白などの内視鏡所見が現れるとの報告があるが、縦走潰瘍病変を伴うことは稀である。縦走潰瘍病変を伴ったCC症例は、欧米で報告例は散見されるものの、本邦での報告例は過去に1例を認めるのみである。【症例】58歳女性。主訴：水様下痢。逆流性食道炎、気管支拡張症にて当院通院中。ランソプラゾール、クラリスロマイシンを内服中であった。2007年9月頃より1日6回程度の血便を伴わない水様下痢を認めるようになり当科紹介。同年10月、全大腸内視鏡検査を施行した。下行結腸に細長い縦走潰瘍瘢痕を2条認めた。生検を施行し、CCに合致する所見が認められた。便培養検査は陰性であった。ランソプラゾールの中止、整腸剤の投与にて下痢症状は改善した。NSAIDsの内服歴は認められなかった。【考察】CC患者における縦走潰瘍病変の発症機序について、Cruz-Correaらは内視鏡操作による機械的圧迫や空気注入に伴う粘膜伸展と考察している。Koulouzidisらは内視鏡操作によるものでなく、腸壁の硬さや蠕動によるものと推測している。自験例は初回の内視鏡検査時に縦走潰瘍瘢痕が認められており、内視鏡操作による発症機序は考えにくい。細長い縦走潰瘍病変が、CCに特徴的な内視鏡所見であるか否かについては今後症例の蓄積が必要である。CCの原因は明らかにされていないが、薬剤の一つの原因と考えられており、ランソプラゾールとCC発症との関連についても報告が散見される。自験例についてもランソプラゾールの内服歴が認められており、薬剤の関連についても今後の検討が必要である。【結語】CCの内視鏡所見は明らかな異常所見に乏しいとされているが、細長い縦走潰瘍病変を大腸粘膜に認めた場合、CCを念頭に置くことが必要である。

79

多発する消化管狭窄を呈したクローン病と思われるの一手術例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 中央検査部

○永野 淳二¹、山田 祥子¹、福田 和史¹、中村 博¹、
鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、川出 尚史¹、岩田 圭介¹、
向井 強¹、林 秀樹¹、山田 俊樹¹、杉山 昭彦¹、
西垣 洋一¹、高橋 健¹、名倉 一夫¹、加藤 則廣¹、
富田 栄一¹、山田 鏡也²

患者は66歳、女性。主訴は食欲低下と体重減少。既往歴は平成17年1月より関節リウマチでブレドニゾン治療中。現病歴は平成18年秋頃より食欲不振に気づいていた。平成19年になると下腹痛や頻回の下痢が出現するようになった。家人から著明な体重減少も指摘され、同年2月に近医を受診し精査目的に当科へ紹介受診となった。外来通院による検査では腹部超音波検査でS状結腸壁の浮腫状肥厚と、周囲リンパ節の軽度腫大を認めた。腹部CTでは骨盤内の回腸の不整軟部陰影と壁肥厚および少量の腹水を認められた。下部消化管内視鏡検査を試みたが、S状結腸の通過が困難であった。また注腸検査ではS状結腸の走行固定と進展不良があり強い偏位が認められた。ガストログラフィンによる小腸造影では回腸数ヶ所に狭窄を認めた。腸結核を疑って糞便培養や痰培養および喀痰TB-PCRを施行したが結核菌は陰性であった。経過中も腹痛と下痢の改善がみられず、患者の希望により狭窄解除を目的に当院外科で手術を施行した。術中所見では、回腸末端から約60cmの部位で、腸間膜のひきつれと癒着が観察され、その口側に3ヶ所狭窄部位を認めた。また背側でS状結腸がひきこまれるように癒着していた。病理所見は回腸複数箇所に全層性の炎症を認め、一部に非乾酪性類上皮肉芽腫がみられたため、臨床経過と併せてクローン病と診断した。術後は5ASAの内服を開始し、その後も下痢症状の改善と体重の回復がみられ経過は良好である。

¹豊橋市民病院 消化器内科

○河合 学¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、
山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、石黒 裕規¹、佐々木淳治¹、
山本富美子¹、山田 哲¹、林 大樹朗¹

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）は内科的治療により多くの症例で緩解導入が可能になったが、ステロイド離脱が困難な症例や短期間に再燃を繰り返す症例も稀ではない。今回我々は UC の長期緩解維持を得るべく azathioprine（AZA）/6-mercaptopurine（6-MP）を使用し良好な結果を得たので報告する。【対象】当院にて 1987 年以降 follow-up を行っている UC 患者 473 例のうち、SH 離脱目的または他治療で緩解導入した緩解維持目的で AZA/6-MP のオーダーメイド療法を併用した 35 例（全結腸型 28 例、左側型 6 例、RS 型 1 例）を対象とした。なお、当院でのオーダーメイド療法は白血球数が 2000～5000 に向かうよう投与量を調節している。【結果】SH 離脱を目標として 23 例に AZA/6-MP を投与し、18 例が SH から離脱し、3 例は現在も SH 減量中である。1 度は離脱したものの SASP 減量したため再燃し、その後 AZA 増量しても無効であった症例が 1 例、経過良好であったが治療中カリニ肺炎を併発し死亡した症例が 1 例であり現時点で 78 % 以上で SH 離脱に成功している。また、維持目的に AZA/6-MP を投与した 12 例では、9 例はオーダーメイド療法を行いながら緩解を維持しており、2 例は緩解しているが副作用を認め内服量調節中であり、副作用のため中止となった症例は 1 例であった。90 % 以上の症例で緩解維持できていると考えられる。【結論】AZA/6-MP のオーダーメイド療法は、SH 離脱・緩解維持に有用であると考えられた。

81 血便で発症した腸管アミロイドーシスの一例

¹愛知医科大学 消化器内科

○川井 祐輔¹、十倉 佳史¹、飯田 章人¹、田村 泰弘¹、
金森 寛幸¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、河村 直彦¹、
宮下 勝之¹、服部 芳彦¹、佐藤 真理¹、舟木 康¹、
宮田 充樹¹、中尾 春壽¹、春日井邦夫¹、米田 政志¹

症例は65歳、女性。2型糖尿病、糖尿病性腎症にて近医通院中、平成19年7月10日より下腹部痛、血便が持続。同年8月7日近医下部消化管内視鏡にて横行結腸からS状結腸にかけて易出血性で粗造な浮腫状粘膜と血腫を認め、同日精査治療目的に当科転院となった。転院後第7病日目に行なった下部消化管内視鏡にて血腫は自壊し深掘れ潰瘍となり、サイトメガロウイルス腸炎が疑われた。同部の生検から核内封入体は認められなかったが、採血上サイトメガロウイルスアンチゲネミアが陽性であったため、ガンシクロビルを投与したところアンチゲネミアは陰性化し潰瘍の治癒傾向を認めた。しかしその後徐々に腸管運動麻痺をきたしイレウス症状となり、イレウス管を挿入するも上部空腸より先進せず、イレウス管造影にて同部位の狭窄を認めた。経口的小腸内視鏡を行ない、狭窄部の生検より多量のアミロイド沈着を認めた。アミロイドAA染色は陰性であった。また入院中腰椎圧迫骨折を発症し、骨髄腫によるAL蛋白の沈着を疑い、骨髄生検、免疫電気泳動を施行しλ型骨髄腫と診断した。入院後腎機能は悪化し、透析加療とともにデキサメサゾン大量療法が行なわれ。しかし心アミロイドーシスによる心機能低下により平成20年3月17日に他界された。今回、骨髄腫に伴うアミロイドーシスにサイトメガロウイルスが日和見感染し、大腸潰瘍が形成され、出血をきたしたと考えられた。血便で発症した腸管アミロイドーシスの報告例は少なく、若干の文献的考察を含め報告する。

82 検診の便潜血反応を契機に診断された無症候性アメーバ性大腸炎

¹岐阜市立総合病院 消化器科

○南堂 吉紀¹、石原 誠¹、水野 智一¹、渡辺 武人¹、
清水 豊¹

【症例】39歳男性。検診で便潜血反応陽性にて2007年6月12日当院受診。血便、下痢、腹痛などの自覚症状はなく、理学所見、血液検査所見にも異常を認めなかった。既往歴に特記すべきことなく、9年前にタイ、シンガポールへの渡航歴あり、同性愛歴なし。2007年6月18日に大腸内視鏡検査施行。盲腸の虫垂開口部周囲にわずかな隆起の上に汚い白苔に被われた不整形の多発潰瘍を認め、周囲にはびらんを認めた。他の部位では潰瘍、びらんは認めなかった。以上の所見、部位よりアメーバ性大腸炎が強く疑われ、確定診断を得るために壊死物質と組織を生検鉗子で採取した。盲腸潰瘍底から採取した生検組織に、血球貪食した栄養型アメーバ原虫体が散見された。周囲の粘膜間質にはリンパ球、形質細胞を認め、アメーバ性大腸炎と診断した。HIV抗体は陰性であった。メトロニダゾール1000mgを10日間内服し、2ヶ月後大腸内視鏡検査施行を試行した。盲腸の潰瘍は消失し、虫垂開口部に癒痕を認めた。便潜血陽性を契機に診断された無症候性アメーバ性大腸炎では、通常のアメーバ性大腸炎と比較し、自覚症状に乏しく、病変は盲腸に局限されていることが多いと報告されており、本症例でも同様の所見であった。【結語】今回便潜血反応を契機に診断された無症候性アメーバ性大腸炎の1例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

83 胃潰瘍を契機に発見された肝膿瘍を合併したアメーバ赤痢の一例

¹名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学 消化器内科

○重本 絵美¹、平嶋 昇¹、遠藤 伸也¹、玉置 大¹、
齋藤 雅之¹、龍華 庸光¹、日比野祐介¹、渡邊 久倫¹、
小林 慶子¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、
後藤 秀実²

症例は71歳、男性。平成19年11月初旬より感冒様症状あり。嘔吐も出現し、近医で治療するも軽快せず当院受診。平成19年11月16日の胃内視鏡で胃前庭部に出血性胃潰瘍を認めたため入院となった。入院時、38℃の熱発を認め、右季肋部に肝を3横指触知し圧痛を認めた。血液生化学検査では、白血球11400/mm³、CRP 26.1と炎症反応を認め、AST 105 IU、ALT 142 IU、Alp 544 IU、γ-GTP 57 IUと肝障害を認めた。腹部CTで肝右葉のS8中心に直径12cmの低吸収領域を認めた。肝膿瘍を疑い11月19日、腹部超音波下に経皮経肝的に穿刺を行いドレーナージュチューブを留置した(PTCD)。穿刺液は血性膿汁で、顕鏡下でアメーバ虫体が確認された。アメーバ肝膿瘍と診断しメトロニダゾールを投与開始した。一方、入院後より下血も認められたため、11月22日下部内視鏡を施行、全結腸に大小不同のアфта様潰瘍を認めアメーバ腸炎に矛盾しない像だった。全身状態は次第に改善し12月5日のCTでは肝膿瘍は縮小していたため、12月6日PTCDを抜きし外来フォローとした。尚、海外渡航歴・同性愛などの経歴はなく、感染経路は不明でHIVも陰性であった。合併した胃潰瘍によると思われる嘔気を契機に発見されたアメーバ赤痢を経験したので報告する。

84 赤痢アメーバ症22例の検討(若手)

¹名古屋市立東部医療センター 東市民病院

○山本 俊男¹、濱野 真吾¹、伊藤 恵介¹、服部 孝平¹、
水野 芳樹¹

【目的】輸入感染症、STDとして増加傾向にある赤痢アメーバ症について検討した。

【対象】1998年から2007年にかけて当院で診断した赤痢アメーバ症22例の内視鏡所見・診断法を検討した。

【結果】平均年齢は47.2歳。男性18人女性4人。日本人21人フィリピン人1人。全例で国内での感染が疑われた。HIV陽性2人、風俗店就業者2人、同性愛者6人。3例が前医で潰瘍性大腸炎と誤って診断されていた。肝膿瘍の合併は5例。下部消化管内視鏡検査を施行したのは20例であった。内視鏡の所見としては白苔を伴った汚い不整な潰瘍またはびらんが連続せずに散在していた。病変の好発部位は盲腸19例/20例、直腸12例/20例、上行結腸4例/20例、横行結腸4例/20例、下行結腸2例/20例、S状結腸2例/20例の順であった。診断法としては肝膿瘍例ではドレーナージュ液からの原虫検出2例/5例、抗体価陽性5例/5例、内視鏡で採取した便汁からの原虫検出1例/3例、生検直後の組織からの原虫検出1例/3例、生検組織のPAS染色0例/4例だった。腸アメーバでは抗体価陽性9例/13例、便汁からの原虫検出4例/12例、生検直後の原虫検出9例/14例、生検PAS染色12例/16例だった。治療はメトロニダゾール500mg-1500mgを7-21日内服にて20例は治癒した。他2例は再発し1例はメトロニダゾール再投与にて治癒したが1例は再投与では改善がなかったためメトロニダゾール1200mg 7日内服にて治癒した。

【考察】今回、赤痢アメーバ症の病変は盲腸・直腸に好発した。直腸病変では潰瘍性大腸炎との鑑別が困難となることがある。潰瘍性大腸炎と誤って診断され、ステロイド投与により悪化した症例もあり診断には注意を要する。生検組織のPAS染色のみでは本症と診断に至らないこともあるため生検直後の組織からの原虫の検出・内視鏡で採取した便汁の検鏡・抗体価測定も行っていくことが重要であると考えられた。

85 大腸神経節細胞腫の1例

¹一宮市立市民病院 消化器科、²一宮市立市民病院 病理
○中野 有泰¹、中條 千幸¹、山中 敏広¹、水谷 恵至¹、
金森 信一¹、井口 洋一¹、伊藤 裕也¹、中島 広聖²

症例は61歳、女性。検診にて便潜血陽性を指摘されH19.9.18当科紹介受診。同年9.27CF施行S状結腸に山田4型ポリープを指摘。生検による病理検査の結果、炎症性ポリープ、若年性ポリープ、Peutz-Jeghersポリープなどが鑑別にあげられた。そのため10.11ポリペクトミー施行。その病理結果にて、粘膜下から粘膜固有層まで間質全体に長紡錘形の神経線維様線維細胞が束状になって交錯増殖している所見を認め、神経節細胞腫と診断された。

神経節細胞腫は神経芽腫群腫瘍の1つで交感神経節細胞に分化する細胞群が腫瘍化したものである。副腎髄質から発生するものが最も多く、後腹膜、縦隔、頸部の神経節からも発生する。今回のように消化管に発生する頻度は稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

86 血清 O157 LPS 抗体にて診断された O157感染症の家族内発症の一例

¹国民健康保険 関ヶ原病院 内科
○安藤 暢洋¹、桐井 宏和¹、廣瀬洋一郎¹、森島眞理子¹、
齊藤 吉男¹、瀬古 章¹

1例目の症例は79歳女性。主訴は腹痛・下痢・下血。現病歴は平成19年8月21日より左下腹部痛と下痢が出現。近医受診し止痢剤・LVFXの投薬を受けるも症状は改善せず、翌朝から下血する様になり当院へ紹介となった。入院時の腹部単純CT上上行結腸～S状結腸までの広範囲にわたり著明な腸管浮腫を認めた。第3病日に施行した下部消化管内視鏡検査では直腸～回盲部までの全大腸に全周性のびらん・浮腫・出血性粘膜を認めた。入院前に牛のレバ刺しを摂取していた事からも腸管出血性大腸菌感染症等の感染性腸炎が疑われた。入院時の便培養検査から赤痢アメーバ・サルモネラ・ビブリオ菌は陰性で病原性大腸菌も陰性であったが第6病日に施行した血清O157LPS抗体が陽性であった事よりO157感染症と診断した。溶血性尿毒症症候群【HUS】の併発無く絶飲食・輸液・抗菌薬の投与により第8病日には下痢も改善し第25病日に退院となった。2例目は1例目の実子で平成19年9月3日より水様性下痢が出現し夜間より下血を認める様になり当院救急外来受診。同居はしていないが実母の入院にあたり衣類・寝具を自宅に持ち帰り洗濯をしていた。臨床経過よりO157感染を強く疑い入院時に便培養と血清O157LPS抗体を検査したが、病原性大腸菌は検出されずO157LPS抗体も陰性であった。しかし第4病日に施行した下部消化管内視鏡では上行結腸～横行結腸【口側半分】まで実母と同様に全周性のびらん・浮腫・出血性粘膜を認めていた。そこで第8病日に抗体検査を再検したところ陽性であることが判明しO157感染症の家族内発症と診断された。腸管出血性大腸菌感染症の診断は糞便からの分離・同定が一般的であるが、その検出率は経過と共に低下し抗生剤の投与で更に低下していくと考えられる。この事は病勢への早期対応を遅らせるだけでなく本症例の様に2次感染の拡大を引き起こすことが危惧される。入院時の便培養が陰性であっても臨床症状や下部消化管内視鏡で感染が疑われる場合、血清抗体検査を行い必要であれば繰り返し行うことが重要であると思われた。

87 びまん性甲状腺転移をきたした直腸癌の一例

¹東栄町国民健康保険東栄病院 内科、²愛知県がんセンター愛知病院
○菊山 友^{1,2}、藤田 孝義²、都築 佳枝²、榊原 真肇²

【症例】58歳、男性。【主訴】左下肢の浮腫。【既往歴】特記すべき事項なし。【家族歴】父が悪性リンパ腫。【現病歴】2007年4月より左下肢の浮腫を自覚していた。増悪したため同年8月に近医を受診した。左鼠径リンパ節腫脹を指摘され、CT検査にて甲状腺、肺、直腸に腫瘍を認めたため当院紹介受診となった。甲状腺腫大については自覚していなかった。【入院時現症】身長169.7cm、体重54.2kg。眼瞼結膜に貧血を認めない。頸部リンパ節腫大あり。甲状腺はびまん性に腫大し、硬、不整腫瘍状に触知する。胸腹部に特記すべき異常所見なし。左鼠径リンパ節は腫大している。左下肢に浮腫を認める。【検査所見】WBC 6900/ μ l、Hb 12.1g/dl、肝腎機能に異常所見を認めない。TSH 5.69 μ IU/ml、Free T4 1.15ng/dl。

【経過】大腸内視鏡検査を施行し上部直腸に全周性の2型腫瘍を認めた。同部位の生検では中分化管状腺癌の診断を得た。肺腫瘍についてはCTガイド下生検を行い直腸癌の転移と診断した。甲状腺についてもエコーガイド下生検を行い直腸癌の転移と診断した。以上よりstage4の直腸癌と診断し化学療法(FOLFOX)を開始した。途中から抗 VEGF 抗体を併用し画像上腫瘍は縮小したが、その後腸閉塞症状が出現したため人工肛門造設術を施行した。現在はFOLFIRIを施行中である。

【考察】転移性甲状腺癌は剖検では散見されるが臨床的に診断されることは稀である。原発巣としては腎臓、肺、乳腺が多いと報告されているが直腸からの転移は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

88 分子標的薬剤併用化学療法にて30ヶ月以上の長期生存が得られた多発肝転移合併大腸癌の2例

¹名古屋記念病院 化学療法科、²名古屋記念病院 血液・化学療法科、³名古屋大学大学院 消化器内科
○浅尾 優¹、古田 竜一¹、片岡 孝江²、安藤 貴文³、
後藤 秀実³、伊奈 研次¹

現在、本邦では治癒切除不能進行・再発大腸癌に対してFOLFOXまたはFOLFIRI療法が標準治療とされており、5-FU/leucovorin (LV)、oxaliplatin (L-OHP)、irinotecan (CPT-11)のすべてを使用することが生存期間の延長に寄与するとの報告がある。さらに近年分子標的薬剤の開発により化学療法との併用において奏効率の上乗せ効果が認められている。今回、分子標的薬剤を併用し、化学療法開始後30ヶ月以上経過した長期生存例を2例経験したので報告する。【症例1】62歳、男性。盲腸癌穿孔、肝転移のため2005年5月7日に回盲部切除術が施行された。術後、肝転移に対しmodified FOLFOX6 (mFOLFOX6)療法が計16クール行われ肝転移巣のCRが得られたが、8ヶ月後に再発を認めた。以後S-1/CPT-11療法が3コース、FOLFIRI/bevacizumab (BV)療法が12コース施行され、化学療法開始より34ヶ月経過した現在も化学療法継続中である。【症例2】75歳、女性。上行結腸癌、多発肝転移に対し2005年9月20日に右半結腸切除術が施行され、手術後に肝転移に対しmFOLFOX6療法が13コース、S-1/CPT-11療法が10コース行われた。抗腫瘍効果はSDであったが、CEA値の上昇を認めたためにFOLFIRI/BV療法に変更され、30ヶ月経過した現在もFOLFIRI/BV療法を継続中である。当院での長期生存例は、2例とも5-FU/LV、L-OHP、CPT-11のすべてが使用され、さらに分子標的薬剤であるBVが併用され30ヶ月以上の長期にわたり原疾患のコントロールが得られている。performance statusが良好な症例に対しては、使用可能な薬剤を積極的に用いることが生存期間の延長に有用であると考えられた。

89 総胆管結石に合併した肝仮性動脈瘤、肝被膜下膿瘍の一例 (若手)

¹静岡市立清水病院 消化器科
○佐原 秀¹、窪田 裕幸¹、大石 慎司¹、鈴木 大輔¹

症例は66歳の男性。13年前に胃潰瘍穿孔による幽門側胃切除(Billroth I法)の既往あり。平成19年3月30日、発熱・意識レベル低下・構音障害・下肢脱力を主訴に当院救急外来受診。血液検査でWBC 25900/ μ l、Hb 12.7g/dl、CRP 11.1mg/dl、T-Bil 2.0 mg/dl、AST/ALT 25/17 IU/l、ALP/ γ GTP 360/106 IU/l、Amy 38 IU/lと高度の炎症反応と胆道系酵素上昇認めた。臨床症状より細菌性髄膜炎、脳炎が疑われ神経内科入院となったが、頭部CT・頭部MRI・髄液培養で異常認めず、また意識レベルも速やかに自然軽快した。一方、T-Bil 5.4 mg/dl、AST/ALT 254/131 IU/l、ALP/ γ GTP 1531/477 IU/lと肝胆道系酵素はさらに上昇し、第4病日に施行した腹部造影CTにて肝門部に径4cm大の境界明瞭で著明な造影効果を呈する領域とその周囲から肝周囲に及ぶ液体貯留、複数の総胆管結石を認めた。以上の所見より総胆管結石に合併した肝仮性動脈瘤、肝被膜下膿瘍の診断にて同日当科転科、緊急血管造影を施行した。左肝動脈分枝より造影剤の漏出が見られ、嚢状に造影剤が貯留した。microcoilを使用して分枝起始部を塞栓した。その後動脈瘤は縮小した。また第27病日にERCP施行し総胆管結石を除去した。その後肝胆道系酵素の正常化と肝被膜下膿瘍の消退を認め、リハビリ期間を経て第116病日に退院した。本症例では、総胆管結石による高度な胆管炎が胆管周囲に波及し仮性動脈瘤及び肝被膜下膿瘍が形成されたのではないかと考えられた。比較的稀な合併症と考えられたため若干の文献的考察を加え報告する。

90 治療に難化した HIV 感染症に合併した肝膿瘍の1例

¹大同病院 消化器科
○藤原 晃¹、榊原 聡介¹、印牧 直人¹

【症例】41歳男性 【主訴】発熱、腹痛 【既往歴】2003年に髄膜炎【現病歴】胃潰瘍にて当院外来通院中であったが、2007年11月下旬より39度台の発熱が出現し、改善が認められないため12月10日当院消化器科を受診した。血液検査にて肝機能障害、著明な炎症反応の上昇を認め、腹部CT、USにて肝S6の11cm大の肝膿瘍と診断し、精査、治療目的に翌11日に入院となった。【入院後経過】入院後肝膿瘍ドレナージを施行したところ赤白色の排膿を多量に認めた。膿培養は陰性であり、アメーバ検査も陰性であった。ドレナージ後、腹痛は改善したが膿瘍径は縮小せず、39度台の発熱は持続した。便検査にてもアメーバ陰性であった。抗生剤をSBT/CPZ、CLDM、CTRX、IPM/CSと変更していったが改善を認めなかった。髄膜炎の既往があり、免疫不全を疑って血液検査を行ったところ、CD4/CD8比の低下が認められ、HIV測定にて陽性と判明した。HIV感染症に合併した肝膿瘍と診断して2008年1月17日より抗HIV療法(EFV+FTC+TDF)を開始したところ、1週間後には解熱し、最大11cmあった膿瘍径も2cmにまで縮小したため退院となった。以後CD4陽性リンパ球数の改善とHIV RNA量の低下を認めたが、再び2月下旬より発熱し肝外性膿瘍の出現を認めたため、当院での対応は困難となりHIV専門治療施設へ転院することとなった。非細菌性、非アメーバ性の肝膿瘍では本症例のごとく、HIV感染症による合併を考慮する必要がある、若干の文献的考察を加えて報告する。

91 アメーバ肝膿瘍の3例

¹名古屋掖済会病院 消化器内科
○安田真理子¹、神部 隆吉¹、大橋 暁¹、水野 聡己¹、中島 成隆¹、吉村 透¹

【症例1】35歳男性。発熱にて受診、咽頭炎と診断し内服治療を行うも解熱せず。経過中に右季肋部痛が出現したため救急受診、WBC 16000、CRP 21.52mg/dlと上昇、腹部CTにて肝右葉に7cm大のLDAを認め、肝膿瘍と診断し緊急ドレナージを施行した。ドレナージ洗浄・抗生剤 (SBT/CPZ) による治療を開始するも解熱せず。膿瘍排液の鏡検ではアメーバは認められなかったがアメーバ性肝膿瘍を強く疑いmetronidazole 750mg×3の内服を開始、速やかな症状の改善を得た。アメーバ抗体は1600倍陽性であった。【症例2】71歳男性。右季肋部痛・発熱にて救急受診、WBC 17600、CRP 22.10mg/dlと上昇あり、腹部CTにて肝右葉に5cm大のLDAを認め肝膿瘍と診断した。膿瘍が肝表面にきわめて近かったためドレナージは行わず抗生剤による治療を開始した。しかし症状の改善を認めなかったため、第3病日に膿瘍穿刺し排液を行った。持続ドレナージは施行しなかった。同時にアメーバ性肝膿瘍を疑いmetronidazole 750mg×3の内服を開始した。その後穿刺部位から膿が漏出し肝被膜下膿瘍をきたしたためドレナージを施行、症状の改善を得た。膿瘍排液の鏡検ではアメーバは認めず、アメーバ抗体は400倍陽性であった。【症例3】43歳男性。近医より不明熱の精査にて紹介、WBC 8900、CRP 16.24mg/dlと上昇、腹部CTにて肝左葉に6cm大のLDAを認め肝膿瘍と診断、緊急ドレナージを施行した。抗生剤使用にて解熱、症状の改善が得られた。膿瘍排液の鏡検ではアメーバは認めず、アメーバ抗体は1600倍陽性であった。本症例はHIV陽性であった。【考察】アメーバ性肝膿瘍は単発がほとんどでチョコレート様の内容液が特徴的とされている。治療はmetronidazoleの内服であり、ドレナージは不要との報告もあるが、Monroeらはドレナージの適応として、1：穿孔の危険性 (30mm以上) があるとき、2：抗アメーバ剤投与72時間後に効果の無いとき、3：肝左葉の病変を挙げている。今回われわれが経験したアメーバ性肝膿瘍の3例はいずれもドレナージを施行したが、1例はドレナージのみで軽快した。また全例で膿瘍液の鏡検でアメーバは認められず、アメーバ抗体の測定が診断に有用であった。

92 アニサキス虫体が脾に迷入して急性脾炎をきたしたと思われ (若手) 1例

¹中部労災病院 消化器科
○細野 功¹、山田 誠吾¹、森本 剛彦¹、内山 功子¹、
尾関 雅靖¹、中江 治道¹、村瀬 賢一¹

【はじめに】消化管アニサキス症は急性腹痛の原因として鑑別に挙げべき疾患の1つであるが、通常は胃などの腸管が好発部位であり、消化管外アニサキス症は稀である。我々はアニサキス虫体が原因で急性脾炎をきたしたと経験したので報告する。【症例】64歳女性。平成19年11月17日夕食後から左上腹部痛が出現、市販薬内服にて様子をみていたが軽快せず、持続痛となってきたため翌朝当院救急外来受診。アミラーゼ値の上昇を認め急性脾炎と診断、加療目的で入院となった。絶食・輸液、蛋白分解酵素阻害剤等で脾炎の加療を行うと共に脾炎の原因検索を行った。腹部超音波検査にて脾頭部に低エコーを示す腫瘍性病変を認めたが、腹部造影CTやMRIでは脾頭部の腫大・軽度の主脾管拡張を認めるも腫瘍性病変ははっきりせず、画像診断による腫瘍鑑別は困難であった。ERCPでは胆管へのカニューレションができなかったが、脾管は特に異常所見なし。脾癌の否定目的で超音波内視鏡等でさらなる精査を勧めたが本人は拒否され、手術を強く希望されたため12月17日に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術(SSPPD)が施行された。脾頭部に硬い腫瘍を触知し、切除標本にて脾頭部に直径約8mmの腫瘍が認められた。病理組織学的所見では脾頭部に被膜を有する膿瘍形成があり、中心部に変性した原虫虫体が認められた。周囲は炎症細胞の樹状配列を認め、好酸球の浸潤も多いPalisading granulomaの所見で、悪性細胞は認めなかった。術後21日目目の血液検査で抗アニサキスIgG・A抗体が陽性を示し、アニサキス虫体により腫瘍形成性脾炎をきたしたものと考えられた。【結語】アニサキス虫体が脾に迷入して急性脾炎をきたしたと思われる1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

93 当院における重症急性脾炎症例の検討

¹豊橋市民病院 消化器内科
○林 大樹朗¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、
山田 雅弘¹、北島 秀夫¹、石黒 裕規¹、佐々木淳治¹、
山本富美子¹、山田 哲¹

【目的】重症急性脾炎の致死率は依然高く重症化予防と発症早期の適切な治療の開始が重要と考えられる。今回われわれは発症早期の治療戦略を明らかにするために、当院で経験した重症急性脾炎症例を検討したので報告する。【対象・方法】2005年3月から2008年5月までに当院にて入院治療を施行した厚生省判定基準による重症急性脾炎24例を対象とした(男性17例、女性7例、平均年齢60.3歳)。重症急性脾炎をステージ分類し、臨床例について検討した。【結果】重症急性脾炎(Stage2)は15例(男性12例、女性3例、平均年齢64.4歳)であり、うち3例(男性3例、女性0例)が第3病日以降にStage3へ進展した。原因別ではアルコールが7例、胆石が4例、特発性が3例、脾管癒合不全が1例であった。持続動注療法+CHDFは4例(27%)に施行され、15例中14例(93%)が救命された。重症急性脾炎(Stage3)は7例(男性5例、女性2例、平均年齢59.9歳)であり、原因別ではアルコールが3例、胆石が2例、自己免疫性が1例、外傷性が1例であった。持続動注療法+CHDFは4例(57%)に施行され、7例中6例(86%)が救命された。重症急性脾炎(Stage4)は2例(男性0例、女性2例、平均年齢30.5歳)であり、原因別ではアルコールが1例、SLE合併例が1例であった。持続動注療法+CHDFは1例(50%)施行され、もう1例はCHDFのみ行われた。全24例中1例(50%)が救命された。全症例における救命率は21例(88%)であった。死亡例3例の内訳は第3病日以降にStage2からStage3へ進展した78歳男性の特発性脾炎症例が1例、96歳女性の胆石脾炎症例(Stage3)が1例、31歳女性のアルコール性脾炎症例(Stage4、持続動注療法は施行せず)であった。救命された21例の入院24時間の補液量は平均6160ml/24時であった。死亡された3例の入院24時間の補液量は平均4890ml/24時であり充分な初期点滴が重要と思われた。また持続動注療法+CHDFは9例(38%)に行われ、第3病日以降のStage3への進展例2例を含む7例(78%)がStage3以上、2例(22%)がStage2であった。全9例中8例(89%)は救命され、Stage3以上の症例においても7例中6例(86%)が救命されその有用性が示唆された。

94 眼瞼腫脹を契機に診断しえた自己免疫性脾炎の1例 (若手)

¹山本総合病院 消化器科
○武井 英之¹、泉 恭代¹、井上 英和¹、大森 茂¹

症例：54歳女性。主訴は両眼瞼腫脹。平成9年頃より両眼瞼の腫脹が出現し再発を繰り返して生検で腫瘍性増殖は認めないものの腫脹の原因は不明であった。原因検索のため近医にてPET検査が施行され、両眼瞼腫脹部・両顎下腺・脾にFDGの集積を認めたため、自己免疫性脾炎の疑いで当院消化器科を紹介され精査・加療目的に入院。入院時現症では、両眼瞼の腫脹は軟で可動性があり、発赤・疼痛は認めず。両顎下腺は両側共に硬く触知。右顎下腺前方に腫瘍を触知。頸部・腋下・鼠径のリンパ節腫大なし。腹部は平坦・軟で圧痛無く腫瘍触知せず。皮膚・関節等に特記すべき所見なし。入院時検査所見でトランスアミンナーゼと胆道系酵素の上昇、IgGの高値を認めた。抗SS-A抗体・SS-B抗体・リウマチ因子・抗ミトコンドリア抗体は何れも陰性。前医にて測定されたIgG4は著明な高値であった。入院時US、CTにて脾のび慢性腫大を認めたが明らかな腫瘍は存在しなかった。MRCPにて主脾管は、び慢性に分節状の狭細像を認め、総胆管は下部で狭窄し、その中極側で拡張していた。PET所見にて、脾内にび慢性かつ不均一にFDGが集積し、さらに両顎下腺、両側上眼瞼から上直筋に沿ってFDGの集積を認めた。診断確定のためERCP検査を予定するも患者様の承諾が得られず、MRCPの脾管像を診断基準に当てはめ、自己免疫性脾炎と診断し、プレドニゾン30mg/日より投与を開始し2週間毎に5mg/dayずつ漸減した。治療開始後約1ヶ月のCT・MRIにて脾腫大及び総胆管狭窄は明らかに改善し、両眼瞼の腫脹も軽快した。自己免疫性脾炎は、脾腫大、脾管狭細像、血中IgG4の上昇、ステロイドが奏功するなどの特徴を持つ特殊な腹症であるが、唾液腺腫大、胆管狭窄、後腹膜線維症などの多彩な脾外病変が認められる。本症例は両眼瞼腫脹のはかに自覚症状はなく診断に苦慮したが、今後、涙腺腫大、唾液腺腫大、リンパ節腫大などをみたら、自己免疫性脾炎の脾外病変も念頭におき精査する必要があると考えられた。

95 胆管癌との鑑別に苦慮し、自己免疫性脾炎に伴う硬化性胆管炎と考えられた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
○松本 和也¹、水野 伸匡¹、澤田 明¹、原 和生¹、
高木 忠之¹、中村 常哉²、田近 正洋²、河合 宏紀²、
澤井 勇悟¹、小林 佑次¹、杉森 聖司¹、山北 圭介¹、
坪井 順哉¹、山雄 健次¹

症例は66歳、男性。検診のPET-CTにて脾頭部腫瘍が疑われ、当科紹介受診。身体所見上特記すべき所見を認めず、血液検査にて肝胆道系酵素、CEA (5.7 ng/ml)、IgG4 (153 mg/dl) の上昇、抗核抗体の陽性を認めた。腹部CTでは右肝管の狭窄と腫瘍像を認め、脾頭部の腫大と体尾部の萎縮、主脾管拡張より、胆管癌および慢性脾炎と考えられた。EUSでは脾頭部に22 mm大の辺縁低エコー、内部不均一な腫瘍様病変を認めたが、尾側主脾管径は2.7 mmと軽度の拡張にとどまり、胆管壁肥厚も認められることから、自己免疫性脾炎(AIP)を第一に考えた。ERCP、IDUSでは右肝管に片側性の壁肥厚、下部胆管に全周性壁肥厚を認めたため、肝門部胆管癌、下部胆管癌も否定できなかった。脾病変は頭部主脾管の壁不整と、びまん狭細像よりAIPが考えられた。下部胆管、右肝管のブラッシング細胞診、ENBD留置後の胆汁細胞診はいずれも陰性で、脾腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法でも悪性像を認めなかった。病理組織検査、腹部CTにて特徴的な所見は得られなかったが、ERCP所見、高IgG4血症よりAIPとそれに伴う硬化性胆管炎と診断した。プレドニゾン(PSL) 40 mg/日より開始し漸減していった。以降、肝胆道系酵素は改善し、PSL導入1週間後のPETにて脾頭部への集積像は消失し、2週間後のERCPでは右肝管、下部胆管狭窄像、脾頭部主脾管狭細像いずれも改善し、PSLは減量中である。今回我々は、胆管癌との鑑別に苦慮した自己免疫性脾炎に伴う硬化性胆管炎の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。

96 6年後に肝再発した微小浸潤 IPMC の1例

¹国立病院機構 静岡医療センター 消化器科、²国立病院機構 静岡医療センター 外科
○大西 佳文¹、尾関 豊²

(目的) 微小浸潤 IPMN の再発、肝転移は非常にまれで、興味深いので報告する。(症例) 患者は 61 歳男性。(経過) 膵頭部 IPMN と肝転移疑いで、2002 年 1 月、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術、および肝 S6 部分切除術を施行した。病理組織学的には、膵頭部腫瘍は、乳頭状腺癌が分枝膵管を中心に主膵管内まで進展していたが、膵実質へは微小浸潤であった。また、十二指腸に一部腫瘍との瘻孔があり、粘液と乳頭状腺癌が粘膜に沿って進展していたが、瘻孔部の浸潤像はなかった。肝 S6 腫瘍は、大きさ 2cm で、形質細胞を主体とした plasma cell glanguloma type の炎症性偽腫瘍であった。以上から病理組織では、intraductal papillary adenocarcinoma, minimally invasive, med, inf a, ly0, v0, ne0, mpd(+) と診断した。その後、無再発で経過していたが、外来経過観察中の 2008 年 1 月、腹部 CT で肝内にわずかに造影効果のある 1~2cm 大の多発腫瘍を認め、精査加療のため同年 2 月当院入院となった。肝腫瘍生検で腺癌を認めたことから、IPMN の 6 年後再発肝転移と診断し、現在、化学療法 (GEM) を開始している。(結語) 6 年後に肝再発した微小浸潤 IPMN のまれな 1 例を経験したので報告した。

97 嚢胞内出血が閉塞性黄疸の原因と考えられた IPMT の一例

¹JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○林秋倉 新¹、白井 直人¹、竹内 靖雄¹、和田 朋彦¹、平野 力三¹、岡崎 貴宏¹、梶村 昌良¹

症例は 92 歳女性。主訴は食欲不振と黄疸。現病歴；グループホーム入所中の平成 19 年 10 月末頃より食欲不振と徐々に黄疸が出現。近医での腹部エコーにて肝腫瘍疑われ、11 月 2 日当院紹介受診し、精査目的にて入院となった。既往歴；脳腫瘍、脳梗塞、パーキンソン病、子宮癌、高血圧など。入院時現症；黄疸著明、腹部の軽度膨隆を認めた。入院時血液検査所見では、直接ビリルビン優位の上昇、肝胆道系酵素の上昇、また貧血と CEA の軽度上昇も認めた。入院後の造影 CT では膵頭部に約 8cm 大の嚢胞性病変を認め、体尾部にも数個の嚢胞を認めた。MRI では膵頭部の病変は他の嚢胞と信号強度が異なり、後腹膜由来の腫瘍と考えられた。MRCP では、腫瘍の圧排による総胆管の狭小化を認め、胆嚢の軽度腫大と主膵管の拡張を認めた。腹部エコーでは膵頭部付近に 8cm 大の腫瘍性病変を認め、肝内胆管の拡張も認めた。後日、減黄目的にて施行した ERCP では総胆管の狭窄が強く、ドレナージチューブの挿入は不可能であった。その後、患者は高齢でもあり、PTCD などの侵襲的な処置は希望されず、点滴にて経過をみていたが、徐々に全身状態悪化し死亡確認となった。ご家族の同意を得て病理解剖を行ったところ、膵管内腫瘍 (IPMT) 由来の浸潤性膵管癌を認めた。閉塞性黄疸が出現した原因は、IPMT に伴う嚢胞状病変の 1ヶ所の内腔に何らかの理由で出血がおき、同部を極度に拡張させ、総胆管を圧排したためと考えられた。今回我々は IPMT 由来の膵癌による嚢胞内出血が閉塞性黄疸の原因となった一例を経験したので、若干の文献的検索も加えて報告する。

98 脾粘液性のう胞腫瘍の3例

¹国立病院機構名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学大学院 消化器内科学
○渡邊 久倫¹、平嶋 昇¹、遠藤 伸也¹、玉置 大¹、齋藤 雅之¹、龍華 庸光¹、日比野祐介¹、小林 慶子¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

過去 3 年間に脾粘液性のう胞腫瘍 (MCT) を 3 例経験したので報告する。症例 1 は 44 歳、女性。平成 17 年 2 月心窩部の膨隆で受診。左卵巣のう腫を合併。MRCP で胆管系異常なし、ERCP で主膵管の途絶あり。血管造影で動脈に異常なし。平成 17 年 3 月 14 日、脾体尾部切除術と左卵巣摘出術を施行、直径 20cm の単胞性のう胞で MCT と診断された。症例 2 は 27 歳、女性。腰痛で泌尿器科受診時の CT で脾尾部に隔壁を伴う 60mm のう胞を指摘される。ERCP で主膵管異常なし。血管造影で動脈に異常なし。平成 19 年 12 月 12 日、脾体尾部脾臓切除術施行。隔壁を伴う多胞性のう胞で MCT と診断された。症例 3 は 44 歳、女性。平成 20 年 1 月、健康診断の腹部超音波で水腎症を疑われ泌尿器科受診。CT で脾尾部に腫瘍を疑われる。ERCP で主膵管異常なし。血管造影で動脈に異常なし。平成 20 年 2 月 29 日、脾体尾部脾臓切除術施行。隔壁を伴う多胞性のう胞で MCT と診断された。MCT (mucinous cystic tumor) は SCT (serous cystic tumor) や IPMT (intraductal papillary mucinous tumor) と鑑別を要するのう胞性腫瘍で、比較的若年の女性に多く、malignant potential をもつとされる。特徴的な所見を呈した MCT を過去 3 年間に 3 例経験したので報告する。

99 脾 solid-pseudopapillary tumor 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
○石川 卓哉¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、
春日井俊史¹、大野栄三郎¹、松原 浩¹、宮原 良二¹、
大宮 直木¹、丹羽 康正¹、後藤 秀実¹

症例は30歳代、女性。主訴は、左側腹部痛。既往歴に特記すべきことなし。平成19年10月、腹部CTにて脾尾部に腫瘍を認め、精査目的にて当科入院となった。腹部超音波検査（US）では、脾尾部に18mm大の境界が明瞭で、整な等エコー腫瘍を認めた。カラードブラ断層法では乏血性であった。ソナゾイド®を用いた造影USでは開始直後より近接する頭側脾とほぼ同時に造影され始めたが、正常脾より僅かに低輝度を呈した。その後1分以内に正常脾とほぼ同程度となった。腹部単純CTでは腫瘍は内部不均一で脾実質より低吸収を呈し、経時的に造影効果を認めた。遅延相ではほぼ均一に脾と同程度に造影された。超音波内視鏡検査（EUS）では等エコー内に一部で高エコー領域を有する腫瘍として描出された。境界は明瞭であったが被膜の存在を示唆する所見は認めなかった。造影EUSでは周囲脾実質に比して乏血性であった。内視鏡的逆行性脾管造影検査では尾部主脾管に圧排狭窄像を認めた。以上よりsolid-pseudopapillary tumorを疑い、脾体尾部切除術を施行した。病理組織所見では、腫瘍は類円形核と淡明な胞体をもつ細胞が充実性に増殖し、一部に偽乳頭状構造を認めた。免疫染色ではchromogranin(±)、NSE(+)、CD56(+)、β-catenin(+)であり、solid-pseudopapillary tumorと診断した。脾SPTの一例を経験したので報告する。

100 脾 Solid-pseudopapillary tumor の1例 (外科)

¹市立伊勢総合病院 外科
○野田 直哉¹、伊藤 史人¹、井戸 政孝¹、湯浅 浩之¹、
大倉 康生¹

症例は14才、女性。上腹部のしこりに気付く近医を受診。USにて腹部腫瘍を指摘され精査加療目的に当院紹介。入院時身体所見では左上腹部に弾性硬の腫瘍を触知した。腹部US：大きさ8×5×4cm、表面平滑で、周囲との境界は明瞭、内部エコーは充実性で、やや不均一な腫瘍であった。腹部CT：上腹部正中で肝外側区域下面に約8cm大の長円形の腫瘍を認め、内部は一部low densityで、わずかに造影された。MRCP：腫瘍により主脾管が圧排され、その尾側で軽度の拡張を認めた。血管造影：腫瘍により明らかなencasementは認められないものの、GDA、PVが圧排されていた。以上から脾Solid-pseudopapillary tumorと診断し、手術を施行。術中所見では肝下面、小網の後面に8cm大の球形の腫瘍を認めた。周囲への浸潤を疑わせる所見はなく、腫瘍を含めて脾中央切除を施行した。摘出標本では腫瘍は大きさ8.7×6.7×7.0cmで、断面では充実性、白色調で一部出血を伴っていたが明らかな囊胞は認められなかった。組織学的には皮膜を有する境界明瞭な病変で、円形～類円形の核を持つ好酸性細胞や淡明細胞が数石状あるいは血管を軸とした乳頭状に増生しており、Solid-pseudopapillary tumorと診断された。

101 囊胞性変化を伴った脾内分泌腫瘍の一例

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
○松原 浩¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、
春日井俊史¹、大野栄三郎¹、石川 卓哉¹、宮原 良二¹、
大宮 直木¹、丹羽 康正¹、後藤 秀実^{1,2}

症例は60歳代男性。主訴は脾腫瘍精査目的。既往歴は糖尿病、高血圧症。近医にて施行の体外式腹部超音波検査（US）で脾腫瘍を指摘され、平成19年12月19日精査目的にて当院紹介受診となった。USでは、脾頭部に約2cm大の境界が明瞭で比較整な低エコー腫瘍を認め、内部には無エコー領域を有していたSonazoidRを用いた造影USでは無エコー領域以外の充実性部分に造影効果を認め、造影5分後にも造影効果は持続していた。超音波内視鏡検査（EUS）では脾頭部に21×17mm大の内部に無エコー領域を有する境界明瞭な低エコー腫瘍を認めた。Lateral shadowingを認め、また造影EUSでは実質部分に均一に豊富な血流を認めた。腹部CT検査では、病変は辺縁部主体に動脈相から強い造影効果を認め、門脈相、平衡相でも造影効果は持続していた。内部には造影されない低吸収域を多数認めた。内視鏡的逆行性脾管造影検査では、脾頭部主脾管および分枝脾管に軽度の圧排所見を認めた。引き続き施行した脾管内超音波検査では、EUS同様に無エコー領域を伴う低エコー腫瘍として描出され、主脾管との距離は約3mmであった。以上より囊胞性変化を伴う脾内分泌腫瘍を第一に考え、3月中旬、脾頭十二指腸切除術を施行した。腫瘍細胞は免疫染色でクロモグラニン陽性、神経内分泌への分化を呈し、グルカゴンは陽性で、セロトニン、インスリン、ガストリン、ソマトスタチンは陰性であった。最終病理組織学的診断はwell differentiated endocrine tumor, pPCM(-), pDPM(-), ly(-), v(+), ne(+)であった。囊胞性変化を伴った脾内分泌腫瘍の一例を経験したので報告する。

102 診断・治療に難渋し、病理解剖にて診断のついた原発不明癌の一例

¹名古屋掖済会病院 消化器科
○中島 成隆¹、安田真理子¹、吉岡 靖展¹、吉村 透¹、
水野 聡己¹、大橋 暁¹、神部 隆吉¹

【症例】35歳男性、4ヶ月前から出現した心窩部痛の増悪を主訴に当院救命センターを受診。来院時の血液検査にて炎症反応の軽度上昇ならびにアミラーゼの上昇、CTにて腹腔動脈周囲のリンパ節腫大ならびに右腎背側に腫瘍を認め、精査加療目的で入院となった。【経過】確定診断目的で行った右腎背側の腫瘍の生検では未分化なCarcinomaであること以外わからず、胸腺生検、腹水細胞診などを行ったが確定診断には至らなかった。脾癌を疑い第33病日よりS-1 + GEM併用療法を開始したが、腫瘍の縮小効果は得られず、腹水の増加等の病状悪化を来した。S-1 + GEM併用療法は1クールで終了、第69病日より精巣腫瘍のレジメン（BEP療法：CDDP + VP-16 + BLM）での治療を開始、腫瘍縮小効果は得られたものの腹水コントロールが不能となり、全身状態の悪化を来して第131病日に死亡した。病理解剖を行い退形成性脾癌（多型細胞型）による腎臓および肺への転移との最終診断が得られた。【考察】若年に発症し、脾全体にびまん性に浸潤を来した腫瘍を形成しない退形成性脾癌の一例を経験したので、報告する。

103 脾腫瘍に対する脾中央切除術 (外科)

¹名古屋大学 消化器外科

○鹿野 敏雄¹、竹田 伸¹、野本 周嗣¹、金住 直人¹、
杉本 博行¹、山田 豪¹、中尾 昭公¹

【緒言】近年消化器外科領域では機能温存手術の有用性が認識され、脾切除においても幽門輪温存脾頭十二指腸切除や脾頭十二指腸第二部切除など確立された術式もみられる。今回われわれは、脾頭部および脾体部の脾腫瘍に対して施行した脾中央切除について、その方法と周術期、長期成績を検討し、脾中央切除の有用性を検討する。【方法】1991年1月から2006年12月の15年間に名古屋大学消化器外科教室にて脾腫瘍性病変に対し施行した脾中央切除26症例(MP群)をretrospectiveに検討し、同一期間に脾良性腫瘍に対して施行した脾頭部切除60症例(PD群)、脾体尾部切除30症例(DP群)と比較した。【結果】脾中央切除26例中、IPMN 11例、MCA 8例、SCA 3例、その他4例であった。胃切除の既往がある2例は空腸吻合による再建、それらを除いた24例が脾胃吻合にて再建を行った。MP群平均手術時間は294±62分でPD群よりも短いもの(P=0.001) DP群よりも時間を要した(P=0.04)。術後出血を3例に認め、そのうち2例で開腹止血術、脾液瘻がらみの1例については尾側脾切除を要した。周術期死亡率は0%、合併症、脾液瘻発生率は41%、30%でPD群、DP群に比し高いものの有意差はなかった。長期成績では脾機能は高度に保たれており、糖尿病の発生率は0%、消化酵素剤は1例に要したのみでPD群、DP群に比して良好であった(P=0.0001, P=0.01)。また、栄養状態に関しても他の2群に比し有意に良好であった。MP群の脾管内乳頭腫瘍のうち1例が68ヶ月後に再発、脾頭側残脾切除を行った。【結語】脾中央切除は合併症発生頻度が比較的高いものの、長期予後が期待され術後のQOLが重要となる脾良性または低悪性腫瘍に対しては良い適応であると考えられる。

105 腫瘍として同定困難で診断に難渋した脾頭部癌の一例

¹三重大学 消化器肝臓内科、²三重大学 光学医療診療部、³三重大学 肝胆脾外科

○井上 宏之¹、葛原 正樹¹、原田 哲朗¹、野田 知宏¹、
小坂 良²、青木 雅俊²、濱田 康彦²、田中 匡介²、
伊佐地秀司³、井本 一郎²、竹井 謙之¹

症例は77歳男性、飲酒歴は1日2合程度。平成19年12月初旬より食欲不振、黄疸あり近医に紹介入院となった。腹部US、CTで脾頭部から体部にかけての腫大認め、PET検査にてSUV4.7の集積を認めた。またSMA周囲にもLDA認めたためERBD挿入の後、脾癌の診断にてTS-1、GEMを1クール施行された。経過観察のCTで腫瘍縮小傾向認めたため腫瘍形成性脾炎等の鑑別のため平成20年2月下旬に当院紹介入院となった。当院で施行したCT、MRI、USでも腫瘍は不明瞭であった。血液検査ではIgG、IgG4は正常で抗核抗体は80倍であった。腫瘍マーカーではCA19-9は171.6U/mlと高値であった。ERCPでは下部胆管の狭窄認め、脾管像では脾体尾部に慢性脾炎様の広狭不整像を認めた。Santorini管との合流部に硬化像を認めたが脾液、胆汁細胞診では悪性所見は認めなかった。EUSでは脾頭部に境界不明瞭な低エコー腫瘍を認め、脾頭部近傍に15mm大のリンパ節腫大を認めた。EUS-FNAを施行したが悪性所見認めなかった。画像上は非典型的であるが、胆管狭窄の所見が強いこと、アルコル性の脾炎としてはPETのSUV高値であることより治療的診断目的に平成20年4月に脾頭十二指腸切除を施行した。切除標本では肉眼上は明らかな腫瘍の形成を認めなかったが、組織学的には細胞異型に乏しい高分化管状腺癌が境界不明瞭に広く増殖し、脾周囲の脂肪組織や門脈壁へも進展していた。主脾管には腫瘍認めず、分枝脾管内にはPan IN2-3に相当する異型過形成から上皮内癌が広範囲に存在した。また腹膜上にも腫瘍を認めた。最終診断はwell differentiated adenocarcinoma, pT4, N1, M1 stage IVbであった。本症例では非常に広範囲に腫瘍が進展していたにも関わらず、主脾管に病変を認めず脾癌に典型的な画像を呈しなかった。腫瘍として同定困難で、細胞異型の乏しい腺管の散在性の分布であったためEUS-FNAでも診断困難であった。診断に難渋した脾頭部癌の一例を経験したので報告する。

104 脾腺扁平上皮癌の一例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○梅村修一郎¹、林 克巳¹、館 桂一郎¹、堀 寧¹、
岩崎 弘靖¹、山川 慶洋¹、今井 宗憲¹、西脇 裕高¹、
栗本 拓也¹、藤原 圭¹、山田 智則¹、根本 聡¹、
白子 順子¹、折戸 悦朗¹

症例は52歳男性。平成19年12月右下腹部痛を主訴に当院受診。腹部CTにて脾尾部に46×38mmを最大とする複数の嚢胞状病変認め、入院精査となった。MRIでは充実性分と嚢胞性成分の混在を認め、充実成分はT1で低信号・T2でやや高信号・Gd造影では早期造影不良も遅延相での増強を認めた。MRCPで主脾管の拡張認めず、また嚢胞と主脾管の交通は明らかでなかった。EUSでは最大50mmの嚢胞認め、嚢胞内に正常脾と比較すると低エコーな実質成分を認め一部多房性の所見も認めた。ERCPでは乳頭は正常だったが、脾管カニューレション困難で脾管造影できなかった。画像診断は脾IPMN分枝型からの脾癌発生を疑い、当院外科にて脾体尾部・脾切除術施行した。標本造影では主脾管と嚢胞の交通は認めなかった。肉眼所見では主病巣の最大径(嚢胞を含む):6.5×5.5×5cm。病理組織学的所見では、クロマチンを増した核を有する腫瘍細胞が大小の腺腔や胞果を形成しつつ増殖し、また線維化を伴って浸潤していた。腫瘍成分は部分的にシート状の増殖や角化を伴う扁平上皮系に分化した比較的高分化なSquamous cell carcinomaの像も示し、adenosquamous carcinomaに相当する組織像と考えられた。腫瘍の辺縁に大小形成されている嚢胞部分は、主脾管との関連性は明らかではなく、腫瘍成分より生じた変化と考えられた。なお、腫瘍細胞の一部は豊富な粘液を含むも少量であり卵巣様間質も乏しく、mucinous cystadenocarcinomaは否定的と考えられた。我々は脾癌のなかでも比較的良好な脾腺扁平上皮癌に嚢胞様成分を伴った症例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

106 脾腺房細胞癌の一例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷

○濱宇津吉隆¹、中江 康之¹、井本 正巳¹、浜島 英司¹、
今田 数実¹、仲島さより¹、坂巻 慶一¹、鈴木 宏康¹、
村瀬 和敏¹、松井 健一¹、米山 典孝¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

【症例】71歳、男性。主訴は嘔吐。既往歴は胃痛、うつ病、誤嚥性肺炎、前立腺肥大症。平成19年9月から悪心、嘔吐が出現し、近医受診。腹部CTにて脾尾部腫瘍を指摘され、10月22日に当院消化器内科紹介受診。血液生化学検査では、CA19-9:150U/ml、CEA:4.9U/mlと上昇を認めた。また脾酵素は、AMY:73U/L、LIP:33U/Lと正常値であった。腹部超音波検査では、脾尾部に90×78mmの、形状不整で境界明瞭、内部に嚢胞と結節の混在した腫瘍性病変を認めた。腹部CTでは脾尾部に82×86mm、造影効果のある不整な壁に結節を伴う嚢胞性腫瘍を認めた。周囲との境界は比較的明瞭で、明らかな浸潤は認めなかった。ERCP、MRCPでは、脾体部での脾管途絶を認めた。以上の所見より、男性ではあるが、脾粘液性嚢胞腺癌を最も疑った。明らかな転移果は無く手術適応と判断し、11月23日に当院外科にて手術施行。腫瘍は脾臓と接していたため脾体尾部及び脾臓の小併切除を行った。病理診断は、壁に多結節を有する嚢胞性病変で、結節部では大型核と酸性性胞体を有する異型細胞が腺管状・索状・充実性胞果状に増殖しており、腺房細胞癌と診断した。脾断端側では、主脾管内への腫瘍進展を認めた。手術後、肺炎を併発し、人工呼吸管理となったが、抗生剤の投与により改善し、12月19日に退院となった。腫瘍の残存が疑われたが、化学療法は追加しなかった。【考察】脾嚢胞性腫瘍としては、脾管内乳頭腫瘍、粘液性嚢胞腫瘍、漿液性嚢胞腫瘍、腺房細胞性腫瘍などがある。脾腺房細胞癌の頻度は、脾上皮性悪性腫瘍の1%以下で比較的低頻な腫瘍である。通常は男性にやや多く、約70%が脾頭部に発生し、しばしば脾酵素の上昇を認める。本症例は、高齢男性に発症した脾嚢胞性腫瘍であるが、脾尾部腫瘍であることや脾酵素の上昇は認めないこと、また画像所見からも脾粘液性嚢胞腺癌を疑ったが、壊死果による嚢胞を伴った脾腺房細胞癌であった。【結語】術前に脾粘液性嚢胞腺癌との鑑別を要した、脾腺房細胞癌の一例を経験したので報告する。

107 脾頭部腫瘍との鑑別を要した左胃動脈瘤の1例

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○岩下 拓司¹、安田 一朗¹、中島 賢憲¹、上村 真也¹、
境 浩康¹、渡部 直樹¹、白木 亮¹、内木 隆文¹、
白鳥 義宗¹、森脇 久隆¹

【症例】71歳、男性。【主訴】上腹部痛。【現病歴】C型慢性肝炎にて近医外来通院中、2008年2月頃より心窩部痛が出現。経過観察されていたが、改善をみとめないうちに、2008年3月に他院を受診。腹部単純CTを施行されたところ、脾頭部に腫瘍性病変を指摘されたため精査目的にて4月下旬当科紹介入院となった。【既往歴】2001年胃癌にて噴門側胃切除術。飲酒は機会飲酒程度。【家族歴】父が胃癌。【入院時現症】発熱・体重減少なし。心肺に異常所見を認めず、腹部は平坦、軟、心窩部に軽度の圧痛を認めた。【経過】入院時血液検査：WBC1,800/ μ l、Plt6.0 $\times$ 104/ μ l、Hb10.5g/dlと汎血球減少をみとめ、LDH362IU/l、ALP465IU/lとやや高値であった。腫瘍マーカーはCA19-9 12.3U/ml、CEA 1.2ng/mlと正常であった。EUSでは脾頭部に30 $\times$ 39mm大の腫瘍を認め、それより尾側の主脾管は拡張していた(体部主脾管4.6mm)。腫瘍は全体に不整な高エコーであったが、内部には一部低エコーもみとめ、周囲にはecho-freeな領域も伴っていた。この腫瘍は肝門部まで連続しており、肝門部近くでは総肝動脈から連続した血管内に腫瘍が存在するようにみえた。腹部造影CT、腹部造影MRIでは、脾頭部に41 $\times$ 34 $\times$ 59mm大の腫瘍性病変を認め、腫瘍は左胃動脈から連続した血管内に存在しており、腫瘍内部にも血流を認めた。以上の画像所見より、脾頭部の病変は2001年の噴門側胃切除の際に結紮された左胃動脈に発生した動脈瘤と診断した。動脈瘤の径が40mm大と非常に大きく、内腔に血流を伴っており、破裂の危険性が高いと考えられたため、本人・家族と相談の上、左胃動脈瘤コイル塞栓術を施行した。その後の造影CTでは瘤内の血流は消失しており、治療効果良好と考えられ、当科退院となった。左胃動脈に動脈瘤を形成することは珍しいが、脾頭部腫瘍との鑑別が問題となり、画像診断にて鑑別しえた示唆に富む症例であり、若干の文献的考察を加え報告する。

108 胆石性肺炎との鑑別が困難であった左胃動脈破裂の一例

¹春日井市民病院 消化器科

○片野 敬仁¹、加藤 晃久¹、松波加代子¹、稲垣 佑祐¹、
吉田 道弘¹、望月 寿人¹、森田 毅¹、高田 博樹¹、
祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、伊藤 和幸¹

症例は54才、女性。2007年10月19日から上腹部痛を自覚し10月20日近医受診。腹部エコーにて脾の腫大を指摘された。夕から急激に腹痛増悪したため同日当院を受診した。来院時血液検査にて、WBC 15200/ μ l、CRP 0.65mg/dl、AST 151IU/l、ALT 173IU/l、AMY 133IU/lと炎症反応、肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部CTでは胆石を認め、脾上方に脂肪濃度の上昇、少量腹水を認め、胆石性肺炎の診断にて入院となった。4000ml/dayの補液の上、メシル酸ガベキサート600mg/day、ウリナスタチン30万単位/day、SBT/CPZ1g $\times$ 2/dayの点滴静注を併用し治療開始した。入院翌日の昼から再度上腹部痛が急激に増悪するとともに、血圧の低下、意識レベルの低下を認め、血液検査ではHb 8.0mg/dlと貧血の進行を認めた。再度腹部造影CTを施行したところ、入院時と比し腹水の増量を認め、腹腔内出血によるショックと診断。緊急腹部血管造影を施行した。腹腔動脈造影にて左胃動脈に20mmの動脈瘤を認め、同部からの出血を確認し、コイル塞栓術を施行した。塞栓術後の経過は良好であり、第11病日における腹部CTでは腹水も消失し、腹部血管造影においても治療後の動脈瘤は造影されなかった。食事再開後も患者は時々右季肋部痛を訴えたが、再検のCTにおいても動脈瘤からの出血の所見は認めなかった。MRCP、DIC-CTでは胆嚢内には結石を認めたが、総胆管内には結石を認めず、胆石発作による症状と考えられたため、後日腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。今回われわれは、入院時の臨床症状、血液検査、画像所見から胆石性肺炎との鑑別が困難であった左胃動脈瘤破裂の一例を経験した。若干の文献的考察を含め報告する。

109 経鼻的脾管ドレナージ (ENPD) が有用であった脾性胸水の1例

¹藤田保健衛生大学 肝胆脾内科

○小林 恭子¹、小村 成臣¹、有馬 裕子¹、嶋崎 宏明¹、
中野 卓二¹、村尾 道人¹、新田 佳史¹、原田 雅生¹、
川部 直人¹、橋本 千樹¹、吉岡健太郎¹

【症例】59歳男性。【主訴】呼吸困難。【既往歴】十二指腸潰瘍：3年前、6ヶ月前。高血圧。【飲酒歴】日本酒3合/日。【現病歴】平成19年8月中旬より軽度の労作時呼吸困難が出現したため近医受診。胸部レントゲンにて左胸水貯留を指摘され、精査加療目的で当院呼吸器内科に入院となった。左胸腔穿刺を施行し、アミラーゼが7500IU/lを認め脾性胸水が疑われた。さらに、血液中、胸水中の腫瘍マーカーが高値を認め、腹部US、CTにて脾嚢胞性病変を認めたため肝胆脾内科に転科となった。【検査所見】血液所見：WBC 6300/ μ l、AMY 336IU/l、CRP 3.5mg/dl、CEA 12.3ng/ml、CA19-9 28.2IU/ml。胸水所見：色は胆汁色、AMY 7590IU/l、T.Bil1 1.0mg/dl、CEA 16.4ng/ml、CA19-9 613IU/ml。腹部US：脾体部に低エコー領域を認め、主脾管は拡張していた。胸腹部CT：左胸水貯留を認め、脾体部に10mm大の低吸収域を認めた。MRCP：主脾管の口径不整は目立ち、軽度拡張していた。脾体部に2cm弱の嚢胞性腫瘍を認め、同部から背側に連続するように限局した液貯留を疑う所見を認めた。【経過】呼吸器内科にて胸腔ドレナージを施行し胸水は減少した。その後施行したERCPにて脾体部の分枝脾管から上方に造影剤の漏出がみられたため経鼻的脾管ドレナージ (ENPD) を留置した。ENPD留置6日後の腹部CTでは脾嚢胞はほぼ消失していた。7日後、ENPD造影を施行し、嚢胞は造影されず、抜去した。その後施行したMRCPでも脾体部嚢胞と嚢胞より連続する液貯留はほぼ消失していた。【考察】今回経鼻的脾管ドレナージ (ENPD) が有用であった脾性胸水の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

110 手術にて軽快した脾性腹水の1例

¹名古屋掖済会病院 消化器科

○吉村 透¹、安田真理子¹、中島 成隆¹、水野 聡己¹、
大橋 暁¹、神部 隆吉¹

〔症例〕50代男性〔現病歴〕アルコール焼酎4合/日程度の飲酒歴のある男性。H20 1月上旬から下腿浮腫出現。徐々に増悪し、腹部膨隆も出現、他院で大量腹水認め紹介となった。2/6 初診時の腹水は滲出性で、腹水中アミラーゼ 6492 U/l、腹水中リパーゼ 28000IU/lと高値を示した。利尿剤に反応乏しく、脾性腹水と判断し絶食、TPN管理、サンドスタチン持続点滴開始し徐々に改善傾向であった。しかし、2/24に心窩部痛が出現し、腹水も増加した。腹水中白血球13200と上昇し、腹水中から大腸菌が培養され細菌性腹膜炎と診断した。MPPEMで治療し心窩部痛は軽快したが、腹水はあまり減ることもなく、胸水による呼吸困難出現、炎症反応も高値が持続した。3/11 ERCPにて脾尾部から腹腔内へ造影剤の漏出認めた。また、脾管は慢性脾炎に一致する所見であった。内科的治療が奏効しない脾液瘻による脾性腹水と判断し、3/21 脾体尾部脾臓摘出術を行った。標本造影では脾液瘻は確認できなかった。術後病理組織検査ではERCPで瘻孔を認めた部位に脾炎、脂肪壊死の所見認めた。また、腫瘍性病変は認めなかった。瘻孔は病理組織検査では指摘できなかった。術後、腹水の貯留なく、他の症状も軽快し4/10退院となった。【考察】下腿浮腫、大量腹水にて来院され、脾性腹水と診断。内科的治療に反応なく、ERCPで脾液瘻を確認し、脾体尾部脾臓摘出術にて軽快した1例を経験したので報告する。

111 ELPSにて治療した多発咽頭癌の一例

¹東海病院 内科、²名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
○北村 雅一¹、加藤 亨¹、山本 剛¹、丸田 真也¹、
宮原 良二²、丹羽 康正²、後藤 秀実²

症例は60歳代女性。既往として、6年前に当院にて胸部上部食道癌に対し、右開胸開腹食道亜全摘術を施行されている。嗜好は、喫煙1日60~80本、飲酒はビールを1日3~4本摂取。今回、特に症状ないが食道癌術後のフォローアップのため内視鏡検査となった。検査には、鎮静剤を使用した。中咽頭後壁左側に、通常観察では発赤として、NBI観察ではBrownish areaとして観察される、5mm程の領域を認め、生検で扁平上皮癌と診断した。後日施行した拡大観察ではIPCLの増生が見られた。さらに同時の観察で、先の病変の口側にも同様の所見を認めるareaがあり、生検にて扁平上皮癌と診断された。2病変とも表在癌と思われ、治療はELPS(Endoscopic laryngopharyngeal surgery、内視鏡的咽喉頭手術)を行うこととした。全身麻酔下にて彎曲型喉頭鏡により視野展開された状態で、切除前に通常観察、NBI観察、1.5%ヨード染色観察を行ったところ、左梨状窩にも病変を認め、迅速病理診断にて扁平上皮癌と診断された。治療は3病変とも、ELPSにより一括切除された。病理学的には、先の2つは上皮内癌の所見であったが、術中に発見された病変にはmicroinvasionの所見が見られた。3病変とも水平及び垂直断端は陰性であった。ELPSとは、全身麻酔下にて喉頭鏡で喉頭展開した後に、内視鏡助手が上部消化管内視鏡を用いて視野を提供し、術者が鉗子で病変を索引しつつ電気メスなどで直達的に切除する方法の仮称である。近年の内視鏡の進歩により、中下咽頭表在癌の発見例が増加しており、上部消化管内視鏡を用いて局所切除を行う報告が見られる様になった(ただし症例数が少なく、どの程度の病変の局所切除が根治切除となるのかevidenceがないのが現状である)。ELPSは広範囲病変でも一括切除可能であり、短時間で切除でき、病変の位置にも柔軟に対応可能で、病理学的検査もでき、今後の治療の有力な手段となると思われる。

112 口腔内潰瘍を形成したクローン病の一例

¹JA 岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科
○河口 順二¹、浅野 貴彦¹、岩下 雅秀¹、田上 真¹、
畠山 啓朗¹、林 隆夫¹、前田 晃男¹、長縄 聡¹、
西脇 伸二¹、齋藤公志郎¹

【主訴】咽頭痛【既往歴】20歳 肛門周囲膿瘍【現病歴】21歳時、右下腹部痛で来院。急性虫垂炎と診断され、虫垂切除術が施行された。しかしその後も右下腹部痛続き、精査のため下部消化管内視鏡検査施行され、回腸末端型のクローン病と診断された。栄養療法とメサラジンによる薬物療法にて寛解したが、自宅で成分栄養剤を継続することができず、再度右下腹部痛が出現しH19年10月2日より10月18日まで入院加療を必要とした。絶食にて症状改善し、成分栄養剤による経腸栄養を開始した。症状も安定しており、本人の強い希望にて外来フォローとなったが、自宅では成分栄養剤を使用せず、同年10月29日夜間より発熱と、咽頭痛が出現。口腔内に多発した潰瘍を形成しており、11月2日再入院となった。【経過】上部消化管内視鏡検査施行したところ、食道・胃・十二指腸には病変が認められず、口腔内に限局した潰瘍形成を認めた。メサラジン1500mg錠剤と1500mg粉末の併用、水酸化アルミニウムゲル・水酸化マグネシウム内服にて加療を行った。数日にて咽頭痛は軽快し、経口摂取可能となった。本人・家族への十分なインフォームド・コンセントを行い、クローン病の寛解維持を目的として11月12日よりインフリキシマブ5mg/kgによる治療を開始した。その後、特に食事制限は行っていないが、口腔内潰瘍や腹痛等みられず、QOLを維持した治療を行うことができている。クローン病による口腔内潰瘍は比較的特徴であるが、接触痛によるQOLの低下が著しく、早急な治療が必要とされる。

113 薬剤性肝障害後に非閉塞性小腸・大腸壊死を生じ死亡した症例の検討

¹朝日大学付属村上記念病院 消化器内科
○橋本 宏明¹、加藤 隆弘¹、松田 英之¹、福田 信宏¹、
高野 幸彦¹、小島 孝雄¹、井田 和徳¹、奥田 順一¹

今回、薬剤性肝障害発症後、非閉塞性小腸・大腸壊死を生じ死亡した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】60歳台、男性【主訴】肝機能異常精査目的【既往歴】糖尿病、高血圧、陳旧性心筋梗塞、発作性心房細動【現病歴】近区にて糖尿病、不整脈を指摘されて治療を受けていた。2006年8月にめまいを主訴に当院循環器内科受診。精査の結果、発作性心房細動、陳旧性心筋梗塞を指摘。CAGにて冠動脈に治療適応病変あり、PCIを施行された。2007年7月塩酸プロパフェノンが追加処方開始されていた。2007年8月中旬より全身痒痒感が出現。8月24日外来受診、全身の黄染を指摘され、精査加療目的に当科入院となった。【検査結果】AST 56IU/L、ALT 121IU/L、LDH 327IU/L、T-Bil 4.2mg/dl、D-Bil2.9mg/dlと直接型優位のビリルビン上昇と肝機能異常を認めた。ワファリン内服中のため、凝固時間の著明な延長を認めた。心電図は心拍数78、整であった。【入院後経過】薬剤性肝障害を疑い、塩酸プロパフェノンを入院当日より中止。AST/ALTはすみやかに正常化した。T-Bilのみ漸増し、8月30日にはT-Bil/D-Bil 9.6/6.9mg/dlとD-Bil優位の上昇をみた。ダイナミックCT、MRCPで明らかな病変はなく薬剤性肝障害に伴う遷延性のBil上昇と考えた。同日突然腹痛嘔吐出現。CT上小腸イレウス所見を認め、翌日イレウスチューブ挿入。同日夜間より腹痛増悪、心停止、呼吸停止となり永眠された。原因検索のため病理解剖を施行した。【考察】解剖の結果、腹腔内には約11の血性腹水が認められ、空腸、回腸、下行結腸に高度の間質浮腫と出血が認められた。SMAには血栓は認めなかった。腸管変性範囲に関して血行動態的にSMA血栓症としては説明できず、その領域に新鮮血栓が認められないことより非閉塞性腸管虚血が何らかの原因で起こり、血流が再開、障害後の組織内に出血を来たしたと考えられた。臨床経過より、イレウスの発症時に血管性病変の可能性を考え、早期に血管造影、PG製剤動注などを考慮することが必要であったと考えられた。

114 上行結腸憩室炎に合併した門脈血栓症の1例

¹名古屋記念病院 消化器科
○新家 卓郎¹、近藤 啓¹、都築 亜夜¹、鈴木 重行¹、
神谷 聡¹、山内 学¹

【症例】82歳男性【主訴】発熱【既往歴】高血圧症、糖尿病【現病歴】2007年10月10日頃より発熱と腰痛を認め近医受診、抗生剤の内服投与を受けていたが改善せず10月20日当院紹介。採血上肝機能障害と炎症反応の上昇、腹部CTにて上行結腸憩室炎が疑われ入院となった。【入院後経過】入院時身体所見上、右側腹部に圧痛を認めた。採血ではWBC 12600/ μ l、CRP 21.1mg/dlと炎症反応の上昇とAST 80U/L、ALT 71 U/L、ALP 1542U/L、LDH 263U/L、 γ -GTP 222U/L、T-bil 6.2mg/dlと肝胆道系酵素の上昇を認めた。緊急腹部造影CTで上行結腸に多数の憩室、憩室周囲の脂肪織の濃度上昇、傍結腸部やモリソン窩に最大約17×28mm大までの膿瘍を疑う不整形低吸収域が認められ、内側では上腸間膜静脈へと連続し門脈合流部近傍に及ぶ血栓と肝内門脈前区域域にも血栓が疑われた。肝S5/8には淡い造影不良域が認められ門脈閉塞による虚血域や膿瘍が考えられた。以上より、上行結腸憩室炎に合併した憩室周囲膿瘍および門脈血栓症と診断した。絶食、補液、抗生剤、ヘパリン12000単位などの保存的治療を開始したところ、発熱、腹痛の改善とともに血液検査上も炎症反応と肝機能障害の改善が認められた。尚、血液培養からはBacteroides fragilisが検出された。血管外科医と相談の上、10月25日よりワファリン内服を開始したが、年齢を考慮しヘパリンとともにワファリンも10月29日で投与中止した。11月1日のガストロS状結腸では、大腸に明らかな狭窄、潰瘍、腫瘍を認めず、上行結腸とS状結腸に多数する憩室を認めるのみであった。11月5日より食事摂取を開始、その後も腹痛の再発や肝臓の悪化を認めず、血栓の縮小傾向も認められ、全身状態もよく11月14日退院となった。【考察】今回われわれは保存的治療で改善した上行結腸憩室炎に合併した門脈血栓症の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

115 胆嚢出血を来した胆嚢腺筋症の一例 (若手)

¹岐阜市民病院 第二内科、²岐阜市民病院 中央検査部
○山田 祥子¹、福田 和史¹、中村 博¹、永野 淳二¹、
鈴木 祐介¹、山内 貴裕¹、川出 尚史¹、岩田 圭介¹、
向井 強¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、
高橋 健¹、名倉 一夫¹、加藤 則廣¹、山田 鉄也²、
富田 栄一¹

症例は63歳、女性。平成15年C型慢性肝炎に対しインターフェロン治療（CR）、平成19年2月肺癌に対し右中葉切除術の既往がある。平成20年2月4日、突然心窩部痛が出現し近医受診したところ急性胆嚢炎と診断され2月5日当院救急外来紹介受診となった。来院時の腹部超音波検査では、胆嚢は著明に腫大し、軽度の壁肥厚を認め、内部はhyperechoic な debris 様 echo で充滿しており、軽度の総胆管拡張もみられた。CTでは胆嚢内は造影効果のない high density な内容物（CT値60～80）で充滿していたが、胆嚢腫瘍を疑う所見は指摘できず、RASの拡張が散見された。以上より胆嚢出血が強く疑われ同日緊急入院となった。同日施行したERCPでは乳頭より血性胆汁の流出を認め、胆嚢内には凝血塊と思われる陰影欠損を認めた。また、胆嚢底部には胆嚢壁の石灰化を認めたが腫瘍を疑う病変は指摘できなかった。ENGBD tubeの留置を試みたが胆嚢内へのguide wire挿入が困難であり、胆管内にENBD tubeを留置した。その後、血性胆汁は排液されず貧血の進行も認めなかったが、再出血の可能性があると考え2月12日開腹胆嚢摘出術を施行した。術中所見では胆嚢は緊満しており、底部には母指頭大の硬い腫瘍を触れた。病理学的には、胆嚢上皮に明らかな異型性はなく筋層は不規則に肥厚していた。また筋層から線維性に肥厚したよう膜下層には限局性にRASの増生を認め、胆嚢腺筋症と診断された。また、一部のRAS直上の粘膜固有層には出血、鬱血が目立ち、表層の細血管にはフィブリン血栓が認められたことより、同部が出血源である可能性が示唆された。術後経過は良好であり2月23日退院となった。胆道出血の頻度は上部消化管出血の2～5%といわれ、その原因としては腫瘍・胆石症によるものが大半であり、胆嚢腺筋症に伴う胆嚢出血は数例の報告を認めるのみである。今回胆嚢腺筋症に伴う胆嚢出血を経験したので文献的考察を加え報告する。

117 治療に難渋した胆石イレウスの一例

¹公立陶生病院 消化器内科
○立松 英純¹、菊池 正和¹、林 寛子¹、松浦 哲生¹、
清水 裕子¹、林 隆男¹、坂田 豊博¹、黒岩 正憲¹、
森田 敬一¹

症例は99歳女性。平成16年8月に総胆管結石による急性胆管炎で入院となり、ERBDチューブを留置した。脳梗塞後遺症により四肢拘縮し発語不能な全介助の超高齢者であり、碎石は行わずに退院となった。同年12月にチューブ閉塞による急性閉塞性化膿性胆管炎にて再入院となり、ERBDチューブを交換後、今後の再閉塞による胆管炎の危険性を下げるためPTGBDによる外瘻化を付加したまま転院となった。平成19年8月11日よりPTGBDチューブから経管栄養が漏れ出てくるようになったため精査目的で当院へ転院となった。腹部骨盤CTではPTGBDチューブの先端を腸管内に認め、チューブが胆嚢十二指腸瘻から腸管へ脱出していると考えられた。腹部所見に乏しく炎症所見も軽度であったため、保存的加療を開始した。第2病日に水溶性造影剤で造影したところ胆嚢十二指腸瘻を形成し胃内への流出を認めるとともに、十二指腸水平脚に結石が嵌頓していることが判明した。12FrPTCSチューブを胆嚢十二指腸瘻を通じて結石およびtreitz靱帯を越えて空腸へ留置し経管栄養を再開できるようにし、さらに19Gドレーナージェットを12FrPTCSチューブに沿わせて胆嚢管を経由して総胆管内に留置し胆汁排液ルートを確認した。内視鏡到達可能な位置に結石が嵌頓していたため内視鏡的機械的碎石法による胆石イレウスの解除を経時的に行うこととしたが、第12病日に結石片が回腸末端に停滞しイレウスとなったためイレウス管を留置した。瘻孔からの腸液の漏出も続き瘻孔周囲炎を合併したため12FrPTCSチューブを12Fr膀胱バルーンに交換し、先端に6ml蒸留水を注入後抵抗があるところまで牽引固定し消化液の逆流を阻止したところ軽快した。その後のCTでは結石片は確認できなくなりイレウスも軽快したため自然排石したと判断しイレウス管を抜去し経管栄養を再開した。今回我々はPTGBDチューブの長期胆嚢内留置を契機とした胆嚢十二指腸瘻を通じて胆石イレウスに対し、様々な工夫を試みることで経管栄養を再開できた症例を経験したので報告する。

116 胆嚢穿孔による横隔膜下膿瘍の一例

¹三重中央医療センター 消化器科、²三重中央医療センター 外科
○荒木 智子¹、二宮 克仁¹、子日 克宣¹、加藤 裕也¹、
渡邊 典子¹、長谷川浩司¹、田中 剛史¹、下村 誠²、
谷川 寛白²、横峰 修時²、横井 一²

症例は77歳男性、アルコール性肝硬変の既往あり。平成19年12月下旬に嘔気嘔吐、右季肋部痛、発熱を認め近医受診し、急性胆嚢炎の診断で入院。入院後、抗生剤使用にて発熱、腹痛は一時軽快したが、再度39.1℃の発熱を認め、エコーにて肝臓が疑われ、当院紹介入院。入院時身体所見は、右季肋部痛を認めるのみであった。血液検査でWBC8800/μL、CRP9.90mg/dl、AST52IU/L、ALT52IU/L、ALP702IU/Lと上昇を認め、腹部CTにて胆嚢穿孔、横隔膜下膿瘍が疑われ、同日、PTADを施行。PTAD後、腹痛は軽減し、血液検査にて炎症反応は低下した。横隔膜下膿瘍及び胆嚢穿孔に対して手術が必要と考えられ、第22病日外科転科。第24病日、胆嚢摘出術、右横隔膜下膿瘍腔デブリートメントが行われた。術中の膿瘍腔組織培養は陰性であり、合併症なく第39病日退院となった。急性胆嚢炎の胆嚢穿孔による横隔膜下膿瘍を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

118 血清DUPAN-2が異常高値であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

¹国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科
○水谷 太郎¹、大岩 哲哉¹、長野 健一¹、清水 秀幸¹、
山下 俊樹¹、木本 英三¹、早川 哲夫¹

【症例】30歳男性。既往歴に特記事項なし。平成18年11月頃より食後の右季肋部痛、嘔吐出現し様子見ていたが繰り返すため近医受診し、腹部CT及び腹部超音波にて胆嚢結石及び胆嚢壁肥厚指摘され、平成19年3月1日当科紹介され、精査目的で入院となった。本人に腹痛等の症状は平成19年1月頃より消失していた。初診時検査所見では、血液、生化学検査では炎症や肝、胆道系酵素の異常は認めなかったが、CA19-9が2328U/ml、DUPAN-2が1600U/ml以上と異常高値であった。腹部超音波検査、超音波内視鏡検査では、胆嚢に均一な壁肥厚と結石、胆泥を認め、肝床側に辺縁不整な低エコー領域を認めた。腹部CTでは胆嚢壁はほぼ均一に肥厚し肝床側に胆嚢壁外に突出するように造影効果の乏しい部分を認めた。ERCPでは十二指腸乳頭、総胆管に異常なく膵胆管合流異常も認めなかった。胆嚢は造影されず胆嚢管の閉塞が疑われた。上下部消化管等の他の主要臓器に明らかな異常は認めなかった。術前診断としては胆嚢結石、胆嚢炎と考えたが、画像上胆嚢腫瘍が否定できず、また血清DUPAN-2が異常高値であったことから胆嚢悪性腫瘍も考慮し平成19年4月4日開腹手術を施行した。摘出標本では胆嚢は全体に均一に肥厚し頸部に陥頓した結石と底部にも結石を認めた。胆嚢体部肝床側には粘膜の脱落した部分を認め、その周囲に壁内膿瘍を形成していた。病理組織検査では全体に慢性胆嚢炎の所見で黄色肉芽腫の形成も認められた。悪性所見は認められなかった。術後患者は経過良好にて退院し、DUPAN-2も低下を認めた。以上の症例に対し若干の文献的考察を加えて報告する。

胆囊 2

119 分節型胆嚢筋腫症に合併した胆嚢癌の1例

1)A 岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科
○畠山 啓朗¹、河口 順二¹、浅野 貴彦¹、岩下 雅秀¹、
田上 真¹、林 隆夫¹、前田 晃男¹、長縄 聡¹、
西脇 伸二¹、齋藤公志郎¹

【症例】76歳、男性【家族歴】特記すべきことなし【既往歴】平成13年より肺気腫にて通院中【現病歴】高血圧、肺気腫等にて当院外来通院中であった。以前より胆嚢筋腫症を指摘されており定期的に検査を行っていた。平成19年3月29日に超音波内視鏡を行い、胆嚢底部の壁肥厚に加えて一部に著明な肥厚を認め、患者および家族と手術の適応について相談を行っていたが、平成19年7月9日に胆嚢摘出目的にて入院となった。【入院時現症】体温36.2℃、血圧128/80、脈拍72/min、腹部は平坦・軟で圧痛等は認めず。【検査所見】血液検査データ上は異常所見を認めず。腫瘍マーカー：CEA 2.9ng/ml、CA19-9 13.1U/ml MRCP上、胆嚢筋腫症(+)。腹部造影CT上、胆嚢底部より造影効果に伴う壁の肥厚を認めた。【臨床経過】患者は症状、愁訴もなく術前検査上も問題なかったが腹腔鏡下胆嚢摘出術を強く希望され、インフォームド・コンセントのもとに7月24日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った。【病理所見】胆嚢底部側の隆起した粘膜はadenocarcinoma, tub1int, INF β , ly2.v0, pn0, ss, pHinf0, pBinf0, pPV0, pA0, pN0だった。患者および家族に開腹再手術の必要性を説明するも拒否をされたため、外来にて抗癌剤内服にて経過観察中である。【考察】胆嚢筋腫症と胆嚢癌の関連についてはいくつかの報告がなされているが、その関連性についてはまだ解明されていない。胆嚢筋腫症のなかでは分節型に癌の合併が多いとされているが、胆嚢癌の術前の正確な診断は困難な場合も多い。本症例も底部の隆起の近傍の壁肥厚より癌が発生しており、胆嚢筋腫症の経過観察には注意を要すると思われた。

121 胆石症を契機に診断した膵体尾部欠損症の1例 (若手)

¹半田市立半田病院消化器内科
○岩下 紘一¹、安藤 通崇¹、亀井圭一郎¹、山田 弘志¹、
大原 靖仁¹、神岡 諭郎¹、大塚 泰郎¹

胆石症を契機に発見された膵体尾部欠損症の1例を経験したので報告する。症例は60代の男性、糖尿病にて近医通院中、右季肋部痛あり黄疸出現、血液検査にて肝胆道系酵素上昇、炎症反応高値認めため当院精査加療目的の紹介となった。CTでは、胆嚢腫大、胆石を認め、軽度の肝内胆管拡張を認めた。また、膵体尾部は描出されなかった。ERCPでは胆嚢内に小結石を多数認め、総胆管には陰影欠損を認めなかった。主膵管は膵頭部のみ造影され、樹枝状に滑らかに終わっていたが、副膵管像は得られた。MRCPでも膵体尾部の欠損した短小な主膵管を認めた。以上より、胆石胆嚢炎、および膵体尾部欠損症と診断し、腹腔鏡下胆嚢摘出術を行った。狭義の膵体尾部欠損では背側原基の先天的な欠損があるが、本症例では、副膵管が認められ、膵体尾部發育不全と考えられた。

120 胆嚢癌と胆管癌を合併した膵胆管合流異常の1例

¹愛知県がんセンター 消化器内科、²愛知県がんセンター 内視鏡部、³愛知県がんセンター 消化器外科、⁴愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部
○杉森 聖司¹、高木 忠之¹、坪井 順哉¹、松本 和也¹、
山北 圭介¹、澤井 勇悟¹、小林 佑次¹、澤木 明¹、
水野 伸匡¹、河合 宏紀²、田近 正洋²、中村 常哉²、
清水 泰博³、佐野 力³、谷田部 恭⁴、細田 和貴⁴、
山雄 健次⁴

【症例】56歳女性【主訴】胆嚢腫瘍精査（症状なし）【現病歴】46歳頃より総胆管の軽度拡張を指摘されていた。H19年近医の腹部超音波検査(US)にて胆嚢に腫瘍を指摘され、精査目的で当科紹介受診した。【入院後経過】腹部US、MD-CTで胆嚢体部に造影効果に伴う隆起性腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)では、胆嚢体部に丈の低い腫瘍を認めた他に、総胆管に2-3mmの微小隆起を認め、胆管癌の合併が疑われた。ERCPでは膵胆管合流異常、胆嚢体部に結節状隆起を認めた。総胆管は径12mm、IDUSでは肝外胆管内に3mmの微小隆起を認めた。胆嚢摘出と肝外胆管切除術を施行し、病理組織学的に胆嚢癌と微小胆管癌が併存していることが確認された。【まとめ】膵胆管合流異常に胆道癌が発生しやすいことは一般に知られた事実である。しかしながら、そのほとんどは胆嚢癌、または胆管癌のいずれかの合併がみられるのみで、両者を合併した例は非常に稀である。医中誌で検索した限り本邦ではこれまで5例の報告があり、ほとんどが非拡張型、進行癌の状態であった。今回われわれはEUS、IDUSにて術前に微小胆管癌を指摘できた胆嚢癌重複の膵胆管合流異常の1例を経験した。胆嚢癌と微小胆管癌を合併した膵胆管合流異常の報告は非常にまれであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

122 セフトリアキソン投与後に胆泥が出現し肺炎を合併した1例 (若手)

¹愛知厚生連海南病院 消化器内科
○青木佐知子¹、佐々木論実彦¹、青木 孝太¹、阿知波宏一¹、
山 剛基¹、久保田 稔¹、國井 伸¹、水谷 哲也¹、
渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

【症例】35歳女性。既往歴は特記すべきことなし。右下腹部痛、嘔吐、38度台の発熱を主訴として当院救急外来受診。CTにて回盲部付近の腸管壁の肥厚を認めた。胆石は認められなかった。大腸憩室炎と診断し、セフトリアキソンの投与により外来でのフォローアップとした。その12日後、左右肋骨弓下の違和感、心窩部痛、嘔吐が出現し当院救急外来受診。血清アミラーゼ値は3733U/Lと上昇、CTにて胆嚢の腫大および胆泥を認めた。また、総胆管は拡張し、総胆管末端には総胆管結石と思われる小石灰化が認められた。膵臓周囲の脂肪組織濃度上昇とは見られなかったが、総胆管結石もしくは胆泥による急性肺炎と診断。緊急入院となった。【経過】入院後、緊急ERCPを施行。Vater乳頭開口部に胆泥の付着が認められた。ESTを施行し、ERBDチューブを留置して検査を終了。絶食と補液、ウリナスタチン、ナファモスタット、セフォペラゾン投与によりアミラーゼは速やかに低下し臨床症状も改善。入院13日目に退院となった。外来にて経過観察を行ったところ、約2ヵ月後には胆泥は消失していることが確認された。【考察】セフトリアキソンは入院患者における胆泥の主要な原因であると報告されている。セフトリアキソンの40%以上はカルシウムと結合し胆汁に排泄され、血清の200倍の濃度になるため胆泥が生じやすい。報告された症例のほとんどが無症候性で、セフトリアキソンの中止と水分補給による自然排泄などの保存療法により回復したとされている。今回の症例のようにセフトリアキソンにより胆泥が出現し、肺炎を合併した症例の報告は極めて少なかったが、日常的に使用頻度が多いセフトリアキソンの重要な副作用として十分認識しておく必要があると考えられたため報告する。

123 当科における胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）の検討 (若手) (外科)

¹三重大学 医学部 肝胆脾外科、²三重大学 医学部 消化器肝臓内科・光学医療診療部

○堯天 一享¹、田端 正己¹、岸和田昌之¹、加藤 宏之¹、
安積 良紀¹、水野 修吾¹、白井 正信¹、櫻井 洋至¹、
井上 宏之²、竹井 謙之²、伊佐地秀司¹

近年、膵IPMTと類似の特徴を有する胆管内乳頭状腫瘍（IPNB）が注目されている。膵IPMTの胆管カウンターパートとも位置付けられるが、その概念や取扱いについては未だ一定の見解は得られていない。最近切除したIPNBの3例を紹介するとともに、教室で経験した粘液産生胆管癌や胆管内発育型肝内胆管癌についてIPNBの観点から再検討を加えた。【症例1】74歳女性。右肝内結石にて経過観察中、CTでB3の拡張を指摘された。EUSではB3に15mm大の結節状嚢胞性病変を認めた。ERCではB3は嚢胞状に拡張していたが、明らかな結節は指摘されなかった。IDUSでは左肝管～肝外胆管は拡張するも、壁肥厚はなかった。B3分岐近傍の生検にてIPNBが疑われ、肝左葉切除を施行した。術後15ヶ月無再発生存中である。【症例2】56歳男性。主訴は発熱。CTでは肝内胆管の拡張と左葉の嚢胞性病変を認めた。EUSでは左葉末梢に隔壁を伴った30mm大の多房性嚢胞性病変を認め、隔壁部分はレボビストの軽度造影効果を伴っていた。ERCでは乳頭は著明に開大し、粘液の排出を認め、総胆管～左右肝内胆管は拡張し、内部に粘液栓を認めた。IDUSでは右肝内胆管～総胆管に壁肥厚はなかった。左肝内胆管主体のIPNBと診断し、拡大左葉切除兼肝外胆管切除を施行した。術中迅速診では右肝管断端上皮内に癌陽性であり、追加切除を施行するも表層進展により結局、断端陽性となった。術後補助放射線化学療法を施行、14ヶ月無再発生存中である。【症例3】51歳男性。検診のPET-CTで肝左葉に強い集積を指摘された。CTではUP腹側に15mm大の軽度造影効果を有する低吸収域を認めた。EUSではUP近位部の拡張胆管内に11mmの乳頭状隆起病変を認め、レボビストの軽度造影効果を伴っていた。ERCではB2、B3分岐部に圧排様狭窄を認めた。病変部のCTガイド下生検にて乳頭状増生を示す胆管上皮を認め、肝左葉切除を施行した。術後2ヶ月無再発生存中である。【まとめ】IPNBは胆管内発育や表層進展をきたす特性や多量の粘液産生により、しばしば正確な進展度診断が困難である。手術適応や表層拡大進展による断端陽性例の取扱いについても明確な基準はなく、症例の集積とともに統一基準の策定が必要である。

125 著明な粘液産生を認めるも肉眼的に病変を指摘できなかった粘液産生胆管腫瘍の1例 (外科)

¹名古屋大学腫瘍外科

○板津 慶太¹、江畑 智希¹、上原 圭介¹、伊神 剛¹、
菅原 元¹、安部 哲也¹、横山 幸浩¹、西尾 秀樹¹、
小田 高司¹、柳野 正人¹

症例は74歳女性。発熱、腹痛を主訴に近医受診。肝内結石症、胆管炎、急性膵炎の診断で保存的治療を行った。軽快後、当院に精査加療目的入院。CTでは、B2内に3cm長の肝内結石とB2胆管の著明な拡張と壁肥厚を認めたが、明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。ERCP、DIC-CT、EUS、IDUS、POCSを行うも肥厚したB2胆管内の肝内結石と粘液産生を認めるのみで明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。臨床像よりB2胆管の粘液産生腫瘍を疑った。左尾状葉胆管枝は左肝管に合流していたため肝左葉左尾状葉切除を施行した。摘出標本でも、肥厚したB2胆管を認めるのみで明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。組織学的には、粘液産生と杯細胞を伴う乳頭状腫瘍を認め、周囲には過形成から上皮内癌までの様々な異型を呈する腫瘍細胞が乳頭状から偽乳頭状発育を呈してB2胆管全体に広がっていた。胆管壁肥厚は炎症性変化であった。胆管切除断端は陰性であった。著明な粘液産生を認めるも肉眼的に病変を指摘できない胆管腫瘍を経験し、若干の文献的考察を加え報告する。

124 胆管結石による急性胆管炎で発症した早期胆管癌の1例

¹浜松労災病院 消化器内科

○仲程 純¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、
大田 悠司¹

【症例】71歳、男性【主訴】発熱【現病歴】嘔吐、38℃の発熱が出現、当院へ紹介受診した。一般生化学検査ではCRP 7.8 mg/dl、AST 78 IU/ml、ALT 151 IU/ml、ALP 836 IU/ml、γ-GTP 496 IU/mlと肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部造影CTで上部～中部胆管に壁の不整な造影遷延効果を受ける壁肥厚を認めた、肝内胆管拡張、胆嚢の緊満、下部胆管には結石を認めた。急性胆管炎の疑いで緊急ERCPを施行した。十二指腸乳頭開口部より膿性胆汁の排出を認め、内部には結石を認めた。ERBD tubeを留置し終了した。その後は肝胆道系酵素、炎症の改善を認め経過良好であった。後日、結石除去、精査目的に再度ERCP施行した。結石除去術後の胆管造影で上部胆管～中部胆管に偏側性の壁不整を認めた。ブラシ細胞診ではClassIIであった。IDUSで同部に乳頭状隆起と第3層に経度に基づき不整な壁肥厚所見を認めたが、下部胆管に所見は認めなかった。同部からの胆管生検で乳頭腺癌と診断した。術中迅速病理検査にて#13aリンパ節はnegative、切除断端はnegativeであったことより胆管切除、胆管空腸吻合術を行った。Well differentiated papillary adenocarcinoma (fStageI)であった。【考察】胆管癌を合併した胆管結石を過去に3例経験し報告してきた。いずれも胆管結石をきっかけに胆管閉塞をきたす以前に診断された。我々は再び胆管結石による急性胆管炎で発症したことで早期に診断できた胆管癌を経験したので報告した。【結語】胆管結石を治療する際には胆管病変を念頭に胆管を詳しく観察する必要があると考える。

126 Communicating accessory bile duct（副交通胆管枝）の1例

¹愛知厚生連海南病院 内科、²愛知厚生連海南病院 外科

○山 剛基¹、青木 孝太¹、阿知波宏一¹、久保田 稔¹、
國井 伸¹、水谷 哲也¹、佐々木論実彦¹、渡辺 一正¹、
奥村 明彦²、猪川 祥邦²、梶川 真樹²、矢口 豊久²

症例は81歳女性。3日前よりの血尿を主訴、軽度発熱を主訴に泌尿器科受診。ビリルビン尿及び採血上肝障害、炎症所見認めた為内科紹介、CTにて肝内及び総胆管の拡張を認めたため閉塞性黄疸に伴う胆管炎疑われ緊急ERC施行した。造影上総胆管内の陰影欠損像は明らかではないが、胆嚢管と思われる部位に多数の結石を疑った。アスピリン内服中でありERBDチューブを留置のみで終了した。肝障害、炎症所見は改善し、1週間後にERC再検した。前回胆嚢管と考えられた部位は総胆管より早期分岐した右後区域枝であり、管内に結石の充満像を認めた。これに短い胆嚢管が合流し、胆嚢管および胆嚢内に多数の結石像を認めた。総肝管は肝門部にて左肝管と右前区域枝に分岐し、右前区域枝と早期分岐した右後区域枝との間に交通枝を認めた。内視鏡的排石は困難と考え胆管炎改善後外科紹介、開腹胆嚢摘出術および用手的副官管内結石摘出術を行ったが、残石の可能性ありTチューブ留置、後日胆道鏡下排石を行った。胆道には走行異常が多く手術時の損傷と関連が深いといわれている。今回我々は極めて稀な胆道形態異常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。

127 超音波内視鏡下穿刺吸引組織診にてびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した腹腔動脈周囲リンパ節原発の悪性リンパ腫の1例

¹半田市立半田病院 内科

○山田 弘志¹、安藤 通崇¹、亀井圭一郎¹、岩下 紘一¹、大原 靖仁¹、神岡 諭郎¹、大塚 泰郎¹

症例は60歳代女性で、平成19年3月上旬から嘔吐を繰り返し近医より腸閉塞として当院紹介入院となりました。入院時腹部・骨盤部造影CT検査では腹部大動脈周囲に10cm大の腫瘤を認め十二指腸水平脚が圧排されていました。上部消化管内視鏡検査では胃体中部後壁に壁外性の圧排を認め、下部消化管内視鏡検査では異常認めませんでした。小腸造影検査では骨盤内空腸に15mm大の中心に陥凹を伴う粘膜下腫瘍様病変を一カ所認めました。悪性リンパ腫を疑い骨髄検査を施行しましたが、異型細胞を認めず、表在リンパ節の腫大も認めなかったため、十分なインフォームド・コンセントの後に超音波内視鏡を用いて胃内より腫瘤を確認し、超音波内視鏡下穿刺吸引組織診（以下EUS-FNA）を施行しました。類円形ないし不整を伴う大型核を有する異型リンパ球様細胞の小集簇を多数認め、免疫染色ではB細胞形質を有しており、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（以下DLBCL）と診断しました。ガリウムシンチグラム・PET-CT検査では上腹部に集積を認めるのみでした。DLBCL・stage IIと診断し、Cycl o BEAP療法を行い経過観察中です。

128 腹腔の primary effusion lymphoma 類似の臨床像にて発症したT細胞性悪性リンパ腫の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 光学医療診療部

○濱田 康彦¹、井上 宏之¹、野田 知宏¹、青木 雅俊¹、葛原 正樹¹、小坂 良²、田中 匡介²、井本 一郎²、竹井 謙之¹

症例は43歳、男性。2007年6月に腹部膨隆を家人に指摘され近医を受診し、腹部CTにて大量の腹水貯留を認めた。精査を行うも原因が特定できず、7月に当院へ紹介入院した。身体所見では腹部の著明な膨隆を認めたが、表在リンパ節は触知しなかった。血液検査では白血球増多、腎機能の低下および可溶性IL-2レセプターの上昇を認めた。血液標本にて異常リンパ球を多数認め、全身CTでは大量の腹水を認めた。PET-CTにて下行結腸にSUV 7.0の集積を認め大腸内視鏡検査を施行したところ、同部位は粘膜下腫瘍様の隆起により全周性狭窄を呈していた。下行結腸狭窄部からの生検および腹水細胞診にていずれもリンパ系腫瘍細胞を認め、表面抗原はCD2、CD8、CD7陽性、CD3、CD4、CD5、CD30、CD19、CD20、CD16、CD56、CD34陰性、細胞質CD3陽性、TCR陰性、TdT陰性でありmyeloid markerは陰性であった。またサザンブロット法にてTCRの再構成を認めた。以上より、最終的にT細胞性リンパ芽球性リンパ腫と診断した。当院血液内科へ転科し化学療法を施行、一旦寛解を得たが化学療法中に再燃したため、2008年3月に臍帯血による同種造血幹細胞移植を施行している。腫瘍細胞が腫瘍を形成することなく胸腹腔などに浮遊した状態で増殖するリンパ腫は、primary effusion lymphoma (PEL) として分類されている。本症例は下行結腸に粘膜下の腫瘍性病変を認め厳密にはPELと診断できないものの、主要症状が大量のリンパ腫細胞が浮遊する腹水貯留であること、腹水の増減が病勢によく一致していることなどから、臨床像としてPELに極めて類似したものと考えられた。

129 経皮的ドレナージにより改善した左下肢伸展障害を伴った腸腰筋膿瘍の1例

¹浜松労災病院 消化器科

○仲程 純¹、菊山 正隆¹、笹田 雄三¹、松橋 亨¹、大田 悠司¹

【症例】53歳 男性【主訴】左下肢伸展不良【現病歴】2ヵ月前より左股関節の股関節が伸展しないとのことで当院整形外科を受診。造影CTにて左腸腰筋内に膿瘍形成を認めたためドレナージ目的にて当科を紹介された。エコーガイド下での経皮的ドレナージ術と抗生物質（PIPC 4 g/日）の静脈内投与を行った。炎症反応はドレナージ翌日より改善傾向を示した。約2週で膿瘍は消失し炎症反応も陰性化した。細菌培養検査ではA群溶連菌であった。歩行が行えるまで股関節可動域も改善したため第19病日に退院となった。【考察】本症例は膿瘍により腸腰筋の進展障害が生じたために、左下肢進展障害をきたした。その診断・治療に腹部CTと経皮的ドレナージが有効であった。感染経路として3ヵ月前より歯槽膿漏の悪化、抜歯治療歴があり感染源の可能性が高いと考えられた。【結語】今回我々は経皮的ドレナージにより改善した腸腰筋膿瘍の1症例を経験したので報告した。

130 FDG-PETにて発見されたリンパ管閉塞による腹腔内腫瘍(若手)の1例 (外科)

¹岐阜赤十字病院 外科

○松井 雅史¹、高橋 啓¹、辻本 浩人¹、飯田 豊¹、片桐 義文¹、鬼束 惇義¹

【症例】32歳、男性。【主訴】FDG-PET検査での異常集積。【既往歴】学童時に股関節炎を罹患した。【現病歴】2007年3月にボランティアでFDG-PET検査、CT検査を施行した際、腹腔内腫瘍を疑う異常集積を認めたため、精査加療目的で当科へ紹介された。【現症】腹部は平坦で軟、身体所見上異常は認めなかった。CEA 1.7ng/ml、CA19-9 12.3U/mlと正常範囲内であった。腹部CT検査で腸間膜背側の脂肪層の肥厚を認めた。上部下部消化管内視鏡検査では異常所見は認めなかった。【経過】脂肪腫または脂肪肉腫を疑い手術を施行した。開腹すると、後腹膜から上行結腸の腹側に回り込むように黄白色の弾性軟の腫瘍を認めており、十二指腸や上腸間膜動脈へは強固に癒着していた。腫瘍の近傍を切開すると乳白色調の液体が流出した。術中迅速診断では悪性像は認めず、脂肪細胞、リンパ管の拡張を認めるのみであった。腫瘍の完全摘出は困難であり、悪性疾患は否定的であったため可及的に切除した。術後イレウスとなったが、保存的に軽快した。リンパ管シンチでは、胸管への流入を認めず、通過障害が疑われた。その後の経過は良好であり、術後29日目に退院となった。術後10ヶ月目のCTでは残存病変の増大なく、再発に注意しながら経過観察している。

131 腸閉塞を契機に診断した横隔膜ヘルニアの一例

¹鈴鹿回生病院 内科、²鈴鹿回生病院 外科
○岩崎 朋見¹、堀池眞一郎¹、中村 美咲¹、河俣 浩之¹、
多喜 裕子¹、多羅尾 光²、岩佐 真²、富田 隆²

症例は80歳代女性。主訴は腹痛。H19年に心筋梗塞、交通外傷の既往がある。H20年1月中旬に昼食後より嘔吐、下痢、腹痛あり、近医受診。しかし症状改善しないため、当院救急外来受診され性差加療目的に入院。入院時の胸部レントゲンで、左下肺野に透過性の低下を認め胸水貯留が疑われた。胸部CTでは左肺の無気肺と少量の胸水貯留をみとめました。症状、検査結果より、急性胃腸炎と診断し、絶食、補液にて加療をおこなうも嘔吐が続いたため、腹部CTをおこなった。腹部CT検査で腸管の拡張と腸液の貯留をみとめたため、腸閉塞と診断した。イレウス管を挿入し減圧術を施行した。また左縦隔内に腸管がはいこんでいるようにみえたため胸腹部CT再構成像施行した。横隔膜を超えて左胸腔内への腸管脱出をみとめ、左横隔膜ヘルニアと診断した。イレウス管造影では胸腔内への小腸の脱出をみとめた。開腹にて手術をおこなったところ、小腸が脂肪織、外傷時に損傷をうけたと思われる脾臓、脾臓とともに横隔膜破裂部位から胸腔へ脱出していた。ヘルニア嚢はなく、ヘルニア門に癒着をみとめるも、胸腔内の癒着は軽度であった。今回我々は受傷から約14ヵ月後に発症した遅発性外傷性横隔膜ヘルニアの1例を経験した。本疾患の診断には、外傷歴の聴取と胸腹部CT再構成像（冠状断、矢状断）が有用であり、胸痛、呼吸苦、腹痛などを主訴に受診された患者の診察の際には外傷既往の有無も聴取し、本症も念頭に置き精査をすすめる必要がある。

132 CTが診断に有用であった鼠径ヘルニアによる続発性大網捻転症の一例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科
○林 基志¹、足達 広和¹、所 史隆¹、中村 信彦¹、
今尾 要浩¹、戸田 勝久¹、芋瀬 基明¹、大西 隆哉¹、
清水 省吾¹、植松 孝広¹、杉原 潤一¹、小林 成植¹

【症例】60歳 男性
【主訴】右下腹部痛
【既往歴】特記事項なし
【現病歴】以前より右鼠径ヘルニアを指摘されていたが放置していた。平成20年2月16日に右下腹部痛が出現し、近医受診し鎮痛剤処方とされたが改善しないため、2月20日に当院受診となった。
【現症】身長166cm、体重66kg、体温35.6℃、腹部：やや膨隆、軟、右下腹部に圧痛あり、右鼠径部には腫脹を認められた。
【血液検査】Na 143mmol/L、K 3.6mmol/L、Cl 108mmol/L、TP 6.3g/dl、Alb 3.6g/dl、T-Bil 1.04mg/dl、ALP 1645IU/L、AST 46IU/L、ALT 71IU/L、LDH 185IU/L、 γ -GTP 611IU/L、CK 77IU/L、AMY 50IU/L、BUN 7mg/dl、Cre 0.85mg/dl、BS 97mg/dl、CRP 11.62mg/dl、WBC 6300×10³/ μ l、RBC 3.47×10³/ μ l、Hb 11.5g/dl、Hct 33.0%、Plt 34.8×10³/ μ l、PT% 86.9%
【腹部レントゲン】niveau, free air、小腸ガスなどは認められなかった。
【腹部CT】上行結腸の前方で、中心部が高吸収の渦巻き状構造あり、連続性に骨盤内で高吸収の脂肪織を伴った巨大な腫瘤塊となり、右側の鼠径ヘルニアに続く構造が認められた。腹部CT所見より右鼠径ヘルニアに続発した大網捻転症と診断し、同日当院外科にて緊急手術となった。
【手術】腹腔鏡観察により腹腔内右側に血流障害を伴った大網が認められた。腹腔鏡補助下で広範な大網と腹壁・腸管膜の癒着を剥離し大網を切除した。鼠径ヘルニアの修復は前方アプローチPHS法で行った。
【考察】大網捻転症とは大網の一部または全体が捻転を起こし、その末梢が血行障害を来すことにより腹痛を呈する疾患である。本症例では腹部CTが診断に有用であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

133 Edwardsiella tardaによる腹膜炎の一例

¹名古屋第二赤十字病院
○今井 宗憲¹、山田 智則¹、館 桂一郎¹、堀 寧¹、
岩崎 弘靖¹、梅村修一郎¹、山川 慶洋¹、西脇 裕高¹、
栗本 拓也¹、藤原 圭¹、林 克巳¹、根本 聡¹、
白子 順子¹、折戸 悦朗¹

Edwardsiella tardaは広く自然界に分布し、爬虫類の腸内常在菌で、ヒラメ、マダイなどのエドワジエラ病、ウナギのパラコロ病の原因菌として有名である。ヒトへの感染形態は腸管感染が約8割であるが、腸管以外の感染症では致死率が高く注意が必要である。今回Edwardsiella tardaによる腹膜炎を発症した1例を経験したので報告する。症例は62歳女性。平成15年出血性胃潰瘍で手術を受けて以来食欲不振、体重減少出現した。平成16年より腹部違和感あり近医通院していた。平成18年1月4日より嘔気39℃台の発熱出現し抗生剤を内服後、1月5日消化器内科受診。受診時腹部膨隆ありCT施行したところ多量腹水、胃壁の全周性肥厚を認めた。採血にてWBC、CRP上昇していたため胃癌、癌性腹膜炎および何らかの感染症を疑い入院。入院時の血圧は触診にて70mmHgとショックであるにもかかわらず脈拍数が80/分と相対的徐脈を示していた。各種培養おこなった結果腹水中よりEdwardsiella tardaが検出された。パニペナム1.0g/dayにて治療を開始したところ、入院3日目より解熱傾向を認め、採血でも炎症所見改善した。後日施行した上部消化管内視鏡にて弓隆部から胃角部にかけて4型胃癌を認め、腹水の原因としては癌性および細菌性腹膜炎が考えられた。後日問診で発症3日前にマダイの刺身を摂取していたことがわかり、これが感染の契機となった可能性が考えられる。