

特別講演 抄録

胃酸分泌は胃を特徴づける重要な機能である。この胃酸は酸関連疾患と呼ばれる胃食道逆流症、消化性潰瘍などの重要な病因と考えられ、酸分泌機構の研究が精力的に行われてきた。その結果、酸分泌機構に関わる壁細胞の2つの分子を標的とする薬剤であるH₂受容体拮抗薬（H₂RA）、プロトンポンプ阻害薬（PPI）が開発され、酸関連疾患の治療成績が飛躍的に向上し潰瘍患者の外科手術数は激減した。酸分泌抑制薬は除菌治療にも重要な役割を果たしており、消化性潰瘍の再発の抑制にも貢献している。一方、酸分泌の低下を伴う病態—自己免疫性胃炎、胃カルチノイドなどは、フィードバック機構によるガストリン高度上昇からもたらされる病態であり、やはり酸関連疾患として位置づけられよう。また、胃がんについても、*Helicobacter pylori* (H. pylori) による胃がん発生は、単にH. pylori感染の結果だけではなく、低酸状態の胃内に存在する非H. pylori細菌の影響も加わっていると考えると説明しやすい。一方Cardia領域の癌については、H. pylori感染とは疫学的に関連がないとされている。しかし、最近この領域の癌発生メカニズムを酸と食事性硝酸塩摂取との関係で説明する興味深い学説がMcCollらによって提唱され、萎縮の進んだ状態に多く見られる遠位部胃癌における発生機構との違いが明確にされつつある。このように上部消化管のさまざまな病態は、壁細胞から分泌される酸分泌のレベルによって説明しうる。

一方、壁細胞は酸だけではなく、胃腺の構築に重要なさまざまな因子を産生していることが明らかにされてきている。そのひとつがSonic Hedgehog (SHH) である。われわれは萎縮の進展に伴ってSHHが低下してくること、腸上皮化生になるとその発現が消失することが報告されているが、われわれも同様の所見を得ている。一方そのホモログであるIndian Hedgehog (IHH) も壁細胞を含む胃腺に発現しており、未分化型胃癌での高発現が報告されており、われわれもIHHを線維芽細胞に高発現させると腫瘍形成性を有することを見出している。今後壁細胞におけるさまざまな形態形成因子の発現異常に関する研究が進行することによって、腸上皮化生、萎縮のメカニズムの解明や胃癌の予防への道を開くことが可能となるのではないと思われる。

略 歴

氏名：菅野健太郎

学歴

1973年 東京大学医学部医学科卒業

職歴

1973-6 東京大学医学部附属病院研修医
1976-82 東京大学医学部第三内科医員
1982-3 University of California, Los Angeles 校研究員
1983-4 University of Michigan 研究員
1985-91 東京大学医学部第3内科助手
1991-8 東京大学保健センター助教授・副所長
1998- 現在 自治医科大学消化器内科主任教授
2006- 現在 自治医科大学医学部内科学講座主任教授、副病院長

所属学会

日本内科学会 (評議員)、日本消化器病学会 (理事)、日本内視鏡学会 (評議員)、
日本ヘリコバクター学会 (理事)、日本高齢消化器病学会 (常任理事)、
日本消化器癌発生学会 (理事)、日本胃癌学会 (評議員)、米国消化器病学会
アジア太平洋消化器病学会 (APAGE) Secretary General など。

学術活動

副編集委員長：J. Gastroenterology (1997-2003),
編集委員 Gastric Cancer (1998-)
Digestion (1994-2003), J. Gastroenterol. & Hepatology (1997-2003)
World J. Gastroenterology (2003-2005), Gut (2004-2007)
Regulatory Peptides (2002-), BMC Gastroenterology (2006-)
J. Dig. Disease (2007-), Therap. Adv. Gastroenterol. (2008-)
Int. J. Clin. Oncol. (2006-)
学術振興会 学術システム研究センター主任研究員 (2004-2006)
厚生労働省 胃潰瘍診療ガイドライン主任研究者
WHO: Member of the ICD-revision steering committee

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20回教育講演会プログラム

第1会場（3階 会議室234）

教育講演 (1) 9:30-10:30

司会 名古屋市立大学臨床分子情報医学講座 溝上 雅史

ウイルス性肝炎 update

B型・C型慢性肝炎の最新の治療

藤田保健衛生大学肝胆膵内科 吉岡健太郎

教育講演 (2) 10:30-11:30

司会 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 乾 和郎

胆膵診療 update

広島大学病院・総合診療科 田妻 進

教育講演 (3) 14:15-15:15

司会 名古屋大学消化器内科 後藤 秀実

胃疾患 update

消化性潰瘍の現在と未来 - NSAID/aspirin 起因性病変を中心に -

金沢医科大学消化器機能治療学 有沢 富康

教育講演 (4) 15:15-16:15

司会 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 芳野 純治

大腸上皮性腫瘍 update

広島大学病院光学医療診療部 田中 信治

1) ウイルス性肝炎 update

B型・C型慢性肝炎の最新の治療

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科 吉岡健太郎

肝臓により年間3.5万人が死亡しており、これは癌の中では4番目に多い数である。肝臓の原因の80%はC型肝炎ウイルス、10%がB型肝炎ウイルスである。肝炎ウイルスによる慢性肝炎が10年、20年と続くと肝硬変となり、肝硬変になった肝臓に肝臓がんができる。肝臓は「沈黙の臓器」といわれるように、余程進行しないと症状がない。したがって症状の有無にかかわらず肝炎の進展度を正確に診断し、適切な治療をする必要がある。C型肝炎に対しては2004年に週1回投与のペグインターフェロンとリバビリンの併用療法が保険認可され、これまで難治であった1型高ウイルス量症例に対する著効率は50%と著しく向上した。また1型高ウイルス量症例以外の症例に対しても、2005年暮れにペグインターフェロン・リバビリン併用療法（6ヶ月）が保険適用となり、著効率は90%になった。これによりC型肝炎全体のインターフェロン療法の著効率は70%になった。

B型肝炎に対する治療も進歩している。2006年暮れに保険適用となったエンテカビルは、1日1回内服すると48週間目にはウイルスが68%で陰性化し、94%でALT値が正常化し、肝組織は80%で改善がみられた。これまで一般的に使用されていたラミブジンでは70%程度で耐性ウイルスが出現し、アデフォビルを併用しなくてはならなくなったが、エンテカビルの耐性株出現率は3年で3%程度である。ラミブジンもエンテカビルも内服を止めると、ウイルスが再増殖して、肝障害が再発するので、よくなくても中止することが出来ないことが問題点である。

このように肝炎の治療は格段に向上している。肝炎患者に、病気の予後や治療法について詳しい説明をし、適切な治療を提供していくことが必要である。

略 歴

昭和54年 名古屋大学医学部卒業
昭和54年 名古屋第一赤十字病院 研修
昭和57年 名古屋大学医学部第三内科医員
昭和59年 米国ニュージャージー医科歯科大学内科研究員
昭和61年 名古屋高等裁判所医務室医員
昭和62年 名古屋大学医学部 助手
平成10年 名古屋大学医学部附属病院 講師
平成16年 藤田保健衛生大学消化器内科 助教授
平成17年 藤田保健衛生大学肝胆膵内科 教授
現在に至る

2) 胆膵診療 update

広島大学病院・総合診療科 田妻 進

胆膵領域の診療において、黄疸は最も重要な症候の一つである。黄疸と胆汁うっ滞は密接に関わることが多く、その病態を理解して胆膵疾患の診療を進める必要がある。本講演では、黄疸の発生メカニズムの概説を踏まえて、その鑑別診断や治療の実際について述べるとともに、原因となる胆膵疾患に関する最近の話題を解説する。

1. 黄疸の成因と鑑別診断

黄疸は血液中のビリルビン濃度が上昇した状態であり、その発生メカニズムとしては、1)ビリルビン代謝異常、2)胆汁排泄障害(肝内・肝外)に大別される。黄疸は胆汁うっ滞と密接な関わりがあり、その鑑別診断には胆汁分泌障害を含めた病態の把握が必要である。ビリルビンおよびその他の胆汁成分の排泄についてはATPを駆動力とする能動輸送が主体であることが判明しており、その詳細を理解することが診療のあり方や治療指針に結びつく。本項では、黄疸の発生に関する知見を踏まえて診断アルゴリズム・診療フローチャートを整理する。

2. 黄疸を来たす胆膵疾患

胆道は肝と十二指腸を連絡する胆汁流路であり、胆膵疾患はその閉塞機転として黄疸の発生を招来する。その代表的疾患は、胆道結石・胆道炎・胆道癌、膵炎・膵癌である。胆石症や慢性膵炎は日本消化器病学会で診療ガイドラインが作成されつつあり、胆道炎もすでに他学会から作成されている。さらに胆道癌・膵癌についても同様である。本項では、黄疸に関わる胆膵疾患について整理しながら、胆石症診療ガイドラインや胆道炎診療ガイドラインを交えて解説する。

3. 硬化性胆管炎の最近話題

胆管の硬化性変化を惹起する胆膵疾患が最近の本領域のトピックスである。原発性硬化性胆管炎(PSC)は、予後不良な原因不明の慢性進行性肝内胆汁うっ滞として治療に難渋することが多い。その一方で、わが国から硬化性胆管病変を伴う自己免疫性膵炎が報告され、その胆管病変のPSCとの異同が話題となっている。本疾患は膵内におけるIgG4陽性形質細胞の浸潤やび慢性の膵管狭細像を特徴としており、血清IgG4も高値を示してステロイドホルモンにより軽快することが多い。さらに、胆管のみに病変を呈するものや膵・胆管以外の他臓器に病変の主座を有する疾患も紹介されてIgG4関連疾患として提唱されている。本項では、その臨床像と病態について免疫異常の観点から解説する。

略 歴

- 昭和55年3月 山口大学医学部卒業
- 昭和60年4月 米国クリーブランドクリニック消化器内科研究員
- 平成11年2月 広島大学第一内科・講師
- 平成13年9月 広島大学内科学第一講座・助教授
- 平成15年4月 広島大学総合診療科・教授
- 平成18年4月 広島大学病院・臨床実習教育研修センター長(兼任)
- 平成19年4月 広島大学病院・病院長補佐

3) 胃疾患 update 消化性潰瘍の現在と未来 — NSAID/aspirin 起因性病変を中心に—

金沢医科大学消化器機能治療学 有沢 富康

Helicobacter pylori (HP) 感染と非ステロイド系抗炎症薬 (NSAID) の服用は消化性潰瘍発症の大きな要因であることは広く認識されている。我が国でHPの除菌療法が認可され、また高齢化社会を迎えNSAIDの服用者が増加している現在、NSAID起因性消化管病変への対応が大きな問題となっている。特に、心・脳血管障害予防目的での低用量アスピリンの使用は日本全国ですでに数百万人にのぼると推定されている。このNSAID起因性消化管病変の予防に関しては、プロトンポンプ阻害剤とprostaglandin製剤が有効であることが示されており、その多くは予防可能であるにもかかわらず、我が国においては一部の薬剤をのぞき、予防的投与が認められていないのが現状である。確かに、全てのNSAID服用者に予防的に薬剤を投与することは、医療経済上も無駄が多い。そこで重要となるのは如何にして高危険群を絞り込むかということである。

ヒトの全genomeが解析され、ヒト遺伝子が予想以上に少ないことが明らかとなった現在、その少ない遺伝子が如何に複雑に発現調節されヒトの個性や病態生理に関与しているかを知ることは、ある疾患に対する感受性を有する個体を識別する上で極めて有用な情報を与えてくれる。この観点から、我々はこれまでヒトgenome中に数多く存在する一塩基多型 (SNP) や繰り返し配列の疾患感受性への関与につき検討してきた。その結果、消化性潰瘍に関しては、COX-1 -1676T/C (胃潰瘍; OR:2.71, 95%CI:1.31-5.62)、Nrf2 -686G/A・684 G/A (胃潰瘍; OR:0.25, 95%CI:0.088-0.73)、MIF -794CATT repeat (十二指腸潰瘍; OR:6.31, 95%CI:1.50-26.6) などが感受性を有し、NSAID/aspirin使用者に限ってみれば、COX-1 -1676T/C (OR:8.30, 95%CI:1.23-56.1)、IL-17A -197A/G (OR:4.79, 95%CI:1.04-22.0) などが胃潰瘍発生に感受性を有した。このような、遺伝的背景を考慮することにより高危険群を絞り込み、より効率的なNSAID起因性胃病変に対する対応が可能であると考えられる。

略 歴

昭和58年 名古屋大学医学部卒業
昭和64年 愛知県総合保健センター消化器診断部医長・室長
平成7年 名古屋大学第2内科 助手
平成13年 藤田保健衛生大学消化器内科 講師
平成17年 同 助教授
平成20年 金沢医科大学消化器機能治療学 教授

4) 大腸上皮性腫瘍 update

広島大学大学院医歯薬学総合研究科 内視鏡医学 広島大学病院 光学医療診療部 田中 信治

内視鏡および周辺機器の発展はめざましく、ESD (endoscopic submucosal dissection) の登場によって大きな大腸腫瘍も完全一括摘除が可能になった。現在、その標準化への取り組みが進行中である。ESDの登場によって、EMR/EPMR (endoscopic mucosal resection/ endoscopic piecemeal mucosal resection) と外科手術とESDの使い分けが重要になっている。一方、診断学の進歩にも目覚ましいものがあり、拡大内視鏡観察やNBI (narrow band imaging) などの画像強調内視鏡観察 (Image enhanced endoscopy: IEE) を用いることにより、大腸腫瘍の良悪の鑑別、正確な深達度診断、腫瘍内組織異型度の多様性 (腺腫/低異型度癌/高異型度癌、腺腫内癌/de novo癌) などの正確な診断が可能になっている。特に、NBI拡大観察では、微小血管構築とpit patternを総合評価することの有用性と簡便性が明らかになっており (Kanao H, Tanaka S, et al: Gastrointest Endosc 2008, in press), 大腸腫瘍の大多数は良性の腺腫で、癌であっても微小な腺腫内癌であることも多い。NBI拡大観察と従来の色素を用いた拡大観察によるpit pattern診断の効率良い使い分けが可能になっている。ESDの適応となる2 cm以上の側方発育型腫瘍 (Laterally spreading tumor: LST) のうち、LST-Gは腺腫性病変が大多数を占める。また、大きな病変でも腺腫～腺腫内癌であれば、正確な術前精密診断に基づく計画的EPMRも有用であることが証明されている。

本講演では、大腸ESD標準化への取り組みと現状について述べるとともに、拡大内視鏡観察によるpit pattern診断とNBI拡大観察による正確な術前内視鏡診断に基づいた早期大腸癌に対する内視鏡治療の戦略の立て方、EMR/分割EMR/ESDの現状と成績、内視鏡治療と外科手術 (腹腔鏡下切除、経肛門的切除) との住み分けなどについてビデオ画像も交えながら解説する。

略 歴

- 昭和59年 広島大学医学部医学科卒業
- 昭和59年 広島大学医学部附属病院内科・医員 (研修医)
- 昭和61年 北九州総合病院内科 (第一内科入局, 医学研究生)
- 平成元年 広島大学第一内科・医員
- 平成3年 国立がんセンター病院 (現中央病院) 内視鏡部
- 平成4年 広島大学第一内科・医員
- 平成5年 広島大学第一内科・助手
- 平成9年 ブラジル・リオグランデ州立大学消化器科・客員教授
- 平成10年 広島大学光学医療診療部・助教授 (副部長)
- 平成12年 同・部長 (助教授)
- 平成19年 同・教授

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 2

第 2 会場

9:00～11:35

司会

愛知医科大学消化器内科 春日井邦夫

三重大学大学院医学系研究科消化管小児外科学 楠 正人

「下部消化管疾患－診断治療の進歩」

S-2-1 ヘモグロビン／ハプトグロビン複合体による大腸がんスクリーニング能の検討

¹浜松医科大学 医学部 分子診断学

○吉田 賢一¹、金岡 繁¹、濱屋 寧¹

S-2-2 大腸癌スクリーニングにおける便中各種マーカーの検討

¹藤田保健衛生大学病院 消化器内科

○吉岡 大介¹、高濱 和也¹、平田 一郎¹

S-2-3 大腸腫瘍性病変における PET 診断能の有用性

¹県西部浜松医療センター 消化器科

○吉井 重人¹、山田 正美¹、高井 哲成¹

S-2-4 潰瘍性大腸炎における体外式 Real-time Tissue Elastography の有用性

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

○渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

S-2-5 NBI 拡大内視鏡観察による潰瘍性大腸炎の内視鏡診断

¹国立病院機構 名古屋医療センター、²名古屋大学大学院 消化器内科学

○島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

S-2-6 炎症性腸疾患に対する Rebamipide 注腸の新たな可能性

¹愛知医科大学 消化器内科

○佐藤 真理¹、宮田 充樹¹、春日井邦夫¹

S-2-7 大腸疾患に対する 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 消化器内科

○磯部 祥¹、小林 隆¹、渡邊 真也¹

S-2-8 原因不明の消化管出血における内視鏡診断の進歩 —カプセル内視鏡—

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○中村 正直¹、大宮 直木¹、後藤 秀実¹

S-2-9 透明フードを用いた大腸憩室出血の确实、安全な診断と止血術

¹木沢記念病院 消化器科

○杉山 宏¹、大島 靖広¹、端山 暢郎¹

S-2-10 大腸内視鏡検査における偶発症としての大腸穿孔に関する検討—非維持透析患者と維持透析患者との比較

¹名古屋共立病院 消化器内科

○今井 則博¹、竹田 欽一¹、葛谷 貞二¹

S-2-11 当施設における直腸腫瘍に対する内視鏡治療の現状

¹愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部

○松本 和也¹、田近 正洋¹、中村 常哉¹

S-2-12 当院における大腸 ESD

¹小牧市民病院 消化器内科

○岡田 昭久¹、宮田 章弘¹、大山 格¹

S-2-13 直腸カルチノイドに対する ESD の有効性の検討

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、田中 匡介²、竹井 謙之¹

S-2-14 早期大腸癌に対する内視鏡的切除後の追加外科治療—腹腔鏡下手術を中心に—

¹岐阜大学 医学部 高度先進外科

○関野 考史¹、木村 真樹¹

S-2-15 外科治療戦略における小腸内視鏡の意義

¹三重大学大学院 医学系研究科 消化管・小児外科学

○吉山 繁幸¹、三木 誓雄¹、楠 正人¹

S-2-16 Multidetector-row CT(MDCT) を用いた腹腔鏡下大腸癌手術支援画像の有用性

¹浜松医科大学医学部附属病院 第2外科・がん教育研究センター、²浜松医科大学医学部附属病院 第2外科

○深澤 貴子¹、中村 利夫²、今野 弘之²

S-2-17 下部直腸・肛門管癌に対する外科的治療の進歩

¹藤田保健衛生大学 下部消化管外科

○小出 欣和¹、前田耕太郎¹、佐藤 美信¹

S-2-18 当院の虫垂粘液嚢腫の10例

¹藤枝市立総合病院

○下園 尚志¹、丸山 保彦¹、三輪 一太¹

シンポジウム 1

第 2 会場

14:15～16:30

司会 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学 城 卓志
藤田保健衛生大学医学部上部消化管外科 宇山 一郎

「上部消化管疾患－診断治療の進歩」

S-1-1 咽頭から食道領域における内視鏡観察と表在性食道癌の内視鏡治療

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、折戸 悦朗¹

S-1-2 Barrett 食道表在腺癌の ESD 時における拡大内視鏡観察の有用性の検討

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

○野田 知宏¹、田中 匡介²、竹井 謙之¹

S-1-3 胃切除後逆流性食道炎に対する経内視鏡的噴門部縫縮術の有用性の検討

¹愛知医科大学附属病院消化器内科

○服部 芳彦¹、舟木 康¹、春日井邦夫¹

S-1-4 Functional dyspepsia に対するプロトンポンプ阻害薬の効果

¹名古屋市立大学 大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学

○鹿野美千子¹、神谷 武¹、城 卓志¹

S-1-5 上部消化管領域における超音波内視鏡検査の新しい展開

¹名古屋大学大学院 消化器内科学、²名古屋大学附属病院 光学医療診療部

○長屋 寿彦¹、宮原 良二²、丹羽 康正¹

S-1-6 GISTs における造影パワードプラ EUS の有用性

¹朝日大学附属村上記念病院 消化器内科

○福田 信宏¹、加藤 隆弘¹、小島 孝雄¹

S-1-7 透明フードを用いた十二指腸憩室出血の確実、安全な診断と止血術

¹木沢記念病院 消化器科

○杉山 宏¹、大島 靖広¹、端山 暢郎¹

S-1-8 NBI 拡大内視鏡観察を用いた扁平隆起性病変に対する質的診断の検討

¹藤田保健衛生大学 消化管内科

○中村 正克¹、柴田 知行¹、平田 一郎¹

S-1-9 NBI 拡大内視鏡を用いた慢性胃炎の診断（胃癌高リスク胃粘膜同定の可能性）

¹藤田保健衛生大学 消化管内科

○田原 智満¹、柴田 知行¹、平田 一郎¹

S-1-10 当院での StageIA 胃癌に対する ESD・手術療法に関する検討（合同カンファレンス導入の効果について）

¹岐阜大学医学部消化器病態学

○小野木章人¹、荒木 寛司¹、森脇 久隆¹

S-1-11 当科における腹腔鏡下胃癌手術の適応拡大について

¹藤田保健衛生大学 上部消化管外科

○磯垣 淳¹、宇山 一郎¹

S-1-12 胃癌外科治療の新たな展開：Laparoscopic navigation surgery の実際とその成績

¹三重大学大学院 医学系研究科 消化管小児外科学、²三重大学 先端的外科技術開発学

○大井 正貴¹、三木 誓雄¹、楠 正人^{1,2}

S-1-13 β -グルカン併用による胃癌化学療法の QOL 改善効果

¹名古屋市立大学院・消化器・代謝内科学

○久保田英嗣¹、片岡 洋望¹、城 卓志¹

S-2-1 ヘモグロビン／ハプトグロビン複合体による大腸がんスクリーニング能の検討

¹浜松医科大学 医学部 分子診断学
○吉田 賢一¹、金岡 繁¹、濱屋 寧¹

【目的】免疫学的便潜血検査 (FOBT) は非侵襲性・簡便性に優れた検査法であるが、大腸がんの効率的なスクリーニングのためさらなる高精度の検査法が待望されている。今回糞便中で Hemoglobin (Hb) 単独より安定である Hemoglobin-Haptoglobin Complex (Hb-Hp complex) のスクリーニング能について検討を行ったので報告する。【方法】対象は内視鏡的・病的に確認された大腸がん (Ca) 21 例、大きさ 1 cm 以上の腺腫 (AA)、正常コントロール 23 例。内視鏡後 2 週から 4 週後に金コロイドを用いたイムノクロマトグラフィ法による DIMA 社製 Bionexia Hb-Hp complex と磁性粒子 (MPA) 法による FOBT を 1 回同一便で検討を行った。【成績】Hb-Hp complex と FOBT の特異度は 78% (95% CI, 56%-93%)、100% (88%-100%) と FOBT が高い傾向にあったが、有意差はなかった ($P = 0.058$)。感度は Ca で各々 81% (58%-95%)、62% (38%-82%) であり、AA では各々 40% (5%-85%)、20% (1%-72%) であった。早期がんでは 80% (28%-99%)、20% (1%-72%)、進行がんでは 81% (54%-96%)、75% (48%-93%)、部位別では右側がんでは各々 71% (29%-96%)、43% (10%-82%)、左側がんでは 86% (57%-98%)、71% (42%-92%) であった。Hb-Hp complex は早期がん、右側がんで感度が高い傾向にあったが、今回比較した項目上 FOBT と有意差を認めたものはなかった。【結論】Bionexia Hb-Hp complex は感度の点で FOBT の不得手な早期、右側がんで感度が高い傾向であったが、逆に特異度は FOBT より低下した。さらに症例数を増やした検討が必要だが、その Hb を安定化させるという特性上感度の上昇を期待できるが、特異度の問題をもつためマススクリーニングとしてジレンマをもつ。

S-2-2 大腸癌スクリーニングにおける便中各種マーカーの検討

¹藤田保健衛生大学大学院 消化管内科
○吉岡 大介¹、高濱 和也¹、平田 一郎¹

《目的および方法》大腸癌スクリーニングにおいて便中 Hb を標的とした便潜血検査が一般的に行われているが、便中 Hb は安定性が悪く偽陰性が起こりやすい。そのため感度や特異度の高い便中マーカーの開発が求められているが、われわれはこれまでに Hb の他にトランスフェリン (以下 Tf)・ラクトフェリン (以下 Lf)・ $\alpha 1$ -アアシドグリコプロテイン (以下 AG) が同等に有用であり、さらにその組み合わせ判定を用いることにより従来の便潜血検査より検出感度や検出効率を向上させられると述べてきた。今回われわれはさらに 1147 人の糞便を採取し各便中マーカーを測定、その全例に大腸内視鏡検査を行い肉眼的・病理学的に診断を行った。その中で大腸癌および大腸ポリープ (腺腫) における各種マーカーの感度・特異度・正診率・陽性的中率を算出し、Hb 単独での結果と比較した。また男女別や部位別・進行度別にそれぞれの特徴を検討した。【結果】大腸癌の便中 Hb 陽性の感度は 63.3%、特異度 87.5%、正診率 85.9%、陽性的中率 27.3% であった。これらと便中 Tf・Lf・AG 単独陽性を比較したところ必ずしも有意な結果は得られなかったが、組み合わせによりどちらか一方が高値であることを陽性とすれば感度が上がり (Hb or Tf 陽性では感度 68.4% など)、両方とも高値であることを陽性とすれば特異度・正診率・陽性的中率が上がる (Hb and Tf 陽性では特異度 94.4% など) が示された。また出血の少ない早期癌や大腸ポリープにおいては、Hb や Tf・AG の出血マーカーと比べて炎症マーカーである Lf が有用であることが示された。《まとめ》大腸癌スクリーニング検査において便中 Tf・Lf・AG 測定は Hb と同等に有用性があると考えられた。また両者を測定することにより組み合わせ判定が可能であり、スクリーニング検査の精度を向上させることができると考えられた。

S-2-3 大腸腫瘍性病変における PET 診断能の有用性

¹県西部浜松医療センター 消化器科
○吉井 重人¹、山田 正美¹、高井 哲成¹

【目的】PET が保険適用となり急速に普及しているが大腸腫瘍性病変における詳細な検討についての報告は少ない。今回我々は、大腸内視鏡検査をゴールドスタンダードとし、当院で PET が施行された大腸腫瘍性病変の臨床的特徴を解析し、PET 診断能の有用性を検討したので報告する。【方法】対象は、当院で 2005 年 1 月から 2008 年 7 月までに PET を施行した大腸腫瘍性疾患 40 病変 27 症例 (男性 18 人、女性 9 人、平均年齢 63.7 歳) とした。これらの症例において PET における病変の描出能を腫瘍径、壁深達度、組織学的悪性度と比較し評価した。また大腸癌リンパ節転移診断能についても検討した。【成績】大腸癌 25 病変中 24 病変 (96.0%) で FDG の集積を認め、最小径は 13mm (Ip, m) であった。一方、FDG の集積を認めなかった癌症例は 1 病変で、径 7mm (Isp, m) であった。腫瘍径と SUV 間には正の相関関係 (相関係数: 0.748, $P < 0.0001$) が得られた。また壁深達度が深くなるに従い SUV 値も上昇する傾向がみられた。印環細胞癌は、サイズと比較して SUV 値が低い傾向がみられた。リンパ節転移の診断能については、感度は低い (30.0%) が特異度は高い (100%) もであった。また、偽陰性例はすべて 1 群リンパ節転移例であった。腺腫のうち軽度・中等度異型腺腫は 9 病変中 1 例 (11.1%) (径 15mm) のみ FDG 集積を認めた。また、LST-G (軽度異型腺腫) は径 52mm、25mm のサイズでも FDG の集積を認めなかった。高度異型腺腫は 3 病変のうち 2 病変 (66.7%) に集積を認めた。さらに、カルチノイドは 2 症例中 1 症例 (サイズ 55mm) に FDG 集積が認められた。【結論】大腸癌症例では、早期癌も含め PET での検出率は非常に良好であり、低侵襲な検査でもあることから、特にハイリスク患者や高齢者において有用性の高い検査と思われた。また、大腸癌における腫瘍径の増大や壁深達度が深くなるに従い SUV 値も上昇する傾向がみられ、予後予測因子としての有用性が示唆された。

S-2-4 潰瘍性大腸炎における体外式 Real-time Tissue Elastography の有用性

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
○渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

【目的】潰瘍性大腸炎 (UC) は治療方針を決定するため大腸内視鏡検査 (CS) を行い粘膜の状態を把握することが重要であるが、CS は苦痛を伴うことも多く、より苦痛が少なく、粘膜の状況が判断できる検査法が望まれる。今回我々は、Real-time Tissue Elastography を用い、UC の大腸粘膜を scan し、内視鏡所見、臨床活動度と治療反応性について検討をおこなった。【方法】Elastography で得られた画像を層構造が保たれる Normal (N) type、肥厚した壁がほぼ全体に均一に緑～黄色を呈する Homogeneous (Ho) type、肥厚した壁が赤～青色までモザイク状を呈する Random (R) type、肥厚した壁が主として青色を呈する Hard (Ha) type の 4 つに分類し、CS 所見を緩解期型の Type A、浮腫・びらんが主体な Type B、深掘れ潰瘍の Type C、広範な粘膜脱落の Type D に分類した。直腸炎型を除く UC 患者 37 例を対象とし、日立社製 EUB-8500 を使用して下行結腸を scan し、Elastography 分類を行い、引き続き CS を施行した。【成績】Elastography 分類と内視鏡分類はそれぞれ N type (10 例) と Type A (10 例)、Ho type (11 例) と Type B (12 例)、R type (10 例) と Type C (6 例)、Ha type (6 例) と Type D (9 例) が対応しており、統計的に有意な相関を認めた ($p = 0.001$)。臨床的活動度は、N type の 7 例 (70%) が緩解期、Ho type の 7 例 (64%) が活動期、R type は 6 例 (100%) が活動期、Ha type は活動期が 4 例と緩解期が 6 例とほぼ半数ずつであった。CS 後の活動期症例の治療は、7 例の Ho type はステロイド治療や血球成分除去療法で 5 例 (約 70%) が緩解導入され、R type は 6 例中 3 例 (50%) で cyclosporine が必要であったが全例有効で手術を回避できた。活動期の Ha type 6 例のうち 3 例はステロイド、血球成分除去療法、免疫調節剤など各種治療を行なったが改善せず待機手術となった。【結論】Real-time Tissue Elastography は大腸内視鏡所見をよく反映しており、UC の治療方針の決定に有用な手段となりうると考えられた。

S-2-5 NBI拡大内視鏡観察による潰瘍性大腸炎の内視鏡診断

¹国立病院機構 名古屋医療センター、²名古屋大学大学院 消化器内科学
○島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)症例にNarrow Band Imaging (NBI)拡大内視鏡観察をおこない、UCの病態判定と再燃率について検討した。【方法】37例のUC症例を対象とした。通常内視鏡観察はMatts分類を用いた。NBI拡大内視鏡所見を4段階に分類した(I型:蜂巣状血管構造を認める。II型:蜂巣状血管構造が不明瞭となり不規則血管の存在を認める。III型:血管口径不同が明らかで血管のにじみ所見を認める。IV型:凸凹不正な岩盤状粘膜構造を認める)。NBI観察時に深層血管についても評価した。細経超音波プローブにて直腸壁の第1層から第3層までの厚みを測定した。生検組織所見を検討した。【成績】1)男性23例、女性14例で、平均年齢は45.5歳(23~85歳)であった。病期は活動期10例、緩解期27例であった。2)NBI拡大内視鏡所見はI型:7例、II型:13例、III型:10例、IV型:7例であった。3)I型とII型は全例、緩解期であった。III型は緩解期60%、活動期40%で、IV型では緩解期14%、活動期86%であった。4)NBI深層血管描出率はI型:85.7%、II型:61.5%、III型:10%と低下し、IV型では描出されなかった。5)Matts分類の平均はI型:1.4、II型:1.8、III型:2.5、IV型:3.3であり、粘膜障害が強くなる傾向がみられた。6)細経超音波プローブによる直腸壁の第1層から第3層までの厚さはI型:1.5mm、II型:1.9mm、III型:2.1mm、IV型:2.7mmとIV型になるほど肥厚が高度であった。7)生検組織所見での炎症細胞浸潤は、I型では軽度、II型では軽度から中等度、III型とIV型では高度であった。8)I型とII型では再燃はみられていないが、III型の30%、IV型では57%が再燃し、IV型になるほど再燃しやすかった。【結論】NBI拡大内視鏡観察は、UCの臨床病期、粘膜障害程度、病理学的活動度と極めて良く関係した。UCの治療をおこなっていく上でNBI拡大内視鏡観察は重要な検査法となり得ることが示唆された。

S-2-7 大腸疾患に対する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 消化器内科
○磯部 祥¹、小林 隆¹、渡邊 真也¹

【目的】MDCTを用いた腹部血管像と大腸疾患の病態について検討を行った。【対象】2007年4月より2008年8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15症例(以下IC群)とその他の大腸疾患にて検査を行った22症例(以下OG群)を対象とした。その他の大腸疾患の内訳は大腸癌7例、炎症性腸疾患5例、小腸出虫2例、特発性下部消化管出血3例、その他5例であった。【方法】CTはphilips社製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。対象に対し前処置として前日にクエン酸マグネシウム34g、センシッド12mgを内服した。CTの撮影直前に大腸内に空気を約1000ml入れ、大腸内腔の拡張を確認した後に撮像し、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】IC群は男性2例、女性13例、平均年齢63.0±17.3歳であるのに対し、OG群は男性13例、女性9例、平均年齢59.1±19.8歳であった。IC群では上腸間膜動脈起始部の内径は5.0±1.0mm、下腸間膜動脈起始部の内径は2.9±0.8mm、OG群ではそれぞれ6.9±1.9mm、3.7±1.0mmであり、IC群ではOG群に比較してともに有内径は小さかった(P<0.05)。年齢を50歳以上80歳未満に限定した場合、IC群では下腸間膜動脈起始部の石灰化を12症例中11例、OG群では14症例中5例に認めIC群でOG群に比較して高率に認められた(P<0.05)。大腸癌7例のうち進行大腸癌の3例にて腫瘍血管、腫瘍への造影剤のプーリングが認められたが、早期大腸癌では腫瘍血管、プーリングのいずれも認められなかった。全結腸型クローン病で辺縁血管の蛇行が認められた。【結論】MDCTを用いて腹部血管を検査することによって疾患の病態を把握できる可能性が考えられた。

S-2-6 炎症性腸疾患に対するRebamidepide注腸の新たな可能性

¹愛知医科大学 消化器内科
○佐藤 真理¹、宮田 充樹¹、春日井 邦夫¹

【背景】胃粘膜防御系の薬剤として使用されているRebamidepideはEGFやEGF receptorの発現を誘導することにより好中球活性を抑制し、粘膜上皮細胞の再生や血管新生を促進作用することが知られている。Rebamidepide注腸剤(以下RE)においても同様に、抗炎症作用をもち、PG産生を刺激し潰瘍修復を促進するとされている。我々はこれまでに治療抵抗性潰瘍性大腸炎に対する短期的および長期的投与の有効性と安全性を報告してきた。この結果、潰瘍性大腸炎に対するREは軽症、中等症で病変範囲がS状結腸から肛門側に限局する症例に対して有効であり、またステロイド抵抗例など治療に難渋する症例でも有効な治療と考えられた。【方法・対象】そこで今回REにおける治療の適応の範囲を拡げ、REを治療抵抗性の全結腸切除後回腸囊炎とクローン病に対し投与し、その有効性を検討した。症例は回腸囊炎3例、クローン病の1例で、当院倫理審査委員会の承認後、同意を得た上でRE 150mg、1日2回8週間投与した。この間5ASA製剤、ステロイド等の治療薬は併用しなかった。回腸囊炎3例はベタメタゾン注腸やメロニダゾールで改善がみられなかった治療抵抗例で、クローン病は軽症であるが5ASAやステロイド等の薬剤で緩解が得られない症例であった。【結果】回腸囊炎3例のうち2例は緩解、1例は下痢が残るものの下血が消失した。提示する症例はRE投与2週間後には排便回数が減少し血便は4週間消失、8週間後の内視鏡検査では回腸囊の潰瘍は著明に改善していた。その後現在に至るまで再燃はみられていない。軽症クローン病症例は、注腸開始後4週間で排便回数、血便とも速やかに軽快し、12週間には内視鏡所見でびらん潰瘍も改善し寛解導入となった。CDAIは開始時の250から80まで改善し、血清TGF-βは50.3から5.02へ低下した。その後再燃はみられていない。これらの全例で副作用はみられなかった。【結論】REは、潰瘍性大腸炎のみならず治療抵抗性の回腸囊炎やクローン病においても有効であった。治療抵抗性IBD症例において、REは新たな治療法の選択のひとつとして有用と考えられ、今後の更なる症例の積み重ねが必要であると思われる。

S-2-8 原因不明の消化管出血における内視鏡診断の進歩 -カプセル内視鏡-

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○中村 正直¹、大宮 直木¹、後藤 秀実¹

【目的】原因不明の消化管出血(OGIB)について、2000年以後有効性の高い小腸内視鏡検査法であるカプセル内視鏡(VCE)とダブルバルーン内視鏡(DBE)が臨床導入された。特にVCEは、OGIBに対し保険診療が始まってからちょうど1年であり、適切な使用方法に関してのエビデンスは得られていない。本研究の目的はOGIBにおけるVCEの内視鏡診断能につき評価することである。【対象・方法】対象は2004年6月から2008年6月までにVCE、DBEをもに行った151例である。男性93、女性58例であり平均年齢は62.0歳(11-97歳)であった。最終診断はVCE、DBE所見と生検、CT、小腸造影、手術所見、外科病理組織診断と臨床経過により総合的に判断した。週及的にVCEの所見を最終診断と比較し、VCEによる診断可能または異常所見として指摘可能な症例の検討及びその診断能につき評価した。【結果】最終診断は血管性病変36、びらん・潰瘍25、腫瘍性疾患20、その他7、小腸外疾患24、異常なし39例であった。VCEの有所見率は89/151(58.9%)であった。VCEのみで最終診断まで可能と判断したは24例(15.9%)(angiodysplasia19、クローン病2、メッケル憩室1、AVM1、鉤虫症1)であったが最終診断と一致したのはそのうち18例(75%)であった。異常所見は65例で指摘し8所見に分類した(潰瘍15、びらん13、粘膜下腫瘍12、活動性出血10、小腸外所見5、活動性出血(小)4、瘻痕3、腫瘍3)。そのうち最終診断と同一の病変を指摘したのは53例(81.5%)であった。VCEで異常なしとした62例中最終診断でも異常なしであったのは29例であった。VCEの感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率、正診率(%)は各々83.5、67.4、82.5、69.0、74.6であった。【結論】OGIB患者に対してVCE診断は最終診断の約75%で一致していた。OGIBにおいてVCEは最終診断へのガイドとしての役割を果たすと考えられた。

S-2-9 透明フードを用いた大腸憩室出血の確実、安全な診断と止血術

¹水沢記念病院 消化器科
○杉山 宏¹、大島 靖広¹、端山 暢郎¹

【目的】大腸憩室出血の内視鏡の通常観察では診断困難で、しばしば再出血をきたし止血に難渋する。そこで、憩室出血の確実な診断、止血法の検討を試みた。【方法】憩室出血58例、76件を対象に止血術の止血成績、偶発症を検討した。一時止血状態の憩室出血の内視鏡診断は経口腸管洗浄剤で洗腸後、内視鏡先端に装着したフードを憩室周囲に軽く押し当てゆっくり吸引し憩室を反転、観察したり、フードを憩室周囲に軽く押し当て閉鎖腔を形成し水を鉗子孔から注入し憩室内を洗浄したりして診断を試みた。【成績】76件中6件(7.9%)はフードなしの内視鏡で、61件(80.3%)はフードを用いた内視鏡で責任憩室の診断ができたが、9件(11.8%)は診断できなかった。内視鏡診断しえた67件中60件(89.6%)に止血術を行ったが、45件はクリップ(CL)法を、8件はCL+HSE法を、7件はHSE法を施行した。CL法では憩室開口部を縫縮したのが26件、フードにて憩室を反転し露出血管を把持したのが19件、憩室を反転し露出血管を把持後、憩室開口部を縫縮したのが7件、憩室を反転し憩室基部を把持したのが1件であった。内視鏡的止血術を施行した60件中55件(91.7%)は1回の止血術にて完全止血した。5件(8.3%)で再出血したが、責任憩室の誤診はなかった。再出血例では全例、NSAIDが投与され、1回目の止血術では憩室開口部をクリップで縫縮していた。HSE法は再出血例も含め15件に施行、1件は憩室底部に、14件は憩室周囲の粘膜下層に局注した。憩室底部に局注した1件で腹膜炎を合併した。【結論】大腸憩室出血の止血にはまず、責任憩室の確実な内視鏡診断が必要で、透明フードなくしては診断できない。NSAID投与例は再出血例が多く、注意が必要である。クリップ法では憩室開口部を縫縮するよりもフードにて憩室を反転し露出血管や憩室の基部を把持することで、HSE法では憩室底部に局注するよりも憩室周囲の粘膜下層に局注することで確実、安全な止血が得られる。

S-2-11 当施設における直腸腫瘍に対する内視鏡治療の現状

¹愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
○松本 和也¹、田近 正洋¹、中村 常哉¹

【目的】直腸腫瘍に対する局所切除術には、内視鏡的粘膜切除術や経肛門的局所切除術(TAR)、経肛門的内視鏡下マイクロサージェリー(TEM)等がある。近年、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の登場により、従来TARやTEMの適応とされていた病変に対し、ESDが行われるようになってきている。今回、直腸腫瘍に対する治療の現状を検討した。【方法】2005年1月から2007年12月までに当施設においてESD、TARおよびTEMを施行した直腸腫瘍46例(男性:女性=21:25、平均年齢65.0歳):ESD20例、TAR10例、TEM16例を対象に、占拠部位・肛門縁からの距離・肉眼型・腫瘍長径・組織型・深達度・一括切除率(一括かつLM)・局所再発率・偶発症・施行時間・入院期間を比較検討した。【成績】占拠部位(Rs/Ra/Rb/Rb-P):ESD 5/6/9/0、TAR 0/1/3/6、TEM 0/0/11/5、肛門縁からの平均距離(cm):ESD 12.4(5-20)、TAR 5.0(2-20)、TEM 5.7(2-10)とESDの病変は高位直腸に認められた。肉眼型(Is/Isp/IIa/SMT):ESD 3/1/16/0、TAR 0/3/5/1、TEM 1/1/12/2で、平均長径(mm):ESD 25.0(12-50)、TAR 39.2(12-80)、TEM 43.3(9-80)と外科的切除病変が大きかった。組織型(腺腫/癌/他):ESD 0/20/0、TAR 6/2/2、TEM 3/11/2。癌深達度(m-sm1/sm2 ≤):ESD 18/2、TAR 1/1、TEM 9/2。一括切除率(%)・局所再発率(%) :ESD/TAR/TEM=85.0/53.8/37.5/0.0/25.0と一括切除率はESDが高く、局所再発はTEMに多く認められた。偶発症(出血/穿孔/疼痛/発熱/狭窄):ESD 0/1/0/1/0、TAR 0/0/3/0/0、TEM 1/0/1/3/1。平均施行時間(min):ESD 73.7(15-195)、TAR 79.9(8-159)、TEM 111.1(33-210)、平均入院期間(day):ESD 5.0、TAR 8.6、TEM 7.3と外科的切除が長かった。【結論】ESDやTEMの成績は術者の技量・経験に負うところが大きい。現時点で当施設においては、肛門縁に近い病変は外科的切除が行われているが、一括切除率・局所再発率、患者への負担ではESDが優れていることから、今後、ESDの果たす役割は大きくなると期待される。

S-2-10 大腸内視鏡検査における偶発症としての大腸穿孔に関する検討—非維持透析患者と維持透析患者との比較

¹名古屋共立病院 消化器内科
○今井 則博¹、竹田 欽一¹、葛谷 貞二¹

【目的】大腸内視鏡検査における偶発症の発症頻度は、検査適応を決定する上で重要な情報の一つである。消化器内視鏡関連の偶発症に関する第4回全国調査報告(1998年-2002年)によると、大腸内視鏡検査における偶発症の発症率は0.069% (2,038例/2,945,518例)であり、死亡例の検討では85% (22例/26例)が大腸穿孔によるものであったと報告されている。維持透析患者に大腸内視鏡検査を行う機会も多くなってきたが、維持透析患者の大腸内視鏡検査における偶発症の発症頻度に関する報告はない。今回我々は、大腸内視鏡検査における偶発症のうち、稀ではあるが致死率の高い大腸穿孔について、非維持透析患者と維持透析患者の両者を比較検討した。【方法】2005年から2007年の3年間に当院で施行された大腸内視鏡検査7,210例のうち、非透析患者6,790例(非透析群)、維持透析患者420例(透析群)を対象とした。両群の患者背景、大腸穿孔の発症率、穿孔部位について検討した。【成績】透析群の平均年齢は66歳と非透析群60歳と比較し高齢であった。非透析群6790例中1例に穿孔を認め、穿孔部位は下行結腸であった。透析群420例中4例に穿孔を認め、穿孔部位は盲腸2例、横行結腸1例、直腸1例であった。大腸穿孔の発症率は非透析群0.015% (1例/6790例)に対し透析群0.95% (4例/420例)と、有意に透析群の発症率が高かった(p<0.0001)。当院における非透析患者の穿孔発症率は全国調査における偶発症の発症率と比較し有意差を認めなかった(p=0.1402)。【結論】当院における成績として、維持透析患者における大腸内視鏡検査に関する大腸穿孔の発症率は非透析患者に比して有意に高かった。透析患者穿孔例のうち1例はS状結腸までの挿入にて盲腸に穿孔を来たしており、送気に伴う穿孔と考えられ、腸管の脆弱性が示唆された。演者 今井則博 平成17年卒

S-2-12 当院における大腸ESD

¹小牧市民病院 消化器内科
○岡田 昭久¹、宮田 章弘¹、大山 裕¹

当院では2004年8月~2008年7月までの4年間に、大腸腫瘍40病変に対してESDを行ってきた。【使用機器】高周波装置はERBE ICC350。上部消化管用ビデオスコープQ260Jを多用している。処置具は先端系デバイス(フレックス・フラッシュナイフ)を主に用いている。【症例の内訳】直腸が29例と最も多く、肉眼型ではLST-Gが多くみられた。病変サイズは平均26mm(長径)であった。【治療成績】前期(2004年8月~2006年7月)、後期(2006年8月~2008年7月)を比較検討した。前期(n=11)では、ESD完遂率は11例中8例(72.7%)で、一括切除6例、分割切除2例であった。穿孔3例で切除断念となり、速やかに外科手術がおこなわれた。後期(n=29)では、ESD完遂率は29例中27例(93.1%)で、一括切除27例、分割切除0例であった。穿孔1例、繊維化1例で切除断念となり、待機的に外科手術がおこなわれた。後期における合併症のうち、穿孔1例ではクリップ縫縮にて保存的に軽快した。術後厳重狭窄となった直腸LST-G(90x75mm)の1例には、内視鏡的バルーン拡張術を追加した。【手技の工夫】1)上部用ビデオスコープを選択:送水機能を有する。軽量で術者の肉体的負担が少ない。反転操作によって病変の口側からのアプローチ可能となる。2)ヒアルロン酸液:EMRではスネアリング困難となる状況においても、粘膜下局注にて充分な安全域を確保すれば、大腸粘膜はうすく、切開自体は比較的容易である。3)体位変換:大腸では内視鏡局面が様々な変化する。重力を考慮して、こまめに体位変換する。4)ひだをまたぐ病変:反転操作や、正対するひだを抑え横方向からの剥離が可能となるムコゼクトームが有用である。5)繊維化を有する病変:STフードやフックナイフの有効性はよく知られている。しかし、介助者にもファイバー保持や処置具操作など任せる部分が多く、かなりの熟練を要する。6)CO2送気:導入以後、腹満感や穿孔時の気腹の軽減などに大いに役立っている。

S-2-13 直腸カルチノイドに対するESDの有効性の検討

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、田中 匡介¹、竹井 謙之¹

【目的】近年大腸内視鏡検査の普及により、内視鏡治療の適応とされる径10mm以下の直腸カルチノイドの報告例が増加している。しかし内視鏡治療については、通常の内視鏡的粘膜切除術(EMR)では断端陽性となることもときに経験される。カルチノイドは粘膜下層に主座を置くため、EMRでは深部断端を確認しながらの切除が困難であることが原因の一つである。この点を克服するため当院では直腸カルチノイドに対し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行っている。今回は直腸カルチノイドに対する内視鏡治療としてのESDの有効性について検討した。

【方法】対象は2005年4月～2008年7月までに、当院及び関連病院でESDにて切除した内視鏡治療の適応と考えられた径10mm以下の直腸カルチノイド13症例14病変。スコープは直腸内での反転操作が容易なオリンパス社製GIF-Q260を主に使用した。また剥離操作を容易にするため先端アタッチメントを装着した。粘膜切開には針状ナイフまたはFlexナイフを、粘膜下層剥離操作は針状ナイフまたはHookナイフを使用した。切除時間および垂直、側方断端、脈管侵襲の病理学的評価を行い、その切除成績を検討した。

【結果】腫瘍径は平均6.0mm(2-12mm)、切除時間は平均38分(18-104分)、垂直断端距離は平均350 μ m(50-750 μ m)であった。いずれの症例でも先端アタッチメントにより剥離面を直視でき、盲目的な操作を行うことなく病変に粘膜下層の組織を一層付けた状態で剥離可能であった。術中術後の偶発症も認めなかった。切除病変の病理組織結果も全例で垂直断端および側方断端陰性であり、脈管浸襲も認めずESDのみで治療完了とした。【結論】従来の方法ではしばしば垂直断端陽性となっていた直腸カルチノイドにおける内視鏡治療として、ESDは有効な手段と考えられた。

S-2-15 外科治療戦略における小腸内視鏡の意義

¹三重大学大学院 医学系研究科 消化管・小児外科学
○吉山 繁幸¹、三木 誓雄¹、楠 正人¹

【はじめに】近年小腸内視鏡はカプセル内視鏡(VCE)とダブルバルーン内視鏡(DBE)の出現により著しく進歩した。当科でも2008年1月よりVCE、DBEを導入し、これまでにそれぞれ約20例の症例を経験した。これらの症例の概要を提示するとともに、外科治療戦略に極めて有用な情報を提供した3例を報告する。【症例1】83歳男性。肺癌にて当院呼吸器内科にて加療中であった。2008年1月より下血があり、小腸の出血が疑われたが出血源の同定は困難であった。当科転科後VCE施行。上部空腸に急性出血所見を伴う腫瘍性病変及び下部小腸は凝血塊のため判定困難であった。経口DBEにて点墨後、術中検索を行いつつ小開腹下に小腸部分切除術を施行した。【症例2】34歳女性。妊娠中より貧血を認め、上部、下部消化管検査が施行されたが出血源を認めず、また出産後も輸血を要する貧血の進行、タール便を認めたため精査目的に当科紹介。DBEにてTreitzより80cmの部位に径1.5cm大の出血を伴う腫瘍性病変を認めた。点墨後腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。【症例3】77歳女性。肺癌にて当院呼吸器外科にて手術後、局所再発に対し当院放射線科にてRFAにて加療、経過観察中であった。2008年7月PET検査にて小腸に集積を認め、精査目的に当科紹介。DBEを施行したが腫瘍性病変は認めなかった。術前的小腸内視鏡によって試験開腹下術中内視鏡を回避し得た。【考察】これまでに我々は小腸内視鏡にて同定し得た小腸腫瘍の2例を経験した。症例1では急性出血例に対応可能であることが示され、症例2ではDBEにて腹腔鏡を用いたminimum invasive surgeryが可能であった。また症例3ではPETにて小腸に集積がみられ、肺癌の小腸転移が疑われたが外科手術を回避し得た。今後VCE、DBEの組み合わせにより外科領域においても小腸腫瘍性病変に対し手術術式を含めた新たな診断、治療戦略が期待される。

S-2-14 早期大腸癌に対する内視鏡的切除後の追加外科治療—腹腔鏡下手術を中心に—

¹岐阜大学 医学部 高度先進外科
○関野 考史¹、木村 真樹¹

【はじめに】早期大腸癌に対して行われる、EMR、ESD症例が増えるに従い、その後の追加外科的治療症例も増加している。EMR、ESD後の外科治療は、早期癌が対象となるだけに、低侵襲手術が望ましい。当院では腹腔鏡下手術をEMR、ESD後の外科的治療として積極的に導入している。【対象】2004年から、2008年8月までにポリペクトミー、EMR、ESDを施行されたのち、追加外科的治療を当科で行った11例。【方法】それぞれの症例について、内視鏡的治療後病理診断、外科的治療後病理診断、術式、合併症、予後について検討した。【結果】内視鏡的治療後病理診断は、脈管侵襲2例、深部断端陽性9例(内MP浸潤1例)であった。外科的治療後病理診断は、腫瘍細胞をみとめなかったもの10例、遺残sm癌1例であった。リンパ節転移は全例みとめなかった。術式は開腹による腹会陰瘻直腸切断術1例、腹腔鏡補助下回盲部切除術2例、腹腔鏡補助下結腸右半切除1例、腹腔鏡補助下横行結腸部分切除1例、腹腔鏡補助下S状結腸切除4例、腹腔鏡補助下直腸高位前方切除1例、腹腔鏡補助下直腸低位前方切除1例、腹腔鏡補助下直腸超低位前方切除1例であった。術後合併症はなかった。全例無再発生存中である。【考察】ポリペクトミー、EMR、ESD後の外科治療は、ほとんどが腹腔鏡下手術の適応であり、早期大腸癌に対する外科的治療として低侵襲で、問題はなかった。

S-2-16 Multidetector-row CT(MDCT)を用いた腹腔鏡下大腸癌手術支援画像の有用性

¹浜松医科大学医学部附属病院 第2外科・がん教育研究センター、²浜松医科大学医学部附属病院 第2外科
○深澤 貴子¹、中村 利夫²、今野 弘之²

【背景】腹腔鏡下手術は従来の開腹手術と比較して低侵襲で整容性に優れているものの、2次元画像での観察となるためリンパ節隔清に必要な血管の同定や腫瘍との立体的位置関係の把握には困難が伴う場合もある。近年MDCTから再構築したCT colonography, angiographyの診断的意義が評価されてきている。今回われわれはMDCTを用いた3D再構築画像を腹腔鏡下大腸癌手術支援画像として用い、その有用性について検討した。【方法】2007年4月から2008年8月までに当科で腹腔鏡下大腸切除術を施行された54例を対象とした。結腸癌およびRaまでの直腸癌で術前画像診断にてstageIIまでと判断された開腹手術歴のない症例を腹腔鏡下手術の適応とした。支援画像の有無と手術時間、出血量、周術期合併症の有無について検討した。CT colonographyは術前マーキングのための大腸内視鏡施行直後に脱気を行わずに腹臥位および仰臥位でCTを撮像し、M900QUADRA(ガイオソフト)を用いて再構築画像作成を行った。血管再構築は術前検索のための造影CTデータを用いて同様に再構築画像を作成した。【結果】腹腔鏡手術症例で再構築画像を支援画像として用いたのは28例(51.2%)であった。CT colonographyを行わなかった症例では1例を除いて全例で注腸造影が行われていた。支援画像のある群とない群で手術時間、出血量、周術期合併症の発生率に有意な差はなかった。支援画像のない群では1例で手術操作困難により開腹手術へ術式変更した。また血管再構築により上腸間膜動脈系の破格を術前から指摘し得た症例では術前計画に基づいた血管温存が可能であった。【考察】MDCTを用いたcolonographyは従来の注腸造影と比較して手術支援画像として遜色なかった。また血管再構築により破格を術前に把握することで術中操作の精度を高めることが可能であった。MDCTによる支援画像作成は術前マーキングと同時に施行可能であり患者の負担も少なく、腹腔鏡手術の術前検査として有用であった。

S-2-17 下部直腸・肛門管癌に対する外科的治療の進歩

¹藤田保健衛生大学 下部消化管外科

○小出 欣和¹、前田耕太郎¹、佐藤 美信¹

リンパ節郭清が必要である下部直腸肛門管癌に対する外科的治療は、他臓器転移の有無や、癌の壁深さ、肛門縁からの腫瘍下縁までの距離によって、肛門温存術が可能かどうか決定される。肛門温存の可否により、患者の術後のQOLが大きく異なるため、近年、癌根治性と良好な肛門機能の両立を可能とした内肛門括約筋部分切除を伴う肛門温存術（ISR）が誕生した。教室では、肛門温存術に積極的に取り組み、2001年からISRを施行してきたのでその適応、手術手技、成績を報告する。適応は、生検診断で分化型腺癌、高度の粘膜下進展がない形態で、外科的肛門管内に癌浸潤を認める場合は、MP-浅部までの病変に対しISRを行い、外科的肛門管内に癌浸潤がかかるか、かからないかのMP-深部以深部では肉眼型、環周度も考慮してAWを1-2cm確保し且つ術中断端迅速病理が陰性であれば、ISRかISR+PESRを選択する。術前放射線照射例や術前肛門機能不良例、全周の内肛門括約筋全切除が必要な症例は術後の肛門機能障害を懸念し適応外としている。手術手技では、直腸剥離は腹腔内操作を先行し、肛門挙筋部まで直腸を剥離、肛門管内の直腸は腹側から剥離しない、肛門から腫瘍を含めた残存直腸内を洗浄し、肛門剥離操作は、ロンスターリトラクターとE式開肛器を使用、腸管再建はストレート吻合、全例Covering stomaを造設する。2008.6月までにISRを49例施行。平均年齢は57.6歳（32～76）、男女比は31:18、術式は、Partial ISRが12例、Subtotal ISRが36例（内4例PESR）、Total ISR+PESRが1例であった。手術関連死・重篤例・術式変更例は0例、手術時間は平均326.7分、出血量は平均372g、縫合不全は9例（18.4%）、他臓器転移再発例は11例、局所再発例は4例で内2例が吻合部近傍再発（経肛門的切除施行）、原癌死は5例（10.2%）。ストマ閉鎖後に排便障害にてストマ再造設や肛門形成術を付加した症例はない。排便機能では、ストマ閉鎖1年以上経過例の排便回数は平均3.7回/日（range 3～15回）、42%に程度別の便漏れを認めたが、排便障害によって人工肛門に戻りたいと答えた人はいない。

S-2-18 当院の虫垂粘液囊腫の10例

¹藤枝市立総合病院

○下園 尚志¹、丸山 保彦¹、三輪 一太¹

【目的】虫垂粘液囊腫は稀な疾患であるが、近年の画像診断の向上によりその報告例は増えており、他疾患の検査中に偶然発見されることが多い。当院で手術を施行され病理的検討が可能であった10例について若干の考察を加え報告する。【対象と方法】対象は当院で2008年9月までに経験した虫垂粘液囊腫10例（男性6例、女性4例。年齢は27歳から82歳。）これらの症例について症状、大きさ、発見の契機、画像所見、腫瘍マーカー、病理組織所見、術式、再発等について考察した。【結果】症状については無いものが6例、右下腹部違和感が1例、右下腹部痛が3例であった。大きさは長径が最小24mmから最大100mmであった。発見の契機は、他疾患の検査中にエコー、CFで偶然発見されたものが5例と多く、右下腹部痛に対しエコー、CTを契機に発見されたものが3例、便潜血陽性で注腸、CFを契機に発見されたものが2例であった。画像所見は注腸、CFで所見を認めたものが5例、認めないものが5例であった。そのうち2例は注腸で比較的末梢まで虫垂が描出された。CEA、CA19-9は全て正常範囲内であった。病理組織学的所見は全てmucinous cystadenomaであった。発見時2例は囊腫が穿孔、破裂していた。手術法については虫垂切除が6例、盲腸部分切除が2例、回盲部切除が2例であった。全例、再発を認めていない。【考察】虫垂粘液囊腫は他疾患の検査中に偶然発見されるものが多く、本疾患を念頭に置いた注意深いスクリーニングが必要と考えられる。また注腸やCFで所見のないものも多く、注意が必要である。破裂症例もあり、手術を第一選択と考える。

S-1-1 咽頭から食道領域における内視鏡観察と表在性食道癌の内視鏡治療

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、折戸 悦朗¹

【目的】当院では2007年1月より、高解像度の電子内視鏡、NBI (narrowband imaging) を用いて中下咽頭さらに食道にいたる小さい表在性腫瘍を拾い上げ、特に食道領域については拡大観察にて病変の広がりや深達度を診断している。また、表在性食道癌に対する内視鏡治療としてはESD (粘膜下層剥離術) を導入し、良好な治療成績を得ておりその現況を報告する。【対象と方法】2007年1月から2008年8月までに経験した中下咽頭から食道における表在性腫瘍14例を対象とした。拾い上げは挿入時の通常観察に加えて、適宜や抜去時にNBI観察を併用した。進展度はヨード染色、NBI拡大にて行ない、深達度診断は通常観察や超音波内視鏡に加えてNBI拡大によるIPCLパターン分類を参照した。また、食道表在癌に対するESDは、ヒアルロン酸を含む局注液にて粘膜下層を十分に膨隆し、Flush Knifeを中心とした各種デバイスを用いて切開剥離を行った。【成績】当院での拾い上げは、7例(中下咽頭 2例、食道 5例)であり、他食道7例は他院からの紹介であった。食道病変10例の内訳は、男性9例、女性1例。年齢中央値は65歳、部位は胸部食道10例(Ut 2例、Mt 3例、Lt 5例)、食道胃接合部2例。ESDを施行したのは9例で、胸部食道扁平上皮癌7例(Mt 2例、Lt 5例)とバレット食道腺癌2例。すべて一括切除であり、水平断端は陰性であった。全例において穿孔、縦隔気腫や後出血などの偶発症は認めなかった。1例はsm2,porであることから放射線化学療法を追加した。【結論】NBI観察は、中下咽頭から食道における病変の拾い上げにみならず、拡大観察との併用により病変の範囲診断にも有用と考えられる。しかし、IPCL分類は当院での経験が十分ではなく、今後も症例研鑽を積む必要があると思われる。また、ESDの普及、デバイスの改良により食道表在癌でも比較的安全で高率に一括切除が可能である。

S-1-2 Barrett 食道表在腺癌の ESD 時における拡大内視鏡観察の有用性の検討

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
○野田 知宏¹、田中 匡介²、竹井 謙之¹

【背景】1.5%酢酸前処置後に拡大内視鏡観察を行うと、従来半透明である粘膜表面が白色化し、粘膜表面の微細構造の観察が容易となる。我々は、この内視鏡観察法を酢酸法とし、胃および下部食道病変の質的診断・境界診断への有用性を報告してきた。そして、最近ではNarrow Band Image(NBI)と酢酸法の併用により表面パターンがより鮮明となることが判明している。【方法】2005年8月より2008年7月までに当科で拡大内視鏡観察およびESDを行ったBarrett食道表在腺癌7病変を検討した。NBIを併用した観察は5病変に対して行った。【結果】通常拡大観察では、6病変で不整な血管を認めた。NBIとの併用で、血管がより鮮明に観察可能であった。酢酸法では、6病変は周囲と比較して細かく不整なパターンを呈していた。NBIと酢酸を併用した観察では、表面パターンがより鮮明に観察可能であった。NBI・酢酸併用拡大内視鏡を施行した5病変ではいずれも肛門側境界診断に有用であった。1病変では、血管および表面パターンにおいても、非常に不明瞭であり境界診断困難であった。また、4病変は口側境界が扁平上皮下にあり、口側境界診断が困難であった。いずれの病変もESDにて偶発症なく一括切除可能であった。7病変中4病変で治療切除され、1病変で水平断端陽性、1病変でリンパ管侵襲陽性、1病変でSM浸潤あり、これら3病変は外科的治療を追加し、いずれも治療切除された。【結論】Barrett食道表在腺癌に対して、NBI酢酸併用拡大内視鏡は肛門側境界診断に有用であった。また、口側境界は扁平上皮下にある場合が多く、ESD時には十分なMarginの確保が必要であると考えられた。

S-1-3 胃切除後逆流性食道炎に対する経内視鏡的噴門部縫縮術の有用性の検討

¹愛知医科大学附属病院消化器内科
○服部 芳彦¹、舟木 康¹、春日井邦夫¹

幽門側胃切除後の逆流性食道炎は術後QOLに影響を与える重要な問題点の一つである。しかしながら、PPIや胃酸分泌抑制剤などの投与による内科的治療に難渋することが多く、その対策が必要となってくる。近年、逆流性食道炎の内視鏡治療として、経内視鏡的噴門部縫縮術(ELGP:Endoluminal gastropliation)が行われており、その有用性が報告されている。今回我々は本治療法を胃切除後逆流性食道炎患者に施行し長期的経過も含めその有用性を検討した。【対象と方法】男性4例、女性2例、年齢70.3±2.8歳。幽門側胃切除後(Billroth 1法再建後5例 2法再建後1例)の患者で明らかな逆流症状を呈し、LA-Grade C以下(LA-M:4例 LA-B:2例)を対象にELGPを施行した。平均3.0±3.0個のplicationを行った。術前と術後3・6ヶ月目及び12ヶ月目で自覚症状(QUEST、FSSG)、内服薬剤量、内視鏡所見、胆汁逆流モニタリング(bilitec2000)所見をそれぞれ比較検討した。【成績】QUESTスコア:前10.2±1.1、後5.2±1.4 (P<0.05) FSSGスコア:前22.5±4.0、後3.0±1.2 (p<0.05) 12ヶ月後5.2±3.0 (p<0.05) 内服薬剤率:前100%、後8.3±8.3% (p<0.05)、12ヶ月後16.7±16.7(p<0.05)と自覚症状、内服薬剤率は術前術後で長期経過も含め有意な改善を認めた。一方胆汁逆流モニタリングでは吸光度0.14以上時間比率は前46.6±9.2%、後31.8±7.4%と減少したが有意な変化はみられなかった。経過観察時のplication数は1.0±0.4個から12ヶ月後では0.4±0.2であった。合併症は術中2例に粘膜裂傷が認められたが自然止血した。【結論】ELGP後に自覚症状と内服薬の減量が可能であった。内科的治療に難渋する胃切除後逆流性食道炎に対するELGPは安全かつ有用な治療法であると考えられた。

S-1-4 Functional dyspepsia に対するプロトンポンプ阻害薬の効果

¹名古屋市立大学 大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学
○鹿野美千子¹、神谷 武¹、城 卓志¹

【目的】Functional dyspepsia (FD) の病態生理は多岐にわたり、治療法に関しても本邦では消化管運動機能改善薬、粘膜防御薬など種々の薬剤が経験的に用いられているのが現状である。一方欧米では、プロトンポンプ阻害薬(PPI)が有用との報告が散見される。今回、欧米人に比して胃酸分泌能の低い日本人のFDに対して、PPIによる胃酸分泌抑制療法が有効かどうかを検討する目的で、PPIの一つであるRabeprazole (RPZ) と、Itopride (ITO) の無作為比較試験を行った。【方法】対象は上腹部痛、食後腹部膨満感などdyspepsia症状を呈し、器質的疾患を除外し、ローマIII基準によりFDと診断された患者71名(男/女:30/41、年齢:55.2±17.4)である。RPZ10mg 1日1回またはITO50mg 1日3回投与の2群に無作為割付し、各4週間投与を行った。有効性の評価にはLeeds Dyspepsia Questionnaire (LDQ)、Frequency Scale for the Symptom of GERD (FSSG)、Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSR) の3種類の質問紙を用いた。【成績】RPZ群では投与2週後よりLDQスコアの有意な改善を認めたが、ITOは投与4週後まで有意な改善は認められなかった。RPZ群は投与1週後よりFSSGトータルスコアの有意な改善を認め、投与1、2週後ではITO群より有意に低値を示した。GSRトータルスコアはRPZ群で投与1週目より有意な改善を認め、変化率の検討では投与1、2週後においてRPZ群はITO群に比べ有意な改善を示した。【結論】日本人のFDも欧米人と同様、PPIによる胃酸分泌抑制療法は有効で、FDの病態における酸の関与が示唆された。

S-1-5 上部消化管領域における超音波内視鏡検査の新しい展開

¹名古屋大学大学院 消化器内科学、²名古屋大学附属病院 光学医療診療部

○長屋 寿彦¹、宮原 良二²、丹羽 康正¹

【目的】Elastographyは組織弾性をリアルタイムに画像化し、検査時に組織性状情報を得ることができる。また超音波造影剤Sonazoidは振動で造影効果を発揮し、その高い分解能から病態評価における有用性が期待されている。今回、我々はこの新しい技術、薬品に注目し、上部消化管領域における超音波内視鏡下エラストグラフィー（以下EUS-EG）と造影超音波内視鏡検査（造影EUS）の有用性につき検討した。【方法】2006年7月から2008年8月までにEUS-EGを施行した腫瘍性病変41例（食道癌11例、食道粘膜下腫瘍1例、胃癌7例、胃粘膜下腫瘍20例、縦隔リンパ節腫大2例）を対象とした。EUS-EGでは、相対的に柔らかい組織が赤色～緑色、硬い組織が青色として描出され、周囲脂肪組織と同様に緑色を呈するものをtype 1、緑色と青色のモザイクを呈するものをtype 2、概ね青色を呈するものをtype 3と分類し、病理組織所見と比較した。また、造影EUSの解析には画像ファイリング機能を用いて記録したBモード像（動画）上にROI(Resion of Interest)を設定し、そのROI内の輝度平均値の時系列変化をグラフで表示するTIC(Time Intensity Curve)解析を用いて行った。【成績】1) 消化管癌の深達度診断については、病変はtype 2あるいはtype 3として描出され、最深部は硬度の変化として認めた。正診率は75%であった。2) リンパ節については、type 3所見はいずれも転移陽性であった。Type 3所見のみを転移陽性とする、正診率は94.1%であった。歪みの平均値は、転移陰性例で128.3、転移陽性例で35.3となり、転移陽性例で有意に硬い所見を認めた（ $P=0.0018$ ）。3) GIST及び平滑筋腫症例では、いずれもtype 2を示す例が多かった。歪みの平均標準偏差は、GIST症例で57.130、平滑筋腫症例で39.989となり、GIST内部の硬さの不均一性を有意に認めた（ $P=0.0071$ ）。4) 造影EUSでは癌における腫瘍内血流シグナルの増加を示唆した。【結論】EUS-EGと造影EUSはより多方面からの tissue characterizationを可能にし、更にその情報がリアルタイムに得られる有用な検査手技である。

S-1-7 透明フードを用いた十二指腸憩室出血の確実、安全な診断と止血術

¹木沢記念病院 消化器科

○杉山 宏¹、大島 靖広¹、端山 暢郎¹

【目的】十二指腸憩室出血の内視鏡診断と止血術は直視鏡、側視鏡を用いても困難である場合がある。そこで、透明フードを用いた憩室出血の診断、止血術を試みた。【対象と方法】当院で経験した十二指腸憩室出血は5例で、平均年齢は76.3歳（70-87歳）、男女比は4:1で、2例では憩室が多発していた。出血の責任憩室は3例が下行部、1例が下十二指腸角、1例が水平部に位置していた。方法としては、フードを装着した内視鏡を憩室内に挿入して診断、止血術を試みた。そして、これらの5例を対象とし、診断、止血術の成績、偶発症について検討した。【成績】フードを用いることで、内視鏡を憩室内に挿入しても病変と一定の距離を保つことができ、赤玉とはならず良好な視野が確保され、全例で出血部位の正面視が可能であった。また、憩室内に凝血塊や食物残渣を認めた場合、それらをフード内に収納し容易に憩室外に除去できた。水平部憩室出血の1例では上部消化管内視鏡、側視鏡でも良好な視野が確保できず、フードを装着した汎用大腸内視鏡を使用した。出血形態は3例が凝血塊付着、2例が露出血管を有するびらんであった。止血術は第1選択として全例でクリップ法を施行したが、容易であった。3例でHSE局注法を併用した。1例では十分な止血が得られず、IVRを追加施行した。全例で止血が得られたが、偶発症はなかった。【結論】十二指腸憩室出血の内視鏡診断には透明フードが極めて有効で、クリップ法などの止血術も容易、安全に施行できた。

S-1-6 GISTsにおける造影パワードブラEUSの有用性

¹朝日大学附属村上記念病院 消化器内科

○福田 信宏¹、加藤 隆弘¹、小島 孝雄¹

【目的】GISTsはCajal介在細胞に由来する腫瘍であり、消化管間葉系腫瘍の大部分を占めている。しかしながらその悪性度に関して明確な基準はなく、組織学的に悪性度が低いと判断した場合でも臨床的には転移や再発を伴うことがあり、悪性度の鑑別は組織診のみでは困難である。今回我々は、超音波造影剤を用いた造影パワードブラ超音波内視鏡（CE-EUS）によりGISTsの血流評価とその悪性度診断としての有用性について検討した。【方法】上部内視鏡検査にて粘膜下腫瘍（SMT）を指摘された症例を対象にCE-EUSを施行した。Bモードでの観察後にCE-EUSを施行。超音波造影剤はレボピストまたはソナゾイドを使用した。EUS-FNABにてGISTsと診断された15症例について検討した。【成績】SMTのCE-EUSイメージを3種類に分類し、腫瘍内血流をほとんど認めないイメージを“Absent”、腫瘍辺縁部のみ血流をみとめるイメージを“Poor”、腫瘍内中心部にも豊富な血流を認めるイメージを“Rich”パターンとした。GISTsの悪性度はHistological diagnosisにより高悪性度4例、低悪性度11例と診断した。次にFinal diagnosisとしてHistological diagnosisに加え、転移、再発、浸潤、播種の臨床的悪性所見を認めるものを悪性とした。これによりHistological diagnosisにて低悪性度と診断されていた3例がFinal diagnosisにて悪性で診断された。CE-EUSでは8例がRich、7例がPoorパターンを示した。Final diagnosisと対比すると悪性GISTsのすべてがRichパターンであり、低悪性度と診断されたGISTsは1例を除いてすべてPoorパターンであった。【結論】CE-EUSによる血流評価により高悪性度GISTsは豊富な腫瘍内血流を認め、低悪性度GISTsは悪性に比べ腫瘍内血流が乏しいことが示された。したがってCE-EUSによる血流評価は組織学的診断に加えて悪性度評価に非常に有用であると考えられた。

S-1-8 NBI 拡大内視鏡観察を用いた扁平隆起性病変に対する質的診断の検討

¹藤田保健衛生大学 消化管内科

○中村 正克¹、柴田 知行¹、平田 一郎¹

【目的】以前より0-2a型の内視鏡生検でGroup 3と診断された病変に対する治療方針は施設間によって異なり、経過観察とする場合と内視鏡治療を行う場合があると考えられている。しかし統一した見解はまだまだ得られておらず現実には経過観察とされている症例も多数ある。そこで今回 narrow band image (NBI)を用いた拡大内視鏡検査を用いる事により、Group 3 病変の表面微細構造からCarcinomaとAdenomaの相違点が判り、その特性に従い積極的に内視鏡治療を行う必要があるか否かを判断できるように考えた。【対象と方法】2007年1月から2008年6月までに、当院消化器内科にてESDを施行した0-2a型で、術前病理生検Group 3であった14病変術後結果Adenoma 6症例、Carcinoma 8症例に対してretrospectiveにNBI拡大内視鏡の検討を試みた。1病変に対し無作為に5ヶ所の部位で拡大観察を行い、それぞれの観察部位をNBI表面構造とIrregular Microvascular pattern(IMVP)とに分けて分類をした。NBI表面構造は1)small, 2)Mixed, 3)tubular, 4)unclear に分類、IMVPは1)Intrastructural Irregular Microvascular pattern(ISIMV)軽度, 2)ISIMV 高度, 3)fine network, 4) corkscrewに分類をした。【結果】NBI観察においてAdenoma群のNBI表面構造は1)small 47% (14/30), 2)Mixed 7% (2/30), 3)tubular 43% (13/30), 4)unclear 3% (1/30)であり、Carcinoma群のNBI表面構造は1)small (11/40), 2)Mixed (9/40), 3)tubular (1/40), 4)unclear (19/40)であった。以上よりNBI表面構造ではAdenomaではtubularが、またCarcinomaではunclearが有意な所見であった。Adenoma群のIMVPは1)ISIMV(軽度) (29/30), 2)ISIMV(高度) (0/30), 3)fine network (1/30), 4) corkscrew (0/30)であり、Carcinoma群のIMVPは1)ISIMV(軽度) (16/40), 2)ISIMV(高度) (6/40), 3)fine network (8/40), 4) corkscrew (0/40)であった。以上よりIMVPはCarcinomaでの、ISIMV 高度, fine networkが有意な所見であった。【考察】NBI拡大観察において、Adenoma群では表面構造のtubularとIMVPのISIMV軽度が所見として重要であり、またCarcinoma群では表面構造のunclearとIMVPのISIMV 高度とfine networkが所見として重要であると考えられた。この両者の特徴的な表面構造、IMVPを診ることにによりAdenomaとCarcinomaの鑑別は可能であると考えられ、その特性に従い内視鏡的治療を行う必要があると考えられた。

S-1-9 NBI 拡大内視鏡を用いた慢性胃炎の診断（胃癌高リスク胃粘膜同定の可能性）

藤田保健衛生大学 消化管内科
○田原 智満¹、柴田 知行¹、平田 一郎¹

背景・目的：高度の萎縮性胃炎、腸上皮化生は胃癌の高リスクとされるが、通常内視鏡で生検なしに萎縮性胃炎、腸上皮化生の状況を正確に診断することは困難である。NBI併用拡大内視鏡は粘膜の微細構造、血管構築像を明瞭に可視化でき、消化器領域の腫瘍診断における有用性が報告されている。今回我々は胃粘膜のNBI拡大内視鏡像と慢性胃炎との関連、胃癌高危険群絞り込みの可能性につき検討した。対象・方法：当院にて上部消化管内視鏡を施行した106例につき胃体部非腫瘍胃粘膜をNBI拡大内視鏡を用い観察し、その所見を微細構造、血管構築に基づき分類、H. pylori 感染、組織学的胃炎、血清ペプシノーゲン、内視鏡的萎縮との関連を検討した。さらに2007年4月～2008年9月までの間、上部消化管内視鏡を施行し胃体部のNBI拡大内視鏡所見を観察し得た全症例につき、NBI拡大内視鏡像と胃癌発生との関連を検討した。結果：胃体部のNBI拡大内視鏡所見はPit構造、血管構築により正常像であるNormal、とType 1～3までの異常像の計4パターンに分類できた。Type 1 + Type 2のH. pylori 感染診断における感度 特異度はそれぞれ78.7%、93.3%であり、拡大内視鏡像がNormal、からType 1～3に進行するにつれ、組織像では慢性炎症(R=0.34, p=0.007)、萎縮(R=0.34, p=0.006)、腸上皮化生(R=0.51, p<0.0001)の程度が進行した。さらに、拡大内視鏡像の進行は、血清ペプシノーゲンI (R=-0.35, p=0.006)、L/II 比 (R=-0.65, p<0.0001)との逆相関、内視鏡的萎縮との正の相関(R=0.57, p<0.0001)を認め、拡大内視鏡像がNormal、からType 1～3に進行するにつれ胃癌合併の頻度は上昇した(R=0.49, p<0.0001) 結論：胃体部におけるNBI拡大内視鏡所見はH. pylori 感染状況、慢性胃炎の程度とよく相関し、胃癌高危険群を絞り込む上で有用であると考えられた。

S-1-11 当科における腹腔鏡下胃癌手術の適応拡大について

藤田保健衛生大学 上部消化管外科
○磯垣 淳¹、宇山 一朗¹

近年胃癌に対する腹腔鏡下手術施行症例は年々増加の一途をたどっている。当科では1997年7月に腹腔鏡下胃手術を開始し、2008年9月までに約700例の胃癌に対する腹腔鏡下手術を行ってきた。日本胃癌学会による胃癌治療ガイドラインによると、胃癌に対する腹腔鏡下手術は臨床研究としてStage IBまで認められており、一般に本術式は早期胃癌に適応される事が多い。当科でも施行当初は適応をcT1、cN0に限定していたが、手術手技の安定に伴い1997年11月よりcT2、cN1に拡大し、現在ではcT3、N2のcStageIIIBまでを腹腔鏡下手術の適応としている。これら進行癌に対しては標準リンパ節郭清であるD2リンパ節郭清が必要とされ、確実な郭清手技が予後に影響を及ぼす可能性が高い。しかし腹腔鏡下D2リンパ節郭清の手技的難易度は高い。このためD2郭清を安全かつ確実に行うために様々な手術手技の工夫を行い、適応拡大を進めてきた。また一般に上腹部の手術既往がある場合には腹腔鏡下胃切除術は困難であると考えられているが、当科では当初よりこれを適応外とはせず、胆摘後のみならず残胃の癌に対しても積極的に腹腔鏡下切除術を行ってきた。当科における適応拡大と、これに伴う手術手技の工夫等を供覧する。

S-1-10 当院での Stage I A 胃癌に対する ESD・手術療法に関する検討（合同カンファレンス導入の効果について）

岐阜大学医学部消化器病態学
○小野木章人¹、荒木 寛司¹、森脇 久隆¹

【目的】当科では2002年5月よりESDを導入し、現在まで関連病院を含め616例の上部消化管ESDを経験した。ESDの手技も安定し当院消化器外科にも認知され、外科からの紹介でESDが施行される機会も増えている。2007年1月より当院では、内科、外科、放射線科、病理部により合同カンファレンスを開始し、治療方針を検討している。Stage I A胃癌に対する治療方法の妥当性についてカンファレンス開始前後で比較検討した。【対象・方法】2004年6月～2006年5月（カンファレンス開始前:A）及び2007年1月～2007年12月（カンファレンス開始後:B）の期間に当院（消化器内科、消化器外科）にて加療された胃癌症例442例（A:244例B:198例）の内、切除治療及び病理学的検討がなされたfStage I A症例228例（A:120例B:108例）を対象とし、ESD群、外科手術群に分け、ガイドラインでの内視鏡切除適応病変（2cm以下、m癌、分化型腺癌、UL(-)、以下ガイドライン病変）、適応拡大病変（#1、m癌、分化型腺癌、ul(-)、3cm以下、#3、sm1、分化型腺癌、ul(-)、脈管侵襲(-)、3cm以下、適応外病変の3群に分け検討した。【結果】ESDはA:71例、B:45例に施行され、現在まで全例局所再発、リンパ節転移は認めていない。外科手術施行例はA:42例、B:39例であった。ESD施行例のうち、ガイドライン病変はA:34例、B:45例で治療切除率はA:94.1%、B:97%、適応拡大病変はA:33例、（#1、23例、#2、1例、#3、9例）B:17例、（#1、16例、#2、0例、#3、1例）で治療切除率はA:81.8%、B:88%であった。外科手術例の内、ガイドライン病変はA:3例、B:1例、適応拡大病変はA:15例、B:1例であった。カンファレンス開始後では、特に適応拡大病変に対する手術例が減少し（P<0.05）、内視鏡治療が選択されることで、より妥当で低侵襲な治療方法が選択されたと考えられた。【結論】カンファレンス開始により、外科内科医が連携し、早期胃癌症例に対し、より適切で低侵襲な治療が選択された。

S-1-12 胃癌外科治療の新たな展開：Laparoscopic navigation surgery の実際とその成績

三重大学大学院 医学系研究科 消化管小児外科学、²三重大学 先端的外科技術開発学
○大井 正貴¹、三木 啓雄¹、楠 正人^{1,2}

【目的】胃癌に対する腹腔鏡下胃切除術(LAG)は胃癌治療ガイドラインではStageIBまでが妥当とされている。しかし術前病期診断が術後の最終病理学的診断と一致しない場合も少なくなく、LAGをStageIBまでの標準術式とするためには解決しなければならない問題が残されている。われわれはこの問題に対する答えの一つとして腹腔鏡下センチネルリンパ節検索を加味したnavigation surgery(SNNS)を導入した。今回、LAGにおけるSNNSの意義を臨床成績から評価したので報告する。【対象と方法】2001年3月から現在までにLAGを施行した115例を対象とした。適応はcStageIBまでとした。SNNSはRI法と色素法を併用し、術中センチネルリンパ節転移陰性例には腹腔鏡下にD1 + α または β 郭清を行い、転移陽性例は基本的に開腹手術にコンバートしD2郭清を行った。または同時に開腹胃切除術(OG)を行ったcStageIBまでの65症例と臨床成績を比較検討した。【成績】LAGを施行した115例のうち、15例にリンパ節転移を認めた。そのうちセンチネルリンパ節転移陽性例は13例で（偽陰性が2例）、術中に転移陽性が判明したのは10例（67%）であった。残りの3例は全センチネルリンパ節の術後病理学的診断で陽性が確認された。OGを施行した65例のうち、7例に病理学的リンパ節転移を認めた。すなわち術中にリンパ節転移を正診できなかった症例はLAG群で5/115(4.3%)、OG群で7/65(10.8%)であったが、LAG群では5例中3例の術中検索リンパ節数を増やすことにより、さらに98%まで正診率を向上させることが可能になると考えられた。胃癌による原病死はLAG群で2/115(1.7%)、OG群で3/65(4.6%)でLAGが良好な遠隔成績を有していた。【結論】リンパ節転移を術中に高精度に正診できるSNNSを組み合わせたLAGは、胃癌外科治療における有用なstrategyと考えられた。

S-1-13 β -グルカン併用による胃癌化学療法のQOL改善効果

¹名古屋市立大大学院・消化器・代謝内科学

○久保田英嗣¹、片岡 洋望¹、城 卓志¹

【目的】 レンチナン (LNT) は、シイタケ由来の多糖体を精製した物質で、 β -グルカンの一種である。LNTは単球上のレセプターに結合しこれを活性化すること、また手術不能もしくは再発胃癌患者においてテガフル経口投与との併用で、生存期間の延長やQOLを改善することなどが知られている。今回我々はLNT併用による胃癌化学療法のQOL改善効果について単球結合能の評価とともに前向きコホート研究を行った。**【方法】** 臨床試験の条件を満たし文書で同意が得られた患者20名を対象とした。LNTを併用する抗癌剤治療としてS-1(80-120mg/day, d1-14) + Paclitaxel (PTX) (50mg/m², d1,8)を施行した。3週間を1クールとし4クールを試験期間とした。LNT(2mg/body, d1,8,15)4クール併用群(全期群)と後半2クールのみ併用群(後期群)の2群に無作為に群別した。QOL-ACDを用いたQOL評価、奏効率、患者単球へのLNT結合率、Th1/Th2比などの項目について両群間で比較検討した。患者単球へのLNT結合率はGFPラベルLNTの単球への結合能を解析することにより評価した。**【結果】** LNTの患者単球への結合率は0.16から11.95%とばらつきがあり、最大で約70倍の個人差が見られた。LNT投与継続による単球へのLNT結合率の有意な上昇はみられなかった。Th1/Th2比にも有意差は認められなかった。S-1/PTX療法の奏効率は両群間で有意差は認められなかった(P=0.17)。TS-1/PTX療法開始時点からのLNTの併用群(全期群)において患者QOLの有意な改善がみられたが(P=0.018)、後期群ではみられなかった。**【総括】** 進行胃癌に対するS-1/PTX併用療法におけるLNT併用期間による奏効率に有意差は認められなかったが、治療開始時点からのLNT併用が患者のQOL改善に有用であることが示唆された。

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3会場

9:00~9:35 食道

座長 名古屋大学附属病院光学医療診療部 宮原 良二

1 ESDを試みた Barrett 食道腺癌の1例

¹藤田保健衛生大学医学部消化管内科、²藤田保健衛生大学病院 病院病理部

○小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、鎌野 俊彰¹、田原 智満¹、
藤田 浩史¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、岩田 正己¹、長坂 光夫¹、
柴田 知行¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、溝口 良順²、黒田 誠²、平田 一郎¹

2 同時に内視鏡的切除を行った下咽頭・食道重複癌の一例

¹名古屋第一赤十字病院 消化器科

○小林 寛子¹、春田 純一¹、山口 丈夫¹、佐々木諭実彦¹、伊東 輝朋¹、平山 裕¹、
山田 恵一¹、鷺見 肇¹、松下 正伸¹

3 診断に難渋した食道腺癌の一例

¹名古屋大大学院 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、³愛知県がんセンター中央病院 胸部外科、⁴名古屋大大学院 腫瘍外科

○立松 英純¹、丹羽 康正¹、宮原 良二²、倉橋 正明¹、坂野 閣紀¹、古川 和宏¹、
多々内暁光¹、山本 英子¹、松山 恭士¹、白井 修¹、船坂 好平¹、小原 圭¹、
竹中 宏之¹、森島 賢治¹、伊藤 彰浩¹、大宮 直木¹、廣岡 芳樹²、安部 哲也³、
深谷 昌秀⁴、柳野 正人⁴、後藤 秀実¹

4 当科における食道癌治療 胸腔鏡下食道亜全摘出術の導入

¹岐阜大学医学部附属病院第一外科

○木村 真樹¹、山田 卓也¹、小久保健太郎¹、池庄司浩臣¹、水野 吉雅¹、名知 祥¹、
松友 将純¹、吉田 直優¹、白橋 幸洋¹、関野 考史¹、岩田 尚¹、竹村 博文¹

5 進行食道類基底細胞癌に CDGP+5FU による化学放射線療法を施行した1例

¹焼津市立総合病院 消化器科、²焼津市立総合病院 病理科

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

- 6 NSAIDs は胃粘膜遺伝子メチル化を抑制する
¹藤田保健衛生大学 消化管内科、²金沢医科大学 消化器機能治療学
○田原 智満¹、柴田 知行¹、中村 正克¹、吉岡 大介¹、大久保正明¹、丸山 尚子¹、
鎌野 俊明¹、神谷 芳雄¹、藤田 浩史¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、岩田 正己¹、
高濱 和也¹、渡邊 真¹、有沢 富康²、平田 一郎¹
- 7 化学療法が奏功し手術可能となった AFP、PIVKA-II 産生胃癌の 1 例
¹国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科
○山本 剛¹、丸田 真也¹、北村 雅一¹、加藤 亨¹
- 8 集学的治療が奏功した縦隔リンパ節転移を認めた stageIV 胃癌の 1 例
¹岐阜大学医学部附属病院 消化器病態学
○渡部 直樹¹、荒木 寛司¹、井深 貴士¹、小野木章人¹、境 浩康¹、岩砂 淳平¹、
北川 順一¹、後藤 尚絵¹、鶴見 寿¹、森脇 久隆¹
- 9 胃癌による癌性髄膜炎の一例
¹三重中央医療センター 消化器科
○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
- 10 化学療法が著効し、発症後24か月生存した切除不能・高度進行スキルス胃癌の 1 例
¹東濃厚生病院 内科
○吉田 正樹¹、三沢 大介¹
- 11 進行胃癌に対して完全鏡視下に臍頭十二指腸切除術を行った1例
¹藤田学園保健衛生大学 外科
○栃井 大輔¹、宇山 一郎¹、篠原 寿彦¹、米村 穰¹、古田 晋平¹、吉村 文博¹、
稲葉 一樹¹、平松 良浩¹、石田 善敬¹、磯垣 淳¹、谷口 桂三¹、金谷誠一郎¹、
小森 義之¹、櫻井 洋一¹、堀口 明彦¹、宮川 秀一¹

10:17~10:52 胃・十二指腸

座長 名古屋市立大学大学院消化器・代謝内科学 片岡 洋望

12 胃神経内分泌細胞癌の1例

¹名古屋市立東部医療センター東市民病院

○佐本 洋介¹、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

13 胃内分泌細胞癌の2例

¹大同病院

○印牧 直人¹、榊原 聡介¹、藤原 晃¹

14 十二指腸 follicular lymphoma の一例

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○田中 守¹、片岡 洋望¹、神谷 武¹、佐々木誠人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、溝下 勤¹、村上 賢治¹、水島 隆史¹、
平田 慶和¹、海老 正秀¹、岡本 泰幸¹、城 卓志¹

15 内視鏡的粘膜切除を行った十二指腸カルチノイドの1例

¹藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科

○成田 賢生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 俊二¹、塩田 國人¹、友松雄一郎¹、磯部 祥¹、山本 智支¹

16 IVR が奏効した難治性出血性十二指腸潰瘍の2例

¹独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター、²名古屋大学医学部大学院消化器科

○遠藤 伸也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、
日々野祐介¹、渡邊 久倫¹、龍華 庸光¹、齋藤 雅之¹、玉置 大¹、後藤 秀実²

17 胆石・胃石によるイレウスを生じた2例

¹市立四日市病院 消化器内科、²市立四日市病院 外科

○大島 啓嗣¹、矢野 元義¹、小林 真¹、山田晋太郎¹、桑原 好造¹、山脇 真¹、
竹口 英伸¹、篠原 正彦²、木下 敬史²、山本 貴之²、柴田 雅央²

18 自然排石した胆石イレウスの1例

¹総合大雄会病院 消化器内科

○野田 久嗣¹、喜多島 康弘¹、川瀬 直登¹、小川 観人¹、吉田 利明¹

19 バーチャル十二指腸内視鏡／十二指腸腺腫内癌の一例

¹静岡県立総合病院 消化器科

○児玉 乾¹、吉川 俊之¹、国立 裕之¹、松村 和宜¹、鈴木 直之¹、白根 尚文¹、
黒上 貴史¹、丸野 貴久¹、木村 勇斗¹、赤松 和夫¹、重友 美紀¹

20 ダブルバルーン内視鏡検査後に重症急性膵炎を発症した一例

¹岐阜県立多治見病院 消化器内科

○麥島 昭彦¹、佐野 仁¹、坂東 美香¹、夏目まこと¹、西江 裕忠¹、山下 宏章¹、
西 祐二¹、吉村 至広¹、安藤 健二¹、上野浩一郎¹、宮部 勝之¹、戸川 昭三¹

21 小腸内視鏡にてポリープ切除術を施行した Peutz-Jeghers 症候群の2例

¹岐阜大学医学部附属病院

○馬場 厚¹、荒木 寛司¹、井深 貴士¹、上村 真也¹、寺倉 陽一¹、末次 淳¹、
白木 亮¹、清水 雅仁¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

- 22 検診で発見された十二指腸 GIST の一例
¹久美愛厚生病院 消化器内科、²久美愛厚生病院 外科
○松浦 弘尚¹、杉山 和久¹、横崎 正一¹、長瀬 裕平¹、横畑 幸司¹、伊佐治亮平¹、
武山 直治¹、堀 明洋²
- 23 シングルバルーン小腸内視鏡で術前診断し、止血処置を行った小腸 GIST の1例
¹藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 内科
○渡邊 真也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、服部 昌志¹、内藤 岳人¹、木村 行雄¹、服部 伸幸¹、
小坂 俊仁¹、磯部 祥¹、友松雄一郎¹、塩田 國人¹、山本 智支¹、成田 賢生¹
- 24 消化管穿孔により発見された小腸 GIST の1例
¹名古屋市立大学 消化器外科
○今藤 裕之¹、高山 悟¹、沢井 博純¹、佐藤 幹則¹、赤毛 義実¹、竹山 廣光¹
- 25 初回手術10年後に肝転移再発し術前診断に苦慮した小腸 GIST の1例
¹聖隷三方原病院 消化器内科、²聖隷三方原病院 病理診断科
○中山 剛¹、久保田 望¹、西田 淳¹、山本 秀明¹、小川 博²
- 26 再発 GIST に対する Glivec 使用 4 例の経験
¹名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器外科学、²名古屋大学 大学院医学系研究科 画像
情報外科学
○渡邊 卓哉¹、藤原 道隆²、伊藤 友一¹、中山 吾郎²、小池 聖彦¹、小寺 泰弘¹、
中尾 昭公¹

- 27 Electrolyte depletion syndrome (以下 EDS) を呈した巨大直腸絨毛腺腫の 1 例
¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科
○神谷 芳雄¹、小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、鎌野 俊彰¹、丸山 尚子¹、
田原 智満¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、岩田 正己¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、
柴田 知行¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹
- 28 回腸結腸瘻を形成した横行結腸癌の 1 例
¹久美愛厚生病院 消化器内科、²久美愛厚生病院 外科
○伊佐治亮平¹、横畑 幸司¹、横崎 正一¹、長瀬 裕平¹、杉山 和久¹、松浦 弘尚¹、
武山 直治¹、堀 明洋²
- 29 S 状結腸隆起型 pSM 癌の一例
¹藤田保健衛生大学 消化管内科
○丸山 尚子¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹、小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、
鎌野 俊彰¹、田原 智満¹、神谷 芳雄¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、
長坂 光夫¹、岩田 正己¹、柴田 知行¹、高濱 和也¹
- 30 多発骨盤内血管閉塞を認め、血管バイパス手術後に根治手術を施行した下部直腸癌
の 1 例
¹三重大学医学部大学院医学研究科 消化管・小児外科学
○森本 雄貴¹、井上 靖浩¹、岩田 崇¹、廣 純一郎¹、問山 裕二¹、小林美奈子¹、
三木 誓雄¹、楠 正人¹
- 31 進行再発大腸癌における bevacizumab 投与30例の経験
¹岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科
○山田 順子¹、高橋 孝夫¹、吉田 和弘¹、川口 順敬¹、長田 真二¹、山口 和也¹、
坂下 文夫¹、細野 芳樹¹、奥村 直樹¹、徳山 泰治¹、井川 愛子¹、田中 善弘¹、
名和 正人¹、眞田 雄市¹

一般演題

第4会場

9:00~9:35 IBD

座長 藤田保健衛生大学消化管内科 長坂 光夫

- 32 潰瘍性大腸炎の経過中にサイトメガロウイルス感染症を合併した1例
¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科、²藤田保健衛生大学病院 病理部
○藤田 浩史¹、高濱 和也¹、長坂 光夫¹、鎌野 俊彰¹、大久保正明¹、小村 成臣¹、
吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、田原 智満¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、
岩田 正己¹、柴田 知行¹、渡邊 真¹、黒田 誠²、平田 一郎¹
- 33 ネフローゼ症候群の経過中に発症し、サイトメガロウイルス腸炎を併発して緊急手術で救命しえた重症潰瘍性大腸炎の1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
○山内 貴裕¹、山田 祥子¹、福田 和史¹、永野 淳¹、鈴木 祐介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、名倉 一夫¹、
加藤 則廣¹、冨田 栄一¹、山田 鉄也²
- 34 Methotrexate (MTX) が有効であった難治性クローン病の1例
¹豊橋市民病院 消化器内科
○沢部 倫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、山本富美子¹、山田 哲¹、林 大樹郎¹
- 35 高度な直腸狭窄を認めたクローン病の2例
¹藤田保健衛生大学 下部消化管外科
○塩田 規帆¹、前田耕太郎¹、佐藤 美信¹、小出 欣和¹、勝野 秀稔¹、船橋 益夫¹、
安形 俊久¹、野呂 智仁¹、本多 克行¹
- 36 検診にて発見された高齢者原発性腸結核の1例
¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科、²藤田保健衛生大学病院 病理部
○藤田 浩史¹、高濱 和也¹、長坂 光夫¹、鎌野 俊彰¹、大久保正明¹、小村 成臣¹、
吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、田原 智満¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、
岩田 正己¹、柴田 知行¹、渡邊 真¹、黒田 誠²、平田 一郎¹

37 腸閉塞にて発見された原発性空腸癌の1例

¹中部労災病院 消化器科

○菅 敏樹¹、細野 功¹、山田 誠吾¹、森本 剛彦¹、児玉 佳子¹、尾関 雅靖¹、
中江 治道¹、村瀬 賢一¹

38 選択的腹部血管造影が診断に有用であった空腸動静脈奇形の一例

¹一宮西病院

○野寄 昌¹、宮本 康二¹、内村 正史¹、吉田 篤生¹、大橋 憲嗣¹、大久保雄一郎¹

39 上腸間膜動脈閉塞症4例の検討

¹藤枝市立総合病院 消化器科

○増田 崇光¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、永田 健¹、大畠 昭彦¹、野田 裕児¹、
池谷賢太郎¹、三輪 一太¹

40 クロウン病の回腸病変に発生し内視鏡で確認された小腸癌・多発肝転移の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²浜松医科大学 第一内科

○木全 政晴¹、望月 千博¹、岡田 勝治¹、市川 仁美¹、谷 伸也¹、芳澤 社¹、
大矢 幸代¹、館野 誠¹、室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水恵理奈¹、細田 佳佐¹、
長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、大澤 恵²、伊熊 睦博²

41 門脈ガス血症を認めた小腸間膜平滑筋肉腫の1例

¹済生会松坂総合病院 内科、²済生会松坂総合病院 外科、³済生会松坂総合病院 神経内科

○小田 裕靖¹、稲垣 悠二¹、井口 正士¹、脇田 喜弘¹、橋本 章¹、清水 敦哉¹、
中島 啓吾¹、家城 洋平²、柏倉 由実²、村田 泰洋²、田中 穰²、長沼 達史²、
近藤 昌秀³、坂井 利行³

42 巨大な潰瘍による盲腸回腸瘻を形成した単純性潰瘍の1例

¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○神谷 芳雄¹、小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、鎌野 俊彰¹、丸山 尚子¹、
田原 智満¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、岩田 正己¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、
柴田 知行¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹

43 脂肪腫を合併した内翻 Meckel 憩室による成人腸重積症の1例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○林 基志¹、所 史隆¹、中村 信彦¹、足達 広和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

44 Cronkhite-Canada 症候群の1例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科

○青木 孝太¹、阿知波宏一¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、國井 伸¹、石川 大介¹、
水谷 哲也¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

45 回盲部原発と考えられた悪性リンパ腫の2例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科、²愛知県

○阿知波宏一¹、青木 孝太¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、石川 大介¹、國井 伸¹、
水谷 哲也¹、渡辺 一正¹、後藤 啓介²、中村 隆昭²、奥村 明彦¹

46 透析患者に発生した特発性腸間膜血腫の1例

¹木沢記念病院 消化器科

○大島 靖広¹、中西 孝之¹、端山 暢雄¹、杉山 宏¹

- 47 S 状結腸軸捻転を繰り返す例に経皮的 S 状結腸 - 腹壁固定術が再発予防に有効であった 1 例
¹中部労災病院 消化器科
○細野 功¹、中江 治道¹、菅 敏樹¹、山田 誠吾¹、森本 剛彦¹、児玉 佳子¹、尾関 雅靖¹、村瀬 賢一¹
- 48 大網捻転症の 1 例
¹鈴鹿回生病院 外科
○北山 寛¹、多羅尾 光¹、岩佐 真¹、富田 隆¹
- 49 1 年 3 ヶ月で 6 回の腸閉塞を繰り返した巨大結腸症の 1 例
¹公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科
○川端 邦裕¹、石川 英樹¹
- 50 当院における大腸憩室出血の特徴
¹藤田保健衛生大学 坂文種報徳會病院 消化器内科
○友松雄一郎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、磯部 祥¹、山本 智支¹、成田 賢生¹
- 51 ポリスチレンスルホン酸カルシウム（アーガメイトゼリー®）が関与したと考えられた大腸の出血性潰瘍の 1 例
¹愛知医科大学
○伊藤 義紹¹、十倉 佳史¹、柳本研一郎¹、坂野 文美¹、山本 高也¹、川井 祐輔¹、金森 寛幸¹、増井 竜太¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、河村 直彦¹、宮下 勝之¹、飯田 章人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

52 高齢発症したサイトメガロウイルス (CMV) 腸炎の一例

¹藤田保健衛生大学 消化管内科

○鎌野 俊彰¹、高濱 和也¹、長坂 光夫¹、藤田 浩史¹、大久保正明¹、小村 成臣¹、
吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、田原 智満¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、
岩田 正己¹、柴田 知行¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹

53 アメーバ腸炎の1例

¹半田市立半田病院 内科

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

54 Lymphoid follicular proctitis の1例

¹北摂総合病院 消化器内科、²藤田保健衛生大学医学部 消化管内科

○佐野村 誠¹、寺澤 哲志¹、楢林 賢¹、佐々木有一¹、新田 昌稔¹、板橋 司¹、
平田 一郎²

55 消化管病変を合併し、治療経過を観察しえた Kaposi 肉腫の1例

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、小野木章人¹、小木曾英介¹、二宮 空暢¹、塚田 良彦¹、
安田 陽一¹、大澤 陽介¹、永木 正仁¹、森脇 久隆¹

一般演題

第5会場

9:00~9:28 胆1

座長 名古屋記念病院消化器内科 山内 学

56 ゲムシタピンとS-1の併用療法が有効であった十二指腸乳頭部がんの1例

¹ 社会保険中京病院

○平松 将人¹、長谷川 泉¹、大野 智義¹、高口 裕規¹、三浦 亜紀¹、田中 義人¹、
遠藤 雅行¹、清水 周哉¹、松永誠治郎¹、加藤 功大¹、榊原 健治¹

57 胆道閉塞症状で発症した中部胆管悪性リンパ腫の1例

¹ 名古屋記念病院 消化器科

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

58 造影超音波検査を行った早期胆嚢癌の1例

¹ 藤田保健衛生大学 第2教育病院 内科

○服部 昌志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、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、磯部 祥¹、友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢生¹

59 リザーバーを用いた動注化学療法をくり返し長期生存を得られた肝門部胆管癌の1例

¹ 春日井市民病院 消化器科

○松波加代子¹、加藤 晃久¹、稲垣 佑祐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

60 膵胆管合流異常に合併した腸回転異常症の一例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○中村 信彦¹、所 史隆¹、林 基志¹、足達 広和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

61 慢性血液透析患者に発症した胆嚢出血の一例

¹愛知医科大学病院 消化器内科

○河村 直彦¹、服部 芳彦¹、柳本研一郎¹、坂野 文美¹、山本 高也¹、川井 祐輔¹、
金森 寛幸¹、伊藤 義紹¹、増井 竜太¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、宮下 勝之¹、
飯田 章人¹、佐藤 真理¹、十倉 佳史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

62 胆嚢軸捻転症の1例

¹藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

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

63 術前診断に苦慮した肝門部胆管狭窄の1例

¹愛知厚生連江南厚生病院 外科

○林 直美¹、石樽 清¹、石田 直子¹、二宮 豪¹、山村 和生¹、加藤 公一¹、
平井 敦¹、飛永 純一¹、黒田 博文¹

64 敗血症性ショックで発症したレンメル症候群の一例

¹浜松医科大学 第1内科、²浜松医科大学 分子診断学講座、³浜松医科大学 臨床研究管理センター

○松浦 愛¹、大澤 恵¹、寺井 智宏¹、山出美穂子¹、高柳 泰宏¹、西野 眞史¹、
村松 明子¹、小平 知世¹、濱屋 寧¹、山田 貴教¹、岩泉 守哉¹、高垣 航輔¹、
吉田 賢一²、金岡 繁²、杉本 健¹、古田 隆久³、伊熊 睦博¹

65 黄色肉芽腫を伴った気腫性胆嚢炎の1切除例

¹聖隷三方原病院 消化器内科、²聖隷三方原病院 肝臓内科、³聖隷三方原病院 消化器外科、
⁴聖隷三方原病院 病理診断科

○久保田 望¹、山本 英明¹、西田 淳¹、中山 剛¹、坂西 康志²、浅利 貞毅³、
藤田 博文³、小川 博⁴

66 黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

¹浜松南病院 消化器病・IBDセンター、²磐田市立総合病院外科

○飯田 貴之¹、竹内 健¹、阿部 仁郎¹、渡辺 文利¹、花井 洋行¹、落合 秀人²、
鈴木 昌八²

67 胆管炎を疑い薬剤性肝障害を合併したレプトスピラ感染症の1例

¹山田赤十字病院

○山村 光弘¹、富士野 玲¹、大山田 純¹、黒田 幹人¹、川口 真矢¹、佐藤 兵衛¹、
福家 博史¹

- 68 肝細胞癌とアルコール性肝硬変の経過中に腸腰筋膿瘍・腸骨筋膿瘍を合併し、CTガイド下ドレナージが有用であった1例
¹藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 内科
 ○内藤 岳人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、木村 行雄¹、服部 信幸¹、小坂 俊仁¹、磯部 祥¹、塩田 國人¹、友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢生¹
- 69 難治性肝性脳症へのバンコマイシン内服投与が有効で肝細胞癌治療が可能となった1例
¹名古屋共立病院 消化器内科
 ○水谷 佳貴¹、竹田 欽一¹、葛谷 貞二¹、宇都宮節夫¹、川田 登¹、今井 則博¹、池田 誉¹、広瀬 健¹
- 70 進行性肝細胞癌に対する、大動脈留置型特殊リザーバー (system-I) を用いた外来反復 IVR の有用性
¹春日井市民病院 消化器科、²久留米中央病院 内科、³名古屋市立大学 肝・膵内科
 ○吉田 道弘¹、板野 哲²、加藤 晃久¹、稲垣 佑祐¹、松波加代子¹、片野 敬仁¹、望月 寿人¹、奥村 文浩³、森田 毅¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、伊藤 和幸¹
- 71 C型慢性肝炎に対するIFN治療著効後に肝細胞癌を発症した2例
¹名古屋第二赤十字病院
 ○山川 慶洋¹、藤原 圭¹、舘 桂一郎¹、堀 寧¹、岩崎 弘靖¹、梅村修一郎¹、今井 宗憲¹、西脇 裕高¹、栗本 拓也¹、山田 智則¹、林 克巳¹、根本 聡¹、白子 順子¹、折戸 悦朗¹
- 72 C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療著効18年後に肝細胞癌を発症した1例
¹三重大学 医学部附属病院 消化器肝臓病内科
 ○野尻圭一郎¹、田中淳一郎¹、別府 徹也¹、宮地 洋秀¹、田中 秀明¹、米田健太郎¹、竹尾 雅樹¹、山本 憲彦¹、藤田 尚己¹、杉本 和史¹、白木 克哉¹、竹井 謙之¹

- 73 インターフェロン（IFN）投与が原因と考えられた胃ポリープ出血の1例
¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科
○荒川 直之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、
石川 大介¹、水谷 哲也¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹
- 74 IFN 少量長期投与と瀉血療法が有効であったC型慢性肝炎の一例
¹名古屋共立病院 消化器内科、²名古屋共立病院 がん免疫細胞療法センター
○葛谷 貞二¹、竹田 欽一¹、宇都宮節夫¹、川田 登¹、池田 誉¹、今井 則博¹、
水谷 佳貴¹、広瀬 健¹、石川 哲也²
- 75 肝障害と胃粘膜障害を呈したChrug-Strauss症候群の一例
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
- 76 繰り返す消化管出血、腹水、耐糖能異常を合併した術後門脈本幹閉塞に対して門脈
ステントを施行した一例
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、濱村 敬介¹、
高橋 好朗¹、田中 俊夫¹、小柳津竜樹¹
- 77 吐血にて発症した肝外門脈閉塞症の1例
¹藤田保健衛生大学 医学部 肝胆膵内科
○嶋崎 宏明¹、小林 恭子¹、有馬 裕子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

- 78 赤痢アメーバ感染症の3例
¹碧南市民病院 内科
○内田 潔¹、西脇 毅¹
- 79 診断および治療に腹腔鏡下手術が有用であった Fitz-Hugh-Curtis 症候群の1例
¹名古屋共立病院消化器内科、²名古屋共立病院消化器外科、³名古屋大学消化器内科学
○池田 誉¹、竹田 欽一¹、宇都宮節夫¹、葛谷 貞二¹、川田 登¹、今井 則博¹、
水谷 佳貴¹、広瀬 健¹、服部 浩次²、寺下 幸夫²、森 亮太²、齋藤慎一郎²、
後藤 秀実³
- 80 Fitz-Hugh-Curtis 症候群の1例
¹名古屋セントラル病院 消化器内科
○神谷 友康¹、佐藤 寛之¹、真鍋 孔透¹、桶屋 将之¹、安藤 伸浩¹、川島 靖浩¹
- 81 無症候性の Chronic Active Epstein-Barr Virus infection の一例
¹豊橋市民病院 消化器内科
○田中 卓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

82 腹痛を契機に発見された限局性結節性過形成の1例

¹半田市立半田病院 内科

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

83 診断に苦慮した肝腫瘍の一例

¹三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科

○宮地 洋英¹、別府 徹也¹、野尻圭一郎¹、田中淳一郎¹、米田健太郎¹、田中 秀明¹、
竹尾 雅樹¹、山本 憲彦¹、杉本 和史¹、藤田 尚己¹、岩佐 元雄¹、小林 由直¹、
白木 克哉¹、竹井 謙之¹

84 下顎歯肉扁平上皮癌肝転移の一例

¹朝日大学村上記念病院

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

85 肝機能障害にて発症したNK/T cell lymphomaの一例

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

86 肝細胞癌と鑑別困難であった副腎腺腫の一例

¹医療法人山下病院 内科、²医療法人山下病院外科、³藤田保健衛生大学第二教育病院 内科

○江藤 奈緒¹、瀧 智行¹、富田 誠¹、小田 雄一¹、馬淵 信行¹、山村 健史¹、
服部外志之¹、中澤 三郎¹、白井 量久²、片山 信²、乾 和郎³

一般演題

第6会場

9:00~9:35 膝1

座長 春日井市民病院消化器科 妹尾 恭司

- 87 喉頭小細胞癌を合併した自己免疫性膵炎の1例
¹愛知県厚生連 豊田厚生病院
○松崎 一平¹、大久保賢治¹、森田 清¹、竹内 淳史¹、金沢 宏信¹、島田礼一郎¹、
中平 健一¹、伊藤 隆徳¹、西村 大作¹、片田 直幸¹
- 88 自己免疫肝炎に合併した腫瘍形成性膵炎の一例
¹三重県厚生連 いなべ総合病院 内科
○飯尾 悦子¹、埜村 智之¹、竹園 康秀¹、伊藤 康司¹、落合 敏広¹、片野 晃一¹
- 89 明らかな膵管狭細像を認めず嚢胞形成を伴った限局性自己免疫性膵炎の1例
¹春日井市民病院消化器科
○加藤 晃久¹、稲垣 佑祐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
- 90 横行結腸狭窄と小腸結腸瘻を合併した急性膵炎の1例
¹岐阜赤十字病院 外科、²岐阜赤十字病院 内科
○池庄司浩臣¹、高橋 圭¹、丹羽真佐夫¹、松井 雅史¹、辻本 浩人¹、飯田 豊¹、
片桐 義文¹、鬼束 惇義¹、松下 知路²、高橋 祐司²、伊藤陽一郎²、中村 俊之²
- 91 重症急性膵炎より NOMI をきたし、救命しえた1例
¹江南厚生病院 外科
○山村 和生¹、石樽 清¹、林 直美¹、石田 直子¹、二宮 豪¹、加藤 公一¹、
平井 敦¹、飛永 純一¹、黒田 博文¹、伊藤 洋一¹

92 急性膵炎を発症した膵嚢胞性胎生期遺残病変の一例

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}

93 逸脱した膵管ステントによる穿孔性後腹膜膿瘍の1例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科

○菅江 崇¹、杉本 博行¹、山田 豪¹、粕谷 英樹¹、金住 直人¹、野本 周嗣¹、竹田 伸¹、中尾 昭公¹

94 子宮筋肉腫術後10年で発症した転移性膵平滑筋肉腫の1例

¹愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

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

95 MCN との鑑別が困難であった macrocystic type SCN 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 消化器外科部、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、高木 忠之¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、澤木 明¹、澤井 勇悟¹、小林 佑次¹、松本 和也¹、山北 圭介¹、杉森 聖司¹、中村 常哉²、田近 正洋²、河合 宏紀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

- 96 選択的動脈内カルシウム注入試験が診断に有用であったインスリノーマの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、³三重大学 医学部附属病院 肝胆膵外科
○原田 哲朗¹、井上 宏之¹、小坂 良²、野田 知宏¹、濱田 康彦¹、青木 雅俊¹、葛原 正樹¹、田中 匡介²、井本 一郎²、伊佐地秀司³、竹井 謙之¹
- 97 EUS-FNA が診断に有用であった膵悪性リンパ腫の1例
¹岐阜大学 医学部 第一内科
○中島 賢憲¹、安田 一朗¹、岩下 拓司¹、渡部 直樹¹、今井 健二¹、高井 光治¹、足立 政治¹、内木 隆文¹、白鳥 義宗¹、森脇 久隆¹
- 98 膵原発悪性リンパ腫の一例
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
- 99 膵 MALT リンパ腫の1例
¹藤枝市立総合病院、²浜松南病院
○三輪 一太¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、永田 健¹、大畠 昭彦¹、野田 祐児¹、池谷賢太郎¹、渡辺 文利²

100 膵腺扁平上皮癌の一例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院中央検査部

○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、林 秀樹¹、向井 強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

101 十二指腸メタリックステント留置術ならびに超音波内視鏡下腹腔神経叢ブロック術 (EUS-CPN(celiac plexus neurolysis)) が有用であった膵癌の1例

¹名古屋市立大学病院 消化器・代謝内科学、²名古屋市立大学病院 緩和ケアチーム

○林 香月¹、大原 弘隆¹、中沢 貴宏¹、安藤 朝章¹、田中 創始¹、内藤 格¹、
奥村 文浩¹、坂本 雅樹²、祖父江和哉²、城 卓志¹

102 肝細胞癌の経過中に診断された stage I 膵癌の1例

¹藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科

○山本 智支¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、奥島 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 俊二¹、塩田 國人¹、磯辺 祥¹、友松雄一郎¹、成田 賢生¹

103 術前診断可能であった破骨細胞型退形成膵管癌の一切除例

¹三重大学 医学部 肝胆膵・移植外科、²三重大学 医学部 消化器肝臓内科

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

104 稀な膵癌の一例

¹名古屋第二赤十字病院

○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、
西脇 裕高¹、栗本 拓也¹、藤原 圭¹、山田 智則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 ESDを試みた Barrett 食道腺癌の1例

¹藤田保健衛生大学医学部消化器内科、²藤田保健衛生大学病院
病理科

○小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、
鎌野 俊彰¹、田原 智満¹、藤田 浩史¹、神谷 芳雄¹、
中村 正克¹、中川 義仁¹、岩田 正己¹、長坂 光夫¹、
柴田 知行¹、高濱 和也¹、波邊 真¹、溝口 良順²、
黒田 誠²、平田 一郎²

症例は60代の男性。2006年10月に胃幽門部癌にて腹腔鏡補助下幽門側切除を施行された。その後外来にて経過観察されていたが2007年10月の上部消化管内視鏡検査にて食道胃接合部に小結節があり、結節の周囲粘膜は発赤調で表面上に柵状血管を認めることからバレット上皮と考えられた。結節からの生検はGroupV、中分化型腺癌と診断された。2008年1月に入院し精査加療となった。入院時身体所見に異常はなく、血液検査成績は正常範囲内であった。食道造影検査では腹部食道に小透亮像を認めた。超音波内視鏡検査では腫瘍の明らかな粘膜下層への浸潤はなく、粘膜内病変と考えられた。胸腹部CT検査で明らかなリンパ節転移は認めなかった。以上より早期Barrett食道腺癌と診断しESDを施行した。切除検体は切除径45×52mm、腫瘍径10×8mmであった。腫瘍は切除検体内に境界明瞭な隆起を形成し、腫瘍肛門側には門柱上皮局所に挟まれた鳥状の扁平上皮遺残が見られた。筋板の二重化は腫瘍肛門側に認められた。腫瘍直下には筋板の二重化は認めず構造の乱れがあり腫瘍腺管は既存の筋板に接していたため深達度m3と診断した。以上よりshort-segment Barrett食道由来の腺癌と考えられた。最終診断はBarrett's esophageal adenocarcinoma, tub1, T1a, m3, ly0, v0, LM(-), VM(-)であった。術後はTS-1内服治療を追加した。M3症例の内視鏡的治療後の経過観察に対する明確な指針はなく文献的考察を含め報告する。

2 同時に内視鏡的切除を行った下咽頭・食道重複癌の一例

¹名古屋第一赤十字病院 消化器科

○小林 寛子¹、春田 純一¹、山口 丈夫¹、佐々木論実彦¹、
伊東 輝朋¹、平山 裕¹、山田 恵一¹、鷲見 肇¹、
松下 正伸¹

〔背景〕咽頭癌と食道癌は共に高頻度に合併することが知られており、治療前検査の一環として双方のスクリーニング検査が積極的に行われている。それにとまぬ最近では早期の中・下咽頭癌が発見されるようになり、内視鏡的に治療が施行された例も多く報告されている。今回我々は喉頭癌放射線治療後に下咽頭・食道重複癌を認め、同時に内視鏡的切除を施行した症例を経験したので報告する。〔症例〕87歳男性、主訴は咽頭違和感。喫煙は20本/日×25年間、飲酒は日本酒1合/日。既往は平成13年喉頭癌に対し放射線治療が施行されている。今回咽頭違和感を主訴に近医受診し、下咽頭癌を認めたため当院耳鼻科に紹介となった。重複癌のスクリーニング目的に当科依頼となり、上部消化管内視鏡検査を行ったところ下部食道にも0-IIc型表在癌を認めた。画像上は下咽頭癌と食道癌はともに上皮内癌と診断し、他画像検査においても明らかな転移も認めなかった。87歳と高齢で、咽頭癌にて放射線治療後であることより本人・家族と相談の上、低侵襲の内視鏡治療を選択した。全身麻酔下に両病変に対し内視鏡的粘膜切除術(EMR-C)を施行した。その後の経過も良好で、合併症なく術後6日目に退院となった。病理結果ではともにSquamous cell carcinoma(上皮内癌,断端陰性)の結果を得た。〔結語〕喉頭癌治療後に内視鏡的治療を行った下咽頭・食道重複癌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。

3 診断に難渋した食道腺癌の一例

¹名古屋大大学院 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院
光学医療診療部、³愛知県がんセンター中央病院 胸部外科、⁴名古屋大大学院 腫瘍外科

○立松 英純¹、丹羽 康正¹、宮原 良二²、倉橋 正明¹、
坂野 閣紀¹、古川 和宏¹、多々内暁光¹、山本 英子¹、
松山 恭士¹、白井 修¹、船坂 好平¹、小原 圭¹、
竹中 宏之¹、森島 賢治¹、伊藤 彰浩¹、大宮 直木¹、
廣岡 芳樹²、安部 哲也²、深谷 昌秀³、柳野 正人⁴、
後藤 秀実¹

症例はFallot 4 徴症で乳小児期に2期的手術歴のある25歳女性。平成20年2月頃より食後の嘔吐が出現した。近医を受診し上部消化管内視鏡検査にて胸部下部食道に全周性狭窄を指摘されたため、4月14日に精査加療目的で当院に入院となった。食道レントゲン検査では胸部下部食道に辺縁平滑な狭窄を認めた。上部消化管内視鏡検査では同部位にコード散布にて不染帯のない全周性狭窄を認め、内視鏡下の生検では炎症所見のみであった。食道内腔の拡張と残渣の貯留もありアキラシアを疑ったが、食道内圧検査で下部食道括約筋の弛緩反応があり否定的であった。細径超音波内視鏡では第4層の肥厚を認め、CTでは胸部下部食道に造影効果の乏しい壁肥厚として描出された。またFDG-PETでは同部位に一致して異常集積を認め、SUV5.5と高値を示した。以上の所見から炎症性あるいは腫瘍性の食道壁肥厚による狭窄が疑われた。CEA13.5ng/ml, CA19-9 5620U/mlと高値でもあり悪性疾患も否定できない上、保存的加療による改善も望み難く、確定診断には至らなかったものの十分なICのもとに左開胸開腹中下部食道切除を行った。食道粘膜面にほとんど露出せず粘膜下層を主体に発育し食道外膜を越えて大動脈に浸潤する4型の食道腫瘍であった。病理組織診断は低分化型腺癌でリンパ節転移・脈管侵襲も陽性であった。今回我々は若年女性に発症した食道腺癌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。

4 当科における食道癌治療 胸腔鏡下食道亜全摘出術の導入

¹岐阜大学医学部附属病院第一外科

○木村 真樹¹、山田 卓也¹、小久保健太郎¹、池庄司浩臣¹、
水野 吉雅¹、名知 祥¹、松友 将純¹、吉田 直寛¹、
白橋 幸洋¹、関野 孝史¹、若田 晃一¹、竹村 博文¹

当科における食道癌治療 胸腔鏡下食道亜全摘出術の導入胸部食道癌に対する右開胸開腹食道亜全摘出、3領域郭清、胃管再建は標準術式として確立しているが、合併症の発生率は他の消化器領域の手術に比較して高く極めて侵襲も大きいため術後の回復に時間を要している。いっぽうで胃癌や結腸直腸癌に対する手術は腹腔鏡下手術の割合が増加しており、その背景には従来の開腹手術に比較して低侵襲で安全性や精巧な手技も確立し出血量の減少効果や十分なリンパ節郭清をもたらす効果を認められている。食道癌に対する胸腔鏡下手術は全国的に普及しているとはいえないが、こういった背景のもとわれわれは胸部食道癌に対する胸腔鏡および腹腔鏡下手術は従来の開胸開腹手術に伴う侵襲を軽減し術後の回復に恩恵をもたらすばかりではなく、腹腔鏡手術と同様に鏡視下の拡大視効果により縦隔郭清による合併症の軽減にも貢献すると考え2008年度からcT4を除く胸部中部および下部食道癌に対して胸腔鏡下食道亜全摘出術の導入を開始した。第1例目を供覧し周術期の管理も含めて当科での胸部食道癌に対する治療を提示する。症例は60歳代女性でBMI:38.4の肥満であり、脳出血の後遺症で両下肢不全麻痺を伴い杖歩行の状態に合併症の発生や離床に難渋することが予想された。周囲臓器への浸潤や明かに転移を疑うリンパ節なく、cT3N0M0cStageIIIと診断し低侵襲性と根治性の両立を目指して胸腔鏡下食道亜全摘出術、3領域郭清、胸骨後経路、HALS胃管再建、頸部吻合を施行した。術後1日目に抜管したが頸部のリンパ漏から気管が圧排されて呼吸困難になり再挿管を要したが気管切開を施行した後は速やかに人工呼吸器を離脱し創部の疼痛の訴えはみられず離床は速やかであった。挿管中も早期から経腸栄養を併用して肺炎などの呼吸器合併症の発生も無く周術期の経過は良好であった。周術期管理、術式も含めて当科での食道癌治療を報告する。

5 進行食道類基底細胞癌に CDGP+ 5FU による化学放射線療法を施行した 1 例

¹焼津市立総合病院 消化器科、²焼津市立総合病院 病理科

○鈴木 伸三¹、小平 誠¹、野垣 敦宏¹、佐野 宗孝¹、
寺川 偉温¹、吉岡 邦見¹、久力 権²

56歳、男性。2007.6月、頸部リンパ節腫脹を主訴に受診し上部消化管内視鏡にて進行食道類基底細胞癌と診断された。所見では上部消化管内視鏡で切歯から23cmの胸部上部食道に内腔を埋め尽くし内視鏡の通過しない全周性の隆起病変が存在した。ヨード染色では、隆起部分及び周囲にヨード不染帯がみられた。生検病理の結果はbasaloid squamous cell carcinomaであった。食道造影では、胸部上部食道に約6cmにわたる全周性狭窄を認めたが、造影剤はわずかに停滞するのみであった。全身検索を行なったところ、縦隔リンパ節転移と右頸部リンパ節転移を認めた。食道類基底細胞癌 cT3、cN4、cM0、cStage 4 a と診断し、治療としてCDGP7mg/m²+5-FU350mg/m²、4週間（週5日）+Radiation1.8Gy/day、6週間（週5日）を施行した。治療後の上部消化管内視鏡では、腫瘍が消退し同心円状狭窄が残った。狭窄は経鼻内視鏡が通過する程度であった。表面粘膜は白色繊維化しており生検にて再発は認めなかった。さらに地固め療法として、CDGP7mg/m²+5-FU350mg/m²、5日間を5コース施行した。地固め療法後の上部消化管内視鏡でも生検では再発を認めなかった。しかし、2007.7月痙攣を機に左頭頂葉への脳転移を発見された。脳転移に対してγナイフによる治療を施行した。2008.9月時点、FDG-PETでは脳転移以外の再発は認めていない。平成17年3月卒業若手医師研究奨励賞、希望。

6 NSAIDsは胃粘膜遺伝子メチル化を抑制する

¹藤田保健衛生大学 消化管内科、²金沢医科大学 消化器機能治療学

○田原 智満¹、柴田 知行¹、中村 正克¹、吉岡 大介¹、大久保正明¹、丸山 尚子¹、鎌野 俊明¹、神谷 芳雄¹、藤田 浩史¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、岩田 正己¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、有沢 富康²、平田 一郎²

背景・目的：DNAメチル化は重要な発癌機構のひとつであり、胃粘膜のDNAメチル化はH. pylori感染、組織学的、血清学的胃炎、胃癌リスクと相関し、発癌早期の遺伝子変化と考えられている。Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)は胃粘膜を障害し消化管出血のリスクを上昇させるが、NSAIDs使用者では消化器癌のリスクが低下することが報告されている。今回我々は、NSAIDsの胃粘膜遺伝子メチル化における影響を検討した。対象・方法：当院で上部消化管内視鏡検査を施行し胃癌が否定されたもののうちNSAIDs使用者51例（NSAIDs使用歴3ヶ月以上）対照者180例（過去12ヶ月間のNSAIDsの使用歴なし）につき検討を行った。内視鏡にて胃前庭部より生検を行いDNAを抽出、パイサルファイト処理後MSP法にてp14, p16, DAP-kinase, CDH1, 各遺伝子のメチル化を検討した。MSP法にてメチル化バンドを認める場合をCIMH、2箇所以上CIMHをCIMH highと定義した。結果：p14 (32.2% vs. 9.8%; p=0.009), p16 (35.0% vs. 15.7%; p=0.003), DAP-kinase (42.2% vs. 29.4%; p=0.03), CDH1 (36.1% vs. 9.8%; p=0.0007), CIMH high (44.4% vs. 17.6%; p=0.0009)、すべてにおいてNSAIDs使用者では非使用者に比し頻度が低くなっており、年齢、性、H. pylori感染、NSAIDs使用を調整した多変量解析でNSAIDs使用はメチル化に抑制的に作用する独立した因子であった。また、メチル化している遺伝子の数はNSAIDs使用者では非使用者に比し少なかった(R=-0.32, p<0.0001)。一方NSAIDs継続使用者では内服期間がメチル化を認める群で長い傾向を認めた。結語：NSAIDs継続使用は胃粘膜において胃癌の早期の遺伝子変化であるDNAメチル化を抑制すると考えられた。

8 集学的治療が奏功した縦隔リンパ節転移を認めた stageIV胃癌の1例

¹岐阜大学医学部附属病院 消化器病態学

○渡部 直樹¹、荒木 寛司¹、井深 貴士¹、小野木章人¹、境 浩康¹、岩砂 淳平¹、北川 順一¹、後藤 尚絵¹、鶴見 寿¹、森脇 久隆¹

症例は69歳男性。平成16年7月初旬より心窩部痛、労作時息切れ、動悸を認め、近医を受診した。血液検査にてHb7.9mg/dlと貧血を認めた。7月15日、精査目的で当院受診となった。上部消化管内視鏡にて中部食道の壁外性圧排所見、胃幽門部に3型の胃癌 (tub 2~por 1)、十二指腸球部から下降脚に2型の腫瘍を認めた。胸部CTで縦隔(上縦隔、気管前、気管気管支、左肺門)のリンパ節腫脹を認め、FNAにて腺癌が示唆される細胞像であり胃癌の縦隔リンパ節転移と診断された。腫瘍マーカーではCEAが6.2ng/ml, CA19-9が792.3U/mlと高値を示した。StageIV(TX, N1, H0, P0, CY0, M1(LYM))であり、手術不可能と判断し、計5クルールのTS-1(120mg)+CDDP(80mg/m2)を施行した。CT, PETにて縦隔リンパ節の消失を認め、Down Stageが得られたため、平成17年1月11日に胃亜全摘術を行なった。病理標本の組織型はtub 1であった。術後はTS-1のみ継続したが、平成18年5月頃より倦怠感のためTS-1内服困難となった。7月の上部消化管内視鏡で壁外から中部食道粘膜に壁外からの浸潤と思われる粘膜隆起を認めた。生検にて腺癌を認め、FNAのNeedle seedingによる再発と診断した。平成18年8月よりCPT11(70mg/m2)+CDDP(80mg/m2)6クルールと平成19年1月に食道の再発部位に64Gyの放射線照射を施行した。現在、初発より5年経過するも再発を認めていない。StageIV胃癌に化学療法、手術、放射線療法を組み合わせ、集学的治療が奏功した例として報告する。

7 化学療法が奏功し手術可能となったAFP、PIVKA-II産生胃癌の1例

¹国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科

○山本 剛¹、丸田 真也¹、北村 雅一¹、加藤 亨¹

症例は64歳男性。近医で糖尿病、高血圧症の治療中に腹痛精査のため当院へ紹介となる。腹部単純CT、USで肝S4に多発する占拠性病変を認め精査目的のため入院となる。上部消化管内視鏡検査を施行し、胃体部から前庭部の小弯側に3型胃癌を認めた。生検では免疫組織染色でAFP陽性、血液検査でAFP 1400.0 ng/ml, PIVKA-II 1522.1 mAU/ml, 造影CTでは腹部大動脈周囲リンパ節腫大、門脈左枝の腫瘍塞栓を認め、肝S4に造影効果の乏しい大小不同の不均一な腫瘍が多発し、肝転移を伴うAFP、PIVKA-II産生胃癌と診断した。臨床病期はcT3(SE) cN2 cH1 cP0 cM0 Stage IV 切除不能進行胃癌、根治手術は不可能と判断してTS-1/CDDP併用療法を開始した。第1クルール終了時より原発巣、転移巣ともに縮小し腫瘍マーカーのAFP 4800 ng/ml, PIVKA-II 263 mAU/mlと低下した。その後も治療を継続し原発巣、転移巣ともにPRと判定した。TS-1/CDDP併用療法 4クルール、パクリタキセル/CDDP併用療法 1クルール施行し、門脈背側にリンパ節腫大、胃体下部前壁に壁内転移が出現した。胃原発巣は不変だったが、壁内転移に血液が付着し貧血の進行もあり同部位からの出血も否定できなかった。画像的に肝転移はほぼ消失しており出血コントロールのため原発巣及びリンパ節腫大を外科的切除した。術後、腫瘍マーカーはAFP 92 ng/ml, PIVKA-II 28 mAU/mlと更に減少した。切除標本の病理組織検査では原発巣、転移巣ともにAFP産生胃癌の像を呈し、Grade 1の効果だった。No 3, 8aリンパ節は組織球、異型型の巨細胞を認めたが、腫瘍細胞はなかった。治療期間中にGrade 2の食欲不振、Grade 1のヘモグロビン、血小板減少を認めたがGrade 3以上の副作用はなかった。今回、比較的良好なAFP、PIVKA-II産生胃癌の1例を経験した。本症例は原発巣や肝転移に化学療法が有効であったが、胃壁内転移をきたしそれも併せて切除可能で、術後はTS-1/CDDP併用療法を継続し再発は認めていない。

9 胃癌による癌性髄膜炎の一例

¹三重中央医療センター 消化器科

○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

症例は65歳、男性。肺結核の既往あり。平成19年2月に右下顎腫瘍認め、近医を受診した。腫瘍摘出術施行され、腺癌リンパ節転移と診断された。原発巣検索目的にて、当科紹介受診した。上部消化管内視鏡施行されたところ、胃体上部から胃角上部にかけてIII型進行癌が認められた。精査の結果、頸部リンパ節転移を伴う胃癌のStageIV、組織型は低分化腺癌～印環細胞癌と診断された。手術の適応はなく、化学療法が開始された。一時、腫瘍マーカーは陰性化し、原発巣も縮小傾向にあった。しかし、再度、腫瘍マーカーは再上昇し、腫瘍増大傾向が認められたため、化学療法の変更が行われた。平成20年3月より頭痛出現した。CTでは異常なく、鎮痛剤投与が行われたが、効果は認められなかった。頭痛は増悪し、経口摂取不良も出現したため、平成20年4月に精査加療目的にて入院となった。入院時、微熱を認め、採血にて軽度貧血とCEA高値が認められた。MRI、脳波、骨シンチには異常は認められなかった。両側視力低下も出現、当院眼科受診したが、視力低下、乳頭浮腫認められるのみであった。髄液検査にて頭蓋内圧亢進、細胞数増加、蛋白上昇、糖低下、異型細胞の出現が認められ、癌性髄膜炎と診断され、緩和外ケアを中心に経過観察が行われた。今回、我々は胃癌による癌性髄膜炎の1例を経験したため、文献的考察を加え、報告する。平成20年卒業

10 化学療法が著効し、発症後24か月生存した切除不能・高度進行スクリルス胃癌の1例

¹東濃厚生病院 内科
○吉田 正樹¹、三沢 大介¹

化学療法の施行により、著明な生存期間の延長が得られたと考えられる切除不能スクリルス胃癌の1例を経験した。症例は63歳、女性。主訴は腹部膨満感の出現、高度の食欲不振、体重減少10kg。既往歴なし。生来、健康であったが、上記の主訴で当院内科に初診受診。胃内視鏡検査と胃X線検査により、胃体中部から前庭部に及ぶ全周性のスクリルス胃癌と診断した。組織型は印環細胞癌であった。CT上、肺転移、肝転移なく、胃全摘術を予定した。開腹すると、腫瘍は膵頭部に直接浸潤し、腹膜播種があり、横行結腸間膜と横行結腸肝彎曲部付近が腫瘍に侵されていた。術中の腹腔洗浄細胞診は陰性であった。胃全摘は中止し、胃体最上部に胃・空腸吻合作成、さらにブラウン吻合、上行結腸・横行結腸側側吻合を施行した。以後は、化学療法を施行した。当初はS-1/CDDP併用療法(4週1コース、S-1を80mg/m²day1～day14内服、day15～day28休薬、CDDPをday8に70mg/m²4時間持続点滴静注)を施行した。1コース施行後から食欲が回復し、PS0を維持した。5コース終了後に腹水が出現したため、PDと判断し、S-1/TXL併用療法(4週1コース、S-1を80mg/m²day1～day14内服、day15～day28休薬、TXLを60mg/m²day1、8、15に点滴)に変更した。腹水が減少し、PS0を維持したため、さらに12コース施行した。治療は外来化学療法を原則とし、CDDP使用前後のみ4日間入院した。化学療法17コース施行後、PDとなり、S状結腸転移を原因とするS状結腸の高度狭窄によるサブイレウス発症、両側尿管狭窄、胃・空腸吻合部狭窄、噴門部狭窄をきたし、PS3となった。人工肛門造設、両側尿管ステント留置を行い、以後は緩和医療とした。術中所見では腹膜播種あり、腹水900cc、腹水細胞診で腺癌陽性であった。終末期2ヶ月間は入院治療したが、前半22ヶ月は通院治療であった。丸24か月目に死亡した。20ヶ月目まではPS0を維持でき、S-1/CDDP併用療法とS-1/TXL併用療法は患者の受容性も良く、外来化学療法として適していた。

11 進行胃癌に対して完全鏡視下に膵頭十二指腸切除術を行った1例

¹藤田学園保健衛生大学 外科
○橋井 大輔¹、宇山 一朗¹、篠原 寿彦¹、米村 穰¹、
古田 晋平¹、吉村 文博¹、稲葉 一樹¹、平松 良浩¹、
石田 善敬¹、磯垣 淳¹、谷口 桂三¹、金谷誠一郎¹、
小森 義之¹、櫻井 洋一¹、堀口 明彦¹、宮川 秀一¹

〈はじめに〉我々はこれまでに700例以上の腹腔鏡下胃切除術を経験しており、開腹手術と同等の手術成績を認めている。そのため、2007年10月より当科では胃癌手術症例のほぼ全てを腹腔鏡下手術の適応としている。今回、進行胃癌に対して完全腹腔鏡下に膵頭十二指腸切除術を行った1例を経験したので報告する。〈症例〉70代男性。2008年5月頃より食欲不振、心窩部不快感を認め近医受診し、胃癌と診断され同年7月当院へ紹介受診した。上部消化管内視鏡検査にて幽門小弯を主座とした全周性の潰瘍限局型の胃癌を認めた。腹部造影CT検査及び腹部超音波検査にて肝血管腫と近傍リンパ節の腫大を認めたが、明らかな遠隔転移は認められなかった。以上よりcT3N1M0:c-stageIIIAと診断し、患者ならびに家族に膵頭十二指腸切除術の可能性を説明し、同意を得て同年7月30日に腹腔鏡下に手術を行った。術中所見では明らかな腹膜播種はなく、術中洗浄細胞診も陰性であったが、幽門下リンパ節(No.6)の膵頭部前面への浸潤を認めた。根治手術を行なうため、D2郭清を伴う膵頭十二指腸切除術を行い、再建も完全鏡視下にChild法にて行った。手術時間は764分、出血量642gで、術中偶発症は認めなかった。術後病理診断では膵頭部の脈管内に腫瘍浸潤を認め、7個のリンパ節に転移を認め、pT4N3M0:f-stageIVであった。術後の経過は良好であり、術後2週間目に胆管チューブを抜去、術後3週間目に膵管チューブを抜去し、合併症なく術後29日目に退院となった。現在も自覚症状なく、術後の補助化学療法を行っている。〈結語〉腹腔鏡下手術は術後の回復も早く、低侵襲な術式であり、今後さらなる発展が期待される。長期的な予後の観察が必要であるが、進行胃癌に対する腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術は、経験豊かな術者が行えば安全に施行可能である。

12 胃神経内分泌細胞癌の1例

¹名古屋市立東部医療センター-東市民病院
 ○佐本 洋介¹、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

症例は73歳男性。平成18年前立腺癌手術、放射線治療の既往あり。平成19年10月、貧血、タール便で当院紹介となる。上部消化管内視鏡にて前庭部後壁に3型進行癌を認め、生検にてカルチノイドの診断であった。腹部CT検査では肝転移、リンパ節転移、脾、左腎転移を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9に上昇がみられた。平成19年12月、出血コントロールのため幽門側胃切除術を施行した。病理組織検査ではsynaptophysin (+)で、粘膜下、リンパ管に高度に進化した神経内分泌細胞癌と診断した。進達度se、3群までのリンパ節転移を認めた。平成20年1月からCDDP、CPT-11の術後化学療法を施行し、転移巣の縮小、腫瘍マーカーの低下が見られた。2クール終了後、高度の下痢を生じたため、同年4月から化学療法をCDDP、TS-1に変更した。現在も6クールまで継続中である。胃神経内分泌細胞癌は稀な胃癌で、悪性度が高く、診断時には進行している例が多い。進行例には肺小細胞癌に準じた化学療法が施行されることが多く、有効であった報告も散見される。今回我々は多臓器転移があり、術後化学療法を施行した胃神経内分泌細胞癌の1例を経験したので報告する。

13 胃内分泌細胞癌の2例

¹大同病院
 ○印牧 直人¹、榊原 聡介¹、藤原 晃¹

胃内分泌細胞癌は比較的稀な腫瘍で、きわめて予後不良の疾患である。今回、稀である早期癌と進行癌の2例を経験したので報告する。症例1は56歳男性で貧血にて当科を受診。胃カメラにて前庭部後壁にsm浸潤を疑わせるIIc病変と十二指腸球部に巨大なポリープ状腫瘍が認められた。生検組織所見は、胃癌変は中～低分化型腺癌、十二指腸病変は高分化型管状腺癌と診断された。外科にて幽門側胃切除を伴う膝頭十二指腸切除術を実施。切除標本組織にて、胃癌変は粘膜から粘膜下層にかけてsolidに増殖するCD56強陽性、シナプトフィジン弱陽性の円形の小細胞癌と管状腺癌(約20%)の混在がみられ、内分泌細胞癌で深達度sm1と診断された。十二指腸病変はfocal adenocarcinoma with tubular adenomaで深達度sm1であった。症例2は72歳男性で肝硬変および肝癌局所治療後における経過観察目的で行った胃カメラで胃体上部大湾後壁よりに2型腫瘍が認められた。生検組織所見では低分化型腺癌と診断された。EUSでは40mm大の腫瘍で深達度Sと診断した。外科にて胃全摘術を実施。切除標本組織にてCD56強陽性、シナプトフィジン弱陽性の腺管形成不明瞭な腫瘍細胞が漿膜まで浸潤増殖しており、深達度ssの内分泌腺癌と診断された。胃内分泌癌の早期癌は極めて稀であるが、2症例とも術前の生検組織診断では低分化型腺癌と診断されており、術前診断は極めて困難と考えられる。現在、術後半年、3ヶ月を経過して再発兆候は見られていないが、リンパ節転移、肝転移率が高く予後不良とされており、今後厳重な経過観察が必要である。

14 十二指腸 follicular lymphoma の一例

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
 ○田中 守¹、片岡 望洋¹、神谷 武¹、佐々木誠人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、溝下 勤¹、村上 賢治¹、水島 隆史¹、
 平田 慶和¹、海老 正秀¹、岡本 泰幸¹、城 卓志¹

今回われわれはrituximab単剤にて治療を施行した消化管 follicular lymphoma (以下FL) の一例を経験したので貴重な症例と考え文献的考察を加え報告する。症例は78歳、男性。夜間の心窩部不快感があり、近医にて上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸水平脚に異常所見を指摘されたため当院紹介となった。低緊張性十二指腸造影では十二指腸水平脚を中心にKerckring皺壁の腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸水平脚に低緊張性十二指腸造影と同様の所見とともに白色調の丈の低い細顆粒状隆起の集簇を認めた。同部位からの生検病理組織像では、胚中心細胞類似腫瘍細胞の濾胞性増殖を認め、免疫染色でCD5陰性、CD10陽性、CD20陽性、Bcl2陽性のため新WHO分類Grade1のFLと診断した。CT・FDG-PET・骨髄穿刺による全身検索にてリンパ節の腫大等の消化管外病変を認めずLugano国際分類I期の消化管原発FLと診断した。治療はrituximab単剤療法を行った。FLは、組織学的に濾胞もしくは結節構造をとる成熟末梢性B細胞を主体とした腫瘍であり、本邦の悪性リンパ腫のうち10~15%を占める。原則的に節性病変であり、消化管粘膜病変として確認されることは1~5%である。標準治療として確立したものはなく、近年、キメラ型抗CD20モノクローナル抗体(rituximab)など分子標的治療薬の開発、造血幹細胞移植の進歩などでその治療戦略も変化しつつある。

15 内視鏡的粘膜切除を行った十二指腸カルチノイドの1例

¹藤田保健衛生大学 坂文種徳会病院 消化器内科
 ○成田 賢生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 俊二¹、塩田 國人¹、友松雄一郎¹、
 磯部 祥¹、山本 智智¹

【目的】私どもは十二指腸カルチノイドに対して、内視鏡的粘膜切除(endoscopic mucosal resection:EMR)によって完全切除し得た症例を経験したので報告するとともに、当院で経験した十二指腸カルチノイド6例に対して検討を行った。【症例】76歳、女性。身長148cm、体重55kg。2008年7月に右側腹部痛を訴え当院受診した。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸球部前壁にI_p型の腫瘍を認めた。生検組織では均一な円形核で核分裂像の乏しい細胞がリボン状索状陰影で不完全な腺管構造を持ち、カルチノイドと診断された。免疫組織学的にCD56陽性、chromogranin陽性を示した。超音波内視鏡検査では腫瘍は第2層までにとどまる円形の低エコー領域として描出され、第4層は保たれていた。内視鏡的に切除が可能と診断し、EMRを行った。切除標本は10×9×12mmで、病理組織標本では腫瘍は粘膜内に限局しており、腫瘍断端から約1mmのマージンを持って完全切除されていた。【考察】上記症例を含め、2005年~2008年の間に当科では十二指腸カルチノイドを6例認めた。男性2名、女性4名で平均年齢70.3歳(56歳~76歳)であった。検診時に発見されたものが4例、右側腹部痛の精査で発見されたものが1例、黒色便および貧血精査で発見されたものが1例であった。1例については過去に十二指腸カルチノイドを指摘されたことがあった。腫瘍の局在は十二指腸球部が5例、十二指腸下行脚の乳頭直下が1例だった。全例が単発であった。3例は生検後の内視鏡検査で病変が消失しており、1例は腫瘍からの出血のため、幽門温存膝頭十二指腸切除を選択し、内視鏡的粘膜切除術を行った症例は2例であった。全例とも再発、転移は認めていない。【結語】私どもは内視鏡的粘膜切除を行った十二指腸カルチノイドを経験したので報告する。

16 IVRが奏効した難治性出血性十二指腸潰瘍の2例

¹独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター、²名古屋大学医学部大学院消化器科

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

我々は難治性出血性十二指腸潰瘍（DU）に対し、内視鏡的止血が困難なため、血管造影下に動脈塞栓術を施行することで止血をされた2例を経験した。【患者1】57歳男性【主訴】下血【既往歴】54歳時、DU穿孔にて大網充填術【現病歴】平成20年3月6日に大量下血を認め、当院ERへ救急搬送された。【経過】入院後、内視鏡にて、広範なDUを認めるも活動的な出血は認めず。保存的に経過観察した。3月8日、吐血し、再度内視鏡施行。DUはほぼ球部全域であった。出血は落ち着いていたが、今後再出血する可能性があり、外科依頼し同日緊急手術を施行。十二指腸球部周囲の組織の硬化を認め、露出血管のある十二指腸壁までは切除できず。突起している露出血管の周囲を刺通結紮し、再出血の予防を試みた。3月20日、DUの露出血管から再度出血。緊急腹部血管造影にて、GDAがDUの潰瘍底から露出し出血しているのを認めた。GDAにコイルを留置し、スポンゼルを使用し、止血を得た。4月3日再再度大量吐血し、再度緊急腹部血管造影施行。GDAにコイルを複数個挿入した。以後、出血はなくなり、4月17日内視鏡にて十二指腸に露出するコイルを認めるも、潰瘍の改善を認めた。4月28日退院した。【患者2】36歳男性【主訴】意識障害【既往歴】DU【現病歴】平成20年6月13日、高速道路を運転中、意識消失した。救急隊接触時、車外で吐血していた。当院ERへ搬送後、内視鏡施行。十二指腸球部に潰瘍を認め、露出血管からの出血を確認。クリップ2個及びエタノール局注し止血。【経過】同日21時、大量吐血を認め、内視鏡施行。DUより拍動性の出血を認めた。HSE、エタノール局注するも完全に出血は止まらず。6月14日緊急腹部血管造影施行。GDAから十二指腸球部のクリップの方向へと向かう分枝を認めた。その血管を選択し、造影すると十二指腸内腔が造影された。造影剤漏出部手前にコイルを4個留置。その後、再出血は認めず、徐々に潰瘍の改善を認め、7月1日退院した。【考察】内視鏡的止血術にて難治性の出血性DUに対する治療方法としてIVRも有効であると考えられた。

17 胆石・胃石によるイレウスを生じた2例

¹市立四日市病院 消化器内科、²市立四日市病院 外科
 ○大島 啓嗣¹、矢野 元義¹、小林 真¹、山田晋太郎¹、
 桑原 好造¹、山脇 真¹、竹口 英伸¹、篠原 正彦²、
 木下 敬史²、山本 貴之²、柴田 雅史²

胆石や胃石などによるイレウスは、イレウスの原因としては知られているが、その頻度としてはまれである。本年、胆石・胃石によりイレウスを生じ外科的処置を要したものをそれぞれ一例ずつ経験したので、ここに報告する。【症例1】56歳男性。平成20年6月22日より腹痛があり、6月23日近医より紹介され当院受診した。CT上、大腸は虚脱しており小腸の拡張を認め、小腸イレウスとして入院となった。既往歴はなし。入院後は安静にて経過観察となったが症状改善認めなかったため、24日イレウス管を挿入した。30日イレウスチューブ造影にてチューブ先端の少し肛門側に3cm程の腫瘍を認めたため、7月2日外科転科となり腹腔鏡下異物除去術が行われた。術中、閉塞部の小腸に可動性良好な5cmぐらいの腫瘍を認めた。閉塞部の小腸を開けたところ、こげ茶色の異物を認め、胃石によるイレウスが疑われた。【症例2】79歳女性。平成20年8月2日より嘔吐あり。8月4日22時頃より胸苦出現したため、当院救急外来受診した。CT上、大腸は虚脱しており小腸の拡張を認め、小腸イレウスとして入院となった。既往歴としては以前より胆石を指摘されていた。8月5日イレウス管を挿入した。7日イレウス管造影したところ、左下腹部の小腸に透瞭影を認め、そこより肛門側は造影されなかった。CTでは胆嚢内にairを認め、左下腹部の小腸内に異物を認めたため、術性イレウスと診断した。保存的療法では改善を認めなかったため、8月8日外科転科となり、開腹胆石除去術・胆嚢摘出術・十二指腸縫縮術が施行された。【考察】以上を、文献的考察を加えて報告する。(平成17年卒)

18 自然排石した胆石イレウスの1例

¹総合大雄会病院 消化器内科
 ○野田 久嗣¹、喜多高康弘¹、川瀬 直登¹、小川 観人¹、
 吉田 利明¹

症例は84歳女性。既往歴は脳梗塞、気管支喘息。腹部手術歴はなし。平成20年5月5日腹痛、嘔吐を主訴に当院救急外来受診。諸検査にて小腸イレウス診断のもと入院となった。入院時のCTでは明らかな閉塞機転を指摘できなかった。また、胆嚢は不明瞭で胆道気腫を認めた。原因は不明であったが腹部理学所見、画像、血液検査では絞扼等緊急手術を要する病態ではなく絶食、補液、抗生剤投与等の保存的治療を開始した。経鼻胃管およびイレウス管の挿入は認知症もあり家人に強く拒否されたため施行しなかった。以後、保存的治療にて経過観察とし腹痛、嘔吐は消失、排ガス出現したが、排便はなく、腹部Xp上イレウスの悪化はないものの改善は認められなかった。第8病日に経過観察目的で施行した腹部CTにて小腸内に3×2cm大のやや高濃度領域と口側小腸の拡張を確認でき、入院時から認められる胆道気腫の所見とあわせ胆石イレウスを強く疑った。手術を含めた治療法を検討したが、第9病日多量の排便とともに3×2cm大の結石様異物が排出された。分析ではコレステロール98%以上を示しコレステロール結石に矛盾せず、胆石の自然排石と考えられた。以後、イレウスは速やかに改善し経口摂取再開も特記すべき異常は認めなかった。第11病日に施行した上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部下壁に結石排出部と思われるろう孔を認め胆嚢十二指腸ろうと考えられた。胆嚢十二指腸ろうに対し手術治療も考慮したが認知症、高齢等の理由により家人に強く拒否されたため経過観察とした。結石の自然排石を認めた胆石イレウスの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

19 パーチャル十二指腸内視鏡／十二指腸腺腫内癌の一例

¹静岡県立総合病院 消化器科
 ○児玉 乾¹、吉川 俊之¹、国立 裕之¹、松村 和宜¹、
 鈴木 直之¹、白根 尚文¹、黒上 貴史¹、丸野 貴久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、胃・十二指腸・空腸・回腸の種々の病変の描出を試みてきた。今回、十二指腸乳頭近傍に発生した十二指腸腺腫内癌に対する術式決定にあたり、本検査が有用であった症例を経験したので報告する。【症例】70歳の男性。2年前肺癌に対して下葉切除術を施行。再発チェック目的に行われたPET/CTで、十二指腸にFDGの高集積を認めたため、精査目的に当科に紹介された。低緊張性十二指腸造影では、十二指腸下行脚から水平脚にかけて、扁平隆起性病変を認めた。斜視型内視鏡による観察では、病変の5-6mm胃側に十二指腸乳頭と思われる小隆起を認めた。病変の肛門側端は、接線方向となり確認することが出来なかった。生検の結果はWell-differentiated adenocarcinoma in adenoma of the duodenumであった。本症例に対してパーチャル十二指腸内視鏡を施行した。病変は十二指腸下行脚から十二指腸水平脚におよぶ、長さ47mm、幅25mmの凹凸の目立つ扁平隆起性病変であった。パーチャル十二指腸内視鏡の画像を分析したところ、内視鏡で見られた小隆起は副乳頭であり、主乳頭は病変内に含まれていることが示唆されたため、本症例に対して腺腫十二指腸切除術を施行した。病理所見は、Well-differentiated tubular adenocarcinoma in adenoma of the duodenumで、癌の成分は病変中央部近くの5mm x 5mmの範囲に存在し、粘膜内に限局していた。【考察】十二指腸は膵管、胆管と交通していることから、術式を決定するにあたり、病変の存在部位を正確に把握することが大切である。パーチャル十二指腸内視鏡は、任意の角度から病変を観察することが可能なため、病変の広がり、十二指腸乳頭との位置関係を良好に把握することができ、術式を検討するうえで有用であった。また、パーチャル十二指腸内視鏡で、副乳頭を描出することが出来た。

20 ダブルバルーン内視鏡検査後に重症急性膵炎を発症した一例

¹岐阜県立多治見病院 消化器内科
 ○梶島 昭彦¹、佐野 仁¹、坂東 美香¹、夏目まこと¹、
 西江 裕忠¹、山下 宏章¹、西 祐二¹、吉村 至広¹、
 安藤 健二¹、上野浩一郎¹、宮部 勝之¹、戸川 昭三¹

【症例】56歳女性【主訴】黒色便【既往歴】40歳頃胆石にて胆嚢摘出術 甲状腺機能亢進症 心臓弁膜症【現病歴】平成20年3月13日心窩部痛と黒色便にて当院救急外来を受診、上部消化管出血疑いにて入院となる。【経過】同日緊急上部内視鏡検査を施行するが出血源を認めず。大腸内視鏡検査でも出血源を確認できなかったが、その後も黒色便が持続したため小腸出血を疑い3月25日経口的ダブルバルーン内視鏡検査を施行。Treitz靱帯を越えた後、反時計回りに挿入した。挿入時間は約2時間で空腸中部まで観察し、一部空腸粘膜の発赤を認めたが、観察範囲内には明らかな出血源は確認できなかった。検査翌日より腹痛と血清酵素値の上昇を認め、腹部CTにて膵腫大と左後腎傍腔まで炎症が波及してより重症膵炎と診断した。酵素阻害薬や抗生剤、補液、γ-glb投与などの保存的治療では改善を認めず、3月29日よりICU管理のもと動注療法およびCHDF、大量補液を開始した。その後、膵炎は徐々に改善し4月3日ICU退室、5月1日退院となったが、膵尾部に仮性嚢胞を形成した。黒色便についてはICU入室後より消失し、その後も認めていない。【考察】経口的ダブルバルーン内視鏡検査後に膵炎を発症したとの報告が散見されるがいずれも保存的治療で治癒している症例が多い。今回われわれは動注療法やICU管理を必要とするような重症急性膵炎を経験したため報告した。急性膵炎発症の機序はまだ明らかではないが、十二指腸乳頭圧迫による膵管内圧の上昇や膵実質への機械的刺激が原因としていわれている。特に腸管短縮時のpullによる操作が膵や乳頭への刺激になっているものと考えられている。また本症例では胆嚢摘出術後であり、術後癒着の影響も考えられた。【結語】経口的ダブルバルーン内視鏡検査の偶発症として急性膵炎を念頭に置く必要があり、重症化する場合もあるため注意を要する。

¹岐阜大学医学部附属病院

○馬場 厚¹、荒木 寛司¹、井深 貴士¹、上村 真也¹、
寺倉 陽一¹、末次 淳¹、白木 亮¹、清水 雅仁¹、
永木 正仁¹、森脇 久隆¹

Peutz-Jeghers 症候群は、皮膚粘膜の色素沈着と消化管過誤腫性ポリープを合併する常染色体優性遺伝疾患である。今回我々は、Peutz-Jeghers 症候群に伴う多発小腸ポリープに対し、シングルバルーン小腸内視鏡およびダブルバルーン小腸内視鏡にてポリープ切除術を施行した 2 例を経験したので報告する。症例 1：45 歳、女性。1993 年腹痛にて発症し、多発小腸ポリープに対し他院にて小腸部分切除術 (20cm) 施行された。その際 Peutz-Jeghers 症候群と診断された。随伴症状としては手掌に粟粒大の黒色斑が認められている。その後特に自覚症状なく経過観察となっていた。2008 年 5 月他院にて施行された腹部 CT にて骨盤内小腸にポリープによる重積所見を指摘された。小腸内視鏡目的にて当院紹介受診となった。同年 6 月ダブルバルーン小腸内視鏡施行した。回腸に多発するポリープを認めた。大きさ 27×23mm の分葉状のポリープを認め腸重積原因となりうるポリープと判断しポリープ切除術を施行した。症例 2：36 歳、女性。Peutz-Jeghers 症候群にて当院外来通院中であった。既往として他院にて 10 歳・22 歳時に腸重積にて小腸部分切除、27 歳頃大腸内視鏡、上部消化管内視鏡検査にてポリペクトミー、31 歳時術中内視鏡にて小腸ポリープ切除しさらにその際小腸部分切除術が施行されている。その後何度か大腸内視鏡にてポリペクトミー施行されていた。経過観察目的にて 2008 年 3 月経肛門よりシングルバルーン小腸内視鏡検査施行。回腸末端に 7-8mm 大のポリープが多発していた。大腸にもポリープ多発しており切除術施行。後日経口より小腸内視鏡検査施行。小腸ポリープに対し内視鏡的切除術施行した。術後合併症なく現在外来にて経過観察となっている。Peutz-Jeghers 症候群に伴う多発小腸ポリープに対し小腸内視鏡は低侵襲治療として有効であった。

平成 18 年度 3 月卒業

22 検診で発見された十二指腸 GIST の一例

¹久美愛厚生病院 消化器内科、²久美愛厚生病院 外科
○松浦 弘尚¹、杉山 和久¹、横崎 正一¹、長瀬 裕平¹、
横畑 幸司¹、伊佐治亮平¹、横山 直治¹、堀 明洋²

症例は72歳女性。住民胃がん検診にて異常所見を指摘され、精査目的で2007年8月7日当院消化器内科を受診された。既往歴は特記すべきことなかった。現症は腹部その他に異常所見を認めなかった。2007年7月4日検診での間接X線撮影では、十二指腸球部に隆起性病変を認めた。それ以前には2004年までは毎年胃がん検診を受けており、過去の画像では異常所見を認めなかった。外来にて行われた上部消化管内視鏡検査で、十二指腸球部前壁に粘膜下腫瘍様隆起を認め、表面は平滑で、発赤、びらんを認めなかった。腹部超音波検査では、肝臓や胆嚢とは離れて十二指腸に接して約30mm大の腫瘍像を認め、境界は明瞭で、内部エコーは嚢胞用エコー内に充実性エコーが混在していた。腹部造影CT検査では、肝門部、胆嚢頸部、十二指腸壁に囲まれて造影効果のある内部不均一な腫瘍陰影を認めた。超音波内視鏡検査では、腫瘍は十二指腸筋層に連続すると考えられた。低緊張性十二指腸造影では、十二指腸球部に立ち上がりがなだらかな隆起性病変を認めた。原発巣精査のために内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査、注腸検査を行ったが異常を認めなかった。確定診断を得るために、2008年2月高山赤十字病院に超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)を依頼した。細胞診の結果は紡錘形の核が錯綜配列を示しており、免疫染色の結果はCD34(+), C-kit(+), Desmin(-), S-100蛋白(-)で、GISTに矛盾しない所見であった。腫瘍径は30mm超であり、内部エコーが不均一で悪性の可能性もあり、御本人に説明の上で外科的切除とした。2008年4月当院外科にて十二指腸部分切除術を行った。病理診断はGISTで悪性所見はなかった。本症例は腫瘍が壁外側に発育しており、自覚症状が無いために検診で発見された。このようにGISTが無症状で検診で発見される症例は多く、その診断評価には本症例のごとくEUS-FNAが有用である。

24 消化管穿孔により発見された小腸 GIST の1例

¹名古屋市立大学 消化器外科
○今藤 裕之¹、高山 悟¹、沢井 博純¹、佐藤 幹則¹、
赤毛 義実¹、竹山 廣光¹

症例は60歳男性。腹痛を主訴に来院された。腹部CTにて小腸の一部に壁肥厚と腹腔内free airを認め、小腸腫瘍、穿孔性腹膜炎と診断し緊急手術を行った。トライツ靱帯より肛門側20cmに弾性軟、脆弱な4×4cm大の壁外性の腫瘍を認め、腫瘍部分で小腸が穿孔を来していたため、腫瘍を含めて空腸を20cm程切除した。術中所見から悪性リンパ腫を疑ったが術後の病理組織診断では紡錘形の細胞を認め、c-kit(+), CD34(-), desmin(+/-), S-100(-)、核分裂像のほとんど認められない低リスク群に分類されるGISTであった。今回我々はGISTによる小腸穿孔例を経験したので、その術後療法について若干の文献的考察を加えて報告する。

23 シングルバルーン小腸内視鏡で術前診断し、止血処置を行った小腸 GIST の1例

¹藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 内科
○渡邊 真也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、
服部 昌志¹、内藤 岳人¹、木村 行雄¹、服部 伸幸¹、
小坂 俊仁¹、磯部 祥¹、友松雄一郎¹、塩田 國人¹、
山本 智支¹、成田 賢生¹

症例は61歳、男性。既往歴として消化管出血があり、平成18年に他院で精査されるも原因は特定されなかった。平成20年6月に貧血と黒色便あり、他病院に入院した。上部・下部消化管内視鏡検査で貧血の原因となる疾患は認めず、輸血を実施され退院となった。退院1週間後に再度全身倦怠感と黒色便の訴えて近医を受診し、貧血の進行を認めたため、当院に紹介・入院となった。入院時血液検査でRBC 2.81×10⁶/μl、Hb 8.9g/dl、Hct 25.7%と正球性正色素性の貧血を認めた。入院後に実施した造影CTで上部空腸に2cm大の腫瘍性病変を認め、腫瘍と周囲粘膜に造影効果を認めた。経口的にシングルバルーン小腸内視鏡を実施したところ、上部空腸に粘膜下腫瘍を認めた。粘膜下腫瘍の中央部には潰瘍が形成され、内部に露出血管を認めた。消化管出血の原因と考え電気凝固にて止血した。同部位の生検では粘膜下に紡錘形細胞の充実性増殖を認め、免疫染色でC-Kit(+), SMA(+), S-100(-), CD34(+/-)であり、小腸GISTと確定診断した。その後、小腸部分切除を行い完治している。本症例は上部・下部消化管内視鏡検査でも出血の原因が不明の消化管出血(原因不明消化管出血: obscure gastrointestinal bleeding)であり、繰り返す消化管出血で貧血を繰り返していた。診断には造影CT検査ならびにシングルバルーン小腸内視鏡検査が有用であり、原因不明の消化管出血時に積極的に小腸検査を進める必要があることを示唆する教訓的な症例であった。

25 初回手術10年後に肝転移再発し術前診断に苦慮した小腸 GIST の1例

¹聖隷三方原病院 消化器内科、²聖隷三方原病院 病理診断科
○中山 剛¹、久保田 望¹、西田 淳¹、山本 秀明¹、
小川 博²

【症例】74歳男性。平成9年に小腸腫瘍の手術歴あり平滑筋肉腫と診断(当時)。術後他院にて免疫療法施行され経過観察されていた。平成20年7月に定期検査の腹部超音波検査にて肝S5に単発性の径40mm大の腫瘍性病変を認めためCT、MRI追加精査され加療目的で当院紹介された。腹部造影CTで均一な造影効果のある血流豊富で境界明瞭な腫瘍が認められた。背景肝疾患なく転移性肝腫瘍が疑われたがFDG-PETにて異常集積を認めず診断的治療目的のため肝腫瘍摘出術が施行された。摘出された腫瘍は紡錘形細胞から構成され免疫染色にてc-kit陽性でGISTと診断。初回摘出小腸腫瘍を再検索され同様にc-kit陽性を確認し、初回手術10年後に単発性の肝転移再発を来した小腸GISTと診断された。希な転移再発経過を示し術前診断に苦慮した症例として報告する。

¹名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器外科学、²名古屋大学 大学院医学系研究科 画像情報外科学

○渡邊 卓哉¹、藤原 道隆²、伊藤 友一¹、中山 吾郎²、
小池 聖彦¹、小寺 泰弘¹、中尾 昭公¹

症例 1：53 歳男性。噴門部胃 GIST に対し、2003/10 左開胸開腹噴門側胃切除術施行。2004/10 肝再発のため Glivec 開始。2006/6 局所（左胸腔内）再発、瘻孔形成。症例 2：57 歳男性。下部空腸 GIST に対し、2005/1 腹腔鏡下小腸切除術施行。2007/2 腹膜播種再発のため Glivec 開始。殆ど効果無く腫瘍、腹水増加。2007/7 下旬 Sutent 内服開始（自己輸入）するも 2007/8 死亡。症例 3：75 歳女性。噴門部胃 GIST に対し、2005/8 腹腔鏡下胃局所切除術施行。2007/11 肝再発のため Glivec 開始。症例 4：77 歳女性。骨盤内回腸 GIST に対し、2006/3/15 腹腔鏡下小腸切除術施行。2008/2 腹膜播種再発のため Glivec 開始。GIST 術後再発に対する Glivec 投与症例は年々増加し多くの知見が得られつつあるが、まだ症例数はそれほど多くなく、長期投与例は少ない。我々の症例は、再発形式は、肝 2 例（1 例は局所再発もあり）、腹膜播種 2 例であった。最長 4 年間投与継続した症例はまだ完全に耐性となっていない一方で、早期に病勢を維持できなくなった症例も存在した。皮膚症状の中で脱毛は報告が少ないが、我々は高度の脱毛を 2 例経験した。Glivec は、再発 GIST に対する標準治療となったが、今後、長期投与例も増えてくると考えられ、副作用を含めた治療経験の集積が重要である。また耐性化という問題に対し、Sutent が使用できる状況となり、今後は Sutent への切り替えのタイミングなども課題となると考えられる。

27 Electrolyte depletion syndrome (以下EDS)を呈した巨大直腸絨毛腺腫の1例

¹藤田保健衛生大学 消化器内科

○神谷 芳雄¹、小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、鎌野 俊彰¹、丸山 尚子¹、田原 智満¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、岩田 正己¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、柴田 知行¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹

数年に渡る水様性下痢症状を呈し、それによるEDS合併した巨大直腸絨毛腺腫に対して外科的治療を行い、良好な経過を得た1例を経験したので報告する。症例は71歳の男性で3年前より粘液混じりの水様性下痢を認めていた。またこのため口渴感が強く飲水量は2l/日を超えていた。しかし2007.07初旬より排便回数が増加し、多量の飲水にも関わらず、口渴感の改善が得られず近医を受診された。そしてその際の直腸指診にて下部直腸に全周性の軟部腫瘍を認めたため精査加療目的にて当院へ紹介された。来院時の身体所見では皮膚の乾燥を認めたが、バイタルサインに異常は認めなかった。直腸指診では下部直腸に軟らかい全周性の腫瘍を触知し、無色透明の粘液状の分泌物の付着を認めた。血液検査では腎前性腎不全を示唆する所見と電解質の低下を認めた。入院後補液、電解質の経脈脈の補充にて腎機能および電解質異常を確認し、大腸内視鏡検査にて歯状線に接する下部直腸から口側約15cmに渡る全周性の平坦隆起性病変を認めた。病変は絨毛状構造を有しその表面には無色透明の粘液を多量に認めた。生検結果ではTubulovillous adenoma, moderate atypiaであり悪性所見は認めなかったが、その後も水様性下痢は持続し食事に併せて補液を行わなければ腎機能異常を認めてしまう状態であり、病変も巨大なため癌合併を否定し得ないため外科的治療を行った。手術は超低位前方切除術+粘膜剥去+横行結腸人工肛門造設が施行され、切除された病変は直腸からS状結腸にかけての無色透明な粘液の付着した径15cm大の平坦隆起性病変であった。最終病理診断はTubulovillous adenoma with moderate to focal severe atypiaであり悪性所見は認めなかった。術後は経過良好で、人工肛門閉鎖後の現在も症状の再燃なく外来通院中である。

29 S状結腸隆起型pSM癌の一例

¹藤田保健衛生大学 消化器内科

○丸山 尚子¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹、小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、鎌野 俊彰¹、田原 智満¹、神谷 芳雄¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、岩田 正己¹、柴田 知行¹、高濱 和也¹

【症例】72歳、女性。既往歴にC型慢性肝炎があり、当院外来通院中。2007年8月、便潜血反応陽性精査目的に大腸内視鏡検査施行。S状結腸に亜有茎性の病変を指摘され、精査・加療目的に当院入院となった。通常内視鏡観察では、S状結腸に亜有茎性の緊満感のある病変を認め、周囲には白斑を伴っていた。腫瘍頂部の拡大観察では、一部染色不良であったが、染色されている部分は不整なpitが密在しており、染色されている部分はVI型高度、染色不良部分を診断するとVN型と考えられた。腫瘍立ち上がりの部分は頂部より不整は軽度であったが、やはりV型と考えられた。NBI観察では、腫瘍頂部では血管の途絶・口径不同が目立ち、血管が疎な部分も認め、佐野の分類でIIIbと考えられた。以上より、sm深部浸潤癌と診断し、腹腔鏡下S状結腸切除術が予定された。術前点墨のため、前回検査から約1ヶ月後に再度大腸内視鏡検査を施行した。通常内視鏡観察では、緊満感はあるものの、前回の検査と比べて、表面の凹凸が目立ち、発赤も強くなっていた。拡大内視鏡観察では、前回染色不良であった部分はpitと認識できる部分はあまりなく、その他も前回と比べ、より不整となったpitが認められた。NBI観察では、血管の途絶・口径不同は前回と変化なかった。当院下部消化管外科にて腹腔鏡下S状結腸切除術が施行され、病理診断は、well differentiated adenocarcinoma with adenoma component sm1 ly1 v0 ow(+ aw)(-)で、当初の診断では浸潤距離は約500μmであった。その後の追加染色の結果、浸潤距離は4300μmへ訂正された。本症例は、NBI観察が浸潤度診断を反映していると考えられる一例であった。

28 回腸結腸瘻を形成した横行結腸癌の1例

¹久美愛厚生病院 消化器内科、²久美愛厚生病院 外科

○伊佐治亮平¹、横畑 幸司¹、横崎 正一¹、長瀬 裕平¹、杉山 和久¹、松浦 弘尚¹、武山 直治¹、堀 明洋²

症例は72歳女性。主訴は下痢。既往歴・家族歴に特記すべきことはなし。平成19年7月頃より食直後に泥状便になるとのことで近医を受診。その後も症状続くため精査目的にて10月1日に当院紹介受診となった。現症は右下腹部に腫瘍触知、圧痛を認めたが、筋性防御、反跳痛は認めなかった。検査成績では、軽度貧血、CRP上昇、CEA上昇を認めた。10月5日の注腸造影検査では、横行結腸に全周性の壁不整、狭窄を認め、同部より口側の大腸は造影されなかったが、瘻孔を通じて小腸が造影された。10月10日の大腸内視鏡検査では、横行結腸に全周性の狭窄を伴う3型腫瘍を認めた。狭窄のため口側への内視鏡の挿入は不可能であったが、その潰瘍底に瘻孔形成を認め、瘻孔内に内視鏡を進めると小腸との連続を確認できた。同部位からの生検は中分化腺癌であった。腹部CT検査では、横行結腸の壁肥厚を認め、その一部では小腸との境界不明瞭で、腹水を少量認めたが、リンパ節腫大、肝転移は認めなかった。以上の所見から、小腸結腸瘻を形成した横行結腸癌と診断、平成19年10月23日に横行結腸・小腸切除術を施行した。手術所見では、横行結腸の腫瘍は回腸末端から約220cmの口側で瘻孔を形成していた。切除標本では、横行結腸に横径5.5cm×5cmの全周性の3型腫瘍を認め、その潰瘍底に直径約2cmの瘻孔を認めた。術後経過は良好で、外来にて化学療法施行中であるが、術後12ヶ月現在再発徴候は認めていない。結腸癌の合併症は、狭窄、穿孔、腸重積、瘻孔形成などがあるが、消化管内瘻形成はまれであり、内瘻形成の浸潤臓器は、十二指腸、胃の順に多く、空腸・回腸は少ない。また、回腸瘻の形成部位は回腸末端から10~20cmの比較的固定された部位が多いとされているが、自験例では回腸末端から約220cmと固定されていないまれな部位での瘻孔形成であった。今回の内瘻形成には炎症性癒着が関与していると考えられた。

30 多発骨盤内血管閉塞を認め、血管バイパス手術後に根治手術を施行した下部直腸癌の1例

¹三重大学医学部大学院医学研究科 消化管・小児外科学

○森本 雄貴¹、井上 靖浩¹、岩田 崇¹、廣 純一郎¹、問山 裕二¹、小林美奈子¹、三木 智雄¹、楠 正人¹

患者は80歳男性。78歳時に近医にて下部直腸の腺腫内癌と診断され、経肛門的腫瘍摘出術を施行された。病理所見はwell.dif.adeno.c.a.p.M.ly0.v0であった。2年後の下部消化管内視鏡検査にて同部位に腫瘍が認められ、生検にてGroup5診断され、精査加療目的に当科紹介された。来院時下部消化管内視鏡検査及び注腸検査で肛門縁から5cmのRbに1/3周性で側方進展型の腫瘍を認めた。経肛門超音波検査にて第4層への癌の浸潤を認め深達度はMP、直腸MRIでは直腸間膜内ならびに側方リンパ節腫大を認めなかった。また胸部、腹部CTでは遠隔転移をみとめないため、以上よりRb.1型.30×20mm.cMP.cN0.cP0.cH0.cM0.cStageIと診断した。術前の全身検索にて腹部大動脈瘤、右総腸骨動脈近位部閉塞、左内腸骨動脈閉塞を認めた。右総腸骨動脈遠位部の血流は下腸間膜動脈と左大腿動脈からの側副血行路で、下部直腸を経由することで開存していた。直腸切除により右大腿動脈への側副血行路切断が危惧されたため、術前にfemoral-femoral artery bypass術を施行し、その後根治手術を施行した。術中所見では、根治性を得るため、TMEならびに腫瘍から2cmのmarginを確保し直腸を切除したため、側副血行路である残存直腸への血行確保を行った。そのため下部直腸吻合部への血流が十分ではないと判断し、術式はHartmann手術選択した。最終病理診断はRb.1型.20×30mm.fMP.fN0.sH0.sP0.sM0.sStageIであった。今回、腹部大動脈瘤、それに付随する骨盤内血管の多発閉塞により下部直腸癌術式の選択に苦慮した症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

31 進行再発大腸癌における bevacizumab 投与30例の経験

1岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科

○山田 順子¹、高橋 孝夫¹、吉田 和弘¹、川口 順敬¹、
長田 真二¹、山口 和也¹、坂下 文夫¹、細野 芳樹¹、
奥村 直樹¹、徳山 泰治¹、井川 愛子¹、田中 善弘¹、
名和 正人¹、眞田 雄市¹

【目的】切除不能、進行再発大腸癌に対する抗がん剤の治療は年々歩している。【方法】当科では、2005年大腸がん治療ガイドラインに準じてmFOLFOX6・FOLFIRI療法を、ほとんどの症例でCVポート留置して外来通院にて行っている。さらに2007年年8月からは、bevacizumabを追加して積極的に治療を行っている。2007年8月から2008年7月の1年間で、進行再発大腸癌でbevacizumabを投与した30例の奏効率、有害事象について検討した。【成績】内訳は、一次治療施行例が19例、二次治療以降例が11例であった。PS1が4例、PS2が1例で、それ以外の25例はPS0であった。併用投与方法はmFOLFOX6 20例、FOLFIRI 7例、sLV5FU 3例であった。年齢は40歳から77歳(平均60.3歳)であった。原発巣は上行結腸6例、横行結腸2例、S状結腸10例、直腸癌12例であった。転移巣は肝臓15例、肺11例、リンパ節11例、腹膜播種10例、局所浸潤8例であり、多くが多臓器転移症例であった。4クール以上施行し、評価可能であった症例は26例であり、奏効率42.3%(PR11例、SD10例、PD5例)であった。一次治療17例での奏効率は58.8%(PR10例、SD5例、PD2例)と高い奏効率を示した。また、腫瘍control rateは、それぞれ80.7%と88.2%であった。有害事象は鼻出血・歯肉出血2例、高血圧5例、血栓症2例、脳梗塞1例、直腸穿孔1例であり、Grade3以上の有害事象は白血球・好中球減少が7例、アレルギー3例、蛋白尿2例、末梢神経障害1例、食欲不振1例であった。【結論】bevacizumab投与は、1次治療において高い奏効率を示すものの、重篤な有害事象も伴う可能性があるため、救急対応可能な施設での投与が望ましいと思われた。平成16年3月卒業

32 潰瘍性大腸炎の経過中にサイトメガロウイルス感染症を合併した1例

¹藤田保健衛生大学病院 消化器内科、²藤田保健衛生大学病院 病理部

○藤田 浩史¹、高濱 和也¹、長坂 光夫¹、鎌野 俊彰¹、大久保正明¹、小村 成臣¹、吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、田原 智満¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、黒川 義仁¹、岩田 正己¹、柴田 知行¹、渡邊 真¹、中田 誠²、平田 一郎²

症例) 56歳、女性。主訴) 下痢・血便回数上昇。既往歴) H4年発症全大腸炎型・再燃緩解型潰瘍性大腸炎。家族歴) 特記すべきことなし。現病歴) H7年頃より緩解し自己判断にて通院を中止していた。H17.8初旬より再燃し、8/16大腸内視鏡検査(以下CS)にて直腸から連続性微侵性に発赤を伴う粘膜浮腫と糜爛・白苔のない多発深掘れ潰瘍を認め(DAI 9、CAI 8) 8/22入院となる。入院時身体所見: 身長155cm、体重48.4kg腹部平坦軟、圧痛なし。経過) 8/24より顆粒球吸着療法(GCAP)開始した。採血にてC7-HRP陽性でありCS所見とあわせCMV感染の合併と診断しGancicovir投与開始した。9/30 GCAP 5回後のCSでは多発深掘れ潰瘍は融合し互いに縦走化・地図状化していた(DAI 6、CAI 8)。10/28 GCAP2クール後の経過観察CSでは縦走潰瘍幅の縮小と、潰瘍底の再生上皮化を認め(DAI 2、CAI 0)、採血上CRP0.3と炎症反応も改善しており10/29退院となる。退院後は5ASA1500mg内服にて再燃を認めていない。H18年施行したCSでは大腸粘膜は完全に緩解していた(DAI 0、CAI 0)。観察期間内に計4回CSを行い施行したどの生検組織からも核内封入体は検出されなかったが、免疫染色追加し初回CSの生検組織より陽性細胞を検出した。考察: サイトメガロウイルス感染を疑う内視鏡所見は打ち抜き様潰瘍・縦走潰瘍・広範地図状潰瘍と言われている。今回我々は内視鏡的に打ち抜き様潰瘍から縦走潰瘍・地図状潰瘍へと経過を追えた症例を経験したので報告する。

34 Methotrexate (MTX)が有効であった難治性クローン病の1例

¹豊橋市民病院 消化器内科

○沢部 倫¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、山田 雅弘¹、北昌 秀介¹、石黒 裕規¹、山本富美子¹、山田 哲¹、林 大樹郎¹

【症例】34歳、男性【家族歴・既往歴】特記事項なし。平成12年8月より下痢・腹痛が続き11月に近医受診。痔瘻・肛門部潰瘍あり、当院紹介受診となった。入院精査にて小腸大腸型クローン病と診断され、PSL50mg、5-ASA(メサラジン3000mg)、栄養療法(エンテール3P)にて治療が開始された。PSL 5mgまで漸減し外来通院していたがH13年1月、腹痛と大量下血で再入院となった。Hb6.0g/dlまで低下したが絶食、鉄剤投与にて改善した。退院後もPSL離脱困難で5mgを投与したがコントロール不良であった。平成14年6月Infliximab (IFX) 245mgの3回投与とAzathioprine (AZA) 100mgの併用療法を開始し緩解導入され、同年10月にはPSLからの離脱が可能であった。IOIBDスコアは0~1点でCRP1.0mg/dl未満、平成16年3月の大腸内視鏡検査では潰瘍痕跡と炎症性ポリープを認めるのみであった。その後AZA100mgにて緩解維持されたが平成16年6月、育児希望によりAZA中止すると症状増悪を認めた。同年10月よりAZA再開し改善したが、平成17年8月痔瘻増悪によりIFXをepisodicに投与した。平成19年8月にはさらに症状が増悪しAZA150mgへ増量、IFXの維持投与を行うも緩解導入困難であった。IOIBDスコアも2~5点、CRP2~4mg/dlとコントロール不良であった。平成20年5月22日、下痢は5~6回/日、腹痛増悪、CRP5.77mg/dl、IOIBDスコアは5点と増悪したため、IFXの維持投与にMTX10mg/日/週の経口投与を行い再度緩解導入を試みた。その後、症状の改善あり4週後の血液検査ではCRPの低下も認められた。平成20年8月よりIFXの維持投与が不要となりMTXの継続投与により改善を維持している。【まとめ】今回IFXとAZA併用療法にてコントロール不良であったクローン病に対し、MTXの経口投与により改善がみられた1例を経験したため、文献的考察を含め報告する。

33 ネフローゼ症候群の経過中に発症し、サイトメガロウイルス腸炎を併発して緊急手術で救命しえた重症潰瘍性大腸炎の1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

○山内 貴裕¹、山田 祥子¹、福田 和史¹、永野 淳¹、鈴木 祐介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、名倉 一夫¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

症例は64歳男性.35歳の時にネフローゼ症候群と診断されて以降は近医で維持量としてリンデロン0.5mg/日の投薬を受けていた。平成18年9月に下血がみられ当科へ紹介.9月18日に下血と38℃を超える発熱で当科入院.大腸内視鏡検査(CF)で全結腸型潰瘍性大腸炎(UC)と診断.入院後はプレドニゾン(PSL)40mg・5-ASA 2250mgを投与を開始したが、自覚症状の改善はみられず.9月29日よりPSLを80mgまで暫増.また白血球除去療法(LCAP)を3回施行し一時改善した.以降もLCAPを継続しPSLも40mgまで暫減したが.11月6日より下血と発熱が再出現.サイトメガロウイルス(CMV)抗原(C7-HRP)が陽性でありCMV感染と診断してガンシクロビル500mg/日の点滴投与を開始.しかし自覚症状の改善はみられず.さらに呼吸状態も悪化.MRSA肺炎とカリニ肺炎と診断しVCMとST合剤投与.その後11月中旬には下血が増悪し頻回の輸血を行った.しかしその後も大量下血は持続し12月4日のCFでは直腸に深掘れの潰瘍の多発が観察され出血のコントロールが困難であったために12月11日に当院外科にて大腸全摘術と小腸ストーマ形成の緊急手術を選択した.術後は暫時.全身状態は改善し平成20年1月30日に退院となった.なお病理組織診断では全結腸において多発性のUI-2の潰瘍がみられた.ステロイド抵抗性UCで急性増悪する症例はCMV感染を念頭に置いて治療を行う必要がある.しかし必ずしも抗ウイルス薬は有効でない治療も少なくなく.早期の外科手術による対応が必要であった症例を提示した.

35 高度な直腸狭窄を認めたクローン病の2例

¹藤田保健衛生大学 下部消化器外科

○塩田 規帆¹、前田耕太郎¹、佐藤 美信¹、小出 欣和¹、勝野 秀稔¹、船橋 益夫¹、安形 俊久¹、野呂 智仁¹、本多 克行¹

クローン病は、炎症の程度により腸管狭窄を認めることが多く、主に小腸狭窄を併発するが、まれに結腸・直腸の狭窄を認める症例にも遭遇する。今回、高度な直腸狭窄を併発した2例を経験したので報告する。【症例1】28歳女性。18歳時に肛門周囲膿瘍に罹患し精査にてクローン病と診断。21歳時に回盲部切除+左半結腸切除横行結腸直腸吻合術施行。26歳時に十二指腸狭窄に対し胃小腸吻合術施行した。平成19年1月に肛門周囲膿瘍と高度な直腸狭窄を認め、ドレーナージseton法を施行。同年5月に直腸周囲膿瘍を併発しドレーナージseton法を施行。その後新たな直腸周囲膿瘍が出現したため、再度ドレーナージseton+直腸生検を施行した結果、粘液癌と診断された。注腸検査では、肛門縁から約10cmの高度な狭窄を認めた。CTでは直腸周囲の膿瘍と共に直腸壁の高度な肥厚および狭窄を認めた。その後Mile術+会陰創筋皮弁術を施行。補助化学療法+定期的インフリキシマブの投与を継続中である。【症例2】32歳女性。28歳時にクローン病と診断。30歳時に骨盤内後腹膜膿瘍+小腸狭窄に対し小腸バイパス術を施行。その後低栄養、腹痛持続し32歳時に転院となった。精査にて直腸S状結腸狭窄、S状結腸腸間膜穿通性後腹膜直腸周囲膿瘍と診断。CT下ドレーナージを施行した。注腸検査では、直腸上部からS状結腸にかけて高度な狭窄と斐孔を認めた。狭窄部の生検では悪性所見は検出されなかった。その後、横行結腸人工肛門造設+ドレーナージseton法を施行。以後定期的インフリキシマブ投与を継続中である。今回、難治性直腸周囲膿瘍+直腸狭窄を併発したクローン病を経験し、一方は直腸癌を併発した狭窄であった。このような症例は瘻孔造影・注腸・CTなどの画像所見や経過などから、常に悪性疾患の合併の可能性も念頭において診療にあたるべきであると考えられる。医学部卒業年次は、平成16年3月です。

¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科、²藤田保健衛生大学病院 病理部

○藤田 浩史¹、高濱 和也¹、長坂 光夫¹、鎌野 俊彰¹、
大久保正明¹、小村 成臣¹、吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、
田原 智満¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、
岩田 正己¹、柴田 知行¹、渡邊 真¹、黒田 誠²、
平田 一郎¹

症例) 76歳女性。主訴) 便潜血反応陽性。既往歴) H5.S状結腸腫瘍にてS状結腸部分切除術、胆嚢・虫垂同時切除術施行。現病歴) H18.6/15便潜血反応陽性にて大腸内視鏡検査施行し、パウヒン弁上の潰瘍瘢痕とAV55cmの横行結腸に不整形潰瘍の輪状配列を認め生検施行したが肉芽腫は存在しなかった。H20.6/20便潜血反応再度陽性のため大腸内視鏡施行し、前回同様の潰瘍と生検より非乾酪性肉芽腫、ラングハンス巨細胞を認めたため結核を疑った。8/2施行した注腸所見では黒丸3型の不整形潰瘍が輪状に配列していた。身体所見：身長146m、体重43kg 血圧168/82mmHg、脈拍76/min(整)、腹部平坦軟。胸部X線異常なし。WBC $5.0 \times 10^3 / \mu\text{l}$ 、Hb 13.5 g/dl、CRP 1.3 mg/dl、ESR 36 mm/h、クオンティフェロン 陽性、組織中結核菌PCR 陰性、喀痰培養 陰性、ACE 9.2(8.3-21.4 U/L)。以上より原発性腸結核と診断しINH・RFP・EB・PZAの4剤併用療法を開始した。考察) 1952年黒丸らは肺結核剖検例の97%に腸結核を認めたとし報告し、従来腸結核の感染経路は肺結核に続発するものが多いと考えられていた(結核新書,1952)。しかし、1995年八尾ら本邦報告例の集計では原発性腸結核と考えられる症例が54.2%存在したと報告しており原発性腸結核の頻度が少なくないことが証明された(胃と腸,1995)。名古屋市の結核の新規登録者数は昭和41年の6800人をピークに平成18年の700人と減少しつつあるが、H18度名古屋市の新規認定者の47%は70歳以上の高齢者である。今後起こりうる超高齢社会に伴い高齢者の結核感染が増加することが予想される。

37 腸閉塞にて発見された原発性空腸癌の1例

中部労災病院 消化器科

○菅 敏樹¹、細野 功¹、山田 誠吾¹、森本 剛彦¹、
児玉 佳子¹、尾関 雅晴¹、中江 治道¹、村瀬 賢¹

【背景】小腸癌は全消化管癌のうち0.1~0.3%程度の稀な疾患である。そのうち腸閉塞の原因となるものは約40%といわれている。今回我々は腸閉塞にて発見された原発性空腸癌を経験したので報告する。【症例】80歳女性。僧帽弁閉鎖不全症にて弁置換術、洞不全症候群にてペースメーカー植え込み術の既往がある。約半年前から時折生じる嘔吐を主訴に平成20年4月当科外来受診した。腹部骨盤部単純CTにて十二指腸水平脚から空腸にかけて著明な腸管の拡張を認め小腸イレウスの診断にて入院となった。保存的加療後、入院7日目の小腸ファイバーでトライツ韌帯より肛門側の上部空腸に周堤を伴った不整な全周性の狭窄を認めた。内視鏡下生検にて中分化型腺癌の病理組織結果であり、各種画像検査にて転移性小腸癌は否定的であったため、原発性空腸癌と診断した。画像所見上、明らかなリンパ節および遠隔臓器への転移は認めなかったため小腸切除術を施行した。開腹手術所見では、トライツ韌帯より肛門側20cmの空腸に2型進行癌を認め、また他部位に腹膜播腫と思われる小結節があり計2箇所の小腸切除術を施行した。切除標本の病理組織学的所見も中分化型腺癌の結果であり、深達度はSE、ly0、v0、n(+)、p(+))でありStageIVと診断した。術後49日目に軽快退院し、術後6ヶ月の現在、再発の兆候は認めていない。【考察】今回我々は腸閉塞にて発症した原発性空腸癌を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。(平成18年卒)

38 選択的腹部血管造影が診断に有用であった空腸動脈静脈奇形の一例

一宮西病院

○野崎 昌¹、宮本 康二¹、内村 正史¹、吉田 篤生¹、
大橋 憲嗣¹、大久保雄一郎¹

【症例】81歳、女性。【主訴】嘔気、食欲不振【既往歴】平成19年10月に脳梗塞、昭和52年にS状結腸癌にて開腹手術、平成16年より糖尿病。【現病歴】平成19年10月に脳梗塞の診断で当院脳外科入院。入院中、貧血(Hb5.7)を認め当科にて精査するも原因不明であったが輸血後貧血進行なく、その後抗血小板薬内服中も貧血進行ないため経過観察となった。平成20年3月、嘔気、食欲不振と黒色便出現しHb4.1ml/dlと再度貧血の進行を認め消化管出血が疑われ内科入院。上下部内視鏡検査では出血源を認めなかったが、下部消化管内視鏡の際に小腸内を観察していたところ口側より少量の血性物の流出を認めた。小腸出血を疑いダブルバルーン内視鏡施行したが、癒着が強く深部挿入が困難であったため小腸の一部を観察するに留まった。経過中、自然止血と再出血を繰り返したため、小腸血管性病変の存在を疑い選択的腹部血管造影を行ったところ、上腸間膜動脈より分枝する空腸動脈第2枝末梢に、造影剤のpoolingと早期静脈環流像を認め小腸動脈静脈奇形を疑った。同部にマイクロコイルを留置すると、早期静脈環流像は消失した。本例は再発のリスクが高いと考え、後日開腹手術を施行した。透視下に観察するとマイクロコイルはトライツ韌帯から約40cmに同定された。同部位に糸徐でマーキングを行い近傍の切開部より内視鏡を挿入し全小腸を観察したが、明らかな出血点は確認されなかった。マイクロコイルを中心に約20cm小腸部分切除を行い、摘出標本を詳細に観察するとマーキングの近傍にoozingを伴うわずかな斑点状の発赤を認めた。病理所見では、同部位に粘膜から粘膜下に異常血管が集積し周囲に拡張・蛇行した動脈静脈を認め動脈静脈奇形と診断した。【結語】今回我々は、小腸動脈静脈奇形を原因とする繰り返す消化管出血に対し、腹部血管造影にて出血源を同定し切除し得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。

39 上腸間膜動脈閉塞症4例の検討

藤枝市立総合病院 消化器科

○増田 崇光¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、永田 健¹、
大畠 昭彦¹、野田 裕児¹、池谷賢太郎¹、三輪 一太¹

【目的】上腸間膜動脈閉塞症は迅速な診断と壊死腸管の有無の判定が重要である。発症から診断・治療まで様々な経過をたどった4例を経験したので報告する。【方法】過去5年間に当院で経験した上腸間膜動脈閉塞症4例(男性4例、年齢36~80歳)を対象とし主訴、腹膜刺激症状の有無、基礎疾患、発症から診断までの時間、診断方法、画像所見、治療を検討した。【成績】主訴は腹痛を全例で認め、血便・嘔気が1例で認められた。腹膜刺激症状は2例で認められ、2例は認められなかった。基礎疾患は心房細動2例、高血圧1例、心臓弁膜疾患1例、糖尿病1例、下肢静脈血栓症1例、潰瘍性大腸炎1例(重複例あり)であった。発症から診断までに要した時間は10時間以内が2例、10時間以降が2例、うち1例は30時間以上経過していた。診断は全例造影CTが行われ血栓溶解療法を行った2例では血管造影も行われた。画像所見では上腸間膜動脈完全閉塞が1例、腸管造影不良が3例で確認されたが明らかな腸管壊死を示唆する所見は認めなかった。治療は血栓溶解療法後腸切除術が1例、血栓溶解療法+血栓摘除術が1例、血栓摘除術が1例、血栓摘除術+壊死腸管切除術が1例であった。転帰は全例救命され退院となった。【結論】上腸間膜動脈閉塞症の診断には腹部造影CTが有用であった。しかし、臨床症状は腹痛、嘔気など非特異的な症状が多くCT施行までに時間がかかるのが実情である。上腸間膜動脈閉塞症は持続する腹痛と心房細動が認められた場合に早期に鑑別することが必要である。一方で、壊死腸管の有無は治療方針決定の上で重要事項であるが、その判定は困難である。画像所見上の門脈ガス血症、腸管壁内ガスは腸管壊死を示唆する所見として重要であるが、早期の腸管虚血では認めない所見で、今回のいずれの症例でも認めていない。壊死腸管の判定に有用であったのは、身体所見での腹膜刺激症状と画像所見の腸管造影不良、上腸間膜動脈根部完全閉塞であった。今回経験した4症例は発症から診断までの時間、治療方法に多様性が認められたが、壊死腸管の有無が適切に判定されたことが救命に繋がったと考えられた。

40 クロウン病の回腸病変に発生し内視鏡で確認された小腸癌・多発肝転移の一例

聖隷浜松病院 消化器内科、浜松医科大学 第一内科

○木本 政晴¹、望月 千博¹、岡田 勝治¹、市川 仁美¹、
谷 伸也¹、芳澤 社¹、大矢 幸代¹、館野 誠¹、
室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水恵理奈¹、細田 佳佑¹、
長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、大澤 恵¹、伊熊 陸博²

症例は48歳男性。主訴は下血。昭和60年(27歳)から小腸型のクローン病と診断され前年度でEDと5ASAで加療を受けていた。1~2年に1度の頻度で下血をみとめ入院、絶食、IVH管理と止血によるED再開という治療を繰り返されていた。ここ1年間では下血が頻回となり精査のため当科に2007年1月に紹介受診。腹部エコーにて腸管腫瘍と多発肝腫瘍を疑われたが、大腸内視鏡では異常がなく、CTで小腸壁の肥厚を認め、PETでも多発肝腫瘍のほか小腸と思われる部位に集積を認め小腸癌、多発肝転移が疑われた。ダブルバルーン小腸内視鏡にて回盲弁から100cm付近のクローン病の縦走潰瘍痕に一致した部分に長さ5cmの2型腫瘍を認め、生検で中分化型腺癌(低分化成分を含む)と診断された。胃癌に準じた治療を選択しS-1とCCDPの併用療法を2月より開始したが、血性の下痢の悪化のためIVHリザーバー管理とした。病状は急速に進行したため、ドセタキセルの治療を行ったが効果なく4月に永眠された。小腸癌は消化管腫瘍のなかでも比較的稀な腫瘍であるが、クローン病における小腸癌罹患の相対危険率は33倍という報告もあり、本例のような比較的若年男性、小腸型、長い病歴期間、低分化腺癌が特徴とされ、診断時には転移を認める症例も多く予後不良とされている。病歴期間の長い小腸型クローン病では小腸癌の合併を考慮にいれたフォローアップが必要と考えられた。平成16年3月卒業。

41 門脈ガス血症を認めた小腸間膜平滑筋肉腫の1例

¹済生会松坂総合病院 内科、²済生会松坂総合病院 外科、³済生会松坂総合病院 神経内科

○小田 裕靖¹、稲垣 悠二¹、井口 正士¹、脇田 喜弘¹、
橋本 章¹、清水 敦哉¹、中島 啓吾¹、家城 洋平²、
柏倉 由実²、村田 泰洋²、田中 穰²、長沼 達史²、
近藤 昌秀³、坂井 利行³

【患者】91歳、女性。【主訴】貧血精査【現病歴】H20年9月10日に脳梗塞にて神経内科へ入院。入院時血液検査にて貧血を認め、スクリーニング目的に腹部エコーが施行された。その際に、偶然門脈ガス血が認められ内科コンサルトとなった。【既往歴】乳癌術後、高血圧、子宮手術後、甲状腺手術後【身体所見】血圧140/70mmHg、脈拍77回/分、体温37.8℃、心肺清、腹部平坦軟圧痛なし【血液検査】HGB 6.3mg/dl、WBC /6200 μ l、CRP 0.1mg/dl、GOT 17IU/l、GPT 13IU/l、LDH 174IU/l、CK 106IU/l、pH 7.500、PCO₂ 35.5mmHg、PO₂ 65.1mmHg、BE 3.6mmol/l【画像所見】腹部超音波検査では門脈本幹から左右門脈枝、門脈末梢へガス像が流入する所見が得られた。腹部造影CTでは門脈内ガスを認めなかった。左外腸骨動脈近傍に、一部造影不良域を認めるが比較的enhanceされる ϕ 32 \times 35mm大の腫瘤と小腸の軽度拡張を認めた。また、whirl signを認め、腫瘍による軸捻転が疑われた。【経過】画像所見より小腸腫瘍による軸捻転が疑われたが、臨床的に腸管壊死の所見に乏しく、翌日開腹手術となった。手術所見では、Treitzより100cmの空腸間膜に腫瘤を認め、腫瘤を中心に約10cm空腸を切除した。腸管壊死は認めなかった。【病理組織診断】Ckit：陰性、S100：陰性、SMA：強陽性、CD34：ごく一部のみ陽性であり、平滑筋由来の腫瘍と考えられた。5cm大の大きさがあり、小腸への浸潤を認め、一部に壊死と潰瘍を伴っていたこと、また細胞密度が高いことから平滑筋肉腫と診断した。【考察】従来、門脈ガス血症は腸管の壊死を伴い予後不良とされてきたが、最近では腸管壊死を伴わない症例も多く報告されるようになった。本例においても腸管壊死は認めなかった。さらに本例は、小腸間膜平滑筋肉腫を合併した極めてまれな症例であった。門脈ガス血症の原因としては、腫瘍内の壊死、潰瘍による腸管粘膜の障害、腸管の捻転による腸管内圧上昇などが考えられた。

42 巨大な潰瘍による盲腸回腸瘻を形成した単純性潰瘍の1例

¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科
 ○神谷 芳雄¹、小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、
 鎌野 俊彰¹、丸山 尚子¹、田原 智満¹、藤田 浩史¹、
 中村 正克¹、岩田 正己¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、
 柴田 知行¹、高濱 和也¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹

原因不明の腹膜炎にて入院され、回腸に巨大な潰瘍とそれに伴う盲腸回腸瘻を認め外科的治療に至った単純性潰瘍の1例を報告する。症例は68歳の男性で発熱および右側腹部痛を主訴に当院を受診された。来院時の血液検査では炎症所見を認め、腹部CTでは痛みの部位に一致して腸管の壁肥厚と周囲の脂肪織の濃度上昇を認めたため、限局性の腹膜炎を伴う何らかの腸管の炎症と診断し精査加療のため入院となった。入院後絶飲食、補液および抗菌薬投与にて治療開始したところ症状および所見は改善した。入院後16日に大腸内視鏡検査を施行したところ、盲腸および回腸末端に巨大な潰瘍を認め、盲腸と回腸の間に巨大な瘻孔形成を認めた。また内視鏡検査の際に施行した生検ではリンパ球浸潤およびリンパ濾胞形成を伴う炎症性粘膜炎であり、特異的な所見は認めなかった。その後も治療継続していたにもかかわらず、入院後25日より発熱および腹痛が再度出現し血液検査、CT所見でも増悪が確認され、内科的治療での改善が見込めないことと巨大な瘻孔形成をしているために外科的治療の適応と判断し、入院後39日に当院外科にて回腸末端を含めた結腸右半切除術を施行となった。切除された回腸末端には径5.5cm大の潰瘍(U1-IV相当)形成を認め漿膜下層に達する炎症像を認めた。潰瘍底には炎症性肉芽の形成を認めるものの、肉芽腫形成などの特異的な炎症像は認めなかった。以上の病理所見および臨床所見にパーチュート病を示唆するものは認めなかったことより単純性潰瘍と診断された。術後経過は良好で合併症も認めず、術後14日で退院となった。

44 Cronkhite-Canada 症候群の1例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科
 ○青木 孝太¹、阿知波宏一¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、
 國井 伸¹、石川 大介¹、水谷 哲也¹、渡辺 一正¹、
 奥村 明彦¹

【はじめに】Cronkhite-Canada 症候群は蛋白漏出性胃腸症を伴う炎症性過形成性消化管ポリポージスの特徴とする原因不明の稀な非遺伝性疾患である。臨床兆候として脱毛・皮膚色素沈着・爪甲異常を伴い中年以降に発症する。治療はステロイドが有効であるが、約15%に消化管癌の合併が報告されており注意が必要である。最近我々はCronkhite-Canada 症候群の1例を経験したので報告する。【症例】症例は70歳女性。下痢・粘血便を主訴に来院した。大腸内視鏡検査を施行したところ回腸末端から直腸にかけて、やや粘膜炎を伴う半球状の隆起性病変を認めた。半球状隆起性病変を生検したところ、一部に陰窩膿瘍を認めたものの、軽度のリンパ球、好中球、および好酸球の浸潤を認め、疎な腺管密度を認めるのみであり炎症性過形成性ポリープと診断された。また、血液生化学検査にて低蛋白血症を認めた。当初は潰瘍性大腸炎が否定できず、メサラジンにて経過観察していたところ、症状発症より2ヶ月後に脱毛、爪甲異常を認めた。この時点でCronkhite-Canada 症候群を疑い、上部消化管内視鏡を施行した。胃内前庭部を中心に山田1型の大小不同のポリープを多数認めた。生検組織像は間質の浮腫と好酸球浸潤を認め過形成性ポリープとして矛盾しない像であった。本症例では現在のところprednisolone経口内服にて経過観察中であるが、臨床症状の改善傾向を認めている。【結語】比較的稀なCronkhite-Canada 症候群を経験した。病期によっては、脱毛・皮膚色素沈着・爪甲異常などの特徴的な所見が認められないこともあるため、本疾患の診断においては注意深い経過観察が必要であると思われる。(平成18年卒)

43 脂肪腫を合併した内翻 Meckel 憩室による成人腸重積症の1例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科
 ○林 基志¹、所 史隆¹、中村 信彦¹、足達 広和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 成樹¹

【症例】31歳、男性【主訴】臍部～右側腹部痛【既往歴】15歳時：虫垂切除術【現病歴】平成20年8月24日より心窩部痛が出現、症状が持続するため9月1日近医受診した。右側腹部に圧痛を認め、腹部US/CTにて小腸腫瘍による腸重積疑われ翌9月2日紹介受診となった。【入院時現症】発熱なし。心・呼吸音に異常所見を認めず。腹部は平坦・軟、臍部～右下腹部に圧痛を認めたが、反跳痛・筋性防御を認めなかった。【検査所見】WBC 5.6×10³/μl, RBC 586×10³/μl, Hb 17.0g/dl, Hct 50.7%, Plt 238×10³/μl, CRP 0.79mg/dl, CK 126IU/l, BUN 17mg/dl, Cre 0.92mg/dl と炎症反応や貧血、脱水を認めず、肝胆系酵素も正常であった。腹部レントゲンではniveau, free air, 小腸ガスなどは認められなかった。腹部USでは右下腹部に腸管の拡張所見と層構造をもつ約30mmの腫瘍を認めた。腫瘍単純・造影CTにて下腹部に多重輪状影を呈する腫瘍を認め、その腫瘍の数センチ肛門側に造影効果のない低吸収の腫瘍が描出された。所見より、小腸脂肪腫を先進部とした回腸回腸型腸重積と診断し、炎症反応および症状が軽度であったため翌日当院外科にて手術となった。【入院後経過】腹腔鏡下にて手術を行い、回盲部付近の回腸が10cmほど肛門側の回腸に嵌り込んでいた。腹腔鏡下に嵌入部を腹腔外に出し重積腸管を整復していくと、腸管内で内翻したMeckel憩室が先進部となって腸重積を起こしていたため、憩室部分を切除し手術を終了した。術後経過は良好で9月9日退院となった。切除標本を切開すると内部に20mm大の隆起性病変を認め、病理組織学的検査では脂肪腫と診断された。【考察】脂肪腫を合併したMeckel憩室の内翻による成人腸重積症はまれな疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

45 回盲部原発と考えられた悪性リンパ腫の2例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科、²愛知県
 ○阿知波宏一¹、青木 孝太¹、山 剛基¹、久保田 稔¹、
 石川 大介¹、國井 伸¹、水谷 哲也¹、渡辺 一正¹、
 後藤 啓介²、中村 隆昭²、奥村 明彦²

(症例1) 65歳女性。主訴は腹痛。腹部CTにて回腸末端部に壁肥厚、腫瘍形成を指摘されたために精査加療目的で入院となった。大腸内視鏡検査では回腸末端からバウヒン弁にかけて表面にびらんを伴う不整形の腫瘍性病変がみられ、一部腸管を巻き込むような形状であり腸管腔は狭窄していた。生検にて悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma)と診断され、開腹手術をせず化学療法を開始することとなった。穿孔の恐れもあるため絶食管理としてR-CHOP療法を2コース施行した。2コース後の大腸内視鏡検査にて回盲部の腫瘍性病変は消失に至っており現在も治療を継続中である。(症例2) 72歳男性。肝機能異常を指摘され精査目的にて腹部CT施行した際に回盲部腸管壁の肥厚を指摘され精査目的で入院となった。大腸内視鏡検査では回腸末端に全周性に表面にびらんを伴う不整形の病変がみられた。同部の生検からは悪性リンパ腫を疑うも組織学的診断がつかず、出血や閉塞をおこす危険性があったことから、回盲部切除を行い組織型を確定してから化学療法を開始することとなった。切除組織から悪性リンパ腫(Diffuse Large B-cell Lymphoma)と確定診断がなされ、化学療法が開始された。回盲部の悪性リンパ腫は、消化器症状に比較的に乏しいが、閉塞の症状をきたすことがあり、その他腸重積や穿孔の報告もみられる。また多彩な形態を呈し、内視鏡検査時の生検などで確定診断に至るのが困難なこともある。一般的な治療方針としては穿孔のリスクを回避するため外科的に腫瘍を切除してから化学療法を行う場合も多いが、最近では化学療法のみを行う症例が増加しているようである。最近経験した回盲部原発悪性リンパ腫の2例を若干の文献的考察を加えて報告する。(平成17年卒)

46 透析患者に発生した特発性腸間膜血腫の1例

¹木沢記念病院 消化器科

○大島 靖広¹、中西 孝之¹、端山 暢雄¹、杉山 宏¹

透析患者に発生した特発性腸間膜血腫の1例【症例】46歳、女性。主訴は左下腹部痛。平成7年より慢性腎不全にて血液透析導入。平成19年11月26日昼食後より左下腹部痛を自覚し当院救急外来を受診した。現症では、左下腹部に圧痛を認めたが腹膜刺激症状は認めなかった。検査所見では、Hb10.3g/dlと軽度の貧血を認めた。腹部単純CT検査では、S状結腸右側に径10cm大の内部やや不均一で低吸収域の腫瘤、及び左傍結腸溝からダグラス窩にかけて腹水の貯留を認めた。下部消化管内視鏡検査では、S状結腸にびらんを認め、粘膜越しに血腫が透見された。受診3時間後の腹部造影CT検査では、S状結腸右側の腫瘤は増大傾向を認め、内部に造影剤の漏出を疑う高吸収域も認めた。S状結腸腸間膜血腫を疑い、血管造影検査を施行したが、IMA、SRAに明らかな血管外漏出像は認めず、血管塞栓術は施行できなかった。しかし、血管造影検査後の血液検査でHb 6.5g/dlと貧血の進行を認めたため緊急手術を施行した。術中所見では腹水は血性でS状結腸腸間膜内に巨大な血腫を認めた。透析患者であること、出血源が不明であったことから血腫除去のみでは再発の可能性があると考え、血腫の存在する範囲のS状結腸部分切除術を行った。病理組織学的所見では、動脈瘤や動静脈瘻は認めず出血の原因は不明であり、非外傷性であるため特発性S状結腸腸間膜血腫と診断した。術後1年現在も再発を認めていない。【結論】透析患者に発生した特発性腸間膜血腫の1例を経験したので報告した。

47 S状結腸軸捻転を繰り返す例に経皮的S状結腸-腹壁固定術が再発予防に有効であった1例

¹中部労災病院 消化器科

○細野 功¹、中江 治道¹、菅 敏樹¹、山田 誠吾¹、森本 剛彦¹、児玉 佳子¹、尾関 雅靖¹、村瀬 賢一¹

【背景】S状結腸軸捻転症は緊急処置を必要とする特に高齢者の急性腹症で常に念頭に置くべき疾患の1つである。また、しばしば再発を繰り返し、外科的治療も考慮されることがある。今回我々はS状結腸軸捻転を繰り返す例に経皮的S状結腸-腹壁固定術を施行し、再発予防に有効であった1例を経験したので報告する。【症例】73歳、男性。【現病歴】Th12レベルで脊髄損傷あり、強固な便秘に対し下剤内服でコントロールされていた。一昨年、昨年とS状結腸軸捻転によるイレウスで2回入院歴あり。来院4日前より排便がなく、腹部膨満感が強くなり呼吸困難が出現してきたため平成19年8/18当院救急外来受診。腹部レントゲン及び腹部CTにてS状結腸軸捻転によるイレウスを認めため緊急で大腸内視鏡施行し、整備・減圧を図り当科入院となった。【方法】入院後も下剤内服を追加したがもともと巨大S状結腸があるため腹部膨満がたびたび増悪しS状結腸軸捻転予防目的で大腸内視鏡にて減圧を繰り返し行った。しかし、このままでは退院ができず患者QOLを考慮して捻転予防のために策を講じる必要があった。外科的治療も検討したが基礎疾患も多くハイリスクであることから踏み切れず、侵襲が比較的少ない経皮的S状結腸-腹壁固定術を試みた。X線透視下で大腸内視鏡を挿入し、胃瘻造設時に使用する鮫田式胃壁固定具を使って指サイン、イルミネーションテスト陽性部位を頼りに5箇所固定を行った。翌日腹部CT施行し、誤穿刺がないことを確認し、術後10日で固定糸の抜糸を行った。術後腹部膨満感は持続するも腹部レントゲン上で巨大なS状結腸は縮小傾向を示し、自覚症状も改善を認めため一旦退院となった。以後外来通院で経過をみたがS状結腸軸捻転を生じることなく経過。1年後、経過観察目的で行った大腸内視鏡を使用したガストログラフィン注腸検査では、S状結腸は横膈膜下まで拡張することはなく、固定がなされていることを証明できた。【結論】本症例のようにS状結腸軸捻転を繰り返す場合、経皮的S状結腸-腹壁固定術は再発予防の一方法になりうるかと考えられた。(H17年卒)

48 大網捻転症の1例

¹鈴鹿回生病院 外科

○北山 寛¹、多羅尾 光¹、岩佐 真¹、富田 隆¹

症例は50歳男性。主訴は右下腹部痛。入院3日前より同部痛を認めた。その後、軽快せず発熱と下痢を併発したため近医より虫垂炎疑いにて当院紹介受診となり、精査加療のため入院となった。来院時、右下腹部を中心に圧痛・反跳痛および筋性防御を認め、血液生化学検査にて白血球数12400/ μ l、CRP19.9mg/dlと炎症反応高値であった。腹部単純X線検査では異常所見は認めなかった。腹部単純CT検査では上行結腸内側に沿って、肥大した大網が渦を巻くように集簇していた。また右上腹部から骨盤レベルにかけて大網周囲の脂肪組織のdensityの上昇を認めため、壊死を伴った大網捻転症を疑い全身麻酔下にて開腹術を施行した。開腹所見では、混濁腹水50mlを認め、大網は横行結腸レベルで時計方向に4回転半の捻転をきたしていた。また、捻転した遠位の大網は暗赤色に変色し虚血に陥っていたため、捻転を解除し壊死部の大網部分切除術を行った。切除標本の病理組織学的所見では、出血と脂肪壊死を認め腹膜炎も伴っていた。術後の経過は良好で、第12病日目に退院となった。大網捻転症は急性腹症として発症する比較的稀な疾患であり、術前診断は困難とされているが、本疾患を念頭に置いて、腹部CT検査を施行することで診断を向上させることが可能と考えられた。

49 1年3ヶ月で6回の腸閉塞を繰り返した巨大結腸症の1例

¹公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科

○川端 邦裕¹、石川 英樹¹

【症例】77歳、男性。【主訴】腹痛・腹部膨満【既往】虫垂炎手術(50歳時)、脊柱管狭窄症、慢性便秘症【現病歴】平成19年3月16日腸閉塞のため近医より紹介され入院加療となっていた。その後も下剤に頼らないと排便困難な状況であり、平成20年6月10日までに腸閉塞のため5回入院歴を繰り返している。今回も腹痛、腹部膨満を認めため近医受診し、腹部Xpにてニボー認め腸閉塞の診断にて当院紹介入院となった。【入院後経過】入院時：意識清明、採血検査では白血球・炎症反応の上昇を認めた。腸管蠕動音は亢進し、腹部Xpでは大腸の拡張像を認めた。特にS状結腸の拡張が著明で巨大結腸症の所見を呈した。6月12日の大腸内視鏡検査では狭窄部に白苔を伴うびらんを呈し、その狭窄部を通過すると拡張したS状結腸内に多量のガスと便残渣を認めた。可能な限りS状結腸内のガスと便残渣を吸引すると緊満した腹部は平坦となった。下剤を増量しても繰り返す腸閉塞に対し、平成20年6月25日S状結腸切除術を施行した。その後腸閉塞の再発は認めない。切除標本には拡張部、狭窄部およびその移行部にAuerbach、Meissner神経叢に数枚の異常は確認されなかった。【考察】後天性巨大結腸症の本邦での報告をみると腸閉塞を繰り返している報告が多い。一方、脳血管障害患者の後遺症として、麻痺性の腸閉塞などの腸管蠕動障害が知られている。後天性巨大結腸症患者は、脳血管障害の既往を持つことが少なくなく、中でも脳梗塞の既往が多いが、本例では脳血管障害の既往を認めない。慢性の便秘を繰り返しS状結腸の不可逆性拡張をきたしたと判断し結腸切除術施行された。【結語】腸閉塞を繰り返すため、S状結腸切除術を要した巨大結腸症の症例を報告した。

50 当院における大腸憩室出血の特徴

¹藤田保健衛生大学 坂元種徳徳會病院 消化器内科

○友松雄一郎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、磯部 祥¹、山本 智丈¹、成田 賢生¹

【目的】当院における大腸憩室出血の特徴を検討した。【方法】2002年7月～2008年3月の間に下部消化管出血にて大腸内視鏡検査を実施した501例のうち、大腸憩室出血54例を対象とし年齢、性別、部位、重症度、治療、誘因について検討した。【結果】下部消化管出血の原因疾患は痔核が96例と最も多く、次いで虚血性大腸炎75例、大腸腫瘍69例、大腸憩室出血54例、急性腸炎53例の順であった。大腸憩室出血の平均年齢は75.3歳(40～92歳)、男女比は1:1.3であり、65歳以上の高齢者が87.0%(47)と大部分を占めた。再出血は6例に認めた。出血部位は左側結腸77.8%(42)、右側結腸22.2%(12)であり、出血形態は凝血塊付着83.3%(45)、湧出性出血14.8%(8)、噴出性出血1.9%(1)であった。輸血600ml以上を必要とした重症は14.8%(8)であり、輸血を必要としなかった軽症は85.2%(46)と軽症例を多く認めた。治療は外科手術2例、動脈塞栓術1例、クリップ法4例、トロンピン散布7例であり、内視鏡治療の必要がなかったものが45例と大部分を占めた。下部消化管出血例の抗血栓薬内服率は13.8%(69/501)であり、それぞれの抗血栓薬内服率は大腸憩室出血が50%(27/54)であり、大腸腫瘍14.5%(10/69)、虚血性大腸炎9.3%(7/75)、痔核5.2%(5/96)、急性腸炎1.9%(1/53)と比較し有意に高値であった(P<0.05)。【結論】大腸憩室出血は高齢者、左側結腸に多く認められた。出血形態は凝血塊付着が多く、ほとんどが軽症例で内視鏡治療を必要としなかった。半数は抗血栓薬を内服しており、大腸憩室を有する高齢者への抗血栓薬投与は出血の主な誘因の一つと考えられた。

¹愛知医科大学

○伊藤 義紹¹、十倉 佳史¹、柳本研一郎¹、坂野 文美¹、
山本 高也¹、川井 祐輔¹、金森 寛幸¹、増井 竜太¹、
土方 康孝¹、徳留健太郎¹、河村 直彦¹、宮下 勝之¹、
飯田 章人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70歳、女性。膜性増殖性腎炎（MPGN）にて当院腎臓内科通院中。平成19年12月20日に水様性下痢出現、経口摂取不良となり平成20年1月11日に腎臓内科入院となる。高カリウム血症に対しポリスチレンスルホン酸カルシウム（アーガメイトゼリー®）を定期内服していた。入院後は絶食、補液、抗生剤にて治療を行っていたが、経過の途中で、大量の鮮血便および貧血の進行を認めたため、1月12日消化器内科に紹介となった。紹介時、腹部は平坦で軟、圧痛を認めず腸蠕動はやや減弱していた。1月15日下部消化管内視鏡検査にて精査を行った。S状結腸全周性潰瘍を認め、下行結腸には縦走潰瘍と非連続性のびらん、潰瘍が多発しており、大量の鮮血を認めた。虚血性腸炎の可能性を第一に考え、絶食にて経過観察を行ったが、出血を繰り返したため1月26日に再度下部消化管内視鏡検査を行った。下行結腸は部分的に改善を認めるもののS状結腸の潰瘍は悪化傾向であった。頻回の輸血を行うも、貧血が進行し、全身状態の悪化を認めたため、2月5日に左半結腸切除術を施行した。術後は血便や貧血の悪化を認めず経過は良好であった。組織学的所見により、炎症細胞の浸潤を伴う良性結腸潰瘍を認めた。顕微鏡検査では潰瘍部分の間質に炎症細胞の浸潤と肉芽組織、ポリスチレンスルホン酸カルシウムの結晶を認め、ポリスチレンスルホン酸カルシウムが潰瘍形成および治癒遷延に関与していたと考えられた。慢性腎不全患者の高カリウム血症に対するポリスチレンスルホン酸カルシウム内服治療は一般的であるが、投与経過中の消化管潰瘍形成による難治性出血例の報告は、国内では3例のみと非常にまれであるため若干の文献的考察を加え報告する。

52 高齢発症したサイトメガロウイルス (CMV) 腸炎の一例

¹藤田保健衛生大学 消化管内科

○鎌野 俊彰¹、高濱 和也¹、長坂 光夫¹、藤田 浩史¹、
大久保正明¹、小村 成臣¹、吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、
田原 智満¹、神谷 芳雄¹、中村 正克¹、中川 義仁¹、
岩田 正己¹、柴田 知行¹、渡邊 真¹、平田 一郎¹

症例) 64歳女性。既往歴) 44歳、左卵巣腫手術。現病歴) H20.2月頃より下痢(水様・8回/日)あり、他院にて点滴・投薬施行されるも改善なく3/4当院を紹介され入院となった。入院時身長146.7cm・体重40.6kg(健康時42kg)・意識清明・体温37.5度・血圧91/62mmHg・脈拍117整・腹部は軟、軽度の膨満あり、左下腹部に軽度の圧痛を認めた。血液検査ではTP5.4g/dl・Alb2.2g/dl・WBC9700/ μ m³・CRP18.4mg/dlと低蛋白血症と炎症反応の上昇を認めた。便培養検査は陰性であった。腹部単純X線検査では結腸の軽度拡張を認め、中毒性巨大結腸症が疑われた。経過) 安静・点滴・抗生剤投与するも改善なく、3/7にS状結腸内視鏡(以下SS)施行、直腸より瀰漫性に連続した顆粒状粘膜を認めた。S状結腸は多発する白苔を伴わない打ち抜き潰瘍を認めた。生検にてCMV DNA-PCR陽性であり内視鏡所見と合わせCMV腸炎と診断した。ガンシクロビル(以下GCV)の静注を開始し、中心静脈栄養管理とした。GCV使用にて全身状態・炎症反応は改善傾向となり、3/19 SS再検し潰瘍の改善を確認した。3/25再度に下部消化管内視鏡を施行し、S状結腸の打ち抜き様潰瘍は互いに癒合して縦走潰瘍となり、潰瘍表面は発赤調の再生上皮で覆われていた。症状軽快したため4/6退院とした。考察) 入院時のCMV抗体価は既感染パターンであったが、経時的にCMV IgG抗体価が4倍以上の上昇を認めたため再活性化の可能性が高いと考えられた。高齢者の腸炎ではCMV腸炎の可能性もあることを考慮しなければならぬと考えられた。今回、我々は、高齢で発症したCMV腸炎を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

54 Lymphoid follicular proctitis の1例

¹北摂総合病院 消化器内科、²藤田保健衛生大学医学部 消化管内科

○佐野村 誠¹、寺澤 哲志¹、橋本 賢¹、佐々木有一¹、
新田 昌稔¹、板橋 司¹、平田 一郎²

【はじめに】Lymphoid follicular proctitisは1988年Flejouらにより提唱された稀な直腸炎である。間歇的な直腸出血の症状を呈し、下部直腸に潰瘍を伴わない表面平滑な顆粒状粘膜が密在し、病理所見ではリンパ濾胞の過形成を示す。治療はSulfasalazine坐剤が有効とされている。今回我々は、Lymphoid follicular proctitisの1例を経験し、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】20歳代前半、女性。【主訴】血便【現病歴】平成14年11月頃から便に鮮血が付着することが時々あった。次第に毎回血便を認めるようになり、平成15年3月当科外来を受診した。【注腸検査】直腸Rbに表面平滑な顆粒状隆起が密在していた。【大腸内視鏡検査】直腸Rbにびらんを伴わない小隆起が密在し、超音波内視鏡検査では第2層の低エコー域の肥厚を認めた。大腸粘膜生検では、異型性のないリンパ球の集簇を認め、MALTリンパ腫は否定的であった。【検査所見】血清クラミジア・トラコマティス抗体-IgG(-)、-IgA(-)、直腸粘膜擦過抗原(-)、子宮頸管PCR(-)、便培養検査:病原性菌なし、膿分泌物培養検査:陰性、Hp抗体(-)。【臨床経過】血便を主訴に当科受診し、内視鏡的にはクラミジア直腸炎を疑ったが各種検査にてクラミジアは検出されず、直腸リンパ濾胞増殖症と診断した。Hp除菌療法およびCAM経口投与をおこなったが症状は軽快しなかった。Lymphoid follicular proctitisを考慮してSulfasalazine坐剤(0.5g)、内服(2.0g)8週間投与したところ、症状は徐々に軽快し、内視鏡的にも改善を認めた。現在無治療にて症状は消失している。

53 アメーバ腸炎の1例

¹半田市立半田病院 内科

○亀井圭一郎¹、大塚 泰郎¹、神岡 諭郎¹、大原 靖仁¹、
山田 弘志¹、岩下 統一¹、安藤 通崇¹

症例は50歳代男性。主訴は発熱、下痢、腹痛。既往歴は糖尿病を内服治療中である。同性愛歴なし。渡航歴なし。現病歴は20XX年12月初旬より腹痛、下痢を繰り返していたが、市販の整腸剤などで様子を見ていた。しかし症状が徐々に悪化してきたため近医受診した。腹部単純レントゲン写真にて著明な小腸ガス像を認めたため、当院紹介となった。腸管感染症を疑い入院とし、抗生剤の点滴を開始した。第2病日よりゼリー状の粘血便が見られるようになったため第4病日に大腸内視鏡検査を施行した。直腸のみの観察しか行うことができなかったが、直腸粘膜は全周性に浮腫状となり、黄白色の白苔を伴う多発性潰瘍を認めた。生検標本の鏡検ではアメーバ原虫は認めなかったが、内視鏡所見と病歴よりアメーバ腸炎を強く疑い、メトロニダゾール(750mg/日)の内服治療を開始した。内服開始翌日より解熱が得られ症状も軽快した。第8病日に病理標本のGrocott染色でアメーバ原虫を認め、アメーバ腸炎と確定診断した。第11病日に大腸内視鏡検査を再検した。挿入に伴う疼痛がありS状結腸までの観察となったが、直腸・S状結腸に全周性の粘膜発赤と浮腫を認めた。しかし白苔は消失し、潰瘍は著明に改善していた。その後、症状は完全に消失し、第19病日退院となった。退院二ヶ月後、全結腸内視鏡検査を施行したが、数箇の炎症性ポリープを残すのみで、粘膜所見は正常化していた。生検からはアメーバ原虫は認められなかった。今回、我々は典型的なアメーバ腸炎の1例を経験した。当院で過去2年間に経験した他の3例を含め、文献的考察をふまえて報告する。

55 消化管病変を合併し、治療経過を観察しえた Kaposi 肉腫の1例

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、小野木章人¹、小木曾英介¹、
二宮 空暢¹、塚田 良彦¹、安田 陽一¹、大澤 陽介¹、
永木 正仁¹、森脇 久隆¹

例は35歳、男性。不特定多数の同性との性行為歴あり。平成20年2月より眼瞼の浮腫・皮疹を認め、徐々に全身に広がった。近医眼科・皮膚科受診するも改善を認めず、5月総合病院皮膚科受診し、皮膚生検にてKaposi肉腫と診断された。採血にてHIV-RNA陽性を認め、Kaposi肉腫と併せて、後天性免疫不全症候群(AIDS)と診断され、加療目的にて当科紹介となった。入院時現症は、顔面には黒紫色の皮疹が散在、眼瞼の浮腫を認め、体幹・四肢にも黒紫色の膨隆疹を認めた。口腔内にも黒紫色粘膜疹を認めた。採血ではHIV-1 RNA量45,000 copies/mLと高値、CD4数は4/ μ lと低値、CMV抗原血症を認めた。上部消化管内視鏡検査では、食道には多発する一部びらんを伴う黒紫色の扁平な粘膜下腫瘍様隆起、胃には散在する強い発赤を伴う粘膜下腫瘍様隆起、十二指腸には強い発赤を伴う陥凹性病変を認めた。下部消化管内視鏡検査では、回腸末端に発赤が強い粘膜下腫瘍様隆起、上行・下行・S状結腸に発赤の強い扁平隆起を認めた。上部・下部ともに病変部生検にてKaposi肉腫に矛盾しない所見であった。AIDSに対する治療として、TDF/FTC(ツルバダ)とLPV/RTV(カレトラ)によるHAART療法、Kaposi肉腫に対する治療として、Liposomal Doxorubicin(Doxil)投与を行なった。Doxil 1回目投与後の上部消化管内視鏡検査では、著変を認めず、Doxil 3回目投与後の上部消化管内視鏡検査では、食道、十二指腸病変の消失、瘢痕化を認め、下部消化管内視鏡検査では一部に軽度びらん様病変を認めるのみで、生検ではKaposi肉腫の所見は消失していた。皮膚所見も改善傾向である。Doxilを3回投与後の時点でHIV-1 RNA量は76 copies/mLに低下、CD4数は58/ μ lまで改善認めている。現在も外来にて治療を継続中である。今回われわれは、内視鏡的に経過の追えたKaposi肉腫の1例を経験したので、報告する。

56 ゲムシタピンとS-1の併用療法が有効であった十二指腸乳頭がんの1例

¹社会保険中京病院

○平松 将人¹、長谷川 泉¹、大野 智義¹、高口 裕規¹、三浦 亜紀¹、田中 義人¹、遠藤 雅行¹、清水 周哉¹、松永誠治郎¹、加藤 功大¹、榊原 健治¹

現病歴：症例は53歳、男性、既往歴として45歳時胃潰瘍のため2/3胃切除。現病歴は平成19年4月27日頃より発熱と倦怠感を自覚し、近医を受診した。感冒との診断で内服薬を処方され、一旦改善したが5月7日より全身倦怠感、皮膚掻痒感、尿の着色に気づき再度受診した。採血検査で閉塞性黄疸の疑いがあるということで当院紹介となった。入院時現象および経過：身長180.4cm、体重68kg、体温36.8℃、血圧、脈拍に異常なく、眼球結膜および皮膚に黄疸を認めるも、表在リンパ節を触知せず、腹部は平坦・軟で圧痛なく腫瘍を触知しなかった。入院時検査所見は白血球の上昇や貧血を認めず、胆道系優位な肝機能障害と黄疸を認め、CRPとCA19-9の軽度上昇を認めた。画像診断では腹部エコー上肝内胆管・総胆管の拡張とS7に16mm大のSOLと膵頭部に25mm大の低エコーな腫瘍と主膵管の拡張を認めた。腹部造影CTおよびMRIでS7のSOLは転移性肝がんが強く疑われた。GIFで粗大顆粒状に腫大した乳頭を認め、同部位からの生検で腺癌と診断された。以上の所見より乳頭部がんによる閉塞性黄疸とその転移肝がんと診断し手術適応はないと判断、ENBDによる減黄処置後SEMSを留置した。化学療法はインフォームドコンセントを行い5月30日よりS-1/GEM(ゲムシタピン)の併用療法を開始した。投与方法はTS-1を100mg/bodyを2週間連日経口投与、2週休薬、GEM 1000mg/m²のday 8,15投与を1コースとした。3クール終了後CTおよびMRI検査を施行したところ、主病巣の著明な縮小と肝転移巣の消失を確認した。この結果を踏まえ手術適応と判断し10月1日開腹下に膵頭十二指腸切除術を施行した。結果は高分化型腺がんでリンパ節転移は認めず、術中エコーにて明らかな肝転移は認められなかった。現在まで再発を認めていない。まとめ：乳頭部がんを含めた進行胆道がんに対する標準的治療法は確立しておらず、とくに膵実質浸潤や遠隔転移を有する症例では全身化学療法もしくは緩和ケアが選択肢に挙がってくる。そのなかでGEMとS-1併用療法で肝転移の消失と原発巣の著明な縮小を認め外科的切除術により経過良好な症例を経験したので報告する。

58 造影超音波検査を行った早期胆嚢癌の1例

¹藤田保健衛生大学 第2教育病院 内科

○服部 昌志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、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、磯部 祥¹、友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢生¹

症例は67歳の女性で、自覚症状はない。近医にて2年前に胆嚢ポリープを指摘されていたが、経過観察を目的に行った腹部超音波検査にてポリープの増大を認め、当科を紹介され受診した。腹部超音波検査にて胆嚢底部肝床側に大きき13.8×5.2mm、広基性の乳頭状隆起性病変を認め、その底部側にも局限性の壁肥厚像を認めた。超音波内視鏡検査では隆起基底部で外側高エコー層への浸潤が疑われた。入院時に行った血液生化学検査では、CEAとCA19-9はともに正常であり、肝胆道系酵素にも特記すべき異常は認めなかった。胆嚢dynamic CT検査では動脈優位に相より濃染する隆起性病変を認め、その底部側の壁肥厚像を認めた。ERCPでは胆嚢底部に丈の低い隆起性病変を認めたが、同時に実施した細胞診ではclass 1であった。ソナゾイドを用いた造影超音波検査を実施したところ、早期相から腫瘍内部に流入する豊富な血流を認め、中心部では対流する造影効果を認めた。また、底部側の丈の低い病変にも造影効果を認めた。レボピストを用いた造影超音波検査では点状びまん性の造影効果を示した。以上より、Is+Ila+Iib型胆嚢癌(ss浸潤疑い)と診断し、拡大胆嚢摘出術を行った。病理組織検査ではadenocarcinoma in situ with dysplasiaで、p53(+/-)、MIB-1(10%)で異型度は低かった。早期胆嚢癌において新しい造影剤であるソナゾイドを用いた造影超音波検査を行い、レボピストによる造影超音波検査と比較しその有用性について検討したので報告する。

57 胆道閉塞症状で発症した中部胆管悪性リンパ腫の1例

¹名古屋記念病院 消化器科

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

【症例】59歳男性 【既往歴】虫垂炎術後 【主訴】右季肋部痛【現病歴】2008年3月19日より時々強い右季肋部痛があり4月2日近医受診、腹部超音波検査にて総胆管拡張と膵頭部腫大が疑われ、採血上肝胆道系酵素の上昇を認めたため4月4日精査目的に当院紹介。右季肋部に圧痛を認めるが、発熱や炎症反応の上昇はなく外来にて精査したところ、腹部画像検査で中部胆管の狭窄を認めた。4月20日再度腹痛があり、肝胆道系酵素のさらなる上昇も認め緊急入院となる。【入院後経過】入院後保存的治療で速やかに腹痛は消失。腹部ダイナミックCT上、中部胆管は全周を占める約2cmの軟部影により先細り状に閉塞し、上部胆管から肝内胆管はびまん性に拡張を認めた。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。MRCP上も、胆嚢管合流部から膵臓にかけて、周囲の正常膵実質よりやや高信号を呈する径約23×13mm大の膵との境界不明瞭な占拠性病変があり、内部の総胆管は約16mmに及んで狭窄を呈した。EUSでは、中部胆管は低エコーレベルの腫瘍により全周性狭窄となり、膵臓との境界は一部不明瞭な部位も認められ、膵臓への浸潤が疑われた。ERCP上、胆管狭窄の近傍の膵管に辺縁の不整が疑われたが、明らかな途絶や末梢膵管の拡張は認めなかった。中部胆管に25mmにわたる比較的平滑な全周性狭窄を認め、7Fr.7cmのERBDチューブを留置した。以上より中部胆管腫瘍による胆道狭窄と膵浸潤と診断し、5月12日幽門輪温存膵頭十二指腸切除及びリンパ節郭清を施行した。病理結果ではDiffuse large B-cell lymphomaであった。術後は経過良好で悪性リンパ腫の臨床病期は胆管に主病巣があり膵浸潤があることよりAnn Arbor分類でStageIV期と判定し、現在化学療法を施行している。【考察】今回われわれは総胆管原発の悪性リンパ腫の稀な一例を経験したので文献的考察を加え報告する。平成17年卒

59 リザーバーを用いた動注化学療法をくり返し長期生存を得られた肝門部胆管癌の1例

¹春日井市民病院 消化器科

○松波加代子¹、加藤 晃久¹、稲垣 佑祐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53歳女性。主訴は発熱・黄疸。平成17年11月、発熱・皮膚黄疸を自覚し、近医を受診した。腹部エコーで肝S4に直径10cmの低エコー腫瘍と左右肝内胆管拡張を認めたため、精査加療目的で当院紹介入院となった。入院時血液検査でAST 157 IU/L、ALT 131 IU/L、T-Bil 22.9 mg/dL、D-Bil 15.5 mg/dL、CRP 1.1 mg/dL、WBC 7,200/μと黄疸・肝機能障害を認め、腫瘍マーカーではCA19-9 25,000 U/mL以上と異常高値であった。腹部造影CTで肝S4中心に広がる直径10cmの内部造影不良な腫瘍と肝門部リンパ節腫大を認め、肝門部胆管癌による閉塞性黄疸と診断した。減黄目的でB3・B6に対してPTCDを施行した。腫瘍の尿管浸潤を認めたため、外科的切除不能と判断し、化学療法を行うことにした。左上腕に皮下埋め込み式大動脈留置型特殊リザーバーシステム(System-I)を留置し、レジメンとして週1回左右肝動脈を選択しCDDP 20mg+DSM 120mgを注入してTACEを施行した後、5-FU 250mg動注をくり返した。平成18年4月には腫瘍径の縮小を認め、CA19-9 2,603 U/mLまで低下したが、6月より再び上昇傾向を認めたため、GEM 800mg+CDDP 20mg+5-FU 250mg動注に変更した。しかしながら、10月CDDPによるアナフィラキシーショックを起こしたため、11月よりGEM 800mg単剤の動注に変更した。その後PTCDを内ろう化して12月に一旦退院されたが、平成19年1月、胆道内感染を起こし再入院となった。入院加療により症状改善し、GEM単剤によるリザーバー動注を再開したが、3月には腫瘍マーカーの上昇、腫瘍径の増大を認め、全身状態が悪化し、4月に永眠された。肝門部胆管癌は局所浸潤能が強く予後不良で、現時点では外科的切除が唯一長期生存を期待できる治療法であると考えられている。本症例は切除不能例であったが、動注化学療法により発見時より約1年5カ月の生存が得られた。今回我々はりザーバーを用いた動注化学療法をくり返し長期生存を得られた肝門部胆管癌の1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

60 膽胆管合流異常に合併した腸回転異常症の一例

¹岐阜県総合医療センター 消化器科

○中村 信彦、所 宏隆、林 基志¹、足達 広和¹、
戸田 勝久¹、李瀬 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】46歳、女性【主訴】心窩部痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】以前より時に心窩部痛を認めることがあったが放置していた。平成19年9月4日、強い心窩部痛を主訴に近医を受診し、炎症反応および肝胆系酵素の上昇と、総胆管拡張を指摘され、同院にて胆管炎として入院加療。一時軽快を認めたが、入院中に急性肺炎も発症し、腹部CT・MRCPにて総胆管拡張を指摘され、当院紹介入院。【入院時身体所見】心・呼吸音に異常は認めず、再入院時に認めた腹痛は消失しており、腹部は平坦、軟、圧痛を認めなかった。【入院時検査所見】TP6.6、ALB4.1、T-BIL1.64、D-BIL0.68、ALP1218、AST66、ALT186、LDH154、 γ -GTP770と胆道系酵素の上昇を認めた。また前医でのメシル酸ガベキサートによる治療によりAMY56、P-AMY43と正常であった。CRP0.48、WBC9900、RBC416、Hb12.8、Plt31.7と炎症反応は認めず、腫瘍マーカー（CEA、CA19-9）は正常であった。【入院後経過】急性肺炎改善後にERCPを試みたが、十二指腸の変形が強く Vater 乳頭を正面視できず不成功であった。MRCP・3D-DIC-CTにて胆胆管合流異常を伴う先天性胆道拡張症と診断し、胆嚢および拡張総胆管切除+肝管空腸 Roux-en-Y型吻合術を行った。術前GIFおよびCFでは日和見異常所見を認めなかった。術中、Roux-Y法再建時、Treitz's ligamentを確認中、空腸起始部が通常より右方に存在し、横行結腸から虫垂部にかけて腹膜固定を認めず、腸回転異常症と診断し同時に虫垂切除を行った。術後経過は良好で、切除した拡張胆管および胆嚢に悪性所見を認めなかった。【考察】今回我々は胆胆管合流異常（戸谷1a型）・先天性総胆管拡張症に合併した腸回転異常症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。

62 胆嚢軸捻転症の1例

¹藤田保健衛生大学 肝胆脾内科

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

【症例】81歳女性【主訴】嘔吐、心窩部痛【既往歴】気胸、高血圧【現病歴】平成20年8月24日深夜、嘔吐、心窩部痛を主訴に当院救急外来受診。体温36.2℃。血圧170/60mmHg。脈拍101回/分。心窩部に圧痛を認めたが、筋性防御や反跳痛は認めなかった。腹部単純CTでは胆石、胆嚢腫大を認めたが、一旦帰宅した。8月26日、症状悪化したため、当院消化器内科外来受診。心窩部圧痛、筋性防御を認め、炎症反応高値、腹部単純CTにて胆嚢腫大、胆石を認め、急性胆嚢炎にて同日入院となった。【入院時検査所見】WBC1500/ μ l、Plt16.2万/ μ l、T. Bil 1.9mg/dl、AST21IU/L、ALT11 IU/L、ALP163 IU/L、アミラーゼ148 IU/L、CRP3.0mg/dl。【入院後経過】腹部超音波では胆嚢腫大、壁肥厚、胆石を認め、腹部CTにて胆嚢軸捻転症が疑われ、当院肝胆脾外科にて緊急手術（腹腔鏡下胆嚢摘出術）が行われた。【術中所見】腹腔鏡下にて肝門索より正中に変位した胆嚢を確認。胆嚢周囲に膿性復水貯留を認めた。【病理所見】胆嚢壁の壊疽性変化、好中球の浸潤、漿膜炎像を認めた。悪性像は認めなかった。【考察】胆嚢軸捻転症は胆嚢頸部の捻転により血行障害をきたし、胆嚢に壊死性変化が急速に生じる病態で、胆嚢捻転を来す誘因として、先天の因子として遊走胆嚢（浮遊胆嚢）の存在があり、これにねじれをきたす後天的因子（老人性亀背・脊椎側彎・いそ）および物理的因子（腹腔内圧の急激な変化、急激な体位変換、前屈位における振り子様運動、胆嚢近傍臓器の蠕動亢進）が加わり発症するとされている。緊急手術を要するため、急性腹症のひとつとして、重要な疾患である。今回、初診時と再診時との腹部単純CTにて腫大した胆嚢の位置の変化を認め、胆嚢軸捻転症と診断した症例を経験した。

61 慢性血液透析患者に発症した胆嚢出血の一例

¹愛知医科大学病院 消化器内科

○河村 直彦¹、服部 芳彦¹、柳本研一郎¹、坂野 文美¹、
山本 高也¹、川井 祐輔¹、金森 寛幸¹、伊藤 義紹¹、
増井 竜太¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、宮下 勝之¹、
飯田 章人¹、佐藤 真理¹、十倉 佳史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、男性。昭和40年頃より2型糖尿病発症、平成5年に慢性腎不全。平成8年3月より腹膜透析導入して平成18年3月難治性腹膜炎にて腹膜透析離脱し血液透析へ移行。離脱後もCRP高値続き、被膜性硬化性腹膜炎を疑いPSL5mg/day投与されていた。平成19年8月より側頭動脈炎の診断にてPSL30mg/day投与開始。同年10月15日、血液透析中に突然の血圧低下を伴う激しい心窩部～背部の疼痛をきたしたため当科受診となった。受診時、右上腹部に限局した圧痛を認めたが、症状はその後短時間で消失した。血液検査では、肝胆系酵素の上昇を認めた。また、腹部CT、MRCPにて胆嚢頸部から総胆管内に胆汁とは異なる低信号と、胆嚢内に液面形成がみられ、頸部側が高吸収域であった。また、総胆管に胆嚢に比べてより内部にも同様な高吸収域がみられた。腹部USでは胆嚢は緊満しており、一部高エコーな胆泥様の胆嚢内容物が認められた。症状、血液検査、画像検査より胆嚢出血を強く疑ったが、全身状態が不良であり家族が手術を希望されなかったため保存的に経過観察した。その後、上部消化管内視鏡検査ではファーター乳頭部からの血液の流出は認めず、血管造影検査では動脈瘤や腫瘍血管は認められなかった。その後症状改善し退院となったが、翌年1月慢性腎不全の増悪により永眠された。剖検所見では胆嚢出血の原因となる所見は得られなかった。胆嚢出血は様々な原因を背景に、突発する激しい腹痛で発症する極めて稀な疾患である。今回我々は、慢性血液透析患者に発症した胆嚢出血の一例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

63 術前診断に苦慮した肝門部胆管狭窄の1例

¹愛知厚生連江南厚生病院 外科

○林 直美¹、石博 清¹、石田 直子¹、二宮 豪¹、
山村 和生¹、加藤 公一¹、平井 敦¹、飛永 純一¹、
黒田 博文¹

症例は71歳、男性。皮膚科で尋常性乾癬の治療中、黄疸を認め紹介となった。腹部造影CTで左右肝内胆管の拡張を認め、閉塞性黄疸の診断で入院となった。入院後の腹部造影CTでは左右肝内胆管の拡張は改善していた。内視鏡的逆行性胆管造影で比較的長い狭窄（segmental stricture）を認めたが、原発性硬化性胆管炎（以下PSC）に特徴的な胆管像は認めなかった。自己免疫性疾患の合併はなく、血清IgG4は正常値であった。腫瘍マーカーはCEA2.2ng/ml、CA19-9104U/mlであった。良性胆道狭窄を疑い、経過観察しながら繰り返し胆道造影を行ったが、改善はみられなかった。肝門部胆管癌の可能性も否定できず、経皮経肝門脈塞栓術を施行した後、肝右葉、尾状葉切除術を行った。開腹所見では、黄色混濁性の腹水を認め、肝門部リンパ節は著明に腫大していた。病理組織学的所見では、リンパ球浸潤を伴い、胆管周囲にonion skin様の同心円状の線維化を認め、硬化性胆管炎と診断された。肝門部胆管狭窄を来す疾患には、肝門部胆管癌の他に、限局性PSC、4型自己免疫性硬化性胆管炎などの良性胆道狭窄があり術前の鑑別は困難なこともある。今回われわれは、術前診断に苦慮した肝門部胆管狭窄の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。

64 敗血症性ショックで発症したレンメル症候群の一例

¹浜松医科大学 第1内科、²浜松医科大学 分子診断学講座、³浜松医科大学 臨床研究管理センター

○松浦 愛¹、大澤 恵¹、寺井 智宏¹、山出美穂子¹、高柳 泰宏¹、西野 真史¹、村松 明子¹、小平 知世¹、濱屋 寧¹、山田 貴教¹、岩泉 守哉¹、高垣 航輔¹、吉田 賢一²、金岡 繁²、杉本 健²、古田 隆久³、伊熊 陸博¹

症例は63歳、男性。主訴は上腹部痛。既往に未治療の糖尿病がある。突然の腹痛発作で発症し、一時的に軽快したものの翌日にも腹痛出現し救急外来を受診。肝胆道系酵素と炎症反応の上昇、CTにて多発する肝嚢胞を認め、肝胆道系感染として緊急入院した。入院後39℃以上の発熱をみとめ、血圧低下、代謝性アシドーシスとなり敗血症性ショックに至った。入院時の血液培養ではグラム陰性桿菌3種が陽性であった。DIC傾向も認めため、絶食補液としSBT/CPZ投与を開始しFOYと昇圧剤を併用し、HbA1c 11.2で糖尿病のコントロールが不良であったためインスリン療法も必要とした。第2病日のMRCPでは胆管拡張や明らかな胆道結石を指摘できず、腹部症状は一時軽快傾向を認めていたが、第4病日に再度の腹痛発作を認めたため微小結石を疑いERCPを施行した。約2cmの傍乳頭憩室を認め、採取した胆汁は感染性胆汁であったが、胆道結石はなく、胆汁細胞診は陰性であった。ENBDを行って加療を継続したところ肝胆道系酵素および炎症所見の速やかな改善を得た。ウルソデオキシコール酸の投薬を行い、以後症状の再燃なく、第23病日に退院となった。本例は、多発性肝嚢胞を認めていたことから肝嚢胞内感染も疑われたが、経過中のCT、MRIからは嚢胞内の明らかな感染性変化は指摘されず、経門脈性感染経路も同定されなかった。最終的に胆道結石の合併も伴わず、傍乳頭憩室が胆道系の逆行性感染に関与したと推察される狭義のレンメル症候群と考えた。狭義の本症候群では高度の閉塞性黄疸をきたすことは少ないが、本例では敗血症性ショックを合併し重篤な臨床経過を呈した稀な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。若手医師：平成18年3月医学部卒業

66 黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

¹浜松南病院 消化器病・IBDセンター、²磐田市立総合病院外科

○飯田 貴之¹、竹内 健¹、阿部 仁郎¹、渡辺 文利¹、花井 洋行¹、落合 秀人²、鈴木 昌八²

黄色肉芽腫性胆嚢炎は黄色のXanthoma cellを主体とした肉芽腫性結節を胆嚢壁やその周囲に形成する比較的多発な疾患である。術前診断は困難で胆嚢癌との鑑別診断が問題となることが多い。今回我々は急性胆嚢炎、閉塞性黄疸で発症した本疾患を経験したので報告する。(症例)58歳女性(主訴)腹痛、嘔気(既往)家族歴)特記事項なし(現病歴)数年前より胆石を指摘されていたが症状がないため放置していた。平成20年4月11日より腹痛、発熱、嘔気が出現し、軽快しなため4月16日近医を受診した。腹部超音波にて胆石、胆嚢炎と診断され、同日当院に紹介入院となった。(現症)発熱なし。皮膚に黄疸を認めた。右上腹部に軽度圧痛を認めた。(血液検査)WBC 5000、CRP1.7、T-Bil7.2、GOT161、GPT286、 γ -GTP317と軽度の炎症反応と黄疸、肝胆道系酵素の上昇を認めた。(入院後経過)腹部超音波、単純CTにて胆嚢頸部に径10mmの結石のかん頓を認め、総肝管、肝内胆管の拡張を認めた。また、結石周囲に低吸収域を認め腫瘍性病変の合併も疑われた。入院翌日、ERBDを施行し自覚症状は改善した。胆管造影所見では胆嚢管は描出されず、総肝管に約2cmの狭窄を認めた。造影CTにて結石を取り巻く様に軟部組織が存在し、これが門脈右枝、右肝動脈、一部門脈本幹にも浸潤していた。以上より、胆嚢頸部結石とその周囲に発生した進行胆嚢癌と診断し、手術を施行することとなった。肝拡大右葉切除、十二指腸部分切除、門脈左枝切除再建、下大静脈部分切除、胆道再建、リンパ節郭清が行われたが、病理組織ではFoamy cellを伴うinflammatory granulation tissueであり尿管への炎症の波及を伴う黄色肉芽腫性胆嚢炎との診断であった。(考察)黄色肉芽腫性胆嚢炎は胆嚢癌との鑑別においていくつか特徴的な所見が述べられているが、いずれも特異的な所見はない。また、本疾患と胆嚢癌の合併も報告されている。本例のように尿管浸潤など広範な病変を伴う場合は術前診断は非常に困難と考えられ、本疾患を念頭におき慎重に鑑別診断を行うべきと考えられた。

65 黄色肉芽腫を伴った気腫性胆嚢炎の1切除例

¹聖隷三方原病院 消化器内科、²聖隷三方原病院 肝臓内科、³聖隷三方原病院 消化器外科、⁴聖隷三方原病院 病理診断科

○久保田 望¹、山本 英明¹、西田 淳¹、中山 剛¹、坂西 康志²、浅利 貞毅²、藤田 博文³、小川 博⁴

症例は64歳、男性。主訴は上腹部痛。既往に高血圧あり。生活歴では喫煙：10本/日(20歳-現在)、飲酒：日本酒1合+ビール350ml/日(20歳-現在)。数年前から高血圧にて近医に通院中。平成20年7/25午前2時頃上腹部痛が始まり、近医を受診し処方されたが改善しないため当院救急外来を受診した。採血では軽度の胆道系酵素上昇、CRP15.6mg/dl、WBC20640/ μ Lと著明な炎症所見を認めた。腹部CTでは胆嚢腫大、胆嚢周囲脂肪織濃度の上昇、胆嚢内気腫を認め同日入院した。入院後外科に相談したがNSAIDs坐薬にて腹痛は完全に消失、腹部理学所見も消失したため緊急手術は中止した。抗生剤の点滴静注にて経過観察したところ7/28腹部CTにて胆嚢壁気腫は悪化した。胆嚢腫大は改善し、胸水腹水は増量した。7/30MRIにて肝表面のBilloma形成を認め8/1PTGBDを実施した。黒色混濁胆汁を吸引し培養に提出したが陰性であった。肝被膜下Billomaもdrainageしたが培養は陰性であった。8/2から食事を開始し、8/12開腹胆嚢摘出術を行った。病理では胆嚢壁は肥厚し高度の急性炎症と壁の壊死、一部に黄色肉芽腫も認められた。【考察】急性胆嚢炎のガイドラインでは緊急手術が勧められているが、当院ではマンパワー不足と手術室不足の関係で待機手術を行っている。当院では気腫性胆嚢炎は腹部PTGBDを行ってきたが、NSAIDs坐薬で無症状となったため緊急PTGBDを実施せず、Billoma形成後に行った。退院時は無症状であったが27日間の入院が必要となり大変反省させられた症例であった。

67 胆管炎を疑い薬剤性肝障害を合併したレプトスピラ感染症の1例

¹山田赤十字病院

○山村 光弘¹、富士野 玲¹、大山田 純¹、黒田 幹人¹、川口 真矢¹、佐藤 兵衛¹、福家 博史¹

【症例】76歳男性【既往歴】胆石手術後、胃癌にて胃全摘後、左肩関節炎【職業】釣りの操業と、畑にて農業。【現病歴】平成20年3月8日夜より上腹、左前胸部から肩にかけての痛みと38度台の発熱を呈し9日に近医往診にて鎮痛解熱剤を使用されたが改善せず、9日夜に当院救急外来を紹介受診し入院となった。【経過】入院時JCS2、体温38.3度、血圧187/84、黄疸なく腹部所見に特記する所見はなかった。10日の採血ではWBC10300、CRP16.6、AST372、ALT323、ALP1170、GGT130、T-Bil2.1であった。腹部エコー、腹部CT、MRCPでは原因は不明だったが肝内胆管から総胆管下部まで拡張を認めた。11日にERCPを試みたが、カニューレシオン困難で造影できず、12日にCRP23.5、ALP1867、GGT187、T-Bil2.8と上昇し、意識障害、全身痛、39度の発熱があり胆管炎の疑いでPTCDを施行した。しかし、穿刺胆汁は清で、培養でも菌は検出されなかった。この時肝障害を起こす感染症を疑い、抗生剤をシプロキサゾンとミノマイシンに変更した。3月13日より徐々に解熱し15日以降は発熱はなく意識清明となったが、左肩の痛みが継続し14日より顕性黄疸出現した。薬剤性肝障害も疑い16日にシプロキサゾン中止し、後日、シプロキサゾンにのみDLST陽性を確認した。また、解熱後の黄疸悪化からレプトスピラ感染を疑い保健所にIgM検査を依頼した。21日T-Bil41.1、ALP5323、GGT654であったが、全身状態は落ち着いておりミノマイシンは1週間終了とし、21日以降抗生剤はなしとした。3月27日に保健所より秋病み型IgMが80倍と優位な上昇であると報告があり、この時点での黄疸はレプトスピラ感染症後の経過であると判断し対症療法のみで経過観察した。4月末には顕性黄疸も消えCRP1.5となり、5月12日に退院となった。一般に軽症を呈するいわゆる秋病み型レプトスピラ感染症にて、重症胆管炎を疑い高度の黄疸を来した1例を経験したため報告する。

68

肝細胞癌とアルコール性肝硬変の経過中に腸腰筋膿瘍・腸骨筋膿瘍を合併し、CTガイド下ドレナージが有用であった1例

¹藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 内科

○内藤 岳人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、木村 行雄¹、服部 信幸¹、
小坂 俊仁¹、磯部 祥¹、塩田 國人¹、友松雄一郎¹、
山本 智支¹、成田 賢生¹

症例は72歳、男性でアルコール多飲歴あり。既往歴に小児麻痺、腎細胞癌に対し右腎摘出術、肝細胞癌に対し後区域切除を実施されている。肝切除術後約10年後に内側区域に3cm大の腫瘍を指摘されたが、古典的肝癌の所見は認めず、経過観察中であった。平成20年9月に突然の高熱と歩行困難が出現し、緊急入院となった。入院時血液検査でWBC 26200/ μ l、Hb12.8g/dl、Plt 27.2万/ μ l、AST 61IU/l、ALT 61 IU/l、 γ GTP 131IU/ml、PT 68%、CRP 27.96mg/dl、BS 230mg/dl、HbA1c 6.3%と軽度肝障害と耐糖能異常、著明な炎症反応高値を認めた。入院時に実施した胸部レントゲン・腹部超音波検査では発熱の原因となる異常は指摘できなかったが、第2病日に実施した腹部CTで左腸腰筋から腸骨筋にまたがる膿瘍の形成を認めた。抗生剤の点滴静注に加えて、第6病日にCTガイド下経皮的膿瘍ドレナージを実施し、約220mlの白濁した膿瘍液を穿刺排膿した。ドレナージチューブ留置後洗浄を繰り返したが、CTで腸腰筋膿瘍消退は確認できたが腸骨筋膿瘍は残存し、第21病日に再度CTガイド下経皮的膿瘍ドレナージを追加した。担瘤状態並びにアルコール性肝硬変と耐糖能異常に伴う免疫能低下による易感染状態が腸腰筋膿瘍と関与していると考えられた。深部感染症である腸腰筋膿瘍に対し、CTガイド下ドレナージは出血の懸念される肝硬変患者であっても侵襲が少なく安全に実施可能で有用であった。

70

進行性肝細胞癌に対する、大動脈留置型特殊リザーバー(system-I)を用いた外来反復IVRの有用性

¹春日井市民病院 消化器科、²久留米中央病院 内科、³名古屋国立大学 肝・膵内科

○吉田 道弘¹、板野 哲¹、加藤 晃久¹、稲垣 佑祐¹、
松波加代子¹、片野 敬仁¹、望月 寿人¹、奥村 文浩³、
森田 毅¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、
伊藤 和幸¹

当院では進行肝細胞癌に対し、平成17年9月より大動脈留置型特殊リザーバー(system-I)を用いた外来IVRを行っており、今回、反復TAI、TACEによる有効例を報告する。【症例1】66歳男性、C型肝硬変、liver damage A、Child-Pugh A(5)、stage III、総肝動脈から腸間膜動脈より分岐する置換型肝動脈症例。平成17年10月24日、HCC精査治療目的に紹介初診。左前腕から体外式動注リザーバーを留置し、low dose FP療法施行するも効果得られず。12月27日左前腕にsystem-I留置し、以後外来で分割TACE、chemolipiodolization施行。現在計44回施行し、Child-Pugh Aを保ち通院治療継続中である。【症例2】77歳男性、非ウイルス性肝硬変、liver damage A、Child-Pugh A(5)、stage III。平成18年9月20日、HCC精査治療目的に紹介初診。左前腕から体外式動注リザーバーを留置し、low dose FP療法施行するも効果得られず。11月13日左前腕にsystem-I留置し、以後入院・外来でDSMを用いた分割TACE、chemolipiodolization施行。初診時PIVKA-II>75,000 mAU/mlから平成19年10月668 mAU/mlまで低下。現在計30回施行し、Child-Pugh B(8)と肝機能低下を認めるが、通院治療継続中である。【症例3】59歳男性、C型肝硬変、liver damage B、Child-Pugh B(9)、stage III、右肝動脈から腸間膜動脈より分岐する置換型肝動脈症例。平成18年8月15日、食道静脈瘤破裂で初診入院。静脈瘤治療後、定期入院TACE行うも、腫瘍増大したため、平成19年8月10日右大腿部にsystem-I留置。以後外来で分割TACE、chemolipiodolization施行。導入時AFP 1,989.3ng/ml、PIVKA-II 1,783mAU/mlから平成20年7月AFP 45.1ng/ml、PIVKA-II 217mAU/mlと低下。現在計21回施行し、Child-Pugh Bを保ち通院治療継続中である。system-Iは、多様な進行肝細胞癌症例に対し、個々の肝機能、腫瘍パターンに応じた治療を、比較的肝機能を保ちながら、外来通院で継続するのに有用なシステムと考えられた。

69

難治性肝性脳症へのバンコマイシン内服投与が有効で肝細胞癌治療が可能となった1例

¹名古屋共立病院 消化器内科

○水谷 佳貴¹、竹田 欽一¹、葛谷 貞二¹、宇都宮節夫¹、
川田 登¹、今井 則博¹、池田 誉¹、広瀬 健¹

症例は80歳男性。H16年よりC型肝硬変、肝細胞癌にて定期通院中であった。肝細胞癌に対しては複数回のRFAあるいはTAEの治療をうけたが、次第に肝予備能が低下し、H18年10月24日を最後に肝細胞癌に対する治療が困難であった。一番の問題点は肝性脳症であった。便秘対策、アミノレバン点滴、ラクツロースおよびカナマイシン内服では脳症のコントロールは困難であった。血中アンモニア値は常に100 μ g/dl以上で、200 μ g/dlを超えることも多く、振戦、ふらつき、昏睡などの脳症治療でたびたび入院を繰り返すようになった。脳症の原因の一つは大循環シャントであると考えられ、BRTOを試みたが、血管の解剖学的問題からシャント閉塞は困難であった。バンコマイシン内服(500mg/dayを週2日)を追加したところ、血中アンモニア値は50 μ g/dl以下となり、脳症症状の改善も認めた。それと共に全身状態(食欲、体力など)も明らかに改善し、肝予備能(Child分類CからB)も改善した。その後バンコマイシン内服を週1回に減らしても経過良好であり、内服開始3ヶ月後に、肝S2とS4の肝細胞癌に対しTAEが可能となった。バンコマイシンは、大腸内細菌叢のうちウレアゼ活性を持つ嫌気性グラム陰性桿菌に対する感受性が高く、腸管内でのアンモニア産生を強力に抑えるといわれている。難治性肝性脳症へのバンコマイシン内服投与が有効で肝細胞癌治療が可能となった1例を経験した。医学部卒業年次 H17年3月

71

C型慢性肝炎に対するIFN治療著効後に肝細胞癌を発症した2例

¹名古屋第二赤十字病院

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

【症例1】74歳、男性。前立腺肥大で泌尿器科通院中、HCV抗体陽性を指摘され、当科受診された。2004年11月に肝生検を施行し、F1/A1であった。C型慢性肝炎と診断、同年11月よりPEG-IFN- α 2aを24週間投与しウイルス学的著効(SVR)を得た。2005年9月の腹部造影CTにて肝S5領域に直径50mm大の腫瘍性病変を指摘され、精査のため入院となった。腫瘍は血管造影では腫瘍染色像を認め、肝細胞癌(HCC)と診断した。手術を施行し治療切除された。その後近医で経過観察されていたが、2008年3月腫瘍マーカー(PIVKA-2)の上昇を指摘され、当院再受診となった。SPIO MRIを施行したところ、肝S3領域に直径10~15mm大の腫瘍性病変を認めた。再度HCCと診断し、2008年5月にTACEを施行しさらにPEITを追加した。その後は再発を認めず外来通院中である。【症例2】71歳、男性。他院にてC型慢性肝炎を指摘され、2002年6月よりIFNアルファコン-1による治療を2週間連日投与後、22週間施行しSVRを得た。2008年3月に腫瘍マーカー(AFP)の上昇を指摘され、精査目的で当院紹介受診となった。腹部造影CTでは肝S7に直径20mmの被膜を伴わないやや境界不明瞭な病変を認め、動脈相で濃染され、平衡相ではwash outされた。SPIO MRI施行したところ、T2強調画像で腫瘍は高信号で単発であった。血管造影では同部に腫瘍染色像を認め、CTA/CTAPの所見と合せて肝細胞癌と診断した。手術により治療切除され、その後は外来通院中である。C型慢性肝炎に対するIFN治療でSVR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。しかし55歳以上、男性、治療開始時に線維化の進行が認められる、アルコール飲酒者等の危険因子を有する症例では、IFN著効後の経過中に発癌する症例も散見される。SVR後の発癌、経過観察の方針について若干の文献的考察を加えて報告する。

¹三重大学 医学部附属病院 消化器肝臓病内科

○野尻圭一郎¹、田中淳一郎¹、別府 徹也¹、宮地 洋秀¹、
田中 秀明¹、米田健太郎¹、竹尾 雅樹¹、山本 憲彦¹、
藤田 尚己¹、杉本 和史¹、白木 克哉¹、竹井 謙之¹

症例は76歳の男性。1980年頃より検診で肝機能異常を指摘、定期的に経過観察されていたが1988年頃から肝機能障害増悪あり。精査の結果HCV抗体陽性指摘。その後は当院にて定期的に通院。1990年IFN-βによる加療が導入された。IFN導入前の腹腔鏡下肝生検所見は島田分類で#316、組織学的にはCAHであった。IFN-β 300万単位 8週間投与後SVRになり再燃することなく経過していた。2008年になりトランスアミラーゼの上昇を認める様になったことから、同年7月に腹部CTを施行。S8に20mm大の腫瘤を指摘され、精査加療目的にて入院。腹部血管造影、CTAP、CTHAにて、肝細胞癌と診断された。これに対して経カテーテル的動脈塞栓術及びラジオ波焼灼療法施行。尚、この際施行された肝生検で背景肝はChronic hepatitis (A0/F1)であった。

近年、C型肝炎に対する治療はIFN・リバビリンなどの登場により、より高率にSVRが得られるようになってきている。SVRはC型肝炎ウイルスの駆除を意味し、肝炎の沈静化、肝線維化の改善のみならず発癌抑制が期待されていると報告がある。しかし、近年SVR獲得後に肝細胞癌が発症したとの報告が散見されてきており、そのrisk factorとしては男性・高齢・肝線維化が報告されている。しかし、SVR獲得後10年以上経過したのち肝細胞癌発症症例は非常にまれである。これまでの報告からSVR後発癌の機序として、潜在的C型肝炎ウイルス感染や肝線維化そのものによる、もしくはSVR以前からのHCCの存在などが考えられるが、その機序は明らかになっておらず、今後更なる病態の解明が必要である。本症例のようにSVR後10年以上経過してからも肝細胞癌の発生を認めることがあり、SVR後も長期の経過観察が必要であると考えられた。

73 インターフェロン (IFN) 投与が原因と考えられた胃ポリープ出血の1例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科
 ○荒川 直之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、石川 大介¹、水谷 哲也¹、
 渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

症例は63歳男性。糖尿病および糖尿病性腎症のため当院に通院中であり、他医にて週3回の維持透析中であった。2008年1月には当院にて消化管内視鏡検査 (GIS) が施行されており、胃内に多発するポリープが認められ、同部の生検では過形成性ポリープの診断を得ていた。経過中に抗HCV抗体陽性であることを指摘され当科へ紹介となり、精査の結果、ジェノタイプ1b型、高ウイルス量のC型慢性活動性肝炎と診断した。慢性腎不全による貧血が認められたこと、血小板数が7~8万/ μ lと低値であったことから、2008年2月14日よりIFN α 製剤(1回300万単位、週3回、筋注)による少量長期療法を開始した。経過中は発熱などの副作用はほとんど認めず順調に経過していたが、2008年7月5日よりふらつきを自覚。7月8日にはHb 5.6 g/dlと貧血の進行を認めた。7月10日に入院。同日上部消化管内視鏡検査 (GIS) を施行したところ胃内にはポリープが多発しており、fornix のY-1型ポリープよりにじむような出血を認めた。このため出血部位をクリッピングにて処置し止血を確認して検査を終了した。IFNは中止とし、絶食とPPIを投与して経過観察を行った。翌日に確認のためのGISを施行したところ、前回クリッピングしたもからは出血を認めなかったが、処置したポリープとは異なるポリープから同様の出血を認めた。このため出血部に対して同様にクリッピングを行った。その後も1回クリッピング処置を追加した後に出血はなくなり、徐々に食事を開始し第19病日退院となった。その後外来にて経過観察を行っているが、急激な貧血の進行は認めていない。本症例においては、透析を行っていることなど消化管出血をきたしやすい状況にはあったが、IFN投与中止後には出血がみられていないこと、他に明らかな出血の誘因が見当たらないことから、IFN投与が胃ポリープからの出血の原因となっていると考えられた。IFN投与に伴う様々な副作用が報告されているが、消化管出血をきたしたという報告は少ないため報告する。(平成19年卒)

75 肝障害と胃粘膜障害を呈した Churg-Strauss 症候群の一例

¹J.A 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

症例は68歳男性。H20年6月になってから37℃台の発熱、関節痛、神経痛があり近医整形外科を受診。以前より胆石を指摘されていたが、肝障害の合併もあり、精査加療目的で6月17日当院紹介入院となった。入院時は白血球12180/ μ l、CRP 3.18mg/dlと炎症反応の上昇あり、また白血球分画では好酸球が25%と著明に上昇していた。各種肝炎ウイルスマーカーは陰性、抗核抗体は弱陽性であった。入院後も発熱が続き、その後腹部膨満感が出現。腹部CTにて腹水貯留と肝臓に地図状の低吸収域、胃の粘膜肥厚が認められた。上部消化管内視鏡検査にて胃の粘膜は著明に肥厚しており、生検にて好酸球の浸潤がみられた。また腹水中の好酸球も著明に上昇していた。グリチルリチン製剤にて保存的加療行い一旦は解熱傾向みられ、末梢血中の好酸球分画も低下が認められた。しかし6月30日より再度38℃の発熱がみられるようになり、血液検査で白血球16430/ μ (好酸球60%)と著明に上昇。MPO-ANCA陽性、PR3-ANCA陰性であり、肝臓の地図状低吸収域に対して肝生検を行ったところ、好酸球の組織浸潤が著しくアレルギー性肉芽腫性血管炎(Churg-Strauss症候群)と確定診断された。ステロイドにて治療開始し、その後は発熱みられず、また肝障害も軽快した。呼吸器症状はみられず、消化管病変と肝障害が主体であった。比較的特な症例と思われ、若干の文献的考察を含めて報告する。

74 IFN少量長期投与と瀉血療法が有効であったC型慢性肝炎の一例

¹名古屋共立病院 消化器内科、²名古屋共立病院 がん免疫細胞療法センター
 ○葛谷 貞二¹、竹田 欽一¹、宇都宮節夫¹、川田 登¹、
 池田 誉¹、今井 則博¹、水谷 佳貴¹、広瀬 健¹、
 石川 哲也²

【患者】78歳女性【主訴】ALT高値持続【現病歴】10年前から近医にてC型慢性肝炎に対しウルソ内服および強ミノ注射(週4回、3A回)で加療中であったがALT値200前後と高値が続くため、平成19年1月23日、当院に紹介となった。【既往歴】高血圧、胃潰瘍、帝王切開(このとき輸血した)【経過】初診時採血データでは、AST 141、ALT 234、T-Bil 1.1、alb 4.2、plt 13万、PT 86%であった。HCV RNAはgroup 1で2600 KIU/mlであった。エコーでは慢性肝炎の所見と軽度の脾腫を認めた。近医での肝庇護療法にもかかわらずALT値の高値が続く、このままでは肝繊維化の進行および発癌が危惧されるため、治療の変更もしくは追加が必要であった。IFN治療による根治療法も選択肢の一つであったが、難治性の1型高ウイルス量であること、高齢(78才)、近医での採血では血小板が10万前後であること、を考慮し、まずIFN少量長期投与を導入することにした。ベガシス注90 μ gを2週1回で投与開始した(通常投与量の4分の1)。ALT値は低下したが、80前後で下がり止まった(投与3~8回目)。フェリチン586と高値であり瀉血療法をIFN9回目投与から併用したところ、フェリチン値の低下と共にALT値は低下し、現在(投与25回目)ではALT 30前後と良好である。【結語】C型慢性肝炎に対するIFN治療の導入目的として、ウイルス排除という根治的治療目的以外にも、少量長期で用いることによりALT値を正常化させ、肝繊維化の進行を遅らせ、発癌予防目的としても有効な場合がある。今回、IFN少量長期療法に加え、瀉血療法も併用し経過良好であった1例を経験したので報告する。

76 繰り返し消化管出血、腹水、耐糖能異常を合併した術後門脈本幹閉塞に対して門脈ステントを施行した一例

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、濱村 敬介¹、高橋 好朗¹、田中 俊夫¹、
 小柳津竜樹¹

【症例】60歳、男性。【既往歴】56歳時、下眼瞼皮膚腫瘍手術。【現病歴】平成17年5月、膝頭部癌(stage 3)に対して膝頭十二指腸切除術が施行された。術後肺炎を発症し、平成19年1月に食道静脈瘤からの出血を認めた。門脈相対MRAを施行し原因精査した結果、門脈本幹が閉塞し、求肝性の門脈側副血行路が発達しcavernous transformationを形成していた。食道静脈瘤はEVLを頻回に施行し癒痕化した。その後消化管静脈瘤破裂によるものと思われる消化管出血を頻回に繰り返し、その度に輸血にて対処し、約1年が経過した。平成20年には消化管出血の頻度は増加し、多量の腹水貯留と肝萎縮、耐糖能異常を合併した。平成20年5月に開腹下に回腸より内視鏡を挿入し全小腸と大腸の観察を行った。その際静脈瘤の存在が疑われた回盲部・上行結腸に対しては外科的に切除した。さらに回腸静脈から経カテーテル的に門脈本幹にステントを留置した。その後の造影で門脈本幹は開通し、留置前は殆ど造影されなかった左肝動脈領域が造影され、側副血行路は造影されなくなったのを確認した。第14病日に退院となり、それ以来4か月以上経過したが消化管出血は一度も認めず、腹水は消失し、耐糖能異常も改善し、肝のサイズは元通りに再生した。【考察】門脈ステント留置により門脈圧亢進症による病態とQOLが飛躍的に改善した症例を経験したので報告する。

77 吐血にて発症した肝外門脈閉塞症の1例

藤田保健衛生大学 医学部 肝胆膵内科

○嶋崎 宏明¹、小林 恭子¹、有馬 裕子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

【はじめに】今回われわれ吐血にて発症し、肝外門脈閉塞症と診断した一例を経験したので報告する。【症例】17才女性【既往歴】特になし【現病歴】平成20年6月頃から食欲低下を認めていた。平成20年6月23日嘔吐、下痢を認め6月24日症状増悪し他院に入院。嘔吐時に吐血し緊急内視鏡施行されたところ食道静脈瘤を認めたと止血されていたため経過観察となっていた。6月25日再吐血をみとめpre shockとなり当院へ転送された。同日緊急内視鏡施行し食道静脈瘤(Lm, Lg-C, F2, Cb, RC+)をみとめたが、その時点では明らかな出血は認めず同日入院となった。入院時167cm 体重55.2kg 血圧96/50脈拍111 腹部は軟、右上腹部から臍部にかけて軽度圧痛、筋性防御なし、反跳痛なし。腹部超音波では肝門部にて門脈の蛇行を認め、脾腫を認めた。肝静脈、下大静脈明らかな閉塞は認めなかった。造影CTでは胃小弯側から下部食道に側副血行路を認め脾腎シャントを認めた。門脈の蛇行は高度であり門脈本幹の描出は良好ですが、左枝近位閉塞が疑われ、右枝では後区域枝は造影不良で閉塞が疑われた。肝静脈は描出良好、肝部下大静脈も描出良好で膜様狭窄も認めず。これらの結果より肝外門脈閉塞症に伴う胃、食道静脈瘤と診断した。その後外科転科にて脾臓摘出胃食道血行郭静術が施行され、術後経過順調であり退院となった。

78 赤痢アメーバ感染症の3例

1 碧南市民病院 内科
○内田 潔¹、西脇 毅¹

症例1は48歳男性。嘔気、発熱、右季肋部痛にて入院。CT検査にて肝右葉に5cm大の低吸収域を認め肝膿瘍と診断。右季肋部痛が増強したため、経皮的ドレナージを施行。薄茶色膿汁を鏡検すると多数の好中球を認めた。大腸内視鏡検査では上行結腸に潰瘍が散在していたが同部の生検からも虫体は認めなかった。後日血清赤痢アメーバ抗体価が陽性であることが判明したため、アメーバ性肝膿瘍と診断しメトロニダゾールを投与した。退院6ヵ月後、症状や炎症反応、CT検査上再燃所見を認めず、大腸内視鏡検査では潰瘍は消失していた。症例2は49歳男性。30歳時に梅毒の治療歴。発熱、心窩部痛あり入院。CT検査にて肝左葉内側区域に3cm大の低吸収域を認めた。血清赤痢アメーバ抗体が陽性であったのでメトロニダゾールを投与、心窩部痛及び炎症反応は消失した。下痢・血便はなく便潜血は陰性だった。退院3ヵ月後CT上低吸収域は均一化し経過観察中である。症例3は31歳男性。血性下痢にて入院。大腸内視鏡検査では、直腸から全結腸にかけてびらん潰瘍を認めたが、血管透見像を有する正常粘膜が介在していた。同部生検にてアメーバ虫体を認め、メトロニダゾールを投与、2日後には便は正常となった。自験例は本年1～2月に関連なく当院を受診され、職業や生活環境も異なり、周囲に感染症状を有する人はなく、海外渡航歴や同性愛などの習慣もなかった。愛知県で昨年7月からの1年間に感染症法に基づき届出のあったアメーバ赤痢99例中、腸管型では鏡検法が89%で陽性であり、血清抗体のみ陽性であったのは7%であったのに対し、腸管外型では鏡検法は24%で陽性、血清抗体のみ陽性のものが76%を占めた。本症は近年増加傾向にあり海外渡航歴や性的感染の明らかでない症例も多い。血清抗体は本症の確定診断にも除外診断にも有用であり、肝膿瘍を認めた際には行うべき検査であると考えられた。

80 Fitz-Hugh-Curtis 症候群の1例

1 名古屋セントラル病院 消化器内科
○神谷 友康¹、佐藤 寛之¹、真鍋 孔透¹、桶屋 将之¹、
安藤 伸浩¹、川島 靖浩¹

【目的】今回我々は急性腹症の鑑別診断としてあげられる、Fitz-Hugh-Curtis 症候群を典型的な画像検査で診断しえた1例を経験したため報告する。【症例】43歳女性、主訴は右上腹部痛と発熱であった。既往歴にアルコール性肝障害、平成20年6月にクラミジア頸管炎と診断され、内服治療を受けた。【現病歴】平成20年7月13日より右上腹部痛自覚し、14日から発熱。改善しないため、15日近医受診したが、16日腹膜刺激症状認められ、精査加療目的で当科紹介、救急搬送され入院となる。入院時現症は腹部所見として平坦、右季肋部やや緊張、圧痛認め、反跳痛軽度であった。血液検査所見では軽度炎症反応を認めた。肝機能障害は認めなかった。画像検査においては、腹部単純CTで肝表面に弦状の低吸収域層がみられ、造影CTでは同部に造影効果を認めた。腹部超音波検査では肝周囲に浮腫・炎症を思わせる低吸収域を認めた。CTでの所見が典型的な violin string adhesion を疑うものであり、肝周囲以外に疼痛の原因となる気質の疾患を認めないため、Fitz-Hugh-Curtis 症候群を疑い、シプロフロキサシン600mg/日にて点滴治療開始したところ、数日で発熱。右季肋部痛も軽減したが、軽度継続。治療に伴い、画像での肝周囲所見は消失傾向。追加で行ったクラミジア・トラコマティス抗体はIgA、IgGとも陽性であった。なお、以前に頸管炎と診断された際の膈スワブクラミジアDNA検査は陽性であったが、今回の入院中に施行されたクラミジアDNA検査は陰性であった。【考察】性行為感染症の増加に伴い、女性のクラミジア感染症は増加している。Fitz-Hugh-Curtis 症候群はクラミジア・トラコマティスによる感染が肝周囲に及び、起こる病態と考えられており、今後増加すると思われる。本症例では肝周囲の画像検査、特に造影CTにおいてFitz-Hugh-Curtis 症候群を極めて強く疑うことができ、早期に効果的な治療を行うことができた。【結語】若年女性の急性腹症においては、Fitz-Hugh-Curtis 症候群も念頭におくべき疾患のひとつであり、特徴的画像などを認識しておく必要がある。【平成20年卒】

79 診断および治療に腹腔鏡下手術が有用であった Fitz-Hugh-Curtis 症候群の1例

1 名古屋共立病院消化器内科、2 名古屋共立病院消化器外科、3 名古屋大学消化器内科学
○池田 誉¹、竹田 欽一¹、宇都宮節夫¹、葛谷 貞二¹、
川田 登¹、今井 則博¹、水谷 佳貴¹、広瀬 健¹、
服部 浩次¹、寺下 幸夫²、森 亮太²、齋藤慎一郎²、
後藤 秀実³

【症例】40歳女性【主訴】右季肋部痛、発熱【既往歴、家族歴】特記事項なし【嗜好歴】アルコール；ビール瓶2本/日、喫煙なし【現病歴】1週間前より右季肋部痛および発熱が続き、当院外来を受診した。採血検査では肝機能障害および炎症反応上昇が見られた。精査加療目的で同日入院となった。【来院時身体所見】右季肋部、肋骨弓に沿って広範囲に著明な圧痛あり。腹膜刺激症状なし、明らかな発赤、腫脹、内出血、皮疹なし。深吸気および咳によって右季肋部痛は増強した。不正性器出血あり。【来院時検査】腹部US、胸部腹部CTにて胆石などの腹痛の原因は確認できなかった。肝表面に軽度な造影効果を認めた。肋骨骨折、胸膜炎なし。採血検査ではAST125U/L、ALT243U/L、ALP420U/L、γ-GPT438U/LとCRP7.9mg/dlであった。【経過】臨床症状、検査結果からFitz-Hugh-Curtis 症候群を疑った。LVFX300mg/日+CTX2g/日を第1日から投与開始。クラミジア・トリコモナス抗体IgA・IgGともに(+)でありクラミジアの活動性感染と判断した。入院7日後には解熱し、CRP 0.7mg/dlと炎症反応も低下した。しかし、右季肋部痛は持続し、鎮痛対策としてNSAIDs 1日4回内服が必要であった。このため確定診断および治療目的で入院18日後に腹腔鏡下手術を実施した。肝表面と横膈膜にピアノ線様の癒着を認め、剥離した。術後著明に、疼痛症状は改善した。【結語】腹腔鏡下手術が、確定診断および治療に有用であったFitz-Hugh-Curtis 症候群の一例を経験した。筆頭演者：平成17年卒 池田 誉

81 無症候性の Chronic Active Epstein-Barr Virus infection の一例

1 豊橋市民病院 消化器内科
○田中 卓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

慢性活動性EBウイルス感染症(Chronic Active Epstein-Barr Virus infection: CAEBV)は、EBウイルス(Epstein-Barr virus: EBV)が慢性的に体内で活動、増殖を続ける稀な疾患である。血球貪食症候群の併発や多臓器不全、悪性リンパ腫などを発病することで数年から十数年で高い致死率を示す予後不良の疾患と報告されている。今回、CAEBVの一例を経験したため、文献的考察をふまえて報告する。【症例】41歳女性。【主訴】健診異常。【家族歴・既往歴】特記事項なし。【現病歴・経過】平成20年の健診を受けた際、血液生化学検査で肝障害を認めため近医を受診した。腹部超音波検査、腹部CT検査を行い精査するも脾腫を認めるのみであり、肝の形態異常などは認めずHBV、HCVも陰性であった。脾腫精査目的に当院血液内科に紹介受診したが腫瘍性の脾腫は否定的であり、当科紹介となった。血液生化学検査では肝逸脱酵素の軽度上昇、胆道系酵素の軽度上昇を認めた。抗核抗体は数度上昇を認めたが免疫グロブリンは正常であった。GIFを施行したところ食道静脈瘤(LmFOCBrc2)を認めたため、食道静脈瘤治療目的および肝障害精査目的に入院となった。EVLを施行後、肝障害の原因検索として肝生検を施行した。グリッソ周囲、肝実質にT-cellの浸潤を認め、肝の部分的壊死を認めた。血液生化学検査にてEBV-EA-IgG陽性/EBV-VCA-IgG陽性であり、慢性的EBウイルス感染症が示唆された。肝生検組織へのEBER追加にて病変部中心でEBV陽性であり、血中EBVも 7.6×10^4 copy/mlと高値を認めた。これらの結果を併せてCAEBVとの診断に至った。【結語】今回、我々はCAEBVの一例を経験した。CAEBVでは、持続する伝染性単核球症症状や蚊アレルギーなどの特徴的な症状が出現することがあるが、本例ではそのような所見は見られず脾腫と軽度肝障害のみであった。頻度は少ないが、既知の疾患以外での肝障害や脾腫を認める場合、臨床症状に乏しくてもCAEBVに関する検査を行う必要性が示唆された。

82 腹痛を契機に発見された限局性結節性過形成の1例

¹半田市立半田病院 内科

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

【はじめに】限局性結節性過形成(以下FNH)は、肝硬変を伴わない肝臓に表在性・単発性に発生する良性の腫瘍である。若年女性に多く、欧米では比較的頻度の高い疾患である。本邦でも近年症例が増加している。【症例】31歳、女性【主訴】腹痛・心窩部痛【既往歴】特記すべき事なし【現病歴】平成20年3月31日感冒症状にて近医受診時腹痛精査のため腹部超音波検査を行ったところ肝右葉に腫瘤を認め、精査目的にて当院紹介となった。【各種検査】[生化・腫瘍マーカー]AST・ALTの上昇を認めず、AFP・PIVKA2はいずれも正常範囲内であった。[腹部ダイナミックCT]肝右葉後区域に径約50mm×60mm大の楕円形の腫瘤影を認め、中心部に星芒状の低吸収領域を認めた。[リゾビストMRI]CT同様に中心部に星芒状の陰影を認めた。腫瘍の内部はT2強調像にて肝実質より若干高信号、T1強調像にて若干低信号ではほぼ均一であり、腫瘤の辺縁はT2強調像において高信号、T1強調像において低信号を示し、リゾビストのクッパー細胞による取り込みの低下を認めた。[ソナゾイドを用いた経静脈的造影超音波]カラードップラーでは車軸状及び辺縁に強い血流を認め、造影では動脈相において辺縁及び中心より造影され次第に車軸状に周囲に広がる所見(spoke-wheel appearance)を認め、クッパー相にて欠損像は認めなかった。【まとめ】今回は典型的なFNHの一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

84 下顎肉腫扁平上皮癌肝転移の一例

¹朝日大学村上記念病院

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

症例は77歳男性。平成10年10月14日S5の肝細胞癌で部分切除の既往があり、C型肝硬変で経過観察中、平成18年5月2日右下顎部腫瘤を主訴に当院口腔外科を受診し、右下顎肉腫扁平上皮癌、頸部リンパ節転移と診断し、化学療法と外科的切除を施行。その後、間質性肺炎、帯状疱疹で入院を繰り返していたが、平成19年11月12日腹部CT検査で肝S7に20mm大の単発のSOLを認め、精査治療目的で入院。US、CT、CTA、CTAP、MRI検査施行し、典型的な肝細胞癌の画像所見ではなかったが、経過からも肝細胞癌の再発を疑い、腫瘍生検とRFA治療を施行した。生検組織は低分化adenocarcinomaや低分化hepatocellular carcinomaとの鑑別が難しい病理像であったがサイトケラチン染色を施行し、低分化squamous cell carcinomaと診断し、右下顎肉腫扁平上皮癌の肝転移と診断した。下顎肉腫扁平上皮癌の肝転移は稀であり、非典型的な画像所見と組織像を示し、診断に難渋した症例を経験したので文献的考察も含め報告する。

83 診断に苦慮した肝腫瘍の一例

¹三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科

○宮地 洋英¹、別府 徹也¹、野尻圭一郎¹、田中淳一郎¹、
米田健太郎¹、田中 秀明¹、竹尾 雅樹¹、山本 憲彦¹、
杉本 和史¹、藤田 尚己¹、岩佐 元雄¹、小林 由直¹、
白木 克哉¹、竹井 謙之¹

【症例】54歳、女性。【主訴】肝腫瘍精査目的。【既往歴】新生児仮死、生下時より母斑あり、平成20年1月強皮症、Klippel-Trenaunay症候群。【現病歴】平成20年1月より強皮症、Klippel-Trenaunay症候群にて当院皮膚科通院していた。精査中、肝S7に径22mmの腫瘤を認め、当科紹介、精査目的に入院した。【現症】身長161.0cm、体重63.1kg、体温36.2℃、血圧125/76mmHg、脈拍69/分、整。腹部は平坦、軟。肝脾を触知せず。浮腫無し。【入院時検査所見】WBC357/μl、RBC425万/μl、Hb11.7g/dl、Hct37.0%、PLT28万/μl、PT102.4%、ALB3.6g/dl、AST14IU/l、ALT10IU/l、LDH70IU/l、ALP209IU/l、γ-GTP21IU/l、T-Bil0.5mg/dl、肝炎ウイルスマーカー陰性、ANA陽性、AMA陰性、AFP3.9ng/ml、PIVKA215mAU/ml、血中コルチゾール3.2μg/dl、ACTH5.0pg/ml以下、血中カテコラミン3分画 アドレナリン15pg/ml ノルアドレナリン361pg/ml ドーパミン12pg/ml、血中アルドステロン40.2pg/ml。【画像所見】CT:腫瘤は不均一な低から等吸収域の成分が混在し、早期相では不均一に一部肝と同等に造影、後期相では濃度低下した。MRI: T1WIにて肝実質とほぼ等信号、T2WIにて淡い高信号。腹部血管造影検査:CTAPでdefect、CTHAでは辺縁の一部が造影、遅延相では遷延性造影効果は確認できず。右上下副腎動脈造影:副腎より頭側に腫瘍濃染を認める。副腎皮質シンチグラム:右副腎とその頭側に集積、左副腎集積ははっきりせず。副腎髓質シンチグラム:異常集積を認めず。【経過】CT、MRI、腹部血管造影にて精査したが、確定診断には至らず、肝腫瘍生検を施行した。生検の結果、非腫瘍性正常肝組織と薄い線維性組織で介されて副腎皮質類似組織が採取された。副腎様組織部分に少数の胆管構造を含んでおり、肝内病変と考えられ、adrenal rest tumorが疑われた。adrenal rest tumorは腫瘍化することが知られ、癌化例の報告もあり、また副腎腫瘍の肝浸潤も否定しきれない事から、手術加療を選択した。当院肝胆外科にて肝S7部分切除並びに、腫瘍は肉眼的に右副腎と連続しており、右副腎合併切除を行った。術後、内分泌異常は呈さず経過している。切除標本の検討により、副腎腺腫の肝浸潤と診断した。【結語】診断に苦慮した肝腫瘍の一例を経験したので報告する。

85 肝機能障害にて発症したNK/T cell lymphomaの一例

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、
北昌 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

61歳女性。【既往歴】13歳、急性虫垂炎。58歳、左下腿静脈瘤。【生活歴】喫煙なし、ビールを1日3〜4杯【現病歴】平成20年2月末頃より、感冒症状あり、近医で抗生剤、鎮咳薬等を処方されていた。また、この頃より全身倦怠感、食思不振が出現した。3月上旬より褐色尿を自覚。3月21日、食事摂取不良となり嘔気、嘔吐が出現したため近医受診したところ黄疸を指摘された。3月24日、近医にて精査した際、肝脾腫、肝機能障害、血小板減少等を指摘され、劇症肝炎の疑いにて当院へ救急搬送、精査・加療目的に入院となった。【入院時血液検査所見】AST397IU/L、ALT393IU/L、LDH702IU/L、ALP5289IU/L、γ-GTP402IU/L、T.Bil13mg/dL、D.Bil9.0mg/dL、WBC5840/μL、Hb10.7g/dL、Plt2.4万/μL、PT-%83.7%、ヘパラスチン111.2%【入院時画像所見】上腹部CT:肝脾腫を認めたが肝内には占拠性病変を認めず、脾臓内にはまだらに低吸収域を認めた。【入院後経過】血液検査上は胆汁うっ滞型の肝障害であったが、MRCPでは異常所見を認めなかった。入院後の血液検査にて肝炎ウイルスマーカー、EMV、CMV、ANA、AMA陰性を確認し、3月27日、経皮的肝生検を施行した。病理所見はGlisson域を中心に異型単核細胞浸潤と、それによる肝細胞壊死を認め、免疫染色ではCD20(-)、CD3(+)、CD56(+)、Bcl2(+)、CD10(-)、CD5(+))であり、病理診断はNK/T cell lymphomaであった。3月31日、当院血液内科に転科し化学療法を施行したが、徐々に肝不全進行し全身状態悪化を認め、4月11日、永眠された。【考察】今回、肝機能障害で発症、早期に肝生検することにより診断し化学療法を施行することができたNK/T cell lymphomaの1例を経験した。原因不明の急激な肝機能障害を認めた場合は悪性リンパ腫も鑑別へ上げ、早期に肝生検を行い診断確定、治療を開始することが重要であると考えられた。

¹医療法人山下病院 内科、²医療法人山下病院外科、³藤田保健衛生大学第二教育病院 内科

○江藤 奈緒¹、瀧 智行¹、富田 誠¹、小田 雄一¹、
馬淵 信行¹、山村 健史¹、服部外志之¹、中澤 三郎¹、
白井 量久²、片山 信²、乾 和郎³

【症例】60歳、女性【既往歴】11年前胆石症で胆嚢摘出術施行、高血圧治療中【嗜好歴】アルコール多飲【現病歴及び経過】平成19年11月15日にタール便と貧血にて近医より紹介され当院に受診した。緊急内視鏡検査を施行し出血性胃潰瘍が認められ入院となった。入院中にスクリーニング目的で腹部超音波検査（以下US）と造影CTを行ったところ異常が指摘された。USでは肝S6に20mmの低エコー腫瘤を認め内部は不均一であった。造影CTでは造影効果のある腫瘍であり肝細胞癌を疑った。MRIではT2で淡い高信号、T1で肝臓と同一信号であり、早期に濃染され後期にwash-outされた。胃潰瘍が改善したため一旦退院し、3ヶ月後にダイナミックCTを施行した。結果MRIと同様の造影効果を示したがサイズの増大などは認めなかった。造影USでは腫瘍辺縁から全体に強く染影され、数秒でwash-outされた。SPIOでは腫瘍は網内系の欠落所見として検出された。画像診断上は非典型的な肝血管腫も考えられたが最終的に肝細胞癌と診断し平成19年6月9日に肝S6部分切除術を施行した。腫瘍は肝表面に存在する黄色調の結節性病変で、術中右副腎との連続性が確認された。病理診断は副腎腺腫であった。肝細胞癌と画像上鑑別を要した副腎腺腫は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

87 喉頭小細胞癌を合併した自己免疫性肺炎の1例

¹愛知県厚生連 豊田厚生病院
 ○松崎 一平¹、大久保賢治¹、森田 清¹、竹内 淳史¹、
 金沢 宏信¹、島田礼一郎¹、中平 健一¹、伊藤 隆徳¹、
 西村 大作¹、片田 直幸¹

症例は57歳男性、主訴は心窩部痛と黄疸。既往歴は狭心症、脂質異常症。2007年4月頃より咽頭の違和感を自覚し、当院耳鼻咽喉科にて喉頭蓋の肉芽より生検を施行したが、悪性所見を認めず経過観察とされていた。2008年3月中旬より心窩部痛、黄疸を認め精査目的のため入院となった。腹部超音波検査で脾のびまん性腫大及び周囲の微小リンパ節を認めた。腹部CT検査では脾全体のソーセージ様腫大を認め、脾尾部は被膜様構造を呈した。ERCPでは主膵管狭細像、下部胆管狭窄を認め減黄目的にてERBDを挿入した。IgG4 459mg/dlと上昇を認め、自己免疫性肺炎を疑い4/12よりプレドニゾロンを30mg/dayから開始した。画像上改善を認め、以後漸減し経過良好であった。6月頃より咽頭の違和感が増悪し再度喉頭の腫瘍より生検を施行したところ、小細胞癌と診断された。CT、FDG-PETにて両側頸部リンパ節の腫脹を認め、同部位からも異型細胞を認めた。今後、化学療法予定である。今回我々は喉頭小細胞癌を合併した自己免疫性肺炎の1例を経験したので若干の文献考察を加え報告する。(平成16年卒)

88 自己免疫肝炎に合併した腫瘍形成性肺炎の一例

¹三重県厚生連 いなべ総合病院 内科
 ○飯尾 悦子¹、埜村 智之¹、竹園 康秀¹、伊藤 康司¹、
 落合 敏広¹、片野 晃一¹

症例は63歳男性。糖尿病にて近医で食事運動療法のために通院中平成20年6月始め頃よりAST、ALTが上昇傾向を示し、7月9日当院紹介受診された。AST/ALT=246/492、ALP/γGTP=365/136。腹部超音波で門脈周囲の低吸収領域あり、急性肝障害と診断した。腹部CTで脾尾部に造影される34×22mmの腫瘍性病変を認め、腹部MRIでT1DWIで軽度低信号、T2DWIで高信号、拡散強調像で軽度高信号、MRCPで腫瘍内を貫通する主膵管に狭窄拡張像を認めた。7月10日精査目的に入院となった。飲酒歴・常用薬なし。Hbs抗原陰性、Hbs抗体陽性、HCV抗体陰性、HAV-IgM抗体陰性サイトメガロウイルス、EBウイルスは既往感染であり、各種ウイルス性肝炎は否定的であった。IgG/IgA/IgM=2059/537/70。抗核抗体60倍であり、自己免疫性肝炎が疑われたため、肝生検検査後PSL30mg/日内服を開始したところ肝機能は速やかに改善した。脾腫瘍はステロイド開始と共に縮小をみとめ腫瘍形成性肺炎が疑われた。なお肝生検ではPBC、PSCは否定的であり自己免疫性肝炎に特徴的な所見は認めず、IgG4は71.4mg/dlと正常範囲であった。今回我々は自己免疫性肝炎に合併した腫瘍形成性肺炎を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

89 明らかな膵管狭細像を認めず嚢胞形成を伴った限局性自己免疫性肺炎の1例

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

[症例] 67歳、男性。[主訴] 左季肋部膨満感。[既往歴] 60歳時より痛風。[飲酒歴] 機会飲酒程度。[現病歴] 2008年4月中旬より左季肋部膨満感が出現し近医受診。GIFで異常は認められなかったが腹部CTにて脾尾部に嚢胞を認め、肺炎および仮性嚢胞疑いで当科紹介となった。[現症] 身長170cm、体重51.3Kg、体温36.7℃。唾液腺は触知せず、腹部は平坦・軟。[血液検査成績] 肝胆道系酵素正常、Amy 142 IU/l、lipase 81 U/l、trypsin 681 ng/ml、γ-glob. 2.1 g/dl、IgG 2123(IgG4 694) mg/dl、抗核抗体 80倍、抗DNA抗体 3.4 IU/ml、腫瘍マーカー正常。[画像所見] 腹部CT：脾頭部に異常は認めず、尾部は腫大し僅かに造影不良であった。最尾側には直径1cmと2cmの嚢胞を2個認めた。腫大部に一致して脾静脈は閉塞していた。MRCP：頭部主膵管および胆道系に異常は認められなかった。尾部はT1及びT2ともややlow intensityに腫大し、主膵管は描出されなかった。嚢胞の形態はU字型の単房性であった。超音波内視鏡：脾頭部及び胆道系に異常は認めなかった。尾部は肥厚した被膜様構造を伴ってlow echoicに腫大しており、主膵管は描出されなかった。嚢胞に壁肥厚や結節性変化は認めなかった。ERCP： Vater乳頭からは体部主膵管までしか造影されず深部挿管による造影剤の圧入で尾部主膵管が描出されたが、明らかな狭細像は認められなかった。また嚢胞は造影されなかった。[経過] 以上より総合的に脾尾部に限局した自己免疫性肺炎と貯留性嚢胞と診断した。自覚症状が軽微であること、胆管病変による閉塞性黄疸や他の活動性のある自己免疫性疾患を伴わないことなどからステロイド投与は行わず、現在、血液・画像検査にて外来経過観察を行っている。

90 横行結腸狭窄と小腸結腸瘻を合併した急性肺炎の1例

¹岐阜赤十字病院 外科、²岐阜赤十字病院 内科
 ○池田司浩臣¹、高橋 豊¹、丹羽真佐夫¹、松井 雅史¹、
 辻本 浩人¹、飯田 豊¹、片桐 義文¹、鬼塚 博義¹、
 松下 知路²、高橋 祐司²、伊藤陽一郎²、中村 俊之²

腸閉塞で発生した横行結腸狭窄と小腸結腸瘻を合併した急性肺炎の1例を経験したので報告する。症例は73歳、男性。主訴は食欲不振、下血。既往歴は平成7年、急性肺炎。平成12年、左肺癌で左肺全摘をうけ平成17年再発で現在化学療法中であった。現病歴、平成20年4月食欲不振で当院に搬送され入院した。腹部CT検査で脾頭部に低吸収域を認め周囲の脂肪濃度に上昇、脾尾部に石灰化病変を認めた。血液検査で、炎症反応上昇しアミラーゼは1025IU/lと高値を示した。横行結腸に壁肥厚を認め急性肺炎による周囲への炎症の波及と診断した。保存的に治療し脾周囲の炎症は軽快したが、結腸の壁肥厚があるため6月に下部消化管内視鏡検査を施行した。横行結腸脾彎曲部に全周性の狭窄病変を認め、易出血性で同部より口側にはファイバーは通過しなかった。注腸造影検査で脾彎曲部に全周性の狭窄病変を認め、狭窄部より小腸が一部造影された。細胞診はclassIIであった。大腸腫瘍性病変による腸閉塞または肺炎波及による横行結腸狭窄による腸閉塞を疑われ外科に転科あいた。経口摂取が不能のため、2008年8月開腹手術を施行した。術中所見では左結腸口側に全周性の狭窄を認めた。左結腸曲、脾門部、脾尾部に強固な癒着を認め、同部にトライツ靱帯より20cm肛門側の空腸が癒着していた。手術は狭窄結腸切除+人工肛門造設術を施行した。肺炎波及による横行結腸狭窄による腸閉塞と、炎症による小腸結腸瘻と考えられた。大腸癌による腸閉塞との鑑別を要した横行結腸狭窄と小腸結腸瘻を合併した急性肺炎症例を経験したので報告する。平成18年卒

91 重症急性膵炎より NOMI をきたし、救命しえた 1 例

江南厚生病院 外科

○山村 和生¹、石樽 清¹、林 直美¹、石田 直子¹、
二宮 豪¹、加藤 公一¹、平井 敦¹、飛永 純一¹、
黒田 博文¹、伊藤 洋一¹

症例は38歳、男性。腹痛、腹部膨満、嘔吐を主訴に当院救急外来を受診した。来院時、JCSI-1、収縮期血圧 76mmHg、心拍数180/分でショック状態であった。腹部全体に圧痛と筋性防御を認め、急性汎発性腹膜炎の状態であり、経鼻胃管の挿入にて、赤褐色の排液を認めた。血液生化学所見では血清アミラーゼ値が1696IU/lと高値であり、血糖値が1766mg/dlと著しい高値であった。血液ガス分析ではBE -18.6mmol/lと高度の代謝性acidosisを認めた。腹部造影CTでは、膵の腫大と周囲の炎症性変化を認め、下部小腸と右側結腸が造影されず、広範な門脈ガス血症を認めた。また上腸間膜動脈の狭小化を認めた。以上より、急性膵炎に伴った腸管壊死と診断し、緊急開腹手術を施行した。開腹すると腹腔内はチーズが腐ったような刺激臭が充満しており、膵頭部周囲に混濁した腹水の貯留を認めた。回腸末端約1mから右半結腸までの壁が菲薄化しており、血流障害のために白く変色していたため、同部を切除して端々吻合し、吻合部より約20cm口側に減圧チューブを留置した。膵頭部は暗色であり周囲には壊死物質を認め、可及的にdebridementを行った。術後はARDS、MOFとなったが、集中治療に反応し軽快が得られ、現在リハビリ訓練中である。切除標本の病理組織学的所見では、粘膜の血流障害がみられたものの血栓・塞栓は認めず、非閉塞性腸管虚血症 (NOMI) と診断された。重症急性膵炎の腸管合併症はまれであり、中でも膵壊死に引き続く腸管壊死は致死率約60%といわれ、非常に予後不良であるとされる。今回我々は、重症急性膵炎よりNOMIをきたし、救命しえた1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

92 急性膵炎を発症した膵嚢胞性胎生期遺残病変の一例

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¹、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30歳代女性。主訴は上腹部痛。5年ほど前に急性膵炎の既往がある。喫煙歴、飲酒歴はない。外観は肥満体型。2008年4月朝から持続する腹痛を認め、近医受診を受診し急性膵炎の再発の疑いで当院へ紹介となった。造影腹部CT検査では急性膵炎像を呈し、膵頭部には嚢胞性病変を認めた。入院、絶飲食、大量補液、蛋白分解阻害剤全身投与、抗生剤点滴による治療を行い、膵炎改善後に嚢胞性病変の精査を行った。超音波内視鏡検査(EUS)では、膵頭部に約3cm大の鉄アレイ状の低エコー腫瘍として描出され、病変尾側に大きなpapillary growth様の結節を認めたが、Sonazoid〇Rで造影を行うと低エコー部位は縮小し、尾側のpapillary growthに見えた領域は全く造影されず大量のmucus clotと判断された。内視鏡的逆行性膵管造影検査では、主膵管と交通する多房性の嚢胞を認めた。引き続き施行した膵管内超音波検査では、EUSに比して若干高エコーな腫瘍として描出された。EUS、ERCPともに脾の他部位に病変を認めず、主膵管径は正常範囲内であった。以上より、再発性の急性膵炎を惹起する膵IPMNを第一に考え、手術適応と判断し同月下旬PHRS、脾胃吻合術を施行した。病理組織学的に明らかな悪性像や積極的に腫瘍とする所見は見られず、嚢胞内には層状に結晶化した好酸性物質を有していた。嚢胞自体は平滑筋層に囲まれ、大部分は破綻している壁の一部では腺窩上皮と幽門腺からなる胃粘膜類似様構造を示しており本病変は胎生期遺残病変であると考えられた。

94 子宮筋肉腫術後10年で発症した転移性腓骨滑筋肉腫の1例

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

【症例】67歳、女性。【主訴】心窩部不快感【既往歴】57歳 子宮筋肉腫 手術【現病歴】平成20年3月下旬、心窩部不快感にて前医受診、腹部超音波検査にて膵体部にのう胞性病変を指摘された。本人の希望にて当院紹介受診、精査目的で6月上旬入院した。【入院後経過】腹部造影CTでは、膵体部に径34mm大の造影効果のある充実性腫瘍を認め、内部には壊死領域の存在が疑われた。明らかな転移を疑わせる病変は認めなかった。ERPでは膵体部主膵管が頭側に偏位、圧排され尾側膵管は軽度拡張していた。EUSでは、境界明瞭、内部不均一な低エコー性充実性腫瘍として描出され、ソナゾイドで不均一な造影効果を認めた。EUS像からはまずSCN、SPT、Aciner cell tumorなどが鑑別にあがったが、FNAで得られた検体では紡錘形細胞が束状配列し、GISTが疑われた。8月5日膵体尾部切除術が施行された。切除標本で免疫染色した結果、平滑筋肉腫と診断された。脾の閑葉系腫瘍は頻度が低く、超音波像が内部不均一であったことから、画像所見のみでは閑葉系腫瘍は鑑別に挙がらなかったが、FNAを行った結果閑葉系腫瘍と判明、FNAが診断確定に有効であった。10年前に子宮筋肉腫の治療がおこなわれており、臨床的に転移性病変と考えられた。転移性膵腫瘍の中でも子宮筋肉腫が原発となることは稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

93 逸脱した膵管ステントによる穿孔性後腹膜膿瘍の1例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科
 ○菅江 崇¹、杉本 博行¹、山田 豪¹、相谷 英樹¹、金住 直人¹、野本 周嗣¹、竹田 伸¹、中尾 昭公¹

ERCP後膵炎の予防として、膵管ステント挿入の有効性が近年報告されているが、合併症に関する報告はこれまでのところ少ない。今回我々はステントが逸脱して十二指腸に穿孔し、後腹膜膿瘍を形成した1例を経験したので報告する。症例は75歳、女性。心窩部痛にて前院受診し、胆管炎の診断で入院。絶食と抗生剤にて炎症軽快の後に精査目的でERCPが施行された。胆管へのカニューレーションは困難で、ERCP膵炎の予防目的で膵管ステントを留置して終了した。4日目より経口摂取を開始されたが、その2日後より右季肋部から背部に疼痛出現したため、再度絶食と抗生剤投与が行われた。下部胆管狭窄の精査目的で当院消化器内科へ紹介転院となった。転院時に撮影したCTで、ステントは十二指腸から空腸にかけての部位まで逸脱しており、先端は腸管外にあると思われた。後腹膜膿瘍の診断で緊急手術を施行し、十二指腸第IV部の穿孔部からチューブを摘出した。穿孔部は単純縫合閉鎖が可能で、膿瘍腔にドレーンを留置して手術を終了した。術後経過は順調で12PODに退院となった。医学中央雑誌で検索し得た限り、膵管ステントの逸脱穿孔例は報告が無く、若干の文献的考察を加えて提示する。

95 MCNとの鑑別が困難であった macrocystic type SCN の1例

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

【症例】39歳、女性。2007年7月頃から心窩部痛を自覚していた。経過観察をしていたが、改善されないため同年11月に近医を受診した。腹部超音波検査にて膵体尾部に嚢胞性病変を指摘され、精査加療目的にて当院紹介となった。腹部超音波検査にて膵体尾部に類円形の嚢胞性病変を認めた。腹部CTでは嚢胞隔壁は菲薄で、嚢胞内部には造影効果を伴う腫瘍は認めなかった。石灰化も認めなかった。超音波内視鏡では病変は多房性に描出され、内部エコーは無エコーで均一、嚢胞内部には明らかな結節やdebrisなどを認めなかった。造影を行うと、隔壁の造影効果を認めたが、周囲膵組織と比べ同程度の造影効果であった。MRIにおいて嚢胞は、T1 low、T2 high of the water signalであった。形態的には、類円形で、中心となる3cm大の嚢胞周囲に小嚢胞を認めた。ERCPにて乳頭開口部の開大、粘液の排出は認めなかった。ERPでは、主膵管の拡張はなく、膵管内に粘液は認めなかった。以上より、年齢、性別、脾の発生部位、画像診断を総合して、典型的とは言えないもMCNを最も疑い、膵体尾部脾合併切除を行った。病理組織像では腫瘍は異型の乏しい、小型で立方から扁平な細胞が単層に被覆する嚢胞性病変で、明らかな卵巣様間質は認めず、粘液細胞も認めなかった。免疫染色は、エストロゲン(-)、CD10(-)、MUC6(+), α-inhibin(+). 病理所見を総合して、SCNと診断された。

【考察】 macrocystic type SCNはMCNやIPMNと嚢胞の形態が類似し、central stellate scarや豊富な血流が認められないため、鑑別が困難であるが、MCNは全体を包む線維性被膜が明瞭であるのに対し、SCNは被膜が薄く腫瘍辺縁部に微小嚢胞を伴う。病理結果から考察すると、共通の被膜を有していない嚢胞部分も存在しており、その部分に着目して詳細な術前検査を行えば、MCNとの鑑別は出来た可能性がある。このような症例では、SCNも鑑別の1つにあげることが重要と思われる。

96 選択的動脈内カルシウム注入試験が診断に有用であったインスリノーマの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、³三重大学 医学部附属病院 肝胆脾外科

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

症例は38歳男性。2008年3月バイクの運転中に意識消失発作を起こし、近医に救急搬送され低血糖を指摘された。腹部CTにて脾鉤部に造影早期から濃染する直径12mm大の腫瘤像を認め、インスリノーマの疑いで4月当院紹介入院となった。入院後施行した超音波内視鏡(EUS)では脾鉤部に直径11mm大の辺縁やや不整な低エコーの腫瘤を認め、レボピストを使用した造影EUSでは著明な造影効果を認めた。MRIで脾鉤部にT1で淡い高信号、T2で高信号を呈し、造影早期から濃染する直径12mm大の腫瘤像を認めた。当院受診時の空腹時血糖は68mg/dL、インスリン値22μU/mlで抗インスリン抗体は陰性であった。3回測定したFajans比、Grunt比、Turner比は、それぞれ0.05~0.32、3.09~18.80、7.81~57.89と診断基準を一部満たすのみであった。入院後低血糖発作は認めなかった。選択的動脈内カルシウム注入試験を施行したところ胃十二指腸動脈および上腸間膜動脈からの注入により、有意なインスリン、Cペプチドの上昇を認め、脾頭部局在性のインスリノーマと診断した。当院肝胆脾外科にて腹腔鏡補助下腫瘍核出術を行った。摘出標本では脾頭部に被膜を伴わない10mm大の小腫瘤を認め、病理組織学的には小型類円形の核を持った腫瘍細胞が索状、充実状の配列を呈していた。インスリン抗体染色で陽性でありインスリノーマと診断した。術後は低血糖症状なく経過している。本症例では選択的動脈内カルシウム注入試験施行により腫瘍のインスリンの奇異性分泌が証明され、術前の切除範囲の決定や多発病変の否定にも有用であったと考えられた。平成18年度卒業

97 EUS-FNA が診断に有用であった脾悪性リンパ腫の1例

¹岐阜大学 医学部 第一内科

○中島 賢憲¹、安田 一郎¹、岩下 拓司¹、渡部 直樹¹、今井 健二¹、高井 光治¹、足立 政治¹、内木 隆文¹、白鳥 義宗¹、森脇 久隆¹

脾悪性リンパ腫は節外性悪性リンパ腫の1.6~2.2%、脾悪性腫瘍の0.16~4.6%とまれな疾患である。画像診断では脾腫との鑑別が困難なことも多く、確定診断には病理組織学的診断が必要である。今回EUS-FNAを施行し、脾悪性リンパ腫と診断し得た症例を経験したので報告する。症例は73歳男性。高血圧症で他院通院中、黄疸・肝機能障害を指摘され当科紹介となった。血液検査所見では胆道系酵素の上昇、黄疸、脾酵素の上昇をみとめたが、炎症反応はみられなかった。腫瘍マーカーはCEA2.8ng/ml、CA19-9 188U/mlであり、その他LDH364U/L、sIL-2R623U/mlであった。腹部CTでは脾頭部に辺縁明瞭で、造影効果の乏しい60mm大の腫瘤を認め、この腫瘤により総胆管および主胆管は排状狭窄し、その上流は拡張していた。Gaシンチでは脾頭部腫瘍に一致して強い集積を認めた。ERCPでは下部胆管および頭部主胆管に高度な狭窄を認め、EST施行後に胆管および膵管ステントを留置した。脾悪性リンパ腫を念頭に置き、確定診断のためEUS-FNAを施行した。EUS所見では脾頭部腫瘍は一部高エコーを混じる低エコー腫瘍として描出され、19gauge針で穿刺し組織を採取した。病理組織所見では大型異型リンパ球がびまん性に増殖しており、免疫染色の結果も併せて脾悪性リンパ腫(Diffuse large B-cell lymphoma)と診断された。

98 脾原発悪性リンパ腫の一例

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

腹部領域における節外性悪性リンパ腫は、消化管とくに胃に多く見られ、脾原発のものは稀である。最近、我々は胃転移を伴う脾悪性リンパ腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。症例は、83歳男性。主訴は褐色尿および皮膚黄染。当科受診のおよそ1か月前より褐色尿および皮膚黄染を自覚。その後、食思不振も認めるようになり、急性心筋梗塞後のフォローにて当院循環器科受診した際、黄疸および肝機能異常(ALT 261 IU/L、AST 149 IU/L、ALP 928 IU/L、γ-GTP 425 IU/L、T-Bil 8.5 IU/L)を指摘され、当院消化器科紹介。腹部CTにて、脾頭部にφ30mm大、造影効果を伴わない腫瘤を認め、同部位での主胆管、総胆管の途絶および末梢側総胆管、肝内胆管、胆嚢の拡張を認めた。また、上部消化管内視鏡検査にて、 Vater乳頭の腫大と胃体上部にφ10mm大の粘膜下腫瘍様病変を認めた。脾頭部腫瘍と診断され、閉塞性黄疸に対し、内視鏡的胆管ドレナージ(ENBD)を試みるもカニューレレーションできず、経皮経肝胆道ドレナージ(PTCD)目的に当科紹介。PTCD施行時の細胞診では、Class Iであった。減黄後、脾頭部腫瘍および胃粘膜下腫瘍に対し、幽門輪温存脾頭十二指腸切除術および胃部分切除術を施行。病理組織検査にて、脾頭部腫瘍は悪性リンパ腫(びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫:DLBCL)と診断された。また、胃粘膜下にも同様の異型細胞の増殖を認め、脾頭部からの転移と考えられた。術後は特記すべき合併症もなく、良好な経過をたどり、術後31日目、化学療法目的に当院内科転科となった。内科での精査にて、臨床病期(CS):IIA期、国際予後指標(IPI):LI~H-IIと診断され、R-CVP(rituximab:375 mg/m² / cyclophosphamide:500 mg/m² / vincristine 1 mg/m² / prednisolone:30 mg/m²)療法を開始。途中、間質性肺炎の合併を認めたが、6コースを終了し、現在も外来にて経過観察中である。

99 脾 MALT リンパ腫の1例

¹藤枝市立総合病院、²浜松南病院

○三輪 一夫¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、永田 健¹、大島 昭彦¹、野田 祐晃¹、池谷賢太郎²、渡辺 文利²

症例は77歳女性。糖尿病のスクリーニング目的で腹部エコーを施行。脾鉤部から脾体部にかけ65mm×45mmの低エコーの腫瘤を認めた。造影CTでは動脈相で正常脾実質より低吸収、平衡相で同程度に造影された。Gaシンチグラムでは腫瘍と一致して強い集積を認めた。超音波内視鏡下吸引組織診でMALTリンパ腫と診断。放射線治療で完全寛解を得た。節外性に発生する悪性リンパ腫は消化管、皮膚、扁桃等に多く見られるが、脾原発は稀である。確定診断には病理組織学的診断が必要だが、近年超音波内視鏡下吸引組織診(endosonography-guided fine-needle aspiration biopsy:EUS-FNAB)によって診断された症例が散見される。今回我々はEUS-FNABが診断、治療方針決定に有用であった脾MALTリンパ腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

100 脾臓扁平上皮癌の一例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院中央検査部
 ○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 高史¹、岩田 圭介¹、
 林 秀樹¹、向井 強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

脾臓扁平上皮癌の1例山田祥子(平成18年卒)症例は68歳女性。平成18年11月上旬より食欲不振と体重減少を認め、平成18年12月6日当科外来初診。腹部エコーにて脾臓部近傍の腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的にて12月7日入院となった。入院時身体所見では特記すべき異常を認めなかった。入院時血液検査では肝機能障害を認めず、炎症反応の上昇を認めるのみであった。また、CEA・CA19-9の上昇は認められずSCCの上昇を認めた。造影CTでは、脾臓部～肝門部にかけて約40mm大の分葉状腫瘍を認めた。腫瘍は早期より辺縁から中心にかけて不均一に濃染されたが、腫瘍の内部は造影されず腫瘍の壊死が示唆された。また、腫瘍による軽度の肝内胆管拡張を認めたが主幹管拡張は認められず、脾臓部から発生した腫瘍が脾外へ発育したものと推察した。肝機能障害が増悪したため12月15日にPTBDを施行したところ、下部胆管に約30mm長の管外性狭窄を認めた。12月26日にEUS-FNAを施行したところ、腫瘍細胞は扁平上皮のマーカーであるCytokeratin(34βE12)で陽性、膜上皮的マーカーであるp63とCEAで弱陽性であることより脾臓扁平上皮癌と診断された。入院時より白血球数は増加傾向にあったが、平成19年1月上旬より白血球数の著明な上昇を認めたためG-CSFを測定したところ84pg/mL(基準値18.1pg/mL以下)と高値であった。更にG-CSF抗体による免疫組織染色を追加したところ腫瘍細胞の胞体が淡く染色され、G-CSF産生腫瘍の可能性が示唆された。胆管狭窄に対してCovered Metallic Stentにて内瘻化をはかり、1月23日よりGemcitabineによる化学療法を開始したが、2月22日の造影CTではPDであった。その後、徐々に全身状態が悪化し3月23日永眠された。脾臓扁平上皮癌は比較的稀な疾患であり、日本脾臓学会脾臓登録の総括によると脾臓全体の2.1%を占める。組織学的には浸潤性脾臓癌の一種で、腺癌成分と扁平上皮癌成分が相接または混在し、扁平上皮成分が腫瘍全体の30%以上存在するものと定義されている。また、近年G-CSF産生腫瘍の報告例が増加しているが、消化器系悪性腫瘍においては稀である。今回、G-CSF産生脾臓扁平上皮癌の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

102 肝細胞癌の経過中に診断された stage I 脾癌の1例

¹藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科
 ○山本 智支¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、
 奥島 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 俊二¹、塩田 國人¹、磯辺 祥¹、
 友松雄一郎¹、成田 賢生¹

症例は59歳の男性。平成15年3月に肝細胞癌(HCC)を発症し、経皮的治療を実施した。その後も再発を繰り返し、経皮的治療やTAEを実施していたが、定期的に行った腹部CT検査でHCCの再発病変と脾に異常を指摘され、平成19年7月に入院となった。血液検査ではC型肝炎に伴う肝予備能の低下を認めたが、脾腫瘍マーカーは全て正常範囲内であった。造影CT検査では脾尾部の主幹管拡張が認められたが、不整な低吸収域は指摘できなかった。なお、5ヶ月前に実施された造影CT検査では主幹管拡張は認められなかった。MRCP検査では脾尾部の主幹管拡張が明瞭に描出され、その頭部側に狭窄を認めた。なお、ERCPは脾管造影が困難で断念した。EUS検査では病変部に一致して輪郭凹凸不整な10mm大の不整低エコー腫瘍を認めた。脾体部に狭窄像とその尾側の主幹管拡張を認めること、EUSで同部位に不整な低エコー腫瘍を認めること、5ヶ月間の経過で病変が出現したことより通常型脾癌と診断し、平成19年8月に脾体尾部脾合併切除を実施した。腫瘍の大きさは10×10×8mm、病理組織学的所見では低分化型腺癌で、低い乳頭状の高度異型腺管が脾管内を進展していた。また一部に粘液癌を伴っていた。病理組織学的診断はpoorly differentiated adenocarcinoma with mucinous carcinoma, T1.N0.INF a ly 1.v0.ne0.mpd(+), PCM(-),DPM(-),R(0)stage Iであった。術後13ヶ月の現在、再発の徴候は認められず、外来通院中である。定期的な造影CTが早期発見に有用であった脾癌の1例を報告した。

101 十二指腸メタリックステント留置術ならびに超音波内視鏡下腹腔神経叢ブロック術(EUS-CPN(celiac plexus neurolysis))が有用であった脾癌の1例

¹名古屋市立大学病院 消化器・代謝内科学、²名古屋市立大学病院 緩和ケアチーム
 ○林 香月¹、大原 弘隆¹、中沢 貴宏¹、安藤 朝章¹、
 田中 創始¹、内藤 格¹、奥村 文浩¹、坂本 雅樹²、
 祖父江和哉²、城 卓志²

十二指腸狭窄に対するメタリックステント治療は欧米では認可されているものの、本邦でのステント治療は食道や胆管狭窄に認可され、十二指腸狭窄には胃空腸吻合術などが通常施行されている。また、超音波内視鏡下腹腔神経叢ブロック術(以下、EUS-CPN(celiac plexus neurolysis))も1996年にWiersemaらによって報告され癌性疼痛に対し安全で有用な緩和治療とされているが、認知度が高くなく広く普及していないのが現状である。今回、十二指腸ステント留置術ならびにEUS-CPNが緩和治療に有用であった脾癌の1例を経験したため報告する。症例は73歳女性。2008年3月、他院にて切除不能脾臓部癌と診断され閉塞性黄疸のため胆管メタリックステントが留置された化学療法中であった。また、腹痛に対しては麻薬系鎮痛薬が使用されていた。その経過中、十二指腸狭窄による考えられる経口摂取障害や逆行性胆管炎が出現し、十二指腸ステント留置目的に当科紹介となった。上部消化管造影にて下行脚から水平脚の狭窄を認めたため、Taewoong-Medical社製のThrough the scope(TTS)タイプ消化管用Niti-S stent(Covered type 口径20mm 長径10cm)を留置した。そのステントは当院倫理委員会の承認を得て使用した。メタリックステント留置に伴う偶発症はなく、留置2日後より経口摂取を開始し、固形食も摂取可能となり退院となった。その後の外来通院中に腹痛や背部痛が増悪し麻薬系鎮痛薬を各種増量し、フェンタニル貼付剤50mg/3daysにもVisual Analogue Scale(VAS)が10と疼痛コントロール不良のため再入院となった。入院後、疼痛のため経口摂取も不良となり緩和ケアチームと協議しEUS-CPNを施行した。施行手技はEUS下に腹腔動脈を描出し、25G穿刺針にて0.25%プロピカイン5mlを注入し、その後水溶性造影剤含有無水エタノール10mlを腹腔動脈根部周囲の左右にそれぞれ注入し、直後にCTにて穿刺注入部位を確認した。手技に伴う偶発症はなく計2回施行後より疼痛が軽快し、使用フェンタニル貼付剤は30mg程度となりVASも3-4程度と改善し経口摂取も増量し外来通院となった。

103 術前診断可能であった破骨細胞型退形成脾管癌の一切除例

¹三重大学 医学部 肝胆脾・移植外科、²三重大学 医学部 消化器肝臓内科
 ○小西 康信¹、田端 正己¹、堯天 一亨¹、加藤 宏之¹、
 栗山 直久¹、安積 良紀¹、岸和田昌之¹、水野 修吾¹、
 白井 正信¹、櫻井 洋至¹、伊佐地秀司¹、井上 宏之²、
 竹井 謙之²

脾癌のうち退形成脾管癌の頻度は0.14%と極めて稀である(脾臓登録報告2007)。最近われわれは、EUS-FNAにて破骨細胞類似の巨細胞を認め、術前確定診断が可能であった破骨細胞型退形成脾管癌の一切除例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】59歳男性。心窩部痛を主訴に近医受診。胃薬を処方されたが症状軽快せず、総合病院での精査の結果、脾体部腫瘍と診断され、当科紹介された。血液検査では血清アミラーゼおよびリパーゼが軽度上昇し、腫瘍マーカーはCEA 13.2ng/ml、CA19-9 70.5U/ml、SPAN-1 39 U/mlと上昇していた。CTでは脾体部に径4cm大の内部に低吸収域を有する腫瘍を認め、尾側脾管の拡張を伴っていた。造影では腫瘍は動脈相から強く造影され、また、総肝動脈、脾動脈および門脈、脾静脈に近接しており、浸潤が示唆された。ERPでは、乳頭から粘液の排出はなく、主幹管は頭体部移行部に急峻な狭窄を認め、尾側脾管は拡張していた。脾液細胞診はclass Iであった。EUSでは境界明瞭、内部エコー不均一な腫瘍で、EUS-FNAの生検結果では、破骨型巨細胞を混じる退形成脾管癌と診断された。JPS-T4(UICC-T3)進行脾管癌であり、まず化学放射線療法(NCRT:GEM 1000mg x 6回+体外照射45Gy/25fr)を施行した。NCRT後、CEA、CA19-9、SPAN-1は各々6.6ng/ml、30.8 U/ml、17U/mlと低下した(CT上はstable disease:SD)。NCRT後37日目に、門脈合併重全胃温存PD(Child変法再建)を施行、病理組織診では破骨細胞型退形成脾管癌で、過半数の細胞が死滅していた(Evansの組織学的治療効果判定基準ではGrade IIb)。JPSではts 2(3.5cm)ch(-)du(-)s(-)rp(-)pv(-)a(-)、pl(-)m(-)ly 0.v 1、ne 1.mpd(-),T 2.N 0.M 0 Stage II(UICCではT 2.N 0.M 0 Stage IB)であった。術後はGEMの隔週投与による補助療法を施行、術後5ヶ月の現在、再発の徴なく元気に社会復帰している(平成19年卒です)。

104 稀な膵癌の一例

¹名古屋第二赤十字病院

○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、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43歳男性。平成20年3月7日 黒色便を主訴に当院受診。緊急内視鏡にて明らかな出血源を認めなかったが、噴門部付近に壁外性圧排所見を認めた。CTにて巨大腹部腫瘤を認め、精査目的に入院となった。精査時CTで腹部に15cmの腫瘤を認め、胃・膵尾部・左腎・脾・横隔膜脚に渡る巨大腫瘤であった。他に肝S4に15mmのSOL、腹部傍大動脈リンパ節腫大また脾動脈、脾静脈浸潤を疑う所見を認めた。MRCPでは総胆管・主膵管に拡張などの変化認めなかった。各種検査より副腎癌・膵癌・脂肪肉腫などを鑑別として考えられたため、EUS-FNABを施行した。組織診にて膵由来とするAnaplastic carcinomaと考えられ、画像などからも膵未分化癌(T4 N3 M1 stage4b)と診断した。治療は化学療法としてTS-1 + GEM療法を開始し、また放射線療法としてトモセラピーを併用した。薬物療法2クール終了後の上部内視鏡で膵癌の胃内直接浸潤による穿通所見認めた。特に腹部症状なく、薬物療法継続したが、4クール目施行中に吐血・腹痛を著明に認めた。緊急内視鏡止血試みるも胃内穿通部膵腫瘍より拍動性出血認め、止血困難と判断。緊急で血管造影を施行し、脾動脈塞栓術を施行した。その後バイタルも安定し、現在も生存中である。稀な膵癌の一例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。