# 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。

## 1）小腸疾患の診断・治療　update

名古屋大学　消化器内科　大宮　直木

従来の小腸内視鏡はプッシュ式、ロープウェイ式、ゾンデ式の方式があったが、検査時間が長く、患者の苦痛も甚大で殆ど臨床で用いられなかった。術中小腸内視鏡は手術適応のある患者に限られ、侵襲が大きいことが欠点であった。小腸は長く、詳細な内視鏡観察ができないため今まで暗黒大陸といわれてきたが、21世紀に入り、バルーン内視鏡（ダブルバルーン内視鏡、シングルバルーン内視鏡）とカプセル内視鏡の出現により小腸内視鏡はめざましく進歩した。バルーン内視鏡は比較的短時間に全小腸を観察でき、挿入・抜去の操作が自在にできるため生検の採取や内視鏡的治療も可能である。カプセル内視鏡は11X26mmと小さく、送気をしないため生理的な消化管画像が得られ極めて低侵襲であるため、小腸病変のスクリーニングに適した内視鏡である。日本における現在の保険適応は上下部消化管検査で原因不明な消化管出血に限定されているが、今後はポリポージスや腫瘍などへの適応追加が望まれる。ちなみにカプセル内視鏡は欧米では小腸のみでなく、大腸用が開発され欧米ではすでに認可されており、日本でも近々臨床治験が開始される予定である。

最も頻度の高い小腸疾患は上下部消化管検査で原因不明の消化管出血（小腸出血）であり、消化管出血全体の３－５％を占めると言われる。当院の診断アルゴリズムは年齢、基礎疾患より頻度的に最も多い疾患を推測し、検査手順を組み立てることから始める。つまり、基礎疾患（慢性腎不全、門脈圧亢進症、心血管疾患等）を有する場合は血管性病変を念頭におき、カプセル内視鏡を優先する。その前にカプセルの滞留予防に消化管の狭窄症状の詳細な問診と腹部造影ＣＴ検査は必ず施行するようにしている。基礎疾患がない場合は若年ならメッケル憩室やクローン病、中年以降では結核、単純性潰瘍、腫瘍等が多いため、シンチグラフィーや小腸Ｘ線検査を行い、異常があれば近いルートからバルーン内視鏡で精査をすることになる。今回はその他の小腸疾患を含め、カプセル内視鏡、バルーン内視鏡の診断・治療における有用性を解説する。

### 略　歴

昭和63年３月　岐阜大学医学部卒業
平成７年３月　名古屋大学大学院医学研究科（第二内科）修了
平成９年４月　米国サンディエゴ　バーナム研究所　研究員
平成11年４月　愛知県総合保健センター消化器診断部　医長
平成13年１月　名古屋大学医学部附属病院第二内科　助手
平成14年６月　名古屋大学医学部附属病院消化器内科　助手
平成18年５月　名古屋大学医学部附属病院消化器内科　講師

## 2）大腸がん化学療法の最近の話題

愛知県がんセンター中央病院　薬物療法部　室　　圭

近年、大腸がん化学療法の成績向上はめざましい。それは、Key drugである5FU+ロイコボリン（LV）に加えて、塩酸イリノテカン（CPT-11）やオキサリプラチン（L-OHP）の導入に寄与すること大である。これらに加えて、ここ数年、分子標的治療薬の進歩が顕著である。つまり、抗VEGFヒト化モノクローナル抗体のbevacizumab（BV）、抗EGFRキメラ抗体のcetuximab（Cmab）である。本講演では、大腸がん化学療法の実際の治療と将来展望を解説する。

BVに関して、初回治療例を対象にしたAVF2107g試験が、IFL（CPT-11+bolus 5FU+LV）+BVのIFLに対する全生存期間（OS）における優越性を明らかにし、その後FOLFOX/CapeOXやFOLFIRIとの併用が展開された。また、CPT-11、5FU抵抗例におけるFOLFOXのBV上乗せ効果が証明（E3200試験）、2次治療としてのエビデンスも確立した。最近では逐次的にBVを継続使用することの有用性が示唆されている（bevacizumab beyond first progression; BBP）。

Cmabは1～3次治療までいずれも良好な結果が得られている。初回治療例としてFOLFIRI+CmabのFOLFIRIに対する無増悪生存期間（PFS）の優越性が証明された（CRYSTAL試験）。2次治療としてCPT-11+CmabはCPT-11に対してOSでの優越性を示せなかったがPFSでの優越性は明らかであった（EPIC試験）。さらに、5FU、L-OHP、CPT-11抵抗性の3次治療として、Cmab vs. BSCの比較試験（NCIC CTG CO.17）が報告され、Cmab群がOS、PFSいずれも有意に優れていた。このように、BV、Cmabの導入が治療成績向上に大きく貢献しており、最近では、皮疹の程度（grade）や*KRAS* mutationの有無が抗EGFR抗体薬における治療効果の予測因子として注目されている。バイオマーカーによる大腸がん個別化治療の幕開けといえる。

わが国は欧米で構築されたエビデンスに追従せざるを得ない状況であったが、薬剤環境に関しては漸く欧米並になった。化学療法に携わる医師は、up-to dateの知識と情報収集に努めて、多くの臨床経験を積んでいくことが望まれる。

## 略　歴

1990年3月　東北大学医学部卒業
1990年6月　福島県いわき市立総合磐城共立病院　内科研修医
1992年4月　福島県いわき市立総合磐城共立病院　消化器内科医員
1993年6月　国立がんセンター東病院　内視鏡部消化器科レジデント
1996年6月　国立がんセンター東病院　内視鏡部消化器科がん専門修練医（シニアレジデント）
1997年6月　国立がんセンター中央病院　第一領域外来部内科医員（消化器内科スタッフ）
2006年1月　愛知県がんセンター中央病院　薬物療法部長　　現在に至る
2007年4月　名古屋市立大学大学院医学研究科　非常勤講師
2007年4月　名古屋大学医学部・大学院医学系研究科　非常勤講師

## 3）胃がん治療の最近の話題

浜松医科大学　外科学　第２講座　今野　弘之

TNM分類との差異が最も顕著であった胃癌取扱い規約も、N分類に転移リンパ節個数が導入されるなどTNM分類に配慮した改定が行われる。本邦の治療の妥当性を欧米諸国に認識してもらうために必要なステップではあるが、卓越した外科的手技や切除検体の緻密な病理学的検索によって構築された解剖学的・生理学的リンパ流解析とリンパ節分類の概念は今後も堅持されるべきであろう。

さて、胃癌治療の最近の話題として外科手術と化学療法の標準化があげられる。外科治療では２つのRCT（JOCG9501、JCOG9502）の結果、深達度ss-siでは傍大動脈リンパ節の予防的郭清のメリットはないことが明らかとなった。また3cm以内の食道浸潤胃癌では開胸を付加することの有用性は認められず、II、III期胃癌に対しては定型的なD2郭清を行うことが推奨される。海外でも台湾のD1 vs D2試験やイタリアの前向き試験などの結果を受け、D2の意義が次第に認識されてはいるが、後述するINT0116におけるD2郭清は10%であり、まだ道半ばといえる。化学療法に関しては、これまで高いエビデンスレベルで胃癌に対する有用性が示されていたにもかかわらず、標準レジメンが推奨されていなかった。SPIRITS試験の結果、進行胃癌に対してS-１+CDDP投与群でMST13ヵ月とS-１単独に比較し有意なOSの延長が認められた。一方JCOG9912ではCPT-11+CDDPの５-Fuに対する優位性は証明されず、S-１+CDDPが進行胃癌に対する標準レジメンとして推奨された。また術後補助療法（ACTS-GC）ではS-１群の全生存率は80.1%と手術単独群の70.1%に比し極めて良好な結果が得られ、初めて術後補助化学療法の有用性が示された。術前補助化学療法に関してもRCTが進行中であり結果が期待されている。しかし、欧米との違いが顕著で、NCCNではINT0116の結果を踏まえ、T2、N0では経過観察かECF（Epirubicine、CDDP、5FU）でありT3またはリンパ節転移陽性であれば、放射線療法と化学療法（5Fu LV）が標準治療となっている。欧州ではMAGIC trialの結果をうけ、術前３週と術後３週ECF投与が標準レジメンとなっている。また分子標的療法に関しては現在化学療法にbevacizumab、trastuzumabを上乗せするRCT（AVAGST、ToGA study）が進行中である。

胃癌治療は手術、化学療法の標準化が進む一方で、新しい薬剤やレジメンの有用性に関する検討が行われており、今後さらなる治療成績の向上が期待される。

## 略　歴

昭和53年３月　慶應義塾大学医学部卒業
昭和53年４月　慶應義塾大学医学部外科研修医
昭和59年６月　清水市立清水総合病院外科医員
昭和60年８月　University of California San Diego 研究員
昭和62年５月　浜松医科大学第二外科助手
平成４年１月　浜松医科大学第二外科講師
平成10年８月　浜松医科大学外科学第二講座助教授
平成16年11月　浜松医科大学外科学第二講座教授
現在に至る

## 4）肝臓病における最近の話題：
## アルコール性肝障害と非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）

三重大学消化器内科　竹井　謙之

わが国のアルコール消費量は近年頭打ちであるが、女性の飲酒率、エタノール換算150㎖/日（日本酒換算５合/日）を越える問題飲酒は増加している。アルコールの過剰摂取は脂肪肝から肝線維症、肝硬変、肝がん、さらには重症型のアルコール性肝炎を惹起する。アルコール性肝障害の発症機序として、エタノールによる腸管透過性亢進と肝へのエンドトキシン負荷増加、その結果としてクッパー細胞の活性化による障害性・炎症性メディエータの過剰産生という一連の障害過程が明らかにされた。アルコールへの感受性には性差があり、女性はより少量の飲酒で肝障害を発症する傾向がみられる。飲酒をスタイルとして評価する風潮や女性の社会進出進展に鑑み、問題飲酒者や女性のアルコール性臓器障害の動向については十分な注意を払う必要がある。またアルコール性肝障害は内科的領域にとどまらず、アルコール依存や社会経済的問題など飲酒関連問題が介在することに留意しなければならない。

脂肪肝は飲酒者に見られる最もポピュラーな肝疾患であるが、肥満、過食や栄養の偏りによっても発症する。従来、脂肪肝は予後良好な可逆性の病変であると信じられてきた。しかし、アルコール性肝炎の組織所見に酷似し、肝硬変や肝がんにも進展しうる、非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）という疾患概念が登場し、根本的なリビジョンがもたらされた。NASHは内臓脂肪型肥満と密接な関係があるが、脂肪細胞は内分泌細胞としてTNF αやアディポネクチン、レプチン、PAI-１（plasminogen activator inhibitor-１）、アンギオテンシノーゲンなど多彩な生理活性物質（アディポカイン）を産生する。アディポカインは肝局所など様々な組織でも産生され、これらの織り成す情報のクロストークは生理機能を維持する上で必須の役割を担っている。しかし、NASHではアディポカインクロストークのゆがみが生じ、組織障害惹起やインスリン抵抗性誘導、免疫系の撹乱を介して病態形成に寄与する。さらにNASHにおいては肝臓におけるインスリン抵抗性が現れ、食後過血糖を招き、代償性インスリン上昇から血圧上昇や動脈硬化促進がもたらされる。NASHは今や注目すべき肝疾患であるとともにメタボリックシンドロームや動脈硬化の発症・進展とも直接関わりを持つことが明らかになりつつある。

## 略　歴

昭和56年３月　大阪大学医学部卒業
昭和56年７月　大阪大学第一内科 研修医
昭和58年７月　国立大阪南病院 医員（消化器科）
昭和62年６月　University of North Carolina at Chapel Hill ポストドクトラルフェロー
平成２年10月　大阪大学第一内科 医員
平成10年４月　順天堂大学消化器内科 助手
平成16年２月　同 助教授
平成19年４月　三重大学大学院医学系研究科消化器内科学 教授
平成21年４月　三重大学医学部附属病院 副病院長

# シンポジウム　プログラム・抄録

## S-001 食道癌に対する集学的治療

名古屋市立大学消化器外科学
○桑原　義之、木村　昌弘、三井　　章、石黒　秀行、
赤毛　義実、竹山　廣光

食道癌の治療成績の向上には、リンパ節転移、多臓器浸潤などの状況を考慮したうえで、手術療法、放射線療法、化学療法を中心とした集学的治療を行なう必要がある。今回、当科での食道癌の治療方針と特徴、治療成績について報告する。当科の治療方針は、基本的には食道癌診断・治療ガイドラインに準拠している。主な外科治療の対象は進行度分類Ⅰ期、Ⅱ期、Ⅲ期（T３以下）で、Ⅱ期、Ⅲ期では術前化学療法を併用している。さらに、手術所見、組織所見により、術後に化学療法、放射線療法を追加している。T４、およびT４疑、Ⅳ期では化学放射線療法を第一選択としている。総放射線照射量30-40Gyにて治療効果を判定し、R０手術可能と判断される例は食道切除術を施行している。一方、反応不良例で食事摂取が困難な症例、または食道と気道系との間に瘻孔が形成された症例においては、バイパス手術を選択している。バイパス手術の方法は腫瘍の口側食道端は閉鎖し、胃をY字型に形成し胃管を作成し、主に皮下経路で再建している。瘻孔例では食道腫瘍は腔置し、腹部、頚部で食道を閉鎖している。治療継続の大きな障害となる腫瘍の気管・気管支への浸潤に対しては、レーザー焼灼、気管内ステントを用いて気道の確保を行っている。気管浸潤陽性例の内、気管切除によりR０手術が可能な症例においては、気管合併切除をおこない、胸腔内気管への浸潤例で気管切除後の残存気管長が３cm程度になる症例も、独自の再建法を用いて、安全に縦隔気管瘻を造設している。

## S-002 局所進行食道癌に対する術前化学放射線療法の意義

[1]三重大学大学院　医学系研究科　消化管・小児外科、[2]三重大学大学院　医学系研究科　先端的外科技術開発学
○田中　光司[1]、毛利　靖彦[2]、大井　正貴[1]、横江　　毅[1]、
川本　　文[1]、岩田　　崇[1]、三木　誓雄[1]、楠　　正人[1,2]

【目的】進行食道癌に対する術前化学放射線療法（chemoradiotherapy; CRT）は切除率向上による局所制御だけでなく、潜在性転移巣に対しての遠隔再発制御も期待される。しかしながら、局所再発、遠隔転移再発は高率でCRT後手術施行例の術後療法の確立が必要である。【方法】今回、当科における術前CRT後手術を施行した進行食道癌症例の治療成績の検討と、術後再発に対するテーラーメイド化を目指した分子生物学的検討を行った。【結果】術前CRT後手術を施行した進行食道癌20例を対象とした。臨床病理学的因子、CRTの奏効率、臨床的効果、組織学的効果、癌遺残度、再発、予後を検討した。また、CRT前生検組織とCRT後切除標本の癌組織中の５-FU, CDDP, radiation感受性関連遺伝子発現；TS, DPD（５-FU関連遺伝子）、ERCC１（CDDP関連遺伝子）、EGFR, HIF１A, VEGF（放射線抵抗性関連遺伝子）を比較検討した。性別：男性；18例、女性；２例、年齢：53-77歳（平均：67.5歳）、占拠部位：Ut/Mt/Lt=１例/７例/12例、CRT前-臨床的進行度：StageII/III/IVa：３例/14例/３例、奏効率：9.1-93%（平均：55.1%）、臨床的効果：CR/PR/NC/PD=１例/10例/９例/０例、CRT後-病理組織学的進行度：Stage０/I/II/III/IVa：１例/０例/10例/７例/２例、組織型：扁平上皮癌；19例、腺癌；１例、組織学的効果：grade３/ grade２/grade１/=１例/７例/12例、R０切除率：80%、R０症例における再発率：31%（５例/16例）、縦隔リンパ節再発：25%（４例/16例）。TS:（前；0.41、後；2.20）、DPD:（前；6.171、後：10.93）、ERCC１:（前；0.31、後；0.42）、EGFR:（前；0.96、後；0.11）、HIF１A:（前；16.58、後；0.72）、VEGF:（前；6.06、後；0.16）であった。CRT後遺残癌細胞は５-FU抵抗性を示したが、CDDP, radiationはむしろ感受性亢進が示唆された。【結論】当科における術前CRTは、局所制御の観点から改善の余地があると考えられた。食道癌放射線化学療法後の局所再発、遠隔転移における抗癌剤選択に遺残癌細胞の遺伝子発現情報が有用である可能性が示唆された。

## S-003 StageIV 進行胃癌に対する化学療法後胃切除術の検討

岐阜大学　医学部　腫瘍外科
○坂下　文夫、山田　順子、眞田　雄市、松井　　聡、
井川　愛子、名和　正人、田中　善宏、奥村　直樹、
徳山　泰治、細野　芳樹、高橋　孝夫、山口　和也、
長田　真二、川口　順敬、吉田　和弘

【はじめに】新規抗癌剤の臨床試験の結果が出始め、進行・再発胃癌に対する薬物療法は大きな発展をとげている。以前には経験しなかった抗癌剤治療に奏効した場合の外科的なアプローチの是非が新たな話題であり、当院での検討を行った。【対象と方法】2004年以降、当院で切除不能StageIV胃癌に対して抗癌剤治療が行われた43例について検討した。そのうち切除術を施行したのが12例であった。当院で化学療法後に切除を行った12例に関連施設でS-１+Docetaxel治療後に切除を行った13例を加えた25例についても検討した。【結果】１）56例中、１次治療終了後に胃切除術を施行したのは25例であった。１次治療の内容は、S-１+CDDPが７例、S-１+タキサンが13例であった。術前２～８コース（平均3.9）の治療が行われ、CR ２例、PR 15例（奏効率39.5%）、SD 16例（腫瘍制御率76.7%）であった。化学療法後切除例はすべてSD以上であった。２）予後については、化学療法後切除例25例のMSTが563日、化学療法のみの31例のMSTが261日でP＜0.0001と有意差を認めた。治療によるPR以上、手術による根治度Bが得られれば生存に寄与する傾向であった。【結語】１次治療で一定の効果が得られれば、２次治療あるいはadjuvant surgeryとして胃切除という選択肢を検討することが必要と思われた。１次治療で効果が得られた症例において、手術を含めた臨床比較試験が待たれる。

## S-004 幽門狭窄を伴った進行胃癌に対する stenting 併用化学療法の有用性

名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器代謝内科学
○志村　貴也、片岡　洋望、城　　卓志

【背景】消化管狭窄を伴った根治切除不能進行胃癌に対する標準的治療は、胃・空腸バイパス術をはじめとした外科的治療であるが、近年そのような症例に対するself-expandable metallic stent（SEMS）留置術の有用性が報告され緩和的治療法の一つとして認識されつつある。一方、近年のS-１を中心とした新規薬剤の開発により進行胃癌に対して積極的に化学療法が施行されるようになってきているが、SEMS留置後の化学療法施行の是非については詳細な検討がなされていない。【方法】2000年４月から2007年12月までに当院を含めた関連４施設において、幽門狭窄により食事摂取不能となった根治切除不能進行胃癌のうち手術またはSEMS留置後に化学療法が施行された26例について検討した。手術群：15例、SEMS群：11例の２群に分け、SEMS留置後の化学療法の有用性と問題点を調べるために手術後化学療法群との治療成績を比較検討した。【結果】手術群、SEMS群間において性別・年齢・PS・組織型・転移巣の数・化学療法レジメンなどに有意差を認めなかった。生存期間中央値（MST）は手術群：284日・SEMS群：337日、治療脱落までの期間（TTF）は手術群：226日・SEMS群：247日であり共に両群間に有意差を認めなかった。生存中の経口摂取率は手術群：93.1%・SEMS群：93.2%、入院率は手術群：24.6%・SEMS群：23.7%であり両群間に有意差は認めなかった。治療奏功率は手術群：45.5%・SEMS群：50.0%と両群間に有意差はなく、治療関連有害事象や偶発症に関しても両群間に有意差を認めなかった。【結論】幽門狭窄を伴った胃癌に対するSEMS留置後の化学療法は手術後の化学療法と同様に有用かつ安全であり治療選択肢のひとつとなりうると考えられた。

## S-005 高度進行・再発大腸がんに対する消化器症状緩和手術後の集学的治療

[1]浜松医科大学　第２外科・がん教育研究センター、[2]浜松医科大学　第２外科
○深澤　貴子[1]、中村　利夫[2]、倉地　清隆[2]、中村　光一[2]、
澤柳　智樹[2]、原田　岳[2]、今野　弘之[2]

【背景】近年高度進行･再発大腸がんの予後は化学療法、放射線療法などの進歩により改善しているが、腸閉塞をはじめとする消化器症状により抗がん治療の遅延、中断を余儀なくされる場合も少なくない．このような症例では緩和的治療と抗がん治療の適切な連携を必要とする【目的】初発時より消化器症状を呈し抗がん治療開始不可能、または消化器症状により抗がん治療を中断した進行・再発大腸がん症例における症状緩和手術後の集学的治療の効果について検討する【結果】対象は2003年から2009年３月までの６年間に施行した大腸がん症状緩和手術症例32例.年齢21-94歳（中央値68）、男性24、女性８．原発部位は回盲部-横行結腸８、下行-S状結腸７、直腸17、非治癒切除の要因は局所高度進展14、切除不能の遠隔転移12、腹膜播種６であった.腫瘍切除術８、消化管バイパス10、人工肛門造設15が施行され、術後追加治療が施行できた症例は32例中15例.追加治療は化学療法11、化学放射線療法４、追加治療不可能例ではBest supportive careを施行．Overallでの MSTは9.4ヶ月．追加治療可能群でMST22.7ヶ月、追加治療不可能群ではMST7.2ヶ月であり、追加治療可能群で有意に延長していた（P＜0.05）．また小野寺の予後栄養指数(Prognostic Nutritional Index: PNI) 40超の症例では生存期間が長い傾向であった【考察】高度進行・再発大腸がんによる消化器症状で抗がん治療が困難であっても、緩和手術で症状改善を図り術後追加治療を可能にするという集学的な戦略がより良い予後に寄与する.また緩和手術の有効な症例の選択にPNIが有用である可能性がある

## S-006 大腸癌肺・肝転移に対する De-escalation chemotherapy の有用性

三重大学大学院医学研究科消化管・小児外科学
○問山　裕二、井上　靖浩、川村　幹雄、安田　裕美、
廣　純一郎、小林美奈子、三木　誓雄、楠　正人

【目的】切除不能な大腸癌肺・肝転移に対し、化学療法後の外科切除で予後改善を目指すことが注目されている。われわれもこれまでに、切除不能肝転移に対するSecond look hepatectomyの有用性を報告し（Int J Oncol 1997）、さらに切除不能肺転移においても手術･RFAなどの低侵襲なCytoreductionがより、化学療法の効果を引き出す可能性があることを報告してきた（Oncol Rep 2005）。今回、当科での治癒切除不能肺・肝転移に対する集学的治療をretrospectiveに検討し、これら集学的治療における化学療法の位置づけを考察した。【対象と方法】当科にて治療的化学療法を施行した切除不能大腸癌肺・肝転移86例を対象とし（2000.9-2009.3）、Cytoreductionを目的にSD、PR症例に施行した２次手術、RFAなどの集学的アプローチの有無と治療成績を検討した。また化学療法を１）５-FU based、２）肝動注、３）L-OHP based、４）CPT-11 based、５）分子標的製剤にわけ、Cytoreduction導入効果を検討した。【結果】平均観察期間27.0ヶ月で全体のMedian survival time（MST）は24.7ヶ月であった。化学療法の効果が得られた29例（34%）に対し、外科切除８例、RFA25例が施行された。これらCytoreduction群の累積５年生存率は42.3%（MST59.3ヶ月）で、化学療法単独群57例（MST19.0ヶ月）と比べ有意に予後良好であり（p＜0.0001）、肺転移、肝転移別でも同様の結果がみられた。また根治度C（n=９）のCytoreductionにおいてもMST38.7ヶ月と良好な結果を示した。なおCytoreduction導入にCPT-11based が多用される傾向を認めたが、他レジメン含め有意な違いは認められなかった。
【まとめ】切除不能肺・肝転移に対し、強力なinitial chemotherapyを行い、Cytoreduction導入の機会を増加させること（De-escalation chemotherapy）が、さらなる予後改善に重要であると考えられた。

## S-007 局所治療不能な進行肝細胞癌に対する集学的治療について

三重大学　消化器肝臓内科
○草川　聡子、山本　憲彦、竹井　謙之

【目的】肝細胞癌に対するラジオ波焼灼術（RFA）の登場により、局所治療可能な肝細胞癌の遠隔治療成績は向上している。しかし、高率に再発をきたし治療方針に難渋する場合も多くみられる。また、局所治療不能例では、生体肝移植（LDLT）、肝動脈塞栓療法（TACE）、肝動注化学療法などが考慮されるが、その再発例を含む集学的治療体系は確立されていない。今回我々は、局所治療不能進行肝細胞癌の動注化学療法を中心に当科における現状を検討した。【対象】1992年から2008年までに、局所治療不能と判断された肝細胞癌症例において、TACE、アイエーコール動注療法、low dose FP療法、また、外科的切除後に全身化学療法を施行した症例について遠隔成績を検討した。また、同一症例において、low dose FP療法とアイエーコール動注療法の成績を比較し検討した。【方法】low dose FP療法：CDDP 10mg/１h+５FU 250mg/12hの５日間連日投与、２日休薬を１クールとし、4-６週毎に施行。アイエーコール動注療法：アイエーコール65mg/m$^2$（上限１回100mg）動注。アイエーコール動注療法、low dose FP療法双方とも施行した12例について成績を比較検討。（A群:CDDP→low dose FP. B群low dose FP→CDDP）【成績】治療法別生存率はTACE ５年生存率39.1%、low dose FP療法３年生存率12.7%、アイエーコール動注療法の２年生存率は74%であった。また動注の際、アイエーコールにリピオドールを混注することで、治療効果は増強された。同一症例の、low dose FP療法とアイエーコール動注療法の成績の比較では、累積生存率はA群B群とも有意差なく２年生存率はA群56%、B群66%であった。B群ではlow dose FP療法施行にて無効だがアイエーコール動注療法に変更し、奏効を来たす症例を認めた。さらに集学的治療として、巨大肝細胞癌に対して、サルベージ肝切除術を行い、その後、残肝病変に対して、動注化学療法や全身化学療法を行うことで、良好な予後を得た症例を経験している。【結語】局所治療不能進行肝細胞癌に対しては、肝動注療法を中心とした集学的治療を行うことで生命予後の改善に寄与できる可能性がある。

## S-008 当科における進行膵癌に対する集学的治療の検討

[1]浜松医科大学　第一内科、[2]浜松医科大学　分子診断学、[3]浜松医科大学　臨床管理センター
○杉本　健[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]、岩泉　守哉[1]、濱屋　寧[1,2]、
山田　貴教[1]、小平　知世[1]、高垣　航輔[1]、吉田　賢一[2]、
金岡　繁[2]、古田　隆久[3]、伊熊　睦博[1]

【目的】当科におけるStageIV進行膵癌の治療について治療法ごとの効果･安全性につき検討する。【方法】当科にて1998年２月より2009年３月までに診療したStageIV進行膵癌45例（男性26例、女性19例、平均年齢68.9歳）で、緩和治療群17例（平均年齢71.5歳）、化学療法または放射線化学療法を行った群28例（平均年齢67.2歳）を対象とした。初回治療の内訳としては、GEM単独群12例、GEM+radiation（RAD）群４例、GEM+S-１併用群２例、S-１単独群３例、その他７例であった。GEMの投与量はGEM単独及びGEM+S-１併用例の場合は1000mg/m$^2$、GEM+RADの場合は250mg/m$^2$とした。必要に応じて胆管ステントを挿入した。検討項目は平均生存期間（MST）、奏功率（RR）、化学療法における有害事象とした。【成績】各群のMSTはGEM+S-１群で815日と最も長く、次いでGEM+RAD群755日、S-１単独270日、GEM単独群の263日の順であった。緩和治療群のMSTは140日であった。GEM+S-１併用例は２症例ともにPRが得られたが、有害事象としてGrade３、Grade４の重篤な血液毒性がそれぞれ出現した。一方、GEM+RAD群はPR１例、NC３例でRRは25%であったが、出現した有害事象はGrade２の血液毒性２例のみであった。GEM単独群ではPR０例、NC７例、PD５例であり、Grade２、３の有害事象が７例、１例みられたがいずれも対処可能であった。【結論】GEM+S１が最も治療効果を示し、GEM+RAD群がこれに続いた。S１単独、GEM単独群の生命予後は前二者に比較して４割に満たぬ短い期間であったが緩和群に比し長い生存期間を得た。StagingやPSの違いがあり単純比較は困難ながら、複合治療選択例では生存期間の延長を認めた。併用群では有害事象発生の増加傾向があり、その対策とあわせた適切な治療法の選択が重要であると考えられた。

## S-009 局所進行膵癌に対する術前化学放射線療法を含めた集学的治療

[1]三重大学　肝胆膵・移植外科、[2]三重大学　消化器肝臓内科
○岸和田昌之[1]、加藤　宏之[1]、信岡　　祐[1]、安積　良紀[1]、
水野　修吾[1]、臼井　正信[1]、櫻井　洋至[1]、田端　正己[1]、
井上　宏之[2]、竹井　謙之[2]、伊佐地秀司[1]

【目的】局所進行膵癌における長期予後は、R0手術の向上と切除可能症例の適切な選択が重要である。当科では、術前化学放射線療法（NCRT）と手術療法（前方到達法）を組み合わせることにより局所制御及びR0達成率を向上させ、術後は補助化学療法（ACT）を施行して集学的治療を行うことにより予後の改善を目指しており、その成績を報告する。【方法】期間：2005年2月～2009年3月。対象：EUS-FNAB（超音波内視鏡下穿刺吸引組織診）にて診断された局所進行膵癌63例（UICC-T3：39例，UICC-T4：24例）。方法：NCRT（gemcitabine 800mg/m$^2$×4回/5週+3次元原体照射45Gy/5週）を行い、4～6週後に手術適応の再評価。切除可能例に対し前方到達法による根治手術と1ヵ月後よりACT（gemcitabine 800mg/m$^2$×1回/2週）を6カ月以上施行する。評価：primary endpointを生存率（Kaplan-Meier）に、secondary endpointを切除率とR0切除率とした．【結果】NCRTの完遂率は95．2％であった。再評価時に、T3で12.8%、T4で23%の症例に遠隔転移が発見され、非手術症例となった。切除率はT3で87．1％（27/31）、T4で60%（9/15）であり、R0切除率はそれぞれ81.0%、55％であった。T3全症例での生存率（1，3年）は60.7%、35.9％であり、うち切除27例の生存率は73.5、45．0％で、非切除12例では32.4%、0％であった。T4全症例での生存率（1、2年）はそれぞれ43.7%、0％であり、うち切除9例では53.3%、26.7%、非切除14例では23.6%、0％であった。【結論】局所進行膵癌に対してNCRTを含めた集学的治療を施行することは、UICC-T3症例においては、切除率及びR0切除率を向上させ、さらに切除例で良好な予後が得られて、治療成績の向上が期待できる。UICC-T4症例においては、切除例でも予後の著明な延長は得られず、さらなる治療戦略が必要と考えられた。

## S-010 膵頭部癌による十二指腸狭窄に対する十二指腸ステント留置術の検討

半田市立半田病院　消化器内科
○神岡　諭郎、肥田野　等、大塚　泰郎、森井　正哉、
島田礼一郎、岩下　紘一、安藤　通崇、亀井圭一郎

【目的】手術適応外消化器癌の集学的治療としては化学療法や放射線治療、あるいは消化管狭窄に対するステント術、疼痛に対する緩和治療などがあり、それらによって延命やQOLの改善は得られることが多い。今回われわれは、当院における膵頭部癌による十二指腸狭窄に対する十二指腸ステント留置術についての検討をおこなった。【対象】2004年4月から2009年3月までにおいて、当院における内視鏡的上部消化管メタリックステント留置術をおこなった59人、62症例のうち、膵臓癌による十二指腸狭窄は8例であった。平均年齢72.5歳（36～95）、男女比3：5。【方法】いずれもBoston Scientific社製Ultra flexを用いている。挿入時の工夫としては、胆管用ドレナージカテーテルでデリバリーシステムの長さを延長するなどしている。また、経鼻内視鏡で観察しながらシステムを展開したり、すでに造設してあった胃ろうの瘻孔から留置した例もある。【結果】狭窄部は全例とも十二指腸下降脚が中心で、ステント留置に成功した。いずれの症例も経口摂取が可能となり、経鼻胃管が不要となるなど、6例は退院可能であった。偶発症としてはステント留置後の穿通を1例に認めたが、保存的に軽快した。8人のうち確認された7人の十二指腸ステント留置施行日からの予後は、21日～202日で、平均85.7日、中央値65日であった。また十二指腸が狭窄する以前に、胆管閉塞に対してメタリックステントを入れた症例が6例、ERBDチューブが1例と、ダブルステントになる例が多かった。【結語】手術不能の膵頭部癌による十二指腸狭窄に対するステント留置術は、さまざまな工夫によってその成功率は高く、多くの症例において経口摂取や経鼻胃管抜去が可能で有用であった。しかし消化管ステントの位置づけは集学的治療の、または緩和治療の一環であり、その他の代替療法や偶発症などについてのインフォームドコンセントのもと処置に臨むべきであると考える。

## S-011 当院における消化管間質腫瘍（GIST）に対するスニチニブによる治療経験

愛知県がんセンター中央病院　消化器内科
○松本　和也、澤木　明、山雄　健次

【背景】2008年6月からイマチニブ耐性および不耐GISTに対するセカンドライン治療薬として、スニチニブが臨床応用されている。スニチニブは全例登録調査中であり、本邦での実臨床における有効性および安全性の情報は十分ではない。【目的】実臨床におけるスニチニブの有効性および安全性を明らかにする。【対象と方法】対象は、2008年7月～2009年3月に当院で経験した切除不能かつイマチニブ耐性または不耐GIST 16例であった。治療法はスニチニブ50mg/dayを4投2休で投与開始した。コース内の減量は行わず減量基準に基づいてコース別に12.5mgずつ減量した。検討項目は、奏効率、治療成功期間（Time to Treatment Failure：TTF）、生存率（OS）、有害事象（AE）とした。抗腫瘍効果はRECIST（Response Evaluation Criteria In Solid Tumors）、毒性の評価はCTCAE（Common Terminology Criteria for Adverse Events v3.0）に基づいて判定した。【結果】男女比は11：5で、平均年齢は58.6歳（26～77歳）、PS 0/1症例は11/5例であった。腫瘍径は4～21cm（中央値10cm）、原発部位は食道0例、胃2例、十二指腸2例、小腸8例、大腸1例、その他3例で、リスク分類では超低リスク群0例、低リスク群1例、中間リスク群1例、高リスク群9例、不詳5例であった。前治療薬であるイマチニブの治療期間の中央値は39ヶ月（1～65ヶ月）で、中止理由は増悪14例、不耐2例であった。奏効は1例（6.3%）、TTFは6ヶ月で、OSの生存曲線は、2009年3月現在において中央値まで達していない。AEとしてはgrade 4の血液毒性は認めず、grade 3以上の非血液毒性を6例（37.5%）に認められ、その内訳は全身倦怠感2例（12.5%）、肝機能障害3例（18.8%）、鼻出血1例（6.3%）であった。治療中止症例の内訳は、耐性7例（43.8%）、不耐2例（12.5%）であった。75歳以上の症例に対する投与も2例経験したが、重篤な血液毒性および非血液毒性を認めなかった。【結論】スニチニブはイマチニブに比し毒性は強い傾向にあるが、TTFも6ヶ月であり、イマチニブ耐性または不耐GISTの二次治療薬として有効な薬剤であると考えられた。

# 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 非典型的な形態を呈した腸結核の一例

津島市民病院　消化器内科
○前村　幸輔、荒川　大吾、小林都仁夫、安江　由貴、
久富　充郎

（症例）72歳、女性。（既往歴）特記事項なし。（主訴）慢性下痢、体重減少。（現病歴）数カ月前より水様性下痢が続き、近医にて内服処方を受けるも改善せず、平成20年８月４日に紹介受診となった。１日10行ほどの水様性下痢に時々血便が見られるが発熱、腹痛症状は特に認めなかった。血液検査ではWBC 6000/μl、CRP　7.1mg/dlと炎症反応の軽度上昇、Hb 10.7g/dl、Alb 2.3g/dlと貧血、低蛋白血症が認められた。８月14日に施行した大腸内視鏡検査では下行結腸脾彎曲付近にて狭窄によりファイバーが通過せず、ファイバー下の造影で下行結腸から横行結腸、上行結腸にかけて連続した広範囲な全周性不整狭窄を認めた為、８月18日より精査加療目的にて入院となった。（入院後経過）大腸内視鏡による粘膜生検の病理結果は非乾酪性肉芽腫像であり、Ziel-Neelsen染色も陰性であった。腹部CTにおいて、狭窄の部位に一致して壁肥厚が認められた。大腸クローン病も視野に入れ絶食、IVH管理とし、第16病日に再度大腸内視鏡検査を施行した。細径のファイバーを使用して広範囲な狭窄を通過することができた。狭窄はびまん性の不整潰瘍、浮腫状粘膜により構成されており、口側は回腸に連なっていることが確認され、回盲部は同定できなかった。狭窄部の粘膜生検にて結核菌PCR陽性、血中クオンティフェロン陽性であることから腸結核との診断に至り、第19病日より抗結核剤３剤(INH、RFP、EB)内服にて治療を開始した。炎症反応は徐々に改善し、下痢症状も軽減傾向であったが、潰瘍の治癒に伴う狭窄の悪化が認められ、第50病日当院外科にて結腸亜全摘術（回盲部～下行結腸切除）が行われた。術後は短腸症候群による下痢症状がみられたが整腸剤内服にて改善し、第63病日に退院となった。引き続き抗結核剤を６ヵ月間内服し、経過良好である。（考察）腸結核に伴う狭窄病変としては一般的に限局性の輪状潰瘍・帯状潰瘍を呈することが多い。自験例の様にクローン病に類似した広範囲な大腸の狭窄を認めた例は非常に稀である。今回術前に診断し得た、広範囲な狭窄を呈した腸結核を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## 2 腸管スピロヘータ症の２例

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

【症例１】46歳、男性。主訴は右下腹部痛。既往歴に特記事項なし。平成20年９月２日に右下腹部痛が出現し当科受診。37.0℃の微熱と右下腹部に圧痛を認め、反跳痛は認めなかった。血液検査ではWBC1100０/μl、CRP0.0mg/dlと軽度の炎症反応上昇を認めた。同日の腹部CEでは、盲腸から上行結腸の壁肥厚、target　sign様の所見と周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。その他の大腸や小腸に異常所見は認めなかった。来院後、水様便も出現し、感染性腸炎と考え同日入院となった。CMZ 2g/day、絶食で治療を開始した所、症状は速やかに改善し、第７病日の腹部単純CTでは、上行結腸の壁肥厚と周囲の脂肪織濃度上昇は改善し、第８病日に退院となった。便培養では病原菌は検出されなかった。尚、10月７日のCFでは、回腸末端まで観察を行い、全大腸の毛細血管の透見像の消失、微細なアフタ、バウヒン弁上唇の発赤を伴う浅い糜爛を認め、その他には特に異常を認めなかった。糜爛からの生検では、腺上皮の表層に沿って腸管スピロヘータ症に相当する羽毛状菌の付着を認め、***Brachyspira Spirochaeta***による感染と診断した。退院後は症状の再燃なく経過観察となった。【症例２】44歳、男性。主訴は健診で肝機能異常。既往歴は大腸ポリープ、痔核、甲状腺腫。特に症状はみられず、健診で肝機能異常を指摘され平成20年３月28日に当科受診。腹部エコーでは、肝血管腫を認めるのみであった。　５年前にポリペクトミーの既往がありCFを希望された。６月２日のCFでは、盲腸までの観察を行い、バウヒン弁の対側にIs、2mm、褪色調の過形成性ポリープと上行結腸に複数の憩室を認めた。過形成性ポリープからの生検では、腺上皮の表層に沿って腸管スピロヘータ症に相当する羽毛状菌の付着を認め、***Brachyspira Spirochaeta***による感染と診断し、無症状であり経過観察とした。病理結果を元にCFを見直すと、全大腸の毛細血管の透見像の消失と微細なアフタを認め、生検部位にアフタを認めた。【結語】腸管スピロヘータ症は比較的稀な疾患であり、有症状、無症状の２例を経験した。いずれも、CFでは全大腸の毛細血管の透見像の消失、アフタを認め、いわゆるアフタ性大腸炎の像であった。

## 3 特発性腸間膜静脈硬化症の１例
（若手）

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

症例は56歳女性。H19年10月に健康診断で便潜血陽性を指摘された。大腸内視鏡検査で上行結腸に暗赤色の発赤とびらんを認めるも臨床症状なく経過観察されていた。H20年10月健康診断で再度便潜血陽性を指摘され当院消化器内科受診。大腸内視鏡検査を施行したところ、横行結腸から回盲部にかけてびまん性に暗青色～暗赤色を呈した大小不同の不整形潰瘍の散在を認めた。潰瘍部の病理結果より粘膜固有層の間質及び血管壁に好酸性硝子物の多量の沈着を認め、特発性腸管膜静脈硬化症と診断した。本疾患の鑑別疾患としてアミロイドーシスの除外が必須であったが、Dyron染色で陰性を確認しこれを除外した。本症例では明らかな臨床症状を認めていないため、現在外来にて経過観察中である。特発性腸管膜静脈硬化症（idiopathic mesenteric phlebosclerosis:IMP）は日本人を中心としたアジア人のみが罹患している稀な疾患である。IMPは静脈硬化に起因した血液還流異常による慢性虚血性大腸病変である。臨床的には高齢者の右側結腸優位にみられる病変で、下痢、便秘、腹部膨満などが主訴となる場合が多い。大腸内視鏡では粘膜面に暗紫色から暗黒色を呈し、ときに腸管浮腫にびらんや潰瘍を合併する特徴的所見を認める。組織所見では粘膜深層の血管周囲に膠原線維の沈着を認め、アミロイドーシス、collagenous colitisなどとの鑑別が必要である。本症の治療に一定の見解はなく、一般的に慢性の経過をたどる場合には保存的に経過観察を行うが症状の増悪を認めた場合には外科的切除を施行された場合も散見される。IMPは組織検査のみで診断することも可能であるが、大腸内視鏡で特徴的な粘膜像を呈することから、組織像と総合的に考え診断することが重要である。今回我々は特発性腸間膜静脈硬化症という稀な疾患を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

## 4 内視鏡で診断した無症状で初期像と考えられる特発性腸間膜静脈硬化症の１例

東濃厚生病院　内科
○吉田　正樹、藤本　正夫、山瀬　裕彦

特発性腸間膜静脈硬化症は、近年疾患概念が確立された稀で原因不明の慢性・虚血性の右側大腸疾患である。1991年に我が国でなされた世界初の報告以降、現在までに228例の報告がみられるが、大部分（218例）は我が国からの報告例で、海外からの報告は、わずか10例（台湾８例、中国１例、韓国１例）しかみられない。本疾患の特徴は、内視鏡観察での暗青色浮腫状の大腸粘膜、腹部CTでの大腸壁周囲の石灰化像、注腸X線での右側大腸の拇指圧痕像、伸展不良、ハウストラの形成不良とされる。組織像では粘膜固有層から粘膜下層にかけて著明な膠原線維の沈着がみられ、その所見は血管周囲により強く、静脈壁の線維性肥厚が認められる。今や典型例では診断は容易であるが、無症状の初期例を診断するには、この疾患を念頭に入れた観察が必要である。我々は、以前に、３年間経過観察後に剖検した本疾患の典型例を経験している。今回、その際の経験が役に立ち、77歳の女性が検診の便潜血陽性で受診した際、最初に施行した大腸内視鏡検査で、全く無症状の時期の特発性腸間膜静脈硬化症と診断した。その症例では、内視鏡観察で盲腸から上行結腸にかけて全周性に暗青色の粘膜がみられ、血管透見像が不明瞭であることから生検を行い、病理組織所見で本疾患と診断した。内視鏡後に施行した腹部CT像では、上行結腸下部の大腸壁にわずかに石灰化像を認めるのみであった。血液・生化学所見には何ら異常を認めなかった。本疾患が報告され始めた頃は、慢性の下痢、腹痛、イレウス等の有症状例が多かったが、最近では無症状例の報告も徐々にみられるようになってきた。しかし、疾患概念の十分な理解が内視鏡施行医や病理医にないと、確定診断に至らず、病理診断で非特異性大腸炎とされてしまい、臨床医として今一つ納得のいかないまま、済んでしまう恐れが大きい。実際の臨床では、診断が付いていないだけの無症状の本疾患の初期例が多数存在すると考えられる。我々は、診断に至るきっかけの第１は、内視鏡で暗青色の大腸粘膜を観察することと考え、本症例を報告する。

## 5　特発性腸間膜静脈硬化症の特徴である暗青色の大腸粘膜は粘膜下の著明な膠原線維の沈着を反映している

東濃厚生病院　内科
○吉田　正樹、藤本　正夫、山瀬　裕彦

特発性腸間膜静脈硬化症の特徴は、内視鏡での全周性、連続性の暗青色浮腫状粘膜の存在と血管透見像の消失、腹部CTでの大腸壁周囲の石灰化像、注腸X線での右側大腸の拇指圧痕像、伸展不良、ハウストラの形成不良とされる。組織像では粘膜固有層から粘膜下層にかけて著明な膠原線維の沈着があり、その所見は血管周囲により強く、静脈壁の線維性肥厚が認められる。しかし、無症状で初期像と考えられる本疾患例では、腹部CTで大腸壁周囲の石灰化を認めない例があり、また注腸X線で異常所見の軽微な例や未施行例も多い。したがって臨床上、診断に至る最大のきっかけは、最初に行われる内視鏡検査で暗青色浮腫状の大腸粘膜を観察することである。従来、暗青色の大腸粘膜は、萎縮した大腸粘膜を通して深部のうっ血した静脈叢が透見されるためとされてきた（安田有利，他、Prog Dis Endosc 54：73－76, 1999）。しかし、我々が2006年に経験した本疾患の剖検症例の摘出生標本では、病変部の大腸は内視鏡像と同様な暗青色を呈していた。病理組織像では、主に粘膜下層において静脈壁の著明な線維性肥厚と内腔の狭窄、石灰化を認めたが、うっ血は認めなかった。また、随伴する動脈には軽度の壁肥厚を認めた。この血管系の異常所見と並んで重要な所見は、粘膜固有層から粘膜下層、筋層にかけての著明な膠原線維の沈着であった。特に粘膜下層への膠原線維の沈着は強く、このため粘膜下層は著明に肥厚していた。本疾患の過去の多数の文献報告例を見ても、組織学的にうっ血を示した像は提示されていない。以上より、我々は、内視鏡所見、手術中の開腹所見、切除後の固定所見でみられる暗青色の大腸粘膜や漿膜側の暗青色像は、大腸壁のうっ血のためではなく、大腸壁の著明な膠原線維の沈着を反映したものと考える。このことについて、自験例の報告（胃と腸　44：248－257, 2009）の中では、執筆文字数制限のため演者は全く触れることができなかった。しかし、現在まで文献上、演者と同じ主張をした執筆者がいないため、剖検例の組織像を中心に報告する。

## 6 術後化学療法中に骨髄癌腫症を来した直腸癌の症例

浜松医科大学　医学部　消化器内科
○松下　直哉、寺井　智宏、川崎　真佑、魚谷　貴洋、
山出美穂子、高柳　泰宏、西野　眞史、濱屋　　寧、
小平　知世、岩泉　守哉、山田　貴教、高垣　航輔、
杉本　　健、大澤　　恵、吉田　賢一、金岡　　繁、
古田　隆久、伊熊　睦博

症例は60歳台男性。200X年９月に下痢・腹痛を主訴に前医受診。大腸内視鏡検査で直腸S状部に全周性２型腫瘍を認め入院。腹部CTで肝S6に径7mmの転移巣を認め、術前診断はcSScN1cH1cPXcM0 stage IVで、低位前方切除術を施行された。病理診断はmucinous type adenocarcinomaであった。術後経過は良好で10月よりUFT/LV療法開始となったが、翌年２月に肝転移の増悪を認めたため化学療法をFOLFOX4へ変更された。しかしCEA、CA19-9の急激な上昇を認め、２月下旬より前胸部と左肩痛が出現し全身倦怠感の増悪も伴ったため転医を希望され、４月初旬に当院へ紹介入院となった。血液検査でDICの他に貧血、血小板減少、末梢白血球分画に幼若球の出現があり、ALP、LDHの上昇を伴った。全身の疼痛が著明であり、原因精査目的で骨髄穿刺を施行し、骨髄癌腫症と診断した。疼痛の悪化が著しく、経口摂取も不能となり、best supportive careの方針とした。３週間後に多臓器不全で死亡した。骨髄癌腫症は、Vaughanらが1936年にLeukoerythroblastic anemiaと称し、Jarchoらが後にdiffusely infiltrative carcinomaと提唱した。本邦では1979年に林らがびまん性骨転移40例を集計し、DIC・MHA(最小血管性溶血性貧血)を合併する病態を播種性骨髄癌腫症と定義して報告している。医学中央雑誌による検索では、大腸癌原発での報告は2004年までで25例と少なく、稀な病態と考えられる。本例を含め、低分化型腺癌や粘液癌、印環細胞癌の報告がほとんどを占めている。文献的考察を含めて報告する。

## 7 (外科) Cytostatic chemotherapyとしてのcetuximab投与が有効であった直腸癌多発肝転移の１例

三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科
○川村　幹雄、井上　靖浩、安田　裕美、廣　純一郎、
問山　裕二、小林美奈子、三木　誓雄、楠　　正人

Cetuximabは大腸癌に対し唯一単剤でsurvival benefitを証明している抗癌剤である。今回Bevacizumabを含む治療に抵抗し、肝転移の増悪から発熱、PS低下を認めた切除不能多発肝転移症例に対し、Cytostatic chemotherapyとしてのcetuximabが著効した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は51歳男性。2006年10月、直腸癌、同時性多発肺・肝転移の診断で、術前化学療法（PMC）を導入、PRを得た後の12月、経肛門腹式直腸切除術を施行した。術後ただちにPMC/Leucovorinを開始、以後肝転移を中心とした増悪からレジメンをmFOLFOX6→FOLFIRI/bevacizumabへ移行し、外来化学療法にてSDを維持した。しかしながら2008年12月、肝転移の著しい増悪から、発熱を来たし、肝機能も増悪、PS2の状態にて入院となった。Supportive careを行いつつ、原発巣のEGFR陽性を確認後、cetuximab単剤投与を開始。２回投与後よりGrade1のざ瘡を認めた以外は有害事象なく、治療を継続したところ投与後１ヶ月で血清CEA値は3370ng/mlから1790ng/mlへ低下、発熱も消失し、PSも改善した。さらに投与後２ヶ月目にはCEA値は472ng/mlまで低下し、肝機能の改善も確認した。Cytostatic chemotherapyによる全身状態の改善を得たことから、Cytotoxic chemotherapyを上乗せすることとし、レジメンをFOLFIRI/cetuximabへ強化、以後画像上もPRを確認した。現在、PS0の状態にて、同レジメンによる外来化学療法継続中である。

## 8 S状結腸転移を来たした原発性肺癌の一例

県西部浜松医療センター　消化器科
○鏡　　卓馬、山田　正美、影山富士人、吉井　重人、
本城裕美子、高井　哲成、岩岡　泰志、千田　剛士、
山崎　　哲、末廣　智之、鈴木　　聡

【症例】74歳、男性。【主訴】咳嗽、体重減少。【既往歴】40歳から間質性肺炎、痔核。【現病歴】40歳頃から間質性肺炎で他院へ通院していたが、2005年頃から自己判断で通院をしなくなった。2008年11月頃から咳嗽と体重減少が出現し、2009年１月９日に近医で当院を紹介され、１月14日に当院呼吸器科を紹介受診した。胸部レントゲン写真にて左肺に結節影を認め、精査の結果、左肺S8に原発性肺癌が強く疑われた。さらに全身FDG-PET検査にて原発巣以外に肝S8、S状結腸、左副腎、右腸腰筋にも異常集積が認められた。S状結腸の精査目的で１月21日に当科へ紹介された。【現症】発熱はなく、表在リンパ節を触知しない。胸部聴診にて両肺に捻髪音を聴取する。腹部は平坦、軟で圧痛や腫瘤を認めない。【検査所見】血液検査：WBC 10900 μl、Hb 14.8 g/dl、PLT 21.3万/μl、LDH 288 IU/l、CRP 0.22 mg/dl、CEA 10.5 ng/ml、CYFLA 17 ng/ml、CA19-9 2.0 U/ml、KL6 930 U/ml。【経過】下部消化管内視鏡検査にて肛門縁から35cmのS状結腸に約１/３周性でbridging foldを伴い中心部が決壊した粘膜下腫瘍様病変を認めた。組織生検では中分化腺癌であり、免疫組織学的染色を施行したところcytokeratin（以下、CK）７陽性、CK20弱陽性、CDX2陰性であり肺癌のS状結腸転移と考えられた。原発性肺癌としての病期はcT1N2M1、stage4であり全身化学療法の適応であったが、基礎疾患である間質性肺炎の急性増悪のリスクから御本人が化学療法を希望せず、緩和的治療を行う方針となった。【考察】他臓器癌より大腸への孤立性転移は比較的稀で、肺癌からの転移は報告がきわめて少ない。今回我々は肺腺癌の大腸転移例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 9 (外科) 直腸癌術後吻合部狭窄による虚血性大腸炎の１例

袋井市民病院　外科
○柴原　弘明、久世　真悟、京兼　隆典、高見澤潤一

症例は75歳女性。主訴は腹部膨満。既往歴に糖尿病がある。2008年２月直腸癌に対しD3リンパ節郭清を伴う低位前方切除を施行、術後吻合部縫合不全をきたしたが保存的治療で治癒した。直腸癌の病理診断はRa、３型、5×5cm、中分化腺癌、pSS、pN0、ly1、v0、pPM0、pDM0、pRM0であった。同年５月吻合部狭窄のため入院したが、CT・MRI・大腸内視鏡検査では明らかな再発所見を認めず、指による拡張で狭窄は改善し退院した。同年６月腹部膨満を認め当院救急外来を受診した。腹部単純X線検査では小腸ガスを認めた。腹部造影CTでは吻合部より口側の腸管は著明に拡張していたため、吻合部狭窄によるイレウスと診断し、同日経肛門的イレウス管を挿入した。経肛門的イレウス管造影では吻合部の狭窄部位は肛門から約5cmの位置で、狭窄部のイレウス管の通過は容易であった。イレウス管造影直後に単純CTを撮像したところ、脾彎曲部の結腸にthumb printing signを思わせる陰影欠損像を認めた。イレウス管による減圧は良好であったが血性の便汁であった。その後も血便が続いたため大腸内視鏡検査を行った。吻合部の内視鏡の通過は容易であったが、肛門から32-40cmの下行結腸に連続性に1/2-1/3周の潰瘍がみられた。また肛門から約20cmの部位にも潰瘍がみられた。両病変の間には正常粘膜が介在していた。これらの潰瘍性病変は、虚血性大腸炎による大腸粘膜病変に類似しており、吻合部狭窄により腸管内圧が上昇し虚血性変化をきたしたと考えられた。潰瘍部位の生検では悪性細胞は見られず、出血とfibrinの析出がみられ、虚血性変化で矛盾しない所見であった。大腸内視鏡検査後は経肛門的イレウス管を抜去し、絶飲食で経過観察を行った。血便がみられなくなったのちに経口摂取を開始したが、血便はみられず経過し退院となった。

## 10 術前化学療法後に切除した高度進行直腸癌の１例
（外科）

鈴鹿回生病院外科
○俊山　礼志、多羅尾　光、木村　弘子、岩佐　　真、
冨田　　隆

患者は60歳、男性。著明な肛門痛･肛門周囲膿瘍にて当院へ救急搬送された。初診時、肛門より露出する腫瘍を認め、肛門狭窄のため直腸診不能であり、広範の肛門周囲膿瘍を合併していた。同日、膿瘍切開・排膿術と生検を施行。生検にて直腸癌（adenocarcinoma, tub2）と診断された。胸腹部CTでは骨盤腔に多数のリンパ節転移を認め、多発肺転移も認めた。骨盤部MRIでは膀胱・精嚢・前立腺への浸潤が疑われた。以上より、術前診断cT4N2P0H0M1-stageIVと診断した。遠隔転移を伴い免疫低下のリスクがあるために放射線照射は行わず、術前化学療法としてmFOLFOX6を計８回施行とした。化学療法２クール目より明らかな腫瘍の縮小を認め、術前化学療法終了時には局所・転移巣ともにPRを得られたため、骨盤内臓全摘術を施行。病理組織学的所見は中分化腺癌で、断端はいずれも陰性であり、pT4(Si：前立腺・精嚢), N2, P0, H0, M1-stageIVであった。なお、治療効果判定はGrade１aであった。術後経過は良好であり、18日目に退院となった。現在、外来にて化学療法中である。今回、術前化学療法後に骨盤内臓全摘術を施行した直腸癌の一例を経験したので報告する。

## 11 肺および膵に転移をきたした大腸原発印環細胞癌の一例
(若手)

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

印環細胞癌は胃癌に最も多い組織型で、その他の消化管に認められることは少ない。大腸の印環細胞癌は大腸癌の0.4-1.2%と希な疾患である。発見時に既にリンパ節転移や腹膜播種を伴い予後不良とされている。今回我々は転移臓器の症状により発症した大腸原発と考えられる印環細胞癌の1例を報告する。【症例】52歳男性【主訴】咳嗽・息切れ【現病歴】糖尿病にて近医通院中であったが、咳・息切れ・微熱が出現し持続したため肺疾患疑われ精査目的で当院紹介受診。嘔気・嘔吐や下痢・黒色便・下血などの消化器症状は認められなかった。【経過】CTにて胸水およびびまん性粒状影、気管支壁肥厚、肺野のうっ血等が認められ、気管支鏡検査にて気管全体に粘膜不整・上皮下血管怒張・浮腫・発赤あり。隆起性病変からの生検で印環細胞癌が認められ、癌性リンパ管症型転移性肺癌と診断された。CEAとCA19-9の上昇も認めたため、消化管を中心に原発巣の検索を行った。上部消化管内視鏡検査では胃ポリープと萎縮性胃炎が認められたのみであったが、下部消化管内視鏡検査ではバウヒン弁の顆粒状変化が認められ、同部の生検にて印環細胞癌が認められた。造影CT、造影MRIでは肺以外に明らかな異常所見は認められず、回盲部原発の印環細胞癌および癌性リンパ管症型転移性肺癌と診断した。経過中に胆道系酵素の上昇認められ、再び行った造影CT、MRCPにて総胆管・肝内胆管の拡張・総胆管下端部の腫瘍が認められ、PETでも膵頭部に集積認められた。ERCPにて下部胆管の狭窄を認め同部の擦過細胞診にて印環細胞癌が認められたため、回盲部原発の印環細胞癌が膵頭部へも転移した可能性が高いと考えられた。このためTS-1とCDDPによる化学療法を開始し経過観察中である。

## 12 最近経験した大腸原発印環細胞癌の1例 - 当院で経験した4例の検討を含めて -
(若手)

山田赤十字病院　消化器科
○杉本　真也、川口　真矢、山村　光弘、大山田　純、
黒田　幹人、亀井　　昭、佐藤　兵衛、福家　博史

症例：79歳男性. 主訴：腹痛. 既往歴：30年前に胃潰瘍にて胃亜全摘術. 現病歴：肺気腫にて近医通院中, 2008年7月中旬から間欠的な腹痛を認め, 8月中旬から同症状が増悪し当院救急外来を受診, 腹部単純CTにて回盲部腫瘍によるイレウスが疑われ入院となった. 血液検査データでは貧血を認め, 腫瘍マーカーはCEA正常範囲内でCA19-9 416.2 U/mlと上昇していた. ガストロ注腸検査では盲腸に不整形の潰瘍を伴う隆起性病変を認め, 回腸に造影剤は流入しなかった. 大腸内視鏡検査では盲腸に3型の隆起性病変を認め, 回盲弁は硬化し回腸へ挿入できなかった. 生検では印環細胞癌の診断であった. 腹部造影CTでは盲腸に造影効果を伴う壁肥厚と回腸末端に浮腫性変化を認めた. また盲腸周囲に結節性病変を認め, 肝転移は認めなかった. 尚, GIFでは残胃に異常を認めなかった. 以上より盲腸原発印環細胞癌の診断で右半結腸切除術, D3郭清を施行された. 切除標本肉眼所見では盲腸に45×50mmの 2型腫瘍を認め, 回腸は20cmにわたり浮腫性変化を認めた. 病理組織学的所見では印環細胞癌と診断され, 脈管浸襲はly3, v1であり, 総合所見はC, 2型, SE, N2, H0, P0 stageIIIcであった. 大腸癌の病理学的所見は高分化, 中分化腺癌が大部分を占め, 胃癌では頻度の高い印環細胞癌は非常に稀である. 1977年から2008年までに当院外科にて手術を施行された進行大腸癌1809例のうち印環細胞癌4例(0.22%)について検討したので文献的考察を加え報告する.

## 13 敗血症で来院した大腸多発癌の一例

[1]愛知医科大学　総合診療科、[2]愛知医科大学　消化器外科
○濱野　浩一[1]、伊吹　恵里[1]、山本真紀子[1]、泉　順子[1]、
中尾　野生[2]、鈴村　和義[2]

患者は67歳の男性。【主訴】:全身浮腫、下痢、発熱。【現病歴】2008年1月頃RLQ painが出現したが放置。ADLが徐々に損なわれて寝たきりになったため､2009年1月20日に当院へ搬送された。【既往歴･家族歴】特になし。【入院時現症】身長175cm 、体重 96kg、体温37｡6℃。全身に著明な浮腫(+)。腹部全体に圧痛(+)、反跳痛(-)、筋性防御(-)。【入院時検査所見】WBC 16､900/ μl、RBC 294万/ μl、Hb 5.1g/dl、Ht 19.6%、Plt 53.9万/ μl、TP 5.5g/dl 、Alb 2.0g/dl、BUN 15.9mg/dl、Cre 0.47mg/dl、AST 12 U/l 、ALT 6 U/l 、ALP 242 U/l、LDH 242 U/l 、CRP 8.30mg/dl、CEA 7.8ng/ml、CA19-9 32 U/ml、尿蛋白(1+)、便潜血反応(+)。【臨床経過】入院時血液培養でStreptococcus viridansを検出。腹部CTで上行結腸外側に内部がlow densityでniveauを伴う腫瘤を認めた。腹壁膿瘍と診断しドレナージ術を施行。穿刺液は白色調で便臭があり、培養でE｡coliを認めた。その後呼吸不全が急速に増悪しICU管理とした。敗血症と低栄養状態による肺水腫と判断し、利尿剤・アルブミン製剤および各種抗菌剤投与を行った。入院17日目に回腸瘻を造設。同部からのガストログラフィン造影で、回盲部に陰影欠損像を認めた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に3型癌を認め、病理組織像はwell differentiated tubular adenocarcinomaであった。全身状態の改善を待って根治手術施行。回盲部とS状結腸の腺癌と、回盲部癌からの腹壁浸潤を認めた。 以上より本例はS状結腸と回盲部の同時多発癌であり、回盲部癌の穿孔によって腹壁膿瘍が形成され、この病態の原因となっていたことが判明した。

## 14 遺伝性非ポリポージス大腸癌 (HNPCC) の2例

豊橋市民病院　消化器内科
○大林　友彦、浦野　文博、藤田　基和、山田　雅弘、
北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、林　　寛子、
山田　　哲、林　大樹朗、岡村　正造

症例1．68歳男性。【既往歴】47歳、直腸癌に対し下位前方切除術施行。【家族歴】父：67歳、大腸癌で死亡。長男：30歳、横行結腸癌に対し手術。【現病歴】平成20年12月、食欲不振のため近医受診、上部消化管内視鏡検査にて胃角部後壁寄りに0-IIc+III型早期胃癌を認めた。また、下部消化管造影検査にて直腸癌疑われたため、平成21年1月19日当院消化器内科に紹介受診となった。1月30日に大腸内視鏡検査施行したところ盲腸と下行結腸に2型の大腸癌を認めた。また、直腸には10mm大のIs型ポリープを認めEMRを施行。病理所見はcarcinoma with adenomaであった。胃癌、多発大腸癌の診断にて2月24日、幽門側胃切除術、右半結腸切除術となった。病理診断は、胃：tub2, SS, N1, H0, P0, CY0, M0, StageII、盲腸：tub2, SE, N0, H0, P0, M0, StageII、上行結腸：por1, MP, N0, H0, P0, M0, StageIであった。また、同時期に前立腺癌も診断され、ホルモン療法が開始された。
症例2.57歳男性。【既往歴】40歳頃、胃潰瘍指摘。54歳、盲腸癌、直腸癌に対して回盲部切除術・低位前方切除術。【家族歴】父：58歳頃、胃癌で死亡。母：69歳頃、直腸癌で手術。姉：30歳台、60歳台に大腸癌で手術。【現病歴】平成18年3月に大腸癌に対して手術後、補助化学療法としてUFT/UZEL内服していたが、副作用にて中止となっていた。中止後再発なく経過していたが、術後3年に大腸内視鏡検査を施行したところ横行結腸にIIa+IIc病変認め、生検でadenocarcinomaと診断された。平成21年3月17日、横行結腸部分切除術となった。病理診断はtub2, SS, N0, H0, P0, M0, StageIIであった。【考察】今回、我々はAmsterdam Criteria Iを満たすHNPCCの2例を経験した。大腸癌患者に占めるHNPCCの割合は2～5%程度を占めるものと推定され、本邦では欧米と比べ胃癌の発生頻度が高い。HNPCCと診断された場合、本人の他臓器癌や異時性癌発生並びに近親者の発癌リスクも高いため、定期的なサーベイランスが重要と考えられる。

## 15 虫垂粘液嚢胞腺腫の１例
(外科)

伊賀市立上野総合市民病院　外科
○西川　隆太郎、石野　義人、福浦　竜樹、杉平　宣仁

症例は67歳女性。主訴は心窩部痛。既往歴として、うつ病、統合失調症、高血圧、甲状腺機能低下症があり、他院にて内服治療されていた。現病歴として、初診日の３ヶ月前より、時々心窩部痛を認めるようになり、半月前より、症状の増悪傾向があり、精査目的で当院を受診された。初診時、心窩部痛はなく、右下腹部に軽度の圧痛が認められた。血液検査所見では白血球および、CRPの上昇が認められた。腫瘍マーカーCEAの上昇は認めなかった。腹部CT所見では、虫垂は、φ14mm大に腫大していたが、周囲の脂肪織への炎症の波及は認めなかった。腹部超音波検査では、虫垂の位置は圧痛点と一致していた。そのため、虫垂炎を疑い、開腹術を行った。開腹所見では、虫垂は嚢腫様に腫大、緊満していたが、漿膜面には発赤は認められず、嚢胞性腫瘍の可能性が高いと考えられた。虫垂根部に拡張所見を認めなかったため、虫垂切除術を行った。切除した虫垂にはゼラチン様物質が充満しており、病理組織学的にも虫垂粘液嚢胞腺腫と診断された。虫垂粘液嚢胞腺腫は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 16 (外科) 当院における炎症性腸疾患に対する用手補助下腹腔鏡手術(HALS)の治療成績

四日市社会保険病院　外科 IBD センター
○山本　隆行、梅枝　覚、松本　好市

【目的】当院では2005年８月より潰瘍性大腸炎および大腸クローン病に対して用手補助下腹腔鏡手術(Hand Assisted Laparoscopic Surgery [HALS])を導入している。今回、当院で最初に経験した45例の治療成績を報告し、HALSの有用性について検討した。【対象】潰瘍性大腸炎40例、大腸クローン病５例。男性29例、女性16例で、平均年齢は40歳。当院のHALSは恥骨２から３横指頭側に7cmの横切開をおきジェルポートを装着、臍部(腹腔鏡用)と左側腹部にトロッカーを挿入して行った。【成績】潰瘍性大腸炎40例中24例に対しては、大腸全摘＋回腸嚢肛門管吻合＋回腸人工肛門造設術を、劇症／緊急例16例に対しては、結腸全摘(直腸切断端閉鎖)＋回腸人工肛門造設術を行った。クローン病に対しては、１例に結腸全摘＋回腸直腸吻合術を、他の４例には結腸左半切除吻合術を行った。開腹移行例は見られなかった。平均手術時間は328分、平均出血量は155mLであった。術後合併症は11例(24%)に認め、内容は腸閉塞４例、腹腔内膿瘍３例、原因不明の敗血症１例、残存直腸穿孔１例、腹壁皮下出血１例、左尿管狭窄１例であった。術後Ｘ線検査による縫合不全は、腹腔内膿瘍を認めた１例に認められた(回腸嚢肛門管吻合部)が、他の症例では見られなかった。腹腔内膿瘍の３例中１例に経皮的膿瘍ドレナージを必要としたが、他の２例は保存的に加療しえた。腸閉塞２例に対しては癒着剥離術が行われ、直腸穿孔例に対しては腹腔内ドレナージ術が行われた。患者の整容性に対する満足度は非常に高かった。【結論】HALSは導入直後から、開腹移行なく安全に行うことができ、術中出血量や術後合併症の頻度も従来の開腹手術と比較して大きな差を認めなかった。整容性に優れており若年者の多い炎症性腸疾患には有用な術式であると考えられる。

## 17 潰瘍性大腸炎類似病変に対して大腸全摘出を要した小腸クローン病の一例

名古屋大学　大学院医学系研究科　消化器内科学
○三村　俊哉、安藤　貴文、渡辺　　修、石黒　和博、
三宅　忍幸、加藤　　剛、日比　知志、中村　正直、
宮原　良二、大宮　直木、丹羽　康正、後藤　秀実

【症例】51歳男性【主訴】下痢　血便【既往歴】1990年　クローン病(小腸型)【現病歴】1990年に小腸型クローン病を発症、治療は主にメサラジン内服と成分栄養で行っていた。小腸狭窄に対して、2001年には小腸切除を、2007年には内視鏡的バルーン拡張術を行っている。2008年７月頃から、１日10回以上の重度の下痢、血便の症状が現れた。大腸内視鏡検査を行った所、直腸から横行結腸中部まで連続する潰瘍性大腸炎に類似した重度の炎症性病変を認めた。近医にてインフリキシマブ投与とメサラジン注腸により治療が行われたが、全く治療に反応しないため当院に2008年９月に紹介となった。【臨床経過】インフリキシマブ投与、プレドニゾロン40mg/日投与、LCAP ２クール、ガンシクロビル投与、酢酸注腸など各種治療を行ったがいずれも効果は認められなかった。2008年12月にシクロスポリン静注療法を行った所、病状は軽快に向かった。しかし、シクロスポリンを経口剤に切り替え漸減を行ったらすぐに再燃した。あらゆる内科的治療を行っても１日10回以上の血便と強い腹痛が続き、内視鏡的にも活動期の潰瘍性大腸炎様所見であり寛解導入が得られない為、2009年４月に大腸全摘出術＋人工肛門増設術を行う予定となった。【結語】小腸型クローン病患者に発症した治療抵抗性の潰瘍性大腸炎類似病変のために大腸全摘出術を要した。比較的稀な症例であるので若干の文献的考察を加え報告する。

## 18 (若手)(外科) 潰瘍性大腸炎術後の難治性痔瘻に対し回腸嚢肛門再吻合を施行した１例

三重大学　大学院　医学系　研究科　消化管・小児外科
○松下　航平、荒木　俊光、吉山　繁幸、大北　喜基、
藤川　裕之、小池　勇樹、大竹　耕平、井上　幹大、
内田　恵一、三木　誓雄、楠　　正人

【はじめに】潰瘍性大腸炎術後の痔瘻は、排便機能に大きな影響を与える重大な合併症のひとつである。今回、我々は、回腸嚢肛門吻合術後に発生した吻合部狭窄を伴った難治性痔瘻に対し、回腸嚢肛門再吻合術を施行することにより、排便機能の著明な改善が得られた症例を経験したので報告する。【症例】最終手術時16歳女性。８歳時に潰瘍性大腸炎を発症し、難治性のため10歳時に他院にて大腸全摘＋直腸粘膜切除、J型回腸嚢肛門吻合、回腸人工肛門造設術が施行された。４ヶ月後に人工肛門が閉鎖されたが、その１ヶ月後に外陰部膿瘍を発症し、自壊後に難治性痔瘻を形成した。その後、腸閉塞と回腸嚢炎を繰り返したため12歳時に当科へ紹介となった。痔瘻に対しseton法を施行したが瘻管周囲の炎症、および回腸嚢肛門吻合部狭窄に起因する腸閉塞も改善せず、回腸人工肛門再造設術を施行した。麻酔下での検索で直腸粘膜は歯状線から約1.5cm残存し、瘻孔の原発巣は残存肛門陰窩と診断した。瘻孔部の炎症所見は軽快したが完治せず、吻合部狭窄も残存したため、15歳時に残存直腸粘膜、回腸嚢切除、回腸嚢再形成肛門再吻合術を施行した。術後経過良好で、16歳時に回腸人工肛門閉鎖を施行した。以後、肛門からの排便状態は問題なく経過している。【考察】回腸嚢肛門再吻合は様々な要因により技術的に困難となる場合が多いが、本症例では分割手術計画によって施行可能とし、最終的に回腸嚢と肛門機能を温存することが可能となった。

## 19 クローン病の経過中に直腸癌を発症した一例

豊橋市民病院　消化器内科
○田中　　卓、岡村　正造、浦野　文博、藤田　基和、
山田　雅弘、北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、
林　　寛子、山田　　哲、林　大樹朗

【症例】38歳女性【既往歴】特記事項なし【現病歴】H5年（26歳時）水様性下痢・体重減少・痔瘻を契機に発症した小腸・大腸クローン病にて近医でED療法（900kcal/日）、PSL 5mg、5ASA 3gにて治療され、増悪・軽快を繰り返していた。H13に結節性紅斑を合併し近医大学病院入院しED1500kcalに増量、軽快退院。退院後PSL10mg、5ASA 3gにて通院するもH15年に肛門周囲膿瘍を合併し再度入院、肛門周囲膿瘍切開及びインフリキシマブ３回投与にて一時改善していた。H17より当院に紹介受診となり、インフリキシマブに加え6MP 30mgにて治療を開始、投与量を調節し寛解導入を試みるも困難であった。H20年６月より6MP無効と判断しMTX12.5mgに治療変更し、インフリキシマブの維持投与をおこなった。同年７月より腹痛・下痢症状が増悪。腹部単純写真にて直腸より口側大腸の拡張を認めた。注腸検査では直腸上部から下部にかけて高度の狭窄を認めた。バルーン拡張を施行し症状は改善するも高度狭窄のため内視鏡は挿入できず質的診断には至らなかった。同年11月、12月にも同様の症状にて繰り返し入院し拡張術を施行し透視下に直腸狭窄部の生検を施行。低分化腺癌、印環細胞癌的な異型細胞を認め直腸癌との診断に至った。H21年１月腹会陰式直腸切断術が施行され、RbP circ ４型 Ai N2 P0 M0 Stage3b であった。術後、３月よりmFOLFOX6＋bevacizumabが開始されている。【考案】クローン病では長期経過にて腸管の狭窄をきたすことが多く、しばしば経内視鏡的アプローチが困難となることが多い。造影検査にても狭窄腸管の質的診断は困難で炎症性狭窄と悪性狭窄の鑑別に難渋する場合がある。【結語】大腸癌はクローン病患者では同じ炎症性腸疾患である潰瘍性大腸炎と比べ、癌の合併率は少ない。今回我々は、クローン病の経過中に大腸癌を発症した一例を経験したので文献的考察を踏まえ、報告する。

## 20　潰瘍性大腸炎患者の大腸内視鏡における腸液培養・組織培養の検討

[1]藤田保健衛生大学消化管内科、[2]藤田保健衛生大学臨床検査部
○藤田　浩史[1]、長坂　光夫[1]、鎌野　俊彰[1]、小村　成臣[1]、
生野　浩和[1]、市川裕一郎[1]、前田　佳照[1]、松岡　明美[1]、
大久保正明[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]、早川　　敏[2]、石井　潤一[2]、平田　一郎[1]

【目的】今回我々は、2008.1月～2009.3までに当院内視鏡センターで大腸内視鏡を施行した潰瘍性大腸炎84症例のべ135回の大腸内視鏡検査中に施行しえた腸液培養と中等症～重症の潰瘍性大腸炎患者で組織培養をあわせて施行しえた39症例のべ60回の結果を報告する。【方法】腸液培養84症例の内訳は、男性51例、女性33例。年齢は42.9±15.1（男性42.4±14.9、女性43.6±15.8）。組織培養39症例の内訳は、男性19例、女性20例。年齢は42.9±16.4（男性43.7±15.9、女性42.9±17.5）。腸液培養は大腸内視鏡挿入時、直腸～S状結腸の腸液を内視鏡的に吸引したのち3～5mlを嫌気ポーターに採取した。組織培養は潰瘍辺縁もしくは観察範囲内で炎症が最も強いと思われる背景粘膜より採取した。内視鏡所見はMayo scoreを用い緩解期（Mayo 0）、中等症（Mayo1～2）、重症（Mayo 3）とした。【成績】腸液培養では寛解期35症例、中等症33症例、重症16症例であった。病原性大腸菌は12症例で検出され寛解期10症例（28.5％）、中等症2症例（6％）、重症0症例（0％）であった。C, difficileも12症例で検出され寛解期5症例（41.6％）、中等症3症例（25％）、重症4症例（33.3％）であった。Fusobacteriumについてはvarium 1症例、nucleatum4症例、necrophorum1症例で検出された。Aeromonusはsobria1例、hydrophila2例、caviae1例であった。組織培養では中等症32症例、重症7症例であった。病原性大腸菌、C, difficileはそれぞれ2症例、3症例。Fusobacteriumについてはvarium 1症例、Klebsiella pneumoniae 3症例（7.6％）とVeionella 2症例（5％）で検出された。【結論】病原性大腸菌は緩解期潰瘍性大腸炎から検出される頻度が高く、抗生剤使用の有無の関与が示唆された。C, difficile、Fusobacterium属は腸液培養で検出率が高く、組織培養検体の好気性条件下での暴露時間の関与が示唆された。Klebsiella pneumoniae、Veionella検出には組織培養が有効であると考えられた。

## 21 ステロイド依存性に対して、6MPのオーダーメイド療法が有効であったの潰瘍性大腸炎１例

豊橋市民病院　消化器内科
○樋口　俊哉、山田　雅弘、浦野　文博、藤田　基和、
北畠　秀介、石黒　祐規、山本　英子、林　寛子、
山田　哲、林　大樹郎、岡村　正造

【症例】25歳女性。【既往歴・家族歴】特記事項なし。【現病歴】平成10年 7月下腹部痛と下血が出現したため当院消化器内科受診。大腸内視鏡検査にて直腸からS状結腸まで連続性に血管透見の低下、粘膜浮腫、易出血性所見が認められ病理組織と合わせて左側大腸炎型潰瘍性大腸炎、中等症と診断された。絶食持続点滴、５-ASA内服、ステロイド坐剤にて緩解導入され、５-ASA内服、ステロイド坐剤にて緩解維持されていた。平成11年７月より時折黒色便がみられていた。平成13年７月には腹痛、下血が出現し、緩解と再燃を繰り返していた。下血の頻度、量が増えたため、平成15年１月よりG-CAP10回施行するも緩解導入困難で少量の下血が続いていた。平成15年８月PSL20mgより投与開始。その後徐々に斬減したが、PSL5mg以下に減量すると症状が増悪するため維持投与していた。H16 年12月16日、増悪したため再びPSL40mgまで増量し、その後徐々に漸減した。しかしステロイド離脱は困難でPSL2.5～15mgの維持投与を要した。H18年10月12日大腸内視鏡検査を施行すると直腸からS状結腸に活動性所見を認めた。依然として症状続くため、平成19年３月よりPSLに加えてAZA50mgで開始したが、胃部不快のためAZAは継続投与困難であった。平成19年４月３日より6MP20mgへ変更し投与を継続したが吐気を認めたため、6MP10mgへ減量し投与を継続した。腹痛、下血が消失し緩解導入と判断しPSLを斬減しH20 年８月14日にPSLと中止した。平成21年３月の大腸内視鏡所見にて粘膜血管透見をみとめ緩解を確認した。6MPの投与は受診時の至急血液検査で白血球数が2000から5000/mm³となるように微量ずつ投与量を調節するオーダーメイド療法を行い、現在6MP20mgにて緩解維持され外来通院中である。【まとめ】今回我々は6MPを微量ずつ調節するとこで継続投与を可能とし、ステロイドからの離脱をすることができた潰瘍性大腸炎を経験したので報告する。

## 22 当院のブラジル人 IBD 患者に対する AZA/ 6MP オーダーメイド療法の現状

豊橋市民病院　消化器内科
○山雄健太郎、浦野　文博、藤田　基和、山田　雅弘、
北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、林　寛子、
山田　哲、林　大樹朗、岡村　正造

【背景】豊橋市における外国人登録者数は18,577人で、うち12,130人(65.3%)がブラジル人である。ブラジル人は豊橋市人口の3.17%を占め、全国平均の0.24%を大きく上回るため、日常診療においてブラジル人患者を診察する機会をしばしば経験する。【目的】今回われわれは、ブラジル人IBD患者に対するAZA/6MPオーダーメイド療法の現状を検討したため、これを報告する。【対象と方法】1996年２月から2009年３月までの間、当院を受診したブラジル人IBD患者は潰瘍性大腸炎が９例、クローン病は８例であった。このうち寛解導入維持療法においてAZA/6MPを使用した症例は、潰瘍性大腸炎において２例、クローン病において３例であり、これらを対象とした。AZAの投与量は治療当日採血にてWBC 2000-5000/μLとなるように用量調節を行った。【結果】潰瘍性大腸炎症例では男性２例(年齢28歳、45歳)、病型は左側大腸炎型・中等症と全大腸炎型・重症であった。寛解導入療法ではAZA/PSLとAZA/G-CAP療法が施行された。寛解維持にはAZAが投与され、用量は200mg/日と100mg/日であった。クローン病症例では男性３例(年齢18歳、23歳、30歳)であり、病型はそれぞれ小腸大腸型、小腸大腸型、小腸型であった。寛解導入療法はAZA/PSL、PSL、AZAであった。寛解維持にはすべての症例においてAZAが投与され、用量はそれぞれ200mg/日、50mg/日、200mg/日であった。わが国における潰瘍性大腸炎もしくはクローン病の治療指針では、AZAの推奨投与量は50-100mg/日であり、今回の投与量はこれを大きく上回った。【結論】ブラジル人IBD患者において、AZAの投与量が日本人と比較し多い理由として、代謝酵素活性の遺伝子多型の存在が考えられ、この活性が高いため投与量を増量する必要があると考えた。

## 23 潰瘍性大腸炎の経過中に発症した腸管嚢胞様気腫症の１例

浜松南病院　消化器・IBD センター
○新井　修、竹内　健、飯田　貴之、荒井　肇、
石丸　啓、阿部　仁郎、渡邊　文利、花井　洋行

【はじめに】腸管嚢胞様気腫症(PCI)は腸管壁内に窒素を主とする含気性嚢腫が多発する比較的稀な疾患である。特発性と続発性に分類され、続発性PCIの基礎疾患としてトリクロロエチレン暴露、慢性呼吸器疾患、膠原病などが知られているいるが、潰瘍性大腸炎(UC)との合併例の報告は多くない。今回我々はUC経過観察中に発症したPCIの１例を経験したので報告する。【症例】症例は30歳男性。2006年発症の潰瘍性大腸炎(遠位大腸炎型)でステロイド療法にて寛解導入後、再燃寛解を繰り返していた。転勤のため2007年10月当院初診。初診時のCAIは４点、プレドニゾロン20mg、サラゾスルファピリジン4g、メサラジン注腸、プレドニゾロン注腸、ベタメタゾン坐薬で加療されていた。下部消化管内視鏡検査ではRsより遠位部で血管透過性低下、膿性粘液の付着がみられ、Rachmilewizのendoscopic index(EI)は６点であった。その後、６-メルカプトプリンにより寛解維持療法を行い、CAIは１点と寛解が持続していた。2008年７月の内視鏡検査で上行結腸から肝彎曲部に周囲粘膜と同様な粘膜で覆われた弾性軟の半球状の粘膜下腫瘤様隆起が多発していた。鉗子生検を行ったところ、ガスの流出がみられ、SMT様隆起は消失した。CT検査でも上行結腸に粘膜下に含気を有する腫瘤が見られた。以上より、UCに合併したPCIと診断した。無症状であったため、無治療で経過観察し、２ヵ月後に内視鏡検査を再検したところ、PCIに著変は認めなかった。【考察】UCに合併するPCIは右側結腸が圧倒的に多く、寛解期に生じることが多いと報告されており、本症例も既存の報告と同様であった。【結語】UC合併PCI症例の報告は比較的稀であり、興味深い症例と考えられたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 24 S 状結腸憩室が尿膜管遺残に穿通し炎症を繰り返したと考えられた一例

聖隷浜松病院　消化器内科
○谷　伸也、岡田　勝治、市川　仁美、佐原　秀、
木全　政晴、芳澤　社、舘野　誠、室久　剛、
熊岡　浩子、清水恵理奈、細田　佳佐、長澤　正通、
佐藤　嘉彦

症例は49歳男性。H10年にS状結腸憩室炎にて当科に入院歴がある。H18年４月下腹部痛、排尿時痛にて当科外来を受診、造影CTにてS状結腸に憩室炎と思われる脂肪織濃度上昇を認めたほか、S状結腸、膀胱と接するように嚢胞性病変を認め尿膜管遺残の存在と同部への感染の合併が考えられた。炎症は絶食、抗生剤加療で改善した。大腸内視鏡下にS状結腸で造影を行ったが大腸憩室と尿膜管遺残との交通は明らかではなかった。退院後も頻回に腹痛、排尿時痛を繰り返し近医で内服加療を受けていた。平成20年５月下旬に同症状が増悪し当科受診、造影CTにて前回同様にS状結腸に憩室炎あり、尿膜管遺残との瘻孔を指摘され入院した。炎症を繰り返していること、S状結腸憩室が尿膜管遺残と思われる嚢胞性病変と瘻孔を呈し内科的な根治は困難と考え、同年８月炎症改善後、開腹下にS状結腸切除、尿膜管切除術を施行した。手術所見ではS状結腸と膀胱頂部は高度に癒着し、膀胱頂部から臍部へと向かう尿膜管遺残が認められた。尿膜管は胎生10週までに退化し索状物となるが、この退化が起こらず生後まで尿膜管の内腔が開存している状態が尿膜管遺残である。臍部より膀胱まで交通の見られる尿膜管瘻、臍部から中途まで開存する尿膜管臍瘻、膀胱、臍部の中間にあり交通のない尿膜管嚢腫、尿膜管が膀胱側で残存する膀胱憩室がある。本症例は尿膜管嚢腫と考えられ、無症状で経過していたがS状結腸憩室炎の波及を契機に発見されたと考えられる。本症例のように大腸憩室と瘻孔を形成した報告は稀であり、若干の文献的考察を行い報告する。

## 25　当院にて経験したアメーバ赤痢の三例

JA 愛知厚生連　豊田厚生病院　消化器科
○野木森めぐみ、大久保賢治、森田　　清、竹内　淳史、
金沢　宏信、松崎　一平、下郷　友弥、滝田　　亘、
横井由宇樹、西村　大作、片田　直幸

【症例１】35歳の同性愛者の男性。下痢・血便にて潰瘍性大腸炎の疑いで入院となった。大腸内視鏡検査(以下TCSと表記)にて全結腸にわたり汚い白苔を伴う潰瘍性病変を認め、アメーバ赤痢が疑われた。粘膜生検組織と便中にアメーバ原虫が確認された。HIV抗体を調べたところ陽性であった。メトロニダゾール1000mg/dayを10日間内服し、TCS再検したところ白苔は消失していた。しかしその後AIDSを発症し、他院にて治療を行った。【症例２】38歳の男性。下痢・嘔吐・激しい腹痛にて入院となった。腹部造影CT上は明らかな所見なかった。TCSにて盲腸に潰瘍認め、同部位の生検にてアメーバ原虫検出されたため、メトロニダゾール1000mg/day内服開始した。強い腹痛が持続したため内服開始２日目に単純CT施行したところイレウス傾向認めた。メトロニダゾール内服のみ続行とし、絶飲食にて経過をみた。その後も症状改善しないため、内服開始４日目に再度造影CT行ったところ上腸間膜動脈血栓症が疑われ緊急開腹となった。術中所見では、血栓症に伴う広範な小腸壊死に加え、盲腸潰瘍底の部分菲薄化と虫垂の穿孔を認めた。手術検体からはアメーバ原虫は検出されなかった。【症例３】41歳の男性。軟便・便潜血にてTCS行い、盲腸にびらんを認めた。腸結核やアメーバ赤痢疑われ、粘膜生検、粘膜生検培養と便培養を提出したが、非特異的腸炎との診断であった。その後も下痢・軟便繰り返していたため１年後に再度TCS行ったところ、盲腸びらん部生検にてアメーバ原虫検出された。外来にてメトロニダゾール1500mg/dayを10日間内服したところ、症状改善した。今後TCS再検予定。【結語】同じようにアメーバ赤痢と診断されたが、症状の程度も、基礎疾患や併存症なども様々な三症例を経験したので報告する。

## 26 膵頭十二指腸切除術を施行した膵粘液性嚢胞腺腫(Mucinous cystadenoma)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
○佐伯　哲[1]、原　和生[1]、山雄　健次[1]、中村　常哉[2]、澤木　明[1]、田近　正洋[2]、水野　伸匡[1]、河合　宏紀[2]、今村　秀道[1]、肱岡　範[1]、近藤　真也[1]、小林　佑次[1]、松本　和也[1]、赤羽　麻奈[1]、鈴木　晴久[1]、清水　泰博[3]

【症例】38歳、女性。既往歴に特記事項なし。平成20年初め上腹部腫瘤に気づく。3ヶ月後から腹部膨満感を自覚するようになり、食欲も低下し、近医を受診、精査にて膵嚢胞性病変を指摘され、精査加療目的にて当院紹介受診となる。身体所見上、左上腹部に腫瘤病変を触知する以外に特記所見なし。血液検査上は特に異常なし、CEA・CA19-9も含め正常。腹部造影CTでは、膵頭部から体部に径約7cmのcystic lesionを認める。EUSでは、一部にmural cystが認められた。ERCPでは、主膵管の頭体移行部付近で圧迫所見が認められるが明らかな途絶はなく、腫瘤との交通も認められなかった。以上の所見から、膵粘液性嚢胞腺腫(Mucinous cystiadenoma)が疑われ、開腹時に腫瘍は膵頭体部移行部に認められ、膵頭十二指腸切除術が施行された。病理診断はMucinous cystadenomaであった。【考察】膵粘液性嚢胞腺腫は若年女性の膵体尾部に好発することが知られているが、本症例は頭体部に認められ、膵頭十二指腸切除術が施行された稀な症例と考えられる。当院にて経験した粘液性嚢胞線腫の症例の検討と若干の論文的考察を含め報告する。

## 27 腎癌術後9年目に膵転移をきたし切除した1例

[1]岐阜県総合医療センター　消化器内科、[2]岐阜大学医学部付属病院　第一内科
○華井　竜徳[1]、戸田　勝久[1]、大西　隆哉[1]、杉原　潤一[1]、出田　貴康[1]、中村　信彦[2]、林　基志[2]、足達　広和[1]、芋瀬　基明[1]、清水　省吾[1]、植松　孝広[1]、小林　成禎[1]

【症例】77歳、男性【既往歴】左腎癌（平成11年）にて摘出術【現病歴】1999年に左腎癌と診断され左腎摘出術施行後、近医にて経過観察中。2008年9月、腎癌術後9年目の腹部単純CTにて膵体部腫瘤を指摘され精査目的で当科紹介。【経過】身体所見に特記すべき所見を認めず。血液検査で膵アミラーゼの軽度上昇を認めたが、CEA、CA19-9、DUPAN-2、Span-1は正常であった。腹部エコーでは膵体部に20mm大の低エコー腫瘤と尾側膵管の拡張を認めた。腹部DynamicCTでは膵体部に動脈相から濃染されるhypervascular tumorを認め内分泌腫瘍が疑われた。膵実質は委縮し尾側膵管の拡張を認めた。MRCPでは膵体部で主膵管は途絶し、尾側膵管の拡張を認めた。PET-CTではFDGの優位な集積を認めず、腎癌の膵転移・膵内分泌腫瘍に矛盾しない所見であった。超音波内視鏡検査にて膵体部に32×31mm大の境界明瞭・辺縁整で一部に高エコーを伴う低エコー腫瘤を認め、尾側膵管は4.3mmと拡張していた。EUS-FNAを考慮したが、内部に動脈波を示す血管走行を認め、また手術適応と考えられたため施行せず。ERCPでは膵管描出できず。以上より腎癌の膵転移もしくは膵内分泌腫瘍の術前診断で2009年1月に膵体尾脾切除術+D2リンパ節郭清を施行。病理結果はRenal cell carcinoma,clear cell carcinoma,G2＞G1に矛盾せず。9年前の腎癌手術標本と同様の所見であり、腎癌の膵転移と考えられた。リンパ節転移は認めず、膵癌取り扱い規約ではPb, TS2, nodular type, T2, CH(-), DU(-), S(-), RP(-), PV(-), A(-), PL(-), OO(-), N0, M0でstage2であった。術後現在まで再発を認めていない。【考察】腎癌の膵転移は比較的まれで、術後から膵転移までの期間が比較的長いのが特徴とされている。腎癌の既往のある患者にhypervascularな腫瘍を認めた場合には転移の可能性を念頭に置き、また、切除により長期生存を得られた報告もあり手術適応に関しても積極的に考慮することが重要であると考えられた。【結語】腎癌術後9年目に診断され切除した膵転移の1例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

## 28 腎癌術後12年目に肺転移、23年目に膵転移をきたした1例
(外科)

[1]名古屋大学消化器外科、[2]名古屋大学消化器内科
○岡村　行泰[1]、杉本　博行[1]、林　真路[1]、野村　尚弘[1]、藤井　努[1]、金住　直人[1]、野本　周嗣[1]、竹田　伸[1]、中尾　昭公[1]

症例は68歳、男性。1986年、腎細胞癌で右腎摘出術を受け、術後12年目に肺転移を認め、右上葉切除術が施行された。その後は補助療法としてインターフェロンを3回/週行っていた。2006年頃より膵体部に腫瘍性嚢胞を指摘され、徐々に増大することから2009年1月、精査入院となった。血液検査所見では腫瘍マーカーを含め、特に異常は認めなかった。腹部dynamic-CTで膵体部に35mm大の腫瘤を認め、早期相で非腫瘍部の膵実質より強く造影される充実部位と嚢胞部位を認めた。MRIでは充実部位はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示し、嚢胞部位はT1、T2強調像ともに高信号で出血や出腫と思われた。嚢胞変性を生じた膵内分泌腫瘍もしくは腎癌膵転移を疑い、同年3月、脾温存膵体尾部切除術を行った。腫瘍は軟らかく、摘出標本割面で内部に出血壊死を伴う黄白調の腫瘍を認めた。病理組織検査では血管が豊富で明るい胞体を有する異型細胞が胞巣状に増生しており、淡明細胞型腎癌の所見であった。転移性膵腫瘍では腎癌原発の切除症例の報告がもっとも多く、切除することによって良好な成績を得られるとされている。自験例においても腎癌の既往から膵転移は鑑別に挙がったが、嚢胞成分があったこと、増大が非常に緩徐であったことから術前に確定診断に至らなかった。自験例はインターフェロン療法を長期にわたって行っており、その抗腫瘍効果が画像や臨床経過に影響したと思われ、興味深い症例だったので文献的考察を含め報告する。

## 29 術後13年目の腎細胞癌の転移と思われる肝臓・膵臓多発腫瘍を認めた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
○亀井　潤[1]、丸野　恵大[1]、寺田　修三[1]、寺澤　康之[1]、佐野　宗孝[1]、野垣　敦宏[1]、小平　誠[1]、久力　権[2]

腎細胞癌の術後13年後に、肝臓・膵臓に腎細胞癌の転移と思われる多発腫瘍を発症した症例を経験した。症例は66歳女性。53歳の時に左乳癌・左腎細胞癌と診断されて手術を受け、以後泌尿器科で定期的にCTでフォローされていた。画像上異常を指摘されず、自覚症状もなくこれまで経過していたが、H21年3月の造影CTで膵頭部に不均一に染まる境界明瞭な結節性の腫瘤を指摘されたため、当科に紹介された。その後MRIで肝臓にも多発腫瘤を指摘され、ダイナミックCTでは動脈相で強く濃染され染まり抜けしない多発性の肝臓腫瘤と、同じように濃染された膵腫瘤が多発しているのが確認された。
確定診断のために施行した肝生検の病理結果では、clear cell carcinomaの増殖巣が確認され、腎細胞癌の転移と診断された。膵臓腫瘤の組織学的診断は行っていないが、画像上肝腫瘍と同様の造影効果を示しており、腎細胞癌の転移性膵腫瘍の造影所見とも矛盾していないことから、腎細胞癌の転移性腫瘍が最も疑われた。そのため、今後泌尿器科に入院の上、治療開始する方針となった。
腎細胞癌の転移巣として膵臓は稀ではあるが、転移性膵腫瘍の原発としては腎細胞癌が最も多く、また腎細胞癌の術後、転移までの期間が長いことが知られている。今回我々は濃染する膵腫瘍から、術後13年が経過した腎細胞癌の多発転移と考えられる症例を経験したので、多少の文献的考察を加えて報告する。

## 30 術前に EUS-FNA を施行した膵多血性腫瘤の 1 例

岐阜大学　第一内科
○中島　賢憲、安田　一朗、久保田全哉、土井　晋平、
岩下　拓司、今井　健二、高井　光治、足立　政治、
村上　啓雄、森脇　久隆

症例は72歳女性。発作性心房細動・高脂血症・高血圧症にて近医通院中。2008年10月下旬より発熱・腹痛・下痢を認め当院を受診した。造影CTにて近位空腸に約25cmにわたり強い腸管壁の浮腫性肥厚を認めたが、その際に膵鉤部に動脈相で強く造影される20×15mm大の腫瘤を認めた。症状は急性腸炎によるものと考え、絶食・抗生剤投与にて軽快した。その後膵鉤部腫瘤精査のためERCP施行したが、正常膵管・胆管像であった。造影MRIではT1強調画像にてLow、T2強調画像にてHighを示し、動脈相で強く造影された。腫瘍は一部門脈に接していたが、遠隔転移は認めなかった。血液検査でホルモン値の異常は認めなかった。非機能性膵内分泌腫瘍と考えられ手術予定となったが、術前に確定診断目的でEUS-FNAを施行した。膵鉤部に境界明瞭で低エコーの15mm大の腫瘤を認め、内部の血流は豊富であった。経十二指腸的に25G針で血流を避けて2回穿刺した。特に合併症は無かった。細胞診では裸核状の異型細胞が孤立性に認められ、悪性が否定できない所見であったため、当院外科にて膵頭十二指腸切除術を施行した。免疫染色にてChromograninA(+)、Synaptophysin(+)、S100(+)、somatostatin(+)、insulin(-)、glucagon(-)、gastrin(-)、GFAP(-)を示し、paraganglioma と診断された。膵多血性腫瘤に対する術前EUS－FNAの診断能や適応についての考察を含め症例報告する。

## 31 膵漿液性嚢胞腺腫の 1 切除例

[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・移植外科
○田野　俊介[1]、井上　宏之[1]、原田　哲朗[1]、西川健一郎[1]、
井口　正士[1]、葛原　正樹[1]、田中　匡介[2]、堀木　紀行[2]、
井本　一郎[2]、桜井　洋至[3]、伊佐地秀司[3]、竹井　謙之[1]

症例は62歳の男性。2006年に糖尿病に対する精査のため腹部CT施行され、膵頭部に直径25mm大の多房性嚢胞性病変を指摘された。EUS等から膵漿液性嚢胞腺腫が疑われ、他院にて経過観察されていた。2008年11月に嚢胞径の増大を認めたため精査目的に当科紹介となった。腹部造影CTでは膵頭部に約30mm大の多房性嚢胞性病変を認めた。また嚢胞内部に強い造影効果を有する径9mmの結節様部分を認めた。逆行性膵管造影では主膵管は副膵管合流部付近で軽度の圧排狭細所見を認めた。膵管と嚢胞との交通は認めなかった。EUSでは膵頭部に35mm大の隔壁を伴った多房性の嚢胞性病変を認め、レボビストを使用した造影EUSでは隔壁及び辺縁の充実様の部位に著明な染影効果を認めた。MRIでは嚢胞部分はT2強調像で高信号、充実様部分は等－軽度の高信号であった。以上より漿液性膵嚢胞腺腫が疑われたが、嚢胞径が増大してきたこと、膵管に変化を認めること、結節様部はMRIで特異的所見を呈したことから十分なインフォームドコンセントのもとに幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本では腫瘍は径1～2cm程度までの多嚢胞状病変の集簇として認められ、内腔には黄色透明の漿液性成分を認めた。嚢胞周囲の間質内に径8mm大の白色の充実性部を認めた。嚢胞壁は一層の立方から扁平状、淡明な胞体を有する細胞で裏打ちされており、充実様部においても同様の所見であり膵漿液性嚢胞腺腫と診断した。本症例では膵漿液性嚢胞腺腫が術前考えられたが、辺縁の充実様部分のMRI所見から鑑別を要した。若干の文献的考察を加え報告する。

## 32 膵 plasmacytoma の 1 例

公立陶生病院　消化器内科
○浅井　裕充、森田　敬一、黒岩　正憲、坂田　豊博、
林　　隆男、清水　裕子、松浦　哲生、山本富美子、
菊池　正和

【症例】80歳、女性。【既往歴】高血圧、高脂血症。【現病歴】H20年11月下旬より腹部膨満感にて近医受診。触診にて臍上部腫瘤を触知したため当院へ紹介受診となった。腹部超音波検査にて膵臓由来の腫瘤が疑われ精査目的で入院となった。【入院後経過】入院後腹部腫瘤鑑別のために種々の検査を施行した。腹部超音波検査では膵体部に径6cm大の充実性腫瘍をみとめ、辺縁が低、中心高エコーに描出された。超音波内視鏡でも同様の所見であった。腹部造影CTではほぼ均一に造影される充実性腫瘤、主膵管の拡張は認めなかった。腫瘍は膵外性に突出し、動脈系にはencasementを認めず、静脈系で脾静脈は腫瘍により圧排されていた。また肝臓転移等認めなかった。内視鏡的逆行性胆管膵管造影では造影不十分であったが、腫瘍による主膵管の圧排を認めた。以上より、非機能性膵内分泌腫瘍を第一に考え、膵腫瘍核出術を施行した。病理組織学的診断はplasmacytomaであった。今回我々は、稀な膵plasmacytomaを経験したので、文献学的考察をふまえて報告する。

## 33 若年男性に発症した Solid-pseudopapillary tumor 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　病理部、[4]愛知県がんセンター中央病院　消化器外科
○鈴木　晴久[1]、山雄　健次[1]、澤木　　明[1]、水野　伸匡[1]、
原　　和生[1]、中村　常哉[2]、田近　正洋[2]、河合　宏紀[2]、
今村　秀道[1]、肱岡　　範[1]、近藤　真也[2]、小林　佑次[1]、
松本　和也[1]、赤羽　麻奈[2]、佐伯　　哲[2]、谷田部　恭[3]、
細田　和貴[3]、佐野　　力[4]、清水　泰博[4]

【背景】Solid-pseudopapillary tumor (SPT)は若年女性に好発し、充実成分と出血壊死性の嚢胞成分からなる、線維性被膜に覆われた特殊な膵腫瘍である。【症例】32歳、男性。他院にて尿路結石精査のために施行したCTで膵頭部に腫瘤性病変を指摘され、当院に紹介受診した。家族歴と既往歴に特記すべきものはなし。血液・生化学所見では異常を認めず。EUSでは膵頭部に境界が明瞭な、中心に石灰化を伴う約25mmの低エコー腫瘤を認めた。嚢胞成分はなく、造影効果は認めなかった。CTでも腫瘤は造影されなかった。ERCPでは膵頭部主膵管に腫瘤による圧排所見を認めた。造影効果が弱く石灰化を伴う点が非典型ではあるが、EUS-FNAによる組織診から乏血性の膵頭部島細胞腫瘍と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。切除切片の病理組織像では、均一な腫瘍細胞が細血管間質を伴って索状に増殖しており、細胞間結合の低下と乳頭状増殖、石灰沈着を伴う硝子化した間質や骨化を認めた。周囲浸潤や脈管浸潤は認めなかった。免疫組織化学染色では、Chromogranin A(-)、synaptophysin focal(+)、$\beta$-catenin(+)、CK7(-)、CDX2(-)、CD56(+)、CD10(+)、KI 67 1%未満であり、SPTと診断した。術後1年7カ月が経過した現在、再発と転移の所見なく経過良好である。【考察】SPTは若年女性、被膜形成、充実成分と嚢胞成分の混在を特徴とする膵腫瘍であるが、文献的には約10%に男性発症例を認め、嚢胞成分を認めないことも多いとされている。また、被膜や膵実質への浸潤を伴う頻度が高く、生物学的悪性度が女性例と比べて高い可能性も考えられている。今回我々は、若年男性に発症した嚢胞成分のないSPTを経験した。今後SPT男性例の臨床病理学的特徴を明らかにするため、更なる症例の蓄積と検討が必要であると考えられる。

## 34 膵周囲に発生し、嚢胞性膵腫瘍との鑑別が必要であった後腹膜神経鞘腫の一例

豊橋市民病院　消化器内科
○川口　　彩、藤田　基和、浦野　文博、山田　雅弘、
北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、林　　寛子、
山田　　哲、林　大樹朗、岡村　正造

【症例】68歳　女性
【家族歴】母：糖尿病　父：脳卒中
【既往歴】糖尿病　内服加療中
【現病歴】平成20年12月22日嘔気、背部痛出現したため、近医にて腹部超音波検査行ったところ、上腹部に嚢胞性腫瘤を指摘され、平成21年１月26日に当院消化器内科紹介受診となった。
【臨床経過】腹部超音波検査では膵体尾部に75×68mm大の隔壁を有する嚢胞性腫瘍を認め、内部エコーは不均一であった。腹部MRI検査では膵体尾部に70×70×75mm大の多房性嚢胞性腫瘤を認め、腫瘤の内容はＴ1WIで低信号、Ｔ2WIで高信号で、壁はほぼ均一であるが、冠状断では嚢胞上部に壁在結節様所見を認めた。上部消化管内視鏡上は胃体部に外圧排の所見を認めた。ERCPでは膵管との交通を認めず、膵管の圧排像のみであった。EUS上は膵体尾部に91×77mm大の腫瘤を認め、内部は高エコー・低エコーが混在しており、石灰化も認め、一部壁肥厚を伴っていた。胸腹部造影CTでは明らかな転移を認めなかった。以上の結果から膵粘液嚢胞性腫瘍を第一に考え、外科的切除術の適応と判断し、３月10日膵体尾部切除＋合併脾切除術を施行。病理組織学的には病変と膵との間に脂肪織、線維性結合織が介在しており、膵と病変に連続性は認められなかった。腫瘍はS-100蛋白陽性で嚢胞の辺縁部に末梢神経線維束が散見され、嚢胞化・繊維化などの変性を来した後腹膜神経鞘腫と診断された。
【考察】後腹膜腫瘍を初め、膵周囲の大きな嚢胞性病変ではその由来臓器の診断にさえ苦慮することをしばしば経験し、いくつかの画像所見を総合して診断する必要があると考えられた。
【結語】今回我々は膵周囲に発生し、臨床的に嚢胞性膵腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜神経鞘腫の一例を経験したので若干の文献的な考察を加えて報告する。

## 35 腹部石灰化にて発見された膵腫瘍の１例

[1]トヨタ記念病院　消化器科、[2]トヨタ記念病院　外科、[3]トヨタ記念病院　病理
○宇佐美彰久[1]、篠田　昌孝[1]、高士ひとみ[1]、鈴木　貴久[1]、
村山　　睦[1]、内山　功子[1]、森瀬　和宏[1]、辻　　秀樹[2]、
呉原　裕樹[2]、田代　和弘[3]

【症例】50歳、女性。【主訴】健診UGI異常。【現病歴】2006年12月に健診UGIを施行。腹腔内に石灰化を指摘され当院外来を受診し精査･加療となった。【既往歴】2004年十二指腸潰瘍。【家族歴】なし。【飲酒】なし。【腹部外傷】なし。【現症】眼球結膜黄染なし、貧血なし。腹部平坦、軟。腫瘤は触知せず。血圧：100/80mmHg。脈拍：80回/ 分。体温:36.2℃【検査結果】WBC 4600/ μl, Hb 13.0g/dl, Plt 23.0×104/ μl, AST 25U/l, ALT 29U/l, LDH 209U/L, Alp 123U/l, γ-GTP 17U/l, BUN 16mg/dl, Cr 0.6mg/dl, T.Bil 0.6 mg/dl, CRP 0.0mg/dl, HBs 抗原 (-), HCV 抗体 (-),CEA 1.1ng/ml,CA19-9 11U/ml.腹部造影CT：膵尾部に辺縁を石灰化で囲むようなφ3.2×4cmの腫瘤を認めた。内部には低～やや高吸収域が混在し、陳旧性出血が示唆された。solid partを疑う濃染像は認めなかった。MRI：腫瘍の内部はＴ1WIで高信号、Ｔ2WIで低信号が主体であり、Ｔ1WI、Ｔ2WIとも、高信号、低信号が混在し不均一となっており陳旧性出血が疑われた。主膵管の拡張は認めなかった。PET-CT：膵尾部の腫瘍は内部、辺縁部を含めFDGの有意な集積を認めなかった。【経過】以上の検査所見よりsolid-pseudopapillary tumor(SPT)を疑い、2007年３月13日膵体尾部切除術を施行。術後の経過良好であり2007年３月23日退院となった。以下に示す術後病理検査にてSPTと診断し、外来にて経過観察中である。【術後病理】腫瘍は4.0cm大の多嚢胞性腫瘤であり、嚢胞壁は硬く、部分的に肥厚し、内部には凝血塊を認めた。組織学的に壁は線維性で、硝子化と高度の石灰化を伴っていた。嚢胞壁の辺縁には、部分的に比較的少量の腫瘍細胞が見られた。腫瘍は、小型類円形核と淡い好酸性を示す細胞質を持ち、血液を入れた小嚢胞状の構造や、血管を軸にpseudopapillary patternを呈しつつ増殖していた。強い異型は認めず、切除断端は陰性で浸潤は認めなかった。【考察】SPTは比較的まれな低悪性腫瘍である。若年女性で石灰化を契機に発見、診断に至ることが多い膵腫瘍であり、本症例は年齢を除き典型例と考えられる。【結語】女性で膵に異常な石灰化を認める場合には本疾患を念頭に置く必要がある。

## 36 膵仮性のう胞出血後のう胞内感染を発症し治療に難渋した１例

公立陶生病院　消化器内科
○菊池　正和、森田　敬一、黒岩　正憲、林　　隆男、
清水　裕子、松浦　哲生、山本富美子、浅井　裕充

症例は64歳男性。主訴は心窩部痛。既往歴は糖尿病。平成18年７月に重症急性膵炎にて治療退院後、多発性の仮性のう胞にて外来通院中であったが、平成19年１月117日朝から心窩部痛が出現し、増強するため来院。腹部CTにて膵体部のう胞の増大と腹水の出現を認めた。またのう胞内部は不均一となっており、出血が疑われ入院となった。入院後の試験穿刺にて血性腹水を確認し、膵のう胞内出血と診断した。貧血が進行したため第３病日に腹部血管造影を施行した。左胃動脈領域よりのう胞ドレナージを施行していたが、膵体部の出血したのう胞に感染を認めたため、第23病日に超音波内視鏡下に経胃的のう胞ドレナージ術を施行し、7Fr ENBDチューブを留置したところ膿性液を多量に吸引した。その後頻回に洗浄したところ、のう胞は縮小し病状は軽快した。今回我々は膵のう胞内出血後、のう胞内感染に対し経皮的･経胃的ドレナージにて軽快した１例を経験したので若干の考察とともに報告する。

## 37 肝内に進展する仮性膵嚢胞を認めたB-２法切除胃の１例

浜松労災病院　消化器科
○大田　悠司、菊山　正隆、鈴木さつき、小出　茂樹、
仲程　純

【症例】45歳男性。胃潰瘍B-2再建胃切除術の既往歴がある。アルコール多飲後に急性膵炎を発症し、その後膵尾部近傍に仮性膵嚢胞を形成したため他院にて経皮的ドレナージチューブ留置術を受けた。膵管は体部で高度に狭窄しチューブ留置後排液が持続し抜去困難となったため当院当科紹介受診した。B-2再建術後胃のため、斜視鏡を使用し、経副乳頭的に膵管ステント(5Fr)留置し、２ヵ月後に抜去した。チューブ抜去３ヶ月後の血液検査にて肝胆道系酵素上昇を認めたため再入院した。腹部造影CT検査にて膵体部腹側に33×23mmの円形low dencity lesionを認め、また肝左様に大小不同のlow dencity lesionが蜂巣状に集積し縦70mm、横90mmにわたりびまん性に進展していた。肝のlow dencity lesionより経皮的に穿刺吸引したところS-AMYは 27,000U/Lと高値であったため肝仮性膵嚢胞と診断した。膵管狭窄が原因と考え、経副乳頭的に再度ENPDチューブ留置し肝嚢胞は消失した。その後ENPDチューブを輸入脚にて内視鏡的に切断し、留置したまま経過をみているが、治療後28ヵ月後現在チューブ閉塞や仮性膵嚢胞再発なく、経過良好である。【考察】仮性膵嚢胞は慢性膵炎に比較的高頻度に合併する病態である。それは膵周囲に留まらずに時折稀な経路で進展し遠隔部位に液体貯留を呈することが経験される。我々は急性膵炎後膵管狭窄により生じた仮性膵嚢胞が肝臓へ蜂巣状に進展した症例を経験したので報告する。

## 38 若年発症した自己免疫性膵炎の１例

豊橋市民病院　消化器内科
○田中　浩敬、岡村　正造、浦野　文博、藤田　基和、
山田　雅弘、北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、
林　寛子、山田　哲、林　大樹朗

【症例】18歳、女性【主訴】腹痛、膵酵素異常【既往】17歳時、交通外傷のためびまん性軸索損傷に伴う高次機能障害あり。名古屋市内の病院にてリハビリ通院中である。【現病歴・経過】2009年２月下旬、上腹部痛が出現し名古屋市内のリハビリ病院と豊橋市内の近医消化器内科を受診。その際膵酵素異常を指摘され精査目的に当院へ紹介受診となった。受診後より、交通外傷後の遅発性外傷性膵炎などを疑い精査を開始。当院での検査において血清アミラーゼ261IU/L（P型アミラーゼ226IU/L）と上昇を認め、腹部造影CTにて膵臓のびまん性腫大、膵内胆管狭窄に伴う総胆管の拡張、被膜様構造（capsule-like rim）を認めた。画像所見から自己免疫膵炎を強く疑い、同年３月中旬に入院にてERCP･EUSを施行。ERCPにおいて、主膵管のびまん性な狭窄を認め、特に膵頭部には強い狭窄像を認めたが、途絶および拡張は認めなかった。EUSでは、膵頭部から体部にびまん性に低エコーであり、膵腫大を認めた。追加採血検査においてIgG1471mg/dl、IgG4 48.0mg/dlと正常範囲ではあったが、画像所見・臨床所見より、自己免疫性膵炎と診断。本人・家人との相談ののち、４月よりPSL30mg/day内服による治療を開始。治療開始後１週間の経過では、治療反応良好であり、自覚症状は改善を認め、膵酵素は正常値となり、胆道系酵素も低下を認めた。現在も外来にてPSL漸減中である。【まとめ】自己免疫性膵炎は、その原因や発症機序は不明であるが、自己免疫学的機序の関与を示唆する高γグロブリン血症、高IgG血症、高IgG4血症、自己抗体の存在、ステロイドへの反応性などが特徴とされている。我国の発生においては高齢男性に多く、診断は画像所見・血液所見・病理所見等で総合的になされる。2005年に発表された厚生労働省大規模班による疫学調査では、発症年齢は60歳代でピークが見られ、46－80歳で全体の93％を占め、男女比は2.5：１であった。今回我々は10代での若年発症と考えられる自己免疫性膵炎の１例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 39 眼窩炎症性偽腫瘍を先行発症した自己免疫性膵炎 (AIP) 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
○肱岡　範[1]、水野　伸匡[1]、澤木　明[1]、原　和生[1]、
今村　秀道[1]、中村　常哉[2]、田近　正洋[2]、河合　宏紀[2]、
近藤　真也[2]、小林　佑次[1]、松本　和也[2]、佐伯　哲[1]、
赤羽　麻奈[2]、鈴木　晴久[1]、山雄　健次[1]

【症例】41歳、女性。2005年に眼窩腫瘍にて手術歴があり、病理にて炎症性偽腫瘍と診断され、プレドニゾロン（PSL）内服を１年間行い以降は中止した。２年後に、褐色尿を主訴に近医を受診、閉塞性黄疸の疑いで当科へ紹介となった。検査所見では閉塞性黄疸パターンを呈する肝胆道系酵素異常、高γグロブリン血症、IgG4高値（414）、血清アミラーゼ高値を認めた。造影CT検査ではびまん性膵腫大、および膵周囲capsule-like rimを認め、EUS、ERCPでは下部胆管の均一な壁肥厚、膵管のびまん性狭細像を認めた。FDG-PETでは、膵全体への集積（SUV-max 10.27）のほか、左眼窩、鼻腔、頸部、腋窩へも結節状集積を認めた。多彩な膵外病変を伴ったAIPを疑い、19G trucut針を用いてEUS下に膵生検を行い、H.E染色にて花冠状繊維化とリンパ球/形質細胞浸潤を、免疫染色ではIgG4陽性形質細胞も多数（＞10/hpf）認めた。閉塞性静脈炎は確認できないものの、組織学的にはLPSPと考えられた。以上より多彩な膵外病変を伴ったAIPと診断し、内視鏡的胆管ドレナージおよびPSLを開始した。PSL開始後３日目のFDG-PET検査では膵への集積を始め、その他の部位への集積は著明に改善（膵でのSUV-max 3.26）した。現在はPSLを5mg/日で維持し再燃は認めていない。
【考察】AIPは高頻度に多彩な膵外病変を認め、これらはIgG4関連病変と呼称される。本例のAIPに先行発症した眼窩炎症性偽腫瘍の報告は極めて稀であるが、ステロイド剤の服用にて、その他の腫瘤とともにPETの集積が低下したことからIgG4関連病変である可能性が高い。IgG4関連眼窩内病変からはB細胞性悪性リンパ腫の発症も報告されており、膵外病変を伴うAIPに対しては膵病変だけでなく、全身を含めた注意深い経過観察が必要である。

## 40 水腎症を合併した自己免疫性膵炎の１例

[1]三重大学医学部附属病院　消化器肝臓内科、[2]三重大学医学部附属病院　光学医療診療部
○原田　哲朗[1]、井上　宏之[1]、西川健一郎[1]、田野　俊介[1]、
井口　正士[1]、葛原　正樹[1]、田中　匡介[2]、堀木　紀行[2]、
井本　一郎[2]、竹井　謙之[1]

症例は70歳女性。2008年８月中旬より倦怠感、黄疸が出現し９月26日近医入院となった。同院の腹部US及びCTで閉塞性黄疸を指摘され、精査加療目的で10月８日当院転院となった。入院時血液検査でT-bil 8.8mg/dl、IgG 2440mg/dl、IgG4 1040mg/dl、ANA 1280倍であった。CTおよびMRI、MRCPでは、下部胆管狭窄とその上流の胆管拡張を認め、膵頭部および膵尾部に軽度の限局性腫大を指摘された。ERCPでは下部胆管狭窄は滑らかな先細り様の形状を示し、主膵管にはびまん性の狭細像を認めた。胆汁および膵液細胞診はClassIであった。閉塞性黄疸に対してはERBD施行され、減黄効果は良好であった。PET-CTでは膵全体に不均一な集積を認め、膵頭部にはSUV6.6と最も強い集積を認めた。EUSでは膵実質は全体的に低エコー像を示し、実質内部には一部高エコー部が散在していた。膵に対してEUS-FNAB施行した。軽度の炎症性変化、線維化を認めるのみで悪性所見は認めなかった。また、入院時CTにて右腎盂および尿管の拡張を指摘され、閉塞部位では造影効果を有する腫瘤様変化を認めた。逆行性腎盂尿管造影では右尿管に10cmの全周性狭窄を認め、尿管カテーテル細胞診ではClassIであった。尿管狭窄の原因は後腹膜線維症が疑われた。以上より自己免疫性膵炎、後腹膜線維症の診断にて11月７日よりPSL30mgが開始した。退院１ヶ月後のERCPでは下部胆管狭窄は改善を認めた。以後PSL減量され外来フォローアップとなったが黄疸の再燃もなく経過している。画像検査上では膵の腫大は改善し、前回指摘された右尿管の腫瘤様所見は消失した。近年新しい疾患として自己免疫性膵炎が広く認知されるにつれ、膵外病変合併の報告も増えてきている。今回、後腹膜線維症が原因として疑われる尿管狭窄により水腎症をきたした自己免疫性膵炎の１例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 41 検診の腹部エコーで発見され、経過を追えた自己免疫性膵炎の１例

[1]土岐市立総合病院　消化器科、[2]名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学、[3]名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部
○石原　誠[1]、佐々木淳治[1]、渡辺　武人[1]、清水　豊[1]、
川嶋　啓揮[2]、伊藤　彰浩[2]、丹羽　康正[2]、後藤　秀実[2]、
廣岡　芳樹[3]

症例は63歳、男性。既往歴は平成16年より糖尿病にて食事療法中。平成20年10月健康診断で膵頭部に低エコーの腫瘤を指摘され当院受診し、精査目的に入院となる。入院時血液検査では肝胆道系酵素の上昇は認めず、IgG　2078mg/dl　IgG4　507mg/dl(24.4％)と上昇を認めた。抗核抗体は陰性。腹部超音波検査では膵頭部に22mmの低エコー腫瘤を認め、軽度主膵管の拡張を認めた。ダイナミックCTでは膵頭部に25mm大、頸部に30mm大の境界不明瞭な腫瘤を認めた。膵実質相ではやや低吸収域を呈し、遅延相では軽度高吸収域を呈した。腫瘤より上流の膵管は軽度拡張を認めた。内視鏡的逆行性膵胆管造影（ERCP）では膵管造影で膵頭部に狭窄所見を認め、胆管造影では肝内胆管に軽度硬化像と下部胆管にスムーズな狭窄所見が認められた。管腔内超音波上総胆管壁に一様の壁肥厚が認められ狭窄部は低エコー腫瘤により圧排を認めた。これらの結果より自己免疫性膵炎が強く疑われたが、膵癌との鑑別が困難なためEUS-FNAを施行した。病理所見では明らかな悪性像は認めず、繊維化を伴い、間質に軽度リンパ球の浸潤を認めた。自己免疫性膵炎と診断し、黄疸などの症状がないため慎重に経過観察とした。平成21年３月13日に軽度上腹部の違和感を認め３月16日定期受診時血液検査にて黄疸、肝機能異常を認めたため同日入院となる。CTでは肝内胆管の拡張を認め、膵頭部で総胆管の狭窄を認めた。前回指摘された膵腫瘤は認めず、膵全体が腫大していた。ERCPでは下部胆管にスムーズな狭窄像を認めEBDを留置し、プレドニゾロン30mgを開始した。今回検診の腹部エコーにて膵腫瘤を指摘され、経過を追えた自己免疫性膵炎の１例を経験したので報告する。

## 42　治療前に診断しえた硬化性胆肝炎を伴う自己免疫性膵炎の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]名古屋大学大学院　消化器内科学
○日比野祐介[1]、岩瀬　弘明[1]、島田　昌明[1]、都築　智之[1]、
平嶋　　昇[1]、渡辺　久倫[1]、龍華　庸光[1]、斉藤　雅之[1]、
玉置　　大[1]、遠藤　伸也[1]、後藤　秀実[2]

今回我々は治療前に診断しえた硬化性胆管炎を伴う自己免疫性膵炎の２例を経験したので報告する。【症例１】69歳、男性、僧帽弁置換術後にて通院治療中、上腹部痛あり、採血にて肝機能障害を認めたため当院消化器科検査入院した。腹部超音波検査では膵頭部に径3.0cm大のモザイク状の腫瘤像を認め、主膵管・総胆管の軽度拡張を認めた。MRCPでは不明であったが、ERCPでは膵管は２次分枝を含め膵頭部で狭細像を呈し、体尾部の膵管の壁は不整で軽度拡張していた。総胆管は下部で狭窄し、中枢側では拡張していた。採血検査結果では胆道系酵素の上昇、IgGの高値を認め、膵管像の特徴的な所見から硬化性胆管炎を伴う自己免疫性膵炎と診断し、プレドニゾロン（30mg/日）を開始した。膵管狭窄の改善、血液検査の改善が得られており、再燃なく経過している。【症例２】73歳、男性、全身倦怠感にて近医を受診し、黄疸を指摘され当院紹介受診となった。入院後の採血検査にて胆道系酵素の上昇、IgG4の高値を認めた。抗SS-A抗体、抗SS-B抗体、リウマチ因子、抗ミトコンドリア抗体はいずれも陰性。腹部CT、USでは膵の明らかな腫大、腫瘤形成は認めなかった。MRCPにて下部胆管の狭窄像を認め、ERCPを施行した。下部胆管に全周性狭窄、肝内胆管に多発する連珠状の狭窄像を認めた。膵管はびまん狭細像を呈し、以上のことより硬化性胆管炎を伴う自己免疫性膵炎と判断した。プレドニゾロン（30mg/日）を開始し、漸減していった。膵管、胆管の狭窄像の改善、血液検査の改善が得られており、再燃なく経過している。

## 43 EUS-FNA により診断が可能であった腫瘍径5mm の膵内分泌腫瘍の 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
○小林　佑次[1]、水野　伸匡[1]、澤木　　明[1]、原　　和生[1]、中村　常哉[2]、田近　正洋[2]、河合　宏紀[2]、松本　和也[1]、清水　泰博[3]

症例は62歳、女性。右腎細胞癌の術前精査目的のCTにて膵頭部に5mm大の腫瘤性病変を指摘され、当科紹介受診した。MD-CTでは動脈優位相にて強い造影効果を認め、門脈優位相で不明瞭となった。EUSにて膵頭部に5mmの辺縁平滑、境界明瞭な低エコー腫瘤を同定し得た。鑑別診断として多血性の膵充実性病変である膵内分泌腫瘍か、腎細胞癌の膵転移を考えた。確定診断のため、EUS-FNAを施行した。細胞診でClassIII、組織診では腺房組織のなかにクロマチン粗造、核偏在性の小型異型細胞を認め、免疫染色でchromogranin A陽性、synaptophysin 陽性であった。血液検査では膵内分泌ホルモンの異常は認めず、非機能性膵内分泌腫瘍と診断した。明らかな転移巣は認めず、腎細胞癌合併膵内分泌腫瘍と診断し膵頭十二指腸切除、右腎切除術を施行した。病理組織所見は、均一な異型細胞が索状に配列し、免疫染色にてchoromogranin A陽性、synaptophysin 陽性、腫瘍径は5mm、リンパ節転移や血管浸潤、神経周囲浸潤なく、Ki67〈1％であり、最終診断は、Well-diff endocrine tumor（benign behavior）であった。本症例は、右腎細胞癌を合併した膵頭部の多血性の小さな充実性病変であり、腎癌の膵転移の可能性も考えられEUS-FNAによる術前診断が治療方針決定に有用であったため、報告した。

## 44 GEM 療法で組織学的にも腫瘍の完全消失を認めた膵未分化癌の一例

[1]名古屋大学　大学院　消化器内科、[2]名古屋大学　大学院　腫瘍外科、[3]名古屋大学　附属病院　光学医療診療部
○洪　　繁[1]、江畑　智希[2]、服部　正興[2]、廣岡　芳樹[3]、伊藤　彰浩[1]、川嶋　啓輝[1]、春日井俊史[1]、大野栄三郎[1]、石川　卓哉[1]、松原　　浩[1]、伊藤　裕也[1]、榊野　正人[2]、後藤　秀実[1]

66歳男性。3年前に前立腺癌手術歴あり。5年前に血尿精査中に膵体部にIPMNを指摘された。外来で経過観察を行っていたところ、上腹部痛を認め急性膵炎の診断で入院した。CTで膵体部に2cm大の腫瘍を認め、多発肝骨転移を認めた。膵炎は膵癌による閉塞性膵炎と診断した。肝生検では腫瘍は未分化癌であった。化学療法として外来にて塩酸ゲムシタビン（GEM）療法を施行したところ著効し、治療前に1800 ng/mlであったCEAが12ヵ月後には13 ng/mlまで低下し、画像上も腫瘍は完全に消失した。組織学的な改善を確認するために発症12ヵ月後に膵体尾部切除術を施行したが、切除膵及び肝臓には腫瘍の残存は認めず、組織学的にもGEM治療による腫瘍の消失が確認された。膵切除術後の現在も外来化学療法を継続である。本症例は、GEM治療によりほぼ完全に腫瘍の消失を得られた稀な症例と考えられるので供覧する。

## 45 化学放射線療法にて長期生存した局所進行膵癌の 1 例

[1]藤枝市立総合病院　消化器科、[2]浜松南病院・消化器病・IBD センター
○景岡　正信[1]、渡辺　文利[2]、丸山　保彦[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]

【はじめに】膵癌の治療成績は極めて不良であり、手術不能の進行膵癌の長期生存は稀であるが、今回化学放射線療法にて長期生存が得られた局所進行膵癌の1例を経験したので報告する。【症例】54歳女性、局所進行膵体部癌（上腸間膜動脈、腹腔動脈、総肝動脈周囲神経叢浸潤を伴う、T4N0M0,StageIVa）との診断にて手術適応なしと判断されgemcitabine化学放射線療法を施行した。放射線照射は1.8×28回、計50. 4Gy. gemcitabine 250mg /m2を週1回投与（計7回）とした。化学放射線療法終了直後にgemcitabineによる薬剤性間質性肺炎を認めたが、ステロイドパルス療法を施行し改善した。化学放射線療法後、CT上原発巣はNCであったものの、腫瘍マーカーはCA 19- 9 が97.8 U/mlから4.8 U/mlへと著明に低下し、その後1年間正常範囲を保った。化学療法はその後、TS- 1 , CPT-11, TS- 1 + CDDPと変更を繰り返した。治療開始1年後から原発巣の増大傾向と腫瘍マーカーの上昇を認め、治療開始から35ヶ月後に原病死した。剖検を行い高分化型膵癌と診断された。【考察】局所進行膵癌に対して化学放射線療法および化学療法が長期生存に有用であった1例を経験した。

## 46 膵管空腸吻合術後で疼痛を繰り返す若年発症慢性膵炎に対し内視鏡的治療が奏功した一例

浜松労災病院　消化器科
○大田　悠司、菊山　正隆、鈴木さつき、仲程　純

【症例】25歳・男性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】1986年、5歳時に他院にて原因不明の慢性膵炎を指摘されていた。その後も繰り返す腹痛、背部痛にて1997年膵管空腸側々吻合術を施行された。しかし、その後も腹痛、背部痛を繰り返し、症状が増悪したため2006年11月当院当科紹介受診された。紹介されてから間もなく強い腹痛が出現し入院した。【入院時現象】心窩部に圧痛あり。痛みにて臥位困難。【入院時血液検査成績】WBC：1510 0、CRP：0.2mg/dl 、S-amy：90 IU/l 、GOT：22 IU/l、GPT：37 IU/l、LDH：147 IU/l、ALP：337IU/l、γ-GTP 17 IU/l。【腹部単純CT】膵頭部は腫大し、膵管は拡張し、微細な高吸収域が散在。周囲の脂肪織濃度の上昇を認めた。【ERCP】：主乳頭からの造影にて不整に拡張した主膵管と、造影剤の圧入で膵管上流に吻合された空腸が造影された。主膵管内には不整な透亮像が散見された。副乳頭は腫大、発赤していた。副乳頭からの造影で主膵管が同様に造影された。造影時に副乳頭より白色の膿様あるいは粘液様の膵液の流出を認めた。膵液流出障害による急性化膿性閉塞性膵管炎をと診断しENPDチューブを留置した。翌日のENPD造影にて前日造影されなかった背側膵管と吻合された空腸が造影されたため、膵空腸吻合部狭窄が改善されたと判断し、ENPDチューブを抜去した。その後症状改善認め退院となった。【考察】本症例における腹痛の原因として副膵管領域の化膿性閉塞性膵管炎が推察され、内視鏡的治療が奏功した。化膿性閉塞性膵管炎は内視鏡的ドレナージが有効と考えられており、本症例においても有効であった。

## 47 胆石膵炎を契機に発見された膵脂肪置換の１例

浜松労災病院　消化器科
○仲程　　純、菊山　正隆、大田　悠司、松橋　亨、
鈴木さつき、小出　茂樹

74歳･女性。高血圧、糖尿病（NIDDM）の既往を有する。６時間ほど続く上腹部痛のために当院救急外来を受診した。血液検査で肝胆道系酵素および膵酵素の上昇、腹部エコーでは胆泥を認めたが胆管拡張はなかった。腹部CTで膵は腫大し、頭部を中心に膵実質は脂肪織濃度を呈していた。また、膵頭部前面では脂肪織濃度が上昇していた。胆石膵炎を疑ったが症状は高度ではなく、蛋白分解酵素阻害剤、補液療法にて経過観察した。入院後症状は軽快した。EUSにて膵内に腫瘤性病変は確認されず、MRCPでは主膵管や胆管の拡張を認めなかった。ERCP時の観察で十二指腸乳頭の観察で開口部は軽度に開大を示した。膵管造影で３型の膵管分枝癒合を認めたが、膵管の閉塞や拡張所見はなかった。胆管造影で胆管に所見なく、胆嚢内に細かな結石と思われる透亮像を認めた。　ERCPで胆管に所見がなかったものの胆嚢内に結石があり、十二指腸乳頭開口部開大所見や血液検査結果から、腹痛の原因は胆石膵炎を診断した。再発予防のために胆嚢摘出術を予定している。胆石膵炎は初発であり糖尿病の既往や膵管分枝癒合があるが、膵脂肪置換の原因は不明である。

## 48 輪状膵術後、膵胆管合流異常症に膵炎を繰り返した一症例

静岡県立総合病院 消化器内科
○木村　勇斗、松村　和宜、重友　美紀、赤松　和夫、
丸野　貴久、黒上　貴史、白根　尚文、鈴木　直之、
吉川　俊之、國立　裕之

症例は36歳の女性。生後３日で輪状膵にてバイパス術施行。平成19年11月、軽症急性膵炎にて当科入院。保存的に軽快するも、その後２回急性膵炎発症した。CT, MRCP, ERCPにて膵胆管合流異常と診断。総胆管径は約9mmでCTでは胆管内にair像を認めた。治療法の選択に難渋したが、十分なインフォームドコンセントのうえ平成20年７月胆嚢摘出,総胆管切除,胆管空腸吻合術を施行した。術後特に合併症は認めず、経過観察中である。膵胆管合流異常症における急性膵炎発症の原因としては諸説言われている。治療法についてもいまだ確立されたものはない。急性膵炎を繰り返す膵胆管合流異常症における治療法を検討する際、非常に示唆に富む症例を経験したので報告する。

## 49 高脂血症による急性膵炎の３例

名古屋市立東部医療センター　東市民病院
○川井　祐輔、山本　俊勇、濱野　真吾、伊藤　恵介、
長谷川千尋、水野　芳樹

症例１は、28歳、男性、身長176.5cm、体重64.8kg。上腹部痛、嘔吐を主訴に来院。家族歴は不明。採血ではWBC 1297０/μl、CRP 0.2/μl、AMY 36IU/l、リパーゼ540IU/l、T-col 818mg/dl、TG 6460 mg/dl、CTにてGrade ３の膵の炎症を認め、Stage3の急性膵炎と診断し入院となった。絶食の上、補液、予防的抗生物質(SBT/CPZ)、H2受容体阻害薬、蛋白分解酵素阻害剤、ソマトスタチンアナログの投与を開始した。入院中の経過で仮性のう胞が出現したが保存的治療にて軽快した。膵炎の症状改善後もT-col 247mg/dl、TG 165 mg/dlと軽度高値のため、HMG-CoA還元酵素阻害薬を開始した。その後、T-col 130mg/dl、TG 97 mg/dlに改善した。症例２は、25歳、女性、身長161cm、体重86kg。嘔吐、高血糖のため近医より紹介。家族歴として母に高脂血症、急性膵炎の既往あり。採血上、WBC 1212０/μl、CRP 30.7/μl AMY 71IU/l、リパーゼ83IU/l、T-col 540 mg/dl、TG 1129 mg/dl、FBS 482 mg/dl、HbA1c 9.6%、CTにてGrade４の膵の炎症を認めたため、Stage2の急性膵炎と診断し入院となった。絶食の上、補液、予防的抗生物質(MEPM)、H2受容体阻害薬、蛋白分解酵素阻害剤、およびソマトスタチンアナログの投与を開始した。膵炎の改善に伴い各脂質は改善傾向にあったが、膵炎に対する持続点滴終了時においてもT-col 259 mg/dl、TG 590 mg/dlと依然高値であったため、高TG血症に対して、フィブラート系薬剤を開始した。経時的にアミラーゼを測定したが上昇傾向を認めず保存的治療で軽快した。症例３は42歳、男性、身長175cm、体重71kg。腹痛を主訴に近医受診。家族歴は特記事項なし。採血上、WBC 1150０/μl、CRP 2.2/μl AMY 173IU/l、リパーゼ66IU/l、T-col 718 mg/dl、TG 7309 mg/dlにて当院紹介。CT上、Grade３の膵の炎症みられStage1の急性膵炎と診断し入院となった。絶食の上、補液、予防的抗生物質(IPM/CS)、蛋白分解酵素阻害剤を開始し、リパーゼ66IU/l、T-col 209 mg/dl、TG 131 mg/dlと改善した。膵炎と高脂血症の関連には高脂血症が膵炎の原因となる場合と膵炎により高脂血症が惹起される場合があると考えられている。今回、高脂血症による急性膵炎の３例を若干の文献的考察を加えて報告する。

## 50 腹腔動脈狭窄を伴う膵十二指腸動脈瘤破裂の１例
（若手）

[1]大垣市民病院　消化器科、[2]大垣市民病院　放射線科
○由良　義充[1]、熊田　　卓[1]、桐山　勢生[1]、曽根　康博[2]、
谷川　　誠[1]、久永　康宏[1]、豊田　秀徳[1]、金森　　明[1]、
多田　俊史[1]、平松　　武[1]、細川　貴範[1]、荒川　恭宏[1]、
藤森　将志[1]、高木万起子[1]

【はじめに】我々はコイル塞栓術で救命し得た、前上膵十二指腸動脈瘤破裂の１例を経験したので報告する。腹腔動脈狭窄を伴う膵十二指腸動脈瘤破裂は本邦では報告例がごく僅かしかない。【症例】72歳男性。主訴：心窩部痛。現病歴：来院前日の夕方から心窩部痛があり、当院救急外来受診した。Hb7.0と著明な貧血を認め、収縮期血圧は70mmHgと低下、軽度意識障害も伴い、ショックの状態であった。腹部単純造影CT施行したところ、後腹膜腔に多量の出血を認めた。後腹膜出血による出血性ショックの状態と考えられたため、同日、診断と治療の為に緊急血管造影検査を施行した。血管造影では明らかな血管外への造影剤の漏出は認めなかったものの、腹腔動脈の根部の高度の狭窄と前上膵十二指腸動脈に紡錘状の動脈瘤を認めた。CTで確認された後腹膜出血は前上膵十二指腸動脈瘤破裂による後腹膜出血と判断した。さらに翌日、前上膵十二指腸動脈瘤破裂の再発の予防の為に、動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した。腹腔動脈は狭窄が強く選択できなかったため、後下膵十二指腸動脈からアプローチして動脈瘤を遠位側から近位側にかけてコイルで塞栓した。コイルは合計36本使用した。その後、動脈瘤の再破裂はなく、経過は良好であったが、第15病日に嘔気、腹部の張りといったイレウス症状が出現した。上部消化管内視鏡で観察すると、十二指腸の著明な浮腫、狭窄を認めた。一時絶食による保存的治療を続けたところ、十二指腸の浮腫、狭窄は次第に改善し、経口摂取が可能となり、第50病日に経過良好で退院となった。【結語】今回、我々は膵十二指腸動脈瘤破裂の１例を経験した。コイル塞栓術を用いて再出血を予防することに成功し救命することができた。腹腔動脈狭窄を伴う膵十二指腸動脈瘤破裂は非常に稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 51 治療期間を16週以内に短縮したC型慢性肝炎症例の検討
(若手)

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

セロタイプ2型かつ低ウイルス量症例においては治療期間を24週間から12～16週間に短縮しても十分なSVR率が得られることが各施設から報告されている。今回我々は、治療期間を16週以下に短縮したC型慢性肝炎12例の検討を行い、治療期間の短縮が可能かどうかについて検討した。対象は何らかの理由で治療期間を16週以下に短縮したC型慢性肝炎12例である。治療期間を短縮した理由としては、うつ状態出現によるものが2例、透析導入直前の患者で難治性の下痢と高カリウム血症によるものが1例、網膜症の悪化が1例、それ以外はウイルスの超早期の陰性化が得られた症例でインフォームドコンセントが得られたために治療を短縮した。セロタイプは1型が1例でその他はすべて2型であり、平均年齢は41歳、男女比は8：4、平均ウイルス量は5.0±1.0 logIU/mlであった。治療期間は12週間が7例、16週間が5例であった。実際の治療状況は、IFNα2a単独が5例、IFNα2b+Ribavirinが4例、IFNβ(1日2回投与)+IFNα2aが3例であった。治療開始後8週以内に血中ウイルスは全例で陰性化した（アンプリコア定性法による判定を含む）。治療開始時ウイルス量と血中からウイルスが消失するまでの期間の間には有意な正の相関関係が認められ、ウイルス量が少ない症例ほど早期にウイルスが消失した。現時点で治療効果が判定可能である8例についてウイルス消失時期別に治療効果を検討した。4週までにウイルスが消失した群（RVR群）におけるSVR率は5／6（83%)、6週から8週までにウイルスが消失した群におけるSVR率は2／2（100%)、全体としてのSVR率は7／8（88%)であった。IFNβ(1日2回投与)を先行投与した3例は全例治療開始後2週間で血中ウイルス消失に至った。セロタイプ2型のRVR群に対しては12～16週間の短縮治療においても十分な治療効果が得られると考えられ、治療期間を短縮できる可能性があると思われる。

## 52 慢性C型肝炎に対するペグインターフェロン・リバビリン併用療法中に関節リウマチを合併した一例

順天堂大学　医学部附属静岡病院　消化器内科
○菊池　　哲、平野　克治、金光　芳生、佐藤　俊輔、
成田　諭隆、玄田　拓哉、飯島　克順、小川　　薫、
市田　隆文

【はじめに】慢性C型肝炎の標準的治療としてPeg-IFNとRibabirinの併用療法が推奨され有効性も確認されている。しかし、治療経過中に自己免疫疾患を合併する可能性があることが指摘されており、治療開始前に充分な検査が必要である。今回我々はPeg-IFN/Ribabirin併用療法中に関節リウマチ(RA)を発症し、結果としてPeg-IFN/Ribabirin療法が中止となった症例を経験したので報告する。【症例】患者は69歳の女性。22歳の時に結核にて左肺上葉切除術施行されこの時に輸血歴がある。以前よりHCV陽性を指摘されていたが肝炎の治療歴はなく、今回は初回治療目的に当科受診となった。平成20年2月、肝組織所見F2/A2、genotype 1b、HCV-RNA 定量5.6 logIU/ml より、抗ウイルス療法の適応と診断し、Peg-IFNα-2b 80μg、Ribabirin 600mgにて治療開始となった。平成20年4月初旬頃から両手関節痛が出現。その後、肩、膝関節痛、朝のこわばりも認めたため整形外科を受診。RAを疑われたため膠原病内科受診となった。その時の検査所見は、CARF 76.5 AU/ml、抗MMP-3抗体 1395.0ng/ml、抗CCP抗体 1672.8ng/ml、CRP 1.5mg/dl、RAPA 320倍 と典型的なRAの所見であった。しかし、本症例はインターフェロン導入前の時点で 抗MMP-3抗体 345.9ng/ml とRAを疑う検査所見が既に認められていた。開始後16週目には 546.0ng/ml となり、20週目には 1310.5ng/ml まで上昇を認めた。この症例ではインターフェロン開始後20週にRA発症と判断され、Peg-IFN/Ribabirin療法は中止となった。しかし、インターフェロン開始後4週目にHCV-RNA定量が陰性化しており、その後HCV陰性化持続し再燃することなく抗ウイルス療法としてSVRを得るに至っている。【考察】インターフェロン治療開始前の血清にて各種RA関連抗体値の上昇が認められており、その段階で既にRA発症の予測が可能であった。また、インターフェロン治療が、RA発症に何らかの影響を及ぼしたと考えられた。今後、インターフェロン治療を行うに当たり自己免疫疾患の合併症の発症を予測するために各種の抗体のチェックを行い、合併症の発症する確率が高いと予測された場合には厳密な経過観察が重要と考えられた。

## 53 重症化が危惧されたためエンテカヴィルを投与して軽快した Genotype A 型 急性 B 型肝炎の一例

[1]名古屋医療センター　消化器科、[2]名古屋大学　消化器内科
○遠藤　伸也[1]、平嶋　　昇[1]、斉藤　雅之[1]、玉置　　大[1]、
龍華　庸光[1]、渡辺　久倫[1]、日比野祐介[1]、都築　智之[1]、
島田　昌明[1]、岩瀬　弘明[1]、後藤　秀実[2]

症例は58才、男性。糖尿病で通院中、2008年末頃より嘔気が出現。2009/1/5採血にてAST 1055 IU/L, ALT 1102IU/L, T-Bil 3.59mg/dlと肝障害を認めるため入院となった。HBs抗原 9121 IU/l, HCV抗体陰性, IGM-HBc抗体 37.7 S/COのため急性B型肝炎と診断して保存的に治療を開始した。入院時、PT 57%であったが、第9病日の1/13にはPT 47%まで低下したため、重症化を危惧してHIV陰性であることを確認してエンテカヴィル0.5mgを投与開始した。第50病日の2/23にはAST 62, ALT 99, T-Bil2.28, PT 62%まで改善したが、4/6現在HBs抗原陽性のためエンテカヴィル継続中で慢性化しないか慎重に経過観察中である。また、聞き取りから感染経路は日本人男性であり、相手がGenotype A型キャリアーである可能性が危惧された。最近、従来日本には認められなかったGenotype A型 急性B型肝炎が増加していると言われており、重症化・慢性化の報告もある。今後、急性B型肝炎は一層慎重に扱い、出来ればGenotype測定が望ましいと思われた。

## 54 当院における薬物性肝障害症例の現状

[1]増子記念病院　肝臓内科、[2]増子記念病院 外科、[3]愛知医科大学 消化器外科、[4]増子記念病院 総合内科
○綾田　　穣[1]、堀田　直樹[1]、広瀬　昭憲[1]、黒川　剛[2,3]、
増子美奈子[4]、増子　和郎[1]

【目的】亜急性疾患・慢性疾患の診療を主体とする民間病院である当院における薬物性肝障害症例の現状につき検討を行なった．【方法】対象は2006年4月から2009年2月に薬物性肝障害と診断された27症例である．これらの症例に対する傾向や診断過程における検討を行なった．【成績】基礎疾患は、感染症が37.1%、次いで、消化器疾患が11.1%であった．循環器疾患、呼吸器疾患、腎・泌尿器疾患がそれぞれ7.4%で、血液疾患、耳鼻咽喉科疾患、神経・精神科疾患、整形外科疾患、婦人科疾患がそれぞれ3.7%であった．また、基礎疾患のないものが11.1%存在した．肝障害の原因薬物は、抗生剤が最も多く51.9%を占めた．抗生剤使用時には特に注意が必要である．次に、造血と血液凝固関係製剤が14.8%、循環器用薬が11.1%、解熱・鎮痛・抗炎症剤が、7.4%とつづき、泌尿・生殖器用剤、健康食品、ビタミン製剤がそれぞれ3.7%であった．初発症状を認めたものが63.0%であったが、ないものも37.0%存在しており、新たな薬物を投与した後は慎重な経過観察が重要であると思われた．DDW-J 2004薬物性肝障害診断基準案での肝障害の臨床病型は、肝細胞障害型が40.8%、胆汁うっ滞型は29.6%、混合型は29.6%であった．除外診断における、検査の施行率は、HAV：44.4%、HBV：92.6%、HCV：86.5%、EBV：33.3%、CMV：29.6% 、HSV：22.2%であった．抗核抗体の測定は18.5%に施行されていた．胆道系疾患の除外目的の画像診断の施行率は100%であった． DLSTの施行率は18.5%であった．肝生検が施行された症例は2例であった．DDW-J 2004薬物性肝障害診断基準案での総スコアの平均は、5.7±1.5で、判定は、可能性が高いが85.2%、可能性ありが14.8%、可能性が低いは0%であった．【結論】当院における薬物性肝障害の現状について検討を行った．診断基準案を適応したところ、全例が総スコア3以上であり診断に有効であった．しかし、多くの症例で除外診断の未施行項目がみうけられた．薬物性肝障害は除外診断が重要であり、今後の当院での課題は、DDW-J 2004薬物性肝障害診断基準案にもあげられている検査項目を忠実に行うことであると考えられた．

## 55　防風通聖散によると考えられた肝障害の２例

[1]岐阜赤十字病院　内科、[2]岐阜赤十字病院　放射線科
○三宮　典子[1]、松下　知路[1]、高橋　裕司[1]、伊藤陽一郎[1]、
中村　俊之[1]、後藤　裕夫[2]

【症例１】54歳女性【主訴】全身倦怠感、食欲不振、黄疸【既往歴】高血圧症【内服歴】H12～　エストロゲン、酢酸メドロキシプロゲステロン、H17～　カンデサルタン、H20.9～　防風通聖散【現病歴】H12年頃から更年期障害でホルモン剤の内服加療中。H20.9.19頃から防風通聖散の内服開始。10.6から黄疸出現、10.9近医受診。肝機能異常、黄疸を指摘され、精査加療目的で当院紹介、同日入院となった。【入院時検査成績】PT 91%,AST 1271,ALT 1735,ALP 536,LDH 512,T-Bil7.1,D-Bil5.5,TP 7.2,Alb4.1,CHE 250, γ-GTP 135,IgM-HA(S/CO)0.40未満,HbsAg0.0 0,ANA 40未満【経過】入院後、安静と薬剤の中止、肝臓抽出製剤の点滴にて経過をみていたが、肝機能障害が遷延するため、入院５日目グリチルリチンの静注を追加。入院13日目肝機能障害改善し、全身状態良好、症状軽減し退院となった。【症例２】52歳女性【主訴】全身倦怠感、食欲不振、黄疸【既往歴】H13バセドウ病【内服薬】H20.9～12　女性ホルモン剤（詳細不明）、H20.12～　防風通聖散、H21.2～　通導散、数年前より市販のビタミン剤を内服中【現病歴】H20.9頃より近医産婦人科にて女性ホルモンの投薬を受けていた（詳細不明）が12月に中止、同じ頃より近医内科にて肥満薬として防風通聖散の内服を開始する。効果が見られないためH21.2より通導散を追加。２月頃より全身倦怠感、食欲不振あり、３月末に黄疸出現、4.3当院受診。肝機能異常、黄疸あり同日入院となった。【入院時検査成績】PT 93%, AST 1292, ALT 1425, ALP 895, LDH 546, T-Bil7.5, D-Bil6.0, TP7.6, Alb4.5, CHE 288, γ-GTP 438, IgM-HA(S/CO)0.40未満, HbsAg0.00, HSV IgM(-), CMV IgM(-), EBV 抗VCA IgM(-), IgG 1405, ANA 40未満【経過】入院後、安静と薬剤の中止にて経過をみていたが、肝機能障害遷延するため、入院６日目よりグリチルリチンの静注開始、入院10日目よりウルソデオキシコール酸の内服を開始した。現在入院加療中であるが、軽快傾向にある。【考察】２例とも確定診断に至っていないが、肝炎ウィルスは陰性であり、抗核抗体も陰性であった。経過から防風通聖散による薬剤性肝障害の可能性が高いと判断した。最近、防風通聖散による肝障害の報告が散見されつつあり注意が必要であり、若干の文献的考察をふまえ報告する。

## 56 慢性化したEBウイルス感染症の一例

一宮市立市民病院
○松浦倫三郎、中條　千幸、山中　敏広、水谷　恵至、
金森　信一、井口　洋一、中野　有泰

症例は26歳女性。咽頭痛、発熱にて耳鼻科を受診した。ASO、ASK高値のため溶連菌感染症疑いとして治療を行っていた。経過中、著明な肝機能障害を認め消化器科紹介となった。紹介時、白血球・血小板の低下を認め、EBV IgG抗体微増、IgM抗体陰性であった。腹部CTでは著明な脾腫を認めた。外来経過中、肝機能障害は一時的に改善を認めたものの、再度増悪したため入院となった。入院時、EBV IgG抗体は急増し、IgM抗体陰性、EBV DNA定量は高値であった。肝生検にて肝細胞の高度の炎症性変化、一部壊死所見を認め、胆管の障害や肝線維化はほとんど認めず、急性肝炎の所見を認めた。EBV-encoded small RNA-1に対して免疫染色を行うと、高率にリンパ球の染色性を示した。骨髄穿刺では血球貪食像を認めた。以上のことから、慢性活動性EBV感染症（CAEBV）と診断した。血球貪食症候群に対してプレドニゾロン40mgの内服を開始した。現在、CAEBVに対して今後の治療方針を検討中である。

## 57 C型肝炎に対してインターフェロン著効後、10年以上経過して肝細胞癌を発症した2例

静岡市立静岡病院　消化器内科
○黒石　健吾、鈴木　　亮、岡崎　　敬、大野　和也、
村田美重子、濱村　啓介、高橋　好朗、田中　俊夫、
小柳津竜樹

【緒言】C型肝炎患者にインターフェロン治療が著効(SVR)すると肝細胞癌(HCC)発症率は著しく低下する一方、長期間を経てもHCCを発症する症例があることは周知の事実である。当施設でも、SVR後10年以上経過してHCCを発症した2例を経験したので、その臨床的特徴を検討し、報告したい。【症例】症例1、76歳男性、HCV型不明、1991年IFN単剤治療によりSVR。2008年2月、人間ドックで肝腫瘤を指摘され、肝S6/7 4cmの古典的HCCと診断。肝後区域切除を行った。手術標本では、中～低分化型HCC、背景肝組織はF1A1であった。術後6ヶ月で頚椎転移が現れ、放射線治療と共に保存的治療中である。症例2、69歳男性、genotype 2b、1995年IFN単剤治療によりSVR。2007年12月、肝S7 4cmの古典的HCCを指摘され、切除。病理組織は中～低分化HCC、背景肝F2A1であった。切除後再発なく観察中である。【考案】2症例は、いずれも男性高齢者、3cm以上の大型HCCとして診断され、組織学的悪性度は高い。また、背景肝には、軽い線維化と、炎症が残存していた。症例が少数であるが過去の文献でも同様の傾向がみられ、男性高齢者、高度線維化は発癌の危険因子と予想される。発癌時の肝機能は保たれているため早期発見によりHCCの根治的治療が可能であるが、発見が遅れれば根治不可能なまでに進行している可能性がある。【結論】IFN治療でSVRとなっても10年以上の長期的な経過観察が必要である。男性高齢者、IFN治療開始前の肝線維化進行例は特に注意が必要である。

## 58 5年以上生存し得たVp3進行性肝細胞癌の2症例

豊橋市民病院　消化器内科
○深谷　兼次、浦野　文博、藤田　基和、山田　雅弘、
北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、林　　寛子、
山田　　哲、林　大樹朗、岡村　正造

高度門脈浸潤を伴う肝細胞癌は予後がきわめて悪い。門脈1次分枝あるいは本幹が腫瘍栓で閉塞された場合、肝機能の急速な悪化および急激な門脈圧上昇による食道静脈瘤の破綻をきたしやすく、MSTが2.7ヶ月と報告されている。治療法は、手術･全身化学療法･肝動注化学療法･肝動脈化学塞栓療法(TACE)があるが、いずれも成績は不十分である。今回我々は、長期生存し得た高度門脈浸潤を伴う進行性肝細胞癌の2例を経験したので、多少の文献的考察を加えて報告する。【症例1】75歳、男性。B型肝硬変。平成14年4月に血液検査で、肝機能異常を指摘され当科へ紹介受診となった。精査の結果Child B、HCC(right lobe 径10cm、S4 径2cm)、RPVにPVTT(+)、T4N0M0のstageIVAと診断され、平成14年7月11日に当院外科で肝右葉切除術を施行した。その後、右大腿骨頚部転移および左大腿骨頭転移のため、それぞれ平成14年9月25日に人工骨頭置換術および平成14年11月1日髄内釘固定術施行した。さらに右大腿骨頚部転移のため平成15年2月20日から同部に30Gyの放射線療法を施行した。その後経過観察中であるが現在までの約5年間無再発である。【症例2】86歳、女性。C型肝硬変、肝硬変。H14年6月にCTにて肝細胞癌を指摘され当科へ紹介受診となった。Child B、HCC(S7/8、径76mm)、RPVにPVTT(+)、T3N0M0のstageIIIの診断にて、H14年7月8日にTACE施行。H15年5月8日S8の再発にてTACE追加。H18年1月13日S2に再発を認めRFA施行。H18年8月にS1に再発を認めTACE追加。その後、外来通院をH19年3月まで自己中断していた。H20年8月27日、右葉に径12cmほどのHCC再発を認め、腹膜播種を疑われる腹膜肥厚像を認めた。9月11日にTACE施行。その後は積極的治療を希望されず他院へ転院となった。

## 59 乏血性腫瘍象を呈した巨大中分化型肝細胞癌の1例
(外科)

愛知県厚生連江南厚生病院　外科
○田中　伸孟、林　　直美、石樽　　清、石田　直子、
山村　和生、黒田　博文

症例は59歳、男性。出血性肝嚢胞の診断で内科通院中であった。繰り返す肝嚢胞出血に対し、手術目的に当科紹介となった。腹部造影CTでは、肝S5・6・8に15cm大の巨大な低吸収域を認め、一部に出血所見が見られた。腹部MRIでは、同部位はT1強調で低信号、T2強調で高信号を示した。選択的肝動脈造影では、濃染像はなく、血管圧排像も見られなかった。腫瘍マーカーはPIVKA.ECが11206mau/mlと異常高値を認めたが、CEA、CA19-9は正常値であった。以上より乏血性肝細胞癌を疑い手術を行った。開腹所見では、肝腫瘍が破裂し、血性腹水を認めた。腫瘍はS8を主体とする病変であり、横隔膜に癒着していた。S5・6の嚢胞部位は血腫であり、薄い被膜に包まれていた。右肝静脈を根部で処理し、肝右葉切除術を行った。病理組織学的診断では、中分化型肝細胞癌であり、腫瘍内には血管新生も多数見られた。一般に、肝細胞癌は脱分化の過程で動脈血流増加、門脈血流低下をきたし、画像上、動脈相で造影効果をうける腫瘍として描出される。乏血性を呈するものもあるが、多くは小型高分化型肝細胞癌である。今回、われわれは、乏血性腫瘍像を呈した巨大中分化型肝細胞癌の1例を経験したので報告する。

## 60　TACE 反復治療後に、総胆管結石に伴う脾被膜下 biloma を合併した肝細胞癌の一例

藤田保健衛生大学　肝胆膵内科
○芦刈　周平、川部　直人、橋本　千樹、原田　雅生、
新田　佳史、村尾　道人、中野　卓二、嶋崎　宏明、
有馬　裕子、吉岡健太郎

【症例】76歳男性。【既往歴】健診にて胆石症を指摘。【現病歴】2007年８月近医にてＣ型慢性肝炎と多発肝細胞癌(HCC)を指摘され当院紹介受診。2007年９月、2008年１月および６月の計３回、CDDP (Cisplatin;アイエーコール)動注併用の経カテーテル的動脈化学塞栓術(TACE)を施行した。腫瘍マーカーは正常化しHCC再発を認めず、外来にて経過観察されていた。2008年11月23日38℃台の発熱、倦怠感等が出現し26日深夜当院ER受診、緊急入院となった。【理学所見】腹部は平坦かつ軟で圧痛や腹膜刺激徴候は認めず。【検査成績】WBC 12700/μl、CRP 18.4mg/dl、T-Bil 6.1mg/dl、AST 68 IU/l、ALT 41 IU/l、Amy 47 IU/l。【腹部CT】脾臓被膜下に広がる低吸収域を認め、脾実質の圧排所見を認めた。また胆嚢および総胆管末端に小結石を認めた。【臨床経過】脾臓の被膜下膿瘍を疑いUSガイド下に経皮的ドレナージを施行。穿刺液は黄色透明（生化学検査でT-Bil 21.7mg/dl）でbilomaが疑われた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)も施行し、総胆管結石とともに肝内胆管B2先端より脾臓周囲への造影剤の漏出、貯留を確認した。以上より総胆管結石に伴う脾被膜下のbilomaと診断し、内視鏡的逆行性胆道ドレナージ(ERBD)チューブを挿入留置した。その後、反応性の胸水貯留などがみられたが徐々に軽快し、脾被膜下のbiloma も消失していった。12月10日ERBDチューブを抜去し内視鏡的乳頭切開術(EST)と総胆管の採石を施行、ERCP所見では肝外への胆汁漏出は消失しており、経皮的ドレナージチューブを抜去した。以降bilomaの再発はみられなかった。【考察】胆道系の破綻により生ずるbilomaは、肝動注療法やTACEの合併症のひとつとしても知られている。本症例では複数回のCDDP動注併用TACEにより肝内胆管の障害が起こり、総胆管結石に伴う胆管内圧の上昇により肝内胆管の一部が破綻して脾臓被膜下にbilomaを形成したと考えられた。HCCに対するTACE後に脾被膜下bilomaを合併した症例は比較的稀であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 61 肝血管筋脂肪腫の１例

[1]朝日大学村上記念病院　消化器内科、[2]岐阜大学医学部附属病院
消化器外科学、[3]岐阜大学医学部附属病院病理部
○堀江　秀樹[1]、小島　孝雄[1]、加藤　隆弘[1]、橋本　宏明[1]、
高野　幸彦[1]、福田　信宏[1]、大洞　昭博[1]、奥田　順一[1]、
井田　和徳[1]、徳山　泰治[2]、長田　真之[2]、吉田　和弘[3]、
浅野　奈美[3]、廣瀬　善信[3]

症例は58歳女性、平成20年10月に人間ドックの腹部USにて肝S2に12×9mm大の高エコーの肝腫瘤を指摘され精査目的で当院受診。HBs抗原、HCV抗体は共に陰性で、AST、ALT値は正常であった。腹部CT検査では単純でlow、動脈相は内部不均一ながら、ほぼ全体がhighで、門脈相・平衡相ではlowであり肝血管腫の典型像ではなかった。MRIのT1におけるin phaseとout of phaseの比較で脂肪抑制増強を認め腫瘤内の脂肪の存在が示唆された。Gd-EOB-DTPAによる造影MRIの肝細胞相では腫瘤は周囲正常肝に比べ低信号であった。CTHAでは多血性を示し、動脈早期に濃染し、第二相でwash outを呈した。以上より肝血管筋脂肪腫も鑑別として考慮したが、肝細胞癌の可能性も否定できず、肝生検も試みたが腫瘍は採取できなかったため、インフォームドコンセントの上、肝外側区域切除術を施行した。病理学的検査で腫瘍は脂肪細胞、平滑筋細胞、壁肥厚した血管を伴っており、しかもHMB-45に染色されたため、肝血管筋脂肪腫の診断に至った。肝血管筋脂肪腫は比較的まれな疾患であるが、近年検診の普及に伴い増加している良性腫瘍である。一般的には手術は不要とされるが、画像所見の多様性から良悪性の鑑別が困難なため手術に至ることも過去の報告例も散見される。今後、多様な画像所見の集積と診断精度の向上が望まれると考えられた。

## 62 肝静脈および下大静脈血栓症を合併した肝膿瘍の一例

愛知医科大学　消化器内科
○大橋　知彦、恒川　明久、山本　高也、柳本研一郎、
佐藤　　顕、中出　幸臣、佐々木誠人、中尾　春壽、
春日井邦夫、米田　政志

【症例】55歳、男性　【主訴】発熱、全身倦怠感　【既往歴】特になし　【現病歴】2008年11月初旬より発熱と倦怠感が出現し、近医で抗生物質投与を受けるも改善せず11月15日当院紹介入院となった。入院時身体所見では発熱、腹部軽度圧痛を認めた。入院時血液検査所見では肝機能障害と強い炎症反応を認めた。HIVとアメーバ抗体は陰性であった。血液培養検査では特に異常は見られなった。腹部エコーにて肝S4に径6cm弱の低エコーと無エコーが混在した占拠性病変を認め、造影CTでは辺縁が濃染する不整な低吸収域を呈し肝膿瘍と診断した。また肝静脈および下大静脈内に血栓像を認めた。【経過】経皮的ドレナージと抗生剤投与にて肝膿瘍は軽快した。膿汁の培養、細胞診では起炎菌の同定はできなかった。11月27日の造影CTで膿瘍腔は縮小するも肝静脈と下大静脈内血栓が増大しており、抗凝固療法を開始した。ワーファリンとヘパリンを投与し12月17日には血栓は完全に消失した。【まとめ】肝静脈・下大静脈血栓症を合併した肝膿瘍の一例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

## 63 卵巣癌術後５年後に発見されて肝腫瘤の１例

浜松労災病院　消化器科
○仲程　　純、菊山　正隆、大田　悠司、松橋　亨、
鈴木さつき、小出　茂樹

症例は48歳、女性。５年前に右卵巣癌（StageIc）に対し腹式子宮単純全摘術＋両側付属器切除術＋骨盤内リンパ節郭清を施行された。術後化学療法２クール施行（タキソール、パラプラチン）されている。その後の経過は良好で再発なく年に１度ほどの造影CT検査でfollow upされており、当院婦人科を外来通院されていた。　定期的CT検査で肝腫瘤を指摘され当科へ紹介受診された。単純CTで肝臓S6にφ12mm大の円形の低吸収域認め、病変は肝表面より突出していた。造影早期相で辺縁の一部にring状に造影効果を受け、後期相では低吸収域、平衡相では等吸収域病変として描出された。腹部超音波検査ではhaloを伴う低エコー腫瘤影として描出され、境界は不整で内部に点状高エコー像を認めた。腹水はなく、全身検索でその他に明らかな病変はなかった。鑑別疾患として胆管細胞癌、卵巣癌肝転移再発が考えられた。外科的治療を選択し肝区域切除を行った。病理学的検査では内部に中心出血壊死と索状線維構造を伴うserous papillary carcinomaで卵巣癌術後肝転移再発と診断した。

## 64 原発性胆汁性肝硬変に合併した胆管細胞癌の一例

国立病院機構三重中央医療センター　消化器科
○子日　克宣、二宮　克仁、加藤　裕也、渡邉　典子、
長谷川浩司

原発性胆汁性肝硬変（PBC）は中年女性に好発し、主として小葉間胆管の非化膿性炎症ならびに進行性の胆管破壊、肉芽腫形成を特徴とする疾患である。PBCは他の自己免疫疾患を多く合併するが、悪性疾患の合併は少ない。そのなかでも肝細胞癌の合併は散見されるが、胆管細胞癌の合併は稀である。シェーグレン症候群を合併したPBCに胆管細胞癌を合併した１例を経験したので若干の考察を加え報告する。症例　72才女性　現病歴　平成４年検診にて肝機能障害を指摘され精査にて原発性胆汁性肝硬変、シェーグレン症候群と診断され当院リウマチ科通院中であった。肝機能はウルソの内服で安定していたが平成17年10月食道静脈瘤を指摘され当科紹介。その後EVL　EISによる食道静脈瘤の治療を繰り返していたが、徐々に脾機能亢進症による血小板減少が進行しPSEを施行。経過中腹部画像診断にて肝S1に以前からみられた嚢胞が徐々に増大してきたため、精査加療目的で平成20年２月入院。入院時検査所見：TP 8.2g/dl Alb 3.5g/dl AST 30 IU/l ALT 18 IU/l ALP 385IU/l γGTP 25 IU/l T.Bil 0.5 mg/dl D.Bil 0.1mg/dl WBC 2920/μl RBC 362x10⁴ Hb 10.3g/dl Hct 33.5% PLT7.7x10⁴ PT 83.9% AFP 3.15ng/ml CEA 2.7ng/ml CA19-9 1418ng/ml　PIVKAII 12 mAU/m;抗ミトコンドリア抗体　40倍　抗DNA抗体160倍。腹部CTで肝は変形と萎縮があり、S1に59mm大の低吸収域があり、水よりは吸収値は高く内部に地図状の等信号域あり。早期造影効果はなく変性した肝細胞癌、器質化した血管腫が疑われた。入院後経過：エコー下肝腫瘍生検を施行。乳頭状を示す腺細胞の増生がみられる腺癌で胆管細胞癌（CCC）と診断。当初切除を考え外科コンサルトするも、肝切除は門脈圧亢進症及び残存肝機能の低下がみられ、手術侵襲が大きく困難と判断され、RFAを施行した。周囲臓器へ焼灼の影響がみられ、根治的RFAは困難と判断し、以後塩酸ゲムシタビンによる化学療法を続けている。考察：PBCと肝細胞癌の合併の報告は散見されるもCCCとの合併の報告は少なく貴重と考え報告した。

## 65 (外科) 肝内胆管癌の診断にて切除した直腸カルチノイド孤立性肝転移の１例

三重大学　医学部　肝胆膵外科
○信岡　　祐、櫻井　洋至、加藤　宏之、安積　良紀、
岸和田昌之、濱田　賢司、水野　修吾、臼井　正信、
田端　正巳、伊佐地秀司

症例：63歳女性。慢性腎不全、C型肝炎にて近医に通院されていた。２年前に同院にて直腸カルチノイドに対し経肛門的局所切除が施行された。今回、肝外側区域に肝外に突出した25mm大の腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介。腫瘍マーカーはAFP,PIVKA,CEAは正常。CA19-９は73と高値を示していた。CTにて肝S3に25mm大の腫瘍を認めた。造影CTでは早期に腫瘍の辺縁が造影され、遅延相にて内部も濃染された。MRIにてはT2W1にて肝実質より高信号の腫瘤として認められた。肝生検の結果、好酸性の胞体を有する円柱状細胞が乳頭状構造を形成し増生。肝内胆管癌が疑われた。以上より、肝内胆管癌の診断にて肝外側区域切除術施行。術後の病理検査にては生検結果同様、好酸性胞体を持ち、比較的均一な異型細胞が管状、索状に増生。辺縁では索状構造が崩れ、印環細胞様変化を来していた。胆管細胞癌、細胆管細胞癌、カルチノイドが考えられた。その中でも、CK7(－)であり胆管細胞癌としては非典型的であり、肝細胞索と連続性がなく、CK19(-)にて細胆管細胞癌も考えにくく、カルチノイドの疑いが強まった。この段階で病理部にはカルチノイドの既往については伝わっておらず、その旨伝えたところ、カルチノイドの肝転移との診断となった。もし術前の肝生検の段階で、病理部にカルチノイドの既往について伝わっていたら、術前にカルチノイドの肝転移と診断された可能性が高かったと考えられ、病理部に十分な情報が伝えなかったため、診断に難渋した症例となった。

## 66 (外科) 著明な門脈ガス血症を呈した非閉塞性小腸虚血症の１救命例

遠山病院　外科
○重盛　恒彦、深谷　　良、伊藤智恵子、毛利　智美、
伊藤　佳之、加藤　俊夫

症例は74歳の女性で、平成21年２月５日より、腹痛、嘔吐の自覚あり、腹満が強度となって２月６日に当院外科を受診した。来院時の腹部理学的所見で、腹部は全体に膨満し、圧痛、反跳痛を認め、下腹部主体に筋性防御を認めた。血圧130/60、脈拍数60/m、体温37.1度C、意識清明、顔色不良で結膜に貧血、黄疸はなかった。血液一般検査で、白血球数7500/mm3、左方偏位があり、CRPは5.6mg/dlを示した。BUN 39.0mg/dl、Cr1.55mg/dlと腎障害あり、動脈血ガス分析では、PH7.320、BE-9.5と代謝性アシドーシスを呈した。凝固検査では、FDPの増加、AT３の低下ありDICが疑われた。胸部Ｘ線所見に特に異常なく、腹部Ｘ線では、拡張した小腸ガス像が見られた。腹部造影CT検査で、小腸間膜、小腸壁内から肝内門脈末梢までの広範な門脈ガス血症を認めた。中等量の腹水があり、SMA本幹の閉塞はなかったが小腸壊死が疑われた。以上より、来院当日に緊急手術を行った。手術時所見で、混濁した腹水を認め、Treitz靱帯から180cmより肛門側の小腸が回盲弁から20cm付近まで壊死に陥り、腸間膜の主要血管の血流は保たれていた。壊死腸管約2mを切除し端々吻合を行い、腹腔内を十分に洗浄して閉腹した。採取した腹水の細菌培養検査で、Clostridium speciesが検出された。血液培養検査は陰性で、endotoxinも検出されなかった。術後はDICを呈して敗血症性の低血圧が続き、厳重な管理を要したが、呼吸機能は保たれ、術後５日目に敗血症から離脱しその後順調に回復し、術後３週目に退院した。門脈ガス血症を合併した非閉塞性小腸虚血症は致死率の高い重篤な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

## 67 18週間イレウス管、IVH管理にて出産に成功した小腸完全離断イレウスの一例

愛知医科大学　消化器内科
○柳本研一郎、増井　竜太、小笠原尚高、岡庭　紀子、
坂野　文美、山本　高也、土方　康孝、徳留健太郎、
河村　直彦、宮下　勝之、飯田　章人、水野　真理、
佐々木誠人、春日井邦夫

症例は34歳、女性。主訴は下腹部痛、嘔吐。既往として26歳時に子宮筋層内筋腫にて筋腫核出術歴あり。妊娠分娩歴はなく不妊治療を行っていた。2006年10月６日に体外受精にて妊娠、経過中の12月８日（妊娠11w5d）に嘔吐、心窩部痛出現し当院救急外来を受診した。急性胃腸炎の診断にて、一旦帰宅したが症状の悪化を認めたため翌12月９日に当院婦人科に緊急入院となった。急性胃腸炎、妊娠悪阻と診断し、絶食および抗生剤点滴にて経過をみた。疼痛は軽減せず、３日目より38℃台の発熱、CRP 12.04mg/dlと炎症反応を認めた。腹部Ｘ線写真でニボー像が確認され癒着性イレウスと診断し、胃管を挿入し保存的治療を開始した。 12月18日（妊娠13w1d）より再度イレウス症状悪化したため、イレウス管を挿入し、IVH管理とした。その後、次第に自覚症状およびニボー像は消失した。イレウス管の先端は骨盤内小腸に停滞しイレウス管クランプにより腹痛が出現するためイレウス管の抜去は困難であった。手術適応と考えられたが、本人が妊娠継続を強く希望したため保存的治療を継続することとなった。２月９日（63病日）内視鏡下に胃瘻を造設し、同部位よりイレウス管を挿入しIVH管理（1937kcal、蛋白60g、脂肪20g）にて妊娠を継続した。３月12日（25週１日）より子宮収縮を認め、塩酸リトドリン100μg/mlの持続点滴でコントロールし、４月20日(妊娠30週５日)に帝王切開（1728g男児、Ap6/8）ならびに開腹術を施行した。回盲部末端より約40cmの回腸部がbandにより完全離断され両側とも盲端となっていた。Bandを切除、小腸断端、腸間膜をトリミングし端々吻合した。術後経過順調であり、５月23日(術後34日後)に退院した。本症例では術後の癒着がイレウスの原因と考えられ、妊娠を継続するために保存的治療を行った結果、癒着部分で小腸が完全解離した稀なケースと考えられ報告した。

## 68 (外科) 回腸脂肪腫による腸重積の１切除例

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

症例は71歳女性。既往歴は５年前に胆嚢摘出術を施行。食後に腹痛を認め近医を受診。腹部エコーで腫瘤を指摘され当院紹介受診となった。来院時腹部は平坦軟で腫瘤を触知しなかった。血液検査では異常値なく、腫瘍マーカーも正常であった。腹部単純Ｘ線では一部に小腸ガスを認めた。腹部CTでは上行結腸内に径42×29mmの脂肪と等濃度の腫瘤を認めた。またその口側では回腸が上行結腸へ入り込んだ像を呈し、回腸脂肪腫を先進部とした腸重積と考えられた。下部消化管内視鏡では上行結腸内に脱出した粘膜下腫瘍を認めた。数日後に行った注腸造影では腸重積は解除されており、回腸末端から約10cm口側の回腸に約4cmの円形、表面平滑な隆起性病変を認めた。以上の所見から回腸脂肪腫による腸重積と診断し手術を行った。腹腔鏡下に回盲部を脱転し、小切開創から回盲部を引き出した。回腸は再び腸重積を起こしており、用手的に整復した。回腸末端から約10cm口側に約4cmの弾性軟な円形腫瘤を認め、脂肪腫と考えられた。腫瘤とともに回腸壁を楔状部分切除した。病理組織では回腸脂肪腫との診断であった。術後経過は良好であった。今回われわれは比較的まれな回腸脂肪腫による腸重積の１例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 69 成人腸重積症を来たした回腸 inflammatory fibroid polyp の一例

[1]鈴鹿回生病院　内科、[2]鈴鹿回生病院　外科
○中村　美咲[1]、堀池眞一郎[1]、青木　雅俊[1]、多喜　裕子[1]、
多羅尾　光[2]、岩佐　　真[2]、冨田　　隆[2]

症例は26才、女性。便秘傾向あり近医にて緩下剤処方されるが、間欠的に腹痛を認めていた。２月初旬に再度腹痛あり当院内科を受診した。当院受診時、腹部Ｘ線で小腸、大腸に二ボー形成を認め、腸閉塞疑いで入院となる。同日腹部CTを施行した。胃から大腸にかけ全体に拡張、多量の液貯留を認めた。しかし閉塞機転ははっきりしなかった。排便、排ガスを認めていたため、絶食、点滴、胃管挿入で加療し症状の改善を認めた。４病日に胃管を抜去するが、６病日に腹部Ｘ線で骨盤小腸部に腸管拡張を認めた。このため７病日に腹部造影CTを施行し、骨盤小腸に腸重積を認めた。重積の肛門側に明らかな腫瘤は認めなかった。症状は認めなかったがロングチューブ挿入を施行した。８病日にロングチューブ造影を施行したところ、回腸末端に3cm大の透亮像を認めた。炎症所見なく、腹部症状もないため、待機的に外科治療を施行することとなった。11病日に小腸部分切除を施行した。病理学的にinflammatory fibroid polyp（IFP）と診断した。消化管のIFPは胃に多く、小腸のものは稀であり、その多くが腸重積にて発症し、緊急手術の対象となる。本症例は症状が軽微であり、待機的に手術を行うことが可能であった。今回、腸重積を生じた回腸inflammatory fibroid polypの一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## 70 栄養血管が豊富であった巨大小腸 GIST の一例

(外科)

藤田保健衛生大学　下部消化管外科
○尾関　伸司、前田耕太郎、花井　恒一、佐藤　美信、
小出　欣和、松岡　　宏、勝野　秀稔、野呂　智仁、
安形　俊久、本多　克行、塩田　規帆、八田　浩平

症例は59歳男性。2009年１月にタール便を主訴に近医を受診。小腸GIST の疑いで当院紹介受診。腹部造影CT を施行したところ、下腹部正中から骨盤内右側に大きさ13cm ×8cm × 13cmの巨大な腫瘤を認めた。腫瘤は早期動脈相で強い造影効果を認め、小腸との境界が不明領であった。小腸造影では回腸に屈曲と結節上変化を認めた。腹部MRIでは内腔が不均一で一部壊死を伴う腫瘤を認めた。腹部血管造影では腫瘍の栄養血管はSMA からと考えられた。以上より原発不明の巨大腫瘍であること、一部悪性も疑われることより手術適応と考えられた。術前に血管塞栓術を施行しその後に摘出することとした。下腹壁動脈、深回旋動脈から栄養血管を認めたため栄養血管をゼルフォームを用いて塞栓した。その後に腫瘍摘出、小腸部分切除術を施行した。摘出腫瘍の病理所見は小腸漿膜に好酸性胞体を有する紡錘形～類円形細胞が束状、結節性増殖し広範な壊死を伴い、免疫染色でvimentin(+),CD34(-)、C-kit(+)、平滑筋アクチン(-)、S-100(-)でGISTのhigh risk groupと診断された。手術時間は159分、出血量は265gであった。術後治療はイマチニブによる補助療法を施行中である。腫瘍は巨大であり栄養血管が豊富に認められ、術中の大量出血をコントロールする目的で、今回われわれは術前に血管塞栓を行うことにより安全に巨大腫瘍摘出、小腸切除術を施行できた巨大小腸GISTの一例を経験したので報告する。

## 71 診断に苦慮した Redu-Osler-Weber 病の 1 例

[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
○白井　修[1]、大宮　直木[1]、中村　正直[1]、竹中　宏之[1]、森島　賢治[1]、舩坂　好平[1]、水谷　太郎[1]、山村　健史[1]、伊藤　彰浩[1]、廣岡　芳樹[2]、渡辺　修[1]、安藤　貴文[1]、丹羽　康正[1]、後藤　秀実[1]

38歳,女性.主訴は全身倦怠感.既往歴は虫垂切除術.家族歴に特記事項なし.平成18年春より全身倦怠感が出現し近医で鉄欠乏性貧血を指摘され,EGD・CF・腹部CT・腹部MRI施行されるも異常を認めなかった.鉄剤内服で軽快したが,平成19年夏に 2 回目の鉄欠乏性貧血を認め,小腸出血精査のため同年12月に当院紹介されカプセル内視鏡(以下 VCE)を施行し,回腸の多発性小腸潰瘍が疑われ経肛門的ダブルバルーン内視鏡(以下 DBE)を施行したが明らかな異常を認めなかった.平成20年春より 3 回目の鉄欠乏性貧血を認め経肛門的 DBE および経口的 DBE で全小腸観察をしたが明らかな異常を認めなかった.同年12月に 4 回目の鉄欠乏性貧血を認め,VCE で初めて上部空腸に毛細血管拡張を 1 ヶ所認めた.経口的 DBE で上部空腸に同病変を認め,空腸 angiodysplasia(以下 AGD)と診断し,APC とクリッピングで止血した.内視鏡抜去時に舌表面に多発する点状毛細血管拡張に気づき,詳細な問診をすると出産後に繰り返す鼻出血の既往があった.耳鼻科依頼診にて右鼻中隔前方にも血管拡張があり,Redu-Osler-Weber(以下 Osler)病が疑われた.頭部 MRI にて右前頭葉に静脈性血管腫疑い,同部の陳旧性出血の疑い,腹部 dynamic CT では肝内の多発 shunt,膵頭部微細動脈瘤疑い,子宮動静脈瘻疑いを指摘され, Osler 病と診断した.胸部 CT では肺動静脈瘻は認めなかった.止血 3 ヶ月後の現在貧血の再燃を認めていない.自験例は小腸単発の AGD を契機に発見された Osler 病の 1 例であり,遺伝歴もなく,鼻出血の頻度も軽く診断に難渋したが,若年者の血管性病変を診た際は基礎疾患の存在を疑い,詳細な問診と身体所見をとることの重要性が再認識された.今後は消化管の AGD の再燃を含めた定期的な経過観察が必要と考えられた.

## 72 胃 MALT リンパ腫の経過観察中に小腸悪性リンパ腫を合併した 1 例

静岡市立　清水病院　消化器内科
○大石　愼司、窪田　裕幸、大矢　幸代、鈴木　大輔

症例は72歳の女性。平成14年 6 月の胃カメラで胃 MALT リンパ腫を指摘されヘリコバクター・ピロリの除菌を受けたが失敗し、年に 1 回のカメラで経過観察していた。平成20年11月28日新鮮血便を認め外来を受診し血液検査にて貧血の進行を認めた。また腹部造影 CT にて腹腔内リンパ節の腫大、回腸末端の壁の肥厚、回腸末端周囲のリンパ節の腫大を認めたため入院となった。可溶性 IL 2レセプターは5621U/ml と高値であった。大腸内視鏡にて回腸末端に 3 / 4 周性の周堤を伴った潰瘍性病変を認めた。腫瘍部の生検にて Diffuse large B-cell lymphoma を認め、NHL（Diffuse large B-cell lymphoma）、臨床病期 IV と診断、当院の血液内科に転科し R-CHOP 療法開始し現在経過観察中である。胃 MALT リンパ腫の経過観察中に小腸悪性リンパ腫を合併した症例を経験したため若干の考察を交え報告する。

## 73 直腸癌肺癌治療後に発見された空腸癌の 1 例

藤田保健衛生大学　消化管内科
○市川裕一郎、平田　一郎、前田　佳照、松岡　明美、生野　浩和、小村　成臣、大久保正明、田原　智満、鎌野　俊彰、神谷　芳雄、藤田　浩史、中村　正克、長坂　光夫、中川　義仁、岩田　正己、柴田　知行、丸山　尚子、吉岡　大介

【症例】71歳　男性【主訴】空腸精査【既往歴・家族歴】大腸癌（2001）肺癌（2007）前立腺肥大、交通外傷【現病歴】2008.9.他院の PET-CT で空腸に異常集積を指摘され当院に紹介となった。【経過】2008.11.　小腸ダブルバルーン内視鏡検査、小腸 X 線検査をおこない空腸癌と診断した。トライツから約30cm 肛門側で全周性 2 型。術前の生検では高分化型腺癌。腹腔鏡下小腸部分切除をおこなった。病理　tub1＞tub2 SS int INF $\beta$　ly1 v1 pPM0 pDM0 PRM0。【結語】大腸癌、肺癌治療後に空腸癌を発症した 1 例を経験した。

## 74 小腸癌の一例

JA 愛知厚生連　豊田厚生病院　消化器内科
○金沢　宏信、西村　大作、大久保賢治、森田　清、竹内　敦史、松崎　一平、下郷　友弥、野木森めぐみ、瀧田　亘、横井由宇樹、片田　直幸

【症例】67歳男性。【主訴】嘔吐　【既往歴】高血圧　糖尿病【現病歴】平成21年 1 月上旬より嘔吐、胃のむかつきあり近医受診したが改善なく 3 月 9 日当院紹介され受診、腹部超音波検査にて肝腫瘍みとめ精査目的にて 3 月13日入院となった。【入院時現症】結膜貧血黄疸なし　腹部平坦軟　【入院時検査所見】WBC 6800/mm　RBC 495万/mm　Hgb 14.9g/dl　Hct 45.5%　Plt 15.1 万 /mm　T.Bil1.4mg/dl　D.Bil0.4mg/dl　ALP 225U/l　AST 19U/l　LDH 204U/l　γGTP 24U/l　AMY 63U/l　CK 69U/l　TP7.1g/dl　ALB4.4g/dl　BUN 15.1mg/dl　Cre0.74mg/dl　UA4.6mg/dl　T.Chol 174mg/dl　TG 179mg/dl　CRP0.19mg/dl　Glc 118mg/dl　PT 71.2%　APTT 25.9秒　Na 140mEq/l　K4.5mEq/l　Cl 103mEq/l　CEA7.0ng/ml　CA 19-9　705U/ml　【入院後経過】上部消化管内視鏡検査施行したところ十二指腸下行脚まで閉塞所見は認めなかったが食物残渣多量に認めた。腹部造影 CT にて肝臓 S2　S7にリング状に濃染する腫瘤影、および上部空腸に壁肥厚をみとめた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡（以下 DBE）施行したところトライツ靭帯をこえたところで狭窄ありスコープ通過不能であった。ガストログラフィンによる造影では apple core 様所見をみとめた。PET-CT では上部空腸狭窄部および肝臓に FDG 異常集積認めた。 4 月 1 日当院外科にて手術施行、上部空腸切除となった。肝腫瘍に関しては CT で認められる以外にも肝表面に肉眼的に転移が数ヶ認められたため切除しなかった。今後化学療法を予定している。【考察】小腸癌はまれな疾患であり全消化管悪性腫瘍の 5 %未満といわれている．しかし近年は画像診断の進歩により術前診断が可能になってきている．今回の症例も DBE および PET-CT が診断に有用であったため今回報告する．

## 75　短腸症候群によりセレン欠乏症を来したクローン病の１例

[1]名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器・代謝内科学、[2]愛知医科大学　消化器内科
○西牧　亜奈[1]、谷田　諭史[1]、佐々木誠人[2]、片岡　洋望[1]、久保田英嗣[1]、溝下　　勤[1]、村上　賢治[1]、志村　貴也[1]、平田　慶和[1]、馬渕　元志[1]、水島　隆史[1]、海老　正秀[1]、小林　郁生[1]、岡本　泰幸[1]、尾関　啓司[1]、田中　　守[1]、神谷　　武[1]、城　　卓志[1]

【目的】クローン病は、腸管に活動性炎症が持続し、膿瘍や瘻孔形成が認められる難治性進行性疾患である。罹病期間が長くなるほど腸管切除が繰り返され、短腸症候群を来す。長期間の完全中心静脈栄養が余儀なくされ、微量元素欠乏が問題となる。セレン欠乏症は、まれな疾患のため診断に苦慮することが多い。微量元素欠乏症の中でも死に至ることがあり、忘れてはならない疾患である。今回、クローン病短腸症候群による完全中心静脈療法中、特徴的な身体所見、神経障害を来したセレン欠乏症を経験したので報告する。
【成績】40歳男性。20歳時クローン病と診断。消化管穿孔や腸閉塞による上下部消化管広範切除(B-II, Roux-enY 再建）により35歳時短腸症候群発症。37歳完全中心静脈栄養開始。最近、視力低下、歩行障害が出現し、急速に進行したため受診となった。身体所見：頭髪縮毛と爪床白色化。視力低下や視野狭窄、四肢運動失調、深部覚低下。血液検査：MCV 高値。ビタミンB群、Cや葉酸、微量金属(Cu,Zn,Pb,Al)正常値。ビタミンE正常下限。頭部･脊髄MRI異常なし、SPECTで両側視覚野血流低下を認めた。ビタミンE 投与開始したが、症状改善なし。３年以上の完全中心静脈栄養中であり、通常の輸液では補いきれない微量元素欠乏を疑った。血中セレン濃度測定感度以下でありセレン欠乏が判明した。特徴的な身体所見、神経障害は、セレン欠乏症にみられる症状と一致し、亜セレン酸(100μg/day)を投与した。投与後直ちにMCV、頭髪や爪所見も改善しセレン欠乏症と診断した。神経症状も改善しつつある。セレン欠乏症発症原因は、胃、小腸広範切除後、食物が十二指腸を通過しなくなったことによるセレン吸収低下。長期完全静脈栄養によるセレン投与不足が考えられた。
【結論】クローン病短腸症候群での完全中心静脈栄養療法中の患者ではセレン欠乏に注意する必要がある。頭髪や爪の変化が診断の手がかりとなり得るため、このような所見がみられた場合にはセレン欠乏を疑い、直ちに治療開始することが望ましい。

## 76　臍部痛を主訴に発症したＳ状結腸間膜内ヘルニアの１例

[1]公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内科、[2]公立学校共済組合　東海中央病院　消化器外科
○川端　邦裕[1]、森島　大雅[1]、石川　英樹[1]、大本　孝一[2]

症例71歳　男性主訴：臍部痛既往：特記事項なし　　アレギー：特に認めず家族歴：特記事項なし飲酒歴：嗜む程度現病歴：2009年１月13日、０時ごろより臍部の痛みを認めるようになった。臍部の痛みが、同日早朝には「みぞおち」あたりに移動し、間欠的に痛むため当院受診となる。受診時、意識清明、嘔気・嘔吐はないが食欲はなかった。下痢・黒色便なし。腹部は平坦・軟、心窩部付近に軽度圧痛認めたが、筋性防御、反跳痛は認めなかった。腹部Xpでニボー認めたためイレウスの診断にて入院加療となった。入院時現症：意識清明、眼瞼結膜・眼球結膜に黄疸なし、腹部は圧痛（軽度＋）筋性防御（－）、反跳痛（－）、下肢の浮腫（－）、神経学的所見（－）入院時検査：WBC＝8600、Hb＝15.3、Plt＝25.8万、BUN＝37.0、Cr＝0.97、CRP＝0.16、S-Amy＝94、CEA＝1.92、CA 19-9＝19.4、肝機能・腎機能に異常なし。腹部USにて少量の腹水と小腸の拡張（＋）、腹部CTにて小腸にair-fluid level（＋）。入院後経過：翌日には、嘔気・嘔吐は認めないが腹部の張り感認めてきたためイレウスチューブ挿入した(14Fr、160cm固定)。イレウス管からは約2000ml/日の排液認め210cmまで先進したが小腸の拡張所見は改善しなかった。回腸末端の腫瘍性病変を疑い全大腸内視鏡検査施行したが明らかな狭窄・器質病変は確認できなかった。発症後８日目に当院外科にて開腹手術施行された。開腹するとS状結腸間膜に2cm程度のヘルニア門がありイレウス管先進部より約20cm肛門側の部位で小腸がヘルニア門に陥入・完全閉塞しており、S状結腸間膜内ヘルニアと診断された。腸管の虚血はなかったため小腸切除は施行されなかった。S状結腸間膜内ヘルニアは、比較的稀な疾患であり文献的考察を加えて報告する。

## 77 経皮経肝経胆嚢管的乳頭バルーン拡張術により切石し得た総胆管結石の１例

刈谷豊田総合病院　内科
○濱宇津吉隆、中江　康之、井本　正巳、浜島　英司、
今田　数実、仲島さより、松山　恭士、中島　尚子、
松井　健一、村瀬　和敏、小川　　裕、鈴木　敏行

【症例】85歳、男性。主訴は発熱。既往歴は慢性関節リウマチ。平成21年２月４日から発熱が出現し当院救急外来受診。採血検査にて白血球数、CRPおよび胆道系酵素の上昇、腹部CTにて胆石および胆嚢腫大を認めたため急性胆石胆嚢炎と診断し、同日PTGBD施行し入院加療となった。入院時の腹部USやMRCPでは認めなかったがPTGBD造影にて径10mmの総胆管結石を１個認めた。切石目的でERCPを施行したが大きな傍乳頭憩室があり総胆管へのカテーテル深部挿入ができず、切石を断念した。総胆管が非常に細く、総胆管切開縫合後の胆管狭窄が懸念され、外科的切石術は回避すべきと判断された。そのため今回はPTGBDより経胆嚢管的アプローチによる乳頭バルーン拡張術および切石術を選択した。PTGBDカテーテルよりラジフォーカスガイドワイヤーを胆嚢管経由で総胆管に誘導し、順行性に乳頭バルーン拡張術を施行後、切石用バルーンカテーテルにて総胆管結石を十二指腸に排石した。術後膵炎などの合併症は起こらなかった。胆嚢内に結石を２個認めたが、胆嚢摘出後総胆管結石が再発した場合切石ができない可能性があり、ご本人・ご家族の同意を得た上で胆嚢摘出術は行わない方針とし、PTGBDを抜去した。退院後は現在まで胆嚢炎や胆管炎の再発を認めていない。【考察】自験例では総胆管結石に対し経乳頭的アプローチができなかったため、すでにPTGBDが挿入されていることに注目し、経皮経肝経胆嚢管的アプローチによる乳頭バルーン拡張術を施行した。本手技のポイントはガイドワイヤーを胆嚢管経由で総胆管に誘導するところにある。自験例では胆嚢管に炎症に伴う癒着や狭窄がなくガイドワイヤーを総胆管に誘導、直線化ができたため、切石が可能であった。しかし本法には、胆嚢管損傷のリスクや、ガイドワイヤーが胆嚢管を通過しない不確実性があるため、適応の慎重な検討が必要であると考える。【結語】経乳頭的アプローチが困難であった総胆管結石に対し、経皮経肝経胆嚢管的乳頭バルーン拡張術が有用であった１例を経験した。

## 78 大腸憩室穿孔加療中に黄色肉芽腫性胆嚢炎を発症した１例

(若手)

西美濃厚生病院　内科
○渡部　直樹、高田　　淳、浅野　貴彦、岩下　雅秀、
田上　　真、畠山　啓朗、林　　隆夫、前田　晃男、
西脇　伸二、斎藤公志郎

症例は64歳、男性。既往歴は62歳時に大腸憩室炎。平成20年１月29日、下腹部痛を認めたが、１月30日に改善無いために当院外来を受診された。WBC 1748０、CRP 12.1と上昇を認め、精査加療目的で入院となった。腹部CT上で腹腔内にmicro bubbleを認めるも、炎症所見軽度のため保存的治療を行った。また、胆嚢に異常は認めなかった。１月31日、WBC 2051０、CRP 27.1。２月１日、腹膜刺激症状が認められ、緊急開腹手術を行った。直腸Rs右壁に5mm程度の穿孔部が認められ、穿孔部周囲の直腸壁は肥厚していた。大腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎と診断し、直腸切除、腹腔ドレナージ、人工肛門造設術を行った。術後経過は順調で、３月３日に退院となった。平成20年３月28日、上腹部痛で外来受診。GOT 129　GPT 202　T-bil 2.7と肝障害、黄疸を認めた。４月４日の外来での再検査時には肝機能、黄疸ともに正常となった。平成20年９月４日、腹部エコー上で胆嚢頚部胆嚢管に壁肥厚を認めたため、精査目的で入院となった。血液検査での異常所見なし。腫瘍マーカーはCEA 1.2ng/ml　CA19-９ 6.0U/ml。腹部CTでは胆嚢頚部に不均一に造影される壁肥厚と胆石の嵌頓が疑われた。EUSでは胆嚢体部の壁肥厚が著明であった。ERCPでは胆嚢管と胆嚢頚部が一部造影されるのみで、体部への造影剤の注入は不可であった。平成20年９月16日、人工肛門閉鎖手術目的で外科転科となった。９月24日、S状結腸の追加切除、下行結腸直腸吻合術、人工肛門閉鎖、胆嚢摘出術を行った。経過良好で10月15日、退院となった。病理組織所見では胆嚢漿膜下組織への黄色腫細胞の浸潤と繊維化を伴い、黄色肉芽腫性胆嚢炎と診断された。今回症例では憩室炎手術経過観察中であったため、画像での経過観察が可能であった。特徴的な経過、画像所見を認めており、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 79 腹腔内遊離ガスを伴った気腫性胆嚢炎に PTGBD を施行した症例

済生会松阪総合病院　内科
○稲垣　悠二、小田　裕靖、脇田　喜弘、橋本　　章、
清水　敦哉

症例は94歳女性。主訴は腹痛、下痢。既往歴はうつ病、心筋梗塞。現病歴は平成21年１月15日より腹痛あり、１月16日近医受診。腹痛精査目的で当院紹介受診された。身体所見は下腹部に圧痛があった。採血ではAST 95,ALT 55と軽度肝機能異常、WBC 5900と増加を認めないがCRP 12.7と炎症反応の増加を認めた。腹部CTにて腹腔内にfree air、胆嚢は腫大しており異常なairとfluidを有していた。また腹水少量、pneumobiliaがあった。以上より腹腔内遊離ガスを伴った気腫性胆嚢炎と診断。全身状態不良、心機能不良より緊急手術は不可能と判断しPTGBD挿入とした。血液培養からはClostridium perfringensが検出された。抗生剤はSBT/CPZとCLDMを併用した。１月20日の造影にて胆嚢から腹腔内の漏れもなく胆管から十二指腸への流出を確認できた。ドレナージ施行後胆嚢炎軽快していったが肺炎を合併し２月４日死亡された。本症例は結果的には死亡されたが、全身状態悪く手術不可能な症例にはPTGBDを行い全身状態の回復を図れた。気腫性胆嚢炎は胆嚢炎ガイドラインでは重症に分類され、全身状態が悪く緊急手術をすることが難しい症例も多く存在するが、かかる症例にもPTGBDの有用である可能性があると考えられ、ここに報告する。

## 80 Billroth Ⅱ法胃切除後症例に対する ERCP 関連手技の成績

鈴鹿中央総合病院　消化器内科
○松崎　晋平、岡野　　宏、佐瀬　友博、齊藤　知規、
向　　克巳、西村　　晃

【目的】Billroth Ⅱ法胃切除後(B-II)症例に対するERCPおよびその関連手技においては、成功率の向上を目指して内視鏡機種や処置具の選択など様々な工夫が試みられている。当院ではB-II症例に対して積極的に内視鏡的検査・処置を施行してきたので、その成績について報告する。【方法】対象は2008年４月から2009年３月までに当院でB-II症例に対しERCPおよびその関連手技を施行した７例(全例男性、平均年齢67歳)、14回である。検討項目は、1. 使用内視鏡機種、2. 十二指腸乳頭到達率、3. 対象疾患と処置内容、4. 処置の成功率、5. 偶発症とした。【成績】1. 使用内視鏡機種は、オリンパス社製GIF-Q260　６回、GIF-Q260J　２回、GIF-KH260　５回、GIF-KH260 + Q260J　１回。2. 全例で十二指腸乳頭に到達した。3. 対象疾患は急性胆管炎　５例、胆管結石１例、胆管拡張精査１例であった。処置内容は、ENBD留置９、結石採石４、胆管ステント留置３、EPBD３、EST 1例であった。4. 処置は全例で成功した。5. 偶発症は認めなかった。【結論】B-II症例に対するERCP関連手技は全例で安全に施行可能であった。

## 81 膵胆管合流異常に伴った胆嚢癌の一例

[1]名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学、[2]名古屋大学医学部附属病院　光学医療診療部
○伊藤　裕也[1]、廣岡　芳樹[2]、伊藤　彰浩[1]、川嶋　啓揮[1]、大野栄三郎[1]、石川　卓哉[1]、松原　浩[1]、小原　圭[1]、大宮　直木[1]、丹羽　康正[1]、後藤　秀実[1,2]

【症例】40代女性。2008年５月腎細胞癌で当院泌尿器科加療中腹部CTにて胆嚢壁肥厚を指摘され、2008年６月当科を受診、同月精査加療入院となった。採血にて腫瘍マーカーに異常はみられなかった。腹部超音波にて胆嚢底部に低エコー腫瘤と胆嚢体部に腫瘤と連続する壁肥厚を認めた。腹部CTにて胆嚢底部壁は不整に肥厚し、腫瘤内に不均一な造影効果を認めた。超音波内視鏡（以下EUS）にて膵胆管合流異常と胆嚢底部中心の低エコー腫瘍を認め、胆嚢壁最外層の高エコー層の破綻も認めた。造影EUSでは腫瘍部に造影効果を認め、胆嚢癌の所見を呈した。ERCPにて胆管非拡張型の膵胆管合流異常と胆嚢底部の不整な結節性病変を認めた。以上より膵胆管合流異常を合併した深達度seの胆嚢癌と診断し、同月当院外科にて肝床切除＋胆嚢切除＋肝外胆管切除＋胆管空腸吻合術を施行した。病理診断はwell differentiated tubular adenocarcinoma, intermediate type, INF$\beta$, ly2, v0, pn0, patGfb, ss, pHinf1a, pBinf0, pPV0, pA0, pN3, pBM0, pHM0, pEM0LN 12p 0/5, 12a 0/0, 16b1 0/2, 16a2 0/2, 13b 1/2,術中迅速組織診 LN16a1 1/1であり Stage 4aであった。術後は補助TS1内服化学療法を施行し、現在までに再発転移を認めず経過良好である。【考察】今回我々は膵胆管合流異常に伴った胆嚢癌の一例を経験した。

## 82 胆管細胞癌の１切除例

[1]松阪中央総合病院　胃腸科、[2]松阪中央総合病院　外科、[3]松阪中央総合病院　病理、[4]三重大学医学部附属病院　消化器・肝臓内科
○藤原　雅也[1]、高山　玲子[1]、直田　浩明[1]、今井奈緒子[1]、金子　昌史[1]、浦出　伸治[1]、玉置　久雄[2]、三田　孝行[2]、岩田　真[2]、加藤　憲治[2]、松田　明俊[2]、小林　基之[2]、松井　俊樹[2]、福留　寿生[3]、山本　憲彦[4]、小林　一彦[1]

症例は70歳代の女性。慢性C型肝炎にて当院加療中であった。経過観察目的の造影CTで肝S5から胆嚢内腔に突出するように存在する不整で低吸収な腫瘤性病変を認めた。腫瘤は不均一に造影され、ダイナミックCTでは造影早期の濃染は認めなかったが、門脈相から徐々に濃染され、遅延相でも造影効果を認めた。造影MRIではT1強調画像にて低信号、T2強調画像にて軽度～中等度の高信号で、造影剤の早期濃染を伴わず、胆管細胞癌や胆嚢癌の肝床浸潤を第一に考えた。肝細胞癌を否定するために腹部血管造影検査を施行したが、腫瘍濃染を認めず古典的肝細胞癌は否定的と考えた。また、A5に口径不整を認めた。EUSでは肝S5に約2cm大の低エコーで不整な腫瘍を認め、腫瘍の末梢には胆管拡張がみられた。腫瘍は胆嚢に接していたが、胆嚢の壁構造は保たれていた。ERCではB5に限局した胆管の不整狭窄がみられ、選択的バルーン造影にて末梢胆管の拡張を認めた。狭窄部より肝門部側の胆管不整は認めず、腫瘍の進展はないと考えた。以上より、肝S5に限局した胆管細胞癌と診断し、肝右前区域切除術を施行した。病理組織学的には大きさ20mm、腫瘤形成型胆管細胞癌が主体で、一部胆管浸潤型を含んだ高分化型腺癌であり、最終病理診断は pT1N0M0 Stage Ⅰ（UICC）であった。慢性肝炎経過観察中に認めたStageⅠの胆管細胞癌の１例を経験し、各画像所見から術前に的確な診断を得ることができたため報告する。

## 83 EUS、IDUS が診断に有用であった非露出腫瘤型乳頭部癌の一例

公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内科
○森島　大雅、川端　邦裕、石川　英樹

EUS,IDUSが診断に有用であった非露出腫瘤型乳頭部癌の一例公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内科○森島　大雅　川端　邦裕　石川　英樹症例は71歳男性。糖尿病、慢性腎不全に対して当院腎臓内科にて通院加療中。平成20年７月４日、咽頭部の違和感あり上部消化管内視鏡検査を行ったところ、十二指腸乳頭部の腫大を認めた。乳頭部腫瘍を疑い、超音波内視鏡検査(EUS)、管腔内超音波内視鏡検査(IDUS)、内視鏡的逆行性膵胆管造影検査を行った。乳頭部に辺縁不整な8mm大の低エコー腫瘤を認めた。十二指腸固有筋層への浸潤、胆管および膵管への進展は認められなかった。乳頭部癌を否定できないため、十分なインフォームドコンセントを得た後に、total biopsy目的に内視鏡的乳頭切除術を施行した。切除面より出血を認めたが、APCにて内視鏡的に止血を得た。更に、術後の急性膵炎予防の為、膵管ステントを留置した。術後経過は良好であり第９病日に退院となった。切除病理組織診断はwell differentiated adenocarcinoma(tub1),depth:m,ly0,v0,pn0,pPanc0,pDu0,pEM1であり治癒切除と判断した。術後５ヶ月の上部消化管内視鏡検査でも腫瘍の再発を認めず、９ヶ月経過時点でも合併症は認めていない。今回、EUS、IDUSが診断に有用であった非露出腫瘤型乳頭部癌の１例を経験し、内視鏡的乳頭切除術にて治癒切除できたので報告する。

## 84 剖検により詳細が判明した、胃癌合併閉塞性黄疸の一例

[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
○小平　誠[1]、丸野　恵大[1]、亀井　潤[1]、寺田　修三[1]、寺澤　康之[1]、佐野　宗孝[1]、野垣　敦宏[1]、久力　権[2]

症例86歳女性。主訴は黄疸。
平成20年４月上旬から食後のゲップ、嘔気が出現した。５月に黄疸に気がつき、悪化するため近医受診。５月19日当科紹介初診。閉塞性黄疸の診断で同日入院となった。入院時T. bil 13.6, GOT 455, GPT 319, CEA 4.0, CA19-9 3873。腹部エコー、CTにて肝内胆管拡張を認め、上部胆管は壁肥厚あり濃染された。翌20日ERCPを施行。肝門部胆管の不整な狭窄を認め左右胆管はなきわかれ寸前の状態であった。右肝内胆管に滅黄のためのチューブステントを留置。また検査時に胃前庭部の狭窄、粘膜面の不整を認め、生検にて低分化腺癌が検出された。これらの所見から胃癌を合併した肝門部胆管癌と考え、胆管についてはドレナージのみで経過を見た。その後胆管炎によると思われる発熱が続き、左肝内胆管を経皮的にドレナージ(PTCD)するなど治療を続けたが、徐々に全身状態悪化し、６月24日死亡した。同日剖検施行。胆管上皮には癌は露出しておらず、低分化腺癌が粘膜下層を這うように広がっていた。また腹腔内臓器、後腹膜臓器にも低分化腺癌の浸潤を認めた。
当初胆管上皮原発の腫瘍を考えたが、剖検により粘膜下層に浸潤した低分化胃癌による閉塞性黄疸であることが判明した。悪性胆道狭窄のメカニズムを考える上で興味深い症例と考え報告する。

## 85　胆管非拡張型膵胆管合流異常症に胆嚢癌、胆管癌を合併した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]、藤田　博文[3]、木村　泰生[3]、小川　　博[4]

【症例】77歳女性。【主訴】特になし。【既往歴】糖尿病、尿管結石、白内障手術(平成１年と平成２年)【現症】158cm, 55.0kg、148/87mmHg【生活歴】飲酒なし＋喫煙なし【経過】平成１年白内障手術時にはじめて糖尿病を指摘され近医で内服治療開始。平成９年から転居にて当院に転院。平成10年２月screening目的USで左腎腫瘤を認めCTで左腎腫瘤＋胆嚢壁肥厚を指摘。平成12年６月MRCPで膵胆管合流異常疑い、平成13年５月MRCPで膵胆管合流異常は不変と診断した。平成14年２月CTで胆嚢壁不整肥厚にて３/12ERCPを行ない膵胆管合流異常を確認。以後１/６月の割合でUSにて経過観察を行った。平成20年10月USでは不変であったが、平成21年１/13USで20mmの胆嚢腫瘤を指摘。１/27CTでは造影効果のある20mmの胆嚢腫瘍と膵頭部に低吸収域を認め２/３から精査目的入院となった。ERCPでは膵胆管共通管内透瞭像、胆嚢腫瘍を認め、細胞診でclass5腺癌を指摘。胆管胆汁中アミラーゼ54934IU、リパーゼ70543IUと異常高値であった。MRIでは胆嚢体部腫瘍、頭部主膵管狭窄、膵頭部腫瘤を認めた。血管造影検査では胆嚢底部に濃染腫瘍を認めたが、主要血管に異常なし。USでは胆嚢腫瘍の壁外浸潤なしと判断した。異常から膵胆管合流異常を伴う胆嚢癌、膵頭部癌と診断し、３/３膵頭十二指腸切除術を行った。【病理検査】胆嚢は3.3 x 2.3 cmの扁平隆起で深達度ssの乳頭状腺癌であった。膵頭部は膵内胆管に乳頭状の深達度mの高分化型管状腺癌を認めた。12cのリンパ節に転移を認め、stage3胆嚢癌とstage1胆管癌と診断した。【考察】胆管非拡張型膵胆管合流異常症は高率に胆嚢癌を合併、拡張型膵胆管合流異常症は高率に胆管を合併することが知られている。今回膵胆管合流異常症と診断し以後定期的にUSで経過観察を行ってきたが、深達度ssで胆嚢癌を指摘したことは非常に残念である。胆嚢壁肥厚の時点で手術をしていれば胆嚢癌の合併は防げたかもしれないが、共通管胆管の腫瘍はUS程度の経過観察では早期に発見することは困難であろう。膵胆管合流異常症の経過観察、手術時期の決定の困難さを痛感させられた。

## 86 サルモネラ感染性動脈瘤の 1 例

名古屋掖済会病院　消化器科
○吉村　　透、近藤貴士郎、安田真理子、大橋　暁、
神部　隆吉

サルモネラ感染性動脈瘤の 1 例【症例】52歳、男性【主訴】発熱【現病歴】2006年 8 月29日、37.6℃の発熱あり近医受診、セフェム系抗生剤処方された。8 月31日、白血球 3400 / μl、CRP 11.5 mg/dl、ALP 808 IU/l、γ GTP 556 IU/l、炎症反応上昇と胆道系酵素上昇を認めた。腹部超音波検査は異常なく、薬剤性の胆道系酵素上昇を疑われ抗生剤中止としたが改善せず、9 月 8 日当院紹介となり、9 月11日入院となった。【入院経過】薬剤性の胆道系酵素上昇を考えため薬剤を使用せず経過をみた。9 月14日、40℃の発熱あり血液培養採取、9 月15日、腹痛はなかったが発熱、胆道系酵素上昇より胆道感染を考え、CTRX 2 g/ 日、胆嚢ドレナージ術施行した。胆嚢はやや腫大していたが結石は認めず、胆汁は黄色透明で混濁は認めなかった。9 月18日、血液培養でサルモネラ O9群が検出されサルモネラ菌血症と診断した。胆汁培養では検出されなかったが抗生剤使用後の検体であった。心臓超音波検査で異常所見は認めなかった。以降発熱はなく胆道系酵素は徐々に改善傾向であった。頭痛は治まったが腰痛は変わらなかった。9 月28日、再度発熱があり、腹部造影 CT を撮影すると腹部大動脈に4.1cm の瘤を認め、周囲の脂肪織が毛羽立ち様に高吸収を呈しており、感染性腹部大動脈瘤と診断した。増大傾向であり破裂の危険から 9 月29日手術となった。大動脈瘤は総腸骨動脈分岐手前で右背側に向けて約3cm 径の大動脈壁欠損のような形をした憩室様瘤で、外側は炎症性に硬く下大静脈に癒着しており剥離不能であった。以上より感染性腹部大動脈瘤切除、大動脈断端形成、左鎖骨下動脈－左大腿動脈及び右大腿動脈バイパス術を行った。摘出した動脈瘤内血栓の培養でサルモネラが培養され、摘出動脈の病理所見も炎症性動脈瘤の所見であったことから、サルモネラによる感染性腹部大動脈瘤と診断した。術後経過は良好で11月 1 日退院し、外来経過も良好である。【結語】胆道感染に続発した思われるサルモネラ感染性動脈瘤の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 87 上腸間膜動脈解離の 2 症例

県西部浜松医療センター　消化器科
○鈴木　　聡、山田　正美、影山富士人、吉井　重人、
本城裕美子、高井　哲成、岩岡　泰志、千田　剛士、
鏡　　卓馬、末廣　智之、山崎　　哲

上腸間膜動脈解離は比較的稀な疾患であるが、腸管壊死や穿孔など重篤な状態を来しうる疾患であり、急性腹症の鑑別疾患として重要である。今回、腹部造影 CT にて診断し、保存的に治療しえた上腸間膜動脈解離の 2 症例を経験したので報告する。【症例 1 】50歳の男性。突然発症の心窩部痛、背部痛を主訴に当院受診。腹部単純 CT では明らかな異常所見を認めなかったが、造影 CT にて上腸間膜動脈解離を認めた。（SMA 起始部より約1.5cm 末梢側から約5cm 長の解離あり）偽腔開存認めるも、血流は保たれており、腸管虚血の徴候認めず、安静、絶食、血圧コントロールにて加療開始した。その後も腸管虚血を認めず経過し、退院した。以後、外来にて経過観察中であるが、4 年 1 ヶ月間、症状再燃を来すことなく経過している。【症例 2 】53歳の男性。突然心窩部痛を発症。近医受診し補液、鎮痛剤による加療を受けた。一時症状軽快するが、すぐ再燃し、当院受診。症例 1 と同様に腹部造影 CT にて上腸間膜動脈に解離を認めた。（SMA 起始部より約1cm 末梢側から約5cm 長の解離あり）血栓化した偽腔に圧排され、真腔は狭小化していたが、腸管壊死の兆候は認めず、血流は保たれていた。保存的治療に加え、真腔の閉塞を予防するため、ヘパリン持続点滴を開始した。その後、真腔の狭小化は進行したが、側副血行路の発達により腸管血流は保たれ、ワーファリン内服に切り替えた後に退院した。以後、外来にて経過観察中であるが、2 年 3 ヶ月間、症状再燃を来すことなく経過している。【考察】急性腹症を契機に発症した上腸間膜動脈解離の 2 症例を経験した。何れの症例も単純 CT では診断が困難であり、造影 CT が診断に有用であった。原因のはっきりしない急性腹症においては、本疾患も念頭に置いて、積極的に造影 CT を施行すべきと思われた。また、2 症例ともに保存的治療により安定した経過を保っているが、閉塞や瘤化などの可能性もあり、今後の慎重な経過観察が必要である。

## 88 後腹膜原発 Hemangiopericytoma の 1 例

岐阜県総合医療センター
○出田　貴康、華井　竜徳、中村　信彦、林　基志、
足達　広和、戸田　勝久、芋瀬　基明、大西　隆哉、
清水　省吾、植松　孝広、杉原　潤一

【症例】24歳女性。平成20年 9 月18日から左側腹部痛を自覚し近医を受診した。腹部 CT、エコーで膵頭部腫瘍を指摘され精査加療目的で当科を紹介された。膵酵素ならびに腫瘍マーカーは AFP2.0,CEA0.5,CA19-9 6.7と正常範囲内であった。造影 CT では膵頭部から肝左葉に接し被膜を有する55mm の腫瘤を認めた。腫瘤の頭側は比較的充実性で動脈相にて不均一な早期濃染を示した。尾側は不染部分が主で嚢胞成分を有すると考えられた。Beak sign 陰性で肝臓、膵臓原発の腫瘤は否定的で後腹膜原発が疑われた。MRI では T1WI　in-phase/out phase での信号変化がなく脂肪成分は認めなかった。腹部血管造影では脾動脈の分枝から栄養血管を認めた。PET-CT では腫瘤に MaxSuv2.9と軽度の集積を認めた。その他の部位には異常集積なし。EUS では膵頭近傍に63x38mm の辺縁整で境界明瞭な低エコー腫瘤で内部に多房性の嚢胞性部分が存在し、ドップラーでは実質内に血流を認めた。以上の画像所見より局在から間葉系腫瘍が考えられ、多血性であり、PET-CT の集積が弱いことより単発性神経性腫瘍、中皮種、血管内皮腫、血管肉腫、傍神経節腫が鑑別に挙がった。MIBG シンチでは腫瘤に淡い集積があったが、尿中メタネフリン0.06,ノルメタネルリン0.14,VMA 4.6と尿中カテコラミン代謝産物の上昇は認めなかった。悪性腫瘍を完全に否定できないため、平成20年11月13日、腫瘍摘出術を施行された。横隔膜脚右縁から総肝動脈上縁の後腹膜に茎を有する鶏卵大・嚢胞性腫瘍で周囲臓器への癒着は認めなかった。病理組織所見は小型の短紡錘～類円形細胞が密に増殖し、腺腔様構造を一部に有しており、Hemangiopericytoma と診断された。【まとめ】Hemangiopericytoma は pericyte 由来の血管周囲性腫瘍で軟部組織腫瘍に分類される稀な腫瘍である。四肢や頭蓋内、眼窩に発生することが多く、後腹膜および骨盤腔原発の頻度は6.7% と報告されている。今回後腹膜原発の Hemangiopericytoma 1例を経験したので若干の文献的考察も含めて報告する。

## 89 後腹膜脂肪肉腫の 1 手術例

済生会松阪総合病院　外科
○伊藤　貴洋、長沼　達史、田中　穣、近藤　昭信、
村田　泰洋

症例は36歳の女性。発熱を主訴に2008年12月近医を受診。腹部 US で巨大な肝腫瘤を指摘され、2009年 1 月に当院に紹介となった。腹部 CT にて肝右葉と右副腎の間に105×83×140mm 大の内部不均一な脂肪濃度とほぼ同一な density を示す充実性の腫瘤を認めた。MRI では同部位に斑状から約柄状の脂肪が交差するような腫瘤を認めた。血管造影検査では上下の副腎動脈から栄養される後腹膜腫瘍を認めた。以上の画像所見から後腹膜原発の間葉系腫瘍の診断で手術の方針となった。発熱により手術が延期となったが、その間に腫瘍は CT 上120×88×159 mm と増大傾向にあり、悪性であることも考慮した上で2009年 3 月手術を行った。右開胸開腹アプローチで腹腔内に到達すると右後腹膜から拡がる巨大な腫瘤が観察でき、右横隔膜と癒着していた。腫瘤により肝、上行結腸、十二指腸は正中にまで圧排されていた。右副腎腫瘍＋右副腎＋右腎臓＋肝後区域＋右横隔膜合併切除術を施行した。摘出標本を観察すると腫瘍は弾性軟で、肉眼的には隔壁を有する被膜に包まれ、内容物は脂肪様の黄色を呈しており、重量は1800gであった。病理組織学的には、腫瘍内は成熟した脂肪細胞間に腫大した核と粘液を含む異型細胞と壊死細胞を認め、粘液型脂肪肉腫と診断した。合併切除した肝、腎には明らかな異型細胞は認めなかった。今回我々は比較的稀な後腹膜粘液型脂肪肉腫の 1 手術例を経験したので報告する。

## 90 痔核治療の変遷と現状

(外科)

四日市社会保険病院　外科　大腸肛門病・IBD センター
○梅枝　覚 、松本　好市、山本　隆行

痔核治療法は年々手技の多様化と適応が変化してきている。当院で施行している痔核に対する治療法としての主な手技は１：ALTA（四段階痔核硬化療法）腰椎麻酔、２：LE（結紮切除術）腰椎麻酔、３：LE+ALTA（四段段階痔核硬化療法＋結紮切除術）腰椎麻酔、４:PPH（環状自動縫合器による根治術）全身麻酔である。平成15年より、PPH手技が行われるようになり、術後疼痛が少なく、根治性が高い事で高く評価された。また平成17年よりALTAによる痔核硬化療法が行われるようになり、術後疼痛がほとんど無く、社会復帰が早いことで、高く評価されたが、根治性が問題とされた。平成18年より結紮切除術LEにALTAによる硬化療法を併用することにより、LEの根治性の高さを生かしながら、ALTAによる侵襲の少ない手技を併用しておこなうことにより、LEの手技の侵襲軽減が期待された。今回、当院での平成20年１月から12月までの１年間における、手技の選択と入院期間について検討したので報告する。１年間に施行した痔核手術は179例で、年齢は54.4±16.8歳、男：女は109：70であった。全痔核手術における手技の割合はALTA：25例14％、LE：46例26％、LE+ALTA：92例51％、PPH：16例９％であった。各々の年齢はALTA：62.5±21.0歳、LE：54.4±14.8歳、LE+ALTA：53.1±16.6歳、PPH：49.1±10.9歳であった。また各々の入院期間はALTA：4.3±1.5日、LE：8.3±3.7日、LE+ALTA：7.2±2.2日、PPH：7.8±2.0日であった。以上より、年齢分布ではALTAは高齢者に選択される傾向にあり、PPHは若年者に選択される傾向にあった。また入院期間では、LE+ALTAはLE単独に比べて約１日の入院期間の短縮が得られた。患者のQOLおよび治療費においても、LE+ALTA（四段階痔核硬化療法＋結紮切除術の併用）は優れた治療法と思われた。

## 91 (外科) 発熱精査を契機に発見された直腸原発malignant lymphomaの一例

紀南病院　外科
○藤井　武宏、熊本　幸司、須崎　　真、野口　　孝

症例は70歳代女性。主訴は発熱。既往歴は気管支拡張症、子宮筋腫。家族歴は特記すべきことなし。現病歴は気管支拡張症にて当院内科に通院中であったが、発熱が出現したため受診し、膀胱刺激症状もあり尿路感染症の診断にて抗生剤を投与された。膀胱刺激症状の改善はみられたものの発熱は持続し、経過中に下血を認めたため当科紹介となった。当科初診時、腹部所見は特記すべきことはなかったが、直腸診にて肛門より4センチの下部直腸に1/2周性の弾性硬の腫瘤を触知した。表在リンパ節は触知しなかった。大腸内視鏡にて下部直腸に2型腫瘍を認め、生検にてmalignant tumor、group5の診断結果であった。低分化腺癌または悪性リンパ腫等の直腸悪性腫瘍を疑い、腹会陰式直腸切除術を施行した。免疫染色及び摘出標本病理組織診断の結果はT/NK-cell lymphomaであった。頭頚部、胸腹部CTなどでは他に病変を認めなかったため、直腸原発T/NK-cell lymphomaと診断した。術後1週間は、発熱は認めなかったが2週目より再び発熱が出現し、他の熱源が否定的であったため同疾患に付随する発熱と考えられた。化学療法を目的に術後15日目に他院に転院となった。T/NK-cell lymphomaは進行性の経過をたどり予後不良な疾患であり、消化管原発のものは稀である。今回我々は直腸原発T/NK-cell lymphoma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。

## 92 直腸原発のT細胞性リンパ腫の1例

名古屋掖済会病院　消化器科
○安田真理子、神部　隆吉、大橋　　暁、吉村　　透

【症例】74歳、女性。【主訴】食思不振、下痢【既往歴】虫垂炎、胆石により胆嚢摘出術、子宮筋腫により子宮全摘出術、高血圧、心房細動【現病歴】平成20年4月頃より水様便、食思不振あり、2ヶ月で、8kgの体重減少を認めたため、平成20年6月当科受診。【検査所見】下部内視鏡検査にて直腸（Rb）から口側15cmにわたり、全周性のびらん、潰瘍形成および内腔は狭小化を認めた。ファイバー通過は可能であった。病理組織学的検索にてperipheral T-cell lymphoma(cytotoxic phenotype)と診断した。全身検索にて腹腔内リンパ節腫大、他に原発となる腫瘤を認めず、直腸原発T細胞性リンパ腫と診断した。【臨床経過】平成20年6月16日からTHP－COP療法(THP-ADR 30mg＋CPA 700mg＋VCR 1mg＋PSL 30mg）で治療を開始、下肢の浮腫の改善は見られなかったが、腹部CTにて腫瘍の縮小を認めた。また6月20日頃から胸水貯留あり、リンパ腫の浸潤を疑い胸水穿刺施行したが、確定診断には至らなかった。7月11日からTHP-COP療法2クール目を開始したところ、食欲が改善し、下肢の浮腫も改善した。その後THP-COP療法2クールを施行しさらなる腫瘍の縮小が得られた。しかし8月25日にsIL2Rの上昇を認め、9月16日からEPOCH療法（ETP 50mg＋VCR 0,5mg＋DXR 10mg＋CPA 800mg＋PSL 60mg）に変更し治療を行ったところ骨髄抑制が強く認められたため10月15日からEPOCH療法を（ETP 50mg＋VCR 0,5mg＋DXR 8mg＋CPA 700mg＋PSL 60mg）に減量して行った。化学療法により腫瘍縮小効果は十分にあったが、経口摂取進まず、倦怠感も強かったため自宅退院は困難と判断し療養型の病院に転院となった。

## 93 腸重積をきたした大腸癌の2例

[1]済生会松阪総合病院　内科、[2]済生会松阪総合病院　外科
○稲垣　悠二[1]、小田　裕靖[1]、脇田　喜弘[1]、橋本　　章[1]、
清水　敦哉[1]、村田　泰洋[2]、田中　　穣[2]、長沼　達史[2]

【症例1】96歳女性。主訴は食思不振、気分不良。既往歴はうつ病、狭心症、認知症。平成20年5月中旬頃より気分不良があり、5月20日食思不振のため近医受診。腹部エコーにて右上腹部に同心円状の腸管肥厚指摘され、腸重積疑いで当院受診。 身体所見では結膜には貧血、右側腹部に軽度圧痛、右上腹部に手拳大の弾性やや硬い腫瘤を触れた。 入院時の血液検査では貧血と軽度CRPの上昇を認めた。腹部CTではエコーと同様に上行結腸に同心円状の重積像を認めた。腸重積の診断にて手術となった。上行結腸の腸重積を認めたが、術中整復は不可能と判断し、右半結腸切除を施行した。上行結腸に1型腫瘍を認めた。病理組織は粘液癌の部分を多く含む高分化型腺癌であった。【症例2】85歳男性。主訴は食思不振、体重減少。既往歴は肺がんの手術。平成20年2月、近医で鉄欠乏性貧血指摘され2月4日当院内科紹介受診された。大腸カメラ、注腸検査を行ったが深部の評価が困難であった。 4月初め頃より食欲低下し、1か月で10kgの体重減少があり、精査目的で 5月7日当院内科に入院。身体所見では結膜に貧血、右上腹部に腫瘤を触れた。血液検査では貧血と低蛋白血症を認めた。腹部エコーではターゲットサインを認めた。腹部CTでは、上行結腸から横行結腸に重積像を認めた。注腸検査にて横行結腸中央部で蟹爪像を認めた。以上より腸重積の診断にて手術となった。手術所見では上行結腸が回腸末端とともに横行結腸中央部まで腸重積の形で入り込んでいた。用手的整復は不可能と考え右半結腸切除を行い、上行結腸に1型腫瘍を認めた。病理組織所見は表層では高分化型管状腺癌を認め、浸潤部では粘液癌の像を示した。【考察】今回成人腸重積症の2例を経験した。 2例とも腹痛、嘔吐のような腸閉塞症状を示さないものであり、診断に困難であったので報告する。

## 94 腸重積で発症した下行結腸癌の1例

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

腸重積で発症した下行結腸癌の1例名古屋セントラル病院消化器内科中上桂吾　真鍋孔透　佐藤寛之　桶屋将之　安藤伸浩　川島靖浩症例：65歳　男性　主訴：下血　既往歴：特記すべき事なし　現病歴：平成20年12月頃より全身倦怠感出現。平成21年1月8日より血便あり近医受診。Hb7.9 g/dlと貧血を指摘され、当院紹介入院となった。直腸指診で表面平滑な腫瘤を触知し、新鮮血の付着を認めた。血液生化学検査でHb7.3g/dlと貧血を認め、CRPは0.5mg/dlと軽度上昇していた。腫瘍マーカーはCEA 1.8ng/ml CA19-9 6.5U/mlと正常であった。腹部CTにて腹部左側から骨盤内にかけてS状結腸の壁肥厚とその内部にS状結腸間膜と思われる血管構造を有する領域を認め、その先進部に造影効果を伴う4cm大の軟部腫瘤があった。透視下にて下部消化管内視鏡を施行。直腸に4cm大のうっ血し暗紫色を呈す腫瘤があり、口側へのスコープ挿入はできなかった。ガストログラフィン注腸X線で上部から下部直腸に表面平滑な腫瘤があり、蟹爪状の陰影欠損を認めた。注入圧を高めた所口側の拡張腸管が造影された。以上よりS状結腸腫瘍を先進部とする腸重積症と診断、緊急開腹手術を施行した。1型下行結腸癌を認め、下行結腸～S状結腸切除術を行った。摘出標本は、4cm大の1型腫瘍で、肛門側大腸には出血の強い虚血性腸炎を認めた。病理所見は、carcinoma of the Descending Colon　tub2,stageI MP,N0,M0と診断された。成人腸重積症は、器質的疾患(大腸癌、悪性リンパ腫、ポリープ、憩室etc)を伴う事が多く、小児と比べ稀な疾患である。今回我々は腸重積で発症した下行結腸癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 95 虫垂癌穿孔の１例

（外科）

名張市立病院　外科
○坪内　優宜、久保田裕之、浦田　久志、寺邊　政宏

症例は89歳、女性。発熱、腹痛を主訴に当科を受診した。腹部は膨満、軟で、右下腹部を中心に下腹部全体に圧痛、反跳痛を認めた。血液検査でCRPが18.1mg/dlと高値で、腹部CTでは小腸の拡張と下腹部からダグラス窩に腹水貯留を認め、汎発性腹膜炎の診断で試験開腹術を施行した。下腹部正中切開で開腹したところ、虫垂に穿孔があり、周囲に粘液を認めた。以上より虫垂腫瘍穿孔、汎発性腹膜炎と診断し、虫垂切除術、腹腔ドレナージを施行した。病理組織診断の結果、Mucinous cystadenocarcinomaであった。患者は高齢、寝たきりであったため、追加切除は施行しなかった。術後経過は良好で、術後14日目に退院した。術後１年２ヶ月の現在、生存中である。原発性虫垂癌は比較的稀な疾患であり、今回虫垂癌穿孔の１例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 96 食道未分化癌の一例

(外科)

[1]三重大学大学院医学系研究科　消化管・小児外科学、[2]三重大学大学院医学系研究科　先端的外科技術開発学
○川本　文[1]、毛利　靖彦[2]、岩田　崇[1]、横江　毅[1]、大井　正貴[1]、田中　光司[1]、三木　誓雄[1]、楠　正人[1,2]

症例は74歳の男性で、嚥下時違和感と体重減少を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査にて、上切歯列より36～39cmの食道胃接合部領域に径5cm大の３型腫瘍を認め、精査加療目的にて当科紹介入院となった。術前精査にて両葉にわたる多発肝転移と傍大動脈リンパ節腫大を認めた。食事摂取困難であったため姑息的手術目的で左開胸開腹下部食道噴門部切除術を施行した。術後の病理組織学検査にて好酸性の核小体目立つ腫大核を有する異型細胞が充実状胞巣を形成しており、免疫染色にてEMA（＋）、panCK（－）、s100（－）、melanA（－）、HHF35（－）、CD45（－）、CD79a（－）、CD138（－）、CD68（－）、CD56（－）、NSE（－）、Chromogranin（－）であったことから食道未分化癌と診断された。深達度はSSであった。術後化学療法を導入し、発症より１年経過した現在生存中である。食道未分化癌は比較的稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 97 趨壁肥大型胃炎の経過観察中に内視鏡的止血困難な消化管出血を生じ、胃全摘を要した一例。

羽島市民病院
○若原　利達、天野　和雄、酒井　勉、福島　秀樹、坂野　喜史、上村　真哉

【症例】67歳男性　【経過】2005年６月29健康診断にて大球性貧血を指摘され、当院血液内科初診。骨髄検査にてMDS(RARS)の診断。2005年９月28日から燐酸ピリドキサール10mg1日３回１回１錠での投薬を行っていた。上部消化管内視鏡は2005年以降定期的に実施されており、趨壁肥大型胃炎の所見を認めていた。また年を重ねるにつれて趨襞の肥大傾向を認めていたため毎回生検を行っているが、いずれの年も悪性像は検出されておらず経過観察とされている。2008年10月31日　運動後に嘔気を自覚、黒色凝血塊を混じえた500ml程の吐血も見られたため、救急外来受診。緊急で上部消化管内視鏡を行った。胃趨襞は全体に高度に肥厚しており。内視鏡上４型進行胃癌も疑いうる所見であった。胃体下部後壁に深い陥凹部を認め、陥凹内部から出血が続いていた。陥凹内部に対して内視鏡的には観察、処置とも不可能であり、かつ腫瘍性出血も疑われたため内視鏡的止血困難例と考えられた。また内視鏡処置中に血圧低下も見られてきたため内視鏡的処置を中止し、外科にて緊急手術を施行した。全身麻酔下で手術施行。当初幽門側胃切除を試みたが術中に内腔観察したところ巨大趨襞は窮窿部に及んでおり境界不明であったため胃全摘に切り替え手術施行し血行動態安定が得られた。病理所見上、肥厚した趨襞は肥厚性胃炎の所見であり悪性所見を認めなかった。術後は順調に回復し、現在外来通院中である。【考察】趨壁肥大型胃炎は胃癌の高riskと考えられているが消化管出血に関連しての報告は散見されるものの少ない。今回増悪傾向のある趨壁肥大型胃炎に非腫瘍性の消化管出血を合併した症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 98 高度貧血を契機に発見された巨大 Brunner 腺過形成の１例

(外科)

三重県立総合医療センター　外科
○沖上　正人、渡部　秀樹、尾嶋　英紀、伊藤　秀樹、小西　尚巳、木下　恒材、重盛　千香、池田　哲也、登内　仁

症例は74歳女性。入院２ヶ月前より、下腿浮腫、全身倦怠感を認め、近医を受診した。近医での採血の結果、高度貧血（Hgb5.4g/dl）を認め、当院消化器内科を精査加療目的で紹介された。来院時の身体所見は顔面と下腿に浮腫を認め、眼瞼結膜は貧血色であった。上部消化管内視鏡検査で、十二指腸の球部後壁から下降脚にかけて表面に浅い潰瘍、びらんを伴う径約40mm大の有茎性の隆起性病変を認めた。腹部造影CTでは、十二指腸球部後壁寄りを中心に内部に一部造影不良の部位を認めるφ40mm大のenhanced massを認めた。低緊張十二指腸造影でも2nd portionに有茎性の腫瘤性病変が確認され、その他の十二指腸には異常は認めなかった。生検の結果は、再生増殖性十二指腸粘膜であった。自験例は、有茎性であったため、内視鏡的粘膜切除術（EMR）を施行した。切除標本は、大きさ42mm×31mm×33mmで、Brunner腺の著しい増殖を認めたが、核の異型性は認めず、病理組織学的にBrunner腺過形成と診断された。悪性度を評価するために、免疫組織染色（p53、Ki-67）を現在行っている。４日後、上部消化管内視鏡検査を行ったところ、切除部位に潰瘍が形成されているものの、出血などは確認されなかった。粘膜切除後は、貧血も改善しており、合併症なく退院となった。Brunner腺過形成は十二指腸腫瘍では、比較的頻度の高い病変であるが、30mmを超えるものは稀であるため報告した。また30mm以上のBrunner腫瘍は、1991年以降、本邦では、16例報告されており、11例が開腹術あるいは腹腔鏡下手術での切除報告である。本症例のように腫瘤が40mmを超えていても有茎性である場合などには、低侵襲性を考慮すると内視鏡的切除も検討すべき方法であると思われ、文献的考察を加え報告する。

## 99 クッシング症候群を呈した十二指腸乳頭部 ACTH 産生小細胞癌の１例

[1]春日井市民病院　消化器科、[2]春日井市民病院　内科
○加藤　晃久[1]、尾関　貴紀[1]、稲垣　佑祐[1]、松波加代子[1]、片野　敬仁[1]、望月　寿人[1]、高田　博樹[1]、祖父江　聡[1]、妹尾　恭司[1]、伊藤　和幸[1]、岡田由紀子[2]、佐々木洋光[2]

【症例】69歳、女性【主訴】倦怠感、顔面及び下腿浮腫【既往歴】48歳時より甲状腺機能亢進症【現病歴】H21.8月頃より倦怠感出現。その後顔面及び下腿浮腫の増強を自覚し、10月下旬に近医受診。腹部エコー上肝内に多発する腫瘤性病変を認め、転移性肝腫瘍疑いで当科紹介となった。【現症】身長153.2cm 体重62.0kg 血圧146/77mmHg 満月様顔貌を認め、下腿に著明な浮腫を認めた。腹部は平坦で軟。【検査成績】血液検査では黄疸・高アミラーゼ血症は認めず、耐糖能異常や好酸球消失、低カリウム血症を認めた。血中ACTH、コルチゾール高値を認め、腫瘍マーカーではCEA,CA19-9,NSE,PROGRPの上昇を認めた。上部内視鏡検査及び低緊張性十二指腸造影でVater乳頭部に不整な潰瘍を伴う腫瘤性病変を認めた。生検の病理組織で小細胞癌と診断され、免疫染色ではchromogranin, synaptophysin, CD56, TTF1がそれぞれ陽性を示し、またACTH染色においても陽性を示した。腹部CTでは乳頭部に造影早期から増強される腫瘤像を認め、主膵管、胆管ともに軽度拡張を認めた。また肝両葉に数cm大の辺縁優位に増強される結節像を多数認めた。さらに両側副腎のびまん性腫大を認めた。MRCPでは乳頭部にT2WIで淡い高信号を示す不整形結節を認め、主膵管及び胆管の軽度拡張を認めた。PETでは両側副腎、肝内、十二指腸に集積亢進を認めた。胸部CTや気管支鏡検査にて異常所見は認めなかった。また頭部CTや内分泌検査、ホルモン負荷試験より異所性ACTH産生によるクッシング症候群と考えた。【経過】以上より多発肝転移を伴う十二指腸乳頭部原発のACTH産生小細胞癌と診断した。肺小細胞癌に準じてCDDP及びCPT-11による化学療法を施行したが、１クール途中に血液毒性が強く出現し中断した。その後は緩和療法に移行し入院３ヶ月後に癌死した。乳頭部原発の小細胞神経内分泌癌は稀な疾患であり、予後は極めて不良とされている。今回さらにACTH産生を示しクッシング症候群を呈した症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 100　十二指腸乳頭部カルチノイドの１例

名古屋第二赤十字病院
○堀　　寧、林　　克巳、藤井　美帆、舘　桂一郎、
岩崎　弘靖、梅村修一郎、蟹江　　浩、坂　　哲臣、
藤原　　圭、山田　智則、根本　　聰、白子　順子、
折戸　悦朗

症例は50歳男性。2008年６月より心窩部不快感を主訴に近医受診。上部消化管内視鏡検査施行され、十二指腸乳頭部に15mm大の腫瘤を認めた。生検にて豊富な細胞質と類円形核を有する上皮様細胞の胞巣状増殖が観察され、カルチノイドと診断した。超音波内視鏡では、乳頭部に一致して類円型腫瘍あり。内部は低エコーで一部不均一な部分を認めるも、周囲への浸潤は明らかではなかった。各種画像検索を行い、局所切除可能と判断し、十二指腸乳頭部腫瘍切除、乳頭形成術、胆嚢摘出術を行った。その後６ヶ月の経過観察を行っているも明らかな再発は見受けられない。稀な十二指腸乳頭カルチノイドの１例を経験したため文献的考察も加え報告する。

## 101 健常成人に発症したサイトメガロウイルス胃炎の1例

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

【症例】38歳、男性。主訴は右下腹部痛。既往歴は特記事項なし。平成20年2月11日から右下腹部痛・発熱が出現し、2月18日に当科受診。腹部は平坦・軟で、体温は37.6℃であった。同日採血・腹部CTを施行し、2月19日に腹部USを予定した。2月19日に採血結果を確認したところ、採血では異型リンパ球上昇(8.0%)を伴う白血球上昇(13,200/μl)と軽度肝機能障害(AST/ALT 82/97 U/l)、腹部CTでは胃前庭部の壁肥厚と周囲リンパ節腫大、脾腫を認めた。腹部USでも、CTと同様の所見を認めた。ウイルス感染に伴う胃炎を強く疑い、同日GIFを施行したところ、食道・十二指腸の粘膜は浮腫状で、胃粘膜全体の著明な浮腫・肥厚・体部大弯の襞の腫大、胃角部小弯を中心とする類円形の小さな多発性胃潰瘍($A_2$～$H_1$ stage)・糜爛を認めた。食欲不振も出現し、入院を勧めたが、経過観察を希望されたため、rabeprazole 10mg/日を処方した。2月22日に当科を受診し、肝機能障害も悪化した(AST/ALT 117/145 U/l)ため、同日入院となった。絶食・lansoprazoleの点滴投与（60mg/日）にて治療を開始した。第1病日の採血上CMV pp65抗原(C7-HRP)の発現に加え、胃潰瘍からの生検の病理所見上核封入体が証明されたため、サイトメガロウイルス胃炎と診断した。HBV・HIVも陰性であり、他にも免疫不全を示す病態は特に認めなかった。その後、徐々に症状は改善を認めたため、ganciclovirは使用しなかった。第7病日より食事を開始し、rabeprazole 20mg/日の内服を開始した。第12病日のGIFでは、胃潰瘍は$S_1$ stageへと改善、襞の腫大もほぼ消失し、第14病日の採血では、白血球中の異型リンパ球の占める割合も0%となり、AST/ALT 58/103 U/lと肝機能障害も改善したため、第15病日に退院となった。以後外来にて経過観察を行い、4月10日にはトランスアミナーゼは正常化した。過去に***H.p.***除菌歴はなく、***H.p.***-Abが陽性であったため、***H.p.***除菌治療も施行した。6月3日のGIFでは、襞の肥厚はほぼ消失し、多発性胃潰瘍も$S_2$ stageであり、6月18日に終診とした。【結語】比較的稀な健常成人に発症したサイトメガロウイルス胃炎(感染症)を経験し、自験例ではプロトンポンプ阻害薬が有用であった。

## 102 著明な十二指腸狭窄を認めた好酸球性胃腸炎の1例

名古屋掖済会病院
○近藤貴士郎、安田真理子、吉村　透、大橋　暁、
神部　隆吉

【症例】32歳男性。【既往歴】喘息歴やアレルギー歴なし。【現病歴】平成21年1月24日朝食後に腹部膨満感があり嘔吐した。腹部の張りは間欠的に持続し、仕事を休むほどであった。1月24日から27日まで食後に泥状便が出ることが持続し、1月27日から29日まで微熱や倦怠感、咳、鼻汁があった。2月2日からは食後に嘔吐するため、2月4日に近医受診し好酸球増多症とCTで幽門部肥厚を指摘され当院紹介となった。【入院後経過】入院時WBC 2430 0/μl、好酸球は60%と高値を示した。腹部CTにて胃拡張と残渣貯留があり、幽門から十二指腸にかけての壁肥厚がみられた。また回盲部の浮腫状変化と少量腹水を認めた。上部消化管内視鏡にて幽門部から十二指腸にかけて浮腫を認めた。下部内視鏡検査では回腸末端から横行結腸下極まで発赤浮腫状であった。十二指腸・回腸末端からの生検にて好酸球を中心とした炎症細胞浸潤を認めたため好酸球性胃腸炎と診断した。第8病日よりプレドニゾロン30mg/日を開始したところ速やかに症状は改善し、第12病日にはWBC 9000/μl、好酸球4%へと改善したため、第15病日よりプレドニゾロンを漸減し、第21病日に退院となった。以後外来通院しているが症状の再発はなく、3月26日よりプレドニゾロンを中止して経過を観察している。【考察】十二指腸狭窄を認めた好酸球性胃腸炎の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて発表する。

## 103 当院で経験した胃 IFP 6例の検討

[1]名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学、[2]名古屋大学　医学部付属病院　光学医療診療部
○坂巻　慶一[1]、丹羽　康正[1]、宮原　良二[2]、長屋　寿彦[1]、
坂野　閣紀[1]、古川　和宏[1]、立松　英純[1]、田中　努[1]、
伊藤　彰浩[1]、大宮　直木[1]、廣岡　芳樹[2]、安藤　貴文[1]、
後藤　秀実[1,2]

【目的】Inflammatory fibroid polyp（以下IFP）は消化管に発生し、粘膜下腫瘍の形態をとる比較的稀な良性疾患である。今回われわれは、過去5年間のうちに6例のIFPを経験したため報告する。【対象と方法】2004年4月より当院でIFPと診断された6症例について、肉眼的形態を中心に臨床学的特徴について検討を行った。【結果】患者背景は男性4例、女性2例、年齢は63歳から75歳(71±4.2歳、平均±SD)、発見契機は3例が検診異常、2例が他疾患精査中の上部消化管内視鏡検査、1例が腫瘍マーカー上昇のスクリーニングにて指摘された。腫瘍の発生部位は体部1例、前庭部4例、幽門部1例であった。腫瘍径は7mmから16.4mm（12.0±3.6mm）、腫瘍の形態は主に山田II型からIII型の無茎性、及び亜有茎性の形態を示したが、典型的な陰茎亀頭様を示したものや、イモムシ状のものなど様々であった。腫瘍径が増すにつれ頂部の陥凹が明らかになる傾向があるものの、1cm未満の小さなうちから頂部にびらん、潰瘍を伴った例もあった。EUSが施行された症例では第2層から第3層に主座を置く低エコーとして主に描出された。また、同時性に胃癌を合併した2例を認めた。治療は基本的に切除を行い、EMR-C1例、ESD3例、手術1例で、経過観察としたものは1例であった。6例のうち2例で4年以上の腫瘍の自然経過を追うことができ、経時的変化を観察する事ができたが、ともに増大傾向を認めた。【結論】当院の経験例では、腫瘍の局在は前庭部に集中していたが、形態は様々であった。ある程度の大きさのものであればEUS像と肉眼的形態、発生部位などから診断可能と考えられるが、悪性疾患との鑑別が容易でない場合には内視鏡的切除が必要と考えられた。

## 104 内視鏡的粘膜切除術を施行したA型胃炎に合併した多発胃カルチノイドの一例

[1]東海病院　内科、[2]名古屋大学大学院消化器内科学
○加藤　亨[1]、山本　剛[1]、北村　雅一[1]、丸田　真也[1]、
宮原　良二[2]、後藤　秀実[2]

症例は40歳代女性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。現病歴、検診の胃透視で異常を指摘され近医にて上部消化管内視鏡検査を施行したところカルチノイドと診断され当科紹介となった。当院初診時血液検査では、RBC 454万、Hgb 11.6、MCV 82と軽度の小球性貧血を認めた。血中ガストリンは2853pg/mlと高値であった。後日測定した尿中5-HIAAは2.4mg/dayと正常であった。内視鏡検査では胃体部には萎縮性変化を認めたが前庭部には認めず、A型胃炎と診断した。胃体部に径2～5mmほどの隆起性病変が6個見られ、超音波内視鏡では粘膜内に主座を置く境界明瞭な低エコー腫瘤として描出された。前医で施行された腹部造影CTでは特記すべき異常を認めなかった。以上よりA型胃炎に合併した多発胃カルチノイド（Randiらの分類のタイプI）と診断した。病変の数が多く、治療方針としては局所切除＋幽門洞切除術も考えられたが、患者に十分なインフォームドコンセントを得て内視鏡的粘膜切除術（EMRC法）を行った。病理組織学的には6個切除した内の5個にカルチノイドを認め深達度は粘膜内に限局していた。1年後の内視鏡で他部位2か所に発赤調の隆起を認め、生検せずにEMRC法で切除したが、どちらもカルチノイドではなく再発はなかった。腹部造影CTでは転移は確認されていない。タイプIカルチノイドは近年増加傾向にあるとされ、無酸に起因する高ガストリンが生じ、ガストリンで過形成を起こしたECL細胞から内分泌細胞微小胞巣（ECM）が形成され、腫瘍化してカルチノイドとなる。高ガストリン血症を伴う胃カルチノイドは多発例が多いが悪性度が低く、腫瘍径が小さいものは転移率が低いとされており、1cm以下のものは内視鏡切除の適応とされている。本例は今後も内視鏡検査による経過観察を行う必要がある。

## 105 (若手) ESD 前後の血液炎症マーカーの推移からみた合併症危険因子の検討

藤田保健衛生大　消化管内科
○長崎　宏則、柴田　知行、中村　正克、田原　智満、
大久保正明、吉岡　大介、前田　義照、市川裕一郎、
生野　浩和、松岡　明美、小村　成臣、丸山　尚子、
鎌野　俊彰、藤田　浩史、神谷　芳雄、中川　義仁、
岩田　正己、長坂　光夫、平田　一郎

【目的】 最近の早期胃癌に対する治療としてESD（内視鏡的粘膜剥離術）は機能温存的な治療法として普及してきた。ESDの合併症は稀であると考えられるが、一定の確率で起こりうるとされている。また、ESDは静脈麻酔を比較的長時間行うため、その影響も懸念される。今回我々は、ESD施行時間とESD前後の血液学的炎症マーカー（CRP, WBC）を測定し、年齢や麻酔時間の影響などにつき検討した。【方法】 対象は当院で術前にガイドライン内病変、適応拡大病変と診断し、胃ESDを施行した111例（男性　91例、女性　20例）（平均年齢68.2±7.9）。高齢者を70歳以上と定義し、高齢者（A群）52例、非高齢者（NA群）59例に分け、術前合併症の頻度（有病率）、ESD前後のWBC、CRP値の変動に与える要素に関して検討した。また偶発症（穿孔・後出血）も検討した。統計学的解析に$\chi 2$乗分析、ノンパラメトリック解析、ANOVAを用い、$p<0.05$を有意とした。【成績】 有病率はA群で14例（26.9%）、NA群で14例(23.7%）と差を認めなかった。後出血の頻度はA群で2例(3.8%）、NA群で3例(5.1%）と差を認めなかった。穿孔はA群で1例のみ認められた。WBC値はESD前値がNA群で有意に高値であったが（正常範囲内）、ESD後値ではA群、NA群とで平均値に差は認めなかった。CRPに関してESD前値に差は認めなかったが、ESD後はA群で高値である傾向を認めた($p=0.056$)。施行時間とESD後WBC、CRP値との間に有意な相関関係は認められなかった。【結論】 A群とNA群で有病率や偶発症の頻度の差は認められなかったものの、CRP値はESD後に高齢者で若干高値となる傾向を認めたことから、ESD後に潜在的身体異常が起こっている可能性も否定できず、高齢者に対しては慎重な経過観察は必要であると考えられた。また施行時間の長さは炎症マーカーの上昇に寄与しなかった。今後、より安全なESDを目指しさらに詳細な合併症危険因子の検討が必要であると考えられた。筆頭演者　長崎宏則

## 106 DIC を合併した 4 型進行胃癌に対しパクリタキセルが有効であった 1 例

[1]高山赤十字病院　内科、[2]岐阜大学医学部附属病院　第一内科
○馬場　厚[1]、荒木　寛司[2]、小野木章人[2]、井深　貴士[2]、
白木　亮[2]、清水　雅仁[2]、内木　隆文[2]、白鳥　義宗[2]、
永木　正仁[2]、森脇　久隆[2]

症例は73歳男性。2008年11月食欲不振のため上部消化管内視鏡検査施行。胃体部～前庭部にかけて 4 型胃癌を認め、生検にて低分化腺癌と診断された。全身造影CTにて傍大動脈周囲を含む多発リンパ節転移、大網浸潤を認めた。さらに骨シンチグラフィーにてbeautiful bone scanありびまん性骨転移を認め臨床病期 4 期と診断した。血液検査にてALP1815IU/l、CEA 961ng/ml と上昇しておりFDP 215 μg/ml、Plt 4.4万/μl、Fib 90mg/dl、PT-INR1.69と凝固系の著明な異常を認めDICスコア11点でありDICと診断した。さらにCr1.52mg/dl と腎障害も認めた。11月20日入院しメシル酸ナファモスタット、AT3製剤にてDICの治療を開始した。同時に化学療法による危険性について十分なインフォームド・コンセントの下で11月21日よりパクリタキセル（PTX）60mg/m$^2$（3週投与・1週休薬）にて治療開始した。1コース終了後にはPltは17.4万/μl と改善し、DICより離脱した。その後、外来にてS-1　100mg/分 2（day 1～day 14）・ドセタキセル（DTX）40mg/m$^2$（day 1）併用投与を開始した。現在 5 コース投与後であるがCT上リンパ節転移は縮小傾向で腫大リンパ節は認めていない。原発巣も内視鏡では平坦化しPRと判定した。凝固系は正常となった。またALP 151IU/l 、CEA 14.5ng/ml と改善している。なお、PTX 60mg/m$^2$ 1コース後骨髄検査施行したが異常細胞は認めなかった。DICを合併したびまん性骨転移を伴う 4 型進行胃癌に対しPTXによる初期治療は有効であると考えられた。

## 107 骨髄浸潤、DIC を合併した胃癌に対し MTX/ 5 -FU 交代療法を施行した 1 例

豊橋市民病院　消化器内科
○河合　学、浦野　文博、藤田　基和、山田　雅弘、
北畠　秀介、石黒　裕規、山本　英子、林　寛子、
山田　哲、林　大樹朗、岡村　正造

【症例】72歳女性
【主訴】全身倦怠感、血尿、DICにて紹介
【既往歴】高血圧、膀胱炎、半月板損傷
【現病歴】平成20年12月31日より肉眼的血尿を自覚した。翌日近医を受診し、膀胱炎と診断されLVFX内服開始。平成21年 1 月 4 日、血尿が改善しないため再診したところ、腹腔内リンパ節腫脹、DICを指摘され血液疾患の疑いにて当院救急外来紹介受診。原因不明のDICにて入院となる。
【入院後経過】血液疾患精査のため骨髄穿刺を施行。腺癌と考えられる悪性腫瘍細胞の浸潤が確認された。悪性腫瘍の骨髄浸潤に伴うDICと診断し、抗凝固療法、輸血、原発巣検索を行った。上部消化管内視鏡にて体上部～穹隆部大弯にひだの肥厚、硬化を認め 4 型胃癌と診断した。病理学的診断は低分化型腺癌であった。CTでは腹腔内リンパ節腫脹、骨シンチグラフィでは多発骨転移が認められた。PSは 2 ～ 3 であったが、 1 / 8 よりMTX(100mg/m$^2$)/ 5 -FU(600mg/m$^2$)交代療法(毎週 1 回投与)を施行した。DICは改善し、原発巣の縮小が確認され効果判定はPRであった。この頃より週末の 2 泊 3 日の外泊を行うことが可能となった。退院に向けて 3 / 3 よりS-1 内服に変更としたが副作用のため 2 週間で中止となった。さらに全身状態の悪化もみられたため化学療法は中止とし、その後は緩和医療を行い 3 / 29永眠された。
【考察】本症例は受診時よりDIC、多発骨転移を認め、予後は極めて不良な症例であったと考えられる。DICの根本的治療は基礎疾患の治療であるが、DIC、全身性骨転移を伴った胃癌患者は、その全身状態の悪さから抗凝固療法、血小板・凝固因子の補充療法のみが行われ全身化学療法が行えないこともある。今回我々はDIC、骨髄浸潤を伴った低分化型進行胃癌に対しMTX/ 5 -FU交代療法を施行し、有効であったと考えられた 1 例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

## 108 当科における残胃癌切除例11例の検討
(外科)

尾鷲総合病院　外科
○高橋　直樹、五嶋　博道、山碕　芳生、加藤　弘幸

最近14年当科における胃癌切除例（EMR：内視鏡的粘膜切除術を含む）は505例で、そのうち残胃癌切除例は11例（2.2%）であった。年齢は55歳から84歳、平均66.5歳であった。初回手術時の疾患は良性潰瘍が 4 例、早期胃癌が 5 例、進行胃癌が 1 例で、食道癌術後胃管に発生したものが 1 例であった。残胃の手術までの期間は 4 年 6 ヶ月から27年、初回手術時悪性群で平均10年 1 ヶ月、良性群で平均24年であった。予後は、残胃の早期胃癌では 6 例のうち 6 年 2 ヶ月で他病死した 1 例を除き、現在 5 年間から12年間生存中である。残胃の進行癌では 5 例中 3 例が術後 3 ヶ月から 1 年 9 ヶ月で癌死した。一般に残胃進行癌の予後は不良とされている。早期胃癌術後 6 年 9 ヶ月の残胃早期胃癌での残胃全摘例、十二指腸潰瘍幽門側胃切除後27年の残胃早期胃癌に対する残胃部分切除例、進行胃癌幽門側胃切除後 4 年 6 ヶ月の残胃進行癌で残胃全摘例、胸部食道癌胃管再建後胃管に発生した早期胃癌に対するEMR例など当院で経験した症例を供覧し、文献的報告を加え検討する。残胃癌の発生要因としては十二指腸液逆流、胃粘膜脱神経支配、残胃の無酸や低酸状態と細菌叢の変化による胃内環境の変化、ヘリコバクターピロリ感染、Epstein-Barr virus感染などが考えられている。初回手術時の疾患の良悪性を問わず、残胃検索を継続することが必要と思われた。

## 109 超高齢者で胃 GIST を切除し得た 1 例
(外科)

桑名市民病院　外科
○濱口　哲也、増田　亨、岩永　孝雄、藤岡　正樹

症例は91歳男性。5年前より胃粘膜下腫瘍(SMT)で他院にてフォローされていた。1年前に行われたGIFにてSMTの増大を指摘され、セカンドオピニオンを求めて当院受診した。腹部単純CTにて胃の内腔へ突出する径10cm大の腫瘤を認め、腫瘤は境界明瞭平滑で造影CTにて均一に造影された。他臓器やリンパ節への転移は認めなかった。胃透視では立位・臥位で移動する径12cm大、辺縁整の腫瘤を認め、GIFにて胃体上部前壁大弯側に巨大なbridging foldを伴うSMTを認めた。SMTを含めた胃部分切除術を施行した。術後経過良好で術後19日目に退院、現在外来フォロー中である。超高齢者の胃GIST切除症例を経験したので報告する。

## 110 (外科) 術後９年目に腹膜再発を来し卵巣癌との鑑別に苦慮した胃癌の１例

名古屋市立大学　消化器・一般外科
○今藤　裕之、原　　賢康、舟橋　　整、岡田　祐二、
佐藤　幹則、赤毛　義美、竹山　廣光

今回我々は臨床経過上卵巣癌再発との鑑別に苦慮した再発胃癌症例を経験したので報告する。患者は73歳女性で1999年に胃癌にて胃全的術施行、外来フォローアップ中であったが2002年に卵巣癌を発症し(endometrioid adenocarcinoma, stage IIIb)、その後は婦人科外来にて経過観察中であった。2008年１月CTにてS状結腸右側に腫瘤性病変認められPET施行するも同部位への集積はわずかであった。同年11月排便困難を主訴に他院にてCF、注腸を施行したところS状結腸、直腸に壁外からの圧迫を認めたため手術目的に当院外科紹介となった。CF時の同部位からの粘膜生検は陰性であった。病歴から卵巣癌の腹膜再発と診断、2009年１月手術施行したところ腫瘍は強固に骨盤内に固定されており切除は困難であった。またCT上認められていたS状結腸右側以外に空腸、回腸、横行結腸にも腫瘤が存在しており治癒切除は困難と判断、上行結腸に人工肛門を造設し閉腹した。腹水細胞診では集塊状になった腺癌細胞が、組織細胞診でSignet ring cellが認められたため術後９年の経過を経た胃癌の再発と診断された。

## 111 胃瘻カテーテル留置部に腹壁壊死をきたし治療に難渋した一例

木沢記念病院　消化器科
○大島　靖広、小原　巧輝、中西　孝之、端山　暢朗、
杉山　　宏

【症例】64歳、男性。平成18年６月９日に左視床出血のため当院に入院となった。経口摂取不能のため10月30日に経皮内視鏡的胃瘻造設術を施行し（ボストンサイエンティフィック社の18Fr×3. 4cmのOne Step Buttonを使用）、平成19年２月６日に近医へ転院となった。同年10月頃より胃瘻の瘻孔周囲の炎症生じ、徐々に瘻孔開大したため平成20年４月２日に当院へ転院となった。現症では37. ２度の微熱を認め、右上腹部に周囲発赤を伴う33×22mm大の瘻孔を認めた。検査所見ではCRP1. 66mg/dlと軽度の炎症所見を、RBC244万、Hb7.7g/dl、TP6.0g/dl、Alb2.8g/dlと貧血及び低蛋白低アルブミン血症を認めた。IVH管理としバウチング法やclosed suction wound drainage法で対処したが改善得られず、瘻孔からの出血や炎症所見の悪化を認めた。保存的治療困難と判断し、７月２日に外科的処置を行い、瘻孔周囲の壊死部は切除し破裂胃壁を縫合した。この際、胃壁と腹壁を固定し胃瘻を新たに造設した。以後、皮膚の壊死をきたしたが数回の皮膚移植により治癒したため、９月17日近医へ転院となった。【考察】瘻孔に対して基本方針となるバウチングやclosed suction wound drainageで対処したが改善得られなかった。胃液の刺激により創傷治癒過程が妨げられ、創周囲の皮膚炎を引き起こし、瘻孔も難治性となったためと考えた。本邦での報告は殆どみないが、胃瘻カテーテル留置部に腹膜壊死をきたした難治例では外科的処置も有効であり、検討し得る方法と考えた。【結論】今回我々は胃瘻カテーテル留置部に腹壁壊死をきたした一例を経験した。バウチング、closed suction wound drainageで治療を行うも改善が得られず、外科的処置により軽快した。胃瘻カテーテル留置部に腹壁壊死をきたした難治例では外科的処置も検討し得る方法と考えた。

## 112 H. pylori 除菌前後における胃粘膜 NBI 拡大内視鏡像における形態変化の検討

藤田保健衛生大学　消化管内科
○前田　佳照、田原　智満、柴田　知之、中村　正克、
大久保正明、米村　　穣、市川裕一郎、生野　浩和、
松岡　明美、小村　成臣、吉岡　大介、丸山　尚子、
鎌野　俊彰、藤田　浩史、神谷　芳雄、中川　義仁、
岩田　正己、長坂　光夫、平田　一郎

背景・目的：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る。今回我々は、 H. pylori除菌前後における胃粘膜のNBI拡大内視鏡像を検討し、除菌判定における有用性を検討した。対象・方法：H. pylori陽性者12例（早期胃癌５例、胃癌消化性潰瘍２例、慢性胃炎５例）につき胃体部大弯のもっとも有意なNBI拡大内視鏡像をH. pylori陰性者10例と比較した。さらにH. pylori陽性者についてはH. pylori除菌前、除菌後12週のNBI拡大内視鏡像を比較し、シドニー分類による病理組織像と対比した。除菌前後の内視鏡像の判定は２名の内視鏡医の同意により決定し、その結果と３人目の内視鏡医による判定との一致率を検討した。結果：H. pylori陰性者10例では全例で小型円形のピット構造、規則的な sub epithelial capillary network (SCEN) を認めたが、H. pylori陽性者12例では全例で腫大または延長したピット構造を認め、血管構築に関しては正常SCENの不明瞭化、消失、または不規則な走行を有する血管の増生などの様々な像を認めた。除菌成功例の10症例のうち８症例では腫大、延長したピット構造の改善を認め、血管像では不明瞭なSCEN像の明瞭化や不整な血管の密度の減少を認めた。組織像ではこれら全例で慢性炎症スコアの改善（Type 1：1→0、Type 2：2.3±0.5→1）を認めた。一方、除菌不成功例２例では内視鏡像の変化は認められなかった。また、２例では除菌成功に関わらず内視鏡像の変化は認められず、それら２症例ともに病理組織像では腸上皮化生を認めた。除菌成功後に内視鏡像の変化を認めた７症例では腸上皮化生を認めなかった。NBI拡大内視鏡像における腫大、延長したピット構造の改善、SCEN像の明瞭化、または不整血管の密度の減少を「NBI拡大内視鏡像的改善」と定義したとき、それらの判定は異なる内視鏡医において100％の一致率で行うことができた。結語：腸上皮化生を認めない症例では除菌後12週で慢性炎症の改善にもとづくNBI拡大内視鏡像の変化を認め、これらは除菌判定に有用であると考えられた。

## 113 貧血の診断に苦慮した C 型肝硬変症の 1 例

焼津市立総合病院　消化器科
○寺田　修三、丸野　恵太、亀井　　潤、佐野　宗孝、
野垣　敦宏、寺澤　康之、小平　　誠

【はじめに】GAVE（gastric antral vascular ectasia）は前庭部に見られる毛細血管拡張病変であるが、時に噴門病変が合併することも知られている。今回我々は、原因不明の消化管出血として経過観察中に吐血にて来院し、緊急内視鏡にて胃噴門部毛細血管拡張からの出血を確認した症例を経験したので報告する。
【症例】76歳女性。２年前に食道静脈瘤に対する硬化療法と結紮術がなされており、近医にてC型肝硬変、食道静脈瘤にて経過観察中であったが、貧血の増悪（３ヶ月でHb 12.6 g/dl→10.3 g/dl）にて当院紹介受診となった。上部・下部消化管内視鏡では軽度の内痔核、食道静脈瘤（Ls,F2,Cb,RC1,RWM）、噴門部・前庭部に散在性の毛細血管拡張が認められたが出血源は同定されなかった。経過中に貧血が進行したため、計６単位の赤血球輸血を要した。紹介から２ヶ月後にコーヒー残渣様嘔吐にて来院したため緊急内視鏡を行い、食道直下の噴門部毛細血管拡張からの湧出性出血を確認した。前庭部の毛細血管拡張は軽度のみであり、噴門部病変が主体のvascular ectasiaと考えた。赤血球輸血２単位を施行した上で、同部に対してAPC（argon plasma coagulation）にて止血処置を行った。当院経過観察中であるが、現在の所貧血の増悪は認めていない。GAVEの噴門部病変の報告は散見されるものの、出血源として内視鏡的に証明されている症例は比較的まれと考えられるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 114 高齢で貧血を契機に診断され基礎疾患のみられなかった GAVE の 1 例

[1]岐阜市民病院　消化器内科、[2]岐阜市民病院　中検病理
○原田　一宏[1]、宮崎　恒起[1]、山田　祥子[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]、
名倉　一夫[1]、加藤　則廣[1]、冨田　栄一[1]、山田　鉄也[2]

患者は83歳男性.主訴は貧血精査.既往歴は81歳に前立腺肥大と不整脈.現病歴は平成20年４月末より微熱がみられ近医を受診.貧血を指摘され精査を目的に平成20年５月27日に当科へ紹介入院となった.入院時の血液検査でHb 4.8g/dL,血清鉄17μg/dL,UIBC 368μg/dLと高度の鉄欠乏性貧血がみられたために直ちにMAP輸血を４単位行った.またALT 13 IU/dL, AST 8 IU/dL, 総タンパク6.7g/dLと肝機能検査値は正常範囲内であったが抗核抗体は80倍だった.５月28日に上部消化管内視鏡検査（GIF）を施行したところ胃前庭部にウオーターメロン型のGAVEと胃ポリープがみられた.また大腸内視鏡検査を施行したがとくに出血をきたす粘膜病変は観察されなかった.腹部CT 検査では門脈圧亢進症を示唆する所見はなかった.以上より貧血の成因はGAVEからの慢性出血と診断し,内視鏡的にアルゴンプラズマ凝固療法（APC）を６月６日と13日に２回施行した.なお胃ポリープは生検の結果,早期胃癌であったために内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で内視鏡的に切除した. なお理学所見上で腹部に皮疹がみられたが,皮膚科受診で中毒疹と診断され軟膏治療で軽快した.経過は良好でHb値は７月８日に10.4g/dLと改善し同日に退院となった.同年９月１日の外来受診でHbは11.3g/dLであったがGIFでGAVEの再発がみられたために再入院し９月10日と17日に２回APCを施行し10月１日に退院となった.その後は貧血の進行はみられなかった.平成21年２月23日のGIFでは軽度の再発がみられたが,Hbは12.0g/dLと貧血がみられなかったので経過観察とした.GAVEは門脈圧亢進症や自己免疫性疾患などの基礎疾患を有する患者の胃前庭部にみられる血管病変であり臨床症状は貧血で発見されることが多い.今回のGAVE症例は比較的高齢で発症し,また明らかな基礎疾患みられなかったため報告した.治療は内視鏡的にAPCが有用であった.

## 115 Scirrhous type の浸潤を来した 0 -IIc 様高分化型腺癌の 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
○近藤　真也[1]、中村　常哉[2]、田近　正洋[2]、河合　宏紀[2]、
澤木　　明[1]、水野　伸匡[1]、原　　和生[1]、肱岡　　範[1]、
今村　秀道[1]、小林　佑次[1]、松本　和也[1]、佐伯　　哲[1]、
赤羽　麻奈[1]、鈴木　晴久[1]、山雄　健次[1]

症例は73歳、女性。67歳頃より肝硬変（原因不明）、71歳時に右乳癌手術の既往あり。今回、健診のUGIにて異常を指摘され、近医を受診。上部消化管内視鏡検査にて胃に病変を指摘され、精査加療目的にて当院紹介、受診となった。再検の上部消化管内視鏡検査にて胃体部小彎に０-IIc型胃癌の所見を認めた。検査所見上、粘膜下層への浸潤が考えられた。同部位からの組織生検にて高分化腺癌の所見を認めた。腹部造影CTでは、明らかな転移所見は認めなかった。以上の結果より、外科的手術適応と判断し、外科にて胃全摘術（Roux-enY 再建）が施行された。切除標本の病理検査では、adenocarcinoma,stomach,type 5, 55×45mm, tub1, pSE/pT3, inf γ, int, ly2, v2, pPM0, pDM0, CY0, pT3 N1M 0, pStageIIIAであった。組織学上、病変は、周囲の粘膜下に浸潤性の増殖を来たすscirrhous typeの増殖所見を認めた。通常、scirrhous typeの癌は未分化癌で認められると言われており、高分化癌の報告はほとんどない。今回我々は、高分化癌においてscirrhous typeの浸潤様式を来たした１例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 116　十二指腸静脈瘤破裂の1症例

三重大学　医学部　消化器肝臓内科
○宮地　洋英、原田　哲朗、野尻圭一郎、田中淳一郎、
別府　徹也、田中　秀明、竹尾　雅樹、山本　憲彦、
杉本　和史、藤田　尚己、小林　由直、岩佐　元雄、
白木　克哉、竹井　謙之

【症例】81歳　女性【主訴】タール便【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】平成15年より近医にてC型肝硬変のフォローをうけていた。平成21年4月に全身倦怠感、タール便の出現あり。同院を受診しバイタルサインは問題なかったがHb値の急激な低下(13.5→6.3)を認めた。上部消化管内視鏡検査(GF)を施行し十二指腸静脈瘤を認めた。同部位からの出血と診断し当科緊急入院となる。【入院後径経過】入院時所見はChild-Pugh score 6(A)であった。緊急GFでは明らかな食道胃静脈瘤所見は認めず。十二指腸においてVater乳頭部の対側に静脈瘤が存在し瘤の頂点よりoozing bleedingを認めた。十二指腸静脈瘤破裂と診断しヒストアクリルを用いた静脈瘤硬化療法(EIS)を出血源のやや下方から三カ所施行した。術中も出血はほとんど認めず終了した。術直後、脳症Ⅱ度を疑う症状を認めたが速やかに改善した。【結語】今回、我々は比較的稀である十二指腸静脈瘤破裂を経験したので報告する。