

日本消化器病学会東海支部第 111 回例会

第 22 回教育講演会

プログラム抄録集

会 長 椰野 正人(名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学)

日 時 平成 21 年 12 月 5 日(土) 午前 9 時より

会 場 名古屋国際会議場
〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町 1-1
TEL(052)683-7711

総合受付	2 階	ロビー
第 1 会場	3 階	会議室 234
第 2 会場	2 階	会議室 224
第 3 会場	2 階	会議室 222+223
第 4 会場	3 階	会議室 232+233
第 5 会場	1 階	会議室 211
第 6 会場	1 階	会議室 212

(附 第 75 回市民公開講座プログラム)

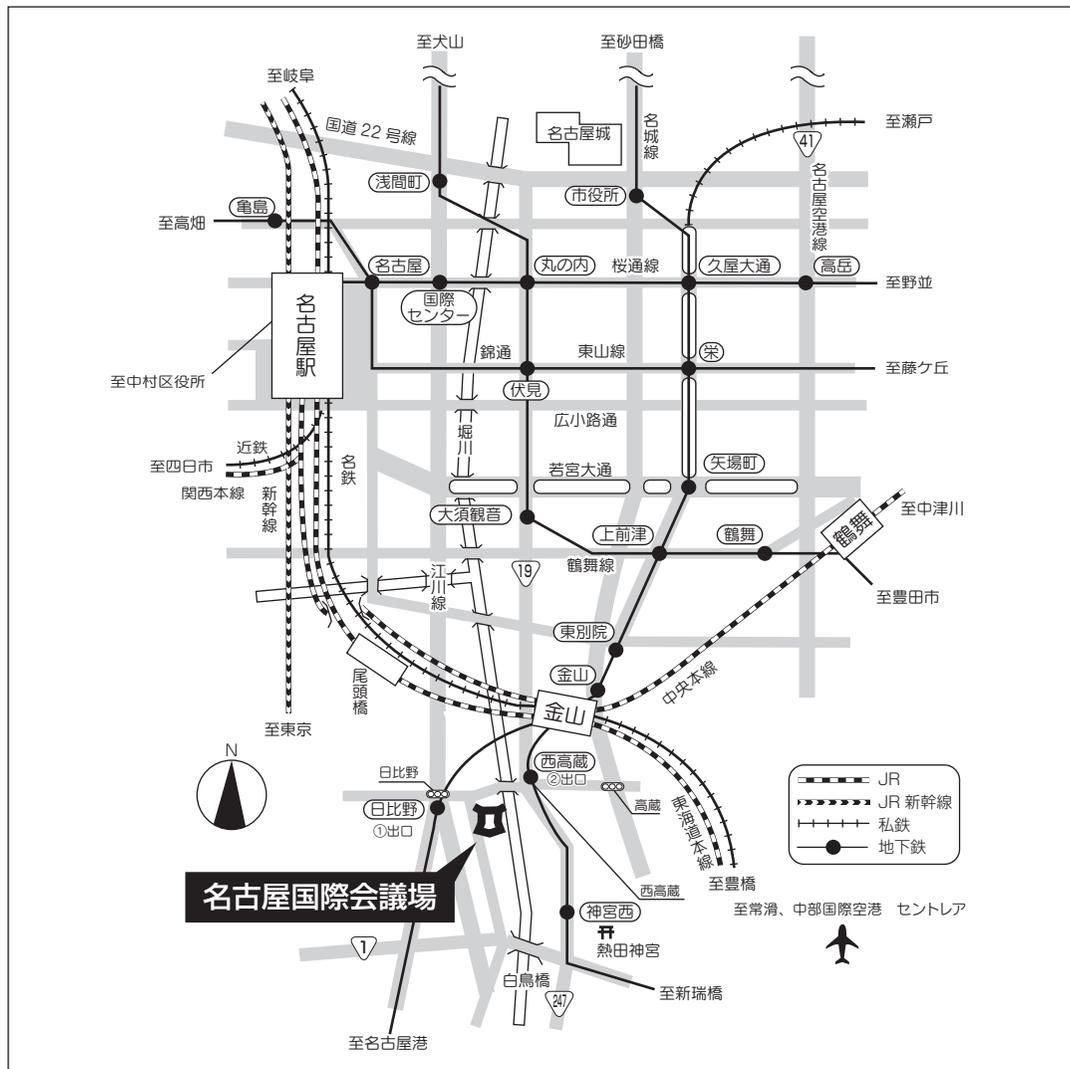
平成 21 年 12 月 6 日(日)

愛知県医師会館 9 階 大講堂

プログラム目次

交通・会場のご案内	4
プログラム・会場早見表	6
お知らせ・お願い	7
発表要領	8
シンポジウム・ランチョンセミナーのご案内	9
教育講演会のご案内	10
第75回市民公開講座のご案内	11
第22回教育講演会プログラム（3階 第1会場（会議室234））	15
第22回教育講演会抄録	16
シンポジウムプログラム（2階 第2会場（会議室224））	23
シンポジウム抄録	25
第2会場プログラム（2階 会議室224）	31
第3会場プログラム（2階 会議室222+223）	34
第4会場プログラム（3階 会議室232+233）	40
第5会場プログラム（1階 会議室211）	47
第6会場プログラム（1階 会議室212）	54
一般演題抄録	63
御協賛企業一覧・広告	117

交通のご案内



・ JR 名古屋駅より

JR 名古屋線より、地下鉄東山線「栄」あるいは桜通線「久屋大通」にて、地下鉄名城線にのりかえ、名古屋港行「日比野」または金山・新瑞橋方面左回り「西高蔵」にて下車。会場まで徒歩約5分。JR 名古屋駅より、合計約20分、地下鉄230円。JR 名古屋駅より、タクシーにて約15分、1,500円。

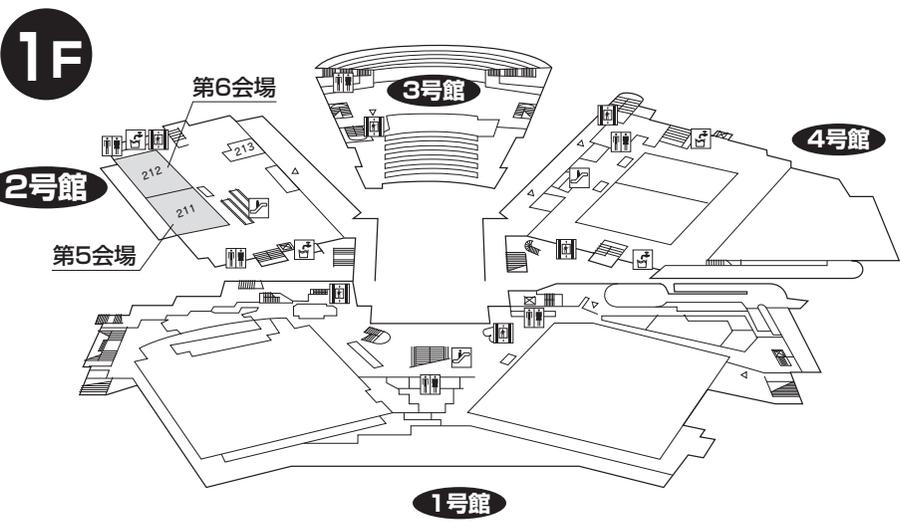
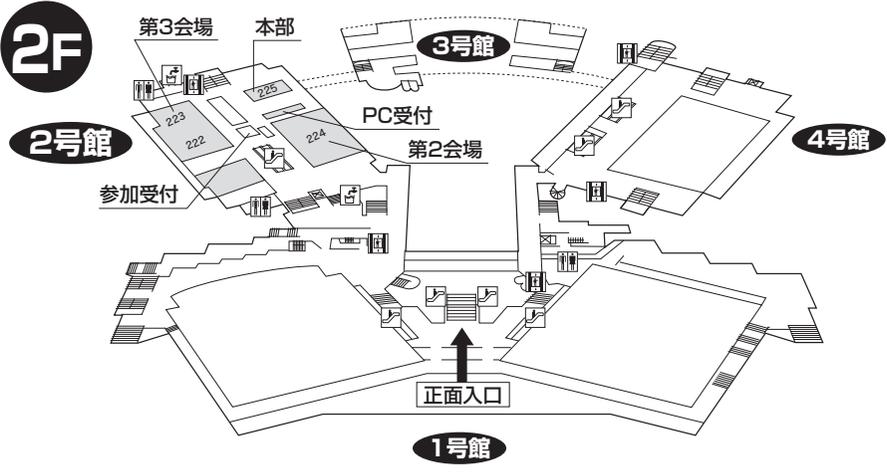
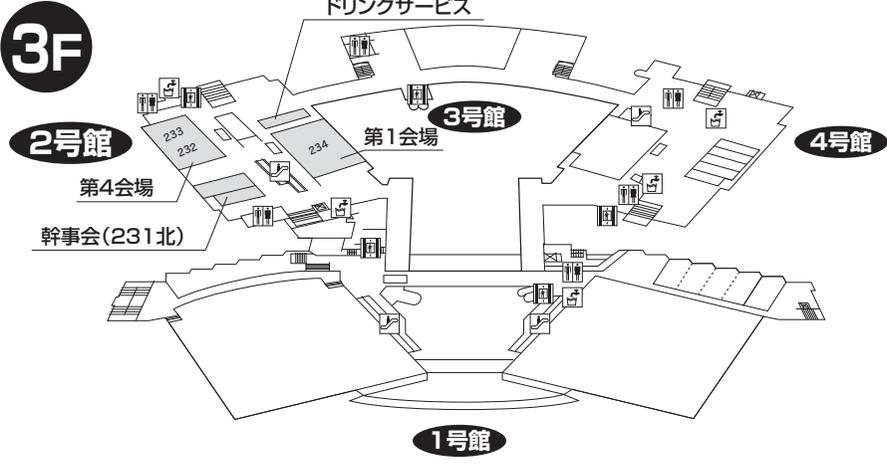
・ 中部国際空港（セントレア）より

中部国際空港より空港定額タクシーにて約40分、10,200円（有料道路料金含まず）。中部国際空港より名鉄にて「金山」まで乗車。「金山」より地下鉄名港線にのりかえ、名古屋港行「日比野」または新瑞橋方面左回り「西高蔵」にて下車。徒歩約5分。合計約50分、名鉄+地下鉄；790円+200円。

・ 東名古屋インターより

自動車にて（名古屋高速経由）、約30分。683台（有料700円/回）の駐車場があります。

会場のご案内



プログラム&会場早見表

時間	第1会場 会議室 234	第2会場 会議室 224	第3会場 会議室 222+223	第4会場 会議室 232+233	第5会場 会議室 211	第6会場 会議室 212	会議室 会議室 231(北)
8:55							
9:00		開会の辞					
10:00		9:00-11:30 シンポジウム 肝胆膵悪性 腫瘍の診断 と治療の進歩	9:00-9:28 肝 1	9:00-9:28 膵 1	9:00-9:42 大腸 1	9:00-9:35 胆 1	
	9:30-10:30 教育講演(1) 上部消化管		9:28-10:10 肝 2	9:28-10:03 膵 2	9:42-10:24 大腸 2	9:35-10:10 胆 2	
			10:10-10:52 肝 3	10:03-10:38 膵 3		10:10-10:38 胆 3	
11:00	10:30-11:30 教育講演(2) 下部消化管		10:52-11:27 肝 4	10:38-11:13 膵 4	10:24-11:06 大腸 3	10:38-11:20 食道	10:30-11:30 幹事会
12:00					11:06-11:34 膵 5		
	11:50-12:50 ランチョンセミナー1	11:50-12:50 ランチョンセミナー2					
13:00			13:00-13:50 評議員会				
14:00							
15:00	14:00-15:00 教育講演(3) 肝胆膵内科	14:00-14:42 IBD 1	14:00-14:35 胃 1	14:00-14:35 小腸 1	14:00-14:42 大腸 4	14:00-14:35 十二指腸	
		14:42-15:24 IBD 2	14:35-15:03 胃 2	14:35-15:10 小腸 2	14:42-15:24 大腸 5	14:35-15:10 その他 1	
	15:00-16:00 教育講演(4) 肝胆膵外科	15:24-16:13 GIST		15:10-15:38 小腸 3	15:24-15:59 小腸 4	15:10-15:45 その他 2	
16:00							
16:13		閉会の辞					

お知らせ・お願い

会場整理費（2,000 円）のご案内 8:30～

第 110 回例会から個人受付に変わりました。共同演者の先生の受付をしていただく必要はありません。参加費と引き換えにネームカード（兼領収証）、専門医更新単位登録票（5 単位）と抄録集をお渡しいたします。

教育講演会参加費（2,000 円）のご案内

参加費と引き換えにネームカード（兼領収証）と専門医更新単位登録票（18 単位）をお渡しいたします。

※教育講演会のみへの参加はできません。会場整理費をお支払いの上お申込みください。

評議員会のご案内

日時：平成 21 年 12 月 5 日（土） 13:00～13:50

会場：第 3 会場（会議室 222+223；2 号館 2F）

昼食はご用意していません。ランチョンセミナーなどで昼食を済ませてお越しください。

シンポジウム司会、一般演題座長の先生へのご案内

ご担当いただきますセッション開始前に、各会場フロアの「PC 受付」にお立ち寄りください。ご来場確認をさせていただきます。

※全会場とも計時はいたしません。時間厳守にてご協力をお願いいたします。

シンポジウム、一般演題演者の先生へのご案内

シンポジウム □演 6 分 質疑応答 3 分

一般演題 □演 5 分 質疑応答 2 分

※「PC 受付」にて若手発表の確認をさせていただきます。

※ご発表のセッション開始 30 分前までに各会場フロアの「PC 受付」にて試写を済ませてください。

※スライド枚数に制限はありませんが、発表時間を厳守してください。全会場とも液晶プロジェクターでの 1 面映写です。

※光学式スライド、ビデオデッキなどの用意はございません。

※画面は、なるべく横版でご用意ください。

駐車場・お食事のご案内

会場に有料駐車場はございますが、台数に限りがございますので、公共交通機関をご利用ください。

発表要領

ご発表者の先生方へ

PC を使用したご発表のみとさせていただきます。
ご発表データの受付は、原則として USB フラッシュメモリとさせていただきます。
※バックアップ用の CD-R もご持参いただくことをお勧めいたします。

ご発表用データ作成上の留意点

・ CD-R 又は USB メモリでのデータ持込によるご発表

1. 事務局として用意します PC は OS が Windows VISTA、プレゼンテーションソフトは Power Point です。
2. メディアを持ち込む場合は、Windows 版 Power Point2000、XP、2003、2007 で作成されたデータのみといたします。(Power Point に標準に搭載されているフォントをお使いください)
3. Macintosh のデータは Windows 上での位置のずれや文字化けなどの不具合が生じることが多いため、そのままのデータの持込は不可とさせていただきます。各自、Windows 上での動作確認と、Windows 用にデータ変換を行った上でのご用意をお願いします。
4. 動画 (movie file) がある場合には、各自の PC を持ち込んでの発表をお願いします。
5. Macintosh でのご発表をご希望の場合には、各自の PC を持ち込んでの発表をお願いします。
6. 液晶プロジェクターの出力解像度は、XGA (1024×768) に対応しております。
7. 音声出力は使用出来ませんので、ご了承ください。

・ PC 持ち込みによるご発表

1. 液晶プロジェクターとの接続は、PC 本体にミニ Dsub15 ピン外部出力コネクタが使えるものに限り、薄型 PC では特殊なコネクタ形状になっているものもありますので、必ず付属の変換アダプターを予めご確認の上ご用意をお願いします。
2. 発表中又はその準備中にバッテリー切れになることがありますので、発表には付属の AC アダプターをご用意ください。(100V)
3. 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないように、設定のご確認をお願いします。
4. 音声出力は使用出来ませんので、ご了承ください。

・ データ及び PC の受付・その他

1. 事務局で用意しますキーボード、マウスを使用し、発表者ご自身で操作してください。
2. Power Point にて作製したデータのファイル名は「演題番号氏名 .ppt」で保存してください。
3. データ保存する前に必ずウィルスのチェックを行って下さい。
4. 各ご発表の 30 分前までに PC 受付にて、演題受付及び動作確認をして下さい。(なるべく受付予定時間よりも早めをお願いします)

シンポジウム・ランチョンセミナーのご案内

シンポジウム

テーマ：「肝胆膵悪性腫瘍に対する診断と治療の進歩」

会場：第2会場（2階 会議室 224）

時間：9：00～11：30

司会：愛知県がんセンター中央病院消化器外科
名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

清水 泰博
伊藤 彰浩

ランチョンセミナー1

演題：「大腸癌の化学療法—今年得られたエビデンス—」

会場：第1会場（3階 会議室 234）

時間：11：50～12：50

司会：名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

演者：広島大学大学院医歯薬学総合研究科がん治療学講座

後藤 秀実
榎原 啓之

ランチョンセミナー2

演題：「膵・胆道癌化学療法の新たな展開」

会場：第2会場（2階 会議室 224）

時間：11：50～12：50

司会：三重大学大学院医学系研究科肝胆膵・移植外科

演者：杏林大学医学部内科学腫瘍内科

伊佐地秀司
古瀬 純司

教育講演会のご案内

第 22 回教育講演会

会 場：第 1 会場（3 階 会議室 234）

時 間：9：30～16：00

講演 1 9：30～10：30

「機能性ディスぺプシアと周辺疾患」

講師：岐阜市民病院消化器内科

加藤 則廣

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科消化器
・代謝内科学

城 卓志

講演 2 10：30～11：30

「クローン病に対する外科治療」

講師：三重大学大学院医学系研究科消化管

・小児外科学

楠 正人

司会：藤田保健衛生大学消化器内科

平田 一郎

講演 3 14：00～15：00

「超音波内視鏡（EUS）を用いた膵疾患の診断と治療」

講師：名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部

廣岡 芳樹

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科

乾 和郎

講演 4 15：00～16：00

「膵胆道癌外科治療の最先端」

講師：北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学

近藤 哲

司会：名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学

棚野 正人

第 75 回市民公開講座のご案内

日 時：平成 21 年 12 月 6 日（日） 13：00～16：00

会 場：愛知県医師会館 9 階 大講堂

〒460-0008 名古屋市中区栄 4-14-28

TEL：052-241-4136

世話人：棚野 正人（名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学）

「専門家による大腸の病気のおはなし：がんと炎症」

司 会：名古屋第二赤十字病院一般消化器外科

長谷川 洋

講演 1 13：00～13：45

「腸の病気－新しい診断と治療－」

講師：名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

大宮 直木

講演 2 13：45～14：30

「おしりからみた炎症性腸疾患

－クローン病、潰瘍性大腸炎の診断と治療－

講師：医療法人愛知会 家田病院

太田章比古

講演 3 14：30～15：15

「大腸癌と外科治療」

講師：名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学

上原 圭介

講演 4 15：15～16：00

「大腸癌薬物療法における最近の進歩」

講師：愛知県がんセンター中央病院薬物療法部

室 圭

第 22 回教育講演会プログラム

第 1 会場 (3 階 会議室 234)

教育講演 (1) 9:30~10:30

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学

城 卓志

「機能性ディスペプシアと周辺疾患」

岐阜市民病院消化器内科

加藤 則廣

教育講演 (2) 10:30~11:30

司会：藤田保健衛生大学 消化器内科

平田 一郎

「クローン病に対する外科治療」

三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学

楠 正人

教育講演 (3) 14:00~15:00

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科

乾 和郎

「超音波内視鏡 (EUS) を用いた膵疾患の診断と治療」

名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部

廣岡 芳樹

教育講演 (4) 15:00~16:00

司会：名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学

椰野 正人

「膵胆道癌外科治療の最先端」

北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学

近藤 哲

1) 機能性ディスぺプシアと周辺疾患

岐阜市民病院消化器内科 加藤 則廣

機能性ディスぺプシア (FD) は、2006 年の RomeⅢでは以下のように定義された。6ヶ月以上前から 1) 辛いと感じる食後のもたれ感 2) 早期飽満感 3) 心窩部痛 4) 心窩部灼熱感のうちひとつ以上みられるが、こうした症状の原因となりそうな器質的疾患が確認できなくて、最低3ヶ月以上は持続している病像をさす。従来 of Rome II に比較して食事との関連性を重視し、食後愁訴症候群 (PDS) と心窩部痛症候群 (EPS) とに分類された。また Rome II では GERD と FD はそれぞれ独立した疾患群であったが、RomeⅢでは重なる概念群とされた。FD の成因としては胃酸分泌やヘリコバクタピロリ (Hp) 感染との関連性や胃の排出遅延および適応性弛緩反応障害などの消化管運動機能障害および内臓知覚過敏などが推察されている。また十二指腸・胃・食道逆流症 (DGER) との関連性も報告されている。こうした FD は便秘異常を伴う過敏性腸症候群 (IBS) とともに機能性消化管障害 (FGIDs) と定義されているが、FD と IBS とを合併した患者も少なくない。

欧米では英国では NICE guideline Dyspepsia (2004) および米国では ACG から Guidelines for the Management of Dyspepsia (2005) が診療ガイドライン (GL) が出されている。いずれも Test and Treat for H. pylori として Hp 感染が陽性であれば除菌治療を行い、PPI の投与が原則である。一方、本邦ではまだ GL はないが 2009 年の日本ヘリコバクタピロリ学会の除菌診療 GL では FD も除菌対象とされたものの保険適応が認められていない。

FD の診断の上では新しい疾患概念に注意を払う必要がある。最近、欧米では Eosinophilic Esophagitis (EE) が注目されている。PPI の効果がない NERD 患者は EE を鑑別する必要がある。また鳥肌胃炎でも上腹部症状を呈することが少なくない。また低容量アスピリンや NSAID の内服が心窩部不快感を呈する。一方また基礎疾患として強皮症等の自己免疫性疾患、糖尿病やパーキンソン症候群等で消化管運動機能異常をきたすことも十分に留意すべきである。FD の治療薬剤として現在、複数の新薬の開発が進行中である。

略 歴

昭和 56 年	岐阜大学医学部卒業
昭和 56 年	岐阜大学医学部 第一内科
平成 2 年	岐阜大学医学部 第一内科 助手
平成 8 年	岐阜大学医学部 第一内科 兼任講師
平成 11 年	岐阜大学医学部 第一内科 講師
平成 12 年	岐阜大学医学部 第一内科 助教授
平成 14 年	岐阜大学医学部 消化器病態学 助教授 岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 助教授
平成 18 年	岐阜市民病院 消化器内科部長

2) クローン病に対する外科治療

三重大学大学院 消化管・小児外科学 楠 正人

クローン病の治療は内科的なものが基本であるが、外科治療は強力な寛解導入療法であり術後のQOLは有意に改善されることから、手術侵襲や術後合併症を理由に手術をむやみに回避すべきではない。しかし、繰り返す手術は患者自身へ大きな侵襲を与えるのみならず、手術を技術的に困難なものとし、術後合併症発生率を増加させる。このことは社会的あるいは経済的にも大きな損失を生み出す結果となっており、患者の長期予後の改善やQOLの維持という観点から外科治療の役割は重要である。本講演ではクローン病外科治療における術前、術中、術後にわたる要点について解説する。

クローン病の手術時期は、内科的治療抵抗例に対する病変の病勢コントロールと、通過障害、膿瘍、瘻孔、難治性の肛門病変、そして癌などの合併症の解除が必要とされる時である。また、手術適応には症状があることが前提であるが、腸管病変において栄養摂取状態が最も術後の成績に影響を与える因子であり、経口摂取量が十分でない、すなわち補液が必要となった時点がひとつの目安になると考えられる。

クローン病の腸管吻合では長期にわたる内科的治療や栄養障害の影響で、通常の腸管吻合術に比して合併症発生が高率である。このため、周術期の管理、とりわけ栄養と感染症に対する対策が重要である。一方、手術術式では犠牲腸管を極力少なくし、術後合併症発生を抑制する狭窄形成術などのminimum invasive surgeryが主流となっている。さらに、高い安全性と手術時間の短縮という利点を兼ね備えた機械吻合、特に機能的端々吻合(functional end-to-end anastomosis)による再建法は、正しく用いれば有効な成績を得ることが可能である。また、肛門病変の最も多い手術適応である痔瘻に対しては、麻酔下の十分な検索の上で、感染のコントロールと肛門括約筋機能を温存するシートン法を活用することが大切である。

腸管病変では手術的に寛解導入されても、術後早期から再発は起こり、術後10年で約70%の患者は再手術を要する。一方、肛門病変においても術後の再発率は極めて高く、最終的に直腸切断術まで至る患者は少ない。一時的な人工肛門が必要となる場合でも、人工肛門閉鎖が可能となることは極めて少ない。さまざまな術後寛解維持療法が行われてきたが、この点において近年、術後にインフリキシマブを計画的に維持投与による再発抑制効果が注目されている。

略 歴

昭和55年	3月	神戸大学医学部卒業	
昭和61年	1月	兵庫医科大学外科学第二講座	医員
昭和61年	9月	同	助手
平成8年	6月	同	講師
平成8年	6月	U.S.A Cleveland Clinic Florida, Department of Colorectal Surgery	へ留学
平成8年	10月	兵庫医科大学外科学第二講座	講師
平成10年	12月	同	助教授
平成11年	4月	同	先端医学研究所家族性腫瘍部門 助教授兼任
平成12年	9月	三重大学医学部外科学第二講座	教授
平成14年	4月	同	先進医療外科学講座 教授兼任
平成17年	4月	三重大学大学院医学系研究科消化管・小児外科学	教授
		同	先端的外科技術開発学 教授兼任 (名称変更)
平成17年	4月	三重大学医学部附属病院	外科系主任診療科長兼任

3) 超音波内視鏡 (EUS) を用いた膵疾患の診断と治療

名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 廣岡 芳樹

【はじめに】

超音波内視鏡検査 (EUS) は内視鏡検査ではあるが、その本質は超音波にある。EUS は当初、メカニカルラジアル方式だけであり、得られる画像はラジアル型 B-mode 画像のみであった。電子走査方式の超音波内視鏡 (走査形状は、コンベックスまたはリニア) が開発されてからは、体外式超音波検査 (US) で広く普及していたさまざまな最新技術が EUS に応用可能となった。さらに、我々は、PENTAX 社との共同開発で世界初の電子ラジアル型超音波内視鏡を臨床に導入した。

EUS は電子ラジアル型では、主に、新しい超音波技術を用いた診断が行われている。また、電子コンベックス型では、超音波画像を見ながらリアルタイムに各種 intervention を行うことが出来るようになった。

【電子ラジアル型 EUS】

電子ラジアル型超音波内視鏡を使用することで、もたらされた有用性は以下のようにまとめられる。

1. B-mode 画像画質向上 (ティッシュハーモニックイメージ法を含む)

2. 各種最新技術の応用

a: カラー Doppler 断層法・パワード Doppler 断層法とその造影画像診断

b: harmonic imaging 法と造影画像診断

c: 三次元画像

d: Elastic imaging (Real-time tissue elastography®)

【電子コンベックス型 EUS】

電子コンベックス型超音波内視鏡は、現時点では観察視野角が狭いなどの制約のため、一部の領域 (肝門部など) を除いて電子ラジアル型超音波内視鏡に比して、画像診断には不向きであると考えている。一方、超音波内視鏡画像をリアルタイムに観察可能であることから、膵疾患の組織診断が可能である。また、得られた組織を用いて遺伝子発現プロファイルの検討も試みられている。治療においても、各種ドレナージや薬剤・細胞の注入などによる膵疾患治療も臨床応用されている。

本講演では、電子ラジアル型 EUS と電子コンベックス型 EUS による膵疾患の診断と治療に関して当科での成績を中心に紹介する予定である。

略 歴

昭和 61 年	3 月	名古屋大学医学部卒業
昭和 61 年	6 月	半田市立半田病院 研修医
昭和 62 年	4 月	半田市立半田病院 内科医師
平成 2 年	4 月	名古屋大学医学部 第二内科医員
平成 8 年	4 月	愛知県総合保健センター内科医師
平成 12 年	2 月	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 助手
平成 15 年	9 月	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 講師
平成 21 年	7 月	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授

4) 膵胆道癌外科治療の最先端

北海道大学大学院医学研究科腫瘍外科学分野 近藤 哲

当教室における臨床研究の2本柱は、「手術成績が安定していない難治癌に対する、根治性と安全性を両立しうる拡大切除術式の開発」および「手術成績がほぼ安定した癌に対する、根治性と安全性を維持したより低侵襲な切除術式の開発」です。つまり、超拡大手術と超縮小手術の両極をテーマとしていることとなります。

超拡大手術の代表は、膵体部癌に対する DP-CAR(Distal Pancreatectomy with en bloc Celiac Axis Resection) です。従来高度な局所浸潤のために総肝動脈や腹腔動脈が狭窄しているような症例は手術適応なしとされてきました。DP-CAR は腹腔動脈及び腹腔神経叢・神経節も含めた後腹膜組織を en bloc に切除する術式で、胃癌に対する Appleby 術式を応用したものです。本術式の利点は、下痢の程度が軽いことで術後の患者さんの QOL は良好に保たれます。7年あまりで23例にこの手術を行い、治癒切除率 91%、手術死亡ゼロ、5年生存率 42%という結果が得られました(Ann Surg 246:46-51, 2007)。現在症例数は50を超え、5年生存率は25%前後です。

肝門部胆管癌に対しては、3年半の間に40例を切除したところ、切除率95%、手術死亡ゼロ、胆管切離断端癌陽性例ゼロという結果が得られました(Ann Surg 240:95-101, 2004)が、3年生存率は40%と伸び悩み、再発様式をみると局所再発はほとんどないものの腹膜播種再発が多いのが目立ちました。そこで、肝門部胆管は門脈に近接しているという解剖学的特性を重視しこの周辺に外科的操作が及んで顕微鏡レベルの癌細胞を播種してしまうことを防止するために、肝右葉尾状葉胆管切除に加え en bloc な門脈合併切除を術前画像で判断して行うことにしました。

縮小手術については治って当然なので、その適応決定に慎重でなければならず、高度な進展度診断能力が求められ、拡大手術よりもむしろ困難な課題といえます。Pancreas Preserving Biliary Amputation、Duodenum Preserving Pancreas Head Resection、Total Parenchymal Pancreatectomy、腹腔鏡下 PD などを慎重に症例選択しつつ行っています。

略 歴

- 昭和 53 年 3 月 名古屋大学医学部医学科卒業
- 昭和 53 年 4 月 大垣市民病院研修医
- 昭和 54 年 4 月 大垣市民病院外科医師
- 昭和 59 年 7 月 名古屋大学医学部附属病院医員(第一外科)
- 昭和 62 年 5 月 国立療養所中部病院外科
- 昭和 63 年 7 月 群馬県桐生厚生総合病院外科部長
- 平成 元 年 8 月 名古屋大学医学部附属病院助手(第一外科)
- 平成 4 年 7 月 同 講師(第一外科)
- (平成 4 年 7 月～平成 5 年 6 月) 米国ハーバード大学レーヒークリニック留学
- 平成 8 年 2 月 名古屋大学医学部助教授(第一外科)
- 平成 8 年 4 月 春日井市民病院外科部長
- 平成 10 年 5 月 北海道大学医学部第二外科・大学院医学研究科癌医学専攻腫瘍外科学分野助教授
- 平成 16 年 4 月～ 同教授 現在に至る
- (平成 17 年 4 月～平成 20 年 3 月 北大病院卒後臨床研修センター長兼任)
- (平成 19 年 4 月～ 北大病院教育・研修担当病院長補佐)

シンポジウム

第2会場

9:00～11:30

司会 愛知県がんセンター中央病院消化器外科
名古屋大学大学院消化器内科学

清水 泰博
伊藤 彰浩

「肝胆膵悪性腫瘍に対する診断と治療の進歩」

- S-1 十二指腸乳頭部腫瘍（腺腫内癌、腺癌）に対する内視鏡的乳頭切除術の試み
¹公立学校共済組合東海中央病院消化器内科、²消化器外科
○石川 英樹¹、森島 大雅¹、井上 匡央¹、清野 隆史¹、川端 邦裕¹、渡邊 正²
- S-2 当院における経乳頭的胆管生検の検討
大垣市民病院消化器科
○平松 武、熊田 卓、桐山 勢生
- S-3 膵内分泌腫瘍悪性度診断における超音波内視鏡検査の有用性についての検討
¹名古屋大学大学院消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○石川 卓哉¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、後藤 秀実¹
- S-4 膵内分泌腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）の臨床的有用性の検討
¹愛知県がんセンター中央病院消化器内科部、²愛知県がんセンター中央病院内視鏡部、
³愛知県がんセンター中央病院消化器外科部、⁴静岡県立静岡がんセンター病理診断部、
⁵愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部
○鈴木 晴久¹、山雄 健次¹、水野 伸匡¹、澤木 明¹、原 和生¹、今村 秀道¹、
脇岡 範¹、小林 佑次¹、松本 和也¹、佐伯 哲¹、丹羽 康正²、田近 正洋²、
清水 泰博³、佐々木恵子⁴、谷田部 恭⁵、細田 和貴⁵
- S-5 膵癌術前放射線化学療法（NCRT）施行症例における EUS-FNA の検討
¹三重大学消化器肝臓内科、²三重大学光学医療診療部、³三重大学肝胆膵外科
○井上 宏之¹、西川健一郎¹、原田 哲郎¹、井口 正士¹、田野 俊介¹、葛原 正樹¹、
田中 匡介²、堀木 紀行²、伊佐地秀司³、竹井 謙之¹
- S-6 当院における therapeutic EUS の現況
愛知県がんセンター中央病院消化器内科
○今村 秀道、原 和生、澤木 明、水野 伸匡、脇岡 範、田近 正洋、
河合 宏紀、近藤 真也、丹羽 康正、山雄 健次
- S-7 閉塞性黄疸を伴った切除不能膵癌に対する化学療法と胆道ドレナージ
岐阜市民病院消化器内科
○向井 強、岩田 圭介、宮崎 恒起、山田 祥子、永野 淳二、鈴木 佑介、
小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、名倉 一夫、
加藤 則廣、富田 栄一

S-8 切除不能悪性膵胆道癌に対する Self-expandable metallic stent(SEMS) を用いた内視鏡的緩和治療

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○宮部 勝之、林 香月、中沢 貴宏

S-9 塩酸ゲムシタピン腎症予防における輸液療法の有用性

¹名古屋大学大学院消化器内科、²名古屋大学健康栄養医学

○洪 繁¹、石黒 洋^{1,2}、山本 明子²、東 祥子¹、後藤 秀実¹

S-10 Borderline resectable 膵癌に対する術前化学放射線療法の治療成績

¹三重大学肝胆膵・移植外科、²消化器肝臓内科

○岸和田昌之¹、加藤 宏之¹、信岡 祐¹、村田 泰洋¹、種村 彰洋¹、安積 良紀¹、濱田 賢司¹、水野 修吾¹、白井 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

S-11 当院における膵頭部領域腫瘍に対する術前診断と治療の進歩について

¹藤田保健衛生大学医学部胆道膵臓外科、²藤田保健衛生大学医学部上部消化管外科、

³藤田保健衛生大学医学部放射線科

○浅野 之夫¹、堀口 明彦¹、石原 慎¹、伊東 昌広¹、古澤 浩一¹、清水 朋宏¹、山元 俊行¹、津田 一樹¹、森垣 暁子¹、山田 智洋¹、宇山 一朗²、片田 和広³、加藤 良一³、花岡 良太³、赤松 北斗³、宮川 秀一¹

S-12 静岡がんセンターにおける膵癌治療成績

静岡がんセンター 肝胆膵外科

○杉浦 禎一、上坂 克彦、金本 秀行、水野 隆史

S-13 高周波プローブを用いた造影超音波検査および術中 Real-time tissue elastography による肝転移診断

名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学

○杉本 博行、竹田 伸、野本 周嗣、藤井 努、岡村 行泰、小寺 泰弘、中尾 昭公

S-14 転移性肝癌に対する切除時期を考慮した治療戦略

岐阜大学大学院腫瘍外科学

○徳山 泰治、長田 真二、佐野 仁哉、山田 順子、眞田 雄市、名和 正人、井川 愛子、田中 善宏、奥村 直樹、野中 健一、高橋 孝夫、山口 和也、川口 順敬、吉田 和弘

S-15 肝癌における当院での RFA 治療の現状

小牧市民病院消化器科

○小島 優子、平井 孝典、中川 浩、宮田 章弘、大山 格、岡田 昭久、大原 靖仁、林 大樹朗、桑原 崇通

S-16 局所治療不能な進行肝細胞癌における集学的治療およびソラフェニブ使用の位置づけについての検討

三重大学医学部消化器肝臓内科

○野尻圭一郎、山本 憲彦、竹井 謙之

S-1 十二指腸乳頭部腫瘍（腺腫内癌、腺癌）に対する内視鏡的乳頭切除術の試み

1公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科、2消化器外科
 ○石川 英樹、森島 大雅、井上 匡史、清野 隆史、川端 裕裕、渡邊 正2

【背景】十二指腸乳頭部腫瘍に対する内視鏡的乳頭切除術は、近年低侵襲な治療法として注目され、現時点では腺腫、腺腫内癌に対する治療法としてコンセンサスが得られているが、早期癌に対する報告はまだ少ない。我々は2003年より2009年9月までに37例の内視鏡的乳頭切除術を行い、そのうち腺腫内癌、早期癌を17例経験し、その成績を検討した。【対象】内視鏡的乳頭切除を行った37症例中、2人の病理医により最終的に腺腫内癌、腺癌と診断された17例。平均年齢72.14歳 男性8例女性9例。切除理由は以下に示す適応である。【適応および方法】当院での適応は1)腺腫、腺腫内癌（胆膵管内進展陰性）2)腫瘍が疑われるが生検陰性例（total biopsy目的、相対適応として3)一部の早期癌（開腹手術困難例、手術拒否例）としている。術前にIDUS、EUSによる精密診断を行い、充分なインフォームドコンセントを得た後にスネアを用いた切開電流による一括切除、膵管ステントを基本とした。断端陽性の場合、適応2)は外科的追加切除を行い、適応3)の場合は、APCによる凝固焼灼を生検で癌陰性となるまで継続した。【成績】腺腫内癌3例、腺癌14例。pPanc0が10例、pPanc評価不能が2例、断端陽性は5例。術前生検と術後病理診断の不一致例は9例（52.9%）にも及んだ。偶発症は、切除時の出血を7例（35.3%）、胆管炎を3例（17.6%）に認めたが穿孔例はなかった。一括切除は12例、分割切除は3例、出血コントロール目的に行った姑息的切除は2例であった。経過中、他病死亡した4例を除いた13例中、追加外科的切除2例、APC凝固焼灼を3例に施行したが8例（61.5%）は追加治療なく、数か月毎の内視鏡診断、生検診断で経過観察中であるが、再発転移は現在のところ認めていない。【結語】内視鏡的乳頭切除術は腺腫内癌、一部の早期癌に対して有用である可能性が示唆されたが、今後の症例蓄積による検討が必要であり、また症例毎に内視鏡的乳頭切除術、外科的切除術を選択する必要があると考えられた。

S-2 当院における経乳頭的胆管生検の検討

大垣市民病院 消化器科
 ○平松 武、熊田 卓、桐山 勢生

背景・目的 膵胆道病変は組織学的検討が困難なことが多く胆管生検は日常診療では普及していなかった。当院における経乳頭的胆管生検につきその有用性と偶発症につき検討した。【対象・方法】2005年1月から2009年8月までに当院で経乳頭的胆管生検を施行した胆管狭窄37例（EST施行例は9例・未施行28例）。内訳は悪性胆管狭窄29例（胆管癌18例、胆嚢癌6例、膵癌5例）。良性胆管狭窄8例（原発性硬化性胆管炎4例、その他の良性胆管狭窄4例）。方法は通常の初回ERCP-IDUS後に経乳頭的に生検鉗子（基本的にはOLYMPUS社製：FB-19N-1を使用）を胆管内に挿入し狭窄胆管生検を施行した。病理組織診断可能な検体採取率【1】、悪性胆管狭窄29例に対する癌陽性率【2】、部位別癌陽性率【3】、疾患別癌陽性率【4】、偶発症【5】について検討した。【成績】検体採取率は【1】30/37例（81.0%）。癌陽性率は【2】19/29例（65.5%）。なお、悪性胆道狭窄29例中の生検陰性10例中2例は胆汁細胞診で陽性所見が得られ、2者併用すると癌陽性率は21/29例（72.4%）に向上した。また2006年12月までを前期【前】と2007年1月からそれ以降を後期【後】に分けて比較検討すると検体採取率は【1-前】14/18例（77.8%）、【1-後】14/19例（84.2%）。癌陽性率は【2-前】7/13例（53.8%）【2-後】12/16例（75.0%）であり検体採取率・癌陽性率は後期に向上した。【3】上部胆管1/3例（33.3%）、中部胆管9/12例（75.0%）、下部胆管9/14例（64.2%）。【4】胆管癌14/18例（77.8%）、胆嚢癌2/6例（33.3%）、膵癌3/5例（60.0%）。【5】偶発症は5/37例（13.5%）であり、すべて膵炎（軽症3例、中等症2例）であった。【結論】胆管狭窄にたいする経乳頭的胆管生検は疾患・部位により成績にばらつきや検体採取量不足などの問題点があるが、ERCPに引き続き施行可能で胆汁細胞診等も追加できる組織学的診断方法の一つと考えられた。

S-3 膵内分泌腫瘍悪性度診断における超音波内視鏡検査の有用性についての検討

1名古屋大学、2名古屋大学 医学部 附属病院 光学医療診療部
 ○石川 卓哉、廣岡 芳樹¹、伊藤 彰浩²、後藤 秀実¹

【目的】膵内分泌腫瘍（PET）悪性度診断における超音波内視鏡検査（EUS）および造影EUSの有用性について検討すること。【方法】2001年以降、当院でEUSを施行し、病理組織学的診断（外科的切除40例、EUS-FNA1例）の得られたPET41例62病変を対象とし、悪性例に特徴的な画像所見を検討した。良悪性診断はWHO分類2004に基づいて行った。内訳は、[Well-differentiated endocrine tumor, 'Benign' behaviour] 39病変、[Well-differentiated endocrine tumor, Uncertain behaviour] 11病変、[Well-differentiated endocrine carcinoma] 10病変、[Poorly-differentiated endocrine carcinoma] 2病変であり、[Uncertain behaviour] 以上を悪性例として検討を行った。造影EUSを実施した41病変では造影パターンを、均一な造影効果あり（A）、内部に造影欠損域あり（B）、造影効果に乏しい（C）、の3パターンに分類し、良悪性の特徴を検討した。【結果】EUSのB-mode画像所見における単変量ロジスティック回帰分析では、腫瘍径が大きい、内部構造不均一、無エコー領域（嚢胞性変化）が悪性診断に寄与する因子となり、多変量解析では内部構造不均一が最も悪性診断に寄与する因子となった（ $P < 0.001$ 、OR = 53.33、95%CI = 10.79-259.60）。造影EUSでは、41病変中40病変（97.6%）が強い造影効果を示し、パターン別では、良性20病変中A18例（90%）、B2例（10%）で、悪性21病変中A2例（9.5%）、B18例（85.7%）、C1例（4.8%）であった。通常観察における内部不均一な低エコー領域と無エコー領域の多くは病理組織標本では腫瘍内出血もしくは壊死部分に相当していた。これらは造影EUSでは欠損域として通常観察より明瞭に描出された。通常観察で「内部構造不均一」を悪性とした感度、特異度、正診率は88.8%、86.9%、88.1%。造影パターンB or Cを悪性とした感度、特異度、正診率は、90.5%、90%、90.2%であった。【結語】悪性PETにおけるB-mode画像所見および造影EUS所見が明らかになり、両者を組み合わせることと診断精度が向上する。

S-4 膵内分泌腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）の臨床的有用性の検討

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部、4静岡県立静岡がんセンター病理診断部、5愛知県がんセンター中央病院遺伝子病理診断部
 ○鈴木 晴久¹、山雄 健次¹、水野 伸臣¹、澤木 明¹、原 和生¹、今村 秀道¹、脇岡 康¹、小林 佑次¹、松本 和也¹、佐伯 哲¹、丹羽 健正²、田近 正洋²、清水 泰博³、佐々木恵子⁴、谷田部 恭⁵、細田 和貴⁵

【背景】膵内分泌腫瘍（PNET）はUS・CT・EUSによる質的診断が困難なこともあり、近年確定診断法として超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）が施行されるようになってきた。【方法】1997年1月から2009年1月の間にEUS-FNAを施行し、手術検体、もしくはEUS-FNA検体の病理学的検索とPNETと確定診断された34例（男：女 = 17：17、平均年齢53.2（23-81）歳、機能性：非機能性 = 3：31、膵頭部：体部：尾部 = 8：16：10、平均サイズ30.1（5-130）mm、単発：多発 = 33：1、WHO分類1.1：1.2：2：3 = 9：9：14：2、手術：化学療法：経過観察 = 26：7：1）を対象に、1）US・CT・EUSと比較したEUS-FNAの質的診断能、2）EUS-FNA検体22例のKi-67染色による悪性度評価、3）EUS-FNA検体21例のSSTR（Somatostatin receptor）2A発現有無の評価についてretrospectiveに検討した。【成績】1）PNETの存在診断能率（描出率）：EUS94.1 > CT > 91.1 > US76.0（%）。質的診断能：EUS-FNA91.2（組織診88.2、細胞診76.4）> EUS64.7 > CT61.8 > US32.0（%）。組織診施行の26例にChromogranin A染色とSynaptophysin染色、14例にCD56染色が行なわれ、いずれも全例陽性。2）EUS-FNA検体のKi-67標識率は3%未満：3%以上 = 12：10で、各々のWHO分類1.1：1.2：2：3 = 4：4：0、同 = 1：1：6：2であった。WHO分類2以上の割合はKi-67が3%未満で33.3%、Ki-67が3%以上で80%と有意（ $P < 0.05$ ）に悪性度の高い病変が多かった。3）19例でSSTR2Aが陽性（陽性率90.5%）で、陰性は2例（陰性1例が低分化癌、もう1例は高分化癌と腺癌との併存腫瘍）であった。切除不能PNETの1例でEUS-FNA検体のSSTR2Aが陽性であり、SST analogueにより症状が緩和できた。【結論】PNETの質的診断には、細胞診と免疫染色併用の組織診によるEUS-FNAが最も確実な診断方法であった。また、EUS-FNA検体のKi-67染色によりPNETの悪性度評価が可能であり、さらにSSTR2A染色は切除不能例に対するSST analogueの適応決定の指標となることが示唆された。

S-5 膵癌術前放射線化学療法 (NCRT) 施行症例における EUS-FNA の検討

¹三重大学消化器肝臓内科、²三重大学光学医療診療部、³三重大学肝胆脾外科

○井上 宏之、西川健一郎、原田 哲郎、井口 正士、
田野 俊介、葛原 正樹¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、
伊佐秀司、竹井 謙之³

膵癌は難治性の悪性腫瘍であり、手術可能と判断された症例であっても術後早期に肝転移などの再発もあり治療成績は芳しくないのが現状である。また播種などの危惧で一般に術前に EUS-FNA 施行されることは少ない。当院では膵癌に対して UICC-T 分類で T3, T4 症例を対象に NCRT (Gemcitabine 800mg/m²: 45Gy) 施行しており良好な成績を得ている。今回我々は NCRT 施行症例において histological evidence 目的に EUS-FNA を施行した症例の成績、合併症を検討した。対象は 2006 年 4 月より 2009 年 4 月までに当院において膵腫瘍に対して EUS-FNA 施行し、手術あるいは経過観察にて最終診断の得られた 78 例を対象とした。膵腫瘍における診断能は感度 89.4%、特異度 100%、正診率 91.0% であった。55 例の内 EUS-FNA 施行し、その後 NCRT、手術 (試験開腹含む) 施行された 30 例を検討した。内訳は男性 22 例、女性 8 例であった。腫瘍の局在は頭部 24 例、体部 5 例、尾部 1 例であった。手術までの期間は平均 94.5 日 (70-134 日) であった。NCRT 考慮し EUS-FNA を施行した膵腫瘍症例は 43 例であり、10 例 (23.2%) で診断結果により経過観察など治療方針変更となった。43 例の EUS-FNA の正診率は 88.4% であった。合併症はなく、また術中、術後病理所見にて明らかな track seeding は認めなかった。CRT 後腹水の増量、出現を認めた症例を 7 例認めた。EUS-FNA 以外 (経乳頭処置など) で histological evidence 確認し NCRT 施行した症例と腹水の発現頻度を検討したが有意差を認めなかった。今後さらに症例を蓄積し安全性、位置付けに関して検討が必要である。

S-7 閉塞性黄疸を伴った切除不能膵癌に対する化学療法と胆道ドレナージ

岐阜市民病院 消化器内科

○向井 強、岩田 圭介、宮崎 恒起、山田 祥子、
永野 淳二、鈴木 佑介、小木曾富生、川出 尚史、
林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、名倉 一夫、
加藤 則廣、富田 栄一

【目的】 Gemcitabine (GEM) が膵癌に対して保険収載された 2001 年 4 月以降の閉塞性黄疸を伴った切除不能膵癌に対する治療成績と胆道ドレナージについて retrospective に検討する。【対象と方法】対象は 2001 年 4 月以降、切除不能と診断された膵癌症例 186 例のうち肝外胆管狭窄による閉塞性黄疸を伴った 94 例。GEM による全身化学療法を 2 クール以上行った症例は 61 例 (GEM 群)、化学療法を全く行わなかったか 2 クール未満で中止となった症例は 33 例 (BSC 群) であり、初回胆道内瘻術に使用したステントは Covered Metallic Stent (CMS) 40 例、Plastic tube stent (PS) 54 例であった。化学療法の有無別の Median Survival Time (MST) および各種ステントの開存期間を Kaplan-Meier 法にて比較検討し、更に背景因子の差による影響を考慮するため生存期間・ステントの開存期間に影響を与える因子 (検討因子: 年齢、性別、臨床病期、遠隔転移・腹膜播種の有無、ステントの種類、抗腫瘍療法) を多変量解析にて検討した。【結果】化学療法の有無別の MST は BSC 群の 177 日に対し GEM 群は 303 日であり、GEM 群で有意に生存期間が長く ($p=0.0175$)、生存期間に影響を与える因子の解析では腹水の有無 (無>有; $p=0.0067$)、化学療法の有無 (有>無; $p=0.0372$)、臨床病期 (Stage-IVa>IVb; $p=0.0393$) が有意な因子であった。ステントの 50% 開存期間は PS の 124 日に対し CMS は 214 日であり、CMS で有意に開存期間が長く ($p=0.0020$)、開存期間に影響を与える因子の解析ではステントの種類 (CMS>PS; $p=0.0082$) と腹水の有無 (無>有; $p=0.0115$) が有意な因子であった。また、死亡例 88 例 (GEM 群 56 例、BSC 群 32 例 / CMS 群 37 例、PS 群 51 例) のうち胆管炎が主な死因と考えられた症例は GEM 群 16 例 (29%)、BSC 群 8 例 (25%) / CMS 群 11 例 (30%)、PS 群 13 例 (25%) と同等に認められ、いずれも多量の腹水貯留と高度の十二指腸浸潤を伴った終末期症例であった。【結論】GEM による化学療法により生存期間の延長が期待できるため、化学療法が施行可能な切除不能膵癌症例の閉塞性黄疸に対しては、より長期の開存期間が期待できる CMS による胆道内瘻術が望ましい。

S-6 当院における therapeutic EUS の現況

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

○今村 秀道、原 和生、澤木 明、水野 伸匡、
脇岡 範、田近 正洋、河合 宏紀、近藤 真也、
丹羽 康正、山雄 健次

【背景】近年、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法 (EUS-FNA) が開発され、その手法は病理診断のみならず内視鏡治療にも応用されている。今回、当科で施行されている therapeutic interventional EUS; 1) 超音波内視鏡下胆道十二指腸吻合術 (EUS-CDS)、2) 超音波内視鏡下腹腔神経叢ブロック (EUS-CPN) について報告する。【EUS-CDS】(対象) 切除不能悪性胆管狭窄に伴う閉塞性黄疸を有する 29 例。(方法) コンベックス型超音波内視鏡を用いて経十二指腸的に描出した肝外胆管を通電針で穿刺し、プラスチックステントを留置した。(結果) 手技は 29 例中 28 例で成功。1例で Grade 3 の出血がみられた以外には重篤な合併症なし。手技が成功した 28 例中 27 例で肝障害が改善した。ステントの平均開存期間は 120 日で、経過中に閉塞を 19 例、脱落を 1 例で認めたが、19 例中 15 例で再留置が可能であった。(考察) EUS-CDS は比較的安かつ有効な手技であり、今後はデバイスの改良により PTBD や EBD の一部に替わる得る手技となる可能性がある。【EUS-CPN】(対象) 癌性疼痛を有する 8 例。(方法) コンベックス型超音波内視鏡を用いて、経胃的に描出した腹腔動脈の根部に (可能ならばそのやや右側に)、22G 針を用いて 0.25% マーカイン 10ml と無水エタノール 10-20ml を一次的に注入した。(結果) 手技は全例で成功。評価が可能であった 7 例中 5 例で疼痛改善に有効であった。また、疼痛改善に有効であった 5 例中 4 例では麻薬性鎮痛薬の投与量がオキシドロン 10mg 以下であった。(考察) EUS-CPN は比較的簡便に癌性疼痛の改善に寄与する手技と考えられる。さらに、麻薬性鎮痛薬の投与量が少ない症例においても疼痛改善に有効であり、癌性疼痛を有する切除不能症例に対して、積極的に早期に (診断を確定するための EUS-FNA と同時に) 施行するのが望ましいと思われた。【結語】今後、各手技に特化したデバイスが開発され、手技が標準化されることにより therapeutic EUS は肝胆膵悪性腫瘍患者の診療に大きく寄与すると考えられる。

S-8 切除不能悪性膵胆道癌に対する Self-expandable metallic stent (SEMS) を用いた内視鏡的緩和治療

名古屋大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○宮部 勝之、林 香月、中沢 貴宏

【目的】今回、胃十二指腸狭窄を有する切除不能膵胆道癌に対し食道や胆管で長期開存が確立されている self-expandable metallic stent (SEMS) を留置し、その有用性を検討した。【対象】1999 年 1 月から 2009 年 8 月までに、当院及び関連施設にて SEMS 留置を試みた胃十二指腸狭窄を有する切除不能膵胆道癌 62 例で、疾患内訳は膵頭部癌 43 例、膵体尾部癌 9 例、胆管癌 6 例 (うち乳頭部癌 4 例、肝内胆管癌 1 例)、胆嚢癌 4 例であった。【方法】使用 SEMS は食道用 covered あるいは uncovered Ultraflex™ stent、Niti-S™ Pyloric/Duodenal Uncovered Stent あるいは Comvi™ Pyloric/Duodenal Stent のいずれかを使用し、胆管狭窄併存例には胆管 SEMS を併用した。なお、原則として術前に Palliative Prognostic Index (PPI) を用いて予後評価し、PPI が 6 点以上の症例は適応外とした。【成績】留置成功率は 95% (60/63)、留置後の経口摂取開始日は平均 2.6 日で、最終的に 74% (46/62) で固形食摂取可能となった。また Karnofsky performance scale は留置後 71 から 80 へ、Gastric Outlet Obstruction Scoring System を用いた食事摂取状況も平均 0.2 から 2.6 へといずれも有意に改善していた。留置した SEMS の平均開存期間は 154 日で、migration 2 例、tumor ingrowth 4 例、tumor overgrowth 1 例を認めたが、いずれも SEMS 再留置にて対処可能で、死亡時まで閉塞による他の追加治療を必要となかった。その他の偶発症として消化管出血 3 例、狭窄拡張時の穿孔 1 例、誤嚥性肺炎 2 例、高ミラール血症 1 例、胆管炎 1 例、マロリーワイス症候群 1 例 (重複症例あり) を認めた。挿入時間の比較では内視鏡装着法 171 分、Over the wire (OTW) 法 67 分、Through the scope (TTS) 法 18 分で、TTS が OTW 法に比べて有意に短時間で挿入可能であった。【結論】切除不能悪性膵胆道癌に対する SEMS 留置は低侵襲で、早期に経口摂取や退院が可能となった。さらに、長期開存も得られ QOL を改善させる有用な緩和治療と考えられた。

S-9 塩酸ゲムシタピン腎症予防における輸液療法の有用性

1名古屋大学 大学院 消化器内科、2名古屋大学 健康栄養医学
○洪 繁¹、石黒 洋^{1,2}、山本 明子²、東 祥子¹、
後藤 秀実¹

【目的】 Gemcitabine (GEM) は現在手術不能膵癌に対する第一選択化学療法剤である。本剤の有効例では長期生存例が認められるが、我々は GEM 投与群で剖検が得られた 6 例のうち 2 例に高度の腎障害を認めた症例を経験した。この 2 症例では原疾患の進行ではなく、GEM による腎障害が予後を決定したと考えられたため、剖検腎所見を検討するとともに、腎障害の予防のために GEM 治療直後に輸液を负荷する輸液療法の有用性について検討した。【対象】 外科的根治術が不能であった膵癌のうち、S-1 を投与せず GEM 単独で治療された 48 例を対象とした。2 回以上 GEM を投与した 21 例を GEM 群 (男 15 女 6 例、37~82 才)、残りの 27 例 (男 17 女 10 例、30~81 才) を対照群とした。GEM 腎障害の病態を明らかにするために腎尿細管の尿酸輸送体 URAT-1 の発現を免疫組織学的に検討した。【成績】 平均観察期間は GEM 群 356±58 日、対照群 212±28 日であり、生存期間の有意な延長を認めた。GEM 群で剖検が得られた 6 症例のうち、GEM をそれぞれ 17g/m² (生存日数 361 日) および 30g/m² (同 707 日) 投与された初期の 2 症例では終末期に著明な腎障害を認め、腎不全と腹水の貯留が進行し死亡した。組織所見では尿細管内に結晶および円柱が沈着し、急性尿細管壊死所見 (ATN) を認めたが、腹膜転移などは認めなかった。尿細管の URAT-1 発現量は対照群に比べ有意に発現低下を認めた。投与量が 8g、10g/m² と少なかった 2 例の腎所見は比較的軽度で、腎障害は用量依存性と考えられた。GEM 投与直後に 1L の輸液负荷を追加した 2 例 (34g/m²、652 日; 36g/m²、861 日) では臨床的に腎障害を認めなかった。剖検腎標本でも異常なく、URAT-1 の発現も低下を認めなかった。【結論】 GEM の長期投与により腎障害をきたす可能性がある。GEM 投与後に十分な輸液を行うことで GEM による尿細管障害の発症予防が可能である。

S-11 当院における膵頭部領域腫瘍に対する術前診断と治療の進歩について

1藤田保健衛生大学 医学部 胆膵臓外科、2藤田保健衛生大学 医学部 上部消化器外科、3藤田保健衛生大学 医学部 放射線科
○浅野 之夫¹、堀口 明彦¹、石原 慎¹、伊東 昌広¹、
古澤 浩一¹、清水 朋宏¹、山元 俊行¹、津田 一樹¹、
森垣 曉子¹、山田 智洋¹、宇山 一期²、片田 和広³、
加藤 良一³、花岡 良太³、赤松 北斗³、宮川 秀一¹

膵頭部領域腫瘍の診断は、Multi Slice CT (以下、MS-CT と略す) の出現で大きな変貌を遂げた。MS-CT は極めて高い空間分解能と時間分解能を有している。MS-CT はヨード造影剤を急速静注したのち多時相 (早期動脈相、後期動脈相、門脈相、平衡相) にわたる撮影を施行する。得られた豊富なデータや構築された多断面画像、血管画像は腫瘍の検出、質的診断、病期診断、治療方針の決定に極めて有用である。また、構築された 3 D イメージ画像は任意の角度から評価が可能であり、腫瘍と周辺臓器や脈管との位置関係を把握することに役立つ。これより手術術式の決定、また、術中イメージのシュミレーションに反映されている。一方、治療においても通常の膵頭十二指腸切除術に始まり、各種機能温存、臓器温存術式などの低侵襲術式が導入されてきた。また、最近では医療機器の進歩とともに、完全鏡視下での膵頭十二指腸切除術も可能となってきている。当院では、膵頭部領域腫瘍の症例全例に対して MS-CT (東芝メディカル社製 Aquilion 64) を施行している。MS-CT を施行した 2004 年 4 月から 2009 年 9 月までの症例について、MS-CT から得られたデータより各種画像構築を施行し、機能温存術式、臓器温存術式、また、鏡視下手術を施行した症例を報告する。

S-10 Borderline resectable 膵癌に対する術前化学放射線療法の治療成績

1三重大学 肝胆膵・移植外科、2消化器肝臓内科
○岸和田昌之¹、加藤 宏之¹、信岡 祐¹、村田 泰洋¹、
種村 彰洋¹、安積 良紀¹、濱田 賢司¹、水野 修吾¹、
白井 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】 NCCN 膵癌ガイドライン (2009) では、上腸間膜動脈、腹腔動脈、総肝動脈や上腸間膜静脈・門脈系に腫瘍が接触しているかどうかの有無、狭窄部位が切除し再建可能かどうかの有無などにて、膵癌切除を resectable (R)、borderline resectable (BR)、unresectable (UR) に分類している。上腸間膜静脈・門脈の高度狭窄、上腸間膜動脈や総肝動脈に浸潤が疑われるような症例は BR 群に分類され、切除可能限界の膵癌とされる。当科では局所進行膵癌に対して術前化学放射線療法 (NCRT) を行い治療成績の向上が得られており、BR 膵癌に注目して検討を行った。【方法】 2005 年 2 月~2009 年 8 月に、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 74 例のうち BR 群に分類された 33 例を対象とした。NCRT プロトコールは、GEM 800mg/m² (day1,8,22,29) + 3 次元体照射 (45Gy/5 週) を行い、4~6 週後に手術適応の再評価を行い、前方到達法による根治手術を施行する。1 ヶ月後より補助化学療法 GEM 800mg/m² (2 週) を半年以上施行する。NCRT を施行した BR 症例における治療成績を評価した。【結果】 NCRT 完遂率は 100% (33/33) であった。再評価時の遠隔転移発現率は 12.1% (4/33) でこれらは非手術となった。切除率は 75.8% (25/33) であって非切除理由は腹膜播種や高度血管浸潤であった。R0 切除率は 88.0% (22/25) であった。全症例 (N=33) の 1,2,3 年生存率は 60.1%, 21.8%, 21.8% であり、切除症例 (N=25) の 1,2,3 年生存率は 77.4%, 28.2%, 28.2% であった。MST は全症例では 14.7 ヶ月であり、非切除例は 7.1 ヶ月であったが、切除例では 24.3 ヶ月と満足出来る結果が得られた。【結論】 切除可能限界とされる BR 症例においても、NCRT を施行することにより高い R0 切除率を得られ、予後の改善が期待できることが示唆された。

S-12 静岡がんセンターにおける膵癌治療成績

静岡がんセンター 肝胆膵外科
○杉浦 禎一¹、上坂 克彦¹、金本 秀行¹、水野 隆史¹

膵癌は未だ難治癌の一つであるが、当科では積極的に切除を行っている。ここに我々の膵癌治療の成績を紹介する。2002 年 10 月から 2008 年 9 月までの 7 年間に当院で切除を受けた患者は 182 人であった。術式は膵頭十二指腸切除 136 例、膵体尾部切除 42 例、膵全摘 4 例であった。根治切除 (R0) は 157 例 (88%) であった。全生存率は 35.5% であった。膵頭十二指腸切除例、膵全摘例において門脈合併切除は 57 例 (38%) に施行。門脈合併切除に伴う合併症は認めなかった。その 1, 3, 5 年生存率は 82.3%、50.4%、27.1%、中央値 44 ヶ月であった。これは腹水細胞診陰性例 (1, 3 年生存率は 80.0%、43.5%、36.8% 中央値 29 ヶ月) と同等であった。門脈合併切除群と非合併切除群では生存期間に差を認めなかった。傍大動脈リンパ節転移に対する切除は 10 例に行った。その 1, 3 年生存率は 80%、35.6%、中央値 23 ヶ月であった。これは所属リンパ転移陽性群 (1, 3 年生存率は 75.8%、26.7%、中央値 24 ヶ月) と同等であった。腹水細胞診陽性例に対しても積極的に切除を行い、10 例に切除を行った。その 1, 3 年生存率は 82.7%、36.3%、中央値 24 ヶ月であった。これは腹水細胞診陰性例 (1, 3 年生存率は 70.0%、45.0%、中央値 31 ヶ月) と同等であった。当院では 2007 年より術後補助化学療法を開始し 53 名に施行した。補助化学療法施行群の生存率は中央値で 47 ヶ月であったのに対し未施行群では 26 ヶ月であった。無再発生存期間では施行群で 27 ヶ月、未施行群で 9 ヶ月であった。現在、ジェムザール vs TS-1 の臨床試験 (JASPAC 01) を行っている。また、当科では 2008 年 8 月に膵頭十二指腸切除のクリニカルパスを修正した (術後 4 日目の膵腸吻合部ドレーン抜去、2 日目からの飲水開始など)。変更前の術後在院日数は 28 日であったのに対し変更後は 20 日と減少した。今後もさらなる在院期間の短縮を目指す予定である。

S-13 高周波プローブを用いた造影超音波検査および術中 Real-time tissue elastography による肝転移診断

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学
○杉本 博行、竹田 伸、野本 周嗣、藤井 努、
岡村 行泰、小寺 泰弘、中尾 昭公

【目的】肝胆膵悪性腫瘍、特に膵癌では術前検査にて手術適応ありと診断された症例でも、開腹して初めて肝転移と診断されることがしばしば見られる。MDCT 導入後肝転移診断能は向上したが、存在は疑われても腫瘍径が小さい場合には確定診断に至らないものが出てきた。当科では肝転移診断として高周波プローブを用いた造影超音波検査および術中 Real-time tissue elastography(以下 RTE)を用いており微小肝転移検出に役立っている。今回当科での術前、術中超音波検査法について報告する。【方法】術前造影超音波検査は GE 社製 Logiq7、4C プローブを用い、ソナゾイド @0.015ml/kg を静注し約 10 分後から観察を行う。さらに肝表面に関しては高周波の 9L プローブを用い観察する。術中超音波検査は日立社製 EUB8500、EUP-L54M プローブを用い、RTE モードにて観察する。硬さ評価として乳腺超音波エラストグラフィで報告された Tsukuba Elasticity Score (5段階分類で1が柔らかく5が硬い、以下スコア)を用いた。【成績】術前造影超音波検査を行った膵癌症例 65 例中 MDCT にて肝転移が疑われた症例は 14 例であった。転移が疑われた 14 例中 9 例において CEUS にて明らかな陰影欠損を認め転移と診断した。最終的に肝転移が確認された症例は 11 例であり、MDCT+CEUS で肝転移と診断した症例はすべて肝転移であり、MDCT+CEUS の正診率 96.9%であった。術中 RTE は転移性肝腫瘍では腫瘍全体が青く描出され周囲肝実質と明瞭に区別され、スコア 4 以上を示した。また高エコー結節の転移は血管腫との鑑別が困難な場合があるが、転移性肝腫瘍の症例中 8 例で高エコーの転移を認め、いずれもスコア 4 以上であり鑑別に有用であった。【結論】造影超音波検査は術前肝転移診断に有用であり治療方針の決定に役立つ。また術中 RTE は簡便であり術中肝転移診断に役立つ。

S-15 肝癌における当院での RFA 治療の現状

小牧市民病院 消化器科
○小島 優子、平井 孝典、中川 浩、宮田 章弘、
大山 格、岡田 昭久、大原 靖仁、林 大樹朗、
桑原 崇通

【目的】2001 年より肝癌に対し RFA を導入して以降、multiple needle 法による焼灼、人工胸腹水下の焼灼、RFAbed の導入、CT の併用、RVS の併用と、治療方法に改善を加えてきた。今回、US ガイド下での穿刺が困難な病変に対する治療として、CT を使用した RFA 治療の手法について報告する。《対象》2001 年より肝腫瘍に対し RFA を行った 584 セッション (365 病変) のうち、CT を使用した 223 セッション (169 病変) セッション。《方法》装置は、RFA は RADIONICS 社製 cool tip RF システム、CT は SIEMENS 社製 SOMATON plus 4、US は日立社製 EUB-8500 で RVS を搭載している。CT を併用する症例は、US で描出困難例または追加治療例で、病変により、体表にマーキングし穿刺角度、深度を決定した上で穿刺する CT ガイド、または、US ガイド下に穿刺する CT アシストのいずれかを行った。穿刺後 CT 透視で needle の位置を確認後、CT の撮影を行い穿刺位置を最後確認し焼灼した。尚、US 上全く確認できない病変でかつ CT ガイドで穿刺ができない症例においては、当院で CT 用に開発した RVS アームを使用し、QR 機能でその場で 3D 合成し RVS 下に穿刺した。治療効果判定は、術前の CTAP、LPD-CT と、FOV を揃えて撮影した術後の dynamic CT との比較で行った。これらの症例における 1. CT 併用の方法、2. 合併症、3. 局所再発率について、検討を行った。《結果》最終的に US で確認できない 72 セッション (72 病変)、追加治療 149 セッション (107 病変) に CT 併用 RFA を行った。CT ガイド 76 セッション (65 病変)、CT アシスト 141 セッション (107 病変) に行い、合併症は、気胸 1 例、出血 1 例。全 RFA 症例における局所再発は計 6 例、1.6%であった。《結語》CT 透視を使用した RFA は、US のみでは描出困難な病変、追加 RFA 症例においても、穿刺ラインを術中に確認でき、確実に狙った病変を穿刺することができる。CT 併用のおかげで全体での局所再発率は 1.6%と極めて低率であった。今回その CT 併用 RFA の方法を報告する。

S-14 転移性肝癌に対する切除時期を考慮した治療戦略

岐阜大学大学院腫瘍外科学
○徳山 泰治、長田 真二、佐野 仁哉、山田 順子、
眞田 雄市、名和 正人、井川 愛子、田中 善宏、
奥村 直樹、野中 健一、高橋 孝夫、山口 和也、
川口 順敬、吉田 和弘

【はじめに】当科における肝転移切除例を検討し転移性肝癌に対する治療戦略につき考察した。【治療方針】肝のみに限局した転移で治療切除可能な症例には肝切除を第一に考慮し、切除不能肝転移や他の遠隔転移合併例には化学療法を先行し、経過中に治療切除可能と判断された時点で切除する。【症例】FOLFOX 導入の 2005 年 5 月以降の進行大腸癌 123 例 (男女比 1.6:1、平均年齢:61.4±10.5) において、他臓器を含み肝臓に転移を認めた 67 例を対象。【結果】1: 肝のみに限局した転移 39 例中入院時に肝切除しえた手術先行例は 19 例 (切除率 48.7%) で、それ以外では化学療法施行により 7 例が切除可能となり、最終的な肝切除率は 66.7%、全例で治療切除が可能。2: 遠隔転移を合併した 28 例中では遠隔転移巣のコントロールにより肝切除しえたのは 4 例 (14.3%) で治療先行例は全体 11 例、手術時期は FOLFOX を平均 7.6 コース後の施行であった。3: 肝切除後再発は手術先行例に 14 例 (73.7%)、治療先行例に 8 例 (72.7%) みられ、再肝切除したのはそれぞれ 9 例 (64.3%) と 1 例 (12.5%) であった。手術先行例中の生存例では死亡例に比べ FOLFOX 開始に至るまでの期間が短い傾向にあった。(6.2±13.3 ヶ月 vs 20.3±16.5 ヶ月) 4: 術前肝機能では ICGR15 のみが治療先行例で 0.095±0.011 と手術先行例の 0.048±0.013 に比べ有意に不良であった (p=0.014)。5: 二区域以上の肝切除を要したのは治療先行では 4 例 (36.4%)、手術先行では 7 例 (36.8%) で、他はいずれも腫瘍に合わせた部分切除を選択した。手術時間、術中出血量、術後合併症については差はなかった。6: 2 年生存率、MST は、肝切除しえた症例では 73.2%、32.9±4.1 ヶ月で切除しえなかった症例の 37.2%、12.4±1.3 ヶ月に比べて有意に良好であった。【考察】治療切除が可能であれば肝切除を選択し、切除不能場合は化学療法先行を主体としても肝機能低下の懸念はあるが手術適応を左右する問題ではないと思われる。

S-16 局所治療不能な進行肝細胞癌における集学的治療およびソラフェニブ使用の位置づけについての検討

三重大学 医学部 消化器腫瘍内科
○野尻圭一郎、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、局所治療不能例では、これまで生体肝移植 (LDLT)、肝動脈塞栓療法 (TACE)、肝動注化学療法などが施行され、一定の治療効果をあげてきた。最近、分子標的薬 (ソラフェニブ) が本邦でも使用可能となり、その治療効果が期待されるが、どのような症例に、どのタイミングで投与すべきかについては明らかなコンセンサスが得られていないのが現状である。今回我々は、局所治療不能進行肝細胞癌における集学的治療および、ソラフェニブ使用経験を踏まえ、その位置づけについて検討した。【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対して、TACE、アイエーコール動注療法、low dose FP 療法を行った症例および 2009 年 6 月よりソラフェニブを導入した例について検討した。【方法】low dose FP 療法: CDDP10mg/1h+5FU250mg/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/m² (上限 1 回 100mg) 動注。またソラフェニブを導入した 10 例に関してその導入理由および効果、副作用について検討した。【成績】治療別生存率は 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。ソラフェニブ導入 10 例において、初回治療より導入した例はなく、肝外転移の出現、4 例、繰り返す動注による肝動脈の狭細化: 1 例、副作用のため low dose FP 療法の継続が困難: 1 例、動注の効果が不十分: 1 例、造影剤アレルギーのために動注療法の継続が困難: 1 例であった。治療効果は、3 ヶ月以上投与を継続している 2 症例のみで検討すると、SD1 例、PD1 例であった。【結語】局所治療不能な進行肝細胞癌に現時点ではソラフェニブの登場により治療選択肢は増えた。しかし現時点では、使用対象が Child A の患者に限られることもあり、集学的治療体系における位置づけについては、今後症例の集積を行っていく必要がある。

一般演題

第2会場

14:00~14:42 IBD1

座長 三重大学消化管・小児外科学 三木 誓雄

- 1 インフリキシマブ投与で回腸末端部狭窄が改善した右腸腰筋膿瘍合併クローン病の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
○水島 隆史¹、溝下 勤¹、谷田 智史¹、片岡 洋望¹、神谷 武¹、久保田英嗣¹、志村 貴也¹、村上 賢治¹、平田 慶和¹、海老 正秀¹、小林 郁生¹、田中 守¹、佐々木誠人²、城 卓志¹
- 2 クローン病の小腸狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術の有用性
¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○森島 賢治¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、竹中 宏之¹、山村 健史¹、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実^{1,2}
- 3 6MP単剤療法と、内視鏡的バルーン拡張術が有効であったクローン病の1例
豊橋市民病院 消化器内科
○樋口 俊哉、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、大林 友彦、河合 学、川口 彩、山雄健太郎、岡村 正造
- 4 治療に難渋した初発の潰瘍性大腸炎に伴う大腸穿孔の1例
名古屋掖済会病院
○宮田 雅弘、米山 文彦、山崎 公稔、小川 敦司、河野 弘
- 5 中毒性巨大結腸症を合併した急性劇症型潰瘍性大腸炎の一例
名古屋市立西部医療センター 城北病院 消化器内科
○山川 慶洋、勝見 康平、木村 吉秀、坂本 知行
- 6 陰部感染で発症した透析中直腸癌合併UCの1例
春日井市民病院 外科
○馬場 泰輔、山口 竜三、古田 美保、濱口 桂、笹本 彰紀、渡辺 真哉、栗田 賢二、山口 貴之、渡辺 伸元、野田 尚未、木村 怜史、金井 道夫

14:42~15:24 IBD2

座長 藤田保健衛生大学消化管内科 長坂 光夫

- 7 潰瘍性大腸炎再燃に Clostridium difficile 感染が関与した 3 例
藤枝市立総合病院
○池谷賢太郎、丸山 保彦、景岡 正信、永田 健、大畠 昭彦、野田 裕児、
三輪 一太、森 雅史
- 8 広範な大腸狭窄の術後に UC 様の所見を呈した炎症性腸疾患の一例
東海病院 内科
○北村 雅一、加藤 亨、山本 剛、丸田 真也
- 9 タクロリムスにて寛解導入しえた潰瘍性大腸炎の 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、大林 友彦、河合 学、
川口 彩、山雄健太郎
- 10 ステロイド抵抗性劇症型潰瘍性大腸炎に対し Tacrolimus Hydrate
(Prograf) が著効した 1 例
岐阜大学
○小野木章人、荒木 寛司、井深 貴士、福田 和史、白木 亮、大澤 陽介、
笠原 千嗣、鶴見 寿、永木 正仁、森脇 久隆
- 11 シクロスポリン投与中に著明な歯肉増殖症を合併した潰瘍性大腸炎の一例
名古屋大学 消化器内科
○三宅 忍幸、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、加藤 剛、
日比 知志、神谷 徹、三村 俊哉、中村 正直、宮原 良二、大宮 直木、
後藤 秀実
- 12 炎症性腸疾患に対する 6-TGN モニター下免疫調整剤の投与について
浜松南病院 消化器病・IBD センター
○飯田 貴之、渡辺 文利、竹内 健、新井 修、阿部 仁郎、花井 洋行

15:24~16:13 GIST

座長 名古屋セントラル病院消化器内科 安藤 伸浩

13 EUS 下ドレナージが奏功した腫瘍内感染の一例

¹名古屋大学消化器内科学、²名古屋大学光学医療診療部

○坂野 閣紀¹、宮原 良二²、長屋 寿彦¹、古川 和宏¹、坂巻 慶一¹、立松 英純¹、
船坂 好平¹、小原 圭¹、田中 努¹、中村 正直¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、
大宮 直木¹、廣岡 芳樹²、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

14 超音波内視鏡検査 (EUS) により胃原発と診断しえた壁外発育型 GIST の一例

¹八千代病院 消化器内科、²八千代病院 内科、³八千代病院 外科、⁴名古屋大学大学院
医学系研究科 消化器内科学

○横山 敬史¹、小鳥 達也¹、安田 真子¹、長谷 智²、森浦 滋明³、伊藤 彰浩⁴

15 EUS-FNAB にて診断した腎細胞癌を合併した胃 GIST の一例

¹三重大学 医学部 消化器肝臓内科、²三重大学 医学部 光学診療部

○西川健一郎¹、井上 宏之¹、原田 哲朗¹、井口 正士¹、田野 俊介¹、葛原 正樹¹、
田中 匡介²、堀木 紀行²

16 肝転移再発にイマチニブが有効であった巨大胃 GIST の 1 例

碧南市民病院 外科

○鈴木 究、金澤 英俊

17 下血にて発症した十二指腸 GIST の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 内科

○清野 隆史、井上 匡央、森島 大雅、川端 邦裕、石川 英樹

18 外科的切除が有効であった小腸 GIST の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○田中 卓、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、大林 友彦、河合 学、川口 彩、
山雄健太郎、岡村 正造

19 イマチニブ、スニチニブと外科治療により長期生存が得られている肝転移
腹膜播種を伴う小腸原発 GIST の 1 例

国民健康保険 坂下病院 外科

○近藤 真治、山田 英貴

一般演題

第3会場

9:00~9:28 肝1

座長 岐阜大学腫瘍外科学 長田 真二

20 当院におけるアメーバ性肝膿瘍4例の検討

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

○柿澤 麻子¹、平嶋 昇¹、浦岡 正尚¹、寺尾 美咲¹、遠藤 伸也¹、斎藤 雅之¹、
玉置 大¹、龍華 庸光¹、渡邊 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

21 肝炎症性偽腫瘍の1切除例

大垣市民病院

○鈴木 克尚、磯谷 正敏、金岡 祐次、前田 敦行、高橋 祐、水谷 文俊

22 Necrotizing sarcoid granulomatosis の肝病変の一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○小林 寛子、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝朋、西野 正路、平山 裕、
山 剛基、中村 一平、松下 正伸、佐藤亜矢子、澤田つな騎、水谷 泰之

23 腫瘍内出血を認めた多発肝腺腫の1例

春日井市民病院 外科

○栗田 賢二、山口 竜三、濱口 桂、古田 美保、笹本 彰紀、渡邊 真哉、
山口 貴之、渡辺 伸元、木村 玲史、野田 尚未、馬場 泰輔、金井 道夫

9:28~10:10 肝2

座長 安城更生病院消化器内科 山田 雅彦

24 画像上肝細胞癌との鑑別を要した胃癌肝転移の1例

¹偕行会 名古屋共立病院 消化器内科、²名古屋大学大学院消化器内科学

○広瀬 健¹、竹田 欽一¹、宇都宮節夫¹、多賀 雅浩¹、川田 登¹、池田 誉¹、
水谷 佳貴¹、後藤 秀美²

25 肝切除を施行した直腸カルチノイド異時性肝転移の一例

中部労災病院 外科

○加藤 健宏、石川 玲、小木曾清二、坂口 憲史、橋本 瑞生、不破 嘉崇、
小林 建仁

26 緩和医療から腫瘍全切除へと至った転移性肝癌の1例

岐阜大学

○鷹尾 賢、長田 真二、徳山 泰治、山田 順子、真田 雄市、田中 善宏、
井川 愛子、奥村 直樹、野中 健一、高橋 孝夫、山口 和也、吉田 和弘

27 Gd-EOB-DTPA 造影 MRI にて多血化を確認した肝細胞癌の1例

大垣市民病院 消化器科

○柴田 陽平、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、
金森 明、多田 俊史、高木万紀子、平松 武、細川 貴範、荒川 恭宏、
藤森 将志、浜口 知成

28 Clear Cell Hepatocellular Carcinoma の1例

名古屋セントラル病院 消化器内科

○神谷 友康、佐藤 寛之、真鍋 孔透、桶屋 将之、安藤 伸浩、川島 靖浩

29 当院の肝癌診断・治療における造影超音波検査の検討

岡崎市民病院 消化器科

○大矢 和広、内田 博起、鬼塚 亮一、松岡 歩、佐藤 淳一、藤吉 俊尚、
飯塚 昭男

10:10~10:52 肝3

座長 名古屋大学消化器内科学 石上 雅敏

- 30 急性リンパ性白血病治療後にインターフェロン療法を施行した慢性 C 型肝炎の 1 例
名古屋掖済会病院 消化器科
○吉村 透、安田真理子、大橋 暁、神部 隆吉
- 31 インターフェロン治療中に著明な腹水と肝内に多発する濃染像を認めた C 型慢性肝炎の一例
愛知県厚生連 海南病院
○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
- 32 C 型肝炎ウイルス再感染の 1 例
安城更生病院 内科
○鈴木 悠土、富田 英臣、小島 千明、鈴木 大介、木原 俊裕、馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦
- 33 C 型慢性肝炎難治例に対する二重濾過血漿交換併用ペグインターフェロン・リバビリン療法
¹独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター消化器科、²名古屋大学大学院消化器科
○龍華 庸光¹、浦岡 正尚¹、寺尾 美咲¹、柿澤 麻子¹、齋藤 雅之¹、玉置 大¹、日比野祐介¹、渡邊 久倫¹、平嶋 昇¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²
- 34 当院における PEG-IFN/Ribavirin 併用療法の治療成績の検討
公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科
○森島 大雅、井上 匡央、清野 隆史、川端 邦彦、石川 英樹
- 35 C 型慢性肝炎における脂質代謝と微量元素解析についての検討
¹名古屋大学 医学部 大学院 消化器内科、²名古屋大学 医学部 分析機器部門
○小野 幸矢¹、片野 義明¹、中野 功¹、石上 雅敏¹、林 和彦¹、館 佳彦¹、岩田 浩史¹、土居崎正雄¹、清水 潤一¹、石津 洋二¹、児玉祐加子¹、藤田 芳和^{1,2}、後藤 秀実¹

10:52~11:27 肝4

座長 三重大学消化器・肝臓内科 白木 克哉

36 急性 E 型肝炎の 1 例

¹名古屋共立病院、²名古屋大学付属病院

○池田 誉¹、竹田 欽一¹、宇都宮節夫¹、多賀 雅浩¹、川田 登¹、水谷 佳貴¹、
広瀬 健¹、後藤 秀実²

37 NAFLD に対する Real-time Tissue Elastography の有用性について

名古屋大学 医学部 消化器内科

○児玉祐加子、片野 義明、小野 幸矢、石津 洋二、清水 潤一、土居崎正雄、
岩田 浩史、館 佳彦、林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

38 肝移植後 Post Transplant Lymphoproliferative Disorder(PTLD)3 例の
経験

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 大学院 医学系研究
科 移植・内分泌外科学

○清水 潤一¹、石上 雅敏¹、石津 洋二¹、小野 幸矢¹、土居崎正雄¹、児玉祐加子¹、
岩田 浩史¹、館 佳彦¹、林 和彦¹、片野 義明¹、後藤 秀実¹、亀井 秀弥²、
中村 太郎²、木内 哲也²

39 原発性胆汁性肝硬変に合併した孤立性胃静脈瘤に BRTO を施行した 1 例

社会医療法人 八千代病院消化器内科

○小鳥 達也、長谷 智、安田 真子、横山 敬史

40 再発したバッド・キアリ症候群に対し下大静脈ステントを留置した一例

¹藤田保健衛生大学 肝胆膵内科、²藤田保健衛生大学 放射線科

○大森 崇史¹、有馬 裕子¹、嶋崎 宏明¹、中野 卓二¹、村尾 道人¹、新田 佳史¹、
原田 雅生¹、川部 直人¹、橋本 千樹¹、伴野 辰雄²、加藤 良一²、吉岡健太郎¹

14:00~14:35 胃1 座長 名古屋市立大学消化器・代謝内科学 片岡 洋望

41 当院での経皮内視鏡的胃瘻造設術についての検討

三好町民病院 消化器科

○中島 守夫、伊藤 治、柴田 時宗、成瀬 達

42 粘膜下腫瘍様の形態を示した異所性胃粘膜の一例

公立陶生病院

○前野 智子、坂田 豊弘、松浦 哲生、石川 恵理、浅井 裕充、菊池 正和、
山本富美子、清水 裕子、林 隆夫、黒岩 正憲、森田 敬一、加藤 景三

43 異所性胃腺に合併した早期胃癌の1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療
診療部、³土岐市立総合病院 消化器科

○古川 和宏¹、宮原 良二²、長屋 寿彦¹、坂野 閣紀¹、坂巻 慶一¹、立松 英純¹、
船坂 好平¹、田中 努¹、水谷 太郎¹、中村 正直¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、
大宮 直木¹、廣岡 芳樹²、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹、渡辺 武人³、
石原 誠³

44 IIc 様の肉眼形態を呈した胃カルチノイドの1例

山田赤十字病院

○川口 真矢、杉本 真也、山本 玲、山村 光弘、大山田 純、黒田 幹人、
亀井 昭、佐藤 兵衛、福家 博史

45 組織学的に腺扁平上皮癌と低分化腺癌と診断された多発胃癌の一例

愛知県厚生連 海南病院

○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

14:35～15:03 胃2 座長 愛知県がんセンター愛知病院消化器外科 松井 隆則

- 46 1 コースの TS-1 療法が著効した EBV 関連胃癌の 1 例
¹名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学、²名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○栗本 拓也¹、城 卓志¹、折戸 悦郎²
- 47 集学的治療により根治術が可能となった若年性進行胃癌の 1 例
三重大学大学院 医学系研究科 消化管・小児外科学
○北嶋 貴仁、川本 文、横江 毅、大井 正貴、田中 光司、三木 誓雄、
楠 正人
- 48 癌性腹水を伴う進行胃癌に対する TS-1+Docetaxel 併用療法の検討
Combination chemotherapy TS-1 and Docetaxel for advanced gastric
cancer with peritonitis carcinomatosa
藤田保健衛生大学病院 消化管内科
○米村 穰、中村 正克、柴田 知行、田原 智満、大久保正明、市川裕一郎、
市川 茉莉、平田 一郎
- 49 TS-1/TXT 併用療法と CPT-11/CDDP 併用療法が奏効している癌性腹膜炎、
閉塞性黄疸を伴った進行胃癌の一例
社会保険中京病院 消化器科
○川口 高史、飛鳥井香紀、高口 裕規、三浦 亜紀、田中 義人、松永誠治郎、
長谷川 泉、加藤 功大、大野 智義、榊原 健治

一般演題

第4会場

9:00~9:28 膝1

座長 藤枝市立総合病院消化器科 丸山 保彦

- 50 十二指腸下行部の潰瘍を伴う groove pancreatitis の1例
県西部浜松医療センター
○間渕 裕行、千田 剛士、影山富士人、山田 正美、吉井 重人、本城裕美子、
高井 哲成、岩岡 泰志、鏡 卓馬、山崎 哲、鈴木 聡、森 泰希、
下山 真
- 51 膝十二指腸動脈瘤破裂の1例
名城病院 外科
○山田 達治、上松 俊夫、根東 順子、平田 明裕
- 52 アルコール性慢性膵炎に合併した膵仮性動脈瘤の1例
刈谷豊田総合病院 内科
○大森 寛行、中江 康之、井本 正巳、濱島 英司、今田 数実、仲島さより、
松山 恭士、濱宇津吉隆、松井 健一、村瀬 和敏、小川 裕、鈴木 敏行
- 53 自己免疫性膵炎を含む4病変にステロイド治療が著効した I g G 4 関連疾患の1例
JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科
○下郷 友弥、大久保賢治、森田 清、竹内 淳史、金沢 宏信、松崎 一平、
伊藤 隆徳、竹山 友章、西村 大作、片田 直幸

9:28~10:03 睥2

座長 東海中央病院消化器内科 石川 英樹

54 睥リンパ管腫の1例

名城病院 外科

○根東 順子、上松 俊夫、平田 明裕、山田 達治

55 非機能性睥内分泌腫瘍の1例

関中央病院

○吉村光太郎、若原 祐子、境 浩康、安江 晃子、白井 利雄、齋藤 雅也

56 主睥管に限局性の狭窄を来たした睥内分泌腫瘍の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○大林 友彦、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、河合 学、川口 彩、山雄健太郎、
岡村 正造

57 多発睥内分泌腫瘍・多発睥嚢胞を合併した Von Hippel-Lindau 病の1例

¹静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、²同肝胆睥外科、³同病理診断科

○松林 宏行¹、上坂 克彦²、金本 秀行²、水野 隆史²、杉浦 禎一²、佐々木恵子³、
池原 久朝¹、滝沢 耕平¹、角嶋 直美¹、田中 雅樹¹、山口裕一郎¹、小野 裕之¹

58 睥内に多発し、EUS-FNA にて術前に診断し得た Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の1例

¹愛知県がんセンター中央病院消化器内科、²同内視鏡部

○松本 和也¹、原 和夫¹、澤木 明¹、水野 伸匡¹、肱岡 範¹、今村 秀道¹、
近藤 真也¹、小林 佑次¹、鈴木 晴久¹、佐伯 哲¹、赤羽 麻奈¹、田近 正洋²、
河合 宏紀²、丹羽 康正²、山雄 健次¹

10:03~10:38 膝3 座長 愛知県がんセンター中央病院消化器内科 水野 伸匡

- 59 術前診断が³困難であった閉塞性黄疸を来した膵漿液性嚢胞腺腫の1例
医療法人 山下病院 消化器外科
○相場 利貞、片山 信、白井 量久
- 60 主膵管型 IPMN の一例
¹大同病院 消化器科、²大同病院 総合内科
○野々垣浩二^{1,2}、小川 和昭^{1,2}、榊原 聡介^{1,2}、藤原 晃^{1,2}、印牧 直人^{1,2}
- 61 膵管非癒合に合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例
¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○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、中村 陽介¹、船坂 好平¹、小原 圭¹、山村 健史¹、中村 正直¹、
宮原 良二²、大宮 直木¹、後藤 秀実¹
- 62 主膵管狭窄を呈した IPMC の1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 光学診療部
○中村 陽介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、伊藤 裕也¹、船坂 好平¹、田中 努¹、水谷 太郎¹、後藤 秀実^{1,2}
- 63 IPMN 由来浸潤癌との鑑別が困難であった転移性膵癌の1例
¹土岐市立総合病院 消化器内科、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
○佐々木淳治¹、白井 修¹、渡辺 武人¹、清水 豊¹、川嶋 啓揮²、伊藤 彰浩²、
後藤 秀実²、廣岡 芳樹³

10:38~11:13 膝4

座長 三重大学肝胆膵・移植外科学 田端 正己

- 64 初回手術4年後に局所再発を切除した IPMN 由来浸潤癌の1例
¹愛知県がんセンター中央病院 消化器外科、²愛知県がんセンター中央病院 消化器内科
○松井 聡¹、清水 泰博¹、佐野 力¹、千田 嘉毅¹、小森 康司¹、二村 雄次¹、
澤木 明²、水野 伸匡²、原 和男²、山雄 健次²
- 65 巨大嚢胞を契機に診断された膵癌の1例
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○山内 貴裕、安田 一郎、中島 賢憲、土井 晋平、今井 健二、高井 光治、
足立 政治、内木 隆文、村上 啓雄、森脇 久隆
- 66 TACE による多発肝転移巣のコントロールの後、原発巣切除を行った非機能性膵内分泌癌の1切除例
¹三重大学 肝胆膵・移植外科、²三重大学 放射線科
○種村 彰洋¹、信岡 裕¹、村田 泰洋¹、岸和田昌之¹、濱田 賢司¹、水野 修吾¹、
白井 正信¹、桜井 洋至¹、田端 正己¹、高木 浩行²、山門亨一郎²、伊佐地秀司¹
- 67 放射線化学療法が著効し、2年6ヶ月長期生存している切除不能進行膵癌の1例
岐阜社会保険病院 外科
○太田 俊介、大島 章、安藤 英也、秋田 幸彦
- 68 局所進行切除不能膵癌における塩酸ゲムシタピン併用化学放射線療法の治療成績
藤田保健衛生大学 胆・膵外科
○石原 慎、堀口 明彦、宮川 秀一

14:00~14:35 小腸1

座長 春日井市民病院消化器科 妹尾 恭司

69 虚血性小腸炎の1例

西美濃厚生病院

○高田 淳、渡部 直樹、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、齋藤公志郎

70 診断困難であった小腸潰瘍症の一例

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○松岡 明美、岩田 正己、市川裕一郎、前田 佳照、生野 浩和、米村 穰、
小村 成臣、大久保正明、丸山 尚子、吉岡 大介、鎌野 俊彰、田原 智満、
神谷 芳雄、藤田 浩史、中村 正克、中川 義仁、長坂 光夫、柴田 知行、
平田 一郎

71 蛋白漏出性胃腸症を合併したマクログロブリン血症の1例

¹名古屋大学大学院 消化器内科学、²名古屋大学付属病院光学医療診療部

○竹中 宏之¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、森島 賢治¹、船坂 好平¹、小原 圭¹、
田中 努¹、水谷 太郎¹、宮原 良二²、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、
渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

72 腸閉塞にて発症した小腸濾胞性リンパ腫の一例

岐阜大学 医学部 附属病院 第一内科

○堀部 陽平、荒木 寛司、中村 信彦、小野木章人、井深 貴士、清水 雅仁、
内木 隆文、白鳥 義宗、永木 正仁、森脇 久隆

73 カプセル内視鏡にて虫体を確認した日本海裂頭条虫症の一例

東海中央病院 消化器内科

○井上 匡央、清野 隆史、森島 大雅、川端 邦裕、石川 英樹

14:35~15:10 小腸2

座長 中京病院外科 東島 由一郎

74 胆石性イレウスの1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、山岸 農、村林 紘二

75 卵巣腫瘍と鑑別を要した成人の腸間膜リンパ管腫の一例

中京病院 外科

○酒徳 弥生、弥政 晋輔、澤崎 直規、東島由一郎、後藤 秀成、山口 直哉、
高木 健裕、大原 邦仁、小林 智輝、松田真佐男

76 術後早期に腸閉塞を来した腸間膜脂肪織炎の2例

安城更生病院

○佐藤 文哉、広松 孝、新井 利幸、佐伯 悟三、岡田 禎人、雨宮 剛、
會津 恵司、岡田 明子、井村 仁郎、小林奈津子、寺林 徹、井田 英臣、
横井 俊平

77 空腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎の一例

中京病院 外科

○高木 健裕、弥政 晋輔、澤崎 直規、東島由一郎、後藤 秀成、山口 直哉、
大原 邦二、酒徳 弥生、小林 智輝、松田真佐男

78 高圧酸素療法が奏効した腹腔内遊離ガスを伴う腸管嚢胞様気腫症の1例

木沢記念病院

○丸田 明範、角 泰廣、竹内 賢、伊藤 由裕、坂下 文夫、山本 淳史、
栃井 航也、仲西昌太郎、堀田 亮輔、佐治 重豊、尾関 豊

15:10~15:38 小腸3

座長 山田赤十字病院消化器科 川口 真矢

- 79 再建門脈の閉塞に伴う門脈圧亢進症が原因と考えられた小腸出血の一例
社会保険中京病院 消化器科
○堀口 徳之、高口 裕規、飛鳥井香紀、三浦 亜紀、田中 義人、清水 周哉、
松永誠治郎、長谷川 泉、加藤 功大、大野 智義、柳原 健治
- 80 TAE で応急止血ののち緊急手術で根治しえた小腸出血の一例
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、仲島さより¹、井本 正巳¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、今田 数実¹、
松山 恭士¹、中島 尚子¹、浜宇津吉隆¹、大森 寛之¹、松井 健一¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²
- 81 小腸出血によりショックをきたし、出血点の同定に術中内視鏡が有用であった一例
山田赤十字病院 消化器科
○山村 光弘、杉本 真也、大山田 純、黒田 幹人、川口 真矢、亀井 昭、
佐藤 兵衛、福家 博史
- 82 血栓摘除のみで治癒した急性上腸間膜動脈塞栓症の1例
碧南市民病院 外科
○金澤 英俊、鈴木 究

一般演題

第5会場

9:00~9:42 大腸1

座長 名古屋第一赤十字病院消化器内科 山口 丈夫

- 83 大腸癌を疑った子宮内避妊リングの長期留置による骨盤放線菌症の1例
¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科
○濱宇津吉隆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、大森 寛之¹、松井 健一¹、村瀬 和敏¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²
- 84 CT-Colonography が診断に有用であったトリクロルエチレン使用の職業
歴を有する腸管嚢胞性気腫症の1例
¹山下病院 消化器内科、²名古屋大学大学院医学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
○鶴留 一誠¹、瀧 智行¹、江藤 奈緒¹、富田 誠¹、小田 雄一¹、鷺見 肇¹、
服部外志之¹、大宮 直木²、廣岡 芳樹³、後藤 秀実²
- 85 H.p. 除菌治療を施行した Cap polyposis 疑診例の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、大森 寛行¹、村瀬 和敏¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²
- 86 神経・精神疾患患者に発症した盲腸軸捻転症の3例
名古屋第二赤十字病院
○杉森 雅大、長谷川 洋、坂本 英至、小松俊一郎、久留宮康浩、法水 信治、
高山 祐一、廣瀬 友昭、西前 香寿、奥野 正隆、神谷 忠宏、日高 渉
- 87 非観血的に整復を行った成人腸重積の2例
八千代病院
○渡邊 学、駒屋 憲一、森浦 滋明、小林 一郎、松原 秀雄、白井 弘明、
篠原健太郎
- 88 興味ある画像所見を呈し、急激な経過をたどった HIV 感染症の一例
大同病院 消化器・総合内科
○藤原 晃、小川 和昭、榊原 聡介、野々垣浩二、印牧 直人

89 Lymphoid follicular proctitis(LFP) の1例

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○小村 成臣、長坂 光夫、藤田 浩史、鎌野 俊彰、松岡 明美、前田 佳照、
生野 浩和、市川裕一郎、米村 穰、大久保正明、吉岡 大介、丸山 尚子、
田原 智満、神谷 芳雄、中村 正克、中川 義仁、岩田 正己、柴田 知行、
平田 一郎

90 Lansoprazole が発症に関与したと思われる collagenous colitis の1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○中村 一平、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝朋、西野 正路、平山 裕、
山 剛基、松下 正伸、小林 寛子、佐藤亜矢子、澤田つな騎、水谷 泰之

91 Campylobacter 腸炎の臨床的、内視鏡的特徴についての検討

¹藤田保健衛生大学病院 消化管内科、²藤田保健衛生大学病院 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、松岡 明美¹、前田 佳照¹、
生野 浩和¹、市川祐一朗¹、米村 穰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

92 出血を繰り返した大腸リンパ管腫の一例

愛知医科大学消化器内科

○河村 直彦、小笠原尚高、水野 真理、宮下 勝之、伊藤 義紹、足立 和規、
柳本研一郎、坂野 文美、増井 竜太、土方 康孝、徳留健太郎、飯田 章人、
舟木 康、佐々木誠人、中尾 春壽、米田 政志、春日井邦夫

93 IVR が奏効した大腸 vascular ectasia の1例

木沢記念病院 消化器科

○小原 功輝、杉山 宏、中西 孝之、大島 靖広、端山 暢郎

94 IVR にて止血し得た大腸憩室出血の一例

名古屋市立東部医療センター東市民病院

○野尻 優、濱野 真吾、水野 芳樹、長谷川千尋、伊藤 恵介、山本 俊勇、
川井 祐輔

10:24~11:06 大腸3

座長 名古屋掖済会病院外科 米山 文彦

- 95 白血病細胞の粘膜浸潤により発症した直腸潰瘍の1例
¹安城更生病院外科、²安城更生病院消化器内科、³安城更生病院血液内科
○岡田 明子¹、広松 孝¹、新井 利幸¹、佐伯 悟三¹、岡田 禎人¹、雨宮 剛¹、
會津 恵司¹、佐藤 文哉¹、井村 仁郎¹、小林奈津子¹、寺林 徹¹、井田 英臣¹、
木原 俊裕²、山田 雅彦²、水野 紘樹³、横井 俊平¹
- 96 直腸に局限した虚血性腸炎に対し Hartmann 手術を施行した1例
大垣市民病院 外科
○蘆田 良、磯谷 正敏、金岡 祐次、前田 敦行、高橋 祐、水谷 文俊
- 97 虫垂粘液腺腫と卵巣粘液性嚢胞腺腫を同時切除した1例
JA 静岡厚生連 遠州病院 外科
○橋本 朋美、鈴木 正彦、鷺津 潤爾、赤羽 和久、佐藤 直紀、津田 和政、
水上 泰延
- 98 結腸憩室炎の穿通による S 状結腸腔断端瘻の1例
名古屋掖済会病院 外科
○山崎 公稔、米山 文彦、小川 敦司、宮田 雅弘、河野 弘
- 99 サイトメガロウイルス腸炎と考えられる穿孔性腹膜炎の一例
春日井市民病院 消化器科
○稲垣 佑祐、尾関 貴紀、加藤 晃久、松波加代子、片野 敬仁、望月 寿人、
高田 博樹、祖父江 聡、妹尾 恭司、伊藤 和幸
- 100 大腸穿孔症例における予後因子の検討
¹JA 愛知厚生連江南厚生病院 消化器内科、²JA 愛知厚生連江南厚生病院
○丹羽 慶樹¹、佐々木洋治¹、堤 靖彦¹、吉田 大介¹、古田 武久¹、板津 孝明¹、
加藤幸一郎¹、富永雄一郎¹、小林 健一¹、小宮山琢真¹

11:06~11:34 膝5

座長 名古屋大学消化器内科学 川嶋 啓揮

101 ERCP後膵炎予防に対する自然脱落型膵管ステントの使用経験

朝日大学附属村上記念病院 消化器内科

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

102 重症膵炎の経過中に発症した巨大仮性嚢胞に対し経胃的 EUS 下ドレナージが奏功した1例

小牧市民病院 消化器科

○岸本真理子、中川 浩、宮田 章弘、平井 孝典、大山 格、岡田 昭久、
大原 靖仁、小島 優子、林 大樹朗、桑原 崇通

103 経皮経空腸的超音波内視鏡下ドレナージが奏功した術後膵仮性嚢胞の1例

¹名古屋市立大学 消化器・代謝内科学、²名古屋市立大学 消化器外科学

○林 香月¹、大原 弘隆¹、中沢 貴宏¹、安藤 朝章¹、田中 創始¹、内藤 格¹、
奥村 文浩¹、宮部 勝之¹、吉田 道弘¹、石黒 秀行²、三井 章²、木村 昌弘²、
桑原 義之¹、城 卓志¹

104 EUS 下経胃的嚢胞ドレナージにより軽快した膵体尾部切除後膵液瘻の一例

名古屋第一赤十字病院 消化器科

○松下 正伸、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝朋、西野 正路、平山 裕、
山 剛基、中村 一平、小林 寛子、佐藤亜矢子、澤田つな騎、水谷 泰之

14:00~14:42 大腸4

座長 名古屋医療センター消化器科 岩瀬 弘明

105 短期間に形態変化を来した陥凹型 SM 深部浸潤癌の一例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科、²名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

○蟹江 浩¹、野村 智史¹、藤井 美帆¹、館 桂一郎¹、堀 寧¹、岩崎 弘靖¹、
梅村修一郎¹、坂 哲臣¹、藤原 圭¹、山田 智則¹、林 克巳¹、折戸 悦朗¹、
法水 信治²、長谷川 洋²

106 胃結腸瘻をきたした下行結腸癌の一例

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾富生、宮崎 恒起、山田 祥子、永野 淳二、鈴木 祐介、川出 尚史、
岩田 圭介、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、名倉 一夫、
加藤 則廣、冨田 栄一

107 多臓器重複大腸癌の一例

国家公務員共済組合連合会 名城病院

○名倉明日香、大岩 哲哉、山下 俊樹、前田 啓子、長野 健一、木本 英三、
早川 哲夫

108 当院における大腸同時性多発癌の検討

名城病院

○前田 啓子、大岩 哲哉、名倉明日香、山下 俊樹、長野 健一、木本 英三、
早川 哲夫

109 当院における異時多発大腸癌の検討

山田赤十字病院 消化器科

○杉本 真也、川口 真矢、山本 玲、山村 光弘、大山田 純、黒田 幹人、
亀井 昭、佐藤 兵衛、福家 博史

110 肝転移による高度肝障害を伴った大腸癌に対して FOLFOX 療法が有用であった一例

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、田中 守、小林 郁夫、海老 正秀、水島 隆史、平田 慶和、
村上 賢治、溝下 勤、久保田英嗣、谷田 諭史、片岡 洋望、神谷 武、
城 卓志

14:42~15:24 大腸5 座長 藤田保健衛生大学下部消化管外科 花井 恒一

111 Tubulovillous adenoma に覆われた直腸カルチノイドの1例

藤田保健衛生大学下部消化管外科

○本多 克行、前田耕太郎、佐藤 美信、升森 宏次、小出 欣和、勝野 秀稔、
安形 俊久、野呂 智仁、尾関 伸司

112 大腸ステント留置により良好な経過を得た下行結腸癌イレウスの経験

豊橋市民病院 一般外科

○宇治 誠人、加藤 岳人、柴田 佳久

113 大腸 pMP 癌の病理組織学的検討

—腫瘍浸潤様式とリンパ節転移の関係について—

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

○小森 康司、金光 幸秀、榊原 巧、清水 泰博、佐野 力、千田 嘉毅、
平井 孝

114 Cetuximab 療法中に狭心症と間質性肺炎をきたした1例

袋井市立袋井市民病院 外科

○柴原 弘明、久世 真悟、京兼 隆典、高見澤潤一、中村 勇人

115 術前化学療法により骨盤内臓全摘術を回避しえた局所進行直腸癌の1例

名古屋大学 大学院 腫瘍外科学

○大森 健治、上原 圭介、石黒 成治、西尾 秀樹、江畑 智希、横山 幸浩、
國料 俊男、角田 伸行、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、板津 慶太、
榊野 正人

116 前立腺癌直腸転移の1例

大同病院 外科

○宇野 雄祐、小谷 勝祥、松山 孝昭、山崎由紀子、佐藤 太一

15:24~15:59 小腸4 座長 岐阜大学医学部附属病院光学医療診療部 荒木 寛司

117 繰り返すイレウスに対して、発症5年後に切除した小腸悪性リンパ腫の1例

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

○日高 渉、長谷川 洋、坂本 英至、小松俊一郎、久留宮康浩、法水 信治、
高山 祐一、西前 和寿、廣瀬 友昭、奥野 正隆、神谷 忠宏、杉森 雅大

118 大腸全摘後の回腸人工肛門部癌の1例

¹久美愛厚生病院 外科、²久美愛厚生病院 内科

○芥川 篤史¹、堀 明洋¹、横崎 正一²

119 大腸、小腸転移をきたした肺癌の一例

¹三重大学 光学医療診療部、²三重大学 消化器肝臓内科

○葛原 正樹¹、原田 哲朗²、西川健一郎²、井口 正士²、田野 俊介²、井上 宏之²、
田中 匡介¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²

120 ダブルバルーン小腸内視鏡にて術前に病理診断が得られた原発性小腸癌の一例

¹三重大学 消化器肝臓内科、²三重大学 光学医療診療部、³松阪中央総合病院 胃腸科

○井口 正士¹、葛原 正樹²、原田 哲朗¹、西川健一郎¹、田野 俊介¹、井上 宏之¹、
田中 匡介²、堀木 紀行²、小林 一彦³、竹井 謙之¹

121 ダブルバルーン小腸内視鏡診断と当科における小腸疾患手術例の検討

名古屋大学 医学部 大学院医学系研究科 機能構築医学専攻 消化器外科

○神野 敏美、藤原 道隆、小寺 泰弘、小池 聖彦、中山 吾郎、大橋 紀文、
田中 千恵、中尾 昭公

一般演題

第6会場

9:00~9:35 胆1

座長 山下病院消化器内科 瀧 智行

122 胆嚢・十二指腸球部に瘻孔形成を認めた胆石性イレウスの1例

磐田市立総合病院 消化器科

○森川 友裕、鈴木 静乃、西垣 信宏、井上 裕介、住吉 信一、笹田 雄三、
斎田 康彦、犬飼 政美

123 当院における急性胆嚢炎治療の検討

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○澤田つな騎、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝朋、西野 正路、平山 裕、
山 剛基、松下 正伸、中村 一平、佐藤重矢子、水谷 泰之

124 経皮的胆嚢ドレナージ下に切石し得た胆嚢頸部嵌頓結石の一例

春日井市民病院 消化器科

○松波加代子、尾関 貴紀、加藤 晃久、稲垣 佑祐、片野 敬仁、望月 寿人、
高田 博樹、祖父江 聡、妹尾 恭司、伊藤 和幸

125 ERCPが術前診断に有用であった総胆管結石を合併した重複胆嚢の一例

岐阜県立多治見病院

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

126 胆管メタリックステント留置後1年で胆管充満結石を来しESWLが有効であった胆管狭窄の1例

高山赤十字病院 内科

○寺倉 大志、小木曾英介、馬場 厚、大西紘太郎、牧谷 光晴、今井 奨、
土井 晋平、中井 実、川上 剛、浮田 雅人、西尾 優、白子 順子、
棚橋 忍

9:35~10:10 胆2

座長 大垣市民病院外科 高橋 祐

127 胆嚢捻転の一例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○横井 剛、宮田 完志、湯浅 典博、竹内 英司、後藤 康友、三宅 秀夫、
永井 英雅、小林陽一郎

128 胆嚢管線筋腫症の一例

岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科

○岩下 雅秀、高田 淳、渡部 直樹、浅野 貴彦、田上 真、畠山 啓朗、
林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二、齋藤公志郎

129 早期十二指腸乳頭部癌の一切除例

JA 静岡厚生連 静岡厚生病院 外科

○松葉 秀基、水野 伸一、日比野正幸、西垣 英治、廣瀬 智也、玉内登志雄

130 早期胃癌を合併した乳頭膨張型胆管癌の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 外科

○川端 邦裕¹、森島 大雅¹、清野 隆史¹、井上 匡央¹、石川 英樹¹、八木 斎和²、
渡邊 正²

131 閉塞性黄疸で発症した際に多発性肝転移を呈した十二指腸乳頭部神経内分泌癌の1例

名古屋記念病院 消化器内科

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

10:10~10:38 胆3

座長 藤田保健衛生大学 胆・膵外科 石原 慎

132 黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

名古屋第一赤十字病院

○水谷 泰之、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝朋、西野 正路、平山 裕、
山 剛基、中村 一平、松下 正伸、小林 寛子、佐藤重矢子、澤田つな騎

133 Gemcitabine が著明に奏功した切除不能胆嚢癌の1例

名古屋掖済会病院 消化器科

○佐橋 学、安田真理子、吉村 透、大橋 暁、神部 隆吉

134 肝門部胆管癌と鑑別を要した IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○梅村修一郎、林 克巳、藤井 美帆、舘 桂一郎、堀 寧、岩崎 弘靖、
野村 智史、坂 哲臣、藤原 圭、山田 智則、折戸 悦朗

135 肝門部胆管癌に対して肝左 3 区域切除術肝動脈門脈切除再建を施行し R1 切除であったが 2 年 4 ヶ月無再発生存中の 1 例

名古屋大学 医学部 大学院 腫瘍外科

○服部 正興、西尾 秀樹、江畑 智希、横山 幸浩、菅原 元、深谷 昌秀、
上原 圭介、柳野 正人

10:38~11:20 食道 座長 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 宮原 良二

136 乳癌術後脳転移に対して全脳照射中に発症したヘルペス食道炎の1例

¹袋井市立袋井市民病院 外科、²袋井市立袋井市民病院 消化器内科

○中村 勇人¹、久世 真悟¹、京兼 隆典¹、柴原 弘明¹、高見澤潤一¹、春日井俊史²

137 Bilitec で著明な胆汁逆流が証明できた胃全摘後重症逆流性食道炎の2例

名古屋第一赤十字病院

○張 丹、宮田 完志、湯浅 典博、竹内 英司、後藤 康友、三宅 秀夫、
永井 英雅、小林陽一郎

138 巨大胃壁内転移から胃内に出血を認めた下部食道扁平上皮癌の1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

○清水 祐宏¹、西田 淳¹、中山 剛¹、久保田 望¹、坂西 康志²

139 SIADH を合併した進行食道癌の2例

¹国立病院機構名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学 消化器内科

○渡邊 久倫¹、岩瀬 弘明¹、浦岡 正尚¹、柿澤 麻子¹、寺尾 美咲¹、齋藤 雅之¹、
玉置 大¹、龍華 庸光¹、日比野祐介¹、平嶋 昇¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、
後藤 秀実²

140 転移による汎下垂体機能低下症を伴った Barrett 食道癌の1例

安城更生病院 内科

○小屋 敏也、富田 英臣、小島 千明、鈴木 大介、木原 俊裕、馬淵 龍彦、
竹内真実子、細井 努

141 臨床プロセスチャートを併用した食道癌周術期クリニカルパス

愛知県がんセンター中央病院 胸部外科

○斉藤 卓也、安部 哲也、波戸岡俊三、伊藤 志門、丹羽由紀子、光富 徹哉、
篠田 雅幸

14:00~14:35 十二指腸 座長 愛知県がんセンター中央病院内視鏡部 丹羽 康正

142 腹腔動脈解離を伴った脾動脈瘤破裂の1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 中央検査部

○山田 祥子¹、向井 強¹、岩田 圭介¹、宮崎 恒起¹、永野 淳二¹、鈴木 祐介¹、
小木曾富生¹、川出 尚史¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、名倉 一夫¹、
加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

143 十二指腸下行脚で出血を繰り返した十二指腸動脈瘤の1例

名古屋記念病院 消化器内科

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

144 十二指腸多発カルチノイドに対し臍頭十二指腸切除術を施行しリンパ節転移を認めた1症例

¹山下病院 消化器内科、²名古屋大学医学部大学院消化器内科学、³名古屋大学医学部大学院光学医療診療部

○鷺見 肇¹、富田 誠¹、瀧 智之¹、江藤 奈緒¹、小田 雄一¹、鶴留 一誠¹、
服部外志之¹、中澤 三郎¹、大宮 直木²、廣岡 芳樹³、後藤 秀美²

145 十二指腸粘膜下腫瘍に対し腹腔鏡・内視鏡合同局所切除 (LECS) 術を施行した1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部、³横山胃腸科病院

○長屋 寿彦¹、稲垣 均³、横山 正³、菊池 学³、横山 功³、横山 泰久³、
宮原 良二²、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

146 原発性十二指腸癌の横行結腸間膜に浸潤を認めた1切除例

愛知厚生連 豊田厚生病院 外科

○山内 康平、塩見 正哉、水野 敬輔、世古口 英、小林 聡、高木 健司、
金森 淳、渡邊 博行、伊藤 哲

14:35～15:10 その他 1

座長 名古屋第二赤十字病院消化器内科 林 克巳

147 多胞性腹膜中皮腫の1例

大同病院 外科

○宇野 雄祐、小谷 勝祥、松山 孝昭、山崎由紀子、佐藤 太一

148 一般臨床で FDG-PET/CT を契機に発見された悪性腫瘍の検討
～消化器癌を中心に～

¹大垣市民病院 放射線科、²大垣市民病院 消化器科

○曾根 康博¹、熊田 卓²、桐山 勢生²、谷川 誠²、久永 康宏²、豊田 秀徳²、
金森 明²、多田 俊史²、平松 武²、細川 貴範²、荒川 恭宏²、藤森 将志²、
高木万起子²

149 下大静脈原発と考えられた平滑筋肉腫の1例

¹国民健康保険関ヶ原病院 内科、²岐阜県総合医療センター 消化器内科

○桐井 宏和¹、安藤 暢洋²、中村 博式¹、桑原 好造¹、森島真理子¹、斉藤 吉男¹、
瀬古 章¹

150 急速な病状の進行がみられ死亡した成人 neuroblastoma の1例

¹袋井市立袋井市民病院 消化器内科、²袋井市立袋井市民病院 外科

○辻 敦¹、高柳 正弘¹、春日井俊史¹、柴原 弘明²

151 発熱と消化器症状で顕性化した卵巣奇形腫の一例

愛知医科大学 総合診療科

○濱野 浩一、伊吹 恵里、山本真紀子、泉 順子

15:10~15:45 その他2

座長 東海病院内科 丸田 真也

152 十二指腸狭窄をきたした後腹膜線維症の一例

藤枝市立総合病院 消化器科

○丸山 保彦、景岡 正信、永田 健、大畠 昭彦、野田 裕児、三輪 一太、
池谷賢太郎、森 雅史

153 fibromuscular dysplasia(FMD) により後腹膜出血を来した1例

トヨタ記念病院 消化器科

○宇佐美彰久、篠田 昌孝、高士ひとみ、鈴木 貴久、村山 睦、内山 功子、
遠藤 信也

154 当院における消化管CMV感染症の検討

岡崎市民病院 消化器科

○鬼塚 亮一、内田 博起、佐藤 淳一、藤吉 俊尚、大矢 和広、松岡 歩、
飯塚 昭男

155 筋膜炎を併発した好酸球性胃腸炎の一例

¹浜松医科大学医学部附属病院 第一内科、²浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター

○松浦 友春¹、山出美穂子¹、松下 直哉¹、川崎 真佑¹、寺井 智宏¹、魚谷 貴洋¹、
高柳 泰宏¹、山田 貴教¹、小平 知世¹、杉本 健¹、大澤 恵¹、金岡 繁¹、
古田 隆久²、伊熊 睦博¹

156 結核性腹膜炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○黒石 健吾、小柳津竜樹、高橋 好朗、田中 俊夫、浜村 啓介、大野 和也、
岡崎 敬、鈴木 亮

1 インフリキシマブ投与で回腸末端部狭窄が改善した右腸筋腫瘍合併クローン病の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

○水島 隆史、溝下 勤、谷田 智史、片岡 洋望、
神谷 武、久保田英嗣、志村 貴也、村上 賢治、
平田 慶和、海老 正秀、小林 郁生、田中 守、
佐々木誠人、城 卓志

症例は 33 歳男性。2002 年にクローン病と診断され治療を受けていた。2008 年 9 月に継続する 38 度台の弛張熱と右下腹部痛のため当科に紹介入院となった。入院時の CT で右腸腰筋の ringed enhancement と回盲部の腸管壁肥厚および周囲脂肪濃度上昇が確認された。小腸造影にて回腸末端部炎症性浮腫、狭窄が確認された。また、明らかな瘻孔は確認できなかった。クローン病の再燃増悪、右腸筋腫瘍の併発と診断した。抗生剤投与で腸筋腫瘍は改善し、引き続き行ったインフリキシマブ投与で回腸末端部の狭窄も改善した。右腸筋腫瘍を併発したクローン病再燃に対して抗生剤およびインフリキシマブ投与が奏功した症例を経験したため報告した。

2 クローン病の小腸狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術の有効性

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

○森島 賢治¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、竹中 宏之¹、
山村 健史¹、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、
廣岡 芳樹²、渡辺 修²、安藤 貴文²、後藤 秀実²

【背景】クローン病の症例数は年々増加の一途をたどり、いまや小腸疾患の代表といえる。その自然史は進行性で、発病後 10 年で約 70% の患者が手術を経験するといわれている。従来食道や大腸病変に対して内視鏡的バルーン拡張術 (EBD) が行われてきたが、近年ダブルバルーン小腸内視鏡 (DBE) の登場により小腸狭窄に対しても EBD が可能となった。術後の再発・再狭窄を考慮すれば、可能な限り外科的手術を回避することが望ましく、EBD は有用な治療法であると思われる。【目的】クローン病の小腸狭窄に対して DBE を用いた EBD の有用性を検討する。【方法】2003 年 6 月～2009 年 7 月までに DBE を施行したクローン病 64 例中、EBD を施行した 20 例 (男女比 16 : 4、平均年齢 38.5 歳、当院初回入院時までの平均罹病期間 7.5 年、吻合部病変 9 例、一次病変 5 例、両者 6 例) に対し DBE 下 EBD を施行した。なお、瘻孔合併例は EBD の適応外とした。【結果】EBD 1 回の平均拡張病変数は 1.9 病変であった。全 20 例中 7 例 (35%) は初回 EBD のみで、6 例 (30%) は繰り返し EBD を施行することで、計 13 例 (65%) が腸閉塞症状の再燃なく手術を回避することができた (観察期間中央値 500 日)。【結論】クローン病の小腸狭窄に対する DBE 下 EBD は、外科的手術を回避する有効な治療法と考えられた。

3 6MP 単剤療法と、内視鏡的バルーン拡張術が有効であったクローン病の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○樋口 俊哉、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、大林 友彦、河合 学、川口 彩、
山雄健太朗、岡村 正造

【症例】47 歳男性。【既往歴】16 歳痔瘻手術。35 歳糖尿病。【現病歴】昭和 57 年 10 月、下痢を契機に当院入院し、小腸大腸型クローン病と診断された。その後放置されていたが、昭和 61 年 7 月再び下痢、体重減少、痔瘻増悪を認めたため入院となった。絶食持続点滴、5ASA 製剤、PSL30mg 内服にて寛解導入され、5ASA で寛解維持されていた。平成 15 年 7 月肛門狭窄をきたした大腸内視鏡挿入は困難となった。同 15 年 9 月よりインフリキシマブを 8 週間隔で 2 回投与したが症状の改善はなかった。肛門狭窄に対して平成 15 年 11 月と平成 16 年 2 月に内視鏡的バルーン拡張術を施行した。平成 16 年 3 月、発熱、腹痛が増悪したため再入院。大腸内視鏡検査では直腸から上行結腸に多発する縦走潰瘍や敷石像を認めた。インフリキシマブ再投与 (3 回投与) と 6MP30mg の併用にて治療したが寛解導入は困難であった。その後は 5ASA と 6MP を投与し、診察時の至急採血で白血球数を 2000-5000/ μ L となるように 6MP の投与量を増減して個々の至適容量を調節するオーダーメイド療法を行った。平成 16 年 7 月肛門狭窄が増悪しバルーン拡張を施行。以降 1 年に 2 回のバルーン拡張を施行し、排便は保たれている。平成 19 年 5 月の受診時、白血球数が 2520/ μ L と低下傾向であったため 5ASA を中止し 6MP 単剤投与とし治療を継続した。発熱、腹痛は無く IOIBD は 0~1 点、CRP も 0.1 未満で臨床的寛解が維持された。平成 21 年 3 月の大腸内視鏡所見では、肛門の瘢痕狭窄を認めるものの活動性はなく口側病変にも粘膜治癒を認めた。現在も 6MP30mg にて寛解維持され、肛門瘢痕狭窄に対しては年約 2 回のバルーン拡張にて経過良好である。【まとめ】今回我々は 6MP を単剤で用いて寛解維持に成功し、肛門狭窄に対しては繰り返しバルーン拡張を行うことで良好な結果を得たクローン病を経験したので報告する。(若手)

4 治療に難渋した初発の潰瘍性大腸炎に伴う大腸穿孔の 1 例

名古屋掖済会病院

○宮田 雅弘、米山 文彦、山崎 公稔、小川 敦司、
河野 弘

症例は 62 歳男性。既往歴は特になし。2009 年 5 月、10 日前からの下痢、水様便を主訴に当院受診。大腸内視鏡施行し全結腸型の潰瘍性大腸炎を認めた。大腸内視鏡施行後より下腹部痛、腹部膨満あり、CT 検査にて腹腔内に free air、腹水貯留認め、消化管穿孔と診断し緊急で開腹術施行した。開腹所見では腹腔内に胆汁の貯留を認め、S 状結腸にピンホール大の穿孔部位を認めた。手術は穿孔部位を縫合閉鎖を閉鎖し、回腸人工肛門を造設した。術後ダグラス窩ドレインから排膿を認め、ドレイン造影で S 状結腸への瘻孔を認めた。腸管の安静、ドレナージにて治療行ったが術後 60 日で依然瘻孔閉鎖せず、肛門から粘血便認めため、潰瘍性大腸炎に対し薬物治療併用した。瘻孔閉鎖は得られなかったが全身状態改善したため術後 106 日目に退院となった。潰瘍性大腸炎は内科的治療が第一選択となるが、穿孔例に対しては緊急手術が必要となる。術式としては大腸全摘術が行われることが多いが、術後の QOL の低下は否めないところであり、本症例においては初発の潰瘍性大腸炎で未治療であったため、今後の内科的治療により潰瘍性大腸炎の病勢がコントロールされることに期待し大腸全摘術は施行しなかった。今回われわれは初発の潰瘍性大腸炎に伴う大腸穿孔で治療に難渋した 1 例を経験したので考察し報告する。

5 中毒性巨大結腸症を合併した急性劇症型潰瘍性大腸炎の一例

名古屋市立西部医療センター 城北病院 消化器内科
○山川 慶洋、勝見 康平、木村 吉秀、坂本 知行

【症例】46 歳男性。【主訴】下痢、全身倦怠感。【既往歴】2 型糖尿病 (HbA_{1c}6.4)、高脂血症。【現病歴】平成 21 年 4 月の中旬より下痢が継続するため近医を受診し、感染性腸炎の疑いで抗生剤投与にて経過観察となっていた。下痢の改善を認めないため、同年 5 月 26 日当院を受診。来院時の腹部単純 XP にて大腸のハウストラの消失と横行結腸の拡張を、上下腹部単純 CT にて著明な直腸の壁肥厚を認め、潰瘍性大腸炎が疑われ入院となった。【入院後経過】大腸内視鏡検査を施行、直腸より連続性に粘膜の著明な浮腫、びらんを認め、S 状結腸では地図状の深い縦走潰瘍、偽ポリポースを呈し、内視鏡所見、臨床症状より重症潰瘍性大腸炎と診断した。中毒性巨大結腸症の合併を注意しながら、5 月 27 日より、プレドニゾロンの強力静注療法 (水溶性プレドニゾロン 80mg/ 日) を開始した。その後は腹痛軽減し、炎症反応も改善傾向であったが、腹部単純 XP では横行結腸は拡張傾向であった。6 月 3 日より全身倦怠感の悪化を認め、中毒性巨大結腸症と診断し、同日緊急手術を施行した。開腹所見では横行結腸は著明に拡張し、微小穿孔が認められ、大腸垂全摘回腸人工肛門造設と S 状結腸粘液ろう造設術が行われた。その後の経過は順調である。【考察】本症例は炎症反応や腹部所見は一旦改善したものの、腹部単純 XP 所見は悪化しており、乖離していた。その後急激に全身状態の悪化が生じ、手術にて中毒性巨大結腸症による拡張腸管の穿孔が判明した。中毒性巨大結腸症は約 30% 前後に穿孔を合併し、穿孔例の死亡率は 50% とされている、非常に重篤な状態である。潰瘍性大腸炎の合併症としても重要で、緊急手術の適応である。臨床症状や炎症反応が改善していても、中毒性巨大結腸症を念頭において腹部単純 XP 等を経時的に follow up することが重要であると考えられた。

6 陰部感染で発症した透析中直腸癌合併 UC の 1 例

春日井市民病院 外科

○馬場 泰輔、山口 竜三、古田 美保、濱口 桂、
笹本 彰紀、渡辺 真哉、栗田 賢二、山口 貴之、
渡辺 伸元、野田 尚未、木村 怜史、金井 道夫

症例；49 歳男性。主訴；鮮血便。既往歴；慢性腎不全 (透析中)、潰瘍性大腸炎 (寛解期)。平成 21 年 5 月血便を主訴に来院、CT にて石灰化を伴う肛門周囲膿瘍を認めた。ドレナージ術中、自壊した膿瘍腔のほか、直腸粘膜に多発ポリープ、絨毛状粘膜を認め、提出された生検から mucinous car. が検出された。人工肛門を造設した上で二期的に骨盤内臓全摘術を予定した。結腸全摘、膀胱合併切除、会陰部に腹直筋皮弁をあて、回腸嚢を作成し、人工肛門を造設した。出血 4586 g、手術時間 550 分であった。術中、カリウムが 6.1 と漸増したため、手術時間短縮と出血量を抑える目的で、両側の腎摘出は行わず尿管結紮とした。組織学的には直腸は mucinous adenocarcinoma、結腸は ulcerative colitis であった。

7 潰瘍性大腸炎再燃に Clostridium difficile 感染が関与した 3 例

藤枝市立総合病院

○池谷賢太郎、丸山 保彦、景岡 正信、永田 健、大畠 昭彦、野田 裕兒、三輪 一太、森 雅史

【背景】 Clostridium difficile (C.difficile) は、入院中の抗菌薬使用時や宿主の免疫能低下時、Clostridium difficile-associated disease (CDAD) をきたすことが知られている。また、近年、潰瘍性大腸炎などの IBD 患者の病態悪化、再燃に C.difficile が関与するとの報告がなされている。今回、当院で経験した潰瘍性大腸炎再燃に C.difficile 感染が関与したと考えられた 3 例につき報告する。【症例】 年齢：22 歳～46 歳、男性 1 例、女性 2 例。主訴：全例潰瘍性大腸炎として外来フォロー中、血便、下痢回数の増加、腹痛の増強など、原病再燃と考えられ入院。診断：再燃前薬物療法：mesalazine 単独 1 例、PSL+mesalazine 1 例、PSL+azathioprine 1 例であり、抗菌薬投与例は認めなかった。入院時の糞便培養検体にて ELISA 法による C.difficile toxin の検索を複数回行い、1 検体でも陽性であった場合を治療対象とした。内視鏡像：粘膜浮腫、血管透見消失、粘膜顆粒像、易出血性など、原病活動期の所見を全例に認め、C.difficile に特徴的な偽膜形成を含め、特異的な所見は認めなかった。治療：原病治療の強化 (PSL 増量+G-CAP 導入+azathioprine 導入) で改善しなかった 1 例は VCM 内服、他の 2 例は原病治療は変更せず、MNZ 内服を行った。全例、内服 2～3 日目より自覚症状の改善を認め緩解した。【考察】 潰瘍性大腸炎患者の病態悪化、再燃に関与する腸管病原体としてサイトメガロウイルスや Fusobacterium varium が知られているが、近年、C.difficile の関与も注目されている。ステロイドや免疫調節剤などの原病治療に対する反応不良例、さらなる病状悪化例では CDAD という病態を想起し、本菌毒素の検索、治療を行う必要があると考えられる。

8 広範な大腸狭窄の術後に UC 様の所見を呈した炎症性腸疾患の一例

東海病院 内科

○北村 雅一、加藤 亨、山本 剛、丸田 真也

症例は 50 歳代女性。小児期より便秘傾向であったが、1 か月前より便秘と腹満感が強くなり左下腹部痛が出現した。近医にて下剤を処方され内服するも改善見られず、当院へ紹介入院となった。腹部理学的所見では左側腹部に腫瘍を触知し同部に圧痛を認めた。腹部 CT では横行結腸から下行結腸にかけて連続性に壁肥厚が見られ、周囲に effusion を伴っていた。血液検査では WBC10,000/ μ l、CRP8.04mg/dl と異常を認めた。大腸内視鏡検査では S 状結腸に散在性に経度発赤を認め、下行結腸下部に炎症性ポリープと癩瘻様狭窄がみられ内視鏡は挿入不能であった。経口および経肛門のなストログラフィンによる造影検査では、小腸や上行結腸～肝彎曲には明らかな異常を認めなかったが、横行結腸左側～下行結腸は広範に高度の狭窄が見られ腸管は短縮していた。炎症性もしくは虚血性の狭窄を考え絶食と抗生剤治療等の保存的治療を行ったが狭窄が改善しないため左半結腸切除術を施行した。術中所見では脾彎曲部の炎症が強く大網や左腎周囲脂肪筋内への炎症の波及が見られた。切除標本には縦走潰瘍や癩瘻と多発する炎症性ポリープを認め、病理組織学的には憩室炎後の変化が考えられた。術後 6 ヶ月の大腸内視鏡検査では特に異常を認めなかったが、1 年 8 ヶ月の内視鏡では上行結腸と横行結腸-S 状結腸吻合部周囲に発赤やびらん、浅い潰瘍を認め病理組織学的にも潰瘍性大腸炎が考えられた。SASP 内服により術後 2 年の内視鏡検査では所見の改善が見られ現在も継続治療中である。本例は手術時には炎症性狭窄がかなり進行した状態でその原因を特定することは困難な状況であったが、経過から振り返るとその後に見られた潰瘍性大腸炎様の炎症性腸疾患により広範な大腸狭窄をきたしたものと推測された。

9 タクロリムスにて寛解導入しえた潰瘍性大腸炎の 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、大林 友彦、河合 学、川口 彩、山雄健太郎

症例は 28 歳、女性。平成 18 年 10 月近医にて左半結腸型潰瘍性大腸炎と診断され、5-ASA、ステロイド坐薬による治療を受けたが、症状は改善せず平成 19 年 5 月当院へ受診となる。SASP、PSL 内服、L-CAP により寛解導入に成功し、平成 20 年 1 月以降 SASP にて寛解を維持した。出産後の平成 21 年 4 月下旬に発熱と腹痛、10 行 / 日を越す下痢と粘血便を認め、潰瘍性大腸炎再燃増悪と診断し精査加療のため入院とした。大腸内視鏡検査では易出血性の粗造粘膜を認め、DAI (Disease Activity Index) スコア 12 点と診断し、絶飲食、SASP 内服、PSL 点滴にて治療を開始した。PSL を漸減した時点で DAI スコア 9 点 (排便回数 2 点、血便 1 点、内視鏡 3 点、全般的評価 3 点) と改善は乏しくステロイド抵抗性と考えられ、5 月中旬より G-CAP を開始した。5 月下旬の大腸内視鏡検査では、粗造粘膜の改善はみられたが脾彎曲に巨大潰瘍を認め、内視鏡の通過は困難であった。腹部 CT 検査での横行～下行結腸の壁肥厚の所見とあわせ、全結腸型潰瘍性大腸炎と診断し、現行治療のみでの寛解導入は困難との判断のもと、5 月下旬より CsA、G-CAP2 クール目を追加した。6 月中旬の大腸内視鏡検査では潰瘍は治癒傾向を示し、DAI スコア 5 点 (排便回数 1 点、血便 0 点、内視鏡 2 点、全般的評価 2 点) まで改善し経過良好であったが、経口摂取を再開したところ 7 月上旬に再度腹痛と粘血便、発熱が出現し、DAI スコア 10 点 (排便回数 3 点、血便 2 点、内視鏡 2 点、全般的評価 3 点) と増悪を認めた。再度、寛解導入目的でタクロリムスの投与を開始した。投与後より直ちに腹痛、粘血便は軽快し、大腸内視鏡検査では病変部に再生上皮を認め、DAI スコア 3 点 (排便回数 1 点、血便 0 点、内視鏡 1 点、全般的評価 1 点) と改善し 8 月中旬に退院となる。以降外来にてタクロリムス内服を継続し、症状の増悪なく寛解導入に成功。投与開始より 3 ヶ月経過した現在、内服を中止し AZA、SASP にて維持療法を行っている。【考察】 今回我々は難治性の活動期潰瘍性大腸炎に対してタクロリムスを使用することで寛解導入を得ることができた 1 例を経験したので、若干の文献の考察を加えて報告する。

10 ステロイド抵抗性劇症型潰瘍性大腸炎に対し Tacrolimus Hydrate(Prograf) が有効した 1 例

岐阜大学

○小野木章人、荒木 寛司、井深 貴士、福田 和史、白木 亮、大澤 陽介、笠原 千嗣、鶴見 寿、永木 正仁、森脇 久隆

【症例】28 歳、男性。平成 6 年潰瘍性大腸炎 (左側大腸炎型) 診断。5 -ASA 内服にて寛解維持。平成 17 年再燃し Prednisolone (PSL)、白血球除去療法 (LCAP) にて寛解。その後、寛解維持療法として Azathioprine (AZA)50mg、5-ASA 2250mg 内服を行っていた。平成 21 年 7 月下旬より 10 日以上 / 日の血性下痢、腹痛、発熱を認め、7 月 21 日前医入院となる。前医入院時臨床的重症度分類は重症 Mats 内視鏡分類 grade3 であった。PSL50mg 投与、LCAP を施行するも症状改善せず。7 月 27 日、8 月 2 日に計 2 回ステロイドパルス療法を施行するも症状改善せず、8 月 5 日当科転院となった。転院時現症は、身長 167cm 体重 41kg (前医入院時より -10kg)、腹部所見では左側腹部から下腹部にかけ発赤、圧痛あり、反跳痛は認めず。直腸内視鏡所見では、縦走する深掘れ潰瘍、自然出血を認め、粘膜浮腫が強く腸管の伸展不良を認めた。サイトメガロは病理、antigenemia で陰性であった。以上よりステロイド抵抗性劇症型と診断した。PSL40mg、5-ASA 4g、AZA50mg に加え、8 月 6 日より Tacrolimus Hydrate(Prograf) 2mg / 日投与を開始した。TDM(therapeutic drug monitoring) は投与 1,2,5,6,9,14 日に行い、目標トラフ値が 10～15mg/ml に投与量設定を行った。投与 3 日目より 7mg / 日、投与 7 日目より 10mg / 日とした。投与 3 日ごろより徐々に腹痛は改善し、投与 5 日目には血便の改善、排便回数の減少を認めた。投与 9 日目に施行した内視鏡検査では直腸に潰瘍は残存するも、粘膜浮腫、発赤は改善していた。投与 11 日目には臨床的重症度分類は中等症に改善。投与 15 日目より目標トラフ値を 5～10mg/ml (9mg / 日) に変更し、PSL も減量した。投与 24 日目には臨床的重症度分類は軽症に改善し、投与 30 日目は内視鏡所見は潰瘍の縮小を認めた。副作用は、投与 8 日目頃より血中マグネシウム減少を認め、硫酸マグネシウム水和物 (コンクライト Mg) にて補充を行った。

11 シクロスポリン投与中に著明な歯肉増殖症を併発した潰瘍性大腸炎の一例

名古屋大学 消化器内科

○三宅 忍幸、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、
渡辺 修、加藤 剛、日比 知志、神谷 徹、
三村 俊哉、中村 正直、宮原 良二、大宮 直木、
後藤 秀実

【はじめに】シクロスポリン (CyA) は、真菌の一種である *Tolypocladium inflatum* Gams の代謝産物で、免疫調節剤として主に移植拒絶反応や自己免疫疾患に対する治療に用いられている。また潰瘍性大腸炎 (UC) に於いては厚生労働科学研究班による治療指針の中で、激症例又は難治症例のうちステロイド抵抗例で重症の場合に CyA 持続静注療法が選択肢として記載されている。但し、本治療は現在保険適応外であり、その様々な副作用に注意を要する事から経験のある専門施設での使用が望ましいとされる。今回我々はステロイド抵抗性の重症難治性潰瘍性大腸炎に対し CyA 持続静注療法施行中、著明な歯肉増殖を来した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】16 歳、男性。15 歳時に下血にて発症、大腸内視鏡所見より UC と診断され当院へ紹介された。入院にてステロイド投与及び顆粒球除去療法 (GCAP) を行ったところ、改善を認めステロイドを漸減し退院。外来で 5-ASA・ステロイド内服による治療を継続中、約 2 ヶ月後に再燃し再び入院となった。絶食・IVH 管理とし、白血球除去療法 (LCAP)、レバミピド (ムコスタ) 注腸、アザチオプリン (AZA) 内服を行ったが効果なく、CyA 持続静注療法を開始、血中濃度 400~600ng/ml で維持投与した。CyA 開始後数日して口内炎を発症、12 日目には歯肉の著明な腫脹が認められ、口腔内の疼痛も持続、CyA による副作用と考えられた。CyA の UC に対する効果も薄く、CyA を減量したところ腹部症状の増悪を来し、CyA 開始から 17 日後に緊急手術 (大腸亜全摘+人工肛門造設術) となった。【まとめ】CyA は、ステロイド抵抗性の重症或いは激症型の潰瘍性大腸炎に対し投与され、手術を回避できる場合も少なくない。しかしながら、副作用として肝障害・腎障害・精神神経症状の出現・易感染性等の他、本例のように歯肉増殖を来す場合がある。歯肉増殖症は、シクロスポリンの他、抗てんかん薬や Ca 拮抗薬等の副作用として報告があり、重篤な転帰となる事は稀だが、QOL を損なう要因となったり、本症例のように原疾患の治療に影響を及ぼす場合もあり、早期診断と適切な対応が必要と考えられた。

12 炎症性腸疾患に対する 6-TGN モニター下免疫調整剤の投与について

浜松南病院 消化器病・IBD センター

○飯田 貴之、渡辺 文利、竹内 健、新井 修、
阿部 仁郎、花井 洋行

(目的) 6-メルカプトプリン (6-MP) とアザチオプリン (AZT) などのチオプリン製剤の主要な代謝酵素であるチオプリンメチルトランスフェラーゼ (TPMT) は遺伝子多型があり、TPMT 活性は個人差がある。我々の日本人における検討では遺伝子多形の頻度は約 2% と低いものの、正常者でも TPMT 活性には個人差が大きく、それは代謝産物である 6-TGN と逆相関を示す。このため、臨床的には 6-TGN をモニタリングすることが重要であることを報告してきた。今回さらに症例数が増加したため、これまでの我々の見解について報告する。(方法) 1、チオプリン製剤投与中患者の赤血球中 6-TGN 濃度を測定し各濃度における緩解維持率と副作用 (血球障害) 発現率を算出した。2、新たに投与を開始した症例については投与開始 1、2、4、8、12 週後の赤血球中 6-TGN 濃度を測定した。(結果) 1、6-TGN 濃度が 320 pmol 以上の症例では再燃は認められず、200 以上 450 未満の範囲では再燃率は約 2.5% であったが、200 未満では約 15.9% であった。6-TGN 濃度が 340 pmol 以上の症例で血球障害をきたす例が散見され、450 pmol 以上では血球障害発現率は 15% と上昇した。2、投与開始時の 6-TGN 濃度の経時的変化は投与開始 4 週でほぼ飽和状態に達し、8 週後にほぼ安定した。(結論) チオプリン製剤を長期に投与する場合、十分な効果を得て、なおかつ副作用の出現を防止するには赤血球中 6-TGN 濃度を 200 pmol 以上 450 pmol 未満に投与量を調整することが最適と考える。一方で高濃度の症例でも副作用なく寛解維持されている症例も少なくなく、このような場合は減量せず慎重に経過観察している。投与開始後は 4 週から 8 週で濃度が安定するため、これを踏まえた投与開始時期を決定している。以上より、6-TGN のモニタリングは臨床上有用であり、TPMT 活性に影響を与える 5-ASA 製剤などの併用、増量の場合も 6-TGN のモニタリングが勧められる。

13 EUS 下ドレナージが奏功した腫瘍内感染の一例

¹名古屋大学消化器内科学、²名古屋大学光学医療診療部
 ○坂野 剛紀、宮原 良二²、長屋 寿彦¹、古川 和宏¹、
 坂巻 慶一、立松 英純¹、船坂 好平¹、小原 圭¹、
 田中 努¹、中村 正直¹、川嶋 啓輝¹、伊藤 彰浩¹、
 大宮 直木¹、廣岡 芳樹¹、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、
 後藤 秀実¹

【症例】61 歳 女性【主訴】腹痛【既往歴】高脂血症【現病歴】2007 年 7 月上旬から心窩部に違和感あり、その後腹痛も出現したために 7 月 13 日当院外来に受診した。血液検査で WBC5500/mm³、Hb12.3g/dl、CRP5.8mg/dl と炎症を認め、腹部造影 CT にて胃大弯側に接して 20cm 大の不均一に造影される腫瘍と腹腔内に大小の結節を認めたため、精査加療目的で 7 月 17 日入院となった。【入院時身体所見】腹部に腫瘍を触知するも、圧痛や反跳痛は認めなかった。【入院時経過】7 月 18 日上部消化管内視鏡検査では前庭部大弯、体中部小弯、穹隆部の立ち上がりならぬ隆起が多発しており、胃体上部は送気しても進展不良で圧排所見を認めた。EUS では腫瘍は筋層に連続した境界明瞭で内部は不均一に描出され、低エコー領域が散在していた。7 月 20 日 EUS-FNA を施行し、病理組織では紡錘形細胞が不規則に増殖して分裂像もみられ、免疫染色では KIT(+), CD34(+), S-100(+), SMA(+) を示し GIST と診断した。8 月 6 日よりメシレンイマチニブ 300mg/日 で内服治療を開始した。8 月 17 日 CT 検査にて腫瘍縮小傾向あり、腫瘍内部は治療による変性を認めた。8 月下旬より 38 度台の発熱が持続し、貧血の進行と全身状態の悪化がみられた。腫瘍内部の壊死部位に感染を合併し、発熱の原因となっている可能性が高いと考えられたため、9 月 19 日 EUS 下で経胃的に腫瘍を穿刺して ENBD チューブを留置してドレナージを施行した。ドレナージチューブより悪臭を伴う膿汁状様の液体が多量に吸引され、腫瘍の著明に縮小し、腹部症状の軽減や解熱が得られた。今後の方針としてチューブ抜去により再度壊死物質や膿の貯留していく可能性もあり、根治手術とはならないが腫瘍の縮小しているうちに可能な部分でも手術で切除する方針とした。9 月 26 日に胃全摘術と腫瘍切除術を施行し、引き続きメシレンイマチニブによる治療を継続とした。【結語】腫瘍内感染に対して EUS 下ドレナージにより感染コントロールができた症例を経験したので報告する。

15 EUS-FNAB にて診断した腎細胞癌を合併した胃 GIST の一例

¹三重大学 医学部 消化器肝臓内科、²三重大学 医学部 光学診療部
 ○西川健一郎、井上 宏之、原田 哲郎、井口 正士¹、
 田野 俊介、葛原 正樹¹、田中 匡介²、堀木 紀行²

症例は 78 歳、女性。全身倦怠感を主訴に近医を受診、腹部 US にて右腎上極に腫瘍性病変を指摘された。精査の CT にて胃にも腫瘍性病変を認めたため精査加療目的に当科入院となった。腹部 US では右腎上極に 45mm 大の low echoic な充実性腫瘍として描出された。CT では胃穹隆部内腔に 40mm 大の類円形の造影効果を伴う腫瘍性病変を認め、右腎の腫瘍性病変も造影早期相に不均一に濃染像を呈した。MRI T1 強調像で胃穹隆部の腫瘍は等から低信号、右腎の腫瘍は低信号に、T2 強調像では胃穹隆部の腫瘍は高信号、右腎の腫瘍は不均一に高信号に描出された。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部前壁小弯より 40mm の粘膜下腫瘍を認めた。EUS では第 4 層に連続する境界明瞭な充実性の low echoic な充実性腫瘍として描出された。腫瘍深部からの生検を試みたが腫瘍細胞を認めなかった。画像所見より右腎腫瘍は腎細胞癌と診断した。胃腫瘍については転移性胃腫瘍との鑑別が困難であったため、確定診断のため EUS-FNAB を施行した。組織所見にて結合性の強い紡錘形細胞の集塊を認め GIST と診断した。右腎細胞癌に合併した胃 GIST と診断し、右腎摘出術、開腹下胃局所切除術を施行した。切除標本では胃の腫瘍は境界明瞭で壁外性に発育しており、剖面では内部に出血を伴っていた。組織学的に腫瘍は固有筋層内に位置し C-kit 陽性の紡錘形細胞の増殖を認め、胃 GIST と診断した。右腎の腫瘍は腎細胞癌であった。他臓器癌併存の胃粘膜下腫瘍の診断において、EUS-FNAB は有用と考えられる若干の文献的考察を加え報告する。

14 超音波内視鏡検査 (EUS) により胃原発と診断しえた壁外発育型 GIST の一例

¹八千代病院 消化器内科、²八千代病院 内科、³八千代病院 外科、
⁴名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
 ○横山 敬史¹、小島 達也¹、安田 真子¹、長谷 智²、
 森浦 滋明³、伊藤 彰浩⁴

今回我々は胆嚢炎を契機として発見され、EUS にて術前に胃原発と診断しえた壁外発育型の Gastrointestinal Stromal Tumor(GIST) の一例を経験したので報告する。【症例】48 歳女性。【現病歴】2008 年 3 月某日の夜から心窩部痛が出現したため、翌日当院を受診した。腹部単純 CT 検査にて胆石胆嚢炎の所見とともに左上腹部に径約 6cm の腫瘍を認めたため、精査加療目的で入院した。【現症】軽度肥満。心窩部に腹膜刺激徴候を伴わない圧痛を認めた。【既往歴】5 年前から胆嚢結石を指摘されていた。【初診時血液検査】肝胆道系酵素と血清ビリルビンの上昇をみるも CRP、WBC は基準範囲内であった。【経過】保存的治療により症状は速やかに消失した。引き続き腫瘍に関する諸検査を施行した。【US】腫瘍は充実性でやや低エコーを呈し、内部に無エコー領域を認めた。【GIF】胃体部に最大 10mm までのポリープが多発していた。病理所見では悪性像を認めなかった。本検査では粘膜炎下腫瘍や壁外性圧排を唆する所見を認めなかった。【MRI】T1 強調で low intensity、T2 強調で high intensity を呈する内部不均一な腫瘍であり、GIST を含む腫瘍性病変が示唆された。【dynamic CT】径 6cm の境界明瞭な腫瘍を認めた。早期相では造影効果は乏しく、後期相にて周辺部に造影効果を認めるものの中心部の造影効果は乏しかった。【EUS】胃体部大弯側の壁外に境界明瞭で内部不均一な低エコーの腫瘍を認めた。胃壁第 4 層はほぼ保たれていたが、一部で約 2cm にわたり腫瘍と連続する所見を認めたため胃原発の腫瘍と診断した。以上の検査所見から胃原発の GIST を含む間葉系組織由来の腫瘍と診断し手術を施行した。【術中所見】腫瘍は結節状を呈し、周囲組織との癒着を認めず胃壁とは細い茎で連続していた。胆嚢摘出術と腫瘍摘出術が施行された。【病理学的所見】腫瘍細胞は、HE 染色にて紡錘状の形態を呈していた。免疫染色では、KIT(+), CD34(+), S100(-), SMA(-), MIB-1< 5% であり、low grade の GIST と診断した。断端は陰性であった。現在も経過観察中であるが再発は認めていない。(若手)

16 肝転移再発にイマチニブが有効であった巨大胃 GIST の 1 例

碧南市民病院 外科
 ○鈴木 究、金澤 英俊

症例は 68 歳女性。平成 19 年 8 月中旬に左上腹部痛と心窩部膨満感を主訴に近医を受診。腹部腫瘍を触知し、当院を紹介された。腹部正中から左季肋部に小児頭大の圧痛を伴わない腫瘍を触知した。上部消化管内視鏡では胃穹隆部から胃体上部に粘膜下腫瘍様隆起を認めた。腹部 CT で胃と脾臓に接する直径約 15cm の腫瘍を認めた。以上より胃粘膜下腫瘍と診断した。肺、肝などへの遠隔転移も認められなかったため平成 19 年 9 月、手術を行った。術中所見で脾浸潤を認め、胃全摘、脾体尾部脾合併切除、胆嚢摘出術を施行した。病理所見は low grade malignancy GIST であり、c-kit と CD34 は陽性、α-SMA と S-100 は陰性であった。術後に脾液瘻を合併したが保存的治療で軽快し、術後 56 日目に軽快退院した。術後補助化学療法を勧めたが拒否された。術後 5ヶ月目の腹部 CT にて肝 S4 に転移巣を認め、肝切除を勧めたが拒否されたため、イマチニブ (400mg/day) 投与を開始した。内服開始当初は顔面浮腫や下痢などの副作用が現れ、数日～数週間の休薬、300mg/day への減量を余儀なくされたが、次第に副作用も弱まり、400mg/day の内服を継続した。術後 9ヶ月目の腹部 CT では転移巣の縮小、術後 1年 3ヶ月目には更なる縮小を認めた。内服開始から 1 年 7ヶ月の間、転移巣の増大および新たな転移巣の出現を認めていない。胃原発 GIST 術後の肝再発に対してイマチニブ投与が有効であった 1 例を経験したので報告する。

17 下血にて発症した十二指腸 GIST の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 内科
○清野 隆史、井上 匡央、森島 大雅、川端 邦裕、
石川 英樹

症例は 58 歳、女性。平成 21 年 7 月 26 日、下血を主訴に当院救急外来を受診した。半年ほど前から左下腹部で徐々に増大する手拳大・無痛性の腫瘍を自覚していたが、精査はしていなかった。腹部骨盤部 CT を実施したところ、腹腔内に十二指腸末端付近から連続した 15×13cm 程度の腫瘍性病変を認めた。辺縁は比較的明瞭であるが内部不均一であり、一部造影効果もあった。同日、精査・加療目的で入院となる。入院時 Hb 9.8mg/dl であったが、入院翌日 Hb 4.8mg/dl へと低下したため、輸血とともに緊急大腸内視鏡検査を行った。しかし、腸管内の鮮血が多量で、S 状結腸までしか観察できず出血源を同定できなかったため、緊急腹部血管造影検査を実施した。上腸間膜動脈の空腸枝、左結腸動脈の分枝が腫瘍性病変の栄養血管であることは判明したが、出血源となる血管は同定できなかった。明らかな出血源は同定できなかったが、十二指腸あるいは小腸 GIST、もしくは腸間膜由来の GIST と診断した。7 月 30 日に外科紹介・転科となり、翌日、十二指腸水平脚切除術を施行した。腫瘍は十二指腸水平脚部から発生した粘膜下腫瘍であり、最終病理診断は十二指腸 GIST であった。十二指腸筋層より発生し、壁内に発育した充実性腫瘍 (17×14×12cm) で、内部には腫瘍壊死に伴った囊胞形成をみとめた。組織学的には固有筋層より壁外へ束状に増殖する紡錘形細胞を多数みとめた。免疫組織学的には c-kit：陽性、CD34：一部陽性、 α -SMA：一部陽性、S-100：一部陽性であった。MIB-1 index は多い部位では約 15~20%と高く、high risk group に分類された。術後経過は良好であり、8 月 12 日に退院となった。8 月 17 日よりグリヘック 400mg/日の投与を開始し、外来にて経過観察を行っている。下血にて発症した十二指腸 GIST の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。若手

18 外科的切除が有効であった小腸 GIST の一例

豊橋市民病院 消化器内科
○田中 卓、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、大林 友彦、河合 学、川口 彩、
山雄健太郎、岡村 正道

【症例】60 歳男性【既往歴】高脂血症、高血圧症【家族歴】特記事項なし【現病歴】平成 18 年 6 月に感胃様症状のため近医を受診し、貧血を認めたため精査目的にて当院に紹介となった。当院にて上部消化管内視鏡、注腸造影を施行したが、明らかな異常所見は認めなかった。胸腹部 CT を施行したところ、小腸に 10cm 大の腫瘍性病変と、肝 S8 に低吸収を呈する 4cm 大の病変を認め、肝の病変は転移性腫瘍が疑われた。同年 7 月、小腸の腫瘍に対し針生検を行い、病理結果にて紡錘形の腫瘍細胞の錯綜配列の所見を認め、また免疫染色にて Ckit(+), CD34(-), S100(+), ビメンチン (+), EMA(-), ケラチン (-), 平滑筋アクチン (-) との所見より GIST と診断した。胸腹水の存在と、肝予備能の低下がみられたため、外科的切除は困難と判断し、イマチニブ 400mg/日にて治療を開始した。同年 11 月、胸水・腹水・浮腫が増悪し、呼吸状態も悪化したため、イマチニブの継続投与は困難と判断し、中止した。発熱もみられたため、入院の上抗生剤の投与を行ったが、改善はみられなかった。腹部 CT を再検したところ、小腸 GIST の内部に壊死像を認め、同部位による感染が原因と判断し、同年 12 月に原発巣の外科的切除を行った。腫瘍は空腸に存在したが、上行結腸への浸潤および終末回腸への漿膜癒着を来していたため、結腸右半切除・空腸部分切除・回腸部分切除を施行した。術後平成 19 年 1 月よりイマチニブ 300mg/日にて内服開始。その後再発無く現在まで経過しており、画像上は肝転移も消失している。【考察】GIST は消化管間葉系腫瘍の中でも頻度が高く、中でも胃 GIST がその半数以上を占めるといわれており、小腸 GIST は 2 割程度と報告されている。治療は通常外科的切除が第一選択となるが、中には全身状態が悪く、手術困難なためイマチニブでの治療が選択される症例も少なからず存在する。今回我々は、イマチニブでの治療中に状態悪化を認めた小腸 GIST に対し外科的切除が有効であった一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

19 イマチニブ、スニチニブと外科治療により長期生存が得られている肝転移腹膜播種を伴う小腸原発 GIST の 1 例

国民健康保険 坂下病院 外科
○近藤 真治、山田 英貴

症例は 74 歳女性。2004 年 7 月下腹部腫瘍と多発肝腫瘍を認め、肝生検などから小腸 GIST の多発肝転移と診断した。同年 10 月からイマチニブ 400mg/日を投与開始。有害事象のため減量し、休薬期間の設定で初回投与量まで投与可能となった。直腸浸潤を伴っていたが原発部は縮小、さらに肝転移は CT 値が低下し進行は抑制されていたため、2005 年 11 月に小腸部分切除と直腸低位前方切除を行った。開腹時に多数の腹膜播種を認めた。イマチニブを継続投与することで肝転移は SD を維持したが、2007 年 8 月に増大する播種腫瘍を認めた。休薬なしでイマチニブの投与を続行し、腫瘍はいったん縮小したが再度増大した。減量手術として可及的な播種腫瘍の摘出と、それまでのう胞化せず viable と思われた肝転移に対し外側区域切除を行った。術後さらにイマチニブを継続投与したが 2008 年 9 月に新たな肝転移を認め、部分耐性と判断した。スニチニブが保険適応になり現在他院で投薬治療されており、治療開始から 5 年経過して生存中である。肝転移や腹膜播種など伴う高度進行 GIST や再発再燃例に対する集学的治療の中で、手術の適応や有効性は定かでない。本例ではイマチニブとスニチニブ投与に積極的な外科治療を介入させたことが長期生存をもたらしていると考え、本例を参考にその意義を検討した。

20 当院におけるアメーバ性肝膿瘍4例の検討

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
 ○柿澤 麻子、平嶋 昇¹、浦岡 正尚¹、寺尾 美咲¹、
 遠藤 伸也、斎藤 雅之¹、玉置 大¹、龍華 庸光¹、
 渡邊 久倫¹、日比野祐介¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、
 岩瀬 弘明、後藤 秀実²

症例は40歳男性。平成21年7月中旬より右胸痛、40度の発熱を認め症状改善しないため胸膜炎の疑いで他院より紹介となった。2009年8月3日CTにて肝臓に径5cmほどの周囲に造影効果のある辺縁不整な低吸収域を認め肝膿瘍の疑いで同日入院となった。入院時、39度の発熱、右季肋部痛があり、血液生化学検査所見では白血球13900/mm³、CRP22.47mg/dlと炎症反応高値を認めたため8月5日腹部超音波ガイド下に経皮経肝膿瘍ドレナージを行った。排液は褐色膿様であった。排膿の培養および迅速鏡鏡検査、便培養検査ではいずれもアメーバ抗原の検出は無かったが、血中の赤痢アメーバ抗体が400倍と高値を示したため、アメーバ性肝膿瘍と診断し、メトロニダゾール1500mgを10日間投与を行った。8月14日、下部消化管内視鏡で盲腸に浅い不整形の潰瘍が2カ所、直腸にも易出血性のびらんがありアメーバ腸炎に矛盾しない所見であった。その後、解熱し炎症も軽快した。尚、同性との性交歴があることからそれが感染経路と考えられた。他、同疾患を他3例経験しているため、合わせてアメーバ性肝膿瘍について感染源、治療法、治療経過、画像症例について検討した。

22 Necrotizing sarcoid granulomatosisの肝病変の一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科
 ○小林 寛子、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝朋、
 西野 正路、平山 裕、山 剛基、中村 一平、
 松下 正伸、佐藤亜矢子、澤田つな騎、水谷 泰之

【背景】Necrotizing sarcoid granulomatosis (以下NSG)は肺に腫瘍を形成し、癒合したサルコイドと同様な肉芽腫を示し、加えて広範な壊死と血管炎を伴うものである。本疾患は全身性の血管炎を伴わず、肺外病変は極めてまれといわれている。【症例】59歳女性。【現病歴】平成20年1月に検診で胸部異常陰影を指摘された。他院で精査を行ったところ胸部CTで左上葉上区に根部に38×24mm大の腫瘍を認め、肺腫が疑われ気管支鏡下肺生検が施行された。生検結果は壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫であった。ツ反、胃液塗抹、PCR、クオンティフェロンすべて陰性であったが結核が疑われ、平成20年2月より抗結核薬(INH、RFP、EB、PZA)の内服治療が行われた。しかし半年後のCTで腫瘍が50×42mmと明らかに増大を認めたため、再検査が行われたが確定診断は得られなかった。手術を勧められていたが、本人の同意が得られず経過観察されていた。その後も腫瘍の増大を認めたため、平成21年3月当院呼吸器外科紹介となった。本人の同意を得て、診断・治療目的に左上葉肺切除術・肺動脈形成を行った。病理結果で高度な壊死とgiant cell vasculitisを伴う肉芽腫性病変が認められNSGと診断した。その後無症状で経過観察中、平成21年6月のPETにて肝に多発集積を認めた。ダイナミックCTを施行したところ肝内に動脈相・門脈相・平衡相で造影効果の乏しい多発小結節を認めた。通常の超音波検査では全体に実質ムラが強く病変の描出が困難であったため、ヘルプタンを用いた造影超音波検査を施行した。小結節はVascular phaseでは血流が乏しく、Kupffer phaseでは明瞭に欠損像として描出された。NSGの肝病変の可能性が考えられ、診断確定のために平成21年9月造影超音波下肝生検を行った。生検結果では壊死を伴う類上皮細胞性肉芽腫の形成を認め、PAS(-)、グロコット(-)、Ziehl-Neelsen(-)であったため肺病変同様NSGと診断した。【結語】NSGの肝病変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。

21 肝炎性偽腫瘍の1切除例

大垣市民病院
 ○鈴木 克尚、磯谷 正敏、金岡 祐次、前田 敦行、
 高橋 祐、水谷 文俊

今回われわれは進行胃がんに合併した肝炎性偽腫瘍の1切除例を経験したので報告する。症例は63歳男性。主訴は腹痛で、高血圧で近医通院中であった。2008年4月主訴出現し当院受診した。腹部は平坦・軟、血液生化学検査上も明らかな異常を認めなかったがCA19-9 1800と高値を示した。上部消化管内視鏡検査では胃体上部大弯に3型の潰瘍性病変を認め、生検でTub2と診断された。US、CTでは胃体上部の壁肥厚と周囲のリンパ節の腫脹に加え、肝外側区域に4.3×3.2cmの辺縁帯状に造影効果を認める境界不明瞭な腫瘍を認めた。肝内胆管は軽度拡張していた。EOB-MRIで肝外側区腫瘍はT1強調で辺縁部が帯状にlow、内部iso、T2強調では辺縁部high、中心部low、肝細胞相では腫瘍全体がlowを示した。またMRCP上胆管拡張と総胆管内に陰影欠損を認め総胆管結石と診断した。内視鏡的乳頭切開・総胆管切石後、進行胃がん・同時性孤立性肝転移の診断で手術を施行した。胃全摘(D2、R-Y再建)、肝左葉・左尾葉切除、胆摘術を施行した。術後経過は良好で第18病日退院となった。病理組織学的に、胃がんはtub2、INFβ、int、ly2、v0、pT2SS、pN1(#1 1/5、計1/14)、pM0、pStage IIであった。肝病変は剖面上肝内結石を伴う4cm大の白色調の結節性病変で、組織学的には著名な線維化と胆管拡張を認めたが、悪性像は認めず炎症性偽腫瘍と診断した。肝炎性偽腫瘍は比較的病変との鑑別が難しいものとなる。若干の文献的考察を含め報告する。

23 腫瘍内出血を認めた多発肝腺腫の1例

春日井市民病院 外科
 ○栗田 賢二、山口 竜三、濱口 桂、古田 美保、
 笹本 彰紀、渡邊 真哉、山口 貴之、渡辺 伸元、
 木村 玲史、野田 尚未、馬場 泰輔、金井 道夫

症例は45歳女性。子宮内腺症の既往があり10年間卵黄体ホルモン合剤を内服していた。平成19年5月下旬、腹痛があり近医を受診した。採血にて肝胆道系酵素の上昇を認めたため、腹部CT検査を行ったところ多発肝腫瘍を指摘され、精査目的で当院紹介受診された。腹部造影CT検査では肝S7に8×6cmの内部に淡い低吸収域を伴う腫瘍、S3に2×1cmの低吸収域、さらにS4に2cm大の低吸収域を2カ所認めた。HBs抗原、HCV抗体はともに陰性で、腫瘍マーカー(AFP、PIVKA2、CEA、CA19-9)はいずれも基準値内であった。転移性肝腫瘍を疑い多臓器検索を行ったが異常を認めなかった。経皮的肝生検を行ったが悪性所見を認めなかった。血管造影CT検査では門脈相でS7、S3、S4以外にも合計14個の低吸収域を認め、動脈相ではS7腫瘍の辺縁に造影効果認められたが他の腫瘍は造影されなかった。MRI検査ではT1、T2ともに内部低信号で辺縁が肝実質と等～強信号であった。以上から多発肝腺腫とS7腫瘍の内出血と診断し、平成19年7月に手術を行った。開腹所見では、正常肝でS7に腫瘍を触知、また術中超音波にてS3に低エコー腫瘍を認めた。まずS7亜区域切除を行い、S3の腫瘍も腫瘍径が大きいため部分切除を行った。経過良好にて術後第10病日退院された。術後ホルモン剤の内服は中止、2年を経た現在、残肝に12個の腫瘍を認めるが増大傾向なく経過している。

24 画像上肝細胞癌との鑑別を要した胃癌肝転移の1例

1 偕行会 名古屋共立病院 消化器内科、2 名古屋大学大学院消化器内科学
 ○広瀬 健、竹田 欽一、宇都宮節夫、多賀 雅浩、川田 登、池田 誉、水谷 佳貴、後藤 秀美²

症例は67歳男性、既往歴は高血圧、高脂血症。食思不振、貧血、黒色便を主訴に近医より紹介受診。上部消化管内視鏡検査で胃前庭部に3型の腫瘍を認め生検にて中分化型腺癌と診断。また十二指腸球部に腫瘍の浸潤を認め精査、加療目的にて入院となった。入院時検査所見では、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、腫瘍マーカーはAFP1.9ng/ml、PIVKA-II21mAU/ml、CEA0.6ng/ml、CA19-929U/mlであった。腹部エコー検査にて肝S3に20mm大、S8に15mm大の円形の高エコー結節を認めdynamic CTでは両病変ともに動脈相で濃染され門脈相で軽度低吸収、平衡相で等吸収であった。MRIではともにT1強調画像にて低信号、T2強調画像では淡い高信号を呈した。EOB・プリモビスト造影MRIでは動脈相で濃染し、門脈相から平衡相にかけてwash outを認め肝細胞造影相では低信号を呈した。腹部血管造影ではともにCTAPでperfusion defectを認めCTAでは造影早期より造影効果を強く認めコロナ様の濃染を呈した。各種画像検査では肝細胞癌を強く疑った。以上より胃癌と肝細胞癌の重複癌と判断。遠位側胃切除術が施行されたが十二指腸への腫瘍浸潤が高度であり胃空腸バイパス術へと変更となった。また肝亜区域切除術、部分切除術が施行し永久病理の結果腺癌であった。病理を検討すると血管の増生が著しく、これがhypervascularであった原因と思われた。胃癌の肝転移は通常乏血性の像を呈することが多い。全胃癌の1.2~2.7%を占めるAFP産生胃癌の肝転移巣では多血性を示す報告が散見されている。しかし本症例はAFP値が正常であるにも関わらず多血性の像を呈した。今回我々は画像上肝細胞癌との鑑別を要した胃癌肝転移の1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。

25 肝切除を施行した直腸カルチノイド異時性肝転移の一例

中部労災病院 外科
 ○加藤 健宏、石川 玲、小木曾清二、坂口 憲史、橋本 瑞生、不破 嘉崇、小林 建仁

症例は65歳、女性。1年半前に直腸カルチノイド(RbRa、径15mm)にてリンパ節郭清を伴う超低位前方切除術を施行した。病理所見は大腸癌取扱い規約に則ると深達度mp, n(+)#251:2個、ly1, v0, pm(-), dm(-), stagellla, 根治度Aであった。以降経過観察中であったが、US及びCTにて肝S8、S3にそれぞれ2個、3個の最大径15mmの腫瘍を認めた。いずれもUSにてhyperechoic、造影CTにてlow densityであった。尿中5-HIAA・血中セロトニン値は正常範囲内であった。直腸カルチノイド肝転移再発の術前診断にて、肝S3・S8亜区域切除を施行した。摘出した腫瘍は、肉眼所見にて赤色調・充実性であり、病理所見にて立方上皮の索状・乳頭状増殖を認め、直腸カルチノイド肝転移再発と診断した。術後23日目、合併症なく退院した。術後3か月現在、再発なく外来にて経過観察中である。若手

26 緩和医療から腫瘍全切除へと至った転移性肝癌の1例

岐阜大学
 ○鷹尾 賢、長田 真二、徳山 泰治、山田 順子、真田 雄希、田中 善宏、井川 愛子、奥村 直樹、野中 健一、高橋 孝夫、山口 和也、吉田 和弘

症例は65歳、女性。平成15年6月に他病院にて直腸癌(Ra, SS P0, H0, N2, Stage IV)に対し低位前方切除術を施行されている。その後外来化学療法(5FU+LV)により一旦の腫瘍マーカー低下等病状は安定していたが、平成19年7月に再度の腫瘍マーカーの上昇ありFOLFOXに変更された。2コース終了時点で本人の希望により治療は中止され以降在宅緩和医療を選択されていた。平成20年6月、本人と家族の治療再開への強い希望を受け近医より当科へ紹介。画像上腫瘍は17x10mmで右葉を主座に単発ではあったが全肝静脈に浸潤、脾腫・貧血を伴い、腫瘍マーカーはCEA18.1ng/mL、CA19-9307.0U/mLであった。十分なインフォームドコンセントの上でFOLFIRI+アパスタチンを開始し、同年10月に腫瘍径13x5.4cmでCEA6.4ng/mL、CA19-966.8U/mLとの改善を確認し治療を継続した。平成21年2月に腫瘍径が105cmで38%縮小してPR in、左肝静脈が腫瘍と剥離可能と判断し肝切除術を前提に各種精査をおこなったところ、ICGR15が14%で画像上のボリュームメトリから右三区域は61.8%の切除量と算出。同時期には腫瘍径は不変なるもCEA10.1ng/mL、CA19-9110.8U/mLと上昇傾向を示したことから本人同意の上切除術を断行と決し、安全性を考慮して4月にPTPEを行った上で、6月に右三区域切除を施行した。術後の経過に問題なく退院され、同時期の腫瘍マーカーはCEA4.9ng/mL、CA19-927.2U/mLと陰転化した。4か月目の現在再発の兆候なく、化学療法との継続にて元気に外来通院中である。【結語】化学療法との進歩は転移性肝癌の治療方針を変革させつつある中で、外科治療をどの段階で選択するか議論の分かれるところであるが、常に切除の機会をうかがう姿勢が「外科」に求められ、治療体系上重要である。

27 Gd-EOB-DTPA 造影 MRI にて多血化を確認した肝細胞癌の1例

大垣市民病院 消化器科
 ○柴田 陽平、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、高木万紀子、平松 武、細川 貴範、荒川 恭宏、藤森 将志、浜口 知成

Gd-EOB-DTPA(ガドキセト酸ナトリウム)は最近発売された肝特異性のMRI造影剤で、通常約50%が肝細胞に取り込まれ、胆汁中に排出されるため、肝機能画像が得られる。肝腫瘍性病変、特に微妙にトランスポーター機能が変化し始めた早期肝細胞癌の診断に期待がもたれている。今回われわれは最初、肝細胞造影相のみで検出され、非濃染であった結節が経過観察中に血流動態に変化を認めた症例を経験したので報告する。症例は70歳台男性で、HCV抗体陰性、genotype1BのC型肝硬変である。最初に行ったGd-EOB-DTPA造影MRIの肝細胞造影相でS8に11mm、S6に15mmの動脈相で濃染しない結節を認めた。高分化型肝細胞癌も否定できなかったが、患者の希望もあり慎重に経過観察することになった。3ヶ月毎に行った超音波検査ではサイズの変化は認めなかった。10ヶ月後に再度行ったGd-EOB-DTPA造影MRIの肝細胞造影相ではサイズはS813mm、S615mmと変化なく、動脈相でも結節の濃染は認めなかった。しかしその3ヶ月後に行ったGd-EOB-DTPA造影MRIではサイズはS814mm、S616mmと変化を認めなかったが、動脈相でS8の結節の一部が濃染され、脱分化巣を伴った肝細胞癌と診断した。入院して血管造影下CT、CTAP(CT during arterial portography)およびCTHA(CT hepatic arteriography)を行ったところS8の結節はCTAPで欠損、CTHAで濃染を認め典型的な肝細胞癌で、S6の結節CTAPでもCTHAでも同定できなかった。S8の結節に対してはラジオ波焼灼術が行われた。以上の如くGd-EOB-DTPA造影MRIにて肝細胞造影相でのみ当初よりhypointensityで検出された結節が多血化した症例を経験したので報告する。

28 Clear Cell Hepatocellular Carcinoma の1例

名古屋セントラル病院 消化器内科

○神谷 友康、佐藤 寛之、真鍋 孔透、楠屋 将之、
安藤 伸浩、川島 靖浩

【症例】患者 80 代、男性。【主訴】肝腫瘍精査目的。【現病歴】これまでに肝疾患指摘されたことなかった。自覚症状なし。2009年5月、循環機能評価のため心臓超音波検査施行された。その際に肝に腫瘍陰影を認められたため、肝腫瘍精査目的で当科外来紹介受診となった。HCV 陽性。【入院時所見】血圧 180/103mmHg 脈拍 84 整。意識清明。結膜異常なし。胸部異常認めず。神経学的所見異常認めず。腹部平坦軟、正中に肝を1横指触知。圧痛なし。浮腫なし。表在リンパ節触知しない。【経過】腹部 CT では肝 S8 に単発で径 75mm の低吸収域の SOL を認め、造影では辺縁に早期相で淡く濃染、平衡相で wash out を認めた。腫瘍の中央部はほぼ染まらなかった。背景肝に異常所見は認めなかった。腹部 MRI では腫瘍は T1 で高信号、T2 で低信号であり、EOB 造影では CT と同様に辺縁の濃染像を認めた。20 分後の肝細胞相では腫瘍部に取り込みはなかった。FDG-PET では腫瘍部に集積を認めた。腹部エコーでは高エコーな腫瘍であり、内部に不均一な低エコー域を認めた。以上の画像結果から脂肪成分を多く含む腫瘍と推測した。治療方針決定には確定診断が必要と考えられ、肝腫瘍生検を行った。淡明、泡沫状の細胞質を持つ小型の核の異型細胞を認め、clear cell type hepatocellular carcinoma と診断した。非癌部は AOF2 の慢性肝炎であった。高齢であり、手術による治癒切除は困難と判断。Angio-TAE を選択して治療を施行した。現在治療後経過観察中である。【考察】clear cell は早期の高分化型肝細胞癌に時折見られる所見であり、早期癌特有の乏血流が原因であるとされている。本症例のように増大した肝細胞癌において clear cell がみられることは稀である。画像所見、病理所見に特徴があり、今後さらなる症例、経験の積み重ねが必要であると考えられる。

29 当院の肝癌診断・治療における造影超音波検査の検討

岡崎市民病院 消化器科

○大矢 和広、内田 博起、鬼塚 亮一、松岡 歩、
佐藤 淳一、藤吉 俊尚、飯塚 昭男

【目的】当院では、平成 20 年 4 月より造影超音波検査を導入し、年間約 150 例程度施行している。当院における造影超音波検査の肝癌に対する感度、特異度、正診率について評価検討した。【対象】平成 20 年 4 月 1 日～平成 21 年 5 月 31 日までにベルフルプタンを用いた造影超音波検査を施行し、総合画像診断（造影 CT、造影 MRI 等）または病理学的に診断が確定した肝癌症例を対象とした。原発性肝癌 40 症例、転移性肝癌 28 症例、それぞれについて造影 US の感度、特異度、正診率を算出し、肝癌治療効果判定 35 症例については造影 CT 画像所見と比較検討した。【方法】使用装置は東芝 Aplio XG、使用プローブは 3.5MHz コンベックスプローブ、撮影法はパルスサブストラクションモード、フレームレートは 11、MI 値は 0.2～0.25 focus point は血管相では腫瘍下縁、クッパー相では肝の最も深い位置にあわせ、ソナゾイドを 0.007ml/kg に調剤し、ボラス投与後、10 秒～3 分間に 2.3 回のリフレッシュメントを施行しながら血管相を、10 分後にクッパー相を撮影した。【結果】原発性肝癌における感度/特異度/正診率は、93.8%/100%/87.5%、転移性肝癌における感度/特異度/正診率は、88.9%/94.7%/89.3%であった。また肝癌治療効果判定の際に施行した 35 症例のうち 1 症例では、RFA 後造影 CT では指摘し得なかった残癌病変を指摘得た。【考察】一般的に肝癌に対する造影 CT の感度/特異度は 68%/81%、造影 US における原発性肝癌における感度/特異度/正診率は 98.2%/96.5%/94.3%、転移性肝癌では 88.4%/95.8%/85.1%とする報告がある。今回、当院の肝癌における造影 US の感度、特異度、正診率を検討し、ほぼ同等の診断能を有していた。また、効果判定における診断能は特に優れていた。一部の肝癌症例では、造影超音波検査のクッパー相において defect を呈さない症例もみられ、当院の成績に影響したと考えられた。【結語】今後当院でも、造影 US は肝癌診断や治療支援、効果判定の際の有用な検査として期待されるが、典型的な像をとらない例もあり、他の画像検査との比較検討も必要と考えられた。

30 急性リンパ性白血病治療後にインターフェロン療法を施行した慢性C型肝炎の1例

名古屋掖済会病院 消化器科

○吉村 透、安田 真理子、大橋 暁、神部 隆吉

【症例】61歳女性【既往歴】子宮外妊娠【現病歴】平成16年12月、急性リンパ性白血病と診断され当院血液内科にて平成17年1月から寛解導入化学療法（CPM 1500mg day1, DNR 60mg day1-3, VCR 1.7mg day1, 8, 15, 22, PSL 75mg day1-21）を施行、CRが得られた。その後地固め化学療法を5クール施行した。以前よりHCV抗体陽性を指摘されており、HCV-RNA量は500KIU/ml（ハイレンジ法）、ALTは正常値であった。外来にて維持化学療法（VCR 1.5mg day1, MTX 25mg day1, 8, 15, 22, 6-MP 80mg day1-28, PSL 80mg day1-5）が開始され、3クール目の途中でALT 209と上昇し治療中止したが、1ヵ月後にはALT 971まで上昇し消化器科紹介となった。化学療法による慢性C型肝炎の急性増悪と診断、ウルソデオキシコール酸の内服とグリチルリチン製剤の静注にて肝機能の改善が得られた。計6カールの維持化学療法を施行、しばしば肝機能の悪化を認め治療を休止したが、平成19年3月に治療完了となった。骨髄機能の回復を待って平成19年7月よりインターフェロン療法を開始した。【検査所見】インターフェロン療法開始時：WBC 3600、Hb 12.0、Plt 133000、AST 73、ALT 163、HCV-RNA 1500KIU/ml（ハイレンジ法）、HCVセロタイプ判定不能。肝生検 F3/A2。【治療経過】1型高ウイルス量の治療に準じてPEG-IFN+RBV併用療法を考慮したが、骨髄機能が十分でないと考え、PEG-IFN α -2a単独（48週）の治療を選択した。治療開始後血小板・好中球の減少を認め、しばしばPEG-IFNの減量・休止したが平成20年5月に治療完了した。HCV-RNA量は治療開始4週目にハイレンジ法で検出感度以下となり、8週目に定性法にて陰性を確認した。治療終了後6ヶ月、12ヶ月の時点でHCV-RNA陰性（PCR法）、肝機能の正常化を認め、SVRと判断した。【結語】急性リンパ性白血病の化学療法にて急性増悪を来した慢性C型肝炎に対してインターフェロン療法を施行しSVRが得られた1例を経験した。化学療法後の骨髄機能不良例におけるインターフェロン療法は報告が少なく、貴重な症例であると思われる。

32 C型肝炎ウイルス再感染の1例

安城更生病院 内科

○鈴木 悠士、富田 英臣、小島 千明、鈴木 大介、木原 俊裕、馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

わが国におけるC型慢性肝炎治療は1992年にインターフェロン（IFN）が認可されて以降急速に普及したが、C型肝炎ウイルス（HCV）再感染については未だ詳細は明らかではない。今回われわれはIFN治療著効後4年にHCV再感染をきたした症例を経験したので報告する。症例は40歳代男性。急性虫垂炎手術の既往はあるが、輸血は受けていない。tattooは認めなかったが、drug abuseの経験については示唆している。1997年C型肝炎と診断され、2004年4月精査加療目的で当院紹介となった。初診時AST45IU/L、ALT1103IU/L、HCV 2b, 200KIU/mL。肝生検を行いchronic hepatitis (moderate activity)と診断し、6月よりIFN alfa-2b + ribavirin併用療法を開始した。倦怠感および不眠のため10週にて治療を中断したが、ウイルス学的著効を得た。その後近医において経過観察されていたが、2009年3月transaminaseの再上昇（AST576IU/L、ALT558IU/L）を認め、再び当院に紹介となった。来院時AST69IU/L、ALT176IU/L、HCV 2a, 4.4LogIU/mLであり、異なるgenotypeのHCV再感染によるC型肝炎と診断した。4月よりPEG-IFN alfa-2b + ribavirin併用療法を開始し、第3週以降HCV-RNA陰性化を維持している。わが国におけるHCV再感染は現在まれであると言えるが、drug abuseなどによる感染リスクに関しては軽視できないと考えられた。【若手】

31 インターフェロン治療中に著明な腹水と肝内に多発する濃染像を認めたC型慢性肝炎の一例

愛知県厚生連 海南病院

○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61歳男性。他院にてH15年にC型慢性肝炎（1型高ウイルス症例）と診断されIFN α 2b+Ribavirin併用療法が施行され一時ウイルスの陰性化を認めたが治療終了後にウイルス再燃を認めた。H20年3月に当院を受診。Plt 10.0 \times 10⁴/ μ l、PT 79.9%、TP 7.5g/dl、Alb 3.7g/dl、GOT 125 IU/L、GPT 109IU/L、ALP 711 IU/L、 γ -GTP 128 IU/L、AFP 12.2 ng/ml、PIVKA2 30MAU/ML、HCV-RNA 6.6 logIU/mlでありC型慢性肝炎再燃と診断。H20年5月よりPegIFN α 2b+Ribavirin併用療法を施行した。その後貧血を認め、Ribavirinを減量しつつも順調に経過し、投与27週でウイルスの陰転化を認めた。72週投与を目標に外来followしたところ、投与28週より下肢の浮腫、腹部膨満感と全身倦怠感が出現。血液生化学検査ではPlt 16.6 \times 10⁴/ μ l、TP 7.3 g/dl、Alb 3.3 g/dl、GOT 43 IU/L、GPT 25 IU/L、ALP 569 IU/L、 γ -GTP 95 IU/L、AFP 8.1ng/ml、PIVKA2 30.0MAU/MLと明らかな肝機能の悪化は認めなかったが、全身倦怠感が強く投与30週で治療を中止した。ダイナミックCTを施行したところ大量の腹水の貯留と肝に多発性の濃染像を認めた。このためHCCとの鑑別を目的としてMRIを施行したところ肝細胞相で低信号を示し、T1T2強調画像とともに低信号を示したため鉄沈着を伴った再生結節である可能性が高いと考えられた。その後、利尿剤等による治療にて腹水は徐々に改善し、それとともに全身倦怠感も消失。その後も全身状態を慎重に経過観察したところ、ウイルスの再燃は認められたが腹水の出現は認めておらず全身状態も良好である。今後も慎重な経過観察が必要であると考えられた。C型慢性肝炎に対するPegIFN+Ribavirin併用療法施行中に大量の腹水が出現したという報告は少なく、注意すべき症例と考え報告する。（若手）

33 C型慢性肝炎難治例に対する二重濾過血漿交換併用PEGインターフェロン・リバビリン療法

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

○龍華 庸光¹、浦岡 正尚¹、寺尾 美咲¹、柿澤 麻子¹、齋藤 雅之¹、玉置 大¹、日比野祐介¹、渡邊 久倫¹、平嶋 昇¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

【はじめに】ペグインターフェロン・リバビリン（PEG・Rib）療法により、Genotype 1b・高ウイルス量の難治性C型慢性肝炎の著効率は改善したが約50%は未だにC型肝炎ウイルス（HCV）の駆除が得られない。一方、2007年4月からGenotype 1b・高ウイルス量のC型慢性肝炎に対し二重濾過血漿交換（Double Filtration Plasmapheresis; DFPP）が保険適応になった。今回我々は、以前インターフェロン治療（IFN）を行ったがHCV陰性化が得られなかった無効例に対し、DFPPとIFN・Ribを併用して治療（DFPP+PEG・Rib）を行ったので、その初期効果につき検討した。【対象と方法】2009年9月までDFPP+PEG・Ribを施行したのは10例である。内訳は男性3人・女性7人、平均年齢59才（37-74才）、前治療IFN無効3例と前治療PEG・Rib無効7例である。10例中9例にISDR変異とCore変異の測定を行った。ISDR変異0が7例・1が1例・3が1例、Core70番変異なし（wild）4例・変異あり（mutant）5例、Core91番wild4例・mutant5例の全9例である。DFPPを第1週目に3回、2週目に2回行った。【結果】2009年8月末現在、DFPP開始後のPEG・Rib継続期間は順に各々50週、46週、40週、30週、28週、27週、18週、14週、10週、3週である。このうち、5症例はDFPP後、各々21週、20週、5週、4週、7週でHCV RNAが陰性化し以後維持している。このうちISDR変異0or1の8例中4症例、Core70番変異あり（mutant）5例中3症例でHCV RNAが陰性化している。【考察】前IFN無効例、特にPEG・Rib無効例であってもDFPPとPEG・Ribを併用するとHCV RNA陰性化が得られる症例が存在した。PEG・Rib併用無効例に対する方策の一つになる可能性があり、さらに症例を増やして検討してゆきたい。

34 当院における PEG-IFN/Ribavirin 併用療法の治療成績の検討

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科
○森島 大雅、井上 匡央、清野 隆史、川端 邦彦、
石川 英樹

今回、当院にて2005年1月から2009年10月までの期間に行ったPEG-IFN/リバビリン併用療法の治療成績を検討した。【対象】C型慢性肝炎にて通院中の42例(男:女=26:16)。平均年齢:61.6歳(38-75)。【方法】Peg-IFN α 2b:1.5 μ g/kg/週、もしくはPeg-IFN α 2a:180 μ g/週の皮下注射に、Ribavirin:体重40-60kg:600mg、60-80kg:800mg、80kg以上:1,000mg連日投与を併用。Genotype1型高ウイルス量症例:48週間、再治療症例および、2型高ウイルス量症例の初回治療:24週間の併用療法を施行。【検討項目】Genotype1,2型に大別し、1)性別 2)年齢、3)治療歴、4)投与前HCV-RNA量、5)投与前ALT値、6)HCV-RNA陰性化時期と著効率の関係とした。【成績】全42症例のうち、治療完遂例29例、投与中止例13例。著効率は治療完遂例58.6%、治療中止例0%。治療完遂例のうち、Genotype1型が22例、2型が7例。●1型症例の検討では、著効率は54.5%。1)男:女=75%:30%。2)60歳未満57.1%、60-69歳50%、70歳以上60%。3)初回投与例:再投与例=64%:37.5%。4)投与前HCV-RNA量が5.0LogIU/mL未満100%、5.0LogIU/mL以上50%。5)投与前ALT値が30IU/mL以下60%、31-40IU/mL以下50%、41IU/mL以上53.8%。6)治療開始4週までにHCV-RNA陰性化が得られた症例(RVR)は認めず、4週から8週までにHCV-RNA陰性化が得られた症例(c-EVR)100%、8週から12週(EVR)50%。●2型症例の検討では、著効率は85.7%。1)男:女=80%:100%。2)60歳未満83.3%、60-69歳100%。3)初回投与例:再投与例=100%:50%。4)投与前HCV-RNA量が、5.0LogIU/mL未満100%、5.0LogIU/mL以上80%。5)投与前ALT値が、30IU/mL以下100%、31-40IU/mL以下100%。41以上75%。6)RVR:100%、c-EVR:75%、EVR:100%。【結論】Genotype1型高ウイルス量症例は他と比較して著効率が低下していた。またGenotype2型男性の再治療例では、c-EVRであったが治療終了後4週目に再燃を認めており、PEG-IFN+Ribavirin併用療法にて全体の著効率は上昇したが、1型高ウイルス量症例や再燃例での治療成績向上の試みが必要であると考えられた。

35 C型慢性肝炎における脂質代謝と微量元素解析についての検討

¹名古屋大学 医学部 大学院 消化器内科、²名古屋大学 医学部 分析機器部門

○小野 幸矢¹、片野 義明¹、中野 功¹、石上 雅敏¹、
林 和彦¹、館 佳彦¹、岩田 浩史¹、土居崎正雄¹、
清水 潤一¹、石津 洋二¹、見玉祐加子¹、藤田 芳和^{1,2}、
後藤 秀実¹

【背景】C型慢性肝炎では、肝脂肪化の程度や頻度が高く、肝細胞の脂肪化は、C型肝炎の組織学的特徴の一つである。C型慢性肝炎における肝脂肪化は、線維化の進行と関連性があり、病態の進行に、大きな役割を果たしていると考えられている。同時に、高脂血症・糖尿病・肥満を有する、インスリン抵抗性を有する病態下では、鉄過剰状態が起りやすい報告がある。【目的】C型肝炎におけるインスリン抵抗性は、脂質代謝異常や鉄や銅や亜鉛などの微量元素代謝の関与が推測されるが、いまだ不明部分が多い。今回は、診断時の肝生検組織を使用し、分析電子顕微鏡を用いて、微量元素を測定して、病因との関連を検索した。【方法】肝生検組織を、グルタルアルデヒドや四酸化オスミウムで固定した後、エポキシ樹脂に重合し、ウルトラマイクロームで超薄切した。これを酢酸ウラニル水溶液と鉛染色液で電子染色し、透過電子顕微鏡(TEM)を用いて観察。エネルギー分散型X線分光法(EDS)で、EDSスペクトルを測定し、微量元素の有無を解析した。【結果】C型慢性肝炎患者の4症例で、56歳男性では鉄と亜鉛、38歳男性では銀、51歳女性では鉄を認め、60歳女性では微量元素は認めなかった。【考察】C型肝炎は、インスリン抵抗性と関連性があり、酸化ストレス発生が関与する、一種の脂肪性肝炎である。このため、鉄を始めとする微量元素が蓄積する事で、病態の相連の発生が推測され、今回の症例では、鉄・亜鉛・銀を肝組織内に含有しており、肝脂肪化やインスリン抵抗性の差異は明らかでなかったが、病態への関与につき、引き続き検討を要する。【結語】C型肝炎の肝生検組織において、認める微量元素は様々であった。現時点では4症例しかないが、症例数を増やして、肝臓に蓄積されている微量元素が、肝臓の病態に関与しているか否か、検討を続ける予定である。

36 急性E型肝炎の1例

1名古屋共立病院、2名古屋大学付属病院
 ○池田 晋、竹田 欽一、宇都宮節夫¹、多賀 雅浩¹、
 川田 登、水谷 佳貴、広瀬 健²、後藤 秀実²

【症例】58歳女性【主訴】心窩部痛【既往歴】虫垂炎 20歳頃【現病歴】
 当院受診 8日前から心窩部痛あり、4日前から市販薬飲んで様子見ていたが改善しないため近医受診。胃潰瘍疑われ、採血実施し、PPI、粘膜保護剤処方され帰宅となった。翌日採血結果にて著名な肝胆道系酵素上昇を認めたため当院紹介受診となった。同日精査加療のため入院となる。更年期障害のため市販の漢方薬を受診半年前から内服中。豚しゃぶ食歴頻回あり。【経過】発熱、炎症反応の上昇はなしたが心窩部痛があり、肝胆道系酵素上昇あり。(AST529U/l、ALT571U/l) 胆道系疾患の否定する必要もあり腹部エコー、腹部単純造影CT、MRCP実施した。その結果、明らかな炎症性、腫瘍性の胆道疾患は認めなかった。このため何らかの急性肝炎が疑われ、追加採血実施し、肝臓病食+補液+安静管理とした。第3病日には心窩部痛改善、第7病日には自覚症状消失し、採血上も肝障害の著名な改善認めた。退院とし外来経過観察とした。採血結果と薬歴から薬剤性肝障害を最も疑ったが、食事歴からE型肝炎の可能性もあるためHEV-RNAの測定を追加した。その結果HEV感染と判明し急性E型肝炎診断した。その後も経過良好であり、半年後に実施したHEV-RNAは基準以下となった。【結語】われわれは急性E型肝炎の1例を経験した。

38 肝移植後 Post Transplant Lymphoproliferative Disorder (PTLD)3例の経験

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 大学院 医学系研究科 移植・内分泌外科学
 ○清水 潤一、石上 雅敏¹、石津 洋二¹、小野 幸矢¹、
 土居崎正雄¹、児玉祐加子¹、岩田 浩史¹、館 佳彦¹、
 林 和彦¹、片野 義明¹、後藤 秀実¹、亀井 秀弥²、
 中村 太郎²、木内 哲也²

【背景】移植後のPTLDは小児例に多く、PTLD全体の85%を占める(Penn I;Pediatr Transplant.1998;2:56-63)との報告もある。しかし、最近では成人例も稀ではなく、成人肝移植症例の1.5-3%を占めると言われている。今回我々は、2例の成人肝移植後PTLDと1例の小児肝移植後PTLDを経験したので報告する。【症例】「症例1」62歳男性。C型肝炎、原発性肝癌で2005年8月妻をドナーとして生体肝移植を施行。2008年8月にリンパ節腫脹、疼痛精査のため入院。リンパ節生検にてDiffuse large B Cell Lymphomaと診断した。「症例2」37歳男性。原発性硬化性胆管炎のため、他院で2001年9月ドミノ全肝移植を受けた。2008年11月末より右股関節痛と右膝痛を自覚。2009年1月のMRIで大腿骨骨頭部の骨破壊像を認め、肝機能悪化もあり入院となる。入院後の腹部CTで腹腔内多発腫瘍、腹水、肝腫瘍を認め、骨生検にてBurkitt Lymphomaと診断した。「症例3」8ヶ月女児。先天性胆道閉鎖症で2005年3月に母親をドナーに生体肝移植術を施行。2008年11月より下顎リンパ節腫脹を自覚したため入院精査となる。リンパ節生検では、リンパ腫の像は認めなかったが、過形成変化を認めた。いずれの症例もEBV-DNA陰性で、病変部免疫染色でもEBV感染細胞は認めなかった。【結語】当院で経験した肝移植後PTLDの3例を報告した。報告されているような特徴的所見は見られなかった。肝移植後のPTLDは、決して稀な疾患ではなく、本疾患の存在を十分に念頭に置く必要がある。

37 NAFLD に対する Real-time Tissue Elastography の有用性について

名古屋大学 医学部 消化器内科
 ○児玉祐加子、片野 義明、小野 幸矢、石津 洋二、
 清水 潤一、土居崎正雄、岩田 浩史、館 佳彦、
 林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

国民健康問題であるメタボリック・シンドロームの肝臓の表現型であるNAFLDは増加傾向にある。高頻度でみられるNAFLDの中に予後不良のNASHが含まれており、その拾い上げが臨床上重要である。NASH診断のGolden Standardは肝生検であるが、効率よく診断することは困難であり、非侵襲的な検査が理想である。Real-time tissue Elastographyは組織の硬さを視覚的に認識でき、組織の硬度分布を測定できる解析ソフトにより定量的な評価が可能である。そこで今回我々は、Real-time tissue Elastographyを用いてNAFLDとNASHの非侵襲的な評価が有用性についての検討を行った。(方法)対象は当院通院中でReal-time Tissue Elastographyを施行したNAFLD45例(3例は肝生検でNASHと診断)。平均年齢47.8±7.84歳(range:17-75)、性別男性25例、女性20例である。Real-time tissue Elastographyは、日立社製超音波装置(Hi Vision-900)を使用し、右肋間より測定した。そして解析ソフトにより13項目に定量化して比較検討した。(結果)二値画像上で描出された領域の個数を示すNumber of Centroidと複雑度(=(周開長)²/面積)の平均であるMean of ComplexityにおいてNAFLDとNASHに有意差を認めた。その他の項目では有意差を認めなかった。NASHは脂肪と炎症により肝臓の硬化度が不均一であると推定された。(まとめ)非侵襲的なReal-time tissue ElastographyによりNASHを評価できる可能性が示唆された。

39 原発性胆汁性肝硬変に合併した孤立性胃静脈瘤に BRTO を施行した1例

社会医療法人 八千代病院消化器内科
 ○小鳥 達也、長谷 智、安田 真子、横山 敬史

75歳女性 高血圧で近医通院中 検診にて肝障害を指摘され精査の結果Child分類Aの原発性胆汁性肝硬変(以下PBC)と診断された。同時に上部消化管X線検査で胃隆起性病変を疑診され 上部消化管内視鏡検査にて孤立性胃静脈瘤と診断された。所見はLgcf F2 Cb RC-、で造影CTにて胃胃シャントを認めた。UDCA 300mg/日の内服を開始 3か月間の経過観察で胃静脈瘤のわずかな増大が見られた。消化管出血の予防のためBRTOの適応と判断、右大腿静脈アプローチでBRTVを得た。Kawanakaの分類grade1でありハプトグロビン併用下5%EO 8mlでBRTOを施行した。1か月後の経過観察の上部消化管内視鏡検査で静脈瘤は消退しており術後2年を経過して再発や検査した範囲で静脈瘤の発生を見ていない。最近の報告では他の門脈圧亢進症に比較してPBC患者の比較的早い静脈瘤の発生を問題にしているが、どのような間隔で静脈瘤の検索を行うのかまた 今回のBRTO等胃静脈瘤治療の後食道静脈瘤発生の監視のための内視鏡検査時期についてどのような間隔で施行すべきか 特に定まっていない。当院では孤立性胃静脈瘤4例にBRTOを施行経験があるがPBCによるものはこの1例のみでPBCの孤立性胃静脈瘤を指摘 治療した報告は比較的稀と考え報告した。

40 再発したバッド・キアリ症候群に対し下大静脈ステントを留置した一例

¹藤田保健衛生大学 肝胆膵内科、²藤田保健衛生大学 放射線科

○大森 崇史¹、有馬 裕子¹、嶋崎 宏明¹、中野 卓二¹、
村尾 道人¹、新田 佳史¹、原田 雅生¹、川部 直人¹、
橋本 千樹¹、伴野 辰雄²、加藤 良一²、吉岡健太郎¹

【症例】40 歳女性 【主訴】腹部膨満感、下腿浮腫 【既往歴】平成 17 年に、バッド・キアリ症候群により下大静脈狭窄部拡張術を施行している。その後、平成 18 年中旬までは定期通院していたが、以後通院を自己中断。また、もやもや病のため、脳神経外科通院中であった。【現病歴】平成 21 年 2 月より腹部膨満感を自覚し、下腿浮腫を認めたため、当院再診。バッド・キアリ症候群再発を疑われ、3 月下旬入院となった。【経過】入院後、腹部造影 CT、腹部超音波検査にて、肝部下大静脈の閉塞を認め、バッド・キアリ症候群再発と診断した。当初は前回と同様、バルーンにより下大静脈狭窄部を拡張する予定であったが、前回と比較し狭窄部への血栓付着が多量であったため、処置により肺塞栓を起こす可能性が高いと考え断念。狭窄部へのステント留置、または外科手術のいずれかを施行することとして本人・家族に十分な病状説明をしたところ、ステント留置を選択されたため、第 9 病日、下大静脈ステント留置術を施行した。下大静脈造影では、副肝静脈より上部で閉塞を認め、右・中肝静脈は造影されたが、左肝静脈は造影されず、血栓により閉塞していると考えられた。下大静脈狭窄部に対し、メタリックステント留置し、血流の改善を確認の上、終了とした。その後、徐々に下腿浮腫をはじめとした症状は改善した。血栓予防のため、抗血小板剤内服を開始し、第 14 病日退院となった。以後経過良好であり、2 ヶ月後の腹部超音波検査、3 ヶ月後の腹部造影 CT では、再発を認めていない。【結語】今回、バルーン拡張 4 年後に再発したバッド・キアリ症候群に対し、ステント留置を施行した症例を経験したので報告する。

41 当院での経皮内視鏡的胃瘻造設術についての検討

三好町民病院 消化器科
○中島 守夫、伊藤 治、柴田 時宗、成瀬 達

2003年8月から2009年8月までの6年間に当院で施行された経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)32例(男性16例、女性16例)につき検討した。PEGの件数は年々増加しており、平均年齢は80.5歳(男性77.7歳、女性83.3歳)であった。2003年から2006年までは経口内視鏡下にPull法(15例)でPEGを施行していたが2007年以降は経鼻内視鏡下にDirect法(17例)でPEGを施行していた。どちらの方法にても重篤な合併症は認めなかったが、術後早期の創部感染率はPull法で30%、Direct法では0%であり、術後の創部感染はPull法で多かった。当院では高齢者のPEGが多く、嚥下が困難で開口障害のある患者もいるため経鼻内視鏡を使用したPEGは有用であると考えられた。さらにDirect法では創部感染がほとんどなく、その他の合併症も少ないため、従来のPull法よりも安全な方法であると思われる。

42 粘膜下腫瘍様の形態を示した異所性胃粘膜の一例

公立陶生病院
○前野 智子、坂田 豊弘、松浦 哲生、石川 恵理、
浅井 裕充、菊池 正和、山本富美子、清水 裕子、
林 隆夫、黒岩 正憲、森田 敬一、加藤 景三

症例は75歳男性。平成20年7月頃に住民健診を受診、異常を指摘されたため近医にて上部消化管内視鏡検査が施行された。同施設で5年ほど前にも上部消化管内視鏡検査を受けており、同部位に異常を指摘されていたが、明らかな増大を認めたため当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査では体中部の大弯に、頂部には陥凹を伴い、多くは正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍を認めた。頂部の陥凹からの生検ではGroupIとの診断であった。UGIでは立ち上がりか粘膜下腫瘍様の病変として描出され、可動性が良好で柔らかい腫瘍であった。EUSではやや高エコーで、内部に多発する無エコー領域を伴った、第二層および第三層に主座を置く腫瘍として描出され、第4層との連続性は認めなかった。CTでは造影後期で不均一に染まる腫瘍として描出された。以上より迷入腫もしくは異所性胃粘膜と診断したが、近医内視鏡検査にて腫瘍の増大を指摘されており悪性腫瘍の可能性が否定できないことを本人に説明し、手術による切除を希望されたため腹腔鏡下胃部分切除を行った。病理所見では病変は粘膜下に形成され、胃腺窩上皮と胃底腺が複合して増殖しており、腺窩上皮には嚢胞状の拡張、鋸歯状の増生が見られ、粘膜下腫瘍様の形態を示した異所性胃粘膜と診断した。異所性胃粘膜はHamartomatous inverted polyp、Inverted hyperplastic polypとも呼ばれ、粘膜下腫瘍の0.13%といわれているまれな疾患である。びまん型と弧発型があり本症例は弧発型で、びまん型で胃腸の合併が多いといわれている。先天的に胃組織が粘膜下層に迷入しているとする先天説と、炎症などにより上皮成分が粘膜下層に迷入したとする後天説があり、発生は不明な点が多い。今回われわれはまれな粘膜下腫瘍様の形態を示した異所性胃粘膜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。

43 異所性胃腺に合併した早期胃癌の1例

1名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、2名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、3土岐市立総合病院 消化器科

○古川 和宏、宮原 良二、長屋 寿彦、坂野 閣紀、
坂巻 慶一、立松 英純、飯坂 好平、田中 彰、
水谷 太郎、中村 正直、川嶋 啓揮、伊藤 彰浩、
大宮 直木、廣岡 芳樹、渡辺 修、安藤 貴文、
後藤 秀美、渡辺 武人、石原 誠

【症例】60歳代、男性【主訴】なし(早期胃癌の精査加療目的)【既往歴】高血圧、高脂血症【現病歴】慢性胃炎の経過観察のために、近医で年に1回上部消化管内視鏡検査を受けていた。2009年に施行した内視鏡検査にて早期胃癌が発見され、精査加療目的のために、6月5日当科紹介となる。【経過】上部消化管造影検査では、胃体上部小弯に淡いバリウム斑を認め、その肛門側には立ち上りのなだらかな隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃体上部小弯に20mm程の境界不明瞭な発赤、粗造な粘膜領域を認め、病変の周囲はなだらかに隆起しており、中央には陥凹を伴っていた。拡大観察では、腫瘍性の微小血管網が認められ、中央ではsm浸潤を疑わせる径の拡張した腫瘍血管を認めた。中央部より採取した生検結果は、adenocarcinomaだった。超音波内視鏡検査では、中央の陥凹を観察すると粘膜層が菲薄化し、腫瘍部に一致して粘膜下層内に多発性の嚢胞性病変を認めた。筋層は保たれ、周囲リンパ節の腫大も認めなかった。胸腹部CT検査では、明らかな遠隔転移、リンパ節転移は認めなかった。以上の所見から、通常の胃癌よりも、異所性胃腺由来癌や粘液癌等が考えられたため、ESDの適応外と判断し、7月3日腹腔鏡下胃全摘術を施行した。病理組織所見は中分化型腺癌で、リンパ節浸潤、脈管浸潤は陰性で、深達度はmであったが、粘膜筋板から下層レベルに異型の乏しい拡張した腺管の増生を伴っており、非腫瘍性の異所性胃腺と考えられた。本症例では異所性胃腺と癌には連続性を認めず、異所胃腺に合併した早期胃癌と考えられた。【考察】異所性胃腺は、切除胃の2.3~10.7%に認められるが、癌の合併率は約3.5%と高率であり、paracancerous lesionとして重要である。今回我々は異所性胃腺に合併した早期胃癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

44 Ilc様の肉眼形態を呈した胃カルチノイドの1例

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

症例は47歳女性。1型糖尿病にて当院内科通院中、2009年2月検査の上部消化管内視鏡検査にて胃体下部大弯に径5mm大の発赤調の陥凹性病変を認め、生検にてカルチノイドと診断され、背景粘膜は萎縮性胃炎であった。血液検査データでは小球性貧血を認め、血中ガストリン5000pg/mlと著明な高値を認めた。血中セロトニンは正常範囲内であった。抗胃壁細胞抗体と抗内因子抗体は陰性であった。腹部CTでは転移巣は認めなかった。また、同病変はEUSで層構造に変化を認めず粘膜内病変と診断した。患者にインフォームドコンセントを行い、内視鏡下粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。病理組織検査では5X5mmの好酸性の細胞質をもつ腫瘍細胞でロゼット形成や腺管構造を認め、免疫染色にてカルチノイドと診断した。なお、粘膜固有層に内分泌細胞小胞集(endocrine cell micro nest)を認め、内視鏡上は単発ではあるが萎縮性胃炎に合併した胃カルチノイドと診断した。今回、Ilc様と比較的稀な肉眼形態を呈した胃カルチノイドに対しESDを施行した1例を経験したため、若干の考察を加えて報告する。

45 組織学的に腺扁平上皮癌と低分化腺癌と診断された多発胃癌の一例

愛知県厚生連 海南病院

○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

症例は 60 歳の男性で、数ヶ月続くタール便を主訴に 2009 年 4 月に受診した。上部消化管内視鏡検査では胃体上部後壁に易出血性の不整形な潰瘍を伴う 2 型病変、胃体下部から角部にかけて隆起部の中心に陥凹を伴う巨大な病変をみとめた。血液検査所見は WBC:7200/ μ l、Hb:7.4 g/dl、RBC:249 \times 104/ μ l、HCT:21.7%、Plt:67.6 \times 103/ μ l、CEA:1.4 ng/ml、CA19-9:195 U/ml、SCC:0.9 ng/ml であった。生検の結果、胃体上部の病変から低分化腺癌、胃体下部の病変から腺扁平上皮癌を認めた。腹部 CT 検査では胃小弯側に胃壁と一体化した 5.5 cm 大のリンパ節の腫大、腹部大動脈周囲リンパ節の腫大がみられ、肝臓への転移も認めた。切除不能と判断したため、TS-1 とシスプラチンの併用化学療法を開始した。2クール終了後、腹部 CT 検査では、腹腔内転移リンパ節の著明な縮小、肝転移巣の縮小がみられ、上部消化管内視鏡検査でも腫瘍の縮小をみたため、現在 TS-1 とシスプラチン併用化学療法を継続している。胃腺扁平上皮癌は胃癌のなかでまれな疾患であり、頻度は 1% 程度である。60~70 歳代に多く、約 2:1 の割合で男性に多いといわれている。大きさは通常の胃腺癌よりも大きなものが多く、5 cm 以上がほとんどを占めており、これは、胃腺扁平上皮の多くが癌組織の 2 次的変化により生じるものであろうと推察されている。リンパ節転移を認め進行癌で発見されることが多く、漿膜浸潤、肝転移、脈管侵襲の頻度が高いという報告があり、通常胃腺癌と比較して予後が悪い傾向があると考えられている。今回その一例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。(若手)

46 1 コースの TS-1 療法が著効した EBV 関連胃癌の 1 例

1名古屋大学大学院 消化器・代謝内科学、2名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○栗本 拓也、城 卓志、折戸 悦郎

【症例】76 歳、男性 【主訴】胃癌の精査目的【既往歴】2008 年 8 月から 10 月にかけて、他院にて声門癌（扁平上皮癌）に対する TS-1 内服と放射線照射を実施し CR と判定された。【現病歴】声門癌治療前の全身精査の一環として、他院で 2008 年 8 月に上部消化管内視鏡を実施され、胃体上部後壁に浅い陥凹性病変を認めた。生検で低分化型腺癌と診断され手術を勧められたが拒否し、声門癌に対する化学放射線治療のみを実施した。その後胃癌に対する再精査を希望し 11 月に近医で内視鏡を実施、同月紹介受診となった。【検査所見】上部消化管内視鏡（12 月）：胃体上部後壁に 0-IIc 型病変を認め、生検でリンパ球の浸潤が目立つ低分化な上皮性腫瘍と診断された。さらに他院の病理標本で腫瘍細胞に EBER-ISH 陽性所見を認めたとの情報を得られたため、本症例を EBV 関連胃癌と診断した。

【臨床経過】内視鏡所見より SM 浸潤の可能性が高いと判断し改めて手術を勧めたが拒否された。十分なインフォームドコンセントを得たうえで化学療法を行うこととなり、2009 年 1 月より TS-1 を 28 日連続で 1 日 100mg/m² を内服、14 日間休薬し 6 週間毎に投与するスケジュールで治療を開始した。1 コース実施後である 2009 年 2 月の内視鏡で腫瘍の縮小を認め、さらに 4 月の再検査で病変の消失を確認した。病変の存在していた部分は軽度の発赤を呈しており、同部位から生検を実施したが癌細胞は認めず、化学療法が著効したと判断した。治療終了 5 ヶ月後の 7 月に実施した内視鏡でも癌の再発は認められず、現在まで無治療で経過観察中である。

47 集学的治療により根治術が可能となった若年性進行胃癌の 1 例

三重大学大学院 医学系研究科 消化管・小児外科学
○北嶋 貴仁、川本 文、横江 毅、大井 正貴、
田中 光司、三木 誓雄、楠 正人

【はじめに】若年性胃癌の発生頻度は全胃癌の 1.1~3.3% といわれ比較的まれである。今回われわれは、集学的治療により根治術が可能となった若年性進行胃癌の 1 例を経験したので報告する。【症例】17 歳、男性。嚥下困難を主訴に近医を受診し、胃癌と診断され当科に紹介となった。精査により、食道胃接合部に食道浸潤を伴う巨大な 3 型腫瘍を認めた。他臓器転移は認めなかったものの、腹水とリンパ節の遠隔転移を認めた。以上より胃癌 U(E+) Circ type3 cT3 cNX cH0 cP1 cM1 (LYM) cStage IV と診断し、5-FU、CDDP、PTX を用いた化学療法を施行した。2 クール施行後、Down staging が得られたため根治手術を行った。病理組織学的検査所見は中分化腺癌で、pT1 pN0 sH0 sP0 pCY0 sM0 pStageIb であった。また薬物療法による組織学的変化は GradeIa であった。術後 13 か月現在、S-1 を中心とした化学療法を継続しながら外来経過観察中である。【まとめ】若年性胃癌は進行例に対する治療は、今もって確立されたものはないが、積極的な集学的治療を施行することにより、遠隔あるいは局所制御となり遠隔成績の向上に寄与する可能性が示唆されたため、若干の文献的考察を加え報告する。

48 癌性腹水を伴う進行胃癌に対する TS-1+Docetaxel 併用療法 の 検 討 Combination chemotherapy TS-1 and Docetaxel for advanced gastric cancer with peritonitis carcinomatosa

藤田保健衛生大学病院 消化器内科
○米村 稷、中村 正克、柴田 知行、田原 智満、
大久保正明、市川裕一郎、市川 茉莉、平田 一郎

【背景】現在の進行胃癌に対する 1st line chemotherapy としては JCOG9912 の結果、TS-1 base が推奨され、SPIRITS 試験の結果から TS-1+CDDP の 2 剤併用療法が標準療法になりつつある。しかし、症例によっては CDDP が使用し難く、又腹水の著明な貯留から、腹水への移行性がよいタキサン系の薬剤を使用する場合がある。現在、JACCRO GC-03 において TS-1+Docetaxel(TXT) の有用性に対する治験が行われており、結果が待たれている。そこで今回我々は、腹水貯留症例に対して当院で行った 1st line での TS-1+TXT 併用療法について検討を行った。【症例】対象は 2006 年以降に TS-1+TXT 併用療法を行った癌性腹水を伴う進行胃癌 6 例。年齢は 58~77 歳（中央値 66.8 歳）、PS0~2 が 5 例と PS3 が 1 例、組織型は分化型 1 例、未分化型 5 例であり、全例初回の化学療法として行われた。治療法は TS-1 80mg/m²/day を 2 週間内服投与し、1 週間休薬、TXT40mg/m² を day1 に点滴投与を行った。【結果】有害事象は血液毒性では Grade3 以上の好中球減少を 2 例（33%）に認めるのみだった。治療効果は CR:0 例、PR:3 例、SD:2 例、PD:1 例で奏効率は 50% であった。うち 5 例が 2 次治療に移行した。2 次治療としては TS-1 単剤 3 例、Weekly Paclitaxel 1 例、TS-1+CDDP 1 例であった。MST は 220 日、1 年生存率は 16.6%、無再発生存期間は 187 日であった。【まとめ】癌性腹水を伴う進行胃癌に対する TS-1+TXT 併用療法は副作用が少なく、有用な治療法の 1 つとなると考えた。今後症例を集積し、さらなる検討が必要と考えられた。

49 TS-1/TXT 併用療法と CPT-11/CDDP 併用療法が奏効している癌性腹膜炎、閉塞性黄疸を伴った進行胃癌の一例

社会保険中京病院 消化器科
○川口 高史、飛鳥井香紀、高口 裕規、三浦 亜紀、
田中 義人、松永誠治郎、長谷川 泉、加藤 功大、
大野 智義、榊原 健治

症例は 66 歳男性。主訴は腹部膨満感。既往歴として虫垂炎、前立腺肥大。現病歴は平成 20 年 1 月上旬より、腹部膨満感・食思不振・排尿困難出現し近医泌尿器科および消化器内科受診。その後も症状悪化するため、2 月 4 日当院消化器科受診となった。来院時採血では軽度貧血 (Hb 12.6 g/dl) と軽度胆道系酵素が上昇、腹部 CT で腹水を認めたため精査目的で入院となった。入院時理学所見では腹部はやや緊満し波動所見を認める以外特記すべき所見はなかった。入院後施行した胃カメラでは体上部後壁を中心に体下部におよぶ type 3 (por1) を認め、腹水試験穿刺で細胞診は group 5 であった。また入院まもなく顕性黄疸が出現 (T Bil 7.1 mg/dl) し、MRCP で肝門部での狭窄が疑われた。以上より胃がんによるがん性腹膜炎と肝門部リンパ節腫大による閉塞性黄疸と考え手術適応なしと判断された。閉塞性黄疸に対し EMS を用いた減黄処置後、平成 20 年 2 月 22 日より TS-1 (60mg/m²) と TXT (40mg/m²) による化学療法を開始した。腹水は 3 クール終了ころより消失し、食欲も増進、計 21 クール施行することができた。21 年 6 月ころより腹水が再燃 (細胞診は group 5) するため、7 月より CPT-11 (60mg/m²) と CDDP (30mg/m²) による化学療法に変更した。2 クールで腹水は再び消失し現在も継続している。閉塞性黄疸、がん性腹膜炎を伴う胃がんに対し外来化学療法可能な TS-1/TXT 併用療法が長期にわたり奏効したうえ、その後 CPT-11/CDDP 併用療法も奏効し長期生存中のまれな症例を経験したので報告する。

50 十二指腸下行部の潰瘍を伴うgroove pancreatitisの1例

県西部浜松医療センター
 ○間瀬 裕行、千田 剛士、影山富士人、山田 正美、
 吉井 重人、本城裕美子、高井 哲成、岩岡 泰志、
 鏡 卓馬、山崎 哲、鈴木 聡、森 泰希、
 下山 真

【症例】71 才男性。2009 年 5 月褐色尿と心窩部不快感のため近医を受診。上部消化管内視鏡にて十二指腸下行部に潰瘍性病変を認め当院紹介となった。入院時検査所見では WBC 5200/mm³、Hb 13.9g/dl、Plt 16.5x10⁴/mm³、PT 86.9%、T.Bil 3.13mg/dl、D.Bil 1.81mg/dl、GOT 55IU/L、GPT 74IU/L、ALP 482IU/L、LDH 254IU/L、γ-GTP 197IU/L、CRP 8.20mg/dl、CEA 1.3ng/ml、CA19-9 48U/ml であった。腹部造影 CT、造影 MRI では groove 領域に炎症あるいは腫瘍性変化が認められ、肝 S3、S6 に径約 10mm の結節性病変が認められた。PET では膵頭部、肝 S3 に FDG の集積を認め、SUVmax は膵頭部 5.38、肝 S3 病変 4.88 であった。ERP では副膵管が描出されなかった。当初は膵頭部癌十二指腸直接浸潤、転移性肝腫瘍を考えた。しかし主乳頭のやや口側にある十二指腸潰瘍から生検を繰り返し行っても悪性の組織所見は得られなかった。そこで初診から約 2 週間後の時点で腹部造影 CT を再検したところ、初回に認められた groove 領域の軟部組織は縮小しており肝 S3、S6 に認められた病変は消失していた。これらの経過から groove pancreatitis による十二指腸潰瘍形成と肝内の炎症性変化と診断した。その後再検した PET では膵頭部及び肝内の FDG 集積が消失しており診断を支持するものであった。現在も外来にて慎重に PET、造影 CT で経過観察を続けている。【考察】十二指腸潰瘍と肝内結節性病変を伴う膵の腫瘍性病変が認められ典型的な進行膵癌との鑑別が困難な groove pancreatitis と考えられた。groove pancreatitis は副膵管領域の閉塞機転が原因で発症すると考えられており、副膵管の微小膵癌によるものの報告もある。本症例では今のところ画像診断で検出可能な癌は認められていないが、今後も経過観察を怠らないことが肝要である。【結語】十二指腸潰瘍と肝内病変を伴い膵頭部癌との鑑別が困難であった groove pancreatitis の 1 例を経験したので報告した。〔若手〕

51 膵十二指腸動脈瘤破裂の 1 例

名城病院 外科
 ○山田 達治、上松 俊夫、根東 順子、平田 明裕

2009/7/17 佐渡へ旅行中に腹痛発症。急性虫垂炎の診断で 7/19 に緊急手術（虫垂切除・ドレナージ）施行。微熱遷延のため 7/28 に CT をチェックし、膵頭部領域に動脈瘤を 3 個認め、さらに十二指腸外側に血腫と思われる陰影があり、膵頭部動脈瘤破裂が疑われた。その後絶対安静が続いたが名古屋への帰宅を希望され、7/31 に当院へ転院。MDCT にて前医 CT と同様の所見および腹腔動脈起始部狭窄を認めた。後日血管造影で、腹腔動脈起始部狭窄と上腸間膜動脈から胃十二指腸動脈を介しての腹腔動脈領域の造影、さらに前下膵十二指腸動脈・後下膵十二指腸動脈の多発性の紡錘形の動脈瘤を認め、正中弓状韧带圧迫による腹腔動脈起始部狭窄に伴った多発性膵十二指腸動脈瘤破裂と診断した。上腸間膜動脈より選択的 TAE も可能と判断したが、TAE 施行後の肝動脈血流の減少が危惧されたため、手術適応と判断した。手術は右側結腸間膜が血腫と一塊となっていたため、重全胃温存膵十二指腸切除+右半結腸切除を行い、さらに正中弓状韧带切離による腹腔動脈起始部圧迫解除を施行した。術後は肺空腸吻合部の縫合不全を発症したが肝機能障害などは起こらなかった。以上、正中弓状韧带圧迫による腹腔動脈起始部狭窄に伴った膵十二指腸動脈瘤破裂症例を経験した。本症例について術前診断、手術適応など十分に検討したい。

52 アルコール性慢性膵炎に合併した膵仮性動脈瘤の 1 例

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

【症例】52 才、男性。既往歴は高血圧。毎日焼酎 5 合飲する大酒家であり、平成 15 年、平成 16 年に膵頭部仮性嚢胞を伴った慢性膵炎の急性増悪で入院しているが、退院後も飲酒は継続していた。平成 21 年 8 月 3 日より心窩部痛が出現し増強したため、8 月 13 日当院救急外来を受診。腹部単純 CT にて膵頭部の腫大および嚢胞の増大、採血にて血中アミラーゼ、白血球数の上昇を認め、膵炎急性増悪として入院となった。入院時より Hb 8.7 g/dl と貧血がありターレット便を認めたため 8 月 14 日上部内視鏡検査を施行したが、乳頭部からの出血を含め明らかな出血点を同定できなかった。その後もターレット便や貧血進行が持続し、8 月 17 日に行ったダイナミック MRI およびドプラー US にて膵頭部動脈瘤が疑われたため、緊急腹部血管造影を行った。腹腔動脈造影では GDA にかなりの狭窄があり、PSPD 分岐直後の GDA よりジェット状の造影剤血管外漏出および瘤状の pooling を認めた。膵仮性動脈瘤からの嚢胞内出血と考え、PSPD 分岐部より近位の GDA までプラチナコイルにて塞栓術を施行した。塞栓後造影では嚢状構造は消失しており、8 月 18 日ドプラー US にて仮性動脈瘤内の血流消失、血栓化を確認した。その後心窩部痛は消失し貧血の進行やターレット便もなく、CT 上膵頭部嚢胞は縮小し、8 月 28 日退院となった。現在は禁酒し、外来通院中である。【考察】慢性膵炎に合併した膵仮性嚢胞のうち 10% に仮性動脈瘤や嚢胞内出血が存在するとされている。これらが消化管や膵管、腹腔内に穿破して致命的になることがあり、稀ではあるが注意を要する合併症と考えられる。膵仮性動脈瘤の治療は、診断・出血部位同定から引き続き施行可能な動脈塞栓術が有用であり、その後必要に応じて外科的や内視鏡的な治療を考慮すべきであると考えられる。【結語】コイルによる動脈塞栓術が有用であったアルコール性慢性膵炎に合併した膵仮性動脈瘤の 1 例を経験した（若手）

53 自己免疫性膵炎を含む 4 病変にステロイド治療が著効した IgG4 関連疾患の 1 例

J A 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科
 ○下郷 友弥、大久保賢治、森田 清、竹内 淳史、
 金沢 宏信、松崎 一平、伊藤 隆徳、竹山 友章、
 西村 大作、片田 直幸

【背景】自己免疫性膵炎は IgG4 関連疾患で、様々な病変が同時に存在することがあり、近年注目を集めている。今回我々は、自己免疫性膵炎に腹部腫瘍、肺腫瘍、及び腹部大動脈周囲肥厚を合併しステロイド治療が著効した 1 例を経験したので報告する。【症例】79 歳、男性。泌尿器科に受診時、腹部超音波検査施行され膵体尾部腫瘍、および回盲部腫瘍を指摘され紹介受診となった。採血では CEA2.3ng/ml、CA19-9 3U/ml と腫瘍マーカーの上昇認めなかったが、IgG 4062mg/dl、IgG4 2010mg/dl と著明に上昇していた。造影 CT 検査では膵体部から尾部にかけて腫大し造影欠損像を示した。他に、上行結腸間膜根部に約 6cm×4cm の造影効果の低い腫瘍、右肺上葉に散在する約 4cm の腫瘍影を認め、腹部大動脈周囲は肥厚していた。PET-CT 検査では膵体尾部が帯状に SUV 亢進し、各腫瘍も SUV 著明高値を認めた。腹部大動脈周囲にも肥厚部に一致して集積を認めた。ERCP では膵体部～尾部に狭細像を認めたが途絶は認めなかった。EUS では膵体部に low echoic mass を認め、後日 FNA を施行した。しかし、悪性所見認めず形質細胞や好酸球浸潤を認め、自己免疫性膵炎を疑う所見であった。肺腫瘍は経気管支肺生検施行したが、悪性所見認めずリンパ球浸潤を認め IgG4 関連疾患として矛盾ない所見であった。上記から自己免疫性膵炎、IgG4 関連疾患と診断した。プレドニゾン投与を 30mg から開始した所、著明に改善を認めた。内服開始後 1 カ月の時点で IgG 及び IgG4 は著明に低下し、膵腫大は改善した。投与開始後 3 カ月時点の CT では各腫瘍はほぼ消失し、大動脈周囲肥厚も改善していた。投与開始後 4 カ月時点の PET-CT では各部位に SUV 集積を認めなくなった。プレドニゾンを 5mg まで漸減したが再燃の所見は認めない。【結語】自己免疫性膵炎に肺腫瘍、腹部腫瘍、大動脈周囲肥厚を合併した IgG4 関連疾患に対しステロイド治療が著効した 1 例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

54 膝リンパ管腫の1例

名城病院 外科
 ○根東 順子、上松 俊夫、平田 明裕、山田 達治

【背景】膝リンパ管腫を術前に確定診断することは困難である。鑑別診断するに当たり膝リンパ管腫を念頭に置くことで、過大な手術侵襲は回避できると思われる。比較的稀な膝リンパ管腫の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】67歳の女性。上行大動脈瘤の精査のために行ったCT検査で胃の背側足側に膝下縁に接する長径約8cmの不整形な腫瘍を認めた。CT検査では造影剤による増強効果の無い低濃度病変で、腫瘍内には隔壁様の領域や点在する石灰化領域が認められた。MRI検査で腫瘍はT1強調低信号かつT2強調高信号を呈していた。腹部超音波検査では多房性の嚢胞性病変の所見であった。画像検査では膝管の拡張は認められなかった。血液検査では特に異常所見は認めず、CEAおよびCA19-9は正常値であった。上部消化管内視鏡検査では胃角から後壁にかけて壁外からの圧排が観察されたが、腫瘍による上皮性変化は認めなかった。診断の目的で手術を行った。開腹してみると、多房性嚢胞性腫瘍が膝の下縁と横行結腸間膜前葉とに連続して存在していた。嚢胞壁は薄く、嚢胞表面に膝とは不連続な長径15mmの扁平な膝組織片が認められた。また、膝頭部腹側には独立した小さな嚢胞性病変が膝実質内に埋もれるようにして2個あり、肉眼的には多房性嚢胞性病変と類似していた。多房性嚢胞性腫瘍を膝組織片と横行結腸間膜前葉と併せて切除した。膝体部下縁辺りに腫瘍への流入血管と思われる血管が存在した。嚢胞内内容物は黄色透明な漿液であった。これらの所見から膝リンパ管腫が最も考えられたため、膝頭部の嚢胞性病変の切除は行わなかった。病理組織検査所見はリンパ管腫であった。術後14日目に軽快退院した。

55 非機能性膝内分泌腫瘍の1例

関中央病院
 ○吉村光太郎、若原 祐子、境 浩康、安江 晃子、白井 利雄、齋藤 雅也

症例：76歳、男性。主訴：上腹部痛。既往歴：特記すべきことなし。飲酒歴：日本酒3合/日×50年、喫煙歴：20本/日×40年。現病歴：2009年1月上旬上腹部痛出現し、当院受診。精査にて膝炎と診断され、入院。入院時現症：身長165.5cm、体重54.0kg、脈拍100/分、整。血圧140/58、結膜：貧血黄疸なし、胸部：心肺異常所見なし、腹部：平坦、軟。心高部に圧痛軽度。入院時検査所見：WBC 8600/μl、CRP 0.1 mg/dl、Amylase 162 IU/l、Lipase 58 U/l、T-Bil 1.98 mg/dl、AST 256 IU/l、ALT 91 IU/l、γ-GTP 632 IU/l、腫瘍マーカー正常、その他：ホルモン異常認めず。腹部ダイナミックCT検査にて膝頭部腫瘍を認め、早期相で軽度の腫瘍造影効果を、後期相では一部に遅延性の腫瘍造影効果を認めた。FDG-PET検査にて膝頭部の腫瘍に一致した集積像（SUV値120分後6.7）及び膝頭部周辺リンパ節と傍大動脈リンパ節への集積像を認めた。腹部血管造影検査；門脈本幹に不整な狭窄像を2ヶ所認め、膝頭部にhypervascularな腫瘍濃染像を認めた。ERCP；主膝管の不整狭窄像とその上流の拡張を認め、胆管造影では下部総胆管に排排性狭窄像を認めた。EUS-FNAによる病理学的検査；N/C比の高い小型腫瘍細胞の増生を認め、CD56、シナプトフェジン陽性、MIB-1一部陽性、その他の免疫染色陰性。以上の結果より、非機能性膝内分泌腫瘍と診断。患者側が手術療法を拒否されたため化学療法を開始、現在も外来にて化学療法を継続中である。（結語）膝内分泌腫瘍は膝腫瘍全体の約1~3%程度、症候性腫瘍の頻度はおよそ一般人口10万人対1以下とされている比較的稀な腫瘍であり、そのうち非機能性内分泌腫瘍は15~40%と更に稀な腫瘍であり、貴重な症例と思われる、報告した。

56 主膝管に限局性の狭窄を来した膝内分泌腫瘍の一例

豊橋市民病院 消化器内科
 ○大林 友彦、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、河合 学、川口 彩、山雄健太郎、岡村 正造

73歳女性【主訴】CEA高値精査目的【既往歴】糖尿病、高血圧症、高脂血症【現病歴】糖尿病、高血圧症で近医通院中であった。平成21年1月17日、近医でのスクリーニング検査にてCEA高値を認めたため、当院消化器内科紹介受診。2月12日の腹部CTにて膝体部に5mm大の濃染される腫瘍と体尾部の主膝管拡張を認め、2月23日、精査目的に入院となった。【入院時血液検査所見】CEA：7.6ng/mL、CA19-9：0U/mL、DUPAN2：38U/mL、Span1：3.1U/mL【入院後経過】腹部超音波検査：膝体部に5.8mm大の低エコーを呈する腫瘍を認め、尾側膝管は4mmと拡張を認めた。ERP：主膝管は体部に限局性の狭窄を認めて、狭窄部にて吸引細胞診を施行、粘液を有する円柱上皮細胞を多数認め細胞異型は乏しく、疑陽性の結果であった。超音波内視鏡検査：膝体部に7.7×5.9mm大の境界明瞭な低エコーを呈する腫留を認め、主膝管は尾側で拡張を認めた。以上よりCT上は内分泌腫瘍を疑う所見であったが主膝管の狭窄を来しており、膝癌を第一に考え3月24日、当院外科にて膝体尾部脾切除術を施行した。病理所見：腫瘍細胞は内分泌細胞様の形態を呈し、小型胞体を形成、免疫染色ではCD56(+), chromograninA(+), synaptophysin(+)であり、insulin, glucagon, somatostatinはいずれも陽性細胞はごく少数で、散在性に観察されるのみ、MIB-1陽性細胞は1%未満の結果であった。取り扱い規約ではPb, TS1, nodular type, endocrine tumor, INFα, ly0, v0, ne0, pT1, CH(-), DU(+), S(-), RP(-), PV(-), A(-), PL(-), OO(-), pN0, M0, PCM(-), CPM(-), R0, medullary typeであった。【考察】主膝管に限局性の狭窄を来した膝内分泌腫瘍の症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

57 多発膝内分泌腫瘍・多発嚢胞を合併した Von Hippel-Lindau 病の1例

静岡県立静岡がんセンター内視鏡科、¹同肝胆脾外科、²同病理診断科
 ○松林 宏行¹、上坂 克彦²、金本 秀行²、水野 隆史²、杉浦 禎一²、佐々木恵子³、池原 久朝¹、滝沢 耕平¹、角嶋 直美¹、田中 雅樹¹、山口裕一郎¹、小野 裕之¹

【背景】Von-Hippel Lindau (VHL) 病は血管芽腫、腎癌、褐色細胞腫等を発症する遺伝性疾患で、~17%に膝内分泌腫瘍の発症が報告される。

【症例】40歳代、女性。既往歴には19年前に両側副腎褐色細胞腫の摘出術を施行。その後副腎皮質ホルモンの内服を継続していたが、倦怠感を主訴として当院精神腫瘍科へ紹介受診。兄弟にも褐色細胞腫の病歴がある。スクリーニング目的の腹部US、CTで膝に多発する最大2.5cmの嚢胞を認めた。頭部嚢胞の近傍と尾部に複数の境界明瞭な低エコー腫瘍を認めた。腫瘍は最大のもので3cm、内部には拍動性血流を認めた。造影CTの動脈相早期~晩期で腫瘍の大部分は高吸収、内部には一部低吸収域もみられ、MRIではT1-WIで低信号、T2-WIでやや高信号にみられた。両腎には嚢胞が認められた。境界明瞭で血流豊富な腫瘍であることから当初は褐色細胞腫の晩期再発も考えられたが、MIBGシンチでは集積を認めなかった。血清膝内分泌ホルモンはインスリンの軽度上昇(11.9μU/ml、正常：5~109μU/ml)以外にガストリン、グルカゴンともに正常域であったが、既往歴、家族歴および画像所見から、VHL病に合併した膝内分泌腫瘍と診断された。術前スクリーニング目的の頭部MRIでは血管芽腫等の腫瘍病変を認めず、膝頭十二指腸切除+膝尾部分除術が行われた。腫瘍の病理診断はWell-differentiated endocrine tumor, uncertain behavior(リンパ節転移陰性、Ki-67index:1.7%)、嚢胞は漿液性嚢胞であった。内分泌腫瘍と嚢胞は近接していたが、移行像は認めなかった。術後4年半、再発所見を認めず、血管芽腫やその他VHL病に特異な腫瘍の発症を認めない。

【考察】本例の診断には膝・腎等の画像所見だけでなく、既往歴、家族歴が有用であった。
 【結語】多発膝内分泌腫瘍・多発漿液性嚢胞を合併したVHL病の1例を経験した。

58 膵内に多発し、EUS-FNAにて術前に診断し得た Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の1例

愛知県がんセンター中央病院消化器内科、¹同内視鏡部

○松本 和也¹、原 和夫¹、澤木 明¹、水野 伸匡¹、
脇岡 範¹、今村 秀道¹、近藤 真也¹、小林 佑次¹、
鈴木 晴久¹、佐伯 哲¹、赤羽 麻奈¹、田近 正洋²、
河合 宏紀²、丹羽 康正²、山雄 健次¹

症例は37歳、女性。妊婦検診でHCV抗体陽性のため、腹部超音波検査を施行。膵尾部に腫瘤を認め、出産後に当科紹介入院。腹部CTでは、膵体尾部に各々30mm、20mm大の類円形腫瘤を認め、いずれも造影CTで平衡相に淡い造影効果を認めた。超音波内視鏡検査では、いずれも境界明瞭、表面平滑、被膜を有さず、内部に囊胞性分を認めた。MRIでは、T1-/T2-WI imageで膵体部病変は各々low-/high-intensity、膵尾部病変はlow-/low-intensityを呈した。内視鏡的逆行性膵管造影では、膵体部に膵管の圧排像を認めたが、腫瘤との交通は認めなかった。超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)でSPNの多発病変と診断し、膵体尾部切除術を施行した。膵内に多発し、術前に確定診断し得たSPN症例は、過去に例がないと思われ報告した。

59 術前診断が困難であった閉塞性黄疸を来した膵漿液性囊胞腫瘍の1例

医療法人 山下病院 消化器外科
○相場 利貞、片山 信、白井 量久

我々は、術前診断が困難であった、膵頭部漿液性囊胞腫瘍による閉塞性黄疸症例を経験したので報告する。症例は71歳男性。既往歴に糖尿病あり、家族歴に特記事項なし。平成21年7月、2週間続く倦怠感、食欲不振、尿濃染を主訴に近医を受診。腹部超音波検査にて、総胆管の拡張と胆嚢の腫大を認め、閉塞性黄疸として当院を紹介受診し同日緊急入院。血液検査では肝・胆道系酵素が高値であり、総ビリルビン値は6.97mg/dlであった。CEAは正常範囲内で、CA19-9は103.1U/mlと高値だった。CT検査では、動脈相で濃染される約20mm大のhypervascularな腫瘍を膵頭部に認め、上流の胆管の拡張を認めた。周囲のリンパ節腫大を伴っていた。腹部超音波検査、超音波内視鏡検査では、膵頭部に低エコーで境界明瞭な25mm大の腫瘍と、これによる総胆管の圧排・途絶を認めた。造影超音波検査でも腫瘍は濃染された。内視鏡的逆行性膵胆管造影(ERCP)では、中下部胆管に圧排像を認めたが、膵管像に異常はなかった。血管造影検査にて、腫瘍は前・後上膵十二指腸動脈、上腸間膜動脈から栄養されていた。以上より、浸潤性膵管癌を疑う所見に乏しく、膵内分泌腫瘍、腺房細胞癌、悪性リンパ腫などが鑑別疾患に挙げられた。減黄目的に、ERBDを施行したが、閉塞により黄疸、肝機能障害の進行を認めたため、後日PTCDを施行し、これにより減黄を得た。入院第34病日、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行。術中、局所周囲の弾性軟リンパ節腫大を認めたため、D2郭清を行った。再建はChild変法。出血量は1475ml、手術時間は6時間15分、術後経過は良好であった。手術時摘出標本剖面では、総胆管を取り囲む、弾性軟で褐色の境界明瞭な充実性腫瘍を認めた。病理組織検査では、腫瘍はややくロマチンの増加した小型の均一な核と、淡明な胞体を持つ細胞が、小型の管状腺管を形成して増生する部分と、大小の囊胞を形成して密に増生する部分を認め、膵漿液性囊胞腫瘍と診断した。摘出リンパ節にも悪性所見を認めなかった。

61 膵管非癒合に合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○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、中村 陽介¹、船坂 好平¹、小原 圭¹、山村 健史¹、中村 正直¹、宮原 良二²、大宮 直木¹、後藤 秀実¹

【症例】60代女性。2009年2月急性膵炎にて近医入院し保存的に改善した。その際腹部CTにて体部主膵管拡張を指摘され、2009年4月主膵管拡張の精査目的にて当科紹介入院となった。入院時理学所見・血液検査では特に異常を認めなかった。腹部超音波検査では膵体部に限局した主膵管拡張を認めた。腹部造影CTでは拡張した主膵管内に造影効果を有する結節を認めた。超音波内視鏡検査では膵体部主膵管は約7mmに拡張し、内腔には3mm大の結節状隆起を2カ所認めた。造影超音波内視鏡検査では同部に造影効果を認め、腫瘍性病変と考えられた。主乳頭からの膵管造影では腹側膵管のみが造影され、膵管非癒合の所見を呈した。副乳頭開口部は開大し粘液の排出を認めた。副乳頭からの造影では背側膵管が造影され、体部主膵管に約20mmに及ぶ限局性拡張を認めた。膵管内超音波検査では拡張膵管内に結節状隆起を認めたが、拡張部より頭側の膵管には病変の進展を認めなかった。膵液細胞診結果はGroup 1であり、異型のみられない円柱上皮細胞であった。以上より膵管非癒合に合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍と診断し、同年5月当院外科にて脾温存膵体尾部切除術を施行した。病理診断はintraductal papillary mucinous adenomaであった。【結語】膵管非癒合に合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例を経験した。

60 主膵管型 IPMN の一例

¹大同病院 消化器科、²大同病院 総合内科
○野々垣浩二^{1,2}、小川 和昭^{1,2}、榎原 聡介^{1,2}、藤原 晃^{1,2}、印牧 直人^{1,2}

症例は70歳女性。検診の腹部USにて主膵管の拡張を指摘され当院精査入院となった。腹部CT、MRCP検査では主膵管はびまん性に拡張し、特に膵頭部で拡張が目立つ所見であった。EUSでは、膵頭部で主膵管内に結節性病変を認めた。ERCP施行時の内視鏡所見では、主乳頭開口部は開大し、粘液の排出を認めた。膵管造影では、頭部主膵管内に陰影欠損像を認めた。IDUSでは頭部の拡張した主膵管内に充滿する腫瘍を認めた。同部位はPOPSでも明瞭に乳頭状腫瘍として内視しえた。以上より主膵管型IPMNの術前診断にて2009年1月25日幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的には拡張した膵管内に異型の乏しい乳頭状増生を認めたが、悪性像はなく腺腫と診断された。主膵管型IPMNの一例を経験したので報告する。

62 主膵管狭窄を呈した IPMC の 1 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 光学診療部
○中村 陽介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、伊藤 裕也¹、船坂 好平¹、田中 努¹、水谷 太郎¹、後藤 秀実^{1,2}

【症例】60歳代 男性【現病歴】2008年10月心窩部痛にて近医受診し、腹部超音波検査にて主膵管の拡張を指摘され、同年11月当院紹介受診。精査加療目的にて入院となった。【経過】入院後施行した腹部超音波検査でも主膵管の拡張を認めたが、その原因の存在は認識できなかった。腹部造影CT検査にて膵体部主膵管に高度の狭窄と尾側膵管の著明な拡張を認めたが、狭窄部膵管周囲の膵実質は、膵実質相から門脈相にかけて造影効果の低下を認めるのみで、明らかな腫瘍性病変は指摘困難であった。ERPでも同様に膵体部主膵管の狭窄と尾側膵管の著明な拡張を認めた。狭窄より尾側の分枝膵管には一部囊胞状拡張を認めたが、主膵管と交通のある囊胞性病変は認めなかった。拡張した膵管内に粘液を疑う透亮像は認めず、採取した膵液にも粘液は含まれていなかった。EUSでは膵体部に17mm大の多房性囊胞性病変を認め、囊胞性病変の内腔内には乳頭状腫瘍の増殖を認めた。また囊胞性病変から連続する低エコー域を認め、ソナゾイド造影にて同病変は早期相で膵実質と同程度まで造影効果を認め、その造影効果は開始1分後まで持続していた。造影後期相では周囲よりも低エコーな領域として認識された。以上の結果より、IPMC without mucin-hypersecretion と診断し、2008年12月膵体尾部切除術施行。最終病理診断はintraductal papillary mucinous adenocarcinoma, Pp, ly0, v0, ne0, mpd(+), pPCM(-), pDPM(-), CH(-), DU(-), S(-), RP(-), PV(-), A(-), PL(-), OO(-), Tis, NO, MO, fStage 0 であった。主膵管狭窄部の周囲には高度の線維化を認めるも同部位に腫瘍は存在しなかった。【結語】膵体部主膵管狭窄を呈したIPMCの1例を経験した。

63 IPMN 由来浸潤癌との鑑別が困難であった転移性膵癌の1例

¹ 土岐市立総合病院 消化器内科、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
○佐々木淳治¹、白井 修¹、渡辺 武人¹、清水 豊¹、
川嶋 啓揮²、伊藤 彰浩²、後藤 秀実²、廣岡 芳樹³

【症例】67歳女性【既往歴】2003年1月肺腺癌手術(右上葉+S6切除、pT4N2M0 stage3 b)、2006年頭蓋骨転移にて放射線療法施行、ゲフィニチブ内服開始され現在まで継続中【現病歴】他院にて肺癌術後経過観察中であったが、2008年腹部CTにて膵に異常影を指摘され、当院消化器内科紹介、精査入院となった。【臨床経過】腹部造影CTにて膵体部に約20mmの腫瘤あり、尾側膵管の拡張と近傍リンパ節腫大を認めた。腫瘤は造影にて軽度 enhance され、膵頭側には嚢胞性病変も認められた。腹部USでは膵体部に cystic lesion を伴う low echoic mass と、近傍のリンパ節腫大あり。ERCPでは十二指腸乳頭の軽度開大を認め、主膵管は膵体部で狭窄しその近傍に嚢胞性病変を認め、また尾側膵管は拡張していた。明らかな粘液透亮像は認めなかった。IDUSでは腫瘤は hypoechoic に描出され、それに近接する cystic lesion を認めた。膵液細胞診は陰性であった。PET-CTでは膵体部の腫瘤に一致して集積を認めたが、他部位への集積は認めなかった。以上より転移性膵癌も考えられたが IPMN 由来浸潤癌の可能性が高いと思われ、他院にて脾合併膵体尾部切除術を施行。病理組織学的に TTF-1 陽性の adenocarcinoma であり肺腺癌の膵転移との診断とされた。【結語】IPMN 由来浸潤癌との鑑別が困難であった比較的稀な転移性膵癌の1例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

64 初回手術4年後に局所再発を切除した IPMN 由来浸潤癌の1例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科、愛知県がんセンター中央病院 消化器内科
 ○松井 聡、清水 泰博、佐野 力、千田 嘉毅、小森 康司、二村 雄次、澤木 明、水野 伸匡、原 和男、山雄 健次

症例は初診時 78 歳の女性。検診の超音波検査で膵体部に低エコーの腫瘤を認めたため、当院に紹介となった。EUS では門脈合流部よりやや尾側の膵体部に、嚢胞成分を有する 26mm 大の低エコー腫瘤と、尾側膵管の拡張を認め、ERCP では腫瘤より尾側の主膵管の途絶を認めた。CT では EUS 同様、嚢胞成分を有する乏血性腫瘤を認め、明らかなリンパ節転移や肝転移、播種などの遠隔転移は認めなかった。膵体部癌 TS2、T3、N0、M0、StageIII と診断し、2003 年 12 月に膵体尾部・脾切除術を施行した。術後病理診断は IPMN 由来浸潤癌、ly1, v1, ne1, mpd(-), dpm(-), s(+), rp(+), n0 で、低・中分化型腺癌、腺扁平上皮癌、粘液癌と様々な形態で膵実質に浸潤していた。術後経過良好で術後 24 日目に退院し、その後経過観察していた。2007 年 10 月に腸閉塞を発症し緊急入院した。緊急下部消化管内視鏡検査にて結腸脾彎曲部での閉塞をみとめ、経肛門的にイレウスチューブを挿入された。上部消化管内視鏡検査を施行すると、胃体上部後壁の易出血性隆起病変を認め、CT で横行結腸と胃の一部が一塊となっていた。加療目的で当院へ転院となった。EUS では胃体部背側に横行結腸と一塊となった不整形の腫瘤を認め、胃粘膜生検の結果、初回膵癌の再発が疑われた。2007 年 11 月に幽門側胃切除と横行結腸切除を施行した。切除標本では、胃および横行結腸の間に最大径 5 cm の腫瘤が存在し、胃、結腸の粘膜に露出していた。病理所見は異型細胞が扁平上皮への分化を示して増殖する像と腺管状に増殖する像が、互いに隣接し移行しながら見られ、前回の組織像に類似しており、膵癌の再発として矛盾のない所見であった。術後経過良好で術後 14 日目に退院した。その後、ゲムシタピンによる術後補助療法を継続しているが、2009 年 9 月現在、再発を認めていない。

66 TACE による多発肝転移巣のコントロールの後、原発巣切除を行った非機能性膵内分泌腫の1切除例

三重大学 肝胆脾・移植外科、三重大学 放射線科
 ○種村 彰洋、信岡 裕、村田 泰洋、岸和田昌之、濱田 賢司、水野 修吾、白井 正信、桜井 洋至、田端 正己、高木 浩行、山門亨一郎、伊佐地秀司

症例、50 歳代女性。血尿にて近医を受診。CT、MRI で膵尾部に造影効果の弱い径 2cm の膵体尾部腫瘍と、最大径 8.5cm で造影にて内部低吸収を示す多発肝腫瘍を両葉に指摘された。内分泌検査値に異常なく肝生検が施行され膵内分泌腫瘍の多発肝転移と診断され、加療目的に当院に紹介となった。計 3 回の ADM 40mg を用いた TACE 施行後に肝転移巣の著明な縮小効果を認めた。転移巣のコントロールが良好なことから初回 TACE 後 9 カ月目に原発巣の切除目的に当科紹介となった。腹腔鏡補助下膵体尾部切除術を施行し、病理所見にて Non-functioning well-differentiated endocrine carcinoma と診断された。免疫染色ではクロモグラニン (+)、シナプトフィジン (+)、CD56(+)、MIB-1 陽性率：1-2% であった。経過良好にて術後 20 日目に退院となった。術後 2 カ月目の CT では肝転移の明らかな増大を認めていない。高分化型で腫瘍増殖が緩徐な非機能性膵内分泌腫は肝転移を伴った場合でも肝移植を考慮に入れた集学的治療により長期予後が期待できるものがあり、積極的な治療の適応と考えられる。

65 巨大嚢胞を契機に診断された膵癌の1例

岐阜大学医学部付属病院 第一内科
 ○山内 貴裕、安田 一郎、中島 賢憲、土井 晋平、今井 健二、高井 光治、足立 政治、内木 隆文、村上 啓雄、森脇 久隆

【症例】67 歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】3 か月前に心窩部痛のため近医を受診。血液検査で軽度の膵酵素上昇と腹部 CT にて膵尾部に径 30mm の嚢胞を指摘され、肺炎および脾破裂性嚢胞と診断。外来通院治療を受けた。1 週間前に心窩部痛・腹部膨満感を訴え、再び近医を受診。腹部 CT にて嚢胞が 160mm と急速に増大傾向であったため、EUS 下ドレナージュ目的にて当科紹介入院となる。【既往歴】1 年前大腸ポリープを内視鏡的に切除。【飲酒歴】機会飲酒程度【入院時現症】腹部：平坦、軟、圧痛なし。【入院時血液検査所見】WBC：6010/μl, AST：14IU/l, ALT：12IU/l, γ-GTP：12IU/l, ALP：202IU/l, AMY：846IU/l, エラスターゼ 1：480ng/dl, CRP：2.38mg/dl【入院後経過】当院にて腹部造影 CT を再検したところ、膵体尾部腹側に 160×50×90mm 大の嚢胞をみとめ、さらに膵尾部に 10mm 大の造影不良域を認めた。膵癌の合併を疑い ERP を施行したところ、主膵管は膵尾部で閉塞しており、閉塞部にガイドワイヤーを挿入し上流を造影すると、閉塞部より上部に 15mm の高度狭窄を認め、尾側主膵管は不整に拡張していた。なお、主膵管と嚢胞の交通は確認されなかった。同時に行った膵液細胞診は陰性であったため、膵癌の確定診断目的にて EUS-FNA を施行。EUS では膵尾部に 14×19mm の境界不明瞭な低エコー領域を認め、腹側に介在する嚢胞を何とか避けることができたため、25G 針で穿刺を行った。病理所見では壊死変性が強かったが、adenocarcinoma と診断された。診断後一度退院となり、一ヶ月後に当院外科にて膵体尾部脾合併切除術が施行された。【結語】巨大嚢胞を契機に診断された通常型膵癌の1例を経験した。貯留嚢胞を伴った膵癌はときに経験するが、これほど巨大な嚢胞の合併は珍しいと思われたため、若干の文献的考察を含め報告する。

67 放射線化学療法が著効し、2年6ヶ月長期生存している切除不能進行膵癌の1例

岐阜社会保険病院 外科
 ○太田 俊介、大島 章、安藤 英也、秋田 幸彦

【症例経過】60 才、男性。平成 19 年 3 月会社検診で糖尿病を疑われ、4 月に内科受診し、膵癌と診断された。腹部 CT 検査で膵頭部に径 2 cm の low density mass を認め、7,8a,12,13,16 に多発リンパ節腫大を認め、CA19-9 が 1060 だった。PET で主腫瘍および腫大リンパ節がすべて hot で、手術適応はなかった。7 月より weekly GEM(1400mg)を開始し、放射線治療(60Gy)を併用した。CA19-9 の低下が止まった、平成 20 年 2 月より S1 の併用を開始した。GEM(2W 毎)+S1(120mg/body、2W 投与 2W 休業)4 月の CT 検査でリンパ節は著明に縮小し、CA19-9 は 41 まで下がったが、6 月ころより体調不良を訴えたため S1 を減量し、8 月に中止したところ、9 月末に CA19-9 は 1303 まで急激に増加した。GEM+S1 にもどし、12 月に CA19-9 は 315 に低下したが、その後は徐々に増加した。21 年 6 月嘔吐、食欲不振を訴え、入院。CT で腫瘍径は 5cm に増大し門脈に浸潤していたが遠隔転移を認めず、PET でも主腫瘍以外に hot な部分を認めず、切除可能と考え 6 月 29 日手術施行した。放射線治療に伴う広範囲の組織硬化が著しく、PD は断念し胃・空腸吻合のみを施行した。8 月末より黄疸を認め、PTBD を施行した。【結語】切除不能膵癌に対する GEM+S1 併用療法や放射線治療を組み合わせた集学的治療は一部の病院でのみ行われるものと思われがちだが、一般病院であっても同様の症例を抱え、その治療に苦勞している。今回、我々が経験した症例は GEM と放射線治療を併用し効果が得られたが、S-1 をさらに併用することによって、2 年 6 ヶ月という長期生存が得られた。GEM+S-1 併用両方では強い有害事象の発生が懸念され、投与方法の研究がされている。今回の症例では、GEM+S-1 併用で GEM(2W 毎)+S1(2W 投与 2W 休業)でおこない、強い有害事象は観察されなかった。このような長期生存がえられたことは、今後の切除不能膵癌治療の励みになると考え報告する。

68 局所進行切除不能膀胱癌における塩酸ゲムシタピン併用化学放射線療法の治療成績

藤田保健衛生大学 胆・脾外科

○石原 慎、堀口 明彦、宮川 秀一

(目的) 局所進行切除不能膀胱癌に対する治療として、5-FU 併用化学放射線療法 (CCRT) が膀胱診療ガイドラインで推奨されている。しかし、その成績は生存期間中央値 (MST) 10.1-10.6 ヶ月と満足できる成績ではない。2003 年 Li らによる 5-FU と塩酸ゲムシタピンを用いた CCRT の RCT では、MST および奏効率で GEM が有意に良好であった。今回我々は、局所進行切除不能膀胱癌に対する GEM CCRT の成績を報告する。(対象) 2005 年 1 月から 2008 年 12 月に経験した遠隔転移を認めない局所進行切除不能例 22 例中適格基準を満たした 18 例を対象とした。(方法) 放射線療法は 1 回 2Gy、週 5 日間連日、2 日間休止で総量 60Gy 施行した。GEM は 600mg/m² を週 1 回 30 分点滴し、3 週投薬、1 週休薬とした。CCRT 終了後、GEM1000mg/m²、週 1 回 30 分点滴し、3 週投薬、1 週休薬にて継続した。奏効率、無増悪生存期間、生存期間、50% 以上の腫瘍マーカーの減少、有害事象につき検討した。(結果) 患者背景は、男性 8 例、女性 10 例、平均年齢 62.8 歳であった。膀胱癌の部位は、頭部 13 例、体部 5 例であった。効果は、PR 7 例、SD10 例、PD1 例で奏効率は 38.9% であった。PR であった 2 例は、切除可能となり、根治切除を行った。無増悪生存期間中央値 15 ヶ月、1 年生存率 80.2%、2 年生存率 45.1%、MST22 ヶ月であった。50% 以上の腫瘍マーカーの減少は、異常値であった 16 例のうち 15 例に認め、うち 8 例は正常値となった。Grade3 以上の血液毒性は、好中球減少 55.6%、Grade2 以上の非血液毒性は、食思不振 22.2%、皮疹 5.6% であった。(考察) 今回我々は、Li らと同様に GEM は 600mg/m² を使い CCRT を行なった。Li らの報告では、18 例で GEM CCRT の奏効率は 50%、MST は 14.5 ヶ月と報告されている。2008 年 ASCO では、ECOG による E4201 の結果が報告された。我々と同様に GEM600mg/m² を用いた CCRT であるが、奏効率 6%、MST11 カ月であった。今回、我々の結果は、Li らの報告と同じ結果であり、局所進行切除不能膀胱癌には有効な方法と考えられた。

69 虚血性小腸炎の1例

西美濃厚生病院

○高田 淳、渡部 直樹、浅野 貴彦、岩下 雅秀、
田上 真、高山 啓明、林 隆夫、前田 晃男、
西脇 伸二、齋藤公志郎

症例；78歳，女性。既往歴；60歳頃より高血圧，糖尿病，高脂血症にて内服加療中。喫煙歴なし。現病歴；平成21年7月15日夕食後より腹部膨満，下腹部痛，下痢，嘔吐あり，当院救急外来受診。脱水所見あり，急性胃腸炎疑い，精査・加療目的に緊急入院となった。入院翌朝水様の血便中等量が数回あり。検査所見および臨床経過；腹部USにて，骨盤内小腸に限局する全周性の小腸浮腫・粘膜肥厚を認めた。病変部は腸蠕動消失していた。腹部造影CTでもUSと同様の所見認め，血流の低下を認めたが，完全な阻血には至っていないかった。血液検査上も完全な阻血壊死を疑う所見出現せず，絶食・輸液・構成剤点滴にて経過観察とした。腹部症状の増悪はなく，血便は1週間程度続いたが，その後は認めなくなった。しかし，発熱が連日続き，間欠的な腹痛も連日見られた。USおよび造影CTの再検では，腸管血流は改善していたが，うっ滞傾向。腸管壁の肥厚は改善認めなかった。周囲の血管拡張を認めたため，静脈血栓性の病態を疑い，ワーファリン内服を開始した。8月3日経肛門のシングルバルーン小腸内視鏡（SIF）施行。Bauhin弁から約10cmの終末回腸より口側約50cmにわたって，全周性の潰瘍・びらん・粘膜脱落・mucosal bridgeを認めた。ガストログラフィにて造影では，Kerckring襞は消失し，thumb printingに類似する所見を認めた。狭窄は認めなかったが，送気による拡張は不良であった。生検ではnecrotic debrisのみ。8月17日，SIF再検。所見の改善認めなかった。生検では再生上皮の混在した炎症の強い粘膜で，特異的所見認めず。症状の改善なく，栄養状態も増悪傾向のため，保存的治療の限界と考え，8月28日手術。回腸末端から約5.6cmの部位より約50cmにわたって回腸壁が暗赤色に変化し，壁の硬化を認めた。同部は蠕動運動消失，鉗子による圧迫・解除では色調の回復に時間を要し，循環不全を疑う所見であった。回盲部切除術を施行。病理の結果，回結腸動脈の分枝に動脈硬化とアテローム血栓性閉塞を認め，動脈閉塞性の虚血性小腸炎であった。側副血路の発達した小腸において，虚血性小腸炎は珍しいので，報告する。「若手」

70 診断困難であった小腸潰瘍症の一例

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○松岡 明美、岩田 正己、市川裕一朗、前田 佳照、
生野 浩和、米村 穰、小村 成臣、大久保正明、
丸山 尚子、吉岡 大介、鎌野 俊彰、田原 智満、
神谷 芳雄、藤田 浩史、中村 正克、中川 義仁、
長坂 光夫、栗田 知郎、平田 一郎

【症例】68歳男性【主訴】下血【既往歴】陳旧性心筋梗塞、高血圧、脂質異常症、アレルギー性鼻炎、アルコール性肝障害【家族歴】特記すべきことなし【現病歴】2002年の検診にて便潜血陽性を指摘され注腸X線検査を施行されるも異常は指摘されなかった。2008年11月中旬より下血を認め、腹痛と下痢も認めためたため当科受診となる。初診時に行った直腸診で新鮮血の付着を認め、採血にてHb8.3と貧血もあり緊急入院となる。【経過】初回入院後、緊急大腸内視鏡施行し大腸内に血液付着を認めるも出血源は指摘できなかった。その為上部消化管内視鏡を追加で施行するも出血は認めなかった。入院後陳旧性心筋梗塞にてアスピリン100mg、シロスタゾール100mg、塩酸チクロピジン200mgの内服していたためこれらの抗血小板薬の内服を中止とした。入院後下血はなく徐々に貧血の改善を認めたため抗血小板薬の内服をすべて再開とした。経過中にカプセル内視鏡（CE: capsule endoscopy）を施行するもCEの時間内に上行結腸へ到達したのを確認できず検査は終了となった。この時点で確認内に小腸内病変は指摘できなかったが患者の希望も強く、原因不明のまま外来通院となる。2009年7月再度大量の下血を認め緊急大腸内視鏡を施行しバウヒン弁以深からの血液流出を認めるも出血源は不明であった。その後CEを再度行うもカプセル内視鏡にて時間内に排出なく出血源は特定できなかった。再度大腸内視鏡施行した際にバウヒン弁より40cmの部位に類円形下掘れ潰瘍を認めた。生検結果は炎症細胞浸潤、非特異性炎症であった。小腸造影でも回腸に約2cm円形下掘れ潰瘍を1ヶ所認めた。その後すべての内服を再開し現在プレドニゾン20mg、メサラジン2000mg内服にて現在は下血の症状は全く経過良好である。【結語】CEにて指摘できなかった小腸潰瘍症の一例を経験した。CEにて停留した場合は再度大腸内視鏡や小腸X線検査などで終末回腸の検査も行うべきである。

71 蛋白漏出性胃腸症を合併したマクログロブリン血症の1例

¹名古屋大学大学院 消化器内科学、²名古屋大学付属病院光学医療診療部

○竹中 宏之¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、森島 賢治¹、
船坂 好平¹、小原 圭¹、田中 努¹、水谷 太郎¹、
宮原 良二²、川嶋 啓揮²、伊藤 彰浩²、廣岡 芳樹²、
渡辺 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実¹

【目的】蛋白漏出性胃腸症の原因精査中に発見されたマクログロブリン血症の1例を報告する。【症例】49歳男性、平成20年5月より突然1日5回程度の水様下痢が出現した。近医を受診し、低蛋白血症を指摘されたが整腸剤内服で経過観察されていた。同年9月より下腿浮腫も出現しセカンドオピニオンとして別の病院に紹介となった。上部・下部消化管内視鏡検査を施行したところ十二指腸および回腸末端に白色絨毛を認めた。小腸病変が疑われ更なる精査加療目的にて同年10月28日当院に紹介入院となった。低蛋白血症の鑑別のため蛋白漏出シンチグラフィ、α1アンチトリプシンクリアランスを施行、蛋白漏出が証明された。カプセル内視鏡（VCE）では小腸全域に白色の腫大した絨毛を認めた。経肛門のダブルバルーン小腸内視鏡（DBE）も同様の所見を認め、小腸生検組織のD2-40染色にて粘膜内のリンパ管拡張が確認された。さらに血清IgM異常高値、蛋白分画にてM peakを認め精査したところ、尿Bence-Jones蛋白陽性、血清免疫学的電気泳動法でIgMおよびλ鎖の沈降、骨髄穿刺でIgM、およびλ鎖を伴うlymphoplasmacytoid cellsを認め、マクログロブリン血症と診断された。小腸生検組織に追加染色を行いIgMおよびλ鎖およびアミロイドの沈着が認められた。以上よりマクログロブリン血症から続発した腸リンパ管拡張症およびアミロイドーシスと診断、これらによる蛋白漏出性胃腸症の合併と診断した。そのため平成21年1月20日より化学療法を施行したところ、主訴および血清IgM値、低蛋白血症の著明な改善を認めた。化学療法後のVCE所見も改善傾向であり、現在外来にて経過観察中である。【まとめ】蛋白漏出性胃腸症は原因疾患の鑑別と治療が重要とされており、本症例では鑑別および病態の把握にDBEと生検組織所見が有用であった。またDBEルーット決定および病変のフォローアップにVCEが有用であった。

72 腸閉塞にて発症した小腸濾胞性リンパ腫の一例

岐阜大学 医学部 附属病院 第一内科

○堀部 陽平、荒木 寛司、中村 信彦、小野木章人、
井深 貴士、清水 雅仁、内木 隆文、白鳥 義宗、
永木 正仁、森脇 久隆

症例は76歳男性。COPDにて近医通院中であった。2009年4月22日腹痛にて近医受診、整腸剤を処方されたが、改善せず、4月25日嘔吐も認めるようになったため、近医救急外来受診。腹部CTにて、空腸の拡張を認め、一部限局した小腸壁の肥厚を認めた。小腸イレウスと診断され入院となった。入院後、絶食にて自覚症状は改善した。再検した腹部CTでは、左下腹部小腸の一部壁肥厚は認められたものの、腸閉塞所見は見られなかった。小腸造影では、左下腹部の空腸で蠕動不全、ガストログラフィの流出遅延を認めた。PET-CT検査では小腸壁肥厚部の集積、腸間膜リンパ節への集積亢進が認められた。小腸腫瘍が疑われ、精査加療目的にて5月19日当科紹介入院となった。入院時採血では、WBC 4850/μl、Hb 13.6g/dl、T-P 6.8g/dl、Alb 4.2g/dl、LDH 1961U/l、CRP 0.07mg/dl、sIL-2R 419U/ml、CEA 1.3ng/dl、CA19-9 0.1U/mlであった。同日経口的にダブルバルーン小腸内視鏡検査施行。幽門輪より、180cmに全周性狭窄を認め、狭窄部に白苔を伴う浅い潰瘍、狭窄周囲に、白色の斑状病変、一部粘膜の欠損あり、内視鏡の通過は不可能であった。狭窄部の口側は拡張し残渣が貯留していた。狭窄部の生検組織の検索でTB-PCRは陰性で、表面マーカーはCD10、19、20が陽性であった。生検病理所見にてB細胞性リンパ腫であり濾胞性リンパ腫と診断した。腸閉塞症状を呈しており、腫瘍量多く、穿孔のリスクも考え、化学療法前に、小腸部分切除術を行った。最終病理結果は濾胞性リンパ腫（Grade3）臨床病期3E（B+）であった。術後化学療法（R-CHOP）を開始した。腸閉塞状態にて発症し、小腸内視鏡にて診断した悪性リンパ腫と診断した一例を経験した。

73 カプセル内視鏡にて虫体を確認した日本海裂頭条虫症の一例

東海中央病院 消化器内科

○井上 匡央、清野 隆史、森島 大雅、川端 邦裕、
石川 英樹

症例は68歳男性、平成21年3月23日、排便時に2m以上の長く連なる寄生虫を排出した。自己にて抜去を試みるも途中で切れてしまい当院消化器内科を受診した。同日上部消化管内視鏡検査を施行し、ファイバーを1mまで挿入するも虫体を確認することは出来なかった。3月31日大腸内視鏡検査を施行したが同様に虫体を確認することは出来なかった。このため4月7日、本人希望もありカプセル内視鏡検査を施行した。結果、中部空腸から回腸にかけて動いている条虫を確認した。4月16日に入院にて小腸造影検査を施行し同様に虫体を確認、ウログラフィン200ml 腸管内急速投与 + ラキソベロンIV内服 + マグコロールP(50g)1包内服にて駆虫を図ったが虫体を排出することはできなかった。そのためラキソベロンIV+ マグコロールP(50g)1包 + プラジカンテル(600mg)2錠内服にて駆虫をはかった。その結果数匹の条虫の排出に成功、最長のもので3m89cmに及んだ。虫体は白色で扁平であり鑑別の結果日本海裂頭条虫と同定された。その後確認のカプセル内視鏡を施行したが、小腸に虫体は存在しなかった。本症例は厳密にはカプセル内視鏡の適応ではないが、小腸寄生虫症が疑われる場合の確定診断において、カプセル内視鏡は非侵襲的であり有用と考えられる。カプセル内視鏡と小腸寄生虫症に関して若干の文献的考察を加え報告する。(若手)

74 胆石性イレウスの1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、
山岸 農、村林 紘二

症例は75歳男性。主訴は嘔吐。当院受診2日前より腹痛・嘔吐認め、近医にて胃腸炎・痙攣性イレウスとして治療されていた。イレウス症状の進行を認めるようになったため、当科紹介受診となった。入院時の血液生化学的検査では、白血球6500、CRP6.5と炎症所見を認めた。腹部単純写真では拡張した小腸ガス像を認めた。腹部骨盤CTでは、小腸は拡張しており骨盤内右側付近に拡張腸管の先端を認めた。既往歴として、50年前に急性虫垂炎にて手術施行されており、癒着性イレウスと診断した。イレウス管を挿入し、保存的加療とした。入院5日目に小腸透視を施行し、小腸に透亮像を認めた。再度施行した腹部骨盤CTでは、左骨盤腔に低吸収値のφ30mmの丸い構造物を認め、小腸粘膜下腫瘍が疑われた。小腸粘膜下腫瘍の診断にて、手術を施行となった。術中所見は、回腸末端より20cm口側に5×3cmの固い腫瘍を認め、回腸を切開して摘出した。外観は胆嚢結石であり、胆石性イレウスと判断した。胆嚢を検索するに、底部が十二指腸球部と強く癒着しており、胆嚢十二指腸瘻を形成していた。十二指腸瘻閉鎖・大網被服術を施行し手術を終了とした。術後は経過良好で、術後15日目に退院となった。今回われわれは、術前診断に至らなかった胆嚢十二指腸瘻・胆石性イレウスを合併した胆石症の1例を経験した。胆石性イレウスは胆石が腸管に嵌頓して生じる疾患であるが、その発生頻度はイレウス全体の0.05~1.0%、胆石症全体の0.15~1.5%とされる。比較的稀な疾患ではあるが、胆石症の既往の有無にかかわらず、イレウスの1つの原因として念頭におく必要がある。若干の文献的考察を加えて報告する。

75 卵巣腫瘍と鑑別を要した成人の腸間膜リンパ管腫の一例

中京病院 外科

○酒徳 弥生、弥政 晋輔、澤崎 直規、東島由一郎、
後藤 秀成、山口 直哉、高木 健裕、大原 邦仁、
小林 智輝、松田眞佐男

【はじめに】リンパ管腫は小児の頭頸部に好発する大小のリンパ嚢胞を主体とした良性腫瘍である。成人の腸間膜に発生したリンパ管腫の報告は少なく、文献的考察を加え報告する。【症例】45歳、女性。【主訴】下腹部痛【既往歴】平成17年左卵巣摘出術。【現病歴】下腹部痛を主訴に近医を受診。経膈超音波検査にて子宮上部近傍に直径90mm×50mmの多房性嚢腫を認め、鎮痛薬にて腹痛が改善しないため当院を紹介受診。【検査所見】腫瘍マーカー(CA125,CA19-9,CA72-4)は正常。造影CTでは骨盤部右側から正中に管状の低吸収域を認め、明らかな隔壁構造や壁に結節を認めず。MRIでは子宮右頭側に多房性のT2WI高信号、T1WI低信号の結節を認めた。画像所見から卵巣腫瘍、あるいはリンパ管腫の疑いにて開腹手術を施行した。【手術所見】左卵巣は認めず。右卵巣は正常。小腸に約10cmにわたり腸間膜より発生する多数の嚢胞を認めた。嚢胞を開窓すると乳びが漏出した。開窓した部分から他の嚢胞の内容も流出し、嚢胞同士に交通があることが示された。乳びの供給源を絶つために、腸間膜をすべて結紮切断し嚢胞周囲の小腸を部分切除し端々吻合した。【術後経過】経過良好で第7病日に退院。【病理結果】嚢胞と腸管との交通はなく、腸間膜脂肪織内に広がる拡張したリンパ管を認め、腸間膜リンパ管腫の診断であった。

76 術後早期に腸閉塞を来した腸間膜脂肪織炎の2例

安城更生病院

○佐藤 文哉、広松 孝、新井 利幸、佐伯 悟三、
岡田 禎人、雨宮 剛、會津 恵司、岡田 明子、
井村 仁郎、小林奈津子、寺林 徹、井田 英臣、
横井 俊平

腸間膜脂肪織炎は術後早期の腸閉塞の原因となりうる疾患でその原因は不明である。今回我々は術後早期に腸閉塞を来した腸間膜脂肪織炎の2例を経験したので報告する。

症例1は70歳男性。上行結腸癌にて回盲部切除術を施行。術後7日目に腸閉塞を発症し、イレウス管を挿入した。腹部に硬い腫瘍を触れ、腹部CTでは腸間膜の著明な肥厚と吻合部周囲の脂肪織の濃度上昇を認め、腸間膜脂肪織炎による腸閉塞と診断した。術後15日目にイレウス管造影にて明らかな狭窄認めず、造影剤の結腸への流入を確認した。症状軽快し、術後21日目にイレウス管除去後、経口摂取再開したが再び腸閉塞再燃したためイレウス管再挿入し、腸間膜脂肪織炎の治療として術後30日目でデキサメタゾン8mg/day投与を開始したところ症状改善し術後40日目に退院となった。

症例2は72歳男性。下行結腸癌にて下行結腸切除術を施行。術後7日目に腹満・嘔吐あり、胃管留置となった。上部消化管造影検査にて小腸の蠕動不良と造影剤の通過不良認められた。腹部には腫瘍を触れ、腹部CTで腸間膜脂肪織の濃度上昇を認め腸間膜脂肪織炎と診断した。胃管留置・絶飲食・高カロリー輸液で管理、ステロイド使用も考慮したが徐々に症状軽快、術後37日目で経口摂取再開となり術後47日目に退院となった。

1例はステロイドが奏効し1例は保存的に軽快した。診断にはCTが有用であり、治療にはステロイド投与等の保存的治療が選択される。術後早期の腸閉塞の原因として念頭に置くことで不要な手術を回避できると考えられた。

77 空腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎の一例

中京病院 外科

○高木 健裕、弥政 晋輔、澤崎 直規、東島由一郎、
後藤 秀成、山口 直哉、大原 邦仁、酒徳 弥生、
小林 智輝、松田眞佐男

症例は83歳の女性。前日夕方から左下腹痛を訴え、痛みが増強し、近医を受診した。腹部CTで腹水とfree airを認め、消化管穿孔、急性汎発性腹膜炎の診断で当院紹介となった。既往歴は高血圧、脳梗塞を認める。理学所見は左下腹部に圧痛、筋性防御、反跳痛を認めた。血液検査所見は白血球11,200/μl, CRP 5.09mg/dlであった。造影CTにて、25mm大の空腸憩室を認め、周囲脂肪織濃度の上昇を伴っており、空腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎と診断し、緊急手術を施行した。開腹時、腹水は殆ど認めず、Treitz靱帯から約50cm 肛門側に空腸憩室の穿孔を認めた。穿孔部を含めた空腸部分切除術、洗浄ドレナージを施行した。病理組織学的検査所見は長径25mmの仮性憩室の穿孔であった。術後経過は良好で18日目に退院した。上部空腸憩室穿孔は比較的稀な疾患であり、文献的考察を加え報告する。

78 高圧酸素療法が奏効した腹腔内遊離ガスを伴う腸管嚢胞様気腫症の1例

木沢記念病院

○丸田 明範、角 泰廣、竹内 賢、伊藤 由裕、
坂下 文夫、山本 淳史、桒井 航也、仲西昌太郎、
堀田 亮輔、佐治 重豊、尾関 豊

【はじめに】腸管嚢胞様気腫症は比較的稀な病態であるが、時に腹腔内遊離ガスを伴うことが知られている。そのため本症に対する認識がないうと、消化管穿孔として開腹術が行われることがあるという点で重要な病態である。【症例】80歳代、女性。平成6年に強皮症と診断され、当院皮膚科で加療中であった。副腎皮質ステロイドの投与はなされていなかった。平成21年6月、外来にて定期経過観察の胸部レントゲン検査を施行したところ右横隔膜下に free air を認めた。腹部 CT 検査を施行したところ腹腔内に free air あり、小腸壁に気腫性変化を認めた。腹部は平坦・軟で圧痛なく、腹膜刺激症状は認めなかった。血液検査では WBC4540/mm³、CRP0.01mg/dl と炎症反応上昇は認めなかった。以上の所見から消化管穿孔は否定的であり、小腸を主体とする腸管嚢胞様気腫症と診断した。同日経過観察および加療目的で当科入院となった。入院後、高圧酸素療法(2気圧1時間×5日間)を施行した。施行後の腹部 CT 検査では、腹腔内の free air は著明に減少し、小腸壁の気腫性変化はほぼ消失していた。入院10日後、退院となった。現在退院後3カ月経過し、再発の所見は認めていない。本症例では来院時、無症状であったことから以前より腸管嚢胞様気腫症による腹腔内遊離ガスが存在していたものと考えられる。高圧酸素療法を施行することにより、腹腔内遊離ガスの消失および腸管気腫の改善がえられた。【結語】今回、われわれは高圧酸素療法が奏効した腹腔内遊離ガスを伴う腸管嚢胞様気腫症の1例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。 若手

79 再建門脈の閉塞に伴う門脈圧亢進症が原因と考えられた小腸出血の一例

社会保険中京病院 消化器科

○堀口 徳之、高川 裕規、飛鳥井香紀、三浦 亜紀、
田中 義人、清水 周哉、松永誠治郎、長谷川 泉、
加藤 功大、大野 智義、榎原 健治

症例は68才女性【既往症】平成19年3月 肝門部胆管癌 門脈合併切除【現病歴】胆管癌手術後、当院外科に入院していたが、平成21年2月ごろから貧血の進行と黒色便が出現し、当科に精査依頼された。上下部消化管内視鏡で、ごく軽度の胃食道静脈瘤を認める以外に明らかな出血源は認めなかった。内視鏡治療を行い、胃食道静脈瘤が消退した後も出血は持続していた。出血源不明のため、カプセル内視鏡を行ったところ、上部小腸に鮮血を認めた。さらにシングルバルーン小腸内視鏡で観察したところ、上部小腸粘膜の発赤、浮腫、及び易出血性を認めた。腹部造影 CT では門脈の途絶、小腸の浮腫像を認めた。胆管癌の再発所見は認められなかった。門脈圧亢進に伴う小腸出血の可能性を考え、血行動態を確認するために腹部血管造影を施行した。脾動脈を造影すると脾静脈の血流はほぼ全て上腸間膜静脈を介し、上部小腸へ流入していた。門脈は途絶しており、求肝性の血流は全く認めなかった。また上腸間膜動脈を造影すると、血流は小腸にうっ滞し、側副血路から流出していた。上腸間膜静脈は造影されず、求肝性の血流は認めなかった。脾動脈の血流をバルーンで遮断した状態で上腸間膜動脈造影を行うと小腸のうっ血は改善し、側副血路と共に上腸間膜静脈が造影された。また、つり上げ空腸の血管によると思われる求肝性の血流を認めた。門脈圧を下げることで小腸出血が改善できると判断し、減圧目的で平成21年8月脾臓摘出術を行った。その後貧血の進行は認めていない。腹部造影 CT で小腸の浮腫像は著明に改善した。経過から小腸出血は再建門脈の閉塞にともなう門脈圧亢進症が原因と考えられた。

81 小腸出血によりショックをきたし、出血点の同定に術中内視鏡が有用であった一例

山田赤十字病院 消化器科

○山村 光弘、杉本 真也、大山田 純、黒田 幹人、
川口 真矢、亀井 昭、佐藤 兵衛、福家 博史

【症例】66歳男性【既往歴】胃癌にて幽門側胃切除後【現病歴】平成7年に胃癌にて手術を受けたが、この入院時より腎障害について当院腎臓内科にて通院治療を受けていた。手術後から時々腹痛、下痢を繰り返していた。平成19年2月20日より腹痛を認め、3月2日の外来にてラベプラゾールの処方を受けた。4日21時に新鮮血下血を認め、当院救急外来を受診となった。バイタルサインが問題なかったため一度帰宅したが、その後も大量の下血を認め精査治療のために入院となった。【現症】意識は清明、血圧88/50mmHgと低下、腹部は平坦軟で圧痛はなかった。【経過】CT、下部消化管内視鏡検査、上部消化管内視鏡検査を行ったが、出血源を同定できなかった。絶食、補液と、貧血に対しては輸血で対応した。一時は自然止血したが、その後食事開始したところ再度下血を認め、このときの上部消化管内視鏡では十二指腸憩室内にびらんを認めクリップにて止血した。しかし、その後再度下血しこのときはショックを来たしたため、緊急手術となった。術中に小腸に切開を置き内視鏡を挿入し、術者の補助で短時間で全小腸観察を行った。この結果、小腸に動脈性出血を認め、小腸部分切除を行い止血を得られた。その後、再出血は認めず、順調に経過し退院となった。我々は術中内視鏡が小腸出血点の同定に有用であった一例を経験したためここに報告する。

80 TAE で応急止血ののち緊急手術で根治しえた小腸出血の一例

刈谷豊田総合病院 内科、刈谷豊田総合病院 病理科

○村瀬 和敏¹、仲島さよ¹、井本 正巳¹、浜島 英司¹、
中江 康之¹、今田 数実¹、松山 恭士¹、中島 尚子¹、
浜宇津吉隆¹、大森 寛之²、松井 健一¹、小川 裕¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

【症例】33歳男性【主訴】下血【既往歴】なし【内服歴】なし【現病歴】H21/9/16に大量下血し、当院に救急搬送され同日入院となった。【現症】意識レベル JCS-II-10。BP:87/56mmHg。HR:97回/分。腹部は平坦軟で圧痛なし。【検査結果】WBC:9300/ μ l、RBC:468 \times 104/ μ l、Hb:13.3g/dl、PLT:34.0 \times 104/ μ l、BUN:19.2mg/dl、Cr:1.18mg/dl、CRP:0.24mg/dlと軽度の白血球上昇を認めた。腹部造影 CT で空腸壁内に強く造影される瘤状構造を認め、造影剤は管腔内へ流出していた。【経過】頻回的大量下血と血圧低下を認め、循環管理の上、緊急血管造影検査を施行した。上腸間膜動脈の小腸枝に長径15mmの動脈瘤を認め、同部から小腸内への造影剤流出を認めた。出血部の近位にコイリングを施行し応急止血を図った。その他に出血源がないことを確認後、緊急小腸切除術となった。透視下にトライツ靱帯より約100cm 肝門側の腸間膜内にコイルがあることを確認し、ここより両側10cmを切離した。術後経過は良好であり第9病日に退院となった。【小腸切除標本】空腸に周囲はやや赤紫色で長径15mmの半球状のSMT様隆起を認め、頂部に5mmの露出血管を認めた。肉眼的には矢野-山本分類の2bに相当すると考えられた。病理標本では粘膜下層に内腔が拡張し中膜に形成不全と線維化を伴う血管を認め、Angiodysplasia (Alfidi classification, type 1) と診断した。【考察】消化管出血の止血法として内視鏡的止血術、外科的手術、IVRが挙げられる。本症例では出血性ショックを伴う小腸の動脈瘤からの出血であり、内視鏡的止血は困難と考えた。また TAE のみでは再出血や腸管虚血に伴う合併症が懸念されたため、応急止血と出血部位の同定とマーキングの目的に TAE を施行した後に、緊急手術を行い合併症なく根治しえた。【結語】TAE で応急止血ののち緊急手術で根治しえた小腸出血の一例を経験した。

82 血栓摘除のみで治癒した急性上腸間膜動脈血栓症の1例

碧南市市民病院 外科

○金澤 英俊、鈴木 究

急性の上腸間膜動脈血栓症は現在でもなお高い死亡率であり、早期の診断・治療が重要である。今回我々は、血栓摘除術のみで治癒した急性上腸間膜動脈血栓症の1例を経験したので報告する。症例は、66歳男性。心房細動、脳塞栓症で当院神経内科通院中であった。2008年4月、一過性脳虚血の診断で神経内科に入院。ヘパリン、ワーファリンによる治療を受けていた。入院後8日目、胸部から上腹部痛が出現。循環器内科医の診察では、心房細動以外の異常は認められなかった。次に下腹部痛となり、下血出現したため、外科紹介となった。腹部は膨満し、下腹部に圧痛を認めた。心房細動があるので、上腸間膜動脈血栓症を疑い、腹部造影 CT を施行。上腸間膜動脈が第1空腸動脈分岐以下で閉塞していたが、腹水は認めなかった。上腸間膜動脈血栓症と診断し、胸痛発症後9時間後に緊急手術をおこなった。開腹すると、腹水・壊死腸管は認めず、回腸の色調がやや不良であった。上腸間膜動脈を露出切開し、血栓摘除後伏在静脈のパッチによる動脈形成を行った。術後経過は良好で、術後2日目より水分開始、術後5日目より食事を開始した。また、術後9日目に行った造影 CT では、上腸間膜動脈は末梢までよく造影されていた。術後21日目軽快退院となった。

83 大腸癌を疑った子宮内避妊リングの長期留置による骨盤放線菌症の1例

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

【症例】54歳、女性。主訴は発熱、既往歴は腎盂腎炎。平成21年7月上旬から発熱、食思不振が出現し、改善しないため8月10日に当科を受診。血液検査ではWBC13400 μ l、CRP15.5mg/dlと炎症反応の上昇を認め、腹部CTではS状結腸の全周性の壁肥厚と内腔の狭窄を認めた。左卵巣や子宮との境界は不明瞭で、左卵巣は30mm大に腫大し、腹腔内に10~18mm大の結節を多数認めた。以上より、S状結腸癌、子宮及び左卵巣への直接浸潤、腹膜播種、cStageIVと診断し、同日入院となった。CFではRsで蛇腹様変化を認めたが、同部位で抵抗を感じたため挿入を断念した。生検では異型性ははっきりせずGroupIであった。引き続き施行した注腸X線検査ではRs~S状結腸のBorrmann4型腫瘍と診断した。イレウス防止と後に化学療法を行うため、外科に依頼し第9病日に人工肛門造設を行った。腹腔内を観察すると、S状結腸に腫瘍を認め、大網を巻き込む形で腹壁に浸潤し左卵巣・子宮左側と一塊となっていた。上行結腸に人工肛門を造設し大網の一部を切除した。切除した大網の病理検査では腫瘍の転移はなく、膿瘍の中心部に多数の放線菌症の菌塊を認めた。また結果が術後に判明した婦人科で施行した子宮腔部擦過細胞診では放線菌症の集塊を認めた。子宮内避妊リングが長年留置してあったことから放線菌に感染し、腹膜播種を来したと考えた。術後の腹部CTではS状結腸の壁肥厚は軽減し、左卵巣腫瘍や腹膜播種と考えられた腹壁直下の腫瘍の縮小を認めた。血液検査では炎症反応の改善を認め、嫌気性菌である放線菌が閉腹術により空気に触れたことが原因で改善を認めたと考えられた。子宮内避妊リングは癒着のため除去できず子宮全摘術が必要だが、左卵巣やS状結腸と一塊となっているため、9月9日よりアモキシシリンの投与を開始し腫瘍の縮小を図り、腫瘍が縮小してきた時点で子宮全摘術及びS状結腸切除術を予定している。放線菌症は腫瘍との鑑別が困難であり、術前に進行大腸癌と診断し、術後の病理検査結果から骨盤放線菌症と判明した1例を経験したので報告する。

85 H.p.除菌治療を施行したCap polyposis疑診例の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、浜島 英司、井本 正巳、中江 康之、
 今田 数実、仲島さより、松山 恭士、中島 尚子、
 濱宇津吉隆、大森 寛行、村瀬 和敏、小川 裕、
 鈴木 敏行、伊藤 誠

【症例】22歳、男性。主訴は新鮮下血。既往歴は小児喘息、アトピー性皮膚炎。平成20年3月より排便に要する時間が長くなり、4月末頃より排便時の新鮮下血、肛門違和感が出現。平成20年5月23日に当院外科を受診し、直腸痛疑いにて、同日当科へ紹介。受診時の採血では、Hb 6.4g/dl、MCV 63.1flと著明な小球形低色素性貧血を認めた。5月28日にCFを施行したところ、Rb前壁に亜全周性の表面が発赤し顆粒状~結節状の隆起性病変を認めた。同部からの生検では、病理組織学的には、GroupIで、隆起型の mucosal prolapse syndrome (MPS) や Cap polyposis のような病変の可能性ありとの評価であった。6月12日のEUSでは、病変の主座は粘膜内であり、一部筋層まで及んでいた。また、CFでは、Rb前壁の隆起性病変に加え、S状結腸に縦走傾向のある類円系の潰瘍・タコイボびらん様のポリープを認めた。この時点で、Cap polyposis とMPSの内視鏡的特徴の混在した病変であると考えられ、本人・家族へ十分説明の上、病変の一部をEMRにて切除し病理学的に検討した後に、治療を開始する方針とした。7月3日にRbのポリープの一部に対しEMRを施行し、13×12mmの切除標本を得た。切除標本は、組織学的にMPS、more likelyであった。しかし、内視鏡的にはCap polyposisの要素が強いと考えられ、metronidazole 500mg/日を2週間内服とし、followingのCFで腫瘍が縮小していれば経過観察、不変であれば、H.p.除菌治療を施行する方針とした。9月30日にCFを施行したが、病変の大きさは不変であり、尿素呼吸試験はH.p.陰性であったが、H.p.除菌治療を施行、平成21年1月20日のCFでも、病変の大きさは不変であった。その後はなるべく排便のいきみを減らすようにしてもらおうようにし、また貧血に対しては適宜鉄剤内服で対応しており、現在も引き続き経過観察中である。尚、外科的手術の選択肢もあることを説明したが、希望されなかった。【結語】比較的に稀なCap polyposis疑診例の1例を経験し、自験例ではmetronidazole内服、H.p.除菌治療を行った。病理組織学的にはMPSの要素が強いが、Cap polyposis疑診例として現在も経過観察中である。

84 CT-Colonographyが診断に有用であったトリクロルエチレン使用の職業歴を有する腸管囊胞性気腫症の1例

1山下病院 消化器内科、2名古屋大学院医学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
 ○鶴留 一誠、瀧 智行、江藤 奈緒、富田 誠、
 小田 雄一、鷺見 肇、外部有志之、大宮 直木、
 廣岡 芳樹、後藤 秀実

症例は47歳女性。既往は特になし。健診にて便潜血陽性を指摘され、平成19年8月25日当院受診となる。大腸内視鏡検査では横行結腸から下行結腸にかけて正常粘膜に覆われた大小不同の半球状の粘膜下腫瘍様隆起を多数認めた。引き続き大腸CTを施行したところ、横行結腸から下行結腸にかけて腸管壁内に多数の囊胞状ガス像を認め、腸管囊胞性気腫症と診断した。囊胞部分の生検の病理組織像は、粘膜下層の空胞と異物性の多核巨細胞を認め、腸管囊胞性気腫症にて矛盾しない所見であった。繊維製造業に従事しており、トリクロルエチレンへの曝露が判明し、腸管囊胞性気腫症の発症への関与が疑われた。腹痛・下血等の症状を認めなかったため、経過観察を行うこととし、患者にトリクロルエチレンへの曝露を避けるように指示した。またその後職場指導によりトリクロルエチレンは他の薬剤へ変更されることとなった。1年後に大腸CTを再検査したところ、腸管壁内の気腫像の消失を認め、腸管囊胞性気腫症の自然治癒が確認された。CT-Colonographyは管腔のみならず壁内外情報も同時に得ることができ、腸管囊胞性気腫症の診断に非常に有用である。本症例では腸管囊胞性気腫症の発症にトリクロルエチレンへの曝露が疑われ、曝露中止による自然治癒を確認することができた。

86 神経・精神疾患患者に発症した盲腸軸捻転症の3例

名古屋第二赤十字病院
 ○杉森 雅大、長谷川 洋、坂本 英至、小松俊一郎、
 久留宮康浩、法水 信治、高山 祐一、廣瀬 友昭、
 西前 香寿、奥野 正隆、神谷 忠宏、日高 渉

【はじめに】盲腸軸捻転症は比較的に稀な疾患で、神経・精神疾患がその発症誘因の1つに挙げられている。今回われわれは神経・精神疾患患者に生じた盲腸軸捻転症を3例経験したので報告する。【症例1】79歳男性。パーキンソン病にて内服治療中、心窩部痛、腹部膨満を認め当院紹介となる。腹部は全体に膨満だが腹膜刺激徴は認めなかった。CTでは腹腔内に占拠する拡張腸管とniveauを認め、イレウスの診断で手術を施行した。手術所見は盲腸が遊離し、反時計回りに180度回転しさらに頭側に180度屈曲して横行結腸と癒着していた。回盲部切除術を施行した。術後創感染を起こしたがドレーナージにて改善し、術後66日目退院となった。【症例2】86歳男性。多発脳梗塞、認知症にて施設入所中、発熱、嘔吐、食思不振を認め当院紹介となる。腹部は全体的に膨満で圧痛、筋性防御を認めた。CTでは結腸の著明な拡張とfree airを認め、結腸軸捻転症と診断し手術を施行した。手術所見は盲腸が遊離し、回盲部全体が上行結腸を中心に180度反時計回りに捻転していた。回盲部切除術を施行した。術後経過良好で術後15病日老健へ転院となった。【症例3】57歳女性。うつ病、薬剤性パーキンソン症候群にて内服治療中、腹痛を認め近区にて腸閉塞の診断で当院へ紹介となる。腹部は全体的に膨満し、下腹部を中心に圧痛、腹膜刺激徴を認めた。CTにて回盲部を中心として腸間膜の捻れを認め、手術を施行した。手術所見は盲腸が遊離し、回盲部全体が上行結腸を中心に180度時計回りに捻転し、さらに上下方向に捻転していた。回盲部切除術を施行した。術後早期に胃管、中心静脈カテーテルを自己抜き、不穏がみられたが内服薬の再開にて軽快した。術後13病日退院となった。【考察】神経・精神疾患患者に発症した場合、詳細な問診や理学的所見がとりにくいが、画像の進歩により術前診断は可能になってきている。自検例でもみられたように、術後のチューブトラブルなどの合併症を起こさないよう注意することが重要であると思われる。

87 非観血的に整復を行った成人腸重積の2例

八千代病院

○渡邊 学、駒屋 憲一、森浦 滋明、小林 一郎、
松原 秀雄、白井 弘明、篠原健太郎

成人の腸重積は比較的まれで、その治療方針には現在議論がある。当院で非観血的に整復を行った成人の腸重積症を2例経験したので報告する。症例1：は30歳男性。突然の右下腹部痛を主訴に来院。緊急の腹部CTで腸重積に特徴的な3層の類縁構造を認めた。発症6時間後のガストロ注腸で上行結腸に爪様の所見を認めた。慎重に送気し加圧することにより、容易に重積は整復された。整復後腹痛は劇的に改善した。5日後の大腸内視鏡では重積していた盲腸に一部粘膜の発赤と腫脹を認めたのみで、明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。6日目に行ったカプセル内視鏡でも異常所見を認めなかった。上記経過から特発性大腸重積と診断しフォローをしている。発症後2か月現在で再発所見は認めていない。症例2：55歳の女性。3日前からの右下腹部痛を主訴に受診。来院時に同部位に軽度の圧痛と腫脹を認めた。腹部CTにて腸重積と診断した。諸検査にて虚血を疑う所見を認めなかったため、受診後3時間目にガストロ注腸を施行。上行結腸に爪状の所見を認め、送気による加圧で容易に整復した。整復後盲腸に辺縁不正なapple coreを認めたため悪性を疑った。来院3日目に行った大腸内視鏡にて盲腸痛を確認。10日目に回盲部切除術(D2隔清)を施行した。pSSβ、pNO、cM0、fSTAGE2であった。術後第13病日に退院。現在は外来で化学療法を行っている。成人の腸重積は小児とは異なり悪性疾患が基礎になることが多い。そのため整復操作による穿孔や播種を考慮して整復を行わずに1期的に切除する方針が現在の主流となっている。しかし整復を行いたく確な質的診断をすることによって切除範囲の縮小や場合によっては手術を回避できる場合もある。これらの点について若干の文献的考察を加えて報告する。

88 興味ある画像所見を呈し、急激な経過をたどったHIV感染症の一例

大同病院 消化器・総合内科

○藤原 晃、小川 和昭、榊原 聡介、野々垣浩二、
印牧 直人

症例は40歳代男性。主訴は発熱、下痢、血便。2007年10月より難治性の帯状疱疹、蜂窩織炎を認め、当院皮膚科に通院中であった。2009年1月下旬から頻回の血性水様便を認めるようになり、37度台の発熱、食思不振、全身倦怠感の増強にて当科に入院加療となった。第2病日に施行した胸腹部の造影CT検査では、全大腸の腸管壁肥厚像および腹腔内リンパ節腫大、造影不良域を伴った脾腫、肝腫大、両肺野のスリガラス様陰影を認め、上部消化管内視鏡検査ではカンジダ食道炎を認めた。血液培養ではCandidaが検出された。第3病日に施行した下部消化管内視鏡検査では浮腫状の粘膜を呈し、直腸からS状結腸にかけて多発する白苔を伴った不整形潰瘍を認めた。潰瘍病変の生検からアメーバ虫体が検出され、アメーバ赤痢と診断した。HIV抗体が陽性であることから、免疫不全状態における消化管病変と考えられた。第4病日にはカリニ肺炎が原因と思われる呼吸不全を認め、人工呼吸管理をしても改善を認めず、第5病日に死亡された。今回我々は多彩な日和見感染症を併発し、急激な経過をたどったHIV感染症を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

89 Lymphoid follicular proctitis(LFP)の1例

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○小村 成臣、長坂 光夫、藤田 浩史、鎌野 俊彰、
松岡 明美、前田 佳照、生野 浩和、市川裕一郎、
米村 穰、大久保正明、吉岡 大介、丸山 尚子、
田原 智満、神谷 芳雄、中村 正克、中川 義仁、

【症例】42 歳男性【既往歴】H19 年内痔核、HP 除菌後（アメリカにて3 剤10 日内服、内服薬については詳細不明）【主訴】肛門周囲搔痒感【現病歴】H14 年9 月～H19 年12 月アメリカに駐在。就職してから現在までヨーロッパ、中国、南米に数週間単位で出張していた。H18 年頃より肛門周囲搔痒感が出現し、H19 年アメリカにて大腸内視鏡検査施行されるも内痔核のみと診断された。H20 年6 月初診にていくらか状の小半球隆起多発を指摘された。【現症】特記事項なし【生活歴】性習慣に問題はない【検査所見】末血、生化、腫瘍マーカーに特記事項なし。グラムジアトロコマチス IgM、A、G 抗体陰性。粘膜擦過グラム DNA 抗原陰性【経過】H20 年7 月7 日大腸内視鏡検査、注腸検査施行し肛門から25cm のS 状結腸までに微慢性多発性に表面平滑でほぼ均一ないくらか状小半球状隆起を認めた。LFP が疑われ5ASA enema(1g/ 日)を使用開始した。9 月8 日の大腸内視鏡検査にていくらか状小半球状隆起の改善傾向を認めた。12 月1 日の大腸内視鏡検査にていくらか状小半球状隆起の消失を確認した。その後5ASA enema(1g)を中止し6 ヶ月後のH21 年6 月22 日に大腸内視鏡検査を施行したところいくらか状小半球状隆起の再燃を認めた。4 回の内視鏡検査時に採取した病理検体からはリンパ腫を含めた特異的所見は認めなかった。【考察】我々はLFP と思われる症例を経験したが、S 状結腸まで病変を確認したため典型的とは言えなかった。LFP から潰瘍性大腸炎に移行する症例が比較的多いといわれ、今後の慎重な経過観察が必要と考えられた。

90 Lansoprazole が発症に関与したと思われるcollagenous colitisの1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○中村 一平、春田 純一、山口 丈夫、伊東 輝明、
西野 正路、平山 裕、山 剛基、松下 正伸、
小林 寛子、佐藤垂矢子、澤田つな騎、水谷 泰之

【背景】Collagenous colitis(以下CC)は、慢性水様性下痢を主訴とし、病理組織学的に大腸被蓋上皮直下に肥厚した collagen band(以下CB)を有することで診断される腸疾患である。病因は不明であるが自己免疫機序や薬剤(NSAID s や PPI など)との関連性が示唆されている。従来より大腸内視鏡検査や注腸造影などの画像検査で異常がないことが特徴とされているが、詳細な検討を行った報告は少ない。今回、我々はLansoprazole が発症に関与したと思われるcollagenous colitisの1 例を経験したので報告する。【症例】79 歳女性。【主訴】2 週間継続する水様性下痢。【既往歴】脳塞栓症、慢性心房細動、高血圧症、便秘症で内服加療中である。【その他】海外渡航歴なし。【現病歴】2009 年7 月中旬より腹痛と水様性下痢を繰り返していたが、市販の整腸剤などで療養していた。しかし、上記症状の改善がみられなかったため当初初診となった。1 日20 回以上の頻回の水様性下痢に加えて、脳塞栓症後遺症による嚥下障害により十分量の水分摂取が困難であり、血液検査上、BUN、Cr の上昇がみられたため、同日緊急入院となった。入院後、絶食、補液にて治療したところ、徐々に腹痛と水様性下痢が軽快したため、第4 病日より食事開始とした。食事開始後2 日目(第6 病日)より腹痛と水様性下痢の再発がみられた。止瀉剤と整腸剤を内服するも、腹痛と水様性下痢の軽快はみられなかった。発症約4 ヶ月前よりLansoprazole(15mg/ 日)を内服していたことよりcollagenous colitis(CC)を疑い、第9 病日にLansoprazole の内服を中止した。その後、腹痛と水様性下痢は徐々に軽快し、Lansoprazole 中止後4 日目(第13 病日)には水様性下痢は治まった。第22 病日に原因検索目的に下部消化管内視鏡検査を施行した。肉眼的には大腸粘膜に縦走潰瘍などの明らかな異常所見はみられなかったが、診断目的に全結腸からランダムに生検を施行した。腹痛や水様性下痢などの自覚症状が完全に消失したため、第26 病日に退院となった。生検で得られた標本の病理組織学的検討では被蓋上皮直下に肥厚した collagen band(CB) がみられたことより、collagenous colitis(CC)と診断した。

91 Campylobacter 腸炎の臨床的、内視鏡的特徴についての検討

藤田保健衛生大学病院 消化管内科、藤田保健衛生大学病院 臨床検査部

○藤田 浩史、長坂 光夫、鎌野 俊彰、小村 成臣、
松岡 明美、前田 佳照、生野 浩和、市川裕一郎、
米村 穰、大久保正明、吉岡 大介、丸山 尚子、
田原 智満、神谷 芳雄、中村 正克、中川 義仁、
岩田 正巳、柴田 知行、早川 敏、石井 潤一、
平田 一郎

【目的】Campylobacter 腸炎の臨床的・内視鏡的特徴を調べる目的で下痢を主訴に当院来院し便培養・腸液培養施行にてCampylobacter 陽性となった症例について検討した。【対象】期間：2005.8-2008.12 までの40 ヶ月間。Campylobacter 陽性症例は39 症例(延べ41 症例)で男性：女性=26：12(延べ27：13)、年齢29.9±14.4 歳；男性29.8±15.5 歳・女性30.2±12.5 歳であった。内視鏡可能症例は18 例で、潰瘍性大腸炎2 症例を除いた16 例につき検討した。内視鏡可能症例の内訳は潰瘍性大腸炎2 例(寛解期：男性1 例・活動期：女性1 例)を除いた16 例で、男性12 例・女性4 例、年齢25.3±8.2：男24.3±8.7・女28±6.8 であった。臨床的特徴については感染経路、潜伏期間、下痢回数、血便、腹痛、発熱、WBC、CRP について、内視鏡的特徴については回腸末端I、盲腸(パウヒン弁)、C、上行結腸A、横行結腸T、下行結腸D、S 状結腸S、直腸R の各部にて、びらん、潰瘍の有無を検討した。また回腸末端についてリンパ濾胞の有無についても検討した。【成績】感染経路は鶏肉の経口摂取が多く有無については平均4.7 日(3-7 日)、下痢回数は9.2±4.2 回/日(3-20 回/日)、最高体温は平均37.7 度(36.8~39 度)でWBC は平均6871.4 (3400-12000)、CRP は平均4.26 mg/dl (0.3-14.4mg/dl)であった。血便は53.3%、腹痛は66.7%に認めた。内視鏡的特徴については糜爛I 4/14(29%)、C 14/16(88%)、A 7/16(44%)、T 6/16(38%)、D 8/16(50%)、S 9/16(56%)、R 4/16(25%)、潰瘍C 11/16(69%)、S 1/16(6%)、リンパ濾胞増生I 9/14(64%)であった。【結論】鶏肉摂取を契機に微熱や10 回/日前後の下痢をきたし、採血にて白血球の上昇が比較的小なく、内視鏡にて回腸末端のリンパ濾胞増生やパウヒン弁上の浅い潰瘍所見を認めた場合Campylobacter 腸炎を積極的に疑うことが望ましいと考えられた。

92 出血を繰り返した大腸リンパ管腫の一例

愛知医科大学消化器内科

○河村 直彦、小笠原尚高、水野 真理、宮下 勝之、
伊藤 義紹、足立 和規、柳本研一郎、坂野 文美、
増井 竜太、土方 康孝、徳留健太郎、飯田 章人、
舟木 康、佐々木誠人、中尾 春壽、米田 政志、
春日井邦夫

【症例】37 歳、女性【主訴】便潜血陽性【既往歴、家族歴】特記事項無し【現病歴】平成20 年5 月、検診にて便潜血反応陽性を指摘され下部消化管内視鏡検査を施行したところ、右側横行結腸に径20mm 大の表面平滑で、弾性軟、可動性に乏しい粘膜下腫瘍を認めた。また頂部には陥凹した開口部が存在し、内腔から湧出性出血がみられ、開口部を洗浄し内腔を観察すると、疎な結合組織の所見を認めた。超音波内視鏡(EUS)検査では第3 層由来の腫瘍で部分的に高エコーを伴う粘膜下層と同程度の不均一な低エコーを呈するEUS 像であったが、確定診断には至らなかった。その後、外来にて経過観察していたが下痢を繰り返したため同部位からの出血が原因と考え、当院消化器外科にて腹腔鏡下大腸切除術を施行した。病理組織では径20mm 大の隆起性病変で、粘膜下層を中心に拡張した管腔様構造の増生を認め、リンパ濾胞の形成を伴っていた。管腔様構造はD2-40 による免疫染色陽性のため大腸リンパ管腫と診断された。【考察】消化管リンパ管腫は右側大腸に好発し、半球状隆起で、淡青、蒼白色調を呈することが多く、また、EUS では囊胞状の無エコー性腫瘍像としてとらえられることが多い。本症例では、リンパ管腫に特徴的な色調を呈さず、また、EUS においても、一部に高エコーを伴う粘膜下層と同程度の不均一な低エコーを呈するEUS 像であったため、血管腫との鑑別を含め術前診断に苦慮した。鑑別を要すると考えられる大腸血管腫は直腸、S 状結腸に好発し、暗青色、暗赤色の色調を呈することが多く、リンパ管腫との肉眼的特長は異なるものの、本症例のように鑑別に苦慮する症例も存在する。大腸リンパ管腫は、腺腫や癌などの上皮性腫瘍の合併の報告が散見され、また、同一病変内に大腸腫とリンパ管腫あるいは腺腫とリンパ管腫が並存していた報告もあり、大腸リンパ管腫が上皮性腫瘍の危険因子である可能性を考慮し、切除後も注意深く経過観察する必要がある。【結語】出血を繰り返した大腸リンパ管腫の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告した。

93 IVR が奏効した大腸 vascular ectasia の 1 例

木沢記念病院 消化器科

○小原 功輝、杉山 宏、中西 孝之、大島 靖広、
端山 暢郎

【症例】81 歳、女性。73 歳時に脳梗塞の既往があり、低用量 aspirin を服用中。2009 年 5 月 1 日に大量の血便をきたしたが、放置し自然止血した。6 月 7 日に大量の血便があり、9 日にも血便を認めたため当科を受診した。現症では腹部に圧痛はなかった。検査所見では RBC 347 万/mm³、Hb 8.8g/dl、Ht 29.0% と貧血を認めた。同日、腸管洗浄液にて洗腸後、緊急 CF を施行、大腸内には血液を認めなかったが、上行結腸に径 2cm 大の軽度隆起した血管性病変を認めた。観察中、突然、活動性をきたしたためクリップにて止血処置を試みたが、止血できず、緊急 Angio を施行した。回結腸動脈にマイクロカテーテルを進め、造影したが、造影剤の血管外漏出像は認めなかった。そこで、クリップを指標にマイクロコイルにて feeding artery を塞栓した。翌 10 日の CT では塞栓部位近傍の腸管壁の著明な肥厚を認めたが、腹水は認めなかった。術後、37.8℃の発熱を認め、CRP は 2.67mg/dl まで上昇したが、腹痛は認めず、抗生剤の投与で改善した。12 日より食事を開始したが、血便は認めなかった。18 日の CF では血管性病変は消失していたが、病変のやや口側に不整な浅い潰瘍性病変を認めた。20 日に退院となったが、現在まで血便は認めていない。【考察】大腸 vascular ectasia の多くは無症状のことが多く、治療の対象とはならないが、血便の出血源である場合や繰り返す出血例で vascular ectasia が出血源と推測される場合には治療が必要となる。多くはアルゴンプラズマ凝固法などの凝固法や局注法、クリップ法による内視鏡的治療で治療可能であるが、内視鏡的止血術の抵抗例には IVR が適応となる。クリップを指標とした IVR は容易であり、試みるべき治療法である。【結語】IVR が奏効した大腸 vascular ectasia の 1 例を報告した。内視鏡的止血術に抵抗を示す大腸 vascular ectasia には IVR による治療を試みるべきと考えられた。(若手)

94 IVR にて止血し得た大腸憩室出血の一例

名古屋市立東部医療センター東市民病院

○野尻 優、濱野 真吾、水野 芳樹、長谷川千尋、
伊藤 恵介、山本 俊男、川井 祐輔

【症例】77 歳男性。【主訴】血便【既往歴】特記すべきことなし【家族歴】特記すべきことなし【生活歴】喫煙:30 本×30 年(30 年前に禁煙) 飲酒:日本酒 3 合/日【現病歴】平成 21 年 7 月 15 日から黒色便あり、17 日仕事後に多量の鮮血便、冷汗出現し、当院救急搬送された。腹部単純 CT にて多発大腸憩室を認め、憩室出血の疑いで同日緊急入院した。【初診時身体所見】意識清明、顔面蒼白、眼球貧血あり、腹部:腸雑音聴取、平坦、軟、圧痛なし、血圧 121/77mmHg、Pulse 78/min【初診時検査結果】WBC 9170/μl、RBC 441×10⁴/μl、Hb 12.7g/dl、Plt 28.1×10⁴/μl、TP 7.4g/dl、GOT 38IU/l、GPT 24 IU/l、LDH 252 IU/l、ALP 219 IU/l、BUN 22.3mg/dl、Cre 1.6mg/dl、T-Bil 0.5mg/dl、G-GTP 107IU/l、Na 141mEq/l、K 4.5mEq/l、Cl 106mEq/l、CRP 4.4mg/dl、BS 143mg/dl、【経過】入院後絶飲食、補液、塩酸セフォチアム 2g/day 静注にて治療開始。第 3 病日に大腸内視鏡検査施行。出血源不明だったが、上行結腸憩室の多発を認めるのみだった。同日夜に血便あり、第 4 病日に再度大腸内視鏡検査を行ったところ、上行結腸憩室から拍動性の出血を確認し、クリッピングを行って止血をした。第 6 病日に再度血便をきたし、内視鏡的止血は困難と判断して血管塞栓術を行った。上腸間膜動脈を造影したところ、出血は明らかではなかったが、マイクロカテーテルにて右結腸動脈を選択造影をすると、上行結腸のクリップ周辺より血管外漏出が認められた。コイルにて塞栓を行い、塞栓後の撮影では血管外漏出の消失を確認して終了した。その後血便、貧血の進行はなく軽快退院した。内視鏡にて出血部位を特定しクリッピングでの止血を試みたものの再出血をし、血管塞栓術にて止血し得た大腸憩室出血の一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

95 白血球細胞の粘膜浸潤により発症した直腸潰瘍の1例

¹安城更生病院外科、²安城更生病院消化器内科、³安城更生病院血液内科

○岡田 明子、広松 孝、新井 利幸¹、佐伯 悟三¹、
岡田 慎人、雨宮 剛、會津 恵司、佐藤 文哉²、
井村 仁郎³、小林奈津子³、寺林 徹³、井田 英臣³、
木原 俊裕³、山田 雅彦³、水野 統樹³、横井 俊平³

症例は65歳、男性。高血圧、高脂血症、僧帽弁閉鎖不全症術後、感染性心内膜炎治療後で近医通院中であった。近医での血液検査にて汎血球減少、芽球増加を認めた。鼻出血などの出血傾向もあり血液疾患が疑われ、2009年7月、当院血液内科紹介受診した。骨髄検査の結果、T細胞性急性リンパ性白血病の診断で、化学療法(ALL202プロトコール)が予定されていたが、2、3ヶ月前からの肛門痛にて外科紹介となった。直腸診・肛門鏡にて直腸後壁に径2cmの周堤のある潰瘍を認めた。痔瘻や肛門周囲膿瘍は認めず、下部消化管内視鏡検査で、Rb後壁、歯状線口側に深い潰瘍を認めた。CT上も直腸壁の肥厚を認めるが、膿瘍形成は認めなかった。血小板が1.5万/μLと低下していたため血小板輸血のうえ生検を行った。病理組織学的所見では、直腸粘膜に多数の芽球の浸潤を認め、白血球細胞の粘膜浸潤の診断であった。その後、絶食、高カロリー輸液管理の上、化学療法を開始した。治療開始1ヵ月後の下部消化管内視鏡検査では潰瘍底は浅くなり、自覚症状も改善を認めたため、経口摂取を再開した。現在も化学療法を継続中であるが、潰瘍の再燃は見られない。血液疾患の消化管病変は、悪性リンパ腫では画像の解析がなされてきたが、白血病での報告は極めて少なく、画像診断で遭遇することは極めて稀である。しかし、白血病の剖検例における検討では消化管浸潤は決して稀ではないことが報告されている。近年の化学療法の進歩に伴い、白血病症例の生存率は延長しているが、消化管合併症は増加の傾向にあり、致死的な合併症も報告されている。本症例について若干の文献的考察を加え報告する。(若手)

96 直腸に限局した虚血性腸炎に対し Hartmann 手術を施行した1例

大垣市民病院 外科

○蘆田 良、磯谷 正敏、金岡 祐次、前田 敦行、
高橋 祐、水谷 文俊

症例は76歳男性。1996年から陈旧性心筋梗塞、狭心症で当院通院中。2009年6月初旬にも狭心症に対して経皮的冠動脈形成術を受けている。6月中旬に下腹部痛、下痢および下血を主訴に当院を受診。採血でWBC 27850、CRP 17.03 mg/dl、Cre 2.91 mg/dl、BUN 53.6 mg/dlと高度の炎症反応と腎機能障害を認め、大腸内視鏡検査で直腸粘膜が地図状に発赤し一部壊死を伴っており、腹部単純CTでは直腸壁の肥厚を認め虚血性直腸炎の診断にて保存的治療を開始した。翌日に腹部所見で反跳痛および筋性防御の増悪を認め、採血でCre 4.86 mg/dl、BUN 77.2 mg/dlと腎機能障害の増悪を認めため緊急手術を施行した。開腹所見では腹水はなく、S状結腸の軽度拡張も認めるもののS状結腸から腹膜懸帯までの直腸に虚血の所見は認めなかった。術式はHartmann手術を施行した。術後、人工呼吸管理および血液浄化等集中治療を必要としたが全身状態は徐々に改善し第4病日には血液浄化を離脱し、第10病日には人工呼吸を離脱し、第38病日に退院。術後2ヶ月後に施行した大腸内視鏡検査ではS状結腸に多発潰瘍および再生上皮を認めたが明らかな虚血所見は認めなかった。摘出標本の病理組織診断では直腸粘膜から固有筋層まで壊死と全層に及ぶ炎症細胞浸潤を認めたが、腸間膜血管に明らかな閉塞所見は認めなかった。直腸は内腸胃動脈および下腸間膜動脈からの二重支配を受け血流豊富な臓器であり、虚血性大腸炎は直腸には起こりにくいとされており本邦報告例も少ない。また、本疾患は腹部大動脈瘤手術後、高血圧、動脈硬化、心疾患、糖尿病患者に好発するとされている。今回我々は虚血性直腸炎に対しHartmann手術にて救命し得た症例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。若手

97 虫垂粘液腺腫と卵巣粘液性嚢胞腺腫を同時切除した1例

JA 静岡厚生連 遠州病院 外科

○橋本 朋美、鈴木 正彦、鷲津 潤爾、赤羽 和久、
佐藤 直紀、津田 和政、水上 泰延

症例は52歳、女性。主訴は腹部膨満感。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。2008年12月上旬に腹部膨満感のため近医受診し、卵巣腫瘍を指摘されて当院に紹介された。1月に手術目的で入院した。腹部超音波検査で13cm大の卵巣嚢腫を認め、同部CT検査では左卵巣に隔壁を有し造影効果に乏しい嚢胞性腫瘍を認めた。また虫垂底部は47x14mmに腫大し、内部は均一低吸収域であった。腹水を認めず、同部MRI検査では虫垂・卵巣の両病変ともにT1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号で、卵巣病変は脂肪抑制T1強調画像でも高信号であり、高タンパクないし出血を伴った嚢胞病変と考えられた。以上より虫垂および左卵巣の粘液性嚢胞腺腫と診断し、盲腸部分切除、左卵巣摘出術を行った。いずれの病変も内部に粘液が貯留していた。病理組織学的には一層の円柱上皮に覆われた腺腫であり、悪性所見は認めなかった。術後経過順調で第10日に退院し、外来通院中である。術後8ヶ月現在、再発を認めていない。虫垂粘液腺腫はときに卵巣嚢腫との鑑別を要するが、同時に存在する場合は虫垂嚢とその卵巣転移を念頭に治療する必要がある。本例は両者に腺腫を認めた、まれな症例であった。若手

98 結腸憩室炎の穿通によるS状結腸腔断端瘻の1例

名古屋掖済会病院 外科

○山崎 公敏、米山 文彦、小川 敦司、宮田 雅弘、
河野 弘

症例は74歳女性。腔からの便漏出を主訴に近医を受診し、直腸腔瘻が疑われ当院に紹介受診となった。30歳代で子宮癌のため腔式子宮全摘を施行されているが、放射線治療の既往はない。肛門からの便の排出はほとんど認めなかったが、腹部膨満はほとんどは腔から排便されている状態であった。CT、MRIでは腔断端相当部位に腫瘍影を認め、腔断端と大腸に交通が疑われた。婦人科診察では腔断端に瘻孔を認めるも、同部位よりの生検では悪性所見はなかった。大腸内視鏡では直腸Rs部に狭窄がありその口側は観察不可能で評価できなかった。悪性所見はなく瘻による瘻孔は否定的であり結腸憩室炎の穿通によるS状結腸腔断端瘻と診断し低位前方切除術を施行した。S状結腸は肥厚短縮し前方で膀胱に強固に癒着していた。直腸Rs部に狭窄がありその口側で結腸腔断端に瘻孔を形成していた。直腸を剥離して腔断端の瘻孔を確認し、下行結腸S状結腸移行部近くで結腸を、腹膜翻転部のやや口側で直腸をそれぞれ切断し器械吻合した。腔断端は腹腔内から縫合閉鎖し、近傍の腹膜を達着した。切離標本病理では悪性所見は認めず、結腸憩室炎の穿通として矛盾しない所見であった。経過良好で術後16日目に退院し、排便状態良好で腔瘻の再発は認めていない。S状結腸憩室炎に伴う瘻孔形成は膀胱瘻や皮膚瘻が多く、腔瘻の発症は稀であり、文献的考察を加え報告する。

99 サイトメガロウイルス腸炎と考えられる穿孔性腹膜炎の一例

春日井市民病院 消化器科

○稲垣 佑祐、尾関 貴紀、加藤 晃久、松波加代子、
片野 敬仁、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡、
妹尾 恭司、伊藤 和幸

症例は 44 歳女性。2007 年 9 月から抑うつ症状を認めていた。体重減少、食欲不振が続き 2009 年 2 月に当院メンタルヘルス科受診しうつ病の診断を受け内服治療中であった。また舌に潰瘍を認め口腔外科にも通院中であった。数ヶ月前から下痢があり、近医受診をするも改善せず当科を受診した。身長 151cm、体重 33kg、BMI14.5 と高度のりいそうを認め、消化管精査・栄養改善目的で入院となった。入院時血液検査で ChE:32IU/l、TP:4.8g/dl、Alb:1.8g/dl、BUN:67.5mg/dl、Cre:1.1mg/dl と高度の栄養障害を認め、補液と経管栄養剤で治療を開始した。入院時の腹部 CT 検査では大腸の拡張と腸内に液体貯留を認めた。上部消化管内視鏡検査では食道に打ち抜き様潰瘍を認め、胃前庭部にはアフタが散在していた。食道潰瘍の生検による病理組織検査では核内封入体を認め、何らかのウイルス感染が考えられた。状態は安定していたが第 6 病日夜間突然の発熱と腹痛の増強を認めた。翌第 7 病日朝には症状は改善していたが、午後突然心肺停止状態となった。CPR を開始し一旦は自発呼吸・心拍とも再開したがその後も VT、VF 繰り返し同日永眠された。病理解剖を施行すると、食道、大腸に打ち抜き潰瘍が多発し、直接死因は横行結腸穿孔による化膿性腹膜炎であった。舌、食道の潰瘍には核内封入体を認め、大腸は壊死性変化が強く封入体は確認できなかったものの広範に打ち抜き潰瘍を認めたことからサイトメガロウイルス感染が示唆された。今回我々はサイトメガロウイルス腸炎によると考えられる大腸穿孔を経験した。サイトメガロウイルス腸炎はエイズや癌などの基礎疾患を有することが多いが、本症例は低栄養状態による免疫不全が関与したと推測される症例であり若干の文献的考察も加え報告する。

100 大腸穿孔症例における予後因子の検討

1JA 愛知厚生連江南厚生病院 消化器内科、2JA 愛知厚生連江南厚生病院

○丹羽 慶樹¹、佐々木洋治¹、堤 靖彦¹、吉田 大介¹、
古田 武久¹、板津 孝明¹、加藤幸一郎¹、富永雄一郎¹、
小林 健一¹、小宮山琢真¹

当院開院後の約 1 年半の間に大腸穿孔をきたした症例が 24 例あり、今回私たちは大腸穿孔例の予後因子について検討した。対象は当院における 2008 年 5 月から 2009 年 10 月までの大腸穿孔症例 24 例（男性 12 例、女性 12 例・平均年齢 73.7 歳）である。そのうち高齢者（75 歳以上と定義）は 13 例、基礎疾患に糖尿病 6 例、慢性腎不全 4 例、狭心症 1 例認めた。原因としては憩室 7 例（29.2%）、特発性 7 例（29.2%）、悪性腫瘍 5 例（20.8%）、医原性 4 例（16.7%）、宿便 1 例（4.2%）であった。また部位は S 状結腸 9 例（37.5%）、直腸 8 例（33.3%）、不詳 3 例（12.5%）、横行結腸、下行結腸が各 2 例（8.3%）であった。治療は 20 例が緊急手術、4 例に保存的治療が選択され、緊急手術を行った 20 例中 4 例、保存的治療を行った 4 例中 2 例が死亡した。発症から手術まで 24 時間以内が 15 例、24 時間以上 48 時間以内が 3 例、48 時間以上は 2 例であった。治癒群、死亡群の比較において発症から手術までの時間に有意差は認めなかったが、術前 WBC 値には有意差を認めた。術前 WBC 値は予後予測因子になり得ると考えられた。

101 ERCP後膵炎予防に対する自然脱落型膵管ステントの使用経験

朝日大学附属村上記念病院 消化器内科
 ○高野 幸彦、小島 孝雄、加藤 隆弘、橋本 宏明、
 堀江 秀樹、福田 信宏、大洞 昭博、奥田 順一、
 井田 和徳

【目的】近年、ERCP 後膵炎の高危険群に対し膵管ステント留置による膵炎の予防効果に関する報告が散見される。今回我々は、ERCP 後に 5Fr・3cm ストレート片側フラップの自然脱落型膵管ステント (WILSON COOK 社) を使用し、現在のところ良好な膵炎予防効果が得られたため EBD を留置した。【症例 1】81 歳女性。総胆管結石症例。片頭痛にて近医受診。血液検査で肝機能障害を認めたため当科紹介入院となった。MRCP にて胆嚢内デブリスと総胆管結石を認めたため EBD を留置した。しかし乳頭が小さく、チューブで膵管口が圧排されたため膵炎が生じ、ENBD を抜去した。後日 EPBD を施行し総胆管結石を採石後、膵炎のリスクが高いと考え、上記膵管ステントを留置した。検査 2 時間後の血清 AMY は 355IU/l と軽度の上昇にとどまり、腹痛もなかった。翌朝には数値は速やかに改善した。【症例 2】63 歳男性。下部胆管癌疑い症例。アルコール多飲者。高尿酸血症・糖尿病にて当院循環器内科通院中、肝機能障害を認めたため当科紹介入院となった。MRCP にて下部胆管の狭窄を疑われ ERCP を施行。十二指腸乳頭直上の下部胆管に狹窄を認めたため擦過細胞診を施行。その際、部位が乳頭直上で、乳頭浮腫や膵管口のダメージにより膵炎は必発と考え、上記膵管ステントを留置し、かつ ENBD も留置した。検査 2 時間後の血清 AMY は 654IU/l とやや上昇したものの、腹痛の訴えはなかった。AMY 値も数日では入院時の値に改善した。【結語】2008 年 4 月より現在までに、この 2 症例を含め上記膵管ステントを計 15 症例に施行したが、膵炎の発症は 1 例もなく、数日で自然脱落を確認しており良好な結果が得られた。自然脱落型膵管ステントは、ERCP 後膵炎の高危険群に対し有用と思われた。

102 重症膵炎の経過中に発症した巨大仮性嚢胞に対し経胃的 EUS 下ドレナージが奏功した 1 例

小牧市民病院 消化器科
 ○岸本真理子、中川 浩、宮田 章弘、平井 孝典、
 大山 格、岡田 昭久、大原 靖仁、小島 優子、
 林 大樹朗、桑原 崇通

【症例】64 歳女性。既往歴は胆石症。喫煙歴や飲酒歴はなし。【主訴】上腹部痛。【現病歴】平成 20 年 7 月、背部痛、腹痛にて近医へ受診し鎮痛剤を処方され一日帰宅するも改善なく、同日夜間に当院救急外来へ受診され緊急入院となった。来院時、CT Grade3 であり急性膵炎の新重症度判定基準を満たしていた。【現症】意識清明、BT37.0℃、BP120/80mmHg、HR80/min、上腹部に圧痛を認めた。【経過】緊急にて nafamostat mesilate および IPM/CS の臍動注を行い、急性腎不全や敗血症を併発しながらも膵炎は改善したが、経口摂取開始を考慮していた入院後 26 日に再度 39℃の発熱出現、膵炎の増悪を認めた。絶飲食を継続し抗生剤にて経過をみていたところ 28 日目に上腹部痛出現、US、CT にて胃の背側から腹側に回り込むように巨大仮性嚢胞を認めた。翌日 EUS 下に経胃的に仮性嚢胞のドレナージを試みた。胃の背側から内瘻として 7 Fr double pig tail、胃の腹側に外瘻として 7Fr ENBD チューブを留置した。外瘻チューブからはわずかに血液が混入した白濁した貯留物が 900ml 吸引された。排液がほぼなくなり外瘻チューブの造影にてほぼ cavity がないことを確認し抜去、内瘻のみとした。経過中 ADL は寝たきりで会話が不能となるまで低下したが、徐々に全身状態とともに改善し、その後の CT でも仮性嚢胞の悪化は見られず、入院後 44 日目より経口摂取を開始、99 日目に退院となった。現在術後約 1 年が経過するが膵炎の増悪や仮性嚢胞の出現なく経過良好である。【結語】仮性膵嚢胞に対し、EUS 下ドレナージが奏功した 1 例を経験した。当院で同様に施行した 3 例も含めて報告する。

103 経皮経空腸的超音波内視鏡下ドレナージが奏功した術後膵仮性嚢胞の 1 例

1名古屋市立大学 消化器・代謝内科学、2名古屋市立大学 消化器外科学
 ○林 香月、大原 弘隆、中沢 貴宏、安藤 朝章、
 田中 創始、内藤 格、奥村 文浩、宮部 勝之、
 吉田 道弘、石黒 秀行²、三井 章²、木村 昌弘²、
 桑原 義之²、城 卓志¹

症例は 56 歳、男性。下部胆管癌のため 2008 年 10 月に幽門輪温存瘻頭十二指腸切除術施行、T1 NO M0 stage1。術後、膵仮性嚢胞を形成し外来にて経過観察中であった。2009 年 5 月初旬、腹痛と発熱を主訴に救急外来受診。採血にて炎症反応の高値、CT にて膵仮性嚢胞により圧排され盲端側の拡張した輸入脚空腸を認めた。また拡張輸入脚空腸は腹直筋から腹部皮下に穿通しており、それが腹痛と発熱の原因と考えられた。拡張輸入脚空腸に対し経皮的エコー下ドレナージが緊急に施行され、消化器内科に紹介となった。穿刺ドレナージチューブからの造影では輸入脚空腸から肛門側への造影剤の流出は認められず、膵仮性嚢胞により輸入脚が閉鎖腔となり感染をきたしたものと考えられた。膵仮性嚢胞に対する治療として、経胃的超音波内視鏡下ドレナージを考慮するも仮性嚢胞は胃壁と接しておらず施行困難であり、経皮的ルートも腹壁と接していなかったため施行困難であった。そのため拡張輸入脚空腸に対して施行された経皮的ドレナージルートを利用して経皮経空腸的超音波内視鏡下ドレナージを考慮した。まず、経皮的ドレナージルートを超音波内視鏡が挿入できるまで拡張した。その後、超音波内視鏡を経皮的に輸入脚空腸に挿入し経皮経空腸的に膵仮性嚢胞を描出し、通常の経胃的超音波内視鏡下ドレナージ術と同様にエコーチップにて経空腸的に仮性嚢胞を穿刺した。さらに穿刺部をダイレータカテーテルやバルーンカテーテルにて拡張し 2 本の 7Fr 両側ビッグカテーテルと 6Fr 外瘻カテーテルの計 3 本を留置し、嚢胞はすみやかに縮小した。後日、経鼻内視鏡を用いて経皮経空腸的にカテーテル留置部位より膵仮性嚢胞内腔を観察することが可能となり留置されていた 2 本の 7Fr 両側ビッグカテーテルも抜去した。その後、拡張した経皮的ドレナージルートは自然閉鎖し経過良好で外来通院中である。近年の超音波内視鏡手技、並びに関連処置具の発達は瞠目すべきものがあり、本症例も良好な成績であったため報告する。

104 EUS 下経胃的嚢胞ドレナージにより軽快した膵体尾部切除後膵液瘻の一例

名古屋第一赤十字病院 消化器科
 ○松下 正伸、春田 純一、山口 丈夫、伊東 舞朋、
 西野 正路、平山 裕、山 剛基、中村 一平、
 小林 寛子、佐藤亜矢子、澤田つな騎、水谷 泰之

【はじめに】膵体尾部切除後における術後膵液瘻の発生頻度は高率と報告されている。当院にて膵体尾部切除後に発生した非感染性嚢胞に対し EUS 下経胃的嚢胞ドレナージを施行し、順調に軽快した一例を経験したため報告する。【症例】53 歳男性。検診 US で膵病変を指摘され近医受診。CT、MRCP 等施行し、膵に 20mm の嚢胞性病変を認めた。主膵管の拡張や内部の結節影なく経過観察となったが、増大が疑われ精査加療目的に当院紹介となった。CA19-9:9.5、CEA:3.2、MDCT では膵体尾部の嚢胞性病変は辺縁部分に造影効果を有し、EUS では嚢胞内部に低エコー領域や隔壁様構造を認めた。SPIO-MRI 施行し膵内異所性膵嚢胞を疑ったが、Solid-pseudopapillary tumor などの可能性も否定できず、御本人希望もあり、腹腔鏡補助下膵尾側切除術、脾合併切除を施行した。病理結果は膵内異所性膵嚢胞であった。術後経過良好であったが、4 ヶ月目、膵体部切離面に径 80mm の嚢胞を指摘され術後膵液瘻と診断した。経乳頭的膵管ドレナージを施行したが嚢胞縮小認めず、EUS 下経胃的嚢胞ドレナージ術を施行することとなった。【方法】EUS (EG-3870UTK; PENTAC, EUB-7500; HITACHI) 下に、19G 針 (ECHO TIP; COOK) を経胃的に嚢胞内に穿刺した。0.035inch ワイヤ (Amplatz Ultra-Stiff wire; COOK) を留置し、ダイレータ 7Fr、9Fr (Soehendra; COOK) を用いてダイレーション、ダブルルーメンカテーテル (CystoMax 2 Double Lumen Biliary; COOK) を挿入し 2 本のワイヤを嚢胞内に挿入。それぞれのワイヤから 7Fr 4cm ビッグカテーテル ERBD 用チューブ (Zimmon; COOK)、5Fr ENBD 用チューブ (PBD-V803W; OLYMPUS) を留置し一期的に内外瘻とした。【経過】処置後の経過は良好で、8 日目に CT で嚢胞の縮小を確認し外瘻チューブ抜去した。15 日目には内瘻チューブを抜去した。処置後 6 ヶ月の時点で膵液瘻の再発は認めていない。【結語】膵体尾部切除後の膵液瘻に対し EUS 下経胃的嚢胞ドレナージ術を施行し、軽快した一例を経験した。

105 短期間に形態変化を来した陥凹型 SM 深部浸潤癌の一例

1 名古屋第二赤十字病院 消化器内科、2 名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

○饗江 浩、野村 智史、藤井 美帆、館 桂一郎、堀 寧、岩崎 弘靖、梅村修一郎、坂 哲臣、藤原 圭、山田 智則、林 克巳、折戸 悦朗、法水 信治、長谷川 洋²

症例は 56 歳男性。健診にて便潜血陽性を指摘、大腸内視鏡検査を施行したところ直腸 (Rb) に径 12mm 大の IIa+IIc 病変を認め、インジゴカルミン散布にて明瞭な陥凹局面を確認できた。24 日後に精査目的で再度大腸内視鏡検査を施行したところ、前回と比べ、陥凹内の一部の隆起が目立つようになっていた。通常観察では発赤した隆起性病変と認識され、インジゴカルミン散布では陥凹局面が明瞭であった。NBI による拡大観察では、陥凹内にて微細血管が疎であり、まばらに存在する血管の走行は不整で口径不同を認めた。クリスタルバイオレット染色による拡大観察では、陥凹部は大部分が VI 高度不整で、陥凹内隆起部位で VN 型 pit pattern であった。以上より SM 深部浸潤癌と考え、腹腔鏡補助下低位前方切除術を施行した。病理所見は陥凹局面に一致して、比較的境界明瞭な腫瘍の形成を認め、腫瘍内では N/C 比の増大した腫瘍細胞が、比較的分化した腺腔や一部癒合した腺腔を形成しつつ、増殖浸潤するのを認めた。病理組織診断は腫瘍径 12 x 12mm, 0-IIa+IIc, moderately differentiated tubular adenocarcinoma, pSM(3000 μm), Iy0, v1, pPM0, pDM0, n(-) であった。短期間の間に陥凹内隆起が目立つようになった陥凹型 SM 深部浸潤癌の一例を経験し、腫瘍の発育進展を考える上で興味深い症例と考えたので報告する。

107 多臓器重複大腸癌の一例

国家公務員共済組合連合会 名城病院

○名倉明日香、大岩 哲哉、山下 俊樹、前田 啓子、長野 健一、木本 英三、早川 哲夫

症例は 74 歳、男性。既往歴として 49 歳時に胃癌のため幽門側胃切除、51 歳時に大腸ポリープのため右半結腸切除をされている。(詳細は不明。)平成 21 年 8 月に食事中の胃痛を主訴に近医を受診、上部消化管内視鏡にて胃噴門部 2 型胃癌を指摘され、精査加療目的で平成 21 年 9 月に当院を紹介受診した。術前検査にて下行結腸に 3 型、S 状結腸に 2 型大腸癌を認めた。また、骨盤部造影 CT にて前立腺左葉に造影効果を認め、前立腺生検を施行した結果、前立腺癌であることが判明した。病理組織は胃・大腸・前立腺ともに腺癌であった。同時性多臓器重複癌であると考えられた。胸腹部 CT 上明らかな肺転移、肝転移、リンパ節転移は認めなかったため外科的切除の方向となった。外科、泌尿器科と相談の上、平成 21 年 10 月に胃癌、大腸癌に対して外科的切除を施行し、前立腺癌についてはその後治療することとなった。家族歴として父及び父方の叔父が大腸癌であり、長女もまた 49 歳時に大腸癌と診断されている。これは HNPCC の診断基準を満たしていた。今回我々は同時多発大腸癌を含む多臓器重複癌の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

106 胃結腸瘻をきたした下行結腸癌の一例

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾高生、宮崎 恒起、山田 祥子、永野 淳二、鈴木 祐介、川出 尚史、岩田 圭介、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、名倉 一夫、加藤 則廣、富田 栄一

症例：60 歳、女性。主訴：食欲低下、下腿浮腫。既往歴：特記すべきことなし。家族歴：特記すべきことなし。現病歴：平成 21 年 5 月頃より食欲低下、下腿浮腫に気づき 6 月 29 日当院受診、CT にて腹水貯留を認め、原因検索の為 7 月 3 日消化器内科入院となった。現症：身長 148 cm、体重 32Kg。顔面浮腫、下腿浮腫 (+)。胸部：呼吸音、心音異常なし。腹部：膨隆、軟、圧痛なし。入院後経過：入院時血液検査では Hb10.6mg/dl と軽度低下、Alb1.6mg/dl と著明に低下していた。入院時 CT にて中等量の腹水と拡張した横行結腸、下行結腸に腫瘍性病変を認めた。腹水は漏出性で、腹水細胞診は classII で培養は陰性であった。7 月 6 日下部消化管内視鏡検査施行、下行結腸に全周性狭窄を伴う 2 型腫瘍を認め、スコープは狭窄部を通過できなかった。病理組織学的検査では moderately differentiated adenocarcinoma であった。7 月 8 日上部消化管内視鏡検査施行、胃内には便汁を認め、体中部大弯には瘻孔を形成していた。ガストログラフィンによる造影では瘻孔は下行結腸と交通していた。スコープは瘻孔内に挿入できるものの、結腸までは挿入不能であった。その他明らかな遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。以上より胃結腸瘻を伴った下行結腸癌と診断し、外科にて 7 月 21 日手術となった。腫瘍は胃体部大弯〜後壁にかけて浸潤しており、臍尾部とも強固に癒着していた。腹膜播種、肝転移を示唆する所見なく、左半結腸切除術+D3 郭清、胃部分切除術、臍尾脾切除術を施行。手術所見は D、2 型、circ、47×34mm、sSI (stomach and pancreas)、sN2(4/18)、sH0、sP0、M0、sStageIIb、PM(0)、DM(0)、RM(0)、R(0)、CurA であった。手術標本にても胃結腸瘻は確認された。術後経過良好で術後 22 日病退院となった。病理所見は pSI(stomach)、pN0、pStageII であった。現在 UFT 内服にて外科外来経過観察中である。胃結腸瘻をきたした結腸癌の報告はまれであり報告した。

108 当院における大腸同時性多発癌の検討

名城病院

○前田 啓子、大岩 哲哉、名倉明日香、山下 俊樹、長野 健一、木本 英三、早川 哲夫

【背景】大腸癌の罹患率は、本邦において近年増加傾向であり、また他の消化器癌と比較して多発する傾向があることが知られている。多発癌の見逃しは予後に大きく影響する可能性が高く、検査の際に多発癌の存在を念頭におく必要がある。【目的】当施設で経験した大腸癌症例のうち、同時性多発癌症例を単発癌症例と比較検討し、臨床病理学的特徴について考察する。【方法】対象は 2007 年 4 月から 2009 年 7 月まで当施設で経験した大腸癌 179 症例 (M 癌を含む)。そのうち 19 例の同時性多発癌症例に関し、単発癌 160 例と比較検討を行った。【結果】19 例の多発癌のうち、男性 13 例、女性 6 例であった。160 例の単発癌のうち男性 103 例、女性 57 例であり、多発癌、単発癌ともに男性に多い傾向を示した。平均年齢は多発癌で 67.2 歳、単発癌で 68.8 歳と差を認めなかった。多発癌の個数は 2 個の症例が 14 症例、3 個の症例が 4 症例、4 個の症例が 1 症例であった。病変の占拠部位に関しては同一領域 5 症例、隣接領域が 8 症例、遠隔領域が 6 症例と同一あるいは隣接領域に多発する傾向がみられた。腺腫合併率は多発癌で 63.1%、単発癌で 60.5%と差を認めなかった。治療の内訳は手術と内視鏡治療を施行した症例が 14 症例と多く、手術治療のみのものが 3 症例、内視鏡治療のみのものが 2 症例であった。【結論】大腸同時性多発癌の頻度は 1~7%と報告されているが、当施設における頻度は 10.6%であった。また多発癌は単発癌と比較し、男性に多く、右側結腸に好発し、罹患部位も隣接することが多いとする報告が多い。当院においては、単発癌、多発癌ともに男性に多く、罹患部位は隣接領域に多発する傾向が見られた。治療に関しては、内視鏡治療と手術治療の両方を施行した症例が多い傾向を認めた。

109 当院における異時多発大腸癌の検討

山田赤十字病院 消化器科

○杉本 真也、川口 真矢、山本 玲、山村 光弘、
大山田 純、黒田 幹人、亀井 昭、佐藤 兵衛、
福家 博史

今回我々は当院で 1977～2008 年に手術または内視鏡治療が施行された、異時多発大腸癌 53 例につき、その臨床病理学的特徴を検討した。多発大腸癌の定義は大腸に 2 個以上の癌が独立して発生したものである。うち異時多発大腸癌は、第 2 次癌が第 1 次癌発生から 1 年以上経過しているものである。当院で 1977 年～2008 年の 32 年間に手術または内視鏡治療を行った大腸癌症例 2401 例のうち単発大腸癌は 2190 例 (91.3%)、異時多発大腸癌は 55 例 (2.3%)、同時多発大腸癌は 156 例 (6.5%) であった。異時多発大腸癌 55 例の内訳は、男性 25 例、女性 30 例であった。進行癌、早期癌の組み合わせを見ると、進行癌＋進行癌は 16 例、進行癌＋早期癌は 26 例、早期癌＋早期癌は 11 例であった。肉眼型は進行癌 66 病変のうち 1 型 4 病変、2 型 53 病変、3 型 4 病変、4、5 型 5 病変であった。早期癌 45 病変では Ip 12 病変、Isp 17 病変、Is 2 病変、IIa+IIc 4 病変、LST 10 病変であった。またその発生部位については 109 病変のうち直腸 29 病変、S 状結腸 33 病変、下行結腸 8 病変、横行結腸 17 病変、上行結腸 16 病変、盲腸 6 病変であり、左半結腸に多い結果であった。組織型としては高分化型腺癌 72 病変、中分化型腺癌 30 病変、低分化型腺癌 1 病変、粘液癌 7 病変であった。2 次癌発見までの期間は 1～3 年未満が 28 例、3～6 年未満が 8 例、6～10 年未満が 9 例、10 年以上が 10 例であった。以上の検討事項に考察および最近経験した異時多発大腸癌の 1 例について、その臨床経過も合わせて報告する。若手

110 肝転移による高度肝障害を伴った大腸癌に対して FOLFOX 療法が有用であった一例

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、田中 守、小林 郁夫、海老 正秀、
水島 隆史、平田 慶和、村上 賢治、溝下 勤、
久保田英嗣、谷田 諭史、片岡 洋望、神谷 武、
城 卓志

症例は 58 歳男性。腹部腫瘍を自覚し 2009 年 7 月 24 日に前医を受診し、腹部 CT 検査にて肝両葉にびまん性に多発する腫瘍像と S 状結腸に 1/3 周性の 2 型腫瘍 (生検で中分化型腺癌) をみとめたことから、S 状結腸癌＋転移性肝腫瘍の診断の元、精査加療目的のため同年 8 月 10 日に当院へ紹介入院となる。入院時の血液検査所見では T-Bil/D-Bil : 3.9/2.5 mg/dl、GOT/GPT : 181/61 IU/l、LDH : 3799 IU/l、ALP:3151 IU/l、 γ GTP : 2121 IU/l と転移性肝腫瘍に伴う高度の肝障害をみとめたことから緊急的治療が必要と判断し、8 月 12 日から末梢ルートから bolus 5-FU ぬきの mFOLFOX6 療法を開始した。化学療法の開始後、肝胆道系酵素の改善傾向はみとめたが、最大 T-bil : 7.3 mg/dl と黄疸の上昇が続いたためウルソデオキシコール酸の内服を併用し T-Bil も改善傾向をみとめた。FOLFOX 療法の開始後 day13 に出血性十二指腸潰瘍による貧血をみとめたため 2 コースめの FOLFOX 療法は 1 週間延期し、中心静脈ポートを造設後に full dose で 2 コースめの mFOLFOX6 療法を施行し 9 月 8 日に退院となる。退院時の血液検査所見は T-Bil/D-Bil : 2.6/1.7 mg/dl、GOT/GPT : 105/33 IU/l、LDH : 1901 IU/l、ALP:2037 IU/l、 γ GTP : 1105 IU/l であった。以降外来にて mFOLFOX6 療法を継続中である。2009 年版の大腸癌治療ガイドラインにおいては、全身化学療法の対象は肝機能に関しては T-Bil は 2.0 mg/dl 未満、GOT/GPT が 100 IU/l 未満とされており高度の臓器障害を伴うものは治療適応外とされているが、高度の肝障害を伴っていても本症例のように安全に FOLFOX 療法を施行可能であると考えられる。文献的考察を加え報告する。

111 Tubulovillous adenoma に覆われた直腸カルチノイドの1例

藤田保健衛生大学下部消化管外科

○本多 克行、前田耕太郎、佐藤 美信、森森 宏次、
小出 欣和、勝野 秀稔、安形 俊久、野呂 智仁、
尾関 伸司

症例は 60 歳台、男性。便潜血反応陽性で、当院消化器内科で精査施行。肛門縁より 7cm 前壁に 30mm 大の 1 型腫瘍 (Group3) を認めた。内視鏡的切除困難で外科紹介。診断的治療目的に、局所切除を施行した。手術所見は、肛門縁より 7cm の直腸右壁に認め、可動性良好な腫瘍であった。術式は、MITAS を施行した。腫瘍は、25mm×30mm×24mm であった。病理組織学的には、標本の約 30% に小型類円形細胞が、胞巣状・腺房状構造ないしは索状配列を呈するカルチノイド腫瘍 (免疫組織化学的に chromogranin(+), synaptophysin(+), CD56(+), MIB-1(7.9%)、WHO 分類 Well differentiated neuroendocrine carcinoma) を認め、被覆する形での絨毛腺腫からなる混合型腫瘍であった。今回直腸カルチノイド腫瘍に絨毛腺腫が混在する腫瘍の 1 例を経験した。腫瘍の形態からも興味深い症例と考え、若干の文献的考察を加え報告する。

113 大腸 pMP 癌の病理組織学的検討—腫瘍浸潤様式とリンパ節転移の関係について—

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

○小森 康司、金光 幸秀、榎原 巧、清水 泰博、
佐野 力、千田 嘉毅、平井 孝

【背景】大腸 pMP 癌は固有筋層にわずかに浸潤している pSM 癌に近い pMP 癌から、外縦筋層深くまで浸潤している pSS 癌に近い pMP 癌と様々である。pSM 癌に関しては、「垂直浸潤距離 1000 μm 以上」など原発巣の腫瘍浸潤様式とリンパ節転移との関係があると考えられるが、pMP 癌の場合、報告は少ない。【目的】大腸 pMP 癌において腫瘍先進部の浸潤様式を分類し、リンパ節転移の関係を retrospective に検討した。【対象】1991～1996 年に当科で手術された原発性大腸癌 806 例中、D3 郭清を施行した大腸 pMP 癌で、腫瘍先進部の低分化傾向を評価するため、主組織型が tub1 または tub2 の症例 88 症例 (10.9%) に限定してを対象とした。すべて根治度 A。【方法】切除標本を肉眼的所見で癌最深部と判断された部位の断面を HE 染色にて顕鏡した。(1) 原発巣の腫瘍浸潤様式を垂直方向から評価した。垂直浸潤は内輪筋層の浅層 1/2 までに局限した腫瘍を pMP-upper (25 例: 28.4%)、内輪筋層の深層 1/2 までにとどまる腫瘍を pMP-middle (43 例: 48.9%)、外縦筋層に及ぶ腫瘍を pMP-lower (20 例: 22.7%) として 3 分類した。(2) 腫瘍先進部の腫瘍浸潤様式を、節状構造を保ちながら、内輪筋層を膨張性に圧迫進展する腫瘍を Expansive growth type (60 例: 68.2%) と慢性または柵状構造を呈し、内輪筋層を貫通するように浸潤性進展する腫瘍を Infiltrative growth type (28 例: 31.8%) とに分類した。【結果】(1) 全症例の 31.8% (28 例) に領域リンパ節転移が認められた。(2) 垂直浸潤の評価 (pMP-upper / pMP-middle / pMP-lower) では、領域リンパ節陽性症例は (8.0% / 23.3% / 80.0%) であり、垂直浸潤距離が長いほど、リンパ節転移の頻度が高かった ($p < 0.0001$)。(3) 腫瘍浸潤様式 (Expansive growth type / Infiltrative growth type) では、領域リンパ節陽性症例は (16.7% / 64.3%) であり、Infiltrative growth type の方が有意に高かった ($p = 0.001$)。【結語】pMP 癌は、深く浸潤 (pMP-lower) し、腫瘍先進部が慢性または柵状構造を呈し、内輪筋層を貫通するように浸潤性進展 (Infiltrative growth type) を示すものは、リンパ節転移率が高く、pSM 癌の組織学的特性と類似した生物学的性状を呈すると考えられた。

112 大腸ステント留置により良好な経過を得た下行結腸癌イレウスの経験

豊橋市民病院 一般外科

○宇治 誠人、加藤 岳人、柴田 佳久

【症例】症例は 69 歳男性。心筋梗塞治療歴があり、抗血小板および抗凝固薬を内服中であった。1ヶ月前からの下腹部痛が増強してきたため近医を受診し、大腸ファイバーにて下行結腸脾弯曲直にファイバーの通過しない 2 型腫瘍を認めた。翌日当科へ紹介受診されて、単純レントゲンおよび CT 検査にて大腸閉塞の状態であり緊急入院となった。緊急手術の適応と考えられたが、抗血小板および抗凝固薬の内服中であったため手術はリスクが高いと判断して経肛門的減圧を行なうこととした。大腸ステントは当院に常備していないため、当日は経口的イレウスチューブを挿入し、翌日消化器内科にて大腸ステントを挿入した。減圧効果は良好で、約 2 週間後に左半結腸切除を施行した。また術前に巨大脳動脈瘤が存在することも判明した。術後の経過は良好で術後 10 日で退院された。

【考察】当科では、大腸癌イレウスに対して一期的切除吻合を多くの症例に適応し、概ね良好な経過をおさめてきた。今症例では抗血小板薬および抗凝固薬を内服中であったため経肛門的減圧を施行したうえで待機的手術を行い良好な経過を得た。またそれにより脳動脈瘤の存在を知りうることもでき、それに対する配慮もすることができた。金属ステントを選択したことにより術前管理も容易であり、また腫瘍口側の検索も十分に行なうことができた。

【結語】高リスク症例の下行結腸癌イレウスに対して、金属ステントによる減圧にて待機的手術が可能となり、良好な経過を得た症例を経験した。

114 Cetuximab 療法中に狭心症と間質性肺炎をきたした 1 例

袋井市立袋井市民病院 外科

○柴原 弘明、久世 真悟、京兼 隆典、高見澤潤一、
中村 勇人

【症例】患者は 63 歳男性。心肺疾患の既往はない。2007 年 4 月同時性肝転移を伴う横行結腸癌に対し左半結腸切除・肝部分切除を施行。2008 年 10 月多発性肺転移と肝転移を認め、mFOLFOX6+bevacizumab を 6 コース施行したが PD であった。2009 年 4 月 cetuximab+CPT-11 を開始、5 月下旬胸部圧迫感のため精査を施行した。負荷心筋シンチグラムでは前壁領域の集積低下、遅延相で同部に再分布がみられた。冠動脈造影では左前下行枝 #7 に 50% の狭窄を認め、ovisot 投与下にて #7 が 100% 閉塞した。Acetylcholine 負荷試験陽性と判断し、冠縮性狭心症と診断した。冠拡張薬の内服を開始後、胸部症状はみられなかった。Cetuximab+CPT-11 の 2 コース後、腫瘍マーカーは正常化し肺転移は PR であった。4 コース中に発熱・胸痛・呼吸困難が出現、胸部 CT で両肺にびまん性間質性肺炎を認めた。入院第 2 病日に間質性肺炎の悪化、呼吸不全の増悪を認めたため気管挿管し人工呼吸器管理とした。薬剤関連性の間質性肺炎を疑いステロイドパルス療法 (methylprednisolone 1g/日)、またカリニ肺炎合併を考慮し ST 合剤 (12g/日) 投与を開始した。後日の検査結果で間質性肺炎のマーカーである KL-6 は 1064U/ml、SP-D は 678.1ng/ml と高値であった。また β-D グルカン は 17.4pg/ml と正常範囲内で、喀痰 PCR ではカリニ陰性、サイトメガロウィルス陽性と判明し、ST 合剤を中止し gancyclovir 50mg/日を開始した。3 日間のパルス療法後 prednisolone 50mg/日 を投与中である。間質性肺炎は改善傾向にあるが、現在人工呼吸器管理下に慎重に経過観察を行なっている。【考察】Cetuximab 療法の有害事象では皮膚障害がよく知られているが、心肺障害についても留意する必要がある。

115 術前化学療法により骨盤内臓全摘術を回避しえた局所進行直腸癌の1例

名古屋大学 大学院 腫瘍外科学

○大森 健治、上原 圭介、石黒 成治、西尾 秀樹、
江畑 智希、横山 幸浩、國科 俊男、角田 伸行、
伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、板津 慶太、
柳野 正人

症例は56歳の男性。半年前からの便秘の増悪を主訴に前医を受診、局所進行下部直腸癌と診断され、当科に紹介となった。腫瘍はRb-Ra、77x61mm大で、左精嚢および前立腺への浸潤を強く疑い、cAI(左精嚢、前立腺)、cN2、cH0、cP0、cM0、cStageIIIb、根治手術として骨盤内臓全摘術が必要と診断した。手術に先立ち、腫瘍縮小を期待してmFOLFOX6療法を術前化学療法として施行した。2クール施行後のCT・MRI検査では、腫瘍は57x42mmと効果判定としてはSDだが26%の縮小を認め、リンパ節転移や周囲臓器への浸潤も不明瞭となり、骨盤内臓全摘術は回避できると判断し、手術を施行した。手術は腹会陰式直腸切断術、左精嚢合併、左内腸骨動脈静脈合併切除を伴う両側側方郭清を施行した。手術時間は10時間16分、出血量は804mlであった。病理組織学所見はmod., ypA, ypN0, ly1, v0, ypStageIIで化学療法の治療効果はGrade2であった。精嚢や内腸骨血管周囲に強い線維化は認めるものの、癌細胞の浸潤は認めなかった。術後経過は良好で、術後第26病日に退院となった。術後3ヶ月の現在、術後補助化学療法としてUFTを内服中である。高度局所進行直腸癌においては周囲臓器の合併切除を含んだ拡大手術が必要となることが少なくない。腫瘍の縮小および臓器温存を目指し、欧米にならない術前放射線(化学)療法なども行われるが、放射線照射による晩期機能障害も無視できない。放射線治療と同様の腫瘍縮小効果を得ると同時に術後の遠隔転移の抑制が期待できる術前化学療法の安全性と有効性の臨床試験による評価が必要である。

116 前立腺癌直腸転移の1例

大同病院 外科

○宇野 雄祐、小谷 勝祥、松山 孝昭、山崎由紀子、
佐藤 太一

症例は81歳、男性。肛門出血を主訴に当院を受診。大腸内視鏡検査で、下部直腸に左壁を中心とする半周性の隆起性腫瘤を認めた。腫瘤表面は発赤しており、易出血性であった。同部位の生検組織から印環細胞癌が確認された。胸腹部CTでは遠隔転移の所見は認められず、前立腺を含む周囲臓器にも異常所見はなかった。原発性直腸癌の診断で、2006年1月腹会陰式直腸切断術を施行した。術中、直腸前壁と前立腺の剥離に難渋し、剥離範囲は約6cmに及んだ。切除標本では、下部直腸左壁に最大径6cmの境界不明瞭な不整陥凹性病変を認めた。陥凹面も不整であり、淡く発赤していた。さらに口側にも、やや強い発赤調の陥凹を認めたが、その表面は正常粘膜に覆われていた。病理組織検査では、小型で腺管形成不明瞭な腺癌が粘膜から外膜にかけて浸潤していた。その細胞質は淡明であり、P S A染色で陽性であった。以上から前立腺癌直腸転移と診断した。前立腺癌の直腸浸潤は稀ではないが、直腸転移の報告は少ない。文献的考察を加えて報告する。

117 繰り返すイレウスに対して、発症 5 年後に切除した小腸悪性リンパ腫の 1 例

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科
 ○日高 渉、長谷川 洋、坂本 英至、小松俊一郎、
 久留宮康浩、法水 信治、高山 祐一、西前 和寿、
 廣瀬 友昭、奥野 正隆、神谷 忠宏、杉森 雅大

【症例】57 歳女性【主訴】腹痛【既往歴】1989 年に副鼻腔炎、鼻中隔湾曲症に対しペニシリンを長期内服し、抗生物質起因性大腸炎を発症。2001 年に頸椎椎間板ヘルニアで NSAIDs を頻回に服用。また 2004 年に 1 回、2008 年に 3 回、2009 年に 2 回、小腸イレウスにて入院し、いずれも保存的に軽快し小腸透視などを行うも原因不明であった。また腹部手術歴はなかった。【現病歴】2009 年 6 月、腹部違和感を自覚し徐々に腹痛出現、CT にて小腸イレウスと診断し 7 度目の入院となった。イレウス管造影を施行したところ、小腸に全周性の狭窄部位を認めた。頻回に繰り返されるイレウスの責任病変と診断し手術を施行した。手術所見は、術前に挿入したイレウス管をたどっていくことでトライツ靱帯から約 170cm の小腸において全周性の硬い腫瘍を触知した。さらに病変から約 20cm 肛門側の小腸間膜側に同様の小さな硬い腫瘍を触れ、小腸部分切除術を施行した。他腹腔内には異常所見はなく、明らかなリンパ節の腫脹も認めなかった。切除標本では主病変は 47x30mm 大の境界やや不明瞭で壁全体が肥厚していた。病理組織学的検査の結果、2 病変共に粘膜固有層から粘膜下層にかけて異型リンパ球が濾胞状に増殖し、免疫組織化学的に、腫瘍細胞は CD20, CD79a, bcl-2 強陽性、bcl-6 陽性、CD3, CD5, CD10, cyclinD1 陰性所見を示し Malignant lymphoma (Follicular lymphoma, Grade 1) と診断された。血液内科にて staging を行い、stage2, surgical CR と診断され、現在、外来経過観察中である。【結語】非常に稀な経過を示した小腸悪性リンパ腫の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

118 大腸全摘後の回腸人工肛門部癌の 1 例

¹久美愛厚生病院 外科、²久美愛厚生病院 内科
 ○芥川 篤史¹、堀 明洋¹、横崎 正一²

今回我々は比較的まれである、大腸全摘後の回腸人工肛門部癌の 1 例を経験したので報告する。症例は 64 歳、男性。既往歴に昭和 55 年家族性大腸ポリポースのため大腸全摘術、回腸による人工肛門造設を施行された。家族歴として父親が家族性大腸ポリポースで大腸全摘を受けており、長男は同疾患のため大腸全摘術を受けた後、上腹部にデスマイド腫瘍を発症し現在治療中である。現病歴は術後 27 年の平成 19 年頃より人工肛門周囲に腫瘍があったことに気がついたが放置していた。平成 21 年 7 月大きさが 3cm 大となり、近医受診し精査加療目的に当院へ紹介となった。腫瘍は 3.5 x 3.5 cm の絨毛状腫瘍で、生検で乳頭絨毛癌と診断された。胃カメラでは過形成性ポリープを多数認めたが、小腸造影検査では異常を認めず、人工肛門から 40 cm 程度の小腸カメラでも異常所見を認めなかった。CT 検査では人工肛門部の腫瘍は腹壁との境界が不明瞭だったが、明らかな転移巣はなかった。手術は腫瘍より 1 cm の腹壁を合併切除し、人工肛門部腫瘍切除を施行した。病理組織学的所見は回腸より発生した中分化型腺癌、mp, n0, ly(0), v(0) であった。術後経過は良好で現在外来通院中である。

119 大腸、小腸転移をきたした肺癌の一例

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

症例は 61 歳、女性。主訴は肺癌転移精査目的。既往歴は 32 歳時から高安病。現病歴は平成 19 年 12 月当院呼吸器内科で肺癌、副腎転移（腺癌、stageIV）と診断され、全身化学療法（カルボプラチン＋パクリタキセル）を開始された。平成 20 年 8 月副腎転移が増大傾向となり他院で姑息的手術を、同年 10 月多発脳転移が出現し、当院で全脳照射を施行された。以後ドセタキセルに変更されたが、平成 21 年 3 月の PET-CT で回盲部、上部空腸に異常集積を指摘され、精査目的で消化器内科へ紹介入院となった。入院時身体所見では腹部は弾性かつ軟。腫瘍は触知しなかった。血液検査所見では CA19-9 が 41.7U/ml と軽度高値を認めるのみであった。外来での大腸内視鏡検査では盲腸に腫瘍性病変を認めた。腫瘍は充血様で、頂部に不整な潰瘍を形成していた。病理組織検査では核の腫大、核小体顕性化、豊かな胞体をもつ異型細胞が充実性に増殖し、腺管形成に乏しく低分化型腺癌と診断された。免疫染色では C' K7（-）、CK20（-）、TTF-1（-）であったが、内視鏡、病理組織所見から肺癌からの転移が疑われた。入院後の腹部 CT で上部空腸に軽度造影効果を有する腫瘍を認めた。腫瘍は空腸内腔へ突出するよう認められ、壁外へ連続していた。ダブルバルーン小腸内視鏡検査では十二指腸水平脚に周囲正常粘膜からなだらかに立ち上がる不整な潰瘍性病変を認めた。生検は検体不十分であり確定診断には至らなかったが、肺癌の小腸転移が疑われた。以上から肺癌の大腸、小腸転移と診断したが、多臓器（肝、腹腔内リンパ節）転移がみられること、現在無症状であることから手術は施行しなかった。患者の強い希望もあり以後外来でゲフィチニブの内服を行うことになった。同年 9 月癌性胸膜炎で再入院となり全身状態の悪化のため、入院第 10 病日に永眠された。肺癌の消化管転移は比較的稀である。また出血、穿孔を契機に診断される例が多く、本症例のように無症状で発見される例は少なく貴重と考えられた。今回我々は、大腸、小腸転移をきたした肺癌の一例を経験した。

120 ダブルバルーン小腸内視鏡にて術前に病理診断が得られた原発性小腸癌の一例

¹三重大学 消化器肝臓内科、²三重大学 光学医療診療部、³松阪中央総合病院 胃腸科
 ○井口 正士¹、葛原 正樹²、原田 哲朗¹、西川健一郎¹、
 田野 俊介¹、井上 宏之²、田中 匡介²、堀木 紀行²、
 小林 一彦³、竹井 謙之²

【症例】71 歳、女性【主訴】小腸イレウス精査【既往歴】20 歳頃肺腺癌、30 歳頃 子宮後屈手術【現病歴】平成 20 年の検診にて貧血を指摘され、前医で上部消化管内視鏡検査、腹部 CT を施行されたが、原因は特定できなかった。平成 21 年 1 月に下部消化管内視鏡検査を施行され終末回腸まで観察されたが、回盲弁に粘膜下腫瘍と小ポリープを認めるのみで経過観察となっていた。同年 6 月他医にてカプセル内視鏡検査を施行されるも可視範囲内の小腸には小発赤を数か所認めるのみであった。その後カプセルの排泄がなく 7 月に前医を受診となり、CT で終末回腸の狭窄による小腸イレウス及びカプセルの滞留と診断された。イレウス精査、カプセル回収目的に当科へ紹介入院となった。【入院時現症】眼瞼結膜に高度貧血あり。腹部は平坦、軟。下腹部正中に手術痕あり。【入院時血液検査所見】Hb は 6.2g/dl と低値、腫瘍マーカー（CEA, CA19-9）は正常範囲であった。【入院後経過】入院当日の CT では、イレウスは改善傾向であった。カプセル内視鏡は骨盤腔内に認められ、終末回腸に狭窄が疑われた。経肛門の内視鏡下でカプセル回収はできなかった。経肛門の内視鏡検査を施行したところ、回盲弁より 10cm 口側の部位に周堤を伴う全周性の 2 型病変を認めた。狭窄のためスコープの口側への通過は不可能で、カプセルの回収はできなかった。内視鏡下にガストログラフィンで小腸造影を施行したところ、不整な全周性の狭窄を 2cm 程度認めた。生検では核腫大と重層化を示す不規則分枝状、癒合腺管状の異型腺管の増殖を認め、高分化型腺癌と診断された。原発性小腸癌の診断で前医に再度転院。同院外科にて回盲部切除術を施行された。病理診断は tubular adenocarcinoma, moderately dif. (tub2), SS, INF β, ly1, v0 で、pT3N0M0, stage-II (UICC) であった。【結語】今回我々はダブルバルーン小腸内視鏡にて術前に病理診断が得られた原発性小腸癌の一例を経験したので報告する。

121 ダブルバルン小腸内視鏡診断と当科における小腸疾患手術例の検討

名古屋大学 医学部 大学院医学系研究科 機能構築医学専攻
消化器外科

○神野 敏美、藤原 道隆、小寺 泰弘、小池 聖彦、
中山 吾郎、大橋 紀文、田中 千恵、中尾 昭公

【緒言】小腸病変は従来診断に難渋し、術前診断が困難なまま、穿孔や出血などの理由により緊急開腹されることが多かった。近年ダブルバルン内視鏡 (DBE) の普及により様々な小腸疾患が早期に発見される機会が増加してきている。【症例】1997年1月から2009年10月までの当院で手術された小腸疾患計51例で、DBEが導入された2004年?を境に前期(9例)と後期(42例)に分け、検討を行った。主訴は前期が下血5例、腹痛4例に対して、後期は下血32例、腹痛5例、無症状3例、嘔吐2例であった。疾患は、前期で消化管穿孔4例(リンパ腫2例、leiomyosarcoma1例、潰瘍1例)、癌1例、リンパ腫1例、GIST1例、小腸潰瘍1例であった。後期は、メックェル憩室10例、GIST10例、AVM3例、小腸癌3例、小腸潰瘍3例、消化管穿孔2例(転移性小腸癌1例、潰瘍1例)、異所性腺2例、その他9例であった。緊急手術は全て消化管穿孔によるもので、前期4例、後期は2例であった。前期はCT検査、MRI検査、造影検査が行われており、消化管穿孔を除く5例のうち、3例病変が同定された。後期は消化管穿孔を除く40例でDBEが行われており、全例で病変が同定された。術式は前期が開腹下小腸切除術6例、腹腔鏡下小腸切除術2例、腫瘍切除+人工肛門造設術1例であった。後期は、消化管穿孔2例、腸重積1例、イレウス1例、腹膜播種1例の計5例を除く37例で腹腔鏡下手術が行われた。術後合併症は前期4例(イレウス2例、縫合不全1例、吻合部狭窄1例)で、後期4例(末梢血管炎1例、十二指腸うっ滞1例、創感染2例)であった。【考察】以前は穿孔による緊急開腹手術の割合が多かったが、近年その頻度が減ってきている。また、近年腫瘍を含めた様々な疾患は、早期に発見され、局在診断されるようになってきており、腹腔鏡下での治療が可能となってきた。今後、小腸疾患に対してはDBEによる確定局在診断の後、腹腔鏡下手術が標準治療となりうると考えられた。

122 胆嚢・十二指腸球部に瘻孔形成を認めた胆石性イレウスの1例

磐田市立総合病院 消化器科

○森川 友裕、鈴木 静乃、西垣 信宏、井上 裕介、
住吉 信一、笹田 雄三、齋田 康彦、犬飼 政美

症例は 77 才男性。1 週間程前より吐気と腹痛が持続し、嘔吐・排便困難も加わったため近医を受診した。イレウスが疑われ近医より当院紹介受診された。受診時身体所見では腹部膨満を認めそれ以外は特記すべき異常所見なし。腹部 CT にて小腸拡張・小腸内腸液貯留及びその閉塞起点と思われる部位に約 3 cm の石灰化病変を認め治療目的で入院となった。入院後消化管減圧的にイレウス管を挿入。イレウス管挿入後排便良好で腹部症状軽減、腹部膨満は改善を認めた。腹部 CT 上胆嚢と十二指腸球部に瘻孔形成が疑われ MRCP 及び十二指腸からのガストロ造影を行った。これらの検査で胆嚢内腔は虚脱しており一部が十二指腸球部と交通している所見を認めた。イレウス管造形を行い 3 cm 大の卵円形結石を確認し、胆石性イレウスと診断した。胆石性イレウス解除と胆嚢切除目的に外科転科となり開腹手術が施行された。回盲部から 140cm の部位で結石陥頓しており周囲粘膜炎は壊死していた。胆嚢は肝臓・総胆管に強度に癒着しており胆嚢十二指腸には瘻孔が形成されていた。拡大胆嚢摘出術・総胆管切開縫合・十二指腸瘻孔閉鎖・小腸部分切除・イレウス解除が行われた。胆石性イレウスはイレウスの原因として頻度は少ないものの外科的治療が必要となることが多いため、イレウスの鑑別診断として念頭におく必要がある。若干の文献的考察を加え報告する。

124 経皮的胆嚢ドレナージ下に切石し得た胆嚢頸部嵌頓結石の一例

春日井市民病院 消化器科

○松波加代子、尾関 貴紀、加藤 晃久、稲垣 佑祐、
片野 敬仁、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡、
妹尾 恭司、伊藤 和幸

症例は 87 歳女性。2009 年 4 月 9 日に発熱が出現し、翌日当院を受診した。血液検査で肝胆道系酵素の上昇、CRP 18.38 mg/dl、WBC 27,500 / μ l と高度の炎症を認めた。腹部エコー、腹部 CT 上、胆嚢結石、胆嚢腫大、胆嚢壁の肥厚を認めたが、総胆管結石、胆管の拡張は認めなかった。以上より急性胆嚢炎の診断で同日入院とし、PTGBD を施行した。7.2Fr pig-tail チューブを胆嚢内に留置し、速やかに炎症反応は改善した。第 7 病日に PTGBD 造形を施行したところ、胆嚢頸部に嵌頓結石が存在し、更に総胆管のわずかな造形により総胆管結石の存在が疑われた。その翌日再び胆道系酵素の上昇を認めたため、ERCP を push 法あるいは降管ガイドワイヤー法を併用して行ったが、総胆管への深部挿管は不可能であった。患者が高齢かつ高度の認知症であるため、外科的治療等の更なる治療は困難と考え、PTGBD チューブクランプの上抜去を試みるも度々胆嚢炎を再燃した。胆嚢頸部の嵌頓結石の切石は少なくとも必要であると考え、第 34 病日に PTGBD チューブからガイドワイヤーを総胆管経路で十二指腸下行脚に挿入し、ガイドワイヤーを内視鏡の鉗子口内に牽引した上で、ワイヤーガイド下に EST を施行した。更にワイヤーガイド下に碎石具 (BML-V437) を挿入し、胆嚢内への挿入を試みたが、胆嚢頸部の結石の嵌頓により困難であった。よってワイヤーガイド下に碎石具を経皮的に挿入し、胆嚢頸部の結石を擦過しながら切石したところ、総胆管内との開通を認めた。以降胆嚢炎の再発を認めず、PTGBD 造形造形剤の総胆管への通過が良好であることを再度確認した上でチューブを抜去し、第 73 病日に退院となった。胆嚢頸部嵌頓結石に対して経皮的胆嚢ドレナージ下の切石を行い得た一例を経験したため報告する。

123 当院における急性胆嚢炎治療の検討

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○澤田つな騎、春田 純一、山口 丈夫、伊東 舞朋、
西野 正路、平山 裕一、山本 剛基、松下 正伸、
中村 一平、佐藤亜矢子、水谷 泰之

【目的】急性胆嚢炎・胆嚢炎の診療ガイドラインに基づき、当院でも中等症・重症の急性胆嚢炎に対して、緊急あるいは早期胆嚢摘出術の施行に努めてきた。そこで、今回当院での急性胆嚢炎症例における治療と経過について検討した。【方法】2007 年 1 月から 2009 年 7 月までの 2 年 7 か月に当院にて入院治療を要し、緊急・早期もしくは待機的な胆嚢摘出術の予定とした群 (B 群) が 36 例 (78.3%) であった。A 群は開腹胆嚢摘出術が 4 例、腹腔鏡下胆嚢摘出術が 6 例であった。B 群のうち治療を保存の治療のみで開始した群 (B-1 群) は 15 例 (32.6%)、PTGBA で開始した群 (B-2 群) は 12 例 (26.1%)、PTGBD で開始した群 (B-3 群) は 9 例 (19.6%) であった。それぞれの群の (1) 抗生剤投与期間 (日数) (2) 入院期間 (日数) (3) 合併症 (4) 追加の治療について検討した。【成績】(1) 抗生剤投与期間の平均は A 群で 3.9 日 (2-8 日)、B 群で 8.1 日 (2-26 日) であった。(2) 入院期間の平均は A 群で 8.6 日 (6-12 日)、B 群で 15.1 日 (3-28 日) であった。(3) 合併症の発症は 2 例のみで、いずれも B-3 群の症例で、限局性腹膜炎、膿瘍形成であった。(4) 待機的な胆嚢摘出術の前に追加治療が必要となった割合は B 群全体では 33.3% で、それぞれ B-1 群では 20.0%、B-2 群では 50%、B-3 群では 33.3% であった。【結論】当院の治療成績を検討したところ、緊急・早期胆嚢摘出術の選択により、抗生剤投与期間、入院期間が短くなっていた。また、他の初期治療を選択した場合、追加治療が必要となることが 33.3% あり、なかでも PTGBA を選択した際に 50% と多い傾向に見られた。これらの結果を踏まえると、より早期に胆嚢摘出術を施行することが望ましいと考えられた。

125 ERCP が術前診断に有用であった総胆管結石を併発した重複胆嚢の一例

岐阜県立多治見病院

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

【症例】25 歳女性、主訴は腹痛。2007 年 6 月腹痛のため近医を受診。腹部超音波、CT 検査で胆石を疑われ 8 月 30 日当院紹介受診となった。腹部超音波、CT 検査では胆嚢に隣接する径 28×29mm の辺縁低エコーで内部に石灰化を含んだ充実成分を有する嚢胞性腫瘍を認めた。MRCP では胆嚢に隣接して内部に低信号域が充満したのう胞を認めたが明らかな胆嚢管との交通はなかった。腫瘍は SPIO-MRI では T1、T2 強調像で共に高信号域を呈する領域の中に不整な無信号域が混在し、DWI でも無信号を示した。CT、MRCP では胆嚢管と腫瘍との交通は明らかでなく ERCP による精査を考慮したが、希望されず外来経過観察となった。2009 年 4 月に施行した腹部超音波検査で総胆管結石を指摘され治療目的で入院となった。腹部超音波、CT 検査では 2007 年と同様の所見の他に、胆嚢内と総胆管に結石を認めた。超音波内視鏡検査では総胆管、胆嚢内の結石と胆嚢に隣接した辺縁低エコーで内部充実成分の腫瘍を認めた。ERCP では総胆管内に透亮像を認め左肝管から胆嚢管が造影され、胆嚢管に流入する別の線状導管から嚢胞性腫瘍が造影された。チューブ造形でも ERCP 同様の所見であった。ERCP、チューブ造形検査より総胆管結石を併発した胆嚢結石と重複胆嚢が疑われたため 6 月 5 日当院外科にて開腹胆嚢摘出術を施行した。術中造形でも胆嚢管から嚢胞性腫瘍への交通を認めた。術後の標本造形では胆嚢管と胆嚢管に流入する別の線状の索状物を有する嚢胞性腫瘍との間に交通を確認した。病理組織検査では胆嚢は自己融解による全層性の変性が高度で上皮はすべて脱落し、嚢胞性腫瘍は上皮も大部分が脱落し線維化していたが、線状の索状物にも胆嚢上皮と考えられる腺管構造と筋層構造を共に認め、重複胆嚢に矛盾しない所見であった。以上、若干の文献的考察を加えて報告する。「若手」

126 胆管メタリックステント留置後 1 年で胆管充滿結石を来し ESWL が有効であった胆管狭窄の 1 例

高山赤十字病院 内科

○寺倉 大志、小木曾英介、馬場 厚、大西紘太郎、
牧谷 光晴、今井 奨、土井 晋平、中井 実、
川上 剛、浮田 雅人、西尾 優、白子 順子、
棚橋 忍

症例は 67 歳男性。2005 年 9 月、他院にて原発不明の腹壁・腹腔内腫瘍に対し腫瘍摘出術施行。2006 年 9 月閉塞性黄疸が出現し、PTCD 施行後チューブステントにて内ろう術を施行された。2008 年 1 月閉塞性黄疸再燃のため当院紹介となり、肝門部にメタリックステントを 2 本留置し、黄疸軽快したため近医にて経過観察とされていた。2008 年 12 月肝膿瘍・黄疸にて入院となり、PTCD 施行の後に治療方針決定のため 2009 年 6 月再度当院紹介となった。PTCD 造影にてステント内は結石にて充滿していたため、まず ESWL を施行し結石を破碎した。その間に PTCD ルートを拡張し、胆道内視鏡下に EHL 施行したが、ESWL にて結石が破碎されていたため容易に結石除去が可能であった。本症例のような胆管充滿結石の場合、EHL のみでの結石除去は複数回の処置が必要な場合が多いが、今回は ESWL を追加することにより 1 回の処置で結石除去が可能であり、非常に有用であった。また、胆道狭窄に対して胆道ステントを留置することが多いが、本症例が比較的短期間に積み上げ結石をきたした原因として、メタリックステントを複数留置したことによる胆汁うっ滞が原因として考えられ、良性胆道狭窄など長期管理が必要となる可能性がある症例におけるステントの選択に関しては、ステント抜去の可能性も考慮した上での選択が必要と思われた。若手

127 胆嚢捻転の一例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科
 ○横井 剛、宮田 完志、湯浅 典博、竹内 英司、
 後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、小林陽一郎

胆嚢捻転症は緊急手術を要する比較的可成りまれな疾患の1つである。我々は病歴、臨床所見、また特徴的な画像所見より胆嚢捻転を強く疑い緊急手術を施行した症例を経験した。その3DCTの画像所見とともに報告する。症例は81歳、著しい亀背の痩せ型の女性。前日からの心窩部痛を主訴に当院を受診した。1年ほど前からしばしば心窩部痛を自覚し、逆流性食道炎と診断されPPIを内服していた。入院時現症では、腹部は平坦、軟で、腹膜刺激症状を認めなかった。入院時検査成績では特に異常所見を認めなかった。腹部超音波検査、CT検査では、胆嚢は著しく腫大し内部に結石を認めたが、胆嚢壁の肥厚を認めなかった。また、胆嚢は大部分が肝臓の尾側に存在し、肝床が明らかでないいわゆる遊走胆嚢であった。胆嚢捻転が強く疑われたため、緊急手術を施行した。手術所見では、カーテン状になった間膜により胆嚢管のみが肝に付着するGrossII型の遊走胆嚢で、胆嚢管を軸にして反時計回りに720度捻転していた。胆嚢摘出術を施行した。病理組織検査ではうっ血による出血や浮腫を認めた。MDCTによる胆嚢動脈の走行の3D構築像では胆嚢動脈のねじれた所見を認めた。

129 早期十二指腸乳頭部癌の一切除術

JA 静岡厚生連 静岡厚生病院 外科
 ○松葉 秀基、水野 伸一、日比野正幸、西垣 英治、
 廣瀬 智也、玉内登志雄

症例は89歳女性。近医の血液生化学検査で肝機能異常を指摘され、2009年2月当院紹介となった。初診時GOT、GPT、ALP、 γ -GTP、AMYの上昇を認めたが、黄疸は認めなかった。上部消化管内視鏡検査ではVater乳頭の腫大を認め生検を行ったがadenomaの診断であった。腹部造影CTでは肝内、肝外胆管は高度に拡張しており、主膵管は軽度拡張していた。また、造影効果をもつ腫大したVater乳頭を認めた。生検ではadenomaの診断であったものの、内視鏡所見とCT所見より悪性腫瘍の可能性が高いと考え、またその大きさから乳頭部胆管、oddi筋への浸潤を疑い、2009年3月、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術、D2郭清、Child変法再建を行った。術後経過は良好であり、第24病日に退院となった。病理組織検査では深達度はmであり、乳頭部胆管への進展は認めるものの、oddi筋への浸潤は認めなかった。早期十二指腸乳頭部癌の治療は従来の亜全胃温存脾頭十二指腸切除術、幽門輪温存脾頭十二指腸切除術に加え、近年、内視鏡的切除、経十二指腸的乳頭切除術などの縮小手術が行われている。内視鏡的切除、経十二指腸的乳頭切除術を選択する場合は術前の深達度の評価が重要となるが、自験例では高齢であることより浸襲の大きな検査は避け従来の亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を選択した。自験例を例に早期十二指腸乳頭部癌の治療法を選択につき検討する。

128 胆嚢管線筋腫症の一例

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

【症例】85歳、男性。【主訴】上腹部違和感。【既往歴】76歳時、一過性脳虚血発作。【家族歴】特記すべきことなし。【現病歴】平成12年に胆石を他院にて指摘され、当科にて経過観察中であった。平成19年頃より時に腹部の違和感を自覚するが、検査を拒否していた。平成21年2月10日、腹部エコー検査にて胆嚢内に、10~15mmの隆起性病変を数か所認めたため、2月23日、精査加療目的で当科入院となる。入院時検査成績ではLDH;259IU/L、ALP368IU/Lとわずかに上昇を認めた以外は異常なし。腹部CT検査では胆嚢管の一部壁肥厚と拡張所見を認めた。EUSにて腹部エコー検査所見と同様の胆嚢内隆起性病変と胆嚢頸部から胆嚢管にかけて壁肥厚を認めた。ERCPとMRCPでは胆嚢管が中途で拡張し、一部欠損像を認めた。以上の検査から胆嚢癌が否定できず、また胆嚢管狭窄と拡張から癌性胆嚢の疑いで当院外科にて胆嚢摘出と胆管切除を施行した。手術後の病理組織学的検討では胆嚢内に悪性所見は認めず軽度の炎症とびらん、及び結石を認めたが、胆嚢管内にRokitansky-Aschoff sinusを認めたため、胆嚢管線筋腫症と診断された。胆嚢管で線筋腫症が認められた症例の報告はほとんどないため、貴重な症例と思われた。

130 早期胃癌を合併した乳頭膨張型胆管癌の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 外科
 ○川端 邦裕、森島 大雅¹、清野 隆史¹、井上 匡史¹、
 石川 英樹¹、八木 斎和²、渡邊 正²

【症例】78歳男性
 2008年10月に胃痛・右季肋部の違和感を認め諸検査施行した。腹部超音波検査で総胆管結石が疑われたためERCPを施行した。総胆管の拡張は認められたが下部胆管に明らかな結石認めず、下部胆管の屈曲による透瞭像・debrisと診断しEST施行した。バルーン造影でデブリスを排石し終了した。
 2009年6月に再び右季肋部の違和感を認めMRCPを施行した。下部胆管に陰影欠損を認め、下部胆管腫瘍または結石を疑い再度ERCPを施行した。乳頭部に易出血性の上皮性変化を認めた。造影すると下部胆管に円形の隆起性病変を確認したため生検を施行し腺癌と診断された。EUSでは乳頭開口部より連続する有茎性の1.5cm大の腫瘍性病変を下部胆管に認め、IDUSでは下部胆管に辺縁不整の隆起性病変を確認した。中・上部胆管には壁肥厚は確認できなかった。EUS、IDUS上は胆管壁の最外層は保たれており、明らかな腔浸潤はないと判断した。上部消化管内視鏡検査では前庭部にIIc病変が指摘された。同年8月下旬胆管癌と前庭部早期癌に対し脾頭十二指腸切除術が施行された。再建はChild変法、前結腸経路でBraun吻合追加された。病理結果は下部胆管に乳頭状構造を示す高分化腺癌、Bi、乳頭膨張型、15X15mm、pap、fm、INFa、med、ly0、v0であった。前庭部には5X10mm大のIIc病変を認め組織学的には高分化型腺癌と診断された。症例を見直すところERCP画像で胆管癌を疑う所見があり、初回のERCP時に診断可能であった可能性が高く反省させられる症例であった。

131 閉塞性黄疸で発症した際に多発性肝転移を呈した十二指腸乳頭部神経内分泌癌の1例

名古屋記念病院 消化器内科

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

【症例】57 歳男性 【主訴】全身倦怠感、食欲低下【現病歴】2008 年 2 月頃より全身倦怠感出現、5 月より食欲低下、腹満感もみられたため 5 月 19 日に近医受診。採血にて肝障害を指摘されたため 5 月 21 日当院紹介、精査目的に同日入院となった。【経過】入院時血液検査では胆道系酵素優位の混合性肝障害と軽度黄疸、アミラーゼ上昇を認めた。腹部単純 CT では肝内に直径 2~3cm 大の低吸収域が多発し、肝内胆管~総胆管の拡張を認め、さらに腹部造影 CT では膵頭部から十二指腸に突出するように直径約 2cm 大の造影不良な腫瘤を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸乳頭部に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めたが正面視はできなかった。MRCP では、下部胆管から共通管にかけての閉塞と、総胆管及び主膵管の拡張を認めた。以上より十二指腸乳頭部癌による閉塞性黄疸、多発性肝転移と診断し、6 月 4 日に ERCP を施行。側視鏡観察では乳頭部には潰瘍形成を伴い表面不整直径 25mm 大の隆起性病変を認め、易出血性であった。ERCP では共通管から下部胆管にかけての狭窄と、それより上部の総胆管~肝内胆管の拡張と主膵管の拡張を認め、乳頭部から下部胆管にかけてステント (non covered) を留置した。乳頭部隆起性病変の潰瘍辺縁からの病理組織検査より神経内分泌癌と判明した。黄疸が改善したのち、6 月 30 日より GEM1700mg 投与による化学療法を開始。2 コース終了後の画像検査では原発巣は不変であったが、肝転移は増大しており PD と診断した。8 月 7 日再入院し、CDDP、TS-1 併用療法を予定したが、消化器症状が強く CDDP 投与は行わず TS-1 単剤で経過をみた。TS-1 単剤療法も PD で、9 月 11 日 CPT11、CDDP 併用療法に変更した。消化器症状の副作用のためその後の化学療法継続を希望されず、緩和療法にて経過をみることとなり、進行増悪の後、2009 年 1 月 3 日に永眠された。【考察】多発性肝転移を伴う、比較的稀な十二指腸乳頭部神経内分泌癌の 1 例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

132 黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

名古屋第一赤十字病院

○水谷 泰之、春田 純一、山口 丈夫、伊東 舞朋、
西野 正路、平山 裕、山 剛基、中村 一平、
松下 正伸、小林 寛子、佐藤亜矢子、澤田つな騎

【目的】今回胆嚢癌との鑑別に難渋した黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例を経験したので文献的な考察を加え報告する。【症例】75歳、女性【既往】胆石症、直腸癌（術後）、腎癌（左腎摘出後）、Af【現病歴】2008/10月上旬、右上腹部痛を認め近医で慢性胆嚢炎と診断され当院紹介受診となった。MDCTで胆石を認め胆嚢壁の肥厚像が見られた。MRCPでも胆嚢底部に結石あり、胆嚢壁に不整な肥厚が見られ、内部にはT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示す嚢胞様の領域が見られた。上部胆管は胆嚢からの圧迫性の狭小化が見られた。PETにて胆嚢壁肥厚に一致して集積を認めた。DIC-CTにて胆嚢底部に壁肥厚あり、肝臓との境界が不明瞭であった。採血上は胆道系酵素上昇なく、炎症反応陰性、CA19-9高値であった。以上の所見からXGCも考慮されたが胆嚢癌と診断し手術となった。【経過】胆嚢癌、Hinf1との診断で拡大胆嚢摘出術（肝床切除、S4a・S5aの一部を切除）施行し、迅速病理検査にて悪性像を認めなかった。病理所見ではマクロファージを主体に、好中球・形質細胞・リンパ球の浸潤を伴う炎症性肉芽腫性病変で漿膜側には高度な線維化を認め、悪性の所見なく黄色肉芽腫性胆嚢炎と診断された。【結語】黄色肉芽腫性胆嚢炎は術前検査にて胆嚢癌と鑑別困難なことがあり本疾患の可能性も考慮する必要がある。

134 肝門部胆管癌と鑑別を要した IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○梅村修一郎、林 克己、藤井 美帆、館 桂一郎、
堀 寧、岩崎 弘靖、野村 智史、坂 哲臣、
藤原 圭、山田 智則、折戸 悦朗

症例は80歳男性。平成20年11月頃より肝機能障害を出現。黄疸も出現してきたため、平成21年1月に当院紹介受診。腹部CTで明らかな腫瘍性病変を指摘できなかったが、肝内胆管の拡張を認め閉塞性黄疸と診断し精査を開始した。MRCPでは肝内胆管の拡張と左右肝管から上部胆管にかけて狭窄を認めた。ERCPで瘻管造影では明らかな狭窄を認めなかったが、肝内胆管の拡張と左右肝管から上部胆管にかけて狭窄を認めた。IDUSでは同部位で胆管の全周性狭窄所見を認めた。プラン細胞診・胆管生検を行ったが悪性所見は認めなかった。ドレナージ目的に7Fr 12cm プラスチックステントを左右胆管にそれぞれ留置した。血液検査でIgG 1944mg/ml, IgG4 685mg/mlと高値を認めたことからIgG4関連硬化性胆管炎の可能性が高いと判断し、1月26日よりプレドニゾン40mg/日の内服を開始した。同年4月のMRCPでは肝門部の狭窄像も改善を認めた。現在、プレドニゾン5mg/日の維持療法にて継続通院中である。今回我々は肝門部胆管癌と鑑別を要したIgG4関連硬化性胆管炎の一例を経験したので報告する。

133 Gemcitabine が著明に奏功した切除不能胆嚢癌の1例

名古屋掖済会病院 消化器科

○佐橋 隆吉、安田真理子、吉村 透、大橋 暁、
神部 隆吉

症例は60歳男性で、心窩部痛を主訴にH18年9月、当科受診。既往歴は特記事項なし。血液検査では胆汁うっ滞型肝障害を認め、CEA, CA19-9は正常範囲内であった。腹部USでは胆嚢は腫大しており、内部に胆嚢結石を認めた。肝内胆管拡張は明らかではなかった。MRCP検査では総胆管にしめつけ型の狭窄、胆嚢頸部にsignal defectを認めた。腹部血管造影では門脈浸潤が疑われた。中部胆管癌疑いの術前診断でH18年10月、当院外科にて手術を施行した。術中所見は胆嚢は強く緊満していた。胆嚢を切除し、頸部の胆嚢壁を迅速病理診断に提出したところ腺癌の診断であった。肝十二指腸靱帯は硬化し著明に短縮しており、中肝動脈周囲の神経叢を迅速病理診断に提出したところ腺癌の診断であった。根治術は困難と判断し、閉腹となった。その後、H18年11月、胆管金属ステント（径10mm、長さ60mm）を総胆管に留置し、gemcitabine 1000mg/m² (1600mg/body)の投与を、3週投与1週休薬で1クールとして開始した。H21年2月、31クールDay8終了した時点で胆管ステントの閉塞を認め、左右肝管に1本ずつ金属ステント（左肝管に8×57mm、右肝管に8×37mm）を留置した。胆嚢癌の浸潤による十二指腸狭窄で食事が摂れなくなり、嘔吐も出現したため4月で一旦化学療法を中止とし、5月当院外科にて胃空腸吻合術を施行した。6月からgemcitabine 1600mg投与を再開し、8月下旬まで（37クール）継続した。9月に胆管炎で入院となり、経皮的胆管ドレナージ術を施行した。術後3年の現在も生存中である。胆嚢癌は抗癌剤に対する感受性が低く、一般的に予後不良であるが、gemcitabineが著効し長期生存中のまれな症例を経験したので報告する。

135 肝門部胆管癌に対して肝左3区域切除術肝動脈門脈切除再建を施行しR1切除であったが2年4ヶ月無再発生存中の1例

名古屋大学 医学部 大学院 腫瘍外科

○服部 正興、西尾 秀樹、江畑 智希、横山 幸浩、
菅原 元、深谷 昌秀、上原 圭介、柳野 正人

われわれは、肝門部胆管癌肝動脈門脈浸潤症例に対して、血行再建を伴う左側肝切除術を積極的に施行しており良好な成績を得ている。今回、肝左3区域切除術肝動脈門脈切除再建を施行し、R1切除であったが2年4ヶ月無再発生存中の1例を経験したので報告する。【症例】64歳女性。【主訴】皮膚掻痒感。【既往歴】特になし。【現病歴】2007年4月皮膚掻痒感出現し前医受診。閉塞性黄疸を指摘されPTBD挿入後、肝門部胆管癌の診断で当院紹介受診した。胆管像では左側は左肝管より右側は後区域枝より、下流側は胆嚢管合流部までの先細りの狭窄を認めた。CTでは左優位の肝門部胆管癌で、門脈左枝は腫瘍によって狭窄し門脈臍部の右縁まで接しており、門脈本幹から前枝の左側まで腫瘍の進展を認めた。肝動脈は右肝動脈が総胆管の左側から総胆管背側で浸潤を受けていた。胆管後区域枝、門脈後区域枝、右肝動脈前区域枝・後区域枝には腫瘍の進展はなかった。以上より肝門部胆管癌Bismuth IV型、門脈浸潤、肝動脈浸潤の診断で2007年5月手術を施行した。【手術所見】開腹すると正常肝で腹水、腹膜播種、肝転移、大動脈周囲リンパ節転移はなかった。肝脈並びに肝動脈は浸潤を受けていたので、肝左3区域切除術、肝動脈切除再建（右肝動脈-後区域枝端々吻合）、門脈切除再建（本幹-門脈後区域枝端々吻合）を施行した。手術時間589分、出血量1751mlであった。【病理結果】Mod diff adenoca, schirrhus, INFγ, lyl1, v0, pn1, patBclsrC, se, pHinf1a, pGinf0, pPanc0, pDu0, pPV2, pA1, pN0, pHM0, pDM1, pEM2。【経過】術後肝切除面よりの胆汁漏と胃内容排出遅延を来したが保存的に軽快術後38PODに退院した。EM2であったので肝切除断端へ50Gy/25回照射を施行した。化学療法は好中球が少なく施行していない。術後2年4ヶ月経過した現在特に再発を認めていない。肝動脈門脈浸潤を伴う肝門部胆管癌に対して、肝左3区域切除術、動脈再建で切除しえた。門脈剥離部でEM2であったが、放射線治療も含めて、長期無再発生存を得ている。

136 乳癌術後脳転移に対して全脳照射中に発症したヘルペス食道炎の1例

袋井市立袋井市民病院 外科、袋井市立袋井市民病院 消化器内科
 ○中村 勇人、久世 真悟、京兼 隆典、柴原 弘明、
 高見澤潤一、春日井俊史²

症例は42歳、女性。左乳癌(T2N1M0)で、多発する3cm大の同側腋窩リンパ節を認めたため、術前化学療法としてAC療法(adriamycin 60mg/m², cyclophosphamide 600 mg/m², Docetaxel 療法(75mg/m²,)を施行した。その後、胸筋温存乳房切除術を行い、病理組織学所見はpCRであった。術後化学療法としてDocetaxelを施行中、頭痛が出現した。頭部CTで多発性脳転移を認め、脳脊髄液細胞診では腺癌細胞を認めた。以上の所見から、乳癌脳転移および髄腔内播種と診断し、全脳照射(50Gy)および全脊髄照射(40Gy)を施行した。全照射終了直前より、経口摂取時に心窩部痛が出現したため、上部消化管内視鏡検査を行った。所見は食道上部〜中下部にかけて浅い広範な不整形潰瘍と白色調付着物が多発していた。潰瘍辺縁から生検では、好中球、単核球を中心とした高度の炎症性細胞浸潤とフィブリンの析出があり、扁平上皮細胞の核は一部スリガラス状を呈していた。ヘルペス感染を強く疑ったため、HSV-1の免疫染色を行った結果、スリガラス状の核をもった細胞を中心にHSV-1抗原陽性の細胞を多数認めた。血液検査所見でもHSV IgG抗体価は高値であった。以上から、ヘルペス食道炎と診断し、ゾピラックス750mg/日の投与を開始した。3週間後に上部消化管内視鏡を再検したところ、前回見られた浅い広範な潰瘍はみられず、ヘルペス食道炎は改善していた。現在外来にて、再発乳癌に対してcapecitabine療法を施行中である。今回われわれは、乳癌術後脳転移に対し全脳照射中に発症したヘルペス食道炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

138 巨大胃壁内転移から胃内出血を認めた下部食道扁平上皮癌の1例

聖隷三方原病院 消化器内科、聖隷三方原病院 肝臓内科
 ○清水 祐宏、西田 淳、中山 剛、久保田 望、
 坂西 康志²

症例は74歳男性。主訴は黒色便、食思不振。上部消化管出血が疑われ入院となった。上部消化管内視鏡を行い、胃内には多量の凝血塊と体上部後壁に巨大な粘膜下腫瘍様病変を認めた。粘膜下腫瘍の頂部は自壊し潰瘍形成・oozingを認めた。後日の再検で下部食道に全周性のヨード不染帯あり、15mmの0-IIaの不正粘膜を認めた。口側にもスキップしヨード不染帯が広がっていた。胃粘膜下腫瘍の頂部潰瘍は盛り上がり、一部腫瘍が突出していた。頂部からポリープ生検した。EUSでは、境界明瞭な61mmのheterogenousな低エコー腫瘍で胃壁第4層と連続していた。下部食道病変との連続性は確認できなかった。いずれの部位からも生検で中分化型扁平上皮癌を認めた。腹部CTで大動脈周囲リンパ節転移あり、下部食道扁平上皮癌、胃壁内転移StageIVBと診断した。抗癌剤(FP)治療を行った。2コース終了時点で腫瘍は著名に縮小し、頂部潰瘍も消失した。以後、消化管出血は認めず、4コース終了時点で健在である。食道癌の胃壁内転移は比較的新規であり、文献的考察を加え報告する。

137 Bilitec で著明な胆汁逆流が証明できた胃全摘後重症逆流性食道炎の2例

名古屋第一赤十字病院
 ○張 丹、宮田 完志、湯浅 典博、竹内 英司、
 後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、小林陽一郎

【はじめに】酸逆流のない胃全摘術後にも逆流性食道炎を生じることがある。十二指腸液の逆流が少ないとされるRoux-en-Y再建後でも10%から29%に逆流性食道炎が報告されている。Bilitecは1993年Bechiらによりビリルビン吸光度測定による胆汁モニタリング法である。今回、胃全摘術Roux-en-Y再建後に発生した重症逆流性食道炎に対しBilitecにより胆汁逆流の客観的評価が可能であった症例を経験したので報告する。【症例1】72歳男性、主訴は胸やけ。平成18年5月胃痛に対し胃全摘、Roux-en-Y再建を施行。術後、強い胸やけのため経口摂取不良となり、4か月で12kgの体重減少を認めた。9月、精査目的で入院した。【症例2】82歳男性、主訴は喉の痛みと経口摂取不良。平成20年7月胃痛、胆嚢炎に対し胃全摘、胆嚢、Roux-en-Y再建を施行したが、喉の痛み・吐き気のため経口摂取不良となり、9月精査目的で入院した。【結果】上部消化管内視鏡検査にて2症例とも重症逆流性食道炎(それぞれGradeD、C)と診断された。Bilitecによる24時間食道内ビリルビンモニタリングでは、ビリルビン吸光度0.14以上の時間がそれぞれ33.4%、23.7%(健常者の95パーセントイル:1.8%)と異常高値を示した。以上の結果から、胆汁逆流が重症逆流性食道炎の原因であると考え、食道空腸吻合部から空腸空腸吻合部の距離を延長する再手術を行った。2症例とも術後に胸やけなどの愁訴は軽快し、経口摂取も改善した。

139 SIADHを合併した進行食道癌の2例

国立病院機構名古屋医療センター 消化器科、名古屋大学 消化器内科

○渡邊 久倫、岩瀬 弘明、浦岡 正尚、柿澤 麻子、
 寺尾 美咲、齋藤 雅之、玉置 大、龍華 庸光、
 日比野祐介、平嶋 昇、都築 智之、島田 昌明、
 後藤 秀史²

当施設において進行食道癌治療後、再発の経過中に食欲不振と低ナトリウム血症を認め、SIADHを合併した2例を経験したので報告する。症例1:61歳の男性。2007年8月に中胸部食道癌と診断され放射線併用化学療法を2コース施行後に寛解を得られた。2008年5月胃噴門部にリンパ節に再発がみられ、化学療法を再開した。2009年1月より食欲不振が続き、血液生化学的検査ではNa:117mEqと低ナトリウム血症があり、脱水、栄養不良と診断し塩化ナトリウム内服と補液で加療した。その後も血液データと症状の改善は認められず、精査を進めたところ血中ADH値の上昇があり、SIADHと診断。水分制限とレタマイシン投与でNa値の改善が認められ、食欲不振の症状も軽快して退院可能となった。症例2:69歳の男性。2003年12月に頸部食道癌と診断され放射線併用化学療法2コース後、5コースの追加化学療法を施行し寛解が得られた。2008年3月に原発巣に再発を認め化学療法再開した。2009年3月には食事摂取困難、症状悪化のため入院となり、入院時より低Na血症と夜間不穏を認めていた。脱水による低Na血症との鑑別で内分泌機能異常を検索したところ血清ADH値と甲状腺機能の低下を認めたため水制限、Na負荷、レタマイシン・チラージン内服で加療。低Na血症の改善が認められ、それに伴い意識状態の回復も認められた。結語:進行食道癌の治療中に低Na血症をきたした症例では脱水による原因のみでなく、SIADHなどの内分泌機能異常を鑑別として上げ精査することが肝要であると考えられた。

140 転移による汎下垂体機能低下症を伴った Barrett 食道癌の 1 例

安城更生病院 内科

○小屋 敏也、富田 英臣、小島 千明、鈴木 大介、
木原 俊裕、馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努

欧米では Barrett 食道からの腺癌発生は年間約 0.5% と高率であり、食道癌全体のおよそ半数に及ぶとされるが、本邦では食道癌全体の約 1% を占めるに過ぎない。今回われわれは下垂体に転移し、尿崩症として発症した Barrett 食道癌の 1 例を経験したので報告する。症例は 60 歳代男性。前立腺肥大症にて泌尿器科に通院しているが、その他特記すべき既往歴はない。2009 年 8 月初旬から頭痛、口渴多尿が出現し、近医より当院内分泌・糖尿病内科に紹介となった。MRI 検査所見などからリンパ球性下垂体炎もしくは下垂体腫瘍による中枢性尿崩症と診断、デスマプレッシン投与にて症状は改善した。しかし、約 2 週後寒気、倦怠感が出現すると共に副腎皮質、甲状腺機能低下を認めた。再検した MRI では下垂体柄から後葉の腫瘍は急速に増大していた。脳外科にて経蝶形骨洞腫瘍生検術を行い腺癌の所見を得た。CT 検査で下部食道の全周性壁肥厚、食道周囲リンパ節の腫大、肝両葉に小結節の多発を認めたため当科にて精査を行い、肝転移およびリンパ節転移を伴う Barrett 食道癌と診断した。今後、転移性下垂体腫瘍に対してガンマナイフ治療を、食道癌に対しては化学療法を予定している。「若手」

141 臨床プロセスチャートを併用した食道癌周術期クリニカルパス

愛知県がんセンター中央病院 胸部外科

○斉藤 卓也、安部 哲也、波戸岡俊三、伊藤 志門、
丹羽由紀子、光富 徹哉、篠田 雅幸

【はじめに】食道癌根治術では、術後合併症が多いためクリニカルパス (CP) を作成・導入することは困難と考えてきた。1995 年から食道癌周術期管理マニュアルを使用し術後管理を統一していた。このマニュアルを基本とし、患者状態に適応したユニットシート (US) を選択しながら診療を進める患者状態適応型パスを作成した。今回、導入した CP が妥当であるかを検討した。【対象と方法】2007 年 4 月～2008 年 12 月までの胸部食道癌手術を受けた 73 名を対象とした。臨床経過を【1】術前【2】術後 ICU 入室～抜管【3】ICU 早期【4】ICU 後期【5】一般病棟～術後透視【6】経口摂取開始～退院に区切り、これを基本経路とした。合併症発生に対応して、【7】挿管継続【8】絶食・誤嚥【9】TPN による栄養サポートの 3 つの別経路 US を作成した。バリエーションが発生した時 (バイタル不安定、長期創処置、挿管状態が長期など) は CP 逸脱とした。73 名を CP にあてはめ、臨床プロセスを可視化し分析した。【結果】73 名中 62 名 (85%) が CP を通過した。合併症なく CP を通過したのは 42 名 (58%) であった。20 名 (27%) は合併症が発生したが、別経路 US を使用することで CP を通過した。11 名 (15%) が CP 逸脱した。その内訳は術前に発熱し退院したものが 1 名、挿管期間が長く気管切開したものが 4 名、不整脈により心停止 1 名、胆汁漏 1 名、腐骨で再手術 1 名、縫合不全による長期創処置 3 名であった。【結論】食道癌周術期の患者状態適応型 CP の導入は妥当であると考えられた。

十二指腸

142 腹腔動脈解離を伴った脾動脈瘤破裂の1例

岐阜市民病院 消化器内科、岐阜市民病院 中央検査部
○山田 祥子、向井 強、岩田 圭介¹、宮崎 恒起¹、
永野 淳二、鈴木 祐介¹、小木曾富生¹、川出 尚史¹、
林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、名倉 一夫¹、
加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

【症例】45歳、男性。【既往歴】左腎結石、高脂血症、高PTH血症、糖尿病。【現病歴】近医にて通院治療中であったが、スクリーニングの目的で施行された腹部USにて脾体部の嚢胞性腫瘍が疑われたため、平成21年2月26日、当科紹介受診となった。【経過】MRCPでは主脾管は脾体部で描出が途絶し、尾部では限局性の主脾管の蛇行拡張を認めた。途絶部位にはT1WIで高信号、T2WIで高信号・低信号が混在した多房性嚢胞性変化を認め、出血または粘液成分が示唆された。造影CTでは腹腔動脈幹起始部から約1cmの部位より解離が認められ、頭側に真腔・足側に偽腔を形成していた。左胃動脈・右横膈動脈・総肝動脈～左肝動脈は真腔より分岐していたが、右肝動脈は上腸間膜動脈からの分岐であったため解離の影響はなかった。また、脾体部の造影効果を伴わない軟部濃度領域(30HU)は被包化された血腫と考えられ、内部には拡張した脾動脈が走行し、脾臓に向かって蛇行していたが偽腔からの血流であった。ERCPでは脾体部主脾管に約15mmの狭小化を認めたが、狭窄部の近傍で造影を行うと主脾管・分枝ともに造影され、腫瘍性病変は否定的であった。以上より、腹腔動脈解離を伴った脾動脈瘤破裂として、3月24日に手術が施行された。術中所見では腹腔動脈～脾動脈根部にかけて解離を認めたが、腹腔動脈幹のclampでも脾動脈の拍動が確認された。また、CT所見と一致して脾体部に血腫を認め、脾体尾部切除・脾切除術、腹腔動脈幹切除が施行された。切除標本所見では、脾体部上縁に脾動脈瘤とその壁の破裂部分が確認された。また、同部分には血腫が形成され、脾体部を圧排していた。病理所見では血腫周囲に高度に萎縮した脾組織を認めた。【考察】腹腔動脈解離は稀な疾患であるが、保存的治療により経過観察されることが多い。脾動脈瘤は全内臓動脈瘤の中で最も多いが、無症状で経過する例も多く、IVRや待機的に切除が行われる。しかし、破裂形式のひとつにdouble rupture phenomenonが報告されており、血腫を認伴う場合には可及的速やかな治療が必要である。

144 十二指腸多発カルチノイドに対し脾頭十二指腸切除術を施行しリンパ節転移を認めた1症例

¹山下病院 消化器内科、²名古屋大学医学部大学院消化器内科学、
³名古屋大学医学部大学院光学医療診療部
○鷲見 肇¹、富田 誠¹、瀧 智之¹、江藤 奈緒¹、
小田 雄一¹、鶴留 一誠¹、服部秀志¹、中澤 三郎¹、
大宮 直木¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実²

【はじめに】十二指腸カルチノイドは、大腸、胃について多く比較的稀な腫瘍である。今回我々は十二指腸の多発カルチノイドの症例に対し脾頭十二指腸切除術を行い、リンパ節転移を認めた症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。
【症例】72歳 男性【既往歴】62歳より糖尿病、72歳 洞機能不全でペースメーカー挿入【現病歴】2007年10月に健診UGIで異常指摘され、他院で上部内視鏡検査を施行したところ胃角に潰瘍及び、十二指腸下行脚に多発する粘膜下腫瘍(SMT)を指摘された。十二指腸SMTからの生検にてカルチノイドとの診断で紹介受診。精査目的で入院となった。【入院後経過】上部内視鏡検査では十二指腸の下行脚に表面平滑で頂部に中心陥凹を伴う多発する(計4個)SMTを認めた。超音波内視鏡では最大径9mmの第2、3層に存在する内部均一な低エコーの腫瘍を認めた。第3層の断裂は認めなかった。他画像所見では明らかな転移は認めず内視鏡的治療も検討したが、内視鏡的治療によるリスク、転移のリスクを検討した結果外科的手術をすることとなった。病理診断では粘膜から粘膜下層に存在し、境界明瞭なカルチノイドの像であった。脈管侵襲は明らかでなかったが、LN13にリンパ節転移を認めた。術後経過は良好で退院となった。【考察】十二指腸カルチノイドは比較的稀な疾患であるが本症例は多発病変であり、高ガストリン血症を認め胃潰瘍の原因であったとも考えられる。病理所見でも術前の超音波内視鏡と同様の所見であり、脈管侵襲は明らかでなかったがリンパ節転移を認めた。転移の有無は術前の検査で診断困難であり小病変であっても多発する症例では外科的治療が妥当であると思われる。【結語】十二指腸多発カルチノイドの症例を経験した。小病変であったがリンパ節に転移した症例であった。

143 十二指腸下行脚で出血を繰り返した十二指腸動脈瘤の1例

名古屋記念病院 消化器内科
○新家 卓郎、山内 学、都築 亜夜、鈴木 重行、
近藤 啓、神谷 聡、菅内 文中

【症例】66歳女性 【既往歴】慢性腎不全で透析中、高血圧症 【主訴】黒色便 【現病歴】近医通院中、心窩部痛と黒色便を繰り返すため2008年6月18日、11月14日に上部消化管内視鏡検査を施行するも食道炎と胃炎のみの所見であった。しかし、黒色便や食欲不振が持続するため11月18日当院消化器内科に紹介受診。採血上Hb6.5g/dLと貧血の進行を認め同日入院となる。【入院後経過】入院時腹部単純CTでは、脾頭部右側・十二指腸腹側に約2cm大の石灰化を含む境界明瞭な腫瘍と上行結腸に多発する憩室を認めた。ハイタルサインは安定していたが貧血に対して輸血を施行。絶食・補液にて治療した。翌日消化管出血シンチを施行したところ静注直後より右上腹部に集積を認めた。大腸内視鏡検査では上行結腸に憩室とポリープを認めるも明らかな出血源に対して厚い壁を伴った胃十二指腸動脈分枝と思われる動脈瘤を認めた。12月19日腹部血管造影を施行し、胃十二指腸動脈に対してcoilingを施行した。その後しばらく貧血の進行はなかったが、2009年1月10日に再度黒色便、貧血を認め再入院。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ前回と同部位よりoozingを認め、動脈瘤が血栓化されていないことが考えられた。1月20日腹部血管造影を施行したところ上腸間膜動脈から分枝した右肝動脈の枝からも動脈瘤が描出されcoilingを追加した。術後経過良好にて2月5日に退院、その後黒色便・貧血の進行は認めていない。【考察】今回われわれは十二指腸下行脚で出血を繰り返した十二指腸動脈瘤を経験したので文献的考察を加えて報告する。若干

145 十二指腸粘膜下腫瘍に対し腹腔鏡・内視鏡合同局所切除(LECS)術を施行した1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部、³横山胃腸科病院
○長屋 寿彦¹、稲垣 均¹、横山 正³、菊池 学³、
横山 功¹、横山 泰久³、宮原 良二³、廣岡 芳樹²、
後藤 秀実²

症例は61歳女性。平成19年6月16日に心窩部痛にて受診。6月23日に上部消化管内視鏡検査(以下EGD)を施行し、十二指腸球部に約2cm大の粘膜下腫瘍を認めた。精査目的で7月5日に超音波内視鏡検査(EUS)を施行し、第2-3層を主座とする13×9mmのisoechoic lesionを認め、カルチノイドまたはGISTを疑い手術を勧めたが、本人希望で経過観察とした。その後、嚴重な経過観察を勧めたが、通院を自己中断された。しかし平成20年11月26日に心配になり再診。EGDにて腫瘍の増大が疑われたため再度治療を勧め、同意を得た。平成21年1月15日に腹腔鏡・内視鏡合同局所切除術(Laparoscopy endoscopy cooperative surgery(LECS))(手術時間110分、出血量0ml、切除径20×17mm、腫瘍径14×11mm)を施行した。術後経過も良好で、術後4日目に水分開始、5日目から経口摂取を再開、術後11日目に退院とした。粘膜下層から筋層にかかる境界明瞭な腫瘍で、病理はカルチノイド、切除断端は陰性だった。現在も再発、狭窄共に認めず、経過良好である。今回、十二指腸粘膜下腫瘍に対して腹腔鏡・内視鏡合同局所切除術を施行した1例を経験した。十二指腸カルチノイドの内視鏡的治療は術前深達予測が困難で、偶発症のリスクが高く、また外科的治療もアプローチが困難であるため切除範囲が大きくなりがちな、狭窄も来しやすく、過大侵襲になることが多い。この治療法は胃内視鏡下に腫瘍全層切除を行い、腹腔鏡下に縫合閉鎖する方法で、内視鏡下に内腔側から腫瘍を切除するため、切除範囲を最小限に留め、変形や狭窄によるQOL(quality of life)低下の回避が期待でき、有用な術式と考える。若干の文献的考察を加え、その術式を報告する。

146 原発性十二指腸癌の横行結腸間膜に浸潤を認めた 1 切除例

愛知厚生連 豊田厚生病院 外科

○山内 康平、塩見 正哉、水野 敬輔、世古口 英、
小林 聡、高木 健司、金森 淳、渡邊 博行、
伊藤 哲

症例は、40 歳女性。平成 19 年 7 月頃から下腹部痛を認め、鉄欠乏性貧血にて近医を通院していた。同年 11 月の上部消化管内視鏡検査では特に所見は認めなかったが、その後も症状が持続するため、精査目的で平成 21 年 8 月に当院紹介となった。血液検査所見では、Hb:7.9g/dl と貧血を認め、CEA:0.7ng/ml、CA19-9:36U/ml であった。小腸内視鏡検査で、十二指腸水平部に全周性腫瘍を認め、同部位の生検は GroupV であった。腹部造影 CT で、十二指腸水平部より発生していると思われる内部壊死を伴う 7×5cm の巨大な腫瘍を認めた。膵臓との境界は不明瞭で、左腎・左腎静脈とも大きく腫瘍と接しており、いずれも腫瘍浸潤が疑われる所見であった。腫瘍は腹側で上腸間膜動静脈 (SMA・SMV) と接して大きく圧排しており、大動脈前壁～左壁の約半周と鑄型状に接していた。MRI でも同様の所見を認め、PET-CT でも明らかな遠隔転移は認めなかった。手術所見では、腹膜播種はなく、大動脈・SMA・SMV・左腎・左腎静脈はいずれも腫瘍と剥離可能であった。腫瘍と膵鉤部・結腸間膜に浸潤を認めたため、十二指腸部分切除術、膵鉤部・上部空腸・左結腸合併切除術を施行した。病理組織学的検査の結果は、中分化型腺癌で、大動脈周囲リンパ節 (16b1) 転移陽性であった。術後、SMA 周囲神経叢郭清による頻回の下痢を認めたが、経過は比較的良好で、第 31 病日に軽快退院した。消化管癌の中でも稀な原発性十二指腸癌の 1 切除例を経験したので文献的考察を加え報告する。

147 多胞性腹膜中皮腫の1例

大同病院 外科

○宇野 雄祐¹、小谷 勝祥²、松山 孝昭³、山崎由紀子⁴、
佐藤 太一

症例は60歳女性。2002年に穿孔性虫垂炎のために他院で手術を受け、以後、繰り返す癒着性腸閉塞に対し保存的治療を受けた既往がある。2008年9月、腸閉塞を発症し当院を受診。イレウス管を挿入し保存的治療を行ったが軽快せず、手術を施行した。回腸に虫垂炎手術の影響と思われる高度の癒着がみられ、これを剥離した。他の消化管に異常はなかった。術後経過は良好であり、外来通院にて経過観察していたが、2009年5月、腹痛を主訴に救急外来を受診した。右下腹部に圧痛を伴う軟らかい腫瘍を触知した。腹部CTでは、同部位に腫瘍性病変は指摘できなかったが、小腸全体の中等度拡張と壁肥厚がみられ、癒着性腸閉塞と診断した。保存的治療を行うも、腹痛および腹部膨満感の増悪を認めたため、手術を施行した。開腹すると、多房性の柔らかい腫瘍がみられ、小腸の数箇所に強固に癒着していた。腫瘍性病変と考え、腫瘍とともに小腸部分切除術を施行した。病理組織学的に、腫瘍は多発する多房性漿液性囊胞であり、囊胞上皮は一層の中皮細胞から成っていた。異型性はなく、中皮マーカーによる免疫組織染色は陽性であり、多胞性腹膜中皮腫と診断した。多胞性中皮腫はまれな疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

148 一般臨床で FDG-PET/CT を契機に発見された悪性腫瘍の検討～消化器癌を中心に～

大垣市民病院 放射線科、²大垣市民病院 消化器科

○曾根 康博¹、熊田 卓²、桐山 明生²、谷川 誠²、
久永 康宏²、豊田 秀徳²、金森 明²、多田 俊史²、
平松 武²、細川 貴範²、荒川 恭宏²、藤森 将志²、
高木万起子²

【目的】当院は地域がん診療連携拠点病院として昨年よりPET/CT検査（シーメンス社製 Biograph、日本メジフィジックス社デリバリー FDG）を導入した。一般診療で新たな癌がしばしば発見されるため、新規発見癌について消化器癌を中心に検討した。【方法】地域連携と健診を除いた院内診療での検査1134件（2008年6月～2009年6月）を対象とした。検査例657件、女性477件、年齢13～95歳（平均66.9歳）で、検査理由は病期診断（治療前）:390件、転移再発診断（治療後）:482件、良悪性鑑別:112件、腫瘍マーカー高値等:150件であった。検査時は依頼により96件（8.5%）に造影CT、必要に応じ629件（55.5%）に遅延相撮影を行った。検査前に予想していなかった新たな原発癌を新規発見癌と定義した。【結果】新規発見癌は24例/1134件（2.0%）にみられた。男性16例、女性8例、年齢43～95歳（平均71.7歳）であり、24例中7例（29.2%）に造影CT、22例（91.7%）に遅延相撮影が行われていた。発見臓器の内訳は大腸:6（結腸3、直腸3）、肺:4、前立腺:3、胃:2、乳:2、腎:2、食道/胆管/膵/甲状腺/子宮:各1であり、消化器癌が11例（45.8%）と半数近くを占めていた。消化器癌病巣は全例で高集積を呈し、その集積長径は26±15mm、SUVmaxは早期相6.85±3.46、後期相8.18±4.48で、読影時の病変の認識は比較的容易であった。癌の組織学的証明は癌を除く10例（90.1%）で得られた。TNM分類ではTis:1/2/3:2/2/3/4、N0/1/2/3:7/3/1/0、M0/1:10/1で局所進行癌の状況が多かった。積極的治療は8例に行われ（手術:5、内視鏡切除:2、化学放射線療法:1）、直腸癌の1例は併存する進行肺癌のため経過観察、癌の1例は閉塞性黄疸と併存する進行肺癌のため支持療法となった。【結論】PET/CT検査を契機に発見された消化器癌は多くが根治的治療の対象となっており、既知癌の評価のみならず新規癌の発見においてもPET/CT検査は極めて有用であった。

149 下大静脈原発と考えられた平滑筋肉腫の1例

¹国民健康保険関ヶ原病院 内科、²岐阜県総合医療センター 消化器内科

○桐井 宏和¹、安藤 暢洋²、中村 博式¹、桑原 好造¹、
森島真理子¹、斉藤 吉男¹、瀬古 章¹

【症例】65歳女性。H17年に内視鏡的膀胱癌切除術施行。H20年8月頃からの右下腹部違和感にてH21.2/26当院泌尿器科受診、腹部CTで肝臓と右腎の間に8cm大の腫瘍を認め当科紹介入院となった。腹部造影CTでは腫瘍は周囲より徐々に造影され下大静脈を圧迫しており、上部消化管内視鏡では十二指腸下降脚に壁外性の圧迫を認めた。また腹部血管造影では腫瘍は上腸間膜動脈から栄養を受けており、その他副腎シンチ等の検査では明らかな異常は見られなかった。鑑別診断として平滑筋肉腫・脂肪肉腫・神経原性腫瘍、GIST、悪性リンパ腫等が挙げられ、大きさが8cmであることから悪性後腹膜腫瘍が疑われたが術前診断は困難であった。インフォームドコンセントのうえ診断的治療目的でH21.4/3に外科的切除術を施行した。術中所見では十二指腸右側に小児頭大の表面平滑な腫瘍を認め、十二指腸や横行結腸との関連はなく周囲との剥離は容易であったが下大静脈とは3～4cm強固に癒着していた。癒着を鈍的に剥離し腫瘍は摘出したが同部の下大静脈は半周ほど固く固くしており浸潤が疑われた。病理所見では紡錘系の腫瘍細胞が渦巻状に密に増殖しており一部硝子化も認められた。免疫染色ではα smooth muscle actin、vimentinが陽性でCD34・S100が陰性であることから平滑筋肉腫と診断した。また発生部位は腫瘍が下大静脈以外とは剥離容易であったことから下大静脈由来と考えられた。術後4ヶ月経過した現在、明らかな局所再発は認めない。【考察】平滑筋肉腫は消化管発生が約70%と多く、血管由来の平滑筋肉腫は全平滑筋肉腫の2%とされており、静脈壁原発平滑筋肉腫の60%は下大静脈原発とされている。平滑筋肉腫の治療としては化学療法、放射線療法は有効ではなく、外科的切除のみが最良の根治的療法とされている。また本腫瘍の再発形式としては遠隔転移とともに局所再発が多いとされる。本症例では下大静脈に腫瘍残存が疑われるため定期的画像検査にて経過観察し、腫瘍局所再発が疑われる所見があれば下大静脈合併切除を検討する予定である。【結語】下大静脈原発と考えられた平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する。

150 急速な病状の進行がみられ死亡した成人 neuroblastoma の1例

¹袋井市立袋井市民病院 消化器内科、²袋井市立袋井市民病院 外科

○辻 敦¹、高柳 正弘¹、春日井俊史¹、柴原 弘明²

【症例】52歳、女性。2009年2月嘔吐・便秘・腹部膨満感を認め、3月当院を受診。腹部は著明に膨隆し、弾性硬で可動性のない小児頭大の腫瘍を触知した。CTで腫瘍は腸間膜が主座と考えられ、内部は不均一に造影され、腫瘍壊死が疑われた。腸管拡張や腸閉塞像はなかった。腹水穿刺では血性腹水を認めた。腹水細胞診では悪性リンパ腫が疑われ classV であったが、細胞診標本の免疫染色ではリンパ球系マーカー、上皮系マーカーは全て陰性であった。【経過】入院後開腹腫瘍生検を予定していたが、入院第5病日から多臓器不全が急激に進行し全身状態が悪化した。確定診断を得るために腫瘍に対し経皮的針生検を行い、さらに結果未着のまま、悪性リンパ腫の regimen として THP-COP 療法を開始したが、第9病日に多臓器不全で死亡した。死亡後に判明した針生検病理組織学的所見では small round cell tumor で、免疫染色で上皮性マーカーとリンパ球系マーカーは陰性、chromogranin A 陰性、synaptophysin・NSE・CD56 陽性、β-catenin・vimentin 陽性、CD99 (MIC2) は陰性であり、neuroblastoma と診断した。生前に採取した保存血でのNSEも高値であり neuroblastoma に矛盾しない結果であった。【考察】Neuroblastoma は主に小児固形腫瘍として経験される疾患で、成人では稀である。本症例では急速に病状が進行したため病理診断がでる前に悪性リンパ腫に準じて治療を施行したが死亡した。細胞診で悪性リンパ腫が否定的な腹部領域の腫瘍では、急速な進行を辿る成人 neuroblastoma を念頭に置く必要があり、迅速に腫瘍生検を行うて確定診断を得たのち、直ちに化学療法や外科的治療に臨むことが重要であると考えられた。

151 発熱と消化器症状で顕性化した卵巢奇形腫の一例

愛知医科大学 総合診療科

○濱野 浩一、伊吹 恵里、山本真紀子、泉 順子

症例は16歳、女性。主訴は発熱、頭痛、嘔吐、下痢。既往歴：小児喘息。現病歴：2009年8月6日頃より前額部痛と38℃の発熱が出現し近医を受診した。抗生剤を投与されるも改善せず。13日朝より頻回の嘔吐・水様下痢が出現し再度近医を受診。血液検査所見上、白血球数15,100/ul、CRP 29.84mg/dlと細菌感染等による何らかの炎症性疾患が疑われ総合診療科に紹介された。来院時現症：体温38.2℃、血圧111/59mmHg、心拍数94/分。身体所見：腹部に腫瘍や圧痛などの異常所見を認めず。血液検査：WBC 13,600/ul、RBC 319万/ul、Hb 9.7g/dl、Ht 28.7%、MCV 90.1fl、血小板数38.2万/ul、TP 6.4g/dl、Alb 3.1g/dl、BUN 42.6mg/dl、Cre 2.88mg/dl、AST 24 U/l、ALT 64 U/l、ALP 579U/l、LDH 163 U/l、CK 51U/l、CRP 21.35mg/dlと炎症所見のほかに軽度の腎機能と肝機能の異常が認められた。入院翌日の血液生化学検査で肝機能異常が増悪したため肝膿瘍を疑いCT検査を施行。肝に異常は認めず、小骨盤腔を占拠する多房性で一部石灰化を伴う腫瘍性病変とDouglas窩の腹水貯留を認めた。以上より左卵巢のdermoid cystと診断。嚢胞の感染・切迫破裂などによる腹膜炎と判断し、同日開腹手術を行った。術中所見では左卵巢の奇形腫と腫瘍内出血を認めたが捻転の有無は不明であった。病理診断はmature teratomaであった。本症例は、初診時より自覚症状の主体は頭痛、発熱、嘔吐および下痢で、腹痛はごく軽度の訴えのみであり、身体診察による腹部の異常所見も乏しく、CT検査により初めて卵巢病変の存在が明らかになった。女性で、炎症所見を呈する疾患においては鑑別診断として本例のような婦人科疾患も常に念頭に置き、積極的に画像診断も行うべきである。

152 十二指腸狭窄をきたした後腹膜線維症の一例

藤枝市立総合病院 消化器科
 ○丸山 保彦、景岡 正信、永田 健、大島 昭彦、
 野田 裕児、三輪 一太、池谷賢太郎、森 雅史

後腹膜線維症は近年自己免疫性膵炎をはじめとする全身性 IgG4 関連疾患として注目されている。本症は上記のほか尿路閉塞を起こし水腎症で発見される場合も多く、十二指腸狭窄をきたすことは稀である。今回我々は十二指腸狭窄をきたした後腹膜線維症の症例を経験したので報告する。症例は 60 歳、男性。2 週間続く食後の嘔吐を主訴に当院を受診した。腹部超音波検査で胃の拡張を、上部消化管透視で十二指腸下行部から水平部にかけての狭窄を認めた。同部で造影剤はほとんど流れず、胃管を留置した。CT では同部周囲の後腹膜に濃度上昇を認める腫瘍性より炎症性の狭窄が疑われた。アミラーゼの上昇や画像上膵の腫大等はなく、各種腫瘍マーカーも正常で膵炎や腫瘍に伴う変化ではないと判断した。内視鏡では十二指腸輪状ひだの腫大と軽度の発赤を認めたが、びらん、潰瘍等の粘膜病変は見られなかった。ガリウムシンチでも集積を認めなかった。各種自己抗体は陰性、IgG4 は正常値であった。以上より特発性の後腹膜線維症を疑い、プレドニン 30mg より投与を開始した。投与後速やかに胃管流出量が低下し、十二指腸造影でも造影剤の通過を確認したため、経口摂取を開始した。約 1 カ月後、プレドニン 25mg の内服で退院となった。3 カ月後の CT では十二指腸周囲の濃度上昇は消失していた。半年後の現在まで症状の増悪なく、プレドニンは 5mg まで漸減し follow up 中である。本例は膵炎の合併や涙腺・唾液腺腫大もなく、肝胆系酵素にも異常を認めなかった。IgG4 も正常で、各種自己抗体も陰性であり、近年注目されている IgG4 関連疾患とは異なる病態と思われる。他に後腹膜線維症の原因として悪性腫瘍、放射線照射、薬剤等が挙げられているが、原因不明の特発性が 70% を占めているという報告もある。本例も上記の原因にも該当なく特発性と考えられた。本症による水腎症の報告は散見されるが十二指腸狭窄をきたした報告は稀であり、報告した。

153 fibromuscular dysplasia(FMD) により後腹膜出血を来した 1 例

トヨタ記念病院 消化器科
 ○宇佐美彰久、篠田 昌孝、高士ひとみ、鈴木 貴久、
 村山 睦、内山 功子、遠藤 信也

【症例】31 歳、男性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】2007 年某日 18 時頃より飲酒、翌日 1 時頃、心窩部痛にて、近医を受診。腹部単純 CT にて急性膵炎と診断され、同日当院へ紹介入院となった。【既往歴】斑状強皮症【家族歴】なし。【飲酒】機会飲酒（主訴出現の前日、前々日は焼酎 5 合を飲酒）【現症】体温 37.0℃、血圧 133/71mmHg、脈拍 125/分・正。眼瞼眼球結膜に貧血、黄染なく、意識は清明で胸部に異常所見なし。腹部は平坦、軟で心窩部～左側腹部にかけて自発痛・圧痛を認めた。【検査結果】WBC 23000/μl、Hb 15.3g/dl、Plt 27.0×10⁴/μl、AST 25U/l、ALT 21U/l、BUN 14mg/dl、Cr 0.9mg/dl、HBs 抗原 (-)、HCV 抗体 (-)。腹部 CT 所見：膵臓はやや腫大しており、膵頭部周囲には High density な液貯留を認めた。ダグラス窩に少量の腹水を認めた。【経過】アルコール性急性膵炎、膵周囲血腫の疑いで絶飲食、補液、膵酵素阻害剤、抗生剤にて治療を開始した。保存的治療にて全身状態の改善を認めた。第 4 病日には Hb 11.6g/dl と貧血の進行を認めため、膵炎後の仮性動脈瘤出血や他の腹腔内出血を疑い、腹部造影 CT を施行したが、後腹膜に血腫を認める以外に異常は指摘できなかった。さらに出血源の精査のため、入院第 12 病日に血管造影検査を施行した。上腸間膜動脈造影にて第 1～第 5 空腸、回腸動脈に数珠状の口径不整を認め FMD と考えられたが、持続出血は認めなかった。左右の腎動脈には異常を認めなかった。膵周囲血管の選択造影を施行し、壁不整や動脈瘤は認めず、出血源を確認できなかったため血管内治療は実施せずに終了となった。その後、一時に血腫による十二指腸の圧排、通過障害を来したが、第 39 病日に退院となった。【考察】アルコール性急性膵炎による仮性動脈瘤出血が疑われたが、血管造影検査にて膵周囲に仮性動脈瘤は指摘できなかった。空腸、回腸動脈の分枝に FMD に特徴的とされる数珠状の血管奇形を認め、後腹膜出血の原因は不明であったが、FMD に関連した血管の破綻が考えられた。【結語】原因不明の腹部出血では、FMD の可能性も念頭に置くべきである。

154 当院における消化管 CMV 感染症の検討

岡崎市民病院 消化器科
 ○鬼塚 亮一、内田 博起、佐藤 淳一、藤吉 俊尚、
 大矢 和広、松岡 歩、飯塚 昭男

【背景】成人日本人の 90% 以上が CMV に感染しているときれ、なかでも消化管は CMV 感染症の好発臓器である。近年では内視鏡下生検による核内封入体の証明で診断される症例が増えている。【目的】当院において病理組織学的に診断された消化管 CMV 感染症の臨床的特徴を検討する。【対象】2006 年 6 月から 2009 年 6 月に当院で病理組織学的に消化管 CMV 感染症と診断された 23 症例。【結果】平均年齢は 72 歳、14/23 例 (60.8%) が男性。基礎疾患としては慢性腎不全が 4/23 例 (17.4%)。糖尿病は 7/23 例 (30.4%)、また悪性腫瘍に対して化学療法中が 2/23 例 (8.6%) であった。ステロイド内服中が 6/23 例 (26.1%) であった。診断契機として消化器症状を有したものは 20/23 例 (87%)、うち下血を有した症例は 12/20 (60%)、無症状が 3/23 例 (13%) であった。ADL が寝たきりであったものが 4/23 例 (17.4%)、平均アルブミン値は 2.72g/dl であった。病変部位は上部消化管症例が 7/23 例 (30.4%) であり、うち検索しえた限りではヘリコバクター・ピロリ菌陽性例は 1 例であった。下部消化管症例の半数は直腸から S 状結腸に病変を認めた。栄養摂取の形態は経口 16/23 例 (69.6%)、TPN4/23 例 (17.4%)、末梢輸液 2/23 例 (8.7%)、経管栄養 1/23 (4.7%) であった。HIV 抗体は検索しえた 17 例全てで陰性。CMV アンチゲネミア陽性例は 8/23 例 (34.8%) であった。内視鏡像は punched out、不整形潰瘍、びらんと多彩であった。ガンシクロビル投与を必要とした症例は 14/23 例 (59.1%)。転帰は死亡 1 例、他病死 2 例であった。【考察】CMV 感染症の患者背景として compromised host は多かった。ADL が維持されていても、低栄養状態が感染背景にあったと考えられた。ガンシクロビル投与は半数以上施行されており、CMV 感染症の予後としては良好と考えられた。【結論】compromised host で消化器症状を有するまたは低栄養状態を認めた場合、CMV 感染症を念頭に置いて積極的に内視鏡精査を行うことが必要と考えられた。

155 筋膜炎を併発した好酸球性胃腸炎の一例

1 浜松医科大学医学部附属病院 第一内科、2 浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター
 ○松浦 友春¹、山出美穂子¹、松下 直哉¹、川崎 真佑¹、
 寺井 智宏¹、魚谷 貴洋¹、高柳 泰宏¹、山田 貴教¹、
 小平 知世¹、杉本 健¹、大澤 恵¹、金岡 繁¹、
 古田 隆久²、伊熊 睦博²

症例は 28 歳女性。主訴は心窩部痛・腹部膨満感。18 歳から気管支喘息で加療中であったが症状は安定しており、その他の既往歴に特記事項はない。200X 年 5 月中旬、特に誘因なく頸部に尋麻疹が出現し、その 1 週間後から心窩部痛を自覚。症状改善が得られず近医を受診するも心窩部痛は持続、さらに腹部膨満感が加わり当院を受診。血液検査にて好酸球優位の白血球増多、CT で大量の胸腹水と、食道から直腸にかけて全周性の腸管壁肥厚、腹部リンパ節腫大を認め、緊急入院。理学所見では、皮疹は認めず、腹水を多量に認めた。血液生化学では、WBC13400 前後で、好酸球は最大 60% 余を占めた。感染症、膠原病、悪性疾患、婦人科疾患等の検索にて有意な所見を認めなかった。腸管安静及び抗菌薬投与では症状及び好酸球増多は改善せず、経過より好酸球性胃腸炎と判断し、プレドニゾン 40mg を開始した。ステロイド治療開始より、四肢の安静時疼痛が出現し、MRI で四肢筋群のびまん性筋膜肥厚を認め、他の筋疾患合併が否定的であることから、好酸球性胃腸炎に伴う筋膜炎と考えた。ステロイド開始約 2 週間の経過で、好酸球減少と腹部症状並びに筋膜炎症状の消失を認めた。胸腹部 CT でも胸腹水の減少と腸管壁肥厚の改善を認め、初期量で 1 ヶ月投与を継続、減量後も症状の再燃を認めず 7 月中旬退院となった。最大で絶対数 8240/μl (白血球分画 61.5%) であった好酸球は退院時には 56/μl (0.5%) まで減少した。好酸球性胃腸炎における筋膜炎の併発報告は限られ、治療経過の報告も乏しい。本例ではステロイドが著効した。若年層の考察を加えて報告する。

156 結核性腹膜炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○黒石 健吾、小柳津竜樹、高橋 好朗、田中 俊夫、
浜村 啓介、大野 和也、岡崎 敬、鈴木 亮

【症例】78歳女性【主訴】腹部膨満感【既往歴】平成11年：一過性脳虚血 慢性副鼻腔炎 高血圧【家族歴】母：肺結核【血液検査】WBC4500/mm³、HB12.0g/dl、PLT24.0/mm³、赤沈 61mm/1hr、AST29IU/L、ALT13IU/L、T-BIL0.4mg/dl、BUN24.5mg/dl、CRE0.92mg/dl、TP6.7g/dl、Alb3.2g/dl、CRP13.31mg/dl、TB-QF：陰性、ツ反：陽性【腹水】淡黄色、比重 1.035、TP5.0、LDH：286 H、WBC1500/mm³(LY96%)、CA125：989.5mg/dl、ADA81.7IU/L、結核 PCR：陰性、細胞診：陰性、抗酸菌培養：M.tuberculosis【経過】平成21年2月中旬より腹部膨満感あり。近医の腹部エコーで多量の腹水を認め、3月30日当院紹介受診、精査のため入院。腹水中の ADA 高値から結核性腹膜炎を疑ったが、腹水中の抗酸菌染色、細胞診、結核 PCR、血中 TB-QF は全て陰性であった。4月21日、入院時穿刺した腹水の抗酸菌培養で結核菌を検出し、4剤併用療法 (RFP,INH,PZA,EB) を開始した。CTで肺野に陳旧性肺結核を認めた。喀痰中の抗酸菌染色、結核 PCR は陰性であった。上部、下部消化管には異常を認めなかった。治療開始1週間後に軽度肝障害と高尿酸血症を認めたが、経過観察とした。腹水は徐々に改善し、現在は消失している。【考察】腹水中 ADA 高値から結核を疑われ、腹水の抗酸菌染色、細胞診、結核 PCR、TB-QF は陰性であったが、抗酸菌培養で結核菌が同定され確定診断に至った。肺結核の再燃による結核性腹膜炎と思われる。4剤併用療法により腹水の速やかな改善を認めた。【まとめ】結核性腹膜炎による腹水貯留の一例を経験したので報告する。

御協賛企業一覧

アステラス製薬株式会社

エーザイ株式会社

小野薬品工業株式会社

CSL ベーリング株式会社

塩野義製薬株式会社

第一三共株式会社

タイコ ヘルスケア ジャパン株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

田辺三菱製薬株式会社

中外製薬株式会社

株式会社ツムラ

ノバルティス ファーマ株式会社

バイエル薬品株式会社

万有製薬株式会社

ファイザー株式会社

富士フィルムメディカル株式会社

株式会社ベネシス

(50 音順)

平成 21 年 11 月 10 日現在