

第23回教育講演会プログラム

第1会場（東レ総合研修センター 大講堂）

教育講演 (1) 9:30-10:30

司会：浜松医大外科学第二 今野 弘之
最近の胃がんの病態と治療に関するトピックス
静岡がんセンター・内視鏡科 小野 裕之

教育講演 (2) 10:30-11:30

司会：名古屋大大学院・腫瘍外科 榎野 正人
胆道・膵臓悪性腫瘍の病態と治療の進歩
千葉大大学院・臓器制御外科学 宮崎 勝

教育講演 (3) 11:30-12:30

司会：名古屋大大学院・消化器内科学 後藤 秀実
大腸がん診断の進歩
昭和大横浜市北部病院・消化器センター 工藤 進英

教育講演 (4) 14:00-15:00

司会：岐阜大大学院・消化器病態学 森脇 久隆
急性肝不全 / 劇症肝不全の病態と予後
昭和大藤が丘病院・消化器内科 井上 和明

教育講演 (5) 15:00-16:00

司会：岐阜市民病院・消化器内科 富田 栄一
B型肝炎を巡る諸問題とその解決
名古屋市立大大学院・ウイルス学 肝疾患センター 田中 靖人

教育講演 (6) 16:00-17:00

司会：藤田保健衛生大・肝胆膵内科 吉岡健太郎
NASHの病態と予後
東京女子医大・消化器内科 橋本 悦子

1) 最近の胃がんの病態と治療に関するトピックス

静岡がんセンター・内視鏡科 小野 裕之

早期胃癌に対するESDは年々増加しており、その適応も拡大傾向にある。しかし、対象となる病変は、「癌病巣が局所に限局し、開腹手術と同等の成績を修め得る病変」である必要がある。胃癌学会では、「2 cm以下」「潰瘍所見のない;ul(-)」「粘膜内癌(M癌)と考えられる分化型腺癌」を絶対適応とするガイドラインを発表した。一方、我々は、単発早期胃癌外科切除3016例の検討から、①潰瘍所見のない場合：脈管侵襲のない、分化型m癌(腫瘍径は問わない)、②潰瘍所見のある場合：脈管侵襲のない、3 cm以下の分化型m癌、である。①の場合にはリンパ節転移は0/929(0%;95%信頼区間0~0.4%)、②の場合には0/488(0%;同0~0.8%)であり、外科切除とほぼ同等の成績を期待できることを報告した。すなわち、拡大した適応は切除後の病理所見が上記であると予測されるものということになる。しかし、この拡大したEMRの適応が妥当か否かは長期経過のデータが必要であり、現在JCOG消化器がん内科グループにて前向き試験が進行中である。新しい胃癌治療ガイドライン案におけるESDの適応の考え方について述べる。

早期胃癌に対する内視鏡治療は、ESDにより技術的には2 cmを超える大きな病変や、潰瘍瘢痕を有する病変に対しても一括で切除可能となった。先述した、従来のガイドラインの適応を超えた適応拡大も現実として行われつつある。ESDの難易度はスネアやフードを用いた従来のEMRと比較して高く、施設間格差が大きいとされており、ESDが標準治療となるためには機器開発、トレーニング法など、越えるべきハードルがまだいくつもあると考える。当院では切開能の向上を目指して2004年3月より従来型ITナイフの先端チップの裏側に3本の鍵型のブレードが付いた改良型ITナイフを導入している。2時間以上を要した困難例の頻度が25%から12%に低下しており、特に瘢痕を有する症例への明らかな切開能の向上を認めている。穿孔、出血等の安全性は同等であり、2007年1月からITナイフ2として市販されるようになった。さらに懸案であった食道および大腸に対して、ITナイフ2を改良した小型IT-2を開発し、よい感触を得ている。はさみ型のナイフの開発も進めており、今後より安全かつ簡便な器具の開発が、ESDの普遍化に大きく寄与すると考えている。

略 歴

昭和62年(1987年)3月 道立札幌医科大学 卒業
昭和62年(1987年)4月 同大学 第四内科学講座 入局
昭和63年(1988年)1月 留萌市立総合病院内科医員
平成元年(1989年)4月 国立函館病院消化器内科医員
平成3年(1992年)1月 北海道立羽幌病院内科医員
平成3年(1992年)4月 国立がんセンター中央病院研修医
平成4年(1993年)6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部レジデント
平成7年(1995年)6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部チーフレジデント
平成9年(1997年)6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部医員
平成14年(2002年)4月 静岡県立静岡がんセンター内視鏡部長着任
現在に至る

2) 胆道・膵臓悪性腫瘍の病態と治療の進歩

千葉大大学院・臓器制御外科学 宮崎 勝

胆膵領域の悪性疾患はその診断に苦慮することも多いが近年の診断技術の向上によりその診断能は確実に向上してきている。しかしながらその治療においては外科切除が唯一の根治治療法であることには変わりないもののその外科治療成績は未だ充分なものではないのが現状であろう。しかしその難治癌である胆膵領域癌に対してその積極的な外科切除は着実の安全性の向上と切除適応の拡大および外科技術の進歩により、その成績も徐々に向上してきた。

内科の診断医から見た際、胆膵領域の癌腫の治療には現時点でどこまでの進行癌では切除しえないのか、また積極的な切除を行った場合にその切除後成績はどこまで向上してきたかは常に知っておきたいものであろう。

その要望に出来るだけ応えるために本講演においては胆膵領域の進行癌に対しての我々肝胆膵外科医の専門医としては外科治療の限界はどこまで拡大されてきているのか、またその治療成績はどのくらいまで向上してきているのか、さらには最近の胆膵癌に対しての有効な化学療法を用いての外科治療戦略の動向について主に症例提示を中心に述べてみたい。

略 歴

- 1950(S25)年 生まれ
- 1975(S50)年 千葉大学医学部卒業
- 1975(S50)年 千葉大学医学部第一外科入局
- 1981(S56)年 カナダトロント大学外科留学(Research fellow)
肝再生の研究
- 1983(S58)年 千葉大学医学部第一外科助手
肝胆道研究室の主任となる
- 1983(S58)年 医学博士取得
“肝悪性腫瘍に対する血管作動性物質の肝動注療法における効果に関する基礎的検討”
- 1993(H5)年 千葉大学医学部第一外科講師
- 1996(H8)年1月 Visiting Professor, University of Louisville, Kentucky, USA
- 2001(H13)年2月 Visiting Professor, University of Toronto, Ontario, Canada
- 2001(H13)年4月1日より 千葉大学大学院医学研究院 臓器制御外科学 教授
- 2003(H15)年11月 Visiting Professor, Yonsei University, Seoul, Korea
- 2005(H17)年3月 Visiting Professor, Sanjay Gandhi Post-Graduate Institute of Medical Science (SGPGIMS), Lucknow, India
- 2006(H18)年4月 千葉大学医学部附属病院副病院長
- 2007(H19)年4月 千葉大学医学部附属病院 手術部長兼任

3) 大腸がん診断の進歩

昭和大横浜市北部病院・消化器センター 工藤 進英

本邦において大腸癌は増加の一途をたどっている。その背景として高齢者数の増加や食生活の欧米化、運動量の低下などが挙げられる。大腸がんの診断は、1977年に初めてⅡc型大腸がんが発見されてから、大腸内視鏡検査数の増加、内視鏡診断技術の向上により、Ⅱcをはじめとした微小癌が多数診断されるようになってきた。

現在では、大腸上皮腺管のpitの大きさ、形態、配列から診断する方法が確立され、内視鏡によるより客観的な質的診断と深達度診断を行うことが可能となった。pit patternによる診断は従来の病理組織診断と高い相関性があることが立証されており、実際の臨床の現場において非常に有用である。pit patternは、Ⅰ、Ⅱ、ⅢS、ⅢL、Ⅳ、Ⅴ型の6型に分類され、Ⅴ型pit patternは、2004年4月に行われた箱根合意の結果、不整腺管構造を有するⅤⅠ型と明らかな無構造領域を有するⅤⅡ型に亜分類されることとなった。さらにⅤⅠ型は、2005年の厚生省工藤班会議にて軽度不整と高度不整が定義された。

NBIを用いた拡大観察について、当院では観察される血管パターンを①normal pattern、②faint pattern、③network pattern、④dense pattern、⑤irregular pattern、⑥sparse patternの6型に分類している。NBI拡大観察は染色を必要とせず、病変の腫瘍・非腫瘍の診断において効率化が得られ、病変の深達度・治療方針へ寄与する。

このように拡大内視鏡診断は、大腸内視鏡検査には不可欠と考えられ、内視鏡治療の適応決定に重要な役割を担う。しかしながら実際の治療方針の決定にあたってはpit pattern分類単独で行うのではなく、肉眼形態、発育形態、深達度を考慮して行わなければならない。腫瘍の肉眼形態、発育形態は非常に重要であり、それを裏打ちするpit pattern診断を行うことで、内視鏡治療か外科的治療かを判断することにより、大腸癌の治療方針を誤ることはほとんどない。

さらに最近では、新しい拡大内視鏡として細胞異型レベルでの観察が可能な超拡大内視鏡がある。当院では、①腺腔、②上皮細胞、③腺腔および腺腔縁の形態、④核の形態、⑤核の偽重層の有無、⑥核/細胞質比(N/C比)の高低を検索し、これらの項目をもとに超拡大内視鏡(EC)分類を作成し、症例の検討を続けている。EC分類では、非腫瘍性病変をEC1、腫瘍性病変を、病理組織診断での異型度を念頭にEC2、EC3に分類している。超拡大内視鏡の登場により、内視鏡観察による仮想生検(生検を行わずに病理診断を行う)が実現する可能性があり、診断法の確立に向け期待が高まっている。

略 歴

昭和48年3月	新潟大学医学部	卒業
昭和48年4月	新潟大学外科	入局
同 58年5月	同	助手
同 60年4月	秋田赤十字病院	外科部長
平成4年4月	同	胃腸センター長(兼任)
同 8年4月	浜松医科大学	非常勤講師
同 10年4月	札幌医科大学	非常勤講師
同 11年4月	獨協医科大学	非常勤講師
同 11年4月	秋田大学医学部	非常勤講師
同 12年4月	同	臨床助教授
同 12年10月	昭和大学医学部	教授/横浜市北部病院消化器センター長
同 13年4月	同	副院長(兼任)
同 19年8月	上海復旦大学附属華東医院	終身名誉教授

4) 急性肝不全 / 劇症肝不全の病態と予後

昭和大藤が丘病院・消化器内科 井上 和明

劇症肝不全とは古典的には、先行病変の無い肝臓に肝細胞破壊が起こり発症から8週以内に脳症が出現する病態とされた。劇症肝不全は現代でも致死率が高く、その病態の解明と治療方法の確立は肝臓病学におけるchallengingな課題であるといえる。その予後は原因と自然回復のしやすさにより大きく影響される。劇症肝不全はその主たる原因が国により大きく異なり、薬剤が劇症肝不全の主たる原因である英米とウイルスが劇症肝不全の主たる原因の日本を初めてしたアジア諸国では病態予後ともに大きく異なる。さらに治療の上でも肝不全期間を乗り切るための人工肝補助療法も様々であるために、病型分類も究極の対症療法である肝移植の適応基準も異なった基準が作られ使用されている。我が国の病型分類は犬山シンポジウムによるものが広く使われており、発症から10日以内に脳症が出現したものを急性型とし、発症から11日から8週までに脳症の出現したものを亜急性型としている。この分類は極めて原因と予後の違いをよく表しており、急性型では原因として急速に排除されるものが多くHAV、HBV、パラセタモールなどはこの病型を取ることが多く、一般に予後は良いとされ、大まかにいって半数の患者は救命される。この病型の患者は人工肝補助療法が強力であれば、肝臓が数日間で破壊され尽くして無肝状態に陥った場合と致死的な合併症を併発した場合を除けば、理論的にはすべてが救命可能である。一方劇症肝炎亜急性型の原因としてはHBVキャリアからの発症や非A非B非C型と我々が呼んでいる成因不明例が多く、基本的にはウイルスが持続感染するか肝細胞破壊をおこしているメカニズムが持続するために、たとえ進行が緩徐であっても脳症発現時には肝細胞破壊が不可逆的な状態まで進行していることもまれではない。そこで我々は劇症化の予知と原疾患に対する治療を確立して患者の確実な救命を試みている。劇症肝炎治療は今日では人工肝補助療法、肝細胞破壊をおこしている原疾患に対する治療、劇症化の予知、肝移植が主要な治療上の柱である。講演ではこれらの内容について順に述べてゆく。

略 歴

昭和34年12月5日 東京都生まれ
昭和61年3月 昭和大学医学部卒業
平成2年3月 昭和大学大学院医学研究科修了
平成2年4月 昭和大学助手
平成6年7月 昭和大学藤が丘病院消化器内科助手
平成8年2月 昭和大学藤が丘病院救命センター講師
平成8年9月 (財)東京都臨床医学総合研究所
平成11年4月 昭和大学藤が丘病院消化器内科講師
平成13年4月 昭和大学藤が丘病院消化器内科助教授
平成19年4月 昭和大学藤が丘病院消化器内科准教授

5) B型肝炎を巡る諸問題とその解決

名古屋市立大大学院・ウイルス学 肝疾患センター 田中 靖人

発がんリスクが明確なそして劇症肝炎による死亡が予測されるB型肝炎（HBV）には、ワクチンによる予防法が確立している。しかし、ユニバーサルHBワクチンが実施されていないわが国において、若年男性を中心に性行為によりHBV感染が広がっている。特に、都市部を中心に欧米株であるHBV/A2の割合が増えつつある。B型肝炎は一般的には、成人期の感染では急性肝炎後にウイルスが排除され肝炎が鎮静化するが、このHBV/A2では急性肝炎後遷延化する傾向があり、キャリア化しやすいことがその特徴であり、実際にB型慢性肝炎においてもA2の割合が増加している。

それでは、どのような人がB型肝炎キャリアになりやすいか？さらに、肝がんに至るのか？ウイルス側因子として、遺伝子型の違いや変異などの関与が報告される一方で、近年のゲノム研究の進歩により宿主側の因子も同定されている。

B型肝炎に対する治療も2000年のラミブジン（核酸アナログ）の登場により、飛躍的に進歩した。特に、重症化・劇症化例に対する治療選択肢の幅が広がり、生存率も向上した。その一方で、薬剤耐性の問題が出現し、ラミブジン長期投与により3年で約50%の耐性株が報告された。その後2006年になると、耐性株出現が極めて少ないエンテカビルが登場し、治療ガイドラインは大きく変更された。インターフェロン治療がある程度期待できる35歳未満の若年者を除き、初回治療の場合はエンテカビルがfirst-lineとして投与され、高い治療効果を得ている。今後の問題点として、長期投与に伴う副作用、薬剤中止のタイミングなどが挙げられる。さらに、高齢化社会の中で各種がん患者が増加し、分子標的治療や強力な抗がん剤・免疫抑制剤の使用に伴うHBV再活性化の問題が表面化してきている。

略 歴

1991年3月	名古屋市立大学医学部 卒業
1991年5月～1993年3月	名古屋市立大学病院 臨床研修医
1993年4月～1996年3月	名古屋第二赤十字病院 消化器内科医師
1996年4月～1997年3月	遠州総合病院 消化器内科医師
1997年4月～2001年3月	名古屋市立大学大学院医学研究科
1999年～2001年	米国立保健研究所（NIH）留学（Visiting Fellow）
2001年8月～2002年10月	名古屋市立大学病院 助手
2002年11月～2006年8月	名古屋市立大学病院 講師
2006年9月～2009年9月	名古屋市立大大学院 臨床分子情報医学 助教授（准教授）
2008年7月～現在	名古屋市立大学病院 肝疾患センター 副センター長兼任
2009年10月～現在	名古屋市立大大学院 病態医科学講座（ウイルス学）教授 中央臨床検査部 部長兼任

6) NASH の病態と予後

東京女子医大・消化器内科 橋本 悦子

非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) は、ほとんどの症例は単純脂肪肝であるが、10~20%は肝硬変・肝細胞癌 (HCC) へと進行していく非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) である。NASH は、その診断に病理診断を要し簡便でなく、NAFLD として検討されることが多い。

NAFLD は、(1) 非飲酒者 (アルコール性肝障害をきたさない程度の飲酒者を含む; エタノール換算 30 g / 日以下)、(2) 肝組織あるいは画像検査で脂肪肝の診断、(3) 他の原因による肝疾患の除外で診断される。NAFLD の診断後、病理学的に NAFLD Activity Score (NAS) で単純脂肪肝と NASH を鑑別する。NAS は、脂肪沈着、肝実質の細胞浸潤、肝細胞膨化変性の合計からなる。staging (線維化) は 4 段階に分かれ、stage 4 が肝硬変である。

わが国の NAFLD の有病率は 10-30% で、NASH は 1-3% と推定される。肝硬変に進行するまで自覚症状はない。90% 以上の症例で肥満や生活習慣病を合併する。血液・生化学検査では、ALT 優位のトランスアミナーゼの上昇が特徴で、肝硬変に進行すると AST が優位となる。なお、約半数はトランスアミナーゼ正常で注意を要する。 γ -GTP は、軽度の上昇にとどまる。NASH 肝硬変の予測因子は、高齢、高度の肥満、糖尿病、AST/ALT 比 1 以上、血小板低値、肝機能低下、線維化マーカーの上昇などである。

NAFLD の予後は、心血管イベントと肝疾患の死亡リスクが高く、全身疾患として NAFLD を捉える必要がある。NASH では、5-10 年で 10-25% が肝硬変へ進行し、5 年生存率は 70-95%、死因は肝関連死亡が 10-30% と報告されている。一方、自験例の NASH 肝硬変では、5 年 HCC 発癌率は 11.3%、5 年生存率は 75.2%、死因は、HCC 47%、肝不全 25% であった。つまり、NASH 肝硬変の主な死因は、心血管イベントではなく、肝関連死となる。

NASH HCC 発癌例の年齢中央値は 70 歳で、性差は男性がやや多い。トランスアミナーゼは 50 以下の症例が多く、AFP や PIVKA は約半数で正常である。NASH からの HCC 発癌も、ウイルスと同様肝硬変を基盤とし、多段階的に癌の脱分化が生じ、多中心性発癌であると推察されている。また、HCC 発癌危険因子は、高齢と肝硬変が重要で、これらの因子を有する NASH では、発癌を視野に入れた経過観察が必要である。

略 歴

昭和52年 3 月	東京女子医科大学医学部 卒業
昭和52年 4 月	同 消化器病センター 医療練士
昭和58年 4 月	同 消化器病センター 助手
昭和62年~平成元年	Mayo Clinic 留学
平成元年11月	東京女子医科大学消化器病内科 帰局
平成 8 年 6 月	同 消化器内科 講師
平成17年 3 月	同 准教授
平成19年10月	同 教授 現在に至る

シンポジウム

第2会場

9:30~12:00

司会 順天堂大学静岡病院 消化器内科 玄田 拓哉
大垣市民病院 外科 金岡 祐次

「肝細胞癌の予防と治療の Up-Date」

S-001 最近の肝細胞癌の成因についての検討

¹順天堂大学医学部附属静岡病院

○平野 克治¹、玄田 拓哉¹、甘楽 裕徳¹、佐藤 俊輔¹、金光 芳生¹、成田 論隆¹、
菊池 哲¹、飯島 克順¹、小川 薫¹、市田 隆文¹

S-002 肝細胞癌の治療成績の変遷

¹大垣市民病院 消化器科、²大垣市民病院 外科、³大垣市民病院 放射線科

○藤森 将志¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、曾根 康博³、谷川 誠¹、久永 康宏¹、
豊田 秀徳¹、金森 明¹、多田 俊史¹、金岡 祐次²、前田 敦行²、荒川 恭宏¹、
新家 卓郎¹、安東 直人¹、坂井 圭介¹、安田 論¹

S-003 肝細胞癌に対する R F A の治療成績（とくに局所再発の検討）

¹沼津市立病院 消化器内科

○篠崎 正美¹、大山 広¹、天神 尊範¹、久保田教生¹、中川 彰彦¹、後藤 信昭¹

S-004 当院における miriplatin による肝細胞癌治療の初期成績

¹朝日大学村上記念病院 消化器内科

○大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、加藤 隆弘¹

S-005 進行肝細胞癌に対する動注化学療法の検討

¹豊橋市民病院 消化器内科

○林 寛子¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、内藤 岳人¹、山田 雅弘¹、
北畠 秀介¹、山本 英子¹、川口 彩¹、河合 学¹、大林 友彦¹、山雄健太郎¹、
樋口 俊哉¹

S-006 局所治療不能の進行肝細胞癌に対する Sorafenib 使用の有用性とその限界

¹三重大学 医学部 付属病院 消化器肝臓病内科

○野尻圭一郎¹、山本 憲彦¹、竹井 謙之¹

S-007 高度脈管侵襲や遠隔転移を伴う高度進行肝細胞癌に対する治療の Up-Date

¹藤田保健衛生大学 肝・脾外科

○加藤悠太郎¹、棚橋 義直¹、所 隆昌¹、吉田 淳一¹、香川 幹¹、竹浦 千夏¹、
細川千佳生¹、杉岡 篤¹

S-008 HBV 関連慢性肝疾患に発生した肝細胞癌治療後の核酸アナログ投与が予後に及ぼす影響についての検討

¹岐阜市民病院 消化器内科

○鈴木 祐介¹、林 秀樹¹、富田 栄一¹

S-009 当院における脾機能亢進症を伴う C 型肝炎患者に対する脾摘・PSE 後 IFN 療法の治療成績

¹小牧市民病院 消化器内科

○林 大樹朗¹、平井 孝典¹、宮田 章弘¹

S-001 最近の肝細胞癌の成因についての検討

¹順天堂大学医学部附属静岡病院

○平野 克治¹、玄田 拓哉¹、廿楽 裕徳¹、佐藤 俊輔¹、
金光 芳生¹、成田 諭隆¹、菊池 哲¹、飯島 克順¹、
小川 薫¹、市田 隆文¹

【目的】肝癌の発生母地は、ほとんどがB型・C型肝炎を背景としているが、最近、HBs抗原・HCV抗体が共に陰性の非B非C型肝炎に遭遇することが多い。今回、我々は過去5年間の肝細胞癌の成因について解析し、非B非C型肝炎の臨床的特徴について検討した。【対象と方法】2005年4月から2010年3月までに、当科にて診断された肝細胞癌216症例に対して、HBs抗原・HCV抗体の陽性率を検討した。また、非B非C型肝炎については、関連因子としてHBc抗体の陽性率、飲酒歴、糖尿病の合併率について検討した。【結果】全症例の平均年齢は、68.0±9.9歳、男性160例(74%)、女性56例(26%)であった。HBs抗原陽性28例(13%)、HCV抗体陽性134例(62%)、HBV+HCV 2例(1%)、HBs抗原・HCV抗体が共に陰性の非B非C型肝炎は52例(24%)であった。非B非C型肝炎の年次割合は、2005年に12%であったものが、2009年には25%にまで増加していた。非B非C型肝炎の平均年齢は、69.8±8.9歳、男性45例(87%)、女性7例(13%)で、B型関連肝癌より有意に年齢が高く、C型関連肝癌より男性の割合が多かった。非B非C型肝炎のHBc抗体の陽性率は48%で、アルコール多飲歴があるものが54%で、糖尿病の合併率は48%であった。【結語】当院でも非B非C型肝炎の発生が増加傾向にあった。成因には、高齢男性における、HBVの一過性感染、飲酒、糖尿病の関与が示唆された。

S-003 肝細胞癌に対するRFAの治療成績(とくに局所再発の検討)

¹沼津市立病院 消化器内科

○篠崎 正美¹、大山 広¹、天神 尊範¹、久保田教生¹、
中川 彰彦¹、後藤 信昭¹

【はじめに】当院での第1例目RFAは1999年6月に実施され、以後11年が経過した。その治療成績を検討したので報告する。【対象と方法】対象は肝細胞癌初発例に対して当院でRFAを実施した302例である。Stag I/II/III/IV=83/144/73/2、Child-PughA/B/C=200/90/12、JIS0.1/2/3/4=55/123/93/24/7であった。累積生存率、再発率などを検討した。局所再発に関して、取扱い規約のTEを参考に、3群に分類した。TE4aは腫瘍影より大きな壊死巣(基準と同じ)、TE4bを一部マージンなし、TE4cをマージンなし、とし、造影CTによる詳細な判定ができた最近4年の343結節を対象にした。またMRI(EOB)や造影USが診断・治療支援に与えた影響を、症例を中心に検討した。【成績】1. 累積生存率は全症例で3/5/10年=80/58/16%、JIS0=93/74/74%、JIS1=86/68/7%、JIS2=73/53/4%、JIS3=64/9/7%とJIS0-2で良好だった。累積再発率(局所・他部位を含む)は全症例で3/5年=69/83%と高率であった。2. 局所再発は343結節中51結節で、累積でTE4a(187結節)1/3年=3/13%、TE4b(112結節)11/26%、TE4c(44結節)30/51%と、TE4b・4cからの局所再発が高率であった。3. MRI(EOB)と造影US 当日供覧する。【考察】局所再発は多くみられたが、マージン不足(TE4b4c)が大きな成因であった。しかし、肝予備能不良や脈管・臓器近接例ではマージンを取る(TE4a)ことが困難であり、無理なマージン確保は予後を短縮する可能性もある。【結語】RFA全302例の5年生存率は58%であり、局所を含めた再発率が高率であるにも関わらず良好な結果であった。

S-002 肝細胞癌の治療成績の変遷

¹大垣市民病院 消化器科、²大垣市民病院 外科、³大垣市民病院 放射線科

○藤森 将志¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、曾根 康博³、
谷川 誠¹、久永 康宏¹、豊田 秀徳¹、金森 明¹、
多田 俊史¹、金岡 祐次²、前田 敦行²、荒川 恭宏¹、
新家 卓郎¹、安東 直人¹、坂井 圭介¹、安田 諭¹

【目的】最近B型およびC型肝炎に起因する肝細胞癌(HCC)の予後は飛躍的に向上した。HCCの治療のみならず基礎の肝病変に対する治療の進歩に依るところが多い。今回われわれは肝切除を基本とした当院での治療選択につき検討した。【対象】対象は1990年1月から2009年12月までの20年間に経験したHCC1668例の内、HBs抗原陽性260例とHCV抗体陽性1177例である。これらをA期(1990-1999年)とB期(2000-2009年)の2期に分け、性別、年齢、肝機能、抗ウイルス量法の有無、治療法、生存率等につき検討した。【結果】1) HBs抗原陽性HCCはB期でChild-Pugh Aが69.9%、stage Iが24.3%、肝切除が43.3%とA期に比し有意に増加した。またB期では核酸アナログ(NA)を57.0%服用していた。A期とB期の5年および10年生存率はそれぞれ22.8%と55.5%、13.3%と50.9%で有意にB期が良好であった(p<0.0001)。2) HCV抗体陽性のHCCはB期で高齢(中央値71歳)となり、Child-Pugh Aが68.4%、stage Iが24.3%、肝切除が33.9%とA期に比し有意に増加した。またインターフェロン(エリパバリン)使用歴はB群で14.3%であった。A期とB期の5年および10年生存率はそれぞれ28.5%と51.2%、11.0%と32.5%で有意にB期が良好であった(p<0.0001)。【結論】21世紀となりB型およびC型肝炎によるHCCの予後は1990年代に比し明らかに改善した。B型肝炎に関してはNAの登場で基礎の肝疾患がコントロール可能となったことから肝切除をはじめとするより積極的な治療がなされるようになったためと考えられる。一方、C型肝炎に関しては、高齢化して慢性肝炎レベルでの発癌が増加したが、肝切除をはじめとする治療を受ける割合が増えたためと考えられる。肝内転移、脈管浸潤に対応可能な肝切除がより望まれると考えられる。

S-004 当院におけるmiriplatinによる肝細胞癌治療の初期成績

¹朝日大学村上記念病院 消化器内科

○大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、加藤 隆弘¹

【目的】2010年より肝細胞癌におけるリビドドリゼーション用薬剤としてmiriplatinが使用可能となり、当院における初期治療成績について検討した。【方法】miriplatin 70mgをヨード化ケシ油脂脂肪酸エチルエステルに懸濁し、通常のTACEやTAIに準じた方法でマイクロカテーテルから投与した。注入量は最大投与量を70mgまでとし、それ以下の場合には腫瘍血管が懸濁液で充滿した時点で終了した。画像評価として投与5日目にCTを施行した。【対象】肝細胞癌患者20名(男性11名、女性9名、年齢59~90歳、平均75.1歳)に対してのべ28回施行。背景肝は、B型肝炎変2例、C型肝炎変16例、非B非C型肝炎変2例、Child-Pugh Aが17例、Bが3例であった。【結果】マイクロカテーテルからの注入は極めてスムーズで、全例においてTAI(TACE併用2例)施行可能であった。治療後の自覚的所見として、発熱は11例(55%、grade 2以上は7名で35%)であった。2相性発熱は2例(10%、治療後8~10日と9~11日まで)に認めた。9例に悪心(45%、grade 2以上は2例で10%)を来した。そのうち2例で食欲不振が継続したためアミノレバンEN投与を行った。治療前後の血液検査を比較すると、ほぼ全例で軽度の血小板数の低下・白血球数の増加を認めたが、経過観察のみで改善した。好酸球増加は2例(10%)であった。生化学検査では、AST上昇(11例)、ALT上昇(8例)、T-Bilの上昇(8例)やAlb低下(12例)を認めたが、grade 2以上は3例でSNMC等の肝庇護薬にて改善した。治療後の画像診断による治療効果はcisplatin+lipiodolやepirubicin+lipiodolによるTAIと比較してより細い血管に注入されやすく、5mm前後の小さい腫瘍に対しても十分な集積像が得られ、前回他抗癌剤使用時に不十分な集積であった例でも良好な集積を得られた。しかし、30mm前後の腫瘍になると量不足のためか、不十分な場合があり、注入するmiriplatinや懸濁液量を増やす必要性が示唆された。【結語】新規肝細胞癌治療薬のmiriplatinは既存薬と比較してより小さい結節や血管に動注可能であり、治療効果が期待できる。

S-005 進行肝細胞癌に対する動注化学療法の検討

¹豊橋市民病院 消化器内科

○林 寛子¹、岡村 正造¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、
内藤 岳人¹、山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、山本 英子¹、
川口 彩¹、河合 学¹、大林 友彦¹、山雄健太郎¹、
樋口 俊哉¹

【目的】経皮的局所治療や肝動脈塞栓療法が適応外の進行肝細胞癌や繰り返し治療しコントロール困難となった肝細胞癌は治療に難渋することが多い。このような症例に対し、CCDP動注療法やリザーバー動注化学療法（low FP動注）（動注療法）を施行し経皮的治療や肝動脈塞栓療法の治療に移行できたもしくはCRとなった症例（移行群）と移行できなかった症例（非移行群）を比較検討し、予後および奏功に寄与する因子などを検討したので報告する。【対象/方法】2004年10月より2010年3月までに当院において経験した肝細胞癌1087例のうち、動注療法を施行した111例を対象とした。平均年齢は68歳。男女比は86:25、NBNC-HCC、B-HCC、C-HCC、B+C-HCC比は20:21:69:1。Child分類はA:B:Cは49:60:2。AFP中央値は89.9、PIVKA II中央値514。CCDP動注療法:1回65mg/m²を30分で動注（上限1回100mg、肝/腎機能低下、骨髄抑制例は減量）を1クールとし、原則4週毎に施行。リザーバー動注化学療法:CCDP10mg/1h+5FU250mg/12hの10日間投与4週休薬を1クールとし、原則6週毎に施行。次に移行群と非移行群を比較検討し予後因子を検討した。【成績】動注療法にて経皮的治療や肝動脈塞栓療法の治療に移行できた症例は、116例中11例認められた。1)成因別の頻度は、非移行群ではNBNC-HCC:B-HCC:C-HCC:B+C-HCC比は、19:19:61:1、移行群では0:2:9:0と移行例ではNBNC-HCCを認めなかった。2)治療時の平均年齢は、非移行群は69歳、移行群は67歳とかわりなかった。3)男女比は非移行群は88:23、移行群は9:2とかわりなかった。4)AFP中央値は、非移行群は52、移行群は57.8。PIVKA II中央値は、非移行群は553、移行群は32と移行群で低い傾向にあった。5)Child分類は非移行群はA:B:Cは43:55:2、移行群は6:5:0と移行群の方が肝機能が良好な傾向であった。非移行群での初回治療例は、19%、移行群では、27%と移行例が高かった。【結論】今回の検討では、PIVKA IIが低値の症例、肝機能の良好な症例でCCDP動注療法やリザーバー動注化学療法（low FP動注）を施行し経皮的治療や肝動脈塞栓療法の治療に移行できた。こういった症例においては動注療法を選択することで予後の延長が期待される。

S-006 局所治療不能の進行肝細胞癌に対する Sorafenib 使用の有効性とその限界

¹三重大学 医学部 付属病院 消化器肝臓病内科

○野尻圭一郎¹、山本 憲彦¹、竹井 謙之¹

【背景】肝細胞癌（HCC）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HCCの治療成績は向上している。局所治療不能例では、これまで肝動脈塞栓療法・肝動注化学療法・生体肝移植などが施行されているが、分子標的薬であるSorafenibが本邦でも認可された。進行性HCC患者を対象とした第3相試験で、Sorafenibはプラセボに比べ全生存期間及び無増悪期間を有意に延長することが実証されている。しかし現在の所、適応症例について明確なコンセンサスはない。また、Sorafenibは幅広い有害事象を呈するが、有害事象に対する治療アルゴリズムも確立されていない。今回我々は、進行性HCC治療におけるSorafenibの位置づけ及び安全性について検討する。【方法】2009年5月より当院でSorafenibを導入した、肝切除ならびに局所治療不能のChild-Pugh A進行性HCC患者15症例について検討した。【結果】原因はHCV 7例、HBV 2例、アルコール 4例、NASH 1例、原因不明 1例であった。前治療としてTAE/RFA 3例、外科的切除 2例、TAI 9例、Low dose FP 1例であった。HCC stageは、stage3 3例、4A 4例、4B 8例であった。導入理由として、11例はHCC制御困難の為、3例は血管温存目的、1例はside effectによるFP療法継続困難の為であった。治療効果は、2例SD、10例PD、3例は副作用により中止し評価不能であった。副作用は、HTN53%（8例）、HFS33%（5例）、血小板減少27%（4例）、下痢20%（3例）、皮疹13%（2例）であり、一部の症例では減量/休薬が必要であった。【結語】分子標的薬の登場により局所治療不能の進行HCCに対する治療選択肢は増えた。しかし今回、ほとんどの症例がPDであり、単剤投与の有効性には限界があるため、他のHCC治療との併用による有効性の検討が必要である。また、集学的治療体系における位置づけも曖昧であることから、更なる症例の集積・研究を行っていく必要があると考えられた。

S-007 高度血管侵襲や遠隔転移を伴う高度進行肝細胞癌に対する治療のUp-Date

¹藤田保健衛生大学 肝・脾外科

○加藤悠太郎¹、棚橋 義直¹、所 隆昌¹、吉田 淳一¹、
香川 幹¹、竹浦 千夏¹、細川千佳生¹、杉岡 篤¹

【緒言】肝細胞癌に対する治療法は多岐にわたるが、進行肝細胞癌に対する治療法は限られており、特に高度血管侵襲や遠隔転移を伴う症例の治療法は確立されていない。われわれは高度進行肝細胞癌に対し、手術を中心として抗腫瘍剤や分子標的薬を組み合わせた集学的治療による体系化を試みているので報告する。
I. 高度血管侵襲症例（Vp3、Vp4、Vv2、Vv3）：高度血管侵襲例に対しては、まずCAM単回肝動注を行い、効果判定を行う。有効例に対しては手術単独とし腫瘍栓先進部のZone分類により術式を定型化している。無効例に対しては手術+補助療法とし、補助療法として5FU-IFN動注およびソラフェニブを用いた。高度血管侵襲例の切除例は47例で、有効例の5年生存率は65%に達する。無効例の予後は不良であるが、補助療法により改善されつつある。
II. 遠隔転移症例：遠隔転移に対してはも切除を第一選択とするが適応症例は少ない。肺転移21例中3例を切除し、最長8年生存が得られ、両葉多発例でもS1-CDDPにより3年生存が得られた。リンパ節転移14例中6例を切除し、CAM後の症例で最長7年生存、骨転移17例中3例を切除し、最長2年5カ月生存、腹膜転移12例中4例を切除し、最長6年6カ月生存が得られたが、いずれも切除不能例では長期生存例はなかった。その他副腎転移2例に切除、脳転移5例に対してガンマナイフを行ったが、長期生存例は得られなかった。
III. ソラフェニブの功罪：ソラフェニブを他治療が無効であった10例（高度血管侵襲2例、遠隔転移9例）に投与したが、4例（40%）は合併症のため中止、減量を余儀なくされた。右房内腫瘍栓と脊椎・肺転移の1例で13カ月の生存が得られ、1年生存率29%、平均生存期間10カ月であった。ソラフェニブは合併症の管理と投与時期、投与量の工夫により、さらなる効果が期待できると考えられた。
【結語】高度進行肝細胞癌であっても手術を中心とする集学的治療の体系化により予後の向上が期待できる。

S-008 HBV 関連慢性肝疾患に発生した肝細胞癌治療後の核酸アナログ投与が予後に及ぼす影響についての検討

¹岐阜市民病院 消化器内科

○鈴木 祐介¹、林 秀樹¹、富田 栄一¹

【目的】B型慢性肝疾患に対する核酸アナログ製剤投与はHBVの増殖抑制と肝機能の改善をもたらすし、肝発癌も抑制すると報告されているが、HCC治療後の予後に及ぼす核酸アナログ製剤の影響については不明な点が多い。今回、HBV関連HCCに対する根治的治療後の核酸アナログ製剤投与症例について肝癌再発率、肝予備能の変化、予後について検討した。【対象・方法】対象は1999年3月から2009年8月まで当院において根治的治療が行われた後、経時的観察が可能であった初発HCC48例。肝切除は5cm、3個以下、RFAは3cm、3個以下を対象とし、局所再発例は除外した。核酸アナログ製剤を投与された30例（投与群）と投与されなかった18例（非投与群）を比較検討した。投与群/非投与群:年齢:58±2/62±2歳、性別(男/女):23/7/14、4、T-Bil:0.9±0.3/1.1±0.6、ALB:3.7±0.7/3.7±0.7、PT%:74±13/78±19、PLT(*10⁴):12.7±5.5/12.6±5.9、HBVDNA量:6.1±1.4/4.6±1.4(p=0.002)、AFP:495±1038/254±784、PIVKA-II:2.515±1.991/1.158±3.689、腫瘍径(cm):2.2±1.0/2.6±1.3、腫瘍数(1個、2個、3個):21、6、3/12、4、2、治療法(切除、RFA):8、22/8、10。使用核酸アナログ製剤:エンテカビル18例、ラミブジン4例、ラミブジン+エンテカビル5例、ラミブジン+アデホビル3例。根治的治療前と最終確認日のChild-Pugh scoreの変化からscoreの年率変化率を求め、検討した。再発率および生存率はKaplan-Meier法で算出した。【結果】1.再発率は、投与群で1年34.2%、2年48.4%、3年54.9%に対し非投与群では1年94.4%、2年94.4%、3年69.3%、5年28.9%と投与群が有意に低率であった(p=0.027)。3.Child-Pugh scoreの年率変化率は、投与群は-0.53±2.04/年、非投与群は+0.86±2.25/年と投与群で有意にscoreの改善を認めた(p=0.036)。【結語】根治的治療後の核酸アナログ製剤投与は肝癌再発を抑制するよりも肝予備能を改善することにより、予後を改善している可能性が示唆された。

S-009 当院における脾機能亢進症を伴うC型肝炎患者に対する脾摘・PSE後IFN療法の治療成績

¹小牧市民病院 消化器内科

○林 大樹朗¹、平井 孝典¹、宮田 章弘¹

〈背景・目的〉C型肝炎におけるIFN療法において、脾機能亢進による血小板低下のため導入が困難となる症例は少なからず存在する。当院では他施設に先駆け2002年9月より血小板低値のためIFN療法の導入が行えない患者に対し、積極的に脾摘ないしPSEを施行し、その導入を試みてきた。今回、当院における脾摘・PSE後のIFN療法患者における長期経過についてまとめ、ここに報告する。〈対象・方法〉2002年9月より2010年3月までに、当院にて脾摘、またはPSEを施行しIFN療法を施行したC型肝炎患者全24症例中、2年以上の経過観察が可能であった20症例。脾摘、PSEの選択は患者個人の希望にて行った。〈患者背景〉平均年齢は59.6歳。男性9例、女性11例。HCVのセログループ1・Highは17例、セログループ2・Highは1例、セログループ2・Lowは1例。肝生検F.stageの平均は3.28。前治療としてIFN・肝癌治療の治療歴がないものは7例、IFN療法の治療歴があるものは6例、肝癌治療歴があるものは5例、IFN・肝癌治療のどちらもあるものは2例。脾摘症例は8例であり、PSE症例は12例。〈結果〉IFN療法の効果として、SVRが得られた症例は9例(45%、*内1例はSVR後2年経過時に再発)、投与中有効例は1例(5%)、再燃例は8例(40%)、無効症例は2例(10%)であった。経過中に肝癌の発病・再発を認めた症例は8例(40%)であり、うち3例は初回TAE・RFA治療により1年以上の再発を認めずに経過、1例はSVR後の多発肝癌のため転院・肝移植となり現在経過良好、12例(60%)は肝癌の発病・再発を認めなかった。IFN療法の経過中、その副作用により減量ないし休薬を必要とした症例は9例認めた。全20症例の観察期間中央値は49カ月間(24-91カ月間)であり、2例が肝癌死、1例が肝不全死の結果であった。〈結語〉全20症例中、14例が肝癌の発病・再発を認めず現在も良好な経過を得られている。C型肝炎患者における脾機能亢進、そして血小板低下はIFN療法導入の大きな妨げとなるが、脾摘・PSEによりそれらの治療が可能となり、また良好な長期経過を得られることが示唆された。

ワークショップ

第2会場

14:00～16:30

司会 名古屋市立大学大学院 消化器代謝内科学 片岡 洋望
済生会若草病院 外科 齋藤 修治

「大腸癌の診断の進歩と最近の治療」

- W-001 NBI 導入後の早期大腸癌に対する内視鏡診断と ESD-EMR/ESD 境界病変を中心に -
¹ 静岡市立 静岡病院 消化器内科、² 静岡市立 静岡病院 病理
○大野 和也¹、小柳津竜樹¹、田中 俊夫¹、高橋 好朗¹、濱村 啓介¹、岡崎 敬¹、
鈴木 亮¹、中村 尚広¹、黒石 健吾¹、近藤 貴浩¹、森木 利昭²
- W-002 大腸腫瘍に対する治療前診断法としての拡大内視鏡所見の検討
¹ 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¹、片岡 洋望¹、城 卓志¹
- W-003 当院における大腸腫瘍性病変の診断、治療の現況
¹ 名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○野村 智史¹、蟹江 浩¹、山田 智則¹
- W-004 大腸腫瘍に対する ESD の有用性の検討
¹ 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
○田近 正洋¹、近藤 真也¹、丹羽 康正¹
- W-005 当院における大腸内視鏡治療の現状
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
○竹中 宏之¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、森島 賢治¹、石原 誠¹、渡辺 修¹、
安藤 貴文¹、川島 啓揮¹、宮原 良二²、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹
- W-006 一般臨床で FDG-PET/CT 検査にて発見された大腸癌について
¹ 大垣市民病院 放射線科、² 大垣市民病院 消化器科、³ 大垣市民病院 外科
○曾根 康博¹、熊田 卓²、久永 康宏²、金岡 祐次³
- W-007 進行・再発大腸癌に対する経口剤併用化学療法 - 臨床試験を通じた新規導入 -
¹ 名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器外科学講座
○市川 俊介¹、中山 吾郎¹、小寺 泰弘¹、岩田 直樹¹、小池 聖彦¹、藤原 道隆¹、
中尾 昭公¹

W-008 XELOX 療法に対するチーム医療の実践

¹名古屋市立大学大学院 消化器外科

○佐藤 幹則¹、桑原 義之¹、竹山 廣光¹

W-009 進行下部直腸癌に対する術前放射線化学療法の効果判定における拡散強調 MRI の有用性

¹浜松医科大学 第2外科、²磐田市立総合病院 外科

○中村 利夫¹、倉地 清隆¹、中村 光一¹、沢柳 智樹¹、原田 岳¹、原 竜平¹、
深澤 貴子²、今野 弘之¹

W-010 大腸癌に対する da Vinci Surgical System を使用したロボット手術について

¹藤田保健衛生大学 下部消化管外科

○勝野 秀稔¹、前田耕太郎¹、佐藤 美信¹、升森 宏次¹、小出 欣和¹、野呂 智仁¹、
本多 克行¹、尾関 伸司¹

W-001 NBI 導入後の早期大腸癌に対する内視鏡診断と ESD - EMR/ESD 境界病変を中心に -

¹静岡市立 静岡病院 消化器内科、²静岡市立 静岡病院 病理
○大野 和也¹、小柳津竜樹¹、田中 俊夫¹、高橋 好朗¹、
濱村 啓介¹、岡崎 敬¹、鈴木 亮¹、中村 高広¹、
黒石 健吾¹、近藤 貴浩¹、森本 利昭²

【目的】大腸 ESD の適応に関し、腫瘍径 20mm までは EMR で一括切除可能とされるが、実情は部位、繊維化、手技により分割切除に至る場合もある。我々は担癌かつ EMR で分割切除となり得る病変に対しては積極的に ESD を取り入れた。当院で施行した早期大腸癌に対する内視鏡診断と ESD について EMR/ESD 境界病変を中心に検証した。【方法】NBI 導入後の 2008 年 4 月～2010 年 3 月の 24ヶ月間に ESD (周囲切開 EMR 含む) を施行した側方発育型腫瘍 (LST) 29 例のうち早期大腸癌 19 例について、EMR で一括切除し得る可能性がある 25mm 未満を A 群、それ以上を B 群とし retrospective に検討した。【成績】平均年齢 71.0 歳、腫瘍長径は 16～65 (平均 28.7) mm で A 群 10 例、B 群 9 例であった。右結腸/左結腸/直腸:5/4/10 例、形態は顆粒均一型/結節混在型/無顆粒型:2/8/9 例、深達度は M/SM1/SM2:9/8/2 例であった。SM 癌 10 例について、色素拡大観察、NBI 拡大観察のいずれも SM 浸潤部の同定は困難であった。平均治療時間/一括切除率は A 群:34 分/100%、B 群:112 分/67% であった。術中穿孔 1 例 (B 群)、非治療切除は 2 例 (SM2、共に B 群) 認められた。【結論】NBI は容易に施行し得るが、深達度診断で色素拡大観察以上の有用性は見出せなかった。本検討 A 群が比較的短時間・低リスクで治療し得るように、EMR/ESD 境界病変に対する ESD は大腸専門施設ではない当院でも安全に施行可能であった。今後の大腸内視鏡治療は、EMR・ESD いずれか一方に固執して再構築困難な分割 EMR や過長時間を費やす ESD 等に陥ることがないよう、両技術の習熟と柔軟な使い分けが必要である。

W-003 当院における大腸腫瘍性病変の診断、治療の現況

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○野村 智史¹、蟹江 浩¹、山田 智則¹

当院では大腸腫瘍性病変の診断に、拡大内視鏡観察による pit pattern 診断を導入し治療方針の決定に役立てている。また、内視鏡治療では従来、一括切除が困難であった病変に対しても ESD の導入により良好な治療成績が得られている。当院での大腸腫瘍性病変 (腺腫および早期癌) に対する診断から治療までの現況を明らかにする。2009 年 4 月から 2010 年 3 月までに内視鏡治療および外科的切除にて病理診断が得られ、かつ、術前に pit pattern 診断が行われた腺腫および早期癌 222 病変 (腺腫 162 病変、pM 癌 44 病変、pSM 癌 16 病変) を対象に pit pattern と病理診断の対応を検討した。IIIc 型では 90.4% が腺腫で、IV 型になると 57.6% が腺腫、34.8% が pM 癌となり、V₁ 型軽度不整では 64.3% が pM 癌、28.6% が pSM 癌であった。V₁ 型高度不整および V₂ 型では全例 pSM 癌であった。大腸 ESD についての検討では、2007 年 1 月から 2009 年 12 月にかけて施行された 52 病変 (内訳は腺腫 32 病変、腺腫 20 病変) を対象とした。大腸癌 32 病変での一括切除率は 90.6% であった。後出血は認めなかった。穿孔は 1 例みられたが、保存的に軽快している。デバイスには主に flush ナイフ、IT ナイフ 2 を併用し、癒痕部に対しては Hook ナイフを用いた。先端アタッチメントは全例に装着し、粘膜下層剥離が困難な場合は ST Hood に変更した。高周波は全例 ICC-200 を使用した。当院では術前の pit pattern 診断によって治療方針の決定を行い、従来の内視鏡治療が困難とされる病変でも ESD によって良好な成績が得られている。今後も症例を重ね、診断・治療の妥当性を検討していきたい。

W-002 大腸腫瘍に対する治療前診断法としての拡大内視鏡所見の検討

¹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¹、片岡 望洋¹、城 卓志¹

【背景】近年早期大腸癌に対する治療は内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) や腹腔鏡手術などが目まじしい進歩をとげているが、内科的・外科的治療適応の境界となる病変は多く存在し正確な術前診断の必要性が益々増してきている。以前より拡大内視鏡所見分類による質的診断の有用性が報告されているが、設備的な問題もあり一般施設においては高その普及率は低いのが現状である。【方法】2009 年 4 月 1 日から 2010 年 3 月 31 日の 1 年間に、治療適応の判断に苦慮する大腸腫瘍に対して拡大内視鏡検査を施行した 33 病変を対象とした。病理組織診断前の内視鏡レポートに記載された術前の診断所見と、治療後の最終病理診断所見との比較検討を行った。【結果】対象症例の平均年齢 (mean ± SD) は 67 ± 11 歳、病変の平均腫瘍径 (mean ± SD) は 22.5 ± 13.1mm であった。治療法の内訳は、EMR12 例、ESD8 例、手術 13 例であった。II 型 pit の 1 例に serrated adenoma をみとめ、III₁ 型 pit、III₂ 型 pit は全例 adenoma であった。IV 型 pit の 9 例中 5 例に Carcinoma in adenoma をみとめたが全て粘膜内癌であり、V₁ 型軽度不整は 2/6 (33%) に粘膜下層 (sm) 浸潤癌をみとめたがいずれも 1000 μm 以内の浸潤であった。一方、V₂ 型高度不整では 5/7 (71%) が sm 浸潤癌であり 4 例 (57%) が sm 深部浸潤癌 (sm 浸潤距離 > 1000 μm) であった。V₁ 型高度不整 pit pattern の根拠となった内腔狭小・辺縁不整・密在性・染色不良の 4 項目の所見のうち 1 項目のみ陽性であったものは 1/4 (25%) が sm 深部浸潤癌であったのに対し、2 項目以上陽性である 3 例はすべて sm 深部浸潤癌であった。また、V₂ 型はすべて sm 浸潤癌であり 3 例中 2 例 (67%) が sm 深部浸潤癌であった。【結論】従来の報告通り V₁ 型高度不整、V₂ 型 pit pattern を呈する症例は粘膜下層深部浸潤癌である可能性が高く手術適応を考慮すべき所見と考えられた。

W-004 大腸腫瘍に対する ESD の有用性の検討

¹愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
○田近 正洋¹、近藤 真也¹、丹羽 康正¹

【目的】内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) は、腫瘍の一括切除を行うことにより正確な病理診断が可能で、遺残再発が少なく胃・食道癌に対しては保険診療として認められているが、大腸においては未だ認められていない。今回我々は、当施設で施行した大腸 EMR・ESD の成績から大腸 ESD の必要性を検討した。【方法】対象は EMR・ESD を行った腫瘍径 20mm 以上の大腸腫瘍; 1995 年から 2004 年までに施行した EMR 143 例 149 病変 (部位: C/A/T/D/S/R = 11/18/16/17/54/33、肉眼型: 隆起型/表面型 = 113/36、組織: 癌 41) と 2005 年から 2009 年までに施行した大腸 ESD 84 例 84 病変 (部位: 3/23/14/4/9/30、肉眼型: 6/78、癌 52)。当施設の ESD は、当初スネア併用 ESD を行っていたが、2007 年 11 月からはボールチップ型 B-knife をメインデバイスとしている。【成績】肉眼型は、EMR は隆起型が多いのに対し、ESD では表面型が有意に多く、腫瘍長径は EMR 25.0 ± 6.3mm に対し、ESD 31.7 ± 9.6mm と ESD が有意に大きかった (各 P < 0.01)。一括切除率は EMR 58.4% (87/149) に対し、ESD 84.5% (71/84) と有意に高く、遺残再発率は EMR 11.4% に対し、ESD は 1.2% と有意に低かった (各 P < 0.01)。EMR の遺残再発群は、非再発群と比較して腫瘍径には差を認めなかったが、分割数に対し 17 回と有意に多かった (P < 0.01)。また、側方断端陰性率は遺残再発群 0%、非再発群 59.1% に対し、ESD 85.7% と ESD で有意に高かった (P < 0.01)。一方、ESD の遺残再発例はスネアを併用し穿孔を来した 1 例のみであった。EMR 再発例 17 例中 12 例は追加の内視鏡治療で根治し得たが、3 例は外科手術を要し、2 例は経過観察中である。合併症は EMR で出血 5 例に対し、ESD で出血 2 例、穿孔 5 例認められたが、両者に差は認めなかった。緊急手術は ESD でスネア併用による 1 例と遅発性穿孔の 2 例の計 3 例に要したが (P = 0.09)、輸血例は認めていない。【結論】大腸 ESD は、合併症の問題は残るが、EMR に比し大きな表面型腫瘍に対し一括切除が可能で、遺残再発が少ないことから over treatment を無くすための有用な選択肢である。

W-005 当院における大腸内視鏡治療の現状

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 光学医学診療部
○竹中 宏之¹、大宮 直木¹、中村 正直¹、森島 賢治¹、
石原 誠¹、渡辺 修¹、安藤 貴文¹、川島 啓輝¹、
宮原 良二²、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

【目的】大腸腫瘍は処置具、局注液の進歩によって、より広範な病変を内視鏡的に一括切除できるようになった。今回我々は当院における大腸内視鏡治療の現状について報告する。使用具は主にFlush knife、Flex knifeを使用した。局注液は主にグリセロール、ヒアルロン酸を使用した。【方法】2006年5月～2010年3月までに当院で大腸内視鏡治療を施行した82例（男性55例、女性27例、平均年齢65.0歳）が対象。病変部位、肉眼型、平均切除長径、平均腫瘍長径、平均切除時間、一括切除率、病理組織学的所見、合併症について検討した。【成績】病変部位は、盲腸4例（4.9%）、上行結腸20例（24.4%）、横行結腸11例（13.4%）、下行結腸5例（6.1%）、S状結腸12例（14.6%）、直腸30例（36.6%）であった。肉眼型はIs7例（8.5%）、Is+Ila15例（18.3%）、Isp+Ila3例（3.7%）、Ila44例（53.7%）、Ila+Ilc7例（8.5%）、SMT6例（7.3%）、いわゆるLSTは69例（84.1%）[LST-G45例（54.9%）、LST-NG24例（29.3%）]であった。平均切除長径は35.7mm、平均腫瘍長径28.4mm、平均切除時間91.2分、一括切除率78.1%であった。病理組織学的所見は早期癌57例（69.5%）[m癌45例（54.9%）、sm癌12例（14.6%）]、腺腫19例（23.2%）、カルチノイド6例（7.3%）であった。合併症は後出血9例（11.0%）、穿孔5例（6.1%）、発熱9例（11.0%）、非穿孔性腹膜炎1例（1.2%）、せん妄1例（1.2%）であった。内視鏡治療後手術は7例（8.5%）で全例が待機手術[4例は追加切除、3例は治療中断例]であった。穿孔例5例は全て保存的に改善し、内2例が追加切除となった。治療中断した3例は全て待機手術となった。【結論】大腸内視鏡治療は病変を一括切除することで、より確実に病理組織診断と治療が可能となった。手術に比しより侵襲も少なく、今後さらに普及することが予想される。

W-007 進行・再発大腸癌に対する経口併用化学療法 一臨床試験を通じた新規導入一

¹名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器外科学講座
○市川 俊介¹、中山 吾郎¹、小寺 泰弘¹、岩田 直樹¹、
小池 聖彦¹、藤原 道隆¹、中尾 昭公¹

進行・再発大腸癌に対する最新の治療として、従来の5FU持続静注を併用したFOLFOX、FOLFIRI療法に変わって、FU系経口併用のXELOX、SOX、XELIRI、IRISなどが導入されつつある。ポート留置が不要であることや持続注入器の負担がなくなることで、さらに薬剤注入の手間が大きく軽減されるなどのメリットがある一方で、服薬コンプライアンスが患者に依存されることや経口剤特有の有害事象（カペシタビンの手足症候群など）に対するマネジメントが必須であることなどの特徴があり、十分なdose intensityを保って長期間治療を継続することは必ずしも容易ではない。当科では、XELOX、SOXの導入に際し、関連病院間での治療の均てん化を目的として、臨床試験を通じた新規治療の導入を行っている。具体的には、XELOX療法に対応する試験として「オキサリプラチン stop-and-go 戦略を考慮したXELOX+BV療法」の検討（CCOG-0902）、SOX療法に対応した試験として「SOXによる神経障害回避のためのS-1メンテナンス治療についての検討（CCOG-1001）」を実施している。同様のコンセプトで施行されたFOLFIRI療法に対する臨床試験では、従来の治療強度が60%前後であったのに対し、臨床試験を通じて行うことにより80.4%まで安全かつ効果的に高めることが可能であった。臨床試験を通じてプロトコル治療を実施することで、経験的な「さじ加減」をなくし、標準治療が安全かつ標準的に行える環境を整えることが可能であると考える。

W-006 一般臨床でFDG-PET/CT検査にて発見された大腸癌について

¹大垣市民病院 放射線科、²大垣市民病院 消化器科、³大垣市民病院 外科
○曾根 康博¹、熊田 卓²、久永 康宏²、金岡 祐次³

【目的】当院は地域がん診療連携拠点病院であり、2008年にPET/CT装置を導入し、デリバリーFDGで運用している。既存の癌の評価時に新たな癌が発見されることが多く、今回は新規発見大腸癌を中心に検討した。【方法】院内一般診療としてのFDG-PET/CT検査1796件（2008年6月～2009年12月）を対象とした。男性1013件、女性783件、年齢10～95歳（平均66.6歳）で、検査理由は病期診断：600件、転移再発診断：682件、治療効果判定：113件、良悪性鑑別：162件、腫瘍マーカー高値等のスクリーニング：239件であった。検査時は依頼により219件（12.2%）に造影CT、必要に応じ796件（44.3%）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1】新規発見癌は34例/1796件（1.9%）にみられ、臓器別の内訳は大腸：11、胃：4、肺：4、前立腺：4、乳：3、腎/子宮：各2、食道/肝内胆管/脾/甲状腺：各1であり、大腸癌が最多であった。【結果2】大腸癌症例は男性8例、女性3例、年齢58～84歳（平均73.3歳）で、男性で高齢者に多くみられた。8例（72.7%）に多重癌（うち同時性7）が存在した。大腸癌病巣は全例で限局性のFDG高集積を呈し、集積長径は28±15mm、SUVmaxは早期相7.23±2.72、後期相9.04±3.21で、病変としての認識は容易であった。根治手術が7例（うち3例は重複癌と同時手術）に、EMRが2例に行われた。1例は経過観察、1例は緩和医療となった。【結論】FDG-PET/CT検査により11例（0.61%）の大腸癌が発見され、比較的Stageの浅い癌が多く、根治手術の良い適応となった。発見率は便潜血検診（0.16%：日本対がん協会2006年）やPET検診（0.26%：日本核医学会2007年）と比較すると高率であった。読影時には大腸の限局性集積に十分留意する必要がある。

W-008 XELOX療法に対するチーム医療の実践

¹名古屋大学大学院 消化器外科
○佐藤 幹則¹、桑原 義之¹、竹山 廣光¹

【背景】再発・進行大腸癌に対する化学療法は、新規抗癌剤や、分子標的薬により予後の向上が得られ、また治療の主体は外来主体にシフトしている。また、経口剤も見直され、ガイドラインでも推奨されるようになってきている。一方、capecitabine (xeloda®) は、副作用として手足症候群（Hand Foot Syndrome）が高頻度に出現する。手足症候群は、日常生活への支障やQOLの低下のため、休薬や減量が認められる。XELOX療法においても、治療中の手足症候群の早期発見、早期介入は、治療継続、生存期間の延長への寄与、患者のQOL確保のため重要である。【目的】今回、手足症候群の早期発見を目的に、チーム医療の推進の一つとして、ゼロータによる手足症候群の対策マニュアルを作成した。【マニュアルの実践】外来で化学療法のインフォームドコンセントを行う。当院では初回は原則入院としている。入院期間に、手足症候群対策の処方を行い、作製したパンフレットを用いて、医師、薬剤師、看護師よりそれぞれの立場から説明する。その後外来にて治療を継続する。治療中に手足の症状が発症した場合には、電話連絡するように指導している。がん化学療法者認定看護師は、問診票に従い手足の症状を聴取し、ブラムの分類に従いグレード評価し、継続、休薬、受診の判断をする。客観的にグレード評価を行うために、判定票を作成した。グレード3であれば休薬し直ちに受診を指示し、受診後、外来化学療法室で写真による記録記載、症状のグレードの確認、薬剤師による治療薬の服薬指導を行うようにした。今後、症例の蓄積により、問診と実際のグレードとの整合性をいかに正確にするか。また、皮疹の経時的変化の評価をいかにしていくかなどにつき検討が必要と考えている。【結語】ゼロータによる手足症候群の対策マニュアルを作成した。手足症候群の所見と電話連絡での問診の評価との整合性については、検討が必要であり、症例毎の記録は重要である。

W-009 進行下部直腸癌に対する術前放射線化学療法の効果判定における拡散強調MRIの有用性

¹浜松医科大学 第2外科、²磐田市立総合病院 外科
○中村 利夫¹、倉地 清隆¹、中村 光一¹、沢柳 智樹¹、
原田 岳¹、原 竜平¹、深澤 貴子²、今野 弘之¹

【目的】当科では進行下部直腸癌に対しS-1と放射線療法による術前化学放射線療法（CRT）を施行している。CRT治療効果判定における拡散強調MRIの有用性につき検討した。【対象・方法】2005年8月から2010年1月までにCRT後手術を行った進行下部直腸癌23例のうちCRT前およびCRT後3週に拡散強調MRIを撮影しADC値の変化を検討した14例を対象とした。CRTはTS-1 80mg/m² 28日連日経口投与、放射線治療は18Gy/日、計45Gy照射。治療効果判定はRECIST、切除標本にて行った。【結果】年齢は41歳から75歳。男性11例。女性3例。Grade3以上の副作用は認めず、全症例でCRTを完遂できた。手術術式はLAR 2例ISR1例APR 11例であった。RECISTの効果判定はCR 2例PR6例SD6例であり、組織学的効果判定ではGrade3: 2例、Grade2: 6例、Grade1b: 4例、Grade1a: 2例であった。ADC値は検討可能な9例中8例で有意に上昇しており（ $p < 0.0007$ ）、Grade2以上の効果を認めた症例でADCの上昇率が高い傾向が認められた。病理標本の検討からはADC値上昇は腫瘍内の変性壊死を反映している可能性が示唆された。【考察】進行下部直腸癌に対するS-1と放射線療法の同時併用による術前CRTは腫瘍縮小に有効であり、治療効果判定に治療前後のADC値が有用である。

W-010 大腸癌に対する da Vinci Surgical System を使用したロボット手術について

¹藤田保健衛生大学 下部消化管外科
○勝野 秀稔¹、野田耕太郎¹、佐藤 美信¹、升森 宏次¹、
小出 欣和¹、前呂 智仁¹、本多 充行¹、尾関 伸司¹

【はじめに】前立腺手術や心臓血管手術に比べ広範囲の手術操作を要する大腸手術において、da Vinci Surgical System を使用したロボット手術は欧米でもその報告は少なく、検索しえた範囲内で本邦初の手術例である。大腸癌ロボット手術に関して最近の知見を含めて報告する。【対象】2009年9月末から教室で経験したS状結腸癌3例と直腸Rs癌2例。平均年齢は62.4歳、男女比は3:2。早期癌2例と進行癌3例。【方法】ロボット手術導入のため、教室員2名がIntuitive Surgical社の研修施設でトレーニングプログラムを受講、Console surgeonとしての資格を得た。また、大学の倫理委員会でも本手術に関する承認を得ている。【手術手技】患者は右頭低位で、ロボットは左尾側よりdocking。内側アプローチで血管処理を行い、外側からS状結腸を授動。腹部操作から骨盤操作への移行時にポート位置を変更するが、ロボットはundockせずに手術操作が継続可能。直腸間膜を処理し、直腸を切離した時点でロボット操作終了、従来の腹腔鏡手術で吻合操作を行う。【結果】全手術時間は平均400分、ロボットの手術時間は286分、出血量は16gであった。全例特記すべき合併症を認めず、術後平均在院日数は5.4日。【考察】近年、大腸癌手術において腹腔鏡手術が徐々に適応を広げているが、問題点も存在する。1) 腹腔内を広く使うため、第1助手やカメラ助手がある程度手術に精通している必要がある。2) 術野は2次元平面画像である。3) 鉗子の関節可動域に制限があり、最良の角度での操作が困難な場合がある。ロボット手術はこれらを克服し、手ぶれ補正効果でより繊細な手技が可能となった。今回教室で経験した5例は平均400分を要したが、Learning curveやポート位置改良などで時間短縮は可能と考えている。【まとめ】大腸癌に対してda Vinci Surgical Systemを用いたロボット手術5例を施行した。手術は時間を要したが、出血量は少なく、術後合併症を認めず、術後平均在院日数は5.4日であった。今後、症例を重ねて本術式の安全性や費用対効果を含めた有益性について検討が必要である。

一般演題 抄録

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

O-001 多発性筋炎に合併し1年5ヶ月の経過で手術に至った特発性腸間膜静脈硬化症の1例

¹春日井市民病院 消化器科

○森岡 優¹、片野 敬仁¹、立松有美子¹、杉田 裕輔¹、尾関 貴紀¹、加藤 晃久¹、松波加代子¹、望月 寿人¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、妹尾 恭司¹、伊藤 和幸¹

症例は70歳女性。2007年10月に急性心筋梗塞にて経皮的冠動脈形成術を施行。同時期から両下肢の脱力感、2008年4月から両上肢の筋力低下も認め、当院神経内科に入院。CK上昇、ミオグロビン高値を示し、筋生検にて多発性筋炎と診断された。便秘のため数十年来の漢方薬の服用歴があり、入院中の腹部CTで上行結腸の壁肥厚、周囲の血管の石灰化を認めたため2008年5月1日大腸内視鏡施行。上行結腸から横行結腸に多発する浅い潰瘍と青紫色の粘膜変化を認め、特発性腸間膜静脈硬化症と診断した。便秘以外の自覚症状がなく経過観察となった。以後チクロピジン、アスピリン、プレドニゾンなどの内服薬にて治療されていた。2009年9月17日に右下腹部の限局性腹膜炎で当院外科に入院。絶食、抗菌薬にて改善し退院となったが、2009年10月2日下血のため救急受診し当科入院となった。腹部CTで上行結腸から横行結腸に壁肥厚を認め、周囲の血管の石灰化の所見も増悪していた。絶食、補液、輸血を行い10月5日大腸内視鏡施行。盲腸に広く深掘れの潰瘍、周囲粘膜の浮腫を認め、盲腸から脾彎曲部まで粘膜の色調は青白色で潰瘍が多発しており、いずれの所見も前回より増悪。盲腸の潰瘍が腹膜炎の原因と考えられ、輸血を要す出血の原因となったことから、10月16日外科にて大腸全摘術を施行。盲腸から下行結腸にかけて青白色の変化を認めた。病理所見では粘膜下層の小血管壁の硝子化による肥厚と結合織の増生による肥厚、血管壁に石灰化を伴う線維性肥厚を認めた。随伴する動脈にも所見を認めたが静脈の変化が強かった。特発性腸間膜静脈硬化症は稀な疾患であり、医学中央雑誌およびMedlineにて「多発性筋炎」と「特発性腸間膜静脈硬化症」をキーワードに検索したところ該当する症例はなかった。チクロピジン内服が症状の急速な進行を阻止したという報告があるが、本症例では効果がなく、多発性筋炎に合併し1年5ヶ月の経過で手術に至った特発性腸間膜静脈硬化症の1例として文献的考察を加え報告する。

O-002 クロウン病を合併した特発性腸間膜静脈硬化症の1例

¹刈谷豊田総合病院

○大森 寛行¹、浜島 英司¹、井本 正己¹、中江 康之¹、今田 数実¹、仲島 さより¹、松山 恭士¹、濱津津吉隆¹、松井 健一¹、村瀬 和敏¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹

【症例】32才、男性。既往歴はアトピー性皮膚炎。平成21年5月中旬頃から10行/日の下痢を認め、近医を受診し、抗生剤・整腸剤・ステロイドを処方されるも改善なく、6月16日に当科を受診、発熱はみられず、腹部は軟で、軽度圧痛を認めた。血液検査では、WBC12800 μ /ml、CRP9.02mg/dlと上昇を認めた。腹部X-pでは、右半結腸壁の石灰化を認め、腹部造影CTでは、上行結腸～横行結腸にかけて静脈の石灰化・全大腸壁肥厚を認め、粘膜の造影効果は全体に目立ち、特発性腸間膜静脈硬化症 (idiopathic mesenteric phlebosclerosis、以下IMP)として入院となった。入院時より、絶食、抗生剤投与とし、第3病日のCFでは、粘膜は浮腫状で暗青色を呈し、易出血であり、非連続性の縦走潰瘍や斑状潰瘍を認めた。潰瘍からの生検では、病理組織学的に類上皮肉芽腫性病変を認めなかった。また、便培養・クランティフェロ・TbのPCRは、いずれも陰性であった。IMPにIBDを合併している可能性が高いと判断し、同日よりmethaladine 2000mg/日を診断的治療として開始し、第7病日にはCRPが2.19mg/dlまで低下したが、下痢の改善を認めなかった。注腸X線検査では、S状結腸～上行結腸の狭小化・非連続性の縦走潰瘍を認めた。尚、GIF・小腸X線検査では、特記すべき異常所見を認めなかった。第14病日からprednisolone 40mg/日を開始したところ、泥状便となり、第22病日のCFでは、潰瘍は浅く縮小し、改善を認めた。以上より、IBDの可能性について再度検討し、IMPに合併したクロウン病 (Crohn's disease、以下CD)と診断し、第33病日からinfliximab (5 mg/kg)を開始し、第36病日に退院となった。以後、prednisoloneは漸減中止し、3ヶ月後のCFでは潰瘍は更に縮小傾向で、methaladine・infliximabにて現在治療継続中である。【結語】IMPの病因は不明だが、本症例では12年にわたりアトピー性皮膚炎の治療のため、多数の漢方薬の服用歴があり、病因との関連性が示唆された。また、CDを合併したIMPの報告例は医学中央雑誌ではみられず、非常に稀で貴重な症例と考えられた。

O-003 当院における、難治性潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスの使用成績

¹豊橋市民病院

○樋口 俊哉¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、内藤 岳人¹、山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、山本 英子¹、林 寛子¹、大林 友彦¹、河合 学¹、川口 彩¹、山雄健太郎¹

【はじめに】潰瘍性大腸炎に対してタクロリムスは、大腸粘膜における活性化T細胞からの種々の炎症性サイトカインの遊離を抑制するという作用機序で、大腸の炎症を抑え、症状を改善するとされる。当院では2009.7月の保険収載以降、6例の難治性潰瘍性大腸炎に対してタクロリムスを投与し寛解導入を行ったのでその治療成績を報告する。【対象】難治性潰瘍性大腸炎6例(ステロイド抵抗性5例、ステロイド依存性1例)。男性3例女性3例。全大腸炎型1例、左側大腸炎型5例で、タクロリムス導入時の平均年齢31.8歳(27-45)であった。タクロリムス導入までの罹患期間は54.8ヶ月(4-204)でタクロリムス導入後の平均観察期間は5.7ヶ月であった。【タクロリムス投与方法】初回投与にはタクロリムスとして1回0.025mg/kgを1日2回朝食後及び夕食後に経口投与する。以後2週間、目標血中トラフ濃度を10~15ng/mLとし、血中トラフ濃度をモニタリングしながら投与量を調節する。投与開始後2週以降は、目標血中トラフ濃度を5~10ng/mLとし投与量を調節する。なおステロイドは症状の改善に伴い漸減の後、離脱した。6例中、3例でGCAPを併用した。【結果】6例全例で臨床的寛解導入が可能であった。タクロリムス開始後、寛解導入までに要した期間は13.5日(2-25)で、全例でステロイドからの離脱が可能であった。寛解導入後の経過では、3例はタクロリムス開始後3ヶ月を経過したところで、タクロリムスを中止し、AZA/6-MPのオーダーメイド療法へ移行し寛解維持を得ている。1例は3ヶ月経過後もタクロリムスを継続投与しており、1例は5ASAのみで寛解維持、1例は、タクロリムス開始後2ヶ月で再燃したため、タクロリムスの増量で再度寛解導入を試みている。副作用は、1例で振戦が認められたが減量にて改善した。【結語】難治性潰瘍性大腸炎に対するタクロリムスによる寛解導入療法は、効果発現が速やかで6例全例で寛解導入効果が得られ、有用と考えられた。

O-004 難治性消化管出血を呈したサイトメガロウイルス腸炎の1例

¹山田赤十字病院 消化器科

○杉本 真也¹、山本 玲¹、山村 光弘¹、大山田 純¹、黒田 幹人¹、川口 真矢¹、亀井 昭¹、佐藤 兵衛¹、福家 博史¹

症例は67歳男性。多発関節炎(原因不明)のため、PSL 20mg/day内服中であった。2008年5月上旬に低血糖発作と血圧低下を認め、副腎機能低下が疑われ前医にて入院治療された。前医入院後、下血を認めていたが、精査は拒否されていた。数日後にHb 8.7g/dlから3.3g/dlに貧血が進行、ショック状態となり精査加療目的に当院消化器科に転院となった。入院時の上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部から上十二指腸角にかけて広範にA1潰瘍を認め、露出血管に対しクリッピング・トロンピン散布で止血処置施行した。以降タール便・貧血を繰り返したため、第1,2,8,11病日に上部消化管内視鏡による止血術施行した。第22病日、新鮮血の下血がありCF施行し、終末回腸に潰瘍を認めた。同部位より生検し、CMV感染が強く疑われたためganciclovir投与開始したが、DICによる腎不全のため第37病日に永眠された。【考察】CMV感染症はhostの年齢・免疫状態の影響を強く受け、様々な疾患を引き起こす。感染経路は先天性(経胎盤感染、母乳感染、産道感染)と後天性(幼児期→唾液を介して感染、成人→気道分泌物、性交渉)に分けられる。90%は無症候性であるが、免疫抑制状態では潜在性CMVの再燃を認めるため、免疫抑制状態で消化管潰瘍、出血をきたした場合、CMV感染を考慮し積極的に検索する必要があると考えられた。

O-005 肛門周囲膿瘍で発症し非定型の炎症性腸疾患の経過を辿った1例

¹名古屋市立大学・院医・消化器代謝内科学

○溝下 勤¹、谷田 諭史¹、水島 隆史¹、神谷 武¹、
片岡 洋望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、尾関 啓司¹、田中 守¹、
城 卓志¹

【症例】25歳、男性。既往歴、家族歴など特記すべきことはなし。2009年6月に肛門痛を主訴に近医受診し、肛門周囲膿瘍と診断された。小腸造影あるいは下部消化管内視鏡検査などの結果「クローン病（小腸大腸型）」と診断され治療が開始された。治療開始後2週間ほどで発熱と強い腹痛が出現し、血液検査で炎症反応の異常高値(WBC = 16200、CRP = 37.46)が確認され、2009年8月に当院に紹介入院となった。入院後の理学所見で強い下腹部痛と筋性防御が確認されたため、腸管穿孔あるいは腹腔内膿瘍などを疑いCT検査を施行したが上行結腸の壁肥厚を認めるのみでその他明らかな異常所見は確認されなかった。また、肛門周囲膿瘍の悪化も考慮しMRI検査を追加したが、明らかな異常所見は確認されなかった。大腸内視鏡検査では、直腸から盲腸にかけて連続性に血管透見性が消失した炎症性粘膜が存在し潰瘍性大腸炎(全結腸炎型)に近い内視鏡像であった。その他、大腸内視鏡では上行結腸からS状結腸にかけて潰瘍が散在する所見および回腸末端に小びらんが散在する所見が確認された。生検病理では、crypt abscessを伴う炎症像が確認されたが、明らかなgranulomaは確認されなかった。その他、結核・アメーバ・サイトメガロウイルスなどの感染性腸炎は便培養検査あるいは病理組織検査などから否定された。以上の結果から、クローン病の経過中に潰瘍性大腸炎の病像がoverlapした非定型の炎症性腸疾患(indeterminate colitis)と診断し、5-ASA 3000mg/日 + PSL 60mg/日 + Elental 1800 kcal/日で治療を開始した。前記の治療を開始後、症状は軽快した。PSLを漸減し、2009年9月に退院、以後外来通院を続けている。2010年2月の大腸内視鏡では、全大腸に渡って粘膜の血管透見性は保たれほぼ寛解状態であった。**【結論】**クローン病の経過中に潰瘍性大腸炎の病状がoverlapしたと考えられる非定型の炎症性腸疾患の症例を経験したので報告した。

O-006 ランソプラゾールが発症に関与したと思われる collagenous colitis の一例

¹公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科 消化器内視鏡センター

○川端 邦裕¹、井上 匡央¹、清野 隆史¹、森島 大雅¹、石川 英樹¹

Collagenous colitis は1976年にLindstromによって報告された大腸の炎症性疾患である。臨床的には血便を伴わない水溶性下痢を主症状とし、大腸内視鏡検査や注腸造影では明らかな異常所見に乏しく、組織学的に被蓋上皮直下のcollagen bandの肥厚を特徴とする。今回我々は、ランソプラゾールが発症に関与したと思われるcollagenous colitisの一例を経験したので報告する。症例は59歳男性、主訴は下痢、約1年前よりランソプラゾール15mg/日を服用中であった。既往歴：2008年6月に中部胆管癌にて手術加療されている。2009年6月、1ヶ月前より1日5行以上の下痢を認めるようになり当科受診となった。元来便秘傾向で下剤を服用するほどであった。受診日よりランソプラゾールと下剤を中止、整腸剤を服用した。中止後、便の回数は減少、便培養は陰性であった。7月全大腸内視鏡検査施行したところ、盲腸・S状結腸・直腸に発赤を伴うびらんと上行から下行結腸に軽度発赤を認めた。生検で得られた標本の病理組織学的検討では、発赤部からは被蓋上皮直下のcollagen bandの肥厚を認めcollagenous colitisと診断された。collagenous colitisの原因は明らかにされていないが、薬剤も一つの原因と考えられており、ランソプラゾールとcollagenous colitisの関連についても報告が散見される。本症例についてもランソプラゾールの内服歴があり、ランソプラゾールの中止と整腸剤の投与にて下痢症状は改善した。NSAIDsの服用歴は認められなかった。ランソプラゾールの中止で臨床症状の改善があったことから、ランソプラゾールがcollagenous colitisの発症に関与していたと考えられた。臨床症状に注意し慢性的な下痢を認めた場合、服用薬の聴取とcollagenous colitisを念頭に置くことが必要であると考えられた。

O-008 エカベトナトリウム注腸にて改善を認めた放射性腸炎の1例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科

○青木 孝太¹、荒川 直之¹、阿知波宏一¹、久保田 稔¹、石川 大介¹、國井 伸¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

症例は76歳男性。2008年1月に前立腺癌に対し70Gyの放射線療法を施行した。照射後10ヶ月より下血を認め、近医で下部消化管内視鏡検査施行したところ、肛門より13cmまでの直腸でほぼ全周性に毛細血管拡張を伴う発赤、浮腫を伴う易出血性の病変を認めた。同部位の生検組織では、表層の一部にびらんを認め、粘膜固有層に中等度の単核球浸潤とわずかに泡沫細胞の浸潤を認めた。また、粘膜固有層内の小動脈にはフィブリノイド変性が散見された。以上より放射性腸炎と診断された。当院にてステロイド注腸を施行して外来経過観察したが症状の改善が得られず、貧血が徐々に進行し、たびたび輸血を要した。治療の選択としてアルゴンプラズマ凝固、スクラルファート注腸など考慮されたが、患者と相談のうえエカベトナトリウム注腸を選択した。エカベトナトリウム1.5gを白湯150mlに懸濁し、1日2回注腸を施行したところ開始後2ヶ月で下血の頻度は低下し、貧血の進行も認めなくなった。治療開始後6ヶ月の下部消化管内視鏡検査では直腸の発赤、浮腫の著明な改善を認めた。近年、泌尿器癌、婦人科癌の治療の1つとして放射線療法が施行されることが多い。放射線治療終了後数ヶ月から数年のうちに晩発性放射性直腸炎が発症することが知られており、時に難治性の下血を繰り返して大量の輸血を必要とする場合がある。今回われわれは治療に難渋し、エカベトナトリウム注腸が奏功した放射性直腸炎の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

O-007 リン酸オセルタミビル(タミフル®)による薬剤性腸炎の1例

¹県西部浜松医療センター 消化器科

○中村 明子¹、吉井 重人¹、太田 和義¹、松下 直哉¹、下山 真¹、森 泰希¹、鈴木 聡¹、山崎 哲¹、千田 剛士¹、岩岡 泰志¹、高井 哲成¹、本城裕美子¹、影山富士人¹、山田 正美¹

【症例】21歳、女性。【主訴】血便、左下腹部痛。【現病歴】当院救急外来でA型インフルエンザの診断にてリン酸オセルタミビルを処方され服用したところ、翌日夜より血便、左下腹部痛が出現した。近医受診し、出血性腸炎の疑いで当科紹介受診、精査加療目的で入院となった。大腸内視鏡検査でS状結腸から下行結腸にかけて全周性の浮腫、びらん、出血、さらには表面に壊死組織の付着を伴う潰瘍を認めた。組織学的検査からは杯細胞の減少がみられ幼弱化を示す陰窩上皮、軽度のリンパ球・形質細胞浸潤が認められた。便培養検査で病原菌は検出されなかった。内服薬中止にて症状、内視鏡所見の改善を認めた。薬剤リンパ球幼弱化試験でリン酸オセルタミビル陽性であった。【考察】リン酸オセルタミビルによる薬剤性腸炎は稀ではあるが、本剤の副作用の1つとして留意すべきである。

O-009 Klebsiella oxytoca が検出された症例の検討

¹大垣市民病院 消化器科、²大垣市民病院 放射線科

○寺田 和始¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、曾根 康博²、谷川 誠¹、久永 康宏¹、豊田 秀徳¹、金森 明¹、多田 俊史¹、荒川 恭宏¹、藤森 将志¹、新家 卓郎¹、安田 諭¹、坂井 圭介¹、木村 純¹、安東 直人¹

【目的】抗生物質投与後に突然の血性下痢を起し、特徴的な内視鏡像を示すものを抗生物質起因性出血性大腸炎(AAHC)と呼ぶ。最近、Klebsiella oxytocaがAAHCの原因の一部であるという報告がみられ、当院において便培養、大腸内視鏡下生検組織の培養でKlebsiella oxytocaが検出された症例の検討を行った。【対象】2006年4月から2010年3月までにKlebsiella oxytocaが検出された症例に対して検討を行った。大腸内視鏡下生検組織の培養で陽性であったのは1079例中5例(0.46%：男性3例、女性2例)であり、便培養で陽性となったのは45067例中7例(0.015%：男性2例、女性5例)であった。【結果】Klebsiella oxytocaが検出された9例のうち、抗生剤がはっきりしていたのは3例であり、ABPC、SBT/CPZ、LVFX、MEPM、CEZ、IPM/CSL、VFX、VCM、SBT/ABPC、CLDMであった。症状は血性下痢が4例、下血が1例、下痢が4例であった。抗生剤の使用から症状出現までの期間は7日から20日であった。大腸内視鏡が行われたのは4例であり、縦走潰瘍、浮腫・発赤・点状出血、偽膜を認めた。【考察】血性下痢を示したものが多数であったが、下痢のみの症例もあった。AAHCという診断には至っておらず、虚血性腸炎として治療されている症例もあった。また、ただ一人偽膜を認めた症例では便中CD抗原が陽性であり、VCM内服で治療され、軽快していた。起因薬剤としては様々であり、セフェム系やペニシリン系のほか、ニューキノロン系の薬剤もあった。【まとめ】今回検出されたKlebsiella oxytocaが全て病原性をもつものであるとは言いが切れないが、すくなくとも血性下痢を伴う症例ではAAHCの可能性が強く、安易に腸炎の症例に抗生剤を処方することは慎むべきである。

O-010 外科医なら切除せざるを得ない術中所見を呈した腸間膜脂肪織炎の1例

¹岐阜大学 腫瘍外科

○徳丸 剛久¹、吉田 和弘¹、川口 順敬¹、長田 真二¹、
山口 和也¹、高橋 孝夫¹、野中 健一¹、奥村 直樹¹、
田中 善宏¹、名和 正人¹、井川 愛子¹、今井 寿¹、
佐々木義之¹、水井慎一郎¹、森光 華澄¹、佐野 仁哉¹

【症例】症例は77歳男性。主訴はなく、検診目的に当院のPETCTを受診したところ、腸間膜に高集積（SUVmax4.79）を認められた。既往歴は、甲状腺機能低下症・高血圧・前立腺肥大。CEA7.7mg/mlと高値を認めた。白血球・CRPは正常範囲内で、腹部症状は認めなかった。造影Ctにて、分葉状で5cm長の内部に石灰化を有する境界不明瞭な病変として描出され、PETCTでも集積を認めた。造影CT上、3か月の経過観察中に長径が2.5cmから増大していた。上部・下部内視鏡検査では異常は認めず、各種自己免疫性疾患も疑い精査したが、膠原病由来の炎症性疾患は否定的で、外科的診断・処置目的に当科に紹介された。術前診断として、硬化性腸間膜炎・腸間膜線維腫瘍（デスマイド）・腹膜線維症を鑑別に挙げた。平成22年3月に診断・治療を兼ねた開腹術を施行した。術中迅速診断で腹膜線維症が疑われれば、ステロイド治療を行うこととし、開葉系腫瘍が疑われる場合は切除の方針としていた。開腹すると小腸間膜の第3.4.5空腸動静脈を巻き込む、表面は著しく凹凸不整で堅い腫瘍であった。術中迅速診断では、慢性炎症細胞浸潤を伴う線維増生に富むとの診断にとどまった。CT上増大傾向を有し、またその特異な術中所見から、空腸130cmの切除を伴う腸間膜腫瘍切除を施行した。病理結果からは、マッソトリクローム染色で青染する太い膠原線維増生と、脂肪壊死の混在が主体で、一部にαSMA(+)を示す筋線維芽細胞がstoriform patternをしめしながら増殖し、巣状慢性炎症細胞浸潤、泡沫組織球集簇が散在する像を呈した。有意なIgG4陽性細胞を認めず、Mesenteric panniculitisの診断を得た。患者は術後経過は良好で、7病日に退院した。（考察）腸間膜脂肪織炎は血管炎・外傷・手術などの先行する原因がある場合と、原因不明なケースも存在する。本症例では、PET検査を契機に発見されたものの自覚症状もないものであった。自然軽快する例や、ステロイドが奏効する例も報告されているが、術中所見を目の当たりにしたら切除せざるを得ない感があった1症例を紹介する。

O-011 非閉塞性腸管虚血症の一例

¹国立病院機構 三重中央医療センター 消化器科、²国立病院機構 三重中央医療センター 外科

○川村 智子¹、二宮 克仁¹、子日 克宣¹、加藤 裕也¹、
竹内 圭介¹、渡邊 典子¹、長谷川浩司¹、横井 一²、
吉峰 修時²、谷川 寛自²、堯天 一孝²

【症例】71歳女性【主訴】心窩部痛、嘔吐【既往歴】心房細動にてジギタリス内服中、高血圧、僧帽弁狭窄症にて人工弁置換術（8年前）あり。【現病歴】X年2月8日早朝より心窩部痛が出現し、嘔吐も認めるようになった。様子を見ていたが、症状は改善しないため同日午後救急要請し、当院に搬送され、精査加療目的にて緊急入院となった。【身体所見】体温35.2℃、血圧93/53mmHg、脈拍73回/min、胸部正中に手術創あり、腹部は平坦・軟で心窩部に圧痛・反跳痛を認め、蠕動音は低下していた。【血液検査】Hgb 9.8mg/dl、WBC 5710/μl、CRP 0.05mg/dl、AST 17IU/l、ALT 13IU/l、LDH280IU/l、γ-GTP 83IU/l、T-Bill 0.5mg/dl、CPK7 4IU/l、PT-INR 2.10、Ph 7.513、PCO2 28.0mmHg、PO2 103.0mmHg、BE -0.3mmol/l【画像所見】CTにて門脈ガスと回腸に腸管気腫を認め、同部位は造影されなかった。上腸間膜動脈に閉塞はなく、非閉塞性腸管虚血症が疑われた。【術前診断】非閉塞性腸管虚血症にて緊急手術を行った。【手術所見】回腸末端約80cmに腸管内にガス貯留、色調変化を認めたため、約150cm切除し、吻合。【病理所見】Ischemic mucousal necrosis of small bowel【経過】術後、ヘパリン投与にて抗凝固療法を施行。症状の再燃はなく、退院となった。【考察】今回我々は非閉塞性腸管虚血症の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

O-012 出血を確認し得た腸管子宮内膜症の1例

¹大垣市民病院 消化器科、²放射線科

○安東 直人¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、谷川 誠¹、
久永 康宏¹、豊田 秀徳¹、金森 明¹、多田 俊史¹、
荒川 恭宏¹、藤森 将志¹、新家 卓郎¹、安田 諭¹、
坂井 圭介¹、木村 純¹、曾根 康博²

【症例】40歳代 女性【既往症】2002年に子宮内膜症【現病歴】以前より月経中の便に鮮血の付着があった。健康診断にて便潜血を指摘され、2008年3月に当科を受診、注腸造影検査後に強い腹痛と白血球数の上昇が認められ、精査加療目的にて入院となった。【経過】注腸造影検査にて直腸からS状結腸の前壁主体で偏側性の強い狭窄と腸管の長軸に垂直方向のひだが多数認められた。下部消化管内視鏡検査では直腸上部に半周性、立ち上がりなだらかな、比較的柔らかい隆起性病変があり、一部発赤、出血が認められ、これより口側のS状結腸へはスコープが通過困難であった。生検の病理組織検査では子宮内膜組織は認めなかったが、病歴、画像所見から腸管子宮内膜症が強く疑われ、婦人科、外科と相談した。狭窄が高度で通過障害が強いため、2008年4月に子宮内膜症根治手術、腸管切除術が施行された。切除腸管の病理組織検査では、粘膜下層から漿膜下層に子宮内膜組織が認められた。【考察】全子宮内膜症における腸管子宮内膜症の頻度は10～12%と報告されている。明確な治療ガイドラインはないとされており、薬物治療に加え子宮内膜症根治術+腸管合併切除が施行される例もある。腸管子宮内膜症は生検で確定診断が得られず、切除後に診断されることも多い。自験例では月経時に施行された下部消化管内視鏡にて病変からの出血が確認され、診断の一助となった。腸管子宮内膜症からの出血所見を確認し得た稀な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-013 大網裂孔による内ヘルニアが原因であった絞扼性イレウスの一例

¹公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内科・消化器内視鏡センター

○森島 大雅¹、井上 匡央¹、清野 隆史¹、川端 邦裕¹、
石川 英樹¹

症例は55歳、男性。既往例は糖尿病、尿管結石。開腹歴はなし。平成22年3月、朝に心窩部痛が出現し、昼食後に激痛となり近医を受診し、急性腹症の疑いにて同日当院外来を受診した。受診時の表情は苦痛様で、腹部全体に圧痛、筋性防御を認めた。また腹部を伸展すると疼痛の増強を認めた。血液検査では、白血球の軽度上昇とアシドシスを認めた。左側臥位での腹部レントゲンではfree airは認めなかったが、小腸niveauを認めた。腹部骨盤造影CTでは、小腸拡張、小腸壁の造影効果低下、腸間膜の収束像、脂肪織濃度の上昇、および腹水貯留を認めた。上記検査結果より絞扼性イレウスと考え、同日当院外科にて緊急手術を行った。腹腔鏡での観察では、血性腹水を中等量認め、拡張した小腸をたどると発赤した腸間膜と固定された血色不良な小腸を認めた。絞扼性イレウスと診断し、下腹部正中切開にて開腹した。開腹後の観察にて、大網に裂孔を認め、回盲部より120cmの部位の小腸が約10cm嵌頓しているのを確認できた。内ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断し、大網裂孔を開放した。血色不良であった小腸は速やかに改善を認め、腸切除することなく手術を終了した。術後経過良好で、術後8日で退院となった。今回我々は比較稀な、大網裂孔に小腸が嵌頓した内ヘルニアによる絞扼性イレウス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。

O-014 虫垂粘液嚢腫の一例

¹藤田保健衛生大学 消化管内科

○加藤 祐子¹、丸山 尚子¹、平田 一郎¹、大森 崇史¹、
城代 康貴¹、生野 浩和¹、市川裕一朗¹、前田 佳照¹、
釜谷 明美¹、大久保正明¹、小村 成臣¹、米村 穰¹、
吉岡 大介¹、鎌野 俊彰¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、
石塚 隆充¹、中川 義仁¹、長坂 光夫¹、岩田 正己¹、
柴田 知行¹

【症例】80歳代、男性【主訴】大腸ポリープ経過観察【既往歴】高血圧にて内服加療中、H21年8月に腹腔鏡下胆嚢摘出術。【現病歴】10年前より前医にて大腸ポリープ切除を繰り返していた。今年も経過観察目的に大腸内視鏡を前医で施行した際、虫垂に粘膜下腫瘍様隆起を認め、精査目的に当院紹介となった。【内視鏡所見】虫垂開口部に一致して約30mm大の粘膜下腫瘍を認めた。クッションサイン陽性の柔らかい腫瘍で、同時に施行したEUSでは粘膜下にlow echoic areaとして描出された。【経過】腹部超音波・腹部CTでも、回盲部付近に腫大した虫垂を認め、これらの所見より虫垂粘液腫と診断し、当院下部消化管外科にて腹腔鏡下回盲部切除術が施行された。【考察】虫垂粘液嚢腫は虫垂切除例の0.08～4.1%に見られ、しばしば右下腹部痛を伴い、虫垂炎の診断による切除時に発見されることがある。虫垂粘液嚢腫は良性疾患である場合が多いが、最終的な良悪性の鑑別は病理組織学的検査によるものである。また、粘液が腹腔内に穿破することで、腹膜偽粘液腫などの合併症を起こすことがあり、確実な外科的切除が必要であると考えられた。【結語】今回我々は比較的稀な疾患である虫垂粘液嚢腫の一例を経験したので報告した。

O-015 全身リンパ節転移で発見された大腸 SM 微小浸潤癌の1例

¹愛知医科大学 消化器内科

○足立百合加¹、水野 真理¹、伊藤 義紹¹、近藤 好博¹、
増井 竜太¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、河村 直彦¹、
飯田 章人¹、舟木 康¹、小笠原尚高¹、佐々木誠人¹、
中尾 春壽¹、米田 政志¹、春日井邦夫¹

【背景】早期大腸癌のリンパ節転移は約10%程度とされているが、M癌およびSM垂直浸潤距離1000 μ m未満のSM微小浸潤癌においてリンパ節転移を有する病変の報告は極めて稀である。今回われわれは、頸部リンパ節腫大を契機に発見された大腸SM微小浸潤癌の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。【症例】52歳、男性。平成22年1月左頸部の腫瘍に気づき、当院外科にてリンパ節生検を施行したところ低分化腺癌のリンパ節転移と診断されたため、精査目的に当科紹介となった。上部消化管検査では異常なく、全身CT検査で多数のリンパ節腫大が存在したが明らかな原発巣は認めなかった。PET検査で、左頸部、下腸管膜、大動脈周囲に多発する腫大リンパ節に一致した結節状集積とS状結腸付近の強い集積を指摘された。下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に直径10mm程のIIa+IIc病変を認め、pit patternはVI軽度不整型で、EUSでは第3層は保たれており深達度Mと診断した。原発巣診断目的で2月26日内視鏡切除を行った。切除標本は中分化腺癌、4×4mm、sml(450 μ m)、Inf β 、ly0、v1、蕈出なし、HM0、VM0であった。免疫染色でCK7(-)、CK20(+)、CDX-2(+)であり頸部リンパ節標本でみられた腫瘍細胞の免疫染色と同様であり大腸癌の転移として矛盾しない結果であった。【結語】本症例は、静脈侵襲陽性ではあったが、直径4mmの中分化SM微小浸潤癌であるにも関わらず、多発リンパ節転移をきたし、PET検査で指摘された極めて稀な例と考えられた。

O-016 結腸脾彎曲部の穿孔により発見された上行結腸癌を先進部とした腸重積の1例

¹岐阜大学 腫瘍外科

○佐野 仁哉¹、徳丸 剛久¹、今井 寿¹、斎藤 史朗¹、
佐々木義之¹、水井慎一郎¹、井川 愛子¹、田中 善宏¹、
奥村 直樹¹、野中 健一¹、高橋 孝夫¹、山口 和也¹、
長田 真二¹、吉田 和弘¹

【目的】今回我々は移動盲腸症を伴い、上行結腸癌を先進部とした腸重積に穿孔性腹膜炎を併発し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】症例は60代女性、生来健康。食思不振および腹痛を主訴に近医を受診した。腹部CT検査で左上腹部にtarget sign、腹腔内にfree airを認め、腸重積および穿孔性腹膜炎の診断で当院に緊急搬送された。来院時、血圧低下と頻脈を呈しており、敗血症性ショックの診断で緊急開腹手術を施行した。腹腔内を検査するに多量の膿性腹水を認め、結腸脾彎曲部において巨大な穿孔を来していた。回結腸型の腸重積であり、横行結腸は著明に拡張緊満し浮腫を伴っていた。穿孔部からは強い浮腫を伴う重積腸管の粘膜面が腹腔内に露出していた。Hutchinson手技により用手的に重積した回結腸を整復すると、上行結腸は後腹膜に固定されず移動盲腸症と判断された。また上行結腸には母指頭大の腫瘍を触知し、腫瘍近傍の盲腸に血流障害を認めた。以上の所見より、上行結腸腫瘍を先進部とした腸重積により結腸脾彎曲部で穿孔したと判断し、結腸全全摘術およびD2郭清を施行した。病理組織学的診断はmuc.med.INF.ly1.v1.PM0.DM0.RM0であり、結腸癌 A.Type5pSS.pN0.H0.P0.M0.StageIIの診断に至った。術後1ヵ月半で全身状態は改善し、現在外来で経過観察中である。【考察】本症例のように移動盲腸症を有する場合、回盲部を先進部として脾彎曲部までの非常に長距離に渡る重積を来すこともあると認識した症例であった。

O-017 結腸十二指腸瘻を形成した上行結腸癌の1切除例

¹磐田市立総合病院 外科消化器外科、²磐田市立総合病院 消化器内科

○片橋 一人¹、深澤 貴子¹、稲守 宏治¹、尾崎 裕介¹、
神藤 修¹、宇野 彰智¹、松本 圭五¹、落合 秀人¹、
齋田 康彦²、鈴木 昌八¹

症例は59歳、男性。下痢、腹部膨満を主訴に近医を受診し、腹部単純CTで上行結腸の壁肥厚を指摘され精査加療目的に当院紹介受診した。来院時右上腹部に可動性不良な手拳大の腫瘍を触知した。下部消化管内視鏡検査では遠位上行結腸に全周性狭窄を伴う2型腫瘍を認め、生検では高分化腺癌であった。同時に行った注腸造影検査では十二指腸胃へへの造影剤流出を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚乳頭対側に2/3周を占める2型腫瘍と同部位から上行結腸への瘻孔が観察された。腹部造影CT検査では上行結腸遠位部に全周性の壁肥厚と腸管傍リンパ節の腫大を認め、上行結腸と十二指腸下行脚の内腔は連続していた。肝内、肺内に遠隔転移を疑わせる腫瘍影は認めなかった。CT angiographyでは腫瘍の栄養血管は中結腸動脈の右枝で構成されていた。以上より上行結腸十二指腸瘻を形成した上行結腸癌(cSI cN1 cH0 cP0 cM0. cStageIIIa)の診断の下、結腸右半切除・乳頭温存十二指腸下行脚部分切除、Roux-en Y空腸脚による再建を施行した。術後経過は良好であり、術後10病日に退院した。進行右側結腸癌の十二指腸浸潤は解剖学的な特性から稀ではないが、本例のように瘻孔を形成する症例は少ない。遠隔転移を認めない症例では、十二指腸を合併切除し遺残なく根治切除することで、予後の延長、QOLの改善が報告されている。今回十二指腸瘻を形成した上行結腸癌を経験したので、術式の工夫とともに報告する

O-018 術前放射線化学療法後に仙骨合併骨盤内臓全摘術を行った進行直腸癌の1例

¹名古屋大学大学院 腫瘍外科学

○小出 史彦¹、上原 圭介¹、石黒 成治¹、江畑 智希¹、
横山 幸浩¹、角田 伸行¹、菅原 元¹、伊神 剛¹、
深谷 昌秀¹、板津 慶太¹、柳野 正人¹

症例は51歳女性。2年前から肛門腫瘍に気付くも放置した後に前医を初診、進行直腸癌と診断され、当科へ紹介受診した。初診時、肛門より露出するRb-P-Ra、6×5cm大の不整形の腫瘍を認め、生検では粘液癌と診断された。壁外への進展が目立ち、前方は膈後壁への浸潤、後方はS5～尾骨への浸潤が疑われた(cT4N1M0)。S状結腸双孔式人工肛門を造設した後に、術前補助療法として放射線化学療法を施行した(50.4Gy/28fr + 5FU 225mg/m²/day, CVI)。術前の画像再評価では腫瘍最大径の縮小率は15%で、RECIST判定はSDであった(ycT4N1M0)。CEAは8.4ng/mlから4.3ng/mlへ減少した。初診から4ヵ月後にS4下縁以下仙骨合併骨盤内臓全摘術を行った。病理組織学的所見は粘液癌、pA、ly1、v1、pN1、CRM(-)、ypStageIIIaで、R0切除が達成できた。組織学的治療効果はgrade1bであった。術後に骨盤死腔炎を併発し、会陰創開放によるドレナージを必要としたが、術後68日目に軽快退院した。術後補助化学療法を勧めたが、患者の強い希望で施行しなかった。術後3ヶ月のCTで肺転移を認め、術後1年2ヶ月で皮膚転移を来したが、本人の強い意志のため無治療経過観察中で術後1年8ヶ月の現在、担癌生存中である。高度局所進行直腸癌に対してはR0切除を行うことが極めて重要であり、欧米では局所制御効果の高い術前放射線化学療法を行うことが標準治療となっているが、予後改善効果は明らかでない。本邦における直腸癌切除後の再発のデータが示す通り、局所再発が最も多いものの(88%)、肺(7.5%)や肝(7.3%)への血行性遠隔転移も多く、本症例のような、術後早期の遠隔転移出現例も決して少なくないのが現状である。術前療法の必要性やモダリティーについては、さらなる検討が必要である。

O-019 直腸悪性黒色腫の1例

¹済生会松阪総合病院 外科、²済生会松阪総合病院
○伊藤 貴洋¹、近藤 昭信¹、川俣 浩之²、田中 穰¹、
長沼 達志¹

症例は67歳女性。検診にて便潜血陽性を指摘され、近医にて大腸内視鏡検査を施行。直腸に7mm大の隆起性病変を認めた。生検の結果悪性黒色腫の診断で当院に精査加療目的に紹介となった。当院でも再度大腸内視鏡検査を施行、直腸Rbに7mm大の黒色の隆起性病変を認め、その周囲7-8mmに散在する粘膜の黒色変化を認めた。EUSで観察すると。病変は7.2mm×5.6mmの低エコー像を示したが、進捗度はmまたはsm浅層と思われた。腹部US、CT、PET-CTでは明らかなリンパ節転移、遠隔転移を示唆する所見はなく、大腸癌取扱規約に準ずるとTmNOM0、皮膚悪性黒色腫のUICC分類に準ずるとT4aNOM0と考えられた。患者の希望もあり、腹会陰式直腸切除術を施行した。組織組織学的検索では粘膜、粘膜固有層に異型細胞を認め、HMB45染色にて陽性を示したが、粘膜下層への浸潤はなく、pTisNOM0と診断した。周囲の粘膜の黒色部には明らかな異型細胞は認めなかった。術後4カ月現在無再発生存中である。比較的早期の直腸悪性黒色腫を経験したので文献的考察を加え、報告する。

O-020 胸部違和感を主訴に来院した食道粘膜下血腫の一例

¹藤田保健衛生大学病院 消化器内科
 ○釜谷 明美¹、大森 崇史¹、城代 康貴¹、加藤 祐子¹、
 市川裕一朗¹、前田 佳照¹、生野 浩和¹、米村 穰¹、
 大久保正明¹、小村 成臣¹、丸山 尚子¹、吉岡 大介¹、
 鎌野 俊彰¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、石塚 隆充¹、
 中川 義仁¹、長坂 光夫¹、岩田 正己¹、柴田 知行¹、
 平田 一郎¹

【症例】68歳 男性【主訴】胸部違和感【既往歴】高血圧、脳梗塞（3年前）、陈旧性心筋梗塞（15年前）ワーファリン、バイアスピリン内服中【現病歴】平成22年3月中旬より嚥下困難を自覚、3月18日夕食摂取後より心窩部、胸部、背部にかけて痛みを感じ当院時間外外来を受診した。診察時に新鮮血を吐血したため緊急上部内視鏡検査を施行することとなった。【受診後経過】受診時のバイタルサインは血圧が161/110mmHgと高い以外に異常は認めなかった。内視鏡所見にて食道入口部から食道・胃接合部まで浮腫状粘膜と暗赤色血腫を1/2周に認め食道内腔をほぼ閉塞していた。胸腹部造影CTを施行し食道全体に血腫を認めた。また同部位への明らかな大動脈との交通や血栓を形成する責任動脈は指摘できず、この時点で食道粘膜下血腫を疑った。同日精査加療目的に当院緊急入院とし安静、絶食、血圧管理、制酸剤の投与を開始した。翌日胸部造影CTを施行し、動脈相にて食道血腫への淡い濃染と血腫の増大傾向を認めた。その後胸部違和感は徐々に改善、第3病日の胸部造影CTにて血腫の増大がないことを確認した。入院時より持続していた吐血も改善し、胸部違和感の軽減と確信された。また食道透視では門部から22cm～35cmに辺縁整な顆粒状変化を伴った浅い潰瘍の形成を認めた。食事開始後も現在まで再発はなく経過良好である。【結語】今回、非常に稀な疾患である食道粘膜下血腫の一例を経験したので報告する。胸部違和感、吐血で来院した場合には緊急性の高い心血管系疾患の鑑別他に念頭におくべき疾患である。

O-022 胃隆起性病変における NBI 併用拡大観察の血管構築像と病理組織学的所見との関連

¹藤田保健衛生大学病院
 ○大森 崇史¹、神谷 芳雄¹、田原 智満¹、市川裕一朗¹、
 前田 佳照¹、生野 浩和¹、釜谷 明美¹、米村 穰¹、
 小村 成臣¹、大久保正明¹、吉岡 大介¹、丸山 尚子¹、
 鎌野 俊彰¹、藤田 浩史¹、中村 正克¹、石塚 隆充¹、
 中川 義仁¹、長坂 光夫¹、岩田 正己¹、柴田 知行¹、
 平田 一郎¹

背景・目的：NBI併用拡大内視鏡は、粘膜表面の血管パターンを容易且つ明瞭に可視化できる。NBI拡大観察による血管構築像が表面陥凹型、表面隆起型早期胃癌の診断に有用であることが報告されてきた。本研究では、胃の隆起性病変におけるNBI拡大観察による血管構築像の診断的有用性を検討した。方法：95例の胃隆起性病変（胃底腺ポリープ19例、過形成性ポリープ47例、胃腸瘍性病変29例（高分化型腺癌27例、腺腫2例））を対象とした。NBI拡大内視鏡写真の、最も優位な血管構築像を3名の内視鏡医による意見一致により分類した。結果：全95例の胃隆起性病変のNBI拡大内視鏡による血管パターンは、honeycomb、dense vascular、fine network、core vascular、unclearの5種類に分類し得た。Honeycombパターンの胃底腺ポリープ診断能は感度94.7%特異度97.3%であり、またdense vascularパターンの過形成性ポリープ診断能は感度93.6%特異度91.6%と良好な結果であった。core vascular、fine network、unclearの血管構築像は腫瘍性病変に対してそれぞれ97%、100%および100%と高い特異度を示し、これらのパターンの組み合わせによる腫瘍性病変の診断能は感度86.2%、特異度96.9%と比較的良好であった。4例の高分化腺癌では、過形成性ポリープを示唆するdense vascularパターンを認め、これらの症例では過形成性ポリープ内に巣状の高分化型胃癌の成分が含まれていた。よって、dense vascularパターンではまれに、腫瘍性病変を合併していることを念頭におく必要があると考えられた。結語：胃隆起性病変に対するNBI併用拡大観察による血管構築像は病理組織学的所見とよく関連しており、診断に有用と考えられた。

O-021 食道 ESD 後に肺塞栓症を来した一例

¹愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、²愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
 ○小倉 健¹、丹羽 康正²、田近 正洋²、河合 宏紀²、
 近藤 真也¹、原 和生¹、澤木 明¹、水野 伸匡¹、
 肢岡 範¹、佐伯 哲¹、赤羽 麻奈¹、羽場 真¹、
 山雄 健次¹

症例は60歳代女性。既往症に高血圧、高脂血症（内服加療中）。平成21年11月4日、検診で施行された上部消化管内視鏡検査（EGD）にて食道に異常を指摘され、精査加療目的に当院に紹介となった。EGDでは、胸部中部食道に7cm長、約半周性の血管透視の消失した浅い発赤調の陥凹があり、ルゴール散布では不染域として観察され、生検で扁平上皮癌が検出された。NBI拡大観察では、IPCLはV-2、超音波内視鏡検査では、第3層は保たれていた。以上より、食道癌0-2c、深達度はLPMまでと判断し、平成21年12月21日にESDを施行した。ESDはフラッシュナイフ®を使用した。術中、一部筋層が露出した為、同部位をclipで縫縮したが、皮下気腫はなく、その他も大きなトラブルなく終了した。病変は広範囲であったこともあり、施行時間は5時間46分を要し、鎮静剤を多量に使用した為、同日は覚醒しない状態であった。翌日早朝、トイレに行こうと立ち上がったところ、急に胸部不快、呼吸困難を訴え、酸素飽和度の低下（SpO2=78%）を認めた。胸部造影CTでは、胸部下部食道周囲から、上縦隔、胃周囲にair像を、肺動脈末梢での造影効果の欠損像を認め、ESD後縦隔気腫、末梢型肺血栓塞栓症と診断した。直ちに酸素投与、ヘパリンナトリウムによる血栓溶解療法、ワルファリンカリウムによる抗凝固療法を開始した。下肢静脈エコーや、腹部骨盤造影CTでは明らかな血栓は認めず、徐々に安静解除、ワルファリン投与を行った。なお、縦隔気腫に関しては、保存的加療で改善した。以後、経過良好であった為、第24病日に退院となった。なお、最終病理組織診断では、pM2/T1a-LPM、0-2c、64×32mm、ly0、v0、LM(-)、VM(-)であった。ESDにおける深部静脈血栓症（DVT）は、高齢者や、術中術後の長期臥床などが発症のriskと言われているが、自験例の様に肺血栓塞栓症を来した報告例は極めて少ない。ESDが普及する中で、注意すべき偶発症であると考え、今回、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-023 多彩な消化器転移を示した皮膚原発悪性黒色腫の一例

¹静岡市立静岡病院 消化器内科
 ○近藤 貴浩¹、黒石 健吾¹、中村 尚広¹、鈴木 亮¹、
 岡崎 敬¹、大野 和也¹、浜村 啓介¹、田中 俊夫¹、
 高橋 好朗¹、小柳津竜樹¹

症例は49歳女性。既往歴に特記すべきことなし。腹痛を認め近医受診。PPIなど処方されるも腹痛改善せず、当院消化器内科受診となった。初診時の身体所見で心窩部に硬節を触知し、腹部超音波検査で肝臓に多発する腫瘍を認めた。血液検査ではAST/ALT 69/82と肝機能障害を認めるも腫瘍マーカーはCA125が軽度上昇を示すのみであり、その他は全て陰性であった。疼痛も強く、精査・加療目的にて同日入院となった。入院後に施行した肝臓ドナミックCTにて動脈相で造影効果のない腫瘍が多発しており、Douglas窩に腹水を少量認めた。その他、両側乳腺、両肺野に結節を認め子宮体部にも造影効果の乏しい境界不明瞭な腫瘍を認めた。転移性肝腫瘍と考え上部消化管内視鏡検査を施行。病変にて胃と同様の異型細胞の浸潤を認め、細胞質には淡い褐色の色素沈着を認めた。悪性黒色腫も疑われる結果であった。免疫染色（S100蛋白、HMB45）陽性であり悪性黒色腫と診断された。悪性黒色腫を疑い、再度病歴の聴取、全身精査を行った。右大腿に1ヶ月前から急速に増大する黒色腫を自覚しており、大きさは母指頭大で、一部自壊しており出血を伴っていた。同部位を皮膚科にて切除行い、悪性黒色腫の診断となった。本症例では全身状態不良であり、全身治療法は施行せず対症療法のみ行い初診時より約1ヶ月後に死亡した。悪性黒色腫は比較的早期から血行性転移やリンパ節転移を来しやすく予後不良である。本邦における消化管の悪性黒色腫の報告では食道や直腸肛門部が多く報告されている。悪性黒色腫の消化管の転移は約4%に認められたと報告されており小腸、胃、結腸の順に多いとされている。本症例でも胃の内視鏡検査、造影上で悪性黒色腫の転移に特徴的な所見であった。その他、肝臓・大腸・十二指腸と多彩な転移を示した悪性黒色腫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。

O-024 化学療法に対する感受性の違いが確認できた胃原発腺扁平上皮癌・低分化型腺癌の同時性多発胃癌の一例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科

○阿知波宏一¹、荒川 直之¹、青木 孝太¹、久保田 稔¹、
石川 大介¹、國井 伸¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

胃腺扁平上皮癌は全胃癌の1%程度に認められる比較的まれな疾患である。今回我々は化学療法中に幽門狭窄を呈し手術を施行されたため、組織学的に化学療法に対する感受性の違いが確認できた胃原発腺扁平上皮癌・低分化型腺癌の同時性多発胃癌の貴重な症例を経験したので報告する。症例は60歳代の男性。数ヶ月続くタール便を主訴に2009年4月に受診した。来院時の血液検査所見はWBC:7200/ μ l、Hb:7.4g/dl、RBC:249 $\times 10^3$ / μ l、HCT:21.7%、Plt:67.6 $\times 10^3$ / μ l、CEA:1.4 ng/ml、CA19.9:195 U/ml、SCC:0.9 ng/mlであり貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃体上部後壁に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発赤とひだの肥厚がみられ、著明な拡張不良と出血を伴っていた。生検の結果、体上部の病変は低分化腺癌、体下部の病変は腺扁平上皮癌と診断された。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、肝臓への転移を認め切除不能と判断したため、TS-1 100mg/body (day1~21)、cisplatin (CDDP) 85mg/body (day8)を開始した。2クール終了後、腹部CT検査では、腹腔内リンパ節腫大の著明な縮小、肝転移巣の良好な縮小がみられたが、上部消化管内視鏡検査においては、胃体上部後壁の腫瘍の周堤の平定化と中心陥凹の縮小をみとめたが、胃体下部から角部にかけての拡張不良は改善せず、腫瘍は増大傾向にあると考えられた。その後も腺扁平上皮癌部からの出血による貧血が進行し、適宜輸血が必要な状態となった。4クール終了後には幽門狭窄症状を呈したため化学療法は中止し、出血コントロール目的にて胃全摘出術を施行した。術後病理組織所見は、胃体上部の低分化腺癌部は、固有筋層に達する潰瘍を認めるも異型細胞を認めず癌細胞が完全に消滅していた。しかし胃体下部から前庭部にかけて全周性で粘膜下腫瘍様に広がる腺扁平上皮癌部では、異型細胞の1/3程度の変性壊死がみられたのみであり、両者に明らかな化学療法に対する感受性の差異が認められた。

O-025 術後9年目に骨髄癌症として再発した早期胃癌の1例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科
 ○武藤 久哲¹、荒川 直之¹、青木 孝太¹、阿知波宏一¹、
 久保田 稔¹、石川 大介¹、國井 伸¹、渡辺 一正¹、
 奥村 明彦¹

胃癌の術後再発の多くは術後5年以内に生じることが多く、また、再発の形態としては骨や骨髄への転移再発は稀である。今回我々は、早期胃癌術後9年目に播種性血管内凝固症候群(DIC)を伴った骨髄転移で再発したいわゆる骨髄癌症の1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。症例は66歳男性。9年前に他院で胃癌(pT1, pN0, pM0, pStage1A)に対して幽門側胃切除+D2郭清術が施行された。今回、右上下肢痺痺と失語にて当院救急外来を受診し、MRIにて左中大脳動脈領域の脳梗塞を認めため入院となった。入院時より腰痛を認め、ALPは2445IU/Lと高値であった。入院1ヵ月後に施行した腰椎MRI、CTにて椎体、仙骨、腸骨に多発性の骨溶像を認めた。その頃より、出血傾向を認め、血小板減少、凝固機能障害を認めた。骨髄生検を施行したところ、一部管腔構造を有する異型細胞巣を認めたため、悪性腫瘍の骨髄転移、及びそれに伴うDICと診断し、メシル酸ガベキサート1000mg/日による治療を開始した。原発巣の検索のため上部消化管内視鏡検査を施行したが異常所見は認められず、CEA、CA19-9、PSAなどの腫瘍マーカーは陰性であった。ガリウムシンチ、PET-CTを施行するも溶骨部位を含め異常集積は認められず原発不明であったが、9年前の他院での胃切除標本と当院での骨髄標本を照合したところ、免疫学的染色のプロファイルが一致したため胃癌の骨髄転移と診断した。TS-1による化学療法を開始したところ血小板は徐々に増加し、DICコントロールは比較的良好な状態となっている。

O-027 胃癌穿孔に対し保存的治療の後、待期的切除を行った1例

¹松阪市民病院 外科
 ○青木秀次朗¹、下村 誠¹、谷口健太郎¹、佐藤 梨枝¹、
 小倉 嘉文¹、世古口 務¹

今回胃癌穿孔に対し保存的治療の後、待期的切除を行った1例を経験したので報告する。症例は57歳男性、H21年3月6日、突然の心窩部痛にて前医を受診。上部消化管穿孔の診断で緊急入院となった。保存的治療にて症状軽快したが、その後の精査にて胃癌穿孔と診断され、手術的に当科転院となった。入院時、血液検査にてCA19-9が12000、CEAが101.8と異常高値であった。GTF検査では胃体中部小弯側に境界不明瞭な2型進行癌を認めた。CTでは胃体中部小弯側の壁肥厚、および同部位のリンパ節転移が疑われた。以上より胃体部進行胃癌の診断で手術を施行した。開腹すると、肝転移、腹膜播種はなく、胃体部腫瘍は肝外側区域と腹壁、および肝鎌状靭帯に浸潤しており、同部位の肝臓および腹壁を合併切除した後、胃全摘出、脾摘出、胆のう摘出術を施行した。手術所見はT4,N1,H0,P0,CY0,M0,STAGEIIIB,根治度B、切除標本所見では7cm大の3型病変で漿膜面に明らかな腫瘍露出はなかった。病理組織学的所見ではtub2、infβ、ss、ly3、v2、n2、PM、DMであり、著明なリンパ管侵襲と広範なリンパ節転移を認め、STAGE IIIAであった。術後経過は良好で入院42日目に退院。外来にてTS1+タキソールによる化学療法施行した結果、腫瘍マーカーは一旦正常化した。昨年10月より再上昇を認めため、化学療法をTS1+CDDP療法に変更し、術後12ヵ月現在、無再発生存中である。胃癌穿孔例の治療方針については、腹膜炎による患者の全身状態と癌の根治性の両面から術式を選択する必要があると考えられる。本症例では胃癌穿孔発症時に、癌の診断が確定しておらず、患者の全身状態は安定し、腹膜炎が上腹部に局限していたことから保存的治療を施行後、2期的に胃切除を施行した。胃癌穿孔時の保存的治療は、まだ標準治療としてコンセンサスが得られていないが、全身状態を改善し、2期の根治術を行う上で有用であると考えられた。

O-026 胃全摘術 Roux-en-Y 再建後に内ヘルニアを発症した2例

¹三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学、²三重大学大学院医学系研究科 先端的外科技術開発学
 ○川村 幹雄¹、大井 正貴¹、北嶋 貴仁¹、安田 裕美¹、
 田中 光司¹、毛利 靖彦^{1,2}、三木 智雄¹、楠 正人^{1,2}

胃全摘術(antecolic route)・Roux-en-Y再建術後に内ヘルニアを発症した2例を経験したので報告する。【症例1】64歳男性。胃癌 UM, Post-Less, Type0-IIc+III, T2, N1, M0, StageIIBに対し胃全摘術(Roux-en-Y再建, antecolic route)を施行後5ヵ月の患者。右上腹部痛・嘔吐を主訴に当院救急外来を受診した。来院時、右上腹部に限局した腹膜刺激症状を呈していた。CTで上腸間膜動脈を中心に腸間膜の右方向への捻転、腹水を認め、絞扼性腸閉塞の疑いで緊急手術となった。開腹所見では挙上空腸間膜と横行結腸との間隙から空腸挙上脚から空腸空腸吻合部を含め約2mの小腸が270度捻転・陥頓し、挙上空腸から空腸空腸吻合部まで軽度のうっ血を認めた。上記間隙をヘルニア門とする内ヘルニアと診断した。用手的に捻転・陥頓を解除するとうっ血は改善されたため、腸管切除は不要であった。ヘルニア門となった空腸挙上脚と横行結腸との間隙を閉鎖し手術を終了した。術後経過は良好で第10病日で退院となった。【症例2】61歳男性。胃癌 ML, Gre, Type3, T4a, NX, M1 HEP,StageIVに対し、減量手術目的に胃全摘術(Roux-en-Y再建, antecolic route)を施行後6ヵ月の患者。腹痛を主訴に当院救急外来を受診。来院時腹痛は軽快傾向にあり、理学所見、画像所見上明らかな異常所見を認めず経過観察のため入院となった。入院後3日目に腹痛が再燃したため再度CTを施行したところ上腸間膜動脈を中心として腸間膜の捻転を認め、絞扼性腸閉塞が疑われ手術を施行した。開腹所見では挙上空腸間膜と横行結腸との間隙から空腸空腸吻合部より5cm口側の小腸から約1mの小腸が陥頓していた。用手的に環納すると挙上空腸・吻合部に明らかな血流障害の所見を認めなかったため腸管切除は施行しなかった。症例1と同様に空腸挙上脚と横行結腸との間隙を閉鎖し手術を終了した。術後経過は良好であり、第8病日に退院となった。【考察・結語】胃全摘術後に起こる、腸間膜欠損部に起因する内ヘルニアは、吻合部を含めた大量の腸管が壊死に陥る可能性があるため早期診断が重要である。

O-028 胃GISTに対する腹腔鏡・内視鏡共同胃局所切除術(Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery:LECS)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名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学
 ○鶴留 一誠¹、宮原 良二²、坂野 剛紀¹、松坂 好平¹、
 坂巻 慶一¹、立松 英純¹、古川 和宏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²、渡辺 修¹、前田 修¹、安藤 貴文¹、
 後藤 秀実¹、岩田 直樹³、藤原 道隆³、中尾 昭公³

【背景と目的】GIST治療ガイドラインにて2~5cmの胃粘膜下腫瘍は腹腔鏡下手術の適応とされている。しかし内腔発育型腫瘍では過剰な胃壁切除を伴うことが少なくなく、食道胃接合部近傍や幽門輪近傍の病変では噴門側胃切除や幽門側胃切除といった過剰侵襲を伴う術式が選択されることもある。当院では病変位置の同定と切除の際の適切なマージンの確保を目的として、2009年11月より腹腔鏡・内視鏡共同胃局所切除術(Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery:LECS)を臨床研究として導入した。【症例】60歳代女性。腹痛・下痢・下血を主訴に近医受診。腹部CTにて胃噴門部に腫瘍を認め、内視鏡検査にて弓隆部に25mm大の内腔発育型胃粘膜下腫瘍を指摘され、精査目的で当院紹介となった。超音波内視鏡検査では第4層に連続する境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍を認め、超音波内視鏡下穿刺吸引術にてGIST(c-kitおよびCD34陽性)と診断した。十分な説明の後に同意を得て、LECSを行った。全身麻酔下に腹腔鏡を用い、病変周囲の血管を処理した。次いで内視鏡を挿入し、ITナイフ2にて腫瘍の辺縁を約半周性に粘膜下層まで切離し、その後全層切開を追加した。腫瘍を漿膜面に反転させ、切離開始部位と腫瘍付着部を鉗子でつり上げ、自動縫合器を用いて腫瘍を切離し、穿孔を閉鎖した。手術時間は2時間35分、出血量89mlであった。病理診断はGIST、low risk(MIB-1 index 2~3%)であった。縫合不全、狭窄、穿孔等の術後合併症は認めず、術後第4病日に退院となった。【結論】LECSは最小限の胃壁切除で胃粘膜下腫瘍切除が可能である。また食道胃接合部や幽門輪近傍の病変にも応用可能であり、過剰な胃切除を避けることにより機能温存やQOLの維持にも寄与する。

O-029 当院における消化管ステント留置術の成績

¹豊橋市民病院 消化器内科

○田中 浩敬¹、浦野 文博¹、藤田 基和¹、内藤 岳人¹、
山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、山本 英子¹、林 寛子¹、
大林 友彦¹、河合 学¹、川口 彩¹、山雄健太郎¹、
岡村 正造¹

【はじめに】消化管ステント留置術は主に切除不能な悪性疾患に伴う消化管の狭窄や閉塞、ろう孔形成等に対して行われ、癌患者のQOLを向上する治療法として位置づけられている。今回我々は、当施設における消化管ステント留置術の成績について、臨床学的事項を検討したため若干の文献的考察を加えて報告する。【対象と方法】2007年1月から2010年3月までに、当施設にて行われた消化管ステント留置術27例33件（男性17例20件、女性10例13件）、平均年齢67.4歳（51-85歳）について検討した。【結果】ステント挿入の適応となった原疾患の内訳は、食道癌7例7件、胃癌14例19件、肺癌2例2件、胆嚢癌1例2件、肺癌2例2件、乳癌1例1件であった。初回技術成功率は100%で、全ての症例で偶発症なく手技を完了することが可能であった。ステント留置後在宅への退院が可能となったのは16件（48.5%）であり、留置術後退院までの平均日数は21.6日であった。ステント閉塞をきたし再挿入を必要とした症例は6例（22.2%）であり、平均63.7日で再挿入術が施行されている。ステント留置後の平均生存期間は110.8日であった。ステント挿入後から経口摂取が再開されるまでの日数は平均3.5日であった。【結語】消化管ステント留置術は悪性疾患に伴う消化管狭窄や閉塞に対する治療として、安全かつ早期に経口摂取を再開することが可能となりQOL改善に有効な方法であった。

O-030 Paclitaxel weekly 投与および内視鏡的 Metallic stent 挿入にて通院治療可能となった大量腹水を伴う胃悪性狭窄の一例

¹名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学 消化器内科
○柿澤 麻子¹、平嶋 昇一¹、浦岡 正尚¹、横井 美咲¹、
斉藤 雅之¹、玉置 大¹、龍華 庸光¹、日比野祐介¹、
渡邊 久倫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】食道悪性狭窄に対してSelf expandable metallic stent（以下、EMS）留置術の有用性が示されているが、胃悪性狭窄に対する有用性の報告はまれである。今回、大量腹水を伴う胃悪性狭窄に対してPaclitaxel weekly投与およびEMS留置により患者のQOLの劇的な改善がえられ通院治療が可能となった一例を経験したので報告する。【症例】69歳男性 2008年12月心窩部痛を主訴に近医を受診し、胃痛疑いにて当院へ紹介となった。上部消化管内視鏡にて前庭部に3型の進行癌が認められ、CTにて腹部大動脈周囲のリンパ節腫大認められたため切除不能進行胃癌と判断しS-1+CDDP+Paclitaxelの3剤併用療法を6クール施行した。2009年8月より病変の増悪が見られたため、S-1+CPT-11を4クール施行した。2010年2月上旬より、腹水の急激な増加と食事摂取不能を認め2月15日入院となった。入院時の胃造影検査では前庭部の狭窄が著明で、造影剤の十二指腸への通過はほとんど認められなかった。患者の経口摂取に対する強い希望があり、2010年2月23日前庭部悪性狭窄部に内視鏡的にEMSを留置した。留置後のEMSの一時的な拡張によると思われる疼痛及び著明な腹水による腹膜の伸展痛などにより麻薬の導入となった。2月26日よりPaclitaxel weekly投与を開始し、約2週間後には腹水の減少を認め、腹痛改善及び固形物の経口摂取も可能となり、3月19日退院した。2010年4月現在外来にて元気に化学療法を継続している。【結語】本症例は、3rd line 化学療法及びEMSの留置が患者のQOLを大幅に改善した一例である。終末期がん患者における化学療法・内視鏡的な治療は緩和治療において非常に有効と考えられた。

O-031 悪性幽門狭窄に対し消化管ステントが有用であった胃癌の一例

¹岐阜市民病院 消化器内科

○堀部 陽平¹、杉山 昭彦¹、大西 祥代¹、宮崎 恒起¹、
鈴木 祐介¹、小本曾富生¹、川出 尚史¹、岩田 圭介¹、
林 秀樹¹、向井 強¹、西垣 洋一¹、名倉 一夫¹、
加藤 則廣¹、富田 栄一¹

【はじめに】近年、緩和医療としての内視鏡治療の必要性が高まっている。従来、幽門狭窄に対するステント治療は挿入手技が困難であり一般的ではなかった。本年4月より経内視鏡下に挿入可能なステントが保険取扱いされ、我々も使用する経験を得たので若干の考察を加え報告する。【症例】79歳男性、B型肝炎にて近医通院中、体重減少と浮腫の精査のため平成22年2月12日当院紹介。上部消化管内視鏡検査（GIF）、US、CTにて、多発肝転移、肝直接浸潤を伴った胃前庭部幽門部癌と診断した。幽門狭窄のため内視鏡の通過は不可能であったが胃内食物残渣は認めなかった。経口摂取も可能であり全身化学療法目的にて2月18日当科入院となった。しかし化学療法施行直前の2月26日に、DIC、左鎖骨化動脈閉塞、多発脳梗塞を併発した。対症療法にて全身状態は改善したが脳梗塞後遺症のためPSは0から4と著明に低下し化学療法は中止となった。3月31日より嘔吐が出現しGIFにて幽門部狭窄の増悪を認めた。経鼻胃管ドレナージを行ったが苦痛も強く、QOLを考慮し4月12日にステントを留置することとなった。まず内視鏡を狭窄部まで挿入し、ガイドワイヤーを挿入し、その後WallFlex Duodenal Stent 9cm（Boston Scientific社製）を内視鏡下に挿入した。翌日のGIFではステントは拡張し、内視鏡の通過も可能であり、嘔吐も消失し有用と考えられた。【考案】従来は胃癌の狭窄に対しても食道用ステントを使用していたが、深部での挿入は非常に困難であった。しかし、WallFlex Duodenal Stentは経内視鏡下での容易な挿入を可能とし、細かい網目構造のため強い形態保持力を有し屈曲部での挿入にも優れていると思われた。一方、このステントはbared typeであり、migrationの危険は少ないものの腫瘍のingrowthや出血などの危険性があると思われた。将来的には挿入性を損なわないcovered typeの消化管ステントの開発が望まれる。【結語】今回我々は悪性幽門狭窄に対し消化管ステントを挿入し有用であった一例を経験した。

O-032 悪性十二指腸腸狭窄に対し十二指腸用メタリックステントを使用した2例

¹豊橋市民病院

○山雄健太郎¹、北畠 秀介¹、浦野 文博¹、内藤 岳人¹、
藤田 基和¹、山田 雅弘¹、山本 英子¹、林 寛子¹、
大林 友彦¹、河合 学¹、川口 彩¹、岡村 正造¹

【背景】膵癌をはじめとした悪性十二指腸腸狭窄に対しては元来、胃空腸吻合などの方法が行われてきたものの、全身状態不良例では手術が不可能な症例が少なからず存在する。海外においては悪性十二指腸腸狭窄の症例に対し、十二指腸腸用ステントの有用性の報告があるものの、本邦では十二指腸腸用ステントの認可がなく、やむなく食道用ステント等で代用するケースをしばしば経験してきた。しかしながらステントの追従性が悪く、狭窄部に対する位置ずれ等の問題も認められた。平成22年4月より本邦においても悪性十二指腸腸狭窄に対する専用ステントが認可され、Boston Scientific社よりWallFlex Duodenal Stent®が発売された。このステントは1.内視鏡の鉗子孔より挿入でき直視下で挿入可能なこと、2.優れたradial forceと柔軟性を持つことなどの特徴を有する。今回このWallFlex Duodenal Stent®を使用する機会を得たため報告する。【症例1】84歳男性。平成22年1月 膵癌の診断にて外来化学療法を行っていたものの、同年3月 嘔吐にて入院。腹部CTでは腫瘍の増大を認めた。また十二指腸造影では水平脚に腫瘍の直接浸潤による約30mmの狭窄を認めたため、十二指腸腸用ステント挿入となった。処置時間は39分であり、術直後に誤嚥による一過性の低酸素血症を認めた以外は特記すべき偶発症は認めなかった。術後経過は良好であり、翌々日より経口摂取を開始が可能、現在は軟食が摂取可能である。【症例2】61歳女性。胃痛にて外来化学療法を行っていたものの、平成22年2月 嘔吐にて入院となった。GIF、胃透視にて前庭部から十二指腸球部まで70mmの狭窄を認めた。このため同年3月 十二指腸腸用ステント挿入となった。処置時間は28分であり、術中に偶発症の出現は認めなかったが、その後腹膜播種が判明した。これに伴う腸閉塞の状態となり、症状の軽快は認めなかった。【結語】今回われわれは悪性十二指腸腸狭窄に対し十二指腸腸用ステントを使用した2例を経験したために報告する。

O-033 超高齢者の十二指腸狭窄を伴った悪性胆管狭窄に対して、
十二指腸および胆管の各々にメタリックステント留置が有用であった1例

¹静岡市立静岡病院

○中村 尚広¹、近藤 貴浩¹、黒石 健吾¹、鈴木 亮¹、
岡崎 敬¹、大野 和也¹、濱村 啓介¹、田中 俊夫¹、
高橋 好朗¹、小柳津竜樹¹

十二指腸ステントの保険承認を受け、十二指腸狭窄を伴った悪性胆道狭窄に対して、侵襲の少ない内視鏡が可能となった。超高齢者の十二指腸狭窄を伴った悪性胆管狭窄に対して、十二指腸および胆管の各々にメタリックステント留置が有用であった1例を経験したので報告する。症例は91歳男性。十二指腸潰瘍穿孔の既往があり、陈旧性心筋梗塞にて近医通院中であった。腹痛・食指不振があり、嘔吐、黒色便認めためたため当院救急外来受診した。受診時血圧は50mmHg台であったが、補液・輸血施行しその後上部消化管内視鏡検査施行した。十二指腸球部に潰瘍を伴う全周性狭窄あり内視鏡通過困難であった。その後保存的に止血した。CTなどにて十二指腸直接浸潤・肝門部胆管浸潤を伴う胆嚢癌と診断した。十二指腸狭窄による嘔吐にて経口摂取ができず、閉塞性黄疸も来たした。そのために十二指腸狭窄部に対して、内視鏡下に十二指腸メタリックステント（WallFlexDuodenalStent®22mm径60mm）を留置した。留置後の透視ではステントの開きは良好で、造影剤通過も良好であった。十二指腸ステント留置1週間後、ERC施行した。十二指腸ステント部の側視鏡の通過は良好で、乳頭までの到達も容易であった。肝門部胆管狭窄に対して、両葉にメタリックステント留置し、その後減黄は順調であった。

O-034 仮性動脈瘤形成を認めた出血性十二指腸潰瘍の1例

¹岐阜赤十字病院消化器内科、²岐阜赤十字病院放射線科、³岐阜赤十字病院血液内科、⁴岐阜赤十字病院外科
 ○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、松下 知路¹、伊藤陽一郎¹、中村 俊之¹、後藤 裕夫²、北川 順一³、梶井 航也⁴、高崎 千尋⁴、飯田 豊⁴、片桐 義文⁴

【はじめに】最近では内視鏡的治療技術の進歩で出血性潰瘍の多くは止血可能となった。しかし止血困難例もしばしば経験し、その場合には迅速な対応が求められる。今回我々は内視鏡的治療が困難でIVRにて止血し得た、仮性動脈瘤を合併した出血性十二指腸潰瘍症例を経験したので報告する。【症例】60歳代 男性 【家族歴、既往歴】特記すべき事なし 【現病歴】2010年1月4日に交通外傷にて某病院に緊急入院となった。肝損傷+右大腿骨転子部骨折のために直達牽引を施行されていたが、牽引鋼線刺入部よりMRSAが検出されたため2月4日当院整形外科に転院となった。前医入院中に2回吐血を認めたが、内視鏡施行は2月3日のみで所見は多発性十二指腸潰瘍とされ、内視鏡治療は未施行であった。【入院時現症】身長172センチ、78キロ、心拍数76/分 整、呼吸14/分、胸部に異常所見なし、心窩部に軽度圧痛を認めたが筋性防御、反跳痛は認めず。【入院時検査所見】WBC 9600/uL、RBC 261万 Hb 8.5g/dl Ht 28.4%と貧血を認めた。【入院後経過】転院後2月5日吐血を認め緊急内視鏡を施行した。十二指腸球部に凝血塊を伴う潰瘍を認めたが、凝血塊が強く付着していたため露出血管を確認できない状態でもクリッピング処置を施行。2月7日に再吐血し内視鏡施行。所見は前回と同様であったためにクリッピング処置を施行。2月9日に3回目の吐血を来した。この際は洗浄にて凝血塊は除去可能で、潰瘍底に拍動を伴う隆起を認め仮性動脈瘤と判断した。内視鏡治療を断念しIVRでの止血を試みた。腹腔動脈造影で胃十二指腸動脈瘤を認め動脈瘤の遠位、動脈瘤本体、近位をコイルリングした。IVR直後より全身状態は安定しその後は吐血を認めず経過も順調で潰瘍も治癒傾向となった。【結語】十二指腸潰瘍に仮性動脈瘤を合併する事は稀ではあるものの、潰瘍底が観察困難な例ではその存在に留意することが極めて重要であり、詳細な内視鏡観察が必要である事を実感した。また仮性動脈瘤合併例では出血時に全身状態が重篤化する事が予想され、迅速で適切な治療法選択が必要であることを痛感した。

O-036 急激な貧血の進行をきたしカプセル内視鏡で発見された小腸 GIST の一例

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 臨床研究管理センター、³浜松医科大学 分子診断学
 ○田村 智¹、魚谷 貴洋¹、川崎 真佑¹、西野 真史¹、小平 知世¹、山田 貴教¹、杉本 光繁²、杉本 健¹、大澤 恵¹、金岡 繁³、古田 隆久²、伊熊 睦博¹

症例は60歳男性。既往に、バセドウ病 (50歳台)、高血圧 (58歳-)。200X年11月頃から黒色便が出現、その後黒色便が持続するため12月上旬近医受診し、当院紹介受診した。貧血の進行 (10日間でHb 14→9 g/dlの低下) が認められたため、上部・下部消化管内視鏡施行するも出血性病変は指摘できず。緊急の腹部CTにて、十二指腸水平脚からTreitz靱帯付近の空腸にて、径20~30mm程度の造影効果の強い腫瘍性病変を認めた。消化管閉塞所見を認めなかったため、カプセル内視鏡を施行、上部空腸に粘膜下腫瘍像を認め、頂部に陥凹所見を見るも明らかな出血は指摘できなかった。貧血の進行を見ないため、翌年2月待機的に経口的ダブルバルーン内視鏡 (DBE) を施行した。上部空腸に径2cm大の粘膜下腫瘍像を認めた。軽度の発赤所見を見るも出血は認めず、腫瘍は比較的柔らかな印象で、可動性が良好であった。CEA、CA19-9 など腫瘍マーカーの上昇は認めず、CTでの造影所見、内視鏡でのSMT様形態からは、GISTやカルチノイドなどが鑑別対象と考えられた。出血の既往もあることから、診断目的も兼ね、腹腔鏡下小腸切除術施行とした。病変は、上部空腸にて長径2.5cmのダンベル型粘膜下腫瘍で、粘膜面及び漿膜面に突出していた。病理所見では、境界明瞭な粘膜下腫瘍で、軽度~中程度異型性を持つ紡錘形細胞の増生所見を認めた。免疫染色で、MIB-1陽性の増殖細胞10%未満、C-KIT/DOG-1陽性、CD34は一部陽性、S100/Desminは陰性であり、低悪性度GISTと診断された。術後経過は良好である。小腸腫瘍の中でもGISTの頻度は少なく、急激な貧血の進行は稀な経過と考えられる。カプセル内視鏡、DBEが診断と治療に有用であった。若干の文献的考察を加えこれを報告する。

O-035 腹部大動脈十二指腸瘻の2例

¹刈谷豊田総合病院 内科
 ○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、大森 寛行¹、松井 健一¹、村瀬 和敏¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹

【症例1】76歳、男性。主訴は黒色便。既往歴は、2005年に腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術後、COPD、慢性腎不全。平成20年10月3日から黒色便が出現したため、10月9日に近医を受診し、消化管出血疑いで当院救急外来を紹介受診。血液検査ではHb5.1g/dlと貧血を認めた。腹部CTを施行した後に緊急GIFを施行したところ、十二指腸水平脚に新鮮血と凝血塊の付着した潰瘍とその近傍にナイロン糸を認めた。同部位の凝血塊を除き潰瘍を認めたところ出血を認めた。腹部CTを見直したところ、Graft上端部で大動脈から十二指腸水平脚へのextravasationを認めた。腹部大動脈瘤の十二指腸穿破と診断し、対側にクリップ1個をかけて終了とした。その後速やかに腹部大動脈人工血管置換術を施行し、術中所見ではgraft吻合部のaorta壁の腹側で径2cmの孔を認めたが、第2病日に多臓器不全にて永眠された。【症例2】67歳、男性。主訴は新鮮下血。既往歴は、2001年に腹部大動脈瘤に対する人工血管置換術後、くも膜下出血。平成21年9月28日に新鮮下血が出現し、当院救急外来を受診。バイタルサインは安定していたが、血液検査ではHb10.7g/dlと貧血を認めた。虚血性大腸炎疑いで入院管理となったが、明け方に大量の新鮮下血と血圧低下を認め、Hb7.6g/dlに低下した。腹部CTを見直したところ、腹部大動脈瘤の術後の吻合部に仮性瘤が形成されており、内部に増強域を認め、十二指腸水平脚と接していた。緊急GIFでは、胃および十二指腸には鮮血を認めたが、出血源は同定できなかった。腹部大動脈の十二指腸穿破と診断し、緊急腹部大動脈人工血管置換術を施行し、十二指腸水平脚に径1cmの孔を認めた。その後は人工血管感染を発生するなどしたが、第104病日に退院となった。【結語】腹部大動脈十二指腸瘻は、消化管出血の原因としては稀であるが、緊急性・重症度が極めて高い疾患である。大動脈瘤を背景にもつ消化管出血の場合、本疾患も鑑別疾患の一つとして留意する必要があると考えられた。

O-037 クロウン病の経過中に腹膜播種にて発見された原発不明癌の一例

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 光学診療部
 ○日比 知志¹、安藤 貴文¹、石黒 和博¹、前田 修¹、渡辺 修¹、三宅 忍幸¹、神谷 徹¹、三村 俊哉¹、氏原 正樹¹、中村 正直¹、宮原 良二²、大宮 直木¹、後藤 秀実¹

【症例】37歳 男性【主訴】腹痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】1992年前医にて小腸型クローン病と診断され1998年に当院初診となり以後当科にて通院・加療を行った。およそ2年毎に定期フォローアップのためダブルバルーン小腸内視鏡検査 (以下DBE) を施行し、一部回腸の狭窄と終末回腸の炎症性ポリープを指摘されていた。今回は2009年12月に腹痛の増悪を認め精査・加療入院となった。【経過】入院時腹部単純CTにおいて拡張した小腸と肝表面及びダグラス窩に腹水を認め、クローン病の狭窄によるサプイレウスと判断した。ガストロ小腸造影検査では小腸に狭窄が多発していたが結腸まで造影され完全閉塞ではなかった。しかし、翌日にイレウスが増悪しイレウス管を挿入、イレウス管は最も口側の狭窄部で停滞し保存的治療の限界と考え手術治療となった。開腹すると腹腔内に多数の小結節を認め小腸は全域にわたって浮腫状・易出血性で、開腹所見からはクローン病以外に腸結核や悪性腫瘍の腹膜播種が疑われ、腹腔内に高度炎症を認めたため狭窄の強い最も口側の狭窄部及び周囲の小結節のみの切除と同部での小腸人工肛門を造設して手術は終了した。切除標本による病理組織検査では狭窄部の漿膜下層を主体として固有筋層さらには粘膜下層にいたる腺癌を認め、転移性腺癌と考えられ、大網の小結節からも同様の腺癌の転移が認められた。術後のPET-CT検査では小腸に一致してFDGの集積亢進が認められ、他に明らかな原発巣は指摘できず小腸原発の悪性腫瘍が考えられた。【結語】今回我々はクローン病の経過中に小腸原発と思われる悪性腫瘍により腹膜播種を来した一例を経験した。比較的稀な経過の症例と思われたため報告する。

O-038 シングルバルーン小腸内視鏡にて止血し得た空腸 Dieulafoy's lesion の 1 例

¹岐阜県厚生連 西美濃厚生病院 内科

○浅野 貴彦¹、林 基志¹、高田 淳¹、岩下 雅秀¹、
田上 真¹、畠山 啓朗¹、林 隆夫¹、前田 晃男¹、
西脇 伸二¹、齋藤公志郎¹

今回、我々は、シングルバルーン小腸内視鏡にて止血し得た空腸 Dieulafoy's lesion の 1 例を経験したので報告する。症例は 88 歳、男性。以前より脳梗塞、心房細動のため抗血小板剤・抗凝固剤の内服加療中で、平成 21 年 9 月頃より度々貧血を指摘されていたが、鉄剤投与のみで経過観察されていた。平成 22 年 3 月 18 日、労作時の呼吸苦及び動悸を主訴に当院救急外来受診したところ、Hb 5.6 g/dl と貧血の悪化を指摘されたため入院となった。消化管出血を疑い、同日に上部・下部消化管内視鏡検査を施行したが出血源は認めなかった。下部内視鏡検査では前処置をした上で終末回腸の口側 20cm まで観察、口側から黒色水様腸液の排出を認めたため上部小腸からの出血を疑い、翌 3 月 19 日、シングルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。Treitz 靱帯より約 30cm 肛側の空腸に拍動性の出血を有する露出血管を認め Dieulafoy's lesion と診断し、クリップにて内視鏡的止血術を施行した。止血術後は再出血をきたすことなく貧血の改善を認めた。小腸出血の原因は、従来の検査方法では診断が困難であったが、近年のバルーン内視鏡の進歩普及により、小さな小腸血管性病変が内視鏡的に診断されるようになり、治療も可能になった。しかし、Dieulafoy's lesion は出血点の周囲には殆ど変化を認めず一時的に止血している状態では、病変部位を同定することは容易ではなく、本症例のような小腸 Dieulafoy's lesion の内視鏡像の観察例は未だに少ない。今回、我々は、拍動性出血を有する空腸 Dieulafoy's lesion に対してシングルバルーン小腸内視鏡にて内視鏡的止血をし得た 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

O-039 内視鏡的に排石可能であった肝内結石の1例

¹松阪市民病院 内科

○黒田 誠¹、坪井 順哉¹、野田 知宏¹、近藤 茂人¹、
大岩 道明¹、駒田 文彦¹

【症例】84歳、女性、【主訴】発熱、右上腹部痛、【既往歴】平成18年2月 総胆管結石にて総胆管十二指腸吻合手術。平成19年4月、平成20年8月、平成21年4月に総胆管結石再発、胆管炎で入院加療歴あり。【現病歴】総胆管結石、胆管炎にて入院を繰り返していたが、そのたびに内視鏡的に総胆管結石を排石し、抗生物質投与にて胆管炎は軽快していたが、肝内結石は排石できず残存していた。平成22年2月初めより発熱、右上腹部痛が出現し当院を受診。採血にて肝胆道系酵素の上昇、炎症所見の上昇、腹部CT・エコーにて肝内胆管外側区域域の拡張、その中枢側に肝内結石を認め、胆管炎の診断にて加療目的に入院となった。【入院後経過】入院後、同日に上部消化管内視鏡を施行。直視鏡にて観察。胆管十二指腸吻合部には狭窄を認めず、総胆管内に結石は認めず。左胆管に内視鏡を挿入すると巨大な結石が肝内胆管に嵌頓していたため、バルーン、三脚などにて結石を除去した。その後は肝胆道系酵素、炎症所見も軽快され、CTにても残存結石は認めず、第10病日に退院となった。【考察】肝内結石の治療には外科的切除、内視鏡的排石術（経皮経肝胆道鏡下、経乳頭的）があるが、この症例は総胆管十二指腸吻合術後で、吻合部狭窄も認めず、内視鏡的アプローチによる排石が一番低侵襲であると考えられたため試みたところ有効であった。今回、繰り返す胆管炎、肝内結石に対し、内視鏡的排石が有効であった1例を経験したので報告する。

O-040 診断に苦しんだ胆嚢大腸瘻の一例

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 消化器内科学

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

【症例】76歳男性【主訴】右季肋部痛【現病歴】半年ほど前に繰り返す下痢にて当院を受診し、精査行うも原因不明のまま経過観察となっていた。今回、1週間前から排便がほとんどなく、腹部膨満感が出現してきたため当院救急室を受診。腹膜炎徴候といった緊急を要する所見を認めず、全身状態も良好であり一時帰宅し経過観察となった。翌日近医を受診し、右季肋部痛と腹部エコーで胆嚢の異常像を指摘され、胆嚢結石あるいは腫瘍疑いにて当院消化器内科外来へ紹介となり、精査加療目的にて同日入院となった。【入院後経過】入院時Murphy徴候を認め、胆嚢炎疑いにて精査が進められた。腹部超音波検査にて胆嚢は萎縮気味で、内腔は多発高エコーと音響陰影を伴うまだら状の像であり、均一な壁肥厚を認めた。総胆管の拡張は認めなかった。腹部CTにて胆嚢内気腫を認めたが、胆嚢周囲に活動性の炎症像は認めなかった。また、半年前に撮影された腹部CTでも同様の所見があり、その時と比べて増悪所見は認めなかった。既往に持続性心室頻拍があり、植え込み型除細動器があるためMRCPは施行できなかった。絶食、抗生剤投与にて徐々に右季肋部痛は軽快し、さらに精査を進めERCPを施行したところ、造影時に腸管が描出され瘻孔の存在が疑われた。下部消化管内視鏡検査では肝彎曲部に瘻孔を認め、造影剤の注入にて胆嚢が描出された。以上より胆嚢大腸瘻と診断され、手術適応と考えられた。しかし、心機能が不良なために外科的手術は危険と判断され一時退院となった。退院後は症状も認めず良好な経過をたどっている。【考察】今回興味深い経過で受診し、診断に苦しんだ胆嚢大腸瘻の症例を経験した。胆嚢大腸瘻は比較的良好な病態であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-041 閉塞性黄疸にて発症し診断に苦しんだ総胆管嚢腫の1例

¹独立行政法人 名古屋医療センター

○矢野 博雅¹、初野 剛¹、田中 晴祥¹、高野 奈緒¹、
堀田 佳宏¹、中山 裕史¹、片岡 政人¹、近藤 建¹

症例は既往に糖尿病がある30歳代女性。2009年12月より、白色便、嘔気が出現し当院を受診した。閉塞性黄疸と診断され、精査加療目的にて入院となった。腹部CTでは肝内胆管の拡張を認め、MRI-MRCPでは嚢胞性病変による胆管圧排狭窄像を認めた。ERCPにおいても三管合流部付近での胆管狭窄、肝内胆管拡張を認めた。嚢胞性病変は描出されず、ERBDチューブの挿入は困難であった。症状が持続していることから、外科的治療の適応と判断。診断、治療をかねて、肝外胆管切除、胆管空腸吻合術を施行した。術後の病理診断にて胆管固有腺由来の単純性嚢胞と診断された。術後経過は良好であった。胆管固有腺由来の単純性嚢胞は肝内胆管のものも報告が散見されるものの、肝外胆管のものについては、我々が調べうる限りでは未だ報告がない。今回我々は閉塞性黄疸にて発症し診断に苦しんだ総胆管嚢腫の1例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

O-042 胆石、総胆管結石を合併した石灰乳胆汁の1例

¹愛知医科大学 消化器内科、²愛知医科大学 消化器外科

○足立 和規¹、林 伸彦¹、小林 祐次¹、石井 紀光¹、
金澤 太茂¹、田中 創始¹、中尾 春壽¹、春日井邦夫¹、
米田 政志¹、清田 義治²、伊原 直隆²、宮地 正彦²

症例は27歳女性。数日前より続く心窩部痛にて当院外来を受診した。身体所見では右季肋部痛を認め、採血上は軽度黄疸、肝胆道系酵素の著明な上昇を認めた。また腹部単純XPでは右上腹部に石灰化像を認め、腹部CTでは胆嚢頸部から胆嚢管、総胆管下部にかけて石灰化像を認めた。MRCPではCTと一致する部位に信号欠損を認めた。以上より総胆管結石による閉塞性黄疸と考え、第1病日に緊急ERCPを施行した。胆道造影上は総胆管内に透亮像を認め、カニューレション後より、乳頭から黄色練歯磨状の石灰乳胆汁の排出を認めた。EBD留置し経過観察したが、翌日もビリルビン値の上昇を認めたため、EBD閉塞が考慮されたためERCPを再施行したところ、総胆管内に結石を示唆する透亮像が認められた。年齢が27歳と若年であることから内視鏡的乳頭バルーン拡張術施行し、採石術を施行。2個の白色調の結石および石灰乳胆汁が排出されたことを確認し、ENBDを留置して終了した。ENBD留置後から連続して第6病日まで、生理食塩水で胆管内洗浄を継続した。また、胆嚢内に胆石も確認されたため、第7病日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。摘出標本では内部に7個の結石が認められ、摘出した胆嚢の病理学的検索では線維化を伴う胆嚢壁の軽度肥厚、間質の慢性炎症性細胞浸潤を認め、慢性胆嚢炎の所見が認められた。結石分析では炭酸カルシウム53%コレステロール47%であった。石灰乳胆汁は胆嚢頸部の閉塞、慢性胆嚢炎とそれに伴う胆嚢内胆汁のアルカリ化によって起こる高濃度の炭酸カルシウムを含む胆汁であるとされている。その形態は1)乳状液状、2)練乳状、3)糊状・練歯磨状、4)白墨状結石の4型に分類されると定義されており、その組成の80~90%は炭酸カルシウムであると報告されている。本症例では、コレステロール石による胆嚢管閉塞および慢性胆嚢炎により石灰乳胆汁が形成され、石灰乳胆汁の主成分である炭酸カルシウムの混じったコレステロール石の総胆管内への脱出に続いて石灰乳胆汁も流出することで閉塞性黄疸を来したと推測された。石灰乳胆汁は比較的好な疾患であり、結石分析を施行し原因を推測できた症例は少ないことから報告した。

O-043 肝門部胆管癌と鑑別が必要であったIgG4関連硬化性胆管炎の1例

¹聖隷浜松病院 消化器内科

○市川 仁美¹、芳澤 社¹、小林 陽介¹、岡田 勝治¹、
栗山 章子¹、佐原 秀¹、木全 政晴¹、鎗野 誠¹、
室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水恵理奈¹、細田 佳佐¹、
長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹

症例は69歳男性、2009年12月感冒様症状で近医受診した際に肝酵素上昇・黄疸指摘された。薬剤性を疑い経過観察で肝酵素は改善した。2010年2月に入り再び肝胆道系酵素上昇あり。腹部超音波検査で肝内胆管拡張を認め2月15日当院紹介となり、腹部CTで肝門部胆管癌が疑われ同日入院精査となった。CTでは肝門部胆管狭窄以外に脾静脈の閉塞を認めたこと、IgGが3203と上昇していることもありIgG4関連硬化性胆管炎の可能性も考慮し、2月19日ERCPを施行した。膵管造影では主膵管の狭細像を認め、自己免疫性膵炎の像と考えられた。胆管造影では肝門部の狭窄を認める以外に下部胆管も狭窄を認めた。胆管のIDUS所見では狭窄部以外の胆管の壁肥厚も認めていた。その後IgG4 938と高値であると判明し、IgG4関連硬化性胆管炎と考え、御本人に十分な説明の後2月24日よりPSL30mgを開始した。その後胆道系酵素は速やかに改善。PSL投与2週間後のMRI、ERCPでは胆管狭窄の著明な改善を認めている。現在外来でPSL漸減中である。自己免疫性膵炎には高率にIgG4関連の硬化性胆管炎が合併することが報告されており、自己免疫性膵炎の所見が前面に出現しない症例では、肝門部胆管が狭窄する像を呈する場合に肝門部胆管癌との鑑別が必要となる。胆管癌との鑑別として、IDUSでの胆管非狭窄部分の壁肥厚が診断に有用であるという報告もあり、当院の症例でもそれに合致する所見であった。IgG4関連硬化性胆管炎に関して若干の文献的考察を含め報告する。

O-044 経過中に特異な膵管像の変化を呈した膵管狭細型膵炎の1例

¹愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、²愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、³愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部

○羽場 真¹、山雄 健次¹、原 和生¹、澤木 明¹、水野 伸匡¹、脇岡 範¹、近藤 真也¹、佐伯 哲¹、赤羽 麻奈¹、小倉 健¹、丹羽 康正²、田近 正洋²、河合 宏紀²、谷田部 恭³

症例は23歳、男性。2009年10月に間欠的な腹痛を主訴に前医を受診し、ERPで主膵管の限局性狭窄を呈し膵腫瘍が疑われたため、精査目的に当科紹介となった。血液検査上、白血球の上昇と血清アミラーゼの上昇を認めた。腫瘍マーカーは正常であった。腹部CTでは軽度の膵体尾部腫大と同部における主膵管拡張がみられたが、膵に明らかな腫瘍性病変を指摘できなかった。EUSもCTと同様に軽度の膵腫大と膵頭体移行部における限局性的主膵管狭窄および尾側膵管の拡張を呈したが、明らかな腫瘍像を認めなかった。精査のために施行したERCPでは胆管像は明らかな異常所見を認めず、膵管像は膵体尾部の主膵管狭細像を呈し、前医での膵管像と明らかな変化を認めた。膵管像から自己免疫性膵炎(AIP)を疑ったが、血清IgG 1488 mg/dl、血清IgG4 22.7 mg/dlと正常範囲であり、他の自己抗体は検出されなかった。EUS-FNAによる細胞診および生検を施行したところ、異型細胞は認めず、少量の炎症細胞浸潤が観察されるのみで、リンパ球や形質細胞を含め、炎症細胞浸潤はあきらかではなかった。入院中に下腹部痛および血便が出現したため直腸内視鏡検査を施行し、直腸に発赤と多発するびらんを認め、同部からの生検で潰瘍性大腸炎と診断された。病理学的に特徴的な所見は得られなかったが、臨床像よりAIP with GEL (granulocyte epithelial lesion)と考えられた。AIPは血清学的にはIgG4の高値や他の自己抗体の存在を特徴とし、組織学的にはLymphoplasmacytic sclerosing pancreatitisを呈する膵炎として知られているが、近年、血清学的あるいは組織学的に異なった特徴を示す膵管狭細型膵炎をtype 2 AIPあるいはAIP with GELとして分類する概念が提唱されている。今回、短期間の経過により特異な膵管像の変化を呈した膵管狭細型膵炎の1例を経験したため、AIP with GELとの関連を含め、文献的考察とともに報告する。

O-046 胃および小腸に穿破した脾仮性嚢胞の一例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器科

○荒川 直之¹、青木 孝太¹、阿知波宏一¹、久保田 稔¹、石川 大介¹、國井 伸¹、渡辺 一正¹、奥村 明彦¹

症例は77歳男性。胆石の既往はなく、3年前までアルコールを多飲していた。狭心症のため、冠動脈ステント留置術をこれまでに3回施行しており、近医にて経過観察中であった。2009年12月中旬より全身倦怠感・食思不振が出現し、症状出現から約1週間後に近医を受診。炎症反応の上昇・左胸水を認め、肺炎の診断で入院となり、抗菌薬の投与を受けていた。しかしその後も全身状態が悪化し、呼吸不全も出現したため入院4日目に当院転院となった。腹部CTにて腹水を認め、膵に多発する嚢胞性病変および主膵管の拡張を認め、多発脾仮性嚢胞が疑われた。特に脾臓周囲の嚢胞は130mm大と大きく脾梗塞も伴っていた。慢性膵炎の急性増悪と診断し、抗菌薬・メシリン酸ガベキサートで治療を開始するとともに仮性嚢胞の増大に注意しながら経過観察した。炎症反応は次第に改善し、仮性嚢胞も縮小傾向にあったが、当院入院第10病日より再び全身状態は徐々に悪化。腹部CTで脾臓周囲の仮性嚢胞内に気泡を認めた。入院第12病日には血圧低下をきたしショック状態となったため、集中治療室にて全身管理を行った。脾臓周囲の嚢胞ドレナージを施行したところ、黄褐色不透明の排液をみとめ、嚢胞内感染が疑われた。さらに嚢胞の造影を行うと嚢胞から胃への造影剤の流入を認め、胃への穿破が疑われた。ドレナージ施行後には嚢胞からの排液は減少し、嚢胞も縮小したが、入院第23病日に施行したドレナージチューブからの嚢胞の造影にて、造影剤の小腸へ流入が認められ、小腸への嚢胞の穿破を認めた。その後は、抗菌薬・メシリン酸ガベキサートの投与と絶食の継続により、炎症反応は次第に改善し嚢胞内感染を起すことなく、胃・小腸の癒れとも自然に閉鎖した。脾仮性嚢胞の胃穿破例の報告は散見されるが、胃と小腸の両者に穿破した例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

O-045 膵管ステントが有効であった出血性膵嚢胞の1例

¹松阪市民病院 内科

○鈴木 章裕¹、黒田 誠¹、坪井 順哉¹、野田 知宏¹、大岩 道明¹、駒田 文彦¹

55歳男性。近医にて慢性膵炎で加療中、平成21年5月26日より心窩部痛、6月9日朝より吐血を来したとのことで、同日当院救急外来を受診。腹部CTにて膵管の拡張、膵周囲の脂肪織濃度の上昇、膵鉤部から頭部にかけて3×2cm大の嚢胞を認め、内部に出血を疑わせるhigh density areaを認めた。上部消化管内視鏡検査では食道・残胃に出血性病変は認めず、同日はVater乳頭の同定が不可能であったが十二指腸内に凝血塊を認めた。採血では軽度の貧血、白血球の増加、アミラーゼの上昇を認めたため、慢性膵炎の急性増悪、膵嚢胞よりの出血と考えられ、入院加療を行った。入院後は吐血や貧血の進行は認めず、第3病日には腹部CTにて膵嚢胞内のhigh density areaの消失を認めた。造影CTにて嚢胞内に仮性動脈瘤は認めず、出血の原因は嚢胞内の血管の破綻によるものと考えられた。今後膵嚢胞からの再出血の危険性があったため、膵嚢胞の縮小・消失を目的に経鼻膵管ドレナージを施行。第9病日に胃カメラを施行したところ、乳頭部を確認できた。同日膵管造影を施行したところ、主膵管の不整な拡張を認めたが狭窄は認めることができなかった。また頭部から鉤部にかけて嚢胞が造影され、主膵管との交通を確認し、嚢胞への膵液流出路を塞ぐ形で破綻部より末梢に膵管ドレナージチューブを留置。その後の排液は非血性で1日に150ml程度の排液を認めたため、第15病日にドレナージチューブを抜去し、膵管ステントを入れ替えた。第34病日に退院となった。10月19日のCTでは膵嚢胞の消失を認めたため、膵管ステントを抜去し、現在経過観察中である。今回我々は膵管ステントが有効であった出血性膵嚢胞の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。

O-047 慢性膵炎・膵石症の内科的治療中に胃に穿破した仮性膵嚢胞内脾動脈瘤破裂の一例

¹大同病院 消化器・総合内科

○印牧 直人¹、藤原 晃¹、小川 和昭¹、榊原 聡介¹、野々垣浩二¹

症例は40歳、女性。主訴は吐血。既往歴・家族歴は特になし。現病歴として平成19年1月よりアルコール性慢性膵炎・除石症に対してESWLおよび内視鏡的除石除去術による膵石治療を繰り返していた。膵石は膵頭部および体部主膵管内を中心に膵全体に認められ、膵頭部膵管狭窄、膵体部膵管の拡張を示し膵尾部には仮性膵嚢胞を伴っていた。同嚢胞は膵石の治療や腹痛発作に伴いサイズの変化が認められており、平成20年7月29日のMRIでは40mmの膵尾部嚢胞を認めた。ESWLによる治療を行った後の9月9日の造影CTでは膵尾部嚢胞は消失しており、嚢胞部あとに一致して10mm大の動脈瘤を疑う所見の出現が認められた。膵炎に伴う脾動脈瘤と診断し、カテーテルによる治療を予定していたが、平成20年11月13日仕事中に突然大量吐血して救急車で搬送された。来院時は出血性ショックの状態であった。緊急造影CTで膵尾部に40mm大の嚢胞の再度出現を認めた。嚢胞内には動脈瘤および出血所見がみられ、胃壁への穿破を疑う所見も認められた。胃に穿破した仮性膵嚢胞内脾動脈瘤破裂と診断して緊急手術を外科で実施。膵体尾部膵合併切除術が行われた。切除標本では仮性膵嚢胞の胃壁穿破と嚢胞内の凝血塊が認められ、病理組織学的には慢性膵炎に伴う仮性動脈瘤と最終診断された。本例は慢性膵炎により生じた脾動脈瘤であり、内科的治療に難渋して膵石の消失に至っていないことから再度仮性膵嚢胞が出現したことが原因で動脈瘤の破裂、胃壁への穿破をきたしたものと推測された。脾動脈瘤は20mm径を超えるると破裂の危険性が高まるため積極的な治療が必要とされているが、本例のごとく仮性膵嚢胞の再燃が疑われる症例では、動脈瘤径は小さくても積極的な治療を早期に行うべきである。

O-048 画像所見から自己免疫性膵炎を強く疑ったが、浸潤性膵管癌も否定できず膵切除を施行した1例

¹三重大学 医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○熊本 幸司¹、濱田 賢司¹、大倉 康生¹、種村 彰洋¹、
信岡 祐¹、村田 泰洋¹、安積 良紀¹、岸和田昌之¹、
大澤 一郎¹、水野 修吾¹、白井 正信¹、櫻井 洋至¹、
田端 正己¹、伊佐地秀司¹

症例:75歳男性。体重減少を主訴に近医受診。CTにて膵尾部腫瘤を指摘され精査加療目的に当科紹介。血液検査所見では軽度の貧血とCEA高値(12.7ng/ml)を認めた。自己抗体陰性で血清IgG及びIgG4値は正常範囲内であった。単純CTでは膵尾部に20mm大の膵実質と同一なdensityの腫瘤を認め、造影ダイナミックCTで腫瘤は早期相で膵実質と同程度、後期相で膵実質より強い造影効果を呈した。MRIで腫瘤はT1強調画像で低信号、T2強調画像では低～等信号であった。MRCPでは主膵管の拡張や狭窄はなかったが、ERCPでは膵尾部で主膵管の狭窄を認めた(膵液細胞診はclass I)。EUSでは膵尾部に20mm大の辺縁不整、境界不明瞭なhypochoicな腫瘤が描出されたが、EUS下針生検で炎症細胞浸潤を伴う間質組織と一部粘液産生を示す高円柱上皮が検出され悪性所見は指摘されなかった。以上より自己免疫性膵炎を強く疑ったが膵管癌も否定できず、腹腔鏡補助下に脾合併膵体尾部切除術を施行した。組織学的には、血管周囲の著明なリンパ球・形質細胞浸潤および線維化を伴った腫瘍性病変に、一部周囲に浸潤する異型細胞を認め、またIgG4陽性細胞が多数含まれており自己免疫性膵炎に合併した浸潤性膵管癌と診断した。術後は合併症なく経過し15日目に軽快退院され、術後5ヵ月目の現在、再発なく生存中である。まとめ:一般的に自己免疫性膵炎は膵癌の危険因子として可能性は低いと考えられている。しかし少数ではあるが自験例のように自己免疫性膵炎に浸潤性膵管癌が合併する報告もあり、このような症例では治療に苦慮すると考えられ、自己免疫性膵炎の診療に際しこれらの可能性も念頭に置く必要があると考えられた。

O-049 早期胆嚢癌の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 光学診療部

○平松 武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、水谷 太郎¹、伊藤 裕也¹、山村 健史¹、中村 陽介²、中村 正直¹、宮原 良二¹、後藤 秀実^{1,2}

【症例】80歳代 女性【現病歴】胆石症にて近医で経過観察中、腹部USにて胆嚢底部に隆起性病変を指摘され2009年10月当院紹介受診。精査加療目的に入院となった。【経過】入院後施行した腹部造影CTでは胆嚢底部に造影効果のある18mmの腫瘍を認めた。腹部USでは総胆管結石と胆嚢結石および胆嚢底部に約18mmの広基性の隆起性病変を認めた。病変は比較的均一な低エコー腫瘍で、胆嚢壁血流は平均30cm/secであった。超音波内視鏡 (EUS) でも胆嚢底部胆嚢側に広基性の低エコー腫瘍を認め、Sonazoid^(R)を用いた造影にて同部に造影効果を認めた。同部は胆嚢壁第1層低エコー内に局限し、第2層高エコーに明らかな異常を認めないことよりss浅層までにとどまる胆嚢癌と診断した。内視鏡的逆行性胆管造影 (ERC) および胆管内管腔内超音波 (IDUS) では胆管に悪性所見や膵胆管合流異常は認めなかった。また胆管結石は内視鏡的に除去した。以上の結果より深達度ss以浅胆嚢癌と診断し、2009年12月開腹胆嚢摘出術を施行。最終病理診断はTubular adenocarcinoma, m, s(-), pHinf0, pBinf0, pPV0, pA0, pBM, pHM0, pEM0, int, IFNβ, ly0, v0, pn0, fStage1であった。なお、Sonazoid^(R)の適応外使用に関しては当院のIRBの承認済である。【結語】早期胆嚢癌の1例を経験した。

O-051 経過を観察し得えた Solid-pseudopapillary tumor の1例

¹JA 静岡厚生連遠州病院 内科

○吉岡 邦晃¹、白井 直人¹、高垣 航輔¹、竹内 靖雄¹、梶村 昌良¹

症例は74歳女性、5年前血糖コントロール不良時に他院を受診した際、MRIにて隣近傍に出血と不均一な造影効果を伴う5cm大の腫瘍を指摘された。非侵襲的検査で診断がつかず、手術治療を勧められるも拒否・放置されていた。H21年6月、糖尿病教育入院中の腹部単純CTで腹部腫瘍径10cmと増大傾向にあり、精査加療目的で当科入院となった。エコーでは辺縁明瞭、内部不均一でカラードップラーにて血流は確認できなかった。造影CTでは全体的に poor enhancement、遅延相で若干造影効果を認めた。MRIでは多数の内部隔壁様構造を伴い、T1強調画像および脂肪抑制T1強調が属で高信号を示す領域とT2強調画像で軽度高信号を示す充実性領域が混在していた。血管造影では腫瘍自体 hypo vascular であり、栄養血管を同定できなかった。GIFでは胃体部を中心に外側部に圧排を受けていたが、粘膜面に異常を認めなかった。小腸造影で明らかな粗大病変を認めなかった。診断が確定できず、悪性腫瘍の可能性も考慮し手術治療を行った。腫瘍は膵臓と連続しており、膵臓以外に腫瘍と連続する臓器や浸潤を疑う部位は認めなかった。腫瘍及び膵尾部・膵臓の合併切除が行われた。切除検体の病理では、腫瘍は萎縮した膵体部と連続し、全体が線維性によく被包されていた。内部の出血が高度で、病巣の大半が出血巣や器質化組織からなっていた。残りは充実性腫瘍、器質化した組織の中に腫瘍細胞が散在する像、腫瘍由来と認められる壊死巣などからなっていた。充実部分はやや不正のある類円形核をもつ低円柱状細胞から成り、血管を芯にした腔のない偽乳頭状配列を認め、Solid-pseudopapillary tumor と診断した。過去に遡り2000年8月の腹部単純CTで径22mmの腫瘍を認めていたことが分かり、8年10ヶ月の Doubling Time は495日と計算された。Solid-pseudopapillary tumor は増殖速度が比較的遅いと考えられているが、無治療で一定期間経過観察された例はごくわずかしか報告されておらず、稀な症例を経験したため報告した。

O-050 胆管内乳頭状腫瘍の一例

¹愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、²愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、³愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

○佐伯 哲¹、山雄 健次¹、丹羽 康正²、澤木 明¹、田近 正洋²、水野 伸匡¹、原 和生¹、河合 宏紀²、脇岡 範¹、近藤 真也¹、赤羽 麻奈¹、羽場 真¹、小倉 健¹、佐野 力³、清水 泰博³

【症例】62歳、男性。平成21年、健康診断の際の胸部CTにて肝左葉に腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的にて当院紹介となる。既往歴・家族歴に特記事項なし。身体所見も、特記すべき所見なし。血液検査上も特に異常なく、CEAとCA19-9も正常であった。腹部CT上、肝左葉外側区に約50mmの分葉状囊胞性腫瘍を認める。腹部US及びEUS上では、囊胞内部に乳頭状の腫瘍を認め、内腔には粘液状エコーを認める。また、膵頭部に20mm大の多房性囊胞性病変を認める。ソナゾイド造影USでは、膵の病変は乳頭状腫瘍部の強い造影効果を認めた。ERCP上では、著明に拡張したB3とそれに連続する囊胞性病変が描出され、また、拡張した胆管内には粘液像を認めた。以上の所見から、胆管内乳頭状腫瘍 (Intraductal Papillary Neoplasm of the Bile duct, IPM-B) と診断、外科的治療 (肝左葉切除術) が施行された。病理組織上、borderline相当の異型が主体で、部分的に carcinoma in situ が認められた。【考察】胆管内乳頭状腫瘍 (IPM-B) は粘液産生を有する細胞が乳頭状に増殖し、粘液のため著明に拡張した胆管が特徴的所見の腫瘍性病変である。現在では、胆管内乳頭状粘液性腫瘍 (IPMN) との類似性が指摘されているが、全胆管癌に占める IPM-B の割合は、膵癌における IPMN の占める割合に比べて少ない。文献的報告を合わせて報告する。

O-052 急性膵炎を契機に診断された混合型膵管内乳頭状粘液腺癌の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

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

【症例】58歳男性【主訴】心窩部痛【既往歴】糖尿病、高血圧症、痛風【嗜好歴】焼酎1合/日【現病歴】H21年2月10日心窩部に持続する痛みがあり、同日夜間に当院救急外来を受診、急性膵炎と診断され入院となった。【現症】血圧160/62mmHg、体温35.1℃。黄疸はなく、心窩部に圧痛を認めたが腹壁は軟であった。【入院時検査結果】血液検査結果はWBC:10200/μl、Plt:213×10⁴/μl、BUN:23.5mg/dl、Cr:1.26mg/dl、LDH:274U/l、Amy:2086U/l、Ca:10.1mg/dl、CRP:0.11mg/dl、PO2:78.5mmHg、BE:-3.3mmol/lであり(予後因子1点)、CA19-9:33U/ml、CEA:1.0ng/mlと腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部CTで膵頭部の軽度腫大と周囲の脂肪濃度上昇、および主膵管の拡張を認めた。脾に明らかな腫瘍は認めなかった。【入院後経過】軽症膵炎と判定し治療にて膵炎は改善したが、膵管拡張は変化を認めなかった。【MRCP、ERCP】頭体部主膵管はびまん性に平滑に拡張し、体部膵管内に透亮像を認め、その尾側に膵管と交通する囊胞を認めた。尾側膵管は数珠状に拡張していた。【EUS】膵体部の囊胞から主膵管にかけて、連続した低エコーでやや不整な壁厚を認めた。それより頭側の拡張した主膵管には壁肥厚を認めなかった。【手術】急性膵炎を発症していること、また膵液細胞診では悪性所見を認めなかったが混合型IPMNで悪性病変が否定できないため、当院外科にて腹腔鏡下膵尾部切除を施行した。【病理】腫瘍は主膵管から分岐膵管に経管的に進展する増殖を示す腺腫を背景に発生した腺癌であり、carcinoma in adenomaに相当する膵管内乳頭状粘液腺癌 (IPMC) と診断した。間質浸潤はなく断端陰性でly0, v0, ne0であった。【考察】急性膵炎で発症したIPMNは全体の約20%とされている。また主膵管型・混合型のIPMNでは60%以上が腺癌であったと報告されており、治療ガイドラインでも手術適応とされている。本症例は有症状かつ混合型であり治療として手術を選択した。【結語】急性膵炎を契機に診断された混合型IPMCの1例を経験した。

O-053 術前下血を合併した膵頭部癌に対し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行したエホバの証人の1例

¹松阪市民病院 外科

○倉林 広明¹、下村 誠¹、谷口健太郎¹、佐藤 梨枝¹、
小倉 嘉文¹、世古口 務¹

今回我々は、術前下血を合併した膵頭部癌に対し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行したエホバの証人の1例を経験したので報告する。症例は65歳女性、持続する心窩部痛を主訴に近医受診、精査の結果、膵頭部癌と診断され手術目的に当院を紹介された。入院時、眼瞼結膜に貧血を認め、上腹部に5cm大の腫瘤を触知した。入院時血液検査所見では、軽度の貧血と、腫瘍マーカーの上昇を認め、生化学検査では肝および、胆道系酵素の上昇を認めた。腹部エコーでは、膵頭部に3cm大の境界不明瞭な低エコー腫瘤を認めた。腹部CTでは、膵頭部に5cmの造影効果を伴う腫瘍を認めた。腫瘍は十二指腸に連続し、造影効果を伴い、内部にエアーデンシティを認めた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球後部から Vater 乳頭にかけて不整な潰瘍性病変を認めた。またMRCPでは膵頭部主膵管、および下部胆管の閉塞を認め、尾側膵管および肝内外胆管に拡張を認めた。腹部血管造影検査では、胃十二指腸動脈から造影される淡い tumor stain を認めた。門脈には明らかな異常は認めなかった。以上より膵頭部癌の診断にて手術を施行、開腹所見では膵頭部に4cm大の腫瘍を認め、横行結腸間膜への浸潤を認めたため、合併切除した。門脈への浸潤は認めず、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術中所見は、P0 H0 TS3 CH(+) DU (+) S(+) RP(-) PV(-) A(-) PL(+) OO(-) T4 N0 M0 stage IVA であり、出血量は319gであった。切除標本では膵頭部に比較的境界明瞭な4cm大の腫瘍を認め、十二指腸に浸潤し巨大な潰瘍を形成していた。病理組織学的所見では、低分化型管状腺癌で、リンパ節転移は陰性であった。本症例は術前下血を合併し、Hbが10.4g/dlまで急激な低下を認めた。そこでエリスロポエチンを使用し、Hbが11.3g/dlに上昇した時点で手術を決定した。術後の経過は良好で、ゲムシタピンの補助療法を施行し、術後32日目に退院となった。

O-054 膵内分泌腫瘍を合併した小膵癌 (TS1) の一例

¹公立学校共済組合東海中央病院消化器内科消化器内視鏡センター

○清野 隆史¹、井上 匡史¹、森島 大雅¹、川端 邦裕¹、
石川 英樹¹

症例は73歳男性。平成21年9月7日、口渇感を主訴に当院内科を受診した。3年前から糖尿病の指摘があるも無治療で、来院時の血糖値500mg/dl、HbA1c 10.2%と高値であった。また、腹部超音波検査で主膵管拡張を認めたため、消化器内科紹介となった。各種腫瘍マーカーではCEA 4.14ng/mlと軽度の上昇を認めるも、その他のマーカーは正常だった。腹部CTでは膵全体の委縮と体尾部の主膵管拡張を認めたが、明らかな腫瘍性病変は確認できなかった。10月6日にEUSを実施したところ膵体尾部に主膵管の数珠状拡張があり、その頭側に径10mm大の辺縁不整な low echoic mass が存在した。腫瘍が疑われたため精査目的で10月9日入院となる。ソナゾイドを用いた造影超音波検査では膵体部に造影効果のない径15×15mmの病変が存在し、ERCPでは膵頭体移行部での主膵管の途絶と尾側膵管の数珠状拡張を認めた。同時に膵液細胞診、擦過細胞診を行ったが陰性であり、胆管の走行に異常はなかった。10月13日、EUS-FNAを施行した。膵体部に径13×13mmの辺縁不整内部不均一な low echoic mass が存在し、カラードップラーで血流シグナルは認めなかった。COOK社製ECHO-TIP 22Gにて腫瘍を経胃的に計3回穿刺し、病理結果はAdenocarcinomaだった。11月17日、当院外科にて膵亜全摘術を施行した。病理結果は、腫瘍は膵体尾部切除断端近傍に位置する10×15mm大の充実性腫瘍で、組織学的には膵管内を乳頭状増殖する管内病変とともに、管状構造を示す Well-Moderately differentiated adenocarcinoma の浸潤性増殖を認めた。腫瘍は膵後方組織への浸潤をきたし、同部で脈管侵襲および神経侵襲を認めた。膵尾部には嚢胞状病変が多発するとともに、偶発的な内分泌腫瘍が2箇所存在した。免疫組織学的にはMIB-1 index < 1%と低値であり、low risk group に分類された。12月7日に退院し、その後は補助化学療法としてTS-1内服を実施している。膵内分泌腫瘍を合併した小膵癌 (TS1) の一例を経験したので、文献的考察を加えてここに報告する。

O-055 当院における切除不能進行膵癌に対する化学療法の現状

¹山田赤十字病院 消化器科

○川口 真矢¹、杉本 真也¹、山本 玲¹、山村 光弘¹、
大山田 純¹、黒田 幹人¹、亀井 昭¹、佐藤 兵衛¹、
福家 博史¹

【目的】近年、gemcitabine (GEM) やS-1などの有効な抗癌剤の登場により切除不能進行膵癌においても長期生存例が報告されている。今回我々は当院における切除不能進行膵癌の治療成績についてretrospectiveに検討したので報告する。

【対象と方法】2003年6月から2010年1月までに当院にて切除不能進行膵癌と診断された111例を対象とした。男性67例、女性44例、平均年齢71歳(36-94歳)。病期はUICC stage III 27例、stage IV 84例。初回治療の内訳はGEM単独療法 49例、GEM+S-1併用療法 17例、best supportive care (BSC) 40例、その他5例であった。GEM単独療法は4週間を1kurとし、GEM 1000mg/m²をDay 1、8、15に点滴投与とした。GEM+S-1併用療法は3週間を1kurとし、S-1を60mg/m²を2週間投与後1週間休薬、GEM 1000mg/m²をDay 1、8に点滴投与とした。評価項目はKaplan-Meier法による生存率および生存期間中央値(MST)とした。

【成績】初回治療がGEM単独療法の1年生存率は30.8%、MST 290日、GEM+S-1併用療法の1年生存率は50.1%、MST 322日、BSCの1年生存率は12.6%、MST 149日であった。長期生存例は初回治療がGEM単独療法であった3年間無増悪生存中の1例のみであった。長期生存中のUICC stage IIIの膵体部癌の症例を併せて提示する。

O-056 悪性膵内分泌腫瘍肝転移に対する全身化学療法の経験

¹聖隷浜松病院 消化器内科

○岡田 勝治¹、岡田 勝治¹、室久 剛¹、市川 仁美¹、
佐原 秀¹、木全 政晴¹、谷 伸也¹、芳澤 社¹、
館野 誠¹、熊岡 浩子¹、清水恵理奈¹、細田 佳佐¹、
長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、町田 浩道¹

近年、神経内分泌腫瘍の病態は徐々に明らかにされつつある。しかしながら根治切除不能、再発性の悪性膵内分泌腫瘍に対する標準治療は未だ確立されていない。我々は悪性膵内分泌細胞腫瘍と診断した症例のうち、4例の切除不能・再発病変に対して2002年からダカルバジンによる全身化学療法を施行してきた。全例治療は奏功し寛解生存中であるが、うち3例は初発から8年以上の長期にわたり病勢をコントロールができていた。良好な成績であり今回これらの3例について報告をする。【症例1】72歳女性、2002年6月発症。バイパス手術後に化学放射線療法、その後ジェムシタピン全身投与を施行した。肝転移増大のためPDとなり、エビロピジンでのTACE後にダカルバジンによる全身化学療法を開始、以後は現在まで69回の治療を行い、腫瘍は増大なく経過している。【症例2】42歳男性。2002年3月発症。膵体部径23mmの腫瘍性病変で発症。膵体尾部切除施行。2年後に肝転移出現しジェムシタピン全身投与を行うも無効。カルボプラチンでのTACE施行後にダカルバジン全身投与を開始。現在まで53回施行し寛解を維持している。【症例3】54歳女性。1998年10月膵ラ氏島腫瘍に対して膵十二指腸合併切除を施行。2005年多発肝転移が出現したが腎機能低下のため経過観察となった。2006年、血液維持透析を導入しダカルバジンの全身投与を開始した。以後ダカルバジンの投与を続行し、腫瘍の著明な縮小を認めている。

O-057 術前に膵GISTが疑われた転移性膵平滑筋肉腫の一例

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

○小倉 健¹、山雄 健次¹、原 和生¹、澤木 明¹、
水野 伸匡¹、脇岡 範¹、近藤 真也¹、丹羽 康正²、
田近 正洋²、河合 宏紀²、佐伯 哲¹、赤羽 麻奈¹、
羽場 真¹、清水 泰博³、細田 和貴³、谷田部 恭³

症例は66歳。女性。既往に子宮筋腫の診断で56歳時に手術。平成20年3月頃より心窩部痛を自覚し、近医での腹部USで膵に異常を指摘され、同年6月に当院に精査加療目的で紹介となった。腹部USでは膵体部に約30mm大の境界が明瞭な低エコー腫瘍が描出され、内部には高エコーと低エコーの混在が認められた。腹部MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像でやや高信号、造影MRIでは後期相で造影効果が認められた。MDCTでは造影効果に乏しく、内部はやや不均一な腫瘍として描出された。造影EUSでは腫瘍の中心部を除き、著明な造影効果が認められた。十二指腸内視鏡では主乳頭に異常なく、ERPでは膵体部で膵管の頭側への圧排像と、その尾側膵管の拡張が認められた。膵液細胞診では悪性細胞は検出されなかった。確定診断の為に施行したEUS-FNAでは細長い好酸性の包体を有する紡錘形細胞が束状に配列、交錯しながら増生し、免疫染色ではS100bとCD34は陰性、CD117とActinは陽性であった。以上より膵GISTと術前診断し、膵体尾部切除を施行した。切除標本では腫瘍は35×35mm大で、やや硬く平滑で、膵背側へ突出するように存在し、剖面では被膜を有する灰白色調の充実性腫瘍であった。免疫染色ではCD117、S100b、CD34は陰性、Actin、Caldesmonは陽性で、平滑筋肉腫と診断された。自験例は、膵原発の平滑筋肉腫、あるいは子宮筋腫が膵に転移し、高悪性度転化した可能性が考えられるが、形態的に膵腫瘍は摘出された子宮筋腫の病理組織と類似しており、平滑筋腫が膵に高悪性度転化したと考えられた。転移性膵平滑筋肉腫の報告例は少なく、極めて稀な症例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-058 選択的動脈内Ca注入試験が診断に有用であった膵頭部インスリノーマの1例

¹名古屋医療センター 消化器科、²名古屋大学病院 消化器科

○浦岡 正尚¹、横井 美咲¹、神谷 麻子¹、玉置 大¹、
齋藤 雅之¹、龍華 庸光¹、渡邊 久倫¹、日比野佑介¹、
都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

症例は62歳女性。2010年2月1日、1年間近く低血糖が続くため、近医より内分泌内科紹介受診。血液所見上、FBS 71mg/dl、IRI 23μU/ml、Fajans指数 [IRI/FBS] 0.32、Turner指数 [IRI×100/(FBS-30)] 56.1、とインスリン過分泌のためインスリノーマ疑いにて精査入院となる。入院後画像検査では腹部造影CTにて濃染される膵頭部が描出され、膵頭部原発のインスリノーマが疑われたが、局在部位として稀であったため、腹部血管造影検査および選択的動脈内Ca注入試験(SICI試験)を追加して行なった。腹部血管造影では膵頭部に腫瘍濃染像を認め、胃十二指腸動脈でのSICI試験にて血中IRIの上昇を確認できたため、膵頭部原発のインスリノーマと診断を確定した。手術は膵核出術が施行され、術後低血糖発作もなく経過は良好、現在のところ再発も認めていない。インスリノーマの診断は低血糖での高インスリン血症が重要な証拠となるが、必ずしも当てはまるものばかりではない。また、その大半が2cm以下のものであり、通常の画像検査では同定困難なことも多い。本症例では、好発部位ではない膵頭部の病変であったため、非観血的画像検査に加え、血管造影検査とSICI試験を追加して行うことで診断を確定させた。疾患自体が稀ではあるが、SICI試験の有用性は非常に高く、診断に躊躇するような症例では積極的に行っていくべきと考えられる。膵頭部原発のインスリノーマは稀な症例であり、多少の文献的考察を加え、報告する。

O-059 大きな嚢胞成分を有する膵腫瘍の一例

¹豊橋市民病院 消化器内科

○田中 卓¹、藤田 基和¹、浦野 文博¹、内藤 岳人¹、
山田 雅弘¹、北畠 秀介¹、山本 英子¹、林 寛子¹、
大林 友彦¹、河合 学¹、川口 彩¹、山雄健太郎¹、
岡村 正造¹

【症例】55歳男性【主訴】体重減少・口渴【既往歴・家族歴】特記すべき疾患なし【現病歴】平成21年7月住民検診にて尿糖・血糖値異常を指摘され近医を受診。5kgの体重減少と口渴多飲もあり、血糖コントロール目的にてインスリン導入となった。同院にて原因検索目的に行われた腹部超音波検査にて膵体尾部に嚢胞性腫瘍を認めた。腹部CTにて膵体部に4cm大の嚢胞性腫瘍を認め、また膵尾部は萎縮し膵管拡張の所見を呈していた。膵嚢胞性腺癌及び二次性糖尿病を疑われ、精査加療目的にて同年8月に当院へ紹介され入院となった。入院後の血液検査にてCEA、Span1、DUPAN2の高値、上部消化管内視鏡検査にて胃壁の外圧排所見を認めた。EUSでは嚢胞性病変内に不整な隆起性病変を、ERCPでは膵体部で膵管途絶所見を認め、嚢胞性病変は描出されず、ブラッシング細胞診及び膵液細胞診では陰性の結果であった。MRIでも単房性の嚢胞の所見を呈し、術前は膵癌による二次性嚢胞と診断した。CT上明らかな転移は認めず外科的切除の適応と考えられ、平成21年9月に膵体尾部脾切除術を施行。病理検体にて主膵管から末梢膵管にかけてIPMCと考えられる像と間質浸潤したductal carcinomaの増殖の所見を認めた。術後2ヶ月よりSIによるadjuvant療法開始し現在に至るまで再発なく経過している。膵嚢胞性疾患は画像診断の向上によりその質的診断、鑑別診断能は格段に向上した。しかし、中にはこれらの画像診断においても診断に難渋する例が少なからず見られる。今回我々は診断に苦慮した、大きな嚢胞成分を有する膵腫瘍の一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

O-060 治療中に甲状腺機能亢進症の合併がみられたがペグインターフェロン α 2b+リバビリン併用延長治療を継続しSVRが得られたC型慢性肝炎の1例

¹岐阜県総合医療センター

○出田 貴康¹、杉原 潤一¹、清水 省吾¹、華井 竜徳¹、
岩砂 淳平¹、安藤 暢洋¹、大島 靖弘¹、戸田 勝久¹、
芋瀬 基明¹、大西 隆哉¹、小林 成植¹

【症例】59歳、女性【既往歴】なし【現病歴】平成17年の健診で肝機能異常を指摘され近医でC型慢性肝炎と診断され、平成19年11月に肝酵素上昇が認められたため当科紹介。肝生検はCH (A1/F1)で、HCV genotype1、HCV RNAは5.7LogIU/mlと高ウイルス量であった。平成20年1月10日にペグインターフェロン α 2b (PEG-IFN α 2b) 80 μ g/週+リバビリン600mg/日の投与を開始した。治療前はTSH1.43 μ IU/ml、FT3 2.72pg/ml FT4 1.05ng/dl、マイクロゾームテスト、サイロイドテストともに陰性であった。ウイルス陰性化が20週であったため、PEG-IFN α 2b+リバビリン併用延長治療を考慮していた。ところが30週目に10kgの体重減少、発熱、頻脈が出現し、TSH0.00 μ IU/mlの著明低下、FT3 5.53 pg/mlとFT4 1.80 ng/dlの上昇、放射性ヨード甲状腺線摂取率55%の高値が認められたため、PEG-IFN α 2bに誘発された甲状腺機能亢進症と診断し、チアマゾールの投与を開始した。患者の強い希望によりPEG-IFN α 2bを40 μ g/週に減量しながら治療を継続した。44週にはTSH12.36 μ IU/ml、FT4 0.81 ng/dlと甲状腺機能亢進症は改善傾向にあったため、PEG-IFN α 2bを50 μ g/週に増量し、68週目には80 μ g/週と初期投与量まで復帰、72週で併用療法を終了した。途中でPEG-IFN α 2bの減量を余儀なくされたため、PEG-IFN α 2aの単独治療をさらに12週追加した。治療終了後24週の時点でウイルス陰性化が持続しておりSVRと判定した。【考察】今回PEG-IFN α 2b+リバビリン治療によって甲状腺機能亢進症を合併したが、抗甲状腺剤を併用しながら治療を継続し、SVRを得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。

O-062 比較的少量の瀉血療法にてALT及びAFPの低下が得られたC型慢性肝炎の1例

¹藤枝市立総合病院 消化器科

○森 雅史¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、大島 昭彦¹、
池谷賢太郎¹

【症例】77歳女性【現病歴】C型慢性肝炎のため、外来定期通院中であつた。UDCA 600mg/日の内服および、SNMC 100ml/回、週3回投与を行っていたが、ALTが持続的に100-200IU/L程度の高値を示し、AFPも100-150ng/ml程度で推移していた。血清フェリチン値177.3 μ g/dLと軽度高値ではあつたものの、フェリチン20 μ g/dL以下を目標として200ml/月のペースで7ヶ月間、計1400mlの瀉血療法を行った。瀉血療法により速やかにフェリチンは目標の20 μ g/dL以下まで低下し、これと相関してALTが40-60IU/L程度、AFPは20ng/ml以下に改善した。なお、フェリチンが低下した後は瀉血療法を行うことなく鉄制限食の指導を行うことでフェリチン20 μ g/dL以下を維持しており、ALT、AFP改善効果も持続している。【考察】十分なSNMCおよびUDCAの投与を行うも、ALT、AFPが持続高値を示すC型慢性肝炎症例は少なくない。瀉血療法はSNMCおよびUDCA服用と並んで、C型慢性肝炎においてALT改善効果が期待できる保存的治療法である。また、肝線維化抑制効果や肝発癌抑制効果も期待されており、AFPの低下効果も報告されている。今回、SNMCおよびUDCAの投与下でもALT、AFPが高値であった症例において、比較的少量の瀉血療法にて明らかなALT、AFPの低下を認めた症例を経験した。他の自験例や文献的考察を加え報告する。

O-061 C型慢性肝炎難治例に対し二重濾過血漿交換併用ペグインターフェロン・リバビリン療法を用いてHCV-RNA持続陰性化の得られた2例

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独立行政法人国立病院機構 東名古屋病院 消化器科、³名古屋大学 消化器内科学

○龍華 庸光¹、岩瀬 弘明¹、島田 昌明¹、都築 智之¹、
渡邊 久倫¹、日比野祐介¹、玉置 大¹、齋藤 雅之¹、
柿澤 麻子¹、横井 美咲¹、浦岡 正尚¹、平嶋 昇²、
後藤 秀実³

【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、2008年4月からGenotype1b・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 RNA持続陰性化が得られなかった無効例に対し、DFPPとPEG・Ribを併用して治療 (DFPP+PEG・Rib) を行いHCV RNA持続陰性化を得られた2例を経験したので報告する。【症例1】71歳女性。甲状腺腫瘍術後経過観察中にHCVを指摘。Genotype 1型、高ウイルス量であり、2001年～IFN- β 単独療法を施行。一旦HCV RNA陰性化するも再燃を認めた。2007年9月～PEG・Rib療法48週を施行するもHCV RNA陰性化は得られなかった。ISDR変異数0、肝生検F3A2であり難治性であると考えられた。2009年2月よりDFPP+PEG・Ribを開始した。DFPPを第1週目に3回、2週目に2回行った。初回DFPP直後にPEGを注射しRib内服を開始、4回目DFPP直後にPEG2回目注射を行った。4週後にHCV RNA陰性化し、48週治療終了後～2010年4月現在もHCV RNA陰性化持続している。【症例2】61歳女性。Genotype 1型、高ウイルス量であり、1997年～IFN α 2b単独療法を施行。HCV RNA陰性化は得られなかった。ISDR変異数1、core変異70番、core変異91番ともにmutant、肝生検F3A2であり難治性であると考えられた。2009年5月より症例1と同様にDFPP+PEG・Ribを開始した。7週後にHCV RNA陰性化し、48週治療終了後～2010年4月現在もHCV RNA陰性化持続している。【考察】前回PEG・Rib無効例、core変異70番・91番ともにmutantの症例であっても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。

O-063 C型慢性肝炎患者の血清AFP値に影響を与える背景因子の検討

¹順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○佐藤 俊輔¹、甘栄 裕徳¹、金光 芳生¹、成田 隆諭¹、
菊池 哲¹、平野 克治¹、玄田 拓哉¹、飯島 克順¹、
小川 薫¹、市田 隆文¹

【目的】Alpha-fetoprotein (AFP) は肝癌の診断マーカーとして広く一般的に使用されているが、肝癌を合併していないC型慢性肝炎においても10-42%で血清AFP値が上昇することが知られている。また最近になってAFP値が上昇している症例では非上昇例に比べて累積発がん率が高いことが報告されている。しかしながらAFP値が上昇しているC型慢性肝炎の臨床背景についてまだ不明な点も多い。そこで今回われわれは自験例を用いてAFP値に影響を与える背景因子について検討した。

【方法】対象は2005年4月から2009年12月までに当院で肝生検を行ったC型慢性肝炎399症例で、あらかじめ腹部造影CTまたは超音波検査を行い、肝癌が合併していないことを確認した。性別、年齢、HCV genotype、HCV-RNA量 (Amplicoor法)、ALT、GGT、血小板数、F stage、A grade、DCP、Ferritinの各因子と血清AFP値との関係について検討した。

【結果】単変量解析では、F stage ($p < 0.001$)、A grade ($p < 0.001$)、血小板数 ($p < 0.001$)、ALT ($p < 0.001$)、GGT ($p < 0.001$)、Ferritin ($p < 0.001$) がAFP値と有意な相関を示した。次にこれらの因子について多変量解析を行ったところ、F stage (標準偏回帰係数0.203, $p < 0.001$)、Ferritin (0.177, $p = 0.002$)、GGT (0.172, $p = 0.002$) 血小板数 (-0.151, $p = 0.008$) が血清AFP値に影響を与える因子として選択された。そこで肝線維化が比較的軽度なF0.2の症例について再検討したところ、単変量解析では血小板数 ($p < 0.001$)、GGT ($p = 0.011$)、ALT ($p = 0.014$)、Ferritin ($p < 0.001$) がAFP値と相関し、多変量解析では、Ferritin (標準偏回帰係数0.274, $p < 0.001$) と血小板数 (-0.201, $p = 0.001$) が選択された。以上の結果から、肝癌を合併しないC型慢性肝炎では、肝線維化や鉄過剰が血清AFP値に寄与することが示された。C型肝炎における鉄過剰の肝発癌への関与が報告されているが、今回の結果はこれを支持するものではないかと考えられた。

【結論】肝線維化や鉄過剰が、C型慢性肝炎患者の血清AFP値に影響することが示された。

O-064 C型慢性肝炎に合併したM蛋白血症の二例

¹三重大学 医学部 附属病院 消化器肝臓内科

○草川 聡子¹、野尻圭一郎¹、田中淳一郎¹、杉本 龍亮¹、
宮地 洋英¹、別府 徹也¹、諸岡 留美¹、田中 秀明¹、
山本 憲彦¹、杉本 和史¹、藤田 尚己¹、岩佐 元雄¹、
白木 克哉¹、竹井 謙之¹

【症例 1】61歳女性【主訴】肝機能異常【既往歴】22歳:左腎結石手術時に輸血症あり【現病歴】22歳時に左腎結石にて手術を受け、この際に輸血を受けた。40歳時にAST/ALT:2000IU/l台の肝障害をきたし、3カ月の入院加療歴があり、後にC型慢性肝炎と診断された。2009年7月 GOT:109IU/l、GPT:90IU/lと悪化を認め当科に紹介入院した。【入院後経過】HCV抗体陽性、Genotype:2A、HCV-RNA:RT-PCR Taqman 5.0 LogIU/mlであり、PEG-IFN α -2b/Ribavirin併用療法の適応と考えられたが、入院時の採血で総蛋白:11.2g/dl、IgG:5540mg/dlと著増していた。血清蛋白分画でM蛋白がみられ、免疫電気泳動ではIgG- κ 型M蛋白が同定された。入院後肝生検を施行し、慢性活動性肝炎A2F1と診断し、抗ウイルス療法導入前に骨髄穿刺を施行した。骨髄標本上、形質細胞は3.6%であったが腫瘍細胞の明らかな増殖は見られず、本態性M蛋白血症と診断した。本症例は骨髄穿刺後にPEG-IFN α -2b/Ribavirin併用療法を開始し、4週目にはHCV-RNA陰性化が得られている。【症例 2】81歳女性【現病歴】C型慢性肝炎として当院外来でフォローアップされていたが、無症状ながらIgGの漸増傾向を認めていた。2008年8月 IgG:6320mg/dlまで上昇を来した。骨病変や腎機能障害は見られなかったが、免疫電気泳動でIgG- κ 型M蛋白が同定されたため、8月骨髄穿刺を施行した。骨髄標本上形質細胞は7.4%であった。IgG κ 型の多発性骨髄腫と診断したが、無症候性であり、高齢でもあったため家族との相談の結果化学療法は見送られ、現在外来にて経過観察中である。しかし、2010年4月にはIgGは9390mg/dlまで経時的に増加しており疾患の進行が予想され、治療開始のタイミングを検討中である。【考察】C型慢性肝炎に本態性M蛋白血症を合併した一例および、多発性骨髄腫を合併した一例を経験した。HCV感染は多彩な肝外病変が知られているが、血液疾患を合併する頻度は高く、これに留意する必要がある。HCVと血液疾患の発生機序についてはいまだに明らかではないが、いくつかの経路が提唱されており、若干の文献的考察を加え報告する。

O-065 エンテカビル投与が奏効した genotype A の B 型急性肝炎の 1 例

¹名古屋セントラル病院 消化器内科

○野々村大地¹、佐藤 寛之¹、神谷 友康¹、真鍋 孔透¹、
桶屋 将之¹、安藤 伸浩¹、川島 靖浩¹

【症例】患者 20 代、男性【主訴】倦怠感、食欲不振【既往歴】特記すべきものなし。輸血歴、飲酒、喫煙なし。【現病歴】2009 年 5 月まで不特定多数の同性と性交渉を持った。8 月になり倦怠感と食欲不振を自覚し、当院救急外来受診となった。血液検査にて肝機能障害を指摘され、精査加療目的で入院となった。【入院時所見】意識清明。結膜異常なし。胸部所見異常認めず。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。表在リンパ節触知せず。【経過】入院時血液検査 AST697IU/L、ALT1788IU/L、T-Bil2.2mg/dl、PT88%であった。HBsAg (+)、HBsAb (-)、HBeAg (+)、HBeAb (-)、IgM-HBcAb (+) であり、他のウイルス感染や肝障害の原因検査で異常を認めず、B 型急性肝炎と診断した。HBV-PCR (TacManPCR) 6.5LogIU/ml であり、genotype A であった。保存的に安静療養としたが、肝障害の改善乏しく、遷延化危惧し、第 21 病日エンテカビル投与開始。同時にプレドニゾン 50mg を 3 日間内服投与し、以降漸減した。投与開始時 AST459IU/L、ALT775IU/L、T-Bil13.8mg/dl、PT77%。投与開始後肝機能障害、自覚症状とも改善見られ第 48 病日 AST83IU/L、ALT244IU/L となり退院し、外来通院となった。退院後 2 ヶ月にて HBeAg (-)、HBeAb (+) となり、AST、ALT 正常化した。退院後 5 ヶ月にて HBsAb (+) となり、HBV-DNA は検出されなくなった。ひき続きエンテカビル内服継続にて経過観察中である。【考察】genotype A 型の HBV による肝炎は近年増加傾向にあり、慢性化のリスクが高いことが知られている。今回、早期にエンテカビルの投与を含めた積極的な治療を行うことにより良好な経過をとった genotype A 型の B 型急性肝炎の 1 例を経験したため報告する。

O-066 非 B 細胞性びまん性大細胞型リンパ腫の R-CHOP 療法後に de novo 肝炎を発症した 1 例

¹大垣市民病院 消化器科

○木村 純¹、熊田 卓¹、桐山 勢生¹、谷川 誠¹、
久永 康宏¹、豊田 秀徳¹、金森 明¹、多田 俊史¹、
荒川 恭宏¹、安東 直人¹、藤森 将志¹、新家 卓郎¹、
安田 諭¹、坂井 圭介¹

症例は 70 歳代男性。2008 年 10 月末頃から下腹部痛が出現し、消化器科を受診したところ、腹部エコーにて腹腔内の多数のリンパ節腫大を認め、悪性リンパ腫が疑われ血液内科に紹介された。頸部リンパ節の生検を実施したところ非 B 細胞性びまん性大細胞型リンパ腫 (DLBCL) と診断された。脾臓と骨髄にも病変を認め R-CHOP 療法を 8 コース (2008 年 12 月～2009 年 7 月) 実施された結果、PR 相当の効果を認め退院となった。その後、症状なく外来観察していたが 2010 年 2 月 4 日、AST/ALT 433/326 IU/L と上昇を認め再度消化器科受診となった。胸腹部 CT ではリンパ節腫大を認めず DLBCL に関しては CR の所見であった。以前陰性であった HBs 抗原が陽性化し、genotype C、HBe 抗体陽性、HBVDNA は 9.8 log copies/mL であった。腹部エコーではグリソン鞘周囲のエコーレベルは高く、急性肝炎に合致する所見であった。de novo B 型肝炎を疑いバラクールド内服と強力ネオミノファーゲンシで治療開始した。しかし、その後も黄疸の増強を認めステロイドパルス療法を施行したが反応が得られず、PT20%、総ビリルビン 20.3mg/dL、直接型ビリルビン 15.1mg/dL と肝不全が進行し、同月 25 日に死亡された。剖検が施行され肝臓の重量は 950g と著明に萎縮していた。今回、われわれは化学療法施行後に肝炎を発症した de novo B 型肝炎と思われる一例を経験した。de novo B 型肝炎は劇症化率が高く、一旦劇症化すると致死率が高いことから、その実態と対策について考えるうえで重要な症例と考え報告する。

O-067 当院で経験した肝膿瘍の臨床的検討

¹名古屋医療センター 消化器内科、²東名古屋病院 消化器科、
³名古屋大学 消化器内科

○横井 美咲¹、浦岡 正尚¹、柿澤 麻子¹、齋藤 雅之¹、
玉置 大¹、龍華 庸光¹、渡邊 久倫¹、日比野祐介¹、
島田 昌明¹、都築 智之¹、岩瀬 弘明¹、平嶋 昇²、
後藤 秀実³

【目的】画像診断による肝膿瘍の診断は比較的容易であるが、原因菌や背景因子、感染経路は様々で、病態に応じた治療が必要である。そこで今回、当院で経験した肝膿瘍 19 例について、細菌性肝膿瘍とアメーバ性肝膿瘍を比較検討した。【方法】対象は過去 5 年間に当院で経験した肝膿瘍 19 例である。内訳は細菌性 7 例 (平均年齢 63 歳、男性 6 例、女性 1 例)、アメーバ性 11 例 (平均年齢 53.8 歳、男性 8 例、女性 3 例)、不明 1 例 (48 歳男性) であった。各症例の臨床像、背景因子を比較した。【成績】細菌性肝膿瘍は 2 例に手術歴があり、悪性腫瘍、糖尿病、関節リウマチ、腎不全などの基礎疾患が認められた。画像所見は単発が 6 例、多発が 1 例であった。原因菌としては、クレブシエラ 3 例、Fusarium 1 例、Fusobacterium nucleatum 1 例、連鎖球菌 1 例、表皮ブドウ球菌 1 例、大腸菌 1 例、Bacteroides fragilis 1 例であり、抗生剤により全例治癒した。アメーバ性肝膿瘍は 2 例に手術歴があり、6 例に悪性腫瘍、喘息、胃潰瘍、薬物依存症腎結石、結核などの基礎疾患が認められた。下部内視鏡検査でアメーバ性腸炎の所見が 3 例認められた。画像所見では単発が 7 例、多発が 4 例であった。HIV 陽性例は 3 例で、同性愛者は 3 例であった。全例で血中アメーバ抗体陽性となっていたが、迅速鏡検にて塗染陽性となったものは 3 例であった。治療はフラジール 1500mg の内服を 10～14 日間行い軽快を認め、2 例で再発がみられていた。【結論】今回の検討では、従来の報告よりアメーバ性肝膿瘍の割合が高く、今後増加が予測される。画像所見では原因菌の同定が困難であった。細菌性肝膿瘍の方が、比較的高齢者にみられ、免疫低下をきたす基礎疾患を持つ割合が高くみられ、感染経路は不明であった。アメーバ性肝膿瘍は再発の可能性があり、治療後も慎重な管理が必要と考えられた。

O-068 ランブル鞭毛虫症を伴ったアメーバ性肝膿瘍の 1 例

¹名古屋記念病院 消化器内科

○内田 元太¹、菅内 文中¹、伊藤 亜夜¹、鈴木 重行¹、
近藤 啓¹、神谷 聡¹、山内 学¹

【症例】45 歳 男性。【主訴】発熱および右季肋部痛。【既往歴】慢性下痢症状。【現病歴】5 日間継続する 39-40 度の発熱および右季肋部痛にて近医より紹介。【経過】血液検査では WBC 14200/ μ l、CRP 13.8mg/dl と炎症反応の上昇を認めた。腹部造影 CT では肝右葉後区域に辺縁不鮮明で周囲が濃染し内部がう胞化した 6-7 cm の腫瘍を認めた。腹部 MRI 検査では同部位に T1 強調像で低信号、T2 強調像で内部優位に高信号、拡散強調像では辺縁主体に高信号を呈する所見を認めた。また腹部 CT 画像にて S 状結腸の多発憩室と壁肥厚および周囲脂肪組織の混濁など急性炎症所見も認めた。以上より経門脈的感染による肝膿瘍と考え IPM/CS の投与を開始した。その後解熱および CRP の改善認めたが CT にて肝膿瘍は縮小傾向認めず、WBC の高値および下痢症状の継続、抗アメーバ抗体の高値を認め、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、回盲部に不整形潰瘍が散見された。鏡検にて明らかなアメーバ原虫の検出はされなかったが、ランブル鞭毛虫の栄養型を認めた。ランブル鞭毛虫症を伴ったアメーバ性肝膿瘍と診断し、メトロニダゾールの投与を開始したところ肝膿瘍縮小および下痢症状の改善を認めた。【考察】海外渡航歴のない非同性愛者の男性に発症したランブル鞭毛虫症を伴ったアメーバ性肝膿瘍の 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。

O-069 シェーグレン症候群を合併した特発性門脈圧亢進症の一例

¹愛知県厚生連豊田厚生病院 消化器科

○森田 清¹、大久保賢治¹、竹内 淳史¹、金沢 宏信¹、
下郷 友弥¹、伊藤 隆徳¹、竹山 友章¹、西村 大作¹、
片田 直幸¹

【症例】70歳女性【主訴】吐血【既往歴】50歳時に膠原病といわれたが無治療。64歳時子宮癌手術。【入院時現症】体温35.8度、血圧68/46 mmHg、脈拍74/分、SpO2 99%。眼結膜に貧血あり。心音整、雑音なし。腹部は平坦・軟。圧痛なし。腹水なし。【現病歴】平成22年2月22日鮮血を大量に吐血し当院救急外来受診。緊急内視鏡検査施行したところ胃静脈瘤から出血あり、止血処置試みたが大量出血のために視野が確保できなくなったため、ただちにストマックバルーンチューブを用いて胃静脈瘤の圧迫止血を施行し同日入院。【臨床経過】入院後、輸血を行いバイタル安定しており、翌日内視鏡検査施行したところ胃静脈瘤から滲出性の出血あり、ヒスタクリル注入による止血処置施行。後日、食道静脈瘤に対して硬化療法施行。入院時の採血で抗核抗体陽性、また口渴感、目の乾きの訴えあり 抗SS-A抗体を測定したところ強陽性。ガムテストは ほぼ0 ml。また口唇小唾液腺生検で導管周囲にリンパ球の50個以上のフォーカスを2カ所以上認め、シェーグレン症候群と診断した。アシアロシンチ上はHH15 0.58 LHL15 0.95と正常範囲内の肝機能と考えられた。腹部超音波検査、CT検査上は肝萎縮は目立たず、また肝外門脈閉塞はなく、高度の脾腫を認めた。肝生検上 頰洞の拡張と門脈域の線維性結合織の軽度の増多を認め特発性門脈圧亢進症として矛盾しない所見であった。腹部血管造影施行。逆行性肝静脈造影で肝静脈間の吻合としだれ柳状の変化を認め、特発性門脈圧亢進症と診断した。【結語】特発性門脈圧亢進症の病因は未だ明らかではないが、その一つとして自己免疫機序の関与が想定されている。膠原病の合併例の報告は散見されるが、シェーグレン症候群の合併例は きわめて稀と考えられた。若干の文献的考察を加え報告する。

O-071 組織学的に肝硬変への移行を確認し得た2型糖尿病合併NASHの一例

¹JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 内科

○伊藤 隆徳¹、森田 清¹、大久保賢治²、竹内 淳史¹、
金沢 宏信¹、下郷 友弥¹、西村 大作¹、片田 直幸¹

【症例】症例は80代、女性。平成2年から肝障害を指摘されていた。糖尿病にて近医通院中、平成13年6月当院消化器内科紹介され精査入院となる。腹部超音波検査では脂肪肝を認め、血小板は21.3万と低下を認めなかったもののAST146IU/L、ALT193IU/L、γGTP173IU/Lと肝障害を認めた。またHbA1c 7.6%、HOMA-IR 5.1とインスリン抵抗性を伴う2型糖尿病合併も認めた。肝生検を施行したところ肝細胞に大滴性の脂肪変性があり、門脈域中心に線維化、肝細胞の風船様変性、Mallory体を認め、後の検討でNASH (nonalcoholic steatohepatitis: 非アルコール性脂肪肝炎)が疑われた。食事療法と運動療法による減量、グリメピド・アトルバスタチン・ウルソデオキシコール酸内服にて外来加療を行ったが、肝障害が継続したため平成15年9月再入院した。肝生検では、前回より小葉改築が進行し、偽小葉も形成され肝硬変期に移行していた。採血上、ヒアルロン酸109ng/ml (平成13年)→694ng/ml (平成15年)と増加を認め、血小板は21.3万 (平成13年)→13.1万 (平成15年)と低下あり、採血上も肝線維化の増悪が疑われた。その後、平成18年4月にも糖尿病合併目的入院時に肝生検を施行したところ、肝細胞の脂肪化はわずかに認められるのみであった。インスリン導入を行い、ARBを含む降圧剤を使用し治療を継続したが、徐々に肝線維化は進行し平成22年1月食道静脈瘤に対してEIS+EVLを行った。CT・腹部超音波検査では、肝細胞癌の発生は認められておらず、現在も外来通院中である。【考察】2型糖尿病、メタボリック症候群に合併したNASHの1例である。本症例のように、経時的に非肝硬変期から肝硬変への移行を示す肝病理が得られ、その後も経過を追った例は比較的特異であり、ここに若干の文献的考察を加え報告する。

O-070 脾静脈閉塞にて発生した胃静脈瘤破裂の1例

¹木沢記念病院 消化器科

○小原 功輝¹、杉山 宏¹、丸田 明範¹、中川 貴之¹、
端山 暢郎¹

【症例】38歳、男性。飲酒歴：ビール3本/日、毎日。2007年8月12日にバイク事故による左上腕骨大結節骨折を来し当院整形外科に入院。20日に骨接合術を受けた。28日に黒色便を認めたため当科へ紹介された。現症では結膜に高度の貧血を認め、左上腕の術創部から胆汁の排泄を認めた。検査所見ではWBC 17920/mm³、CRP 22.4mg/dlと高度の炎症所見を、RBC 214万/mm³、Hb 6.3g/dl、Ht 19.0%と高度の貧血を認めた。またAST 41IU/l、ALT 82IU/l、γ-GTP 203IU/lと肝胆系酵素の上昇も認められたが、酵素系は正常範囲内であった。創部の開放膿の細菌培養でMRSAが検出された。緊急内視鏡では食道静脈瘤は認めなかったが、Lg-f F3 CW RC (+)の胃静脈瘤を認め、その一か所にびらんがあり、出血点と考えられた。止血されていたため内視鏡的治療は行わず、抗潰瘍薬の内服加療とした。dynamic CTでは脾腫大、脾静脈の狭小化を認め、高度の胃静脈瘤を形成し、脾静脈閉塞から発生した胃静脈瘤と診断した。創部のMRSA感染が落ち着き次第早期に手術を行う方針としたが、10月2日にHb 5.8mg/dlと貧血の進行があり内視鏡を施行した。静脈瘤の上に赤色栓の付着を認めたため出血部位と診断し、66.7% Histoacryl液1.5mlづつを出血部位近傍の静脈瘤内に3か所血管内注入したところ止血しえた。しかし26日に黒色便を認めたため内視鏡を施行し、胃静脈瘤から噴出性出血を認めた。Histoacryl原液1mlづつを出血部位近傍の静脈瘤内3か所に血管内注入したところ止血しえた。止血できたものの再出血の危険性が高く、創部感染はほぼ治癒したと診断し、11月6日当院外科にてHassab手術及び尾部切除術を施行した。術中所見では脾臓、脾臓が強固に癒着していた点から脾炎が脾静脈閉塞の原因であった可能性が高いと考えられた。術後胃静脈瘤は縮小、平低下し現在まで再出血を認めていない。【結語】脾静脈閉塞にて発生した胃静脈瘤破裂の1例を経験した。HistoacrylによるEISにて一時止血した後、待機的にHassab手術を施行した。肝硬変を認めず、胃静脈瘤のみ認める例は左側門脈圧亢進症を考慮する必要があると考えられる。

O-072 granulomatous pulmonary infiltrationを呈し、診断の契機となったPBCの1例

¹松原総合病院 消化器内科、²浜松医科大学 呼吸器内科

○松原 悠¹、松下 雅広¹、中島 幹男²、加藤 真人²、
中村祐太郎²

【緒言】原発性胆汁性肝硬変 (PBC) は、systemic disorderであると考えられ、肝内小胆管のgranulomatous infiltrationが特徴的である。稀に、extrahepatic granulomaを認めることがある。【症例】患者は44歳の女性。胸部Xp検査は毎年受けていたが、2008年の検査で異常影を初めて指摘され、2008年7月9日に当院呼吸器内科に紹介された。BAL、TBLB等の所見より何らかの肉芽腫性肺炎が疑われるものとの確診には至らず。経過観察中2008年9月頃より肝機能異常も出現したため精査目的で当科に紹介された。肝病変は、肝生検による病理組織学的検討および抗ミトコンドリアM2抗体陽性等からPBCと診断した。UDCAの内服にて肝機能検査は正常化に向かった。現在、外来にて経過観察中である。【考察】PBCでは、高頻度(20%~80%)に肉芽腫の出現を認め、それは壊死を伴わない類上皮細胞からなる肉芽腫で、サルコイド型の肉芽腫に類似する。肺サルコイドーシスとPBCのoverlap syndromeについては古くより文献記載がある。また、PBCが稀に肉芽腫性肺炎を合併することも知られているが、RodriguezらによるとPBCに伴う肺病変は、PBC自体よりも、合併したその他のconnective tissue disorder (CTD) に起因するものとされる。本症例は各種血液検査や臨床症状からはPBC以外のCTDは明らかではなかった。本症例のgranulomatous pulmonary infiltrationはPBCのextrahepatic manifestationと推察された。【結語】Extrahepatic manifestationとしてgranulomatous pulmonary infiltrationを呈し、診断の契機となったPBCの1例を経験した。

O-073 右房・下大静脈圧排を伴う巨大肝嚢胞に対しエタノール・MINOで固定術を行った1例

¹小牧市民病院 消化器科、²小牧市民病院 臨床検査科

○桑原 崇通¹、宮田 章弘¹、平井 孝典¹、大山 格¹、
岡田 明久¹、佐々木淳治¹、小島 優子¹、林 大樹朗¹、
中川 浩²

【症例】64歳女性。2009年初旬より労作時呼吸困難あり、4月当院循環器内科受診した。心エコーにて右房の圧排所見認めため、上腹部CT施行したところ212×196mmの右葉全体をしめる巨大肝嚢胞を認めた。CTでは隔壁を認めない単房性嚢胞で、明らかな壁肥厚・嚢胞内の結節は認めなかった。嚢胞は右房の圧排だけではなく下大静脈の圧排もあり心不全の原因として肝嚢胞が原因と考え当科紹介となった。**【経過】**心機能の精査と、下肢静脈血栓・右房内血栓・肺塞栓がないことを確認した後、嚢胞ドレナージ施行した。嚢胞の急速なドレナージの為に肺塞栓症、心不全増悪の危険性があるため一日600mlずつ排液した。排液がほぼなくなるまで6日間計3600ml排液を行った。排液の細胞診行ったが明らかな悪性所見は認めなかった。ドレナージ後第9病日固定術を施行した。固定術の方法は、嚢胞内容を全て排液後チューブより造影を行い、血管・胆管や他臓器との交通がないこと確認し無水エタノール40mlを注入した後チューブをクランプし、1時間毎に体位変換行い4時間後排液した。この固定術を4回施行した。第20病日、嚢胞の縮小に伴いドレナージチューブが逸脱した。第23病日CT再検するも依然10cm大の嚢胞を認めためエタノールによる固定は困難と判断。第24病日再穿刺行いMINO600mgで固定術を経5回施行した。排液が殆どなくなったためチューブをクランプした。CTで明らかな増大がないこと確認し第37病日チューブ抜去した。その後1ヶ月毎にCTにてフォロー行ったが徐々に縮小していった。2010年3月のCTでは嚢胞がほぼ消失していた。現在労作時呼吸困難など自覚症状もなく外来定期通院中である。**【考察】**今回右房・下大静脈圧排を伴う肝嚢胞に対し固定術を行った。右房・下大静脈圧排を伴う巨大肝嚢胞は稀であり、文献的考察を加え検討する。

O-074 巨大な門脈内腫瘍栓を伴う肝細胞癌の1切除例

¹松阪市民病院 外科

○下村 誠¹, 小倉 嘉文¹, 世古口 務¹, 谷口健太郎¹,
佐藤 梨枝¹

患者は65歳の男性。他院にて早期胃癌と診断され手術的に当科紹介となった。血液検査所見ではHCV抗体が陽性で血中アルブミン4.6 g/dl, PT 76%, ICGR15 16.1%, Child-Pugh分類はA(5点), PIVKA-2は7470 mAU/mlであった。造影CTでは肝後区域を中心に境界不明瞭な巨大な腫瘍を認め、右横隔膜および右副腎への浸潤を認めた。また後区域腫瘍からのびる巨大な門脈内腫瘍栓が頭側は前区域起始部および左枝umbilical potiomまで、尾側は門脈本幹上縁まで連続して認められた。腹腔動脈造影では肝右葉に右肝動脈ならびに一部右横隔膜動脈に栄養される巨大なhypervascular tumorを認めた。上腸間膜動脈造影では門脈血流は腫瘍栓にて門脈本幹で完全に途絶し、肝十二指腸靱帯内に求肝性副側血行路が著明に発達し、cavernous transformationを形成していた。上部消化管内視鏡では下部食道に静脈瘤を認め、前庭部小弯に不整な隆起性病変を認め、O-IIa型早期胃癌と診断された。血管造影後、コードによる全身性多形滲出性紅斑が出現したため、IVRによる経動脈的治療は困難となった。右横隔膜および右副腎浸潤を伴うVp4肝細胞癌の診断で門脈内腫瘍栓摘出術および肝右葉切除および術中肝動脈内リザーバー留置術を施行した。肝はほぼ正常で、腫瘍は右横隔膜および右副腎に浸潤していたが、IVC右肝静脈に浸潤はなく、右葉を脱転し肝切離を先行したのち、門脈本幹を脛上縁にてクランプし、後区域枝起始部にて門脈前壁を切開し、腫瘍栓を摘出した。切除標本では後区域から一部前区域におよぶ多結節癒合型の腫瘍が認められ、後区域門脈内に腫瘍栓を認めた。病理組織学的所見では中分化肝細胞癌と診断された。術後胆汁漏れを認めたが保存的に軽快、PIVKA-2は64mAU/mlまで低下した。5FUによる動注化学療法のものち、肝機能の改善をまってソラフェニブによる化学療法を開始し、5ヶ月の現在明らかな再発は認めない。

O-076 肝細胞癌に合併しクリッピングを施行した脾動脈瘤の1例

¹木沢記念病院

○垣内 亮一¹, 山本 淳史¹, 堀田 亮輔¹, 伊藤 由裕¹,
佐治 重豊¹, 尾関 豊¹

症例は50歳の男性。45歳頃から慢性B型肝炎、肝硬変で当院消化器科に入院中。2009年9月のスクリーニングのMRIで肝S5に多血性腫瘍を認め精査目的で入院となった。腹部CTでは肝S5に約16mm大のCTHAで高濃度、CTAPで低濃度な腫瘍を認め、肝細胞癌を疑った。また血管造影検査では上腸間膜動脈造影検査で下腸十二指腸動脈から胃十二指腸動脈のアーケードを介して総肝動脈、脾動脈が描出され、腹腔動脈の起始部は描出されなかった。3D-CTでは腹腔動脈起始部は造影されるものの狭小化しており、原因としては正中弓状靱帯による圧迫を考えた。さらに上腸間膜動脈造影検査にて上腸間膜動脈起始部近傍に動脈瘤と考えられる所見を認めた。動脈瘤は径15mm大で、上腸間膜動脈から分枝し拡張した背側脾動脈に存在するものと考えられた。以上の所見から肝細胞癌、背側脾動脈、腹腔動脈起始部狭窄の診断で動脈瘤の処置と腹腔動脈の狭窄の解除も行うこととした。術中所見では肝は肝硬変で、腫瘍はS5に存在した。腹腔動脈起始部には線維性の索状物を認めそれによる狭窄が考えられた。動脈瘤は背側脾動脈と考えられる動脈に嚢状に存在した。手術は肝S5部分切除、脾臓摘出術を行い腹腔動脈起始部は線維性索状物を切離し狭窄を解除した。嚢状動脈瘤は頸部をクリッピングした。術後病理診断は、中分化型肝細胞癌, trabecular type, eg, gf(+), fc-in1(+), sf(+), s0, vp0, vv0, va0, b0, sm(-), LC, pT1, fStage Iであった。術後のCTで下腸十二指腸動脈瘤内への血流はクリッピングにより消失しており、末梢への血流障害もなかった。腹腔動脈の狭窄は残存していた。術後経過良好で第30病日に退院し現在外来通院中である。内臓動脈瘤は嚢状の形態を示すものが少なく、クリッピングを施行した報告は今回が初めてと思われる。

O-075 外科的に切除した腹腔内 Angiomyolipoma 及び HCC の1例

¹刈谷豊田総合病院

○松井 健一¹, 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, 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¹

症例は、79歳、女性。主訴は右腋窩皮下腫瘍精査。既往歴は糖尿病、高血圧症、高脂血症。現病歴は平成21年11月12日に当院外科に右腋窩皮下腫瘍精査にて受診、CT、MRIにて腹腔内腫瘍、肝腫瘍を認め、11月27日に当科へ精査依頼となった。現症は、身長143.9cm、体重56.3kg、BMI 27.19、腹部は平坦・軟で腫瘍を触知せず、右腋窩に軟性の皮下腫瘍を認めた。採血では、AST45U/l、ALT43U/lと軽度の肝障害を認めた。HBsAg、HCVAbは陰性、HbA1cは7.2%であった。AFP 220,000ng/ml、PIVKA-II 498mAU/mlと腫瘍マーカーの著明な上昇を認めた。腹部USでは、臍体尾部、胃体部、小腸に接して7cm大の低エコー腫瘍を認めた。肝は肝角鈍・辺縁不整で、エコー輝度が高く、S5/6に5cm大、S8に3cm大のモザイク状の腫瘍を認めた。ダイナミックCTでは、腹腔内腫瘍は胃・十二指腸水平脚・脾に接し、早期相で強く造影され後期相でwashoutし、腫瘍静脈は胃結腸静脈幹に流入していた。肝腫瘍は早期濃染を呈しP8に腫瘍栓を認めた。MRIでは、腹腔内腫瘍の一部は、T1 out phaseでlowであり、脂肪含有が示唆された。PET-CTでは、腹腔内腫瘍へのFDG集積は乏しく、肝腫瘍は強いFDG集積を認めた。血管造影では、腹腔内腫瘍は背脾動脈と大腸動脈から栄養されていた。肝腫瘍は、A5、A8から栄養されていた。画像上、遠隔転移やリンパ節腫大は認めなかった。以上より、腹腔内多血腫瘍及び肝障害AのNASH-LCに合併したHCCと診断、平成22年1月15日に手術を施行した。腹腔内腫瘍は脾下縁近傍の網嚢内から発生しており、肝S8とS5/6に腫瘍を認め、脾部分切除術・肝右葉切除術・胆嚢摘出術を施行した。切除標本の病理では、腹腔内腫瘍は多彩な性状の細胞成分の浸潤性増殖を認め、免疫染色でHMB-45陽性であることから、Angiomyolipomaと診断した。肝腫瘍は中分化～低分化型肝細胞癌で、背景肝はNASH-LCの肝硬変であった。術後経過は良好で、現在まで再発を認めない。比較的稀な腹腔内Angiomyolipoma及びHCCの1切除例を経験したので報告する。

O-077 肝細胞癌からの総胆管内落下腫瘍塊による化膿性胆管炎の1例

¹山田赤十字病院 内科、²山田赤十字病院 消化器科

○濱岡 志麻¹, 浦和 尚史¹, 荒木 潤¹, 小島 裕治¹,
杉本 真也², 山本 玲², 山村 光弘², 大山田 純²,
黒田 幹人², 川口 真矢², 亀井 昭², 佐藤 兵衛²,
福家 博史²

肝細胞癌が早期に胆管内に浸潤発育することは比較的少なく、中でも総胆管内に腫瘍塊が落下し、閉塞性化膿性胆管炎を生じた報告は稀である。症例は66歳男性、既往歴に特記すべき事項なし。平成20年9月の健康診断にて肝障害を指摘され当院内科受診、腹部エコーにて肝S1から右葉に広がる腫瘍を認め精査加療目的に10月8日入院となった。MRIにて肝S1を中心に肝門部やS7-8の内側に進展する肝腫瘍を認め、CT及び腹部血管造影の所見で動脈血流は乏しく胆管拡張を伴い胆管浸潤及び門脈圧排を合併、腫瘍マーカーではAFP高値であり、混合型肝癌が考えられた。主要血管への浸潤がなく拡大右葉切除の適応と考え、10月23日に一旦退院とした。外科術前精査中の10月28日、突然の発熱、腹痛、黄疸出現を認め29日入院、ERCP施行したところ総胆管下端に2cm程度の欠損像を認めた。EST施行し内容を排出したところ腫瘍塊を確認、病理組織診断ではHCCと確定した。今回我々は肝門部に存在する肝腫瘍について精査中、発熱、腹痛、黄疸が出現、閉塞性化膿性胆管炎、DICと診断、ERCP後にEST施行し乳頭部に嵌頓した腫瘍塊を回収、病理組織学診断にてHCCと判明した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-078 耳下腺癌の肝転移に対してラジオ波焼灼療法を施行した一例

¹藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科

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

【症例】63歳男性。【既往歴】特記事項なし。【現病歴】2007年10月他院にて右耳下腺癌（導管癌）摘出術施行。周囲リンパ節転移認め同年11月より当院耳鼻科にて放射線療法施行。2008年2月両肺転移および縦隔リンパ節転移出現し、化学療法（CDDP + 5-FU）1クール後、縦隔リンパ節転移に対し放射線療法中であった。同年4月肝左葉に1ヶ所転移巣を認め当科紹介。【理学所見】腹部は平坦かつ軟で圧痛等は認めず。【検査成績】Plt 23.4万/μl、T-Bil 0.7mg/dl、AST 20 IU/l、ALT 20 IU/l、HCV-Ab(-)、HBsAg(-)。【腹部US】肝左葉（S2）に17mmの低エコー腫瘤を認めた。【腹部造影US】腫瘤はSonazoidにより早期濃染した後速やかにdefectとなり肝実質相までdefect像として描出された。【腹部造影CT】肝左葉（S2）に単純でisodensity、造影早期～門脈相でlow density area となる辺縁不明瞭な腫瘤を認めた。【臨床経過】2ヵ月前の造影CTでは肝腫瘤を認めず、今回USとCT所見で転移性肝癌の所見であること、耳下腺癌の両肺転移および縦隔リンパ節転移で加療中であること、他に原発巣となり得る病変を認めないことなどから、耳下腺癌の肝転移と診断し、USガイド下にラジオ波焼灼療法（RFA）を施行した（LeVeen Needle Electrode 3cm径 展開針 使用）。術後の腹部造影USおよびCTにてsafety margin をもって十分な焼灼範囲を得られており、1セッションで治療完了とした。その後も耳下腺癌に対する放射線化学療法が続行されていることもあり、RFA後2年肝転移の再発は認めていない。【考察】転移性肝癌に対するRFAは、大腸癌をはじめ胃癌、膀胱癌、乳癌、甲状腺癌、神経内分泌腫瘍、肉腫などの肝転移で報告されているが、大腸癌肝転移以外ではRFAの報告は限られておりエビデンスは未だ不足している。耳下腺癌の肝転移に対するRFAの報告はほとんど見られず、貴重な治療例と考えられたため報告した。

O-079 自然寛解が得られた進行肝細胞癌の3例

¹藤田保健衛生大学 肝・脾外科

○竹浦 千夏¹、加藤悠太郎¹、棚橋 義直¹、所 隆昌¹、
吉田 淳一¹、香川 幹¹、細川千佳生¹、杉岡 篤¹

【はじめに】遠隔転移や腹膜播種などを伴う進行肝細胞癌の予後は不良であり、自然寛解はきわめて稀である。最近われわれは、かかる進行肝細胞癌において自然寛解が得られた3例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例1】74歳、男性。C型慢性肝炎経過観察中、平成14年にS4のHCCに対し拡大内側区域切除施行。平成17年7月にS1rの再発HCCに対しTAE+RFAを施行したが局所再発をきたし、平成19年7月にS1r切除を行った。その後残肝両葉に多発再発を認め、平成20年6月に増大傾向著明となり、AFPも1771ng/mlまで急上昇したが、9月にはHCCは消失し、AFPも正常化した。その間に治療歴はなく、**菜食**に切り替えたのみであった。

【症例2】84歳、女性。AIH+PBCとして経過観察中、平成19年11月にS5のHCCに対しRFA施行したところ、平成20年5月に残肝再発と腹膜播種をきたし、9月には腹膜播種は径6cmと著明に増大し、PIVAK-IIは7429.8mAU/mlまで急上昇したため、10月に手術予定としたが、**右下大腿窩窩炎**のため手術延期したところ、平成21年1月にはPIVAK-IIは正常化し、残肝再発と腹膜播種はいずれも消失した。

【症例3】69歳、女性。平成20年11月にC型肝硬変、脾機能亢進症、脾動脈瘤および門脈瘤に対し脾摘と門脈瘤縫縮術を行い、平成21年1月と9月にS8のHCCに対しTACEを施行したが、11月には残肝多発再発と右腸骨に径4cmの骨転移が出現し、AFP4875ng/ml、PIVAK-II1659.4mAU/mlと急上昇した。化学療法予定であったが、12月に転倒し**両前腕骨骨折受傷**。平成22年1月のCTでは残肝再発は消失、腸骨転移も不明瞭化し、AFPとPIVAK-IIも正常化した。

【結語】進行肝細胞癌であっても自然寛解を来す症例があり、生体侵襲が契機と考えられた。

O-081 腹腔内破裂、腹腔内出血、血球貪食症候群を合併し、急速に進行した肝未分化癌に1例

¹フジ虎ノ門整形外科病院 外科、²フジ虎ノ門整形外科病院、内科

○鈴木 正敏¹、廣田 健児¹、山口 孝治¹、斉尾 武郎²

症例は70台、男性。主訴は食欲不振、上腹痛。既往症はパーキンソンズムで当院通院中。経過、2010年1月4日嘔吐、発熱、上腹部痛で当院受診。USで肝左葉の巨大腫瘍があった。1月12日白血球13000、CRP25、肝機能は一時軽快した。1月13日USで、左側腹部に腹水を穿刺、赤黒色濃厚血性腹水1200ml流出。肝外側区SOLは8cm大で、内部はモザイク状、足側に6cm大のダルマ状の突起を有していた。体温は37-38度。1月15日 FGSで十二指腸後壁の潰瘍があったが、胃antrumは小わんからの圧排所見のみであった。肝生検を行った。1月20日TBは3に上昇3、creatinin3に上昇 肝不全、急性腎不全。1月22日肝悪性腫瘍の病理診断。1月26日骨髄穿刺の結果で血球貪食症候群の疑いで、ステロイドパルス療法開始。1月27日 肝生検の最終結果で未分化癌の診断。その後も黄疸と腎不全と意識障害が進行し、2月1日永眠された。

O-080 EBウイルス感染による伝染性単核球症を契機に診断された肝脾T細胞リンパ腫の一例

¹公立陶生病院

○山本富美子¹、梶口 智弘¹、大野 稔人¹、森田 敬一¹、
黒岩 正憲¹、林 隆男¹、清水 裕子¹、松浦 哲生¹、
松崎 一平¹、菊池 正和¹、浅井 裕充¹、小島 久美¹

【症例】26歳男性【既往歴】21歳：交通事故で広範性軸索損傷【主訴】発熱・倦怠感【現病歴】平成21年12月31日に発熱、咽頭痛を主訴に当院を受診。扁桃炎、肝脾腫、肝酵素上昇を認めたため伝染性単核球症の疑いで入院。EB-VCA-IgM陽性、EBNA陰性、他のウイルスマーカー陰性でありEBウイルス感染による伝染性単核球症と診断した。全身状態良好となった為1月3日に退院した。1月13日再診時はALT低下、EB-VCA-IgG陽性だがEBV-EBNAは10倍未満と陰性であった。2月中旬より倦怠感、高熱、頭痛が出現し改善を認めないため2月17日に当院に救急搬送される。血液検査ではCRPと肝酵素の上昇、血小板低下を認めた。倦怠感強く全身状態不良のため入院となった。【入院時現症】意識清明、体温39.8℃、頭痛あり、stiff neck(-)、咽頭発赤あり、肝2横指触知、表在リンパ節触知せず【検査所見】WBC4000/mm³、Hb14.3g/dl、Plt9.0万/mm³、Alb3.9g/dl、Tbil1.55mg/dl、AST98U/L、ALT87U/L、ALP299U/L、γ-GTP20U/L、LDH381U/L、CRP8.9mg/dl、PT76%【入院後経過】2月18日の血液検査ではWBC3000/mm³、Plt5.4万/mm³とさらに低下、高熱と頭痛が継続したため髄液検査施行も異常所見を認めず髄膜炎、脳炎は否定的であった。2月19日の血液検査ではさらに血球減少が進行。ウイルス血球貪食症候群の合併を疑い骨髄検査を施行した結果、異常リンパ系細胞を認めたが血球貪食は存在せず、悪性リンパ腫の骨髄浸潤が示唆された。DICがあり急速な全身状態悪化が予測されたため、同日血液内科に転科、mPSLによるミニパルス療法を開始した。DIC治療も行うも状態は好転せず、Etoposide100mg/日3日間の投与を行った。Etoposide投与後は発熱、DIC、肝脾腫とも著明に改善した。化学療法に反応していること、骨髄病理所見、臨床所見、表面抗原検査の結果から肝脾T細胞リンパ腫と診断した。現在も化学療法を継続中である。【考察】今回我々は伝染性単核球症を契機に診断にされた肝脾T細胞リンパ腫を経験した。EBウイルス感染との関連を含め、文献的考察を加えて報告する。

O-082 肝神経内分泌癌の一例

¹愛知医科大学 消化器内科

○大橋 知彦¹、杉山 智哉¹、足立 和規¹、坂野 文美¹、
金森 寛幸¹、恒川 明久¹、佐藤 顕¹、中出 幸臣¹、
佐々木誠人¹、中尾 春壽¹、春日井邦夫¹、米田 政志¹

【症例】62歳女性【既往歴】36歳より2型糖尿病加療中。42歳子宮全摘。57歳狭心症。【家族歴・職業歴等】特記すべき所見なし。【病歴】2型糖尿病のコントロールのため当院内分泌内科にて加療中に血液検査にて肝機能障害を認めたため腹部CTを施行したところ肝に多発する腫瘍影を認め、当科を紹介され受診。【初診時の所見】血液検査にてAST54U/L、ALT71U/L、ALP792U/L、γ-GTP376U/Lと肝機能障害を認めた。腫瘍マーカーはAFP6.1ng/ml、CEA1.8ng/ml、CA19-952U/ml、CA12513U/ml、PIVKA245mAU/mlであった。腹部CTでは肝両葉に最大径73mmの多発する腫瘍を認め、腫瘍内部は動脈相で不均一に造影されたが中心部は造影されなかった。また、脾、胆管には異常を認めなかった。腹部超音波検査では内部が不均一な高エコーを呈し境界は不明瞭であった。Gd-EOB-DTPA MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示し、動脈相で腫瘍内部は不均一に造影されたが中心部は造影されず、門脈相～平衡相では腫瘍全体がwash outされた。肝細胞相では腫瘍全体にGd-EOB-DTPAの取り込みを認めなかった。転移性肝癌を疑い、上下部消化管内視鏡検査を施行したが異常所見は認めず、PET-CTでは肝のみに集積を認めた。確定診断のために腫瘍生検を施行したところ類円形核と好酸性細胞質を有する腫瘍細胞の増生を認め、免疫染色ではsynaptophysin+ chromogranin+ CD56+ AE1/3+ AFP- Hepatocyte- CD138- LCA- SMA- であり神経内分泌癌と診断した。【考察】神経内分泌癌は全身に分布する神経内分泌顆粒を有する細胞から発生する。消化管内分泌細胞腫瘍の肝転移が多く、頻度は胃癌の0.1～0.4%、大腸癌の0.2%とされているが、肝原発の神経内分泌癌は極めて稀である。今回我々は肝原発と思われる神経内分泌癌を経験したため、文献的考察を加えて報告する。