

シンポジウム プログラム・抄録

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

シンポジウム 1

第 2 会場 31 会議室 14:00 ~ 16:00

座長 名古屋市立大学 消化器内科 片岡 洋望
浜松医科大学 第一内科 杉本 健

「消化管疾患の診断と治療の最前線」

S1-01 *H. pylori* 感染診断における抗 *H. pylori* -IgG 抗体法偽陰性の検討

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
○市川 仁美¹、杉本 光繁¹、古田 隆久²

S1-02 胃 ESD における酢酸インジゴカルミン併用法の有用性について

名古屋市立大学大学院 消化器代謝内科学
○海老 正秀、西脇 裕高、田中 守、塚本 宏延、尾関 啓司、溝下 勤、志村 貴也、
久保田英嗣、森 義徳、片岡 洋望、城 卓志

S1-03 上部消化管粘膜下腫瘍に対する直視型コンベックス式 EUS による EUS-FNA

¹ 名古屋大大学院 消化器内科学、² 名古屋大学附属病院 光学医療診療部
○松崎 一平¹、宮原 良二¹、後藤 秀実^{1,2}

S1-04 当院における残胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) の治療成績の検討

愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
○石原 誠、田近 正洋、丹羽 康正

S1-05 当院における切除不能進行胃癌に対する Trastuzumab 併用化学療法

社会保険中京病院 消化器科
○戸川 昭三、金子 望、杉村 直美、堀口 徳之、石原 祐史、飛鳥井香紀、高口 裕規、
井上 裕介、長谷川 泉、榊原 健治、大野 智義

S1-06 当院における切除不能進行胃癌に対する TS-1 + シスプラチン併用療法の検討

聖隷浜松病院 消化器内科
○田村 智、芳澤 社、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、舘野 誠、
室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

S1-07 便潜血と糞便 RNA アッセイの組み合わせによる大腸がんスクリーニングの有用性

¹ 浜松医科大学 消化器内科、² 浜松医科大学 分子診断学
○栗山 茂¹、杉本 健¹、金岡 繁²

- S1-08** 大腸癌検診における便中ヘモグロビン・ラクトフェリン同時測定法の有用性に関する検討
¹ 藤田保健衛生大学病院 消化管内科、² 総合大雄会病院
 ○市川裕一朗¹、平田 一郎¹、吉岡 大介²
- S1-09** 大腸腫瘍性病変に対する非拡大観察 NBI 所見分類（NICE 分類）の検討
¹ 三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、² 三重大学 消化器肝臓内科
 ○濱田 康彦¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²
- S1-10** 大腸腫瘍性病変の深達度診断精度の検討
 名古屋第二赤十字病院 消化器内科
 ○吉峰 崇、蟹江 浩、折戸 悦朗
- S1-11** 当院における大腸 ESD の現状とスネア併用 Hybrid ESD の有用性
 名古屋大学大学院医学研究科 消化器内科学
 ○山村 健史、大宮 直木、後藤 秀実
- S1-12** 大腸 LST に対する当院での治療法の変遷および治療成績
 岐阜県立多治見病院 消化器内科
 ○水島 隆史、鈴木 雄太、市川 紘、福定 繁紀、井上 匡央、加地 謙太、安部 快紀、
 岩崎 弘靖、西江 裕忠、西 祐二、奥村 文浩、佐野 仁
- S1-13** 潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎予測因子としての
 大腸全摘時回腸粘膜組織中 FK506 binding protein 5, Nuclear receptor
 coactivator 2 の可能性
 三重大学 消化管小児外科学
 ○川村 幹雄、荒木 俊光、田中 光司、大北 喜基、藤川 裕之、井上 靖浩、毛利 靖彦、
 内田 恵一、楠 正人
- S1-14** バーチャル小腸内視鏡
 静岡県立総合病院 消化器内科
 ○吉川 俊之、鈴木 直之、菊山 正隆
- S1-15** 当科における内視鏡的に診断した原発性小腸癌についての検討
 岐阜大学 医学部 消化器病態学
 ○高田 淳、中西 孝之、久保田全哉、井深 貴士、白木 亮、清水 雅仁、荒木 寛司、
 森脇 久隆

シンポジウム 2

第 2 会場 31 会議室 9:00 ~ 11:30

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 伊藤 彰浩
浜松医科大学 第二外科 坂口 孝宣

「肝胆膵疾患の診断と治療の最前線」

- S2-01 C型肝炎に発症した肝細胞癌患者のインターフェロン療法
静岡市立静岡病院
○濱村 啓介、小柳津竜樹
- S2-02 当院における DDW-J 2004 薬物性肝障害診断基準案を用いた慢性腎臓病合併の有無による薬物性肝障害の検討
¹増子記念病院 肝臓内科、
²名古屋大学 医学部 保健学科 検査技術科学専攻 基礎検査学、
³藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム 内科、⁴増子記念病院 肝臓外科
○綾田 穰¹、石川 哲也²、堀田 直樹¹、中野 達徳³、黒川 剛⁴
- S2-03 一般病院における難治性 C 型慢性肝炎に対するテラプレビル (TPV) を含めた 3 剤併用療法の使用経験
社会保険中京病院 消化器科
○長谷川 泉、杉村 直美、堀口 徳之、石原 祐史、飛鳥井香紀、高口 裕規、井上 裕介、戸川 昭三、榊原 健治、大野 智義
- S2-04 C 型慢性肝炎における 3 剤併用療法の治療効果とテラプレビル減量および中止に関連する因子の検討
¹浜松医科大学 肝臓内科、²市立島田市民病院 消化器内科、³聖隷三方原病院 肝臓内科、
⁴磐田市立総合病院 消化器内科、⁵浜松医療センター 消化器内科、
⁶聖隷浜松病院 肝臓内科
○小林 良正¹、大庭 行正¹、木次 健介¹、山崎 哲¹、千田 剛士¹、渡辺 晋也¹、
則武 秀尚¹、川田 一仁¹、川村 欣也¹、松下 雅広²、坂西 康³、笹田 雄三⁴、
影山富士人⁵、長澤 正通⁶
- S2-05 C 型慢性肝疾患に対する高度先進医療 IL28B 遺伝子型測定後の治療選択
名古屋医療センター 消化器内科
○平嶋 昇、島田 昌明、岩瀬 弘明
- S2-06 HBV 関連初発肝細胞癌根治療法後に関する検討
—核酸アナログ製剤使用状況との関連—
¹三重大学病院 消化器・肝臓内科、²三重大学病院 IVR 科、
³三重大学病院 肝胆膵・移植外科
○小倉 英¹、山本 憲彦¹、爲田 雅彦¹、稲垣 悠二¹、浦城 聡子¹、野尻圭一郎¹、
篠原 浩二¹、杉本 龍亮¹、宮地 洋英¹、諸岡 留美¹、田中 秀明¹、杉本 和史¹、
藤田 尚己¹、小林 由直¹、岩佐 元雄¹、白木 克哉¹、竹井 謙之¹、山門亨一郎²、
伊佐地秀司³

- S2-07** 当科における難治性腹水に対する CART の有効性
JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○松下 直哉、白井 直人、西野 眞史、高垣 航輔、竹内 靖雄、梶村 昌良
- S2-08** 肝癌治療支援アプリケーション Virtu TRAX を用いた経皮的ラジオ波焼灼術の有用性—とくに 2 ステップ法において—
名古屋大学 消化器内科
○葛谷 貞二、石上 雅敏、新家 卓郎、今井 則博、阿知波宏一、荒川 恭宏、山田 恵一、中野 聡、石津 洋二、本多 隆、林 和彦、石川 哲也、後藤 秀実
- S2-09** 肝臓外科における立体再構築画像の有用性
浜松医科大学 第二外科
○森田 剛文、坂口 孝宣、武田 真、平出 貴乗、柴崎 泰、鈴木 淳司、今野 弘之
- S2-10** Diffusion-weighted MRI による胆管病変の診断
¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、² 鈴鹿中央総合病院内科
○菊山 正隆¹、松崎 晋平²、鈴木 直之¹、白根 尚文¹、黒上 貴史¹、重友 美紀¹、山田 友世¹、榎田 浩平¹、青山 春奈¹
- S2-11** 総胆管結石症における EUS の役割
藤枝市立総合病院 消化器内科
○大畠 昭彦、丸山 保彦、景岡 正信
- S2-12** 当科における急性胆嚢炎入院患者の診療の現状
¹ 浜松医科大学 第一内科、² 浜松医科大学 分子診断学講座、³ 浜松医科大学 光学医療診療部、⁴ 浜松医科大学 臨床研究管理センター
○佐原 秀¹、樋口 友洋¹、宮津 隆裕¹、川崎 真佑¹、鏡 卓馬¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、栗山 茂¹、岩泉 守哉²、山田 貴教¹、杉本 光繁¹、大澤 恵³、金岡 繁²、古田 隆久⁴、杉本 健¹
- S2-13** IgG4 関連硬化性胆管炎における胆管生検の診断能とステロイドの治療成績
豊橋市民病院 消化器内科
○竹山 友章、松原 浩、浦野 文博
- S2-14** 切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する 1 期的 self-expandable metallic stent 留置の有用性
名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学
○清水 周哉、内藤 格、中沢 貴宏
- S2-15** 当院における自己免疫性膵炎の検討
大同病院 消化器内科
○小川 和昭、野々垣浩二、榊原 聡介、藤城 卓也、印牧 直人

S2-16 SPN の診断における造影超音波内視鏡検査（CE-EUS）の有用性

¹ 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

² 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○杉本 啓之¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、大野栄三郎²、伊藤 裕也¹、
鷺見 肇¹、林 大樹朗¹、桑原 崇通¹、森島 大雅¹、舩坂 好平²、中村 正直¹、
宮原 良二¹、後藤 秀実^{1,2}

S2-17 低悪性度膵腫瘍に対する立体構築画像を用いた至適術式の選択
—膵管・胆管・血管 3D 合成画像を用いた手術シミュレーション—

浜松医科大学 医学部 第二外科

○鈴木 淳司、坂口 孝宣、木内 亮太、武田 真、平出 貴乗、柴崎 泰、森田 剛文、
今野 弘之

S1-01 *H. pylori* 感染診断における抗 *H. pylori* -IgG 抗体法偽陰性の検討

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
○ 市川 仁美¹、杉本 光繁¹、古田 隆久²

【目的】*H. pylori* (Hp) 感染は胃癌の重要なリスクファクターであり、正確な Hp 感染診断が重要である。感染診断法として抗 Hp-IgG 抗体法（抗体法）が頻用されるが、抗体法には偽陰性例が存在する。今回、抗体法での偽陰性例について萎縮性胃炎の指標として用いられる血清ペシノゲン（PG）値との関係を検討した。【方法】当院ピロリ菌胃癌リスク検診外来の受診者のうち、上部内視鏡検査施行時に胃液 PCR 法、迅速ウレアーゼ法（RUT）および組織培養法の検体が採取され、さらに血清 PG 値、抗 Hp-IgG 抗体価の測定が行われた 290 名を対象とした。抗 Hp -IgG 抗体価が 10U/ml 未満を抗体法陰性とし、PCR 法あるいは RUT あるいは組織培養法が陽性であった例を Hp 陽性とした。PCR 法陽性のうち、その他検査法で陰性で、内視鏡的に胃粘膜萎縮がないものは PCR 法偽陽性例として除外した。【結果】290 例中 9 例は PCR 法偽陽性として除外した。残り 281 例のうち 10 例は Hp 陰性かつ抗体法陰性（Hp-/IgG- 群）、240 例は Hp 陽性かつ抗体法陽性（Hp+/IgG+ 群）、26 例が Hp 陽性かつ抗体法陰性（Hp+/IgG- 群）で抗体法偽陰性例と考えられた。5 例は Hp 陰性かつ抗体法陽性（Hp-/IgG+ 群）で抗体法偽陽性例と考えられた。各群の PGI/PGII 比は 4.99、2.59、3.01、5.98 であった。抗体法偽陰性群（Hp+/IgG- 群）の PGI/PGII 比は、Hp-/IgG- 群、Hp-/IgG+ 群と比較して有意に低下しており（ $p=0.0275$ 、 $p=0.0263$ ）、Hp+/IgG+ 群と同様に萎縮が進行した胃癌の高リスク群と考えられた。また、抗体法偽陰性 26 例のうち、15 例が PGI/PGII 比 < 3.0 であり、血清 PG 値測定での Hp 感染の拾い上げが可能であった。RUT では 16 例、PCR 法では 24 例が拾い上げ可能であった。【結論】抗体法は Hp 感染診断において簡便で有用な検査法であるが、偽陰性の場合には胃癌リスクが高い可能性があり、他検査とも組み合わせた総合的な判断が必要と考えられた。また、PCR 法は偽陽性に注意が必要であるが、PCR 法の併用は抗体法偽陰性例の拾い上げに有用と考えられた。

S1-03 上部消化管粘膜下腫瘍に対する直視型コンベックス式 EUS による EUS-FNA

¹ 名古屋大学大学院 消化器内科学、
² 名古屋大学附属病院 光学医療診療部
○ 松崎 一平¹、宮原 良二¹、後藤 秀実^{1,2}

消化管粘膜下腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺術（EUS-FNA）は、病理組織学的診断を得る上で有用とされているが、当院の成績では 20mm 未満の病変や胃大彎病変で採取率が低い傾向を認めた。直視型（forward viewing: FV）コンベックス式 EUS は病変との固定性がよいのが特徴であるが、斜視型（oblique viewing: OV）コンベックス式 EUS と直接比較した報告はこれまでない。【目的】上部消化管粘膜下腫瘍に対する FV と OV による EUS-FNA の診断能と EUS 画質、手技等を比較検討する。【方法】2012 年 4 月から 2013 年 1 月までに同一の上部消化管粘膜下腫瘍に対して FV と OV 両方の内視鏡にて EUS-FNA を施行した 16 病変を対象とした。穿刺針は 19G を使用し腫瘍が硬い場合は適宜 22G、25G に変更した。Onsite Pathologist は同席せず白色調の組織片が採取されていれば検査を終了し病理組織診断を行った。1) 採取率、2) EUS 画質の比較、3) 手技の容易さの比較、4) 偶発症について評価した。尚、食道狭窄例や十二指腸などで従来の OV では描出や穿刺することすら困難な症例も採取困難例として検討に含めた。【成績】病変部位は食道 3 例、胃 11 例、十二指腸 2 例で、平均腫瘍径は 27.0±11.9(15-51)mm であった。1) 採取率は FV、OV、両方でそれぞれ 62.5%(10/16)、62.5%(10/16)、87.5%(14/16)。2) EUS 画質は頸部食道と食道狭窄例において FV で優れておりその他は同等であった。3) FV による手技が OV より容易 43.8%(7/16)、同等が 50.0%(8/16)。平均手技時間 (min) は FV、OV でそれぞれ 26.5±16.4、38.3±19.1 と有意差を認めた。（ $P=0.039$ ）4) 出血や感染など偶発症は認めなかった。【結論】直視型コンベックス式 EUS は斜視型コンベックス式 EUS で穿刺困難な症例に有用である可能性が示唆された。

S1-02 胃 ESD における酢酸インジゴカルミン併用法の有用性について

名古屋市立大学大学院 消化器代謝内科
○ 海老 正秀、西脇 裕高、田中 守、塚本 宏延、尾関 啓司、溝下 勤、志村 貴也、久保田英嗣、森 義徳、片岡 洋望、城 卓志

胃 ESD は 2006 年に保険収載されて以来全国各地にて行われている。胃 ESD において重要なことの一つに水平方向への伸展範囲の診断があげられる。2012 年度まで当院では、コントラスト法、NBI 併用拡大観察などを用いて行ってきた。しかし、それらの診断方法では不十分と思われる病変も存在する。今回我々は、河原らの報告した酢酸インジゴカルミン併用法（AIM 法）を独自にアレンジし、ESD に用いたところ満足のいく結果であったため、その概要および成績につき報告する。

S1-04 当院における残胃癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の治療成績の検討

愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
○ 石原 誠、田近 正洋、丹羽 康正

【目的】胃癌に対する ESD は胃癌治療ガイドラインにおいて標準治療として確立している。近年技術の難易度が高い残胃癌に対してもその適応は拡大しているが、残胃癌に対する ESD の報告は少ないため、今回残胃癌に対する ESD の有用性を検討する。【方法】愛知県がんセンター中央病院で、2003 年 1 月～2013 年 2 月に幽門側胃切除後残胃癌に対して ESD を施行した 21 例（男/女 = 16/5、平均年齢 67.1±11.2）24 病変を対象とし、同時期に ESD を施行した 784 例中 U 領域の 93 症例（男/女 = 78/15、平均年齢 70.1±7.1）93 病変と対比した。【成績】残胃癌 24 病変（絶対的適応 16 病変、適応拡大 7 病変、適応外 1 病変）と U 領域群 93 病変（絶対的適応 72 病変、適応拡大 18 病変、適応外 3 病変）と背景に有意差は認めなかった。肉眼型では残胃癌群（0-IIc 16 病変、0-IIa 8 病変）、U 領域群（0-IIc65 病変、0-IIa 21 病変、その他 7 病変）と有意差は認めなかった。腫瘍長径は残胃癌群 13.0mm（4～45mm）、U 領域群 19.0mm（6～60mm）と有意差は認めなかった。一括切除率は残胃癌群 87.5%（21/24）、U 領域群 91.4%（85/93）と有意差は認めなかった。残胃癌 1 病変において線維化が高度で ESD を中止した。縫合線上の残胃癌小彎 6 病変認めたが全例合併症なく一括切除であった。吻合部病変は認めなかった。合併症は穿孔（残胃癌 2 例（8%）、U 領域群 6 例（6%））後出血（残胃癌 0 例（0%）、U 領域群 4 例（4%））と有意差は認めなかった。切除時間中央値は残胃癌群 105 分（13～392 分）U 領域群 96 分（22～375 分）と有意差は認めなかった。残胃癌群では 4 例（19%）、U 領域群 14 例（15%）で非治癒切除例のため追加切除を行った。【結論】当院における幽門側胃切除後残胃癌に対する ESD 治療成績は概ね U 領域病変と同等の成績であり、残胃癌においても ESD は有用な治療と考えられた。

S1-05 当院における切除不能進行胃癌に対する Trastuzumab 併用化学療法

社会保険中京病院 消化器科

○ 戸川 昭三、金子 望、杉村 直美、堀口 徳之、石原 祐史、
飛鳥井香紀、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉、柳原 健治、
大野 智義

2011 年 HER2 過剰発現が確認された治癒切除不能な進行・再発胃癌に対する Trastuzumab の投与が認可された。当院でもその適応症例において化学療法のひとつとして実施しているが、HER2 が過剰発現している症例は 20%前後の頻度とも言われており、対象症例が必ずしも多いとは言えない。今回当院で HER2 過剰発現が確認された切除不能進行胃癌 8 例に対して Trastuzumab 併用化学療法を行った。症例は 2011 年 1 月から 2012 年 12 月にかけて当院で化学療法（術後補助療法を除く）を行った 68 例のうち HER2 過剰発現を認めた 8 例。平均年齢 64.3 歳（33～79 歳）、性別はすべて男性。占拠部位は U 領域 2 例、UM 領域 2 例、M 領域 3 例、ML 領域 1 例。肉眼型は 2 型 1 例、3 型 5 例、4 型 1 例、5 型 1 例。組織型は高分化型 (tub1,2) 6 例、低分化型 (por.sig) 2 例であった。診断に要した生検個数は平均 4.8 個（2～8 個）、HER2 発現の確認はすべて IHC 法で 3+ であった。併用薬剤は Capecitabine + Cisplatin (XP 療法)。平均投与期間 205 日間（42～401 日間）、平均投与回数 10.8 回（3～19 回）であった。効果判定は CR:0 例、PR:2 例、SD:4 例、PD:2 例であった。有害事象として、infusion reaction を 2 例、末梢神経障害 1 例を認めた。懸念された心障害は出現していない。平均観察期間が 300 日間（73～538）と短期間ではあるが、XP 療法との併用でも安全に施行されている。既に報告されている臨床試験の成績と比較しながら本療法の当院での現況について報告する。

S1-07 便潜血と糞便 RNA アッセイの組み合わせによる大腸がんスクリーニングの有用性

¹ 浜松医科大学 消化器内科、² 浜松医科大学 分子診断学

○ 栗山 茂、杉本 健、金岡 繁²

【目的】我々は糞便中の COX-2 mRNA (COX-2) や microRNA 発現を指標にした大腸がん診断法を開発しその有用性を報告してきた。今回、大腸がん患者における糞便中 COX-2 及び miR-21、miR-92a の発現と免疫学的便潜血検査 (FOBT) を組み合わせた糞便アッセイの大腸がん診断能を検討した。【方法】内視鏡的・病理的に診断された進行腺腫 26 例、がん 138 例（病期は 0 期: I 期: II 期: III 期: IV 期=15: 31: 46: 32: 14）と対照群 126 例を対象とした。糞便 0.5g から RNA を抽出し TaqMan assay を用いて COX-2、miR-21、miR-92a の qRT-PCR を行った。また同一便で FOBT1 回法を行った。【結果】糞便中の COX-2 と miR-21 と miR-92a の発現は対照群に比べ腫瘍群で有意に高かった。カットオフ値を対照群全体の 97.5 percentile に設定すると、大腸がんの感度 / 特異度は、COX-2 は 71.0%/96.8%、miR-21 は 41.3%/96.8%、miR-92a は 44.9%/97.6%、FOBT は 66.7%/98.4% であった。FOBT と COX-2 を組み合わせると大腸がんの感度は各々 81.9% で、更に miR-21 を組み合わせると 86.2%、更に miR-92a を組み合わせると 4 マーカーでは 87.0% となり、それぞれ感度は FOBT 単独に比べて有意に高かった ($P = 0.006$, $P < 0.001$, $P < 0.001$)。また腺腫 / 0 期 / I 期の早期の腫瘍に限定すると、その感度は FOBT が 33.3% に対し FOBT と COX-2 の組み合わせは各 54.2%、更に miR-21 の組み合わせ 3 マーカーでは 70.8% で、更に miR-92a の組み合わせ 4 マーカーでは 75.0% で、それぞれ FOBT 単独に比べて有意に高かった ($P = 0.02$, $P < 0.001$, $P < 0.001$)。【結論】大腸がん全体では糞便中の COX-2 は FOBT とほぼ同等の感度であり、また COX-2 と FOBT との組み合わせにより FOBT 陰性のがん症例を拾い上げ、感度の上昇が得られた。miR-21 や miR-92a は大腸がん全体の感度は COX-2 や FOBT と比べ有意に低いが、COX-2 と FOBT 陰性の症例で特に進行腺腫や早期のがんの拾い上げに有効であった。FOBT と糞便 RNA の併用は大腸がんスクリーニングに有用であると考えられた。

S1-06 当院における切除不能進行胃癌に対する TS-1 + シスプラチン併用療法の検討

聖隷浜松病院 消化器内科

○ 田村 智、芳澤 社、海野 修平、瀧渡 将貴、小林 陽介、
木全 政晴、館野 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、
細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

【目的】胃癌治療ガイドライン第 3 版が 2010 年に示され、JCOG9912 試験や SPIRITS 試験の結果から TS-1 + シスプラチン併用療法が初回治療としての標準療法として推奨された。今回、我々は最近 3 年間で行われた切除不能進行胃癌に対する TS-1 + シスプラチン併用療法の成績について検討した。【方法】2006 年 1 月 1 日より 2011 年 12 月 31 日までの間に TS-1 + シスプラチン併用療法を初回治療として開始し、経過を追跡できた 135 例を対象として、病期、年齢、組織型、無増悪生存期間 (PFS)、全生存期間 (OS) 等を retrospective に検討した。投与スケジュールは基本的に TS-1 は 3 週間内服し 2 週間休薬、TS-1 開始 8 日目にシスプラチンを投与する 5 週サイクルの regimen で行った。【成績】内訳は男性 105 名、女性 30 名、平均年齢は 69±10.39 歳、臨床病期は 129 例が IV 期であった。組織型は高分化型腺癌 21 例、中分化型腺癌 37 例、低分化型腺癌 64 例、印環細胞癌 9 例、乳頭腺癌 1 例、粘液癌 2 例、扁平上皮癌 1 例であった。93 例が PD のため治療を変更、20 例が副作用（肝障害 3 例、腎障害 6 例、嘔気 2 例、食欲不振 1 例、下痢 1 例、アレルギー 2 例）により regimen の変更を余儀なくされた。CR1 例、PR53 例、SD37 例、PD30 例、判定不能 14 例であり、奏効率は 44.6% であった。全生存期間は平均 439.1 日、中央値 373 日、10 例は生存中である。無増悪生存期間は平均 198.8 日、中央値 150 日であった。【結論】当院の治療成績は SPIRITS 試験と比べ奏効率はやや劣るものの、全生存期間や無増悪生存期間は遜色ない結果が得られた。

S1-08 大腸癌検診における便中ヘモグロビン・ラクトフェリン同時測定法の有用性に関する検討

¹ 藤田保健衛生大学病院 消化管内科、² 総合大雄会病院

○ 市川裕一郎¹、平田 一郎¹、吉岡 大介²

【緒言】現在、大腸癌スクリーニングに便中ヘモグロビン (F-Hb) を測定する免疫学的便潜血検査が広く行われている。しかし、F-Hb は腸内細菌による変性、癌以外の腸管出血性疾患などの影響により偽陰性・偽陽性を呈することも少なくない。生体では癌に対する免疫応答が誘導され腫瘍局所に好中球が浸潤し特殊顆粒内蛋白を放出する。なかでもラクトフェリン (Lf) の放出量が一番多く、Lf が大腸癌スクリーニングのマーカーとして利用できる可能性が示唆される。本検討では、大腸癌症例の F-Lf を測定するとともに、F-Hb と F-Lf を組み合わせた方法を考案し大腸癌スクリーニングにおけるその有用性について検討した。【対象・方法】対象は、腹部症状などの理由で大腸内視鏡検査を受けた 1,174 人である。対象者の採便を、金コロイド比色法を用いた免疫学的便潜血自動分析器を用いて F-Hb と F-Lf の濃度を同時測定した。【検討】1. 大腸癌症例における F-Lf 単独判定法と F-Hb 単独判定法のスクリーニング精度の比較。2. 大腸癌症例における F-Hb と F-Lf を組み合わせた方法 (F-Hb カットオフ濃度 (a) を従来の 100ng/ml より高値に設定し、(a) 以上のものを 1 次陽性者とし、(a) より低値に 2 次 F-Hb カットオフ濃度 (b) を求め、(a) と (b) の間の症例を 2 次陽性候補者とする。F-Lf カットオフ値 (c) を求め、2 次陽性候補者の中で (c) 以上のものを 2 次陽性者とする。1 次陽性者と 2 次陽性者を合わせて F-Hb と F-Lf を組み合わせた方法の陽性者とする) と F-Hb 単独判定法のスクリーニング精度の比較。【結果・考察】F-Lf 判定法のみでは F-Hb 判定法を凌駕する成績は得られなかった。そこで F-Hb と F-Lf を組み合わせた方法を考案し、大腸癌スクリーニングにおける F-Hb 判定法と比較検討した結果、女性の早期大腸癌症例で感度と陽性的中率の向上が認められ、男性の早期および進行大腸癌では特異度に有意の向上が認められた ($P < 0.05$)。このことから F-Hb と F-Lf を組み合わせた方法は、従来の F-Hb 判定法に比し、男性および女性の両者において早期大腸癌のスクリーニングに有用であると考えられた。

S1-09 大腸腫瘍性病変に対する非拡大観察 NBI 所見分類 (NICE 分類) の検討

¹ 三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

² 三重大学 消化器肝臓内科

○ 濱田 康彦¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²

【背景】大腸腫瘍性病変に対する NBI 拡大観察分類は複数の施設より提案され、腫瘍の異型度・深達度診断においてその有用性が報告されている。しかしその有用性にも関わらずスコープのスペックによる問題などにより、大腸拡大内視鏡診断は一般的とは言い難いのが現状である。一方、Tanaka, Sano らにより大腸腫瘍の非拡大観察 NBI 所見分類 (NICE) 分類が提唱されている (Dig Endosc 2011; 23: S131-S139)。この分類は高画素電子内視鏡による非拡大内視鏡観察で、ある程度まで大腸腫瘍性病変の異型度・深達度が評価できるシンプルな分類であり、拡大機能のないスコープによるスクリーニング検査時に有用性が期待されている。

【目的】非拡大 NBI 観察時の大腸腫瘍性病変の異型度・深達度診断における NICE 分類の有用性を検討する。

【方法】2011 年 4 月～2013 年 9 月の期間において当院で大腸内視鏡検査時に発見された病変に対して非拡大 NBI 観察を行い NICE 分類における Type1-3 の診断を行った後に、内視鏡的切除又は生検による組織診断が可能であった大腸腫瘍性病変 390 病変を対象とした。スコープは高画素電子内視鏡 CF-Q260AI、CF-H260AZI を主に使用し、NBI 観察時は色相強調 A8 に設定し観察した。

【結果】全 390 病変において Hyperplasia34 病変、adenoma-sm 軽度浸潤癌 (浸潤実測距離 < 1000μm) 331 病変、sm 深部浸潤癌 (浸潤実測距離 ≥ 1000 μm) 14 病変、その他 11 病変であった。NICE 分類における Type1 を hyperplasia、Type2 を adenoma-sm 軽度浸潤癌、Type3 を sm 深部浸潤癌の指標とした時の診断能は Type1 で感度 / 特異度 / 正診率は 82.4% / 99.2% / 97.7%、Type2 で感度 / 特異度 / 正診率は 99.4% / 67.8% / 94.6%、Type3 で感度 / 特異度 / 正診率は 64.2% / 99.5% / 98.2% であった。

【結論】NICE 分類の大腸腫瘍性病変に対する異型度・深達度の診断能は高く、スクリーニング目的として十分認容し得るものであった。

S1-11 当院における大腸 ESD の現状とスネア併用 Hybrid ESD の有用性

名古屋大学大学院医学研究科 消化器内科学

○ 山村 健史、大宮 直木、後藤 秀実

【目的】大腸 ESD は 2012 年 4 月より保険収載され、各施設で施行可能となった。しかし手技難易度が高く、合併症のリスクも高いことが問題となっている。当院では処置困難な場合は途中でスネア切除を併用する Hybrid ESD (HE) へ移行することがあるが、分割切除になってしまう症例が発生する。今回当院における大腸 ESD の現状と HE の有用性について検討した。【方法】対象は当院で 2006 年 9 月から 2013 年 2 月までに大腸 ESD を試みた腺腫もしくは癌 151 症例 155 病変 (腺癌 115 例・腺腫 40 例) とし、ESD 完遂例と HE 移行例に分け完全一括切除率、一括切除率、平均腫瘍長径、合併症、局所再発率などについて検討した。【結果】大腸 ESD を試みた 155 病変の内 ESD 完遂例は 89 例 (57.4%)、HE へ移行したのは 61 例 (39.4%) あり、5 例で切除不能 (3.2%) であった。全体の治療成績は、一括切除率 135 例 (82.3%)、完全一括切除率 101 例 (61.6%)、平均腫瘍長径 39.75±18.8mm、穿孔率 15 例 (9.7%)、後出血率 7 例 (4.5%) で、半年以上観察可能であった 98 例の局所再発率は 3 例 (3.1%) であった。穿孔した 14 例で保存的に経過観察しえたが、1 例で緊急手術を要した。穿孔例のうち 11 例 (73.3%) は術者の ESD 経験が 20 例以下の場合であった。遺残した 2 例は ESD 完遂した 5cm 以上の隆起型腫瘍で完全一括切除と判断していた。遺残病変は追加内視鏡治療で切除できた。残り 1 例は HE を施行し 2 分割切除となった平坦隆起型病変であり、患者希望もあり追加手術となった。ESD 完遂群と HE 群の比較では一括切除率 (%)100/60.7、完全一括切除率 (%)74.2/45.9、平均腫瘍長径 36.9±15.9/28.7±19.9mm、穿孔率 (%)7.9/13.1 (但しスネア切除で穿孔したのは 3.3%)、後出血率 (%)4.5/4.9、局所再発率 (%)3.8/2.3、内眼型は隆起型 (例)9/2・側方進展腫瘍 (LST)-G52/26・LST-NG26/29・陥凹型 2/4 であった。HE の 52 例 (85.2%) は術者の ESD 経験が 20 例以下の場合であった。【結語】穿孔や手技困難によるスネアの併用は経験の浅い術者で起こり易い。HE は ESD 完遂に比し一括切除・完全一括切除率は低下するが、局所再発率や合併症には大差なく、手技困難時には有用な手技と思われた。

S1-10 大腸腫瘍性病変の深達度診断精度の検討

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○ 吉峰 崇、蟹江 浩、折戸 悦朗

【背景目的】当院での大腸癌の治療として、手術療法としては腹腔鏡補助下切除を、内視鏡治療としては ESD を積極的に行っている。また、術前診断として 2009 年より NBI ならびに拡大内視鏡観察を積極的に導入している。大腸腫瘍性病変の深達度診断精度について明らかにする。【方法】対象は 2009 年 1 月から 2012 年 12 月までに内視鏡的または外科的切除を行った腺腫と早期大腸癌 3456 病変の内、拡大観察を施行した 1177 病変である。治療手技は内視鏡治療 1101 病変 (polypec 217 EMR 788 ESD 91)、外科的治療 76 病変 (腹腔鏡補助下 66 開腹 9) であった。最終病理所見は tubular adenoma 870 (内 severe dysplasia 193)、pM 203、pSM 107 であった。病変発見時での内視鏡で拡大内視鏡を用いている場合はそのまま色素拡大観察、NBI 拡大観察を行う。拡大内視鏡を用いていない場合は、後日改めて精密検査を行っている。診断手順としては、通常観察に引き続いて、NBI 観察 (非拡大・拡大) を行う。インジゴカルミン散布にて肉眼型を診断した後、クリスタルバイオレット染色を行い色素拡大観察を行う。色素拡大観察は工藤・鶴田分類を NBI 拡大観察は昭和大学北部病院の分類を使用した。【成績】1) pit pattern の診断精度。VN 型を呈した 23 例 (92.0%) で SM 深部浸潤癌であった。早期癌 301 病変において VN / VI 型高度不整が SM 深部浸潤癌である感度 69.0%、特異度 93.0%、正診率 88.4% であった。2) NBI 拡大観察の診断精度。sparse pattern で 10/12 (83.3%) が SM 深部浸潤癌であるのに対し、network/dense pattern では 690/702 (98.3%) が pM までの病変であった。【結論】NBI ならびに拡大内視鏡を用いた術前精査は、深達度診断の上で有用である。

S1-12 大腸 LST に対する当院での治療法の変遷および治療成績

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○ 水島 隆史、鈴木 雄太、市川 紘、福定 繁紀、井上 匡央、加地 謙太、安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 裕忠、西 祐二、奥村 文浩、佐野 仁

【背景】大腸 ESD は 2010 年 1 月に先進医療として承認、12 年 4 月に保険収載された。当院では先進医療承認前は直腸の病変のみに施行、先進医療承認後は行わず保険収載後は全大腸の病変に施行している。【目的】大腸 LST に対する当院の治療法、治療成績を時代別に検討する。【対象と方法】(1) 2008 年 1 月～13 年 3 月に当院で治療した LST245 病変、顆粒型: 顆粒均一型 (UNI) 120 病変、結節混在型 (MIX) 59 病変、非顆粒型: 平坦型 (F) 46 病変、偽陥凹型 (PD) 25 病変の担癌率、SM 浸潤率を病型、最大径別に検討した。(2) 先進医療承認前 (2008 年 1 月～9 年 12 月: 期間 1)、先進医療承認後保険収載前 (2010 年 1 月～12 年 3 月: 期間 2)、保険収載後 (2012 年 4 月～13 年 3 月: 期間 3) の 20mm 以上の LST の初回治療法を検討した。【成績】(1) UNI120 病変で病変径 10-19mm/20-29/30-39/40-49/50=72/34/10/40 で担癌率 3/12/30/75/0% であった。MIX59 病変は病変径別に 10/25/16/5/ で担癌率 10/44/81/20/33% であった。F46 病変は病変径別に 21/19/4/20 で担癌率 24/32/50/50/0% であった。PD25 病変は病変径別に 1/15/9/0/0 で担癌率 100/33/56/0/0% であった。SM 癌は UNI0.8%、MIX13%、F4%、PD24%、腫瘍径別 SM 浸潤率 (10-19mm/20-29/30-39/40-49/50-) は UNI0.3/0.0/0.0%、MIX0.16/19/20/0%、F0.0/50/0/0%、PD0.27/22/0/0% であった。(2) UNI48 病変の初回治療 (EMR/EPMR/ESD/Ope) は期間 1: 13/25/8/33%、期間 2: 28/50/0/22%、期間 3: 50/44/6/0% であった。MIX49 病変では期間 1: 14/9/32/45%、期間 2: 13/56/0/31%、期間 3: 9/0/82/9% であった。F25 病変では期間 1: 33/0/0/66%、期間 2: 29/43/0/29%、期間 3: 13/0/88/0% であった。PD25 病変では期間 1: 0/13/50/38%、期間 2: 17/33/0/50%、期間 3: 0/0/100/0% であった。【結論】UNI は SM 浸潤がまれで、MIX は 20mm 以上で 16% が SM 浸潤癌、F は 30mm 未満で 0/40/40 に対し 30mm 以上で 33%/26% が SM 浸潤癌であった。PD は、サイズに関わらず SM 浸潤を認めた。期間 3 では EPMR と Ope の割合が低下していた。今回の検討でも LST に対する ESD の有用性は明らかであり、特に 20mm 以上の MIX、30mm 以上の F および全サイズの PD は ESD の良い適応であると考えられた。

S1-13 潰瘍性大腸炎術後回腸囊炎予測因子としての 大腸全摘時回腸粘膜組織中 FK506 binding protein 5, Nuclear receptor coactivator 2 の可能性

三重大学 消化管小児外科学

○川村 幹雄、荒木 俊光、田中 光司、大北 喜基、藤川 裕之、
井上 靖浩、毛利 靖彦、内田 恵一、楠 正人

【背景】潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘、J 型回腸囊肛門吻合 (IPAA) 後の約 50% に回腸囊炎が発症し、治療抵抗性、難治性症例では患者 QOL を著しく低下させている。これまでに術後回腸囊炎発症と術前ステロイド投与との関連が示唆されており、我々もステロイドと回腸囊炎発症との関連性に着目し報告してきた。今回、ステロイドシグナル伝達経路の一部であり、多様な蛋白質の構造変換に関与していると考えられる FK506 binding protein 5 (FKBP51), Nuclear receptor coactivator 2 (NCOA2) と術前、術中、術後因子とくに IPAA 後回腸囊炎発症との関連を検討した。【対象と方法】2004 年 5 月から 2010 年 12 月までに当科で大腸全摘、J 型回腸囊肛門吻合を施行した潰瘍性大腸炎患者のうち、初回手術時に回腸末端の粘膜が採取できた 71 例を対象とした。これらより total RNA を抽出し、Real time PCR 法で FKBP51, NCOA2 発現を定量化した。これらの発現と周術期因子および回腸囊炎発症との関連について検討した。【結果】NCOA2, FKBP51 発現と術前、術中、術後因子、周術期血液検査値との間に有意な関連は認めなかった。NCOA2, FKBP51 発現量の中央値を cut-off 値とすると、これら的高発現群は低発現群に比べ有意に累積回腸囊炎発症率が高かった。【結語】回腸囊炎発症における分子生物学的原因は不明な点が多いが、潰瘍性大腸炎患者の回腸粘膜における NCOA2, FKBP51 は、大腸全摘、IPAA 後回腸囊炎発症予測因子として有用である可能性がある。

S1-14 バーチャル小腸内視鏡

静岡県立総合病院 消化器内科

○吉川 俊之、鈴木 直之、菊山 正隆

【目的】全小腸をバルーン内視鏡により観察することは容易でない。狭窄が疑われるケースではカプセル内視鏡は禁忌となる。小腸病変の位置を客観的に示すことはしばしば困難である。我々はこれらの問題を解決する目的で、CT により小腸を立体的に描出する、バーチャル小腸内視鏡 (VE) を開発し、小腸病変の検索に積極的に活用している。現在我々の施設で行われている VE のプロトコールを示し、臨床上の有用性について述べる。【方法】2006 年 11 月から 2013 年 2 月の間に、87 人の患者に対し、90 件の VE を行った。経鼻経管的に小腸に空気を注入し、64 列マルチスライス CT で撮像後、バーチャル大腸内視鏡用プログラムにより画像を再構築した。全小腸描出率を向上させる目的で、送気チューブ、送気装置、プロトコールを適宜改良した。これらのうち 33 件で、検査中の小腸の内圧と送気量をモニタリングし、描出された小腸の長さ、全小腸描出率を求めた。VE により描出された異常所見を、可能な限り他の画像所見、術中所見、組織所見と対比した。【成績】VE の施行理由の内訳は、炎症性腸疾患 (36 件)、小腸閉塞 (32 件)、小腸腫瘍 (15 件)、OGIB (4 件)、メッケル憩室 (1 件)、その他 (2 件) であった。上述した 33 件のうち 7 件は、小腸切除の既往があったため、解析より除外した。送気量、最大腸管内圧、描出された小腸の長さ、全小腸描出率はそれぞれ、 2016 ± 728 ml、 2.69 ± 0.81 kPa、 480.6 ± 85.5 cm と 84.6% であった。VE により、狭窄 (クローン病、非特異性多発性小腸潰瘍性、悪性リンパ腫、悪性黒色腫、転移性小腸癌)、隆起性病変 (ポリープ、粘膜下腫瘍)、メッケル憩室などが描出できた。病変をバーチャル展開像上にプロットすることにより、小腸マップを作成することができた。【結論】VE は、比較的容易に全小腸を描出することができる。狭窄を有する症例に対しても安全に施行することができる。病変の位置を客観的に表示することができる。バーチャル小腸内視鏡は小腸疾患診断において有用と考える。

S1-15 当科における内視鏡的に診断した原発性小腸癌についての検討

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○高田 淳、中西 孝之、久保田全哉、井深 貴士、白木 亮、
清水 雅仁、荒木 寛司、森脇 久隆

【目的】当科において内視鏡的に診断した原発性小腸癌について検討した。【対象および結果】2004 年 5 月から 2013 年 3 月までの 8 年 11 か月間に当院で内視鏡的に診断した原発性小腸癌は 7 例であった。性別は男性 3 例、女性 4 例で、年齢は 46 歳から 92 歳で平均 62 歳、発現時自覚症状を認めたのは 3 例で、黒色便 2 例、腹痛 1 例、嘔気・嘔吐 3 例、無症状の 4 例は OGIB3 例、肝腫瘍 1 例であった。診断はすべてダブルバルーン小腸内視鏡 (DBE) でなされ、うち 1 例は先行して施行されたカプセル内視鏡 (CE) で小腸腫瘍の存在が確認されていた。部位は空腸 6 例、回腸 1 例で、空腸はすべて Treitz 靱帯から 60cm 以内、回腸の症例は回腸末端であった。腫瘍の肉眼型は 2 型 3 例、3 型 4 例、組織型は 6 例が高～中分化型、1 例が未分化型であった。初診時 Hb 量は 6.6g/dl から 13.1g/dl で平均 9.2g/dl 、7 例中 5 例が 10g/dl 未満の貧血を呈していた。腫瘍マーカーは CEA $1.0 \sim 20.6\text{ng/ml}$ 、CA19-9 $2.0 \sim 84.6\text{U/ml}$ で、7 例中 5 例は CEA・CA19-9 とともに正常範囲であった。CT で指摘し得たのは 7 例中 6 例で、所見として、4 例で病変部小腸壁の肥厚が認められ、2 例は口側腸管の拡張のみ認められた。治療は 6 例で手術がなされ、うち 3 例は術後補助化学療法が行われた。腫瘍の深達度は MP1 例、SE5 例で、3 例にリンパ節転移が認められ、3 例に遠隔転移 (肝転移、卵巣転移) または腹膜播種が認められた。術後経過は 2 例が癌死 (術後 11 カ月、27 カ月)、3 例が無再発生存 (術後 3 カ月、18 カ月、75 カ月)、1 例は他病死であった。【考察】診断時無症状の症例が半数を超える 4 例で、これは DBE や CE の認知や普及が進んだことにより、術前診断可能となったと考えられる。CT および DBE や CE により、早期診断やイレウスなどによる緊急手術の回避、予後の改善が期待される。

S2-01 C型肝炎に発症した肝細胞癌患者のインターフェロン療法

静岡市立静岡病院
○濱村 啓介、小柳津竜樹

【目的】C型肝炎に伴う肝細胞癌(HCC)の癌治療前後に、インターフェロン療法で、ウィルスが駆除されると、再発が抑制され、生存率も改善する可能性が示唆されている。当院でも、HCC根治治療前後に、積極的にインターフェロン療法を行い、一定の結果を得たため、報告したい。【方法】2009年1月～2011年12月、当院で治療を行った、HCC192症例のうち、C型肝炎を背景に発症した初発癌で、根治的治療がされた57例を、後向きに解析した。治療前後のインターフェロン(IFN)治療の有無、治療により著効(SVR)が得られたか否かで患者を分け、臨床的特徴とともに、全生存率、肝癌無再発生存率を比較した。【結果】IFNは、23例(治療前10例、治療後13例)に行われていた(IFN群)。IFNが行われていない症例(非IFN群)34例と比較し、年齢(69.4±7.9 vs. 71.7±10.1歳)、性別(男性15/女性8 vs. 男性24/女性10)、平均腫瘍径(2.32±0.97 vs. 2.75±1.73cm)、臨床病期(stage I:9/II:7/III:7 vs. I:9/II:19/III:5/IV:1)、背景肝機能(Child-Pugh class A:20/B:3 vs. A:22/B:12)に有意差は見られなかった。しかし、生存率は、IFN群で、良好な傾向が見られた(1、2、3年生存率、95.7、95.7、82.0% vs. 81.4、77.7、68.0%、Logrank P値:0.11)。一方、初回再発に対して無再発生存率を見ると、両群とも、同程度であった(1、2、3年無再発生存率、69.6、56.2、18.7% vs. 85.2、67.0、57.5%、Logrank P値:0.21)。SVRの有無で、比較すると、SVRが得られた症例で、生存率が高い傾向が見られた(1、2、3年生存率、100.0、100.0、82.0% vs. 85.1、82.5、75.7%、P値:0.56)。【結論】肝癌症例に対しても、IFN療法を行うことによって、SVRの有無に限らず、生存率が改善することが示唆された。

S2-02 当院におけるDDW-J 2004薬物性肝障害診断基準案を用いた慢性腎臓病合併の有無による薬物性肝障害の検討

¹増子記念病院 肝臓内科、
²名古屋大学 医学部 保健学科 検査技術科学専攻 基礎検査学、
³藤田保健衛生大学 七楽サナトリウム 内科、
⁴増子記念病院 肝臓外科
○綾田 穰¹、石川 哲也²、堀田 直樹¹、中野 達徳³、黒川 剛⁴

【目的】慢性腎臓病(CKD)合併の有無による薬物性肝障害(DILI)の現状と傾向について2004年の診断基準案を適応し検討した。【方法】対象は当院でDILIと診断された症例のうち、データ解析が可能であった58症例である。CKDの有無により2群に分け、診断基準案を用い比較検討を行った。【成績】原因疾患は、両群とも感染症、消化器、循環器疾患が上位を占めた。原因薬物は、NCKD(non CKD)群では、抗生物質(1位:50%)と解熱・鎮痛・抗炎症剤(2位:12%)の頻度が高く、健康食品・漢方薬・ビタミン剤(3位:10%)も上位を占めた。一方、CKD群でも最も頻度が高いものは、抗生物質(1位:45%)であったが、解熱・鎮痛・抗炎症剤は、8%と第3位で、2位は、造血と血液凝固関係薬剤(28%)であった。CKD群ではこれらの薬剤を投与する機会が多いためと推察された。NCKD群において初発症状を欠くものが約38%存在した。CKD群ではさらに多く、約68%の症例が初発症状を欠いた。CKDでは糖尿病合併例もみうけられ、神経障害が関与していることなどが原因と推察された。臨床病型では、NCKD群では肝細胞障害型が50%と半分を占め、残りを胆汁うっ滞型と混合型が二分した。CKD群では胆汁うっ滞型が46%と最も多かった。診断基準案の項目における検査の施行率は両群とも、白血球分画、腹部画像検査、HBV-Ag、HCV-Abの施行率は高く、70%を超えるものであった。しかし、他の項目では、施行率は50%前後であった。DLST施行率はCKD群で48%、NCKD群で22%であった。診断基準案の平均スコアは、NCKD群:6.0±1.4、CKD群:6.1±1.5。判定(NCKD群/CKD群):可能性が高い(70%/56%)、可能性あり(23%/37%)、可能性が低い(7%/7%)であった。【結論】両群とも原因に抗生物質が多く、抗生物質を投与する際には注意が必要である。CKD群では、症状なく肝障害を発症しているものが約70%であり、ALTが低値を示す傾向があり、薬物の投与にあたっては、NCKD群よりもさらなる注意が必要であると考えられた。診断基準案は、両群ともに診断率は高かく有用であった。

S2-03 一般病院における難治性C型慢性肝炎に対するテラプレビル(TPV)を含めた3剤併用療法の使用経験

社会保険中京病院 消化器科
○長谷川 泉、杉村 直美、堀口 徳之、石原 祐史、飛鳥井香紀、高口 裕規、井上 裕介、戸川 昭三、柳原 健治、大野 智義

【目的】ペグインターフェロン(PEG IFN)＋リバビリン(RBV)にTPVを加えた3剤併用療法は難治性C型慢性肝炎に対し高い治療効果を示すが重篤な副作用が高頻度に出現する事も知られる。今回一般病院での治療経験及び副作用について報告する。【対象】対象は3剤併用療法導入し12週以上経過したGenotype1型かつ高ウイルス量のC型慢性肝炎患者21例である。男女比11:10、開始時の年齢52(33-69)歳、体重61(45-90)kg、Hbは14.4(11.9-16.9)mg/dl、前治療歴は13例が無、5例が再燃、3例無効、肝癌合併症例はなく、IL28BのSNPSはTTメジャーアレル16例であった。TPVの開始量は2250mg/日が8例、年齢、Hb、高尿酸血症等により13例は1500mg/日とし、RBVとPEG IFNは体重別規定量とした。【成績】1.HCV-RNA陰性化:全例でHCV-RNAが陰性化し陰性化時期は4週迄に15例(71%)、8週迄に6例(29%)であった。2.副作用:(a)皮膚症状:12例(57%)に認め、Grade1が9例、Grade2が3例であった。外用薬を使用し抗アレルギー剤内服を行った。Grade2の症例は皮膚科専門医併診でステロイド内服を併用し休薬せずに継続治療行い得た。(b)高尿酸血症、腎機能障害:17例(81%)で尿酸値上昇したのが全例アロプリノール併用で基準値に戻った。又6例(29%)でクレアチニン上昇し、1例は補液のみ、2例は減量、3例は一時休薬を要したが1-2週間の休薬で改善し再開継続治療とした。(c)血球異常:1例を除き全例に何らかの血球減少を認めた。3.減量・休薬と進捗状況:何らかの理由で全例減量した。PEG IFNは8例(38%)、RBVは18例(86%)、TPVは17例(81%)であった。休薬は5例で行い、内3例はクレアチニン上昇、貧血2例、腎盂腎炎1例、胆嚢炎1例であった(重複あり)が、いずれも保存的に改善し再開継続治療可となった。治療終了(中止例含む)は11例で全例ウイルス陰性化した。又終了24週後判定で治療完遂した4例は全例SVRが得られた。1例は倦怠感、嘔吐で中止しその後再陽性化した。【結論】厳重なフォローと臨機応変な副作用対応ができれば3剤併用療法は有効な治療であることが示唆された。

S2-04 C型慢性肝炎における3剤併用療法の治療効果とテラプレビル減量および中止に関連する因子の検討

¹浜松医科大学 肝臓内科、²市島島田市民病院 消化器内科、
³聖隷三方原病院 肝臓内科、⁴磐田市立総合病院 消化器内科、
⁵浜松医療センター 消化器内科、⁶聖隷浜松病院 肝臓内科
○小林 良正¹、大庭 行正¹、木次 健介¹、山崎 哲¹、千田 剛士¹、渡辺 晋也¹、則武 秀尚¹、川田 一仁¹、川村 欣也¹、松下 雅彦²、坂西 康³、笹田 雄三⁴、影山富士人⁵、長澤 正通⁶

【目的】C型慢性肝炎(1型・高ウイルス量)に対する現在の標準治療はテラプレビル、ペグインターフェロン、リバビリンの3剤併用療法である。今回我々は3剤併用療法の24週までの治療効果とテラプレビル減量・中止に関連する因子の検討を行った。【方法】平成24年1月から平成25年2月までに当院および関連施設において、C型慢性肝炎に対して3剤併用療法を行った37例(男性22例、女性15例)を対象とした。【成績】治療開始時の年齢中央値は61歳、体重中央値は64kgであった。治療歴では初回治療例:54%、再燃症例:32%、無効症例:8%、IL28B近傍のSNPではMajor型が69%、HCV RNAのCore領域70番のアミノ酸配列は野生型が67%であった。各臨床検査値[中央値(範囲)]は次の通りである。WBC:5740(3020-11160)/μL、Hb:14.5(11.1-16.2)g/dL、PLT:15.2(7.6-34.3)万/μL、ALT:50(13-320)U/L、Cr:0.69(0.41-0.99)mg/dL、UA:5.9(2.9-7.9)mg/dL、HCV RNA:6.8(5.4-7.4)LogIU/mL。治療開始後各週のHCV RNA陰性化率は4週:72%、8週:85%、12週:94%、24週:84%であった。テラプレビル初回投与量は2250mg:73%、1500mg:27%であったが、初期投与量の完遂率および中止率は2250mg開始群で37%/30%、1500mg開始群では70%/20%であった。テラプレビル減量に関わる因子について年齢、体重、性別、テラプレビル開始量、治療前ヘモグロビン値を共変量として多変量解析をしたところ、体重のみが有意な予測因子として挙げられた。主な有害事象は貧血(78%)、高尿酸血症(73%)、皮疹(57%)、食欲低下・嘔気(54%)であったが、テラプレビルの減量・中止理由として最も多かったのは食欲低下・嘔気(37%)であった。【結論】C型慢性肝炎(1型・高ウイルス量)に対する3剤併用療法は24週迄において良好なウイルス抑制効果を示した。治療開始前の体重がテラプレビル減量の予測因子と考えられた。治療経過中におけるテラプレビルの減量・中止理由としては食欲低下・嘔気が最も多かった。

S2-05 C型慢性肝炎に対する高度先進医療 IL28B 遺伝子型測定後の治療選択

名古屋医療センター 消化器内科
○平嶋 昇、島田 昌明、岩瀬 弘明

【目的】IL28B 遺伝子はC型慢性肝炎患者の極めて強い治療予測因子であるが、未だ保険収載されていない。当院は高度先進医療として申請認可後IL28B 遺伝子型測定を行っている。高度先進医療としてのIL28B 遺伝子型測定後の治療選択の実際につき検討した。【対象と方法】高度先進医療としてIL28B 遺伝子型測定を行ったのは19例、男性6例女性13例、平均年齢54(25-77)歳である。全例グループ1、HCV RNAは平均6.4(4.4-7.3) LogIU/mlであった。文書で説明を行い、同意を取得できた患者さんのみに採血を行い、匿名化してDNAを採取しIL28B 遺伝子型測定を行った。検査料として私費で22000円を徴収した。【結果】IL28B 遺伝子はメジャーホモが11例、マイナーヘテロが6例、マイナーホモが2例であった。ペグインターフェロン・リパビリン療法(PEGRib)を行うもHCV RNA量が100分の1以下に減少しないためIL28Bを測定したところマイナーのため治療中止したのが4例であった。ペタインターフェロン・リパビリン療法(βRib)を行うもRelapse(Rel)しIL28Bを測定したところメジャーのため治療中止し次世代希望が1例であった。IL28B メジャーだったためインターフェロン(IFN)を導入したのは6例でテラプレビルを加えた3剤の2例はSVR、PEGRibの1例はSVR、βRibの2例はSVRとRel、IFNa2b単独の1例はRelであった。IL28B マイナーだが前PEGRibがRelであったため3剤を行った2例はSVRとなった。IL28B マイナーのためIFN少量長期を選択したのが1例、グリチルリチン製材を選択したのが1例であった。IL28B メジャーだったが次世代治療希望機が5例であった。【考案】IL28B 遺伝子は2剤治療無効時の中止判断材料として有用であり、2剤・3剤治療開始および次世代治療待機の判断材料として有用であった。【結語】IL28B 遺伝子型測定を高度先進医療として行っても非常に有用であった。早期の保険収載が待ち望まれる。

S2-07 当科における難治性腹水に対するCARTの有効性

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○松下 直哉、白井 直人、西野 眞史、高垣 航輔、竹内 靖雄、梶村 昌良

【背景】CART(Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy)とは腹水症(胸水症を含む)患者の腹水(又は胸水)採取し、それを濾過、濃縮し患者に再静注する治療法である。当科では難治性腹水症患者に対して、2009年7月よりCARTを導入し、2013年3月現在で32症例に施行した。内2症例を提示する。【症例1】膵尾部癌、門脈浸潤、多発肝転移の一例。化学療法導入目的で入院。GEM(1800mg/day)を開始し、3ヶ月目の効果判定CTではSDと判断。腫瘍マーカーも改善傾向であったため、GEM継続の方針となったが、4クール目施行前に腹水貯留とAlb低下を認めた。腹水穿刺での細胞診は陰性であり、門脈幹閉塞による腹水貯留を疑った。その後利尿剤でも腹水コントロール困難であったため、同月よりCARTを導入し計11回施行。併せてGEMも継続したが、CART導入3ヶ月目頃から癌性疼痛が出現し緩和医療へ移行。その後急速に肝腎不全が進行し永眠。【症例2】膵頭部癌の一例。GEM(1200mg/body)を開始したが、2回目投与時に薬疹出現あり中止、TS-1(80mg/body)へ変更するもCA19-9上昇を認めPDと判断。3rd lineとしてDTXを試みたが、開始2ヶ月後に疼痛の増強があり中止、疼痛緩和目的で放射線照射を施行。以後は緩和医療へ移行し、診断後16ヶ月目頃には腹水貯留も認めたため、CART導入。疼痛コントロールを行いながら、4ヶ月の間で計17回施行したが、CART導入後5ヶ月後に全身の衰弱が進行し永眠。【成績】平均年齢は70.7歳、男女比は1:1であった。32例中、胃癌11例、膵臓癌8例、胆管癌4例、肝細胞癌3例、C型肝硬変3例、NBNC肝硬変1例、胆嚢癌1例、大腸癌1例であった。また32例(計110回施行)中、ショック、肝性脳症、消化管出血などの重篤な副作用はみられず、3症例で発熱を認めたのみであった。血中アルブミン濃度は4症例を除き、CART導入から最終回までの期間、維持可能(1g/dl以上の低下なし)であった。【結論】CARTは患者への侵襲も少なく比較的安全な方法であり、低Alb血症と自覚症状(腹満感)の改善に効果的であると考察される。

S2-06 HBV 関連初発肝細胞癌根治療法後に関する検討 —核酸アナログ製剤使用状況と関連—

¹三重大学病院 消化器・肝臓内科、²三重大学病院 IVR科、³三重大学病院 肝胆脾・移植外科
○小倉 英¹、山本 憲彦¹、爲田 雅彦¹、稲垣 悠二¹、浦城 聡子¹、野尻圭一郎¹、篠原 浩二¹、杉本 龍亮¹、宮地 洋英¹、諸岡 留美¹、田中 秀明¹、杉本 和史¹、藤田 尚己¹、小林 由直¹、岩佐 元雄¹、白木 克哉¹、竹井 謙之¹、山門亨一郎²、伊佐地秀司³

【目的】B型肝炎ウィルス(HBV)陽性慢性肝炎患者への核酸アナログ(NA)投与によるウィルス増殖抑制は、肝発癌抑制に寄与するとされており、肝切除後の再発抑制にも関連しているとされている。今回、HBV陽性慢性肝炎患者に生じた初発肝癌うち根治可能であった症例について、NA使用状況を含めて解析した。【方法】対象は当院で2002年4月から2011年3月の間にHBV陽性慢性肝炎患者に発生した初発肝癌69例のうち、根治治療(肝切除または局所療法)を施行した41例(男性31例、女性10例、年齢中央値59歳)の臨床像について検討を行った。【結果】初発時のHBs抗原は全員陽性であり、HBe抗原は10例で陽性であった。背景肝は慢性肝炎が19例、肝硬変が22例であり、Child-Pugh分類はAが18例、Bが4例であった。TNM分類はI期が10例、II期が20例、III期が11例であった。初回根治療法は、肝切除が19例、局所療法が22例であった。根治療法後、無再発は15例であり、初回再発を26例に認めた。初回再発に対して、19症例で根治療法が施行され、11症例で2回目の再発を認めた。2回目再発の全例で根治療法が施行され、7症例で3回目の再発を認めた。核酸アナログは、35例で使用されており、初発肝発癌前より使用されていたのが16例、初発肝細胞癌根治療法後から使用されたのが19例であった。核酸アナログ使用症例での初発肝癌根治療法後において、背景肝が肝硬変であることが再発のリスクであった(P<0.001)。再発のリスクが高い肝硬変症例に限定すると、根治治療後の再発に関しては、核酸アナログ開始時期が肝細胞癌治療後であっても、肝細胞癌治療前より開始した症例群と再発リスクに差は認めなかった(初回再発:P=0.722、2回目再発:P=0.364、3回目再発:P=0.255)。【結語】肝細胞癌根治療法における核酸アナログの使用は、肝細胞癌治療後であっても、再発を抑制する可能性が示唆された。

S2-08 肝癌治療支援アプリケーションVirtu TRAXを用いた 経皮的ラジオ波焼灼術の有用性 —とくに2ステップ法において—

名古屋大学 消化器内科
○葛谷 貞二、石上 雅敏、新家 卓郎、今井 則博、阿知波宏一、荒川 恭宏、山田 恵一、中野 聡、石津 洋二、本多 隆、林 和彦、石川 哲也、後藤 秀実

【目的】経皮的ラジオ波焼灼術(RFA)によって肝細胞癌(HCC)を治療する際、治療の一連の過程において、針先位置の同定は安全に確実に治療する上で重要である。Virtu TRAXは穿刺・治療器具の針の根元にポジショセンサーを取り付け、センサーから直角方向の針先までの距離を登録し、Volume Navigation(V-Nav)で針先の位置を認識する肝癌治療支援アプリケーションである。2ステップ法によるRFAにおけるVirtu TRAXの有用性を検討する。【対象と方法】2012年10月から2013年3月までにLOGIQ E9およびVirtu TRAXを用いRFA(Cool Tip針を使用)を施行した15例、22結節。結節サイズは8-30mm。RFAは外筒針を用いた2ステップ法で施行した。22Gガイド針を挿入後、14G外筒針の根元にVirtu TRAXのセンサーを取り付け、外筒針の先端(15cmに設定)を確認しながら穿刺した。Cool Tip穿刺の際には、Cool Tipの針先(18cmに設定)を確認しながら穿刺を行った。【結果】全結節のRFAの1連の過程において針先の同定が可能であった。深部病変のケース、針先の奥に心臓、大血管、肝下面が存在するケースにおいて、Cool Tip針先位置を全例把握しながら治療できた。腫瘍の手前側を重ね焼きする際は、外筒針の先端を認識するように設定することで確実に針コントロールが可能であった。人工腹水下や肝左葉の病変では穿刺の際、肝表面がたわんだり、肝臓自体が動くケースがあるがいずれも針先のモニタリングが可能で安全に治療が施行できた。腫瘍焼灼後、出血および播種予防で穿刺ライン上の肝表面の焼灼およびスポンゼルを注入する際も針先の位置確認が容易で、安全に確実にできた。【結語】穿刺アプリケーションであるVirtu TRAXは、安全で確実にRFAを施行する上で有用と考えられた。とくに、2ステップ法でRFAを施行する際は針先を認識する過程が多く、そのすべての過程においてVirtu TRAXは有用であった。

S2-09 肝臓外科における立体再構築画像の有用性

浜松医科大学 第二外科

○森田 剛文、坂口 孝宣、武田 真、平出 貴乗、柴崎 泰、鈴木 淳司、今野 弘之

【背景】従来、我々肝臓外科医はCT横断像や血管造影から得られた2次元の血管解剖を頭の中で立体的に再構築して肝切除に臨んでいた。近年、MDCTが広く導入されるとともに、画像解析ソフトが進歩したことで、肝内脈管の走行形態を立体的に把握することが可能となった。

【目的】血管造影下MDCT画像から肝内脈管の立体再構築画像を作成し、肝切除における有用性を検討する。【方法・対象】MDCTはMedical System Aquilion 16 TM (TOSHIBA)を使用した。CTHAは造影剤注入開始から11秒で早期動脈相を撮像し、CTAPは造影剤注入開始から25秒で門脈相、45秒で静脈相を撮像した。画像解析ソフトは前期(2007~2008年)でZIOSTATION(ZIO)、後期(2009年)でSynapse VINCENT(FUJIFILM)を使用した。期間中に当院で肝切除施行した68例を対象に、術中因子として手術時間、出血量、輸血の有無、術後因子として総ビリルビン値、GPT、術後合併症などを検討した。【結果】解析症例を蓄積する中で、肝内血管走行は個々著しく異なることが判明した。立体再構築画像による術前ナビゲーションにより、術中出血量の減少や術後肝機能の保持が得られた。

【結語】安全に解剖学的肝切除を行うため、肝内脈管分枝形態や相互の位置関係を立体再構築画像によって把握することは重要である。

S2-10 Diffusion-weighted MRIによる胆管病変の診断

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²鈴鹿中央総合病院内科

○菊山 正隆¹、松崎 晋平²、鈴木 直之¹、白根 尚文¹、黒上 貴史¹、重友 美紀¹、山田 友世¹、榎田 浩平¹、青山 春奈¹

【背景】良性胆道狭窄は胆管癌に臨床像や画像は近似し、POCS、IDUSなどを用いても容易には鑑別がなされない症例がある。ましてや胆道の専門内視鏡医がいない施設での上記の検査は実施したい現実がある。一方で、CTやMRIは標準的な市中病院において客観的画像の得られる実施可能な検査である。我々は、CT画像による胆道病変の鑑別について報告した(IgG4関連硬化性胆管炎の臨床像とCT診断—胆管癌との鑑別診断について—日本消化器病学会雑誌)。今回はMRI-DWIによる胆管病変の診断について報告する。【対象・方法】外科治療を含めた病理組織学的に診断の確定した胆管癌群16例、病理組織学的に癌を証明されず2年以上の経過で病状が悪化のしないことを確認できた良性胆道狭窄群10例(IgG4SC:PSC:原因不明:好酸球性:術後=4:2:2:1:1)を対象とした。b値800sec/mm²にて作成されたADC-MAPにて胆管病変部のADC値を計測した。【結果】胆管癌群においてほぼすべての症例で結節状に病変が描出され、ADC値の計測が可能であり、平均1.39x10⁻³mm²/s(0.96~2.15x10⁻³mm²/s)であった。一方、良性胆道狭窄群においてはIgG4SC1例、好酸球性1例を除き病変の描出は淡く、2例において同定困難であった。8例におけるADC値は平均1.41x10⁻³mm²/s(1.03~1.87x10⁻³mm²/s)であった。両者間には有意差を認めなかった。【考察・結語】胆道病変におけるADC値の測定は、病変が良好に描出される悪性病変では可能だが、描出不良の良性疾患では難しい。良性疾患のADC値は病変部のみならず周囲結合組織を大きく含む結果になっている可能性がある。今回の検討において良悪性のADC値に有意差が生じなかったが、病変の描出の良悪が病変の良悪性の判断基準になる可能性がある。胆管病変は横断画像においての描出は小さいが、CTにおける鑑別法と合わせて用いることにより、その有用性はさらに高められることが期待される。

S2-11 総胆管結石症におけるEUSの役割

藤枝市立総合病院 消化器内科

○大畠 昭彦、丸山 保彦、景岡 正信

【はじめに】総胆管結石症例においてEUSは総胆管全体を描出することができ、体外式USで描出しにくい部分やCT陰性結石も描出することが期待できる。【目的】総胆管結石症におけるEUSの有用性と問題点をretrospectiveに検討する。【対象】2010年4月~2013年3月に臨床的に総胆管結石症が疑われEUSを施行した58例【方法】EUSで総胆管に結石あるいは胆泥を認めた(EUS陽性群)18例とそれらを認めなかった(EUS陰性群)40例を比較検討した。【検討項目】1)体外式US、CT、MRCPの描出能、2)ERC施行例(結石の個数、大きさ、排石の有無)、3)再発例【患者背景】EUS陽性群、EUS陰性群の順に男女比13:5/19:21、平均年齢70.9歳/63.6歳、胆嚢に胆石あるいは胆泥を認めたもの19例中13例(68.4%)/40例中32例(80%)【結果】1)結石描出率はUS7.0%、CT7.2%、MRCP3.6%、EUS31.0%であった。EUS陽性群、EUS陰性群別に見ると体外式US5.9%/7.5%、CT11.8%/5.3%、MRCP25%/0%でいずれも有意差を認めなかった。2)ERC施行件数は、EUS陽性群、EUS陰性群別に83%/10%、結石あり46.7%/50%、結石が1個のみ66.7%/100%、結石の大きさの平均4.8mm/3.5mm、切石時排石を確認できた症例53.3%/25%、ERC施行件数のみ有意差あり。3)EUS陰性例で5例(12.5%)に再発を認めた。4例はERC未施行。多くは胆嚢からの落石であった。1例のみ切石をしていたが排石は確認できなかった症例であった。【考察】他の検査に比べるとEUSは総胆管結石の描出率が高く、ERCを行う根拠となっていた。だが、EUS陽性群、陰性群で他の検査や結石の個数や大きさに有意差は見られなかった。また、EUS陽性例でも半数は切石時排石したことを確認できていなかったが、それらの症例やEUS陰性例の中にはその後再発が見られる例も少なくpassed stoneであった可能性も考えられた。【結語】総胆管結石が疑われる症例に対するEUSは、侵襲的なERCを回避できる可能性がある。

S2-12 当科における急性胆嚢炎入院患者の診療の現状

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 分子診断学講座、

³浜松医科大学 光学医療診療部、

⁴浜松医科大学 臨床研究管理センター

○佐原 秀¹、樋口 友洋¹、宮津 隆裕¹、川崎 真佑¹、鏡 卓馬¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、栗山 茂¹、岩泉 守哉²、山田 貴教³、杉本 光繁¹、大澤 恵³、金岡 繁²、古田 隆久⁴、杉本 健¹

【目的】急性胆嚢炎の治療として、診療ガイドラインでは早期の胆嚢摘出術が推奨されているが、実際の臨床現場ではsurgical high risk患者も多く、また緊急手術への対応が困難な場合もあり、個々の症例での治療選択のvariationが存在する。当科における急性胆嚢炎治療の現状と課題について検討した。【方法】2006年4月~2012年9月に、急性胆嚢炎の診断で当科に入院となった66例を対象とし、ガイドラインに基づく重症度、発症原因、起炎菌、手術選択、ドレナージ治療、予後に関してretrospectiveに検討した。【結果】66例は、軽症27例(41%)、中等症30例(45%)、重症8例(12%)で、平均年齢は軽症65.4歳、中等症65.4歳、重症76.4歳で、重症例は高齢者に多かった。発症原因は胆石性56例(85%)、無石性7例(13%)であった。内科入院症例で早期胆嚢摘出術となった症例は5例(8%)と少なかった。経皮的ドレナージ術は15例(23%)で施行され、重症3例(38%)、中等症11例(37%)、軽症1例(4%)と中等症以上が大多数であった。穿孔病日中央値は2(1-41)病日で、中等症以上のドレナージ術有無別の入院期間中央値は、有:26.5(2-138)病日、無:13(2-61)病日で、保存的治療非奏功例あるいは何らかの原因で緊急手術のできない重症例に対してドレナージ術を施行する当科の治療体系が反映されたと考えられた。治癒後の再発は、胆嚢摘出術を施行しなかった12例中の2例(17%)、待機的手術施行前の37例中3例(9%)で、全体として10%に認めた。死亡例は敗血症による1例のみであった。【結論】急性胆嚢炎のガイドラインで推奨される早期胆嚢摘出術は、当科においては1割弱で経皮的ドレナージが多い現状が認められた。予後は概ね良好であったが、待機的手術前の再発が克服すべき課題と考えられた。

S2-13 IgG4 関連硬化性胆管炎における胆管生検の診断能とステロイドの治療成績

豊橋市民病院 消化器内科
○竹山 友章、松原 浩、浦野 文博

【背景】2012 年に IgG4 関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) の独立した診断基準が発表された。自己免疫性膵炎 (AIP) の重要な除外疾患が膵癌であるのと同様に、IgG4-SC の除外対象は胆道癌であり、診断に病理学的な裏付けが重要な言うまでもない。しかし、AIP の病理学的所見が胆管生検、EUS-FNA で得られる一方で、IgG4-SC ではほぼ胆管生検によってのみである。治療においても AIP に準じてステロイド治療が行われている。【目的】IgG4-SC における病理組織学的所見を得るための経乳頭の胆管生検の診断能とステロイド治療の成績を retrospective に評価すること。【対象】2003 年 2 月から 2013 年 2 月までに、当科で経験した IgG4-SC 臨床診断基準 2012 満たす連続した 11 例。内訳は男性 9 例、女性 2 例。平均年齢: 69.2±2.0 歳 (58 歳～80 歳)。診断時血清 IgG4 値: 平均値 510.3±115.5mg/dL (79～1100mg/dL)。全例 AIP を合併していた。【方法】EUS ないし、ERCP に引き続いて施行した管腔内超音波検査により胆管壁肥厚を確認した。経乳頭の胆管生検は可能な限り胆管直接造影における狭窄部位、あるいは胆管壁肥厚部位から 5 力以上の生検を行った。ステロイド治療は全例プレドニゾン (PSL) 0.6 (mg/体重 kg/日) で導入し、その後 2～4 週継続後に 2 週間毎 5mg ずつ漸減した。維持量は個々の年齢、基礎疾患に応じて 2.5 mg ～ 5mg とした。【結果】11 例中 5 例に胆管生検を行い、1 例で IgG4 陽性細胞浸潤を、1 例でリンパ球および形質細胞浸潤を認めた。花筈状線維化と閉塞性静脈炎を認めた症例はなかった。PSL 治療は 11 例中有症状であった 10 例に導入し、全例で胆管病変の改善を認めた。治療のうち 1 例は、内服を自己中断し、維持療法中に再燃した。11 例は全例生存中である。【結論】IgG4-SC の病理組織学的根拠を得る手段としての経乳頭の胆管生検の成績は満足いく結果ではなかったが、胆道悪性疾患は否定し得ていた。PSL 治療は AIP 同様の投与方法で全例に改善が認められ、有効な治療であった。

S2-15 当院における自己免疫性膵炎の検討

大同病院 消化器内科
○小川 和昭、野々垣浩二、榊原 聡介、藤城 卓也、印牧 直人

【はじめに】自己免疫性膵炎 (AIP) で、特に問題となるのは膵癌との鑑別である。AIP の診断基準が普及したにもかかわらず、膵癌との鑑別に難渋する症例が存在する。今回、当科で経験した AIP について臨床病理学的に検討し、各種 modality の有用性について考察したので報告する。【対象】対象は、2005 年 1 月から 2013 年 3 月までに当院で経験した AIP6 例。男性 4 例、女性 2 例で、年齢は 58±14 歳 (42 - 80 歳)。観察期間は 1580±956 日 (234 - 2781)。【結果】初発症状は、腹痛 3 例、黄疸 2 例であった。初診時より糖尿病を 2 例に認めた。膵外病変として、顎下腺腫脹 2 例、縦隔リンパ節腫大 1 例、胸膜炎 1 例、腎炎 1 例、IgG4 関連胆嚢炎 2 例を認めた。血清 IgG4 値は全例高値で、1102±815 (224-2310) であった。画像所見から、病変の広がり type は、diffuse type 3 例、focal type 3 例であった。造影超音波検査では、造影パターンとの相違により膵癌との鑑別に有用であった。治療は PSL 投与により、全症例で著効した。PSL 投与を中止した 2 例ではいずれも再燃した。PSL 治療前後で、Diffusion MRI を施行し ADC 値の変化を検討することによりその治療効果の確認に有用であった。病理所見では、EUS-FNA 導入後 3 例に施行し、1 例では AIP に特徴的な病理所見を得ることができた。胆嚢炎を併発した 2 例では胆嚢を施行し、いずれも IgG4 関連疾患に矛盾しない病理所見を認めた。【考察】AIP では、膵外病変を認める場合は再燃のリスクを指摘されており、当院においても PSL 投与中止後に再燃した 2 例はいずれも膵外病変を認めていた。限局型の AIP では膵癌との鑑別に非常に重要であり、症例数は少ないものの、造影超音波検査や Diffusion MRI がその鑑別に有用と思われる。EUS-FNA による組織診断については、悪性の否定だけでなく、AIP に特徴的な組織を得られる可能性がある。【結語】当院における AIP6 例を検討した。さらに症例を蓄積し、膵癌との鑑別の観点から各種 modality の有用性について前向きに検討する必要がある。

S2-14 切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する 1 期的 self-expandable metallic stent 留置の有用性

名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学
○清水 周哉、内藤 格、中沢 貴宏

【目的】近年の画像診断能の向上により、胆道ドレナージ前における腫瘍進展度診断が可能となり、切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する 1 期的な self-expandable metallic stent (SEMS) 留置を施行する機会が多くなっている。また、切除不能悪性中下部胆道狭窄を有する患者にとって、早期の化学療法導入や、入院期間の短縮が重要となっており、今回我々は、1 期的 SEMS 留置の有用性を明らかにする目的で、早期の臨床成績について、2 期的 SEMS 留置と比較検討を行った。【方法】2004 年から 2012 年の間に、当院にて経乳頭的に 1 期的 SEMS 留置を施行した切除不能中下部悪性胆道狭窄 40 例と、2 期的 SEMS 留置を施行した 52 例を対象として、以下の項目につき検討を行った。1) 早期合併症 (ERBD・ENBD または SEMS 留置後 1 ヶ月以内のステント機能不全、逆行性胆管炎、膵炎、胆嚢炎)、2) 総ビリルビン < 3mg/dL までの期間 (化学療法が可能となるまでの期間。処置前の総ビリルビン > 3mg/dL で、初回ドレナージ後 1 ヶ月以内に < 3mg/dL となった症例)、3) 入院期間 (全体・化学療法非施行群の初回ドレナージから退院までの期間)。尚、2 期的 SEMS 留置は第 1 ドレナージ (ERBD または ENBD)、第 2 ドレナージ (SEMS) に分けて検討した (初回ドレナージ: 1 期的では SEMS、2 期的では ERBD・ENBD)。【成績】1) Total の早期合併症の頻度は 2 期的 SEMS 第 2 ドレナージと比べて、1 期的 SEMS で有意に高率であったが (42.5% [17/40] vs. 13.5% [7/52]; P = 0.004)、2 期的 SEMS 全体 (第 1+第 2 ドレナージ) と比べると、差を認めなかった (42.5% [17/40] vs. 36.5% [19/52]; P = 0.561)。2) T-Bil < 3 mg/dL までの期間は 1 期的 SEMS で有意に短かった (5.7 vs 10.1 日; P = 0.025)。3) 化学療法非施行例での入院期間は 1 期的 SEMS で有意に短かった (22.2 vs. 37.3 日; P = 0.004)。【結論】1 期的 SEMS 留置は 2 期的 SEMS 留置と比較して、早期合併症の頻度は同等で、化学療法開始に必要な減黄期間が短く、また化学療法非施行群においても入院期間が短くなるため、有用な方法であると考えられた。

S2-16 SPN の診断における造影超音波内視鏡検査 (CE-EUS) の有用性

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○杉本 啓之¹、廣岡 芳樹¹、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、大野栄三郎²、伊藤 裕也¹、鷺見 肇¹、林 大樹朗¹、桑原 崇通¹、森島 大雅¹、船坂 好平²、中村 正直¹、宮原 良二²、後藤 秀実²

【背景と目的】膵 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) は若年女性に好発する低悪性度の稀な腫瘍で出血壊死性の嚢胞形成が特徴的とされるが、男性例や嚢胞を伴わない非典型例の報告も少なくない。膵神経内分泌腫瘍 (PNET) も嚢胞や被膜形成など SPN と類似した形態を呈し、両者の鑑別には血行動態の評価が有用とされる。SPN の診断における CE-EUS の有用性について PNET との鑑別に注目して検討した。【対象】2007 年 1 月から 2012 年 12 月の間に CE-EUS を施行し、病理組織学的診断を得た SPN9 例 9 病変と PNET31 例 33 病変。【方法】1) 両群の EUS (B-mode) 所見、2) CE-EUS における輝度評価および造影後の color Doppler mode (CD-mode) 所見を retrospective に比較検討した。なお Sonazoid® の適応外使用については当院生命倫理委員会の承認を得て行っている。【結果】1) 無エコー領域 (SPN/PNET): 2 病変 (22%) 1 病変 (33%)、側方陰影: 3 病変 (33%) 9 病変 (27%)、石灰化: 4 病変 (44%) 2 病変 (6%) で石灰化を SPN に多く認めた (P=0.013)。2) Sonazoid® 投与後、両群ともに速やかな輝度上昇を認め、造影効果は 1 分後まで持続した。CD-mode 観察では SPN は全例腫瘍充実部に不均一な血流シグナル (focal type) を、PNET は 29 例 (88%) に充実部分に均一な血流シグナル (diffuse type) を認めた。focal type を SPN と診断した場合、sensitivity/specificity/accuracy=100%/87%/90% であった。Time-intensity curve (TIC) を作成した SPN7 例、PNET26 例において、腫瘍内の輝度増加率 (SPN/PNET): 3.38/4.04、輝度増加速度: 10.03/13.43、輝度減少率: 0.19/0.23 はいずれも両群間で差を認めなかった。周囲膵実質における輝度変化との比は、輝度増加率比: 1.41/5.63、輝度減少率比: 1.10/1.07、輝度増加速度比: 0.82/1.71 であり、輝度増加速度比で両群に有意差を認めた (P=0.012)。輝度増加速度比の ROC 解析の結果 Cut off 値は 0.86 (AUC0.813) となり、0.86 未満を SPN とすると sensitivity/specificity/accuracy=55%/93%/84% で診断可能であった。【結語】SPN の診断において CE-EUS での血行動態の評価が有用である。

S2-17 低悪性度膵腫瘍に対する立体構築画像を用いた至適術式の選択

—膵管・胆管・血管3D合成画像を用いた手術シミュレーション—

浜松医科大学 医学部 第二外科

○鈴木 淳司、坂口 孝宣、木内 亮太、武田 真、平出 貴乗、
柴崎 泰、森田 剛文、今野 弘之

【背景・目的】低悪性度膵腫瘍は、腫瘍の生物学的悪性度と進展範囲のみならず、膵管や胆管、各種脈管系との立体的な解剖学的位置関係の把握が術式の立案に重要となる。我々は血管立体構築画像に膵実質、膵腫瘍、MRCPによる膵管・胆管像を融合する3D“all-in-one”画像に基づいた術式立案を行ってきた。作成画像を供覧し、その有用性について述べる。【方法・対象】2010年6月に本方法を導入した。それ以降に手術を施行した低悪性度膵腫瘍10例を対象とした。男女比5:5、年齢26—82歳（中央値67歳）。原疾患はIPMN4例、膵神経内分泌腫瘍5例（insulinoma2、gastrinoma1、non-functioning2）、ITPN（intraductal tubulopapillary neoplasm）1例。術前に64列造影MDCTとMRCPを撮影し、画像解析ソフトSynapse VINCENT（FUJIFILM）を用いて動脈、門脈、膵実質、膵腫瘍、膵管、胆管を立体構築後に融合して、3D“all-in-one”画像を作成した。施行術式はPD2、DP4、膵全摘1、腫瘍核出2、膵中央切除1例。手術病理所見と同所見を比較検討した。【結果】3D“all-in-one”画像の作成にはおおむね90分を要した。MRCPとMDCT像は膵管を重ねることで容易にずれのない3D fusion画像が作成可能であった。全ての症例で血管構造物と腫瘍との立体的な解剖学的位置関係が把握可能であり、術中所見と一致した。特に、IPMN3例全例で術前ERCPなどとの組み合わせで過不足ない切除が可能となり、insulinoma2例全例で腫瘍と主膵管・膵内胆管との距離把握により安全な低侵襲手術（核出術）が可能であった。【結語】膵腫瘍に対する3D“all-in-one”画像診断は腫瘍と膵管、胆管、血管との解剖学的位置関係が明瞭に視覚化でき、至適術式の立案に有用である。特に、IPMN症例や低悪性度膵神経内分泌腫瘍などの低侵襲手術が必要な症例に対しては、過不足ない術式立案、シミュレーションが可能であった。

一般演題 プログラム

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

一 般 演 題

第 3 会場 43・44 会議室

09:00 ～ 9:35 大腸① 座長 JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科 高垣 航輔

1 当院における悪性大腸狭窄に対するステント留置の検討

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○片岡 邦夫、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、
松原 浩、竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、廣瀬 崇、芳川 昌功、
鈴木 博貴、岡村 正造

2 化学療法中に大腸ステント内狭窄を認めるも原発巣が消失した S 状結腸癌の 1 例

若手（専修医） 浜松医科大学 消化器内科

○樋口 友洋、加藤 雅一、岩泉 守哉、山田 貴教、杉本 光繁、大澤 恵、
古田 隆久、金岡 繁、杉本 健

3 集学的治療により良好な QOL を保ちつつ生存中の高度進行 Stage IV 直腸癌の 1 例

名古屋大学大学院 腫瘍外科

○水谷 文俊、上原 圭介、吉岡裕一郎、相場 利貞、江畑 智希、横山 幸浩、
國料 俊男、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、板津 慶太、水野 隆史、
棚野 正人

4 頻回の低血糖と非閉塞性黄疸を発症した巨大多発性肝転移を有する P S 3 の切除不能進行大腸癌に化学療法を施行し、著効が得られ、全身状態の改善と延命効果が見られた 1 例

東濃厚生病院 内科

○吉田 正樹、野村 翔子、荒川 直之、長屋 寿彦、藤本 正夫、宮本 陽一、
山瀬 裕彦

5 壁外性の発育を認めた横行結腸癌の 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

○内田 元太¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島さより¹、松浦倫三郎¹、
小林 健一¹、澤田つな騎¹、室井 航一¹、井本 正巳¹、鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

6 卵巣癌術後 16 年後に切除された転移性大腸癌の 1 例

若手（研修医）¹ 岐阜市民病院 消化器内科、² 岐阜市民病院 中検病理○小島健太郎¹、渡邊 千明¹、渡邊 諭¹、高木 結衣¹、黒部 拓也¹、渡部 直樹¹、
中島 賢憲¹、鈴木 祐介¹、小木曾富生¹、川出 尚史¹、向井 強¹、林 秀樹¹、
杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、山田 鉄也²

7 Virchow 転移を認めた大腸原発内分泌細胞癌の 1 例

若手（専修医） 磐田市立総合病院 消化器外科

○嘉山 貴文、宇野 彰晋、川田三四郎、小坂 隼人、鳥居 翔、福本 和彦、神藤 修、
深澤 貴子、稲葉 圭介、松本 圭五、落合 秀人、鈴木 昌八、北村 宏

8 大腸 ESD と経肛門的局所切除の合同手術にて切除した大腸腺腫の 1 例

¹ 三重中央医療センター 消化器科、² 三重中央医療センター 外科、
³ 桑名東医療センター 外科○亀井 昭¹、堯天 一亨³、子日 克宣¹、竹内 圭介¹、渡邊 典子¹、長谷川浩司¹、
草深 智樹²、武内泰司郎²、信岡 祐²、谷川 寛自²、横井 一²

9 当科における肛門扁平上皮癌に対する化学放射線療法の経験

若手（専修医） 岐阜大学 医学部 附属病院

○久野 真史、野中 健一、棚橋 利行、八幡 和憲、市川 賢吾、佐々木義之、今井 壽、
田中 善宏、奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

10 S 状結腸に粘膜下腫瘍様隆起病変を呈した原発性腹膜腺癌の 1 例

菊川市立病院 内科

○二見 肇、石橋 るり、中根 浩伸

11 外来での保存的治療で改善が認められた腸管囊腫様気腫症の一例

¹ 岐阜社会保険病院 消化器科、² 名古屋大学大学院 消化器内科学

○渡邊 久倫¹、印藤 敏彦¹、清水 達治¹、後藤 秀実²

12 腸管囊腫様気腫症の2例

若手（専修医） 浜松医科大学 肝臓内科

○木次 健介、川村 欣也、下山 真、山崎 哲、千田 剛士、渡邊 晋也、則武 秀尚、
川田 一仁、小林 良正

13 盲腸軸捻転の3例

若手（研修医） 春日井市民病院 消化器科

○小島 悠揮、平田 慶和、管野 琢也、奥田 悠介、羽根田賢一、森岡 優、杉山 智哉、
尾関 貴紀、池内 寛和、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

14 NSAIDsの長期内服により、右半結腸の広汎な狭窄をきたした一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○田村 智、細田 佳佐、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、
舘野 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦

15 慢性偽性腸閉塞に対し右半結腸切除術を施行した一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 安生更生病院 消化器内科

○鈴木 悠土、小屋 敏成、岡田 昭久、馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

16 胃癌の Schnitzler 転移により直腸狭窄をきたした 1 例

若手（専修医） 藤田保健衛生大学 消化管内科

○吉田 大、小村 成臣、平田 一郎、柴田 知行、大宮 直木、長坂 光夫、中川 義仁、
鎌野 俊彰、丸山 尚子、生野 浩和、大森 崇史、中井 遥、大城 昌史17 H. *pylori* 除菌療法後に消退した直腸 MALT リンパ腫の 1 例

浜松医療センター 消化器内科

○松浦 愛、吉井 重人、松永英里香、石田 夏樹、太田 和義、下山 真、森 泰希、
住吉 信一、岩岡 泰志、高井 哲成、本城裕美子、影山富士人、山田 正美

18 肝硬変に合併した直腸癌同時性肝転移の 1 例

浜松医療センター 消化器外科

○林 忠毅、平山 一久、鈴木 雄飛、中山 正彦、山本 淳史、中村 明子、大菊 正人、
田村 浩章、金井 俊和、徳永 祐二、池松 禎人、西脇 由朗

19 横行結腸内分泌細胞癌の 1 例

¹ 名古屋市立大学病院 消化器・一般外科、² 名古屋徳洲会総合病院○林 祐一^{1,2}、木村 昌弘¹、小川 了¹、塩崎みどり¹、竹山 廣光¹

20 門脈ガスと腹腔内遊離ガスを認めた Crohn 病合併腸管囊腫様気腫症

¹ 岐阜県立多治見病院 外科、² 岐阜県立多治見病院 消化器内科○多代 充¹、梶川 真樹¹、水島 隆史²、佐野 仁²、山中 雅也¹、百々 昌紀¹、
宮嶋 則行¹、水野 亮¹、園原 史訓¹、小西 滋¹、出口 智宙¹、原田 明生¹

21 クロウン病術後の残存直腸に発見された粘液癌の 1 例

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

○前田 啓子、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、氏原 正樹、平山 裕、
森瀬 和宏、松下 正伸、舩坂 好平、中村 正直、宮原 良二、後藤 秀実

22 クロウン病に合併した大腸癌の 3 例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○飛田恵美子、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、
竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造

23 人工肛門造設による Fecal diversion 後に症状の軽快を認めた大腸型クロウン病の 2 例

若手（専修医）

¹ 浜松医科大学 医学部 第一内科、² 浜松医科大学 救急部、³ 浜松医科大学 臨床研究管理センター、⁴ 浜松医科大学 分子診断学、⁵ 浜松医科大学 光学診療部○金子 雅直¹、山田 貴教¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、佐原 秀¹、
大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、岩泉 守哉¹、栗山 茂²、杉本 光繁¹、
古田 隆久³、金岡 繁⁴、大澤 恵⁵、杉本 健¹

24 ニューモシスチス肺炎で死亡したステロイド依存性潰瘍性大腸炎の一例

焼津市立総合病院 消化器科

○小平 誠、小串 勝昭、山形 真基、渡邊 幸弘、寺澤 康之、佐野 宗孝

25 視神経炎を合併した潰瘍性大腸炎の1例

¹三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科○田野 俊介¹、葛原 正樹¹、稲垣 悠二²、野尻圭一郎²、二宮 克仁²、山田 玲子²、
井上 宏之²、濱田 康彦¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²

26 潰瘍性大腸炎にS状結腸癌を発症、尿管および腸閉塞へ進展した1例

かすみがうらクリニック

○廣藤 秀雄

27 タクロリムス内服が奏功し、手術を回避し得た劇症型潰瘍性大腸炎の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○細田 佳佐、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、木全 政晴、芳澤 社、
館野 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦

28 白血球除去療法後、急性腎不全を生じた潰瘍性大腸炎の一例

焼津市立総合病院 消化器科

○小平 誠、小串 勝昭、山形 真基、渡邊 幸弘、寺澤 康之、佐野 宗孝

29 内視鏡検査により縦走裂創を発症した Collagenous colitis の1例

若手（専修医） 静岡市立静岡病院 消化器内科

○白鳥 安利、田中 俊夫、近藤 貴浩、黒石 健吾、中村 尚広、吉川 恵史、濱村 啓介、
高橋 好朗、小柳津竜樹

30 腹痛と血便により突然発症した Collagenous colitis の一例

若手（専修医） 名古屋セントラル病院 消化器内科

○山田 弘武、川島 靖浩、安藤 伸浩、中村 博式、真鍋 孔透、小宮山琢真、山内 浩輝

31 腸管スピロヘータ症の2例

若手（研修医） 安城更生病院 消化器内科

○東堀 諒、馬淵 龍彦、三浦真之祐、脇田 重徳、宮本 康雄、鈴木 悠土、小屋 敏也、
岡田 昭久、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

32 血腫を形成した大腸 angiodysplasia の一例

若手（専修医） 静岡県立総合病院

○榎田 浩平、菊山 正隆、鈴木 直之、白根 尚文、黒上 貴史、山田 友世、重友 美紀、
青山 春奈

33 下部消化管内視鏡検査で診断し得たアニサキス症の2例

若手（専修医） 半田市立半田病院 消化器内科

○水野 和幸、森井 正哉、春田 明範、山田 啓策、川口 彩、岩下 紘一、神岡 諭郎、
大塚 泰郎、肥田野 等

34 腫瘍内出血を契機に発見された嚢胞変性を伴った巨大消化管外 GIST の一例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○西野 眞史、松下 直哉、高垣 航輔、竹内 靖雄、白井 直人、梶村 昌良

35 消化管外の腫瘍として発見された GIST の一例

¹ 岐阜赤十字病院 消化器内科、² 岐阜赤十字病院 外科、³ 岐阜赤十字病院 放射線科

○出田 貴康¹、松下 知路¹、高橋 裕司¹、杉江 岳彦¹、伊藤陽一郎¹、名倉 一夫¹、
栃井 航也²、後藤 裕夫³

36 静脈血栓塞栓症を契機に発見された消化器悪性腫瘍の 4 例

浜松医科大学 消化器・血管外科学分野

○山本 尚人、坂口 孝宣、神谷 欣志、太田 学、倉地 清隆、海野 直樹、今野 弘之

37 腹膜偽粘液種に腹水濾過濃縮再静注を施行した 1 例

¹ 四日市消化器病センター 消化器・肝臓内科、² 三重大学 消化器内科学、
³ みえ消化器内科

○石原 知明¹、田中 秀明²、垣内 雅彦³、竹井 謙之²

38 滲出性腹水を呈した限局性強皮症の一例

若手（専修医） 焼津市立総合病院 消化器科

○小串 勝昭、小平 誠、佐野 宗孝、寺澤 康之、渡邊 幸弘、山形 真基

39 結核性腹膜炎の 2 例

聖隷浜松病院 消化器内科

○木全 政晴、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、芳澤 社、舘野 誠、
室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

第 4 会場 53・54 会議室

09:00 ～ 9:35 胃・十二指腸① 座長 岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科 奥村 直樹

40 S-1/CDDP 併用化学療法にて組織学的完全寛解が得られた進行胃癌の 1 例

¹愛知県立がんセンター中央病院 内視鏡部、

²愛知県立がんセンター中央病院 消化器内科

○堤 英治¹、田中 努¹、田近 正洋¹、石原 誠¹、山雄 健次²、水野 伸匡²、
原 和生²、舩岡 範²、今岡 大²、永塩 美邦²、関根 匡成²、與儀 竜治²、
藤吉 俊尚²、佐藤 高光²、坂本 康成²、丹羽 康正¹

41 TS-1/CDDP 療法が奏功し切除可能となった胃型進行胃癌の一例

¹津島市民病院 消化器科、²津島市民病院 外科

○立松 英純¹、杉野 佑樹¹、前村 幸輔¹、蓮尾 由貴¹、小林都仁夫¹、荒川 大吾¹、
久富 充郎¹、松永 和哉²

42 化学療法後に切除した HER2 陽性胃癌肝転移の 1 例

木沢記念病院 外科

○堀田 亮輔、今井 直基、伊藤 由裕、坂下 文夫、山本 淳史、池庄司浩臣、
尾関 豊

43 胃癌に対する ESD 治療後に追加手術を行った症例の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学、²名古屋大学消化器内科学

○伊藤 武¹、藤原 道隆¹、宮原 良二²、後藤 秀実²、小林 大介¹、田中 千恵¹、
小寺 泰弘¹

44 胃癌術後、傍大動脈リンパ節再発に対して XP-H 施行後に外科的介入を行った 1 例

浜松医科大学 外科学第二講座

○尾崎 裕介、菊池 寛利、太田 学、藤田 剛、宮崎真一郎、飯野一郎太、平松 良浩、
神谷 欣志、坂口 孝宣、今野 弘之

45 食道裂孔ヘルニアに伴った胃軸捻症の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター

○水谷 泰之、大塚 裕之、藤塚 宣功、石川 英樹

46 統合失調症患者に認められたゴム手袋胃石の1例

若手（専修医） 豊川市民病院 消化器内科

○藤岡 一敏、中村 誠、宮木 知克、大山 展、神野 成臣、水野 裕介、
百瀬 淳子

47 胃石症を繰り返した一例

若手（専修医） 静岡県立総合病院

○榎田 浩平、菊山 正隆、鈴木 直之、白根 尚文、黒上 貴史、山田 友世、重友 美紀、
青山 春奈

48 早期胃癌直下にアニサキスによる肉芽腫を認めた1例

若手（専修医） 藤田保健衛生大学 医学部 消化管内科

○大城 昌史、柴田 知行、大宮 直木、長坂 光夫、中川 義仁、田原 智満、石塚 隆充、
鎌野 俊彰、丸山 尚子、大久保正明、小村 成臣、宮田 雅弘、市川裕一郎、角 一弥、
生野 浩和、城代 康貴、大森 崇史、河村 知彦、中井 遥、吉田 大、平田 一郎

49 消化管病変を認めた Schonlein-Henoch 紫斑病 7 例の臨床的検討

¹ 浜松南病院 消化器病・IBD センター、² 藤枝市立総合病院 消化器科

○池谷賢太郎¹、丸山 保彦²、高井 哲成¹、飯田 貴之¹、渡辺 文利¹、花井 洋行¹

50 当院における胃瘻造設症例の現状

トヨタ記念病院 消化器科

○村山 睦、鈴木 貴久、篠田 昌孝、高土ひとみ、森島 賢治、宇佐美彰久、
曾田 智大、山田健太郎

51 凝固機能異常のため経皮的内視鏡的胃瘻造設術後に出血をきたした1例

若手（専修医） 岐阜県総合医療センター 消化器内科

○水谷 拓、佐藤 寛之、松浦 加奈、中村 みき、丸田 明範、若山 孝英、山内 貴裕、
安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一、天野 和雄

52 PPI投与の中止により改善を認めた胃前庭部毛細血管拡張症（GAVE）の1例

若手（専修医） 愛知医科大学 消化器内科

○尾関 智紀、中出 幸臣、米田 政志、中尾 春壽、伊藤 清顕、佐藤 顕、
大橋 知彦、石井 紀光、山本 高也、小林 佑次

53 保存的治療にて治癒した虚血性胃炎の1例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○廣瀬 崇、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、
松原 浩、竹山 友章、田中 卓、田中 浩敬、鈴木 博貴、芳川 昌功、
岡村 正造

54 臨床的に胃梅毒と診断した一例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、²名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部○菊池 正和¹、宮原 良二¹、船坂 好平²、古川 和宏¹、鶴留 一誠¹、山本富美子¹、
松崎 一平¹、横山 敬史¹、大野栄三郎²、中村 正直¹、川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、
廣岡 芳樹²、渡辺 修¹、前田 修¹、安藤 貴文¹、後藤 秀実^{1,2}

55 びまん性胃粘膜下異所腺を伴う早期胃癌の1例

若手（専修医） 半田市立半田病院 消化器内科

○春田 明範、神岡 諭郎、水野 和幸、山田 啓策、川口 彩、岩下 紘一、森井 正哉、大塚 泰郎、肥田野 等

56 多発他臓器転移を来した深達度M未分化型胃癌の1例

若手（専修医） ¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科

○室井 航一¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島さより¹、松浦倫三郎¹、小林 健一¹、澤田つな騎¹、内田 元太¹、井本 正巳¹、小川 裕¹、鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

57 ESDにて診断された胃 MALT type lymphoma の一例

若手（専修医） ¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 救急部、³浜松医科大学 分子診断学、⁴浜松医科大学 臨床研究管理センター、⁵浜松医科大学 光学診療部

○加藤 雅一¹、杉本 光繁¹、金子 雅直¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、佐原 秀¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、栗山 茂²、山田 貴教¹、岩泉 守哉³、古田 隆久¹、金岡 繁³、大澤 恵⁵、杉本 健¹

58 EUS-FNA 診断に有用であったリンパ節原発ガストリノーマの1例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○鈴木 博貴、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造

59 胃 glomus 腫瘍の 1 例

若手（専修医） 公立陶生病院 消化器内科

○鳥山 和浩、竹中 宏之、吉崎 道代、古根 聡、石川 恵里、鈴木 静乃、松浦 哲生、
清水 裕子、林 隆男、黒岩 正憲、森田 敬一

60 上部消化管出血をきたした胃 Glomus 腫瘍の 1 例

¹ 伊勢赤十字病院 消化器内科、² 伊勢赤十字病院 病理診断科○高見麻佑子¹、川口 真矢¹、三浦 広嗣¹、山本 玲¹、山村 光弘¹、大山田 純¹、
福家 博史¹

61 腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術（LECS）にて切除しえた GIST の 1 例

若手（専修医） ¹ 市立島田市民病院 消化器内科、² 市立島田市民病院 外科○石橋 浩平¹、尾上 俊也¹、間瀬 裕行¹、高橋 正彦¹、金山 広和¹、松下 雅広¹、
森下 宗自¹、磯野 忠大²、植田 猛²、上村 和康²

62 胃内発育型粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡併用手術（LECS）の経験

¹ 浜松医科大学 第一外科、² 浜松医科大学 光学医療診療部○宮木祐一郎¹、和田 英俊¹、佐藤 正範¹、大澤 恵²

63 十二指腸・胆管・膵浸潤により閉塞性黄疸をきたした胃癌の1例

愛知県がんセンター愛知病院

○側島 友、藤田 孝義、近藤 真也、都築 佳枝、榊原 真肇

64 後上膵十二指腸動脈瘤破裂血管内治療後に十二指腸狭窄を来した一例

若手（専修医） 名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○山田 健太、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、石川 卓哉、山 剛基、亀井圭一郎、
村上 義郎、服部 峻、八鹿 潤、植田 恵子、長谷川一成

65 進行膵癌による十二指腸狭窄に対しメタリックステント留置が有効であった一例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○高垣 航輔、松下 直哉、西野 眞史、竹内 靖雄、白井 直人、梶村 昌良

66 リンパ節転移を伴った副乳頭原発カルチノイドの1手術例

若手（専修医）

¹ 岐北厚生病院 消化器内科、² 岐北厚生病院 外科、
³ 岐阜大学病院 病理部、⁴ 岐阜大学医学系研究科 地域腫瘍学

○奥野 充¹、足立 政治¹、堀部 陽平¹、中村 憲昭¹、山内 治¹、齋藤公志郎¹、
田中 秀典²、石原 和浩²、廣瀬 善信³、安田 一朗⁴

67 IVRにより良好な止血が得られた出血性十二指腸潰瘍の一例

若手（専修医） 静岡済生会総合病院 消化器内科

○倉田 知幸、山口 晴雄、日比 知志、河合 学、神谷 麻子

72 大腸癌による悪性胆道狭窄に対して inside stent を留置した 5 例の検討

伊勢赤十字病院 消化器内科

○川口 真矢、伊藤 達也、村林 桃士、三浦 広嗣、高見麻佑子、山本 玲、山村 光弘、
東谷 光庸、大山田 純、福家 博史

73 ステロイドが著効し、自己免疫の関与が疑われた肝門部胆管狭窄の 1 例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○杉本 真也、松林 宏行、角嶋 直美、田中 雅樹、滝沢 耕平、堀田 欣一、今井健一郎、
川田 登、五十嵐公洋、吉田 将雄、新城 邦裕、小野 裕之

74 IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○近藤 貴浩、黒石 健吾、中村 尚広、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、
高橋 好朗、小柳津竜樹

75 胆管穿孔の 1 例

若手（専修医）

静岡県立総合病院 消化器内科

○青山 春奈、菊山 正隆、榎田 浩平、山田 友世、重友 美紀、黒上 貴史、白根 尚文、
鈴木 直之

76 低位遺残胆嚢管に下部胆管屈曲を合併した一例

富士宮市立病院 内科

○高野 亮佑、鈴木 崇弘、杉山 智洋、鏡 卓馬、奥谷 敬文

77 ダブルバルーン内視鏡、ステントリトリバーが有用であった胆管癌術後再発胆管狭窄の1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○井上 匡央、奥村 文浩、鈴木 雄太、市川 紘、福定 繁紀、加地 謙太、安部 快紀、
岩崎 弘靖、西江 裕忠、西 祐二、水島 隆史、佐野 仁

78 Choledochocoele の合併が疑われた下部胆管癌の1例

高山赤十字病院 内科

○小原 功輝、加藤 潤一、杉山 智彦、今井 奨、牧谷 光晴、下地 圭一、浮田 雅人、
白子 順子、棚橋 忍

79 腫瘍壊死により術前の質的診断が困難であった胆嚢癌の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○田中 卓、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、
竹山 友章、田中 浩敬、鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造80 左肝管原発 IPNB (Intraductal papillary neoplasm of the bile duct) の1例
若手 (研修医) 済生会松阪総合病院 外科

○西村 廣明、市川 健、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰、長沼 達史

81 胆管ステントを計3回留置し、GEM 単独療法により長期生存が可能であった胆管癌の1例

市立湖西病院 内科

○堀尾 嘉昭

第 5 会場 52 会議室

9:00 ～ 9:35

膵①

座長 伊勢赤十字病院 消化器内科 川口 真矢

82 Sister Mary Joseph' s nodule を契機に発見された膵癌の 1 例

浜松医療センター 消化器内科

○岩岡 泰志、影山富士人、松永英里香、石田 夏樹、太田 和義、下山 真、松浦 愛、
末廣 智之、森 泰希、住吉 信一、川村 欣也、吉井 重人、山田 正美

83 副膵管領域に IPMN と浸潤性膵癌を併発した一例

若手（専修医） 聖隷浜松病院 消化器内科

○海野 修平、芳澤 社、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、木全 政晴、舘野 誠、
室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

84 末梢膵管から発生したと思われる膵癌の一例

若手（専修医） 公立陶生病院

○古根 聡、森田 敬一、黒岩 正憲、林 隆男、清水 裕子、松浦 哲生、竹中 宏之、
鈴木 静乃、石川 恵里、鳥山 和浩、吉崎 道代

85 胆管、十二指腸のダブルステントが奏功した膵癌十二指腸浸潤の 2 例

若手（専修医） 愛知厚生連江南厚生病院 消化器内科

○安藤有希子、佐々木洋治、吉田 大介、中村 陽介、伊佐治亮平、丸川 高弘、酒井 大輔、
伊藤 信仁、植月 康太、末澤 誠朗、鈴木 智彦

86 頸椎転移を契機に発見された膵尾部癌の 1 例

若手（専修医） ¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○村林 桃士¹、川口 真矢¹、杉本 真也²、伊藤 達也¹、三浦 広嗣¹、高見麻佑子¹、
山本 玲¹、山村 光弘¹、東谷 光庸¹、大山田 純¹、福家 博史¹

87 継時的変化を造影 EUS により観察し得た IPMC の 1 切除例

¹ 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、² 名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部

○桑原 崇通¹、廣岡 芳樹²、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、大野栄三郎²、伊藤 裕也¹、
杉本 啓之¹、鷺見 肇¹、林 大樹朗¹、森島 大雅¹、舩坂 好平²、中村 正直¹、
宮原 良二¹、後藤 秀実^{1,2}

88 難治性十二指腸潰瘍の原因として画像上認められない膝ガストリノーマを診断した 1 例

市立島田市民病院

○間渕 裕行、尾上 峻也、石橋 浩平、高橋 正彦、金山 広和、松下 雅広、森下 宗自、
木村 一史

89 膝管癒合不全に合併した混合型膝管内乳頭粘液性腫瘍の一例

¹ 岐阜赤十字病院 消化器内科、² 岐阜赤十字病院 外科、³ 岐阜赤十字病院 放射線科

○松下 知路¹、杉江 岳彦¹、出田 貴康¹、高橋 裕司¹、伊藤陽一郎¹、名倉 一夫¹、
後藤 裕夫³、栃井 航也²

90 主膝管内進展と多発肝転移をきたした膝神経内分泌腫瘍の 1 例

¹ 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科、² 同 外科、³ 同 病理部

○松浦 弘尚¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、三好 広尚¹、小坂 俊仁¹、
友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢生¹、鳥井 淑敬¹、森 智子¹、黒川 雄太¹、
細川千佳生¹、安江 祐二¹、川辺 則彦²、守瀬 善一²、溝口 良順³

91 肝転移を伴う膝神経内分泌腫瘍に対してエベロリムスとオクトレオチドの併用療法を行った一例

静岡市立静岡病院

○黒石 健吾、小柳津竜樹、近藤 貴浩、中村 尚広、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、
田中 俊夫、高橋 好朗

92 小嚢胞集簇を伴う充実性腫瘍で胆管狭窄を来たし膵癌を疑い切除した
腫瘍形成性慢性膵炎の1例

¹ 三重大学 肝胆膵・移植外科、² 三重大学 消化器・肝臓内科

○飯澤 祐介¹、臼井 正信¹、佐藤 梨枝¹、高橋 直樹¹、種村 彰洋¹、栗山 直久¹、
安積 良紀¹、大澤 一郎¹、岸和田昌之¹、水野 修吾¹、櫻井 洋至¹、田端 正己¹、
井上 宏之²、竹井 謙之²、伊佐地秀司¹

93 超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）が診断に有用であったびまん性膵腫大の2例

¹ 松波総合病院 内科、² 松波総合病院 病理診断部

○樋口 正美¹、古賀 正一¹、全 秀嶺¹、藤井 淳¹、浅野 剛之¹、佐野 明江¹、
早崎 直行¹、伊藤 康文¹、山北 宜由¹、村瀬 貴幸²、池田 庸子²

94 感染性膵膿瘍に対して、EUS ガイド下ドレナージが著効した1例

高山赤十字病院 内科

○牧谷 光晴、白子 順子、下地 圭一、今井 奨、杉山 智彦、小原 巧輝、
加藤 潤一

95 自己免疫性膵炎（疑診）2例の検討

稲沢市民病院 消化器内科

○河辺 智久、神田 信之、尾関 雅靖、坂田 豊博

96 仮性膵嚢胞内出血を来した自己免疫性膵炎の1例

若手（専修医） 静岡県立総合病院 消化器内科

○青山 春奈、菊山 正隆、榎田 浩平、山田 友世、重友 美紀、黒上 貴史、白根 尚文、
鈴木 直之

97 膵石の乳頭部嵌頓による急性胆管炎、膵炎の1例

若手（専修医）

静岡市立清水病院

○小池 弘太、窪田 裕幸、池田 誉、川崎 真祐、松浦 友春

98 膵炎を伴った胃異所性膵の1切除例

¹名古屋共立病院 消化器化学療法科、²名古屋共立病院 消化器内科、³名古屋共立病院 外科○栗本 拓也¹、石垣 智之²、寺下 幸夫³

99 膵仮性嚢胞内出血の脾弯曲部結腸穿破が疑われた慢性膵炎の一例

若手（研修医）

藤枝市立総合病院

○町野 英徳、大畠 昭彦、丸山 保彦、景岡 正信、森 雅史、志村 輝幸、
宇於崎宏城

100 下膵十二指腸動脈瘤破裂が原因となった hemosuccus pancreaticus の1例

若手（専修医）

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 臨床腫瘍学、³浜松医科大学 救急部、⁴浜松医科大学 光学医療診療部、⁵浜松医科大学 分子診断学、⁶浜松医科大学 臨床研究管理センター○宮津 隆裕¹、市川 仁美¹、樋口 友洋¹、鈴木 聡¹、岩泉 守哉²、山田 貴教¹、
栗山 茂³、杉本 光繁¹、大澤 恵^{4,5}、金岡 繁⁵、古田 隆久⁶、杉本 健¹

68 胆嚢癌との鑑別を要した黄色肉芽腫性胆嚢炎の2例

若手（専修医）

¹ 木沢記念病院 総合診療科、² 木沢記念病院 消化器科、³ 木沢記念病院 外科、
⁴ 木沢記念病院 病理診断科

○杉山 誠治¹、吉田 健作¹、足達 広和²、中川 貴之²、安田 陽一²、杉山 宏²、
堀田 亮輔³、山本 淳史³、尾関 豊³、松永 研吾⁴

69 急性気腫性胆嚢炎に対し保存的治療にて治癒しえた1例

若手（専修医）

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科

○野村 翔子、長屋 寿彦、宮本 陽一、荒川 直之、吉田 正樹、藤本 正夫、
山瀬 裕彦

70 内視鏡的乳頭腫瘍切除術を『抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン 2012』を遵守して遂行し後出血を来した1例

若手（専修医）

¹ 名古屋第二赤十字病院 消化器内科、² 名古屋第二赤十字病院、³ 知多厚生病院

○大脇 俊宏¹、坂 哲臣¹、折戸 悦郎¹、林 克己¹、山田 智則¹、蟹江 浩¹、
日下部篤宣¹、金本 高明¹、野村 智史¹、岩崎 弘靖¹、青木 美帆¹、吉峰 崇¹、
野尻 優¹

71 閉塞性黄疸を伴う石灰乳胆汁に対し、ERBD が奏功した一例

若手（研修医）

市立島田市民病院 消化器内科

○大徳 晋久、尾上 峻也、石橋 浩平、間渕 裕行、高橋 正彦、金山 広和、松下 雅広、
森下 宗自

- 101 カプセル内視鏡がその存在診断に有用であった小腸 follicular lymphoma の1例
 若手（研修医）¹ 刈谷豊田総合病院 内科、² 刈谷豊田総合病院 病理科
 ○後藤 峻作¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島さより¹、松浦倫三郎¹、
 小林 健一¹、澤田つな騎¹、内田 元太¹、室井 航一¹、井本 正巳¹、鈴木 敏行¹、
 伊藤 誠²
- 102 食道癌の小腸転移が穿孔した一例
 若手（研修医）¹ 藤枝市立総合病院 消化器内科、² 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科
 ○南部 美佳¹、大畠 昭彦¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、志村 輝幸¹、宇於崎宏城¹、
 森 雅史²
- 103 肝細胞癌の転移性小腸腫瘍による腸重積の1例
 浜松医科大学 外科学第二講座
 ○阪田 麻裕、石松 久人、間 浩之、原 竜平、原田 岳、中村 光一、倉地 清隆、
 今野 弘之
- 104 小腸 GIST を合併した Cowden 病の1例
¹ 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、
² 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
 ○名倉明日香¹、中村 正直²、山村 健史²、山田 弘志²、吉村 透²、中野 有泰²、
 大林 友彦²、舩坂 好平¹、大野栄三郎¹、宮原 良二²、川嶋 啓揮²、伊藤 彰浩²、
 廣岡 芳樹¹、前田 修²、渡辺 修²、安藤 貴文²、後藤 秀実^{1,2}

105 消化管穿孔をきたした NSAIDs 起因性小腸潰瘍の 1 例

公立学校共済組合 東海中央病院

○大塚 裕之、水谷 泰之、藤塚 宜功、石川 英樹

106 バーチャル小腸内視鏡が有用であった、非特異性多発性小腸潰瘍症の一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○白根 尚文、松田 昌範、吉川 俊之、鈴木 直之、黒上 貴史、山田 友世、重友 美紀、
榎田 浩平、菊山 正隆

107 小腸 X 線検査で病変を指摘できたメッケル憩室の 1 例

若手（専修医）¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 消化器内科、³刈谷豊田総合病院 病理科○大橋 彩子¹、坂巻 慶一²、濱島 英司²、中江 康之²、仲島さより²、松浦倫三郎²、
小林 健一²、澤田つな騎²、内田 元太²、室井 航一²、井本 正巳²、鈴木 敏行²、
伊藤 誠³

108 腹部造影 CT 検査、小腸ダブルバルーン内視鏡により迅速に診断しえた Meckel 憩室出血の一例

¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 外科○杉山 智哉¹、菅野 琢也¹、奥田 悠介¹、森岡 優¹、羽根田賢一¹、尾関 貴紀¹、
池内 寛和¹、望月 寿人¹、平田 慶和¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、伊藤 哲²、
山口 竜三²

109 当院における小腸カプセル内視鏡検査の現状

¹ 公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター、² 名古屋大学大学院消化器内科学

○藤塚 宜功¹、大塚 裕之¹、水谷 泰之¹、石川 英樹¹、大宮 直木²、中村 正直²、
後藤 秀実²

110 カプセル内視鏡検査が診断に有用であった日本海裂頭条虫症の一例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化内科

○鳥井 淑敬、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、片野 義明、三好 広尚、
小林 隆、小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、松浦 弘尚、成田 賢生、
森 智子、細川千佳生、黒川 雄太、安江 祐二

111 腹痛を契機に発見された回腸 Peutz-Jeghers 型ポリープの一例

若手（専修医）

名古屋市立西部医療センター消化器内科

○中西 和久、足立 和規、稲垣 佑祐、山川 慶洋、小島 尚代、平野 敦之、河合 宏紀、
木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

112 嘔吐だけで下痢を伴わないノロウイルス胃腸炎は存在するか？

市立島田市民病院 消化器内科

○森下 宗自、松下 雅広、金山 広和、高橋 正彦、間瀬 裕行、石橋 浩平、
尾上 峻也

113 腸間膜リンパ節腫大の2例

若手（専修医）¹ 磐田市立総合病院 外科、² 磐田市立総合病院 消化器外科

○川田三四郎¹、福本 和彦²、鳥居 翔¹、嘉山 貴文¹、小坂 隼人¹、神藤 修²、
宇野 彰晋²、深澤 貴子²、稲葉 圭介²、松本 圭五²、落合 秀人²、鈴木 昌八²、
北村 宏²

114 回盲部憩室炎から上腸間膜静脈分枝に穿通し上腸間膜静脈血栓症を来した1例

若手（専修医）¹ みよし市民病院、² JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

○木村 純¹、濱田 広幸¹、伊藤 治¹、成瀬 達¹、柴田 時宗¹、白月 遼²

115 大腸全摘術後の難治性回腸囊炎に infliximab が奏功した潰瘍性大腸炎の1例

富士宮市立病院 内科

○鏡 卓馬、鈴木 崇弘、高野 亮佑、奥谷 敬文

116 潰瘍性大腸炎術後に生じた小腸炎の1例

名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器内科学

○平山 裕、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、氏原 正樹、前田 啓子、
森瀬 和宏、松下 正伸、舩坂 好平、中村 正直、宮原 良二、後藤 秀実

第 6 会場 21 会議室

9:00 ～ 9:28

食道①

座長 愛知医科大学 消化器内科 飯田 章人

117 von Recklinghausen 病に合併した食道神経線維腫の一例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○田中 守、片岡 洋望、林 則之、片野 敬仁、西脇 裕高、濱野 真吾、尾関 啓司、
塚本 宏延、海老 正秀、溝下 勤、森 義徳、久保田英嗣、谷田 諭史、城 卓志

118 いわゆる黒色食道を呈した急性壊死性食道炎の 1 例

若手（研修医） 済生会松阪総合病院 内科

○加藤 誉史、河俣 浩之、行本 弘樹、鈴木 康夫、青木 雅俊、福家 洋之、
橋本 章、脇田 喜弘、清水 敦哉、中島 啓吾、南川 光三

119 食道粘膜下へ完全迷入した針金による食道異物の 1 例

若手（研修医） 土岐市立総合病院 内科

○多和田祥子、白井 修、下郷 友弥、安田 諭、清水 豊

120 Vigorous achalasia を伴った食道横隔膜上憩室の 1 例

若手（専修医）¹ 愛知医科大学 消化器内科、² 愛知医科大学 中央臨床検査部、
³ 愛知医科大学 消化器外科、⁴ 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○木村 幹俊¹、飯田 章人¹、田村 泰弘¹、井上 匡央⁴、近藤 好博¹、伊藤 義紹¹、
井澤 晋也¹、増井 竜太¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、河村 直彦¹、水野 真理¹、
舟木 康^{1,2}、小笠原尚高¹、佐々木誠人¹、宮地 正彦³、春日井邦夫¹

121 多発バレット腺癌の一例

国家公務員共済組合連合会 東海病院

○濱宇津吉隆、丸田 真也、北村 雅一、三宅 忍幸、加藤 亨

122 ESD 後に根治化学放射線療法を追加したにも関わらず
早期に再発し死亡した表在食道癌の一例¹ 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、² 愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部○藤吉 俊尚¹、田近 正洋²、田中 努²、石原 誠²、水野 伸匡¹、原 和生¹、
肱岡 範¹、今岡 大¹、大林 友彦¹、関根 匡成¹、永塩 美邦¹、與儀 竜治¹、
堤 英治¹、佐藤 高光¹、坂本 康成¹、山雄 健次¹、丹羽 康正²

123 食道 Burkitt リンパ腫の一例

¹ 名古屋市立大学病院 消化器内科、² 名古屋市立大学病院 血液内科○森 義徳¹、田中 守¹、西脇 裕高¹、尾関 啓司¹、塚本 宏延¹、海老 正秀¹、
溝下 勤¹、久保田英嗣¹、谷田 諭史¹、片岡 洋望¹、上垣史緒里²、小松 弘和²、
飯田 真介²、城 卓志¹

124 食道神経内分泌細胞癌の1例

若手（専修医）

¹ 浜松医療センター 消化器内科、² 浜松医療センター 病理診断科○石田 夏樹¹、松永英里香¹、太田 和義¹、下山 真¹、松浦 愛¹、末廣 智之¹、
森 泰希¹、本城裕美子¹、高井 哲成¹、岩岡 泰志¹、住吉 信一¹、川村 欣也¹、
吉井 重人¹、影山富士人¹、山田 正美¹、森 弘樹²、小澤 享史²

125 食道がんサルベージ手術後の乳び胸治療においてリンパ管造影検査が有用であった1例

愛知県がんセンター中央病院

○川上 次郎、安部 哲也、植村 則久、川合 亮佑、浅野 智成、佐野 力、
伊藤 誠二、小森 康司、千田 嘉毅、三澤 一成、伊藤 友一、木村 賢哉、
木下 敬史、大澤 高陽、舎人 誠、岩田 至紀、倉橋真太郎、清水 泰博、
篠田 雅幸

126 後腹膜腔まで及ぶ広範な膿瘍を形成した食道癌穿通の手術治療例

¹ 浜松医科大学 外科学第二講座、² 浜松医科大学 腫瘍センター

○神谷 欣志¹、阪田 麻裕¹、菊池 寛利¹、藤田 剛¹、尾崎 裕介¹、平松 良浩¹、
太田 学²、宮崎真一郎¹、飯野一郎太¹、坂口 孝宜¹、今野 弘之¹

127 腹部手術歴のある胸部食道癌再建法の工夫

名古屋大学 大学院 医学系研究科 消化器外科学

○鳥居 康二、小池 聖彦、神田 光郎、小林 大介、田中 千恵、山田 豪、中山 吾郎、
藤井 努、杉本 博行、野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

128 NBI システム併用拡大観察と EUS の深達度診断の有用性について、食道癌根治手術を行った表層型食道癌 13 例を対象とした比較検討
若手（専修医）

岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科

○館 正仁、田中 善宏、桜谷 卓司、棚橋 利行、八幡 和憲、今井 寿、佐々木義之、
松橋 延壽、奥村 直樹、野中 健一、高橋 孝夫、長田 真二、吉田 和弘

129 インターフェロン・リバウンド療法にて SVR が得られた難治性 C 型慢性肝炎の一例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院消化器科

○橋詰 清孝、大久保賢治、森田 清、竹内 淳史、清水 潤一、松井 健一、
横山 晋也、石田 哲也、三浦 正博、西村 大作、片田 直幸130 C 型慢性肝炎に対する 3 剤併用療法施行中に重症急性膵炎を発症したが SVR が得られた一例
若手（専修医）

岐阜県総合医療センター

○中村 みき、松浦 加奈、水谷 拓、丸田 明範、若山 孝英、山内 貴裕、佐藤 寛之、
安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一131 3 剤併用療法中にレジオネラ肺炎を併発した高齢 C 型慢性肝炎の一例
若手（専修医）

JA 愛知厚生連 海南病院 消化器内科

○柴田 寛幸、吉岡 直輝、青木 聡典、武藤 久哲、廣崎 拓也、石川 大介、國井 伸、
渡辺 一正、奥村 明彦132 当院での C 型慢性肝炎に対する Telaprevir-based triple therapy の治療経験
市立島田市民病院○松下 雅広、森下 宗自、金山 広和、高橋 正彦、間瀬 裕行、石橋 浩平、
尾上 峻也133 C 型慢性肝炎に対しインターフェロン治療により SVR が得られた後、13 年後に発症した肝細胞癌の 1 例
若手（専修医）¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 磐田市立総合病院 消化器外科○高鳥 真吾¹、笹田 雄三¹、伊藤 潤¹、森川 友裕¹、西垣 信宏¹、辻 敦¹、
高橋百合美¹、斎田 康彦¹、犬飼 政美¹、神藤 修²、落合 秀人²、鈴木 昌八²

- 134 HCV による肝癌の肝切除術後のペグインターフェロン、リバビリン治療後の再発率・生命予後に関する検討
若手（研修医） 小牧市民病院 消化器内科
○山下 有己、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤亜矢子、飯田 忠、和田 啓孝、永井真太郎、濱崎 元伸
- 135 当院における HCV 関連肝癌根治治療後の SVR を目的とした IFN 治療とその予後の検討
若手（専修医） 小牧市民病院 消化器内科
○和田 啓孝、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤亜矢子、飯田 忠
- 136 ペグインターフェロン・リバビリン併用療法後に退縮、再増大がみられた肝細胞癌の 1 例
¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 浜松医科大学 肝臓内科、³ 磐田市立総合病院 消化器外科
○伊藤 潤¹、笹田 雄三¹、高鳥 真吾¹、森川 友裕¹、西垣 信宏¹、辻 敦¹、高橋百合美¹、齋田 康彦¹、犬飼 政美¹、小林 良正²、落合 秀人³、鈴木 昌八³
- 137 当院における 10 年以上の長期生存が得られた肝細胞癌の検討
若手（専修医） 聖隷浜松病院 消化器内科
○瀧浪 将貴、室久 剛、海野 修平、田村 智、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、館野 誠、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、佐藤 嘉彦、長澤 正通
- 138 肝細胞癌に対する経カテーテル的ミリプラチン動注及び塞栓療法の検討
若手（専修医） ¹ 国立名古屋医療センター 消化器科、² 名古屋大学大学院 消化器内科学
○田中 優作¹、平嶋 昇¹、浦田 登¹、加藤文一郎¹、江崎 正哉¹、喜田 裕一¹、久野 剛史¹、龍華 庸光¹、桶屋 将之¹、都築 智之¹、島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²
- 139 sorafenib 減量により増悪し、再増量にて抗腫瘍効果の再増強を認めた肝細胞癌の 1 例
若手（専修医） 豊橋市民病院
○芳川 昌功、内藤 岳人、浦野 文博、藤田 基和、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、竹山 友章、田中 卓、田中 浩敬、鈴木 博貴、廣瀬 崇、岡村 正造

140 各種検査から細胆管細胞癌と診断したが、病理診断は胆管細胞癌であった 1 例

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

○阿知波宏一、葛谷 貞二、新家 卓郎、今井 則博、荒川 恭宏、山田 恵一、中野 聡、
石津 洋二、本多 隆、林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

141 約 3 年半の画像経過を遡ることができた肝内胆管癌の一切除例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○木下 雄貴、内藤 岳人、浦野 文博、藤田 基和、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、
竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、廣瀬 崇、芳川 昌功、鈴木 博貴、岡村 正造

142 直腸平滑筋肉腫切除後 13 年を経過し肝転移再発した 1 例

浜松医療センター 外科

○大菊 正人、山本 淳史、鈴木 雄飛、中山 正彦、中村 明子、林 忠毅、田村 浩章、
平山 一久、金井 俊和、池松 禎人、西脇 由朗

143 比較的短期間で増大傾向を示し、肝切除を行った肝血管腫の一例

¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 磐田市立総合病院 消化器外科○森川 友裕¹、笹田 雄三¹、高取 真吾¹、伊藤 潤¹、西垣 信宏¹、辻 敦¹、
高橋百合美¹、齊田 康彦¹、犬飼 政美¹、福本 和彦²、落合 秀人²、鈴木 昌八²

144 巨大肝血管腫の 1 例

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科

○荒川 直之、長屋 寿彦、宮本 陽一、野村 翔子、藤本 正夫、吉田 正樹、山瀬 裕彦

145 C型肝硬変に合併した多発肝 MALT リンパ腫の一例

若手（専修医） 藤田保健衛生大学 医学部 肝胆膵内科

○高川 友花、川部 直人、橋本 千樹、原田 雅生、村尾 道人、新田 佳史、中野 卓二、
嶋崎 宏明、水野 裕子、菅 敏樹、中岡 和徳、大城 昌史、吉岡健太郎

146 興味深い画像所見を呈した肝偽リンパ腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○室久 剛、長澤 正通、海野 修平、瀧浪 将貴、田村 智、小林 陽介、木全 政晴、
芳澤 社、舘野 誠、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、佐藤 嘉彦

147 肝動脈塞栓術が奏功した非機能性神経内分泌腫瘍 G2 の一例

浜松医療センター

○下山 真、影山富士人、松永英里香、石田 夏樹、太田 和義、松浦 愛、森 泰希、
岩岡 泰志、住吉 信一、高井 哲成、本城裕美子、吉井 重人、山田 正美

148 肝細胞癌に対するソラフェニブ開始後 7 日目で多発性の肝膿瘍を生じた 1 例

伊賀市立上野総合市民病院 外科

○森本 雄貴、西川隆太郎、福浦 竜樹、浦田 久志、寺邊 政宏、三木 誓雄

149 抗菌薬動注療法が奏功した肝膿瘍の 1 例

静岡市立清水病院 消化器内科

○松浦 友春、窪田 裕幸、池田 誉、川崎 真佑、小池 弘太

150 門脈ガス血症の生存 21 例と死亡例 10 例

若手（研修医）¹ 藤枝市立総合病院 診療部、² 藤枝市立総合病院 消化器内科○山本 晃大¹、景岡 正信²、丸山 保彦²、大畠 昭彦²、森 雅史²、志村 輝幸²、
宇於崎宏城²

151 肝結核の1例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科○松浦倫三郎¹、仲島さより¹、井本 正巳¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、坂巻 慶一¹、
小林 健一¹、澤田つな騎¹、内田 元太¹、室井 航一¹、鈴木 敏行¹、伊藤 誠²152 伝染性単核球症様の症状が先行したアセトアミノフェンによる重症型薬物性
肝障害の一例

若手（専修医）

JA 愛知厚生連 海南病院 消化器内科

○青木 聡典、吉岡 直輝、柴田 寛幸、武藤 久哲、廣崎 拓也、石川 大介、國井 伸、
渡辺 一正、奥村 明彦

153 Gilbert 症候群に合併した重症型アルコール性肝炎の1例

若手（専修医）

愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 消化器内科

○吉岡 直輝、柴田 寛幸、青木 聡典、武藤 久哲、廣崎 拓也、石川 大介、國井 伸、
渡辺 一正、奥村 明彦

154 グリコーゲン沈着が原因と考えられる肝障害を繰り返した1型糖尿病の1例

若手（研修医）

名古屋大学 医学部 消化器内科

○小崎 陽平、新家 卓郎、今井 則博、阿知波宏一、荒川 恭宏、山田 恵一、中野 聡、
石津 洋二、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

155 高度の肝肺症候群で発症した若年 NASH 肝硬変の一例

順天堂大学 医学部 附属静岡病院 消化器内科

○成田 諭隆、玄田 拓哉、村田 礼人、甘樂 裕徳、佐藤 俊輔、金光 芳生、石川 幸子、
菊池 哲、森 雅史、平野 克治、飯島 克順、市田 隆文

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。

大腸①

1 当院における悪性大腸狭窄に対するステント留置の検討

豊橋市市民病院 消化器内科

○片岡 邦夫、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、
山本 英子、松原 浩、竹山 友章、田中 浩敏、田中 卓、
廣瀬 崇、芳川 昌功、鈴木 博貴、岡村 正造

【目的】海外では1991年以降悪性大腸狭窄に対する治療法として大腸ステントが積極的に使用されている。本邦においても2012年1月に悪性大腸狭窄に対する内視鏡的大腸ステント留置術が保険収載されたため、術前の腸管減圧や緩和治療を目的とした症例が増加していくことが予想される。今回当院での経験を通して大腸ステントの有用性と問題点を検討したので報告する。【対象と方法】2009年4月から2013年3月までに、当院で内視鏡的大腸ステント留置術が行われた6例について患者背景と臨床経過を検討した。【結果】症例は69～98歳と高齢者に多く、病変は直腸3例、S状結腸2例、脾彎曲部1例だった。4例が症状緩和を目的の留置で、2例が根治術を前提とした術前留置だった。当院では根治可能と判断される左側大腸癌イレウスに対しては、一期的手術、あるいはHartmann手術を行う二期的手術を第一選択としているが、術前留置の2例は抗血小板薬内服中で緊急手術が高リスクだったため本治療法が選択された。全症例とも留置後まもなく経口摂取可能となった。術前留置の2例は、口側を評価した上で留置後17日と11日に一期的結腸切除術となった。緩和目的の4例は、留置後15日で転院、留置後43日で死亡、留置後7ヵ月現在外来通院中、口側病変を評価した上で留置後14日に人工肛門造設となった。完全なイレウス解除に至らずイレウス管を要した症例が1例あった。腹痛や下血、ingrowthを来した症例もあるが臨床上大きな問題とはならなかった。【考察】大腸ステントの有用性は、狭窄の解除により緊急手術を回避することができ全身状態の回復を図り待期的手術が行えること、口側の情報が得られること、人工肛門造設による患者のQOL低下を回避できることが挙げられる。特に患者が併存症や抗血栓薬内服のため緊急手術が高リスクとなる場合、本治療法は術前の狭窄解除の有力な選択肢の1つと考えられる。問題点はイレウス解除が不十分な場合もあり得ることである。穿孔のリスクが高いとの報告もあるが当院ではみられなかった。【結語】当院における悪性大腸狭窄に対するステント留置の治療経験を報告した。

3 集学的治療により良好なQOLを保ちつつ生存中の高度進行Stage IV直腸癌の1例

名古屋大学大学院 腫瘍外科

○水谷 文俊、上原 圭介、吉岡裕一郎、相場 利貞、江畑 智希、
横山 幸浩、國科 俊男、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、
板津 慶太、水野 隆史、榎野 正人

症例は58才、女性で主訴は便秘と腹部膨満感。初診時CT検査では子宮浸潤を伴う直腸病変以外に両側肺転移、肝転移を認めた。大腸内視鏡下生検は中分化腺癌で、Stage IV直腸癌と診断した。閉塞症状を伴っており、まず低位前方切除術、子宮両側付属器合併切除、肝S3部分切除術を施行した。病理組織学的所見は、中分化腺癌、pA、pN1、pH1、ly1、v1、R0切除で、KRAS mutantであった。術後は残存肺病変の切除を前提とした、mFOLFOX6+ベバシズマブ(Bev)を7コース施行(最終コースはBev抜き)後、右肺転移(右肺S2b+3a部分切除術)、左肺転移(左肺下葉切除術)を二期的に切除した。術後補助化学療法は施行せずに経過観察としたが、肺切除後8ヶ月で残肝再発を認めた。術前化学療法としてFOLFIRI+Bevを6コース施行(最終コースはBev抜き)後、肝後区域切除術を施行した。術後補助化学療法は施行せずに経過観察としたが、肺切除後16ヶ月で右肺上葉断端部再発、残肝再発を認めた。また、左肺上葉断端再発部に放射線治療(60Gy)を施行したところ再発部は著明に縮小した(PR)。続いて残肝再発部に対し、肝S2部分切除術を施行した。初回手術から3年6か月経過した現在、化学療法を施行せず、良好なQOLを保ちつつ経過観察中である。全身化学療法が著しい進歩を遂げた現在、Stage IVや再発大腸癌に対する治療は全身化学療法が中心となるが、患者のQOLを保ちつつ長期間強力レジメンを継続することは時として困難を極める。PSが良好な症例に対しては、手術・放射線などの局所治療を施行してchemotherapy-free intervalを確保することは、例えば根治が難しい症例においても重要な選択肢の1つであると考えられる。

2 化学療法中に大腸ステント内狭窄を認めるも原発巣が消失したS状結腸癌の1例

浜松医科大学 消化器内科

○樋口 友洋、加藤 雅一、岩泉 守哉、山田 貴教、杉本 光繁、
大澤 恵、古田 隆久、金岡 繁、杉本 健

【はじめに】本邦における大腸金属ステント留置は、(1)大腸癌術後の吻合部再発やSchnitzler転移による直腸狭窄、狭窄症状を伴う切除不能の大腸癌を含めた悪性腫瘍による狭窄(緩和医療目的)あるいは、(2)イレウス症状を併発する大腸癌で緊急手術回避目的(外科手術前の処置BTS; Bridge to Surgery)に対して適応であるが、切除不能例における全身化学療法導入前のステント留置に関する適応は穿孔のリスクなどの点から議論の分かれるところである。今回我々は、大量腹水を認める切除不能進行結腸癌に対し金属ステントを挿入後、化学療法を導入し経過を観察し得た1例を経験したので報告する。【症例】47歳の女性。下痢と腹部膨満感を主訴に近医を受診。多量の腹水と多発性肝腫瘍、大腸内視鏡検査でS状結腸にスコープ通過不能な全周性狭窄病変を認め当科入院となった。精査の結果、狭窄病変と腹水から腺癌が検出されS状結腸癌(cStage IV)、多発肺肝転移、腹腔内播種と診断。大量の腹水のため原発巣の切除を選択せず、狭窄部に金属ステントを留置しmFOLFOX6療法を5コース施行したところ、ステント内の狭窄を認めた。CTでは腹水の著明な減少と肝転移巣の縮小を認めており、腹腔鏡下S状結腸切除術でステントを含めた原発巣を切除した。切除標本では残存癌を認めず、現在外来でbevacizumabを加えたmFOLFOX6療法を継続中でADLも良好である。【考察】過去の報告によると、ステント留置後のbevacizumabの投与の投与は穿孔のリスクを高めるが、総じてステント留置併用例に対する化学療法導入における重篤な合併症は少ないとされている。本例は大量腹水を認める切除不能進行結腸癌で金属ステント挿入後の化学療法が著効し、ステント狭窄を契機に原発巣も切除可能となり、さらに切除後stent freeになったことでbevacizumabを加えての化学療法の継続が可能になった症例であり、示唆に富むと思われる。

4 頻回の低血糖と非閉塞性黄疸を発症した巨大多発性肝転移を有するPS3の切除不能進行大腸癌に化学療法を施行し、著効が得られ、全身状態の改善と延命効果が見られた1例

東濃厚生病院 内科

○吉田 正樹、野村 翔子、荒川 直之、長屋 寿彦、藤本 正夫、
宮本 陽一、山瀬 裕彦

大腸癌の化学療法は非常に進歩し、患者の生存期間の延長が著しいが、PSが3～4である場合や、高度の臓器障害を有する症例は原則的には化学療法の適応外とされている。私どもは、初診時、巨大多発性肝転移による非閉塞性黄疸を来して全身倦怠感が強く、食欲不振で頻回の低血糖を来したPS3の患者に対して化学療法を施行した結果、著効が得られ、食欲が回復し、全身状態が改善した症例を経験した。ガイドラインでは化学療法の適応外とされているが、場合によっては良好な結果を得ることができるという意味で症例報告する。症例は65歳、男性。S状結腸に4分の3周性、2型の中分化型腺癌あり。CTにて著明な肝臓腫大、肝容積の65%を占める多発性巨大転移と少量の腹水を認めた。肝臓は7横指触れた。肝機能検査ではT-bil 6.0、D-bil 3.0、AST 243、ALT 70、γ-GTP 1143、LDH 5180と黄疸を認めたが、画像上は非閉塞性黄疸であった。CEAは962、CA19-9は6437と上昇していた。Hb 8.1と貧血も見られたため、輸血を4単位行った。頻回に低血糖(29～39)を起こし、ブドウ糖の静脈注射を何度も要した。患者と家族に深刻な病状を正確に説明し、緩和医療単独か化学療法を併用していくかを選択させた。有害事象により結果的に余命をさらに短縮させてしまう危険もあるが、効果があった場合は全身状態の改善と延命が得られると説明したところ、当方の責任は一切問わないので、化学療法の併用を希望された。大腸癌の切除は行わず、mFOLFOX6を初回は65%減量、2クール目は30%減量で施行。幸い有害事象は起きず、KRAS遺伝子が野生型であったことから、3クール目からcetuximabを加えて20%減量で施行した。すると黄疸が徐々に消失、肝機能障害も改善、食欲回復、低血糖消失、PSは1に改善し、外来化学療法に移行できた。5ヵ月後には、T-bil 0.8、AST 42、ALT 25、γ-GTP 580、LDH 469、Hb 13.0、CEA 61、CA19-9 273と改善し、肝臓腫大と腹水は消失した。

5 壁外性の発育を認めた横行結腸癌の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

○内田 元太¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島さより¹、
松浦倫三郎¹、小林 健一¹、澤田つな騎¹、室井 航一¹、井本 正巳¹、
鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

症例は60歳、男性。主訴は発熱。既往歴は糸球体腎炎にて腎移植、腰部脊柱管狭窄症。2012年9月頃より発熱があり、10月16日に当院を受診した。Hb5.6g/dLの貧血と、CRP15g/dLの炎症反応高値を認めたため精査加療目的に入院となった。腹部触診では左上腹部に圧痛と、やや硬い腫瘤を触知した。腫瘍マーカーは血清CEA、CA19-9、可溶性IL-2Rのいずれも基準値内であった。腹部造影CT検査では、左上腹部に横行結腸と連続した46×63mm大の内腔を有する腫瘤と胃前庭部大弯に接して18×13mm大の腫瘤性病変を認めた。PET-CT検査では、横行結腸の壁と連続して壁外性に発育する腫瘤を認め、腫瘤辺縁部に強い集積を認め、胃前庭部大弯側の腫瘤には有意な集積を認めなかった。上部消化管内視鏡検査では胃内に腫瘤を認めなかった。大腸内視鏡検査では、脾弯曲寄りの横行結腸と連続し、腸管壁外へ突出する、内腔を有する腫瘤を認め、内腔には上皮性変化のある不整な粘膜が広がっていた。引き続き施行したガストログラフィンをを用いた注腸X線検査では、腸間膜付着側に空気にて容易に変形する内腔を有する腫瘤を認めた。非典型的な形態であり、悪性リンパ腫等も鑑別疾患として考えられたが、腫瘤の生検ではGroup 5, mucinous adenocarcinomaの結果であった。壁外発育型大腸癌、術前Stage2Bの診断にて、11月14日に外科にて横行結腸切除術、D3郭清を施行し、胃前庭部大弯側に接して粘液結節性の播種も認められたため同時に切除した。切除標本では横行結腸に3型の腫瘍が確認され、腹膜播種を伴った壁外発育型横行結腸粘液腺癌、pSE(P 1), ly 0, v 0, pStage4と診断された。ご本人の希望により化学療法は行わずに経過観察中であるが、現在までのところ再発は認めていない。今回、壁外発育型横行結腸癌の1例を経験した。本疾患は比較的にまれな特異な形態を呈した大腸癌であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 中検病理
○小島健太郎¹、渡邊 千明¹、渡邊 諭¹、高木 結衣¹、黒部 拓也¹、
渡部 直樹¹、中島 賢憲¹、鈴木 祐介¹、小木曾富生¹、川出 尚史¹、
向井 強¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、
富田 栄一¹、山田 鉄也²

患者は 70 歳女性。1995 年に卵巣癌の診断により他医で両側卵巣摘出術を受けた。その後はとくに自覚症状はみられなかったが、2011 年 3 月に下腹部不快感を主訴に近医を受診。大腸内視鏡検査 (CF) で S 状結腸に粘膜下腫瘍様病変 (SMT) を指摘され、2011 年 9 月に当科に精査紹介となった。当科の CF では同部位に中央に深い陥凹性病変を伴う SMT を認めた。超音波内視鏡検査では壁外から大腸内に浸潤する低エコー領域を認め、壁外病変から大腸へ浸潤を疑う所見であった。また腹部 CT では S 状結腸の壁肥厚と、大腸近傍にリンパ節転移を疑う複数の結節および右横隔膜下の肝表面に腫瘍性病変を認めた。肝 MRI では右横隔膜下と S6 に T2 強調画像で高信号を示す播種性病変がみられた。また PET-CT でも同様の部位に集積像の所見がみられた。CF での同部位からの生検結果は腺癌であり、免疫組織染色では CA125 陽性、CEA 陰性、また核にはエストロゲンレセプター (ER) やプロゲステロンレセプター (PgR) が発現していた。一方、非腫瘍性の大腸粘膜上皮は CA125 陰性、CEA 陽性、ER 陰性、PgR 陰性であった。以上より卵巣癌の再発転移による S 状結腸への転移性大腸癌および腹膜播種と診断した。2011 年 10 月に当院外科で S 状結腸切除術を施行した。切除標本の病理診断により確定診断に至った。2012 年 1 月より当院産婦人科で継続的に PTX+CBDCa の化学療法を施行中である。また経過観察の腹部 CT 像では肝および腹腔内の播種性病変は縮小傾向がみられ、病状は安定している。今回我々は、卵巣癌術後 16 年目に同癌の再発による腹腔内播種性病変を伴った転移性大腸癌の稀な 1 例を報告した。

¹三重中央医療センター 消化器科、
²三重中央医療センター 外科、³桑名東医療センター 外科
○亀井 昭¹、荒天 一幸³、子日 克宣¹、竹内 圭介¹、渡邊 典子¹、
長谷川浩司¹、草深 智樹²、武内素司郎²、信岡 祐²、谷川 寛自²、
横井 一²

【はじめに】2012 年 4 月より、大腸 ESD が保険適応となったが、その適応病変は、最大径 20 ～ 50mm の腺腫または早期大腸癌とされている。今回大腸 ESD と経肛門の局所切除の合同手術にて切除した歯状線にかかる 60mm 大の大腸腺腫の 1 例を経験したので若干の考察を加え報告する。【症例】80 才女性、大腸ファイバーにて歯状線にかかる 60mm 大の LST-G を指摘された。生検で腺腫と診断、内視鏡的に明らかな悪性所見は認めなかったが、サイズが大きく癌の合併が否定できず、一括切除が望ましいと考えられた。大腸 ESD では歯状線近傍の処置が困難である可能性があり、外科にて経肛門の局所切除術を依頼したが、口側の切除が困難とのことで、ESD と経肛門の局所切除の合同手術を施行した。手術は全身麻酔下にならず大腸 ESD にて病変の口側の粘膜切開とトリミングを施行した。その後ロースターリクターにて視野展開し、直視下に局所切除術を施行し病変を一括切除した。切除面を手縫いで縫縮し終了した。病変径は 60×42mm で、組織は adenoma であった。術後経過良好で第 5 病日に退院した。【まとめ】外科手術の際に ESD を併用することで、病変の切除線が明確化し、必要十分な局所切除が可能となった。また大腸 ESD では困難と思われる縫縮も、手動的な縫縮では可能であったことから、より安全な切除であったと考えられる。大腸 ESD と経肛門の局所切除の合同手術は特別な機器は必要なく、内視鏡医と外科医の連携が十分にあれば、非常に有用であると思われる。

磐田市立総合病院 消化器外科
○嘉山 貴文、宇野 彰晋、川田三四郎、小坂 隼人、鳥居 翔、
福本 和彦、神藤 修、深澤 貴子、稲葉 圭介、松本 圭五、
落合 秀人、鈴木 昌八、北村 宏

【はじめに】消化管の内分泌細胞癌は、早期より転移をきたす予後不良な腫瘍である。また大腸を原発とする内分泌細胞癌は大腸癌の約 0.2% とまれな疾患である。今回われわれは Virchow 転移を認めた大腸原発内分泌細胞癌の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】65 歳男性。繰り返す黒色便を主訴に近医を受診した。血液検査で貧血ならびに腫瘍マーカーの上昇を認め、当院に紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査で上行結腸に全周性の 2 型腫瘍を認め、生検では内分泌細胞癌が疑われた。胸部腹部造影 CT で、上行結腸に全層性の腫瘍を認め、さらに腹腔内、縦隔、および左鎖骨上窩のリンパ節腫大を認めた。領域以外の多数のリンパ節転移を伴う cStageIV の進行上行結腸癌に対して、腹腔鏡下結腸右半切除術および中心静脈ポート挿入術を施行した。腫瘍は径 7.0x5.0cm の 2 型の腫瘍で pSEsNxslH0sP0cM1 で tStageIV であった。病理診断では腫瘍細胞の N/C 比が高く、多数の核分裂像が散見され、MIB-1 index は 80% 以上であった。また高度の血管侵襲およびリンパ管侵襲を認めた。免疫染色で synaptophysin、chromogranin 陽性、CD56 陰性、CK5/6 陰性であり、neuroendocrine cell carcinoma と診断した。現在外来で BV+FOLFIRI 療法を施行中である。【まとめ】大腸内分泌細胞癌は 1 年以内の癌死が約 80% と非常に予後不良で生物学的悪性度が極めて高く、集学的治療が必要と考えられる。本症例は、初診時より下部消化管領域ではまれな Virchow 転移をはじめ、多数の領域外リンパ節転移を認めた。本症例に対し、肺小細胞癌に準じた多剤併用の化学療法を行い、長期生存を得た報告例も散在するが、確立された治療は未だないのが現状である。近年分子標的治療薬を含めた FOLFOX、FOLFIRI 等の多剤併用化学療法が進行再発大腸癌にて治療効果をj得られているが、大腸内分泌細胞癌にも使用される報告も増加している。今後より治療効果の高い化学療法の検討が必要であると思われる。

岐阜大学 医学部 附属病院
○久野 真史、野中 健一、棚橋 利行、八幡 和憲、市川 賢吾、
佐々木義之、今井 壽、田中 善宏、奥村 直樹、松橋 延壽、
高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

海外における肛門扁平上皮癌に対する第 3 相試験は 4 試験が報告されており、我々はそのうち RTOG-8704 の方法に準じて治療を行っている。2008 年 4 月から現在までに 6 例の肛門扁平上皮癌に対し化学放射線療法を行ったので、その成績を報告する。症例 1 は A,N2,Stage3b であった。化学療法は 5-FU (1000mg/m²) day1-4, day29-32, MMC (10mg/m²) day1, 29 で放射線治療は 27Gy を照射した。治療終了後、PR であったため腹会陰性直腸切開術を施行した。治療終了後 3 カ月で他病死された。症例 2 は AI (膀胱), N0,Stage2 であった。化学療法は TS-1 (100mg/day) 2 週投与 2 週休薬、MMC (15mg) day1 を施行した。放射線治療は 57Gy を施行した。結果は CR であり 3 年無再発経過中である。症例 3 は A,N0,Stage2 であった。化学療法は 5-FU (1000mg/m²) day1-4, day29-32, MMC (10mg/m²) day1, 29 であり、放射線治療を 55Gy 施行した。結果は CR であり現在 2 年 3 カ月無再発経過中である。症例 4 は A,N0,Stage2 であった。化学療法は 5-FU (1000mg/m²) day1-4, Day29-32, MMC (10mg/m²) day1, 29 を施行し、放射線治療は 55Gy を施行した。結果は CR であった。現在 2 年 1 カ月無再発経過中である。症例 5 は A,N0,stage2 で 5-FU(1000mg/m²)day1-4,MMC(10mg/m²)1day、放射線治療は現在施行中であり 55 ～ 59Gy 照射予定である。症例は MP,N0,stage2 で、TS-1 (120mg/day) day1-14,29-42,MMC(16mg/m²)day1,29、放射線治療は 59.4Gy を施行した。治療終了した 4 例中 3 例で CR を認め無再発経過中であり肛門扁平上皮癌に対しては、放射線化学療法が有用であると考えられた。

10 S 状結腸に粘膜下腫瘍様隆起病変を呈した原発性腹膜腺癌の1例

菊川市立病院 内科

○二見 肇、石橋 るり、中根 浩伸

原発性腹膜腺癌が消化管内腔に粘膜下腫瘍様隆起を呈することは非常にまれである。今回我々は、S 状結腸に粘膜下腫瘍様隆起病変を認め、大腸がんとの鑑別を要した原発性腹膜腺癌を経験したので報告する。【症例】56 歳、女性。【主訴】喘鳴【現病歴】H24 年 11 月頃より喘鳴があり、近医受診し喘息治療を受けるとも改善せず、その後、腹部膨満感が出現し、胸腹水の疑いで当院紹介。【経過】胸レ線、腹部エコー、CT により胸腹水を認め、胸水、腹水細胞診で、腺系異形細胞 adenocarcinoma と診断。原発検索のため下部消化管内視鏡施行し、S 状結腸に頂部軽度陥凹した粘膜下腫瘍様隆起病変を認めた。S 状結腸腫瘍生検で、小胞巣状に配列する異形細胞の浸潤を認め、免疫染色 Vimentin(-)、MUC5A(-)、MUC6(-)、TTF(-)、WT-1(+)、GCDFP15(-)、ER(+) より卵巣漿液性腺癌類似と診断。PET 所見は胸膜、右横隔膜下、腸間膜、骨盤腹膜、S 状結腸に集積を認められるも、卵巣には明らかな集積を認めず、原発性漿液性腹膜腺癌と診断。Tri-weekly TC(PTX+CBDCA)を施行し、胸腹水は消失、経過良好で現在外来経過観察中である。

【考察】 原発性腹膜腺癌は、腹膜に播種し腫瘤を形成することはあるものの、消化管内腔に腫瘤を形成することは稀であり、これまで 10 数例の報告があるのみである。不確実な診断で消化管原発として治療を行うことは、予後に大きく影響する。そのため、稀ではあるが、腹水著明で原発不明な消化管隆起病変の鑑別に、腹膜腺癌も念頭におくことは重要と考え報告する。

11 外来での保存的治療で改善が認められた 腸管囊腫様気腫症の一例

¹岐阜社会保険病院 消化器科、

²名古屋大学大学院 消化器内科学

○渡邊 久倫¹、印藤 敏彦¹、清水 達治¹、後藤 秀実²

今回われわれは外来で内視鏡観察中の患者に認められた比較的高頻度の疾患である腸管囊腫様気腫症 (pneumatosis cystoides intestinalis: 以下 PCI) の一例を経験したので報告する。症例: 72 歳男性、2008 年に大腸腺腫に対して内視鏡的粘膜切除術を施行され毎年経過観察のため内視鏡検査を外来にて施行されていた。経過: 2011 年 5 月に下部内視鏡検査を施行し、S 状結腸に局限する大小異なる多発性隆起性病変を指摘された。NBI 拡大観察では表面腺管構造の異型は無く、粘膜下腫瘍様の所見を呈していた。前年までの内視鏡検査では指摘されておらず、病変部の生検を行うと粘膜下に空洞様の所見が認められた。単純 CT では腸管壁内にガス像を確認でき、PCI と診断した。PCI は画像検査で腹腔内遊離ガス像を呈する場合があり、緊急で外科手術が行われるケースもあるが、画像検査の発達とともにその成因・病態が明らかにされ、近年では強い腹部症状や重篤な合併症を伴わない症例においては絶食安静・酸素吸入療法・漢方薬などの保存的治療が優先的に行われ、改善したとの報告も多い。この症例は外来での経過観察中に偶然発見され、身体所見・血液データなどに重篤な臨床的症候をともなっていなかったため外来での桂枝加芍薬湯・酸化マグネシウムを用いた保存的治療を行った。2011 年 9 月に経過観察の内視鏡検査を施行、S 状結腸の気腫性病変はまだ残存していたものの病変の範囲は縮小し改善傾向だった。2012 年 4 月の内視鏡検査では気腫性病変はほぼ完全に消失しており、病変が存在した部位には白斑を認めるのみだった。まとめ: PCI の成因としては諸説あるが、今症例においては慢性的な便秘による腸管内圧の上昇が成因と考えられ、桂枝加芍薬湯・酸化マグネシウムによる便通のコントロールがなされたことにより改善が得られたものと考えられた。

13 盲腸軸捻転の 3 例

春日井市民病院 消化器科

○小島 悠揮、平田 慶和、菅野 琢也、奥田 悠介、羽根田賢一、森岡 優、杉山 智哉、尾関 貴紀、池内 寛和、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

<症例 1> 47 歳、女性【主訴】腹痛【現病歴】持続的な上腹部痛が出現したため当院を受診、精査加療目的に入院。【経過】CT では盲腸が拡張しており、左側上方に偏位していた。腸管と腸間膜の whirl like appearance を認め、盲腸軸捻転と診断し、外科的整復術施行、開腹すると、回盲部の長軸が時計回りに 360°捻転しており、徒手的に捻転を解除した。経過良好で術後 9 日目で退院となった。<症例 2> 76 歳、男性【主訴】嘔吐、下腹部痛。【現病歴】嘔吐、下腹部痛のため近医受診し、CT で拡張腸管を認めたため S 状結腸捻転疑症で当院紹介入院。【経過】CT では S 状結腸軸捻転の所見はなく、明らかな腸管穿孔・虚血は認めなかった。盲腸の拡張を認めたため、下部消化管内視鏡施行。上行結腸まで挿入したがバウヒン弁は確認できず、最深部では腸管が捻転しており盲腸軸捻転と診断した。捻転部の肛門側で内視鏡下に脱気を行ったが著明に拡張した口側腸管が残存し、内視鏡的整復は困難と判断し外科的整復術を施行。開腹すると拡張した回盲部が反時計回りに 180°捻転し、暗赤色に変色していた。徒手整復したが、漿膜筋層が菲薄であったため、回盲部切除を施行した。経過良好で術後 19 日目で退院となった。<症例 3> 56 歳、女性【主訴】腹痛、腹部膨満【現病歴】前日より腹部膨満あり、間欠的な腹痛出現したため同日当院受診し精査加療目的入院。【経過】CT では骨盤内に存在する回盲部が著明に拡張し、上行結腸からの腸管と腸間膜の収束像を認め、盲腸軸捻転が疑われた。明らかな腸管穿孔・虚血所見は認めなかったため下部消化管内視鏡施行。上行結腸に捻転した狭窄部位がありその口側に内視鏡を進めると粘膜に明らかな壊死所見のない拡張した回盲部が認められた。内視鏡下に脱気したところ捻転は解除された。経過良好で第 9 病日に退院。その後現在まで捻転の再発は認めていない。<結語>盲腸軸捻転という稀な症例 3 例を経験したものの若干の文献的考察を加えて報告する。

12 腸管囊腫様気腫症の 2 例

浜松医科大学 肝臓内科

○木次 健介、川村 欣也、下山 真、山崎 哲、千田 剛士、渡邊 晋也、則武 秀尚、川田 一仁、小林 良正

症例 1: 71 歳男性。主訴なし。原発性胆汁性肝硬変で外来経過観察中、定期外来受診時の腹部 CT で腹腔内に free air を認め、精査加療目的で緊急入院となった。腸管囊腫様気腫症を考えたが、消化管穿孔も否定できないため、絶食、補液、抗生剤を投与し第 5 病日の CT では free air の減少を認めたため、第 8 病日より経口摂取を開始した。その後も自覚症状の悪化はみられず、第 13 病日の CT で free air は消失したため、第 16 病日に退院した。症例 2: 61 歳女性。主訴なし。薬剤性の急性肝炎で入院後、ステロイド治療で改善し、ステロイドを漸減していた。腹痛などの症状は認めなかったが、経過観察目的で施行した胸腹部のレントゲンで腹腔内に free air を認め、CT 所見などから腸管囊腫様気腫症を疑った。消化管穿孔も否定できなかったため、絶食、補液、抗生剤管理とした。治療開始後、第 5 病日のレントゲンでは free air は消失し、第 9 病日の CT で気腫像も改善傾向であったため、同日より経口摂取を開始し、自然軽快した。腸管囊腫様気腫症は比較的高頻度の疾患であるが、消化管穿孔との鑑別が困難である症例も多く、開腹手術が施行されるケースもみられる。今回、保存的に経過観察し軽快した腸管囊腫様気腫症の 2 例を経験したため、比較検討し若干の文献的考察とともに報告する。

14 NSAIDs の長期内服により、右半結腸の広汎な狭窄をきたした一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○田村 智、細田 佳佐、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 杜、鈴木 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦

【症例】44 歳女性【現病歴・経過】頸部痛や腰痛のため、近医でロキソプロフェンを処方され、約 7 年にわたり内服していた。2011 年 6 月より下痢、腹痛がみられ、尿路感染も併発したため、同 7 月当院総合内科入院。便培養は陰性、大腸内視鏡において盲腸から横行結腸にかけ連続性の血管透見不良な粘膜面を認め、直腸にアフタ様のびらんがみられた。生検では非特異的な炎症のみであり、整腸剤等により経過観察。その後も 1 日数回の水様下痢が持続し、腹痛が顕著となったため、2012 年 1 月大腸内視鏡再検。横行結腸中央部付近にて狭窄が強く、内視鏡の通過が困難であったため、小腸内視鏡を用いて再挿入を試みた。その結果、盲腸から横行結腸中央部にかけ、広汎かつ連続性の狭窄を認め、粘膜面の血管透見も不良であった。回腸末端および横行結腸より肛門側には異常所見を認めず、狭窄部位の大腸の生検においては非特異的な炎症が認められるのみであった。経過および便培養等より感染性腸炎は否定的であり、画像所見より潰瘍性大腸炎やクローン病も考えにくく、NSAIDs 起因性大腸病変 (腸炎型) の遷延による広汎な右半結腸狭窄と診断した。NSAIDs の中止により、症状は改善傾向となった。【考察】NSAIDs による大腸病変は腸炎型、潰瘍型に大別され、深部大腸に好発するとされる。高度に進展した例では膜様狭窄がみられるとされるが、本例のように広範囲の狭窄を生じたとする報告は少ない。治療の基本は原因薬剤の中止であり、有効な予防法は確立されておらず、NSAIDs 長期内服例においては、腹部症状の出現と推移に十分留意することが必要と思われる。

15 慢性偽性腸閉塞に対し右半結腸切除術を施行した一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 安生更生病院 消化器内科
○鈴木 悠土、小屋 敏成、岡田 昭久、馬淵 龍彦、竹内真実子、
細井 努、山田 雅彦

症例 30 歳前半の男性。既往・出生歴・家族歴に異常を認めない。大量飲酒・薬剤乱用歴・腹部手術歴も認めない。数年前から増悪する便秘で 2011 年 12 月初診。初診時の腹部単純 X 線写真で上行結腸と横行結腸にガスの充満像を認めた。2012 年 2 月に便秘症状改善がえられなかったため再診。CT 検査で上行結腸から横行結腸は著明に拡張しているが、明らかな閉は指摘できず、小腸の拡張や腹腔内悪性腫瘍も認めなかった。下部消化管内視鏡検査では脾弯曲に浅い潰瘍性病変を認め、それより口側の腸管は拡張し粗造な粘膜と残便を認めた。潰瘍性病変からの生検からは肉芽腫やアミロイド沈着など認めなかった。2012 年 7 月から腹部膨満と血便のため入院。CT 検査で 5 か月前に比べ上行結腸から横行結腸は著明に拡張し腸管内に液体が貯留しているが、明らかな閉塞は指摘できなかった。明らかな閉塞起点を認めないこと、腸閉塞の原因となる基礎疾患のないこと、小腸に拡張を認めないことから慢性偽性腸閉塞と診断し、治療目的に右半結腸切除術を施行した。術中所見では脾弯曲寄りの横行結腸に一部漿膜面が白色に変色した壁の硬化を認め、それより口側腸管の軽度の拡張を認めた。切除病変では横行結腸に暗赤色の潰瘍性病変を認め、潰瘍底に形質細胞浸潤を認め炎症性肉芽の形成が認められたが、背景大腸に神経叢の脱落やアミロイド沈着、肉芽腫形成を認めなかった。術後 2 か月後に一時的に腹部膨満感が再発し入院治療を要したが、保存的治療にて改善し、以後は内服治療で再発なく経過している。今回我々は慢性偽性腸閉塞に対し、右半結腸切除術を施行し、良好な経過が得られた一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

16 胃癌の Schnitzler 転移により直腸狭窄をきたした 1 例

藤田保健衛生大学 消化管内科

○吉田 大、小村 成臣、平田 一郎、柴田 知行、大宮 直木、
長坂 光夫、中川 義仁、鎌野 俊彰、丸山 尚子、生野 浩和、
大森 崇史、中井 遥、大城 昌史

症例は 64 歳男性。主訴は便秘異常。2007 年に胃体部癌手術 (por, Type4, T3(SE)N1M0, cStage3A) の既往がある。2012 年 11 月中旬頃から排便排ガスなく、腹部膨満が出現。3 日後に当院時間外外来受診し、腹部レントゲン写真や腹部 CT にて直腸 Rs でガスの途絶を認め精査加療目的に入院となった。入院時血液生化学検査で CEA5.1ng/ml、CA19-9 55.4U/ml と腫瘍マーカーの上昇を認めた。入院時に下部消化管内視鏡検査を施行したところ AV12 ~ 18cm の直腸 Rs に全周性の浮腫状粘膜と狭窄を認めた。明らかな上皮性変化は認めず、内視鏡の通過は容易であった。浮腫状粘膜と狭窄部の大腸粘膜から生検を施行するも軽度の炎症細胞浸潤のみで悪性像は認めなかった。ガス抜きを施行したが、その後も排便排ガスはなく腹部膨満は改善されなかった。ガストログラフィンによる注腸検査を施行したところ直腸 Rs の狭窄部よりも口側に造影剤は流れなかったためコロレクタルチューブを挿入した。挿入後腹部膨満は改善したためコロレクタルチューブ抜きを試みるも狭窄は改善ないため再度挿入した。狭窄部位から合計 3 回生検するも全て軽度の炎症細胞浸潤の結果であった。悪性疾患や癌転移の可能性も考え造影 CT 検査や骨盤部 MRI、PET-CT を施行するも、いれも炎症性変化を疑う結果であった。入院 1 か月経過したが狭窄は改善しないため診断的治療目的に第 38 病日目に外科へ転科となった。第 41 病日目に開腹手術を施行したところ、直腸 RS ~ Rb にかけて粘膜下腫瘍様の形態をした硬い腫瘤を認めた。腫瘤自体は周囲との連続性がなく、腹水は漿液性で少量認められた。直腸 ~ S 状結腸漿膜面の結節より生検を行い、S 状結腸で人工肛門を造設した。結節からの病理結果は結合性に乏しい印環細胞様細胞が観察され、免疫染色にて cytokeratin AE1/AE3、cytokeratin CAM5.2 が陽性であり、低分化腺癌、印環細胞癌の播種と診断した。腹水細胞診は陰性であった。各種検査から総合的に判断し、胃癌の Schnitzler 転移と診断した。

18 肝硬変に合併した直腸癌同時性肝転移の 1 例

浜松医療センター 消化器外科

○林 忠毅、平山 一久、鈴木 雄飛、中山 正彦、山本 淳史、
中村 明子、大菊 正人、田村 浩章、金井 俊和、徳永 祐二、
池松 慎人、西脇 由朗

症例は 76 歳、男性。アルコール性肝硬変を背景にもつ肝細胞癌に対して平成 21 年に当院で RFA を施行され経過観察中であった。その後新たな肝腫瘤の出現などはみられていなかったが、平成 25 年 1 月に経過観察の目的で行った腹部 CT 検査で直腸に腫瘍を指摘された。精査を目的に行った下部消化管内視鏡検査では直腸 Rb に全周性で顆粒状の低い隆起性病変を認め、同部の生検で高分化型腺癌が指摘された。術前の全身検索を目的に行った FDG-PET-CT で、肝 S6 に FDG の異常集積が指摘され転移性肝腫瘍が強く疑われた。以上の結果から、直腸癌、同時性肝転移の診断で平成 25 年 3 月に腹会陰式直腸切除術および肝部分切除術を施行した。術中超音波検査で肝 S6 の腫瘍に加えて S4/8 にも転移性腫瘍を疑わせる腫瘍が指摘されたため、同部を含めて 2 箇所を肝部分切除術を行った。病理学的には、直腸腫瘍では中等度の異型を示す絨毛管状腺腫の中心部に高分化管状腺腫の成分がみられ固有筋層までの浸潤が認められた。肝腫瘍については、背景肝に肝硬変の所見を認め、腫瘍の組織型は高分化管状腺癌で直腸癌の肝転移として矛盾しない結果であった。肝硬変合併例での大腸癌の肝転移例は比較的まれである。今回われわれは、診断に難渋した直腸癌同時性肝転移の 1 例を経験したので報告する。

17 H. pylori 除菌療法後に消退した直腸 MALT リンパ腫の 1 例

浜松医療センター 消化器内科

○松浦 愛、吉井 重人、松永英里香、石田 夏樹、太田 和義、
下山 真、森 泰希、住吉 信一、岩岡 泰志、高井 哲成、
本城裕美子、影山富士人、山田 正美

(症例) 74 歳、女性。(主訴) 排便時血液付着。(現病歴) 高血圧、慢性胃炎にて近医通院中に、排便時に血液付着を認めた。大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸に異常所見を認めたため、精査加療目的で当科紹介となった。(経過) 当院にて大腸内視鏡検査を再検したところ、直腸 Rb に 3cm 大の表面平滑な粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査では、第 2 ~ 3 層を中心に低エコー性腫瘍を認めた。生検では、MALT リンパ腫、もしくは reactive lymphoid hyperplasia が疑われたが、生検組織をフローサイトメトリーで検討したところ、免疫グロブリン軽鎖の κ 鎖が λ 鎖に比較して過剰発現しており、light chain restriction を示した。PET では、直腸に集積を認めた。以上から Lugano 国際分類 stage I の直腸 MALT リンパ腫と診断した。上部内視鏡検査では、胃体下部前壁に 0-II c 型胃癌と萎縮性胃炎を認めた。血清 Helicobacter pylori (HP) -IgG 抗体陽性であったため、胃幽門側切除術後に HP 除菌治療を行った。その後、UBT にて HP 陰性を確認した。除菌 2 ヶ月後に大腸内視鏡検査を再検したところ、直腸病変部は、軽度粘膜不整を認めるものの白色瘢痕化しており、前回と比較し内視鏡上改善傾向を認めた。生検で病理組織学的にも、リンパ腫細胞を示唆する所見は認めなかった。また、PET でも直腸に集積を認めなかった。除菌 6 ヶ月後に再度内視鏡検査を施行するも、肉眼的にも病理学的にも再発所見は認めない。直腸 MALT リンパ腫は、比較的稀な疾患である。近年、HP 感染との関連が指摘され、HP 除菌にて治療する症例も散見されているが、手術・化学療法・放射線療法などもふくめ現時点では標準的治療は確立されていない。今回われわれは、HP 除菌療法が奏功した直腸 MALT リンパ腫の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

19 横行結腸内分泌細胞癌の 1 例

¹名古屋市立大学病院 消化器・一般外科、²名古屋徳洲会総合病院○林 祐一^{1,2}、木村 昌弘¹、小川 了¹、塩崎みどり¹、
竹山 廣光¹

症例は 37 歳男性。便潜血陽性を指摘され、近医で下部消化管内視鏡検査を施行。横行結腸に易出血性腫瘍を認め、当院紹介となった。諸検査にて、横行結腸内分泌細胞癌、腹膜播種と診断し、手術を施行した。手術所見では、腫瘍は横行結腸脾彎側に存在し、横行結腸切除術を施行した。またダグラス窩には播種結節を 3 ヶ所認めたが、直腸浸潤はなく全て切除した。腫瘍、播種結節の病理組織学的所見では、CD56 陽性、MIB-1 陽性率が 33.8% の低分化型内分泌細胞癌の診断であった。クロモグラニン、シナプトフィジンの免疫染色は陰性であった。これらの神経内分泌細胞マーカーは、内分泌細胞癌の診断・評価において重要な検査である。低分化型内分泌細胞癌では、一般的にクロモグラニンが陰性となる傾向がみられるが、シナプトフィジンについては比較的陽性率が高いと言われている。今回、シナプトフィジン、クロモグラニンがともに陰性であった大腸内分泌細胞癌の 1 例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

20

門脈ガスと腹腔内遊離ガスを認めた Crohn 病合併
腸管囊腫様気腫症

¹岐阜県立多治見病院 外科、²岐阜県立多治見病院 消化器内科
○多代 充¹、梶川 真樹¹、水島 隆史²、佐野 仁²、山中 雅也¹、
百々 昌紀¹、宮嶋 則行¹、水野 亮¹、園原 史訓¹、小西 滋¹、
出口 智由¹、原田 明生¹

症例は 46 歳男性。20 年前に虫垂炎手術時に Crohn 病と診断され、以後通院治療中であった。2 日前から悪寒・嘔吐・下痢・全身倦怠感が出現し、その後も下痢が持続するため当院救急外来を受診した。来院時体温 36 度台で、右下腹部に圧痛を軽度認めるも腹膜刺激兆候は認めなかった。同日施行した腹部 CT にて回盲部～上行結腸にかけて壁内気腫像を認め、肝表面・回盲部～横行結腸周囲を主体に腹腔内遊離ガスを認めたが、血液検査では CRP の軽度上昇を認めるのみであった。腹部症状が乏しく腸管囊腫様気腫症の可能性を考え入院の上保存的に経過観察となった。翌日施行した腹部 CT にて腹腔内遊離ガスが軽度増加し、門脈ガスをごく少量認めたが、熱型・腹部症状・血液検査の悪化を認めなかった。以後飲水・食事を再開したが腹部症状の悪化を認めず、CT 上腹腔内遊離ガスと門脈ガスは消失し腸管壁内気腫も改善を認めた。Crohn 病の悪化の可能性を除外する目的で大腸内視鏡検査を施行したところ回腸末端に潰瘍の痕跡を認め Baugin 弁に軽度狭窄を認めた。入院 12 日目退院となり、現在も再燃なく外来定期通院中である。Crohn 病に合併した腸管囊腫様気腫症の報告は稀であり、今回の症例は門脈ガスと腹腔内遊離ガスも認めた。腸管気腫症を伴う門脈ガスでは腸管虚血、腸管壊死の可能性が高いと示唆する報告もあり、今回保存的治療にて軽快したので報告する。

22

クローン病に合併した大腸癌の 3 例

豊橋市民病院 消化器内科

○飛田恵美子、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、
山本 英子、松原 浩、竹山 友章、田中 浩敏、田中 卓、
鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造

【背景】従来、クローン病に合併する大腸癌は潰瘍性大腸炎と比較して少ないと考えられてきた。しかし本邦では有病率の上昇に伴い、その報告数が増えている。今回、我々は 3 例のクローン病に合併した大腸癌を報告する。【症例 1】43 歳女性（癌発見までのクローン病罹病期間 15 年）。平成 5 年（26 歳時）に小腸・大腸型クローン病と診断。平成 15 年に肛門周囲膿瘍のため入院。平成 20 年 8 月、Ra-Rb に狭窄を認め、翌月 9 月からバルーン拡張術を施行したが内視鏡は通過しなかった。同年 12 月に透視下にて鉗子を挿入し生検を施行した結果、低分化型腺癌、印環細胞癌と診断。平成 21 年 1 月に腹会陰陰式直腸切断術施行。術後補助化学療法として mFOLFOX を施行したが再発し、術後 12 カ月で永眠された。【症例 2】47 歳女性（癌発見までの罹病期間 22 年）。昭和 63 年（23 歳時）に小腸・大腸型クローン病と診断。平成 22 年 8 月より排便困難と下血を認めた。同年 12 月の細径内視鏡検査にて Rb-P に 2 型膿瘍を認め、生検にて粘液腺癌と診断。平成 23 年 1 月、腹会陰陰式直腸切断術施行。術後補助化学療法として mFOLFOX 6 と RT を施行し、術後 2 年 3 カ月を経過し再発を認めていない。【症例 3】43 歳男性（癌発見までの罹病期間 16 年）。平成 7 年（25 歳時）に小腸・大腸型クローン病と診断。平成 23 年 2 月、肛門狭窄症状が悪化しバルーン拡張術を 3 回施行。内視鏡検査にて Rb-P に粗造な粘膜と発赤を認め、生検で粘液腺癌と診断。平成 23 年 3 月に腹会陰陰式直腸切断術施行。術後補助化学療法として UFTUSEL を施行。術後 2 年 1 カ月を経過し再発を認めていない。【考察】本邦では欧米と異なり、痔瘻癌を含む直腸肛門管癌が多く、早期診断が困難で、進行癌で発見される予後不良例が多いとされる。3 例ともに長期の罹病期間を経て直腸に発症し、組織型は低分化型腺癌や粘液腺癌であった。発見時にはすでに進行しており症例 1 は救命でなかった。今後、クローン病長期経過例の増加を考慮し、癌合併に留意しながら診療することが重要と考えられる。

21

クローン病術後の残存直腸に発見された粘液癌の 1 例

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

○前田 啓子、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、
氏原 正樹、平山 裕、森頼 和宏、松下 正伸、松坂 好平、
中村 正直、宮原 良二、後藤 秀実

症例は 50 歳代、男性。1987 年（20 歳代半ば）右下腹部痛のため近医受診し、大腸内視鏡検査（CS）でクローン病（CD）が疑われた。1989 年、肛門周囲膿瘍を発症し、切開排膿を受け、諸検査で CD と診断された。1992 年 4 月に回盲部切除を受け、1998 年肛門周囲膿瘍の悪化のため、seton 法による治療を受けたが、膿瘍の再発を繰り返した。2002 年 6 月に左睾丸の腫脹を認め、精査にて左陰囊直腸膿瘍、左精巣上体炎と診断され、抗生剤の投与を受けた。2003 年 6 月より 2 回 Infliximab（IFX）の投与を受けたが、症状の改善がみられなかったため、当院に 2003 年 11 月に紹介、入院精査となった。CS では肛門の狭小化、直腸から横行結腸小腸吻合部までアフタ、小潰瘍が散在、CT・MRI で肛門周囲膿瘍を認めた。外科での診察の結果、膿瘍に対しては保存的治療となり、また成分栄養療法を指導して退院となった。退院後、尿路感染症を繰り返したため、2004 年 9 月に S 状結腸に双孔式人工肛門造設、痔瘻に対しては seton 再挿入が行われた。手術後も、肛門から仙骨にかけての痛みが続いたので、2006 年 11 月に IFX を再開、維持療法を行った。IFX 投与後、肛門痛は消失しなかったが軽快した。2011 年 12 月頃から肛門痛が悪化したため CT 検査を施行した。痔瘻を認めたが、前年施行した CT と比べ、著変はなかった。2012 年 4 月から腹痛、肛門痛が悪化したため、IFX の投与間隔を 7 週に短縮した。短縮後、腹痛は改善したが、肛門からの粘液が増えたため、11 月に CS を行った。肛門狭窄のため肛門から内視鏡は挿入できず、双孔式人工肛門から肛門側に内視鏡を挿入した。直腸に白色粘液が多量に付着した隆起性病変を認め、生検で粘液癌と診断された。MRI などでも治癒切除は困難と考えられ、12 月から化学療法（FOLFOX）を開始した。今回、難治性痔瘻を有する術後 CD 患者の残存直腸に粘液癌を認めたので、若干の文献的考察を加え報告する。

23

人工肛門造設による Fecal diversion 後に症状の軽快を
認めた大腸型クローン病の 2 例

¹浜松医科大学 医学部 第一内科、²浜松医科大学 救急部、
³浜松医科大学 臨床研究管理センター、
⁴浜松医科大学 分子診断学、⁵浜松医科大学 光学診療部
○金子 雅直¹、山田 貴教¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、
佐原 秀¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、岩泉 守哉¹、
栗山 茂²、杉本 光繁³、古田 隆久³、金岡 繁⁴、大澤 恵⁵、
杉本 健¹

【はじめに】今回、我々は内科的には治療に難渋し、便流変更を目的とした一時的な人工肛門造設術（Fecal diversion, FD）を選択した大腸型クローン病の 2 症例を経験したため報告する。【症例 1】20 歳、女性。白血球増多、口内炎、発熱を認め、当院免疫内科で Behcet 病を疑い、治療されていた。2012 年 1 月頃より下痢と発熱の悪化を認め当科へ紹介。入院時の内視鏡所見は全大腸に潰瘍性大腸炎に類似したびまん性発赤・浮腫であったが、治療中に縦走潰瘍、非乾酪性肉芽腫が明らかとなり、大腸型クローン病と最終診断した。5-ASA、血球成分除去（CAP）療法、免疫調節剤、抗 TNF- α 抗体、メトロにダゾールいずれの治療にも寛解が得られず、FD を施行した。術後は症状の改善を得て外来治療が可能となった。【症例 2】17 歳、女性。腹痛、便秘、体重減少にて近医受診。内視鏡検査で大腸にびまん性の発赤・びらん・出血などを認め、炎症性腸疾患として紹介入院した。5-ASA、CAP 療法、免疫調節剤、抗 TNF- α 抗体療法、成分栄養療法などで改善が得られず、経過中の内視鏡検査では縦走潰瘍の増悪を認め、内科治療抵抗性の大腸型クローン病と判断し FD を施行したところ、症状の改善を得て退院可能となった。【考察】FD 後、両症例ともに経過良好で、免疫調節剤と抗 TNF- α 抗体にて治療を継続している。FD は、腸内容物の大腸通過を避けることにより、消化管粘膜の炎症を改善させ、栄養状態の改善を図る治療であるが、QOL は改善するものの、人工肛門の開鎖が可能な症例は多くないことも報告されている。しかしながら、近年の抗 TNF- α 抗体療法の普及は粘膜治癒率を向上させており、一時的な FD を行った後に人工肛門開鎖が可能となることも期待される。今後の症例集積により、内科的治療抵抗性大腸型クローン病において、FD に抗 TNF- α 抗体療法を加えることが、寛解導入を目指した治療選択肢のひとつとなる可能性がある。

24 ニューモシスチス肺炎で死亡したステロイド依存性潰瘍性大腸炎の一例

焼津市立総合病院 消化器科

○小平 誠、小串 勝昭、山形 真基、渡邊 幸弘、寺澤 康之、佐野 宗孝

【症例】75歳、女性【主訴】下痢【既往歴】胃十二指腸潰瘍【現病歴】平成18年3月発症の潰瘍性大腸炎。5-ASA内服、注腸、ベタメタゾン座薬、プレドニゾン(PSL)内服などで治療されていた。この間アザチオプリンによる肝障害を経験している。炎症のコントロール不良のため平成23年12月22日当院紹介受診。外来にて計5回白血球除去療法を施行。治療翌日は症状が劇的に良くなるが、その後元に戻るという経過を繰り返した。平成24年2月14日からインフリキシマブ240mg点滴を開始。しかしその後下痢腹痛が悪化し2月23日入院となる。【入院中経過】1日10回前後の下痢、時々下血するという状況であった。絶食補液にて様子を見たが、改善なし。2回目のインフリキシマブ点滴やタクロリムス内服も無効であった。3月16日大腸内視鏡では中等度の活動性を示す全大腸炎型潰瘍性大腸炎を認めた。組織培養では病原菌陰性。4月5日からPSL強力静注を開始した。徐々に症状は改善し、4月17日から流動食開始。食上げを行った。その後PSLを漸減。しかし5月10日38.1℃の発熱が出現。胸部X線では明らかな肺炎像を認めず、血中サイトメガロウイルス抗原陽性を確認後、12日からガンシクロビル点滴を開始した。しかし発熱、倦怠感、食不振は悪化した。5月15日朝酸素飽和度が測定できなくなり、右不全麻痺が出現。頭部CT、MRIでは明らかな脳血管障害を認めず、昼に意識消失出現。胸部X線にて両肺に著明な間質影を認めPneumocystis jiroveciiによる肺炎と診断。ST合剂、MEPM点滴投与を開始し、PSLは50mg/日点滴に増量した。またBipapにて補助呼吸を開始。5月17日朝から呼吸困難が悪化。気管内挿管なども行うも6月2日21時53分死亡。【考察】潰瘍性大腸炎治療中にPneumocystis肺炎を合併し、死亡した症例を経験した。合併感染症対策などについて示唆に富む症例と考え報告する。

26 潰瘍性大腸炎にS状結腸癌を発症、尿管および腸閉塞へ進展した1例

かすみがうらクリニック

○廣藤 秀雄

【症例】44歳、女性【主訴】頭痛、息切れ【既往歴】24歳に発症し3回入院【家族歴】なし【体質】冷え性、冬に皮膚乾燥【現病歴】H20年7/19鉄剤注射目的にて紹介(Hb7.9g/dL)【現症】身長156cm、体重44kg(元39kg)。血圧100/68脈診：緊、細。結膜：貧血あり。舌：淡紅、歯圧痕著明、舌下静脈怒張軽度。腹部：お凸(微小循環障害)圧痛あり。下肢：軽度浮腫【経過】鉄剤静注を10回施行、気血両虚に十全大補湯を処方。9/01体質改善目的で当帰芍薬散に変更。10/16 Hb 10.4 g/dL。H21年2/23朝方の腹痛消失。3/23プレドニゾン10mg/日に減量。9/121年前漢方を始めてから体調が良いと。9/7S病院にてCA19-9 193 U/mLと高値。婦人科精査(卵巣腫大)、MRI、PET-CT、大腸内視鏡検査よりS状結腸癌、大動脈周囲リンパ節転移と診断された(Group V、小円形様癌細胞)。H22年1/18よりmFOLFOX6+ベバシズマムを3クール施行。副作用を受容できず「止めたら進みますよ。余命半年」と宣告され、2/23に当院を受診。気血双補の十全大補湯5g/日と微小循環改善の当帰芍薬散2.5g/日による宿主癌免疫の強化支援に努めた。また患者自らニンジンジュース療法(3本/日)を続けた。「死ぬまで続く化学療法の値段に比べたら安い」と微笑む表情に癌とは思えない安堵感が発露して印象的であった。H24年3月左内頸静脈血栓症を合併し抗凝固療法を追加(CA19-9 20 U/mL)。11/2突然の乏尿でS病院泌尿器科へ紹介。癌浸潤による尿管閉塞、両側水腎症に対して左腎瘻造設となる。終末期の準備を勧めるとS病院社会福祉士に相談し「最期は海の見える所か、それとも山の見える所がいいか」と聞かれて失望する。患者は両親の通いやすい地理的条件を第一に考えていた。12/12腹部膨満と血便が出現。12/18直腸内指診で狭窄を確認後S病院へ紹介入院。腸管減圧用チューブを一時挿入し緩和ケアと腹水の穿刺排水を繰り返してH25年2/7死亡された【考察】20年間の長期多彩な経過から、全人的な対応を積み重ねる地道な過程を通して医療を展開する基軸が重要と改めて痛感した。

25 視神経炎を合併した潰瘍性大腸炎の1例

¹三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○田野 俊介¹、葛原 正樹¹、稲垣 悠二²、野尻圭一郎²、二宮 克仁²、山田 玲子²、井上 宏之²、濱田 康彦¹、堀木 紀行¹、竹井 謙之²

症例は54歳の女性。主訴は下痢。H24年4月ごろから下痢を認めていた。6月18日ごろより右眼の疼痛を自覚するようになり、6月20日に右眼の急激な視力低下を認めたため近医を受診した。眼底所見で視神経の発赤を認め、頭部MRIでも視神経に高信号を認め右視神経炎にて同日当院眼科を紹介受診、入院となった。同日よりメチルプレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム1g/日でステロイドパルス療法が施行された。視力は回復傾向であったが右眼の内転障害も認め6月26日に神経内科に転科となった。6月27日に頭部MRIで眼窩尖から海綿静脈洞に造影にても増強効果のある腫瘍を認めた。自己抗体や感染症など各種検査は陰性であり非特異的炎症に伴うものと考えられたためトロサハント症候群疑いでプレドニゾン50mg内服継続となった。その後、内転障害、視力低下は改善した。徐々にプレドニゾロンは減量してきていたが視神経炎の悪化は認めなかった。同年9月の頭部MRIでは腫瘍は消失していた。同年11月初旬に右下腿の掻痒を自覚するようになり掻破していたところ同部位が潰瘍となったため近医皮膚科を受診した。加療をうけるも改善に乏しく11月20日当院皮膚科を受診、入院となった。壊疽性膿皮症と診断され、このときプレドニゾロンを10mgまで減量していたが30mgへ増量され加療された。以前より下痢が続いていること、腹部CTで結腸に壁肥厚を認めたことから炎症性腸疾患が疑われたため当科を紹介受診、11月27日に大腸内視鏡が施行された。S状結腸から盲腸にかけて易出血性の粗造な粘膜を認め、生検でも潰瘍性大腸炎に矛盾しないものであった。プレドニゾロンに加えサラズスルファピリジンの内服が開始され、下痢症状も改善した。以前より下痢症状を認めており、右視神経炎も潰瘍性大腸炎の腸管外合併症と考えられた。視神経炎の合併した潰瘍性大腸炎は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

27 タクロリムス内服が奏功し、手術を回避し得た劇症型潰瘍性大腸炎の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○細田 佳佐、海野 修平、瀧澤 将貴、小林 陽介、田村 智、木全 政晴、芳澤 社、笹野 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は52歳女性。39歳時に全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、5ASA製剤内服にて寛解を維持。2010年7月、1日10行の下痢、血便が出現、大腸内視鏡にて活動期と診断されPSL・30mgの内服を開始するも下痢が改善せず、38℃以上の発熱もみられたため、同8月入院。入院第1病日より絶食、補液およびステロイド強力静注療法(PSL・60mg/日)を開始。CMV-C7HRPも陽性であったため、第6病日よりガンシクロビル500mgも併用するが、下痢、血便は改善せず、第11病日の時点で下痢15行以上、白血球数11000、ペンタゾシンの頻回投与を要する高度な腹痛などの所見より劇症型と診断した。第12病日より白血球除去療法(G-CAP)を併用、第13病日のS状結腸内視鏡ではS状結腸、直腸の発赤が高度で、入院前の内視鏡所見と比べ明らかに増悪。第20病日の時点で下痢は1日30行に達した。現行治療は無効と判断し、外科的治療を検討するも、貧血の進行や高血糖など全身状態も不良でリスクも高いと考えられ、第22病日よりタクロリムス内服を開始。第39病日にはタクロリムス・9mg/日の内服でトラブ値15に達し、この頃には下痢が1日10～15行と減少をみた。ステロイドは漸減中止、第50病日頃には腹痛、血便は消失、下痢は1日数行となり、第56病日には内視鏡的にも寛解を確認。第60病日食事開始、第84病日軽快退院となった。タクロリムスは2009年潰瘍性大腸炎に対し保険収載され、難治性やステロイド抵抗性の病態に対しても有効性が報告されてきた。一方で血中濃度の厳密な管理が必要であり、効果発現までに若干の期間を要する。本例のようにステロイドが無効で、重篤な病態においては時期を逸することなく手術適応を検討することが必要であるが、タクロリムスも内科的治療の有力な選択肢となりうることを示唆された。

28 白血球除去療法後、急性腎不全を生じた潰瘍性大腸炎の一例

焼津市立総合病院 消化器科

○小平 誠、小串 勝昭、山形 真基、渡邊 幸弘、寺澤 康之、
佐野 宗孝

【症例】51歳、男性【主訴】下痢、下血【既往歴】高血圧、脱肛【経過】平成23年検診にて便潜血陽性。同年8月近医にて大腸内視鏡を受け、左半結腸型潰瘍性大腸炎と診断された。当初内服なしでフォローされていたが、平成24年になり下痢、下血が悪化。5-ASA、プレドニゾンなど処方されるも改善せず。5月当科紹介初診、入院となる。入院時データ：BUN 11.1, Cre 0.91, CRP 4.19, WBC 8960, Hb 14.4。入院後5-ASA、プレドニゾン強力静注などの治療を行うも緩解せず、サイトメガロウイルス (CMV) 抗原血症を認めたためガンシクロビルにより治療したが腸炎は改善しなかった。ステロイド抵抗性潰瘍性大腸炎と判断。7月4日白血球除去療法 (LCAP) を施行したところ、ふらつきが悪化し、体外循環による血管内脱水の悪化によると思われる急性腎不全を発症。翌日のデータ：BUN 36.1, Cre 3.18, CRP 8.1, WBC 15580, Hb 10.1。その後中心静脈カテーテルを留置し、1日2000～3000mlの補液を行うも腎不全から離脱できず、大量補液にて腎機能を回復させた後7月11日結腸全摘術、回腸人工肛門造設術を施行した。直腸摘出は施行しなかった。術後も人工肛門からの排便が多量であり、補液を要したが、徐々に改善。また7月20日にCMVアンチゲネミアの再陽性を確認。ガンシクロビルを再開した。この際眼科受診にてCMV網膜炎が認められた。輸血、アルブミン投与などを行い徐々に腸管からの漏出が減少。補液も減量できた。9月8日退院。【考察】近年潰瘍性大腸炎に対する内科的治療のオプションが増えており、それぞれの治療の適応が検討されている。今回下痢が続く潰瘍性大腸炎に対してLCAPを施行した翌日急激に腎不全が悪化した一例を経験した。患者さんの全身状態を把握した上で治療を選択する必要性を痛感した一例であった。

29 内視鏡検査により縦走裂創を発症した Collagenous colitis の1例

静岡県立静岡病院 消化器内科

○白鳥 安利、田中 俊夫、近藤 貴浩、黒石 健吾、中村 尚広、
吉川 恵史、濱村 啓介、高橋 好朗、小柳津竜樹

【症例】70歳代男性。【主訴】慢性下痢。【既往歴】30年前より高血圧、2年前脳梗塞で右上下肢不全片麻痺。【現病歴】高血圧、脳血管障害のため近医通院中。降圧剤、抗血小板剤とともに23年10月よりランソプラゾール15mg服用中。今回24年2月初旬より1日3行程度の泥状便が持続し、加療により回復しなかった。そのため24年3月初旬に当科を紹介受診した。便培養では有意菌検出なし。そこで精査目的のため大腸内視鏡検査を施行した。その結果、スコープ挿入時には問題を認めなかったが抜去観察時に横行結腸中央付近と、脾弯曲部分に約4～5cmに及ぶ縦走した裂創を認めた。また部分的には2列の裂創を認めた。潰瘍底には粘膜筋板を認め、粘膜面のみ損傷と思われる、出血は軽微であった。同時に施行した生検により、粘膜固有層表層に20～40μmの硝子様膠原線維沈着を認めた。以上よりCollagenous colitis（以下CC）と診断した。治療としてランソプラゾールを中止したところ約1週間以下痢は改善した。【考察】CCは1976年スウェーデンのLindstromにより提唱された疾患である。原因不明の慢性下痢を主徴とし、画像診断ではほとんど特徴がなく、生検で粘膜面にコラーゲン沈着が見られる疾患である。本邦では近年増加しているが、海外報告と比較して本邦報告例では、(1)薬剤（ランソプラゾール）が原因のと思われる症例が多いこと(2)内視鏡で縦走潰瘍を認めることが多い、ことがあげられる。今回は内視鏡検査中に発症した縦走裂創を観察することができた。これはおそらくスコープによる腸管の圧排、伸展により生じたものと考えられた。【結語】今回内視鏡検査時のスコープによる刺激が原因で生じた、縦走裂創を経験した。これはCollagenous colitisにしばしば見られる縦走潰瘍の発生要因として示唆に富む症例と思われる。

30 腹痛と血便により突然発症した Collagenous colitis の一例

名古屋セントラル病院 消化器内科

○山田 弘武、川島 靖浩、安藤 伸浩、中村 博式、真鍋 孔透、
小宮山琢真、山内 浩輝

【症例】58歳、女性【主訴】腹痛【既往歴】便秘症、脂質異常症【現病歴】平成24年11月より嚥下時違和感あり。同年12月上旬消化管内視鏡検査施行し、胃食道逆流症の診断でランソプラゾール30mg内服を開始した。平成25年1月31日24時頃より腹痛あり硬い便を排便した。その後軟便と腹痛が続くため2月1日受診。同日精査加療目的に入院となった。【現症】腹部は平坦、軟で左下腹部に圧痛を認めた。反跳痛や筋性防御のような腹膜刺激兆候は認めず、腸雑音は減弱していた。WBC13900/μL、CRP2.85mg/dLと炎症反応を認め、腹部CTでは横行結腸左側から下行結腸に浮腫状の壁肥厚と周囲脂肪組織の混濁を認めた。【入院後経過】病歴と腹部CT所見より虚血性腸炎を疑い、絶食、補液による治療を開始した。第3病日には腹痛は改善し、食事摂取を再開した後も問題なく経過したため第5病日に退院となった。2月18日夕食後より再度左下腹部の強い疼痛と少量の血便を認めたため19日受診。20日下部消化管内視鏡検査を施行すると、下行結腸に辺縁の整な浅く細い縦走潰瘍を認めた。2条の縦走潰瘍のうち一方の潰瘍底は再生上皮で覆われており、発生時期が異なるものと思われた。ランソプラゾールによるcollagenous colitisを疑い、内服を中止したところ、以後腹痛の再燃は見られなかった。生検組織所見で異型を見ない表層性再生上皮の増生と基底層の硝子様肥厚を認め、被覆上皮皮下にアザン染色で青染するcollagen bandの形成を認めたことよりcollagenous colitisと確定診断した。【考察】2002年WilcoxらがPPIに起因すると考えられるcollagenous colitisを初めて報告して以来、同様の報告例が国内外で増加している。慢性の水様性下痢が特徴的とされるが本例では認めず、腹部CTでは虚血性腸炎や感染性腸炎を疑うような所見を示し、診断にやや苦慮した。若干の文献的考察を加えて報告する。

31 腸管スピロヘータ症の2例

安城東生病院 消化器内科

○東堀 諒、馬淵 龍彦、三浦 眞之祐、脇田 重徳、宮本 康雄、
鈴木 悠土、小屋 敏也、岡田 昭久、竹内真実子、細井 努、
山田 雅彦

【症例1】56歳、男性。主訴は心窩部痛と血便。既往歴は高血圧、痔核、大腸ポリプ、鼠径ヘルニア。1ヶ月前より水様性下痢が出現、その後も心窩部痛と血便が持続するため当院内科受診。発熱や腹部の圧痛は認めなかった。WBC10100/μL、CRP0.2mg/dL。腹部CTで上行結腸から横行結腸に浮腫と周囲脂肪組織濃度の上昇を認めた。下部消化管内視鏡検査では全結腸にびらんや粘膜発赤が散在し、回盲弁および結腸からの生検でリンパ球、形質細胞を主体とした炎症細胞の浸潤を認めた。cryptitis、腺管配列の乱れは認めず、培養は陰性であった。非特異性腸炎と考え整腸剤内服で症状は一旦改善傾向となったが、下痢、腹痛症状が再出現したため2ヶ月後に再度下部消化管内視鏡検査を施行した。粘膜所見は前回と著変を認めなかったが、発赤部の生検で大腸上皮表面に好塩基性を呈する毛羽立ち像を認め、腸管スピロヘータ症と診断した。メトロニダゾール内服を開始し、現在経過観察中である。【症例2】65歳、男性。主訴は便秘異常。既往歴は帯状疱疹、高血圧。1ヶ月持続する便秘、下痢のため当科受診。WBC6900/μL、CRP2.94mg/dL。下部消化管内視鏡検査では直腸の粗造粘膜、浮腫を認め、生検組織で炎症細胞の浸潤、cryptitisを認めたため潰瘍性大腸炎と診断し、メサラジン内服を開始した。9ヶ月後に経過観察目的で下部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡所見は前回検査と著変なく、盲腸に発赤、直腸に粗造粘膜、アフタ様びらんを認めた。盲腸からの生検で粘膜表面にフリンジ状の好塩基性構造物の密な付着を認め、腸管スピロヘータ症と診断した。アンピシリン内服を開始したが7日目で蕁麻疹が出現したため中止した。現在症状は消失しており、経過観察中である。【考察】腸管スピロヘータ症は比較的稀な疾患である。臨床症状を欠くことが多いが、自経験の様に下痢・血便などを呈した症例も報告されており、病理性については意見の一致を見ない。今回腸管スピロヘータ症の2例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

32 血腫を形成した大腸 angiodysplasia の一例

静岡県立総合病院

○榎田 浩平、菊山 正隆、鈴木 直之、白根 尚文、黒上 貴史、
山田 友世、重友 美紀、青山 春奈

【症例】70歳男性【主訴】下血【既往歴】脳梗塞で左不全麻痺ありバイアスピリン内服中、糖尿病【現病歴】数日前より下血が続いているとのことで近医受診、大腸内視鏡検査を施行されたところ上行結腸に活動性の出血が認められた。クリップによる止血術を受けるも止血しえず、当院を紹介受診した。当院でも大腸内視鏡を施行すると上行結腸に粘膜下血腫と思われる暗赤色の丘状隆起が多発していた。その一部から出血が続いていたためクリップを追加し止血剤を散布、止血を確認し終了した。その後再出血なく退院となった。1か月後の経過観察の大腸内視鏡で同部位に著明に拡張した毛細血管を認めた。angiodysplasiaからの出血と診断し、アルゴンプラズマ凝固による焼灼術を施行した。治療によるangiodysplasia消失以後は下血を認めていない。【結語】血腫を形成したangiodysplasiaからの出血は報告例が少なく珍しい症例と考えた。文献的考察を踏まえて報告する。

半田市立半田病院 消化器内科

○水野 和幸、森井 正哉、春田 明範、山田 啓策、川口 彩、
岩下 紘一、神岡 諭郎、大塚 泰郎、肥田野 等

【はじめに】アニサキス症はその幼虫の寄生部位から胃アニサキス症と小腸・大腸アニサキス症に分けられる。今回我々は下部消化管内視鏡検査で虫体を確認し小腸・大腸アニサキス症と診断し得た2例を経験したため報告する。【症例1】66歳男性。生の鯖を食べた4日後より腹痛、水様便が出現し症状の改善に乏しいため当院受診した。腹部CTで上行結腸の壁肥厚、周囲の脂肪組織濃度の上昇と腹水を認めた。入院後も腹痛の改善に乏しく第6病日、下部消化管内視鏡検査を行ったところ上行結腸粘膜に刺入するアニサキス虫体とその周囲の浮腫状粘膜を認めた。虫体を摘出したところ症状は劇的に改善し大腸アニサキス症と診断した。【症例2】63歳女性。生の鮭を食べて、その2日後より腹痛と水様便があり近医を受診した。腹部X線写真で小腸の拡張と鏡面像を認め当院紹介となった。腹部CTでは小腸の壁肥厚と腹水を認めた。4日間抗菌治療をおこない自覚症状は改善傾向であったが、好酸球の上昇を認め急性腹症の鑑別のため第6病日、下部消化管内視鏡検査を施行した。上行結腸にアニサキス虫体を1匹発見し摘出した。その後症状の改善および好酸球の正常化を認め小腸アニサキス症と診断した。【考察】小腸・大腸アニサキス症は内視鏡的に診断されることは稀であるが、胃アニサキス症と同様に急性腹症の原因として一定の割合を占めていると考えられ、小腸内視鏡検査や下部消化管内視鏡検査を施行することは診断の一助になりえると考えられる。下部消化管内視鏡検査で虫体を確認し診断し得たアニサキス症の2例に文献的考察を加えて報告する。

34 腫瘍内出血を契機に発見された嚢胞変性を伴った巨大消化管外 GIST の一例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○西野 真史、松下 直哉、高垣 航輔、竹内 靖雄、白井 直人、
梶村 昌良

【症例】56 歳 男性。【主訴】腹部膨満。【現病歴】H24 年 5 月 28 日脳梗塞にて入院、入院時より腹部膨満を認めていたが、肥満によるものと考えられていた。脳梗塞の予防に 6 月 3 日よりクロビドグレルの内服が開始となっていた。リハビリをすすめるうちに腹部膨満が目立つようになり、6 月 21 日 CT を施行したところ、巨大な腹部腫瘍を認め、精査加療目的にて 6 月 26 日消化器内科に転科となった。CT、腹部超音波検査、MRI にて胃と脾に接する長径 20cm 大の多房性嚢胞性腫瘍を認め、腫瘍内に T1 強調で高信号を呈する部位を認め嚢胞内に出血しているものと考えられた。クロビドグレル中止後も貧血の進行、腹部膨満の悪化を認め、7 月 2 日に緊急手術となった。腫瘍は毛嚢内にあり、胃壁と横行結腸間膜と強固に接し、腫瘍切除術（胃壁漿筋膜・横行結腸間膜合併切除）を行なった。病理所見において腫瘍は c-kit および CD34 陽性を認めた、明らかな胃筋層との連続性がなく、消化管外 GIST と診断した。【考察】GIST に嚢胞変性を伴うことはまれではないが、多くが液状変化にともなう微小嚢胞であり、嚢胞成分が主となることはまれである。今回のように嚢胞変性が主となる場合には術前の診断に難渋することもなく無い。腫瘍内出血した場合は破裂による腹膜播種リスクもあり、腹腔内嚢胞性腫瘍の鑑別の一つに GIST も挙げて早期に診断していくことが必要と考えられた。

35 消化管外の腫瘍として発見された GIST の一例

¹ 岐阜赤十字病院 消化器内科、² 岐阜赤十字病院 外科、
³ 岐阜赤十字病院 放射線科
○出田 貴康¹、松下 知路¹、高橋 裕司¹、杉江 岳彦¹、伊藤陽一郎¹、
名倉 一夫¹、板井 航也²、後藤 裕夫³

【目的】一般的に、GIST は消化管固有筋層にあるカハール介在細胞への分化を示す、あるいは由来する腫瘍とされている。画像検査で胃壁外の腫瘍として発見された GIST の一例を経験したので報告する。【症例】67 歳男性。2012 年 11 月に尿潜血陽性のため、泌尿器科にて腹部 CT 施行され胃と肝左葉の間に 10cm 大の腫瘍を指摘され、同月当科紹介となった。【経過】腹部造影 CT では腫瘍は中心壊死を伴っており、胃壁の小彎側、肝左葉と接していた。腹部血管造影を行い、拡張した左胃動脈が栄養血管であった。胃、肝臓、小網が原発の腫瘍と疑われたが、EUS 施行したが原発の特定は困難であった。リンパ節転移、遠隔転移を認めないため、2013 年 1 月に当院外科にて腫瘍切除術＋胃部分切除術施行され、周囲への浸潤傾向は認めなかった。病理組織検査では c-kit、CD34 陽性、S-100、Desmin、SMA 陰性であり GIST と診断された。胃壁とは非常に疎な組織でつながっていたため、一部胃壁も切除されたが、小網と胃のどちらの原発の可能性も否定できない所見であった。MIB-1index0-5% cm²、10cm 大で内部壊死を伴っているため、高悪性度と診断された。現在は患者希望により外来で厳重フォローされている。【考察】消化管蠕動運動のペースメーカー細胞であるカハール介在細胞は消化管の固有筋層に存在することから、通常 GIST は消化管、とくに固有筋層と連続性を有する腫瘍と考えられる。近年、消化管外に原発する GIST が数多く報告され、extragastrointestinal stromal tumor (EGIST) と呼ばれている。EGIST は細胞起源が同定されていないことから EGIST が GIST とは別の独立した腫瘍概念であるか否かは議論のあるところであるが、GIST 同様の分子生物学的特徴を有するとされる。画像上、消化管外に認める腫瘍の場合でも GIST の可能性は念頭に置くべきであると考えられた。

36 静脈血栓塞栓症を契機に発見された消化器悪性腫瘍の 4 例

浜松医科大学 消化器・血管外科学分野
○山本 尚人、坂口 孝宣、神谷 欣志、太田 学、倉地 清隆、
海野 直樹、今野 弘之

【諸言】悪性腫瘍に合併する血栓症はトルソー症候群として知られている。最近の CT の発達に伴い、静脈血栓塞栓症 (VTE) 診断時に撮影した胸部から骨盤部の CT で、消化器系の悪性腫瘍が発見されることも経験される。当科で経験した VTE 症例から、VTE を契機に発見された消化器悪性腫瘍症例を検討した。【対象】2005 年 1 月から 2013 年 3 月までに当科にて診療した VTE を契機に発見された消化器悪性腫瘍症例は 4 例であった。同時期に経験した、VTE は 342 例（有症状 VTE は 183 例、妊婦や術後症例を除くと 126 例、既知の悪性腫瘍の無い症例は 82 例）であったが、院外発症で・既知の癌や血栓性素因や麻痺などのない・有症状 VTE 症例は 23 例であり、特に誘因のない VTE 患者の 17.4% に新規消化器悪性腫瘍が存在していた。以下に症例の要約を示す。【症例 1】64 歳、男性。左下肢腫脹で来院し、左外腸骨静脈から膝窩静脈の血栓症と診断。CT で食道壁の肥厚があり、精査にて stageIII の食道癌と診断。胸部食道切除を施行したが、受診後 536 日で食道癌再発により死亡。【症例 2】68 歳、女性。右頸部腫脹にて来院し、右内頸静脈の血栓症と診断。採血で著明な貧血と、CT で胃壁の肥厚と右鎖骨上リンパ節の腫脹があり、精査にて stageIV の胃癌と診断。化学療法を行ったが、受診後 635 日で胃癌により死亡。【症例 3】79 歳、女性。左頸部腫脹にて来院し、左内頸静脈の血栓症と診断。採血 CT で胃壁の肥厚があり、精査にて stageIV の胃癌と診断。高齢のため癌治療は行わず、受診後 180 日で胃癌により死亡。【症例 4】65 歳、女性。両下肢腫脹にて来院し、左膝窩静脈・右総大腿静脈から膝窩静脈の血栓症と診断。CT で肝左葉に腫瘍を認め、精査にて stageIVb の肝内胆管癌であった。肝左葉切除術と術後補助化学療法を行ったが、受診後 435 日で肝内胆管癌再発により死亡。【考察】特に誘因のない VTE 症例では消化器癌を合併することも多く、画像読影では注意を要する。また VTE を契機に発見された消化器悪性腫瘍は、CT での診断という性質上進行したものが多く、治療によってもその予後は不良であった。

37 腹膜偽粘液種に腹水濾過濃縮再静注を施行した 1 例

¹ 四日市消化器病センター 消化器・肝臓内科、
² 三重大学 消化器内科学、³ みえ消化器内科
 ○石原 知明¹、田中 秀明²、垣内 雅彦³、竹井 謙之³

【症例】78 歳の男性【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【現病歴】2009 年 1 月虫垂癌のため右半結腸切除術を施行。その後 mFOLFOX を施行するも同年 9 月腹膜転移、再発を認めた。2011 年 2 月より腹水の増加を認め、利尿剤投与を行なうも次第に反応が鈍くなった。2012 年 10 月、腹部膨満、食欲低下にて来院。腹部 CT では、肝、腸管を圧排し腹腔内を占拠する腫瘍を認めた。腹水の試験穿刺を行なったところ、黄色で一部血液を混じるゼリー状の腹水を認めた。腹膜偽粘液種と診断し、外科的治療を考慮したが、78 歳と高齢で低侵襲な治療を希望されたため腹水濾過濃縮再静注法 (CART : Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy) による症状の改善を試みた。1 回の穿刺で 500~2000ml の腹水を排液採取した。粘性の高い腹水のため、落差式での濾過濃縮は困難で、血液透析用の回路を利用したポンプ式による濾過濃縮を行なった。CART 後の発熱はなく、腹部症状の改善、食欲の急速な回復を認め、1 泊 2 日で退院可能であった。食欲低下などの症状が悪化するたびに来院し、約 1 ヶ月毎に現在まで 5 回の CART を繰り返しているが、大きな問題なく継続している。【考察】腹膜偽粘液種は腹腔内に広範囲にゼラチン様物質が貯留する疾患で、悪性度の低い癌性腹膜炎の一つと考えられている。発症頻度は 100 万人に 1 例程度との報告があり、まれな疾患である。原発巣は虫垂や卵巣の場合が多く、原発巣不明のまま経過する症例もある。全身化学療法がほとんど無効で、治療は偽粘液種に侵されている腹膜を外科的に完全に切除したり、切除後腹腔内温熱化学療法を追加するのが現在もっとも有効な治療法と考えられている。手術困難な場合は腹水穿刺を繰り返し、ペストサポーターケアが中心となる。CART は低侵襲で、施行直後から苦痛を軽減する治療法で癌性腹膜炎にも良好な ADL が得られたとの報告が散見されるようになっている。本例のような粘性の高い腹水に CART を行なった症例は少なく、ポンプ式による濾過濃縮を行なう事で継続的な治療が可能であったため報告した。

38 滲出性腹水を呈した限局性強皮症の一例

焼津市立総合病院 消化器科
 ○小串 勝昭、小平 誠、佐野 宗孝、寺澤 康之、渡邊 幸弘、山形 真基

【症例】71 歳、女性【主訴】食思不振、腹部膨満感、足のむくみ、体重減少【既往歴】十二指腸潰瘍 (5 年前)【経過】平成 24 年 8 月頃より食思不振、腹部膨満感、足のむくみが出現。体重は 10 月頃から 6kg/月程度減少した。近医受診し、腹水をみとめたため、10 月末に近医総合病院を受診した。CT にて癌性腹膜炎の可能性を指摘され、検索のため EGD、注腸造影、CT、MRI を行うも明らかな腫瘍はみられなかった。CEA 4.1、CA19-9 22.9、CA125 は 304.1 と高値であったため、婦人科腫瘍の検索のため 11 月初め当院産婦人科紹介受診となった。11 月末、当院産婦人科にて、原発不明腹膜癌疑いで子宮・両側付属器切除、大網部分切除術を施行した。術中の腹腔内観察では、明らかな腫瘍や結節を認めなかった。小腸間膜には白色変化が目立つが播種結節はみられなかった。摘出標本からは悪性所見を認めず、腹水細胞診から異型細胞を指摘されるのみであった。12 月の初めに行った腹水穿刺では比重 1.024、リパルタ反応陽性、タンパク 3149.9mg/dl、腹水 LDH/血清 LDH 184/202、漿液性の滲出性腹水であった。12 月中旬に原因不明の腹水について、総合内科にコンサルトとなった。手指尺側偏位、皮膚の硬化、Raynaud 症状、手指の変形症状がみられ、血液検査からはセントロメア抗体 1280 倍、他の自己抗体は陰性であり、限局性強皮症が考えられた。12 月下旬に術後イレウス症状がみられ、消化器科に転科、イレウス管留置で症状は軽快し、12 月末にはイレウス管を抜去した。1 月中旬に行った皮膚生検では強皮症に一致した所見がみられた。1 月末には逆流性食道炎による食道狭窄に対してバルーン拡張術を行った。術後も食道に食物残渣が多量に残ることから、2 月中旬に胃瘻造設、現在は消化器科外来通院で経過を観察している。【考察】膠原病を原因とする腹水は SLE で報告がみられるが、強皮症が原因となる腹水の報告例は少ない。今回強皮症が関連すると考えられる腹水貯留の一症例を経験した。強皮症診療ガイドラインでの推奨度は低いが、食道狭窄に対してはバルーン拡張術、胃瘻造設を行い現在経過良好である。

39 結核性腹膜炎の 2 例

聖隷浜松病院 消化器内科
 ○木全 政晴、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、芳澤 社、館野 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

【症例 1】57 歳男性【現病歴・経過】生来健康。2008 年 6 月に腹満感を自覚し、近医受診。腹部超音波および CT において、大量の腹水を指摘されるも、腹部の腫瘍性病変や肝臓、門脈に形態的な異常所見は認めず、同 7 月当科紹介入院。腹水試験穿刺において黄色軽度混濁した滲出性腹水を認め、細胞診陰性、一般細菌培養、抗酸菌培養および PCR 陰性なるも腹水 ADA は 99 と高値であった。PET-CT において、左右縦隔にリンパ節腫大が疑われるも、肺野や腹部に異常集積なく、上下部内視鏡においては上行結腸に腺腫を認めるのみであった。血中クオンティフェロン陽性より結核性腹膜炎を疑い、入院第 16 病日より INH、RFP、EB、PZA の 4 者併用療法を開始、肝機能障害のため PZA 中止。腹水は著明に減少し、第 37 病日軽快退院。INH、PFP、EB は 9 ヶ月継続し、腹水は消失した。【症例 2】58 歳女性【現病歴・経過】生来健康。2012 年 10 月に微熱、腹満感を自覚し、近医の腹部超音波で腹水を指摘され当科紹介。CT において、中等量の腹水と腹膜の肥厚を指摘、CA125 が 1231 と高値につき癌性腹膜炎を疑われるが、上部消化管内視鏡および婦人科的精査においても悪性腫瘍は認めず、大腸内視鏡において回盲部に不整形の浅い潰瘍が多発し、生検にて類上皮性肉芽腫を認めた。腹水試験穿刺では細胞診陰性、一般細菌培養、抗酸菌培養および PCR 陰性なるも、腹水 ADA は 86 と高値であった。血中クオンティフェロン陽性より結核性腹膜炎を疑い、11 月より INH、RFP、EB、PZA の 4 者併用療法を開始、12 月の腹部超音波において腹水の著明な減少がみられた。PZA は 2 ヶ月間内服し中止。INH、PFP、EB 継続にて経過観察中。【考察】原因の特定困難な腹水を診た場合、結核性腹膜炎も念頭におくことが重要と思われた。

40 S-1/CDDP 併用化学療法にて組織学的完全寛解が得られた進行胃癌の1例

¹愛知県立がんセンター中央病院 内視鏡部、
²愛知県立がんセンター中央病院 消化器内科
 ○堤 英治¹、田中 努¹、田近 正洋¹、石原 誠¹、山雄 健次²、
 水野 伸匡²、原 和生²、脇岡 範²、今岡 大²、永塩 美邦²、
 関根 匡成²、興儀 竜治²、藤吉 俊尚²、佐藤 高光²、坂本 康成²、
 丹羽 康正¹

症例は60歳代、男性。既往歴に高血圧、糖尿病、胆嚢ガリブで胆嚢摘出術。検診の上部消化管造影検査で胃に異常を指摘され2010年2月当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査(EGD)では胃角から前庭部にかけての3型進行胃癌を認め、生検で低分化型腺癌と診断された。CTでは腹部リンパ節の腫大(8a,6)を認めた。根治的切除を検討したが、審査腹腔鏡検査で認めた腹膜結節から低分化型腺癌、また腹腔内洗浄細胞診から腺癌が証明されたため切除不能進行胃癌としてS-1/CDDP併用化学療法を施行した。6コース後の2010年10月には、EGDで腫瘍の著明な縮小と、生検で腫瘍細胞陰性化がみられた。またCT上もリンパ節腫大が消失したため根治治療を目的として2010年11月、幽門側胃切除およびD2リンパ節郭清術を施行した。術中所見で腹膜播種の所見は認めなかった。切除検体からは主病変とリンパ節に癌の遺残を認めず、腹腔内洗浄細胞診も陰性であり病理組織学的完全寛解と診断した。術後S-1を継続したが、2012年8月(術後1年9ヶ月)CTにて脾腫瘍、多発肝腫瘍を認めた。脾腫瘍生検による病理組織学検査で脾管癌と診断され、原発性脾管癌による多発肝転移としてGemcitabine単剤化学療法を施行するも治療効果を認めず2012年12月(術後2年1ヶ月)死亡した。切除不能進行胃癌でS-1/CDDP併用化学療法により組織学的完全寛解を確認できた症例を経験したので報告する。

42 化学療法後に切除したHER2陽性胃癌肝転移の1例

木沢記念病院 外科
 ○堀田 亮輔、今井 直基、伊藤 由裕、坂下 文夫、山本 淳史、
 池田司浩臣、尾関 豊

はじめに：胃癌肝転移は同時に腹膜播種や遠隔リンパ節転移などの非治癒因子を伴うことも多く、肝切除の有用性は確立されていない。今回われわれは化学療法後に切除したHER2陽性胃癌肝転移の1例を経験したので報告する。症例：60歳代の男性。胃癌、腹膜播種の診断でS-1+CDDP2サイクル施行した。狭窄症状が悪化したため、平成23年8月に幽門側胃切除術を施行した。手術所見は大網に転移を認めたが、骨盤底には触診上は異常なく、CY0であったため肉眼的には病変遺残はなしと判断した。病理組織学的診断では、中分化腺癌、pT4a,N0,H0,CY0,P1,M0、またHER-2陽性であった。術後化学療法として、Trastuzumab+DOC+S-1の3週サイクル治療を開始した。術後8ヵ月後の腹部CTで多発肝転移を認めたため化学療法をTrastuzumab+CPT-11+S-1に変更した。化学療法変更後、肝転移巣の縮小は認められなかったが新たな遠隔転移巣を認めなかったため、初回手術より1年5ヵ月後の平成25年1月に肝切除を行った。手術所見では腹腔内には明らかな播種病変は認めず、手術は計4か所の肝部分切除を施行した。肝切除後3ヶ月現在、無再発生存中である。考察および結語：今回われわれはHER2陽性胃癌肝転移に対してTrastuzumabを含む化学療法を施行した後に切除し得た症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

41 TS-1/CDDP療法が奏功し切除可能となった胃型進行胃癌の一例

¹津島市民病院 消化器科、²津島市民病院 外科
 ○立松 英輔¹、杉野 佑樹¹、前村 幸輔¹、蓮尾 由貴¹、小林都仁夫¹、
 荒川 大吾¹、久富 充郎¹、松永 和哉²

【背景】MUC遺伝子の発見を契機とした形質発現研究の進歩に伴い、組織型に関係なく胃型形質を発現する胃癌の存在が明らかとなった。近年、胃型胃癌は腸型胃癌よりも5-FU系薬剤を用いた化学療法により有意に予後が改善される事が報告された。【症例】症例は既往歴のない69歳女性。筋生検と特徴的な皮膚病変より皮膚筋炎と診断され外来精査中に吐血を主訴に来院。緊急EGDを行ったところ体部小弯の潰瘍性病変からの出血を来しており、止血処置を行い入院となった。止血後に行ったEGDでは嚢先端の癒合を伴う深い潰瘍性病変を認めた。辺縁より行った胃生検組織像は低分化型腺癌で、3型進行胃癌と診断した。腹部造影CT検査では胃体部の浮腫状壁肥厚と体部小弯を中心とした造影効果を伴う腫大したBulkyリンパ節を認めた。遠隔転移は認めなかったが、リンパ節転移が腹動脈根部に及んでいたため根治切除困難と判断し、cStage3Bの3型進行胃癌に対して十分なICを得た上で術前化学療法としてTS-1(80mg/m2,day1-21)+CDDP(60mg/m2,day8)療法を導入し、2コース終了後に効果判定をおこなった。EGDでは原発巣は著明に縮小し、全周性に再生上皮が出現していた。潰瘍辺縁および潰瘍底から生検を行ったが、いずれの生検組織からも癌は検出されなかった。腹部造影CTでは胃体部の浮腫状壁肥厚が改善していた。体部小弯の腫大リンパ節も縮小し、造影効果も低下していた。部分奏功により根治切除が可能になったと判断し、胃全摘術(D2郭清)を施行した。病理組織像はT1b(2x1.5mm),por,int,INFb,ly1,v0,N1,PM0,DM0,ypStage2、組織学的奏効度はGrade2であった。4種類の細胞分化マーカー(MUC5AC, MUC6, MUC2, CD10)を用いて形質発現の判定を行ったところ、術前に行った生検組織像は胃型形質を示したが、術後切除標本の残存腫瘍胞巣は無形質型を示した。胃型形質を示す胃癌が化学療法により消滅し、胃型形質を示さない癌が残存した可能性が示唆された。【結語】TS-1が奏功したと考えられる胃型進行胃癌の一例を経験したので、胃癌形質発現と抗癌剤感受性に関する文献的考察を加えて報告する。

43 胃癌に対するESD治療後に追加手術を行った症例の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学、
²名古屋大学消化器内科学
 ○伊藤 武¹、藤原 道隆¹、宮原 良二²、後藤 秀実²、小林 大介¹、
 田中 千恵¹、小寺 泰弘¹

【目的】内視鏡下粘膜下層切除術(ESD)が普及し、EMRにくらべ病変の一括切除率が上昇し、内視鏡治療件数が増加している。内視鏡治療の病理組織検査結果が非治癒切除、あるいは遺残再発で手術適応と診断され治療した症例について検討した。【症例、方法】当院消化器内科あるいは他院においてESDされた後、同一病変について手術が必要と診断され当科で治療した2004年11月から2013年2月の38症例について検討した。【結果】術式は、腹腔鏡下幽門側胃切除22例、腹腔鏡下幽門保存胃切除10例、腹腔鏡下噴門側胃切除1例、腹腔鏡下胃全摘2例、腹腔鏡下胃局所切除術1例、腹腔鏡内視鏡合同胃局所切除1例であった。追加切除理由は、非治癒切除36例、遺残再発2例であった。非治癒切除のうちの5例は、ESD困難あるいはVM1(およびVM評価困難)で、このうち4例に実際に癌が遺残していた(リンパ節転移無し)。SM2浸潤and/or脈管侵襲で追加手術した24例のうち22例には癌の遺残は認めず、うち1例にリンパ節転移を認めたが、癌の残存があった2例にはリンパ節転移は認めなかった。また、SM浸潤に加えてVM1だった5例には、癌の残存もリンパ節転移も認めなかった。他に病理で未分化優位となった2cm以上病変が非治癒切除として追加手術されたが、遺残、リンパ節転移ともに無かった。遺残再発2例ではリンパ節転移があった症例は無かった。適応拡大症例で追加手術となったのは4例で遺残やリンパ節転移は無かった。リンパ節転移があった1例がiStageIBで、術後3年1ヶ月に肺炎で死亡した。他はすべてiStageIAであり、全例無再発で生存している。ESD後症例の手術時間181±202分、出血量206±46g(局所切除を除く)で同時期の非ESD後症例187±266分、223±58gと有意差は無かった。【結語】内視鏡治療後に追加手術治療を行った症例の治療成績は良好と考えられる。

44 胃癌術後、傍大動脈リンパ節再発に対して XP-H 施行後に外科的介入を行った 1 例

浜松医科大学 外科学第二講座

○尾崎 裕介、菊池 寛利、太田 学、藤田 剛、宮崎真一郎、飯野一郎太、平松 良浩、神谷 欣志、坂口 孝宣、今野 弘之

〔背景〕 ToGA 試験の結果を受け、近年 HER2 陽性胃癌に対して Trastuzumab 併用化学療法が積極的に行われている。一方で、HER2 陽性胃癌の術後再発に対し、Trastuzumab 使用後に外科的介入を行った症例の報告は未だ少ない。今回我々は胃癌術後の再発症例に対して、XP-H 施行後に外科的介入を施行したので報告する。〔症例〕 60 歳代女性。胃体下部後壁の進行胃癌に対し、H22.12 幽門側胃切除術を施行した。病理結果は Type2,tub2(> por),T2(MP),N3b(20/65),M0,pStageIIIA であった。術後 TS-1 による補助化学療法を 1 年間施行した。H24.1 傍大動脈リンパ節再発を認め、原発巣の再評価を行い HER2(3+) であったため XP-H を 3 コース施行し PR を得た。有害事象は Grade 1 の食欲不振のみであった。H24.5 傍大動脈リンパ節郭清術を施行、病理組織学的に 10 個の郭清リンパ節中 3 個に低分化型腺癌を認めたが、全てで HER2 は陰性であった。一方、化学療法の組織学的効果判定は Grade1a であった。術後 TS-1 による補助化学療法を施行したが、H24.11 傍大動脈リンパ節再発を認め、H25.1 より XP-H へ変更、現在 4 コースまで継続し SD を得ている。〔考察〕 1 今回、初回 XP 後の RECIST 判定と組織学的治療効果に解離を認めた。その機序として、XP 療法の有効性が低かった (grade 1a) のに対し、Trastuzumab 治療で HER2 陽性細胞が完全消失したことにより PR が得られた可能性が考えられる。2 胃癌は腫瘍内不均一性が高く、HER2 陽性胃癌においても Trastuzumab 無効な細胞集団が存在し、外科的介入の意義が考えられる。3 今回 XP-H 後に外科的介入を行ったが、合併症なく安全に施行し得た。HER2 陽性胃癌に対して、XP-H と外科的切除による集学的治療を行うことで予後が改善する可能性が示唆される。

45

食道裂孔ヘルニアに伴った胃軸捻症の一例

公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター
○水谷 泰之、大塚 裕之、藤塚 宣功、石川 英樹

緒言；胃軸捻転症は整理的範囲を超えて回転し通過障害をきたす比較的まれな疾患である。軽症例では胃管留置のみで改善が見られるが、高度の軸捻転を生じた症例では胃穿孔や粘膜出血をきたし緊急手術を要することもあるため、発症早期の診断と適切な治療が求められる。症例；74歳、女性。主訴；頻回嘔吐、黒色吐物。現病歴；2013年1月上旬、咳き上げをしてから頻回に嘔吐が見られるようになった。吐物が黒色であったため近医受診し、当院に紹介受診された。既往；子宮癌（子宮全摘術施行）、高血圧、脂質異常症、糖尿病。来院時現症；上腹部の膨満が著明であり、右季肋部に圧痛を認めたが、筋性防御は認めなかった。血液生化学検査；Cre 1.15 mg/dl、BUN 59.3mg/dl、K 3.2mEq/dlと嘔吐による脱水・電解質異常が見られた。腹部X線検査；1年前の腹部X線検査は正常範囲内であったが、左胸腔内に心陰影に重なる球状の陰影を認め、気管・心陰影は右方に偏位していた。胸腹部CT検査；食道裂孔をヘルニア門として胃が左胸腔内に嵌り、胸腔内で胃は拡張し大動脈を背側に圧排していた。腹腔内でも胃は著明に拡張していたが、十二指腸以降の腸管拡張は認められなかった。CT画像から長軸性の胃軸捻転症と診断した。造影CTで胃壁はよく造影されていた。腹部所見・画像所見から腸管虚血は否定的であり、保存的にみることにした。経鼻胃管挿入したところ1Lほど排液を認めた。腹部膨満が改善したため第1病日に上部内視鏡検査、ガストロUGI施行したが通過障害を認めなかった。第2病日から食事摂取しても再発を認めないため第9病日に退院となった。考察；胃軸捻転症は胃管挿入による減圧が第一選択である。横隔膜ヘルニアに伴う胃軸捻転の場合、急激に発症し緊急手術が施行されることもあるが、近年では内視鏡的な軸捻転の整備も試みられている。再発予防のために胃固定術やヘルニア門の縫縮、噴門形成術が選択される。今回われわれは経鼻胃管の留置による減圧のみで軽快した胃軸捻転症の1例を経験したため、若干の文献的な考察を加えて報告する。

47

胃石症を繰り返した一例

静岡県立総合病院
○榎田 浩平、菊山 正隆、鈴木 直之、白根 尚文、黒上 貴史、山田 友世、重友 美紀、青山 春奈

【症例】83歳男性【主訴】嘔気・腹痛【既往歴】高血圧、前立腺癌手術、左鼠径ヘルニア手術【現病歴】嘔気が3週間ほど続き、3日前から腹痛が出現したため当院を受診。身体所見上腹部膨満強く上腹部に圧痛を認めた。CTでは胃の著明な拡張、十二指腸水脚部の糞便様構造を認めこれによる通過障害を疑ったため同日上部消化管検査施行したが十二指腸に異常認めなかった。翌日小腸内視鏡を施行すると空調に2mm大の胃石を認め通過障害を起こしていた。鉗子での回収を試みるも失敗、胃石へのコーラ注入とイレウス管を留置し（定期的にコーラ注入）経過観察としていた。約1週間後のCTでイレウス管の先端は上行結腸まで達しており通過障害は解除、盲腸内に破碎された胃石を認めた。その後経過良好で退院となっていた。しかし1年半後の内視鏡検査で再度胃石を胃内に直径5cm前後の巨大な胃石を4個認めたためスネアとコーラ注入法で破碎を施行した。以後現在まで再発の所見は認めていない。【結語】繰り返す巨大な胃石を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

46

統合失調症患者に認められたゴム手袋胃石の1例

豊川市民病院 消化器内科
○藤岡 一敏、中村 誠、宮木 知克、大山 展、神野 成臣、水野 裕介、百瀬 淳子

【症例】79歳女性【既往歴】統合失調症（23歳時入院継続中）【主訴】嘔吐【現病歴】23歳時に統合失調症を発症した。以来、不穏興奮状態に対して抗精神病薬の多剤併用を余儀なくされ、薬剤性の麻痺性イレウスを繰り返していた。平成24年4月に嘔吐を繰り返すため、消化管精査目的で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃内に約8×4×4cm大の暗褐色胃石を認めた。鰐口型鉗子による除去を試みるも食道通過は困難であった。高周波スネア等を用いて切石を試みたが硬性に富んでおり切石不可能であった。そのため、経鼻胃管よりコーラ注入による胃石溶解療法を開始した。コーラ投与開始11日後より、高周波スネアによる切石処置が奏効するようになり、計6回にわたる切石処置を経て、胃石除去を完了した。除去した胃石はディスプレイブルゴム手袋が石灰化したものであった。【考察】胃石は毛髪、柿、植物、薬物等様々な原因物質をもとに形成されるが、ゴム手袋の異食による稀な例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

48

早期胃癌直下にアニサキスによる肉芽腫を認めた1例

藤田保健衛生大学 医学部 消化器内科
○大城 昌史、柴田 知行、大宮 直木、長坂 光夫、中川 義仁、田原 智満、石塚 隆充、鎌野 俊彰、丸山 尚子、大久保正明、小村 成臣、宮田 雅弘、市川裕一郎、角 一弥、生野 浩和、城代 康貴、大森 崇史、河村 知彦、中井 遥、吉田 大、平田 一郎

【目的】今回我々は粘膜下腫瘍様病変の頂部に0-2c型早期胃癌を認め、病理組織所見で胃癌直下にアニサキスによる肉芽腫を認めた症例を経験したので報告する。【症例】40歳の男性。健康診断の上部消化管内視鏡で潰瘍性病変を指摘され生検でGroup 4もしくは5と診断されたため精査・加療目的で受診した。既往歴として20歳代に胃潰瘍を起こして以来数回胃潰瘍の診断で内服加療を受けていた。当院での上部消化管内視鏡では体中部後壁に粘膜下腫瘍様病変と、その頂部に浅い陥凹性病変を認めた。陥凹性病変に対する拡大内視鏡で病変内部にirregular MV pattern、irregular MS pattern、demarcation lineを認め早期胃癌の診断であった。超音波内視鏡ではSM浸潤が疑われた。治療は腹腔鏡下幽門側胃切除術、D2リンパ節郭清を施行した。切除標本の病理組織学的検査では粘膜内にとどまる早期胃癌（高分化型腺癌）と、その粘膜下層にはリンパ濾胞に取り囲まれた、異物を含む肉芽腫形成を認めた。異物はアニサキスの虫体であった。胃癌と胃アニサキス症が合併した症例の報告例は、検索しえた範囲内では23例と極めて少ない。通常の胃アニサキス症は48時間以内に腹痛や悪心、嘔吐といった症状がみられる。しかし本症例ではアニサキスが胃壁に刺入後慢性的経過をたどり異物反応により肉芽腫を形成、粘膜下腫瘍様の形態を呈したものと考えられた。胃癌発生と肉芽腫による粘膜下腫瘍形成の前後関係については、いくつか意見があり、また症例数も非常に少ないことから、一定の見解は得られていない。他疾患との鑑別には臨床経過および超音波内視鏡が有用であると考えられる。【結語】早期胃癌病変の粘膜下層にアニサキスによる肉芽腫を認めた1例を経験した。他疾患との鑑別には、特に臨床経過および超音波内視鏡が有用である。

49 消化管病変を認めた Schonlein-Henoch 紫斑病 7 例の臨床的検討

¹ 浜松南病院 消化器病・IBD センター、

² 藤枝市立総合病院 消化器科

○池谷賢太郎¹、丸山 保彦²、高井 哲成¹、飯田 貴之¹、渡辺 文利¹、
花井 洋行¹

【目的】 Schonlein-Henoch 紫斑病 (以下 SHP) の消化管病変の特徴、臨床像を明らかにすることを目的とした。【方法】 2006 年 1 月から 2013 年 3 月までに SHP と診断され、内視鏡検査を施行した 7 例 (男性 6 例、女性 1 例、年齢 17 歳～80 歳) につき、症状、内視鏡所見、腹部エコー・CT 所見、消化管外病変、治療について検討した。【成績】 症状：3 例に先行感染のエピソードを認めた。初発症状は紫斑 4 例、紫斑及び関節痛 1 例、血尿 1 例、紫斑と腹部症状同時が 1 例。紫斑出現後消化器症状出現までは 0 日～15 日 (平均 10.7 日) であった。内視鏡像：全例で十二指腸下行部に、4 例で水平部まで病変を認めた。発赤・粗ゾウ粘膜、粘膜下血腫様病変が特徴であり、4 例では潰瘍形成を認めた。病変はケルクリングひだ上に輪状する傾向があり、病勢の強いものでは地図状を呈した。CT・US 所見：7 例中 5 例で空腸・回腸の壁肥厚、拡張などの小腸病変を認めた。また、2 例で腹水、1 例でイレウス像を認めた。消化管外病変：4 例で腎障害 (うち 1 例はネフローゼ症候群)、1 例で関節症状を認めた。治療：経過観察が可能であった 6 例で PSL20～40mg を導入。4 例は初期量で軽快 (1 例は腎障害遷延のため PSL5mg 継続)。2 例は改善せず増量を要した。また、2 例に XIII 因子、1 例に DDS の投与、イレウスをきたした 1 例にイレウス管の留置を要した。治療難渋例は消化管病変の罹患範囲が広く、腎障害を合併していた。【結論】 SHP は比較的特徴的な内視鏡所見を呈し、特に十二指腸下行部の観察が診断に有用である。CT やエコーにて消化管罹患範囲を把握し、消化管外合併症も考慮した上で、治療方針を決定する必要があると考えられた。

50 当院における胃瘻造設症例の現状

トヨタ記念病院 消化器科

○村山 睦、鈴木 貴久、篠田 昌孝、高士ひとみ、森島 賢治、宇佐美彰久、曾田 智大、山田健太郎

【目的】胃瘻の適応は、一般的には、必要な栄養を自発的に摂取できず、正常の消化管機能を有し、4週間以上の生命予後が見込まれる成人および小児がその適応とされるが、近年、終末期の認知症や老衰の人にも積極的に胃瘻がつけられるようになり、その是非が問われている。急性期医療機関である当院の胃瘻造設症例の現状について検討した。【方法】対象は2008年1月から2012年8月までに当院で胃瘻を造設した158例（男性97例、女性61例）について検討した。【結果】年齢は19歳～96歳（平均年齢74.2歳）であり、70歳未満症例には小児麻痺などの若年者が含まれる一方、80歳以上が約40%を占めていた。年間の造設件数は35件前後で変化なかったが、男女比では男性に増加傾向があった。基礎疾患としては嚥下性肺炎が60例（37.9%）と最多であり、次いで脳血管障害34例（21.5%）、神経変性疾患23例（14.5%）であった。胃瘻造設に伴う合併症は瘻孔周囲炎、肺炎、下痢・嘔吐など消化器症状が多くみられたが、造設前に口腔ケア回診を行うことで、創部感染や瘻孔周囲炎、肺炎の合併が減少する傾向にあった。胃瘻造設後に転院した症例は70例（44.3%）であり、施設退院37例（23.4%）、自宅退院40例（25.3%）、死亡退院11例（6.9%）（死因は肺炎4例、癌死3例、敗血症1例、腎不全1例、腸管壊死1例、原因不明の突然死1例）であった。退院症例のうち、造設後6ヵ月以上生存症例72例、6ヵ月未満死亡症例27例、退院後の経過不明は58例であった。【結語】超高齢化社会になる中で、当院のような急性期医療機関は、予後を見極め、胃瘻造設において患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増強させる可能性がないかどうか、慎重に検討する必要があると思われる。

52 PPI投与の中止により改善を認めた胃前庭部毛細血管拡張症（GAVE）の1例

愛知医科大学 消化器内科

○尾関 智紀、中出 幸臣、米田 政志、中尾 春壽、伊藤 清顕、佐藤 顕、大橋 知彦、石井 紀光、山本 高也、小林 佑次

症例は82歳女性。C型肝硬変にて当院通院中、黒色便およびふらつきを主訴に当科を受診。血液検査にてHb8.2と貧血の進行を認めたため、精査目的に入院となった。5年前から胃前庭部毛細血管拡張症（GAVE）からの出血にて、輸血およびアルゴンプラズマ凝固法（APC）にて治療を繰り返されていた。また強皮症が既往にあり、胃食道逆流症状があったためプロトンポンプ阻害剤（PPI）を継続服用しており、2年前に完全房室ブロックにてペースメーカーを装着されている。入院時の上部消化管内視鏡検査にて胃前庭部に全周性の毛細血管拡張を認め、GAVEの増悪と診断した。しかし活動性の出血は認めずAPCは施行せず経過観察する方針となった。過去にGAVEからの出血を繰り返した時期にPPIは継続投与されていたこと、胃食道逆流症状が消失していた期間にPPIを中止していた間黒色便を認めなかったことを考慮し、入院後よりPPI内服を中止した。RCC輸血4単位を施行後貧血の進行は認めず、黒色便も徐々に改善していった。第17病日上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃前庭部の毛細血管拡張は軽快していたため第19病日退院となった。GAVEは肝硬変や透析患者に合併することが多く、ガストリン、プロスタグランジンE2の合成亢進、胃上皮細胞産生の血管拡張性神経伝達物質の関与が疑われているが、その原因は不明である。出血した場合はAPCでの止血療法が選択されるケースが多い。本症例ではPPIの中止によりGAVEが軽快したこと、PPIの中止により血中ガストリン濃度が徐々に低下していったことから高ガストリン血症がGAVE増悪に関与していた可能性が示唆された。PPI中止にて改善を認めたケースは過去に報告がないため、文献的考察加えて報告する。

51 凝固機能異常のため経皮的内視鏡的胃瘻造設術後に出血をきたした1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○水谷 拓、佐藤 寛之、松浦 加奈、中村 みき、丸田 明範、若山 孝英、山内 貴裕、安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一、天野 和雄

【症例】90代男性【主訴】経口摂取不良【既往歴】特になし【現病歴】転倒し第6頸椎脱臼骨折、当院整形外科入院となり第4病日に頸椎後方固定術を施行。術後から誤嚥性と思われる肺炎を発症し、経口摂取困難と判断され、TPN行いつつ経管栄養目的に当科紹介となった。【身体所見】結膜異常なし。出血傾向なし。胸腹部含め、異常所見を認めない。【経過】経皮的内視鏡的胃瘻造設術（PEG）を検討、上部消化管内視鏡検査施行し胃体下部前壁に指サイン、透過光サインを確認。腹部CT撮影でもPEG施行に問題のある所見を認めず、PEG適応あるものと判断し第38病日に施行となった。経鼻内視鏡観察下にIntroducer変法にて胃体下部前壁に20Fr×3.0cmのカテーテルを挿入。術中の出血は微量で、止血していることを確認し、処置終了とした。第39病日PEG創部から出血を認め、用手圧迫にて一時的に止血したが、第40病日に再度創部出血があり、血液検査行ったところ、第1病日にPT79.0%APTT29.3秒であったが、PT5.0%未満APTT220.0秒と著明に凝固機能低下し、出血の原因と考えてビタミンK製剤の投与を開始した。投与開始後、再出血無く、第41病日にはPT59.2% APTT48.9秒まで改善。凝固機能低下の原因として、第26病日から肺炎増悪のため絶食となっており、FMOX4日間投与され、続いてSBT/CPZを第43病日まで継続投与されていたため、抗生剤による凝固機能低下を疑った。PEGの問題はその後起こらず、誤嚥性肺炎の治療などを行い、第128病日に退院となった。【考察】凝固機能低下は観血的処置を行う場合に重篤な合併症を引き起こすが、検査日から処置日まで間隔があく事例もある。一方、PEGの対象となる患者の背景として誤嚥性肺炎などのために近日まで抗生剤投与が行われていることがある。抗生剤の副作用として凝固機能低下があり、十分な注意を必要とすることを改めて認識する一例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

53 保存的治療にて治癒した虚血性胃炎の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○廣瀬 崇、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、竹山 友章、田中 卓、田中 浩歌、鈴木 博貴、芳川 昌功、岡村 正造

【症例】66歳男性【主訴】上部消化管出血【既往歴】慢性腎不全、脳出血、糖尿病、狭心症、過活動性膀胱【生活歴】喫煙:20本/日20年 飲酒:1合/日【現病歴】平成25年2月透析後から心窩部の違和感、吐血を認めた。近医にて上部消化管内視鏡検査（GIS）を施行し、上部消化管出血の診断にて紹介となった。【来院時現症】BP106/65mmHg HR66bpm BT36.7℃ SpO2:94%(ra.) 眼瞼結膜:貧血なし、腹部:自発痛、圧痛なし【来院後経過】GISでは胃穹窿部から胃体下部後壁にかけて広範に高度な浮腫を伴う暗赤色の粘膜を認めた。白苔の付着したびらん局面を伴い、凝血塊の付着も認められた。虚血による壊死を疑い行った造影CT検査では、胃壁の著明な浮腫を認めるが、明らかな動脈の閉塞は認めず、胃壁の血流も保たれていたため外科的治療は行わず、絶飲食とPPI点滴静注にて保存加療とした。第3病日のGISでは、広範なびらんと粘膜の発赤が残るが、粘膜は再生し、浮腫は軽快していた。第9病日には、浮腫は消失し、再生上皮に覆われており、第10病日に退院とした。退院約1ヶ月後に再検したGISでは、胃内は癒瘍も残さず治癒していた。【考察】胃は多くの血管から血流支配を受けており、腸管などの他臓器と比較すると虚血性変化は稀である。本邦において医学中央雑誌刊行会で検索（キーワード:虚血性胃炎、虚血性胃癌、1992年～2013年）した限り9報告、10症例の報告があるのみである。それらの報告の中では喫煙、糖尿病、高血圧、高脂血症、利尿剤、ジキタリス製剤の内服がリスクとして挙げられている。本症例では喫煙、糖尿病を認めていた。また維持透析患者であり、透析による血行動態の急激な変化が発症に関与した可能性も考えられる。また死亡例も3例認められるが、いずれの症例もCTでは臓器の血流不全を疑う所見はあっても、明らかな動脈の閉塞所見は認めておらず、外科治療を決断するタイミングが難しい点が共通していた。本症例では内視鏡所見としては強い虚血性変化を認めたが、保存的加療のみで軽快し、内視鏡的所見の経時的変化を追えた貴重な症例であり、ここに報告する。

54 臨床的に胃梅毒と診断した一例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部

○菊池 正和¹、宮原 良二¹、松坂 好平²、古川 和宏¹、鶴留 一誠¹、
山本富美子¹、松崎 一平¹、横山 敬史¹、大野栄三郎²、中村 正直¹、
川嶋 啓揮¹、伊藤 彰浩¹、廣岡 芳樹²、渡辺 修¹、前田 修¹、
安藤 貴文¹、後藤 秀実^{1,2}

【緒言】梅毒に伴う胃病変は比較的稀な疾患である。平成 20 年から平成 25 年の期間で医中誌にて「梅毒、胃病変」で症例を検索したところ 26 症例の報告を認めた。胃梅毒は上腹部痛を主症状とすることが多く、その内視鏡像は、(1) 幽門前庭部に好発する、(2) 粘膜は顆粒状や浮腫状、発赤や易出血性、皺壁肥厚を呈することもある、(3) 多発するびらんや潰瘍などの陥凹を呈する病変から、(4) 特異な扁平隆起性病変や多発する粘膜下の結節性病変といった隆起を呈する病変まで見られ、その多彩性が特徴的であると報告されている。今回我々は上部消化管内視鏡所見及び梅毒血清反応陽性から胃梅毒を疑い、治療的診断を行い症状の改善が得られた症例を経験したので報告する。【症例】23 歳男性 【既往歴】特になし 【現病歴】平成 24 年 12 月末頃より体幹に紅斑が出現した。同時期に嘔気、食後腹痛が出現。症状が続き翌年 1 月 29 日に当院消化器内科受診。2 月 12 日に上部消化管内視鏡を施行したところ、前庭部を中心に体下部小彎にかけて広範にびらん・小潰瘍を伴う不整な陥凹性病変を認めた。同病変から採取した検体の病理所見は、リンパ球、形質細胞、組織球浸潤からなる炎症のみの所見であった。梅毒血清反応を定量したところ RPR 法 128 倍、TPHA 法 5120 倍と強陽性であった。また詳細な問診により感染の機会が平成 24 年 11 月にあったことが判明した。その後に皮膚科医の診察にて陰嚢に類円形紅斑、軀幹と四肢にごく淡い紅斑を認め、梅毒 2 期と診断された。Amoxicillin の内服を開始したところ、皮疹と同様に腹部症状も徐々に改善した。現在も内服加療中である。【結語】臨床的に梅毒と診断した稀な一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

55 びまん性胃粘膜下異所腺を伴う早期胃癌の1例

半田市立半田病院 消化器内科
○春田 明範、神岡 諭郎、水野 和幸、山田 啓策、川口 彩、
岩下 紘一、森井 正哉、大塚 泰郎、肥田野 等

【症例】60歳代 男性
【既往歴】特記事項なし
【家族歴】特記事項なし
【現病歴】2012年○月、直腸癌を疑い当院紹介となった。スクリーニングの上部消化管内視鏡検査にて胃体中部大彎後壁側にやや褪色调でひだの腫大を来とし中心に陥凹を有する病変を認め、病理組織検査は中分化腺癌であった。粘膜下層浸潤(sm)癌の可能性を疑い超音波内視鏡検査を施行した結果は第2層にとどまり深部浸潤の所見はなく、第3層に多発するcystic lesionを認め、これらが粘膜下浸潤を疑うひだの腫大を形成していた。以上より深達度mと診断し周囲生検陰性であることを確認したのち内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行った。摘出した検体の病理組織検査結果は中分化腺癌で粘膜下層への明らかな浸潤は認めず、粘膜下層にはう泡状に拡張した胃粘膜下異所腺を認めた。【考察】びまん性胃粘膜下異所腺は稀であり、早期胃癌を合併すると内視鏡的に深達度診断に影響を与えたとの報告もある。本症例も当初は粘膜下層浸潤を疑ったが、超音波内視鏡検査などを併用し粘膜内病変と診断し内視鏡的粘膜下層剥離術にて治療した一例を経験したので報告する。

56 多発他臓器転移を来した深達度M未分化型胃癌の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
○室井 航一¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島さより¹、
松浦倫三郎¹、小林 健一¹、澤田つな晴¹、内田 元太¹、井本 正巳¹、
小川 裕¹、鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

【症例】66歳 女性【主訴】不正性器出血【既往歴】特記事項なし【経過】2007年3月に不正性器出血を発症し、当院産婦人科受診したが、異常所見なく経過観察となっていた。2012年9月に同様の症状で再度受診し、経腔エコーにて右卵巣腫瘍を指摘された。CTでは左肺尖部の結節性病変と縦隔リンパ節の腫脹、右卵巣腫瘍を認めた。PET-CTにて右卵巣だけでなく、左上葉と一部骨にも集積像がみられた。原発性肺癌を疑い産婦人科と呼吸器内科にて精査が進められ、消化管疾患の転移の可能性も考え上部消化管内視鏡(以下EGD)を施行したが、明らかな異常は指摘出来なかった。原発巣の診断も兼ねて、2012年10月25日産婦人科にて子宮と両側付属器切除術が施行された。しかし、病理組織診断では印環細胞癌と診断された為、当科へ再度精査依頼となった。EGD再検では、前庭部後壁に発赤所見を認め、色素散布像ではインジゴをはじく粘膜不整像がみられたが境界は不明瞭であった。又、prepylorus後壁にもびらん所見を認め、それぞれから生検を施行した。生検結果から印環細胞癌と診断され、病理組織上も原発として矛盾しないとの結果であった。後日施行したEUS(10MHz)では胃の病変は粘膜内にとどまっており、深達度Mと考えられた。胃癌と肺癌の重複癌の可能性も考えられた為、骨生検も兼ねて、11月21日に胸腔鏡下左上大区切除を行った。肺の病理結果は原発の腺癌として矛盾しないという診断ではあったが、一部に印環細胞の浸潤を認めた。また縦隔リンパ節、骨にも印環細胞の浸潤を認め、改めて胃癌の多発転移と診断した。現在、TS-1とCDDPによる抗癌剤にて治療中である。胃粘膜内癌によるKrukenberg腫瘍の報告は検索する限り稀であり、本症例では更に他臓器にも転移をきたしていた。今回、深達度Mが疑われた未分化型胃癌の多発他臓器転移をきたした1例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

57 ESDにて診断された胃 MALT type lymphoma の一例

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 救急部、
³浜松医科大学 分子診断学、⁴浜松医科大学 臨床研究管理センター、
⁵浜松医科大学 光学診療部
○加藤 雅一¹、杉本 光繁¹、金子 雅直¹、市川 仁美¹、鈴木 聡¹、
谷 伸也¹、佐原 秀¹、大石 慎司¹、魚谷 貴洋¹、寺井 智宏¹、
栗山 茂²、山田 貴教¹、岩泉 守哉³、古田 隆久¹、金岡 繁³、
大澤 恵⁵、杉本 健¹

73歳女性。X-2年の定期検診の上部消化管内視鏡検査では胃内に萎縮性胃炎以外には異常所見がなかったものの、X-1年11月の検診で胃角部後壁に2-3cm大、前庭部前壁に5mm大のSMT様隆起病変を指摘されたため、同年12月当院紹介受診。計2回の通常の生検では確定診断に至らず、粘膜切開生検も施行したが、リンパ球の浸潤を認めるものの確定診断は至らなかった。また、腫瘍は比較的急速に増大をしており、EUSで腫瘍が第2層由来と考えられたために、診断および治療目的に同年3月と4月に両病変に対してESDを施行した。摘出標本では、組織学的に粘膜内のリンパ濾胞形成とmarginal zoneの増生、LELなどが観察された。免疫染色ではCD5(+), CD20(+), CD79a(+), bcl-2(+), CD3(-), CD10(-), CD23(-)であり、MALT type lymphomaが強く疑われた。本症例は、5年前にH. pyloriの除菌治療を施行しており、胃内病変も2つ存在をしたこと、PETを含めた各種画像検査で他臓器に腫瘍性病変がないことから、追加治療として胃への放射線療法の適応があるものと思われた。MALT type lymphomaをESDで治療的な切除可能か否かについてエビデンスはないが、過去にはSMT様の形態を呈して症例においてESDで診断的治療を行っている報告があり、特にSMT様隆起病変を呈する病変に対する内視鏡治療の適応を含めて若干の文献的考察を加えて報告する。

58 EUS-FNA診断に有用であったリンパ節原発ガストリノーマの1例

豊橋市民病院 消化器内科
○鈴木 博貴、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、
山田 雅弘、松原 浩、竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、
廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造

【症例】66歳 女性【主訴】黒色便【既往歴】統合失調症【現病歴】平成24年2月出血性十二指腸潰瘍にて入院加療。その後転院しPPI内服治療を継続したが、潰瘍は難治性で心窩部痛、消化管出血が持続していた。血中ガストリン値が3000pg/mL以上と高値であったため、Zollinger-Ellison症候群の疑いで当院転院搬送となった。腹部CTにて脾や十二指腸に腫瘍は認めなかったが、脾頭部近傍にリンパ節腫大を認めた。EUSでも脾内にガストリノーマを示唆する所見は認めず。脾頭下部のさらに足側に境界が不整で、大きさ13×10mmの顆粒型の低エコー腫瘍を、またすぐ頭側に7×5mmの同様の低エコー腫瘍を認めた。脾との連続性はなくリンパ節腫大と考えられた。EUS-FNAを施行したところ、病理で弱好酸性の胞体を有する腫瘍細胞が小胞巣状にみられ、Neuroendocrine tumorと診断、免疫染色でガストリン陽性であり、ガストリノーマと診断に至った。精査の結果多発性内分泌腫瘍症は否定され、外科的治療の適応と判断した。局在診断の目的に選択的動注カルシウム負荷試験を行い、胃十二指腸動脈、背側脾動脈にて陽性であった。8月下旬に脾頭十二指腸切除術を施行、病理所見では切除された脾頭頭部、十二指腸、胃には明らかな腫瘍は認めず。郭清リンパ節においてn13a、n14d、n14pに腫瘍がみられ、免疫染色でガストリン陽性でありリンパ節原発のガストリノーマと判明した。術後は経過良好であり、再発所見なし。【考察】ガストリノーマは脾臓、十二指腸に約90%が発生するといわれ、その他は10%にすぎない。そのうちリンパ節原発ガストリノーマとはガストリノーマがリンパ節内のみ存在し、さらに切除後再発をしないことと定義されており、本邦ではリンパ節原発ガストリノーマの報告は少ない。また、リンパ節原発ガストリノーマとEUS-FNAにて診断し得た報告例はなく、極めて稀な症例と考えられたため報告する。

59 胃 glomus 腫瘍の 1 例

公立陶生病院 消化器内科

○鳥山 和浩、竹中 宏之、吉崎 道代、古根 聡、石川 恵里、
鈴木 静乃、松浦 哲生、清水 裕子、林 隆男、黒岩 正憲、
森田 敬一

症例は 63 才男性。健診 UGI 及び近医 EGD にて前庭部に SMT を指摘され当院紹介となった。当院にて施行した UGI、EGD では前庭部大彎やや後壁側に 30mm 大の SMT を認めた。色調は正色調、鉗子圧迫で弾性硬、表面にびらんは認めなかった。腫瘍頂部を生検したが正常粘膜の採取にとどまった。EUS では第 4 層に連続する類円形、26mm×31mm の腫瘍として描出、辺縁整、内部は全体的にやや高エコーで一部低エコーの部分と認められた。Dynamic CT で前庭部に腫瘍を認め、内部に不均一な造影領域を認めた。以上より間葉系腫瘍や血管原性腫瘍などが鑑別として考えられた。確定診断はつかなかったものの病変が 3cm 大、CT にて血流豊富であることより IC の後、手術を施行した。病理組織学的所見では固有筋層内に血管や結合組織の増殖を伴い腫大した核を有する中型腫瘍細胞がシート状やリボン状に増殖していた。免疫染色にて AE1/AE3(-)、SMA(+), desmin(-), chromograninA(-), synaptophysin(-), CD31(-), CD34(-), MIB-1 Index 1% 程度であった。明らかな脈管侵襲は伴っていなかった。以上よりグロムス腫瘍との診断に至った。稀な疾患である胃グロムス腫瘍を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

60 上部消化管出血をきたした胃 Glomus 腫瘍の 1 例

¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²伊勢赤十字病院 病理診断科

○高見麻佑子¹、川口 真矢¹、三浦 広嗣¹、山本 玲¹、山村 光弘¹、
大山田 純¹、福家 博史¹

【はじめに】Glomus 腫瘍は通常、四肢末端、特に手指爪床に有痛性腫瘍を形成する。胃に発生する Glomus 腫瘍の頻度などは明記された報告はない。内視鏡所見としては粘膜下腫瘍の形態をとるため、鑑別疾患が多数挙げられるが、EUS や CT と組み合わせる事により、その特徴的な所見から他疾患との鑑別が可能となり、治療方針選択に寄与すると考えられたため、若干の文献的考察を含め報告する。【症例】36 歳女性、特記すべき既往歴なし。数日前からのふらつき、めまい、動悸、黒色便を主訴に近医受診。血液検査にて Hb8.3mg/dl と貧血を認め、同日当院紹介受診。緊急上部消化管内視鏡検査にて前庭部前壁寄りに φ30mm 大の粘膜下腫瘍を認めた。腫瘍頂部は陥凹し潰瘍を形成、露出血管から噴出性の出血を認めており、凝固止血術を施行した。入院後に施行した造影 CT では、腫瘍は早期相から動脈と同等の造影効果があり、また遅延相まで造影効果は持続していた。EUS では 3～4 層にまたがり筋層よりやや高エコーの内部不均一な腫瘍として描出された。CT 所見での多血性腫瘍としての鑑別疾患として神経内分泌腫瘍や Paraganglioma などと考えられたが、早期相での強い造影効果や EUS で確認された発生部位などから Glomus 腫瘍を強く疑った。出血をきたす粘膜下腫瘍であり手術適応と考え術前検査を進めていたが、経過中にふらつきが再燃。Hb4.4 と貧血再増悪、内視鏡的止血を試みたが、困難であったため、同日緊急手術となった。胃部分切除術が施行され、病理検査にて Glomus 腫瘍と最終診断された。術前に組織学的評価は行えなかったが、上部消化管内視鏡・CT・EUS の組み合わせで術前診断は可能であると考えられた。

61 腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術 (LECS) にて切除した GIST の 1 例

¹市立島田市民病院 消化器内科、²市立島田市民病院 外科

○石橋 浩平¹、尾上 俊也¹、間瀬 裕行¹、高橋 正彦¹、金山 広和¹、
松下 雅広¹、森下 宗自¹、磯野 忠大²、植田 猛²、上村 和康²

【症例】58 歳 男性。タール便、倦怠感、動悸を主訴に 2012 年 11 月 6 日に近医より当科へ紹介受診となった。採血上で Hb 8.2g/dl と貧血を認め、緊急上部消化管内視鏡を施行した。体上部後壁に胃内発育型の巨大な SMT を認めた。表面粘膜は発赤調であったが活動性の出血や Delle は認めなかった。腹部造影 CT では胃内に突出した粘膜下に漸増濃染する 4cm 弱の境界明瞭な腫瘍を認めた。EUS では筋層と連続する内部均一な腫瘍を認め、GIST が疑われた。手術適応と判断し 11 月 15 日に外科紹介となり、2013 年 1 月 9 日に待機的に腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除 (Laparoscopy Endoscopy cooperative Surgery 以下 LECS) が施行された。手術時間は 3 時間 19 分で出血量は少量であった。自動吻合機器の使用回数は 2 回で、胃の変形を伴わず、最小の範囲で胃切除をすることができた。病理診断は、GIST, pT2, Stage I A, surgical margin(-) であった。【考察】LECS とは内視鏡的粘膜下層切開剥離術 (ESD) と腹腔鏡下胃局所切除を融合した手法で、従来の腹腔鏡下胃局所切除と比べ LECS は腫瘍の局在にかかわらず (噴門近傍や幽門近傍含む)、最小限の胃切除で腫瘍を切除でき、切除による胃の変形も起こりにくく、術後の胃機能を温存できるとの報告もある。【結語】今回、我々は、胃体上部後壁の SMT に対し、LECS を施行した貴重な 1 例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

62 胃内発育型粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡併用手術 (LECS) の経験

¹浜松医科大学 第一外科、²浜松医科大学 光学医療診療部

○宮木祐一郎¹、和田 英俊¹、佐藤 正範¹、大澤 恵²

GIST の外科治療の原則は断端陰性の完全切除であり、5 cm 以下の胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡下手術は安全であるとされている。当科では単孔式内視鏡手術を積極的に導入しており、GIST に対する胃局所切除においても適応としてきた。胃外発育型腫瘍に対しては自動縫合器を用いた wedge resection が良い適応となるが、胃内発育型腫瘍に対しては腫瘍の局在を腹腔内から判断するのに困難を伴うことがあった。近年報告された「腹腔鏡・内視鏡併用手術 (Laparoscopy Endoscopy Cooperative Surgery, LECS)」を用いることで、過不足ない切除範囲を容易に得ることが可能であった 3 例を経験した。また腹腔鏡下縫合手技を用いることで、より変形の少ない再建が可能となった。術後 1～2 日目には食事を再開し、術後 4～6 日目には合併症無く退院可能であった。3 例と少ない経験であるが、若干の文献的考察を含めて報告する。

63 十二指腸・胆管・膵浸潤により閉塞性黄疸をきたした胃癌の1例

愛知県がんセンター愛知病院
○側島 友、藤田 孝義、近藤 真也、都築 佳枝、楠原 真肇

【はじめに】進行胃癌において閉塞性黄疸を呈することがあるが、その多くは術後再発の形で発症し、胆管狭窄の原因は肝十二指腸間膜リンパ節転移によることが多い。今回我々は、腫瘍の直接浸潤による閉塞性黄疸が初発症状となった胃癌の症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】58歳男性。黄疸を自覚して近医を受診し、当院へ紹介された。初診時のT-Bilは23.3mg/dLと高値であった。腹部CTでは、膵頭部に低吸収な腫瘍像を認め、胆管・膵管の拡張を伴っていた。また胃体下部・前庭部から十二指腸球部・下行脚にかけて連続する壁肥厚を認めた。膵癌による閉塞性黄疸および胃癌を疑い、内視鏡的胆管ドレナージを試みた。十二指腸球部から下行脚にかけて多発する発赤調の隆起性病変が非連続性にみられ、介在粘膜は浮腫状であった。また主乳頭は腫大していた。胆管へのカニューレションができず、経皮経肝の胆管ドレナージにて減黄をはかった。上部消化管内視鏡検査では、体下部大弯にひだの腫大があり一部粘膜炎性隆起していた。同部位の生検病理診断では中分化型腺癌(tub2)の結果が得られ、4型の胃癌と診断した。一方、十二指腸球部・下行脚および主乳頭周囲の隆起性病変・浮腫状粘膜の生検では、胃生検と組織学的に類似した中分化型腺癌を認め、表層には随所で非腫瘍性の上皮が被覆している所見が得られた。上部消化管内視鏡では、前庭部から幽門にかけては粘膜面に異常を認めず、体下部の胃癌と十二指腸の腫瘍とは連続性がないものの、CT上は前庭部から十二指腸へ連続した壁肥厚を認めること、および病理結果から、胃癌の十二指腸・胆管・膵浸潤によって閉塞性黄疸をきたしたと考えた。HER2陽性であったため、減黄の後にカベシタビン・シスプラチン・トラスツマブの3剤併用化学療法を開始した。

【考察】胃癌に閉塞性黄疸を併発した場合、直接浸潤によって胆管狭窄をきたしている可能性も念頭に置く必要がある。本症例は、体下部に発生した胃癌が十二指腸・胆管・膵へ浸潤したことで閉塞性黄疸をきたした比較的多い一例と考えられた。

65 進行胃癌による十二指腸狭窄に対しメタリックステント留置が有効であった一例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科
○高垣 航輔、松下 直哉、西野 真史、竹内 靖雄、白井 直人、梶村 昌良

【症例】74歳、男性。平成23年10月食欲不振、黄疸にて近医より紹介となった。総ビリルビンおよび肝胆道系酵素の上昇とCA19-9 150U/mlと高値を認めた。腹部CT上膵頭部に径3cm大の造影効果に乏しい腫瘍を認め、下部胆管の狭窄とその上流の胆管の拡張、主膵管の拡張を認めた。周囲の十二指腸壁との境界は不明瞭で、門脈と上腸間膜動静脈は途絶し腫瘍の浸潤と考えられた。上部内視鏡検査では十二指腸後壁や乳頭肛門側に潰瘍を認め、生検ではadenocarcinomaを認めた。腫瘍による閉塞性黄疸に対し狭窄部にメタリックステントを留置し内瘻化したうえで、手術適応がないためGemcitabineによる外来化学療法を開始した。その後、12月頃より食事摂取が低下したため、再入院となった。腹部CT上十二指腸下行脚より口側の拡張と内容物の貯留を認めた。上部内視鏡検査にて同部の狭窄を認め、12月12日バルーン拡張を施行し、6cm長の十二指腸メタリックステントを留置した。ステント内を観察すると腫瘍の直接浸潤が疑われた。その後経口摂取良好となり、外来にてS-1による化学療法を継続となった。【考察】悪性疾患による消化管狭窄に対する内視鏡的ステント留置術は、比較的低侵襲であり、経口摂取の早期再開や腹満感・嘔気などを改善し自宅療養の可能性を高めるため、進行癌に対する重要な治療戦略の一つと考えられる。

64 後上脘十二指腸動脈瘤破裂血管内治療後に十二指腸狭窄を来した一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科
○山田 健太、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、石川 卓哉、山 剛基、亀井圭一郎、村上 義郎、服部 峻、八鹿 潤、植田 恵子、長谷川一成

【症例】70歳代、男性【主訴】心窩部痛【既往歴】狭心症、発作性心房細動【病歴】平成24年12月、冷汗を伴う胸痛を認め当院救急搬送となった。【現症】血圧105/76mmHg、脈拍109回/分、腹部平坦軟、圧痛なし、腹部造影CTで後腹膜血腫、膵頭部領域に囊状動脈瘤を認めた。来院後ショックバイタルとなり、輸血を行った後、血管造影で後上脘十二指腸動脈に動脈瘤を確認し、コイル塞栓術を施行した。大動脈造影で正中弓状韧带症候群を疑う所見を認めた。第2病日のCTで後腹膜血腫は著明に縮小した。第3病日より食事を再開したが、第9病日より嘔吐が見られ、第10病日のCTで十二指腸下行脚の狭窄を認め、NGチューブを挿入した。第17病日に行った上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚の浮腫性狭窄を認めた。経鼻内視鏡で狭窄部通過可能であり、W-EDチューブを留置し経管栄養を開始した。以降、1日1000ml程度の排液が見られたが、第31病日に排液が減少し、ガストログラフィン造影で狭窄の改善を確認しチューブを抜去した。同日施行した上部消化管内視鏡検査では狭窄の改善を認めたがわずかに残存していた。第37病日に再検し狭窄は改善、第43病日に退院となった。【考察】後上脘十二指腸動脈瘤破裂は稀な疾患である。本症例は正中弓状韧带症候群に伴う後上脘十二指腸動脈領域に起きた動脈瘤破裂と考えた。動脈瘤治療は、本例のごとく血管内治療を行うほか、外科的治療があるが、本例では血管内治療を行うことで出血のコントロールが可能となりその有用性が示された。また、処置後十二指腸狭窄を来し、粘膜浮腫は認めるも虚血を示唆する色調変化を認めず、保存的加療を選択した。狭窄部より肛門側にW-EDチューブを留置できたため、経管栄養を施行できた。【結語】正中弓状韧带症候群に伴う後上脘十二指腸動脈領域に起きた動脈瘤破裂に対し、血管内治療で止血を行った後十二指腸狭窄を認めたが、保存的に軽快した一例を経験したので考察を加え報告する。

66 リンパ節転移を伴った副乳頭原発カルチノイドの1手術例

¹ 岐阜厚生病院 消化器内科、² 岐阜厚生病院 外科、³ 岐阜大学病院 病理部、⁴ 岐阜大学医学系研究科 地域腫瘍学
○奥野 充¹、足立 政治¹、堀部 陽平¹、中村 憲昭¹、山内 治¹、齋藤公志郎¹、田中 秀典²、石原 和浩²、廣瀬 善信³、安田 一朗⁴

症例は50歳、女性。健康診断にて上部消化管内視鏡検査を施行し、ファーター乳頭よりやや口側にφ15mm大の粘膜下腫瘍を認めたため、精査加療目的に入院となった。腹部ダイナミックCTではファーター乳頭部付近に動脈相で強く濃染されるφ8mm大の腫瘍性病変と、膵頭部背側にφ9mm大のリンパ節と上腸間膜動脈遠位側にφ8mmのリンパ節腫脹を認めた。超音波内視鏡検査では、副乳頭部にφ9mm大の境界明瞭で類円形の低エコーを示す腫瘍性病変とφ8mm大のリンパ節腫脹を2カ所認めた。胆管、膵管には異常所見は認められず、下部消化管内視鏡検査、PET-CTでも異常所見は認めなかった。上部消化管内視鏡検査にてファーター乳頭より口側の粘膜下腫瘍から生検を行い、病理組織検査にて小胞状の異型細胞増殖を認め、免疫染色ではクロモグラニンA(+)、シナプトフィジン(+)、CD56(+)、MIB-1 index 1%以下の腫瘍を認めた。以上より膵頭部リンパ節転移に伴う副乳頭部原発カルチノイドと診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。術中所見では十二指腸下行脚に小指頭大の腫瘍を触知したが転移を疑うリンパ節は認めなかった。術後病理組織検査では、副乳頭部粘膜下層にφ9mm大のカルチノイドを認め、膵管侵襲および上膵頭後部リンパ節(13a)および上腸間膜動脈遠位リンパ節(14d)に転移を認め、術前診断に一致していた。術後これまでに再発は認めていない。副乳頭部カルチノイドは自験例を含め、1985年から現在までに国内外で38例報告を認め、このうち20mm以下のカルチノイドは32例であり、その17例(53%)にリンパ節や遠隔転移を認めている。一方で、十二指腸カルチノイドの転移の頻度は20mm以下では18%との報告もあることから、副乳頭原発カルチノイドは腫瘍径が小さくても高率にリンパ節転移をきたす可能性があり、外科的治療の際にはリンパ節への転移を考慮し可能な限り系統的リンパ節廓清を行うべきと考えられた。

67 IVRにより良好な止血が得られた出血性十二指腸潰瘍の一例

静岡済生会総合病院 消化器内科

○倉田 知幸、山口 晴雄、日比 知志、河合 学、神谷 麻子

【症例】80歳女性【主訴】吐血【既往歴】2005年；ペースメーカー挿入【現病歴】2013年1月に吐血を主訴に当院救命救急センターへ救急搬送された。【経過】来院時血圧は60/47 mmHgとショック状態にあったが、急速補液と輸血によりショック状態から離脱し血圧は安定した。緊急上部消化管内視鏡検査を行うと十二指腸球部前壁に血塊が多量に付着した潰瘍を認めたが、潰瘍が大きいうえに多量の凝血塊のため十分な視野の確保が困難で、観察時には既に自然止血が得られていたことから、トロンビン散布のみとし、PPI投与による加療を開始した。入院翌日に内視鏡再検査を行ってみると、活動性出血は認めなかったが潰瘍底に拍動を認める3mm大の露出血管を認め、来院時の出血状況を考えると安全に内視鏡的止血術を行うことは困難と判断した。腹部血管造影CT検査では、胃十二指腸動脈が十二指腸壁内に貫通しており出血源と考えられたため、腹部血管造影検査を行った。検査中に胃十二指腸動脈から造影剤の漏出を認めたため、同部にマイクロコイルによる塞栓術を施行し、止血術後は明らかな消化管出血の徴候は認めなかった。塞栓術4日後の内視鏡検査では潰瘍底に白苔が均一に付着し露出血管は埋没しており、塞栓術14日後の内視鏡検査では潰瘍が治癒傾向にあることを確認し退院となった。【結語】上部消化管出血に対する止血処置として第一選択は内視鏡的止血術で、当院でもほとんどの症例が内視鏡的に止血術が行われている。しかし今回の症例では、来院時の出血状況と内視鏡所見などから内視鏡的止血術はリスクが高いと判断し、当初よりIVRによる止血術を選択することでより安全且つ良好な止血を得ることができたものと考えている。内視鏡的に止血が得られない症例や、今回のように内視鏡的止血術が困難と判断される症例では、外科手術やIVRが必要となる症例が存在するため、治療法の選択や時期など適切な判断が必要であると考えられる。今回我々は、胃十二指腸動脈からの出血を伴った出血性十二指腸潰瘍に対して、IVRにて良好な止血が得られた一例を経験したので報告する。

68 胆嚢癌との鑑別を要した黄色肉芽腫性胆嚢炎の2例

¹木沢記念病院 総合診療科、²木沢記念病院 消化器科、
³木沢記念病院 外科、⁴木沢記念病院 病理診断科
 ○杉山 誠治¹、吉田 健作¹、足達 広和²、中川 貴之²、安田 陽一²、
 杉山 宏²、堀田 亮輔³、山本 淳史³、尾関 豊³、松永 研吾⁴

【症例1】60歳、男性。2012年1月より2型、高ウイルス量C型肝炎肝炎に対して2剤療法が開始され、7月にSVRが確認された。その際の造影CTで胆嚢底部に8mm大の多血性腫瘍を指摘されたが、2011年8月の造影CTではその所見は認めなかった。USでは胆嚢底部に内部が低エコーの腫瘍性病変を認めた。MRIでは拡散強調像で高信号を示した。PET-CTでは胆嚢底部の壁肥厚に一致して集積亢進を認めた。血液検査ではCEA 6.0ng/mlと軽度の上昇を認めた。以上より、胆嚢腫瘍の診断で、8月20日に手術を行った。手術は胆嚢摘出術、肝床切除術、胆管周囲リンパ節節清術を行った。摘出標本の病理組織診断は黄色肉芽腫性胆嚢炎であった。術後経過は良好で9月1日に退院となった。【症例2】68歳、女性。2012年12月中旬から腹痛があり、近医で投薬を受けたが改善せず、25日に当科を受診した。単純CTで胆嚢底部の壁肥厚、胆石を認め、造影CTでは胆嚢底部に不均一な造影増強効果を示す17mm大の壁肥厚を認めたが、2005年8月の単純CTではその所見は認めなかった。USでは胆嚢底部に壁肥厚を認め、その一部に血流の豊富な充実部を認めた。MRIでは胆嚢底部の壁肥厚はT2強調画像で著明な低信号を示し、拡散強調像では淡い高信号を示した。PET-CTでは胆嚢底部の壁肥厚に一致して集積亢進を認めた。血液検査では腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。以上より、黄色肉芽腫性胆嚢炎または胆嚢癌を疑い、2013年2月4日に手術を行った。術中の造影USでは腫瘍は周囲の胆嚢壁と同程度に造影された。以上より、癌よりも炎症を疑う所見であった。術中迅速病理検査では胆嚢管断端に悪性像を認めなかったため、拡大胆嚢摘出術を行い、リンパ節節清は行なわなかった。摘出標本の病理組織診断は黄色肉芽腫性胆嚢炎であった。術後経過は良好で、2月14日に退院となった。【結論】胆嚢癌との鑑別を要した黄色肉芽腫性胆嚢炎の2例を経験した。黄色肉芽腫性胆嚢炎は画像診断において、胆嚢癌との鑑別が重要であり、文献にて考察し報告する。

70 内視鏡的乳頭腫瘍切除術を『抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン2012』を遵守して遂行し後出血を来した1例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科、²名古屋第二赤十字病院、
³知多厚生病院
 ○大脇 俊宏¹、坂 哲臣¹、折戸 悦郎¹、林 克己¹、山田 智則¹、
 蟹江 浩¹、日下部篤宣¹、金本 高明¹、野村 智史¹、岩崎 弘靖¹、
 青木 美帆¹、吉峰 崇¹、野尻 優¹

慢性心房細動の既往があり、ブラビックス50mg/day、ワーファリン1.125mg/dayの2剤服用していた76歳の男性患者が、貧血精査目的に2012年10月5日上部消化管内視鏡検査を受けた。十二指腸乳頭部に径20mm大の腺腫が指摘された。2013年1月8日超音波内視鏡検査で、腫瘍の明らかな胆管腔管内進展や十二指腸壁浸潤を認めず、2013年1月9日に内視鏡的乳頭腫瘍切除術を予定した。抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン2012を遵守し、ブラビックス・ワーファリン内服中止し、ヘパリン置換とした(15000単位/day)。1月15日に乳頭部腫瘍に対してEMR施行し、胆管腔内にそれぞれプラスチックステントを留置し終了した。術中切除面から出血は全く認めなかった。処置翌日からヘパリン15000単位/dayワーファリン1.5mg/dayを再開したが、1月17日朝に吐血。出血性ショックをきたし、Hbの低下を3.3g/dl認めた。直ちにヘパリン・ワーファリンともに再度中止し、同日に緊急上部消化管内視鏡検査を行った。腫瘍切除面にはコアグラが大量に付着していた。トロンビン20000単位撒布し終了とした。1月21日に上部消化管内視鏡検査で止血が得られていることを確認し、同日にヘパリン15000単位/day、ワーファリン1.5mg/dayを再開、APTT/INRを確認しながら調整を行った。以後出血は認めなかった。ガイドラインにおいて、出血高危険度の内視鏡治療後の、抗血栓薬再開の目安は内視鏡的に止血が確認できた時点とあるが、低いレベルの根拠に基づいている。特に内視鏡的乳頭腫瘍切除術後は明らかな潰瘍面を形成性し、さらには、解剖学的に胃液、胆汁の暴露を直接受ける場所であり、治療後の抗血栓薬の再開時期に関してはより慎重になる必要があるだろう。

69 急性気腫性胆嚢炎に対し保存的治療にて治癒した1例

JA岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科
 ○野村 翔子、長屋 寿彦、宮本 陽一、荒川 直之、吉田 正樹、
 藤本 正夫、山瀬 裕彦

【はじめに】急性気腫性胆嚢炎はガス産生菌を起炎菌とする稀な疾患である。通常の急性胆嚢炎に比べて急速に重症化し、胆嚢の壊死、穿孔を起こす可能性が高いため、早期に胆嚢摘出術を行うことが望ましいとされている。今回、われわれは急性気腫性胆嚢炎に対し、保存的治療にて治癒した1例を経験したので報告する。【症例】80歳代女性。脊髄小脳変性症と陳旧性脳梗塞の既往があり、施設に入所中であった。2012年9月下旬より嘔吐、下痢、発熱が出現し、約1週間後に当院内科に受診された。採血にて炎症反応上昇(CRP36.2mg/dl、WBC13,850/μl)と、腹部CTにて胆嚢の腫大と壁肥厚、胆嚢の内腔と壁内にガス像を認め、急性気腫性胆嚢炎と診断し緊急入院とした。当院外科と相談した上、年齢や併存疾患などを考慮し、保存的に治療を行うこととした。入院同日に超音波ガイド下に経皮経肝胆嚢ドレーナージ術(PTGBD)を施行し、悪臭を伴う感染性胆汁を採取した。胆汁培養ではClostridium perfringens(ウェルシュ菌)が検出された。その後は絶食、抗菌薬などの保存的加療にて順調に症状と炎症反応は改善を認め、入院9日目より経口摂取を開始した。入院17日目、PTGBD造影では胆嚢内に複数の結石像を認めたが総胆管内に異常はなく、胆汁排泄は良好であったためドレーナージチューブを抜去した。その後も経過良好であり、入院28日目に退院とした。本症例では有石胆嚢であったが、温存を希望されたため待機的手術は行わなかった。【結論】本症例は急性気腫性胆嚢炎に対し、早期手術を行わず、保存的治療にて治癒した稀な症例と考える。近年、合併症を有し、全身状態が不良で、緊急手術は危険が大きいと判断された場合では、PTGBDで急性期を過ぎ、全身状態の改善を待って、待機的に手術を行い、良好な経過を得たとの報告例も散見される。症例によっては必ずしも早期手術を要するとは限らず、その重篤度や経過により待機的手術が適応になる場合も存在しうる。若干の文献的考察を加え報告する。

71 閉塞性黄疸を伴う石灰乳胆汁に対し、ERBDが奏功した一例

市立島田市民病院 消化器内科
 ○大徳 晋久、尾上 峻也、石橋 浩平、間濤 裕行、高橋 正彦、
 金山 広和、松下 雅広、森下 宗自

【症例】患者は57歳男性。2012年7月14日、心窩部痛を主訴に当科を受診した。腹部エコーで胆石性胆嚢炎、総胆管拡張を認め、血液検査ではT-Bil4.78mg/dl、ALP795IU/L、AST342IU/L、ALT387IU/L、γGTP1131IU/Lと閉塞性黄疸の所見を呈しており、精査加療目的にて当科入院となった。各種画像検査では、石灰乳胆汁による閉塞性黄疸と考えられた。ESTを考慮したが、比較的若年であり、乳頭機能温存を目的にERBDにより治療を選択した。ERBD後、胆管炎、胆嚢炎、閉塞性黄疸は改善を認めた。待機的に胆嚢摘出術を予定し8月4日退院となった。【考察】石灰乳胆汁はcalcium carbonateが胆汁中に析出することにより生じる稀な病態である。その成因は十分明らかでないが、胆嚢管の閉塞や狭窄が必須条件であり、炎症が加わることでよりカルシウムが析出する。即ち、こういった条件下では胆嚢内胆汁がアルカリ性に傾き、pH6.6以上となるとcalcium carbonateが析出するとされる。その治療については、石灰乳胆汁の形状、粘度、硬度は様々であり、通常は外科的切除とされている。自然流出の報告もあるが、ERBDで閉塞性黄疸を解除し得た石灰乳胆汁の例は比較的稀である。今回、我々は乳頭機能温存を考慮し、ERBDで閉塞性黄疸を解除し得た石灰乳胆汁の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

72 大腸癌による悪性胆道狭窄に対して inside stent を留置した 5 例の検討

伊勢赤十字病院 消化器内科

○川口 真矢、伊藤 達也、村林 桃士、三浦 広嗣、高見麻祐子、山本 玲、山村 光弘、東谷 光庸、大山田 純、福家 博史

【目的】悪性胆道狭窄に対する経乳頭のな内瘻化に際してチューブステント(TS)とメタリックステント(MS)が使用される。近年、悪性胆道狭窄に対して TS の下端を胆管内腔に留置する胆管内留置法(inside stent)が提案され、下端を十二指腸内とする従来法よりも開存期間の延長が認められている。一方、Uncovered MS 留置では ingrowth があること、re-intervention が極めて困難であることが問題点である。当院において inside stent を留置した 39 症例のうち、大腸癌肝転移もしくはリンパ節転移による閉塞性黄疸に対し inside stent を施行した 5 症例について retrospective に検討した。基本的に留置に際し乳頭切開は付加せず、TS は Flexima Biliary Stent 7Fr(Boston 社製)を使用した。【結果】2010 年 12 月～2013 年 2 月の期間に inside stent を留置した 5 症例の内訳は男性 1 例、女性 4 例、年齢の中央値は 69 歳(28-90 歳)であった。原疾患は直腸癌 1 例、S 状結腸癌 1 例、上行結腸癌 2 例、家族性大腸腺腫症に伴う多発進行大腸癌 1 例であった。胆管狭窄の原因は肝転移 3 例、リンパ節転移 2 例であった。狭窄部位は 5 例全例が肝門部から上部胆管であった。TS の留置本数は 1 本が 4 例、2 本が 1 例であった。留置時期に関しては治療前の初診時が 1 例、化学療法中が 3 例、緩和療法中が 1 例であった。全例で減黄が可能で、治療前および化学療法中の症例では化学療法が可能となった。留置方法は 5 例とも一期的留置であった。合併症として 1 例に高 Amy 血症を認めた。留置後の観察期間は 30～186 日と短い、1 例が黄疸再燃のため 30 日で MS へ入れ替えた以外は、閉塞なく経過している。【結語】患者背景および re-intervention を考慮すると、inside stent は大腸癌による胆道狭窄に対する経乳頭のな内瘻化の一つになり得ると思われる。

73 ステロイドが著効し、自己免疫の関与が疑われた肝門部胆管狭窄の 1 例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○杉本 真也、松林 宏行、角嶋 直美、田中 雅樹、滝沢 耕平、堀田 欣一、今井健一郎、川田 登、五十嵐公洋、吉田 将雄、新城 邦裕、小野 裕之

【症例】70 歳代、男性。黄褐色尿を主訴に前医を受診し、精査加療目的で当院紹介受診となった。既往歴、生活歴に特記事項は認めなかった。腹部造影 CT では肝門部胆管に後期動脈相から門脈相にかけて濃染する結節性病変を認めた。脾腫大は認められなかった。内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)では肝門部に高度の、下部胆管に軽度の segmental stricture を認め、肝門部胆管癌または IgG4 関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)を疑った。管腔内超音波検査では肝門部から下部胆管まで連続する壁肥厚が確認された。膵管には狭細像を認めなかった。胆管生検を計 2 回施行したが悪性所見はなく、10 個/HPF の IgG4 陽性細胞を認めた。血清 IgG 値は 889mg/dl、IgG4 値は 6.1mg/dl であり、ともに基準範囲内で自己抗体(抗核抗体、リウマチ因子(RAPA))も陰性であった。IgG4-SC の診断基準は満たさなかったが、胆管生検結果から自己免疫が関与した硬化性胆管炎を疑い、ステロイド内服治療(30mg/day)を開始した。2 か月後の ERCP で胆管狭窄は改善しており、胆管生検で IgG4 陽性細胞の消失を確認した。その後はステロイドの投与量を漸減しつつ、CT・血液検査で経過観察中である。1 年 4 か月の経過観察期間中に、血清 IgG 値の上昇(1957mg/dl)と抗核抗体(80 倍)、RAPA(80 倍)の陽性化を認めたものの、胆管狭窄の再燃は指摘できていない。【考察】脾病変を伴わない肝門部胆管狭窄例では IgG4-SC、原発性硬化性胆管炎、および肝門部胆管癌の鑑別が重要となる。本例は胆管生検組織に IgG4 陽性細胞を認めるものの、IgG4-SC の診断基準は満たしていなかった。ステロイド治療に反応したこと、自己免疫の関与の疑われた肝門部胆管狭窄例であり、不要な手術を回避するという観点からもこのような症例の存在を念頭に置くことが重要と考えられた。

74 IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○近藤 貴浩、黒石 健吾、中村 尚広、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、高橋 好朗、小柳津竜樹

【症例】60 歳代男性【主訴】肝機能障害【既往歴】なし【臨床経過】心窩部痛を主訴に前医受診し肝機能障害(AST 478IU/L、ALT 797IU/L、ALP 1254IU/L、 γ -GTP 1257IU/L、T-Bil 1.0mg/dL)を認め、当院を紹介された。腹部 CT で、明らかな脾腫大は認めず、総胆管から肝内胆管にかけて拡張を認めた。血中 IgG4 625mg/dl と高値であった。ERCP では、主膵管の狭細像を認めず、下部胆管に強い狭窄と中部胆管の毛羽立ち様所見を認めた。狭窄部の生検・細胞診では悪性細胞を認めず、炎症は軽度で繊維化を認めた。以上より IgG4 関連硬化性胆管炎が疑われた。治療はプラスチックステント留置後、PSL30mg より内服を行った。約 1 ヶ月後、胆管造影すると胆管狭窄は改善を認めた。ステロイド漸少し現在寛解状態である。【考察】IgG4 関連硬化性胆管炎は高頻度(90%以上)に自己免疫性肝炎を合併する。しかし、本症例では明らかな脾腫大や膵管の狭細像は認めず、自己免疫性肝炎の併発は認めなかった。下部胆管のみの狭窄を認める症例でも頻度は低いものが自己免疫性肝炎を伴わない IgG4 関連硬化性胆管炎を鑑別に含めなければならない。

75 胆管穿孔の 1 例

静岡県立総合病院 消化器内科

○青山 春奈、菊山 正隆、榎田 浩平、山田 友世、重友 美紀、黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

【症例】46 歳、男性。数日続く心窩部痛にて紹介。既往歴に腎不全があり透析中。体温 37.5℃、血圧 120/60、貧血黄疸なく心窩部に圧痛を認めた。血液検査にて WBC17500/ μ l、CRP29.06mg/dl の炎症反応があり、肝胆道系酵素は γ GTP197IU/L の異常を認めた。腹部造影 CT にて胆嚢腫大、胆管拡張はないが、下部胆管内に小さな石灰化結石と総肝動脈周囲に少量の液体貯留を認めた。第 2 病日に総胆管結石に対し ERBD を留置した。その際の胆管造影にて 3 管合流部より造影剤の漏出を認めた。胆管穿孔と診断した。第 3 病日の CT にて総肝動脈周囲の液体貯留は減少しているものの、肝被膜下の広範囲に液体貯留を認めた。胆嚢は縮小していた。肝被膜下貯留液の経皮的穿刺にて黄色の液体を吸引し、T.Bil 19.7mg/dl であった。経皮的にドレナージチューブを留置した。発熱、腹痛は軽快したが、排液量は 1 日 300～600ml と持続し血液検査における炎症反応軽快しないことから、第 9 病日 ENBD を留置した。ENBD 造影にて 3 管合流部からの造影剤漏出を再度確認した。内視鏡的治療により治療困難と判断し、第 10 病日に胆嚢摘出術、3 管合流部直下の妻孔閉鎖術、T チューブ留置を行った。術後経過良好であり、第 33 病日に退院した。T チューブは第 110 病日に抜去された。【考察】胆管穿孔の 1 例を経験した。総胆管結石陥頓による胆管内圧上昇による 2 次性の可能性が推察された。稀な病態と思われる報告した。

76 低位遺残胆嚢管に下部胆管屈曲を合併した一例

富士宮市立病院 内科

○高野 亮佑、鈴木 崇弘、杉山 智洋、鏡 卓馬、奥谷 敬文

【はじめに】胆摘後症候群のうち胆摘後も術前からの症状が改善しないものは、胆嚢以外の病変の遺残が原因とも言われており、その大半は遺残胆嚢管内の遺残・再発結石あるいは断端神経腫によるものであったりする。今回我々は低位遺残胆嚢管に下部胆管屈曲を合併した症例を経験したので報告する。【症例】57歳女性。繰り返す胆石発作に対し、2002年に他院にて腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行されたが、その後も数年毎に胆石発作様の症状を呈し、医療機関への受診歴はあるものの鎮痛剤等の対症療法にて経過観察とされてきた。2012年3月、嘔気、右季肋部痛を主訴に近医受診。肝胆道系酵素異常にて当院紹介受診となった。来院時検査結果はWBC3200/ μ l、T.Bil0.75mg/dl、AST90IU/l、ALT208IU/l、ALP235IU/l、 γ -GTP224 IU/l、AMY50 IU/l、CRP0.35mg/dl。CTにて明らかな胆管・膵管の拡張は認めなかったものの胆道結石の存在を疑って入院とした。入院翌日にERCP施行。胆道造影にて胆道結石は認めなかったものの、下部胆管屈曲所見と遺残胆嚢管が低位合流している所見を認めた。下部胆管での胆汁うっ滞に伴う胆管内圧上昇によって腹痛が起りえると考え、内視鏡的乳頭切開術を施行した。術後軽度の胆管炎を呈したものの数日にて軽快。退院後は腹痛症状の再燃は認めていない。【考察】胆道走行および胆嚢管合流異常のバリエーションは多く、今回の症例では低位胆管合流タイプであった。低位合流タイプの特徴として、胆嚢管と膵管開口部の距離が短く、容易に胆汁・膵液が逆流しやすく、胆石・胆管炎・膵炎合併が高率であるという報告が散見される。下部胆管屈曲の原因としては胆嚢管低位合流による経年の胆汁逆流から胆汁うっ滞を呈した結果と考えた。このような胆汁流出障害に関してはOddi括約筋機能不全を生じていると思われ、内視鏡的乳頭切開術は有効であると考えられた。

77 ダブルバルーン内視鏡、ステントリトリバーが有用であった胆管癌術後再発胆管狭窄の1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○井上 匡央、奥村 文浩、鈴木 雄太、市川 紘、福定 繁紀、
加地 謙太、安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 裕忠、西 祐二、
水島 隆史、佐野 仁

【背景】近年、術後再建腸管に対する ERCP においてダブルバルーン内視鏡 (DBE) の有用性が報告され、当院でも 2006 年より導入し、積極的に施行している。しかし専用の処置具が整備されているわけではなく、開口部に到達しても処置の完遂が困難な症例も存在する。今回、胆管癌術後再発による高度胆管狭窄に対して、DBE 下での Cook 社製 Soehendra Stent Retriever (SSR) を用いた狭窄解除が奏功し、内視鏡的ドレナージが可能となった症例を経験したので報告する。【症例】66 歳、男性。1 年前に下部胆管癌に対し SSPPD を施行、再発なく経過していたが、平成 25 年 2 月、発熱、右季肋部痛を認め当科受診となった。血液検査では炎症反応と肝胆道系酵素の上昇を認めた。造影 CT では肝門部に胆管癌再発を認め、同部より上流の肝内胆管の拡張、また約 35mm 大の肝膿瘍を認めた。経皮的肝膿瘍ドレナージを施行し速やかに症状、炎症反応は改善した。ドレナージルートを通じて、経皮的に胆管狭窄部の処置を考慮したが困難であり、経口的に行う方針とした。DBE を挿入し胆管空腸吻合部に到達すると、胆管内は充実性腫瘍で覆われていた。造影すると約 1cm 程の不整狭窄を認め、上流胆管は拡張し泣き別れていた。狭窄部は 0.025inch ガイドワイヤーは突破可能であったが、カニューレは通過できず、胆管拡張ダイレーターも全く挿入出来なかった。そこで SSR による狭窄解除を試みた。有効長不足に対しては、鉗子ロッキングを切断し、根元まで挿入することで到達可能であった。時計回りに回転させ徐々に進めることで狭窄解除し得た。7Fr×5cm ストレートステントを左肝管、右前区域に留置し終了とした。ドレナージは良好であり、現在まで再燃なく化学療法施行中である。【考察】SSR はステント回収目的に開発された処置具だが、主に狭窄の解除に対しては有用性が報告されている。本症例のような高度狭窄、DBE のためスコープが安定しないような状況下でも威力を発揮し、有用な選択肢の 1 つと考えられた。

79 腫瘍壊死により術前の質的診断が困難であった胆管癌の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○田中 卓、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、
山田 雅弘、山本 英子、竹山 友章、田中 浩敏、鈴木 博貴、
廣瀬 崇、芳川 昌功、岡村 正造

【背景】胆嚢病変において、CT での造影剤による血行動態把握は必須のものとなっている。また、造影剤を使用した超音波診断は近年、その有用性についての報告が散見される。今回我々は、腫瘍の壊死性変化により術前の造影検査で血流を認めず質的診断が困難であったが、超音波内視鏡検査 (EUS) での胆嚢壁の所見、胆嚢二重造影検査による側面変形により胆嚢癌を疑い、診断した一例を経験したので報告する。【症例】70 歳代男性【既往歴】虫垂炎切除、高血圧症、糖尿病、狭心症【現病歴】2013 年 1 月、前胸部痛を主訴に当院救急外来受診。胆石を指摘され当科紹介となった。初診時腫瘍マーカーは CEA 1.0 ng/mL、CA19-9 5.5 U/mL であった。体外式腹部超音波検査 (US) では、胆嚢底部に 18.9×19.2 mm 大で輪郭が整、類円形で内部エコーは不均一で高低エコーを呈する病変を認めた。color Doppler imaging で血流シグナルを認めなかった。病変は広基性であり、体位変換によって可動性を認めなかった。一方で、病変は造影 CT 検査で造影効果を認めなかった。また、Sonazoid[®] を用いて施行した造影 US においても病変は血流を認めず、sludge ball と診断された。超音波内視鏡検査 (EUS) を施行したところ、病変は広基性の充実性病変として認識され、病変部分の胆嚢壁の外側高エコー層のわずかな引きつれを認め、胆嚢癌の存在を疑った。膵胆管合流異常は見られなかった。入院精査となり、ERCP を施行した。胆道直接造影下にガイドワイヤーで胆嚢管を選択し、経乳頭筋の経鼻胆嚢ドレナージを留置した。同時に行ったウログラフィンによる胆嚢二重造影では、隆起性病変とともに側面像で胆嚢壁の変形を認め、EUS に合致する所見が得られた。連日繰り返した胆汁細胞診で adenocarcinoma が検出された。以上より、深達度 5 深層以深の胆嚢癌と診断し、胆嚢摘出術、肝床合併切除、胆管切除術を施行した。術後の病理組織結果は Well differentiated adenocarcinoma pT2 ss pHnf1a で、血管、リンパ節転移を認めなかった。病変の基部には血栓を認め、隆起部分は大部分が壊死していた。

78 Choledochocoele の合併が疑われた下部胆管癌の1例

高山赤十字病院 内科

○小原 功輝、加藤 潤一、杉山 智彦、今井 奨、牧谷 光晴、
下地 圭一、浮田 雅人、白子 順子、棚橋 忍

【症例】61 歳、女性。既往歴は 37 歳時に胃癌で幽門側胃切除術 (Billroth-II 法再建)。2012 年 10 月 29 日に腰痛のため接骨院に行ったところ、皮膚黄染を指摘されたため、30 日に近医を受診した。血液検査で肝障害、黄疸を認めたため、31 日に当院紹介受診となり精査加療目的で入院。入院時、T-bil 6.3mg/dl、AST 115IU/l、ALT 96IU/l、LDH 186IU/l、ALP 2259IU/l、γGTP 982IU/l と、高度の黄疸、肝胆道系酵素の上昇を認めた。入院時造影 CT では肝内胆管や総胆管拡張がみられ、下部胆管での狭窄を認めた。乳頭部近傍で 13mm 大の結節を認め、狭窄原因と考えられた。その尾側胆管の十二指腸側には 10mm 大の囊胞性病変が十二指腸側に突出していた。入院翌日に、幽門側胃切除術 (Billroth-II 法再建) 施行後であったため、側視鏡での処置は困難と判断し、小腸内視鏡を用いて内視鏡的ドレナージを試みた。乳頭口側の十二指腸壁は囊状に膨隆しており、choledochocoele が疑われた。カニューレを試みるも困難であり、プレカットを施行したところ乳頭から湧出性の出血をきたし、止血のみで終了。翌日経皮経管胆道ドレナージを行った。26 日に経皮経肝胆道鏡にて狭窄部の擦過細胞診、生検を行ったが、病理では悪性所見はえられなかった。小腸内視鏡でランデブーテクニックを用い 12 月 3 日に下部胆管狭窄、胆管開口部付近の乳頭から生検し、adenocarcinoma を認め下部胆管癌と診断した。当院外科で 1 月 8 日に膵頭十二指腸切除術を施行し、T2N0M0 stage II であった。【考察】Choledochocoele の合併が疑われた下部胆管癌の 1 例を経験した。内視鏡、CT 所見からは囊胞性病変は choledochocoele が疑われたが、胆管造影で胆管との交通が認められなかった。Choledochocoele 内に癌を合併し、下部胆管の狭窄をきたしたため胆管から癌が造影されてこなかったと推察した。Choledochocoele はまれな疾患ではあるが、近年は胆道癌の high risk とする報告もあり、貴重な症例と考え若干の文献的考察も加え報告する。

80 左肝管原発 IPNB (Intraductal papillary neoplasm of the bile duct) の1例

済生会松阪総合病院 外科

○西村 廣明、市川 健、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰、
長沼 達史

IPNB は胆管内での胆管被覆上皮の乳頭状増殖、粘液の産生性、病変部胆管に隣接した中樞胆管腔の拡張といった特徴を有する病変として定義づけられている。今回我々は粘液による閉塞性黄疸にて発症した左肝管原発の IPNB の 1 切除例を経験したので報告する。【症例】70 歳代女性。【主訴】上腹部痛。【既往歴】10 年前両側ソレイヘルニエ手術。1 年前急性胆嚢炎にて他院にて開腹胆嚢摘。【現病歴】2012 年 7 月中旬 右上腹部痛にて近医入院。その際の画像診断にて肝内胆管の拡張と総胆管内の陰影欠損を認め、精査加療目的に当院に転院。【血液検査所見】WBC 10000/μL、CRP 3.4mg/dL、T.Bil 6.3mg/dl、ALP 1895IU/L、γGTP 462IU/L、CA19-9 3767U/mL【画像所見】US: 両側の肝内胆管の拡張、総胆管の拡張あり。plainCT: 両側肝内胆管と総胆管の拡張および少量の腹水あり。閉塞性黄疸と診断し入院となり ERCP を行った。乳頭の開大は認めず ENBD を挿入した。ENBD 造影: 左肝管、総胆管に陰影欠損を認めた。総胆管結石を疑い EPBD を行いバスケットにて総胆管内を搔爬すると粘液が抽出された。胆汁細胞診は陰性。粘液除去後の造影 CT では右肝管と総胆管の拡張は改善するも左肝管の拡張は残存していた。MRCP: 左肝内胆管の拡張と左肝管内に 8mm 大の腫瘍像を認めた。IDUS: 左肝管に隆起性病変あり。PETCT: 明らかな集積なし。以上より左肝管原発の IPNB と診断し尾状葉合併肝左葉切除+肝外胆管切除を施行した。摘出標本では左肝管内には粘液が充満していた。病理所見: 胆管内に粘液とともに腫大した核を有する乳頭状の細胞増生とともに、周囲間質に粘液の漏出様構造も認め、IPNB 由来の粘液癌 Stage I と診断した。【まとめ】腫瘍の局在診断には MRI、IDUS が有用であった左肝管原発の IPNB の 1 切除例を経験した。

81 胆管ステントを計3回留置し、GEM 単独療法により 長期生存が可能であった胆管癌の1例

市立湖西病院 内科
○堀尾 嘉昭

症例は76歳男性。2009年6月に上腹部不快を主訴に近医を受診し、血液検査で肝機能障害を指摘され、当院に紹介された。腹部CT上は肝内胆管の軽度の拡張を認めたが、明らかな肝内占拠性病変は認めなかった。ERCPでは右前区域枝・右後区域枝・左肝管及び総胆管での不整狭窄像を認めた。胆汁細胞診ではclass 4の結果で、胆管内発育型胆管癌と診断した。リンパ節転移や遠隔転移は認めなかったが、病変が広範囲に及んでおり、患者本人が手術治療を希望しなかったため、胆管癌に対してGemcitabine (GEM) 療法を開始した。経過中2011年4月に肝機能が悪化し、ERCPで右前区域枝及び総胆管の狭窄の悪化を認めたため、胆管ステント (non-covered・Wallflex® ステント) を留置した。2011年11月、2013年3月にも肝機能が増悪し、ERCPでステント内へのtumor ingrowthを認めたため、それぞれ胆管ステントの留置 (ステント in ステント) を行った。経過中胆管炎と閉塞性黄疸の増悪を繰り返しながらも、初診から3年10カ月を経過した現在も生存中である。こうした胆管癌での長期生存例は稀と考えられ、今回若干の文献的考察を加え、報告する。

82 Sister Mary Joseph' s nodule を契機に発見された 脾癌の 1 例

浜松医療センター 消化器内科

○岩岡 泰志、影山富士人、松永英里香、石田 夏樹、太田 和義、
下山 真、松浦 愛、末廣 智之、森 泰希、住吉 信一、
川村 欣也、吉井 重人、山田 正美

【はじめに】 臍への悪性腫瘍の転移は Sister Mary Joseph's nodule(SMJN) として知られ、Virchow 転移や Schnitzler 転移と同様予後不良な徴候とされている。今回我々は臍部の腫瘍にて発症した脾尾部癌に伴う SMJN 症例を経験したので報告する。【症例】 54 歳男性。平成 24 年 12 月より臍のしみる感じや擦過での痛みを自覚していた。平成 25 年 2 月上旬に近医皮膚科を受診し、皮膚腫瘍を疑われ当科紹介となった。臍部の皮下に硬結を伴う腫瘍を認め、生検にて腺癌の所見を認めた。また腹部 CT および MRI にて脾尾部に 8cm 大の囊胞成分を伴う腫瘍を認め、さらに肝両葉に多発性腫瘍および腹膜播種を認めた。腫瘍マーカーは CEA47.3ng/ml、CA19-9 1148U/ml と高値であった。血液・画像検査より肝転移・腹膜播種に加えて臍転移を来した脾尾部癌と診断し、臍部の所見はいわゆる SMJN と診断した。また脾尾部の腫瘍は二次的な囊胞形成を伴うものと判断した。治療については 2 月下旬より GEM1000mg/m² + TS-1 80mg/m² による化学療法を開始した。25 年 4 月現在 2 コース目の化学療法を行っているが、副作用や症状の増悪はなく経過しており、引き続き厳重な管理のもと治療を継続する予定である。【考察】 内臓癌の皮膚転移は剖検上全内臓悪性腫瘍の 1.4-4.4% とまれであり、さらに臍転移はそのうちの 4-5% に過ぎないとされている。SMJN の原発臓器として胃・脾臓・大腸・卵巣などが知られているが、いずれも原発巣に先行して発見されることも多く予後は著しく不良である。日常診療において十分注意すべき症状であるとともに、SMJN が疑われる場合は迅速な全身検査・治療方針決定が重要と考える。若干の文献的考察を加え報告する。

84 末梢脾管から発生したと思われる脾癌の一例

公立陶生病院

○古根 聡、森田 敬一、黒岩 正憲、林 隆男、清水 裕子、
松浦 哲生、竹中 宏之、鈴木 静乃、石川 恵里、鳥山 和浩、
吉崎 道代

症例は 50 歳女性、主訴は嘔吐。既往歴・内服薬は特になく、身長 161.4cm、体重 50.6kg と痩せ形であった。現病歴は、約 1 ヶ月前より 2 日に 1 度嘔吐してしまうようになり、原因精査のため 2012 年 3 月 15 日近医より紹介を受けた。血液生化学的検査では Alb 3.4g/dl と低栄養を認めたほかは特記すべき異常所見を認めず、腫瘍マーカーは CEA 1.2ng/ml、CA19-9 16.9U/ml と正常であった。来院時の腹部単純 CT では胃から十二指腸下行脚にかけての著明な拡張を認めたため、SMA 症候群様の病態を疑い入院とした。造影 CT にて、脾鉤部の辺縁より十二指腸水平脚に浸潤する造影効果に乏しい 2cm 大の腫瘍性病変が疑われた。上部内視鏡検査では、胃でたわんでしまい同部の観察は困難であったため下部消化管内視鏡である PCF260 を用いて同部を観察した。狭窄部は固く、ファイバーの通過は困難であった。狭窄部に褪色調のびらんを認めたが腸管外よりの浸潤が疑われる像であった。同部より生検をしたが悪性組織は検出されなかった。PET CT では有意な集積は認められなかった。以上の所見より、十二指腸癌やその他の良性疾患などによる狭窄よりも、脾臓辺縁より発生した脾癌が第一に考えられた。2012 年 4 月 23 日、幽門温存脾臓十二指腸切除術を施行した。脾鉤部から広範な神経浸潤を伴う腫瘍が認められた。組織型は高分化型腺癌で脾臓の辺縁から発症し、脾実質内への進展は少なく、十二指腸漿膜側から十二指腸壁内へ進展していた。当初十二指腸癌との鑑別が問題となったが、十二指腸粘膜面には癌は認められず、脾臓縁より発生した脾癌と診断した。術後補助化学療法として GEM 療法を計 6 コース施行したが、2013/1/24 に両側卵巣の囊胞性腫瘍を認め、また急速に増大・圧排状態を来したため両付属器切除術を施行、脾癌の転移再発と診断された。脾臓縁より発生したと考えられる脾癌の一例を経験したので、報告する。

83 副脾管領域に IPMN と浸潤性脾癌を併発した一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○海野 修平、芳澤 礼、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、
木全 政晴、館野 誠、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、
細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は 64 歳男性。黄疸を認め当院紹介され入院精査となった。CT で肝内胆管・総胆管の拡張があり、脾頭部の十二指腸に接した領域に 20mm ほどの造影効果の乏しい腫瘍を認め閉塞機転と考えられた。また腫瘍のすぐ尾側に 20mm 大の囊胞性病変を認めた。MRI では腫瘍は造影早期に辺縁が染まり、平衡相で全体が染まる腫瘍を認め、それより上流の胆管の拡張を認めた。その尾側には IPMN を疑う多房性の囊胞性病変が存在していた。EUS では脾頭部に 19mm 大の腫瘍があり、十二指腸筋層と連続し、この腫瘍近傍には内部隔壁を伴う多房性囊胞性病変を認めたが、内部には明らかな結節を認めなかった。ERCP では主乳頭は開大し粘液の流出を認めた。また副乳頭と考えられる主乳頭口側の十二指腸粘膜には易出血性の不整隆起を認め、腫瘍の浸潤が考えられた。脾管造影では副脾管は拡張し、内部に粘液と思われる透亮像を認めた。胆管造影では中下部胆管に 13mm ほどの狭窄を認め、減黄のため EBD を挿入した。十二指腸生検、胆管ブラシ細胞診より腺癌を認めており、上記検査より副脾管から発生した脾癌の十二指腸浸潤と副脾管領域の分枝型 IPMN と考えられた。腫瘍が IPMN 由来か併存かの鑑別は困難であったが、IPMN を疑う囊胞は腫瘍のすぐ近傍に存在しており IPMN 由来脾癌を念頭に置き、外科にて亜全胃温存脾臓十二指腸切除術(SSPPD)を施行した。病理では副脾管部分に浸潤性の管状腺癌を認め、十二指腸に浸潤していた。また、副脾管に連続した囊胞を認め粘液を伴っており IPMN と考えられた。IPMN には上皮内癌に相当する変化は認められたものの、組織学的移行は断定できず IPMN に併存した脾癌と考えられた。IPMN と通常型脾癌が非常に近接した症例であり、併存脾癌であるのか、由来脾癌であるのかを判断するのに苦慮した一例であった。文献的考察を含めて報告する。

85 胆管、十二指腸のダブルステントINGが奏功した脾癌 十二指腸浸潤の 2 例

愛知厚生連江南厚生病院 消化器内科

○安藤有希子、佐々木洋治、吉田 大介、中村 陽介、伊佐治亮平、
丸川 高弘、酒井 大輔、伊藤 信仁、植月 康太、末澤 誠朗、
鈴木 智彦

脾癌の胆管、十二指腸浸潤に対するダブルステントINGにおいては両ステントの留置時期や留置形態に関して工夫が必要である。今回われわれは胆管、十二指腸にダブルステントINGを施行し、良好な経過を得た 2 例を経験したので報告する。【症例 1】 70 歳代、男性。2011 年 5 月黄疸を主訴に当院受診。精査にて脾頭部癌による閉塞性黄疸と診断。胆道閉塞に対して経乳頭的に partial-covered WallFlex™ 胆道用ステント (BS) 長さ 80mm、ステント径 10mm (Boston Scientific Japan) を挿入した。その後外来にて化学療法を継続したが、BS 挿入 17 か月後より食後の腹部膨満感、嘔吐が出現した。腹部 CT 検査にて著明な胃拡張を確認し、消化管造影検査にて十二指腸水平脚に高度不整狭窄を認めた。脾癌の浸潤による十二指腸狭窄と診断した。バイパス術は希望されず BS 挿入 18 ヶ月後に十二指腸水平脚に WallFlex™ 十二指腸用ステント (DS) 長さ 60mm、ステント径 22mm を十二指腸水平脚に留置した。その後、通常の経口摂取が出来るまでに回復し退院となった。【症例 2】 80 歳代、女性。反復する嘔吐を主訴に 2013 年 1 月当院受診。腹部 CT 検査にて脾頭下部に不整な低吸収域を認め、上流の胆管拡張と胃、十二指腸の著明な拡張を認めた。脾頭部癌の胆管、十二指腸浸潤と診断した。十二指腸内視鏡検査では十二指腸下行脚に全周性高度狭窄を認め、狭窄口側に位置する主乳頭は著しく偏移していた。十二指腸造影検査にて十二指腸下行脚から下十二指腸角にかけて約 25mm 長の狭窄を確認した。胆道閉塞に対して経乳頭のステント留置を先行し、full-covered BS (長さ 80mm、ステント径 10mm) を乳頭から長めに突出させて留置した。BS 挿入 4 日後に DS (長さ 120mm、ステント径 22mm) 挿入を行い、BS と DS が side by side となる形態で留置した。その後の経過は良好で全粥食の摂取が可能となり退院となった。

86 頸椎転移を契機に発見された膵尾部癌の 1 例

¹ 伊勢赤十字病院 消化器内科、

² 静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○村林 桃士¹、川口 真矢¹、杉本 真也²、伊藤 達也¹、三浦 広嗣¹、
高見麻佑子¹、山本 玲¹、山村 光弘¹、東谷 光庸¹、大山田 純¹、
福家 博史¹

【症例】60 歳男性。糖尿病にて内服加療中、3 か月間続く右肩痛を主訴に 20XX 年 7 月当院整形外科を受診した。CT、MRI にて第 5 頸椎に腫瘍性病変を指摘され、原発巣の検索目的の胸腹部 CT にて膵尾部に腫瘍を認めたため、当科へ紹介となった。血液検査では、CA 19-9 73099 U/ml と腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部 CT では、膵尾部に脾門部と接する 7×5cm 大の周囲膵より造影効果の乏しい腫瘍を認めたが、頸椎以外に転移性病変は認めなかった。膵尾部腫瘍は、EUS 上、辺縁不整な低エコーを呈し、EUS-FNA にて、ductal adenocarcinoma, well differentiated type と病理診断された。頸椎病変は MRI 上、造影効果を伴った骨硬化性病変であり、骨シンチでも強い集積を認めた。以上の結果より、頸椎転移を伴った膵尾部癌 cStageIVb と判断し、gemcitabine による化学療法と頸椎転移に対し疼痛緩和目的の放射線療法を施行した。その後、原発巣、頸椎転移巣も次第に増大し、13 か月後に永眠された。【考察】本症例は、頸椎転移を契機に膵尾部癌が発見されたが、これまで骨転移を契機に発見された膵癌症例の本邦報告例は 5 例（会議録を除く）と少なく、また、頸椎のみに転移を認めた膵癌もまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

87 継時的変化を造影 EUS により観察し得た IPMC の 1 切除例

¹ 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、
² 名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部
 ○桑原 崇通¹、廣岡 芳樹¹、伊藤 彰浩¹、川嶋 啓揮¹、大野栄三郎²、
 伊藤 裕也¹、杉本 啓也¹、鷲見 肇¹、大樹剛¹、森島 大雅¹、
 船坂 好平²、中村 正直¹、宮原 良二¹、後藤 秀実^{1,2}

症例は 80 歳代男性。主訴は主膵管拡張の精査目的。既往歴は心筋梗塞、肺気腫、慢性腎不全、糖尿病、右足背有棘細胞癌術後など多数の疾患を認めた。現病歴は 2011 年 6 月、皮膚科にて施行した経過観察目的の CT で、主膵管拡張を指摘され当科紹介となり、精査目的で同月入院となった。腹部 CT では、主膵管は径 8mm に拡張し、膵体部に 22mm 大の多房性嚢胞性病変を認めた。EUS では、嚢胞は主膵管と交通し、嚢胞内と主膵管壁に多数の結節が描出された。Sonazoid®を用いた造影 EUS では、主膵管壁と、嚢胞内に存在する結節の一部に造影効果を認めたが、大半の結節は造影されず粘液塊と診断した。膵管造影では、粘液が充満し拡張した主膵管を認めた。造影圧を上げたが、嚢胞は造影されず、また膵液細胞診は陰性であった。以上より混合型 IPMN と診断し、手術適応と考えたが基礎疾患が多く経過観察とした。8 か月後に精査を行ったところ、腹部 CT では、主膵管の拡張を認め、嚢胞径も増大し、嚢胞内に造影効果を認める結節を認めた。EUS では、主膵管径と嚢胞径が増大し、嚢胞壁と主膵管壁に連続する表面不整で造影効果を有する 8mm 大の結節を認めた。膵管造影では、粘液が充満し拡張した主膵管内に 10mm 大の透亮像を認めた。膵液細胞診は疑陽性であった。以上より IPMC と診断し、膵体尾部切除術を施行した。最終病理診断は pTis, pN0, sM0, fStage 0 であった。

89 膵管癒合不全に合併した混合型膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例

¹ 岐阜赤十字病院 消化器内科、² 岐阜赤十字病院 外科、
³ 岐阜赤十字病院 放射線科
 ○松下 知路¹、杉江 岳彦¹、出田 貴康¹、高橋 裕司¹、伊藤陽一郎¹、
 名倉 一夫¹、後藤 裕夫³、柳井 航也²

【症例】67 歳 女性【主訴】主膵管拡張【既往歴、家族歴】特記すべきことなし【現病歴】食欲不振にて近医受診、同院にて CEA の高値を認め、PET-CT を施行された。この時主膵管拡張を指摘され、精査・治療目的で当科へ紹介された。【現症】結膜 貧血 (-)、黄疸 (-) 心肺所見 特記すべき事項なし 腹部 平坦、軟、圧痛 (-) 肝、脾、腫瘍触知せず【入院時検査成績】CAE9.2, Elastase- 1 610 と軽度高値を認めた。腹部 CT では膵体尾部に主膵管の拡張および尾部の多発のう胞病変を認めた。FDG-PET では、膵尾部のう胞病変の中等度の信号域であった。MRCP, EUS では膵尾部のう胞病変内に直径 5-10mm 大の数個の結節を認めた。ERCP 施行、膵管融合不全であり副乳頭より主膵管にアプローチ、副乳頭の粘液による開口はなかった。造影では、主膵管は体部より徐々に拡張しているが欠損はなかった。尾部の多発のう胞形成部に欠損像を認めた。IDUS では主膵管内に 5mm 程の、尾部の多発のう胞形成部に 10mm 程の高エコー隆起を認め、結節と判断した。以上より膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) 混合型と診断し、膵体尾部切除を行った。膵体部から尾部にかけての主膵管の拡張、尾部に主膵管と連続する多発のう胞病変を認めた。MRCP, IDUS にて結節と診断した病変は指摘できなかった。最終診断は、Ptb, TS1, PCM (-), DPM (-), D1, R0, Tis, CH (-), DU (-), S (-), RP (-), PV (-), A (-), PL (-), OO (-), N0, M0, Stage 0 IPMC (CIS), n0, であった。【考案】本邦の膵管融合不全は Hayakawa らの報告では 1% 前後とされている。本症例は膵管融合不全に合併した背側膵管より発生した体尾部の混合型 IPMC であり、比較的にまれな症例であり、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

88 難治性十二指腸潰瘍の原因として画像上認められない膵ガストリノーマを診断した 1 例

市立島田市民病院
 ○間瀬 裕行、尾上 峻也、石橋 浩平、高橋 正彦、金山 広和、
 松下 雅広、森下 宗自、木村 一史

【症例】82 歳 男性、【主訴】一過性意識消失、【既往歴】50 歳：左腎臓摘出、76 歳：大腸癌 (右半結腸切除)、76 歳：膀胱癌 (手術)、【生活歴】飲酒：日本酒 1 合 / 日 (〜82 歳)、喫煙：なし、【現病歴】近医で難治性の多発十二指腸潰瘍に対して加療されていた。2013 年 2 月上旬頃下痢が出現したが数日で軽快した。3 月上旬に自宅で 3 分ほどの一過性意識消失を認めたため当院へ救急搬送された。採血で貧血を認めたため精査治療目的で当科へ入院となった。【入院時現症】意識清明、BT35.4℃、BP100/80mmHg、HR103bpm、SpO2 100%、眼瞼結膜：軽度貧血あり、腹部：平坦、軟、圧痛なし、下肢：浮腫なし、ECG：sinus、脳神経学的所見異常なし【入院後経過】EGD を施行し十二指腸 SDA から下行脚にかけて発赤、びらん、潰瘍が多発していた。血中のガストリン値を測定したところ 1000 pg/ml 以上と高値を認めたためガストリノーマの可能性が考えられた。造影 CT、MRI を施行し膵体部に 8mm の早期濃染する結節を認め膵内分泌腫瘍が疑われた。確定診断のため 3/22SACI テストを施行。DPA で造影したところ CT、MRI で指摘された結節は早期濃染された。GDA ではガストリン値が負荷前 647pg/ml から 負荷 30 秒後 2474pg/ml となったため GDA のガストリン値の有意な上昇と判断し画像的には腫瘍を捉えられないが、膵頭部周囲にかけて微小なガストリノーマが存在することが疑われた。明らかな肝転移は認められなかった。MEN1 型を除外するため頭部 MRI、副甲状腺機能を調べたが有意な所見は得られなかった。【結語】ガストリノーマは悪性であることが多いため本症例は遠隔転移を来しておらず手術を検討したが、本症例は高齢であり腹部手術歴があり患者の希望も含めて経過観察の方針とした。十二指腸潰瘍の原因として画像では指摘できない膵ガストリノーマの関与が示唆された 1 例を経験した。

90 主膵管内進展と多発肝転移をきたした膵神経内分泌腫瘍の 1 例

¹ 藤田保健衛生大学坂文種徳恵会病院 消化器内科、
² 同 外科、³ 同 病理部
 ○松浦 弘尚¹、芳野 純治¹、乾 和郎¹、若林 貴夫¹、三好 広尚¹、
 小坂 俊仁¹、友松雄一郎¹、山本 智支¹、成田 賢生¹、鳥井 淑彰¹、
 森 智子¹、黒川 雄太¹、細川千佳生¹、安江 祐二¹、川辺 則彦²、
 守瀬 善一²、溝口 良順³

症例は 65 歳男性で主訴は腹部不快感であった。既往歴は糖尿病、高血圧で近医に通院中であった。現病歴は 2011 年 11 月上旬に腹部不快感があり近医を受診した。腹部 CT にて膵体部の腫大、主膵管拡張、多発肝腫瘍を認めたため、11 月下旬に当院の外科に紹介され精査と加療のため入院となった。現症は、眼結膜に貧血と黄染なし、腹部は平坦、軟で明らかな圧痛を認めなかった。血液検査所見は空腹時血糖 254mg/dl、HbA1C 9.9%(NGSP)、CEA 5.5ng/ml、CA19-9 106.5U/ml と耐糖能異常と腫瘍マーカー高値を認めたが、肝胆道系酵素、酵素の異常は認めなかった。腹部 US では、膵体尾部に 25mm の低エコー腫瘍と肝内に多発する腫瘍を認めた。膵 dynamicCT では膵体部に動脈相から淡く造影される腫瘍と尾側の膵管拡張を認めた。多発肝腫瘍も同様に淡い造影効果を認めた。EUS では膵体部に 30×14mm の低エコー腫瘍と尾側の膵管拡張を認めた。ERP での膵管像は体部主膵管にカニ爪様の途絶を認め、尾側の膵管は造影されなかった。同時に行った膵液細胞診は陰性であった。以上から主膵管内進展と多発肝転移をきたした膵神経内分泌腫瘍と診断した。肝腫瘍は多血性腫瘍と判断し 12 月中旬に肝動脈化学塞栓術 (TACE) を施行したところ抗腫瘍効果を認めたため、2012 年 1 月下旬に膵体尾部脾合併切除が施行された。病理組織学的所見は膵体部に大きさ 25×19mm でリボン状索状の配列を呈し、主膵管内に結節状の進展をきたしていた。免疫染色では chromogranin 陽性、synaptophysin 陽性、CD56 陽性、CD31 陽性、MIB-1 の腫瘍細胞標識率は 1.2% であった。最終的な病理診断は WHO2010 年分類で Neuroendocrine tumor NETG1 であった。主膵管内進展と肝転移をきたした膵神経内分泌腫瘍の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

静岡市立静岡病院

○黒石 健吾、小柳津竜樹、近藤 貴浩、中村 尚広、吉川 恵史、
大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、高橋 好朗

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍(NET)は人口10万人あたりの有病率が約1.0人と、稀な腫瘍である。今回、低血糖の改善に苦慮した肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍の症例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性【既往歴】高血圧、高脂血症、臍ヘルニア【主訴】意識障害【現病歴】以前より近医受診時に低血糖を指摘されていた。朝起きてこないことに家人が気づき、起こしにいったが意識障害を認めたため救急搬送となった。【臨床経過】血液検査で血糖46mg/dlと血漿インスリン106μU/mlと高値を認めインスリノーマが疑われた。CTで膵体部に動脈相で辺縁が濃染する腫瘍と多発肝転移を認めた。肝生検を行い、卵円形核を有する円柱状細胞が索状に浸潤し、synaptophysin:陽性、CD56陽性、インスリン免疫染色:陽性、MIB-1 labeling index約10%と、NET G2(インスリノーマ)と診断された。エベロリムスを開始した。頻回に低血糖を繰り返すためジアゾキサイドを投与するも効果不十分であった。しかしオクトレオチドへ変更後、低血糖は改善した。オクトレオチドLARへと切り替え退院、外来でエベロリムスと併用し治療を行っている。現在は低血糖は改善し、CTで腫瘍の縮小も認めている。【考察】膵神経内分泌腫瘍に対してエベロリムスが保険適応となった。エベロリムス投与後、腫瘍の縮小効果がみられものの低血糖は改善しなかった。症候性NETに対してオクトレオチドや肝転移に対するTACEが症状改善に有効との報告ある。本症例ではエベロリムスとオクトレオチドの併用療法を行い、腫瘍の縮小と低血糖の改善を認めた。【結語】肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍に対してエベロリムスとオクトレオチドの併用療法をおこなった。文献的考察を交え報告する。

92 小嚢胞集簇を伴う充実性腫瘍で胆管狭窄を来たし脾癌を疑い切除した腫瘍形成性慢性脾炎の1例

¹三重大学 肝胆脾・移植外科、²三重大学 消化器・肝臓内科
○飯澤 祐介¹、臼井 正信¹、佐藤 梨枝¹、高橋 直樹¹、種村 彰洋¹、
栗山 直久¹、安積 良紀¹、大澤 一郎¹、岸和田昌之¹、水野 修吾¹、
櫻井 洋至¹、田端 正己¹、井上 宏之²、竹井 謙之²、伊佐地秀司¹

症例は64歳、男性、大酒家。6年前より胃潰瘍で近医に通院していた。3年前に同院の検診でCTをうけたところ、脾頭部に36mmの多房性嚢胞性病変を指摘され、IPMNが疑われた。1年半前のCTでは変化を認めなかったが、3ヵ月前のCTで45mmと腫瘍の増大を認めたため、精査目的に当科に紹介となった。血液検査ではCEA 8.0 ng/ml、CA19-9 49.3 U/mlと軽度上昇を認めるのみであった。当科初診時のCTでは脾頭部に36mmの嚢胞性腫瘍を認めIPMNが疑れたが、MRCPでは腫瘍は小嚢胞の集簇として描出され、SCNも鑑別診断となった。脾管の拡張はなく、ERCPでは主脾管は脾頭部で途絶し、抹消側にカニューレションができなかった。総胆管下部に壁外性の圧迫に起因する狭窄を認め、ERBDを留置した。EUSでは小嚢胞が集簇した3cm程度の領域を認め、石灰化を伴っていた。実質様の部位はドップラでの血流は乏しく、ソナゾイドでも周囲と同様のパターンを示していた。EUS-FNAでは腫瘍性病変は検出されなかった。脾癌の可能性が否定できず、また総胆管狭窄も認めたため、手術治療について説明したが納得されず経過観察となった。当科外来で経過観察開始より2ヶ月後に、ERBD閉塞による胆管炎をきたした。このときのCTで腫瘍は45mmと増大し、充実性部分によるSMA浸潤も疑われた。EUS-FNAを再度行ったが、腫瘍細胞は検出されなかった。以上より、経過中、増大傾向を認め、胆管狭窄を来した脾頭部の嚢胞部分をもつ充実性腫瘍で、脾癌の可能性が否定できないため手術が必要と判断した。亜全胃温存脾頭十二指腸切除を施行した。術中所見では、周囲組織に炎症性の硬化を認めたが、脾実質はsoftであった。病理診断では、嚢胞部分は蛋白栓を含んだ貯留嚢胞で、充実性部分は炎症細胞浸潤、腺房の萎縮・消失と間質の線維化のみで腫瘍性病変を認めず、腫瘍形成性慢性脾炎と診断した。

94 感染性脾膿瘍に対して、EUSガイド下ドレナージが有効だった1例

高山赤十字病院 内科
○牧谷 光晴、白子 順子、下地 圭一、今井 奨、杉山 智彦、
小原 巧輝、加藤 潤一

症例は、38歳 男性。2012年3月28日～4月11日までアルコール多飲にともなう重症急性脾炎で入院加療。退院後は禁酒し、いつもどおりの生活をおくっていたが、4月23日に腹痛及び39度台の発熱を認めたため外来を受診。入院時血液検査所見では、WBCとCRPの高値を認め、腹部CTで、重症急性脾炎で入院加療時には認めなかった脾体部のlow density areaを認めた。臨床経過等から感染性脾膿瘍と診断した。MRCPでは、主脾管はCTでのlow density areaの部位に一致して、主脾管が狭窄している所見であった。経乳頭のドレナージを試みたが、困難であったため、EUSガイド下ドレナージを施行。EUSの所見では、胃前底部後壁からの観察で膿瘍空を認め、膿瘍腔内にはdebriesと思われるhighの成分と液体と思われるlowな成分が混在し、一部隔壁形成も伴っていた。FNA針で膿瘍空を穿刺したところ、膿の流出が確認できたため、膿瘍腔内に7Fr 両側Pig tailチューブと6Fr ENBDチューブを留置した。翌日より解熱し、軽快退院となった。

93 超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）が診断に有用であったびまん性脾腫大の2例

¹松波総合病院 内科、²松波総合病院 病理診断部
○樋口 正美¹、古賀 正一¹、全 秀嶺¹、藤井 淳¹、浅野 剛之¹、
佐野 明江¹、早崎 直行¹、伊藤 康文¹、山北 宜由¹、村瀬 貴幸²、
池田 庸子²

【はじめに】びまん性脾腫大は臨床的に急性脾炎が除外された場合は、自己免疫性脾炎、多発脾癌、悪性リンパ腫等の鑑別が問題となる。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）が診断に有用であった2例を経験したので報告する。【症例1】73歳女性。2012年9月に便秘、腹部不快があり紹介。下部消化管内視鏡検査で上行結腸に狭窄を伴った腫瘍を認めた。腹部超音波検査、腹部CTでびまん性脾腫大の所見を認めた。画像からは脾癌又は自己免疫性脾炎、悪性リンパ腫が疑われた。治療方針決定のために病理学的診断を目的に、脾病変に対してEUS-FNAを施行した。採取検体は低分化型腺癌であった。CT上、腸間膜の濃度上昇、複数のリンパ節腫大も認めており、切除不能の脾癌と診断し化学療法を開始した。【症例2】43歳女性。2012年10月に尿濃染があり当院泌尿器科を受診。血液検査で胆道系酵素の軽度上昇、腹部CTでびまん性脾腫大を認め、精査加療目的で当科紹介。MR1で均一なびまん性脾腫大、血液検査で1gG4軽度高値を認めた。頸胸腹部CTでは自己免疫性脾炎の脾外病変を示唆する頸部・肺門リンパ節腫大や後腹膜線維種の所見は認めなかった。脾癌の除外目的でEUS-FNAを施行した。採取検体は炎症、線維化の所見であり、ERCPでは脾管の狭細像を認めた。自己免疫性脾炎臨床診断基準2006に従い自己免疫性脾炎と診断し、プレドニンを開始した。その後びまん性脾腫大は改善した。【まとめ】びまん性脾腫大の症例は画像所見だけでは鑑別困難であり、癌の除外は必須である。超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）は確定診断に有用であると考えられた。

95 自己免疫性脾炎（疑診）2例の検討

稲沢市民病院 消化器内科
○河辺 智久、神田 信之、尾関 雅靖、坂田 豊博

【症例1】57歳男性。H14年から糖尿病で近医より投薬を受けていた。HbA1cの悪化(7%から14%/6ヶ月)のためH24年5月紹介となる。造影CTで脾頭部の腫大、ERCPで脾頭部から体部主脾管の狭細像を認めた。IgG4は59.9mg/dl、脾外病変は見られなかった。画像所見よりAIPを疑い、十分な説明のもとステロイド40mgで治療を行った。2週間後のERCPで主脾管狭細像の改善と、造影CTで脾腫大の改善がみられた。ステロイドを漸減し現在10mg/日にて外来治療中である。2型DMもインスリン56Uから現在24Uに減量できている。【症例2】51歳男性。H20年より自己免疫性脾炎にて外来通院中であった。プレドニンは15～3mgに漸減し、H24年5月で中止となった。10月より腹痛あり、次第に左腰背部痛を生じた。WBC11700/μl、CRP22.9mg/dl、AMY1569IU/l、T.Bil0.7mg/dl、IgG4 68.2mg/dl。CTで脾頭部腫大、脾尾部から左腎周囲の脂肪線上昇、MRCPで体部～尾部主脾管の軽度拡張を認めた。AIPの再燃と腎周囲膿瘍を疑い、抗生剤とプレドニン40mgで治療を行った。経過は良好で1か月後のMRCPで体部～尾部主脾管の拡張軽減と、造影CTで脾頭部腫大の改善がみられた。現在プレドニン10mgで外来治療中である。【考察】症例1,2ともIgG4は上昇をみとめず、自己免疫性脾炎臨床診断基準ではAIP疑診例である。疑診例はまず脾癌との鑑別が重要になる。特にステロイドを使用する場合には早期に判断する必要がある。症例1ではステロイドで、画像所見の改善だけでなく、糖尿病のコントロールも改善された。症例2では約4年間の維持療法後、5か月で再燃を生じた。AIPの寛解維持療法では内服期間に対するコンセンサスはまだ確立されていない。【結語】疑診例は脾癌やtype2 AIPも考慮すべきであり、今後も十分注意して長期に経過を追う必要があると考えられた。

96 仮性膵嚢胞内出血を来した自己免疫性膵炎の1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○青山 春奈、菊山 正隆、榎田 浩平、山田 友世、重友 美紀、
黒上 貴史、白根 尚文、鈴木 直之

【症例】63歳、男性。黒色便、腹痛を主訴に入院した。関節リウマチ、COPDの既往を有した。4年前に自己免疫性膵炎の診断を受けた。2年前に胃小弯側に血腫を形成したが、血管造影にて明らかな異常所見を指摘されず塞栓術を行わなかった。この時よりステロイド治療が導入された。入院2か月前のCTにて前回出血と同様の部位に仮性膵嚢胞の形成を認めた。入院時血液検査にてHb 8.8g/dlの軽度の貧血を認めた（1か月前；Hb11.0g/dl）。IgG4 177mg/dlであった。単純CTにて嚢胞内に高吸収域を認め、造影CTにて動脈瘤を確認した。血管造影にて左胃動脈分枝に動脈瘤の形成と造影剤の漏出を認めた。同病変に対し、コイルとスポンゼルにより塞栓術を実施した。出血の12日目にERCPを実施した所、仮性膵嚢胞を介して膵管から胃内腔への造影剤の漏出を確認した。胃内腔からの観察で胃小弯にドーム状に粘膜下隆起があり、その頂点に発赤した小さな陥凹があり、造影カテーテルが挿入され、仮性膵嚢胞が描出された。治療後約3か月間、再出血の徴候はなく、CTにて仮性膵嚢胞の形成もない。【考察】自己免疫性膵炎に伴う仮性膵嚢胞内出血を経験した。おそらくは仮性動脈瘤の形成によるものと考察する。黒色便は仮性膵嚢胞と胃内腔との交通による消化管への出血の結果と考えられる。2年前の出血では、その3か月前のCTにて仮性膵嚢胞の形成が確認されていないが、同様に仮性膵嚢胞内への出血であった可能性がある。

97 脾石の乳頭部嵌頓による急性胆管炎、脾炎の1例

静岡市立清水病院

○小池 弘太、窪田 裕幸、池田 誉、川崎 真祐、松浦 友春

【症例】58歳 男性【主訴】腹痛、黄疸【既往歴】33歳時大腸癌、肝転移にて結腸、肝切除、人工肛門造設術、アルコール性慢性脾炎【現病歴】2012年10月X日右季肋部痛にて当院受診。右季肋部に圧痛を認め、血液検査にて炎症反応および肝胆道系、脾酵素、ビリルビンの上昇を認めた。(WBC 132X10²/μl, TB 10.15mg/dl, DB 6.61mg/dl, ALP 857IU/l, AST 139IU/l, ALT 187IU/l, γ-GT 546IU/l, AMY 758IU/l, CRP 7.09mg/dl)を認めた。腹部CTにて肝内胆管、総胆管と主脾管の拡張を認めた。また Vater 乳頭部に8mm大の石灰化の強い結石を認めた。同日 ERCP 施行し、主脾頭の腫大と白色結石の嵌頓を認めた。カニューレにて結石を少し押し込み、脾液および膽性胆汁の流出を認めた。脾管造影にて主脾管拡張および主脾管内に8mm大の透亮像を認めた。EPST 試行後、8線バスケットにて切し脾管ステントを留置した。また総胆管および肝内胆管は拡張を認めたが結石は認めず、ENBDを留置し手技を終了した。術後より自覚症状は消失し、肝胆道系、脾酵素も速やかに改善した。術翌日に人工肛門パウチ内に白色結石の排出を認めた。成分分析の結果、炭酸Ca結石であり脾石と診断した。第4病日にENBD、脾管ステントとも抜去した。術後経過良好にて第8病日に退院した。【結論】今回我々は脾石の乳頭部嵌頓による急性胆管炎、脾炎に対し内視鏡的切石術にて速やかに改善した症例を経験した。急性胆管炎、脾炎の原因として脾石の嵌頓も念頭にいておく必要があると考えられた。

99 脾仮性嚢胞内出血の脾彎曲部結腸穿孔が疑われた慢性脾炎の一例

藤枝市立総合病院

○町野 英徳、大畠 昭彦、丸山 保彦、景岡 正信、森 雅史、志村 輝幸、宇佐崎 宏城

【症例】60歳男性【主訴】血便【既往歴】高血圧、糖尿病、アルコール性慢性脾炎、外傷性くも膜下出血【家族歴】特記事項なし【生活歴】飲酒歴：ウイスキー2〜3杯現在まで、喫煙歴：30本×40年【現病歴】1997年アルコール性急性脾炎発症。2005年慢性脾炎急性増悪時に脾頭の脾仮性嚢胞内出血が十二指腸に穿破しTAEを施行した。2009年脾尾部に脾仮性嚢胞が出現した。2012年8月脾尾部の脾仮性嚢胞内に出血を認め脾仮性動脈瘤にTAEを施行した。2012年12月血便があり、冷汗を伴い動けなくなったので救急搬送され、精査加療目的に入院となった。【入院時現症】身長163.0cm、体重46.0kg、BMI17.3kg/m²、BP127/88mmHg、HR98bpm/min, regular、BT35.4℃、SpO2 100% (room air)、全身：悪寒、shiveringあり、眼瞼結膜：貧血様、胸部聴診：肺雑音(-)、心雑音(-)、腹部：平坦、やや硬、圧痛(-)、反跳痛(-)【血液】Hb11.3g/dl【CT】脾尾部に45×35mmの脾仮性嚢胞を認め、内部に径12mmの脾仮性動脈瘤を認めた。【GIF】Vater 乳頭からの活動性出血なく、陈旧性の出血を疑わせる出血痕も認めなかった。その他にも出血性病変を認めなかった。【CF】脾彎曲部結腸に鱗状に発赤し中央に潰瘍を伴うなだらかな立ち上がりの浮腫状隆起病変を認めた。出血は認めなかった。CF所見から壁外病変を疑いCT画像を再考すると二房性を呈した脾仮性嚢胞が脾彎曲部結腸と接しており、同部位で仮性嚢胞内出血が結腸穿孔した可能性が考えられた。【入院後経過】血管造影を行い、脾動脈の枝から発生した脾仮性動脈瘤にTAEを施行した。TAE後は消化管出血なく、治療に関連する有害事象も認めなかった。【考察】脾仮性嚢胞内出血に続発する消化管出血としてHemosuccus Pancreaticusが有名だが、今回の血便の原因は脾仮性嚢胞の結腸穿孔という稀な合併症が考えられた。本例では血行動態が安定しておりTAEによる保存的治療が有効だった。【まとめ】脾仮性嚢胞内出血の結腸穿孔が疑われた一例を経験した。本例においてはTAEが有効であった。

98 脾炎を伴った胃異所性脾の1切除例

¹名古屋共立病院 消化器化学療法科、

²名古屋共立病院 消化器内科、³名古屋共立病院 外科

○栗本 拓也¹、石垣 智之²、寺下 幸夫³

【症例】45歳、女性

【既往歴】子宮筋腫、高血圧症

【現病歴】約7年前から原因不明の上腹部痛が間欠的に出現していた。通常内視鏡で粘膜下腫瘍を疑う、軟らかく立ち上がりかなだらかな隆起性病変を認めたが、CTや超音波内視鏡の所見から胃粘膜下嚢胞と診断され経過観察されていた。その後も腹痛は散発的に出現したが、病変の内視鏡所見に大きな変化は見られなかった。

【経過】定期的な内視鏡で病変の緊満感増強を確認したため、改めて超音波内視鏡を実施した。粘膜下を主座とする病変は約4cm大で大部分は低〜等エコーを呈し、一部に嚢胞部分や石灰化を疑う点状高エコー構造を複数認めた。次いで行った穿刺生検で、病理組織学的に脾腺房細胞を確認した。有症状で血清CEAが軽度高値、CTで病変内部の不均一な造影効果や胃周囲リンパ節の腫大を認めるなど、癌化の可能性が否定できなかったため胃切除術を実施した。切除標本の病理検査では、腫大したリンパ節を含めて悪性像は認めず、Heinlich II型の胃異所性脾と診断した。また硝子様滲出物や脾石を伴う慢性的な脾炎の所見を認め、長期間にわたる腹痛の原因と推測した。

【考察】異所性脾ではサイズが小さくても癌化した症例が複数報告されており、本症例では癌化を懸念するいくつかの所見も認めため手術を実施した。ただ現時点では胃異所性脾における絶対的な手術基準はなく、過剰な外科侵襲を避けるためにも手術が推奨される高リスク群を囲い込むための評価方法を確立することが必要と思われる。

100 下脾十二指腸動脈瘤破裂が原因となった hemosuccus pancreaticus の1例

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 臨床腫瘍学、

³浜松医科大学 救急部、⁴浜松医科大学 光学医療診療部、

⁵浜松医科大学 分子診断学、⁶浜松医科大学 臨床研究管理センター

○宮津 隆裕¹、市川 仁美¹、樋口 友洋¹、鈴木 聡¹、岩泉 守哉²、山田 貴教¹、栗山 茂³、杉本 光繁⁴、大澤 恵^{4,5}、金岡 繁⁵、古田 隆久⁶、杉本 健¹

【症例】70歳男性【経過】201X年7月初旬より黒色便の自覚あり、近医受診にてHb 5g/dl台の貧血を認め、総合病院へ紹介受診となった。上下部消化管内視鏡検査施行されるも明らかな出血源は認めず。小腸からの出血が疑われカプセル内視鏡が施行されたが、有意な所見を認めなかった。その後黒色便は見られず、鉄剤投与にて貧血は回復し経過観察となっていた。11月初旬に再び下血が出現したため同院入院、上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に新鮮血の貯留を認めるも出血源は同定できず。その後も輸血するも貧血進行あり、出血源の精査目的のため当院転院となった。同日上部消化管内視鏡検査を再施行したところ、Vater 乳頭部より間欠的な出血がみられたため、胆道出血などが疑われ、緊急造影CT検査施行した。脾鉤部に1cm大の動脈瘤を認め、動脈瘤からの出血が脾管を経由しVater 乳頭から流出するいわゆる hemosuccus pancreaticus (HP) の病態を呈していたと考えられた。放射線科および外科と相談し、緊急血管塞栓術を施行した上で、止血困難であれば緊急手術の方針となった。上腸間膜動脈から造影すると、下脾十二指腸動脈から出血源と考えられる動脈瘤が描出され、動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行した。その後は下血みられず貧血進行も認めなかった。1週間後のMRIでの評価では動脈瘤は縮小しており、内部血流も認めなくなった。経過良好にて第12病日に退院とした。【考察】HPは主脾管を経由したVater 乳頭部からの消化管出血に対して提唱された名称であり、稀な病態である。Vater 乳頭部からの出血は間欠的であるため、内視鏡検査時に出血源を特定できない場合がある。今回我々は上部消化管内視鏡検査にて出血を確認でき、またCTにてHPの診断に至った後に、血管塞栓術を施行し良好な経過を得たので、若干の文献的考察を加え報告する。

小腸①

101 カプセル内視鏡がその存在診断に有用であった小腸 follicular lymphoma 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
○後藤 峻作¹、坂巻 慶一¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、仲島さより¹、
松浦倫三郎¹、小林 健一¹、澤田つな騎¹、内田 元太¹、室井 航一¹、
井本 正巳¹、鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

【症例】71歳男性。【主訴】空腸腸間膜リンパ節腫大の精査。【既往歴・家族歴】特記事項無し。【経過】2012/10/5に左単径部が腫れていることに気づき、当院外科を受診。左単径ヘルニアが疑われ、10/22に腹部CT施行し左単径ヘルニア、陰嚢水腫が疑われるため、手術予定となった。同時に腹部CTで空腸腸間膜リンパ節腫大を認め、当科にて精査となった。腹部CT、PET-CTでは、空腸領域の腸間膜脂肪組織濃度上昇および複数の腸管膜のリンパ節腫大を認め、同部位に集積亢進を認めたが、小腸壁には集積を認めなかった。また、GIF、CF、注腸X-pでは、腫瘍性病変を認めず、小腸X-pでも特に異常を認めなかった。2012/12/3のカプセル内視鏡では、空腸から回腸にかけて2-3mmの白色調の小隆起の多発、顆粒状変化を認め、follicular lymphomaが疑われた。当初、腹腔鏡下単径ヘルニア手術時に腸間膜リンパ節生検を同時に行う予定であったが、単径ヘルニアが保存的治療方針となったため、生検による確定診断目的に2012/12/19にシングルバルーン内視鏡(SBE)を施行した。SBEでは、上部空腸に1mm大の白色の類円形の扁平隆起が限局して多発しており、同部位より生検を施行した。病理組織学的には、CD20陽性、CD10弱陽性、BCL-2陽性、cyclin D1陰性で、特徴的な小型リンパ球細胞の浸潤像より、follicular lymphoma (Grade 1)と診断された。その後、専門的治療のため、患者希望もあり他院血液内科に紹介となった。【結語】カプセル内視鏡がその存在診断に有用であった小腸 follicular lymphoma の1例を経験した。

103 肝細胞癌の転移性小腸腫瘍による腸重積の1例

浜松医科大学 外科学第二講座
○阪田 麻裕、石松 久人、間 浩之、原 竜平、原田 岳、
中村 光一、倉地 清隆、今野 弘之

転移性小腸腫瘍は比較稀な疾患であり、出血や穿孔、イレウス、腸重積に伴う症状で発見されることが多く、加えて他臓器転移を合併することが多く予後不良とされている。今回われわれは、肝細胞癌(以下HCCと略記)の転移性小腸腫瘍による腸重積の1例を経験した。症例は70歳の男性。1991年より慢性C型肝炎で通院中であった。2006年にHCCに対して肝左大葉切除術、胆嚢摘出術、門脈環状切除・再建術を施行、2011年に転移性肺腫瘍に対して胸腔鏡下左肺上葉部分切除術を施行、術後も外来で経過観察中であった。2012年11月に嘔吐、腹部膨満感、食欲不振で当院肝臓内科を受診した。イレウス管挿入で腹部症状は改善したが、精査で小腸腫瘍による腸重積と診断、手術目的で当科紹介、小腸部分切除術を施行した。病理組織学検査でHCCの転移性小腸腫瘍と診断された。また、入院時のCTで肝内に多発する腫瘍を認め、生検でHCCと診断された。術後経過は良好で、術後10日目にHCCに対する治療目的で肝臓内科に転科となった。悪性腫瘍の消化管への転移は、1988年から2000年までの13年間の日本病理検転報での集計結果では26.3%に認められたと報告されている。そのうち、小腸への転移率は8.5%で、原発臓器としては胃、膵臓、大腸などの腹腔内臓器の割合が63.8%と高く、次に肺、気管支などの胸腔内臓器が18.1%であり、メラノーマなどの上皮性腫瘍からの小腸転移の報告もある。また、全国原発性肝癌追跡調査報告(2002～2003年)によると、HCCの肝外再発部位は肺、骨、リンパ節に多く、消化管転移については詳細不明である。1983年から2013年4月までの医学中央雑誌検索上、HCCの転移性小腸腫瘍例は自験例を含めて7例であった。HCCの転移性小腸腫瘍について文献的考察を加え報告する。

102 食道癌の小腸転移が穿孔した一例

¹藤枝市立総合病院 消化器内科、
²順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科
○南部 美佳¹、大畠 昭彦¹、丸山 保彦¹、景岡 正信¹、志村 輝幸¹、
宇於崎宏城¹、森 雅史²

【症例】72歳男性【主訴】発熱、恥骨周囲痛【既往歴】高血圧【生活歴】日本酒:2合、喫煙:20本/日【現病歴】胸のつかえ感を契機に精査したところ食道扁平上皮癌、cT4N3M0 stage4aと診断、FP療法および放射線療法施行するに至った。その後、3コース後には原発巣、リンパ節、その後出現した肝転移巣も縮小したが、肺と上顎歯肉に転移を認めた。FP療法4コース施行中、投与後4日目から、上記主訴が出現した。【身体所見】血圧96/59mmHg、心拍数117回/分、体温38.3度、酸素飽和度92%(酸素3L投与下)、腹部:膨満、軟、圧痛なし、反跳痛なし、筋性防御なし【血液生化学所見】WBC $1.9 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、Hb 9.0g/dl、Plt $152 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、CRP 24.4mg/dl、BUN 34mg/dl、CRE 1.1mg/dl【腹部超音波】少量の腹水を認めるのみで、他特記事項なし【経過】投与後5日目、呼吸苦のスクリーニングで心臓超音波を施行した際、肝表面の混濁した腹水に気づき、CT施行したところfree airを認め、開腹手術となった。【手術所見】トライツ靱帯より120cm 肛門側の回腸に穿孔部位を認めた。さらにトライツ靱帯より50cmに穿孔はしていないものの同様の硬結を認め、2か所切除した。【病理】23×21mmの腫瘍の中心部に7×5mmの穿孔あり。他方は11×10mm。両腫瘍ともsquamous cell carcinomaであった。【転帰】手術から約2か月経過し、外来通院中である。【考察】食道癌の小腸転移、穿孔例の報告は稀である。本症例では自他覚所見に乏しく、CTでfree airを確認するまで穿孔に気づけなかった。どの時点で穿孔していたか不明だが、これまでの化学療法でも投与後3、4日して食欲が落ちたり、倦怠感が出現してきたことから、今回穿孔を疑うことができなかった要因と考えられる。【結語】食道癌小腸転移の稀1例を経験した。

104 小腸GISTを合併したCowden病の1例

¹名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、
²名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学
○名倉明日香¹、中村 正直²、山村 健史²、山田 弘志²、吉村 透²、
中野 有泰²、大林 友彦²、舩坂 好平¹、大野栄三郎¹、宮原 良二²、
川嶋 啓揮²、伊藤 彰浩²、廣岡 芳樹¹、前田 修²、渡辺 修²、
安藤 貴文²、後藤 秀実^{1,2}

Cowden病は全身臓器に過誤腫や過形成性病変が生じる疾患であり、皮膚・口腔病変と消化管ポリポージスの特徴とする常染色体優性遺伝疾患である。甲状腺や乳腺などの臓器に悪性腫瘍を合併するリスクが高く腫瘍サーベイランスが重要な疾患である。今回我々はCowden病に小腸GISTを合併した一例を経験したので報告する。【症例】40歳代、女性。既存症は気管支喘息。2010年頃から鉄欠乏性貧血を認め近医に通院していた。今回甲状腺腫を指摘され、当院を受診した。PET-CTを施行したところ、小腸にFDGの高集積を認め精査目的で当科紹介となった。身体所見としては、鼻梁部、右上腕、右手背、右下腿に小指頭大の丘疹を認め、病理組織検査で硬化性線維腫と診断された。その他に歯肉の乳頭腫性丘疹、甲状腺腫大を認め、甲状腺は病理組織検査にて腺腫様甲状腺腫と診断された。上部消化管内視鏡検査では食道に多発するGlycogenic acanthosisを認め、胃体下部大弯から穹窿部及び十二指腸球部から下行脚にかけて数mm大のポリープが多発していた。生検結果はすべて過形成性ポリープであった。以上の所見からCowden病と診断された。小腸精査目的で小腸ダブルバルーン内視鏡検査を行ったところ、上部空腸に大きく約50mmの頂部に浅い潰瘍を伴う弾性硬の粘膜下腫瘍を認めた。生検結果は軽度の炎症細胞浸潤のみであった。しかし貧血の責任病変と考えられたため、診断的治療目的で小腸部分切除術が施行された。腫瘍は充実性であり、病理組織検査では淡好酸性～淡明な胞体を持つ紡錘形細胞が束状になって錯綜し、免疫染色にてc-kit、CD34とα-SMAが陽性、S-100は陰性でKi-67は1%未満であり、Gastrointestinal stromal tumor (GIST)と診断された。【考察】検索し限りではCowden病に小腸GISTが合併した症例報告は無く、非常に稀な症例と思われた。PTEN遺伝子の変異が原因と言われているが、本邦では孤発例の報告が多く、本症例も家族歴はなかった。悪性腫瘍の合併率は約30%と言われており嚴重なフォローアップが患者に左右すると考えられるため、現在も慎重に経過観察を行っている。

小腸②

105 消化管穿孔をきたした NSAIDs 起因性小腸潰瘍の 1 例

公立学校共済組合 東海中央病院
○大塚 裕之、水谷 泰之、藤塚 宜功、石川 英樹

【症例】40 代、女性【主訴】下腹部痛【既往歴】1 年以上前より頭痛と関節痛あり、非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）ロキソプロフェンナトリウムを内服中【現病歴】平成 24 年 10 月、下腹部痛あり急性腸炎の診断で入院。絶食と抗生剤による治療で症状は改善、経口摂取開始後も腹痛なく、第 5 病日に退院。3 日後に再度腹痛あり、救急受診。【経過】腹部所見では、腹部膨満、下腹部に圧痛あり、左下腹部に筋性防御を認め、CT では上腹部からダグラス窩に腹水貯留と、遊離ガス像を認めたため、消化管穿孔による汎発性腹膜炎と診断し、緊急手術となった。手術所見では、直腸と癒着していた小腸の 3 箇所で折れ曲がり、最も炎症が強い口側の潰瘍に穿孔部を認めたため、回腸末端から 20cm を肛門側として炎症を認める 40cm を切除した。切除標本では小腸に 3 箇所の辺縁明瞭で 1.5cm 径の潰瘍を認めた。最も口側の潰瘍に穿孔を認め、いずれの潰瘍も漿膜面は折れ曲がるように漿膜同士が癒着していた。病理組織学的検索では、小腸間膜対側に合計 3 箇所の潰瘍形性を認め、いずれも深掘れ型の UL-IV の潰瘍で、口側の病変で穿孔を来していた。組織学的には潰瘍底は炎症細胞浸潤を伴った肉芽組織層によって構成され、類上皮肉芽組織等特異性は認めなかった。術後の経過は良好で、第 6 病日より食事を開始。第 24 病日には発熱、下痢がみられたため、GIF、CF を施行したが、十二指腸潰瘍を認めたのみであった。第 36 病日には下血あり、小腸潰瘍の再燃、IBD も否定できないため、カプセル内視鏡を施行。空腸に孤立性の血管拡張が数個、下部回腸に全周性潰瘍を認めたが、他に目立った炎症所見なく、炎症性腸疾患は否定された。その後の経過は良好で、経口摂取開始後も問題なく、第 50 病日に退院となった。退院後より、レバミピド、イルソグラジンマレイン酸塩の内服による治療を開始、1 ヶ月後のカプセル内視鏡検査では、潰瘍は瘢痕化し治療効果を認めた。【考察】小腸潰瘍は比較的稀な疾患とされたが、近年その報告は増加している。今回我々は消化管穿孔をきたした NSAIDs 起因性小腸潰瘍の症例を経験したので報告する。

107 小腸 X 線検査で病変を指摘できたメッケル憩室の 1 例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 消化器内科、³刈谷豊田総合病院 病理科
○大橋 彩子¹、坂巻 慶²、濱島 英司²、中江 康之²、仲島さより²、松浦倫二郎²、小林 健一²、澤田つな騎²、内田 元太²、室井 航一²、井本 正巳²、鈴木 敏行²、伊藤 誠³

【症例】19 歳、男性。主訴は新鮮下血。既往歴はなし。H24 年 11 月 22 日、暗赤色便を主訴に当科受診。造影 CT にて造影剤の血管外漏出はなく、緊急 CF を施行し盲腸まで観察したところ、明らかな出血源は同定できず、下行結腸より肛門側に暗赤色便を認めた。同日入院し、絶食、PPI 点滴にて、その後は下血もなく経過。11 月 26 日に GIF、28 日に CF を施行し回腸末端まで観察したが、ともに異常所見は認めなかった。29 日にメッケル憩室シンチをおこなったところ、下腹部正中やや右側に結節状の集積を認め、メッケル憩室からの出血が疑われた。一旦退院し、H25 年 1 月 15 日、小腸 X 線検査を施行。回腸末端より 14cm ほど口側に細長い憩室を認めた。憩室内には小バリウム斑があり、びらんが疑われた。憩室の辺縁はやや鈍角であり、粘膜浮腫、open ulcer の存在が疑われた。1 月 24 日にカプセル内視鏡を施行。明らかな憩室の存在は確認できなかったが、下部回腸に粘膜性状の異なる部位を認め、憩室内の胃粘膜をみていると考えた。以上より、回腸メッケル憩室と診断し、手術的に当院外科へ紹介となった。2 月 16 日に腹腔鏡下小腸切除術を施行。回腸末端から約 60cm の腸間膜付着側対側に、2cm 大の憩室を認めた。病理組織結果では、腸管全層が確認できる真性憩室であり、憩室の入口は小腸粘膜で構成されており、それより先端は胃底腺組織がよく発達した胃粘膜で構成されており、メッケル憩室に矛盾しない所見だった。回腸粘膜側には潰瘍性病変などは認めず、術後は下血なく経過している。【結語】小腸 X 線検査で病変を指摘できたメッケル憩室の 1 例を経験した。

106 パーチャル小腸内視鏡が有用であった、非特異性多発性小腸潰瘍症の一例

静岡県立総合病院 消化器内科
○白根 尚文、松田 昌範、吉川 俊之、鈴木 直之、黒上 貴史、山田 友世、重友 美紀、榎田 浩平、菊山 正隆

【はじめに】狭窄を有する小腸疾患では、全小腸を観察することは容易でない。また狭窄の位置を客観的に示すことはしばしば困難である。我々はこれらの問題を解決する一つ的手段として、CT により小腸を立体的に描出するパーチャル小腸内視鏡を小腸病変の検索に積極的に活用している。今回パーチャル小腸内視鏡が、非特異性多発性小腸潰瘍症の術前検査として有用であった症例を経験したので報告する。【症例】39 歳女性。低アルブミン血症と消化管通過障害の精査目的に入院となった。上部消化管内視鏡と下部消化管内視鏡検査で特記すべき異常を認めなかった。出血シンチで 6 時間後に回腸に異常集積を認めた。小腸造影でトライツ靱帯から肛門側約 1m の範囲に 4 か所の狭窄が疑われた。経口のバルーン内視鏡で、トライツ靱帯から数十 cm と思われるところに、軽度の狭窄と、ピンホール状の狭窄を認め、後者より深部の観察は不可能であった。パーチャル小腸内視鏡は、イレウスチューブから小腸に空気を注入し、64 列マルチスライス CT で撮像後、パーチャル大腸内視鏡用プログラムにより画像を再構築した。パーチャル小腸内視鏡で、全小腸が 312cm の長さで描出され、輪状狭窄をトライツ靱帯から 81, 89, 100, 114, 116cm に認めた。術前には原因を示唆する特異的所見は得られず、通過障害を目的として手術を施行した。小腸はトライツ靱帯から 58-138cm と 218-225cm の 2 か所に分けて切除した。トライツ靱帯から 58, 71, 90, 130, 138, 218, 225cm に輪状潰瘍による狭窄を認めた。手術標本を用いた病理組織学的検討でも特異的所見を認めなかったことから、いわゆる非特異性多発性小腸潰瘍症と診断した。【考察】小腸造影とバルーン内視鏡で小腸の多発狭窄が指摘されたが、位置情報のあいまいさから手術標本との対比は困難であった。一方、パーチャル内視鏡展開像上に病変情報をプロットして作成した小腸マップは、摘出標本の肉眼所見とよく一致していたが、肛門側の 2 病変は指摘できなかった。【結語】パーチャル小腸内視鏡は、多発性小腸狭窄症例の術前評価に有用である。

108 腹部造影 CT 検査、小腸ダブルバルーン内視鏡により迅速に診断しえた Meckel 憩室出血の一例

¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 外科
○杉山 智哉¹、菅野 琢也¹、奥田 悠介¹、森岡 優¹、羽根田賢一¹、尾関 貴紀¹、池内 寛和¹、望月 寿人¹、平田 慶和¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、伊藤 哲²、山口 竜三²

【症例】16 歳、男性【主訴】下血【既往歴】2009 年にも消化管出血にて入院歴あり【現病歴】受診数日前より下血症状あり、2012 年 12 月 28 日近区受診。受診時ショックバイタルであり、当院救急搬送となった。【現症】意識清明、BP：145/80mmHg、HR：108 回/分、BT：35.0℃、腹部：平坦、軟、圧痛なし、直腸診：暗赤色の血液付着【血液検査所見】WBC7900/ μ l、Hb12.2g/dl、PLT173x10³/ μ l、BUN18.9mg/dl、Cre0.53mg/dl、CRP0.04mg/dl【経過】来院時、腹部造影 CT 検査を施行し、骨盤内小腸内腔に造影剤の漏出を認めた。小腸からの出血が持続していると判断し、RCC6 単位輸血施行。バイタルサインに注意しながら前処置をし、同日緊急経肛門の小腸ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。パウヒン弁より約 40cm 口側の回腸に憩室を認めた。検査時に出血は無かったが、近傍に凝血塊が散在していたことと、挿入できた口側腸管までに病的所見を認めなかったことから、憩室出血を疑い、マーキングを施行し終了した。第 8 病日に上部消化管内視鏡検査、小腸造影検査施行。憩室より口側に出血源となるような病変は認めなかった。第 12 病日に行った 99mTcO₄-シンチグラフィ検査では、小腸には異常集積を認めなかった。検査所見及び経過より Meckel 憩室出血と判断し、第 22 病日に腹腔鏡下憩室楔状切除術を施行した。切除標本の病理組織学的所見では、憩室粘膜の大部分は異所性胃底腺粘膜より構成されていた。術後経過は良好であり、第 27 病日に退院。現在まで再出血は認めていない。【考察】Meckel 憩室の発生頻度は全剖検の 2%であり、そのうち 15～25%に様々な合併症が出現しているとの報告がある。合併症発生頻度は腸閉塞が 36.5%と最も多く、出血は 11%である。胃粘膜シンチグラフィの陽性率は 30～40%との報告があり、本症例では集積を認めなかった。今回、腹部造影 CT 検査にて小腸からの出血を確認できたため、経肛門の小腸ダブルバルーン内視鏡検査を施行し、迅速な診断に至ったと考えられる。Meckel 憩室出血に関し若干の文献的考察を加え報告する。

109 当院における小腸カプセル内視鏡検査の現状

¹ 公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター、
² 名古屋大学大学院消化器内科学
 ○藤塚 宜功¹、大塚 裕之¹、水谷 泰之¹、石川 英樹¹、大宮 直木²、
 中村 正直²、後藤 秀実²

【目的】当院において約5年間に施行した小腸カプセル内視鏡検査（VCE）についての現状とNSAID、抗凝固剤内服症例におけるの異常所見の検討を行った。【対象と方法】観察期間は2008年4月から2013年1月とした。全件数は126件で症例数では112例、男性72例、女性50例で平均年齢は52.3±14歳であった。VCE検査目的として原因不明の消化管出血（OGIB）77件（61.1%）、貧血12例（9.5%）、腹痛9例（7.1%）、腸閉塞8例（6.3%）、その他が20例であった。出血の誘因となり得る薬物の投与歴は全47例（38%）に認め主なものでは低用量アスピリンが22例、NSAID 13例、硫酸クロビドグレル7例、ステロイド剤内服を6例、ワルファリンカリウム5例、塩酸チクロピジン4例であった。【結果】全症例の有所見率は92.1%であった。OGIBの有所見率は97.4%であったがその他の検査目的例においても有所見率は83.7%と高かった。所見の内訳はred spot 48例、erosion 38例、lymphangiectasia 30例、angioectasia 22例、潰瘍22例、出血10例、輪状狭窄9例、ポリープ6例、粘膜下腫瘍疑い6例、憩室2例、腫瘍2例、回虫、条虫がそれぞれ1例であった。薬物投与例の有所見率は93.6%であり薬物投与歴のない群との有所見率に差は認めなかった。NSAID内服例の有所見率は92.3%、低用量アスピリン内服例の有所見率は95.4%であった。薬物なし群と薬物投与群間のangioectasiaで有意差を、またNSAID群と薬物なし群間で有意差を、またNSAID群と薬物なし群間のerosionで有意差を認めた。有所見症例のうち精査が必要と考えられた17例を名古屋大学付属病院へ紹介しDBE（double balloon endoscopy）を施行。結果異常なしは3例、有所見率は82.4%であり内訳はクローン病4例、輪状潰瘍3例、ポリープ1例（Peutz-Jegher症候群）、小腸癌1例、MALTリンパ腫1例、脂肪腫1例、瘻管1例他であり輪状潰瘍のうち2例はカプセルの小腸内停留を認めDBEにて回収した。【結論】当院におけるVCEの有所見率は一般的な報告と比較しても良好でありOGIB以外の目的においても高い有所見率が得られOGIB以外へのVCE適応の有用性が示唆された。

111 腹痛を契機に発見された回腸 Peutz-Jeghers 型ポリープの一例

名古屋市立西部医療センター消化器内科
 ○中西 和久、足立 和規、稲垣 佑祐、山川 慶洋、小島 尚代、
 平野 敦之、河合 宏紀、木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

症例は36歳男性、主訴は腹痛、嘔気。平成24年1月30日からの間欠的な腹痛、嘔気を自覚し、症状が続くために当院消化器内科を受診した。腹部造影CT施行したところ回腸末端に造影効果を認める2cm大の腫瘍性病変を認めるが、明らかなリンパ節腫大は認めなかった。その後下部消化管内視鏡検査施行したところ回盲弁より数cm口側に、表面が脳回状構造の巨大なポリープ様病変を認めた。肉眼所見では過誤腫性ポリープが疑われたが、生検による確定診断はつかなかった。注腸検査では回腸末端に2cmほどの頭部をもつ有茎性ポリープを認めた。以上より回腸末端のポリープが腹痛の原因と考えられた。内視鏡的治療を希望されたため、ダブルバルーン内視鏡による内視鏡的ポリープ切除術を施行した。また、術前に施行したカプセル内視鏡検査では空腸から回腸の他の部位には異常所見は認めなかった。ポリープ切除時は留置スネアで縮挽後、スネアにて一括切除した。切除標本の病理結果は粘膜筋板の樹脂状増生を認め、回腸限局のPeutz-Jeghers型ポリープと診断した。Peutz-Jeghers症候群で認めるポリープと同じ組織所見を持つが、遺伝的素因、色素斑といった特徴を持たないものをGanonらは不全型Peutz-Jeghers症候群、渡辺らはPeutz-Jeghers型ポリープと名付けている。発生部位は大腸に多く小腸での報告例は少ない。また、ポリープは出血や腸重積などの症状で発見されることが多く、治療法は手術を選択されることが多い。今回我々はダブルバルーン内視鏡にて切除できた回腸Peutz-Jeghers型ポリープ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。

110 カプセル内視鏡検査が診断に有用であった日本海裂頭条虫症の一例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科
 ○鳥井 淑敬、芳野 純治、乾 和郎、若林 貴夫、片野 義明、
 三好 広尚、小林 隆、小坂 俊仁、友松雄一郎、山本 智支、
 松浦 弘尚、成田 賢生、森 智子、細川千佳生、黒川 雄太、
 安江 祐二

【主訴】排便時に虫体を認めた。【既往歴】高脂血症、高血圧症で近医に通院中。【生活歴】刺身・生魚を好んで摂食していた。【現病歴】症例は61歳の男性。4日前より水様性下痢が出現した。来院の1日前に、排便時に2メートル以上の白色調の紐状排泄物が認められたため当院を受診した。虫体から日本海裂頭条虫と診断した。持参された虫体に頭部は確認されなかった。精査・治療のために入院となった。【入院後経過】来院時の血液生化学検査では特記すべき異常は指摘できなかった。糞便の虫卵検査は陽性であった。治療方針の決定のためにカプセル内視鏡検査を実施した。その結果、上部空腸から横行結腸まで虫体の存在を確認した。虫体は少なくとも2隻確認された。後日、X線透視下でアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミンを用いて駆虫を試みた。十二指腸ゾンデ下でアミドトリゾ酸ナトリウムメグルミン400mlを十二指腸内に散布し、透視下で虫体を直腸まで追い込み、その後は排便と共に虫体排泄を得た。虫体は計4隻認めた。そのうち1隻是頭節を確認できなかったため、ブラジカンテル1200mg/日を追加で投与した。現在は外来で虫卵検査法にて経過観察を行っている。治療後、虫卵検査は陰性であり再発なく経過している。【考察】カプセル内視鏡検査が日本海裂頭条虫症の診断に有用であった報告は国内外の報告でも少ない。今回、カプセル内視鏡検査により虫体が確認され治療方針の決定に有用であった日本海裂頭条虫症の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

112 嘔吐だけで下痢を伴わないノロウイルス胃腸炎は存在するか？

市立島田市民病院 消化器内科
 ○森下 宗自、松下 雅広、金山 広和、高橋 正彦、間瀬 裕行、
 石橋 浩平、尾上 峻也

ノロウイルス胃腸炎が施設・病院にて集団発生しニュースをにぎわしたことは記憶に新しい。吐物が乾燥し、ウイルスが空気中に舞いそれを経口的に摂取し感染することがあることと、高々10個位のウイルス量で感染が成立することが、集団発生の主たる原因と考えられている。また、ノロウイルスの場合無症状のキャリアーも存在するともいわれている。我々は、施設内感染防止対策について参考になると思われた症例を経験したので発表する。症例は87歳女性。2012年12月28日畳の上を歩いている際転倒し救急外来受診。左大腿骨頸部骨折の診断にて、同日人工骨頭挿入術の手術を受けた。その後順調に経過し、2013年1月22日回復期リハビリ病棟に転棟。3月5日希望にて介護施設に転所の予定であった。3月4日同室者からノロウイルスが検出され、グレイ扱いにて転所を11日まで延期し経過をみられた。嘔吐・下痢なく、元々便秘にて時に下剤を内服する状態でさえあった。3月11日転所。同日深夜嘔吐あり、ノロウイルス胃腸炎を疑われ当科紹介受診。洗腸にて排便し検査したところノロ（+）であった。当科入院し経過を見たが、その後は嘔吐も下痢もなかった。3月18日再検するとやはりノロ（+）であったため、排便そのものがないことから、逆にマグミット・アローゼンを投与し毎日排便があるようにしたところ、5日後の3月23日ウイルス（-）となり、再転所となった。高齢者は便秘の方が多い。早期発見・治療目的のために排便を促すことは、施設内感染を抑えるうえで一つのポイントであると考えられた。当日は当院での医師・看護師の意識調査の結果もあわせて報告する。

113 腸間膜リンパ節腫大の2例

¹ 磐田市立総合病院 外科、² 磐田市立総合病院 消化器外科
 ○川田三四郎¹、福本 翔²、嘉山 貴文¹、小坂 隼人¹、
 神藤 修²、宇野 彰晋²、深澤 貴子²、稲葉 圭介²、松本 圭五²、
 落合 秀人²、鈴木 昌八²、北村 宏²

腸間膜リンパ節腫大を認めた際に、悪性リンパ腫や他の炎症性疾患との鑑別が困難であり病理学的評価により初めて診断が得られる場合も少なくない。今回我々は2例の腸間膜リンパ節腫大症例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例1】 63歳男性。検診での腹部USにて左上腹部に4cm大の腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診。腹部造影CTでは膈左側に動脈相で均一に造影される辺縁明瞭な腫瘍を認め、Gaシンチグラフィでは同部位に集積あり。血液検査では血沈亢進、CRP4.9mg/dlと上昇みられたが、sIL-2Rや腫瘍マーカーの上昇はなかった。小開腹にて、SMV近傍の空腸間膜に4cm大の腫瘍を確認できた。血管への巻き込みはなく腸管切除を行わずに腫瘍のみ核出した。病理所見では濾胞間の形質細胞増加や血管増生や硝子化様間質を認めCastleman病と診断された。摘出後7週間経過した現在、再発徴候認めていない。

【症例2】 56歳男性。40℃を超える発熱、下痢の後に腹痛が出現し、近医受診。血液検査にて炎症所見あり、腹部US、CTにて小腸間膜に5×3cmの腫瘍を認め精査加療目的に当院紹介受診。腹部造影CTでは腫瘍はさらに増大し、SMVは腫瘍により閉塞、SMA分枝は腫瘍内を貫通しencasementは認めなかった。Gaシンチグラフィでは腫瘍部に高集積を認め、鑑別として悪性リンパ腫、IgG4関連疾患、Castleman病等が挙げられた。sIL-2R、IgG4は基準範囲内、IL-6は軽度高値であった。腫瘍の完全切除のためには小腸および結腸の大量切除となるため、開腹生検施行。迅速病理診断ではリンパ腫も疑われたが、永久標本の病理所見ではリンパ球の増殖を認めず腸間膜リンパ節炎と診断された。抗生剤も投与せず経過観察としたが、発熱下痢の再燃は認めなかった。生検後6週間の腹部CTでは腫瘍は1.5cm程度まで縮小していた。

115 大腸全摘術後の難治性回腸囊炎にinfliximabが奏功した潰瘍性大腸炎の1例

富士宮市立病院 内科
 ○鏡 卓馬、鈴木 崇弘、高野 亮佑、奥谷 敬文

【症例】 41歳、男性。【主訴】 血便、下痢、発熱。【既往歴】 21歳潰瘍性大腸炎で大腸全摘術、回腸囊肛門管吻合術【現病歴】 21歳時に潰瘍性大腸炎で大腸全摘術を受けて以降、平素から排便回数は1日6回程度で泥状便であった。転勤が多く、病状も安定していたため定期的な通院をしていなかった。2011年5月頃から1日10行以上の血性下痢が現れたが放置していた。8月19日に高所からの転落により受傷し中心性頸髄損傷にて千葉県救急医療センターへ入院した。8月30日に実家最寄りの当院整形外科へ転院した。【現症】 体温37.8度、腹部は平坦、軟で圧痛なし。水様血便12行/日。皮疹や関節痛を認めない。【検査所見】 血液検査：WBC10300/mm³、Hb11.9g/dl、PLT58.8x10⁴/mm³、CRP4.86mg/dl、便培養：病原性陰性。【経過】 転院後は中心性頸髄損傷後のリハビリを受けながら、低残渣食を摂取していた。血性下痢と発熱、炎症反応高値が続くため9月9日に下部消化管内視鏡検査を施行した。回腸囊炎と診断しmetronidazoleとmesalazineで治療を開始した。しかし、炎症反応は上昇傾向となり、さらに9月29日からbetamethasone注腸を追加したが効果は不十分であった。10月24日よりinfliximabを開始したところ、これにより速やかに寛解導入された。【結語】 大腸全摘術後の難治性回腸囊炎に対しinfliximabを使用した報告は少なく、比較的稀な症例と考えられたため報告した。

114 回盲部憩室炎から上腸間膜静脈分枝に穿通し上腸間膜静脈血栓症を来した1例

¹ みよし市民病院、² JA愛知厚生連 豊田厚生病院
 ○木村 純¹、濱田 広幸¹、伊藤 治¹、成瀬 達¹、柴田 時宗¹、
 白月 達²

【症例】 50代男性【現病歴】 2012年8月7日から心窩部痛と下腹部痛が出現したために他院にて憩室炎と診断され抗生剤を投与された。しかし症状が続くため翌日当院を受診。右下腹部に反跳痛があり、腹部CTにて上行結腸から回盲部にかけて多発する憩室、腸管壁の浮腫を認め憩室炎と診断し入院加療となった。【入院後経過】 第2病日に鮮血の下血が1回あり、40℃を超える発熱が見られたため腹部CTで再検したところ回盲部に炎症所見の強い憩室と隣接する上腸間膜静脈分枝血管内にairを認め一部は上腸間膜静脈本幹まで達していた。その後、下腹部痛は改善傾向がみられたが心窩部痛が増強、38℃を超える弛張熱を認め第6病日に腹部造影CTを施行したところ炎症の中心と思われる回腸末端の憩室は膿瘍状となり憩室外にわずかにfree airが見られ、そこから連なるように分枝血管内にもairを認めた。さらに同部位から上腸間膜静脈本幹内までの血栓を認め、血管周囲脂肪組織の濃度上昇を認めた。以上より持続的な血管内穿通で敗血症、肝膿瘍の危険があること、血栓症・血管炎を起こしており、門脈閉塞や腸管血流障害を起こす可能性が懸念されたため血管外科のある施設での治療が必要と判断し豊田厚生病院へ転院となった。転院した翌日に準緊急手術となり回盲部切除を施行、血管系は回結腸静脈根部やや抹消まで切除。術後2日目からヘパリン化を開始。術後3か月の腹部造影CTでは上腸間膜静脈内の血栓が消失しており、ワーファリンを終了した。さらに3か月後の腹部造影CTでも所見に変化は見られず現在に至る。【結語】 今回、我々は回盲部憩室炎から血管内穿通を来し上腸間膜静脈血栓症を併発した一例を経験した。憩室炎から上腸間膜静脈血栓症を来したと思われる報告例は散見されるが、本症例はCTで血管内にairを継続的に確認でき上腸間膜静脈血栓形成までの過程が推察できた貴重な症例と思われたため報告する。

116 潰瘍性大腸炎術後に生じた小腸炎の1例

名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器内科学
 ○平山 裕、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、
 氏原 正樹、前田 啓子、森瀬 和宏、松下 正伸、船波 好平、
 中村 正直、宮原 良二、後藤 秀実

【背景】 潰瘍性大腸炎(UC)は大腸に限局する炎症性腸疾患と定義され、古典的には小腸病変はみられない。しかしながらbackwash ileitis(BWI)や術後回腸囊炎などの報告も散見される。【症例】 40歳代男性【現病歴・経過】 2008年4月にUCと診断され、経口ステロイド(PSL)で治療された。2010年1月に症状増悪しPSL増量されるも改善乏しく、顆粒球除去療法を追加。以後増悪→入院を繰り返す。患者の希望もあり、11月に当院へ転院。当院の大腸内視鏡検査(CS)では、S状結腸～上行結腸に中等度炎症および回腸に軽度浮腫・発赤を認めた(病理組織検査でもUCの所見であり、クローン病(CD)、Whipple病、アミロイドーシス等是否定的であった)。食事再開し、GCAP継続の上(合計10回)でPSL減量を行った。しかしながら再度10行/日の下痢、腹痛、発熱を認め、UC増悪疑われ再入院となった。CSでは潰瘍形成なく、粘血便等もないため感染性腸炎が契機となった症状増悪が疑われた。経過中に肺炎・胸膜炎を併発し長期的抗生剤投与が必要となった。内科的治療は困難と考え、また本人希望のため外科的治療の方針となった。3月に腹腔鏡補助下大腸全摘術+IPAA+Ileostomyを施行。術後7日よりStomaからの排液が増加し、1日最大8000mLとなる。CSでは観察内小腸全体に粗ざう粘膜・細顆粒状粘膜・易出血域・絨毛の脱落・多発アフタ・小潰瘍を認めた(病理ではCDの所見なく、非特異的腸炎の診断)。粘膜保護剤、整腸剤等追加したが改善を認めず。PSL再導入するも改善認めなかった。BWIやUC関連enteritisの可能性を考え、タクロリムス(FK)を追加し、インフリキシマブ等も用いて薬剤調節を行った。10月にPSL30mgを再度導入。その頃から排液は1000～1500mL/dayとなり、徐々に減少傾向となった。現在はIVHポートを作製し、PSLとFKを併用し外来で経過観察中である。【結語】 UC術後に広範な小腸病変を認めた貴重な症例を経験したので報告する。

117 von Recklinghausen 病に合併した食道神経線腫の一例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
 ○田中 守、片岡 洋望、林 則之、片野 敬仁、西脇 裕高、
 濱野 真吾、尾関 啓司、塚本 宏延、海老 正秀、溝下 勤、
 森 義徳、久保田英嗣、谷田 諭史、城 卓志

今回われわれは von Recklinghausen 病に合併した食道神経線腫の一例を経験したので貴重な症例と考え文献的考察を加え報告する。症例は 60 代、男性、約 20 年前 von Recklinghausen 病の診断をうけている。嚥下時つかえ感のため他院を受診し、上部消化管内視鏡検査にて粘膜下腫瘍を認めたため精査目的で当院紹介となった。上部消化管造影検査では胸上部食道に径約 40mm 大の表面平滑な隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では胸上部食道に粘膜下腫瘍様の病変を認め、超音波内視鏡検査にて第二層由来、内部は低エコー域で、一部に高エコー域をもつ不均一な腫瘍を認めた。CT では胸上部食道に造影にて増強効果不良の限局性の壁肥厚を認め、MRI では T2 高信号・T1 低信号、造影にて辺縁優位に緩徐に増強される粘膜下腫瘍を認めた。診断目的の内視鏡的粘膜切除術の病理組織像では、異型のない扁平上皮下に炎症性細胞浸潤を伴った疎な線維性組織の増生を認め、紡錘形細胞は免疫染色で S100 陽性を示し神経線腫と診断した。神経線腫腫症 1 型 (von Recklinghausen 病) は 1882 年に Recklinghausen により初めて報告され、皮膚および神経の多発神経線腫、カフエオレ班と呼ばれる色素斑を主徴とし、骨変化、脳脊髄腫瘍、眼病変、learning disability など多彩な症候のみられる常染色体優性遺伝性の疾患である。人口 10 万人につき 30 ～ 40 人、日本には 4 万人前後の患者が存在すると推定されており、比較的目的にする機会が多い疾患である。消化器系には非上皮性腫瘍の合併がみられ、小腸、胃、大腸の順に多いといわれており、食道の報告例はほとんどない。

119 食道粘膜下へ完全迷入した針金による食道異物の 1 例

土岐市立総合病院 内科
 ○多和田祥子、白井 修、下郷 友弥、安田 諭、清水 豊

症例は 68 歳、男性。主訴は胸部違和感。既往歴は胃潰瘍癒痕。家族歴に特記事項なし。平成 24 年 9 月頃より食道にひっかかった感じを自覚していたが放置していた。同年 11 月に近医で上部消化管内視鏡検査 (以下 EGD) を施行した。胸部上部食道に粘膜下腫瘍様病変を指摘され、平成 25 年 1 月 31 日に当院紹介となった。2 月 6 日に当院にて EGD を施行した。切歯から 25cm の食道に内芽組織を伴った粘膜下腫瘍様病変を認め、胃・十二指腸観察後の引き抜き時に同病変の頂部から呼吸性変動で見え隠れする針状の金属が突出するのを認めた。同日予定していた超音波内視鏡は中止。同日の胸部単純 CT 検査では、大動脈弓レベルの食道に約 20mm で L 字型の針金状金属が食道粘膜下に迷入していたが、明らかな動脈損傷や消化管穿孔の所見は認めなかった。2 月 12 日に入院。当院外科とも相談した上で、同日に本人・家族の希望通り内視鏡的食道異物摘出術を施行した。まず、内視鏡を病変まで挿入したが異物は観察できず、透視下で確認しながら開いた把持鉗子を粘膜に押しつけて針金の先端を掴んで内視鏡ごと肛門側に押し込んで異物を摘出した。翌日の胸部造影 CT 検査でも明らかな動脈損傷や消化管穿孔の所見は認めず、第 3 病日から食事開始。経過良好のため第 8 病日に退院となった。自験例の様に穿孔を伴わず完全迷入する食道異物は比較的に稀である。内視鏡で異物が確認できない症例では食道外切開で異物を摘出することもあるが、自験例では CT による迷入した金属の形状の把握と透視による位置情報、そして異物の形状に合わせた内視鏡操作によって手術をすることなく異物を除去することができたと考えられた。

118 いわゆる黒色食道を呈した急性壊死性食道炎の 1 例

済生会松阪総合病院 内科
 ○加藤 誉史、河俣 浩之、行本 弘樹、鈴木 康夫、青木 雅俊、
 福家 洋之、橋本 章、脇田 喜弘、清水 敦哉、中島 啓吾、
 南川 光三

【症例】40 代男性。糖尿病にて 30 代よりインスリン治療を受けていたが、5 年前より経済的理由で中断し無治療であった。2 週間前より歩行障害、食事摂取不良あり、徐々に増悪し意識障害を来し 2013 年 2 月救急搬送された。血糖 350mg/dl、HbA1c15.8% (NGSP) と高血糖、白血球 30600/μl (好中球 90.6%) と高度上昇、アルブミン 1.7g/dl と著明な低アルブミン血症を認めた。また糖尿病性ケトアシドーシスを示唆する所見は認められなかった。摂食不良による脱水、感染の合併による意識障害と考え、輸液、抗生剤治療を開始した。徐々に意識レベルは改善し、第 3 病日には清明となり食事を開始したが、第 8 病日より摂食時の胸痛を訴え、摂取困難となったため、第 11 病日に上部消化管内視鏡を施行した。頸部食道から食道胃接合部まで連続して全体的に上皮の黒色変化を認め、壊死性食道炎と考えた。胃には明らかな異常所見は認められなかった。絶食、酸分泌抑制剤投与を行ったところ、11 日後には黒色変化が残存しているものの、白苔付着を認め改善傾向であった。生検を施行したが壊死物質のみであった。同日より経口摂取を再開し、その後経過良好である。【考察】壊死性食道炎は糖尿病、感染症、腎不全、悪性腫瘍、低栄養等の基礎疾患を有する者に発症する頻度が高く、本症例でも糖尿病、低栄養がみられた。また予後は比較的良好といわれているが狭窄を来した報告もあり、本症例でも高度な黒色壊死が食道全域に認められており今後の狭窄に注意が必要と考えられる。発生機序については、局所の血流障害による虚血、感染症、抗生剤に対する反応、胃酸の関与等、様々な要因が考えられるが、未だ不明な点が多く、解明されていない。今後症例を蓄積し、病因、病態の解明が必要であると考えられる。稀な疾患であるが、その内視鏡所見が極めて特徴的であり、示唆に富む症例と考えられ報告する。

120 Vigorous achalasia を伴った食道横隔膜上憩室の 1 例

¹愛知医科大学 消化器内科、²愛知医科大学 中央臨床検査部、
³愛知医科大学 消化器外科、⁴岐阜県立多治見病院 消化器内科
 ○木村 幹俊¹、飯田 章人¹、田村 泰弘¹、井上 匡史¹、近藤 好博¹、
 伊藤 義紹¹、井澤 晋也¹、増井 竜太¹、土方 康孝¹、徳留健太郎¹、
 河村 直彦¹、水野 真理¹、舟木 康²、小笠原高³、佐々木誠人⁴、
 宮地 正彦³、春日井邦夫¹

【症例】47 歳、男性。【経過】X-2 年より胸やけ症状出現。X-1 年 9 月より胸やけと逆流症状の増悪を認め近医受診。上部内視鏡・胸腹部 CT 検査にて横隔膜上憩室と診断。PPI 内服治療行うも逆流症状の増悪を認め精査加療目的で入院となった。食道造影で下部食道右側に 5.1cm×5.2cm の憩室を認めた。上部消化管内視鏡検査にて門歯から 35cm の右側壁に広い開口部をもつ上皮にびらんを伴う憩室を認めた。食道内圧検査では水嚥下時の一次蠕動波は 40mmHg 以上で、下部食道括約筋圧 (LES 圧) は 40mmHg 以上で弛緩不全を伴い食道アカラシアとびまん性食道痙攣の臨床的特徴を有しており、Vigorous achalasia と診断した。24 時間食道内 pH モニタリングでは食道内 pH4 未満時間比率が 20.4% と異常酸逆流を認めた。薬物療法抵抗性の巨大憩室 (5cm 以上) のため、X 年 1 月当院消化器外科にて憩室切除および筋層切開、抗逆流手術 (Dor 法) を施行した。術後の病理診断では憩室壁に筋層を認め真性憩室であった。術前の逆流症状は消失し、第 13 病日に退院し現在経過観察中である。【考察】通常横隔膜上憩室は、食道下部の運動の亢進や LES 圧の上昇により圧出性生ずる仮性憩室であるとされている。本症例は稀な Vigorous achalasia を伴った真性憩室で食道機能検査により確定診断され、外科的治療が有効であった貴重な症例と考える。

121 多発バレット腺癌の一例

国家公務員共済組合連合会 東海病院
○濱宇津吉隆、丸田 真也、北村 雅一、三宅 忍幸、加藤 亨

患者は60歳前後の男性。2012年12月に感冒症状を契機として食思不振が出現。内服薬で経過観察をしていたが、症状の改善がなく5kgの体重減少を認めたため、精査・加療目的に2013年1月、当科に紹介受診となった。胸腹部単純CTでは、下部食道の不整な壁肥厚と食道周囲及び横隔膜下噴門部周囲のリンパ節の腫大を認めた。また肺や肝臓に結節を多数認めた。上部消化管内視鏡検査では、切歯から28cmにSCJがあり、それより肛門側は全周性に円柱上皮に置き換わったバレット食道となっていた。バレット食道内の切歯から29～32cmの胸部食道の後壁に半周性の粗大結節を伴う隆起性病変を、切歯から31～34cmの胸部食道の前壁に径2cmの扁平な隆起性病変を認めた。また切歯から35～46cmの下部食道に全周性の2型腫瘍を認めた。病理結果は3病変ともAdenocarcinomaであった。以上から多発バレット腺癌の肺・肝・リンパ節転移と診断した。本人・家族に病状説明をしたうえで、TS-1 + CDDPによる化学療法を開始した。食思不振の副作用を認めたが特に問題なく経過している。1クール後の上部消化管内視鏡検査で、原発巣は化学療法前と著変なかったが、胸腹部CTでは肺およびリンパ節の転移巣は明らかに縮小していた。現在も化学療法を継続している。本邦で1990年から2010年までの期間において、外科的および内視鏡的に切除された全切除食道癌のなかでバレット腺癌の占める割合は3.7%との報告がある。その中でも多発例の報告は少なく、稀な症例を経験したので報告する。

122 ESD後に根治化学放射線療法を追加したにも関わらず早期に再発し死亡した表在食道癌の一例

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
○藤吉 俊尚¹、田近 正洋²、田中 努²、石原 誠²、水野 伸匡¹、
原 和生¹、脇岡 範¹、今岡 大¹、大林 友彦¹、関根 匡成¹、
永塩 美邦¹、奥儀 竜治²、堤 英治¹、佐藤 高光¹、坂本 康成¹、
山雄 健次¹、丹羽 康正²

【症例】50歳代、男性【主訴】発熱【既往歴】2年前から糖尿病、高脂血症【生活歴】喫煙30本/日*15年、飲酒ビール大3本/日*35年【現病歴】発熱を主訴に前医受診、その際に心房細動を指摘され循環器内科にて抗血栓薬の投与予定であった。吐血の既往があったため上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行、食道に病変を指摘され当院紹介となった。【経過】PET-CTを含めた精査の結果、胸部中部食道癌SCC、長径3cm、3/4周0-IIc+；cT1b(SM1)N0M0 cStageIと診断した。治療としては標準治療である外科手術、さらに化学放射線療法(CRT)を提示したが、合併症の存在、本人の希望より内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行なった。病理組織診断の結果、pT1b(SM2),ly2,v0,HM0,VM0?であったため、追加治療としてESD2ヶ月後から根治CRT 50.4Gy/28fr.(予防域41.4Gy+原発巣Boost9Gy)+FP(FU+CDDP)700/70療法2コース、さらにはBoost FP800/80療法2コースを行なった。CRT終了2ヶ月後の時点ではEGD、CTにて再発所見は認めなかったが、8ヶ月後に左股関節痛が出現、CTにて骨転移および#104L、#16リンパ節腫大、肝転移を確認した。入院にて左股関節に対し照射を開始したが、大腿骨頸部骨折を来したし人工骨頭置換術を行なった。その後、再発に対しFP800/80療法、DTX療法を行なうも効果認めずESD後14ヶ月で永眠された。【考察】本症例は組織の一部に腺癌線分を有していた。このことが経過を左右した一つの要因がある可能性があるが、初診時に既にStageIVであった可能性も否定できない。本症例を振り返り、術前診断の限界あるいはESD後の追加治療の選択(CRTまたは手術)の難しさを考えさせられる重要な症例であると考え報告する。

123 食道Burkittリンパ腫の一例

¹名古屋市立大学病院 消化器内科、
²名古屋市立大学病院 血液内科
○森 義徳¹、田中 守¹、西脇 裕高¹、尾関 啓司¹、塚本 宏延¹、
海老 正秀¹、溝下 勤¹、久保田英嗣¹、谷田 諭史¹、片岡 洋望¹、
上垣史緒里²、小松 弘和²、飯田 真介²、城 卓志¹

【はじめに】食道の悪性リンパ腫には、粘膜深層または粘膜下組織のリンパ組織から発生する原発性病変と、主に胃または胸腔内リンパ節病変からの浸潤による続発性病変とがある。原発性食道悪性リンパ腫は消化管悪性リンパ腫の1%以下で極めて稀であり、そのほとんどが非Hodgkinリンパ腫である。今回我々はこれまで文献的に報告を認めない食道Burkittリンパ腫を経験したため報告する。【症例】70歳代男性。2012年6月頃から食べ物のつかえ感あり近医受診。上部消化管造影検査にて食道に不整狭窄像を認め7月に当院に紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査では中部食道に高度な狭窄像を認めた。CTでは中部食道主体に著明な壁肥厚、内腔の狭窄を認めた。ガリウムシンチでは胸部上部から中部食道の腫瘍影に一致して高集積を認めた。病理組織検査ではN/C比の増した細胞質の乏しい腫瘍細胞の充実性の増殖・浸潤、びまん性増殖と星空像を認め、Burkittリンパ腫と診断された。免疫染色ではCD45陽性、CD10陽性、CD20陽性、BCL2陰性、MIB1>98%であった。以上の結果からBurkittリンパ腫、臨床病期III期と診断した。高齢であるためR-CHOP療法を施行した。【考察】Burkittリンパ腫は消化管領域においては胃や回盲部における報告が散見されるが、本症例は画像所見上これらと共通していると考えられる特徴的所見を認めた。若干の文献的考察を加えて報告する。

124 食道神経内分泌細胞癌の1例

¹浜松医療センター 消化器内科、
²浜松医療センター 病理診断科
○石田 夏樹¹、松永英里香¹、太田 和義¹、下山 真¹、松浦 愛¹、
末廣 智之¹、森 泰希¹、本城裕美子¹、高井 哲成¹、岩岡 泰志¹、
住吉 信一¹、川村 欣也¹、吉井 重人¹、影山富士人¹、山田 正美¹、
森 弘樹²、小澤 享史²

【症例】51歳、女性。2012年4月中旬より左頸部のリンパ節腫脹と疼痛が出現した。近医にて造影CT施行したところ両側頸部および腋窩に多発性リンパ節の腫大を認め悪性リンパ腫が疑われ、左頸部リンパ節からの生検では腺癌の病理診断であった。その後のPET-CTにて食道および左乳腺に高集積を認め、食道精査のため消化器内科紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて胸部中部食道に長径5cm程度の3型腫瘍性病変が認められ、リンパ節腫脹部位の疼痛コントロール困難であったため精査・加療目的に入院となった。左頸部リンパ節および食道病変の生検にてCD56、chromogranin A、synaptophysinがいずれも陽性の食道神経内分泌細胞癌と診断された。またPET-CTにて高集積を認めた左乳腺の針生検からも食道病変と同様の病理結果が得られた。以上から食道神経内分泌細胞癌cStageIVbと診断した。第7病日目よりCDDP+CPT-11療法(CDDP:40mg(30mg/m²)day1, 15, CPT-11:85mg(60mg/m²)day1, 15)開始した。しかし1コース施行した時点で疼痛コントロール不良となり、さらに急激に全身状態が悪化したため化学療法継続困難となり、第85病日目に永眠された。【考察】食道神経内分泌細胞癌は稀な疾患であり頻度は全食道癌中1～1.5%と報告されている。早い段階から粘膜下層に深に腫瘍が浸潤しやすく、脈管、リンパ管侵襲が高率で早期に転移しやすく発見時には多くがリンパ節転移や遠隔転移をきたしているため予後は極めて不良とされる。食道神経内分泌細胞癌の標準的治療法は確立されていないのが現状であり今後の症例の集積による標準的治療の確立が望まれる。

125 食道がんサルベージ手術後の乳び胸治療においてリンパ管造影検査が有用であった 1 例

愛知県がんセンター中央病院

○川上 次郎、安部 哲也、植村 則久、川合 亮佑、浅野 智成、佐野 力、伊藤 誠二、小森 康司、千田 嘉毅、三澤 一成、伊藤 友一、木村 賢哉、木下 嘉高、高陽、倉人 誠、岩田 至紀、倉橋真太郎、清水 泰博、篠田 雅幸

食道がん術後乳び胸の多くは周囲組織との癒着により自然軽快する。しかし、化学放射線治療後のサルベージ手術の場合、周囲組織の治療機転が障害されているため癒着形成が不十分となり治療に難渋する場合がある。今回我々は、食道がんサルベージ手術後の乳び胸においてリンパ管造影検査が治療に有用であった 1 例を経験したので報告する。症例は 69 歳男性、2011 年 10 月胸部食道癌(Mt. cT3N2M0 cStage3B)に対し術前補助化学療法として FP2 コース施行したところ左反回神経麻痺が出現した。PD と判断し、化学放射線療法(FP4 コース、60Gy)を施行したところ、2012 年 8 月 GIF で CR が得られた。2012 年 12 月フォローアップの GIF で再発を認めたため、サルベージ手術(右開胸開腹食道亜全摘、2 領域郭清、胸骨後経路、胃管再建、頸部吻合術)を施行した。RT の影響で縦隔内組織の線維化を認め剥離に難渋したが、胸管は確認でき、温存した。術翌日から胸腔ドレーン排液が乳びとなり 1-3L 程度の排液が続いた。術後 10 日目に左足背からリビオドリンパ管造影を行った。右胸管は不明瞭で、左胸管を全長に確認し、右胸腔上縦隔領域の 2 か所よりリビオドリンパの漏出点を確認した。リンパ管造影後、胸水の排液はやや減少したが 800ml/day 程度で持続した。術後 13 日目に胸腔ドレーンからビシパニールを注入したが改善しなかった。そこで、リンパ管造影の所見を参考に、術後 17 日目に透視下で右上縦隔の漏出点へ胸腔ドレーンルートからカテーテルを誘導し、同部位へビシパニールを重点的に注入した。その結果、翌日より乳糜の排液が著しく減少し 300ml/ 日前後となった。術後 24 日目に胸腔ドレーンを抜去した。その後再燃なく、術後 30 日目で退院となった。当院では、難治性乳び胸にはリンパ瘻の部位同定、および造影剤(リビオドール)注入に伴う炎症性癒着形成によるリンパ瘻の軽減を目的にリンパ管造影検査を施行している。本症例においてはリンパ瘻の減少は不十分であったが、漏出部の確認ができたために同部位への重点的な癒着術が施行でき、保存的に軽快させることが可能であった。

127 腹部手術歴のある胸部食道癌再建法の工夫

名古屋大学 大学院 医学系研究科 消化器外科学

○鳥居 康二、小池 聖彦、神田 光郎、小林 大介、田中 千恵、山田 豪、中山 吾郎、藤井 努、杉本 博行、野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

【諸言】遊離空間による食道再建は喉頭合併切除を伴う頸部食道切除では一般的であるが、これを応用し内胸動静脈と血行再建することで胸骨切痕から剣状突起までの範囲を間置可能である。また、胸部食道癌においては胃管、結腸、小腸を用いた定型的な再建が存在するが、何らかの理由により再建臓器として使えない症例も存在する。その際遊離空間が採取できれば、それを用いた再建法が可能である。今回我々は腹部手術歴があり胃、結腸による再建が不可能な胸部食道癌において、遊離空間による再建を行えた症例を経験したので報告する。【症例】70 代女性。既往として 15 年前膀胱癌で膀胱全摘、右半結腸を代用膀胱に使用。術後に骨盤内放射線照射歴あり。他院で食道癌と診断され化学放射線療法後当院紹介。紹介時 AcGtL4, cT3, N0, M0, cStageII であった。Mt の dysplasia も含めて右開胸中下部食道切除、噴門側胃切除、有茎空腸間置を予定した。開腹すると空腸が骨盤底に強固に癒着しており、有茎空腸再建は不可能な状態であった。また結腸は手術の既往あり結腸再建は困難であるため遊離空腸再建を行うこととした。上縦隔郭清が不要かつ経裂孔的に下縦隔郭清を行えること、また侵襲を少なくする目的から非開胸食道摘去、噴門側胃切除、胸壁前遊離空腸再建を行った。【手術手技】胸壁正中切開で両側乳頭まで皮弁形成を行った。空腸動静脈第 2 枝を中心に約 20cm 空腸を切離し挙上した。血管吻合に先んじて口側の空腸は胸骨切痕の高さで食道と器械吻合し、その後吻合血管への緊張が最も少ない形で第 3 肋骨の高さで内胸動静脈と空腸動静脈を顕微鏡下に吻合した。最後に腸間膜の形態に沿って腸管を配置し、腸管を極力直線状に保ち、空腸肛門側と胃体部を吻合した。腸瘻、減圧チューブは遊離空腸から留置した。術後 2 日目から経腸栄養、14 日目から経口摂取を開始した。【まとめ】遊離空間を用いた再建は血行再建を伴うもので他の術式に比べて煩雑になるが、腹部手術歴があり胃、結腸、有茎小腸が再建に使えない症例での 1 選択肢として有用であると考えられる。

126 後腹膜腔まで及び広範な膿瘍を形成した食道癌穿通の手術治療例

¹ 浜松医科大学 外科学第二講座、² 浜松医科大学 腫瘍センター
○神谷 欣志¹、阪田 麻裕¹、菊池 寛利¹、藤田 剛¹、尾崎 裕介¹、平松 良浩¹、太田 学²、宮崎真一郎¹、飯野一郎太¹、坂口 孝宜¹、今野 弘之¹

【症例】74 歳、男性。【既往歴】糖尿病、高血圧、心房細動【現病歴】2011 年 12 月から胸痛、つかえ感を自覚していた。2012 年 1 月中旬に左側腹部痛が出現し、経口摂取はほぼ不能の状態となった。同月 14 日に前々医にて行った上部消化管内視鏡検査で上切歯列より 20cm の部位(下線:前々医から前医への紹介状内容をそのまま記載)に食道癌を指摘され、同月 19 日、前医を紹介受診となった。外来での精査を予定したが、同月 21 日、39 度以上の発熱、腹痛の増強を認め前医に救急搬送された。高度の炎症所見と、CT 上、縦隔、後腹膜膿瘍の所見を認め、食道癌穿孔の疑いにて、緊急手術を目的に同日当院へ紹介となった。【治療経過】当院救急外来搬送時には、意識清明、体温 37.4℃、血圧 138/95mmHg、HR 108/min と全身状態は比較的落ち着いた。X 線透視下で下部食道の穿孔部位を確認し、同日、左開胸開腹にて、下部食道切除、縦隔・後腹膜腔の洗浄、ドレナージ術、胃瘻造設術を施行した。切離した食道と胃は二期的に再建する方針とした。呼吸不全のため、術後第 5 病日に気管切開を行なったが、他の経過は良好で、術後第 10 病日に ICU から一般病棟に転搬した。経腸栄養による栄養管理とリハビリテーションにより全身状態の回復を待ち、3 月 5 日、右開胸開腹食道亜全摘、胸腔内食道胃管吻合術を施行した。再建術後第 25 病日に退院となり、外来での化学療法導入を目指したが、初回手術後 3 ヶ月で食道周囲、縦隔、胸腔内、後腹膜に多発する再発巣を認め、初回手術後 5 ヶ月で腫瘍死された。【考察とまとめ】約 10 日間の左側腹部痛が持続し、救急搬送時にすでに広範な縦隔・後腹膜膿瘍が形成されていたという経過からは、本症例の縦隔、後腹膜膿瘍は食道癌に起因する縦隔穿通から進展したものと考えられた。食道切除、洗浄ドレナージ術と二期的再建術により、比較的全身状態を良好に保ちつつ治療を完遂することが出来たものの、補助療法を行うまでもなく腫瘍死の転帰となった。後腹膜膿瘍を形成した食道癌穿孔、穿通の報告は極めてまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

128 NBI システム併用拡大観察と EUS の深達度診断の有用性について、食道癌根治手術を行った表層型食道癌 13 例を対象とした比較検討

岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科

○館 正仁、田中 善宏、桜谷 卓司、棚橋 利行、八幡 和憲、今井 寿、佐々木義之、松橋 延壽、奥村 直樹、野中 健一、高橋 孝夫、長田 真二、吉田 和弘

近年食道癌に対する深達度診断の重要性は増しそのモダリティの進歩は著しい。内視鏡下粘膜切除や鏡視下食道切除の普及に伴い正確な診断方法の各施設での確立と標準化が望まれる。(目的)当科では食道表在癌に対し、消化管造影・通常内視鏡検査、超音波内視鏡での診断を行ってきた。NBI (narrow band imaging) により、粘膜表面の血管構築や微細構造を明瞭に描出し得ることが可能となり、食道においては IPCL (intra epithelial papillary capillary loop) のパターン変化が、癌の深達度診断に有用であることが報告されている。今回我々は術前に NBI と EUS(Endoscopic ultrasoundscopy) が施行されており食道癌根治手術を行った 13 例に関して retrospective に NBI と EUS の深達度診断を比較検討し、外科医の立場から治療方針を選択する上での検査方法が有用かを検討した。(対象)2008 年 4 月から 2011 年 12 月までの当科での食道癌手術症例 72 例のうち、13 例を対象とした。NBI における IPCL パターンからの深達度と EUS の深達度を実際の手術標本での病理学的な深達度と比較した。(結果)EUS で mm、NBI で V-3 と診断し、病理結果は pSM2 であった症例が 1 例、EUS で sm 深部への浸潤を疑い、NBI で V-3 と診断し、病理結果は pMM であった症例が 2 例、EUS で sm と診断し、NBI で V-2 と診断し、病理結果は pMM であった症例が 1 例、EUS で sm と診断し、NBI で V-3、病理結果が pSM3 であった症例が 1 例、EUS で sm 深部、NBI で V-2 と診断し、病理結果が pMM であった症例が 1 例であり、その他 7 例に関しては深達度評価に関して相違を認めず、実際の病理所見と一致をみた。(考察)粘膜筋板までの MM 症例で EUS で深く読んでもしう可能性があった。EUS のみの術前評価では M2・3 症例を過大評価してしまう可能性があり、ESD で事足りる症例に食道切除を行うことにつながる。EUS と NBI 双方での総合的な評価をすることが重要に思われた。(結語) M3 以上の症例で NBI を併用した拡大内視鏡観察による上皮内血管や avascular area の観察は有用性が高い可能性がある。

129 インターフェロン・リバウンド療法にて SVR が得られた難治性 C 型慢性肝炎の一例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院消化器科

○橋詰 清孝、大久保賢治、森田 清、竹内 淳史、清水 潤一、松井 健一、横山 晋也、石田 哲也、三浦 正博、西村 大作、片田 直幸

【症例】62 歳男性【既往歴】右顔面神経麻痺、右眼瞼下垂手術、高尿酸血症、高血圧【家族歴】特記事項なし【嗜好歴】特記事項なし【輸血歴】7 歳の時に交通事故で輸血【現病歴】1975 年肝炎を指摘。2006 年他院にて Peg-IFNα2b と Ribavirin にて治療開始。治療開始から 12 週間経過しても HCV-RNA 量低下は 2.0log 未満であり、ALT 低下なく中止。2006 年 4 月当院受診となった。当院受診後は血清鉄高値もあり、瀉血を繰り返して行っていたが、2010 年 5 月より IFN の再治療を行うこととなった。【検査成績】T.bil 0.8mg/dl、AST 21IU/ml、ALT 37IU/ml、Alb 3.9g/dl、Hb 15.4g/dl、Plt $15.5 \times 10^9/\text{mm}^3$ 、PT 81.7%、KL-6 239U/ml、SPD 57.9ng/ml、ヒアルロン酸 25ng/ml、4 型コラーゲン 7s 4.6ng/ml、HCV-RNA 量 6.1LogIU/ml、genotype 1b、IL28B TG、肝生検 F1/A1。【経過】IFN 再治療として、二重濾過血漿交換療法 (DFPP) と Peg-IFNα2a と Ribavirin を併用した VRAD(virus removal and eradication by DFPP) を選択。治療開始後 20 週目に HCV-RNA は陰性化し、その後 60 週目にわずかに検出を認めたが 64 週目には再度陰性化し、72 週の IFN 治療を終了した。その 4 週後再燃し、経過をみていたところ、IFN 投与終了後 12 週目に HCV-RNA 量の低下を認めた。インターフェロン・リバウンド療法 (TIRT : Two-step Interferon Rebound Therapy) の適応と判断し、Peg-IFNα2a の monotherapy を開始。TIRT 開始後 2 週間後には HCV-RNA は陰性化し、24 週の単剤療法終了後も再燃することなく SVR が得られた。【考察】IFN 治療再燃例において、HCV-RNA 量の低下を認めることがあり、その場合 TIRT は非常に有効な治療法と考えられる。本症例は IL28B が TG の難治例にもかかわらず SVR が得られた。TIRT による治療では IL28B の遺伝子多型に関わらず SVR が得られる可能性があり、今後も検討が必要である。【結語】難治性 C 型慢性肝炎の治療では、対象を選択することで TIRT も有用であると考えられた。

131 3 剤併用療法中にレジオネラ肺炎を併発した高齢 C 型慢性肝炎の一例

JA 愛知厚生連 海南病院 消化器内科

○柴田 寛幸、吉岡 直輝、青木 聡典、武藤 久哲、廣崎 拓也、石川 大介、國井 伸、渡辺 一正、奥村 明彦

今回我々は、テラプレビルを 1500mg/day に減量した 3 剤併用療法を行い、経過中にレジオネラ肺炎を併発して 2 週間の治療中断を余儀なくされたが、SVR が得られた高齢男性の C 型慢性肝炎症例を経験したので報告する。症例は 70 歳男性。H23 年 11 月腰椎椎間板ヘルニアの手術時に初めて HCV 感染を指摘され、H23 年 12 月当科紹介となった。HCV セロタイプ 1 型、HCV-RNA は 7.2 log IU/ml と高ウイルス量であったため、平成 24 年 3 月より PegIFNα2b 100mg、リバビリン 600 mg/day、テラプレビル 1500mg/day による 3 剤併用療法を開始した。皮疹の出現もなく順調に経過し、開始後 4 週の時点で HCV-RNA は陰性化した。発熱も NSAID の使用によりコントロールされていたが、開始後 7 週頃より 38℃台の発熱が持続するとともに咳嗽、労作時呼吸困難が出現。胸部 X 線写真にて両下肺野にすりガラス様網状陰影も出現した。治療開始後に 3 回温泉旅行に出かけたとのことから、尿中レジオネラ抗原を測定したところ陽性であることが判明。レジオネラ肺炎と診断し入院となった。入院後は、CPFX、CTXR による治療を開始し、3 剤併用療法はすべて一旦中止。その後約 2 週間レジオネラ肺炎が改善したため、3 剤併用療法を再開した。治療再開後も皮疹の出現や軽度の倦怠感以外は特に問題となる副反応は認めず、PegIFNα2b とリバビリンの減量を要することなく 24 週間で治療を完了した。この間、血中 HCV-RNA は陰性が持続した。治療終了後 24 週間を経過したが、血中 HCV-RNA は陰性が持続しており SVR と判断した。レジオネラ肺炎は成人市中肺炎の約 3% に認められる比較的まれな肺炎である。IFN 治療中の注意すべき合併症としては間質性肺炎が広く知られているが、本症例では温泉旅行というキーワードにより早期の診断が可能であった。これにより治療の中断期間も最小限にとどめることができ、高齢者ではあったが SVR が得られたと考えられる。

130 C 型慢性肝炎に対する 3 剤併用療法施行中に重症急性肺炎を発症したが SVR が得られた一例

岐阜県総合医療センター

○中村 みき、松浦 加奈、水谷 拓、丸田 明範、若山 孝英、山内 貴裕、佐藤 寛之、安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一

【症例】61 歳 男性【既往歴】なし【輸血歴】なし【家族歴】なし【アルコール摂取歴】なし【現病歴】18 年前に C 型肝炎と診断され、平成 18 年 7 月より Peg-IFN+Ribavirin 併用療法開始した。治療開始前の肝生検所見は A0/F2、血液検査では AST25IU/L、ALT29IU/L、HCVRNA 量 840KIU/ml、serotype は group1 であった。治療開始 12 週目で HCVRNA は陰性化し、60 週まで延長治療したが再燃した。その後 24 年 7 月 2 日より Peg-IFN100μg/週 +Ribavirin800mg/日 +Telaprevir2250mg/日の 3 剤併用療法を開始した。24 年 6 月 27 日の肝生検所見は A1/F1 であり、治療開始時の血液検査では AST19IU/L、ALT19IU/L、HCVRNA 量 6.0LogIU/ml であった。治療開始 4 週目で HCVRNA は陰性化し、Telaprevir は 12 週投与を完了した。しかし、治療開始 16 週目にあたる、10 月 20 日に昼食摂取後突然に心窩部痛が出現し、p-AMY2030IU/L、CRP0.04mg/dl、WBC8300/μl、造影 CT にて肺炎像 (CTGrade2) が認められ、重症急性肺炎の診断で入院となった。入院後は Peg-IFN と Ribavirin の投与は中止した。肺炎に対する治療としては絶飲食の上、ナファモスタット 40mg/日 +リコモジュリン 25600 単位/日 +PPI+IPM/CS2.0g/日の保存的治療を施行した。これにより、徐々に症状は軽快し、血液検査所見、CT 所見上も退院可能な状態まで改善し 11 月 9 日退院となった。肺炎発症の原因は明らかではないが、その後も肺炎に関しては再燃なく経過良好である。また、C 型慢性肝炎に関しても AST、ALT は正常範囲内で推移し、治療終了 24 週後まで HCVRNA の陰性化が持続しており SVR と判定した。【考察】本症例は C 型慢性肝炎に対する 3 剤併用療法開始後 16 週目に重症急性肺炎を発症し併用療法は中止を余儀なくされた。しかしながら、治療開始 4 週目で HCVRNA の陰性化が得られており (RVR)、また Telaprevir を 12 週間投与完了できたことにより SVR が得られたものと考えられる。

132 当院での C 型慢性肝炎に対する Telaprevir-based triple therapy の治療経験

市立島田市民病院

○松下 雅広、森下 宗自、金山 広和、高橋 正彦、間瀬 裕行、石橋 浩平、尾上 峻也

【目的】3 剤併用療法の抗ウイルス効果は強力であるが、本治療特有の有害事象も経験した。3 剤併用療法の実地臨床経験を検討することで、より良い Patient care に資することを目的とした。【方法】当院で治療した 15 例を対象とした。対象患者は全て、肝生検施行後速やかに 3 剤併用療法を導入された。対象患者における以下の項目につき検討した。1. 治療完遂率、2. 薬剤の減量・中止に至った原因、3. ヘモグロビンの推移、4. クレアチニン値・尿酸値の推移、5. 皮疹の出現頻度である。【成績】対象の内訳は男性が 9 名、女性が 5 名で、年齢の中央値は 54 歳 (36-64 歳) であった。3 剤併用期間の 12 週間における治療完遂率は 23%(3/13) と低率だが、Ribavirin を減量しながらも内服 2 剤を継続できた例が 46%(6/13) あり、両者を併せると 69%(9/13) となった。薬剤の中止・減量に至った原因としては、貧血の進行、腎障害の出現、皮疹の順であった。貧血については、2 剤併用療法よりも重度であるが、薬剤減量により適切に調節することで治療継続が可能であった。高尿酸血症の出現頻度は高く、腎障害を伴っていた。腎障害のために治療から脱落した例が 2 名存在し、いずれも高尿酸血症に対しての治療介入が遅れた例であった。皮疹の出現頻度は Grade1/Grade2/Grade3 = 4/5/1 となり、併せて 71% (10/14) と高率であった。治療早期に出現した皮疹例は比較的軽症で遅れて出現した皮疹の 1 例が Grade3 で、治療から脱落した。【結論】3 剤併用療法の抗ウイルス効果は強力であるが有害事象の発現率も高率である。3 剤併用療法は 2 剤併用療法に比べて、貧血に傾きやすい。導入第 1 週には 3 回/週以上の血液検査を施行し、高尿酸血症を呈した際は早期の介入を考慮した方がよい。皮疹の発症頻度は高く早期に発症するものよりも遅れて発症するものに注意が必要であると思われる。

133 C型慢性肝炎に対しインターフェロン治療により
SVRが得られた後、13年後に発症した肝細胞癌の1例

¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、

² 磐田市立総合病院 消化器外科

○高島 真吾¹、笹田 雄三¹、伊藤 潤¹、森川 友裕¹、西垣 信宏¹、
辻 敦¹、高橋百合美¹、斎田 康彦¹、犬飼 政美¹、神藤 修²、
落合 秀人²、鈴木 昌八²

【症例】68歳、男性【主訴】なし【現病歴】55歳の健診にて肝機能異常を指摘され当科にて当科受診。C型慢性肝炎と診断しインターフェロン（IFN）治療にてウイルス学的着効（SVR）となった。その後近医にて定期的な腹部エコー検査を施行されてた。68歳時のエコー検査にて肝右葉に腫瘍性病変が疑われ当科紹介受診。造影CT検査にて肝右葉 S8 に 37mm 大の動脈相で濃染し門脈相で低濃度域となる SOL を認めた。EOB プリモビストによる造影 MRI 検査では早期相にて濃染し肝細胞相にて相対的に低信号を示した。精査の結果、肝細胞癌と診断し肝予備能も良好であったため外科的手術を施行した。病理診断では中分化型肝細胞癌であり肝内転移や軽度静脈浸潤や門脈浸潤も認められた。背景肝は肝硬変であり IFN 施行時の背景肝（A2F2）から線維化の進行が認められた。【考案】C型慢性肝炎に対する IFN 治療の進歩により SVR 後の発癌が近年報告されるようになった。SVR 後の発癌危険因子としては肝線維化進行例、男性、IFN 開始時高齢（55 歳以上）が知られている。その他にも近年になりアルコール摂取、HBV 感染、糖尿病、肥満などがリスクとして報告されるようになってきている。本症例は SVR 後も飲酒を継続しており肝線維化の進行や発癌に関与していた可能性が示唆される。SVR 後も長期間にわたる継続したフォローアップが必要であるとともにリスク因子に応じたフォローアップ方法の確立が望まれる。

134 HCV による肝癌の肝切除術後のペグインターフェロン、リバビリン治療後の再発率・生命予後に関する検討

小牧市民病院 消化器内科

○山下 有己、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、
小島 優子、灰本 耕基、佐藤亜矢子、飯田 忠、和田 啓孝、
永井真太郎、濱崎 元伸

【目的】HCV による肝癌に対する肝切除後の予後に対してのインターフェロン治療の有用性は報告されているが、ペグインターフェロン、リバビリン治療の有用性の報告は未だわずかである。今回当院における HCV による肝癌に対する肝切除術後患者におけるペグインターフェロン、リバビリン治療の有用性に関しての検討をおこなった。【方法】当院において 2004 年 9 月～2012 年 11 月の期間において、過去にインターフェロン治療歴がなく HCV による肝癌に対して、肝切除術が施行された 21 人（平均年齢 69.3 歳、男性／女性 17 人／4 人）を対象とした。肝癌は stage1 が 1 人、stage2 が 17 人、stage3 が 3 人であった。手術後 C 型肝炎ウイルスに対してペグインターフェロン、リバビリン治療を施行された 9 人と未施行の 12 人において肝癌再発と生命予後についての比較検討をおこなった。ペグインターフェロン、リバビリン治療の有無と、肝癌の再発、生命予後との関連性を Kaplan-Meier 法、Log-rank test にて解析した。【成績】平均観察期間は約 3 年 9 か月間 (1362 日) であった。経過中肝癌の再発が 12 例に認められ、肝癌死が 4 例、生存は 17 例に認められた。ペグインターフェロン、リバビリン治療群と非治療群の死亡者数はそれぞれ 9 例中 0 例（観察期間中央値は 1697 日）、12 例中 4 例（観察期間中央値は 1110 日）であり、有意差を認めた ($P=0.049$)。ペグインターフェロン、リバビリン治療群と非治療群の 1 回目再発者数はそれぞれ 9 例中 4 例（1 回目再発までの期間の中央値は 1476 日）、12 例中 8 例（1 回目再発までの期間の中央値は 545 日）であったが、有意差は認めなかった。ペグインターフェロン、リバビリン治療群と非治療群の 2 回目再発者数はそれぞれ 9 例中 3 例、12 例中 4 例であったが、有意差は認められなかった。【考案】HCV による肝癌に対する肝切除後のペグインターフェロン、リバビリン治療は肝癌再発を抑制することはなかったが、生命予後を改善させることが認められた。【結語】HCV による肝癌肝切除術後のペグインターフェロン、リバビリン治療の有用性が示された。

136 ペグインターフェロン・リバビリン併用療法後に退縮、再増大がみられた肝細胞癌の 1 例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²浜松医科大学 肝臓内科、

³磐田市立総合病院 消化器外科

○伊藤 潤¹、笹田 雄三¹、高島 真吾¹、森川 友裕¹、西垣 信宏¹、
辻 敦¹、高橋百合美¹、齋田 康彦¹、大飼 政美¹、小林 良正²、
落合 秀人³、鈴木 昌八³

【症例】58 歳、女性 平成 9 年に C 型慢性肝炎と診断され、近医に通院していた。平成 20 年 4 月に肝 S3 に肝細胞癌を認め、肝部分切除術を施行された。同年 10 月よりペグインターフェロン・リバビリン併用療法を 48 週間施行され、SVR を得た。平成 21 年 6 月の腹部造影 CT 検査で肝 S5/6 に腫瘤を認め、12 月には径 15mm に増大し、肝細胞癌が疑われた。手術を予定されたが、平成 22 年 2 月の CT で腫瘤の縮小を認めたため、経過観察となった。同年 8 月には腫瘤はほぼ消失したが、平成 23 年 9 月に再び同部位に腫瘤が出現し、増大傾向がみられたため、平成 24 年 1 月に肝右葉切除術が施行された。病理検査では肝細胞癌（中分化型）であった。【考察・結語】肝細胞癌の自然退縮は極めて稀とされている。また、明確な機序は解明されていない。本症例は、抗ウイルス療法中に肝細胞癌が出現したが、治療終了後に退縮した。退縮した原因は不明だが、インターフェロンの免疫賦活作用などが関与した可能性も否定できない。非典型的な経過を辿った肝細胞癌の 1 例を経験したので報告する。

135 当院における HCV 関連肝癌根治治療後の SVR を目的とした IFN 治療とその予後の検討

小牧市民病院 消化器内科

○和田 啓孝、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、
小島 優子、灰本 耕基、佐藤亜矢子、飯田 忠

【目的】HCV 関連肝癌ではその根治術後においても肝癌は高率に再発するために、治療後の抗 HCV 治療が予後に影響する。当院の治療方針として、HCV 関連肝癌ではその根治術後において肝機能の改善を狙う IFN 少量長期投与ではなく、SVR を目的とした抗 HCV 治療を第一選択とし治療を施行してきた。また肝癌再発後も積極的に抗 HCV 治療の再開継続を行ってきた。今回 HCV 関連肝癌根治術後における当院の抗 HCV 治療方針に沿った治療効果の検討を行った。【方法】当院において過去に IFN 治療歴がなく HCV 関連肝癌に対して、肝切除術、RFA による肝癌根治術を施行後に SVR を目的とした抗 HCV 治療を施行された 46 人（平均年齢 67.3 歳、男性／女性 34 人／12 人）を対象とした。抗 HCV 治療への反応と肝癌の再発、生命予後との関連性に関して Kaplan-Meier 法、Log-rank test にて解析した。【1】全期間中に SVR が得られた群と SVR が得られなかった群における生存率の検討を行った。【2】肝癌再発後に再度 IFN 治療を施行し SVR が得られた、もしくは IFN 少量長期投与が可能であった群と IFN 治療が施行されなかった群とにおいて生存率に関しての検討を行った。【成績】平均観察期間は約 6 年 6 か月間 (2363 日) であった。46 人中、肝切除術が 10 例に施行され、RFA、PEIT を含む経皮的治療が 36 例に施行された。経過中肝癌死が 11 例、肺癌死が 1 例、肝移植術が 1 例、生存は 33 例に認められた。【1】全期間中において SVR 群は 27 例、non-SVR 群は 14 例であった（5 例は IFN 治療継続中）。SVR 群の 5 年生存率は 100%、non-SVR 群の 5 年生存率は 71%であり SVR 群において有意に生存率が高値であった ($P=0.02$) 【2】再発後に再度 IFN 治療を施行し SVR が得られた、もしくは IFN 少量長期投与が可能であった群（10 例）と IFN 治療が施行されなかった群（10 例）では生存期間の中央値はそれぞれ 2844 日、1398 日であった ($P=0.081$) 【考案】HCV 関連肝癌の根治術後患者において、第一に SVR を目指した治療を行い、第二に肝癌再発後も IFN 治療を継続することが生命予後の改善につながる可能性のありえることが示された。

137 当院における 10 年以上の長期生存が得られた肝細胞癌の検討

聖隷浜松病院 消化器内科

○瀧浪 将貴、室久 剛、海野 修平、田村 智、小林 陽介、
木全 政晴、芳澤 社、館野 誠、熊岡 浩子、清水恵理奈、
細田 佳佐、佐藤 嘉彦、長澤 正通

【目的】肝細胞癌治療は近年多様化しているが依然として長期生存例は少ない。今回我々は治療にて長期生存が得られた症例の特徴について解析した。【対象と方法】2006 年から 2010 年の間に当院で診療した肝細胞癌 327 例（男／女 239/88）のうち診断から 10 年以上生存した 15 例（男／女 12/3）を抽出して治療経過について比較・検討した。【結果】初発時年齢は 59.8 歳 (49.1-70.9)。現在生存 7 例、死亡 8 例で全例癌死であった。生存期間は平均 12.9 年 (10.2-19.0) であった。背景肝疾患・ウイルスは HBs 抗原陽性 4 (27%) /HCV 抗体陽性 10 (67%)。うち検査した 8 例中 4 例は HBe 抗体陽性 /Budd-Chiari 症候群 1 例 (7%) であった。初発時の平均最大腫瘍径は 2.6cm、単発 / 多発 9 (60%) / 6 例 (40%) で、Stage 1/2/3 2 (13%) / 9 (60%) / 4 例 (27%)。全例で Child-Pugh grade A。初回治療は手術 7 例、RFA 単独 2 例、TACE+PEIT 2 例、TACE 単独 4 例で、それぞれの平均無再発期間は 8.2 年、1.6 年、1.5 年、3.8 年であった。手術例の 1 例を除く 14 例 (93%) で再発がみられ、全例で再治療が行われた。初回治療を含めた全経過中に手術 7 例、RFA 8 例、PEIT 3 例、TACE 12 例、肝動注 2 例、ソラフェニブ 1 例で施行され、1 例あたり平均 8.0 回 (2-14 回) の治療が施行された。治療法別では、手術は全例 1 回、RFA 平均 4.1 回、PEIT 平均 2.3 回、TACE 平均 5.9 回が施行された。再発ありの 14 例中 11 例は 2 種以上の治療が行われたが、1 例は TACE のみ (2 回)、2 例は RFA のみ (8 回、12 回) が施行された。抗ウイルス治療としては HCV の 3 例は IFN で SVR、HBV の 1 例のみ核酸アナログ投与がなされた。【結語】肝細胞癌の 10 年生存例の検討では、初発時の肝予備能が良好であること以外は特定の傾向はみられなかった。再発病変に対してきめ細かく、追加治療を行っていくことが重要であると思われた。

138 肝細胞癌に対する経カテーテル的ミリブラチン動注及び塞栓療法の検討

¹ 国立名古屋医療センター 消化器科、

² 名古屋大学大学院 消化器内科学

○田中 優作¹、平嶋 昇¹、浦田 登¹、加藤文一朗¹、江崎 正哉¹、
喜田 裕一¹、久野 剛史¹、龍華 庸光¹、桶屋 将之¹、都築 智之¹、
島田 昌明¹、岩瀬 弘明¹、後藤 秀実²

【目的】ミリブラチンは保険適応となり3年が経過したが、Lipiodolの早期消失などの問題点も指摘あり。我々は選択的カニューレレーション可能例には塞栓療法(TAE)を併用し、2011年7月以降はミリブラチンを加温したので、その治療成績を報告する。【方法】2010年1月から2012年12月までにミリブラチン動注およびTAEを実施した肝細胞癌患者の30人(初発28例、手術またはRFA後の他部位再発2例)、男性17例、女性13例、平均年齢72才、HB2例、HC20例、NBNC8例、単発15例、多発15例で最大径33.4mm、Child Pugh score5.6:7.8.9の順に14:10:6:3:2例、治療回数は1回17例、2回7例、3回3例、5回4例、TAE併用10例。効果判定は日本肝臓学会基準(RECICL)とRECISTを用いた。1か月以降もLipiodolが集積した領域を壊死効果ありとした。【成績】一回使用量は平均56.9mg、延べ55回治療後のRECICL:PD19例(35%)、SD21例(38%)、PR10例(18%)、CR5例(9%)、RECIST:PD28例(51%)、SD24例(43%)、PR3例(5%)、CR0。TAE併用例はRECICL:PD2例(13%)、SD6例(40%)、PR3例(20%)、CR4例(27%)、RECIST:PD4例(27%)、SD6例(40%)、PR5例(33%)、CR0と改善。Lipiodol沈着率は治療後1週間・1か月CTの順に2011年7月以前47%・34%、以降56%・33%、TAE併用例は74%・51%と改善。生存率は1年90.8%、2年72.4%、3年48.3%、RECICLでCR+PRは92.3%、82%、58.6%、TAE併用例は86.2%、71.8%、58.8%と改善したが有意差は認めなかった。副作用は発熱のみで、AST、ALT、T-Bil、BUN、Cre値は動注単独でもTAE併用でも前後で異常な上昇は認めなかった。【結論】肝細胞癌に対するミリブラチンの肝動注療法はTAE併用有無に関わらず安全性が高いと思われた。リビオドール沈着及び治療効果判定は加温とTAE併用により改善したが、生存率改善に寄与するかさらに症例を重ねて経過観察が必要と思われた。

139 sorafenib 減量により増悪し、再増量にて抗腫瘍効果の再増強を認めた肝細胞癌の1例

豊橋市民病院

○芳川 昌功、内藤 岳人、浦野 文博、藤田 基和、山田 雅弘、
山本 英子、松原 浩、竹山 友章、田中 卓、田中 浩敏、
鈴木 博貴、廣瀬 崇、岡村 正道

【はじめに】今回、多発肝細胞癌に対して sorafenib を導入し、減量にて抗腫瘍効果が減弱したが、再増量にて抗腫瘍効果が再増強した1例を経験したので報告する。【症例・経過】65歳、男性。63歳の検診超音波検査でS6の50mm大の肝腫瘍を指摘され、当院へ紹介受診。各種画像診断で肝細胞癌(HCC)の診断に至り、経カテーテル的肝動脈化学塞栓療法(TACE)を行ったのちにS6の肝部分切除を追加した(手術所見は Moderately differentiated hepatocellular carcinoma, necrotic (T2 egfc (+) fc-inf (-) sf (-) s0 vp0 vv0 va0 b0 SM (-) 1mm NL f0)。しかし手術後半年で残肝に最大径16mmの多発再発を認め、TACE1回とシスプラチン(CDDP)の肝動注療法を2回施行した。TACE・動注療法の効果判定はPDであり、多発肝細胞癌として、sorafenib 800mg/dayの投与を開始した。投与開始約1週後のdynamicCTで多くの腫瘍結節で動脈早期濃染像の消失を認め、腫瘍の著明な血流低下ならびに腫瘍壊死が示唆された。投与開始3週後に血小板減少を伴う発熱・CRP上昇を認め、Grade1の有害事象として一時休業し、2週間の休業後400mg/dayと一段階減量して再開した。再開2週・6週後のdynamicCTでは腫瘍の早期濃染像が再度明瞭化した。減量開始6週後に再度800mg/dayに増量したところ、再増量2週後のdynamicCTにて一部の腫瘍結節で動脈早期濃染像の消失を認め、再度腫瘍の内部壊死が示唆された。【考察】sorafenibは局所治療が困難な肝細胞癌に対して使用される分子標的治療薬であり、進行性肝細胞癌に対する生存期間の延長効果が確立されている。多くは800mg/dayから開始し、副作用など生じた際に減量していくが、高齢例などでは最初から一段階減量して投与が開始されることもある。本症例では sorafenib 減量に伴い抗腫瘍効果が減弱し、再増量に伴い再度抗腫瘍効果の増強を確認できた。sorafenibの再増量に関する報告は少なく、今後の sorafenib の使用法に関して示唆に富む症例であったので報告する。

140 各種検査から細胞管細胞癌と診断したが、病理診断は胆管細胞癌であった 1 例

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学

○阿知波宏一、葛谷 貞二、新家 卓郎、今井 則博、荒川 恭宏、
山田 恵一、中野 聡、石津 洋二、本多 隆、林 和彦、
石上 雅敏、後藤 秀実

細胞管細胞癌 (cholangiolocellular carcinoma: CoCC) は原発性肝癌としては稀な腫瘍であり、その病態は未だ明らかとはされていない。画像としては被膜がなく、内部に出血、壊死を伴わず、腫瘍内貫通血管が認められ、遅延相まで造影効果が遷延することが特徴と報告されているが、肝内胆管癌 (ICC)、肝細胞癌 (HCC)、血管腫などの鑑別に困難を要する症例もある。今回我々は各種検査所見からは、CoCC と診断したが、病理的に ICC であった 1 例を経験したので、切除標本、術前画像と比較検討し、文献的考察を加えて報告する。【症例】75 歳女性【現病歴】2012 年 11 月健診の腹部超音波検査にて、肝左葉に 5cm 大の腫瘍を指摘された。肝腫瘍の精査加療目的で当院紹介され 12 月入院となった。【入院時検査所見】採血上肝機能異常なく、腫瘍マーカーは AFP、CEA、PIVKA-2、CA19-9 のいずれも陰性であった。【画像検査所見】腹部超音波：背景は軽度脂肪肝で、肝左葉外側区域に径 5cm 大の低エコー SOL あり。造影超音波にて血管相早期では、腫瘍の辺縁部の造影をみとめ血管相後期にかけて、徐々に中心部も不均一に造影した。CT 検査：単純 CT では全体に淡い低吸収を呈し、Dynamic CT では動脈有意相から門脈相にかけて腫瘍辺縁部が造影され、平衡相では不均一に造影された。MRI 検査：T1 強調画像で低信号、T2 強調画像にて辺縁部が淡い高信号、中心部は不均一な高信号を認めた。CTAP/CTHA：CTAP では腫瘍部の低吸収域が描出された。CTHA 早期相では辺縁から内部に強い高吸収を認めたが、中心部の一部は低吸収であった。後期相では辺縁部は高吸収を、中心部はやや等から高吸収を示した。各種画像所見及び腫瘍マーカーがいずれも陰性であったことから CoCC と考えた。鑑別として ICC、混合型肝癌、低分化 HCC があげられた。当院外科にて肝左葉外側区域切除術を施行した。【病理組織学所見】腫瘍は異形細胞が癒合性腺管、小腺管構造を呈しながら増殖、浸潤する像であった。腫瘍中心部に線維性変性が観察された。被膜形成は認めなかった。中分化管状腺癌であり、病理診断は ICC であった。

142 直腸平滑筋肉腫切除後 13 年を経過し肝転移再発した 1 例

浜松医療センター 外科

○大菊 正人、山本 淳史、鈴木 雄飛、中山 正彦、中村 明子、
林 忠毅、田村 浩章、平山 一久、金井 俊和、池松 禎人、
西脇 由朗

症例は 61 歳男性。2012 年 12 月右上肢を挙上した際に右鎖骨を骨折。近医受診し病的骨折を疑われ当院整形外科へ紹介。悪性腫瘍検査目的の全身 CT にて肝腫瘍を指摘され消化器内科へ紹介となった。右鎖骨骨折部は生検を行ったが悪性所見は認めなかった。MRI 検査において、肝腫瘍は孤立性で直径 12cm 大であり、内部には変性壊死を疑う所見を認めた。2000 年に直腸平滑筋肉腫の切除歴もあり、肝原発腫瘍との鑑別を目的に腫瘍生検を施行。直腸病変と同様の組織構造を認め、さらに免疫染色にて SMA + であったため平滑筋肉腫の転移であることが明らかとなった。2013 年 3 月肝中央 2 区域切除を施行した。直腸平滑筋肉腫の血行性転移は肝転移が多く、転移率は 12~30% 程度と報告されている。さらに本症例のように初回手術後 5 年以上経過した後にも再発が明らかとなる症例も散見されており、長期にわたる慎重な術後経過観察が必要である。

141 約 3 年半の画像経過を遡ることができた肝内胆管癌の一切切除

豊橋市民病院 消化器内科

○木下 雄貴、内藤 岳人、浦野 文博、藤田 基和、山田 雅弘、
山本 英子、松原 浩、竹山 友章、田中 浩敬、田中 卓、
廣瀬 崇、芳川 昌功、鈴木 博貴、岡村 正造

【はじめに】約 3 年半の画像経過を遡ることができた肝内胆管癌の一切切除を経験したので報告する。【症例】70 歳代男性。【既往歴】顔面有棘細胞癌 (→2009 年 5 月顔面有棘細胞癌切除術)。【現病歴】当院皮膚科定期通院中の 2012 年 11 月 CT で S5 に約 4.0×3.5cm 大の低吸収域を認めた。腹部超音波検査では比較的境界明瞭で内部不均一な低エコー像な腫瘍像で、sonazoid 造影の動脈優位相で腫瘍辺縁と内部が樹枝状に濃染され、Kupffer 相で腫瘍は周囲肝実質に比較してやや低エコーとして描出された。MRI 検査で腫瘍は T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号、Gd-EOB 造影で腫瘍は動脈早期相から門脈相にかけて辺縁がリング状に造影され、肝細胞相で欠損像を示していた。内視鏡検査で上部・下部消化管に悪性疾患を示唆する異常は認めず、腫瘍マーカー (CEA/CA19-9/AFP/PIVKA-2/SCC) は正常範囲内であった。腫瘍は 2009 年 5 月の CT で約 2.0×1.5cm 大の低吸収域として検出されていたが肝血管腫として診断されており、dynamic 造影 CT・MRI や腹部超音波検査は実施されていなかった。2011 年 11 月の CT では約 3.5×3.0cm 大で増大傾向を示していた。Tumor Doubling Time は 428 日だった。皮膚有棘細胞癌の肝転移もしくは肝内胆管癌の診断で 2013 年 2 月に腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。腫瘍径は約 8×4×3cm 大で、病理組織所見は間質の線維増生を伴って異型円柱上皮が不整小型腺管形成や乳頭状配列を示して増殖しており、肝内胆管癌と診断された。【考察】肝内胆管癌は、肝臓に発生する悪性腫瘍の中で 2 番目に多く、その発症率や死亡率は近年増加している。放射線療法や化学療法の治療効果は低く、肝切除が唯一の根治的治療法といえる。今回の症例では 3 年半前の CT まで遡ることが可能であったが、当初は腹部超音波検査や dynamic 造影 CT・MRI などは実施されずに肝血管腫として follow されていた。肝内胆管癌が血管腫として経過観察されていた症例報告は散見されており、増大傾向のある腫瘍を認めた場合、各種マテリアリティで腫瘍の性状診断をより詳細に行うことが重要であることが示唆された。

143 比較的短期間で増大傾向を示し、肝切除を行った肝血管腫の一例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、

²磐田市立総合病院 消化器外科

○森川 友裕¹、佐田 雄三¹、高取 真吾¹、伊藤 潤¹、西垣 信宏¹、
辻 敦¹、高橋百合美¹、齊田 康彦¹、大飼 政美¹、福本 和彦²、
落合 秀人²、鈴木 昌弘²

【はじめに】肝血管腫は一般的には大きさは不変であり、急速に増大することはまれである。今回我々は比較的短期間で増大傾向を示し、肝切除を行った肝血管腫の一例を経験したので報告する。【症例】63 歳女性。慢性 C 型肝炎に対し、2009 年 6 月より PEG-REV 療法 72 週を施行したが SVR は得られなかった。また数年前より他院検査にて肝右葉に径 1cm 大の肝腫瘍を指摘されていた。2010 年の腹部超音波検査では径 2cm の比較的均一な高エコー腫瘍であった。造影 CT 検査では早期相で全体が濃染し、平衡相で染まりが遷延し、均一の染まりを呈していた。MRI 検査では内部ほぼ均一な T1WI 低信号、T2WI 著明な高信号を示した。これらの所見より肝血管腫と診断し、C 型肝炎での経過観察と合わせ、定期的な画像評価を行っていた。2010 年 20mm 大であったが、その後徐々に増大傾向を示し、2012 年には 45mm 大になった。2012 年の造影 CT 検査では早期相で辺縁優位に染まり、平衡相で中心部に染まりの乏しい領域が残っているが染まりは中心部に広がっている所見であった。肝血管腫として問題ないと判断したが、比較的短期間で増大傾向を認めたことより、今後のさらなる増大が懸念されるため手術適応と判断し、2012 年 12 月肝後区域部分切除術を施行した。病理学的所見は肉眼的には暗赤色を呈する境界明瞭な 40×25mm 大の腫瘍であり、組織学的には異型のない内皮細胞に囲まれた血管腔で形成され、周囲には線維性間質がみられた。海綿状血管腫と毛細血管性血管腫の両方を併せ持った混合型肝血管腫であった。【考察】CT・MRI の造影検査において早期相から全体に均一に染まり、平衡相においても染まりが残存している所見は肝毛細血管性血管腫の典型的な所見とされている。肝血管腫と同様の画像所見を呈しうる HCC や CCC などの報告例も散見されることや、頻度は低いものの今回の症例のように増大傾向を示す肝血管腫もあり、肝血管腫と診断しても定期的な経過観察が望ましいと考えられた。

144 巨大肝血管腫の1例

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科

○荒川 直之、長屋 寿彦、宮本 陽一、野村 翔子、藤本 正夫、
吉田 正樹、山瀬 裕彦

【はじめに】肝血管腫は頻度の高い疾患であるが、良性腫瘍であり切除術が施行されることは少ない。今回我々は症状に乏しく、報告されている中でも比較的サイズの大きな血管腫を経験したので若干の考察を加えて報告する。【症例】56歳男性。既往歴なし。喫煙歴なし。飲酒はビール 350ml/日。9月上旬に発熱のため近医受診した際、肝機能障害を認めたため腹部超音波検査を施行し、肝腫瘍を指摘。精査目的で当科紹介受診となった。当科受診時は解熱しており、自覚症状は腹部の軽度圧迫感のみであった。肝機能は γ -GTP245IU/Lと高値であったが、AST/ALT/T.Bilは基準範囲内で、血小板の減少や凝固系の異常は認めなかった。腫瘍マーカー (AFP/PIVKA2/CEA/CA19-9)も基準範囲内であった。腹部超音波では、肝右葉全体が結節様で、正常肝実質が認められなかった。また、一部区域では血管は描出されるものの、全体としては血流に乏しく、胆管もほとんど描出できなかった。ダイナミックCTでは動脈相で腫瘍は造影されず、門脈相・平衡相で徐々に辺縁が濃染されたが、中心部の造影効果は認めなかった。MRIでは、T1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号であった。上記より肝血管腫と診断したが、腫瘍の最大径が約30cmと巨大で腹部圧迫感もあり、破裂のリスクも考えられた為、肝右葉切除術を施行した。病理組織学的所見も海綿状血管腫に一致する所見であった。【考察】巨大肝血管腫の報告はしばしばなされ、出血や凝固異常などの合併症を伴うものも多く報告されている。自覚症状があるもの、Kasabach-Merritt症候群を伴ったものや急速に増大するものは手術の適応と考えられる。また、血管腫が破裂し緊急手術となった場合の救命率は高くはなく、10cmを超えるような巨大な血管腫のほうが小さなものに比べると優位に破裂しやすいと報告されている。今回我々が経験した症例は自覚症状は比較的軽度で凝固異常も認めなかったが、サイズが大きく破裂のリスクが高いと判断して、切除術を施行した。

145 C型肝硬変に合併した多発肝 MALT リンパ腫の一例

藤田保健衛生大学 医学部 肝臓内科

○高川 友花、川部 直人、橋本 千樹、原田 雅生、村尾 道人、
新田 佳史、中野 卓二、嶋崎 宏明、水野 裕子、菅 敏樹、
中岡 和徳、大城 昌史、吉岡健太郎

【症例】70歳女性【主訴】肝腫瘍精査目的【既往歴】高血圧症【現病歴】C型肝硬変にて近医通院中、腹部USにて肝S4とS8に肝腫瘍を認め、肝細胞癌(HCC)が疑われ当科紹介。【理学所見】特記所見なし。【検査成績】WBC 2500/ μ l、Hb 11.2g/dl、Plt 4.3万/ μ l、Alb 3.7g/dl、T-Bil 1.5mg/dl、AST 91 IU/L、ALT 60 IU/L、PT 87%、NH3 100 μ g/dl、AFP 77.1ng/ml、AFP-L3 10.1%、PIVKA-II 13mAU/ml、CEA 11.3ng/ml、CA19-9 0.4U/ml、IL-2R 2243U/ml、HBsAg(-)、HBcAb(-)、HCV-Ab(+)、HCV-RNA 6.6LogIU/ml、HCV serotype 1型、IV型 collagen 315ng/ml、BTR 5.93【腹部造影US】S4径30mm、S8径40mmをはじめ他に10～15mmの境界不明瞭な低エコー腫瘍を肝内に複数認め、Sonazoidで早期濃染し後血管相でdefectを呈する。【腹部造影CT】USの腫瘍に一致して淡く早期濃染し平衡相で不明瞭な腫瘍多発。【EOB-MRI】CTの腫瘍に一致して淡く早期濃染し肝細胞相で淡い低信号を示す境界不明瞭な腫瘍多発。腫瘍内部を門脈枝が貫通。【PET-CT】肝内腫瘍に一致して集積亢進。縦隔肺門部リンパ節軽度腫大と集積亢進。【肝アシアロシンチグラム】HHI5=0.7278、LHL=0.8303、肝予備能中等度低下。【上部消化管内視鏡検査】慢性胃炎。【尿素呼吸試験】Helicobacter pylori陽性。【臨床経過】HCCとしては非典型的の画像所見であり、IL2R上昇やPET-CTの縦隔肺門部リンパ節集積亢進等から悪性リンパ腫も疑い、S8とS4腫瘍から肝腫瘍生検施行。病理組織にてExtranodal marginal zone B-cell lymphoma of mucosa associated lymphoid tissue type (MALT lymphoma)と診断され、血液内科で化学療法が開始された。【考察】肝MALTリンパ腫は稀な疾患であり、B型肝炎やC型肝炎、原発性胆汁性肝硬変など肝臓に基礎疾患を有する症例も多く、画像診断での確定診断が困難であることから、HCCと診断され切除後にMALTリンパ腫と判明した報告例も散見される。本症例はC型肝硬変を背景とした肝内多発病変である点、治療前に組織診断を行い化学療法導入が可能となった点で、貴重な症例と考えられるため若干の文献的考察とともに報告する。

147 肝動脈塞栓術が奏功した非機能性神経内分泌腫瘍G2の一例

浜松医療センター

○下山 真、影山富士人、松永英里香、石田 夏樹、太田 和義、
松浦 愛、森 泰希、岩岡 泰志、住吉 信一、高井 哲成、
本城裕美子、吉井 重人、山田 正美

【症例】55才 男性【主訴】腹部の張り感【既往歴】高血圧症、高尿酸血症【家族歴】特記なし【生活歴】喫煙：10～15本/日×35年、アルコール：数年前まで2～3合/日で現在は機会飲酒【現病歴】平成23年4月頃より腹部の張り感で自覚し5月中旬に近医での腹部超音波検査で肝内に多発する嚢胞性腫瘍を認めたために5月下旬に当科紹介受診となった。【現症】異常発汗や低血糖発作などの自覚症状なく、右季肋下に肝を4横指触知【経過】血液検査成績はT.Bil 0.76mg/dl、AST 29 IU/L、ALT 48 IU/L、ALP 322 IU/L、LDH 244 IU/L、 γ -GTP 237 IU/Lと肝障害を認め、腫瘍マーカーはCEA 3.6 ng/ml、CA 19-9 16 IU/ml、AFP 3 ng/ml、PIVKA-2 19 mAU/ml、NSE 24 ng/mlであった。造影CTで腫瘍周囲に造影効果を認め、MRIではT1強調で低信号、T2強調で高信号、DWIで拡散制限を認めた。FDG-PET/CTでは肝腫瘍に一致してFDG集積を認めた。上下部消化管内視鏡検査で特記なく遠隔転移を認めず肝原発悪性腫瘍と判断した。左葉外側区部分切除を行ない病理組織で小胞巣状から管状構造、コード状の配列を有する腫瘍細胞が増殖し免疫染色ではsynaptophysin陽性、CD56陽性、chromogranin A部分陽性、Ki-67/MIB-1指数2.4%。非機能性神経内分泌腫瘍G2と診断した。非機能性であり肝内病変への治療を考え2回の肝動脈塞栓療法(TAE)後にソマトスタチンアナログ30mg/月を投与した。その後TAEを1回追加したが腫瘍の増大はなくFDG-PET/CTでもFDGの集積も消失した。【考察】近年神経内分泌腫瘍の治療はエベロリムスの登場でその選択肢が広がった。今回われわれはTAEを第一選択としたが肝内に局限した比較的血流の豊富な腫瘍で肝予備能が許せばTAEの効果はかなり期待できる。今後エベロリムスとの併用などその治療選択に症例の蓄積が望まれる。

146 興味深い画像所見を呈した肝偽リンパ腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○室久 剛、長澤 正通、海野 修平、瀧澤 将貴、田村 智、
小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、館野 誠、熊岡 浩子、
清水恵理奈、細田 佳佐、佐藤 嘉彦

今回我々は原発性肺癌の経過中に発見された肝偽リンパ腫の一例を経験したため報告する。症例は67歳 女性。2010年7月に胸部異常影で当院呼吸器内科に紹介受診。FDG-PET/CTにて左右重複原発の肺癌を認めた。更に肝にも結節状集積像を認め、精査のため当科紹介となった。20歳時に梅毒治療既往あり。家族歴では姉が肺癌、父が直腸癌であった。採血ではCEA62.9と著明高値であった。肝S4に径10mmの類円形病変を認め、CTでは動脈相で淡い造影効果がみられた。MRIではT1低信号、T2高信号、造影で淡い造影効果を示し、EOB肝細胞相で造影欠損を示した。USでは明瞭な低エコー腫瘍として観察され、ソナゾイド造影の血管相で濃染、クーパー相で欠損を示した。肺癌の肝転移を否定できず、経皮的肝腫瘍生検を施行した。病変部にはリンパ球、形質細胞の増生が見られ、リンパ濾胞形成を認めた。免疫染色等の結果から肝偽リンパ腫(あるいは肝Nodular Lymphoid Lesion)と診断した。EOB-MRIや造影US所見からは悪性腫瘍を否定できない所見であり、興味深い画像所見がみられたため今回報告をする。

148 肝細胞癌に対するソラフェニブ開始後7日目で多発性の肝膿瘍を生じた1例

伊賀市立上野総合市民病院 外科

○森本 雄貴、西川隆太郎、福浦 竜樹、浦田 久志、寺邊 政宏、
三木 智雄

症例は74歳男性。右肺転移を伴うT4、N0、M1、StageIVBの肝細胞癌(HCC)に対して、手術不能例としてソラフェニブの投与目的に入院した。肝機能はChild-Pugh score 7点、肝障害度Bであった。ソラフェニブを400mg/日で投与開始後5日目に発熱が出現し、投与開始後7日目のCT検査で多発性の肝膿瘍を来した。肝膿瘍は両葉にわたり非常に多数であったため、interventionalな処置が困難と判断した。以後はソラフェニブ休業と抗菌薬投与による保存的治療を開始し、治療開始後22日目に軽快退院した。ソラフェニブは、腫瘍細胞に対する増殖抑制効果と血管新生阻害作用を有する経口のマルチキナーゼ阻害剤であり、Raf-1、VEGF受容体-1/2/3、PDGF受容体- β 、c-Kit、Flt-3、RETなどを標的とする分子標的薬である。本邦で使用され始めて4年目の比較的新しい治療薬であるが、副作用の報告も散見される。ソラフェニブ治療中に肝膿瘍を生じた報告例は医学中央雑誌上での検索では初めてである。切除不能肝細胞癌への有効性が報告されつつあり、薬剤の重要性が増すと考えられるため本症例の様な稀な副作用についても若干の文献的考察を加えて報告する。

149 抗菌薬動注療法が奏功した肝膿瘍の1例

静岡市立清水病院 消化器内科

○松浦 友春、窪田 裕幸、池田 誉、川崎 真佑、小池 弘太

【症例】67歳女性、既往歴に特記事項なし。来院4日前から発熱と右季肋部痛が出現、近医にてアジスロマイシン（AZM）処方されたが改善せず、その後発熱と腹痛が増悪したため当院紹介となった。来院時38.5℃の発熱、血圧低下を認めた。腹部超音波検査および腹部造影CTにて肝左葉ほぼ全域とS4にかけて13x9cm大の多房性嚢胞性腫瘍を認めた。血液検査にて炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認めたため多発肝膿瘍による敗血症性ショックと診断した。【経過】来院後、肝左葉の膿瘍に対し経皮経肝膿瘍ドレナージ（PTAD）を施行したが、膿瘍が多房性のため排液量が少なく、その後も発熱持続したため、ドレナージによる効果は期待できないと判断、PTADの2日後、Seldinger法にて左肝動脈にカテーテルを留置し、抗菌薬動注療法を開始した。抗菌薬はスルバクタムナトリウム・セフォペラゾンナトリウム（SBT/CPZ）1gを1日3回投与した。血液および肝膿瘍からの細菌培養は *Klebsiella pneumoniae* を認めた。動注療法開始翌日には解熱、その後炎症反応も徐々に改善したため13日後に動注療法を終了した。その後SBT/CPZの点滴静注のみ継続し、動注療法終了後8日目（第28病日）からはPTAD排液がほとんど認められなくなった。第40病日にPTADをクランプしたが発熱等や炎症反応悪化することなく経過したため抜去した。抜去3日後の造影CTにて肝S5の膿瘍の増大を認めたが、PTADと経静脈的抗菌薬投与にて軽快し、第65病日に軽快退院した。【考察】肝膿瘍に対する治療は抗菌薬投与とPTADが一般に行われている。オプションの治療として開腹ドレナージや抗菌薬動注療法があるが、それらの治療効果についての明確なエビデンスはない。今回我々は経静脈的抗菌薬投与とPTADによる治療で効果なく、抗菌薬動注療法により改善した敗血症合併肝膿瘍の1例を経験した。肝膿瘍に対する抗菌薬動注療法の報告は少ないが、抗菌薬投与とPTADにて効果が得られない症例に対して肝動注療法は有効な手段と考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

150 門脈ガス血症の生存21例と死亡例10例

¹ 藤枝市立総合病院 診療部、² 藤枝市立総合病院 消化器内科

○山本 晃大¹、景岡 正信²、丸山 保彦²、大島 昭彦²、森 雅史²、志村 輝幸²、宇崎崎宏城²

【目的】門脈ガス血症は腸管壊死などの重篤な疾患に伴う予後不良な徴候とされてきたが、近年では軽症例や保存加療施行例の報告も多く必ずしも致死的な病態ではないとされている。しかしながら重症度の評価項目について一定のコンセンサスが得られていないのが現状である。今回、当院において門脈ガス血症を認めた症例のうち生存例と死亡例を比較し予後予測に有用な指標があるかを検討した。【方法】2005年9月から2013年3月までに当院で診断された門脈ガス血症のうち心肺停止状態での搬送を除く31例を生存例（21例）と死亡例（10例）に分類し、年齢・性別・身体所見・血液検査所見・画像所見について検討した。【成績】門脈ガス血症の検出はCT＋エコー施行21例、CTのみ施行2例、エコーのみ施行5例、エコーでのみ検出3例（CTで未検出）。全体の平均年齢は73.5歳、男性14例、女性17例。原因疾患は非閉塞性腸管虚血（NOMI）8例、イレウス6例、感染性腸炎5例、便秘4例、虚血性腸炎2例、SMA閉塞1例、敗血症1例、小腸潰瘍1例、食道静脈瘤1例、憩室炎1例、不明1例。年齢（ ≥ 75 歳生存例11/21 vs. 死亡例6/10）、腹膜刺激徴候（生存例5/21 vs. 死亡例4/10）、発熱（ $\geq 37.5^\circ\text{C}$ 生存例1/19 vs. 死亡例1/10）、ショック状態（生存例3/18 vs. 死亡例3/10）などの項目で有意差はなかった。今回の検討で有意差がみられたのは白血球数およびCTにおける腸管気腫の有無であった。白血球数は死亡例で有意に高値であり（生存例8761.9 $\pm$ 4226.9 vs. 死亡例13666.7 $\pm$ 4356.0; $p=0.0121$ ）、腸管気腫は死亡例で有意に多く認めた（生存例8/21 vs. 死亡例8/10; $p=0.0034$ ）。【結論】今回の検討において予後不良を示す有用な指標として、白血球数高値およびCTにおける腸管気腫の存在が示唆された。

151 肝結核の1例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理科
 ○松浦倫三郎¹、仲島さより¹、井本 正巳¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、
 坂巻 慶一¹、小林 健一¹、澤田つな騎¹、内田 元太¹、室井 航一¹、
 鈴木 敏行¹、伊藤 誠²

症例は70才男性。主訴は発熱。既往歴は20才時に虫垂炎手術、低血圧、飲酒歴は無し。

平成21年11月9日、転倒を契機に頸椎症を発症し、当院整形にてNSAIDs等の他、急性期の4日間のみステロイド点滴を施行した。12月24日より発熱、下痢が出現し、処方にて徐々に下痢は軽快した。しかし微熱が遷延するため平成22年1月4日に近医受診、AST 635U/ml、ALT 696U/lと肝障害を認め、翌日当科紹介入院となった。

血液検査ではWBC 10700/μl、好酸球数 4173/μl、ZTT 18.8U、T-B 3.5mg/dl、D-B 2.7mg/dl、AST 626U/l、ALT 635U/l、LDH 563U/l、ALP 1101U/l、CRP 5.11mg/dl、PT 58%と、炎症反応と肝胆系酵素の上昇、凝固能低下を認めた。HBsAg、HCVAb、IgM-HA、HEV-RNAは陰性、IgG 1904mg/dlと軽度の上昇を認めたが、ANA、AMAは陰性であった。USでは肝表面は整、辺縁はやや鈍で内部エコーは粗で、エコー輝度は上昇していた。胆嚢の壁肥厚、胸水、腹水貯留を認めた。CTでは肝は軽度腫大しており、内部の吸収値にはむらがあり、胸腹水を認めた。肺野に異常を認めなかった。肝障害は保存的に改善したが好酸球高値は遷延した。処方歴と好酸球の上昇から薬剤性肝障害を疑い、また、IgGとZTT高値からAIHも否定されず、肝生検を施行した後、1月16日に退院となった。病理組織では門脈域、小葉内に炎症細胞浸潤の他に肉芽腫性病変、多核巨細胞の浸潤を認めた。

以上より、肉芽腫性肝炎と診断、PBC、結核、寄生虫、真菌などの感染症も疑い追加精査を施行した。AIH、寄生虫、真菌感染は否定的で、クオンティフェロンが判定保留であり、BFも施行したがガブキー陰性で経過観察となった。4/5にクオンティフェロンが陽性化し、胸部CTにて肺尖部に7mmの結節を認め、さらに7月のCTでは肺結節影の増悪を認めたため、肺結核を疑い、半年間の結核治療を施行した。治療終了後、肺病変は改善し、肝生検では、肉芽腫性病変を認めなかった。

肝結核は非常にまれな疾患である。本症例は初発時に肺病変を認めず、またクオンティフェロン、ツ反も陰性であり、診断に至るまでに時間を要したが、その後の治療経過は良好であった。

153 Gilbert 症候群に合併した重症型アルコール性肝炎の1例

愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 消化器内科
 ○古岡 直輝、柴田 寛幸、青木 聡典、武藤 久哲、廣崎 拓也、
 石川 大介、國井 伸、渡邊 一正、奥村 明彦

【症例】52歳、男性。【主訴】腹部膨満。【現病歴】2004年に健診で高ビリルビン血症（総ビリルビン2.5～6.3 mg/dl、直接ビリルビン0.5～1.0 mg/dl）を指摘され、体質性黄疸（Gilbert 症候群）と診断されていた。2008年頃から右季肋部の膨満を自覚するようになり、AST 196 IU/l、ALT 246 IU/l、γ-GTP 2128 IU/l、総ビリルビン6.3 mg/dl、直接ビリルビン0.5 mg/dlと肝機能障害があった。1ヶ月前より食欲不振が出現し、前日より腹部膨満が増悪し、全身倦怠感が出現したため、2013年2月X日に来院し精査加療目的に入院した。【生活社会歴】飲酒：焼酎1,000 ml/日。常用薬：なし。【入院時現症】身長171 cm、体重69 kg、体温38.3℃。意識清明。眼結膜に黄疸がある。腹部は膨隆しており波動がある。著明に腫大した肝臓を触知し、圧痛はない。【検査所見】白血球25,100/μl（好中球91.8%）、血小板13.9万/μl、PT%95.4%、Aib 3.9 g/dl、γ-グロブリン1.3 g/dl、AST 203 IU/l、ALT 38 IU/l、γ-GTP 1467 IU/l、ALP 611 IU/l、総ビリルビン6.5 mg/dl、尿素窒素6.6 mg/dl、Cr 0.89 mg/dl、CRP 6.82 mg/dl、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、抗核抗体40倍。腹部CT：肝右葉が著明に腫大している。肝に多発性小嚢胞があるが、実質に腫瘍はない。肝内胆管や主膵管の拡張はない。脾腫はない。腹水がある。【入院後経過】アルコール性肝炎と診断した。意識は清明であり肝庇護療法で保存的に経過をみていたが、徐々に肝機能障害が進行し、第34病日にAST 82 IU/l、ALT 30 IU/l、PT%48.7%、総ビリルビン20.3 mg/dl、直接ビリルビン11.1 mg/dlとなった。重症型アルコール性肝炎と診断し、第36病日よりプレドニゾン30 mg/日を開始した。第44病日にAST 51 IU/l、ALT 42 IU/l、PT%61.2%、総ビリルビン12.7 mg/dl、直接ビリルビン6.4 mg/dlと改善した。Gilbert 症候群による高ビリルビン血症があり、診断と治療方針の決定に苦慮した。【結語】Gilbert 症候群に合併した重症型アルコール性肝炎に対してプレドニゾンを投与し、改善した症例を経験したので報告する。

152 伝染性単核球症様の症状が先行したアセトアミノフェンによる重症型薬物性肝障害の一例

JA 愛知厚生連 海南病院 消化器内科
 ○青木 聡典、古岡 直輝、柴田 寛幸、武藤 久哲、廣崎 拓也、
 石川 大介、國井 伸、渡邊 一正、奥村 明彦

伝染性単核球症様の症状が先行し、アセトアミノフェンによる重症型のアレルギー性肝障害を合併したと考えられる一例を経験したため報告する。症例は20歳男性。平成24年9月初旬に近医にて潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジン注腸とサラズルファビルジン内服を行っていた。10月初旬に、発熱、咳、咽頭痛と上下肢の皮疹を認め、血液検査にて異型リンパ球の出現と肝胆系酵素値の上昇を認めたため、当院へ紹介入院となった。入院時、両側の頸部リンパ節腫大と体幹および四肢に小発赤疹を認め、CTにては肝脾腫を認めた。臨床的に伝染性単核球症と判断し、経過観察とした。第3病日には解熱して肝胆系酵素値も改善を認めたが、第6病日に40℃の発熱が出現した。このため、アセトアミノフェンを投与したところ、肝胆系酵素値の急激な再上昇を認めた。原因としてウイルス性肝障害の急性増悪と薬物性肝障害を疑い、各種ウイルス抗体検査と同時にアセトアミノフェンとサラズルファビルジンに対してDLSTを施行した。トランスアミンナーゼの急激な上昇に伴いPT活性が40%台へと低下し、劇症化が懸念されたため、第7病日よりステロイドパルス療法を施行した。その後は徐々に解熱し、肝機能も急速に改善した。各種ウイルス抗体価は、麻疹ウイルスIgMが疑陽性であった以外はいずれも未感染もしくは既往感染を示すものであった。その後も麻疹ウイルスIgM抗体価の上昇は認めなかったが、IgG抗体価は33.4(第7病日)から45.9(第41病日)と軽度の上昇を認めた。また、DLSTの結果についてはアセトアミノフェンが陽性であった。本症例においては、既往として平成5年の頃に麻疹に感染しており、平成21年にはMRワクチンを接種していたことが判明した。今回の麻疹ウイルス抗体の結果から、修飾麻疹の可能性は否定できないと考える。また、アセトアミノフェンに対するDLSTが陽性であったことから、アセトアミノフェンによる薬物性肝障害が惹起された可能性が高いと考えられた。

154 グリコーゲン沈着が原因と考えられる肝障害を繰り返した1型糖尿病の1例

名古屋大学 医学部 消化器内科
 ○小崎 陽平、新家 卓郎、今井 則博、阿知波宏一、荒川 恭宏、
 山田 恵一、中野 聡、石津 洋二、葛谷 貞二、本多 隆、
 林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

症例は41歳女性。2歳時に1型糖尿病を発症、血糖コントロール不良にて頻回の入院歴あり。糖尿病性動脈神経麻痺に対してステロイドパルス療法後、血糖高値が持続し、パルス療法後15日目にAST 843 IU/L、ALT 830の肝障害が出現したため当科紹介。各種ウイルスマーカー、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体を測定したが急性肝障害の原因は認めず。腹部CTでは肝腫大（1758 cm³）および肝実質全体の高吸収（76HU）を認めたため、血清フェリチン値を測定したが15ng/mlと低値だった。また腹部エコーでは肝腎コントラストを認めたが他に器質的疾患は認めなかった。肝障害の原因を特定することはできなかったが、ステロイド減量に伴い血糖値も低下し、同時に肝障害が軽快したため外来様子観察となった。しかし退院後低血糖発作にて救急外来受診時にAST 1079 IU/L、ALT 900 IU/Lと再び肝障害、および肝腫大（1907 cm³）、実質高吸収（82HU）が出現したが、初回の肝障害同様に自然に軽快。原因不明の一過性肝障害を繰り返すため肝生検を行ったところ、肝細胞の胞体の淡明化、PAS染色では肝細胞質内及び核内にPAS陽性顆粒を認め、dPASでは顆粒が見られなかったことから肝グリコーゲン沈着が証明された。ベルリン青染色も行ったが鉄沈着は認めなかった。コントロール不良の1型糖尿病において高血糖、高インスリン状態により肝臓にグリコーゲンが異常蓄積し、肝腫大、肝障害を生じることがあり、本症例もグリコーゲン沈着による肝障害と考えられた。グリコーゲン沈着による肝障害は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

155 高度の肝肺症候群で発症した若年 NASH 肝硬変の一例

順天堂大学 医学部 附属静岡病院 消化器内科

○成田 諭隆、玄田 拓哉、村田 礼人、甘樂 裕徳、佐藤 俊輔、
金光 芳生、石川 幸子、菊池 哲、森 雅史、平野 克治、
飯島 克順、市田 隆文

症例は 36 歳男性。主訴、呼吸困難。30 歳時に頭蓋咽頭腫に対し開頭腫瘍摘出術の既往あり。常習飲酒歴なし。2012 年 12 月末から呼吸困難が出現。2013 年 1 月に当院受診、高度の低酸素血症を指摘され入院。入院時現症ではチアノーゼとばら指を認めた。生化学検査では肝胆道系酵素に異常は認めず、末梢血液像も正常所見であったが、凝固検査で PT 47% と低下を認めた。室内気下での血液ガス分析では PaO_2 47.8mmHg、 PaCO_2 30.2mmHg、 AaDO_2 64.2mmHg と高度の低酸素血症と肺動脈血酸素分圧格差の増大を認めた。各種肝炎ウイルスマーカー、自己抗体は陰性。呼吸機能検査は正常で、胸部レントゲン、CT でも肺野に異常所見を認めず。心エコー、右心カテーテル検査も異常認めず。肺血流シンチではシャント率 63.4% と高度の右左シャントを認めた。腹部造影 CT では肝脾腫と門脈系側副血行路の発達を認め、腹部 US では脂肪肝を認めた。肝静脈カテーテル検査で閉塞肝静脈圧が 20mmHg と上昇を認めた。経皮的肝生検を施行し得られた肝組織では、肝細胞の ballooning と脂肪化、肝細胞周囲と肝静脈周囲の線維化を伴う小結節性硬変肝であった。以上の結果から非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) による肝硬変に合併した肝肺症候群と診断した。近年下垂体機能不全の患者はメタボリックシンドローム類似の病態を示すことが報告され、肝臓においては非アルコール性脂肪性肝疾患の合併率が高いことが明らかになっている。本症例も下垂体手術が原因となり、術後約 5 年と極めて短期間に進行した NASH 肝硬変と考えた。近年、成長ホルモン分泌不全が脂肪肝や肝線維化の原因であり、補充療法が肝病態の改善に有効である可能性が報告されている。一方、肝肺症候群に対しては速やかな肝移植の適用が推奨されている。本症例も成長ホルモン補充療法を行いつつ、肝移植の可能性を検討している。