

# 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

第2会場 会議室 901

9:00 ~ 11:30

座長 三重大学 消化管・小児外科 楠 正人  
愛知医科大学 消化器内科 佐々木誠人

## 「炎症性腸疾患の診断と治療 up-to-date」

- S-01 難治性潰瘍性大腸炎に対するinfliximab治療の当院での成績  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○西江 裕忠、水島 隆史、市川 紘、鈴木 雄太、福定 繁樹、井上 匡央、加地 謙太、  
安部 快紀、岩崎 弘靖、西 祐二、奥村 文浩、佐野 仁
- S-02 当科におけるクローン病インフリキシマブ効果減弱例の検討  
岐阜大学 医学部 消化器病態学  
○荒木 寛司、井深 貴士、森脇 久隆
- S-03 当院における難治性潰瘍性大腸炎に対する抗TNF $\alpha$ 抗体療法の治療成績  
名古屋市立大学 医学部 消化器・代謝内科学  
○塚本 宏延、尾関 啓司、溝下 勤、谷田 諭史、田中 守、西脇 祐高、海老 正秀、  
森 義徳、久保田英嗣、片岡 洋望、城 卓志
- S-04 インフリキシマブ-アダリムマブ スイッチ療法からみたクローン病に対するアダリムマブの  
維持治療効果予測因子の検討  
<sup>1</sup>藤田保健衛生大学 医学部 消化管内科、<sup>2</sup>日進おりど病院  
○長坂 光夫<sup>1</sup>、藤田 浩史<sup>2</sup>、平田 一郎<sup>1</sup>
- S-05 当院における潰瘍性大腸炎治療の検討  
小牧市民病院 消化器内科  
○灰本 耕基、宮田 章弘、平井 孝典、舘 佳彦、小原 圭、小島 優子、佐藤亜矢子、  
飯田 忠、和田 啓孝、濱崎 元伸、永井真太郎
- S-06 当院における難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入療法の検討  
豊橋市民病院 消化器内科  
○田中 卓、山田 雅弘、浦野 文博
- S-07 当院における難治性潰瘍性大腸炎に対するtacrolimus治療の現況  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
○松下 正伸、安藤 貴文、石黒 和博、前田 修、渡辺 修、平山 裕、森瀬 和宏、  
前田 啓子、古川 和宏、船坂 好平、中村 正直、宮原 良二、後藤 秀実

- S-08 当院における難治性潰瘍性大腸炎に対する免疫調節薬の有用性に関する検討  
岐阜市民病院 消化器内科  
○小木曾富生、杉山 昭彦、加藤 則廣
- S-09 当院での潰瘍性大腸炎における白血球除去療法(LCAP)の検討  
山下病院 内科  
○磯部 祥、富田 誠、金沢 宏信、広瀬 健、鈴木 悠土、服部 昌志、中澤 三郎
- S-10 アミノサリチル酸製剤による潰瘍性大腸炎寛解維持療法の長期予後因子の検討  
愛知医科大学病院 消化器内科(消化管部門)  
○近藤 好博、佐々木誠人、春日井邦夫
- S-11 当院における腸管ベーチェット病に対するadalimumabの使用経験  
刈谷豊田総合病院 内科  
○坂巻 慶一、浜島 英司、中江 康之、仲島さより、松浦倫三郎、小林 健一、澤田つな騎、  
内田 元太、室井 航一、井本 正巳、鈴木 敏行
- S-12 CT enterographyにおける被曝量低減の試み  
<sup>1</sup>四日市社会保険病院 内科、<sup>2</sup>四日市社会保険病院 外科  
○白木 学<sup>1</sup>、山本 隆行<sup>2</sup>、梅枝 覚<sup>2</sup>、松本 好市<sup>2</sup>
- S-13 クロウン病に対するパテンシーカプセルとカプセル内視鏡検査の有用性  
<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
○吉村 透<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>1</sup>、山田 弘志<sup>1</sup>、名倉明日香<sup>2</sup>、中野 有泰<sup>1</sup>、  
大島 啓嗣<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、大野栄三郎<sup>2</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、伊藤 彰浩<sup>1</sup>、  
廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>
- S-14 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘術の手術侵襲、術後回復に与える影響の検討  
三重大学 消化管・小児外科学  
○藤川 裕之、荒木 俊光、大北 喜基、野口 智史、小池 勇樹、川本 文、大竹 耕平、  
廣 純一郎、井上 幹大、間山 裕二、小林美奈子、大井 正貴、田中 光司、井上 靖浩、  
内田 恵一、毛利 靖彦、楠 正人
- S-15 クロウン病の術後における抗TNF- $\alpha$ 抗体維持療法の再発抑制効果と安全性に関する  
検討  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
○藪崎 紀充、中山 吾郎、高野 奈緒、高見 秀樹、村井 俊文、岩田 直樹、神田 光郎、  
小林 大介、田中 千恵、山田 豪、藤井 努、杉本 博行、小池 聖彦、野本 周嗣、  
藤原 道隆、小寺 泰弘
- S-16 当院で経験した潰瘍性大腸炎に合併したColitic cancerの検討  
愛知県がんセンター中央病院  
○興儀 竜治、田近 正洋、丹羽 康正

## S-01 難治性潰瘍性大腸炎に対するinfiximab治療の当院での成績

岐阜県立多治見病院 消化器内科

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

【背景・目的】本邦では2010年6月より潰瘍性大腸炎(UC)に対してinfiximab(IFX)治療が保険適応となり難治性UCに対する有効性が報告されている。今回われわれは当院での難治性UCに対するIFX治療の現況をステロイド離脱率、離脱後寛解維持期間を中心に検討した。【対象・方法】(検討1)2010年7月以降に当院でIFX治療を受けた難治性UC21例(ステロイド抵抗性7例、依存性14例)を対象とし、IFX治療の有効性を臨床的・内視鏡的スコアを用いて検討した。(検討2)IFXを6ヶ月以上継続投与可能であった14例における長期経過をステロイド離脱率、離脱後寛解維持期間を中心に検討した。疾患活動性はLichtiger's clinical activity index(CAI)を使用し、CAI $\leq$ 4.0を臨床的寛解とし、内視鏡所見はMatts Gradeで評価した。【結果】(1)IFX投与時寛解状態できなかった17例中12例(70%)で寛解導入が可能であった。CAIは投与前10 $\pm$ 4.3に対し投与後は4.4 $\pm$ 2.3と有意に改善した(P<0.05)。Matts gradeも3.2 $\pm$ 1.0から2.3 $\pm$ 1.3へと有意に改善していた(P<0.05)。(2)寛解導入率は83%(10/12)、うち6例(60%)は現在まで寛解を維持しており、手術は0例であった。IFX導入時にステロイドが投与されていた12例中10例(83%)でステロイドは離脱可能であったが、5例で再導入がなされていたステロイド離脱から再導入までの期間の中央値は129日であり、5例ともステロイド投与で再寛解導入されステロイドは漸減中止されていた。【考察】当院においてもIFX治療は寛解導入率、維持率ともに高く、難治性UCに対して有効な治療法であった。一方で長期経過の検討では、ステロイド離脱率は83%であったが、半数ではステロイドの一時的な再導入が必要であった。ステロイドフリーの寛解維持期間の延長のためIFX投与間隔、投与量、併用薬の検討などが今後の課題と考えられた。

S-03 当院における難治性潰瘍性大腸炎に対する抗TNF $\alpha$ 抗体療法の治療成績

名古屋市立大学 医学部 消化器・代謝内科学

○塚本 宏延、尾岡 啓司、溝下 勲、谷田 諭史、田中 守、西脇 祐高、海老 正秀、森 義徳、久保田英嗣、片岡 望洋、城 卓志

【背景】近年、ステロイド抵抗・依存性活動性潰瘍性大腸炎に対してインフリキシマブ(IFX)、アダリムマブ(ADA)の有効性が示され、2010年にIFX、2013年にADAが保険適応となった。今回われわれは、当院における抗TNF $\alpha$ 抗体療法の成績および安全性について検討した。【方法】名古屋市立大学病院で、2010年4月から2013年9月までにステロイド抵抗性および依存性活動性潰瘍性大腸炎に対してIFXを投与した23例とADAを投与した8例(1例重複)を奏効率、寛解率、ステロイド離脱率および副作用などについてretrospectiveに検討した。【結果】IFX投与14、30、54週間後の奏効率は、69.6、50.0、72.2%で、臨床的寛解率は、52.2、45.5、45.5%であり、ステロイドフリー寛解率は、26.1、36.4、36.4%であった。54週間における手術回避率は、87.0%であった。平均partial Mayoスコアは0、14、30、54週時で6.0、2.1、2.2、1.4であった。一方、ADA投与8、32、52週後の奏効率は、33.3、66.7、83.3%、臨床的寛解率は、16.7、33.3、50.0%、ステロイドフリー寛解率は、0.0、33.3、33.3%であった。手術回避率は、100.0%であった。平均partial Mayoスコアは0、8、32、52週時で5.5、3.8、2.3、2.7であった。観察期間内の有害事象に関しては、IFX投与例において、インフュージョンリアクション1例、関節痛1例、ADA投与例において、皮疹1例、肺炎1例であった。【結語】難治性潰瘍性大腸炎に対するIFX、ADAの投与はともに寛解導入、寛解維持に有効であり、ステロイド離脱にも有用であることが示された。

## S-02 当科におけるクローン病インフリキシマブ効果減弱例の検討

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○荒木 寛司、井深 貴士、森脇 久隆

【目的】インフリキシマブ(IFX)の長期投与症例の増加に伴い、実地臨床で効果減弱例の出現が問題となっている。当科でのIFX効果減弱例に臨床病理学的検討を加えた。【方法】対象は2003年5月から2012年8月までに当科でクローン病に対しIFXを投与した64例。平均年齢32.7歳、小腸型14例、小腸大腸型31例、大腸型19例であった。【成績】64例中有効例は62例(97%)であった。有効例のうち59例に維持投与が行われた。維持投与中効果減弱を認めた症例は25例42%であった。効果減弱例では4例でアダリムマブに変更、増量投与が14例、短縮投与が7例に行われた。効果減弱例と効果維持例では平均年齢32.2歳:33.8歳、男女比27.6と16.9で差は認めなかった。病型では大腸炎型で2.11、小腸大腸型で7.9、小腸型で16.11と大腸炎型で有意に効果減弱例は少数であった。IFX投与開始までの期間は9.4年:4.9年で有意に投与開始までの罹病期間が長期であった。IFX投与までの手術既往は48%:30.3%、バルーン拡張歴は20%:3%であった。Half ED以上の栄養療法は36%:24.2%であった。効果減弱例では累積入院率と手術率が1年44%、12%、3年62%、16%、5年80%、34%に対し効果維持例では1年21%、9%、3年33%、9%、5年33%、9%で有意に累積入院率が高値であった。IFX投与開始から効果減弱までの期間は中央値483日であった。効果減弱例での治療強化(短縮・増量)前後のCRPは前が2.0mg/dl、後が1.5mg/dlであった。効果維持例の最新のCRPは平均0.22mg/dlであり効果減弱例では治療強化後も有意にCRPは高値であった。【結論】IFX効果減弱例は投与開始までの罹病期間が長く、手術歴、バルーン拡張歴のある症例に多く、効果減弱例ではIFX治療開始後の経過で入院や手術を要する症例が効果維持例に比し有意に多くQOLの低下が問題となる。

## S-04 インフリキシマブ・アダリムマブ スイッチ療法からみたクローン病に対するアダリムマブの維持治療効果予測因子の検討

<sup>1</sup>藤田保健衛生大学 医学部 消化器内科、<sup>2</sup>日進おりど病院○長坂 光夫<sup>1</sup>、藤田 浩史<sup>2</sup>、平田 一郎<sup>1</sup>

【目的】クローン病においてインフリキシマブ(IFX)に対する効果減弱・2次無効・投与時副作用などにより維持治療を継続できない症例に対するアダリムマブへのスイッチ治療症例に関して臨床的な検討し、アダリムマブの維持治療効果予測因子を検討した。【対象】当科に通院中のアダリムマブ治療中のクローン病症例で24週を経過した22症例に関して検討した。【結果】22症例の内訳は男性17例、女性5例、平均年齢33 $\pm$ 13歳、スイッチ症例は17例、ナイーブ症例は5例であった。ナイーブ・スイッチ別の検討ではナイーブ症例でアダリムマブは有効であった。IFX効果減弱・不耐例別の検討では不耐例で有効であった。IM・ED併用別の検討では明らかな差を認めなかった。投与前のCRP3mg/dL以上の症例とそれ未満の症例ではCRP3mg/dL未満の症例の方が効果が良好であった。寛解導入時の160mg投与後CRPが悪化する症例では4例中3例で外科的手術・ドレナージ処置が必要であった。12週時のCRP1mg/dL以上の症例とそれ未満の症例では1mg/dL未満の症例でその後の効果が良好であった。【結論・考察】アダリムマブ投与前の治療やスイッチ/ナイーブにかかわらず、アダリムマブ投与前の活動性が低い症例程その後のアダリムマブの効果が良好であったため、投与前と12週時のCRP値がアダリムマブ維持治療の効果予測因子となり得ると考えられた。またスイッチ症例ではIFX不耐例が良い適応と考えられた。

## S-05 当院における潰瘍性大腸炎治療の検討

小牧市民病院 消化器内科

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

【背景】近年、強力な薬剤、特にインフリキシマブやタクロシムスなどの登場で潰瘍性大腸炎の臨床は大きく変化しと言える。【目的】今回我々は、新規薬剤使用例を中心に、当院における潰瘍性大腸炎治療の検討を行った。【対象と方法】当院における潰瘍性大腸炎255例のうち、難治性潰瘍性大腸炎として新規治療薬が投与された13例を対象に臨床経過・治療成績などを検討した。内訳は、初回タクロシムス(TAC)投与した10例と、初回インフリキシマブ(IFX)投与した3例。初回TAC投与した10例では、年齢は20～68歳(平均40.7歳)、男性5例、女性5例であった。全例ステロイド抵抗例であった。【成績】初回TAC有効例は10例中2例だった。一次寛解導入率は60%であった。そのうち、3例では再燃なく経過観察中である。3例ではその後再燃あり、IFX、ステロイドで再度寛解導入が可能であった。初回TAC無効例に対してIFXを3例で投与し、1例では2次救済可能であった。一方、3例では手術が行われた。一方、初回IFX有効例は3例中2例だった。有効例では現在もIFXによる維持療法を施行している。無効例の1例ではTACも無効であり手術となった。【結論】TAC・IFXどちらを先行させるかについてはさまざま議論されている。当院ではTACを使用する症例が多かったが、それは、保険適応が早かったこと、院内でTACの血中濃度の測定が可能であったことが主な理由である。また、当院で両者による治療を試みたのは、TAC→IFX 4例、IFX→TAC 1例のみで、2次救済可能であったのは、TAC→IFX 2例のみであった。IFXでは経験は少ないが、維持療法可能というメリットがある。2次救済を試みる際には、感染リスク増大が懸念される点が、今後の治療ストラテジー確立において争点となると考えられる。

## S-07 当院における難治性潰瘍性大腸炎に対するtacrolimus治療の現況

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

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

【目的】tacrolimus (TAC)は難治性潰瘍性大腸炎(UC)に対する新たな治療法として、cyclosporine やintensive cytapheresis、そしてinfliximabと共に重要な選択肢の一つとなっている。使用については早期の血中トラフ濃度確保のための用量調節、長期使用における有効性など問題も多い。そこで、当院におけるTACの寛解導入効果、導入に影響を与えた因子、長期投与の現況について検討した。【方法】対象はUC47例(重症20例、中等症27例)。TAC投与は初日投与量0.1mg/kg、目標トラフ値 $10^{15}$ ng/mlとし、血中濃度に応じて投与量を調整した。治療効果判定はLichigerのClinical activity index (CAI)を用い、投与後のCAIが4以下を寛解、投与前より5以上の低下を有効とした。【結果】1週目時点で目標血中濃度に28例(60%)、2週目時点で39例(83%)が到達。投与4週後では、28例(60%)の症例が寛解、有効6例(13%)、無効12例(25%)、浮遊感による投与中止が1例であった。重症度別に検討すると、寛解導入率は重症例65%と中等症56%、重症例において寛解導入率が高い傾向が見られた。絶食の有無について検討すると、絶食下の寛解導入率が有意に高かった(80%>49%)。併用薬剤について検討すると、prednisolone投与量は開始時平均18.2mg、開始3ヵ月後は平均2.3mgと、有意に低下していた。しかし投与量と寛解導入効果には関連はみられなかった。開始時にazathioprine (AZA)を併用していた場合の寛解導入率は有意に高かった。4週後に寛解・有効となった33例は、3ヶ月後に27例が寛解を維持、3例が再燃、うち2例は外科手術となった。【結論】TAC投与4週間後の寛解導入、有効率は70%以上であり、寛解導入率を高めるために、絶食、AZAを併用することが有用である可能性が示唆された。

## S-06 当院における難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入療法の検討

豊橋市民病院 消化器内科

○田中 卓、山田 雅弘、浦野 文博

【はじめに】難治性潰瘍性大腸炎に治療にタクロシムス(TAC)とインフリキシマブ(IFX)が保険適応となったが、その使い分けは明らかになっていない。今回我々は難治性潰瘍性大腸炎の治療成績を明らかにすることを目的として、TACあるいはIFXを使用した難治性潰瘍性大腸炎の患者について検討した。【対象】2010年7月から現在までにTACあるいはIFXを投与した難治性潰瘍性大腸炎患者52例。TAC群 34例、IFX群 18例。【方法】TAC群とIFX群の患者背景(年齢・性別・病型・重症度・ステロイド依存性/抵抗性、CAISコア)および、寛解導入率を4-6週、12週、24週で比較検討した。【結果】TAC群の平均年齢は42.7±18.1(16-75)歳、男女比は18:16、病型は全大腸炎型27例、左側大腸炎型6例、直腸炎型1例で、重症度は重症9例、中等症15例であった。ステロイド抵抗例29例、依存例5例でTAC開始時のCAISコアは7.94±3.29(3-15)であった。IFX群の平均年齢は39.5±15.3(16-67)歳、男女比は7:11、病型は全大腸炎型12例、左側大腸炎型6例で、重症度は重症9例、中等症9例であった。ステロイド抵抗例12例、依存例6例でIFX開始時のCAISコアは7.61±2.45(4-15)であり、両群の患者背景には有意差はなかった。TAC群の寛解導入率は4-6週では73.5%、12週では76.5%、24週では70.6%であった。一方で、IFX群の寛解導入率は4-6週では50.0%、12週では73.3%、24週では81.8%であり、各地点での寛解導入率に有意差は無かったが4-6週での寛解導入率はTAC群で高い傾向が認められた。TAC群の導入不成功例は11例で、二次治療にはIFXが7例、CsAが3例、TAC継続投与が1例であった。TAC群の導入不成功例に対するIFXの効果は、7例中3例に有効で無効の4例が手術された。IFX群の導入不成功例は5例あり、二次治療にはTAC1例、ADA1例、CsAを上乗せ1例、PSL+AZA2例であった。【結語】TACとIFXの24週までの寛解導入率には有意差はみられなかったが、4-6週ではTAC群で導入率が高い傾向があった。

## S-08 当院における難治性潰瘍性大腸炎に対する免疫調節薬の有用性に関する検討

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾富生、杉山 昭彦、加藤 則廣

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)の治療薬は5-ASAが基本薬剤であるが、一方では維持療法として副作用の強いステロイド剤(PSL)の投与を使用せざるを得ない症例も少なくない。PSL依存例に対するチオプリン製剤の有用性が知られており、PSLの離脱減量に効果がある。また寛解導入においてPSL抵抗例に対するタクロシムス(FK-506)の投与が保険適応となり臨床的有用性が注目されている。今回、我々は当院においてUCに対する免疫調節薬の有用性について後ろ向きに検討を行った。【対象】2011年4月から2013年8月まで当科で治療を行ったUC患者143例。平均発症年齢は38.6±18.5(4-77)歳で、平均罹患年数9.5±9.0(0.1-45)年、男女比は1.1:1であった。【成績】この期間において寛解導入治療は143例中84例に施行。PSL抵抗例は7例認め、寛解導入にFK-506を7例(うち2例は兄弟症例)10回使用した。7例中6例で寛解導入が得られた。3例で一時的に肝機能障害を認めたが、トラフ値の安定により改善。また3例で頭痛、1例において振戦を認めた。7例中3例において寛解導入後に再燃を認め、1例はPSLで寛解、2例で再導入し一時寛解を得たが、維持ができずに手術となった。一方、PSL依存例寛解維持目的に免疫調節薬を31例に投与。AZAが29例、6-MPが2例であった。投与中止または変更した例は11例あった。理由は効果減弱のために変更した症例が2例、副作用(頭痛、肝障害)にて変更が2例、副作用にて中止した例が4例(肝機能障害3例、骨髄抑制1例)、また寛解維持にて中止した例が3例あった。AZAおよび6-MPによる平均寛解維持期間は12.9±12.1(1-50)か月であった。23例がPSLから離脱でき、6例は離脱に向けて減量中である。【結論】UC患者の免疫調節薬治療につき検討した。チオプリン製剤はPSLの減量や離脱に有効であり、維持療法として免疫調節薬は高い有用性が示唆された。またFK-506は高い寛解導入が得られたが、維持療法は保険診療上で困難であり、中止後に3例で再燃、2例が手術に至った。今後、FK-506における維持療法の保険適応が期待される。

## S-09 当院での潰瘍性大腸炎における白血球除去療法(LCAP)の検討

山下病院 内科

○磯部 祥、富田 誠、金沢 宏信、広瀬 健、鈴木 悠士、  
服部 昌志、中澤 三郎

【目的】近年、難治性潰瘍性大腸炎の治療においてインフリキシマブやタクロリムスなどの治療方法が適応となり、治療方針が多様化してきた。以前からあるLCAPも重症例や難治例に主に用いられているが、その安全性や治療成績は多くは報告されていない。今回当院における白血球除去療法(LCAP)の治療成績について検討した。【対象】当院にて2002年1月から2011年6月までに内視鏡学的および病理組織学的に潰瘍性大腸炎と診断され、白血球除去療法(以下、LCAP)を施行したのは61例(平均年齢43.2歳、男性37例、女性24例)であった。そのうちLCAP施行回数が1回であった1例と、大腸全摘術後、遺残直腸に炎症が再発した1例は除外した計59例を対象として検討した。【方法】LCAP4~6回施行した群を1クール施行群(20例)、LCAP8~11回施行した群を2クール施行群(39例)とし、それぞれの症例について寛解率、Partial DAI、Lichtiger CAIを用いて施行前後の変化について検討を行った。【結果】1クール施行群における寛解導入率は70.0%(20例中14例)で、LCAP前のPartial DAIは平均4.6、Lichtiger CAIは平均9.6であった。施行直後2.6と4.7、LCAP終了1か月後2.2と3.3、2ヶ月後2.3と4.4、3か月後1.8と2.8であり、LCAP前と比較していずれのタイミングでも有意に改善していた。2クール施行群における寛解導入率は79.5%(39例中31例)で、LCAP前のPartial DAIは平均5.3、Lichtiger CAIは平均10.9であった。LCAP2クール施行後2.2と3.8、LCAP終了1か月後2.7と4.7、2ヶ月後2.4と4.2、3ヶ月後2.3と4.2であり、LCAP前と比較していずれのタイミングでも改善していた。数値の変化について比較したが、1クール施行群と2クール施行群の間に差は認められなかった。28例中2例において皮疹、薬物アレルギーにより処置を必要としたが、点滴治療にて改善した。【結語】LCAPは潰瘍性大腸炎において安全で有効な治療の一つであった。

## S-11 当院における腸管ペーチェット病に対するadalimumabの使用経験

刈谷豊田総合病院 内科

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

【背景】腸管型ペーチェット病は時にクローン病や単純性潰瘍などと鑑別困難であり、治療はアミノサリチル酸製剤や免疫抑制剤など炎症性腸疾患に準じて定まっておらず難治することも多い。多くの症例でステロイドが有効で、しばしばステロイド依存が問題となる。今回ヒト型抗TNF $\alpha$ モノクローナル抗体製剤であるadalimumabがH25年5月より腸管型ペーチェット病に対し保険認可され、ステロイドに代わるkey drugとして期待されるが、その効果や使用方法は臨床不明な点もあり議論が必要である。【対象】当院でadalimumabを導入した腸管型ペーチェット病患者3症例を対象とし、報告する。【成績】症例1は60歳男性、1993年8月発症。口腔内アフタ、毛嚢炎、外陰部潰瘍あり。8年前に回盲部切除を行っているが術後も吻合部潰瘍を認め、下痢、腹痛ありメサラジン3g/日とアザチオプリン(以下AZA)50mg/日投与中。2013/7/1 adalimumab投与開始し2週間後には下痢が消失し、腹部の違和感も消失、4回目の投与時には鎮痛剤も不要となり症状の改善を認めた。症例2は65歳男性、2002年9月発症。口腔内アフタ、毛嚢炎、外陰部潰瘍あり。10年前に回盲部切除歴あり。プレドニゾロン(以下PSL)10mg/日、コルヒチン1mg/日、AZA100mg/日内服中だが、数回の下痢が続いておりPSL減量のため2013/8/9 adalimumab投与開始。特に症状の変化無くPSLを5mg/日へ減量としたが、下痢増悪あり再度10mg/日とし継続中である。症例3は34歳男性、2003年2月発症。診断時よりステロイド離脱が困難な依存症例であり、ステロイドを5mg/日まで減量するとししばしば回盲部の類円形潰瘍からの出血を繰り返し、下血を認めていた。2013/8/19よりadalimumab投与開始とともにPSL減量を行い、現在投与4回目で開始時の7.5mgから3mgまで減量としたが、下痢の再燃は無い。【結論】短期間の観察ではあるが、当院では3例中2例で症状の改善を認め、うち1例でステロイドの減量が可能であった。引き続きadalimumab投与を行い、今後の経過を追跡し報告する。

## S-10 アミノサリチル酸製剤による潰瘍性大腸炎寛解維持療法の長期予後因子の検討

愛知医科大学病院 消化器内科(消化器部門)

○近藤 好博、佐々木誠人、春日井邦夫

【背景】潰瘍性大腸炎(UC)の治療において、アミノサリチル酸製剤(ASA)は寛解導入および寛解維持に使用される中心的治療薬であるが、本邦における維持療法に関するエビデンスは少ない。【目的】UCにおけるASA寛解維持療法における長期予後因子を検討し、ASAの適切な使用方法を考察する。【方法】6か月以上ASAによる寛解維持療法継続した58名(のべ135寛解維持療法)に関して、2年以内の再燃に及ぼす因子(寛解導入方法・回数、再燃回数、ステロイド依存・難治性、寛解維持投与量、服薬コンプライアンス)をretrospectiveに検討した。なお、薬剤の増量、変更、追加を伴う症状の増悪を再燃と定義した。【結果】単変量解析における2年以内の再燃のリスク因子は、維持療法におけるASA低用量(ベンタサ:2g未満、サラピリン:3g未満、アサコール:2.4g未満)(OR:3.0, 95%CI:1.40-6.38, P=0.006)とステロイド依存・難治(OR:8.9, 95%CI:1.08-66.49, P=0.02)であった。多変量解析においては、ASA低用量(OR:2.5, 95%CI:1.10-5.80, P=0.03)、ステロイド依存・難治(OR:4.6, 95%CI:1.24-101.99, P=0.03)、ASA服薬率80%未満(OR:2.3, 95%CI:1.01-5.18)が有意な再発因子として抽出された。【結語】長期寛解維持には、十分量のASA製剤を投与し、服薬遵守を指導することが重要と思われた。

## S-12 CT enterographyにおける被曝量低減の試み

<sup>1</sup>四日市社会保険病院 内科、<sup>2</sup>四日市社会保険病院 外科

○白木 学<sup>1</sup>、山本 隆行<sup>2</sup>、梅枝 寛<sup>2</sup>、松本 好市<sup>2</sup>

[はじめに]CT enterography(CTE)のクローン病診療における有用性が報告されているが、近年放射線被曝の観点からX線検査を乱用しないように警告されている。その対策として、線量を減らした所謂low dose CTEが提案されており、当科でもCT自動露出機構と逐次近似型画像再構成を用いて被曝量低減を試みている。今回我々が当科で施行しているlow dose CTEについて症例を提示して報告する。【症例1】47歳男性。平成8年に小腸型クローン病と診断され、成分栄養剤とメサラジンで寛解維持療法中。回腸部分切除術の既往がある。平成25年7月に腹痛が出現し当科紹介となった。CTEでは吻合部狭窄を認め、口側には造影効果と壁肥厚を認めた。線量指標のdose-length product(DLP)は315.1 mGy $\cdot$ cmでCTDIvolは5.70 mGyだった。【症例2】79歳男性。平成22年に診断された小腸型クローン病で、メサラジン、インフリキシマブによる寛解維持療法中。経過中CRP上昇が認められ、当科紹介となった。CTEでは終末回腸に軽度の造影効果と壁肥厚を認めた。層状化は認めなかった。またその口側に壁肥厚と腸管の狭小化、造影効果、comb signを認めた。DLPは323.6 mGy $\cdot$ cm、CTDIvolは5.80mGyだった。【症例3】22歳男性。平成19年に診断された小腸大腸型クローン病で、メサラジン、インフリキシマブによる寛解維持療法を施行していた。平成21年に回腸部分切除術の既往がある。平成25年5月に再燃し、インフリキシマブからアダリムマブに変更し寛解導入し、維持投与している。小腸病変の精査目的に当科紹介となった。CTEでは終末回腸に壁肥厚と造影効果を認め、その口側に複数の偏側性変形を認めた。DLPは228.3 mGy $\cdot$ cmでCTDIvolは4.70mGyだった。【考察】被曝量低減を試みる前は14 $\pm$ 1.7mSvだったが現在4.2 $\pm$ 0.70mSvと、70%程度低減しているが、検討可能な画像が得られている。今後は腸管外病変を含めて炎症所見の評価方法を確立し、現在様々な検査方法がある中でクローン病診療におけるCTEの位置づけを検討する必要があると思われた。

### S-13 クロウン病に対するパテンシーカプセルとカプセル内視鏡検査の有用性

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 消化器診療科  
○吉村 透<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>1</sup>、山田 弘志<sup>1</sup>、名倉明日香<sup>2</sup>、  
中野 有泰<sup>1</sup>、大島 啓嗣<sup>1</sup>、坂坂 好平<sup>2</sup>、大野栄三郎<sup>2</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、  
川嶋 啓輝<sup>1</sup>、伊藤 彰浩<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

【背景・目的】2012年7月にパテンシーカプセル(PC)が保険収載され、クローン病においてもカプセル内視鏡(CE)による小腸粘膜病変の評価が可能になった。当院ではクローン病に対して積極的にCEを行っており、全国で有数の症例数を経験している。本研究の目的は、当院でのクローン病症例に対するPC検査の現状とCEの有用性について検討することである。【方法】対象は2013年6月までに当院でPCを施行したクローン病41例(男28例、女13例、年齢35.4±10.8歳)である。方法は、まずPCの開通性に関する因子について統計学的な検討をした。さらにPCで開通性が確認でき、CEを行った30例(男性19例、女性11例、平均年齢36.0±12.7歳)についてルイススコア、Capsule Endoscopy Crohn's Disease Activity Index (CECDAI)を算出検討した。【結果】PC内服33時間以内における開通率は30/41(73.2%)であり(確認方法:目視14例、単純X線15例、CT12例)、PCに伴う偶発症は認めなかった。内視鏡的バルーン拡張後、狭窄形成術後、慢性腹痛を有する症例では有意にPCの開通性が低下していた(16.7%、0%、41.7%、P=0.0071、0.0033、0.0064)。CEを行った30例のルイススコアの中央値は225、CECDAIの中央値は6であった。CECDAIは血清CRP値と正の相関(r=0.438、P=0.019)を認めた。しかし、CRPが正常値(CRP<0.30mg/dl)やI/OIBDが1以下であってもルイススコア、CECDAIが高値を示す症例を比較的多く認めた。1例でPCが開通したにもかかわらずCEが滞留し、ダブルバルーン内視鏡でも回収できず外科手術を行った。【結論】偶発症、適応症例について課題が残されているが、クローン病患者においてPCは開通性判断に有効であり、CEは炎症マーカーや臨床症状からは判断できない小腸粘膜病変の評価に有用であった。

### S-15 クロウン病の術後における抗TNF-α抗体維持療法の再発抑制効果と安全性に関する検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科  
○荻崎 紀充、中山 吾郎、高野 大介、高見 秀樹、村井 俊文、  
岩田 直樹、神田 光郎、小林 正洋、田中 千重、山田 豪、  
藤井 努、杉本 博行、小池 聖彦、野本 周嗣、藤原 道隆、  
小寺 泰弘

はじめに:抗TNF-α製剤の定期的投与はCrohn病(CD)の寛解維持に有効とされる。今回われわれはCDに対する術後の維持療法として使用されたインフリキシマブ(IFX)およびアダリムマブ(ADA)の有効性、安全性について検討を行った。対象・方法:2007年1月からの5年間で、当院においてCD腸管病変に対する腸管切除・吻合術が施行され、1年以上の治療、経過観察が行われた111例を対象とし、寛解維持療法としてIFXが投与された群:41例、ADAが投与された群:21例、および抗TNF-α抗体療法以外の治療が行われた群(control群):49例、について治療状況、短期治療成績(臨床的再発率、内視鏡的吻合部再発率)、治療継続率、有害事象発生割合等についてretrospectiveに比較検討を行った。結果:3群間で患者背景(年齢・性別・病型・喫煙歴など)に差は認めなかった。治療状況は、術後8週間以内の治療導入率:IFX群 76%、ADA群 81%、相対的容量強度:IFX群で89%、ADA群97%、術後1年間治療継続率:IFX群 93%、ADA群 100%であり、ADA群で治療継続率がやや高かった。治療成績は、術後1年臨床的再発率:IFX群 21%vs. control群 p=0.001, vs. ADA群: p=0.470)、ADA群 19% (vs. control群 p=0.001)、control群 57%、術後1年内視鏡的吻合部再発率:IFX群 12% (vs. control群 p=0.042, vs. ADA群: p=0.844)、ADA群 10% (vs. control群 p=0.059)、control群 31%であり、IFX群、ADA群ともにcontrol群に較べて有意に再発率の低下が認められたが、IFX群・ADA群間の差は認めなかった。また、有害事象としては、IFX群でinfusion reaction 2%、アレルギー 7%、肝機能障害 5%等、ADA群で好中球減少 10%、肝機能障害 5%等であった。結語:抗TNF-α抗体寛解維持療法は、術後としての治療継続率は良好であり、臨床的再発率を低下させることが示唆された。また、内視鏡的吻合部再発率は再手術率を反映する一つの指標とされるが、IFX・ADAともにこれを低下させる可能性が示された。今後さらなる経過観察を加え、より詳細な比較検討を加えたいと考えている。

### S-14 潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘術の手術侵襲、術後回復に与える影響の検討

三重大学 消化管・小児外科  
○藤川 裕之、荒木 俊光、大北 喜基、野口 智史、小池 勇樹、  
川本文、大竹 耕平、廣 純一郎、井上 幹大、間山 裕二、  
小林美奈子、大井 正貴、田中 光司、井上 靖浩、内田 恵一、  
毛利 靖彦、楠 正人

【目的】潰瘍性大腸炎に対する腹腔鏡下大腸全摘・回腸囊肛門吻合術(Lap-IPAA)の手術侵襲、術後回復に与える影響を後ろ向き研究により明らかにすることを目的とした。【対象と方法】当教室で実施したIPAA270例中、Lap-IPAAが行われた20例を対象とし、下腹部7cmの小開腹IPAA31例を対照とした。手術侵襲の評価として手術成績および術後(術直前、術直後、第1、3、7病日)の血中サイトカイン(IL6、IL8、IL1ra)とCRPを測定し、両群間の比較を行った。また、術後疼痛に関する指標として術後ルーチン鎮痛剤以外のオピオイドまたはNSAID投与回数を、術後の腸管機能回復の指標として術後絶食期間を、そして総合的な術後経過指標として術後在院日数の3点について比較を行った。【結果】Lap-IPAAは手術時間が長く、出血量は少なかった。術後合併症(SSI、回腸囊閉塞合併症)発生率に有意差は認めなかった。術後(術直前)の血中サイトカインの比較において、Lap-IPAAの術直後のIL6および手術翌日のCRPは小開腹IPAAよりも有意に低値であったが、その他の血中サイトカイン値に有意差は認められなかった。Lap-IPAAは小開腹IPAAと比較して術後絶食期間が有意に短かった(2.17+1.02 vs. 2.01+1.26日、P=0.022)。鎮痛剤投与回数は少ない傾向(2.17+1.02 vs. 3.01+1.26回、P=0.0744)が示されたものの、術後在院日数には有意な差は認められなかった(20.2+10.4 vs. 21.0+6.9日、P=0.216)。【結論】Lap-IPAAは、手術時間は延長するものの、出血量および手術侵襲は少なく、術後腸管機能回復の面で従来の小開腹に対して明らかでない優位性があり小開腹IPAAと遜色ない手術成績を提供できる可能性が示唆された。

### S-16 当院で経験した潰瘍性大腸炎に合併したColitic cancerの検討

愛知県がんセンター中央病院  
○奥儀 竜治、田近 正洋、丹羽 康正

【背景】近年、潰瘍性大腸炎(UC)に対する内科的治療の進歩は目覚ましく、重症例の減少や長期寛解例の増加が得られている。一方、長期罹患例に発生するUC関連大腸癌(Colitic cancer)は今後も増加が予測されることからその特徴を知ることが重要である。【目的】当院で経験したColitic cancerの臨床病理学的特徴を明らかにする。【方法】2000年から2010年の間に当院で経験したColitic cancer 9例[男/女=5/4;初診時年齢中央値46歳(範囲34~67歳)]に対し行われた診断および治療をretrospectiveに検討した。【結果】UC発病年齢23歳(13~43歳)、病型は全結腸炎型6例、左側結腸炎型3例で、Colitic cancer発生までの罹患期間に平均25年(4~33年)、8例で期間中5ASA製剤、ステロイド治療が行われていた。発見契機は、血便、腹痛など自覚症状5例、内視鏡サーベイランス中発見3例、その他1例であった。主占拠部位は直腸5例、S状結腸3例、横行結腸1例で、直腸の1例は3病変の同時多発癌であった。肉肉眼型は0/2/3/4型=4/2/2/1で、大きさ4cm(1.5~10cm)、主組織型por/tub/muc=4/4/1、臨床病期cStage 0/I/II/IV=2/1/1/5例であった。治療は7例で外科手術、1例化学療法、1例ESDが行われた。観察期間35か月(0~84か月)で5例が死亡(4例原病死)、4例が無再発生存中である。【考察】当院で経験したColitic cancerの特徴は既報と同様に長期罹患例で発生し、全結腸炎型で多く、組織型は低分化癌や粘液癌が多くを占めていた。サーベイランス中に発見された早期Colitic cancerの予後は良好であった。現在、経過中に癌が発見された場合、全大腸切除術適応とされるが、内視鏡治療も選択肢の一つになり得ると考えられた。【結論】Colitic cancerは早期に発見することで、予後は良好であるため、内視鏡によるサーベイランスが重要である。

# 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 会 議 室 902

9:00 ~ 9:35 胃・十二指腸① 座長 岐阜県立多治見病院 消化器内科 水島 隆史

- 1 ESDを施行した超大型早期胃癌の一例  
若手(研修医) <sup>1</sup>済生会松阪総合病院 内科、<sup>2</sup>国立がん研究センター中央病院 内視鏡科  
○山本麻里子<sup>1</sup>、河俣 浩之<sup>1</sup>、行本 弘樹<sup>1</sup>、吉澤 尚彦<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、福家 洋之<sup>1</sup>、  
橋本 章<sup>1</sup>、脇田 喜弘<sup>1</sup>、清水 敦哉<sup>1</sup>、中島 啓吾<sup>1</sup>、森 源喜<sup>2</sup>、小田 一郎<sup>2</sup>
  
- 2 invasive micropapillary carcinoma (IMPC)成分を伴った胃粘膜内癌の1例  
<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科  
○田中 宏樹<sup>1</sup>、馬場洋一郎<sup>2</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、  
斉藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>
  
- 3 胃迷入腺の直上に発生し術前深達度診断が困難であった早期胃癌の一例  
若手(専修医) <sup>1</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 病理部  
○村林 桃士<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、伊藤 達也<sup>1</sup>、三浦 広嗣<sup>1</sup>、高見麻佑子<sup>1</sup>、山本 玲<sup>1</sup>、  
山村 光弘<sup>1</sup>、東谷 光庸<sup>1</sup>、大山田 純<sup>1</sup>、福家 博史<sup>1</sup>、矢花 正<sup>2</sup>
  
- 4 早期胃癌に合併しEUSで指摘した胃GIST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、石川 英樹
  
- 5 炎症性腸疾患に類似した大腸病変を認め、診断に苦慮した胃癌腹膜播種の一例  
若手(専修医) 浜松医科大学医学部附属病院  
○樋口 友洋、山田 貴教、宮津 隆裕、川崎 真佑、鈴木 聡、市川 仁美、  
佐原 秀、谷 伸也、大石 慎司、寺井 智宏、鏡 卓馬、栗山 茂、  
岩泉 守哉、杉本 光繁、大澤 恵、金岡 繁、古田 隆久、杉本 健

- 6 当院における胃癌患者へのアブラキサン使用経験  
いなべ総合病院 外科  
○小出 修司、長谷川 毅、中村 善則、石川 雅一、水野 章
- 7 化学療法が著効した肝転移を伴った胃小細胞癌の1例  
若手(専修医) 名古屋掖済会病院 消化器科  
○倉田 祥行、神部 隆吉、大橋 暁、岩田 浩史、水谷 佳貴、泉 千明、  
西川 貴広、奥籐 舞、橋口 裕樹
- 8 トラスツズマブが著効した胃癌の1例  
藤田保健衛生大学 消化管内科  
○石塚 隆充、柴田 知行、田原 智満、大久保正明、角 一弥、市川裕一郎、  
長坂 光夫、中川 義仁、中野 尚子、小村 成臣、鎌野 俊彰、生野 浩和、  
大森 崇史、城代 康貴、河村 知彦、宮田 雅弘、吉田 大、高川 友花、  
大宮 直木、平田 一郎
- 9 切除不能胃癌に対するTS-1+Cisplatin併用療法中に可逆性後頭葉白質脳症を発症した  
1例  
若手(専修医) 安城更生病院 消化器内科  
○三浦眞之祐、竹内真実子、東堀 諒、脇田 重徳、宮本 康雄、小屋 敏也、  
鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努、山田 雅彦
- 10 聴力や視力低下を契機に発見された、胃癌による癌性髄膜炎の2症例  
<sup>1</sup>名古屋共立病院 消化器化学療法科、<sup>2</sup>名古屋共立病院 消化器内科  
○栗本 拓也<sup>1</sup>、須藤 晃祐<sup>2</sup>、中村 大樹<sup>2</sup>、加藤 一樹<sup>2</sup>

- 11 経過中PPIにて改善傾向を示した胃原発悪性リンパ腫の一例  
若手(専修医) 藤田保健衛生大学消化器内科  
○吉田 大、柴田 知行、石塚 隆充、河村 知彦、大森 崇史、城代 康貴、  
角 一弥、生野 浩和、市川裕一朗、宮田 雅弘、小村 成臣、大久保正明、  
中野 尚子、鎌野 俊彰、田原 智満、中川 義仁、長坂 光夫、大宮 直木、  
平田 一郎
- 12 A型胃炎に伴った胃神経内分泌腫瘍をESDで切除し得た1例  
土岐市立総合病院 内科  
○安田 諭、白井 修、荒田 真子、清水 豊
- 13 特異な形態を示した胃型腺腫の1例  
<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、  
<sup>3</sup>みよし市民病院 内科  
○藤吉 俊尚<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、  
脇岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、永塩 美邦<sup>1</sup>、関根 匡成<sup>1</sup>、與儀 竜治<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、  
佐藤 高光<sup>1</sup>、伊藤 治<sup>3</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>
- 14 消化管原発Plasmablastic lymphomaの一例  
<sup>1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学診療部  
○大林 友彦<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、山本富美子<sup>1</sup>、松崎 一平<sup>1</sup>、  
横山 敬史<sup>1</sup>、菊池 正和<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、伊藤 彰浩<sup>1</sup>、  
廣岡 芳樹<sup>2</sup>、前田 修<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>
- 15 転移性胃腫瘍の2例  
若手(研修医) 岐阜大学大学院腫瘍外科学  
○三ツ田翔平、棚橋 利行、山口 和也、久野 真史、市川 賢吾、八幡 和憲、  
今井 寿、佐々木義之、森光 香澄、田中 善宏、名和 正人、奥村 直樹、  
松橋 延壽、高橋 孝夫、長田 真二、二村 学、吉田 和弘

- 16 短期間に自然消失した胃壁内多発腫瘍の1例  
若手(専修医) 国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科  
○杉浦 潤、水谷 太郎、大竹麻由美、青木 孝太、長野 健一、大岩 哲哉、  
木本 英三
- 17 保存的治療にて治癒した胃迷入膵の膵炎の1例  
若手(専修医) 豊橋市民病院 消化器内科  
○山本 和弘、山本 英子、木下 雄貴、鈴木 博貴、芳川 昌功、廣瀬 崇、  
田中 卓、竹山 友章、松原 浩、山田 雅弘、内藤 岳人、藤田 基和、  
浦野 文博、岡村 正造
- 18 岐阜赤十字病院のヘリコバクター専門外来の報告 —保険適応拡大前の状況—  
<sup>1</sup>岐阜赤十字病院 内視鏡科、<sup>2</sup>岐阜赤十字病院 消化器内科  
○高橋 裕司<sup>1</sup>、杉江 岳彦<sup>2</sup>、松下 知路<sup>2</sup>、伊藤陽一郎<sup>2</sup>、名倉 一夫<sup>2</sup>
- 19 腹腔鏡下に修復しえた巨大胃潰瘍穿孔の1例  
名古屋市立東部医療センター  
○越智 靖夫、谷脇 聡、服部かをり、大見 関、齋藤 健太、遠藤 克彦、  
友田 佳介、森 洋一郎、柴田 康行、羽藤 誠記

20 胆管内乳頭状腫瘍の一例

<sup>1</sup>静岡市立清水病院 消化器内科、<sup>2</sup>静岡市立清水病院 外科

○池田 誉<sup>1</sup>、窪田 裕幸<sup>1</sup>、高柳 泰宏<sup>1</sup>、松浦 友春<sup>1</sup>、小池 弘太<sup>1</sup>、西山 雷祐<sup>2</sup>

21 数年来胆管拡張を認めていた粘液産生胆管腫瘍の1例

若手(研修医) いなべ総合病院

○安達 明央、埜村 智之、松永誠治郎、伊藤 康司、平松 将人、蓑輪 彬久

22 総胆管結石、胆管癌と鑑別を要したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

名古屋徳洲会総合病院

○林 祐一、高山 悟、今藤 裕之、永井 進吾、坂本 雅樹、可児 久典

23 Von Recklinghausen病に合併した十二指腸副乳頭部神経内分泌腫瘍の一例

若手(専修医) 労働者健康福祉機構 中部労災病院

○北御門加奈、細野 功、森本 剛彦、宿輪 和孝、児玉 佳子、村瀬 賢一

- 24 短期間に増大し、内部に出血を認めたコレステロールポリープの1例  
 若手(専修医) <sup>1</sup>藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>藤田保健衛生大学 坂文種報徳會病院 外科・小児外科  
 ○黒川 雄太<sup>1</sup>、芳野 純治<sup>1</sup>、乾 和郎<sup>1</sup>、若林 貴夫<sup>1</sup>、片野 義明<sup>1</sup>、三好 広尚<sup>1</sup>、  
 小林 隆<sup>1</sup>、小坂 俊仁<sup>1</sup>、友松雄一郎<sup>1</sup>、山本 智支<sup>1</sup>、松浦 弘尚<sup>1</sup>、成田 賢生<sup>1</sup>、  
 鳥井 淑敬<sup>1</sup>、森 智子<sup>1</sup>、細川千佳生<sup>1</sup>、安江 祐二<sup>1</sup>、守瀬 善一<sup>2</sup>
- 25 CA19-9高値を示した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例  
<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器代謝内科学、  
<sup>2</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 地域医療教育学  
 ○宮部 勝之<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、内藤 格<sup>1</sup>、清水 周哉<sup>1</sup>、近藤 啓<sup>1</sup>、  
 山下 宏章<sup>1</sup>、梅村修一郎<sup>1</sup>、堀 寧<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、大原 弘隆<sup>2</sup>、城 卓志<sup>1</sup>
- 26 胆嚢悪性リンパ腫の1例  
 若手(専修医) <sup>1</sup>半田市立半田病院、<sup>2</sup>藤田保健衛生大学病院  
 ○山田 啓策<sup>1</sup>、春田 明範<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、川口 彩<sup>1</sup>、岩下 紘一<sup>1</sup>、森井 正哉<sup>1</sup>、  
 神岡 諭郎<sup>1</sup>、大塚 泰郎<sup>1</sup>、橋本 千樹<sup>2</sup>
- 27 胸膜中皮腫の胆嚢浸潤の1例  
 若手(研修医) 小牧市民病院 消化器科  
 ○竹下 晴菜、舘 佳彦、平井 孝典、濱崎 元伸、永井真太郎、和田 啓孝、  
 飯田 忠、佐藤亜矢子、灰本 耕基、小島 優子、小原 圭、宮田 章弘

- 28 胆嚢十二指腸瘻からの胆石性十二指腸イレウス(Bouveret症候群)の一例  
若手(研修医) 小牧市民病院 消化器科  
○安達 健、平井 孝典、宮田 章弘、舘 佳彦、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
- 29 胆石イレウスに対し小腸切開縫合閉鎖+胆嚢摘出術+十二指腸瘻孔閉鎖術を施行した1例  
名古屋市立東部医療センター 外科  
○服部かをり、齋藤 健太、森 洋一郎、大見 関、遠藤 克彦、越智 靖夫、  
友田 佳介、柴田 康行、谷脇 聡、羽藤 誠記
- 30 セフトリアキソン(CTRX)を使用し、有症状の偽胆石症を発症した3例  
若手(専修医) 名古屋記念病院 消化器内科  
○河辺健太郎、宮良 幸子、神谷 聡、鈴木 重行、中舘 功、高田真由子、  
村上 賢治
- 31 総胆管結石に対するRendezvous治療の工夫  
名古屋徳洲会総合病院 消化器内視鏡治療センター  
○高山 悟、林 祐一

## 第 4 会場 会議室 903

9:00 ~ 9:35 小腸①

座長 岐阜大学 腫瘍外科 高橋 孝夫

- 32 下血を契機に診断された小腸カルチノイドの1例  
若手(専修医) <sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、  
<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院光学医療診療部  
○十時 利明<sup>1</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、野尻圭一郎<sup>1</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、  
山田 玲子<sup>1</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>
- 33 肺塞栓を契機に判明した小腸癌の一例  
若手(専修医) 地方独立行政法人 三重県立総合医療センター  
○川崎 優也、森谷 勲、田中淳一朗、笠井 智佳、大矢 由美、井上 英和、  
伊藤 信康、高瀬幸次郎
- 34 ステロイド抵抗性のCrohnkhite-Canada症候群にcyclosporineが著効した一例  
<sup>1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、<sup>3</sup>藤田保健衛生大学消化管内科  
○大島 啓嗣<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>1</sup>、山田 弘志<sup>1</sup>、名倉明日香<sup>1</sup>、吉村 透<sup>1</sup>、  
中野 有泰<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、  
伊藤 彰浩<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、前田 修<sup>1</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、大宮 直木<sup>3</sup>、  
後藤 秀実<sup>1</sup>
- 35 小腸重積をきたしたinflammatory fibrod polypの一例  
名古屋市立大学 医学部 消化器外科学  
○柴田 孝弥、松尾 洋一、岡田 祐二、木村 昌弘、舟橋 整、高橋 広城、  
藤幡 士郎、竹山 廣光
- 36 肺腺癌の転移性空腸腫瘍による腸重積症に対し内視鏡的整復を試みた一例  
若手(専修医) 市立四日市病院  
○小林 新、山脇 真、熊谷 成将、二宮 淳、前川 直志、桑原 好造、  
水谷 哲也、小林 真、矢野 元義



## 37 カプセル内視鏡とダブルバルーン小腸内視鏡にて観察しえたメッケル憩室内翻による小腸出血の1例

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○井深 貴士、荒木 寛司、大西 雅也、長谷川恒輔、宮崎 恒起、中西 孝之、高田 淳、大野 智彦、永野 淳二、久保田全哉、小野木章人、白木 亮、今尾 祥子、清水 雅仁、伊藤 弘康、森脇 久隆

## 38 抗血小板が原因で再出血をきたし、IVRにて止血し得た回腸憩室出血の1例

若手(研修医) <sup>1</sup>木沢記念病院 消化器科、<sup>2</sup>同 総合診療科○中村 しの<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、足達 広和<sup>1</sup>、中川 貴之<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>1</sup>、杉山 誠治<sup>2</sup>、吉田 健作<sup>2</sup>

## 39 空腸憩室穿孔の1例

若手(専修医) 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

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

## 40 腸管症関連T細胞リンパ腫の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>JA愛知厚生連 海南病院 消化器内科、<sup>2</sup>JA愛知厚生連 海南病院 外科、<sup>3</sup>JA愛知厚生連 海南病院 血液内科、<sup>4</sup>JA愛知厚生連 海南病院 病理診断科○青木 聡典<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、武藤 久哲<sup>1</sup>、廣崎 拓也<sup>1</sup>、石川 大介<sup>1</sup>、國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>、三輪 高也<sup>2</sup>、浅尾 優<sup>3</sup>、後藤 啓介<sup>4</sup>

## 41 右腋窩粘液型脂肪肉腫の術後5年に小腸転移をきたした1例

若手(専修医) 名古屋市立大学病院

○今神 透、佐藤 幹則、柴田 孝弥、田中 達也、小川 了、宮井 博隆、坂本 宣弘、原 賢康、高橋 広城、石黒 秀行、松尾 洋一、岡田 祐二、木村 昌弘、竹山 廣光

## 42 食道閉塞・気道狭窄を伴う頸部食道癌に対しDGS療法が著効し根治切除を施行し得た2例

岐阜大学 医学部 腫瘍外科

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

## 43 当科における腹臥位胸腔鏡下食道切除術の成績

若手(専修医) 刈谷豊田総合病院 外科

○青山 佳永、北上 英彦、山本 稔、中村 謙一、渡邊 貴洋、野澤 雅之、  
野々山敬介、松井 琢哉、早川 俊輔、加藤 知克、牛込 創、安田 顕、  
清水 保延、田中 守嗣、早川 哲史

## 44 Y字胃管バイパス術後の放射線化学療法にてCRの得られた胸部食道癌の2例

名古屋市立大学 医学研究科 消化器外科

○田中 達也、木村 昌弘、石黒 秀行、小川 了、齋藤慎一郎、溝口 公士、  
竹山 廣光

## 45 食道癌化学放射線療法後の大動脈食道瘻に対して大動脈ステントグラフト(EVAR)を挿入し、出血死を回避し得た2例

若手(専修医) 浜松医科大学 消化器内科

○宮津 隆裕、岩泉 守哉、樋口 友洋、川崎 真佑、鏡 卓馬、山田 貴教、  
栗山 茂、杉本 光繁、大澤 恵、杉本 健

## 46 ダビガトランによる剥離性食道炎の1例

若手(専修医) 済生会松阪総合病院

○行本 弘樹、河俣 浩之、吉澤 尚彦、福家 洋之、青木 雅俊、橋本 章、  
脇田 喜弘、清水 敦哉、中島 啓吾

## 47 食道癌肉腫の1例

<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 消化器代謝内科学、<sup>2</sup>名古屋市立大学大学院 消化器外科学○林 則之<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>1</sup>、片野 敬仁<sup>1</sup>、田中 守<sup>1</sup>、濱野 真吾<sup>1</sup>、西脇 裕高<sup>1</sup>、  
尾関 啓司<sup>1</sup>、塚本 宏延<sup>1</sup>、海老 正秀<sup>1</sup>、溝下 勤<sup>1</sup>、森 義徳<sup>1</sup>、澤田 武<sup>1</sup>、  
久保田英嗣<sup>1</sup>、谷田 諭史<sup>1</sup>、城 卓志<sup>1</sup>、石黒 秀行<sup>2</sup>、木村 昌弘<sup>2</sup>、竹山 廣光<sup>2</sup>

- 48 手術標本により確定診断され、大腸癌に準じた化学療法を施行している尿膜管癌の1例  
岐阜県総合医療センター  
○若山 孝英、杉原 潤一、清水 省吾、芋瀬 基明
- 49 大腿ヘルニア嵌頓で発見された胃癌腹膜播種の1例  
若手(専修医) <sup>1</sup>松阪中央総合病院 外科、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 病理部  
○前田 光貴<sup>1</sup>、玉置 久雄<sup>1</sup>、三田 孝行<sup>1</sup>、岩田 真<sup>1</sup>、加藤 憲治<sup>1</sup>、大澤 一郎<sup>1</sup>、  
春木 祐司<sup>1</sup>、福留 寿生<sup>2</sup>
- 50 当院におけるトロンボモジュリン製剤の使用経験について  
豊川市民病院 外科  
○堅田 武保、篠田 憲幸、寺西 太、高嶋 伸宏、安藤菜奈子、中屋 誠一、  
上野 修平、原田真之資
- 51 SMA狭窄による腸管壊死を起こした一例  
若手(専修医) 公立陶生病院  
○吉崎 道代、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、古根 聡、鳥山 和浩

- 52 腸管内魚骨が短時間に穿通し大網内に移動した一例  
若手(研修医) JA愛知厚生連 尾西病院 外科  
○小田 隆夫、志賀 一慶、高山 宗之、伊藤 浩一、真下 啓二
- 53 S状結腸癌の腹壁穿通により壊疽性筋膜炎を発症した1例  
名古屋市立東部医療センター 外科  
○大見 関、齊藤 健太、服部かをり、遠藤 克彦、友田 佳介、越智 靖夫、  
森 洋一郎、柴田 康行、谷脇 聡、羽藤 誠記
- 54 保存的加療が奏効した上腸間膜静脈・門脈血栓症の4例  
若手(専修医) 藤枝市立総合病院  
○金子 雅直、丸山 保彦、景岡 正信、大畠 昭彦、志村 輝幸、宇於崎宏城
- 55 小網脂肪織炎の1例  
医療法人社団以心会 中野胃腸病院 消化器科  
○神谷 賢吾、奥嶋 一武、深尾 俊一、安藤 拓也、榊原 一貴、林 久乃、  
横田 広子、伊藤 寛
- 56 腹腔鏡下手術にて摘出した後腹膜原発paragangliomaの1例  
中野胃腸病院  
○安藤 拓也、深尾 俊一、奥嶋 一武、榊原 一貴、前田 頼佑、林 久乃、  
神谷 賢吾、舟曳 純仁、横田 広子、伊藤 寛

## 第 5 会場 会議室 1001

9:00 ~ 9:35 膵① 座長 藤田保健衛生大学 総合外科・膵臓外科 浅野 之夫

57 血管浸潤を伴う膵体部癌に対し膵体尾部切除、中結腸動静脈合切除、門脈合併切除  
再建術を施行した一例

松波総合病院 外科

○川原 敏靖、小西奈々美、小林 建司、花立 史香、柴田 直史、大原 永子、  
佐藤 怜央、松波 英寿

58 膵癌と肝細胞癌を合併した一切除例

若手(専修医) <sup>1</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 病理部

○伊藤 達也<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、村林 桃士<sup>1</sup>、三浦 広嗣<sup>1</sup>、高見麻佑子<sup>1</sup>、山本 玲<sup>1</sup>、  
山村 光弘<sup>1</sup>、東谷 光庸<sup>1</sup>、大山田 純<sup>1</sup>、福家 博史<sup>1</sup>、矢花 正<sup>2</sup>

59 甲状腺濾胞癌の膵転移の一切除例

若手(専修医) 済生会松阪総合病院 外科

○市川 健、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰、長沼 達史

60 診断に苦慮し、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した膵腫瘍の1例

<sup>1</sup>三重中央医療センター 外科、<sup>2</sup>三重大学医学部付属病院 肝胆膵・移植外科、

<sup>3</sup>三重中央医療センター 消化器内科

○武内泰司郎<sup>1</sup>、信岡 祐<sup>1</sup>、草深 智輝<sup>1</sup>、谷川 寛自<sup>1</sup>、横井 一<sup>1</sup>、白井 正信<sup>2</sup>、  
長谷川浩次<sup>3</sup>、渡辺 典子<sup>3</sup>、竹内 圭介<sup>3</sup>、亀井 昭<sup>3</sup>、子日 克宣<sup>3</sup>

61 術前に診断し得た膵管内管状腺癌の一切除例

若手(専修医) <sup>1</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院 外科、<sup>2</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院 病理部

○呂 成九<sup>1</sup>、石樽 清<sup>1</sup>、浅井 泰行<sup>1</sup>、加藤 吉康<sup>1</sup>、栗本 景介<sup>1</sup>、田中 伸孟<sup>1</sup>、  
松下 秀信<sup>1</sup>、飛永 純一<sup>1</sup>、千田 美歩<sup>2</sup>、福山 隆一<sup>2</sup>、黒田 博文<sup>1</sup>

- 62 放射線化学療法が奏功し、切除しえた局所高度浸潤膵頭部癌の4例  
若手(専修医) 藤田保健衛生大学 総合外科・膵臓外科  
○越智 隆之、石原 慎、伊東 昌広、浅野 之夫、伊藤良太郎、志村 正博、  
清水謙太郎、林 千紘、松尾 一勲、堀口 明彦
- 63 若年女性に発症した充実性膵腫瘤の一例  
<sup>1</sup>静岡済生会総合病院、<sup>2</sup>安城更正病院  
○小屋 敏也<sup>1</sup>、三浦眞之祐<sup>2</sup>、脇田 重徳<sup>2</sup>、宮本 康雄<sup>2</sup>、鶴留 一誠<sup>2</sup>、岡田 昭久<sup>2</sup>、  
馬淵 龍彦<sup>2</sup>、竹内真実子<sup>2</sup>、細井 努<sup>2</sup>、山田 雅彦<sup>2</sup>
- 64 腫瘍形成性膵炎との鑑別に難渋した膵頭部癌の一例  
若手(専修医) <sup>1</sup>医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 病理科  
○室井 航一<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、  
松浦倫三郎<sup>1</sup>、小林 健一<sup>1</sup>、澤田つな騎<sup>1</sup>、内田 元太<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>
- 65 多発肝転移を有する膵神経内分泌癌に対して化学療法を行い一時奏効した1例  
若手(研修医) 小牧市民病院 消化器科  
○齋藤 高志、平井 孝典、宮田 章弘、館 佳彦、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
- 66 膵神経内分泌腫瘍の1例  
若手(専修医) <sup>1</sup>トヨタ記念病院 外科、<sup>2</sup>臨床検査科 病理  
○村瀬 寛倫<sup>1</sup>、辻 秀樹<sup>1</sup>、伊藤 直<sup>1</sup>、上本 康明<sup>1</sup>、高須 惟一<sup>1</sup>、原田孝志朗<sup>1</sup>、  
呉原 裕樹<sup>1</sup>、春樹 伸裕<sup>1</sup>、北川 諭<sup>2</sup>

## 67 当院で経験した異所性ACTH産生膵内分泌腫瘍の一例

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

## 68 工夫した内視鏡生検にて確定診断に至ったMEN-1ガストリノーマの1例

若手(研修医) 名古屋第二赤十字病院

○鈴木 孝典、山田 智則、柴田 俊輔、鈴木 祐香、野尻 優、吉峰 崇、  
藤田 恭明、野村 智史、金本 高明、日下部篤宣、蟹江 浩、坂 哲臣、  
林 克巳、折戸 悦朗

## 69 健診で発見された1cm大の非典型画像を呈したIntraductal papillary-mucinous carcinoma(IPMC)の1例

若手(専修医) 豊橋市民病院 消化器内科

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

## 70 膵神経内分泌腫瘍との鑑別を要した胃十二指腸動脈瘤の一例

若手(専修医) 聖隷浜松病院 消化器内科

○瀧浪 将貴、長澤 正通、海野 修平、田村 智、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、細田 佳佐、  
佐藤 嘉彦

## 71 健診を契機に発見された後上膵十二指腸動脈瘤の一例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

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

- 72 SPNとの鑑別が困難であった傍膵臓リンパ節結核の1例  
中津川市民病院 消化器内科  
○佐橋 学、西尾 亮、浅井 裕充、亀山 祐行
- 73 診断と再燃においてステロイド・ミニパルス療法が有用であった自己免疫性膵炎の一例  
若手(専修医) <sup>1</sup>春日井市民病院、<sup>2</sup>岐阜県立多治見病院、  
<sup>3</sup>名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学  
○羽根田賢一<sup>1</sup>、管野 琢也<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、杉山 智哉<sup>1</sup>、尾関 貴紀<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、  
望月 寿人<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、奥村 文浩<sup>2</sup>、中沢 貴宏<sup>3</sup>
- 74 重症急性膵炎後に発症した劇症1型糖尿病の1例  
トヨタ記念病院 消化器科  
○宇佐美彰久、鈴木 貴久、篠田 昌孝、高士ひとみ、村山 睦、森島 賢治、  
曾田 智大、山田健太郎
- 75 Walled-off pancreatic necrosisに対し内視鏡的ドレナージ術を施行した重症壊死性膵炎の一例  
若手(専修医) 名古屋掖済会病院 消化器科  
○奥藤 舞、神部 隆吉、大橋 暁、岩田 浩史、水谷 佳貴、泉 千明、  
西川 貴広、橋口 裕樹、倉田 祥行



- 76 CEA高値を契機に発見され内視鏡的摘除3年後に局所再発を来したIsp型直腸pSM癌  
(head invasion)の1例  
若手(専修医) 三重県 厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科  
○野口 大介、伊藤 貴洋、大森 隆夫、大倉 康夫、濱田 賢司、金兒 博司、  
田岡 大樹
- 77 直腸癌切除後の腰椎転移が化学療法によりCRとなった後、休薬後30ヶ月で肺と肝に  
多発性転移をきたした腰椎転移後82ヶ月目の1例  
東濃厚生病院 内科  
○吉田 正樹、宮本 陽一、野村 翔子、荒川 直之、長屋 寿彦、藤本 正夫、  
山瀬 裕彦
- 78 直腸癌術後に肝再発、膈再発、骨盤内局所再発を来した1例  
若手(専修医) 愛知県がんセンター 中央病院 消化器外科  
○岩田 至紀、小森 康司、木村 賢哉、木下 敬史、舎人 誠、佐野 力、  
伊藤 誠二、安部 哲也、千田 嘉毅、三澤 一成、伊藤 友一、植村 則久、  
川合 亮佑、大澤 高陽、川上 次郎、浅野 智成、倉橋真太郎、清水 泰博
- 79 腸回転異常症を伴った大腸癌の一例  
公立学校共済組合 東海中央病院 消化器内視鏡センター  
○田中 浩敬、大塚 裕之、水谷 泰之、石川 英樹
- 80 直腸悪性黒色腫の一例  
<sup>1</sup>国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科、  
<sup>2</sup>国家公務員共済組合連合会 東海病院 外科、  
<sup>3</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学  
○濱宇津吉隆<sup>1</sup>、丸田 真也<sup>1</sup>、北村 雅一<sup>1</sup>、三宅 忍幸<sup>1</sup>、加藤 亨<sup>1</sup>、山本 竜義<sup>2</sup>、  
早川 直和<sup>2</sup>、宮原 良二<sup>3</sup>、後藤 秀実<sup>3</sup>

- 81 重篤な急性咽喉頭炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例  
若手(専修医) <sup>1</sup>豊橋市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>豊橋市民病院 耳鼻いんこう科  
○木下 雄貴<sup>1</sup>、浦野 文博<sup>1</sup>、内藤 岳人<sup>1</sup>、藤田 基和<sup>1</sup>、山田 雅弘<sup>1</sup>、山本 英子<sup>1</sup>、  
松原 浩<sup>1</sup>、竹山 友章<sup>1</sup>、田中 卓<sup>1</sup>、鈴木 博貴<sup>1</sup>、廣瀬 崇<sup>1</sup>、芳川 昌功<sup>1</sup>、  
岡村 正造<sup>1</sup>、平山真理子<sup>2</sup>
- 82 当院におけるクローン病に対する治療経験  
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、下郷 友弥、印牧 直人
- 83 潰瘍性大腸炎に対して免疫調節薬投与中に直腸原発悪性リンパ腫を合併した一例  
若手(専修医) 小牧市民病院 消化器内科  
○永井真太郎、小原 圭、宮田 章弘、平井 孝典、館 佳彦、小島 優子、  
灰本 耕基、佐藤亜矢子、飯田 忠、和田 啓孝、濱崎 元伸
- 84 クローン病患者の穿孔性腹膜炎に対する緊急手術で診断された回腸・S状結腸癌の一例  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○加地 謙太、水島 隆史、市川 紘、鈴木 雄太、福定 繁紀、井上 匡央、  
安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 裕忠、奥村 文浩、佐野 仁
- 85 蛋白漏出性腸症をきたしたcollagenous colitisの1例  
若手(専修医) 愛知医科大学 消化器内科  
○尾関 智紀、小笠原尚高、井澤 晋也、近藤 好博、伊藤 義紹、野田 久嗣、  
山口 純治、郷治 滋希、田邊 敦資、柳本研一郎、田村 泰弘、岡庭 紀子、  
増井 竜太、土方 康孝、徳留健太郎、河村 直彦、飯田 章人、舟木 康、  
佐々木誠人、春日井邦夫

- 86 大腸Inflammatory myoglandular polyp の一例  
若手(専修医) 愛知医科大学 消化器内科  
○長尾 一寛、野田 久嗣、木村 幹俊、下郷 彰礼、伊藤 義紹、近藤 好博、  
増井 竜太、徳留健太郎、小笠原尚高、佐々木誠人、春日井邦夫
- 87 術前に盲腸軸捻転症と診断し手術した1例  
<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器外科、<sup>2</sup>浜松医療センター 乳腺外科  
○鈴木 雄飛<sup>1</sup>、林 忠毅<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、中山 正彦<sup>1</sup>、中村 明子<sup>1</sup>、大菊 正人<sup>1</sup>、  
田村 浩章<sup>1</sup>、平山 一久<sup>1</sup>、金井 俊和<sup>1</sup>、徳永 祐二<sup>2</sup>、池松 禎人<sup>1</sup>、西脇 由朗<sup>1</sup>
- 88 当院における腫瘍形成性虫垂炎に対するinterval appendectomyの検討  
若手(専修医) 刈谷豊田総合病院 外科  
○加藤 知克、早川 哲史、山本 稔、青山 佳永、牛込 創、中村 謙一、  
渡邊 貴洋、安田 颯、北上 英彦、清水 保延、田中 守嗣
- 89 当院における悪性大腸狭窄に対するWallFlex Colonic Stentの有効性の検討  
<sup>1</sup>市立四日市病院 消化器内科、<sup>2</sup>杉浦医院  
○前川 直志<sup>1</sup>、山脇 真<sup>1</sup>、小林 新<sup>1</sup>、熊谷 成将<sup>1</sup>、二宮 淳<sup>1</sup>、杉浦 寧<sup>2</sup>、  
桑原 好造<sup>1</sup>、水谷 哲也<sup>1</sup>、小林 真<sup>1</sup>、矢野 元義<sup>1</sup>
- 90 慢性下痢に対して大腸粘膜生検で診断し得た腸管スピロヘータ症の2例  
若手(専修医) 名古屋第一赤十字病院  
○八鹿 潤、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、石川 卓哉、山 剛基、  
村上 義郎、村手健太郎、服部 峻、山田 健太、長谷川一成、植田 恵子

## 第 6 会場 会議室 1002

9:00 ~ 9:35 肝①

座長 名古屋記念病院 外科 武内 有城

### 91 癌関連網膜症を合併した神経内分泌癌G3の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>浜松医科大学附属病院 肝臓内科、<sup>2</sup>浜松医療センター 病理診断科  
○大庭 行正<sup>1</sup>、下山 真<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、山崎 哲<sup>1</sup>、千田 剛士<sup>1</sup>、渡邊 晋也<sup>1</sup>、  
則武 秀尚<sup>1</sup>、川田 一仁<sup>1</sup>、小林 良正<sup>1</sup>、森 弘樹<sup>2</sup>

### 92 肝原発神経内分泌細胞癌の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、<sup>2</sup>順天堂大学医学部附属静岡病院 外科  
○村田 礼人<sup>1</sup>、玄田 拓哉<sup>1</sup>、甘楽 裕徳<sup>1</sup>、佐藤 俊輔<sup>1</sup>、成田 論隆<sup>1</sup>、金光 芳生<sup>1</sup>、  
石川 幸子<sup>1</sup>、菊池 哲<sup>1</sup>、森 雅史<sup>1</sup>、平野 克治<sup>1</sup>、飯島 克順<sup>1</sup>、前川 博<sup>2</sup>、  
佐藤 浩一<sup>2</sup>、市田 隆文<sup>1</sup>

### 93 診断に苦慮した若年者巨大肝腫瘍の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科  
○鈴木 祐香<sup>1</sup>、日下部篤宣<sup>1</sup>、柴田 俊輔<sup>1</sup>、野尻 優<sup>1</sup>、吉峰 崇<sup>1</sup>、藤田 恭明<sup>1</sup>、  
野村 智史<sup>1</sup>、金本 高明<sup>1</sup>、蟹江 浩<sup>1</sup>、坂 哲臣<sup>1</sup>、澤木 明<sup>1</sup>、林 克巳<sup>1</sup>、  
新宮 優二<sup>2</sup>、小松俊一郎<sup>2</sup>、長谷川 洋<sup>2</sup>、折戸 悦朗<sup>1</sup>

### 94 ソラフェニブが著効した肝細胞癌・前縦隔転移の一例

若手(研修医) 三重県立総合医療センター  
○斉木 良介、大矢 由美、川崎 優也、森谷 勲、田中淳一郎、笠井 智佳、  
井上 英和、伊藤 信康、高瀬幸次郎

### 95 肝内胆管癌と鑑別が困難であった盲腸癌肝転移の1例

若手(研修医) 藤田保健衛生大学 肝胆膵内科  
○桑原 聖典、橋本 千樹、川部 直人、原田 雅生、新田 佳史、村尾 道人、  
中野 卓二、嶋崎 宏明、水野 裕子、菅 敏樹、中岡 和徳、大城 昌史、  
高川 友花、吉岡健太郎

- 96 当院における多発肝腫瘍に対するEUS-FNAの検討  
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
- 97 胃癌肝転移との鑑別が困難であった肝サルコイドーシスの1例  
名古屋大学 消化器外科学  
○菱田 光洋、杉本 博行、猪川 祥邦、村井 俊文、岩田 直樹、神田 光郎、  
田中 千恵、小林 大介、山田 豪、中山 吾郎、藤井 努、小池 聖彦、  
野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘
- 98 腹腔鏡下に切除した肝紫斑病の1例  
名古屋市立大学病院 消化器外科  
○藤幡 士郎、松尾 洋一、柴田 孝弥、岡田 祐二、木村 昌弘、竹山 廣光
- 99 多発性巨大肝血管腫の1例  
若手(専修医) 岐阜大学 医学部 腫瘍外科  
○久野 真史、佐々木義之、八幡 和憲、棚橋 利行、市川 賢吾、森光 香澄、  
今井 寿、名和 正人、田中 善宏、松橋 延壽、奥村 直樹、矢野 佳子、  
高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、二村 学、吉田 和弘
- 100 肝腫瘍に対するCTA CTAP後に腫瘍の自然消褪を認めた一例  
若手(専修医) 常滑市民病院 消化器内科  
○川合 真令、竹田 泰史

- 101 肝pseudolymphoma切除2年後に悪性リンパ腫を発症した1例  
<sup>1</sup>JA愛知厚生連 海南病院 消化器内科、<sup>2</sup>JA愛知厚生連 海南病院 血液内科、  
<sup>3</sup>JA愛知厚生連 海南病院 病理診断科  
 ○武藤 久哲<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、廣崎 拓也<sup>1</sup>、石川 大介<sup>1</sup>、  
 國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、浅尾 優<sup>2</sup>、後藤 啓介<sup>3</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>
- 102 東西統合医療の経過中、偶然に飲酒欲求抑制を認めたアルコール性肝障害合併  
 メタボリック症候群の1例  
 かすみがうらクリニック  
 ○廣藤 秀雄
- 103 塩酸ミノサイクリン注入が奏効した感染性肝嚢胞の1例  
 若手(専修医) <sup>1</sup>名古屋セントラル病院 消化器内科、<sup>2</sup>西美濃厚生病院 内科  
 ○山内 浩揮<sup>1</sup>、川島 靖浩<sup>1</sup>、安藤 伸浩<sup>1</sup>、真鍋 孔透<sup>1</sup>、小宮山琢真<sup>1</sup>、長谷川恒輔<sup>1</sup>、  
 山田 弘武<sup>1</sup>、中村 博式<sup>2</sup>
- 104 上部消化管内視鏡検査から診断に至ったOsler-Weber-Rendu病(遺伝性出血性  
 毛細血管拡張症)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、森井 正哉、肥田野 等、大塚 泰郎、神岡 諭郎、岩下 紘一、  
 川口 彩、山田 啓策、水野 和幸、日下 真宏
- 105 胆管狭窄を伴った肝多房性嚢胞性病変の1例  
<sup>1</sup>三重大学 医学部附属病院 消化器・肝臓内科、<sup>2</sup>三重大学 医学部附属病院 光学診療部、  
<sup>3</sup>三重大学 医学部附属病院 肝胆膵・移植外科  
 ○原田 哲朗<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、野尻圭一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、  
 葛原 正樹<sup>2</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、臼井 正信<sup>3</sup>、伊佐地秀司<sup>3</sup>、  
 竹井 謙之<sup>1</sup>

- 106 腹水穿刺後にエルカルニチンを静脈投与することによりこむら返りが改善した肝硬変患者の1症例  
<sup>1</sup>増子記念病院 肝臓内科、<sup>2</sup>肝臓外科  
○堀田 直樹<sup>1</sup>、綾田 穰<sup>1</sup>、小竹 克博<sup>2</sup>、小山 寛一<sup>2</sup>、黒川 剛<sup>2</sup>
- 107 肝硬変に伴う出血性十二指腸静脈瘤に対しB-RTOが有用であった一例  
若手(研修医) 小牧市民病院  
○植村 友稔、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、濱崎 元伸、永井慎太郎
- 108 アルコール性肝硬変に筋肉内血腫を合併した2例  
若手(専修医) 名古屋市立東部医療センター 消化器内科  
○荒木 幸子、伊藤 恵介、佐橋 秀典、浅野 剛、川村百合加、北川 美香、  
今井 宗憲、田中 義人、長谷川千尋、川合 孝
- 109 アルコール性肝硬変に合併し肥満低換気の関与が示唆された肝性脳症の一例  
若手(研修医) 桑名東医療センター 消化器科  
○野田健太郎、小島 昌泰、宮下 一美、泉 恭代、大森 茂

## 110 急性炎症を伴った巨大肝血管腫の一切除例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○藤井 武宏、高橋 直樹、田端 正己、種村 彰洋、村田 泰洋、安積 良紀、  
栗山 直久、岸和田昌之、水野 修吾、臼井 正信、櫻井 洋至、伊佐地秀司

## 111 アダリムマブ投与中に発症した肝膿瘍の1例

若手(研修医) <sup>1</sup>蒲郡市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>蒲郡市民病院 皮膚科○安田 聡史<sup>1</sup>、成田幹誉人<sup>1</sup>、成田 圭<sup>1</sup>、佐宗 俊<sup>1</sup>、加藤 裕史<sup>2</sup>、小田 雄一<sup>1</sup>、  
安藤 朝章<sup>1</sup>

## 112 巨大肝嚢胞の圧排による門脈圧亢進で発症した食道静脈瘤の1例

若手(専修医) 静岡市立静岡病院 消化器内科

○諏訪 兼彦、白鳥 安利、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、大野 和也、  
濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津竜樹

## 113 鏡視下Hassab手術の治療経験

<sup>1</sup>藤田保健衛生大学 肝・脾外科、<sup>2</sup>藤田保健衛生大学 上部消化管外科○棚橋 義直<sup>1</sup>、加藤悠太郎<sup>1</sup>、所 隆昌<sup>1</sup>、新田 隆士<sup>1</sup>、香川 幹<sup>1</sup>、竹浦 千夏<sup>1</sup>、  
杉岡 篤<sup>1</sup>、宇山 一朗<sup>2</sup>



- 114 C型慢性肝炎に対するIFN,リバビリン併用療法著効10年後に認めた肝細胞がんの2例  
若手(専修医) 豊橋市民病院  
○廣瀬 崇、浦野 文博、内藤 岳人、藤田 基和、山田 雅弘、山本 英子、  
松原 浩、竹山 友章、田中 卓、鈴木 博貴、芳川 昌功、岡村 正造
- 115 当院におけるC型慢性肝炎のIFN治療での血小板減少に対する脾臓摘出、PSEの比較検討  
若手(専修医) 小牧市民病院  
○田中健士郎、舘 佳彦、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、望月 能成、  
谷口 健次、宮田 章弘
- 116 当院におけるC型急性肝炎の検討  
社会保険中京病院 消化器科  
○金子 望、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
- 117 C型慢性肝炎に対するペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビル  
の3剤併用療法における薬剤アドヒアランスと治療効果について  
若手(専修医) 小牧市民病院 消化器内科  
○和田 啓孝、舘 佳彦、平井 孝典、永井真太郎、濱崎 元伸、飯田 忠、  
佐藤亜矢子、灰本 耕基、小原 圭、宮田 章弘
- 118 C型慢性肝炎に対するPeg-IFN  $\alpha$  2b/Ribavirin/Telaprevir3剤併用療法の治療効果  
若手(専修医) 国立病院機構 名古屋医療センター 消化器内科  
○浦田 登、岩瀬 弘明、平嶋 昇、島田 昌明、都築 智之、桶屋 将之、  
龍華 庸光、喜田 裕一、久野 剛史、田中 優作、江崎 正哉、加藤文一朗、  
水田りな子、後藤 百子

## 119 トシリズマブ投与後にEBVの再活性化をきたした一例

若手(専修医) 1-宮市立市民病院 消化器内科、2石黒クリニック  
○梶川 豪<sup>1</sup>、中條 千幸<sup>1</sup>、山中 敏広<sup>1</sup>、水谷 恵至<sup>1</sup>、金森 信一<sup>1</sup>、井口 洋一<sup>1</sup>、  
石黒 裕規<sup>2</sup>、平松 武<sup>1</sup>、金倉 阿優<sup>1</sup>、小澤 喬<sup>1</sup>、坪内 達郎<sup>1</sup>

## 120 急性肝炎症状にて発症しデング熱と診断された1例

若手(研修医) トヨタ記念病院 消化器科  
○津本 知沙、高士ひとみ、篠田 昌孝、鈴木 貴久、村山 睦、森島 賢治、  
曾田 智大、山田健太郎

## 121 5週間の投与でSVRが得られたC型慢性肝炎に対する3剤併用療法の1例

若手(専修医) 愛知医科大学病院 消化器内科  
○天池真名美、山本 高也、佐藤 顕、野原 真子、下郷 彰礼、大橋 知彦、  
中出 幸臣、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

## 122 過去10年間の当院におけるHIV感染症非合併急性B型肝炎の検討

若手(専修医) 独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科  
○久野 剛史、平嶋 昇、後藤 百子、水田りな子、浦田 登、江崎 正哉、  
加藤文一朗、喜田 裕一、田中 優作、龍華 庸光、桶屋 将之、都築 智之、  
島田 昌明、岩瀬 弘明

# 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。

## 1 ESDを施行した超大型早期胃癌の一例

<sup>1</sup>済生会松阪総合病院 内科、<sup>2</sup>国立がん研究センター中央病院 内視鏡科○山本麻里子<sup>1</sup>、河俣 浩之<sup>1</sup>、行本 弘樹<sup>1</sup>、吉澤 尚彦<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、  
福家 洋之<sup>1</sup>、橋本 章<sup>1</sup>、脇田 喜弘<sup>1</sup>、清水 敦哉<sup>1</sup>、中島 啓吾<sup>1</sup>、  
森 源喜<sup>2</sup>、小田 一郎<sup>2</sup>

【はじめに】胃癌治療ガイドラインでは、適応拡大病変として潰瘍合併のない分化型粘膜内癌では大きさは問わないとされている。ESDは大型病変の一括切除を可能とした優れた治療法であるが、超大型病変の報告は少ない。今回我々は切除径が100mm以上となった超大型適応拡大病変を経験した。国立がん研究センター中央病院(NCCH)の超大型病変症例の考察を加え報告する。【症例】70代女性、2013年5月に近医で軽度貧血に対して施行した上部消化管内視鏡検査で異常を指摘され紹介となった。胃体中部から前庭部小弯にかけて前後壁にわたる約10×10cm大の広範囲の扁平隆起性病変を認め、病変は境界明瞭で軽度発赤を呈し、生検結果は高分化管状腺癌であった。超音波内視鏡所見も含め明らかな粘膜下層への浸潤を疑う所見は認められなかった。以上より胃癌0-IIa, tub1, T1a(M), UL(-), 10cm, 適応拡大病変と診断しESDを施行した。約120分間で穿孔などの偶発症なく腫瘍は一括切除可能であった。病理診断は胃癌0-IIa, 9×cm, tub1, T1a(M), ly0, v0, HM0, VM0, UL(-)であり、適応拡大病変治療切除であった。後出血は認めず経過良好でESD後11日に退院となった。現在約4か月間PPI投与を行っているが、ごく一部分に潰瘍が残存しているのみで狭窄、通過障害なく経過良好である。【考察】切除長径が100mm以上となったNCCH 19例では、平均切除時間は約4時間、後出血2例、穿孔3例、非治療切除13例(粘膜下層深部浸潤8例)であった。超大型病変は技術的難易度の高さに加え、深達度診断が困難となる可能性が示唆され、適応の診断には慎重な対応が必要と思われた。本症例は、粘膜内癌で尿管侵襲、潰瘍合併もなく適応拡大病変治療切除であった。また切除後の潰瘍治療に長期間を要しているが、狭窄、蠕動機能障害は認めず経過は良好である。

## 3 胃迷入腔の直上に発生し術前深達度診断が困難であった早期胃癌の一例

<sup>1</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 病理部○村林 桃士<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、伊藤 達也<sup>1</sup>、三浦 広嗣<sup>1</sup>、高見麻佑子<sup>1</sup>、  
山本 玲<sup>1</sup>、山村 光弘<sup>1</sup>、東谷 光庸<sup>1</sup>、大山田 純<sup>1</sup>、福家 博史<sup>1</sup>、  
矢花 正<sup>2</sup>

症例は83歳男性。腹痛、腹満、排便量の低下があり当院外科を受診、腹部CTにてS状結腸癌によるサブイレウスが疑われ精査目的に当科に紹介となった。腹部造影CTではS状結腸に全周性の壁肥厚、胃前庭部小弯に造影効果を伴う壁肥厚を認めた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に狭窄を伴う全周性の2型腫瘍を認め、金属ステントを留置した。上部消化管内視鏡検査では前庭部小弯に3cm大の潰瘍性病変を認め、生検にて低分化腺癌と診断され、EUSでは深達度SM深層と診断した。当院外科でS状結腸癌、前庭部早期胃癌の術前診断にてS状結腸切除術、幽門側胃切除術を施行した。胃癌の病理診断は0-IIc, 2.5×3.3cm, por2, pT1b N0 M0, Stage IAであった。深達度はごく一部の範囲でわずかに粘膜下層に浸潤するのみであったが、その深層の粘膜下層から筋層にわたる最大横径2cmのHeinrich I型の迷入腔を認めた。術前のEUSでの第3層の壁肥厚はこの迷入腔によるものと思われた。胃迷入腔の癌化はまれであり、本邦ではこれまでに30例ほど報告されている。本症例は胃迷入腔の癌化ではなく、胃迷入腔の直上に発生した胃癌と考えられ、術前深達度診断が困難であった。本邦において胃迷入腔の直上に発生した胃癌の既存の報告は数例のみであり、ここに報告する。

## 2 invasive micropapillary carcinoma (IMPC) 成分を伴った胃粘膜内癌の1例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科○田中 宏樹<sup>1</sup>、馬場洋一郎<sup>2</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、  
岡野 宏<sup>1</sup>、斎藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>

症例は70歳女性。胃癌術後状態(2年前、ESD)。今回、健診での上部消化管内視鏡検査において前庭部小弯前壁に反応性隆起を伴う発赤陥凹病変が認められ、鉗子生検にて高分化型管状腺癌と診断された。早期胃癌(IIc, tub1, M)の診断のもと病変に対しESDが施行された。病理組織学的検討において病変は粘膜固有層内に限局したtub1を主体とした病変であり、一部に乳頭腺癌やIMPC成分(約10%)が認められた。IMPC成分ではEMAやMUC1、D2-40の染色態度より inside-out patternを確認した。ly0, v0, HM0、VM0で画像上転移は認めなかった。2年5か月後の健診において、ESD痕痕上に陥凹性病変が認められた。生検結果よりul-IIIs合併早期胃癌(IIc, tub1, M)と診断され、病変に対して幽門側胃切除術が施行された。病理組織学的検討ではIIc (ul-IIIs合併)、tub1>>tub2>por2, M, ly0, v0, HM0、VM0であった。術後1年3か月無再発生存中である。IMPCは乳管、肺、唾液腺、尿路、胆管、主乳頭、膵、大腸でも報告されている組織型で、高頻度なリンパ管侵襲、リンパ節転移、予後不良の指標とされている。胃では進行癌症例での報告が認められるが、検索し得た範囲で粘膜内に限局した病変の報告はない。本症例はIPMCを伴う粘膜内癌の報告として世界初と考え、文献的考察を加えて報告する。

## 4 早期胃癌に合併しEUSで指摘した胃GIST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、石川 英樹

症例:68歳、女性。現病歴:平成25年5月心窩部不快感を主訴に近医受診し、上部内視鏡検査施行し0-IIc型早期胃癌を疑われ当院紹介受診された。既往:高血圧症、子宮筋腫手術(平成6年)。家族歴:なし。入院時現症:特記すべき所見なし。血液生化学検査:特記すべき所見なし。上部内視鏡検査:体部小弯に広範囲に広がるびらんを伴う0-IIc 病変を認めたが粘膜下腫瘍を示唆する隆起を認めなかった。やや褪色した不整形の陥凹を認め、びらんを伴う浅いため、内視鏡的深達度はmと診断した。生検結果は低分化型腺癌(sig)であった。UGI:小弯線上に0-IIc病変を認めた。EUS:0-IIcの深達度はsmの診断であり、びらんを形成している部位に、境界明瞭で内部不均一な1cm大の低エコーを呈する円形の粘膜下腫瘍を認め、第4層と連続を認めGISTを第一に疑った。EUS上早期胃癌と連続を認めなかった。腹部造影CT:早期胃癌、明らかなリンパ節転移、粘膜下腫瘍を指摘できなかった。以上から0-IIc (sig), 0-IIc直下のGISTの診断で、同年7月、腹腔鏡下胃全摘術、D1郭清、Roux-en-Y再建を施行した。病理組織学的所見:signet ring cellを含む低分化型管状腺癌:T1a(m), ly1, v1, PM0, N0, M0:StageIA, とGIST(紡錘形細胞の束状増殖を認め、免疫組織学的にはc-kit(+),CD34(+),S100(-), αSMA(-),Desmin(-)であり、核分裂像が散見され(5個/50HPF)中リスクに相当:T2, N0, M0 StageII)を認めた。術後経過は特に合併症もなく良好であったため第12病日に退院された。本例では術前GIF, CTではGISTは指摘できなかった。消化管上皮性腫瘍とGISTの合併例は散見されるが胃内に同時期に発生した例は1983年~2013年, key word「胃癌」, 「GIST」で医中誌にて検索したところ17例程度と未だ少なく、胃癌とGISTの同一部位発生は本例を併せて3例と稀である。今回我々は、胃GISTと早期胃癌の同時合併例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 5 炎症性腸疾患に類似した大腸病変を認め、診断に苦慮した 胃癌腹膜播種の一例

浜松医科大学医学部附属病院

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

症例は78歳、男性。X-1年1月頃より排便障害と右大腿の浮腫が出現し、X-1年2月近医を受診。造影CTで上行結腸および直腸の壁肥厚と右腸腰筋の腫脹、右大腿静脈血栓を指摘された。下部消化管内視鏡検査(CS)では直腸のびらんと横行結腸の浮腫状狭窄を認め、これより口側に内視鏡は挿入困難であった。同院にて、潰瘍性大腸炎と下肢静脈血栓症と診断された。5-ASAとワーファリンが投与され、排便障害は一時的に改善したが、右大腿の浮腫は改善しなかった。X-1年10月頃より食欲不振と体重減少(半年で9kg)が顕著となり、同院にて上部消化管内視鏡検査(EGD)施行されたが、明らかな潰瘍や腫瘍性病変を認めず、生検でも悪性所見を指摘されなかったため、経過観察された。その後も、症状は改善せず、X年4月に再検査された下部消化管内視鏡で横行結腸の狭窄に加え、直腸(Rb)に2cm大の0-IIa様の隆起病変を認め、当科紹介となった。当院で施行したCSでは横行結腸にクローン病を疑わせる数石様の浮腫状狭窄を認めたが、生検所見は、非特異的な炎症所見のみであった。また、直腸の0-IIa様病変はnon-lifting sign陽性であり、生検では、印鑑細胞癌を認めた。EGDでは、前庭部において、壁の進展は不良で、びらんを伴う粗造な粘膜を認めた。生検では一部から未分化型腺癌を認めた。直腸および胃病変の免疫染色は、いずれもCK7(+)、CDX2(±)、MUC2(-)、MUC-5AC(+であった。以上の結果より、4型進行胃癌、腹膜播種による結腸、直腸、腸腰筋病変(cT4N3M1, cStagaeIV)と右下肢の還流障害に伴う右大腿静脈血栓と診断した。X年6月よりS-1/CDDP療法を3コース施行。大きな有害事象なく、食欲不振、体重減少、排便障害、右大腿の腫脹はいずれも改善し、造影CTにおいても、結腸の壁肥厚に変化は乏しいが、胃壁の肥厚、腸腰筋の腫脹は改善している。大腸に炎症性腸疾患に類似した病変を認め、診断に苦慮したものの、免疫染色を含めた病理学的な検索により診断に至った胃癌腹膜播種の一例を経験したため、若干の文献的な考察を加えて報告する。

## 6 当院における胃癌患者へのアブラキサン使用経験

いなべ総合病院 外科

○小出 修司、長谷川 毅、中村 善則、石川 雅一、水野 章

症例は80歳、男性。2011年11月検診胃透視にて胃大弯側の病変を指摘され、当院初診。精査の結果、胃癌を認めた。2012年1月に胃癌に対して根治目的に幽門側胃切除術を施行。病理診断ではTubular adenocarcinoma、T4N1M0でstage3Aであった。再発高リスク群に位置し、PSが良好であったため、TS-1による術後補助化学療法を1年間継続した。術後補助化学療法終了時明らかな再発・転移兆候は見られなかったが、2013年3月に強い腹痛、嘔吐にて受診、CT等により絞扼性イレウスと診断し、手術を行った。手術所見としては腸間膜と後腹膜の癒着によって形成された小孔に回腸が嵌まり込むことによる発症した内ヘルニアで、嵌頓腸管は約80cmにわたり壊死を起していた。腹腔内に明らかな腫瘍性病変を認めなかったが小腸を切除するとともに腹腔内に貯留した腹水を細胞診に提出。術後の病理結果にて切除腸管には腫瘍性病変を認めないものの腹水中に胃癌細胞を認めた。術後に中心静脈リザーバを留置したうえでアブラキサンの投与を開始、2クール目より外来化学療法に移行。現在、ADLの低下をほとんど伴うことなく継続できている。アブラキサンはヒト血清アルブミンにバクリタキセルを結合させたタキサン系抗腫瘍薬で2013年3月に進行・再発胃癌に対して効能・効果追加が承認された比較的新しい薬剤であり、外来にてADLを保ちつつ継続して使用できている症例を報告する。

## 8 トラストズマブが著効した胃癌の1例

藤田保健衛生大学 消化器内科

○石塚 隆充、柴田 知行、田原 智満、大久保正明、角 一弥、市川裕一朗、長坂 光夫、中川 義仁、中野 尚子、小村 成臣、鎌野 俊彰、生野 浩和、大森 崇史、城代 康貴、河村 知彦、宮田 雅弘、吉田 大、高川 直木、大宮 直太、平田 一郎

【目的】今回我々は他の抗癌剤では腫瘍縮小効果を認めなかったが、トラストズマブを併用したことにより著明な腫瘍縮小効果を認めた胃癌の1症例を経験したので報告する。【症例】70歳の男性。近医で高血圧および糖尿病に対して内服加療を行っていたところ、採血で肝機能異常を指摘された。精査・加療目的で当科受診。腹部超音波検査を施行し多発した肝腫瘍を認めた。転移性腫瘍が疑われたため原発巣検索のため胃内視鏡施行。胃体上部小弯側に2型腫瘍を認めた。生検では高分化型腺癌の診断。腫瘍マーカーもCEA 1348.0 ng/ml、CA19-9 27200.0 U/mlであった。腹部CTでは多発する肝腫瘍、胃小弯側に腫大したリンパ節も認めた。進行胃癌c-T4N2M1、stage 4と診断、化学療法の適応とした。臓器不全は見られずファーストラインとしてTS-1+CCDDP(シスプラチン)のレジメンで治療開始。2クール終了した時点での効果判定は主病変、肝転移とともにPDの診断。セカンドラインとしてweekly PTX(バクリタキセル)とした。また効果判定時の生検検体でHER2測定したところ強陽性(3+)となりweekly PTX3クール目開始時点からトラストズマブ併用開始。併用開始2クール後の効果判定では主病変、肝転移とともにPRの診断かつ腫瘍マーカーはCEA 47.0 ng/ml、CA19-9 1730.0 U/mlに減少。心エコーなどで心不全の徴候なく2013年10月時点でトラストズマブ併用したweekly PTXは7クール終了。主病変および肝転移の増悪を認めていない。【結論】HER2陽性胃癌に対するトラストズマブの生存改善効果は明らかでToGA試験で明らかとなっている。本症例では抗癌剤投与開始から生検検体でのHER2測定までに時間があつた。TS-1+CCDDPやweekly PTXでは腫瘍縮小効果がみられず、トラストズマブの効果によると考えられる。またHER2陽性胃癌の頻度は食道胃接合部では33.2%、胃体部や前底部では20%程度と陽性率は低い。胃癌の中でもHER2陽性の可能性が高い因子に関するさらなる検討が必要と思われる。

## 7 化学療法が著効した肝転移を伴った胃小細胞癌の1例

名古屋掖済会病院 消化器科

○倉田 祥行、神部 隆吉、大橋 暁、岩田 浩史、水谷 佳貴、泉 千明、西川 貴広、奥藤 舞、橋口 裕樹

【症例】67歳男性

【既往歴】不安定狭心症、糖尿病、胆石手術

【現病歴】2011年2月食思不振・体重減少にて初診。腹部CTにて肝内に多発する腫瘍と胃壁の肥厚所見を認め、精査加療目的に入院となる。

【検査所見】上部内視鏡検査にて噴門部小弯側に周囲にながらかな立ち上がりを伴った不整潰瘍性病変を認めた。生検にて分化度の低い癌組織を認め、免疫組織学的検索にてchromogranin A、synaptophysin、CD56陽性で小細胞癌の所見であった。また血液検査にてProGRP 6850pg/ml、NSE 136.0ng/mlと腫瘍マーカーは著増していた。肺には明らかな病変を認めず、胃原発小細胞癌・多発肝転移と診断した。

【経過】肺小細胞癌の治療に準じてCBDCA(AUC5 day1)+ETP(80mg/m<sup>2</sup> day1-3)のレジメンにて治療を開始した。1クール終了後にgrade3の好中球減少を認めたため2クール目から1段階減量して施行したが、以後は特に問題なく治療継続可能であった。1クール終了時にProGRP 838.0pg/ml、NSE 8.4ng/mlと著明な改善を認め、4クール終了時にはいずれも正常範囲内となった。4クール終了時の上部内視鏡検査にて腫瘍の癒着化を認め、生検でも腫瘍細胞を認めなかった。6クール終了時の腹部CTにて肝転移の消失を認めた。現在治療開始より2年6か月が経過、43クールまで施行し再発所見を認めていない。

【結語】胃小細胞癌は発見時にすでに高度に進行していることが多く予後不良とされている。今回我々は肝転移を伴った胃小細胞癌に対し化学療法が著効し長期生存をえている症例を経験したので報告する。

## 9 切除不能胃癌に対するTS-1+Cisplatin併用療法中に可逆性後頭葉白質脳症を発生した1例

安城更生病院 消化器内科

○三浦眞之祐、竹内真美子、東堀 諒、脇田 重徳、宮本 康雄、小屋 敏也、鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努、山田 雅彦

【はじめに】TS-1+Cisplatin併用療法は切除不能胃癌に対しての標準治療である。今回、我々は切除不能胃癌に対しTS-1+Cisplatin併用療法中に可逆性後頭葉白質脳症(Posterior reversible encephalopathy syndrome 以下PRES)を発生した1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

【症例】70歳、男性。2013年4月、近医より上部消化管造影検査異常にて当院紹介受診。精査の結果、進行胃癌、腹膜播種と診断し、TS-1+Cisplatin併用療法を開始した。腎機能障害を認めたため、TS-1(100mg/day)+Cisplatin(75mg)で行った。2コース終了後の6月末から左同名半盲を認めたため、頭部MRI検査を施行したが明らかな異常を認めなかった。7月中旬、3コース目の化学療法目的に入院となった。入院時に左同名半盲に加え、軽度意識障害、錯視を認めた。再度頭部MRI施行したところ、右頭頂後頭葉の白質主体にT2強調像、FLAIRで高信号を認めた。また脳波でてんかん性放電パターンを認めたためPRESと診断し化学療法を中止した。入院11日目の頭部MRIでは右頭頂後頭葉の異常信号域が皮質にも広がっていた。入院12日目、90秒間の強直性間代性痙攣を3回認めたが、抗てんかん薬使用によりその後痙攣発作を認めなかった。入院24日目の頭部MRIでは右頭頂後頭葉のT2強調像、FLAIRでの高信号が減弱し、浮腫の改善を認めた。左同名半盲、意識障害、錯視の改善を認めたため退院となった。【考察】本邦におけるCisplatinによる白質脳症の報告は1990年代から散見されるが、TS-1関連のPRESは自験例を含め12例認めるのみである。PRESの原因として以前から知られているのは高血圧性脳症や子癇等の内科的疾患である。PRESの神経学的所見として皮質盲、同名半盲などの視野障害、けいれん発作がある。診断としては、頭部MRI検査のFLAIR像で描出率が高く、脳波も有用である。化学療法中、視野障害等の神経症状をきたしたときはPRESも鑑別診断として念頭に置く必要がある。

## 10 聴力や視力低下を契機に発見された、胃癌による癌性髄膜炎の2症例

<sup>1</sup>名古屋共立病院 消化器化学療法科、<sup>2</sup>名古屋共立病院 消化器内科  
○栗本 拓也<sup>1</sup>、須藤 晃祐<sup>2</sup>、中村 大樹<sup>2</sup>、加藤 一樹<sup>2</sup>

【緒言】癌性髄膜炎は、胃癌患者の1%以下で認められる予後不良な合併症である。初発症状は頭痛や悪心嘔吐など非特異的なものが多く、疑った場合には積極的な精査が必要である。経過中に多彩な神経症状を呈し、各種検査を行うも原因を特定できず、最終的に髄液細胞診で癌性髄膜炎の診断に至った進行胃癌の2例を以下に提示する。

【症例】症例1:66歳男性、胃粘液癌。胃切除術を行うも術中に腹膜播種を確認したため、TS-1による化学療法を開始した。手術9ヶ月後に強い頭痛が出現し、ふらつきや視野欠損・聴力低下が続発した。各種検査で原因を特定できず腰椎穿刺を実施したところ、髄液細胞診で腺癌を確認した。オキシコドン持続静注やステロイド点滴による対症療法を行ったが、症状は悪化し失明・失聴となった。癌性髄膜炎の診断1.5ヶ月後に死亡した。

症例2:74歳男性、胃低分化腺癌。腹水より腺癌を確認し切除不能な進行癌と判断、パクリタキセルによる化学療法を開始した。7ヶ月後にふらつきや複視が出現し、さらに後頭部痛や下肢の脱力が続発し、歩行困難となった。腰椎穿刺を実施したところ、髄液細胞診で低分化腺癌を確認した。その後は頭痛や嘔気が持続し、視力低下から失明に至り聴力も低下した。オキシコドン持続静注やステロイド点滴で対応したが、癌性髄膜炎の診断1ヶ月後に死亡した。

【考察】2症例とも、化学療法中に複数の神経症状が出現し原因の特定に苦慮するも、最終的に髄液細胞診で癌性髄膜炎の診断に至った。異時性・両側性に生じた聴力低下が急速に進行する経過は、癌性髄膜炎の推移として特徴的との報告がある。このため、癌の経過中に出現した神経症状のなかでも特に聴力低下を認めた場合には、積極的に腰椎穿刺を実施し癌性髄膜炎の鑑別が必要と考えられる。

## 11 経過中PPIにて改善傾向を示した胃原発悪性リンパ腫の一例

藤田保健衛生大学消化器内科

○吉田 大、柴田 知行、石塚 隆充、河村 知彦、大森 崇史、  
城代 康貴、角 一弥、生野 浩和、市川裕一朗、宮田 雅弘、  
小村 成臣、大久保正明、中野 尚子、鎌野 俊彰、田原 智満、  
中川 義仁、長坂 光夫、大宮 直木、平田 一郎

症例は70代女性。1年半程前より胃部不快感を自覚し近医を受診。上部内視鏡検査を施行された。その結果、胃体下部前壁側に潰瘍性病変を認めたが生検病理はGroup 1と良性であった。抗潰瘍薬の投薬が継続されたが潰瘍病変に改善無く、当院に紹介となった。当院の初回内視鏡検査では、前医の内視鏡所見と同様に胃体下部前壁側に潰瘍性病変を認め、同部位からの生検で特に悪性所見は認めなかった。PPIを継続し、2ヶ月後に内視鏡を施行したところ、潰瘍底の内芽形成を認めるなど若干の潰瘍改善傾向を認めた。生検結果は前回と同様であった。ピロリ菌陽性であったため除菌を施し成功した。前回より3ヶ月後に3回目の内視鏡検査を施行したところ、潰瘍の形態は若干膨隆気味になっていたが増大傾向は認めなかった。生検結果は、それ迄と同様悪性所見は認められなかった。PPIの投与が継続された。その間、症状も特に増悪を認めなかった。その後3ヶ月ほど経過した頃から心窩部痛が増悪し黒色便を認めたため、緊急内視鏡検査を施行した。その結果、潰瘍性病変は明らかに増大しており出血を認めた。内視鏡的に止血後、生検したところdiffuse large B cell lymphoma (DLBCL)との診断となり血液内科に転科、化学療法が開始され、その後の内視鏡検査で縮小が確認された。胃原発悪性リンパ腫の生検陽性率及び、PPI治療による潰瘍性病変の改善につき、若干の文献的考察を交え報告する。

## 13 特異な形態を示した胃型腺腫の1例

<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、<sup>3</sup>みよし市民病院 内科

○藤吉 俊尚<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、  
原 和生<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、永塩 美邦<sup>1</sup>、関根 匡成<sup>1</sup>、  
奥儀 竜治<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、佐藤 高光<sup>1</sup>、伊藤 治<sup>3</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>、  
丹羽 康正<sup>2</sup>

【症例】60歳代、女性【主訴】自覚症状なし【現病歴】貧血精査のため前医にて施行された上部消化管内視鏡検査で、穹隆部に広範に広がる病変を認めたため精査加療目的に当院紹介となった。【経過】通常内視鏡所見では、高度な萎縮粘膜を背景として、胃噴門部直下大弯から前壁にかけての丈の高い乳頭状の0-I病変と、その周囲に広範に広がる丈の低いピロド状の0-IIa病変を認めた。病変の大きさは約8cmであった。NBI拡大内視鏡所見では、0-I部はwhite zoneが消失し、伸展し蛇行した微小血管の増生がみられ、0-IIa部はwhite zoneが目立ち、乳頭状の変化を認めた。内視鏡像からは、腺腫あるいは腺腫内癌を疑った。生検では胃腺腫(Group3)で明らかな悪性像は認めなかったが、広範な病変のため癌の合併は否定できないと考えた。部位、大きさから内視鏡的切除(ESD)は困難であると判断し、内視鏡補助下に外科的胃局所切除を施行した。切除検体の病理組織所見では、腫瘍は異型の軽度な高円柱上皮が幽門腺に類似した腺管構造を形成して増殖しており、一部の腺管では嚢胞状の拡張が目立った。明らかな悪性像はみられず、軽度異型を伴う胃型の管状腺腫(Tubular adenoma with mild atypia)と診断された。【考察】胃腺腫は日常臨床でよく遭遇する疾患であるが、その多くは腸型である。近年、胃型形質を有する腺腫病変が報告され、胃型腺腫として認知されているものの胃腺腫全体に占める割合は5%前後と少ない。今回我々は、特異な形態を示した胃型腺腫の1例を経験したので報告する。

## 12 A型胃炎に伴った胃神経内分泌腫瘍をESDで切除し得た1例

土岐市立総合病院 内科

○安田 諭、白井 修、荒田 真子、清水 豊

症例は58歳、男性。主訴は上腹部痛。既往歴、家族歴に特記事項なし。嗜好歴は喫煙20本/日、飲酒なし。現病歴は1カ月前より上腹部痛を自覚して平成25年5月13日に当科受診となった。5月13日に上部消化管内視鏡検査(以下EGD)を施行した。胃粘膜は前庭部に比し胃体部を中心に萎縮性胃炎を認め、体上部前壁に長径約7mm程度の隆起性病変を認めた。病理組織学的には比較的小型の細胞が索状配列を基本として胞巣状に増殖。免疫染色ではchromograninA+, synaptophysin+, CD56+, MIB-1<1%であり、生検結果ではあるがneuroendocrine tumor (NET), G1相当と診断した。5月29日に胸部腹部造影CT検査、6月2日に腹部US検査を施行した。脂肪肝、胆石、腎嚢腫、左鼠径ヘルニアを認めた以外に、明らかな転移、リンパ節腫大、その他の腫瘍性病変も認めなかった。血液検査では、ガストリン1700pg/dl、抗胃壁細胞抗体40倍と異常高値を認めた。以上より、A型胃炎に伴った胃NETと診断し、長径10mm以下で単発の病変であり、内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD)にて切除可能と判断した。6月10日に入院、第2病日に胃ESDを施行した。腫瘍径7x5mm、切除径30x30mm、切除時間39分にて一括切除した。最終病理結果では、術前同様NET G1、粘膜下層への浸潤を認めず、水平・垂直断面ともに陰性であった。術後問題なく、3カ月経過した現在も明らかな再発なく外来通院中である。自験例は、A型胃炎に伴うType1の胃NET(従来のカチノイド)の1例であった。Type1は、発育が非常に緩徐で悪性度もType3に比し予後良好とされている。さらに自験例は多発病変を認めない長径10mm以下の病変であり、ESDにて内視鏡的に完全切除し得た。本邦ではType1胃NETの内視鏡治療後の長期観察例は少なく、今後とも注意深く経過をみる必要があると考えられた。

## 14 消化管原発Plasmablastic lymphomaの一例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学診療部

○大林 友彦<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、山本富美子<sup>1</sup>、  
松崎 一平<sup>1</sup>、横山 敬史<sup>1</sup>、菊池 正和<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、  
川嶋 啓輝<sup>1</sup>、伊藤 彰浩<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、前田 修<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、  
安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

70歳代男性【主訴】貧血精査【既往歴】特発性間質性肺炎、COPD、顕微鏡的多発血管炎(MPO-ANCA関連腎炎、PSL 11mg内服中)、ステロイド糖尿病、解離性大動脈瘤、白内障【現病歴】ANCA関連腎炎にて、当院腎臓内科通院中であった。平成24年7月頃より徐々に貧血が進行し、11月頃より労作時呼吸困難の症状を認めるようになった。12月20日、定期外来受診時の血液検査にてHb:6.6 g/dLと高度の貧血を指摘され、精査目的に緊急入院となった。【入院時現症】眼結膜に貧血を認め、両側足背に浮腫を認めた。表在リンパ節は触知せず、腹部は平坦、軟で自発痛、圧痛を認めなかった。血液生化学検査では小球形低色素性貧血、鉄、フェリチンの低下を認め、腫瘍マーカー(CEA、CA19-9)は正常であった。また、HIV抗体は陰性であった。【入院後経過】鉄欠乏性貧血であり、消化管出血が第一に疑われた。上部消化管内視鏡検査にて胃体上部大弯に頂部に白苔を伴う隆起性病変を認め、また十二指腸水平脚に耳介様の周堤を伴う陥凹性病変を2個認めた。生検による病理所見は胃・十二指腸とも同様で、中~大型のやや芽球化を伴った異型細胞がびまん性に増殖浸潤する像であり、免疫染色ではCD138陽性、CD3、CD20、CD79a、AE1/AE3陰性で、Hematomphoid malignancy, compatible with anaplastic plasma cell myelomaと診断された。PET-CTでは十二指腸水平脚から空腸の腫瘍とその周囲リンパ節の他に、右上顎洞底部、両上腕骨、右大腿骨にも集積を認めた。骨髄穿刺では芽球の増加は明らかではなく、形質細胞の増加も見られなかった。尿中BJPIは陰性、血清蛋白免疫電気泳動にて明らかなM蛋白を認めなかった。以上より、髄外性が主体の形質細胞腫と診断し、平成25年1月16日より化学療法を開始した。後に免疫染色を追加しEBER陽性が確認され、Plasmablastic lymphoma(以下PBL)と診断された。5月に施行したPET-CTにてPDと判断し5月27日より2次治療を開始、平成25年9月現在、2次治療を継続中である。【考察】今回、消化管原発PBLの一例を経験した。消化管原発PBLの報告は少なく稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。



## 15 転移性胃腫瘍の2例

岐阜大学大学院腫瘍外科学

○三ツ田翔平、棚橋 利行、山口 和也、久野 真史、市川 賢吾、  
八幡 和憲、今井 寿、佐々木義之、森光 香澄、田中 善宏、  
名和 正人、奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、長田 真二、  
二村 学、吉田 和弘

【緒言】転移性胃腫瘍は非常にまれであり、その多くは剖検例での報告であり、臨床的に診断されることは少ない。今回、われわれは胃癌の診断のもと手術を行ったが、癌の胃転移であった2例を経験したので報告する。

【症例】①患者は52歳、女性。当院婦人科にて2005年3月に卵巣癌(T3,N0,M0)にて準広汎術子宮全摘術、両側付属器切除、リンパ節郭清術、大網切除術がおこなわれた。術後4年間化学療法を行われてきたが、2009年4月のCTにて胃周囲ならびに大動脈周囲リンパ節に腫大を認め、GIFにてECJ直下に2型腫瘍(tub2~por)を認め、当科紹介となった。EUS-FNAにて大動脈周囲リンパ節は卵巣癌の転移の診断となり、6月開腹術を行った。胃全摘術(D2郭清)、大動脈周囲リンパ節郭清を施行した。胃の腫瘍、大動脈周囲リンパ節ともに卵巣癌の組織像と類似しており、卵巣癌の胃転移の診断となった。

②患者は58歳、女性。2011年夏頃より悪心、嘔吐、食欲不振があり、2012年後半からは体重も半年で6kg減少した。2013年4月にGIFを施行し胃角小弯に潰瘍性病変を指摘され胃癌(por)と診断され当科紹介となった。当院でのGIFでは噴門部より胃全体に4型進行胃癌を疑う所見があり、幽門輪は変形が著明で通過障害を認めた。また、骨シンチにてL5に骨破壊像を認め生検を行った。左乳房にも腫瘍を認めたが、予後を決めるのは胃癌と判断し、また経口摂取不良であることもあり、5月に開腹術を行った。腹腔内には多数の腹膜播種結節を認め、洗浄細胞診も陽性であり、胃全摘術(D1郭清)を施行した。左乳房腫瘍の生検結果は免疫染色でER(+), PgR(+), HER2(-), Ki67 8%のluminal A typeで、Mammaglobin(+), GCDFP(-), CK7(+), CK20(-)であり、原発性の乳癌(invasive ductal carcinoma)の診断であった。さらに、胃、腹膜、骨の病変も同様の免疫染色の結果を示し、乳癌の胃転移、腹膜播種、骨転移の診断となった。

【考察】転移性胃腫瘍は非常にまれで、原発巣としては悪性黒色腫、乳癌、食道癌が多く、その肉眼所見としては、SMT様のもの、原発性胃癌様のもの、悪性黒色腫に見られる黒色斑点状のもの、その他分類不能のものに分類される。今回の症例は2例とも原発性胃癌様のものであり、胃癌の診断で手術が行われている。他臓器癌を有する患者あるいはその既往のある患者においては、転移性胃腫瘍の存在も念頭に入れる必要があると思われた。

## 16 短期間に自然消失した胃壁内多発腫瘍の1例

国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科  
○杉浦 潤、水谷 太郎、大竹麻由美、青木 孝太、長野 健一、  
大岩 哲哉、木本 英三

【症例】70歳代男性。2013年4月26日、腹痛を主訴に近医を受診。血液検査にて白血球の上昇と腹部超音波検査にて肝左葉に突出する様な低エコー腫瘍を認め、2013年5月7日当科紹介となり、同日精査加療目的に入院となる。現症：入院時体温37.0℃、上腹部に軽度の圧痛を認めた。血液生化学検査所見：WBC6900/ $\mu$ l、RBC437万/ $\mu$ l、Hb13.4g/dl、Plt43.0万/ $\mu$ l、AST21IU/l、ALT20 IU/l、LDH199 IU/l、 $\gamma$ -GTP118 IU/l、CRP1.53mg/dl、CEA、CA19-9、AFP、IL2R等の腫瘍マーカーは正常値であった。腹部造影CT：胃体部から前庭部に壁肥厚と壁内に多発する約4から9cmの造影効果に乏しい腫瘍様所見を認めた。腹部MRI：腫瘍はT2強調画像で高信号を呈した。上部消化管内視鏡検査：胃体部～前庭部前壁に3cm大の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。表面は粘膜面に不整像は認めず、またびらんや潰瘍も認めなかった。超音波内視鏡検査：第4層を主座として胃壁外へと進展する低エコーから一部無エコー像として描出され、第3層の軽度肥厚も認められた。【経過】画像所見から胃腸管癌やリンパ管腫等が疑われたが確定が得られず、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診を検討したが、腹痛、発熱が自然消失したため、経過観察目的で2013年5月14日腹部造影CT検査を施行したところ、腫瘍の著明な縮小を認めた。そのため経過観察としたが現在腫瘍は画像検査上消失し、症状も無く引き続き経過観察中である。今回、診断に難渋し、短期間に自然消失した胃壁内腫瘍につき若干の文献的考察を加えて報告する。

18 岐阜赤十字病院のヘリコバクター専門外来の報告  
—保険適応拡大前の状況—

<sup>1</sup>岐阜赤十字病院 内視鏡科、<sup>2</sup>岐阜赤十字病院 消化器内科  
○高橋 裕司、杉江 岳彦、松下 知路<sup>2</sup>、伊藤陽一郎<sup>2</sup>、名倉 一夫<sup>2</sup>

【はじめに】2009年日本ヘリコバクター学会による「H.pylori感染の診断と治療のガイドライン改訂版」にて広く、H.pylori感染症が除菌推奨された。また最近では胃癌検診でABC検診が普及しつつあり、ピロリ感染者に対しては保険適応外でも対応に迫られる場面が増加してきた。当院でも2010年6月より保険適応外の除菌希望者に対しヘリコバクター専門外来を開設した。今回は2013年2月に除菌保険適応が「ヘリコバクター感染胃炎」に拡大されるまでのHP専門外来の成績を報告する。専門外来は週1日の開設でヘリコバクター学会のピロリ菌感染症認定医が対応した。【対象】2010年6月より2013年2月末までに専門外来を受診した120例(男性52例、女性68例；平均年齢55.2歳)である。【受診理由】ABC検診受診後の除菌希望96例(80.0%)、HP感染診断希望16例(13.3%)、1次/2次除菌失敗後で再除菌希望8例(6.7%)であった。【感染診断方法】血中HP抗体(栄研Eプレート、cut-off 10U/ml)もしくは尿素呼吸試験(<2.5%)を行った。【除菌判定】除菌終了後8週以降に尿素呼吸試験を実施した。【除菌レジメン】1次除菌 LPZ60mg+AMPC1500mg+CAM400mg 7日間、2次除菌 LPZ60mg+AMPC1500mg+MNZ500mg 7日間、3次除菌 RPZ20mg+AMPC1500mg+STFX200mg 7日間を基本とした。【除菌成績】11次除菌成功73.7%(73/99)、2次除菌成功80.8%(21/26)、3次除菌成功60.0%(3/5)であった。3次除菌失敗例の2例はその後6次除菌まで行うも除菌不成功であった。【副作用】発疹5例(5.1%)で2例は皮膚科での加療を要する重症例であった。その他は便通異常3例(3%)、胸やけ2例(2%)であった。【結論】2013年2月に除菌の適応が拡大され、今後ヘリコバクター専門外来もリニューアルが必要となってきている。実質2次除菌までは保険でカバーされる事より、今後は3次除菌への対応が専門外来に求められると思われる。

## 17 保存的治療にて治癒した胃迷入瘻の肺炎の1例

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

【症例】35歳女性、2週2日の妊婦【主訴】上腹部痛、背部痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】2012年6月上腹部痛、背部痛を主訴に来院。【所見・経過】来院時、心窩部に圧痛を認めるが、反跳痛や筋性防御は認めなかった。血液生化学検査所見ではアミラーゼは正常範囲内であったものの、白血球数9940/ $\mu$ l、CRP8.48mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。腹部エコーでは胃角後壁側に壁外性発育を呈する内部不均一な37mm大の低エコー腫瘍を認めた。腹部単純CTでは胃角後壁側に壁外に発育する35mm大のlow densityの腫瘍を認めた。また、上部消化管内視鏡にて胃体下部から前庭部にかけての小弯側に、頂部に陥凹を伴った立ち上がりのなだらかな40mm大の隆起性病変を認めた。病変の粘膜面は浮腫様で一部発赤であった。腹部症状強く、炎症反応も高値であったため、入院での抗生剤治療を開始した。第5病日には症状の改善を認めた。同日施行した腹部MRIではT1強調にて低信号を呈しており、T2強調にて一部高信号を伴った充実性の腫瘍を認め、30mm大とやや縮小傾向を認めた。その後第9病日に行ったEUSにて第4層から発育した22mm大の低エコー腫瘍を認め、内部には一部囊胞成分を伴っていた。EUS-FNAを施行したところ瘻の腺房細胞が採取され、迷入瘻として矛盾しない所見であった。症状の再燃もなく、第14病日に退院となった。【まとめ】胃粘膜下腫瘍に関して迷入瘻が鑑別の1つとして挙げられる。無症状の場合には特に治療介入の必要はないが、出血、癌化、急性肺炎、穿孔性腹膜炎などの症状を呈する場合は外科的治療による摘出を検討しなければならない。今回、我々は急性肺炎を起こした胃迷入瘻が保存的治療にて治癒した貴重な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。

## 19 腹腔鏡下に修復しえた巨大胃潰瘍穿孔の1例

名古屋市立東部医療センター  
○越智 靖夫、谷脇 聡、服部かをり、大見 関、齋藤 健太、  
遠藤 克彦、友田 佳介、森 洋一郎、柴田 康行、羽藤 誠記

症例は83歳女性。黒色調の吐血を主訴に、当院内科外来を受診した。既往歴は認知症と高脂血症を認め、非ステロイド性消炎鎮痛剤の内服歴があった。CTにて肝周囲にfree airを認め、WBC/CRP=25980/8.4。上部消化管穿孔・穿孔性腹膜炎の診断にて外科紹介となった。高齢および血圧低下を認め、同日緊急手術の方針となった。手術直前の上部消化管内視鏡検査(GIF)では、前庭部前壁に胃潰瘍が存在し、周囲は強い浮腫状変化を認めた。手術開始時、胃前壁は腹壁に固定されており、当初気腹を得られなかった。腹壁固定部を全周性に剥離したところ、約2x3cmの穿孔部が出現し、同時に気腹も可能となった。巨大な胃潰瘍穿孔であったが、腹腔鏡下胃潰瘍穿孔修復術を大網充填法にて施行した。両端針付き吸引系で大網先端を結紮したのち、胃内腔に向けて刺入し胃壁を貫通させ結紮固定した。穿孔部から胃内に十分な大網が充填され、さらに胃壁に結紮・固定を加えた。術後経過は良好で、第7病日に施行した上部消化管造影検査では明らかなleakageは見られなかった。また、第14病日に施行したGIFでは、活動期胃潰瘍A1を認め、生検3か所施行したが、高度炎症細胞浸潤とびらんを認める胃粘膜組織でgroup1であった。胃癌の可能性は否定的となった。穿孔径の大きな上部消化管穿孔症例では、手術術式を決定する際に、腹腔鏡下手術と開腹手術の選択に検討を要することがありうる。実際、文献的には、穿孔径に関して10mmを超えたら開腹手術を考慮すべきとの報告もある。今回われわれは、腹腔鏡下に修復しえた巨大胃潰瘍穿孔の1例を経験し、良好な術後経過を得られたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 20 胆管内乳頭状腫瘍の一例

1静岡市立清水病院 消化器内科、2静岡市立清水病院 外科  
○池田 誉<sup>1</sup>、窪田 裕幸<sup>1</sup>、高柳 泰宏<sup>1</sup>、松浦 友春<sup>1</sup>、小池 弘太<sup>1</sup>、  
西山 雷祐<sup>2</sup>

【症例】80歳台男性【主訴】肝機能障害【既往歴】糖尿病、高血圧、白内障  
【生活歴】飲酒1~2合/日60年、喫煙20本/日60年【現症】近医にてアルコール性肝機能障害のため経過観察中であった。2011/12月上旬に肝機能悪化したため精査目的で同月下旬に当科へ紹介受診。来院時特にならざる自覚症状なし。【経過】来院時血液生化学検査にてWBC3100/ $\mu$ l、T-Bil 1.19mg/dl ALP892IU/l、AST181IU/l、ALT189IU/l、 $\gamma$ -GTP687IU/l、AMY49IU/l、CRP0.2mg/dlと肝機能障害を認められたが炎症所見は認めなかった。腹部エコーにて肝内胆管および総胆管の拡張を認め、下部胆管に2cm大の高エコーの腫瘍性病変を認めた。造影CT：エコー同様肝内胆管および総胆管の拡張を認めた。また下部胆管に造影効果のある2cm大の腫瘍性病変を認めた。画像所見から下部胆管癌ないし十二指腸乳頭部癌を疑った。ERCPにて十二指腸乳頭部に腫瘍を認めた。生検にて乳頭状腺腫が疑われた。悪性の可能性があるためPpPDを施行した。手術標本では下部胆管に1.9×2.2×1.7cm大の腫瘍を認めた。病理所見は有茎性の乳頭状発育した腫瘍であった。核異形の強い乳頭状増殖を認め、間質に粘液産生貯留を認めた。胆管内乳頭状腺腫と診断した。周囲浸潤はなく深達度m ly0v0n0、stageIと診断した。【考察】胆管内乳頭状腫瘍PNB:intraductal papillary neoplasm of bile ductの一例を経験した。胆管と膵臓は発生学的に同じ由来であり膵IPMNと類似性も多い。このため膵IPMNの概念を適用できるとの報告も多い。しかしながら粘液非産生腫瘍では異なる検討が必要との報告もある。文献的に考察しともに報告する。

## 22 総胆管結石、胆管癌と鑑別を要したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

名古屋徳洲会総合病院  
○林 祐一、高山 悟、今藤 裕之、永井 進吾、坂本 雅樹、  
可児 久典

症例は83歳女性。既往は高血圧症、高尿酸血症、胃食道逆流症、坐骨神経痛にて整形外科入院中、肝胆道系障害を指摘され内科紹介、腹部症状は特になく、また黄疸を認めなかった。CT精査にて肝門部胆管異常を指摘、当初肝門部胆管癌を疑われ当科依頼となった。MRCPを施行したところ、下部胆管に総胆管結石を認め、また総胆管の全周性壁肥厚、肝内胆管の分節狭窄、一部枯れ枝状を認めた。CEA、CA19-9、AFPなど腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。ERCPならびにESTを施行し下部胆管結石を除去、その際の胆管造影にて肝内胆管の数珠状、びまん性狭窄を認めた。同時に胆管生検、胆汁細胞診をおこなった。総胆管除石後、肝胆道系酵素は一時的に改善したが、依然高値で推移した。免疫学的検査では、IgG4が271mg/dlと高値で、抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。胆汁細胞診は陰性であった。胆管病理ではIgG4陽性形質細胞の浸潤を認めず、胆管炎以外のIgG4関連疾患を認めなかったが、総合的にIgG4関連硬化性胆管炎と診断した。IgG4関連硬化性胆管炎は自己免疫性膵炎を高率に合併すると言われているが、本症例のように他のIgG4関連疾患を認めず、硬化性胆管炎のみを呈する症例の報告も多い。その場合鑑別として、胆管癌や原発性硬化性胆管炎、総胆管結石などを除外する必要がある。今回、鑑別を要したIgG4関連硬化性胆管炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 21 数年来胆管拡張を認めていた粘液産生胆管腫瘍の1例

いなべ総合病院  
○安達 明史、壺村 智之、松永誠治郎、伊藤 康司、平松 将人、  
養輪 彬久

【症例】87歳男性【主訴】黄疸【既往歴】#1.慢性C型肝炎、#2.自己免疫性膵炎(疑)、#3肝内胆管・総胆管拡張(2004年から指摘)、#4脳出血、#5出血性胃潰瘍、#6 認知症【現病歴】#1-#3にて他院通院中、2012年1月に#4を起こし、当院に入院したため、通院が困難となり、#1-#3に対し当院内科に紹介。2012年10月の定期受診時の採血にて、黄疸を認め、精査目的にて入院しERCP施行した。乳頭からの粘液流出は無く、胆管上部に造影欠損を認めたため、総胆管結石と診断し、胆管チューブステント(EBD tube)を留置し終了。家族と相談し、これ以上の加療は希望せず退院となった。しかし、翌週の外來受診時に黄疸を認め、腹部レントゲンでEBD tubeの逸脱が疑われたため、再入院となった。【再入院時血液検査】T.Bil 6.4mg/dl、AST 123 IU/l、ALT 44 IU/l、LDH 377 IU/l、ALP 1283 IU/l、 $\gamma$ -GTP 858 IU/l、WBC 14300、CRP 3.2mg/dl【再入院後の経過】入院後、ENDB tubeを全区域枝に挿入したが、胆汁の流出は認めず減黄もされなかった。MRCPを施行するも、総胆管内には明らかな腫瘍や結石等の占拠性病変は認められなかった。そのため、18FrのPTBD tubeをB3から挿入したところ、淡黄色透明のゼリー状の粘液が吸引された。しかし徐々に全身状態が悪化し、昇天された。病理解剖は家族が希望されず施行せず。【まとめ】粘液産生胆管腫瘍は、胆管内の乳頭状増殖を主体とする腫瘍で、臨床的に明らかな粘液を産生する事の特徴とした腫瘍と定義される。粘液産生が少ない場合や腫瘍自体が小さい場合など、臨床所見が乏しく症状も消退を繰り返すものもあり、原因不明のまま経過をたどる症例も少なくない。MRCPやCTにて明らかな結石や腫瘍の存在が確認されていない総胆管拡張については、稀な疾患ではあるが粘液産生胆管腫瘍を考慮する必要があると考えられた。

## 23 Von Recklinghausen病に合併した十二指腸副乳頭部神経内分泌腫瘍の1例

労働者健康福祉機構 中部労災病院  
○北御門加奈、細野 功、森本 剛彦、宿輪 和孝、児玉 佳子、  
村瀬 賢一

【はじめに】VonRecklinghausen病(以下VRD)は、消化管の神経原性悪性腫瘍を合併することがよく知られているが、今回われわれはVRDに合併した十二指腸副乳頭部の神経内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。【症例】63歳女性【現病歴】以前よりVRDと診断されていたが、精査や定期的通院はしていなかった。骨粗鬆症、筋緊張性頭痛などで近医に通院中で、2013年6月中旬に貧血の進行を指摘され、当院に紹介された。自覚症状はなく、身体所見では全身皮膚に多発する弾性軟の結節および褐色斑を認め、腹部は平坦軟で腫瘍は触知しなかった。血液検査ではHb 10.3g/dlと軽度の貧血を認めたが、肝胆道系酵素や膵酵素は正常範囲内で、腫瘍マーカーはProGRPが109.1pg/mL、内分泌検査は血清ガストリンが470pg/mLと軽度上昇していた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸副乳頭部に表面に不整陥凹を伴う約15mm大の結節隆起を認め、CTでも同部位に軽度造影効果のある20mm大の腫瘍を認めたため、精査目的で8月下旬に入院となった。【経過】胸腹部CTでは肺や肝に転移を疑う所見はなく、ERCPでは総胆管や主膵管に狭窄、拡張、壁不整などの所見はみられず、副乳頭からの生検で神経内分泌腫瘍(CD56(+), Synaptophysin(+))と診断した。下垂体、甲状腺、副腎などに病変がないことを確認し、VRDに合併した十二指腸副乳頭部の神経内分泌腫瘍と診断し、外科的治療を行った。【考察】十二指腸副乳頭腫瘍はきわめて稀な腫瘍であるが、VRDに合併した神経内分泌腫瘍のほとんどが十二指腸に発生するとの報告がある。神経内分泌腫瘍に対する根治的治療法は手術療法であり、VRDに合併した神経内分泌腫瘍はリンパ節転移を伴うことが多いとの報告もあり、定期的なサーベイランスが重要である。

## 24 短期間に増大し、内部に出血を認めたコレステロールポリープの1例

<sup>1</sup>藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 外科・小児外科  
 ○藤田 雄太<sup>1</sup>、芳野 純治<sup>1</sup>、乾 和郎<sup>1</sup>、若林 貴夫<sup>1</sup>、片野 義明<sup>1</sup>、  
 三好 広尚<sup>1</sup>、小林 隆<sup>1</sup>、小坂 俊仁<sup>1</sup>、友松雄一郎<sup>1</sup>、山本 智支<sup>1</sup>、  
 松浦 弘尚<sup>1</sup>、成田 賢生<sup>1</sup>、鳥井 淑歌<sup>1</sup>、森 智子<sup>1</sup>、細川千佳生<sup>1</sup>、  
 安江 祐二<sup>1</sup>、守瀬 善<sup>2</sup>

今回我々は、病理組織学的に出血を伴った稀な胆嚢コレステロールポリープの1例を経験したので報告する。症例は34才の男性。2012年2月に受けた総合健診の腹部超音波検査(US)で、胆嚢底部に大きさ17×12mmの隆起性病変を指摘され、精査のため当院に紹介された。当院で6月に行ったUSでは、形態は有茎性、内部は比較的均一で、内部エコーレベルは胆嚢壁と等エコーを呈しコレステロールポリープと考えられる像であったが、20×9mmとやや増大していた。造影超音波検査(造影US)では、胆嚢隆起性病変全体がびまん性に少し遅れて造影された。また、小嚢胞様エコーが認められた。単純CTでは胆嚢隆起性病変のCT値は胆汁とほぼ同等であったが、一部に淡い高吸収域を認めた。また、ダイナミックCT動脈相で全体に造影効果の増強を認め、平衡相まで持続していた。MRIではT1強調像で胆嚢壁と等信号を呈し、一部に低信号を認めた。T2強調像では低信号を呈していた。なお、MRCPで膵・胆管合流異常は認められなかった。以上より胆嚢腺腫を疑い手術適応と判断したが、患者の希望により経過観察となった。3ヶ月後のUSでは胆嚢隆起性病変に変化を認めなかったが、さらに3ヶ月後の造影USでは、造影効果に変化は認めないものの、22×8mmと増大傾向を呈したため、2103年5月に腹腔鏡下胆嚢摘出術を実施した。摘出標本では大きさが20×10mmで全体に黒色を呈していた。病理組織学的所見はコレステロールポリープで、間質に多数のマクロファージを伴う出血が認められた。医学中央雑誌で1983～2012年、「コレステロールポリープ、出血」「胆嚢ポリープ、出血」で検索したが出血を伴ったコレステロールポリープの報告は1例も認めなかった。

## 26 胆嚢悪性リンパ腫の1例

<sup>1</sup>半田市立半田病院、<sup>2</sup>藤田保健衛生大学病院  
 ○山田 啓策<sup>1</sup>、春田 明範<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、川口 彩<sup>1</sup>、岩下 統一<sup>1</sup>、  
 森井 正哉<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、大塚 泰郎<sup>1</sup>、橋本 千樹<sup>2</sup>

症例は68歳男性。右季肋部痛を主訴に近医受診し腹部超音波検査(US)、単純CT検査にて胆嚢内に胆石、胆嚢底部の壁肥厚を認めたため精査目的にて当科紹介受診となった。当院施行のUSでは胆嚢内に最大径10mmの胆石、底部の著明な壁肥厚を認め、RASやcomet signも伴っていた。また、胆嚢と接する肝S4領域に低エコー領域を認めた。腹部ダイナミックCT検査では胆石と底部の壁肥厚を認め胆嚢底部は周囲よりも強い造影効果を示していたが、肝S4の領域は周囲の肝と比較して造影効果は弱かった。MRCPの拡散強調像では胆嚢底部、肝S4の領域は著明な高信号を示していた。超音波内視鏡検査(EUS)ではUSと同様な所見を認め、肝臓の低エコー領域は境界明瞭であり腫瘍性病変よりは炎症性変化が考えられた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)では胆嚢底部に結石と思われる陰影欠損を認め、胆嚢底部には造影剤が流入しなかった。その他主膵管、総胆管には明らかな異常は認めなかった。以上の所見よりRASやcomet signを有していることから胆嚢筋腫を疑われたが肝S4の病変、MRCPの拡散強調像の高信号など悪性を示唆する所見も認め、胆嚢癌の可能性も否定できなかったため患者と相談し外科にて拡大胆嚢摘出術を施行した。術後の経過は良好で第10病日退院された。胆嚢の最終病理所見では腫瘍は胆嚢上皮直下から胆嚢壁全層、肝臓へ及んでおり免疫染色にて悪性リンパ腫、diffuse large B-cell typeと診断された。後日血液内科常勤医のいる高次医療機関に紹介、化学療法を施行された。今回我々は術前診断に難渋した胆嚢悪性リンパ腫の1例を経験したため文献的考察を加えてここに報告する。

## 25 CA19-9高値を示した黄色肉芽腫性胆嚢炎の1例

<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器代謝内科学、  
<sup>2</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 地域医療教育学  
 ○宮部 勝之<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、内藤 格<sup>1</sup>、清水 周哉<sup>1</sup>、  
 近藤 啓<sup>1</sup>、山下 宏章<sup>1</sup>、梅村修一郎<sup>1</sup>、堀 寧<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、  
 大原 弘隆<sup>1</sup>、城 卓志<sup>1</sup>

症例は79歳女性、主訴は悪心、嘔吐。既往歴として虫垂手術歴あり。家族歴は父が胃癌。現病歴は2013年4月下旬より主訴出現。5月に入り発熱を繰り返すため近医受診。血液検査にて炎症反応とCA19-9高値を認めたため当院紹介受診。CTにて胆嚢腫大も認められたため、精査加療目的にて5月下旬当院入院となった。理学所見では、右季肋部に鶏卵大の腫瘍を触知するも圧痛は軽度。血液生化学的所見では白血球8400/mm<sup>3</sup>、CRP 9.28mg/dl、CA19-9 1686U/mlを認めた。腹部超音波検査では胆嚢腫大とともに全周性で不整な胆嚢壁肥厚を認めた。造影CTでは胆嚢頸部を中心に動脈相より造影される不整な壁肥厚があり、また胆嚢より肝実質内に連続する不均一な濃染像が存在し胆嚢壁との境界が不明瞭であることから、胆嚢癌の肝浸潤が疑われた。左右肝動脈や門脈左枝への浸潤も疑われた。超音波内視鏡では胆嚢腫大の他、胆嚢内部に胆泥が充満しており、胆嚢底部と肝実質との境界が不明瞭であった。以上より胆嚢癌または黄色肉芽腫性胆嚢炎を考え、胆嚢癌の肝浸潤が疑われる部位を二度経皮的に生検したが悪性細胞が得られなかった。入院5週間後のCTでは肝浸潤と思われる不均一な造影領域がやや縮小し、CA19-9も39.8U/mlと減少。経皮経肝的胆嚢穿刺術後の胆汁細胞診も陰性であったことから黄色肉芽腫性胆嚢炎の可能性が高いと考え、胆嚢および肝床切除を施行した。切除標本の胆嚢断面には黄色の結節が多発し、病理組織学的所見にて多数のコレステロール結晶、周囲の異物多核巨細胞、多数の泡沫状マクロファージの浸潤を認めたものの、明らかな異形細胞は認めなかったことから、黄色肉芽腫性胆嚢炎と診断した。本疾患は胆嚢壁の肥厚をきたし、画像的に胆嚢癌との鑑別が問題になる比較的良好な疾患であり、特に本症例では当初CA19-9高値にて胆嚢癌との鑑別が困難であったことから、文献的考察を加えて報告する。

## 27 胸膜中皮腫の胆嚢浸潤の1例

小牧市民病院 消化器科  
 ○竹下 晴菜<sup>1</sup>、館 佳彦<sup>1</sup>、平井 孝典<sup>1</sup>、濱崎 元伸<sup>1</sup>、永井真太郎<sup>1</sup>、  
 和田 啓孝<sup>1</sup>、飯田 忠<sup>1</sup>、佐藤亞矢子<sup>1</sup>、灰本 耕基<sup>1</sup>、小島 優子<sup>1</sup>、  
 小原 圭<sup>1</sup>、宮田 章弘<sup>1</sup>

【症例】77歳、男性。【既往歴】膀胱癌にてTUR-BT、COPD。【現病歴】2012年10月健診Xp異常にて当院一般内科受診。右胸水貯留を認め、セルブロックより腫瘍細胞を検出した。同年11月局所麻酔下胸腔鏡生検施行し、胸膜中皮腫(上皮型)の診断となった。その後、カルボプラチンとベトトレキセドによる化学療法を施行するもPDであり中止となった。2013年3月21日心窩部痛を主訴に消化器内科受診し、急性胆嚢炎にて入院となる。3月22日PTCCD施行し、腹痛は軽快。4月3日PTCCDチューブ抜き、4月5日退院となる。4月18日再び腹痛あり消化器内科再受診、胆嚢炎の再発にて入院となる。【現症】JCS0、BT37.1℃、BP155/86、HR86、腹部・軟、右季肋部に著明な圧痛あり、反跳痛なし。【血液検査】CRP 10.7 mg/dl、Hb 9.9 g/dlと炎症反応の上昇と貧血を認めた。【画像所見】エコーでは、胆嚢底部の壁肥厚、胆石、胆泥を認め、同部位に圧痛の訴えあり、CTでもエコーと同様の所見で周囲脂肪織混濁が著明であったが、retrospectiveに検討すると、胸膜肥厚部との境界は不明瞭であった。腹部に病的リンパ節腫大や腹水を認めなかった。【臨床経過】4月19日PTCCD施行したが、腹痛、CRP高値改善せず、外科に胆嚢を依頼、6月7日開腹胆嚢摘出術施行した。なお、PTCCD後に提出した2回の胆汁細胞診はいずれもclass IIIaで悪性所見を認めなかった。手術標本では、粘膜炎には腫瘍性病変を認めず、肉眼的には慢性胆嚢炎の所見であった。手術標本の病理学的検討では、粘膜炎には腫瘍細胞を認めなかったが、漿膜面に腫瘍細胞を認め、免疫染色にてMNF116陽性、CK7陽性、CK20陰性、TTF-1陰性、PSA陰性、p53陽性、D2-40陽性、calretinin陽性、WT1陽性、CEA陰性のphenotypeを示し中皮腫のマーカーが陽性であり、以前施行した胸膜生検の病理像に一致、胸膜中皮腫の浸潤と診断した。【結語】胸膜中皮腫の胆嚢浸潤の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えてここに報告する。

## 28 胆嚢十二指腸瘻からの胆石性十二指腸イレウス(Bouveret症候群)の一例

小牧市民病院 消化器科

○安達 健、平井 孝典、宮田 章弘、館 佳彦、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

【背景】胆石イレウスは診断が難しい疾患の一つである。今回、Bouveret症候群と呼ばれる、胆嚢十二指腸瘻から胆石性十二指腸イレウスをきたした症例を経験したため報告する。【症例】76歳女性【主訴】胸痛、背部痛【既往歴】高血圧症、高脂血症、糖尿病、胆石【現病歴】2013年7月26日より胸痛、背部痛自覚。近医で点滴受けるも改善せず、症状持続するため8月2日に当院救急外来受診。診察にて右季肋部圧痛あり、採血で白血球、CRP、肝酵素上昇認め、CT検査にて胆石、胆管炎、胆嚢炎の診断で入院となった。救急外来では胆嚢十二指腸瘻の診断はされなかった。入院後の造影CTにて胃の拡張、肝内胆管にPneumobilia、胆嚢内にair、十二指腸に結石を認めた。十二指腸と胆嚢底部の交通もみられた。腹部エコーではPneumobilia、十二指腸内の結石の所見が認められた。上部内視鏡検査では胃内に大量の固形食物残渣を認めた。十二指腸球部に胆石が嵌頓しており、ファイバーの深部までの挿入は不能であった。上部内視鏡検査下のガストロ造影にて十二指腸から胆嚢、総胆管が造影され、総胆管内の結石も認められた。以上より胆嚢十二指腸瘻、十二指腸球部での胆石イレウスと診断した。絶食、点滴、抗生剤投与により胆嚢炎の軽快後、当院外科にて胆のう摘出、総胆管切石、十二指腸瘻閉鎖、胃空腸バイパス、Braun吻合、胆管十二指腸吻合を施行された。【考察】本症例はCT、腹部超音波、上部消化管内視鏡検査にて胆嚢十二指腸瘻を認め、胆石性十二指腸イレウスと診断された。これまでの報告では胆石性イレウスの嵌頓部位は回腸終末部が60-70%で最も多く、空腸が20-40%、胃が14.2%、結腸が4.1%、十二指腸が3.5%と報告されている。今回、Bouveret症候群と呼ばれる稀な胆石性十二指腸イレウスを経験した。

## 30 セフトリアキソン (CTRX) を使用し、有症状の偽胆石症を発症した3例

名古屋記念病院 消化器内科

○河辺健太郎、宮良 幸子、神谷 聡、鈴木 重行、中館 功、  
高田真由子、村上 賢治

(症例1)70歳女性。2ヶ月前から肺炎で当院に2回入院し、総合内科でCTRXによる治療を行っていた。転院後、胆道系酵素の上昇と心窩部痛が出現し近医より当科へ紹介となった。CTで総胆管結石を認めた。CTRXは肺炎による1回目の入院で2g×20日間、2回目の入院で2g×7日間を使用していた。CTを見返すと、無症状ながら2回目の肺炎での入院時には胆嚢結石は出現していた。2回目肺炎の退院後より10日で肝胆道系酵素の上昇、心窩部痛、総胆管結石を認めた。基礎疾患や全身状態より、ERCP等の侵襲的治療は行わずに絶食、補液、抗生剤の保存的加療にて経過観察したところ、総胆管結石は4週間後に、胆嚢結石は8週間後に自然消失した。(症例2)37歳女性。1週間前に虫垂炎にて当院外科に入院した。CTRX2gを4日間使用し、手術治療を行った。退院1週間後に腹痛が出現し、当院を受診した。CTで総胆管結石を認め精査加療目的に当科への入院となる。絶食、補液、抗生剤の保存的加療にて経過観察したところ、総胆管結石は1週間後に、胆嚢結石は4週間後に自然消失した。(症例3)21歳男性。3週間前に虫垂炎にて当院外科に入院した。手術は行わずCTRX2gを4日間使用した。退院2週間後に心窩部痛と嘔吐にて当院を受診した。CTで総胆管結石を認め、精査加療目的で当科への入院となる。ERCPも考慮したが、発症より5日目の腹部CTで総胆管結石は消失していた。(結語)CTRX投与により胆嚢内に結石様物質が沈殿した症例が散見されている。この副作用は小児において良く知られているが、成人での報告は少なく、十分に認識されておらず、有症状ではじめて報告される場合が多い。当院で薬剤中止により速やかに消失した症例を経験したので、貴重な症例と考え、若干の文献的考察を加え報告する。

## 29 胆石イレウスに対し小腸切開縫合閉鎖+胆嚢摘出術+十二指腸瘻孔閉鎖術を施行した1例

名古屋市立東部医療センター 外科

○服部かをり、齋藤 健太、森 洋一郎、大見 関、遠藤 克彦、  
越智 靖夫、友田 佳介、柴田 康行、谷脇 聡、羽藤 誠記

今回我々は、典型的な胆石イレウスの1例を経験し良好な経過をたどっているので報告する。症例は59歳男性、元々胆嚢結石症が指摘されていた。既往に特発性後腹膜線維症があり、今回嘔吐と経口摂取不良を主訴に受診し、CTにて胆石イレウス、胆嚢結石症、胆嚢十二指腸瘻と診断。同日小腸切開縫合閉鎖+胆嚢摘出術+十二指腸瘻孔閉鎖術を施行した。腹腔鏡下に小腸閉塞部を検索し、小開腹して同部の小腸を切開し約3cmの結石を除去、Albert-Lembert縫合にて閉鎖した。さらに炎症性の癒着を剥離しながら胆嚢十二指腸瘻周囲を観察、十二指腸の損傷を最小限にするために開腹に移行し、胆嚢十二指腸瘻を直视下に切断し胆嚢を摘出、その後十二指腸切開部をAlbert-Lembert縫合にて閉鎖した。ドレーンは十二指腸縫合閉鎖部と胆嚢床を経由するように肝下面に左右から2本留置し、さらに胃減圧チューブ、瘻も留置した。術後は炎症反応の経過、ドレーンの性状や量も問題なく、術後3日目から腸瘻からの経管栄養を開始、6日目の上部消化管造影で明らかな造影剤漏れなく経口摂取開始、12日目は点滴終了、ドレーンすべて抜去された状態となり、良好な経過をたどっている。胆石イレウスの多くは胆嚢十二指腸瘻を通過した結石が小腸に嵌頓して生じる。比較的多い疾患であったが、近年は胆嚢結石症の増加に伴い報告例も増加している。本例では胆石イレウスに対し外科的治療を行い明らかな合併症なく経過しており、若干の文献的考察を加え報告する。

## 31 総胆管結石に対するRendezvous治療の工夫

名古屋徳洲会総合病院 消化器内視鏡治療センター

○高山 悟、林 祐一

【目的】総胆管結石の治療には様々なアプローチがあるが、最近では内視鏡的乳頭切開術(EST)に集約しつつある印象である。しかしながら全例胆管へのカニューレションが可能というわけではなく挿入困難例は存在する。通常そのような例は、開腹にせよ腹腔鏡にせよ総胆管切開術となることが多い。我々は総胆管切開例では胆汁漏れや胆道狭窄の問題が発生するためやはりESTに優位性があると考えており、それを可能とするためランデブー法により術中ESTを行っている。今回はそれらの症例を我々の行っている工夫を交え紹介したい。【方法】Rendezvous法では通常の腹腔鏡下胆嚢摘出術と同様手術を開始し胆嚢管を同定、胆嚢側クリッピング後胆嚢管を切開しそこからガイドワイヤーを挿入、イメージ観察下で先端を総胆管を通し十二指腸内まで進め、そこで内視鏡からの造影チューブをガイドワイヤーにかぶせるという方法が基本である。しかしながらガイドワイヤーが乳頭を通過しない症例や、通過してもチューブがかぶせられない症例も存在する。そのような症例に対し前者ではガイドワイヤーに造影チューブを胆嚢管側からかぶせる事により、また後者に対しては一旦スナアでガイドワイヤーを捕まえカメラ鉗子口まで引き出しそこで造影チューブをかぶせることにより対応している。また手技の安定に伴い急性期でない総胆管結石は術前ESTを省略し術中に行ったり、開腹術でもRendezvous法を行った例も広げ、また小結石に対しては術中イメージを省略するなど様々な形でRendezvous法を行う様になってきている。【成績】これら工夫によりRendezvous不成功例はなく、また術後もほとんど膵炎を起こす事なく経過し当施設では安定した手技となっている。【結論】Rendezvous法により患者負担が軽減され早期退院も可能となるため、今後も日常的な手技としてRendezvous法を積極的に施行していく予定である。

## 32 下血を契機に診断された小腸カルチノイドの1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院光学医療診療部

○十時 利明<sup>1</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、野尻圭一郎<sup>1</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、  
田野 俊介<sup>2</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、  
堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

【症例】40歳代、男性。タール便にて前医を受診し、Hb5.4g/dlの貧血を指摘された。上下部消化管内視鏡で特に異常所見を認めなかった。輸血後、Hb9.1g/dlまで回復したが、小腸出血が疑われ精査目的で当科紹介受診した。外来でカプセル内視鏡検査(CE)を施行し小腸(内服開始から1時間28分)に粘膜下腫瘍(SMT)様の隆起性病変を認めた(小腸通過は3分～3時間53分)。出血は認めなかった。入院後施行した経口的ダブルバルーン内視鏡(DBE)では挿入範囲に異常所見を認めなかった。経肛門的DBEにて回腸に平坦な隆起性病変を確認した。病変は約10mm大、立ち上がりはなだらかで、表面は正常の絨毛に覆われていた。中心部にびらんを認め、同病変が出血の責任病変と考えられた。生検で腫瘍細胞は両染色性胞体を持ち、胞巣状～管状増殖を認め、免疫染色ではChromograninA(+), CD56/NCAM(+), Synaptophysin(+))でカルチノイドと診断された。CT上明らかな転移は認めなかったため、腹腔鏡下回腸部分切除を施行された。最終病理診断は、カルチノイド、9×10mm, pT3(ss), ly(-), v(-), PM(-), DM(-)であった。【考察】曾我らの報告によると、本邦における消化管カルチノイドの頻度は、直腸、胃、十二指腸、虫垂、小腸の順であり、小腸カルチノイドは稀な疾患である。小腸カルチノイドは初期の段階では自覚症状に乏しく、腹部CTなど偶然発見される症例が多かった。最近では、原因不明の消化管出血(OGIB)を契機に発見される報告が散見される。本症例は下血を契機に小腸カルチノイドを診断された1例で若干の文献的考察を加え報告する。

## 34 ステロイド抵抗性のCrohnkhte-Canada症候群に cyclosporineが著効した一例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、

<sup>3</sup>藤田保健衛生大学消化管内科

○大島 啓嗣<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>1</sup>、山田 弘志<sup>1</sup>、名倉明日香<sup>1</sup>、  
吉村 透<sup>1</sup>、中野 有泰<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、舩坂 好平<sup>2</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、  
宮原 良二<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、伊藤 彰浩<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、  
前田 修<sup>1</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、大宮 直木<sup>3</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

症例は71歳男性。2011年1月頃より両手指尖部のしびれ、上下肢の爪剥離、皮膚の色素沈着を自覚していた。4月に口腔内違和感と味覚異常出現、5月には嘔気、下痢と食欲不振が出現したため近医を受診した。上部消化管内視鏡検査、注腸造影にて胃と大腸にポリポースと、血液検査にて低蛋白血症を指摘された。6月に前医に入院し、上下部消化管内視鏡検査にて内視鏡像と病理像よりCrohnkhte-Canada症候群と診断された。小腸精査と加療目的に当科を紹介され、7月7日当院に入院となった。入院時採血では総蛋白7.7g/dl、albumin 3.3g/dlであった。第10病日よりステロイド40mgを開始するが改善せず(第28病日総蛋白3.9g/dl、アルブミン 2.1g/dl)。第32病日よりステロイドパルス療法を施行したところ、第37病日に敗血症性ショック(血液培養よりe.coli)となった。改善後、第60病日より静注cyclosporineを2mg/kg/dayで開始したところ、低蛋白血症の改善(総蛋白5.7g/dl、albumin 3.4g/dl)とポリポースの改善を認めた。第77病日より経口cyclosporineに切り替えazathioprineを投与開始し、第93病日に退院となった。退院後はazathioprineで寛解維持を行い、現在までコントロールは良好である。寛解維持にazathioprineが有効であった報告はあるが、治療にcyclosporineを用いた報告はなく、若干の文献的考察を加え報告する。

## 33 肺塞栓を契機に判明した小腸癌の一例

地方独立行政法人 三重県立総合医療センター

○川崎 優也、森谷 勲、田中淳一郎、笠井 智佳、大矢 由美、  
井上 英和、伊藤 信康、高瀬幸次郎

【症例】56歳、男性【主訴】呼吸苦、胸腹部不快感、右側腹部痛【現病歴】来院2週間前より腹部違和感が出現。階段を登行時に気分不良・呼吸苦が出現し倒れていたところを発見され救急搬送。【現症】意識状態：JCS-1、BT：35.7℃、HR89bpm、BP:78/56mmHg、SpO2:96%(mask9L)、肺音：清、腹部：膨満・やや硬、右側優位に圧痛(+)、筋性防御(+)【経過】来院当初、低酸素・ショック状態であり、CTにて両側肺塞栓 左膝窩静脈血栓、腹水を認めた。酸素吸入・大量輸液・抗凝固療法により急性期は離脱した。腹水穿刺にてCEAの著明な上昇を認め、腹水細胞診にて腺癌の所見を認め、癌性腹膜炎と診断した。入院時造影CT、PET-CTでは大網は不均一に造影され、右側腹部、直腸にも同所見を認めた。上部・下部内視鏡検査では異常所見を認めず、小腸内視鏡にてTreitz靱帯より20cm肛門側に小腸癌(高-中分化腺癌)を認めた。第31病日よりS1+cisplatinによる化学療法を開始した。その後、病変部で生じた狭窄に対して第80病日に小腸ステントを留置した。化学療法は2コース終了後、継続困難となったため中止し、第160病日に永眠された。【考察】悪性腫瘍に合併する血栓塞栓症の頻度は、1-11%程度で消化管癌、肺癌、肺癌で合併率が高い。【結語】肺塞栓を契機に発見された小腸癌の一例を経験したので報告する。

## 35 小腸重積をきたしたinflammatory fibrod polypの一例

名古屋市立大学 医学部 消化器外科学

○柴田 孝弥、松尾 洋一、岡田 祐二、木村 昌弘、舟橋 整、  
高橋 広城、藤幡 士郎、竹山 廣光

患者は78歳男性。平成23年、近医で大腸ポリープのポリペクトミーを施行した日の夜間に腹痛が出現した。翌々日に腹痛が増強したため、同医受診。ポリペクトミーによる大腸穿孔を疑われ、当院に救急搬送された。腹部CTを撮影したところ小腸にtarget signを認め、触診で腹膜炎症状も認められたため、小腸重積による腹膜炎の診断で緊急手術となった。開腹したところ回腸に腫瘍があり、これが先進部となって重積を起こしていた。同部位の小腸を切除したところ、3.5cm×2.5cmの1型腫瘍を認めた。病理組織検査の結果はinflammatory fibroid polypであった。腸重積を起こすほど発達したinflammatory fibroid polypの症例は比較的まれであり、文献学的考察を加えて報告する。

## 36 肺腺癌の転移性空腸腫瘍による腸重積症に対し内視鏡的 整備を試みた一例

市立四日市病院

○小林 新、山脇 真、熊谷 成将、二宮 淳、前川 直志、  
桑原 好造、水谷 哲也、小林 真、矢野 元義

【背景】肺癌の小腸転移は稀だが、肺癌の増加と集学的治療の進歩による進行例の生存期間延長から近年増加傾向にある。【症例】81歳、男性【主訴】嘔吐【既往歴】喘息【現病歴】2011年11月当院呼吸器科で右肺上葉腺癌cT2aN3M0と診断され、2012年1月より化学療法(CBDCA+Pemetrexed, DTX, GEM)を行っていた。2013年6月に多発脳転移が出現し、7月17日よりガンナイフ治療のため入院となった。7月18日から嘔吐を繰り返し、CTで左上腹部に小腸重積を認め、外科紹介となった。しかし全身状態不良(PS4と喘息発作)で手術治療は困難と判断され、翌日消化器科にて内視鏡的整備および診断確定目的でシングルバルーン小腸内視鏡検査を行った。Treitz靭帯より肛門側に10cmの空腸に捻転を、そのさらに10cm肛門側に腸管の重積を認めた。重積の先進部に長径8cmの不整な亜有茎性腫瘍を認めた。スライディングチューブのバルーンを腫瘍の肛門側まで挿入し、バルーンを拡張させ、スライディングチューブを引き戻すことで重積の解除を試みた。しかし捻じれと癒着の影響で十分な引き戻しが行えず患者が疼痛を訴えたため、本法を断念した。また小児の腸重積解除の要領で重積部より肛門側空腸を送気して内圧を上昇させることで重積の解除を試みたが解除には至らず処置を終えた。術翌日のCTで重積は解除できてはいないものの明らかに改善しており、小腸追跡造影検査でもガストログラフインは重積部を越え速やかに骨盤内回腸まで造影された。従って術後2日目からは飲水を開始したが嘔吐は認めなかった。喘息発作の改善を待って手術治療を予定していたが、呼吸状態の悪化により入院後24日目に他界された。なお、空腸腫瘍の生検結果は高分化型腺癌で肺転移を強く疑うものであった。【結論】肺癌の小腸転移は急性腹症として発症した場合は本来保存的治療のみでの改善は望めず、全身状態が許すならば姑息的手術治療の適応である。本症例では手術治療は選択できなかったが、内視鏡的処置を行い飲水まで可能となったことからQOL改善には貢献できたと考えている。なお学会当日は文献学的考察も加えて発表したいと考えている。

### 37 カプセル内視鏡とダブルバルーン小腸内視鏡にて観察しえたメッケル憩室内翻による小腸出血の1例

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○井深 貴士、荒木 寛司、大西 雅也、長谷川恒輔、宮崎 恒起、中西 孝之、高田 淳、大野 智彦、永野 淳二、久保田全哉、小野木 章人、白木 亮、今尾 祥子、清水 雅仁、伊藤 弘康、森脇 久隆

症例は80歳男性。2010年2月頃血便を認め前医で上下部内視鏡検査施行するも原因不明であった。2013年5月初めより血便を認め、前医にて再度上下部内視鏡検査施行するも原因不明であったが、1週間後に再度血便を認めた。ヘモグロビン値は11.0g/dlと低下しており、正球性正色素性の貧血であった。小腸精査目的にて当院転院となった。カプセル内視鏡検査にて回腸に発赤調の隆起性病変を認めた。ダブルバルーン小腸内視鏡検査にてバウヒン弁から95cmの部位に先進部が発赤調で正常な絨毛構造が全体を覆っている長径5cm程度の隆起性病変を認めた。軟らかい病変であった。観察可能範囲に、びらん等認めなかったが、出血源と考え点墨を行い、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。切除標本の肉眼所見は、起始部は正常粘膜と同様のKerckring襞を認め先端部は発赤調の隆起性病変であった。大きさ45×8mmであった。病理所見では、概ね正常な粘膜上皮で覆われているが、先端部にわずかに上皮の脱落した潰瘍性病変を認めた。漿膜下組織を含む全腸管壁構造を有しており、小腸憩室の翻転した状態と考えられた。粘膜深層に幽門腺様の腺組織を認め、メッケル憩室の翻転として矛盾しない所見であった。本症例のように憩室内の内翻がホリープ様に観察される場合があり、これを内視鏡的に切除すると穿孔する恐れもある。小腸隆起性病変を認めた場合ダブルバルーン小腸内視鏡にて詳細に観察し本症も鑑別にあげることがある。

### 39 空腸憩室穿孔の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

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

【症例】94歳女性【主訴】下腹部痛【既往歴】慢性心不全、心房細動(H16年～)、胃癌(H8年 胃幽門側胃切除術)【現病歴および経過】H19年6月中旬より慢性心不全、便秘症にて循環器内科に入院中であった。便秘症に対してはセンシド、マンダテン、酸化マグネシウム、ピコスルファートナトリウム内服にて排便コントロールを行っていた。H19年9月初旬に下腹部痛が出現し、当科に紹介された。理学的所見では腹部全体に圧痛、筋性防御を認めた。血液検査にてWBC11100/ul、CRP4.32mg/dlと炎症反応の上昇を認め、腹部CT検査では、腹腔内にfree airを認めた。穿孔部位の確認のために、上部消化管内視鏡検査を実施したが、十二指腸下部までに明らかな穿孔部位は認めなかった。消化管穿孔、汎発性腹膜炎の診断で同日外科に転科し、緊急開腹手術を施行した。術中所見では、トライツ靭帯から約50cmの空腸までの腸間膜側に多数の憩室を認め、そのうちの1つの憩室(トライツ靭帯から約20cm)に穿孔を認めた。憩室を含む空腸部分切除術、洗浄ドレナージ術を施行した。病理組織学的検査では空腸仮性憩室の穿孔と診断された。腸管内異物や異所性組織・悪性所見は認めなかった。術後経過は良好で、第10病日に循環器内科に転科となり退院後も症状の再発は認めていない。【考察】消化管憩室のうち小腸憩室(Meckel憩室を除く)は発生頻度が1.4～3.2%と比較的稀な疾患であり、高齢者に好発する。また、小腸憩室のほとんどは無症状で経過するが、約10%に外科的治療が必要とされる急性病変を合併するといわれている。その合併症の1つとして憩室穿孔があり、腹膜炎の診断にて開腹手術が行われた症例が報告されている。今回我々は稀な空腸憩室穿孔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。

### 38 抗血小板が原因で再出血をきたし、IVRIにて止血し得た回腸憩室出血の1例

<sup>1</sup>木沢記念病院 消化器科、<sup>2</sup>同 総合診療科

○中村 しの<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、足達 広和<sup>1</sup>、中川 貴之<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>1</sup>、杉山 誠治<sup>2</sup>、吉田 健作<sup>2</sup>

【症例】64歳、男性。2008年4月、心筋梗塞にてステント留置術施行され、以後近医にてアスピリン、クロピドグレルなどの内服加療されていた。2012年4月11日、血便を認めたため当院救急外来受診した。検査所見ではHb 9.3g/dlと貧血を認めた。12日に洗腸後、先端に透明フードを装着しCF施行したところ回腸に多発するびらん、終末回腸に憩室を認めた。憩室内に凝血塊、びらんを認め、同部からの出血と診断しクリップにて止血術を行なった。以後、再出血なく、18日に退院した。抗血小板剤は再開し、以後近医に転院となった。2013年2月23日より血便続くと25日に当院救急外来を受診した。検査所見では、Hb 9.1g/dlと貧血を認めた。造影CTにて回腸に造影剤の血管外漏出像を認めた。そこで、洗腸後、シングルバルーン小腸内視鏡を施行したところ終末回腸で、前回と同一と考えられる憩室より湧出性出血を認め、出血部位と診断した。クリップにて止血を試みるも病変の正面視が困難で、内視鏡的には止血困難と診断したため、同日IVRIを試みた。SMA造影にて、止血用クリップ付近の回結腸動脈から造影剤の血管外漏出像を認めたため、責任血管に対しマイクロコイル4本にて塞栓術を施行した。26日のCTでは、クリップの位置に一致して終末回腸の壁肥厚を認めた。27日の内視鏡では終末回腸の浮腫、びらんを認めるも止血は良好であった。術後、再出血、腹膜炎などの偶発症なく、28日より食事を開始した。3月5日よりクロピドグレル単剤を再開し、6日に退院となったが、現在まで再出血は認めていない。【結語】抗血小板剤が原因と考えられ、同一の憩室から出血をきたした回腸憩室出血の1例を経験した。内視鏡的に止血困難であったため、止血術に用いたクリップを指標にIVRIにて安全に止血しえた。

### 40 腸管症関連T細胞リンパ腫の1例

<sup>1</sup>J愛知厚生連 海南病院 消化器内科、

<sup>2</sup>J愛知厚生連 海南病院 外科、

<sup>3</sup>J愛知厚生連 海南病院 血液内科、

<sup>4</sup>J愛知厚生連 海南病院 病理診断科

○青木 聡典<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、武藤 久哲<sup>1</sup>、廣崎 拓也<sup>1</sup>、石川 大介<sup>1</sup>、國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>、三輪 高也<sup>2</sup>、茂尾 優<sup>3</sup>、後藤 啓介<sup>4</sup>

今回我々は、非常に希な腸管症関連T細胞リンパ腫の1例を経験したため報告する。症例は60歳男性。H25年4月上旬より腹部膨満と下痢が出現。その後も1ヶ月以上症状が持続するため入院精査となった。腸炎として絶食、補液にて保存的治療を開始するも症状の改善がみられず、腹部膨満がさらに増悪、麻痺性イレウスの状態を呈してきた。このためイレウス管を挿入し、腸管内圧の減圧等を試みたが、敗血症から肺炎を発生し、入院第18病日にICUでの集中管理となった。状態は一時改善し、ICU退出となったが、退出後4日目(第24病日)に再び呼吸状態が悪化、再度ICUでの集中管理が必要となった。第32病日には消化管穿孔が疑われ、同日緊急で回腸切除術が行われた。切除された回腸は全体に浮腫状で、複数の穿孔部を認めた。病理検査の結果、小腸粘膜固有層から漿膜にかけて、CD3陽性、CD8陽性、CD56弱陽性、CD68陰性の小型単核球様異型細胞がびまん性に増殖しており、T細胞リンパ腫と診断された。第39病日には血液内科にてプレドニゾロンの投与が開始されたが、すでに多臓器不全の状態であり、積極的な化学療法は困難な状態であった。その後消化管出血と消化管再穿孔を来とし、第46病日に永眠された。腸管症関連T細胞リンパ腫は世界的にも非常に希な疾患であり、Celiac病の好発地に多いといわれている。空腸や回腸に発生することが多いとされ、コントロール不能な吸収不良が原因で患者が衰弱し、腹部の併発症による死亡例が多いとされる予後不良の疾患である。一般的に化学療法抵抗性であり、全身状態が不良になる前に外科的切除に踏み切る必要があるとされるが、術前の診断は非常に困難である。本症例においても、消化管穿孔後の外科的腸管切除により診断がなされており、すでに急速に全身状態が悪化していたため化学療法の施行が困難であった。本症例は同意が得られたため病理解剖を実施しており、その結果を含めて報告する。



## 41 右腋窩粘液型脂肪肉腫の術後5年に小腸転移をきたした1例

名古屋市立大学病院

○今神 透、佐藤 幹則、柴田 孝弥、田中 達也、小川 了、  
宮井 博隆、坂本 宣弘、原 賢康、高橋 広城、石黒 秀行、  
松尾 洋一、岡田 祐二、木村 昌弘、竹山 廣光

症例は74歳の男性。2007年2月に直腸癌に対して腹仙骨式直腸切断術を施行(Stage II)。同年11月右腋窩粘液型脂肪肉腫(Myxoid liposarcoma)切除術を施行。外来にて経過観察していたが、2009年5月にPET-CTにて右骨盤壁に集積を認め、閉鎖孔リンパ節転移と診断された。手術非切除となり合計61Gyの放射線治療を施行。補助療法としてmFOLFOXを15サイクル施行。2010年8月に右肺に腫瘍を認めたため右中葉部分切除術を施行、病理は直腸癌肺転移であった。肺部分切除部位に局所再発が疑われたため、2012年1月に右中葉切除と上葉部分切除を施行、病理は直腸癌肺転移であった。補助化学療法は施行しなかった。同年6月に左舌区に結節影が出現したため、放射線治療を合計50Gy施行。2013年4月にCTにて右骨盤内で周囲小腸を圧排性に増大する48mm×36mmの腫瘤影が出現、2013年7月に58mm×57mmへと増大傾向を認めた。またPET-CTでも同部位に集積を認めた。直腸癌または腋窩脂肪肉腫の転移性腫瘍、GISTが鑑別に挙げられた。2013年8月に手術を施行、開腹すると、小腸腸間膜付着部より圧排性に発育する7cm×5cmの腫瘍を認めた。小腸を2群リンパ節郭清を伴う部分切除をして手術を終了した。病理では小腸の筋層から漿膜に及ぶ大きさ7.5×4.5×4.0cmの比較的境界明瞭な腫瘍であり、円形～類円形の腫瘍細胞の増殖を認めた。免疫染色ではc-kitは陰性、CD34は陰性であったが、S-100蛋白は散在性に弱陽性であった。既往の腋窩粘液型脂肪肉腫と組織学的類似性がみられたため腋窩粘液型脂肪肉腫の小腸転移と診断された。術後化学療法は施行していないが、再発を認めず経過している。脂肪肉腫の小腸転移症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

#### 42 食道閉塞・気道狭窄を伴う頸部食道癌に対しDGS療法が著効し根治切除を施行し得た2例

岐阜大学 医学部 腫瘍外科

○八幡 和恵、田中 善宏、久野 真史、山田 敦子、市川 賢吾、  
棚橋 利行、今井 寿、佐々木義之、奥村 直樹、松橋 延壽、  
高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

【背景】食道癌化学療法において、従来のFP療法に加えタキサン系薬剤の追加による奏効率の改善が報告されている。当科でも食道癌術前化学療法としてDCF/DGS療法を行い8割以上の奏効率をあげている。今回、食道閉塞・気道狭窄を伴う頸部食道癌に対しDGS療法が著効し、根治切除を施行し得た2症例を経験したので報告する。

【症例1】71歳女性。2012年10月嚥下困難、体重減少、嘔声にて前医受診。精査にて頸部食道を中心とした下咽頭にまで及ぶ頸部食道癌と診断された。精査加療目的に当科転院、気道閉塞のおそれあり転院同日気管切開を施行した。食道閉塞、気管浸潤を伴う頸部食道癌(T4、N2(101R、102upL、104R、106recR)、M0、stageIVa)の診断にてDGS療法施行。2コース施行後の評価ではOverall responseはPR confirmedであり、2013年1月に咽頭喉頭食道摘出、甲状腺合併切除、3領域郭清、後縦隔経路亜全胃再建、腸造設術を施行した。術後病理組織学的診断ではCT-pT2、pN1(102upL)、INFb、ly1、v0、pIM0、pPM0、pDM0、pStage II、CT-Grade2であった。術後経過は良好であり術後4週間後に前医転院。術後9ヶ月の現在、明らかな再発兆候認めず。

【症例2】71歳男性。2013年4月嚥下困難にて前医受診。精査にて頸部食道癌と診断された。5月、腫瘍による気道閉塞にて前医にて気管切開施行。精査加療目的に当科転院となった。食道閉塞、気管・右甲状腺への直接浸潤を伴う咽頭から胸部上部にかけての頸部食道癌(T4、N4(101R・L、106recR・L、106tbl)、M0、stageIVa)の診断にてDGS療法施行。1コース終了後、腫瘍縮小に伴う食道気管瘻を認めた。2コース施行後の評価にてOverall responseはPR confirmedであり、更なる腫瘍縮小が期待できたためDGS療法3コース目を施行した。更に腫瘍縮小し、9月に咽頭喉頭食道摘出、甲状腺合併切除、3領域郭清、後縦隔経路亜全胃再建、腸造設術を施行した。術後経過は良好で術後4週間後に退院した。病理組織検査は現在脱灰中である。

【考察・結語】本症例のようにDGS療法により著明な腫瘍縮小によって根治術が可能となる症例が増えると思われる、予後の改善が期待できる。

#### 44 Y字胃管バイパス術後の放射線化学療法にてCRの得られた胸部食道癌の2例

名古屋市立大学 医学研究科 消化器外科

○田中 達也、木村 昌弘、石黒 秀行、小川 了、齋藤慎一郎、  
溝口 公士、竹山 廣光

切除不能進行食道癌に対してバイパス術やステントを行うことがあるが、多くの症例において長期予後は期待できない。われわれはバイパス術後に化学放射線療法を行い長期生存の得られた2症例を経験したので報告する。症例1 70歳男性 主訴：嚥下時つかえ感 現病歴：つかえ感のため近医を受診、上部消化管造影検査で異常を指摘されて当院を紹介された。上部消化管造影検査で胸部食道下部左壁に不整な隆起を認めた。上部消化管内視鏡検査では上歯列から35cmよりほぼ全周性の不整隆起を認め、ファイバーは通過しなかった。生検で高分化扁平上皮癌と診断した。CTでは胸部下部食道に腫瘤を認め、大動脈と一部接していたが、浸潤は認めなかった。手術所見で下大静脈、大動脈への浸潤を認め、切除を断念。術前経口摂取不能であったことを考慮し、Y字胃管によるバイパス術を施行。術後に化学放射線療法(シスプラチン8mg/m<sup>2</sup>と5FU350 mg/m<sup>2</sup>を5日間・2コース、放射線は67.2Gy)を行った。CTで腫瘍は指摘できなくなり、術後11年経過現在、増悪傾向なく経過している。症例2 67歳女性 主訴：嚥下困難 現病歴：嚥下困難のため近医を受診。上部消化管内視鏡で食道癌を疑われて当院を紹介された。上部消化管造影検査で胸部食道中～下部左壁に不整な隆起を認めた。上部消化管内視鏡検査では上歯列から25～30cmに2/3周性の不整隆起を認めた。生検で中分化扁平上皮癌と診断した。CTでは胸部下部食道に腫瘤を認めたが、隣接臓器への浸潤は認めなかった。手術所見で肺静脈への浸潤を認め、切除不能と判断した。術前経口摂取不能であったため、Y字胃管バイパス術を施行、術後化学放射線療法(シスプラチン10mg/m<sup>2</sup>と5FU350 mg/m<sup>2</sup>を5日間コース、放射線は55.8Gy)を行い、CTで腫瘍を指摘できなくなった。術後2年7ヶ月現在まで増悪傾向無く経過している。限られた症例ではあるが、切除不能進行食道癌であってもバイパス手術によりQOLを維持し、積極的に化学放射線療法を行うことで長期生存が得られる症例もある。症例を選択することで有用な術式と考えている。

#### 43 当科における腹臥位胸腔鏡下食道切除術の成績

刈谷豊田総合病院 外科

○青山 佳永、北上 英彦、山本 稔、中村 謙一、渡邊 貴洋、  
野澤 雅之、野々木彰、松井 琢哉、早川 俊輔、加藤 知克、  
牛込 創、安田 颯、清水 保延、田中 守嗣、早川 哲史

【はじめに】食道癌に対する開胸開腹食道切除術は手術侵襲が非常に高度であり、術後十分な社会復帰ができない例も少なくない。そのため現在までに低侵襲化を目指し様々な方法で鏡視下手術が食道癌手術に導入されている。その中で腹臥位による胸腔鏡下食道切除術は2006年に日本に紹介、導入され、優れた操作性、術野展開が得られることより徐々に普及している。年間食道癌手術件数が10例ほどの当科では、鏡視下食道切除を導入するにあたり最初から腹臥位による胸腔鏡下食道切除術を選択し、2009年より現在までに同一術者により37例を経験した。【方法】体位は左半腹臥位で固定し、必要に応じて腹臥位、左側臥位に調整する。胸腔鏡下操作は分離肺換気下でポートを4本挿入し、6mmHgの気胸下の完全鏡視下で実施する。胸腔鏡下操作が終了後、体位を開脚位とし腹腔鏡下に腹腔内郭清と胃管作成を行い、頸部襟状切開で頸部郭清後、後縦隔経路に挙上した細径胃管と頸部食道を端々吻合にて再建する。【結果】37例中32例に術前FP療法を行っており、手術は他臓器浸潤により2例が切除不能、1例に姑息手術、34例に治癒切除を行った。治癒切除を行った34例の手術時間は中央値で9時間、出血量120.5ml、郭清リンパ節個数40.5個、術後経過は全例翌日より離床し、経口摂取開始は術後3日目、術後在院日数中央値は12日であった。合併症は頸部不全3例、反回神経不全麻痺1例、誤嚥性肺炎1例、胃管通過障害1例、膿創感染1例を認めたが、いずれも保存的に軽快した。【結語】腹臥位胸腔鏡下食道切除術は、良好な視野での操作、十分なリンパ節郭清が可能で、当科では年間症例数が少ないにもかかわらず安全に施行できている。今回、当院で行っている手術の実際をビデオで供覧し、導入後の手術成績について検討し、若干の文献的考察を加え報告する。

#### 45 食道癌化学放射線療法後の大動脈食道瘻に対して大動脈ステントグラフト(EVAR)を挿入し、出血死を回避し得た2例

浜松医科大学 消化器内科

○宮津 隆裕、岩泉 守哉、樋口 友洋、川崎 真佑、鏡 卓馬、  
山田 貴教、栗山 茂、杉本 光繁、大澤 恵、杉本 健

局所進行食道癌に対する化学放射線療法(CRT)は有用な反面、種々の合併症の報告が認められる。大動脈浸潤のある食道癌に対してCRTを行い、経過中に大動脈食道瘻(AEF)の認め大動脈ステントグラフト内挿入(EVAR)にて失血死を回避し得た2例を経験した。【症例1】70歳男性。主訴は心窩部痛、咳嗽。X-1年1月頃嘔声を認め8月には嚥下困難感が出現、10月に近医での精査で胸部中部食道癌(T4N1M0、stageIVa)と診断された。手術が考慮されFP療法が施行されるも奏効せず、X年1月より低用量CDGP+5FU併用CRTを施行後、地固めCDGP+5FU併用化学療法が2コース行われた。2コース実施時の上部消化管内視鏡(EGD)にて深掘れ潰瘍あり化学療法は中止となった。食事の通過時のつかえ感と痛みが強くなり、6月に胃瘻造設目的に再入院となった。入院直後に大量の吐血を認めるもその後再吐血を認めなかったため経過観察された。後の胸部造影CTでAEFの所見が認められ、第14病日にEVARを施行した。その後も吐血なく経過し、第34病日に近医へ転院された。転院後1ヶ月半で呼吸不全により永眠された。【症例2】64歳男性。主訴は吐血。Y年8月飲酒後に吐血し近医へ救急搬送された。緊急EGDにて中部食道に3/4周性の2型腫瘤を認め、活動性の出血は認めないものの腫瘍部からの出血と判断され、APCで止血された。その後精査加療目的に当科転院となり、精査にて胸部中部食道癌(T4N2M0、stageIVa)の診断され、8月下旬より低用量CDGP+5FU併用CRTを開始した。開始後14日目に吐血を認めるもEGDで明らかな出血源が同定されず、CRTを中止し保存的加療の方針となったが、翌日に再度吐血を認めた。緊急胸部CTにてAEFによる出血と判断され、同日緊急EVARを施行した。術後吐血はなく経過し、当科転院後第53病日に近医へ転院となった。転院後1ヶ月半で原病の悪化により永眠された。経験した2例では失血死は回避可能であったが、大動脈ステントグラフト挿入後のQOLを念頭に置いた管理を含め、示唆に富むと思われたため、若干の文献的考察を交え報告する。

済生会松阪総合病院

○行本 弘樹、河俣 浩之、吉澤 尚彦、福家 洋之、青木 雅俊、  
橋本 章、脇田 喜弘、清水 敦哉、中島 啓吾

【はじめに】ダビガトランは「非弁膜症性心房細動における虚血性脳卒中、全身性塞栓症の発症抑制」の目的で使用される抗凝固薬である。従来使用されているワルファリンに比較し、投与量の微調整の必要性がなく抗凝固作用は同等の効果をもっていることから今後投与される症例が増加することが予想される薬剤である。副作用については未だ明らかになっていないが、消化器症状、出血症状の発生頻度が高いとされている。その中でも特異な内視鏡像を呈する食道炎が近年注目されている。今回我々はダビガトラン投与開始後に発症した剥離性食道炎の1例を報告する。【症例】80歳代女性、近医で高血圧、脂質異常症に対して内服加療中で、2013年6月から慢性心房細動に対しダビガトラン220mg/日を開始されていた。服薬時の飲水量は約200ml/回で、服薬後の臥床の習慣は無かった。服薬開始2ヶ月後に食後心窩部痛があり当科受診した。上部消化管内視鏡を施行すると明らかな逆流性食道炎を示唆する所見はなく、胸部下部食道を中心として、びまん性に白色の膜様物質の付着を認めた。白色の膜様物質は食道上皮の剥離と考え剥離性食道炎を疑った。新規に投与されたダビガトランの影響を考え服用中止、さらに5%アルギン酸ナトリウム60mg/日の内服開始したところ自覚症状は速やかに軽快した。薬剤中止後44日目に再度内視鏡を施行すると白色の膜様物質は消失しびらん、潰瘍などの病的所見も認められなかった。以上の経過よりダビガトランによる薬剤性剥離性食道炎と診断した。【考察】ダビガトランによると思われる薬剤性食道炎を経験した。本症例では下部食道に白色の膜様物質が付着したびらんと認める特異な内視鏡像を呈し、ダビガトラン起因性食道潰瘍の過去の報告の内視鏡像も同様であった。ダビガトランは今後投与症例が増加すると予想されるため、心窩部痛に注意し同様の内視鏡像を認めた場合には薬剤性剥離性食道炎を疑う必要があると考えられた。

<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 消化器代謝内科学、

<sup>2</sup>名古屋市立大学大学院 消化器外科学

○林 則之<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>1</sup>、片野 敬仁<sup>1</sup>、田中 守<sup>1</sup>、濱野 真吾<sup>1</sup>、  
西脇 裕高<sup>1</sup>、尾関 啓司<sup>1</sup>、塚本 宏延<sup>1</sup>、海老 正秀<sup>1</sup>、溝下 勤<sup>1</sup>、  
森 義徳<sup>1</sup>、澤田 武<sup>1</sup>、久保田英嗣<sup>1</sup>、谷田 論史<sup>1</sup>、城 卓志<sup>1</sup>、  
石黒 秀行<sup>2</sup>、木村 昌弘<sup>2</sup>、竹山 廣光<sup>2</sup>

【症例】50歳代、男性。【主訴】嚥下時痛。【現病歴】数日前からの嚥下時痛を主訴に当院外来を受診した。【経過】上部消化管造影検査では、胸部中部食道に約6cmの隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では、同部位に白苔の付着した、莖有茎性の隆起性病変を認めた。その基部には軽度隆起を伴った不整な粘膜を認め、ヨード不染帯を呈した。同部位の生検病理診断にて扁平上皮癌と診断されたCT、PET-CTにて、腹部リンパ節、右頸部リンパ節腫大を認めた。食道癌T2N3M0Stage3の診断で、術前にFP療法を施行し、手術(食道亜全摘 胃管胸骨後再建 胆嚢摘出術 3領域郭清)を行った。病理組織学的には、病巣内には分化型扁平上皮癌とともに紡錘形腫瘍細胞の増生がみられ、紡錘形腫瘍細胞は免疫染色にてCK AE1/AE3(-)、CK14(-)、Vimentin(+)であり食道癌肉腫と診断された。術後放射線療法施行したが、胸膜転移をきたし術後約6ヶ月後に死亡した。【考察】癌肉腫(carcinosarcoma)は、1つの腫瘍内に上皮性成分と非上皮性成分が、ともに腫瘍性に増殖している腫瘍の総称で、その概念は1864年、Virchowにより初めて提唱された。食道癌肉腫は1904年Von Hansemannにより初めて報告されており、本邦では1929年の報告以来、多数の報告がなされている。肉眼的にしばしば細い茎を有した隆起性病変を形成し、組織学的に隆起基底部から連続する上皮内に扁平上皮癌を伴っていることが特徴であり、本症例はこの特徴に一致する肉眼的形態を示していた。2004年の全食道悪性腫瘍例中0.6%と頻度の低い疾患であり、文献的考察を加え報告する。

48 手術標本により確定診断され、大腸癌に準じた化学療法を施行している尿管管癌の1例

岐阜県総合医療センター  
○若山 孝英、杉原 潤一、清水 省吾、芋瀬 基明

【症例】67歳、男性。【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】2012年8月下旬から腹部膨満感を自覚していたが、経過観察していた。10月に入り軽度の背部痛も出現したため、近医を受診した。腹部エコーにて腹水大量貯留が認められたため精査加療目的にて10月15日当科紹介受診となった。【入院後経過】血液生化学・末血一般検査上は正常、腫瘍マーカーはCA19-9のみ156U/mlと上昇していた。腹水は滲出性でCEAとCA19-9が高値であり、細胞診にて粘液産生を伴う腺系の異型細胞集塊が認められた。細菌培養は陰性であった。造影CTでは膀胱に接し中心部に石灰化を伴う5cm大の乏血性腫瘍が認められ、腹膜播種も示唆された。PET-CTでは腫瘍部辺縁と大網に軽度の集積が認められる以外、異常集積像は認められず、いずれも播種巣と考えられた。尿検査、尿細胞診、膀胱鏡にても異常所見は認められなかった。腫瘍部エコーにて分葉状のcystic SOLが認められたが、針生検でも原発巣の特定は困難であった。また、上・下部消化管内視鏡では異常は認められなかった。以上より、鑑別診断として、尿管管癌、虫垂癌、腹膜偽粘液腫、中皮腫、原発不明癌などが考えられた。内科的には確定診断が困難であったため、外科に腫瘍摘出を依頼した。11月7日腫瘍摘出、膀胱部分切除、大網切除(大網、腹膜播種結節は無数にみられ可能な範囲で切除)が施行された。病理学的には、尿管管遺残が認められin situ 病変と考えられる所見が認められ尿管由来の腫瘍と診断された。12月10日から大腸癌化学療法に準じてmFOLFOX6+BVを開始した。2013年9月現在、17クール継続中であり、stable diseaseを維持している。【考察】本症例は、最終的に外科手術により尿管管癌という診断に至った。尿管管癌は稀な疾患であり、治療法は標準化されていない。【結語】今回我々は、手術標本により確定診断され、大腸癌に準じた化学療法を施行している尿管管癌を経験した。現在のところstable diseaseが継続しているが、文献的考察を加えて報告する。

50 当院におけるトロンボモジュリン製剤の使用経験について

豊川市民病院 外科  
○堅田 武保、篠田 憲幸、寺西 太、高嶋 伸宏、安藤菜奈子、  
中屋 誠一、上野 修平、原田真之資

【目的】DIC(汎発性血管内血液凝固症)は、造血管悪性腫瘍、敗血症を含む感染症、固形癌に多く合併し、年間6~7万人が発症することが報告されている。従来DICの治療はヘパリンやメシル酸ガベキサートなどの抗凝固療法が主体であったが、新たに遺伝子組換えトロンボモジュリン(rTM)という選択肢が加わった。rTMは第3相臨床試験ではヘパリンに対して有用性が示されたが、今回我々は消化器疾患領域におけるDICに対してその有用性の検討を行った。【対象・方法】対象症例は2010年12月から2013年6月までの穿孔性腹膜炎24症例と胆道系感染症18例の計42症例とし、rTMのDICに対する効果及び抗炎症効果をretrospectiveに検討した。また、それぞれの疾患群においてrTM単剤投与と他の凝固剤との併用群との2群に分けて各検査値の改善度を比較し、単剤投与での有効性を検討した。加えて有害事象についても検討を行った。【結果】rTM投与にてDICスコアの低下および炎症反応の低下がみられた。各パラメーターにおいて単剤投与群は他剤併用群と比較し、同程度の改善度を得られた。【考察】rTMは消化器疾患関連のDICに対して有効な薬剤であり、単剤投与でも他剤併用群と同程度の治療効果が期待できる可能性が示唆された。

49 大腿ヘルニア嵌頓で発見された胃癌腹膜播種の1例

<sup>1</sup>松阪中央総合病院 外科、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 病理部  
○前田 光貴<sup>1</sup>、玉置 久雄<sup>1</sup>、三田 孝行<sup>1</sup>、岩田 真<sup>1</sup>、加藤 憲治<sup>1</sup>、  
大澤 一郎<sup>1</sup>、春木 祐司<sup>1</sup>、福留 寿生<sup>2</sup>

大腿ヘルニアは日常診療でよく遭遇する疾患であるが、大腿ヘルニア嚢内に腫瘍が存在することは非常にまれである。今回我々は大腿ヘルニア嵌頓を契機に発見された胃癌腹膜播種の例を経験したので報告する。【症例】69歳女性【既往歴】虫垂炎、脂質異常症、GERD【出産歴】3人経産分娩【主訴】右鼠径部膨隆【現病歴】1ヶ月ほど前より右鼠径部膨隆を認め2012年11月某日に当院外科外来を受診。【入院時現症】身長147cm 体重38kg BMI17.6。腹部は平坦・軟。右鼠径靭帯の足側に用手的に還納できない母指頭大の硬い膨隆を認め、大腿ヘルニア嵌頓と診断した。【入院後経過】腹部症状を認めず、腹部レントゲンでもイレウスの所見を認めなかったため、待機的に大腿ヘルニア根治術(UHS使用)を施行した。手術所見では大腸輪から突出する約1cmのヘルニア嚢を認め、ヘルニア内容は大網であったが一部硬結が認められたため切除し病理に提出した。病理組織学的検査の結果、signet ring cell carcinomaの大網播種が疑われた。精査目的に施行したCTでは胃の周囲に多発リンパ節腫大、腹膜播種性病変を認め、上部消化管内視鏡検査で胃前庭部に3型病変を認めた。同部位の生検からヘルニア内容と同様の病理所見が得られたため、胃癌cT4aN2M1と診断した。その後S-1+CDDPによる化学療法を施行したが、病状は徐々に悪化し2013年5月某日に死亡された。【結語】本症例は胃癌の腹膜播種が大腿ヘルニア嵌頓を契機に発見された稀な症例である。今回、若干の文献的考察を加えて報告する。

51 SMA狭窄による腸管壊死を起こした1例

公立陶生病院  
○吉崎 道代、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、古根 聡、  
鳥山 和浩

【はじめに】我々は今回、上腸間動脈(SMA)狭窄による腹部アンギーナから腸管壊死をきたし、緊急腸管切除後に残存腸管の血流を保つため、経皮的血管形成術(PTA)を施行した症例を経験したためここに報告する。【症例】79歳女性【主訴】心窩部痛【現病歴】H0年3月から食後に悪化する心窩部痛にて5月に当院受診された。外来にて腹痛精査のため施行した上部消化管内視鏡は異常なく、腹部超音波検査は胆泥のみであった。5月22日、注腸造影検査を予定していたが、検査前の薬も飲みにくい痛みが悪化したため当院再受診し、同日入院となった。造影CTにてSMA起始部より4.5cm末梢の中結腸動脈に99%の狭窄を認めたが、側副血管路よりSMAの末梢血管の造影はされており、SMA狭窄による腹部アンギーナと診断した。1か月前に冠動脈にステントを留置したばかりで手術は難しく、血管外科に相談し待機的にSMAの狭窄に対しPTAを行う予定となった。入院後より欠食、補液、硝酸薬、プロスタグランジン製剤を開始し、以後腹部症状ないため5月27日より食事再開した。5月29日腹痛悪化したため5月30日大腸内視鏡検査を施行し、回盲部、横行結腸、下行結腸に縦走潰瘍を認め、SMA狭窄による虚血性変化と考えられた。採血と腹部造影CT、大腸内視鏡検査の所見と合わせて、腸管壊死と考えられ緊急手術となった。開腹所見は、汚染腹水と腸管壊死を認め、回腸を中心に約120cm切除した。残存腸管への血流確保が不安であったため、術後循環器内科に依頼し、SMAより末梢の中結腸動脈末梢側にステントを留置し血行再建を行い、回結腸動脈の血流の改善を認めた。空腸動脈第1、2枝の狭窄もあり第1枝をバルーン拡張施行した。集中治療室にて術後管理を行い、経過順調にて6月7日より食事再開した。6月11日に撮影した造影CTでは中結腸動脈に留置したステントがより末梢の分枝に流れていたが、虚血症状なく、SMA末梢の血流は改善しているため経過観察とした。経過よく7月12日退院となった。【結語】本例は比較的にまれな疾患と考えられ、文献を加えて報告する。

52 腸管内魚骨が短時間に穿通し大網内に移動した一例

JA愛知厚生連 尾西病院 外科  
○小田 隆夫、志賀 一慶、高山 宗之、伊藤 浩一、真下 啓二

<主訴>右下腹部痛<既往歴>高血圧 高脂血症 脳動脈瘤<現病歴>平成23年2月8日右下腹痛にて近医より紹介され当院救急外来受診。腹部単純CTにて回盲部付近の腸管内に線状のhigh density認め魚骨による異物穿孔疑われ外科コンサルトとなった。炎症所見は軽度上昇認めるのみであったため待機的手術を前提に経過観察入院となった。翌日CTを再検査すると魚骨は若干肛門側に移動しており明らかな穿孔や周囲腹腔脂肪織濃度の上昇も明らかに認めなかったが、腹部理学所見上筋性防御、反跳痛を認めたため御本人、御家族の同意を得て同日夕方に手術治療を行なった。<手術所見>腹腔鏡下にて腹腔内を視察すると同日夕方の把持にて明らかな異物は認めず。小切開を置き小腸を検索、パウチ弁より170cm口側の回腸に小腸壁の肥厚、浮腫、漿膜面の創を認めたが明らかな異物は同定できず、さらに腹腔内を視察すると大網内に魚骨と思われる異物を同定した。右下腹部には少量の膿性腹水を伴っていた。同部位の小腸切除、腹腔内を洗浄後drainを留置した。<術後経過>FMOX使用し術後8日目にdrainより混濁した排液認め翌日には漿液性となり、培養でも発育菌なく術後15日目に経過良好で退院となった。数時間の間に小腸を貫通し魚骨が大網内に移動した一例を経験した。若干の文献的考察を含め報告する。

54 保存的加療が奏効した上腸間膜静脈・門脈血栓症の4例

藤枝市立総合病院  
○金子 雅直、丸山 保彦、景岡 正信、大島 昭彦、志村 輝幸、宇於崎宏城

【はじめに】上腸間膜静脈・門脈血栓症は比較的可成りな疾患であり、無症状のものから腸管壊死などの重篤なものまでさまざまな症状を呈し診断が困難な場合も多いとされる。今回われわれが経験した上腸間膜静脈・門脈血栓症の4例を報告する【症例1】25歳、女性。心窩部痛で来院し、CTで門脈血栓症と診断。採血でATIIIの低値をみとめた。ヘパリンナトリウム投与後ワルファリンカリウムで加療し症状の改善をみとめた。【症例2】53歳、男性、発熱、左上腹部痛で来院。CTで門脈に血栓をみとめた。ヘパリンナトリウム投与後ワルファリンカリウム導入し症状は軽快。採血で抗カルジオリピン抗体高値、プロテインCの低値をみとめ抗リン脂質抗体症候群、プロテインC欠乏症と診断した。【症例3】58歳、男性。左側腹部痛で来院。CTで上腸間膜静脈に血栓をみとめた。ワルファリンカリウムなど使用し血栓は縮小傾向をみとめた。採血ではプロテインS、Cなどの低下なく、基礎疾患もみとめず原因は不明であった。【症例4】83歳、男性。発熱、皮膚黄染で来院。CTで門脈・上腸間膜静脈に血栓をみとめた。来院時、敗血症、DICの状態であったが、抗生剤投与、トロンボモジュリンアルファ投与などを行い改善をみとめた。ヘパリンナトリウムによる治療開始も血尿の持続、腸腰筋内血腫を生じ中止したが、門脈・上腸間膜静脈血栓症による症状は乏しく、CTでは側副血行路の発達を確認した。【まとめ】上腸間膜静脈・門脈血栓症の原因としては、血液凝固線溶系異常、門脈圧亢進症、炎症、手術、外傷などが報告されている。今回、多様な原因から発症した症例を経験した。上腸間膜静脈・門脈血栓症の重症化を防ぐには早期の抗血栓療法が重要である。今回の症例ではCTが早期診断に有効であり、また、治療効果を判定する上でも重要と考えられた。また血栓症に対して、重症化に至らず内科的治療で症状の軽快を得ることができた。若干の文献的考察を含めて考察する。

53 S状結腸癌の腹壁穿通により壊疽性筋膜炎を発生した1例

名古屋市立東部医療センター 外科  
○大見 関、齊藤 健太、服部かをり、遠藤 克彦、友田 佳介、越智 靖夫、森 洋一郎、柴田 康行、谷脇 聡、羽藤 誠記

今回我々は、S状結腸癌腹壁穿通により壊疽性筋膜炎を発生した1例を経験したので報告する。【症例】64歳女性【主訴】腹痛【既往歴】帝王切開術後【現病歴】2か月前から腹痛があり、ときどき血便が出ていた。症状が増悪し、動けなくなり救急来院した。【経過】来院時バイタルは血圧:71/54mmHg、体温:37.4℃、心拍:114回/分、SpO2:97% (room air)でありショックバイタルであった。左下腹部を中心に皮膚は暗赤色に変色し膨隆、圧痛を認めた。血液生化学検査ではHb:11.2g/dl、WBC:26060/μl、CRP:38.0mg/dlであり軽度貧血と著大な炎症反応上昇を認め、エンドキシン陽性であった。腹部CT検査ではS状結腸の壁肥厚と周囲に腸管外の塊状構造、腹壁に連続する膿瘍やガスを認め、S状結腸の腫瘍や憩室炎の穿孔による腹壁皮下に広がる壊疽性筋膜炎が疑われる所見を得た。下部消化管穿通に伴発する壊疽性筋膜炎と診断し、同日緊急手術を行った。筋膜上での皮下組織の広範な開放とデブリードメントを行い、S状結腸切除および横行結腸での2孔性人工肛門造設術を施行した。術中から循環動態が安定せず未抜管状態で帰室し、集中治療を必要とした。同時に、大量の生食を用いて洗浄して創部感染の管理をした。徐々に状態は改善し、7PODには抜管した。肺炎、MRSA創部感染なども併発したが、抗菌薬投与等でも対応しながら全身状態の改善はかりつつ、創部の縫合閉鎖を徐々に進めていった。全身状態改善し、人工肛門の操作を覚えたため、58PODに退院となった。現在はS状結腸癌に対する化学療法を外来で施行中である。【まとめ】壊疽性筋膜炎は浅層筋膜を細菌感染の主座として急速に壊死が拡大する軟部組織感染症であり、進行するとDICや敗血症を生じて予後不良な疾患である。S状結腸癌を原因とする壊疽性筋膜炎は比較的可成り稀であり、文献的考察を加えて報告する。

55 小網脂肪織炎の1例

医療法人社団以心会 中野胃腸病院 消化器科  
○神谷 賢吾、奥嶋 一武、深尾 俊一、安藤 拓也、榊原 一貴、林 久乃、横田 広子、伊藤 寛

症例は49歳女性。2010年6月上旬より心窩部痛が出現し、発症後6日目に激しい上腹部痛と背部痛が出現したため近医を受診した。同日当院紹介受診となり急性腹症の診断にて緊急入院となった。発熱は認めなかったが、血圧:84/50mmHgとショックバイタルであった。心窩部に強い圧痛を認めたが腹膜刺激症状はなかった。血液検査では白血球:7,900/μl、CRP:3.2mg/dlと軽度の炎症反応を認めた。腹部超音波検査は疼痛が強く実施不能であった。腹部CTでは胃体部小彎を中心に著明な壁肥厚を認め、周囲の脂肪織に強い濃度の上昇と索状影を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃体部から胃角部の小彎から前壁に壁肥厚を疑わせるびまん性の隆起を認めた。粘膜炎に異常はなかった。超音波内視鏡検査では第1から3層の境界は消失し、第4層の肥厚を認めた。確定診断のため胃壁肥厚部からボーリング生検を実施したが、軽度の炎症所見以外に特記すべき所見はなかった。以上より小網脂肪織炎と診断し、絶飲食、補液、プロトンポンプ阻害薬にて保存的治療を行った。疼痛が強いためペントゾシンの頻回投与を必要とした。徐々に症状は軽快し、入院6日目に経口摂取を開始した。その後も経過良好にて入院18日目に退院となった。退院後も症状の再燃はなく、4ヶ月後のCTと上部消化管内視鏡検査で治癒を確認した。網脂肪織炎は自験例を含め本邦報告例は22例と比較的可成り稀な疾患であるが、うち小網脂肪織炎は3例と非常に稀な疾患のため、文献的考察を加えて報告する。

## 56 腹腔鏡下手術にて摘出した後腹膜原発paragangliomaの1例

中野胃腸病院

○安藤 拓也、深尾 俊一、奥嶋 一武、榊原 一貴、前田 頼佑、  
林 久乃、神谷 賢吾、舟曳 純仁、横田 広子、伊藤 寛

症例は78歳男性。近医で糖尿病治療中であった。平成25年4月糖尿病増悪のため教育目的に当院入院。スクリーニング目的の腹部CT検査にて下十二指腸尾側に径5.7cmの多血性嚢胞性腫瘍を認めた。十二指腸造影では下十二指腸曲の壁外性圧迫を認めたが、上部消化管内視鏡検査では粘膜面に異常所見を認めなかった。MRI検査にて腫瘍はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示した。十二指腸原発の粘膜下腫瘍または上行結腸の腸間膜腫瘍の診断にて腹腔鏡手術を施行した。手術所見では腫瘍は十二指腸および腸間膜原発ではなく、後腹膜原発の腫瘍であった。腫瘍は大動脈前面に存在し、腫瘍背側に大動脈から直接流入する血管が多く見られた。腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術を施行した。摘出標本では充実部と嚢胞部が混在した腫瘍(径55x42mm)であり、病理検査ではparagangliomaの診断であった。paragangliomaは傍神経節細胞に由来する腫瘍であり、カテコラミン分泌活性の有無で機能性と非機能性に分類される。機能性の腫瘍では、カテコラミンの過剰放出によるクリーゼを呈する症例が存在する。自験例は無症候性であり術中血圧や心拍数の変動を認めなかったが、大動脈周囲の後腹膜の腫瘍では傍神経節腫も念頭におき、術前にカテコラミンの代謝産物を測定して備えるべきであった。腹腔鏡は拡大視効果と水平方向からの視野が確保できるため、腫瘍摘出に有用であった。稀な腫瘍である後腹膜paragangliomaを腹腔鏡下手術にて摘出した1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

57 血管浸潤を伴う脾体部癌に対し脾体尾部切除、中結腸動静脈合切除、門脈合併切除再建術を施行した一例

松波総合病院 外科

○川原 敏晴、小西奈々美、小林 建司、花立 史香、柴田 直史、  
大原 永子、佐藤 怜央、松波 英寿

<目的>血管浸潤を伴う脾臓癌は手術適応、術式選択を慎重に判断する必要がある。われわれは血管浸潤を伴う脾体部癌に対して脾体尾部切除、中結腸動静脈合切除、門脈合併切除再建術を施行し、肉眼的治癒切除を行い得たので報告する。<症例>65歳女性。子宮頸癌術後の経過観察中のCT検査で脾腫瘍を指摘された。腹部CT検査で脾体部に径3 x 2.5cmの低吸収域の腫瘍が認められ、脾体尾部の主静脈の拡張を伴っていた。脾動静脈、中結腸動静脈への浸潤が疑われたが、明らかな腹膜播種、肝臓転移を疑う所見は認められなかった。EUS-FNAを施行し、病理組織にて腺癌の診断であった。われわれはこの症例に対して脾体尾部切除、中結腸動静脈合切除、門脈合併切除再建術を施行した。<手術所見>腫瘍は門脈左縁に接し脾体部に存在した。腫瘍と中結腸動静脈の剥離が困難であり、中結腸動静脈をクランプし、結腸の血流が保たれていることを確認後、結紮切離した。脾臓および脾尾部を門脈本幹左縁が見えるまで後腹膜から脱転した。脾背側で門脈本幹と腫瘍の剥離が困難であり、脾下下縁で門脈、上腸間膜静脈に血管鉗子をかけて門脈を切離した。6-0 Proleneで前後壁連続吻合しグラフトは使用せずに端々吻合で門脈再建を行った。門脈クランプ時間は38分であった。腫瘍の右縁から数mmの辺縁を確保し、胃十二指腸動脈よりわずかに左側に脾実質を切離し、検体の抽出した。迅速病理検査で断端陰性を確認した。脾切離断端の脾管径は2mmで4-0 ProleneでZ縫合にて閉鎖し、さらに4-0 Proleneで結節縫合を施行し脾断端を閉鎖した。手術時間9時間13分。出血450mlであった。術後経過良好で術後15日目で外科から内科へ血糖管理のために転科となった。<考察>血管浸潤を伴う脾臓癌はその手術適応、術式を術前画像診断、術中所見にて十分に検討することが重要であり、手術が可能であるならばできる限り肉眼的治癒切除を目指し積極的に血管合併切除も行うべきであると考えられた。

59 甲状腺濾胞癌の脾転移の一切除例

済生会松阪総合病院 外科

○市川 健、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰、長沼 達史

症例:50歳代女性。既往歴:16年前子宮全摘術と甲状腺濾胞癌手術、9年前に非定型抗酸菌症。家族歴:特記事項なし。主訴:右鼠径部痛。現病歴:当院受診1か月より時々右鼠径部痛あり、軽快しないため来院。身体所見:腹部は平坦軟、右鼠径部に僅かに圧痛あるも膨隆はなし。腹部USにて右鼠径部には20mm大のリンパ節腫大を認めた。同時に脾体部に36mm大の低エコー腫瘍が指摘された。血液検査:WBC・CRP等炎症反応上昇はなし。生化学検査異常なし。CEA、CA19-9、DUPAN2、Span-1、IgG4、インスリン、ガストリン、グルカゴンの上昇はみられなかった。造影USでは腫瘍は早期から濃染された。腹部CTで脾体部に不均一に造影効果を示す腫瘍を認め、実質相、後期相と造影効果は低下し辺縁は分葉状で浸潤傾向は認めず、嚢胞成分や石灰化、主静脈拡張はなかった。造影MRIではT1低信号、T2で淡い高信号を呈し造影早期より造影効果を認め、PET-CTでは腫瘍にSUVmax5.04と集積を認めた。非機能性の脾島腫瘍の術前診断で手術を施行した。術中所見では腫瘍は周囲に浸潤傾向なく、またリンパ節腫大もなく脾体尾部切除、脾摘、D1リンパ節郭清術を行った。病理学的所見では腫瘍は卵円形の核を有する細胞の小型から大型の濾胞細胞の増殖を認めた。16年前の甲状腺濾胞癌と同様の所見で、甲状腺濾胞癌の脾転移と診断した。甲状腺濾胞癌の脾転移の報告例は本邦でも非常に稀であり、今回我々は文献的考察も加えて報告する。

58 脾癌と肝細胞癌を合併した一切除例

<sup>1</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 病理部

○伊藤 達也<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、村林 桃士<sup>1</sup>、三浦 広嗣<sup>1</sup>、高見麻佑子<sup>1</sup>、  
山本 玲<sup>1</sup>、山村 光弘<sup>1</sup>、東谷 光庸<sup>1</sup>、大山田 純<sup>1</sup>、福家 博史<sup>1</sup>、  
矢花 正<sup>2</sup>

【症例】67歳男性。【既往歴】平成17年S状結腸癌手術【現病歴】平成24年1月中咽頭癌発見時のPET-CTにて脾体部に集積を認めたが、中咽頭癌の化学放射線療法を優先されていた。中咽頭癌治療後、脾体部腫瘍精査目的に、同年6月当科紹介受診となった。【当科紹介時検査所見】HbS-Ag(-)、HCV-Ab:(+)、PIVKA-IIIは8926mAU/mlと高値であり、AFP、DUPAN-2、CA19-9は正常範囲内であった。脾腫瘍は腹部CTで体尾部の主静脈拡張を認めるが、明らかな腫瘍性病変は認めず、MRCPでは脾体部に1cm程度の主静脈描出不良を認めた。EUSでは脾管狭窄部に一致して径16mm×11mmの辺縁不整な低エコー腫瘍が描出され、脾癌が第一に疑われた。また、CTにて肝S8に径16mmの腫瘍も同時に指摘された。脾腫瘍は腹部エコーでは周囲にハローを伴う低エコー腫瘍で、CTでは早期濃染、遅延相にてWash outされるため、肝細胞癌と診断された。治療方針決定のため、脾腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、adenocarcinomaと診断された。以上より、脾体部癌及び肝細胞癌と診断し、外科にて脾体尾部切除・脾摘出術・肝部分切除・胆嚢摘出術が施行された。手術標本にて浸潤性脾管癌pT2N1M0、StageIIB(UICC)、高分化型肝細胞癌pT2N0M0、StageIIと確定診断された。手術後、脾癌に対して、補助化学療法としてGemcitabine6クールを施行した【考察】脾癌に肝細胞癌を重複する例は0.13%と報告されている。他の重複癌と比較して少ない要因としては、脾癌の予後が悪いことが影響していると考えられる。今回は同時性に合併したさらにまれな症例と考えられ、報告する。

60 診断に苦慮し、腹腔鏡下脾体尾部切除術を施行した脾腫瘍の1例

<sup>1</sup>三重中央医療センター 外科、

<sup>2</sup>三重大学医学部付属病院 肝胆脾・移植外科、

<sup>3</sup>三重中央医療センター 消化器内科

○武内泰司郎<sup>1</sup>、信岡 祐<sup>1</sup>、草深 智輝<sup>1</sup>、谷川 寛一<sup>1</sup>、横井 一<sup>1</sup>、  
白井 正信<sup>2</sup>、長谷川浩次<sup>3</sup>、渡辺 典子<sup>3</sup>、竹内 圭介<sup>3</sup>、亀井 昭<sup>3</sup>、  
子日 克宣<sup>3</sup>

症例は44歳女性。検査の胸部レントゲン検査にて異常陰影を指摘された。精査目的にCT検査を行ったところ偶然、脾体部に嚢胞性病変を認め当院に紹介となった。血液検査では腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部造影CT検査では脾体部に37mm大の多房性嚢胞性病変を認め、一部隔壁に造影効果を認めた。MRI検査では充実成分ははっきり認められなかったが嚢胞内容は拡散強調画像で軽度高信号を呈し、粘液成分が疑われた。ERCP検査では病変と主静脈には交通はなく、主静脈は腫瘍により圧排されており尾側脾管の軽度拡張を認めた。EUS検査では一部隔壁に造影効果を認めた。以上よりmucinous cystic neoplasm、その他の可能性としてIntraductal papillary mucinous neoplasm、solid pseudopapillary tumorなどのmalignancy potentialを有する嚢胞性病変と疑い、腹腔鏡下脾体尾部切除術を施行した。手術は4ポートで行い、脾臓は温存し、脾動静脈は切離した。手術時間:3時間13分、出血量60mlであった。術後3日目に経口摂取を開始し、術後経過良好にて術後8日目に退院となった。病理組織検査では腫瘍は境界明瞭で大きな嚢胞により構成されており、巨大な嚢胞の周囲にやや小型のcystic lesionを認めた。腫瘍細胞はclear cytoplasmを有し、核異型に乏しく、またmitosisはほとんど認められず、Serous Oligocystic adenomaの診断であった。術前検査にてmalignancy potentialを有する嚢胞性病変と診断、腹腔鏡下手術を行った脾腫瘍の1例を経験したので報告する。

## 61 術前に診断し得た膵管内管状腺癌の一切除例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院 外科、

<sup>2</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院 病理部

○呂 成九<sup>1</sup>、石樽 清<sup>1</sup>、浅井 泰行<sup>1</sup>、加藤 吉康<sup>1</sup>、栗本 景介<sup>1</sup>、  
田中 伸孟<sup>1</sup>、松下 秀信<sup>1</sup>、飛永 純一<sup>1</sup>、千田 美歩<sup>2</sup>、福山 隆一<sup>2</sup>、  
黒田 博文<sup>1</sup>

症例は82歳男性。右季肋部痛と体重減少を主訴に当院受診した。CT検査では肝内胆管・総胆管の拡張が認められ、血液生化学所見で高ビリルビン血症を認めた。ダイナミックCT検査で、膵頭部に最大径45mmの早期濃染する腫瘤と主膵管内の乳頭状腫瘤が認められた。EUSで、拡張した膵管内に管状乳頭状の充実性腫瘍を認めた。胆管腔内超音波法により、腫瘍による胆管の圧排像が確認され、減黄のため胆道ステントを留置した。同時に施行したERCPでは、腫瘍より尾側の膵管の途絶が認められた。透視下に膵腫瘍の生検を行ったところadenocarcinomaと診断された。以上より、膵管内管状腺癌(ITC, intraductal tubular carcinoma)の診断で膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的検査所見では、膵管内で分化傾向のあるback-to-backの管状構造を有する腫瘍が密に増生しており、腫瘍内に広範な壊死を認めたが、粘液産生所見を伴わなかった。免疫染色では、MUC2, MUC5AC, MUC6は全て陰性で、神経分化を認めず、MIB-1は平均30%程度で、ITC, pTis N0 CH(-) DU(-)と診断した。膵ITCは膵管内管状乳頭状腫瘍(ITPN, intraductal tubulopapillary neoplasm)に包括される膵悪性腫瘍である。ITPNはYamaguchi (2009)らにより報告された比較的新しい膵腫瘍の疾患概念であり、膵腫瘍全体の3%程度を占める稀な腫瘍である。ITPNの予後については通常型膵癌と比して良好とされているが、症例数が少なく不明な点が多い。今回我々は、術前診断でITCを疑い根治的手術を施行した一例を経験したため報告する。



62 放射線化学療法が奏功し、切除しえた局所高度浸潤脾頭部癌の4例

藤田保健衛生大学 総合外科・脾臓外科  
 ○越智 隆之、石原 慎、伊東 昌広、浅野 之夫、伊藤良太郎、志村 正博、清水謙太郎、林 千統、松尾 一勲、堀口 明彦

【はじめに】通常型脾癌の5年生存率は11.6%と予後不良であり、切除が唯一の根治方法である。近年、borderline resectable脾癌に対する治療法の発表は散見されるが、局所進行切除不能脾癌ではほとんど見られない。遠隔転移を認めない局所進行脾癌の場合、化学療法併用放射線治療によりdawn stagingすることで、切除可能となる症例も増えてきている。教室では局所進行脾癌に対して化学療法併用放射線治療を施行した56例中4例にR0手術を施行しえたので報告する。【治療指針】全例に化学放射線療法を施行した。(放射線療法:2Gy/回×30回,day1-5,6w、化学療法:塩酸ゲムシタピン/600mg/m<sup>2</sup> day1,8,15,4w。【治療成績】CR:0例、PR:24例、SD:28例、PD:4例であった。Response Rateは42.4%であり、Disease Control Rateは92.8%であった。PR症例のうち4例に切除術を施行した。【症例1】62歳男性、MD-CTにてCSMA浸潤、CRT後、PR、SSPP施行。術後肺転移を認め、4ヶ月にて死亡。【症例2】57歳女性、MD-CTにてIVC浸潤、CRT施行後、PR、SSPP施行。60ヶ月無再発生存中。【症例3】70歳男性、MD-CTにてSMA浸潤、CRT後、PR、SSPP施行。27ヶ月無再発生存中【症例4】66歳男性、MD-CTにてSMA浸潤、CRT後、PR、SSPP施行。18ヶ月無再発生存中。【考察】教室におけるR0手術を施行し得た脾頭部癌患者の5年生存率は、35.9%と比較的良好な成績である。根治切除困難と思われる脾癌であっても、CRTにより縮小効果が認められれば、R0手術につながる可能性があり、進行脾癌の予後向上に期待が持てる。と考える。

64 腫瘍形成性脾炎との鑑別に難渋した脾頭部癌の一例

<sup>1</sup>医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内科、  
<sup>2</sup>医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 病理科  
 ○室井 航一<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、松浦倫三郎<sup>1</sup>、小林 健一<sup>1</sup>、澤田つな騎<sup>1</sup>、内田 元太<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】58歳、男性。【既往歴】糖尿病、脂質異常症、虫垂炎手術。【嗜好歴】飲酒:20~40代はウイスキーボトル1/2~1本/週。53才で禁酒。喫煙:20本x40年。【現病歴】35才時に急性脾炎初発。53才時に急性脾炎で入院歴あり。平成25年5月25日腹痛を主訴に近医を受診し、急性脾炎再発として入院。症状改善後に食事を再開したところ肝機能障害と黄疸が出現し、7月9日当科へ紹介となった。【入院時現症】体温36.6℃。結膜に黄疸。腹部に圧痛なく、腫瘍触知せず。【検査成績】血中脾酵素は正常であったが、肝胆道系酵素の上昇を認めた。CA19-9は正常範囲内、DuPan-2は1600U/mlと上昇していた。【画像所見】ダイナミックCTでは脾頭部に造影効果が不良で、境界不明瞭な腫瘍性病変を認めた。MRCPでは下部胆管および脾頭部脾管の狭窄、および尾側脾管の拡張を認めた。腹部USでは脾頭部に低エコー腫瘍を認めたが、EUSでは脾頭部全体が低エコーで限局性腫瘍を認めなかった。PET-CTでは脾頭部に有意な集積を認めなかった。ERCPでは脾頭部脾管の長い狭窄と拡張した分枝脾管、および拡張した尾側脾管内の透亮像を認めた。【経過】以上の所見から、腫瘍形成性脾炎が疑われた。急性脾炎を繰り返しており胆管狭窄もあること、また脾頭部癌を完全に否定しきれないことから手術適応と考え、8月2日当院外科にて亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術中USでは腫瘍は確認できず、切除標本の剖面でも肉眼的に腫瘍を確認することは困難であった。病理診断は高分化型管状腺癌を主体とする浸潤硬化性脾癌であった。非腫瘍部の脾実質は広範囲に繊維化およびラ氏島の減少を認め、慢性脾炎の像であった。【考察】本症例は、脾癌としては典型的ではない所見がいくつかみられ、腫瘍形成性脾炎と考えた。これは、基礎に慢性脾炎による形態変化や強い線維化を伴っていたためと考える。このような症例では鑑別が脾癌と腫瘍形成性脾炎の鑑別が難しいことがあり、病理診断も含めた総合的な判断が必要であると考える。

63 若年女性に発症した充実性脾腫瘍の一例

<sup>1</sup>静岡済生会総合病院、<sup>2</sup>安城更正病院  
 ○小屋 敏也<sup>1</sup>、三浦眞之祐<sup>1</sup>、脇田 重徳<sup>2</sup>、宮本 康雄<sup>2</sup>、鶴留 一誠<sup>2</sup>、岡田 昭久<sup>2</sup>、馬淵 龍彦<sup>2</sup>、竹内真実子<sup>2</sup>、細井 努<sup>2</sup>、山田 雅彦<sup>2</sup>

症例は20歳代女性で、前年の健診で胆嚢ポリープ、腎嚢胞を指摘されていた。経過フォロー目的に施行された腹部エコー検査により脾体部腫瘍を認めたため当院を紹介された。既往歴、家族歴に特記事項はなく、身体所見にも異常は認められなかった。MDCTでは脾体部に20mm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍の中心には結節状の淡い高吸収域を認めた。主脾管は腫瘍により閉塞し、尾側脾管は拡張していた。腫瘍は脾実質より淡く造影されており、嚢胞成分、明らかな石灰化は認められなかった。MRI検査では腫瘍はT1強調画像では低信号、T2強調画像で淡い高信号を呈し、中心部は辺縁よりやや高信号を呈していた。拡散強調画像では中心部を除き著明な高信号となっていた。腹部超音波検査、超音波内視鏡検査では腫瘍は脾とほぼ均一なエコーレベルであり、血流は認められなかった。腫瘍中心部には10mm大の類円形の高エコー部分を認めた。主脾管は脾内で嚢状に先細りとなり閉塞し、尾側は著明に拡張していた。上部消化管内視鏡検査、注腸検査、乳腺超音波検査、子宮卵巣造影MRI検査を施行したが、同時発生している腫瘍を認めず、転移性脾腫瘍は否定的と考えた。solid-pseudopapillary neoplasm (以下SPN)、神経内分泌腫瘍をはじめ充実性脾腫瘍を鑑別に挙げたが、いずれの典型的な画像所見とも合致しなかった。若年女性に短期間で出現した脾充実性腫瘍であり手術適応と考え、初診より12週間後に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。摘出標本では、脾体部に25mm大の灰白色充実性腫瘍が認められ、腫瘍内にはリング状の構造を認めた。腫瘍は類円形の核と好酸性胞体からなる腫瘍細胞が血管を軸とした乳頭状の構造を示しつつ増殖しており、リング状部分には硝子様間質に石灰沈着が散見された。免疫染色でCD10陽性、β cateninが核と細胞質ともに染色され、SPNと診断した。嚢胞成分を伴わないSPNの1例につき若干の文献的考察を加えて報告する。

65 多発肝転移を有する脾神経内分泌癌に対して化学療法を行い一時奏効した1例

小牧市民病院 消化器科  
 ○齋藤 高志、平井 孝典、宮田 章弘、館 佳彦、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤重矢子、飯田 忠、和田 啓孝、永井真太郎、濱崎 元伸

【背景】脾神経内分泌腫瘍に対して分子標的薬であるエベロリムスとスニチニブが保険適応となったが、脾神経内分泌癌に対しては標準治療が存在せず、肺小細胞癌に準じた化学療法が有用とされる。今回、多発肝転移を有する脾神経内分泌癌に対して肺小細胞癌のレジメンに準じて化学療法を行い一時的にPRとなった1例を経験した。【症例】82歳 男性【現病歴】2012年3月腹部膨満感を主訴に当院受診し、急性脾炎疑いにて入院した。【現症】貧血・黄疸なし。腹部に圧痛を軽度認めた。【入院時検査】P-AMY 713.6 IU/lと著明な上昇認め、肝胆道系酵素の軽度上昇がみられた。腫瘍マーカーはNSE 21.7ng/mlと軽度上昇認めた。腹部CTで総胆管の拡張あり、MRIのDWIでは高信号を示す腫大したリンパ節を認めた。狭窄精査のためMRCPとERCPを行い、下部胆管と主脾管に狭窄を認めたため狭窄部を生検した。病理像によって脾神経内分泌癌と診断された。外科切除を試みたが、肝表面に転移を認め、試験開腹のみとなった。その後1st lineとしてカルボプラチン+エトポシドを行ったがPDとなり、2nd lineはシスプラチン+イリノテカンを行った。3コース終了時に原発巣・肝転移・リンパ節転移ともに縮小していた。しかし5コース後PDとなり、3rd lineとしてエベロリムス投与を行ったが原発巣と肝転移は増悪し、現在中止となっている。【結語】脾神経内分泌癌に対してシスプラチン+イリノテカンによりPRが認められ、生存期間を延長させた一例を経験した。

## 66 膵神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 外科、<sup>2</sup>臨床検査科 病理

○村瀬 寛倫<sup>1</sup>、辻 秀樹<sup>1</sup>、伊藤 直<sup>1</sup>、上本 康明<sup>1</sup>、高須 惟人<sup>1</sup>、  
原田孝志朗<sup>1</sup>、呉原 裕樹<sup>1</sup>、春樹 伸裕<sup>1</sup>、北川 諭<sup>2</sup>

【緒言】WHO分類改訂により膵神経内分泌腫瘍(pNET)への注目が高まっている。当院で経験したpNETについて報告する。

【症例提示】83歳女性。既往症として子宮筋腫。来院前日より激しい心窩部痛を主訴に当院を受診。CTにて膵炎および膵頭部に32×26mm大の腫瘍と主膵管の拡張を認めた。膵炎を保存的に加療後、膵頭部腫瘍に対して精査を行った。MRI T1強調画像で低信号、拡散強調画像・T2強調画像で高信号の類円形腫瘍を認めた。FDG-PETでは膵頭部にSUV<sub>max</sub>6.2の集積を認めた。EUSでは膵頭部に境界明瞭、整、側方陰影を伴う39×23mm大の内部やや不均一な等エコー腫瘍を認め、Sonazoid造影で早期より造影効果を認めた。内分泌精査で異常所見は認めなかった。以上より非機能性pNETと診断した。膵頭十二指腸切除術、リンパ節郭清施行。Chromogranin, Synaptophysin, CD56が陽性、Mib-1 index(Ki67)は3%であることから膵神経内分泌腫瘍G2と診断した。リンパ節転移は認めなかった。

【考察】腫瘍径・FDG-PETで集積が認められたことから悪性度が高い可能性があり膵頭十二指腸切除術、D2リンパ節郭清を施行した。pNETの外科治療に関して文献的考察を交え報告する。

67 当院で経験した異所性ACTH産生膵内分泌腫瘍の一例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院光學医療診療部  
 ○森島 大雅<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>1</sup>、伊藤 彰浩<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>2</sup>、  
 杉本 啓之<sup>1</sup>、鷺見 肇<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、桑原 崇通<sup>1</sup>、河合 学<sup>1</sup>、  
 宮原 良二<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、松坂 好平<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

異所性ACTH産生腫瘍は稀な疾患で、下垂体腫瘍以外の腫瘍からの過剰なACTH産生に起因する種々の症状を認める。今回我々は、異所性ACTH産生膵神経内分泌腫瘍の一例を経験したので報告する。症例は31歳、男性。2006年11月頃より全身浮腫、高血圧が出現したため近医を受診し、採血検査にてACTH、コルチゾールの著明な増加を認め、頭部MRIでは下垂体腫瘍は認めず、Venous samplingでも下垂体からのACTH産生過剰は証明されなかった。PET-CTにて膵体部に集積像を認めた。Dynamic CTでも同部に膵腫瘍を認め、精査加療目的に当院紹介受診となった。当院Dynamic CTでは膵体部に13mm大の辺縁部が強く造影され、内部は周囲膵実質と同程度まで造影される腫瘍を認めた。MRI拡散強調像では同部位は淡い高信号を呈していた。EUSでは輪郭明瞭で一部不整な低エコー腫瘍として描出された。造影EUSでは造影早期より強く染色され染影効果は持続した。ERP像では主膵管に異常は認めなかった。以上の検査より異所性ACTH産生膵神経内分泌腫瘍が疑われ、当院外科にて膵腫瘍核出術をおこなった。病理組織学的には、クロモグリン陽性、シナプトフィジン陽性、ACTH陽性のACTH産生膵神経内分泌腫瘍であった。切除後、ACTH、コルチゾールは速やかに低下し正常値まで改善した。

69 健診で発見された1cm大の非典型画像を呈したIntraductal papillary-mucinous carcinoma(IPMC)の1例

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

【はじめに】IPMNは2006年に初めて国際診療ガイドラインが発刊され、2012年に改訂されているが、分枝型で嚢胞径が1cm以下の場合には2~3年毎の経過観察が良いとされている。今回、健診の腹部エコーで1cm大の膵腫瘍を指摘され、手術後の病理結果がIPMCの結果であった1例を経験したので、貴重な症例と考え報告する。【症例】61歳女性【主訴】なし【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒歴、喫煙歴ともになし【現病歴】2012年12月に受けた健診の腹部超音波検査で膵体尾部に腫瘍性病変を指摘され、当科を受診。当院での腹部超音波検査でも膵体部に不整形の境界明瞭な低エコー腫瘍を認め、造影CTでは膵体部にLDAを認め、多房性の嚢胞性病変の様にも認められた。EUSでは膵体部に境界明瞭な低エコー腫瘍を認め、基本的には充実性腫瘍で一部に嚢胞成分を有する腫瘍として描出され、Solid-pseudopapillary neoplasm(SPN)や内分泌腫瘍も鑑別に挙がるが小膵癌を第一に疑った。ERCP、IDUS、膵液細胞診追加施行するも腫瘍と膵管との交通は認めず、確診は得られなかった。膵癌を第一に考え、SPNや非典型だが内分泌腫瘍も鑑別に挙げて、脾合併膵体尾部切除術を施行したところ、病理結果はintraductal papillary mucinous carcinomaの結果であった。【考察】本腫瘍はCTでは嚢胞様にも描出されるもEUSでは基本的に充実性腫瘍であり、ERCPでも膵管との交通は描出されず、IPMNを疑う所見に乏しく、手術前にはIPMNの疑いは低いと考えていた。このように腫瘍が小さい場合は特に非典型的な画像を呈するIPMNも存在することを念頭に置くことが肝要であると考えられた。現在のIPMNの国際診療ガイドラインでは1cmまでの分枝型IPMNは経過観察が良いことになっているが、本腫瘍は1cmの大きさであるにも関わらず結果は浸潤癌であり、結果的には経過観察ではいけなかったことになる。このような非典型的な画像を呈するIPMNがあることを十分認識したうえで、非典型的な画像の嚢胞性腫瘍は、経過観察とせず積極的に切除する必要性が示唆された。

68 工夫した内視鏡生検にて確定診断に至ったMEN-1ガストリノーマの1例

名古屋第二赤十字病院  
 ○鈴木 孝典、山田 智則、柴田 俊輔、鈴木 祐香、野尻 優、  
 吉峰 崇、藤田 恭明、野村 智史、金本 高明、日下部篤宣、  
 蟹江 浩、坂 哲臣、林 克巳、折戸 悦朗

【症例】67歳男性【主訴】背部痛【既往歴】十二指腸潰瘍【家族歴】兄、妹：原発性副甲状腺機能亢進症【理学所見】特記事項なし【現病歴】2012年1月、上記主訴にて近医受診された。腹部超音波検査にて左副腎腫瘍を指摘され、当院内分泌内科に紹介受診となった。腹部CTでは左副腎に18mm×18mm大の腫瘍が認められた。また、採血でCa 11.4mg/dlと高値を認め、家族歴から副甲状腺機能亢進症が疑われた。i-PTH 111pg/mlと異常高値であり、家族性副甲状腺機能亢進症と診断され、MIBIシンチでは左副甲状腺下腺への集積が認められた。MEN-1遺伝子検査によってMEN1型と診断された。そこで、膵消化管内分泌腫瘍に対する精査が施行された。腹部造影CTでは脾の形態的異常や腫瘍は認められなかったが、十二指腸下部に数mm大の結節状造影域が散見された。血中ガストリン値は5300 μg/mlと高値であり、十二指腸潰瘍の既往からもガストリノーマが疑われた。内視鏡検査では、十二指腸下部に微少な粘膜下腫瘍が散見された。超音波内視鏡では脾に腫瘍性病変を認めなかった。病変の局在診断として、選択的カルシウム動注負荷後肝靜脈採血法を施行し上腸間膜動脈領域にて有意なガストリン上昇を認め、十二指腸領域の局在が疑われた。組織診断として、鉗子生検を2度施行したが、正常粘膜成分がほとんどであり腫瘍組織は得られなかった。3度目はincisionalおよびexcisional biopsyを行い、十分な粘膜下層組織が採取できたため、病理学的にガストリノーマと確定診断された。【考察】2cm以下の消化管粘膜下腫瘍に対する超音波内視鏡下針生検の診断率は低く、今回のような数mm大の病変では困難である。一方、通常の鉗子生検でも診断に必要な組織が得られず診断に苦慮することがある。今回、微少な粘膜下腫瘍の診断にincisionalおよびexcisional biopsyが有用であった1例を経験したので報告する。

70 膵神経内分泌腫瘍との鑑別を要した胃十二指腸動脈瘤の一例

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

症例は58歳女性。生来健康。健診で尿潜血を指摘され、泌尿器科にて精査目的の腹部造影CTを行ったところ、脾頭部に造影早期から後期まで濃染される15mm大の結節を認め、膵神経内分泌腫瘍などの多血性膵腫瘍と考えられて当院紹介となった。MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を示した。EUSにて内部は無エコーで拍動があり脈管との連続を認めたことから動脈瘤が疑われた。腹部エコーを再検しドップラーにて拍動性の血流を認めた。血管造影検査より胃十二指腸動脈の動脈瘤と診断した。瘤頸位側すくから右胃大網動脈、上脾十二指腸動脈の分岐を認めて、右胃大網動脈、動脈瘤の順でコイル塞栓を行い、塞栓後の総肝動脈からの造影では瘤内の造影効果消失を確認した。胃十二指腸動脈瘤や背側膵動脈瘤は稀な動脈瘤で破裂・出血の症状から発見されることが多く予後も悪いが、今回は無症状から診断となった一例を経験したので若干の文献考察を加えて報告する。

## 71 健診を契機に発見された後上臍十二指腸動脈瘤の一例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○山川 慶洋、中西 和久、足立 和規、稲垣 佑祐、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49歳女性。健診腹部超音波検査で臍頭部に直径5mm大の嚢胞性病変を指摘。近医受診し、腫瘍マーカー測定され基準値内だったため経過観察となった。他院受診し、MRCP施行。膵嚢胞で矛盾しないとのことで、こちらでも経過観察の方針となった。本人が心配になり精査希望にて当院紹介受診。腹部造影CT施行したところ、後上臍十二指腸動脈に直径5mm大の動脈瘤を認めた。血管造影検査により同部位に動脈瘤形成を確認。腹腔動脈を吸気、呼気で撮影したところ、呼気撮影では腹腔動脈に狭窄が生じ、正中弓状靭帯症候群が疑われた。同部位の動脈瘤は破裂率が高く、破裂すると腹腔内や後腹膜に出血し、致命的となりうるため、治療適応と判断し、コイルを用い塞栓術を施行した。塞栓術後の撮像では瘤内の造影効果を認めないことを確認し終了した。臍十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の2%にすぎない稀な疾患で、破裂して初めて発見され致命的な状態になることも少なくない。最近ではinterventional radiologyによる瘤塞栓が主な治療法となりつつある。臍十二指腸動脈瘤の成因として膵炎、腹部外傷、動脈硬化、繊維筋性過形成、中膜壊死などが挙げられる。本症例は正中弓状靭帯症候群による成因が考慮された。

72 SPNとの鑑別が困難であった傍脾臓リンパ節結核の1例

中津川市民病院 消化器内科  
○佐橋 学、西尾 亮、浅井 裕充、亀山 祐行

【症例】59歳女性【既往歴】急性虫垂炎、胃潰瘍【現病歴】平成25年2月頃から右季肋部痛が出現したため、3月5日近医からの紹介にて当院受診された。【検査所見】血液検査で特記すべき異常を認めなかった。上部内視鏡検査にて十二指腸下行脚に潰瘍性病変と外部からの圧排所見を認め、CTにて脾頭部に30mm程度の周囲に造影効果、内部に一部造影効果を伴う腫瘍を認めた。腹部USでは、脾頭部に境界明瞭な低エコーで内部に高エコーの散在所見を認めた。超音波内視鏡検査にて脾頭部に31×16mm、境界明瞭低エコー腫瘍、ドップラーにて血流を認めたが、門脈浸潤は認めなかった。ERCPでは中部胆管に胆管十二指腸瘻を認めた。胆管十二指腸瘻は腫瘍による影響と考えられた。以上の検査所見からSolid-pseudopapillary neoplasm (以下、SPN)と診断し、5月31日当院外科にて手術を施行した。【病理所見】病変は脾頭部に認められたが、病変の主座は脾外リンパ節に認められた。リンパ節への乾酪性壊死所見が強く、その所見が胆管と脾実質に波及したものと考えられた。脾頭部以外の乾酪性壊死所見を認めた。以上より、傍脾臓リンパ節結核の診断となった。【治療経過】肺結核標準療法に準じてイソニアジド、リファンピシン、エタンブトール、ピラジナミドによる4剤併用療法を7月9日より開始し、現在治療中である。【まとめ】本邦で現在でも年間22000人程度の新結核患者が発生しているが、全結核例における腹腔内リンパ節結核の占める割合は約0.1%と稀である。また、その中でも傍脾臓リンパ節結核においては報告は少なく、さらに稀な疾患である。脾頭部に認めることが大半で、診断は脾腫瘍とされることが多い。今回、われわれは画像所見上、SPNとの鑑別が困難であった傍脾臓結核の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

74 重症急性肺炎後に発症した劇症1型糖尿病の1例

トヨタ記念病院 消化器科  
○宇佐美彰久、鈴木 貴久、篠田 昌孝、高士ひとみ、村山 睦、森島 賢治、曾田 智大、山田健太郎

【患者】20歳、男性。【主訴】腹痛【既往歴】なし【家族歴】なし【飲酒歴】機会飲酒【現病歴】2日前から腹痛あり2012年当院診。血液検査とCTで急性肺炎と診断され同日入院。【現症】体温36.9℃、血圧107/70mmHg、脈拍82回/分、整。貧血、黄疸なし。心窩部に圧痛あり。【血液、尿検査】CRP4.1mg/dlと軽度上昇し、血清アミラーゼ327U/l、尿中アミラーゼ6230U/lと高値。尿糖陰性。【CT】初診時脾臓は全体に軽度腫大し、ダグラス窩に少量の腹水あり。第2病日ダイナミックCTでは脾に造影不良はなかったが、腎下極に遠まで炎症の波及を認めた【臨床経過】絶食、補液、蛋白分解酵素阻害剤による治療を開始。第2病日のCT結果で重症急性肺炎と診断。MRCPで異常所見なく特発性急性肺炎として保存的治療を継続。第4病日に著明な口渇、嘔気、多尿が出現し第5病日に意識混濁を生じた。血糖値1507mg/dl、尿ケトン体(4+)、動脈血ガス分析でpH6.920、pCO2 7.1mmHg、BE-29.5mmol/l、HCO3 1.4mmol/lでありケトアシドーシスと診断。クレアチニン3.2 mg/dl、K8.0Meq/lと高値であり、急性腎不全を合併していた。HbA1cは正常で、GAD抗体陰性。血中Cペプチドは0.1μg/day以下であり、劇症1型糖尿病と診断。インスリン投与、アシドーシス、電解質の補正により、翌日には意識状態が改善。第25病日退院。インスリン依存状態が持続し通院治療中。【考察】劇症1型糖尿病は、2000年に提唱された1型糖尿病のサブタイプの一つである。発症は非常に急速であり、著明な高血糖とケトアシドーシスを伴う。機序はいまだ不明な点が多い。急激な血糖上昇のため、口渇、多飲、多尿、倦怠感を示し、重症化すると呼睡を来し、時に致死的状态となる。入院時の腹痛、脾酵素上昇、および脾腫大は、劇症1型糖尿病に伴うものと考えた。本症例のように急性肺炎と診断され、その後劇症1型糖尿病の診断された症例は2002年～2012年で自験例含め17例存在する。原因不明の急性肺炎症例を診察する際には本症を念頭に置くことが重要である。【結語】急性肺炎様症状で発症した劇症1型糖尿病の1例を経験したので報告した。

73 診断と再燃においてステロイド・ミニバルス療法が有用であった自己免疫性肺炎の一例

<sup>1</sup>春日井市民病院、<sup>2</sup>岐阜県立多治見病院、  
<sup>3</sup>名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学  
○羽根田賢一、菅野 琢也<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、杉山 智哉<sup>1</sup>、尾関 貴紀<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、奥村 文浩<sup>2</sup>、中沢 貴宏<sup>3</sup>

症例は71歳男性。体重減少と口渇を主訴に近医を受診。糖尿病(HbA1c 11.7%)、CA19-9上昇、腹部CTで脾尾部腫大を認め平成23年2月に当科紹介。CA19-9 187.6U/ml、Span-1 34.8U/mlと上昇していたが、IgGも175mg/dlと上昇していた。腹部造影CTでは脾尾部腫大および尾部背側の造影不領域を認めた。MRCPでは体部主脾管の長い狭窄と尾部主脾管の断続的狭窄を認めたが胆道系には異常を認めなかった。EUSでは脾体尾部は全体的に低エコーで脾管の描出は不良であったが、腫瘍と思われる病変は描出されなかった。ERCPでは胆道系に有意な異常所見は認められなかった。また脾管は頭部しか十分な造影ができなかった。PET-CTにおいては脾体部の高度集積とその尾側の軽度集積を認めた。IgG4関連疾患を疑うも腫瘍の否定をするために関連施設へEUS-FNAを依頼。同施設でのERPは脾体尾部主脾管の広狭不整と分枝脾管の拡張を認めた。EUS-FNAでは細胞はごく少量しか得られず、IgG4陽性細胞および悪性細胞とも認められなかった。自己免疫性肺炎の診断目的でmethylprednisolone 500mg/日 3連日/週(ステロイド・ミニバルス)を2週連続で行った。効果判定のCTでは脾体尾部の腫大の改善を認めた。ERCPでは脾管像の変化は認められなかった。以上から総合的に脾臓は否定的と考え自己免疫性肺炎と診断した。その後当院へ再紹介となった。糖尿病はHbA1c 5%台に改善し、無症状かつ限局性自己免疫性肺炎であったため後療法については実施しなかった。その後経過良好であったが平成25年2月より糖尿病のコントロールが徐々に増悪(HbA1c 6~8%)し、5月の腹部CTでは脾尾部の腫大を認めた。血液検査では脾酵素の軽度上昇を認めたため自己免疫性肺炎の再燃と診断した。前回のステロイド・ミニバルスにて病状の改善を認めたため、今回も同様にステロイド・ミニバルスを6月に実施した。効果判定CT、MRCPでは脾尾部の腫大は改善し、血液検査所見と糖尿病の改善も認めた。ステロイド・ミニバルスが有用であった自己免疫性肺炎の一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

75 Walled-off pancreatic necrosisに対し内視鏡的ドレナージ術を施行した重症壊死性肺炎の一例

名古屋掖済会病院 消化器科  
○奥藤 舞、神部 隆吉、大橋 暁、岩田 浩史、水谷 佳貴、泉 天明、西川 貴広、橋口 裕樹、倉田 祥行

【症例】68歳男性  
【既往歴】2型糖尿病、十二指腸潰瘍、膀胱腫瘍  
【現病歴】早朝より心窩部痛・冷汗が出現。改善を認めなかったため救急要請し当院救急外来を受診した。  
【検査所見】血液生化学検査にてアミラーゼ1,842 U/lと著明な高値を認めた。腹部造影CTにて脾実質の造影不良域は認めなかったが、脾全体の腫大と腎下極に遠までの炎症波及を認め、急性肺炎と診断した。予後因子はBase Excess -5.3mEq/lの1点で、CT所見は2点であったことから重症急性肺炎と診断した。総胆管内に結石を複数認められたことから、胆石性と判断した。  
【臨床経過】第3病日に腹部造影CTを再検討したところ、脾頭部から脾尾部にかけて脾臓の1/2以上の領域が造影不良を呈しており、脾壊死の進行を認めた。第11病日の腹部CTで脾体部に膿胞性病変の出現を認めた。その後も膿胞は増大傾向を示し、膿胞増大に伴う腹部膨満感の増強がみられた。また、炎症反応高値も持続したため、膿胞内感染を疑い第30病日に内視鏡的にビッグテールカテーテルを留置した。しかし、カテーテル留置後も膿胞の縮小が得られなかったため、第33病日に内視鏡的に瘻孔を拡張し、ENBDチューブを膿胞内に留置した。処置翌日(第34病日)の腹部CTで膿胞の縮小を認め、その後も膿胞は縮小傾向であった。第45病日にENBDチューブを自己抜去されたが、膿胞の増大は認めなかった。しかし、経口摂取不良などから全身状態は悪化傾向であり、第66病日に敗血症性ショックで永眠された。  
【剖検所見】胃体部から膿胞内にビッグテールカテーテルが挿入されており、胃壁と膿胞の癒着を認めた。膿胞壁は不明瞭で内部に多量の壊死物質を認めた。壊死物質を培養した結果、〈D>Escherichia coli〈/D>と〈D>Klebsiella pneumoniae〈/D>が検出された。  
【結語】Walled-off pancreatic necrosisに対する治療法として内視鏡的脾管ステント、内視鏡的・経皮的ドレナージなどが挙げられる。今回walled-off pancreatic necrosisに対し内視鏡的ドレナージ術を行った症例を経験したので報告する。

## 76 CEA高値を契機に発見され内視鏡的摘除3年後に局所再発を来したIsp型直腸pSM癌(head invasion)の1例

三重県 厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科  
○野口 大介、伊藤 貴洋、大森 隆夫、大倉 康夫、濱田 賢司、  
金兒 博司、田岡 大樹

【症例】70代男性。H22年直腸RsのIsp型がリープに対しESD施行。病理所見は高分化型腺癌、pSM (head invasion), ly0, v0, 断端陰性であり追加切除行わず経過観察となった。1年後のCFで異常なく、その後診察を自己都合で中止。3年後健診でCEA高値(37.5ng/ml)を指摘され精査目的で来院。【大腸内視鏡検査】前回ESD施行部と思われる肛門縁から15cmの直腸Rsに、1/4周性の表面平滑な隆起性病変を認め、頂部には瘻管性を伴う粘膜集中像を認めた。病変はEUSでは粘膜下腫瘍を思わせる第3層から4層に広がる低エコー域として描出され、EUS下針生検にて高分化型腺癌と診断された。前回ESDを施行した腫瘍と類似した組織型であった。【CT及びPET-CT検査】明らかな転移やリンパ節腫大は認めず。【治療】直腸癌ESD後局所再発と診断し、低位前方切除術(D3リンパ節郭清)を施行。摘出標本では直腸Rsに最大径1.8cmの粘膜下腫瘍を認め、高～中分化型腺癌、ly0, v1, リンパ節転移は認めなかった。以上より再検討の結果、大腸pSM癌(head invasion)症例の再発と考えた。術後経過は良好、術後1ヶ月目のCEAは5.0ng/mlと正常化した。【考察】大腸pSM癌のうちhead invasionと診断された症例はリンパ節転移や再発率が低いとされ一般的には追加切除の適応とならない。しかし、本症例のように再発する可能性を考慮し、慎重な経過観察が必要であると考える。

## 78 直腸癌術後に肝再発、膈再発、骨盤内局所再発を来した1例

愛知県がんセンター 中央病院 消化器外科  
○岩田 至紀、小森 康司、木村 賢哉、木下 敬史、舎人 誠、  
佐野 力、伊藤 誠二、安部 哲也、千田 嘉毅、三澤 一成、  
伊藤 友一、植村 則久、川合 亮佑、大澤 高陽、川上 次郎、  
浅野 智成、倉橋真太郎、清水 泰博

症例は75歳女性。以前から便秘と血便を自覚していたが放置していた。肛門痛が出現したため2012年8月に前医受診された。大腸内視鏡検査で直腸Rbから肛門管にかかる後壁主体で半周性の2型腫瘍を認め、生検で高分化腺癌を認めた。造影CTでは明らかな遠隔転移やリンパ節転移の所見は認めなかったが、腫瘍による尾骨浸潤が疑われ、精査加療目的に当科紹介された。RbP, type2, cAI(尾骨), cN0, cH0, cP0, cM0, cStageIIと診断した。術前化学療法として、FOLFOX+bevacizumabを5クール施行した。画像所見上、腫瘍の縮小効果を認め、尾骨への浸潤は消失(ycA)したため2012年12月に腹会陰直腸切除術、D3(prx D3+biilat)郭清、側方郭清を施行した。(R0,CurA)術中所見では明らかな尾骨浸潤は認めず、迅速病理診断で剥離断端は陰性であった。最終診断は、RbP, type2, 29×26mm, tub2, ypA, int, INFb, ly2, v2, ypN1(3/35), ypPM0, ypDM0, ypRM0, ysH0, ysP0, ycM0, fStageIIaであった。術後は骨盤死腔炎の治療を要したが、軽快し退院した。術後補助化学療法は施行せず、経過観察中の2013年6月のCTで、肝S8に25mm大の腫瘍性病変と、右梨状筋腹側に20mm大の腫瘍性病変、会陰部左側に15mm大の腫瘍性病変を認めた。FDG-PETでは、同部位の3か所に強い集積を認めた。肝再発、膈再発、骨盤内局所再発と診断し、2013年8月に骨盤内臓全摘術を施行した。今後、定期的に肝切除を行う予定である。直腸癌の膈転移(再発)は比較的稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 77 直腸癌切除後の腰椎転移が化学療法によりCRとなった後、休業後30ヶ月で肺と肝に多発性転移をきたした腰椎転移後82ヶ月目の1例

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

再発大腸癌に対する治療成績はFOLFOX+FULFIRI療法の認可以降、格段に向上し、臨床的にCRとなった症例の報告が散見されるようになった。その場合、いつまで化学療法を続けるべきか、一旦、化学療法を中止して良いものか、中止した場合の再々発はないのかなど、臨床的な基準が定まっておらず、主治医と患者にとっては悩ましい。私どもも今後の対応を考える上で貴重な症例を経験したので、問題提起の1例として報告する。症例は55歳女性。2006年3月に下部直腸癌で直腸切断術施行。中分化型腺癌、a2, ly3, v1, N1であった。術後はUFT400mgを内服していた。11ヵ月後に第5腰椎の後方部分に2×3cmの単発性の骨転移を発症。組織診で再発と診断し、FOLFOX4を9クール施行。FOLFOX4を6クール施行後の腰椎CTではCRとなっていた。手足の神経障害出現のため、以後はFULFIRIを63クール施行した。37ヶ月間CRを維持したため、化学療法を一旦中止し、経過観察とした。化学療法中断後30ヶ月目の胸部～骨盤CTで、多発性肺転移、肝転移をきたし、再々発と診断した。骨転移は見られなかった。腫瘍マーカーは直腸癌切除前と再発時には上昇していなかったが、再々発時にはCEAが50まで上昇していた。PSは0を維持していたため、初回に著効したmFOLFOX6を再開したところ、速やかに肺と肝の転移巣は縮小し、CEAは基準値以下となった。なお、患者の意向で、初回再発時も今回の再々発時にも分子標的薬の併用は行っていない。現在のところ、腰椎転移を発症して82ヶ月目であり、初回再発時と同じレジメンで外来化学療法を行っている。再発大腸癌では化学療法単独での病理学的CRはまずないと理解しているが、余りにも長期にCRが維持された場合、化学療法の一時的中断が可能ではないかと医師、患者双方で悩むところである。本症例では化学療法中断後30ヶ月目で再々発をきたしたが、この間、患者は化学療法から解放され、定期的な診察にのみ来院し、非常に良い体調であった。

## 79 腸回転異常症を伴った大腸癌の一例

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

症例は61歳、男性。既往歴は10年前に憩室炎。手術歴なし。2013年5月に会社の検診で貧血を指摘され、6月に内科受診となった。血液検査所見ではHb 11.0 g/dlと軽度貧血を認める以外は特記すべき所見を認めなかった。腫瘍マーカーはCEA 1.39 ng/ml, CA19-9 4.9 U/mlと正常範囲内であった。CFでは肛門縁より15cmに1/3周性の2型の進行癌、20cmにlp型早期癌、80cmに広基性の隆起性病変の3箇所性病変を認めた。15cmの進行癌、80cmの広基性の隆起性病変に対しては生検を施行し、病理結果はそれぞれ高～中分化Adenocarcinoma, High grade Adenomaであった。また、20cmのlp型早期癌に対してはポリペクトミーを施行し、病理結果は adenocarcinoma derived from adenoma, SM head invasion, ly1, v1, HM0, VM0であった。また、注腸造影では、S状結腸は体の右側に癒着しており、腸管は途中から腹腔内を横断するように左側に向かい、盲腸は左側に位置しており、腸回転異常と診断した。以上より、腸回転異常症を伴った直腸癌、Adenocarcinoma in adenoma以上の病変と診断し、外科で腹腔鏡下低位前方切除術、横行結腸腺腫切除術を施行した。病理診断は15cmの進行癌は Colon cancer, pType2, tub2, pMP, INFb, int, ly1, v2, pPM0, pDM0, pN0, pMX、80cmの広基性の隆起性病変はColon cancer (Adenocarcinoma in adenoma), pType0-I sp, tub1 (in adenoma), pM, ly0, v0, pVM0, PDM0であった。本症例はAmir-Jahedの分類におけるIV型の retroarterial left-sided cecumと考えられた。腸回転異常症は胎生期における腸管の回転や固定の異常によって生じる疾患であり、出生10,000人に1人の頻度で発生すると推定されている。また、腸回転異常に大腸癌の合併する頻度は比較的高く、11.9%と報告されている。今後、高齢化に伴い他疾患の検査や手術時に偶然的発見される腸回転異常症例は増加すると考えられる。今回我々は腸回転異常症を伴った大腸癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

<sup>1</sup>国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科、

<sup>2</sup>国家公務員共済組合連合会 東海病院 外科、

<sup>3</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

○濱宇津吉隆<sup>1</sup>、丸田 真也<sup>1</sup>、北村 雅一<sup>1</sup>、三宅 忍幸<sup>1</sup>、加藤 亨<sup>1</sup>、  
山本 竜義<sup>2</sup>、早川 直和<sup>3</sup>、宮原 良二<sup>3</sup>、後藤 秀実<sup>3</sup>

患者は70歳の男性。2か月前に下血を主訴に近医を受診し痔核の診断を受けた。5日前に再度下血したため近医を再診し、精査目的に当院を紹介受診となる。当院で行った大腸内視鏡検査では、直腸Rbに発赤調で上皮構造が無構造な径2cm弱の隆起性病変を認めた。隆起性病変の肛門側には黒色素を含む粘膜を認め肛門上皮まで連続していた。超音波内視鏡検査では、病変は第2層に主座を置く低エコー腫瘍として描出された。第3層の持ちあがり認め、粘膜下層への浸潤が疑われたが第4層には変化を認めず、深達度はSMまでと診断した。生検の病理結果では、異型細胞が豊富な血管を伴って増生しており、褐色色素も認めた。免疫染色ではS100(+)、Melan-A(+)、HMB45(+)<sup>2</sup>で悪性黒色腫と診断した。胸腹部造影CTでは明らかな遠隔転移は認めなかった。またPET-CTでも直腸への集積以外には有意な集積を認めなかった。本人・家族に十分に説明したうえで、当院外科にて腹腔鏡下直腸切断術を行った。切除標本の病理結果は、直腸悪性黒色腫、pSM、LY(+)、V(-)、pN(+)、PM0、DM0、RM0であった。術後の経過は問題なく退院後は当院外来に定期通院中である。直腸悪性黒色腫は、全悪性黒色腫の約1~2%、全直腸肛門部悪性腫瘍の中で占める割合は1%未満と言われており非常に稀な疾患である。また早期から血行性・リンパ行性に転移を来しやすいという性質から予後は極めて不良である。症状は下血、肛門部痛、便通異常など非特異的なものであるため診断が遅れることがある。本症例も3月に下血した時点では痔核として経過観察されている。早期発見のためには下血を認めた際には積極的に内視鏡検査を検討すべきである。また本疾患の長期生存条件として、腫瘍最大径が5cm未満、壁深達度がpm以内、潰瘍形成のない隆起型との報告がある。本症例はいずれも合致しているが今後の厳重な経過観察が必要である。

## 81 重篤な急性咽喉頭炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例

<sup>1</sup>豊橋市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>豊橋市民病院 耳鼻いんこう科  
 ○木下 雄貴<sup>1</sup>、浦野 文博<sup>1</sup>、内藤 岳人<sup>1</sup>、藤田 基和<sup>1</sup>、山田 雅弘<sup>1</sup>、  
 山本 英子<sup>1</sup>、松原 浩<sup>1</sup>、竹山 友一<sup>1</sup>、田中 卓<sup>1</sup>、鈴木 博貴<sup>1</sup>、  
 廣瀬 崇<sup>1</sup>、芳川 昌功<sup>1</sup>、岡村 正造<sup>1</sup>、平山真理子<sup>2</sup>

【はじめに】潰瘍性大腸炎は関節炎、虹彩炎、睇炎、皮膚症状などの腸管外合併症を伴うことがある。今回我々は、重篤な急性咽喉頭炎を合併した潰瘍性大腸炎の一例を経験したので報告する。【症例】50歳代男性。【既往歴】高血圧。15歳時に虫垂切除。【現病歴】20XX年7月半ばより血性下痢があったが放置していた。8/11から咽頭痛や発熱があり、近耳鼻科に通院し抗菌薬が投与された。8/20、耳鼻科受診時に喉頭蓋に多発するアフタ様びらんを認めた。8/28、口腔内びらんが悪化したため当院耳鼻科を紹介受診。口唇・口腔内に粘膜剥離・びらん、上咽頭に潰瘍、喉頭蓋に白苔・披裂部腫脹を認め、経口摂取が困難な状態であり、急性咽喉頭炎の診断にて耳鼻科入院。PSL 40mgと抗菌薬が投与されたが改善を認めなかった。8/29に大量下血あり当科紹介。CTで、大腸全域にわたり腸管壁肥厚を認め、潰瘍性大腸炎が疑われた。8/30にTCSを施行したところ、直腸粘膜は発赤・浮腫状で、Rsからは広範囲に粘膜脱落を認め、易出血性であり、全大腸炎型潰瘍性大腸炎・重症例と診断した。同日よりPSL 50mgに増量したが、9/4に大量下血がありショック状態となった。CTを施行すると、盲腸内にextravasationを認め、回盲部より肛門側の腸管内に血腫を認めた。内科的治療の限界と考え外科紹介。同日大腸全摘術・人工肛門造設術が施行された。切除標本では結腸全域に潰瘍形成が広汎に見られたが、CMV感染を示唆する核封入体は認めなかった。術前には急性咽喉頭炎の治療に難渋したが、大腸全摘術後に速やかに軽快した。術後の口唇および頬粘膜生検では、特異的な炎症所見は認めなかった。術直後からPSLを漸減し、10/11にPSL投与を終了、10/2には口唇と舌のびらんは消失し、喉頭の一部に白苔を認めるまでに改善、10/3に退院した。【考察】本症例において、急性咽喉頭炎は潰瘍性大腸炎の腸管外合併症と考えられた。医中誌で検索したところ、急性咽喉頭炎を合併した潰瘍性大腸炎の報告例はなく、本症例は非常に稀な症例と考えられた。

## 83 潰瘍性大腸炎に対して免疫調節薬投与中に直腸原発悪性リンパ腫を合併した一例

小牧市民病院 消化器内科

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

【背景】潰瘍性大腸炎(以下UC)の難治例に対してアザチオプリン(以下AZA)、6-MPなどの免疫調節薬や抗TNF $\alpha$ 抗体製剤の有効性が明らかになり、使用する頻度は増えている。それに伴って、長期使用例などで悪性リンパ腫などの悪性腫瘍の発生が報告されている。今回我々は、難治性UCに対し免疫調節薬投与後に直腸原発悪性リンパ腫を合併した症例を経験したので報告する。【症例】66歳男性。2006年11月発症の左側大腸炎型のUCと診断された。病初期は5-ASA製剤内服・注腸にて治療。2008年6月UC増悪認め、プレドニゾロン(以下PSL)注腸併用となった。同年12月改善なくPSL内服開始となる。2009年ステロイド抵抗性の難治例として顆粒球除去療法(GCAP)施行。同年12月AZA内服開始。その後寛解状態維持していた。2012年11月腹痛、血便認め当院受診。造影CT検査にてS状結腸から直腸にかけて壁肥厚・周囲の脂肪織維や水腎症認め、UC増悪疑いにて緊急入院となった。入院後の大腸内視鏡検査にて直腸RsからRaに限局して潰瘍伴う不整粘膜・狭窄所見認められた。S状結腸は寛解状態と思われる粘膜であった。直腸腸管部より生検施行したところ、びまん性小細胞型B細胞性悪性リンパ腫(DLBCL)と診断された。尿管への浸潤認めAnn Arbor分類でIV期診断され、血液内科にてR-CHOP療法にて治療開始となり現在も治療継続している。2013年2月フォローの大腸内視鏡検査では直腸のリンパ腫継続以外の大腸は炎症所見認めず、UCとしては寛解状態であり、現在のところ維持している。【考察】今回、難治性UCに対して免疫調節薬投与中に直腸原発悪性リンパ腫を合併した症例を経験した。臨床症状からはUC再燃・増悪を疑ったが、実際は悪性リンパ腫病変に伴う症状であった。免疫調節薬使用にあたっては悪性腫瘍の発生に注意が必要であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 82 当院におけるクローン病に対する治療経験

大同病院消化器内科

○小川 和昭、野々垣浩二、柳原 聡介、藤城 卓也、下郷 友弥、  
 印牧 直人

【目的】クローン病に対し、発症早期からインフリキシマブを導入する治療方法(Top down療法)が提唱され、またインフリキシマブと免疫抑制剤の併用により上乗せ治療効果、さらにはインフリキシマブの自己抗体抑制、infusion reactionや効果減弱を軽減できる点からもその有用性が報告されている。当院における治療成績と問題点について検討した。【対象と方法】対象は、2009年1月から2013年9月までに当院でインフリキシマブを導入した9例。全例男性で、平均年齢は35±17歳(17-72歳)。病型は、小腸型1例、大腸型3例、小腸・大腸型5例であった。平均観察期間は1055±411日(189-1690日)。インフリキシマブは5mg/kgを0、2、6週の投与後、8週毎の計画的維持投与を施行。9例中7例でアザチオプリン(50-100mg)投与を併用した。7例がナイーブ症例で、2例は前治療がステロイドであった。【結果】インフリキシマブ導入により、CDAIスコアは全例で改善し、臨床学的寛解を得られた。内視鏡所見では、7例で内視鏡学的寛解維持を得られた。血液検査学的所見では、治療前:後で、CRP(5.56±6.09:0.44±0.75)、Hb(10.1±1.2:13.5±1.0)、Alb(3.2±0.4:4.3±0.6)、T-chol(127±24:156±31)と改善を認めた。副作用では、インフリキシマブ投与10ヵ月後で薬剤性ループスを1例で認め、インフリキシマブを中止、アザチオプリンを投与して寛解維持を得ている。1例infusion reactionが出現したが、投与速度の調節で現在も継続投与中である。前治療でステロイドを投与していた2例は、2例ともステロイド漸減、中止することができた。【結語】当院では、積極的にTop down療法を導入することにより高い治療効果を得ることができた。今後、生物学的製剤の投与継続の是非と、副作用出現の有無について検討していくことが課題である。

## 84 クローン病患者の穿孔性腹膜炎に対する緊急手術で診断された回腸・S状結腸癌の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

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

【症例】43歳男性【既往歴】クローン病、十二指腸潰瘍【主訴】下腹部痛【現病歴】H18年よりクローン病(小腸・大腸型)にて当院通院中であった。5-ASA内服+成分栄養療法を行っていたがH19年腹痛症状の増悪あり、注腸および小腸造影検査より結腸・回腸瘻を認めた。手術を勧めたが希望されず、アザチオプリンの内服を追加フォローしていた。H24年8月下旬腹痛を主訴に当院を受診した。【現症】体温:37.6℃ 血圧:143/95mmHg 脈拍:98回/分 腹部:平坦、硬、腹部全体に圧痛あり(下腹部に強い)、筋性防御あり、反跳痛あり【検査所見】血液検査:WBC 8500/ $\mu$ L、Hb 13.0g/dL、Plt 40×10<sup>3</sup>/SU>4</SU>/ $\mu$ L、TP 6.40g/dL、Alb 3.60g/dL、Bil 0.53mg/dL、AST 26IU/L、ALT 20IU/L、 $\gamma$ -GTP 180IU/L、LDH 150IU/L、Amy 7HU/L、BUN 11.1mg/dL、Cre 0.99mg/dL、CRP 1.09mg/dL CT:肝周囲や腸間膜部にfree airを認めた。回腸-結腸の内癒化している部位に壁肥厚や周囲脂肪織濃度上昇がみられた。膀胱直腸窩に腹水を認めた。【経過】穿孔性腹膜炎の診断で緊急手術(回腸+S状結腸部分切除術)を行った。回腸とS状結腸に瘻孔があり、瘻孔部位の回腸側には径30×40mmの腫瘍を認め病理検査結果は高分化腺癌、S状結腸側の瘻孔近傍には5mm大のポリープを認め病理検査結果は粘膜内癌(高分化腺癌)、pT4NxM0、pStage2Bであった。また背景の腸管には、浮腫状の粘膜固有層にリンパ球や形質細胞などの著明な炎症細胞浸潤を認め、非乾酪性肉芽腫が散見された。第8病日に食事開始、第14病日に退院となった。【考察】近年炎症性腸疾患患者は増加し、長期間経過観察されている患者数も増えている。クローン病の長期経過症例では癌の発症が危惧されるが、罹患部位が小腸であることも多く、癌の早期発見が困難ことが多い。長期経過症例では、内視鏡検査、CT検査及び腫瘍マーカーの測定など、癌を念頭においたフォローが必要であると考えられる。【結語】クローン病の癌合併報告例の多くは大腸癌で、回腸・S状結腸で癌を認める症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。



## 85 蛋白漏出性腸症をきたしたcollagenous colitisの1例

愛知医科大学 消化器内科

○尾関 智紀、小笠原尚高、井澤 晋也、近藤 好博、伊藤 義紹、  
野田 久嗣、山口 純治、郷治 滋希、田邊 敦資、柳本研一郎、  
田村 泰弘、岡庭 紀子、増井 竜太、土方 康孝、徳留健太郎、  
河村 直彦、飯田 章人、舟木 康、佐々木誠人、春日井邦夫

【症例】63歳、女性【既往歴】59歳時、ギランバレー症候群【現病歴】平成22年10月頃から心窩部不快感のため近医より処方されたランソプラゾール、メクロプラミド、モサプリドを服用していた。平成23年10月頃から頻回の水様性下痢が持続し、さらに平成24年2月頃より両下腿の浮腫が出現したため当院紹介受診された。血液生化学検査にて低蛋白血症を認めたため、平成24年2月27日精査加療目的にて当院入院となった。【経過】下部消化管内視鏡検査では大腸全体に浮腫状粘膜を認め、上行結腸に異常血管の増生、下行結腸には粗造・顆粒状粘膜と多発する縦走潰瘍瘻痕が認められた。大腸生検病理組織検査所見では上皮直下に著明な膠原繊維帯の沈着を認めたためcollagenous colitisと診断した。また、小腸カプセル内視鏡検査では異常所見を認めなかった。漏出シンチ検査では下行結腸のみに集積が認められたため、collagenous colitisが起因となった蛋白漏出性腸症と診断した。ランソプラゾールの内服中止後すみやかに水様性下痢、両下肢浮腫は消失し、低蛋白血症も著明に改善した。【考察】本邦では近年、縦走潰瘍をはじめとする内視鏡的異常所見や原因薬剤との関連性などcollagenous colitisについての臨床報告が急増している。しかしながら、蛋白漏出性腸症をきたしたcollagenous colitisの報告は検索した限り本邦では2例のみであり、本症例は非常に稀な報告であると推察される。【結語】蛋白漏出をきたしたcollagenous colitisの一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

## 86 大腸Inflammatory myoglandular polyp の一例

愛知医科大学 消化器内科

○長尾 一寛、野田 久嗣、木村 幹俊、下郷 彰礼、伊藤 義紹、  
近藤 好博、増井 竜太、徳留健太郎、小笠原尚高、佐々木誠人、  
春日井邦夫

【症例】40歳、男性【既往歴】特記すべき事項なし【現病歴】検診で便潜血陽性を指摘され他院にて下部消化管内視鏡検査(CS)を施行したところ、S状結腸にポリープを認めたため治療目的で当院紹介となった。平成25年1月、CSではS状結腸に直径約12mm大の発赤調で表面が比較的平滑なIp型ポリープを認め、内視鏡的粘膜切除(EMR)にてポリープを切除した。病理組織検査所見では粘膜固有層の炎症細胞浸潤と、嚢胞状の拡張を伴う過形成腺管、また粘膜筋板由来の平滑筋の放射状の増成を認め、Inflammatory myoglandular polyp (IMGP)と診断した。【考察】IMGPは、血便あるいは便潜血陽性を主訴とした高齢男性での発生頻度が多いとされているが、本症例は比較的若年者における発症であった。また、S状結腸を中心とした左半結腸における発生が多いため、糞便等による腸管粘膜の慢性刺激が成因の一つと推察されている。内視鏡検査所見としては有茎性が約80%を占めるが、I型あるいはII型の pit patternを呈するため内視鏡所見のみで過形成性ポリープとIMGPを鑑別することは困難と考えられる。本症例においては、S状結腸の炎症性ポリープを疑ったが、確定診断を目的としEMRにてポリープを切除したところ、病理組織検査でIMGPと診断された。EMR施行時、インジゴカルミン散布やNBI等を併用した詳細な観察を行わなかったため不十分な術前内視鏡診断となったことは反省すべき点である。一見一般的な過形成の所見を呈するポリープであっても、本症例のように比較的稀なポリープも存在することを念頭に置き、可能な限り詳細な術前診断をする必要があると考えられた。今回我々は稀な疾患である大腸IMGPの一例を経験したので文献的考察を含め報告する。

## 88 当院における腫瘍形成性虫垂炎に対するinterval appendectomyの検討

刈谷豊田総合病院 外科

○加藤 知克、早川 哲史、山本 稔、青山 佳永、牛込 創、  
中村 謙一、渡邊 貴洋、安田 顕、北上 英彦、清水 保延、  
田中 守嗣

【はじめに】従来、急性虫垂炎に対する根治的治療は手術とされ、特に虫垂周囲に膿瘍を形成するような症例は絶対的な手術適応とされてきた。しかし腫瘍形成性虫垂炎の手術では大きな開腹創で回盲部切除などの拡大手術が必要となる場合があり、術後合併症も高率であるといわれている。そのため近年では保存的治療を十分に行い、炎症を鎮静化させた後に虫垂切除を行うinterval appendectomyが行われるようになってきた。当科では急性虫垂炎に対して主に緊急腹腔鏡下虫垂切除術(Emergency laparoscopic appendectomy 以下EA)を施行している。また、腫瘍形成性虫垂炎に対しては保存的治療を先行した後に腹腔鏡下虫垂切除術(interval laparoscopic appendectomy 以下IA)を施行している。【対象】2010年1月から2013年9月までに当院で腫瘍形成性虫垂炎と診断され治療を施行した46例を対象とした。【結果】46例のうちIAを予定したのは17例、EA施行例は26例、予定回盲部切除術施行例は3例(虫垂炎などのため)であった。IAを予定した17例のうち完遂例は13例(76.5%)であり、残りの4例は保存的治療施行も増悪し腹腔鏡下虫垂切除術が施行された。IA完遂群13例とEA群26例を比較した。開腹施行はEA群26例中3例(11.5%)認めた。平均手術時間はIA群で86.5分、EA群で170.5分と有意にIA群で短かった( $P < 0.05$ )。平均出血量はIA群で3ml、EA群で178mlと有意にIA群で少なかった( $P < 0.01$ )。平均入院期間はIA群で5.5日、EA群で10.7日と有意にIA群で短かった( $P < 0.01$ )。術後合併症はIA群で麻痺性イレウス1例(7.7%)、EA群で麻痺性イレウス8例(30.8%)、遺残膿瘍2例(7.7%)と有意差は認めなかった。【結語】腫瘍形成性虫垂炎に対して保存的治療を先行することにより、腹腔鏡下手術が容易になることが示唆され腫瘍形成性虫垂炎に対するinterval appendectomyは有効な治療法であると考えられた。

## 87 術前に盲腸軸捻転症と診断し手術した1例

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器外科、<sup>2</sup>浜松医療センター 乳腺外科

○鈴木 雄飛<sup>1</sup>、林 忠毅<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、中山 正彦<sup>1</sup>、中村 明子<sup>1</sup>、  
大菊 正人<sup>1</sup>、田村 浩章<sup>1</sup>、平山 久一<sup>1</sup>、金井 俊和<sup>1</sup>、徳永 祐二<sup>2</sup>、  
池松 禎人<sup>1</sup>、西脇 由朗<sup>1</sup>

症例は80歳代の男性。既往に潰瘍性大腸炎、認知症等があった。平成25年6月、突然腹痛を自覚し、経過観察にて症状は一時軽快したが、6時間後に嘔吐、下痢を伴う腹痛が再度出現した。同日近医で小腸イレウスと診断し、当院に救急搬送された。来院時、腹部は膨満し、心窩部から左上腹部に圧痛を認めていたが反跳痛は認めなかった。腸蠕動音はやや低下していた。腹部造影CTにて、著明な小腸の拡張と右上腹部にcoffee-bean 様に拡張した結腸のclosed loopや、whirl signが認められたが、明らかに腸管の虚血を示す所見は認められなかった。盲腸軸捻転症による絞扼性イレウスの診断で同日緊急手術を施行した。開腹時に中東量の黄色腹水を認めた。右上腹部に盲腸の捻転が認められた。回盲部は尾側から見て時計回りに360度捻転していた。捻転を解除し再度腸管を検索したが腸管の虚血性変化はなく穿孔も認められなかった。移動性盲腸に併発した盲腸軸捻転症と診断した。盲腸から上行結腸にかけて結腸紐と後腹膜を縫合固定した。術後16日目に軽快退院となった。盲腸軸捻転症は移動性盲腸を主因に腹腔内の癒着、長期臥床、精神神経系疾患、妊娠などを契機に発症する急性腹痛で、本邦での頻度は少ない。腹部CTでのwhirl sign、注腸造影でのbird's beak signなどの特徴的な画像所見があるが、術前に確定診断に至る症例は少なく、しばしば診断に難渋する。腸管壊死、穿孔例ではもちろんのこと、再発防止のために回盲部切除を推奨している報告もある。本症例では高齢であり術後合併症を最小限に抑えるため盲腸固定術を選択した。今回我々は、術前に診断し治療し得た盲腸軸捻転症の1手術例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

## 89 当院における悪性大腸狭窄に対するWallFlex Colonic Stentの有効性の検討

<sup>1</sup>市立四日市病院 消化器内科、<sup>2</sup>杉浦医院

○前川 直志<sup>1</sup>、山脇 真<sup>1</sup>、小林 新<sup>1</sup>、熊谷 成将<sup>1</sup>、二宮 淳<sup>1</sup>、  
杉浦 寧<sup>2</sup>、桑原 好造<sup>1</sup>、水谷 哲也<sup>1</sup>、小林 真<sup>1</sup>、矢野 元義<sup>1</sup>

【背景】悪性大腸狭窄は大腸癌患者の7~29%にみられ、緊急手術では死亡や合併症のリスクが高い。大腸用自己拡張型金属ステント(Self expandable metallic stent:SEMS)は難治例に対する人工肛門造設術を回避する緩和処置、または治癒可能例に対する機能的な一期的手術への橋渡し(Bridge to surgery:BTS)として検討されてきた。本邦でも2012年1月に大腸ステントが保険収載された。【目的】悪性大腸狭窄に対する本デバイスの有効性と安全性について検討する。【対象】2012年4月から2013年8月に当院に悪性大腸閉塞または高度な狭窄で入院し、BTS目的でステント留置術を施行した17例。【方法】X線透視下にTTS(Through-The-Scope)法によりステントを留置。【結果】技術的成功率:100%、平均年齢:66.9歳(±10.7SD)、病変局在(盲腸/上行/横行/下行/S状/直腸):0/1/1/5/10/0例、術後から食事開始までの平均日数:3.4日(±3.6SD)、術中偶発症:0%、術後偶発症:穿孔1例(5.9%)と便渇による閉塞1例(5.9%)、留置後平均入院期間:7.4日(±2.8SD)、手術までの平均日数:33.9日(±17.0SD)、外科手術後合併症:0例。【考察】技術的成功率は高く全例で臨床症状の改善が得られ、偶発症の発生率も低いことから、有効性/安全性について良好な結果が得られた。ステントによる圧迫/虚血による穿孔の報告もあり、留置後早期の手術が望ましいが、当院での外科医のマンパワー不足からステント留置期間が総じて長い、最長の例(86日間)は、待機中に不安定狭心症が指摘され心臓治療が優先された。従って、ステント留置による減圧および腸管洗浄という目的のみならず、術前に全身状態の評価や治療を行うことで待機手術と同等の条件で一期的に根治術が可能であった。【結論】悪性大腸狭窄に対して低侵襲かつ安全に手術を施行する上で大腸用SEMSは有用である。

## 90 慢性下痢に対して大腸粘膜生検で診断し得た腸管スピロヘータ症の2例

名古屋第一赤十字病院

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

腸管スピロヘータ症Intestinal spirochetosis (IS)は、Brachyspira属グラム陰性桿菌による人畜共通感染症で、本邦では比較的稀な疾患である。自覚症状に乏しく治療の是非を含めその病態については未だ不明な点が多い。今回慢性下痢症を主訴に受診し、ISと診断した2症例を経験したため報告する。【症例1】75歳男性。S状結腸早期大腸癌に対し内視鏡的治療の既往があり、過敏性腸症候群で当科通院中であった。3ヶ月前より下痢の増悪を認め受診。大腸粘膜には内視鏡的異常所見を認めなかったが、全大腸から生検を行いWarthin-Starry染色陽性のスピロヘータの菌体を認めISと診断した。メロニダゾール1500mg /dayを10日間内服し下痢が改善した。【症例2】23歳男性。2ヶ月間連続1日5-6行の下痢を主訴に前医受診したが原因不明のため当院を受診。CSでは大腸粘膜に異常所見を認めなかったが、全大腸から生検を行いISと診断した。メロニダゾール1500mg /dayを2週間内服し下痢が改善した。【考察・結論】腸管スピロヘータ症の殆どは無症状であるが、感染菌種や基礎疾患により、臨床症状が異なる事が報告されている。自験例では共に下痢症状を呈していた。診断には組織診断が必須であるため、慢性的な下痢症状を呈す症例では、内視鏡的な異常所見がなくても積極的に生検を行う必要があると考える。また、本疾患と診断し、慢性下痢が継続する症例に対して抗菌薬の投与が有用であると考えられた。

## 91 癌関連網膜症を合併した神経内分泌癌G3の1例

<sup>1</sup>浜松医科大学附属病院 肝臓内科、<sup>2</sup>浜松医療センター 病理診断科  
○大庭 行正<sup>1</sup>、下山 真<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、山崎 哲<sup>1</sup>、千田 剛士<sup>1</sup>、  
渡邊 晋也<sup>1</sup>、則武 秀尚<sup>1</sup>、川田 一仁<sup>1</sup>、小林 良正<sup>1</sup>、森 弘樹<sup>2</sup>

【症例】81歳男性【主訴】夜盲、羞明【既往歴】糖尿病、高血圧症、脳梗塞【家族歴】特記事項なし【生活歴】喫煙：5〜7本/日×20年、アルコール：なし【現病歴】平成25年3月頃より進行性の夜盲、視野狭窄を自覚し4月下旬に近医眼科を受診した。5月に精査加療目的に当院眼科を紹介受診となり癌関連網膜症と診断され、原発精査目的の胸腹部単純CTにて肝右葉に径5cmほどの低吸収域と門脈本幹周囲腹部リンパ節の腫大を認め、精査加療目的に6月当科紹介受診となった。【現症】介助なしでの歩行は不可。嚥下機能低下。腹部は平坦で軟、肝触知せず。視力：右0.2(0.9x+2.5D=cyl-3.0D Ax.90°)、左0.3(0.6x+1.0D=cyl-1.5D Ax.90°)。両眼に高度の輪状暗点を認め、全視野網膜電図(ERG)は両眼ともa波、b波が高度に減弱。眼底検査でははっきりとした異常を認めず。【経過】造影CTでは肝腫瘍及び腹部リンパ節に造影効果を認め、FDG-PET/CTでも肝腫瘍及び腹部リンパ節に一致してFDG高集積を認めた。血液検査成績でT.Bil 0.5mg/dl、AST 33IU/l、ALT 34IU/l、ALP 249IU/l、LDH 323IU/l、γ-GTP 82IU/lと軽度の肝障害を認めた。抗リカバリン抗体は陰性。腫瘍マーカーはNSE123ng/ml、シフラ3.4ng/ml、CEA 3.8ng/ml、CA19-9 24U/ml、ProGRP 64.3pg/dl、AFP 2ng/ml、PIVKA-2 21mAU/mlとNSEのみ上昇していたことから、神経内分泌腫瘍を疑い肝腫瘍生検施行した。CD56、chromogranin A、synaptophysin陽性で、Ki-67標識率が80%以上と非常に高率であり、神経内分泌癌(WHO分類2010)と診断した。入院時よりADL低下が著しく、入院後に膿毒性肺炎の併発を認め、上部消化管内視鏡検査は施行できたが下部消化管内視鏡検査を含めたその他追加精査の同意を得られなかったため、原発巣の同定に至らなかった。神経内分泌癌の予後は厳しく、積極的な治療を行っても予後改善および視力回復の可能性は低いと判断し、ご家族とも相談し無治療経過観察の方針とした。【考察】癌関連網膜症を合併した神経内分泌癌の一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

## 93 診断に苦慮した若年者巨大肝腫瘍の1例

<sup>1</sup>名古屋第二赤十字病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科  
○鈴木 祐香<sup>1</sup>、日下部篤宣<sup>1</sup>、柴田 俊輔<sup>1</sup>、野尻 優<sup>1</sup>、吉峰 崇<sup>1</sup>、  
藤田 恭明<sup>1</sup>、野村 智史<sup>1</sup>、金本 高明<sup>1</sup>、蟹江 浩<sup>1</sup>、坂 哲臣<sup>1</sup>、  
澤木 明<sup>1</sup>、林 克巳<sup>1</sup>、新宮 優二<sup>2</sup>、小松俊一郎<sup>2</sup>、長谷川 洋<sup>2</sup>、  
折戸 悦朗<sup>1</sup>

症例：16歳女性。現病歴：学校検診で尿蛋白陽性を指摘され、近医より当院腎臓内科紹介受診。その際、施行した腹部超音波検査で巨大肝腫瘍を指摘され、精査目的で消化器内科紹介となる。既往歴：特記事項無し。薬剤：経口避妊薬やホルモン製剤の使用はなく、その他常用薬も無し。家族歴：特記事項無し。入院時現症：身長150.5cm、体重42.1kg、BMI18.6、右季肋部中心に見頭大の硬い腫瘍を触知。検査所見：血液検査ではAST 25IU/L、ALT17IU/Lと肝障害を認めなかった。AFPは正常範囲内であったが、PIVKA-IIIは311mAU/mlと上昇を認めた。HBs抗原、HCV抗体は共に陰性であった。ICG15分値4.3%と肝機能は良好であった。腹部造影CTでは肝右葉に17×12cmの内部不均一な巨大腫瘍を認めた。造影所見は動脈相で早期濃染を示し、門脈相でも遅延性濃染を認めた。腫瘍周囲の肝実質は脂肪肝を呈していた。ソナゾイド造影エコーではearly vascular phaseで腫瘍周囲から造影剤が流入する所見を認めたが、post vascular phaseでは明らかな欠損像を示さなかった。EOB-MRIでは内部に中心壊瘍様所見を認めたが、同部位は造影されなかった。造影パターンは造影CT同様、早期から濃染され遅延相まで造影効果の持続を認めた。肝細胞相では腫瘍はEOB取り込み亢進を示した。経過：鑑別診断としてFNH、肝細胞腺腫、fibrolamellar HCC等が挙げられたが、どれも典型的所見を示さず確定診断には至らなかった。肝外に突出する巨大な多血性腫瘍であること、また悪性腫瘍の可能性が否定できないことから経皮的肝生検は行わず、拡大右葉切除術を施行した。手術所見では最大径17cmの被膜を有する腫瘍であり、脈管等への浸潤所見は認めなかった。組織標本は周囲に被膜を形成した腫瘍であり、N/C比の増大した腫瘍細胞が索状に増殖し、部分的に核の大小不同を認めた。腫瘍内部には一部出血所見を認めた。肝細胞腺腫との鑑別は難しいが、最終的にHepatocellular carcinoma, Well differentiatedと診断した。結語：若年に発生した巨大肝腫瘍の1例を経験した。本症例は示唆に富む稀な疾患と考えられ、文献的考察を加えて報告する。

## 92 肝原発神経内分泌細胞癌の1例

<sup>1</sup>順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>順天堂大学医学部附属静岡病院 外科  
○村田 礼人<sup>1</sup>、玄田 拓哉<sup>1</sup>、井菜 裕徳<sup>1</sup>、佐藤 俊輔<sup>1</sup>、成田 論隆<sup>1</sup>、  
金光 芳生<sup>1</sup>、石川 幸子<sup>1</sup>、菊池 哲<sup>1</sup>、森 雅史<sup>1</sup>、平野 克治<sup>1</sup>、  
飯島 克順<sup>1</sup>、前川 博<sup>2</sup>、佐藤 浩一<sup>2</sup>、市田 隆文<sup>1</sup>

症例は80歳代男性。2013年5月中旬、食欲不振と発熱を主訴に近医受診。腹部CTで肝内腫瘍性病変を指摘され当院紹介。入院時血液検査では、軽度の肝胆道系酵素の上昇を認めたが、各種腫瘍マーカーは陰性であった。腹部超音波検査では肝左葉外側区域にhaloを伴い周囲肝実質と比較して高エコーを呈する10cm大の腫瘍性病変が認められ、病変末梢と病変内に拡張した胆管が認められた。造影CTでこの病変は動脈相から門脈相、平行相まで辺縁に弱い造影効果を認めたが、病変内部はいずれの相でも造影効果に乏しかった。MRIではT1低信号、T2高信号、DWIで信号の亢進を示し、EOB肝細胞造影相で病変内に造影効果は認めなかった。MRCPでは病変内部を貫通して走行する胆管が認められた。腹部血管造影検査で病変は辺縁の淡い濃染像を認めた。angioCT上この病変は、CTAPでperfusion defectを示し、CTHAでは病変辺縁の弱い造影効果を認めた。上下部消化管内視鏡検査では異常が認められず、PET-CTでも肝左葉外側区域の病変以外には集積を認めなかった。診断確定のために行った腫瘍生検で得られた組織では、N/C比の高い腫瘍細胞の小胞状から索状の配列を示す増殖が認められた。免疫組織学的に腫瘍細胞はEMA、CK7、p53、Chromogranin A、synaptophysin陽性、Ki67 labeling index 90%であり、神経内分泌細胞癌と診断した。治療として肝外側区域切除術が施行されたが、術中に門脈左枝への浸潤と前区域への肝内転移が認められた。切除標本肉眼所見では薄い線維性皮膜を有する14cm大の腫瘍であり、病変内部には拡張した胆管が貫通していた。また門脈左枝に浸潤が認められた。以上の所見と、画像上肝外に病変を認めないことから最終的に肝原発神経内分泌細胞癌と診断した。神経内分泌腫瘍は神経内分泌細胞に由来する腫瘍であり、消化器領域では主に消化管と膵臓に好発することが知られているが、肝臓原発のものは極めてまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 94 ソラフェニブが著効した肝細胞癌・前縦隔転移の1例

三重県立総合医療センター  
○齊木 良介<sup>1</sup>、大矢 由美<sup>1</sup>、川崎 優也<sup>1</sup>、森谷 勲<sup>1</sup>、田中淳一郎<sup>1</sup>、  
笠井 智佳<sup>1</sup>、井上 英和<sup>1</sup>、伊藤 信康<sup>1</sup>、高瀬幸次郎<sup>1</sup>

症例は70歳男性。C型慢性肝炎に対しIFN治療無効。2010年8月腹部US肝S4に20mm大のHCCを疑われ受診。AFP56ng/ml、PIVKAIII299.0mAU/ml、EOB-MRI肝細胞相にてS4に26mm、S5に9mmの低信号を認めHCCと診断。同年9月に腹部血管造影検査を施行。CT-AP like imageにてS4に欠損像を認めるも腫瘍濃染を認めずlipiodolのみ注入。lipiodolの沈着を認めたS4の病変に対しエコー下RFAを施行した。2011年7月肝右葉に4個のviable HCCが疑われ同年8月腹部血管造影検査を施行するも明らかな腫瘍濃染像を認めず、中肝動脈造影でのCT-HA like imageのみ節節状の濃染を認め中肝動脈にTACEを施行した。術後のCT上S4・S8にlipiodol沈着を認めたため、腫瘍栄養血管が不明瞭なTACEでコントロール不能なHCCと考えられ、Child-Pugh Aであり同年9月からソラフェニブ400mg/日を開始した。同年12月に前区域とS4に再発を認め前区域枝とA4にTACEを施行後2012年1月にAFP17.4ng/ml、PIVKAIII89mAU/mlまで低下したが、同年4月に再発し前区域枝とA4にTACE施行。7月にはS7にも腫瘍濃染を認め右肝動脈にTACEを施行した。同年6月にCT上前縦隔に3個腫瘍を認め、10月に増大を確認。PET-CTにて病変に一致し集積を認めた(AFP818.1ng/ml、PIVKAIII1019mAU/ml)。同年11月胸腔鏡下にて一番下方の前縦隔腫瘍のみ摘出に成功、病理組織学的所見より肝細胞癌の転移と診断した。術後ソラフェニブを600mg/日に増量したところ縦隔に残った転移病変は8ヶ月間で著明に縮小(縮小率約40〜60%)、肝病変に対してはTACEを繰り返すことにより腫瘍マーカーもAFP106.3ng/ml、PIVKAIII519mAU/mlと減少した。肝細胞癌の縦隔転移例は稀であり、奏効率が5%前後のソラフェニブが著効しているため報告する。

## 95 肝内胆管癌と鑑別が困難であった盲腸癌肝転移の1例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

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

**【症例】**70歳代男性**【主訴】**肝内胆管拡張精査**【既往歴】**2005年脳梗塞、症候性てんかん。2008年11月盲腸癌で回盲部切除術。**【現病歴】**2011年、盲腸癌術後の経過観察のために施行した腹部CTでB2の胆管拡張を認めため、外科より当科に精査依頼された。腹部US、EOB-MRIでは、腫瘤は指摘できなかったが肝内胆管B2の拡張起始部に狭窄を認めため、肝内胆管癌を疑い2011年10月にERCPを施行した。B2の胆管の途絶を認め擦過細胞診を施行したが陰性であった。その後、経過観察していたが、B3の拡張も出現してきたため、2012年4月に再度ERCPを施行した。狭窄範囲は下流側に広がっており、同部で擦過細胞診を行ったところ、癌細胞を認め、免疫染色では胆管癌より大腸癌を疑う所見であった。以上より盲腸癌肝転移と診断し、2012年6月肝左葉+左尾状葉切除術を行った。病理組織像は、以前切除した盲腸癌と同様の組織像で、免疫染色でもCK7(-)のことより、盲腸癌の肝転移と診断した。**【考察】**大腸癌肝転移は組織学的には30-40%に微細な胆管浸潤を伴っているといわれるが、術前に画像診断で胆管浸潤が診断可能な症例は稀である。**【結語】**腫瘤像を認めず胆管狭窄のみを認めため肝内胆管癌との鑑別が困難であったが、胆管擦過細胞診が診断に有用であった盲腸癌肝転移の1例を経験した。

## 96 当院における多発肝腫瘍に対するEUS-FNAの検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○井上 匡史、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 弘暲、西江 裕忠、西 祐二、  
水島 隆史、佐野 仁

【目的】近年、臍病変や腫大リンパ節、粘膜下腫瘍に対する超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)は広く普及しつつあり、当院でも2008年より本格導入している。一方で肝病変に対するEUS-FNAはまとまった報告が極めて少ない。当院ではリンパ節など肝腫瘍以外にも同時に組織採取が必要な場合や、病変が消化管近傍に位置する場合などEUS下での肝腫瘍生検を試みており、その有用性と安全性について検討した。【方法】対象は2008年1月から2013年9月までに当院にてEUS-FNAを行った202例のうち、多発肝腫瘍の6症例。症例の内訳は、遠隔転移を伴い画像所見が典型的でなくレジメン選択のため病理学的診断を要した3例、他臓器癌の再発転移と原発性肝癌との鑑別を要した3例であり、穿刺対象は肝左葉が3例、右葉が3例であった。使用機器は内視鏡GF-UCT240またはGF-UCT260(Olympus Medical Systems)、観測装置EU-ME1(Olympus Medical Systems)、穿刺針はEcho-Tip Ultra 22/25G(Cook Medical)、またはExpect 22/25G(Boston Scientific)を使用した。【結果】穿刺経路は経胃4例、経十二指腸2例、穿刺針別では22Gが4例、25Gが2例であった。検体採取率および正診率は共に100%(6/6)であり、手技関連偶発症は1例も認めなかった。全例で免疫染色が可能であり、最終病理結果は肝細胞癌3例、転移性肝腫瘍2例、肝内胆管癌1例であった。【結論】多発肝腫瘍では肝細胞癌と肝内胆管癌の鑑別や、他臓器癌の治療後で再発転移と原発との鑑別を要する症例などがあり、病理組織結果によってその後の治療法が異なる場合がある。今回の検討では肝腫瘍に対するEUS-FNAは、免疫染色を含めた診断に十分な組織採取が可能であった。経皮的肝生検が困難な場合等において、肝腫瘍に対するEUS-FNAは試みるべき手段と思われた。

## 98 腹腔鏡下に切除した肝紫斑病の1例

名古屋国立大学病院 消化器外科

○藤幡 士郎、松尾 洋一、柴田 孝弥、岡田 祐二、木村 昌弘、  
竹山 廣光

【背景】肝紫斑病は類洞の拡張と肝内に多発する血液の貯留腔を認める稀な疾患で、WHOの肝腫瘍の組織学的分類では腫瘍類似病変に分類されている。背景疾患には膠原病や悪性腫瘍、ステロイドや免疫抑制剤の使用、結核などの感染症に伴う消耗性疾患がある。術前診断に難渋し、腹腔鏡下に切除した本症を経験したので報告する。【症例】38歳、女性。特記すべき既往歴や服薬歴なし。検診超音波検査で肝腫瘍を指摘され、血管腫として経過観察されていたが増大傾向を認め当院へ紹介となった。血液生化学検査では異常を認めず、肝炎ウイルスも陰性であった。CT検査では、S6に20mm大と10mm大の腫瘍性病変を認めた。造影によりfill in様の濃染効果を認めるも平衡相で造影不良な部分を認め、血管腫としては非典型であった。EOBプリモビストMRIでは、CTで認めた病変は、T1強調像で不整形低信号、T2強調像、拡散強調像で軽度高信号を呈し、辺縁はやや不明瞭であった。造影早期相により不均一に増強され、内部に粒状の造影不良域を伴っていた。肝細胞層では全体が低信号を呈していた。以上より、非典型的な血管腫が疑われたが、悪性疾患も否定できず、腹腔鏡下肝部分切除(S6部分切除)を施行した。病理組織学的所見では、mild chronic hepatitisを背景に、類洞の拡張を認める出血を多数認め、Peliosis hepatisと診断した。術後約1.5年、再発なく経過している。文献的考察を加え報告する。

## 97 胃癌肝転移との鑑別が困難であった肝サルコイドーシスの1例

名古屋大学 消化器外科

○菱田 光洋、杉本 博行、猪川 祥邦、村井 俊文、岩田 直樹、  
神田 光郎、田中 千恵、小林 大介、山田 豪、中山 吾郎、  
藤井 努、小池 聖彦、野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

症例は65歳男性。検診の胃透視で異常を指摘され、精査で胃癌と診断され当院紹介となった。Dynamic CTにて肝S7に約2cm、S5/6境界部に約1cmの低吸収病変を認めた。いずれも動脈後期相で弱く造影されその後漸増性に造影された。EOB-MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で淡く高信号を示し、肝細胞相では低信号を呈した。PET-CTでは胃癌原発巣および肝病変ともに取り込みを認めなかった。以上より胃癌肝転移を最も疑った。しかし、造影超音波検査では、肝S7病変は深く評価困難であったが、S5/6境界病変は境界不明瞭で後血管相で欠損がまだらな像を呈し胃癌肝転移の典型像とは異なる所見であった。血液検査では、腫瘍マーカーは陰性で肝炎ウイルスも陰性であったが、IL-2R:573U/mlと高値であった。確定診断のため手術時に肝生検を行い、治療方針を決めることとした。手術開始時、経皮的に肝S5/6病変に対し肝生検を行い、迅速病理診断に提出した。結果は肉芽腫の診断であったため、胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した。術後の精査にて、両肺の肺門・縦隔リンパ節腫大、肺生検での類上皮肉芽腫が確認され、CD4/8比が高値であったことにより、サルコイドーシスと診断した。以後、サルコイドーシスに対して薬物治療は行わずフォロー中であるが悪化は認めない。肝サルコイドーシスは比較的多発性である20~30%に認めるとされ、ほとんど無症候性である。今回、比較的稀な肝サルコイドーシスの1例を経験したので、文献的考察も含め報告する。

## 99 多発性巨大肝血管腫の1例

岐阜大学 医学部 腫瘍外科

○久野 真史、佐々木義之、八幡 和憲、棚橋 利行、市川 賢吾、  
森光 香澄、今井 寿、名和 正人、田中 善宏、松橋 延壽、  
奥村 直樹、矢野 佳子、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、  
二村 学、吉田 和弘

【背景】肝血管腫は比較的頻度の高い疾患であり典型的な画像所見のものであれば診断に迷うことは少ないが、時に悪性腫瘍との鑑別が困難な症例も存在する。今回診断に苦慮した多発性巨大肝血管腫の外科的切除を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。【症例】40歳代男性。特記すべき既往歴、家族歴なし。2013年5月頃から心窩部痛、食欲不振有り。近医にて腹部単純CT施行され肝腫瘍を指摘され精査加療目的にて当科紹介受診となった。腹部造影CTにおいてはS2、S4、S8にそれぞれ7cm、15cm、10cm大の境界明瞭な多血性腫瘍を認めた。辺縁から濃染し平衡相にかけて内部に比較的均一な造影増強効果を認め腫瘍内部には非常に発達した血管を認めた。造影MRIにおいてはいずれの腫瘍も被膜を有し内部はT2WIで高信号を示し、辺縁から徐々に染まるものの肝血管腫に特徴的な結節状濃染や分葉状形態も見られなかった。FDG-PET-CTにおいては腫瘍へのFDG集積を認めなかった。以上より第一に血管腫を疑う所見ではあるものの血管肉腫や胆管細胞癌などの悪性疾患の否定まではできなかった。血液検査においては腫瘍マーカーのCEA、AFP、PIVKA-I Iは全て正常値であった。血小板は10万/ $\mu$ Lと低値を認めた。6月にCTAP、CTAを施行した。CTAPでは後期相まで腫瘍の造影効果を認めなかった。CTAでは腫瘍内部への著明な血管増生を認め周囲肝に比べ不均一に強い造影効果を示した。左3区域切除術を計画し残肝の肥大目的に7月にTIPEを試みたが、門脈本幹の圧が27mmHgと高値でもあり施行できず、生検の再検のみ行った。生検結果は小血管の集簇を認め血管腫の一部としても矛盾はないが確定は難しいとのことであった。以上の経過より良性腫瘍を念頭に置いて手術計画を見直し8月に拡大左葉切除術を施行した。術後経過は良好であり術後8日目に退院となった。病理結果はcavernous hemangiomaであった。【結語】診断に苦慮した多発性巨大肝血管腫の外科的切除例を経験した。

## 100 肝腫瘍に対するCTA CTAP後に腫瘍の自然消褪を認めた一例

常滑市民病院 消化器内科  
○川合 真令、竹田 泰史

(症例)72歳男性 既往歴:B型慢性肝炎、肝硬変、痔核、輸血歴なし 平成24年9月26日に健康診断にて肝障害を指摘され、当院消化器内科を受診した。腹部エコー上S4にドップラーでは血流シグナルを認めない長径約29mm短径約17mmの低エコー域と腹部造影CT上動脈相で濃染し、平衡相で周囲肝実質より低吸収域となる腫瘍を認めた。以前よりB型肝炎が指摘されており、腫瘍マーカー(AFP:209ng/mL、PIVKA-2:75mAU/mL)も陽性であったため、肝細胞癌と診断した。精査・治療目的にて同年11月腹部血管造影検査を施行したところCTA/CTAPにて肝S4にCTAにて高吸収、CTAPで低吸収の腫瘍を認めたためTAEを試みたが、栄養血管に対してマイクロカテーテル挿入が困難であったため中止となった。後日改めてCTAを施行したところ同病変は辺縁の被膜のみ淡く造影され、明らかな腫瘍濃染を認めなかったため検査のみ施行し終了した。その後経過観察のためEOB-MRI、造影エコー施行するも動脈相では中心部は造影されず辺縁の被膜のみ淡く造影される状態を呈し、kupper相では低吸収とCTAと同様の所見を呈したため、腫瘍の自然消褪が疑われた。また肝腫瘍の生検を試みたが、患者の協力が得られず、組織学的には確定できなかった。その後、AFP値およびPIVKA-2値は徐々に低下し、平成25年2月にはAFP:9.7ng/mL、AFP-L3%:0.5%、PIVKA-2:26mAU/mLと正常化した。また同病変は平成25年3月に施行したEOB-MRI上では動脈相およびkupper相ともに低吸収を呈した。以上より、肝S4に認めた肝細胞癌が肝動脈造影後に自然消褪したのではないかと考えられる症例を経験した。

## 101 肝pseudolymphoma切除2年後に悪性リンパ腫を発症した1例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連 海南病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>JA愛知厚生連 海南病院 血液内科、  
<sup>3</sup>JA愛知厚生連 海南病院 病理診断科  
 ○武藤 久哲<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、廣崎 拓也<sup>1</sup>、  
 石川 大介<sup>1</sup>、國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>2</sup>、浅尾 優<sup>2</sup>、後藤 啓介<sup>3</sup>、  
 奥村 明彦<sup>1</sup>

【症例】66歳男性【既往歴】虫垂炎、大腸粘膜内癌(内視鏡的に切除)【現病歴】HBV既往感染を伴うアルコール性肝硬変として当科で経過観察中であつたが、定期検査の採血でPIVKA-2の上昇を認め、腹部超音波検査、CT、EOB-MRIで肝S3とS5の肝細胞癌が疑われたため、当院外科にて2011年5月に肝部分切除術を施行した。病理組織像は、肝細胞には異形成がなく、小型リンパ球が密に集簇しながら浸潤しており、リンパ濾胞の形成も散見された。免疫組織化学的にはCD3陽性細胞がCD20陽性細胞よりもやや優勢に浸潤していることが確認され、硬変に発生した肝pseudolymphomaと診断された。その後も定期的にフォローアップを行っていたが、2013年5月、術後約2年2カ月目の定期受診の際に腹部膨満を訴えたため、腹部CTを実施したところ、腹水の出現とともに、傍大動脈をはじめ腹腔内の著明なリンパ節腫大を認め、胃壁の肥厚と肝左葉にも結節性病変が認められた。上部消化管内視鏡検査では、胃体部大弯壁の腫大および胃体下部前壁に一部潰瘍を伴った隆起性腫瘍を認め、同部の生検から、B細胞性悪性リンパ腫と診断された。また、同時期に施行された骨髄生検でも、B細胞性悪性リンパ腫の骨髄浸潤と診断された。確定診断後、当院血液内科にてR-CHOP療法が施行されており、現在2コースが終了しているが治療への反応は良好である。【考察】pseudolymphomaは疾患概念が確立しておらず、reactive lymphoid hyperplasiaや nodular lymphoid lesionといった名称でも報告されている。画像診断のみでの確定診断は難しく、術後の病理組織で診断したるものがほとんどである。肝に発生したpseudolymphomaの報告自体が極めて少なく、また、pseudolymphomaと悪性リンパ腫の関連性については不明であるが、胃のpseudolymphomaと悪性リンパ腫へと移行したという報告があり、本症例は両者の関連性を考える上で貴重な症例と考えられた。

## 103 塩酸ミノサイクリン注入が奏効した感染性肝囊胞の1例

<sup>1</sup>名古屋セントラル病院 消化器内科、<sup>2</sup>西美濃厚生病院 内科  
 ○山内 浩輝<sup>1</sup>、川島 靖浩<sup>1</sup>、安藤 伸浩<sup>1</sup>、真鍋 孔透<sup>1</sup>、小宮山琢真<sup>1</sup>、  
 長谷川恒輔<sup>1</sup>、山田 弘武<sup>1</sup>、村 博武<sup>2</sup>

【緒言】肝囊胞の診断は超音波検査やCT検査にて容易に行う事が出来る。ほとんどのものは無症状で臨床的に問題となる事は少ない。まれに胆管の圧迫や感染、出血をきたし治療の必要が生じるものがあるが、その報告は依然少ない。今回経験した感染性肝囊胞について報告する。【症例】68歳女性。平成16年に上行結腸脂肪腫、胆嚢ポリープに対して腹腔鏡下回盲部切除・胆嚢摘出を行い、その頃に肝囊胞の指摘はされていた。本年6月初旬より腹痛症状にて近医受診。症状の軽快が得られず当院を受診された。当院初診時は、炎症反応・肝酵素上昇あるも症状は微熱と軽度の痛みであり、LVFX投与にて経過を見る事とした。フォローにてデータの悪化を認めため精査を行ったところ肝囊胞の増大を認めた。臨床症状、画像所見より感染性肝囊胞の診断となった。その後、腹痛の増強・データの悪化を認めため、入院にて経皮的肝囊胞ドレナージ施行した。囊胞内へ塩酸ミノサイクリン注入を行い、症状・データの改善を認め退院へ至った。【考察】感染性肝囊胞に対する塩酸ミノサイクリン投与にて軽快が得られた1例を経験した。本症例の様に肝囊胞の増大を認めるような場合は肝囊胞の感染も考慮が必要と思われる。塩酸ミノサイクリン投与が奏効した症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 102 東西統合医療の経過中、偶然に飲酒欲求抑制を認めたアルコール性肝障害合併メタボリック症候群の1例

かすみがうらクリニック  
 ○廣藤 秀雄

症例:62歳、男性(主訴)健診異常(飲酒歴)ワイン3杯/日(現病歴)H19年5/7近医紹介[1/19健診:γGT 215 IU/L、腹部US:脂肪肝](現症)身長166cm、体重69.5kg。血圧164/94、脈:整、微張。眼結膜:貧血、黄疸なし。舌:微白苔、少し紅、歯圧痕なし。胸腹部四肢:異常なし。(検査所見)ALT 21 IU/L、γGT 142 IU/L、電解質・末梢血:異常なし(外来経過)前医処方継続[パルサルタン(80mg)1T、アトルバスタチン1T、アロプリノール2T/日]。H19年11/27 パルサルタンのみ。H20年4/28 パルサルタン(40mg)1T。H21年1/19 パルサルタン1T、ベンジピン(2mg)1T。H22年11/1 高血圧の漢方治療を希望され柴胡加竜骨牡蠣湯2.5g眠前・温服を追加。腹部にオムツ痛を認め四物湯3T朝食前・温服も併用。H23年2/7「何や!これ」といらいしなくなつた。H24年4/13 カンデサルタン/ヒドロクロロチアジド配合錠に変更後、1)酒がまずく「もう(これ以上飲まんでも)ええわあ!」。2)出張先レストランで常に1本飲む定番ワインを半分で止めたら、店長が品質不良と勘違いした。3)別の日「あ!だけ飲んだら疲れるなあ! ようけ飲んだわ。5-6合は飲んだやろ」と翌朝、息子に言ったら2合しか飲んでいなかった。4)飲みたい気分がなくなり、まずい。酔っ払った感じはなくなり、本当に(酒が)入っていかない。5)変更薬剤を妻が「肝臓に悪影響した」と心配(?)、元の薬に戻せと言う。パルサルタンに戻すと酒量も回復(?)した。【考察】アルコール依存症治療の断酒補助剤として1987年に登場したアカンプロサートが今年5月から国内使用されている。作用機序としてアルコール依存で生じる中枢神経系の興奮性神経伝達と抑制性神経伝達の不均衡を同剤が[グルタミン酸作動性神経活動を抑制]回復させ、アルコールの自発摂取抑制や報酬効果抑制につながるかと推察されている。本例も鎮静作用があり癲癇に適応のある柴胡加竜骨牡蠣湯と西洋降圧剤を変法中に偶然、飲酒欲求抑制がその1剤で認められた背景に、GABAを介した可能性が示唆される。

## 104 上部消化管内視鏡検査から診断に至つたOsler-Weber-Rendu病(遺伝性出血性毛細血管拡張症)の1例

半田市立半田病院 消化器内科  
 ○春田 明範、森井 正哉、肥田野 等、大塚 泰郎、神岡 諭郎、  
 岩下 統一、川口 彩、山田 啓策、水野 和幸、日下 真宏

【症例】61歳 男性【既往歴】左慢性中耳炎【現病歴】2012年初頭よりめまい感・耳鳴りあり当院耳鼻科に連診中、同年10月にめまい感・ふらつき・不眠にて当院精神科受診した際、血液検査にて鉄欠乏性貧血を認めたため消化器内科を初診された。上部消化管内視鏡検査施行し胃毛細血管拡張症を認めた。カプセル内視鏡では十二指腸から空腸にかけて毛細血管拡張が多発していた。CTでは肝全体にシャントが多発しており、CT3Dangiioにて上腸間膜動脈から置換右肝動脈が、左胃動脈から置換左肝動脈が分岐しているなどの破格を認めた。後日血管造影検査を施行し、DSAでは胃十二指腸動脈の造影にて動脈相での異常小動脈の集簇、毛細血管相での濃染像を認め、また腹腔動脈造影にて中肝動脈は総肝動脈より分岐しており、左肝動脈は左胃動脈から分岐、右肝動脈は上腸間膜動脈から分岐しており、肝動脈はいわゆるReplacement typeであった。CTAPではPVシャントを認め、CTAでは末梢レベルでの短絡が疑われた。口唇・口腔・両手指先に末梢血管拡張を認めること、胃・十二指腸・空腸に多発する毛細血管拡張や肝臓の血管奇形を認めること、詳細なアナムネで2年前から鼻出血しやすい時期があることからOsler-Weber-Rendu病と診断した。本症は遺伝性疾患でありご家族も疑うべきであったが、父母は他界し唯一の血縁者である兄は持病にて来院困難であるため診察はできなかった。今後は遺伝子検査を施行予定である。その他合併症検索のためCTにて肺野、MRIにて中枢神経系の血管奇形の評価を行ったが異常は認めなかった。治療に関して貧血に対し胃・十二指腸の観察可能範囲の拡張血管に対しAPC焼灼を行い、現在は鉄剤投与にてコントロールできており、その他合併症なく経過している。【考察】Osler-Weber-Rendu病は稀な疾患である。今回鉄欠乏性貧血のため上部消化管内視鏡検査を施行した結果、多発する毛細血管拡張を認めたことより本疾患を疑う手がかりとなった1例を経験したので報告する。



## 105 胆管狭窄を伴った肝多房性嚢胞性病変の1例

<sup>1</sup>三重大学 医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

<sup>2</sup>三重大学 医学部附属病院 光学診療部、

<sup>3</sup>三重大学 医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○原田 哲朗<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、野尻圭一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、  
山田 玲子<sup>1</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、  
臼井 正信<sup>3</sup>、伊佐地秀司<sup>3</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

症例は66歳、男性。以前より近医での腹部USにて左肝内胆管の拡張と多房性の肝嚢胞を指摘されていた。肝嚢胞が増大傾向にあることから、2013年3月に当科紹介となった。当科初診時の血液検査では黄疸・肝胆道系酵素・腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。造影CTとMRIではB2/B3合流部に33mm大の多房性嚢胞性病変を認め、末梢胆管(B2、B3)の軽度拡張を認めた。EUSやDIC-CTでは、嚢胞と胆管の交通所見は認めなかった。FDG-PETでは肝左葉の嚢胞性病変には集積を認めなかった。ERCPではB2/B3合流部付近に圧排様の狭窄を認め、狭窄部でのブラシ擦過細胞診は陰性であった。また各種画像検査では明らかな嚢胞内結節は認めなかった。以上の結果から、第一には単純性肝嚢胞を考えたが、多房性嚢胞・胆管狭窄の存在から鑑別診断としてIPNBの可能性も否定できなかった。本人・外科医と相談の結果、肝切除の方針となった。当院外科にて腹腔鏡補助下肝左葉切除＋胆嚢摘出術を施行された。術後経過は良好であり、病理組織学的には悪性所見は認めず、単純肝嚢胞と診断された。画像所見から単純性肝嚢胞と腫瘍性嚢胞との鑑別に苦慮した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 106 腹水穿刺後にエルカルニチンを静脈投与することにより こむら返りが改善した肝硬変患者の1症例

<sup>1</sup>増子記念病院 肝臓内科、<sup>2</sup>肝臓外科  
○堀田 直樹、綾田 穰<sup>1</sup>、小竹 克博<sup>2</sup>、小山 寛一<sup>2</sup>、黒川 剛<sup>2</sup>

はじめに：近年、カルニチンが潜在性肝性脳症(MHE)を有する肝硬変患者において血中アンモニア及び認知機能を改善するのに有用であることが示されている。本邦でもレボカルニチン製剤が医療用医薬品として発売されており「カルニチン欠乏症」に使用できるようになったので2次性のカルニチン欠乏症とされている肝硬変患者への使用は、可能になった。当院は、透析および慢性腎疾患の患者が多く通院しており、これらの患者においてもカルニチンの筋症状の改善に有効であると報告が散在されるようになった。今回我々は、腹水穿刺後にエルカルニチンを静脈投与することによりこむら返りが改善した肝硬変患者の1症例を経験したので報告する。症例は、73歳女性。主訴は、腹部膨満感。既往歴は、特記すべき事項なし。現病歴は、nonBnonC肝硬変にて、外来フォロー中。10日に1回腹水排泄のため入院をしている。4L排泄時には、こむら返りの出現はないが、当人の状態で5L排泄時には、こむら返りが出現した。もともと、こむら返り出現していたので、経口のエルカルニチン製剤の投与はされていたが、通常は、コントロールされているが、今回5L排泄するため、点滴にてエルカルニチン製剤を投与した。結果：以前よりエルカルニチン製剤は、投与されているので、カルニチン値は、正常であったが、投与後の採血では、いずれも上昇を認めていた。また、遊離脂肪酸、アンモニア値の低下を認め、こむら返りの出現は、認めなかった。結語：大量腹水排泄時の有症状改善方法のひとつとして、カルニチン点滴も選択肢になるかもと示唆された。

## 108 アルコール性肝硬変に筋肉内血腫を合併した2例

名古屋市立東部医療センター 消化器内科  
○荒木 幸子、伊藤 恵介、佐橋 秀典、浅野 剛、川村百合加、  
北川 美香、今井 宗憲、田中 義人、長谷川千尋、川合 孝

【はじめに】アルコール性肝硬変は肝不全や消化管出血などの様々な合併症をきたす予後不良の疾患である。今回我々は筋肉内血腫の合併を契機に死に至ったアルコール性肝硬変の2例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例1】39歳、女性。飲酒歴焼酎4杯/日がありアルコール性肝硬変で当院通院中。階段から転落し左臀部を打撲され当院受診。同部の腫脹が著明であり緊急入院となった。入院後腫脹と皮下出血は急激に増悪し、第6病日Hb 9.7から5.5g/dlと貧血の進行も認め、造影CTにより筋肉内の血管外漏出を認めた。濃厚赤血球(MAP)や新鮮凍結血漿(FFP)を投与するも効果不十分で、同日TAE施行し一旦止血されるも再出血を繰り返し、第17病日、第42病日、第48病日と計4回TAEを施行した。4回目のTAE施行時の右大腿穿刺部からの出血が止血困難となり、肝不全、腎不全を併発し、第63病日他界された。【症例2】49歳、男性。既往に糖尿病あり。飲酒歴は調理師で仕事中に常時飲酒していたため量の詳細は不明。アルコール性肝硬変で通院中。自宅にて救急転倒し全身倦怠感と意識障害が出現したため当院救急搬送された。入院後、アミノレバン投与にて意識障害は改善したが、17時頃右下肢の疼痛、しびれの訴えありCTを施行したところ右臀部の筋肉内血腫を認めた。21時頃、突然の意識レベル低下と血圧低下を認め、CTを再検したところ血腫の増大を認め、Hb10.1から3.8g/dlと著明な貧血の進行とPT12.3%と凝固能増悪を認めたため、MAPやFFPを輸血した。TAEは全身状態が極めて不安定であり施行は困難で、その後肝不全や腎不全の増悪を認め第5病日他界された。【考察】本邦報告例を検索したところ、肝硬変に筋肉内血腫を合併した報告例は21例で、その内アルコール性によるものは77%と最多であった。また61%が出血性ショックや肝不全で死亡されており、アルコール性肝硬変での筋肉内血腫合併は重篤かつ致死的であり、周知すべき合併症と考えられた。

## 107 肝硬変に伴う出血性十二指腸静脈瘤に対しB-RTOが有用であった一例

小牧市民病院  
○植村 友稔、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、  
濱崎 元伸、永井慎太郎

【背景】B-RTO(balloon-occluded retrograde transvenous obliteration)は胃腎シヤントを有する胃底部静脈瘤の第一選択の治療法である。十二指腸静脈瘤は比較的まれな症例であり、十二指腸静脈瘤に対するB-RTOの有効性は確立されていない。今回十二指腸静脈瘤に対しB-RTOが奏功した一例を経験したため報告する。【症例】64歳、女性【現病歴】2012年11月見当識障害にて当院消化器内科受診し、自己免疫由来の肝硬変による肝性脳症と診断された。2013年1月上旬消化管検査にて十二指腸水平部にF2～F3の静脈瘤を認めた。その後経過観察されていたが、2013年4月吐下血にて当院救急外来へ救急搬送された。【経過】受診当日、精査治療目的にて入院となった。入院時検査ではALB 2.1g/dl T-Bil 2.8mg/dl PT43.1%と肝硬変(Child-Pugh C)、加えてRBC254万/ul Hb9.7g/dlと低下を認めた。腹部造影CT、上部消化管内視鏡検査において十二指腸水平部に静脈瘤を認めたが、明らかな出血部位は同定できなかった。十二指腸静脈瘤からの出血を第一に考え、入院第1病日、第2病日B-RTOによる硬化療法を施行した。腹部血管造影検査では左卵巣静脈からの十二指腸静脈瘤への側副血路を認め、塞栓術が施行された。B-RTO後反応性にCreの上昇を認めたが、利尿剤投与により改善した。第6病日上部消化管内視鏡検査にて十二指腸静脈瘤からの出血は認めず、第7病日の腹部造影CT検査において十二指腸静脈瘤への血流消失、血栓化を確認し、他の遠心性門脈側副路発達を認めなかった。第17病日に全身状態良好、退院となり現在外来通院中である。【考察】B-RTOの長所は、内視鏡では捉えきれない静脈瘤の全体像を明らかにし、バルーン留置により巨大な静脈瘤に対しても迅速な血栓化が得られる点である。加えて、長期的な肝予備能や生命予後の改善が見込まれる。十二指腸静脈瘤に対してもその排血路が単純であればB-RTOが可能であり、十二指腸静脈瘤に対してB-RTOが有用であると報告も散見される。今後、同様の症例の蓄積により十二指腸静脈瘤に対してB-RTOの有効性が確立されることを期待する。

## 109 アルコール性肝硬変で合併し肥満低換気の関与が示唆された 肝性脳症の一例

桑名東医療センター 消化器科  
○野田健太郎、小島 昌泰、宮下 一美、泉 恭代、大森 茂

【症例】54歳、男性【主訴】意識障害【飲酒歴】日本酒4合/日、30年以上【現病歴】2003年よりアルコール性肝硬変にて当科外来通院中であり、近年は肝性脳症を繰り返し発症していた。また半年間で10kg程度の体重増加を認めていた。2012年5月中旬にサウナ入浴中に意識レベルが低下し、救急搬送された。【理学所見】身長175.5cm、体重12kg、BMI40.6、羽ばたき振振あり、球結膜に黄疸軽度あり、腹部は平坦・軟で圧痛なし【検査所見】WBC2800/mm<sup>3</sup>、Hb13.1 g/dl、Plt4.7x10<sup>4</sup>/mm<sup>3</sup>、PT46%、Alb3.0g/dl、T-bil2.8mg/dl、GOT46IU/l、GPT31IU/l、ALP570IU/l、γGTP44IU/l、NH<sub>2</sub>216 μg/ml【胸部X線&CT】横隔膜の著明な挙上及び右下肺に肺炎を疑う所見あり【頭部CT】明らかな頭蓋内病変なし【入院後経過】入院時肝性脳症が認められ、分岐鎖アミノ酸製剤輸液等の加療が行われるも意識障害はさらに悪化し、高度のCO<sub>2</sub>ナルコーシスを合併したため、薬物治療に加えてNPPVによる呼吸管理を行った結果、意識レベルは回復し摂食可能となった。しかしNPPV中止後、無呼吸は明らかでないものの夜間睡眠時の高度のSaO<sub>2</sub>低下(<80%)がみられた。以上より、高度肥満により、特に夜間に横隔膜挙上及び胸部運動が低下し低換気状態を来していると考え、簡易型NPPVによる睡眠時の呼吸管理及びダイエット(BW125kg→93kgに減量)を行い、以後肝性脳症の出現は認めず、睡眠状態も著明に改善し、退院可能となった。退院後約10ヵ月で腸腰筋痙攣から敗血症を合併し死亡に至るも、この間明らかな肝性脳症は認めなかった。【考察】肥満低換気は著しい肥満とこれに伴う肺低換気を示す状態であり、その治療として減量の他に、近年NPPVの有効性が報告されている。自験例は肝性脳症出現後肥満低換気によりさらに意識状態が悪化した可能性、及びNPPVによる呼吸管理と十分な減量がなされた後は肝性脳症の出現を認めなかったこと等から、肝性脳症の発症及び経過に肥満低換気の関与が示唆された症例と考えられた。

## 110 急性炎症を伴った巨大肝血管腫の一切除例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○藤井 武宏、高橋 直樹、田端 正己、種村 彰洋、村田 泰洋、  
安積 良紀、栗山 直久、岸和田昌之、水野 修吾、臼井 正信、  
櫻井 洋至、伊佐地秀司

巨大肝血管腫の多くは無症状であるが、稀に、発熱、腹痛、肝機能異常を三徴とする急性炎症を伴うことが指摘されている。われわれは経過観察中、急性炎症を惹起した巨大肝血管腫の一切除を経験したので報告する。  
【症例】52才男性。6年前の検診で肝右葉の巨大血管腫を指摘されたが、症状なく近医で経過観察されていた。入院1ヶ月前から38度台の発熱と右側腹部痛および肝機能異常が出現し、当科紹介された。当科受診時CRPは12.2mg/dlと上昇し、 $\gamma$ -GTP 538 U/L、ALP 1102 U/Lと胆道系酵素の上昇を認めた。CTでは肝後区域に、造影早期に辺縁に加え内部がまだら状に造影される径12cm大の腫瘍を認め、後期でも内部の不均一な造影効果は持続した。既存の肝血管腫内の出血・感染を疑い、抗生剤投与を開始した。1～2週、37～38℃の発熱が持続したが、経過中、血培、エンドトキシン、プロカルシトニンはいずれも陰性であった。抗生剤投与2週で発熱と右側腹部痛が消失、CRPは0.60 mg/dlと著減したが、サイトカインはIL-6 11.6pg/ml(正常値4.0以下)、TNF- $\alpha$  16.4 pg/ml(正常値:0.6-2.8)と高値を呈した。CRP正常化後、肝右葉切除を施行した。腫瘍断面はスポンジ状で、病理組織学的には線維性間質を背景に筋層を欠いた大小の血管様構造物の集簇が認められた。線維化の目立つ領域や著明な浮腫と硝子化を認める領域、さらにヘモジデリン沈着や単核球浸潤部位が存在し、免疫染色結果(D2-40陰性、CD34陽性、Calretinin陰性)と併せて二次的変化の加わった血管腫と診断された。術後経過は良好で、サイトカインはIL-6 4.1 pg/ml、TNF- $\alpha$  4.7 pg/mlと正常化した。

## 112 巨大肝嚢胞の圧排による門脈圧亢進で発症した食道静脈瘤の1例

静岡県立静岡病院 消化器内科

○諏訪 兼彦、白鳥 安利、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、  
大野 和也、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津竜樹

今回我々は、1個の巨大肝嚢胞の圧排により門脈圧亢進症が生じ、更に門脈圧亢進により生じた食道静脈瘤の破裂による上部消化管出血を経験したので報告する。症例は70歳代男性。平成23年12月、タール便を主訴に近医より紹介受診した。内視鏡検査で食道静脈瘤破裂による出血と診断した。出血は保存的に回復したが、腹部CT検査で肝左葉の巨大肝嚢胞により門脈が圧排されており、そのために生じた門脈圧亢進が食道静脈瘤の原因と思われた。そのため、肝嚢胞穿刺ドレナージを施行し、約1000mlの混濁した排液を認めた。排液後、嚢胞内にミノマイシンを注入し嚢胞縮小を試みた。その結果、肝嚢胞は一時的に縮小したが、その後再び拡大した。そのため24年4月腹腔鏡下肝嚢胞天蓋切除術を施行した。その結果、肝嚢胞は消失した。肝嚢胞ドレナージ以降、門脈圧亢進症は改善し、食道静脈瘤も消失した。門脈圧亢進の原因として、単独の嚢胞の圧排による門脈圧亢進はまれであり、文献的考察を加えて報告する。

## 111 アダリムマブ投与中に発症した肝膿瘍の1例

<sup>1</sup>蒲郡市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>蒲郡市民病院 皮膚科○安田 聡史<sup>1</sup>、成田幹吾<sup>1</sup>、成田 圭<sup>1</sup>、佐宗 俊<sup>1</sup>、加藤 裕史<sup>2</sup>、  
小田 雄一<sup>1</sup>、安藤 朝章<sup>1</sup>

【症例】49歳 男性【既往歴】41歳 尋常性乾癬 2012年6月よりアダリムマブ投与開始。【現病歴】2013年2月28日より発熱を認め、同日当院受診。来院時体温39℃、悪寒、戦慄を認めた。血液・生化学検査にて炎症反応上昇(WBC11000、好中球75%、CRP20.0)及び肝・胆道系酵素上昇(AST 62U/L、ALT 88U/L、 $\gamma$ -GTP 138 U/L)を認め、腹部CTにて肝右葉に6.2×7.6cm大の境界不明瞭な淡い低吸収域を認めた。造影CTでは、辺縁は不整で、不均一な造影効果を示した。以上より、肝膿瘍と診断し、経皮的肝膿瘍ドレナージ術を施行した。ドレナージ液は淡水性であり、細菌培養検査により菌は検出されなかった。入院後、抗生剤(SBT/CPZ)投与したが、発熱改善せず、抗生剤をMEPMに変更し生食による肝膿瘍の洗浄により症状の改善をみた。3月13日ドレナージチューブ造影では、膿瘍腔と胆管との交通は認めなかった。その後、症状改善、膿瘍縮小し、4月2日ドレナージチューブ抜去となり、現在経過観察中である。【考案】アダリムマブは、完全人型TNF- $\alpha$ 阻害剤であり、関節リウマチやクローン病、乾癬で適応となっている。副作用として重篤な感染症、結核、間質性肺炎などがある。肝膿瘍の発生頻度は0.02%という報告があり、比較的新な副作用と考えられる。我々はアダリムマブ投与中に肝膿瘍の発生した症例を経験したので報告する。

## 113 鏡視下Hassab手術の治療経験

<sup>1</sup>藤田保健衛生大学 肝・脾外科、<sup>2</sup>藤田保健衛生大学 上部消化管外科○棚橋 義直<sup>1</sup>、加藤悠太郎<sup>1</sup>、所 隆昌<sup>1</sup>、新田 隆士<sup>1</sup>、香川 幹<sup>1</sup>、  
竹浦 千夏<sup>2</sup>、杉岡 篤<sup>1</sup>、宇山 一朗<sup>2</sup>

近年食道胃静脈瘤に対しては内視鏡的硬化療法(EIS)や内視鏡的静脈瘤結紮療法(EVL)が広く普及しており手術治療が選択されることが少なくなっているが、内視鏡治療抵抗性の症例については胃上部血行郭清と脾摘術を行うHassab手術が有用な手段の1つと考えられる。しかし肝機能が低下している症例が多く、低侵襲な治療が望まれる。我々は食道胃静脈瘤に対しこれまでに鏡視下手術を4例に施行しているので、その手術手技を供覧する。【症例】腹腔鏡手術を1例、da Vinci Sを使用したものが1例、da Vinci Siを使用したものが2例である。疾患はIPH 2例、B型肝炎、C型肝炎に伴う食道胃静脈瘤が1例ずつとなっている。da Vinciを使用した手術のうち2例に肝細胞癌併発を認め、1例は後区域切除術、もう1例はS4部分切除術をそれぞれ施行している。【手術手技】全身麻酔下、仰臥位にて手術を行う。臍部よりOpen法でFirst portを設置しカメラを挿入、他上腹部に4本カメラポートを挿入する。まず胃上部大彎側の血行郭清を行う、そのまま内側にアプローチし後胃動静脈領域を郭清し小網を開放する。引き続き脾臓を摘出し小彎側の郭清を食道裂孔に向かい進む。左胃動静脈を根部で処理し後腹膜の血行郭清を行う。噴門形成、幽門形成を行い手術終了とする。【結果】全例を鏡視下手術で完遂、大きな合併症なく退院している。術後平均在院日数は23日であった。2例については手術後上部消化管内視鏡検査を行い食道胃静脈瘤が改善したのを確認している。【結語】胃食道静脈瘤に対して4例の鏡視下Hassab手術を施行した。da Vinci手術により繊細で安全な手術が可能となると考える。

## 114 C型慢性肝炎に対するIFN,リバビリン併用療法若効10年後に認めた肝細胞がんの2例

豊橋市民病院

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

【はじめに】C型慢性肝炎に対するIFN治療によるウイルス消失により、その後の肝細胞癌発生のリスクが減少することは周知の事実であるが、ウイルス消失後にいつまで肝細胞癌のサーベイランスが必要であるかは不明である。今回、我々は、ウイルス消失10年経過後に初発肝細胞癌を発生した2例を経験したので報告する。【症例1】63歳 男性、H14年、A2F3, genotype 1b, 高ウイルス量、組織学的にはA2F3の慢性肝炎に対し、H14年、IFN  $\alpha$  2b, リバビリン併用療法を施行し、著効を得た。H20年までは年2回、当科にて採血、画像検査を行っていたが、同年4月の当科US後は近医にてフォローされた。H25年、検診胸部X線異常のために撮影した胸部CTにて肝S8に10mm強のLDAを認め当科紹介となった。USでは描出困難であったが、EOB-MRIでは肝S8にT1WIは低信号、T2WIでは高信号となる10mm強の腫瘍を認め、動脈相にて濃染し、肝細胞相では欠損像と描出され、肝細胞癌と診断した。HCVRNAは陰性、AFP/L3/DCP 2.4/0.5ミマン/21、血小板 17.2万、ICGR15 4.8%、Child Aと肝予備能で良好なため、切除目的に外科紹介となった。【症例2】80歳 男性、H14年、IFN  $\alpha$  2b, リバビリン併用療法を施行し、著効。H19年までは当科にてフォロー、以降は近医通院していた。H25年、甲状腺機能低下症、甲状腺腫にて当院内分泌内科紹介。術前精査中に肝前区域に10cm超の腫瘍を認め当科紹介となった。EOB-MRIでは肝S8にT1WIは低信号、T2WIでは高信号となる10cm超の腫瘍を認め、動脈相にて濃染し、肝細胞相では欠損像と描出され、肝細胞癌と診断した。HCVRNAは陰性、AFP/DCP 3899/36、血小板 16.5万、ICGR15 7.4%、Child Aと肝予備能で良好なため、当院外科にて切除した。【考察】今回報告した2例はともにIFNにてウイルス消失後10年以上経過後に発見された肝細胞癌である。症例2は、経過がしつかりフォローされていたが、もっと早期に発見できた可能性が高いが、症例1は10年間のUSフォローでは発見困難であったと考えられる。ウイルス消失後のC型慢性肝炎のフォローに関しては、その期間だけでなく、検査の間隔やデバイスに関しても検討すべきであると思われる。

## 116 当院におけるC型急性肝炎の検討

社会保険中京病院 消化器科

○金子 望、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、榎原 健治、  
大野 智義

【背景・目的】C型慢性肝炎は近年SVRを得る確率が上昇してきた。しかし薬物乱用や不衛生処置で若年者を中心に新規感染者の存在が報告されている。急性感染は自然経過で高率に慢性化するなどの臨床像について一定の見識を持たねばならない。今回我々は当院で経験したC型急性肝炎(AH-C)症例について検討し報告する。【対象】過去5年間に4名の急性C型肝炎を経験した。男女比は1:3、年齢中央値は45歳(41-49)であった。【結果】症例1:45歳女性、倦怠感で受診し肝障害認め入院した。各種検査でも原因不明でHCV抗体再検時上昇を機にHCVRNA 6.3logU/mL判明しAH-Cと診断した。医療従事者で感染源は足指創が疑われた。遺伝子型は判定不能でペグインターフェロン+リバビリンの併用療法(PR)24週でSVRとなった。症例2:49歳男性、倦怠感で来院し肝障害認め入院した。HCV抗体は3か月前陰性だが入院時に軽度上昇、HCVRNA 4.8logU/mLでAH-Cと診断した。2型で感染経路は不潔薬物の自己打ちであった。自主退院し半年後再来院時PR開始したが5回投与で中止となった。SVRは得られていない。症例3:41歳女性、症例2の内縁の妻、肝障害で夫の発症後5カ月頃受診した。来院時HCV抗体陽性、2型で夫からの感染と考えられた。PRを開始したが来院間隔不規則で17回で打ち切った。幸い中止後半年後SVR得られた。症例4:45歳女性、倦怠感を主訴に近医受診し肝障害認め当院へ紹介受診した。来院時HCV抗体軽度上昇でHCVRNA 7.4 logU/mL、再検時抗体上昇傾向にありAH-Cと診断した。感染経路は不詳、軽度貧血ありPegIFN単剤にて治療継続中である。【考察】我が国でも頻度は低いが医療従事者や不法薬剤の使用、性交渉等で一定の割合で新規HCV感染者が存在すると考えられる。初診時抗体陰性である事もあり他の原因が否定されれば抗体価の再検、HCVRNA計測も検討すべきと考えられる。早期の治療介入により高率な排除も期待できる為、的確な診断が重要と考えられた。

## 115 当院におけるC型慢性肝炎のIFN治療での血小板減少に対する脾臓摘出、PSEの比較検討

小牧市民病院

○田中健士郎、館 佳彦、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、望月 能成、谷口 健次、宮田 章弘

【目的】C型慢性肝炎に対する抗ウイルス治療はペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビル3剤併用療法が標準的治療とされ、高い治療効果を得ている。しかしIFNは副作用に血小板減少作用があり、脾機能亢進を伴う血小板数値のC型慢性肝炎患者は十分な治療を受けられない実情がある。今回我々は脾臓摘出術(脾摘術)もしくは部分的脾動脈塞栓術(PSE)施行後にIFN治療を施行されたC型慢性肝炎患者について、血小板減少を有する患者に対する有用性と長期予後の比較検討を行った。【方法】当院において2002年9月2日から2013年7月1日までの期間で、血小板減少を理由に脾摘術、PSEを施行後、IFN治療されたC型慢性肝炎患者31人(平均年齢58.9歳、男性18人/女性13人)を対象とした。【1】脾摘術とPSE群の施行前後の血小板値の変化量を比較検討した。【2】脾摘術後IFN群とPSE後IFN群それぞれの生命予後の検討をKaplan-Meier法、Log-rank testで解析した。【成績】平均観察期間は約5年6か月間であった。31人中、脾摘術が11例にPSEが20例に施行された。経過中肝臓関連死が7例、肝臓関連以外死が2例、肝移植術が1例に施行され、生存は22例に認められた。【1】脾摘術群の平均血小板値は施行前が6300/ $\mu$ l、施行後が19100/ $\mu$ lで有意な増加を認め(P<0.01)PSE群でも施行前が5200/ $\mu$ lで施行後が11300/ $\mu$ lと、有意な増加を認めた(P<0.01)。また平均血小板増加量は脾摘術群で有意に増加することがわかった(P<0.01)。【2】全症例での5年生存率は75%であった。5年生存率は脾摘術82%、PSE群71%であり両群間に有意差は認めなかった。【考察】血小板減少を伴う慢性C型肝炎のIFN治療において、脾摘術とPSE群で生存率には有意差はなかった。しかし脾摘術、PSE群ともに血小板は有意に増加するものの、その増加量は脾摘術の方が有意に増加しており、血小板減少に対する治療の第一選択として考慮すべきことがわかった。

## 117 C型慢性肝炎に対するペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビルの3剤併用療法における薬剤アドヒアランスと治療効果について

小牧市民病院 消化器内科

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

【目的】C型慢性肝炎に対する抗ウイルス治療はペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビルの3剤併用療法により約70%の高い治療効果が期待できる。しかしながらその強い副作用により、治療の完遂や、初期投与量の継続は極めて困難である。また薬剤の投与量が治療効果に影響を与える可能性がある。今回ペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビルの3剤併用療法における薬剤アドヒアランスについての検討を行った。【方法】当院において2011年11月～2013年9月の期間において、ペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビル3剤併用療法を施行されたC型慢性肝炎1型高ウイルス量患者29人(平均年齢54.5歳、男性16人/女性13人)を対象とした。3剤のそれぞれの薬剤のアドヒアランスと治療効果についての検討をおこなった。【成績】ペグインターフェロン、リバビリン、テラプレビル3剤併用療法を施行された29人中、4人(無効1人、Break through 2人、副作用1人)において投与が中断された。24週間投与完遂した患者23人におけるアドヒアランスはペグインターフェロン91%、リバビリン60%、テラプレビル71%であった。テラプレビルの初期投与量は2250mgが26人、1500mgが3人であった。テラプレビルの総投与量は患者の体重と治療開始時のHGB値と統計学的に有意な正の相関が認められた(P<0.05)。テラプレビルのアドヒアランスは投与1～4週:79%、投与5～8週66%、投与9～12週70%と投与中盤でのアドヒアランスの低下を認めた。リバビリンのアドヒアランスは1週～12週(3剤併用期間):58%、13週～24週(2剤併用期間):63%であった。12週までに60%以上のアドヒアランスが得られた患者における治療開始4週目におけるHCVRNA陰性化(RVR4)率は100%であったが60%未満であった患者におけるRVR4率は53%であった(P=0.05)。【結語】テラプレビルの投与量は患者の体重と治療前のHGB値と正の相関が認められた。リバビリンの初期投与量は治療効果に関連するRVR4と関連する傾向が認められた。

## 118 C型慢性肝炎に対するPeg-IFN $\alpha$ 2b/Ribavirin/Telaprevir3剤併用療法の治療効果

国立病院機構 名古屋医療センター 消化器内科

○浦田 登、岩瀬 弘明、平嶋 昇、島田 昌明、都築 智之、  
桶屋 将之、龍華 庸光、喜田 裕一、久野 剛史、田中 優作、  
江崎 正哉、加藤文一郎、水田りな子、後藤 百子

【目的】当院において実施されているC型慢性肝炎に対する3剤併用療法の治療効果を検討した。【方法】当院においてPeg-IFN $\alpha$  2b/Ribavirin (RBV)/Telaprevir (TVR) 3剤併用療法を行った1型、高ウイルス量のC型慢性肝炎11例を対象とし、HCV消失率や有害事象について検討した。年齢の中央値は56歳(35-68)、性別は男性:女性=7例:4例。IFN治療歴は初回:再燃:無効=6例:4例:1例。TVR投与量は2250mg:1500mg=3例:8例。IL28B遺伝子多型はmajor:minor (n=4) =2例:2例。平均HCV RNA量は7.0 logIU/mL。平均Hbは14.4 g/dL。平均Pltは20.4万/ $\mu$ Lであった。【結果】3例は3日(皮膚症状Grade 3)、2週(嘔吐)、14週(眼底出血)で3剤治療を中止し、平均治療期間は19.0週であった。全体のHCV陰性化率は4週63.6%(7/11)、12週81.8%(9/11)、治療終了時90.0%(9/10)、治療終了後4週(SVR4) 90.0%(9/10)、治療終了後12週(SVR12) 87.5%(7/8)であった。SVR4をTVR開始投与量と比較すると2250mg:1500mg=66.7% (2/3):100.0%(7/7)であり、IL28B遺伝子多型ではmajor:minor=100.0% (2/2):100.0%(2/2)。IL28B minorの2例はいずれもIFN治療再燃例であった。主な有害事象として皮膚症状27.2%(3/11)、貧血(Hb $\leq$ 10g/dL) 45.5%(5/11)、腎機能障害(Cr $\geq$ 1.2mg/dL) 36.4%(4/11)、高尿酸血症(UA $\geq$ 7.0mg/dL) 90.9%(10/11)、消化器症状 36.4%(4/11)が見られた。TVR投与量1500mg群全体のSVR4は100.0%であり、TVR投与量2250mg群の3例中2例(2週で終了した嘔吐の1例と14週で終了した眼底出血の1例)が有害事象により治療中止しており、当院の治療成績からはTVR投与量1500mgが適切と考えられた。【結論】1型、高ウイルス量のC型慢性肝炎に対するPeg-IFN $\alpha$  2b/RBV/TVR 3剤併用療法は重症発疹や腎不全などの副作用があるが、高い治療効果を有する。

## 119 トリズマブ投与後にEBVの再活性化をきたした一例

<sup>1</sup>宮市立市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>石黒クリニック  
 ○ 梶川 豪<sup>1</sup>、中條 千幸<sup>1</sup>、山中 敏広<sup>1</sup>、水谷 恵至<sup>1</sup>、金森 信一<sup>1</sup>、  
 井口 洋一<sup>1</sup>、石黒 裕規<sup>2</sup>、平松 武<sup>1</sup>、金倉 阿優<sup>1</sup>、小澤 喬<sup>1</sup>、  
 坪内 達郎<sup>1</sup>

症例は70歳男性。10年以上関節リウマチに対して整形外科通院中で、現在トリズマブの投与中。2012年10月15日より食欲不振・倦怠感が出現。その後38℃台の発熱が出現し食欲不振も持続するために10月22日当院受診。肝胆道系酵素の上昇を認め、急性肝炎の診断で同日消化器内科入院となった。スクリーニングの採血では明らかな肝炎の原因は指摘できず。トリズマブ投与後の免疫不全状態も考慮し、CFPM、ACV、MCFG投与。肝酵素上昇傾向であり肝不全兆候を認め、第4病日には重症急性肝炎の状態。血球貪食症候群も疑われるために、FFP・血小板を輸血しながら肝生検と骨髄穿刺を施行。しかし、その後血圧低下しCPR施行するも同日に亡くなられた。剖検では腹腔内出血所見を認め、腹直筋血腫の腹腔内穿破による出血性ショックと考えられた。肝生検検体では重症急性肝炎の所見と少数ながらEBERの染色される部分を認めた。骨髄検体では多数の血球貪食像に加え、EBERでも染色される部分が散在性に認められた。後日判明した外注検査の結果に加えEBV-DNA量も上昇を認め、EBVの既感染・再活性化を考へる結果であった。今回の経過としてトリズマブ投与による免疫機能低下によってEBV再活性化し、血球貪食症候群(HPS)も合併し、肝炎を含め全身炎症症候群の状態となったと考えられた。EBVはヒトを自然宿主として感染するが、ほとんどの場合乳幼児期に不顕性感染し潜伏状態となり終生潜伏感染が持続する。健康人の90・95%がEBV潜伏感染状態にあるとされている。免疫不全など免疫恒常性の破綻がおこると、EBVの再活性化が制御できなくなりEBVの異常な再活性化やEBV関連リンパ増殖性疾患の発症が誘導されると考えられる。また、HPSはウイルス関連に伴うものも多数報告されており、特にEBVが原因によるものが感染症関連のHPSの半数を占めるとされている。近年HBVの再活性化による肝炎が話題となっているが、今回EBVの再活性化から急激な経過をたどり剖検を施行した1例を経験した。

## 121 5週間の投与でSVRが得られたC型慢性肝炎に対する3剤併用療法の場合

愛知医科大学病院 消化器内科  
 ○ 天池真名美、山本 高也、佐藤 颯、野原 真子、下郷 彰弘、  
 大橋 知彦、中出 幸臣、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

【目的】現在1型高ウイルス量のC型慢性肝炎の治療にはPEG-IFNとRBVにtelaprevirを加えた3剤併用療法が行われており、高いSVRが得られている。しかし、汎血球減少や皮膚症状などの副作用により中止する例も少なくなく、減量、中止基準を含め多くの議論がなされている状況である。今回我々は、ヘモグロビンの低下により短期間(5週)の治療で中止としたが、結果的にSVRが得られた症例を経験したので報告する。【症例】50歳男性。HCV-Genotype 1b、HCV RNA 6.07log<sub>10</sub> IU/mL、ALT 191U/L、Hb 14.2g/dl、Plt 13.7万/mm<sup>3</sup>、IL28B SNPs解析はメジャーホモ(T/T)。前回のIFN治療は平成22年7月からPEG-IFNとRBVにて48週投与の治療歴あり、治療終了後4週で再燃している。平成24年9月よりPEG-IFN、RBV、telaprevirによる3剤併用療法を開始した。【臨床経過】PEG-IFN 100 μg、RBV 800mg/day、telaprevir 2250mg/dayにて開始。治療開始5日目で皮疹が出現し皮膚科受診。Stage1と診断されステロイド外用と抗ヒスタミンの内服にて治療継続。第3週の採血でHbが11.1g/dlと低下を認め、RBVの減量を行った。第4週の採血でウイルス消失が得られた。第5週の採血でHbが8.4g/dlと低下がみられ、本人の希望もあり全面中止とした。治療終了後約12ヶ月が経過した現在も、再燃を認めず、SVRが得られている。【考察】C型慢性肝炎における3剤併用療法は以前の2剤療法に比較し、治療期間も短く、高いSVR率が得られる反面、皮膚症状、貧血の副作用の出現率が特に高くなっており、中止、減量症例が多数みられる現状である。今症例では、副作用のため治療を短期間で中止せざるを得なかったが、結果的にSVRが得られた。同様に、短期間で治療を終了しSVRが得られた症例の報告は少なく、telaprevirを含む3剤併用療法で6週以内に全ての薬剤を中止した東海地区の症例を調査したところ、全部で700例の投与があり、6週までに副作用等で全ての薬剤を中止した症例が21例、そのうち今回の症例を含めて3例がSVRであった。【結論】短期間の治療でSVRが得られた症例を経験した。

## 120 急性肝炎症状にて発症し Dengue 熱と診断された1例

トヨタ記念病院 消化器科  
 ○ 津本 知沙、高士ひとみ、篠田 昌孝、鈴木 貴久、村山 睦、  
 森島 賢治、曾田 智大、山田健太郎

【患者】54歳女性【主訴】発熱、全身倦怠感【既往歴】気管支喘息、糖尿病、甲状腺機能低下症、肝障害【家族歴】なし【飲酒歴】なし【現病歴】8月下旬、実家のあるフィリピンに滞在。8月末から38-39度台の発熱、倦怠感、頭痛生じ日本に帰国後近医受診。肝酵素上昇を指摘され、当院紹介受診。急性肝炎を疑い同日入院。【現病】体温39.5度、黄疸なし、頸部リンパ節腫脹なし、上腹部に軽度圧痛、皮疹なし【血液検査】AST433U/L、ALT473U/L、白血球2,100/μL、CRP1.7mg/dL、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性【腹部CT】脂肪肝と肝左葉腫大以外に特記すべき所見なし【臨床経過】肝障害の原因検索のため肝炎ウイルスマーカー等の諸検査をおこなったがすべて陰性であった。入院後も高熱が続く、頭痛が持続した。また、血小板減少が進行し重症化が懸念されたが、その後安静補液のみで症状、肝障害、血小板減少とも改善した。海外渡航歴から、Dengue熱も疑われ血液検査を依頼した結果、PCRでDengueウイルス2型が陽性となりDengue熱と診断した。【考察】Dengue熱は蚊によって媒介されるDengueウイルスの感染によって生じ、4つの血清型に分類される。異なる血清型のDengueウイルスには再感染し、再感染でDengue熱となる可能性が高まる。3-14日間の潜伏期間ののち、発熱、頭痛、関節痛などで発症し、体幹を中心とした紅色丘疹を伴う。重症化するも循環不全や中枢神経障害、肝障害を合併することがある。治療は対症療法。入院時は発熱、肝酵素上昇から急性肝炎が疑われたが、Dengue熱流行地での滞在歴から、Dengue熱罹患を疑われ、診断に至った。我が国での事例は全て輸入感染例であるが、年々増加しており、海外渡航者の発熱を伴う肝障害ではDengue熱などの感染症も考慮する必要がある。【結論】肝障害を伴うDengue熱の一例を経験したので報告した。

## 122 過去10年間の当院におけるHIV感染症非合併急性B型肝炎の検討

独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科  
 ○ 久野 剛史、平嶋 昇、後藤 百子、水田りな子、浦田 登、  
 江崎 正哉、加藤文一郎、喜田 裕一、田中 優作、龍華 庸光、  
 桶屋 将之、都築 智之、島田 昌明、岩瀬 弘明

【目的】近年Genotype A型(G-A)急性B型肝炎(AH-B)の発症が増加し日本国内にも蔓延している。そこで過去10年間の当院におけるHIV感染症非合併急性B型肝炎をGenotypeごとに臨床的に検討した。【方法】2002年9月から2013年5月まで約10年間に当院を受診したHIV非合併急性B型肝炎30例のうちGenotypeを特定できた27例を対象とした。HBs抗原陽性、IgMHBc抗体陽性、他の肝炎の原因が血清学的検査で否定された症例をAH-Bと診断した。AH-BをGenotype A型(G-A)とGenotype B,C型(G-B,C)に分けて、ALT最高値、Bil最高値、PT最低値、HBV-DNA量最高値、HBs抗原が陰性化するまでの日数、HBs抗体が陽性化するまでの日数、慢性化、重症化についてretrospectiveに検討した。GenotypeはPCR-RFLP法で測定した。【成績】HIV非合併急性B型肝炎のうちG-Aは16例(59%)、G-Bは3例(11%)、G-Cは8例(30%)であった。G-A、G-B,Cの順にALT最高値 1845±656 vs 2188±827 IU/L、Bil最高値 8.4±9.0 vs 8.5±4.6 mg/dl、PT最低値 78±15 vs 87±17%、HBV-DNA量最高値 7.2±1.7 vs 5.2±1.4 Log<sub>10</sub> IU/ml (P=0.01)、HBs抗原が陰性化するまでの日数 98±91 vs 97±52、HBs抗体が陽性化するまでの日数 181±213 vs 185±52、慢性化1例 vs 0例、G-A群にPT%45%まで低下し重症化を懸念した症例を認めた。G-A群ではALT値最高値は低いが、PT値は低くなる傾向を認めた。またHBV-DNA量最高値は有意に高かった。Bil最高値、HBs抗原が陰性化するまでの日数、HBs抗体が陽性化するまでの日数にはいずれも傾向を認めなかったが、HBs抗体出現に314日を要した症例を経験した。慢性化したG-A群の34歳症例は、インターフェロンαを24週投与して軽快した。重症化を懸念したG-A群の58歳症例は、PT値が45%まで低下し重症化が心配されたため、HIV陰性を確認のうえ第8病日よりEntecavirを投与したところ軽快した。【結論】過去10年間の当院におけるGenotype A型急性B型肝炎は30例中16例(59%)と多数を認め、中には慢性化や重症化を懸念する症例を認めた。