

# シンポジウム プログラム・抄録

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

# シンポジウム 1

第2会場 5F 国際会議室

9:00 ~ 11:30

司会 岐阜大学医学部 肝胆膵・がん集学的治療学講座 長田 真二  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮

## 「肝胆膵疾患における診断・治療の up to date」

- S1-01 肝細胞癌組織での Indocyanine green 沈着のメカニズムとその臨床的意義  
浜松医科大学 医学部 第2外科  
○坂口 孝宣、木内 亮太、武田 真、平出 貴乗、柴崎 泰、森田 剛文、鈴木 淳司、  
菊池 寛利、今野 弘之
- S1-02 当院において Isoniazid により発症した薬物性肝障害の現状  
<sup>1</sup>医療法人衆済会増子記念病院肝臓内科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科医療技術学専  
攻病態解析学講座  
○綾田 穰<sup>1</sup>、石川 哲也<sup>2</sup>、堀田 直樹<sup>1</sup>
- S1-03 Transient elastography による各種肝疾患の肝硬度と肝脂肪化の評価  
名古屋医療センター 消化器科  
○平嶋 昇、島田 昌明、岩瀬 弘明
- S1-04 マイクロバルーンカテーテルを用いた肝細胞癌に対するバルーン閉鎖下肝動注化学  
療法の初期治療成績  
岐阜大学医学部 消化器病態学  
○高井 光治、今井 健二、清水 雅仁
- S1-05 肝細胞癌に対する B-TACE の初期経験  
名古屋大学医学部附属病院 消化器内科  
○新家 卓郎、葛谷 貞二、加藤幸一郎、今井 則博、阿知波宏一、山田 恵一、荒川 恭  
宏、石津 洋二、本多 隆、林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実
- S1-06 一般病院における肝細胞がんに対する分子標的薬 Sorafenib の治療適応とその成績  
<sup>1</sup>独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 消化器内科、<sup>2</sup>緑ヶ丘ファミリークリ  
ニック  
○長谷川 泉<sup>1</sup>、石原 祐史<sup>1</sup>、大野 智義<sup>2</sup>
- S1-07 総胆管大結石・積み上げ結石に対する Endoscopic papillary large balloon dilation の  
有用性と安全性の検討  
<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  
○梅村修一郎<sup>1</sup>、内藤 格<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、堀 寧<sup>1</sup>、西 祐二<sup>1</sup>、  
近藤 啓<sup>1</sup>、清水 周哉<sup>1</sup>、宮部 勝之<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、大原 弘隆<sup>2</sup>、城 卓志<sup>1</sup>

- S1-08 後期高齢者に対する ERCP 関連手技偶発症発症における安全性の検討  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○加地 謙太、奥村 文浩、鈴木 雄太、福定 繁紀、井上 匡央、尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 裕忠、水島 隆史、佐野 仁
- S1-09 当院における Celon POWER による RFA の実情  
小牧市民病院 消化器内科  
○灰本 耕基、平井 孝典、館 佳彦
- S1-10 内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ (ETGBD) の適応に対する検討  
豊橋市民病院 消化器内科  
○芳川 昌功、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、竹山 友章、鈴木 博貴、廣瀬 崇、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田恵美子、岡村 正造
- S1-11 当院の膵腫瘍に対する ERCP 関連処置を用いた診断の評価  
名古屋第二赤十字病院 消化器内科  
○藤田 恭明、坂 哲臣、豊原 祥資、荒木 博通、鈴木 祐香、柴田 俊輔、小島 一星、野尻 優、吉峰 崇、野村 智史、日下部篤宣、蟹江 浩、澤木 明、山田 智則、林 克巳、折戸 悦朗
- S1-12 膵病変に対する EUS-FNA の有用性  
岐阜市民病院 消化器内科  
○中島 賢憲、向井 強、小島健太郎、渡邊 千晶、渡邊 諭、渡部 直樹、鈴木 祐介、小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、冨田 栄一
- S1-13 膵疾患診断における Shear Wave elastography の可能性  
<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  
○桑原 崇通<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>
- S1-14 膵腫瘍に対する EUS-FNA の診断能向上に向けて  
<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、<sup>3</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部  
○佐藤 高光<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、肱岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、與儀 竜治<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、吉田 司<sup>1</sup>、奥野 のぞみ<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、清水 泰博<sup>3</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>
- S1-15 BD-IPMN 経過観察例の検討  
<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜市民病院 消化器科  
○安藤 暢洋<sup>1</sup>、岩田 圭介<sup>1</sup>、向井 強<sup>2</sup>
- S1-16 膵仮性嚢胞・Walled-off necrosis に対する超音波内視鏡下ドレナージ  
<sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 第一内科、<sup>2</sup>帝京大学溝口病院  
○上村 真也<sup>1</sup>、安田 一郎<sup>2</sup>、岩下 拓司<sup>1</sup>、奥野 充<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>2</sup>、土井 晋平<sup>2</sup>、森脇 久隆<sup>1</sup>

S1-17 浸潤性膵管癌に対する化学放射線療法先行手術の治療成績－超音波内視鏡下穿刺吸引生検検体を用いた腫瘍内 hENT1 発現評価の有用性の検討－

<sup>1</sup>三重大学 肝胆膵・移植外科、<sup>2</sup>三重大学 消化器肝臓内科、<sup>3</sup>三重大学 病理部

○村田 泰洋<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>2</sup>、種村 彰洋<sup>1</sup>、加藤 宏之<sup>1</sup>、栗山 直久<sup>1</sup>、安積 良紀<sup>1</sup>、岸和田昌之<sup>1</sup>、水野 修吾<sup>1</sup>、櫻井 洋至<sup>1</sup>、白井 正信<sup>1</sup>、白石 泰三<sup>3</sup>、伊佐地秀司<sup>1</sup>

S1-18 膵空腸吻合後膵液ろうに対する経皮的および内視鏡的治療

静岡県立総合病院 消化器科

○菊山 正隆、黒上 貴史、白根 尚文、重友 美紀、榎田 浩平、青山 春奈、青山 弘幸

## シンポジウム 2

第 2 会場 5F 国際会議室 14:00 ~ 16:30

司会 藤田保健衛生大学 消化管内科 大宮 直木  
岐阜市民病院 外科 山田 誠

### 「消化管疾患における診断・治療の up to date」

- S2-01 表在食道癌における BLI 観察の有用性について  
<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  
○山本富美子<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>
- S2-02 胃癌 HER2 発現における heterogeneity の検討  
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部  
○石原 誠、田近 正洋、丹羽 康正
- S2-03 Epstein Barr virus (EBV) 関連胃癌の臨床病理、および分子生物学的検討  
藤田保健衛生大学 消化管内科  
○田原 智満、柴田 知行、平田 一郎
- S2-04 胃癌腹膜播種診断における NBI 併用審査腹腔鏡の有用性  
<sup>1</sup>浜松医科大学 外科学第二講座、<sup>2</sup>浜松医科大学附属病院 腫瘍センター  
○菊池 寛利<sup>1</sup>、神谷 欣志<sup>1</sup>、松本 知拓<sup>1</sup>、尾崎 裕介<sup>1</sup>、宮崎真一郎<sup>1</sup>、川端 俊貴<sup>1</sup>、平松 良浩<sup>1</sup>、太田 学<sup>2</sup>、今野 弘之<sup>1</sup>
- S2-05 クロウン病腸管病変に対する腸管切除術後アダリムマブ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  
○橋本 良二、中山 吾郎、高野 奈緒、末岡 智、高見 秀樹、間下 直樹、神田 光郎、岩田 直樹、田中 千恵、小林 大介、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
- S2-06 当院における原因不明の消化管出血に対するカプセル内視鏡検査の現状  
豊橋市民病院 消化器内科  
○鈴木 博貴、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、竹山 友章、廣瀬 崇、芳川 昌功、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田恵美子、岡村 正造
- S2-07 カプセル内視鏡 1350 例の検討  
ブラザー記念病院  
○本田 亘、中野 聡、江端美恵子

- S2-08 Characteristic Endoscopic Findings and Risk Factors for Cytomegalovirus Colitis in Patients with Active Ulcerative Colitis  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
○平山 裕、渡辺 修、後藤 秀実
- S2-09 大腸内視鏡治療における空気 / 炭酸ガス送気が自律神経活動へ与える影響の比較検討  
<sup>1</sup>名古屋記念病院、<sup>2</sup>名古屋市立大学 消化器代謝内科学  
○村上 賢治<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>2</sup>、城 卓志<sup>2</sup>
- S2-10 当院における大腸カプセル内視鏡前処置の検討  
藤田保健衛生大学 消化管内科  
○宮田 雅弘、大宮 直木、平田 一郎
- S2-11 当院における CT colonography(CTC) の試みと位置づけ  
国民健康保険 関ヶ原病院  
○高野 幸彦、福田 和史、桐井 宏和、森島真理子、斉藤 吉男、瀬古 章
- S2-12 岐阜赤十字病院における大腸用カプセル内視鏡検査の導入初期成績  
<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>、名倉 一夫<sup>2</sup>、杉江 岳彦<sup>2</sup>、小川 憲吾<sup>2</sup>、松下 知路<sup>2</sup>、伊藤陽一郎<sup>2</sup>
- S2-13 当院における大腸カプセル内視鏡検査の現状  
国立病院機構 名古屋医療センター  
○島田 昌明、岩瀬 弘明、平嶋 昇
- S2-14 潰瘍性大腸炎活動期における low dose CT の有用性  
<sup>1</sup>四日市羽津医療センター 内科、<sup>2</sup>四日市羽津医療センター 外科  
○白木 学<sup>1</sup>、山本 隆行<sup>2</sup>、梅枝さとる<sup>2</sup>、松本 好市<sup>2</sup>
- S2-15 当院における大腸癌狭窄に対する内視鏡的大腸ステント留置術の現状  
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  
○龍華 庸光、岩瀬 弘明、島田 昌明、都築 智之、平嶋 昇、桶屋 将之、喜田 裕一、久野 剛史、田中 優作、江崎 正哉、加藤文一郎、浦田 登、後藤 百子、水田りな子
- S2-16 当院における大腸悪性狭窄に対する治療戦略の検討（大腸ステント症例を中心に）  
半田市立半田病院  
○山田 啓策、春田 明範、水野 和幸、川口 彩、岩下 紘一、森井 正哉、神岡 論郎、大塚 泰郎
- S2-17 切除不能進行再発大腸癌にたいする経口マルチキナーゼ阻害薬レゴラフェニブの短期使用経験  
浜松医科大学 外科学第二講座  
○倉地 清隆、山本 真義、上嶋 徳、石松 久人、原 竜平、原田 岳、阪田 麻裕、坂口 孝宣、今野 弘之

S2-18 当院における BTS (Bridge to Surgery) 症例に対する大腸ステントと経肛門的イレウス管留置の比較検討

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科  
○久保田全哉、井深 貴士、荒木 寛司

### S1-01 肝細胞癌組織での Indocyanine green 沈着のメカニズムとその臨床的意義

浜松医科大学 医学部 第2外科

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

【背景】近年、肝機能評価薬 Indocyanine green (ICG) が血液・胆汁中の蛋白等と結合後に蛍光物質化する性質を用いた sentinel node-navigation surgery、血管再建確認法が一般的になった。我々は、ICG 組織沈着によると思われる肝細胞癌(HCC)由来の近赤外線下蛍光発色を偶然発見した。今回は症例を集積し、細胞 transporter を解析することで、ICG 沈着のメカニズムや臨床的意義を検討した。【方法】HCC 切除 40 症例を PDE (Photodynamic Eye) にて近赤外線観察し、沈着 ICG 由来蛍光が腫瘍最大断面の半分以上に認められるもの (High: H 群)、それ未満のもの (Low: L 群) にわけて臨床病理学的因子と比較した。また、新鮮凍結検体のある 22 例を対象に、癌部・非癌部抽出蛋白中の ICG 取込・排泄関連 transporter (OATP1B3, MRP2, MDR3, MRP3) 発現を Western blot (WB) 法を用いて解析した。また、transporter 発現を免疫染色にて調べた。【結果】術中、肝表面から 1cm 以下深在する腫瘍は蛍光発色確認できず。一方、肝表面の 5mm 前後の蛍光発色領域を切除していた時期の検討では 6/35 結節が肝細胞癌であった。剖面観察では、H 群は L 群に比し有意に隔壁形成が多かった。WB 法では癌組織中の取込 transporter OATP1B3 発現量は H 群で有意に高かった。癌組織中の排泄 transporter MDR3 (胆管や偽尿管へ排泄) 発現は H 群で有意に高く、蛍光顕微鏡では ICG 沈着した偽尿管や排泄胆管に MDR3 発現を認めた。OATP1B3 や MDR3 の高発現群は各々低発現群に比べて有意に無再発生存率が良好であった。特に MDR3 陰性症例の予後は不良、質量顕微鏡観察では MDR3 低発現腫瘍の脂質 profile は、我々の検討による HCC 予後不良に関連する脂質代謝酵素 LPCAT1 発現上昇に伴うものと酷似していた。【考察】HCC 組織の ICG 沈着は OATP1B3 による癌細胞内への取り込み、MDR3 による盲端構造の偽尿管や小胆管への排出によって生じると考えられる。また、細胞膜脂質 flipperse としても働く MDR3 の発現低下が膜脂質の変化をもたらすことで悪性形質獲得を促すものと推察される。

### S1-03 Transient elastography による各種肝疾患の肝硬度と肝脂肪化の評価

名古屋医療センター 消化器科

○平嶋 昇、高田 昌明、岩瀬 弘明

【目的】Transient elastography (Fibroscan) は肝硬度 liver stiffness (LS) と肝脂肪定量 controlled attention parameter (CAP) を同時に測定でき、肝生検に代わる可能性のある非侵襲的検査である。肝生検との対比と各種肝疾患別の有用性を検討した。【対象と方法】ファイブロスキャン 502 を使用し 10 回測定して中央値を採用した。M プロブを使用したか、皮下厚 25mm 以上の症例では XL プロブに切り替えた。対象は Fibroscan と肝生検を同時に行った 14 例と画像で診断した各種肝疾患 51 例である。肝生検は Fibroscan を行う同じ肋間で行い、新犬山分類で判定し F0-F4 と LS を比較した。肝脂肪化は NAS score に準じた S0: 脂肪化 10% 未満, S1: 11-33%, S2: 34-66%, S3: 67% 以上と CAP を比較した。各種肝疾患は C 型慢性肝炎 (CHC) 10 例、肝細胞癌 (HCC) 6 例、インターフェロン (IFN) 開始 9 例、HIV スクリーニング 8 例、アルコール性肝障害 (Al) 8 例、脂肪肝 10 例である。【結果】F0,1,2,3,4 は各々 1,4,1,5,3 例であり、F0-F2 の LS (kPa) は 4.7 ± 1.5, F3-F4 は 27.6 ± 21.1 であった。CAP (dB/m) は S0: 21.64 ± 4.59, S1: 22.37 ± 3.31, S2: 27.85 ± 19.1 であった。CHC, HCC, IFN, HIV, Al, 脂肪肝の順に LS (kPa), CAP (dB/m) は、3.7 ± 10.6, 19.0 ± 3.8, 15.1 ± 5.8, 18.3 ± 9.5, 13.3 ± 15, 21.7 ± 4.8, 10.2 ± 8.0, 22.0 ± 5.8, 17.8 ± 17.3, 21.5 ± 5.1, 8.3 ± 6.5, 26.3 ± 7.0 であった。CHC 6 例 (60%), HCC 5 例 (83%), IFN 4 例 (44%), HIV 3 例 (38%), Al 4 例 (50%), 脂肪肝 2 例 (20%) が LS > 10kPa を示した。【考察】LS10 kPa で F2 以下と F3 以上の分離が可能であった。CAP と S0-S2 は良好な相関を示し 200 dB/m 以上が脂肪肝と考えられた。各種肝疾患の中に LS > 10kPa の線維化進展例が相当数含まれている可能性が考えられた。特に、LS > 10kPa を示した脂肪肝は NASH が疑われた。HIV の中には LS > 10kPa, CAP > 200 dB/m を示す脂肪化硬変の存在が疑われた。【結論】Transient elastography は肝線維化と脂肪化の重症度判定が可能であり、画像診断ではわからない肝線維化進展例と肝脂肪化度の拾い上げが可能であると考えられた。

### S1-02 当院において Isoniazid により発症した薬物性肝障害の現状

<sup>1</sup>医療法人衆済会増子記念病院臓臓内科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科医療技術学専攻病態解析学講座

○綾田 穰<sup>1</sup>、石川 哲也<sup>2</sup>、堀田 直樹<sup>1</sup>

【目的】結核治療中に Isoniazid (INH) による肝障害がみられることが知られている。当院は呼吸器科の開設がなく、肺結核患者に遭遇することは少ないが、肺外結核や潜在性結核感染症に対する治療は一般的に行われており、肝障害が発生した場合にコンサルテーションを受けることも少なくない。当院における INH による薬物性肝障害 (DILI) の現状について検討を行った。【方法】対象は当院において結核治療が行われた 37 例である。基礎疾患、肝障害の発症頻度、ALT 上昇の程度、年齢、性別、リスクファクターなどについて検討を行った。【成績】基礎疾患は、肺結核 6%、結核性胸膜炎 6%、脊椎カリエス 3%、潜在性結核感染症 (LTBD) 85% であった。性別は (%), M:F = 18:82 で、平均年齢は 35 歳であった。肝障害を発症したものは 30% で、そのうち一過性上昇し自然軽快したものは 36%、持続高値を示したものは 64% であった。前者の最高 ALT 平均値は 77 ± 16 IU/L で、後者は 258 ± 13 IU/L であった。ALT 正常を A 群、一過性上昇を B 群、持続高値を C 群として検討を行った。平均年齢は (歳) A:B:C = 32:33:43 であった。性別は (%), A 群で M:F = 23:77, B 群で M:F = 20:80, C 群で M:F = 0:100 であった。飲酒歴は A 群で 46%, B 群 50%, C 群 50%。HBV, HCV のマーカーは前例陰性。C 群で胆道系病変はみられなかった。【考察】INH の投与は施設の背景より LTBI に対しての投与が多かった。有意差はないものの ALT の持続高値をみるものは、やや年齢層が高い傾向がみられた。肝障害の発症が予測しうる薬物であるため、HAV, HEV, CMV, EBV, ANA などとの検査は行われず臨床的診断が行われていた。【結論】当院において INH により発症した薬物性肝障害の現状について検討した。INH のように、いわゆる DILI の頻度が高いと思われる薬物についても状況に応じて、他の肝疾患の除外検査の検討をおこなうべきではなからうか。高齢者への INH 時には慎重な経過観察が必要である。

### S1-04 マイクロバルーンカテーテルを用いた肝細胞癌に対するバルーン閉鎖下肝動注化学療法初期治療成績

岐阜大学医学部 消化器病態学

○高井 光治、今井 健二、清水 雅仁

【はじめに】近年、肝細胞癌に対してマイクロバルーンカテーテルを用いた治療法が開発された。バルーンで肝動脈を閉鎖することにより、動脈血流を減少させ、圧勾配による効率的な腫瘍への薬剤貯留が可能となり、治療効果の向上が期待される。今回当院での初期治療成績をまとめたので報告する。【対象】2013 年 4 月より 2014 年 3 月まで、当院でマイクロバルーンカテーテルを用いて治療を行った肝細胞癌患者 16 症例で、合計 22 回の治療を対象とした。患者背景は年齢 72.4 歳 (54-86)、男/女 : 11/5 例、HCV/HBV/NBNC : 11/2/3 例、Child-Pugh score (CPS) 5/6/7/8/10/5/5/2 例、腫瘍径 : 28.8mm (68-10)、腫瘍個数 1/2/4/multiple: 3/2/2/15 例、VP0/1/2/3/4/6/1/1 例、TACE/TAI: 16/6 例、cisplatin/miriplatin: 7/15 例、薬剤別平均投与量 (cisplatin/miriplatin) : 53.5/80.6mg (P=0.1276)、使用カテーテル Attendant δ / LOGOS: 12/10 例。【方法】IVR-CT を用い担癌領域の血管までマイクロバルーンカテーテルを進め、バルーン閉鎖下に白金製剤を動注した。塞栓症例には塞栓材としてジェルバート 1mm をシリンジを用いて粉碎し使用した。治療約 3 ヶ月後の therapeutic effect (TE) と一ヶ月後の CPS の推移、合併症につき検討を行った。【結果】22 回の治療に対して TE の評価が可能であったのは 19 例であり、TE3+4/1+2/11(58%)/8(42%) と良好であった。一ヶ月後の CPS は cisplatin 使用例は 7 例中 5 例 (71.4%) に CPS の悪化を認め、治療前 5.86 ± 0.69、治療後 7.14 ± 1.35 であった (p = 0.0488)。そのうち一例には肝膿瘍を認めた。miriplatin については 15 例中 2 例 (13.3%) に CPS の悪化を認め、治療前 6.07 ± 1.19、治療後 6.28 ± 1.20 であった (p = 0.2722)。また LOGOS を使用した一例に内膜損傷によると思われる肝動脈狭窄を認めた。【結論】TE は既存の TACE と同等であった。cisplatin を用いる場合、CPS の悪化に注意が必要である。今後さらに症例を蓄積し、適応症例を吟味することが重要と思われる。



## S1-05 肝細胞癌に対するB-TACEの初期経験

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○新家 卓郎、葛谷 貞二、加藤幸一郎、今井 則博、阿知波宏一、  
山田 恵一、荒川 恭宏、石津 洋二、本多 隆、林 和彦、  
石上 雅敏、後藤 秀実

【目的】バルーン付きマイクロカテーテルを使用したバルーン閉塞下肝動脈化学療法(B-TACE)は、肝細胞癌(HCC)に対するリポドールエマルジョンの集積作用を増強し、TACEの治療効果向上に有用であるとの報告が散見される。今回われわれは、B-TACEの現状における治療成績(初期経験)を検討した。【方法】2013年4月~2014年1月においてB-TACEを施行した21例中、治療効果判定が可能であった10例28結節を対象とした。対象症例の年齢(中央値)は72.5歳(58~78歳)、男性9例、女性1例、HBV:3例、HCV:1例、NBNC:6例、Child A:9例、B:2例であった。前治療は全症例で施行されており、8例でTACE施行歴があった。結節数の内訳は単結節:2例、2結節:3例、3結節:2例、4結節以上:3例であった。B-TACEの手法はIrieらの報告に従い、マイクロバルーンカテーテルを癌の支配動脈に可能な限り挿入しリポドールエマルジョンおよび塞栓剤(ゼラチン)を投与した。治療効果判定は肝癌治療効果判定基準(2009年)を用い、結節毎との直接治療効果および肝全体における総合評価を治療3か月後におこなった。また有害事象はCTCAE v.4.0で評価した。【成績】標的結節治療効果度(TE)は、TE4:23結節(82.1%)、TE3:2結節(7.1%)、TE2:2結節(7.1%)、TE1:1結節(3.6%)であった。総合評価ではCR:3例、PR:1例、SD:1例、PD:5例であった。また、grade3以上の有害事象は認めなかった。【結論】HCCに対するB-TACEは、安全かつ非常に良好な局所制御能が期待できる治療法と考えられた。

## S1-07 総胆管大結石・積み上げ結石に対するEndoscopic papillary large balloon dilationの有用性と安全性の検討

<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

○梅村修一郎<sup>1</sup>、内藤 啓<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、堀 寧<sup>1</sup>、西 祐二<sup>1</sup>、近藤 格<sup>1</sup>、清水 周哉<sup>1</sup>、宮部 勝之<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、大原 弘隆<sup>2</sup>、城 卓志<sup>1</sup>

【目的】従来、総胆管大結石や積み上げ結石に対しては、ESTを中心とした乳頭処置後に、碎石術を施行してきたが(従来法)、近年、Endoscopic papillary large balloon dilation(以下EPLBD)の普及により、治療方法の選択が可能となった。今回、我々は総胆管大結石、積み上げ結石に対するEPLBDの有用性・安全性を明らかにする目的で、従来法との比較検討を行った。【方法】当施設にて2010-2014年3月までに内視鏡的治療を施行した総胆管大結石・積み上げ結石(3個以上の積み上げ結石また10mm以上の結石)108例を対象とした。EPLBDを施行した41例をA群、従来法67例をB群と定義し、1)患者背景、2)治療成績、3)偶発症についてレトロスペクティブに比較検討を行った。【成績】A/B群:1)患者背景:平均年齢81.7/74.9歳(P<0.001)、平均最大結石径17.6/13.9mm(P<0.001)とA群で有意に高齢、結石径が高値であった。2)治療成績:平均検査時間25.5/30.9分(P=0.014)、完全結石除去率97.6(40/41例)/89.6%(60/67例)(P=0.153)、結石破砕施行率7.3(3/41例)/65.7%(44/67例)(P<0.001)とA群で有意に検査時間が短く、結石破砕頻度が低率であった。3)偶発症:平均血清AMY値192/166IU/L(P=0.048)、高AMY血症14.6(41例)/6.0%(4/67例)(P=0.014)、ERCP後瘻炎4.9(2/41例)/4.5%(3/67例)(P=1)、穿孔0(0/41例)/3.0%(1/67例)(P=1)、出血0(0/41例)/0%(0/67例)(P=1)とA群で有意にAMY値が高く、高AMY血症の頻度が高率であったが、ERCP後瘻炎の頻度には差を認めなかった。【結論】総胆管大結石、積み上げ結石に対するEPLBDは従来法と比較して、検査時間が短く、結石破砕施行頻度も低率であった。また偶発症の頻度も同等であり、EPLBDは有用かつ安全な治療法と考えられた。

## S1-06 一般病院における肝細胞癌に対する分子標的薬 Sorafenib の治療適応とその成績

<sup>1</sup>独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院 消化器内科、<sup>2</sup>緑ヶ丘ファミリークリニック  
○長谷川 泉<sup>1</sup>、石原 祐史<sup>1</sup>、大野 智義<sup>2</sup>

【背景・目的】肝細胞癌はその病理学的特徴として肝外への転移が少ないことから、従来手術やRFA、経カテーテル治療などの局所療法がその治療の中心を担ってきたが、長期生存化等に伴い、従来局所療法では手に負えない症例や進行例が認められるようになってきた。一方マルチキナーゼ阻害薬であるSorafenib(ネクサバル)は進行性肝細胞癌患者の生存期間を延長させることが示された初めての分子標的薬であり、今回一般病院におけるその治療適応と成績について検討したので報告する。【対象・方法】2009年09月から2013年08月までの4年間に当院にて進行肝細胞癌と診断の上Sorafenibを導入し経過が追いついた28例を対象とした。平均年齢は69.8歳、男女比は23例:5例、病因としてはHBV:HCV:nonB nonCがそれぞれ6例:16例:6例であった。肝予備能としてはChild Pugh grade Aが26例(5点:6点は20例:6例)で、導入した際の臨床病期はstage 3以下:4a:4bがそれぞれ14例:7例:7例であった。高度脈管浸潤例は11例(39.2%)、前治療例が26例(92.8%)を占めた。開始量は患者の状態などから主治医の裁量にて判断し800mg開始症例は7例(25.0%)であった。【成績】全28例の投与期間中央値は143日(10から1849日)であった。評価可能であった20例についてCR:PR:SD:PDはそれぞれ0例:6例:9例:5例であり、ORR: Objective Response Rateは28.6%、DCR: Disease Control Rateは53%であった。全生存期間はMSTで511日(163か月)、無増悪生存期間は323日(10.1か月)と良好な成績であった。【結論】局所コントロール困難な高度脈管浸潤例やTACE不応例、肝外転移例について肝予備能が良ければSorafenibを導入した。またORRとDCRから考えSorafenibは元来腫瘍縮小よりは増量抑制効果を狙う薬物と位置づけ、有害事象等出現時には積極的に減量、中断を行い、また他治療との集学的治療を行いながら断続的に投与し、一般病院であっても忍容出来得る治療成績を得ることができた。

## S1-08 後期高齢者に対するERCP関連手技偶発症発症における安全性の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○加地 謙太、奥村 文浩、鈴木 雄太、福定 繁紀、井上 匡央、  
尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 裕忠、水島 隆史、  
佐野 仁

【目的】高齢者は基礎疾患を有することが多く、また予後の観点からどこまで検査を行うかについて線引きが困難なことがある。我々は当院での75歳以上の高齢者の症例に対するERCP関連手技の安全性について検討を行った。【方法】2011年1月~2013年12月に当院でERCPを施行した75歳以上の633症例(MF=342.291、平均81.8歳)を対象とし、75~84歳(A群:n=453)と85歳以上(B群:n=180)に分け、全体およびA/B群における背景、偶発症及びその危険因子について比較検討した。危険因子の検討項目は性別、年齢、併存疾患(脳疾患(脳梗塞、脳出血、Parkinson病)、心疾患(心筋梗塞、狭心症、心不全、弁膜症、不整脈)、呼吸器疾患(慢性閉塞性肺疾患、気管支喘息、間質性肺炎、塵肺、市中肺炎、外傷性血気胸)、糖尿病、慢性腎不全)、傍乳頭憩室、抗血栓薬内服、検査時間(90分以上)、処置手技(胆管ステント留置、SEMS留置、EST、EPBD)とした。【成績】背景では心疾患(p=0.0001)、傍乳頭憩室(p=0.0074)がB群で有意に多かった。偶発症発生率は全体で6.6%、A群で5.3%、B群で10.0%であり、有意差はなかったがB群で高い傾向にあった(p=0.072)。危険因子の検討では、全体では年齢85歳以上(p=0.033)と検査時間90分以上(p=0.0021)が、A群では検査時間90分以上(p=0.045)が、B群では男性(p=0.036)と検査時間90分以上(p=0.0053)が独立した危険因子であった。偶発症の内訳(ERCP後瘻炎/EST出血/その他)はA群で15/4/5(その他:急性胆管炎、急性胆嚢炎、十二指腸穿孔、食道静脈瘤破裂、胆管ステント迷入)、B群で4/3/11(その他:Mallory-Weiss症候群、誤嚥性肺炎、急性胆管炎、急性胆嚢炎、胆管穿孔、胆管ステント迷入)であり、A群にERCP後瘻炎、B群にERCP後瘻炎やEST出血以外の偶発症が有意に多かった(p=0.013)。【結論】後期高齢者に対するERCP関連手技において、高齢になるほど偶発症の発生率は高まる傾向にあり、ERCP後瘻炎や出血以外の偶発症が有意に増加した。とりわけ85歳以上の症例での手技はなるべく短時間で終了し、必要であれば検査を複数回に分けて行う必要がある。

## S1-09 当院における Celon POWER による RFA の実情

小牧市民病院 消化器内科  
○灰本 耕基、平井 孝典、館 佳彦

【背景】当院では、肝細胞癌、転移性肝癌に対して、モノポーラ型の Cool-tip RF system (Covidien 社) を使用し、肝細胞癌は肝動脈化学塞栓術 (TACE) 後に、US ガイド・CT アシスト、あるいは CT ガイド下にラジオ波焼却法 (RFA) を行ってきた。2013 年 5 月よりバイポーラ型の Celon POWER system (Olympus 社) が認可され、当科でも 2013 年 6 月に導入された。【目的】新規導入した Celon POWER の使用経験につき報告する。【対象】2013 年 6 月から 2014 年 3 月に、Celon POWER を用いて RFA を施行された肝細胞癌 5 症例 5 病変 (1 病変あたりの RFA 回数は 1~3 回)、転移性肝癌(腎細胞癌) 1 症例 1 病変 (RFA 回数は 1 回) を対象とした。年齢中央値 74.5 (49~80) 歳、男性 3 例、女性 3 例。肝細胞癌 5 症例の基礎疾患は、C 型慢性肝炎が 3 例 (うち SVR 後 1 例)、B 型慢性肝炎が 1 例、NASH が 1 例。腫瘍長径中央値 19 (13~27) mm。占拠部位は、S2:1, S2+S3:1, S5:1, S6:2, S7:1 病変であった。【方法】Celon POWER を用い、US ガイド・CT アシスト、あるいは CT ガイド下に経皮的 RFA を行った。肝細胞癌 5 症例では RFA 前に TACE を行った。腫瘍径や占拠部位に応じて、電極針 (電極部 20~30 mm) を 1 病変に対して 1~3 本穿刺。設定出力、目標エネルギー、焼灼時間は、Olympus 社のプロトコルを参考とした。効果判定には 3 mm スライスの Dynamic-CT を使用した。【成績】焼灼長径中央値 46.5 (26~61) mm、焼灼体積中央値 28 (9~74) cm<sup>3</sup>。電極針を複数留置することにより広範囲の焼灼が可能となったが、症例によってはマージン不十分 (当院では 5~6 mm 以上のマージンを確保する) と判断し、最大 3 回までの RFA を行った。疼痛を除く有害事象はなかった。問題点として、超音波で電極針先端の認知が困難であること (バイポーラ型の弱点)、電極針 1 本では焼却域が狭いことなどが挙げられた。前者に関しては、当院では RFA は CT 室で行うため、電極針先端の位置を CT で確認することで、その欠点を補完することができた。Celon POWER では、複数電極穿刺により、短時間で広範囲焼灼が可能であり、治療成績向上が期待できる。今後の症例の蓄積が待たれる。

## S1-11 当院の膵腫瘍に対する ERCP 関連処置を用いた診断の評価

名古屋第二赤十字病院 消化器内科  
○藤田 恭明、坂 哲臣、豊原 祥資、荒木 博通、鈴木 祐香、柴田 俊輔、小島 一星、野尻 優、吉峰 崇、野村 智史、日下部篤宣、蟹江 浩、澤木 明、山田 智則、林 克巳、折戸 悦朗

背景: 膵癌ガイドライン 2013 によると、術前もしくは切除不能膵癌に対して加療を開始する場合は、病理診断が勧められるとされている。病理診断は、ERCP 下で行う胆管・膵管の擦過細胞診・組織診、CT・US・EUS 下の穿刺吸引細胞診 (FNAB) がある。ただ、その診断方法の評価はまだ確定していない。当院においてはまず原則、ERCP 関連処置を用いた評価を先行して行ってきた。目的: 当院の膵腫瘍に対する ERCP 関連処置を用いた診断を評価すること。対象: 2012/5/9 - 2014/2/6 の期間に膵悪性腫瘍で ERCP 関連処置を受けた 63 例を後ろ向きに検討した。検討項目: ERCP 下細胞組織学的診断能、ERCP 後膵炎方法: 胆管生検、細胞診 (胆管/膵管)、胆管生検+細胞診 (胆管/膵管) について検討し陽性・偽陽性・陰性のうち、陽性のみを positive とした。ERCP 関連処置後膵炎の発症率とその寄与因子を検討した。成績: 当院で ERCP 施行により実施された細胞組織学的診断率は、胆管生検 45.4% (10/22) 胆管ブラシ細胞診 34.6% (9/26) 膵管ブラシ細胞診 38.9% (14/36) であった。胆管生検+胆管ブラシ細胞診の組み合わせでは 63.6% (7/11)、胆管生検+膵管ブラシ細胞診では 66.7% (8/12) であった。ERCP 関連処置による、処置後膵炎の発症率は 12.6% (8/63) であった。2 次分枝以上の膵管造影がそのリスクファクターであり、OR = 9.795% C.I. = 1.7-54.0) であった。考察: 細胞診・組織診の診断率はそれぞれの診断を併用しても 70% 未満であった。ERCP 関連処置による造影剤の膵管圧入が膵炎のリスク因子と考えられた。

## S1-10 内視鏡的経乳頭の胆嚢ドレナージ (ETGBD) の適応に対する検討

豊橋市民病院 消化器内科  
○芳川 昌功、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、竹山 友章、鈴木 博貴、廣瀬 崇、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田恵美子、岡村 正造

【背景】現在、total biopsy としての laparoscopic cholecystectomy が普及し、多くの胆嚢疾患で外科的治療が第一選択となっている。急性胆嚢炎においては診療ガイドラインで、早期の胆嚢摘出術、経皮的処置を勧めているが、実際には胆嚢炎患者の多くがさまざまな既往を持つ高齢者で、全身麻酔管理や観血的処置が困難な症例も経験される。一方で、胆嚢癌が疑われるが、他のモダリティで診断困難な症例の場合、術前の病理組織学的根拠が必要とされることもしばしば経験される。【目的】当科における ETGBD の成績を明らかにし、適応を検討すること。【方法】2011 年 10 月から 2014 年 4 月までに当科で ETGBD を施行した 16 例について検討した。16 例の内訳は 1) 急性胆嚢炎 11 例、2) 胆嚢癌疑い 5 例であった。検討項目は、a) 施行理由、b) 胆嚢管の合流形態、c) 手技成功率、d) 胆嚢管の合流形態別手技成功率、e) 偶発症発生率、1) について f) 奏効率、2) について g) 物理学的正診率とした。【結果】1) a) 抗血小板薬/抗凝固薬内服中 3 例、総胆管結石 3 例、転移性肝腫瘍 1 例、腹水 1 例、術後胃 1 例、高齢や認知症などの理由で手術、経皮経肝的胆嚢ドレナージが困難と判断されたもの 2 例、b) 左側上向き 2 例、右側上向き 11 例、c) 8/11 (72.7%)、d) 左側上向き 1/2 (50%)、右側上向き 7/9 (77.8%)、e) 膵炎 1 例、胆嚢管穿孔 1 例、後者は緊急手術となったが術後経過は良好で軽快退院となった。f) ETGBD 成功例は全例治療。2) a) 他のモダリティで確認困難であった胆嚢癌疑い 5 例、b) 全例右側上向き、c) 5/5 (100%)、d) なし、g) ETGBD 下細胞診では 3 例に悪性所見が得られ、3 例中 2 例は胆嚢癌、1 例は胆嚢腺筋症であった。【考察】当院における ETGBD は、急性胆嚢炎に対しては手技成功率、偶発症の点で満足できる結果ではなかったが、成功例では高い治療効果が得られた。成功率の低さは胆嚢管の合流形態が影響していると考えられた。胆嚢癌疑い症例に対しては、全例で成功しており、胆嚢管の診断感度は優れていた。【結果】当科における ETGBD の成績を報告した。

## S1-12 膵病変に対する EUS-FNA の有用性

岐阜市民病院 消化器内科  
○中島 賢憲、向井 強、小島健太郎、渡邊 千品、渡邊 諭、渡部 直樹、鈴木 祐介、小木曾富生、川出 尚史、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

【背景と目的】EUS-FNA は 1992 年に Vilmann らによりその有用性が報告されて以来、本邦においても膵病変からの病理検体採取方法として、広く一般臨床の場で使用されている。膵病変に対する EUS-FNA の有用性について調査する。【方法】2001 年 4 月~2013 年 12 月の間に膵病変に対して EUS-FNA を施行された症例を対象として、その診療情報を retrospective に調査した。良悪性診断における EUS-FNA の診断能を調査するとともに、その正診率に影響を与える因子を検索するために単変量・多変量解析を行った。【結果】対象は 221 例で男性 147/女性 74、年齢 23~87 歳 (中央値 68 歳) であり、最終診断の内訳は悪性疾患 180 例 (膵癌 158 例/内分泌腫瘍 12 例/膵転移 9 例/ALL1 例)、良性疾患 41 例 (AIP 22 例/腫瘍形成性膵炎 18 例/SCN1 例) であった。病変部位は頭部 109 例/体尾部 112 例、病変サイズは 12-117mm (中央値 31mm)。使用した穿刺針は 19G 103 例/22G 78 例/25G 13 例/複数本使用 27 例。穿刺ルートは経胃 145 例/経十二指腸 76 例。穿刺回数には 1-8 回 (中央値 2 回)。良悪性診断における EUS-FNA の診断能は、感度 88%、特異度 100%、正診率 89% であった。正診率に影響を与える因子として年齢 (70 歳以上)、性別 (男性)、病変部位 (体尾部)、病変サイズ (30mm 以上)、穿刺針種類 (19G 針のみ)、穿刺部位 (経胃)、穿刺回数 (3 回以上) を単変量解析し  $p < 0.2$  の因子をさらに多変量解析したところ、19G 針使用が正診率に影響をあたえる有意な独立因子であった ( $p=0.0006$ , オッズ比 3.8695% CI 1.21-14.99)。【結果】膵病変の良悪性診断において、これまでの報告と同様に EUS-FNA は高い正診率であった。19G 針の使用は正診率をさらに改善させる可能性がある。

## S1-13 脾疾患診断における Shear Wave elastography の可能性

<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>名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部  
○桑原 崇通<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

【目的】組織弾性を測定する超音波エラストグラフィは、組織の歪みを測定し組織弾性を画像化した strain imaging と、剪断弾性波速度を測定し組織弾性率を定量化した shear wave imaging (SW) の2種類に大別される。今回我々は脾疾患を対象としてSWを施行し、SWが新たな脾疾患診断法になり得るか検討を行った。【方法】2012年10月から17ヶ月の期間に Philips 社製 iU22 (ElastPQ) を使用したSWにより脾の弾性率を測定した196例を対象とした。症例の内訳は正常脾93例、慢性脾炎 (CP) 54例 (確診32例、準確診6例、早期慢性脾炎16例)、脾癌35例、neuroendocrine tumor (NET) 6例、solid pseudopapillary neoplasm (SPN) 3例、腫瘍形成性脾炎 (MFP) 5例であった。弾性率 (kPa) は、正常脾、CPは脾実質より、脾腫瘍性病変は病変部より5回以上測定したその平均値を算出し、各疾患別に弾性率の比較検討を行った。【結果】正常脾、CPの弾性率は $3.72 \pm 1.86$  kPa、 $9.11 \pm 5.13$  kPaで、CPは正常脾より有意に高値を示した ( $P = 0.0001$ )。SWの正常脾に対するCPの診断能は、ROC解析でAUC 0.83と良好であった。CP確診、準確診、早期慢性脾炎の弾性率は $10.28 \pm 5.09$  kPa、 $10.70 \pm 6.50$  kPa、 $6.03 \pm 3.42$  kPaで、確診 ( $P=0.0001$ )、準確診 ( $P=0.01$ )、早期慢性脾炎 ( $P=0.001$ ) の弾性率は正常脾に比して有意に高値を示した。脾癌、NET、SPN、MFPの弾性率は $25.4 \pm 18.9$  kPa、 $13.7 \pm 16.3$  kPa、 $11.5 \pm 6.8$  kPa、 $27.7 \pm 20.2$  kPaで正常脾より有意に高値 ( $P=0.001$ ) を示したが、腫瘍の種類別では弾性率に有意差は認めなかった ( $P=0.17$ )。【結論】SWは新たな脾疾患診断法になり得る。

## S1-15 BD-IPMN 経過観察例の検討

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜市民病院 消化器科  
○安藤 暢洋<sup>1</sup>、岩田 圭介<sup>1</sup>、向井 強<sup>2</sup>

【背景】新ガイドラインではBD-IPMNは手術適応がより控えめになった。一方でBD-IPMNそのものが脾癌の危険因子である事が報告され、経過観察中にはIPMNの進行だけでなく併存脾癌の早期発見も重要視される【対象/方法】2006年9月から2012年12月までにEUSでIPMNが疑われた325例中ERCP等の画像検査によって嚢胞径が5mm以上で、膵管と交通/粘液の存在が確認された症例をBD-IPMNと診断し、初回時に手術せず1年以上経過観察された139例。1cm以上の嚢胞径増大/2mm以上の主膵管径増大/結節出現や増大を進行とした【結果】男/女:64/75、年齢38~88歳(中央値70歳)、主病変:頭部52/尾部61/尾部16/鉤部10、嚢胞径5.8~80mm(16.6mm)、主膵管径0.8~9mm(2.1mm)、結節有27例/無112例、結節高1~16.1mm(3.4mm)、経過観察期間12~85ヶ月(28ヶ月)、最終転帰:生存113/死亡6(他疾患)/脱落20。進行例は15例(10.8%)、内訳は嚢胞径増大10例/主膵管径増大4例/結節出現3例(重複)。進行までの日数は173~1904日(839日)であった。15例中6例に手術が施行された病理診断はlow-intermediate/high/invasive:5/0/1。worrisome featuresの重要項目である嚢胞径 $\geq 3$ cm/主膵管径5.9mm/結節有症例における進行例の頻度は24.1%/45.5%/18.5%で、主膵管径5.9mmで有意に進行例が多かった。一方で嚢胞径3cm未満/主膵管径5mm未満/結節無であった87例の中で進行例は4例(4.6%)であった。ガイドライン上の経過観察該当症例は112例で、それらを嚢胞径別に分類し進行率を検討すると2cm未満では2.6%(2/76例)、2cm以上では22.2%(8/36例)と有意な差を認めた。その10例の中で進行確認までの最短日数は173日であった。術後残脾再発や通常型膵管癌の発生は認めないが他臓器癌を27例に認めた【結論】BD-IPMNの進行率は10.8%と比較的低く、worrisome featuresを認めない場合は4.6%と極めて低い。嚢胞径別の進行率は2cmを境に有意な差を認め検査間隔について今後検討すべきと思われる。

## S1-14 脾腫瘍に対する EUS-FNA の診断能向上に向けて

<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、<sup>3</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部  
○佐藤 高光<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、田中 司<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、奥儀 竜治<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、吉田 努<sup>1</sup>、奥野のぞみ<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、清水 泰博<sup>3</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

【背景・目的】超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法(EUS-FNA)は脾腫瘍の病理学的診断を得る方法として確立しているが、正診率の向上と偶発症の回避は永遠の課題である。当院では迅速細胞診(ROSE)、Cell Blockの併用とKRAS遺伝子解析を行うことにより診断能の向上と偶発症の低下に努めてきた。今回我々は、自験例をもとに診断能の向上と偶発症発生に関与する因子を明らかにすることを目的とした。【方法】1997年3月~2013年12月までに当センターでEUS-FNAを施行した3336例のうち、最終診断の得られた脾腫瘍1571病変を対象とした。EUS-FNAの正診率に影響を及ぼす因子および偶発症について検討した。【結果】最終診断は悪性1319病変(膵管癌1143病変、特殊型脾腫瘍27病変、脾神経内分泌腫瘍78病変、SPN14病変、転移性脾腫瘍28病変、その他の悪性病変29病変)、良性252病変であった。細胞診とCell Blockを併用した場合、検体採取率99.5%(1564/1571)、正診率95.6%(1502/1571)、感度97.8%(1250/1319)、特異度99.6%(252/253)であった。細胞診のみでは正診率92.9%、感度91.5%であり、Cell Block併用でEUS-FNAの診断能は有意( $p < 0.01$ )に向上した。またKRAS遺伝子解析を行うことで膵管癌の診断能の上乗せ効果が得られた。EUS-FNAの正診率に及ぼす因子を多変量解析すると、脾体尾部病変 ( $P=0.03$ ; OR=1.72)、病変の大きさ  $> 20$ mm ( $P < 0.01$ ; OR=3.80)、ROSEの併用 ( $P < 0.01$ ; OR=7.68)、2007年以降に実施したEUS-FNA ( $P < 0.01$ ; OR=3.37)が独立した因子であった。偶発症は0.83%(13例)に認め、内訳は出血9例(Hb 2g/dL以上の低下)、門脈血栓1例、脾動脈瘤破裂1例、脾炎2例であったが、偶発症に関わる有意な因子を指摘することはできなかった。【結論】脾腫瘍に対するEUS-FNAを施行する場合は、ROSEの施行、細胞診とCell Blockの併用、KRAS遺伝子解析を併用することで、診断能の向上が得られた。

## S1-16 脾仮性嚢胞・Walled-off necrosis に対する超音波内視鏡下ドレナージ

<sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 第一内科、<sup>2</sup>帝京大学溝口病院  
○上村 真也<sup>1</sup>、安田 一朗<sup>2</sup>、岩下 拓司<sup>1</sup>、奥野 充<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>2</sup>、土井 晋平<sup>2</sup>、森脇 久隆<sup>1</sup>

脾炎や術後脾液瘻に伴う嚢胞性病変は超音波内視鏡(EUS)を用いた経消化管的ドレナージの発展により内科的治療のみで治療を得られる事が多くなってきている。治療難度は嚢胞内容の性状に左右されるが、ドレナージのみでは治療困難である症例に対しては直接嚢胞腔に内視鏡を挿入し壊死物質を除去するEndoscopic necrosectomy(EN)の有用性も報告されている。【目的】2001年5月から2014年3月までに当施設で脾仮性嚢胞・Walled-off necrosis(WON)に対してEUS下ドレナージを施行した症例の治療成績を調査した。【結果】対象症例は29例。男性22例、女性7例。37-80歳(中央値67歳)。嚢胞性病変の内訳(Atlanta分類):仮性嚢胞21例(感染有13例、感染無8例)、WON8例(全例感染有)原因:急性脾炎後9例、慢性脾炎7例、術後9例、外傷性2例。嚢胞径中央値7.2cm(2~22cm)。治療成績:EUS下ドレナージ手技成功28例(97%)、不成功1例(仮性嚢胞)は嚢胞壁拡張ができず経皮的ドレナージへ移行。ドレナージのみで治療が得られた症例は、感染を伴わない仮性嚢胞7/8例(88%)、感染を伴う仮性嚢胞7/12例(58%)、WON 0/8例(0%)。仮性嚢胞でドレナージのみで治療が得られなかった6例は大口径バルーンにて嚢胞を拡張することで治療が得られた。WONの8例では、状態悪化にてドレナージ以降の処置ができなかった2例を除き、全例でENを必要とした。EUS下ドレナージに伴う偶発症:出血1例(仮性嚢胞)、穿孔1例(WON)、誤嚥性肺炎1例(WON)、ドレナージのみもしくは嚢孔拡張追加にて治療が得られた19例の経過観察期間中央値は15ヶ月で、再発は0例。【結論】脾仮性嚢胞は感染を伴っていないEUS下ドレナージのみ、もしくはバルーンによる嚢孔開窓術を追加することにより全例で治療が得られた。一方、WONに対してはドレナージのみでは不十分であり、ENを追加することでより高い治療成功率が得られると考えられた。



## S1-17 浸潤性膵管癌に対する化学放射線療法先行手術の治療成績—超音波内視鏡下穿刺吸引生検検体を用いた腫瘍内 hENT1 発現評価の有用性の検討—

<sup>1</sup>三重大学 肝胆膵・移植外科、<sup>2</sup>三重大学 消化器肝臓内科、<sup>3</sup>三重大学 病理部

○村田 泰洋<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>2</sup>、種村 彰洋<sup>1</sup>、加藤 宏之<sup>1</sup>、栗山 直久<sup>1</sup>、安積 良紀<sup>1</sup>、岸和田昌之<sup>1</sup>、水野 修吾<sup>1</sup>、櫻井 洋至<sup>1</sup>、白井 正信<sup>1</sup>、白石 泰三<sup>3</sup>、伊佐地秀司<sup>1</sup>

【はじめに】我々はこれまでに切除標本における腫瘍内 human equilibrative nucleoside transporter-1 (hENT1) 発現が、gemcitabine 併用化学放射線療法 (Gem-CRT) 先行手術を行った膵癌における独立した予後規定因子であることを報告した (Murata ら, J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2012)。本研究は、Gem-CRT 先行手術の治療成績を示し、治療前に採取された超音波内視鏡下穿刺吸引生検 (EUS-FNAB) 検体における腫瘍内 hENT1 発現と予後との関係を検討した。【対象と方法】2006年1月から2011年11月までに切除を念頭において Gem-CRT を行った117例の浸潤性膵管癌 (UICC-T357例, T460例) を対象とし、そのうち EUS-FNAB により膵癌の病理診断を得た86例の EUS-FNAB 検体中の腫瘍内 hENT1 発現を免疫染色にて評価した。【結果】全例で Gem-CRT を完遂し、治療後、膵切除術を施行しえた症例は70例 (切除率: 59.8%) であり、治療後非切除例 (n=47) よりも有意に予後が良好であった (MST: 25.3 vs. 8.6 months)。86例の EUS-FNAB 検体のうち、十分な量の腫瘍組織が採取され、hENT1 発現を免疫組織学的に評価し得た症例は、45例 (52.3%) であった。hENT1 発現は陽性32例、陰性13例であり、hENT1 陽性 vs. hENT1 陰性の Gem-CRT 後の膵切除率は、87.5% (28例) vs. 53.8% (7例)、治療開始後の全生存期間中央値は 25.0 vs. 10.0 ヶ月であり、hENT1 陽性例で有意に切除率が高く、予後が良好であった。さらに、hENT1 陽性かつ Gem-CRT 前後で血清 CA19-9 値 50% 以上減少例 (n=13) は最も予後が良好であるのに対して、hENT1 陰性かつ血清 CA19-9 値 50% 未満減少例 (n=9) は最も予後が不良であった (MST: 32.6 vs. 9.8 ヶ月)。【結論】さらなる症例数の蓄積が必要であるが、EUS-FNAB 検体を用いた腫瘍内 hENT1 発現の評価は可能であり、臨床効果 (CA19-9 減少率) も考慮に入れることにより、本治療後の予後予測に応用できる可能性が示唆された。

## S1-18 膵空腸吻合後膵液ろうに対する経皮のおよび内視鏡的治療

静岡県立総合病院 消化器科

○菊山 正隆、黒上 貴史、白根 尚文、重友 美紀、榎田 浩平、青山 春奈、青山 弘幸

【対象】膵頭十二指腸切除術膵空腸吻合後膵液ろうの5人に対し治療を行った。膵頭十二指腸切除術の対象疾患は下部胆管癌3人、十二指腸乳頭部癌1人、膵頭部多発動脈瘤1人であった。いずれも術後3日以内にドレーンのアミラーゼ濃度の高値を認め、術後膵液ろうと診断された。当科への紹介時期は、3週後1人、1か月1人、3か月後2人、12か月後1人であった。【治療】紹介3週後と1か月の2人は、経皮的ドレーンが留置されていた皮膚ろうから挿入した guidewire (GW) が吻合部を介して空腸へと進行し、これに沿わせて 5-7Fr 経皮ドレーンチューブを、同経路を介して空腸に留置し、およそ1か月後に抜去した。紹介3か月の2人は吻合空腸より EUS 下あるいはミニチュアプローブによる方向確認後、空腸より拡張膵管を穿刺し、カテーテルを留置し膵管空腸吻合を行った。紹介12か月の1人は吻合空腸を狙い経皮的膵管吻合部穿刺を行い、経皮的にて同経路を介して空腸にカテーテルを留置し、およそ1か月後に抜去した。【結果】いずれも膵液ろうが消失し治療が成功した。【考察】膵液ろう発症早期であれば経皮的膵管吻合部にて GW の空腸への挿入による経皮的治療の可能性が示唆された。発症後時間の経過とともに吻合部は狭窄閉塞し、吻合部あるいはその近傍を穿刺し膵管空腸吻合を新たに増設する必要がある。EUS 下の経胃的穿刺治療が膵消化管吻合部狭窄治療に用いられるが、膵液ろうでは膵管拡張が軽度であり穿刺の技術的難しさがある上に、吻合部の完全閉塞により GW が吻合空腸に進行しない治療の困難さがある。

## S2-01 表在食道癌における BLI 観察の有用性について

<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>名古屋大学医学部付属病院・光学診療部  
○山本富美子<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

【背景】近年、画像強調内視鏡が普及し、食道癌の診断における Narrow Band Imaging (NBI) の有用性は広く報告されている。一方、Blue LASER Imaging (BLI) は、単一波長であるレーザー光を用いることにより、さらに鮮明な画像強調効果が得られると期待されている。有用性についてはまだ多くの報告はなく、拡大観察では NBI と同様の拡大血管分類での深達度診断、非拡大観察ではその明るさから病変の視認性が高まることと期待される。今回、当院においての表在型食道癌における BLI 観察の有用性について検討した。【方法と対象】2011年8月から2014年2月までの間に、BLI 併用拡大観察を行った後に ESD または外科手術を施行した表在型食道癌 32 症例 37 病変を対象とした。(1) 拡大観察での評価 1) 日本食道学会の拡大内視鏡分類診断、深達度診断の正診率、病理学的深達度別の正診率を検討した。2) BLI、NBI 双方で観察を行った 28 病変については、それぞれの微細血管分類診断の一致率、深達度診断の正診率を検討した。(2) 非拡大観察の視認性の評価 BLI-bright と NBI 画像を、明度、コントラスト、境界診断の 3 項目についてリッカート法を用いて 5 段階に評価し、比較検討した。【結果】(1) 1) 拡大内視鏡分類は A1 が 2 例、B1 が 25 例、B2 が 8 例、B3 が 2 例。全体の正診率は 37 例中 35 例で 94.6%。病理学的深達度別の正診率は EP/LPM で 96.3%、MM/SM1 で 85.7%、SM2 以 深 で 100%。2) BLI/NBI 観察双方の拡大内視鏡分類診断は、28 例全例で一致し診断一致率は 100%。深達度診断は 28 例中 27 例で可能であり正診率は 96.4%。(2) コントラスト、境界診断、明度について BLI-bright と NBI はそれぞれ、 $3.58 \pm 1.16$  と  $3.09 \pm 0.93$ 、 $3.43 \pm 1.14$  と  $2.97 \pm 2.91$ 、 $4.02 \pm 0.59$  と  $3.30 \pm 0.68$ 。それぞれにおいて BLI-bright は NBI に比し値が高かったが、明度においては BLI-bright が統計学的に有意に高値であった。【結論】表在型食道癌における BLI 観察は、拡大観察において NBI と同等の質的診断が可能であり、非拡大観察では明度が有意に優れていた。

## S2-02 胃癌 HER2 発現における heterogeneity の検討

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

【背景】 ToGA study において HER2 遺伝子増幅・蛋白過剰発現した切除不能進行胃癌は、HER2 を標的としたモノクローナル抗体である trastuzumab で全生存期間延長効果が示され、治療に先立ちその発現が確認されている。胃癌組織における HER2 発現には、腫瘍内不均一性 (heterogeneity) があり、生検検体を用いて診断される場合、実際には陽性でも生検部位により陰性と判断される。しかし、治療対象が切除不能胃癌であることからこれまで HER2 発現の heterogeneity に関する詳細な検討はされていない。【対象と方法】2009年4月から2012年5月に愛知県がんセンター中央病院で外科的に切除された胃癌 98 例をもとに免疫組織化学で HER2 陽性例、陰性例に分け、さらに HER2 陽性例においては heterogeneity 群と homogeneity 群として、年齢、性別、組織型、胃原発部位、腫瘍径、深達度、リンパ節転移、臨床病期を比較検討した。また、生検検体が存在する 87 例については、切除検体の HER2 発現との診断能と比較した。免疫染色の評価は Bang らの criteria を用い、0、1+ を陰性、2+、3+ を陽性とした。【結果】HER2 陰性は 71 例、HER2 陽性は 27 例であった。HER2 陽性 27 例のうち heterogeneity は 10 例にみられた。HER2 陽性例と陰性例では、未分化型が陽性例に有意に多く認められた ( $P=0.006$ )。heterogeneity 群と homogeneity 群においては、有意な因子は認めなかった。生検検体と切除検体は一致率 90.8%(79/87)、NPV 95.7%(66/69)、PPV 72.2%(13/16) であった。偽陰性は 3/87 例 (3.4%) で認め、そのうち 2 例は heterogeneity 群であった。【結論】HER2 発現は生検検体でも十分に評価可能であった。しかし、偽陰性 3 例のうち 2 例は heterogeneity 群であり、今後さらなる診断能向上に対する対策は必要と考えられた。

## S2-03 Epstein Barr virus (EBV) 関連胃癌の臨床病理、および分子生物学的検討

藤田保健衛生大学 消化管内科  
○田原 智満、柴田 知行、平田 一郎

背景・目的: 全胃癌の 5-10% が Epstein Barr virus (EBV) 関連胃癌であり、特有の臨床病理学的特徴を示す。当科で経験した EBV 関連胃癌の臨床病理、および分子生物学的検討を行ったので報告する。対象・方法: 217 例の胃癌の内視鏡下生検材料由来のゲノム DNA を用いて、EBV ゲノムを EBV BamHI W region をターゲットにした PCR、BamHI-W region、EBNA-1 region をターゲットにしたリアルタイム PCR で検索した。TP53 (全翻訳領域 exon2-11)、KRAS (exon 2)、PIK3CA (exon 9, 20) をダイレクトシークエンスで検索した。CpG island methylator phenotype (CIMP) に関して、13 パネルマーカー (MINT1、2、12、25、31、RORA、GDNF、ADAM23、MLF1、PRDM5、RASSF1A、ATP2B4、MLH1) を用いてバイサルファイトバイロシークエンスにて検討した。結果: 217 例のうち 10 例 (4.6%) が EBV 関連胃癌であり、9 例が男性、平均年齢は 57 歳、全病変が体中部～上部に局在しており 3 例に多発を認めた。形態的には 5 例の早期癌は浅い陥凹または周辺隆起を伴う陥凹性病変であり、残りの進行癌は 2 型または 3 型の潰瘍病変であった。病理学的には 8 例が低分化型癌であり、高分化型癌の 2 例はともに表在癌 (M, SM1) であった。8 例が MLH1 以外のパネルの高度メチル化を呈する CIMP 形質であった。2 例の CIMP 陽性症例で TP53 の missense mutation を認め、一方は hot-spot の DNA-binding domain (R175H)、他方は新規の missense mutation (DNA-binding domain, D259Y) であり両者ともに SHIT 解析により damaging 変異と判定された。1 例の CIMP 陽性症例で PIK3CA の helical domain (E545A) の missense mutation を認めた。結論: 頻度、性、多発、局在、CIMP などの特徴は従来の報告と同様であったが、EBV 関連胃癌では一部に TP53、PIK3CA の missense mutation が認められること、さらに EBV 関連癌は早期の段階では高分化型であり、進行と共に低分化の組織型を呈する可能性が考えられた。

## S2-04 胃癌腹膜播種診断における NBI 併用審査腹腔鏡の有用性

<sup>1</sup>浜松医科大学 外科学第二講座、<sup>2</sup>浜松医科大学附属病院 腫瘍センター  
○菊池 寛利<sup>1</sup>、神谷 欣志<sup>1</sup>、松本 知拓<sup>1</sup>、尾崎 裕介<sup>1</sup>、宮崎真一郎<sup>1</sup>、川端 俊貴<sup>1</sup>、平松 良浩<sup>1</sup>、太田 学<sup>2</sup>、今野 弘之<sup>1</sup>

【緒言】胃癌腹膜播種は予後不良であるが、腹腔内投与/化学療法等の発達により、近年治療成績が向上してきている。その際、化学療法前および治療中における腹膜播種診断が重要となるが、CT や PET 等による存在診断は容易でない。そこで審査腹腔鏡がしばしば施行されるが、炎症や癒着等の非腫瘍性病変と腹膜播種との鑑別に難渋することも多い。われわれは、審査腹腔鏡の際に Narrow band imaging (NBI) 観察を用いた腹膜播種診断を行っており、今回その有用性につき報告する。【対象・方法】2008年4月から2013年10月までに進行・再発胃癌 20 例に NBI 併用審査腹腔鏡を行い、腹膜播種を疑う腹腔内結節を採取し病理組織的に診断。腸間膜結節や大網結節などを除く壁側腹膜 31 結節につき、白色光 (WLI) および NBI 所見と病理組織診断結果を比較検討した。【結果・考察】対象病変はいずれも WBI で白色結節として認識され、NBI では結節内と周囲の血管像が強調して描出された。結節内血管像を、1) 拡張 2) 蛇行 3) 不均一性 4) 点状血管拡張 (brown spot) の 4 項目の有無で評価したところ、いずれも WBI に比べ NBI の正診率が良好であったが、単項目では全て 78% 以下であった。1)-4) のいずれか陽性を腹膜播種 (+) と診断すると、WBI で感度 50%、特異度 84.6%、正診率 64.5% であり、NBI では各 94.4%、69.2%、83.9% であった。WBI 観察で境界不明瞭な結節は全て腹膜播種 (+) であり、これを陰性と診断すると、NBI で感度 94.4%、特異度 92.3%、正診率 93.5% と非常に良好であった。病理組織像との比較では、腫瘍細胞周囲の血管拡張像がみられ、NBI の拡張像、brown spot と一致していた。審査腹腔鏡の際、WBI で比較的境界不明瞭な白色結節を同定し、NBI で結節内部に血管拡張、蛇行、不均一性または brown spot を認める場合は腹膜播種を強く疑う。【結語】進行・再発胃癌において NBI 併用審査腹腔鏡は腹膜播種内異常血管の描出を可能とし、腹膜播種の正診率向上に有用である。本診断法を積極的に施行することで腹膜播種の早期診断が得られ、より適切な治療法の選択が可能となり、胃癌腹膜播種の予後改善に寄与し得ると考えられる。

## S2-05 クロウン腸病腸管病変に対する腸管切除術後アダリムマブ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

○橋本 良二、中山 吾郎、高野 奈緒、田岡 智、高見 秀樹、  
間下 直樹、神田 光郎、岩田 直樹、末岡 千恵、小林 大介、  
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

【背景】クローン病 (CD) 術後の抗 TNF- $\alpha$  抗体製剤による維持療法の有用性は、インフリキシマブ (IFX) に関しては欧米より報告が複数あるが、アダリムマブ (ADA) の報告はまだ少ない。当科において術後維持療法として IFX を投与した群 48 例と、従来療法群 88 例とを後ろ向きに比較検討したところ、IFX 投与群において術後 1 年の内視鏡的吻合部再発率は有意に低かった。また IFX の導入を術後 8 週以内に行くと内視鏡的吻合部再発率や吻合部関連の再手術率が低かった。以上を踏まえて CD 術後維持療法としての ADA の再発抑制効果と安全性を検証する試験を実施し、今回中間解析を行ったのでその結果を報告する。【対象と方法】試験デザインは単施設、単群の臨床第 2 相試験。腸管切除・吻合術後のクローン病患者 25 例を対象とした。術後 8 週以内に ADA 療法を開始し、以後 2 週間ごとの投与を継続した。主要評価項目は術後 1 年の内視鏡的吻合部再発率。副次評価項目は、内視鏡的吻合部再発率、臨床的再発・再燃率、再手術率、有害事象発生割合とした。【結果】2013 年 8 月までに 25 例の登録が終了し、20 例で術後 1 年の内視鏡評価を終えた。罹病期間中央値 10 年、病型は小腸大腸型が 20 例 (80%)、術前の抗 TNF- $\alpha$  抗体製剤使用は 12 例 (48%) であった。ADA の相対容量強度は中央値 100% (75-100%)、全例で術後 8 週以内に導入し 1 年間治療を継続可能であった。内視鏡的吻合部再発率は 35% (7 例) で、再発例の Rutgeerts score は 12 15%、14 20% であった。臨床的再発 (CDAI  $\geq 150$ ) は 11% (2 例) であった。Grade3 の有害事象は 15% (3 例) 認め、内訳は貧血 2 例、低 K 血症 1 例であった。【結論】術後維持療法としての忍容性は良好で、安全性に関しても既存の報告と同等である可能性が示唆された。有効性は吻合部内視鏡再発率に関しては、欧米の報告より若干高く、従来療法より良好な傾向にあった。中間解析結果を踏まえ、現在試験を継続中である。

## S2-07 カプセル内視鏡 1350 例の検討

ブラザー記念病院

○本田 亘、中野 聡、江端美恵子

【背景】小腸用カプセル内視鏡 (PillCam&reg;SB, Given Imaging Ltd, Video Capsule Endoscopy:VCE) は 2007 年 10 月に原因不明の消化管出血 (OGIB) に対し保険収載がなされ、2012 年 7 月 1 日より PillCam&reg;SB2plus を使用することで小腸疾患が疑われるすべての患者に VCE が適用拡大された。ワークステーションの各施設への導入をスムーズにし、また VCE 検査の水準を一定に保つ目的で保険診療が開始された 2007 年 10 月より当院ではカプセル内視鏡読影センターの運営を開始し 6 年以上が経過した。【目的】当センターで読影を行った 1350 例について報告・検討する。【対象と方法】1 室にワークステーションと管理事務部を置き、読影メンバーは VCE 読影 100 例以上の 2 名の医師で構成した。ワークステーションを有する各施設 (22 施設) で VCE を施行後、ロック付 USB メモリにデータを収め当センターへ郵送し、読影後 USB メモリを各施設へ返却する。また名古屋大学附属病院・画像管理室と NTT 専用回線で全画像データの交信が可能である。2007 年 10 月から 2014 年 3 月までに 1350 例の VCE 読影を施行した。【結果】1350 例の平均年齢 63  $\pm$  16 歳、男/女: 813/537、平均 Hb8.4  $\pm$  4(30-16.9)。何らかの基礎疾患を有す 463 例 (34%)。抗凝固剤もしくは NSAIDs 内服 379 例 (28%)。検査契機は OGIB741 例、腫瘍精査 88 例、貧血 63 例、機能性疾患 59 例、その他 144 例の順であった。有所見率は 69.1% (801/1160) で内訳はピラン・潰瘍性病変 381 例 (32.8%)、血管性病変 190 例 (16.3%)、活動性出血 149 (12.8%)、腫瘍性病変 107 例 (9.2%)、小腸外病変 61 例 (5.3%)、その他小腸疾患 51 例 (4.4%)、異常なし 359 例 (30.9%)、胃内検査終了 17 例 (1.6%) であった。【結論】当センターはスムーズな読影を可能とすることで、適用拡大されたカプセル内視鏡検査の普及に貢献している。

## S2-06 当院における原因不明の消化管出血に対するカプセル内視鏡検査の現状

豊橋市民病院 消化器内科

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

【背景】小腸カプセル内視鏡 (CE) は、2007 年 10 月に原因不明の消化管出血 (OGIB) に対して保険適用が認められ、その有用性が報告されている。【目的】当院でこれまでに CE を施行した症例を検討し、当院における OGIB に対する CE の現状を報告する。【対象】2010 年 6 月から 2014 年 3 月までの 149 例のうち、OGIB に対して施行されたのべ 132 例。【方法】2010 年 5 月から 2011 年 11 月までの症例は下剤の前処置を行い、2011 年 12 月以降は前処置を行わずに検査を施行。また、2012 年 8 月以降はカプセル内服 1 時間後に real time monitor を用いて十二指腸への通過を確認した。【結果】男性 86 例、女性 46 例。平均年齢 64.6  $\pm$  15.5 (15-85) 歳。抗血小板剤内服 36 例 (27%)、抗凝固剤内服 15 例 (11%)、NSAIDs 内服は 10 例 (7.5%)。既往歴は虚血性心疾患が最も多かった。126 例 (95.4%) で全小腸の観察が可能であり、胃通過時間 45.8 分、盲腸に到達した症例の小腸を通過した時間は 269.6 分であった。Overt OGIB は 67 例 (ongoing16 例、previous51 例)、Occult OGIB は 65 例みられた。所見としては、血管性病変が 29 例 (21.9%)、潰瘍性病変が 19 例 (14.3%)、腫瘍性病変が 9 例 (6.8%) 認められた。有所見の 2 次精査としてシングルバルーン内視鏡を施行したものは 21 例、ダブルバルーン内視鏡を施行したものは 10 例、2 次精査せず外来フォローとなったものは 26 例であった。外来フォローとなった症例のうち、angiodysplasia の 4 例で再出血を認めた。有害事象としては、食道停滞が 1 例、胃内停滞が 2 例、カプセル内服時に誤嚥を来した症例が 1 例みられた。【考察】CE は全年齢に対して安全に施行できる検査であるが、当院において OGIB に対する CE の病変検出率は 43.1% であり、既報に比して低い傾向にあった。その原因として、症状出現時から CE 施行までに時間を要していることが考えられた。また、外来フォローとなった angiodysplasia の 4 例で再出血を認めており、CE にて血管性病変を認めた場合は 2 次精査をする必要があると考える。

## S2-08 Characteristic Endoscopic Findings and Risk Factors for Cytomegalovirus Colitis in Patients with Active Ulcerative Colitis

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○平山 裕、渡辺 修、後藤 秀実

【目的】潰瘍性大腸炎 (UC) の内科的治療の進歩に伴い、今までは外科治療の適応と考えられた症例に対しても内科的治療が積極的に行われるようになった。しかしながら難治症例に遭遇することも少なくなく、その要因にサイトメガロウイルス (CMV) 腸炎の併発が考えられる場合も稀ではない。そこで今回、CMV 腸炎の臨床病理学的特徴および危険因子を明らかにすることを目的に本研究を行った。【方法】2004 年 1 月から 2012 年 12 月の間に活動性 UC のため入院となった 149 名を対象に、内視鏡所見および臨床的背景につき検討した。また CMV 陽性は CMV アンチゲネミア陽性もしくは生検組織検体で核内封入体を認めた場合と定義した。【結果】149 名のうち入院時に大腸内視鏡検査を未施行であった者、CMV 腸炎の既往のある 21 名は、本研究から除外した。患者背景として、男女比: 69/59、初回入院時年齢 38.5  $\pm$  16.6 歳、診断時年齢 32.4  $\pm$  16.2 歳、罹患年数 6.4  $\pm$  7.2 年、病型: 全大腸炎型 83 例 (64.8%) / 左側型 41 例、臨床経過: 再燃寛解 89 例 (69.5%) / 慢性持続 18 例 / 初回 21 例であった。CMV 腸炎群と非 CMV 腸炎群で背景因子の解析を行ったところ、全大腸炎型、発症年齢 35 歳以上、プレドニ (PSL) 投与量 120mg/week 以上が CMV 腸炎に有意であった。特徴的内視鏡所見としては、打ち抜き潰瘍 (OR 15.4 (95%CI 5.9-40.3)) と深掘れ潰瘍 (OR 17.7 (95%CI 5.9-52.3)) が示唆された。【結論】活動性 UC における CMV 腸炎の危険因子として、全大腸炎型、発症年齢が 35 歳以上、PSL 投与量が 120mg/week 以上であることが示唆された。また CMV 腸炎に特徴的な内視鏡所見としては、打ち抜き様潰瘍、深掘れ潰瘍が示唆された。



## S2-09 大腸内視鏡治療における空気 / 炭酸ガス送気が自律神経活動へ与える影響の比較検討

<sup>1</sup>名古屋記念病院、<sup>2</sup>名古屋市立大学 消化器代謝内科学  
○村上 賢治<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>2</sup>、城 卓志<sup>2</sup>

【目的】大腸内視鏡検査・治療時における炭酸ガス送気の有用性は以前より報告されているが、今回我々は、大腸内視鏡治療時においてVAS(visual analogue scale)による苦痛評価に加え、心電図解析により自律神経活動を評価し、炭酸ガス送気の有用性を前向きランダム化比較試験により検討した。【方法】大腸ポリペクトミー症例170例を空気送気群85例と炭酸ガス送気群85例に割り付けた。24時間心電図の装着後に治療を施行し、心電図により心拍数・心拍変動解析(RR 間隔のゆらぎ)を行い自律神経活動の評価を行った。さらに腹痛・腹部膨満感をVASにて評価した。【成績】不整脈例・検査中止例を除外した空気群(Air群 以下A群)83例、炭酸ガス群(Carbon Dioxide群 以下C群)80例を解析対象とした。年齢(A群:C群=65.0歳:66.6歳)、性別(男/女53/30:45/35)、検査時間(37.5分:33.3分)、ポリリーブ数(2.6個:2.1個)の背景に両群間差はなく、内視鏡中の収縮期血圧(142.8mmHg:144.0mmHg、p=0.74)、炭酸ガス分圧(37.8mmHg:36.4mmHg、p=0.26)にも有意差は認めなかった。腹痛のVAS評価にて内視鏡直後(A群:C群=20.7±23.5mm:8.1±13.4mm)、1時間後(9.7±16.8mm:4.1±6.6mm)ではC群において有意に軽減がみられた(p<0.001)。4時間後(3.0±7.6mm:2.9±6.4mm)には両群に有意差はなくなった(p=0.97)。腹部膨満感も同様の結果であった。心拍変動解析にて副交感神経活動を示すHF(高周波成分)では両群に有意差はみられなかったが、交感神経活動の指標である心拍数の変化率は1時間後(A群:C群=-6.9±1.5%:-11.8±1.7%、p=0.01)、4時間後(-3.3±1.65%:-7.5±1.8%、p=0.04)にC群で有意に低下し、交感神経への負荷が早く鎮静化していた。【結論】大腸内視鏡における炭酸ガス送気は、腹痛・腹部膨満感を有意に軽減することができ、自律神経活動の観点からも生体への負荷の低減に有効な方法であると考えられた。

## S2-10 当院における大腸カプセル内視鏡前処置の検討

藤田保健衛生大学 消化器内科  
○宮田 雅弘、大宮 直木、平田 一郎

【目的】2014年1月より大腸カプセル内視鏡(PillCam COLON 2PC2)が本邦で保険適用された。海外における大腸カプセル内視鏡の前処置・プースター法(処置法)は絶食2日間、腸管洗浄剤5-6Lと被験者負担が大きいため、本邦において総水分摂取量を3.8Lまで減量した前処置・プースター法の有用性が報告されている。今回我々はさらに負担の少ない低容量処置法を用いた大腸カプセル内視鏡前処置の有用性と問題点を検討する。【対象・方法】対象は2013年12月~2014年3月に自主研究または保険適用でPC2を施行した14例(男/女:7/7、年齢中央値54歳、40-79歳、契機は便潜血または貧血2例、内視鏡挿入困難5例、個人的希望7例)。当院での前処置法は検査2日前にセンノサイド内服、検査前日は3食低残渣食とし、クエン酸マグネシウム200mlとピコスルファート内服、検査当日は便洗浄度(9段階)に応じモビプレップ配合内用剤+水分を内服することとした。リアルタイムに到達部位をチェックし、適宜メトクロプラミドを筋注した。腸管洗浄度は4段階(excellent, good, fair, poor)に評価し、excellent, goodを適切とした。また検査直後にアンケートにて受容性を評価した。【結果】PC2の経口腸管洗浄剤総量中央値1500mL、(1000-2030mL)、これを含めた総水分摂取量中央値2240mL、(1200-4680mL)であった。大腸カプセル内視鏡の内服から排出までの時間中央値273.5分、(149-652.9分)。排出率12/14(85.7%)、2例コロンス使用するも1例は未排出)であった。腸管洗浄度適切率は11/14(78.6%)。受容性は10/14(71.4%)が再度PC2を希望した。検査所見としては大腸ポリリーブを5例に指摘した。【結論】今回の低容量処置法を用いたPC2は腸管洗浄度、受容性とも比較的良好な成績が得られた。しかし依然排出率は85.7%であり、さらなる改善が必要と考えられた。

## S2-11 当院におけるCT colonography(CTC)の試みと位置づけ

国民健康保険 関ヶ原病院  
○高野 幸彦、福田 和史、桐井 宏和、森島真理子、斉藤 吉男、瀬古 章

【背景】当院では、大腸癌検診における便潜血反応陽性者には、従来大腸内視鏡検査(CS)を行ってきた。しかし、高齢化が進んだ当地域では前処置や検査自体の負担が大きいため、スタッフの努力にもかかわらず精密検査受診率は70%前後と頭打ちの状況である。そこで、検診のみならず大腸精査が必要な高齢者を含めた対象者の受容性を高めるべく、MDCTから得られた画像データを元に3D構築し、大腸内の癌をはじめとした腫瘍を検出する画像診断法であるCT colonography(CTC)を2013年5月より導入した。【対象・方法】2013年5月から2014年3月までの期間、検査にて大腸癌が疑われ、CTCに同意した患者に行った。前処置は注腸X線検査に準じたBrown変法を用い、鎮痙剤注射後、専用チューブを用いてCO<sub>2</sub>を大腸に注入。スカウト撮影後に仰臥位・腹臥位にてCTを撮影した。CSは、CTC陽性者に同意の上行った。尚、当院ではfecal tagging、コンピューター支援診断システムは導入していない。【結果】上記期間内にCTCを施行した全患者113人(最高齢93歳)のうち、径5mm以上のポリリーブに対する陽性の中率は、症例ベースでは90.9%、病変ベースでは78.6%、径5mm未満のポリリーブに対する陽性の中率は、症例ベースでは80.0%、病変ベースでは50%であった。また、CTCで進行癌が疑われた5例のうち、CSで2あるいは3型進行癌を認めた症例が4例あった。【考察】1. 症例数は少ないものの、臨床的に問題となる5mm以上のポリリーブについては良好な結果であった。2.CSと比較して前処置や検査自体が薬との感想が大半を占め、受容性は充分あると思われた。3. 前処置については、一部に辛かったとの感想が依然としてあり、また残渣が多いため詳細な読影が困難な症例も経験され、改善の余地はあると思われた。4. 当院受診者には高齢者が多いため、不整脈・虚血性心疾患・脳血管障害の有病率が高く、抗血小板薬や凝固薬を内服しているケースが多いことから、CSに際しては、休薬による血栓・塞栓症発症が懸念される。このような患者に対して休薬不要なCTCは、ふるい分け可能な点で大きなメリットになり得ると考えられた。

## S2-12 岐阜赤十字病院における大腸用カプセル内視鏡検査の導入初期成績

<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>、名倉 一夫<sup>2</sup>、杉江 岳彦<sup>2</sup>、小川 恵吾<sup>2</sup>、松下 知路<sup>2</sup>、伊藤陽一郎<sup>2</sup>

【はじめに】2014年1月より大腸用カプセル内視鏡検査が保険適用された。適応基準は大腸内視鏡が挿入困難例に限られるが今後多くの施設で導入が予想される。今回導入初期成績を報告する。【対象】大腸カプセル内視鏡検査を施行した10例(男性7例、女性3例;平均年齢65.5歳)。内視鏡検査歴は8例で3例(37.5%)が疼痛と癒着で深部挿入困難。7例がポリリーブ切除を施行。病変は腺腫で癌は認めず。【検査理由】ポリリーブ切除後経過観察8例、OGIB 1例、便潜血陽性1例【検査法】(前日)昼より低残渣食(2食)+マグコロール250g+プルセニド2T。(検査当日)モビプレップ1L(M群:5例)またはニフレック1.5L(N群:5例)を飲用し洗腸状況に応じカプセルを飲用。プースターをマグコロール900mL X 2で施行、腸管運動賦活にガスモチン4T/1xを全服用。追加プースターはM群はモビプレップ500mL、N群はニフレック500mlを飲用、排泄遅延例にはプリンペラン静注を併用。再度のプースターはマグコロール900mlを追加。【検査成績】検査の完遂率は7例/10例(70%)であった。在院時間内の完遂は5例、2例は在宅でカプセル排出を確認。未完遂の3例は1例は下行結腸で1例は胃内にとまらずいずれも内視鏡下で回収。1例はバッテリー切れで検査終了。検査完遂はM群で4例(80%)、N群3例(60%)、プースター良好群(6例)は検査完遂が5例(83.3%)、不良群(4例)は検査完遂が2例(50%)であった。プースターの成否が検査完遂に影響を与えると推測された。【合併症】1例で気管内誤飲を認めたが自然排出後、慎重な再飲用にて検査を完遂した。【指摘病変】4例で腺腫様病変、3例で過形成性病変、2例は大腸憩室、1例は直腸ポリリーブを認めた。(今後内視鏡検査での確認を予定)【結語】大腸カプセル内視鏡検査は現在の保険適応では、大腸内視鏡検査の補充的位置づけと推測されるが、今後前処置法やプースター法をより簡便化し、より侵襲性の検査と位置づけられ、またカプセルの精度が内視鏡と比較しても良好であれば、大腸疾患検査のmodalityの選択も変わりうる可能性を有すると思われた。

## S2-13 当院における大腸カプセル内視鏡検査の現状

国立病院機構 名古屋医療センター  
○島田 昌明、岩瀬 弘明、平嶋 昇

【目的】2014年1月より大腸カプセル内視鏡(PillCam COLON2&reg;、ギブン・イメージング社製)は保険適応となった。今回、COLON2&reg;について、特に患者負担の少ない腸管前処置に着目し報告する。【方法】当院で2014年1月より大腸内視鏡検査困難例を対象にCOLON2&reg;を保険診療適用で導入した。検査当日に腸管洗浄液1Lと水1Lを飲み、水様便排泄後にCOLON2&reg;を開始した。導入初期にCOLON2&reg;排出に長時間を要した症例を認めため、COLON2&reg;の十二指腸到達後に腸管洗浄液1Lと水1Lを追加した。胃内に1時間以上滞留した場合はメトクロプラミド10mg筋注を行った。当初、検査時間内の体外排泄率が不十分であったため、起床時とCOLON2&reg;開始時にそれぞれイトブリド(100-150mg)もしくはモサプリド(10-15mg)を内服した。COLON2&reg;画像は専用のワークステーションで読影した。【成績】男性6例、女性12例、年齢中央値は58歳(25-78歳)であった。十二指腸到達後の腸管洗浄液と飲水追加は14例、イトブリドもしくはモサプリドの内服は12例であった。全大腸観察完遂率は77.8%で、非完遂4例中2例はCOLON2&reg;十二指腸到達後の腸管洗浄液と飲水追加がなく、2例はイトブリドもしくはモサプリドの服用がなかった。COLON2&reg;の十二指腸到達時間:84(10-124)分、小腸通過時間:58(15-257)分、大腸通過時間:125(11-719)分であった。完遂例での前処置方法による大腸通過時間と腸管洗浄良好率は腸管洗浄液と飲水追加なし:393(61-719)分50%、腸管洗浄液と飲水追加あり:143(48-554)分100%、腸管洗浄液と飲水追加およびイトブリドもしくはモサプリド服用:107(11-572)分80%であった。診断は大腸ポリープ2例、潰瘍性大腸炎寛解期7例、クローン病活動期1例、大腸憩室症1例、異常所見なし4例、診断不能3例であった。患者のCOLON2&reg;満足度は88.9%であった。【結論】COLON2&reg;は患者への侵襲が少なく満足度の高い検査であり、今後さらに注目されるものと期待される。腸管前処置方法の改善により良好な洗浄度および高い体外排出率が得られたが、個人差が大きく、症例に応じた前処置の工夫が必要と考えられた。

## S2-15 当院における大腸癌狭窄に対する内視鏡的大腸ステント留置術の現状

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  
○龍華 庸光、岩瀬 弘明、島田 昌明、都築 智之、平嶋 昇、  
橋屋 将之、喜田 裕一、久野 剛史、田中 優作、江崎 正哉、  
加藤文一朗、浦田 登、後藤 百子、水田りな子

【背景】悪性大腸狭窄に対する大腸ステント(Boston Scientific社製のWallFlex Colonic Stent&reg;)留置術が2012年1月より保険収載され、積極的にステント留置術を施行している。2013年7月よりNiti-5 Uncovered Stent&reg;(Century Medical社製)も保険収載され今後さらに適応症例が増加すると考える。大腸ステントは術前腸管減圧(Bridge to surgery:BTS)と根治切除不能例に対する緩和治療(Palliative therapy)に用いられる。当院でのBTSに対する大腸ステント留置術の現状につき検討した。【目的】当院における経験から大腸ステントの有用性を明らかにする。【対象と方法】2012年4月より2014年3月までに当院で施行したBTSを目的とした大腸ステント留置術12例を対象とした。ステントはWallFlex Colonic Stent&reg;とNiti-5 Uncovered Stent&reg;を使用した。症例により経肛門的イレウスチューブ挿入後、減圧してステント留置した。症例は男性6例、女性6例。年齢中央値は73歳。占拠部位は結腸(横行2例、下行1例、S状7例)、直腸2例であった。閉塞状態は大腸ステント安全手技研究会の提唱する大腸閉塞スコア(CROSS)で判定し、留置前後のCROSSを比較し臨床経過を検討した。【結果】減圧症例の多くが経口摂取可能となり待期的手術を行った。6症例でステント留置部位より口側結腸の内視鏡観察が可能であった。8症例で手術前に一時退院が可能であった。手術内訳は開腹結腸切除術4例、腹腔鏡下結腸切除術7例、開腹直腸切除術1例であった。人工肛門造設は2例であった。イレウスチューブ挿入した6症例と挿入しなかった6症例においてその後のステント留置、術後経過に影響はなかった。ステント留置にて状態が悪化した症例は認めなかった。手術後、縫合不全1例・骨盤内膿瘍1例をみられた。【結論】大腸癌狭窄に対する内視鏡的ステント留置術は安全かつ簡便に狭窄を解除することができた。今後も症例を蓄積し留置時・留置後の合併症、留置手技の工夫等更なる検討が必要である。

## S2-14 潰瘍性大腸炎活動期におけるlow dose CTの有用性

<sup>1</sup>四日市羽津医療センター 内科、<sup>2</sup>四日市羽津医療センター 外科  
○白木 学<sup>1</sup>、山本 隆行<sup>2</sup>、梅枝さとる<sup>2</sup>、松本 好市<sup>2</sup>

【はじめに】潰瘍性大腸炎の再燃時には重症度と罹患範囲の評価が重要だが、状態の悪い患者に内視鏡検査だけで炎症の程度と範囲を評価することは困難である。潰瘍性大腸炎に対するCTは有用だが、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。このため線量を減らした所謂low dose CTが提案されており、当科でも被曝量低減を試みている。今回我々は当科で潰瘍性大腸炎活動期に施行したlow dose CTの有用性について検討した。【対照と方法】2013年7月から2014年までに当科を受診した潰瘍性大腸炎活動期症例23症例を対照にした。対照患者全員にlow dose CTとS状結腸内視鏡を施行した。CT画像は大腸を6区画(直腸、S状結腸、下行結腸、横行結腸、上行結腸、盲腸)に分け、それぞれの区画ごとに壁肥厚、層状化、造影効果、腸間膜血管の拡張を評価し、スコア化した。またその合計をtotal CT scoreとした。内視鏡所見はUlcerative Colitis Colonoscopic Index of Severity(UCCIS)を用いて評価した。また症例の重症度はMayo partial scoreを用いて評価した。直腸、S状結腸の内視鏡所見とCT score、またそれぞれのスコアと重症度の相関性を検討し、有用性を検討した。【結果】被曝量は撮影条件・再構成条件の調節により62.3%の低減を達成できた。直腸とS状結腸のCT scoreの和と直腸とS状結腸のUCCISの和の相関関係を検討すると強い関連性を認めた( $\rho = 0.629$ )。また直腸のみ、S状結腸のみでの検討でもCT scoreとUCCISには関連性を認めた。またtotal CT scoreとpartial Mayo scoreには強い相関を認め( $\rho = 0.643$ )、UCCISとpartial Mayo scoreの関連性( $\rho = 0.456$ )よりも強かった。【考察】CTは前処置無しで十分診断に有用な画像が得られ、S状結腸内視鏡よりも病変部分を包括的に捉えられ、よく重症度を反映しており、診療に有用であると考えられた。

## S2-16 当院における大腸悪性狭窄に対する治療戦略の検討(大腸ステント症例を中心に)

半田市立半田病院  
○山田 啓策、春田 明範、水野 和幸、川口 彩、岩下 紘一、  
森井 正哉、神岡 諭郎、大塚 泰郎

【はじめに】2012年1月に大腸癌や他臓器悪性疾患の転移浸潤による悪性大腸狭窄で、緩和治療目的の姑息的留置や大腸癌イレウスに対する術前の一時的留置(bridge to surgery)としてself expanding metallic stentの保険収載がなされた。【目的】今回我々は当院における大腸狭窄に対する大腸ステント留置の適応、また有用性について検討した。【対象】当院では2010年1月~2014年1月までに大腸狭窄にて入院し閉塞解除目的に内視鏡治療を行った44症例のうち、経肛門的にイレウス管挿入した35症例を除く9症例で大腸ステント挿入が行われた。今回その9例を中心にイレウス管挿入症例との比較、検討を行なった。【結果】男女比は男性6例女性3例、平均年齢は69歳(33歳~85歳)であった。病変局在は横行結腸3例、下行結腸2例、S状結腸1例、直腸3例。術中偶発症は0例、術後偶発症1例(自然脱落)であった。自然脱落した1例を除いては全例で臨床症状の改善がみられ経口摂取が可能となった。大腸ステント症例の方がイレウス管挿入症例と比較して高齢でADLも悪く、また病期も進行していた。その理由としては当院での大腸ステント症例のほとんどが年齢、ADLなどの点から耐術能がない症例、もしくは手術で根治不可能な症例での姑息的留置であるためであった。【考察】当院での大腸ステント挿入症例はイレウス管挿入症例と比較して患者背景、病期共に条件が悪い症例が多かったが、手技の挿入成功率、臨床の有効率共に高率であり挿入後良好なQOLを得ることができた。手術可能症例における大腸ステント挿入も良好な成績が予想され今後選択すべき治療方針となり得ると思われた。【結語】当院における悪性大腸狭窄に対するステント留置の治療経験を報告した。



## S2-17 切除不能進行再発大腸癌にたいする経口マルチキナーゼ阻害薬レゴラフェニブの短期使用経験

浜松医科大学 外科学第二講座

○倉地 清隆、山本 真義、上嶋 徳、石松 久人、原 竜平、  
原田 岳、阪田 麻裕、坂口 孝宣、今野 弘之

はじめに：切除不能進行再発大腸癌の新たな治療薬としての経口マルチキナーゼ阻害薬レゴラフェニブは、治療最終ライン使用でも予後の延長が非常に期待されている新規分子標的薬である。本邦承認より1年が経過するが、有効例も認める一方で、手足症候群、疲労・倦怠感、皮疹／落屑、肝機能障害など多様な副作用に対応し、QOLを維持しながら使用する必要がある。今回、当院での短期使用経験と注意点について報告する。対象は2013年6月から2014年4月までの切除不能進行再発癌最終治療ラインと判断した8例 男女比5:3 平均年齢62.3歳初回投与4T開始4例、3T減量開始3例 皮膚科スキンケア外来は投与開始時より全例コンサルト 採血は2週間毎として、副作用の状態により減量延期を行った。結果：副作用あるいは病状進行で3ヶ月未満中止例4例、病態コントロール可能で6ヶ月以上投与例3例であった。皮膚障害はG3:1例(回復まで1ヶ月)、G2:4例、G1:2例、疲労倦怠感はG2:2例、G1:3例肝機能障害:G2:1例、G1:3例などであり、多くは初回4T(160mg)投与例で早期より発現した。3Tあるいは2T減量症例では副作用は低減し長期投与可能例も2例に認めた。白血球や血小板減少などの影響はほとんど認めなかった。結語：承認以前であれば、BSCと認定した患者への投与例が多いため、一律に4T(160mg/日)の初回投与は副作用と患者の許容性からは全く推奨できない。可能なら2Tあるいは3T減量投与が患者のQOLと治療の維持に重要と思われる。経口剤自己管離と外来投与のために使用前の十分な指導と、副作用は多岐にわたるため、皮膚科や化学療法部、薬剤部との連携でチーム医療が重要である。マネージメントが十分可能で効果がある患者にとっては長期投与可能で生命予後に十分寄与する。

## S2-18 当院における BTS (Bridge to Surgery) 症例に対する大腸ステントと経肛門的イレウス管留置の比較検討

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科

○久保田全哉、井深 貴士、荒木 寛司

【目的】当院において悪性大腸狭窄に対して大腸ステント留置を試みた症例、特に BTS (Bridge to Surgery) 症例について、経肛門的イレウス管留置を試みた症例と比較し、その有用性につき検討した。【対象】2004年6月から2014年2月まで悪性大腸狭窄に対して経肛門的イレウス管留置を試みた35例(男性24例、女性11例、年齢36-84歳)と大腸ステント留置を試みた21例(男性13例、女性8例、年齢32-86歳)。【成績】経肛門的イレウス管留置の対象は大腸癌25例、腹膜播種7例、その他3例で、狭窄部位は上行/横行/下行/S状結腸/直腸:0/3/5/17/10例であった。大腸癌25例はBTS (Bridge to Surgery) を、10例は緩和を目的とした。留置成功率は80%で合併症は認めなかった。大腸ステント留置の対象は大腸癌14例、腹膜播種5例、その他2例で、狭窄部位は上行/横行/下行/S状結腸/直腸:1/3/3/9/5例であった。大腸癌14例はBTSを、7例は緩和を目的とした。留置成功率は100%、留置後の腸管穿孔を1例認めた。全症例からBTSを目的とした大腸癌症例を抽出し検討した。経肛門的イレウス管25例のうち留置不能5例、減圧不良3例、遅発穿孔2例で、この10例は緊急手術を要し、残り15例は待機手術となった。手術まで3-15日(中央値6日)、開腹/腹腔鏡下手術:17/1例、人工肛門造設9例、術後退院まで9-39日(中央値18.5日)であった。一方大腸ステント留置14症例は全例待機手術で、手術まで5-14日(中央値9日)、開腹/腹腔鏡下手術:7/7例、人工肛門造設1例、術後退院まで7-35日(中央値10日)であった。以上より、BTS症例では開腹手術率、人工肛門造設率が有意に低く(ともに $p < 0.01$ )、待機手術までの日数が延長し( $p < 0.01$ )術後退院までの日数は短縮した( $p < 0.05$ )。【結論】悪性大腸狭窄、BTS症例に対する大腸ステント留置は、経肛門的イレウス管留置と比較して有用な手技であると考えられる。

## 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 4F 大会議室 A

9:00～9:45 大腸① 座長 愛知県がんセンター中央病院 消化器外科 小森 康司

- 1 多発肝転移および膀胱浸潤を伴う進行直腸S状部癌と食道癌の重複癌に対しmFOLFOX6+cetuximabの術前化学療法施行後に根治切除を施行後、長期生存中の1例

<sup>1</sup>名古屋大学 腫瘍外科、<sup>2</sup>海南病院 腫瘍内科

○横井 剛<sup>1</sup>、上原 圭介<sup>1</sup>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、板津 慶太<sup>1</sup>、深谷 昌秀<sup>1</sup>、雄谷 慎吾<sup>1</sup>、  
 椰野 正人<sup>1</sup>

- 2 Panitumumab + FOLFOX4 が奏功した腹膜播種を伴うS状結腸粘液癌の1例

名古屋市立大学大学院 消化器代謝内科学

○海老 正秀、志村 貴也、西脇 裕高、塚本 宏延、尾関 啓司、田中 守、澤田 武、  
 溝下 勤、森 義徳、久保田英嗣、谷田 論史、片岡 洋望、城 卓志

- 3 大腸印環細胞癌の一例

若手(専修医) 公立陶生病院

○森 裕、鳥山 和浩、吉崎 道代、古根 聡、竹中 宏之、松浦 哲生、清水 裕子、  
 林 隆男、黒岩 正憲、森田 敬一

- 4 左側結腸癌イレウスに対する金属ステントによる治療経験

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 外科、<sup>2</sup>岐阜県総合医療センター 消化器内科

○木山 茂<sup>1</sup>、田中 千弘<sup>1</sup>、篠田 千佳<sup>1</sup>、松本 圭太<sup>1</sup>、久野 真史<sup>1</sup>、笹栗 由貴<sup>1</sup>、浅  
 井 竜一<sup>1</sup>、太和田昌宏<sup>1</sup>、小森 充嗣<sup>1</sup>、仁田 豊生<sup>1</sup>、長尾 成敏<sup>1</sup>、河合 雅彦<sup>1</sup>、國  
 枝 克行<sup>1</sup>、山内 貴裕<sup>2</sup>、佐藤 寛之<sup>2</sup>、安藤 暢洋<sup>2</sup>、岩田 圭介<sup>2</sup>、山崎 健路<sup>2</sup>、芋瀬  
 基明<sup>2</sup>、清水 省吾<sup>2</sup>、杉原 潤一<sup>2</sup>

- 5 大腸癌を合併したSSA/Pの2例

岐阜大学医学部 消化器病態学

○井深 貴士、荒木 寛司、黒部 拓也、小澤 範高、宮崎 恒起、出田 貴康、中西 孝之、  
 高田 淳、大野 智彦、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

- 6 脳転移にて発見されたS状結腸癌の1例

三重中央医療センター 消化器科

○亀井 昭、十時 利明、子日 克宣、竹内 圭介、渡邊 典子

- 7 大腸原発 MALT リンパ腫の 2 例  
大同病院 消化器内科  
○西川 貴広、大北 宗由、南 正史、宜保 憲明、榊原 聡介、下郷 友弥、野々垣浩二、  
印牧 直人
- 8 メシル酸イマチニブ投与により肛門温存手術が可能となった 80 歳代直腸 GIST の 1 例  
<sup>1</sup> 岐阜大学医学部 高度先進外科学、<sup>2</sup> 岐阜大学医学部 消化器病態学  
○関野 考史<sup>1</sup>、村瀬 勝俊<sup>1</sup>、木村 真樹<sup>1</sup>、関野誠史郎<sup>1</sup>、丹羽真佐夫<sup>1</sup>、竹村 博文<sup>1</sup>、  
井深 貴士<sup>2</sup>
- 9 直腸癌術後肺転移に対し抗 EGFR 抗体の rechallenge により長期生存中の 1 例  
大垣徳洲会病院外科  
○小島 則昭、種村 廣巳、大下 裕夫、天岡 望
- 10 集学的治療を施行した巨大直腸 GIST の 1 例  
若手 (研修医) 公立学校共済組合東海中央病院 外科  
○寺島 常郎、日比 健志、平林 祥、福本 良平、藤岡 憲、渡邊 卓哉、八木 斎  
和
- 11 術前 GIST との鑑別が困難で腹腔鏡下結腸部分切除を施行した上行結腸神経鞘腫の 1 例  
<sup>1</sup> 鈴鹿中央総合病院 外科、<sup>2</sup> 鈴鹿中央総合病院 病理科  
○大森 隆夫<sup>1</sup>、野口 大介<sup>1</sup>、伊藤 貴洋<sup>1</sup>、大倉 康生<sup>1</sup>、濱田 賢司<sup>1</sup>、金兒 博司<sup>1</sup>、田  
岡 大樹<sup>1</sup>、村田 哲也<sup>2</sup>

12 多発大腸腫瘍を併発した Li-Fraumeni 症候群の一例

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

○吉田 司<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、奥野のぞみ<sup>1</sup>、佐藤 高光<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、與儀 竜治<sup>1</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、肱岡 範<sup>1</sup>、原和生<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、木下 敬史<sup>3</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

13 肛門 paget 病に対して集学的治療を行い臨床的完全奏功が得られた 1 例

小牧市民病院

○中西 香企、横山 裕之、大津 智尚、田中健士郎、坪内 秀樹、笹原 正寛、上嶋三千年、平田 伸也、鈴木雄之典、森 憲彦、佐藤 雄介、間下 優子、田中 恵理、井戸田 愛、神崎 章之、村上 弘城、望月 能成、谷口 健次、桐山 幸三、末永 裕之

14 経過中に大腸 Hodgikin リンパ腫を発症し治療に苦慮したクローン病の一例

若手(専修医) 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鈴木 雄太、水島 隆史、福定 繁紀、井上 匡央、加地 謙太、尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 弘忠、奥村 文浩、佐野 仁

15 貧血で発見された直腸 S 状結腸びまん性海綿状血管腫の一例

若手(専修医) 静岡済生会総合病院 消化器内科

○吉原 努、山口 晴雄、日比 知志、小屋 敏也、倉田 知幸

16 経肛門的 EUS-FNA で診断した、術後 12 年経過した卵巣癌の Douglas 窩再発の一例

若手(専修医) 聖隷浜松病院 消化器内科

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

- 17 十二指腸病変を合併した潰瘍性大腸炎の1例  
若手(専修医) 豊橋市民病院 消化器内科  
○飛田恵美子、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、竹山 友章、鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、片岡 邦夫、木下 雄貴、岡村 正造
- 18 Infliximab 投与により薬剤誘発性ループスをきたしたクローン病の1例  
春日井市民病院 消化器内科  
○森川 友裕、平田 慶和、小島 悠揮、管野 琢也、木村 幹俊、奥田 悠介、羽根田賢一、杉山 智哉、池内 寛和、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡
- 19 検診を契機に発見された無症候性アメーバ腸炎の2例  
<sup>1</sup>愛知医科大学 消化器内科、<sup>2</sup>愛知医科大学中央臨床検査部  
○北洞 洋樹<sup>1</sup>、飯田 章人<sup>1</sup>、郷治 滋希<sup>1</sup>、田邊 敦資<sup>1</sup>、野田 久嗣<sup>1</sup>、柳本研一郎<sup>1</sup>、田村 泰弘<sup>1</sup>、近藤 好博<sup>1</sup>、伊藤 義紹<sup>1</sup>、井澤 晋也<sup>1</sup>、徳留健太郎<sup>1</sup>、河村 直彦<sup>1</sup>、小笠原尚高<sup>1</sup>、舟木 康<sup>1,2</sup>、佐々木誠人<sup>1</sup>、春日井邦夫<sup>1</sup>
- 20 当院における潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法(LCAP)の検討  
山下病院 消化器内科  
○磯部 祥、富田 誠、金沢 宏信、広瀬 健、鈴木 悠土、服部 昌志、服部外志之、中澤 三郎
- 21 大腸亜全摘術後に壞疽性膿皮症を発症した潰瘍性大腸炎の一例  
若手(専修医) 三重大学大学院 消化管・小児外科学  
○森 浩一郎、藤川 裕之、大北 喜基、荒木 俊光、田中 光司、井上 靖浩、内田 恵一、毛利 靖彦、楠 正人

- 22 便潜血陽性精査目的の大腸内視鏡検査にて偶然発見された大腸アニサキスの1例  
若手(研修医) 安城更生病院  
○鬼頭 大志、馬淵 龍彦、東堀 諒、三浦眞之祐、脇田 重徳、鶴留 一誠、岡田 昭久、  
竹内真実子、細井 努、山田 雅彦
- 23 当院で経験した内視鏡的止血術困難な上部消化管潰瘍性出血を伴った直腸癌穿通によるFournier壊疽の1例  
愛知県がんセンター中央病院 消化器外科  
○筒山 将之、小森 康司、木村 賢哉、木下 敬史、伊藤 誠二、安部 哲也、千田 嘉毅、  
三澤 一成、伊藤 友一、植村 則久、夏目 誠治、川合 亮佑、浅野 智成、川上 次郎、  
重吉 到、岩田 至紀、倉橋真太郎、清水 泰博
- 24 回盲部へのMycobacterium gordonae感染によるinfectious colitisの1例  
名古屋市立大学 消化器代謝内科学  
○溝下 勤、谷田 諭史、尾関 啓司、塚本 宏延、片野 敬仁、林 則之、田中 守、  
西脇 裕高、海老 正秀、澤田 武、森 義徳、久保田英嗣、片岡 洋望、神谷 武、  
城 卓志
- 25 降圧薬大量服用後に狭搾型虚血性腸炎を発症した若年男性の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 腫瘍内科  
○柴田 寛幸<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、青木 聡典<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>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>
- 26 緊急手術の術中内視鏡で診断したアメーバ性大腸炎の一例  
若手(専修医) <sup>1</sup>岐阜市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>同 外科、<sup>3</sup>同 中検病理  
○渡邊 千晶<sup>1</sup>、小島健太郎<sup>1</sup>、渡邊 諭<sup>1</sup>、渡部 直樹<sup>1</sup>、中島 賢憲<sup>1</sup>、鈴木 祐介<sup>1</sup>、  
小木曾富生<sup>1</sup>、川出 尚史<sup>1</sup>、向井 強<sup>1</sup>、林 秀樹<sup>1</sup>、杉山 昭彦<sup>1</sup>、西垣 洋一<sup>1</sup>、  
加藤 則廣<sup>1</sup>、富田 栄一<sup>1</sup>、安福 至<sup>2</sup>、山田 誠<sup>2</sup>、田中 卓二<sup>3</sup>

27 当科における消化器手術後の抗菌薬関連腸炎の発症の現状と課題

下呂市立金山病院 外科

○今井 健晴、須原 貴志、古田 智彦

28 同一患者におけるモビプレップとムーベンの腸管洗浄力と受容性についての比較検討

<sup>1</sup>市立四日市病院 消化器科、<sup>2</sup>山脇胃腸科

○山脇 真<sup>1</sup>、山脇 忠晴<sup>2</sup>、前川 直志<sup>1</sup>、矢野 元義<sup>1</sup>

29 大腸内視鏡前処置薬として使用したピコスルファートナトリウムが原因と考えられた虚血性腸炎の一例

若手(専修医) 静岡市立静岡病院

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

30 大腸内視鏡下に摘出した鞭虫症の1例

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 感染症学講座ウイルス学・寄生虫学分野

○石田 夏樹<sup>1</sup>、岩岡 泰志<sup>1</sup>、高橋 悟<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、松永英里香<sup>1</sup>、松浦 愛<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>1</sup>、住吉 信一<sup>1</sup>、川村 欣也<sup>1</sup>、吉井 重人<sup>1</sup>、影山富士人<sup>1</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>、記野 秀人<sup>2</sup>

31 潰瘍性大腸炎に対する結腸亜全摘後の回腸囊へ浸潤を来たし、予後不良であった肛門管扁平上皮癌の1例

若手(専修医) 岐阜大学 腫瘍外科

○田中 秀治、松橋 延壽、高橋 孝夫、奥村 直樹、兼松 昌子、深田 真宏、山田 敦子、棚橋 利行、松井 聡、佐々木義之、今井 寿、田中 善宏、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘



## 第4会場 4F 大会議室 B

9:00～9:45 胃・十二指腸①

座長 愛知県がんセンター中央病院 消化器外科 伊藤 誠二

32 Ball valve 症候群を呈した90歳高齢者胃癌の1例

市立伊勢総合病院 外科

○武井 英之、岡本 篤之、野田 直哉、伊藤 史人

33 80歳以上高齢者に対する腹腔鏡胃癌手術成績

藤田保健衛生大学 上部消化管外科

○田中 毅、菊地 健司、古田 晋平、石川 健、石田 善敬、須田 康一、佐藤 誠二、  
宇山 一朗

34 胃癌大腸転移の1例

<sup>1</sup>名古屋市立大学 消化器外科、<sup>2</sup>名古屋市立大学 消化器外科

○田中 達也<sup>1</sup>、木村 昌弘<sup>1</sup>、石黒 秀行<sup>1</sup>、若杉 健弘<sup>1</sup>、宮井 博隆<sup>1</sup>、竹山 廣光<sup>1</sup>

35 十二指腸粘膜下腫瘍に対し手術を施行した2例

若手(専修医) 伊勢赤十字病院

○増田 穂高、山岸 農、早崎 碧泉、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、  
宮原 成樹、楠田 司

36 Roux-en-Y再建例の十二指腸傍乳頭憩室内に発生した腸石に対して内視鏡的碎石に成功した一例

若手(専修医) 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○中村 みき、岩下 拓司、馬淵 正敏、上村 真也、土井 晋平、安田 一朗、森脇 久隆

37 原発胃癌の食道転移の一例

若手(専修医) 藤田保健衛生大学 消化管内科

○河村 知彦、石塚 隆充、柴田 知行、吉田 大、大森 崇史、堀口 徳之、城代 康貴、  
角 一弥、市川裕一郎、生野 浩和、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

38 胃癌、肝転移手術後3ヶ月で出現した限局性脂肪肝の一例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部

○重吉 到、伊藤 誠二、三澤 一成、伊藤 友一、小森 康司、安部 哲也、千田 嘉毅、木村 賢哉、木下 敬史、植村 則久、夏目 誠治、川合 亮佑、浅野 智成、川上 次郎、筒山 将之、岩田 至紀、倉橋真太郎、清水 泰博

39 巨大腫瘤を形成し急速な増大を呈した胃原発GISTの1例

<sup>1</sup>遠山病院 外科、<sup>2</sup>遠山病院 内科、<sup>3</sup>深谷胃腸科外科、<sup>4</sup>豊田クリニック

○重盛 恒彦<sup>1</sup>、加藤 俊夫<sup>1</sup>、毛利 智美<sup>1</sup>、伊藤 佳之<sup>1</sup>、岡 聖子<sup>2</sup>、日浅 厚則<sup>2</sup>、井本 一郎<sup>2</sup>、深谷 良<sup>3</sup>、入山 拓平<sup>4</sup>

40 陥凹型から隆起型へと形態変化を示した未分化型胃癌の1例

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

○杉江 岳彦<sup>1</sup>、高橋 裕司<sup>1</sup>、小川 憲吾<sup>1</sup>、松下 知路<sup>1</sup>、伊藤陽一郎<sup>1</sup>、名倉 一夫<sup>1</sup>、柄井 航也<sup>2</sup>、後藤 裕夫<sup>3</sup>

41 急速に増悪した胃未分化癌と考えられる一例

若手(専修医) 豊橋市民病院 消化器内科

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

42 胃悪性リンパ腫寛解後、同部位に発症した3型胃癌の1例

若手(専修医) 静岡市立静岡病院 消化器内科

○増井 雄一、奥村 大志、小高健治郎、白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵志、大野 和也、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津竜樹

43 続発性後腹膜線維症を呈した胃癌術後再発の1例

若手(専修医) 名古屋セントラル病院 消化器内科

○山田 弘武、石川 嶺、山内 浩揮、黒部 拓也、長谷川恒輔、小宮山琢真、安藤 伸浩、川島 靖浩

44 一部に癌化を伴った集簇性の胃過形成性ポリープを内視鏡的に切除した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  
○奥野のぞみ<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、吉田 司<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、佐藤 高光<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、  
堤 英治<sup>1</sup>、與儀 竜治<sup>1</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、肱岡 範<sup>1</sup>、原  
和生<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

45 胃過形成性ポリープのフォロー中に胃型胃腺腫と確定診断された一例

刈谷豊田総合病院 内科  
○池上 脩二、坂巻 慶一、濱島 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、大橋 彩子、鈴木 孝弘、井本 正巳、伊藤  
誠

46 当院の胃癌におけるヘリコバクター・ピロリ感染率の検討

<sup>1</sup>大垣市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>大垣市民病院 放射線科  
○伊藤 隆徳<sup>1</sup>、熊田 卓<sup>1</sup>、桐山 勢生<sup>1</sup>、谷川 誠<sup>1</sup>、久永 康宏<sup>1</sup>、豊田 秀徳<sup>1</sup>、金  
森 明<sup>1</sup>、北畠 秀介<sup>1</sup>、多田 俊史<sup>1</sup>、長谷川綾平<sup>1</sup>、颯田 祐介<sup>1</sup>、横山 晋也<sup>1</sup>、田  
中 達也<sup>1</sup>、杉山 由晃<sup>1</sup>

47 内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行後に発生した胃過形成ポリープの2例

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

48 当院にて経験した Epstein-Barr virus 関連胃癌の2例

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

49 腸管狭窄を来した前上臍十二指腸動脈瘤破裂の1例

若手（専修医） 名古屋市立西部医療センター 消化器内科  
○中西 和久、山川 慶洋、尾関 智紀、稲垣 佑祐、山下 宏章、小島 尚代、平野 敦之、  
木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

- 50 臍動脈瘤破裂に対し経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）施行後、十二指腸狭窄を来した一例

大垣市民病院 消化器内科

○横山 晋也、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、長谷川綾平、伊藤 隆徳、颯田 祐介、田中 達也、杉山 由晃

- 51 黒色便を契機に発見された十二指腸水平脚憩室穿孔の一例

若手（専修医） JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 内科

○本田 晴久、寺倉 大志、華井 頼子、尾辻健太郎、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹、砂川 祐輝、勝木 竜介、吉田 滋、仲田 和彦、井上総一郎

- 52 胃、十二指腸、小腸に虚血性病変を認めるも保存的に改善した門脈ガス血症の1例

若手（専修医） <sup>1</sup>木沢記念病院 消化器科、<sup>2</sup>木沢記念病院 病理診断センター

○杉山 誠治<sup>1</sup>、吉田 健作<sup>1</sup>、足立 広和<sup>1</sup>、中川 貴之<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>1</sup>、松永 研吾<sup>2</sup>、山田 鉄也<sup>2</sup>

- 53 ステロイド投与により良好な経過をとった Cronkheite-Canada 症候群の一例

若手（専修医） 岐阜県総合医療センター 消化器内科

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

- 54 再発を繰り返し治療に難渋した上腸間膜動脈症候群の一例

若手（研修医） トヨタ記念病院 消化器科

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

- 55 胃 ESD の内視鏡診断・治療・病理診断を行える内視鏡医の効率的な育成方法

若手（研修医） 市立四日市病院 消化器科

○三輪田哲郎、山脇 真、小林 新、前川 直志、矢野 元義

56 Bevacizumab 投与中に胆管瘻を合併した難治性十二指腸潰瘍の一例

<sup>1</sup>岐阜県厚生連 岐北厚生病院 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜県厚生連 岐北厚生病院 外科  
○堀部 陽平<sup>1</sup>、奥野 充<sup>1</sup>、大野 智彦<sup>1</sup>、後藤 尚絵<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、岩間みどり<sup>1</sup>、  
山内 治<sup>1</sup>、齋藤公志郎<sup>1</sup>、鷹尾 千佳<sup>2</sup>、田中 秀典<sup>2</sup>、高橋 治海<sup>2</sup>、石原 和浩<sup>2</sup>

57 胃結腸瘻を来した胃潰瘍の1例

若手(研修医) 安城更生病院 消化器内科  
○後藤 克修、東堀 諒、鶴留 一誠、脇田 重徳、三浦眞之介、岡田 昭久、馬淵 龍彦、  
竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

58 貧血・黒色便で発見された4歳女児胃潰瘍の一例

若手(研修医) 小牧市民病院  
○古川 陽子、宮田 章弘、平井 孝典、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、永井慎太郎、濱崎 元伸、神田 恵介、大野 敏  
行

59 内視鏡治療でなくては救命できなかった穿孔を伴った出血性胃潰瘍の一例

若手(専修医) 市立四日市病院 消化器科  
○小林 新、山脇 真、二宮 淳、前川 直志、桑原 好造、水谷 哲也、小林 真、  
矢野 元義

60 好酸球浸潤を伴う十二指腸潰瘍に好酸球性食道炎を合併した男児の一例

若手(専修医) <sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜県総合医療センター 臨床検査部  
○松浦 加奈<sup>1</sup>、山崎 健路<sup>1</sup>、水谷 拓<sup>1</sup>、丸田 明範<sup>1</sup>、杉山 智彦<sup>1</sup>、若山 孝英<sup>1</sup>、山  
内 貴裕<sup>1</sup>、佐藤 寛之<sup>1</sup>、安藤 暢洋<sup>1</sup>、岩田 圭介<sup>1</sup>、芋瀬 基明<sup>1</sup>、清水 省吾<sup>1</sup>、杉原  
潤一<sup>1</sup>、天野 和雄<sup>2</sup>

61 十二指腸憩室出血の一例

若手(専修医) 藤田保健衛生大学 消化管内科  
○吉田 大、柴田 知行、田原 智満、河村 知彦、大森 崇史、堀口 徳之、城代 康貴、  
角 一弥、宮田 雅弘、生野 浩和、大久保正明、小村 成臣、中野 尚子、鎌野 俊彰、  
石塚 隆充、中川 義仁、長坂 光夫、大宮 直木、平田 一郎

## 62 von Recklinghausen 病に合併した十二指腸カルチノイドの1切除例

<sup>1</sup> 岐阜大学大学院医学系研究科 肝胆膵・がん集学的治療学講座、<sup>2</sup> 岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学講座、<sup>3</sup> 岐阜大学大学院医学系研究科 がん先端医療開発学講座  
 ○松井 聡<sup>1</sup>、長田 真二<sup>1</sup>、今井 寿<sup>2</sup>、佐々木義之<sup>2</sup>、田中 秀治<sup>2</sup>、深田 真宏<sup>2</sup>、兼松 昌子<sup>2</sup>、山田 敦子<sup>2</sup>、棚橋 利行<sup>2</sup>、田中 善宏<sup>2</sup>、松橋 延壽<sup>3</sup>、奥村 直樹<sup>2</sup>、高橋 孝夫<sup>2</sup>、山口 和也<sup>2</sup>、吉田 和弘<sup>2</sup>

## 63 多発性胃カルチノイドに早期胃癌が併存した1例

<sup>1</sup> 大垣徳洲会病院 外科、<sup>2</sup> 大垣徳洲会病院 消化器内科、<sup>3</sup> 下川病理研究所  
 ○天岡 望<sup>1</sup>、小島 則昭<sup>1</sup>、大下 裕夫<sup>1</sup>、種村 廣巳<sup>1</sup>、鈴木 雅雄<sup>2</sup>、下川 邦泰<sup>3</sup>

## 64 早期胃癌に併発した早期胃内分泌細胞癌の一例

<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、<sup>3</sup> 名古屋大学医学部附属病院 化学療法部  
 ○浅井 裕充<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>、大林 友彦<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、前田 修<sup>3</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

## 65 集学的治療を行った転移性十二指腸 NET の一例

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、奥藤 舞、橋口 裕樹

## 66 vitB12 欠乏による貧血を契機に発見された A 型胃炎に伴う胃カルチノイドの一例

若手(研修医) 小牧市民病院  
 ○武内 温子、宮田 章弘、平井 孝典、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

## 67 胆嚢炎にて発症した十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の1例

若手(専修医) 豊橋市民病院 消化器内科  
 ○廣瀬 崇、廣瀬 崇、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、竹山 友章、鈴木 博貴、芳川 昌功、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田恵美子、岡村 正造

68 粘膜下腫瘍様の発育形態を呈した胆嚢癌の一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○村手健太郎、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、石川 卓哉、山 剛基、服部 峻、  
早川 史広、山田 健太、八鹿 潤、長谷川一成、植田 恵子、青井 広典、河村 達  
哉

69 小児胆嚢総胆管結石症の1例

<sup>1</sup>岐阜県立多治見病院 外科、<sup>2</sup>岐阜県立多治見病院 消化器内科、<sup>3</sup>岐阜県立多治見病  
院 小児科

○鎗田 哲暢<sup>1</sup>、梶川 真樹<sup>1</sup>、奥村 文浩<sup>2</sup>、谷口 弘晃<sup>3</sup>、山中 雅也<sup>1</sup>、多代 充<sup>1</sup>、水  
野 亮<sup>1</sup>、小西 滋<sup>1</sup>、出口 智宙<sup>1</sup>、原田 明生<sup>1</sup>

70 日常生活活動度が低下した高齢者の総胆管結石治療についての検討

国立長寿医療研究センター 消化器科

○山田 理、松浦 俊博、京兼 和宏

71 外傷性胆管損傷の1例

若手(専修医) 大垣市民病院

○杉山 由晃、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、  
多田 俊史、北畠 秀介、長谷川稜平、伊藤 隆徳、颯田 祐介、横山 晋也、田中 達  
也

72 胆嚢周囲膿瘍で発症した胆嚢管癌の1例

<sup>1</sup>木沢記念病院 外科、<sup>2</sup>木沢記念病院 消化器内科

○池庄司浩臣<sup>1</sup>、尾関 豊<sup>1</sup>、堀田 亮輔<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、伊藤 由裕<sup>1</sup>、坂下 文夫<sup>1</sup>、  
今井 直基<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>2</sup>

73 片葉限局性 Caroli 病に胆嚢癌合併を認めた1例

若手(専修医) 高山赤十字病院 内科

○大西 雅也、加藤 潤一、小原 功輝、今井 奨、下地 圭一、白子 順子、棚橋  
忍

## 第5会場 4F 大会議室 C

10:20～10:55 肝①

座長 藤田保健衛生大学病院 消化器外科（肝臓・脾臓） 加藤悠太郎

- 74 経動脈性門脈造影下 CT (CTAP) で濃染し肝動脈造影下 CT (CTHA) にて乏血性所見を呈した大再生結節の1例

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○加藤幸一郎、石津 洋二、新家 卓郎、今井 則博、阿知波宏一、山田 恵一、荒川 恭宏、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

- 75 肝細胞癌に対し経皮的ラジオ波焼灼療法実施後に遅発性横隔膜ヘルニア嵌頓、絞扼性イレウスを発症した一例

<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>、宇於崎宏城<sup>1</sup>、小池 弘太<sup>1</sup>、西山 雷祐<sup>2</sup>、丸尾 啓敏<sup>2</sup>、村上 智洋<sup>2</sup>

- 76 糖尿病合併 NASH より慢性肝障害を伴わず発症した肝細胞癌の一例

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

○小川 憲吾<sup>1</sup>、松下 知路<sup>1</sup>、杉江 岳彦<sup>1</sup>、栃井 航也<sup>2</sup>、高橋 裕司<sup>1</sup>、伊藤陽一郎<sup>1</sup>、後藤 裕夫<sup>3</sup>、名倉 一夫<sup>1</sup>

- 77 肝 FNH と判断され経過観察中多彩な形態変化示した高分化型肝細胞癌の1例

<sup>1</sup>三重中央医療センター 外科、<sup>2</sup>三重中央医療センター 消化器科

○武内泰司郎<sup>1</sup>、草深 智樹<sup>1</sup>、信岡 祐<sup>1</sup>、谷川 寛自<sup>1</sup>、子日 克宣<sup>2</sup>、亀井 昭<sup>2</sup>、竹内 圭介<sup>2</sup>、渡邊 典子<sup>2</sup>、長谷川浩司<sup>2</sup>、横井 一<sup>1</sup>

- 78  $\beta$  catenin 陽性巨大肝細胞腺腫の一例

若手(研修医) 小牧市民病院

○石栗 有美、舘 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、永井真太郎



## 79 増大傾向を呈し手術を施行した肝血管腫の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科  
○鈴木 孝弘<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<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>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、  
伊藤 誠<sup>2</sup>

## 80 インターフェロン(IFN)治療18年後に発見された混合型肝癌の1切除例

若手(専修医) 朝日大学歯学部附属村上記念病院  
○北江 博晃、大洞 昭博、小島 孝雄、加藤 隆弘、八木 信明、大島 靖広、福田 信宏、  
木村 礼子

## 81 肝細胞癌に対するRFA施行後に総胆管結石を発症した1例

岐北厚生病院 消化器内科  
○奥野 充、堀部 陽平、大野 智彦、後藤 尚絵、足立 政治、岩間みどり、山内 治、  
齋藤公志郎

## 82 分枝型IPNBを疑って腹腔鏡下肝部分切除を行った線毛性前腸性肝嚢胞(ciliated hepatic foregut cyst)の1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科  
○藤永 和寿<sup>1</sup>、種村 彰洋<sup>1</sup>、加藤 宏之<sup>1</sup>、村田 泰洋<sup>1</sup>、安積 良紀<sup>1</sup>、栗山 直久<sup>1</sup>、岸  
和田昌之<sup>1</sup>、水野 修吾<sup>1</sup>、白井 正信<sup>1</sup>、櫻井 洋至<sup>1</sup>、山本 憲彦<sup>2</sup>、伊佐地秀司<sup>1</sup>

## 83 肝嚢胞の経過観察中に増大傾向を認めた粘液産生性腺癌の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>トヨタ記念病院 外科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 臨床検査科 病理  
○伊藤 直<sup>1</sup>、春木 伸宏<sup>1</sup>、北川 諭<sup>2</sup>、傳田 悠貴<sup>1</sup>、加藤 瑛<sup>1</sup>、上本 康明<sup>1</sup>、村  
瀬 寛倫<sup>1</sup>、高須 惟人<sup>1</sup>、原田幸志朗<sup>1</sup>、呉原 裕樹<sup>1</sup>、辻 秀樹<sup>1</sup>

84 SVR になり 1 年半後にウイルスが再出現した C 型慢性肝炎の 1 例

若手(専修医) 藤田保健衛生大学医学部 肝胆膵内科  
○松尾 恵美、高村 知希、倉下 貴光、高川 友花、大城 昌史、中岡 和徳、菅 敏樹、  
嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、新田 佳史、原田 雅生、川部 直人、橋本 千樹、  
吉岡健太郎

85 救命し得なかった薬剤性肝障害による昏睡型急性肝不全の 1 例

若手(専修医) 静岡市立静岡病院 消化器肝臓内科  
○堀谷 俊介、濱村 啓介、奥村 大志、小高健治郎、増井 雄一、白鳥 安利、諏訪 兼彦、  
近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、大野 和也、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津竜  
樹

86 当院で経験した E 型急性肝炎の 6 例

<sup>1</sup>岐阜市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜市民病院 中央検査部、<sup>3</sup>藤田保健衛生大学 七栗  
サナトリウム 内科  
○渡部 直樹<sup>1</sup>、小島健太郎<sup>1</sup>、渡邊 千晶<sup>1</sup>、渡邊 諭<sup>1</sup>、中島 賢憲<sup>1</sup>、鈴木 祐介<sup>1</sup>、  
小木曾富生<sup>1</sup>、向井 強<sup>1</sup>、林 秀樹<sup>1</sup>、杉山 昭彦<sup>1</sup>、西垣 洋一<sup>1</sup>、加藤 則廣<sup>1</sup>、  
富田 栄一<sup>1</sup>、内木 隆文<sup>2</sup>、中野 達徳<sup>3</sup>

87 リツキシマブ投与後 39 週目に発症した genotypeA 型 HBV 再活性化の 1 例

若手(研修医) 小牧市民病院  
○小池 翠、宮田 章弘、平井 孝典、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

88 テラプレビル 3 剤併用療法で腎障害出現し治療中止症例にテラプレビル 250mg/日  
で再投与し SVR が得られた一例

若手(専修医) 半田市立半田病院 消化器内科  
○水野 和幸、森井 正哉、春田 明範、山田 啓策、川口 彩、岩下 紘一、神岡 諭郎、  
大塚 泰郎

## 89 サルコイドーシスを合併した原発性胆汁性肝硬変の一例

済生会松阪総合病院

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

## 90 当院におけるトルバプタンの使用成績

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科

○石田 哲也、森田 清、都築 智之、竹内 敦史、伊藤 裕也、松井 健一、三浦 正博、  
西村 大作、片田 直幸

## 91 肝硬変合併脾動脈瘤破裂の2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>富士宮市立病院内科○村田 礼人<sup>1</sup>、玄田 拓哉<sup>1</sup>、佐藤 俊輔<sup>1</sup>、森 雅史<sup>2</sup>、甘楽 裕徳<sup>1</sup>、成田 諭隆<sup>1</sup>、金  
光 芳生<sup>1</sup>、石川 幸子<sup>1</sup>、菊池 哲<sup>1</sup>、飯島 克順<sup>1</sup>

## 92 非アルコール性脂肪性肝炎による肝硬変に合併した血管内リンパ腫の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科○大橋 彩子<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<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>、室井 航一<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、  
伊藤 誠<sup>2</sup>

## 93 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、シメプレビル3剤併用療法における Virtual Touch Quantification の有用性について

若手(専修医) 小牧市民病院

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

94 超高齢男性に発症した自己免疫性肝炎の一例

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 腫瘍内科  
○青木 聡典<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、吉岡 直輝<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>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>

95 著明な肝脾病変を伴う全身性サルコイドーシスに対してステロイド内服が著効した一例

<sup>1</sup>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、<sup>2</sup>独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 呼吸器科  
○久野 剛史<sup>1</sup>、後藤 百子<sup>1</sup>、水田りな子<sup>1</sup>、浦田 登<sup>1</sup>、江崎 正哉<sup>1</sup>、加藤文一朗<sup>1</sup>、喜田 裕一<sup>1</sup>、田中 優作<sup>1</sup>、龍華 庸光<sup>1</sup>、桶屋 将之<sup>1</sup>、都築 智之<sup>1</sup>、島田 昌明<sup>1</sup>、平嶋 昇<sup>1</sup>、岩瀬 弘明<sup>1</sup>、村上 靖<sup>2</sup>

96 慢性C型肝炎にてPEG-IFN $\alpha$ 治療を契機に全身性エリテマトーデスを発症した一例

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

97 オレイン酸モノエタノールアミン注入し治療した巨大肝嚢胞の一例

若手(専修医) 豊橋市民病院 消化器内科  
○木下 雄貴、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、竹山 友章、鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、片岡 邦夫、飛田恵美子、岡村 正造

98 特徴的画像所見を呈し診断に至った肝原発悪性リンパ腫の1例

若手(専修医) 半田市立半田病院  
○山内 淳一、大塚 泰郎、神岡 諭郎、森井 正哉、岩下 紘一、川口 彩、山田 啓策、春田 明範、水野 和幸、肥田野 等

99 初診時 IgM-HA 抗体が陰性であった A 型重症肝炎の一例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○今井 則博、石上 雅敏、加藤幸一郎、阿知波宏一、荒川 恭宏、山田 恵一、石津 洋二、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、石川 哲也、後藤 秀実

100 重症型アルコール性肝炎に GMA を施行した 2 例

<sup>1</sup>中京病院、<sup>2</sup>緑ヶ丘ファミリークリニック

○飛鳥井香紀<sup>1</sup>、金子 望<sup>1</sup>、井上 智司<sup>1</sup>、杉村 直美<sup>1</sup>、石原 祐史<sup>1</sup>、高口 裕規<sup>1</sup>、井上 裕介<sup>1</sup>、戸川 昭三<sup>1</sup>、榊原 健治<sup>1</sup>、長谷川 泉<sup>1</sup>、大野 智義<sup>2</sup>

101 抗核抗体陰性、血清 IgG 正常値を呈した自己免疫性肝炎の 1 例

大垣市民病院 消化器科

○長谷川綾平、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、伊藤 隆徳、颯田 祐介、横山 晋也、田中 達也、杉山 由晃

102 PegIFN  $\alpha$  2b+Ribavirin+Telaprevir3 剤併用療法を施行した genotype 3b 型 C 型慢性肝炎の 1 例

若手(専修医) <sup>1</sup>名古屋第一赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○八鹿 潤<sup>1</sup>、山口 丈夫<sup>1</sup>、土居崎正雄<sup>1</sup>、石川 卓哉<sup>1</sup>、山 剛基<sup>1</sup>、村手健太郎<sup>1</sup>、服部 峻<sup>1</sup>、早川 史広<sup>1</sup>、山田 健太<sup>1</sup>、長谷川一成<sup>1</sup>、植田 恵子<sup>1</sup>、青井 広典<sup>1</sup>、河村 達哉<sup>1</sup>、林 和彦<sup>2</sup>、石上 雅敏<sup>2</sup>、春田 純一<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>2</sup>

103 アルコール依存と神経性食欲不振症の合併例に発生した肝機能障害の一例

若手(専修医) 愛知医科大学病院 消化器内科

○松本 朋子、大橋 知彦、長尾 一寛、山本 高也、小林 佑次、石井 紀光、中出 幸臣、佐藤 顕、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

104 B 型肝炎にて HBs 抗原消失後に急性肝炎を発症した 2 例

若手(専修医) <sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科

○室井 航一<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<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>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

## 第6会場 2F 第5会議室

11:10～11:40

膵①

座長 三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学 水野 修吾

### 105 神経内分泌癌が併存した膵管内乳頭粘液性腺癌の1切除例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、<sup>3</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○二宮 豪<sup>1</sup>、藤井 努<sup>1</sup>、山村 和生<sup>1</sup>、林 直美<sup>1</sup>、岩田 直樹<sup>1</sup>、神田 光郎<sup>1</sup>、小林 大介<sup>1</sup>、田中 知恵<sup>1</sup>、山田 豪<sup>1</sup>、中山 吾郎<sup>1</sup>、杉本 博行<sup>1</sup>、小池 聖彦<sup>1</sup>、野本 周嗣<sup>1</sup>、藤原 道隆<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>2</sup>、廣岡 芳樹<sup>3</sup>、後藤 秀実<sup>2</sup>、小寺 泰弘<sup>1</sup>

### 106 腹腔鏡手術が診断に有用であった膵周囲 Cystic Lymphangioma の一例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学

○佐藤 崇文、松尾 洋一、社本 智也、坪井 謙、森本 守、柴田 孝弥、竹山 廣光

### 107 主膵管内進展を伴った膵内分泌腫瘍の1切除例

<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器外科、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

○岩田 至紀<sup>1</sup>、清水 泰博<sup>1</sup>、千田 嘉毅<sup>1</sup>、夏目 誠治<sup>1</sup>、伊藤 誠二<sup>1</sup>、小森 康司<sup>1</sup>、安部 哲也<sup>1</sup>、三澤 一成<sup>1</sup>、伊藤 友一<sup>1</sup>、木村 賢哉<sup>1</sup>、木下 敬史<sup>1</sup>、植村 則久<sup>1</sup>、川合 亮祐<sup>1</sup>、川上 次郎<sup>1</sup>、浅野 智成<sup>1</sup>、倉橋真太郎<sup>1</sup>、重吉 到<sup>1</sup>、筒山 将之<sup>1</sup>、篠田 雅幸<sup>1</sup>、木下 平<sup>1</sup>、山雄 健次<sup>2</sup>

### 108 膵全体の IPMN に対し膵全摘術を施行した1例

若手(専修医) <sup>1</sup>安城更生病院 外科、<sup>2</sup>安城更生病院 消化器内科

○鈴木 優美<sup>1</sup>、関 崇<sup>1</sup>、平松 聖史<sup>1</sup>、後藤 秀成<sup>1</sup>、田中 寛<sup>1</sup>、新井 利幸<sup>1</sup>、脇田 重徳<sup>2</sup>、馬淵 龍彦<sup>2</sup>、山田 雅彦<sup>2</sup>

## 109 超音波内視鏡下穿刺吸引法が診断に有用であった膝原発悪性リンパ腫の1例

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

## 110 健診を契機に発見された Intraductal tubulopapillary neoplasm(ITPN)の1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○河合 学<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、鷺見 肇<sup>1</sup>、杉本 啓之<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、桑原 崇通<sup>1</sup>、森島 大雅<sup>1</sup>、須原 寛樹<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

## 111 胃・大腸に穿破した膝 IPMN 由来粘液癌の一例

<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 消化器外科学○梅村修一郎<sup>1</sup>、内藤 格<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、堀 寧<sup>1</sup>、近藤 啓<sup>1</sup>、西 祐二<sup>1</sup>、清水 周哉<sup>1</sup>、宮部 勝之<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>1</sup>、松尾 洋一<sup>2</sup>、竹山 廣光<sup>2</sup>、城卓志<sup>1</sup>

## 112 肝外胆管癌術後に認められた膝頭部腫瘍の1例

若手(研修医) 静岡県立総合病院 消化器科

○高橋孝太郎、黒上 貴史、白根 尚文、重友 美紀、榎田 浩平、青山 春奈、青山 弘幸、菊山 正隆

## 113 閉塞性黄疸をきたした膝漿液性嚢胞腫瘍の1例

若手(専修医) 愛知医科大学病院 消化器内科

○野原 真子、小林 佑次、名古屋拓郎、北洞 洋樹、下郷 彰礼、石井 紀光、山本 高也、大橋 知彦、中出 幸臣、佐藤 顕、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

114 主膵管内進展を伴った転移性膵腫瘍の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>一宮市立市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>一宮市立市民病院 外科、<sup>3</sup>一宮市立市民病院 病理診断科

○間下恵里奈<sup>1</sup>、谷口 誠治<sup>1</sup>、坪内 達郎<sup>1</sup>、梶川 豪<sup>1</sup>、小澤 喬<sup>1</sup>、金倉 阿優<sup>1</sup>、平松 武<sup>1</sup>、井口 洋一<sup>1</sup>、金森 信一<sup>1</sup>、水谷 恵至<sup>1</sup>、山中 敏広<sup>1</sup>、中條 千幸<sup>1</sup>、橋本 昌司<sup>2</sup>、梶浦 大<sup>3</sup>、中島 広聖<sup>3</sup>

115 尋常性乾癬の治療中に出現した膵尾部腫瘍の一例

若手(専修医) <sup>1</sup>静岡県立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>静岡県立総合病院 外科

○青山 春奈<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>1</sup>、黒上 貴史<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、重友 美紀<sup>1</sup>、榎田 浩平<sup>1</sup>、京田 有介<sup>2</sup>

116 急速に増大した膵神経内分泌癌の1例

若手(専修医) 藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科

○倉下 貴光、高村 知希、松尾 恵美、高川 友花、大城 昌史、中岡 和徳、管 敏樹、嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、新田 佳史、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎、河村 知彦、平田 一郎、堀口 明彦

117 脾動脈瘤破裂を契機に診断された膵頭部癌の1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○田野 俊介<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>2</sup>、作野 隆<sup>2</sup>、原田 哲朗<sup>2</sup>、西川健一郎<sup>2</sup>、北出 卓<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>2</sup>、葛原 正樹<sup>1</sup>、濱田 康彦<sup>1</sup>、田中 匡介<sup>1</sup>、堀木 紀行<sup>1</sup>、竹井 謙之<sup>2</sup>

118 C TおよびMR Iで診断した膵胆管合流異常の術後に発生した膵IPMNの1例

木沢記念病院 外科

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

119 急性膵炎後に発症した膵仮性動脈瘤の1例

岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科

○岩下 雅秀、福田 和史、中村 博式、田上 真、畠山 啓朗、林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二



- 120 小児期より症状を有し成人後に診断された輪状膵の一例  
国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科  
○三宅 忍幸、濱宇津吉隆、加藤 亨、北村 雅一、石川 秀樹、丸田 真也
- 121 重症急性膵炎を契機に診断された原発性副甲状腺機能亢進症の1例  
若手(専修医) 藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科  
○高村 知希、松尾 恵美、倉下 貴光、高川 友花、大城 昌史、中岡 和徳、菅 敏樹、  
嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、新田 佳史、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎
- 122 流行性耳下腺炎に伴う膵外分泌機能低下が遷延する習慣性飲酒の1例(第2報)  
かすみがうらクリニック  
○廣藤 秀雄
- 123 異なる原因で高トリグリセリド血症となり重症急性膵炎を2回発症した1例  
若手(専修医) <sup>1</sup>J A 愛知厚生連海南病院 消化器内科、<sup>2</sup>J A 愛知厚生連海南病院 腫瘍内科  
○吉岡 直輝<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、武藤 久哲<sup>1</sup>、広崎 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>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>
- 124 膵仮性嚢胞出血による hemosuccus pancreaticus の一例  
名古屋記念病院 消化器内科  
○高田真由子、鈴木 重行、河辺健太郎、吉井 幸子、伊藤 亜夜、中舘 功、長谷川  
俊之、神谷 聡、村上 賢治
- 125 膵に多発腫瘤様に見られた自己免疫性膵炎の一例  
聖隷浜松病院 消化器内科  
○芳澤 社、井上 照彬、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、田村 智、小林 陽介、  
木全 政晴、室久 剛、熊岡 浩子、清水恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉  
彦

## 126 肺病変にて再燃した自己免疫性膵炎の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

○原田 哲朗<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、作野 隆<sup>1</sup>、西川健一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、北出 卓<sup>1</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>、竹井 謙之<sup>1</sup>

## 127 EUSで認められた小膵癌の一例

若手(研修医) 静岡県立総合病院 消化器内科

○青山 弘幸、菊山 正隆、白根 尚文、黒上 貴史、重友 美紀、榎田 浩平、青山 春奈

## 128 EUS-FNAが診断に有用であった、下行結腸に穿通した膵仮性嚢胞の1例

若手(専修医) J A愛知厚生連江南厚生病院 消化器内科

○植月 康太、佐々木洋治、吉田 大介、中村 陽介、伊藤 信仁、安藤有希子、末澤 誠朗、鈴木 智彦

## 129 多彩な画像所見を呈した膵 serous cystic neoplasm の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

## 130 十二指腸カバードステントの一例

若手(専修医) 静岡市立静岡病院

○奥村 大志、小柳津竜樹、黒石 健吾、小高健治郎、増井 雄一、白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫

## 131 重症膵炎に合併した、仮性嚢胞(PPC)および被包化膵壊死(WON)に対して内視鏡的治療が奏功した1例

若手(専修医) 社会医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科

○大北 宗由、南 正史、宜保 憲明、西川 貴広、榊原 聡介、下郷 友弥、野々垣浩二、印牧 直人

## 第5会場 4F 大会議室 C

9:00～9:35 その他①

座長 名古屋第一赤十字病院 消化器内科 山口 丈夫

132 腫瘍性血栓性肺微小血管症 (pulmonary tumor thrombotic microangiopathy : 以下, PTTM と略記) が疑われた胃癌の一例

JA 愛知厚生連 海南病院

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

133 腹腔鏡下生検にて確定診断に至った原発性腹膜癌の一例

若手(研修医) <sup>1</sup> 蒲郡市民病院 臨床研修医、<sup>2</sup> 蒲郡市民病院 外科、<sup>3</sup> 蒲郡市民病院 消化器内科、<sup>4</sup> 蒲郡市民病院 産婦人科

○寺田 満雄<sup>1</sup>、藤竹 信一<sup>2</sup>、小田 雄一<sup>3</sup>、大橋 正宏<sup>4</sup>、佐宗 俊<sup>3</sup>、成田 圭<sup>3</sup>、成田 幹誉人<sup>3</sup>、安藤 朝章<sup>3</sup>

134 プロテイン S 欠乏症に合併し出血コントロールに苦慮した異所性静脈瘤の一例

若手(専修医) <sup>1</sup> 聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup> 浜松医科大学 消化器内科

○宮津 隆裕<sup>1,2</sup>、魚谷 貴洋<sup>2</sup>、杉浦 喜一<sup>2</sup>、濱屋 寧<sup>2</sup>、岩泉 守哉<sup>2</sup>、杉本 光繁<sup>2</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>2</sup>、杉本 健<sup>2</sup>

135 肝腫瘍との鑑別に苦慮した副腎外褐色細胞腫の1例

国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科

○水谷 太郎、杉浦 潤、大竹麻由美、青木 孝太、長野 健一、大岩 哲哉

136 当院で経験した特発性気腹症3例

若手(専修医) 高山赤十字病院 外科

○末次 智成、黒川 大祐、田尻下敏弘、沖 一匡、山崎 順久、井川 愛子、佐野 文、白子 隆志

137 90歳以上の緊急手術症例の検討

若手(専修医) 岐阜市民病院 外科

○加納 寛悠、多和田 翔、原 あゆみ、高野 仁、八幡 和憲、松井 康司、足立 尊仁、  
西科 琢雄、波頭 経明、山田 誠、杉山 保幸、丹菊真理子、服部 有希

138 脾摘先行にて Primary systemic therapy を施行した肝硬変合併炎症性乳癌の1例

<sup>1</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 がん先端医療開発学、<sup>2</sup>岐阜大学大学院医学系研究科  
乳腺・分子腫瘍学、<sup>3</sup>岐阜大学大学院 医学系研究科 腫瘍外科

○森川あけみ<sup>1</sup>、二村 学<sup>2</sup>、八幡 和憲<sup>3</sup>、兼松 昌子<sup>3</sup>、森光 華澄<sup>2</sup>、名和 正人<sup>3</sup>、  
吉田 和弘<sup>3</sup>

139 自然整復により待機手術を施行した92歳閉鎖孔ヘルニアの一例

国民健康保険関ヶ原病院

○松尾 篤、宮 喜一

140 大網裂孔ヘルニアの1例

岐北厚生病院 外科

○石原 和浩、鷹尾 千佳、田中 秀典

141 レゴラフェニブが有効であった、イマチニブ・スニチニブ耐性再発 GIST 腫瘍の1  
切除例

若手(研修医) 岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

○後藤亜也奈、棚橋 利行、山口 和也、田中 秀治、深田 真宏、兼松 昌子、山田 敦子、  
森 龍太郎、松井 聡、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

142 血清 CEA、CA19-9 高値の脾嚢胞に対して腹腔鏡下天蓋切除術を施行した1例

若手(専修医) 岐阜県総合医療センター 外科

○浅井 竜一、篠田 千佳、松本 圭太、久野 真史、笹栗 由貴、太和田昌宏、小森 充嗣、  
木山 茂、種田 靖久、仁田 豊生、田中 千弘、長尾 成敏、河合 雅彦、國枝 克  
行

## 第6会場 2F 第5会議室

9:00～9:35 食道①

座長 高山赤十字病院 内科 白子 順子

143 眼転移で発症した食道神経内分泌癌の一例

名古屋市立大学病院 消化器内科

○森 義徳、田中 守、西脇 裕高、尾関 啓司、塚本 宏延、海老 正秀、溝下 勤、澤田 武、久保田英嗣、谷田 論史、片岡 洋望、城 卓志

144 FP療法施行中にSIADHをきたした食道癌の1例

三重県立総合医療センター

○岩田 崇、山本 晃、市川 崇、長野 由佳、渡部 秀樹、横江 毅、尾嶋 英紀、小西 尚巳、伊藤 秀樹、池田 哲也、登内 仁

145 上部消化管(食道・胃)原発小細胞型内分泌細胞癌の2例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連 豊田厚生病院 内科、<sup>2</sup>JA愛知県厚生連 豊田厚生病院 病理科

○松井 健一<sup>1</sup>、都築 智之<sup>1</sup>、森田 清<sup>1</sup>、竹内 淳史<sup>1</sup>、伊藤 裕也<sup>1</sup>、石田 哲也<sup>1</sup>、三浦 正博<sup>1</sup>、西村 大作<sup>1</sup>、片田 直幸<sup>1</sup>、成田 道彦<sup>2</sup>

146 NACによる腎不全に血液透析を躊躇する必要はない

岐阜大学医学部 腫瘍外科

○山田 敦子、田中 善宏、深田 真宏、田中 秀治、棚橋 利行、奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

147 気管ステント挿入により呼吸不全を改善した食道癌気管浸潤の一例

若手(専修医) <sup>1</sup>浜松医科大学 第1内科、<sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器内科、<sup>3</sup>浜松医科大学附属病院 光学診療部、<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床研究センター

○浅井 雄介<sup>1</sup>、山田 貴教<sup>2</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、杉本 光繁<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>3</sup>、古田 隆久<sup>4</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

148 クリゾチニブによる食道潰瘍を来した1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

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

149 特発性食道粘膜下血腫の一例

若手(研修医) <sup>1</sup>藤枝市立総合病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>藤枝市立総合病院 消化器内科

○大石 享平<sup>1</sup>、丸山 保彦<sup>2</sup>、景岡 正信<sup>2</sup>、大島 昭彦<sup>2</sup>、志村 輝幸<sup>2</sup>、宇於崎宏城<sup>2</sup>、金子 雅直<sup>2</sup>、山本 晃大<sup>2</sup>

150 食道癌術前化学療法中の鼻注栄養 Tube が残胃をつらぬき腹膜炎となった一例

若手(専修医) 岐阜大学 腫瘍外科

○深田 真宏、山田 敦子、田中 善宏、田中 秀治、兼松 昌子、棚橋 利行、松井 聡、佐々木義之、今井 寿、奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

151 cStage4 胸部食道癌に対する根治的 CRT 後の食道切除標本で病理的 CR であった2例

若手(専修医) 愛知医科大学病院 消化器外科学

○安井 講平、宮地 正彦、木村 研吾、清田 義治、内野 大倫、森 大樹、大澤 高陽、岩田 力、中尾 野生、藤崎 宏之、安藤 景一、大橋 紀文、有川 卓、伊藤 暢宏、田井中貴久、永田 博、三嶋 秀行、鈴木 和義、佐野 力

152 胸部食道癌術後胃管潰瘍による胸部大動脈胃管瘻の術中気管損傷に対し食道断端による被覆を行ったために発症した術後食道気管瘻の1手術例

名古屋大学大学院 腫瘍外科学

○酒徳 弥生、深谷 昌秀、板津 慶太、藤枝 裕倫、棚野 正人

153 義歯誤嚥による頸部食道異物の内視鏡摘出困難例に対し、頸部切開によるアプローチで摘出術を施行した1例

安城更生病院 外科

○田中 寛、平松 聖史、後藤 秀成、関 崇、杉田 静紀、鈴木 優美、新井 利幸



154 当院でダブルバルーン内視鏡を施行した虚血性小腸炎の検討

<sup>1</sup>名古屋大学大学院 消化器内科学、<sup>2</sup>名古屋大学附属病院 光学医療診療部

○佐藤 淳一<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、平山 裕<sup>1</sup>、森瀬 和宏<sup>1</sup>、名倉明日香<sup>2</sup>、前田 啓子<sup>1</sup>、松下 正伸<sup>1</sup>、吉村 透<sup>1</sup>、中野 有泰<sup>1</sup>、大島 啓嗣<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>2</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>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

155 大根による食餌性イレウスの1例

若手(専修医) 小牧市民病院 外科

○平田 伸也、神崎 章之、大津 智尚、田中健士郎、坪内 秀樹、笹原 正寛、上嶋三千年、鈴木雄之助、中西 香企、森 憲彦、佐藤 雄介、間下 優子、井戸田 愛、村上 弘城、横山 裕之、望月 能成、谷口 健次、末永 裕之

156 著明な貧血を呈した空腸原発の悪性 GIST の1例

若手(専修医) <sup>1</sup>岐阜市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>同 外科、<sup>3</sup>同 中検病理

○小島健太郎<sup>1</sup>、渡邊 千晶<sup>1</sup>、渡邊 諭<sup>1</sup>、渡部 直樹<sup>1</sup>、中島 賢憲<sup>1</sup>、鈴木 祐介<sup>1</sup>、小木曾富生<sup>1</sup>、川出 尚史<sup>1</sup>、向井 強<sup>1</sup>、林 秀樹<sup>1</sup>、杉山 昭彦<sup>1</sup>、西垣 洋一<sup>1</sup>、加藤 則廣<sup>1</sup>、富田 栄一<sup>1</sup>、安福 至<sup>2</sup>、山田 誠<sup>2</sup>、田中 卓二<sup>3</sup>

157 空腸憩室穿通の一例

揖斐厚生病院 外科

○熊澤伊和生、土屋 十次、西尾 公利、市川 賢吾、操 佑樹

158 腺腫様甲状腺腫摘出により蛋白漏出性胃腸症が治癒した1例

岐阜大学医学部 消化器病態学

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

159 長期間にわたり機能性ディスぺプシアとして治療されていた内ヘルニアの一例

<sup>1</sup>JA 厚生連 岐北厚生病院 消化器内科、<sup>2</sup>同 外科

○大野 智彦<sup>1</sup>、奥野 充<sup>1</sup>、堀部 陽平<sup>1</sup>、後藤 尚絵<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、岩間みどり<sup>1</sup>、山内 治<sup>1</sup>、齋藤公志郎<sup>1</sup>、鷹尾 千佳<sup>2</sup>、田中 秀典<sup>2</sup>、高橋 治海<sup>2</sup>、石原 和浩<sup>2</sup>

160 肥満を伴った小腸型クローン病の1例

若手(研修医) JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○山田 洋介、高垣 航輔、松下 直哉、西野 眞史、竹内 靖雄、白井 直人、梶村 昌良

## 一般演題 抄録

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

## 大腸①

### 1 多発肝転移および膀胱浸潤を伴う進行直腸S状部癌と食道癌の重複癌に対しmFOLFOX6+cetuximabの術前化学療法施行後に根治切除を施行後、長期生存中の1例

<sup>1</sup>名古屋大学 腫瘍外科、<sup>2</sup>海南病院 腫瘍内科  
○横井 剛<sup>1</sup>、上原 圭介<sup>1</sup>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、板津 慶太<sup>1</sup>、深谷 昌秀<sup>1</sup>、雄谷 慎吾<sup>1</sup>、柳野 正人<sup>1</sup>

症例は61歳、男性。1週間持続する発熱を主訴に前医を受診、多発肝転移(S3, S6, S7)および高度膀胱浸潤を伴う直腸S状部癌(cT4b, N0, M1, Stage IV)と胸部中部食道癌(cT2, N0, M0, Stage IB)の重複癌と診断され、横行結腸人工肛門造設後にmFOLFOX6+cetuximabを6コース施行した。一期手術として膀胱前立腺全摘を伴う高位前方切除・肝外側区域および部分切除・人工肛門閉鎖・一時的回腸瘻造設・代用膀胱による尿路再建を施行した。尿路感染を併発したが、術後65日目に退院した。病理学的治療効果判定は原発巣でGrade1b、肝転移巣でGrade2であった。回腸瘻からの腸液喪失に伴う急性腎不全を発生したため回腸瘻閉鎖術を施行した後、初回手術より4ヶ月後に3領域郭清を伴う右開胸開腹食道全摘術を施行した。術後左反回神経不全麻痺と胃管断端の縫合不全を併発したが、術後71日目に退院した。治療効果判定はGrade1aであった。初回手術より11ヶ月後に右肺転移に対し下葉部分切除術を施行、病理組織学的に大腸癌肺転移と診断された。術後3年1ヶ月にはPET-CTで高集積を認める左下腹部腫瘍を指摘され、小腸合併切除を伴う腹壁腫瘍切除術を施行した。病理組織学的にはS状結腸癌の腹壁転移と診断された。術後縫合不全による再手術を要したものの術後54日目に退院した。術後3年6ヶ月経過した現在、無担癌で外来通院中である。多発肝転移を伴う進行直腸S状部癌と食道癌の重複癌に対し、術前化学療法としてmFOLFOX6+cetuximab療法で病勢コントロールを行った後に二次的に根治切除を行い、その後も大腸癌再発巣の切除を行いつつ無担癌生存中の1例を報告する。

### 3 大腸印環細胞癌の一例

公立陶生病院  
○森 裕、鳥山 和浩、吉崎 道代、古根 聡、竹中 宏之、松浦 哲生、清水 裕子、林 隆男、黒岩 正憲、森田 敬一

特に既往のない46歳男性、便秘・血便を主訴に受診され注腸造影検査にて直腸の狭窄と回盲部の陥凹性の腫瘍を指摘された。採血ではCEA・CA19-9は正常値で貧血は認めず、Cr 1.30mg/dlと軽度の腎機能障害を認めた。CTでは回盲部の全周性壁肥厚、傍大動脈リンパ節の腫大と右水腎症・直腸壁の肥厚・腹膜に多発する結節を認め、下部消化管内視鏡検査にて回盲部の2型腫瘍、直腸の全周性の狭窄を認めた。回盲部の生検より印環細胞癌が認められ、回盲部印環細胞癌の尿管・腹膜・直腸播種と診断した。狭窄に対する手術の選択肢も考慮されたが、高度の腹膜播種を認めることより早期の狭窄再発の可能性もあること、また大腸印環細胞癌は一般的に進行が早いことが報告されていることより、化学療法単独での治療を選択した。

mFOLFOX6+Bmabにて治療開始し腫瘍の縮小を認めたが、有害事象のため抗癌剤を2nd lineとしてIRIS+Bmabへと変更。変更後にも腫瘍径の増大は認めていないが、発熱性好中球減少症の発症あり3rd lineとしてPmabへと変更している。治療開始後13ヶ月にわたる腫瘍の増大は認めず、現在外来にて化学療法を施行中である。大腸癌としては比較的まれな組織型であるため、若干の文献的考察を交えて報告する。

### 2 Panitumumab + FOLFOX4が奏功した腹膜播種を伴うS状結腸粘液癌の1例

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

【はじめに】切除不能進行大腸癌は化学療法の進歩により、2年以上の生存が可能となった。中でもKRAS野生型に対しては抗EGFR抗体をファーストラインから使用することにより、さらなる長期生存が望める結果が報告されている。今回我々は、Panitumumab + FOLFOX奏功した1例を経験したので報告する。【症例】5X歳男性【主訴】体重減少、食思不振、腹部膨満感【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】平成25年6月頃より食欲不振、腹部膨満感を自覚され、4ヶ月で4kgの体重減少を認めたために近医へ受診した。CTにて右胸水及び腹水を認め、CEA/CA19-9=426.5ng/4561U/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めたため、精査加療目的にて当院紹介受診となった。【来院後経過】CTにて右胸水および腹水を認め、腹水細胞診にて腺癌細胞が検出された。上部消化管内視鏡検査では、体上部大弯に大小不同の結節及び壁のひきつれを認め、生検では粘膜炎に大腸由来と思われる腺癌細胞を認めた。大腸内視鏡検査ではS状結腸に約半周性の凹凸不整な隆起性病変を認め、生検にて粘液癌と診断した。以上よりS状結腸粘液癌、癌性腹膜炎と診断した。KRAS野生型であり、今後急激に進行することが予測されたため、Panitumumab + FOLFOX療法を開始した。経口摂取不良であったため、在宅での高カロリー輸液を併用した。3か月後のCTでは右胸水は消失し、腹水貯留の改善を認めた。副作用はgrade2の皮疹を認めるのみであった。経口摂取はほぼ健常時の状態に改善し、在宅での輸液は不要となった。【考察】大腸粘液癌は比較的まれであり、大腸癌全体の約5%といわれている。また粘液癌は奏効率が22%と非粘液癌に比べ有意に低いと報告されている。今回腹膜播種に伴う大量の腹水及び右胸水を認め、腫瘍量が多く急激な臨床経過をたどることが予想されたため、FOLFOXに抗EGFR抗体であるPanitumumabを併用したところ、著明な改善を認めた。【結語】今回我々は、腹膜播種を伴う切除不能S状結腸粘液癌に対して、Panitumumab + FOLFOX療法を行い奏功した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。

### 4 左側結腸癌イレウスに対する金属ステントによる治療経験

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 外科、<sup>2</sup>岐阜県総合医療センター 消化器内科

○山本 茂<sup>1</sup>、田中 千弘<sup>1</sup>、篠田 千佳<sup>1</sup>、松本 圭太<sup>1</sup>、久野 真史<sup>1</sup>、笹栗 由貴<sup>1</sup>、浅井 竜一<sup>1</sup>、太和田昌宏<sup>1</sup>、小森 充嗣<sup>1</sup>、仁田 豊生<sup>1</sup>、長尾 成敏<sup>1</sup>、河合 雅彦<sup>1</sup>、國枝 克行<sup>1</sup>、山内 貴裕<sup>2</sup>、佐藤 寛之<sup>2</sup>、安藤 暢洋<sup>2</sup>、岩田 圭介<sup>2</sup>、山崎 健路<sup>2</sup>、芋瀬 基明<sup>2</sup>、清水 吾省<sup>2</sup>、杉原 潤一<sup>2</sup>

【はじめに】左側結腸癌イレウスに対し、経肛門のイレウス管留置による減圧が施行されてきた。2012年1月から大腸用の金属ステント(以下ステント)が保険適用となり、ステント留置による減圧も施行されるようになってきた。ステントはイレウス管に比べ、管理が容易で、患者ストレスが少ないことから、当院でも2013年9月より導入した。

【対象】2013年9月から2014年3月にステント留置した左側結腸癌イレウス5例部位：S状結腸4例 下行結腸1例術前診断：IIIa 1例 IIIb 2例 IV2例(肝転移1例 大動脈周囲リンパ節1例)最終結果：II 2例 IIIb 2例 IV1例

【結果】

<ステント留置>4例留置可能であったが、1例留置できなかった。(正面積でなく、ガイドワイヤー挿入不可能であったため)

<減圧効果>留置した4例中3例に十分な減圧効果が得られたが、1例は減圧不良であった。

<留置期間>減圧効果が得られた3例の留置から手術までの期間は19日、22日、21日であった。留置中に有害事象を認めず、3例ともステント留置後退院可能であった。

<口側検査>減圧効果が得られた3例中2例に口側検査を試み、1例は可能であったが、1例は不可能であった。(減圧はできたが、内視鏡挿入が困難であったため)

<手術>減圧効果が得られた3例は待機的一期的原発巣切除吻合を施行した。1例は腹腔鏡下で施行した。留置不可能症例、減圧不良例にはそれぞれ、緊急でハルトマン手術、回腸瘻造設術を施行した。

<摘出検体>切除した3例の摘出検体に口側にステントが密着しておらず、損傷を認めた。【考察】左側結腸癌イレウスに対し、ステント留置は、待機的一期的原発巣切除吻合を施行するうえで有用であると考えた。しかし、留置不可能例も経験し、また摘出検体でも、腫瘍口側腸管の損傷を認め、穿孔も危惧された。留置の適応や留置期間など、今後も検討を要すると考えた。

## 5 大腸癌を合併した SSA/P の 2 例

岐阜大学医学部 消化器病態学

○井深 貴士、荒木 寛司、黒田 拓也、小澤 範高、宮崎 恒起、  
出田 貴康、中西 孝之、高田 淳、大野 智彦、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

[背景] 近年、SSA/P(sessile serrated adenoma/polyp)の疾患概念が提唱され、SSA/Pは通常のadenomaとは独立した病変として定義されている。また大腸癌の前駆病変と考えられ、大腸癌の新しい発癌経路であるserrated neoplastic pathwayが想定されている。今回我々は、大腸癌を合併したSSA/Pの2例を経験したため報告する。[症例1]71歳女性。検診の便潜血検査陽性のため前医にて大腸内視鏡検査施行された。盲腸、上行結腸、S状結腸に腫瘍性病変を認め紹介となった。当院にて大腸内視鏡検査施行し上行結腸に軽度発赤調の隆起性病変を伴う9mm程度の白色調の平坦隆起性病変を認めた。発赤調隆起性病変の頂部は浅い陥凹を伴っていた。EMRにて一括切除した。病理結果は陰窩拡張、鋸歯状変化を示すSSA/Pを背景として一部に篩状～管状構造を示すadenocarcinomaの所見を認めた。tub2 > tub1pTis(M)ly(-)v(-)pHM0pVM0であった。[症例2]65歳女性。左下腹部痛を認めたため、便潜血検査施行されたところ陽性であり、大腸内視鏡検査施行された。盲腸に3か所平坦な白色隆起性病変を認めた。1病変は20mm、2病変は10mm程度の大きさであった。20mmの病変の一部に中心部に陥凹を伴う発赤調の隆起性病変を認めた。陥凹内部の拡大観察では不整なpit(Vi軽度不整)を認めた。当院にてESD施行し3病変同時に切除した。病理結果は3病変とも鋸歯状変化やL字型あるいは逆T字型の腺管拡張を伴う上皮の増殖からなりSSA/Pの所見であった。大きさ22×16mm、19×7mm、17×7mmであった。22mmの病変上の発赤調隆起性病変の大きさは9×6mmであった。SSA/Pに接して乳頭状あるいは癒合腺管状のadenocarcinomaを認めた。pap > tub2(carcinoma in SSA/P) pTis(M)ly(-)v(-)pHM0pVM0であった。[結論]2症例とも浅い陥凹を伴う発赤調の隆起性病変を伴っており、SSA/Pの癌合併の特徴的な所見と考えられた。

## 6 脳転移にて発見されたS状結腸癌の1例

三重中央医療センター 消化器科

○亀井 昭、十時 利明、子日 克宣、竹内 圭介、渡邊 典子

【症例】64才男性、右半身不全麻痺と構語障害にて受診。頭部CTにて左前頭葉と左後頭葉にLDAを認めた。頭部MRIにて囊胞性腫瘍であり、周辺に限局性の壁肥厚、多発肝腫瘍、胸腹部のリンパ節腫脹と第7頸椎の骨融解像を認めた。下部内視鏡検査にてS状結腸に全周性狭窄を認めイレウス管を挿入、同部の生検にて腺癌と診断した。上部内視鏡検査及び気管支鏡検査では異常を認めなかった。以上よりS状結腸癌の脳、肝、胸腹部リンパ節、骨転移と診断した。脳浮腫に対しステロイド投与を開始したところ、神経症状改善傾向を認めた。その後大腸狭窄に対し人工肛門造設術を施行した。次いで脳転移が生命危機と直結する可能性があると考え手術療法を予定していたが、本人の意向で化学療法(mFOLFOX6)を開始した。その後全身状態の改善を認め、画像的にも脳転移を含め、原発巣、多臓器転移巣の縮小効果がみられた。現在外来にて化学療法を継続している。【考察】一般に転移性脳腫瘍の治療は手術、放射線療法、化学療法、ガンマナイフなどの低位放射線療法、支持療法(ステロイドなど)に分かれ、腫瘍の個数、局在、大きさ、全身状態、神経所見などにより治療法が選択される。2014年版大腸癌治療ガイドラインでは、脳転移の治療方針には手術療法と放射線療法があげられている。化学療法については、一般に脳転移を有する症例は臨床試験に組み込まれないためエビデンスを得難い。有効例の報告は散見され、今後症例の集積が望まれる。

## 7 大腸原発 MALT リンパ腫の 2 例

大同病院 消化器内科

○西川 貴広、大北 宗由、南 正史、宜保 憲明、榊原 聡介、  
下郷 友弥、野々垣浩二、印牧 直人

【はじめに】大腸原発 MALT リンパ腫は比較的小な腫瘍であり、その治療法については、H.pylori 除菌療法が有用であった報告例を散見するものの、外科的切除、放射線治療が一般的である。今回、我々は外科的切除を施行した大腸原発 MALT リンパ腫の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】73 歳男性、2013 年 6 月に腹痛にて当院受診し、腹部 CT にて回盲部腫瘍を指摘。大腸内視鏡検査を施行したところ、盲腸に表面平滑、微細な毛細血管増生を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め、回腸末端にも同様の腫瘍性病変を認めた。粘膜生検にて粘膜下に著明なリンパ球増殖を認め、免疫組織化学染色にて CD20(+),CD10(+),bcl-2(+),CyclinD1(-) であり MALT リンパ腫と診断した。骨髄生検ではリンパ腫の浸潤は認めず、PET-CT では内視鏡所見とほぼ一致して、盲腸および回腸末端、局所リンパ節に集積を認め、限局期 MALT リンパ腫、Lugano 国際分類 Stage II 1 と診断し、同年 9 月に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。手術は治癒切除されており、現在まで無再発生存中である。

【症例 2】56 歳女性、2010 年 10 月に便秘を主訴に当院受診。大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸 Rb に表面平滑、網目状の毛細血管を伴う、立ち上がり急峻な粘膜下腫瘍様隆起を認めた。EUS では第 2 相を主座とする、低エコー腫瘍として描出され、確定診断を得るため引き続き EUS-FNA を施行した。FNA の結果、内分泌細胞類似の腫瘍細胞を認め、免疫組織化学染色では CD56 陽性であり高分化型の Endocrine cell carcinoma と診断した。その後、患者希望により他院にて、経肛門の局所切除術施行となった。切除標本の病理所見では粘膜下層に腫瘍性リンパ球増生を認め、免疫組織化学染色では CD20(+),CD79a(+),CD5(-),CD10(-),bcl-2(+),CyclinD1(-) であり、MALT リンパ腫と診断した。手術は治癒切除されており、現在まで無再発生存中である。

【考察】大腸原発 MALT リンパ腫は病理組織学的所見により診断されるが、粘膜下腫瘍様の形態をとることから、粘膜生検での正診率は高くなく、診断に苦慮する症例も多いと考えられる。今回経験した症例も貴重と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 9 直腸癌術後肺転移に対し抗 EGFR 抗体の rechallenge により長期生存中の 1 例

大垣徳洲会病院外科

○小島 則昭、種村 廣巳、大下 裕夫、天岡 望

【はじめに】直腸癌多発肺転移に対し FOLFILI + panitumumab (Pmab) にて PR、その後 PD となりいったん化学療法単独とし、ふたたび FOLFILI + Cetuximab (Cmab) に変更したところ奏効し PS 0 の状態で 2 年 8 ヶ月生存中の患者についてその治療経過を報告する。【症例】73 歳 男性。平成 21 年 2 月 13 日直腸癌にて低位前方切除をうけた。摘出標本の病理組織結果は tub2,pSS,pN2,cM0 fStage IIIB であった。他院でゼロータの術後補助化学療法を受けていたが、平成 23 年 8 月 9 日 CT にて多発性の転移性肺病を指摘され当院を紹介された。手術標本より直腸癌は K-ras コドン 12,13 に変異なく野生型と判定された。平成 23 日 9 月 27 日より 1 次治療として FOLFILI + Pmab 施行。PR となったが 10 コースより progressive disease となり、FOLFILI 単独療法に変更したが PD が続いている状態で 12 コースおこなった。平成 26 年 1 月 16 日より FOLFILI + Cmab を開始。2 コース終了時点で再び PR となり、現在も PS 0 の状態で FOLFILI + Cmab を継続している。【考察】抗 EGFR 抗体の rechallenge に関する報告としては、一次治療で有効性を示した Cmab 併用化学療法を三次治療として Cmab を rechallenge した結果、有効性を示したとする報告 (Ann Oncol 2012; 23: 2313-2318)、Cmab 耐性では EGFR の細胞外ドメインにある部分の S492R という箇所の変異が生じ、EGFR と Cmab との結合を阻害認められること、このような S492R 変異を示した Cmab 耐性例では Pmab が有効であったという報告 (Nat.Med. 2012; 18:221-223) がある。本症例のように Pmab sensitive であった症例が progressive disease となり、一時化学療法単独を経て Cmab で rechallenge した結果有効であった報告はみられないが、治療の過程で EGFR と Pmab と Cmab の親和性に相違が生じた可能性が考えられる興味深い症例と考えられる。【まとめ】FOLFILI + Pmab 耐性後、FOLFILI 単独期間をおき、その後 FOLFILI + Cmab を投与したところふたたび有効であった症例を経験した。

## 8 メシル酸イマチニブ投与により肛門温存手術が可能となった 80 歳代直腸 GIST の 1 例

<sup>1</sup>岐阜大学医学部 高度先進外科学、<sup>2</sup>岐阜大学医学部 消化器病態学○関野 考史<sup>1</sup>、村瀬 勝後<sup>1</sup>、木村 真樹<sup>1</sup>、関野誠史郎<sup>1</sup>、丹羽真佐夫<sup>1</sup>、竹村 博文<sup>1</sup>、井深 貴士<sup>2</sup>

症例は 82 歳の男性である。便秘と腹部膨満を主訴に当院を受診した。CT で下部直腸に 61mm × 55mm 大の腫瘍が認められ、下部消化管内視鏡検査で下部直腸右側壁に径約 6cm の粘膜下腫瘍が認められた。超音波内視鏡下に FNA を施行した。病理組織検査では、紡錘形細胞が束状に増殖し、免疫染色の結果、c-kit、CD34 陽性で GIST と診断された。腫瘍が大きく、手術操作困難が予想されたため、まずメシル酸イマチニブ投与により、腫瘍縮小を図ってから手術を行なう方針とした。メシル酸イマチニブ 400mg/日 で投与を開始した。皮疹、浮腫により連日投与が困難となったため、2 週投与 1 週休薬として 8 ヶ月内服した。画像上径約 30mm まで縮小したが、それ以上の縮小が得られなかったため、手術を行なうことにした。再度下部消化管内視鏡検査を施行したところ、腫瘍の縮小は認められたが、腫瘍の肛門管内立ち上がりは歯状線から約 1cm であった。肛門温存のためには、部分的内肛門括約筋切除が妥当と考えられた。患者の肛門温存希望が非常に強く、術後の肛門機能低下、特に 82 歳と高齢で機能低下が改善しづらい点も十分に納得された上で、可能であれば部分的内肛門括約筋切除の方針で手術を行なった。手術は腹腔鏡下に開始したが、腫瘍と肛門挙筋の癒着が比較的強く、腫瘍の被膜損傷を避けるため、途中で開腹術にコンバートした。腫瘍と肛門挙筋の癒着は用手的に剥離することができた。肛門操作では歯状線上で切開した。標本を摘出し、S 状結腸と肛門を手縫い吻合した後、回腸人工肛門を造設した。術後経過は良好で第 19 病日退院した。3 ヶ月後、回腸人工肛門は閉鎖した。肛門機能としては、軽度の soiling は認められるものの、日常生活には特に問題はなく、患者自身は肛門温存できたことに満足している。初回手術から約 1 年の現在、明らかな再発、転移を認めていない。

## 10 集学的治療を施行した巨大直腸 GIST の 1 例

公立学校共済組合東海中央病院 外科

○寺島 常郎、日比 健志、平林 祥、福本 良平、藤岡 憲、  
渡邊 卓哉、八木 奈和

患者は 69 歳男性。2009 年に肛門の右側が腫れたということで当科初診。直腸 GIST の診断でイマチニブ投与を開始した。縮小傾向あるものの患者の服薬コンプライアンスは思わしくなかった。2012 年 10 月の CT にて腫瘍の増大を認めたため、2nd line としてスニチニブの投薬を開始。しかし手足症候群の副作用強く 2 週間で中止となる。患者は手術拒否されていたが、腫瘍の増大と共にコントロール不良の疼痛が出現したことから手術を承諾され、2013 年 12 月に腹腔鏡下腹会陰式直腸切断術を受けられた。術後会陰創の感染はあったものの経過順調に退院され、現在外来フォロー中であるが、再発を認めていない。今回巨大直腸 GIST に対し投薬と手術により治療を行い、根治状態を得られたので、若干の文献的考察を加えて報告する。



## 11 術前 GIST との鑑別が困難で腹腔鏡下結腸部分切除を施行した上行結腸神経鞘腫の 1 例

<sup>1</sup> 鈴鹿中央総合病院 外科、<sup>2</sup> 鈴鹿中央総合病院 病理科  
○大森 隆夫<sup>1</sup>、野口 大介<sup>1</sup>、伊藤 貴洋<sup>1</sup>、大倉 康生<sup>1</sup>、濱田 賢司<sup>1</sup>、金児 博司<sup>1</sup>、田岡 大樹<sup>1</sup>、村田 哲也<sup>2</sup>

【症例】72 歳女性。【主訴】無症状。【既往歴】パーキンソン病。【経過】肋骨骨折の際に施行した近医での CT 検査にて上行結腸に偶然に腫瘤を認め、当院へ精査加療目的に紹介。CT で上行結腸肝弯曲部に径 38mm の壁外性に発育する境界明瞭な low density 腫瘤を認め、同部位内部の造影効果は不均一であった。領域内リンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。大腸内視鏡検査で上行結腸に約 30mm 大の、びらん形成を伴った、粘膜下腫瘍を疑う隆起性病変を認めた。生検にて粘膜下に紡錘形細胞の束状増殖を認めたが核分裂像は乏しかった。免疫組織化学的検査では c-kit 陰性、CD34 陰性、S-100 蛋白陽性であった。この結果から神経鞘腫を第一に考えたが、GIST を完全には否定できず、腹腔鏡下上行結腸部分切除術を施行した。摘出標本は肉眼的には固有筋層内を主座に増殖する粘膜下腫瘍であり、腫瘍の一部は腸管内腔に露出し、中心には出血を認めた。組織学的には異型の乏しいシュワン細胞様の紡錘形細胞の様々な構造を伴う増殖を認めた。免疫組織化学的検索では S-100 蛋白がびまん性に陽性で、c-kit、CD34、 $\alpha$ -SMA は陰性、MIB-1 index は 3% 未満であった。以上より大腸神経鞘腫と最終診断した。術後経過は良好で、術後 9 日目に退院、外来通院中である。【まとめ】消化管原発の神経鞘腫は全体の 5% で、大腸原発はそのうち 4.8% と非常にまれである。一方で消化管間葉系腫瘍の約 80% を占める GIST のうち S-100 蛋白陽性となるものも約 20% 存在するといわれている。本症例において術前に免疫染色を含めた病理組織検査で神経鞘腫を第一に疑い経過観察も考えたが、生検材料の腫瘍量が少なかったこと、背景にびらんに伴う強い炎症が併存していたことから確定診断が困難で、神経分化の強い GIST の可能性を否定できなかった。そこで腹腔鏡下局所切除術を行い、良好な経過を得た 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。



## 12 多発大腸腫瘍を併発した Li-Fraumeni 症候群の一例

<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、<sup>3</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部  
○吉田 司<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、裨田 信弘<sup>1</sup>、奥野のぞみ<sup>1</sup>、佐藤 高光<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、奥儀 竜治<sup>1</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、木下 敬史<sup>3</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

症例は30歳代女性。14歳時に骨肉腫、30歳時に乳がんを発症し、手術と化学療法にて治療したが、若年者の多発癌として遺伝子検査を行われ、Li-Fraumeni 症候群の診断を受けていた。2011年1月に便潜血陽性で近医受診し、下部消化管内視鏡でポリープを指摘され、ポリペクトミーを受けている。今回、2013年に便潜血陽性を再度指摘され前医受診、下部消化管内視鏡にて多発のポリープを指摘され、一部には癌が疑われたため精査加療目的で当院紹介となった。当院の下部消化管内視鏡では直腸の20mm大0-2a+2c型病変をはじめとして全大腸に40mmまでの0-2a (LST-NG) 型10病変を指摘、粘膜下層浸潤までの早期大腸癌と考えられた。また、直腸にはカルチノイド腫瘍も認められた。治療は遺伝疾患を背景とした多発大腸癌であり大腸全摘術が標準治療であったが、年齢、術後のQOL、および本人の希望も考慮して、直腸温存を目的としてまず直腸病変に対してはESDを行った。結果はRb,0-1s+2c,17×14mm,tub1,pT1/SM(0.85mm),LY/V+HM0,VM0(0.3mm)であった。最終的に全結腸切除、回腸囊-直腸吻合術を施行した。病理検査ではESD施行部には残存病変なく、上行結腸、横行結腸にそれぞれ0-2a,tub1,pM,ly0,v0,HM0,VM0病変を認め、他の病変はadenoma with severe atypia で、最終診断はpT1(sm)N0M0pStage1であった。Li-Fraumeni 症候群はTP53遺伝子異常により家族性に発がんを示す常染色体優性の稀な遺伝疾患である。今回、大腸に多発大腸腫瘍を併発した症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

## 14 経過中に大腸 Hodgkin リンパ腫を発症し治療に苦慮したクローン病の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○鈴木 雄太、水鳥 隆史、福定 繁紀、井上 匡央、加地 謙太、尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、西江 弘忠、奥村 文浩、佐野 仁

【症例】51歳男性。平成2年(28歳時)に小腸大腸型クローン病(CD)と診断され、5-ASA製剤、ステロイド、成分栄養による治療を行っていたが寛解には至らなかった。平成18年11月に高度の炎症反応上昇と貧血を認め当科に紹介入院となった。入院中に施行した小腸造影検査では回腸に単発の狭窄を認め、注腸造影検査ではパウヒン弁部、肝彎曲部、脾彎曲部の狭窄と、上行結腸の短縮と変位を認めた。大腸内視鏡検査では上行結腸からS状結腸にスキップする縦走潰瘍を認め、上行結腸潰瘍部からの生検にてHodgkin リンパ腫と診断した。Hodgkin リンパ腫に対してはABVD療法が合計8コース施行され、完全寛解となった。CDの活動性は持続していたため生物学的製剤の導入が望まれたが、Hodgkin リンパ腫再燃のリスクのため生物学的製剤や免疫調節剤は禁忌と考えられ現行治療を継続していた。顆粒球吸着療法(GMA)が保険適応となった後は症状悪化時に適宜施行したが、寛解には至らず徐々に腹痛、下痢等の症状が悪化しQOLも低下していった。平成25年5月に施行した小腸造影検査では回腸に多発狭窄を認め、大腸内視鏡検査ではS状結腸、脾彎曲、肝彎曲に縦走潰瘍と狭窄を認め、肝彎曲で回腸と瘻孔を形成していた。これらの所見から、CDの腸管病変は進行し、内科的治療でコントロールできる範囲を超えていると判断し、同年8月に大腸全摘術および小腸部分切除術を施行した。術後の経過は良好で、切除標本から悪性リンパ腫の遺残を認めなかった。【考察】CDに対し、生物学的製剤は非常に有効な治療法であり、抗TNF $\alpha$ 抗体製剤はCDの自然史を変え得る。一方で悪性リンパ腫をはじめとする悪性腫瘍の合併により、適切な生物学的製剤の使用時期を逸し、結果的に手術治療を余儀なくされる症例も少なからず存在すると思われる。今回われわれは、経過中に大腸Hodgkin リンパ腫を発症し治療に苦慮したCD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。

## 13 肛門 paget 病に対して集学的治療を行い臨床的完全奏功が得られた1例

小牧市民病院  
○中西 香企、横山 裕之、大津 智尚、田中健士郎、坪内 秀樹、笹原 正寛、上嶋三千年、平田 伸也、鈴木雄之典、森 憲彦、佐藤 雄介、間下 優子、田中 恵理、井戸田 愛、神崎 章之、村上 弘城、望月 能成、谷口 健次、桐山 幸三、永水 裕之

【はじめに】リンパ節を含めた多臓器転移をきたした進行乳房外 paget 病に対しては、現時点では有効な治療法は確立されておらず、化学療法、緩和手術、放射線療法など集学的治療がおこなわれている。今回、肛門 paget 病に対して緩和手術をおこなった後、放射線療法をおこない、臨床的完全奏功(c CR)が得られた1例を経験したので報告する。【症例】65歳、男性。半年ほど前より続く肛門痛で、当院肛門科を受診した。肛門周囲皮膚の広範な発赤とびらんを認め、肛門管内への進展を認めた。皮膚生検で paget 細胞とみられる泡沫状の細胞質と大型の濃染核を有する異形細胞の増殖を認め、免疫組織学的検査にてCEA陽性、CK7陽性であり Paget 病との診断した。Paget 病は内臓悪性腫瘍の合併が多いといわれているが、本症例では他臓器に悪性腫瘍の合併を認めなかった。CT検査にて両鼠径部リンパ節転移を認め、外科的根治切除の適応外と判断した。しかし肛門痛が強く、肛門狭窄も認めたため症状緩和目的に腹会陰直腸切除術および肛門周囲皮膚切除術を行った。病理組織検査では表皮より12mmほどの深さまで浸潤し、リンパ管浸潤も認めた。手術所見としてはT4N2M0 stage4(大原の分類)と診断した。その後、全骨盤+両鼠径部に放射線照射(50.4Gy/28Fr)を行い、両側鼠径リンパ節転移のc CRが得られた。現在術後8か月が経過しているがc CRを継続し局所再発や多臓器再発を認めない。【まとめ】一般的にリンパ節転移を来すような浸潤性乳房外 paget 病は予後が悪いといわれている。今回、肛門周囲局所の症状緩和目的に腹会陰直腸切除術を行い、残存したリンパ節転移に対して放射線療法を行い、c CRが得られ集学的治療が奏功した1例を経験した。今後再発した際には化学療法を考慮する予定である。本症例について若干の文献的考察を加えて報告する。

## 15 貧血で発見された直腸 S 状結腸びまん性海綿状血管腫の一例

静岡済生会総合病院 消化器内科  
○吉原 努、山口 晴雄、日比 知志、小屋 敏也、倉田 知幸

【症例】10歳台：高校生 女性【主訴】貧血【既往歴】小児期：鉄欠乏性貧血、3年前(中学生)：大腸出血にて他院で内視鏡治療(詳細不明)【アレルギー歴】特記事項なし【その他】月経異常なし、不正性器出血なし【内服】鉄剤のみ【現病歴】身長：155cm 体重：49kg BMI：20.4 血圧：94/55mmHg 意識清明、顔色不良 腹部：腸管蠕動正常、腹壁平坦軟、圧痛なし【現病歴】2013年6月中旬に息切れを自覚して近医を受診したところ、高度貧血を指摘され鉄剤の内服が開始された。7月に入ってから貧血の改善がなく便潜血検査陽性のため、貧血及び消化管精査目的に当科を紹介受診された。【経過】初診時血液検査では著明な鉄欠乏性貧血の所見を認めた。上部消化管内視鏡検査では出血性病変は認めなかった。大腸内視鏡検査を施行すると、直腸からS状結腸にかけてびまん性に暗赤色調の粘膜下腫瘍様隆起を認め、管腔はやや狭小化し粘膜面には毛細血管拡張が見られた。腹部CT検査では直腸壁が著明に肥厚し、その周囲には小石灰化像が散見され、腹部MRI検査では直腸壁の著明な肥厚と、その周囲にT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を呈する網状構造を認めた。以上のよう所見から直腸S状結腸びまん性海綿状血管腫と診断した。現在明らかな消化管出血の徴候はなく、鉄剤の投与で貧血は改善し、保存的に経過観察中である。【考察】大腸びまん性海綿状血管腫は本邦では比較的稀な疾患であるが、保存的に血便や貧血がコントロールできない場合は外科切除が必要となることがあり、若年者における血便、貧血の鑑別診断として念頭におくべき疾患のひとつと考えられる。特にMRIの所見は特徴的で、内視鏡検査で本症例が疑われた場合は腹部XpやCTに加えてMRI検査を行うことが診断において有用と思われた。

## 16 経肛門的 EUS-FNA で診断した、術後 12 年経過した卵巣癌の Douglas 窩再発の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

症例は 50 歳代女性。2000 年に右卵巣癌 (明細胞癌) で卵巣子宮全摘術施行 (StageIc)。術後化学療法を行い、10 年間再発を認めずにフォローは終了となった。2007 年に直腸 Rb のカルチノイド (5mm) で内視鏡切除施行し、病理で焼灼の影響もあるが断端陽性との結果であったが、本人追加手術を希望されず 1 年に 1 度の大腸内視鏡、CT での経過観察を行っていた。2012 年 10 月の大腸内視鏡検査で直腸 Ra に粘膜下腫瘤様隆起を指摘され精査となった。採血上は腫瘍マーカーを含めて特記すべき異常値なし。大腸内視鏡検査では直腸 Ra に 20mm 大の粘膜下腫瘤様隆起を認め、EUS では筋層から壁外に突出する辺縁不整な腫瘤として描出され、内部は高エコーと低エコーが混在して描出された。CT (単純) では直腸 Ra に 25mm 大の腫瘤を認め、MRI では同腫瘤が T1 強調像にて低信号、T2 強調像にて不均一な高信号をして認められた。カルチノイドや卵巣癌の再発、GIST 等が鑑別に挙がり、病理学的評価目的に経肛門的に EUS-FNA を施行した。細胞診では hobnail cell を認める悪性細胞が集塊状、孤在性に中等量出現しており、明細胞癌の再発と判断した。初回手術より 12 年経過し、画像的に再発は同部位のみであったため、婦人科・外科と相談の上、当院外科にて直腸高位前方切除術を施行した。病理では漿膜下層から筋層にかけて外側に突出する形で腫瘤を認め、卵巣癌 (明細胞癌) の転移 (Douglas 窩転移) と診断した。初回治療後 12 年経過し、直腸浸潤を伴う卵巣癌の播種性病変を EUS-FNA で診断した症例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

## 17 十二指腸病変を合併した潰瘍性大腸炎の1例

豊橋市民病院 消化器内科

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

【症例】60歳代女性【既往歴】高血圧症、脂質異常症、逆流性食道炎【現病歴】1982年、全大腸炎型潰瘍性大腸炎（以下UC）を発症。プレドニゾン、サラゾスルファピリジン（以下SASP）にて軽快した。以後、SASP4500mg/日内服にて安定し、2000mg/日まで漸減して寛解を維持し外来通院をしていた。2009年12月、上部消化管内視鏡検査（以下GIS）にて十二指腸球部に多発アフタを認め、下行脚より肛門側はもろい粘膜であった。2010年4月に施行した下部消化管内視鏡検査（以下TCS）では大腸粘膜は寛解の状態だった。2011年10月GISでは十二指腸球部は多発白点を伴う細顆粒状粘膜を認め、下行脚より肛門側では多発アフタを呈していた。十二指腸粘膜生検では粘膜固有層間質に中等度の炎症細胞浸潤が認められた。2012年1月よりメサラジン1600mg/日に変更し症状は安定していた。2012年5月TCSでは全大腸において粘膜治癒を維持していた。2013年5月GISでは、十二指腸球部の多発白点は消失し、下行脚でもアフタは改善していた。十二指腸粘膜生検では炎症細胞浸潤は軽度であった。現在、外来にてメサラジン1200mg/日内服にて治療を継続している。【考察】近年、UCの胃・十二指腸病変に関する報告が散見される。これまでの検討では、数%にUC関連の胃炎または十二指腸炎がみられており、そのほとんどは活動期の全大腸炎型または大腸全摘出後の症例であったとの報告がある。本症例ではUCが臨床的寛解の状態であったにもかかわらず、数年に渡り十二指腸病変を認めた。もろい粘膜は貧血を来すことが多く、治療を要することがあるが、多発アフタなどは無症状であることも多く、ほとんどは経過観察でよいとされる。治療法はステロイドの有用性が多数報告されている他、メサラジンを粉砕したものを投与するなどが報告されている。本症例では貧血の進行がなく、無症状であったため経過観察としたが自然軽快した。上部消化管病変の活動性は大腸病変の活動性と相関するという報告もあり、今後の慎重な経過観察が必要と考えられる。

## 18 Infliximab投与により薬剤誘発性ループスをきたしたクローン病の1例

春日井市民病院 消化器内科

○森川 友裕、平田 慶和、小島 悠輝、菅野 琢也、木村 幹俊、奥田 悠介、羽根田賢一、杉山 智哉、池内 寛和、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

【はじめに】クローン病に対するInfliximab（以下IFX）の有効性は明らかであるが、長期投与に伴い効果減弱・二次無効を生じる症例があり、それ以外にも様々な問題点が報告されている。今回我々はIFX投与により薬剤誘発性ループスをきたした1例を経験したので報告する。【症例】21歳女性【現病歴】2012年9月に2週間以上持続する発熱・下痢を主訴に当科受診。諸検査で小腸大腸型クローン病と診断し、エレメンタル、メサラジンの内服を開始した。しかし、その後ぶどう膜炎や結節性紅斑も合併したためIFX（5mg/kg）を導入。IFXの維持投与にて寛解状態が続いていたが、2013年4月頃より上下肢複数ヶ所の関節痛、発熱が出現し、CRPは2程度の軽度上昇が続いた。腹部症状は落ち着いていたがクローン病の腸管外症状としての関節炎と考え、IFXの倍量投与（10mg/kg）を行ったが、関節痛の改善は乏しかった。6月に入ると口内炎や両手の皮疹も出現し、抗核抗体が640倍と上昇した。抗dsDNA抗体は陰性であったが、抗ssDNA抗体陽性、補体低下等の所見よりSLE分類基準2012のうち臨床症状で2項目、免疫項目で2項目を満たしており、薬剤誘発性ループスと診断した。原因薬剤はIFXと考えられ、以後の投与を中止し、短期間のプレドニゾン内服も併用したところ、皮疹・口内炎・関節痛は徐々に改善し、抗核抗体も低下傾向が確認された。2014年4月でIFX投与中止後10ヶ月経過するが、ループス様症状やクローン病の再燃はなく経過している。薬剤誘発性ループスはまれな副作用ではあるが、IFXを使用する炎症性腸疾患患者の増加に伴い、今後原疾患の悪化との鑑別が重要な病態と考えられ注意が必要と思われる。【結語】今回我々はIFX投与により薬剤誘発性ループスをきたしたクローン病の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 19 検診を契機に発見された無症候性アメーバ腸炎の2例

1 愛知医科大学 消化器内科、2 愛知医科大学中央臨床検査部

○北洞 洋樹<sup>1</sup>、飯田 章人<sup>1</sup>、郷治 滋希<sup>1</sup>、田邊 敦資<sup>1</sup>、野田 久嗣<sup>1</sup>、柳本研一郎<sup>1</sup>、田村 泰弘<sup>1</sup>、近藤 好博<sup>1</sup>、伊藤 義紹<sup>1</sup>、井澤 晋也<sup>1</sup>、徳留健太郎<sup>1</sup>、河村 直彦<sup>1</sup>、小笠原尚高<sup>1</sup>、舟木 康<sup>1,2</sup>、佐々木誠人<sup>1</sup>、春日井邦夫<sup>1</sup>

（緒言）アメーバ腸炎はアメーバ原虫による腸管寄生虫症であり、輸入感染症や性感染症として知られている。（症例1）48歳男性、大腸内視鏡検査にて回盲部に多発びらん、潰瘍を認めた。生検病理組織検査にてアメーバ原虫を認めアメーバ腸炎と診断した。便培養は陰性で、便中より虫体を検出した。血清抗アメーバ抗体は陰性であった。異性間性交渉が原因と考えられた。メトロニダゾール1g/日、10日間の内服治療を行った。3か月後の再検査にてびらんならびに潰瘍は消失した。（症例2）48歳男性、大腸内視鏡検査にて盲腸に多発びらん、潰瘍を認めた。生検病理組織検査にてアメーバ腸炎と診断された。血清抗アメーバ抗体は陰性であった。インド、パキスタンへの長期出張を繰り返しており、現地での感染と考えられた。メトロニダゾール1.5g/日、10日間内服治療を行った。3か月後の再検査でびらんや潰瘍の改善を認めず、再度メトロニダゾールの投与を行い、現在経過観察中である。（考察）アメーバ感染者の約90%は無症候性病原体保持者が存在すると報告され、臨床症状の発現には宿主の年齢や免疫機能、原虫の持つ性質などが影響する。しかし、臨床症状がなくとも、病原体を保持している期間は感染力をもつ糞子を便中に排出しているため、周囲に感染を拡大させる危険性がある。（結語）検診の便潜血陽性により内視鏡検査を施行されアメーバ腸炎と診断した2例を経験した。

## 20 当院における潰瘍性大腸炎に対する白血球除去療法(LCAP)の検討

山下病院 消化器内科

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

【目的】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。白血球除去療法（以下、LCAP）も重症例や難治例に用いられているが、安全性や治療成績は多くは報告されていない。当院におけるLCAPの治療成績について検討した。【対象】2002年1月から2011年6月までに内視鏡学および病理組織学的に潰瘍性大腸炎と診断され、LCAPを施行された症例は61例（平均年齢43.2歳、男性37例、女性24例）であった。LCAP施行回数が1回であった1例と、大腸全摘術後に遺残直腸に炎症が再発した1例を除外した計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クール施行群での寛解導入率は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ヶ月後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クール施行群での寛解導入率は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。2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。プレドニゾンの投与量は1クール施行群、2クール施行群ともにLCAPを併用することによって減量が可能で、LCAP施行3ヶ月後のプレドニゾン離脱率は1クール施行群66.6%（12例中8例）、2クール施行群84.6%（26例中22例）であった。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、点滴加療にて改善した。【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。

## 21 大腸全摘術後に壊疽性膿皮症を発症した潰瘍性大腸炎の一例

三重大学大学院 消化管・小児外科学

○森 浩一郎、藤川 裕之、大北 喜基、荒木 俊光、田中 光司、  
井上 靖浩、内田 恵一、毛利 靖彦、楠 正人

症例は21歳女性、全大腸炎型の潰瘍性大腸炎で再燃寛解を繰り返し、内科的治療抵抗性となり、当院に紹介受診した。入院治療中に腹痛が増強したため、緊急で大腸全摘、回腸人工肛門造設術、S状結腸粘液瘻造設術が施行された。第1期手術後30日目より、右下腹部のストマ周囲に疼痛を伴う潰瘍が認められ壊疽性膿皮症と診断された。外来にて外用薬(ステロイド軟膏、タクロリムス軟膏、ゲンタマイシン軟膏、スルファジジン銀クリーム)で処置が行われたが改善は認められなかった。壊疽性膿皮症の原因として残存直腸炎が疑われ、第1期手術後5ヵ月目に残存直腸切除、回腸囊肛門吻合術、左下腹部に回腸人工肛門造設術が施行された。術後、右下腹部の壊疽性膿皮症に対してプレドニン20mg内服と同時にステロイド軟膏、トラフェルミンスプレー、ハイドロファイバードレッシング処置が行われたが治癒には至らなかった。第2期手術後3ヵ月目に、靴擦れで受傷した右の外頰、除毛処理で擦過傷となった下腿から壊疽性膿皮症が出現し、難治性となり疼痛管理目的で入院となった。プレドニンを30mgまで増量し、抗生剤の内服を追加するも、疼痛に対してオピオイド投与を要した。しかしインフリキシマブが導入されたことで、創部は上皮化が進み改善が認められた。現在はインフリキシマブを8週間隔で投与を継続することで、プレドニンを減量できており、外来で経過観察中である。今回われわれは、潰瘍性大腸炎の大腸全摘術後に壊疽性膿皮症を来し、インフリキシマブが著効した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。



## 22 便潜血陽性精査目的の大腸内視鏡検査にて偶然発見された大腸アニサキスの1例

安城更生病院

○鬼頭 大志、馬淵 龍彦、東堀 諒、三浦眞之祐、脇田 重徳、鶴岡 一誠、岡田 昭久、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

【症例】76歳、女性。既往歴は、高血圧症、高脂血症、狭心症、脊椎圧迫骨折。2か月前の大腸癌健診にて便潜血（ヒトヘモグロビン）陽性であったため、精査目的に当科紹介となった。初診時、腹部は平坦、軟、圧痛、便通異常なし。大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に白色線状の虫体を1体認め、把持鉗子を用いて回収した。大腸粘膜には虫体頭部が穿入していたが、出血、浮腫、びらんを認めなかった。虫体は鉗子の刺激で活発な運動性を認めた。検査当日から2日以上前にサバの食歴があったが、検査当日に至るまで腹部症状を認めなかった。同時にS状結腸に0-1sp型の表在癌を認めた。【まとめ】アニサキス症は魚介類の生食を好む本邦で比較的高頻度に見られる寄生虫疾患である。しかし、寄生部位のほとんどは上部消化管であり、大腸アニサキス症の頻度は全アニサキス症の0.1-0.9%程度と報告されている。多くは腹痛、下痢などの症状を契機に内視鏡検査を実施されているが、今回我々は無症候性の大腸アニサキス症を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 23 当院で経験した内視鏡的止血術困難な上部消化管潰瘍性出血を伴った直腸癌穿通によるFournier壊疽の1例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

○筒山 将之、小森 康司、木村 賢哉、木下 敬史、伊藤 誠二、安部 哲也、千田 嘉毅、三澤 一成、伊藤 友一、植村 則久、夏目 誠治、川合 亮佑、浅野 智成、川上 次郎、重吉 到、岩田 至紀、倉橋真太郎、清水 泰博

【緒言】Fournier壊疽は何らかの基礎疾患をもつ患者に発症し、その進行は急激な経過をたどるため、迅速で適切な治療を要する。今回、我々は上部消化管潰瘍性出血を伴った直腸癌穿通によるFournier壊疽の1例を経験した。【症例】61歳男性。肛門痛を主訴に前医受診。直腸診・下部消化管内視鏡検査にて下部直腸癌を認めたため、当院へ紹介となる。来院時、体温37.0度、血圧116/82mmHg、脈拍127/分、会陰部から右殿部を中心とした悪臭を伴う広範囲腫脹・壊死を認めた。血液検査ではWBC27490/ $\mu$ l、Hb15.2g/dl、Plt37.1  $\times$  10<sup>4</sup>/ $\mu$ l、CRP35.64mg/dl、Bun98mg/dl、Cre1.5mg/dl、CEA997.1ng/ml、CA19-9 1336U/mlと炎症反応高値・脱水・腫瘍マーカー高値等を認めた。造影CTでは下部直腸に全周性壁肥厚と皮下軟部組織への空気像の波及、多発肺・肝転移、さらに胃内への造影剤漏出を認めた。経鼻胃管を挿入すると血性排液を認めたため、上部消化管出血を伴う直腸癌穿通によるFournier壊疽と診断した。まず上部消化管出血に対する内視鏡的止血術を試みるも胃内は血餅多量で視野確保困難であった。血圧低下、頻脈傾向にあったため、内視鏡的止血術を断念し開腹手術へ移行し、広範胃切除術・横行結腸人工肛門造設術、広範囲Debridementを施行した。また、全身状態および痛の進行度から判断し、一期的に原発巣切除は行わなかった。【結語】Fournier壊疽は急性期病院において散見される症例ではあるが、上部消化管潰瘍性出血を伴う直腸癌穿通によるFournier壊疽の1例を経験したので、若干の文献的考察も含めて報告する。

## 24 回盲部へのMycobacterium gordonae感染によるinfectious colitisの1例

名古屋市立大学 消化器代謝内科学

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

【症例】70歳代の女性。【既往歴】高血圧症で内服治療中。虫垂炎と子宮筋腫で手術歴あり。【現病歴】右下腹部痛を主訴に近医を受診し、注腸検査にて盲腸の拡張不良を指摘され精査・治療目的で当院を紹介受診した。受診時の血液生化学的検査では、CRP (0.37 mg/dL, normal range < 0.30 mg/dL) と ESR (18 mm/h, normal range < 16 mm/h) の軽度上昇を認めるのみであった。下部消化管内視鏡検査にて、盲腸に輪状潰瘍と多発する潰瘍痕が確認された。潰瘍辺縁からの生検病理で肉芽腫とラングハンス巨細胞が確認された。胸部レントゲン写真では明らかな異常所見はなく、QuantIFERON TB-2Gは陰性であった。以上より、「腸結核」の診断のもとにisoniazid (INH) 300 mg/日、rifampicin (RFP) 450 mg/日、ethambutol (EB) 750 mg/日、pyrazinamide (PZA) 1.0 g/日による治療を開始した。その後、生検組織の培養（小川培地）で抗酸菌が検出され、DNA-DNA hybridization methodにて、Mycobacterium gordonae (M. gordonae) が確認された。このため、これまでの文献 (Am J Gastroenterol 94:232-5, 1999; Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi 40:26-30, 2002; Nihon Kokyuki Gakkai Zasshi 42:103-7, 2004.) を参考にし、抗菌剤治療をRFP 450 mg/日、EB 750 mg/日、clarithromycin (CAM) 800 mg/日に切り替えた。抗菌剤治療を6か月間行った後、下部消化管内視鏡検査を行った。内視鏡的に盲腸の潰瘍はすべて癒痕治療しており、同部位からの生検病理でも肉芽腫とラングハンス巨細胞は消失していた。また、生検組織の培養（小川培地）でも抗酸菌は検出されなかった。治療開始後、現在まで約4年経過するが、今のところ病変部は癒痕治療を維持している。【結論】我々が調べた限り非結核性抗酸菌であるM. gordonaeの消化管への感染例は文献的な報告が無く、貴重な症例と考え報告した。

## 25 降圧薬大量服用後に狹窄型虚血性腸炎を発症した若年男性の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 腫瘍内科○柴田 寛幸<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、青木 聡典<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>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>

症例は34歳、男性。薬物乱用型片頭痛の診断にて脳神経外科に入院中であり、高血圧症に対して降圧薬を処方されていた。X年1月〇日未明に降圧薬（アムロジピン）を84錠内服した。同日朝に家族が大量服薬に気づき、当院へ救急搬送された。来院時の意識は清明であり、症状は嘔吐のみであったが、来院時血圧は80/29 mmHgと低下していた。ただちに補液を開始し、血圧は正常に復したが、約12時間後より腹痛が、約24時間後には暗赤色から鮮血の下血が出現した。腹部造影CTでは下行結腸に壁肥厚を認め、周囲に腹水を認めた。虚血性腸炎の可能性を考慮し、絶食と補液にて保存的に治療した。その後下血は消失し、症状は軽快したため第9病日に退院となった。退院後は左下腹部の軽度の痛みを自覚し、下痢状の便が持続した。退院から約2ヶ月後に下部消化管内視鏡検査施行したところ、肛門縁より35cmに全周性の高度の腸管狹窄を認め、同部の生検では、Group1であった。ガストログラフィンによる注腸検査を施行したところ、下行結腸に約7cmに渡る狹窄が認められた。虚血性腸炎による高度の腸管狹窄であり、自然経過での狭窄の改善は難しいと判断し、外科的治療を選択した。X年4月7日に腹腔鏡補助下結腸部分切除術が施行された。病理検査の結果、摘出された腸管の狭窄部には潰瘍を認めたが、肉芽腫や異型細胞は認められず、炎症性腸疾患を積極的に疑う所見も認められず、虚血性腸炎として矛盾しない所見であった。虚血性腸炎の概念は、Boleyらの報告に始まり、Marstonらが主観動脈に明らかな閉塞を認めない一過性大腸虚血性疾患として疾患概念を統一した。病型分類としては一過性型・狹窄型・壊死型に分類される。若年発症の虚血性腸炎の原因は不明のことが多いが、喫煙、脱水、NSAID使用、便秘、経口避妊薬の関与が報告されている。今回の症例は、降圧薬の大量内服が一因である可能性があると考えられた。

## 26 緊急手術の術中内視鏡で診断したアメーバ性大腸炎の一例

<sup>1</sup>岐阜市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>同 外科、<sup>3</sup>同 中検病理  
○渡邊 千晶<sup>1</sup>、小島健太郎<sup>1</sup>、渡邊 諭<sup>1</sup>、渡部 直樹<sup>1</sup>、中島 賢  
憲<sup>1</sup>、鈴木 祐介<sup>1</sup>、小木曾富生<sup>1</sup>、川出 尚史<sup>1</sup>、向井 強<sup>1</sup>、林  
秀樹<sup>1</sup>、杉山 昭彦<sup>1</sup>、西垣 洋一<sup>1</sup>、加藤 則廣<sup>1</sup>、富田 栄一<sup>1</sup>、  
安福 至<sup>2</sup>、山田 誠<sup>2</sup>、田中 卓二<sup>3</sup>

患者は60代男性。平成25年3月中旬からの水様下痢便(2~3行/日)と、4月17日朝からの左下腹部痛を主訴に4月18日に近医外科を受診。高度の炎症反応およびCTにて下行結腸の全周性肥厚を認めため入院となり、同院で施行された下部消化管内視鏡にてCrohn病と診断されたため、精査加療目的に当院に紹介された。ところが、当院で施行した造影CTで腸管の全層性壊死・穿通・腹腔内膿瘍が疑われ、外科との相談の上、術中内視鏡を併用して手術を施行することとなった。内視鏡では白苔・出血などを伴う汚い潰瘍やタコいぼびらんが多発しており、高度の壁浮腫による管腔狭小化や一部穿通部位を認めるなど、多彩な像を呈していた。当初は切除範囲決定目的の大腸内視鏡検査であったが、内視鏡所見よりアメーバ性大腸炎が強く疑われたため、培養結果を待たずに化学療法(メトロニダゾール1.5g/分3)を開始し、救命を得た。大腸全層壊死をきたす劇症型アメーバ性大腸炎は稀ではあるが致死率が極めて高く、手術加療とともに早期からの化学療法が必須であり、一刻も早い診断が望まれる。多彩な内視鏡像を示し、汚い潰瘍を呈する所見を見た際には、アメーバ性大腸炎も考慮に入れて治療にあたるべきと思われるため報告した。



## 27 当科における消化器手術後の抗菌薬関連腸炎の発症の現状と課題

下呂市立金山病院 外科  
○今井 健晴、須原 貴志、古田 智彦

【目的】抗菌薬関連腸炎は、抗菌薬の使用による菌交代現象により起因菌が産生する毒素が引き起こす腸炎の疾患群とされ、偽膜性腸炎やMRSA腸炎などがある。周術期に使用した抗菌薬が原因で発症することも経験し、重篤な経過を辿ることもある。そのため、速やかな診断と治療とともに接触感染予防が必要である。当科における消化器手術後の抗菌薬関連腸炎の発症の現状と課題を報告する。【方法】対象は2013年4月から2014年3月に当科で行った消化器手術の症例50名(予定手術34名、緊急手術16名)。抗菌薬関連腸炎の発症状況を調べ、原因と思われる使用抗菌薬や使用期間、治療方法などを検討した。【成績】50名のうち3名に抗菌薬関連腸炎を認めた。Clostridium difficile腸炎が2名、MRSA腸炎が1名であった。以下この3名について、年齢は平均83.6(80-91)歳、性別は男性1名女性2名、3名とも緊急手術後(上部消化管穿孔1名、下部消化管穿孔2名)であった。原因と思われる使用抗菌薬はカルバペネム系が1名、第2世代セフェム系が2名で、抗菌薬の使用期間は平均7.6(6-10)日であった。3名ともバンコマイシンの内服で治療した。そのうち術前よりClostridium difficileの保菌状態であった1名は長期間の投与が必要であった。【結論】抗菌薬関連腸炎を発生した患者全員が緊急手術を施行した高齢者で、術後の免疫力の低下と抗生剤の長期使用が原因と思われる。3名とも速やかな診断により、遅れることなく治療が可能であった。今後は特に緊急手術において、抗菌薬の選択や使用期間の短縮など、抗菌薬関連腸炎を予防する工夫が必要である。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 28 同一患者におけるモビブレップとムーベンの腸管洗浄力と受容性についての比較検討

<sup>1</sup>市立四日市病院 消化器科、<sup>2</sup>山脇胃腸科  
○山脇 真<sup>1</sup>、山脇 忠晴<sup>2</sup>、前川 直志<sup>1</sup>、矢野 元義<sup>1</sup>

【背景】大腸内視鏡検査の前処置としてポリエチレングリコール製剤は洗浄力が強く有用だが、服用量の多さや味の面で受容性に課題がある。味の素製薬の新製剤であるモビブレップ(以下MOV)は従来の腸管洗浄剤に比べて少ない服用量で十分な洗浄効果があることが確認されている。【目的】同一患者におけるMOVとムーベン(以下MUB)での腸管洗浄力と服用の受容性を比較検討する。【対象】2013年11月～2014年3月の間に当院で大腸内視鏡検査を受け、1ヶ月以内に当院で精査または治療で再検となった27例。【方法】検査前日は昼食から検査食とし、21時にピコスルファートナトリウム液0.75%20mlを内服する。検査当日の腸管洗浄剤は一般検査時はMOVを再検時はMUBとした。服用法はMOVは1Lを1時間で服用後に500mlの水を飲み、MUBは2Lを2時間で服用する。また消泡剤で腸管洗浄剤服用中にジメチコンドロップ10mlを服用する。内視鏡観察に影響する便渣と泡の評価にはBoston Bowel Preparation Scale(以下BBPS)とOverall mucosal visibility(以下OMV)を使用した。BBPSは大腸を盲腸、上行/横行/下行S状結腸、直腸の3部位に分けて便渣や便汁の残留量に応じて各部位を0～3点で採点し、その合計でExcellent(9～8) Good(7～6) Poor(5～3) Inadequate cleansing(2～0点)とする。一方、OMVは全大腸で泡が殆どない(Grade0)泡をきれいにするのに時間を要する(Grade1)泡が多量で観察に影響する(Grade2)の3段階で評価する。全ての検査と採点は同一の内視鏡医が行い、服用の受容性に関しても患者にアンケートした。【成績】性別:男17女10名、年齢:中央値64(平均値62.3)歳で盲腸到達時間:MOV群/MUB群4(5.2)/3(4.9)分、BBPS:7(7.0)/7(7.0)、OMV:0(0.33)/1(0.63)。受容性に関してはMOVの方が内服し易い(3名)、MUBの方が内服し易い(3名)、変わらない(21名)であった。盲腸到達時間、BBPS、OMV、受容性のいずれも2群間に有意な差は認めなかった。【結論】MOVは服用量が1LとMUBの半量にも関わらずMUB全量2Lと比べ洗浄効果は有意に劣っているとは言えず、これは受容性に関しても同様であった。

## 29 大腸内視鏡前処置薬として使用したピコスルファートナトリウムが原因と考えられた虚血性腸炎の一例

静岡市立静岡病院  
○小高健治郎、小柳津竜樹、大野 和也、田中 俊夫、高橋 好朗、濱村 啓介、吉川 恵史、黒石 健吾、近藤 貴浩、諏訪 兼彦、白鳥 安利

症例:80歳代女性。持続する腹痛ならびにCA19-9高値のため、精査目的で当院紹介受診となった。大腸内視鏡検査(以下、CS)が予定され、検査前日にピコスルファートナトリウム75mgを服用したところ、2時間後から腹痛・嘔吐・大量排便が出現した。腹痛が増悪したため当院救急外来受診し、腹部造影CTにて左側結腸の壁肥厚が認められた。その後CSを施行し出血およびS状結腸から下行結腸にかけ広範な暗赤色の粘膜がみられた。経過からCSの前処置薬により生じた虚血性腸炎と診断した。さらに、入院後にはCRP19mg/dlと高値となったため敗血症を生じた可能性が考えられた。一般に虚血性腸炎は血管側因子と腸管側因子のいずれかもしくは両者が関与して生じる疾患とされる。本症例は、主に後者が原因であった可能性が高い。CSの前処置薬による虚血性腸炎は腸管閉塞を来した大腸痛で報告例が認められるが、閉塞起点のない大腸においては稀であり、本症例は貴重と考えられた。若干の文献的考察を交えて報告する。

## 30 大腸内視鏡下に摘出した鞭虫症の1例

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 感染症学講座ウイルス学・寄生虫学分野  
○石田 夏樹<sup>1</sup>、岩岡 泰志<sup>1</sup>、高橋 悟<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、松永英里香<sup>1</sup>、松浦 愛<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>1</sup>、住吉 信一<sup>1</sup>、川村 欣也<sup>1</sup>、吉井 重人<sup>1</sup>、影山富士人<sup>1</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>、記野 秀人<sup>2</sup>

症例はブラジル出身の45歳女性。既往歴に特記すべきことなし。1年半前に来日。検診にて便潜血陽性を指摘され、当科紹介となった。自覚症状なく、腹部理学所見と採血結果に特記なし。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、上行結腸に白色、線状の虫体が粘膜へ刺入固定し、周囲粘膜にやや浮腫状変化を認めた。刺入部側より生検鉗子にて愛護的に把持して虫体を離断することなく摘出した。虫体検査にてヒト鞭虫(*Trichuris trichiura*)の雌成虫と診断した。後に施行した虫卵検査は陰性であったが、虫体の残存の可能性も考慮して駆虫剤メベンダゾール200mg/日、3日間の内服による治療を行った。今回大腸内視鏡にて偶然に発見し、摘出した鞭虫症の1例を経験した。鞭虫症は線虫類、線虫科の人体内寄生虫であり、終戦直後のわが国では寄生虫が蔓延していたが、衛生環境の改善に伴い減少している。しかし近年海外からの国内移住者の増加に伴い増加の兆しがみられており、診療上注意が必要である。若干の文献的考察を加えて報告する。

### 31 潰瘍性大腸炎に対する結腸全摘後の回腸嚢へ浸潤を来し、予後不良であった肛門管扁平上皮癌の1例

岐阜大学 腫瘍外科

○田中 秀治、松橋 延壽、高橋 孝夫、奥村 直樹、兼松 昌子、  
深田 真宏、山田 敦子、棚橋 利行、松井 聡、佐々木義之、  
今井 寿、田中 善宏、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

症例は32歳、男性。18歳で潰瘍性大腸炎(UC)を発症し、23歳時に劇症化したため、他院で結腸全摘術、回腸嚢直腸吻合術を施行した。その後、回腸嚢炎を繰り返し来し内科治療を継続していた。32歳時に貧血を認め、下部消化管内視鏡検査を行ったところ、肛門管から残存直腸、回腸嚢にかけて3型腫瘍を認め扁平上皮癌と診断され当科紹介となった。精査にて肛門管癌の回腸嚢および肛門括約筋への浸潤、側方リンパ節転移が疑われた。UCによる炎症で下血が多く、放射線治療による症状悪化が考えられたため、腹会陰式直腸切断術を施行し、術後25病日に退院となった。病理組織結果はSCC, pAI(外肛門括約筋肉), pN0, pRM1(仙骨剥離面で一部露出)であり、術後化学放射線療法(5FU/MMC療法 40Gy/20fr, 15Gy/6fr 追加照射)を施行した。術後5ヶ月目よりSCCの急激な上昇を認め、精査の結果多発肝転移を認めた。2nd lineとして5-FU/CDDP療法を施行するもPDであり、術後9ヶ月で死亡となった。回腸嚢肛門管吻合術では、残存直腸にcolitic cancerを発症することがある。本症例は、若年者における潰瘍性大腸炎に対して結腸全摘術後に、肛門管癌が発症し回腸嚢まで浸潤し、急激な経過を辿った1例を経験した。非常に稀な症例であり、経過概要および文献的考察を加えて報告する。

## 32 Ball valve 症候群を呈した 90 歳高齢者胃癌の 1 例

市立伊勢総合病院 外科

○武井 英之、岡本 篤之、野田 直哉、伊藤 史人

症例は 90 歳女性。頻回の嘔吐をきたすようになり、症状が持続するため当院内科を受診し、精査・加療目的に入院となった。入院時現症では、腹部は平坦・軟であり、腫瘍等は触知しなかった。ADL は低く、日中もほとんどベッド上で臥床しており、ほぼ寝たきり状態であった。血液検査では、軽度の貧血と低アルブミン血症を認める他は特記事項は認めなかった。CT 所見では胃拡張を認め、胃前庭部から十二指腸下行脚にかけて腫瘍様陰影を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部後壁を主座とする有茎性腫瘍が十二指腸へ重積しており、鉗子で把持するも整復困難であった。その 2 日後に整復を試みるため再度上部消化管内視鏡検査を施行したところ、重積は自然解除されており、腫瘍は胃角部後壁の有茎性の 4-5cm 大 1 型腫瘍であった。生検にて高～中分化型腺癌と診断され、手術を行うこととなり、当科に転科した。手術は胃角部後壁に存在する茎の部分を中心周りにくり抜くように、胃局所切除術を施行した。病理検査所見は、M・後壁、0-1 型、5.8 × 3.6cm、papillary adenocarcinoma、pT1 b、INF b、ly1、v0、pN0、pPM0、pDM0、pStage1A であった。術後経過は良好で、術後 10 日目に退院となった。術後 1 か月目の現在、無再発にて外来経過観察中である。今回我々は、Ball valve 症候群を呈した 90 歳高齢者胃癌の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 34 胃癌大腸転移の 1 例

<sup>1</sup>名古屋市立大学 消化器外科、<sup>2</sup>名古屋市立大学 消化器外科○田中 達也<sup>1</sup>、木村 昌弘<sup>1</sup>、石黒 秀行<sup>1</sup>、若杉 健弘<sup>1</sup>、宮井 博隆<sup>1</sup>、竹山 廣光<sup>1</sup>

胃癌術後 5 年で大腸転移を来した症例を経験したので報告する。症例：63 歳女性。主訴：肛門痛。家族歴に特記すべき事項なし。現病歴：5 年前に前医で胃癌の診断で胃全摘術が行われた。(印環細胞癌 pSS pN1 M0 Stage2) 術後補助化学療法として S-1 を 1 年間に服し、その後再発徴候は無く経過した。術後 5 年目の定期検査で大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸に腫瘍性病変を指摘された。生検で印環細胞癌を認め、胃癌腹膜播種と診断された。化学療法を予定されていたが、当院での加療を希望されて転院となった。血液生化学検査では Hb 10.7g/dl と軽度の貧血を認めた。CEA・CA199 は正常範囲であった。CT 検査では直腸壁内に造影効果のある 2cm 大の腫瘍を認めたが、他に転移を認めなかった。注腸造影検査では Rs に 2cm 大の扁平な隆起性腫瘍を認めた。PET 検査では直腸以外に転移を疑う所見を認めなかった。胃癌限局的腹膜播種又は胃癌直腸転移の診断で開腹術を行った。開腹すると、Ra と S 状結腸にそれぞれ 2cm、1cm の腫瘍を認めた。腹水・腹膜播種・肝転移など転移を認めず、切除可能と判断した。直腸前方切除術を行い 2 個の腫瘍を切除した。切除標本の剖面は両腫瘍とも筋層に中心があった。病理検査で腫瘍はいずれも印環細胞を含む未分化癌で、リンパ節に転移を認めなかった。また、洗浄腹水細胞診も陰性であった。以上の所見から胃癌大腸転移と診断した。S1+シスプラチンの化学療法を行い、術後 7 か月現在再発なく経過している。胃癌再発形式として大腸壁内転移はまれであり、文献的考察を含めて報告する。

## 33 80 歳以上高齢者に対する腹腔鏡胃癌手術成績

藤田保健衛生大学 上部消化管外科

○田中 毅、菊地 健司、古田 晋平、石川 健、石田 善敬、須田 康一、佐藤 誠二、宇山 一朗

【目的】80 歳以上高齢者に対する腹腔鏡胃癌手術成績について検討を行った。【方法】2006 年 4 月～2012 年 12 月に腹腔鏡胃癌手術を施行した 80 歳以上高齢者 102 例の手術成績を retrospective に解析を行った。術後合併症は Clavien-Dindo 分類 Grade2 以上を全身/局所に分類して検討を行った。【結果】背景は年齢 82(80-92)歳、性別 (M/F:74/28 例)、PS(0/1/2/3/4:24/62/10/5/1 例)、ASA(2/3/59/43 例)、併存疾患は 94 例 (92.2%) に認め、内訳は重複を含めて循環器疾患 65 例、内分泌代謝疾患 25 例、呼吸器疾患 18 例、泌尿器疾患 18 例、脳血管障害 16 例、他悪性腫瘍 11 例、慢性肝障害 6 例、精神神経障害 6 例、腎機能障害 4 例であった。術式は幽門側胃切除/胃全摘/噴門側胃切除/残胃全摘：67/20/8/7 例で、手術時間 278.5(152-600)分、出血量 31.5(0-770)g であった。術後在院日数 16(8-128)日、術後合併症は全体で 27 例 (26.5%)、全身合併症 11 例 (肺合併症 9 例/不整脈 3 例/せん妄 2 例)、局所合併症 19 例 (縫合不全 5 例/創感染 5 例/Stasis4 例/膀胱瘻 3 例/腹腔内膿瘍 3 例) を認めた。手術関連死亡は 3 例 (3.0%) 認めた。長期成績については通院困難による打ち切り例が多く、観察期間中央値 23.1 (0.6-95.6)ヶ月、追跡率は 67.6% であった。Stage I(n=58)/II(n=18)/III(n=20)/IV(n=6) の 3 年生存率は 84.6%/51.9%/58.5%/0% であった。他病死は全死 31 例中 11 例 (35.5%) に認めた。【まとめ】80 歳以上の高齢者に対しても腹腔鏡胃癌手術は安全に施行可能であった。高齢者では他病死の risk も高く、全身状態を考慮した安全な胃癌手術が重要であると考えられた。

## 35 十二指腸粘膜下腫瘍に対し手術を施行した 2 例

伊勢赤十字病院

○増田 穂高、山岸 農、早崎 碧泉、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司

【症例 1】64 歳、男性。近医の上部消化管内視鏡検査で十二指腸粘膜下腫瘍を指摘され、当院消化器内科に紹介された。上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に最大径 30mm 大の、正常粘膜に覆われた有茎性腫瘍を認めた。CT で十二指腸下行脚に脂肪を主成分とした境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍は粘膜に覆われ、内部には軟部様吸収値の構造が粘膜に近い部分から中心付近まで認められ、造影にて増強効果を認めた。以上から脂肪肉腫の可能性が考えられ、開腹手術を施行した。十二指腸切開にて有茎性腫瘍を根元にて切除した。断端に腫瘍性変化を認めず、局所切除で手術を終了した。病理組織学的検査では、大きさ 3.7 × 3.0 × 2.5cm の黄色調腫瘍で、十二指腸 Brunner 腺過誤腫と診断された。術後経過は良好で、術後 10 日目に退院となった。

【症例 2】83 歳、男性。労作時息切れを主訴に来院。Hb 4.8 g/dl と貧血を認めた。CT で最大径 60mm 大、内部は軟部様吸収値が高く、脂肪を主成分とする脂肪肉腫による腸重積が疑われた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚に、巾着様の締め付け部分を認め、この部の肛門側に、一部に潰瘍を伴った巨大腫瘍を先進部とする重積を認めた。内科的治療は困難であり、開腹手術を施行した。十二指腸由来と思われるやや白色調の腫瘍が空腸に重積していた。空腸を切開し、腫瘍を茎部で切除した。病理組織学的検査では、大きさ 13.5 × 13.1 × 4.0cm、悪性所見はなく、成熟脂肪組織を認め、十二指腸脂肪腫と診断した。術後経過は良好であり、術後 27 日目に退院となった。十二指腸粘膜下腫瘍の治療法は部位、形態、大きさ、組織型により種々考えられるが、その選択に苦慮することも多い。今回我々は十二指腸粘膜下腫瘍に対し手術を施行した 2 例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

### 36 Roux-en-Y再建例の十二指腸傍乳頭憩室内に発生した腸石 に対して内視鏡的碎石に成功した一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○中村 みき、岩下 拓司、馬淵 正敏、上村 真也、土井 晋平、  
安田 一期、森脇 久隆

【症例】70代女性【主訴】嘔吐腹痛【既往歴】2006年胃癌に対し胃全摘後(Roux-en-Y再建),2013年腹膜播種に伴う横行結腸閉塞に対して横行結腸切除後【現病歴】2013年12月右季肋部痛を認め胆嚢炎、胆管炎を疑われ当科へ紹介【入院時身体所見】熱発なし、眼球結膜黄染あり、腹部は平坦軟、右季肋部圧痛あり、反跳痛筋性防御なし。【入院時検査所見】血液検査ではT-Bil、肝胆道系酵素上昇、炎症反応上昇を認め、腹部CTでは胆嚢は腫大し壁肥厚胆嚢結石を伴い、胆管は軽度拡張、十二指腸傍乳頭憩室内に35mm大の結石と考えられる巨大な層状円形呈する構造を認め下部胆管を圧排していた。【入院後経過】Roux-en-Y再建後であり腹膜播種も認めることから、小腸内視鏡によるERCは困難と判断、胆嚢炎も合併しておりPTGBDを施行した。PTGBD後自覚症状、検査所見は改善、後日のPTGBD造影では総胆管が造影され、下部胆管は壁外性に圧排され狭小していた。PTGBD造影後再度腹痛が出現し、腹部CTでは十二指腸傍乳頭憩室内にあった結石がY脚近くと考えられる部位に移動し輸入脚は肥厚し腫大していた。また採血上も炎症反応が上昇しDICを伴っていた。以上所見から十二指腸傍乳頭憩室内の腸石が移動し、Y脚吻合部に嵌頓、急性輸入脚症候群を来していると考えた。小腸内視鏡を食道小腸吻合部を超えて深部に挿入したところ、Y脚吻合部と考えられる部位に黄色調の結石が嵌頓、その周囲の粘膜は浮腫状であった。生検鉗子で碎石を試みるも不可であり、ERCPカニューラを使用して、結石の脇から輸入脚内へガイドワイヤーを留置。ガイドワイヤー上に採石バルーンを輸入脚内へ挿入し、バルーンと内視鏡の先端で腸石を挟み碎石した。碎石後内視鏡を輸入脚に挿入したところ粘膜面は浮腫状であり全周性にびらんを認めた。処置後、症状、検査所見は改善、PTGBDを後日抜き退院となった。【結語】胃切除・Roux-en-Y再建後に十二指腸傍乳頭憩室内腸石により閉塞性黄疸を、その後結石が移動し急性輸入脚閉塞症を来し内視鏡的腸石除去に成功した症例を経験した。その臨床経過は興味深く若干の文献的考察も含め報告する。

### 37 原発胃癌の食道転移の一例

藤田保健衛生大学 消化管内科

○河村 知彦、石塚 隆充、柴田 知行、吉田 大、大森 崇史、  
堀口 徳之、城代 康貴、角 一弥、市川裕一郎、生野 浩和、  
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64歳男性。慢性腎不全にて近医通院中、嚥下困難にて上部消化管内視鏡検査を施行したところ食道に潰瘍性病変を指摘され当院紹介となった。当院上部消化管内視鏡検査にて門歯より30～40cmの後壁主体に半周性の2型病変を認めた。また胃前庭部後壁に径3cm大の比較的深い潰瘍を伴った2型腫瘍を認め、生検にてどちらも低分化型腺癌と診断された。入院後の全身検索の結果、縦隔内および胃小弯側のリンパ節転移とS状結腸、右副腎、右肋骨、右臀部、左眼窩に遠隔転移を認めた。腎機能が悪いため胃癌に対してweekly PTX、食道癌に対しては放射線照射にて治療を予定した。まず食道と左前額部の転移性腫瘍に対して放射線照射を行った。続けてPTXを開始したが発熱、意識消失、呼吸困難が出現し中止しS1単独投与に変更した。その後も発熱はしばらく継続していたが、明らかな感染は認められず腫瘍熱と考え、経過を見たところ徐々に改善した。左前額部腫瘍は縮小し一旦退院した。外来検査中に起立性低血圧あり緊急入院し、緊急上部消化管内視鏡にて胃癌からの出血を認めた為、止血を行った。また食道では放射線照射部位に狭窄を認めたため、入院後食道ステント留置し食事摂取可能となった。ステント留置後9日目に血圧低下、頻脈、黒色便あり点滴、酸素投与など施行したが改善なく同日死亡。死後病理解剖にて食道腺癌と胃前庭部癌の組織学的精査を行い、原発の同定や転移様式についての考察を試みた。



## 38 胃癌、肝転移手術後3ヶ月で出現した限局性脂肪肝の一例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

○重吉 到、伊藤 誠二、三澤 一成、伊藤 友一、小森 康司、安部 哲也、千田 嘉毅、木村 賢哉、木下 敬史、植村 則久、夏目 誠治、川合 亮佑、浅野 智成、川上 次郎、筒山 将之、岩田 至紀、倉橋真太郎、清水 泰博

【症例】49歳男性 【病歴】食後違和感、背部痛を主訴に某年4月に近医を受診。上部消化管内視鏡にて胃体上部大彎側後壁に3型進行癌を認め、CTでは肝内側区域に転移性腫瘍を認めた。S1+CDDP2コースを施行後、6月末に胃全摘、肝部分切除を施行。術後補助化学療法としてS1+CDDP2コースの後、S1内服治療を行っていたが、10月初旬のCTで肝内側区域辺縁に低吸収域の出現を認めた。造影効果は判然としないうものの転移性腫瘍を念頭に置いた精査目的にEOB造影MRI検査を施行。同部位はT2強調画像で淡い低信号域、T1 out of phaseで低信号域となった。また肝細胞相では周囲と等信号であった。また、PET-CTで同部位での糖代謝亢進は認めなかった。結果、CTで認めた低吸収域は脂肪成分が主であり、癌の転移は否定的と考えられた。その後2ヶ月毎に2度CT検査を再検したが、目立った腫瘍径の変化は認めない。【考察】肝S4に認められた低吸収域は、限局性脂肪肝と考えられた。限局性脂肪肝の原因として門脈主幹外静脈脈流に伴う肝内特定部位の脂肪化が知られている。これは胃、十二指腸から血流を集める肝十二指腸間膜内の静脈叢（以下PVS）を元に説明がされている。通常門脈主幹に合流するPVSが稀に肝門部周辺領域の実質に直接流入することがある。この場合、胃切除に伴う右胃静脈処理により肝十二指腸静脈からの還流が相対的に増加、インスリンの脂肪異化抑制作用により限局性脂肪化が起こると考えられている。肝内側区域の背側部は限局性の低脂肪化や脂肪化が生じやすいと言われているが、画像上転移性悪性腫瘍との鑑別を要する。本症例でも肝転移に伴う胃癌術後間もないことから当初転移を疑った。複数のモダリティを用いた画像精査、特にMRI所見より偽病変と考えて経過観察している。【結語】胃切除後CTで肝門部周囲の単発腫瘍像を認めた場合には、限局性脂肪肝も念頭に置き、造影MRIを含めた精査が必要と考えた。

## 40 陥凹型から隆起型へと形態変化を示した未分化型胃癌の1例

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

○杉江 岳彦<sup>1</sup>、高橋 裕司<sup>1</sup>、小川 恵吾<sup>1</sup>、松下 知路<sup>1</sup>、伊藤陽一郎<sup>1</sup>、名倉 一夫<sup>1</sup>、栃井 航也<sup>2</sup>、後藤 裕夫<sup>3</sup>

【緒言】今回、我々は経過観察中に陥凹型から隆起型へと形態変化を示した未分化型胃癌の1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【既往歴】高血圧、慢性心不全、心房細動【臨床経過】平成24年11月中旬より黒色便が出現したため11月下旬に近医を受診、精査目的に当科へ紹介受診となった。来院時、意識清明でありバイタルサインは正常。Hb10.0と軽度の貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体下部大弯に周堤を伴った潰瘍を確認した。抗凝固薬内服中であり生検は施行しなかった。観察時点では明らかな出血を認めなかったものの、同病変からの出血が貧血、黒色便の原因となっていた可能性が高いと考えられたため精査、加療目的に入院となった。抗凝固薬は入院日より内服中止、貧血の進行を認めず全身状態良好なため第8病日に退院となった。第45病日に上部消化管内視鏡検査を再検したところ胃体下部大弯の潰瘍性病変は表皮層の脱落と発赤を伴った粘膜炎腫瘍様の隆起性病変へと形態変化していた。短期間での急激な形態変化であり悪性腫瘍の可能性も否定できないことから生検施行したが確定診断には至らなかった。第65病日に超音波内視鏡検査を施行し第3層の肥厚を認めた。第4層は保たれていた。良性疾患とは考えにくいことから第98病日に検査兼治療目的に胃粘膜下層剥離術を施行、病変への局所注射にて腫瘍の中心部分がリフトアップしないため剥離は困難と判断し粘膜炎下層剥離術は中止となった。この際、改めて生検施行し低分化型腺癌の結果を得た。手術適応と判断されたため第155病日に幽門側胃切除を施行された。なお胃十二指腸吻合部において術後狭窄を来したため第178病日に内視鏡的バルーン拡張術を施行した。【結語】比較的、短期間の間に明らかな形態変化を示した未分化型胃癌の1例を経験した。貴重な症例と考察したため報告した。

## 39 巨大腫瘍を形成し急速な増大を呈した胃原発GISTの1例

1 遠山病院 外科、2 遠山病院 内科、3 深谷胃腸科外科、4 豊田クリ

ニック ○重盛 恒彦<sup>1</sup>、加藤 俊夫<sup>1</sup>、毛利 智美<sup>1</sup>、伊藤 佳之<sup>1</sup>、岡 聖子<sup>2</sup>、日浅 厚則<sup>2</sup>、井本 一郎<sup>2</sup>、深谷 良<sup>3</sup>、入山 拓平<sup>4</sup>

症例は71歳の男性で、主訴は上腹部不快感である。現病歴では、2013年12月頃から上腹部膨満感があり、2014年2月18日に当院を受診し、腹部エコーで、上腹部を占拠する腫瘍を指摘された。同日の造影CT検査で、肝下面で上腹部の大部分を占め、不均一に濃染される長径180mmの充実性腫瘍が明らかになり、精査加療目的で入院となった。既往歴に特記事項はない。入院時腹部理学的所有が、腹部はやや膨満し上腹部広範に平滑な無痛性腫瘍を触れた。入院時血液検査では、軽度の大球性貧血があり、CRP2.956と炎症反応を認めたが、肝腎機能、腫瘍マーカーに異常はなかった。胃内視鏡検査では、胃体上部後壁に3~4cmの境界不明瞭で丈の低い粘膜炎腫瘍様の隆起を認めたが、胃内腔への発育は軽度で他にも著変はなかった。造影MRI検査では、細胞密度が疎な部分や高い領域、壊死様領域が混在する腫瘍を示した。腹部血管造影では、腫瘍は多血性で、左胃動脈及び脾動脈から分枝する血管で栄養されており、胃原発の腫瘍が考えられた。入院後、腫瘍は日増しに増大し、2月18日のCT横断面で、長径180mmから3月5日では210mm、前額断面で、178mmから224mmと2週間で急速な発育を示した。以上から、腫瘍の大部分が胃壁外に発育した胃原発粘膜炎下腫瘍、特にGISTを疑い、2014年3月6日に手術を行った。開腹所見で、腫瘍は小網腔から胃大弯全体に強固な癒着を生じながら下方へ進展し、一部囊胞状となり、易出血性でもよく、噴門小弯側では手拳大の比較的硬い充実性腫瘍を形成していた。囊胞形成部で所見が破綻したが、胃全摘、脾摘を行い、腫瘍を一塊として摘出した。腫瘍径は23x22cmで、摘出標本重量は2100gだった。切除標本は、胃体上部小弯から連続性に壁外に大きく発育した充実性腫瘍で、病理組織像では、SMA(-)、S100(-)、CD34(+), c-Kit (+)、20以上/50HPFで核分裂が見られ、高リスクのGISTとされた。郭清したリンパ節に転移はなかった。術後経過は順調で術後4週目に退院し、外来でイマチニブを投与する予定である。巨大腫瘍を形成した胃GISTについて文献的考察を加えて報告する。

## 41 急速に増悪した胃未分化癌と考えられる一例

豊橋市民病院 消化器内科

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

【はじめに】胃癌はその組織型の大部分が腺癌であり、早期癌として発見された場合、経過は比較的緩徐である。今回我々は急速に増悪した胃未分化癌と考えられる一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】70歳代男性【主訴】嘔吐【既往歴】大動脈弓離断症、腔管癒合不全、高血圧症、アルコール性肝障害、早期胃癌、狭心症【生活歴】喫煙：20本/日×46年(66歳で禁煙)、飲酒：焼酎1合/日【現病歴】2008年前庭部前壁の早期胃癌にESDを施行し、病理組織学的検査では、20mm大、0-IIc, moderately differentiated adenocarcinoma, SMI, int, INFb, UL(+), ly(+), v(-), HMO, VM0の結果であった。本来追加外科切除が必須であるが、大動脈弓離断症や狭心症のため耐術不可と判断された。以降外来にて経過観察とし、血液検査・EGD・CECTを施行していたが、明らかな再発徴候なく経過していた。2013年4月に施行したEGDで前庭部小弯に0-IIc早期胃癌を疑う病変を認めたが、生検にて悪性所見を認めず経過観察の方針とした。しばらくして食不振・低血糖症状が出現するようになった。10月に施行したEGDで前庭部小弯に巨大な2型進行胃癌を、CECTで所属リンパ節転移を認めた。HE染色では壊死型を伴う類円形の異型細胞の密な集塊がみられ、角化や腺管形成など一定の構造は全く示さず、免疫組織学的検査ではcytokeratin・EMA・ビメンチンのみ陽性で、未分化癌に合致する所見であった。外来精査を進めている最中に衰弱が進み、11月下旬心窩部痛・嘔吐・黒色便を主訴に救急外来を受診し、Hb 4.6 g/dLと著明な貧血を認めたため緊急入院となった。【入院後経過】緊急EGDでは明らかな出血を認めず保存的治療を続けた。入院時のCTで1ヵ月前にはみられなかった多発肝転移を認めた。急速に全身状態が悪化し、12月中旬に原病死定された。【考察】胃癌の中で腺癌以外の組織型、特に未分化癌は稀である。定義上手術検体以外で未分化癌と診断するのは困難であるが、本症例では未分化癌に合致する生検像を得た上、通常の胃癌と異なり急速に増悪しており、胃未分化癌の稀な症例と考えられた。

#### 42 胃悪性リンパ腫寛解後、同部位に発症した3型胃癌の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○増井 雄一、奥村 大志、小高健治郎、白鳥 安利、堀谷 俊介、  
諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵志、大野 和也、  
濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津竜樹

今回我々は胃角部小弯に発症した胃悪性リンパ腫 (Diffuse large B cell lymphoma、以下 DLBCL) に対して化学療法を行い、寛解を確認した後1年半で、DLBCLと同じ部位に3型進行癌を発症した症例を経験したので報告する。【症例】79歳、男性【既往歴】3年前より前立腺癌経過観察中。【主訴】貧血、心窩部不快【現病歴】2010年3月頃より上腹部不快感出現。そのため近医より紹介で2010年4月当科受診。内視鏡を行い胃角部小弯から前庭部後壁にかけ潰瘍を有する腫瘍を認めた。また腹腔内リンパ節腫大を認め、胃生検でDLBCLを診断した。臨床病期II期であった。そのためリツキサン+THO-COP療法を施行し、2011年10月には胃内視鏡では潰瘍瘢痕の所見で、PET-CTでは核種集積を認めず、DLBCL寛解を確認した。その後、2013年3月より心窩部不快感出現、徐々に増悪し2013年6月Hb5台と高度貧血を認めたため入院精査。2013年6月内視鏡を施行し、胃角部小弯に3型進行癌を認めた。生検ではtub2～porであった。癌は十二指腸に浸潤し、通過障害をきたしたため胃空腸吻合を施行したがその際腹膜播種を確認した。臨床病期はT4N0H0P1M0、StageIVであった。その後、胃癌に対しS1+CDDPから、S1+バクリタキセルを現在継続中である。【考察】本症例は胃角部小弯に生じたDLBCLに対し学療法を行い、寛解を確認した。その1年8ヶ月後に悪性リンパ腫と同じ部位に、3型進行癌を発症し、胃癌は十二指腸に浸潤し、癌性腹膜炎を併発した。本症例は胃癌として急速な進行でありDLBCL治療後であることが原因の1つと思われた。今回若干の文献的考察を加え報告する。

#### 43 続発性後腹膜線維症を呈した胃癌術後再発の1例

名古屋セントラル病院 消化器内科

○山田 弘武、石川 嶺、山内 浩揮、黒部 拓也、長谷川恒輔、  
小宮山琢真、安藤 伸浩、川島 靖浩

【症例】患者50歳、女性【既往歴】5年2ヶ月前に胃体中部後壁、0-IIc早期胃癌にて腹腔鏡下幽門側胃切除術D2郭清を受けている。病理所見はM, Post, Type 0-IIc, por, pT1b(SM), INFa, ly0, v0 N0, pPM0, pDM0, stageIAであった。【現病歴】2013年12月より側腹部痛、食欲低下があり、当院を受診した。単純CTでは脾尾部の軽度腫大があり、上部内視鏡ではB-I再建術後胃で特に異常所見はなかった。2014年1月症状が持続し、再度当院を受診した。【現症】意識清明。腹部平坦軟。両側腹部に軽度圧痛あり。【経過】血液検査では炎症所見なく、CEA、CA19.9など正常であった。腹部骨盤造影CT：脾体尾部が腫大し、脾背側から傍大動脈領域に造影不良な低吸収域が連続し、内部に血管が貫通していた。左水腎症がみられた。腸間膜内に多発リンパ節腫大を認めた。ダグラス窩に腹水を認めた。Gd-MRI：脾背側から傍大動脈領域はT1で低、T2で淡い高信号を示し、造影で経時的に濃染した。PET：脾体尾部、脾背側から傍大動脈領域に淡い集積を認めた。EUSは残胃から距離があり描出不良であった。IgG, IgG4は正常であった。特発性後腹膜線維症、悪性リンパ腫、胃癌再発などが疑われたが確定に至らず、診断目的に開腹生検が行われた。開腹では明らかな腹膜播種はみられず、骨盤腔内に混濁した腹水が150mlあり細胞診に提出された。小腸腸間膜内に弾性軟のリンパ腫大を多数認め、組織検査に出された。尿管付近は組織全体が硬化していた。細胞診でClass V, 組織診でmetastatic adenocarcinoma(por)と診断された。【考察】悪性腫瘍が原因の後腹膜線維症は約8%とまれである。また、stage IA早期胃癌術後5年以上が経過しての発症であり、鑑別診断に苦慮し、開腹生検を要した。今回、胃癌術後再発による後腹膜線維症の1例を経験したため報告する。



## 44 一部に癌化を伴った集簇性の胃過形成性ポリープを内視鏡的に切除した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  
○奥野のぞみ<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、吉田 司<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、佐藤 高光<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、堤 英治<sup>1</sup>、興儀 竜治<sup>1</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

【はじめに】胃過形成性ポリープは、良性ポリープの中でも頻度が高く日常診療で経験する機会が多い。今回我々は貧血を契機に一部に癌化を伴った集簇性の過形成性ポリープを内視鏡的に切除した症例を経験したので報告する。

【症例】70歳代 女性

【既往歴】子宮後屈・帝王切開・腸閉塞

【臨床経過】2013年4月に下腿浮腫を自覚し、近医を受診された。Hb6mg/dlの鉄欠乏性貧血を認め、上部消化管内視鏡検査を施行され、胃前庭部から幽門部前壁に発赤調の山田III～IV型ポリープが集簇している病変を認め、2013年6月精査および加療目的に当院紹介受診となった。

上部消化管内視鏡検査で、同部および十二指腸球部に逸脱する発赤調のポリープが集簇した病変を認め、生検でhyperplastic polypの他に、一部でadenocarcinoma in adenomaと診断された。広範な病変であるため外科的切除を勧めたが、前回の腹部手術で頻回に腸閉塞となった既往があり、外科的切除は希望されず、内視鏡的治療を行うこととなった。ヘリコバクター・ピロリ(Hp)が陽性であったため、除菌後に内視鏡治療(ESDおよびEMR)を施行した。切除標本では、過形成性ポリープを背景に一部で高分化型腺癌を認め、0-I+IIa(tub1 M ly0 v0 HMX VM0)の診断であった。多分割切除となったため、水平断端の評価は困難であったが、経過は順調で狭窄症状もなく貧血は改善し新たな病変を認めていない。

【考察】消化管ポリポーシスを呈する症候群の病態の一つとして胃ポリポーシスは知られているが、孤立性の集簇した過形成性ポリープの報告は稀である。Hp感染症、高ガストリン血症、臓器移植後の免疫抑制剤や幼少期からのPPI(proton pump inhibitors)の使用が過形成性ポリープの増大に関与するという報告もあるが、本例ではHp感染、高ガストリン血症が該当した。治療として内視鏡的な多分割切除となったが、現在のところ良好な経過が得られている。今後も再発の可能性があり、定期的な経過観察が必要と思われる。

## 46 当院の胃癌におけるヘリコバクター・ピロリ感染率の検討

<sup>1</sup>大垣市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>大垣市民病院 放射線科  
○伊藤 隆徳<sup>1</sup>、熊田 卓<sup>1</sup>、桐山 勢生<sup>1</sup>、谷川 誠<sup>1</sup>、久永 康宏<sup>1</sup>、豊田 秀徳<sup>1</sup>、金森 明<sup>1</sup>、北畠 秀介<sup>1</sup>、多田 俊史<sup>1</sup>、長谷川綾平<sup>1</sup>、颯田 祐介<sup>1</sup>、横山 晋也<sup>1</sup>、田中 達也<sup>1</sup>、杉山 由晃<sup>1</sup>

【背景】2013年になりヘリコバクター・ピロリ(Hp)除菌適応としてHp陽性胃炎が新たに追加された。胃癌のほとんどはHp感染に関連していると考えられており、今後はHp感染率の低下、また除菌対象拡大により胃癌は大幅に減少すると考えられている。そこで今回われわれは当院における胃癌におけるHp陽性率の検討を行った。【方法】対象は2006年1月～2012年7月までの間に、当院にて内視鏡的に胃癌と診断され、かつHp検査が施行された400例である。感染の有無は迅速ウレアーゼ検査(培養法併用)・血中抗体法・便中抗原検査・尿素呼吸試験によって判定を行い、いずれかが陽性となった場合はHp陽性とした。また過去除菌歴のある例は除外した。Hp陰性例に関しては2種類以上の検査で陰性を確認し、内視鏡的に粘膜萎縮の有無と病理学的に腸上皮化生の有無を評価しそれらを認めないものをHp陰性胃癌と判定しその頻度を算出した。【結果】年齢の中央値は69歳(19-90)、男性299例・女性101例であった。治療に関しては内視鏡治療:159例、手術:198例、その他:43例であり、病理に関しては分化型胃癌が300例(75%)であった。Hp陽性例は385例(96.3%)であり、15例(3.7%)は前術した2種類以上の検査で陰性を確認したが、その中で7例は検査時プロトンポンプインヒビター使用を行っており、偽陰性である可能性も考えられた。内視鏡所見を再検討してみると15例中13例で背景胃粘膜の萎縮が認められ、萎縮が認められなかった2例中の1例を含む13例で病理所見にて腸上皮化生を認めた。つまり真のHp陰性胃癌は400例中1例のみ(0.25%)であった。【結論】当院の胃癌におけるHp感染率をretrospectiveに検討したところHp検査陽性例は385/400例(96.3%)であったが、背景胃粘膜に萎縮がなくかつ病理学的に腸上皮化生を認めないHp陰性胃癌は1/400例(0.25%)のみであった。Hp除菌を早期に行うことで胃癌発症のリスクを下げることに繋がると考えられるが、今後は除菌後胃癌や稀ではあるがHp陰性胃癌の存在も念頭に置いた患者教育が必要となる。

## 45 胃過形成性ポリープのフォロー中に胃型胃腺腫と確定診断された一例

刈谷豊田総合病院 内科  
○池上 脩二、坂巻 一磨、濱島 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、大橋 彩子、鈴木 孝弘、井本 正巳、伊藤 誠

【症例】76歳、男性【既往歴】糖尿病、高血圧、脂質異常症、前立腺癌術後【病歴】2011年2月、健診目的で施行した上部消化管内視鏡検査(以下EGD)にて噴門部大弯前壁寄りに直径1cm程度の山田II型の胃隆起性病変を認め、生検の病理結果はGroup1であり、以降過形成性ポリープとしてフォローされていた。2014年2月のフォローEGDでは、腫瘍径増大はなかったが、前回より緊満感が強く、生検でGroup2となったため、3月5日に拡大内視鏡検査を施行した。腫瘍の形態は小分葉状で軟らかい印象であった。NBI併用観察では表面の微小血管は腺管をまたぎnetwork形成を認めるが、ところどころ腺管構造が不明瞭化し、血管も螺旋状に認められる部位もあった。腺管構造も全体に不整であり、癌化を強く疑う所見と考えられた。SM深部浸潤を強く疑う所見には乏しく癌としても深達度Mと考えられ、生検では再検でもGroup2であったが、診断及び治療目的でESD適応と判断した。入院の上、3月18日に胃ESDを施行した。問題なく一括で切除を行い、特に合併症無く経過良好であり、第10病日に退院となった。病理組織結果は、癌と断定できるほどの異型性は認められず、Tubular adenoma, gastric typeと診断された。切除断端は陰性であった。病理組織所見は、大小の管状腺管が密に増生し、融合腺管や不規則な分岐などの構造異型が部分的に認められた。核は円形で軽度腫大していたが、核異型は軽度であった。粘膜筋板に近い部位では、腺窩上皮や胃底腺、幽門腺の嚢胞状の過形成性増殖もみられた。今回、過形成性ポリープのフォロー中、癌化が疑われ、胃ESDにて胃型胃腺腫と診断された一例を経験したため、若干の文献的考察を加え、報告する。

## 47 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行後に発生した胃過形成性ポリープの2例

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

【はじめに】本邦にてESDは広く普及しているが、切除部瘢痕に隆起性病変が発生する例は報告が少なく、切除部瘢痕の隆起性病変が遺残再発病変であるかの鑑別は重要である。今回胃ESD後瘢痕部に過形成性ポリープが発生した症例を2例報告する。

【症例1】60歳代、男性。貧血にて上部消化管内視鏡を行い胃がんと診断され紹介。既往歴はフォンレックリングハウゼン病、心房細動、十二指腸GIST、高血圧症。胃角部大弯後壁に肉眼型0-2c病変の早期胃癌に対しESDにて一括切除した。病理組織所見は高分化腺癌で粘膜に局限していた。2か月後の上部消化管内視鏡にて瘢痕部に肉芽の形成を認め、その後も肉芽は増大し1年3か月後に再度ESDを施行し一括切除を行った。病理組織所見は過形成性ポリープであった。ESD前にHelicobacter pylori除菌を試みたが成功せず、術後2次除菌を行い成功した。

【症例2】70歳代、女性。胃腺腫に対してESD後の瘢痕部ポリープに関して紹介。既往歴はくも膜下出血、高血圧症、脂質代謝異常。前庭部大弯の胃腺腫を内視鏡的粘膜下層切開剥離術を施行。1年後の上部消化管内視鏡にて瘢痕部に過形成性ポリープが発生し、更に2年後の再検で増大傾向にあり当院紹介受診となった。ball valve syndromeになって幽門に陥頓しており、嘔吐はないが幽門閉塞の可能性あるため内視鏡的切除を進めたが本人は拒否。半年後の再検で増大傾向にあり内視鏡的粘膜切除術(EMR)を行った。病理組織所見は過形成性ポリープであった。Helicobacter pylori除菌に関しては2次除菌まで行ったが成功せず、その後2年間再発なく経過している。

【考察】ESD後瘢痕部の肉芽形成の要因に関してL領域に有意に多いとの報告や、Helicobacter pylori感染や酸分泌抑制剤の関与も報告されている。

【結語】今回ESD後瘢痕部に過形成性ポリープが発生した2例を経験したので若干の文献的考察を踏まえて報告する。

#### 48 当院にて経験した Epstein-Barr virus 関連胃癌の 2 例

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

【はじめに】 Epstein-Barr virus (EBV) 関連胃癌は本邦の胃癌の約 10% を占める予後の比較的良好な疾患とされている。今回当院で経験した EBV 関連胃癌 2 例について報告する。症例 1：57 歳男性、健診の胃透視で異常を指摘されたため上部消化管内視鏡を施行したところ胃体下部大彎に 25mm 大の 1 型腫瘍が認められた。組織生検ではマルトリンパ腫の疑いとなり、再検査したところ Gastric carcinoma with lymphoid stroma (tub2), Group 5, Cytokeratin (AE1/AE3) 陽性, CAM5.2 陽性, EBER-ISH 陽性の結果であった。幽門側胃切除、D2 リンパ節隔清、Roux-Y 法再建を施行した。術後病理検査では pT2bN0MX, Stage I B の診断で、豊富なリンパ球浸潤を伴う Cytokeratin (AE1/AE3) 陽性, EBER-ISH 陽性の腫瘍細胞が認められた。症例 2：67 歳男性、吐血のため施行した上部消化管内視鏡で胃体下部後壁に出血性胃潰瘍を認めた。組織生検では adenocarcinoma, Group 5 (tub1) であった。幽門側胃切除、D2 リンパ節隔清, Bill-I 法再建施行した。術後病理検査では pT2 (MP) pN0MX, Stage I B の診断で腫瘍細胞のほぼ全体で EBER-ISH 陽性となった。【考察】 症例 1 は肉眼形態からリンパ球浸潤癌を鑑別に挙げる事が出来たと思われるが、症例 2 は肉眼形態から非 EBV 胃癌との鑑別が困難であったと考えられる。【結語】 EBV 関連胃癌の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 49 腸管狭窄を来した前上臍十二指腸動脈瘤破裂の 1 例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科  
 ○中西 和久、山川 慶洋、尾関 智紀、稲垣 佑祐、山下 宏章、  
 小島 尚代、平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

症例は 48 歳男性。主訴は右側腹部痛、嘔吐。平成 25 年 12 月頃より、右側腹部痛、嘔吐繰り返すため、当院紹介受診となった。腹部造影 CT 施行したところ、前上臍十二指腸動脈に瘤状構造を認め、右上腹部前腎傍腔に一致して淡い低吸収域が存在したため、前上臍十二指腸動脈瘤破裂による腹腔内出血が疑われた。血管造影を行い、前上臍十二指腸動脈瘤破裂と診断した。腹腔動脈起始部は正中弓状靭帯による圧排があり、正中弓状靭帯症候群が疑われた。動脈瘤はコイルを用い、塞栓術を施行した。入院後の第 4 病日の腹部造影 CT で、再出血の所見なく、血腫の縮小傾向が認められたが、胃の著明な拡張と液体貯留があり、血腫による十二指腸圧迫が疑われた。上部消化管内視鏡検査ではスコープの通過は可能であったが、上十二指腸角～下行脚にかけての粘膜は浮腫状で、ガストログラフィンを用いて造影を行うと、下行脚の拡張不良が認められた。経鼻胃管による減圧と中心静脈栄養を行った。第 12 病日の造影 CT では胃の拡張と液体貯留は軽快していたが、肝彎曲の壁肥厚像とそれより口側の小腸の拡張・液体貯留を認めた。悪性腫瘍による狭窄否定のため、下部消化管内視鏡検査施行したが、肝彎曲より口側の粘膜は浮腫状であり、スコープの通過は困難で内腔は確認できなかった。血腫縮小後も通過障害の改善乏しく、保存的治療では狭窄の改善は困難と判断した。外科手術を検討したが、患者の経口摂取への強い希望があったため、腸閉塞のリスク等十分なインフォームド・コンセントを行った上で、食事を開始。食事開始後は腹部単純 X 線写真でイレウス所見なく、第 61 病日に行った注腸においても肝彎曲部の狭窄は改善していた。その後の経過は良好で、食事量増量しても理学的所見等増悪なく、手術を行うことなく退院となった。今回、我々は臍十二指腸動脈瘤破裂に伴う腸管狭窄を来したが、保存的に軽快した 1 例を経験したので報告する。

## 50 脾動脈瘤破裂に対し経カテーテル的動脈塞栓術 (TAE) 施行後、十二指腸狭窄を来した一例

大垣市民病院 消化器内科

○横山 晋也、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、長谷川綾平、伊藤 隆徳、颯田 祐介、田中 達也、杉山 由晃

【患者】41歳男性。【臨床経過】某年8/21夕方から心窩部痛を自覚。他院受診した。CTにて十二指腸水平脚周囲に液体貯留あり保存的加療目的で入院となった。翌日ショック状態となりCTを再検査すると十二指腸水平脚に動脈瘤破裂を疑う所見あり。同日当院に救急搬送となった。血圧113/59mmHg、脈拍70/分、体温37.7℃。眼瞼結膜に貧血軽度あり、黄疸は認めなかった。腹部平坦、軟、圧痛を認めなかった。WBC15880/ $\mu$ l、RBC316<sup>1</sup>04/ $\mu$ l、Hb10.0g/dl、PLT20.4<sup>1</sup>04/ $\mu$ l、総ビリルビン0.6mg/dl、AST/ALT15/21IU/l、ALP170IU/l、 $\gamma$ GTP97IU、BUN/Cr16.7/0.77mg/dl、CRP0.84mg/l、ダイナミックCTで脾十二指腸動脈末梢に動脈瘤形成、腹腔動脈起始部に高度狭窄を認めた。緊急血管造影検査を施行したところ、動脈瘤には後下脾動脈と前下脾動脈の2本が流入していると判明し、コイルによりTAEを行った。術後経過良好で第9病日退院。第10病日より反復性嘔吐あり第13病日再診となった。CTにて腫脹形成による十二指腸水平脚狭窄を認め、保存的加療目的で再入院となった。その後狭窄は徐々に改善し、第43病日経口摂取再開するも、血腫は縮小傾向で嘔吐は見られず、第55病日退院となった。以後無症状で外来経過観察中である。【考察】脾十二指腸動脈瘤の腹腔内動脈瘤全体に占める割合は低い。今回脾十二指腸動脈瘤にTAEを施行し、十二指腸狭窄を来した稀な症例を経験したので報告する。

## 52 胃、十二指腸、小腸に虚血性病変を認めるも保存的に改善した門脈ガス血症の1例

<sup>1</sup>木沢記念病院 消化器科、<sup>2</sup>木沢記念病院 病理診断センター○杉山 誠治<sup>1</sup>、吉田 健作<sup>1</sup>、足立 広和<sup>1</sup>、中川 貴之<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>1</sup>、松永 研吾<sup>2</sup>、山田 鉄也<sup>2</sup>

【症例】81歳、男性。平成26年1月7日に茶色で水様の嘔吐を、9日に精査・加療目的で当科紹介となった。現症では、腹部は平坦・軟で、圧痛は認めなかった。血液検査ではHb12.6g/dlと軽度の貧血、WBC10390/mm<sup>3</sup>、CRP9.63mg/dlと炎症反応の上昇、およびCPK1661IU/lと高CPK血症を認めた。腹部単純CTでは、胃前庭部の浮腫状の壁肥厚、胃小弯側の脂肪織濃度上昇、門脈内ガスを認めた。腸管虚血を疑い約2時間後に腹部造影CTを施行したところ、右下腹部の小腸に壁内ガスを認めたが、門脈内ガスは消退傾向であった。主要血管に明らかな血栓は認めず、壁の造影増強効果は認められた。GIFでは、食道にびらんおよび白色顆粒状付着物を認め、胃は体部から前庭部の大弯にかけて黒色から暗紫色に変色した虚血を疑う粘膜を広範に認めた。また、十二指腸球部から下行部にもびらんを広範に認めた。胃体部大弯からの生検では粘膜表層の壊死が強いが、炎症像に乏しく、虚血が疑われた。以上より胃、十二指腸、小腸の虚血性疾患に伴う門脈ガス血症と診断した。腹部症状の訴えがほとんどないこと、2時間後の造影CTにて門脈ガスが消退傾向にあったことから、保存的に経過観察する方針とした。絶飲食、補液、オメプラゾール静注、CTX2g/dayにて治療を開始した。第3病日の血液検査ではWBC9370/mm<sup>3</sup>、CRP9.6mg/dl、CPK352IU/lと改善傾向であった。第7病日より経口摂取を再開した。経口摂取再開後も腹部症状は認めなかった。第17病日にGIFを施行したところ、胃体部から前庭部の前壁から大弯にかけて、巨大な潰瘍を認めた。潰瘍辺縁から生検を行なったところ、浮腫と好中球の混在した中等度の炎症を有する粘膜を認めた。第32病日に腹部造影CTを撮影したところ胃壁肥厚は改善しており、門脈内ガス、小腸壁内ガスも消失していた。その後も経過良好で第34病日に退院となった。【結論】胃、十二指腸、小腸に虚血性病変を認めるも保存的に改善した門脈ガス血症の1例を経験した。保存的治療により治癒する門脈ガス血症の症例報告が散見され、文献にて考察し、報告する。

## 51 黒色便を契機に発見された十二指腸水平脚憩室穿孔の一例

JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 内科

○本田 晴久、寺倉 大志、華井 頼子、尾辻健太郎、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹、砂川 祐輝、勝木 竜介、吉田 滋、仲田 和彦、井上総一郎

【症例】81歳女性【既往歴】腰椎固定術【現病歴】2012年5月、前日からの腹痛と黒色便を主訴に独歩で当院救急外来受診。【現症】血圧147/113mmHg、脈拍117回/分、意識清明。眼球結膜貧血なし。腹部平坦軟、心窩部に圧痛あり、反跳痛無し。直腸診にて黒色便を認める。【検査所見】WBC9700/ $\mu$ l、Hb14.4g/dl、CRP13.89mg/dl。【経過】上部消化管出血の疑いにて入院、翌日上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸下行脚まで観察するも胃内にびらん、小潰瘍を認めるのみで明らかな出血源は指摘出来ず。腹部CTを施行したところfree air及び十二指腸水平脚近傍から肝下面にかけて脂肪織濃度上昇と鏡面像を伴う液体貯留を認め、十二指腸水平脚穿孔及び穿孔に伴う後腹膜膿瘍の診断にて緊急開腹手術施行。十二指腸水平脚は単発憩室を認め、同部位にて穿孔を来していた。摘出標本では、憩室部は筋層を欠いており、仮性憩室の穿孔と診断した。【考察】十二指腸水平・憩室・穿孔をキーワードに医学中央雑誌にて1983年から2014年まで検索した所、16例の報告が得られた。平均年齢70.8歳、性別比男性3:女性14、憩室穿孔の原因特定に至った例は3例のみであり、黒色便を主訴としたのは自験例のみであった。診断にはCTでの後腹膜膿瘍像が有用と報告されており、自験例を含めた17例中11例がCTにて確定診断に至っていた。【結語】黒色便を契機に発見された、十二指腸水平脚憩室穿孔の1例を経験した。十二指腸水平脚憩室穿孔は稀な疾患であるが、高齢者の消化管穿孔の鑑別として念頭に置き、診療にあたる必要があると考えられる。

## 53 ステロイド投与により良好な経過をとった Cronkheite-Canada 症候群の一例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

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

【症例】40歳代女性【現病歴】1日10行以上の下痢が1カ月以上続くが改善を認めず、味覚障害、脱毛、少量の血便も出現するようになったため当科受診となった。身体所見では白色舌、著明な脱毛、爪甲変形を認めた。腹部症状は認めなかった。血液検査ではAlb3.1g/dlと低下していたが、炎症反応の上昇は認めなかった。消化管内視鏡検査施行したところ、胃では幽門側を中心に粘膜の浮腫を伴った発赤調ポリープの集簇を認めた。大腸では胃と同様の粘膜変化が直腸から全結腸にかけて認められ、一部囊胞性変化を伴っていた。生検病理所見では、囊胞状に拡張した陰窩を含む再生性過形成陰窩と、炎症細胞の浸潤を認めた。臨床所見、内視鏡所見、病理所見にてCronkheite-Canada症候群と判断した。【経過】当科入院とし、中心静脈栄養を行いながらステロイド投与をPSL50mg/dayから開始し、徐々に漸減した。第5病日頃から下痢症状緩和し、第15病日食欲回復につき中心静脈栄養を終了した。PSL30mg/dayとし第17病日に退院とし、外来にて経過を観察した。入院当初Alb2.9g/dlであったが、Alb3.6g/dlまで改善した。脱毛、味覚異常は3カ月で改善傾向となった。爪甲異常などの皮膚症状も経過観察のみで改善した。内視鏡所見についても改善を認めた。退院後1年でステロイド休止し、再燃なく経過観察を継続している。【考察】Cronkheite-Canada症候群は比較的稀な疾患であり、診断基準はまだ確立されていないが、死亡例の報告もある重篤な原因不明の疾患である。治療方針としては栄養療法とステロイドの投与による改善の報告が多く見られ、その他にも免疫抑制剤や、外科的切除などの治療法が報告されている。今回臨床症状、内視鏡所見、病理所見のいずれも本症例に典型的な所見を認め、中心静脈栄養とステロイド投与により症状改善した一例を経験したため若干の考察を加えて報告する。



## 54 再発を繰り返し治療に難渋した上腸間膜動脈症候群の一例

トヨタ記念病院 消化器科

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

【患者】72歳、女性【主訴】発熱、嘔吐【既往歴】卵巣腫瘍、両側付属器摘出術。術後上腸間膜動脈(SMA)症候群、アルツハイマー型認知症【現病歴】数ヶ月前より認知症が進行し、寝たきりに近い状態となった。前日微熱、嘔吐を認めた。再度嘔吐し意識レベル低下認めた当院救急外来を受診し入院。【現症】153cm、36.3kg。BT37.5℃、BP111/76mmHg、HR128/min、RR24/min、SpO<sub>2</sub>94%。意識：GCSE4V2M5 腹部やや膨隆、やや硬、圧痛点不明だが触診で手を動かす。【検査結果】WBC3200/ $\mu$ l、Hb128g/dl、Alb4.2g/dl、BUN26mg/dl、CRP1.7mg/dl。胸部CT：肺野に浸潤影。腹部CT：胃から十二指腸水平部までの著明な拡張を認めた。大動脈-上腸間膜動脈の角度は9°であった。2日目に内視鏡下で造影を行うと十二指腸水平部に直線的断裂像を認めSMA症候群と診断した。【経過】肺炎に対しては抗生剤治療を行った。経鼻胃管を留置し補液した。7日目肺炎が改善し、嚥下機能良好であり食事摂取開始。手術治療についても検討したが、高リスクと判断された。9日目に再度嘔吐を認め、腹部CTでSMA症候群の再々発と診断した。11日目に高カロリー輸液を開始。18日目に十二指腸ステント挿入。19日目Xpでステントの逸脱を認めたが症状の再発はなかった。嚥下機能は低下しており、その後もIVHによる栄養管理を継続し47日目に転院となった。【考察】SMA症候群は比較的稀な腸管閉塞であり、十二指腸の水平脚がSMAと大動脈と脊椎に圧迫され通過障害をきたす疾患である。比較的若い痩せ型の女性に多いとされるが高齢者も存在する。本症例は認知症によるADL、栄養の低下と手術が原因と考えられた。手術治療も有効と考えられるが、今後高齢化に伴い手術不能な症例の増加が考えられる。ステント留置を行う際には、脱落の防止のために、通常より口側に留置を行うなどの工夫が必要かもしれない。さらに口径の大きなステントや生分解性ステントの開発も望まれる。【結語】再発を繰り返し治療に難渋したSMA症候群の一例を経験した。

## 55 胃ESDの内視鏡診断・治療・病理診断を行える内視鏡医の効率的な育成方法

市立四日市病院 消化器科

○三輪田哲郎、山脇 真、小林 新、前川 直志、矢野 元義

【背景】胃ESDは急速に普及しており一般的な処置と思われがちである。しかし手技のみならず内視鏡診断から病理診断まで自立して行える内視鏡医は多くない。【目的】年間約150件のESDを行っている当院で独自の育成システム(Step up and Back up system)を用いた胃ESD研修をしたスタッフの成績から育成方法を検証する。【対象】卒後5年目のスタッフ1名がH23年9月から18ヶ月間に行った早期癌または腺腫の58病変。【研修方法】資格は上部消化管内視鏡検査1000件以上/確実な狙撃生検/正確な範囲診断能で、この3条件を満たした研修生はESD350例(食道/胃/大腸:30/200/120)経験卒後9年目の上級医とマンツーマンで研修を進める。STEP1:10例のESD術前精査内視鏡を行い治療戦略をたてる。同症例ESDの介助をして、疑問点について上級医とディスカッションを行う。STEP2:前庭部病変で周囲切開までを上級医が行い、剥離と焼灼のみを3例行う。STEP3:豚胃の仮想病変でESDを3病変行う。以上3STEPを終えた時点で本格的なESD研修となる。まず前庭部病変を3例経験後に体部病変へステップアップする。上級医は研修生が1~2週間に1病変以上の治療に携われるよう治療困難例を除き対象を絞らないよう症例を選別する。術中上級医師は研修生をバックアップし、偶発症を未然に防ぐ。治療後に研修生は自身のDVD動画を繰り返し見直して反省点を検討し、上級医にフィードバックを図る。なお切除した病変は研修生自ら貼付けと切り出しを行い病理診断を自分なりにつける。【成績】男/女:47/11人、年齢中央値:74歳、病変局在(U/M/L:4/20/34)、腫瘍長径中央値:全体20(前半30例:16/後半28例:23)mm、術時間:60(60/57)分、穿孔率:2(0/4)%,一括切除率:92(87/96)%,後出血率:5(0/11)%,上級医の手替わり:10(13/7)%。【考察】上級医が常に交代可能な体制をとる事で初期の治療成績低下が回避できた。症例を絞り込まない事で研修生はコンスタントに治療に携わり勘が鈍らず術前計画と術後見直しを行うことで短時間で安全・確実な治療が行え効率的な研修である。発表当日は記載出来なかった統計学的考察も提示したいと考えている。

## 56 Bevacizumab 投与中に胆管瘻を合併した難治性十二指腸潰瘍の一例

<sup>1</sup>岐阜県厚生連 岐阜北厚生病院 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜県厚生連 岐阜厚生病院 外科

○堀部 陽平<sup>1</sup>、奥野 充<sup>1</sup>、大野 智彦<sup>1</sup>、後藤 尚絵<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、岩間みどり<sup>1</sup>、山内 治<sup>1</sup>、齋藤公志郎<sup>1</sup>、鷹尾 千佳<sup>2</sup>、田中 秀典<sup>2</sup>、高橋 治海<sup>2</sup>、石原 和浩<sup>2</sup>

症例は65歳女性。56歳で乳がん罹りし、当院外科にて手術、放射線治療、化学療法を受けていた。Bevacizumabは64歳時から開始され、9コースが終了したところであった。当科受診の半年程前から、心窩部痛に対しNSAIDsが開始されていた。今回、下血後の一過性意識消失で救急搬送され、上部消化管出血の疑いで当科紹介。上部消化管内視鏡検査にて、出血性十二指腸潰瘍と診断し、絶食、PPI投与を開始した。その後は再出血なく経過し、第6病日に潰瘍の縮小を確認し食事を再開した。しかし、第8病日に再び下血、血圧低下をきたし、緊急上部消化管内視鏡検査にて同部位からの再出血を認め止血処置を施行した。また潰瘍底からの胆汁の流出が観察され、十二指腸胆管瘻が疑われたため、第10病日に内視鏡的逆行性胆管造影を施行。十二指腸球部と、中部胆管での瘻孔を認め、胆汁の潰瘍への流入が難治性潰瘍の原因となっていると考え、総胆管にtubestentを留置した。留置後に再出血は認めず、第17病日の上部内視鏡検査で潰瘍の縮小、露出血管の消失を確認し食事を再開、退院となった。1ヵ月後の上部内視鏡検査で潰瘍は癒痕化しており、3ヵ月後の内視鏡的逆行性胆管造影で胆管stentを抜去し、瘻孔の閉鎖を確認した。Bevacizumabは、進行・再発の結腸癌、肺癌、乳癌において有効性が報告されているVEGF(血管内皮細胞増殖因子)に対する分子標的薬で、一般的な抗癌剤にみられる消化器症状や骨髄抑制などの副作用の頻度は少ないが、血圧上昇、鼻出血、創傷治癒遅延などの特異的な副作用があることが知られており、さらに、消化管穿孔、瘻孔形成、血栓症など、重篤な副作用も報告されている。本症例はNSAIDsによる十二指腸の粘膜障害にBevacizumabによる影響が加わり、潰瘍の創傷治癒遅延が胆管瘻の形成を引き起こし、潰瘍底に胆汁が排泄されることにより難治性十二指腸潰瘍を起こしたと考えられた。Bevacizumab投与の中止、胆管stent留置による瘻孔への胆汁流出の減少が、潰瘍の治癒を促進し瘻孔の閉鎖が可能であった。本症例はBevacizumab投与による稀な合併症と考えられ、大変貴重と思われるここに報告する。

## 58 貧血・黒色便で発見された4歳女児胃潰瘍の一例

小牧市民病院

○古川 陽子、宮田 章弘、平井 孝典、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、永井慎太郎、濱崎 元伸、神田 恵介、大野 敏行

【背景】小児胃潰瘍は稀ではあるが、近年成人同様にピロリ菌感染の増加とともに症例数が増加しており、貧血を見た際には鑑別の一つとなり得る。我々は貧血、鼻出血で発見された小児胃潰瘍の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】4歳女児【既往】なし【内服歴】なし【周囲喫煙歴】なし【現病歴】平成25年6月14日、午前中から機嫌不良となり、午後顔色不良認めた。翌日、悪寒、黒色吐物を嘔吐し、近医受診し、RBC224万/μl、Hb68g/dlと著明貧血を認め、消化管出血疑いで当院紹介となった。【入院時現症】BP:109/65mmHg、HR:126bpm、腹部所見：平坦、軟、圧痛(-)、反跳痛(-)、眼結膜蒼白であった。冷感もなく、明らかな外傷・皮下出血は認めなかった。【経過】消化管出血を疑い緊急上部内視鏡検査を施行したところ、胃角部にA1Stageの胃潰瘍を認めた。観察時、出血は認められず、露出血管もなく、トロンピン散布して終了した。貧血に対しては比較的全身状態が保たれていたため輸血は施行せず、PPI及び鉄剤内服による保存的治療で順調に改善した。入院後の検査では、腹部エコーは異常なく、ガストリン:300pg/ml、尿、血液ピロリ抗体陰性、生検でもピロリ陰性、悪性所見も認めなかった。4ヵ月後のGIF再検では、潰瘍は癒痕化を呈し、PPI内服中止後のUBTは陰性であり、ガストリンも正常範囲内であった。【考察】小児胃潰瘍の主な原因としてピロリ菌感染が挙げられるが、患者は生検、尿、血液検査でもピロリ陰性であった。NSAIDsの内服既往はなく、ガストリンも正常範囲内であった。NSAIDs潰瘍、ガストリン分泌異常も否定的であり、本人の性格が神経質であることから、ストレス潰瘍の可能性も示唆された。

## 57 胃結腸瘻を来した胃潰瘍の1例

安城東生病院 消化器内科

○後藤 克修、東堀 諒、鶴留 一誠、脇田 重徳、三浦真之介、岡田 昭久、馬瀧 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

症例は60歳代、男性。2012年1月より食欲不振・嘔吐あり、2012年2月下旬当院受診。CTにて胃角部の陥凹性病変と前庭部の壁肥厚・内腔狭小あり、通過障害による口側の胃の著明な拡張を認めるため同日入院となる。胃潰瘍を指摘されていたが、無治療であった。上部消化管内視鏡検査で胃角部小彎に潰瘍を認め、潰瘍内には中心陥凹を伴う粘膜隆起が残存していた。中心陥凹より胃内への糞便の流入を認め、胃結腸瘻と診断し、上部消化管造影検査と下部消化管造影検査でも胃角部小彎と横行結腸の瘻孔が確認された。潰瘍周囲から生検を行ったが悪性所見は得られず、良性胃潰瘍による胃結腸瘻と診断し、絶食、中心静脈栄養、酸分泌抑制剤の投与、胃管留置による保存的治療を行った。胃管からの排液が便汁様から胆汁様に変化し、排液量も200~300mlと減少したため、第18病日より経管栄養を開始したが、胃管からの排液が増加し、経口摂取は断念した。第21病日の上部消化管内視鏡検査で潰瘍は治癒傾向を示すものの、瘻孔の閉鎖を認めず、待機手術の方針とした。第43病日の上部消化管内視鏡検査で潰瘍はさらに縮小し、瘻孔も閉鎖したものの、幽門狭窄による通過障害が危惧されるため、予定通り第46病日に幽門側胃切除および横行結腸部分切除術を行った。切除標本の病理組織診断はUL-IVの胃潰瘍の所見であり、悪性所見は認めなかった。胃結腸瘻は悪性腫瘍や胃空腸吻合術後の合併症として報告されることは多いが、良性胃潰瘍を原因とする報告は少ない。今回我々は胃潰瘍の横行結腸への穿通により生じたと考えられる胃結腸瘻の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。

## 59 内視鏡治療でなくては救命できなかった穿孔を伴った出血性胃潰瘍の一例

市立四日市病院 消化器科

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

【背景・目的】穿孔を伴った出血性消化性潰瘍では内視鏡治療は視野不良なことや気腹・腹膜炎増悪の危険性から手術治療が選択される場合が多い。しかし患者の全身状態が既存の場合では手術治療が困難な場合がある。【目的】手術を含め既存の治療法では対処できない危機的状態にある穿孔を伴った出血性胃潰瘍に対してOvesco Endoscopy社製Over the Scope Clip(以下OTSC)システムを用いて穿孔部を閉鎖後に止血術を行い患者を救命する。【方法】OTSCシステムはキャップに鉸口様の大型クリップが装填されており、EVLを要する穿孔部を周囲組織ごとキャップ内に吸引後クリップを押しこめ縫縮閉鎖する。【症例】アルコール性肝硬変で通院中に上腹部痛と意識障害で救急搬送された。CTで上腹部にFree airと血性腹水を認め、上部消化管穿孔が疑われた。3度の肝性昏睡と出血による血圧低下および血管内脱水による強度の腎不全を認め、外科に手術困難と判断され保存的治療が選択された。経鼻胃管挿入による胃内減圧と輸血と抗生剤およびアミノ酸製剤点滴を行っていたが、胃管からの多量の出血に抗生剤に伴って血圧低下が進行した。救命目的で患者家族に十分なインフォームドコンセントのもと緊急内視鏡検査を行った。内視鏡で胃体下部後壁に長径1cmの穿孔を有する出血性潰瘍を認め、潰瘍部からの拍動性出血と胃拡張不良から視野不良で露出血管は同定困難だったが、穿孔部の胃壁深層の動脈が出血源と思われた。【結果】同症例に対しOTSCを用いて穿孔閉鎖を行ったところ同時に止血も得られたため、追加で止血は行わなかった。術後内視鏡で再出血とクリップの逸脱や縫縮部の血行障害を透視で腹腔内への造影剤の漏出がないことから穿孔閉鎖と永久止血が得られたと判断した。退院後もピロリ除菌とPPI内服で2年経過した現在も健在で外来通院されている。【考察】OTSCシステムはクリップが大きく把持力が強く広い範囲で筋層以深の引き込みが可能で、確実に穿孔部を閉鎖すると同時に出血源である筋層の穿通動脈もクリップ内に引き込むことで止血にも効果的であったと考える。

## 60 好酸球浸潤を伴う十二指腸潰瘍に好酸球性食道炎を合併した男児の一例

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>岐阜県総合医療センター臨床検査部

○松浦 加奈<sup>1</sup>、山崎 健路<sup>1</sup>、水谷 拓<sup>1</sup>、丸田 明範<sup>1</sup>、杉山 智彦<sup>1</sup>、若山 孝英<sup>1</sup>、山内 貴裕<sup>1</sup>、佐藤 寛之<sup>1</sup>、安藤 暢洋<sup>1</sup>、岩田 圭介<sup>1</sup>、芋瀬 基明<sup>1</sup>、清水 省吾<sup>1</sup>、杉原 潤一<sup>1</sup>、天野 和雄<sup>2</sup>

【症例】10代男児【既往歴】3歳から8歳まで気管支喘息。食物アレルギーの既往はなし。【現病歴】2012年より下痢、便秘を繰り返すようになり、2013年5月から腹痛が出現し当院小児科を受診。同年6月、吐血、黒色便のため救急外来を受診。貧血を指摘され当科紹介となった。【現症】眼瞼結膜の貧血、心窩部に軽度圧痛あり。【検査所見】Hb4.8g/dlと高度の貧血を認める。末梢血好酸球の増加は認めず。【経過】緊急上部消化管内視鏡検査を施行。上十二指腸角前壁側に深ぼれ潰瘍を認めた。各種検査にてH.pylori感染は認めなかった。球部の浮腫状変化及び変形が強く、下行部への内視鏡挿入は不可能であった。同日小児科に入院。絶食、補液管理としPPI製剤の投与開始。しかし緩徐に貧血の進行あり第7病日に内視鏡検査を再検、十二指腸潰瘍に出血を伴う露出血管を認め止血術を施行した。第11病日に潰瘍が改善傾向にあることを確認し第17病日退院となった。同年11月より再度腹痛を認め、貧血も進行したため、12月に内視鏡検査を再検。十二指腸潰瘍の再発を認め、潰瘍辺縁より生検施行したところ、粘膜固有層への20/HPF以上の著明な好酸球浸潤を認めた。食道には好酸球性食道炎に特徴的とされる縦走溝、多発輪状溝を認め、生検では食道重層扁平上皮内に20/HPF以上の好酸球の著明な浸潤を認めた。好酸球浸潤を伴う十二指腸潰瘍、好酸球性食道炎と診断。PSL15mg/日を内服開始、漸減し2014年2月に終了したが、同年3月の内視鏡検査で潰瘍は治癒した。以後、経過観察中である。【結語】好酸球浸潤を伴う十二指腸潰瘍に好酸球性食道炎を合併した比較的特な一例を経験した。H.pylori陰性の難治性潰瘍を認める症例では、好酸球性消化管疾患を鑑別に挙げ生検を積極的に施行する事が診断・治療につながる。

## 61 十二指腸憩室出血の一例

藤田保健衛生大学 消化器内科

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

症例は60代女性。SLE、高血圧にて当院リウマチ内科に通院中であった。既往歴として緑内障、右変形性膝関節症、脊柱管狭窄症あり。内服薬としてアスピリン、EPA製剤、アザチオプリン、PSL 2mgを投与されていた。それまで下血の既往は無かったが、今回、普通排便後、新鮮血便を2回認めたため当院時間外を受診した。腹痛はなく直腸診では新鮮血の付着を認めたが痔核や腫瘤は触知しなかった。体温 36.3℃、血圧 100/55 mmHg、脈拍 55/分、整。血液検査所見では1ヵ月前の採血と比較しHb15.2→10.2 g/dlと貧血の進行を認め、下部消化管出血を疑い緊急下部消化管内視鏡検査が施行された。回腸末端まで挿入したが観察範囲内には出血源は認められなかった。しかし回腸壁に新鮮血の付着を認めたため十二指腸又は小腸の出血を疑い、緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。同検査では食道、胃には出血源を認めなかったが十二指腸水平脚に新鮮血の存在を確認し、深部挿入したところ十二指腸水平脚に憩室を認め同部位からの活動性出血を認めた。クリッピング1ヵ所施行し止血を確認しトロンビン2万単位散布し検査を終了し緊急入院となった。入院後は血便なく貧血も改善した。経過観察目的の上部消化管内視鏡検査でも十二指腸憩室から出血は認められず。上部消化管造影検査で空腸途中まで確認するも十二指腸憩室以外に粗大病変は認めなく、経過良好にて第8病日退院となった。十二指腸憩室出血に関して若干の文献的考察を交え報告する。



## 62 von Recklinghausen 病に合併した十二指腸カルチノイドの1切除例

<sup>1</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 肝胆膵・がん集学的治療学講座、<sup>2</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学講座、<sup>3</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 がん先端医療開発学講座  
○松井 聡<sup>1</sup>、長田 真二<sup>1</sup>、今井 寿<sup>2</sup>、佐々木義之<sup>2</sup>、田中 秀治<sup>2</sup>、深田 真宏<sup>2</sup>、兼松 昌子<sup>2</sup>、山田 敦子<sup>2</sup>、棚橋 利行<sup>2</sup>、田中 善宏<sup>2</sup>、松橋 延壽<sup>3</sup>、奥村 直樹<sup>2</sup>、高橋 孝夫<sup>2</sup>、山口 和也<sup>2</sup>、吉田 和弘<sup>2</sup>

【諸言】 von Recklinghausen (VR) 病は約 3000 人に一人の頻度で発症し、皮膚に多発する神経線維腫などを特徴とする常染色体優性遺伝疾患であり、癌以外にもカルチノイドなど非上皮性腫瘍を合併することがある。  
【症例】 57 歳、女性、父親が VR 病。20 歳より全身皮下に小皮下結節を自覚していた。2013 年 1 月頃より上腹部痛があるため近医受診し Hb 6.6g/dL の貧血を指摘、精査目的にて当院内科へ紹介。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に潰瘍痕跡と乳頭部付近の頂上陥凹を伴った隆起性病変、十二指腸造影検査にて主乳頭から 3.9mm 口側に径 15.5mm の平滑な陰影欠損を指摘され、超音波内視鏡検査により同腫瘍は副乳頭部に 1/4 周性の 15mm 程度の粘膜下病変として描出された。生検の結果、上皮直下に異型細胞巣の増殖がみられ、免疫染色では chromogranin A、synaptophysin、AE1/AE3、S100 がいずれも陽性で十二指腸カルチノイドと診断された。造影 CT 検査では病変は 2cm にわたる 8mm 厚の壁肥厚として際と密に接していたが、明らかなリンパ節転移の所見はみられなかった。同年 10 月に開腹し、腫瘍局在部位とリンパ節転移の可能性を懸念し、D2 リンパ節郭清を伴う瘻頭十二指腸切除術を施行した。手術時間は 4 時間 56 分、出血量 120ml で、経過に問題なく第 21 病日に退院となった。摘出標本の病理所見では、十二指腸全層～瘻周囲に小型類円形核を有する腫瘍細胞が胞巣～巣状あるいはリンパ管に増殖し、chromogranin A、synaptophysin、CD56 はいずれも陽性で、MIB-1 index は 2% 以下、核分裂像 0-1 個/10HPH で、n+(No.17b に 1 個)にて、十二指腸カルチノイド：WHO 分類の NET Grade1 と最終診断した。【考察】 十二指腸カルチノイドは通常球部に発生し乳頭部には全消化管例の 1% 程度である一方で、VR 病に合併するものは乳頭部に多く高率にリンパ節転移をきたすことが特徴としてあげられているため瘻頭十二指腸切除術が選択されるとされている。本邦報告 13 例とともに本疾患の特徴につき、文献的考察を加え報告する。

## 64 早期胃癌に併発した早期胃内分泌細胞癌の一例

<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>名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部、<sup>3</sup>名古屋大学医学部付属病院 化学療法部  
○浅井 裕充<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、松坂 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>、大林 友彦<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、前田 修<sup>3</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

【症例】 60 歳代、男性 【主訴】 検診異常 【既往歴】 糖尿病、高血圧、胃潰瘍、穿孔性腹膜炎 【現病歴】 検診目的の上部消化管造影検査 (UGI) にて胃体下部小彎に集束像が指摘され、前医で上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行。胃角部前壁に早期胃癌を認め、精査・加療目的に当院へ紹介となった。【現症】 身体所見は特記すべき異常を認めず。採血は軽度肝障害と HbA1c 軽度上昇を認めた。【臨床経過】 当院での EGD では、胃角部前壁に 0-IIc 病変 (病変 1) を認め生検で腺癌 (tub1/tub2) の病理診断であった。胃体下部小彎後壁寄りにも 0-IIc 病変 (病変 2) を認め、生検で腺癌成分と小細胞癌または神経内分泌細胞癌の混在を疑う所見であった。超音波内視鏡検査及び UGI にて粘膜下層浸潤と診断し外科手術を選択した。当院外科にて腹腔鏡下幽門胃切除術を施行。術後病理診断は、病変 1 は高分化型腺癌、pT1a(m) であり、病変 2 は Endocrine carcinoma (small cell carcinoma) > tub1、pT1b(sm2)、pN2、pStagIIA であった。病理所見では上皮から粘膜固有層浅層に高分化型腺癌、粘膜固有層深層に内分泌細胞癌が存在し、脈管侵襲とリンパ節転移巣は内分泌細胞癌成分であった。【考察】 内分泌細胞癌は、胃癌全体の 0.6% 程度と稀であるが、急速な発育態と早期から脈管侵襲を来すことから予後不良とされ、進行癌の状態で見られることも多いとされている。また本症例では腺癌成分の混在を認めていたことより WHO 分類 (2010 年) では腺内分泌癌 (MANEC: mixed adenoneuroendocrine carcinoma) と分類される。医中誌での検索では早期胃内分泌細胞癌の報告例は散見するが早期胃癌に併発した例は少ない。今回我々は早期胃癌に併発した早期胃内分泌細胞癌の 1 例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

## 63 多発性胃カルチノイドに早期胃癌が併存した 1 例

<sup>1</sup>大垣徳洲会病院 外科、<sup>2</sup>大垣徳洲会病院 消化器内科、<sup>3</sup>下川病院 理研究所  
○天岡 望<sup>1</sup>、小島 則昭<sup>1</sup>、大下 裕夫<sup>1</sup>、種村 廣巳<sup>1</sup>、鈴木 雅雄<sup>2</sup>、下川 邦泰<sup>3</sup>

【はじめに】 多発性胃カルチノイドは A 型胃炎を伴っていることが多い。近年 A 型胃炎はカルチノイドと腺癌に共通する発生母地として注目されている。今回我々は、A 型胃炎を背景とした多発性胃カルチノイドに併存した早期胃癌の 1 例を経験した。【症例】 70 才、女性。主訴：嘔気・嘔吐、つかえ感、上腹部痛、食欲不振、体重減少。現病歴：嘔吐などのため前医を受診。上部消化管内視鏡検査で胃体上部前壁に径 12mm の隆起性病変を認め、生検で胃カルチノイドと診断された。1 か月後に当院消化器内科を紹介受診した。初診時、顔面紅潮・下痢・喘息様発作などのカルチノイド症状は認めなかった。血液検査では、ガストリンが 10.470 と異常高値、CEA は 5.8 と軽度上昇していた。当院で行った上部消化管内視鏡再検査では、胃体上部前壁に、径 12mm の中心陥凹をもつ腫瘍など、3 個の目立つ隆起を認めた。またこの 3 個以外に、胃穹隆部から胃体中部に径 1-2mm の微小小皮下腫瘍が多数存在しており、多発性 (びまん性) 胃カルチノイドと診断した。カルチノイドとは別に、胃体下部後壁に径 10mm のやや白色調の結節状隆起を認め、拡大内視鏡で、IIa 型粘膜内癌と診断した。以上から、1) 高ガストリン血症を伴う多発性胃カルチノイド (最大径 12mm) に併存した、2) 早期胃癌: M-Post, 0-IIa 型、径 10mm、T1a (M)。と診断し、腹腔鏡下胃全摘術 (D1) を施行した。病理組織診断の結果は、1) 多発性胃カルチノイド (pSM2)。2) 高分化型管状腺癌 (pM・pN0/26)、また幽門腺の萎縮がむしろ軽度であるのに胃底腺が高度に萎縮を示す A 型胃炎の像、さらに萎縮の著明な粘膜固有層深層には endocrine cell micronests (ECM) が散見された。【結語】 A 型胃炎はカルチノイドと腺癌に共通する発生母地とされているが、カルチノイドと腺癌の併存例の報告は少ない。今回我々は、術前に多発性胃カルチノイドに併存した早期胃癌と診断し、腹腔鏡下手術を行った症例を経験したので報告する。

## 65 集学的治療を行った転移性十二指腸 NET の一例

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、奥藤 舞、橋口 裕樹

【症例】 50 歳代女性。【既往歴】 特記すべきなし。【現病歴】 2009 年 12 月スクリーニングの上部内視鏡検査にて十二指腸球部前壁に隆起性病変を認めた。超音波内視鏡検査では第 3 層を主座とする 16 × 8mm の内部均一な低エコー腫瘍として描出された。前年に施行された上部内視鏡検査では認められなかった病変であったため、悪性腫瘍を疑い当院外科にて局所切除が施行された。病理組織学的検索にて chromogranin A 陽性、Ki-67 陽性細胞は約 10% で、Neuroendocrine tumor (NET) G2 と診断した。腫瘍は取り切れており脈管侵襲も認めなかったことから、追加治療は行わず経過観察の方針となった。2012 年 9 月黒色便があり、上部内視鏡検査にて胃潰瘍を認めた。同時に施行した腹部 CT 検査にて肝に多発する腫瘍性病変を認め、精査加療目的に入院となった。【治療経過】 肝腫瘍生検にて NET と診断、十二指腸 NET の肝転移と考え、2012 年 11 月よりサンドスタチン LAR による治療を開始した。2013 年 3 月の CT 検査にて肝腫瘍の増大を認めたため、TACE を行った。同年 7 月からアフィニートルの投与を開始した。2014 年 1 月の CT 検査では、一部の肝腫瘍は縮小するもメインの腫瘍はさらに増大を認めたため、3 月に TACE を追加した。今後はサンドスタチン LAR およびアフィニートルによる治療を継続するとともに、増大する肝腫瘍については適宜 TACE を追加していく方針である。【まとめ】 転移性十二指腸 NET に対してサンドスタチン LAR および各種抗悪性腫瘍剤が治療に用いられるが、有効性に乏しいのが現状である。今回われわれは集学的治療を行う腫瘍のコントロールを行った症例を経験したので報告する。本症例が十二指腸 NET に対する治療を考える上で参考になれば幸いである。

66 vitB12欠乏による貧血を契機に発見されたA型胃炎に伴う胃カルチノイドの一例

小牧市民病院

○武内 温子、宮田 章弘、平井 孝典、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】消化管内分泌細胞腫瘍は悪性上皮性腫瘍の特殊型として胃カルチノイド腫瘍と胃内分泌細胞癌とに大別される。胃カルチノイド腫瘍のWHO分類は2010年に改訂され、neuroendocrine tumor, grade 1 (NET G1)とneuroendocrine tumor, grade 2に分類されることになった。今回我々はNET G1の一例を経験したので報告する。【症例】61歳女性【主訴】倦怠感、食欲不振【既往歴、内服歴】特記事項なし【現病歴】2012年よりふらつきを自覚。2013年7月より倦怠感、食欲不振あり。2013年9月21日近医受診し、衰弱、眼瞼結膜貧血、眼球結膜黄疸を認めたため、同日当院紹介受診。高度貧血を認め、精査目的に入院となった。【入院時現症】BT37℃、BP108/70 mm Hg、HR94/min【経過】血液検査にてHb6.8 g/dl、MCV128 fl、vitB12 < 50 pg/dlとvitB12欠乏に伴う貧血と、抗胃壁抗体20倍、ガストリン> 3000 pg/mlと異常高値を認めた。2013年10月2日上部消化管内視鏡検査にて、穹隆部から胃体部にかけて胃粘膜の萎縮を認め、A型胃炎と診断した。胃体部から前庭部に多発する1s型の隆起性病変を認めた。隆起性病変は病理組織学的には腺管の間に好酸性を帯びた胞体に類円形核をもった小型の細胞が結節、胞巣を形成していた。免疫染色では、CAM5.2、クロモグラフィンA、シナプトフィジン、CD56は陽性であり、MIB-1陽性細胞は少数であったため、WHO分類により胃カルチノイドNET G1と診断した。vitB12点滴により貧血は改善され、退院となった。胃切除も考慮される状態であったが、患者の意向もあり、現在経過観察中である。【考察】胃カルチノイドは成因により3群に分類されるが、本症例は慢性萎縮性胃炎に伴うType1であった。治療方針はGilliganらが提唱するものや、National Comprehensive Cancer Networkが提唱するもの等が挙げられるが、血中ガストリン濃度、個数、サイズ等によって、経過観察、内視鏡的治療、胃切除から方針が選択される。【結語】貧血を契機に発見されたA型胃炎に伴う胃カルチノイドの一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

67 胆嚢炎にて発症した十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○廣瀬 崇、廣瀬 崇、松原 浩、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、竹山 友章、鈴木 博貴、芳川 昌功、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田恵美子、岡村 正造

【背景】十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍(NET)は比較的稀な疾患である。十二指腸NETはNET全体の4%を占め、十二指腸乳頭部NETはさらに少なく、十二指腸NETのうちの8%とされている。十二指腸乳頭部NETの臨床的特徴は、十二指腸NETと比較し、発見時にはリンパ節転移や遠隔転移を有している割合が有意に高く、分化度も低い腫瘍が多いため、予後の悪い疾患であると報告されている。今回我々は胆嚢炎にて発症した十二指腸乳頭部NETの1例を経験したので報告する。【症例】30歳代、男性【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒、喫煙歴なし【現病歴】発熱、嘔吐、上腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。腹部超音波検査、造影CT検査(CE-CT)で胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚を認め胆嚢炎の診断で入院となった。【来院時現症】意識清明、血圧116/68mmHg、脈拍111bpm、体温37.6℃、腹部所見 rebound(+), defence(+), tapping pain(+)【血液生化学検査】WBC 20280/ $\mu$ L、AST 36U/L、ALT 224U/L、総ビリルビン 2.6mg/dL、CRP 16.74mg/dL【入院後経過】入院時のCE-CTでは急性胆嚢炎とともに、十二指腸乳頭部に造影効果を伴う病変を認め、十二指腸乳頭部腫瘍を疑った。経皮経肝の胆嚢ドレナージと抗生剤治療を行い、胆嚢炎軽快後に乳頭部病変の精査を行った。上部消化管内視鏡検査では十二指腸乳頭部に露出型腫瘍を認め、同部位の生検からNETと病理診断された。超音波内視鏡検査では、輪郭は明瞭で、内部不均一な20mm大の低エコー病変として描出され、上流胆管、尾側尿管は拡張していた。減黄目的でERCP下胆道ドレナージを施行した。ERCPに引きつづいて施行したIDUSでは低エコー腫瘍は胆尿管に浸潤していた。幽門輪温存瘻頭十二指腸切除術を施行した。術後病理結果はNeuroendocrine tumor G2、ly2 v0 ne0 LN 0/14。免疫染色でCK7(+), CK20(-), ビメンチン(-), クロモグラフィン(+), インスリン(-), グルカゴン(-), セロトニン(-)で、MIB-1陽性細胞は5%であった。現在術後経過は良好で、外来にて経過観察を施行している。

## 68 粘膜炎下腫瘍様の発育形態を呈した胆嚢癌の一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○村手健太郎、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、石川 卓哉、山 剛基、服部 峻、早川 史広、山田 健太、八鹿 潤、長谷川一成、植田 恵子、青井 広典、河村 達哉

【症例】74歳男性 現病歴) 2013年10月近医にて体重減少及び血糖コントロール不良を理由に腹部超音波検査を施行。胆嚢の壁肥厚を指摘され、同月精査目的に当科受診。半年で2kgの体重減少を認め、腹痛等自覚症状は無かった。血液検査で黄疸認めず、肝機能も正常。腫瘍マーカーは正常であった。腹部超音波では胆嚢体部に27×23mmの隆起性病変を認め、総胆管拡張(+), MPD3.6mm。造影CTでは同部位軽度濃染を示す腫瘍であった。MRCPでは総胆管合流異常を認め、指摘の腫瘍はT2強調でlow T1強調では胆嚢と等信号。漿膜を超えて周囲に浸潤性に広がる所見は認めず。CT同様総胆管拡張認め、慢性膵炎の所見。ERCPでは乳頭は正常で、IDUSにて肝門部～下部胆管の壁肥厚を認めた。EUSで胆嚢体部に25mmの低echoの腫瘍を認め、表面平滑で、一層の高echo層を有した粘膜炎下腫瘍様の形態であり、Sonazoid&reg;にて造影高血性を確認した。FDG-PETでは胆嚢に集積(SUVmax15.1)し、その他部位への集積は認めなかった。粘膜炎下腫瘍様形態及び多血性の腫瘍の胆嚢の神経内分泌腫瘍を考えた。c Stage2で手術療法を選択し、手術は拡大胆嚢摘出、肝外胆管切除を施行した。手術標本: Tubular adenocarcinoma, moderately, diff. + tub2, pSS, int, INF, c, ly, v0 T2N0M0。組織学的には10mm大の結節状の腺癌と、25mm大の腫瘍で一部腫瘍が粘膜炎に突出しているが表面を正常粘膜炎に覆われた腺癌の2つがそれぞれ独立して存在していた。現在術後補助化学として、TS-1を6ヶ月の予定で施行している。考察) 本症例は粘膜炎下腫瘍様の形態を呈し、一部粘膜炎に突出を認めるが正常粘膜炎に覆われた胆嚢癌であった。同様の発育形態を呈するものでRASによる発癌から粘膜炎下で発育した例の報告はあるが本例はRASとの関連性は低い。同様形態では神経内分泌腫瘍の報告は多く、腺癌から神経内分泌腫瘍へ分化する説もあるようだが、本例は内分泌腫瘍の成分を認めないので可能性は低いと考える。粘膜炎下腫瘍様の形態を呈した胆嚢癌の報告は非常に稀で希少な例と考えた。結語) 粘膜炎下腫瘍様の発育形態を呈した胆嚢癌を経験した。

## 69 小児胆嚢総胆管結石症の1例

<sup>1</sup>岐阜県立多治見病院 外科、<sup>2</sup>岐阜県立多治見病院 消化器内科、<sup>3</sup>岐阜県立多治見病院 小児科○鎗田 哲暢<sup>1</sup>、梶川 真樹<sup>1</sup>、奥村 文浩<sup>2</sup>、谷口 弘晃<sup>3</sup>、山中 雅也<sup>1</sup>、多代 充<sup>1</sup>、水野 亮<sup>1</sup>、小西 滋<sup>1</sup>、出口 智宙<sup>1</sup>、原田 明生<sup>1</sup>

【症例】12歳、男児。上腹部痛、嘔吐を主訴に近医を受診。急性胃腸炎と診断され内服処方、経過をみられたが軽快せず、3日後に腹部超音波検査で胆嚢結石を発見され同日当院小児科受診、入院。入院時も右季肋部痛があり、血液検査で総ビリルビン値2.85 mg/dlの黄疸と肝胆道系逸脱酵素の著明な上昇がみられた。赤血球の形態異常や貧血はみられなかった。同日の腹部超音波検査・CT検査では、胆嚢内に複数個の結石像と肝内胆管・総胆管の拡張、総胆管内に結石像を認め、胆嚢総胆管結石と診断した。翌日、静脈麻酔下で、消化器内科よりERC、内視鏡的乳頭バルーン拡張術、総胆管切石がなされた。画像上、明らかな胆嚢形態異常はなかった。その後は症状が軽快したため、一旦退院し、学校の長期休暇中に改めて外科へ入院、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後3日目に退院した。摘出胆嚢は、病理組織検査では腫瘍や炎症像はなかった。胆嚢内には最大直径5mmの黒色石が3個あり、成分分析では炭酸カルシウム56%、リン酸カルシウム29%、ビリルビンカルシウム15%であった。【まとめ】小児胆嚢石は、以前は溶血性貧血など基礎疾患のある例に多いとされてきたが、近年明らかな原因を特定できない例の報告も多くなっているようになってきた。今回、小児胆嚢石に対し、各科協力のもと治療をおこなった1例を経験したので報告する。

## 70 日常生活活動度が低下した高齢者の総胆管結石治療についての検討

国立長寿医療研究センター 消化器科

○山田 理、松浦 俊博、京兼 和宏

【目的】総胆管結石の治療は内視鏡による経乳頭の採石法が確立されているが、認知症などにより日常生活活動度(以下ADL)が著しく低下した高齢者に対しては、施行にあたり慎重な対応が必要である。我々は、ADLの低下した75歳以上の総胆管結石症例の内視鏡的治療成績、安全性、胆嚢結石合併例の追加治療の有無について検討した。【方法】2007年4月から2013年9月までに当院で診断された75歳以上の総胆管結石症67例のうち、Barthel indexにより生活の大部分に介助が必要と評価された21症例をA群、それ以外の46症例をB群とした。治療中の鎮静には、全例ミダゾラムを用い、術式はB群の一例でEPBDを用いた以外はESTで行った。【成績】A群、B群の患者背景は、男女比はそれぞれ10:11、23:23、平均年齢82.6歳、81.5歳、傍乳頭憩室保有率33.3%、52.2%であった。結石に関しては単発例が、33.3%、36.9%を占め、平均結石短径は9.7mm、8.5mmであった。完全採石率は95.2%、91.3%、治療回数は、1.8、1.6回であった。ミダゾラム導入量は0.035mg/kg、0.044mg/kg、総投与量は、0.042mg/kg、0.060mg/kgで、術中偶発症として一過性酸素飽和度低下が、9.5%、28.3%、一過性血圧低下が0%、6.5%に生じた。ミダゾラム投与量の群少ないA群に術中の呼吸循環動態の変動が少ない傾向にあった。術後合併症は、EST後出血をAの1例に認め輸血が必要であったが、誤嚥性肺炎や死亡例は認めなかった。また、胆嚢結石合併例はA群13例、B群25例で、胆嚢摘出術を追加したのは5例(38.4%)、18例(72.0%)であった。【結論】ADLの著しく低下した高齢者に対しても総胆管結石の経乳頭の採石術は安全に行えるが、胆嚢結石合併症例での胆嚢摘出術未施行の症例が多いため、その後の経過に注意が必要と思われる。

## 71 外傷性胆管損傷の1例

大垣市民病院

○杉山 由見、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、長谷川稜平、伊藤 隆徳、嵐田 祐介、横山 晋也、田中 達也

【症例】30代男性。2012年7月に、仕事中に鉄骨と高所作業車の間に心窩部付近を挟まれたため近医を受診したところ、第2腰椎尾突起骨折の診断で入院加療となった。入院時のMRI検査では臓器損傷を認めず、数日間の入院で退院となった。8月の定期受診の際の血液検査で、肝胆道系酵素の上昇を認めためた。肝損傷の疑いで当院へ紹介受診となった。体外式超音波検査では、肝外胆管および肝内胆管の拡張を認め、中部胆管に高エコー帯を認めた。カラードプラーエコーでは血流を認めなかった。腹部CT検査では総胆管13mmの拡張を認め、中部胆管に狭窄所見を認めた。以上より、閉塞性黄疸の精査目的のため、同日に当科入院となった。第4病日に施行したMRCP検査では、胆のう管分岐レベルから下流側の胆管に高度狭窄を認めた。第5病日に施行した超音波内視鏡検査では、8.9mmの総胆管の拡張を認め、三管合流部より乳頭側で狭窄あり、高エコー腫瘍を認め、造影超音波内視鏡検査では同部位に造影効果を認めた。また、同日に内視鏡的逆行性胆管造影検査を行うと、中部胆管に6mmに渡り高度狭窄を認めた。ガイドワイヤーで狭窄部を突破し胆管上流側へ留置したのち、ドレナージュチューブの留置を試みたが、体動が激しく検査中断となった。その後は保存的に経過観察していたところ、徐々に肝胆道系酵素は改善し、経過良好で第13病日に退院となった。【結論】外傷性胆管損傷は比較的稀な疾患である。本邦での報告例では開腹手術・経皮経肝の治療・内視鏡的治療を施行されている例が多い。本症例では経過観察のみで保存的に改善を得ることができたため若干の文献的考察を加え発表する。

## 72 胆嚢周囲膿瘍で発症した胆嚢管癌の1例

<sup>1</sup>木沢記念病院 外科、<sup>2</sup>木沢記念病院 消化器内科  
○池庄司浩臣<sup>1</sup>、尾関 豊<sup>1</sup>、堀田 亮輔<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、伊藤 由裕<sup>1</sup>、坂下 文夫<sup>1</sup>、今井 直基<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>2</sup>

症例は60歳の男性。2013年7月下旬に胆嚢周囲膿瘍を伴う急性胆嚢炎を発症した。発症の翌日には当院消化器科でPTGBDを施行された。PTGBD造影では胆嚢管から下流側の胆管は造影されなかった。造影CT検査では、胆嚢は腫大し、内部に小結石があり、胆嚢管の壁が肥厚していた。MRCP検査では胆嚢管の壁肥厚、狭窄所見があり、三管合流部は描出されなかった。ERCP検査では三管合流部で総胆管側に凸に突出する欠損像を認め、胆嚢管は描出されなかった。胆汁細胞診は陰性であった。以上の所見から胆嚢管癌と診断し、8月下旬に肝右葉切除+胆管切除術を施行した。病理診断は胆嚢管癌、tub1、ly2、v1、pn2、patC-Bm、ss、pHinf0、pBinf0、pA0、pN1(No12c)、pBM0、pHM0、pEM0 Stage3、R0であった。術後経過は概ね良好で術後第25病日に退院した。術後5か月が経過した現在、無再発生存中であり、術後補助化学療法を外来で施行中である。本症例について若干の文献的考察をふまえて報告する。

## 73 片葉限局性 Caroli 病に胆嚢癌合併を認めた1例

高山赤十字病院 内科  
○大西 雅也、加藤 潤一、小原 功輝、今井 奨、下地 圭一、白子 順子、棚橋 忍

【症例】73歳、女性【主訴】右上腹部違和感【現病歴】2013年7月より右上腹部違和感あり、近医を受診したところ血液検査にてCEA 7.3ng/mlと上昇、腹部超音波検査にて胆嚢底部に約25mmの広茎性腫瘤を認めたため当院紹介受診となった。【経過】当院にて造影CT検査、MRI等にて精査したところ胆嚢底部に胆嚢癌を疑う造影欠損を伴う乳頭状腫瘤を認めるとともに、肝左葉は高度萎縮、肝内胆管の多発性囊胞状拡張を認めた。画像所見から胆嚢癌が合併した左葉限局性 caroli 病が疑われ、さらに ERC にて精査したところ左肝内胆管は MRI 同様多発性囊胞状拡張、総胆管内に小結石、胆泥を認め EST 施行し採石をした。この際に胆嚢内胆汁採取し細胞診提出したところ Class 3 であったが画像所見から胆嚢癌と診断し、同年9月3日開腹胆嚢摘出術を施行。胆嚢底部腫瘤は乳頭腺癌、リンパ節サンプリングとしたが転移は認めず。またこの際に左葉を約20mm楔状切除したところ病理組織において caroli 病に矛盾しない所見であった。術後経過良好であり退院となった。【考察】caroli 病は先天的に肝内胆管が多発性のう胞状拡張を示す非常に稀な疾患である。繰り返す胆管炎や肝内結石症の合併を認め、約7～8%に胆管細胞癌が発生するといわれているが、今回われわれは胆嚢癌合併の症例を経験した。



## 74 経動脈性門脈造影下 CT (CTAP) で濃染し肝動脈造影下 CT (CTHA) にて乏血性所見を呈した大再生結節の 1 例

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○加藤幸一郎、石津 洋二、新家 卓郎、今井 則博、阿知波宏一、山田 恵一、荒川 恭宏、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、石上 雅敏、後藤 秀実

【主訴】肝腫瘍精査【既往歴】2008年9月Hassab+脾腫 2012年3月食道静脈硬化療法甲状腺機能低下症【生活歴】アルコール多飲【現病歴】60歳代男性、2000年代よりアルコール性肝硬変、食道胃静脈瘤で近医に通院。2008年4月CTで肝S2に動脈相で低吸収、門脈相で不均一に染まる腫瘍を指摘され過形成結節疑いで経過観察となった。2011年2月腹部エコーでS2に2×3cm大の低エコー腫瘍を認め、ソナブイドによる造影エコーにてearly vascular phaseで血流は認めず、late vascular phaseで濃染され、delayed parenchymal phaseでは周囲実質と同等の染まりを認めた。同日に肝生検を施行し病理結果は再生結節であったため経過観察された。その後、半年から1年ごとに画像検査で経過観察した。2014年1月EOB-DTPA-MRI検査で高分化肝細胞癌を疑い、腫瘍径の軽度漸増を認めたため再度肝腫瘍精査目的に入院した。【経過】CTAPでは腫瘍部が淡く濃染され、CTHAでは全く濃染されない結果で腫瘍内動脈血流を欠く所見であった。腹部エコーも再検し前回同様late vascular phaseで腫瘍中心部より全体に造影され、delayed parenchymal phaseでは周囲実質と同等の染まりを認めた。同部位を正常肝組織もあわせて16Gの穿刺針で生検を施行した。病理検査でも肝細胞癌の所見はなく、再生結節に矛盾しない所見であった。現在、外来にて再び経過観察中である。【考察】画像診断の進歩により肝内小結節病変が検出され、肝細胞癌との鑑別が困難な過形成結節や肝癌類似病変の存在が問題となってきている。本症例では病理学的にも再生結節の所見であるが腫瘍径の漸増が見られ腫瘍性病変との鑑別を要した。また画像的に興味深い所見を呈したため若干の文献的検索もあわせて報告します。

## 76 糖尿病合併NASHより慢性肝障害を伴わず発症した肝細胞癌の一例

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

○小川 恵吾<sup>1</sup>、松下 知路<sup>1</sup>、杉江 岳彦<sup>1</sup>、柳井 航也<sup>2</sup>、高橋 裕司<sup>1</sup>、伊藤陽一郎<sup>1</sup>、後藤 裕夫<sup>3</sup>、名倉 一夫<sup>1</sup>

【症例】77歳、男性。65歳時に2型糖尿病(DM)を発症。72歳時よりDM性腎症による慢性腎不全に対して血液透析を導入し、心房細動と狭心症の合併あり、飲酒歴なし。73歳時にスクリーニングCTにて脾体部の限局性脂肪変性を指摘され、また脂肪肝も認め、その際のAST/ALTは20/19。以後定期的画像検査により経過観察を行っていた。4年後の腹部エコーで肝S2に22mm大の辺縁低エコーを伴う内部等〜低エコーの腫瘍を指摘され精査となる。身長165.5cm、体重72.5kg、BMI26.5、HCV抗体(-)、HBs抗原(-)、WBC8100、Hb9.5、Plt.20.3万、Alb.3.8、T-Bil0.3、AST14、ALT13、PT77%、ICG停滞率11.0%、AFP2.1、FBS91、HbA1c(NGSP)5.9。腫瘍はダイナミックCT・造影エコーで肝細胞癌(HCC)パターンであった。以上よりHCCと診断した。肝予備能が保たれており外科的切除による治療を選択し、肝外側区域切除術を施行した。切除後の病理検査では腫瘍部はwell differentiated hepatocellular carcinoma, pseudo-glandular type。背景肝はBrantの分類grade1に相当するNASHの所見であった。HCC発症前5年の経過を検証したところ、6ヵ月以上続く慢性的な肝障害(AST or ALT > 30)の既往を認めず、AST/ALTのピーク値も21/33と低値であった。DMについてはα-GI(ボグリボース)内服により、HbA1c(IDS)5.1-6.0とコントロール良好であった。【考察】本症例は、比較的長期のDM罹患期間があるものの、慢性的なトランスアミナーゼ上昇を認めず、血糖コントロールも良好な状態からHCCを発症し、肝の炎症・線維化も軽度であった。NASHからの肝発癌リスク因子として高齢・高度線維化があげられるが、一方で特に男性例では非硬変肝からの発癌が特徴とされ、ウイルス性肝炎からのHCC症例に比べトランスアミナーゼが比較的低値の症例が多く注意を要するとされる。NASH/NAFLD症例における肝発癌に対して、対象患者の設定などのスクリーニング法の確立が望まれる。

## 75 肝細胞癌に対し経皮的ラジオ波焼灼療法実施後に遅発性横隔膜ヘルニア嵌頓、絞扼性イレウスを発症した一例

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>、宇崎崎宏城<sup>1</sup>、小池 弘太<sup>1</sup>、西山 雷祐<sup>2</sup>、丸尾 啓敏<sup>2</sup>、村上 智洋<sup>2</sup>

【症例】80歳代男性【主訴】腹痛、呼吸困難【既往歴】先天性股関節脱臼【現病歴】2003年からC型肝硬変にて当科通院中であった。2009年11月から2012年5月までの間に、肝S8ドーム下の肝細胞癌に対し計4回RFAを行った。4回目のRFA後から少量の右胸水貯留を認めた。2013年2月、11月にRFA後周囲の多発再発に対しTACEを行った。2回目のTACE後より右胸水が増加し呼吸苦を訴えるようになった。利尿剤内服したがコントロール不良のため、週に1回程度右胸水を1000〜2400ml穿刺排液していた。2014年1月X日右胸水を1300ml穿刺排液後帰宅。約5時間後から腹痛と呼吸苦が出現、症状改善しないため翌日外来受診。胸部X線、CTにて右胸腔内への小腸の脱出を認めたため横隔膜ヘルニアと診断した。ショックバイタルで、絞扼性イレウスが強く疑われたため、同日緊急手術を行った。【手術所見】右横隔膜に2cm大のヘルニア門を認め、回腸が40cm程胸腔内への脱出していた。ヘルニア門を小切開しヘルニア陥陥を解除するもヘルニア腸管は壊死していたため、壊死腸管を切除し、ヘルニア門を縫合閉鎖した。【術後経過】術後肝腎症候群を発症し、肺水腫、多量の右胸水貯留にて呼吸状態不良となった。胸腔ドレーンから多量の胸水が排出された。各種治療にて状態が安定し創部が治癒してくると、第11病日には胸腔ドレーンの排液は減少し、かわって難治性腹水が出現した。第18病日に胸腔ドレーンを抜去し、腹水は利尿剤にて現在コントロール中である。【考察】ラジオ波焼灼療法は肝細胞癌に対する内科的治療法として広く普及している。一方、その合併症として種々の周囲臓器損傷の報告も散見される。横隔膜ヘルニアの合併は比較的稀ではあるが、RFA施行後数年後に発症することもあり、特にドーム近辺のRFAを行い、その後腹水が出現した場合は、横隔膜損傷の可能性を念頭に置く必要があると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

## 77 肝FNHと判断され経過観察中多彩な形態変化した高分化型肝細胞癌の1例

1三重中央医療センター 外科、2三重中央医療センター 消化器科

○武内泰司郎<sup>1</sup>、草深 智樹<sup>1</sup>、信岡 祐<sup>1</sup>、谷川 寛自<sup>1</sup>、子日 克宣<sup>2</sup>、亀井 昭<sup>2</sup>、竹内 圭介<sup>2</sup>、渡邊 典子<sup>2</sup>、長谷川浩司<sup>2</sup>、横井 一<sup>1</sup>

症例は58歳男性。感冒様症状にて近医に受診、USで偶然肝左葉に腫瘍を指摘され精査加療目的に当院消化器科へ紹介となった。BH168cm、BW51.9kg、BMI18.4。DMの既往なく、アルコール多飲歴なし。HBs-Ag陰性、HBe-Ag陰性、HCV-Ab陰性。造影CTでは肝外側区域に肝外へ突出する26mm大の腫瘍を認め、早期相にて中心部の造影効果が弱く、後期相にて肝実質とほぼ等吸収であった。EOB-MRIではT1で等信号、T2で軽度高信号、動脈相で高信号を示し、肝細胞相で取り込みのある境界明瞭、辺縁平滑な腫瘍で、肝FNHの診断にて経過観察となった。内科外来経過観察中、初診から7ヶ月後に上腹部痛と発熱あり、血液検査にて肝胆道系酵素の上昇AST100、ALT132、ALP386を認めた。CTでは腫瘍の造影効果が認められず腫瘍栄養血管の梗塞が疑われたが、自然軽快した。初診から13ヶ月後のEOB-MRIでは外側区域の突出した腫瘍は消失し、肝S3実質内にDWIや脂肪抑制T2強調画像で淡い高信号、T1で低信号を呈する径15mmの腫瘍を認めた。肝細胞相でEOBの取り込みを認め、血流再開によるFNHの再増大と判断された。ところが初診から16ヶ月後のCTでは肝S3実質内に早期濃染、後期でwashoutされる複数の腫瘍として描出され、EOB-MRIでも、動脈相にて濃染、肝細胞相ではEOBの取り込みが著明に低下し肝細胞癌が疑われた。腫瘍の針生検にて高分化型肝細胞癌と診断されて外科紹介となり、初診から17ヶ月後に肝外側区域切除術を施行した。病理組織検査で多発する結節はいずれも高分化型肝細胞癌で多中心性と診断された。[Egfc(+),fc-inf(-),sf(-),s0,vp0,vv0,va0,b0,im0,sm(-) T2N0M0 StageII]また周囲肝組織は組織学的にはほぼ正常肝であったがclear foliが多発していた。肝細胞癌risk factorがなく、肝FNHとして経過観察中に多彩な形態変化を示した高分化型肝細胞癌の1例を経験したので報告する。

小牧市民病院

○石栗 有美、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、永井真太郎

【背景】肝細胞腺腫は比較的稀な良性腫瘍であるが、増大すると破裂や癌化するリスクを有する。画像のみでは診断が困難であり、近年、生検が重要とされている。今回我々は病理組織にて診断しえた巨大肝細胞腺腫の一例を経験したので報告する。【症例】41歳女性【主訴】腰痛【既往歴】全身性エリテマトーデス、難治性特発性血小板減少性紫斑病、高血圧、心不全【内服歴】danazol、prednisolone 他5種【現病歴】2013年10月28日より腰痛あり、当院整形外科通院中であった。11月25日起床後より症状増悪し、11月28日当院救急搬送され、新規腰椎圧迫骨折を診断された。その際施行した腹部CT上、肝右葉前区域に16cmの巨大腫瘍を認め、消化器内科紹介となった。【臨床経過】12月12日より入院にて精査を開始した。Dynamic CTで腫瘍は早期濃染、遅延相低吸収となり、中心部に造影不良を示す不整形陰影を認めた。EOB-MRIにて腫瘍は肝細胞相にて高信号、中心部不明瞭化を示した。MRIT1で低信号、T2でまだらに内部高信号となった。ソナゾイドエコーでは病変部が動脈相にて肝実質よりも強く濃染し、肝細胞相では欠損認めず、まだら状高エコーとなった。CTAPでは造影欠損、CTHAでは中心部から放射状に灌注する血流を認めた。鑑別に限局性結節性過形成、肝細胞腺腫、胆汁産生性肝細胞癌等が挙げられた。確定診断のため肝腫瘍生検施行した所、病変部では核腫大、N/C比増大認め、中心静脈・門脈域が確認できなかったものの、鍍銀染色陽性で肝細胞索保たれていた。免疫染色でCD34染色陽性、 $\beta$  catenin染色陽性であり、 $\beta$  catenin活性化型肝細胞腺腫 (h-HCA) の診断となった。現在手術の可否を検討中である。【考察】danazol、prednisoloneを14年間内服中に、CTにて発覚した肝細胞腺腫を経験した。画像評価に関しては一定の診断基準は示されておらず、確定診断は困難である。現在は病理診断によるWHO分類が治療方針を決めるにあたり重要な位置を占めており、今回の診断にも有用であった。



## 79 増大傾向を呈し手術を施行した肝血管腫の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科  
 ○鈴木 孝弘<sup>1</sup>、仲島 孝より<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<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>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】47歳、女性。【主訴】肝腫瘍精査。【既往歴】2009年左殿部アテローム切除術。【内服歴】なし。【現病歴】2009年10月に健診の腹部超音波で肝腫瘍を指摘され、当科紹介受診となった。血液検査はAST 15U/L、ALT 12U/L、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性で、AFP、PIVKAは正常範囲内であった。USでは正常肝を背景に右後区域に長径9cmの腫瘍を認め、内部はモザイク状を呈した。CTでは周囲から中心に向かって結節状に造影され、MRIのT2強調画像で高信号を呈した。以上より肝血管腫と診断して経過観察となった。2012年11月に近医にて施行したMRIで腫瘍が1cm大に増大していたため、同月、再度当科に紹介受診となった。US、CTでは腫瘍の増大を認めたが、それ以外には所見の変化を認めなかった。腫瘍はPET-CTでは腫瘍にFDGの集積を認めず、血管造影では辺縁から結節状に濃染され、やはり肝血管腫で矛盾しない所見であった。自覚症状や血小板数の低下、凝固異常を認めなかったが、腫瘍が3年間で増大しているため、2013年11月に当院外科にて肝右葉切除術を施行した。病理組織では、拡張した血管腔と繊維性間質からなる良性的海綿状血管腫であった。術後経過は良好で術後8日目に退院となり、2014年1月の時点で再発所見は認めていない。【考察】肝血管腫の手術適応については確立していない。しかし腹痛などの症状、Kasabach Merritt症候群合併、増大傾向、悪性腫瘍と鑑別が困難。最大径10cm以上の巨大肝血管腫の場合は手術を検討する。本症例は、3年の経過で増大しており、最大径が1cm以上で、さらなる増大で将来的に手術困難が懸念されたため、腹部症状やKasabach Merritt症候群を合併していなかったが手術を施行した。【結語】増大傾向を呈し肝切除術を施行した巨大肝血管腫の1例を経験した。

## 81 肝細胞癌に対するRFA施行後に総胆管結石を発症した1例

岐阜厚生病院 消化器内科  
 ○奥野 充、堀部 陽平、大野 智彦、後藤 尚絵、足立 政治、岩間みどり、山内 治、齋藤公志郎

【症例】80歳女性【既往歴】C型肝硬変および脳出血後遺症【現病歴】C型肝硬変経過観察中、造影CTにて肝S4にφ14mmの腫瘍を指摘した。腫瘍生検の結果、肝細胞癌と診断し、翌月RFAを施行した。また、術後感染予防のために抗生剤(SBT/CPZ)投与を6日間行った。術後、造影CTや血液検査などで十分な腫瘍の焼灼と肝膿瘍、出血や胆管損傷等がないことを確認し退院となった。その後、経過観察を行っていたが、RFA施行5カ月後に黄疸、肝機能障害を指摘され当科を受診された。腹部CTを施行したところφ11mmの総胆管結石を指摘し、加療目的に入院となった。ERCにて総胆管内に最大径φ11mmの結石を数個認めため、EST施行後、碎石器具を用いて胆石除去を行い終了となった。結石分析の結果、98%以上のビリルビンカルシウムが検出された。なお、ERC中Vater乳頭に異常は認めなかった。術後、黄疸や肝機能障害は改善し、現在経過観察中である。【考察】ビリルビンカルシウム結石の成因としては、胆汁うっ滞と細菌感染が考えられており、胆汁中の直接型ビリルビンが細菌から発生した酵素により脱結合され、間接型ビリルビンが遊離される。これとカルシウムイオンが結合し、発生したビリルビンカルシウムが核となり結石が形成されるといわれている。本症例においては、胆嚢結石は認められず、Vater乳頭に器質的異常はなく、これまでに総胆管結石を発症したことはなかった。脳出血後遺症によるADLの低下のため、食事が少なく胆汁うっ滞が起きやすい状態であったこと、さらにRFA後の胆道感染が結石形成の契機となった可能性が高いと考えられた。【結語】RFAの合併症として肝膿瘍、腹腔内出血等のほか、胆管結石が形成される可能性も考慮し、経過観察する必要があると考えられた。

## 80 インターフェロン(IFN)治療18年後に発見された混合型肝癌の1切除例

朝日大学歯学部附属村上記念病院  
 ○北江 博見、大洞 昭博、小島 孝雄、加藤 隆弘、八木 信明、大島 靖広、福田 信宏、木村 礼子

(症例)70代女性。(臨床経過)18年前に他院でC型肝炎を指摘され、IFN $\alpha$ 治療を受け、完治したと言われ、肝炎治療は終了していた。その後、近医にて糖尿病・高血圧をフォローアップされていたが、糖尿病が増悪傾向となり、原因検索目的に施行された腹部CTで肝S1に35mmの肝腫瘍を指摘されたため、当院消化器内科に紹介受診となった。飲酒・喫煙歴はなく、来院時の血液検査では、血小板 $9.0 \text{万}/\mu\text{l}$ 、ALT 58IU/L、FBS158mg/dl、HbA1c 7.6%などの異常値を認め、HCV抗体陽性(L.1.90)、HCV-RNA陰性、HBs抗原陰性、Hbc抗体陰性であった。腫瘍マーカーはAFP544ng/ml、PIVKA-2 63.0mAU/L、CEA5.6ng/ml、CA19.9 50U/mlといずれも高値であった。腫瘍はCTHAで中心の造影効果は弱く、辺縁は不均一に造影され、CTAPでは欠損像を示した。EOB-MRIでは肝細胞相で高信号を呈しており、胆汁産生型肝細胞癌と診断し、ICG停滯率11.7%であったため尾状葉部分切除を行った。切除標本の肉眼的所見は白色多結節癌混合型で、病理組織は混合型肝癌(CK7(+), CK19(+), CA19.9(+), Hep-parl(+))であった。(考察)混合型肝癌は原発性肝癌の0.68%程度であり、術前正診率は1割程度と、比較的頻度が少なく診断が困難であるとされる。一方、C型慢性肝炎のIFN療法ウイルス学的著効(sustained virological response, SVR)例は、発癌率が有意に低下することが明らかにされているが、SVR後発癌の報告が増加傾向にある。本例ではC型肝炎に対する前医での治療の詳細は不明であるが、経過からINF療法SVR後と考えられた。INF療法SVR後の肝癌発生の危険因子は、年齢、男性、線維化進行、AST高値、アルコール多飲などが知られ、最近では糖尿病との関連も報告されているが、SVR後の経過観察期間は定まっていない。SVR後経過観察を考える上で、今後の症例の蓄積が必要ではあるが、発癌リスクの高い症例では長期間にわたる経過観察が必要であると考えられる。

## 82 分枝型IPNBを疑って腹腔鏡下肝部分切除を行った線毛性前腸性肝嚢胞(ciliated hepatic foregut cyst)の1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 肝胆脾・移植外科、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科  
 ○藤永 和寿<sup>1</sup>、種村 彰洋<sup>1</sup>、加藤 宏之<sup>1</sup>、村田 泰洋<sup>1</sup>、安積 良紀<sup>1</sup>、栗山 直久<sup>1</sup>、岸和田昌之<sup>1</sup>、水野 修吾<sup>1</sup>、白井 正信<sup>1</sup>、櫻井 洋至<sup>1</sup>、山本 憲彦<sup>2</sup>、伊佐地秀司<sup>1</sup>

線毛性前腸性肝嚢胞(ciliated hepatic foregut cyst)は、まれな先天性的肝嚢胞性病変であり、組織学的にその内面を線毛上皮細胞で覆われていることが特徴であるが、術前診断は困難である。症例は49歳、男性。C型+アルコール性肝障害、アルコール依存症にてフォロー中、US、造影CTにて肝S4に16mmの嚢胞性病変を認め精査目的に紹介となった。ソナゾイド造影USでは嚢胞辺縁は明瞭で、内部に10mm大の結節を認めたが造影効果は認められなかった。腹部アンギオでも腫瘍濃染は認められず、CTAPではperfusion defectを認めるもCTHAでは低吸収であった。EOB-MRIでは、嚢胞内部の結節は造影効果に乏しく、肝細胞相低吸収であった。また拡散強調像では拡散係数(ADC)の低下を認めなかった。以上から、造影効果には乏しいものの分枝型のIPNBを疑って外科的切除の方針となった。術中USで肝S4表層部に腫瘍を確認し、腹腔鏡下肝部分切除を施行した。摘出標本の肉眼所見では $1.5 \times 1.4 \times 1.1 \text{cm}$ の嚢胞性病変で、壁には1cm大の平坦隆起を認めた。内容液は淡褐色粘調であった。組織学的には、多列絨毛上皮で被覆された嚢胞で、平坦隆起と判断した部分は小型の嚢胞であった。嚢胞周囲には平滑筋層を認め、ciliated hepatic foregut cystと診断された。本症はまれな疾患であるが、万波ら(日消病誌. 2008;105:235)は、24例の本邦報告を集計し、全例良性であったが海外からは3例の悪性例の報告があることを明らかにしている。本症は分枝型IPNBや粘液性嚢胞腫瘍との鑑別が困難であり、悪性化の報告もあることから基本的には外科的切除の適応としてよいと考えられる。

## 83 肝嚢胞の経過観察中に増大傾向を認めた粘液産生性腺癌の1例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 外科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 臨床検査科 病理  
○伊藤 直<sup>1</sup>、春木 伸宏<sup>1</sup>、北川 諭<sup>2</sup>、傳田 悠貴<sup>1</sup>、加藤  
瑛<sup>1</sup>、上本 康明<sup>1</sup>、村瀬 寛倫<sup>1</sup>、高須 惟人<sup>1</sup>、原田幸志朗<sup>1</sup>、呉  
原 裕樹<sup>1</sup>、辻 秀樹<sup>1</sup>

近年、胆道系の管腔内発育を主とする腫瘍性病変を IPNB: intraductal papillary neoplasm ( of the bile duct ), そして MCN: mucinous cystic neoplasm として表記するようになった。今回、肝臓の単房性嚢胞内に腫瘍性病変を認め手術治療を施行し、IPNB と MCN のいずれの典型例ともいえない病理所見を呈する症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は64歳男性、2010年指摘の肝嚢胞を経過観察していた。2013年12月来院時にUSで肝外側区域に10cm大の単房性嚢胞と、同嚢胞内に1-2cmの壁在結節を複数認めた。壁在結節は造影CT/MRI各々で造影効果を認め、FDG-PET/CTではFDGの集積亢進を認めたため嚢胞内の悪性腫瘍が疑われた。肝外側区域切除を施行した結果、壁在結節から高分化型腺癌を認めた。背景病変として上記IPNBとMCNが鑑別に挙げたが、大型胆管と交通のない単房性病変である点が前者として合わず、また、男性で卵巣様間質を認めない点で後者と合致しなかった。

## 84 SVRになり1年半後にウイルスが再出現したC型慢性肝炎の1例

藤田保健衛生大学医学部 肝胆腸内科

○松尾 恵美、高村 知寿、倉下 貴光、高川 友花、大城 昌史、中岡 和徳、菅 敏樹、嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、新田 佳史、原田 雅生、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎

【症例】65歳男性。【既往歴】高血圧、高脂血症、糖尿病、アルコール歴(55歳～禁酒)。輸血(-)、針治療(-)、タトゥー(-)、手術歴(-)【現病歴】C型慢性肝炎に対するインターフェロン治療を希望し2009年10月当科紹介受診。ジェノタイプ1型、HCV RNA量6.8logIU/ml 肝生検A1.F0。2010年6月よりPEG-IFN $\alpha$ 2b 80 $\mu$ g/week+RBV600mg/dayにて治療を開始。HCV RNA量6.8→3.9(4週後)→2.5(8週後)→1.2>(12週後)→検出せず(16週後)。8月貧血の為RBVを2Cに減量。2011年5月で終了した。2012年5月HCV RNA陰性。2012年11月HCV RNA陰性であり、SVR(sustained virological response)と判断した。2012年12月HCV量7.1IU/mlとなり、治療終了から1.5年後にウイルスが再出現した。2013年4月肝生検A1.F0。肝硬度はAFR1.06m/s、fibroscan6.3kPaとともにほぼ正常であった。2013年4月よりPEG-IFN $\alpha$ 2b 80 $\mu$ g/week+RBV600mg/day+telaprevir1500mg/day治療を開始。3日目より皮疹あり(下肢)、抗アレルギー薬、外用ステロイド開始。4日目クレアチニン1.26mg/dlと軽度腎機能障害、高尿酸血症(9.7mg/dl)あり、フェブリク内服と持続点滴を開始。皮疹については抗アレルギー剤内服、ステロイド外用にてコントロール良好。2013年10月PEG-IFN $\alpha$ 2b・RBVの投与を終了し、2014年4月HCV RNA陰性であり、SVRと判断した。【考察】PEG-IFN $\alpha$ 2b+RBV2剤併用療法にてSVRが得られたのち、ウイルスが再出現する症例はまれである。本例においては治療終了1年半後にウイルスが再出現し、PEG-IFN $\alpha$ 2b+RBV+telaprevir3剤併用療法にて再びSVRが得られた。前回1年半後にウイルスが再出現したので、今後も慎重な経過観察が必要と思われる。

## 86 当院で経験したE型急性肝炎の6例

1 岐阜市民病院 消化器内科、2 岐阜市民病院 中央検査部、3 藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム 内科

○渡部 直樹<sup>1</sup>、小島健太郎<sup>1</sup>、渡邊 千晶<sup>1</sup>、渡邊 諭<sup>1</sup>、中島 賢憲<sup>1</sup>、鈴木 祐介<sup>1</sup>、小木曾富生<sup>1</sup>、向井 強<sup>1</sup>、林 秀樹<sup>1</sup>、杉山 昭彦<sup>1</sup>、西垣 洋一<sup>1</sup>、加藤 則廣<sup>1</sup>、富田 栄一<sup>1</sup>、内木 隆文<sup>2</sup>、中野 達徳<sup>3</sup>

【目的】当院で経験したE型急性肝炎症例6例について、その原因及び臨床的特徴について検討を行った。【対象】平成24年4月から平成26年3月までの2年間に於いて、IgA-HEV抗体陽性により当院で診断されたE型急性肝炎6例。【結果】年齢中央値(歳)は61(51-71)、男性5例、女性1例。BMIは22(20.3-25.3)。発症時AST/ALT(U/L)は923/1371(7430/6640-343/275)。来院時AST/ALT(U/L)は272/1062(5240/6160-36/82)。PT%は98.5(40-100)。T-bil(mg/dl)は1.2(0.7-6.2)。 $\gamma$ -GTP(U/L)は512(246-828)。Alb(g/dL)は4.15(3.8-4.4)。抗核抗体は4例が陽性(80-40倍)。抗ミトコンドリア抗体は2例が陽性(20倍)。全例でIgA-HEV抗体陽性、Hbs抗原陰性、Hbc抗体陰性、HCV抗体陰性、CMV及びEBVは既感染、遺伝子解析を行った3例でGenotypeは3a、3b、4であった。受診動機は2例では消化器症状を伴う全身倦怠感であったが、他例では自覚症状は無かった。全例で受診時発熱無し、肝腫脹を認めず。1例のみにびまん性脂肪肝を認めた。4例は豚肉摂取歴を認めたが、2例は生肉や生牡蠣の摂取歴や常用薬、健康食品、生活歴、海外渡航歴などからの原因特定はできなかった。1例が常習飲酒家であった。5例が入院加療となったが、6例とも補液や安静のみで改善した。入院日数(日)は14(6-33)。肝障害正常化までの日数(日)は32(24-75)であった。【考察】6例中4例は自覚症状無く経過観察のみで軽快した。原因として豚肉摂取が多くみられた。E型急性肝炎には重症化例も存在するが、診断されること無く自然軽快している例も多数存在すると考えられた。【結語】近年、急性E型肝炎は増加傾向にある。急性肝障害を認めた場合には詳細な食物摂取歴の聴取とIgA-HEV抗体の測定が必要である。

## 85 救命し得なかった薬剤性肝障害による昏睡型急性肝不全の1例

静岡市立静岡病院 消化器・臓科

○堀谷 俊介、濱村 啓介、奥村 大志、小高健治郎、増井 雄一、白鳥 安利、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、大野 和也、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津電樹

【症例】75歳男性。2013年12月初旬、胃腸薬服用後、皮膚黄染および尿濃染を自覚し近医受診。AST/ALT 2000IU/l台、T-Bil 16mg/dl、PT 57% (PT-INR 1.36)と著明な肝障害認めためたため入院となる。入院時、著明な黄疸を認めるも、倦怠感や食思不振なく意識は清明であった。肝生検では、グリソン鞘に好酸球等の高度な炎症細胞浸潤を認め、肝細胞の癒合状・巣状壊死、わずかな線維性拡大も見られた。DLSTは胃腸薬に対して陽性であった。第5病日、PT-INR 1.54となったため、急性肝不全と診断し免疫抑制療法を開始した。メチルプレドニゾンによるパルス療法、アザチオプリン、サイクロスポリンAを順次使用し軽度意識障害も現れたため、3回の血漿交換とともにCHDFを導入した。治療により、AST 141IU/l、ALT 107IU/l、PT 1.37まで低下し、全身状態も改善傾向を示したが、第35病日、空洞を伴う広範な肺炎を発症し人工呼吸管理を行うも同日死亡した。【考察】昏睡型急性肝不全は、非常に死亡率の高い疾患である。本症例は、発症後30日を過ぎ意識障害が出現し、亜急性型であり、救命率は20%台である(厚生労働省による全国集計)。また、合併症も多く、肺炎をはじめとする感染症は約40%に観察される(同集計)。合併症が多いほど救命率は低下する。本症例も、パルス療法や免疫抑制薬を併用し、肝炎の抑制には成功していたと考えられるが、感染症が致命的となり死亡した。【まとめ】急性肝不全の治療は、肝炎の抑制、肝不全の補助も大切な一方、感染症をはじめとする合併症対策にも万全を期す必要がある。

## 87 リツキシマブ投与後39週目に発症したgenotypeA型HBV再活性化の1例

小牧市民病院

○小池 翠、宮田 章弘、平井 孝典、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】HBVキャリアに対する免疫抑制療法によってB型肝炎が再燃することが知られている。今回リツキシマブを含む化学療法後に再活性化したgenotypeAのB型肝炎を経験したため報告する。【症例】84歳男性【主訴】肝酵素上昇【既往歴】びまん性大細胞B細胞リンパ腫(2012年9月-)、前立腺肥大症、脳梗塞、胃痛、痛風【現病歴】2012年11月~2013年4月の期間、びまん性大細胞B細胞リンパ腫に対し当院血液内科でR-CHOP3コース、R-COP3コース、リツキシマブ単独維持療法2コースし寛解を得ていた。2014年1月の経過観察の血液検査でAST 21IU/l、ALT 12IU/lと正常であったが2014年2月の血液検査で肝酵素上昇あり当科紹介となった。2014年3月4日当科初診時血液検査にてAST 1134 IU/l、ALT 1503 IU/lであり同日入院となった。【入院後経過】2013年1月の化学療法時の輸血前のスクリーニング検査で施行された血液検査にてHbs抗原陰性、Hbc抗体陽性、Hbs抗体陽性にてB型肝炎既往感染状態であったと診断した。今回入院時の血液検査にてHbs抗原 33023U/ml、Hbc抗体 11.66U/ml、Hbs抗体 0.4U/ml、HBV-DNA 7.7 logcopies/ml、IgM-Hbc抗体陽性、HB core関連(cr)抗原 6.8logU/ml、HBV precore領域はwild、basal core promoter領域はwildであった。HBV genotype Ae/A2であった。B型肝炎の再活性化と診断し、エンテカビル10mg/日を開始した。入院後肝機能は改善傾向であったが、第36病日、原因不明の敗血症となりその後全身状態改善を認めず第37病日に永眠された。【考察】血液悪性腫瘍に対しR-CHOP療法施行後39週目に発症したgenotypeA型HBV再活性化症例を経験した。本邦におけるHBVのgenotypeはB,Cが主体であり、genotypeA型のHBV感染は欧米型であるため、従来は本邦でのgenotypeA型のHBV感染は稀であったが、近年性行為感染症による急性肝炎の発症が増加している。しかしながらHBV既往感染者によるgenotypeA型のHBV再活性化の報告は極めて稀である。HBV再活性化による肝炎は重症化しやすく、又、肝炎の発症により原疾患の治療を困難にさせるため、発症そのものを阻止することが重要である。

88 テラプレビル3剤併用療法で腎障害出現し治療中止症例にテ  
ラプレビル250mg/日と再投与しSVRが得られた一例

半田市立半田病院 消化器内科

○水野 和幸、森井 正哉、春田 明範、山田 啓策、川口 彩、  
岩下 紘一、神岡 論郎、大塚 泰郎

【はじめに】C型慢性肝炎・ゲノタイプ1型高ウイルス量症例に対しテラプレビル（以下TVR）+ペグインターフェロン $\alpha$ -2b（以下Peg-IFN $\alpha$ -2b）+リバビリン（以下RBV）3剤併用療法により従来のPeg-IFN $\alpha$ -2b+RBVのSVR率40～50%から約70%と向上し抗ウイルス効果は増強したが、高度の貧血進行や重篤な皮膚病変の出現、そして腎機能低下などの副作用を認め投与中止に至りSVRが達成できない症例も散見される。今回腎障害で中止となった症例にTVRを減量し再投与、SVRが得られた一例を経験したので報告する。【症例】69歳男性、161cm、68kg【既往歴】51歳時僧帽弁狭窄症に対し機械弁置換術、心房細動【経過】65歳時Peg-IFN $\alpha$ -2b+RBV48週間行ったが再燃。67歳時TVR1500mg+Peg-IFN $\alpha$ -2b100 $\mu$ g+RBV600mgで治療開始するも3日目の血液検査でクレアチニン値（以下Cre）が0.96mg/dlから2.98mg/dlと腎機能悪化を認めた。3剤すべて中止、大量補液にて8日目にはCre1.32mg/dlまで改善した。これはテラピック&reg;市販直後調査で製薬会社より報告された急性腎不全の17症例のうちの1症例である。本人と相談の上68歳時にTVR750mg+Peg-IFN $\alpha$ -2b100 $\mu$ g+RBV600mgで治療開始した。3日目の血液検査でCre2.63mg/dlと悪化を認めたため中止、6日目の血液検査でCre1.39mg/dlと改善を認めたため同日TVR250mg+RBV600mgで再開し、8日目TVR500mgまで増量、10日目Cre2.21mg/dlと悪化したためTVRを250mgに減量した。その後腎機能悪化は見られずTVR12週、Peg-IFN $\alpha$ -2b、RBVを24週投与しSVRが得られた。【まとめ】TVR3剤併用療法で腎障害出現症例にTVR250mg/日と少量の投与でSVRが得られた一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。



## 89 サルコイドーシスを合併した原発性胆汁性肝硬変の一例

済生会松阪総合病院

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

【症例】40歳代女性。【主訴】右眼の霧視。【既往歴・家族歴】特記事項なし。【現病歴】2013年9月右眼の霧視を訴え、近医眼科を受診した。ぶどう膜炎と診断され、ベタメタゾン、アトロピン点眼薬の投薬にて視力障害は改善した。2013年12月精査目的に当科紹介受診した。【内服薬】なし。【生活歴】アレルギーなし。喫煙1日7本。飲酒なし。【身体所見】眼球結膜黄染なく、表在リンパ節腫大を認めなかった。腹部平坦軟で圧痛を認めず、肝脾は触知しなかった。【検査所見】血液検査でAST 116IU/L、ALT 65IU/L、ALP 1558IU/L、GGT 948IU/Lと肝胆道系酵素上昇を認め、IgG 2155mg/dl、IgA 437mg/dl、IgM 334mg/dl、AMA 640倍、AMA-M2抗体(定量値)138.3と高値であった。また血中カルシウムは正常であったが、アンジオテンシン変換酵素(ACE)、リゾチームの上昇を認めた。【画像所見】胸部レントゲン検査では両側肺門リンパ節腫脹を認めなかった。心電図検査では異常所見を認めなかった。上部消化管内視鏡検査では食道静脈瘤(Cb,F1,LLRC sign(-)Lg(-))を認めた。胸部CT検査では両側上肺野優位に粒状影が気管支血管周囲束や葉間胸膜に沿って多発しており、肺野型のサルコイドーシスとして矛盾しない像であった。心臓超音波検査では壁肥厚や壁運動低下など心サルコイドーシスを疑う所見を認めなかった。腹部超音波検査では肝臓の辺縁は鈍で内部エコーは不均一であり、慢性肝疾患の所見を認めた。また脾腫、肝門部リンパ節腫大を認めた。【経過】臨床検査所見より原発性胆汁性肝硬変(PBC)を疑い、肝生検を施行した。炎症細胞浸潤、線維性進展を認め、偽小葉の形成が見られ、Schoufer分類で3-4期と考えられた。また一部では多核巨細胞が見られ、サルコイドーシスに矛盾しない結果であった。サルコイドーシスを合併したPBCと診断した。ウルソデオキシコール酸600mg/日を開始し、その後900mg/日に増量し、肝胆道系酵素は改善傾向を認め、現在経過観察中である。【結語】サルコイドーシスを合併したPBCは稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 90 当院におけるトルバプタンの使用成績

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科

○石田 哲也、森田 清、都築 智之、竹内 敦史、伊藤 裕也、  
松井 健一、三浦 正博、西村 大作、片田 直幸

【目的】トルバプタンはパソプレシン V2-受容体拮抗薬であり、V2-受容体においてパソプレシンの働きを抑制することで、尿中から血中への水の再吸収を減少させる水利尿薬である。もともと心不全における体液貯留に対して適応が通っていたが、2013年9月より肝硬変に対しても適応が追加された。当院では、ループ利尿薬や抗アルドステロン性利尿薬など投与されているが効果不十分な患者に対して2014年3月に至るまで9例にトルバプタンを導入したため使用成績を報告する。【方法】症例は全9例で、うち男性は5例、女性は4例、年齢は52歳～69歳(平均63.4歳)、Child-Pugh分類8～12点(平均9.8点)、原疾患は、C-LC 4例:B-LC 1例:アルコール性LC 3例:PBC 1例、投与前血清Alb濃度は、1.2～3.3g/dL(平均2.5mEq/L)であった。各症例に対してトルバプタン7.5mg(主治医の判断により3.75mg投与例4例あり)投与し投与前後の血清Na濃度や尿量、体重変化、自覚症状について検討した。【成績】投与前血清Na濃度は、122～146mEq/L(平均133mEq/L)、血清Na濃度変化は-7～+12mEq/L(平均+2mEq/L)であった。尿量変化は、+115～3120ml/day(平均+825ml/day)体重変化は、-4.1～+1.9kg(平均-0.9kg)、自覚症状は、改善1例:横ばい6例:悪化2例、投与中副作用での中止例はなかった。【結論】当院におけるトルバプタンの使用成績について報告した。ほとんどの症例で尿量は増加したが口渴による飲水により体重変化は軽度で自覚症状の改善も乏しかった。性別・年齢・Child-pugh分類・原疾患・投与前のAlb濃度による差は認めなかったが、投与前の血清Na濃度が低いほど尿量が増える傾向にあった。心不全での報告例ほど症状改善例は乏しかったのは肝硬変による腹水発生機序が腎因子のみでなく肝因子や全身循環動態因子が複雑に関与するためと考えられる。

## 91 肝硬変合併脾動脈瘤破裂の2例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、<sup>2</sup>富士宮市立病院内科○村田 礼人<sup>1</sup>、玄田 拓哉<sup>1</sup>、佐藤 俊輔<sup>1</sup>、森 雅史<sup>2</sup>、甘楽 裕徳<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>、飯島 克順<sup>1</sup>

症例1、30歳代男性。B型肝炎硬変、食道静脈瘤の診断で当院通院。腹部造影CTで脾門部に直径2.0cm大の動脈瘤を指摘されていたが未治療で経過観察されていた。2013年6月、突然左上腹部痛が出現し意識を消失。当院に救急搬送された直後に心肺停止。来院時Hbは8.3g/dLであったが、蘇生行為中3.7g/dLまで急速に低下し、心拍再開せず死亡した。死亡後撮影された単純CTでは腹腔内に巨大な血腫を認め腹腔穿刺で血清腹水が証明されたため、脾動脈瘤破裂による出血性ショックと診断された。症例2、60歳代男性。B型肝炎硬変で当院通院。腹部造影CTで脾門部に直径1.8cm大の動脈瘤を指摘されていたが未治療で経過観察されていた。2013年10月突然左上腹部痛が出現し、当院に救急搬送。受診後施行した腹部造影CTでは脾動脈瘤に加え、脾臓と上腎の間に形成された巨大な血腫と、動脈瘤から血腫内への造影剤の漏出が認められ、脾動脈瘤破裂と診断した。検査施行中にショック状態となったため急速濃厚赤血球輸血を行いながら緊急血管造影検査を施行。脾動脈瘤からの出血が確認されたためマイクロコイルとNBCA-リビオドールを用いて動脈瘤塞栓術を施行した。その後、急性腎不全、呼吸窮迫症候群を合併し、一時人工呼吸管理を必要としたが、再出血は認めず約1カ月後軽快退院した。真性脾動脈瘤はまれな腹部臓器動脈瘤であるが、肝硬変など門脈圧亢進症を有する患者では10%近い頻度で認められるという報告もある。多くの脾動脈瘤は無症状で経過するが、一旦破裂した場合、今回経験した症例のように大量出血から重篤な病態となるため、慢性肝疾患、特に肝硬変患者の管理において重要な合併疾患と考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

## 92 非アルコール性脂肪性肝炎による肝硬変に合併した血管内リンパ腫の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科○大橋 彩子<sup>1</sup>、仲島 友一<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<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>、室井 航一<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】76歳、女性。【主訴】発熱。【既往歴】左乳癌手術。【飲酒歴】なし。【現病歴】脂肪肝、喘息、糖尿尿病、高血圧で近医通院中であった。平成24年10月より38度台の発熱が出現し、他院にて精査施行したが原因不明であった。平成25年2月からは呼吸苦と腹満も出現したため2月25日に当科紹介となり3月4日入院となった。【検査結果】血液検査では白血球5100/ $\mu$ l、CRP 9.56mg/dl、T-Bil 2.4mg/dl、Alb 2.5g/dl、AST 55U/L、ALT 16U/L、AFP 2.8ng/ml、PIVKA-2 239mAU/L、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、EB抗VCA IgG陽性、抗VCA IgM陰性、抗EBNA陰性、EBV DNA陽性、可溶性IL-2R 4000U/mlであった。腹部USでは肝表面は不整で肝角は鈍化し、S2と右葉にはそれぞれ径約1cmの腫瘍を認め、腹水が貯留していた。ダイナミックCTとEOB-MRIでは肝腫瘍は描出されなかった。PET-CTではFDGは骨髄全体へ集積充進し、肝内には不均等に集積していた。骨髄生検ではリンパ腫や白血病の所見はなく血球貪食像も認めなかった。皮膚生検では血管内リンパ腫の所見は得られなかった。【経過】非アルコール性脂肪性肝炎による肝硬変に合併した不明熱として精査を開始した。尿白血球陽性であったため尿路感染症を疑い抗生剤を使用した。反応はなく中止した。慢性活動性EBV感染症が最も疑われたが骨髄では証明されなかった。腹水は利尿剤を使用した消失せず、肝生検には踏み切れなかった。長引く高熱で体力の消耗が進行したが、熱源は不明で対症的にステロイドを導入したが改善はみられず、第49病日に永眠された。病理解剖の結果、血管内大細胞性リンパ腫と診断された。腸間膜から肝内門脈枝に至る広範囲にリンパ腫が進展しており腫瘍塞栓や二次性血栓による血管閉塞を認め、これによる門脈圧亢進も腹水の一因と思われた。【結語】非アルコール性脂肪性肝炎による肝硬変に合併した血管内リンパ腫の1例を経験した。



93 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、シメプレビル3剤併用療法におけるVirtual Touch Quantificationの有用性について

小牧市民病院

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

【目的】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、シメプレビルの3剤併用療法（以下シメプレビル3剤併用療法）には高い治療効果が期待されている。既存の抗HCV治療においては線維化進展例に関しては薬剤のアドヒアランスが低下し、治療成績は十分ではなかった。その故、治療前の線維化の評価はシメプレビル3剤併用療法においても重要であると思われる。シメプレビル3剤併用療法施行のC型慢性肝炎患者において、非侵襲的肝硬度測定であるVirtual Touch Quantification (VTQ) と肝生検による肝線維化、臨床データとの関連性についての検討を行った。【方法】当院において2013年12月8日～2014年4月15日の期間中シメプレビル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50人（平均年齢67.1 ± 11.5歳、男性33人/女性17人、初回23人、前治療再燃13人、前治療無効14人）中、治療前にVTQと肝生検が施行され、両者の結果が判明している44人を検討対象とした。【成績】対象患者におけるVTQ測定値は1.58 ± 0.50(mean ± SD:以下同様)であった。肝生検組織結果はF0/1/2/3以上: 2/19/10/13、A0/1/2/3: 0/26/18/0であった。VTQ値はAST値(rs=0.36,P=0.015)、AFP値(rs=0.64,P < 0.001)と有意な正の相関を認め、Plt値(rs=0.60,P < 0.001)、alb値(rs=0.38,P=0.012)、WBC値(rs=0.34,P=0.026)と有意な負の相関を認めた。肝組織との評価において、線維化Stage別はF0/1: VTQ 1.25 ± 0.31、F2: VTQ 1.56 ± 0.22、F3以上: VTQ 2.09 ± 0.46であり各群間において有意差を認めた(P < 0.01)。活動性Grade別はA0/1: VTQ 1.37 ± 0.48、A2/3: VTQ 1.88 ± 0.39とA2/3において有意に高値を認めた(P < 0.001)。【結論】シメプレビル3剤併用療法前に測定されたVTQ値は肝生検による肝線維化Stageと関連性を認め、非侵襲的な線維化の評価として有用であると思われる。しかしながら活動性にも影響をうけることを念頭にいれる必要がある。

## 94 超高齢男性に発症した自己免疫性肝炎の一例

<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 腫瘍内科  
○青木 聡典<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、吉岡 直輝<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>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>

症例は88歳男性。2012年6月(86歳時)近医で肝機能障害を指摘され、精査目的で当科紹介となった。来院時にはAST 723 IU/L、ALT 1493 IU/Lとトランスアミナーゼの上昇を認めた。抗核抗体は160倍と陽性、IgG1816mg/dlと軽度上昇しており、自己免疫性肝炎(AIH)の国際診断基準によるスコアが11点(疑診)であった。肝生検を施行したところ、門脈域では境界板が破壊されて線維性に拡大しており、リンパ球及び形質細胞優位の浸潤を認めた。また、肝小葉内の一部にロゼット様配列を認め、AIHとして矛盾しない組織所見であったことから、AIHと診断した。その後プレドニゾロン(PSL)の内服を開始したところ、肝機能は速やかに正常化した。このためPSLを漸減し約半年後に一旦投与を終了したが、PSL中止後14ヶ月経過したところでAST 996 IU/L、ALT 1623 IU/L、ALP 574 IU/Lとトランスアミナーゼの再上昇を認め、AIHの再燃と診断し、再度PSLの内服を開始した。PSLへの反応性は良好であり、肝機能は速やかに正常化したため、PSLを漸減し、PSL 7.5mg/dayを維持量として投与しつつ経過を観察したところ、2014年3月よりAST 157 IU/L、ALT 337 IU/Lと上昇を認め、AIHの再燃と診断した。PSLに対する反応性が悪く、水溶性プレドニゾロン 50mg/日点滴静注へ変更し、アザチオプリン 50mg/日を併用開始した。その後は次第に肝機能の改善を認め、現在良好な維持状態を継続している。AIHは本邦では50-70歳台に発症が多いが、小児から高齢者まで全年齢で見られ、男女比は1:6で女性に多く発症することが知られているが、超高齢の男性にAIHを発症した報告は少ない。今回我々は当院にて治療を継続する高齢者のAIH症例についても併せて検討したため報告する。

96 慢性C型肝炎にてPEG-IFN $\alpha$ 治療を契機に全身性エリテマトーデスを発症した一例

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

【症例】72歳 女性  
【家族歴】母：高血圧 腎疾患  
【既往歴】高血圧  
【現病歴】平成16年から慢性C型肝炎にて経過観察中。平成22年12月より浮腫の増悪あり、腎機能障害、尿蛋白陽性の為、腎臓内科受診し、HCV感染に伴うクリオグロブリン血症による慢性腎炎症候群と診断。平成23年5月11日よりHCV感染関連の腎機能障害及び慢性C型肝炎(1B型低ウイルス量)治療のためペグインターフェロン $\alpha$ 2a製剤単剤48週治療を開始。5週目でウイルス陰転化し、平成24年4月で48週投与終了。しかし、5月頃より関節痛や紅斑が出現。ウイルス陰転化にもかかわらずトランスアミナーゼの上昇も認め、クリオグロブリンは陰転化も、抗核抗体40倍と高値となり、臨床症状から全身性エリテマトーデス(SLE)を疑い、皮膚生検を施行。疾患特異抗体である抗dsDNA抗体陽性であり、皮膚生検も真皮に浮腫と血管周囲のリンパ球浸潤を認める所見で、病理所見と臨床データをあわせSLEと診断された。【臨床経過】8月15日よりプレドニゾロン 30mg内服開始。しかし、腎機能障害改善乏しく、浮腫も悪化しネフローゼ症候群を発症。効果不十分のため腎生検施行したところ、病理でもループス腎炎V型と診断された。10月1日よりタクロリムスを追加内服し、プレドニゾロンの減量をはかるも、浮腫の増悪を認め11月1日からミゾリビンを追加し、症状コントロールを行いながら現在まで当院腎臓内科で継続治療中である。【考察】今回インターフェロン治療後にSLEを発症した症例を経験し、インターフェロンがSLE発症に関連している可能性が考えられた。インターフェロン治療の際には治療中だけでなく治療後もSLEの合併も考慮しながら治療を行う必要があると考える。【結語】慢性C型肝炎にてPEG-IFN $\alpha$ 治療を契機にSLEを発症した症例を経験し、インターフェロン製剤にてSLEが誘発されたという報告はまれであるため、若干の文献的考察を加え報告する。

## 95 著明な肝脾病変を伴う全身性サルコイドーシスに対してステロイド内服が著効した一例

<sup>1</sup>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、<sup>2</sup>独立行政法人 国立病院機構 名古屋医療センター 呼吸器科、<sup>3</sup>久野 剛史<sup>1</sup>、後藤 百子<sup>1</sup>、水田りな子<sup>1</sup>、浦田 登<sup>1</sup>、江崎 正哉<sup>1</sup>、加藤文一郎<sup>1</sup>、喜田 裕一<sup>1</sup>、田中 優作<sup>1</sup>、龍華 庸光<sup>1</sup>、桶屋 将之<sup>1</sup>、都築 智之<sup>1</sup>、島田 昌明<sup>1</sup>、平嶋 昇<sup>1</sup>、岩瀬 弘明<sup>1</sup>、村上 靖<sup>2</sup>

症例は48歳女性。既往歴として、4年前近医にて両眼肉芽腫性ぶどう膜炎を診断され、現在までステロイド点眼薬を使用中である。2年前より腹部膨満感を自覚していた。1か月前の健康診断にて、胸部レントゲン上両側肺門リンパ節腫脹及び左肺浸潤影を指摘され他院を受診した。眼病変の既存や肝脾腫を合わせてサルコイドーシスを疑われ、精査治療目的に当院紹介となった。初診時、肝腫大により上腹部は緊満しており約8横指肝触知した。腹部緊満により食事摂取も制限される状態であった。採血上、ACE 53.7U/Lと高値を認めた他、AST 37IU/L、ALT 55IU/Lと肝酵素の軽度上昇、Hb 9.5g/dLと貧血を認めた。CT上、上縦隔から気管分岐周囲、肺門、腹腔から脾門、後腹膜、腸骨領域、鼠径部リンパ節に腫大を認めた。肝脾腫は著明で造影CTでは造影良好な部位と不良な部位の混在を認めた。肺野には両側気管支血管束に沿って斑状・粒状影が広がっていた。なお、心電図や心エコー検査に異常所見は認められなかった。診断目的にて肝生検を施行した結果、類上皮細胞、多核巨細胞からなる小型肉芽腫を複数個所認め、肝サルコイドーシスと診断した。また、超音波気管支鏡下経気管支リンパ節吸引生検でも肉芽腫を認めた。著明な腹部症状や画像所見異常、肝障害とHb低下を伴うサルコイドーシスと診断し、PSL30mgの投与を開始した。投与後著明な腹部症状の改善を認め、Hbの上昇を認めた。投与後35日目の採血においてACE 19.9U/L、AST 12IU/L、ALT 30IU/L、Hb 11.2といずれも改善傾向を認めた。また、投与後88日目にCTを再検したところいずれのリンパ節も縮小傾向を示し、肝脾腫や肺野陰影も縮小した。現在もPSLを漸減しながら治療継続している。著明な肝脾腫と貧血、肝障害を合併する全身性サルコイドーシスは比較稀であり、ステロイド治療が著効した例として若干の文献的考察を加えて報告する。

## 97 オレイン酸モノエタノールアミン注入し治療した巨大肝嚢胞の一例

豊橋市民病院 消化器内科  
○木下 雄貴、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、竹山 友章、鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、片岡 邦夫、飛田恵美子、岡村 正造

【はじめに】オレイン酸モノエタノールアミン注入し治療した巨大肝嚢胞の一例を経験したので報告する。【症例】50歳代女性【主訴】腹痛【既往歴】肝嚢胞、胆嚢ポリープ【現病歴】20XX年11月4日より右側腹部痛が出現。11月7日、近医受診し腹部超音波検査で最大嚢胞径19×18cmの多発肝嚢胞を認めた。肝嚢胞は15年前に初回指摘されており、その時点での嚢胞径は7×7cmであった。12年前には8×7cm、8年前に12×12cmと増大傾向であった。当院紹介時の造影CT検査では肝右葉に19×15cmの境界明瞭で内部が均一な吸収値を示す病変を認め、嚢胞壁の不整・肥厚などの所見は認めなかった。第2病日、超音波ガイド下に経皮経肝的に嚢胞を穿刺吸引し1770mL排液した。第6病日、超音波ガイド下に経皮経肝的に嚢胞ドレナージを行い、8Frチューブを介して約1500mL排液した。第9病日に造影CT検査で嚢胞が縮小していることを確認し、造影剤配合したオレイン酸モノエタノールアミン40mLを注入。体位変換・固定後注入した後、24時間後にドレーンを抜去した。有害事象なく経過し、第13病日に退院となった。治療後2ヶ月の腹部超音波検査では嚢胞径は12×8cmまで縮小していた。【考察】肝嚢胞の患者の多くは無症状であるが、有症状であれば治療の対象となる。肝嚢胞の治療法として、嚢胞内容穿刺吸引・硬化療法および肝動脈塞栓療法、嚢胞閉塞術、肝切除術、肝移植がある。治療法は重症度や病態により選択される。本症例はGiot分類で1型に分類され、嚢胞内容穿刺吸引・硬化療法を選択した。嚢胞内容排液のみでは高率に再発することが知られており、嚢胞内に薬剤を注入する硬化療法が併用される。硬化剤として、エタノール、ミノマイシン、テトラサイクリンなどが使用されているが、再発率は21.75%との報告がある。オレイン酸モノエタノールアミンを用いた硬化療法の成功率は93%、再発率は0%との良好な治療成績が報告されている(引用文献：多発肝嚢胞治療ガイドライン)。【結語】オレイン酸モノエタノールアミン注入し治療した巨大肝嚢胞の一例を経験した。

## 98 特徴的画像所見を呈し診断に至った肝原発悪性リンパ腫の1例

半田市立半田病院

○山内 淳一、大塚 泰郎、神岡 諭郎、森井 正哉、岩下 紘一、  
川口 彩、山田 啓策、春田 明範、水野 和幸、肥田野 等

症例は74歳男性。2011年1月から2月にかけて前立腺癌に対して放射線治療施行し、他院外来通院中であつたが、同年4月血便および肝障害を認めためて当院紹介となつた。血便については、下部消化管内視鏡検査をおこなつたところ直腸に発赤、oozingあり、放射線性直腸炎と考えられ、保存的に対処した。肝障害の原因としてウイルス肝炎などは否定的であり、腹部超音波検査をおこなつたところ、Bモードで肝S5に長径30mmの隔壁をともなうlow echoic SOLを認めため追加画像検査をおこなつた。腹部造影CT検査：S5の腫瘍は淡い造影効果を認める境界不明瞭な領域として描出された。腹部MRI検査：T2強調画像ではS5に長径30mmの境界不明瞭な淡い高信号域を認め、周囲肝に広範に、ごくわずかな高信号化がみられた。ソナゾイド造影エコー：vascular phaseで腫瘍濃染し、post vascular phaseで陰影欠損した。ドップラーで内部を血管が貫通している所見がみられた。上記所見および可溶性インターロイキン2レセプター1410U/mlと高値あり、悪性リンパ腫を念頭に、肝腫瘍生検を行ったところ、肝に異型リンパ球様細胞のびまん性な浸潤を認め、免疫染色ではCD20(+), CD79a(+), CD3(-), CD4(-)であり、B cell lymphomaと考えられた。また骨髓穿刺でも核異型の強い異型細胞を認め、悪性リンパ腫骨髓浸潤と考えられた。PET-CT検査を行ったところ、全身骨、肝、脾への広範な集積を認め、全身化学療法が必要と考えられ、当院血液内科常勤医不在のため、他院転院となつた。今回、画像検査で特徴的所見を認め診断に至つた肝原発悪性リンパ腫の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告したい。

## 99 初診時 IgM-HA 抗体が陰性であった A 型重症肝炎の一例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○今井 則博、石上 雅敏、加藤幸一郎、阿知波宏一、荒川 恭宏、山田 恵一、津澤 真二、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、石川 哲也、後藤 秀実

【症例】生来健康な 40 代男性、2 月 28 日 発熱、頭痛にて発症し前医受診。3 月 3 日 発熱、頭痛の改善乏しく再診、採血にて AST 10628 IU/L、ALT 6351 IU/L、PT 49.3% と著明な肝障害を認め前医入院。前医入院時 HCV 抗体陰性、HBs 抗原陰性、IgM-HA 抗体陰性 (抗体価 0.0) であった。翌 3 月 4 日 AST 15919 IU/L、ALT 9485 IU/L、PT 36.1% と肝機能の悪化を認め、原因不明の重症肝障害とて当院転院となった。同日当院にて再検した IgM-HA 抗体は陽転化 (抗体価 2.0) しており、他のウイルスマーカー、肝障害原因は否定的であったため、急性 A 型肝炎と診断した。安静、補液にて保存的に加療を行い、肝性脳症の発症なく経過。3 月 5 日 ALT 9739 IU/L と低下傾向を認め、3 月 12 日総ビリルビン値も低下傾向に転じ、また IgM-HA 抗体価は 9.3 と上昇を認めた。保存加療にて臨床症状、肝機能軽快を得られ 3 月 14 日退院となった。【考察】A 型肝炎は発熱、嘔吐等の症状で発症し、対症療法にて軽快する一過性の急性肝炎であるが、まれに劇症化 (約 0.5%) を認める。国立感染症研究所によると 2014 年の A 型肝炎の報告数は 3 月 13 日までで 177 例であり、昨年 1 年間での報告数である 127 例を大幅に超えている。また、そのうち約 7 割が国内での感染と推定されており注意喚起がなされている。発症時に IgM-HA 抗体が陰性であった A 型肝炎は 6.4 ~ 10.7% と報告されており、多くの症例は 1 ~ 2 週間後の IgM-HA 抗体の再検査にて確定診断されている。IgM-HA 抗体陽転化の時期として Hyunらは発症から peak-ALT までで 56.1%、peak-Bil までで 92%、peak-Bil 以後は 100% であったと報告している。本例も初回 IgM-HA 抗体測定時は ALT の peak 前であり、偽陰性となりやすい時期であったと考えられる。A 型肝炎の潜伏期間は 2 ~ 7 週間とされ、問診による感染源の特定は困難であるため、原因疾患不明の急性肝障害症例においては複数回の IgM-HA 抗体の測定が有用であることが改めて示唆された。【結語】初診時 IgM-HA 抗体が陰性であった A 型重症肝炎の一例を経験した。本年は A 型急性肝炎の報告数が増加しており、IgM-HA 抗体の陽転化時期についての再認識が重要と考えられた。7

## 101 抗核抗体陰性、血清 IgG 正常値を呈した自己免疫性肝炎の 1 例

大垣市民病院 消化器科

○長谷川綾平、熊田 卓、棚山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、金森 明、木田 俊史、伊藤 隆徳、颯田 祐介、横山 晋也、田中 達也、杉山 由晃

【症例】80 歳、男性【主訴】肝酵素上昇【現病歴】近医の定期採血にて、肝酵素上昇 (AST228IU/L、ALT341IU/L) を指摘され、紹介受診となった。HBs 抗原陰性、HCV 抗体陰性、抗核抗体陰性、血清 IgG 正常、抗ミトコンドリア M2 抗体陰性、抗肝腎マイクロソーム - 1 抗体陰性、抗平滑筋抗体陰性であった。受診時、T-Bil8.5mg/dl と黄疸を認めており、8 日間の入院となったが肝酵素上昇の原因不明のまま、全身状態安定しているため外来での経過観察となった。ウルソデオキシコール酸 (600mg/日) 投与開始したが、データの改善は認めなかった。初回受診から 2 ヶ月間経過した採血結果で ANA80 倍、IgG1737mg/dl と上昇を認めたため、自己免疫性肝炎疑いとして肝生検とプレドニゾン投与目的で再入院となった。PSL (30mg/日) 投与開始したところ、8 日目で肝酵素の著明な改善を認めた。肝生検では、肝小葉間の結合組織にリンパ球浸潤を認め、interface hepatitis を示唆する像と考えられ、自己免疫性肝炎として診断確定された。【考察】本症例では、肝炎発症時に陰性であった抗核抗体価が経過中に陽転化した。医学中央雑誌にて、AIH と診断された症例のうち、抗核抗体陰性であった症例が全体の 13.6% (176 例中、24 例) である報告を認めた。ANA 陰性群の AIH は急性症状を発現することが多く、本症例でも急速な黄疸の進行を認めていた。原因不明の肝炎に対し、定期的な ANA 抗体価・血清 IgG 値の測定や、肝生検の適応を考慮する必要性があると考えられた。

## 100 重症型アルコール性肝炎に GMA を施行した 2 例

<sup>1</sup> 中京病院、<sup>2</sup> 緑ヶ丘ファミリークリニック○飛鳥井香紀<sup>1</sup>、金子 望<sup>1</sup>、井上 智司<sup>1</sup>、杉村 直美<sup>1</sup>、石原 祐史<sup>1</sup>、高口 裕規<sup>1</sup>、井上 裕介<sup>1</sup>、戸川 昭三<sup>1</sup>、榎原 健治<sup>1</sup>、長谷川 泉<sup>1</sup>、大野 智義<sup>2</sup>

重症型アルコール性肝炎 (SAH: severe alcoholic hepatitis) は予後不良の疾患である。ステロイド投与や血漿交換 (PE) といった治療が行われてきたが、その救命率は極めて不良であった。しかし近年 SAH に対する白血球除去療法 (GMA) の有効性が報告されつつある。今回我々はアルコール性肝炎の重症度スコア (Japan Alcoholic Hepatitis Score, JAS) で重症と判断され GMA が効果的であったと考えられる 2 例を経験したので報告する。症例 1: 41 歳女性。毎日焼酎水割りを 4、5 杯飲んでた。1 か月前から倦怠感あり近医入院。入院後も著明な肝腫大と腹水を認め黄疸の進行を見るため当院へ紹介入院となった。入院時検査所見は WBC 53400/μL、PT 38%、T-Bil 25.4mg/dL、AST 133IU/L、Cre 3.98mg/dL と JAS 13 点。さらに 1 度の肝性脳症も認めており SAH と診断。血液持続濾過透析や PE を行うも WBC 70300/μL まで上昇したため GMA を追加実施した。WBC 40000/μL、T-Bil 15mg/dL まで低下し、全身状態も改善傾向を示したが腎機能の改善なく腎不全のため死去された。症例 2: 49 歳女性。アルコール依存にて精神科入院歴あり。退院後は断酒していたが、1 年前に再開し毎日ウイスキーボトル 1 本程度飲酒していた。1 か月前から倦怠感、腹満感を認め、近医入院。著明な白血球上昇もあり当院に転院。肝腫大と腹水を認めたが意識障害なく検査所見では WBC 52800/μL、PT24%、T-Bil 11.0mg/dL、AST 51IU/L、Cre 0.66mg/dL と JAS 12 点と SAH と診断し、第 2 病日より GMA を実施した。徐々に WBC、T-Bil は低下し、全身状態も改善した。結語: SAH は、早期発見と早期集学的治療の開始が不可欠である。今回我々は JAS の重症度判定後早期より集学的治療を導入し、なかでも GMA により WBC 低下とともに全身状態の改善を見た貴重な 2 例を経験し GMA の有用性を示した。

## 102 PegIFNα 2b+Ribavirin+Telaprevir3 剤併用療法を施行した genotype 3b 型 C 型慢性肝炎の 1 例

<sup>1</sup> 名古屋第一赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup> 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学○八鹿 潤<sup>1</sup>、山口 丈夫<sup>1</sup>、土居崎正雄<sup>1</sup>、石川 卓哉<sup>1</sup>、山 剛基<sup>1</sup>、村手健太郎<sup>1</sup>、服部 峻<sup>1</sup>、早川 史広<sup>1</sup>、山田 健太<sup>1</sup>、長谷川一成<sup>1</sup>、植田 恵子<sup>1</sup>、青井 広典<sup>1</sup>、河村 達哉<sup>1</sup>、林 和彦<sup>2</sup>、石上 雅敏<sup>2</sup>、春田 純一<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>2</sup>

【目的】2011 年 11 月にプロテアーゼ阻害薬である Telaprevir (TPV) が保険適用となり、1 型高ウイルス量の C 型慢性肝炎に対して TPV と PegIFN/Ribavirin (RBV) の 3 剤併用療法が日常臨床で使用可能となった。今回、HCV グルーピング法でセロタイプ 1 型と判定された genotype 3b の C 型慢性肝炎に対して TPV3 剤併用療法を施行した 1 例を経験したので報告する。【症例】40 歳代タイ人女性。2 年前に C 型慢性肝炎と診断されていた。2012 年 2 月に治療を希望され受診した。輸血歴なし。AST 66IU/L、ALT 92IU/L と肝障害を認め、HCV-RNA 5.5 log<sub>10</sub>/ml、HCV セロタイプ 1 型であり、TPV 3 剤併用療法の適応と判断し、2012 年 8 月より治療を開始した。治療開始 4 週目に HCV-RNA < 1.2log<sub>10</sub>/ml となり 8 週目で陰性化した。その後 HCV-RNA 陰性を維持したまま 24 週で治療を終了した。貧血のため 12 週目で RBV を 400mg/日に減量したが、TPV、PegIFN の減量、中止はなかった。その他の副作用は grade 1 の皮疹を認めたが保命的に改善した。治療終了後自己中断となり、効果判定は不明である。治療終了後、core70/91 変異を解析するため core 領域のダイレクトシーケンシングを施行したところ、genotype 3b と判明した。【考察】治療方針の決定のため保険適用のある HCV グルーピング法による HCV セロタイプの測定が一般的に使用されている。HCV グルーピング法は、NS4 領域に対するグループ特異抗体であり、genotype 1a/1b をセロタイプ 1 と 2a/2b をセロタイプ 2 と判定する安価で簡便な方法で汎用されている。しかし、感度の問題と genotype 1 と 2 以外は想定していないため特異度が問題となる。タイの major genotype は 3a、1a、6 であり、3b はタイでも数%と比較的稀な genotype であり、その病態や臨床情報の詳細は不明である。【結語】HCV グルーピング法でセロタイプ 1 型と判定された genotype 3b タイ人の C 型慢性肝炎を経験した。今後国際交流が盛んになり外国人の C 型慢性肝炎が増加する可能性があるため、genotype 1 と 2 以外が分布する外国人に対して HCV グルーピング法を測定する場合は注意を要すると考えた。



## 103 アルコール依存と神経性食欲不振症の合併例に発生した肝機能障害の一例

愛知医科大学病院 消化器内科

○松本 朋子、大橋 知彦、長尾 一寛、山本 高也、小林 佑次、石井 紀光、中出 幸臣、佐藤 顕、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

【症例】34歳男性。【主訴】肝機能障害・貧血・倦怠感 【既往歴】33歳胃潰瘍 【飲酒歴】17歳の頃から焼酎コップ3～4杯/日、他にビールやワイン等を常飲していた。【現症】身長170cm、体重32kgと著しくやせていた。血圧110/70mmHg HR37/分と徐脈を認めた。【病歴】2014年12月17日上記症状を主訴に来院した。他院精神科でアルコール依存症に対しフォロー中であった。AST493U/L、ALT305U/L、ALP614U/L、 $\gamma$ -GTP230 U/Lと異常高値を認めた。各種肝炎ウイルスマーカー、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体は陰性であった。悪性疾患否定のために全身CTと上下部内視鏡検査を施行したが、特に問題なし。胃潰瘍も治癒していた。食事や体型に対する認識に問題があり、神経性食欲不振症と考えられた。肝生検も施行した。病理学的には、極一部の門脈域に軽度のリンパ球浸潤と線維化を認めた。中心静脈域にも軽度の線維化を認めた。脂肪変性は認めなかった。【経過】以降、肝障害の増悪と低血糖を繰り返し、その都度補液と安静で病態は改善した。入院中経口摂取に問題ないが、退院後自宅ではほとんど食べないため、入院管理を継続すべきとの判断で全身状態の安定している時期を見計らい精神科病院へ転院となった。【考察】神経性食欲不振症に肝機能障害を伴う頻度は、12～52%と報告されている。肝生検施行例は少なく、脂肪変性を伴う症例や、急性肝炎像を示す例もある。今回の症例は、アルコール多飲歴があるものの、組織学的に見て現行の肝障害への影響は乏しいと考えられ、肝脂肪変性も認めなかった。徐脈と脱水を認めたことから、肝の循環不全等による一過性の肝障害と考えられた。アルコール依存症と神経性食欲不振症を合併した特異な症例で、今後も精神科のケアが不可欠である。文献的考察を加え報告する。

## 104 B型肝炎にてHBs抗原消失後に急性肝炎を発症した2例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科

○室井 航一<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<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>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例1】66歳、女性【主訴】肝障害【経過】1997年にHBs抗原陽性を指摘され、その後近医にて定期通院をしていた。2014年2月1日、肝障害を認め当科に紹介受診、入院となった。採血では、T-bil 2.8 mg/dl、AST 965 U/L、ALT 941 U/L、PT 56%、ANA 204800倍、IgG 4241 mg/dl、ZTT 35.9 U、HBs抗原陰性、HBV-DNAは検出感度以下であった。USでは、肝表面は整、肝角は鈍、内部は不均一で、胆嚢は萎縮していた。既往歴よりB型肝炎の急性増悪を疑ったが、検査成績からAIHと考えステロイドを導入した。その後肝障害は軽快し、2月21日に肝生検を施行した。Glisson 鞘主体のリンパ球浸潤、肝限界板の破壊を認め、A2、F2-3相当の慢性活動性肝炎の像であり、AIHに矛盾しない結果と考えられた。【症例2】70歳、男性【主訴】尿の色調異常【経過】B型慢性肝炎にて当科通院中であった。経過中の2013年に、HBs抗体陽性化を認めた。2014年3月初旬から褐色の尿を自覚し、近医を受診し、ビリルビン尿を指摘された。3月4日に当科紹介受診し、入院となった。採血では、T-bil 7.7 mg/dl、AST 1782 U/L、ALT 2364 U/L、PT 74%、HBs抗原陰性、HBs抗体陽性、HBV-DNA量は2.36 log copy/ml、HE-IgA抗体陽性であった。USでは、肝表面は整、肝角は鈍、内部は不均一、腹水も少量認められた。B型慢性肝炎の再活性化を疑ったが、HBV-DNA量は低値で、HE-IgA抗体の結果からE型肝炎と診断した。その後保存的加療にて肝障害は軽快した。【考察】HBs抗原陽性の既往があり、経過中に肝障害が出現した場合、B型肝炎ウイルスの再活性化を第一に疑うが、HBs抗原が消失した場合は、急性肝炎の原因検索を慎重に行う必要があると思われた。今回、B型肝炎にてHBs抗原消失後に急性肝炎を発症した2例を経験したので報告する。



105 神経内分泌癌が併存した膵管内乳頭粘液性腺癌の1切除例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、<sup>3</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○二宮 豪<sup>1</sup>、藤井 努<sup>1</sup>、山村 和生<sup>1</sup>、林 直美<sup>1</sup>、岩田 直樹<sup>1</sup>、神田 光郎<sup>1</sup>、小林 大介<sup>1</sup>、田中 知恵<sup>1</sup>、山田 豪<sup>1</sup>、中山 吾郎<sup>1</sup>、杉本 博行<sup>1</sup>、小池 聖彦<sup>1</sup>、野本 周嗣<sup>1</sup>、藤原 道隆<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>2</sup>、川嶋 啓輝<sup>2</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>2</sup>、小寺 泰弘<sup>1</sup>

症例は51歳男性。健診超音波検査で膵頭部腫瘍を指摘され当院に紹介となった。腹部超音波検査では膵頭部に境界不明瞭な低エコー腫瘍を認め、腹部造影CT検査の膵実質相にて1.7×1.6cm大の低濃度の不整形腫瘍を認めたが、主要血管への浸潤は認めなかった。膵頭部体部はやや腫大し、周囲脂肪織濃度の上昇を認めた。膵体尾部の萎縮と、主膵管・副膵管や分枝膵管の拡張を認めた。膵頭部足側に1.9cm大のリンパ節転移を疑う結節を認めた。超音波内視鏡検査では拡張した主膵管内に乳頭状腫瘍が存在し、膵頭部～十二指腸筋層へ浸潤していた。腫瘍マーカーは正常で、尿液細胞診は偽陽性であった。以上より、膵炎を合併した膵管内乳頭粘液性腺癌（浸潤癌）と診断された。術中所見では腹腔内に肝転移・腹膜播種を認めず、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、D2郭清、Child変法再建を施行した。術後経過は良好で術後第16病日に退院となった。病理組織学的所見では、腫瘍の主体は粘液湖の貯留をみる膵管内乳頭粘液性腺癌であったが、浸潤部の腫瘍細胞はロゼット状に増生しており、同部の免疫染色ではCD56陽性、クロモグラニン陽性で、神経内分泌腫瘍の併存と考えられた。この浸潤部のMIB-1標識率は80%相当と高値で、神経内分泌腫瘍G3（2010年WHO分類）と診断された。膵管内乳頭粘液性腺癌と膵神経内分泌癌の併存はまれであり、文献的考察を加え報告する。

107 主膵管内進展を伴った膵内内分泌腫瘍の1切除例

<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器外科、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

○岩田 至紀<sup>1</sup>、清水 泰博<sup>1</sup>、千田 嘉毅<sup>1</sup>、夏目 誠治<sup>1</sup>、伊藤 誠二<sup>1</sup>、小森 康司<sup>1</sup>、安部 哲也<sup>1</sup>、三澤 一成<sup>1</sup>、伊藤 友一<sup>1</sup>、木村 賢哉<sup>1</sup>、木下 敬史<sup>1</sup>、植村 則久<sup>1</sup>、川合 亮祐<sup>1</sup>、川上 次郎<sup>1</sup>、浅野 智成<sup>1</sup>、倉橋真太郎<sup>1</sup>、重吉 到<sup>1</sup>、筒山 将之<sup>1</sup>、篠田 雅幸<sup>1</sup>、木下 平<sup>1</sup>、山雄 健次<sup>2</sup>

症例は36歳男性。検診の腹部超音波検査で膵の石灰化を指摘された。近医を受診しCTで石灰化を伴う腫瘍性病変を認め、精査加療目的に当院を紹介された。当院の血液検査では、腫瘍マーカーや膵内ホルモンなどに異常は認めなかった。CTでは、膵体部に28mm大の早期濃染を呈し、中心に粗大石灰化を伴う腫瘍性病変を認め、腫瘍は膵頭部方向に進展していた。膵尾部は著明に萎縮していた。ERPでは、主膵管に爪様の透亮像を認め、腫瘍の主膵管内進展が疑われた。EUSでは、膵体部に石灰化を伴う比較的境界明瞭な20mm大の腫瘍性病変を認めた。腫瘍から連続して膵頭部の主膵管内に低エコー腫瘍が進展していた。FNAでは、類円形の核を有する異形細胞を認め、免疫染色でchromograninA(+), synaptophysin(+)<sup>1</sup>であり、膵内内分泌腫瘍と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。術中所見で肝S3に3mm、S8に3mm、S5に2mm、S6に1mmの小結節を認め、生検で内分泌腫瘍の主膵管内進展を認めた。WHO分類に準じるとKi67は8%であり、PNET(G2)と診断した。術後4か月の現在、エペロリムスによる加療を継続中である。主膵管内進展を伴った膵内内分泌腫瘍の1切除例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

106 腹腔鏡手術が診断に有用であった膵周囲Cystic Lymphangiomaの一例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○佐藤 崇文、松尾 洋一、社本 智也、坪井 謙、森本 守、柴田 孝弥、竹山 廣光

症例は30代女性。他院で撮影したCT検査で膵嚢胞を指摘され、精査目的に当院内科紹介受診。膵体部の嚢胞性腫瘍と胆嚢腺筋腫症の診断で手術的に当科紹介となった。CTでは楕円形の嚢胞性病変として描出され、MRIでは多房性の所見を認めたが、明らかな結節は認めなかった。膵は足側に圧排されて、頭側では食道に接してこれを腹側に圧排しており、また胃は腹側左側に圧排されていた。膵との交通は明らかでなく、膵に接する嚢胞性膵腫瘍の診断と治療を兼ねて、また同時に胆嚢摘出術を目的に、腹腔鏡下手術を施行した。全身麻酔下に入孔式で手術を開始した。膵は小網に覆われていた。まずこれを開放して観察すると、腫瘍は極薄い皮膜に覆われた嚢腫の所見であった。左胃静脈と左胃動脈を温存して全周に剥離すると、嚢胞と膵との交通は認めず、腹腔動脈周囲リンパ組織が原発のリンパ管嚢腫と診断した。膵切除は行わず、嚢腫摘出術のみで終了した。胆摘は型どおりに施行した。術後は合併症なく退院となった。術後病理組織学的検査でLymphangiomaの診断を得た。術後6か月のCTでは、再発の所見を認めない。本疾患が膵周囲に発生した場合、膵嚢胞性病変との鑑別が問題となるが、本疾患は術後の組織学的検査から診断されることが多いため、切除術式の選択が重要である。同時に、基本的に良性疾患であるため、過大な侵襲は避けねばならない。本症例では、診断と治療を兼ねた腹腔鏡下手術が有用であった。

108 膵全体のIPMNに対し膵全摘術を施行した1例

<sup>1</sup>安城更生病院 外科、<sup>2</sup>安城更生病院 消化器内科

○鈴木 優美<sup>1</sup>、関 崇<sup>1</sup>、平松 聖史<sup>1</sup>、後藤 秀成<sup>1</sup>、田中 寛<sup>1</sup>、新井 利幸<sup>1</sup>、脇田 重徳<sup>2</sup>、馬淵 龍彦<sup>2</sup>、山田 雅彦<sup>2</sup>

【症例】70歳男性。【既往歴】2型糖尿病、慢性心不全、高脂血症、心房細動、多発性皮膚腫瘍。【現病歴】糖尿病の悪化にて当院紹介受診。スクリーニングの腹部超音波検査で径14mmの著明な主膵管拡張、膵鉤部に14mm大の低エコー域、膵全体に散在する嚢胞性病変を認めた。腹部CTでは膵頭部から尾部までの著明な主膵管拡張を認めるも、閉塞を来するような腫瘍性病変は認めず、膵鉤部には主膵管と連続した多房性嚢胞性病変を認めた。ERCPでは膵頭部の主膵管数珠状拡張を認めたが、分泌液により尾側膵管の造影ができなかった。EUSでは膵頭部から尾部まで主膵管の数珠状拡張を認め、膵体部に分枝膵管の拡張も認めたが、明らかな結節像は認めなかった。以上より膵全体の混合型IPMN(Intraductal papillary-mucinous neoplasm)と診断し膵全摘術を施行した。病理組織学的にはファーラー乳頭内の主膵管からは膵の全体にわたる腺腫であり、明らかな上皮内癌とする異型は認められなかった。膵全体にわたるIntraductal papillary-mucinous adenoma (IPMA)と診断した。術後経過は良好で、術後第17病日軽快退院した。【考察】IPMNは約70%が膵頭部に発生するとされているが、膵全体にわたるIPMNはまれである。本症例は術前画像検査にて膵全体にわたる主膵管の拡張と膵鉤部や膵体部の分枝膵管の拡張を認め、明らかな結節性病変は指摘できなかったことからまれな膵全体の混合型IPMNと考え膵全摘術を施行した。膵全摘術は手術侵襲が大きく、膵内外分泌機能の脱落や臓器大量切除に伴う消化吸収障害によって術後のQOLが著しく損なわれる術式であり、その選択には慎重を要する術式である。本症例は病理組織学的にも膵全体にわたるIPMAであり、膵全摘術は妥当な術式であったと考える。そして検索しえた限りIPMNに対し膵全摘術を施行した本邦報告例は19例検索のみであった。IPMNに対する膵全摘術の妥当性を含め、文献的考察を加え報告する。

109 超音波内視鏡下穿刺吸引法が診断に有用であった膵原発悪性リンパ腫の1例

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

【はじめに】膵原発悪性リンパ腫は膵悪性腫瘍の中でもまれな疾患である。画像上膵癌、自己免疫性膵炎等との鑑別が問題となる。今回我々は超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) が診断に有用であった1例を経験したので報告する。【症例】77歳女性。既往に直腸癌 (2011年手術施行) があり、外科でフォローされていた。2013年11月のCTで膵体部に径26ミリ程度の造影不領域の腫瘍を認め、12月当科受診。画像からは膵癌又は直腸癌術後の膵転移が疑われた。治療方針決定のために病理学的診断を目的に、膵病変に対してEUS-FNAを施行した。採取検体は、diffuse large B-cell lymphomaであった。PETで膵体部にのみ集積を認め、他部位に集積を認めず。膵原発悪性リンパ腫と診断され血液内科で化学療法開始となった。【まとめ】膵原発悪性リンパ腫はまれな疾患であり、悪性リンパ腫のなかでも頻度が少ない。典型的画像所見を呈していない場合膵癌との診断が困難であり、外科的切除後の標本で診断がなされることが多い。膵手術の侵襲は大きいため、膵充実性腫瘍の診断・治療方針決定には、超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を積極的に検討する必要があると考えられた。

110 健診を契機に発見された Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の1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  
 ○河合 学<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、鷲見 肇<sup>1</sup>、杉本 啓之<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、桑原 崇通<sup>1</sup>、森島 大雅<sup>1</sup>、須原 寛樹<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、松坂 好平<sup>2</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>12</sup>

症例：50歳代女性。現病歴：健診の腹部超音波検査 (US) にて巨大な膵腫瘍性病変を指摘され、精査目的に当院紹介となった。既往歴：高血圧。身体所見：自覚症状はなく特記すべき所見なし。血液検査：CA19-9の軽度上昇の他は特記すべき所見なし。US：膵頭部から体部に内部不均一でやや高エコーな腫瘍として描出。腫瘍と主膵管の交通が疑われた。造影CT：膵実質相でも造影される境界が比較的明瞭で膵実質を置換するように発育する浸潤傾向に乏しい分葉状腫瘍として描出され、内部には造影不良域を認めた。EUS：膵頭部から膵外へ110×60mm大の輪郭明瞭で整な腫瘍として描出。浸潤傾向は明らかではなく、尾側膵管の拡張なし。Sonazoid&regによる造影 (当院 IRB 承認) では、腫瘍の血流は増加するが比較的早く消失するパターンを示し、内部には壊死領域を疑う無シグナル領域を認めた。主膵管内に腫瘍と連続した低エコー領域を認め、膵管内進展を疑った。ERCP：乳頭開口部から出血を認めた。膵管造影は不能であった。以上より1.腺房細胞癌、鑑別として2.浸潤傾向の乏しい IPMC、3.変性した膵内分泌腫瘍 (P-NET) を考えた。切除可能と判断し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。病理結果はintraductal tubulopapillary carcinoma (neoplasm), ly0, v0, ne0, pTis, pPCM0, pDPM0, pN0であった。ITPNは2009年に Yamaguchi らにより提唱され、2010年改訂のWHO分類ではIPMNとともに膵管内腫瘍に分類される稀な疾患である。今回無症状で健診を契機に発見されたITPNの1例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

111 胃・大腸に穿破した膵 IPMN 由来粘液癌の一例

<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 消化器外科学  
 ○梅村 修一郎<sup>1</sup>、内藤 格<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、堀 寧<sup>1</sup>、近藤 啓<sup>1</sup>、西 祐二<sup>1</sup>、清水 周哉<sup>1</sup>、宮部 勝之<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>1</sup>、松尾 洋一<sup>2</sup>、竹山 廣光<sup>2</sup>、城 卓志<sup>1</sup>

症例は63才男性。既往として腹部大動脈瘤手術と心筋梗塞。H25年1月中旬より左上腹部痛出現、2月中旬に腹痛の増強と発熱も認めため、前医受診し、膵仮性嚢胞感染の疑いで入院となった。保存的治療を施行するも、炎症の改善を認めず、当科転院となった。転院時の検査所見ではWBC、CRPの軽度上昇を認めたが、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部CTでは膵尾部に一部石灰化を伴う10cm大の多房性嚢胞性病変を認め、嚢胞は胃を圧排、大腸脾湾曲付近に接し、また脾臓への浸潤も疑われた。嚢胞辺縁、内部も樹枝状に造影された。上部内視鏡検査では胃体上部大弯後壁に2箇所、胃体下部後壁に2箇所の穿破部位を認め、同部からの生検、カテーテルによる嚢胞液採取するも悪性所見は認めなかった。下部内視鏡検査では下行結腸脾湾曲に外部からの圧排所見と穿破部位を認めた。MRCPで嚢胞性病変はT2WIで高信号であったが、MRCPでは通常の水と比較して信号強度の低下を認めた。主膵管の拡張はなく、粘液を疑う一部欠損所見を認めた。EUSでは低エコー腫瘍として描出され、内部に線状、点状の高エコーを認めた。ERCPでは主膵管の開大や粘液の排出はなく、尾部で嚢胞と交通を認めた。また嚢胞から大腸への交通を認めた。IDUS施行も主膵管内に明らかな結節は認めなかった。膵分枝型IPMN、胃・大腸穿破・脾臓浸潤と診断し、当院外科にて脾合併膵体尾部、胃結腸合併切除術を施行した。膵体尾部から胃大弯後壁・結腸脾湾曲・脾臓に及ぶ10cm大の固い腫瘍を呈し、腫瘍内部に隔壁を伴い、間質組織に粘液の貯留・上皮は乳頭状構造を認め、粘液内には粘液結節を認め、核の腫大・大小不同・クロマチンの増殖を認める腫瘍細胞が散見された。免疫組織化学的にMUC1・MUC6陰性、MUC2・MUC5AC陽性であり、Intestinal typeのIPMN由来膵粘液癌と診断した。膵粘液癌はまれな疾患であるが、嚢胞性病変の鑑別診断として念頭に置く必要があると考えられた。

112 肝内胆管癌術後に認められた膵頭部腫瘍の1例

静岡県立総合病院 消化器科  
 ○高橋孝太郎、黒上 貴史、白根 尚文、重友 美紀、榎田 浩平、青山 春奈、青山 弘幸、菊山 正隆

【症例】67歳、女性。2年前に中部胆管癌に対し、肝内胆管切除術を受けた。病理診断は、中分化型腺癌、結節浸潤型、pT2, ly0, v0, pN0, pM0, pDM1, pHM0, pEM1であった。経過観察のCTにて膵頭部に腫瘍影を指摘された。造影CTにて長径15mmほど、動脈相、門脈相ともに淡く造影され、門脈相にて被膜様構造を認めた。MRIにて同病変は、T1 low, T2 軽度 high を呈した。EUSにて、被膜様構造を有する軽度高エコーを呈する腫瘍として描出された。ERCPにて、胆管はわずかに造影されるのみであった。膵胆管合流異常はなかった。いずれの画像検査においても、膵管拡張はなかった。EUS-FNAを実施し、高分化型腺癌、ClassVを認めた。膵頭十二指腸切除術が実施された。その結果、膵頭部の遺残胆管内に充満発育する高分化型腺癌を認めた。乳頭膨張型、pT1, pPanc0, pDu0, ly0, v0であった。初回手術の粘膜炎病変に類似し、胆管癌再発と診断された。【考察】特徴的な画像所見を呈し、膵腫瘍との鑑別を要した。肝内胆管癌術後経過を観察するにあたり、参考となる症例と考えた。

## 113 閉塞性黄疸をきたした脾漿液性嚢胞腫瘍の1例

愛知医科大学病院 消化器内科

○野原 真子、小林 佑次、名古屋拓郎、北洞 洋樹、下郷 彰礼、  
石井 紀光、山本 高也、大橋 知彦、中出 幸臣、佐藤 顕、  
伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

症例は66歳の男性。大腸憩室炎治療後の経過観察目的で施行した血液検査で肝胆系酵素の上昇を認め、腹部CTで膵頭部腫瘍と胆管拡張を認めたため精査を行うこととなった。腹部造影CTでは、膵頭部に67mm大の多房性嚢胞性病変を認め、内部には早期より造影される隔壁を認めた。尾側の膵は委縮しており、主膵管の拡張は見られなかった。下部胆管と門脈は腫瘍により狭窄の所見を呈していた。MRIでは、T1強調画像で、低信号、T2強調画像で高信号、内部の隔壁は低信号であった。EUSでは、嚢胞は一部に大きな嚢胞を認めたが、大部分は小嚢胞が集簇し、蜂巣状を呈していた。以上の所見より、脾漿液性嚢胞腫瘍を鑑別に挙げた。閉塞性黄疸を来しており、手術適応と判断した。内視鏡的胆管ドレナージ術を施行時に行った胆汁細胞診より疑陽性を認めた点と、胆管、門脈への浸潤を疑う所見があった点より、悪性疾患が否定できなかったため、根治術として亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、リンパ節郭清、門脈合併切除・再建術を行った。病理所見では、嚢胞は多数の小嚢胞からなり、嚢胞の内面は単層の淡明な立方上皮で覆われ、細胞異型は乏しかった。術前に浸潤とみられた胆管、門脈の狭窄所見は腫瘍の圧排によるものであり、脾実質への浸潤も認めず、最終診断は脾漿液性嚢胞腺腫であった。脾漿液性嚢胞腫瘍は、一般的に良性であり、経過観察可能であるが、腫瘍径が大きくなると有症状率が高くなるとされる。今回我々は、閉塞性黄疸を来した脾漿液性嚢胞腫瘍を経験したため、文献的考察を加えて報告する。



114 主膵管内進展を伴った転移性膵腫瘍の1例

<sup>1</sup>一宮市立市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>一宮市立市民病院 外科、<sup>3</sup>一宮市立市民病院 病理診断科  
 ○岡下恵里奈<sup>1</sup>、谷口誠治<sup>1</sup>、坪内達郎<sup>1</sup>、梶川豪<sup>1</sup>、小澤喬<sup>1</sup>、金倉阿優<sup>1</sup>、平松武<sup>1</sup>、井口洋一<sup>1</sup>、金森信一<sup>1</sup>、水谷恵至<sup>1</sup>、山中敏広<sup>1</sup>、中條千幸<sup>1</sup>、橋本昌司<sup>2</sup>、梶浦大<sup>3</sup>、中島広聖<sup>3</sup>

【症例】80歳代、女性。【現病歴】1998年腎細胞癌にて右腎摘出術を施行。2013年6月めまい症状を自覚し近医受診。貧血を認め精査加療目的に当院紹介。スクリーニング目的で施行した単純CTで膵尾部腫瘍性病変を認め追加精査となった。【経過】腹部造影CTでは膵尾部に早期動脈相で周囲膵実質よりも造影効果の強い境界明瞭な40mm大の腫瘍性病変を認めた。病変は門脈相・遅延相で周囲膵実質と同等の造影効果を示した。病変内部には全相にわたり造影効果を伴わない低吸収域を一部認めた。腹部単純MRIでは同部はT2強調像で淡い高信号、T1強調像で内部不均一な中等度から高信号、拡散強調像で淡い高信号を、内部はT2強調像で強い高信号を示す領域を認めた。EUSでは同部は側方陰影を伴う境界明瞭で辺縁整な低エコー腫瘍を認め、腫瘍内部には一部無エコー領域を認めた。画像所見・既往歴より壊死性変化を伴う膵内分泌腫瘍、Solid-pseudopapillary neoplasmや転移性膵腫瘍を疑い、2013年9月膵体尾部膵臓合併切除を施行。切除された膵組織には全長にわたって広がる腫瘍を認め主膵管内にも腫瘍の進展を認めた。腫瘍内には淡明からやや好酸性の胞体を有する細胞が充実性あるいは一部管状構造を形成して増殖し、腎摘出時の検体と比較的類似した組織像を認めた。免疫染色の結果から腎細胞癌の異時性転移性膵腫瘍と診断した。【結語】主膵管内進展を伴った転移性膵腫瘍の1例を経験した。

116 急速に増大した膵神経内分泌腫瘍の1例

藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科  
 ○倉下貴光、高村知希、松尾恵美、高川友花、大城昌史、中岡和徳、菅敏樹、嶋崎宏明、吉野卓二、村尾道人、新田佳史、川部直人、橋本千樹、中岡健太郎、河村知彦、平田一郎、堀口明彦

急速に増大した膵神経内分泌腫瘍の1例【症例】67歳男性【主訴】貧血【既往】高尿酸血症【家族歴】特記事項なし【生活歴】特記事項なし【現病歴】平成20年から肝血管腫にて当院で経過観察されており平成25年6月の腹部超音波では膵腫瘍は認めなかった。平成26年2月に茶褐色の嘔吐と胃の膨満感にて近医救急外来を受診。ショックバイタルを呈しHb5.6の高度貧血を認め、緊急でCTと上部消化管内視鏡を施行。CTでは十二指腸に10cmを越える腫瘍を認め、上部消化管内視鏡では活動性の出血は認めなかったが、十二指腸に巨大な粘膜下腫瘍様の病変を認めた。緊急入院し輸血後、待機的に上部消化管内視鏡再検し、十二指腸の病変よりポリープ生検施行。迅速病理にてGroup 5と診断された。高度貧血もあり早急な手術が必要と判断され、5日後に当院紹介・精査加療目的にて入院となる。【身体所見・検査】176cm、66kg、WBC 7700/μl、RBC 331万/μl、Hb 10.2g/dl、Hct 29.9%、Plt 28.1万/μl、生化学：AST 28IU/L、ALT 24IU/L、LDH 203IU/L、γGTP 15IU/L、TP 5.7g/dL、Alb 3.0g/dL、CHE 143IU/L、T-bil 0.8mg/dl、BUN 14.1mg/dL、Cre 0.91mg/dL、T-CHO 133mg/dl、Na 140mEq/L、K 4.1mEq/L、Cl 106mEq/L、Ca 8.8mg/dL、P 3.9mg/dl、HBsAg (-)、HCVAb (-)、CRP < 0.3mg【経過】当院入院後の上部消化管内視鏡でも明らかな出血なく、十二指腸に粘膜下腫瘍様病変認め、生検施行。病理にて膵神経内分泌腫瘍(境界型)の可能性あり。多血性の腫瘍のため、入院20日後に腫瘍の栄養血管である下膵十二指腸動脈・右胃大網動脈・胃十二指腸動脈に対して血管塞栓術施行し、午後には亜全胃温存膵十二指腸切除術施行した。術後リンパ漏れが、経過観察にて改善し、入院35日後退院となった。術後病理診断にて膵神経内分泌腫瘍と診断された。【結語】今回の膵腫瘍が発見される約8ヶ月前の腹部超音波では膵腫瘍の指摘はなかったが、発見時の腫瘍は10cmを超える大きさであり、短期間で急速に増大したと思われる膵神経内分泌腫瘍を経験したため報告する。

115 尋常性乾癬の治療中に出現した膵尾部腫瘍の一例

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>静岡県立総合病院 外科  
 ○青山春奈<sup>1</sup>、菊山正隆<sup>1</sup>、黒上貴史<sup>1</sup>、白根尚文<sup>1</sup>、重友美紀<sup>1</sup>、榎田浩平<sup>1</sup>、京田有介<sup>2</sup>

症例は52歳男性。2006年に頭皮に皮疹が出現し、尋常性乾癬と診断。当院皮膚科にて加療されていた。2010年アルコール多飲による急性膵炎に他院にて加療された。2012年腹痛、嘔吐にて当院救急外来受診した際に施行した腹部CT検査にて膵尾部の腫大と低濃度域を認め、膵尾部腫瘍が疑われた。当科受診すめられるも受診に至らず。2013年6月当院皮膚科入院時に当科に改めて紹介受診となった。腹部CT検査にて単純にて膵尾部に境界不明瞭なwater densityの囊胞性病変を認め、その辺縁には造影にて不整な高吸収域を認めた。MRIではT2にて全体に高信号、辺縁に低信号を伴っていた。EUSを施行したところ、尾部に辺縁に石灰化を含む高エコーの不整な結節状50mmの囊胞性病変を認め、仮性膵囊胞もしくは囊胞性の内分泌腫瘍が疑われた。血液検査上は腫瘍マーカーはCEA 5.7ng/mlおよびCA19.9 44U/mlと軽度高値であった。もともとアルコール多飲による急性膵炎の既往があったことから仮性膵囊胞が疑われたが、ERCP施行した際に主膵管の途絶所見を認め、腫瘍性病変の疑いが高いと判断され、外科的治療の方針となった。2014年1月24日に腹腔鏡下膵体尾部腫瘍切除術を施行。病理結果では明らかな悪性所見は認めず仮性膵囊胞と診断された。近年、尋常性乾癬の悪性腫瘍罹患率は非乾癬者と比較して約30%高いとされる。今回はアルコール性多飲による急性膵炎の既往もあり鑑別に難渋した。文献的考察も含めて報告する。

117 脾動脈瘤破裂を契機に診断された脾頭部癌の1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科  
 ○田野俊介<sup>1</sup>、井上宏之<sup>2</sup>、作野隆<sup>2</sup>、原田哲朗<sup>2</sup>、西川健一郎<sup>2</sup>、北出卓<sup>1</sup>、山田玲子<sup>2</sup>、葛原正樹<sup>1</sup>、濱田康彦<sup>1</sup>、田中 圭介<sup>1</sup>、堀木 紀行<sup>1</sup>、竹井 謙之<sup>2</sup>

49歳の男性。既往歴は特記なし。平成25年10月に左側腹部痛にて近医を受診した。血液検査では高アミラーゼ血症を認め、CTにて膵尾部に囊胞性病変を伴う膵体尾部の主膵管の拡張、脾門部に脾動脈瘤を認めた。急性膵炎、脾動脈瘤破裂の診断で同日緊急入院となった。入院当日に腹部血管造影を施行され、脾動脈分岐部に動脈瘤を伴う仮性動脈瘤と診断され、血管塞栓術を施行された。膵炎に対しては輸液、蛋白分解酵素阻害剤、抗生剤などによる保存的加療を施行された。しかし、腹痛、高アミラーゼ血症、炎症所見が継続するためCTを再検されたところ、膵体尾部腹側に左横隔膜下から左上腹部腹壁下に被包化された液貯留を認め、脾液瘻が疑われた。精査加療目的に同年11月に当院へ転院となった。転院時の造影CTでは脾頭部に径約20mmの造影不良の腫瘍を認め、これより尾側の主膵管の拡張を認めた。また、前区と同様に膵体尾部周囲に被包化した液貯留を認めた。同日、液貯留に対してCTガイドドレナージを施行した。ドレインの排液のアミラーゼは高値であり、脾液瘻と考えられた。治療に難渋したが、経乳頭のENPDを追加留置し発熱、腹痛、炎症所見の改善を認めた。脾頭部の腫瘍に対してEUS-FNAを施行しadenocarcinomaの診断であった。CT上で腫瘍は門脈浸潤が疑われたため、術前に放射線化学療法を施行し、その後には亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行された。最終病理診断はPh、TS1(20×18mm)、Tubular adenocarcinoma moderately differentiated type、pT4、pN0、CH(+)、DU(+)、Sc(-)、RP(-)、PV(+)、A(-)、PL(+)、OO(+ )であった。本症例は脾頭部癌による主膵管閉塞に伴う脾液瘻とその炎症の波及で脾動脈瘤を発生し、その破裂が契機で診断された貴重な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 118 CTおよびMRIで診断した膵胆管合流異常の術後に発生した膵IPMNの1例

木沢記念病院 外科

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

症例は70歳の男性。既往に30年前に胆管切除、胆道再建術を受けている。2013年8月に下痢の症状を自覚し近医を受診した。CTで膵頭部に腫瘍性病変を指摘されたが拒否し経過観察となっていた。2013年10月に再び下痢の症状が出現した。精査でS状結腸癌が指摘され手術目的に入院となった。腹部CTでは主膵管は全長にわたって拡張を認め、主膵管と連続する形で膵頭部に60mm大と膵尾部に20mm大の多房性嚢胞性病変を認め混合型IPMNが疑われた。また膵管と胆管の合流部が膵内であることを確認した。リンパ節の腫大や遠隔転移を疑うような所見は認めなかった。PET-CTではS状結腸にSUVmax 11.77の高集積を認めた。膵頭部腫瘍には軽度の集積を認めた。PET-CTでもリンパ節転移や遠隔転移を疑うような所見は認めなかった。混合型IPMNおよびS状結腸癌の診断で2013年10月に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、S状結腸切除術を同時に行った。胆管空腸吻合はすでになされていたため、再建は膵胃吻合と胃空腸吻合を行った。術後第31病日に退院となった。今回われわれは膵胆管合流異常の術後に発生した膵IPMNの1例を経験したので報告する。

## 119 急性膵炎後に発症した脾仮性動脈瘤の1例

岐阜厚生連 西美濃厚生病院 内科

○岩下 雅秀、福田 和史、中村 博式、田上 真、畠山 啓朗、林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二

【はじめに】全身動脈瘤のうち腹部内臓動脈瘤は比較的まれである。治療は一般的に低侵襲な動脈塞栓術が第一選択とされているが、責任血管へのカテーテル挿入が困難で塞栓できない場合や破裂症例は開腹手術が選択されることがある。今回我々は膵腫瘍内に発生した脾仮性動脈瘤を経験したので報告する。【症例】53歳男性。【主訴】腹痛。【現病歴・経過】平成25年10月家人に不幸があり、食欲不振と酒浸り(日本酒3~5合/日)を続けていた。11月5日朝より腹痛と膨満感あり、用手嘔吐を数回繰り返したところ、少量の吐血を認めたため当科受診。同日、上部緊急内視鏡検査施行したが、胃食道接合部に経度のびらんを認めたのみであった。採血検査で肝機能異常と腹部エコー、CT検査で脾体部の腫大と周囲後腹膜脂肪組織の軽度混濁を認めたため、腫瘍形成を伴ったアルコール性急性膵炎と診断。加療目的で入院となった。11月7日、腹部造影CT検査を施行したところ、膵腫瘍内に脾動脈から分枝する大脾動脈の一部と思われる動脈瘤を認めたため待機的に金属コイル塞栓療法を計画した。しかし、11月13日施行のEUS検査と造影CT再検査で動脈瘤が急激に増大していたため切迫破裂と診断。当院外科にて緊急手術となり、動脈瘤を含む脾体尾部切除術が施行された。切除標本では膵腫瘍内の仮性動脈瘤破裂と診断された。術後の経過は順調であり、12月28日退院となった。【考察】当初、動脈瘤に対してカテーテルによる内科的治療を計画していた。しかし数日の経過で動脈瘤は増大し、瘤破裂の危険から外科的治療を選択せざるを得なかった。膵炎に合併した動脈瘤は脾液暴露による動脈壁の脆弱化により仮性動脈瘤になりやすいと言われている。腹部内臓動脈瘤では発生部位と経過により適切な治療計画を立てる必要があると考えられた。



120 小児期より症状を有し成人後に診断された輪状腺の一例

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

症例は25歳女性。既往歴・家族歴に特記事項なし。7歳頃から腹部膨満感を自覚、嘔吐を繰り返すことがあり、その都度近医を受診していたが原因は特定されなかった。20歳頃から症状が強くなり持続するようにもなったため、近医で上部消化管内視鏡検査を受けたが異常は指摘されなかった。今回、頻回の嘔吐があり改善の兆しがないために当院を精査希望で受診された。上腹部は膨隆し圧痛は認められなかった。来院時の腹部単純CTで胃及び十二指腸球部～下行部の著明な拡張が認められ、十二指腸下行部での狭窄が疑われ、同日より入院精査を行うこととなった。血液検査では軽度の炎症反応と酵素の上昇が認められた。上部消化管内視鏡検査では胃全体および十二指腸球部～下行部は極めて著明に拡張し、十二指腸乳頭部付近で全周性の高度の狭窄が認められscopeの通過は不能であった。狭窄部粘膜からの生検はGroup1であった。造影CTやMRCPでは、十二指腸下行部の狭窄部は腸管を脾組織が全周性に取り囲むように存在し、尾側下部と連続して認められた。また、十二指腸の狭窄部を取り巻くように腸管の走行異常が認められ、輪状腺と診断した。脾組織の欠如部分はなく、腸管が十二指腸を取り巻くように認められた。十二指腸乳頭および副乳頭は観察可能範囲内に認められずERCPは施行できなかった。カニューレを用い狭窄部肛門側を造影し狭窄部以遠には異常所見は認めなかった。その後外科的にバイパス手術を施行し、術後経過は良好で症状は消失した。輪状腺は脾組織が十二指腸下行部を完全に不完全に取り囲む脾奇形であり原因には諸説あるが現在のところLeccoの説とBaldwinの説が有力とされる。その頻度は低く稀な疾患と考えられている。また、新生児期にイレウス症状で発見される小児型と、成人になって偶然発見される十二指腸の拡張が軽度であることが多い成人型に分けられるが、本例は小児期から症状を有し25歳になってようやく診断された十二指腸の拡張が極めて高度な稀なケースと考えられた為、若干の文献的考察を加え報告する。

122 流行性耳下腺炎に伴う脾外分泌機能低下が遷延する習慣性飲酒の1例(第2報)

かすみがうらクリニック  
 ○廣藤 秀雄

【症例】58歳、男性(主訴)脂の浮く軟便I(2.3行/日)(既往歴)飲酒2合、喫煙5本/日(現病歴)H23年5/7から両側耳下腺の腫脹疼痛が出現し、5/14耳鼻咽喉科院を受診。流行性耳下腺炎(EP)が疑われた。[EP既往なし、体温37.4度、血清アミラーゼ226U/L、抗ムンプス抗体(HI)×8倍陰性、CRP 1.81 mg/dL]6行/日の軟便も耳下腺の腫脹、口渴、食欲不振が改善し2.3行/日に軽快したので1年間経過をみた。H24年5/28脂の浮く軟便が改善しないため当院を受診した。[理学所見:身長172cm、体重51kg(最高55kg)、血圧134/70、貧血・黄疸なし。表在リンパ節触知せず、胸腹部所見なし、下肢浮腫なし。臨床検査成績:血清リパーゼ5U/L、アミラーゼ102U/L、CRP ≤ 0.05mg/dL、総蛋白7.3g/dL、ALT 113U/L、g-GT 28U/L]〈臨床経過〉2週間の断酒と整腸剤・消化酵素剤にて便通が改善して10日間は脂も浮かなかった。そのあと心窩部痛を訴え、桂枝加芍薬湯2.5gを眠前に追加、6/25脂が浮くと訴えた。冬場の乾燥肌体質、腹診にてオムツ痛[微小循環障害]を認め、四物湯3錠(Ku社)朝食前に変法した。脂臭い便臭が改善した。7/9より整腸剤にバンクレリパーゼ1800mg/日を追加し、桂枝加芍薬湯を5g分2とした。8/6腹部USを施行。脾臓に所見なく、胆嚢結石を認めた。便通は1.2行/日に改善し、9/3、体重が53kgまで増加したのでバンクレリパーゼを漸減。10/1 IgG抗ムンプス抗体陽性を確認。2年を経過したH26年4/4 同剤900mg/日にて体重53kgを維持し、血清リパーゼ5U/Lと低値のまま推移している。【考察】成人発症EPに伴う脾外分泌能低下にバンクレリパーゼの補充が有用であった。2年間廃薬できない背景に唾液腺と脾腺房で細胞障害の修復応答が異なると推測される。

121 重症急性膵炎を契機に診断された原発性副甲状腺機能亢進症の1例

藤田保健衛生大学病院 肝胆腔内科  
 ○高村 知希、松尾 恵美、倉下 貴光、高川 友花、大城 昌史、中岡 和徳、菅 敏樹、嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、新田 佳史、川部 直人、橋本 千樹、吉岡健太郎

【症例】49歳男性【主訴】心窩部痛【既往歴】8年前十二指腸穿孔、4年前胆石胆のう炎にて胆嚢摘出術、尿路結石【生活歴】アルコール:ビール350ml×3本/日【現病歴】2014年10月心窩部痛で近医受診。WBC18.8×10<sup>3</sup>/μL、CRP0.1mg/dL、ALP1327U/L、アミラーゼ1889U/Lと高値であり、腹部CTにて脾頭部を中心とした腫大、脂肪組織の炎症認められ急性膵炎疑いで当院に紹介受診で救急搬送された。【身体・検査所見】177cm、70kg、JCS-0、体温36.4℃、血圧116/73mmHg、脈拍66回/分、呼吸数12回/分、腹部:平坦軟、心窩部に圧痛あり。WBC17.4×10<sup>3</sup>/μl、RBC5.76×10<sup>6</sup>/μl、Plt327×10<sup>3</sup>/μl、PT127%、APTT27.5秒、フィブリノーゲン317mg/dL、血中FDP6.8μg/ml、D-dimer2.1μg/ml、血糖139mg/dL、アルブミン3.8g/dL、CRP0.3mg/dL、ALP1322U/L、アミラーゼ1663IU/L、中性脂肪123mg/dL、総コレステロール203mg/dL、BUN11.0mg/dL、クレアチニン0.76mg/dL、eGFR85.7ml/min、Ca12.3mg/dL、無機P1.8mg/dL、動脈血ガス(PH7.340、PCO<sub>2</sub>38.5mmHg、PO<sub>2</sub>96.4mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>20.3mmol/L、BE-4.9mmol/L、O<sub>2</sub>SAT98.3%、Ca<sup>2+</sup>1.48mmol/L)【経過】腹部造影CTにて脾臓のびまん性造影不領域、腎下極に遠への炎症波及を認め、Grade3の重症急性膵炎と診断した。輸液、ナファモスタットメシル酸塩とメロペナムの動注療法開始し、膵炎は軽快した。高Ca血症は持続しており精密したところ、インタクトPTH1314.6pg/mLと異常高値であった。頸部エコーにて右副甲状腺の腫大を認めた。MIBIシンチ施行し、甲状腺右葉下極に後期像でも集積が認められ、右原発性副甲状腺機能亢進症と診断した。エルカトニ投与開始し、内分泌科にて右下副甲状腺摘出術を施行した。病理所見は副甲状腺腫であった。【考察】急性膵炎では低Ca血症を呈することが多いが、本症例では高Ca血症を呈していた。精査の結果、原発性副甲状腺機能亢進症が原因の高Ca血症と考えられた。さらに高Ca血症が急性膵炎発症の原因になった可能性も考えられる。

123 異なる原因で高トリグリセリド血症となり重症急性膵炎を2回発症した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 腫瘍内科  
 ○吉岡 直輝<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、武藤 久哲<sup>1</sup>、広崎 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>、宇都宮節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>

【症例】32歳、男性。【主訴】腹痛。【現病歴】X-2年に重症急性膵炎で入院した。入院時TG 6000 mg/dlと高トリグリセリド血症(HTG)があり高トリグリセリド関連膵炎(HTGP)と判断され、治療により軽快した。入院前日に大量飲酒があった。退院後は通院を自己中断していた。今回はX年5月25日に飲酒したのが最後であった。5月28日より口渴があり、清涼飲料水を毎日2~3L飲んでいて、6月2日より腹痛が出現し精査加療のため入院となった。【入院時現症】身長165cm、体重78kg、BMI 28.7。黄色腫はない。上腹部に圧痛がある。【主要な検査所見】血液生化学所見:AST 101 IU/L、ALT 153 IU/L、LDH 228 IU/L、γ-GTP 70 IU/L、ALP 403 IU/L、アミラーゼ134 IU/L、総Chol 1,940 mg/dL、TG 21,810 mg/dL、HDL-Chol 10 mg/dL、LDL-Chol 390 mg/dL、アセト酢酸1,118 μmol/L、3-β-ヒドロキシ酪酸6,479 μmol/L、血糖685 mg/dL(リポ蛋白は10倍希釈の参考値)。動脈血ガス:pH 7.314、PaCO<sub>2</sub> 29.4 mmHg、HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 14.9 mmol/L。腹部造影CT:脾周囲に脂肪織濃度の上昇がある。【入院後経過】急性膵炎と診断した。第3病日に造影CT Grade 2となり重症急性膵炎と診断した。著明なHTGについて、速心分離後の血清上層がクリーム層であり、高カイロミクロン血症と判断した。また、来院時に代謝性アシドーシスと高血糖を認め、糖尿病性ケトアシドーシス(DKA)と診断した。DKAを発症する程度の過度な血糖コントロール不良によりインスリン不足となり、血中リポ蛋白リパーゼ(LPL)活性の低下をきたした結果、高カイロミクロン血症を呈し、急性膵炎を発症したと考えられた。血漿交換を行うことなく、インスリンの持続静脈注射により改善した。【結語】アルコールの長期投与は肝外性のLPL活性を高めるが、急性投与はLPL活性の低下をもたらす。X-2年は大量飲酒、X年は糖尿病が原因でLPL活性が低下し続発性HTGとなり、HTGPを発症したと考えられた。同一患者が異なる原因でHTGとなり重症急性膵炎を2回発症した報告は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 124 膵仮性嚢胞出血による hemosuccus pancreaticus の一例

名古屋記念病院 消化器内科

○高田真由子、鈴木 重行、河辺健太郎、吉井 幸子、伊藤 亜夜、中舘 功、長谷川俊之、神谷 聡、村上 賢治

症例は60歳、男性。1年前と2年前に原因不明の急性膵炎、糖尿病の既往があり、膵体部に15mm大の仮性嚢胞を認めていた。外来フォロー中にHb 6.1と貧血の進行と黒色便を認め、上部消化管出血を疑い上部消化管内視鏡を施行したところ、Vater乳頭からの出血を認めた。膵ダイナミックCTでは明らかな仮性動脈瘤はなく、ERPにて嚢胞内から吸引すると古い出血と思われるコアグラが吸引され、膵仮性嚢胞出血がhemosuccus pancreaticusを合併したものと診断した。ENPDチューブを留置し、出血は一時的に止まっていたが2日後に少量の出血を認めた。出血を繰り返しており膵体尾部切除術を施行した。切除標本から腫瘍性病変は認めず経過良好で退院となった。hemosuccus pancreaticusは、膵管を通りVater乳頭から出血を来すまれな疾患である。原因としては動脈瘤や仮性嚢胞が混在しているものが最多であるとされる。稀に膵癌からの出血もある。今回我々は膵仮性嚢胞出血による稀なhemosuccus pancreaticusを経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

## 125 膵に多発腫瘍様に見られた自己免疫性膵炎の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

症例は66歳女性。心窩部不快あり近医で腹部超音波検査を施行したところ、膵体部に25mmほどの低エコー腫瘍有り、膵腫瘍が疑われ当院紹介となった。CTでは膵体尾部、膵鉤部に造影で遅延性濃染を伴う病変を認めた。MRIでは同病変はT1強調で低信号、拡散強調画像で高信号として描出し、膵体尾部では主膵管の広狭不整が認められた。PET-CTではCTの造影不良域の一部に一致し膵鉤部、膵体部、膵尾部に結節状のFDG集積を認めた。EUSではPETの集積領域と一致し膵鉤部、体部、尾部にそれぞれ2.3cmの低エコー腫瘍を認めたが、膵体部の腫瘍は腫瘍内部に主膵管が通っているようにみえた。IgG4は94.4と正常範囲であったが画像検査から分節状に観られる自己免疫性膵炎の可能性を考えたが、腫瘍性病変も否定できず、入院しERCPと病理評価目的でEUS-FNAを施行した。ERCPでは膵体部に2cmほどの限局した膵管狭窄と膵尾部に2.3cmに渡り主膵管の狭細像と枯枝状の分枝膵管を認めた。EUS-FNAは3ヶ所の腫瘍それぞれから穿刺施行。病理ではそれぞれ悪性所見はみられず、リンパ球と形質細胞浸潤がみられ、IgG4染色で染色やや不良あるものの陽性と判断。自己免疫性膵炎の正確診と考え、PSLを30mgより開始した。その後のCT/MRIで造影効果不良の腫瘍は改善しており自己免疫性膵炎と考えPSL漸減し加療中である。画像的に興味深く、若干の考察を踏まえ報告する。

126 肺病変にて再燃した自己免疫性膵炎の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  
 ○原田 哲朗<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、作野 隆<sup>1</sup>、西川健一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、北出 卓<sup>1</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>、竹井 謙之<sup>1</sup>

【症例】82歳男性。2011年8月検診の腹部USにて膵腫大を指摘され、当科紹介となる。造影CTでは被膜様構造を伴うびまん性膵腫大を認め、ERPでは膵尾部と頭体移行部で狭細像を呈していた。血清IgG4は398mg/dlと上昇しており、EUS-FNAでは軽度の炎症細胞浸潤と間質の線維化を認めた。以上より、自己免疫性膵炎(AIP)と診断し、同年9月よりPSL30mg/日の投与が開始された。同年11月のCTでは膵腫大の改善を認め、血清IgG4は正常化していた。以後PSL2.5mg/日まで減量され、膵腫大の再燃は認めなかったが、血清IgG4は漸増傾向を示していた。2013年7月CTにて両肺多発浸潤影が出現し、気管支鏡検査(BAL、TBLB)の結果から真菌感染が疑われた。抗真菌剤を投与されるも、肺浸潤影は改善せず、CTガイド下肺生検が施行された。病理診断では間質の線維化と形質細胞浸潤を認め、形質細胞のIgG4陽性細胞/IgG陽性細胞の比は多いところで73.9%であった。AIPの肺病変での再燃と診断し、同年11月よりPSL30mg/日へと増量された。2か月後の胸部CTでは肺浸潤影は著明な改善を認め、血清IgG4は正常化していた。【考察】AIPのステロイド治療例では、膵・胆管での再燃の報告が圧倒的に多く、肺病変での再燃は稀であるとされている。AIPの肺病変は多彩な画像所見を呈し、本症例のように感染症との鑑別が問題となるケースがある。安易なステロイド投与は感染悪化のリスクを伴うため、可能な限りの組織学的検索、感染症の否定が重要と考えられた。

127 EUSで認められた小膵癌の一例

静岡県立総合病院 消化器内科  
 ○青山 弘幸、菊山 正隆、白根 尚文、黒上 貴史、重友 美紀、榎田 浩平、青山 春奈

【背景・目的】膵癌早期診断の手段として、主膵管拡張症例に対し経鼻膵管ドレーナージュチューブを留置し、連続膵液細胞診を実施する方法が確立されつつある。主膵管拡張はCTやUSにて認識しやすい変化だが、一方でわずかな分枝拡張や微小な腫瘍性病変についてCTやUSにてその存在は確認しがたい。このような病変の存在診断のみならず性状診断にEUSの有用性が認識された症例を経験した。【症例】64歳、男性。症状はなかったが、CA19-9値が3か月間で上昇し(197→295 U/ml)、精査目的にて紹介された。腹部超音波検査、CTにて膵臓に明らかな異常を認めなかった。EUSにて膵体部に小嚢胞を伴う11mmの不整形節節性病変があり、漿膜面に及び同部のひきつれを伴った。ERCPにて同部と考えられる膵体部に小嚢胞と3cm弱に及び主膵管のごく軽度の壁不整を認めた。FDG-PETにて病変へのFDGの集積を認めなかった。連続膵炎細胞診にて腺癌の疑いが得られ、膵体尾部切除が実施された。病理組織学的検討にて、moderately differentiated adenocarcinoma, ts: 1.5x1.2x0.7cm, ly0, v1, ne1, s(+), rp(-), pN1, Stage IIIの診断であった。【考察】膵癌のhigh risk factorを認めた症例において、US、CTにて病変の存在が確認されなくても、EUSは実施すべき検査であることを改めて認識させられた。特に15mm径以下の膵癌の存在診断におけるCTの限界が報告されてきており、EUSを膵癌診断における検査のfirst lineに位置付けるべきと考える。

128 EUS-FNAが診断に有用であった、下行結腸に穿通した膵仮性嚢胞の1例

J A 愛知厚生連江南厚生病院 消化器内科  
 ○植月 康太、佐々木洋治、吉田 大介、中村 陽介、伊藤 信仁、安藤有希子、末澤 誠朗、鈴木 智彦

【症例】38歳、男性。【主訴】腹痛。【経過】2013年5月に腹痛、嘔吐にて当院救急外来を受診した。腹部造影CT検査にて下行結腸の全周性壁肥厚と口側結腸の著明な拡張、および肥厚部と連続した45mm大の嚢胞性病変を認めた。画像検査所見より下行結腸癌または大腸クローン病の狭窄による腸閉塞および周囲膿瘍形成と診断し、同日緊急人工肛門造設術を施行した。術後に施行した下部消化管内視鏡検査にて、下行結腸狭窄部には明らかな悪性所見を認めなかった。残存した嚢胞性病変の精査目的に施行した超音波内視鏡検査にて病変は膵尾部と接する45mm大の単房性嚢胞として描出され、内部には高エコーなdebrisの堆積を認め、膵仮性嚢胞を疑った。同年7月に左上腹部痛を主訴に来院し、炎症反応の上昇と嚢胞径の増大を認め、感染を伴う膵仮性嚢胞と診断し、抗生剤による保存的加療を行った。ERPにて膵管像に異常所見を認めず、嚢胞と膵管の交通は認めなかった。同年8月に再度、発熱、左上腹部痛にて来院した。嚢胞径のさらなる増大を認め、膵仮性嚢胞感染と診断し、嚢胞性病変に対して超音波内視鏡ガイド下経鼻膵管ドレーナージュを施行した。内容液の外観は茶褐色軽度混濁、嚢胞液中のアミラーゼ値は55210IU/lと著明な上昇を認め、出血、感染を伴う膵仮性嚢胞と診断した。ドレーナージュ施行1週間後にドレーナージュチューブを抜去し、経過良好であったが、同年11月、血便を主訴に再度救急外来を受診、腹部造影CT検査にて、嚢胞径の増大と嚢胞内出血所見および下行結腸への穿通所見を認め、膵体尾部切除、下行結腸部分切除を施行した。病理標本にて膵仮性嚢胞の下行結腸穿通と診断した。【考察】今回我々はEUS-FNAで診断し得た膵仮性嚢胞の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

129 多彩な画像所見を呈した膵 serous cystic neoplasmの一例

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

症例は57歳男性。200X年5月健診の上部消化管内視鏡検査で胃体下部後壁に0-IIc病変を指摘され200X年6月に当科紹介受診となった。術前精査のため腹部造影CTを行ったところ、膵体部と尾部に多房性嚢胞性腫瘍を認め、その間には28mm程度の造影効果が不均一な腫瘍性病変を認めた。MRIでは複数の多房性嚢胞性病変の間にT2WIで軽度高信号、T1WIで低信号を示す腫瘍が見られた。EUSでは膵体部およびその尾側に隔壁を有する嚢胞性病変を認め、その間には内部不均一な低エコー腫瘍を認め、各々の境界は不明瞭であり一塊の腫瘍と考えられた。ERPでは主膵管の拡張は認めず、嚢胞性病変は描出されなかった。膵液細胞診も陰性であった。以上の画像所見からmixed typeの膵serous cystic neoplasm(SCN)をまず考えたが、腫瘍径が大きく、悪性の可能性を否定出来なかったこと、胃体部癌のため胃切除の方針であること、50歳代と若年であることなどから膵腫瘍も切除する方針となり、8月に胃全摘および膵体尾部合併切除を行った。膵病変はmacrocyticとmacrocyticの多房性嚢胞性病変が混在したSCNであった。画像的に多彩な所見で興味深く、文献的考察も含め報告する。

## 130 十二指腸カバードステントの一例

静岡市立静岡病院

○奥村 大志、小柳津竜樹、黒石 健吾、小高健治郎、増井 雄一、  
白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、吉川 恵史、  
大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫

【はじめに】2010年4月より経内視鏡的十二指腸ステント(D-stent)が保険収載され、新たに胃十二指腸用カバードステントが追加された。悪性十二指腸狭窄のバルーン拡張術後に生じた消化管穿孔に対してカバードステントを留置した症例を経験したので報告する。【症例】70歳男性。2013年8月、軟口蓋癌の術前検査でCEA高値とPET-CTで膵臓への集積を指摘され当科紹介。CTで膵頭部に約4cmの乏血性腫瘍と肝転移を認めた。膵頭部癌stageIVBと診断。軟口蓋癌(T2N0M0)術後よりS1単剤療法を開始したが、2014年3月頃より食思不振が出現した。上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部、上十二指腸角を超え主乳頭口側まで全周性の不整潰瘍を認め腺癌の十二指腸浸潤と判断した。悪性十二指腸狭窄に対して十二指腸カバードステントを留置する方針とした。まず狭窄部に内視鏡的バルーン拡張術を行い、続いてERCP下で下部胆管に胆管メタリックステントを留置した。その後、腹腔内のfree airを認めた。CTで十二指腸の狭窄部に穿孔を認め、穿孔部閉鎖のためカバードステント留置を行った。留置後4日目の造影では造影剤の腹腔内へのわずかな漏出が確認されたが7日目には漏出は認めなかった。その後食事再開し退院となった。【考察】当院で経験した25例のD-stent留置例のうち2例で留置後の閉塞性黄疸を発症した。十二指腸と胆管の同時性悪性閉塞に対しては狭窄部のバルーン拡張術を行ってからERBDを施行しその後D-stent留置を行う方法が報告されている。今回、十二指腸カバードステントの使用にあたり、閉塞性黄疸の予防とステント肛門側の正確な位置決めのため胆管ステント留置を先行した。悪性十二指腸狭窄の治療に関連した消化管穿孔は本症例が初めてであったが、カバードステントが穿孔の閉鎖に有用であったと思われる。【結語】胃十二指腸用カバードステントが悪性十二指腸狭窄の拡張後に生じた消化管穿孔に有用であった。文献的考察を加えて報告する。

## 131 重症膵炎に合併した、仮性嚢胞(PPC)および被包化膵壊死(WON)に対して内視鏡的治療が奏功した1例

社会医療法人宏調会 大同病院 消化器内科

○大北 宗由、南 正史、宜保 恵明、西川 貴広、榊原 聡介、  
下郷 友弥、野々垣浩二、印牧 直人

【はじめに】重症膵炎後の嚢胞様病変は、形成過程、病変部位、感染の有無により分類が改定され、壊死後膵炎の被包化された膵および膵周囲の液状化壊死組織はWalled-off necrosis: WONという独立した病態として提唱された。今回我々は、重症膵炎後に合併した膵仮性嚢胞(PPC)とWONに対して、EUS下ドレナージと、経乳頭のドレナージにて治療し得た1例を経験したので報告する。【症例】症例は、45歳男性。2013年より、アルコール性急性膵炎にて2回の入院歴あり。同年7月、アルコール多飲後、重症急性膵炎を発症した。動注療法、持続血液透析濾過法などの集学的治療により第40病日に軽快退院となった。退院9週後に腹痛を認めた。腹部CT検査にて、胃壁を圧排するような80mm大の嚢胞性病変を認めた。造影CT検査では、嚢胞内容液は、被包化された液体貯留で液体成分はほぼ均一であり、PPCと診断した。また、膵の腹側にいびつな形状の液体貯留を認め、WONと診断した。胃の圧排による自覚症状が強く、PPCに対してEUSガイド下に胃内より、内外瘻チューブを留置した。チューブ留置1週間には、胃背側のPPCはほぼ消失し、自覚症状の改善を認めたものの、膵腹側の病変は残存した。胃の圧排が消失したのち、ERCPを施行したところ、膵管の破綻、膵管と交通する膵腹側の嚢胞が造影された。ENPDチューブを留置したところ、内容液には、壊死物質を含んでいた。洗浄を繰り返し、CTにて嚢胞がほぼ消失したことを確認した第47病日にチューブ抜去とした。後に施行した膵管造影では、膵管の破綻は認めず、現在も嚢胞の再発を認めていない。【考察】今回重症膵炎後に合併したPPCおよびWONに対して、EUS下ドレナージおよび経乳頭のドレナージが著効した1例を経験した。膵炎後の嚢胞様病変については、その形成機序を考慮した上で、内視鏡的治療法を選択することが重要であり、EUSと経乳頭の処置を併用した本症例は貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。



132 腫瘍性血栓性肺微血管症 (pulmonary tumor thrombotic microangiopathy : 以下, PTTMと略記) が疑われた胃癌の一例

JA 愛知厚生連 海南病院

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

今回、我々は腫瘍性血栓性肺微血管症 (pulmonary tumor thrombotic microangiopathy : 以下, PTTMと略記) が疑われた胃癌の一例を経験したので報告する。症例は生来健康な65歳男性で、主訴は息切れ、血痰、体重減少を主訴に来院した。心エコー検査にて肺高血圧症の所見を認め、循環器内科入院となった。来院時、1型呼吸不全、肺高血圧、凝固異常を認めた。急性肺血栓塞栓症を想起したが、胸部造影CT検査では肺動脈に血栓像を指摘できなかった。膠原病や抗リン脂質抗体症候群による2次性肺高血圧症、原発性肺高血圧症も否定的であった。入院時CT検査にて縦隔および腹腔内の多発リンパ節腫脹、胃壁の肥厚を認めたため、体重減少と併せて考え、悪性腫瘍、特に悪性リンパ腫と胃癌を疑った。第2病日に上部消化管内視鏡検査施行したところ、前庭部から体部にかけて4型腫瘍を認め、CT所見と併せて胃癌stageIVと診断した。後の病理組織検査結果にて印環細胞癌と診断された。進行胃癌、凝固異常、肺高血圧を一元的に説明できる病態としてPTTMを考えた。第2病日より化学療法を開始したが、病状は急速に進行し、第3病日に死亡した。PTTMは、消化管を中心とする癌の転移でみられる比較的高頻度の病態であり、肺動脈腫瘍塞栓症の特殊な型として位置づけられる。PTTMは剖検で診断されることが多く、生前診断が非常に難しいとされている。原発の腫瘍は胃印環細胞癌などの低分化型腺癌が比較的高頻度とされており、本症例も胃癌であり、病理組織は印環細胞癌であった。本症例は急速に悪化していった経過もあり、生前生検ができておらず、また剖検も施行していない。しかし、呼吸不全、肺高血圧、凝固異常を認めたが主要な肺血管に明らかな塞栓子がなかったこと、胃印環細胞癌を認めたこと、急速に病態が悪化していった経過などから判断すれば、本症例をPTTMと診断して矛盾はないものと考えられる。PTTMはまれな病態であり生前の診断は困難であるが、癌患者の低酸素血症や肺高血圧症の鑑別診断として念頭におくべきである。

134 プロテインS欠乏症に合併し出血コントロールに苦慮した異所性静脈瘤の一例

<sup>1</sup> 聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup> 浜松医科大学 消化器内科

○宮津 隆裕<sup>1,2</sup>、魚谷 貴洋<sup>2</sup>、杉浦 喜一<sup>2</sup>、濱屋 寧<sup>2</sup>、岩泉 守哉<sup>2</sup>、杉本 光繁<sup>2</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>2</sup>、杉本 健<sup>2</sup>

症例は、66歳の男性。主訴は黒色便。63歳時に上腸間膜静脈閉塞症による腸管壊死の診断で回腸～上行結腸切除が施行され、プロテインS欠乏症および消化管に多数の異所性静脈瘤の診断がなされ抗凝固療法が施行されていた。今回、2013年11月出血性ショックで前医に入院され、小腸カプセル内視鏡にて上部小腸に新鮮血を認めた。出血が持続するため精査加療目的に当院へ転院となった。間欠的な黒色便とともに貧血の進行をみとめ頻回輸血を必要とした。血管造影を含む各種画像検査にて十二指腸水平部をはじめとした異所性静脈瘤を数か所に認めた。繰り返し行った経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査(DBE)からは十二指腸静脈瘤からの出血が疑われたが、同部位のIVRや外科的治療は困難と考えられ、自然止血が得られたため保存的加療の方針としていた。2014年1月再下血をきたし造影CTにて十二指腸静脈瘤からのextravasationを認め、その後も間欠的に再出血を繰り返したため、ヒスタクリルを用いたEISを施行し同部位の静脈瘤を治療し得た。しかし、2月下旬に上行結腸・回腸吻合部の静脈瘤の発達による大量出血を認め再度ショックとなった。緊急CSおよびDBEでの内視鏡的止血術は困難でICU管理とし、最終的に回腸横行結腸切除術にて発達した静脈瘤を外科的に切除し救命し得た。本例の門脈血行異常には、プロテインS欠乏症による血栓性素因が関係していると考えられた。異所性静脈瘤は消化管静脈瘤の0.7%とされ、十二指腸は主な発症部位であるが、十二指腸静脈瘤の治療法に関しては確立していないのが現状である。本例は十二指腸静脈瘤に対しDBEによるEISを試み、その後の血行動態変化で生じた上流域の静脈瘤破裂に対しては外科的切除が可能であり救命できた貴重な症例と考えられた。

133 腹腔鏡下生検にて確定診断に至った原発性腹膜癌の一例

<sup>1</sup> 蒲郡市民病院 臨床研修医、<sup>2</sup> 蒲郡市民病院 外科、<sup>3</sup> 蒲郡市民病院 消化器内科、<sup>4</sup> 蒲郡市民病院 産婦人科  
○寺田 満雄<sup>1</sup>、藤竹 信一<sup>2</sup>、小田 雄一<sup>3</sup>、大橋 正宏<sup>1</sup>、佐宗 俊<sup>3</sup>、成田 圭<sup>3</sup>、成田幹登<sup>3</sup>、安藤 朝章<sup>3</sup>

【症例】75歳女性【主訴】腹部膨満、腹痛【現病歴・経過】腹部膨満感および腹痛を主訴に近医より当院紹介受診となった。腹部CTにて腹水貯留と大網肥厚を認め、癌性腹膜炎が疑われたが、明らかな原発巣の指摘はできなかった。また、上部・下部消化管内視鏡、婦人科診察でも異常を認めなかった。腹水は少量で穿刺細胞診を行うことはできなかったが、血清CA125高値であり、原発性腹膜癌の可能性も考慮して腹腔鏡検査を施行した。腹腔鏡にて腹腔内播種を確認し、大網、卵巣の生検を行い、原発性腹膜癌と診断した。術中に採取した腹水からも漿液性乳頭腺癌が検出され、癌性腹膜炎を呈していることも判明した。手術希望はなく、weekly TC療法を開始し、治療開始から、8ヶ月経過したが特に問題なく経過している。【考察】現在、女性において腹膜転移のみを呈し、血清CA125高値を呈する原発不明の腺癌は、原発性腹膜癌を念頭において診断および治療を進める必要があるとされている。治療は卵巣癌3-4期に準じて行われ、生検・手術によって確定診断をつけてからの治療が望ましいとされるが、腹水貯留により全身状態が悪く、手術を行うことができずに臨床的診断の下に術前化学療法を行われる症例も多い。本症例は大網病変および腹水のみを呈する原発不明癌と考えられた。本症例では、腹水が少量であり、術前に細胞診を行うことができなかったが、血清CA125高値から組織系は腺癌であることが予想された。全身状態が良好であり、腹腔鏡下生検によって確定診断に至ることができた症例を経験したため報告する。

135 肝腫瘍との鑑別に苦慮した副腎外褐色細胞腫の1例

国家公務員共済組合連合会 名城病院 消化器内科

○水谷 太郎、杉浦 潤、大竹麻由美、青木 孝太、長野 健一、大岩 哲哉

【症例】60歳代男性。2013年8月頃より右季肋部痛を自覚し、近医で施行の腹部超音波及びCT検査にて肝S1に腫瘍性病変を疑われ10月精査加療目的に当院紹介受診となる。高血圧治療中でコントロールは良好であった。毎日焼酎水切り5杯程度の飲酒歴がある。＜現症＞血圧125/72mmHg、右季肋部に軽度の自発痛を認めるも圧痛は認めず。＜血液生化学検査所見＞WBC 4400/ $\mu$ l、RBC 387万/ $\mu$ l、Hb 14.1g/dl、Plt 29.7万/ $\mu$ l、AST 56U/l、ALT 34U/l、LDH 250IU/l、 $\gamma$ -GTP 99IU/l、CRP 0.1mg/dl、CEA、CA19-9、AFP、PIVKA等の腫瘍マーカーは陰性で、肝炎ウイルスマーカーも陰性であった。＜画像所見＞腹部超音波検査：肝S1に約4cmの境界明瞭で内部に無エコー領域を伴った低エコー腫瘍を認めた。腹部造影CT：腫瘍は内部領域には造影効果を認めず、辺縁は動脈相で強い造影効果を示し平衡層ではwash outされた。腹部MRI：T1強調画像で不均一な低信号を示し、SPIO造影では動脈相で強く造影され、平衡相でwash outされた。【経過】各画像検査の他に上下部消化管内視鏡検査で特記すべき所見を認めなかった事より肝細胞癌を疑ったが、腹部超音波やCTで腫瘍の肝実質を圧排するような所見や動脈相の造影効果が非常に強いこと等から肝外病変の可能性も否定できず、また高血圧治療中であることから鑑別目的にMIBGシンチグラフィを施行したところ腫瘍内に集積を認めた。血中、尿中カテコラミン及びその代謝産物であるメタネリン、ノルメタネリン、VMA等はいずれも正常範囲内であった。以上より副腎外褐色細胞腫も疑われたが、肝悪性腫瘍が完全に否定できなかった。2013年12月外科的に腫瘍摘出術を施行した。病理結果はバラガングリオーマ(副腎外褐色細胞腫)であった。【考察】今回、術前診断に苦慮した副腎外褐色細胞腫の1例を経験した。画像診断上肝腫瘍か否かの診断や、交感神経節由来の副腎外褐色細胞腫は文献的に非機能性腫瘍が少ない事も術前診断が困難であった要因と考えられた。



## 136 当院で経験した特発性気腹症 3 例

高山赤十字病院 外科

○末次 智成、黒川 大祐、田尻下敏弘、沖 一匡、山崎 順久、  
井川 愛子、佐野 文、白子 隆志

【はじめに】今回、我々は消化管穿孔を伴わない特発性気腹症の 3 例を経験したので検討を加えて報告する。【症例 1】84 歳、女性。1 年前に S 状結腸癌にて腹腔鏡下 S 状結腸切除術施行されている。術後定期的腹部 CT 施行時に結腸周囲と横隔膜下に腹腔内遊離ガス像を認めた。腹痛、炎症反応はなく特発性気腹症を疑ったが、前回手術時に結腸に憩室多発あり、また前日に大量の排便あったとのことで穿孔の可能性を完全に否定することはできなかった。心不全、高齢といった背景もあり試験開腹術を同日施行した。腹腔内には穿孔を示唆する所見はなく、ドレーン留置して手術終了とした。術後経過良好にて第 8 病日退院となった。【症例 2】66 歳、男性。脳出血後遺症にて施設入所中。おう吐を繰り返す事を主訴として救急外来受診した。腹部 CT にて胃拡張と肝周囲の腹水、遊離ガス像を認めた。炎症反応乏しく、腹部症状もはっきりしなかったが以前にも胃潰瘍穿孔の既往あり、胃潰瘍穿孔と診断した。全身状態安定しており保存的に治療を行った。10 日後に上部内視鏡検査施行したところ潰瘍瘢痕を認めたが穿孔を示唆する所見なく特発性気腹症と判断した。12 日目食事開始し、25 日目に退院となった。【症例 3】85 歳、女性。元來便秘傾向であった。下剤使用後の右季肋部痛を主訴に近医受診し胸部単純撮影にて右横隔膜下の遊離ガス像を疑われたが精査希望なく一旦帰宅した。その後も右季肋部痛持続するため 1 週間後に当院内科受診した。腹部 CT にて上腹部および下行結腸周囲の遊離ガス像を認めた。腹痛、炎症所見はなく特発性気腹症疑いとして外科紹介され保存的に治療を開始した。第 3 病日の CT で遊離ガスの増加なく、炎症所見も軽微であったため第 5 病日より食事開始した。その後も腹痛増悪なく、第 6 病日に退院となった。【結語】腹腔内遊離ガスが存在するにも関わらず腹膜炎症状を欠く症例においては、本病態と診断可能であれば手術を回避しうるが腹部症状を呈しない穿孔例もみられ、病態によっては試験開腹も考慮すべきと思われた。

137 90歳以上の緊急手術症例の検討

岐阜市民病院 外科

○加納 寛悠、多和田 翔、原 あゆみ、高野 仁、八幡 和憲、松井 康司、足立 尊仁、西科 琢雄、波頭 経明、山田 誠、杉山 保幸、丹菊眞理子、服部 有希

【目的】近年、高齢化社会で超高齢の患者を診察することも多い。今日90歳以上の患者に対する手術、特に緊急手術症例について当施設の臨床的特徴について明らかにする目的で症例の検討を行った。【方法】2012年1月から2014年4月までの90歳以上にたいする緊急手術例19例について調査し、当施設における特徴について検討した。また本邦報告例を参照しその内容と比較検討をおこなった。【結果】症例は19例であり、大腸癌閉塞による人工肛門造設術3例、腫瘍切除例が3例。ヘルニア嵌頓が8例と、他に消化管穿孔、虫垂炎、急性胆のう炎、盲腸捻転、壊疽性虚血性腸炎を1例ずつでヘルニア嵌頓例が最も多かった。在院死は1例認められた。退院に関しては搬送前施設や自宅退院を多く認めた。【結語】3年間の90歳以上の緊急手術例を検討すると、併存疾患は抗凝固剤の内服が多く緊急手術に関して総じてリスクの高いものと考えられた。今後ますますの高齢化が進むにあたり、手術症例の原疾患の多様性も予想され、これらの対応についてさらなる対応の検討が必要と考える。

139 自然整復により待機手術を施行した92歳閉鎖孔ヘルニアの一例

国民健康保険関ヶ原病院

○松尾 篤、宮 喜一

【症例】92歳、女性。平成25年8月突然の腹痛認めCT精査で左閉鎖孔ヘルニア陥頓を認めた。手術目的で他院搬送されたが到着時には症状改善しCTにて自然整復されていたため経過観察となった。その2週間後にも腹痛認めたが同様の経過をたどった。平成26年1月中旬突然の下腹部痛出現し当院救急受診した。【現症】意識レベルは清明、バイタルは特に問題なし。腹部は全体的にやや膨隆し左下腹部を中心に圧痛と軽度の反跳痛を認めた。筋性防御は認めなかった。血液生化学検査では特に異常所見を認めなかった。【画像所見】CTにて左閉鎖孔に軟部腫瘍陰影を認め左閉鎖孔ヘルニアと診断した。緊急手術を考慮し入院となった。【入院後経過】1時間経過後には腹痛が改善し再検CTにて左閉鎖孔ヘルニアの自然整復が認められた。今回で3回目の陥頓発作であるため本人家族と相談し待機的に手術を行うことで同意された。【手術所見】左閉鎖孔にヘルニア門を認めMarlex meshにて閉鎖した。右閉鎖孔は開大を認めなかった。【経過】術後経過は良好で術後7日目に退院した。【結語】今回我々は閉鎖孔ヘルニアの陥頓と自然整復をCTにて確認し待機的に手術を行った症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

138 脾摘先行にてPrimary systemic therapyを施行した肝硬変合併炎症性乳癌の1例

<sup>1</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 がん先端医療開発学、<sup>2</sup>岐阜大学大学院医学系研究科 乳腺・分子腫瘍学、<sup>3</sup>岐阜大学大学院 医学系研究科 腫瘍外科

○森川あけみ<sup>1</sup>、二村 学<sup>2</sup>、八幡 和憲<sup>3</sup>、兼松 昌子<sup>3</sup>、森光 華澄<sup>2</sup>、名和 正人<sup>3</sup>、吉田 和弘<sup>3</sup>

症例は40代女性、アルコール性肝硬変にて加療中であった。1ヶ月前から徐々に増大する左乳房の痛み、しこりを主訴に当科受診した。初診時、左乳房ほぼ全体に発赤を伴う7cm大の腫瘍を認め乳頭はやや陥没していた。脳症、腹水の所見は認めなかった。ER(0)、PgR(0)、HER2(0)、Ki-67 65.7%で、T4dN1M0 Stage IIIBの局所進行乳癌と診断した。初診時肝機能はChild Aであったが、Plt 3.8 × 10<sup>4</sup>/μLと低値であった。炎症性乳癌のため化学療法が必要であったが、血小板数が少なくこのまま化学療法を施行するのは困難な状態であった。このため、初診から2ヵ月後に脾臓摘出術を先行することとした。術後、脾静脈から門脈血栓を認めたものの抗凝固薬投与で軽快し、第12病日に血小板は速やかに上昇し退院された。第19病日より、術前化学療法としてweekly PTX 9ヶルー施行した。原発巣、腋窩リンパ節とも著明に縮小し臨床的にはCRと判定し、初診から11ヶ月後、左乳房切除術+腋窩郭清術を施行した。病理検索ではわずかに非浸潤性乳癌の遺残を認めるのみで組織学的治療効果判定はGrade 3でありpCRであった。肝硬変合併症例において、脾摘は安全に化学療法を遂行する有効な補助手段であった。

140 大網裂孔ヘルニアの1例

岐阜厚生病院 外科

○石原 和浩、鷹尾 千佳、田中 秀典

症例：80歳の男性。主訴：嘔吐。既往歴：高血圧症。現病歴：深夜0時ごろから腹部不快感と悪心が出現した。様子をみていたが、午前4時ごろから嘔吐を繰り返し、腹痛も出現してきたため同日朝、当院救急外来受診となった。諸検査にて腸閉塞症と診断され、緊急入院となった。CT検査では内ヘルニアによるイレウスが疑われたが、腹部所見が強くないため絶食および経鼻胃管留置にて保存的治療を開始した。腹痛は改善傾向であったが、発熱を認めるようになり、経過観察のCTにて腹水貯留が認められるようになったため、入院2日目に緊急手術を施行した。中腹部正中切開にて開腹すると淡々血性の腹水が約900ml認められた。腹腔内を検査すると、回腸末端部から約50cmの部から約1mに渡って小腸が大網の間隙に陥入し、血行障害を伴っていた。陥入した小腸の周囲には癒着や線維性の構造物は認められず、大網の脂肪成分のみであったため、大網裂孔ヘルニアと診断した。大網索状物を結紮切断して、ヘルニア門を開放すると速やかに血行状態が改善したため、腸管切除は不要であった。術後経過は腸管麻痺が遷延したため、食事開始時期が遅れたが、その他の経過はおおむね良好で第20病日に退院となった。大網裂孔ヘルニアは比較的まれな内ヘルニアの形態であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 141 レゴラフェニブが有効であった、イマチニブ・スニチニブ耐性再発 GIST 腫瘍の1切除例

岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

○後藤亜也奈、棚橋 利行、山口 和也、田中 秀治、深田 真宏、兼松 昌子、山田 敦子、森 龍太郎、松井 聡、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】 Gastrointestinal stromal tumor (GIST) は消化管や腸間膜に幅広く存在する間葉系腫瘍の一つであり、その頻度は10万人に1~2人とまれである。高リスクのGISTでは切除後に再発する可能性が高い。今回、レゴラフェニブにて腫瘍縮小が得られ、切除が可能となったイマチニブ・スニチニブ耐性再発GIST腫瘍を経験したため報告する。【症例】55歳女性。2007年に他院にて小児頭大の十二指腸GISTに対し切除がおこなわれた。高リスク群であり術後イマチニブを開始したが、有害事象により1年弱で中止となった。2009年、局所再発に対し、播種病巣と十二指腸部分切除術施行。さらにイマチニブを再開するも有害事象にて中止。2011年、再々発に対し腫瘍切除と胆嚢摘出術施行。イマチニブ再開するも、2013年再々々発をきたしスニチニブ投与するも効果なく、手術目的にて6月当院紹介受診。腫瘍は70×64×80mm大でIVCと臍頭部との間に存在し、総肝動脈、門脈、総胆管は腹側に圧排されていた。8月、開腹すると腫瘍は右腎静脈に浸潤していたため切除を断念した。その後、一旦スニチニブを再開するも増大傾向であったため、9月よりレゴラフェニブを開始した。腫瘍は12月のCTでは31.1%、2014年2月のCTでは47.1%縮小しPRと判断した。Grade3以上の有害事象は好中球減少、白血球減少、血小板減少を認めた。3月同腫瘍切除術を施行。腎静脈への浸潤もなく、血行再建は不要で切除可能であった。【考察】レゴラフェニブはGRID試験にて、イマチニブ不応、スニチニブ不応GIST患者において、プラセボに比べ有意にPFSの延長を認めた。Grade3以上の有害事象としては手足症候群、高血圧、下痢などの頻度が高いが、投与量や投与期間の調節により使用は可能と考える。本症例では、外科的切除により予後の延長は期待できるが、また再発する可能性も高く、現時点では症例に応じた対応が必要と考える。

## 142 血清CEA、CA19-9高値の脾嚢胞に対して腹腔鏡下天蓋切除術を施行した1例

岐阜県総合医療センター 外科

○浅井 竜一、篠田 千佳、松本 圭太、久野 真史、笹栗 由貴、太和田昌宏、小森 充嗣、木山 茂、種田 靖久、仁田 豊生、田中 千弘、長尾 成敏、河合 雅彦、國枝 克行

症例は29歳女性。既往歴なし。当院受診の半年ほど前に、腹痛、背部痛が出現したため、近医総合病院受診。腹部超音波検査にて、脾臓上極に39x47mm大単房性の脾嚢胞と嚢胞内出血を疑う所見を認めたものの、造影CT上活動性出血の所見はなく同院消化器内科にて経過観察されていた。診断5ヶ月後の血液検査では、血清CEA:1.2ng/mlと正常範囲内、CA19-9:61.3U/mlと高値であった。同院消化器内科にて定期的な超音波検査を受けサイズ変化なく推移していたが、転居に伴い当院消化器内科紹介受診。3ヶ月後の血液検査にて、CEA:11.7ng/ml、CA19-9:2209U/mlと急激な上昇を認めたため、PET-CT検査を行うも嚢胞壁に有意なFDG集積を認めず、その他全身にもFDGの異常集積を認めなかった。悪性病変である可能性は極めて低いと考えられたが、嚢胞内出血、自然破裂の危険性を説明したところ、早期の手術を希望され当科紹介受診となった。造影CT上、脾嚢胞は34mm大と22mm大の二房性となっていた。術式は腹腔鏡下天蓋切除術を選択。術中に採取した嚢胞内液では、CEA:1116ng/ml、CA19-9:12000U/mlと極めて高値であった。経過は良好で、術後6日目に退院となった。病理組織検査では、嚢胞壁の大部分は線維組織で炎症性肉芽と脾組織からなり上皮細胞に裏打ちされた、真性嚢胞であった。悪性所見を認めなかった。術後3ヶ月の血液検査では、血清CEA:1.5ng/ml、CA19-9:78.3U/mlと低下したものの高値であった。当科外来にて血液検査、腹部超音波による経過観察を継続中である。腫瘍マーカーの異常高値を伴う脾嚢胞に対して腹腔鏡下天蓋切除術を施行した1例を経験したため、臨床像、治療方針、術式選択を含め文献的考察を加えて報告する。

143 眼転移で発症した食道神経内分泌癌の一例

名古屋市立大学病院 消化器内科

○森 義徳、田中 守、西脇 裕高、尾関 啓司、塚本 宏延、海老 正秀、澤下 勤、澤田 武、久保田英嗣、谷田 諭史、片岡 洋望、城 卓志

【症例】60歳台後半・男性【主訴】眼痛【既往歴】2003年喉頭癌に対して放射線治療施行。【現病歴】2013年5月に右眼痛のため近医受診。右眼虹彩毛様体に腫瘤を認め当院眼科紹介受診。MRIにて脳に腫瘍性病変、CTにて食道壁肥厚を認め、精査する予定であったが、眼痛が強く、右眼腫瘍増大のため緊急眼球摘出術施行。術後の精査にて中部食道に周境を伴う深い潰瘍性病変を認め、病理組織検査にて食道神経内分泌癌と診断された。また眼の病理組織検査において食道と同様の組織像を認め、眼転移と診断した。更にPET-CT、MRIにて脳、リンパ節、肝、骨、副腎、筋肉、皮膚に多発転移を認めた。7月から全脳照射施行し、その後化学療法(CDDP+CPT-11療法1サイクル、CDDP+ETP療法1サイクル)施行。9月の効果判定ではPDと判断された。その後緩和的治療を希望され転院となった。【考察】食道神経内分泌癌は比較的稀な疾患であり、悪性度が高く予後は不良とされる。化学療法・放射線療法により効果が得られる症例を認めるが、本症例は非常に進行が早く、十分な治療効果が得られなかった。眼転移で発症した食道神経内分泌癌の報告はこれまでになく、大変貴重であると考えられたため報告する。

144 FP療法施行中にSIADHをきたした食道癌の1例

三重県立総合医療センター

○岩田 崇、山本 晃、市川 崇、長野 由佳、渡部 秀樹、横江 毅、尾嶋 英紀、小西 尚巳、伊藤 秀樹、池田 哲也、登内 仁

症例は75歳男性。嚥下困難を主訴に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胸部下部食道に1型病変を認めた。生検で扁平上皮癌と診断され、更なる精査加療目的で当科に紹介受診となった。精査を行い食道癌 Lt. 3cm, type1, SCC, cT1b, cN4, cM1(肝、肺) cStageIVbと診断した。全身化学療法の適応と判断しCDDP+5FU(FP)療法を導入、3コース施行までは著明な有害事象を認めていなかった。4コース目を開始したところ、day3より嘔気、食欲不振が出現、day4にはJCS 1-2の意識障害が出現した。血液検査を施行したところ、低ナトリウム血症(114mEq/ml)を認めた。腎機能異常、脱水傾向は認めず、かつ血漿浸透圧の低下(231mOsm/kg)、尿浸透圧の上昇(330mOsm/kg)、ナトリウム利尿(70mEq/L)などを認め、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群(SIADH)と診断した。水制限、ナトリウム負荷を行ったところ、意識障害などの臨床症状は徐々に改善し、day10には血清ナトリウム値もほぼ正常化した。SIADHを来す原因として薬剤性があり、誘因となる抗癌剤としてvincristine、cyclophosphamide、CDDPなどがあげられる。CDDPによるSIADHの発症頻度は比較的低く、これについて若干の文献的考察を加え報告する。&spil;

145 上部消化管(食道・胃)原発小細胞型内分泌細胞癌の2例

<sup>1</sup>JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 内科、<sup>2</sup>JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 病理科

○松井 健一<sup>1</sup>、都築 智之<sup>1</sup>、森田 清<sup>1</sup>、竹内 淳史<sup>1</sup>、伊藤 裕也<sup>1</sup>、石田 哲也<sup>1</sup>、三浦 正博<sup>1</sup>、西村 大作<sup>1</sup>、片田 直幸<sup>1</sup>、成田 道彦<sup>2</sup>

【症例1】70歳男性。主訴は多発肝腫瘍精査。既往歴は前立腺肥大症。現病歴は心窩部痛の原因検索目的で施行された他院の腹部USで多発肝腫瘍を認め2013年2月21日に当院を紹介受診。現症は、心窩部から左季肋部に腫瘤を触知した。採血では、AST50U/L、ALT61U/Lと軽度の肝障害を認め、CA19-963U/ml、AFP13.7mg/mlと腫瘍マーカーの軽度上昇を認めた。ダイナミックCTでは肝両葉にring enhanceを伴う多発する腫瘍を認めた。EGDでは、胃体上部前壁に頂部に白苔を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め生検を施行、小細胞型内分泌細胞癌の結果であった。また、エコー下肝腫瘍生検でも胃と類似した結果であり、胃原発の小細胞型内分泌細胞癌及び多発肝転移と診断、肺小細胞癌に準じた化学療法(Carboplatin+Etoposide)を開始した。4クール施行し原発巣は軽度縮小を認めたものの肝転移巣は悪化、second lineとしてAmrubicinに変更、しかし徐々に黄疸や腫瘍からの出血と思われる血性腹水の増加を認め状態が悪化、8月26日に永眠された。

【症例2】80歳女性。主訴は食思不振・体重減少。既往歴は糖尿病・高血圧症。現病歴は、2013年11月頃より食思不振・体重減少を認め近医施行のEGDにて下部食道・胃噴門部に腫瘍を認め2014年2月10日に当院を紹介受診。現症は特記すべき所見を認めなかった。採血では、腫瘍マーカーはCEAは4.4ng/mlと正常範囲内であったがPro-GRP 252.0pg/ml、NSE 17.6ng/mlといずれも上昇を認めた。造影CTでは胸部下部食道・胃噴門部の壁肥厚と小弯リンパ節の腫大を認めた。EGDでは胸部下部食道に長径約5cmの1/4周性の2型腫瘍様の病変と胃噴門部に辺縁不整な潰瘍性病変を認めた。PET-CTでは腫瘍・腫大リンパ節と一致してFDG集積亢進を認めた。EGDの生検結果は食道・胃とも小細胞型内分泌細胞癌であった。手術または放射線治療併用も考慮の上、まず化学療法(Carboplatin+Etoposide)を2クール施行し原発巣・腫大リンパ節の縮小を認め、QOLも改善した。本稿記載時点では今後の治療方針を検討中である。

【結語】比較的稀な上部消化管(食道・胃)原発小細胞型内分泌細胞癌の2例を経験した。

146 NACによる腎不全に血液透析を躊躇する必要はない

岐阜大学医学部 腫瘍外科

○山田 敦子、田中 善宏、深田 真宏、田中 秀治、棚橋 利行、奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

(緒言)当科では、進行食道癌に対しDCF療法のbiweekly投与方法を行い、進行頸部食道癌・食道癌頸部リンパ節転移症例に対し、外来で可能なDGS療法を行ってきた。2008年1月から2014年3月までに208例の進行食道癌の治療を行い、胸部進行食道癌患者51例にFirst lineとしてTXT35 mg/m<sup>2</sup>(Day1-8)CDDP40mg/m<sup>2</sup>(Day1-8)・5FU400mg/m<sup>2</sup>(Day1-5-8-12)の容量で投与。頸部進行食道癌患者31例にTXT35 mg/m<sup>2</sup>(Day7)・CDGP40mg/m<sup>2</sup>(Day7)・S180mg/m<sup>2</sup>(Day1-15)・2weeks offの容量で投与してきた。(目的・対象)3剤併用レジメンの治療中に急性腎不全になった2例を報告する。(症例1)66歳女性。Bi-DCF1コース後に造影CT施行。その後無尿となりFeNa4.0となり、急性尿管壊死と診断。血液透析を4回施行し、6日目に尿量の回復を確認し、食道亜全摘・胃全摘・回結腸再建術を施行し、術後問題なく経過・退院し、現在も腎機能正常である。(症例2)65歳男性。食道癌術後の吻合部再発に対しBi-DCF1コースとDGSを1コース施行後無尿状態になりFeNa8.7で急性尿管壊死と判断。血液透析を7回施行し、無尿から10日目に尿量回復し、無事頸部リンパ節郭清(局所はCRで照射へ)を終了し、現在も腎機能は正常である。(考察)急性腎不全とくに尿管壊死を化学療法中に2例経験した。2例では化学療法の有害事象の下痢や効果判定での造影CTを余儀なくされる要素がからみ今後も一定の割合で発症する可能性はある。透析を行うことは担癌患者である場合躊躇されたり、透析により逆に恒久的に不可逆的な腎不全になることも言われているが、躊躇せず(腫瘍崩壊症候群の可能性もある)血液透析を行うことで1週間前後で回復する例を提示した。

## 147 気管ステント挿入により呼吸不全を改善した食道癌気管浸潤の一例

<sup>1</sup>浜松医科大学 第1内科、<sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器内科、<sup>3</sup>浜松医科大学附属病院 光学診療部、<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床研究センター

○浅井 雄介<sup>1</sup>、山田 貴教<sup>2</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、杉本 光繁<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>3</sup>、古田 隆久<sup>4</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

【はじめに】食道癌は食道の閉塞や出血が積極的な対症療法を要する症状になることが多く、気道狭窄による呼吸不全は末期の合併症として出現し、積極的な治療を要することは稀である。今回我々は、食道癌の気管浸潤により呼吸不全を呈し、気管ステントの挿入により、その後良好なQOLを得た症例を経験したので、報告する。【症例】65歳、男性。嗔声・嚥下困難を主訴に受診。CTにて上縦隔に8cm大の腫瘍と肺野に空洞を形成する腫瘍、経鼻内視鏡にて鼻孔より25cmに3型進行食道癌(中分化型扁平上皮癌)を認め、cStageIVbの食道癌の診断で、化学療法を予定されていたが、動作時の呼吸困難が出現し、緊急入院した。入院後、ステロイドや気管支拡張薬を投与にて呼吸状態は落ち着いたため、入院第11病日よりCDGP100mg Day1/ 5-FU1000mg Day1-5の化学療法を施行していたところ、第13病日より呼吸不全が進行。初孫の出産予定日が近いこともあり、本人が延命治療を強く希望し、第14病日には気管内挿管、人工呼吸管理となった。第18病日には抜管、自宅療養を可能にすることを目的に、全身麻酔下にて気管ステント(partial covered 径16mm、60mm)を挿入。呼吸不全は速やかに改善。内視鏡的に胃瘻造設し、退院に至った。退院後3か月に、禁止されていたにも関わらず経口摂取した飲料による誤嚥で窒息死するまで自宅療養し、初孫誕生まで延命も可能であった。【結語】食道癌による気道閉塞に対し、直接的な治療介入を要する場合は非常に稀であり、適応は慎重に検討しなければならないが、本症例では、気管ステントの挿入がQOLの改善に著しく貢献したと考えられる。



148 クリゾチニブによる食道潰瘍を来した1例

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

症例は60歳代、女性。2週間続く咳嗽を主訴に前医を受診した。胸部レントゲン上、左肺下葉の結節影と左肺門部腫大が認められたため、当院呼吸器内科に紹介となった。胸部CT上、左下葉の結節影に加えて、縦隔の多発リンパ節腫大、左上葉の癌性リンパ管症を認め、病理診断と合わせて切除不能進行性非小細胞肺癌（腺癌）と診断された。2次治療までの化学療法を行われたが、副作用の出現や病状の進行により中止となった。組織のALK（anaplastic lymphoma kinase）染色が陽性であったため、3次治療としてクリゾチニブの投与を開始された。投与数日後に軽度の悪心、肝障害、腎障害を認めたが内服継続は可能であった。投与112日目に左肺舌区に陰影が出現し、クリゾチニブによる肺病変も否定できなかったため、21日間の休業と、抗菌薬の投与が行われた。陰影の改善後に投与を再開したところ、再開19日目に上腹部痛、胸骨後部痛が出現した。上部消化管内視鏡を施行したところ、切歯列より30cmの中食道9時方向に厚い白苔を伴う約1/4周性の潰瘍性病変を、さらに同病変の肛門側6時方向に小潰瘍を認めた。周囲の粘膜に発赤や浮腫はみられなかった。病理検査では、壊死と著明な炎症細胞浸潤を認めたが、サイトメガロウイルス、真菌は陰性であった。経過と合わせてクリゾチニブによる食道潰瘍と診断した。クリゾチニブの中止とヒスタミンH2受容体拮抗薬の投与を行い、速やかに症状は改善した。クリゾチニブはALKを標的とした経口チロシキナーゼ阻害薬である。副作用として視覚異常や悪心、嘔吐、下痢などの消化器症状が高率に報告されているが、食道病変を伴った症例は、現在まで数例の報告を認めるのみである。病変の成因は、薬物の食道内への停滞と、それによる粘膜への直接の障害が想定されている。従来の報告全てが薬物が停滞しやすい食道中部の病変であり、さらに本例と同様の内視鏡像を呈した症例も報告されている。本例はクリゾチニブによる食道病変の成因を考える上で、きわめて興味深い症例と考えられた。

149 特発性食道粘膜下血腫の一例

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>藤枝市立総合病院 消化器内科  
 ○大石 享平<sup>1</sup>、丸山 保彦<sup>2</sup>、景岡 正信<sup>2</sup>、大島 昭彦<sup>2</sup>、志村 輝幸<sup>2</sup>、宇於崎宏城<sup>2</sup>、金子 雅直<sup>2</sup>、山本 晃大<sup>2</sup>

【症例】78歳、女性【主訴】胸痛、嘔吐、吐血  
 【既往歴】喘息、高血圧、脂質異常症、心房細動にてパファリン内服中  
 【現病歴】20XX年1月某日午前8時頃朝食中に胸のつかえが出現し、せき込み嘔吐した。食物とともに血が混ざっており、その後も数回嘔吐し、中等量の吐血もみられた。咽頭から胸部正中にかけて疼痛が持続していたため救急車にて当院救急外来を受診した。緊急上部内視鏡施行したところ、食道入口部からECJ部の左壁を中心に1/2周性の黒色調の粘膜下血腫を認め、造影CTでも食道粘膜下に扁平隆起構造を認めた。特発性食道粘膜下血腫と診断し、入院にてPPIと絶食・補液にて治療開始した。経過中一時的な炎症反応上昇を認めたが、速やかに改善した。第8病日施行した上部消化管内視鏡では粘膜下血腫は消失し、胸部下部食道から頸部食道にかけて1/2周性の粘膜解離を認めた。食事開始後も症状再燃なく、狭窄症状もみられず退院となり、退院後の経過も良好である。  
 【結語】特発性食道粘膜下血腫は食道下層への出血による血腫であり、比較的特な疾患である。機序としては食道内圧上昇や機械的刺激による食道損傷が考えられており、誘因として抗血小板薬内服や肝硬変、血液透析があげられる。吐血・胸部症状を主訴に受診した出血傾向のある患者においては特発性食道粘膜下血腫も鑑別に挙げて診断を行うていく必要があると考えられる。

150 食道術前化学療法中の鼻注栄養Tubeが残胃をつらぬき腹膜炎となった一例

岐阜大学 腫瘍外科  
 ○深田 真宏、山田 敦子、田中 善宏、田中 秀治、兼松 昌子、  
 柳橋 利行、松井 聡、佐々木義之、今井 寿、奥村 直樹、  
 松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長真 二、吉田 和弘

（緒言）進行食道癌においては術前化学療法の時代であり、当科ではDCF/DGSの3剤併用療法をいち早く導入し、これまで75例の術前化学療法を施行し90%以上の奏効率をあげている。これら術前化学療法は高い奏効率をあげる一方でこの間に栄養状態を回復させないと、高い手術侵襲に耐えることができない。当科では術前化学療法中に食事摂取の可能・不可能にかかわらず、鼻注栄養を積極的に挿入しONSを投与することで理想体重への回復をはかってきた。その中で初めて8Frの鼻注tubeが残胃壁を貫いた症例を経験したため報告する。（症例）70歳男性。Lt領域の全周性の3型腫瘍、T3N1M0 Stage3。既往で、近医で胃癌にて幽門胃切除術（B-2再建）を受けている。術後半年後より嚥下困難が出現、CT上下部食道の壁肥厚を認め前診診断を受け術前化学療法を開始した。BiweeklyDCF療法開始したDay6に夜間に突然の上腹部痛を自覚。腹部は板状硬となり汎発性腹膜炎の診断でCT検査を施行。腹水を認め栄養Tube（ゼリーフィード栄養カテーテル8Fr/120cm）が残胃より遊離腹腔内へ貫通した像を確認した。そのため脾臓外側より10FrAspirationkitを挿入ドレナージ施行、抗生剤・鎮痛剤投与にて改善。4日後に同Tubeを再留置し経口摂取ONS投与を開始。化学療法も再開した。2コースを施行後に、根治下部食道胃全摘・RouxenY再建術（中下縦隔郭清併施）を施行した。腹腔内には癒着を認めた。術後は合併症認めず20PODに紹介元へ転院となった。（考察）鼻注Tube挿入にあたっては先端が管腔に垂直方向に当たらないようには常に意識しているが、今回穿孔を経験した。病理学的な裏付けが不能なため原因は分からないがこのような事例があっても即座に細径Tubeにてのドレナージで対応可能であった。（結語）文献的考察を含め鼻注Tubeの穿孔例を報告する。

151 cStage4 胸部食道癌に対する根治的CRT後の食道切除標本で病理的CRであった2例

愛知医科大学病院 消化器外科  
 ○安井 謙平、宮地 正彦、木村 研吾、清田 義治、内野 大倫、  
 森 大樹、大澤 高陽、岩田 卓、中尾 野生、藤崎 宏之、  
 安藤 景一、大橋 紀文、有川 卓、伊藤 暢宏、田中貴久、  
 永田 博、三嶋 秀行、鈴木 和義、佐野 力

今回我々は、化学放射線治療（CRT）後に著明な狭窄病変を認めたため食道切除を施行し、食道切除標本で病理的CRと確認された2例を経験したので報告する。症例1）61歳男性。2013年3月に貧血の精査で中下部食道癌 cT4N3M0 cStage4と診断し、手術適応なく化学放射線療法を施行した。S1 + CDDP 2コース後の造影CT所見ではリンパ節は縮小傾向を示したが、上部消化管内視鏡検査所見では粘膜病変は改善傾向であったが完全閉塞を認めた。以上から、病変の進行も考えられるがPRまたはCRと診断し、右開胸開腹食道亜全摘+3領域郭清を施行した。術後病理組織検査所見では、切除病変に癌細胞の残存はなく切除リンパ節にも転移は認めなかった。術後7ヶ月現在無再発生存中である。症例2）57歳男性。2013年9月に喉のつかえ感の精査で中部食道癌 cT4N2M0 cStage4と診断し、右気管支、大動脈への浸潤も疑われ、術前化学・放射線療法を施行した。FP 2コース後、S1 1コース施行した。造影CT所見では食道壁肥厚は軽減し、リンパ節は縮小傾向であった。上部消化管内視鏡検査では著明な狭窄を認め、明らかな眼病変は観察できず、PRまたはCRと診断し、右開胸開腹食道亜全摘+3領域郭清を施行した。術後病理組織検査所見は切除病変に癌の残存なく、切除リンパ節に転移を認めなかった。術後5ヶ月現在無再発生存中である。Stage4食道癌に対するCRTでcCRとなる症例は多くない。また、病理的にCRで確認される症例はさらに少ない。今回は経口摂取を可能にするため、また術前の評価で根治的切除が可能と判断したために根治的食道切除術を施行し得た。結果的に病理的CRであった事から、CRTによる食道狭窄を予防し、内視鏡での詳細な検討ができれば手術を回避できた可能性もある。以上から、狭窄の評価ができない場合は食道切除が望まれ、予防的なバルーン拡張により内視鏡の評価でcCRと診断できた場合は経過観察することも治療選択の一つであると考える。

152 胸部食道癌術後胃管潰瘍による胸部大動脈胃管瘻の術中気管損傷に対し食道断端による被覆を行ったために発症した術後食道気管瘻の1手術例

名古屋大学大学院 腫瘍外科学

○酒徳 弥生、深谷 昌秀、板津 慶太、藤枝 裕倫、柳野 正人

<症例> 66歳女性 <既往歴> 胃潰瘍 <現病歴> 食道癌に対し近医で2010年7月 右開胸開腹食道亜全摘術、3領域リンパ節郭清後縦隔経路胃管再建(胸腔内吻合)施行。2年後自己判断で受診を中断。2013年1月 発熱と背部痛で受診。胃潰瘍穿孔による縦隔炎と診断し、絶食抗生剤治療を行っていたが、入院17日目に吐血あり、胸部大動脈胃管瘻の診断で下行大動脈ステント内挿術を行った。入院19日目に開胸胃管切除施行、その際に気管膜様部を損傷し、食道断端で被覆し、食道瘻は造設しなかった。その後気管切開と腸瘻造設を行った。ステントグラフト感染のため入院70日目に下行大動脈人工血管置換術を施行。前回胃管切除部分に膿瘍あり、術後人工血管感染が疑われ抗生剤を継続投与していた。食道断端は胸腔内にあり、非再建の状態であった。2013年7月に食道気管瘻を発症。2014年1月治療目的に当院へ転院となる。<転院後の経過> 2014年2月 食道気管瘻に対し、手術を施行した。瘻孔部は頸胸境界部にあったので、頸部よりアプローチし、瘻孔を結紮、食道を上方抜き、気管膜様部に大胸筋を充填して胸壁前経路有蓋空腸再建を行った。術後縫合不全、気管瘻は起こらず、15POD に転院となった。<考察> 本症例は胃管潰瘍による胸部大動脈胃管瘻のため胃管切除、大動脈人工血管置換術を行い救命できたが、気管膜様部の損傷を食道断端で被覆したため、術後食道気管瘻を形成し治療に難渋した。後縦隔経路胃管切除は癒着剥離に難渋することが多く、気管損傷のリスクが高い。本症例は初回食道癌手術時、前方腋窩切開で開胸し、広背筋は温存されていたため、胃管切除時は広背筋弁または肋間筋弁を作成しながら開胸するべきであったと思われる。また本症例は幸い瘻孔部が頸胸境界部であったので大胸筋にて補強可能であった。

153 義歯誤嚥による頸部食道異物の内視鏡摘出困難例に対し、頸部切開によるアプローチで摘出術を施行した1例

安城更生病院 外科

○田中 寛、平松 聖史、後藤 秀成、関 崇、杉田 静紀、鈴木 優美、新井 利幸

症例は74歳男性。脳梗塞後遺症、糖尿病、慢性腎不全、下肢閉塞性動脈硬化症、認知症の既往あり。2014年2月 頻回の嘔吐、咳嗽と多量の喀痰が出現。翌日、血液透析のために受診した前医より当院紹介となった。来院時の胸部X線写真で、頸部食道に5cm大のU字型の金属製異物が認められ、義歯の誤嚥と診断した。胸部CT検査では、胸鎖関節の背側で義歯が食道に嵌り、ブリッジの先端が食道壁を圧迫していた。食道周囲に明らかな縦隔内ガス像は認められないものの脂肪濃度上昇が認められ、穿孔による縦隔炎が疑われた。上部消化管内視鏡で観察したところ、義歯を認め、摘出を試みたが摘出できず、外科的に摘出を行うこととなった。頸部襟状切開で食道左壁を露出させ観察すると、明らかな穿孔は認めないものの、周囲組織は浮腫状、結合織は一部泡沫状で微小穿孔が示唆された。義歯の圧迫により食道壁は挫滅し変色していた。挫滅部で食道壁を4cm縦切開し、義歯を摘出した。食道切開部に減圧用のTチューブを挿入し、縦隔にドレーンを留置し手術終了とした。術後は摘出部の安静のため絶飲食で管理したが、特に問題となる合併症はなく、術後18日目の上部消化管内視鏡では、手術部位の頸部食道は粘膜に浅い潰瘍を認めるのみであった。術後30日でTチューブを、術後38日で縦隔ドレーンを抜き、術後39日より食事を開始した。術後良好な転帰が得られ、臨床的に示唆に富む症例と思われるので報告する。

## 154 当院でダブルバルーン内視鏡を施行した虚血性小腸炎の検討

<sup>1</sup>名古屋大学大学院 消化器内科学、<sup>2</sup>名古屋大学附属病院 光学医療診療部  
○佐藤 淳一<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、平山 裕<sup>1</sup>、森瀬 和宏<sup>1</sup>、名倉明日香<sup>2</sup>、前田 啓子<sup>1</sup>、松下 正伸<sup>1</sup>、吉村 透<sup>1</sup>、中野 有泰<sup>1</sup>、大島 啓嗣<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、松坂 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>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

【背景・目的】虚血性小腸炎は稀な疾患とされているがバルーン内視鏡検査の普及に伴い今後症例数の増加が予想される。一方で診断が難しく見過ごされる症例も多いと思われる。本検討の目的は当院において虚血性小腸炎と診断された症例について臨床像をレトロスペクティブに調べ、その臨床像を明らかにすることである。【対象】対象は当院にて2003年6月から2013年12月までにダブルバルーン内視鏡検査(DBE)が施行され臨床的に虚血性小腸炎と診断された17症例(男性10例・女性7例、年齢67.4±27.4歳)である。【結果】一過性型5例、狭窄型(外傷性1例含む)12例に大別された。発症部位としては空腸5例(29.4%)、回腸12例(70.6%)であった。自覚症状としては腹痛が12例(70.6%)、嘔気・嘔吐が7例(41.2%)、下血が4例(23.5%)であった。既往歴としては高血圧5例(29.4%)、脂質異常症4例(23.5%)、糖尿病3例(17.6%)、脳血管障害9例(52.9%)であった。当院受診前に9例(52.9%)が腸閉塞をきたしており全例で再発性であった。14例でDBE前にCTが施行されており限局性小腸壁肥厚を9例(64.3%)、腸管拡張6例(42.9%)、腸管狭窄3例(21.4%)で認めた。当院受診時の血液生化学検査ではTP:6.5±0.9g/dL・Alb:3.6±0.8g/dL・CRP:0.47(0-6.47)mg/dL・WBC:6.6±2.7×10<sup>3</sup>/μL・Hb:11.5±2.0g/dLであった。DBE所見としては狭窄12例(70.6%)、潰瘍8例(47.0%)、潰瘍瘢痕8例(47.0%)であり、一過性型のうち3例(17.6%)ではDBE施行時に異常所見を認めなかった。狭窄に関しては単発例:10例(83.3%)・多発:2例(16.7%)であり、狭窄長は35±32mmであった。狭窄例では求心性・管状性狭窄と浮腫状変化を認めた。治療選択としては手術7例(41.1%)、内視鏡的バルーン拡張後穿孔1例を含む)、保存8例(41.1%)、内視鏡的バルーン拡張術2例(11.8%)であった。虚血性小腸炎の病理学的診断は手術検体も含め10例(71.4%)で得られた。DBE施行前に本症が疑われていたのは6例(35.3%)のみであった。【結論】発症には基礎疾患の関与が示唆された。本症の診断は苦慮することが多く再発性イレウスでは本症を鑑別にあげることが重要である。

## 156 著明な貧血を呈した空腸原発の悪性GISTの1例

<sup>1</sup>岐阜市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>同 外科、<sup>3</sup>同 中検病理  
○小島健太郎<sup>1</sup>、渡邊 千晶<sup>1</sup>、渡邊 諭<sup>1</sup>、渡部 直樹<sup>1</sup>、中島 賢恵<sup>1</sup>、鈴木 祐介<sup>1</sup>、小木曾富生<sup>1</sup>、川出 尚史<sup>1</sup>、向井 強<sup>1</sup>、林 秀樹<sup>1</sup>、杉山 昭彦<sup>1</sup>、西垣 洋一<sup>1</sup>、加藤 則廣<sup>1</sup>、富田 栄一<sup>1</sup>、安福 至<sup>2</sup>、山田 誠<sup>2</sup>、田中 卓二<sup>3</sup>

患者は55歳男性。主訴は貧血精査。家族歴は特記すべきことなし。既往歴は高血圧。現病歴は平成25年8月頃より立ちくらみを自覚するようになった。11月に近医を受診し血液検査でHb 6.7g/dLと著明な貧血を指摘されたために、精査を目的に当科に紹介受診となった。なお患者は腹痛や黒色便には気づいていない。当科でのスクリーニングの上部および下部消化管内視鏡は正常範囲内であった。しかし腹部超音波検査で、右腎内側の小腸付近に内部に血流信号を伴う57x40mm大の低エコーの腫瘍性病変を認めた。この病変は腹部CTでは右下腹部の小腸係蹄内であり、約40mm大の境界明瞭な辺縁分葉状の石灰化を伴う腫瘍性病変として描出された。またPET-CTでは同様の部位に集積像の所見が見られたが、その他には集積像はみられなかった。以上より小腸腫瘍を疑って小腸造影検査を施行した。トライトウ靱帯から約70cmの空腸に、周囲の腸管を壁外性に圧排し、中央に潰瘍および石灰化を伴った腫瘍性病変を認めたため、同年12月に経口的に小腸内視鏡検査を施行した。内視鏡所見は同部位に2カ所の潰瘍性病変を伴った半周にわたる粘膜下腫瘍を認めた。口側の潰瘍は浅かったが、肛門側の潰瘍は比較的深い打ち抜き潰瘍を認め、膿状の白苔が付着していた。以上より貧血の原因は小腸腫瘍からの出血と診断した。同部位からの生検病理組織診断は、紡錘形核をもつ間葉系細胞が増殖して消化管間質腫瘍(GIST)と診断した。平成26年1月に当院外科で腹腔鏡補助下小腸切除術を施行した。切除標本の病理診断では、免疫組織染色でc-kitとCD34が陽性、α-SMAは一部陽性でdesminは陰性、s-100は陰性であった。一方、MIB-1 indexは部位によっては50%を超えているため、悪性GISTと確定診断した。術後は平成26年2月よりイマチニブによる化学療法を開始し経過は良好である。

## 155 大根による食餌性イレウスの1例

小牧市民病院 外科  
○平田 伸也、神崎 章之、大津 智尚、田中健士郎、坪内 秀樹、笹原 正寛、上嶋三千年、鈴木雄之助、中西 香企、森 憲彦、佐藤 雄介、間下 優子、井戸田 愛、村上 弘城、横山 裕之、望月 能成、谷口 健次、永水 裕之

症例は61歳男性。腹痛、食思不振を主訴に近医を受診、イレウスの疑いにて同日当院紹介受診となった。既往歴は特になく、開腹歴もなかった。バイタルサインは安定していたものの強い自発痛と頻回の嘔吐を認めた。腹部は膨満、臍部に圧痛を認めた。腹部XPにて小腸の拡張と鏡面像を、腹部CTでは回腸末端に狭窄起点とその口側の拡張を認めた。腸管の造影効果は良好だった。血液生化学所見はLDH248.9U/L、WBC20900/μL、CRP0.53と上昇を認めた。絞扼性イレウスを疑い緊急手術を施行した。腹腔内を観察すると回腸末端から30センチの回腸内に停滞する腸内容物を触れ閉塞起点となっていた。閉塞部位を開放すると5センチの大根を認め摘出し単純閉鎖を行った。術後イレウスの再燃はなく術後12日目に退院となった。食餌性イレウスは比較的稀な疾患であり、症状経過が急激なことなどから絞扼性イレウスとの鑑別が困難であることが多い。今回われわれは大根により発症した食餌性イレウスの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。

## 157 空腸憩室穿通の一例

揖斐厚生病院 外科  
○熊澤伊和生、土屋 十次、西尾 公利、市川 賢吾、操 佑樹

症例は45歳女性。2年前より時々下痢、腹痛を認め近医で整腸剤処方されていた。2014年3月腹痛出現し、翌日夜に夜間受診した。来院時左上腹部から臍部左方に圧痛・反跳痛を認めた。筋性防御はなかった。WBC 10300/μL CRP 9.51mg/dlで炎症反応あり。CTで小腸間膜に一部区域性の炎症とおもわれる陰影と空腸壁と連続した憩室又は腫瘍像が認められた。小腸造影で空腸憩室内への造影剤の貯留を確認した。全身麻酔下に腹腔鏡下の検索で、Treitz靱帯から約20cmの上部空腸に憩室を確認した。癒着した大網と横行結腸を剥離して小開腹下に空腸部分切除を行った。病理組織所見では仮性憩室の穿通であり膿瘍形成と化膿性の漿膜炎像を示した。空腸憩室は比較的高齢者に多い仮性憩室で腸間膜付着部に発生しやすいことがMeckel憩室と異なる。空腸憩室穿孔の正診率は15%とされ術前診断は比較的難しい。しかし本症例のようにCTで明らかに描出される例もあるため、急性腹症の原因の一つとして念頭に置く必要があるだろう。



## 158 腺腫様甲状腺腫摘出により蛋白漏出性胃腸症が治癒した1例

岐阜大学医学部 消化器病態学

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

症例は51歳女性。腸間膜血管腫術後、小腸大腸多発粘膜下腫瘍などで当科通院中であった。以前より低栄養が持続していたが、2012年後半より全身倦怠感が増悪し、2013年1月緊急入院となった。入院時Alb1.5g/dL、T.P2.9g/dL、IgG242mg/dL、Hb7.0g/dL、T-Chol126mg/dLと著明な低栄養状態であった。蛋白漏出シンチを施行したところ、トレーサー静注2.5hr後から右上腹部に集積を認め、経時的に大腸へ流出する像がみられ、上部小腸からの蛋白漏出の所見であった。経口的ダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)では、十二指腸水平部から上行脚にかけて白色絨毛を認め、乳びの漏出が観察された。十二指腸白色絨毛からの生検では粘膜表層を主体としたリンパ管拡張の病理所見がみられた。TCSでは、終末回腸から大腸全体にEUSで第2層を主座とする多発するSMTを認め、診断的EMRを施行し、リンパ管腫の病理診断であった。以上の検査所見から、小腸リンパ管拡張症による蛋白漏出性胃腸症と小腸大腸多発リンパ管腫と考えられた。CTにて縦隔まで突出するφ50mm大の甲状腺腫瘍を認め、針生検細胞診では異型細胞はみられなかったが、腫瘍径が大きいことやリンパ管閉塞の機転となっている可能性も考えられたため、2013年7月に甲状腺腫瘍摘出術を施行され、切除標本病理診断は腺腫様甲状腺腫であった。手術翌日よりAlb4.0g/dl以上に正常化し、T.PやIgG、Hb値なども徐々に改善、正常化し、その後も低下することなく経過した。2014年2月に再検した蛋白漏出シンチでは蛋白漏出を認めず、経口的DBEでは白色絨毛及び乳び漏出はみられなくなっていた。十二指腸粘膜生検でも拡張したリンパ管は認めなかった。十二指腸腸から大腸に多発するリンパ管腫は残存していた。経過より腺腫様甲状腺腫によるリンパ管閉塞に起因する蛋白漏出性胃腸症であった可能性が高いと考えられた。

## 160 肥満を伴った小腸型クローン病の1例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○山田 洋介、高垣 航輔、松下 直哉、西野 真史、竹内 靖雄、白井 直人、梶村 昌良

【症例】29歳、ブラジル人男性【主訴】腹痛、下痢【既往歴】特記事項なし【家族歴】母・姉がクローン病。【現病歴】日本在住10年以上のブラジル人で、もともと体重120kgであった。2011年2月頃から次第に体重減少し、4月下旬から水様性下痢と腹痛を自覚していた。その後左下腹部で腫瘍を触知するため、精査加療目的で5月19日当院に紹介入院された。【入院時現症】身長172cm、体重83.0kg、BMI28.1。臍部左側に手拳大の腫瘍を触知する。肛門6時方向に痔瘻あり。【臨床経過】腹部CTでは小腸は不連続に壁肥厚しており、臍部付近でfree airを内包した腹腔内膿瘍を認めた。内視鏡検査では十二指腸に縦走傾向のびらんとパウヒン弁の狭窄所見を認めた。小腸造影では小腸の不連続な狭窄所見を認めた。以上の画像所見から腹腔内膿瘍を合併した小腸型クローン病と診断した。メサラジン内服のうえ絶食・高カロリー輸液管理・抗生剤投与を継続した。炎症反応は次第に改善したが膿瘍腔は消失せず腸管狭窄も改善乏しいため、第41病日に当院外科にて小腸部分切除術が行われた。切除した小腸は約60cmで、深い縦走潰瘍と高度狭窄を認め、一部に非乾酪性類上皮肉芽腫を認めた。術後経過は良好で術後9日目に退院となった。外来でアザチオプリン導入し食事は脂肪制限食としたが、術後1年で体重114kgとなった。【考察】肥満は全世界的にみて増加傾向にあるが、欧米ではBMI25以上のクローン病が32～55%と報告されている。文献的考察を交えてここに報告する。

## 159 長期間にわたり機能性ディスベプシアとして治療されていた内ヘルニアの一例

<sup>1</sup>JA 厚生連 岐北厚生病院 消化器内科、<sup>2</sup>同 外科

○大野 智彦<sup>1</sup>、奥野 充<sup>1</sup>、堀部 陽平<sup>1</sup>、後藤 尚絵<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、岩間みどり<sup>1</sup>、山内 治<sup>1</sup>、齋藤公志郎<sup>1</sup>、鷹尾 千佳<sup>2</sup>、田中 秀典<sup>2</sup>、高橋 治海<sup>2</sup>、石原 和浩<sup>2</sup>

症例は36歳男性。幼少時より食後に持続する腹痛があり、1年前前から他院で上下部内視鏡検査、腹部エコー、MRCPを施行されたものの、特記すべき異常はなく、逆流性食道炎、及び機能性ディスベプシアとして内服加療を受けていた。今回、深夜に腹痛、吐き気が出現し、数時間間しても改善が得られないため当院初診となる。CTにて胃内に多量の残渣があり、小腸の一部に壁肥厚、腸管拡張を認め、サブイレウスと診断され入院となった。減圧のため経鼻胃管を挿入し、原因検索、腸管血流の評価のため造影CTを施行した。腸管の血流は保たれており、腸管閉塞の原因となるような病変は認めなかったが、矢状断画像で左前腎傍腔に集簇した小腸が存在し、逸脱した腸管の壁肥厚、および左上腹部に腸間膜動静脈の集中がみられ、左傍十二指腸ヘルニアと診断した。当院外科にて腹腔鏡下にヘルニア内容整復、ヘルニア門の閉鎖術が施行され、術後経過は良好で第5病日に退院となった。退院後術後の腸管浮腫によると思われる一過性の腹痛が見られたが、ステロイドの投与で軽快し、その後腹痛の再燃は認めていない。内ヘルニアは比較的新な疾患で、イレウス手術例の0.5～0.8%に認められたとの報告がある。腹腔内の腹膜穿孔部を介して、主に腸管が脱出する病態で、回転異常などに起因する先天性的なもの、手術や外傷に起因する後天的なものがある。診断は、腸管膜や動静脈に着目したCTでの診断が主流となっており、治療は、腹腔鏡や小切開手術なども含め手術治療が中心である。本症例は、造影CTにて左傍十二指腸ヘルニアと診断でき、手術で、手術での発症も少なくない。開腹歴のないイレウスや、診断困難な腹痛の診察時には、内ヘルニアを念頭においた検査、CTでの画像作成が必要と考えられた。