

# 日本消化器病学会東海支部第121回例会

第 32 回 教 育 講 演 会

プ ロ グ ラ ム 抄 録 集

平成26年度（2014年度）

（附 第95回市民公開講座プログラム）



# 日本消化器病学会東海支部第121回例会

## 第32回教育講演会

### プログラム抄録集

---

会 長 小寺 泰弘（名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学）

会 期 平成26年12月6日（土） 午前9時より

会 場 名古屋国際会議場 2号館  
〒456-0036  
愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1  
TEL：052-683-7711

参加受付・座長受付	2号館1Fロビー
PC受付	2号館1Fロビー
第1会場	2号館1F展示室211+212
第2会場	2号館2F会議室224
第3会場	2号館3F会議室234
第4会場	2号館2F会議室222+223
第5会場	2号館3F会議室232+233
第6会場	2号館3F会議室231
展示会場	2号館1Fロビー
クローク	2号館1Fロビー

（附 第95回市民公開講座プログラム）

平成26年12月14日（日）

愛知県医師会館 9F 大講堂



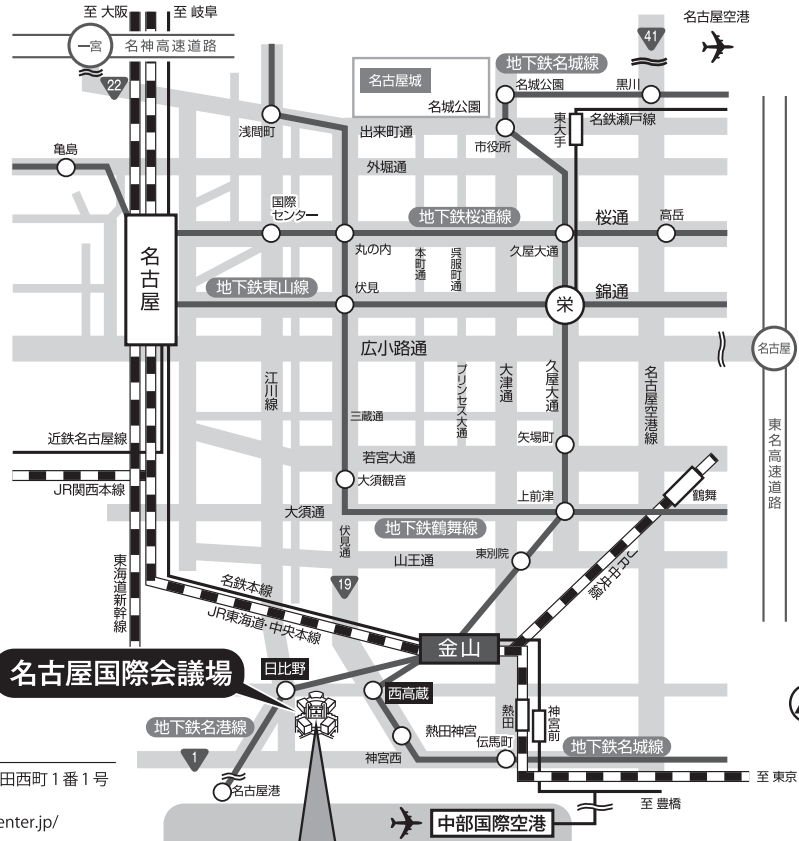
## プログラム目次

交通のご案内	4
会場のご案内	5
プログラム&会場早見表	6
お知らせ・お願い	7
発表要領	8
シンポジウム・ランチョンセミナーのご案内	9
第8回専門医セミナーのご案内	10
第32回教育講演会のご案内	11
第95回市民公開講座のご案内	12
教育講演 プログラム・抄録	15
シンポジウム プログラム・抄録	23
一般演題 プログラム	37
一般演題 抄録	65



# 交通のご案内

## 広域マップ



会場：名古屋国際会議場

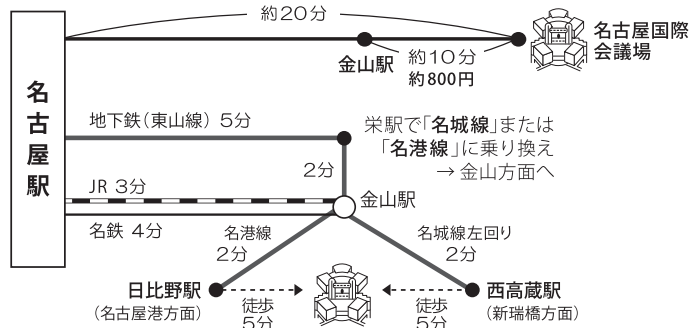
〒456-0036 名古屋市熱田区熱田西町1番1号  
TEL. 052-683-7711  
<http://www.nagoya-congress-center.jp/>

## 周辺拡大図



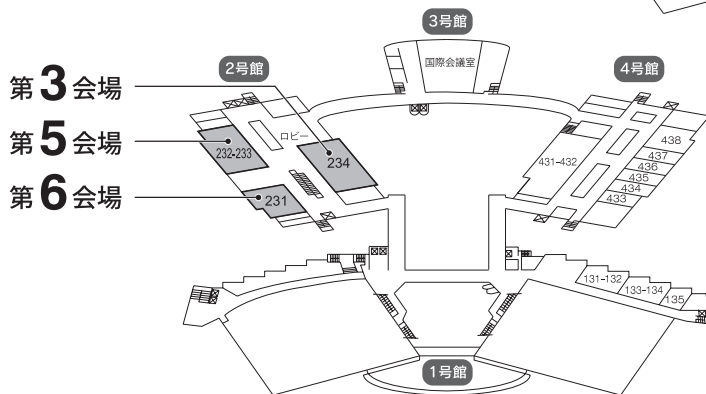
## 名古屋駅から会場まで

- タクシー 約2,500円
- 地下鉄のみ 240円
- JRまたは名鉄+地下鉄  
JR 170円 + 地下鉄 200円  
名鉄 190円 + 地下鉄 200円

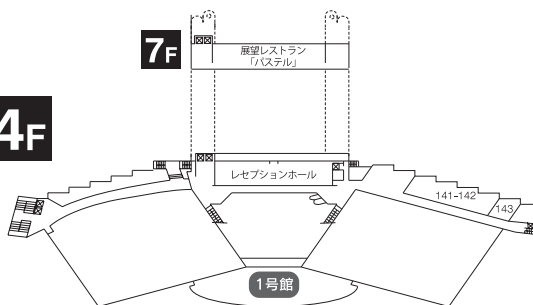


# 会場のご案内

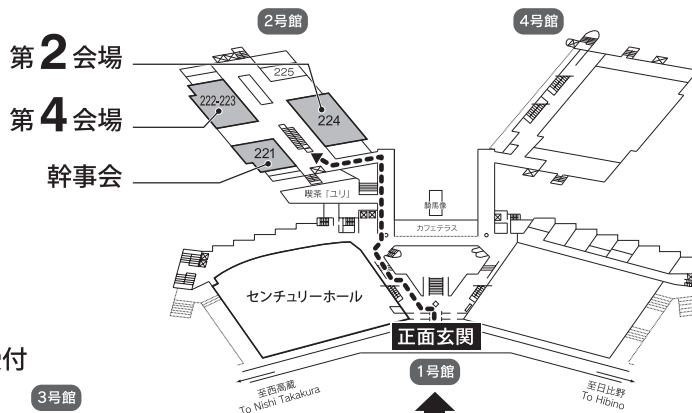
**3F**



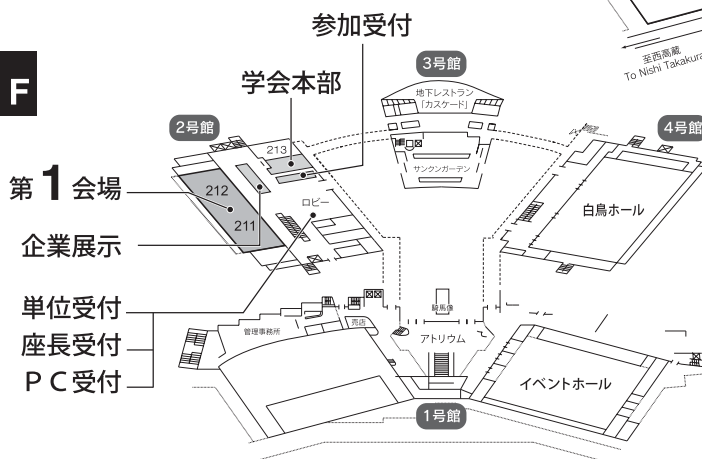
**4F**



**2F**



**1F**



参加受付へは  
正面玄関から  
2号館 2Fへ  
進んでいただき、  
エスカレーターで  
1Fへ降りてください。

レストランのご案内

1号館 7F 展望レストラン「パステル」

1号館 2F 連絡通路 喫茶ラウンジ「ユリ」

# プログラム&会場早見表

	第1会場 1 F 展示室211+212	第2会場 2 F 会議室224	第3会場 3 F 会議室234	第4会場 2 F 会議室222+223	第5会場 3 F 会議室232+233	第6会場 3 F 会議室231	幹事会 2 F 会議室221
9:00		開会の辞					
9:30	9:30~10:30 教育講演1 「EUSを用いた膵疾患の診断と治療」 司会：伊佐地秀司 講師：廣岡 芳樹	9:00~11:30 シンポジウム1 「上部消化管の新しい低侵襲治療の展開」 司会：山口 和也 丸田 真也	9:00~9:35 肝①	9:00~9:45 大腸①	9:00~9:45 胃・十二指腸①	9:00~9:35 膵①	
10:00			9:35~10:10 肝②	9:45~10:30 大腸②	9:45~10:20 胃・十二指腸②	9:35~10:05 膵②	
10:30	10:30~11:30 教育講演2 「肝細胞癌に対する最新の治療—分子標的治療薬を中心に—」 司会：竹井 謙之 講師：葛谷 貞二		10:10~10:55 肝③	10:30~11:15 大腸③	10:20~10:55 胃・十二指腸③	10:05~10:40 膵③	
11:00			10:55~11:40 胆①		10:55~11:25 胃・十二指腸④	10:40~11:25 神経内分泌腫瘍	10:30~11:30 幹事会
11:30							
12:00	11:45~12:40 ランチョンセミナー① (中外製薬株式会社) 「上部消化管ESDの最先端」 司会：吉田 和弘 講師：小野 裕之	11:45~12:40 ランチョンセミナー② (エーザイ株式会社) 「肝癌内科的治療の新展開」 司会：今野 弘之 講師：池田 健次					
12:30							
13:00	12:50~13:50 評議員会						
13:30							
14:00	14:00~15:00 教育講演3 「肝胆膵外科における拡大切除から低侵襲手術まで」 司会：竹山 廣光 講師：佐野 力	14:00~16:00 シンポジウム2 「炎症性腸疾患診療のあらたな展開」 司会：荒木 俊光 安藤 貴文	14:00~15:30 専門医セミナー 「日本内科学会専門医と日本消化器病学会専門医の立ち位置：専門医研修カリキュラム2013の活用」 司会：廣岡 芳樹 講師：春田 純一 林 克巳 加藤 健 杉本 紀行 堀木	14:00~14:45 大腸④	14:00~14:35 胃・十二指腸⑤	14:00~14:35 その他①	
14:30							
15:00	15:00~16:00 教育講演4 「内視鏡のUpdate—小腸内視鏡、大腸用カプセル内視鏡」 司会：平田 一郎 講師：中村 正直			14:45~15:30 大腸⑤	14:35~15:20 小腸①	14:35~15:20 その他②	
15:30							
16:00			15:40~16:25 胆②	15:30~16:15 大腸⑥	15:20~16:05 小腸②	15:20~15:55 食道①	
16:30						15:55~16:25 食道②	
17:00							

# お知らせ・お願い

## 会場整理費（1,000円）のご案内 8：30～

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

## 教育講演会参加費（1,000円）のご案内

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

※教育講演会のみ参加はできません。会場整理費をお支払いの上お申込ください。

## 評議員会のご案内

日時：平成26年12月6日（土） 12：50～13：50

会場：第1会場（2号館1F 展示室211+212）

昼食はご用意しておりません。ランチョンセミナーなどで昼食をお取りください。

## シンポジウム司会、一般演題座長の先生へのご案内

ご担当いただきますセッション開始20分前までに、2号館1F「座長受付」にお立ち寄りください。ご来場の確認をさせていただきます。

※時間厳守にご協力をお願いいたします。

## シンポジウム、一般演題演者の先生へのご案内

シンポジウム 口演8分 質疑応答3分 ※総合討論なし

一般演題 口演5分 質疑応答2分

※「PC受付」にて若手発表の確認をさせていただきます。

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

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

※光学式スライド、ビデオデッキなどの用意はございません（音声出力は不可）。

※スライドは、なるべく横版でご用意してください。

## 駐車場ののご案内

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

## 専門医セミナーのご案内

日時：平成26年12月6日（土） 14：00～15：30

会場：第3会場（2号館3F 会議室234）

参加費：無料

単位：3単位（セミナー開始前に第3会場にて受付いたします。）

# 発表要領

## ご発表の先生方へ

PCを使用したご発表のみとさせていただきます。

ご発表データの受付は、原則としてUSBフラッシュメモリとさせていただきます。

※バックアップ用のCD-Rもご持参いただくことをお勧めいたします。

## ご発表用データ作成上の留意点

- ・ USBメモリー又はCD-Rでのデータ持込によるご発表
  1. 事務局として用意しますPCはWindows 7、プレゼンテーションソフトはPower Pointです。
  2. メディアを持ち込む場合は、Windows版Power Point、2007、2010で作成されたデータのみといたします。(Power Pointに標準で搭載されているフォントをご使用ください。)
  3. MacintoshのデータはWindows上での位置のずれや文字化けなどの不具合が生じる事が多いため、そのままのデータ持込は不可とさせていただきます。各自、Windows上での動作確認と、Windows用にデータ変換を行った上でのご用意をお願いします。
  4. 動画 (movie file) がある場合には、各自のPCを持ち込んでのご発表をお願いします。
  5. Macintoshにて作成されたデータでのご発表をご希望の場合には、各自のPCを持ち込んでのご発表をお願いします。
  6. 液晶プロジェクターの出力解像度は、XGA (1024×768) に対応しております。
  7. 音声出力は使用できませんので、ご了承下さい。
- ・ PC持ち込みによるご発表
  1. 液晶プロジェクターとの接続は、PC本体にミニDsub15ピン外部出力コネクタが使えるものに限り、薄型PCでは特殊なコネクタ形状になっているものもありますので、必ず付属の変換アダプターを予めご確認の上ご用意をお願いします。
  2. 発表中又はその準備中にバッテリー切れになることがありますので、ご発表には付属のACアダプターをご用意下さい。(100V)
  3. 発表中のスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないように、設定のご確認をお願いします。
  4. 音声出力は使用できませんので、ご了承下さい。
- ・ データ及びPCの受付・その他
  1. 事務局で用意しますキーボード、マウスを使用し、発表者ご自身で操作して下さい。
  2. Power Pointにて作成したデータのファイル名は「演題番号氏名」で保存して下さい。
  3. データ保存する前に必ずウイルスのチェックを行って下さい。
  4. 各ご発表の30分前までにPC受付にて、演題受付及び動作確認をして下さい (なるべく受付予定時間よりも早めをお願いします)。

# シンポジウム・ランチョンセミナーのご案内

## シンポジウム 1

テーマ：「上部消化管の新しい低侵襲治療の展開」

会場：第2会場 2号館2階 会議室224

時間：9：00～11：30

司会：岐阜大学大学院腫瘍制御学講座 腫瘍外科 准教授  
東海病院 内科

山口 和也  
丸田 真也

## シンポジウム 2

テーマ：「炎症性腸疾患診療のあらたな展開」

会場：第2会場 2号館2階 会議室224

時間：14：00～16：00

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科

荒木 俊光  
安藤 貴文

## ランチョンセミナー①

講演：上部消化管ESDの最先端

会場：第1会場 2号館1階 展示室211+212

時間：11：45～12：40

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学分野

演者：静岡県立がんセンター 内視鏡科

共催：中外製薬株式会社

吉田 和弘  
小野 裕之

## ランチョンセミナー②

講演：肝臓内科的治療の新展開

会場：第2会場 2号館2階 会議室224

時間：11：45～12：40

司会：浜松医科大学 外科学第二講座

演者：虎の門病院肝臓内科

共催：エーザイ株式会社

今野 弘之  
池田 健次

## 第8回専門医セミナーのご案内

テーマ

「日本内科学会専門医と日本消化器病学会専門医の立ち位置：専門医研修カリキュラム2013の活用法」

会場：第3会場 2号館3階 会議室234

時間：14：00～15：30

司会：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

廣岡 芳樹

講演1「専門医制度整備指針2014」

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

春田 純一

講演2「日本内科学会新専門医制度」

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

林 克巳

講演3「日本消化器病学会カリキュラム2013の概要」

岐阜市民病院 消化器内科

加藤 則廣

講演4「日本消化器病学会カリキュラム2013の活用法」

浜松医科大学 第一内科

杉本 健

講演5「消化器内視鏡教育のありかた」

三重大学医学部附属病院 光学診療部

堀木 紀行

総合討論

<概要>

2014年7月に公表された専門医制度整備指針(第1版)(一般社団法人 日本専門医機構)により、基本診療領域とサブスペシャリティ領域専門医認定についての基本的考え方が示されました。日本消化器病学会専門医は基本診療領域としての日本内科学会専門医の取得が前提となります。日本内科学会ではすでに新カリキュラムを公表しており、5年間の研修を前提としたプログラムを検討しています。また、日本内科学会指導医認定試験も検討されております。日本内科学会改定カリキュラムを受け、日本消化器病学会では臨床能力(Competence)の向上を目的とするCompetency-based Education / Learning (CBE: 臨床能力の修得のための学習、教育法)に基づいて、単に専門的知識や技能だけでなく、医療を実践するにあたって必要とされる医師の基本的な人間力である、患者関係、医療者連携、医療倫理等についての能力評価を取り入れることとした「日本消化器病学会専門医研修カリキュラム」を2013年に発表しました。しかしながら、専門医制度整備指針に示された基幹病院と連携病院の問題をどう考えるのか? また、5年間の研修を前提とした日本内科学会のプログラムと日本消化器病学会のプログラムとの関係をどう考えるのか? など不確定な要素が多いのが現実だと思われまます。今回の専門医セミナーの目的は現時点での問題点を整理し、今後どのように対応していくべきであるかを検討することです。指導医および今後指導医となる専門医の先生方の多数のご参加を期待いたします。

## 第32回教育講演会のご案内

### 第32回教育講演会

会場：第1会場 2号館1階 展示室211+212

9：30～10：30

講演1 「内視鏡（EUSを中心とした）を用いた膵疾患の診断と治療の現状」

講師：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

廣岡 芳樹

司会：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科

伊佐地秀司

10：30～11：30

講演2 「肝細胞癌に対する最新の治療一分子標的治療薬を中心に」

講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

葛谷 貞二

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学

竹井 謙之

14：00～15：00

講演3 「肝胆膵外科における拡大切除から低侵襲手術まで」

講師：愛知医科大学 消化器外科

佐野 力

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科

竹山 廣光

15：00～16：00

講演4 「内視鏡のUpdate-小腸内視鏡、大腸用カプセル内視鏡」

講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

中村 正直

司会：藤田保健衛生大学 消化管内科

平田 一郎

### ※専門医更新単位

第118回評議員会において、専門医更新単位登録票が変更されました。

午前の部9単位、午後の部9単位です。

参加費は午前・午後合わせて1,000円（午前または午後のみ参加でも1,000円）です。

午前の部の受付時間（8：30～11：30）

午後の部の受付時間（13：00～16：00）



## 第95回市民公開講座のご案内

会 期：平成26年12月14日（日） 午後1時～午後4時

会 場：愛知県医師会館 9階大講堂

（〒460-0008 愛知県名古屋市中区栄4-14-28）

テーマ：「おなかの病気の最新情報」

開会のあいさつ 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 藤井 努

講演1 食道の病気の最新情報  
講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 小池 聖彦

講演2 胃の病気の最新情報  
講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 宮原 良二

講演3 胃の手術の最新情報  
講師：名古屋大学大学院医学系研究科附属  
クリニカルシミュレーションセンター 藤原 道隆

講演4 大腸の病気の最新情報  
講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中村 正直

講演5 肝臓の病気の最新情報  
講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 林 和彦

講演6 膵臓の病気の最新情報  
講師：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 藤井 努

閉会のあいさつ 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 小寺 泰弘

## 教育講演 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。



# 第32回教育講演会プログラム

第1会場 2号館1階 展示室211+212

教育講演 (1) 9:30~10:30

司会：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科 伊佐地秀司

「内視鏡（EUSを中心とした）を用いた膵疾患の診断と治療の現状」  
名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

教育講演 (2) 10:30~11:30

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 竹井 謙之

「肝細胞癌に対する最新の治療—分子標的治療薬を中心に—」  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 葛谷 貞二

教育講演 (3) 14:00~15:00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科 竹山 廣光

「肝胆膵外科における拡大切除から低侵襲手術まで」  
愛知医科大学 消化器外科 佐野 力

教育講演 (4) 15:00~16:00

司会：藤田保健衛生大学 消化管内科 平田 一郎

「内視鏡のUpdate-小腸内視鏡、大腸用カプセル内視鏡」  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中村 正直

# 1) 内視鏡 (EUSを中心とした) を用いた膵疾患の診断と治療の現状

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

本教育講演では、EUS (超音波内視鏡検査) を中心とした内視鏡検査を用いた膵疾患の診断と治療の現状について自験例を中心に述べる予定である。

## 【診断】

EUSはメカニカルラジアル方式から電子走査方式に変わったことで、US (経腹壁の超音波検査法) では既に用いられていた種々のアプリケーションが使用可能になった。EUSは内視鏡検査ではあるが、その本質は超音波検査である。そして、超音波検査の本質はB-mode画像である。電子走査型EUSになったことで、各種アーチファクトが減弱し、クリアな画像が得られるようになった。さらに、ティッシュハーモニックイメージングを用いることでさらにB-mode画像の質の向上が得られたことは最も重要な変化であった。

B-mode画像の向上以外に画像診断に加わった新しい手法には以下のようなものがあり、それぞれについて自験例を中心にその診断的意義について述べる予定である。

- ①カラードプラ断層法・パワードプラ断層法およびその造影EUS
- ②ハーモニックイメージング法とその造影EUS
- ③三次元画像 (3D)
- ④Elasticity Imaging (エラストグラフィ)

診断という面では、EUS-FNAおよびその検体から得られる遺伝子発現プロファイルの検討などの分子生物学的手法まで開発されているが、現時点では一定の評価は定まっていない。さらに、EUS-FNA自体の適応という面でも本邦と諸外国あるいは本邦内でも施設によっては考え方が異なるのが現実である。EUS-FNAの当科におけるスタンスを示したいと考えている。

## 【治療】

EUSを用いた治療としては、各種ドレナージが挙げられる。膵嚢胞ドレナージ・胆管ドレナージなどがその代表例である。当科では、切除不能局所進行膵癌に対して未熟樹状細胞をEUSガイド下にて直接注入している。これまでに20例の症例に対して実施しておりその成績についても述べる予定である。また、現在第1相試験実施中である単純ヘルペス1型変異株HF-10の腫瘍への局注療法についても若干触れる予定である。

## 【膵と小腸との臓器相関】

当科ではバルーンアシストの小腸内視鏡検査に関して多くの知見を発表してきている。最近、バルーン非アシストの小腸内視鏡を使用する機会を得ている。これは、小腸最深部までの挿入は困難であるが、近位小腸までの挿入は極めて容易に行えるものである。当科で行っている各種膵疾患と小腸粘膜との関連、さらには糖代謝、栄養状態との関連に関しての知見を述べる。

## 略 歴

### 職 歴

昭和61年3月	名古屋大学 医学部 医学科 卒業
昭和61年6月1日	半田市立半田病院 研修医
昭和62年4月1日	半田市立半田病院 内科医師
平成2年4月1日	名古屋大学医学部 第二内科医員
平成8年4月1日	愛知県総合保健センター内科医師
平成12年2月1日	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 助手
平成15年9月1日	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 講師
平成21年7月1日	名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授

### 学会活動

日本内科学会会員 (認定医、指導医、学会英文誌-Internal Medicine 査読委員)  
日本消化器病学会会員 (認定医、指導医、評議員, Associate Editor(Journal of Gastroenterology Clinical Journal of Gastroenterology))  
日本消化器内視鏡学会会員 (認定専門医、指導医、財団評議員、学会和文誌-Gastroenterological Endoscopy 査読委員、学会英文誌-Digestive Endoscopy 査読委員)  
日本超音波医学会会員 (理事、専門医、指導医、評議員、学会和文誌-Japanese Journal of Medical Ultrasonics 査読委員、学会英文誌-Journal of Medical Ultrasonics 査読委員)  
日本胆道学会会員 (理事、評議員、日本胆道学会認定指導医、国際交流委員会委員)  
日本消化器がん検診学会会員 (認定医、評議員)  
日本膵臓学会会員 (評議員、編集委員会委員)  
日本レーザー医学会会員 (認定医-2種)  
日本東洋医学会会員  
米国消化器内視鏡学会会員 (American Society of Gastrointestinal Endoscopy)

上記以外の査読委員:

Endoscopy, Journal of Gastroenterology and Hepatology, Pancreatology, JHPBS

## 2) 肝細胞癌に対する最新の治療－分子標的治療薬を中心に－

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 葛谷 貞二

分子標的治療薬であるソラフェニブは、腫瘍増殖のシグナル伝達系であるRas/Raf/MEK/MAPK経路のRafと、血管新生のシグナル伝達系であるVEGF受容体およびPDGF受容体のキナーゼを阻害するマルチキナーゼ阻害薬である。ソラフェニブは、切除や局所療法の適応とならない進行肝細胞癌（HCC）患者に対する全身化学療法として初めて生存期間や無増悪期間の延長が確認された治療薬である。現在、進行HCCに対する標準治療薬として認識され、日常臨床で広く使用されるようになった。本稿では、①現状におけるソラフェニブの治療成績②ソラフェニブ治療における問題点や今後の展望について述べる。

### ①現状におけるソラフェニブの治療成績

ソラフェニブの抗腫瘍効果を判定する際、画像上の腫瘍濃染の消失や減弱（阻血性変化）は重要とされる。modified RECIST基準では奏効率が約30%、病態制御率（SD以上）が約70%との報告が多い。AFP推移は抗腫瘍効果や予後との関連が報告されている。一方、PIVKA-IIは治療効果によらず（PRやSDでも）上昇する症例が多く、PIVKA-II上昇の解釈には注意が必要である。肝癌細胞を低酸素状態にすると、肝癌細胞からのPIVKA-II産生が増加したとの報告があり、ソラフェニブの血管新生阻害作用によって腫瘍細胞が低酸素状態となり、PIVKA-II産生が増加した可能性が考えられている。

### ②ソラフェニブ治療における問題点や今後の展望

問題点の一つとして、ソラフェニブ治療中止の明確な基準がない点があげられる。他の有効な治療選択肢がない場合、画像PD判定後であっても（急速な病勢進行や早期の新規病変出現例は除く）、肝予備能や有害事象が問題なければ、ソラフェニブ投与が継続される症例が少なくない。画像PDパターン、1st PD判定までの時期、ソラフェニブによる抗腫瘍効果の有無、他の治療選択肢の有無なども、ソラフェニブ治療の中止を判断する上で有用と考えられるが、現時点では明確なエビデンスはない。

現在、ソラフェニブは単独投与での使用が原則である。さらなる予後延長のために、他治療との併用療法や補助療法としての有用性が期待され、いくつかの臨床試験が実施されている。また、新規分子標的治療薬の治験も施行されており、HCCの治療戦略における分子標的治療薬の重要性はさらに増していくと思われる。

---

## 略 歴

---

### 職 歴

平成10年3月 三重大学医学部卒業  
平成10年4月 名古屋掖済会病院 研修医  
平成12年4月 名古屋掖済会病院 消化器科 医員  
平成14年7月 大垣市民病院 消化器科 医員  
平成17年1月 名古屋大学 消化器内科 大学院  
平成20年4月 名古屋共立病院 消化器内科 医長  
平成21年4月 武蔵野赤十字病院 消化器科 医員  
平成23年4月 名古屋大学 消化器内科 特任助教  
平成24年4月 名古屋大学 消化器内科 病院助教  
平成26年2月 名古屋大学 消化器内科 助教  
現在に至る

### 学会活動

日本内科学会（認定医・指導医）、日本肝臓学会（専門医・西部会評議員）、日本消化器病学会（専門医・東海支部評議員）、日本消化器内視鏡学会（専門医・東海支部評議員）、日本がん治療認定医機構（認定医）、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会、日本超音波医学会、日本門脈圧亢進症学会

### 3) 肝胆膵外科における拡大切除から低侵襲手術まで

愛知医科大学消化器外科学 佐野 力

肝胆膵癌に対する手術としては病変の占拠部位により、胆道再建を伴う肝切除、膵頭十二指腸切除(PD)、膵体尾部切除が主であり、極限の手術として肝膵十二指腸切除が適応となる場合がある。膵切除に関しては腹腔動脈の合併切除を伴うもの、周術期管理の向上から膵全摘術も適応が広がっている。近年の画像診断の進歩により腫瘍の進展度診断のみならず肝門部の局所解剖の把握も以前に比べ容易になってきており、術式立案に貢献している。肝門部領域癌に対しては、尾状葉切除を併施する肝葉切除がほとんどを占め、進行癌に対しては、門脈のみならず肝動脈再建も行われるようになってきた。切除肝体積が60%を超える場合などには、術前門脈枝塞栓術を行い、残肝の肥大を図って手術を行うことが多い。術前の肝機能評価はICG検査が中心であり、耐術の基準は残肝K値が0.06または0.05とされるが、絶対的なものではない。胆管癌に対し肝の中央部分を切除する術式は、手技が煩雑であるが、肝機能不良例に対し、肝切除量を減らすための限定的な適応があると考えている。

NCDの分析結果からは本邦のPDの在院死亡率は2.8%と報告されている。日本肝胆膵外科学会の高度技能専門医修練施設からの2013年度分のアンケート調査では、PDの在院死亡率は1.4%、膵全摘では1.3%、D2リンパ節郭清を伴う膵体尾部切除で1.2%と報告されている。胆道癌の肝切除は以前に比べ安全に施行できるようになったが、本邦のhigh volume centerでも在院死亡率が2-8%と報告されている。また、近年適応拡大から注目されている肝左3区域切除の在院死亡率は、先のアンケート調査で12%と高率であったことに留意すべきである。肝門部領域癌では、切除率の向上と安全性の担保という、方向の異なった二つの目標を達成することが、外科医に求められている。

低侵襲を目的とした腹腔鏡下肝切除、膵切除が、導入されている。しかしながら消化管手術に比べると症例数も少なく、その有用性と安全性が十分に検証されたとは言いがたい。低悪性度腫瘍に関しての腹腔鏡手術は容認する意見が多いが、悪性度の高い膵癌への適応にはコンセンサスは得られていない。また、PDに関しても保険適応とはされておらず、今後の課題と考えられる。

自験例の標準、拡大手術とともに教室で経験した腹腔鏡手術を紹介し、肝胆膵外科の現状を概説する。

---

#### 略 歴

---

##### 職 歴

昭和61年3月	名古屋市立大学医学部卒業
昭和61年5月～平成4年6月	豊橋市民病院 研修医および外科医員
平成4年7月～平成4年12月	国立がんセンター中央病院 任意研修医
平成5年1月～平成5年5月	名古屋大学第一外科 研究生
平成5年6月～平成7年5月	国立がんセンター中央病院 がん専門修練医
平成7年6月～平成9年12月	名古屋大学第一外科 医員
平成10年1月～平成10年4月	名古屋第二赤十字病院 外科副部長
平成10年5月～平成13年3月	名古屋大学第一外科 文部教官助手
平成13年4月～平成18年3月	国立がんセンター中央病院 肝胆膵外科医師、医長
平成18年4月～平成18年7月	大垣市民病院外科医長
平成18年8月～	愛知県がんセンター中央病院 消化器外科医長
平成25年8月～	愛知県がんセンター中央病院 手術部長
平成26年3月～	愛知医科大学消化器外科 教授

##### 学会活動

日本外科学会(専門医、指導医)  
日本消化器外科学会(評議員、専門医、指導医)  
日本消化器病学会(専門医、指導医)  
日本肝胆膵外科学会(高度技能指導医、評議員)  
日本臨床外科学会  
日本胆道学会(指導医、評議員、広報委員)  
日本膵臓学会  
日本癌治療学会  
日本癌学会

日本臨床腫瘍学会 など

東海外科学会(評議員)

日本消化器病学会東海支部(評議員)

International Hepato-Pancreato-Biliary Association (IHPBA) member

Asian Pacific Hepato-Pancreato-Biliary Association (APHPBA) member



## 4) 内視鏡のUpdate-小腸内視鏡、大腸用カプセル内視鏡

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中村正直

下部消化管領域における内視鏡技術の進歩は目覚ましく、特に小腸疾患の診断と治療は、この10年で一変したと言っても過言ではない。小腸は「調べられない」から「調べられる」、「調べなくてよい」から「調べないといけない」に変化し、故に「見つからない」から「見つかる」へと変わった。そしてこれらは言うまでもなくカプセル内視鏡 (capsule endoscopy:CE) とバルーン内視鏡 (balloon-assisted endoscopy:BAE) の効果が大きい。全ての施設で小腸内視鏡が完備されているわけではないので診療体系は異なるが、内視鏡を通じて小腸疾患の診療がどのように展開していくか検討することでスムーズな患者のマネジメントが可能になる。

### カプセル内視鏡 (CE)

コヴィディエン社のPillCamSB2、SB3とオリンパスメディカルシステムズのエンドカプセルがある。概要は類似しているためコヴィディエン社のCEを説明する。PillCamSB3は26mmのサイズであるカプセル型の内視鏡であり、嚥下をした後に消化管の蠕動により進みながら撮影を行う。バッテリー寿命が8時間から約17時間に延長し長時間の撮影が可能になった。進行速度にあわせ1秒間に2もしくは6枚の写真撮影を行う。検査の対象は原因不明の消化管出血に対してのみであったが、2012年7月から後述するパテンシーカプセル (PC) の効果もあり適応が全小腸疾患に広がった。クローン病や消化管ポリポシスの精査も可能である。

### パテンシーカプセル (PC)

PCは内服すると小腸内で40時間後以降に溶け始める性質を有することから、事前に消化管の開通性を予測することができる検査法である。現在は午前中か就寝前に内服し、30-33時間後にPCが体外もしくは大腸内に原形のまま到達し得たか判定する。小腸の狭窄が疑われる場合には事前にPCを行ったうえでその後できる限り早めにCEを行う。PCは技術料のみで600点、CEは特定保険医療材料費が77,200円、読影料が1700点であるためPC+CEで約10万円の検査となる。保険診療で3割負担の患者の場合、実費は約3万円である。

### バルーン内視鏡 (balloon-assisted endoscopy:BAE)

BAEは小腸病変に対する生検を含めた詳細診断と内視鏡治療の中心である。オーバーチューブと内視鏡に取り付けるバルーンの数によってダブルバルーン内視鏡とシングルバルーン内視鏡がある。ダブルバルーン内視鏡は腸管を把持する能力により深部挿入に優れ、一方シングルバルーン内視鏡はオーバーチューブがシリコン製であるためスコープとオーバーチューブの摩擦が少なく操作性に優れる。ダブルバルーン内視鏡では2013年よりチャンネル径が2.8から3.2mmに変更され治療手技がスムーズになった。内視鏡治療は止血、腫瘍切除、小腸狭窄へのバルーン拡張術、異物回収が可能である。

### 大腸カプセル内視鏡 (CCE)

2014年1月から第2世代大腸カプセル内視鏡 (colon capsule endoscopy:CCE) による保険診療が始まった。CCEのシステムはコヴィディエン社のPillCam COLON2、データレコーダDR3、読影ソフトのRAPID8である。PillCam COLON2はサイズが31X11mmで、前後に撮影レンズがあり、各々の視野角は172度である。カプセルの移動速度に応じてオートマチックに1秒間に4枚あるいは35枚と撮影枚数が調整される機能を有する。既に海外では5年以上前より臨床で使用されており、SpadaらはCTコログラフィとCCEのポリープ指摘に関する前向き試験においてCCEが優れていたと報告している (Gut, in press)。

---

## 略 歴

---

平成26年11月現在

名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教

### 学 歴

平成9年 岐阜大学医学部卒業  
平成15年 名古屋大学消化器内科 研究員  
平成19年6月 医学博士 (名大医) 小腸出血が疑われた患者におけるカプセル内視鏡とダブルバルーン内視鏡の比較

### 職 歴

平成9-15年 名古屋大学関連病院 研修  
平成17年4月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 医員  
平成21年1月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教  
平成23年4月 英国セントマークス病院リサーチフェロー  
平成24年4月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教  
平成26年2月 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教





# 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 会議室224 9:00～11:30

司会 岐阜大学大学院腫瘍制御学講座 腫瘍外科 山口 和也  
東海病院 内科 丸田 真也

## 「上部消化管の新しい低侵襲治療の展開」

- S1-01 胃静脈瘤に対するヒストアクリルを用いた内視鏡治療  
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  
○江崎 正哉、岩瀬 弘明、島田 昌明、平嶋 昇、桶屋 将之、龍華 庸光、  
喜田 裕一、田中 優作、浦田 登、加藤文一郎、後藤 百子、水田りな子、  
宇仁田 慧、近藤 高、田中 大貴
- S1-02 食道癌に対するTalaporfin sodium・半導体レーザーを用いた第2世代光線力  
学療法  
<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>京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学  
○田中 守<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>1</sup>、武藤 学<sup>2</sup>
- S1-03 当院における表在型食道癌に対するESD治療成績と予後の検討  
<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学研究科 消化器内科、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
○横山 敬史<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>
- S1-04 中下咽頭表在癌に対するELPSの治療成績  
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部  
○稗田 信弘、田中 努、丹羽 康正
- S1-05 当科における腹臥位胸腔鏡下食道切除と開胸食道切除の短期成績の比較  
名古屋大学 医学部 腫瘍外科  
○深谷 昌秀、藤枝 裕倫、酒徳 弥生、江畑 智希、横山 幸浩、伊神 剛、  
菅原 元、上原 圭介、水野 隆史、山口 淳平、柳野 正人
- S1-06 当院における内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の治療成績からみた適応拡大治  
癒病変の妥当性の検討  
東海病院  
○北村 雅一、石川 英樹、丸田 真也
- S1-07 腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術の現状と展望  
<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  
○田中 千恵<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>2</sup>、藤原 道隆<sup>1</sup>

- S1-08 過去10年間の当院におけるLECS治療経験から得られたもの  
<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>浜松医療センター 消化器外科  
○岩岡 泰志<sup>1</sup>、池松 禎人<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>
- S1-09 当院における腹腔鏡内視鏡合同手術（LECS）の治療成績  
<sup>1</sup>静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、<sup>2</sup>静岡県立静岡がんセンター 胃外科  
○川田 登<sup>1</sup>、滝沢 耕平<sup>1</sup>、角嶋 直美<sup>1</sup>、田中 雅樹<sup>1</sup>、今井健一郎<sup>1</sup>、堀田 欣一<sup>1</sup>、  
松林 宏行<sup>1</sup>、徳永 正則<sup>2</sup>、寺島 雅典<sup>2</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>
- S1-10 当院における上部消化管狭窄に対するNiti-Sステント使用経験について  
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
- S1-11 当院における悪性上部消化管狭窄に対する胃十二指腸用Covered Metallic Stent  
の有用性の検討  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○岩崎 弘靖、水島 隆史、佐野 仁
- S1-12 当院における十二指腸ステントの治療成績  
豊橋市民病院  
○芳川 昌功、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、  
松原 浩、鈴木 博貴、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田恵美子、山本 和弘、  
岡村 正造
- S1-13 低侵襲治療としての高齢進行胃癌患者に対する化学療法の見直し  
藤田保健衛生大学消化器内科  
○堀口 徳之、田原 智満、平田 一郎

## シンポジウム 2

第 2 会場 会議室224 14:00～16:00

司会 三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科 荒木 俊光  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科 安藤 貴文

### 「炎症性腸疾患診療のあらたな展開」

- S2-01 クロウン病小腸病変も含めた新たな内視鏡的評価法の検討  
名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学  
○森瀬 和宏、渡辺 修、後藤 秀実
- S2-02 3D CT enteroclysis (バーチャル小腸内視鏡) のクロウン病に対する有用性  
静岡県立総合病院 消化器内科  
○吉川 俊之、白根 尚文、黒上 貴史、重友 美紀、青山 春奈、榎田 浩平、  
菊山 正隆
- S2-03 クロウン病に対する新しい吻合法の短期成績について  
藤田保健衛生大学 下部消化管外科  
○勝野 秀稔、前田耕太郎、佐藤 美信、升森 宏次、小出 欣和、尾関 伸司、  
遠山 邦宏
- S2-04 潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブ早期寛解導入例の検討  
豊橋市民病院 消化器内科  
○木下 雄貴、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、  
松原 浩、鈴木 博貴、廣瀬 崇、芳川 昌功、片岡 邦夫、飛田恵美子、  
山本 和弘、岡村 正造
- S2-05 難治性中等症・重症潰瘍性大腸炎に対するアダリムマブ・顆粒球除去強化併用療法の有効性  
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器代謝内科学  
○谷田 諭史、溝下 勤、城 卓志
- S2-06 潰瘍性大腸炎関連大腸腫瘍に関する検討 (ESDを施行した症例を含めて)  
<sup>1</sup>岐阜大学 医学部附属病院 光学医療診療部、  
<sup>2</sup>岐阜大学 医学部 消化器病態学  
○荒木 寛司<sup>1</sup>、井深 貴士<sup>2</sup>、清水 雅仁<sup>2</sup>
- S2-07 当科における悪性病変合併潰瘍性大腸炎手術例に関する検討  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
○藪崎 紀充、中山 吾郎、橋本 良三、高野 奈緒、末岡 智、武田 重臣、  
田中 千恵、小林 大介、岩田 直樹、神田 光郎、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

S2-08 当院における壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎 5 例の検討

刈谷豊田総合病院

○澤田つな騎、浜島 英司、坂巻 慶一

S2-09 潰瘍性大腸炎診療における便培養の有用性

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○西江 裕忠、水島 隆史、佐野 仁

S2-10 潰瘍性大腸炎における拡大内視鏡診断

<sup>1</sup>三重大学 医学部 光学医療診療部、<sup>2</sup>三重大学 医学部 消化器肝臓内科

○堀木 紀行<sup>1</sup>、十時 利明<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>2</sup>

## S1-01 胃静脈瘤に対するヒストアクリルを用いた内視鏡治療

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  
 ○江崎 正哉、岩瀬 弘明、島田 昌明、平嶋 昇、  
 桶屋 将之、龍華 庸光、喜田 裕一、田中 優作、  
 浦田 登、加藤文一郎、後藤 百子、水田りな子、  
 宇仁田 慧、近藤 高、田中 大貴

胃静脈瘤の出血頻度は多くはないが出血時重症化することが多く、確実かつ侵襲の少ない止血法が求められる。当施設では1992年から胃静脈瘤出血に対してヒストアクリルを用いた内視鏡的治療を行い、多くの症例を救命してきた。薬事承認された2013年からは予防的治療を施行している。今回、その有用性を止血率、合併症、長期予後から報告し、今後の予防的治療の展望について報告する。【対象と方法】現在までに治療した出血治療80例と予防的治療2例を対象とした。方法はヒストアクリルとリヒオドールの1対1混合液を用い、透視下で静脈瘤全体を閉塞した。【結果】門脈圧亢進症の原因は全例肝硬変であり、アルコール性18.8%、肝炎ウイルス感染はC型58.7%、B型7.5%であった。Child-Pugh分類ではAが29%、Bが25%、Cが46%であった。止血率96.3%、胃静脈瘤の再出血率は11.3%(9例)であったが、治療4年後以降の再出血はなかった。また、治療部潰瘍からの出血が2例にみられた。胃体部まで広範囲に広がるLg-cf2例は完全止血が得られず、脾臓摘出術を追加した。重篤な合併症率は4.9%(4例：腹壁膿瘍2例、脾静脈血栓1例、脾梗塞1例)であった。治療関連死は2.4%(2例)であった。死因の多くが肝不全、肝癌であり、胃静脈瘤出血死は7例であった。出血治療例の生存期間中央値(MST)は4.6年であり、生存率は10年76.5%、20年10.0%であった。Child-Pugh分類別のMSTはA 10.7年、B 6.3年、C 1.6年であった。多変量解析による予後因子の検討ではChild-Pugh分類が重要な因子であり、血液生化学検査値では黄疸指数、プロトンポンプ時間、血小板数値が予後因子であった。予防的治療例には合併症はなく、治療時間は20分以内であった。治療直後から飲水、トイレ歩行可とし、翌日から安静部解除、入院期間は5日以内であった。【結語】胃静脈瘤出血に対するヒストアクリルを用いた内視鏡的治療は合併症も稀で出血を防ぐ有効な治療法であった。また、簡便かつ侵襲の少ない治療法であり予防的治療は外来でも可能と考えられた。ヒストアクリルが薬事承認されることにより、今後胃静脈瘤治療が大きく変貌すると予測される。

## S1-03 当院における表在型食道癌に対するESD治療成績と予後の検討

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学研究科 消化器内科、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
 ○横山 敬史<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

【背景】ESDは低侵襲で根治性の高い治療法であり、表在型食道癌の治療法のひとつとして普及している。しかし、適応病変である深達度EP-LPMの治療成績、予後は十分に根治性が得られると示されているが、相対適応病変である深達度MM-SM1の治療成績、予後はリンパ節再発、多臓器転移による死亡も報告されている。今回我々は当院の表在型食道癌に対するESDの治療成績と予後を検討した。【方法】2007年9月から2014年7月に当院で表在型食道癌に対してESDを施行した扁平上皮癌症例145例(男性100人、女性16人)を対象とした。適応病変と相対適応病変適応外病変それぞれの治療成績(一括切除率、完全一括切除率、偶発症)と長期予後(生存率、再発形式、再発期間)を比較検討した。完全一括切除は一括切除かつHM0、VM0とした。経過観察は胸腹部造影CTとEGDにて適応病変で1回/年、相対適応病変で2回/年で行っている。【結果】治療成績(適応病変126例：相対適応病変17例：適応外病変2例)は一括切除率(98.4%：94.1%：100%)、完全一括切除率(97.6%：88.2%：100%)であった。偶発症は縦隔気腫(5例4.0%：1例5.9%：0例)、誤嚥性肺炎は(2例1.6%：0例：0例)、穿孔は(3例2.4%：1例5.9%：0例)であった。平均観察期間は26.6±22.4ヶ月であり、長期予後では生存率は(97.7%：94.1%：100%)であった(適応外病変の観察期間は13ヶ月、16ヶ月)。原病死は認められず全て他病死であった。再発形式において局所再発は認められず、リンパ節転移による再発が(2例1.6%：1例5.9%：0例)認められた。リンパ節再発までの期間は適応病変例では2年5ヶ月、3年4ヶ月であった。相対適応病変例では1年4ヶ月であり、未分化な扁平上皮癌(pMM,ly0,v0,HM0,VM0)であった。【結語】ESD治療は再発に対する長期サーベイランを必要とするが、本検討では原病死を認めず、予後に対して有用な治療法であると思われた。

## S1-02 食道癌に対するTalaporfin sodium・半導体レーザーを用いた第2世代光線力学療法

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、  
<sup>2</sup>京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学  
 ○田中 守<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>1</sup>、武藤 学<sup>2</sup>

【目的】食道表在癌に対する光線力学療法(PDT)は、第1世代のPorfimer sodiumとエキシマダイレーザによるPDTが保険適用になっている。第2世代のTalaporfin sodiumと半導体レーザーによるPDTは、日光過敏症防止の遮光期間の短縮、レーザー波長の長波長化による組織深部への効果向上、さらに半導体レーザーとなり、機器の小型化と性能の安定化などの進化を遂げた。しかし、現時点で保険適用は肺癌と脳腫瘍のみに限られている。今回われわれは、当院における食道癌に対するTalaporfin sodium PDTにつき、武藤班による医師主導治療の結果、考察とともに報告する。【対象及び方法】対象はTalaporfin sodium PDTを当院で施行した肺小細胞癌併食道扁平上皮癌1症例1病変、食道扁平上皮癌CRT後局所再発3症例4病変、Talaporfin sodium 40mg/m<sup>2</sup>静注後、4時間後にレーザー照射(100J/cm<sup>2</sup>)を行い、局所の完全奏効(CR)率、安全性を検討した。すべての症例は、名市大病院のIRB承認を得て施行された。【結果】PDTを施行した4症例中CRが3症例(75.0%)、病変の治療効果は、CRが5病変中4病変(80.0%)であった。薬剤投与、レーザー照射によるGrade3以上の有害事象はリンパ球減少(25.0%)、低ナトリウム血症(25.0%)であった。当院の3症例(4病変)を含む武藤班の食道癌CRT後局所再発に対するTalaporfin sodium PDTの医師主導治療(26症例,28病変)全体では、CR率は88.5%(23/26,T1: 21/21(100%), T2: 4/7 (57.1%))であった。Grade3以上の有害事象はリンパ球減少(15.4%)、好中球減少(3.8%)、低ナトリウム血症(3.8%)、低血圧(3.8%)を認めたがいずれも対症療法で軽快した。【結論】Talaporfin sodium PDTは、CRT後局所再発再発食道癌などに対し治療効果が高く優れた低侵襲治療法であると考えられた。

## S1-04 中下咽頭表在癌に対するELPSの治療成績

愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部  
 ○稗田 信弘、田中 努、丹羽 康正

【背景】近年、頭頸部表在癌の治療に対して消化器内視鏡医と頭頸部外科医とが共同で行うELPS(endoscopic laryngopharyngeal surgery)が開発され、当院でも2009年7月より導入している。ELPSとは、全身麻酔下に彎曲型喉頭鏡にて喉頭展開し、内視鏡観察下に経口的に針状メス、鉗子等を使用して粘膜切除を行う手術である。【方法】2009年7月から2014年8月までの期間に、当院で経験したELPS 29例30病変の臨床病理学的特徴を検討した。【結果】平均年齢65.5歳、男女比25.5:中咽頭7病変、下咽頭23病変であった。病変の大きさは、T1(2cm)23病変、T2(2~4cm)6病変、T3(4cm)1病変であった。肉眼型は表面隆起型が14病変、表面平坦型が1病変、表面陥凹型が15病変であった。平均処置時間は112min(±71min)であった。処置後の重篤な合併症として後出血2例、化膿性椎体炎を1例に認めた。最終病理組織診断は、深達度EP5病変、SEP24病変、MP1病変であった。一括切除率は29病変(96.7%)であったが、完全一括切除率はT1 4病変(13.3%)、T2 1病変(3.3%)、T3 0病変(0%)と低かった。側方断端陽性は8病変(26.7%)、判定不能は11病変(33.3%)に、深部断端陽性は4病変(13.3%)、判定不能は5病変(16.7%)に認められた。平均観察期間中央値は17.8ヶ月で、原病死1例、他病死2例であった。局所再発は4病変(T1:3病変、T2:1病変)に認め、4病変とも側方断端陽性、もしくは判定不能であった。【結語】中下咽頭表在癌に対するELPSは、完全一括切除率の向上が課題であるものの、低侵襲治療として有効な選択肢になりうると考えられた。



## S1-05 当科における腹臥位胸腔鏡下食道切除と開胸食道切除の短期成績の比較

名古屋大学 医学部 腫瘍外科  
○深谷 昌秀、藤枝 裕倫、酒徳 弥生、江畑 智希、  
横山 幸浩、伊神 剛、菅原 元、上原 圭介、  
水野 隆史、山口 淳平、柳野 正人

【目的】当科は2013年2月より腹臥位による食道切除導入にしたが、それにより手術の安全性がどの程度向上したかを評価する。【対象と方法】2011年1月から2013年1月までに当科で施行した前腋窩縦切開による開胸食道切除症例34例（術前放射線化学療法、サルベージ手術症例は当科の鏡視下手術の適応外なので対象から除外した。）と2013年2月から2014年7月までの腹臥位胸腔鏡下食道切除症例30例を、短期手術成績について比較した。【結果】（以下の表示は開胸vs鏡視下）平均胸部操作時間172分 vs 266分、 $P < 0.05$ 。平均胸部操作出血量431ml vs 54ml、 $P < 0.05$ 。術中輸液量6338ml vs 5371ml、 $P < 0.05$ 。術後の体重増加（術前体重を100%とする）は1POD 6.4% vs 4.5% 2POD 7.3% vs 4.7% 3POD 5.6% vs 3.0%、すべて $P < 0.05$ 。術後反回神経麻痺は7例（21%）vs 9例（30%）、N. S。術後肺炎（ $CD \geq 2$ 、7PODまで）9例（27%）vs 5例（17%）、N. S。重症肺炎（再挿管例）1例（3%）vs 1例（4%）、N. S。縫合不全は2例（6%）vs 5例（17%）、N. S。両群とも在院死亡は認めなかった。術前と比較した術後1カ月目の肺活量は76% vs 78%と同じであった。術後1カ月の鎮痛剤の有無は4例（12%）vs 11例（37%）、 $P < 0.05$ であった。【考察】鏡視下手術導入により、開胸手術に較べRefillingの程度が軽くなったと思われる。しかし、術後合併症、一カ月後の肺機能検査は差がなく、ポート操作による肋間神経損傷が原因と思われる痛みが残る患者が多かった。【結語】胸腔鏡手術の導入によりRefillingが軽度になり、手術侵襲軽減につながった。しかし術後合併症には差がなく、ポート操作による術後疼痛が多く、これを減らすことが今後の課題である。

## S1-07 腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術の現状と展望

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
○田中 千恵<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>2</sup>、藤原 道隆<sup>1</sup>

【緒言】胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡下胃局所切除術は広く行われているが、噴門や幽門に接した病変、腫瘍が漿膜側からとらえたい完全な壁内型病変において、適切な切除断端を確保しながら変形や狭窄を防ぐためには、腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術（LECS）が有用である。本術式は平成26年の保険診療報酬改定で新設された。当院における治療成績、将来の展望について述べる。【方法と工夫】院内IRBの承認を受けた後、2009年11月以降で13例おこなった。内視鏡的粘膜下層切開剥離術（ESD）の手法に準じて、胃内腔から切離線を決定し、2/3程度程度の粘膜下層切開に続いて、全層切開、病変部の腹腔側への反転を行い、自動吻合器で切除と胃壁閉鎖を行うのを原則としている。噴門に近接し縫合器を使用しにくい場合、病変部反転の後、残る胃壁を腹腔鏡下で全層切離し、欠損胃壁を手縫いで縫合閉鎖した。【結果】全13例のうち、11例はGIST、2例は癌に対して行った。また、2例では腹腔鏡下操作を単孔で行った。手術時間は131±41分、出血量は24±27mlであった。術中合併症として横膈膜、心嚢熱損傷1例、術後合併症として、術直後の胸水貯留1例（Clavien-Dindo IIIa）を認めた。術後平均在院期間は5.3日であった。また、摘出標本最大マージンは2.0cmであった。癌、GISTいずれも再発を認めなかった。【考察】通常の腹腔鏡下胃局所切除より手術時間は長い、術後経過や在院日数は問題なかった。壁内型、噴門幽門病変を適応としているが、切除マージンは過不足なく確保でき、有用な方法であると考え、また、自動吻合器が使用可能な症例では、単孔式もしくはreduced port手術も容易で、病変回収の際port創延長も必要とせず、整容性も良好である。同法は原則的にGISTに対して行ってきたが、ハイリスクの早期胃癌などで局所切除を行いたい、ESDが困難、あるいはESD後のopen ulcerを避けたい症例にも有用であると考え、ただし、癌に対する適応に関しては、病変の播種予防を考慮した工夫が必要と考えられる。

## S1-06 当院における内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の治療成績からみた適応拡大治療病変の妥当性の検討

東海病院  
○北村 雅一、石川 英樹、丸田 真也

【目的】胃癌治療ガイドラインの適応拡大治療切除病変に対するESDの妥当性を検討する。【方法】2004年8月～2014年7月の10年間に当院でESDされた胃癌についてa群（治療切除病変）、b群（適応拡大治療切除病変）、c群（非治療切除病変）に分け、治療成績（腫瘍長径、切除長径、手術時間、出血、穿孔、一括切除率、ESD後入院日数）を検討した。【成績】2004年8月～2014年7月の10年間に当院でESDされた胃癌は110人、123病変であった。病変別に検討すると男性91人、女性32人、平均年齢は70.5（46-91）歳、病変部位はU:M:L=5:66:52、肉眼型はI:7,IIa:35,IIc:64,IIa+IIc:13,その他:4、組織型はwell:93,mod:27,par:3であった。このうちa群77例、b群37例、c群9例で、平均腫瘍長径は11.4±4.5mm:24.0±9.0mm:27.6±16.0mm、平均切除長径は30.6±10.3mm:44.0±12.9mm:47.7±16.1mm、平均手術時間は87.1±42.6分:108.7±56.6分:148.4±89.8分、偶発症は出血3.9%（3/77）:8.1%（3/37）:0%（0/9）、穿孔は2.6%（2/77）:0%（0/37）:0%（0/9）、一括切除率は100%（77/77）:94.6%（35/37）:100%（9/9）、ESD後入院日数は10.2±3.0日:11.1±5.0日:10.9±2.5日であった。統計学的解析では平均腫瘍長径でa-b群間とa-c群間、平均切除長径でa-b群間とa-c群間、手術時間でa-b群間とa-c群間に有意差を認めたが、他には有意差を認めなかった。治療切除病変および適応拡大治療切除病変には再発、転移を認めない。【結論】適応拡大治療切除病変では手術時間が長くなるが、合併症や一括切除率、入院日数に差はなく、また再発、再発も認めないことから、ESDが妥当な治療法と考えられた。

## S1-08 過去10年間の当院におけるLECS治療経験から得られたもの

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、  
<sup>2</sup>浜松医療センター 消化器外科  
○岩岡 泰志<sup>1</sup>、池松 禎人<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>

【目的】Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery（LECS）は、腹腔鏡手術と腹腔内視鏡治療を同時に行うことにより必要最小限の侵襲で腫瘍を切除する手術方法である。近年各施設で急速に普及し、2014年4月には保険収載されるに至っている。当院は静岡県西部地域の一般市中病院ではあるが、腹腔鏡下手術単独では切除困難な胃噴門部のGISTに対し、黎明期である2003年よりLECS同様の手法による腹腔鏡補助下胃壁全層切除術を考案し導入した。少数ではあるが当院にて経験した過去10年間のLECS症例を報告するとともに、適応に検討を要した症例や経験した合併症についても紹介する。【対象および方法】2003年から2014年の間に胃噴門部に存在する22～40mm大のGIST5症例（胆摘追加例1例を含む）に対しLECSを施行した。導入当初は切除した病変を経口的に回収していたが、後に腹腔側から取り出す方法に変更した。LECSを検討した症例の中には後腹膜腫瘍や胃静脈瘤により類似的内視鏡所見を呈するケースもあり、改めて術前診断の重要性を感じた。【成績】平均手術時間は213分と通常の腹腔鏡単独による手術より時間を要したが、全例で開腹への移行なく手術を完遂でき、大出血や狭窄などの合併症は認めなかった。術中内視鏡挿入時に使用したオーバークラップによる食道穿孔と、腹腔内に留置したトロッカー刺入部から皮下気腫を形成した症例を1例ずつ経験した。いずれもLECS特有の手法に伴うものではなく、幸い各症例とも保存的に改善が得られ退院した。全ての症例において再発所見は認めず現在に至っている。【結論】LECSは今後も低侵襲かつ狭窄などの合併症を回避できる新しい治療法として広く普及することが予想される。しかしながら我々の数少ない経験からみても、重篤な合併症を防止する上で適切な術前診断、並びに内科・外科の密な連携による慎重な手法を心掛けることがきわめて重要であると考えられた。

## S1-09 当院における腹腔鏡内視鏡共同手術 (LECS) の治療成績

<sup>1</sup> 静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、  
<sup>2</sup> 静岡県立静岡がんセンター 胃外科  
○川田 登<sup>1</sup>、滝沢 耕平<sup>1</sup>、角嶋 直美<sup>1</sup>、田中 雅樹<sup>1</sup>、  
今井健一郎<sup>1</sup>、堀田 欣一<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、徳永 正則<sup>2</sup>、  
寺島 雅典<sup>2</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>

【背景】胃粘膜下腫瘍(SMT)に対して腹腔鏡内視鏡共同手術(LECS)が開発され、良好な成績が報告されている。当院では胃SMTに対するLECSに加え、内視鏡治療の術中術後偶発症のリスクが高い十二指腸腫瘍に対してもLECSを導入している。十二指腸LECSの術式は、最初に内視鏡的に病変を切除し、次に内視鏡的切除後の潰瘍底の補強を目的に腹腔鏡下に漿膜筋層縫合を行っている。【目的】当院におけるLECSの治療成績を明らかにすること。【対象と方法】2009年12月から2014年8月までの期間にLECSを施行した、1)胃内発育型SMT37例と、2)十二指腸腫瘍8例の治療成績について後ろ向きに検討を行った。【結果】1)胃SMTの局在(U/M/L)は20/13/4で、病変長径中央値は25mm(8-55)、病理組織はGISTが32例、その他が5例であった。手術時間中央値は179分(58-398)、出血量中央値は5ml(0-600)で、開腹手術移行例や術中偶発症なく、一括断端陰性切除率は100%であった。術後食事開始日中央値は2日目(2-4)、術後在院日数中央値は7日(5-15)で、縫合不全を1例に認めただが保存的治療で改善した。術後の著明な胃変形や排出機能低下、再発症例は認めていない(観察期間中央値731日(28-1721))。2)十二指腸腫瘍の局在は全例下行部(十二指腸乳頭同側:1例、対側:7例)で、病変長径中央値は9mm(6-26)であった。手術時間中央値は188分(116-276)で、開腹手術移行例は認めなかった。術後食事開始日中央値は3日(2-3)、術後在院日数中央値は6.5日(5-8)であった。病理組織型は全例tub1で深達度はM/SMが7/1であった。断端陰性一括切除率は75%(6/8)で、水平断端陽性が1例、不明が1例あり、断端陽性例において追加外科切除を施行した。観察期間は短い(観察期間中央値101日(31-369))、追加外科切除を施行せずに経過観察中のSM症例を含め、術後狭窄や再発症例は認めていない。【結論】胃SMTに対するLECSの治療成績は良好であり、安定期に入ったと考えられる。十二指腸腫瘍LECSは長期成績を含め、今後更なる症例の蓄積が必要である。

## S1-11 当院における悪性上部消化管狭窄に対する胃十二指腸用Covered Metallic Stentの有用性の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○岩崎 弘靖、水島 隆史、佐野 仁

【背景・目的】根治的切除不能である悪性上部消化管狭窄に対し、胃十二指腸用ステント留置が行われその有用性が報告されているが、Covered Metallic Stent (CMS) とUncovered Metallic Stent (UCMS) が比較検討された報告は少ない。今回CMSとUCMSについて、その有用性ならびに偶発症について比較検討した。【方法】2007年2月から2014年7月までに悪性上部消化管狭窄に対し胃十二指腸用ステントが留置された79人111回を対象とした(保険収載前は臨床試験として施行)。このうち留置目的が経口摂取改善以外であった15回を除外した70人95回のうち、CMSを留置した28回(CMS群)とUCMSを留置した67回(UCMS群)を後ろ向きに比較検討した。【結果】CMS群とUCMS群において手技的成功率(28/28 vs 67/67)、臨床的成功率(23/28 vs 58/67; p=0.579)、処置時間(24.6 ± 18.8分 vs 27.2 ± 18.0分; p=0.072)、入院期間(33.9 ± 21.8日 vs 39.0 ± 26.2日; p=0.329)、ステント拡張率(82.1 ± 19.1% vs 76.0 ± 20.6%; p=0.251)に有意差を認めなかった。開存期間についても、全疾患においても(中央値191日 vs 226日; p=0.899)、消化管癌(胃癌、十二指腸癌)においても(中央値266日 vs 438日; p=0.682)両群に有意差を認めなかった。偶発症はCMS群にて1回逸脱を認めたが、両群に差を認めなかった。【結論】CMSはUCMSと比較し偶発症を増加させることはなかったが、開存期間の延長も認めなかった。今後の症例の蓄積が望まれる。

## S1-10 当院における上部消化管狭窄に対するNiti-Sステント使用経験について

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

【はじめに】食道、胃・十二指腸、大腸ステントが保険適応となり、消化管狭窄に対してステント治療が広く行われている。しかし、癌高度浸潤例、化学療法/放射線療法施行後や屈曲部での狭窄例などはステント留置後の穿孔リスクも危惧され、適応は慎重に検討される。当院において前述した症例に対しCentury Medical社製Niti-Sステントを留置しており、今回上部消化管症例における有用性、問題点を報告する。【対象と方法】2010年1月から2014年7月までに期間に内視鏡的消化管ステント(食道、胃・十二指腸、大腸)を留置した80例のうち、上部消化管狭窄に対してNiti-Sステントを留置した11例(食道:6例、胃・十二指腸:5例)を対象とした。ステント留置前後の狭窄の改善は造影にて評価し、摂食状況はGastric Outlet Obstruction Scoring System(GOOSS)の変化によって評価した。【結果】手技成功率は100%、食事摂取可能率は95.2%、処置前のGOOSS:0点2例、1点7例、2点2例に対して処置後のGOOSS:0点1例、2点3例、3点7例で有意な改善を認めた。処置後の50%生存期間は食道:1年6ヶ月、胃・十二指腸2.2ヶ月であった。合併症は認めなかったが1例で処置前後GOOSSが0点のままであった。【結論】Niti-Sステントは穿孔などのリスクが危惧される症例に対しても比較的 safely に使用でき、患者のQOL改善に寄与するものと考えられる。

## S1-12 当院における十二指腸ステントの治療成績

豊橋市民病院  
○芳川 昌功、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、  
内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、鈴木 博貴、  
片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田恵美子、山本 和弘、  
岡村 正造

【背景】胃癌や十二指腸癌、あるいは胆膵癌などの進行により十二指腸閉塞を来す悪性十二指腸閉塞は、食事摂取を不能にし、さらには嘔吐や腹部膨満の原因となり患者のQOLを大きく低下させる。2010年4月に悪性十二指腸狭窄に対する経内視鏡的十二指腸ステント留置術が保険収載され、バイパス手術の代替療法として普及しつつある。現在本邦で使用可能な十二指腸ステントはBoston-Scientific社製Wallflexとテウメディカル社製のNiti-Sがあり、両者ともthrough the scope(TTS)にて留置可能なため、over the wire(OTW)に比べて手技が容易となった。当院ではAxial forceが弱く、十二指腸のような屈曲した腸管への追従性が良いNiti-Sステントを使用しており、その成績を報告する。【目的】当院で経験した十二指腸ステント留置術の成績を明らかにし、その有用性を検討すること。【対象】2012年12月から2014年6月まで、当院で切除不能の悪性十二指腸狭窄に対して経内視鏡的十二指腸ステント留置術を施行した8例について検討した。男7例、女1例で年齢は平均74.6歳(59~90歳)であった。基礎疾患は胃癌3例、十二指腸癌1例、膵頭部癌1例、肝門部胆管癌1例、大腸癌1例、尿管癌1例であった。留置は全例で成功し、また偶発症は1例も認めなかった。飲水摂取は8/8例(100%)、流動食摂取可能は7/8例(88%)で開始までの平均日数は2.1日、固形物摂取可能は6/8例(75%)で開始までの平均日数は4.3日であった。転帰としては、原病死が5例、外来化学療法施行1例、緩和目的の転院1例、在宅医療1例であった。平均追跡期間は135.9日(12~470日)であった。ステントは8例中6例にuncovered type、2例はcovered typeを使用した。全例でmigrationは認めなかったが、Uncovered typeを留置した2例が腫瘍のingrowthによるステント閉塞をきたした。開存期間は109日、203日であった。2例ともcovered typeをstent in stentで追加し改善した。【結論】十二指腸ステント留置術は成功率が高く、偶発症も認めなかった。早期に経口摂取を可能にし、患者のQOLの改善が期待でき、悪性十二指腸狭窄に対する有効な治療と考えられた。

## S1-13 低侵襲治療としての高齢進行胃癌患者に対する化学療法の検討

藤田保健衛生大学消化管内科

○堀口 徳之、田原 智満、平田 一郎

【背景・目的】：高齢消化器癌患者における化学療法は、主要臓器の機能低下による副作用発現リスクに加え、栄養状態・身体的機能の低下による治療中断リスク等を考慮し慎重に行う必要がある。今回我々は、高齢進行胃癌患者に適した化学療法に関して、生存期間の面から検討を行った。【対象・方法】：当科で2003年4月～2012年9月までの期間、化学療法が施行された胃癌症例227例を対象とし、年齢により高齢群（75歳以上、n=50）、非高齢群（75歳未満、n=177）の二群に分け、薬物初回投与からの生存期間をKaplan-Meier法、Log rank検定にて比較した。【結果】：227例の治療内容の内訳は化学療法単独が136例、術前化学療法が90例、術後補助化学療法が1例であり、高齢群、非高齢群間で治療法の差異は認めなかった。また高齢群、非高齢群間における性別、病変部位、組織型、進行病期に統計学的な有意差は認めなかった。両群とも一次治療の内容はS1+CDDPが最も多く、次いでS1単剤療法であったが、高齢群でのS1単剤の使用頻度は非高齢群よりも有意に高かった（ $p=0.03$ ）。全化学療法例中224例において生存期間の解析が可能であり、高齢群、非高齢群間における生存率に差は認めず（ $p=0.3$ ）、化学療法単独群（ $p=0.56$ ）、術前化学療法群（ $p=0.5$ ）それぞれにおいても同様の結果であった。【結論】：生存期間からみた本検討では、高齢群は非高齢群に比しS1単剤での一次治療の割合が多いにも関わらず化学療法の効果はほぼ同等と考えられた。高齢者進行胃癌患者においては、より副作用の少ない化学療法を選択しても、標準治療とほぼ同等の治療効果を得られると考えられた。



## S2-01 クロウン病小腸病変も含めた新たな内視鏡的評価法の検討

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学  
○森瀬 和宏、渡辺 修、後藤 秀実

【目的】ダブルバルーン内視鏡(DBE)の登場によりクローン病(CD)の大腸病変のみならず小腸病変の評価も可能となった。我々は既存の評価法の1つであるSimple Endoscopic Score for CD(SES-CD)を基に小腸病変も含めた新たな評価modified SES-CD(mSES-CD)を考案した。そして(1)CRPとの相関 (2)予後との関係につきmSES-CDとSES-CDを比較しmSES-CDの有用性を検討した。【方法】2003年から2012年に当院で経肛門的DBEを施行したCD患者76名を対象とした。mSES-CDは従来の大腸4セグメントのスコアに、小腸を1セグメント40cmとして回盲弁から口側へ2セグメント評価したスコアを加算算出した。(1)内視鏡的活動度とCRPの相関につきSpearmanの順位相関関数検定により比較した。(2)内視鏡的活動度により粘膜治癒群(4未満)と粘膜非治癒群(4以上)の2群に分類した。DBE施行日を起算日としその後の初回手術までの期間をsurgery-free survivalと定義し、Kaplan-Meier法 (log rank検定)による検討、更に性別、発症年齢、罹患期間、病型、手術歴、治療内容、DBE施行時のCRP、CDAI等を含むCox比例ハザードモデルによる多変量解析を行った。【結果】(1) 全76例ではmSES-CDはSES-CDに比べCRPと強い正の相関関係を認めた。小腸型CD 32例ではmSES-CDはCRPと正の相関関係( $r=0.54$ ,  $<I>p</I><I>=0.002$ )であったが、SES-CDはCRPと相関を認めなかった。(2) mSES-CDの粘膜治癒群は非治癒群に比べ有意にsurgery-free survivalが良好であったが( $<I>p</I><I>=0.017$ )、SES-CDでは両群間に有意差を認めなかった。多変量解析においてもmSES-CDはsurgery-free survivalに有意に影響する因子であったが(HR:9.4 95%CI:1.20-73.5  $<I>p</I><I>=0.033$ )、SES-CDは有意に影響する因子とはならなかった。【結論】小腸病変まで評価したmSES-CDはsurgery-free survivalに有意に影響し、従来のSES-CDに比べCDの予後予測に有用である。

## S2-02 3D CT enteroclysis (バーチャル小腸内視鏡)のクローン病に対する有用性

静岡県立総合病院 消化器内科

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

【目的】我々はバーチャル大腸内視鏡の技術を応用し、全小腸を描出する検査法を確立した。本検査を3D CT enteroclysisあるいはバーチャル小腸内視鏡と呼び、小腸に粗大性病変が疑われる症例に対して積極的に施行している。本検査のクローン病症例に対する安全性と有用性を検討した。【方法】2006年から2014年の間に当院で施行された130件の3D CT enteroclysisのうち、クローン病に対して行われた症例を抽出した。本検査による全小腸描出成功率と合併症発症件数を集計した。本検査により得られたクローン病病変の画像を集めた。【成績】クローン病に対して39件(男27、女12)の3D CT enteroclysisが施行された。検査目的は、クローン病疑いが3、クローン病診断確定時の小腸病変の検索が8、分子生物学的製剤による治療開始時の評価が4、症状増悪の原因検索が19、分解中の小腸病変の検索が5件であった。検査時の平均年齢は35.4 +/- 11.0歳であった。うち19件で送気量と腸管内圧の測定が行われ、平均合計送気量は1802 +/- 784ml、平均最大腸管内圧は2.45 +/- 0.67kPa、描出された小腸の平均長は472 +/- 80cm、全小腸描出成功率は79%であった。39件の検査のうち、壁肥厚を伴う狭窄が35件で認められ、うち5症例に対して通過障害解除目的の切除術が行われた。1症例で2回目の検査で新たな小腸の狭窄が、1症例で敷石状所見が、1症例で回腸S状結腸瘻が描出された。小腸切除術後11症例の残存小腸の平均長は246.5 +/- 133.9cmであった。39件中4件で嘔吐が、3件で腹痛が認められた。【結論】3D CT enteroclysisはクローン病症例に対して安全に施行することができる。狭窄病変を有する症例を含む、多くの症例で全小腸の観察が可能である。本検査によりクローン病の代表的な小腸病変を描出することができる。本検査はクローン病の診断、術前評価、経過観察に有用である。

## S2-03 クロウン病に対する新しい吻合法の短期成績について

藤田保健衛生大学 下部消化管外科

○勝野 秀稔、前田耕太郎、佐藤 美信、升森 宏次、小出 欣和、尾関 伸司、遠山 邦宏

【はじめに】クローン病に対する外科治療は根治術になり得ないため、術後の再燃により複数回の手術が必要となることも多く、吻合部狭窄による再手術を減らすことは、患者のQOL向上へ大きく寄与する。教室では、再発形式から鑑みた新たな術式であるKono-S吻合を2009年より導入しており、今回その短期手術成績に関して報告する。【対象と方法】これまで31例(33吻合)のKono-S吻合を行った。平均年齢は34歳(23-48)、性別は男性24例、女性7例。平均罹病期間は10年、クローン病に対する初回手術例は19例、再手術例は12例であった。ほぼ全例において腹痛などの狭窄症状が手術適応になり、瘻孔形成を10例に認めた。アプローチ方法としては、開腹22例、腹腔鏡手術9例。手術術式：病変部を切除する際には、腸管膜の神経や血管を温存するために腸管近傍でsealing deviceを用いて行う。腸管膜軸に直交するように、linear staplerで口側および肛門側腸管を切断し、それぞれを接合してSupporting columnを造設する。Staple lineより0.5-1cm離して腸管軸方向に切開を加え、直径7-8cmの吻合口を形成し、手縫いによる側々吻合を行う。【結果】手術時間は199分(110-329)、出血量は153ml(5-1100)。1例のみ3カ所Kono-S吻合を行い、残りは全て1カ所吻合。術後合併症として腸閉塞1例、後出血1例認めたが、保存的治療で軽快した。十二指腸潰瘍穿孔を1例に認め、開腹手術を行った。術後在院日数は15日(9-68)。平均フォローアップ期間は27ヶ月(1-50)で吻合部狭窄による再手術例は認めない。20例において術後抗体療法が行われている。術後内視鏡検査を11例に施行しており、Rutgeerts scoreは平均0.73(0-2)であった。【考察】1990年代後半から機能的単々器械吻合が盛んに行われるようになったが、メタ解析などからも従来の単々吻合に比してその有用性は否定的なものになっている。教室でKono-S吻合を導入して、これまでに吻合部狭窄による再手術率は0%で、内視鏡的再発スコアも低値であり、良好な短期成績を得ている。

## S2-04 潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブ早期寛解導入例の検討

豊橋市民病院 消化器内科

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

【背景】インフリキシマブ(IFX)はステロイド抵抗性・依存性の難治性潰瘍性大腸炎(UC)に対する治療選択肢のひとつであり、広く使用されるようになった。一方で、初回投与で著効し寛解導入に至る症例にしばしば遭遇する。IFXの有効性については多くの報告がされているが、早期寛解導入例の特徴については未だ不明である。【目的】当科におけるIFX投与UC症例を対象に、初回投与で臨床的寛解に入る症例と、2回目以降に効果が見られる症例との患者背景を明らかにすること。【対象】2010年8月より2014年8月に当科でIFXを投与したUC36例、平均年齢は46.1(18-77)歳、男性20例、女性16例、発症年齢は36.6(16-71)歳、罹病期間は7.7(1-25)年であった。IFXの寛解導入率は83%(30/36例)で、このうち1回目の投与で寛解導入された20例(56%)を早期寛解導入群、2回目の投与以降に寛解導入された10例(28%)を後期寛解導入群とした。【方法】両群の患者背景の検討項目として、年齢、男女比、発症年齢、罹病期間、IFX投与年齢、CRP、CAI(Clinical activity index)、内視鏡的重症度(Matt's分類)、ステロイド抵抗性/依存性、病型、前治療でのTAC投与の有無、AZA/6MP投与の有無、CAP施行の有無、CsA投与の有無と比較検討した。なお、寛解をCAI $\leq$ 4と定義した。【結果】早期寛解導入群：後期寛解導入群の平均年齢は42.4:50.7、男女比は14.6:4.6、発症年齢は32.7:42.5、罹病期間は8.1:6.2、IFX投与年齢は40.8:48.7、CRPは2.58:1.35、CAIは6.6:7.0、Matt's分類のgradeは2.33:2.5、ステロイド抵抗性/依存性は12/8:5/5、AZA/6MP投与の有無は9/11:4/6、CAP施行の有無は11/9:7/3、CsA投与の有無は5/15:1/9であり、これらの項目において有意差は得られなかった。病型(全大腸炎/左側大腸炎/直腸炎)は14/5/1:6/4/0でp値は<0.001、TAC投与の有無は8/12:9/1で、p値は<0.001で有意差を認めた。【考察】UCに対するIFXの早期寛解導入例は前治療でTAC未投与例が有意に多く認められた。TACが無効でIFX導入となった難治例ではIFXの効果発現に時間を要することを念頭に置く必要がある。

## S2-05 難治性中等症・重症潰瘍性大腸炎に対するアダリムマブ・顆粒球除去強化併用療法の有効性

名古屋大学大学院医学研究科 消化器代謝内科学  
○谷田 諭史、溝下 勤、城 卓志

【目的】アダリムマブ(ADA)は、ステロイドやタクロリムスに抵抗性や効果減弱を示す難治性潰瘍性大腸炎に対して、有効であるが限定的である。また、顆粒球除去強化療法(intensive GMA)は、軽症・中等症活動性潰瘍性大腸炎に対しては有効である。今回我々は、ステロイド依存性・抵抗性または、タクロリムスに効果減弱を示す中等症・重症難治性潰瘍性大腸炎患者に対してADA・intensive GMA併用療法を行い、寛解率、ステロイド離脱の有無、安全性を検討した。【方法】2013年7月-2014年9月までに当院でADA・intensive GMA併用療法を実施したステロイド依存性・抵抗性またはタクロリムスに効果減弱を示した難治性活動性潰瘍性大腸炎連続8症例(男5名、女3名)において、治療前と治療10週後のfull Mayo score評価(大腸内視鏡を含む)による寛解率、ステロイド離脱率および安全性についてレトロスペクティブに検討した。寛解率は、Mayo scoreが2点以下かつ、それぞれの評価項目が0または1となった割合とした。【成績】ステロイド依存・抵抗症例は、各々6例、2例、タクロリムス効果減弱は、2例だった。ADA・intensive GMA併用療法により臨床的寛解は、8例中4例(50.0%)で認められた。1例は、効果なく大腸全摘となった。手術例を除いた8例でのfull Mayo score(平均)は、治療前9.6→10週後2.3となり、大腸内視鏡所見(平均)は、治療前2.3→10週後1.0だった。ADA・intensive GMA併用療法は、治療10週でのステロイド離脱は、手術例を除いた8例(100%)で可能であった。副作用はなかった。【結論】ADA・intensive GMA併用療法は、ステロイド抵抗性・依存性、タクロリムス効果減弱難治性潰瘍性大腸炎に対して、高い寛解導入率、ステロイド離脱率が得られた。

## S2-07 当科における悪性病変合併潰瘍性大腸炎手術例に関する検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
○藪崎 紀充、中山 吾郎、橋本 良三、高野 奈緒、末岡 智、武田 重臣、田中 千恵、小林 大介、岩田 直樹、神田 光郎、山田 豪、藤井 努、杉本 博行、小池 聖彦、野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

【はじめに】悪性病変を合併した潰瘍性大腸炎(UC)は年々増加傾向にあるが、その病態や至適術式など不明確な点が多い。今回、当科での癌/dysplasia併発UC手術例について検討を行った。【対象・方法】2000年1月から2014年6月までに当科で手術を施行したUC患者 166例のうち癌合併 24例、high grade dysplasia(HGD)合併 10例を対象とし、(1)年次推移、(2)背景因子、(3)腫瘍因子、(4)手術成績につき検討を行った。【結果】(1)前('00-) / 中('05-) / 後期('10-)での悪性病変例が占める割合は、11/16/30%と増加傾向にある一方で、進行癌の割合は、40/38/14%と低下傾向を示した。(2)悪性病変例に比べて、癌/dysplasia合併例では手術時年齢は高く、術前病能期間には有意に長い傾向を認めた。(3)Tis-T2症例(Tis/T1/T2: 8/8/1例)は全例で組織型tubかつN0であり再発を認めていない一方で、T3-4症例(T3/T4: 3/4例)は全例por/mucで、86%にリンパ節転移を認め、57%に再発を認めた(無再発生存期間中央値 2.3年)。特にT4+muc症例(3例)の予後は不良で全例早期に腹膜再発を認めた。(4)全例で大腸全摘術(開腹 9例、腹腔鏡 25例)が施行され、吻合は回腸肛門吻合 27例、直腸切断 7例、リンパ節郭清は所属リンパ節D2-3+他領域D1郭清が施行された。29%(10例)で主病変周囲もしくは他部位(肛門管を含む)にdysplasiaを認めたが、所属リンパ節以外の転移は認めなかった。【考察】T因子の進行に伴い組織型の悪性病変とリンパ節転移率の増加を認め、進行例の予後は通常のsporadic cancerに較べて不良である可能性が示唆された。進行癌に対しては肛門管を含む大腸全摘および確実な所属リンパ節郭清が必須であるとともに、surveillanceによる早期発見が重要であると思われる。

## S2-06 潰瘍性大腸炎関連大腸腫瘍に関する検討(ESDを施行した症例を含めて)

<sup>1</sup>岐阜大学 医学部附属病院 光学医療診療部、  
<sup>2</sup>岐阜大学 医学部 消化器病態学  
○荒木 寛司<sup>1</sup>、井深 貴士<sup>2</sup>、清水 雅仁<sup>2</sup>

【目的】潰瘍性大腸炎長期罹患例における大腸腫瘍症例は増加傾向にある。当科での潰瘍性大腸炎合併大腸腫瘍症例(過形成を除く)の特徴とその治療成績を検討した。ESDで治療した3症例の詳細を報告する。【方法】1998年から2014年までに当科で経験した潰瘍性大腸炎合併大腸腫瘍症例17例を対象とした。手術10例、ESD3例、EMR2例、経過観察中2例。【成績】発見の契機はサーベイランス内視鏡15例、有症状例が1例であった。サーベイランス例では無再発生存15例、原病死1例、他病死1例、有症状例1例は無再発生存中である。手術例は平均年齢57歳、平均罹病期間24年、病型は全大腸炎型8例、左側大腸炎型2例、腫瘍の局在は直腸0例、S状3例、下行1例、横行1例、深達度はM4例、SM2例、MP2例、SE2例で病理組織は分化型優位癌8例、未分化型優位癌2例、臨床病期は0期5例、I期3例、II期1例、IIIb期1例であった。補助化学療法施行例はなかった。ESD症例はサーベイランスで発見され平均年齢73歳、平均罹病期間23.7年、全大腸炎型1例、左側大腸炎型2例で局在は直腸2例、横行結腸1例、病理組織はLGD1例、HGD1例、分化型腺癌1例で全例一括切除が可能で再発は認めない。EMR症例は平均年齢78歳、平均罹病期間24.8年、全大腸炎型1例、左側大腸炎型1例、病理は管状腺癌2例で再発を認めない。ESD症例の詳細は、寛解期の瘻痕を有する粘膜の平坦型の腫瘍で、粘膜下層の線維化は1例で軽度、2例で高度に認めた。平均切除粘膜長径40mm、平均病変径25mm、平均処置時間82分で偶発症は認めなかった。経過観察例は2例で83歳の横行結腸の広範なLST症例は4年の経過観察で変化を認めない。合併症を有する81歳の直腸粘膜内癌例も経過観察中である。【結論】大腸腫瘍の合併例は長期罹患例に多く、サーベイランスで発見されている。サーベイランス発見例でも深達度はSM以深の症例が多い。高齢者の単発腫瘍例ではESDを含む内視鏡治療での対処と経過観察は患者のQOL向上のために有用な選択肢となりうる。高齢者では経過観察も選択肢となりうる。

## S2-08 当院における壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎5例の検討

刈谷豊田総合病院  
○澤田つな騎、浜島 英司、坂巻 慶一

【目的】壊疽性膿皮症(PG)は潰瘍性大腸炎(UC)の0.5%~5%に発症する比較的にまれな疾患である。PGの治療は、まずSteroidが選択されるが、難治性の場合も多く、その場合はUCの外科治療の相対的適応とされている。近年では、Tacrolimus、抗TNF- $\alpha$ 抗体製剤、顆粒球除去療法などの有効性が報告されている。当院で経験したPGを合併したUC5例について、臨床的特徴、治療経過を検討し報告する。【対象】1999年1月~2014年8月までに当院で診断されたPG合併のUC症例5例。【方法】対象症例について、性別、PG発症時の年齢(平均 $\pm$ SD)、UC発症とPG発症の時期と間隔、PGの部位、PGの病型、PGとUCの病勢の相関の有無、治療経過を検討した。【結果】性別は男性3例、女性2例、PG発症時の年齢は39.2 $\pm$ 5.9歳であった。4例はUCの診断後、PGが発症しており(7ヶ月、16ヶ月、4年10ヶ月、21年)、1例はUCと診断される1ヶ月前にPGが発症しており、PGはUC発症後に発症する傾向があるが、その間隔に一定の傾向を認めなかった。PGの部位は下肢2例、体幹2例、臀部1例で、全例で潰瘍型であった。PGとUCの病勢の相関は、全例で認められた。症例1・2はPrednisolone(以下PSL)、5-ASA製剤のみでPGは改善し、その再燃はなかったが、UCは軽症の慢性持続型であった。症例3は5-ASA、PSL、G-CAPにより、PGは改善したが、UCは再燃を繰り返して再発した。症例4は5-ASA、PSL、G-CAP、Tacrolimus、Infliximabで治療したが、PG、UCともに再燃を繰り返した。UC増悪中に肺塞栓を発症し、外科治療を選択された。外科治療後、症例3は12年、症例4は4ヶ月、PGの再燃もなく経過した。症例5はPSL、5-ASA、でPG、UCともに改善したが、UCの寛解維持目的でAdalimumabを導入したところ、UC、PGともに約1年間寛解を維持している。【考察】PG合併のUC症例は、PG改善後もUCが難治性である傾向があった。UC術後の2例は、PGは再燃しておらず、腸管切除がPGに対し有効と考えられた。また、AdalimumabによりUCに加えPGの再燃がみられない例もあり、PGに対するAdalimumabの有効性が示唆された。

## S2-09 潰瘍性大腸炎診療における便培養の有用性

岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○西江 裕忠、水島 隆史、佐野 仁

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)診療において、便培養は発症や増悪の際に感染性腸炎との鑑別または重複感染の診断のため必須の検査である。一方で頻回に施行される検査であるが、結果からUCの病態に言及した報告は多くない。今回われわれは当院でのUC患者に施行された便培養の結果と難治性を中心とした病態との関連を検討した。【対象・方法】2006年1月より2014年7月まで当院でUCの診療を受けた201例を対象とした。さらに201例を、難治例(R群：ステロイド抵抗性または依存性)と非難治例(N群)に分け、便培養の実施率、陽性率、検出菌の内訳、CD感染率、CD toxin陽性率を検討した。また、難治性について、性別、年齢、発症年齢、CD感染、サイトメガロウイルス感染、罹患年数、罹患範囲、病型、再燃回数、入院回数、治療内容、培養回数との関連を検討した。【結果】症例の内訳はR群52例、N群149例であった。全症例での培養の実施率は66%(133/201)、R群は83%(43/52)、N群は60%(90/149)であった(P=0.002)。培養の陽性率は施行回数で比較するとR群で19.4%(45/231)、N群で12.9%(24/185)であり有意差はみられなかった(P=0.07)。検出菌は両群ともにCDが最も多く、次いで病原性大腸菌(toxinの有無は問わず)であった。両群での培養実施回数中のCD陽性率と培養陽性患者のCD陽性割合を比較すると、R群/N群で陽性率は10.8%(15/231)/3.2%(6/185)(P=0.003)、割合は81%(13/16)/19%(4/21)(P<0.0005)とR群ではCD陽性率、陽性割合共にN群より有意に高かった。一方CD陽性患者の中toxin陽性の割合はR/N群で23%(3/13)/50%(2/4)(P=0.30)とtoxinの陽性率に差はなかった。R/N群での関連因子の解析では単変量解析ではCD感染、罹患年数、入院回数、培養回数が関連因子となり、さらに多変量解析でCD感染(P=0.039,OR:3.88(95%CI:1.07~14.1)), 罹患年数(P=0.038,OR:0.39(95%CI:0.05~0.10)), 培養回数(P<0.005,OR:0.11(95%CI:0.04~0.29))が独立した因子であった。【考察】CD感染はUC難治の有意な関連因子であることが証明された。今後、さらなる症例の蓄積と前向き調査により、培養結果から治療方針や予後予測などの関連が明らかになることが期待される。

## S2-10 潰瘍性大腸炎における拡大内視鏡診断

<sup>1</sup>三重大学 医学部 光学医療診療部、  
<sup>2</sup>三重大学 医学部 消化器肝臓内科  
○堀木 紀行<sup>1</sup>、十時 利明<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>2</sup>

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)の治療効果判定には粘膜治癒を確認することが重要である。通常観察で内視鏡的に寛解と判断しても組織学的には炎症がみられ、内視鏡像と病理所見とが解離する症例を経験する。【方法】当科でインジゴ散布を併用した拡大内視鏡観察を行ったUC患者52症例(平均年齢45.6±15.5才、M:F=30:22、平均発症時年齢32.2±13.6才、再燃寛解型：慢性持続型=42:10、全大腸炎:左側:直腸炎型= 25:21:6)についてメイヨ内視鏡スコア、拡大内視鏡所見、生検組織学的炎症について検討した。【成績】メイヨ内視鏡スコアの拡大内視鏡像の多くは「正常パターン」で組織学的炎症細胞浸潤は軽度であった。「蜂の巣状粘膜」、では軽度～中等度の炎症細胞浸潤、「珊瑚礁状粘膜」、「polypoid mucosal tag」では中等度～著明な炎症細胞浸潤がみられた。「小黄色斑」の多くは中等度の炎症細胞浸潤であったが、軽度や高度炎症細胞浸潤を示す症例もみられた。「絨毛様粘膜」に一致する症例は今回の検討ではみられなかった。【結論】UCでのインジゴ散布を使用した拡大内視鏡所見は、組織学的炎症を反映し通常観察では認識のむずかしい活動性の評価に有用であったが、UC拡大内視鏡分類の小黄色斑では組織学的炎症の程度に幅がみられた。



## 一般演題 プログラム

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





# 一般演題

## 第3会場 3F 会議室234

9:00～9:35 肝① 座長 国立病院機構三重中央医療センター 消化器科 竹内 圭介

### 1 塩酸ミノサイクリン注入が奏功した感染性肝嚢胞の1例

若手（専修医） 静岡市立清水病院 消化器内科  
○山根 剛、窪田 裕幸、高柳 泰宏、池田 誉、宇於崎宏城、小池 弘太

### 2 急速な全身浮腫を来した巨大肝嚢胞に対し腹腔鏡下肝嚢胞開窓術が著効した1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
○間下 直樹、杉本 博行、神田 光郎、岩田 直樹、田中 千恵、小林 大介、  
山田 豪、中山 吾郎、藤井 努、小池 聖彦、野本 周嗣、藤原 道隆、  
小寺 泰弘

### 3 保存的治療のみで軽快した重症アルコール性肝炎の1例

若手（専修医） 鈴鹿総合中央病院  
○熊澤 広朗、岡野 宏、栃尾 智正、菅 大典、磯野 功明、田中 宏樹、  
松崎 晋平、佐瀬 友博、斉藤 知規、向 克己、西村 晃

### 4 肝生検にて診断し得た顕微鏡的多発血管炎の一例

若手（研修医） 愛知医科大学 消化器内科  
○角田 拓実、大橋 知彦、北洞 洋樹、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

### 5 柴苓湯によると思われる薬物性肝障害の1例

若手（専修医） 藤田保健衛生大学 肝胆膵内科  
○倉下 貴光、高村 知希、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

## 6 当院における難治性腹水に対するtolvaptan使用の有害事象，有用性の検討

若手（専修医） 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科  
 ○加藤文一郎、岩瀬 弘明、島田 昌明、平嶋 昇、桶屋 将之、龍華 庸光、  
 喜田 裕一、江崎 正哉、浦田 登、後藤 百子、水田りな子、宇仁田 慧、  
 近藤 高、田中 大貴

## 7 傍食道静脈瘤破裂より血胸に至り経皮的経肝門脈塞栓術にて救命しえた一例

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

## 8 短絡路温存門脈分流術が有効であった糖尿病性腎症、右胸水貯留を合併した門脈大循環短絡路脳症の1例

若手（研修医） 木沢記念病院 消化器科  
 ○前田 俊英、加藤 潤一、足達 広和、安田 陽一、建部 英晴、杉山 宏

## 9 同定困難な肝細胞癌に対しICG蛍光法を用いることで開腹下ラジオ波焼灼療法を施行し得た一例

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、岩下 紘一、神岡 諭郎、  
 大塚 泰郎

## 10 集学的治療にて長期生存を得られている進行肝癌の一例

名古屋大学 大学院 消化器内科  
 ○川口 彩、石上 雅敏、林 和彦、本多 隆、葛谷 貞二、石津 洋二、  
 山田 恵一、阿知波宏一、今井 則博、新家 卓郎、加藤幸一郎、後藤 秀実

## 11 胸腺腫術後6年で肝転移をきたした一例

若手（専修医）

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター、<sup>2</sup>山内ホスピタル○岩佐 悠平<sup>1</sup>、佐藤 寛之<sup>1</sup>、清水 省吾<sup>1</sup>、杉原 潤一<sup>1</sup>、芋瀬 基明<sup>1</sup>、山崎 健路<sup>1</sup>、  
岩田 圭介<sup>1</sup>、安藤 暢洋<sup>1</sup>、山内 貴裕<sup>2</sup>、杉山 智彦<sup>1</sup>、水谷 拓<sup>1</sup>、三田 直樹<sup>1</sup>

## 12 肝内胆管癌との鑑別に苦慮した大腸sm癌異時性肝転移の一切除例

若手（専修医）

松阪中央総合病院 外科

○前田 光貴、田端 正己、藤村 侑、長野真由子、春木 裕司、大澤 一郎、  
加藤 憲治、岩田 真、三田 孝行、玉置 久雄

## 13 胆道出血を契機に発見された肝内胆管癌の一例

若手（専修医）

静岡市立静岡病院

○白鳥 安利、奥村 大志、増井 雄一、小高健二郎、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、  
近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、  
小柳津竜樹

## 14 塩化ビニル曝露が発症に関与したと考えられる肝血管肉腫の1例

若手（研修医）

小牧市民病院 消化器科

○舟橋 怜佑、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、永井真太郎、濱崎 元伸

## 15 C型肝炎SVR後に発症した肝未分化肉腫の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○佐藤 俊輔、村田 礼人、甘楽 裕徳、金光 芳生、成田 諭隆、石川 幸子、  
菊池 哲、飯島 克順、玄田 拓哉

## 16 C型慢性肝炎に合併した肝原発MALTリンパ腫の1例

三重大学 消化器・肝臓内科

○吉川 恭子、杉本 龍亮、宮地 洋英、諸岡 留美、矢田 崇純、篠原 浩二、  
浦城 聡子、山本 憲彦、長谷川浩司、岩佐 元雄、白木 克哉、竹井 謙之

## 17 当院における膵・胆管合流異常の検討

若手（研修医）

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>浜松南病院 消化器科○持塚 康孝<sup>1</sup>、大島 昭彦<sup>1</sup>、丸山 保彦<sup>1</sup>、景岡 正信<sup>1</sup>、寺井 智宏<sup>1</sup>、志村 輝幸<sup>1</sup>、金子 雅直<sup>1</sup>、山本 晃大<sup>1</sup>、渡辺 文利<sup>2</sup>

## 18 当院で経験した膵・胆管合流異常の検討

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

## 19 特殊な膵胆管合流異常を合併した悪性胆道狭窄に対し、副乳頭から金属ステントを留置した1例

<sup>1</sup>静岡県立 静岡がんセンター 内視鏡科、<sup>2</sup>静岡県立 静岡がんセンター 消化器内科○松井 徹<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、濱内 諭<sup>2</sup>、川田 登<sup>1</sup>、今井健一郎<sup>1</sup>、田中 雅樹<sup>1</sup>、角嶋 直美<sup>1</sup>、滝沢 耕平<sup>1</sup>、堀田 欣一<sup>1</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>

## 20 急性膵炎を契機に発見された高齢者choledochocoeleの1例

若手（専修医）

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○三田 直樹、岩田 圭介、岩佐 悠平、水谷 拓、杉山 智彦、山内 貴裕、佐藤 寛之、安藤 暢洋、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一

## 21 閉塞性黄疸を伴った総胆管内石灰乳胆汁の1例

若手（研修医）

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器外科○長澤 真帆<sup>1</sup>、山田 貴教<sup>1</sup>、尾上 峻也<sup>1</sup>、松永英里香<sup>1</sup>、高鳥 真吾<sup>1</sup>、松浦 友春<sup>1</sup>、伊藤 静乃<sup>1</sup>、辻 敦<sup>1</sup>、高橋百合美<sup>1</sup>、笹田 雄三<sup>1</sup>、齋田 康彦<sup>1</sup>、犬飼 政美<sup>1</sup>、福本 和彦<sup>2</sup>、落合 秀人<sup>2</sup>、鈴木 昌八<sup>2</sup>

## 22 肝機能異常にUDCAが著効後、潰瘍性大腸炎を発症した原発性硬化性胆管炎の1例

浜松医療センター 消化器内科

○川村 欣也、吉井 重人、高橋 悟、木次 健介、石田 夏樹、伊藤 潤、松浦 愛、栗山 茂、岩岡 泰志、住吉 信一、影山富士人、金岡 繁

23 好酸球性胆管炎と考えられた一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

24 陶器様胆嚢を伴い肝門部領域胆管癌との鑑別を要し胆嚢摘出術にて確定診断できたIgG4関連硬化性胆管炎の1例

若手 (研修医)

三重大学

○小松原春菜、栗山 直久、出崎 良輔、奥田 善大、飯澤 祐介、高橋 直樹、  
加藤 宏之、村田 泰洋、種村 彰洋、安積 良紀、岸和田昌之、水野 修吾、  
臼井 正信、櫻井 洋至

25 大腸癌術後に発症した胆嚢壁膿瘍の一例

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 病理

○榎田 浩平<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>1</sup>、青山 弘幸<sup>1</sup>、佐藤 辰宣<sup>1</sup>、青山 春奈<sup>1</sup>、黒上 貴史<sup>1</sup>、  
白根 尚文<sup>1</sup>、室 博之<sup>2</sup>

26 胆嚢、肝臓、腎臓の三重癌を認めた1例

若手 (専修医)

<sup>1</sup> 浜松市国民健康保険 佐久間病院、<sup>2</sup> 静岡県立総合病院 消化器科、

<sup>3</sup> 静岡県立総合病院 病理科

○森下 直樹<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>2</sup>、鈴木 誠<sup>3</sup>、榎田 浩平<sup>2</sup>、青山 春奈<sup>2</sup>、青山 弘幸<sup>2</sup>、  
森下 杏早<sup>2</sup>、佐藤 智仁<sup>2</sup>、黒上 貴史<sup>2</sup>、白根 尚文<sup>2</sup>

27 緊急ドレナージ後、待機的手術を施行した胆嚢捻転症の一例

岡崎市民病院

○本田 倫代、森 俊明、吾妻 祐哉、飯塚 彬光、中川 暢彦、長谷川裕高、  
森本 大士、佐藤 敏、西 鉄生、石山 聡治、鈴木 祐一

28 多発肺転移を伴う初回切除不能胆嚢癌に対しゲムシタピン+シスプラチン療法後に肝右葉切除術を施行した一例

名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学

○林 友樹、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、角田 伸行、伊神 剛、  
菅原 元、深谷 昌秀、上原 圭介、水野 隆史、山口 淳平、柳野 正人

## 第4会場 2F 会議室222・223

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 木下 敬史

29 虫垂粘液癌を合併した肛門周囲Paget病に対して、腹腔鏡下に一次的切除を施行した1例

愛知県がんセンター中央病院

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

30 右腎実質に直接浸潤した上行結腸癌の一切除例

若手（専修医）

岐阜県立多治見病院 外科

○山中 雅也、梶川 真樹、田中 伸孟、鎗田 哲暢、水野 亮、小西 滋、  
出口 智宙、原田 明生

31 腸腰筋膿瘍・同時性肝転移を伴った上行結腸癌に対して集学的治療が奏功した1例

若手（専修医）

半田市立半田病院 外科

○岸本 拓磨、岡田 禎人、太平 周作

32 5回の手術と化学療法で、8年3ヶ月の生存が得られているstage4直腸癌の1例

名古屋大学医学部付属病院 腫瘍外科

○神谷 忠宏、上原 圭介、有元 淳記、加藤 健宏、中村 勇人、江畑 智希、  
横山 幸浩、國料 俊男、角田 伸行、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、  
水野 隆史、山口 淳平、柳野 正人

33 大腸癌肝転移術後早期再発症例の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

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

34 S状結腸癌の肺転移に対して、レゴラフェニブのintra-individual titration法を行った1例

若手（研修医）

<sup>1</sup>愛知医科大学 消化器外科、<sup>2</sup>愛知医科大学 臨床腫瘍センター

○塚本 倫子<sup>1</sup>、大橋 紀文<sup>1</sup>、三嶋 秀行<sup>2</sup>、井戸 美来<sup>1</sup>、森 大樹<sup>1</sup>、内野 大倫<sup>1</sup>、  
木村 研吾<sup>1</sup>、清田 義治<sup>1</sup>、有川 卓<sup>1</sup>、永田 博<sup>1</sup>、宮地 正彦<sup>1</sup>、佐野 力<sup>1</sup>

35 ESDにて治癒摘除可能であった虫垂開口部近傍の大腸粘膜下層浸潤癌の1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科  
○岩井 朋洋、堀田 欣一、今井健一郎、山口裕一郎、川田 登、田中 雅樹、  
角嶋 直美、滝沢 耕平、松林 宏行、小野 裕之

36 直腸M癌のEMR切除後に局所再発と肝転移をきたした1例

若手（専修医） 豊橋市民病院 一般外科  
○三竹 泰弘、相場 利貞、平松 和洋、柴田 佳久、吉原 基、青葉 太郎、  
山口 直哉、篠原健太郎、林 大介、南 貴之、和田 幸也、三品 拓也、  
伊藤 喜介、神原 祐一、西村 元伸、加藤 岳人

37 CTコロノグラフィーがその診断に有用であった早期大腸癌の一例

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 病理診断科  
○溝上 雅也<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、澤田つなき<sup>1</sup>、  
内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、  
伊藤 誠<sup>2</sup>

38 3D CT enteroclysisが有用であった小腸癌の一例

若手（研修医） 静岡県立総合病院 消化器内科  
○佐藤 辰宣、吉川 俊之、青山 春奈、榎田 浩平、重友 美紀、黒上 貴史、  
白根 尚文、菊山 正隆

39 大腸癌によるイレウスを合併した、腸管内異物の一例

若手（研修医） <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  
○米田 徳子<sup>1</sup>、間 浩之<sup>2</sup>、佐藤 真輔<sup>2</sup>、青山 春奈<sup>1</sup>、榎田 浩平<sup>1</sup>、重友 美紀<sup>1</sup>、  
黒上 貴史<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>1</sup>

40 当院で経験した大腸粘液癌46例の検討

若手（専修医） 藤枝市立総合病院  
○山中 裕太、石津 賢一、小関 祐介、鈴木 雄飛、島村 隆浩、東 正樹、  
岡本 和哉、姜 建宇、中村 利夫



41 全結腸に多発ポリープを呈したマントル細胞リンパ腫の一例

<sup>1</sup>半田市立半田病院 消化器内科、<sup>2</sup>常滑市民病院  
○春田 明範<sup>1</sup>、大塚 泰郎<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、森井 正哉<sup>1</sup>、岩下 紘一<sup>1</sup>、山田 啓策<sup>2</sup>、  
水野 和幸<sup>1</sup>、廣瀬 崇<sup>1</sup>

42 術前診断が困難であった早期大腸内分泌細胞癌の1例

静岡県立静岡がんセンター内視鏡科  
○川上 武志、今井健一郎、堀田 欣一、川田 登、田中 雅樹、角嶋 直美、  
滝沢 耕平、松林 宏行、小野 裕之

43 大腸NEC (neuroendocrine carcinoma) の3例

国立病院機構名古屋医療センター 外科  
○長谷川和也、稲垣 公太、木下 満、多代 充、稲岡 健一、加藤 公一、  
中山 裕史、片岡 政人、近藤 建

44 当院における20mm以下の直腸Neuroendocrine tumorに対する治療症例の検討  
若手 (専修医)

<sup>1</sup>岐阜大学 医学部 腫瘍外科、<sup>2</sup>岐阜大学 医学部 消化器内科  
○田中 秀治<sup>1</sup>、松橋 延壽<sup>1</sup>、高橋 孝夫<sup>1</sup>、兼松 昌子<sup>1</sup>、深田 真宏<sup>1</sup>、山田 敦子<sup>1</sup>、  
棚橋 利行<sup>1</sup>、松井 聡<sup>1</sup>、田中 善宏<sup>1</sup>、佐々木義之<sup>1</sup>、奥村 直樹<sup>1</sup>、山口 和也<sup>1</sup>、  
長田 真二<sup>1</sup>、荒木 寛司<sup>2</sup>、井深 貴士<sup>2</sup>、吉田 和弘<sup>1</sup>

45 当院における直腸カルチノイドに対するESMR-L治療について

小牧市民病院 消化器科  
○佐藤垂矢子、宮田 章弘、平井 孝典、舘 佳彦、小原 圭、小島 優子、  
灰本 耕基、飯田 忠、永井真太郎、濱崎 元伸

46 直腸の反応性リンパ濾胞過形成の一例

若手 (専修医) 聖隷浜松病院 消化器内科  
○海野 修平、芳澤 社、宮津 隆裕、瀧浪 将貴、小林 陽介、田村 智、  
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

47 プローブ型共焦点レーザー内視鏡 (Cellvizio®) が有用であった潰瘍性大腸炎関連早期直腸癌の1例  
若手 (研修医)

藤田保健衛生大学 消化管内科

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

48 インフリキシマブ投与中に薬剤誘発性ループスを発症した潰瘍性大腸炎の1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 裕忠、奥村 文浩、佐野 仁

49 9歳男児潰瘍性大腸炎の1例  
若手 (研修医)

小牧市民病院

○安藤 清香、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、永井真太郎、濱崎 元伸

50 手術を要したクローン病十二指腸病変の臨床検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○末岡 智、中山 吾郎、高野 奈緒、橋本 良二、藪崎 紀充、武田 重臣、  
田中 千恵、小林 大介、岩田 直樹、神田 光郎、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

51 腹部腫瘤を契機に発見された虫垂クローン病の一例

若手 (専修医)

藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科、

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

52 経過中に横断性脊髄炎を発症したクローン病の一例

若手 (専修医)

豊橋市民病院

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

## 53 腸管出血性大腸菌O-157による溶血性尿毒症症候群の1例

若手（研修医）

<sup>1</sup>三重大学附属病院 消化器肝臓内科、<sup>2</sup>三重大学附属病院 光学医療診療部、  
<sup>3</sup>三重大学附属病院 腎臓内科、<sup>4</sup>三重大学附属病院 救急科  
 ○倉田 一成<sup>1</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、  
 作野 隆<sup>1</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、西川健一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、  
 藤本 美香<sup>3</sup>、今井 寛<sup>4</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

## 54 当院で最近経験したアメーバ性大腸炎の4例

若手（専修医）

藤枝市立総合病院  
 ○金子 雅直、丸山 保彦、景岡 正信、大島 昭彦、寺井 智宏、志村 輝幸、  
 山本 晃大

## 55 潰瘍性大腸炎との鑑別が非常に困難であった感染性大腸炎に薬剤性大腸炎を合併した1例

若手（専修医）

<sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 光学医療診療部、  
<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター  
 ○兼子 直也<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、杉本 光繁<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>3</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

## 56 ループス腹膜炎の一例

若手（研修医）

小牧市民病院  
 ○赤澤 奈々、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、永井真太郎、濱崎 元伸

## 57 大腸内視鏡検査を契機に発症したS状結腸穿孔によると思われる腹腔内・腹壁膿瘍の1例

若手（専修医）

安城更生病院  
 ○長谷部圭史、平松 聖史、後藤 秀成、関 崇、新井 利幸

## 58 経時的に腫大し繰り返す虫垂炎が成因と思われた虫垂粘液嚢胞腺腫の1例

鈴鹿中央総合病院 外科  
 ○伊藤 貴洋、野口 大介、大森 隆夫、大倉 康生、濱田 賢司、金兒 博司、  
 田岡 大樹

## 59 内視鏡下生検にて術前診断が可能であった腸管子宮内膜症の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>、濱田 康彦<sup>2</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>2</sup>、  
山田 玲子<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

## 60 腸重積をきたした盲腸子宮内膜症の1例

社会医療法人 財団新和会 八千代病院 消化器内科

○市川 雄平、白井 修、樋口 俊哉、氏原 正樹、小鳥 達也

## 61 単孔式手術にて治療した子宮内膜症によるS状結腸狭窄症の一例

若手（専修医）

<sup>1</sup>愛知医科大学付属病院 消化器外科、<sup>2</sup>愛知医科大学付属病院 消化器内科○井戸 美来<sup>1</sup>、大橋 紀文<sup>1</sup>、伊藤 暢宏<sup>1</sup>、森 大樹<sup>1</sup>、清田 義治<sup>1</sup>、有川 卓<sup>1</sup>、  
永田 博<sup>1</sup>、宮地 正彦<sup>1</sup>、春日井邦夫<sup>2</sup>、佐野 力<sup>1</sup>

## 62 可逆性の腸管狭窄をきたした特発性腸間膜静脈硬化症の1例

若手（専修医）

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科○室井 航一<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、澤田つな騎<sup>1</sup>、  
内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、  
岡本 聡紀<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

## 63 胃癌と同時に手術した特発性腸間膜静脈硬化症の1例

愛知県がんセンター 愛知病院 消化器外科

○岡田 智美、松井 隆則、山田 知弘、廣田 政志、藤光 康信、小島 宏

## 64 腹部腫瘍で発見されたMesenteric fibromatosisの1例

岡崎市民病院 外科

○長谷川裕高、森 俊明、吾妻 祐哉、飯塚 彬光、中川 暢彦、本田 倫代、  
森本 大士、佐藤 敏、西 鉄生、石山 聡治、横井 一樹、鈴木 祐一

9:00～9:45 胃・十二指腸① 座長 静岡がんセンター 内視鏡科 滝沢 耕平

65 貧血、低蛋白血症を呈し、通過障害をきたした胃限局性若年性ポリポーススの一例

藤田保健衛生大学 上部消化管外科

○鈴木 和光、田中 毅、須田 康一、梶原 脩平、中内 雅也、菊池 健司、  
古田 晋平、石川 健、石田 善敬、宇山 一郎

66 微小カルチノイドの合併を認めた胃腺腫の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

○尾関 智紀、土田 研司、中西 和久、西垣 信宏、山川 慶洋、山下 宏章、  
小島 尚代、平野 敦之、木村 吉秀、妹尾 恭司

67 当院における85歳以上の超高齢者に対するESDの検討

若手（専修医）

豊橋市民病院 消化器内科

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

68 粘膜下異所性胃腺から発生したと思われる低分化型早期胃癌の1例

若手（専修医）

静岡市立静岡病院 消化器内科

○堀谷 俊介、黒石 健吾、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、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、高橋 好朗、  
田中 俊夫、小柳津竜樹

69 検診を契機に発見された胃底腺型胃癌の一例

岐阜赤十字病院 消化器内科

○小川 憲吾、高橋 裕司、杉江 岳彦、松下 知路、伊藤陽一郎、名倉 一夫

70 逐年検診でフォローされ診断時にSM浸潤を認めた胃底腺型胃癌の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 病理診断科

○久野 剛史<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さより<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>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

- 71 化学療法が著効し長期生存が得られた肝転移を伴うAFP産生胃癌 1 例  
若手（専修医） 愛知医科大学 消化器内科  
○松本 朋子、下郷 彰礼、伊藤 義紹、福富里枝子、足立 和規、郷治 滋希、  
岡庭 紀子、柳本研一郎、田邊 敦資、野田 久嗣、田村 泰弘、近藤 好博、  
井澤 晋也、海老 正秀、河村 直彦、小笠原尚高、飯田 章人、舟木 康、  
佐々木誠人、春日井邦夫
- 72 治療方針決定に苦慮した悪性リンパ腫合併進行胃がんの一例  
<sup>1</sup> JA岐阜厚生連岐北厚生病院 消化器内科、<sup>2</sup> JA岐阜厚生連岐北厚生病院 外科、  
<sup>3</sup> 岐阜大学医学部附属病院 第一内科  
○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>、田中 秀典<sup>2</sup>、岩下 拓司<sup>3</sup>、北川 順一<sup>3</sup>
- 73 Conversion surgeryを施行し、傍大動脈リンパ節のみに癌の遺残を認めた進行胃癌の 1 例  
愛知県がんセンター中央病院 消化器外科  
○筒山 将之、伊藤 誠二、三澤 一成、岩田 至紀、倉橋真太郎、重吉 到、  
浅野 智成、川上 次郎、川合 亮佑、夏目 誠治、植村 則久、木下 敬史、  
木村 賢哉、千田 嘉毅、安部 哲也、小森 康司、清水 泰博
- 74 術前化学療法中に臨床的進行・増悪をきたした進行胃癌の 3 例  
小牧市民病院 外科  
○中西 香企、望月 能成、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、横山 裕之、谷口 健次、  
末永 裕之
- 75 Nab-Paclitaxelによる二次治療が奏功しconversion surgeryを施行できた 1 例  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
○清水 大、小林 大介、服部 正嗣、田中 千恵、岩田 直樹、神田 光郎、  
山田 豪、藤井 努、中山 吾郎、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、  
小寺 泰弘

76 ヘパリン起因性血小板減少症（HIT）と胃癌播種性骨髄癌症の合併が疑われた1例

公立陶生病院 外科

○荘加 道太、川瀬 義久、清水 三矢、友杉 俊英、宇野 泰朗、日比野壮貴、  
高橋 卓嗣、大河内 治、坪井 賢治

77 胸腺癌の胃転移の1例

若手（研修医）

安城更生病院 消化器内科

○浅井 清也、東堀 諒、脇田 重徳、三浦真之祐、鶴留 一誠、岡田 昭久、  
馬淵 龍彦、竹内真実子、細井 努、山田 雅彦

78 臍転移（Sister Mary Joseph's nodule）を伴った胃癌の2例

若手（専修医）

蒲郡市民病院 内科

○成田幹誉人、市川 紘、成田 圭、佐宗 俊、小田 雄一、安藤 朝章

79 胃癌化学療法中の胃穿孔に対し緊急手術で救命し、その後化学療法を継続し2年8か月生存しえた1例

若手（専修医）

伊勢赤十字病院 消化器内科

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

80 10年前より粘膜下腫瘍様の形態を呈し1年で急激に増大した1型進行胃癌の1例

若手（研修医）

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

○岡本 聡紀<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、澤田つな騎<sup>1</sup>、  
内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、  
伊藤 誠<sup>2</sup>

81 急性膵炎を契機に診断された十二指腸悪性リンパ腫の一例

<sup>1</sup>三重大学附属病院 消化器肝臓内科、<sup>2</sup>三重大学附属病院 光学医療診療部  
○作野 隆<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、西川健一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、  
北出 卓<sup>2</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

82 腹部超音波が有用であった十二指腸GISTの1例

<sup>1</sup>JA岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科、<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
○野村 翔子<sup>1</sup>、長屋 寿彦<sup>1</sup>、宮本 陽一<sup>1</sup>、荒川 直之<sup>1</sup>、吉田 正樹<sup>1</sup>、藤本 正夫<sup>1</sup>、  
山瀬 裕彦<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>

83 甲状腺機能低下症の治療中に発生した乳頭部癌の1例

岐阜厚生連 西美濃厚生病院  
○畠山 啓朗、寺倉 大志、中村 博式、岩下 雅秀、田上 真、林 隆夫、  
前田 晃男、西脇 伸二

84 十二指腸乳頭部腺扁平上皮癌の1例

若手（研修医） <sup>1</sup>済生会松阪総合病院 内科、<sup>2</sup>済生会松阪総合病院 外科  
○瀬木 祐樹<sup>1</sup>、行本 弘樹<sup>1</sup>、吉澤 尚彦<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、福家 洋之<sup>1</sup>、河俣 浩之<sup>1</sup>、  
橋本 章<sup>1</sup>、脇田 喜弘<sup>1</sup>、清水 敦哉<sup>1</sup>、長沼 達史<sup>2</sup>



85 保存的に治療し得た魚骨胃穿孔の一例

<sup>1</sup>松阪市民病院、<sup>2</sup>三重大学 医学部附属病院 光学医療診療部

○黒田 直起<sup>1</sup>、坪井 順哉<sup>1</sup>、小坂 良<sup>1</sup>、黒田 誠<sup>1</sup>、大岩 道明<sup>1</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>

86 上部消化管内視鏡検査を契機に発症した十二指腸憩室穿孔の一例

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

○杉村 直美、金子 望、井上 智司、石原 祐史、飛鳥井香紀、高口 裕規、  
井上 裕介、戸川 昭三、榊原 健治、長谷川 泉

87 十二指腸水平脚憩室穿孔の2例

名古屋記念病院 外科

○澤木 康一、米山 哲司、田中 晴祥、福岡 伴樹、越川 克己、佐野 正明

88 術中造影および術中内視鏡を行い、治療し得た傍十二指腸乳頭憩室穿孔の1例

若手（専修医）

小牧市民病院 外科

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

89 急性期に全消化管病変を観察しえたステロイド抵抗性IgA vasculitisの一例

若手（専修医）

桑名西医療センター

○藤本 信乃、泉 道博、中川 直樹、石田 聡

90 不明熱にて発症しダブルバルーン小腸内視鏡にて診断しえた小腸MALTリンパ腫の一例  
若手（専修医）

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○佐竹 智行、鷺見 聡子、高木 結衣、奥野 充、大西 祥代、丸田 明範、  
出田 貴康、宮崎 恒起、小木曾英介、中村 信彦、高田 淳、上村 真也、  
久保田全哉、小野木章人、境 浩康、岩下 拓司、井深 貴士、白木 亮、  
今尾 祥子、清水 雅仁、荒木 寛司

91 貧血を契機に、小腸内視鏡にて小腸血管腫と診断された一例

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 病理診断科、

<sup>3</sup>名古屋大学 消化器内科

○大脇 政志<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さより<sup>1</sup>、澤田つなき<sup>1</sup>、  
内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、  
伊藤 誠<sup>2</sup>、中村 正直<sup>3</sup>

92 カプセル内視鏡で発見しダブルバルーン内視鏡で治療しえた空腸pyogenic granuloma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

○水谷 泰之<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</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>、佐藤 淳一<sup>1</sup>、  
上野 泰明<sup>1</sup>、齋藤 雅之<sup>1</sup>、松浦倫三郎<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>

93 成人回腸重複腸管穿孔の1例

名鉄病院 外科

○菱田 光洋、小林 裕幸、神野 敏美、清水 稔、梅田 晋一、野崎 英樹

94 術前ダブルバルーン内視鏡にて出血源を同定できた空腸消化管重複症の1例

若手（専修医）

春日井市民病院

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

95 小腸GIST描出にVirtual Enteroscopyが効果的だったvon Recklinghausen病の1例  
若手（研修医）

静岡県立総合病院 消化器内科

○森下 杏早、吉川 俊之、白根 尚文、黒上 貴史、重友 美紀、青山 春奈、  
榎田 浩平、菊山 正隆

- 96 ポリスチレンスルホン酸カルシウムゼリー内服による小腸潰瘍をきたしたと考  
えられた一例  
若手（研修医） JA静岡厚生連 遠州病院 消化器内科  
○飯田 秀輝、西野 眞史、松下 直哉、高垣 航輔、竹内 靖雄、白井 直人、  
梶村 昌良
- 97 保存的治療にて改善した胃石性腸閉塞の一例  
若手（専修医） 磐田市立総合病院 消化器内科  
○尾上 峻也、齋田 康彦、笹田 雄三、高橋百合美、山田 貴教、辻 敦、  
伊藤 静乃、松浦 友春、高鳥 真吾、松永英里香
- 98 待機的に手術を施行した胆石イレウスの一例  
若手（専修医） 岡崎市民病院  
○飯塚 彬光、森 俊明、吾妻 祐哉、中川 暢彦、長谷川裕高、本田 倫代、  
森本 大士、佐藤 敏、西 鉄生、石山 聡治、横井 一樹、鈴木 祐一
- 99 脳塞栓症を併発しIVRにて救命しえた上腸間膜動脈塞栓症の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、  
<sup>3</sup>JA愛知厚生連 海南病院 放射線科、<sup>4</sup>愛知医科大学病院 放射線科  
○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>、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>、堀川よしみ<sup>3</sup>、太田 豊裕<sup>4</sup>
- 100 大量の腹腔内遊離ガスを呈した腸管嚢胞様気腫症の2例  
若手（専修医） JA岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科  
○宮本 陽一、長屋 寿彦、野村 翔子、荒川 直之、藤本 正夫、吉田 正樹、  
山瀬 裕彦
- 101 トリクロロエチレンの関与が疑われた腸管気腫症の1例  
若手（専修医） 公立陶生病院  
○清水 三矢、川瀬 義久、友杉 俊英、莊加 道太、宇野 泰朗、日比野壮貴、  
高橋 卓嗣、大河内 治、坪井 賢治

9:00 ~ 9:35 膝①

座長 静岡県立総合病院 消化器内科 菊山 正隆

102 術前診断に苦慮した膵尾部腫瘍の一例

若手（専修医） 一宮市立市民病院 外科  
○篠塚 高宏、阪井 満、野寄悠太郎、中村 俊介、宇田 裕聡、村井 俊文、  
森岡 祐貴、橋本 昌司、永田 二郎

103 限局性膵腫大を認めた自己免疫性膵炎に合併した膵管癌の一例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 光学診療部、  
<sup>3</sup>三重大学医学部附属病院 肝胆膵外科  
○西川健一郎<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、作野 隆<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、  
北出 卓<sup>2</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>、出崎 良輔<sup>3</sup>、  
伊佐地秀治<sup>3</sup>、竹井 謙之<sup>3</sup>

104 腫瘍を形成し、膵癌との鑑別が困難であったIgG4関連自己免疫性膵炎の1例

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

105 膵癌との鑑別に難渋した自己免疫性膵炎の1例

若手（専修医） <sup>1</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院、<sup>2</sup>同 消化器内科、<sup>3</sup>同 病理診断科  
○中村 正典<sup>1</sup>、山村 和生<sup>1</sup>、中村 陽介<sup>2</sup>、植月 康太<sup>2</sup>、呂 成九<sup>1</sup>、浅井 泰行<sup>1</sup>、  
栗本 景介<sup>1</sup>、加藤 吉康<sup>1</sup>、松下 英信<sup>1</sup>、飛永 純一<sup>1</sup>、福山 隆一<sup>3</sup>、石樽 清<sup>1</sup>

106 Groove pancreatic carcinoma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  
○谷口 誠治<sup>1</sup>、間下恵里奈<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>、  
阪井 満<sup>2</sup>、梶浦 大<sup>3</sup>、中島 広聖<sup>3</sup>

107 膝anaplastic carcinoma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>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、杉本 啓之<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、  
森島 大雅<sup>1</sup>、河合 学<sup>1</sup>、須原 寛樹<sup>1</sup>、竹山 友章<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>

108 急速な経過をたどった膝未分化癌の1切除例

愛知医科大学 消化器外科

○大澤 高陽、井戸 美来、内野 大倫、森 大樹、岩田 力、木村 健吾、  
安藤 景一、大橋 紀文、有川 卓、清田 義治、永田 博、三嶋 秀行、  
宮地 正彦、佐野 力

109 剖検にて診断確定した特異な進展形式を呈した浸潤性膝管癌の1例

<sup>1</sup>津島市民病院 消化器科、<sup>2</sup>愛知医科大学医学部 病理学講座

○立松 英純<sup>1</sup>、杉野 佑樹<sup>1</sup>、酒井 大輔<sup>1</sup>、蓮尾 由貴<sup>1</sup>、小林都仁夫<sup>1</sup>、荒川 大吾<sup>1</sup>、  
久富 充郎<sup>1</sup>、佐賀 信介<sup>2</sup>

110 腹膜転移を有する切除不能膝癌に対してS-1+パクリタキセル経静脈・腹腔内投与併用療法を行った3例の経験

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○服部 正嗣、藤井 努、二宮 豪、林 直美、末永 雅也、山田 豪、  
神田 光郎、岩田 直樹、小林 大介、田中 千恵、中山 吾郎、杉本 博行、  
小池 聖彦、野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

- 111 Walled-off pancreatic necrosisに対して経皮的ネクロセクトミーが有効だった一例  
若手（研修医） 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科  
○小池悠太郎、佐藤 俊輔、村田 礼人、甘楽 裕徳、金光 芳生、成田 諭隆、石川 幸子、菊池 哲、飯島 克順、玄田 拓哉
- 112 急性膵炎に合併した被包化壊死（WON）に対して経乳頭の治療を行った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 恵史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津竜樹
- 113 嚢胞性線維症の1症例  
<sup>1</sup>名古屋大学総合保健体育科学センター、<sup>2</sup>みよし市民病院  
○山本 明子<sup>1</sup>、中莖みゆき<sup>1</sup>、伊藤 治<sup>2</sup>、石黒 洋<sup>1</sup>、成瀬 達<sup>2</sup>
- 114 Solid psuedopapillary neoplasm（SPN）との鑑別が困難であった類上皮嚢胞を伴う膵内副脾の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  
○竹山 友章<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>、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>、河合 学<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>
- 115 消化酵素製剤投与中断により著明な全身浮腫を来した残膵切除後の1例  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
○杉本 博行、藤井 努、堀田 佳宏、間下 直樹、岩田 直樹、神田 光郎、田中 千恵、小林 大介、山田 豪、中山 吾郎、小池 聖彦、藤原 道隆、野本 周嗣、小寺 泰弘

116 術前診断し得た微小十二指腸ガストリノーマの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  
○倉橋真太郎<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>、木村 賢哉<sup>1</sup>、伊藤 友一<sup>1</sup>、木下 敬史<sup>1</sup>、植村 則久<sup>1</sup>、  
川合 亮佑<sup>1</sup>、木下 平<sup>1</sup>、肱岡 範<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>2</sup>

117 EUS-FNAで診断し得た膵神経内分泌癌の1例

若手（専修医） 名古屋記念病院 消化器内科  
○河辺健太郎、村上 賢治、神谷 聡、鈴木 重行、長谷川俊之、伊藤 亜夜、  
中館 功、吉井 幸子、高田真由子

118 非多血性膵神経内分泌腫瘍の一例

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

119 内視鏡的粘膜切除術後11年で再発した十二指腸カルチノイドの1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科  
○和田 拓也、角嶋 直美、川田 登、今井健一郎、田中 雅樹、滝沢 耕平、  
堀田 欣一、松林 宏行、小野 裕之

120 有茎性の形態をとりクッションサイン陽性であった十二指腸神経内分泌腫瘍の一例

名古屋記念病院 消化器内科  
○高田真由子、村上 賢治、鈴木 重行、中館 功、長谷川俊之、伊藤 亜夜、  
吉井 幸子、河辺健太郎、神谷 聡

121 肝転移巣切除1年2ヶ月後に診断し切除した小腸NETの1例

松阪中央総合病院 外科  
○岩田 真、藤村 侑、長野真由子、前田 光貴、春木 祐司、大澤 一郎、  
加藤 憲治、田端 正巳、三田 孝行、玉置 久雄



## 122 上行結腸癌に併存し腹腔鏡下に切除した右胃大網動脈瘤の1例

一宮市立市民病院 外科

○中村 俊介、村井 俊文、野寄悠太郎、家出 清継、宇田 裕聡、佐藤 成憲、森岡 祐貴、阪井 満、橋本 昌司、永田 二郎

## 123 妊娠を契機に発見されたcaliber persistent arteryの1例

若手（専修医） 名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○河村 達哉、春田 純一、山口 丈夫、土井崎正雄、山 剛基、鷺見 肇、早川 史広、山田 健太、八鹿 潤、長谷川一成、植田 恵子、青井 広典

## 124 腓頭部動静脈奇形により難治性十二指腸潰瘍を呈した1例

若手（専修医） 名古屋第一赤十字病院

○長谷川一成、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、山 剛基、鷺見 肇、早川 史広、八鹿 潤、山田 健太、植田 恵子、青井 広典、河村 達哉

## 125 腹腔動脈急性解離に伴う腓アーケード仮性動脈瘤破裂に対してTAEが奏功した一症例

<sup>1</sup> JA愛知厚生連豊田厚生病院、<sup>2</sup> 名古屋大学医学部付属病院 放射線科○石田 哲也<sup>1</sup>、森田 清<sup>1</sup>、都築 智之<sup>1</sup>、竹内 淳史<sup>1</sup>、伊藤 裕也<sup>1</sup>、松井 健一<sup>1</sup>、三浦 正博<sup>1</sup>、西村 大作<sup>1</sup>、片田 直幸<sup>1</sup>、鈴木耕次郎<sup>2</sup>

## 126 保存的加療にて軽快した孤立性上腸間膜動脈解離の1例

若手（専修医） <sup>1</sup> 浜松医療センター 消化器内科、<sup>2</sup> 浜松医療センター 消化器外科○高橋 悟<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、石田 夏樹<sup>1</sup>、伊藤 潤<sup>1</sup>、松浦 愛<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>1</sup>、住吉 信一<sup>1</sup>、岩岡 泰志<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>、山本 淳史<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>

- 127 回腸脂肪腫に伴う腸重積に対して待機的に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例  
 国立病院機構 豊橋医療センター 外科  
 ○田中 克仁、山下 克也、柴田 雅央、伊藤 武、岡本喜一郎、市原 透
- 128 当院における門脈ガス症例の検討  
 若手（研修医）<sup>1</sup>市立四日市病院 外科、<sup>2</sup>市立四日市病院 消化器内科  
 ○竹田 直也<sup>1</sup>、鹿野 敏雄<sup>1</sup>、桑原 好造<sup>2</sup>、水谷 哲也<sup>2</sup>、小林 真<sup>2</sup>、矢野 元義<sup>2</sup>、森 敏宏<sup>1</sup>
- 129 急激な経過をとり死に至ったClostridium perfringensによる肝ガス壊疽の1例  
 若手（専修医）  
 静岡市立静岡病院 消化器内科  
 ○奥村 大志、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、黒石 健吾、吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、小柳津竜樹、田中 俊夫
- 130 腹腔鏡下に修復術を行った坐骨ヘルニアの1例  
 名古屋市立大学 消化器外科  
 ○社本 智也、高橋 広城、中屋 誠一、佐川 弘之、佐藤 崇文、志賀 一慶、溝口 公士、坪井 謙、柴田 孝弥、森本 守、田中 達也、宮井 博隆、坂本 宣弘、原 賢康、若杉 健弘、石黒 秀行、松尾 洋一、木村 昌弘、竹山 廣光
- 131 ステロイド長期投与患者に発症した腹横筋断裂による腹壁ヘルニアの1例  
 岐阜大学医学部腫瘍外科  
 ○深田 真宏、松橋 延壽、田中 秀治、兼松 昌子、山田 敦子、棚橋 利行、松井 聡、佐々木義之、田中 善宏、奥村 直樹、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘
- 132 蕁麻疹が契機と考えられる再発性好酸球性胃腸炎の一例  
<sup>1</sup>関中央病院 内科、<sup>2</sup>外科  
 ○大西 祥代<sup>1</sup>、安江 晃子<sup>1</sup>、吉村光太郎<sup>1</sup>、植松 孝広<sup>1</sup>、山内 希美<sup>2</sup>、斉藤 雅也<sup>1</sup>

133 Castleman病を合併した胸部食道癌の1例

愛知県がんセンター 中央病院 消化器外科

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

134 生検による悪性診断が困難であった食道扁平上皮癌の1例

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

○藤吉 俊尚<sup>1</sup>、田中 努<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>1</sup>、石原 誠<sup>1</sup>、水野 伸匡<sup>2</sup>、原 和生<sup>2</sup>、  
脇岡 範<sup>2</sup>、今岡 大<sup>2</sup>、佐藤 高光<sup>2</sup>、堤 英治<sup>2</sup>、奥野のぞみ<sup>2</sup>、稗田 信弘<sup>2</sup>、  
吉田 司<sup>2</sup>、丸川 高弘<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>2</sup>、丹羽 康正<sup>1</sup>

135 Long Segment Barrett's Esophagus (LSBE) に発生した進行食道腺癌の1例  
若手 (研修医)

磐田市立総合病院 消化器内科

○増田 怜史、山田 貴教、尾上 峻也、松永英里香、高鳥 真吾、松浦 友春、  
伊藤 静乃、辻 敦、高橋百合美、笹田 雄三、斎田 康彦、犬飼 政美

136 当科における食道亜全摘術の手術成績—conventional esophagectomyの現状—

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○丹羽由紀子、小池 聖彦、服部 正嗣、大屋 久晴、岩田 直樹、神田 光郎、  
小林 大介、神田 光郎、山田 豪、中山 吾郎、藤井 努、杉本 博行、  
野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

137 T4食道癌に対する術前化学放射線療法・手術療法の有効性の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○大屋 久晴、小池 聖彦、小林 大介、岩田 直樹、丹羽由紀子、服部 正嗣、  
神田 光郎、田中 千恵、山田 豪、藤井 努、中山 吾郎、杉本 博行、  
野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

138 Mallory-Weiss裂創を伴った特発性食道粘膜下血腫の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○甘樂 裕徳、玄田 拓哉、村田 礼人、佐藤 俊輔、金光 芳生、成田 諭隆、  
石川 幸子、菊池 哲、飯島 克順

139 膿胸で治療中に出血性十二指腸潰瘍を契機に発見され、保存的治療で改善した  
食道穿孔の一例

若手 (研修医)

岐阜県立多治見病院

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

140 内視鏡的硬化療法が奏功した食道海綿状血管腫の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

○小林 健一<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、松崎 一平<sup>1</sup>、松下 正伸<sup>1</sup>、  
森瀬 和宏<sup>1</sup>、横山 敬史<sup>1</sup>、菊池 正和<sup>1</sup>、大林 友彦<sup>1</sup>、浅井 裕充<sup>1</sup>、松岡 歩<sup>1</sup>、  
石津 洋二<sup>2</sup>、山田 恵一<sup>1</sup>、中村 正直<sup>2</sup>、渡辺 修<sup>2</sup>、前田 修<sup>1</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、  
川嶋 啓揮<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1,2</sup>

141 EUS-FNAにより術前に病理学的診断が得られた食道原発GISTの1例

若手 (専修医)

<sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 光学医療診療部、

<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター

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

## 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。



## 肝①

### 1 塩酸ミノサイクリン注入が奏功した感染性肝嚢胞の1例

静岡市立清水病院 消化器内科

○山根 剛、窪田 裕幸、高柳 泰宏、池田 誉、  
宇崎宏城、小池 弘太

【症例】75歳、女性【主訴】右側腹部痛【既往歴】C型慢性肝炎（10年前～）、甲状腺機能低下症【現病歴】平成24年1月よりC型慢性肝炎にて当院通院中であった。腹部超音波検査にて肝右葉に最長径136mmの巨大嚢胞を指摘されていた。平成26年5月下旬より右側腹部痛が出現した。近医を受診して選択的ムスカリン受容体拮抗薬およびNSAIDsを処方されたが改善を認めず、6月上旬に当院を受診し、腹部超音波にて肝嚢胞のサイズに著変を認めなかったが嚢胞内のエコーレベルが上昇していたため感染性肝嚢胞を疑い加療目的で入院とした。入院当日に経皮的肝嚢胞ドレナージ術を施行した。嚢胞液は緑黄色で混濁しており、培養結果は陰性であったが多数の多核白血球を認め、感染を示唆するものであった。数日間の経過により嚢胞の収縮を確認し、4日間の塩酸ミノサイクリン投与（200mg/回）によりドレナージチューブからの排液は漸減したため、投与開始13日目にカテーテルを抜去した。その後も症状なく経過したため6月下旬に退院とした。約2か月後の造影CTでは嚢胞の増大は認めなかった。【考察】感染性肝嚢胞に対して塩酸ミノサイクリン注入により嚢胞の縮小を得た1例を経験した。巨大肝嚢胞に対する注入療法は安全で有用な治療法であると考えられた。

### 2 急速な全身浮腫を来した巨大肝嚢胞に対し腹腔鏡下肝嚢胞開窓術が著効した1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科

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

【目的】単純性肝嚢胞は多くは無症状で治療対象とはならないが、巨大になると周辺臓器の圧排により腹痛、浮腫などさまざまな症状が出現する。今回、巨大肝嚢胞による下大静脈、門脈圧排から、急速な全身浮腫、低アルブミン血症を来した症例に対し腹腔鏡下肝嚢胞開窓術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】69歳女性。数年前より肝嚢胞を指摘されていたが無症状のため経過観察、1年前より嚢胞の増大傾向を認め当科紹介受診となった。腹腔鏡下肝嚢胞開窓術施行予定であったが、手術2ヶ月前より体重増加、全身浮腫が出現した。採血検査では低アルブミン血症、高アンモニウム血症を認めたが、全身状態は維持されており、予定通り腹腔鏡下肝嚢胞開窓術を施行した。術後合併症はなく、体重は急速に減少し浮腫の改善を認めた。術後6ヶ月現在、嚢胞の再発はなく安定している。【結語】巨大肝嚢胞に対する腹腔鏡下肝嚢胞開窓術は安全で簡便な方法であるが、循環動態の変化を伴う症例においても症状改善に有用であった。

### 3 保存的治療のみで軽快した重症アルコール性肝炎の1例

鈴鹿総合中央病院

○熊澤 広朗、岡野 宏、栃尾 智正、菅 大典、  
磯野 功明、田中 宏樹、松崎 晋平、佐瀬 友博、  
斎藤 規規、向 克己、西村 晃

【症例】47歳、男性【現病歴】数日前より嘔気、腹痛、発熱が出現した。症状改善せず、近医を受診した。肝機能異常を指摘され、また全身状態不良にて当院消化器内科紹介受診となった。当院受診時に意識障害は認めなかった。【飲酒歴】焼酎400ml/日【検査所見】WBC20700/ $\mu$ lと高値を認めた。肝胆道系酵素はT-Bil4.5mg/dl、AST23867IU/L、ALT7707IU/L、LDH18018IU/L、ALP701IU/L、 $\gamma$ -GTP595IU/Lと上昇し、PT-INR6.0以上と凝固能低下を認めた。また、BUN15.9mg/dl、Cre2.48mg/dlと腎機能障害を認めた。HBS-Ag(-)、HCV-Ab(-)であった。【画像所見】腹部エコー、腹部CTで高度脂肪肝を認めるのみで胆道閉塞は認めなかった。【経過】アルコール多飲歴がある患者の肝機能異常で、画像上胆道閉塞疾患は除外されたことから、アルコール性肝炎（重症JASスコア11点）と診断し入院となった。入院後PSL40mg/日と輸液で治療を開始した。治療開始後WBCは第2病日に6600/ $\mu$ lまで軽快し、以後も正常域内を維持した。入院後も意識障害は出現しなかったが、PT<10%が続いたため、第2病日にFFPを投与した。その後PTは徐々に改善した。また肝胆道系の数値も改善した。経過中、同時に腎不全も出現し第4病日にBUN/Cre89/5.6まで上昇を認め、また尿量低下も認めた。利尿剤投与により利尿効果を認め溢水症状は出現しなかった。また尿毒症症状や高K血症、代謝性アシドーシスも認めなかったため、透析導入を行わずに保存的治療を継続し、その後BUN/Cre値も軽快した。【結語】重症アルコール性肝炎は積極的に治療を行っても死亡率の高い疾患であるが、今回の症例は保存的治療のみで軽快し得た。治療初期から導入されたPSLによりWBC値が速やかに正常化し、サイトカインストームを抑えられたことが効果的であったと推察された。

### 4 肝生検にて診断し得た顕微鏡的多発血管炎の一例

愛知医科大学 消化器内科

○角田 拓実、大橋 知彦、北洞 洋樹、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】71歳女性【主訴】不明熱、全身倦怠感、肝機能障害【既往歴】57歳 強皮症、間質性肺炎 20歳代に子宮外妊娠【現症】身長155cm 体重51kg 意識清明 血圧125/72mmHg 脈拍60回/分、整 体温36.6℃ 眼瞼眼球結膜に黄疸なし、貧血なし。両下肺野背側に僅かにfine crackleを聴取 心雑音聴取せず 腹部平坦、軟 手指に皮膚硬化あり 爪上皮出血点なしレイノー現象あり【病歴】平成26年6月中旬より、夕方になると38度台に発熱し、翌朝には解熱するようになった。発熱と倦怠感の他に症状はなく、処方された抗生物質も無効であった。血液検査上、炎症反応高値が持続し改善せず、不明熱精査のため入院となった。【経過】各種検査にて感染症と悪性腫瘍の存在は否定的であった。間質性肺炎の増悪も認めなかった。肝機能障害が持続し、IgG高値、抗核抗体陽性であることから、当初は自己免疫性肝炎を想定した。だが、自己免疫性肝炎は通常発熱や炎症反応を伴わず非典型的であり、MPO-ANCA陽性かつ持続する不明熱から血管炎が疑われ、ステロイド投与を開始したところ速やかに解熱し、肝機能障害も改善した。肝機能障害の診断目的に経皮的肝生検を施行した。肝動脈壁にフィブリノイド壊死を認め、周囲に好中球浸潤を伴っていた。肝実質に炎症細胞浸潤は乏しく線維化は認めなかった。以上より顕微鏡的多発血管炎（Microscopic Polyangiitis: MPA）と診断した。【考察】MPAの年間発症率は数人/100万程度で、性差はない。GuilleminらはMPA85例中10例(11.8%)に肝機能障害を認めたと報告している。肝機能障害のメカニズムは、動脈のフィブリノイド壊死による虚血や梗塞が想定される。本症例ではステロイド投与が先行し、生検時に肝実質の炎症細胞浸潤が改善していた可能性があり、自己免疫性肝炎を否定できたわけではない。MPAは一般的に腎生検が施行され、肝生検で診断し得た症例は珍しいと思われる。文献的考察を加え報告する。

## 5 柴苓湯によると思われる薬物性肝障害の1例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

○倉下 貴光、高村 知希、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】52歳女性。【既往歴】メニエール病。【現病歴】メニエール病の治療のため当院耳鼻科から柴苓湯を処方され服用していたところ、2ヵ月後に全身倦怠感、皮膚黄染が出現したため当院ERを受診、AST1147U/L、ALT1120U/L、総ビリルビン10.1mg/dLと肝障害が認められ、当科に入院となった。その後肝障害は順調に改善し、第26病日退院した。各virus markerはいずれも陰性で輸血歴、飲酒歴はなかった。アデホス顆粒、イソパイドシロップも8年前から内服していたが、最近内服を開始した柴苓湯による薬剤性肝障害を疑い、リンパ球刺激試験を施行したところ陽性（186%）であった。【考察】近年漢方薬による薬物性肝障害の報告が散見されるが、日常診療に確定診断に至ることは困難ことが多い。本例もウイルス性肝炎の除外、投薬履歴、リンパ球刺激試験陽性により、柴苓湯による薬剤性肝障害と診断したが、確定診断と言い難い。しかし再投与により肝障害を起こしたという報告もあり、十分な起因薬剤の絞り込みと患者への告知が必要と思われる。



## 6 当院における難治性腹水に対するtolvaptan使用の有害事象、有用性の検討

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科  
 ○加藤文一朗、岩瀬 弘明、島田 昌明、平嶋 昇、  
 桶屋 将之、龍華 庸光、喜田 裕一、江崎 正哉、  
 浦田 登、後藤 百子、水田りな子、宇仁田 慧、  
 近藤 高、田中 大貴

【目的】肝硬変の合併症として腹水および下肢浮腫をはじめとする肝性浮腫は多くみられ、生活の質の低下をもたらす。水利尿薬であるtolvaptanは、既存の利尿薬療法では十分に奏功しない難治性腹水症例の追加療法として期待されている。当院における難治性腹水に対するtolvaptan使用の有害事象、有用性の検討を行った。  
 【方法】忍容性のある最大量の利尿薬でのコントロール困難である症例を難治性腹水と定義した。2012年5月-2014年7月における難治性腹水に対するtolvaptan使用18例について有用性、有害事象を後ろ向きに検討を行った。9例はtolvaptan7.5mg投与し、9例の心不全合併例では15mgを使用した。投与1か月での腎機能、電解質、肝機能、体重、尿量、腹圍の推移、また、自覚症状より有害事象、有用性の評価・検討を行った。【成績】7.5mg投与群での年齢は49-88（中央値60）歳、男性5例、女性4例であった。C型肝硬変2例、非B非C型肝硬変は7例、Child-Pugh scoreは7-13（中央値11）、HCCは3例で認められた。15mg投与群での年齢は40-82（中央値59）歳、男性3例、女性6例であった。C型肝硬変5例、非B非C型肝硬変は4例、Child-Pugh scoreは7-11（中央値10）、HCCは3例で認められた。7.5mg投与群では1例で高Na血症を認め、3日で投与を中止とした。15mg投与群では1例で高Na血症、高Cre血症を認め9日で投与を終了とした。7.5mg投与群1例で、口渇・頻尿、15mg投与群では1例で頻尿の訴えを認めたが、投与中止には至らなかった。7.5mg投与群では体重の評価が可能であった6例すべてで2kg以上の体重減少を認め、15mg投与群では評価可能であった6例中体重減少は5例で認められ、うち3例で2kg以上の体重減少を認めた。また、腹部膨満感は7.5mg投与群5例、15mg投与群2例で認められた。【結論】tolvaptanの1か月の使用では中止を必要とする有害事象は2例で確認され、7.5mg投与群、15mg投与群で差は認めなかった。また、症例によっては有用性が認められ、tolvaptanは既存の利尿薬療法の奏功しない難治性腹水例に対し、追加療法として期待できる可能性がある。

## 8 短絡路温存門脈分流術が有効であった糖尿病性腎症、右胸水貯留を合併した門脈大循環短絡路脳症の1例

木沢記念病院 消化器科  
 ○前田 俊英、加藤 潤一、足達 広和、安田 陽一、  
 建部 英晴、杉山 宏

【症例】50歳代、女性。既往歴では、47歳時に糖尿病、C型肝炎。現病歴では2011年より肝硬変、DM腎症、右胸水貯留にて当院に入院していた。2013年4月に3度の肝性脳症で入院した。同年、5月12日より再び意識障害と異常行動を認め、13日に再入院となった。現症では2度の肝性脳症で、浮腫は認めなかった。検査所見ではBUN64mg/dl、CRE2.59mg/dl、NH<sub>3</sub> 87 μmol/Lと脱水、腎機能障害、高アンモニア血症を認めた。入院後、低蛋白食、BCAA製剤の点滴で軽快したが、16日に再び3-4度の肝性脳症をきたした。PT67.4%、T-Bil 0.33mg/dlと肝機能は良好で、2011年の腹部CTで高度の脾腎シャントを認めていたことから門脈大循環短絡路脳症(PSE)と診断した。DM腎症のためBCAA製剤の投与が困難で、脳症が反復することからシャントの遮断が必要と診断した。しかし、門脈圧亢進によると考えられる右胸水貯留の既往があり、DM腎症によるタンパク尿のためALBが2.7g/dlと低値であったため遮断後の門脈圧上昇を軽微にする必要があると考え、B-RTOではなく、6月5日に短絡路温存門脈分流術を施行した。エコー下で右肋間より経皮経肝的に門脈を穿刺し、門脈造影を施行したところ門脈はほとんど描出されず、血流の大部分が遠心性に脾静脈から左腎静脈、下大静脈へと大循環に流出していた。そこで、シャントである脾静脈と左腎静脈をコイルにて塞栓した。門脈圧は18cmH<sub>2</sub>Oから塞栓後22cmH<sub>2</sub>Oに上昇し、門脈造影では門脈血流の増加を認めた。術後、尿量の低下、腹水、右胸水の増加、浮腫を認めたが、利尿薬でコントロール可能であり、6月23日退院となった。10月にはALBは2.7から3.0g/dlへ、PTが59.4から67.5%へ改善し、右胸水貯留は軽度であり、現在まで脳症の再発を認めていない。【結論】DM腎症、右胸水貯留を合併したPSEに対し短絡路温存門脈分流術を施行した。術後、門脈圧の上昇は軽微で、右胸水貯留も軽度、肝機能は改善し、脳症の発現も認めず、有効と考えられた。よって、門脈圧上昇を避けたい場合には分流術を考慮すべきと考えられた。

## 7 傍食道静脈瘤破裂より血胸に至り経皮的経肝門脈塞栓術にて救命しえた一例

豊橋市民病院  
 ○飛田恵美子、内藤 岳人、浦野 文博、藤田 基和、  
 山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、鈴木 博貴、  
 芳川 昌功、片岡 邦夫、木下 雄貴、山本 和弘、  
 岡村 正造

【症例】50代女性【既往歴】C型肝硬変（genotype1b、高ウイルス量）、食道静脈瘤【現病歴】2010年3月初診。食道静脈瘤に対して2010年から13年にかけて内視鏡的食道静脈瘤硬化療法（EIS）計2回、内視鏡的食道静脈瘤結紮術（EVL）計5回、アルゴンプラズマ凝固療法（APC）計1回施行。2010年8月胃静脈瘤破裂に対してヒストアクリルによるEIS施行。最終治療は2013年11月に予防的EVLを施行した。2014年2月、突然の左側胸部痛で救急搬送。CTにて左胸水貯留を認め、肺炎・胸膜炎と診断し呼吸器内科入院となった。【入院後経過】第1病日、胸水試験穿刺にて血性胸水を認めた。その後ショックバイタルとなったが、大量補液・カテコラミン投与にて循環動態は速やかに安定した。第3病日、呼吸状態が悪化し、胸腔ドレーンを留置し、血性胸水を排液した。傍食道静脈瘤破裂による血胸の診断で経皮的経肝門脈塞栓術（PTO）を施行し、右胃静脈から傍食道静脈瘤内を選択し、エコーノール注入、コイル塞栓、血管内塞栓促進用補綴材や5%EO注入を行った。更なる胸水増加や貧血進行は認めず、第8病日に胸腔ドレーンを抜去。第14病日に造影CTで傍食道静脈瘤の血栓化を確認し、第19病日退院となった。【考察】傍食道静脈瘤破裂による血胸は非常に稀である。本例でも当初は肺炎・胸膜炎との診断で治療を開始し、一時病態悪化した。PTOにより止血が得られ救命できた。発症前の画像を振り返ると著しい傍食道静脈瘤の発達を認めており、食道静脈瘤に対して繰り返し実施したEVL・APCが一因と考えられた。食道静脈瘤治療に際しては、傍食道静脈などの側副血行路の発達や破綻にも十分留意することが重要である。

## 9 同定困難な肝細胞癌に対しICG蛍光法を用いることで開腹下ラジオ波焼灼療法を施行し得た一例

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、  
 岩下 紘一、神岡 論郎、大塚 泰郎

【はじめに】ICG蛍光法は術中での肝区域・胆管などの同定の他に、術前投与により肝細胞癌に残存する特性を利用し術中指摘困難な病変を同定することにも最近有用とされつつある。今回術中造影超音波検査でも同定困難な病変に対しICG蛍光法を用いて開腹下ラジオ波焼灼療法が施行し得た一例を経験したので報告する。【方法】手術3日前に術前肝機能検査としてICGテストを行い、術中にHyper Eye Medical System(HEMS)(瑞徳医科工業株式会社)を用いて病変を同定した。【症例】69歳男性。慢性C型肝炎と2型糖尿病のため当院通院中、定期検査のダイナミックCTでS3に胃に接して動脈相で濃染し、平衡相でコロナ濃染を呈する18mm大の病変を認め、造影超音波検査、EOB-MRIでも肝細胞癌に矛盾しない所見であった。またS6に動脈相で濃染し、平衡相でコロナ濃染を呈する11mmを呈する病変を認めEOB-MRIでも肝細胞癌に矛盾しない所見であったが、造影超音波検査でははっきりしなかった。肝機能はChild分類ではA（5点）、ICG-R15分値では30%であった。S3の病変は胃と接しており開腹下や腹腔鏡下ラジオ波焼灼療法または外科的切除、S6の病変は造影超音波検査や単純CTでは指摘できないため術中指摘できれば治療予定とし、肝機能も考慮して開腹下ラジオ波焼灼療法を行うこととした。術中S2の病変は肝表より突出しており容易に同定できた。一方S6の病変は術中造影超音波検査でも指摘できなかったがHEMSを利用すると同定可能であった。2病変共に開腹下ラジオ波焼灼療法を行い経過も良好で術後9日で退院し、1年4ヶ月再発せず経過している。【結語】今回我々は同定困難な肝細胞癌に対しICG蛍光法を用いることで開腹下ラジオ波焼灼療法を施行し得た一例を経験したので文獻的考察を加えてここに報告する。

## 10 集学的治療にて長期生存を得られている進行肝癌の一例

名古屋大学 大学院 消化器内科

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

【症例】60歳代、男性。【既往・併存症】糖尿病、脂質異常症、右尿管結石、高血圧、変形性腰椎症【臨床経過】以前よりHBV陽性を指摘されていた。2005年11月体重減少を主訴に外来受診し、S7に9cm大の他にS6と外側区に小さな肝細胞癌を指摘。K-ICG=0.169、R15=7.9%と肝機能良好であったが、手術適応はなく、2006年1月13日肝動注リザーバー留置し、1月17日よりLow dose FP(CDDP10mg/day+5-FU250mg/day5day×4week 発熱のため3W投与で中止)1コース目開始。3月6日よりLow dose FP 2コース目を施行。2コース終了後のCTにて腫瘍の大部分は壊死し、腫瘍の縮小と左葉の病変の消失を認めたため手術適応となり、2006年4月24日経皮経肝門脈閉塞術施行後に5月15日肝右葉切除術+脾臓摘出術+胆嚢摘出術を施行。術後約8年無再発経過であったが、2014年4月門脈血栓と肝細胞癌の再発を認め、肺転移も認めた。門脈血栓に関してはワルファリンカリウムを開始し、肝細胞癌に対して4月19日よりソラフェニブ800mgより開始するも手足症候群が出現したため内服中止。少量で再開も肝障害が出現し、5月19日再度中止となる。ソラフェニブの再開は困難となり、以前にリザーバー動注療法が著効したことから、6月10日よりテガフル/ウラシル配合剤400mg/日にて内服開始。その後の評価CTでは肺転移は不変も、肝細胞癌は一部縮小を認めており、新たな肝細胞癌の出現も認めず、2014年9月時点で継続加療中である。【考察】進行肝細胞癌に対してLow dose FPが著効し長期生存が得られた症例を経験した。加えて、再発時にソラフェニブ投与が困難な場合には5-FUのプロドラッグであるテガフル/ウラシル配合剤が効果を示す可能性が高く、さらなる長期生存が得られることが期待される。

## 11 胸腺腫術後6年で肝転移をきたした一例

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター、<sup>2</sup>山内ホスピタル

○岩佐 悠平<sup>1</sup>、佐藤 寛之<sup>1</sup>、清水 省吾<sup>1</sup>、杉原 潤一<sup>1</sup>、  
芋瀬 基明<sup>1</sup>、山崎 健路<sup>1</sup>、岩田 圭介<sup>1</sup>、安藤 暢洋<sup>1</sup>、  
山内 貴裕<sup>2</sup>、杉山 智彦<sup>1</sup>、水谷 拓<sup>1</sup>、三田 直樹<sup>1</sup>

【症例】40代、男性。2007年7月、胸腺腫に対し胸腺腫瘍摘出術の既往あり。2013年4月、人間ドックでの腹部USで肝S6に23mm大の低エコー腫瘍を指摘され、当科紹介された。血液検査所見はALT47 IU/Lと軽度高値の他は異常所見なく、腫瘍マーカーはAFP、PIVKAII、CEA、CA19-9、SCC、可溶性IL-2受容体抗体は正常範囲。Dynamic CTでは、後期動脈相で周辺部より造影され、門脈相～平衡相で軽度のwashoutを呈する腫瘍がS5(9mm大)、S6(23mm大)に認められた。EOB-MRIではCT同様動脈相で軽度造影効果が認められ、以降の相では肝実質より低信号を示した。腹部USでは、周囲肝より低エコーであり、造影エコーでは徐々に濃染、投与後10分の像で周囲肝より高輝度となる所見であった。PET-CTでは同腫瘍に集積は認められなかった。既往歴、検査所見から転移性肝腫瘍(胸腺腫転移)、悪性リンパ腫、炎症性偽腫瘍などを鑑別疾患と考え、肝生検を施行した。病理所見では、WHO分類Type B3に相当するThymoma (p63(+), 34βE12(+), CD5(-))の増殖が認められ、以前に手術された胸腺腫組織と合致した。2013年10月、肝部分切除術(S5,6)が施行され、病理所見にて胸腺腫の肝転移と最終診断された。その後頸部疼痛を訴え当院整形外科受診、Th1への転移と診断され、2014年5月より放射線治療を施行している。【考案】胸腺腫は病理学的に悪性度が大きく異なり、WHO TypeA, AB, B1では完全切除により根治が得られることが多いが、一方TypeB2,B3は浸潤性が強く進行病期であることも散見され、切除後再発率も高い。【結語】今回、術後6年を経過後に、肝転移、骨転移にて再発した症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

## 13 胆道出血を契機に見えられた肝内胆管癌の一例

静岡市立静岡病院

○白鳥 安利、奥村 大志、増井 雄一、小高健二郎、  
堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、  
吉川 忠史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、  
小柳津竜樹

【症例】52歳、男性【主訴】心窩部痛【既往歴】B型肝炎【現病歴】2012年12月に心窩部痛を自覚し近医受診、胆嚢腫大をUS上認め、胆嚢炎疑いで当院を紹介。US、CTにて明らかな結石、腫瘍の所見はなく胆管拡張も認めなかったが、肝は肝硬変パターンを呈しS8表面に15mmのHCCを疑うSOLを認めた。後日DynamicCT、EOB-MRI撮影したがSOLはHCCとは断定できなかった。12月下旬に再度強い心窩部痛で受診、CTにて胆嚢、胆管の拡張と胆管内に高吸収域を認め胆管炎の診断で入院となった。【経過】入院中に黒色残渣嘔吐もあり内視鏡検査を施行したところ、十二指腸乳頭より出血を確認、胆道出血による胆管炎と診断した。ERCPを施行し、B8に陰影欠損を認めENBDを留置、画像所見から肝内胆管癌またはHCCの胆管浸潤と診断した(胆汁細胞診は陰性だった)。その後胆管出血をくりかえし2月上旬手術を施行した。手術所見ではS8表面の腫瘍は横隔膜面に露出、B8の腫瘍は前区域にとどまっており後区域への浸潤は認めず前区域切除となった。病理検査では肝後区域からB8にかけて高分化胆管細胞癌と中分化型肝細胞癌の混合癌に相当する所見であった。【考案】胆道出血はまれな病態でその殆どが医原性、炎症性で腫瘍性はまれである。腫瘍出血の症例としては大部分が肝細胞癌、胆嚢癌の浸潤で胆管癌による出血の報告はまれである。貴重な症例と考えられたので報告する。

## 12 肝内胆管癌との鑑別に苦慮した大腸sm癌異時性肝転移の一切除例

松阪中央総合病院 外科

○前田 光貴、田端 正己、藤村 侑、長野真由子、  
春木 裕司、大澤 一郎、加藤 憲治、岩田 真、  
三田 孝行、玉置 久雄

症例は65歳男性。平成19年1月、多発大腸ポリープに対して当院胃腸科で内視鏡的粘膜切除術が施行された。下行結腸のIsp2病変は腺腫、S3結腸とRaの各々Isp病変はm癌であったが、RsのIIa+IIc病変(13mm)はsm癌(高分化型腺癌、ly0、v0、断端陰性)であった。追加切除目的にて当科紹介となり、低位前方切除術+D2リンパ節郭清を施行したが、腫瘍遺残なく、リンパ節転移も認められなかった。平成26年6月初旬、右上腹部違和感を主訴に近医受診。肝機能異常を指摘され当院を紹介された。血液検査ではAST56IU/L、LDH1401IU/L、ALP633IU/L、γ-GTP332IU/Lと肝胆道系酵素の上昇を認め、腫瘍マーカーはCEA1118ng/ml、CA19-92230U/mlと上昇していたがAFP、PIVKA2は正常範囲内であった。腹部CTでは右右葉前区域を中心に、分葉状で内部に粗大石灰化を有する径13cm大の低濃度腫瘍を認め、末梢胆管は拡張していた。造影CTでは早期相で腫瘍辺縁が造影され、経時的に内部が漸増性に不均一に造影された。また12p-13aおよび8番は腫大していた。腹部MRIでは腫瘍はT1WIで低信号、T2WIで中等度高信号を呈し、拡散制限を示した。上部および下部内視鏡では腫瘍性病変は認められず、大腸吻合部にも異常所見はなかった。以上より末梢型肝内胆管癌あるいは既往の早期大腸癌の異時性肝転移と診断し、鑑別のため経皮的腫瘍生検を施行した。H. E染色では腺癌、免疫染色ではCK7(-)、CK20(一部+)、CDX2(+)であり大腸癌肝転移として矛盾しない所見であった。肝予備能は良好であり、前方アプローチにて右肝切除兼間膜内-13a、8番リンパ節郭清術を施行した。病理組織学的には壊死や石灰化を伴った癌管状、胞巣状に浸潤する腺癌で、やはりCK7(-)、CK20(+)、CDX2(+)であり、大腸癌の肝転移と診断された。リンパ節転移は陰性であった。ly0、v0の大腸sm癌の晩期肝転移再発は極めて稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## 14 塩化ビニル曝露が発症に関与したと考えられる肝血管肉腫の1例

小牧市民病院 消化器科

○舟橋 怜佑、宮田 章弘、平井 孝典、館 佳彦、  
小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤亞矢子、  
飯田 忠、永井真太郎、濱崎 元伸

【症例】44歳男性。脂肪肝と不整脈を既往歴に持つ。喫煙歴なし。飲酒歴はビールや酎ハイなど3L/日。職業歴として下水作業に従事していた過去があった。右上腹部痛を主訴に7月中旬当院内科受診し、腹部超音波検査をすると肝全体に2cmから10cm大の様々なエコー輝度を呈する多発腫瘍を認めた。γ-GTP/AST/ALT/T. Bilが高値でありPltの減少を認めたが、DICの合併は認めなかった。CEA/AFP/CA19-9は基準範囲内で、PIVKA-2は高値であった。ダイナミックCTでは多発肝腫瘍は動脈相で辺縁は低吸収、中心部はやや低吸収～等吸収であり、門脈相・平衡相では低吸収な腫瘍であり、また多発骨転移も認めた。肝腫瘍内に動脈相にて血管外漏出像を認めたので緊急動脈塞栓術を施行した。第6病日に右腸骨より骨生検を行ったが、易出血性であり少量の検体採取に留まり診断には至らなかった。塞栓術後も門脈や静脈からと考えられる出血に伴う貧血は進行し続け、継続的に輸血を行ったが第13病日に肝不全のため逝去された。その後、ご家族の同意の下で肝生検施行した。【病理組織学的所見】CD31、34対象とした免疫染色で腫瘍細胞が染色され、CAM5.2対象の免疫染色では腫瘍細胞は染色されなかったため、肝血管肉腫と診断した。【考案】肝血管肉腫の報告はしばしばまれ、出血や凝固異常などの合併症を伴うものも報告されている。肝血管肉腫は極めて稀な疾患であるが、悪性腫瘍であり予後は平均生存期間約3ヶ月～半年と極めて悪い。唯一の根治的治療法としてあるのは外科的切除だが、R0手術施行しても5年生存率は20～40%と低い。画像所見の典型例として、超音波では辺縁不整な高エコーや多数の嚢胞が集合した嚢胞性腫瘍像が見られ、単純CTでは低吸収域を、造影CTでは早期に辺縁からの濃染像が見られると報告されており、今回の症例では典型的な画像所見ではなく診断に苦慮した。また、一般に肝血管肉腫は塩化ビニルやトロストラト等の曝露が誘引になりうるとされている。下水管の素材には塩化ビニルが含まれており、肝血管肉腫発症に関与した可能性が考えられた。

## 15 C型肝炎SVR後に発症した肝未分化肉腫の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○佐藤 俊輔、村田 礼人、甘楽 裕徳、金光 芳生、  
成田 諭隆、石川 幸子、菊池 哲、飯島 克順、  
玄田 拓哉

症例は65歳の男性。他院でC型慢性肝炎に対して抗ウイルス療法が行われウイルス学的著効が得られている。平成26年4月、発熱・上腹部痛を主訴に近医を受診、腹部超音波検査で肝腫瘤を認め肝膿瘍の疑いで当科紹介受診。初診時血液検査では軽度の炎症反応の上昇を認めたが、各種腫瘍マーカーは陰性。腹部超音波検査で肝右葉に10cm大の比較的境界明瞭で内部が不均一に低エコーを呈する腫瘍性病変を認めた。造影CT検査で同病変は、動脈相から平行相まで辺縁のみが淡く造影され、内部は造影効果を認めなかった。EOB-MRIではT1低信号、T2高信号、DWIで高信号を呈し、肝細胞造影相では低信号を呈した。抗生物質を中心に治療を行ったが炎症反応が改善しなかったため、細径針を用いて病変部の生検を実施。組織学的に病変内部は広範な壊死組織からなっていたが、病変辺縁には紡錘形から星芒状の形態を示す異型細胞の増殖と粘液腫様の間質を認めた。免疫組織学的に異型細胞はVimentinが陽性、AFP・CK7・Desmin・SMA・p53・c-kitは陰性で、一部にPAS陽性硝子体を認めたことから最終的に肝未分化肉腫と診断した。PET-CTでは肝病変のみにFDG-PETの異常集積を認めたが他臓器に集積を認めなかったことから肝切除を予定した。しかし、手術直前に再度行われたCT検査で、腹水貯留と複数の腹膜播種巣を認めたため肝切除を断念。標準的治療法が確立していないことから、アントラサイクリン系と白金製剤による肝動注化学療法を実施したが、期待された効果は得られず全経過94日で死亡した。成人の肝未分化肉腫は極めてまれで、予後不良な疾患であることから、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 16 C型慢性肝炎に合併した肝原発MALTリンパ腫の1例

三重大学 消化器・肝臓内科

○吉川 恭子、杉本 龍亮、宮地 洋英、諸岡 留美、  
矢田 崇純、篠原 浩二、浦城 聡子、山本 憲彦、  
長谷川浩司、岩佐 元雄、白木 克哉、竹井 謙之

【症例】57歳男性。2型糖尿病、高血圧症、C型慢性肝炎のため当院糖尿病内科に通院中であった。20XX年Y月スクリーニング目的で施行した腹部エコーおよび腹部単純CTにて、肝後区域に20mm大の腫瘤影（エコーでhypoechoic、単純CTで低吸収）を指摘され、当科を紹介された。EOB-MRIでは、同腫瘤は動脈相で淡く造影、門脈・後期相にかけて徐々にwash out、肝細胞相で周囲肝実質より低信号を示した。他にも、肝両葉にT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を示す結節を多数認め、多発性肝細胞癌が疑われ、精査加療目的に当科入院となった。入院時検査所見では、肝胆道系酵素は正常、HBs抗原陰性、HCV-RNA7.6logIU/ml、genotype2b、ANA、AMA陰性であり、各種腫瘍マーカー（AFP、PIVKA-II、CEA、CA19-9）はいずれも正常範囲内であった。腹部血管造影検査を施行したところ、肝後区域に腫瘍濃染と両葉に多発する点状の濃染を認めた。EOB-MRI検査で指摘されたS7の腫瘤は24mm大と増大傾向で、CTAPでperfusion defect、CTHA早期相で濃染された。しかし、CTHA早期相の濃染はリング状で、CTHA後期相でのコロナ濃染を認めないことより、肝細胞癌と確診できなかった。確定診断目的で施行したエコーガイド下腫瘍生検所見では、核型のやや不整な中型リンパ球の増殖を認め、免疫染色でCD3(-)、CD5(-)、CD10(-)、CD20(+)、CD23(-)であり、mucosa associated lymphoid tissue (MALT)リンパ腫と診断された。上部消化管内視鏡、全身CT、FDG-PETで肝以外に異常所見は認められず、肝原発MALTリンパ腫と診断し、血液内科にて化学療法を開始されることとなった。【考察】肝原発悪性リンパ腫の画像所見ではpenetrating signが特異的であるが、小腫瘍には見られず、画像検査のみで診断するのは困難である。C型慢性肝炎患者においては稀に肝原発悪性リンパ腫（特にMALTなどの低悪性度B細胞性リンパ腫）を合併することがあり、濃染する腫瘤を見た際には、悪性リンパ腫も鑑別する必要がある。C型慢性肝炎に合併した肝MALTリンパ腫の本邦報告例をまとめ報告する。



## 17 当院における膵・胆管合流異常の検討

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>浜松南病院 消化器科  
○持塚 康孝<sup>1</sup>、大島 昭彦<sup>1</sup>、丸山 保彦<sup>1</sup>、景岡 正信<sup>1</sup>、  
寺井 智宏<sup>1</sup>、志村 輝幸<sup>1</sup>、金子 雅直<sup>1</sup>、山本 晃大<sup>1</sup>、  
渡辺 文利<sup>2</sup>

【目的】膵・胆管合流異常（PBM）は胆道癌のリスクファクターであり、当院のPBMをretrospectiveに検討する。【対象】2006年1月～2014年9月にERCPでPBMを確認しえた11例。【患者背景】平均年齢52.2歳、男女比3:8、拡張型2例、非拡張型6例、評価不能3例、胆道癌の合併は胆嚢癌5例で胆管癌は見られなかった。【検討項目】1) 症状・発見契機、2) 画像診断能、3) 治療、4) 予後【結果】1) 有症状は5例（腹痛3例、黄疸3例、上腹部不快感1例 重複あり）、無症状は6例であった。無症状例は、他疾患でのスクリーニングUSの3例と検診USの2例がPBM以外の胆道異常を指摘され精査となっていた。全症例で発見契機となった画像所見は胆嚢腫瘍・ポリープが5例、胆管拡張が3例、胆嚢壁肥厚2例、胆石術前MRCPでPBMを指摘1例であった。2) US9%（1/11）、CT18%（2/11）、MRCP66.7%（4/6）、EUS88.9%（8/9）であった。3) 胆摘が行われたのは非拡張型の5例であり、5例中2例は胆嚢癌の症例であった。他の胆嚢癌3例は化学療法を行った。拡張型の2例は手術未施行であった。4) 死亡例は4例あり、すべて胆嚢癌患者であった。【考察】症状の有無にかかわらず胆嚢の異常から精査に至る例が多く、ERCP以外の検査ではEUSの描出率が高かった。胆嚢癌を疑う腫瘍性病変から精査される例が多い傾向にあった。【結語】PBM診断にはEUSが有用であり、胆道精査の際はPBMを念頭に置きEUSによる注意深い観察が重要と考えられる。

## 19 特殊な膵胆管合流異常を合併した悪性胆道狭窄に対する、副乳頭から金属ステントを留置した1例

<sup>1</sup>静岡県立 静岡がんセンター 内視鏡科、  
<sup>2</sup>静岡県立 静岡がんセンター 消化器内科  
○松井 徹<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、濱内 諭<sup>2</sup>、川田 登<sup>1</sup>、  
今井健一郎<sup>1</sup>、田中 雅樹<sup>1</sup>、角嶋 直美<sup>1</sup>、滝沢 耕平<sup>1</sup>、  
堀田 欣一<sup>1</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>

症例は60代、女性。幼少時に急性膵炎の既往歴があった。皮膚の黄染を主訴に近医受診し、CT、MRI検査で、胆嚢癌、多発肝転移と診断された。腫瘍の進展により総胆管は狭窄し、さらに副膵管と総胆管が合流しており、特殊な膵胆管合流異常の合併も疑われ、加療目的に当院紹介となった。減黄を図るため内視鏡的胆道ドレナージを試みたが、主乳頭からのカンユレーションは困難であった。他方、副乳頭はやや膨大しており、開口部も明瞭であった。そこで副乳頭からカンユレーションしたところ、副膵管が総胆管中部に合流し、胆汁は副乳頭および主乳頭に流出していることが判明した。主乳頭からのカンユレーションは困難であったため、副乳頭から胆管狭窄部へ金属ステントを留置した。術後合併症なく軽快退院となった。留置後4ヶ月、胆管ステントのトラブルはなく、化学療法継続中である。膵胆管合流異常は、通常胆管と腹側膵管との関係で説明されており、胆管と背側膵管との直接合流はないとされている。本症例は、背側膵管と総胆管の間をごく短い交通枝が介在しており、造影上、両者は直接合流しているように見えた。合流異常における膵胆管の共通管が異常に長く、腹側膵管が胆管から分離した直後に背側膵管に合流した結果と推察された。そのため、胆汁は背側膵管を介して副乳頭へ流出し、共通管を介して主乳頭へ流出する特異な形態を呈していた。副膵管から総胆管への経路を利用することにより胆道ステントを留置することが可能となった非常に稀なケースであり、文献的考察を加え報告する

## 18 当院で経験した膵・胆管合流異常の検討

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

【はじめに】2012年、日本膵・胆管合流異常研究会と日本胆道学会より、膵・胆管合流異常診療ガイドライン発表された。膵・胆管合流異常は、胆道癌のリスクファクターと認識されており、手術時期の明確なエビデンスはないが、診断確定後は早期の手術が推奨されている。今回、我々は当院で経験した膵・胆管合流異常につき検討したので報告する。【対象】2009年4月から、2014年8月までに当院で経験した膵・胆管合流異常9例、非拡張型5例、拡張型4例（非拡張型は、胆管径10mm以下とした）。男性3例、女性6例。年齢は42歳（17-68歳）。【結果】発見契機は、急性膵炎の精査2例、腹痛4例、食欲不振1例、2例は無症状で、1例は大腸癌術前の腹部CT検査で胆管拡張を指摘、1例は検診の腹部超音波検査にて胆嚢壁肥厚を指摘されたのが契機となった。各種画像診断能は、膵管と胆管の合流部が十二指腸壁外であるという点に着目し検討したところ、MDCT、MRCP5/8（62.5%）、ERCP9/9（100%）、EUS7/8（87.5%）であった。胆汁中アミラーゼは、175026/482-991700IU/mlと全例で高値であった。術前に2例で、胆管癌、胆嚢癌の合併を診断した。1例は、CT、MRCPで胆管癌の合併を指摘することは困難であったが、コンベックスEUSによる観察で、肝門部の胆管が明瞭に描出され、同部位の腫瘍の存在を指摘することができた。現時点では、同時に認められた胆道癌2例を除いて、術後に癌の合併を認めていない。【結語】MDCT、MRCPでは直接的に膵・胆管合流異常の指摘が困難である症例も存在し、臨床的に膵・胆管合流異常を疑った場合には積極的にEUS、ERCPなどのmodalityを選択する必要がある。

## 20 急性膵炎を契機に見えられた高齢者choledochocoeleの1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科  
○三田 直樹、岩田 圭介、岩佐 悠平、水谷 拓、  
杉山 智彦、山内 貴裕、佐藤 寛之、安藤 暢洋、  
山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一

【症例】85歳/女性【主訴】心高部痛【家族歴】特記事項なし【既往歴】H19年：左乳癌ope【嗜好歴】飲酒(-)喫煙(-)【現病歴】20XX年X月X日突然の心高部痛を主訴に当院ER受診。血清P-Amy:1151と高値で造影CTにて膵実質には造影不良域はないものの結腸間膜根部まで炎症の膵外進展を認め造影CT grade1の急性膵炎と診断した。予後因子は年齢のみ該当し1点であった。腹部US/CT上胆石性膵炎は考えにくく保存的加療を行った。治療開始後に自覚症状や血液dataは一旦は改善したがday11に再び腹痛と膵酵素/炎症反応の上昇を認めると共に肝胆道系酵素の上昇も認めたと同日緊急ERCPを施行した。内視鏡所見で副乳頭はやや低形成であったが、主乳頭自体に異常は認めなかった。しかし主乳頭の口側隆起に半球状の粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。ERCでは乳頭部胆管(Ao)に12mm大の嚢状に拡張した共通管と同部に流入する胆管と膵管が描出された。また胆管内に明らかな結石は認めなかった。以上からKamisawaraの共通管拡張型choledochocoeleと診断した。嚢状に拡張した共通管内の膵液および胆汁の流出動態の異常が膵炎の因と考えられ、嚢腫内の膵液/胆汁のうっ滞を解除する目的で口側隆起をESTにて切開した。切開後内視鏡的に良好な胆汁の流出を確認し、胆管口と膵管口が完全に分離されている事を確認し手技を終了した。なお胆汁中Amyは3199IU/lであった。EST後自覚症状と採血dataは速やかに改善しday20に退院となった。【考察】choledochocoeleは比較的稀な疾患でありERCP施行例の0.1%前後と報告され、一般に膵胆管合流異常は伴わないとされてきた。しかし最近の報告では本症例のように共通管を有する例においては膵胆管合流異常に類似した現象が起こりえるとされ、新たな診断基準や分類が報告されている。本症例も既報のように嚢腫内の胆汁/膵液の流出動態の異常により発症した急性膵炎と考えられ文献的考察を加えて報告する。

## 21 閉塞性黄疸を伴った総胆管内石灰乳胆汁の1例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 消化器内科、

<sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器外科

○長澤 真帆<sup>1</sup>、山田 貴教<sup>1</sup>、尾上 峻也<sup>1</sup>、松永英里香<sup>1</sup>、  
高鳥 真吾<sup>1</sup>、松浦 友春<sup>1</sup>、伊藤 静乃<sup>1</sup>、辻 敦<sup>1</sup>、  
高橋百合美<sup>1</sup>、笹田 雄三<sup>1</sup>、齋田 康彦<sup>1</sup>、犬飼 政美<sup>1</sup>、  
福本 和彦<sup>2</sup>、落合 秀人<sup>2</sup>、鈴木 昌八<sup>2</sup>

【はじめに】石灰乳胆汁は、胆嚢管閉塞により生じる病態で、閉塞性黄疸を来すことは稀である。今回、石灰乳胆汁を伴う総胆管結石により、結石除去後も遷延する閉塞性黄疸を来した症例を経験したので報告する。【症例】57歳男性。主訴は、胸焼け・黄疸。20XX年3月末より胸焼け・尿黄染・白色便を認めていた。4月初め、近医受診時、T-bil10mg/dl、AST120IU/L、ALT346IU/L、腹部超音波検査で肝内胆管・胆嚢の拡張と高輝度の内容物を認め、閉塞性黄疸の診断で当院紹介受診となった。来院時、黄疸・心窩部痛を認め、血液検査ではWBC6200/μl、T-bil16.3mg/dl、ALP1231IU/L、AST53IU/L、ALT152IU/L、γ-GTP483IU/L、CRP1.6mg/dlと黄疸、肝機能障害、軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部CTでは、下部総胆管に7mm大の石灰化結石、肝内胆管・総胆管の拡張、胆嚢内の高濃度域を認めた。MRIでは、胆嚢・総胆管内にT2強調画像で液面形成する低信号域を認めた。精査治療のため入院となった。入院第2病日、ERCでは、拡張した総胆管と胆嚢内に多数の不整透亮像を認め、乳頭切開したところ、7mm大の緑色の結石と緑白色胆汁の排出あり。第6病日、黄疸の増悪を認めたため、ERCPを施行。ドレナージは良好であったため、追加処置は施行せず。長期胆管閉塞による肝細胞レベルでの胆汁排出不全と考えられ、ウルソデオキシコール酸の内服を開始した。その後、黄疸は徐々に改善し、8月中旬、腹腔鏡下胆嚢摘出術施行となった。手術標本は、慢性胆嚢炎の所見で、胆嚢内に石灰乳胆汁及び結石残存は認めなかった。【考察・結語】本症例では、成分分析の結果、総胆管より排出した結石・緑色胆汁は、ともに炭酸カルシウム(>90%)を主成分としていた。画像・手術所見を併せて、胆嚢頸部嵌頓結石と共に胆管内に流出した石灰乳胆汁により閉塞性黄疸に至ったものと考えた。また、自験例を含む22例につき検討し報告する。

## 22 肝機能異常にUDCAが著効後、潰瘍性大腸炎を発症した原発性硬化性胆管炎の1例

浜松医療センター 消化器内科

○川村 欣也、吉井 重人、高橋 悟、木次 健介、  
石田 夏樹、伊藤 潤、松浦 愛、栗山 茂、  
岩岡 泰志、住吉 信一、影山富士人、金岡 繁

症例は49歳女性。主訴は上腹部痛。既往歴として2009年、十二指腸潰瘍。H. pylori除菌治療を受けている。内服薬はニザチジン、乾燥水酸化アルミニウムゲル・水酸化マグネシウム。2013年3月に十味敗毒湯を2週間内服。2012年に半年から1ヶ月程、市販の健康食品2種類内服。生活歴：中国国籍。飲酒、喫煙歴無し。アレルギー無し。家族歴：父と兄に急性肝炎の既往有り。現病歴：これまで検診で肝機能異常を認めた事はなかった。2013年5月頃から食後の上腹部痛があり、近医を受診した。腹部エコーで胆管拡張と、血液検査で肝機能異常(総ビリルビン0.72、AST107、ALT167、ALP2287、γ-GTP1304)を認め、6月、精査目的で当科を紹介受診した。外来で、原因精査を行った結果、画像上、胆管の口径不整が認められ、原発性硬化性胆管炎(PSC)が疑われた。7月、肝生検を施行し、門脈域に炎症細胞浸潤を認めたが、onion skin fibrosis等の所見は得られなかった。下部の内視鏡検査(CS)は他院で施行し、異常なかったとの事であった。7月よりUDCA600mgを開始し、肝機能異常は改善した。2014年3月の外来受診時に下痢の症状が出現し、CSを施行した結果、盲腸→S状結腸にかけて血管透見の消失・粘膜粗造・びらん・発赤を認め、特に盲腸・S状結腸では小潰瘍も認めた。直腸は一部発赤を認めたが、血管透見は保たれていた。粘膜組織では、炎症細胞浸潤やcryptitisの所見が認められた。PSCに合併したUCと診断し、メサラジンの内服治療を開始したが、炎症の改善が乏しく、2014年9月より顆粒球除去療法(G-CAP)を併用し治療を継続している。肝機能異常に対しUDCAは有効であったが、後に潰瘍性大腸炎を発症した原発性硬化性胆管炎を経験した。PSCに対するUDCA治療の臨床的意義は未だ不確定であり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 23 好酸球性胆管炎と考えられた一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

今回我々は好酸球性胆管炎と考えられる興味深い症例を経験したため報告する。症例は71歳女性。4年前に肝障害を伴う特発性血小板減少性紫斑病を発症し、当院血液内科にてデキサメタゾン大量療法を行い軽快した。後療法なく経過観察し、3年前も軽度の肝障害があったが自然軽快した。2014年4月咽頭痛・倦怠感で受診し、肝障害と好酸球増多(6121/ $\mu$ L)を認めた。薬物性・アルコール性肝障害は否定的であった。血液検査：WBC 11130 (Neu25.0%, Lym12.5%, Mono5.5%, Eos55.0%, Baso 2.0%), RBC397, Hb12.3, Ht36.2, Plt29.6, HBs Ag(-), anti-HCV(-), TP7.5, Alb3.6, T-Bil0.9, AST399, ALT321, LDH1552, ALP2876,  $\gamma$ GTp695, CRP2.9, PT%74, IgG1651, IgM129, IgE21.9, IgG4 18.2, ANA80(spec), ASMA(-), LKM-1(-), AMA(-), sIL-2R1470。USで軽度の肝腫大と肝実質の不整像を、CT・MRI・EUS・IDUSで肝外胆管にびまん性壁肥厚を認めた。ERCPで総胆管は軽度拡張してびまん性不整像を呈し、肝内胆管は軽度の狭細化が散見された。膵管に異常はみられなかった。胆管生検では強い細胞浸潤を伴う肉芽組織と好中球・形質細胞に加え好酸球浸潤を認めた。肝生検では好酸球を含めた門脈域の著明な細胞浸潤があり、中等度のインターフェイス肝炎を示した。架橋形成を伴う門脈域の線維化もみられた。治療前AIHscore17点とAIHも考えられる病態だが特異的な胆管画像所見と好酸球浸潤からは好酸球性胆管炎が疑われた。治療はPSL30mgから投与を開始し、好酸球数および肝機能障害は著明に改善した。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 25 大腸癌術後に発症した胆嚢壁腫瘍の一例

1 静岡県立総合病院 消化器内科、

2 静岡県立総合病院 病理

○榎田 浩平<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>1</sup>、青山 弘幸<sup>1</sup>、佐藤 辰宣<sup>1</sup>、  
青山 春奈<sup>1</sup>、黒上 貴史<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、室 博之<sup>2</sup>

78歳、男性。胆嚢に隆起性病変を指摘された。症状はなかった。既往歴として8ヶ月前に進行大腸癌(上行結腸、2型、Well differentiated adenocarcinoma, ts:3.5x1.5cm, pT3, pN1, sM0, ly1, v1, stage3A) および低悪性度胃GIST (mitotic index : <5/50HPP, ts:2.5x1.5cm) にて外科治療を受けた。経過観察の腹部造影CTにて胆嚢底部に造影効果を伴う10mmほどの隆起性病変を認めた。血液検査にて腫瘍マーカーの上昇はなかった。CT画像にて病変の表面はいわゆるmucosal layerにて覆われたドーム状の形態を呈した。MRIT1強調画像にて高信号、T2強調画像にて全体に低信号を呈するなか斑状に高信号、拡散強調画像にて拡散制限を認めた。超音波内視鏡にて病変は最内高エコー層により覆われた、中央に高エコースポットを伴い全体に低エコーを呈する腫瘍であり、小斑状高エコーを散見した。転移性胆嚢癌を疑い拡大胆嚢摘出術を施行した。胆嚢体中部に径1.3cmの境界不明瞭な壁内結節があり、病理組織学的に好中球が密に浸潤した膿瘍であり、中央にコレステロール結晶を含む胆汁様物が見られた。病巣近傍にRokitansky-Aschoff sinusが多数見られた。胆嚢筋腫症に合併した胆嚢壁膿瘍と診断した。

## 24 陶器様胆嚢を伴い肝門部領域胆管癌との鑑別を要し胆嚢摘出術にて確定診断できたIgG4関連硬化性胆管炎の1例

三重大学

○小松原春菜、栗山 直久、出崎 良輔、奥田 善大、  
飯澤 祐介、高橋 直樹、加藤 宏之、村田 泰洋、  
種村 彰洋、安積 良紀、岸和田昌之、水野 修吾、  
臼井 正信、櫻井 洋至

症例は64歳男性。眼球結膜黄染と発疹にて前医を受診し、血液検査でT-Bil11.1mg/dl、CTで肝内胆管拡張と上部胆管狭窄を指摘された。ERCで、上部胆管はほぼ閉塞し、同部の生検では癌陰性でERBD挿入後に当院に紹介された。当院のダイナミックCTでは、上部～中部胆管壁に造影効果のある20mm長の壁肥厚と腫瘍像、一部石灰化を伴う胆嚢壁の全周性肥厚を認めたが、胆管生検および胆汁細胞診でも悪性所見は認めなかった。2週間後にERCで再検したところ胆管狭窄は著明に改善され、同部の生検も陰性であった。臨床経過と血清IgG4の上昇(144mg/dl)を認めたことからIgG4関連硬化性胆管炎を第一に疑ったが、CEAの上昇(14.4mg/dl)、PET-CTで胆嚢壁(SUV:4.6)、胆管狭窄部(SUV:4.3)、肝十二指腸間膜リンパ節(SUV:4.2)への異常集積がみられ、悪性腫瘍を完全に否定出来ないため確定診断の目的に手術を施行した。胆嚢は白色陶器様胆嚢術後、術中迅速病理検査で胆嚢管断端、肝十二指腸間膜内リンパ節ともに悪性所見を認めなかったため、肝外胆管切除はせず手術を終了した。病理所見では胆嚢壁は高度に繊維性肥厚し、壁内にはIgG4陽性形質細胞の著明な増加を認めたため、IgG4関連硬化性胆管炎と診断した。術後4ヶ月の現在再発の兆候なく、IgG4関連疾患の治療に準じPSL内服治療中である。

## 26 胆嚢、肝臓、腎臓の三重癌を認めた1例

1 浜松市国民健康保険 佐久間病院、

2 静岡県立総合病院 消化器科、

3 静岡県立総合病院 病理科

○森下 直樹<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>2</sup>、鈴木 誠<sup>3</sup>、榎田 浩平<sup>2</sup>、  
青山 春奈<sup>2</sup>、青山 弘幸<sup>2</sup>、森下 杏早<sup>2</sup>、佐藤 智仁<sup>2</sup>、  
黒上 貴史<sup>2</sup>、白根 尚文<sup>2</sup>

65歳・男性。空腹時心窩部痛にて実施された腹部超音波検査にて胆嚢隆起性病変を捉えられた。既往歴に十二指腸潰瘍の治療歴と虫垂炎の手術歴があった。血液検査にて軽度の肝障害(AST/ALT=56/69, GGTP=84)があり、腫瘍マーカーはPIVKA-IIの軽度の上昇を認めた(PIVKA-II 79mAU/ml)が他は正常範囲であった(CEA2.0ng/ml, CA19-9 19U/ml, AFP 7ng/ml)。ウイルスマーカー陰性であった。造影CTにて胆嚢体部、肝臓側に早期濃染する30mm大の広基性隆起があり、その基部は後期濃染所見を呈した。胆嚢床には25mm大の早期濃染する類円形の腫瘍があり、門脈相で低吸収域となり、モザイクパターンを呈した。さらに右腎に10mm大の早期濃染する腫瘍を認めた。それぞれの造影所見より、胆嚢癌、肝細胞癌、腎細胞癌を疑った。胆嚢病変はEUSにて胆嚢床浸潤が疑われ、胆嚢頸部にリンパ節腫脹をみとめたことからStageIIIと診断した。胆嚢床の腫瘍は経皮的針生検にて肝細胞癌が確認された。胆嚢摘出術、肝部分切除術(S4a+5)、右腎部分切除術が実施された。病理組織学的検査の結果、進行胆嚢癌：乳頭浸潤型、pT2, pN1, v1, ly1, pHinf0, Stage III、中分化型肝細胞癌：単純結節周囲増殖型、fc(+), fc-inf(+), sf(+), vp0, vv0, Stage I、腎細胞癌Stage Iと診断された。

## 27 緊急ドレナージ後、待機的手術を施行した胆嚢捻転症の一例

岡崎市民病院

○本田 倫代、森 俊明、吾妻 祐哉、飯塚 彬光、  
中川 暢彦、長谷川裕高、森本 大士、佐藤 敏、  
西 鉄生、石山 聡治、鈴木 祐一

症例は89歳男性。前日からの心窩部通で当院救急外来を受信。胆嚢腫大、炎症反応高値を認め、急性胆のう炎の診断で入院。翌日症状増悪、炎症反応上昇のため、経皮経肝の胆嚢ドレナージ(PTGBD)を施行。US、MRCPで胆石は認めなかった。症状は完全に消失、炎症反応も改善し、待機的手術として入院19日目、回復胆嚢摘出術を施行。術中所見ではGross2型の遊走胆嚢で、反時計回りに540度捻転していた。胆嚢漿膜面に壊死穿孔の所見はなかったが、摘出検体では捻転部より末梢側の粘膜面に壊死性変化を認めた。術後経過は良好で術後6日目に退院となった。胆嚢捻転症は高齢女性に多く、遊走胆嚢、亀背などが要因として指摘されている。比較的多くの文献が認められるが、急性腹症の原因としては頻度の低い疾患で、胆嚢炎と比較すると日常診療で遭遇することは少ない。当院では年間約150例の胆嚢摘出術を行っているが、本症は過去5年間で1例のみであった。本症は術前診断が比較的困難とされているが、画像診断の発達により高確率に診断が可能となってきた。自験例もレトロスペクティブに検討すると本症を疑う所見を指摘することができる。本症は緊急手術の適応になることもあるため、症状が強く、原因不明の胆嚢腫大を認めた場合は本症を念頭におく必要がある。

## 28 多発肺転移を伴う初回切除不能胆嚢癌に対しゲムシタビン+シスプラチン療法後に肝右葉切除術を施行した一例

名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学

○林 友樹、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、  
角田 伸行、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、  
上原 圭介、水野 隆史、山口 淳平、柳野 正人

症例は57歳、女性。右季肋部痛を主訴に近医を受診。造影CT検査で胆嚢体部から底部にかけて腫瘤状の不整な壁肥厚と、肝右葉に肝床から連続する辺縁に造影効果が強く内部は低吸収な径10cmの腫瘍性病変を認めた。また両肺に複数の小結節を認めた。内視鏡的胆汁細胞診でclass5であり、遠隔転移を有する胆嚢癌、T3 N0 M1と診断された。ゲムシタビン+シスプラチン療法を導入、計19クール施行した。原発腫瘍は底部のみに縮小し、肝腫瘍も径6.5cmと縮小、両肺の多発小結節は8クール施行後すべて消失した。初回治療開始より12ヶ月後に当院を紹介受診。審査腹腔鏡検査では腹腔内に播種結節を認めず、FDG-PET検査にも原発巣を含め全身にFDGの異常集積を認めなかった。画像上残存する原発巣の切除を行う方針とし、経皮的門脈塞栓術施行後、肝右葉切除術を施行した。手術時間は278分、出血量は231mlであった。術後経過順調で、術後13日目に退院した。切除標本肉眼所見は、胆嚢底部に胆嚢粘膜の軽度の引きつれを認めるものの粘膜面に病変を認めず、肝の腫瘍は完全に壊死を来していた。病理学的にはviableな腫瘍は認めず、サンプリングした肝十二指腸間膜リンパ節や傍大動脈リンパ節も転移陰性であり組織学的CRであった。現在術後2ヶ月が経過し、術後治療は施行せず経過観察中である。



29 虫垂粘液癌を合併した肛門周囲Paget病に対して、  
腹腔鏡下にて一次的切除を施行した1例

愛知県がんセンター中央病院

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

症例は87歳、女性。肛門部違和感を主訴に前医を受診。肛門周囲のびらんに対して生検を行われ、Paget病由来腺癌の診断にて当院を紹介受診。CTでは明らかな遠隔転移、リンパ節転移は認めず、虫垂内腔に粘液貯留を伴う虫垂腫大を認めた。下部消化管内視鏡では、肛門病変は歯状線に一部かかる境界明瞭な隆起性病変を認め、回盲部病変は虫垂入口部に盲腸腺腫を認めた。以上から虫垂粘液癌を合併した肛門周囲Paget病の診断にて、手術を施行した。術式は、腹腔鏡下腹会陰直腸切断術、肛門周囲皮膚切除及び腹腔鏡下回盲部切除を選択した。全麻下に肛門皮膚病変に対して、全周性に皮膚mapping biopsyを行い、悪性所見の陰性を確認した後に、会陰創の皮膚切開線を決定した。術後経過は、イレウスを発症するも保存的に軽快し、退院した。病理結果は、肛門病変は重層扁平上皮内に密に増生するPaget diseaseを認め、ほとんどが上皮内病変であるも、一部に真皮上層に浸潤していた。脈管侵襲を認めたが、直腸の腺上皮には腫瘍性病変は認めず、切除断端は陰性であり、T1N0M0 StageI(UICC7th)であった。虫垂病変は、虫垂入口部から回盲部に突出する30x25mm大の腫瘍を認め、low-grade appendiceal mucinous neoplasmに相当する組織像であり、T2N0M0 StageIであった。術後4か月現在無再発生存中である。今回我々は、皮膚原発癌である肛門周囲Paget病に対して、術前mapping biopsy後に、腹腔鏡下腹会陰直腸切断術を施行した。本症例では病変が歯状線にかかる病変であり、術前のbiopsyで真皮への浸潤が疑われていた。また回盲部病変も合併していたため腹腔内からのapproachも必須であった。高齢のため再発による再手術の回避と、肛門温存による肛門機能障害を懸念し、腹会陰直腸切断術を選択した。本症例のように術前検査で直腸肛門管癌の存在を認めないときは治療方針の決定については慎重な検討を要する。本術式は、切除による根治性を失わず、低侵襲で拡大視効果により安全な手術が可能であり、側方郭清の不要な疾患では有用な術式と考えられた。

31 腸腰筋膿瘍・同時性肝転移を伴った上行結腸癌に対  
して集学的治療が奏功した1例

半田市立半田病院 外科

○岸本 拓磨、岡田 禎人、太平 周作

症例は66歳、女性。下腹部腫瘍、歩行障害を主訴に当院消化器内科受診した。腹部造影CT検査にて、上行結腸腫瘍影、右腸腰筋膿瘍と肝S6に27×16mm大の肝腫瘍影を認め、上行結腸癌とそれに伴う腸腰筋膿瘍、転移性肝腫瘍と診断した。一次的に転移性肝腫瘍切除も考慮されたが、十分な精査が行っていないことや腸腰筋膿瘍を伴っており局所再発の危険性が高いと判断して、まずは肝切除を行わずに上行結腸癌、腸腰筋膿瘍に対して右半結腸切除術、腸腰筋膿瘍ドレナージ術を行った。術後経過良好で第25病日に退院となった。切除標本の病理組織学的所見は中分化腺癌、SS,ly1,v1,N1,H1,P0,M0,StageIVであった。EGFR陽性で、Kras変異は認めなかった。初回手術後にmFOLFOX6、Bevacizumabによる化学療法を5コース（初回はBevacizumabなし）行った。化学療法施行後の腹部造影CTで転移性肝腫瘍は10×8mmに縮小していたために部分奏功と判断した。PET-CT、EOB-MRIにて他の肝内病変もしくは肝外病変を指摘し得ず、転移性肝腫瘍に対してS6肝部分切除術を行った。術後経過良好で第11病日に退院となった。切除標本の病理組織学的所見では、腫瘍細胞は全て壊死しており、薬物治療の組織学的効果判定はGrade3であった。2回目手術後に術後補助化学療法としてmFOLFOX6を4コース行った。現在は、2回目術後1年6か月無再発生存中である。化学療法の進歩した昨今では手術に加えて化学療法を行うことにより、R0切除可能な症例が増えている。今回の症例では初回手術時に肝切除を行うことも検討されたが、術前検査不十分であることを、腸腰筋膿瘍を伴っており局所再発の可能性が極めて高いことを考慮して、同時肝切除は行わなかった。化学療法施行して経過観察を行い、R0切除可能と判断して二次的切除を行った。今回我々は、腸腰筋膿瘍・同時性肝転移を伴った上行結腸癌に対して集学的治療を行い、良好な経過が得られたので報告する。

## 30 右腎実質に直接浸潤した上行結腸癌の一切除例

岐阜県立多治見病院 外科

○山中 雅也、梶川 真樹、田中 伸孟、鎗田 哲暢、  
水野 亮、小西 滋、出口 智宙、原田 明生

【症例】69歳、男性。約2か月前から味覚異常、食欲低下、立ちくらみが出現、9kgの体重減少もみられた。近医にて、腹部の貧血と右腹部の腫瘍を指摘され、当院を受診した。高度CTでは、上行結腸を中心に直径約10cmの腫瘍と右腎実質への直接浸潤が疑われた。領域リンパ節の腫大はみられたが、他に遠隔転移を疑わせる所見はみられなかった。大腸内視鏡検査では、横行結腸にはほぼ全周性の2型腫瘍があり、そこから口側の観察は困難だった。同時に行った大腸造影検査では、横行結腸と上行結腸間に瘻孔が形成されていた。生検では中分化～低分化型腺癌と診断された。以上より、横行結腸・右腎に浸潤した上行結腸癌の診断で、結腸右半切除術、右腎摘出術（D3, CurA）を行った。術後病理組織学的診断は中分化～低分化型腺癌、pT4b（右腎、横行結腸）、pN1; stageIIaであった。術前腎機能は正常であったが、術後は血清中BUN30mg/dl台、クレアチニン3mg/dl台と悪化した。利尿剤等でやや軽快したが、BUN20mg/dl台、クレアチニン1.8-1.9mg/dl台で恒常化した。術後2週間で退院。腎機能の問題や本人の希望もあり、術後補助化学療法は行っていないが、術後23か月の現在、無再発で外来通院中である。【まとめ】大腸癌の隣接臓器浸潤（SI）は、まれな病態ではないが、腎実質への直接浸潤は比較的まれとされ、切除例の報告は少ない。本症例のごとく、術後腎機能悪化により、化学療法の選択に支障をきたす可能性もあるが、他臓器浸潤同様、治癒切除可能な場合は切除が望ましいと考えられた。

32 5回の手術と化学療法で、8年3ヶ月の生存が得ら  
れているstage4直腸癌の1例

名古屋大学医学部付属病院 腫瘍外科

○神谷 忠宏、上原 圭介、有元 淳記、加藤 健宏、  
中村 勇人、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、  
角田 伸行、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、  
水野 隆史、山口 淳平、柳野 正人

症例は58歳男性。2006年6月、直腸癌および切除不能多発肝転移で当科紹介となった。イレウスを併発するため直腸低位前方切除術を施行後、肝転移に対して肝動注療法（5FU+LV+CPT-11）を施行し、2006年11月に肝左三区域切除、尾状葉切除および肝外胆管切除術を施行した。術後はUFT補助療法を施行した。2007年5月、下縦隔LN転移を認め、LN郭清術を施行、2007年12月には肺転移および下縦隔LN転移に対して、胸腔鏡下肺部分切除術および下縦隔LN郭清術を施行した。2009年4月、上縦隔LN転移に対して上縦隔LN郭清術（右腕頭静脈合併切除、人工血管再建）を施行した。2009年10月、多発肺転移を認めため、UFTからS-1内服に変更、2010年3月からは肺転移増大のため、カペシタビン（Cap）内服に変更した。2010年11月、肺転移増大のためXELOX+Bevacizumab（Bev）療法に変更し、2011年11月からは末梢神経障害のためCap+Bevとした。2012年1月、蛋白尿増悪のためCap単剤とし、2012年2月には末梢神経障害が改善したため再度XELOX療法とした。2013年4月、肺転移増大のためCPT-11+Bevに変更した。2014年2月、さらに肺転移増大のためCPT-11+Panitumumabに変更した。2014年8月、肺転移増大のためRegorafenib内服に変更した。初診時から現在まで、ADL良好で一人暮らしを続けている。今回われわれは5回の手術療法と長期の化学療法を行い、8年3ヶ月の生存が得られている初診時切除不能stage4直腸癌の1例を経験した。自験例は根治手術を積極的に行ったことと、化学療法においてkey drugを万遍なく使用できたことが、長期生存につながったと考えられる。また長期生存できたことに伴い、Regorafenib内服という新しい治療レジメンの使用機会を持つことができた。近年、大腸癌に対する化学療法の進歩は目覚ましく、stage4大腸癌に対して手術療法と化学療法を組み合わせるにより自験例のような長期生存例が、今後さらに増加すると考えられる。われわれ外科医はstage4大腸癌の切除可能病変に対して、積極的な切除を常に念頭に置くべきと考えている。

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

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

【背景】StageIV大腸癌の中でも肝・肺転移については切除可能であれば切除するという基本方針が大腸癌治療ガイドラインにて示されている。さらに近年では全身化学療法の飛躍的な発展により、従来であれば切除不能と考えられていた転移巣も化学療法後にR0切除が可能となるケースの報告も増えてきている。しかし術前化学療法の有無やその内容についてはまだコンセンサスを得るには至っていない。今回、当科で経験した大腸癌肝転移切除症例の成績について報告し、早期再発症例を中心にそのリスク因子や手術適応について検討する。【対象症例】2007年3月から2013年12月までに当科で施行した大腸癌肝転移切除症例のうち初回の肝切除を行った40例を対象とした。

【結果】平均年齢は64歳。同時性肝転移が24例で、異時性肝転移が16例であった。またESMOグループ分類0が34例、1が16例であった。このうち肝切除前に化学療法がおこなわれていた群が17例で、おこなわれていなかった群が23例であった。平均観察期間は29.8±4.12か月で、術後の再発を20例（50%）に認めた。またこのうち術後半年以内に再発した症例は10例であった。無再発生存期間の中央値は18.3か月で、術前に化学療法を行った群と行わなかった群では無再発生存期間に有意な差は認めなかった（ $P=0.715$ ）。術前化学療法を計画的に行った群（4か月未満）8例と4か月以上行った群9例では、4か月未満であった群の無再発生存期間が延長する傾向にあった（ $P=0.071$ ）。術後補助療法を行った21例と行っていない14例では、行った症例群の方が無再発生存期間が延長する傾向にあった（ $P=0.067$ ）。

【考察】少数例での検討であるが、肝切除前の長期間の化学療法は大腸癌肝転移の無再発生存期間を短くする危険性があり、また術後補助化学療法は無再発生存期間を延長する可能性があることが示唆された。今後より症例数を増やして検討する必要がある。

<sup>1</sup>愛知医科大学 消化器外科、

<sup>2</sup>愛知医科大学 臨床腫瘍センター

○塚本 倫子<sup>1</sup>、大橋 紀文<sup>1</sup>、三嶋 秀行<sup>2</sup>、井戸 美来<sup>1</sup>、  
森 大樹<sup>1</sup>、内野 大倫<sup>1</sup>、木村 研吾<sup>1</sup>、清田 義治<sup>1</sup>、  
有川 卓<sup>1</sup>、永田 博<sup>1</sup>、宮地 正彦<sup>1</sup>、佐野 力<sup>1</sup>

レゴラフェニブは多標的の分子標的薬であり、ガイドラインで切除不能大腸癌に対して殆どの治療の最終ラインで使用が推奨されている。しかし、実地診療において長期間既存の化学療法を行った後に規定用量（160mg 3週間）で開始すると、強い有害事象のため治療の継続が困難になることが多い。レゴラフェニブに対してintra-individual titration法を行った1例を報告する。intra-individual titration法の概略は、添付文書でレゴラフェニブの最低量が80mgであることを参考に、切除不能大腸癌に対してレゴラフェニブの投与量をレベル1（80mg隔日）レベル2（120mg隔日）レベル3（160mg隔日）レベル4（120mg 3週間連日）レベル5（160mg 3週間連日）と設定し、レベル1から開始し、有害事象がgrade1以下かつ患者の拒否がなければ1レベルずつ上げるという内容である。症例は65才男性、2010年7月と8月にS状結腸癌と同時性肝転移を切除後、化学療法（SOX、途中からS1のみ）を行った。2012年3月に肺転移が出現したため、5月よりFOLFIRI+セツキシマブ、2013年2月よりIRIS+ペバシズマブを行った。2014年1月よりレゴラフェニブをレベル1で開始した。1週間後、有害事象の発現なくレベル2に移行した。レベル2で体調不良（高血圧、手足症候群、咳）が生じたため、一時中止を経てレベル1で再開後、6月よりレベル1とレベル2の交互（2錠と3錠を隔日）で10月現在投与を継続している。レゴラフェニブに対するintra-individual titration法は、早期に発生する重篤な有害事象をある程度回避し、化学療法の有害事象に対する患者の不安を軽減し、緩和化学療法の治療継続に有効である可能性が示唆された。

## 35 ESDにて治療摘除可能であった虫垂開口部近傍の大腸粘膜下層浸潤癌の1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○岩井 明洋、堀田 欣一、今井健一郎、山口裕一郎、川田 登、田中 雅樹、角嶋 直美、滝沢 耕平、松林 宏行、小野 裕之

【背景】虫垂開口部近傍の大腸腫瘍は、局注による膨隆が不良で穿孔のリスクが高いことから、内視鏡治療困難部位の一つと認識されている。また摘除後の急性虫垂炎の報告もあり術後管理にも注意を有する。【症例】75歳、男性、無症状。近医で施行した大腸内視鏡検査にて盲腸に表面隆起性病変を指摘され、精査加療目的にて当院紹介となった。当科で施行した大腸内視鏡検査にて盲腸の虫垂開口部近傍に15mm大の丈の低い隆起性病変を認めた。観察初期には病変の一部が虫垂開口部に伸展している様に見えたが、観察中に虫垂開口部が開き、病変の境界は明瞭となった。インジゴカルミンを散布すると病変の境界はより明瞭となり、虫垂開口部に陥凹を有しており、肉眼型は0-IIa+IIcとした。NBI拡大観察では陥凹部と一致して血管の拡張・蛇行・口径不同を認め、佐野分類TypeIIIAと診断した。クリスタルバイオレット染色後の拡大観察では、陥凹部で腺管の大小不同、配列の乱れを認めた。一部に腺管の辺縁不整を認めたが、領域が狭くV<SUB>1</SUB>/SUB>軽度不整と診断した。以上より、早期大腸癌、C、0-IIa+IIc (LST-NG-PD)、cTis(M)、15mmと診断し、虫垂開口部側の切開が可能であれば摘除可能と考え、ESDを施行した。体位は右側臥位にて施行し、ヒアルロン酸溶液局注による膨隆は比較的良好であり、Dual knifeを用いて虫垂開口部側から粘膜切開およびトリミングを十分にを行った。その後に残りの切開、剥離を施行し、偶発症なく一括摘除可能であった。術後経過は良好で第3病日に退院となった。病理組織は、Early cecal cancer, 0-IIa+IIc, 16mm, tub1, pT1a(SM:240 μm), ly0, v0, budding grade 1, HM0, VM0, Cur EAであった。【結語】ESDにて偶発症なく治療摘除可能であった虫垂開口部近傍の早期大腸癌の1例を経験したので報告する。

## 37 CTコロノグラフィーがその診断に有用であった早期大腸癌の一例

刈谷豊田総合病院 内科、

刈谷豊田総合病院 病理診断科

○溝上 雅也<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さよ<sup>1</sup>、澤田つなき<sup>1</sup>、内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】72歳、男性【既往歴】十二指腸潰瘍穿孔術後、癒着性イレウス、癒着剥離術後、胃嚢胞、肺気腫、痔核【病歴】2005年11月癒着性イレウスにより当院入院後、外来フォローされていた。2014年3月の健診にて便潜血陽性のため、同年4月当科受診、特に自覚症状なし。5月CS施行するも術後の癒着のため疼痛強く、S状結腸SD近傍まで挿入し挿入困難と判断し断念した。その際明らかな異常所見は認めなかった。同日CSに引き続きCTコロノグラフィーを(以下CTC)施行、S状結腸SD近傍に10mm大の側面変形を伴い、隆起性病変を認めた。大腸癌を否定できない所見のため注腸X線を施行すると、SD寄りのS状結腸に1.5cmでCTC同様に弧状変形を伴い中央に陥凹を有する隆起性病変を認めた。再度鎮静下にCSを行ったところS状結腸に1.5cmのIsp+IIcを認め発赤調、表面に凹凸不整を認め、緊満感を伴い深達度はSM浸潤癌と考えられた。生検では病理組織学的adenocarcinoma, well~moderately differentiated typeにてS状結腸癌と診断した。胸腹部造影CT、PET-CTで明らかなリンパ節腫大、遠隔転移を認めず手術適応と判断した。当院外科にて2014年7月15日、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行され11mm×13mmの腫瘍を認めた。病理組織学的に、papillary adenocarcinoma, type pap, pT1a(SM), med, INFa, ly0, v0, PNO, PM0, DM0, R0であった。術後の経過は良好で7月22日退院となった。【まとめ】近年大腸癌は増加傾向にあるが大腸癌検査は敬遠される傾向にあるため患者に負担の少ない検査の重要性が目まぐるしい。今回、CTCがその診断に有用であった早期大腸癌の1例を経験したため若干の文献的考察を加え、報告する。

## 36 直腸M癌のEMR切除後に局所再発と肝転移をきたした1例

豊橋市民病院 一般外科

○三竹 泰弘、相模 利貞、平松 和洋、柴田 佳久、吉原 基、青葉 太郎、山口 直哉、篠原健太郎、林 大介、南 貴之、和田 幸也、三品 拓也、伊藤 喜介、神原 祐一、西村 元伸、加藤 岳人

症例は71歳、女性。4年前に直腸RaのLSTに対しEMRを施行した。内視鏡観察では、30mm大のLST-G(結節混在型)で表面構造のpit pattern分類は4型であった。腺腫あるいは深達度mの腺腫内癌と診断し、計画的分割切除を行った。病理診断はAdenocarcinoma in tubulo-villous adenomaで深達度は粘膜筋板以下にとどまるm癌だった。3分割切除したが、1回目のEMRで腺腫内癌の癌部はすべて取り切れており切除断端は陰性で明らかな脈管侵襲も認めなかった。EMR後1年の大腸内視鏡検査では異常所見を認めず、終診とした。EMR後4年で下痢を主訴に再診。精査にて直腸癌再発の疑いと診断され、当科紹介となった。腹部造影CT検査では、直腸間膜に約40mm大の腫瘍を認め、多発肝転移を認めた。直腸癌局所再発の診断で直腸癌に対して低位前方切除を施行した。術後病理所見では、直腸堅固有筋層を主体に中分化型腺癌が認められ、血管内侵襲が強く見られたが、所属リンパ節に転移は認めなかった。術後経過は良好で、現在外来で肝転移に対する化学療法を施行中である。本症例では、1回目のEMRで癌部は取り切れており、2回目、3回目の切除片には癌成分はなかった。粘膜層内から微小血管を介して深部へ血管性転移したことが再発機序として推測される。

## 38 3D CT enteroclysisが有用であった小腸癌の一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○佐藤 辰宣、吉川 俊之、青山 春奈、榎田 浩平、重友 美紀、黒上 貴史、白根 尚文、菊山 正隆

症例は53歳、女性。主訴は食後の強い腹痛と便潜血陽性。X-1年8月に近医で便潜血陽性を指摘され、下部消化管内視鏡が施行されるも異常なし。同年11月より食後の強い心窩部痛と易疲労感が出現したが経過観察とされていた。X年3月に再度便潜血陽性を指摘され、上下部消化管内視鏡が施行されたが異常は認められなかったため、同年4月に小腸の精査目的に当科紹介受診となった。初診時に心窩部の圧痛と、血液検査で貧血を認めた。3D CT enteroclysisを施行したところ、幽門輪より94cmの空腸に全周性の壁肥厚を伴う狭窄を認めた。シングルバルーン小腸内視鏡で同部位に3型腫瘍を確認し、生検で小腸癌と診断した。他の画像診断で遠隔転移を認めず、根治的切除可能と判断し、同年6月に外科的治療切除を行った。切除標本の病理は一部粘液癌を伴った中分化型腺癌で、病期分類はT4N1M0 Stage3Aであった。術後の経過は良好で、大腸癌に準じてXELOXによる術後補助化学療法を行う方針となった。小腸癌は症状が非特異的であり、小腸の検査は煩雑であることから、診断が遅れ、病状が進行してから発見されることが少なくない。3D CT enteroclysis(もしくはバーチャル小腸内視鏡検査)は、空気で小腸を拡張した後CT撮影を行い、バーチャル大腸内視鏡プログラムを用いて様々な画像を再構築する新しい小腸画像診断法である。本検査はバルーン内視鏡より簡便に全小腸の検索を行うことができる。また、カプセル内視鏡と異なる通過障害を有する症例に対しても安全に施行することができる上、狭窄を越えて深部小腸を観察することもできる。さらにバーチャル展開像を用いた病変のマッピングにより、病変の位置を正確に表示することが可能である。本症例の経験から、食後の強い腹痛を伴う、原因不明の消化管出血症例に対しては、小腸の悪性腫瘍を念頭に3D CT enteroclysisを行うことが有用と考える。

### 39 大腸癌によるイレウスを合併した、腸管内異物の一例

<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

○米田 徳子<sup>1</sup>、間 浩之<sup>2</sup>、佐藤 真輔<sup>2</sup>、青山 春奈<sup>1</sup>、  
榎田 浩平<sup>1</sup>、重友 美紀<sup>1</sup>、黒上 貴史<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、  
菊山 正隆<sup>1</sup>

【症例】85歳、男性。4か月前より食欲不振、心窩部痛があり紹介された。血液検査にて腫瘍マーカーが高値であり(CEA 19.2ng/ml)、腹部CTが実施された。造影CTにて盲腸の不整な壁肥厚、終末回腸の拡張、および拡張腸管内に辺縁が高吸収域を呈する円盤様の異物を確認した。大腸内視鏡を行い、上行結腸近位部から盲腸にかけて分葉した隆起性病変をほぼ全周に認め、Bauhin弁を確認できなかった。組織生検にて中分化型管状腺癌を認めた。以上より、盲腸癌、盲腸癌によるイレウス、腸管内異物(梅の種)の診断にて右半結腸切除術を実施した。外科治療までの腸管内異物の個数が増加していた。病理組織学的診断はAdvanced cancer of the colon, Moderately differentiated tubular adenocarcinoma, Locus A, type2, ts:5.5cm, pT3, pN1, sM1(P1), lyl, vl, PN1a, pPM0:6.5cm, pDM0:32.5 cm, INF β, Stage4と診断した。また腸管内異物は梅の種であることが確認された。【考察】主訴は進行大腸癌によるものと考えた。腸管内異物であった梅の種は、本人が健康増進目的で10年来毎日摂取していたのであった。

### 40 当院で経験した大腸粘液癌46例の検討

藤枝市立総合病院

○山中 裕太、石津 賢一、小関 祐介、鈴木 雄飛、  
島村 隆浩、東 正樹、岡本 和哉、姜 建宇、  
中村 利夫

【はじめに】大腸癌の多くは高・中分化腺癌であり粘液癌はまれで一般的に予後不良とされている。【目的】粘液癌の予後および根治度について臨床病理学的に検討し本邦での報告例と比較した。【対象】当院で2006年~2013年に外科的切除を施行した大腸癌1169例中、大腸粘液癌症例46例(3.9%)を対象とした。【結果】大腸癌、粘液癌症例の平均年齢は各々69.5歳、70.8歳、男女比は各々719/450、20/26であった。占拠部位は盲腸17%、上行結腸24%、S状結腸13%、直腸17%であり上行結腸に比較的多い傾向があった。受診動機に関して有症状にて来院された例が57%と高率であった。Stage1/2/3/4分布は4/22/10/10であり、早期癌は認めず、4例を除き全例SS以上の進行癌であった。特に直腸占拠腫瘍では、Stage4が50%をしめ、他の部位に比較的多かった。Stage4症例としては肝転移3例、腹膜播種5例、遠隔リンパ節転移3例であり予後不良の傾向が認められた。【結語】当院で経験した大腸粘液癌の46例を検討した。早期粘液癌は認めず、直腸占拠腫瘍は進行例が多かった。大腸粘液癌は腺癌に比較し、予後が不良であり治療にあたって、集学的に検討する必要があると考える。



## 41 全結腸に多発ポリープを呈したマントル細胞リンパ腫の一例

<sup>1</sup>半田市立半田病院 消化器内科、<sup>2</sup>常滑市民病院  
○春田 明範<sup>1</sup>、大塚 泰郎<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、森井 正哉<sup>1</sup>、  
岩下 紘一<sup>1</sup>、山田 啓策<sup>2</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、廣瀬 崇<sup>1</sup>

【主訴】便潜血陽性【症例】67歳 男性【既往歴】脳梗塞 糖尿病 高血圧【現病歴】2014年2月便潜血陽性にて近医より精査目的に当院紹介受診となる。当院施行の下部消化管内視鏡検査にて直腸から上行結腸にかけて全結腸に多発ポリープを認め一部生検した。病理組織所見では異型リンパ球がびまん性に増生しており、免疫染色にてCD3(-)、CD5(++)、CD79a(+++)、Bcl-2(+++)、cyclinD1(+++)、p53(+/-)であることからマントル細胞リンパ腫と診断した。上部消化管は慢性胃炎の所見のみで、胸部～骨盤部CTではリンパ腫病変は認めなかった。血液検査では可溶性インターロキニン-2レセプター-988 U/ml、異型リンパ球5%、LDH237U/Lと上昇を認めた。マントル細胞リンパ腫と診断し他院血液内科で化学療法施行し経過観察中である。【考察】マントル細胞リンパ腫はリンパ濾胞マントル層のB細胞から発生する予後不良な悪性リンパ腫であり、非ホジキンリンパ腫の5～10%に過ぎず比較的頻度の低い病型である。特徴として消化管浸潤性が高く、形態的にMPLを呈することが多く本症例も結腸の広範囲なpolyposis様病変を呈した。今回便潜血陽性のため下部消化管内視鏡検査を施行した結果、多発する大腸ポリープを認めたことから本疾患の診断に至った一例を経験したので報告する。

## 43 大腸NEC (neuroendocrine carcinoma) の3例

国立病院機構名古屋医療センター 外科  
○長谷川和也、稲垣 公太、木下 満、多代 充、  
稲岡 健一、加藤 公一、中山 裕史、片岡 政人、  
近藤 建

神経内分泌癌は大腸癌取り扱い規約ではその他の癌に分類され、低分化癌や未分化癌の組織像を呈し、全結腸癌の0.2%程度と報告されている。今回我々は結腸原発神経内分泌細胞癌の3例を経験したので若干の文献的、病理学的考察を加えて報告する。症例1、70歳台男性、憩室炎で経過観察中に下血で精査されたところ、直腸Rbに2型腫瘍を認め、生検により、large cell neuroendocrine carcinoma, MIB1>80%と診断された。腹部CT上、多発肝転移あり、狭窄症状もなかったことからFOLFIRIにて治療開始し、副作用でmFOLFOX6に変更し計11コース施行、その後mFOLFOX6+Bevacizumabに変更し計3コース施行するもPDにてオクトロオチドの20mg/月の投与を行ったが、診断後1年6ヶ月で原病死した。症例2、70歳台女性で、元々シェーンゲン症候群で当院膠原病内科にかかりついでであった。肝機能増悪にてCTを撮影したところ多発肝転移を認め、下部内視鏡検査にて盲腸に2型大腸癌を認め、生検により、small cell neuroendocrine carcinoma, MIB1>80%と診断された。非切除にてmFOLFOX6を計6コース施行するも診断からわずか4ヶ月で原病死された。症例3、80歳台女性、腹痛にて精査され、下部内視鏡検査にて上行結腸に全周性狭窄を認め、生検により低分化腺癌の診断。腹部CTにて多発肝転移を認めたが、狭窄症状あり手術先行とした。腹腔鏡下結腸右半切除 (D1) を施行した。術後病理診断は、neuroendocrine carcinoma and mucinous differentiation, MIB1>80%, SE N2 M1 H3 P0 stage4であった。術後mFOLFOX6にて治療を開始するも副作用にて治療困難であり、2コース終了後無治療にて経過観察となり、術後6ヶ月で原病死された。いずれの症例も免疫染色にてchromograninA, synaptophysinが陽性であった。症例1、2においては非切除であったが3例とも診断時に多発肝転移を認め、非常に悪性度が高いと考えられた。化学療法についてもまだまだはっきりとした方針が無く、多施設による症例の蓄積が期待される。

## 42 術前診断が困難であった早期大腸内分泌細胞癌の1例

静岡県立静岡がんセンター内視鏡科  
○川上 武志、今井健一郎、堀田 欣一、川田 登、  
田中 雅樹、角嶋 直美、滝沢 耕平、松林 宏行、  
小野 裕之

【症例】50代、男性、症状なし。貧血精査目的に施行された大腸内視鏡検査で病変を指摘され、精査加療目的に当科紹介となった。上行結腸に大小不同の顆粒が集簇した丈の低い隆起性病変を認め、粗大結節を伴っており、laterally spreading tumor, granular type(LST-G)と診断した。NBI拡大観察では、佐野分類Type IIIA, 色素拡大観察ではVI(軽度不整)pit patternであった。早期大腸癌, A, 0-Is-IIa, LST-G(mixed type), cTis(M), 60mmと診断し、ESDにて一括摘除した。切除標本の病理組織像では大部分で高分化腺癌を認め、粘膜下層に粘液癌及び充実胞巣を形成する低分化腺癌が浸潤し、粘膜筋板は消失していた。充実性低分化腺癌は免疫染色でchromograninA, CD56陽性, Ki67指数70%を示し、内分泌細胞癌(ECC)と診断した。最終病理組織診断は、A, 0-Is-IIa, 52×47mm, tub1, ECC, muc, pT1b(SM:6000μm), ly0, v0, pHM0, pVM1であった。リンパ節転移高リスクと判断し、追加外科切除(腹腔鏡下右半結腸切除術及びD2郭清)を行った。切除検体の病理検査で所属リンパ節に転移を認め、最終病期はpStageIIa(pT1bpN1cM0)であった。患者希望で術後補助化学療法は施行しなかったが、術後1年の造影CTで傍大動脈リンパ節の腫大、PET-CTで同部位に異常集積を認めた。臨床経過から大腸内分泌細胞癌の再発と考え、現在治療方針を検討中である。【考察】本症例は低分化腺癌・内分泌細胞癌が併存していたが、数mmの領域であり、内視鏡での質的診断、深達度診断が困難であったと考えられる。また、大腸内分泌細胞癌は、腺癌の癌腺管深部に発生し、粘膜下層へと浸潤することが知られており、本症例は病理組織像でその過程を捉えた貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

## 44 当院における20mm以下の直腸 Neuroendocrine tumorに対する治療症例の検討

<sup>1</sup>岐阜大学 医学部 腫瘍外科、  
<sup>2</sup>岐阜大学 医学部 消化器内科  
○田中 秀治<sup>1</sup>、松橋 延壽<sup>1</sup>、高橋 孝夫<sup>1</sup>、兼松 昌子<sup>1</sup>、  
深田 真宏<sup>1</sup>、山田 敦子<sup>1</sup>、棚橋 利行<sup>1</sup>、松井 聡<sup>1</sup>、  
田中 善宏<sup>1</sup>、佐々木義之<sup>1</sup>、奥村 直樹<sup>1</sup>、山口 和也<sup>1</sup>、  
長田 真二<sup>1</sup>、荒木 寛司<sup>2</sup>、井深 貴士<sup>2</sup>、吉田 和弘<sup>1</sup>

【はじめに】内視鏡技術の進歩に伴い、直腸Neuroendocrine tumor(NET)は小さい段階で見逃されることが多くなった。腫瘍径が20mmを超えるとリンパ節転移の頻度および悪性度が高くなり、TME+リンパ節郭清を含めた外科切除を施行することは異論のないところである。一方20mm以下の直腸NETは内視鏡治療の適応となることも多くなったが、その結果における根治基準や外科的追加切除の明確な基準が存在しないのも現状である。さらにWHO2010の改訂に伴い、G1,G2,G3と分類されるようになったものの明確な基準は示されていない。【対象と方法】2005年1月～2013年12月末までに20mm以下の直腸NETに関して、当院で内視鏡的治療あるいは外科的治療施行された40例について検討し、さらに外科的治療が行われた12例についても検討した。またWHO2010においても検討することで、手術治療の妥当性を検討した。平均年齢：59.3歳(34-81歳)、男女比：26：14、腫瘍部位：Rs2例、Ra13例、Rb25例、腫瘍径は0-5mm:7例6-10mm:29例、11-15mm:4例、平均腫瘍径：7.4mm(3-15mm)、であった。0-5mmにおいても1例のみ脈管侵襲を認め外科的追加切除の適応となった。外科的追加切除となった12例における術式的内訳：Ra5例、Rb7例に対して低位前方切除術(食道癌手術と同時)1例、腹腔鏡下低位前方切除術7例、腹腔鏡下ISR 4例であった。リンパ節転移を認めたものは1例のみで、腫瘍径10mm、SM深達度2200μm、リンパ管浸襲(+)の症例であった。またこの症例においてG2であったが、その他はG1であった。またNo251,252に合計3個のリンパ節転移が存在した。治療対象となった40例全例において遠隔転移を含めた再発症例は認められていない。【まとめ】10mm以下でもリンパ節転移を来すことがあり、少なくとも10mm以下のものに関しては内視鏡的治療を先行的にを行い、病理結果を踏まえ、特にリンパ管侵襲(+)の症例に関してはTME+リンパ節郭清を十分考慮する必要性があり、WHO2010の基準も妥当性があると思われた。

## 45 当院における直腸カルチノイドに対するESMR-L治療について

小牧市民病院 消化器科

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

【目的】近年内視鏡治療による大腸カルチノイドが普及しているが、EMRによる断端陽性となることも時に報告されている。当院では内視鏡治療適応内と判断した長径10mm以下の直腸カルチノイドに対しては、ESMR-L (Endoscopic submucosal resection with a ligation device) を施行しており、今回当院における直腸カルチノイドに対する内視鏡治療成績について報告する。【症例】2014年2月から2014年9月までに直腸カルチノイドに対して4人にESMR-Lを施行した。全例術前に造影胸腹部CTを施行し、明らかなリンパ節転移・他臓器転移がないことを確認していた。【結果】4人のうち、3人は入院、1人は外来でESMR-Lによる治療を施行した。年齢は53歳から74歳で平均年齢は65.8歳、4例とも男性であった。全例無症状であり、健診異常、大腸ポリープ切除後のフォローにて受診しており、下部消化管内視鏡検査にて病変を指摘されていた。腫瘍存在は全て下部直腸であり、腫瘍径は3mmから9mmで平均6.5mmであった。手技時間は6分から29分で平均手技時間は16.8分であり、術後の病理標本では全例に断端陽性例は認めなかった。また、全例で術中及び術後合併症は認めず、外来にて経過観察中であるが、現在のところ全例で無再発である。【結語】直腸カルチノイド腫瘍に対するESMR-Lは短時間で安全・確実に腫瘍を切除でき、また、切除断端との距離が取りやすいなどの利点があると考えられる。今後本腫瘍に対する内視鏡治療の有用性が期待される。

## 46 直腸の反応性リンパ濾胞過形成の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○海野 修平、芳澤 社、宮津 隆裕、瀧浪 将貴、  
小林 陽介、田村 智、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41歳男性。健康診断で便潜血陽性のため、前医で大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸Rbに10mm弱の白色調の粘膜下腫瘍様隆起を認め、直腸カルチノイドが疑われ当院紹介となった。当院での内視鏡検査再検でも直腸に10mm弱の黄白色調の立ち上がりなだらかな半球状隆起を認めた。拡大NBI観察では表層の毛細血管が増生しており樹枝状の血管構造を呈しているが明らかな不整もなく、インジゴカルミン液を散布後の拡大観察では腺管密度が粗でやや伸展したI型pitを認め、粘膜固有層～粘膜下の腫瘤性病変と考えられた。CTでは直腸病変は同定出来ず、明らかなリンパ節腫大や転移を疑う所見も認めなかった。当院の内視鏡所見でも直腸カルチノイドを強く疑い、生検で不明瞭となる可能性を考慮して、診断的治療目的にESDでの一括切除を行った。病理では胚中心を有するリンパ組織の結節性増生であり、免疫染色でκ鎖とλ鎖に偏りは見られず、胚中心もbcl-2抗体陰性でCyclinD1のびまん性陽性は認めず、リンパ腫を考える所見は乏しいため反応性リンパ濾胞過形成(Reactive lymphoid hyperplasia: RLH)と診断した。RLHは病理学的に低悪性度のMALTリンパ腫との鑑別が難しく、各種免疫染色が必須とされるため、病変を一括切除することが必要である。内視鏡的にも正常粘膜に覆われた粘膜下腫瘍様の形態を呈し、カルチノイドやMALTリンパ腫と鑑別が難しいことが多い。若干の文献的考察を含め報告する。

## 47 ブロープ型共焦点レーザー内視鏡 (Cellvizio®) が有用であった潰瘍性大腸炎関連早期直腸癌の1例

藤田保健衛生大学 消化管内科

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

【背景】Cellvizio® (マナケア社) は、蛍光造影剤を用いることでリアルタイムに生体組織を細胞レベルまで視覚化できる内視鏡であり、鉗子孔から挿入可能である。今回、我々はCellvizio®によるoptical biopsyが有用であった潰瘍性大腸炎関連早期直腸癌の1例を経験したので報告する。【患者・方法】76歳男性。平成9年発症で約15年の罹歴を有する左側大腸炎の潰瘍性大腸炎。既往歴はC型肝炎と心房細動 (抗凝固剤内服中)。平成26年1月に他院の大腸内視鏡検査で直腸にポリープを認め、切除目的で当院に紹介された。当院では通常大腸内視鏡、NBI拡大・色素拡大内視鏡検査を施行。Cellvizio®はフルオレサイト25mg静注後到大腸内視鏡の鉗子孔から挿入して行った。【結果】通常観察では上部直腸 (AV10cm) の左壁にポリープが並ぶように2個あり、そのポリープの周囲には平坦隆起性病変が認められた。ポリープのNBI拡大観察では口径不同のない毛細血管ループが認められ、色素拡大観察では密なIIIs patternが認められた。Cellvizio®では不正な腺管は認めなかった。平坦隆起性病変のNBI拡大観察では太い不整な血管が散在し、dense patternも認められたが、周囲の背景粘膜との鑑別は困難であった。色素拡大観察ではI, IIIs, small IIIIL, IV等様々なpitが認められた。Cellvizio®ではdark glandのback to back構造異型が描出された。ポリープ・平坦隆起からの生検の結果はp53陽性の異型上皮(Group4)であった。高齢と既往歴から腹腔鏡下miles術・人工肛門造設術が施行された。大腸切除標本の病理結果では、ポリープは炎症性変化で、周囲の平坦隆起部は粘膜内癌 (高分化型管状腺癌) 及びdysplasiaであった。【結語】拡大観察に加え、Cellvizio®はcolitic cancerの診断に有用であった。

## 48 インフリキシマブ投与中に薬剤誘発性ループスを発症した潰瘍性大腸炎の1例

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 弘晴、  
西江 裕忠、奥村 文浩、佐野 仁

【症例】53歳女性。既往に52歳時より慢性甲状腺炎がありレボチロキシンを内服している。昭和58年 (24歳時) に潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され治療を受けていた。再燃と寛解を繰り返しており、再燃時にはPSLを使用していた。しかしステロイド抵抗性となったため、平成24年2月よりインフリキシマブ (IFX) 投与を開始した。IFX開始後UCは寛解となったが、同年10月の検診胸部レントゲン検査で肺結節影を指摘された。同年11月に胸部CT検査を施行したところ、両肺野に多発する気道周囲主体のスリガラス影および浸潤影を認めた。画像所見より鑑別疾患として間質性肺炎、感染症 (抗酸菌、真菌等)、サルコイドーシス、薬剤性肺炎、膠原病肺が考えられた。血液検査にてβ-Dグルカン、結核菌特異蛋白刺激性遊離INF-γ、サイトメガロウイルス抗原、腫瘍マーカー、薬剤リンパ球刺激試験はいずれも陰性であったが、抗核抗体と抗SS-DNA抗体が陽性を示した。抗ds-DNA抗体は陰性であり、関節炎や皮疹といった特徴的な症状を認めないことから非典型的ではあったが、IFX投与による薬剤誘発性ループス (DIL) の可能性が高いと判断し、同年12月よりIFXを中止した。IFX中止後は徐々に肺陰影は改善傾向となり、抗核抗体と抗SS-DNA抗体は低下を認めた。平成25年9月には自己抗体は陰性化し、肺陰影は消失した。その後はループスの再燃を認めず、またIFXを中止しているがUCは寛解を維持している。【考察】近年UCに対してもIFXの投与が保険収載され、炎症性腸疾患治療における抗TNFα阻害薬の重要性はさらに増加していくものと考えられる。その一方で、抗TNFα阻害薬投与によるDILがまれながら報告されており、その頻度は今後増加することが予想され注意を要する。今回われわれは、インフリキシマブ投与中に薬剤誘発性ループスを発症した潰瘍性大腸炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 49 9歳男児潰瘍性大腸炎の1例

小牧市民病院

○安藤 清香、宮田 章弘、平井 孝典、館 佳彦、  
小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 矢子、  
飯田 忠、永井 真太郎、濱崎 元伸

症例は9歳の男児。2014年6月10日より下痢、血性便を認め近医受診した。細菌性腸炎・炎症性腸疾患を疑われ整腸剤にて経過を診ていたが改善なく当院紹介受診し入院精査となった。入院後も抗生剤・整腸剤にて治療するも症状軽快なく、2014年6月30日大腸内視鏡検査が施行された。直腸から全結腸に血管透視像の消失した粘膜、肝弯から下行結腸に浮腫、潰瘍、出血性のびらんを認め活動期の全大腸型の潰瘍性大腸炎と診断した。同日よりPSL2mg/kg/日、メサラジン100mg/kg/日が開始された。2014年7月2日よりTPN開始。徐々に排便回数減少し、固形便出現、血便も少量になっておりPSLを1.6mg/kg/日、1.2mg/kg/日と減量した。しかし寛解が認められないため2014年7月17日にG-CAP療法 (顆粒球吸着療法) 開始した。その後便性は量・性状ともに改善傾向となった。2014年7月24日3回目のG-CAP療法後大腸内視鏡検査を行ったところ、全体的に改善認めるも上行・横行結腸領域に出血・潰瘍・びらんの残存が認められた。2014年7月30日以降血便なし。2014年8月7日、大腸内視鏡再検にて潰瘍ほぼ消失し改善が認められた。2014年8月11日より無脂肪低残渣食経口開始し、翌日よりPSL1.0mg/kg/日に減量し、G-CAP療法10回実施し終了時点で入院加療終了し、内服 (PSL5mg/日、メサラジン750mg/日、アザチオプリン25mg/日) にて経過をみていくこととなった。小児の潰瘍性大腸炎では発症から短期間で病変が広範化・重症化しやすいとされており、本例のようにPSLに著効しない例では治療が長引き低栄養や成長障害につながる可能性が示唆される。常に手術を考慮しながら治療を進めることは必要と考えられるが、内科的治療の選択の重要性が分かる症例と考え報告する。

## 50 手術を要したクローン病十二指腸病変の臨床検討

名古屋大学医学系研究科 消化器外科

○末岡 智、中山 吾郎、高野 奈緒、橋本 良二、  
藪崎 紀充、武田 重臣、田中 千恵、小林 大介、  
岩田 直樹、神田 光郎、山田 豪、藤井 努、  
杉本 博行、小池 聖吾、野田 周嗣、藤原 道隆、  
小寺 泰弘

【はじめに】クローン病 (CD) の十二指腸病変には、縦走潰瘍などの一次性病変 (primary lesion; PL) と他の腸管からの瘻孔などの二次性病変 (secondary lesion; SL) がある。今回、十二指腸病変に対して外科的治療を必要とした症例について検討を行った。【対象と方法】2000年から2014年8月までに手術を施行したCD患者219例のうち、十二指腸病変を有した10例 (4.6%) を対象とし、患者背景、施行術式、治療成績につき検討を行った。【結果】PLは3例 (男3例)、SLは7例 (男6例、女1例) で、PL/SLそれぞれの病歴期間中央値は1年 (0-1.5年) / 15年 (7-29年) であった。PLは初発例が多く、病歴期間が短い一方で、SLは全例手術既往があり病歴期間も長い傾向を認めた。PLの手術適応は全例狭窄で、全例でバイパス術が施行された。一方SLの手術適応は全て瘻孔形成で、原発病変切除に加えて十二指腸瘻孔切除及び欠損孔の縫合閉鎖 (3例) もしくは十二指腸空腸バイパスによる欠損孔閉鎖 (3例) が施行された。いずれの症例も縫合不全、瘻孔再発等は認めておらず、再手術は行われていない (観察期間中央値41ヶ月) 【結語】CDの十二指腸病変における病態はさまざまであり、原因や部位に応じた術式を考慮することが重要であると考えた。

藤田保健衛生大学 坂文種報徳会病院 消化器内科

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

今回われわれは、腹部腫瘤を契機に発見された虫垂クローン病の一例を経験したので報告する。症例は34才、男性。平成25年5月末に右下腹部に腫瘤を触知し、歩行時に若干の痛みを覚えたため、6月初旬に当院を受診した。腹部所見で、右下腹部に鶏卵大で可動性のない弾性軟の腫瘤を触知した。他には明らかな異常所見を認めなかった。腹部CT検査で、回盲部に造影効果のある長径35mmの腫瘤を認めた。下部消化管内視鏡検査で、虫垂開口部に粘膜下腫瘍様の隆起を認めたが、他の部位に異常所見を認めなかった。これらの所見から虫垂腫瘍と診断し、回盲部切除を実施した。固定標本で、虫垂は60×30mmと著しく腫大していた。病理組織学的所見で、腫大した虫垂の内膜から筋層および漿膜下に至るリンパ濾胞の増殖とその中に類上皮肉芽腫が散見されたが、盲腸および回腸には類上皮肉芽腫は認められなかった。以上より、虫垂のクローン病やサルコイドーシス、結核が疑われた。上部消化管および小腸の病変の有無やサルコイドーシス、結核の有無について検査をしたが、それらを強く疑う所見が得られず、虫垂クローン病と診断した。術後6か月を経過した現在、明らかな再発を認めていない。医学中央雑誌にて、1983年~2013年で「虫垂」「クローン病」をキーワードに検索した結果、18例であった。本邦ではクローン病の症例のうち虫垂クローン病は約0.05%に認められる。主訴は右下腹痛が最多で、虫垂開口部付近に隆起性病変を認めることが多く、術前診断は虫垂炎が最多で、予後は記載がある症例ではすべて再発を認めていない。虫垂クローン病は非常にまれな疾患であり、貴重な症例として報告した。

豊橋市民病院

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

【症例】29歳男性【主訴】発熱、下痢、腹痛【既往歴】うつ病【現病歴】2006年2月（20歳）他院にて小腸型クローン病と診断された。Infliximab（IFX）が投与されたが改善無く2007年11月に当院へ紹介となった。IFXは0.2.6週のtriple infusionとAZA50mg、5ASA3000mgの追加投与を行い症状は改善した。しかしAZAで頭痛が出現したため6MP30mgに変更し70mgまで漸増し寛解導入が得られた。その後は、通院を自己中断し増悪するというエピソードを繰り返しIFXのepisodic投与で症状コントロールを行った。2010年7月にIFXの投与を行い、2011年9月以降は通院がなかった。2012年11月に再燃し来院、IFXの0.2.6週のtriple infusionと6MP80mgで再度寛解導入に成功したが、2013年7月からは再び通院を自己中断していた。2014年1月に腹痛を伴う下痢症状の出現を認めため当院外来受診し、クローン病の増悪で入院となった。【入院経過】入院第3病日にIFX（300mg/body）を投与した。第4病日より全身倦怠感と体動困難が出現。第6病日に両下肢MMT3/5の所見が出現したため第7病日神経内科コンサルトし、髄液検査施行。髄液所見は蛋白細胞分離を認め、Guillan-Barre症候群や横断性脊髄炎などの脱髄疾患が疑われたため、第8病日より大量免疫グロブリン療法を開始した。第10病日に施行した脊髄MRIでは比較的広範囲に対称性に髄内異常高信号の所見がみられ横断性脊髄炎を疑う所見であった。大量免疫グロブリン療法後も神経症状の改善が乏しいため、第14病日よりステロイドパルス療法を行った。パルス施行後より症状は改善傾向にあり、理学療法を継続し自宅退院可能な状況まで改善した。クローン病に対する治療はIFXを中止し、5ASA3000mgと6MP80mgで治療を行い臨床症状は軽快している。【結語】クローン病治療の経過中にIFXによると思われる横断性脊髄炎を経験したので若干の考察を加えて報告する。



## 53 腸管出血性大腸菌O-157による溶血性尿毒症症候群の1例

<sup>1</sup>三重大学附属病院 消化器肝臓内科、  
<sup>2</sup>三重大学附属病院 光学医療診療部、  
<sup>3</sup>三重大学附属病院 腎臓内科、<sup>4</sup>三重大学附属病院 救急科  
 ○倉田 一成<sup>1</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、葛原 正樹<sup>1</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、  
 田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、作野 隆<sup>1</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、  
 西川健一郎<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、  
 藤本 美香<sup>3</sup>、今井 寛<sup>4</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

腸管出血性大腸菌 (enterohemorrhagic Escherichia coli, EHEC) は出血性大腸炎を引き起こすだけでなく、溶血性尿毒症症候群 (hemolytic-uremic syndrome, HUS) や脳症を合併し、重篤な経過をとり集中治療管理が必要となることもある。今回、EHEC O-157によるHUSに対し複数科の連携による集中治療管理が必要であった症例を経験したので報告する。症例は30歳代の女性。外食をした後しばらくして発熱、腹痛、血性下痢が出現し、近医に入院した。腹部CTで上行結腸中心に大腸壁の肥厚を認め、感染性腸炎として絶食、輸液および抗菌剤を使用されるも改善を認めなかった。入院後の便培養より大腸菌O-157(VT1/VT2陽性)が検出され、抗菌剤をLVFXに変更したが、溶血性貧血、血小板減少、腎障害といったHUSの3主徴も認め、O-157に伴うHUSと診断、高次加療目的で当院へ転院となった。転院後より腎障害に対し血液透析、凝固障害に対してはトロンボモジュリンを使用し、集中治療室管理とした。しかし改善なく無尿が継続したことにより肺うっ血が増悪し呼吸障害も認められた。入院第4日目よりCHDFによる除水も開始したが、第6日目よりさらに不穏行動、幻視などの意識障害が出現し、HUS関連脳症の合併が否定できず鎮静・人工呼吸管理下で血漿交換も併用した。血漿交換を3日間行った後、意識障害の改善を確認し、入院第12日目人工呼吸管理離脱となった。以後は徐々に病状が改善し、第16病日に一般病棟に転棟となり、最終的に血液透析も離脱、経口摂取開始後も病状増悪を認めず第35病日に退院した。O-157によるHUSに対しては特異的な治療法はなく、血液透析など支持療法を行いつつ病状の改善を待つことになるが、今回の症例のように意識障害、呼吸障害を伴い、全身管理が必要とされる場合は、消化器内科に加え、救急科、腎臓内科など複数科にわたる連携が効果的と考えられた。

## 55 潰瘍性大腸炎との鑑別が非常に困難であった感染性大腸炎に薬剤性大腸炎を合併した1例

<sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、  
<sup>2</sup>浜松医科大学 光学医療診療部、  
<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター  
 ○兼子 直也<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、杉本 光繁<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、  
 古田 隆久<sup>3</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

症例は26歳、女性。201X年5月に下痢・血便が出現し近医受診。大腸内視鏡検査 (CS) にて潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され入院。5ASA製剤の内服および注腸が開始されたが症状の改善は認められなかった。入院10日目に入院時に施行された便培養から病原性大腸菌O-114の検出が判明したため、ホスミジンの内服も追加されたが、症状は増悪傾向にあり、UCの悪化と考えステロイド30mgの内服が追加された。しかし、その後も下痢・血便は持続するためLCAPが開始された。以後も症状の改善は認められなかったため、精査加療目的にて当院に転院となった。転院後に施行したCSでは盲腸から直腸にかけて、びまん性にびらん、発赤、浮腫、粗造粘膜、膿性粘液の付着を認め、また深掘れ潰瘍も散在していた。病理所見も高度の炎症細胞浸潤、陰窩膿瘍、杯細胞の消失、抗CMV抗体陽性を認め、CMV活性化によるUCの悪化が考えられた。しかし患者から詳細な病歴を再度聴取したところ前医で5ASAの内服、注腸が開始されてから明らかに下痢回数や腹痛等の症状が増悪したとこのことであったため、5ASA製剤を中止したところ、腹痛、排便回数ともに速やかな改善がみられた。CMV腸炎の合併も考えられたためステロイドを中止したが、その後も症状は改善傾向であったためガンシクロビルは投与せず経過観察した。6月にCS再検査したところ内視鏡的にも著明な改善が認められた。5ASAに対するアレルギーが考えられたためDLSTを施行したところ強陽性であった。退院後は無治療で経過観察したが症状の悪化はなく、退院2か月後にCSを再検査したところ炎症は完全に消失していた。以上より本症例の下痢・血便の原因は感染性腸炎であったが、5ASAに対するアレルギーが加わり、下痢・血便・腹痛等の病状の悪化を来しUCとの鑑別が非常に困難となったが5ASAの中止のみで症状は劇的に改善した。臨床上非常に示唆に富む症例と思われ、若干の考察を加えて報告する。

## 54 当院で最近経験したアメーバ性大腸炎の4例

藤枝市立総合病院

○金子 雅直、丸山 保彦、景園 正信、大畠 昭彦、  
 寺井 智宏、志村 輝幸、山本 晃大

【はじめに】アメーバ性大腸炎は赤痢アメーバ原虫が大腸粘膜に感染することで発病する疾患で、本邦では比較的稀な疾患とされている。症状の多くは粘血下痢便がみられるが、稀に大腸の広範な壊死により腸管穿孔、腹膜炎など重篤な経過をたどる劇症型が存在する。当院で経験したアメーバ性大腸炎の4例を報告する。【症例1】60代、男性。ポリープEMR後のフォローで大腸カメラ施行した。盲腸、直腸に白苔を伴うびらんの散在を認め、生検病理で多数のアメーバ虫体を確認した。【症例2】40代、男性、便潜血で大腸カメラを行った。ポリープをみとめEMRをしたが、盲腸に白苔を伴う浅い潰瘍が散見されていた。生検病理で非特異的潰瘍との診断であった。2年後、再度便潜血をみとめ大腸カメラをしたところ、盲腸に同病変をみとめた。直腸病変はみとめなかった。病理でアメーバ虫体を確認しアメーバ性大腸炎と診断できた。【症例3】60代、男性。便潜血で大腸カメラを行った。虫垂左傍位に白苔を伴うやや深掘れ潰瘍をみとめた。直腸病変はみとめなかった。鏡頭で運動性のあるアメーバをみとめた。【症例4】50代、男性。下痢、発熱、全身倦怠感で紹介受診となった。腹部エコーで盲腸より上行結腸に壁肥厚、WBC 14300/ $\mu$ l、CRP 12.58mg/dlと上昇をみとめ急性腸炎と診断し入院となった。FOM、CTM投与も改善せず、腹部CTで盲腸から上行結腸および直腸の壁肥厚著明にみとめ、第9病日に大腸カメラ施行したところ黄白色調の白苔を伴う地図上潰瘍を多数みとめた。赤痢アメーバ抗体陽性でありアメーバ性大腸炎と診断した。メトロニダゾールを開始し改善した。【まとめ】アメーバ性大腸炎は、内視鏡所見は盲腸および直腸に好発するアフタ様びらんや白苔を伴う潰瘍が特徴とされる。通常の生検病理では診断できないことも多く、本症を鑑別に挙げアメーバ虫体の検査依頼を行うことが重要であると考えられる。特に免疫抑制状態には劇症化や腸管穿孔の可能性もあり注意が必要である。若干の文献的考察を含めて考察する。

## 56 ループス腹膜炎の一例

小牧市民病院

○赤澤 奈々、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、永井真太郎、濱崎 元伸

【症例】36歳 男性【主訴】下痢・嘔吐【既往歴】ITP、胆石、精巣上体炎【現病歴】2014年1月17日より当院泌尿器科にて精巣上体炎の診断にて抗生剤処方され、経過を見ていたが1月24日より腹痛、嘔吐、下痢を発症し、1月27日に腹痛精査にて当院消化器内科受診となった。初診時は右下腹部に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認めず、全身状態も良好であったため外来にて精査開始となった。【初診時検査】WBC: 119 $\times$ 10<sup>2</sup>/ $\mu$ l, RBC: 542 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, HGB: 16.2g/dl, Plt: 48.8 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l, CRP: 9.0mg/dl、腹部造影CTでは上行結腸・小腸・直腸に炎症所見がみられた。【経過】当初感染性腸炎と診断し、1月27日よりスルパクタム/セファラゾンにて治療開始したが、偽膜性腸炎も疑い1月28日からメトロニダゾールも追加したが、便中CD毒素は陰性であり投与中止となった。症状改善を認めず外来にて下部消化管内視鏡を施行した。内視鏡では横行結腸を主部に粘膜炎を認めたが、びらんや潰瘍は認めなかった。結腸の発赤粘膜より生検を施行し、異形細胞・異形腺管は認めなかった。病理では炎症細胞がびまん性に中等度浸潤しており、特異的所見は認めなかった。1月30日レボフロキサシンによる薬剤性腸炎の可能性を考えレボフロキサシン内服を中止した。2月3日症状増悪傾向となり、入院となった。腹部造影CT再検では腸水腫を認め、小腸主体に壁肥厚と腸間膜の脂肪叢の混濁、腹膜の濃染も認め、腹膜炎所見が疑われた。採血では白血球、赤血球、血小板、CRP、肝・胆道系酵素に加え、抗核抗体、抗DNA抗体、抗SS-A抗体、抗dsDNA抗体の上昇、高度蛋白尿を認めた。【1】腎障害【2】血液学的異常【3】免疫学的異常【4】抗核抗体陽性の4項目を満たし、SLEと診断し、消化器症はループス腸炎によるものと考えた。2月8日よりPSL: 40mg/dayで開始。2月13日腹痛は改善し、CTでも腹膜炎所見は消失を認めた。その後もステロイド減量し良好な経過を得ている。【考察】腹膜炎や繰り返す腹部症状があり、原因の厚くはつきりしない例では、SLEも鑑別に加えることが肝要である。

## 57 大腸内視鏡検査を契機に発症したS状結腸穿孔によると思われる腹腔内・腹壁膿瘍の1例

安城更生病院

○長谷部圭史、平松 聖史、後藤 秀成、関 崇、  
新井 利幸

症例は65歳、男性。4か月前にCF施行した後、持続する左下腹部の違和感を自覚、同部位に疼痛出現するようになり当院を受診した。初診時、左下腹部に硬い腫瘤を触知したが、圧痛は認めなかった。WBC：16900、CRP：5.95と上昇を認めた。腹部造影CT検査では、S状結腸に接し、大網、左下腹部の腹壁まで連続する不均一に濃染される腫瘤陰影と周囲脂肪濃度の上昇を認めた。注腸検査では腫瘤近傍のS状結腸の狭窄像を認めたが、腹壁腫瘤との交通は明らかではなかった。以上より腹壁膿瘍と考えられたが、腫瘍が関与している可能性も否定できなかった。経皮的穿刺ドレナージ術を施行した。内容物の病理組織学的検査では膿瘍細胞は認めなかった。腹腔内・腹壁膿瘍と診断した。術後第21病日のCT検査では腫瘤陰影は消失し、ドレーン造影検査でも膿瘍腔は消失した。経過良好にて退院となった。本症例は近傍にS状結腸が位置し、CF後から自覚症状を認めたことから、S状結腸の憩室炎穿孔もしくはCFによる憩室微小穿孔からの膿瘍形成の可能性が示唆された。腫瘤は硬く、腹壁に及ぶ膿瘍形成を来しており、膿瘍との鑑別を要した。文献的考察を加えて報告する。

## 58 経時的に腫大し繰り返す虫垂炎が成因と思われた虫垂粘液嚢胞腺腫の1例

鈴鹿中央総合病院 外科

○伊藤 貴洋、野口 大介、大森 隆夫、大倉 康生、  
濱田 賢司、金兒 博司、田岡 大樹

症例は76歳男性。平成23年虫垂炎を発症、手術に拒否的で保存的に治療した。その後2度虫垂炎を発症、保存的に治療したが、待機手術に納得され手術を予定した。炎症反応や疼痛の軽減した待機手術直前のCTでは虫垂腫大が残存し根部を中心に内部の比較的均一な低吸収域を認めた。同部は過去のCTと比較すると徐々に増大傾向であった。腫瘍性変化が否定できずさらに精査を施行、CFでは虫垂口を中心に粘膜下腫瘍様の隆起を認めたが、粘膜のpit patternは正常だった。透視では虫垂は造影されず、盲腸に2cm大の平滑な隆起を認めた。MRIでは虫垂内部はT2にて高信号を呈し液貯留を疑う所見であったが拡散強調画像では虫垂の拡散低下は認めなかった。以上より粘液貯留を伴う虫垂腫瘍と診断し単孔式腹腔鏡下盲腸部分切除を施行した。摘出標本では虫垂内部に無色透明な粘液貯留を認め、組織学的に低異型度虫垂粘液性腫瘍(虫垂粘液嚢胞腺腫)と診断した。本症は繰り返す炎症などが成因と言われ、時に遭遇する。自験例では腫瘍が原因で虫垂炎を繰り返したか、繰り返す虫垂炎が原因で腫瘍性変化をきたしたかは、断定はできないが、初回虫垂炎時には粘液貯留などは認めておらず、炎症の繰り返しが虫垂口を閉塞し粘液貯留に至ったと推測した。経時的な虫垂の変化をとらえることができたまれな症例である。虫垂炎を切除せず保存的に治療する際、糞石を伴わず繰り返す場合は本症も念頭に置く必要がある。

## 59 内視鏡下生検にて術前診断が可能であった腸管子宮内膜症の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>、濱田 康彦<sup>2</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>2</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、  
 葛原 正樹<sup>2</sup>、田中 亘介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

【症例】36歳、女性【経過】2009年3月より間欠的に下血を認めていた。同年12月近医での大腸内視鏡検査でS状結腸に隆起性病変を指摘され、生検ではgroup1の診断であった。2010年1月精査加療目的に当科紹介となった。問診では、月経の時期に一致して下血が出現することであった。造影CTではS状結腸に限局性の壁肥厚を認めた。MRIではS状結腸に3cm大の腫瘤を認め、腫瘤と左卵巣の間に索状物がみられ癒着が疑われた。大腸内視鏡検査では、S状結腸に発赤を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め、皺壁の収束像を伴っていた。細径EUSでは、病変部に第3層と第4層の肥厚を認めた。病変部からの生検では、一部にER陽性を示す腺管および間質を指摘され、悪性所見は認めなかった。以上より、S状結腸子宮内膜症と診断された。当院婦人科にてホルモン療法での症状の改善は難しいと判断され、外科的切除の方針となった。同年3月に当院外科にて腹腔鏡補助下S状結腸切除術が施行された。術中所見では、左卵巣及び卵管とS状結腸は強く癒着していた。病理所見では、病変部の粘膜下層から漿膜下組織に内膜間質を伴う異所性内膜腺を認め、腸管子宮内膜症と最終診断された。術後4年半を経過して症状の再燃は認めない。【結論】腸管子宮内膜症では、内視鏡下生検での診断率は低いとされている。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 61 単孔式手術にて治療した子宮内膜症によるS状結腸狭窄症の1例

<sup>1</sup>愛知医科大学付属病院 消化器外科、  
<sup>2</sup>愛知医科大学付属病院 消化器内科  
 ○井戸 美来<sup>1</sup>、大橋 紀文<sup>1</sup>、伊藤 暢宏<sup>1</sup>、森 大樹<sup>1</sup>、  
 清田 義治<sup>1</sup>、有川 卓<sup>1</sup>、永田 博<sup>1</sup>、宮地 正彦<sup>1</sup>、  
 春日井邦夫<sup>2</sup>、佐野 力<sup>1</sup>

単孔式手術にて治療した子宮内膜症によるS状結腸狭窄症の1例  
 症例は40歳女性。主訴は便潜血陽性。既往歴は特記事項なし。平成24年2月検診にて便潜血陽性を指摘、しばしば腹痛もあったことから、精査目的に当院受診した。下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に上皮性変化を伴わない狭窄が認められた。狭窄部より口側に縦走潰瘍、びらんが認められたが、同部位の病理組織診では悪性病変は認められなかった。本人の希望もあり経過観察となったが、経過観察中に貧血の進行を認め、また従来からの月経過多もあり婦人科を受診するも子宮内膜ポリープ、頸管ポリープを指摘されるのみであった。不正出血が見られることもあり子宮内膜症も疑われ、卵巣ホルモン、黄体ホルモンの合剤の投与により、一時的に腹部症状が改善したものの腹痛の再燃が認められた。CT検査にてS状結腸狭窄部より口側に近位の便を認め、S状結腸狭窄症が腹痛の主因であり手術適応ありと診断した。原因としては子宮内膜症の関与が考えられた。良性疾患の可能性が高いことから、美容的観点から平成26年3月単孔式腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。当院では単孔式手術のプラットフォームにはEZアクセス橈門タイプを使用しており、本症例では手術時間は2時間50分 出血量は12mlであった。術後経過良好で術後7日目に退院となった。切除標本の病理組織診断では狭窄部位の粘膜下層から漿膜下層にかけて内膜間質を伴う内膜腺が島状に散見されendometriosisの所見で悪性所見は認められなかった。術後ホルモン剤の内服を継続しているが、腹痛の再燃は認めない。【まとめ】単孔式手術の中でもEZアクセス橈門タイプを用いた場合、鉗子間距離が保たれることから比較的操作性が優れ、ある程度熟練した内視鏡外科医であれば大きなストレスなく施行可能である。本疾患はしばしば腸管狭窄を来すが予後は良好な疾患として認識されており、鏡視下手術の技術が進歩してきた昨今では若年女性を対象とするなどから、単孔式手術の良い適応と思われる。本症例について若干の文献的考察を含め報告する。

## 60 腸重積をきたした盲腸子宮内膜症の1例

社会医療法人 財団新和会 八千代病院 消化器内科  
 ○市川 雄平、白井 修、樋口 俊哉、氏原 正樹、  
 小鳥 達也

症例は47歳、女性。主訴は下腹部痛。既往歴は10歳代より月経困難、28歳時に右卵巣のう腫摘出術。家族歴に特記事項なし。平成26年7月31日に下腹部痛を認め、当院救急外来を受診。血液検査ではHb9.6g/dlと小球形貧血を認め、白血球、CRP、CEA、CA19-9、CA125に異常を認めなかった。腹部造影CT検査では回盲部の腫瘤を先進部とした横行結腸内へ陥入する腸重積の所見であった。回盲部の腫瘤は層構造が比較的明瞭で盲腸壁肥厚を主体とし、近接する右卵巣のう胞とは境界不明瞭で、多発する子宮筋腫も認めた。以上より、腫瘤より炎症性腫瘤を先進部とした成人型腸重積と診断し、明らかなfree airや腸管の血流障害を認めず、同日にガストログラフィンによる注腸検査を施行した。横行結腸中央で蟹爪状所見を認め、ゆくりと圧をかけることで先進部は正常な盲腸の位置へと整復され、同日より入院、絶飲食点滴で保存的治療とした。第2病日に大腸内視鏡検査を施行。虫垂開口部を含んだ盲腸は発赤調で浮腫を伴ったSMT様腫瘤であり、同部にに対するEUS(20MHz)では深部減衰気味であったが第2~4層の壁肥厚で、特に第4層の比較的均一な低エコー領域が特徴的であった。第8病日に注腸検査では、盲腸内側のSMT様隆起で、周辺に収束像をともなったtransverse ridgingを認めた。以上より盲腸壁外からの炎症性変化であり、問診・既往歴を含め腸管子宮内膜症を強く疑った。入院後も重積を繰り返すため、治療と確定診断を目的として第13病日に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理組織学的には、盲腸の漿膜下層から粘膜下層にかけて子宮内膜組織の進展と漿膜下層の線維化を認め、盲腸子宮内膜症として矛盾しなかった。術後経過良好で第23病日に退院となった。自験例は腸重積を契機に切除標本にて確定診断された腸管子宮内膜症の1例である。内視鏡生検で診断することは比較的困難であるが、内視鏡像、注腸X線像、EUS所見ともに特徴的な画像所見を認めており、過大な切除をすることなく術前診断することが重要であった。

## 62 可逆性の腸管狭窄をきたした特発性腸間膜静脈硬化症の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
 ○室井 航一<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
 仲島 さよ<sup>1</sup>、澤田 つな騎<sup>1</sup>、内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、  
 大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、  
 岡本 聡紀<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】58歳、男性。【主訴】右下腹部痛。【既往歴】高脂血症。【内服歴】ビタバスタチンカルシウム、エピナスチン塩酸塩、辛夷清肺湯。【現病歴】2014年5月中旬から右下腹部痛が出現し、近医で抗生剤治療を開始した。しかし、症状は改善せず、再度近医を受診。腹部超音波検査で胆嚢炎を疑い、6月2日に当科紹介受診となった。【経過】血液検査では、CRP14.19mg/dl、WBC13600/μlと炎症反応の上昇を認めた。腹部CTでは上行結腸に全周性の壁肥厚と周囲脂肪織の吸収値上昇、腸間膜付着部に線状、結節状の石灰化を認め、特発性腸間静脈硬化症(IMP; idiopathic mesenteric phleboclerosis)を疑った。数年前から内服していた辛夷清肺湯が原因と考え、内服を中止し、入院で絶食、抗生剤治療を開始した。下部内視鏡検査では、回盲部から上行結腸肝弯曲部まで腸管は狹窄し、脱落した粘膜と壊死組織の付着を認めた。病変部粘膜の生検組織では、ワイヤーループ状に肥厚した毛細血管が散見されIMPで矛盾のない所見であった。注腸造影では、回盲部から上行結腸に及ぶハウストラの消失、腸管の拡張不良、拇指圧痕像、腸間膜付着部に石灰化を認めた。CTコロングラフィーでも、回盲部から上行結腸にかけて腸管は狹窄していた。以上よりIMPと診断し、保存的に経過観察とした。腹部所見が消失した第9病日より食事を開始したが、第18病日に症状が再燃した。腹部CTでの改善も乏しいため、手術も考慮したが、御本人と相談し保存的に経過観察となった。絶食、抗生剤治療とし、腹部症状改善した第22病日から食事を再開した。その後は、再燃なく第32病日に退院となった。フォロワーの腹部CTでは、上行結腸の壁肥厚と周囲脂肪織の吸収値上昇は改善し、注腸造影でも腸管の拡張不良は改善していた。【考察】自験例では漢方の内服が原因と考えられた。漢方が原因のIMPは、内服の中止で保存的に改善するとされるが、腸管の狹窄をきたした場合でも、可逆性があり保存的に改善すると考えられた。



## 63 胃癌と同時に手術した特発性腸間膜静脈硬化症の1例

愛知県がんセンター 愛知病院 消化器外科  
○岡田 智美、松井 隆則、山田 知弘、廣田 政志、  
藤光 康信、小島 宏

胃癌と特発性腸間膜静脈硬化症 (idiopathic mesenteric phleboscclerosis ; IMP) に対し一期的に手術を施行した症例を経験したので報告する。症例は63歳女性。腹痛、嘔吐にて当科へ紹介された。CTにて右側結腸の腸間膜静脈の著明な石灰化とその領域の結腸壁肥厚がみられIMPと診断した。精査により早期胃癌もみられたため胃全摘術とIMPの症状改善目的で拡大右半結腸切除術を同時に施行した。術中所見では盲腸から横行結腸脾彎曲にかけて暗青色調に変色し静脈は硬化していた。術後経過は良好で症状は改善した。病歴聴取により更年期障害のため11年間にわたり市販の桂枝茯苓丸を内服し、詳細不明であるが過去には婦人科にて漢方薬の処方を受けたこともあるとのことであった。IMPの正確な原因は解明されていないが、漢方薬の長期内服が関係しているとの報告があり、本症例においても漢方薬の長期内服が影響している可能性があると思われた。IMPは慢性的な経過をたどり保存的療法によって軽快することが多いが結腸切除を要する場合もある。腹部手術と同時に予防的にIMPの結腸切除を行った症例は報告が無く、適応については結腸の狭窄や短縮の程度、症状により個別に検討すべきと思われる。

## 64 腹部腫瘍で発見されたMesenteric fibromatosisの1例

岡崎市民病院 外科  
○長谷川裕高、森 俊明、吾妻 祐哉、飯塚 彬光、  
中川 暢彦、本田 倫代、森本 大土、佐藤 敏、  
西 鉄生、石山 聡治、横井 一樹、鈴木 祐一

症例は51歳の女性。腹部腫瘍を自覚して来院。乳癌の手術歴があり、術後のホルモン治療としてエキセメスタンの内服中。開腹手術や外傷等の既往なく、その他にも特記すべき既往歴や内服薬なし。CT検査で腹腔内に $\phi$ 10cm大の腫瘤性病変を認め、SMAの分枝から栄養されている所見を認めた。腹部エコー検査でも $\phi$ 7×9×10cm大の内部やや不整な等エコー腫瘤を認め、内部に豊富な血流を認めた。小腸造影検査にて小腸の腫瘍による圧排所見を認めたが、小腸内視鏡検査では粘膜の変化は認めず。下部消化管内視鏡検査では異常を認めなかった。以上により小腸間膜由来のGISTが疑われ、手術を施行した。開腹所見では小腸間膜より発生する $\phi$ 12cm大の腫瘤を認め、腫瘤を含む小腸部分切除術を施行した。腫瘍の断面は充実性で境界は明瞭、表面は赤色調で内部はやや白色調であった。病理組織学的検査でMesenteric fibromatosisと診断され、小腸間膜より発生して小腸粘膜下層までの浸潤を認めた。本疾患は腹部手術の既往やGardner症候群に合併して発生することが知られているが、単独発生は稀とされている。また良性疾患であるが浸潤性発育のため局所再発が多く、特にGardner症候群に合併した症例は予後不良と言われている。本症例では腹部手術歴の既往なく、またGardner症候群の合併も認めなかった。今回われわれは腹部腫瘍で発見された稀なMesenteric fibromatosisの1例を経験したので、若干の文献的な考察を加えて報告する。

## 65 貧血、低蛋白血症を呈し、通過障害をきたした胃腸局性若年性ポリポーススの一例

藤田保健衛生大学 上部消化管外科

○鈴木 和光、田中 毅、須田 康一、梶原 脩平、  
中内 雅也、菊池 健司、古田 晋平、石川 健、  
石田 善敬、宇山 一郎

症例は49歳女性。10年ほど前より下肢のむくみを認め、貧血、低蛋白血症を指摘されていた。内視鏡検査では胃内に多発する過形成性ポリープを指摘されていた。胃切除術も考慮されたが、本人の希望により手術ではなく、鉄剤内服にて経過観察を行った。既往歴は特になく、家族歴も特に認めなかった。2014年3月上旬に嘔吐、手足のしびれを主訴に当院救急外来を受診した。この時の採血では代謝性アルカローシス以外のあきらかな所見を認めず経過観察とした。その後も嘔吐症状は続き、救急外来受診から3日後に嘔吐、脱水症状にて当院に救急搬送となった。来院時ショックバイタルの状態であったが、急速補液にて状態は改善した。血液検査では、貧血(Hb:8.4g/dl)、低蛋白血症(TP:5.0g/dl)を認めた。同日に緊急内視鏡検査を施行し、胃全体に多発するポリープの一部からOozing様の出血を認めた。また、巨大ポリープが幽門を覆い通過障害をきたしていた。絶食、輸血による内科的治療にて全身状態は改善したが、貧血、低蛋白血症を繰り返しており、通過障害も呈していたため胃切除術を行う方針となった。同年5月に腹腔鏡下胃全摘術を行った。胃および十二指腸球部は浮腫状で拡張を認めた。手術は多発ポリープに癌が混在している可能性も考慮し、D1郭清+8a、9郭清を行った。病理所見では胃体上部に胃型の再生上皮の過形成性増殖、前庭部に腸型杯細胞の乳頭状増殖を認めた。明らかな腺腫、癌を認めなかった。術後経過は良好で、第13病日に退院となった。術後1ヶ月後の血液検査ではHb13.1g/dl、TP7.2g/dlと改善がみられた。医学中央雑誌で胃腸局性若年性ポリポーススは14例報告があり、すべての症例で手術が行われている。貧血、低蛋白血症を呈した症例は12例が報告されているが、すべての症例で手術により症状の改善を認めた。今回胃腸局性若年性ポリポーススに対して腹腔鏡下胃全摘術を行い、良好な経過をたどった症例を経験したので報告する。

## 67 当院における85歳以上の超高齢者に対するESDの検討

豊橋市民病院 消化器内科

○鈴木 博貴、山本 英子、浦野 文博、藤田 基和、  
内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、芳川 昌功、  
木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田恵美子、山本 和弘、  
岡村 正貴

【背景】高齢化社会に伴い、高齢者の早期胃癌の症例は増加しており、またESDは低侵襲な治療法として広く普及している。しかし、85歳以上の超高齢者に対する有効性、安全性は確立されていない。【目的】当院における超高齢者に対するESDの有効性、安全性について検討すること。【対象】2010年5月から2014年3月までに当院でESDを施行した症例のうち、術後病理診断が腺腫であったものを除く292例319病変。【方法】85歳以上をA群(16例16病変)、84歳以下をB群(276例303病変)に分類し、両群の施行時間、腫瘍径、分化度、深達度、病変の適応、偶発症、転帰について比較した。【結果】平均年齢：A群87.1±1.5(85-91)歳、B群71.1±7.4(30-84)歳。男女比：A群9例/7例、B群256例/47例。施行時間：A群100(27-308)分、B群112(11-565)分。腫瘍径：A群23.5×19.5mm、B群21.8×16.3mm。分化度：A群では高分化12例、中分化4例であり、B群は高分化213例、中分化55例、低分化12例。深達度：A群M14例、SM22例。B群M262例、SM117例、SM223例、SM31例、MP1例、判定困難1例。病変の適応：A群はガイドライン病変4例、適応拡大病変4例、適応外病変4例であり、追加手術を行った症例は1例もみられなかった。B群はガイドライン病変192例、適応拡大病変69例、適応外病変41例で、断念した症例が2例、追加手術を行った症例が31例みられた。偶発症：A群では明らかな偶発症はみられず、B群では後出血10例、穿孔を3例認めた。転帰：A群の平均観察期間は23.4ヶ月であり、生存11例、他病死2例、不明3例であった。B群の平均観察期間は31.7ヶ月、生存234例、他病死16例、不明36例であった。【結語】当院において超高齢者に対するESDは非高齢者と比して治療成績は明らかな差はみられず、偶発症は重大なもののみみられていない。また、長期予後においても非高齢者と遜色なく、超高齢者のESDは安全であり、かつ有用な治療法であると考えられる。

## 66 微小カルチノイドの合併を認めた胃腺腫の1例

名古屋市立西部医療センター消化器内科

○尾関 智紀、土田 研司、中西 和久、西垣 信宏、  
山川 慶洋、山下 宏章、小島 尚代、平野 敦之、  
木村 吉秀、妹尾 恭司

【症例】84歳女性【現病歴】胃部不快感を主訴に来院し、上部消化管内視鏡検査を施行した。萎縮性胃炎を背景に胃体下部前壁に大きさ約2cmの扁平で褪色調の隆起性病変を認めた。生検では、管状腺腫の診断であったが、一部に小型細胞の充実性増殖像が観察された。免疫染色では、CD56陽性、Synaptophysin陽性であり、胃腺腫とカルチノイドの合併を疑い、内視鏡的粘膜下層剝離術(ESD)を施行した。【病理】異型腺上皮の管状増殖からなる中等度異型管状腺腫と、その粘膜固有層内にリボン状から小胞巣状に配列し免疫染色にて、CD56陽性、Synaptophysin陽性の異型細胞を認め、カルチノイドの合併と診断した。腫瘍は粘膜固有層内に留まり、断端陰性、脈管侵襲陰性であり治癒切除された。またESDで切除した病変周囲の萎縮粘膜にはカルチノイドを認めなかった。【考察】胃カルチノイドの主な発生機序として、高ガストリン血症による腺管内内分泌細胞の過形成から、腺管外に内分泌細胞微小胞巣(endocrine cell micronest: ECM)が形成され、ECMの過形成から、微小カルチノイドを経てカルチノイドに至る経路が提唱されている。本症例は胃腺腫とカルチノイドの合併を認め、両者に移行像がみられた。腺腫内の内分泌細胞への分化を持った細胞からカルチノイドが発生している可能性が考えられ、カルチノイドの発生機序を考える上で極めて貴重な症例であり報告する。

## 68 粘膜下異所性胃腺から発生したと思われる低分化型早期胃癌の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○堀谷 俊介、黒石 健吾、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、  
吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、高橋 好朗、  
田中 俊夫、小柳津竜樹

【症例】80歳男性【現病歴・経過】貧血と便潜血陽性に対する精査目的で上部消化管内視鏡検査を施行した。胃体上部小彎後壁側に20mm大の表面に潰瘍を伴う立ち上がりならぬ平坦様の隆起性病変を認め、生検にて低分化型腺癌の結果が得られた。1ヶ月後に再検した内視鏡検査では潰瘍はより深くなり0-IIc病変に変化した潰瘍面に明らかな腫瘍血管を認めた。また、病変肛門側にはSMTを疑う隆起性病変を認めた。EUSでは、病変の主座は第2層で、一部で第3層が途絶し、近傍に小さな嚢胞を多数認めた。病変肛門側のSMTは第2層に嚢胞性病変を認めた。以上より、異所性胃腺に合併したSM深部浸潤癌と診断し、手術の方針となり胃全摘を行った。切除標本では、腫瘍は筋層に接する部位まで浸潤し、腫瘍部と周囲の粘膜下組織には大小の粘液腺主体の腺管が多数みられ、異所性胃腺の像を認めた。粘膜表面より粘膜下組織側の腫瘍量が多い傾向があった。また、病変肛門側のSMTでも異所性胃腺が認められた。【考察】粘膜下異所性胃腺に癌が合併することは一般的に知られている。本症例はSMT様病変が1ヶ月で表面の潰瘍面がより深くなり0-IIc様形態をきたした経時的変化があることや病変周囲に異所性胃腺が多発し、腫瘍量が表層よりも粘膜下組織に多いこと等を考慮すると腫瘍は上皮よりも粘膜下異所性胃腺から発生したものと推測した。【結語】粘膜下異所性胃腺から発生したと思われる低分化型早期胃癌の症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

岐阜赤十字病院 消化器内科

○小川 恵吾、高橋 裕司、杉江 岳彦、松下 知路、  
伊藤陽一郎、名倉 一夫

【症例】61歳、男性、高血圧症・脂肪肝等で通院中、既往歴に特記すべき事項なし、自覚症状なし。検診にてGIFを受け、胃穹窿部の大彎後壁寄りに約5mm大の隆起性病変を認め精査となる。身長159.8cm、体重61.1kg、AST26、ALT23、 $\gamma$ -GTP93、CEA3.0、CA-19-9 4.1、FBS125、HbA1c(NGSP) 6.3、抗ヘリコバクター・ピロリ(HP)IgG3U/ml、尿素呼吸試験0.0%、便中HP抗原陰性。初診時の内視鏡所見にて病変は0-IIa型で、正常腺管が引き伸ばされた様な表面構造を認め、粘膜深層に径の太い血管増生を伴っていた。生検病理診断にて再生上皮下に胃底腺由来の高分化型腺癌を認めた。再検を行いNBI拡大観察で小型類円形や癒合伸長した形のwhite zoneが混在し、蛇行した軽度走行不整を伴う微小血管を認めた。EUSで第2層主体の腫瘤像を呈し、第3層に不整なし。治療的診断目的でESDを施行した。切除検体病理診断にて粘膜中間～深層を中心に、やや淡明な好塩基性細胞質を有し主細胞に類似した腫瘍細胞から成る腫瘍腺管の増殖を認めた。免疫染色にてMUC6陽性、MUC5AC弱陽性(表層主体)、MUC2・CD10陰性、p53陰性、Ki-67標識率5%以下。以上より胃底腺型胃癌と診断。粘膜下層進展や脈管浸潤を認めず治癒切除と判断した。【考察】胃底腺型胃癌は胃癌の新しい組織型として提唱された胃底腺(主細胞優位)への分化を示す低異型度分化型癌である。高齢者の胃上部に好発し、多くは胃炎・萎縮・腸上皮化生のない正常胃粘膜から発生するためHP菌とは無関係と考えられる。本症例も各種検査にてHP菌陰性であった。若年層でのHP菌感染率の低下や慢性胃炎に対する除菌療法の適応拡大により、今後HP菌陰性胃癌に対する診断およびスクリーニング法のさらなる検討が望まれる。

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
○久野 剛史<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
仲島さより<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>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】59歳、男性。【既往歴】虫垂切除術、交通外傷による腹腔内出血に対する開腹手術、右下肢静脈瘤ストリッピング術、末梢神経障害。【病歴】逐年健診にて上部消化管内視鏡検査を当院で施行されており、2008年検査時から胃穹窿部大彎前壁に7mm程度の発赤調のびらん性病変を認めていた。2009年と2011年に生検を施行されており、いずれもgroup1だった。2013年9月の検査時に同部位の生検にてgroup2であったため、同年12月に再検したところgroup3、2014年3月の再検ではgroup4であった。同時点での病変の大きさは1cm程度となっており、適時的に検討すると徐々に増大傾向にあった。病変の表面は魚鱗状の発赤粘膜で蚕食像は認めず、近接困難な部位に詳細な拡大観察は施行できていないが観察範囲内では不整な所見を認めなかった。びらん周囲はわずかだがなだらかに隆起していた。診断、治療的に内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。病理学的診断はgastric adenocarcinoma of fundic gland type (tub1>tub2), pT1b (SM2,900 $\mu$ m程度), ly(-), v(-), HM0, VM0であった。免疫組織学的検討ではMUC5AC(-), CD10(-), p53(-), MIB-1 index2~5%程度を示した。背景粘膜はほぼ正常の胃底腺組織で炎症はほとんどみられなかった。2013年9月の検査時に幽門部びらんからの生検でH. pyloryの感染を認めていたがその後除菌され、内視鏡上胃炎の範囲としてはC-I程度であることから穹窿部の萎縮性変化は否定的であった。SM2浸潤で非治癒切除のため追加手術を施行したところ局所遺残やリンパ節転移は認めなかった。【考察】今回我々は逐年で上部消化管内視鏡検査を施行していたにも関わらず診断時には深達度SM2であった胃底腺型胃癌を経験した。胃底腺型胃癌は2010年に提唱された新たな疾患概念で、胃炎のない正常胃底腺粘膜深層部から発生するとされ、今後H. pylory感染の減少に伴い増加する可能性がある。病変が小さくても早期からSM浸潤を伴うなどの特徴があり、その他胃底腺型胃癌の特徴について合わせて文献的考察を含めて報告する。



## 71 化学療法が著効し長期生存が得られた肝転移を伴うAFP産生胃癌1例

愛知医科大学 消化器内科

○松本 朋子、下郷 彰礼、伊藤 義紹、福富里枝子、足立 和規、郷治 滋希、岡庭 紀子、柳本研一郎、田邊 敦寛、野田 久嗣、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、河村 直彦、小笠原尚高、飯田 章人、舟木 康、佐々木誠人、春日井邦夫

【症例】65歳男【主訴】特になし【既往歴】胆嚢内結石、胆嚢ポリプ、B型慢性肝炎【現病歴】検診にて胆嚢内結石、胆嚢ポリプを指摘され、定期的に腹部超音波検査（US）を受けていた。2012年5月、腹部USで肝腫瘍を認め精査目的にて入院となった。【入院時現症】身体所見では明らかな異常所見は認めず、血液検査所見では軽度の肝機能障害とAFP88329.8ng/mlと高値を認めた。また、CEA、CA19-9は正常範囲内であった。腹部USで肝左葉に約6cm大、肝右葉に約10cm大の内部がモザイクパターンを呈する腫瘍性病変を認めた。腹部造影CT検査では肝細胞癌の造影パターンを呈したが、EOB-MRI検査で転移性肝腫瘍の可能性も唆された。上部消化管内視鏡検査（EGD）では、胃角部小彎から前庭部小彎にかけて2型腫瘍を認め、生検病理組織検査でAdenocarcinoma（por）、免疫組織検査ではAFP陽性であった。肝腫瘍の生検病理組織で胃腫瘍と同様の所見を認めたため、肝転移を伴うAFP産生胃癌、(T3N2M1、StageIV)と診断した。【経過】胃癌病理組織でHER2遺伝子発現が陽性的のため、同年7月よりS-1+CDDP+trastuzumab療法を開始した。同療法を15コース施行したが、腎機能障害が出現したため2013年9月からS-1+CPT-11療法へ変更した。15コース施行後、肝腫瘍、胃腫瘍ともに縮小しており、今後外科的切除を検討している。【考察】AFP産生胃癌は全胃癌の1.5～5.1%と比較的まれな組織型であるが、リンパ節転移や脈管浸潤、肝転移の頻度が高いため予後が悪く、5年生存率は11.6%、平均生存期間は13.5か月と報告されている。特に多発肝転移を伴う症例においては、平均生存期間が7.3か月と非常に予後不良である。その一方、AFP産生胃癌は化学療法への感受性が比較的高いとされ、近年では肝転移を伴う症例に対して化学療法が著効した報告例が見られるようになったが、疾患に特異的で有効な治療法はまだまだ確立していない。本症例は化学療法が著効し診断後3年以上生存している貴重な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 72 治療方針決定に苦慮した悪性リンパ腫合併進行胃がんの一例

<sup>1</sup> JA岐阜厚生連岐阜北厚生病院 消化器内科、<sup>2</sup> JA岐阜厚生連岐阜北厚生病院 外科、<sup>3</sup> 岐阜大学医学部付属病院 第一内科○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>、田中 秀典<sup>2</sup>、岩下 拓司<sup>3</sup>、北川 順一<sup>3</sup>

症例は80歳女性。胸水貯留の精査目的に近医より紹介となった。LDH、可溶性IL2-Rの上昇、CTで傍大動脈リンパ節を中心とした全身のリンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫が疑われた。また、胃体上部、前庭部に潰瘍性病変を認め、内視鏡像からリンパ腫の胃病変が疑われた。確定診断のためEUS-FNAを施行したところ、ろ泡性リンパ腫であり、胃の生検結果は高分化型腺癌であった。ろ泡性リンパ腫はAnn Arbor分類でstage4、高腫瘍量の状態であり、化学療法の適応と考えられた。胃がんは内視鏡的には進行癌ではあるが、他臓器への転移は認めず、所属リンパ節転移の有無の評価ができないため、治療方針の決定が困難であった。十分な病状の説明を行い、まずろ泡性リンパ腫の治療を先行し、胃の所属リンパ節の治療効果をもて、胃がんの病期と治療方針の決定をすることとした。R-CVP療法を2コース終了後、CTで胃の所属リンパ節の著明な縮小を認め、胃がんの所属リンパ節転移の可能性は低いと判断した。胃がんをstage2と診断し、リンパ腫の化学療法を中断したうえで、胃全摘+D2リンパ節郭清術を行った。切除標本からは胃所属リンパ節に転移は認めなかった。術後は、R-CVP療法を再開し、予定のリツキシマブ8コース、CVP6コースを完遂後、胃がんに対する術後補助化学療法としてTS-1を開始し順調に経過している。悪性リンパ腫と癌の合併に関しては報告も少なく、定まった治療方針はない。本症例は、胃がんの治療方針決定に苦慮したが、リンパ腫の治療を先行したことで、正確な病期決定ができ、有効な治療方針の決定へつながった。

## 73 Conversion surgeryを施行し、傍大動脈リンパ節のみに癌の遺残を認めた進行胃癌の1例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

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

Stage4胃癌は全身化学療法が標準治療となるが、全身化学療法が奏功した症例は予後の改善を期待し、conversion surgeryが考慮される。今回、conversion surgeryを施行し、術後病理組織診断にて傍大動脈リンパ節のみに癌の遺残を認めた症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。症例は60歳の男性で、心窩部痛を主訴に前医を受診後、胃癌と診断され当院へ紹介受診した。上部消化管内視鏡にて胃体下部大弯後壁に3型進行胃癌を認め(por2)、腹部CTにて胃壁の肥厚と所属リンパ節腫脹、さらに傍大動脈リンパ節腫脹を認めたため、切除不能進行胃癌(cT3N3aH0P0M1(LYM)、Stage4)として全身化学療法を行うこととなった。SP療法3コース施行後のCTにて、原発巣・腫大リンパ節ともに消失したため、患者にインフォームド・コンセントのもと、根治切除術の方針となった。開腹幽門側胃切除術、D2+大動脈周囲リンパ節郭清、Roux-en-Y再建を施行し、経過良好で退院となった。切除標本の病理組織診断において、胃および所属リンパ節に癌細胞は認めなかったものの、#16a2・#16b1リンパ節に癌細胞を認めた(yptON0M1(LYM)、Stage4)。傍大動脈リンパ節転移を認めるStage4胃癌に対してconversion surgeryを施行するにあたり、傍大動脈リンパ節郭清はしばしば省略されるが、根治を目指すには傍大動脈リンパ節郭清を十分に考慮にすべきと思われる。

## 74 術前化学療法中に臨床的進行・増悪をきたした進行胃癌の3例

小牧市民病院 外科

○中西 香企、望月 能成、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、横山 裕之、谷口 健次、永末 裕之

【はじめに】胃癌に対する術前化学療法(以下NAC)は、MAGIC trial、JCOG0405、JCOG0501試験などで良好な成績が示されている。しかしながら臨床的進行・増悪(以下PD)をきたす症例も少なからずある。今回当院においてNAC中に画像上PDをきたした3症例を提示する。なお、当院においては2008年11月から2014年4月までの間に大型3型4型あるいは高度リンパ節転移を認める経口摂取可能な初発進行胃癌41症例に対してNACを行い、その後手術治療を行っている。症例1.78歳男性、既往歴に高血圧あり。大型3型。高度リンパ節転移を有する進行胃癌に対して審査腹腔鏡を行い、腹膜播種陰性、洗浄細胞診陰性を確認した。その後NACとしてS-1/CDDPを開始した。1コース目day14に自宅にて心停止状態で発見され当院救急搬送。自己脈再開せず死亡となった。症例2.58歳男性、既往歴に高血圧あり。大型3型進行胃癌に対して審査腹腔鏡を行い、腹膜播種陰性、洗浄細胞診陰性を確認した。NACとしてS-1/CDDPを開始した。2コース目day14に自宅で胸痛を自覚し当院救急搬送。心筋梗塞と判断されPCIが施行された。手術待機中に画像検査上PDをきたしたが根治切除が可能であった。症例3.67歳男性、既往歴に脳梗塞、糖尿病あり。大型3型。高度リンパ節転移を有する進行胃癌に対して審査腹腔鏡を行い、腹膜播種陰性、洗浄細胞診陰性を確認した。NACとしてS-1/CDDPを開始した。1コース目day3に脳梗塞を発症した。脳梗塞治療中に画像検査上PDをきたし根治術不可能(総肝動脈周囲の高度リンパ節浸潤)と判断し全身化学療法を導入した。【考察】NACは日常診療として推奨されるに至っていないものの有望な治療法として期待されている。しかし、NACにより心血管系の有害事象が発生した場合、治療の延期が余儀なくされ結果としてPDを来す症例もある。NACを行う際には、治療開始前に心血管系のリスクを評価し患者を選択することが重要であると思われる。

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○清水 大、小林 大介、服部 正嗣、田中 千恵、  
岩田 直樹、神田 光郎、山田 豪、藤井 努、  
中山 吾郎、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、  
小寺 泰弘

【背景】近年、Stage IV胃癌において化学療法の奏功により遠隔転移が消失し、原発巣切除を行うconversion surgery (CS) を経験するようになってきている。一般的にCSは一次治療に対してsuper responderである一部の症例に対して適応されることがほとんどで、報告例の多くは一次治療奏功例であり、二次治療後にCSに至った報告は非常に稀である。今回われわれは切除不能進行胃癌に対しNab-Paclitaxel (Nab-PTX) による二次治療が奏功しCSを施行した1例を報告する。【症例】症例は61歳男性。つかえ感を主訴に来院し、上部消化管内視鏡検査で噴門直下に3型腫瘍が指摘された。胸腹部CT検査にて肺転移と右鎖骨上、縦隔、胃周囲および大動脈周囲リンパ節転移を認め、T4aN3M1(LYM/PUL)、Stage IV胃癌と診断された。一次治療としてS-1/CDDPを開始し、1コース後に肺転移と多発リンパ節転移の縮小を認め、3コース後に右鎖骨上リンパ節転移と縦隔リンパ節転移および大動脈周囲リンパ節転移は消失を得た。しかし5コース終了後に肺に新病変が出現しPDと判断した。2次治療としてNab-PTXを開始した。6コース終了後に肺転移、大動脈周囲リンパ節転移の消失を認め、定型手術によりR0切除可能と判断した。審査腹腔鏡で腹膜播種、腹腔洗浄細胞診の陰性を確認後、胃全摘、D2郭清を行った。病理組織学的所見はypT3N2M0、StageIIIAで、組織学的治療効果判定はGradelaであった。合併症はなく術後12日目に退院した。現在も術後補助療法としてNab-PTXを継続し経過観察中である。【考察】根治切除不能胃癌に対し、一次治療でPDとなった後でも、二次治療の奏功により遠隔転移が消失し、CSの適応となれば予後改善が期待される。



## 76 ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) と胃癌播種性骨髄癌症の合併が疑われた1例

公立陶生病院 外科

○荘加 道太、川瀬 義久、清水 三矢、友杉 俊英、  
宇野 泰朗、日比野壯貴、高橋 卓嗣、大河内 治、  
坪井 賢治

症例は67歳男性で前医において施行された上部消化管内視鏡検査で進行胃癌を指摘され精査治療目的で紹介され受診した。既往に特記すべき事は無かった。胃癌はU領域の癌で領域リンパ節転移の他に顕著な左鎖骨上リンパ節及び傍大動脈リンパ節転移を認めたため術前化学療法としてSP療法を2コース行った後に胃全摘術を施行した。最終診断はUM Less Ante type4 por2 pT4a pN3bH0P1CY1M1 fStage4であった。術後は食事摂取の安定にやや時間を要し術後17日目に退院した。退院後早期に全身化学療法としてSP療法の予定であったが術後49日目に脳梗塞を発症し当院神経内科によりトルソー症候群と診断されヘパリンを導入された。ヘパリン導入15日目に血尿・口腔内出血・皮下出血など出血傾向が出現しPLT $2.7 \times 10^4$ /ml $3$ と低値であったため再入院となった。HIT抗体10.6U/ml(ラテックス法)と高値でありHITと診断した。急性期DICスコア6点・厚生労働省DICスコア10点と血液凝固異常を認め骨シンチでも多発骨転移を認めたためHITに加え胃癌播種性骨髄癌症の合併が疑われた。入院後も血小板の減少及びPSの低下が著しく全身化学療法を施行することなくDICを離脱する事が出来ずMOFの状態となり再入院6日目に永眠した。HITと播種性骨髄癌症の合併という非常に稀な病態を経験し治療に難渋したので多少の文献的考察を加えて報告する。

## 78 臍転移 (Sister Mary Joseph's nodule) を伴った胃癌の2例

蒲郡市市民病院 内科

○成田幹登人、市川 紘、成田 圭、佐宗 俊、  
小田 雄一、安藤 朝章

【症例】症例1は48歳男性。6か月前からの食欲不振、体重減少、徐々に増大する臍部の結節を主訴に来院された。上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部前壁にBorrmann3型進行胃癌を認めた。CT検査、骨シンチグラフィ検査にて腹膜播種および多発骨転移を認めておりcStage4と診断した。臍部結節は15mm大の弾性硬・可動性不良の腫瘤であり、胃癌の臍転移を疑い組織生検実施したところ、真皮内に腺癌細胞の浸潤を認め、胃癌の転移として矛盾しない所見を得た。TS-1+CDDPの投与を開始したが、7か月後、原疾患のため永眠された。症例2は72歳女性。食欲不振を主訴に来院され、上部消化管内視鏡検査にて胃体上部～胃角部にBorrmann4型進行胃癌を認めた。術前検査にて腹膜播種を認めたためcStage4と診断した。TS-1単独投与を開始したが、3か月後に初診時は認めなかった約40mm大の圧痛を伴わない発赤した臍結節を認めた。CT検査にて臍の腫瘤は腹膜へと達しており、胃癌の臍転移と考えられた。初診から6か月後、原疾患のため永眠された。【考察】悪性腫瘍の臍転移(Sister Mary Joseph's nodule)は比較的まれであり、原発巣は胃癌が最も多いとされている。転移様式は直接浸潤、リンパ行性転移、血行性転移、手術操作によるimplantationなどが考えられている。本例においては、症例1は腹膜播種認めるものの、画像上は臍腫瘤が腹腔と直接の交通認めておらず、骨転移を伴っていることから血行性転移の可能性が考えられる。症例2は明らかなリンパ節腫大や血行性転移を認めず、腹膜播種を伴い、臍腫瘤が腹膜との交通認めていることから直接浸潤が疑われた。Sister Mary Joseph's noduleは予後不良な兆候の一つとされており、臍転移を認めた後の予後は1年以内の報告が多い。しかし、孤立性の臍転移では切除により長期予後を得た例が報告されている。また、本例の2症例では経過中に臍転移が原因でQOL低下をもたらすことはなかったが、浸出液や出血を伴う場合にはQOL向上のために切除も検討される。今回当院で臍転移を伴った胃癌を2例経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 77 胸腺癌の胃転移の1例

安城更生病院 消化器内科

○浅井 清也、東堀 諒、脇田 重徳、三浦真之祐、  
鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、竹内真実子、  
細井 努、山田 雅彦

胸腺癌からの転移の報告は胸腺癌自体が稀なこともあり、非常に稀である。今回我々は胃転移をきたした胸腺癌の1例を経験したので報告をする。症例は70歳代男性。2014年6月頃より前胸部痛が出現したため近医を受診した。近医で施行した胸部X線検査、胸部CT検査にて右肺に腫瘍性病変が疑われ、7月に当院呼吸器内科へ紹介となった。当院で施行した造影CT検査では、前縦隔から右肺上中葉縦隔側に8cm大の内部不均一な腫瘤を認めた。Positron emission tomography (PET) 検査を施行したところ、前縦隔以外にも胃体部大弯側にFDG集積を認めため、胃癌精査のため当科へ紹介となった。上部消化管内視鏡検査(以下EGD)を施行した。EGDでは胃体上部大弯に黒褐色の色調を呈した表面平滑で頂部に陥凹を有する3cm大の隆起性病変を認めた。生検では未分化な腫瘍細胞であり、通常の腺癌とは異なる形態を呈し、確定診断はつかなかった。前縦隔の腫瘍に対し、8月に腫瘍切除+胸腺切除+右上中葉合併切除術を施行した。腫瘍は縦隔に存在しており、右肺上中肺野の実質と強固に癒着し、広範な出血、壊死を伴っていた。腫瘍は多形性に富んだ未分化な悪性腫瘍の像を呈し、免疫組織学的にはCK AE1/AE3(+), CK OSCAR(+), CD5(-), CD34(-), CD31(-), CD110(-), PALP(-), AFP(-), AFP(-), CD30(-), CD117(-), actin(-), desmin(-)を示し、undifferentiated thymic carcinomaの診断であった。胃生検で見られた腫瘍は胸腺の腫瘍と類似した組織像であり、胸腺腫瘍からの転移と考えられた。今後は化学療法を予定している。非常に稀な胸腺癌の胃転移の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告をする。

## 79 胃癌化学療法中の胃穿孔に対し緊急手術で救命し、その後化学療法を継続し2年8か月生存しえた1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○村林 桃士、川口 真矢、加藤 亜唯、伊藤 達也、  
三浦 広嗣、高見麻佑子、山村 光弘、東谷 光甫、  
大山田 純、福家 博史

【はじめに】胃癌化学療法中の消化管穿孔は1.1%(原発巣の穿孔が約半数)、穿孔後化学療法が可能であった症例は45%で穿孔後の生存期間中央値は5.6か月であったと報告している(Annals of Oncology, 2007)。今回、胃癌化学療法中に原発巣の穿孔を来し緊急手術で救命し、その後化学療法を施行し2年8か月生存し得た症例を経験したため報告する。【症例】71歳男性。2011年6月上旬消化管内視鏡検査にて胃角部小彎にBorr3型胃癌(tub2)と造影CTにて肝肺転移を認めた。臨床診断T4a(SE), N2, H1, P0, M1(PUL), stage IVと診断し、S-1(120mg/day)+CDDP(110mg/body)による化学療法を開始した。2コース開始12日目、突然の腹痛を来し救急外来受診、腹部CTにてfree airと腹水を認め、胃癌穿孔による汎発性腹膜炎と診断した。緊急手術にて穿孔部位が胃癌部位であることを確認し、幽門側胃切除D2廓清を施行した。組織学的には腫瘍は化学療法により壊死を来し散在性に認めるのみで、最終病理診断はypT4a, N2, H1, P0, M1(PUL), stageIVであった。化学療法効果判定PRであったこと、原発巣を切除したことを踏まえ、十分なICの後、術後1か月よりS1+CDDPによる化学療法を再開した。その後は主に肺転移、縦隔リンパ節転移の増悪に伴いレジメン変更(PTX, CPT-11, DOC)し、胃癌穿孔時より2年8か月後に現病死した。【結語】胃癌標準治療であるS-1レジメンにおいて化学療法が著効した場合には穿孔は留意すべき有害事象であるが、その際に迅速な手術と化学療法を組み合わせることで長期生存が可能であると思われた。

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
○岡本 聡紀<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
仲島さより<sup>1</sup>、澤田つな騎<sup>1</sup>、内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、  
室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、  
伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】67歳、女性【主訴】心窩部不快感【既往歴】右良性甲状腺腫、甲状腺機能低下症、右脚ブロック、大腸憩室症【経過】2004年に体中部大弯後壁寄りにて胃体部粘膜下腫瘍（以下SMT）様病変を指摘。EUSでは第3層を首座とする均一な高エコー領域として描出され、脂肪腫の診断にて年1回の上部消化管内視鏡（以下EGD）でfollowされていた。生検にてH. pyloriは陰性であった。2013年の近医のEGDではSMTの大きさは不変であったが、項部に発赤を認めていた。2014年5月頃より胃のつかえ感、気持ち悪さがあり、7月7日同院にてEGD施行。SMTの存在した部位に5cm大の隆起性病変を認め、生検組織はtub2>por2でmoderately or poorly adenocarcinomaと診断され、2014年7月14日に当院紹介受診となった。当院施行のEGDにて 胃体部大弯後壁寄りに、狭い基部を有するY-IV型の表面不整、発赤調の八つ頭状腫瘤が見られ、周囲襲の腫大・基部への集中も認められ肉眼的には進行癌と考えられた。併せて施行したEUS（20MHz）でも、深達度はSM以深と考えられた。腹部超音波検査にて肝内に複数の低エコー領域、CTにて胃体部の不整な腫瘤と胃小弯側の集簇したリンパ節腫大、肝両葉の多発不整結節が指摘され、多発肝転移が疑われた。後日施行されたPET-CTでも、同部に集積亢進結節を認めた。免疫組織化学的にはHER2/neuの発現は陰性であった。StageIV胃癌として7月30日よりTS-1+シスプラチン治療。投与後腎機能悪化、骨髄抑制あり。休業期間の後、骨髄抑制、腎機能改善し、現在はPTX治療を行っている。【考察】胃粘膜下腫瘍様の形態を呈する胃癌はしばしば報告されるが、本例のように短期間にSMTから1型隆起への形態変化・増大をきたした症例は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 81 急性膵炎を契機に診断された十二指腸悪性リンパ腫の一例

1 三重大学附属病院 消化器肝臓内科、  
2 三重大学附属病院 光学医療診療部  
○作野 隆<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、西川健一郎<sup>1</sup>、  
田野 俊介<sup>2</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、北出 卓<sup>2</sup>、濱田 康彦<sup>2</sup>、  
葛原 正樹<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】49歳男性【既往歴】34歳時よりSLE、ループス腎炎の診断で、ステロイドと免疫抑制剤(プレドニゾン10mg/day、2012年8月からはタクロリムス3mg/day併用)にて加療。49歳時(2013年9月)に難治性直腸潰瘍穿通に対し、腹腔鏡下回腸人工肛門造設術。【現病歴】2013年11月に心窩部痛を主訴に当院を受診、炎症反応および膵酵素の上昇あり、単純CTにて膵頭部の腫大と周囲脂肪織濃度の上昇を認め急性膵炎の診断で入院となった。造影CTでは十二指腸下脚に全周性の壁肥厚と腫瘍性病変を認めた。腫瘍は膵頭部へ浸潤し、境界不明瞭で全体に腫大所見を呈していた。上部消化管内視鏡では、上十二指腸腸角から下行脚にかけて全周性の潰瘍性病変を認めた。潰瘍周囲隆起はなだらかで、耳介様の隆起を呈していた。以上の所見より十二指腸悪性リンパ腫を疑い、生検の結果diffuse large B-cell lymphomaと診断した。【経過】絶食・輸液加療にて第5病日には炎症反応や膵酵素は改善傾向であったが、腹痛が持続していた。Iatrogenic immunodeficiency-associated lymphoproliferative disordersの可能性を考え、第9病日よりタクロリムスを中止したが、病変は増大傾向で腹痛の改善も認めなかったため、第16病日よりR-CHOP療法を開始した。第22病日のCTでは膵腫大は改善し腹痛も軽快した。R-CHOP療法を計6コース終了後のCTで95.3%の病変縮小率を認め、Partial response(PR)と判断した。その後、食後の悪心・嘔吐の症状が出現したため再度上部消化管内視鏡を施行したところ、潰瘍性病変は改善し癒痕化していたが、高度の十二指腸狭窄を認め、胃-空腸吻合が施行された。治療後約半年経過しているが、増悪を示唆する所見なく経過良好である。【考察】全悪性リンパ腫のうち消化管原発悪性リンパ腫は4.5~20%で、小腸はそのうちの20%と胃に次いで多い。小腸の悪性リンパ腫のうち十二指腸原発はわずか4.7~6.9%と稀である。急性膵炎を伴う十二指腸悪性リンパ腫は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 82 腹部超音波が有用であった十二指腸GISTの1例

1 JA岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科、  
2 名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部  
○野村 翔子<sup>1</sup>、長屋 寿彦<sup>1</sup>、宮本 陽一<sup>1</sup>、荒川 直之<sup>1</sup>、  
吉田 正樹<sup>1</sup>、藤本 正夫<sup>1</sup>、山瀬 裕彦<sup>1</sup>、松坂 好平<sup>2</sup>

【背景】消化管間質腫瘍(Gastrointestinal stromal tumor: GIST)は、消化管、腸間膜に発生する腫瘍で、その頻度は10万人に1~2人とされる。その臓器別発生頻度は、胃が全GISTの60~70%を占め、小腸は20~30%、十二指腸は4%と比較的稀である。今回、我々は十二指腸第4部~空腸に発生した粘膜炎下腫瘍に対し外科的切除を行い、GISTと診断した1例を経験したので報告する。【症例】52歳女性。2014年7月、1週間前から持続する黒色便を主訴に当院内科を受診。血液検査ではHb8.7g/dlと著明な貧血を認め、消化管出血を疑ったが上下部消化管内視鏡検査では異常は認めなかった。スクリーニングで腹部超音波検査を施行したところ、十二指腸第3~4部付近に25×18mm大の第4層より連続する内部不均一で血流豊富な低エコー腫瘍を認めた。造影CTでも同部位に境界不明瞭な多血性腫瘍が確認され、その部位を内視鏡観察するため、大腸内視鏡を用いて経口的に上部空腸まで挿入したが、腸管腔内に露出する病変は指摘しえなかった。しかし小腸造影では同部位に25mm大の類円形の透亮像を認めたことより、内視鏡では指摘困難な壁外発育型十二指腸GISTを疑い、貧血の原因と考え、外科にて手術を施行した。腫瘍は十二指腸第4部~空腸にかけて壁外へ突出して存在し、楔状切除した。術後経過は良好で術後13日目に退院した。病理組織学的に腫瘍は腸管の有筋層より連続し、紡錘形細胞が束状、交叉性に増殖しており、核分裂像数は5以下/50HPFであった。免疫染色ではc-kit陽性、CD34陰性、S-100蛋白陰性、α-SMA陰性、MIB-1 index約5%であり、modified-Fletcher分類より低リスクのGISTと診断した。遺伝子検査では、c-kit遺伝子exon11 codon576に点変異を認めた。【結語】十二指腸第4部~空腸に発生した比較的稀なGISTに対し、外科的切除し遺伝子検査を行った1例を経験した。近年GISTの診断にはKITやCD34の免疫染色に加え、c-kitやPDGFRAなどの遺伝子変異の解析が確定診断の補助、患者の予後の推定や分子標的薬(イマチニブなど)への効果の予測にも有用であると考えられており、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 83 甲状腺機能低下症の治療中に発生した乳頭部癌の1例

岐阜厚生連 西美濃厚生病院  
○畠山 啓朗、寺倉 大志、中村 博式、岩下 雅秀、  
田上 真、林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二

【症例】76歳女性【主訴】食欲不振、全身倦怠感【既往歴】50歳代に胃潰瘍にて胃部分切除(B-I法)【現病歴】70歳頃より甲状腺機能低下症にて当院に入院し、内服治療を受けていた。平成25年12月頃より受診をしておらず、全身倦怠感が出現し、次第に増強して食欲不振も出現しなくなったために平成26年8月5日に当院外来を受診、甲状腺ホルモンの異常低値と肝機能障害を認め、精査・加療のために入院となる。【入院時現症】身長139cm、体重40.1kg、体温36.7℃、血圧117/66mmHg、脈拍65/min、眼球結膜に黄疸を認めず、腹部は平坦・軟、圧痛を認めず。【入院後経過】入院時血液検査上肝胆系酵素の上昇を認め、TSH>100.00μIU/ml、FT3<1.00pg/ml、FT4<0.40ng/dlと甲状腺ホルモン値が測定不能の甲状腺機能低下症を認め、即時にホルモンの補充療法を行なった。また、入院時の腹部CTにて総胆管の拡張を認めERCPを施行し、乳頭部の粘膜炎を主とする腫大と総胆管下端での閉塞を認め、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ(ENBD)を行なった。乳頭部の生検にてadenocarcinoma(tub1)と診断され、手術目的にて当院外科へ転科し膵頭十二指腸切除術を行なった。病理診断はCancer of the P. Vater:Ad/Ac/AP、Ab. pap>tub1>tub3.sci. INFγ, ly1, v0, pn0, panc0, du2, pN0(0/5)であった。【考察】甲状腺機能低下症においてしばしば肝機能障害を認めるが、この症例においても服薬コンプライアンスの悪い中、外来通院中に肝機能障害を認めていた。画像診断を行っていないけれどもっと発見が遅れた可能性がある。また、甲状腺機能低下症に乳頭部癌を合併したとする報告はあまりみられていないため、関連性の有無については検討を要する。

## 84 十二指腸乳頭部腺扁平上皮癌の1例

1 済生会松阪総合病院 内科、2 済生会松阪総合病院 外科  
○瀬木 祐樹<sup>1</sup>、行本 弘樹<sup>1</sup>、吉澤 尚彦<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、  
福家 洋之<sup>1</sup>、河俣 浩之<sup>1</sup>、橋本 章<sup>1</sup>、脇田 喜弘<sup>1</sup>、  
清水 敦哉<sup>1</sup>、長沼 達史<sup>2</sup>

【症例】70歳代、男性【主訴】上腹部痛【既往歴】20歳頃、胃潰瘍。70歳頃、脳梗塞。【現病歴】平成X年6月14日より上腹部痛を認め近医受診。肝胆系酵素の上昇を指摘され6月24日当院内科に紹介受診となる。腹部超音波検査および腹部CTで肝内胆管、総胆管、主膵管の拡張、胆嚢の腫大と壁肥厚が認められ、乳頭部近傍に15mm大の境界不明瞭な造影効果のある腫瘍を認めた。肝門部に13mm大のリンパ節腫大を認めた。同日精査加療目的で入院となる。【入院時現症】身長159.6cm、体重43.3kg、体温36.4℃。眼球結膜黄染なし、腹部平坦軟、圧痛認めず、Murphy徴候陰性であった。【経過】血液検査ではWBCは正常、肝胆系酵素は上昇を認めた。腫瘍マーカーは陰性であった。ERCPでは十二指腸乳頭近傍より自然出血し、隆起粘膜炎は発赤を認めた。組織診断では扁平上皮癌と腺癌の混在が認められた。総胆管では乳頭より20mmにわたり完全狭窄を認め、同日ENBDを挿入した。EUSでは総胆管内に30mm大の高エコーな腫瘍を認めた。また膵管では膵頭部で閉塞しており、膵頭部より主膵管は6mm大の拡張を認めた。3DCCTでは明らかな脈管浸潤は認められなかった。PET-CTでは下部胆管に結節上の集積が認められた。また明らかな転移を示唆する集積は認めなかった。以上より十二指腸乳頭部腺扁平上皮癌もしくは下部胆管癌と診断し、当院外科にて8月13日に重全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。手術所見では腹水、肝転移、腹膜播種の所見は認められなかった。病理組織では、腺癌が有意であったが扁平上皮癌が病巣の4分の1以上を占めており、十二指腸乳頭部腺扁平上皮癌と診断した。病理診断は混在型、pT3bN1M0Stage2Bであった。術後経過は良好であり、術後31日目に退院となった。【考察】稀とされている十二指腸乳頭部腺扁平上皮癌の1例を経験した。腺扁平上皮癌は腺癌と比較して発育速度が約2倍とされ、予後は不良との報告がある。本症例においても、嚴重なfollow upが必要であると考えられた。



## 85 保存的に治療し得た魚骨胃穿孔の一例

<sup>1</sup>松阪市民病院、  
<sup>2</sup>三重大学 医学部附属病院 光学医療診療部  
 ○黒田 直起<sup>1</sup>、坪井 順哉<sup>1</sup>、小坂 良<sup>1</sup>、黒田 誠<sup>1</sup>、  
 大岩 道明<sup>1</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>

【症例】59歳男性【主訴】発熱、腹痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】夕食で鯖を摂食し、翌日の起床時から心窩部痛、発熱が出現し近医受診した。胃粘膜保護剤で経過をみられたが改善しないため精査加療目的に当院紹介受診となった。【身体初見】体温35.8℃、血圧119/70mmHg、脈拍69回/分。眼瞼結膜に貧血なく、腹部平坦軟、腸蠕動音正常、心窩部に圧痛を認めたが反跳痛は認めなかった。【検査初見】WBC5200/ $\mu$ m、Seg53%、Lymph33%、CRP5.25mg/dlと軽度の炎症反応上昇を認めた。腹部CTでは胃前庭部から胃壁を貫通し胃背側脂肪織に30mm程度突出する索状の高吸収域と、その周囲にfree air、周囲脂肪織濃度上昇を認めた。腹水は認めなかった。【経過】緊急上部消化管内視鏡検査を行ったところ、前庭部小弯側に魚骨の一部露出を認め、それ以外の部位は粘膜下に迷入している状態であった。把持鉗子で周囲粘膜ごと把持し、長軸方向に摘出することで除去し得た。穿孔部位からは胆汁の排出を認め、同部位での感染が疑われた。穿孔部が極めて小さなこともあり、ドレナージ効果を期待しクリッピングなど創部縫縮は行わず処置を終了した。CTでは膿瘍形成や腹膜炎の所見を認めず、絶食、PPI、抗生剤投与にて保存的治療を行った。第3病日の腹部CTではfree airは消失し、穿孔部周囲の脂肪織濃度も改善したため、第7病日に退院となった。2か月後、経過観察の上部消化管内視鏡検査では穿孔部は癒着化していた。またその際に胃角部前壁に30mmの不整な表面隆起型病変を認めた。早期胃癌の診断で初診から3か月後の時点でESDを施行した。【考察】本症例では魚骨による胃穿孔であったが穿孔部が小さく腹膜炎を合併していなかったため保存的に治療し得た。膿瘍や腹膜炎合併例では外科的治療が選択されることもあり、魚骨胃穿孔が疑われた場合、魚骨の穿孔部位や腹膜炎所見、腸管外合併症などを評価した上で、治療方法を検討すべきである。

## 86 上部消化管内視鏡検査を契機に発症した十二指腸憩室穿孔の一例

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  
 ○杉村 直美、金子 望、井上 智司、石原 祐史、  
 飛鳥井香紀、高口 裕規、井上 裕介、戸川 昭三、  
 榊原 健治、長谷川 泉

【症例】79歳女性【既往歴】骨粗鬆症【現病歴】平成26年7月頃より心窩部痛あり、当院消化器内科外来を受診。精査目的に上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸下行脚に巨大憩室を認めたが他に異常所見なく、観察のみで終了した。検査後から気分不良、嘔気、腹痛あり。症状改善しないため、腹部CTを施行したところ、腹腔内にfree airを認めた。内視鏡所見と合わせて十二指腸憩室穿孔が疑われ、当院外科にて緊急開腹手術となった。開腹所見では、後腹膜に気腫状変化を認め、十二指腸周囲に炎症によると思われる強い癒着を認めた。十二指腸後壁から5cm大の憩室を認め、周囲の気腫状変化も強く、穿孔部を確認した。憩室開口部を同定し、リニアカッターで憩室を切除し、縫合閉鎖術を施行した。切除された憩室の病理組織には、強い炎症細胞浸潤がみられた。術後、徐々に血清ビリルビン値の上昇を認め、腹部CT上、胆嚢、胆管、膵管の拡張を認めた。DIC-CTにて胆汁の流出を認めないことから、胆管・膵管の術後閉塞が疑われた。術後8日目でPTCD施行。血清ビリルビン値は改善したものの、術後14日目にを行ったPTCD造影にて十二指腸に造影剤は流れず、胆管の完全閉塞と診断し、術後25日目で胆管空腸吻合術を施行。その後は経過良好となり、術後45日目に退院となった。【まとめ】今回我々は、上部消化管内視鏡検査を契機に発症した十二指腸憩室穿孔の一例を経験した。加齢、慢性炎症に加えて、内視鏡検査による憩室内圧の上昇が穿孔の一因になった可能性が考えられる。十二指腸憩室穿孔は比較的稀な疾患であり、特に内視鏡検査後に発見された例は少ない。巨大な十二指腸憩室の場合、憩室内圧の上昇が穿孔のリスクとなるため、内視鏡検査時には念頭におくべきと思われる。

## 87 十二指腸水平脚憩室穿孔の2例

名古屋記念病院 外科  
 ○澤木 康一、米山 哲司、田中 晴祥、福岡 伴樹、  
 越川 克己、佐野 正明

十二指腸憩室は消化管憩室の中で結腸について頻度が高いが、その合併症として穿孔は比較的まれである。緊急手術を施行した十二指腸水平脚憩室穿孔の2例を経験したので報告する。症例1は91歳、女性。朝からの腹痛と食欲低下を認め、施設より当院へ救急搬送された。腹部に明らかな圧痛は認めなかった。腹部CTでは右側腰部の後腹膜腔に広範なガス貯留を認め、特に正中尾側ではやや拡張した十二指腸水平脚を取り巻くようにみられた。内科担当医には指摘されず絶食・抗生剤治療が開始された。入院3日目に腹部造影CTを撮影し、その時点で消化管穿孔が疑われ外科依頼となった。十二指腸穿孔と診断し緊急開腹術を施行した。十二指腸水平脚に憩室を認め穿孔しており、周囲の汚染が高度であったため、穿孔部を含む十二指腸部分切除術を施行。再建は、十二指腸空腸の側端吻合を行った。症例2は87歳、女性。受診2日前より発熱、嘔吐を認め、改善しないため施設より当院紹介となった。左上腹部に軽度圧痛を認めた。腹部CTで、十二指腸から後腹膜へ連続するガス像を認め十二指腸憩室穿孔と診断した。限局的で明らかな膿瘍形成は認めなかったため、十二指腸までイレウス管を挿入し持続吸引、抗生剤およびプロトンポンプインヒビターの投与を行い、保存的治療を開始した。症状の改善がみられず、翌日に緊急開腹術を施行した。十二指腸水平脚の憩室に穿孔を認め、憩室切除術を施行した。2例ともに縫合不全などの術後合併症は認めず、経過良好にて退院した。十二指腸水平脚憩室穿孔の2例を経験したので、若干の文献学考察を加えて報告する。

## 88 術中造影および術中内視鏡を行い、治療し得た傍十二指腸乳頭憩室穿孔の1例

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

十二指腸憩室穿孔は術前診断がつきにくく、また好発部位は傍乳頭部付近に多い。このため緊急手術においては、憩室の処置に対しては注意が必要となる。今回術中造影および術中内視鏡を用いて、十二指腸憩室穿孔の診断および、外科的処置を安全に施行できた症例を経験したので報告する。症例は53歳女性。心窩部痛を主訴に救急外来を受診。炎症反応を認め、CT検査において膿瘍を伴う十二指腸穿孔が疑われた。腹部所見が限局しており保存的治療をまず行った。しかし臨床所見の改善に乏しく、手術適応と考え開腹術を施行した。開腹所見では、臍頭前面から十二指腸下行脚腹側に膿瘍形成を認めた。膿瘍腔を開放すると、膿瘍壁に小指頭大の腸管と連続する穿孔部位を認め、腸液が漏出していた。穿孔部よりCアーム型透視装置を用いて造影検査、同時に術中内視鏡検査を行い傍十二指腸乳頭憩室の穿孔と診断した。手術は憩室入口部を単純縫合閉鎖、胆嚢を摘除し、Cチューブを留置し胆道ドレナージ、および胃前壁より十二指腸下行脚内に減圧的にチューブドレナージを施行した。再度術中内視鏡を行い、乳頭からの胆汁流出を確認し手術を終了した。術後経過は良好で第3病日に退院した。

桑名西医療センター

○藤本 信乃、泉 道博、中川 直樹、石田 聡

【症例】19歳、女性【主訴】腹痛【現病歴】200X年12月末、上腹部の違和感を認めた。翌1月、下腿に微小膨隆疹が出現した。その後、皮疹は両下腿全体に広がり、左肘関節と右手関節の疼痛や腹痛も出現した。腹痛は嘔吐を伴う痙攣性であり経口摂取困難な状態となり入院加療となった。身体所見では咽頭発赤腫脹なし、左上腹部に圧痛、両下肢は浮腫状で伸側に紫斑が認められた。血液生化学検査では血小板低下はなく、軽度の炎症反応と、D-dimerの上昇が認められた。血尿や蛋白尿は認められなかった。後日、ASKやASOの上昇や、第13因子活性が43%と低下していることが判明した。腹部CTで十二指腸水平脚から空腸近位の壁肥厚が認められた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸下行脚から水平脚にまで凹凸を伴う多発する不整形潰瘍と血腫様の潰瘍底を認め、十二指腸生検では好中球や好酸球を混じた炎症細胞浸潤やフィブリノイド壊死を伴う血管炎の所見であった。下部消化管内視鏡検査では直腸に粘膜下血腫様隆起が認められた。小腸カプセル内視鏡検査では全小腸にびらんや不整潰瘍が散在していた。IgA vasculitisの診断でPSL60mgから加療開始した。腹痛は消失し紫斑も消退傾向と経過良好であったが、PSL30mgに減量した時点で腹痛が再燃した。その後もPSL減量のたびに症状の再燃を認めたため、シクロスポリンを併用したところ、約2ヶ月後の上部消化管内視鏡検査でも十二指腸病変の消失が確認されており、現在まで再燃なく経過している。【考察】IgA vasculitisは全身性の血管炎で、皮膚・腹部・腎・関節などの臨床症状が出現する。本例は急性期にカプセル内視鏡検査を施行したことにより小腸病変が観察された。近年、内視鏡技術の進歩に伴い小腸病変の観察が可能となった。IgA vasculitisは約8割に消化管病変を合併し十二指腸下行脚が好発部位とされ小腸病変の評価は腹痛先行例においてはとくに重要と考えられる。また本疾患は小児に好発する予後良好の疾患で対処療法のみでよくなるとされ、加療を要する例でもステロイドが著効するとされているが、本例はステロイド抵抗性でシクロスポリンが著効した。

90 不明熱にて発症しダブルバルーン小腸内視鏡にて診断しえた小腸MALTリンパ腫の一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○佐竹 智行、鷺見 聡子、高木 結衣、奥野 充、大西 祥代、丸田 明範、出田 貴康、宮崎 恒起、小木曾英介、中村 信彦、高田 淳、上村 真也、久保田全哉、小野木章人、境 浩康、岩下 拓司、井深 貴士、白木 亮、今尾 祥子、清水 雅仁、荒木 寛司

症例は60歳代女性。2013年より原因不明の食思不振と嘔吐を認め、前医にて上下部内視鏡検査・CT等施行するも特記すべき異常所見を認めず経過観察となっていた。2014年7月には数週間続く発熱と腹痛も出現し、CTにてびまん性の小腸壁肥厚と液貯留および腹腔内の10mm程度の多発リンパ節腫脹を指摘された。PET-CTではFDG集積は弱いものの、腫大リンパ節や小腸壁にびまん性に集積を認め、精査目的に入院となった。また、半年間で9kgの体重減少も認めていた。入院後は腫大リンパ節に対してEUS-FNAを施行したところ、散在性にリンパ球の浸潤は認められたものの積極的に腫瘍性変化を疑うには乏しい所見であった。経口的な小腸内視鏡検査を施行したところ、十二指腸から深部小腸まで連続的に浮腫状の粘膜、縦走する顆粒状の粘膜、Kerkring襞の途絶を認めた。経肛門的小腸内視鏡検査も施行したが、浮腫状粘膜など同様の所見を認め、回腸末端ではリンパ濾胞の過形成も認めた。それぞれから生検を施行したところ、病理学的には陰窩内へのCD79a(+), CD20(+ )のB細胞を主体としたリンパ球浸潤を認め、一部形質細胞への分化を示すMALTリンパ腫との診断であった。治療としては、現在R-CVP療法を開始している。

91 貧血を契機に、小腸内視鏡にて小腸血管腫と診断された一例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科、<sup>3</sup>名古屋大学 消化器内科

○大脇 政志<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島さよ<sup>1</sup>、澤田つなき<sup>1</sup>、内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、室井 航一<sup>1</sup>、大橋 彩子<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>、中村 正直<sup>3</sup>

【症例】55歳【主訴】貧血【既往歴】右巣径ヘルニア手術【現病歴】2014年3月健診で貧血指摘され黒色便を認めた。後日の上部消化管内視鏡では異常なく、下部消化管内視鏡でも異常を認めなかったが、回腸末端部に淡血性の便を認めたため小腸出血の疑いにて当院消化器内科に紹介となった。受診時Hb 6.1g/dlと貧血を認め、輸血を行い同日緊急カプセル内視鏡を施行した。空腸に赤色血液よりred spotも疑われた。翌日経口的な小腸内視鏡検査を施行し、空腸に血管腫を疑わせるような粘膜下腫瘍を認め、頂部のびらんよりoozingを認めたためクリップにて止血を行った。鉄剤を内服し、徐々に貧血は改善傾向であったため一旦退院とした。後日、小腸再検査目的で再入院とした。経口・経肛門的に小腸内視鏡を行い、空腸・回腸に赤色調の粘膜下腫瘍が多発していた。前回処置後した腫瘍にはクリップが1個残存しており、クリップの根部より間欠的にoozing認められた。やや緊満感のある赤色調の粘膜下腫瘍であり血管腫もしくは出血性リンパ管症が疑われた。腫瘍は易出血性で貧血も認めるため手術適応と判断し外科にコンサルトし、全身麻酔下で小腸切除術が行われた。病理組織結果は小腸血管腫と診断された。病理組織所見は粘膜面に小径(4mm)のポリープがあり、同部に粘膜固有層から粘膜下層にかけての海綿状血管腫が認められ、血管内皮細胞には異型はなく、血管腔の拡張とうっ血が主たる所見であった。周辺の粘膜には血管形成異常を示唆する所見は認めなかった。術後経口摂取再開後も問題なく退院となった。今回、我々は貧血で来院し小腸内視鏡にて小腸腫瘍存在診断を得て、術後病理診断で小腸血管腫と診断された症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

92 カプセル内視鏡で発見しダブルバルーン内視鏡で治療しえた空腸pyogenic granuloma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

○水谷 泰之<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</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>、佐藤 淳一<sup>1</sup>、上野 泰明<sup>1</sup>、齋藤 雅之<sup>1</sup>、松浦倫三郎<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>

患者は58歳女性。主訴；貧血、小腸腫瘍精査、既往；2型糖尿病、気管支喘息。現病歴；2013年7月黒色便を認めたため近医受診した。上下部消化管内視鏡、腹部造影CT、カプセル内視鏡を行われたが異常所見を認めなかった。鉄剤投与で経過をみていたが、2014年1月再度貧血が進行したためカプセル内視鏡を再検した。下部空腸に10mm台のポリープを認め、頂部から出血を認めたため出血源と判断され、ダブルバルーン内視鏡(以後DBE) 目的で紹介、入院となった。現症に特記すべき所見なし。採血；Hb8.5g/dl、MCV80.6fl、MCH24.4pg、MCHC 30.2g/dl、Fe21μg/dl、ferritin9ng/ml、CEA2.8mg/ml、CA 19-98U/ml。小腸造影；下部空腸にポリープ状病変を認めた。頭部は平滑、単結節状であり可動性は良好であった。経口的DBE；100cm挿入した下部空腸に1cm程度の表面に潰瘍を伴う白色の隆起性病変を認めた。肉眼所見はpyogenic granulomaを第一に疑うものでありEMRを施行した。病理所見；粘膜上皮は脱落し、肉芽様の毛細血管増生と好中球を主体とした炎症性細胞浸潤を認めpyogenic granulomaの像であった。退院後経過は良好であり、貧血は改善した。pyogenic granuloma(膿原性肉芽腫)は毛細血管腫、海綿状血管腫とともに血管腫に分類される良性腫瘍性病変である。症状としては潜在性の貧血や、顕性出血を来すことがある。手足の皮膚にできることが多く、消化管では口腔内にできることが多いが小腸にできることは非常に稀である。本邦では医中誌で「小腸」, 「pyogenic granuloma」(条件；会議録除く)で検索する限り本例を入れて7例の報告例を認めるのみである。今回我々はカプセル内視鏡で発見しDBEで治療しえたpyogenic granulomaの稀な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。

93 成人回腸重複腸管穿孔の1例

名鉄病院 外科

○菱田 光洋、小林 裕幸、神野 敏美、清水 稔、梅田 晋一、野崎 英樹

症例は52歳男性。心窩部痛、嘔吐頻回にて当院を受診した。腹痛が持続し、白血球高値、微熱を認めた為、精査入院とした。入院時CTでは明らかな所見は認めなかったが、入院後3日目のCT再検にて、小腸の拡張、壁肥厚も認め、一部の脂肪織内にfree airを疑う像を認めた。入院4日目には腹部症状および炎症所見が悪化し、消化管穿孔の診断にて緊急手術とした。まず、腹腔鏡下にて手術を開始するも腸管拡張と癒着のため、腹腔鏡での手術は困難と判断し開腹へ移行した。小腸を調べていくと回腸末端部付近に膿瘍腔を認め、その中に腸間膜側へ突出する腸管様組織を認め、その先端に穿孔を認めた。突出組織を周囲回腸と合わせて切除した。突出組織は腸間膜側に認め、隣接する腸管と同一の血管支配であり、内腔の粘膜は回腸粘膜上皮と連続していたため、回腸重複腸管の穿孔と診断した。病理組織学的所見でも、回腸と連続した粘膜構造を認め、先端に壊死像を認めた。重複腸管症は全消化管に発生しうる先天性消化管奇形で、小児期に発症することが多く、成人発症は比較的稀である。重複腸管は、平滑筋に覆われ、内面に消化管粘膜を有し、正常消化管に隣接し筋層を共有すると定義されている。一般的に腸間膜付着側に位置しており、腸間膜の対側に発生するMeckel憩室と鑑別される。今回我々は、腹痛を契機として発見された成人の回腸重複腸管の穿孔症例を1例を経験したので、文献的考察も含め報告する。

春日井市民病院

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

【症例】82歳女性【主訴】黒色便、黒色嘔吐【既往歴】高血圧症、高脂血症、30歳 卵巣嚢腫手術、腰椎圧迫骨折【現病歴及び経過】2014年1月5日に黒色便および黒色嘔吐を認め、前医に入院となった。前医にて施行した上部消化管内視鏡検査では出血源となりうる所見を認めず、下部消化管内視鏡検査では回腸末端～S状結腸にかけて出血痕があり、上行結腸とS状結腸を中心に憩室が多発していたため、当初は大腸憩室出血の自然止血後と考えられた。しかしその後も黒色便が持続し、ショックバイタルとなったため輸血を施行された。再度上部消化管内視鏡検査を施行するも出血源を同定できず、小腸出血の可能性が疑われ精査加療目的で1月17日に当院へ転院となった。前医CTにて上腸間膜動脈左側の十二指腸に憩室の存在が疑われ、その周囲に低吸収値を示す液体貯留を認めたため、同部位からの出血の可能性を考え緊急で経口的ダブルバルーン内視鏡(DBE)を行った。DBEでは上部空腸に憩室があり、その周囲にはコアグラの貯留を認めた。憩室内の観察にて小潰瘍を認め、内部には露出血管と思われる発赤を認めた。同時に施行した小腸造影検査では30mm大の嚢状突出像が描出された。同部位より肛門側の空腸には観察しうる限りで異常所見を認めなかった。出血源として、憩室内の小潰瘍の可能性が最も高いと考え、本人・家族と相談の上、1/20に空腸憩室楔状切除術を施行した。開腹所見では、Treitz靱帯の肛門側すぐの上部空腸の腸間膜附着側に嚢状の憩室を認め、内容物は暗赤色であった。憩室を楔状切除して終了した。病理組織学的には粘膜にびらんと粘膜固有層の出血、形質細胞を主体とした炎症細胞浸潤を認め、出血源として矛盾のない所見であった。憩室は小腸粘膜、粘膜筋板、粘膜下層、固有筋層を認め、真性憩室、特に消化管重複症と診断した。【結語】今回、術前にダブルバルーン内視鏡にて出血源を同定できた空腸消化管重複症の1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

静岡県立総合病院 消化器内科

○森下 杏早、吉川 俊之、白根 尚文、黒上 貴史、  
重友 美紀、青山 春奈、榎田 浩平、菊山 正隆

症例は58歳男性。0歳時にvon Recklinghausen病 (VRD)を指摘された。53歳時の定期検査で胃癌を指摘され、当院外科で胃切除術が施行され、定期的に経過観察されていた。56歳時のCTで十二指腸水平脚に1cm大の腫瘍を指摘され、1年後のCTで、新たに十二指腸下行脚に1か所と小腸に2か所指摘された。6か月後のPETでは、小腸病変の1か所のみ集積を認めた。小腸の多発性病変の検索と位置の特定を目的として、3D CT enteroclysis (3D CTE)を施行した。バーチャル展開像上に病変のマッピングをしたところ、腫瘍性病変は球部から1cm、7cm、82cm、116cmの部位に存在した。後者2つの病変は増大傾向であり、手術の方針となった。開腹下の検索で、病変はTreitz靱帯から75cmと120cmの小腸に存在し、3D CTEで指摘された部位にはほぼ一致していた。切除された病変は2個とも、異型の乏しい紡錘形細胞よりなり、免疫染色でc-kit(+), CD34(+),  $\alpha$ -smooth muscle actin(+), S100(-), desmin(-)であり、消化管間質腫瘍 (GIST)の診断となった。VRDは優性遺伝性疾患であり、発生頻度は2000～3500人に1人と比較的頻度の多い疾患である。主な合併症は、神経や皮膚病変であるが、消化管間質腫瘍 (GIST)の合併も報告されており、VRDでは、1.0%～3.9%にGISTが合併するといわれている。通常のGISTは胃原発が多いが、VRDに合併するGISTは空腸に多いとされている。小腸病変の検索にはカプセル内視鏡やバルーン小腸内視鏡が用いられるが、病変の発見、部位の特定は困難な場合が多い。3D CTEは、空気で小腸を拡張した後CT撮影を行い、バーチャル大腸内視鏡プログラムを用いて様々な画像を再構築する新しい小腸画像診断法である。バーチャル内視鏡画像の内腔観察と、MPR画像の断面観察により、粘膜下腫瘍の検出が容易である。また病変のマッピングにより、病変の部位を同定することが可能である。VRDは全身の様々な部位に腫瘍性病変を合併するため、定期的に全身の画像検査を行う必要がある。小腸病変の検索には、粘膜下腫瘍の検出力が高く、病変位置の特定が可能な3D CTEが有用と考える。



## 96 ポリスチレンスルホン酸カルシウムゼリー内服による小腸潰瘍をきたしたと考えられた一例

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

症例は77歳男性。50歳時に十二指腸潰瘍穿孔（B-2再建）、72歳時に虫垂炎、73歳小腸癒着性イレウスにてそれぞれ手術を受けている。H26年2月に延髄梗塞にて他院にて入院加療、もともと慢性心房細動で内服していたアスピリン腸溶錠に追加してワーファリンの内服が開始となっていた。H26年4月にリハビリ目的にて当院に転院となった。転院時Hb8.1と貧血を認めていた。転院後も徐々に貧血の進行があり、上部内視鏡検査を施行したが明らかな出血源は指摘されなかった。Hb7.0まで低下を認めるため、5月9日に輸血を行なった。5月12日の採血にてK6.4と上昇を認め、夕方よりポリスチレンスルホン酸カルシウムゼリー内服が開始、翌日夕方より腹痛が出現し、5月14日に吐血を認め、当科に紹介となつた。緊急上部内視鏡検査では胃内に残渣・血液が貯留し、出血源は特定できなかった。造影CTでは再建小腸からの出血が疑われ、翌日上部内視鏡検査を再検したところ輸出脚に地図状の発赤びらん、潰瘍を認めた。絶食、補液、PPI、アルギン酸ナトリウム内服にて加療を開始した。腹部症状は速やかに改善し、食事開始後も腹部症状は認めなかった。5月22日上部消化管内視鏡検査にて小腸潰瘍の良好な改善傾向を確認した。潰瘍部の生検病理にて小さな好塩基性無構造物質が認められ、経過とあわせてポリスチレンスルホン酸カルシウムゼリーによる小腸潰瘍が疑われた。ポリスチレンスルホン酸カルシウムによる腸管壊死や腸管穿孔の報告は散見されるが、下部消化管での報告が多く、今回の様なB-2再建小腸での小腸潰瘍の報告は極めてまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 97 保存的治療にて改善した胃石性腸閉塞の一例

磐田市立総合病院 消化器内科  
 ○尾上 峻也、齋田 康彦、笹田 雄三、高橋百合美、  
 山田 貴教、辻 敦、伊藤 静乃、松浦 友春、  
 高島 真吾、松永英里香

落下胃石に伴う腸閉塞では、保存的加療で改善せず外科的治療を必要とする例がほとんどである。今回、我々は保存的治療にて改善した腸閉塞合併胃石の一例を経験した為、文献的考察を加え報告する。【症例】86歳男性、平成26年8月上腹部痛を主訴に当院を受診した。小腸イレウスの診断にて同日イレウス管を挿入した。イレウス管挿入時の上部消化管内視鏡所見にて胃内に5cm大の黄褐色結石を認めたこと、腹部CT画像にて回腸遠位の閉塞部に3.0x3.0cmの含気性腫瘍を認め胃内の胃石も同様の性質を有する画像所見であったことから、胃石性イレウスが疑われた。落下胃石によるイレウスでは外科的治療となる頻度が高いため、当院消化器外科コンサルトの上で保存的治療を開始した。イレウス管は徐々に先進し第4病日に閉塞起点に到達した。小腸造影検査にて閉塞起点に3.0cmの透亮像を認め、胃石の小腸陥頓が原因の胃石性イレウスと診断した。第5病日に大量の排便あり、イレウス管の結腸への先進を認めイレウスは解除された。遺残した胃内の5cm大胃石は後日内視鏡的に2cm以下の破砕片になるまでスネアーにて砕石した。その後再検した上部消化管内視鏡検査では胃内の胃石片は全て消失し、腹部CTでも腸管内には明らかな胃石像は指摘されず、体外へ排出されたと考えられた。胃内から一部摘出した胃石の成分は98%以上がタンニンにより構成されており、食習慣からは明らかな柿摂取はないものの、柿胃石が疑われた。【考察】結石性イレウスにおいては、外科的治療が一般的ではあるが、稀ながら保存的治療にて改善する例も報告されている。保存的治療例では結石の大きさはいずれも3.5cmから4.0cmと比較的小さく、本症例も画像上結石の大きさが3.0cmであったことが、保存的治療にて改善した一因であると考えられた。しかし、結石陥頓による小腸壊死等の報告もあり、保存的治療を行う際にも、常に外科的治療の適応を検討することが肝要と考えられた。

## 98 待機的に手術を施行した胆石イレウスの一例

岡崎市民病院  
 ○飯塚 彬光、森 俊明、吾妻 祐哉、中川 暢彦、  
 長谷川裕高、本田 倫代、森本 大士、佐藤 敏、  
 西 鉄生、石山 聡治、横井 一樹、鈴木 祐一

【症例】88歳女性。数日前からの嘔吐の繰り返しに加え、腹痛が出現したことから当院救急外来を受診した。既往症に、狭心症治療歴、高血圧症、糖尿病、脊柱管狭窄症があり、抗血小板剤、降圧剤、経口血糖降下薬などを内服していた。ADLはほぼ自立していた。来院時のCTで胆嚢十二指腸瘻と空腸内の28×29×25mm大の腫瘍影とその口側の拡張を認め、胆石イレウスと診断した。2年前のCTでは、胆嚢内に同様な結石を認めており、今回のCTでは消失していた。緊急入院、保存的治療を開始し、第4病日に内視鏡的採石術を施行したが、採石不可能であった。イレウス改善は得られなかったため、第7病日に手術を施行し、胆石イレウス、胆道十二指腸瘻と診断した。術後経過は良好で、術後第13病日に退院した。【考察】胆石イレウスはイレウス全体の0.05～1.5%、胆石症の0.15～1.5%にみられるとされ、比較的多い疾患である。本症例で見られた胆道十二指腸瘻が、落石の最も多い通過経路とされている。自然排石されるのは1割程度とされ、開腹手術のほか、腹腔鏡補助下手術や、内視鏡的破砕術、ESWLなどの治療報告がある。本症例では、高齢、心疾患既往を考慮し、低侵襲治療として内視鏡的採石術を施行したが不可能であったため、開腹手術を行った。保存的治療により、安全に手術を施行しえた、まれな胆石イレウスの一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

## 99 脳塞栓症を併発しIVRにて救命しえた上腸間膜動脈塞栓症の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、  
<sup>3</sup>JA愛知厚生連 海南病院 放射線科、  
<sup>4</sup>愛知医科大学病院 放射線科  
 ○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>、  
 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>3</sup>、堀川よしみ<sup>3</sup>、太田 豊裕<sup>4</sup>

【症例】79歳、男性。【主訴】意識障害、腹痛。【既往歴】慢性閉塞性肺疾患、高血圧症、血小板減少症。【現病歴】2014年3月某日18時頃に腹痛が出現した。さらに意識障害と左片麻痺が出現し、呼びかけに対する反応が乏しくなり救急要請された。来院時に麻痺は改善していたが左半側空間無視があり、不穏状態であった。頭部MRI拡散強調像で右中大脳動脈領域に高信号域を認め、心電図で心房細動があり、脳塞栓症と診断した。20時頃に小便があり、腹部造影CTで小腸壁に造影欠損はなかったが壁肥厚があり、上腸間膜動脈本幹に造影欠損があった。上腸間膜動脈塞栓症が疑われ、診断とカテーテル治療の目的にて血管造影を行った。上腸間膜動脈は下降十二指腸動脈分岐後に完全閉塞していた。閉塞部をガイドワイヤーは容易に通過した。血栓除去カテーテルである程度の血栓は吸引できたが不十分であった。消化器外科と脳神経外科と検討し、そのまま血栓溶解療法を試みることにした。マイクロカテーテルで血栓内にてウロキナーゼの動注を繰り返し、総計60万単位を動注後に上腸間膜動脈本幹の血栓は消失し、末梢の血流も良好となった。腸管虚血の時間は約8時間であった。【入院後経過】第2病日の腹部造影CTで腸管壊死を認めず、頭部CTで出血を認めなかった。CPKは第5病日に1,238IU/lまで上昇したが、その後正常化し、腹痛や血便の再発を認めることなく第85病日に転院した。【考察】壊死腸管のない上腸間膜動脈塞栓症に対する治療は、IVRによる血行再開通術あるいは外科的塞栓除去術である。本症例は高齢であり、また脳塞栓症を併発しており、治療法の選択に苦慮したが、IVRにて出血性脳梗塞を発生することなく救命しえた。【結語】上腸間膜動脈塞栓症は極めて予後不良で早期治療が必要な疾患であるが、高齢発症や他の重篤な塞栓症を併発した場合は特に治療法の選択が難しく、各科と迅速な連携を取り治療を進めていくことが大切であると思われた。



## 100 大量の腹腔内遊離ガスを呈した腸管嚢胞様気腫症の2例

JA岐阜厚生連 東濃厚生病院 内科

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

【背景】腸管嚢胞様気腫症は腸管壁内に多発性嚢胞を形成する疾患であり明らかな原因は不明である。一般的に予後良好な疾患であるが腹腔内遊離ガスを合併する場合もあり消化管穿孔との鑑別が重要となる。今回大量の腹腔内遊離ガスを呈した腸管嚢胞様気腫症の2例を経験したため報告する。【症例1】80歳代女性。認知症にて施設入所中。2013年4月に腹部膨満感、腹痛を主訴に受診。腹部膨隆、打診上鼓音あり、軽度の圧痛を認めるが腹膜刺激症状は認めず。腹部CTにて腹腔内遊離ガス及び骨盤内小腸の壁内ガス、びまん性の小腸拡張、肝表面に腹水を認めた。バイタルサインは安定、血液検査上炎症反応上昇も認めなかったが、消化管穿孔否定できず緊急開腹手術となった。術中所見では臭気なく腹水は漿液性、腸管に穿孔部位認めず、小腸に無数の多房性の壁内ガスを認め、腸管嚢胞様気腫症の診断にて閉腹となった。翌日ガストログラフィン造影にて腸管外に漏出しなことを確認し第3日より食事開始、以降経過良好で退院となった。【症例2】60歳代男性。認知症にて施設入所中。2型糖尿病にて $\alpha$ グルコシダーゼ阻害薬を内服中であった。2014年5月上旬に腹部膨満感、食思不振、粘血便を主訴に受診。著明な腹部膨隆、打診上鼓音あるが自発痛、圧痛は認めず。腹部レントゲンにて小腸の拡張及び壁内ガスを認め、腹部CTでは腹腔内遊離ガス及び小腸壁内ガスと拡張、ダグラス窩に腹水を認めた。バイタルサインは安定、血液検査上炎症反応上昇も認めず、腸管嚢胞様気腫症の診断で絶食及び $\alpha$ グルコシダーゼ阻害薬中止にて保存的加療とした。第4病日の腹部CTにて腸管壁内ガスは改善傾向も腹腔内遊離ガスの減少乏しく腹部膨満感も強いため経皮的に脱気した。以降は自覚症状改善し、第6病日より食事開始、腹腔内遊離ガスは増加なく、退院となった。【結語】大量の腹腔内遊離ガスを伴う腸管嚢胞様気腫症の2例を経験した。症例2では症例1の経験より診断、保存的に加療し得た。若干の文献的考察を含め報告する。

## 101 トリクロロエチレンの関与が疑われた腸管気腫症の1例

公立陶生病院

○清水 三矢、川瀬 義久、友杉 俊英、莊加 道太、  
宇野 泰朗、日比野壮貴、高橋 卓嗣、大河内 治、  
坪井 賢治

今回、比較的稀な腸管気腫症の1例を経験したので報告する。症例は22歳男性。既往歴は特記すべき事項なし、職業は建設作業員で有機溶剤塗料への曝露歴あり。1ヶ月前からの下痢、1週間前から徐々に増悪する腹痛を主訴に来院。腹部CTで上行結腸周囲に腹腔内遊離ガスを認め、消化管穿孔が疑われた。ただ周囲の炎症像や腹水貯留乏しく採血もWBC11400/mm<sup>3</sup>、CRP 0.03mg/dLと著明な炎症所見は認めなかったため、経過観察入院となった。保存的加療で翌日には症状の改善を認め、軽快退院、後日下部消化管内視鏡検査の予定とした。退院2週間後に症状再燃し、再度入院。症状、腹部所見、検査結果は前回入院時と同様の所見であった。下部消化管内視鏡にて上行結腸粘膜面に小隆起を多数認め腸管気腫症と診断された。絶食、補液による保存的治療で改善を得られた。現在に至るまで再発なく経過している。有機溶剤トリクロロエチレンの職業上の曝露が本症例の原因と推察された。トリクロロエチレンの曝露が腸管気腫症の原因となるのは比較的稀であり、文献的考察を加え報告する。

102 術前診断に苦慮した脾尾部腫瘍の一例

一宮市立市民病院 外科

○篠塚 高宏、阪井 満、野島悠太郎、中村 俊介、  
宇田 裕聡、村井 俊文、森岡 祐貴、橋本 昌司、  
永田 二郎

症例は51歳女性。腰痛を主訴に当院救急外来受診した際のCT検査で脾尾部腫瘍を指摘された。CTでは脾尾部に嚢胞成分を思わせる様々な濃度の低吸収域と出血成分を思わせる高吸収域を含む7cm大の腫瘍性病変を認めた。腫瘍の辺縁は石灰化を伴っており造影効果は全体に乏しかった。MRIではstained glass appearanceを呈す多房性嚢胞性腫瘍であり、出血を示唆する部位もあった。いずれの画像でも脾体尾部での主脾管の拡張と腫瘍との連続性を認めた。以上より術前診断としてMCN(Mucinous cystic neoplasm)とSPT(Solid pseudopapillary tumor)が考えられたが鑑別は困難であり、開腹下にリンパ節郭清を伴う脾体尾部切除術を施行した。切除標本では拡張した主脾管からは粘液が認められた。病理組織検査では腫瘍の主体はmucinous cystadenocarcinomaの診断であり、さらに嚢胞の脾頭側3mm程の部位に最大径16mmの浸潤癌を認めた。これは形態的に連続性を確認できないものの、免疫染色で同一の染色態度を示し、嚢胞腺癌由来の浸潤癌と考えられた。現在、術後補助化学療法を行いつつ外来通院されている。

103 限局性脾腫大を認めた自己免疫性脾炎に合併した脾管癌の一例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科、

<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 光学診療部、

<sup>3</sup>三重大学医学部附属病院 肝胆脾外科

○西川健一郎<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、作野 隆<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>1</sup>、  
山田 玲子<sup>1</sup>、原田 哲朗<sup>1</sup>、北出 卓<sup>2</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>、出崎 良輔<sup>3</sup>、  
伊佐地秀治<sup>3</sup>、竹井 謙之<sup>3</sup>

症例は74歳、男性。体重減少を契機に近医でCTを施行され脾体尾部腫瘍を指摘され当院へ紹介された。造影CTでは、脾尾部に20mm程度の腫瘍を認め、早期相で脾実質と同程度に、平衡相では漸増性に強く造影された。血清のIgG4は67mg/dlであった。MRIではT1強調で低信号、T2強調では淡い高信号、拡散強調で高信号を呈した。ERPでは尾部主脾管の狭窄を認めた。EUS-FNAによる細胞診にて形質細胞を含む多数のリンパ球と少数の異型細胞を認めた。脾癌を疑い脾合併脾体尾部切除術が施行された。病理組織では、2×1.5cmの腫瘍内に異型腺管認め周囲に小葉内間線維化ならびに形質細胞を含む多数のIgG4陽性のリンパ球浸潤(>50cells/HPPF)を認めた。最終的に1型AIPの特徴を合わせもった浸潤性脾管癌、中分化型管状腺癌と診断した。術後4年半後に切除断端部に20mm大の淡い造影効果を認める腫瘍を認めた。血清のIgG4は223mg/dlと上昇していた。EUS-FNAでは異型細胞は認めなかったが、経過から脾癌局所再発の可能性を否定し得ず腹腔鏡下残脾体尾部切除術が施行された。病理組織では、1cmの腫瘍内に高度のIgG4陽性浸潤形質細胞と血管の閉塞を伴う花むしろ上を呈する線維化巣を認めたがp53陽性細胞の有意増加は認めなかった。以上より1型AIPと診断された。本症例のように限局性脾腫大を呈するAIPと脾癌の鑑別は画像診断上ならびに共通する臨床的特徴から困難であり、若干の文献的考察を加え報告する。

104 腫瘍を形成し、脾癌との鑑別が困難であったIgG4関連自己免疫性脾炎の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

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

今回我々は、脾体尾部に多房性腫瘍を形成し、脾体尾部癌との鑑別に苦慮したIgG4関連自己免疫性脾炎を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】60歳代男性、土木作業員。【主訴】上腹部膨満感。【家族歴・既往歴】問題なし。【現病歴】平成26年5月初旬より上腹部膨満感出現。次第に体重が減少し改善しないため近医受診。腹部USで脾体尾部腫瘍を指摘され、脾体尾部癌疑いで当科紹介受診。【経過】腹部US、CTで脾体尾部から胃壁を圧排する手拳大の多房性腫瘍と、脾周囲には10~20mmのリンパ節腫大を多数認めた。ERCPでは脾体尾部の脾管狭窄を認めた。血液検査ではAmylaseとLipase上昇を認めたがCEA、CA19-9は正常範囲であった。またIgG4サブクラス750.0mg/dlと高値を示した。そこで胃壁よりEUS-FNAを施行したが有意な結果は得られなかった。以上より、自己免疫性脾炎臨床診断基準2011の疑診例と診断し、プレドニゾン40mg/日服用を開始した。その結果、上腹部膨満感は改善、脾体尾部腫瘍は縮小し、脾酵素と血清IgG4値は低下した。ステロイド効果ありと判定し、診断基準より自己免疫性脾炎限局型と確診した。【考察】今回の症例は、画像より脾体尾部癌、胃壁浸潤、腹膜播種、リンパ節転移を疑った症例であるが、IgG4高値であることより自己免疫性脾炎を疑い加療した症例である。CT、MRIでは腫瘍周囲腹膜肥厚、LN腫大を認め、脾癌との鑑別が困難であった。胃壁を穿通してのEUS-FNAでは多くの細胞採取が困難であった。しかしステロイド投与により、その明白な効果を確認することで自己免疫性脾炎と確診することができた。画像所見のみでの脾癌との鑑別診断は困難と思われ、脾癌腫瘍マーカー陰性例に対しては、IgG4測定を考慮するべきと考えた。

105 脾癌との鑑別に難渋した自己免疫性脾炎の1例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連 江南厚生病院、

<sup>2</sup>同 消化器内科、<sup>3</sup>同 病理診断科

○中村 正典<sup>1</sup>、山村 和生<sup>1</sup>、中村 陽介<sup>2</sup>、植木 康太<sup>2</sup>、  
呂 成九<sup>1</sup>、浅井 泰行<sup>1</sup>、栗本 景介<sup>1</sup>、加藤 吉康<sup>1</sup>、  
松下 英信<sup>1</sup>、飛永 純一<sup>1</sup>、福山 隆一<sup>3</sup>、石樽 清<sup>1</sup>

68歳女性。腹痛を主訴に当院救急外来を受診し腸閉塞で入院となった。腹部造影CTで脾管の軽微な拡張を認めたため精査を行った。内視鏡的逆行性脾管造影で脾体部主脾管に不整な狭窄像を認め、尾側主脾管の拡張があった。脾液細胞診では疑陽性であった。超音波内視鏡で脾体部主脾管の狭窄部に一致して低エコー腫瘍を認めた。血清腫瘍マーカーの上昇はなく、血清IgG4が201と高値を示した。自己免疫性脾炎は否定的だったが、画像所見かつ脾液細胞診の結果から脾癌を否定しきれず脾合併脾体尾部切除術及びD2リンパ節郭清術を施行した。切除標本の病理組織学的検査で脾管周囲を中心にIgG4陽性形質細胞の浸潤が目立ち、悪性所見はなく自己免疫性脾炎と診断した。今回、わずかな脾管拡張を契機に発見され脾癌との鑑別に難渋した自己免疫性脾炎の1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

<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

○谷口 誠治<sup>1</sup>、間下恵里奈<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>、  
 阪井 満<sup>2</sup>、梶浦 大<sup>3</sup>、中島 広聖<sup>3</sup>

【症例】60歳代、女性。【生活歴】飲酒歴・喫煙歴なし。

【現病歴】近医にてCA19-9：693.5U/mlを認め2014年4月当院紹介受診。初診時腹部造影CTにて膵体部に嚢胞性病変認めしたが、その他の腫瘤性病変および主膵管拡張は認めなかった。2014年5月CA19-9：10919U/mlと更に上昇し、腹部dynamicCT施行し閉塞性黄疸を認め精査加療目的に入院となった。【経過】腹部dynamicCTでは膵頭部Groove領域に動脈相にて膵実質より低吸収、遅延相で造影効果の増強する領域を認め、同病変で膵内胆管は狭窄し、総胆管拡張を認めた。ERPではSantorini管は一部途絶し、ERCでは下部胆管に圧排性狭窄を認めた。EUSでは膵頭部に25mm大の一部境界不明瞭で辺縁不整な低エコー腫瘤を認めた。PET-CTにてGroove領域に集積を認めた。画像検査所見および飲酒歴等の膵炎既往を認めず、経時的に閉塞性黄疸をきたしたことよりGroove領域発生の通常型膵癌と診断し、2014年6月亜全胃温存膵頭十二指腸切除術施行。Adnocarcinoma T2,N2,M0; stage IVaの最終診断であった。【考察】Groove領域とは膵頭部、十二指腸下行脚、下部胆管に囲まれたGroove溝領域であり、副膵管領域に一致する。同部位に発生する膵癌は臨床的、画像的にもGroove膵炎と類似し、鑑別が困難であることが多い。【結語】術前画像検査にてGroove領域より発生した通常型膵癌と診断し得た1例を経験した。

107 膵anaplastic carcinoma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>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、大野栄三郎<sup>1</sup>、  
 杉本 啓之<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、森島 大雅<sup>1</sup>、河合 学<sup>1</sup>、  
 須原 寛樹<sup>1</sup>、竹山 友章<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>

症例は60歳代女性。主訴は全身倦怠感。現病歴は2013年1月、全身倦怠感にて近医受診、黄疸と腹部CTで膵頭部腫瘍を指摘され当院紹介となり、精査目的で同月入院となった。腹部造影CTでは、膵頭部に40mm大の輪郭不整な増増性の造影効果を認める腫瘍を認め、門脈は腫瘍によって両側より圧排され狭小化を認めた。膵管造影では、主膵管は頭体移行部で途絶し主膵管内に凝血塊を認めた。超音波内視鏡検査では、膵頭部に輪郭明瞭で不整な一部に無エコー領域を伴う低エコー腫瘍を認めた。Sonazoid<sup>®</sup>を用いた造影超音波内視鏡検査では、腫瘍は比較的強い造影効果を持続し、中心部には壊死領域と考える不染域を認めた。門脈浸潤陽性のborderline resectableの局所進行膵癌と診断、術前放射線化学療法前のevidence目的でEUS-FNAを行ったところ、破骨型巨細胞を含む多型性に富む肉腫様細胞の増性を認めた。以上よりanaplastic carcinomaと診断し、術前放射線化学療法 (50.4Gy、S-1: 80mg/day) 施行後2013年4月、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、門脈合併切除を施行した。最終診断はanaplastic carcinoma pT3 pv(-)N0M0であった。比較的稀な膵anaplastic carcinomaを経験したので報告する。

109 剖検にて診断確定した特異な進展形式を呈した浸潤性膵癌の一例

<sup>1</sup>津島市民病院 消化器科、  
<sup>2</sup>愛知医科大学医学部 病理学講座  
 ○立松 美純<sup>1</sup>、杉野 佑樹<sup>1</sup>、酒井 大輔<sup>1</sup>、蓮尾 由貴<sup>1</sup>、  
 小林都仁夫<sup>1</sup>、荒川 大吾<sup>1</sup>、久富 充郎<sup>1</sup>、佐賀 信介<sup>2</sup>

症例は82歳男性。平成23年6月に撮影した腹部単純CTで主膵管拡張を指摘された。MRCP、ERCP、PET-CTで膵腫瘍を提示する所見を認めず、以後主膵管拡張として定期的に経過観察されていた。平成24年11月に肺多発結節が出現し、徐々に通院困難となったため平成25年5月に当院へ転医となった。腹部造影CTでは体尾側主膵管の拡張を認めたが充実性腫瘍は指摘できなかった。MRCPでは膵体尾部主膵管の拡張と下部胆管の膵臓側への屈曲変位を認め、閉塞性黄疸の出現が危惧されたため内視鏡的胆道ドレナージ術を行った。ERCPでは主膵管の狭窄をみとめるものの尾側膵管の描出は良好であった。また、乳頭開口部の開大や膵管内の結節や透亮像を認められず、IPMN由来浸潤癌を支持する所見も乏しかった。そのため特殊型膵癌多発肺転移としてbest supportive careを継続していたが、同年9月に呼吸困難が出現し、肺転移による呼吸不全で死亡した。病理解剖では膵頭部に周囲神経叢に浸潤を伴う高分化型腺癌を認めた。病変の構成成分は癌組織が少なく、リンパ球浸潤と反応性結合織が主体であった。肝転移も同様であり、比較長期間病態が安定していた要因と考えられた。一方、肺転移巣はリンパ球浸潤と反応性結合織に乏しく、肺上皮置換型進展を呈しており、急速に進行した呼吸不全の原因と考えられた。また、本症例に認められたう胞は微小癌による分枝膵管途絶と炎症が契機となって発症した二次性のう胞が最も考えられた。今回我々は特異な進展形式を示し診断に難渋した浸潤性膵管癌を経験したため、免疫染色による検討を加えて報告する。

108 急速な経過をたどった膵未分化癌の一切除例

愛知医科大学 消化器外科  
 ○大澤 高陽、井戸 美来、内野 大倫、森 大樹、  
 岩田 力、木村 健吾、安藤 景一、大橋 紀文、  
 有川 卓、清田 義治、永田 博、三嶋 秀行、  
 宮地 正彦、佐野 力

症例は58歳男性。5月の検診胃カメラでは異常を指摘されなかった。6月に腹部膨満、嘔吐が出現するようになり近医受診。胃カメラで十二指腸腫瘍を指摘され精査目的で当院紹介となった。当院の胃カメラでは下行脚を中心に巨大なSMT様腫瘍が存在し頂部には壊死を伴うびらんが存在した。CTでは造影効果を伴う径7.5cmの腫瘍が十二指腸下行脚内腔を占拠、膵頭部を圧排しており十二指腸原発と考えた。胆管拡張は見られなかった。生検および免疫染色の結果からは未分化癌が考えられた。画像上、播種や遠隔転移は指摘できず。十二指腸閉塞に伴い経口摂取ができない事、画像上病変が急速に増大傾向である事から7月2日に手術を施行した。腫瘍は結腸間膜まで浸潤しており膵頭十二指腸切除に加え結腸右半切除も併せて行った。術中迅速では初回膵断端が陽性で、追加断端にも膵周囲脂肪織に癌細胞が存在していた。サンプリング郭清した傍大動脈リンパ節にも転移が疑われ、膵全摘はover surgeryと判断しこれ以上の追加切除は行わなかった。手術時間618分、出血量1776ml。合併症なく術後21病日に退院。病理組織像では膵頭部に分化度が高い腺癌成分が見られ、周囲膵管の一部にin situ、PanINが見られた事から膵原発の腺癌が未分化癌に変異したと考えられた。退院後6日目に全身倦怠感と食欲不振を主訴に再入院。CTでは腹腔内に腫大したリンパ節が多発し、左鎖骨下にもリンパ節転移が認められた。肺野には両側にびまん性小粒状影がみられ多発肺転移や癌性リンパ管症が考えられた。未分化癌に対する効果的な化学療法は確立しておらず、全身状態の衰弱もあり患者・家族ともに積極的な治療は希望されなかった。症状緩和を行い術後57日目に永眠。膵未分化癌は膵腫瘍の1%とまれで、予後は極めて不良とされている。今回、急速進行する膵未分化癌に対し手術を行ったがR0とはならず、早期に死亡した症例を経験した。切除の適応について議論があると考え報告する。

110 腹膜転移を有する切除不能膵癌に対してS-1+パクリタキセル経静脈・腹腔内投与併用療法を行った3例の経験

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科  
 ○服部 正嗣、藤井 努、二宮 豪、林 直美、  
 末永 雅也、山田 豪、神田 光郎、岩田 直樹、  
 小林 大介、田中 千恵、中山 吾郎、杉本 博行、  
 小池 聖彦、野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

【背景】膵癌は発見時すでに局所進行・遠隔転移により外科的治療の対象とならないことが多く予後不良である。特に腹膜播種を有する患者は播種果増大に起因する症状により生活の質が著しく害されるためその治療法の確立が求められる。当教室では腹膜転移を有する膵癌に対して、治療効果を検証するための施設共同第1/II相臨床試験に参加しS-1+パクリタキセル経静脈・腹腔内併用療法を行っており、これまでに経験した3例につき報告する。【方法】腹膜播種または腹腔洗浄細胞診陽性が確認され、その他の遠隔転移を認めない切除不能膵癌患者に対して腹腔ポートを留置し、21日を1コースとしてS-1(80mg/m<sup>2</sup>)を14日内服、7日休薬。パクリタキセルを1、8日目に50mg/m<sup>2</sup>を経静脈投与、20mg/m<sup>2</sup>を腹腔内投与した。【症例】症例1は67歳男性。1コース目でGrade3の食欲低下を認めS-1を減量した。4コース目から腹腔洗浄細胞診が陰性化し、CT上、原発巣の縮小、播種病変の不瞭化を認めた。DUPAN-2: 4880→313 (3ヶ月間)。現在までに6コース施行し継続中である。症例2は68歳男性。1、3、4コース目後に好中球減少のため延期を要し、2コース目にパクリタキセルの腹腔内投与時周囲皮下漏出を生じたが、CT上、原発巣・播種巣の縮小を認めた。CA19-9: 7100→565 (3ヶ月間)。6コースで播種果増大、腫瘍マーカー上昇を認め次治療に移行した。症例3は71歳男性。十二指腸浸潤のため胃空腸吻合術を施行した後、治療を開始した。1コース目でG3の食欲不振、好中球減少が出現し、投与量減量、間隔の延長を要した。腹腔洗浄細胞診の癌陽性は持続するが病変の縮小を認めており、現在までに5コース施行し継続中である。CA19-9: 3650→1540 (5ヶ月間、骨折による1ヶ月間の治療中断を含む)。【考察】有害事象による減量や延期を要したものの、全症例において5コース以上の治療継続が可能で画像上の腫瘍縮小を認めた。研究代表施設である関西医科大学では15例中4例で切除に至っている。当院では少数例の検討ではあるが、従来の治療よりは有望と考えている。



111 Walled-off pancreatic necrosis に対して経皮的ネクロセクトミーが有効だった一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科  
 ○小池悠太郎、佐藤 俊輔、村田 礼人、甘菜 裕徳、  
 金光 芳生、成田 諭隆、石川 幸子、菊池 哲、  
 飯島 克順、玄田 拓哉

症例は52歳男性。平成26年5月に腹痛が出現、近医で急性膵炎と診断され当院紹介。腹部CT検査で膵腫大、膵頭部から膵体部の造影不良域、前腎傍腔への炎症波及、総胆管結石を認めCT grade2の胆石性重症急性膵炎と診断。内視鏡的胆道ドレナージ術を施行後、腹腔動脈にカテーテルを留置し蛋白分解酵素阻害薬と抗菌薬による臍局所動注療法を行った。5日間の動注療法後、全身状態は改善に向かったが、CT検査では臍周囲から左前腎傍腔への炎症波及が残っていた。第31病日から発熱・炎症反応高値が持続するようになり、第60病日のCT検査で臍周囲から左側前腎傍腔にかけて内部に遊離ガスを伴う被包化された低吸収域を認めたため、infected walled-off pancreatic necrosisと診断した。エコーガイド下にて左側腹部より前腎傍腔経由で膿瘍腔にアプローチし経皮的ドレナージチューブを挿入した。その後ドレナージチューブを28Frダブルロックカテーテルまでサイズアップし閉鎖式持続洗浄を行い、さらに瘻孔を介して挿入した細径内視鏡によるネクロセクトミーを実施した。一時、代謝性アシドーシスが急速に進行したため、人工呼吸管理・持続的血液濾過透析による全身管理を要したが、壊死物質の減少とともに全身状態・炎症反応・画像所見は改善し、第110病日に経口摂取を開始し、第138病日にはドレナージチューブを抜去することができた。Infected WOPNに対する経皮的ドレナージは低侵襲で、状況に応じて外科的ネクロセクトミーなどのstep-up approach法に移行できることから、有用な治療法と考えられた。

112 急性膵炎に合併した被包化壊死 (WON) に対して経乳頭的治療を行った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 恵史、大野 和也、濱村 啓介、田中 俊夫、  
 小柳津竜樹

【症例】57歳、男性。【主訴】上腹部痛。【既往歴】高血圧、脂質異常症、十二指腸潰瘍(H. pylori除菌)、逆流性食道炎。【現病歴】平成26年4月中旬、重症急性膵炎(造影不良域：膵頭部～体部、CT grade3、29病日)退院。同年7月8日上腹部痛を自覚。増悪傾向を認めため7月10日当科受診。血液検査で軽度炎症反応上昇(CRP：3.22mg/dl)、腹部造影CT検査では被包化壊死と周囲脂肪織濃度上昇を認め、同日入院。【経過】絶食、抗生剤点滴等による保存的治療開始。病変部評価目的にEUS-FNA施行し検体採取するも、細菌感染や悪性所見は指摘出来なかった。腹部所見改善傾向であったが、再度発熱を認めため、CT検査を行うと病変部は増大傾向を認めた。病変部評価目的にERCP施行。膵管造影にて主膵管途絶を認め、カニューレションを行うと、乳頭より白色混濁した液体の多量排出(約125ml、内容液中Amy:19393IU/l)を認め、ENBD(5Fr)留置した。術後、微熱や腹部所見は著明に改善を示したが、術後単純CT検査にて、造影剤の胃内への流出を認め瘻孔形成が考えられた。上部内視鏡検査を行うと前庭部後壁側に瘻孔が確認され、同部位より白色混濁した液体排出を認め、ドレナージ経路が存在すると考えられた。ENPD排液は減少傾向のためENPD抜去。その後、腹部所見なく経過し、再度腹部CT検査施行するも病変部は縮小傾向であることを確認し、退院。以後外来経過観察中。【考察】今回我々は、急性膵炎に合併した膵管断裂による被包化壊死に対して、経乳頭的治療を行った1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

113 嚢胞性線維症の1症例

1名古屋大学総合保健体育科学センター、2みよし市民病院  
 ○山本 明子<sup>1</sup>、中笠みゆき<sup>1</sup>、伊藤 治<sup>2</sup>、石黒 洋<sup>1</sup>、  
 成瀬 達<sup>2</sup>

【症例】症例は9歳女児。【既往歴および経過】生後5か月頃より呼吸系障害と電解質異常、6か月頃より肝機能障害、生後7ヶ月で便秘と哺乳障害、体重減少を指摘されていたが、1歳時には症状軽快していた。しかし、副鼻腔炎、気管支炎を繰り返し、肝障害は遷延していた。9歳時に肝障害精査目的紹介となる。軽度成長障害(体重23.5kg(-1.2SD)、身長125.0cm(-1.6SD))、触診では肝脾腫を認め、T. Bil0.5mg/dL, AST118IU/L, ALT145IU/L,  $\gamma$ -GTP332IU/L, PT%71%であった。CTにて肝辺縁は不整、脾腫、脾萎縮を認めるも、明らかな胃食道静脈瘤は認めなかった。約1年後に吐血し、内視鏡施行したところ、胃食道静脈瘤(F3LsRC(+)(C(w-b)Lgcf+)を認めた。CTでは肝脾腫を認めるも胃腎シャントなく、脾臓は同定できなかった。肝生検所見は胆汁うっ滞性肝硬変であった。経皮経肝的に左胃静脈塞栓術を施行し、胃静脈瘤は残存するも改善がみられた。汗中クロール濃度は117mM/L(診断基準値>60)、便中エラスターゼ24  $\mu$ g/g(診断基準値<200)、CFTR遺伝子の両アレルに変異が検出され、嚢胞性線維症と診断した。高用量バンクレリパーゼ製剤内服、ドルナーゼアルファとブライマイシンの吸入を開始し、栄養状態は改善された(現在、体重28.3kg、身長129.0cm)。【結論】日本人には非常に稀な疾患である嚢胞性線維症の1例を報告した。厚生労働省の難治性膵疾患に関する調査研究班に集積されている嚢胞性線維症は100例程である。日本におけるCFTR遺伝子変異は欧米の変異とは異なるスペクトラムを呈し、新規の変異や稀な変異が多いとされる。日本人の嚢胞性線維症には肝硬変の合併が多く(約20%)、呼吸器感染症とともに生命予後を左右する可能性がある。嚢胞性線維症は非常に稀な疾患であるが、早期に診断し、消化吸収不良による低栄養状態の改善と呼吸器感染症のコントロールを早期に始めることが重要である。

114 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) との鑑別が困難であった類上皮嚢胞を伴う臍内副脾の1例

1名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、  
 2名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
 ○竹山 友章<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、川嶋 啓輝<sup>1</sup>、大野栄三郎<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>、  
 河合 学<sup>1</sup>、須原 寛樹<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、吉川 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>

症例は38歳男性。36歳時に早期胃癌に対して腹腔鏡下幽門側温存胃切除術施行され、このときのCTで10mm大の石灰化を伴う嚢胞性病変を指摘されていた。術後2年の経過観察CTにて嚢胞性腫瘍の増大を指摘され、当科紹介となった。腹部造影CT検査では石灰化と充実部分を伴い、充実部分が比較的均一に造影されていた。主膵管との交通はなく、主膵管の拡張は認めなかった。腹部超音波検査では、膵尾部に16mm大の単房性嚢胞性病変を認め、内部に偽乳頭状の隆起を有していた。一部には石灰化を疑う高エコースポットを認めた。さらなる精査のために超音波内視鏡検査(EUS)を行った。膵尾部に20mm大の主膵管と交通のない嚢胞性病変を認めた。辺縁には不均一な等から高エコーの充実部が内腔に向かって偽乳頭状に存在していた。嚢胞内には軽度のAcoustic shadowを伴う扁平な高エコー域を認めた。Sonazoid<SUP>R</SUP>を用いた造影EUSでは、充実部分は比較的速やかに、均一に造影され、5分後まで持続した。無エコー域には造影効果は得られず、壊死部を反映していると考えられた。高エコー域にも造影効果は認めず、石灰化や壊死物質と判断した。以上からsolid pseudopapillary neoplasm (SPN)と診断し、腹腔鏡下膵体尾部切除術が施行された。術後病理はEpithelial cyst in intrapancreatic heterotopic spleenであった。epithelial cystはしばしば副脾内に発生するが、臍内に発生した場合には、嚢胞性腫瘍との鑑別が問題となる。本症例では石灰化を伴っており、SPNとの鑑別が困難であった。

## 115 消化酵素製剤投与中断により著明な全身浮腫を来した残膵切除後の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○杉本 博行、藤井 努、堀田 佳宏、間下 直樹、  
岩田 直樹、神田 光郎、田中 千恵、小林 大介、  
山田 豪、中山 吾郎、小池 聖彦、藤原 道隆、  
野本 周嗣、小寺 泰弘

【目的】膵切除後は残膵量の絶対的不足や膵管狭窄、閉塞に伴う膵機能低下により膵内分泌機能のみならず外分泌機能も低下する。不足した膵内外分泌機能を補うためインスリンや消化酵素製剤が投与されるが、内分泌機能不全に対する治療に比し、外分泌機能不全に対する治療が軽視される傾向がある。今回、消化酵素製剤投与の中断により著明な浮腫を来した残膵切除後の症例を経験したので報告する。【症例】症例は65歳男性。2007年7月膵管内乳頭腺腫に対し膵頭十二指腸第II部切除術施行。その後、残膵に再発を認め2010年12月残膵体部部分切除および膵空腸吻合術を施行した。術後は残膵量が少なく膵内外分泌機能不全の状態でありインスリンおよび消化酵素製剤の投与を必要とした。その後外来フォローを継続したが、2014年8月CTにて著明な全身浮腫および採血検査にて低アルブミン血症を認めたため膵外分泌機能不全を疑い消化酵素製剤内服状況につき問診したところ18ヶ月間に渡り投与中断されていた。直ちに消化酵素製剤投与再開したところ全身浮腫は劇的に改善した。【考察】膵切除後の膵外分泌機能不全は難治性下痢や体重減少を伴うことが多く消化酵素製剤の投与が行われる。近年では膵切除後の長期予後改善とともに残膵に腫瘍が再発し残膵切除の適応となる症例が増加している。膵実質の絶対量の不足による膵外分泌機能不全に対しては消化酵素製剤投与は必須であるが、自覚症状が乏しい場合は内服が中断されてしまうことがある。膵外分泌機能不全では短期間での変化が乏しく今回の症例のように長期にわたり中断されクワンソルコル類似の病態を来すことがあり注意が必要である。【結論】残膵量の絶対的不足による膵外分泌機能不全に対しては消化酵素製剤の投与は必須であり、患者および処方医への教育が必要である。



116 術前診断し得た微小十二指腸ガストリノーマの2切除例

1 愛知県がんセンター中央病院 消化器外科、  
 2 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、  
 ○倉橋真太郎<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>、  
 木村 賢哉<sup>1</sup>、伊藤 友一<sup>1</sup>、木下 敬史<sup>1</sup>、植村 則久<sup>1</sup>、  
 川合 亮佑<sup>1</sup>、木下 平<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>2</sup>

症例は59歳女性。2014年2月、他院にて十二指腸多発潰瘍出血のため開腹止血術を施行された。術後の精査で高ガストリン血症及び膵頭部腫瘍を認めためたためガストリノーマの疑いにて2014年3月に当院を紹介受診となった。血清ガストリンは7885 pg/mlと異常高値、上部消化管内視鏡検査で十二指腸に多発する小隆起性病変を認めた。CT検査を再検討すると前医で指摘された膵頭部腫瘍は膵周囲の腫大したリンパ節であり、EUSでも膵内に病変は認められなかった。腫大リンパ節に対しEUS-FNAを施行しNETG2の診断であった。原発巣を同定するため再度全身検索を行い、十二指腸小隆起性病変に対し複数箇所から生検検査をし、十二指腸ガストリノーマと診断した。選択的動脈内カルシウム注入試験を行うと上腸間膜動脈領域でのみガストリン値の上昇を認め、肝動脈、脾動脈ではガストリン値の上昇は認めなかった。(正中弓状人体圧迫による腹腔動脈の狭小があり、膵十二指腸アーケードの上腸間膜動脈からの求心性血流であったので胃十二指腸動脈では施行しなかった。)MEN1は精査により否定された。以上より、膵頭十二指腸領域に局限したリンパ節転移を伴う十二指腸ガストリノーマと術前診断し膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的診断は十二指腸球部に存在する径5mmで単発のガストリノーマであった。術後経過は良好で第11病日に軽快退院した。血清ガストリン値は術直後より著減し、術後5か月現在63pg/mlと正常値を維持している。原発は微小ながらも正確に術前診断し得た十二指腸ガストリノーマの1切除例を経験したので、文献的考察を加え、報告する。

117 EUS-FNAで診断し得た膵神経内分泌癌の1例

名古屋記念病院 消化器内科  
 ○河辺健太郎、村上 賢治、神谷 聡、鈴木 重行、  
 長谷川俊之、伊藤 亜夜、中館 功、吉井 幸子、  
 高田真由子

症例は80歳台男性、前立腺癌に対して放射線治療後、ホルモン療法中の患者。2014年6月より、心窩部と背部の違和感が出現。採血でアミラーゼ上昇を認め、CTにて膵頭部周囲の脂肪織濃度の上昇を認めためたため、急性膵炎疑いで入院となった。入院後の造影CTで膵頭部に不明瞭な造影不良域と主膵管の経度の拡張を認めた。MRCPで主膵管の膵頭部での途絶を認めた。EUSでは膵頭部にφ20mmの低エコー性腫瘍を認めた。腫瘍は八つ頭状の形態をし、尾側膵管の拡張を伴っていた。膵頭部腫瘍を疑い、EUS-FNAを施行した。22G針にて2回穿刺し、異型細胞を確認して終了した。病理所見では、異型細胞はChromograninA (+)、Ki-67:30-40%で神経内分泌癌と診断した。CTでは明らかな転移を認めなかったため、膵頭十二指腸切除目的に開腹したところ、肝両葉に5個以上の腫瘍を認め、術中迅速細胞診にて神経内分泌細胞が認められたため、開腹となった。膵神経内分泌癌は比較的まれな疾患であるが、EUS-FNAにより、報告例が増えている。今回我々は膵神経内分泌癌の一例を経験したので文献的考察をふまえて報告する。

118 非多血性膵神経内分泌腫瘍の一例

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

【はじめに】膵神経内分泌腫瘍(PNET)は、膵腫瘍の1-2%を占める稀な腫瘍で、典型的な画像所見は、類円形で多血性の充実性腫瘍と報告されている。【症例】50歳代男性【主訴】検診異常【既往歴】高血圧症【生活歴】喫煙:20本/日×10年(30歳で禁煙)、飲酒:ビール1000mL/日【家族歴】特記事項なし【現病歴】2014年5月、検診の腹部超音波検査(US)で膵体部の充実性病変を指摘され、精査加療目的で当科紹介となった。【経過】血液検査では、腫瘍マーカー、血中ホルモン値の異常は認めなかった。腹部造影CT検査(CE-CT)では、膵実質相では周囲膵組織に比べ病変辺縁にわずかに強い造影効果を示すのみであり、平衡相では周囲膵組織と同等の造影効果となった。超音波内視鏡検査(EUS)では、膵体部に10mm大で類円形の病変を認め、輪郭は明瞭で整、内部エコーは均一で、膵管の拡張は認めなかった。color Doppler imagingでは病変の辺縁に点状の血流シグナルを認め、EUS-elastographyでは、病変は周囲膵組織と比べて固く、均一な充実性病変として認識された。造影EUS(CE-EUS)では、肉眼的に周囲膵組織とはほぼ同等の造影態度を呈した。検査終了後にTime-intensity curveを作成したところ、定量的に病変と周囲膵組織の造影効果は同程度であることが示された。EUSでは膵に多発病変を認めなかった。以上より、単発のPNETのほか、膵SPN、腫瘍形成慢性膵炎を鑑別に挙げて、2013年8月に膵体尾部膵合併切除術を施行した。病理学的に、類円形、弱酸性細胞を有する腫瘍細胞が偽管状、索状に配列して増殖し、免疫染色はクロモグラニン(+), インスリン(-), グルカゴン(+), ソマトスタチン(-)で、MIB-1 indexは3%であり、最終診断はPNET G2であった。【考察】病理所見との対比では、病変の中心部は腫瘍血管がほとんど見られず、病変の辺縁は正常の腺房組織を腫瘍細胞が置換しており、術前のCE-CT、CE-EUSで認めた周囲膵組織と差のない造影効果を反映していたと思われた。今回我々は、術前の画像診断で非多血性であったPNETの一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

119 内視鏡的粘膜切除術後11年で再発した十二指腸カルチノイドの1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科  
 ○和田 拓也、角嶋 直美、川田 登、今井健一郎、  
 田中 雅樹、滝沢 耕平、堀田 欣一、松林 宏行、  
 小野 裕之

症例は50歳代、男性。2002年10月検診の上部消化管造影検査で異常を指摘され当院を紹介受診した。上部内視鏡検査にて十二指腸潰瘍(A2 stage)を認め、H2 Blockerによる加療を開始した。2か月後の再検時に十二指腸球部前壁に中心に発赤調の陥凹を伴う7mm大の粘膜下腫瘍を認めた。同部位からの生検で粘膜固有層に顆粒状細胞質をもつ腫瘍細胞を包巣状に認め、免疫染色ではChromogranin A、NCAM、Synaptophysinが陽性であり十二指腸カルチノイドと診断した。全身検索で明らかな転移を疑う所見を認めず、10mm以下であることから内視鏡治療の方針とした。2003年2月EMRC (Endoscopic mucosal resection using a cap-fitted endoscope)を施行した。切除標本の病理診断は十二指腸カルチノイド(2010年WHO分類でNET G1)、8mm、脈管新浸襲陰性、水平・垂直断端ともに陰性であり、pT1cN0M0、stage Iの診断で治癒切除と判断した。以後、経過観察していたが、2014年3月の腹部CTで肝動脈近傍のリンパ節腫大を認めた。超音波内視鏡下穿刺吸引術を施行し十二指腸カルチノイドのリンパ節転移再発と診断した。2014年4月に肝十二指腸間膜リンパ節郭清を施行した。切除検体の免疫染色にgastrinを追加したところ陽性であったが、あきらかな難治性潰瘍や下痢などの Zollinger-Ellison症候群はみられず非機能性NETと診断した。粘膜下層にとどまる1cm以下の十二指腸カルチノイドに対する標準治療は確立されていない。本症例は、内視鏡切除で治癒切除と判断したにもかかわらず、11年後に転移再発を来し、示唆に富む症例と考え報告する。

120 有茎性の形態をとリクッションサイン陽性であった  
十二指腸神経内分泌腫瘍の一例

名古屋記念病院 消化器内科

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

症例は67歳の女性。2型糖尿病と橋本病にて内分泌内科入院中であった。食後の嘔吐下痢症状があり上部消化管内視鏡 (EGD) を施行したところ十二指腸乳頭部近傍から下行脚内に下垂する粘膜下腫瘍 submucosal tumor (以下SMT)を認め当科紹介となった。造影CT検査では十二指腸下行脚内腔に膨隆する腫瘍を認め、周囲リンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。側視鏡と超音波内視鏡(EUS)にて観察を行ったところ、十二指腸下行脚の乳頭近傍より伸びる25mm大の有茎性のSMTを認めた。EUSで腫瘍は第3層にあると考えられ内部エコーは均一な低エコーであった。クッションサイン陽性であったため経過観察とした。半年後のEGDでは腫瘍側面に潰瘍を認め、潰瘍底から生検を行ったが病理検査では炎症細胞浸潤のみであり異型は認めなかった。悪性の可能性が否定できないため、後日内視鏡的粘膜切除術(EMR)を行ったところ、病理組織学的検査所見は腺管様構造を示す腫瘍細胞を認め、chromogranin A陽性、核分裂像なし、Ki-67指数 $\leq 2\%$ であり神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor; NET G1)であった。有茎性の形態を呈しクッションサイン陽性の十二指腸NETの報告は、我々が検索した限り報告はまれであり、貴重な症例と思われたため若干の文献的考察を加え報告する。

121 肝転移巣切除1年2ヶ月後に診断し切除した小腸  
NETの1例

松阪中央総合病院 外科

○岩田 真、藤村 侑、長野真由子、前田 光貴、  
春木 祐司、大澤 一郎、加藤 憲治、田端 正巳、  
三田 孝行、玉置 久雄

症例は50歳代、女性。検診で著明な貧血と子宮筋腫を指摘され、婦人科受診。CTで巨大子宮筋腫と肝腫瘍を指摘され胃腸科で精査。血液検査では肝炎ウイルスマーカーは正常で、軽度の肝機能異常を認めたが、CEA、CA19-9、AFPは正常でPIVKA2が軽度高値であった。CTで肝右葉に6cm大の造影効果のある充実性腫瘍を認め、MRIでは肝後区域に $\phi 6$ cm大の腫瘍を認めた。腫瘍生検の病理所見では索状配列を示す腫瘍細胞増殖を認め、免疫染色でサイトケラチン(CK)7(+), クロモグラニン(+), シナプトフィジン(+)で肝NETまたはNECの肝転移が考えられた。原発巣の検索を行ったが、CTで脾腫瘍はなく、PET-CTでは肝腫瘍と甲状腺の他に集積はなく、胃、大腸内視鏡検査でも異常所見は認めなかった。甲状腺は細胞診で乳頭がんと診断された。肝原発もしくは原発不明の転移性肝NET、巨大子宮筋腫の診断で手術を施行した。手術は巨大子宮筋腫の摘出と肝右葉切除術を施行した。肝腫瘍は直径65m、境界明瞭で、組織学的に腫瘍は索状～腺管状の形態を示し、免疫染色ではCK7(+), CK20(-), クロモグラニン(+), シナプトフィジン(+), CDX2(+), TTF-1(-), MIB-1陽性率1%未満で、NET(G1)と診断され、肝原発より転移性肝NETと考えられた。術後は3-4ヶ月毎にCTを行って経過観察していたが、術後1年1ヶ月目のCTで小腸に造影効果のある2cmの腫瘍を指摘された。小腸NETを疑ってカプセル内視鏡を行い、小腸に粘膜下腫瘍様腫瘍を認めた。小腸内視鏡ではTreitz靱帯から40cmに潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認め、生検でNET G2の診断であった。PETCTでは小腸腫瘍にも異常集積は認めなかった。以上から、原発巣と考えられる小腸NETの診断で肝転移切除1年2ヶ月後に手術を施行した。術中所見ではTreitz靱帯から40cmの空腸に母指頭大の灰白色の腫瘍を認め、リンパ節を含めて切除した。病理学的にはリボン状配列、腺管状、あるいは充実状に増殖する腫瘍で、MIB-index3.5%程度で、リンパ節転移を認め、免疫染色ではCD56陽性、クロモグラニン(+), シナプトフィジン(+)でNET(G2)と診断された。術後経過は良好で、現在経過観察中である

## その他①

### 122 上行結腸癌に併存し腹腔鏡下に切除した右胃大網動脈瘤の1例

一宮市立市民病院 外科

○中村 俊介、村井 俊文、野崎悠太郎、家出 清繼、  
宇田 裕聡、佐藤 成憲、森岡 祐貴、阪井 満、  
橋本 昌司、永田 二郎

症例は77歳、男性。便潜血反応陽性を主訴に近医受診し、下部消化管内視鏡検査で上行結腸に半周性2型腫瘍を指摘され、手術的に当院紹介となった。術前、腹部Dynamic CTを施行した所、肝彎曲付近の上行結腸に原発巣に相当すると考えられる壁肥厚と、右胃大網動脈領域に径15mmの動脈瘤を認めた。上行結腸癌(cSS, N0,M0,cStageII)、右胃大網動脈瘤に対して腹腔鏡下右半結腸切除、動脈瘤切除を行った。動脈瘤の露出は比較的容易であり腹腔鏡下手術のよい適応と考えられた。胃大網動脈はまれな疾患であり、近年、腹腔鏡における手術報告も散見される。今回我々は、上行結腸癌に併存し腹腔鏡下に切除した右胃大網動脈瘤の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

### 123 妊娠を契機に発見されたcaliber persistent arteryの1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○河村 達哉、春田 純一、山口 丈夫、土井崎正雄、  
山 剛基、鷺見 肇、早川 史広、山田 健太、  
八鹿 潤、長谷川一成、植田 恵子、青井 広典

【はじめに】Caliber persistent arteryは、動脈からの分枝が口径変化なく表層組織まで延びる血管異常である。今回われわれは、妊娠を契機に発見されたcaliber persistent arteryの1例を経験したので報告する。【症例】20代、女性、妊娠28週。主訴は吐血 上部消化管内視鏡にて胃穹窿部大彎後壁の隆起した頂部から噴出性出血がありクリップで止血した。しかしその後も貧血進行が止まらず、内視鏡的止血術を計4回施行したが十分な止血効果を得ることができなかった。妊娠29週、帝王切開を行った。帝王切開後の腹部CTにて胃底部壁内に早期濃染する結節像を多数認め、脾動脈瘤や左腎動脈瘤を認めた。血管造影では左胃動脈は胃底部レベルで拡張、蛇行しており、脾動脈瘤、左腎動脈瘤を認めた。帝王切開後も内視鏡的止血術を計2回施行したが貧血進行は止まらず、内視鏡的止血術ではコントロール困難と判断し、腹腔鏡下胃局所切除術を施行した。摘出した胃の病理検体では粘膜下層に発達した動脈が認められcaliber persistent arteryと考えられた。【結語】Caliber persistent arteryは、出血を繰り返し、時には致命的な大量出血を来すことがある血管異常である。妊娠中に消化管出血をきたし、caliber persistent arteryが発見された例は極めてまれであり若干の文献的考察を加えて報告する。

### 124 臍頭部動静脈奇形により難治性十二指腸潰瘍を呈した1例

名古屋第一赤十字病院

○長谷川一成、春田 純一、山口 丈夫、土居崎正雄、  
山 剛基、鷺見 肇、早川 史広、八鹿 潤、  
山田 健太、植田 恵子、青井 広典、河村 達哉

【症例】41歳男性。【病歴】2014年4月に心窩部痛と暗赤色便を主訴に受診。血圧105/81mmHg、脈拍110回/分、眼瞼結膜は蒼白で心窩部に軽度の圧痛を認めた。血液検査ではHb8.3g/dlと低下。腹部造影CTにて十二指腸球部後壁に潰瘍を疑う病変があり、その周囲の血管拡張が目立ち動静脈奇形や腫瘍の存在が疑われた。緊急で上部消化管内視鏡検査を行うと、十二指腸に多発するびらん潰瘍を認めクリップにて止血処置を行った。【経過】入院翌日に施行したダイナミックCTで、早期動脈相で臍頭部のNidusが濃染し門脈へ還流している像が得られ臍頭部動静脈奇形と診断した。PPIにて潰瘍治癒を期待したが、その後9日間で吐血と多量下血を繰り返し、内視鏡的止血処置を4度行ったが潰瘍は治癒傾向になく出血コントロールが困難であった。内科的治療は困難と判断し、消化器外科で臍頭十二指腸切除術を行う方針となり、事前に術中出血コントロールのため血管塞栓術を行うこととなった。腹部血管造影を行うと、第一空腸動脈からの造影で後下臍十二指腸動脈が造影され、臍頭部のNidusへ流入していく像が得られた。第一空腸動脈を塞栓すると腸管が壊死する可能性が高いためこちらは塞栓せず、前下臍十二指腸動脈をコイル塞栓し終了となった。その後、亜全胃温存臍頭十二指腸切除を行い、術後臍液瘻や創部感染などあったが術後51日目に自宅退院となった。【結論】今回、臍頭部動静脈奇形により難治性潰瘍を呈した症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

### 125 腹腔動脈急性解離に伴う臍アーケード仮性動脈瘤破裂に対してTAEが奏功した一症例

<sup>1</sup> JA愛知厚生連豊田厚生病院、

<sup>2</sup> 名古屋大学医学部付属病院 放射線科

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

【症例】52歳男性 【既往歴】左頭頂葉髄膜腫(平成20年 開頭腫瘍摘出術)、B型急性肝炎 【嗜好】喫煙 20本/日、飲酒なし 【現病歴】1週間前前から続く腹痛のため当院受診された。バイタルは安定していたが、腹痛強く造影CTにて腹腔動脈解離が疑われ、また広範な後腹膜血腫認め、IPDA付近より造影剤の血管外漏出像が疑われた。緊急カテーテル検査を施行した。SMA造影で臍アーケードは求肝性のフローとなっており、PIPDA-AIPDAに仮性動脈瘤を認めた。解離したceliac造影ではceliacの狭小化認めた。腹腔動脈解離により臍アーケードの血流が増加したことにより動脈出血を生じたと疑われた。SMAからトリオブルコアキシシャルシステムで治療を行った。IPDAはSMA根部近傍より急峻に分岐していた。PSPDA-PIPDAをマイクロコイル5本にて塞栓した。塞栓あとPIPPA造影にて動脈瘤の描出は消失し、SMA造影にても臍側副路を介してceliac分岐は良好に造影された。第9病日に経過良好にて退院となった。退院後3日目に嘔吐にて当院受診された。造影CTにて著明に拡張した胃は認めた。血腫は前回CTと比較してやや消退傾向であり、上部内視鏡検査でも十二指腸に粘膜所見は認めなかったが gastro 造影にて血腫による圧排像を認めた。絶食・TPN・NG管理にて経過観察入院とし、NG排液が1日1000ml以上認められた。日を追うごとにNG排液は徐々に減少し再検CTにて血腫さらに消退していたため、第22病日より食事再開とした。その後嘔吐は認めず第30病日に退院となった。退院後は現在まで再発は認めない。総括：腹腔動脈解離に伴う臍アーケード仮性動脈瘤破裂に対してTAEが奏功した稀な症例を経験したため報告した。

## 126 保存的加療にて軽快した孤立性上腸間膜動脈解離の1例

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、

<sup>2</sup>浜松医療センター 消化器外科

○高橋 悟<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、石田 夏樹<sup>1</sup>、伊藤 潤<sup>1</sup>、  
松浦 愛<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>1</sup>、住吉 信一<sup>1</sup>、岩岡 泰志<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>、山本 淳史<sup>2</sup>、  
金岡 繁<sup>1</sup>

今回保存的治療にて改善した孤立性上腸間膜動脈解離の1例を経験したので若干の文献的考察も加え報告する。症例は41歳男性。高脂血症の既往あるもその他特記なし。早朝にサーフィンをしていたところ急な上腹部痛が出現し、増悪するため当院救急外来受診。来院時血圧200/119mmHg、脈拍数69回/分で整、上腹部に筋性防御を認めた。腹部単純CT検査では明らかな異常を認めず、ペントゾシン使用しても疼痛改善見られなかった。このため造影CT検査施行し、上腸間膜動脈とその分岐に偽腔閉塞型解離と考えられる三日月状の非造影域を認め、孤立性上腸間膜動脈解離と診断。ペントゾシン増量しても腹痛持続したため再度CT検査施行も、腸管の虚血を疑う所見がなし。絶食・輸液管理とし、狭小化した真腔の血栓閉塞予防のため同日よりヘパリン、バイアスピリンによる抗血栓療法およびPG製剤投与、疼痛管理のためにモルヒネによる持続点滴、血圧管理のためにβ遮断薬による加療を開始した。その後良好に疼痛コントロールされるも解離は進行し上腸間膜動脈起始部付近から中結腸動脈部筋部近位まで内腔狭小化を認めた。第3病日に腹部超音波にて、流速は230cm/sと速く、第9病日に狭窄率は67%で250cm/sと依然流速は早いものの、腹痛は消失したため第11病日にモルヒネを終了。第14病日より食事を開始し、第16病日にヘパリンを終了とした。第28病日の画像評価にて上腸間膜動脈狭窄の進行がないことを確認し、第30病日に軽快退院とした。本症の多く保存的に治療可能であることが多いが、病変の広がりや腸管の虚血の有無など病態に応じて治療方針を決定すべきと考える。



127 回腸脂肪腫に伴う腸重積に対して待機的に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した1例

国立病院機構 豊橋医療センター 外科  
 ○田中 克仁、山下 克也、柴田 雅史、伊藤 武、  
 岡本喜一郎、市原 透

症例は60歳、男性。1か月続く右下腹部痛を主訴に近医を受診したところ、CTで上行結腸に腸重積を認めためたため当院へ精査目的に紹介となった。CTでは回盲部で腸重積をきたしているもののイレウスを呈していなかったため、待機的に精査し手術の方針とした。CFを施行すると回腸末端を基部とする1型腫瘍が上行結腸に嵌頓し腸重積をきたしていた。以上より回腸脂肪腫にともなう腸重積と診断、腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した。腫瘍は45×45mmの弾性、軟、断面は黄色の腫瘍であり病理検査結果は脂肪腫であった。今回臨床的にイレウスを呈さない回腸脂肪腫による腸重積に対して待機的に腹腔鏡補助下に切除した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。

128 当院における門脈ガス症例の検討

<sup>1</sup>市立四日市病院 外科、<sup>2</sup>市立四日市病院 消化器内科  
 ○竹田 直也<sup>1</sup>、鹿野 敏雄<sup>1</sup>、桑原 好造<sup>2</sup>、水谷 哲也<sup>2</sup>、  
 小林 真<sup>2</sup>、矢野 元義<sup>2</sup>、森 敏宏<sup>1</sup>

【緒言】門脈ガス血症はそれ自体が独立した疾患ではなく、腸管壊死などの重篤な疾患の際に認められる比較的可成りな病態で、予後不良な徴候とされてきた。しかし最近では、軽症な門脈ガス症例の報告も増加しており、多彩な病因で起こる病態であることが再認識されつつある。今回、当院で経験した門脈ガス症例について検討した。【対象】2007.1.1から2013.12.31までの7年間で、心肺停止状態で搬送された症例以外で当院のCT検査で診断された門脈ガス症例28例。【方法】2007年以降、時間内外問わずCT検査は放射線科専門医が読影しており、読影所見のデータベースから門脈ガス、portal gasなどをkey wordに検索、消化器外科専門医が病歴と画像を照らし合わせて門脈ガスと最終診断した。悪性疾患の終末期像であった2例を除く26例について、手術・病理組織学的検査所見や治療経過から保存的治療不可能群(A群14例)と保存的治療可能群(B群12例)の2群に分けた。両群間で画像所見、血液生化学検査所見、臨床所見などを比較検討した。【結果】腹水あり (A群:B群、4/14:3/12)、門脈ガス多 (A群:B群、8/14:6/12)、肝外門脈ガスあり (A群:B群、5/14:2/12)、白血球数 (A群:B群、11209±7032:10522±4478)、CRP値 (A群:B群、5.3±20.6:7.1±12.3)と、これらには有意な差を認めなかった。唯一、腹膜刺激症状あり (A群:B群、13/14:0/12)のみに有意差を認めた。【結語】救急の現場にCTが汎用されるようになり、今後ますます門脈ガス症例の頻度が増加していくものと考えられる。門脈ガス血症は多彩な病因に基づく病態であり、最も重篤な病因と考えられる腸管壊死の診断をいかに正確につけるかが肝要であるが、腹膜刺激症状の有無が最も有用な診断材料になると考えられた。

129 急激な経過をとり死に至ったClostridium perfringensによる肝ガス壊疽の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科  
 ○奥村 大志、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、黒石 健吾、  
 吉川 恵史、大野 和也、濱村 啓介、小柳津竜樹、  
 田中 俊夫

【症例】62歳男性。既往歴に特記した事項なし。2012年5月25日、前日からの発熱・背部痛を主訴に救急外来を受診。外傷はなく、下痢等の消化器症状なし。来院時痛みにより不穏状態で、心拍数115回/分、血圧110/87mmHg、体温36.2℃、全身皮膚は暗赤調であった。高度溶血所見と白血球・肝胆道系酵素の上昇を認め、代謝性アシドーシス、PCT高値、DICを合併していた。腹部CTにて肝右葉後区域に門脈末梢と連続する約49mm×44mm大のガス像を認めた。ガス産生菌による肝膿瘍を疑い、抗生剤の投与を始め、経皮経肝膿瘍ドレナージの適応があると判断し準備を進めた。来院5時間後に意識レベル低下、急激な呼吸状態の悪化、血圧低下を認めた。直ちに気管挿管し心肺蘇生を行ったが、心拍再開せず来院6時間後に死亡した。剖検では、肝右葉に5cm大の融解部を認め、膿汁は見られなかった。組織学的には融解部は壊死に陥り桿菌が多数みられたが、好中球浸潤は乏しかった。以上より肝ガス壊疽と診断された。来院時の血液培養と肝病変からClostridium perfringensが検出された。また諸臓器はいずれも暗赤色調であり、溶血に伴う変化と推測された。両肺ARDSや腎・肺に微小血管がみられ、直接死因と考えられた。【考察】腸管の常在菌であるClostridium perfringensによる肝ガス壊疽の発症要因として外傷、外科的手術、血液透析、糖尿病、腸管や血液の悪性腫瘍、炎症性腸疾患などが挙げられる。感染経路としては腸管微生物叢から本菌が経門脈性、経胆管性、あるいは腹腔内から直接、肝に侵入したと推察される。本症例では剖検でも明らかな発症原因は特定できなかった。また、本疾患は極めて死亡率が高いとされるが、適切な抗菌薬の使用・ドレナージ、早期の血漿交換などの集学的治療が有効であったとの報告が散見される。【結語】急激な経過をとり死に至った劇症Clostridium perfringensによる肝ガス壊疽の1例を経験した。腹部CTでガス像を伴う肝膿瘍があり、高度の溶血所見を認めたときには、起因菌として本菌を考慮し、極めて早期に診断し治療を開始する必要があると考える。

130 腹腔鏡下に修復術を行った坐骨ヘルニアの1例

名古屋市立大学 消化器外科  
 ○社本 智也、高橋 広城、中屋 誠一、佐川 弘之、  
 佐藤 崇文、志賀 一慶、溝口 公士、坪井 謙、  
 柴田 孝弥、森本 守、田中 達也、宮井 博隆、  
 坂本 宣弘、原 賢康、若杉 健弘、石黒 秀行、  
 松尾 洋一、木村 昌弘、竹山 廣光

症例は86歳、女性。4か月前に胆嚢炎で他院にて入院加療の後、腰痛および食欲不振のため精査加療目的に当院を紹介された。CT検査にて、胆石、総胆管結石のほか、右坐骨孔より脱出する腸管を認め、右坐骨ヘルニアと診断した。小腸の脱出を疑ったが、腸閉塞や腸管の壊死を疑う所見を認めず、待機的に手術を行うことにした。腰痛は腰椎圧迫骨折によるものと考えられていたが、詳しく問診すると右臀部の痛みであり、安静時にも変わらず認めた。総胆管結石を内視鏡的に採石後、腹腔鏡下に胆嚢摘出術ならびに坐骨ヘルニア修復術を行った。右坐骨孔にヘルニア門を認めたが、ヘルニア内容は認められなかった。ヘルニア門は1横指大で、腹腔鏡下に縫縮術を行った。術後経過は良好で、術前に認められた右臀部の痛みは消失し、術後5日目に退院した。坐骨ヘルニアは非常にまれな疾患であり、今回腹腔鏡下に修復した症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

131 ステロイド長期投与患者に発症した腹横筋断裂による腹壁ヘルニアの1例

岐阜大学医学部腫瘍外科

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

症例は54歳、女性。平成16年に全身性エリテマトーデス（以下SLE）と診断され、副腎皮質ステロイド投与を中心とした治療を継続中であった。平成24年6月中旬より左側腹部に手拳大の膨隆を自覚したため腹部CT検査を施行し、腹横筋をヘルニア門とした左側腹部の腹壁ヘルニアと診断された。腹痛・嘔気といった腹部症状を伴わないこと、肛門扁平上皮癌に対する化学療法中であること、そしてステロイド長期投与による術後合併症のリスクが高いと考えられることから経過観察とした。しかし3週間後には腹部の膨隆は小児頭大にまで増大し、さらに腹痛・嘔気を伴うようになったため十分な説明を行った後に手術を施行する運びとなった。術中所見では腹横筋を断裂するように小児頭大のヘルニア囊の脱出を認め、ヘルニア門は約8×22cm大であった。ヘルニア囊は切除せず内翻し、腹膜・腹横筋間にVentricular Hernia Patch<sup>®</sup>を固定し修復した。術後経過は良好であり術後9日目に退院となり、現在再発の兆候は認めていない。側腹部に発生するヘルニアとしてSpiegelヘルニア、腰ヘルニア、癭痕ヘルニア、外傷性ヘルニアが鑑別に挙げられる。しかし本症例はいずれにも該当せず腹横筋断裂により発症した腹壁ヘルニアと考えられ、本邦では極めて稀な症例である。今回われわれはSLEに対する長期間のステロイド投与による副作用が主な原因と考えられる腹壁ヘルニアの1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

132 蕁麻疹が契機と考えられる再発性好酸球性胃腸炎の1例

<sup>1</sup> 関中央病院 内科、<sup>2</sup> 外科

○大西 祥代<sup>1</sup>、安江 晃子<sup>1</sup>、吉村光太郎<sup>1</sup>、植松 孝広<sup>1</sup>、  
山内 希美<sup>2</sup>、斉藤 雅也<sup>1</sup>

【症例】66歳女性【主訴】腹痛・嘔吐【既往歴】気管支喘息(2007年)【現病歴・入院後経過】2010年12月、他院で好酸球性胃腸炎と診断されプレドニン30mg服が開始、5mgまで減量したが症状安定していたため2012年5月には中止となった。中止後も症状再燃はみられなかった。2014年7月中旬に耳鼻咽喉科で処方された抗生剤(クラリス)内服後より蕁麻疹を認めたが抗アレルギー薬等で改善した。7月下旬より腹痛・嘔吐を認め当科受診した。点滴や内服薬で治療を行うが腹痛は持続し食事摂取も困難となり、精査目的で入院となった。入院時の腹部CTでは小腸壁の軽度の肥厚は見られるが腹水貯留等は見られなかった。血液検査では非特異的IgE1290、WBC4000(好酸球18.2%)、PR3ANCA陰性、MPOANCA陰性であった。上下部消化管内視鏡検査も特異的な所見は認めなかったが生検を実施したところ、回腸末端より好酸球の浸潤が20/HPF以上に見られた。診断指針に合致する項目があり以前の治療歴からも好酸球性胃腸炎の再発と考えられた。腹痛嘔吐のため内服も困難であったため点滴ソルコーテフ200mg治療を開始した。しかし治療開始後も腹部症状の改善がみられなかった。画像検査や血液検査を再検したが新たな所見は見られなかった。水溶性プレドニゾン40mg点滴に切り替えたところ痛みは改善し食事摂取が可能となった。その後症状再燃はみられないため内服薬のプレドニンへ切り替えた。内服薬へ切り替え後も症状安定しており、プレドニン30mgで減量したが症状の再燃はみられなかったため退院、外来通院とした。【考察】我々は蕁麻疹が契機となり再発した好酸球性胃腸炎を経験した。治療はステロイドホルモンの全身投与の有用性が示しているが投与量や投与期間についての一定の基準は認められない。再発再燃を反復し穿孔や狭窄を来し手術に至った症例も散見される。ステロイドホルモン全身投与以外にも小児例では食物中のアレルゲン除去食の有用性も示されている。早期診断による治療や再発を反復しないための維持療法が必要とされる。



133 Castleman病を合併した胸部食道癌の1例

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

【はじめに】Castleman病は腫大リンパ節からのIL-6過剰産生による多クローン性高γグロブリン血症を特徴とし、発熱、貧血、腫脹、CRP上昇などを来す非常に稀な疾患である。今回、Castleman病を合併した胸部食道癌の1例を経験したので報告する。【症例】53歳女性、HBVキャリア。2008年発熱と貧血を契機にCastleman病の診断を受けたが未治療で経過観察。2012年7月から嚥下時の胸痛を自覚し、近医を受診。上部消化管内視鏡検査で食道癌を指摘され当院へ紹介された。初診時血液検査ではTP10.6、Alb2.2、Hb6.4、CRP8.3と高蛋白低アルブミン血症、貧血、CRP高値を認めた。上部消化管内視鏡検査では切歯24~27cm右壁に半周性2型腫瘍を認め、生検で扁平上皮癌の診断。CTでは胸部上部食道右壁主体の壁肥厚を認めた。明らかな遠隔転移は認めなかったが、Castleman病のため頸部、腋窩、縦隔、腹腔内に多発リンパ節腫大を認めた。PET-CTでは、食道原発巣と腫大リンパ節に集積を認め、食道癌リンパ節転移との鑑別は困難であった。胸部上部食道癌cT3NXMXの臨床診断のもと、術前化学療法としてFP療法1コース、DCF療法2コースを施行。臨床的効果判定は、内視鏡上はCR、PET-CTでは食道原発巣と腫大リンパ節への集積はほぼ消失し、ycT1N0M0の所見であった。腫大前血液検査ではTP8.5、Alb2.9、Hb7.8、CRP2.5であった。2012年11月に右開胸開腹食道亜全摘、3領域郭清、胸骨後経路胃管再建術を施行。術中所見でCastleman病の影響が気管分岐部リンパ節などが腫大していたが、弾性軟で通常通りの郭清操作が施行可能であった。術後の経過は概ね良好で術後21病日軽快退院。病理結果は、ypT2N0M0、病理学的効果判定Grade2であった。術後1年10ヶ月現在、無再発生存中である。【考察】Castleman病を合併した食道癌の治療においては、Staging、周術期管理（特に低栄養）などが問題となる。本症例では、術前化学療法により免疫が低下し、Castleman病の病勢が抑えられたことで、安定した周術期管理を行うことができたと考えられる。

135 Long Segment Barrett's Esophagus (LSBE) に発生した進行食道腺癌の1例

磐田市立総合病院 消化器内科  
 ○増田 怜史、山田 貴教、尾上 峻也、松永英里香、  
 高鳥 真吾、松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、  
 高橋百合美、笹田 雄三、斎田 康彦、犬飼 政美

Long Segment Barrett's Esophagus(LSBE)に発生した進行食道腺癌の1例【はじめに】食生活の欧米化やヘリコバクター・ピロリ感染率の低下に伴い、本邦でも食道腺癌およびその前癌病変と考えられているBarrett食道の増加が危惧されているが、いまだに食道腺癌やLong Segment Barrett's Esophagus(LSBE)の診察の機会は多くない。今回我々は、胃食道逆流(GERD)症状を長く患い、LSBEに合併した進行食道腺癌の1例を経験したので報告する。【症例】70歳の男性。20XX年5月、吐血と黒色便を主訴に当院へ救急搬送。既往歴に高血圧症、脂質代謝異常症、胆嚢結石による胆嚢摘出術がある。40代より胸焼けや心窩部痛を自覚したが、内視鏡的な診断や治療は受けていない。胸腹部CTにて下部食道の壁肥厚および多発肺・肝・リンパ節転移を認め、当科紹介入院となった。食道造影では中~下部食道にわたる長径8cmの2型病変を認めた。上部消化管内視鏡では切歯約30cmより38cmの食道に全周性の進行2型病変、その口側には内部に扁平上皮島を伴う平坦な発赤粘膜を認めた。同部位はNBIでbrownish、ヨード不染であり、拡大観察では隆起病変にはIPCLの蛇行・拡張を、平坦発赤病変には絨毛状の構造を認めた。生検にて、隆起病変には腺癌、扁平発赤病変には胃癌型上皮を認めた。以上より、LSBE(C8M10)に発生した進行2型食道腺癌(Mt-Lt, T3N3M1, cStageIVb)と診断。胃瘻を造設し、在宅療法とした後に、S-1による化学療法を施行したが、肝転移巣は増大、徐々に呼吸状態が悪化したため、再度入院したが、診断より約2ヶ月後に死亡した。【考察・結語】Barrett食道は3cm未満のShort Segment Barrett's Esophagus(SSBE)と3cm以上のLSBEに大別される。議論はあるところであるが、一般的にはLSBEの方が高いmalignant potentialを持つとされる。本症例もLSBEに食道腺癌が合併した症例であり、GERD症状を伴いながら、経過観察や内服治療が行われていなかった。食道腺癌の早期治療のためには、GERD及びBarrett食道症例の定期的な内視鏡による経過観察が重要であると考えられた。

134 生検による悪性診断が困難であった食道扁平上皮癌の1例

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

【症例】60歳代男性【既往歴】2013年狭心症【嗜好】喫煙20本35年、日本酒3合/日【現病歴】2013年11月よりつかえ感が出現、前医での上部消化管内視鏡検査(EGD)にて下部食道に食道癌を疑う病変を認めた。病変から10カ所以上の生検が行われたが、病理で悪性所見を認めなかったため、精査目的に当院紹介となった。腫瘍マーカーは、SCCが基準範囲内、CEAが6.3ng/mlと軽度上昇を示した。当院の食道造影検査では胸部下部食道に全周性の不整狭窄を認め、狭窄口側の食道は拡張していた。EGDでは切歯36cmの下部食道から食道胃接合部までの範囲に全周性の隆起性病変を認め、易出血性で表面は疣状であった。ヨード散布には不染を呈した。内腔は高度な狭窄をきたしており、細径内視鏡がころうじて通過した。悪性腫瘍を疑い生検を行ったが、炎症性変化と再生異型とする組織像で悪性所見は得られなかった。そのため診断目的に病変の一部をEMRしたところ、高分化扁平上皮癌と診断された。CTでcT3N1M0stageIIIと診断し、術前化学療法+外科的切除の方針でFP1コース後に手術を行った。切除標本の病理診断は高分化扁平上皮癌、ypT3N0M0、ypstageIBであった。今回我々は生検での悪性診断が困難であった食道の高分化扁平上皮癌を経験したので、その病理学的特徴とともに報告する。

136 当科における食道亜全摘術の手術成績—conventional esophagectomyの現状—

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科  
 ○丹羽由紀子、小池 聖彦、服部 正嗣、大屋 久晴、  
 岩田 直樹、神田 光郎、小林 大介、神田 光郎、  
 山田 豪、中山 吾郎、藤井 努、杉本 博行、  
 野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

【背景】食道癌術後成績は術式のみならず管理の改善により達成される。当科でも様々な試みを行ってきたが、手術法に関しては1998年腹部操作に内視鏡導入、補助下から完全鏡視下に至ったが、2006年開腹との比較で成績に差が認められなかったため、以降2013胸腔鏡導入まで開胸開腹操作で行われてきた経緯がある。周術期管理をupdateしたconventional esophagectomyとなる当科の現状と術後成績について報告する。【対象・方法】他癌合併のない連続する胸部食道癌100例(2010.8~2013.7)を対象とした。当科の基本方針としては、腋窩前方開胸・上腹部正中切開で郭清手技の適応・上縦隔リンパ節転移陽性ないし胸部上部症例は3領域、それ以外は2領域：術前ステロイド使用：肋間神経ブロックおよび腹部硬膜外麻酔を併用した疼痛管理：ドレーン1本による両側胸腔留置ドレーン：早期経腸栄養開始から継続しておくような在宅栄養管理：術前歯科スクリーニング、術後のリハビリに代表される他科共同のERAS管理などが特徴である。【結果】前治療あり/なし：67/33、進行度0/I/II/III/IVa：1/27/21/47/4、リンパ節郭清2F/3F：62/38、再建臓器：胃/小腸：93/7、出血量414ml(中央値)、手術時間483分(中央値)であった。術死・在院死なし。全例がIPODまでに抜管、再挿管は2例、抜管後気管支鏡で吸痰管理を要した症例は3例のみ。離床歩行は1POD33%、2POD80%、3POD96%で達成していた。術後合併症率は39%あるものの、重篤な合併症とされてきた縫合不全2%、肺炎4%(再挿管症例なし)、反回神経麻痺7%(permanent 2例だが1例は両側麻痺)であった。不整脈が17%と最多であった。これに呼応して術後在院日数は中央値16日(10-130)であった。【結語】現在の周術期管理下では、開胸開腹手術でも良好な術後成績を得ることが可能になっている。手術の低侵襲化は様々な改善の総合的な結果として得られるものである。

## 137 T4食道癌に対する術前化学放射線療法・手術療法の有効性の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○大屋 久晴、小池 聖彦、小林 大介、岩田 直樹、  
丹羽由紀子、服部 正嗣、神田 光郎、田中 千恵、  
山田 豪、藤井 努、中山 吾郎、杉本 博行、  
野本 周嗣、藤原 道隆、小寺 泰弘

【目的】食道癌診断・治療ガイドラインではT4食道癌は切除不能であり、根治的放射線療法(dCRT)が推奨されている。しかし、我々はT4食道癌に対して計画的に術前化学放射線療法を行うことによってdown stageをはかり、根治切除可能な症例は手術療法を行っている。T4食道癌に対して当科で行っている術前化学放射線療法・手術療法の有効性と安全性を検討する。【方法】対象は1998年1月から2011年12月までに当院で術前化学放射線療法を行ったT4食道癌の27例で患者背景・治療内容・奏効率・病態制御率・病理組織学的完全奏効率、合併症を評価した。【結果】患者背景は年齢平均61歳(51-76歳)、男/女：23/4例、主占居部位：Ce/Ut/Mt/Lt/Ae：5/5/13/3/1例、臨床病期(UICC6th)：III/IV：3/24例、浸潤臓器は大動脈/気管・気管支/その他：11/10/8例であった。術前補助療法の奏効率59%(16/27)であった。手術時間は中央値420分、術中出血量は中央値474ml、R0手術が実施され治療完遂割合は74%であった。おもな手術合併症として縫合不全6例、肺炎3例、気管壊死2例、膿胸1例、呼吸不全1例、反回神経麻痺1例、腸閉塞1例を認めたが、術後30日以内の死亡は認めなかった。全例における病理組織学的完全奏効率は15%(4/27)であった。【結語】T4食道癌に対して術前放射線化学療法および食道切除術の安全性は許容範囲内であった。術前療法の効果や画像所見を加味し症例を精選することにより、T4食道癌に対する術前放射線化学療法の有効性が示唆された。

138 Mallory-Weiss裂創を伴った特異性食道粘膜下血腫の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科  
 ○甘楽 裕徳、玄田 拓哉、村田 礼人、佐藤 俊輔、  
 金光 芳生、成田 諭隆、石川 幸子、菊池 哲、  
 飯島 克順

症例は61歳女性。高血圧、脂質異常症で近医通院、抗血小板薬や抗凝固薬の内服なし。H26年4月、嘔気後に胸背部痛が出現したため当院救急外来受診。来院時は前胸部、心窩部から背部に放散する自発痛あり。心電図検査、血液検査、心臓超音波にて虚血性心疾患は否定、単純CTで胃噴門部から上部食道まで連続する偏心性で高吸収を呈する壁肥厚が認められ、造影CTではこの部位に造影効果は認められなかった。上部消化管内視鏡では正常粘膜に覆われた暗赤色の隆起が胃噴門部から頸部食道に連続、胃食道接合部付近の粘膜には縦走する裂創が認められ、この部位から胃内腔へ少量の出血が認められた。以上の検査所見から特異性食道粘膜下血腫と診断し、絶食で保存的に加療を行った。第9病日に施行した上部消化管内視鏡検査では、血腫の見られていた部分の粘膜は脱落し潰瘍を形成していたが、活動性出血や露出血管はなく同日経口摂取を開始。第16病日に施行した上部消化管内視鏡では潰瘍の縮小と全周性の再生上皮の出現が見られた。その後も出血なく経過し、第25病日に退院した。第68病日に施行した上部消化管内視鏡では潰瘍は癒着化していた。食道粘膜下血腫は心血管病変などと鑑別が必要となる強い胸痛で発症する比較的稀な疾患であるがCTや内視鏡検査では特徴的な所見を呈する。嘔吐を契機として発症する例が多く、一部の例では本症例のように食道胃接合部粘膜に縦走裂創が観察されMallory-Weiss裂創が原因の一つと考えられている。

139 臍胸で治療中に出血性十二指腸潰瘍を契機に発見され、保存的治療で改善した食道穿孔の一例

岐阜県立多治見病院  
 ○石原 亮、水島 隆史、鈴木 雄太、福定 繁紀、  
 加地 謙太、井上 匡央、尾関 貴紀、岩崎 弘靖、  
 安部 快紀、西江 裕忠、奥村 文浩、佐野 仁

症例は82歳男性。既往歴に脳梗塞あり。左側臍胸にて他院に入院していたが、全身状態および呼吸状態が悪化したため第2病日に当院呼吸器内科に転院となった。臍胸に対してトロッカー留置しICU管理下で治療継続されていたが、第4病日に黒色便がみられ、造影CTで十二指腸に造影剤の漏出を認めたため上部消化管出血が疑われ当科コンサルトとなった。同日緊急で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ、下部食道にPTPシートが停留していた。PTPシートを摘除したところ、PTPシートの角が接触していた部位に潰瘍および、食道穿孔が認められた。以上からPTPシート誤飲により食道穿孔を来し、胸腔内に穿破して臍胸に至ると診断した。全身状態不良であり手術は困難であったため保存的治療を継続した。臍胸に対しては複数のトロッカー留置によるドレナージおよび抗生剤投与を、食道穿孔に対しては胃管留置による減圧およびPPIの投与を行った。第21病日に施行したEGDでは穿孔部は縮小傾向で、潰瘍も改善傾向であった。第35病日に施行したEGDでは穿孔部は閉塞し、食道潰瘍は癒着化していたが同部位は狭窄していた。その後の経過は良好で経口摂取も可能であったため、第46病日に退院となった。今回われわれはPTPシート誤飲による食道穿孔、および胸腔内に穿破による臍胸に対し保存的に治療し軽快した比較的良好な症例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

140 内視鏡的硬化療法が奏功した食道海綿状血管腫の1例

1名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、  
 2名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
 ○小林 健一<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、松坂 好平<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、  
 松崎 一平<sup>1</sup>、松下 正伸<sup>1</sup>、森瀬 和宏<sup>1</sup>、横山 敬史<sup>1</sup>、  
 菊池 正和<sup>1</sup>、大林 友彦<sup>1</sup>、浅井 裕久<sup>1</sup>、松岡 歩<sup>1</sup>、  
 石津 洋二<sup>2</sup>、山田 恵一<sup>1</sup>、中村 正直<sup>2</sup>、渡辺 修<sup>2</sup>、  
 前田 秀一<sup>2</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、  
 後藤 修実<sup>1,2</sup>

【症例】20歳代の女性【主訴】咽頭違和感【現病歴】咽頭違和感にて近医耳鼻科を受診し、逆流性食道炎と診断された。PPI内服にて症状の改善がみられなかったため、近医内科を受診した。上部消化管内視鏡検査(以下、EGD)にて、胸部下部食道前壁にSMT様隆起した青紫色の多結節状腫瘍を認めた。口側の静脈が拡張しておらず、食道血管腫を疑い、精査加療目的で当院に紹介となった。ダイナミックCT検査、EGD、超音波内視鏡検査(以下、EUS)を施行した。ダイナミックCTでは径3cm程度の腫瘍性病変を認め、全体的に漸増性に淡く不均一に造影された。EUSでは、粘膜下層と連続する半周性、2.5cm程度の低エコー腫瘍として描出された。内部には小さな無エコー域を多数認めた。以上より海綿状血管腫と診断し、食道の内腔が狭く、有症状であること、出血の危険性があると判断したため、治療を行う方針とした。標準治療としては外科治療であるが、十分なICの上、より侵襲の少ない内視鏡的硬化療法を行うこととした。【経過】造影剤と混合したエタノールアミンを透視下で病変に8ml局注したところ、血管腫全体が満たされ、供血路と思われる血管が造影された。針射したところ滲出性の出血を認めたためバルーン圧迫にて止血を確認終了した。術後は一過性の発熱、疼痛がみられたものの経過は概ね良好であった。術後1週間後のEGDでは病変は縮小傾向にあったが、一部残存している瘤を認めた。約3か月後のEGDでは血管腫はさらに縮小し、再発は認めなかった。【考察】食道血管腫はまれな疾患であるが、嚥下障害や出血の原因となる場合には治療の対象となる。治療法には外科的切除、血管内治療、内視鏡的治療がある。現在の標準治療は外科的治療ではあるが、簡便で効果的、侵襲の少ない内視鏡的治療も有用である。内視鏡的治療には、主に粘膜切除術と硬化療法がある。本症例では病変が大きいため、粘膜切除術による出血・穿孔のリスクも考えて硬化療法を選択した。エタノールアミンを用いた硬化療法を施行し、良好な結果を得た。

141 EUS-FNAにより術前に病理学的診断が得られた食道原発GISTの1例

1浜松医科大学 第一内科、2浜松医科大学 光学医療診療部、  
 3浜松医科大学 臨床研究管理センター  
 ○浅井 雄介<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、杉本 光繁<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、  
 古田 隆久<sup>3</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

症例は66歳の男性。201X年5月頃から両下肢前面のしびれが出現したため同年、近医整形外科受診。MRIにて頸髄C6/7に中等度の狭窄を認め、また胸椎Th6~9レベル前方に30×70mmの紡錘形の縦隔腫瘍が認められ当院呼吸器外科紹介受診。胸部CTでは腫瘍は食道、下行大動脈、椎体、左房に囲まれた部位に存在し周囲との境界は明瞭、内部は比較的均一で造影によりまだら状に増強された。腫瘍は食道と広く接しているため食道原発が疑われ当科に紹介され2月21日EUS-FNAを施行。EUSでは腫瘍は内部エコーが比較的均一でエコー濃度はhypo~iso echoを呈していた。腫瘍内部の血流はさほど目立たず、また嚥党性病変や石灰化等も認められなかった。食道との連続性については不明瞭であったが、食道と広範に密に接しているためFNA可能と判断し検体を採取。術後特に合併症はみられなかった。病理では異型のある核をもった紡錘形細胞の増生を認め、免疫染色にてS100(-)、desmin(-)、DOG-1(+), CD3(+), CD117(+))であり、GISTと診断された。MIB-1 indexは1%以下であった。外科的治療の適応と判断し4月3日当院外科で胸腔鏡下食道亜全摘術が施行された。病理では食道の粘膜下に、外膜側に突出する腫瘍として認められ、食道原発GISTの診断が得られた。経過良好で術後10日目に退院となり、現在外来にて経過観察中である。今回我々はEUS-FNAにより術前に病理学的診断が得られた食道原発GISTの1例を経験した。食道原発のGISTは報告例も少なく貴重な症例と考えられ若干の考察を加えて報告する。

## 御協賛企業一覧

第一三共株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

株式会社ツムラ

株式会社ヤクルト本社

平成26年11月10日現在（五十音順）