

# 日本消化器病学会東海支部第122回例会 第33回教育講演会 プログラム抄録集

会 長：伊佐地 秀司（三重大学 肝胆膵・移植外科）

会 期：平成27年6月27日（土）午前9時より

会 場：三重大学医学部総合医学教育棟、新外来棟  
〒514-8507  
津市江戸橋2丁目174  
TEL: 059-232-1111

第1会場（臨床第3講義室）

第2会場（臨床第2講義室）

第3会場（臨床第1講義室）

座長・PC受付(第1-3会場発表分)：臨床第1講義室前

第4会場（新外来棟5階 大ホール）

第5会場（新外来棟5階 スキルズラボ）

座長・PC受付(第4、5会場発表分)：新外来棟5階 大ホール前

幹事会会場（新病棟 三医会ホール）

（附 第96回市民公開講座プログラム）

平成27年6月28日（日）

三重大学医学部 臨床第3講義室

# プログラム目次

会場までのアクセス	1
会場案内と経路図	2
プログラム・会場早見表	3
お知らせ・お願い	4
発表要領	5
シンポジウム・ランチョンセミナーのご案内	6
第9回専門医セミナーのご案内	7
第33回教育講演会のご案内	8
第96回市民公開講座のご案内	9
教育講演 プログラム・抄録	10
シンポジウム プログラム・抄録	16
一般演題 プログラム	21
一般演題 抄録	44

# 会場までのアクセス

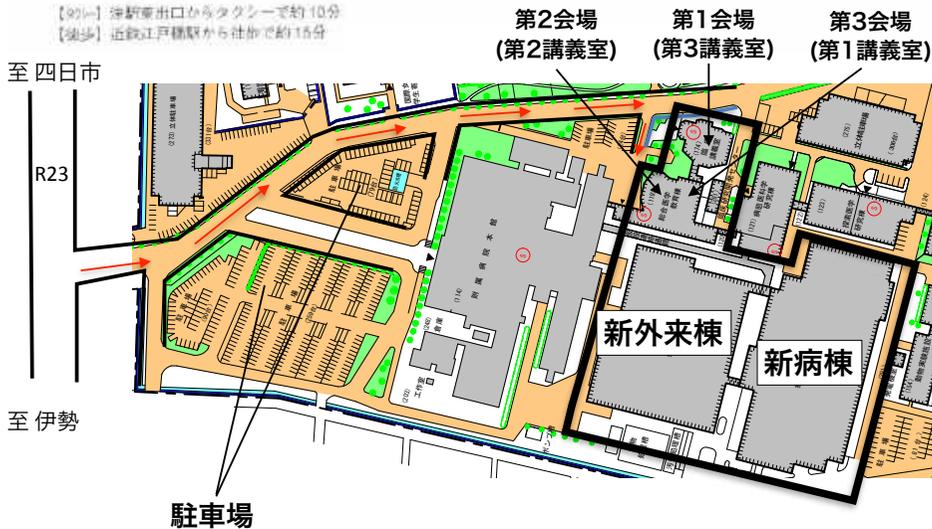


- 【JF】名古屋→津（快速みえ・片道1,230円・約50分）
- 【近鉄】名古屋→江戸橋（急行・片道：980円・約60分）
- 名古屋→津（特急・片道1,150円・約45分）

【自動車】伊勢自動車道 若狭IC・津ICから20分  
 中環道23号線に向かってお進み下さい。

【バス】《往》  
 津駅前出口を出て駅前バスセンターからバスで約15分  
 大学南校前で下車  
 [4番のりば] から三重交通バス  
 ・大学校前行 → 自塚駅前行 ・根本行  
 ・豊田ネオポリス行 → 三重物産行 ・太閤の街行  
 《返》  
 大学南校前を乗行する三重交通バスは全て津駅前を通ります。

【歩】津駅前出口からタクシーで約10分  
 近鉄江戸橋駅から徒歩で約15分



第2会場 (第2講義室)      第1会場 (第3講義室)      第3会場 (第1講義室)

新外来棟      新病棟

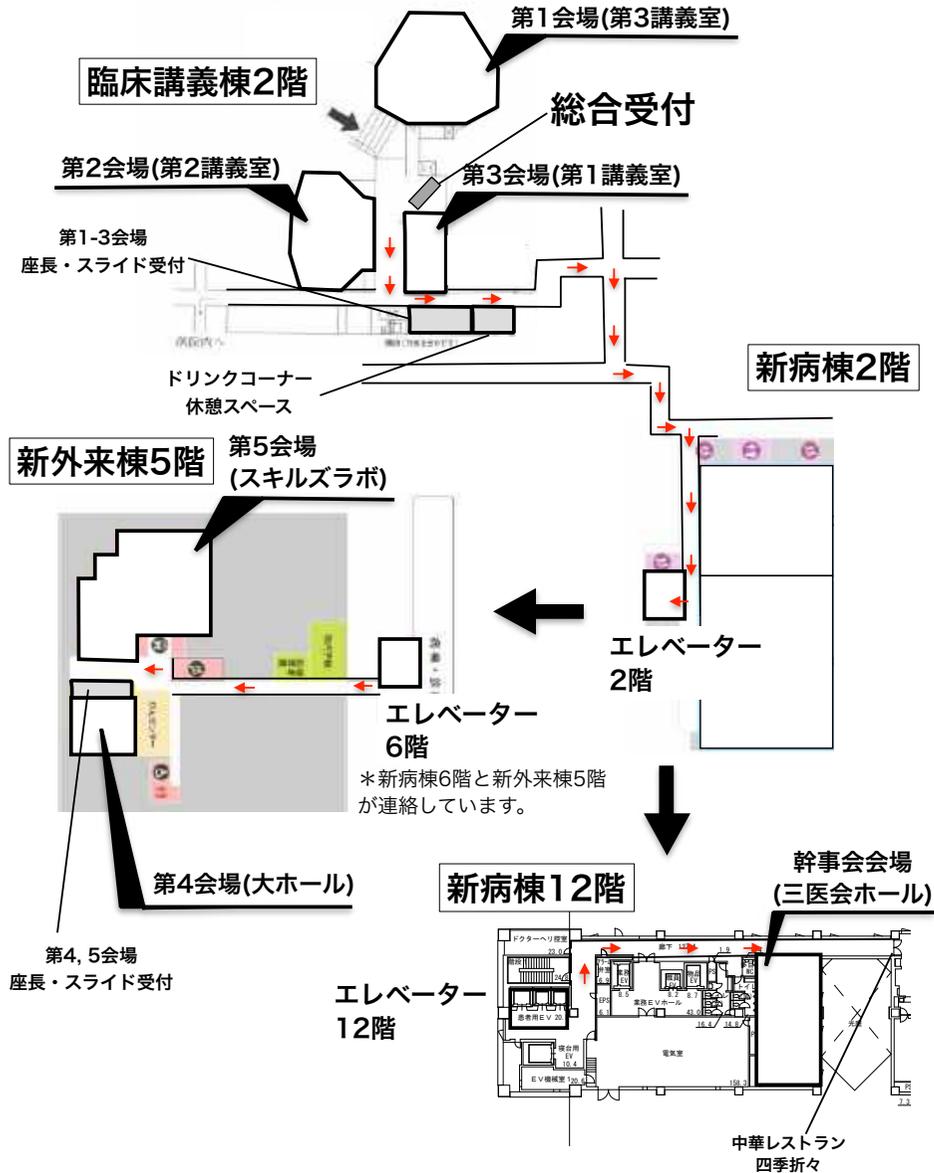
駐車場

至 四日市

R23

至 伊勢

# 会場案内と経路図



## プログラム・会場早見表

	第1会場 臨床第3講義室	第2会場 臨床第2講義室	第3会場 臨床第1講義室	第4会場 新外来棟 大ホール	第5会場 新外来棟 スキルズラボ	幹事会会場 新南棟12階 三退会ホール
9:00		9:00-10:00 教育講演①	9:00-9:45 大腸①	9:00-9:45 胃・十二指腸①	9:00-9:45 肝①	
9:30	9:00-11:00 シンポジウムS1-9 進行胃癌に対する 治療戦略とその成果	「胃癌治療ガイドライン 改訂第2版について」 司会 竹井 謙之 講師 塚野 正人	9:45-10:20 胆道①	9:45-10:30 胃・十二指腸②	9:45-10:30 肝②	
10:00	10:00-11:00 教育講演② 「胃癌治療ガイドライン 2014年版改訂のポイント」	司会 塚野 正人 講師 塚野 正人	10:20-11:00 胆道②	10:30-11:15 胃・十二指腸③	10:30-11:15 肝③	10:30-11:30 幹事会
11:00						
11:30	11:30-12:30 ランチョンセミナー①	11:30-12:30 ランチョンセミナー②				
12:00	司会 後藤 秀実 講師 宮 圭	司会 吉岡 健太郎 講師 竹山 宣典				
12:30						
13:00	12:45-13:45 評議員会					
13:30						
14:00	14:00-14:45 肺①	14:00-15:00 教育講演③ 「胃癌治療ガイドライン 2013年版について」	14:00-14:40 大腸②	14:00-14:55 胃・十二指腸④	14:00-14:55 小腸①	
14:30	14:45-15:30 肺②	司会 尾 和則 講師 上本 崇二	14:40-15:20 大腸③	14:55-15:40 食道①	14:55-15:40 小腸②	
15:00		15:00-16:00 教育講演④ 「胃癌治療ガイドライン 第4版について」	15:20-16:00 大腸④	15:40-16:35 その他①	15:40-16:10 肝④	
15:30	15:30-17:00 専門医セミナー 「肝臓癌症例検討」	司会 山本 直徳 講師 小寺 雅弘	16:00-16:40 胆道⑤			
16:00	司会 山本 直徳 講師 山田 玲子					
16:30						
17:00						

## お知らせ・お願い

### ■日本消化器病学会東海支部例会参加費(1,000 円)のご案内：8:30-

参加費と引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。

※教育講演への参加は、会場整理費(学会参加証)の受付が必須です。

教育講演会のみのお受付は出来ません。

### ■評議員会のご案内

日時：平成 27 年6月 27 日(土) 12:45 - 13:45

会場：第1会場（臨床第3講義室）

※昼食の用意はございません。ランチオンセミナーなどで昼食をお取りください。

### ■シンポジウム司会者・一般演題座長へのご案内

ご担当いただきますセッション開始20分前までに、各会場の「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。

※1-3会場と4, 5会場により受付場所が異なります。ご注意ください。

※各会場とも掲示はいたしませんので、時間厳守をお願いします。

### ■シンポジウム司会者・一般演題演者へのご案内

シンポジウム 口演 8分 質疑応答 5分 ※総合討論なし

一般演題 口演 5分 質疑応答 2分

※1-3会場と4, 5会場により受付場所が異なります。ご注意ください。

※「PC受付」にて「若手（研修医）」もしくは「若手（専修医）」の最終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。

※各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（音声出力不可）

### ■駐車場のご案内

隣接する三重大学医学部附属病院駐車場をご利用ください。

無料駐車券を配布しますので、各受付にて申し出てください。

### ■専門医セミナーのご案内

参加費は無料です。参加受付時に専門医更新単位登録票(3単位)をお渡しいたします。

セミナー開始前に会場前にて登録票に捺印いたします。

# 発表要領

## ■ご発表者の先生方へ

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します。

## ■ご発表用データ作成上の留意点

### # USBメモリーまたはCD-Rでのデータ持ち込みによるご発表

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ことが多いため、そのままのデータ持ち込みは不可とさせていただきます。各自、Windows上での作動確認と、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. 動画が(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 X 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、ご了承ください。

### # PCまたはiPadなどの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、デバイス本体にミニDsub15ピン外部出力コネクタが使えるものに限ります。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ください。(100V)
3. 発表中のスクリーンセーバーや省電力機能での電源がきれないように、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、ご了承ください。

### # 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ください。
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」で保存してください。
3. データ保存する前に必ずウイルスチェックを行ってください。
4. 各自ご発表の30分前までにPC受付にて、演題受付及び動作確認をしてください  
(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

テーマ：「進行膵癌に対する治療戦略とその成果」

会場：第1会場（臨床第3講義室）

時間：9:00-11:00

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学  
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

藤井 努  
水野 伸匡

### ■ランチョンセミナー①

講演：オキサリプラチン導入後の胃癌化学療法

会場：第1会場（臨床第3講義室）

時間：11:30-12:30

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

後藤 秀実  
室 圭

講師：愛知県がんセンター中央病院 薬物療法部 部長

共催：大鵬薬品工業株式会社

### ■ランチョンセミナー②

講演：膵外分泌機能不全の病態と対策

会場：第2会場（臨床第2講義室）

時間：11:30-12:30

司会：藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

吉岡 健太郎  
竹山 宜典

講師：近畿大学 肝胆膵外科

共催：エーザイ株式会社

## 第9回専門医セミナーのご案内

会 場： 第1会場（臨床第3講義室）

時 間： 15:30-17:00

司 会： 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山本 憲彦  
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山田 玲子  
病理コメンテーター： 三重大学大学院医学系研究科 腫瘍病理学 内田 克典

症例提示①「肝臓」症例提示： 三重大学 肝胆膵・移植外科 安積 良紀  
討論者： 名古屋大学 消化器内科 石上 雅敏  
討論者： 浜松医科大 外科学第二 坂口 孝宣

症例提示②「膵臓」症例提示： 三重大学 肝胆膵・移植外科 加藤 宏之  
討論者： 静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 松林 宏行  
討論者： 藤田保健衛生大 総合外科・膵臓外科 伊東 昌広

症例提示③「胆道」症例提示： 松阪中央総合病院 消化器内科 直田 浩明  
討論者： 岐阜大学 消化器内科 岩下 拓司  
討論者： 名古屋大学 腫瘍外科学 水野 隆史

## 第33回教育講演会のご案内

会 場： 第2会場 （臨床第2講義室）

時 間： 9:00-16:00

テーマ： 消化器疾患診療ガイドラインについて

- 講演1 「胆道癌診療ガイドライン改訂第2版について」  
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  
講師：名古屋大学 腫瘍外科 榑野 正人
- 講演2 「大腸癌治療ガイドライン2014年版改訂のポイント：特に外科領域について」  
司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科 楠 正人  
講師：東京女子医科大学 第二外科 板橋 道朗
- 講演3 「肝癌診療ガイドライン2013年版について」  
司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 乾 和郎  
講師：京都大学 肝胆膵・移植外科 上本 伸二
- 講演4 「胃癌治療ガイドライン第4版について」  
司会：岐阜大学 腫瘍外科 吉田 和弘  
講師：名古屋大学 消化器外科 小寺 泰弘

### ※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（8:30 - 11:00）

午後の部の受付（13:00 - 16:00）

## 第96回市民公開講座のご案内

世話人：伊佐地 秀司（三重大学 肝胆膵・移植外科）

日 時：平成27年6月28日（日）13:00 - 16:00

会 場：三重大学医学部 臨床第3講義室

（〒514-8507 津市江戸橋2丁目174 TEL: 059-232-1111）

テーマ：おなかの病気、こんな症状大丈夫？

### 講演1 「胃の痛みを感じたら」

講師：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

堀木 紀行

### 講演2 「便に血が混じったら」

講師：三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科

井上 靖浩

### 講演3 「肝機能異常と言われたら」

講師：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

長谷川 浩司

### 講演4 「お腹にやさしい食事とは」

医師の立場から

講師：三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

岸和田 昌之

栄養士の立場から

講師：三重大学医学部附属病院 栄養管理部

原 なぎさ

# 教育講演 プログラム・抄録

お断り：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、一部に施設名・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33回教育講演会プログラム

第2会場 (臨床第2講義室)

テーマ：消化器疾患診療ガイドラインについて

教育講演 (1) 9:00-10:00

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
「胆道癌診療ガイドライン改訂第2版について」  
名古屋大学 腫瘍外科

竹井 謙之

棚野 正人

教育講演 (2) 10:00-11:00

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科  
「大腸癌治療ガイドライン2014年版改訂のポイント：特に外科領域について」  
東京女子医科大学 第二外科

楠 正人

板橋 道朗

教育講演 (1) 14:00-15:00

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科  
「肝癌診療ガイドライン2013年版について」  
京都大学 肝胆膵・移植外科

乾 和郎

上本 伸二

教育講演 (1) 15:00-16:00

司会：岐阜大学 腫瘍外科  
「胃癌治療ガイドライン第4版について」  
名古屋大学 消化器外科

吉田 和弘

小寺 泰弘

## (1) 胆道癌診療ガイドライン改定第2版について

名古屋大学 腫瘍外科 榑野 正人

胆道癌診療ガイドラインが昨年11月に改定され、『改定第2版』として出版された。第1版の出版は平成19年11月であったので、7年ぶりの改定ということになる。この7年という月日の中で、胆道癌の診療は少しずつではあるが着実に進歩し、その予後が改善しつつあるのは間違いない。以下、主な改正点について簡単に述べる。

- 1) クリニカルクエスション（以下、CQ）の数は、第1版が36であったのに対し、第2版は44と8つ増加した。“診断”、“胆道ドレナージ”、“外科治療”などの章でCQが増え、また、“病理”が新たな章として追加新設された。
- 2) 胆管癌および胆嚢癌診断のセカンドステップとして、第1版ではMRI、CTが並列標記されていた。しかし、わが国では実際の臨床でMRIが使われることは極めて少なく、第2版ではMRIが削除されダイナミックCT（MDCT）の重要性がより強く強調されている。
- 3) 術前胆道ドレナージについて第1版では各施設の設備、技術に応じて経皮経肝的、内視鏡的、観血的のいずれを用いてもよいとされていた。しかし、第2版では内視鏡的（経乳頭的）ドレナージが第一選択である、と明言されている。
- 4) 胆嚢癌に対する腹腔鏡手術は第1版では推奨できず、原則として開腹手術を行うことが望ましいとされていたが、第2版でも同様の記載となった。近年、腹腔鏡手術の進歩は著しく積極的な適応拡大の傾向が見られるが、記載が変更されなかったことは十分留意すべきである。
- 5) 手術中に行う胆管切離断端に対する迅速病理検査の意義について第1版では全く記載がなかったが、第2版ではCQ33としてこれを行うことが推奨されている。
- 6) 肝膵十二指腸同時切除（Hepatopancreatoduodenectomy、HPD）について第1版では全く記載がなかった。しかし、第2版ではCQ35としてHPDが採り上げられ（ただし推奨度はなし）、根治が望める広範囲胆管癌にはHPDを行う意味があるが、胆嚢癌、特に閉塞性黄疸例には慎重な適応判断が必要であるとされた。
- 7) 切除不能胆道癌に対する化学療法について、第1版では塩酸ゲムシタピンまたはTS-1の有用性が期待できるとされていた。第2版では英国で行われたABC-02試験の結果を受けて、ファーストラインとして塩酸ゲムシタピン+シスプラチン療法（GC療法）が推奨される（推奨度A）ことが明言されている。
- 8) 新設された病理の章では、CQ43として胆道における前癌病変が採り上げられ、“IPNBは胆管癌の前癌病変である”と記載されている。しかし、これが真実かどうかは更なる検討が必要である。

## 略 歴

1979年3月 名古屋大学医学部卒業  
1986年5月 名古屋大学医学部第一外科医員  
1988年4月 国家公務員共済組合連合会東海病院外科医長  
1991年1月 名古屋大学医学部第一外科 助手  
(1993年6月～1994年4月、文部省在外研究員：Lahey Clinic)  
1996年4月 名古屋大学医学部第一外科 講師  
2003年9月 名古屋大学大学院医学系研究科器官調節外科 助教授  
2006年5月 名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学 助教授  
2007年5月 名古屋大学大学院医学系研究科腫瘍外科学 教授

## (2) 大腸癌治療ガイドライン2014年版改訂のポイント：特に外科領域について

東京女子医科大学 第二外科 板橋 道朗

2005年に大腸癌治療ガイドラインが発刊され、改訂を重ねて2014年版が発刊された。CQのエビデンスレベル・推奨の強さはGRADEシステムを参考にした文献レベルの分類法にしたがって論文を評価しエビデンスレベルを決定した。推奨の強さについてはDelphi法に準じた投票により委員の70%以上の意見の一致をもって合意形成とした。本講演では、特に外科領域における改訂を中心に述べる。

- 1) Stage 0～Stage III大腸癌の治療方針（手術治療）： 大腸癌取扱い規約の改訂に伴い、深達度の記載がTに変更された。pT2(MP)の主リンパ節転移頻度は約1%であるものの術前のリンパ節転移診断の精度は十分でないことからD3郭清あるいはD2郭清が推奨されている。
- 2) 大腸癌に対する腹腔鏡下手術： 進行大腸癌手術においても急速に腹腔鏡下手術が普及しているのが現状である。2010年版では、CQにおいて「腹腔鏡下手術は、結腸癌およびRS癌に対するD2以下の腸切除に適しており、cStage 0～cStage Iがよい適応である。」と記載されていたが、欧米からはCLASICC Trialの長期予後でも腹腔鏡下手術と開腹手術は差がないことが報告された。本邦におけるエビデンスが未発表の状態での改訂となり、多くの議論を呼んだが、結果的にこの一文は削除されることとなった。
- 3) 直腸癌に対する側方郭清の有用性： 現在の本邦における標準治療はME+側方郭清である。将来の改訂では、是非検討すべき内容であるが、側方郭清の意義については、現在、日本でRCT（JCOG0212試験）において検証中である。改訂作業にあたり、現時点では議論を進める/推奨度を設定する材料がない状況であり、今回の改訂では見送られることとなった。
- 4) 再発大腸癌・血行性転移の治療方針： 再発・血行性転移を認めても根治的に切除可能であれば外科的切除が第一選択である。一旦切除不能と判断されても、化学療法の奏効により切除可能となる場合がある。
- 5) 直腸癌に対する術前化学放射線療法： 欧米において術前化学放射線療法は、TME単独と比較して局所再発率を低下させるが、生存率の改善には寄与しないことが報告されている。と明記されたが、欧米と術式が異なる本邦での結論を得るには至っていない。

### まとめ

エビデンスは少ないが、厳正な討論のもとにコンセンサスを形成して作成された。  
今後、臨床試験の検証により新たなエビデンスが蓄積されることが望ましい。

### 略歴

昭和59年	北里大学医学部卒業	
昭和59年	東京女子医科大学第2外科入局	研修医
平成1年	東京女子医科大学第2外科	助手
平成13年	同	講師
平成21年	同	准教授

### (3) 肝癌診療ガイドライン2013年版について

京都大学 肝胆膵・移植外科 上本 伸二

ガイドライン2013年版では前回の第2版の臨床的クエスチョン (CQ) 51を再検討し、廃止・統合・新設が行われ、この第3版では57のCQとしてまとめられている。私が肝移植に関する領域の議論に参加させていただいたことから教育講演にご招待されたものと理解しているので、肝移植を含む手術に関するCQについてご説明し、皆さんと意見交換を行いたいと考えている。また、治療後の再発予防・治療に関しても議論したい。

CQ21 (腫瘍条件から見た肝切除の適応は?) は肝切除の適応となる腫瘍条件の上限に関するものであり、大きさは制限無し、個数は3個まで、門脈腫瘍栓は1次分枝まで、が適応とされているが、ボーダーラインも存在する。特に個数に関しては他治療法との比較による。

肝切除断端距離、肝流入血流遮断や腹腔ドレーン留置の是非に関してはシンプルなCQであるが診療に役立つものである。肝移植に関しては適応基準とダウンステージングに関するCQが取り上げられている。

肝切除や穿刺局所療法後の再発予防に関してはインターフェロン以外には有効な治療はないようである。肝移植後においても同様に明確な予防方法はない。一方、肝切除や穿刺局所療法後の再発に対しては再治療が推奨される。肝移植後の再発に関しても切除が可能であれば切除を行っても良い。

### 略歴

昭和56年 3月	京都大学医学部卒業
昭和56年 6月	京都大学医学部外科学教室入局
昭和57年 1月	兵庫県立塚口病院勤務
平成 2年 5月	京都大学医学部第2外科
平成 5年10月	イギリス (ハマースミス病院) 留学
平成 6年12月	京都大学医学部第2外科助手
平成11年 4月	京都大学医学部附属病院臓器移植医療部 助教授
平成13年12月	三重大学医学部外科学第1講座 教授
平成18年 4月	京都大学医学研究科外科学講座 (肝胆膵・移植外科学分野) 教授
平成26年10月	京都大学医学研究科長、医学部長

#### (4) 胃癌治療ガイドライン第4版について

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 小寺 泰弘

胃癌治療ガイドラインは癌治療のガイドラインとしては本邦で初めて編纂されたものであり、テキストブック形式で書かれたコンパクトな実用版診療ガイドラインである。内容はエビデンスとコンセンサスに基づいたものだが、改定に際しては作成委員会で討論の上、いくつかの改定すべき点、あるいは新たに盛り込むべき内容が設定され、それらについて作成委員を中心とするワーキンググループが発足し、その活動を経て文章が作成され、作成委員会で議論と改定を重ねた上で、評価委員会での評価を経て出稿される。こうして第4版が2014年8月に出版され、2015年には第5版の作成委員が決定し、委員会で新たにいくつかの課題が抽出され、現在に至っている。3年毎を目安に改定することが想定されているが、その間に新たなエビデンスが生じ標準治療が変わる場合には、その都度作成委員会から担当者が任命され、胃癌学会のホームページに速報が掲載される。

第4版編纂における主な変更点は(1) ESDの適応拡大治癒切除の定義の一部の変更、残胃の除菌療法についての考え方、(2) 腹腔鏡下手術の位置づけと現段階での適応、(3) Stage IVであっても切除が許容されるケース(大動脈周囲リンパ節腫大例、軽微な肝転移例、洗浄細胞診陽性例)の提示、(4) 食道胃接合部癌の定義と現時点で推奨され得る術式や郭清範囲についての記載、(5) 化学療法における推奨度分類とHER2陽性例の取り扱いということになるが、化学療法についての記載以外はminor changeの感がある。また、切除可能Stage IVの話題や化学療法の話題の一部は重要な問題であるにもかかわらず臨床試験としてのエビデンスがあまりにも少ないため、第4版から新たに設けられたQ&Aに取り上げられる形となった。

本講演会においては、これらの変更点を、時に最終版に至るまでの裏話を盛り込みつつ解説する。併せて、この間に既に速報版の作成が検討されている事案も含め、新たなエビデンスと第5版に向けての課題についても触れることとする。

#### 略歴

昭和60年	名古屋大学医学部卒
昭和60年 5月	小牧市民病院研修医
昭和61年 5月	小牧市民病院外科
平成 3年 4月	名古屋大学医学部第二外科非常勤医員
平成 6年 6月	愛知県がんセンター消化器外科医長
平成14年 1月	名古屋大学大学院医学研究科病態制御外科学講座 助手
平成16年10月	名古屋大学大学院医学研究科消化器外科学講座 講師
平成20年 1月	名古屋大学大学院医学研究科消化器外科学講座 准教授
平成23年 8月	名古屋大学大学院医学研究科消化器外科学講座 教授
現在に至る	

# シンポジウム プログラム・抄録

お断り：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、一部に施設名・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 「進行膵癌に対する治療戦略とその成果」

第1会場（臨床第3講義室）9:00-11:00

司会 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 藤井 努  
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科 水野 伸匡

- S-1 膵頭部癌に対する内視鏡的病理診断能の検討  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○安部 快紀、奥村 文浩、佐野 仁
- S-2 胆管狭窄を伴う進行膵癌に対して、ガイドワイヤー用ルーメン付き胆管生検鉗子を使用した経乳頭の胆管生検の臨床評価  
小牧市民病院 消化器内科  
○灰本 耕基、平井 孝典、宮田 章弘、舘 佳彦、小原 圭、小島 優子、佐藤 亜矢子、石田 哲也、濱崎 元伸、永井 真太郎、古川 陽子
- S-3 切除不能進行膵癌に対する超音波内視鏡下腹腔神経叢融解術の栄養における有効性の検討  
豊橋市民病院 消化器内科  
○片岡 邦夫、松原 浩、浦野 文博
- S-4 切除不能進行膵癌患者に対する精神科リエゾン介入の効果  
<sup>1</sup>名古屋大学大学院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋大学 光学医療診療部  
○杉本 啓之<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>
- S-5 手術不能進行膵癌に対する2次治療以降のFOLFIRINOXの検討  
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科  
○稗田 信弘、水野 伸匡、山雄 健次
- S-6 切除不能進行膵癌に対するmodified FOLFIRINOXの有効性・安全性について  
岐阜大学 第一内科  
○奥野 充、上村 真也、岩下 拓司
- S-7 局所進行膵癌に対する手術を前庭とした化学放射線療法の成果  
-resectability別にみた治療成績と組織学的効果について-  
三重大学 肝胆膵・移植外科  
○村田 泰洋、岸和田 昌之、伊佐地 秀司
- S-8 進行膵癌に対する治療成績とその成果- 門脈浸潤分類による短期及び中期的成績の検討より -  
<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>名古屋セントラル病院 消化器外科  
○山田 豪<sup>1</sup>、藤井 努<sup>1</sup>、高見 秀樹<sup>1</sup>、神田 光郎<sup>1</sup>、杉本 博行<sup>1</sup>、中山 吾郎<sup>1</sup>、小池 聖彦<sup>1</sup>、藤原 道隆<sup>1</sup>、中尾 昭公<sup>2</sup>、小寺 泰弘<sup>1</sup>
- S-9 膵体部癌に対するDP-CARの適応についての検討  
静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科  
○杉浦 禎一、岡村 行泰、伊藤 貴明、山本 有祐、蘆田 良、上坂 克彦

### S-1 膵頭部癌に対する内視鏡的病理診断能の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○安部 快紀、奥村 文浩、佐野 仁

【目的】膵頭部癌に対する内視鏡的病理診断能につき検討する。【方法】(1)2012年1月から2015年2月までの胆道狭窄を有する膵頭部癌に対して経乳頭の胆管生検・胆管ブラシ細胞診・胆汁細胞診を施行した27例について診断率および診断に寄与する因子につき検討した。(2)同期間において膵頭部癌に対してEUS-FNA施行した25例につき、診断率および診断に寄与する因子につき検討した。【成績】(1)経乳頭の生検・細胞診にて診断可能であったのは33.3%(9/27)であった。方法別では生検30%(6/20)、ブラシ細胞診33.3%(7/21)、胆汁細胞診33.3%(3/9)と手技間に差を認めなかった。診断に寄与する因子として、主膵管径 $\geq$ 5mm、AMY $\geq$ 180IU/l、T-bil $\geq$ 3mg/dlについて多変量解析で検討すると、T-bil $\geq$ 3mg/dlの症例において有意に診断率が高かった(odds比 3.90,  $p=0.017$ )。 (2)EUS-FNAにて診断可能であったのは84%(21/25)であった。病変部位(膵鉤部かそれ以外)、穿孔回数 $\geq$ 4回、病変径 $\geq$ 20mm、穿孔針径(22G/25G)について多変量解析で検討すると、膵鉤部の症例で有意に診断率が低かった(odds比 0.036,  $p=0.015$ )。偶発症は穿孔部からの出血、胃壁内血腫を1例ずつ認めたが、いずれも保存的に軽快した。【結論】(1)黄疸を呈する膵頭部癌において、経乳頭の胆管ドレナージ時に経乳頭の生検または細胞診を行うことは妥当である。(2) EUS-FNAによる膵頭部癌の組織診断は膵鉤部でなければ良好な成績であり、第一選択とすべきである。

### S-2 胆管狭窄を伴う進行膵癌に対して、ガイドワイヤー用ルーメン付き胆管生検鉗子を使用した経乳頭的胆管生検の臨床評価

小牧市民病院 消化器内科

○灰本 耕基、平井 孝典、宮田 章弘、舘 佳彦、小原 圭、小島 優子、佐藤 亜矢子、石田 哲也、濱崎 元伸、永井 真太郎、古川 陽子

【背景・目的】胆管狭窄を伴う膵癌の鑑別には組織所見が必要となる症例が存在するが、検査時間の制限・合併症の問題があり、必ずしも経乳頭の胆管生検は容易ではない。我々は、以前より悪性胆管狭窄例に対して、経乳頭的に、ガイドワイヤー(GW)用ルーメン付き生検鉗子を使用して胆管生検を行ってきた。今回は、胆管狭窄を伴う膵癌に対しての胆管生検の結果を報告する。【方法】2011年4月より2015年3月までに、画像上膵癌と診断し、閉塞性黄疸や胆道狭窄を伴い、経乳頭的に胆管生検を行った膵癌患者47例を対象とした。方法は、胆管造影後、GWを留置し、ESTを付加し、胆管狭窄部より生検を行った。生検鉗子は先端にGW用ルーメンを有するOlympus社製V字型(外径2.9 mm, 有効長1950 mm, 適応GW 0.035 inch)と、片開き型(外径2.8 mm, その他共通)を使用した。検体採取は複数回行い、4個以上の検体採取を目標とした。閉塞性黄疸の症例では、胆管生検後にEBD tubeを留置し、必要に応じて胆汁細胞診を採取した。組織採取成功率、診断率、検査(生検に要した)時間などについて評価を行った。【成績】上記期間内に胆管生検を行った膵癌患者は47例(延べ51例)、生検回数は223回、うち202回で標本作成に十分な検体が採取でき、組織採取率は91%、症例あたりの採取率は100%だった。腺癌陽性率は49%、異型細胞検出率は29%、異型細胞なしが22%だった。胆汁細胞診は延べ31例で行われており、腺癌陽性率32%だった。1回の胆管生検に要した時間は平均48秒(23-220秒)、1患者の胆管生検に要した合計時間は平均256秒(127-522秒)と比較的短時間であった。また、胆管生検で癌の確診ができなかったものの、胆汁細胞診で癌の確診に至った症例が2例あった。【結論】胆管狭窄を有する膵癌に対しての、GW用ルーメン付き生検鉗子を用いた経乳頭の胆管生検は、短時間に施行でき、比較的良好な診断率を得ることができた。また、胆汁細胞診は診断能こそ劣るものの、胆管生検と組み合わせることで診断率の向上に寄与していた。

### S-3 切除不能進行膵癌に対する超音波内視鏡下腹腔神経叢融解術の栄養における有効性の検討

豊橋市民病院 消化器内科

○片岡 邦夫、松原 浩、浦野 文博

【背景】切除不能進行膵癌患者の治療において、癌性疼痛の軽減や栄養状態の改善など、生活の質(QOL)の向上は重要な課題である。癌性疼痛はオピオイドによって良好な除痛を得られることが多いが、便秘、嘔気、嘔吐、眠気などの副作用によりQOLを損なう症例も多い。超音波内視鏡下腹腔神経叢融解術(EUS-CPN)は、オピオイドに頼らないあるいはオピオイドを減量できる除痛術として普及してきている。【目的】当科におけるEUS-CPNの成績を評価し、また除痛術(EUS-CPN、オピオイド)による栄養状態の差を比較し、オピオイドに対するEUS-CPNの有効性を、栄養の観点から検討すること。【方法】2013年1月から2014年12月までに当科で経験した膵癌は1177例で、その内訳は、外科手術34例、化学療法54例、Best Supportive Care 29例であった。化学療法54例のうち、除痛術後に継続して化学療法を行なった15例(EUS-CPN群4例とオピオイド群11例)を対象とした。EUS-CPN群は全例gemcitabineを投与しており、オピオイド群はgemcitabine 6例、S-1 5例であった。評価項目は、a: EUS-CPNの除痛率、b: 偶発症発生率、除痛術導入3ヵ月後の栄養指標の増減(c: 体重、d: 総蛋白、e: Alb、f: 総リンパ球数、g: prognostic nutritional index(PNI))、h: 除痛術による考えられた副作用の発現とした。【結果】EUS-CPN群とオピオイド群の内訳は、男女比3:1/6:5、平均年齢65.8 $\pm$ 10.0(52-74)/70.0 $\pm$ 9.0(51-81)歳、stage 4a:4b 3:1/5:6であった。除痛術導入前の栄養指標に関して、両群は同程度であった。評価項目の結果は、a: 3/4(75%)、b: 0/4(0%)であった。栄養指標の増減は、c: +1.5/-1.8 kg、d: +0.15/+0.073 g/dL、e: -0.075/+0.055 g/dL、f: +97/-115  $\mu$ L、g: -0.26/-0.03であった。h: EUS-CPNによる副作用は認めず、オピオイドによる副作用は、便秘9例(82%)、嘔気5例(45%)であった。【結論】EUS-CPN群は、オピオイド群に比べ副作用が少なく、体重が保たれていた。EUS-CPNによる除痛術は、切除不能進行膵癌患者の栄養状態を保ち、QOLの向上に寄与する可能性がある。

### S-4 切除不能進行膵癌患者に対する精神科リゾン介入の効果

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

○杉本 啓之、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

【目的】膵癌は診断時に切除不能であることが少なくなく、また疼痛や食思不振、不安、抑うつなどを生じやすいことから、患者の受ける精神的苦痛は大きい。当科では精神的苦痛の軽減、QOL維持を期待した精神科リゾン介入を行ってきた。今回、精神科リゾン介入を行った切除不能進行膵癌患者におけるHealth-related quality of life(HRQOL)の推移についてprospectiveに検討した。【方法】対象は2011年11月から2014年10月までに本研究への参加に同意した膵癌患者108例中、切除不能と診断した67例。内訳は男/女=36/31、診断時年齢中央値65(44-84)歳。占居部位: 頭部/体部/尾部=29/24/14、Performance status(ECOG): 0/1/2=45/14/8、生存期間中央値239(24-1067)日。精神科リゾン介入は精神科専門医による支持精神療法にて行い、必要に応じて向精神薬(抗精神病薬、抗鬱薬、抗不安薬、睡眠導入剤)の投与を行った。HRQOL評価はEuropean Organization for Research and Treatment of Cancerの調査票であるQLQ-C30を用いて初期治療開始前(baseline)および導入後1ヶ月毎に行い、1)baseline、1ヶ月後、3ヶ月後、6ヶ月後における経時的変化、および2)baselineと死亡3ヶ月以内との変化について検討した。本研究は本学医学部生命倫理委員会の承認を得ている。【結果】1)Baselineに比し、1ヶ月後のemotional functionおよび、3ヶ月後のconstipationにおいて有意な改善を認めた。Physical functionは経時的に増悪し6ヶ月後には有意となり、dyspneaが3ヶ月後、6ヶ月後ともに有意に増悪していた。2)統計的に有意であったphysical function, cognitive function, fatigue, dyspnea, appetite lossを含

む12項目がbaselineに比し悪化する中で、emotional function, social function, insomniaの3項目は死亡3ヶ月以内において維持されていた。【結論】早期からの精神的介入を行った本検討では、HRQOLは治療開始半年後まで比較的保たれていた。精神科リエゾン介入は、病状が進行し身体的に増悪を認める死亡3ヶ月以内における精神的安定性の維持に寄与する可能性が示唆された。

#### S-5 手術不能進行肺癌に対する2次治療以降のFOLFIRINOXの検討 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科 ○稗田 信弘、水野 伸匡、山雄 健次

【目的】遠隔転移を有する肺癌の1次治療としてFOLFIRINOX (FFX)の有効性が報告され、治療の選択肢が増えたが、ゲムシタピン (GEM)耐性の2次治療以降におけるFFXの有効性、忍容性は不明である。2次治療以降のFFXの有効性および忍容性を検討する。【方法】2014年1月-10月の期間、当院でFFX (CPT-11 150mg/m<sup>2</sup>、5-FU急速静注を省略したmodified FFXを含む)を導入した43例を対象に、1次治療群(A群)と2次治療以降群(B群)について無増悪生存期間 (PFS)、全生存期間 (OS)、抗腫瘍効果および有害事象を後方的に比較検討した。【結果】1) 背景因子: 平均年齢 (A群17例 vs. B群26例)は59.6歳 vs. 58.5歳、男女比は11:6 vs. 16:10、占拠部位 (頭部: 尾部)は8:9 vs. 12:14、UGT1A1 (\*6, \*28)遺伝子多型 (野生型:一方がヘテロ接合体:一方がホモ接合体又は双方ヘテロ接合体:未測定)は11:5:0:1 vs. 14:10:0:2、ECOG PS (0:1:2以上)は14:3:0 vs. 19:7:0、遠隔転移 (あり:なし)は11:6 vs. 21:5で、両群で有意差はなかった。2) 有効性: 投与サイクル中央値はA群7、B群5であった。抗腫瘍効果 (RECIST 1.1)は、奏効率 (ORR)が43% vs. 18% (P=0.09)、病勢制御率 (DCR)が68% vs. 59% (P=0.54)であった。PFS中央値は151日 vs. 116日 (HR 1.54, P=0.26)、OS中央値は261日 vs. 231日 (HR 1.11, P=0.84)であった (観察期間中央値209.5日)。3) 有害事象: G3/4の血液毒性は、白血球減少35.3% vs. 34.6%、好中球減少64.7% vs. 53.8%、貧血11.8% vs. 19.2%、血小板減少5.9% vs. 3.8%、発熱性好中球減少11.8% vs. 3.8%であった。G3/4の非血液毒性は、食欲低下29.4% vs. 23.1%、悪心5.9% vs. 3.8%、嘔吐5.9% vs. 0%、下痢17.6% vs. 7.7%であった。すべて両群で有意差はなかった。コリン作動性症候群は70.5% vs. 80.8%であったが全例G1であった。【結論】進行肺癌に対して2次治療以降のFFXの忍容性が確認できた。有効性に関しては1次治療と比較してORRは劣るものの、PFS、OSは良好な成績であった。GEM不応となった2次治療以降としてのFFXは有用である可能性があるが、臨床試験での確認が必要である。

#### S-6 切除不能進行肺癌に対するmodified FOLFIRINOXの有効性・安全性について 岐阜大学 第一内科 ○奥野 充、上村 真也、岩下 拓司

【背景】切除不能進行肺癌に対するFOLFIRINOX (FX) はジェムシタピンと比較し有効性に優れるが、より強い血液毒性が報告されている。modified FOLFIRINOX (mFX:CPT-11 150mg/m<sup>2</sup>、L-OHP 85mg/m<sup>2</sup>、5-FU 2400mg/m<sup>2</sup>、HLV200mg/m<sup>2</sup>)は、初期投与時よりFXの開始基準より5-FU急速静注を中止し、CPT-11を1段階減量して投与することにより、減量による副作用の軽減と治療コンプライアンスの向上が期待でき、結果としてFXと同等以上の治療効果が得られる可能性がある。【目的】mFXの有効性・安全性について検討した。【方法】岐阜大学病院にて2014年4月12月の間にmFXを開始した13症例を対象とし、retrospectiveに解析を行った。【成績】男女比は9:4で、年齢中央値は61歳(55-77)、ECOG PS:10例、PS1:3例。腫瘍部位は頭部5例、体部5例、尾部3例で、局所進行例は4例、遠隔転移例は9例で、転移巣は重複例を含み、肝臓8例、肺1例、頸椎1例であった。CEA値5ng/ml (1-106)、CA19-9値653U/ml (10-9763)

で、胆管閉塞は全例で認めなかった。治療サイクル数は6 (1-10)、治療成績はCR:0例、PR:4例、SD:6例、PD:2例で1例はうつ病のため初回投与後中止となった。奏効率は30.8% (95% confidence interval:12.7-57.6%)であった。副作用は好中球減少9例 (69%)、FN1例(8%)、血小板減少5例(39%)、貧血3例(23%)、末梢神経障害2例(15%)、トランスアミナーゼ上昇1例(8%)、脱毛1例(8%)であり、G-CSFは4例(31%)で使用した。Grade3以上の副作用は好中球減少9例(69%)、FN1例(8%)、血小板減少3例(23%)、末梢神経障害1例(8%)、トランスアミナーゼ上昇1例(8%)で、治療に伴う死亡例は認めなかった。副作用のため11例でmFXの減量が必要であり、Relative Dose IntensityはL-OHP 66.2%(33.3-100%)、CPT-11 80.9%(56.0-100%)、5-FU 84.2%(60.0-100%)、L-LV 84.2%(60.0-100%)であった。【結論】mFX治療での現時点での奏効率はFXと同程度で、重篤な副作用は少ない傾向にあり、有用な可能性があると考えられた。

#### S-7 局所進行肺癌に対する手術を前庭とした化学放射線療法の成果 -resectability別に見た治療成績と組織学的効果について- 三重大学 肝臓脾・移植外科 ○村田 泰洋、岸和田 昌之、伊佐地 秀司

【背景】局所進行肺癌に対する化学放射線後の切除例において、組織学的効果の臨床意義はcontroversialである。そこで、本研究では当科で2005年2月から導入を行った手術を前庭とした化学放射線療法 (CRT-S) の治療成績をresectability別に示すとともに、組織学的効果の臨床意義について検討した。【対象と方法】2005年2月~2014年9月までにCRT-S(Gem- or Gem+S-1-based)プロトコールに同意が得られ、超音波内視鏡下穿刺吸引生検法にて腺癌の病理学的診断が得られた遠隔転移のない浸潤性肺癌220例を、NCCNガイドラインにより、切除可能 (R, n=18)、境界切除可能 (BR, n=106)、局所進行切除不能 (UR-LA, n=96) に分類し、切除率、予後を検討した。さらに切除例におけるCRTの組織学的効果 (Evans分類) をhigh (grade IIb, III, IV) とlow responder (I, IIa) に分類し、その意義を検証した。【結果】登録症例220例のうち、CRT後に切除可能と評価され、最終的に肺切除術 (curative-intent resection) を施行した症例は135例 (R:11例、BR: 81例、UR-LA: 43例) であり、R、BR、UR-LAの切除率は61.1、76.4、44.8%であり、各切除例のR0達成率は100、86.4、58.1%であった。R、BR、UR-LAの3-yr OS rateは、CRT後切除 vs. 非切除例では、それぞれ68.6、37.9、19.1% vs. 0、0、8.3% であり、切除例で有意に良好であった。さらに、切除例におけるR0切除率と5-yr OS rateは、high (n=89) vs. low responder (n=46) では、91.3 vs. 71.9%と52.9 vs. 34.9% であり、high responderで有意に良好であった。R、BR、UR-LA別のR0切除率は、high vs. low responderでは、100、93.8、80.0 vs. 100、81.6、51.5% (p=1.00, 0.186, 0.153) であり、UR-LAにおいて、high responder (n=10) はlow responder (n=33) より有意に予後が良好であった (3-yr OS rate: 46.3 vs. 6.0%, p=0.01)。【結論】CRTの良好な組織学的効果は、BR、UR-LA肺癌において、切除例におけるR0切除率の向上に貢献し、その結果、予後の改善に貢献する可能性が示唆された。

#### S-8 進行肺癌に対する治療成績とその成果- 門脈浸潤分類による短期及び中期の成績の検討より -

<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>名古屋セントラル病院 消化器外科  
○山田 豪<sup>1</sup>、藤井 努<sup>1</sup>、高見 秀樹<sup>1</sup>、神田 光郎<sup>1</sup>、  
杉本 博行<sup>1</sup>、中山 吾郎<sup>1</sup>、小池 聖彦<sup>1</sup>、藤原 道隆<sup>1</sup>、  
中尾 昭弘<sup>2</sup>、小寺 泰弘<sup>1</sup>

【背景】肺癌は局所進行例として診断されることが大半であり、肺癌の中でも最も難治性の疾患である。近年、NCCNよりBorderline

Resectable(BR)膵癌 (門脈浸潤: PV (+)、肝動脈浸潤: CHA (+)、上腸間膜動脈浸潤: SMA (+)) の概念が提唱され、その治療方針が議論されている。BR膵癌の中でも、門脈浸潤を伴う膵癌が多数を占め、外科的切除の適応となることが多い。当教室は、歴史的に門脈切除・再建症例を最も多く経験してきた施設の一つであり、また、門脈浸潤形式に基づいた分類の臨床的意義を提唱してきた (Nakao, Ann Surg 2012) (Yamada, Pancreas 2013) 。[対象]2001年4月から2013年12月までに、当教室にて手術を施行した、術前未治療の膵癌459例 (切除347例/非切除112例) を対象とした。術前MDCTによりNCCN分類を試み、また、門脈浸潤に関してはわれわれの提唱してきた、Type A: 浸潤なし、Type B: 片側浸潤、Type C: 両側浸潤、Type D: 側副血行路を伴う完全閉塞と亜分類し、手術因子、短期及び中期的成績について統計学的に解析した。[結果]1.NCCN分類別の生存期間中央値は、Resectable: 183例/25.6ヶ月、PV (+): 113例/16.1ヶ月、CHA (+): 22例/14.9ヶ月、SMA (+): 29例/12.8ヶ月、Unresectable: 8.2ヶ月であった。2.門脈浸潤分類によるType A/B/C/Dはそれぞれ、186/51/38/21例であった。手術因子を検討すると、平均手術時間は390/463/505/533分、平均出血量は890/1016/1852/1769mL、また、Type B/C/Dにおける門脈再建時間は32/42/44分、門脈切除長は23/26/29mmであり、これらの因子は門脈浸潤度と有意な相関を認めていた。Clavien-Dindo III以上の術後合併症発生率は、Type B/C/Dでは18/29/33%であった。また、Type A/B/C/Dの生存期間中央値は、25.7/22.2/11.8/16.1ヶ月であり、Type BとType C/D間には有意差を認めた。3.門脈再建症例において1年以内の中期的成績を検討すると、吻合部開存率 $\geq 80\%$  /  $30\text{--}80\%$  /  $\leq 30\%$  は54/32/14%であり、多変量解析では門脈切除長31mm以上は中期的高度門脈狭窄 (開存率30%以下) を予測する独立因子であった (Fujii, Surgery 2015) 。[考察]われわれの提唱してきた門脈浸潤分類は手術因子、短期成績および予後と関連しており、その有用性が示唆された。また、Type B症例の成績はResectable症例と同等であることより、BR膵癌に対する治療戦略を検討する上で、Type C以上では術前治療などが検討されるべきと考えられた。さらに、門脈切除長により、積極的にグラフト再建を選択する必要性が示唆された。

めなかった。(2) DP-CAR群でのサブグループ解析ではCA/CHA (-)群とCA/CHA (+)群では、短期成績に差を認めなかった。R1切除率は28%と57%であったが、有意差は認めなかった ( $p=0.592$ )。無再発生存期間はCA/CHA (-)群で14.3ヶ月、CA/CHA (+)群で3.8ヶ月 ( $p=0.013$ )、全生存期間はCA/CHA (-)群で31.2ヶ月、CA/CHA (+)群で13.3ヶ月 ( $p=0.002$ )であり、有意にCA/CHA (+)群が不良であった。また、CA/CHA (+)群の7例全例が術後1年以内に再発を認めた。結語: DP-CAR症例はその生存率により2群に分けることができる。CA/CHA (-)群はDP-CARの良い適応と考えられる。一方、CA/CHA (+)群は、その予後は極めて不良であり、borderline resectable症例とすべきと思われる。

#### S-9 膵体部癌に対するDP-CARの適応についての検討

静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科

○杉浦 禎一、岡村 行泰、伊藤 貴明、山本 有祐、  
蘆田 良、上坂 克彦

目的: 当科で施行している腹腔動脈合併切除を伴う膵体尾部切除 (DP-CAR) の手術適応及びその成績について検討する。対象と方法: 当院のDP-CARの適応はa) 癌の腹腔動脈幹または総肝動脈への浸潤を認めた場合 (CA/CHA (+))、b) 脾動脈根部までの浸潤を認め、脾動脈根部の処理が困難と判断した場合 (CA/CHA (-)) としている。また、上腸間膜動脈に浸潤を認めた場合は手術適応なしとしている。2002年10月から2012年4月までに当科で施行した、膵体尾部癌に対する膵体尾部切除術は66例、そのうち腹腔動脈合併切除を伴わない膵体尾部切除 (DP) が52例に、DP-CARを14例に行った。DP-CARの中では、CA/CHA (+)群とCA/CHA (-)群をそれぞれ7例ずつ認めた。これらの短期、長期成績を比較検討した。結果: (1) DP群とDP-CAR群の比較では手術時間 (中央値) は257分、334分 ( $p=0.001$ )、出血量は498ml、941ml ( $p=0.013$ )、R1切除率は15%、43% ( $p=0.014$ )とDP-CAR群で有意に多かった。門脈合併切除はそれぞれ10%、29%と差を認めないもののDP-CAR群に多い傾向であった ( $p=0.066$ )。DP群とDP-CAR群で全合併症率 (Clavien-Dindo IIIa以上) は69%、86% ( $p=0.318$ )、術後在院期間24日、25日 ( $p=0.377$ )と有意差を認めなかった。両群に在院死亡は認めなかった。無再発生存期間 (中央値) は15.1ヶ月、8.2ヶ月 ( $p=0.022$ )とDP群が良好であったが、全生存期間中央値は28.3ヶ月、26.2ヶ月 ( $p=0.347$ )有意差を認

# 一般演題 プログラム

お断り：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、一部に施設名・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1会場 (臨床第3講義室)

14:00-14:45 隣①

座長 松阪中央総合病院 消化器内科 直田 浩明

001 若手(研修医)

造影腹部超音波検査にて著明な早期造影効果を示した膵頭部神経鞘腫の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

○江上 貴俊<sup>1</sup>、山田 貴教<sup>1</sup>、尾上 俊也<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>

002 若手(専修医)

超音波内視鏡下針生検(EUS-FNA)にて術前診断し得た小児Solid pseudopapillary neoplasm (SPN)の1例

<sup>1</sup>春日井市民病院消化器科、<sup>2</sup>春日井市民病院外科

○小島 悠揮<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、管野 琢也<sup>1</sup>、木村 幹俊<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、羽根田 賢一<sup>1</sup>、  
杉山 智哉<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、森川 友裕<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、山口 竜三<sup>2</sup>

003

EUS-FNAが診断に有用であった膵リンパ上皮性嚢胞の一例

<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 光学医療診療部

○作野 隆<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、坪井 順哉<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、原田 哲郎<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>

004 若手(研修医)

MCNとの鑑別に苦慮したIPMNの1切除例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科、<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

○坂倉 康正<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、  
佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、大森 隆夫<sup>3</sup>、田岡 大樹<sup>3</sup>

005

総胆管への穿破をきたしたが保存的治療にて長期の経過が追えた膵管内乳頭粘液性腫瘍の一例

津島市民病院 消化器科

○酒井 大輔、荒川 大吾、杉野 佑樹、小林 都仁夫、立松 英純、久富 充郎

006

非機能性膵神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>市立伊勢総合病院 外科、<sup>2</sup>市立伊勢総合病院 内科

○弓削 拓也<sup>1</sup>、武井 英之<sup>1</sup>、岡本 篤之<sup>1</sup>、野田 直哉<sup>1</sup>、伊藤 史人<sup>1</sup>、榎村 尚之<sup>2</sup>

14:45-15:30 隣②

座長 三重大学 肝胆膵・移植外科 白井 正信

007

肝生検、EUS-FNAにて診断した多発肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍の1例

西美濃厚生病院 内科

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

008 若手（専修医）

腫瘍径1cm未満の非機能性膵神経内分泌腫瘍の2切除例

大阪中央総合病院 外科

○藤村 侑、田端 正己、阪本 達也、前田 光貴、春木 祐司、大澤 一郎、加藤 憲治、岩田 真、三田 孝行

009 若手（研修医）

嚢胞様構造が多発し診断に苦慮した膵癌の1例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科、<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科

○上村 聡美<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、斉藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>、馬場 洋一郎<sup>3</sup>

010

直腸癌を合併した膵pT1退形成性癌の1例

永井病院 外科

○小林 基之、佐藤 梨枝、永井 盛太、松田 信介、鈴木 英明

011

腫瘍径5mmのT1膵癌の1切除例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

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

012

FOLFIRINOXが著効した膵癌多発肝転移の一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○吉田 健作、岩下 拓司、上村 真也、奥野 充

## 第2会場 (臨床第2講義室)

16:00-16:40 隣③

座長 鈴鹿中央総合病院 消化器内科 松崎 晋平

013 若手(研修医)

生活習慣病既往歴の有無による、急性膵炎の重症度と腹膜刺激症状との関連性の検討

岡崎市民病院

○大塚 利彦、内田 博起、後藤 研人、平松 美緒、加治 源也、梶川 豪、服部 峻、山田 弘志、  
徳井 未奈礼、飯塚 昭男

014 若手(専修医)

排液中アミラーゼ濃度が高値を示した感染性膵壊死に対し、経皮的および経乳頭的ドレナージを実施した1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○佐藤 辰宣、菊山 正隆、大野 和也、白根 尚文、黒上 貴文、川合 麻実、青山 春奈、榎田 浩平、  
増井 雄一、青山 弘幸

015

膵膿瘍を併発した後腹膜穿孔の高齢者に対して内視鏡的集学治療を行い救命した1例

松波総合病院 消化器内科

○樋口 正美、古賀 正一、全 秀嶺、藤井 淳、豊田 剛、浅野 剛之、佐野 明江、早崎 直行、  
伊藤 康文

016 若手(研修医)

術前に腎癌膵浸潤・膵頭部腫瘤と診断した自己免疫性膵炎の一例

安城更生病院 内科

○浅井 清也、馬淵 龍彦、東堀 諒、三浦 眞之佑、鶴留 一誠、岡田 昭久、細井 努、竹内 真実子

017

好酸球性胃腸炎に合併した膵腫瘤の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

○坪井 順哉<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、作野 隆<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>、竹井 謙之<sup>1</sup>

### 第3会場 (臨床第1講義室)

9:00-9:45 大腸① 座長 三重大学医学部附属病院 光学医療診療部 田中 匡介

018

大腸全摘、回腸囊肛門吻合後に回腸囊脊柱管瘻から脊髄硬膜外膿瘍を生じた潰瘍性大腸炎の一例

<sup>1</sup>三重大学大学院 消化管・小児外科学、<sup>2</sup>三重大学大学院 先端的外科技術開発学

○市川 崇<sup>1</sup>、荒木 俊光<sup>1</sup>、近藤 哲<sup>1</sup>、川村 幹雄<sup>1</sup>、大北 喜基<sup>1</sup>、廣 純一郎<sup>1</sup>、問山 裕二<sup>1</sup>、  
小林 美奈子<sup>2</sup>、大井 正貴<sup>2</sup>、田中 光司<sup>1</sup>、井上 靖浩<sup>1</sup>、内田 恵一<sup>1</sup>、毛利 靖彦<sup>1</sup>、楠 正人<sup>1</sup>

019 若手(専修医)

メサラジン投与中に心膜炎を発症した潰瘍性大腸炎の一例

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 弘靖、  
西江 裕忠、奥村 文浩、佐野 仁

020 若手(専修医)

深在性真菌症を合併した87歳の難治性潰瘍性大腸炎の1例

刈谷豊田総合病院 内科

○大脇 政志、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、  
室井 航一、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、溝上 雅也、井本 正巳、山本 怜、平松 孝嗣、  
宮地 洋平

021

Infliximab (IFX) が著効した壊疽性膿皮症合併潰瘍性大腸炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、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、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

022 若手(研修医)

潰瘍性大腸炎発症10年の40代男性に合併したS状結腸粘液癌の1例

順天堂大学 医学部 附属静岡病院

○佐藤 祥、成田 諭隆、村田 礼人、亀井 将人、甘樂 裕徳、佐藤 俊輔、金光 芳生、嶋田 裕慈、  
玄田 拓哉、飯島 克順、永原 章仁

023

当院におけるUC関連胃・十二指腸病変の検討

<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>名古屋大学附属病院 光学医療診療部

○澤田 つな騎<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、名倉 明日香<sup>2</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>、船坂 好平<sup>2</sup>、  
大野 栄三郎<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、石黒 和博<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>

9:45-10:20 胆道①

座長 静岡県立総合病院 消化器内科 菊山正隆

024

胆嚢結石嵌頓による胆嚢B5胆管瘻の一切除例

<sup>1</sup>済生会松阪総合病院 外科、<sup>2</sup>済生会松阪総合病院 内科

○市川 健<sup>1</sup>、河埜 道夫<sup>1</sup>、近藤 昭信<sup>1</sup>、田中 穰<sup>1</sup>、長沼 達史<sup>1</sup>、橋本 章<sup>2</sup>

025 若手（専修医）

胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスの一例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○大橋 彩子、中江 康之、浜島 英司、仲島 さより、坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、  
室井 航一、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也

026 若手（専修医）

当院における胆石性胆嚢炎に対するPTGBA後早期再燃例の検討

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

○栃尾 智正<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、  
岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克己<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>

027

胆管挿管困難例における経皮経肝的ルートを併用したランデブー法の治療成績

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科、<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

○磯野 功明<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、  
齊藤 知規<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、田岡 大樹<sup>3</sup>、向 克己<sup>1</sup>

028

経皮的に異物除去し得た1例

鈴鹿中央総合病院 消化器内科

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

10:20-11:00 胆道② 座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 井上 宏之

029 若手（専修医）

クローン病手術後に発症した胆石性急性胆管炎を契機に診断された先天性胆道拡張症の1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

030

左肝管狭窄、左型肝内結石を合併した先天性胆道拡張症の1例

鈴鹿中央総合病院 外科

○草深 智樹、野口 大介、伊藤 貴洋、大森 隆夫、大倉 康生、金兒 博司、田岡 大樹

031 若手（専修医）

ESTが有効であった胆石（胆嚢、胆管嚢腫内）を合併したCholedochocoeleの1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○奥村 大志、白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、濱村 啓介、  
田中 俊夫、小柳津 竜樹

032

ENGBD胆汁細胞診と経乳頭胆管生検で術前診断した膵胆管合流異常を合併した胆嚢・胆管重複癌の1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○松林 宏行、松井 徹、角嶋 直美、川田 登、田中 雅樹、滝沢 耕平、今井 健一郎、堀田 欣一、  
伊藤 紗代、小野 裕之

033 若手（研修医）

胆嚢炎症性ポリープの一例

<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 病理部

○志村 恵理<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>1</sup>、大野 和也<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、黒上 貴史<sup>1</sup>、川合 麻実<sup>1</sup>、青山 春奈<sup>1</sup>、  
榎田 浩平<sup>1</sup>、増井 雄一<sup>1</sup>、佐藤 辰宣<sup>1</sup>、青山 弘幸<sup>1</sup>、鈴木 誠<sup>2</sup>

14:00-14:40 大腸②

座長 名古屋第二赤十字病院 消化器内科 山田 智則

034

SSA/Pの癌化症例に対してESDを施行した一例

<sup>1</sup>愛知県がんセンター消化器内科部、<sup>2</sup>愛知県がんセンター内視鏡部

○近藤 尚<sup>1</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、徳久 順也<sup>1</sup>、藤田 曜<sup>1</sup>、鳥山 和浩<sup>1</sup>、鈴木 博貴<sup>1</sup>、渋谷 仁<sup>1</sup>、平山 貴視<sup>1</sup>、  
稗田 信弘<sup>1</sup>、奥野 のぞみ<sup>1</sup>、吉田 司<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、  
水野 伸匡<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

035

Sessile serrated adenoma/polyp(SSA/P)に合併した微小粘膜内癌の1例

<sup>1</sup>三重厚生連 松阪中央総合病院 胃腸科、<sup>2</sup>三重厚生連 松阪中央総合病院 病理科

○金子 昌史<sup>1</sup>、塩野 泰功<sup>1</sup>、小島 真一<sup>1</sup>、玉井 康将<sup>1</sup>、浦出 伸治<sup>1</sup>、金子 真紀<sup>1</sup>、山中 豊<sup>1</sup>、  
直田 浩明<sup>1</sup>、小林 一彦<sup>1</sup>、杉本 寛子<sup>2</sup>

036 若手（専修医）

腎移植後に直腸腔瘻を合併した直腸原発diffuse large B-cell lymphomaの一例

小牧市民病院 消化器内科

○濱崎 元伸、小原 圭、永井 真太郎、石田 哲也、佐藤 亜矢子、灰本 耕基、小島 優子、舘 佳彦、  
平井 孝典、宮田 章弘

037 若手（専修医）

クローン病(CD)に対するアダリムマブ(ADA)投与中にびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)を発症した一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院

○北江 博晃、富江 晃、大島 靖広、福田 信宏、大洞 昭博、八木 信明、小島 孝雄

038 若手（専修医）

EUS-FNAにて術前診断が得られた直腸GISTの1例

<sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 臨床腫瘍学、<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究センター、

<sup>4</sup>浜松医科大学 光学医療診療部

○山田 洋介<sup>1</sup>、山田 景子<sup>1</sup>、伊藤 達弘<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、濱屋 寧<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>3</sup>、大澤 恵<sup>4</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

14:40-15:20 大腸③

座長 岐阜県立多治見病院 消化器内科 水島 隆史

039 若手（専修医）

漢方薬の休薬で症状が軽快した静脈硬化性大腸炎の一例

静岡県立総合病院

○青山 弘幸、佐藤 辰宣、増井 雄一、榎田 浩平、青山 春奈、川合 麻実、黒上 貴史、白根 尚文、  
菊山 正隆、大野 和也

040 若手（専修医）

上部消化管造影検査後に発症したS状結腸穿孔性腹膜炎の1例

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

○牛田 雄太<sup>1</sup>、平松 聖史<sup>1</sup>、後藤 秀成<sup>1</sup>、関 崇<sup>1</sup>、田中 綾<sup>1</sup>、竹内 真実子<sup>2</sup>、新井 利幸<sup>1</sup>

041

α-グルコシダーゼ阻害剤による腸管気腫症の1例

<sup>1</sup>一宮市立木曾川市民病院 内科、<sup>2</sup>一宮市立木曾川市民病院 リハビリテーション科

○高橋 浩子<sup>1</sup>、馬淵 量子<sup>1</sup>、後藤 憲<sup>1</sup>、大山 正巳<sup>1</sup>、岡田 和久<sup>2</sup>

042 若手（専修医）

H.pylori除菌後発症の偽膜性腸炎の1例

藤田保健衛生大学 医学部 消化管内科

○石塚 隆充、柴田 知行、田原 智満、大久保 正明、堀口 徳之、前田 晃平、河村 知彦、  
長坂 光夫、中川 義仁、鎌野 俊彰、中野 尚子、小村 成臣、宮田 雅弘、生野 浩和、城代 康貴、  
大森 崇史、大宮 直木

043 若手（専修医）

下行結腸穿孔をきたした大腸限局性AL型アミロイドーシスの1例

<sup>1</sup>松阪中央総合病院 胃腸科、<sup>2</sup>松阪中央総合病院 血液内科

○小島 真一<sup>1</sup>、小林 一彦<sup>1</sup>、塩野 泰功<sup>1,2</sup>、玉井 康将<sup>1</sup>、浦出 伸治<sup>1</sup>、金子 昌史<sup>1</sup>、金子 真紀<sup>1</sup>、  
山中 豊<sup>1</sup>、直田 浩明<sup>1</sup>、水谷 実<sup>2</sup>

15:20-16:00 大腸④

座長 三重大学 消化管・小児外科学 荒木 俊光

044

短期間に形態変化を認めたS状結腸癌の一例

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

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

045

尿管S状結腸吻合術41年後に発症した吻合部腺癌の1例

名古屋市立大学 大学院医学研究科 消化器外科学教室

○佐川 弘之、原 賢康、高橋 広城、若杉 健弘、石黒 秀行、松尾 洋一、木村 昌弘、竹山 廣光

046 若手（専修医）

原発巣と所属リンパ節の切除標本内に日本住血吸虫卵を認めたS状結腸癌の1例

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

○崔 尚仁<sup>1</sup>、平松 聖史<sup>1</sup>、後藤 秀成<sup>1</sup>、関 崇<sup>1</sup>、田中 綾<sup>1</sup>、竹内 真実子<sup>2</sup>、新井 利幸<sup>1</sup>

047

手術不能大腸goblet cell carcinoidの2例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○丸田 明範、荒木 寛司、水谷 拓、渡邊 千晶、長谷川 恒輔、杉山 智彦、小原 功輝、出田 貴康、  
宮崎 恒起、小木曾 英介、高田 淳、二宮 空暢、久保田 全哉、今井 健二、小野木 章人、  
井深 貴士、末次 淳、今尾 祥子、白木 亮、清水 雅仁

048

colitic cancer、多発肝転移を来たしたクローン病の1例

常滑市民病院

○山田 啓策、竹田 泰史

16:00-16:40 胆道③

座長 伊勢赤十字病院 消化器内科 川口 真矢

049 若手（専修医）

急性胆管炎を契機に診断し得た非露出型乳頭部癌の一例

社会医療法人 宏潤会 大同病院

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

050

EST後にVater乳頭から腫瘤の露出を認めた胆管癌の1切除例

鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科、<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科

○熊澤 広朗<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、  
岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、大森 隆夫<sup>2</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>、馬場 洋一郎<sup>3</sup>

051

十二指腸癌と鑑別を要した胆嚢癌リンパ節転移の1例

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

○池庄司 浩臣<sup>1</sup>、尾関 豊<sup>1</sup>、堀田 亮輔<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、伊藤 由裕<sup>1</sup>、坂下 文夫<sup>1</sup>、今井 直基<sup>1</sup>、  
安田 陽一<sup>2</sup>、杉山 宏<sup>2</sup>

052

Peribiliary cyst（胆管周囲嚢胞）の一例

静岡市立清水病院

○池田 誉、窪田 裕幸、高柳 泰宏、宇於崎 宏城、小池 弘太

053 若手（専修医）

術前診断し得たが悪性腫瘍の存在が否定できず肝切除を施行したhepatic peribiliary cystの2例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○小松原 春菜、村田 泰洋、飯澤 祐介、加藤 宏之、種村 彰洋、栗山 直久、安積 良紀、  
岸和田 昌之、水野 修吾、白井 正信、櫻井 洋至、伊佐地 秀司

#### 第4会場（新外来棟5階 大ホール）

9:00-9:45 胃・十二指腸①

座長 済生会松阪総合病院 内科 橋本 章

054

爪楊枝が胃より肝臓に穿通し手術を行った1例

三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科

○大森 隆夫、野口 大介、草深 智樹、伊藤 貴洋、大倉 康生、金兒 博司、田岡 大樹

055

魚骨による胃壁内膿瘍に対して内視鏡的治療により治癒を得た1例

三重厚生連 松阪中央総合病院 胃腸科

○金子 昌史、塩野 泰功、小島 真一、玉井 康将、浦出 伸治、金子 真紀、山中 豊、直田 浩明、  
小林 一彦

056 若手（専修医）

上部消化管内視鏡で治療した胃切除後輸入脚に迷入した魚骨による十二指腸穿孔の1例

伊勢赤十字病院 外科

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

057 若手（研修医）

腹部CTで胃重積様の所見を呈した胃アニサキス症の一例

磐田市立総合病院消化器内科

○山田 唯一、高鳥 真吾、尾上 峻也、松永 英里香、松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、  
山田 貴教、笹田 雄三、齋田 康彦、犬飼 政美

058 若手（専修医）

自然解除された胃-胃重積の一例

鈴鹿回生病院 消化器内科

○奥瀬 博亮、田中 翔太、井口 正士、堀池 眞一郎、多喜 裕子

059 若手（専修医）

比較的稀な胃炎症性偽腫瘍の1例

刈谷豊田総合病院総合病院 消化器内科

○平松 孝嗣、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、  
室井 航一、鈴木 孝弘、大橋 彩子、溝上 雅也、池上 脩二、大脇 政志、山本 怜、宮地 洋平、  
井本 正己、伊藤 誠

060

H.pylori除菌後胃癌に対するプローブ型共焦点レーザー内視鏡の有用性の検討

藤田保健衛生大学 消化管内科

○堀口 徳之、堀口 徳之、田原 智満、吉田 大、河村 知彦、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、鎌野 俊彰、石塚 隆充、中川 義仁、  
長坂 光夫、柴田 知行、大宮 直木

061 若手（研修医）

3mmの胃底腺型超高分化腺癌を術前診断し、ESDにて治療し得た一例

<sup>1</sup>半田市立半田病院 消化器内科、<sup>2</sup>よしかねクリニック

○松七五三 晋<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、田根 雄一郎<sup>1</sup>、吉田 大<sup>1</sup>、廣瀬 崇<sup>1</sup>、春田 明範<sup>1</sup>、  
古根 聡<sup>1</sup>、森井 正哉<sup>1</sup>、大塚 泰郎<sup>1</sup>、芳金 弘昭<sup>2</sup>

062 若手（専修医）

異時性多発性早期胃癌ESD後約半年でESD部位から再発を来した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

○溝上 雅也<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>、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>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、  
平松 孝嗣<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

063 若手（専修医）

早期胃癌の胃ESD後5年で癒痕部に腺腫を合併した1例

刈谷豊田総合病院 内科

○山本 怜、坂巻 慶一、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、内田 元太、久野 剛史、室井 航一、  
大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、平松 孝嗣、宮地 洋平、井本 正巳、伊藤 誠

064 若手（専修医）

亜有茎性の隆起を呈し、ESDを行い診断に至った胃原発濾胞性リンパ腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

065 若手（専修医）

API2-MALT1陽性胃MALTリンパ腫の長期経過観察中にDLBCLが合併した1例

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

○藤田 曜<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、  
吉田 司<sup>1</sup>、奥野 のぞみ<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、平山 貴視<sup>1</sup>、渋谷 仁<sup>1</sup>、近藤 尚<sup>1</sup>、鈴木 博貴<sup>1</sup>、  
鳥山 和浩<sup>1</sup>、徳久 順也<sup>1</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>

066

十二指腸潰瘍に合併した胃十二指腸動脈瘤破裂の1例

<sup>1</sup>JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院 病理診断科○磯野 功明<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、  
佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、向 克巳<sup>1</sup>

067

手術室でのIVRを含めた集学的治療にて救命し得た胃十二指腸動脈破綻による出血性十二指腸潰瘍の2例

刈谷豊田総合病院 内科

○久野 剛史、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、内田 元太、室井 航一、  
大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、井本 正巳

068 若手（専修医）

巨大穿孔性胃潰瘍に対して保存的加療で治癒を得た1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○天満 大志、三浦 広嗣、川口 真矢、大山田 純、山村 光弘、高見 麻佑子、村林 桃士、  
伊藤 達也、奥田 奈央子、橋本 有貴、林 智士

069 若手（専修医）

左卵巢転移の茎捻転をきたした進行胃癌の一例

豊橋市民病院 消化器内科

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

070

0-2c型胃癌多発肝転移の1例

<sup>1</sup>木沢記念病院 外科、<sup>2</sup>木沢記念病院 消化器科○堀田 亮輔<sup>1</sup>、今井 直基<sup>1</sup>、伊藤 由裕<sup>1</sup>、坂下 文夫<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、池庄司 浩臣<sup>1</sup>、尾関 豊<sup>1</sup>、  
加藤 潤一<sup>2</sup>、足達 広和<sup>2</sup>、建部 英春<sup>2</sup>、安田 陽一<sup>2</sup>、杉山 宏<sup>2</sup>

071 若手（専修医）

胃神経内分泌腫瘍の一例

小牧市民病院

○古川 陽子、小原 圭、宮田 章弘、平井 孝典、舘 佳彦、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、  
石田 哲也、濱崎 元伸、永井 真太郎

14:00-14:55 胃・十二指腸④

座長 藤田保健衛生大学 消化管内科 柴田 知行

072 若手（専修医）

ステロイド治療中止後に再発を認めたCronkhite-Canada症候群の1例

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

○鈴木 孝弘<sup>1</sup>、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>、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>、池上 修二<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、平松 孝嗣<sup>1</sup>、  
宮地 洋平<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

073 若手（専修医）

広範II a型形態を呈した十二指腸異所性胃粘膜の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○河合 歩、奥村 大志、白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、鈴木 博貴、  
吉川 恵史、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津 竜樹

074 若手（専修医）

粘膜下異所腺を伴ったEBV関連早期胃癌の一例

半田市立半田病院 消化器内科

○吉田 大、水野 和幸、神岡 諭郎、田根 雄一郎、松七五三 晋、春田 明範、廣瀬 崇、古根 聡、森井 正哉、  
大塚 泰郎

075

びまん性胃粘膜下異所腺を伴った胃癌の1例

国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科

○濱宇津 吉隆、丸田 真也、石川 英樹、北村 雅一、加藤 亨、田中 達也

076

軟骨肉腫成分を伴った十二指腸so-called carcinosarcomaの1例

<sup>1</sup>三重厚生連鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>三重厚生連鈴鹿中央総合病院 病理診断科、

<sup>3</sup>三重厚生連鈴鹿中央総合病院 外科

○田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、  
佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、野口 大介<sup>3</sup>、伊藤 貴洋<sup>3</sup>、大森 隆夫<sup>3</sup>、大倉 康生<sup>3</sup>、  
金兒 博司<sup>3</sup>、田岡 大樹<sup>3</sup>、村田 哲也<sup>2</sup>

077 若手（専修医）

トラスツズマブを併用した術前化学療法が奏功したmicropapillary carcinoma成分を伴ったHER2陽性食道胃接合部癌の1例

<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、<sup>3</sup>国立大学法人 滋賀医科大学医学部 臨床検査医学講座

○池之山 洋平<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、行本 弘樹<sup>1</sup>、吉澤 尚彦<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 善弘<sup>1</sup>、清水 敦也<sup>1</sup>、市川 健<sup>2</sup>、河埜 道夫<sup>2</sup>、近藤 昭信<sup>2</sup>、田中 穰<sup>2</sup>、長沼 達史<sup>2</sup>、九嶋 亮治<sup>3</sup>、  
中島 啓吾<sup>1</sup>

078

S-1/CDDP術前化学療法により組織学的CRが得られた進行胃癌、大腸癌の重複癌の1例

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

○鈴木 博貴<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、  
吉田 司<sup>1</sup>、奥野 のぞみ<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、平山 貴規<sup>1,2</sup>、渋谷 仁<sup>1</sup>、近藤 尚<sup>1</sup>、鳥山 和浩<sup>1</sup>、藤田 曜<sup>1</sup>、  
徳久 順也<sup>1</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>

14:55-15:40 食道

座長 名古屋市立大学 消化器外科 石黒 秀行

079 若手（専修医）

生検にて好酸球性食道炎が疑われた2例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

- 豊原 祥資、山田 智則、鈴木 孝典、内田 絵理香、荒木 博通、齋藤 彰敏、鈴木 祐香、  
長尾 一寛、小島 一星、野尻 優、水野 裕介、藤田 恭明、野村 智史、日下部 篤宣、蟹江 浩、  
坂 哲臣、林 克巳

080

保存的治療にて軽快した特発性食道破裂の1例

尾鷲総合病院 外科

- 加藤 弘幸、濱田 賢司、出崎 良輔

081

閉鎖孔ヘルニア嵌頓による小腸イレウスが契機となり食道静脈瘤破裂を来した一例

静岡県立総合病院 消化器内科

- 川合 麻実、大野 和也、青山 春奈、榎田 浩平、黒上 貴史、白根 尚文、菊山 正隆

082 若手（専修医）

バルーン拡張術時に穿孔を生じ保存療法を行った食道アカラシアの一例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

- 栃尾 智正<sup>1</sup>、向 克己<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、  
佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、伊藤 貴洋<sup>2</sup>、金兒 博司<sup>2</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>

083

当院におけるトリアムシノロン局所注射による食道表在癌ESD後の狭窄予防の検討

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

- 松井 健一<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、松崎 一平<sup>1</sup>、横山 敬史<sup>1</sup>、菊池 正和<sup>1</sup>、浅井 裕充<sup>1</sup>、  
小林 健一<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、前田 修<sup>1</sup>、  
廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

084 若手（専修医）

食道神経内分泌細胞癌の2例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

- 中西 和久、山川 慶洋、妹尾 恭司、土田 研司、木村 吉秀、平野 敦之、小島 尚代、山下 宏章、  
西垣 伸宏、尾関 智紀、遠藤 正嗣、山東 元樹

15:40-16:35 その他

座長 市立伊勢総合病院 外科 伊藤 史人

085 若手（専修医）

EUS-FNAにて診断を得た脾原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

小牧市民病院 消化器内科

○永井 真太郎、平井 孝典、宮田 章弘、舘 佳彦、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、石田 哲也、濱崎 元伸

086 若手（専修医）

腹水貯留で発症した混合型びまん性悪性腹膜中皮腫の一部検例

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、山本 健太、鈴木 博貴、芳川 昌功、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、山本 崇文、岡村 正造

087

十二指腸神経内分泌腫瘍切除後再発との鑑別が困難であった腹腔内デスモイド腫瘍の1例

松阪中央総合病院 外科

○春木 祐司、田端 正己、阪本 達也、藤村 侑、前田 光貴、大澤 一郎、加藤 憲治、岩田 真、三田 孝行

088

後腹膜に発生した非機能性paragangliomaの1切除例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○三浦 広嗣、川口 真矢、大山田 純、山村 光弘、高見 麻佑子、村林 桃士、伊藤 達也、奥田 奈央子、天満 大志、橋本 有貴、林 智士

089

シェーンライン・ヘノッフ紫斑病からの蛋白漏出性胃腸症にCMV腸炎を併発し、出血性ショックで死亡した一例

JA愛知厚生連 海南病院

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

090 若手（研修医）

TAEにて治療した未破裂胃十二指腸動脈瘤の1例

伊勢赤十字病院 外科

○伊藤 拓也、山岸 農、増田 穂高、中川 勇希、田村 佳久、早崎 碧泉、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司、村林 紘二

091 若手（研修医）

分節性中膜融解症（segmental arterial mediolysis：SAM）が成因と考えられた大網出血の1例

半田市立半田病院 消化器内科

○田根 雄一郎、春田 明範、森井 正哉、松七五三 晋、吉田 大、水野 和幸、廣瀬 崇、古根 聡、神岡 諭郎、大塚 泰郎

第5会場（新外来棟5階 スキルズラボ）

9:00-9:45 肝①

座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 杉本 和史

092 若手（専修医）

薬物性肝障害として入院加療を行い退院後に確定診断に至ったE型急性肝炎の1例

桑名東医療センター 消化器内科

○着本 望音、館野 晴彦、野尻 圭一郎、久保 一美、泉 恭代、大森 茂

093 若手（専修医）

若年女性に発症した重症型アルコール性肝炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○白鳥 安利、奥村 大志、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、濱村 啓介、  
田中 俊夫、小柳津 竜樹

094

Basedow病女性に急性発症した薬物性肝障害を契機とする自己免疫性肝炎の一例

<sup>1</sup>津島市民病院 消化器科、<sup>2</sup>津島市民病院 外科

○立松 英純<sup>1</sup>、杉野 佑樹<sup>1</sup>、酒井 大輔<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>、神谷 里明<sup>2</sup>

095 若手（専修医）

L アスパラギナーゼによる脂肪肝の1例

松阪中央総合病院 胃腸科

○玉井 康将、小島 真一、金子 昌史、山中 豊、直田 浩明、小林 一彦

096 若手（専修医）

Transient elastographyによる糖尿病患者のNASH患者の拾い上げ

名古屋医療センター 消化器科

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

097

黄疸と肝機能障害を呈した全身性アミロイドーシスの一例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

○大城 昌史、高村 知希、高川 友花、中岡 和徳、菅 敏樹、嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、  
川部 直人、橋本 千樹、吉岡 健太郎

9:45-10:30 肝②

座長 三重大学 肝胆膵・移植外科 櫻井 洋至

098

術後17年目に再発した腎癌嚢胞性肝転移の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

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

099 若手（研修医）

多発結節性肝腫瘍を呈したDiffuse large B-cell lymphomaの一例

小牧市民病院 消化器内科

○新井 健史、舘 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、  
石田 哲也、永井 真太郎、濱崎 元伸、古川 陽子

100 若手（専修医）

肝血管筋脂肪腫との鑑別に難渋した巨大な早期肝細胞癌の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

○池上 脩二<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、坂巻 慶一<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>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

101 若手（専修医）

PEG-IFN $\alpha$ 2a単独療法にて腫瘍の著明な縮小を認めた高度進行肝細胞癌の一例

公立陶生病院 消化器内科

○森 裕、吉崎 道代、河邊 智久、竹中 宏之、松浦 哲生、清水 裕子、林 隆男、黒岩 正憲、  
森田 敬一

102

TACE施行1年3カ月後に腹腔内への穿破で発症した肝腫瘍の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

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

103

脾動脈塞栓術を施行し分子標的薬の導入が可能となった血小板低値肝細胞癌の一例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○矢田 崇純、山本 憲彦、吉川 恭子、浦城 聡子、杉本 龍亮、東谷 光庸、宮地 洋英、諸岡 留美、  
田中 秀明、杉本 和史、長谷川 浩司、白木 克哉、竹井 謙之

10:30-11:15 肝③

座長 刈谷豊田総合病院 内科 仲島 さより

104 若手 (専修医)

ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル3剤併用療法中に肝障害のため治療中止となったC型慢性肝炎の1例

岐阜県総合医療センター

○市川 広直、杉原 潤一、三田 直樹、岩佐 悠平、大西 雅也、中西 孝之、佐藤 寛之、安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、天野 和雄

105 若手 (専修医)

当院におけるIFNフリー治療 (DCV・ASV併用療法) の治療成績

豊橋市民病院

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

106 若手 (専修医)

セログループ1のC型慢性肝炎に対しダクラタスビル・アスナプレビル投与NRとなった後にジェノタイプ2aと判明した1例

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科

○水田 りな子、平嶋 昇、田中 大貴、近藤 高、宇仁田 慧、後藤 百子、浦田 登、加藤 文一朗、江崎 正哉、龍華 庸光、島田 昌明、岩瀬 弘明

107

ダクラタスビル+アスナプレビル2剤併用療法の初期治療効果

中部ろうさい病院 消化器内科

○村瀬 賢一、春田 尚樹、北御門 加奈、細野 功、森本 剛彦、宿輪 和孝、児玉 佳子

108 若手 (専修医)

daclatasvir+asunaprevir併用療法中にviral breakthroughを来した1例

<sup>1</sup>JA愛知厚生連海南病院 消化器内科、<sup>2</sup>JA愛知厚生連海南病院 腫瘍内科、

<sup>3</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○吉岡 直輝<sup>1</sup>、鈴木 悠斗<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、広崎 拓也<sup>1</sup>、石川 大介<sup>1</sup>、國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、宇都宮 節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>、林 和彦<sup>3</sup>、石上 雅敏<sup>3</sup>、後藤 秀実<sup>3</sup>

109 若手 (専修医)

C型慢性肝疾患に対するダクラタスビル・アスナプレビル治療経過

国立病院機構名古屋医療センター 消化器科

○宇仁田 慧、平嶋 昇、田中 大貴、近藤 高、後藤 百子、水田 りな子、浦田 登、加藤 文一朗、江崎 正哉、龍華 庸光、島田 昌明、岩瀬 弘明

14:00-14:55 小腸①

座長 名古屋セントラル病院 消化器内科 安藤 伸浩

110

共焦点レーザー内視鏡を用いた小腸疾患に対する有用性の検討

藤田保健衛生大学病院 消化器内科

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

111 若手（専修医）

ガストログラフィン法にて駆虫し、複数感染を認めた日本海裂頭条虫症の1例

浜松医療センター 消化器内科

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

112 若手（研修医）

小腸穿孔を来したChurg-Strauss症候群の1例

安城更生病院 消化器内科

○斎藤 麻予、市川 雄平、浅井 清也、東堀 諒、三浦 眞之祐、鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、  
細井 努、竹内 真実子

113 若手（専修医）

NSAIDs起因性小腸潰瘍と鑑別が困難であったCMV腸炎の一例

愛知医科大学病院 消化器内科

○越野 顕、海老 正秀、福田 頌子、名古屋 拓郎、星野 弘典、福富 理枝子、北洞 洋樹、  
下郷 彰礼、岡庭 紀子、足立 和規、郷治 滋希、野田 久嗣、田邊 敦資、柳本 研一郎、  
近藤 好博、伊藤 義紹、井澤 晋也、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

114

バルーン内視鏡で観察可能であった胃石イレウスの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>、葛原 正樹<sup>2</sup>、作野 隆<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>、  
濱田 康彦<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

115 若手（専修医）

癒着や狭窄のない小腸にみられた食餌性イレウスの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>、松浦 愛<sup>1</sup>、石田 夏樹<sup>1</sup>、浅井 雄介<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、伊藤 潤<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>1</sup>、住吉 信一<sup>1</sup>、  
岩岡 泰<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>、林 忠毅<sup>2</sup>、西脇 由朗<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>

116 若手（研修医）

食餌性イレウスの1例

安城更生病院 消化器内科

○竹内 裕貴、竹内 真実子、浅井 清也、東堀 諒、三浦 眞之祐、市川 雄平、鶴留 一誠、  
岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努

## 117 若手（研修医）

小腸イレウスを契機に診断された小腸カルチノイドの1例

<sup>1</sup>愛知厚生連知多厚生病院 内科、<sup>2</sup>愛知厚生連知多厚生病院 外科

○西崎 章浩<sup>1</sup>、田中 創始<sup>1</sup>、鈴木 健人<sup>1</sup>、山田 修司<sup>1</sup>、冨本 茂裕<sup>1</sup>、丹村 敏則<sup>1</sup>、高橋 佳嗣<sup>1</sup>、  
宮本 忠壽<sup>1</sup>、小森 徹也<sup>2</sup>、村元 雅之<sup>2</sup>

## 118 若手（専修医）

小腸軸捻転をきたしたimatinib 2次耐性空腸gastrointestinal stromal tumorの1切除例

<sup>1</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 外科、<sup>3</sup>伊勢赤十字病院 病理

○林 智士<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、奥田 奈央子<sup>1</sup>、橋本 有貴<sup>1</sup>、天満 大志<sup>1</sup>、伊藤 達也<sup>1</sup>、村林 桃士<sup>1</sup>、  
三浦 広嗣<sup>1</sup>、高見 麻佑子<sup>1</sup>、杉本 真也<sup>1</sup>、山村 光弘<sup>1</sup>、大山田 純<sup>1</sup>、山岸 農<sup>2</sup>、高橋 幸二<sup>2</sup>、  
矢花 正<sup>3</sup>

## 119

一時的回腸人工肛門造設術を施行した患者における術後イレウスの検討

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学

○田中 友理、中山 吾郎、末岡 智、橋本 良二、二宮 豪、服部 憲史、岩田 直樹、神田 光郎、  
小林 大介、田中 千恵、山田 豪、藤井 努、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、小寺 泰弘

## 120

再発性イレウスを契機に診断された高齢発症クローン病の一例

<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>JA岐阜厚生連 岐北厚生病院 病理

○大野 智彦<sup>1</sup>、堀部 陽平<sup>1</sup>、後藤 尚絵<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、岩間 みどり<sup>1</sup>、山内 治<sup>1</sup>、齋藤 公志郎<sup>1</sup>、  
田中 秀典<sup>2</sup>、酒々井 夏子<sup>3</sup>

## 121

成人腸重積を発症し腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した小腸GISTの1例

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

○武内 泰司郎<sup>1</sup>、信岡 祐<sup>1</sup>、湯淺 浩行<sup>1</sup>、谷川 寛自<sup>1</sup>、横井 一<sup>1</sup>、十時 利明<sup>2</sup>、子日 克宜<sup>2</sup>、  
亀井 昭<sup>2</sup>、竹内 圭介<sup>2</sup>、渡邊 典子<sup>2</sup>

## 122 若手（専修医）

用手補助腹腔鏡手術で整復した成人特発性腸重積症の1例

伊勢赤十字病院 外科

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

15:40-16:10 肝④

座長 桑名東医療センター 消化器内科 大森 茂

123 若手（専修医）

門脈大循環シャントを原因とする肝性脳症に対しバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(B-RTO)が奏功した2例

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>藤枝市立総合病院 放射線科

○山本 晃大<sup>1</sup>、丸山 保彦<sup>1</sup>、景岡 正信<sup>1</sup>、大島 昭彦<sup>1</sup>、寺井 智宏<sup>1</sup>、志村 輝幸<sup>1</sup>、金子 雅直<sup>1</sup>、  
五十嵐 達也<sup>2</sup>、鹿子 裕介<sup>2</sup>

124 若手（専修医）

びまん性肝内動脈門脈短絡路形成により門脈圧亢進症を呈した非B非C型肝炎の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○村田 礼人、玄田 拓哉、亀井 将人、甘楽 裕徳、佐藤 俊輔、金光 芳生、成田 諭隆、嶋田 裕慈、  
飯島 克順、永原 章仁

125 若手（研修医）

オレイン酸モノエタノールアミン（EO）による硬化療法が有用であった巨大肝嚢胞の1例

刈谷豊田総合病院 内科

○宮地 洋平、仲島 さより、濱島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、  
室井 航一、鈴木 孝弘、大橋 彩子、溝上 雅也、池上 脩二、大脇 政志、平松 孝嗣、山本 怜、  
井本 正巳

126

アルコール性肝硬変に対して脾摘を施行した3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 肝胆膵・移植外科

○稲垣 悠二<sup>1</sup>、杉本 和史<sup>1</sup>、山本 憲彦<sup>1</sup>、白木 克哉<sup>1</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>、白井 正信<sup>2</sup>、伊佐地 秀司<sup>2</sup>

# 一般演題 抄録

お断り：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、一部に施設名・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。

001

造影腹部超音波検査にて著明な早期造影効果を示した膵頭部神経鞘腫の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  
○江上 貴俊<sup>1</sup>、山田 貴教<sup>1</sup>、尾上 俊也<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>

【はじめに】膵原発の神経鞘腫は非常に稀な腫瘍である。腹部超音波検査(以下、US)で偶然発見された膵頭部腫瘍に対し、膵頭部切除を施行し摘出標本の病理学的所見より膵神経鞘腫と診断された症例を経験したので報告する。【症例】77歳男性。既往歴に直腸カルチノイド(内視鏡切除)、胃潰瘍がある。健診として近医にて行われた腹部USで膵腫瘍を指摘され、当科紹介となった。腹部CTでは膵頭部腹側に3.5cm大円形の嚢胞性病変を認め、造影効果のある隔壁構造、石灰化を伴った。MRIでは嚢胞内部はT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を示す一方、隔壁および被膜構造部分はT1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号を示した。超音波内視鏡検査においては、内部に微小な石灰化と厚い隔壁構造を伴う33mm大の嚢胞性病変として描出され、造影腹部USでは早期に被膜および隔壁に強い造影効果を認めた。ERCPでは膵管像に異常を認めなかった。以上よりsolid-pseudopapillary tumorが嚢胞変性したPNETの術前診断で当院消化器外科にて亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を行った。病理組織学的検査では、嚢胞内は黄色調のゼリー状内容物で満たされ、充実性部分では紡錘形細胞の索状増殖を認めた。免疫染色ではS-100(+)、SMA(-)であり、神経鞘腫と診断した。悪性所見は認めなかった。【考察・結語】本疾患は画像診断で確定することが困難であり悪性症例も少数ではあるが報告されている。膵の非上皮性腫瘍は非常に少なく、なかでも神経鞘腫は自験例を含めて34例の報告に過ぎず、極めて稀な症例と考えられた。中でも、造影腹部超音波検査を行った報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

002

超音波内視鏡下針生検(EUS-FNA)にて術前診断し得た小児Solid pseudopapillary neoplasm(SPN)の1例

<sup>1</sup>春日井市民病院消化器科、<sup>2</sup>春日井市民病院外科  
○小島 悠揮<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、菅野 琢也<sup>1</sup>、  
木村 幹俊<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、羽根田 賢一<sup>1</sup>、杉山 智哉<sup>1</sup>、  
池内 寛和<sup>1</sup>、森川 友裕<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、  
高田 博樹<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、山口 竜三<sup>2</sup>

【症例】13歳、女性【主訴】上腹部腫瘍【既往歴】特記事項なし【経過】2014年8月部活動中に腹部を打撲し近医受診。CTで膵頭部領域の腫瘍と後腹膜領域に出血と思われる液体貯留を認め、外傷性膵損傷の疑いで当院へ転院搬送された。来院時現症は身長153cm、体重39.0kg、血圧115/50mmHg、脈拍90回/分整、腹部は平坦軟であったが心窩部に強い圧痛を認めた。採血ではHb12.8g/dLであった。造影CTで膵頭部領域に境界明瞭な54×43mmの腫瘍が存在し淡く不均一に造影された。血腫と後腹膜出血と考えた。後腹膜腔への造影剤の漏出はなく、保存的治療の方針で外科入院となった。第9病日のCTで後腹膜腔の液体貯留は減少したが、腫瘍は縮小を認めなかった。腫瘍性病変の疑いがあり当科へ精査依頼となった。血液生化学検査所見は特記すべき異常はなく、CEA、CA19-9、DUPAN-2、SPAN1は基準値以下であった。MRCPで腫瘍の充実部分はT1低信号、T2高信号を呈し、内部には液状部分と思われる所見も認めた。膵頭部SPNの外傷性破裂を疑い、診断目的にEUS-FNAを施行した。EUSでは中心部に低エコー部を含む、等エコー腫瘍として描出され、ドップラーエコーでは明らかな血流信号は認めなかった。25G針で3回穿刺し、弾性硬であった。採取検体は、血液の中に透明な粘液様成分を複数認めた。穿孔

に伴う偶発症はなかった。細胞診と組織診でいずれもSPNと診断した。12月に当院外科で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術中所見にて腫瘍は膵頭部由来であり背面は外傷性の出血のためか癒着していた。洗浄細胞診は陰性であった。病理組織では類円形の核と好酸性の胞体を持つ細胞が充実性、あるいは繊維血管性の芯に乳頭状様の構造を示しながら増殖していた。免疫染色ではCD10、 $\beta$ -cateninが陽性でSPNと診断した。術後は良好に経過している。SPNは若年女性に好発する比較的稀な疾患である。小児SPNに対してEUS-FNAを施行した例は極めて少なく若干の文献的考察を含めて報告する。

003

EUS-FNAが診断に有用であった膵リンパ上皮性嚢胞の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  
○作野 隆<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、坪井 順哉<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>1</sup>、  
山田 玲子<sup>1</sup>、原田 哲郎<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>、堀本 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

症例は61歳男性。2014年4月に胸部違和感を主訴に前医を受診した。その際のCTで膵尾部に嚢胞性腫瘍を指摘され、精査のため5月に当院紹介受診となった。血液検査ではCEA、CA19-9の軽度上昇を認めた。当院で施行したCTでは膵尾部の背側に突出する境界明瞭な20mm大の嚢胞性病変を認めた。嚢胞壁には軽度の造影効果、微細な石灰化を伴っていた。MRIでは尾部の腫瘍の内部はT1、T2ともに低信号を呈し、DWIで強い拡散低下を認めた。EUSでは辺縁整で被膜様の石灰化を伴う内部実質様エコーを呈する腫瘍を認めた。MRI、EUS所見から充実性腫瘍と考え、確定診断目的にEUS-FNAを施行した。22G針で穿刺したところ、採取されたものは黄色調でおから状であった。病理学的にリンパ球や扁平上皮細胞、角化物質、結晶などを多数認め、膵リンパ上皮性嚢胞と診断した。経過観察を施行しているが6ヶ月間変化を認めていない。膵リンパ上皮性嚢胞は鯉清性嚢胞と呼ばれ側頭部、耳下腺、口腔底などに発生する稀な病変であるが、膵領域に発生するものはさらに稀である。腫瘍の好発部位は体部で、膵外性に突出様であることが特徴的である。組織学的には、腫瘍は嚢胞状で、壁は重層扁平上皮からなり、内腔には角化物質を含んでいる。膵リンパ上皮性嚢胞は極めて稀な病変で外科切除となることが多いが、EUS-FNAにより確定診断し、経過観察可能であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

004

MCNとの鑑別に苦慮したIPMNの1切除例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科、<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 外科  
○坂倉 康正<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、  
栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、  
佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、  
大森 隆夫<sup>3</sup>、田岡 大樹<sup>3</sup>

【症例】71歳女性。3年前から膵嚢胞と肝腫瘍に対し、定期画像評価の方針となっていた。今回、定期評価のEUSで隔壁の増厚を指摘され、再精査の方針となった。今回評価時のCTでは膵尾部に20mm大の類円形、多房性嚢胞性病変を認めた。嚢胞内に明らかな結節状隆起は認めなかった。また、膵体部に15mm大の多房性嚢胞性病変を認め、形態などから悪性所見を伴わない分枝型IPMNと判定した。MRIで膵尾部病変は嚢胞周囲に線維性の被膜様構造を認めた。USは不明瞭であったが、EUSでは膵尾部に類円形の多房性嚢胞性病変を認め、以前の所見と比較して隔壁の増厚を認めた。ERCP時に乳頭開口部は開大し、粘液の排出を認めた。ERPでは主膵管から連続して嚢胞内への造影剤流入を確認した。膵液細胞診は異型を伴う上皮の集塊を認めた。以上から、膵尾部病変はMCNとIPMNの鑑別に苦慮したが、形態を重視し

MCNと診断し、膵体尾部切除術を施行した。肉眼的には20mm大の単房性嚢胞であり、組織学的には平坦から乳頭状構造を形成する程度から高度異型上皮を示したが、卵巣様間質を伴わず、IPMAと最終診断した。【考察】MCNはほとんどが女性に発生し、膵体尾部に好発する類円形の嚢胞性腫瘍である。従来は主膵管との交通を認めないとされてきたが、日本膵臓学会多施設共同研究では18.1%の症例で主膵管との交通を認めた(山雄ら、膵臓2012、9-16)。本症例において画像と病理所見を詳細に検討することは、腫瘍性膵嚢胞の画像診断を考える上で有用と考え、文献的考察を加え報告する。

#### 005

総胆管への穿破をきたしたが保存的治療にて長期の経過が追えた膵管内乳頭粘液性腫瘍の1例

津島市民病院 消化器科

○酒井 大輔、荒川 大吾、杉野 佑樹、小林 都仁夫、

立松 英純、久富 充郎

症例は83歳男性。平成18年2月に当院外科にて直腸癌の術前スクリーニングの際に施行された腹部造影CTにて主膵管拡張(8mm)と、膵頭部の主膵管と交通を認める多房性嚢胞(30mm×15mm)を指摘されていた。進行直腸癌に対する治療が優先され、主膵管拡張並びに嚢胞に関しては定期的に経過観察されていた。平成25年3月、微熱を繰り返し、フォローアップ目的の腹部造影CTにて膵頭部嚢胞と総胆管の交通が疑われ、精査加療目的に入院となった。血液生化学検査では肝胆道系酵素の上昇は見られなかった。MRCPにて主膵管の数珠状拡張(15mm)、拡張膵管の壁肥厚、並びに膵頭部嚢胞(50mm×35mm)と下部総胆管の交通を認めた。ERCPにて乳頭部は著明に開大し、粘液の流出を認め膵管内乳頭粘液性腫瘍(Intraductal papillary mucinous neoplasm:IPMN)の総胆管穿破と診断した。胆管造影を施行したが、総胆管瘻の位置は不明であった。乳頭切開術(中切開)を施行し、バルンカテーテルにて胆管内の粘液を排出し処置を終了した。経過は良好で第8病日退院となった。病変は手術適応と考えたが、高齢であること等を理由に患者が経過観察を希望されたため、十分なインフォームドコンセントのもとに経過観察方針とした。平成25年6月に閉塞性黄疸、胆管炎、平成27年2月総胆管結石のため入院加療を要したが、いずれも内視鏡的治療にて軽快を認め、現在も経過観察中である。IPMNは緩徐な発育を示し比較的予後のよい膵腫瘍であるが、ときに隣接する他臓器へ穿破することが知られている。IPMNが他臓器へ穿破した場合は原則外科手術の適応となり、手術が施行されない場合の予後は一般的に不良である。今回発見時から総胆管への穿破とその後までの比較的長期の経過が追えた膵IPMN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。

#### 006

非機能性膵神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>市立伊勢総合病院 外科、<sup>2</sup>市立伊勢総合病院 内科

○弓削 拓也<sup>1</sup>、武井 英之<sup>1</sup>、岡本 篤之<sup>1</sup>、野田 直哉<sup>1</sup>、伊藤 史人<sup>1</sup>、櫻村 尚之<sup>2</sup>

症例は66歳女性。既往歴・家族歴に特記事項なし。心窩部痛・背部痛を主訴に近医を受診し、精査目的に当院内科に紹介された。血液検査では、白血球・CRPの上昇は認めず、血清アミラーゼ値は279IU/Lと高かったが、腫瘍マーカー(CEA、Span-1、DUPAN-2、エラスターゼ1)・インスリン・ガストリンの異常高値は認めなかった。単純CTでは、膵体部より尾側の主膵管が軽度拡張していたためMRCPを施行すると、膵体部での主膵管の途絶像とその尾側膵管の拡張を認めた。腹部エコー検査では、膵体部に境界明瞭で血流豊富な腫瘍を認めた。膵腫瘍の存在が疑われたため、造影CTを施行すると、膵体部に約2cm大の類円形腫瘍を認めた。腫瘍の境界は明瞭で、辺縁部で造影効果が強く中心部で弱く、腫瘍より尾側の主膵管は拡張していた。他臓器に明らかな病変は認められなかった。ERPでは、膵体部の腫瘍が存在する

部位で主膵管の狭小化を認めたが、同部へのカニューレーションが困難であり、擦過細胞診は施行できなかった。確定診断には至らなかったが、非機能性膵神経内分泌腫瘍(以下非機能性pNET)が疑われ手術となった。術中所見では明らかな肝転移、腹膜播種などの所見はなく、膵体部に2cm大の硬い腫瘍を認め、前面被膜が白色調に変化していたが、他臓器への直接浸潤はみられなかった。また周囲リンパ節の明らかな腫大も認めなかった。脾合併膵体尾部切除術およびリンパ節郭清術を施行した。病理組織所見では、腫瘍はHE染色にて淡明～淡好酸性で、大型の細胞質と小型～大型の多形な核を有し、主に索状増殖像を呈していた。免疫染色ではchromogranin A(focal, +)、synaptophysin(+)、MIB-1陽性率11.3%であった。以上より非機能性pNET G2と診断した。非機能性pNETは比較的良好な疾患であり、若干の文献的考察を加え報告する。

#### 007

肝生検、EUS-FNAにて診断した多発肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍の1例

西美濃厚生病院 内科

○中村 博式、寺倉 大志、岩下 雅秀、田上 真、畠山 啓明、林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二

60歳代男性。主訴：多発肝腫瘍影精査目的。1週間前に下剤を服用後より下痢に伴う下腹部痛が継続し、当院救急外来を受診した。腹部単純CTにて多発肝腫瘍影を認め、同日当科入院となった。腹部造影CTでは、動脈相でlow、門脈相、平衡相で、辺縁から染まっていく多発肝腫瘍影を認め、膵頭十二指腸領域にリンパ節転移と思われるリンパ節腫大を数個認めた。また膵鉤部に境界不明瞭なiso low densityな領域の存在が疑われた。CA19-9、DUPAN-2、Span-1が軽度の高値を認め、MRI拡散強調画像、PET-CTにて転移を示唆するリンパ節とともに膵鉤部に境界不明瞭な病変を認めたと、膵鉤部悪性腫瘍を疑いEUSを施行した。EUSでは膵鉤部に29.6×19.9mmのlow echoic不整形の比較的境界明瞭な腫瘍と肝門部の19.6mmのリンパ節を捉え、FNAを行った。その結果、裸核様の細胞、好酸性胞体を有する細胞を胞巣状に認め、免疫染色ではCD56陽性、Chromogranin A一部陽性、Ki-67陽性率は2%未満で神経内分泌腫瘍；NET(G1)のパターンであったが、CKAE1/AE3が強陽性とNETにやや矛盾する所見であった。肝生検を追加した結果、Ki-67陽性率は10%でNET(G2)と診断に至った。十二指腸潰瘍がありラベプラゾールが処方されていたにもかかわらず、ガストリン軽度高値を示しているのみであったため、非機能性と判断した。治療としてエペロリムス10mg/日で開始したが、Grade3の口内炎が出現し、休薬減量し、現在5mg/日隔日投与を継続している。3ヶ月後の評価ではSDであった。膵腫瘍全体のうち膵神経内分泌腫瘍の頻度は34%で比較的稀で、画像診断では辺縁整な境界明瞭な腫瘍として捉えられるのが一般的である。本症例では造影CT、MRIにて境界不明瞭で、EUSにより最も明瞭に原発巣の描出が可能となり、FNAおよび肝生検にて確定診断に至った。若干の文献的考察を加え報告する。

#### 008

腫瘍径1cm未満の非機能性膵神経内分泌腫瘍の2切除例

大阪中央総合病院 外科

○藤村 侑、田端 正己、阪本 達也、前田 光貴、春木 祐司、大澤 一郎、加藤 憲治、岩田 真、三田 孝行

近年の画像診断技術の進歩により、腫瘍径の小さい非機能性膵神経内分泌腫瘍(pNET)に遭遇する機会が増加してきている。散発性の非機能性pNETに対しては、国内外のガイドラインともに、リンパ節郭清を伴う膵切除を推奨しているが、このうち腫瘍径1cm未満の症例では、核出術(膵・消化管神経内分泌腫瘍ガイドライン)や経過観察(NCCNガイドライン)も選択肢として示されており、その取扱いや術式の選択に

については未だ十分なコンセンサスは得られていない。最近、われわれは腫瘍径1cm未満の非機能性pNETの2切除例を経験したので報告する。【症例1】51歳男性。人間ドックの腹部エコーで膵腫瘍を指摘された。腹部CTでは膵体部に、平衡相で良く造影される径9mm大の腫瘍を認め、EUSでは辺縁不整な低エコー腫瘍として描出された。EUS-FNAでは小型円形および多角形細胞が散在性、一部重積性を伴う集塊で観察され、NETが示唆された。脾・脾動脈温存膵体尾部切除を施行。免疫染色ではシナプトフィジン(+)、クロモグラニン(+), NET G1,y0,v0,ne1と診断された。術後5ヶ月無再発生存中である。

【症例2】68歳女性。間質性膀胱炎でフォロー中の腹部エコーで膵嚢胞が疑われ、精査のCTで膵頭部に径7mm大の腫瘍が指摘された。腫瘍は動脈相で良く造影され、門脈相 平衡相まで造影効果が持続した。EUSでは境界明瞭な低エコー腫瘍で、ドップラーでは豊富な血流が観察された。EUS-FNAでは、小型類円形核を有する細胞が集塊から散在性、裸核に観察され、免疫染色ではシナプトフィジン(+), クロモグラニン(+/-)であり、NETが示唆された。亜全胃温存膵頭十二指腸切除+D2郭清を施行。組織学的にはNET G1,y0,v0,ne0で、リンパ節転移も認められなかった。術後2ヶ月、無再発生存中である。

## 009

嚢胞様構造が多発し診断に苦慮した膵癌の1例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科、

<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科

○上村 聡美<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、梶原 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、斉藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>、馬場 洋一郎<sup>3</sup>

【症例】86歳男性。近医の腹部超音波検査で膵腫瘍を指摘され当科を紹介。USでは膵体尾部に長径10cmの不整形腫瘍を認め、内部は高低、無エコーが混在して描出された。CTの造影態度は不均一であったが、内側に遅延性濃染領域を認めた。MRIのT1/T2強調像は主に低信号/高信号を呈したがが全体的に不均一であった。ADC-mapでは腫瘍内側が低信号、外側が高から低信号を呈した。膵悪性腫瘍と診断したが、年齢と呼吸器合併症のため緩和医療の方針となった。画像所見から粘液癌、SCN、IPMN由来浸潤癌、SPNを鑑別に挙げたが、典型像とは異なるため、死後に病理解剖を行った。剖検時の肉眼所見は膵体尾部を中心に存在する長径14cm大の巨大腫瘍を認め、内部および辺縁には多発する大型嚢胞を認めた。嚢胞内には粘調度の高い粘液が充満していた。組織学的には全体が高分化から中分化主体の管状腺癌を呈する膵管癌であった。【考察】Kosmahlらは、嚢胞構造を伴う膵腺癌の頻度を8%と報告しており、large gland feature(5%)、degenerative cystic change (1.6%)、retention cyst (0.8%)、pseudocyst (0.4%) に分類している (Modern Pathology 2005,1157-1164)。本症例はlarge gland featureと考えるが、通常型膵癌としては非典型的な画像所見を呈し、診断に苦慮した。腫瘍の成り立ちや嚢胞を伴う膵癌について考える上で興味深い症例と考え、画像と病理所見の対比、文献的考察を加え報告する。

## 010

直腸癌を合併した膵pT1退形成性癌の1例

永井病院 外科

○小林 基之、佐藤 梨枝、永井 盛太、松田 信介、鈴木 英明

膵退形成性癌は浸潤性膵管癌の1組織型で、全膵癌中の0.16-0.8%を占める稀な腫瘍である。通常の浸潤性膵癌に比して悪性は極めて高く、発見時には既に進行し大きな腫瘍を形成していることが多い。本邦ではpT1退形成癌の報告は過去に3例をみるにすぎない。今回、われわれは直腸癌を合併した極めて稀なpT1退形成癌の1切除例を経験したので報告する。【症例】77歳男性。数日前から続く心窩部不快感とタール便を主

訴に来院。血液検査ではHb 9.3g/dl、T-bil 0.5 mg/dl、AST/ALT 25/7 IU/l、LDH 176IU/l、Amy 90IU/l、CEA 13.2ng/ml、CA19-9 37.4U/ml、DUPAN-2 1600U/ml、Span-1 60.0U/mlであった。腹部単純CT検査では膵頭部に大きさ1.8cm、一部に高吸収域を示す腫瘍を認めた。造影CTでは腫瘍は門脈相から後期相にかけて造影され、内部には造影不良の低吸収域を認めた。腫瘍より尾側の膵管は拡張していた。また、直腸に造影効果のある壁肥厚を認めた。MRI検査では膵腫瘍は拡散強調画像で高信号、ADC mapで低信号を示した。ERPでは膵頭部の主膵管に不正な狭窄を認め、尾側膵管は拡張していた。膵液の細胞診はclassIIIであった。大腸内視鏡検査にてRbに2/3周を占める2型腫瘍を認め、生検結果は高分化管状腺癌であった。以上より浸潤性膵管癌と直腸癌の重複癌と診断し、門脈合併亜全胃温存膵頭十二指腸切除術およびHartmann手術を行った。膵腫瘍は大きさ1.8x1.3cm、断面は出血を伴い暗赤色から茶色を呈した。出血部位では腫瘍細胞の退形成性変化が高度で大型不整な核を示し、一部に管腔形成能を示す膵管癌も混在しており、巨細胞型退形成性膵管癌と診断された。INFβ, ly1, v0, ne1, mpd(+), PCM(-), BCM(-), DCM(-), pT1pN0M0 StageIであった。直腸腫瘍は高分化管状腺癌、INFα, Med, pSS, ly0, v0, ex0, pN0, DMO, RMO, pT3N0M0 StageIIAであった。術後経過は良好で、術後6か月無再発生存中である。

## 011

腫瘍径5mmのT1膵癌の1切除例

愛知県がんセンター中央病院 消化器外科

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

症例は64歳の女性で、下腹部痛のため近医を受診し、腹部超音波・CTにて主膵管の拡張を指摘され、精査加療目的にて当院へ紹介受診となった。EUSでは膵体部の主膵管狭窄部に一致して5mm弱の低エコー腫瘍を認め、腹部造影CTで同部に新増性に造影される領域を認めた。ERPでは膵体部に主膵管の狭窄と尾側膵管の拡張を認めた。狭窄部に対して行ったブラシ細胞診の結果はAdenocarcinomaであった。腹部CTでは明らかなリンパ節腫大、遠隔転移は認められなかった。膵体部癌 [cT1N0M0]の診断で膵体尾部切除術を施行し、経過良好にて術後14日目に退院となった。病理組織検査においては、pT1:Pb, 5x5mm, S-, RP-, PV-, A-, PL-, TUB2, INT, INFb, LY1, V0, NEO, MPD+, PCM-, DPM-, pN0(0/22) (pT1N0M0, pStage I A (UICC 7th Ed.), pT1N0M0, Stage I (JPS 6th))であった。退院後、術後補助化学療法としてTS-1(80mg/m<sup>2</sup>)の内服を開始し、術後6か月間無再発生存中である。膵癌は他臓器癌に比べ、きわめて予後が不良な疾患のひとつである。その治療成績は診断時の腫瘍進展度大きく依存しており、腫瘍径は特に重要な予後規定因子とされている。当科での小膵癌の治療成績も含め、文献的考察を加え報告する。

## 012

FOLFIRINOXが著効した膵癌多発肝転移の一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○吉田 健作、岩下 拓司、上村 真也、奥野 充

【症例】64歳男性。主訴は腰背部痛。既往歴としてB型肝炎と診断されている。2014年4月の健康診断で腹部エコーにて肝腫瘍を指摘され、腰背部痛も自覚したため当院を受診した。腹部CTで膵尾部に39x24mmの腫瘍を認め、肝内に多発腫瘍および腹腔内リンパ節腫脹を認めた。膵尾部の腫瘍に対してEUS-FNAを施行したところ adenocarcinoma を認め膵尾部癌 (stage 4b) と診断し、FOLFIRINOX (FX) を施行することとした。FXはオキサリプラチン 85mg/m<sup>2</sup> SUP>2</SUP>、イリノテカン 150mg/m<sup>2</sup> SUP>2</SUP>、レボホリナート 200mg/m<sup>2</sup> SUP>2</SUP>、5-FUの急速静注

投与を中止し2400mg/m<sup>2</sup><SUP>2</SUP>の持続投与のみを施行する modified regimenで行うこととした。またB型肝炎に対してエンテカビル の予防内服を開始した。治療開始後には重篤な副作用は認めなかったが、1コース目後Grade 3の好中球減少を認めオキサロプラチンの減量を行った。4コース目が終了した時点での効果判定では膵尾部腫瘍は30×23mmまで縮小を認め、SDであった。その後grade 3の好中球減少を繰り返したためイリノテカン・オキサロプラチンを随時プロトコールに沿って減量し最低基準量で治療を行った。10コース終了時点での画像評価では、肝転移巣、リンパ節腫脹は消失し、膵尾部腫瘍は25mmまで縮小しPRであった。CA19-9は6529.3U/ml→31.6U/mlに正常化した。さらにEOB-MRI、PET-CTを施行したが、膵尾部の腫瘍のみ残存し、肝転移、リンパ節転移は指摘できなかった。患者本人と相談し膵体尾部切除を施行することとした。術中所見においても、肝臓転移、リンパ節転移を指摘できず。腹水細胞診も陰性であったことから、予定通り膵体尾部切除を施行した。病理結果はリンパ管侵襲、静脈侵襲、神経周囲浸潤を認めたが、膵切除断端、脾動脈に腫瘍の浸潤は認めなかった。【結語】膵癌に対するFX療法は既存の化学療法に比べ奏効率が高く、手術不能膵癌が加齢により手術可能になる症例が増加することが期待される。今回、FXが著効し外科的切除を施行した膵癌多発肝転移の一例を経験したために、若干の文献的考察も含めて報告する。

#### 013

生活習慣病既往歴の有無による、急性膵炎の重症度と腹膜刺激症状との関連性の検討

岡崎市民病院

○大塚 利彦、内田 博起、後藤 研人、平松 美緒、加治 源也、梶川 豪、服部 峻、山田 弘志、徳井 未奈礼、飯塚 昭男

【目的】急性膵炎の重症度に関連する臨床所見は、ショックや呼吸不全といった臓器不全徴候以外あまり知られていない。患者背景の違いにより、臨床徴候の現れ方が変わり、同一所見でも診断への有用性が異なる可能性がある。そこで生活習慣病（高血圧・脂質異常症・糖尿病）既往歴の有無により、急性膵炎の重症度と腹膜刺激症状（反跳痛・筋性防御・tapping pain）との関連性が異なるかどうかを検討した。【方法】2012年4月1日から2014年12月31日までの間に当院救急外来を受診し、急性膵炎と診断され入院となった患者149例を対象とした。二元配置分散分析により、生活習慣病既往歴と腹膜刺激症状の有無について、入院日数に対する主効果と交互作用効果を解析した。また既往歴の有無それぞれの群について、腹膜刺激症状の重症度に関するオッズ比を解析した。【結果】149例中、重症は34例であり、また生活習慣病既往歴を持つものは72例であった。入院日数に対して、生活習慣病既往歴と腹膜刺激症状の有無との交互作用は有意であった（ $F(1,140)=11.4, p=0.001$ ）。既往歴のある群において腹膜刺激症状の単純主効果は有意であるが（ $F(1,140)=14.7, p=0.000$ ）、既往歴のない群においては有意でなかった（ $F(1,140)=0.798, p=0.373$ ）。また、腹膜刺激症状の急性膵炎重症度に関するオッズ比は、全患者において2.78（95%CI：1.11 6.94）であり、生活習慣病既往歴のある群において10.1（95%CI：2.45 41.7）であるのに対して、既往歴のない群においては0.87（95%CI：0.22 3.55）であった。【結論】生活習慣病既往歴のない患者において、腹膜刺激症状の所見は急性膵炎の重症度と関連性がない。一方で、既往歴を持つ患者において、腹膜刺激症状は重症度と強い関連性を有することが示唆された。

#### 014

排液中アミラーゼ濃度が高値を示した感染性膵壊死に対し、経皮的および経乳頭的ドレナージを実施した1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○佐藤 辰宣、菊山 正隆、大野 和也、白根 尚文、黒上 貴文、

川合 麻実、青山 春奈、榎田 浩平、増井 雄一、青山 弘幸

【症例】76歳、男性。急性膵炎発症後の感染性膵壊死にて、発症から3週目に紹介された。膵腹側に、内部にガス像を伴う、肥厚した壁を有する多房性嚢胞を認めた。ドレナージが必要と判断し、EUS-CGSを実施したが、EUS-CGS後CTにて嚢胞腔の残存があり、経皮的にもドレナージを追加した。嚢胞ドレナージ排液アミラーゼ濃度が高値であった（22,510 U/l）。膵管破綻を疑い、ERCPを実施したところ、2型膵管分枝癒合に加えて、膵体部より高度のextravasationを認めた。経乳頭にて経鼻膵管ドレナージ（ENPD）を、先端を嚢胞腔に位置し、留置した。ENPD留置の操作にてCGSドレナージチューブは脱落したが、経皮およびENPDにて全ての膿瘍腔がドレナージされた。これらの処置にて2カ月で膿瘍腔は著しく縮小した。6ヶ月で膿瘍腔は消失し、ENPDを鉗鉗子で切断し内妻チューブとし、経皮ドレナージを抜去した。9ヶ月で経乳頭内妻チューブを抜去し、治療を終了した。【考察】感染性膵壊死の治療にはドレナージが基本だが、ドレナージ液のアミラーゼ濃度が高値では膵管破綻の合併が推定され膵管修復の為に膵管ドレナージが必要となる。ドレナージ液のアミラーゼ濃度は膵管の状態を把握や治療戦略構築に情報を提供する。

#### 015

膵膿瘍を併発した後腹膜穿孔の高齢者に対して内視鏡的集学治療を行い救命した1例

松波総合病院 消化器内科

○樋口 正美、古賀 正一、全 秀禎、藤井 淳、豊田 剛、浅野 剛之、佐野 明江、早崎 直行、伊藤 康文

症例は90歳代女性。2014年7月胆管結石の内視鏡治療目的で当科入院した。胆管結石に対してのERCPで結石除去を行い、ENBDを留置し終了した。翌々日に急激な炎症反応上昇を認め、CT施行したところ後腹膜穿孔を認めた。外科と検討したが、高齢でもあり外科手術はリスクが高いと判断し、ENBD留置のまま胆道ドレナージのもとに、絶食、点滴、抗生剤、膵酵素阻害薬投与を行い、保存的治療を行う方針となった。その後徐々に炎症反応が悪化し、膵膿瘍が出現した。膵膿瘍の悪化、高熱、腹部膨満の増悪を認め、緊急の対応が必要と考え、十分なインフォームド・コンセントのもと、後腹膜穿孔に対して、胆管メタリックステント（フルカパー）を留置し穿孔部を閉鎖し、同日膵膿瘍に対して、超音波内視鏡下膵膿瘍ドレナージ術を施行した。その後徐々にバイタルサインは改善したが、膵膿瘍は残存し内視鏡的ネクロセクトミーを追加した。週2回約一カ月間内視鏡的ネクロセクトミーを継続し、膵膿瘍はほぼ消失した。徐々にリハビリを進めていき、経口摂取可能になり退院した。ERCPの合併症として後腹膜穿孔は極力避けたいものであるが、万一起きた時には迅速な対応が必要である。従来十二指腸乳頭近傍の後腹膜穿孔に対して、外科手術又はENBD留置下での厳重管理が一般的に行われてきた。本症例のようにENBD留置でも改善せず、かつ高齢等の理由で外科手術が困難な場合、穿孔部を胆管メタリックステント（フルカパー）で閉鎖するという方法は救命のための有用な手法と考えられる。又、穿孔部を閉鎖できればそのまま同日に内視鏡下に超音波内視鏡下経胃膵膿瘍ドレナージも可能と考えられる。

#### 016

術前に腎癌膵浸潤・膵頭部腫瘍と診断した自己免疫性膵炎の一例

安城更生病院 内科

○浅井 清也、馬淵 龍彦、東堀 諒、三浦 眞之佑、鶴岡 一誠、岡田 昭久、細井 努、竹内 真実子

症例は70歳代男性。主訴は褐色尿、黄疸。既往歴は糖尿病、脂質代謝異常。2014年2月下旬より褐色尿が出現、同年3月初旬に近医受診、採血で肝胆道系酵素の上昇、腹部単純CT検査で左腎癌膵浸潤が疑われ

当院紹介となった。初診時は腹部平坦、軟で自発痛、圧痛はなし、眼球結膜、皮膚に黄染を認めた。血液検査はAST 112 IU/L、ALT 199 IU/L、空腹時血糖297 mg/dl、HbA1c 9.1%、CEA 1.1 ng/ml、CA19-9 156 U/ml、DUPAN-2 390 U/l、抗核抗体陰性、IgG4 173mg/dl。腹部ダイナミックCTでは左腎上極に動脈相で不均一に濃染する2.6×2.7cmの腫瘍性病変を認め、腫瘍周囲にも膵尾部に連続する辺縁不明瞭な軟部影の広がりを認めた。また膵内胆管は狭窄し、周囲に動脈相で低吸収で遷延性に造影効果のある12mm大の領域を認めた。他臓器に特記所見は認めなかった。MRIでは膵頭部病変はT1、T2強調像で正常膵実質と等信号であり拡散強調像で高信号を呈した。膵尾部は腫大し、主膵管の限局性の狭窄を認め、T2強調像で淡い高信号、拡散強調像でも高信号を認めた。ERCPでは頭部主膵管の途絶、下部胆管に全周性の狭窄を認めた。腹部超音波検査では下部胆管の壁肥厚、上流側胆管の拡張を認めた。膵尾部病変は腎癌の浸潤を、膵頭部病変は脾癌、腎癌転移、自己免疫性膵炎を疑った。FNAや診断的ステロイド治療を検討したが血糖管理が不良であり、また腎癌は早期の外科的治療が必要と判断したため、膵全摘術、脾摘、左腎摘出術を施行した。病理組織は、膵尾部が左腎臓に癒着しており、高度のリンパ球、形質細胞浸潤と著明な線維化が認められた。膵頭部病変はリンパ球や形質細胞浸潤を高度に伴った胆管周囲の線維化で、硬化性胆管炎と考えられた。この部分の胆管及び膵尾部周囲においてIgG4/IgG陽性細胞率は50-60%、IgG陽性形質細胞は30-40/HPFであった。左腎病変は淡明な細胞を有する腫瘍細胞が小胞巣状を呈して増殖する腎癌で、膵尾部へ続く広範な線維化に広く接していたが、腎に限局していた。膵外への広汎な線維化を認めた自己免疫性膵炎を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 017

好酸球性胃腸炎に合併した膵腫瘍の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

○坪井 順哉<sup>1</sup>、井上 宏之<sup>1</sup>、山田 玲子<sup>1</sup>、田野 俊介<sup>2</sup>、  
作野 隆<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>、竹井 謙之<sup>1</sup>

症例は42歳、女性。2014年5月心窩部痛を主訴に近医を受診し、血液検査にてアミラーゼ高値、各種画像検査にて膵頭部腫瘍を認めた。血清IgG4は正常範囲でPETでは脾のみに集積を認めた。EUS-FNA含めた精査の結果、腫瘍形成性膵炎が疑われ経過観察となった。経過中に下部胆管狭窄、胆管炎を発症しERBDが留置された。約3か月後に施行した造影CTでは膵頭部腫瘍は縮小していたが、新たに膵体部に腫瘍性病変が出現しており精査加療目的に9月に当院に紹介受診となった。当院で施行したCTでは膵体部周囲の軟部影、腹水、腸間膜リンパ腫脹、門脈狭窄を認めた。当院での血清IgG4、末梢血の好酸球も正常範囲内であったがIgEが828IU/mlと著明な高値であった。EUS-FNAを再検したが、少数のリンパ球、形質細胞浸潤を認めるのみで悪性所見は認めなかった。上部内視鏡検査を施行し胃粘膜の生検を行ったところ多数の好酸球浸潤が認められた。下部内視鏡検査では内視鏡所見、生検含め特記所見を認めなかった。以上より好酸球性胃腸炎、腫瘍形成性膵炎の診断でPSL (30mg/日)の内服を開始した。治療には遷延していた腹痛の症状は改善した。また、その後に施行したCT、MRIでは膵腫瘍、腹水、腸間膜リンパ節腫脹、門脈狭窄は消失していた。<BR>好酸球性胃腸炎に合併した腫瘍形成性膵炎は非常に稀な疾患であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

## 018

大腸全摘、回腸囊肛門吻合後に回腸囊脊柱管瘻から脊髄硬膜外膿瘍を生じた潰瘍性大腸炎の一例

<sup>1</sup>三重大学大学院 消化管・小児外科学、

<sup>2</sup>三重大学大学院 先端の外科技術開発学

○市川 崇<sup>1</sup>、荒木 俊光<sup>1</sup>、近藤 哲<sup>1</sup>、川村 幹雄<sup>1</sup>、大北 喜基<sup>1</sup>、  
廣 純一郎<sup>1</sup>、岡山 裕二<sup>1</sup>、小林 美奈子<sup>2</sup>、大井 正貴<sup>2</sup>、  
田中 光司<sup>1</sup>、井上 靖浩<sup>1</sup>、内田 恵一<sup>1</sup>、毛利 靖彦<sup>1</sup>、楠 正人<sup>1</sup>

【はじめに】脊髄硬膜外膿瘍は稀な疾患であるが、疼痛、麻痺を生じうするため神経学的に緊急を要する疾患である。今回、我々は大腸全摘、J型回腸囊肛門吻合術後の潰瘍性大腸炎患者に生じた、回腸囊脊柱管瘻に起因する脊髄硬膜外膿瘍の一例を経験したので報告する。<BR>【症例】38歳男性。25歳時に潰瘍性大腸炎(直腸炎型)を発症。プレドニゾロン、アザチオプリンでの内科的加療を施行されていたが、治療抵抗性であったため、33歳時に当科紹介となり、大腸全摘、J型回腸囊肛門吻合、回腸人工肛門造設術を施行した。術後経過良好で、同年回腸人工肛門閉鎖術を施行した。その後、難治性の薬剤依存性回腸囊炎のため、外来で保存的加療を施行していた。<BR>術後5年ころより腰痛が出現し、徐々に増強を認め、また両大腿外側のしびれを認めた。注腸検査で回腸囊からの瘻管を認め、CTでは瘻管は仙骨硬膜外に連続し膿瘍形成を認めた。回腸囊脊柱管瘻に起因する脊髄硬膜外膿瘍と診断し、感染制御のため手術とした。術中所見では回腸囊断端は離解しており、同部位より仙骨岬角に穿通し脊柱管と交通していたため、回腸囊断端の瘻孔部分を縫合閉鎖し、回腸人工肛門を造設した。術後は症状軽快し外来経過観察となっていたが、外来での注腸検査および、MRIで回腸囊断端からの瘻管の遺残を認めたため、再度瘻孔切除術、膿瘍デブリードマン、回腸人工肛門造設術を施行した。6か月後、瘻管消失を確認のち回腸人工肛門閉鎖術を施行。現在明らかな神経学的異常所見もなく、経過良好で外来経過観察中である。<BR>【結語】潰瘍性大腸炎術後の骨盤感染は治療に難渋することがあるが、回腸囊脊柱管瘻に起因する脊髄硬膜外膿瘍に対し回腸囊を切除することなく、良好な経過を得た。過去の文献のreviewを加え報告する。

## 019

メサラジン投与中に心膜炎を発症した潰瘍性大腸炎の一例

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】52歳男性。平成25年頃より1日10回程度の下痢および少量の血便が出現し、平成26年11月に当科を紹介受診した。大腸内視鏡検査を施行したところ、直腸から脾湾曲部まで連続性に粘膜粗造、浮腫、血管透見像消失、多発びらんの所見を認めた。また生検では潰瘍形成、crypt abscess、高度炎症細胞浸潤の所見を認め、活動期の左側大腸炎型潰瘍性大腸炎(UC)と診断した。UCの重症度分類では中等症に分類されたため、外来でメサラジン3.6g内服による寛解導入療法を開始した。メサラジン開始後いったんは下痢が改善傾向となったものの、第10病日より強い腹痛と黒色便が出現し、排便回数も20回以上に増悪を認めた。第15病日には39℃台の発熱と倦怠感も出現したため当科を再受診し、UC増悪の疑いにて同日より入院となった。第16病日よりPSL30mg内服を追加したところ全身状態は改善傾向となったが、第19病日に再度39℃台の発熱、心窩部痛およびCRP上昇を認めた。明らかな感染源は指摘できず、第20病日に大腸内視鏡検査を再検したところ粘膜所見は改善傾向でありUCの増悪は否定的と考えられた。同日施行した心電図にて非特異的なST上昇を認め、当院循環器内科へコンサルトしたところメサラジンによる薬剤性心膜炎が疑われた。同日よりメサラジンを中止したところ、熱型、心窩部痛およびCRPは速やかに改善を認めた。第29病日に経過良好にて退院となり、以後外来でPSLを漸減しているがUCの増悪は認めていない。【考察】UCの腸管外合併症として心膜炎は稀な疾患だが、重症化すると緊急的な救命処置を必要とする可能性があり、注意を要する病態である。発症の原因として、SASPやメサラジンによる薬剤性と、自己免疫機序が関与したと考えられる非薬剤性が報告されている。今回われわれは、

メサラジン投与中に心膜炎を併発した潰瘍性大腸炎の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 020

深在性真菌症を併発した87歳の難治性潰瘍性大腸炎の1例

刈谷豊田総合病院 内科

○大脇 政志、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、室井 航一、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、溝上 雅也、井本 正巳、山本 怜、平松 孝嗣、宮地 洋平

【症例】86歳、男性。主訴は下痢。既往歴は脳梗塞・高血圧症。平成12年に近医で潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、平成14年にUCの再燃にて、当科に紹介受診した。mesalazineを内服し、時にUCの再燃・寛解を繰り返す。prednisolone(PSL)の内服(20mg/日以下)を再開・減量するステロイド依存性UCであった。平成26年11月より下痢・下血が出現し、UCの再燃にて、mesalazineに加えPSL20mg/日を内服したが、CRP8.26mg/dl、Hb10.5g/dl、排便10回以上と増悪を認めたため、12月11日に当科入院となった。発熱はなく、UC、中等症にて、絶食・補液・PSL45mg(1mg/kg)静脈注射・顆粒球吸着療法の治療を開始した。下痢・下血は減少傾向で、CRP1.95 mg/dlと低下したため、12月15日より食事を開始し、PSL30mgに減量した。12月17日より熱発を認め、CRP4.15 mg/dl、WBC2200/ $\mu$ l、 $\beta$ -Dグルカン15.6pg/ml、サイトメガロウイルス(CMV)pp65抗原陽性であった。CMVの個数は入院時と不変であり、CMV感染による発熱とは考えにくく、UCの症状の増悪は認めず、胸部腹部単純CT検査にて両側下肺野に肺炎像を認め、PSLを長期間投与しており、UCに併発した日和見感染症、深在性真菌感染症と診断した。micafungin100mg・Ceftazidime2gを開始し、12月22日に $\beta$ -Dグルカン34.7 pg/mlと上昇し、trimethoprim80mgも追加した。12月26日には、 $\beta$ -Dグルカン15.0 pg/mlと改善し、胸部腹部単純CT検査でも肺炎像は改善傾向であった。PSL5mgに漸減し、抗菌剤で日和見感染をコントロールできたが、依然、下痢・下血が継続しており、infliximab(IFX)を投与することとした。2015年1月7日、初回のIFX(5mg/kg)を投与し、1月14日に大腸内視鏡検査施行し、UCの活動性は入院時より改善していた。入院中IFXを2回行い、エンターール使用しながら、少しずつ食上げし、2月2日退院となった。【結語】自験例は、PSLの長期使用により、深在性真菌症を併発した87歳と超高齢の難治性潰瘍性大腸炎であり、高齢でありながらIFXの併発症も無く、UCに著効した貴重な症例であった。

## 021

Infliximab (IFX)が著効した壊疽性膿皮症合併潰瘍性大腸炎の一例  
静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、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、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

壊疽性膿皮症(PG)は、炎症性腸疾患の腸管外合併症の皮膚疾患として知られている。しかし、潰瘍性大腸炎(UC)と診断された中で、PGが合併する割合は0.65%と比較的少ない。今回我々は、PGを併発したUC患者でIFXが著効した一例を経験したのでここに報告する。症例は60歳代女性。2000年他院で左半結腸型のUCと診断された。ステロイド依存性の難治性UCであり、血球除去療法を行うも寛解導入が困難であった。2010年11月セカンドオピニオンで当院を受診され、その後の治療を当科で行った。プレドニゾロン(PSL)減量中止しメサラジン3600mg/day投与にて寛解した。その際、右大腿部・左手背・左外踝のPGは癒着化していた。2012年右下腿に発赤腫脹を認め近医で切開を受けた。症状改善せず当院皮膚科受診、同部位は紫褐色の壊死性変化を認めPG増悪と診断され治療が行われた。PSL投与にも反応

せずシクロスポリン(CyA)200mg/dayが投与された。潰瘍は改善に伴いCyA減量したが、同年12月持続する発熱・下痢・血便を認めた。感染症の合併・UC増悪が疑われCyA中止し当科入院となった。内視鏡所見よりUC増悪と診断しPSL投与を行ったが改善せずIFX5mg/kgを追加し速やかに血便は消失し寛解が得られた。しかし、15ヵ月間外来通院を自己中断され、2014年7月再度PGが増悪し皮膚科入院となった。下痢・血便も認めており内視鏡所見よりUC増悪と診断した。再度IFX5mg/kg、CyA150mg/dayを投与し、PGの潰瘍に関しては完全に上皮化、下痢・血便も消失した。現在、外来にてIFX継続、CyA減量しUC、PG共に再燃を認めていない。

## 022

潰瘍性大腸炎発症10年の40代男性に併発したS状結腸粘液癌の1例

順天堂大学 医学部 附属静岡病院

○佐藤 祥、成田 諭隆、村田 礼人、亀井 将人、甘楽 裕徳、佐藤 俊輔、金光 芳生、嶋田 裕慈、玄田 拓哉、飯島 克順、永原 章仁

【症例】41歳男性【主訴】高熱、腹痛、血便【現病歴】10年前に腹痛、発熱、血便を伴う下痢を主訴に当科を受診し大腸内視鏡で潰瘍性大腸炎(UC)全結腸型と診断された。5-ASA製剤内服とステロイド注腸などで治療していたが入院1か月ほど前から血便と腹痛が増悪し症状がひどくなり救急外来を受診した。高熱、WBC 17.5 $\times 10^4$ / $\mu$ l、CRP 4.8mg/dlと炎症反応上昇を認めCTを撮影したところS状結腸の全周性壁肥厚と周囲の脂肪織濃度上昇が顕著であり同日緊急入院した。【入院経過】炎症所見や腹痛が強かったため水溶性プレドニゾロン点滴(60mg)を5日間、その後内服3mgを継続した。治療開始2週間で炎症所見は赤沈を含め陰性化し腹部症状も消失したがCT所見に変化がみられなかった。入院20日目にCFをおこなったところ粘膜脱落、易出血性、狭窄がみられUCとしては非典型的だったが炎症所見が強いと判断し21日目からL-CAPを開始した。内視鏡が狭窄部を通過しなかったため注腸造影を行った。S状結腸 上部直腸まで全周性の狭窄がみられ下行結腸は深はハウストラが保たれていた。これらの所見から腸間膜脂肪線炎をうたがいでステロイド継続、フラジール投与を開始したが、CEA高値が判明し病理報告で粘液癌と診断された。このため、全結腸切除を考慮したが腹膜播種しており人工肛門造設のみ行われ現在は化学療法(mFOLFOX6)を開始している。【考察】慢性持続型のUCでは発癌のリスクが高まるとされ、Eadenらの報告ではUC発症後10年の累積発癌率は1.6%、20年では8.3%とされている。通常型大腸癌と比べcolitic cancerは病理や画像診断的に特異なパターンを示すことが多いとされ、本症例もCTでは腫瘍性の形態をとらず当初はUC増悪などを考えたため診断確定まで時間を要し反省すべき症例であった。

## 023

当院におけるUC関連胃・十二指腸病変の検討

<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>名古屋大学附属病院 光学医療診療部

○澤田 つな騎<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、名倉 明日香<sup>2</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>、船坂 好平<sup>2</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、石黒 和博<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、安藤 貴文<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>12</sup>

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)は大腸だけでなく、他の消化管に病変が出現することが知られており、近年、UCに関連した胃・十二指腸病変(ulcerative gastroduodenal lesion: UGDL)の報告がみられる。UCの8%に認めたとの報告もあり、比較的高頻度に認めるはずであるが、実際には病変があってもUGDLと認識されず、見過ごされている可能性がある。そこで、本検討の目的は当院におけるUGDLと考えられる症例を抽出し、その頻度、臨床的特徴などを明らかにすることとし

た。【方法】2010年1月1日以降、当院通院中の潰瘍性大腸炎症例で、上腹部症状の精査目的や、スクリーニング目的で上部消化管内視鏡検査を行った98症例(平均年齢:50.5±16.2歳、男/女=52/46例)を対象とした。対象の胃・十二指腸の所見をretrospectiveに見直し、UGDLを疑う内視鏡所見を認めた症例をUGDL群、それ以外の症例を非UGDL群として両群を比較検討した。また、UGDL群の臨床的特徴を検討した。非UGDL群91例(92.9%)、UGDL群7例(7.1%)であり、2群間で年齢、性別に有意差を認めなかった。ステロイド依存・抵抗例(非UGDL群:43/91例、UGDL群:7/7例)、大腸全摘例(非UGDL群:16/91例、UGDL群:6/7例)はUGDL群で有意に頻度が高かった(P<0.05)。術後回腸炎の合併(非UGDL群:3/16例、UGDL群:2/6例)はUGDL群で多い傾向はみられたが有意差は認めなかった。UGDL群は、全例が大腸炎型であった。全例で十二指腸病変を認め、3例では胃病変も合併していた。4例で心窩部痛などの腹部症状を併せていた。UGDLに対する治療は3例で5-ASA内服となっていたが、他の4例は無治療もしくは、PPIのみの投与となっていた。【結語】UGDLはステロイド依存・抵抗例や、大腸全摘例に多く、術後症例は回腸炎との合併も多い傾向が見られた。また、当院の検討でも7.1%と、比較的高頻度に胃・十二指腸病変を認めたが、UGDLとの認識が不十分であると、病変が指摘されても、適切な治療がされない可能性が示唆された。

## O24

### 胆嚢結石嵌頓による胆嚢B5胆管瘻の一切除術

<sup>1</sup>済生会松阪総合病院 外科、<sup>2</sup>済生会松阪総合病院 内科

○市川 健<sup>1</sup>、河埜 道夫<sup>1</sup>、近藤 昭信<sup>1</sup>、田中 穰<sup>1</sup>、長沼 達史<sup>2</sup>、橋本 章<sup>2</sup>

【症例】70歳男性。1か月前からの右季肋部痛を主訴に当院内科受診。腹部エコーで胆嚢壁の肥厚と胆嚢内に最大19.8mmで複数個の結石を認め、胆石性胆嚢炎と診断。DIC-CT、ERCPではB5胆管が胆嚢管と共通管を形成して総胆管に合流する分岐異常を認め、胆嚢頸部で結石が嵌頓し胆嚢内は造影されなかった。B5胆管にENBDを留置した後、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行。胆嚢頸部で胆嚢管とB5胆管は別々に剥離可能で先に胆嚢管をクリップし、ENBD造影を行ったが胆嚢頸部の結石嵌頓部を介してB5胆管から胆嚢が造影されたため、胆嚢B5胆管瘻と診断した。このためB5胆管の合併切除を行うこととし胆嚢を肝床より剥離した後、B5の肝への流入部を確認しB5の肝側に無水エタノールを注入した。B5胆管両端をクリップ後切離し胆嚢と一塊に摘出した。術後胆汁瘻や胆管炎などの合併症は認めず、術後第11病日に退院した。【まとめ】今回、稀な胆嚢結石による胆嚢B5胆管瘻を認め、腹腔鏡下B5胆管部分切除とその末梢胆管にbiliary ablationを加え胆嚢摘出術を施行し、術後良好な経過が得られた一例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

## O25

### 胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスの一例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○大橋 彩子、中江 康之、浜島 英司、仲島 さより、坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、室井 航一、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也

【症例】73歳、女性。【主訴】嘔気。【既往歴】糖尿病、帝王切開、白内障手術。【現病歴】2014年7月3日から下痢、嘔気があり、7月4日に近医受診。内服を処方されたが改善せず、その後便が出なくなつた。7月6日夕から左下腹部痛も出現し、当院救急外来を受診した。【初診時現症】体温37.3℃、血圧131/78mmHg、脈拍120bpm、腹部は平坦かつ軟で、左下腹部と心窩部に圧痛を認めた。【初診時検査成績】血液検査では白血球10600/ $\mu$ l、CRP8.56mg/dlと上昇していたが、肝胆系酵素の上昇は認めなかった。腹部造影CTでは胆嚢気腫

があり、リング状石灰化結石が腸管内に存在し、小腸を閉塞している所見を認めた。【経過】CT画像より胆石性イレウスと診断し入院となった。第2病日に当院外科にて腹腔鏡下小腸内異物除去術を施行し、黒茶色の35mm大の結石を摘出した。胆嚢気腫の存在から胆嚢十二指腸瘻を疑い、第11病日に上部消化管内視鏡検査(GIF)を施行した。GIFでは十二指腸球部後壁に瘻孔を認め、カテーテル造影で胆嚢管、総胆管が描出された。術後経過は良好で第13病日に退院となった。退院後のGIFで、球部の瘻孔は閉鎖していた。【考察】胆石性イレウスは比較的古い疾患であり、イレウス全体の1%前後とされている。結石の通過経路は胆嚢十二指腸瘻が大部分を占める。結石が陥穽する部位は回腸が約半数を占めており、管腔径の狭さや蠕動の弱さが原因と考えられる。自然排石は1割程度で、80%が手術を要するとされている。瘻孔は逆行性胆管炎や胆道悪性腫瘍の危険因子であるため、瘻孔閉鎖術が考慮される。しかし、自然閉鎖することもあり、瘻孔に対する外科的治療は経過をみて判断することになると考えられる。本症例は内胆汁瘻による胆道系の症状はなく、瘻孔は自然に閉鎖した。【結語】胆嚢十二指腸瘻による胆石性イレウスの一例を経験した。

## O26

### 当院における胆石性胆嚢炎に対するPTGBA後早期再燃例の検討

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

○柝尾 智正<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克己<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>

【目的】急性胆嚢炎に対する経皮的胆嚢ドレナージュ術には経皮経肝胆嚢穿刺吸引術(PTGBA)と経皮経肝胆嚢ドレナージュ術(PTGBD)があげられる。PTGBAはPTGBDと比較し、簡便であるが再燃率が高いとされている。当院における胆石性胆嚢炎に対するPTGBA施行後の早期再燃症例についてretrospectiveに検討し、報告する。【対象と方法】2008年4月から2014年12月までにPTGBAを施行した胆石性胆嚢炎の87例のうち、同入院期間中に再燃をきたした15例を対象とした。検討項目は1)患者背景(年齢、性別、糖尿病、CKD、免疫抑制剤使用、重症度)、2)画像所見(複数胆石、5mm以下胆石の有無、結石の位置/底底部、頸部、胆嚢管)、総胆管結石の有無、3)発症から処置までの時間、4)処置前炎症所見(WBC、CRP、体温)、5)起炎菌、とした。【結果】1)年齢の中央値は75歳(54歳-89歳)、男女比は9:6、糖尿病既往例は4例、CKD既往は3例、免疫抑制剤使用例はなく、重症度は軽症/中等症/重症は4/11/0であった。2)画像所見では複数胆石は14例、5mm以下胆石は13例、結石の位置では底底部に局限が4例、頸部が7例、胆嚢管が4例、総胆管結石合併例は4例であった。3)処置までの時間の中央値は72時間(24-144)、4)処置前の炎症所見の中央値はWBC15700/ $\mu$ l(9500-24100)、CRP13.1mg/dl(0.2-35.7)、体温37.6℃(36.4-39.8)、5)Escherichia coli、Bacillus cereusなど、9種の起炎菌が同定された。【結語】当院での胆石性胆嚢炎に対するPTGBA施行後早期再燃例の臨床的特徴について検討したため報告する。

## O27

### 胆管挿管困難例における経皮経肝のルートを用いたランデブー法の治療成績

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、

<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科、

<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

○磯野 功明<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、柝尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、田岡 大樹<sup>3</sup>、向 克己<sup>1</sup>

【背景】胆道疾患に対するERCP関連治療手技において、選択的胆管挿管は必須である。様々な胆管挿管法が提唱され、高い胆管挿管率が得られるようになっているが、依然として胆管挿管困難例は存在する。

胆管挿管困難例に対する治療手技の1つに経皮経肝のアプローチを併用した内視鏡治療（ランデブー法）が挙げられる。【目的】胆管挿管困難例に対するランデブー法施行例の疾患背景、治療成績についてretrospectiveに検討した。【対象・検討項目】2009年5月から2014年4月の間に、選択的胆管挿管困難例に対しランデブー法を施行した12症例（58歳、男性4例、女性8例）を対象とした。検討項目は、1.カニューレ挿入困難理由、2.原疾患、3.処置内容、4.併用した経皮経肝のルート、5.手技成功率、6.偶発症、とした。【結果】1.カニューレ挿入困難理由は、胃切除術後3例、十二指腸ステント留置後2例、腫瘍による下部胆管の狭窄・破綻2例、痔瘻の主乳頭部浸潤1例、憩室内乳頭1例、十二指腸変形1例、Kerckring襞による主乳頭視認困難1例、NDSが長い主乳頭1例であった。2.原疾患は、悪性胆道狭窄6例（痔瘻4例、十二指腸癌1例、大腸癌播種による閉塞性黄疸1例）、良性胆道疾患6例（総胆管結石3例、乳頭括約筋機能異常の疑い2例、良性胆管狭窄1例）。3.処置内容は、胆管ドレーナージ10例、採石2例。4.併用した経皮経肝のルートは、PTBD9例、PTGBD3例。5.手技成功率は91.6%（11/12）。ランデブー法が不成功であった1例は、悪性十二指腸狭窄・十二指腸ステント留置後であったため、十二指腸スコープが主乳頭部まで到達しなかった。6.偶発症は、PTGBD逸脱による胆汁性腹膜炎を1例に認めたが、ENGBD留置により軽快した。【結語】胆管挿管困難例に対する経皮経肝のルートを併用したランデブー法は、安全かつ有用な手技の1つと考えられる。

## 028

経皮的に異物除去し得た1例

鈴鹿中央総合病院 消化器内科

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

【症例】82歳、男性【主訴】なし【現病歴】他院にて腹部CTを施行され、総胆管結石、胆石を認めたため、総胆管結石の採石目的に当科紹介となった。【既往歴】特記事項なし【入院後経過】内視鏡的治療を試みるも、口側隆起や憩室のため胆管深部挿管が困難であった。外科的治療は循環器疾患が既往にあり希望されず、ランデブー法による採石を行う方針とした。肝内胆管拡張を認めなかったため、胆嚢ルートからのランデブー法を選択したが、胆嚢ルート（PTGBD）の際に使用した外筒（クリエートメディック社製8FrTハンドルビルアウェイシステムロトデューサー）が肝内に迷入した。手元側がビルアウェイ式のため、バルーンによる回収は困難であったが、大口径の外筒（12Fr）と広口鉗子により除去し得た。胆管結石はランデブー法にて採石した。一連の処置で、偶発症は認めず退院された。【結語】経皮的に迷入した処置具を除去し得た1例を経験した。経皮ルートからの異物除去は、内視鏡的、経血管的な処置と比べ報告が少ない文献的考察を加え報告する。

## 029

クローン病手術後に発症した胆石性急性胆管炎を契機に診断された先天性胆道拡張症の1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

症例は40歳代女性。平成6年3月に下痢、腹痛出現。他院にてクローン病と診断された。一時は加療を受けるも自己中断。その後症状は再燃していたが全ての治療を拒否し、近医で補液、または民間療法を受けていた。その後、平成24年2月からは全身倦怠感によりほぼ寝たきり状態となり、3月には著明な貧血、低蛋白血症など全身状態悪化の為治療に同意し、当院紹介となり入院とした。腹部造影CT、小腸X線造影にて小腸の多発狭窄及び部分的拡張、多発瘻孔を認めた。治療として

中心静脈栄養、成分栄養剤、5-ASA内服、PSL内服、AZA内服、インフリキシマブ導入が行われた。徐々に全身状態が改善し、中心静脈栄養、経口摂取併用で6月に退院とした。外来で治療継続していたが、平成25年4月イレウスにて入院。イレウス管挿入し保存的加療を受けるも改善せず、8月に他院で広範囲回盲部切除及び瘻孔閉鎖、回腸人工肛門造設術が施行された。術後経過は良好で、5-ASA内服にて症状なく経口摂取が可能であった。平成26年9月発熱、腹痛にて受診。腹部CTにて総胆管にクローン病手術前には認めなかった18×20mm大の結石及び肝内胆管拡張を認めた。血液検査にて肝胆道系酵素及び炎症反応の上昇を認め急性胆管炎の診断にて入院、同日緊急でERCPが施行された。胆管造影では中部胆管から紡錘状の拡張を認め戸谷分類1c型の先天性胆道拡張症が疑われ、巨大結石が嵌頓していた。また胆管造影時に下部胆管から分岐するように膵管造影像が得られ、膵・胆管合流異常も疑われた。ERBDチューブを留置し、抗生剤投与にて胆管炎は改善し退院。その後、総胆管結石除去目的及び腹痛のリスクを考慮し、11月に他院で腹腔鏡下胆管切除、胆嚢摘出、総胆管十二指腸吻合術が施行された。以降は経過良好で外来通院中である。胆石はクローン病の腸管外合併症として頻度が高く、腸管切除術後により多く認めるとされる。今回、クローン病に対する腸管切除術後に発症した胆石性急性胆管炎を契機に診断された先天性胆道拡張症の1例という稀な症例を経験した為、若干の文献的考察を含め報告する。

## 030

左肝管狭窄、左型肝内結石を合併した先天性胆道拡張症の1例

鈴鹿中央総合病院 外科

○草深 智樹、野口 大介、伊藤 貴洋、大森 隆夫、大倉 康生、金兒 博司、岡岡 大樹

先天性胆道拡張症に胆管狭窄と肝内結石が合併することは稀である。今回、肝左葉切除、肝外胆管切除を行った1例を経験したので報告する。<BR>【症例】71歳男性。左上腹部痛を主訴に来院した。血液検査所見では、CA19-9:59U/mlと上昇を認めるも、その他異常なし。腹部エコーでは、肝外胆管の拡張を指摘された。CTでは、左肝内胆管の限局性の拡張と、その内部に高吸収域を認め、左型肝内結石と診断した。肝外胆管の拡張を認めたが、拡張胆管と胆嚢内に腫瘍を疑う所見は認めなかった。MRCPでは、左右肝管合流部直下の上部胆管から膵上縁直上の中部胆管までの嚢胞状拡張を認め、先天性胆道拡張症と診断した。また、左肝管の狭窄とその末梢側の限局性拡張を認め、内部に多数の陰影欠損像を認めた。ERCPでは、13mmの共通管を有する膵胆管合流異常を認めた。胆汁細胞診は陰性、胆汁アミラーゼは445500IUと高値であった。胃内視鏡では十二指腸球部にdelleを伴う粘膜炎を認めた。以上の所見から、戸谷la型の先天性胆道拡張症、左肝管狭窄、左型肝内結石症、十二指腸粘膜炎と診断。左肝管狭窄は癌の合併も否定できず、肝内結石の除去も困難であり、肝左葉切除、肝外胆管切除、幽門側胃切除を施行した。<BR>【手術所見】総胆管は40mm大の嚢胞状に拡張していた。膵管合流部の直上で膵胆管を切離した後、肝左葉切除、肝外胆管切除を施行した。<BR>【摘出標本所見】左肝管狭窄と肝内に4mm大のビリルビン結石の充満を認めた。<BR>【病理所見】拡張胆管と胆嚢上皮に異型は認めず、左肝管狭窄部では線維性の肥厚を認めた。炎症細胞の浸潤や異型細胞は認めなかった。十二指腸粘膜炎はNET-G1と診断された。<BR>【考察】本症例での左型肝内結石症は左肝管狭窄が原因と考えられた。その原因として、先天性狭窄が挙げられ、胆汁の慢性的な逆流により胆道粘膜に刺激が惹起され、線維性の壁肥厚が生じ狭窄が生じたと推測された。

## 031

ESTが有効であった胆石（胆嚢、胆管嚢内）を合併したCholelithiasisの1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○奥村 大志、白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、  
黒石 健吾、吉川 恵史、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

症例は65歳の男性。2014年5月に盲腸癌によるイレウスで入院、この時CTにて総胆管末端に10mm大の嚢腫状拡張を認めていた。術後半年のフォローCTで胆嚢内と胆管末端に結石を認め、特に症状もなく肝胆道酵素も正常であったが精査加療のため入院した。ERCPを施行した。乳頭口側に半球状の隆起あり、鉗子による圧迫にて虚脱した。造影では膵胆管の共通管はなく、膵管は異常なし、胆管末端に憩室様嚢腫状拡張とその内部に結石を認め、胆石（胆嚢、胆管嚢腫内）を合併したCholelithochocoeleは十二指腸壁内の肝外胆管末端が嚢腫状に拡張したものでERCP施行例中の0.1%程度と報告されている。先天性胆道拡張症の3型に分類されており、通常膵胆管合流異常は伴わない。成因は解明されていないがOddi括約筋の機能不全により胆管内圧が上昇し胆管末端の脆弱部が嚢状に拡張したとする説が有力視されている。合併症としては胆石、膵炎が最も多く、症例は少ないが胆道癌合併の報告もある。胆汁中高アミラーゼも報告されており、膵胆管合流異常はなくとも共通管より嚢腫内への胆汁逆流、うっ滞などによる発癌が推定されている。治療は従来乳頭形成術等が行われていたが近年はESTの報告が多い。本例はESTが奏効し胆汁排泄は改善、嚢腫も縮小し上記成因説を示唆する症例であった。膵胆管の共通管もなく胆汁うっ滞も改善したことより発癌、結石再発等のリスクは低いと思われるが今後も慎重なフォローが必要と考えられた。

### 032

ENGBD胆汁細胞診と経乳頭胆管生検で術前診断した膵胆管合流異常を合併した胆嚢・胆管重複癌の1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○松林 宏行、松井 徹、角嶋 直美、川田 登、田中 雅樹、  
滝沢 耕平、今井 健一郎、堀田 欣一、伊藤 紗代、小野 裕之

【背景】膵胆管合流異常症では胆道癌の発生頻度が高くなることから知られているが（22% 42%）、胆嚢癌と胆管癌の重複癌は合流異常症の1.0% 1.8%に留まる。【症例】66歳、女性。検診の腹部USが契機となり胆嚢内胆泥と胆嚢壁肥厚を指摘され、精査・加療目的で当院へ紹介となった。腹部USでは胆嚢内の胆泥と胆嚢頸部 体部に小結節状隆起を伴う壁肥厚がみられ、さらにEUSでは下部胆管に膵管型の膵胆管合流異常が確認された。造影CTでは胆嚢頸部から体部にかけて造影効果を伴う軽度壁肥厚を認めたが、周囲リンパ節の腫大や肝転移を疑う所見は認めなかった。ERCPではこれらの所見に加え、拡張のない下部胆管に軽度の壁不整を認めた。不整胆管壁に対して経乳頭鉗子生検を行い、胆嚢癌変に対しては内視鏡的経鼻胆道ドレーナージ(ENGBD)を留置して複数回の胆汁細胞診を施行した。胆管生検では腺癌組織が得られ、ENGBD胆汁細胞診では腺癌を強く疑う細胞集塊を認めた。胆管非拡張型の膵胆管合流異常に合併した胆嚢・胆管重複癌と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。切除病理標本では胆嚢体部から底部にかけて広範に進展する高分化型腺癌が認められ、中下部総胆管には35mmの粘膜内癌を認めた。脈管浸潤やリンパ節転移は陰性であった。術後5年経過し、再発を疑う所見はみられていない。【結論と考察】胆管非拡張型膵胆管合流異常に合併した胆嚢・胆管重複癌の1例を経験した。膵胆管合流異常症例では多発胆道癌を合併する可能性を念頭に入れ、内視鏡的病理検体採取を含めた術前精査を行うことが肝要と考えられた。

### 033

胆嚢炎症性ポリープの一例

1静岡県立総合病院 消化器内科、2静岡県立総合病院 病理部

○志村 恵理<sup>1</sup>、菊山 正隆<sup>1</sup>、大野 和也<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、  
黒上 貴史<sup>1</sup>、川合 麻実<sup>1</sup>、青山 春奈<sup>1</sup>、榎田 浩平<sup>1</sup>、  
増井 雄一<sup>1</sup>、佐藤 辰宣<sup>1</sup>、青山 弘幸<sup>1</sup>、鈴木 誠<sup>2</sup>

【症例】66歳、男性。現病歴：平成24年1月4日胃癌ESD施行。術前にスクリーニングで施行したCTで胆嚢底部に長径16mm程の隆起性病変を認め、胆嚢癌の疑いで精査した。血液検査所見：腫瘍マーカーを含め異常を認めなかった。腹部超音波検査：胆嚢底部に長径16mmの高エコーを呈する亜有茎性の隆起性病変を認めた。明らかな血流を確認しなかった。CT：単純CTにて病変は等吸収域として認められた。動脈相にて病変は全体に造影効果を受け、病変周囲の壁は肥厚し特に病変基部で肥厚は目立った。門脈相まで造影効果は持続した。MRI：T1強調画像で病変は全体に高信号に描出され、基部において限局して低信号領域を認めた。T2強調画像で病変は低信号に描出され、基部には限局して高信号領域を認めた。拡散強調画像において病変は軽度の拡散低下を認めた。EUS：病変は軽度に低エコーを呈し、亜有茎性に発育しその表面を一層の高エコー体で覆われていた。基部において壁は限局性に肥厚し、内部に小さなエコーフリースペースを含んでいた。PET-CT：病変部にFDGの集積を認めなかった。経過：胆嚢癌の疑いにて拡大胆嚢摘出術が行われた。病理組織学的所見：幽門腺化生を伴う腺上皮に覆われた隆起性病変で、軽度の慢性炎症細胞浸潤を伴う線維性間質の増生を伴った。炎症性ポリープと診断された。胆嚢腺筋腫癌を伴った。【考察】形態は癌に類似するが、MRIの信号強度、EUS所見はこの病変に特徴的であると考えられる。

### 034

SSA/Pの癌化症例に対してESDを施行した一例

1愛知県がんセンター消化器内科部、2愛知県がんセンター内視鏡部

○近藤 尚<sup>1</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、徳久 順也<sup>1</sup>、藤田 曜<sup>1</sup>、鳥山 和浩<sup>1</sup>、  
鈴木 博貴<sup>1</sup>、渋谷 仁<sup>1</sup>、平山 貴視<sup>1</sup>、裨田 信弘<sup>1</sup>、  
奥野 のぞみ<sup>1</sup>、吉田 司<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、松岡 範<sup>1</sup>、  
原 和生<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>

【背景】近年SSA/P (sessile serrated adenoma/polyp) の疾患概念が提唱されている。通常のadenomaとは異なり、癌化経路としてserrated neoplastic pathwayが注目されている。今回我々はSSA/Pの癌化例を1例経験したため報告する。【症例】60歳代、女性【主訴】検診異常【既往歴】子宮筋腫、心房細動、脂質異常症、高血圧【現病歴】平成27年1月に検診の上部消化管造影にて体下部小弯の壁不整および便潜血陽性を指摘され、前医で上部消化管内視鏡検査を施行。体下部小弯に未分化型早期胃癌を認め、手術加療目的に当院外科へ紹介となった。精査にて胃癌は手術適応と判断し外科治療の方針となった。便潜血陽性のため術前検査として下部消化管内視鏡を行ったところ上行結腸に平坦隆起性病変を認めESD適応と判断し手術に先行し施行することとした。【内視鏡所見】上行結腸に70mm大の平坦で通常光では白色調の不明瞭な鋸歯状の病変を認めた。反転像にて口側5mm大の発赤調でやや丈の高い、不整形の隆起を伴っていた。通常観察範囲ではあるが白色調部ではII型様pitでやや開口部が開大してみられ、隆起部では陥凹やびらんは認めなかった。SSA/Pに腺腫 粘膜内癌を伴った病変と考え胃癌手術後にESDを施行した。【病理】adenocarcinoma adjacent to SSA/P pM 4mm tub2 ly0 v0 HMO VM0【考察】大腸鋸歯状病変はHP(hyperplastic polyp)、SSA/P、TSA(traditional serrated adenoma)に分類される。SSA/Pは従来、組織形態学上から過形成性病変と考えられていたが細胞異型を伴い、また悪性化の報告もみられ大腸癌の一部と同様にBRAF遺伝子やミスマッチ修復遺伝子の変異などがみられることから現在は腫瘍性病変と考えられ、大腸癌の前駆病変としてserrated adenoma sequenceが提唱されている。今回、我々はSSA/Pの癌化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。

035

Sessile serrated adenoma/polyp(SSA/P)に合併した微小粘膜内癌の1例

<sup>1</sup>三重厚生連 松阪中央総合病院 胃腸科、

<sup>2</sup>三重厚生連 松阪中央総合病院 病理科

○金子 昌史<sup>1</sup>、塩野 泰功<sup>1</sup>、小島 真一<sup>1</sup>、玉井 康将<sup>1</sup>、  
浦出 伸治<sup>1</sup>、金子 真紀<sup>1</sup>、山中 豊<sup>1</sup>、直田 浩明<sup>1</sup>、  
小林 一彦<sup>1</sup>、杉本 寛子<sup>2</sup>

近年、大腸の発癌経路としてadenoma-carcinoma sequence, de novo発生とは異なる、鋸歯状病変を介した経路である serrated pathwayが提唱され、なかでもsessile serrated adenoma/polyp(SSA/P)はMSI(microsatellite instability)陽性大腸癌の前駆病変として注目されている。今回、SSA/Pに合併した微小粘膜内癌に対して内視鏡治療を行った症例を経験したため報告する。症例は80歳男性、便潜血を指摘され当科を受診した。大腸内視鏡検査にて盲腸に正色調で5mm大のIs+Ila様隆起性病変を認めた。インジゴカルミン撒布下での観察ではIs領域には開大したII型様のpit(開II型 pit)を、Ila領域では分枝した桿状のpitを認めた。NBI併用拡大観察ではIs領域の大部分で血管の視認は困難であり、部分的に不整の無い血管が見られた。また開II型 pitも認めた。Ila領域では不整な表面構造および、口径不同や蛇行を呈する血管が不均一に分布しており、NBI分類(広島分類) Type C1相当と判断した。以上よりSSA/Pに腺腫あるいは粘膜内癌を合併しているものと診断し、引き続き内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行、病変を完全切除した。病理所見ではIs領域には拡張した鋸歯状の腺管が認められ、陰窩の不規則な分岐を示す部分や腺底部においてL字状の構造を呈する部分が存在した。Ila領域は Tubular adenocarcinoma, well differentiated type であり、粘膜内病変であった。最終病理診断はC, Is+Ila, 5mm, Well differentiated tubular adenocarcinoma with SSA/P, m, ly0, v0, HMO, VMO であった。本症例はSSA/Pに合併した微小粘膜内癌であり、癌部と鋸歯状病変部は組織学的に連続性が見られ、serrated pathwayを介して癌化した可能性が考えられた。

036

腎移植後に直腸腺腫を合併した直腸原発diffuse large B-cell lymphomaの一例

小牧市民病院 消化器内科

○濱崎 元伸、小原 圭、永井 真太郎、石田 哲也、  
佐藤 亜矢子、灰本 耕基、小島 優子、舘 佳彦、平井 孝典、  
宮田 章弘

【症例】35歳、女性。【現病歴】平成26年11月に移植腎の腎盂腎炎疑いで泌尿器科入院。入院後に腔から便計認めるようになり当科紹介となった。【既往歴】平成13年にIgA腎症発症。平成16年に生体腎移植あり。婦人科に不妊治療で通院中。【内服】プレドニン、アザチオプリン【経過】紹介後に当科で大腸内視鏡検査(CS)施行したところ、直腸Rb後壁に辺縁整な潰瘍性病変が瘻孔形成している所見を認めた。潰瘍底・辺縁から生検施行したが、病理診断はGroup 1でCytomegalovirus (CMV) 感染を疑う所見は認めなかった。潰瘍病変の原因は特定できなかったが、注腸造影検査、腹部造影CTや婦人科診察から直腸腺腫と判明。外科にてS状結腸に人工肛門造設術(双孔式)が施行された。術後のMRIでは右会陰部の皮下に径3cm強の腫瘍性病変が直腸腺腫を介して子宮口レベルまで連続している所見が認められた。CS再検し前回と同様の所見を認め、再生検施行した。病理診断はMonomorphic Post-Transplant Lymphoproliferative disorders (PTLD)/large B cell lymphoma (DLBCL)の結果であった。また血液検査でEpstein Barr virus (EBV) 感染も認めた。PET-CTでは、骨盤内の右大陰唇から子宮体部周囲にFDGの塊上集積所見(SUVmax: 27.65)が認められるが、他臓器での集積は認めら

れなかった。Lugano国際会議分類で2E期と分類し、血液内科にて化学療法(R-CHOP)導入し現在も継続加療中である。【考察】本症例は臓器移植後に免疫抑制剤使用中にEBV再活性化によりB細胞リンパ腫が発生した免疫不全関連リンパ増殖性疾患と考えられた。本症例はCS検査や画像所見から原発は直腸と考えられるが、1年前のCS検査では異常所見は認めておらず、比較的急速な進行と言える。DLBCLは他のリンパ腫に比べて進行が早いため、迅速かつ的確な診断が重要であり、また本症例のように直腸腺腫を形成したDLBCLは稀な症例と考えられる。EBVとリンパ腫増殖性疾患との関わりも含め、文献的考察を加えて報告する。

037

クローン病(CD)に対するアダリムマブ(ADA)投与中にびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫(DLBCL)を発症した一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院

○北江 博見、富江 晃、大島 靖広、福田 信宏、大洞 昭博、  
八木 信明、小島 孝雄

(症例)50代女性。(臨床経過)身長153cm、体重57.4kg。20年以上前に潰瘍性大腸炎と診断されサラゾピリン内服開始、8年前に他院で下部消化管内視鏡を施行されCDと診断され、サラゾピリン継続にて経過観察されていた。下腹部痛・全身倦怠感出現したため、2013年2月に当院紹介受診し、Crohn's Disease Activity Index: 22.94点と中等症であり、ADA投与開始され症状改善を認めた。ADA、サラゾピリンにより緩解維持中、2014年4月より血小板減少が出現した。7月に亜急性甲状腺炎を発生しステロイドにて治療されるも、血小板減少持続し、8月に38度超の発熱が続ぎ、当院入院となった。入院時、大腸粘膜は寛解状態であり、下痢・血便・腹痛を認めず、血液検査はRBC313万/μl、Hb9.3g/dl、Ht28.1%、WBC8700/μl、Plt7.1万/μl、Alb3.1g/dl、CRP2.37mg/dl、カンジダ抗原+であった。ADA、ステロイド使用歴あり、真菌を含めた感染症を疑い、抗真菌薬・抗生剤による治療を開始するも、発熱持続した。EBV等のウイルス感染症は否定的で、薬剤中止にも反応なく、薬剤熱も否定的であった。sIL-2R 4110 U/mlと高値を認め、血液疾患を考慮し9月に転院。骨髓穿刺により血球貪食症候群と診断され、PSL 50mg/日+CysA 150mg/日+Etoposid 200mg/週投与により症状改善を認めた。その後ステロイド漸減されていたが、12月に38度台の発熱を認め、再度骨髓穿刺施行され大型リンパ腫細胞を認めた。フローサイトメトリーによりDLBCLと診断され、EPOCH-Rにて治療開始となった。(考察)今回我々はCDに対するADA投与14ヶ月後に発症したDLBCLの一例を経験した。欧米では炎症性腸疾患患者における免疫調節薬や抗TNF-α抗体のリンパ増殖症(LPD)発症リスクが報告されているが、見解は一定でない。本邦のCD患者のLPD発症率は厚生労働省アンケート調査によると0.11%(16例/13387例)であり、本例は比較的稀と考えらる。CD患者のLPD発症率は一般人口と比し多い傾向にあるが、免疫調節薬や抗TNF-α抗体の影響は定かではなく、今後、症例の蓄積が必要である。

038

EU5-FNAにて術前診断が得られた直腸GISTの1例

<sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 臨床腫瘍学、

<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究センター、

<sup>4</sup>浜松医科大学 光学医療診療部

○山田 洋介<sup>1</sup>、山田 景子<sup>1</sup>、伊藤 達弘<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、

濱屋 寧<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>3</sup>、大澤 恵<sup>4</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

症例は61歳の女性。60歳時に前医にて甲状腺癌の手術歴あり、術後1年の経過観察目的で施行されたCTにて骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介受診。当科でCTを再検したところ腫瘍は骨盤内に存在し、大きさは径4cm、類円形で周囲との境界は明瞭、内部は比較的均で、周囲、内部に血管がみられた。腫瘍は直腸と広く接しているため直腸原発が疑わ

れEUS-FNAを施行した。EUSでは腫瘍は内部エコーが比較的均一でエコー輝度はhypo iso echoを呈していた。直腸との連続性については不明瞭であったが、直腸と広範囲に密に接しているためFNA可能と判断し検体を採取。術後特合併症はみられなかった。病理では異型のある核を有した紡錘形腫瘍細胞の増殖巣が小断片状にみられ、免疫染色ではDOG1(++), CD117(++), CD34(++), desmin(-), S-100 protein(-)でありGISTと診断された。MIB-1 indexは5-10%であった。外科的治療の適応と判断し当院下部消化管外科で腹腔鏡下超低位前方切除術が施行された。病理では直腸の粘膜下に、外膜側に突出する腫瘍として認められ、直腸原発GISTの診断が得られた。Modified-Fletcher分類にて高リスク群に該当するため退院後はグリベック内服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直腸原発GISTの1例を経験した。近年直腸原発のGISTの報告例は徐々に増加しているが、術前に確定診断し得た症例は比較的小さいと考えられ若干の考察を加えて報告する。

#### 039

漢方薬の休薬で症状が軽快した静脈硬化性大腸炎の一例  
静岡県立総合病院

○青山 弘幸、佐藤 辰宣、増井 雄一、榎田 浩平、青山 春奈、川合 麻実、黒上 貴史、白根 尚文、菊山 正隆、大野 和也

【患者】70歳代女性【主訴】右側腹部痛【現病歴】2ヶ月前から持続する右側腹部痛のため近医を受診した。大腸内視鏡にて静脈硬化性大腸炎 (phlebosclerotic colitis: 以下、PC) が疑われ、長期服用中の加味逍遙散を中止するよう指示された。以後、腹痛は改善傾向であったが、中止後27日目に嘔吐しイレウスが危惧され当院へ紹介となった。【経過】当院来院時に嘔気は改善していた。腹部X線検査では右側腹部に複数の淡い線状の石灰化を認めた。腹部CT検査では上行結腸および横行結腸肝彎曲部に浮腫状の壁肥厚、壁内や腸間膜に線状、点状の石灰化を認めた。下部消化管内視鏡検査では上行結腸から肝湾曲部にかけて暗紫色調の粘膜と小潰瘍の散在を認めた。生検では弱好酸性硝子物が血管を中心に高度に沈着し、同部はCongo-red染色で陰性、Masson染色で青色を呈した。以上から当院でもPCと診断した。加味逍遙散の内服中止後の2ヶ月間で徐々に症状は改善し、以後の2ヶ月間は寛解を保っている。【考察】PCは特異な画像所見を呈するが、比較的可成りな疾患である。右側腹部痛、下痢などを主訴とし、代表的なX線、内視鏡、病理像はいずれも自験例と一致する。また漢方薬(特に山梔子)の長期服用者に好発し、自験例もこれに該当した。今回の特徴は漢方薬の休薬後の1-2ヶ月間で徐々に症状が軽快した点である。一般的にPCは血便、イレウス、穿孔のため、最終的に多くの例で外科手術が施行されているが、内科的な治療は確立していない。保存的な経過観察例を蓄積することが肝要と思われ報告した。

#### 040

上部消化管造影検査後に発症したS状結腸穿孔性腹膜炎の1例

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

○牛田 雄太<sup>1</sup>、平松 聖史<sup>1</sup>、後藤 秀成<sup>1</sup>、関 崇<sup>1</sup>、田中 綾<sup>1</sup>、竹内 真実子<sup>2</sup>、新井 利幸<sup>1</sup>

症例は、76歳女性。体重減少を主訴に近医を受診。精査目的に上部消化管造影検査を施行した。その2日後より腹痛、嘔吐を自覚、翌日症状持続するため近医を再診し、イレウスの疑いで当院紹介となった。検査後、排便はなかった。当院初診時、下腹部は膨隆し、腹部全体に高度の圧痛と反跳痛・筋性防御を認めた。腹膜炎と診断した。腹部レントゲン検査にて結腸内に多量のバリウムの残存を認めた。また、腸管外へ漏出しダグラス窩に貯留するバリウムを認めた。腹部CTでも同様にダグラス窩へのバリウムの貯留を認めた。バリウムの貯留する部位・状態よりS状結腸から直腸にかけてのレベルでの穿孔性腹膜炎と診断し、同日緊急手術を施行した。開腹すると、S状結腸に穿孔を認め

た。穿孔部に腫瘍を唆す腫瘍は触れず、特発性のS状結腸穿孔性腹膜炎と診断した。腹腔内は、ダグラス窩へのバリウムを含む腹水貯留を認めた。穿孔部を含めたS状結腸部分切除術を施行した。検査の前処置のため腹腔内の糞便による汚染は軽度であったため、一次的に端々吻合し、洗浄・ドレナージ術を施行した。術後、一過性の麻痺性イレウスを認めたが保存的に軽快し、術後第24病日退院となった。切除標本病理組織学的診断は、穿孔部及びその近傍に腫瘍、憩室は認めず、固有筋層が途絶する像を認め、内圧上昇に伴う特発性穿孔性腹膜炎と診断した。消化管造影検査は検診として広く行われている検査であるが、まれながら造影剤であるバリウムが穿孔性腹膜炎の原因となることが知られている。その頻度は報告によって多少差はあるが、0.0001%-0.01%以下とかなりまれである。この症例につき、文献的考察を加え報告する。

#### 041

α-グルコシダーゼ阻害剤による腸管気腫症の1例

<sup>1</sup>一宮市立木曾川市民病院 内科、

<sup>2</sup>一宮市立木曾川市民病院 リハビリテーション科

○高橋 浩子<sup>1</sup>、馬淵 量子<sup>1</sup>、後藤 憲<sup>1</sup>、大山 正巳<sup>1</sup>、岡田 和久<sup>2</sup>

【症例】88歳男性、65歳頃より糖尿病にて加療されていたが、脳梗塞を発症し、急性期治療終了後の平成26年10月より当院回復期リハビリ病棟に入院中であった。平成27年3月上旬、下痢、嘔吐、食欲不振が出現し、当科にコンサルテーションを受けた。腹部単純X-Pにてイレウスが疑われ、腹部CTを施行したところ、横行結腸を中心に腸管気腫像を認めた。しかしながら、腹痛および腹膜刺激症状を認めず、血液検査にてWBC8400、CRP3.5と軽度上昇しているのみであった。緊急開腹手術が必要な状態ではないと判断し、また、糖尿病に対しポグリボースが投与されていたため、ポグリボースによる腸管気腫症と診断し、保存的治療を行なった。【経過】絶食と同薬剤の中止により速やかに症状は軽快し、3日後には腹部単純X-Pにてイレウス像は改善、4日後にはWBC6300、CRP1.9に改善、一週間後の腹部CT検査にて腸管気腫の消失を確認した。その後、食事摂取も良好となり退院した。【考察】腸管気腫症は原因不明の特発性と消化管閉塞や虚血性腸疾患、炎症性腸疾患などの基礎疾患に由来する続発性があり、薬剤性も散見されている。その症状は腹痛、下痢、便秘などであり、特異的症候に乏しく、腹部症状が比較的軽度である。画像診断としては、腹部CT検査が極めて有効である。治療は保存的治療が原則であるが、腸管壊死などの急性腹症との鑑別が重要である。ポグリボースなどのα-グルコシダーゼ阻害剤による腸管気腫症は現在までに本例を含め32例の報告があるが、いずれも薬剤の投与中止などの治療にて軽快している。【結語】腸管気腫症の診断時には薬剤歴の確認も重要であると考えられた。

#### 042

H.pylori除菌後発症の偽膜性腸炎の1例

藤田保健衛生大学 医学部 消化器内科

○石塚 隆充、柴田 知行、田原 智満、大久保 正明、

堀口 徳之、前田 晃平、河村 知彦、長坂 光夫、中川 義仁、

鎌野 俊彰、中野 尚子、小村 成久、宮田 雅弘、生野 浩和、

城代 康貴、大森 崇史、大宮 直木

【症例】90歳代女性。【現病歴】吐血を契機に緊急上部消化管内視鏡を施行したところ胃角部小彎に活動性の胃潰瘍を認めた。Helicobacter pylori(以下H.pylori)IgG抗体は13U/mLと陽性であったため1週間のH.pylori除菌治療を施行した。2か月後から1日20回の頻回下痢が出現したため当院受診。採血で炎症反応がWBC 18800/μL、CRP 16.6mg/dLと高値で、食事摂取も困難なため緊急入院となった。【入院後経過】入院後の検査で便中CDトキシン陽性であったため偽膜性腸炎と診断。補液とともにVCM内服開始。下痢および採血で

の炎症反応の改善を認め、食事摂取も可能となったため第13病日に退院となった。便培養は入院直後と第7病日に検査したが、いずれも原因となりうる病原菌を認めなかった。大腸内視鏡は本人の同意が得られず未施行。原因となりうる薬剤は2か月前のH.pylori除菌療法のみであった。【考察】H.pylori除菌後に発症した偽膜性腸炎の1例を経験した。これまでもH.pylori除菌後の偽膜性腸炎の報告が散見されるが、今後除菌適応拡大で症例が増加する可能性があり、留意する必要がある。

#### 043

下行結腸穿孔をきたした大腸限局性AL型アミロイドーシスの1例

<sup>1</sup>松阪中央総合病院 胃腸科、<sup>2</sup>松阪中央総合病院 血液内科

○小島 真一<sup>1</sup>、小林 一彦<sup>1</sup>、塩野 泰功<sup>1,2</sup>、玉井 康将<sup>1</sup>、  
浦出 伸治<sup>1</sup>、金子 昌史<sup>1</sup>、金子 真紀<sup>1</sup>、山中 豊<sup>1</sup>、  
直田 浩明<sup>1</sup>、水谷 実<sup>2</sup>

【症例】50歳代、男性【主訴】左側腹部痛【既往歴・家族歴】特記事項なし【現病歴】某日、起床後に突発性の持続的な左側腹部痛が出現し、当院救急外来を受診した。腹部は膨隆し全体に圧痛、筋性防御を認めた。造影CT検査で横行結腸から下行結腸の周囲に多数のfree airを認め、上行結腸から下行結腸にかけて壁肥厚を認めたが、造影不良は認めなかった。下行結腸穿孔による汎発性腹膜炎と診断され、同日、緊急に開腹手術が施行された。【手術所見】脾彎曲部に径2cmの穿孔を認め、その周囲に硬便が多量に貯留していた。穿孔部を含め壊死腸管を認めなかった。下行結腸部分切除及び横行結腸人工肛門造設術が施行された。【病理組織学的所見】穿孔部に炎症細胞の浸潤を認め、周囲の大腸には粘膜筋板や粘膜下層に大量のアミロイド沈着を認めた。沈着したアミロイドは抗Aλ抗体で特異的に染色され、抗AA抗体、抗TTR抗体、抗Aκ抗体には染色されなかった。【経過】術後は合併症無く経過した。術後の精査では、尿中蛋白電気泳動でBence Jones 蛋白は陰性で、血清Free light chainでのκ/λの偏りはなかった。また、心エコー検査、上部消化管内視鏡検査では有意所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では直腸からS状結腸にかけて、多発するびらん・潰瘍、小豆大の粘膜下腫瘍様隆起を認め、全体的に易出血性や粘膜の粗造が目立った。生検にて上行結腸から直腸までアミロイドーシスの沈着を認めた。以上より、大腸限局性のAL型アミロイドーシスと診断した。現在まで経過観察を行っているが大腸穿孔の再発なく経過している。【考察】AL型アミロイドーシスでは粘膜筋板に深にアミロイドが沈着していくことから、本症例のように顕著な上皮性変化を来し穿孔に至ることは稀である。本症例での消化管穿孔の機序として、血管壁へのアミロイド沈着によって粘膜下層の血流障害が生じ、硬便による機会的刺激も加わり潰瘍が形成され、穿孔につながった可能性が考えられる。

#### 044

短期間に形態変化を認めたS状結腸癌の1例

<sup>1</sup>三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

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

【はじめに】約4か月間で複数回の形態変化が確認されたS状結腸癌の1例について報告する。【症例】60歳代 男性【既往歴】15歳 心室中隔欠損症手術、38歳 大動脈弁置換術【経過】大動脈弁置換後のため抗凝固薬であるワルファリンカリウムを常用していたが、繰り返す下血を認め、精査加療目的で入院した。大腸内視鏡検査を行ったところ、S状結腸に露出血管を伴う潰瘍性病変を認め、クリップにて止血した。露出血管の周囲は発赤調の不整な隆起を呈し、同部位より生検を行ったが明らかな悪性所見を認めなかった。3か月後に再検することと

し、いったん退院したが退院2か月後に再度下血を認め、第2回目の入院となった。この時の大腸内視鏡検査で、S状結腸の病変は初回検査時の形態とは異なり、中心部に隆起成分を伴う病変として観察され、出血を伴っていた。5日後に病変部を確認したところ、隆起成分は脱落しており、初回検査時と同様に、露出血管を伴う潰瘍性病変へと変化していた。潰瘍周囲の隆起から再度生検を行ったところ、高分化管状腺癌との結果であり、S状結腸癌として手術予定となった。1か月後の手術直前に再度観察したところ、病変部中心の潰瘍部は発赤調の不整隆起へと形態変化していた。腹腔鏡補助下S状結腸切除術(D3リンパ節郭清)を行い、moderately differentiated tubular adenocarcinoma、SS、ly1(SS)、v1(MP)、PNOとの組織結果であった。【考察】短期間で形態変化を認めたS状結腸癌を経験した。形態変化の原因は、腫瘍の急速増大による虚血で腫瘍が脱落したものと推測された。4か月間という短期間で計3回の形態変化が確認できたことは稀な事象と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 045

尿管S状結腸吻合術41年後に発症した吻合部腺癌の1例

名古屋市立大学 大学院医学研究科 消化器外科学教室

○佐川 弘之、原 賢康、高橋 広城、若杉 健弘、石黒 秀行、  
松尾 洋一、木村 昌弘、竹山 廣光

症例は46歳女性、3歳時に交通事故にて骨盤内臓器損傷を受傷したことを機転に膀胱瘻を形成した。その後、数度の尿路変更術が施行され、最終的に5歳時に尿管S状結腸吻合術が施行された。以降腎盂腎炎を繰り返し発症していた。2014年9月より凝血塊が肛門より排泄されるようになり下部消化管内視鏡を施行した。S状結腸左右尿管開口部に各々発赤を伴う12mmの粘膜下腫瘍性病変と15mmの表面凹凸を伴った腫瘍性病変を認めた。左尿管開口部粘膜下腫瘍性病変に対しては生検を施行し、右尿管開口部腫瘍性病変に対してはEMRを施行した。病理組織学検査結果は、各々Group2とTubular adenocarcinoma, moderately differentiated type, ly1, v0, pHM0, pVMXと診断した。また腺癌細胞は尿管固有筋層内への浸潤を認めた。病理組織学検査の結果から、追加腸管切除目的に当科転科となった。術前、右腎実質は萎縮し水腎水尿管となっており、腎血流シンチにて高度右腎機能不全と判断した。手術は、S状結腸切除(D2)、右尿管右腎摘出、左尿管皮膚瘻造設術を施行した。尿管S状結腸吻合術後は、その長期予後として発症の危険性が報告されており、長期にわたる十分な経過観察を要する必要があると考えられた。今回、我々は尿管S状結腸吻合術41年後に発症した吻合部腺癌の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

#### 046

原発巣と所属リンパ節の切除標本内に日本住血吸虫卵を認めたS状結腸癌の1例

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

○崔 尚仁<sup>1</sup>、平松 聖史<sup>1</sup>、後藤 秀成<sup>1</sup>、関 崇<sup>1</sup>、田中 綾<sup>1</sup>、  
竹内 真実子<sup>2</sup>、新井 利幸<sup>1</sup>

症例は、73歳、男性。近医で便潜血陽性を指摘され精査を施行、S状結腸癌 cT3N0M0 stagellと診断、当科紹介となった。S状結腸切除術D3郭清を施行した。術後経過は良好で、術後第11病日軽快退院となった。切除標本の病理組織学的診断は、中分化管状腺癌(tub2)、int、INFb、ly1、v1、pDM0、pPM0、pT3(SS)N0M0 stagellであった。大腸粘膜下を主体に石灰化した日本住血吸虫卵を多数認めた。また、リンパ節転移は陰性であったが、252のリンパ節内にも虫卵を認めた。日本住血吸虫症は、かつて日本の特定地域で流行を認めたが、中間宿主であるミヤイリガイの撲滅事業に伴い近年の新規発症例は認められていない。既感染例に大腸癌が発症することが知られており、発症との因果関係が示唆されている。WHOの国際癌研究機関 IARC会議では、発癌

の危険性 Group 2Bに分類されている。近年、流行の終息に伴い経験することがまれとなっている日本住血吸虫の感染に関連すると思われる本症例につき文献的考察を加え報告する。

047

手術不能大腸goblet cell carcinoidの2例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○丸田 明範、荒木 寛司、水谷 拓、渡邊 千晶、長谷川 恒輔、杉山 智彦、小原 功輝、出田 貴康、宮崎 恒起、小木曾 英介、高田 淳、二宮 空暢、久保田 全哉、今井 健二、小野木 草人、井深 貴士、末次 淳、今尾 祥子、白木 亮、清水 雅仁

【はじめに】 goblet cell carcinoidは虫垂に原発し、カルチノイド類似像と腺癌類似像が共存する特徴を有する。今回我々は極めて稀な大腸goblet cell carcinoidの2例を経験した。【症例1】48歳、男性。2014年2月から腹部膨満感を自覚し、腹部CTで盲腸から上行結腸の壁肥厚および腹水貯留を認めた。下部消化管内視鏡検査にて回盲部に3型腫瘍を認め、4月当科紹介入院となった。生検標本で腫瘍は粘液空洞を有し、蜂巣状構造を形成し、核の偏在性を伴い、免疫染色でsynaptophysinおよびcytokeratinAE1/3が陽性であったことからgoblet cell carcinoidと診断した。goblet cell carcinoid+腹膜播種の診断でFOLFOX療法(+Pmab)を開始した。6クール施行後末梢神経障害のため、FOLFIRI療法(+Pmab)に変更し、原発巣はPRと判定、腹水はほぼ消失が得られた。しかし9月に播種性イレウスを発症した。イレウス管留置し、オクトレオチド酢酸塩持続皮下注を開始するも、肺炎発症し11月永眠された。【症例2】64歳、女性。2013年4月から便秘を自覚し、CTで盲腸腫瘍、骨盤内腫瘍、腹水および多発肺結節を認めた。下部消化管内視鏡検査にて回盲部に全周性の3型腫瘍を認め、生検でsignet-ring cell carcinomaと診断された。盲腸癌+多発肺転移+卵巣転移+腹膜播種にて加療目的に6月当科紹介受診となった。当院で再度病理検査したところ、免疫染色にてCD56およびsynaptophysinが陽性であったことからgoblet cell carcinoidと診断した。FOLFIRI療法を開始し、17クール施行後、原発巣・卵巣転移ともにPDであったため、2014年4月からFOLFOX療法に変更した。4クール施行後には原発巣・卵巣転移ともにSDの判定であったが、8月に腫瘍閉塞によるイレウスを発症した。小腸人工肛門造設術施行され、その後Best Supportive Careの方針となり、12月原疾患のため死亡となった。【結語】2症例ともに腹膜播種による腸閉塞を発症し、QOLが著しく低下した。goblet cell carcinoidに対する化学療法は一定の見解が得られておらず、今後さらなる症例の検討とレジメンの確立が望まれる。

048

colitic cancer、多発肝転移を来たしたクローン病の1例

常滑市市民病院 消化器内科

○山田 啓策、竹田 泰史

症例は20代の男性。下血、腹痛を主訴にH21年7月に当院消化器内科初診、下部消化管内視鏡検査を行なった所、回腸末端に所見は認めなかったが全大腸に粗造な粘膜、小潰瘍の散在を認めた。生検では明らかな非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めなかったが2年前より痔瘻治療歴もあること、病変がskip lesionであったことから大腸型クローン病と診断しメサラジンを開始、以後外来で経過観察を行なった。しかしその後も症状、内視鏡所見共に改善に乏しくPSL、成分栄養療法、抗TNF $\alpha$ 製剤、アザチオプリン製剤などの集学的な内科的治療を行い一旦は寛解導入に至ったが、すぐに再燃し長期的な寛解維持には至らなかった。H25年10月のフォローアップの下部消化管内視鏡検査でS状結腸に平坦隆起性病変を認め生検にてadenocarcinomaが検出されたためクローン病に伴うcolitic cancerと診断した。造影CTでは肝内に多発するSOLを認め、colitic cancerに伴う多発肝転移として

FOLFOX療法を開始。抗腫瘍治療により一旦腫瘍は縮小傾向であったがしばらくして病勢は悪化しH26年9月に永眠された。Colitic cancerは多彩な慢性炎症を背景として起こるため腫瘍性変化を確実に診断することは難しいとされている。本症例では半年前に下部消化管内視鏡検査、3か月前に造影CTを撮影しているが癌の発見は困難であった。今回クローン病に伴うcolitic cancer、それによる多発肝転移を来たした症例を経験した。早期発見に必要な効率的なサーベイランス方法、診断方法などについて若干の文献的考察を踏まえながら報告する。

049

急性胆管炎を契機に診断し得た非露出型乳頭部癌の一例

社会医療法人 宏潤会 大同病院

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

【はじめに】非露出型乳頭部癌は肉眼的には、十二指腸粘膜から腫瘍の露出がみられず、通常の乳頭部生検では診断困難である。今回我々は、急性胆管炎を契機として内視鏡的乳頭部切開術 (EST)を施行し、非露出型乳頭部癌と診断し得た一例を経験したので報告する。【症例】症例は70歳男性。心窩部痛にて当院外来に受診。腹部超音波検査にて肝外胆管のびまん性拡張を認めた。EUS・MRCPにおいても肝外胆管の拡張所見以外、総胆管結石や腫瘍性病変など明らかな閉塞機転は認めなかった。また、主胆管拡張は認めなかった。血液検査所見では肝胆道系酵素に異常を認めず、十二指腸乳頭括約筋機能不全 (Sphincter of Oddi Dysfunction:SOD)を疑い、経過観察とした。初診より3ヶ月後、発熱・心窩部痛・肝胆道系酵素上昇など、急性胆管炎症状を呈して来院。腹部CT所見では、胆管拡張を認める以外閉塞機転は認めず、緊急ERCPを施行した。内視鏡所見では、主乳頭には上皮性変化を認めず、口側隆起の腫大を認めた。胆管造影では胆管拡張を認めたが、胆管結石を認めず、引き続き施行したIDUSでも異常所見を認めなかった。胆管拡張の原因としてSOD、非露出型乳頭部癌の可能性を考慮し、ESTを施行後、乳頭部の深部粘膜より生検を施行。病理組織学的に腺癌と診断された。非露出型乳頭部癌と診断し、膵頭十二指腸切開術を施行、術後の病理組織学的検査で、腫瘍はOddi筋に浸潤し、pT1b,pN0,pM0,stage 1と診断された。【考察】明らかな閉塞機転を認めない胆管拡張の症例において、慎重なフォローアップが必要である。有症状例では、SODのみならず非露出型乳頭部癌を念頭に、各種画像診断に加えて、ESTを含めた積極的なアプローチが重要である。

050

EST後にVater乳頭から腫瘍の露出を認めた胆管癌の1切除例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科、

<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 病理診断科

○熊澤 広朗<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、柗尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、大森 隆夫<sup>2</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>、馬場 洋一郎<sup>3</sup>

【症例】79歳女性【主訴】褐色尿【現病歴】2014年8月下旬に、褐色尿を自覚し近医を受診した。血液検査にて肝胆道系酵素上昇を指摘され、精密目的に当科へ紹介となった。造影CTにて乳頭部、下部胆管に早期に濃染される腫瘍を認め、MRIでは同部位に拡散低下を認めた。EUSでは下部胆管を主座に輪郭不整な低エコー腫瘍を認めた。ERCP時の胆管造影にて下部胆管に乳頭状の陰影欠損を認め、IDUSでも同部位に乳頭状隆起性病変を認めた。EST施行後、乳頭部より腫瘍の露出を認めた。組織診で腺癌の結果を得た。表層進展拡大は、胆管造影、EUS、IDUS、マッピング生検にて中部胆管に留まると判断した。以上より胆管癌・乳頭型と診断し、膵頭十二指腸切開術を施行した。胆道癌取扱い規約で胆管癌pT3aN0MX、pStageIIであった。【考察】本

症例は、EST後に乳頭から腫瘍露出を認めた病変であり、鑑別に非露出型乳頭癌があげられるが、術前診断及び病理組織学的所見にて下部胆管癌と診断した。発生源が乳頭直近の下部胆管であったことから、EST後に乳頭から腫瘍が十二指腸に露出した比較稀な症例であった。病理所見との対比、若干の文献的考察を加え報告する。

#### 051

十二指腸癌と鑑別を要した胆嚢癌リンパ節転移の1例

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

○池田 司<sup>1</sup>、尾関 豊<sup>1</sup>、堀田 亮輔<sup>1</sup>、山本 淳史<sup>1</sup>、伊藤 由裕<sup>1</sup>、坂下 文夫<sup>1</sup>、今井 直基<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>2</sup>、杉山 宏<sup>2</sup>

症例は82歳の男性で、2012年4月より強皮症関連の間質性肺炎に対して当院呼吸器内科で外来加療されていた。2014年10月に施行された血液検査でCEAの異常高値を指摘された。精査目的で施行されたPET検査で胆嚢体部と膵頭部への集積亢進を認めた。腹部ダイナミックCT検査では胆嚢体部に不均一な造影効果を伴う壁肥厚を認め胆嚢癌が疑われ、膵頭部のPETでの集積亢進部は径23mm大の膵頭後部リンパ節転移と思われた。しかし上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚に深い潰瘍底を形成する2型の腫瘍を認め、同部位からの生検でGroup5(腺癌)の診断であった。内視鏡所見では上皮性の腫瘍の所見と思われ、臨床的には十二指腸癌のリンパ節転移と胆嚢癌の重複癌が疑われた。患者の強い手術希望があり、待機手術を予定していたが、慢性心不全の増悪があり、手術が延期になった。内科での加療により心不全が改善したのち2015年1月に手術を施行した。術式は膵頭十二指腸切除ならびに拡大胆嚢摘出術に2群リンパ節廓清を併施した。膵頭後部の転移リンパ節と思われる腫瘍が背側で門脈に接しており剥離に難渋したが、門脈合併切除を行うことなく剥離できた。切除標本の肉眼所見では膵頭後部リンパ節が十二指腸水平脚に浸潤し、粘膜面に2型腫瘍様に露出しているようであり、実際の病理所見もその通りであった。最終病理診断は胆嚢癌のリンパ節転移でありtub2、ly1、v1、pN1(13a+) pM1(16b1(1/4)) Stage4bの診断であった。特記すべき合併症の出現なく術後第32病日に軽快退院し、術後2ヶ月が経過した現在外来にて通院中である。本症例につき若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 052

Peribiliary cyst(胆管周囲嚢胞)の一例

静岡市立清水病院

○池田 誉、窪田 裕幸、高柳 泰宏、宇於崎 宏城、小池 弘太

【症例】70代、女性。【主訴】上腹部痛【既往歴】骨粗鬆症、高血圧、便秘症、腰椎圧迫骨折【生活歴】飲酒歴なし、喫煙10本/日【現病歴】間歇的な上腹部痛を主訴に救急外来受診。心窩部に圧痛を認めた。血液検査では異常を認めなかったが、腹部単純CTにて肝内胆管の拡張が疑われたため、4日後に精査目的にて当科紹介受診。受診時には上腹部痛も圧痛も認めなかった。【経過】腹部超音波では肝内胆管に沿った多数の嚢胞を認めた。腹部DynamicCTでは肝内胆管の拡張か胆管周囲嚢胞かの鑑別は困難であった。ERCPでは肝内胆管は枯れ枝状の狭窄像を呈しており、嚢胞は造影されなかった。また上部胆管に狭窄像を認めた。IDUSでは肝内胆管に沿って多数の嚢胞を認めた。上部胆管狭窄部は壁外性病変による圧排が疑われた。ENBD造影下にDynamicCTを行ったところ、肝内胆管周囲に胆管と交通を有しない多数の嚢胞を認めたため、Peribiliary cyst(胆管周囲嚢胞)と診断した。上部胆管の狭窄も比較的大きめの肝外に突出する嚢胞による圧排と診断した。【考察】Peribiliary cystは何らかの原因により胆管付属腺の導管が閉塞することにより嚢胞状拡張を形成する疾患とされ、比較稀な疾患である。肝内胆管癌との鑑別が困難な例もあるが、診断がつけば経過観察が基本である。しかし、進行すると閉塞性黄疸、胆管炎を繰り返す場合もある。本症例は総胆管を圧排する嚢胞もあり、

今後も定期的な画像による経過観察が必要と考えられた。

#### 053

術前診断し得たが悪性腫瘍の存在が否定できず肝切除を施行したhepatic peribiliary cystの2例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○小松原 春菜、村田 泰洋、飯澤 祐介、加藤 宏之、種村 彰洋、栗山 直久、安積 良紀、岸和田 昌之、水野 修吾、白井 正信、櫻井 洋至、伊佐地 秀司

【背景】Hepatic peribiliary cyst (HPBC)は、肝内胆管付属腺より発生し、肝門部胆管周囲に多発する良性の嚢胞性疾患であるが、肝内胆管癌との鑑別が困難なことがあり臨床的に問題となる。今回、HPBCと診断し得たが、悪性腫瘍の存在が否定できず、肝切除を施行したHPBCの2例を経験したので報告する。【症例1】44歳女性。胸のつかえを主訴に近医を受診し、USで肝嚢胞性腫瘍を指摘され当院へ紹介された。CTで肝S2、S3に多発する嚢胞性病変を認め、DIC-CTでは、嚢胞と胆管との交通を認めず、HPBCと診断した。しかしながら、ERCPではB3末梢に狭窄を認め、血清CA19-9の上昇あり、肝内胆管癌を否定できず、腹腔鏡補助下左肝切除術を施行した。病理所見はperibiliary cystであり、B3の狭窄所見はcystによる圧排と考えられた。術後経過は良好で、術後33ヶ月の現在、再発なく経過している。【症例2】65歳男性。肝機能異常で近医を受診し、USで左肝内胆管拡張を指摘され、当院を紹介された。CTでは門脈臍部、左枝周囲に低吸収域を認め、MRIでは胆管周囲の数珠状構造物として描出され、DIC-CTで嚢胞と胆管の交通がなく、HPBCの診断にて経過観察となった。しかし、2年後のCT、MRIで外側区域の胆管拡張、嚢胞増大を認め、EUSでは嚢胞内に結節状の隆起を疑う所見と結石を疑う高エコー像を認めた。経時的な嚢胞の増大と嚢胞内に結節状の隆起を疑う所見があり、悪性を否定できず、尾葉葉合併左肝切除術を施行した。病理所見は、左肝管から末梢胆管周囲が嚢胞状に拡張し、嚢胞内部に一部結石を伴っていた。組織的には単層の円柱上皮で覆われておりperibiliary cystと診断した。術後経過は良好で、術後3ヶ月の現在、再発なく経過している。

【結語】本疾患には胆管癌の併発やHPBCを母地とした嚢胞内腺癌の報告があることから、悪性が否定できない場合は、慎重な経過観察を行うか、十分なICの上で切除を行うことも許容されると考える。

#### 054

爪楊枝が胃より肝臓に穿通し手術を行った1例

三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科

○大森 隆夫、野口 大介、草深 智樹、伊藤 貴洋、大倉 康生、金兒 博司、田岡 大樹

誤飲された異物の多くは自然に排出されるが、ときに消化管を穿通し種々の合併症をきたす。今回、われわれは誤飲した爪楊枝が胃より肝臓に穿通し手術を行った1例を経験したため報告する。【症例】65歳男性。心窩部痛を主訴に当院を受診した。初診時、症状は軽度で内服薬処方にて経過観察となっていたが、4週間後も間欠的な痛みが持続するため再度受診した。上部消化管内視鏡検査にて、胃前庭部小彎に棒状の突起物とその周囲に膿の付着を認め、形態から爪楊枝の胃壁刺入と診断した。CTでは胃壁から肝外側区域へ連続する約6cmの線状の高吸収域を認め、周囲の脂肪濃度上昇を認めた。高吸収域の先端は門脈左外側下区域枝(P3)の近傍に達していた。明らかな腫瘍、遊離ガス、腹水は認めなかった。内視鏡的摘出は出血、異物破損、食道損傷の危険性があり外科的治療を選択した。【手術所見】胃前庭部小彎壁を貫き肝外側区域へ刺入する木製異物を認めた。胃小彎と肝外側区域の間は異物周囲の反応性癒着が強く同部からの摘出は困難と判断し、穿通部対側の大彎胃壁を切開し膿の吸引から長軸方向に抜去した。出血や胆汁漏出はなく、明らかな腹腔内腫瘍も認めなかった。術後5日目に退院し、術後3か月現在、腫瘍形成などの合併症は認めていない。詳細な問

診にて、患者に自覚はないが、腹痛発症当日、飲酒中に爪楊枝を誤飲した可能性が高いことが判明した。【考察】異物が胃壁を貫き肝臓へ穿通した症例の本邦論文報告は我々が検索しえた範囲では14編と少なく、それらは発見時に肝臓瘍を合併することが多かった。また胃壁を貫いた爪楊枝の胃十二指腸動脈損傷により、内視鏡的摘出後に出血性ショックとなった報告例も認めた。内視鏡検査にて鋭利な異物の胃壁刺入を認めた際は、直ちに抜去せず、摘出前に詳細な評価を行い慎重に治療方針を決定することが重要と考える。

055

魚骨による胃壁内膿瘍に対して内視鏡的治療により治療を得た1例

三重厚生連 松阪中央総合病院 胃腸科  
○金子 昌史、塩野 泰功、小島 真一、玉井 康将、浦出 伸治、金子 真紀、山中 豊、直田 浩明、小林 一彦

【症例】58歳男性【主訴】心窩部痛、嘔吐【既往歴】糖尿病、虫垂炎【現病歴】当院受診7日前の昼食に鯖を摂取、同日夕食後より軽度の嘔気が出現した。当院受診 3日前からは心窩部痛も出現したため近医受診。制酸薬や粘膜保護剤の投薬を受けるがその後も症状は改善せず、嘔気増悪、血性嘔吐も見られたことより当院を紹介受診した。【初診時現症】体温37.0℃、腹部は平坦・軟、心窩部を中心に著明な圧痛を認めたが反跳痛や筋性防御は認めず。【検査所見】血液検査ではWBC 12000/ $\mu$ l、CRP 14.8mg/dlと炎症反応上昇を認めた。腹部単純CTでは胃前庭部が著明な壁肥厚し、小弯から後壁にかけては内部に2cm超の線状高吸収域を伴う低吸収腫瘤を認めた。腹腔内遊離ガスや著明な腹水貯留は認められなかった。上部消化管内視鏡検査では前庭部小弯を中心に柔らかい壁肥厚を亜全周性に認め、さらに小弯には発赤を伴う弾性軟の粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。圧迫すると頂部の微小な瘻孔より膿汁が流出した。【経過】異物迷入に伴う胃壁内膿瘍を疑い、外科的治療も検討したが患者のつよい希望にて内視鏡的切開排膿および異物除去を試みた。隆起頂部の瘻孔部分をIT knife2（オリンパスメディカルシステムズ社）にて切開したところ血腫とともに多量の膿汁排出を認めた。さらに可及的に排膿したところ内部に魚骨を認めたため鉗子にてこれに注意深く除去した。創部は開放のままとし処置を終了した。処置後のCTでは線状の高吸収域は消失しており、また腹腔内遊離ガスも見られなかった。引き続き抗生剤による治療を行い症状、血液検査所見は改善傾向を認めた。第12病日の内視鏡による観察でも創部は潰瘍化しており同日退院となった。処置後1ヶ月の内視鏡検査では潰瘍は瘢痕化しており治療を得た。【考察】胃壁内膿瘍は外科的治療も検討される病態であるが、本症例では治療前に明らかな穿孔が無いことが確認されており、消化管内腔への排膿および異物の除去が可能であったことより保存的に治療を行うことが出来た。

056

上部消化管内視鏡で治療した胃切除後輸尿管に迷入した魚骨による十二指腸穿孔の1例

伊勢赤十字病院 外科  
○中川 勇希、藤井 幸治、増田 穂高、早崎 碧泉、山岸 農、熊本 幸司、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司

症例は84歳女性。胃潰瘍に対して、胃切除の既往があった。昼頃から続く気分不良、腹痛を主訴に近医受診し、その後当院救急外来へ紹介となった。入院時現症では、脈拍83回/分、血圧123/55mmHg、体温39.1℃、右側腹部を中心に、圧痛、反跳痛を認め、限局性腹膜炎の所見であった。腹部X線検査では明らかなfree airは認めなかったが、腹部CTで十二指腸下行脚から水平脚付近に浮腫を認め、約4cmの弓状の高吸収異物を認めた。同部位の周囲に少量の壁外airとダグラス窩に少量の腹水を認めた。問診から来院2日前にマグロのあら焼きを摂取したことが判明し、魚骨による十二指腸穿孔と診断した。全身状態は安定しており、穿孔部周囲のairや液体貯留は少量で、膿瘍形成はなく、

炎症は後腹膜腔に限局していたことから、まず、緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。前回手術は広範囲胃切除Billroth2法再建で、輸尿管の胃空腸吻合部より約20cmの部位に魚骨を認めた。内視鏡的に摘出し、保存的治療の方針とした。以後、症状は軽快し、絶飲食、抗生剤で加療した。第7病日より食事開始し、第15病日に退院となった。胃切除後Billroth2法再建後輸尿管の魚骨穿孔をきたした症例は、医中誌で検索しえた限りでは、わが国では自験例を除き1例のみの報告であり、きわめて稀である。魚骨による消化管穿孔・穿通は術前診断が困難であり、腹膜炎と診断され、多くの症例で外科治療が行われている。今回我々はCTにて診断し、内視鏡的治療が可能であった胃切除後輸尿管に迷入した魚骨による十二指腸穿孔の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。

057

腹部CTで胃重積様の所見を呈した胃アニサキス症の一例

磐田市立総合病院消化器内科  
○山田 唯一、高島 真吾、尾上 峻也、松永 英里香、松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、山田 貴教、笹田 雄三、齋田 康彦、犬飼 政美

【症例】34歳男性【主訴】心窩部痛、嘔吐【既往歴】19歳:交通事故で脾破裂（ope）19歳:C型肝炎（インターフェロン療法にて完治）33歳:胃潰瘍（ピロリ菌除菌前に自己中断）ブルガタ型心電図【生活歴】飲酒:ビール1-2杯・焼酎8杯/週3-4日、喫煙:current-smoker 15本/日、アレルギー:なし、輸血歴:あり（19歳ope時）【現病歴】平成27年2月上旬、朝5時に背部の捻れるような痛みを自覚し起床。その後心窩部痛を自覚。症状増悪傾向にあり、A病院受診。腹部CTにて胃重積の可能性が指摘され、鎮痛剤投与にて帰宅。帰宅後に再び心窩部痛を自覚。嘔吐も伴い増悪傾向にあったため同日当院救急外来受診。腹部CTにて、胃の体上部から底部後壁が腹腔に陥入するように周囲脂肪織とともに引き込まれており、胃重積の疑いとして当科コンサルト。昨晩イワシの刺身の摂取歴があることから胃アニサキス症も否定できず、内視鏡で精査する方針となった。上部消化管内視鏡施行したところ、胃底部にSMT様に見える粘膜の浮腫状壁肥厚と発赤・びらんが散見された。同部位にアニサキス虫体を認め虫体除去。アニサキスによる限局的な壁肥厚が重積様に見えたと考えられ、その後経過観察入院。症状軽快し第5病日退院した。【まとめ】胃アニサキス症による限局的な胃壁肥厚が腹部CTにて胃重積様の所見を呈した一例を経験したので報告する。

058

自然解除された胃-胃重積の一例

鈴鹿回生病院 消化器内科  
○奥瀬 博亮、田中 翔太、井口 正士、堀池 眞一郎、多喜 裕子

【症例】40歳 女性 【主訴】左上腹部痛 【既往歴】胃潰瘍【現病歴】数日前からの徐々に増悪する間欠的な左上腹部痛にて当院を受診した。【検査所見】血液検査：WBCの軽度上昇を認めた。EGDS：胃穹窿部に60mm大の表面平滑な隆起を認めた。造影CT：穹窿部胃壁の内反、突出を認めた。【経過】造影CT上、虚血性変化を認めなかったため、入院にて絶食補液の保存的加療を開始した。入院翌日には症状は改善し、数日の経過で重積も自然解除された。解除後のEGDSにて、胃穹窿部に17mm大の粘膜下腫瘍を認め、これが先進部となり胃-胃重積を来したものと思われた。【考察】胃-胃重積は非常に稀な疾患とされている。本症例から虚血性変化のない胃-胃重積は、保存的加療も有効である可能性が示唆された。

059

比較的稀な胃炎症性偽腫瘍の1例

刈谷豊田総合病院総合病院

○平松 孝嗣、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、  
坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、室井 航一、鈴木 孝弘、  
大橋 彩子、溝上 雅也、池上 脩二、大脇 政志、山本 怜、  
宮地 洋平、井本 正己、伊藤 誠

【症例】37歳、男性。主訴は、胃健診異常の精査。既往歴・家族歴は、特記事項なし。内服歴は、特記すべきことなし。2013年1月の健診の胃透視で異常を指摘され、近医受診し上部消化管内視鏡(以下EGD)を施行したところ、胃体部中部大弯に粘膜下腫瘍を認め、hamartomatous inverted polyp疑いにて当科紹介受診となった。自覚症状はなく、採血所見上も異常を認めなかった。造影CTでは同部位に辺縁優位に造影効果を有する2cm大の腫瘍を認めた。EGDでは胃体中部大弯に2cm大の立ち上がり急峻な隆起性病変を認め、送気での変形は良好であった。頂部は明らかな陥凹はなく表面平滑で粘膜は特に頂部では発赤を認め、NBI併用観察にて表面は規則的な鱗状模様を示していた。EUSでは31×17mm大で内部は均一な低エコー腫瘍として描出された。主座は不明瞭で第2から第4層に及んでおり、hamartomatous inverted polypに特徴的な管腔構造を示す無エコー域は認めず、診断に難渋したがGISTも否定できない所見であり、若年であることから同年4月9日に腹腔鏡下胃局所切除術を施行した。病理組織学的に、粘膜下組織から固有筋層にかけて不規則に広がる病変で、線維芽細胞の錯綜増生に加えて、炎症性細胞浸潤が著明であった。免疫組織化学的にC-KIT (-)、CD34 (-)、β-catenin (-)、ALK(-)などの所見あり、最終的に炎症性偽腫瘍と確定診断した。【結語】今回、胃炎症性偽腫瘍1例を経験し、比較的稀な疾患であるため文献的考察を加え報告する。

060

H.pylori除菌後胃癌に対するプローブ型共焦点レーザー内視鏡の有用性の検討

藤田保健衛生大学 消化管内科

○堀口 徳之、堀口 徳之、田原 智満、吉田 大、河村 知彦、  
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、鎌野 俊彰、  
石塚 隆充、中川 義仁、長坂 光夫、柴田 知行、大宮 直木

【背景・目的】プローブ型共焦点レーザー内視鏡(pCLE、マウナクア社製)は鉗子孔から挿入でき、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顕微内視鏡である。H.pylori(HP)除菌後に発見される胃癌は非腫瘍上皮の被覆や混在、分化型癌の表層細胞分化による修飾のため内視鏡における質的診断や範囲診断などが困難になる可能性が指摘されている。本研究の目的は内視鏡診断困難なHP除菌後胃癌におけるpCLEの有用性を検討することである。【方法】対象は当院で内視鏡的切除を行った分化型早期胃癌のうちHP除菌後胃癌4病変とHP陽性非除菌胃癌1病変の5病変に対し、それぞれ病理学的に癌を認めた病変中央1領域、辺縁4領域の計5領域を当院倫理委員会の承認を得てフルオレサイト静注後にpCLEで観察し、内視鏡において診断困難と考えられた領域に対するpCLEの有用性を検討した。【成績】HP陽性非除菌胃癌の5領域とHP除菌後胃癌4病変の中央、4領域の計9領域においてNBI観察で構造異型、血管異型を認め癌と診断し得た。HP除菌後胃癌4病変ではNBI観察で境界不明瞭であり、構造不整の乏しい微細粘膜構造を認め、範囲診断が困難であった。一方、pCLE観察では、癌と診断し得た非除菌例の全領域と除菌後胃癌4病変の中央を含む9領域に加え、診断困難と考えられた16領域全てにおいて癌を示唆する構造異型を有するdark glandが確認された。【結論】pCLEを用いることで、診断困難な除菌後分化型早期胃癌の範囲診断が容易になる可能性が示唆された。

061

3mmの胃底腺型超高分化腺癌を術前診断し、ESDにて治療し得た一例

<sup>1</sup>半田市立半田病院 消化器内科、<sup>2</sup>しかねクリニック

○松七五三 晋<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、田根 雄一郎<sup>1</sup>、  
吉田 大<sup>1</sup>、廣瀬 崇<sup>1</sup>、春田 明範<sup>1</sup>、古根 聡<sup>1</sup>、森井 正哉<sup>1</sup>、  
大塚 泰郎<sup>1</sup>、芳金 弘昭<sup>2</sup>

【症例】37歳女性。前医で上部消化管内視鏡検査を行ったところ胃体上部大弯にやや褪色調の病変を認め、生検で腫瘍性病変も否定できない結果であったため当院紹介となった。また鏡検でH.pylori感染を認めたため除菌を行っている。当院の上部消化管内視鏡検査にて軽度発赤調・びらんを背景に胃体上部大弯にやや褪色調の陥凹を認め、NBI併用拡大観察では微小血管構築像および粘膜表面微細構造において悪性を疑う所見は認めなかった。生検では腺底部に胃底腺様ではあるが不整形形状の腺管を認め、胞体に好酸性顆粒を有するMUC-6陽性、Ki-67陽性細胞も認めた。以上より胃底腺型の超高分化腺癌を強く疑い、治療・診断目的で内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD)を行った。施行時間は36分で偶発症は認めなかった。切除標本の大きさは16×17mm、病変の大きさは3×3mmであった。病理組織は非腫瘍性の腺窩上皮に覆われ、腺底部に主細胞類似の細胞の構造異型を伴った増生をしている、周囲胃底腺と境界不明瞭な3mmの病変を認めた。粘膜筋板への腺管の浸潤を認め、脈管・リンパ管浸潤像は認めず切端断陰性であった。免疫染色ではMUC-6+/-、Ki-67陽性細胞も認めた。以上より胃底腺型超高分化腺癌、深達度はMM、治癒切除と診断した。

【考察】八尾らは胃底腺型胃癌という概念を提唱している。その特徴は高齢者のU領域に好発し、初期には0-IIa/0-IIb/0-IIc型の形態をとり、小さいものでも高率に粘膜下層に浸潤する。また、組織発生に関してはほとんどが胃炎のない正常胃底腺より発生しており、免疫組織学的にはMUC-6やPepsinogen1に陽性を示す。本症例もその特徴に類似していた。【まとめ】我々は3mmの胃底腺型超高分化腺癌を術前診断し、ESDにて治療し得た一例を経験した。

062

異時性多発性早期胃癌ESD後約半年でESD部位から再発を来した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

○溝上 雅也<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>、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>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、  
井本 正己<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、平松 孝嗣<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】66歳、男性【既往歴】慢性心房細動、慢性腎不全【病歴】2011年10月検診GISにて体部下大弯の1cm程度の発赤調の糜爛から生検にてGroup 2であったため、2012年2月にGIS再検を行ったところ病理所見にてGroup 5、tub2を認め、肉眼的にはIc、深達度はMと考え、2012年5月に当科で胃ESDを施行した。病理組織学的に深達度SM2のため非治癒切除であり、追加手術として2012年5月21日に腹腔鏡下幽門側胃切除術を行った。2013年8月フォローのGISにて吻合部小弯に8mm程で発赤調のY-II型のIIa病変を認め、生検結果ではGroup 4であり同時に体部後壁に約7mmの糜爛を認め生検を行ったがGroup1であった。2013年10月にIIa病変に対して胃ESDを行った。ESD最中に体部後壁の前回糜爛と考えられた部位はIIc病変の形態が顕在化し拡大NBI併用観察にて微小血管異常を認め癌を疑い同時にESDを行った。病理組織学的にIIa病変はtub1、M、ly0、VO、断端陰性で適応病変であり、またIIc病変はtub2、pSM1(200μm below MM)で切端標本の粘膜下層浸潤部位がやや未分化にもとえられたが、断端は陰性で治癒切除と考えられた。治癒一か月後のGISでは遺残は否定的であったが2014年6月のフォローのGISにて体部後壁のESD後痕癩に発赤調の1cm、Y-III型の隆起を認め、同部位から生検の結果Group 5、tub2であり胃ESD後の遺残再発と考えられた。異時性に胃癌が多発しておりESD後の再発をためて外科的に胃全摘が望ましいと判断し2014年9月に腹腔鏡下胃全摘術を行った。術後病理学的にはtype 0-IIa、por2、pT1a(M)、pN0よりpStage IA(pT1aN0)であった。【ま

め】今回異時性に多発早期胃癌を認めESD後も約半年でESD部位から再発を来した1例を経験した。短期間に胃癌が多発しておりESD部位にも再発再発を認めた稀な症例であり若干の文献的考察を踏まえ報告する。

#### 063

早期胃癌の胃ESD後5年で癒痕部に腺腫を合併した1例

刈谷豊田総合病院 内科

○山本 怜、坂巻 慶一、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、内田 元太、久野 剛史、室井 航一、大橋 彩子、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、平松 孝嗣、宮地 洋平、井本 正巳、伊藤 誠

【症例】63歳、男性。既往歴は、糖尿病、右副腎腫瘍(骨髄脂肪腫)摘出術後、大腸ポリープ。2007年7月健診UGIにて異常指摘され、当科を受診し、10月1日に上部消化管内視鏡検査(以下EGD)を施行した。前庭部小弯の約3cmの0-IIc、UL(-)、tub1、M-SM1の適応拡大病変で、患者の希望もあり11月1日に胃ESDを施行した。問題なく一括で切除を行い、標本は30×18mm/50×45mmであった。特に合併症無く経過良好で退院となった。病理組織結果は、Tubular adenocarcinoma, well differentiated typeと診断された。水平断端、脈管侵襲は陰性であったが、一部で粘膜筋板への浸潤傾向がみられたため、深切り標本にて再評価を行った。腫瘍は筋板内への浸潤にとどまっており、深部断端では筋板直下で切離されているが、切除下床に直接達した部分はなく、垂直断端も陰性と判断でき、治癒切除と診断した。退院後は問題なく経過していたが、2012年7月3日のEGDにて癒痕部位中央に色調変化を伴う陥凹を認めた。生検の病理結果はGroup 2、11月30日にはGroup 4であった。拡大観察でも微小血管の異常を認め、癌の再発再発(0-IIc, M)と判断し、2013年1月10日に再度胃ESDを施行した。標本に割が入ったが病変部は問題なくほぼ一括で切除を行い、標本は6×5mm/32×32mmであった。特に合併症無く経過良好で退院となった。病理組織学的には、核の腫大した円柱上皮が管状の腺管を形成して密に増殖する像を認め、carcinomaとするほどの異型はみられず、病理組織診断はgastric adenomaであった。切除断端は深部、側方とも陰性であった。【結語】今回、胃ESD後5年で癒痕部に腺腫を合併した1例を経験した。形状はIIc様で再発再発を疑う肉眼所見であったが、最終的には癌ではなく腺腫と診断された比較稀なケースであると考えられるため、若干の文献的考察を加え、報告する。

#### 064

亜有茎性の隆起を呈し、ESDを行い診断に至った胃原発濾胞性リンパ腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

症例は60代男性。検診の上部消化管内視鏡検査(EGD)で2009年より胃体上部大弯にポリープ状の隆起を指摘されていた。その後も毎年検診のEGDで経過観察され、生検では腫瘍性変化は見られなかったが、年々増大傾向となっていたため精査加療目的で当院に紹介となった。当院で施行したEGDでは、病変は胃体上部大弯前壁よりに20mm大の山田川型の隆起性病変として認めた。NBI拡大観察で微細表面構造と血管構造に上皮性腫瘍を疑う所見は確認できなかった。超音波内視鏡(EUS)で隆起性病変は第2層から第3層に低エコー腫瘍として描出され、内部に線状の高エコーを伴っていた。CTでは周囲のリンパ節腫大や多臓器の変化を認めず、Hamartomatous inverted polyp(HIP)やInflammatory fibroid polyp(IFP)等の炎症性腫瘍やGIST、悪性リンパ腫などが鑑別として考えられた。粘膜下層は保たれていたため、病理

学的評価のため内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行った。病理所見では粘膜下を主とするリンパ組織の結節性増殖をみとめ、不規則に拡大した胚中心が見られた。免疫染色ではCD10(+)、CD3(+)、CD5(+)、bcl-6(+)、サイクリンD1(-)で濾胞性リンパ腫と診断。その後のPET-CT、小腸カプセル内視鏡検査、骨髄生検を施行し、他部位に明らかな病変を認めず、胃原発の限局期濾胞性リンパ腫(Stagel、Grade2)と考えられた。胃に限局した濾胞性リンパ腫は稀であり、経過や形態的にも興味深く若干の文献的考察を含め報告する。

#### 065

API2-MALT1陽性胃MALTリンパ腫の長期経過観察中にDLBCLが合併した1例

1愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、

2愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部

○藤田 曜<sup>1</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>、田中 努<sup>2</sup>、石原 誠<sup>2</sup>、水野 伸匡<sup>1</sup>、原 和生<sup>1</sup>、脇岡 範<sup>1</sup>、今岡 大<sup>1</sup>、吉田 司<sup>1</sup>、奥野 のぞみ<sup>1</sup>、稗田 信弘<sup>1</sup>、平山 貴視<sup>1</sup>、渋谷 仁<sup>1</sup>、近藤 尚<sup>1</sup>、鈴木 博貴<sup>1</sup>、鳥山 和浩<sup>1</sup>、徳久 順也<sup>1</sup>、山雄 健次<sup>1</sup>、丹羽 康正<sup>2</sup>

【症例】60歳代男性。【現病歴】平成6年、心窩部痛を主訴に近医を受診。上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃体下部に全周性の潰瘍性病変を指摘され、精査加療目的に当科紹介となる。【臨床経過】精査の結果、H.pylori陽性のStagel 限局期胃MALTリンパ腫と診断し、一次治療として除菌治療を選択した。除菌後、内視鏡上は改善傾向を示すものの、組織学的には腫瘍細胞が残存していたため、手術や放射線療法を勧めたが拒否。経過観察を継続した。平成13年にはAPI2-MALT1転座陽性と判明、除菌抵抗性と判断し、再度手術や放射線療法を勧めたが拒否された。平成18年には右肺に陰影が出現、経気管支肺生検にてMALTリンパ腫、胃MALTの進展と診断した。化学療法を勧めたが自覚症状を認めないため拒否された。平成21年、左側腹部痛を自覚した。CTで脾門部に腫瘍性病変を認め、胃MALTの進展を疑ったが、針生検の結果はDLBCLであった。高齢に伴うリスクや本人の希望を考慮し、Rituximab単独療法を行ったが、十分な効果なく、発病後15年の経過で死亡された。【考察】胃MALTリンパ腫はH.pylori除菌療法によく反応する極めて良好な疾患であり、DLBCLへの悪性転化の頻度は1%未満とされる。一方、API2-MALT1陽性例は除菌療法には反応しないが、基本的にはそれ以上の遺伝子異常は蓄積せず、悪性転化はしないとされ、watch and waitも許容される。今回出現した脾門部DLBCLは、組織形態や免疫形質が胃や肺のMALTと異なり、さらに脾門部の組織ではAPI2-MALT1は陰性であったことから、悪性転化ではなく二次癌として発生したものと考えた。【結論】API2-MALT1陽性胃MALTリンパ腫は、watch and waitは許容されるが、二次癌の発生には注意が必要である。

#### 066

十二指腸潰瘍に合併した胃十二指腸動脈瘤破裂の1例

1JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院 消化器内科、

2JA三重厚生連鈴鹿中央総合病院 病理診断科

○磯野 功明<sup>1</sup>、齋藤 知規<sup>1</sup>、柗尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、向 克巳<sup>1</sup>

【症例】73歳、男性。【主訴】黒色便。【病歴】当院入院の約2カ月前から心窩部痛、黒色便が認められ、症状が持続するため、精査目的に他院へ入院となった。検査の結果、出血性十二指腸潰瘍と診断され、継続加療目的に当院へ紹介された。【経過】入院時の上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸球部に露出血管を伴う潰瘍が認められた。再出血予防のために内視鏡的止血術を施行した際、大量出血を来しショック状態に陥ったが、自然止血を得た。その後は保存的治療が行われたが、入院7日目に再出血を来し、再度上部消化管内視鏡検査が施行

された。十二指腸潰瘍底に拍動性隆起が認められ、腹部造影CTにて胃十二指腸動脈瘤が疑われた。緊急腹部血管造影にて、胃十二指腸動脈瘤が認められたため、経カテーテル的動脈塞栓術(transcatheter arterial embolization : TAE)が施行された。TAE後、再出血は認められず、潰瘍は瘢痕治癒した。【結語】腹部内臓動脈瘤の中で、胃十二指腸動脈瘤は非常に稀とされる。今回我々は十二指腸潰瘍に合併し、十二指腸内腔へ破裂した胃十二指腸動脈瘤の1例を経験したため、ここに報告する。

#### 067

手術室でのIVRを含めた集学的治療にて救命し得た胃十二指腸動脈破綻による出血性十二指腸潰瘍の2例

刈谷豊田総合病院 内科

○久野 剛史、仲島 さよ、浜島 英司、中江 康之、  
坂巻 慶一、内田 元太、室井 航一、大橋 彩子、鈴木 孝弘、  
池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、井本 正巳

【症例1】85歳、女性。主訴は吐血。来院時、血圧73/37mmHg、Hb 5.7g/dlであった。輸血でショックを離脱。緊急上部消化管内視鏡検査（以下緊急GIS）にて巨大な露出血管を伴う十二指腸潰瘍を認めた。観察時は自然止血していたが胃十二指腸動脈の十二指腸穿通を疑い、内視鏡的止血は困難と判断して観察のみで終了した。救命センター入室後、麻酔科医師にて全身管理し、放射線科、外科医師と協議した。手術室に移動し、各科立会いのもと全身麻酔下に内視鏡治療を再施行した。コアグラスパーにて血管を把持して凝固したが動脈性に出血し止血困難と判断、内視鏡を抜去した。引き続き移動型デジタル式汎用X線透視診断装置を使用して放射線科医師によるIVRを行った。胃十二指腸動脈から十二指腸への出血を認めコイル塞栓にて止血した。【症例2】45歳、男性。主訴は吐血。椎弓形成手術後、整形外科入院中であった。緊急GISにて巨大な露出血管を伴う十二指腸潰瘍を認め、観察時も動脈性出血を認めた。HSE、グリセオール局注にて一旦は止血したため内視鏡抜去し救命センターへ入室した。その後血圧低下、貧血の進行を認めたため動脈性出血が持続していると判断した。症例1と同様に手術室にて全身麻酔下に、放射線科医師にてIVRを行った。胃十二指腸動脈から十二指腸への出血を認めヒストアクリルにて止血した。【考察】穿通枝破綻による消化性潰瘍出血が内視鏡で止血困難な場合にはIVRや手術を考慮すべきである。しかし一旦出血性ショックに陥ると移動すべし困難な状況となる。このような場合、治療初期からの各科との連携が不可欠であり、また手術室にてすべての治療を行うことで迅速に次の治療に移行することができる。今回、消化器内科、放射線科、外科、麻酔科の密な連携のもと、治療初期から手術室にて移動型デジタル式汎用X線透視診断装置を利用して治療した胃十二指腸動脈破綻による出血性十二指腸潰瘍の2症例を経験した。今後はさらに症例を積み重ねて改善点を検討していく必要がある。

#### 068

巨大穿孔性胃潰瘍に対して保存的加療で治癒を得た1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○天満 大志、三浦 広嗣、川口 真矢、大山田 純、山村 光弘、  
高見 麻佑子、村林 桃士、伊藤 達也、奥田 奈央子、  
橋本 有貴、林 智士

【はじめに】近年では穿孔性胃潰瘍に対してプロトンポンプインヒビターといった酸分泌抑制剤の併用による比較的低侵襲な開腹下穿孔部閉鎖術や腹腔鏡下穿孔部閉鎖術が選択されるようになった。低侵襲な手術とともに保存的治療を選択する症例も増え、その有効性についても広く知られるようになってきた。しかしながら、保存的治療を選択した症例でも経過によって手術療法へ移行する症例も存在している。また手術療法を選択すべき症例においても諸条件により保存的治療を選択せざるを得ない場合も存在する。今回、巨大穿孔性胃潰瘍に対して保

存的加療で治癒を得た一例を経験した。【症例】84歳 男性 【主訴】食欲不振、黒色便【現病歴】2014年6月中旬頃に近医で認知症の疑いがあると診断された。徐々に食欲不振となり、6月下旬に2回黒色便を認めたため当科に紹介受診となった。血液検査でHgb 6.5g/dlの貧血があり、黒色便のエピソードがあったことから、上部消化管出血を疑い緊急上部内視鏡検査施行とした。体下部前壁に2つの浅い潰瘍と体下部後壁に約2cm大の深掘り潰瘍を認めた。体下部後壁の潰瘍堤に露出血管を認め、クリッピング止血術施行した。第2病日に施行した腹部CT検査で体下部後壁に巨大な穿孔を認めたが、外科と相談し、腹部症状に乏しいこと、free airがわずかであること、などから保存的加療を継続することとした。第29病日の腹部CT検査で穿孔部の閉鎖を認めたため、第30病日より経口摂取を開始した。第43病日に上部消化管内視鏡を施行し、潰瘍部の瘢痕化を確認した。状態の安定化を得られたため、第53病日に転院となった。【考察】本症例は手術療法の適応と考えられたが腹部症状に乏しくfree airがわずかであることから穿孔部の自然閉鎖が得られているものと考え保存的加療を選択した。巨大な穿孔性胃潰瘍であったが保存的加療で治癒を得た一例を経験したため若干の文献的考察を踏まえ報告する。

#### 069

左卵巣転移の茎捻転をきたした進行胃癌の一例

豊橋市民病院 消化器内科

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

【症例】30代女性【既往歴】なし【現病歴】2014年9月、左下腹部痛を主訴に産婦人科を受診。MRI検査で両側の卵巣に約7cm大の充実性成分と囊胞性成分が混在する腫瘍を認め、転移性腫瘍が疑われたため11月初旬に当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃体中下部大弯に4型胃癌を認め、病理診断は低分化型腺癌であった。胸腹部造影CT検査を追加し、4型胃癌、肝転移、腹膜播種、両側卵巣転移と診断し化学療法の方針とした。同時期に左下腹部痛があり婦人科受診したところ左卵巣の腫瘍内出血の診断にて、鎮痛薬での経過観察とした。TS-1+CDDP療法2コース終了後に原発巣、肝転移、腹膜播種、右卵巣腫瘍は縮小していたが、左卵巣腫瘍は約13cm大に増大していた。同日、左下腹部痛が再燃したが症状は1日で自然に軽減した。約1週間後、腹膜刺激症状を伴う下腹部の激痛が出現し、造影CTを再検したところ、左卵巣腫瘍が腹腔内で大きく移動しており、血性を疑う腹水の増加を認めた。また貧血も進行しており、左卵巣腫瘍茎捻転、腫瘍出血を疑い、同日緊急開腹左付属器切除術を施行した。左卵巣腫瘍は新生児頭大で時計回りに720度捻転し壊死していた。一部は裂けて出血しており腹腔内に650mlの血性腹水を認めた。左卵巣腫瘍周囲に癒着はなく、卵巣腫瘍を認める以外に明らかな播種結節は認めず、腹水洗浄細胞診は陰性であった。病理検査では捻転によるびまん性出血と、間質に低分化腺癌と考えられる異型細胞のびまん性浸潤増殖を認め、胃癌の卵巣転移と診断した。術後経過は良好で、TS-1+CDDP療法を継続している。【考察】卵巣転移を伴う胃癌治療の主体は化学療法である。卵巣腫瘍摘出の治療的意義は確立されておらず、有症状例のみ卵巣摘出を行うことが多い。本症例では腹膜播種による転移形式の場合、癒着により卵巣腫瘍茎捻転が生じにくいと考えていた。しかしながらCTにて腫瘍は大きく移動し、術中所見では左卵巣腫瘍周囲に癒着を疑う所見はなく、捻転を経験した。胃癌の卵巣転移が茎捻転をきたし外科治療を行った症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

#### 070

0-2c型胃癌多発肝転移の1例

1木沢記念病院 外科、2木沢記念病院 消化器科

○堀田 亮輔<sup>1</sup>、今井 直基<sup>1</sup>、伊藤 由裕<sup>1</sup>、坂下 文夫<sup>1</sup>、

山本 淳史<sup>1</sup>、池庄司 浩臣<sup>1</sup>、尾関 豊<sup>1</sup>、加藤 潤一<sup>2</sup>、  
足達 広和<sup>2</sup>、建部 英春<sup>2</sup>、安田 陽一<sup>2</sup>、杉山 宏<sup>2</sup>

大橋 彩子<sup>1</sup>、池上 修二<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、  
井本 正巳<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、平松 孝嗣<sup>1</sup>、宮地 洋平<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

症例は70歳代の男性。既往に脳梗塞でバイアスピリンを内服していた。2014年9月ごろよりめまいおよび黒色便の症状が出現し徐々に悪化傾向であった。上部消化管内視鏡検査で出血性胃潰瘍を指摘され保存的治療をうけ軽快した。軽快後のフォローアップの内視鏡検査で胃角部小弯側に0-2c様の腫瘍を認め、生検でGroup5、腺癌の診断であった。また腹部CTで肝S3とS7にそれぞれ8mm大、25mm大の腫瘍を認め肝転移が疑われた。またFDG-PETでは肝腫瘍に集積を認め胃瘍の肝転移が疑われた。臨床診断は早期胃癌、多発肝転移、T1bN0M1、clinical stage 4で、2014年12月に手術を行う方針とした。手術は腹腔鏡補助下幽門側胃切除術、腹腔鏡下肝部分切除術を行った。病理組織学的検査では胃の原発巣は腺癌であり、粘膜面からの連続進展は粘膜筋板までであったが、非連続性に粘膜下組織から漿膜下組織まで腫瘍の脈管内進展を認め、一部は漿膜面に達していた。そのため深達度はT4a (SE) と診断した。リンパ節は1個転移を認めた。肝は2つとも胃癌の肝転移の診断で、最終病理診断はT4aN1M1のStage 4であった。術後経過は比較的良好で術後第14病日に退院した。術後3カ月現在、外来で補助化学療法を行っている。0-2c型胃癌多発肝転移1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

#### 071

##### 胃神経内分分泌腫瘍の一例

小牧市民病院

○古川 陽子、小原 圭、宮田 章弘、平井 孝典、舘 佳彦、  
小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、石田 哲也、  
濱崎 元伸、永井 真太郎

【背景】消化器に発生する神経内分分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor: NET)は、年間人口10万人に3-5人の新規患者が発生する比較的稀な腫瘍で、その多くは膵臓と消化管に発生する。今回我々は胃神経内分分泌腫瘍の一例を経験したため報告する。【症例】70歳、男性【既往歴】大腸ポリープ【家族歴】特記すべき事なし【現病歴】平成25年9月健診の上部消化管造影検査 (以下UGI) にて異常を指摘され、当院消化器内科を受診した。【現症】意識清明、血圧106/77 mmHg、脈拍: 88 /min、体温: 36.3℃、腹部: 平坦、軟、圧痛 ( )、腫瘤触れず。【画像所見】UGI: 胃体上部大弯に内部陥凹を伴う隆起性病変を認める。上部消化管内視鏡検査: 胃体上部大弯に陥凹伴う粘膜下腫瘍様病変を認める。腹部造影CT: 胃内に原発巣指摘できず。明らかな転移巣認めず。PET-CT: 胃内に明らかな集積認めず、明らかな転移巣認めず。【生検病理所見】CAM5.2、CD56、chromogranin、synaptophysin 陽性。MIB-1indexが高くendocrine carcinomaの所見であった。【経過】平成26年1月T3N0M0、cStage2Aにて噴門側胃切除+D2郭清+脾摘術を施行した。術後病理検査結果では大細胞型胃内分分泌細胞癌 (G3 NEC) の診断で、T2N1M0、pStage2Aであった。平成26年2月4月に、避発性食道空腸吻合不全で外科再入院となった。平成26年7月フォローのCTにて多発肝転移を認め、TS-1内服による化学療法を開始した。平成27年3月、5コース目治療継続中で、CTでの肝転移巣は縮小傾向である。【考察】本症例は胃NETに対して外科的根治術を行ったが、術後半年と短期間で多発肝転移を引き起こした。NETの治療方針を検討する上では、WHO病理組織学的分類に基づいて治療することが重要である。NETの治療に関して若干の文献的考察を加え報告する。

#### 072

ステロイド治療中止後に再発を認めたCronkhite-Canada症候群の1例

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

○鈴木 孝弘<sup>1</sup>、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>、内田 元太<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、室井 航一<sup>1</sup>、

【症例】76歳、女性。【主訴】貧血精査。【既往歴】糖尿病、間質性肺炎。【現病歴】2007年7月に食欲低下を認め、消化管精査を行ったところ、胃、十二指腸、結腸にポリポースを認めた。四肢末端の色素沈着と爪変形を認めることからCronkhite-Canada症候群と診断し、prednisolone (PSL)30mg/日の内服を開始した。内服開始後は、食事摂取量も増加し、ポリポースの著明な改善を認めた。徐々にPSLを減量し、3ヶ月後に内服を中止したが、その後は症状の再燃なく経過良好であった。年に1回の上部消化管内視鏡検査 (EGD)、下部消化管内視鏡検査 (CS) で経過観察をしていたが、2012年の6月から通院を自己中断した。2014年6月にふらつきと食欲不振で、当院救急外来を受診したところ、血液検査で血清総蛋白5.6g/dl、血清アルブミン3.1g/dlと栄養状態の低下と、Hb 5.0g/dl、血清鉄11μg/dl、フェリチン8ng/mlと鉄欠乏性貧血を認めた。EGDでは胃前庭部、十二指腸球部にポリポースを認め、CSでは回腸末端から全結腸、直腸にかけてポリポースを認めた。以上からCronkhite-Canada症候群の再発と考え、PSL30mg/日を再開した。内服開始に伴い、貧血、栄養状態は徐々に改善を認め、ポリポースは数、大きく共に改善を認めた。徐々にPSLを減量し、現在はPSL5mg/日まで減量したが、10ヶ月経過した現在はHb11.2g/dl、血清アルブミン4.2g/dlと再燃せずに経過している。【考察】Cronkhite-Canada症候群の治療法についてはステロイド治療の高い有効率が報告されているが、本症例のように中止後の再発例の報告もあり、投与量や期間については定まっていない。本症例はステロイド治療開始にて症状は著明に改善を認めたが、中止してから7年後に再発を認めた。ステロイド再開にて症状改善を認め、現在は少量のステロイドを維持することで再燃することなく経過している。【結語】ステロイド治療中止後に再発を認めたCronkhite-Canada症候群の1例を経験したため文献的考察を加え報告する。

#### 073

広範II a型形態を呈した十二指腸異所性胃粘膜の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○河合 歩、奥村 大志、白鳥 安利、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、  
近藤 貴浩、黒石 健吾、柳木 博貴、吉川 恵史、濱村 啓介、  
高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【はじめに】十二指腸球部の隆起性病変として異所性胃粘膜はしばしば経験する病変であるが、今回我々は広範で凹凸の目立つ、腫瘍様形態を呈した十二指腸異所性胃粘膜を経験したので報告する。【症例】67歳女性、主婦。【主訴】十二指腸病変精査目的。【家族歴、既往歴】特に問題なし。【現病歴】平成26年12月に特定健診で胃内視鏡検査を受検した。その結果十二指腸病変を指摘されたため、精査目的で当科受診。【経過】理学的には問題なし、当科で胃内視鏡検査を行ったところ十二指腸球部の約1/2周に顆粒状の隆起性病変を認め、一部には不整系隆起を認めた。病変は上十二指腸角SDAを越え十二指腸下行脚、十二指腸乳頭近傍まで及んだ。形態は腫瘍様であったが生検検査を行ったところ、十二指腸異所性胃粘膜を診断した。患者さんには症状はなく、H. Pylori陰性で現在経過観察中である。【考按】十二指腸球部の隆起性病変を生検した場合、その約40%は異所性胃粘膜であったと報告されている。その肉眼形態は(1)びらん隆起型(2)顆粒状隆起型(3)球状隆起散在型(4)集簇隆起型などと言われていてその多くは1cm以下の小病変が多い。今回の病変は半周以上で、一部が結節上に隆起した形態を示した。特異な形態であり、腫瘍性病変との鑑別を要した。文献的に過去の報告例と比較検討した。

#### 074

粘膜下異所腺を伴ったEBV関連早期胃癌の一例

半田市立半田病院 消化器内科

○吉田 大、水野 和幸、神岡 諭郎、田根 雄一郎、  
松七五三 晋、春田 明範、廣瀬 崇、古根 聡、森井 正哉、  
大塚 泰郎

【症例】70歳男性【主訴】精査加療目的【既往歴】高血圧、胸部大動脈瘤、間質性肺炎、肺気腫【現病歴】胃SMTにて近医にてEGDフォローアップされていた。今回フォローアップEGDにて胃体上部大彎後壁寄りに不整な陥凹性病変認め生検施行され早期胃癌 (tub2) の診断にて精査加療目的に2014年5月当院紹介受診。当院採血ではCEA軽度上昇認めのみで他に大きな異常は認めず。H.pylori菌は2年前に除菌済みであった。【経過】当院EGDでは体下部、前庭部に胃粘膜下異所腺と思われるSMTが多数認められ、胃体上部大彎後壁寄りに約10mmの0-IIc病変認められた。癌病変部のEUSでは第2層に腫瘍エコーを認めその直下第3層に低エコーの濾胞様小結節が多数認められ粘膜下層のリンパ濾胞や胃粘膜下異所腺、粘液貯留等が疑われた。造影CTではリンパ節転移や遠隔転移は認められなかった。年齢や胸部大動脈瘤、間質性肺炎といった既往があることから患者と相談し診断的治療目的にESDを行った。ESD切除標本の病理では表層にはtub2認め粘膜筋板は概ね保たれているものも高度リンパ球浸潤伴った粘膜下層への癌の浸潤が認められ、gastric carcinoma with lymphoid stromaの像を呈していたためEBV関連胃癌を疑いEBER-ISH追加。腫瘍細胞のほとんどの核に陽性像を呈し、EUSで見られた低エコーに一致してSM層リンパ装置内に陽性細胞の浸潤が認められEBV関連早期胃癌 (SM2) の診断にて外科にて追加切除 (腹腔鏡下噴門側胃切除) となった。その後の術後経過は良好である。【結語】今回我々は診断的治療目的にESDを行い診断に至った粘膜下異所腺を伴ったEBV関連早期胃癌の一例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

075

びまん性胃粘膜下異所腺を伴った胃癌の1例  
国家公務員共済組合連合会 東海病院 内科  
○濱宇津 吉隆、丸田 真也、石川 英樹、北村 雅一、加藤 亨、  
田中 達也

症例は50歳代の女性。当院の人間ドックを受診し胃カメラで胃体下部後壁に退色調で境界明瞭な径3cm程の不整な浅い陥凹性病変を認めた。生検の病理結果は印環細胞癌であった。拡大内視鏡検査では陥凹部の大部分は白苔に覆われていたが、不明瞭かつ疎で配列が不規則な腺管構造と大小異なる微小異常血管を認めた。超音波内視鏡検査では、第2層に低エコー腫瘍を認めた。明らかな第3層への浸潤は認めなかった。第3層内には径2-3mmの無エコー域が多発していた。通常観察でも腫瘍の口側に小さな透見性のある粘膜下腫瘍様の隆起が散見されたことから異所腺胃腺が背景にあると考えた。上部消化管X線検査では、胃体下部後壁に径3-4cmの凹凸が目立つ浅い陥凹性病変を認めた。胸腹部造影CTでは明らかな転移は認めなかった。0-IIc型早期胃癌、深達度はmと診断した。当院外科で腹腔鏡下噴門側胃切除術を行った。手術標本の病理診断は、Poorly diff.adenocarcinoma por>sig>tub2,pT1b1(SM1),ly0,v0,INFa.med. NO,pStageIAであった。また標本内の別部位に径1mmで深達度Mの中分化型管状腺癌を認めた。広範囲にsubmucosal glandsを認め小囊胞状の拡張も見られた。胃粘膜下異所腺は本来胃粘膜固有層内にあるべき胃腺組織が異所性に粘膜下層にみられるもので、胃粘膜下層の10ヵ所以上の場所で異所腺がみられたものがびまん性胃粘膜下異所腺 (Diffuse cystic malformation: DCM) と定義されている。DCMは切除胃の数%に認められる比較的稀な疾患である。本症には胃癌、特に多発胃癌が高頻度に合併することが報告されており、paraancercous lesionと考えられている。胃癌の合併がある場合は全に胃全摘術を奨める報告もあるが、文献的にはDCM非合併胃癌と同様の治療法が選択されていることが多い。胃癌のDCM合併例では残胃癌発生のリスクが高いとされるが、早期癌が多く悪性度が通常より高いという報告もないことから必

ずしも全ての症例に対して胃全摘術を行う必要はないと考えられる。本症例では既知の病変とは別に切除標本に微小癌を認めた。今後も厳重な経過観察が必要である。

076

軟骨肉腫成分を伴った十二指腸so-called carcinosarcomaの1例

<sup>1</sup>三重厚生連鈴鹿中央総合病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>三重厚生連鈴鹿中央総合病院 病理診断科、  
<sup>3</sup>三重厚生連鈴鹿中央総合病院 外科

○田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、馬場 洋一郎<sup>2</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、  
栃尾 智正<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、  
齊藤 知規<sup>1</sup>、向 克巳<sup>1</sup>、野口 大介<sup>3</sup>、伊藤 貴洋<sup>3</sup>、  
大森 隆夫<sup>3</sup>、大倉 康生<sup>3</sup>、金見 博司<sup>3</sup>、田岡 大樹<sup>3</sup>、  
村田 哲也<sup>2</sup>

79歳男性。食欲不振、体重減少を主訴に当院を受診した。各種画像検査で、臍頭部に膨張性発育を呈する乏血性の腫瘍が認められた。十二指腸からの鉗子生検で、臍頭部退形成癌 (紡錘細胞型) と術前診断し、臍頭十二指腸切除術が施行された。組織学的検討では十二指腸粘膜内に高分化型腺癌が認められ、連続して広基性隆起病変が認められた。広基性隆起病変は紡錘形細胞や多形細胞、巨細胞が散在性に増生する肉腫成分が主体であり、一部に高 中分化型腺癌が認められた。また、軟骨基質内に異型細胞を認める軟骨肉腫様の所見が散見された。腺癌成分と肉腫成分に組織移行像があり、移行部の肉腫成分でcytokeratin陽性、vimentin陰性であった。以上から軟骨肉腫成分を伴った十二指腸原発so-called carcinosarcomaと最終診断した。癌肉腫は同一病変内に上皮性腫瘍である癌と非上皮性腫瘍である肉腫が混在する腫瘍であり、様々な臓器で報告されているが、十二指腸での報告は稀である。近年、癌の肉腫様変化をso-called carcinosarcomaやsarcomatoid carcinomaと分類し、真性癌肉腫と区別することが多いが、その定義については意見の分かれるところである。今回、軟骨肉腫成分を伴った十二指腸原発so-called carcinosarcomaの1例を経験したので報告する。

077

トラスツマブを併用した術前化学療法が奏功したmicropapillary carcinoma成分を伴ったHER2陽性食道胃接合部癌の1例

<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、  
<sup>3</sup>国立大学法人 滋賀医科大学医学部 臨床検査医学講座

○池之山 洋平<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、日本 弘樹<sup>1</sup>、吉澤 尚彦<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 善弘<sup>1</sup>、  
清水 敦也<sup>1</sup>、市川 健<sup>2</sup>、河楚 達夫<sup>2</sup>、近藤 昭信<sup>2</sup>、田中 稔<sup>2</sup>、  
長沼 達史<sup>2</sup>、九嶋 亮治<sup>3</sup>、中島 啓吾<sup>3</sup>

【はじめに】Micropapillary carcinoma (以下MPC) は予後不良、高悪性度を示すまれな組織型として知られ、当初乳癌において報告されたが、肺、膀胱、唾液腺などの他臓器でも報告されている。トラスツマブを併用した術前化学療法が奏功したMPC成分を伴った食道胃接合部癌の1例を経験したので報告する。【症例】80歳代男性。貧血精査目的の上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部に表面不整な1型の隆起性病変を認め、生検では微小乳頭状構造を伴う乳頭腺癌が認められた。CTで腹部大動脈周囲リンパ節腫大があり、PET-CTで同部位にSUV max4.3と集積を認めた。食道胃接合部癌 (Siewert type II, cStage IV) と診断した。またHER2染色で生検組織はIHC法にて3+ (びまん性強陽性) を示した。術前化学療法としてS-1+CDDP+トラスツマブ療法を3クール施行。その後の上部消化管内視鏡検査では小隆起が残存するも生検では腫瘍細胞は認めず、PET-CTでは治療前有小集積のあった腹部大動脈周囲リンパ節は縮小傾向にありSUV max1.96と減弱を認め、噴門側胃切除術、下縦隔、傍大動脈リンパ節郭清を施行した。手術標本の病理診断では、原発巣、リンパ節ともに腫



断し、内視鏡的食道静脈瘤結紮術を施行した。次に、緊急開腹手術を施行した。術中所見では左閉鎖孔にRichter型ヘルニア嵌頓あり、嵌頓部の小腸漿膜は著明に浮腫性変化を来していた。閉鎖孔ヘルニア修復術に加え小腸切除術を行った。術後経過は良好で第15病日に退院となった。<BR>【考察】食道静脈瘤がF1 RC(-)にも関わらず破裂したのは、嘔吐反射や小腸イレウスで腹腔内圧が上昇し門脈圧亢進を来したことが原因と推察した。食道静脈瘤破裂の病因解明にCTが有用であったまれな一例を経験したため報告する。

082

バルーン拡張術時に穿孔を生じ保存療法を行った食道アカラシアの一例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 外科

○栃尾 智正<sup>1</sup>、向 克己<sup>1</sup>、菅 大典<sup>1</sup>、熊澤 広朗<sup>1</sup>、磯野 功明<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>1</sup>、松崎 晋平<sup>1</sup>、佐瀬 友博<sup>1</sup>、岡野 宏<sup>1</sup>、齋藤 知規<sup>1</sup>、西村 晃<sup>1</sup>、伊藤 貴洋<sup>2</sup>、金兒 博司<sup>2</sup>、田岡 大樹<sup>2</sup>

【症例】68歳、男性【主訴】嚥下困難【現病歴】7年前に食道アカラシアの診断でバルーン拡張術を受けたことがある方。拡張術施行後も嚥下困難感の自覚はあった。入院10日前ほどから、嚥下困難の増強あり、入院1日前から水分も摂取できなくなったため、当院へ紹介受診となった。【経過】入院後、上部消化管内視鏡検査と透視検査にて食道アカラシア(Straight type:St型、II度)と診断し、入院3日目にバルーン拡張術を施行した。拡張術施行後の上部消化管内視鏡検査とCTにて筋層の断裂と縦隔内のfree airを認めたため、食道穿孔と診断した。Free airは縦隔内に局限していたため、外科と相談のうえ、NGチューブを挿入し、抗生剤とPPI投与による保存療法を開始した。途中、反応性と考えられる胸水貯留の増加などを認め胸腔ドレナージも施行したが、状態は徐々に改善し、入院17日目はleakもなくなった。入院25日目に上部内視鏡検査にて穿孔部位の閉鎖を確認し、入院26日目に退院とした。退院後も再狭窄は認めていない。【考察】食道アカラシアに対するバルーン拡張術は有効な治療法の一つであるが、重篤な偶発症として食道穿孔が1-3%程度に生じるとされている。拡張を緩徐にする、拡張圧を下げる等、対策は試みられているが、穿孔を確実に防ぐことはできないため、穿孔した場合は、その後の治療が重要となる。食道穿孔に対しては、気腫が縦隔内に局限しているなど条件を満たせば保存的に治療することも可能とされているが報告例は少ない。今回我々は保存療法が効果的であった食道穿孔の一例を経験したため報告する。

083

当院におけるトリウムシロン局所注射による食道表在癌ESD後の狭窄予防の検討

<sup>1</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学診療部

○松井 健一<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>2</sup>、松崎 一平<sup>1</sup>、横山 敬史<sup>1</sup>、菊池 正和<sup>1</sup>、浅井 裕充<sup>1</sup>、小林 健一<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓輝<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、前田 修<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

【背景】食道表在癌に対するESDでは広範囲な病変の一括切除も可能であるが、切除面の周在性が亜全周以上の症例では術後狭窄が高頻度起こり頻回の内視鏡的バルーン拡張術(EBD)を要するため、粘膜切除後の狭窄予防が必要となり、ステロイド局注は有用とされている。【目的】食道表在癌ESD後のステロイド局注による狭窄予防の有用性を明らかにすること。【対象・方法】当院では2013年8月より食道ESD後切除面が亜全周以上の病変に対してステロイド(トリウムシロン)局注を行った。2007年9月から2014年12月までに当院で食道ESDを施行した食道表在癌(扁平上皮癌のみ)128例・164病変のうちESD時にステロイド局注を行った11例・13病変(局注群)とステロイド

局注導入前EBDのみ施行の11例・12病変(非局注群)を対象としステロイド局注の有無とEBDの平均施行回数との関連性について検討を行った。亜全周の定義は切除面の周在性が3/4周以上とし(全周は除く)、狭窄の定義は嚥下困難出現または9.8mm径の内視鏡通過困難な場合とした。局注群では食道ESD終了時に切除面の潰瘍底辺縁にトリウムシロン40mgを10回に分けて局注を行い、その後の内視鏡検査で狭窄を認めた際はEBDを施行した。非局注群では食道ESD後2週間以内に内視鏡検査を行い、狭窄を認めた際はその後EBDを施行した。

【結果】局注群vs非局注群では周在性は亜全周以下/亜全周/全周=4/7/2病変 vs 4/8/0病変、長軸径は50mm未満/50mm以上=5/8病変 vs 9/3病変と両群に有意差を認めなかった。EBD回数は平均2.8±5.4回 vs 9.3±11.6回であり局注群で少ない傾向であった。また局注群では8例(61.5%)でEBDを回避できた。EBD・ステロイド局注手技関連の偶発症は認めなかった。【結論】食道ESD後の狭窄予防に対するトリウムシロン局注の有用性が示唆された。

084

食道神経内分泌細胞癌の2例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○中西 和久、山川 慶洋、妹尾 恭司、土田 研司、木村 吉秀、平野 敦之、小島 尚代、山下 宏章、西垣 伸宏、尾関 智紀、遠藤 正嗣、山東 元樹

1例目は64歳男性。主訴は心窩部痛。平成25年5月に近医で上部消化管内視鏡検査施行され、胸部下部食道に1/2周性の2型腫瘍を認めた。生検で神経内分泌細胞癌と診断され、当院紹介受診した。造影CTおよびFDG PETで、縦隔、大動脈周囲への多発リンパ節転移が認められ、平成25年9月よりCPT 11+CDDPIによる化学療法を開始した。本人の希望もあり、3コース目から放射線療法も併用した。10コース施行後に、肺・肝転移が出現し、腫瘍効果判定はPDだった。平成26年9月より2nd lineとしてCDDP+VPを開始したが、発熱性好中球減少症が出現し、本人の希望により化学療法は中止となった。2例目は74歳男性。主訴はつかえ感。平成27年1月に近医で上部消化管内視鏡検査施行され、下部食道にほぼ全周性の腫瘍性病変を認めた。生検で神経内分泌細胞癌と診断され、当院紹介受診した。造影CTおよびFDG PETで多発肝転移と縦隔、大動脈周囲への多発リンパ節転移が認められ、平成27年3月からCPT 11+CDDPIによる化学療法を開始した。食道神経内分泌細胞癌は全食道癌の1.0-2.8%と稀な腫瘍であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

085

EUS-FNAにて診断を得た脾原発びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の一例

小牧市民病院 消化器内科

○永井 真太郎、平井 孝典、宮田 章弘、館 佳彦、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、石田 哲也、濱崎 元伸

【症例】80歳台、男性【既往歴】肺腺癌(72歳時、右上葉・下葉部分切除、pT2N0M1b/Stage 4、右上肺野で再発しSRT施行後CR)、胃潰瘍、COPD、副鼻腔炎、白内障、骨粗鬆症【生活歴】10年間禁煙50本/日×50本、アルコールなし【現病歴・経過】2014年10月呼吸苦にて当院ER受診。胸部CTにて脾腫瘍を指摘され精査目的のため当科紹介となった。腹部dynamicCTにて腹腔内に腫大したリンパ節と思われる結節を複数認めた。脾臓は腫大しており、不整に突出した胃体部と接している境界不明瞭で75mm大の低吸収性漸増性に不均一に造影される腫瘍を認めた。PET-CTでは脾腫瘍・腫大したリンパ節に一致した集積亢進が認められた。これらの所見から胃癌の脾浸潤およびリンパ節転移、肺癌のリンパ節転移および脾転移、または悪性リンパ腫が考えられた。採血では可溶性IL-2レセプター:4340U/mlと高値認められた。上部消化管内視鏡検査では穹隆部から胃体上部にかけて壁外性リン

排・粘膜発赤認め、生検施行するも悪性所見認めなかった。確定診断のため外科的生検またはEUS-FNA考慮となり、脾腫瘍が胃と接していることからEUS-FNA施行した。病理にてびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断された。確定診断後、当院血液内科にてR-CHOP両方が施行されており現在5コース終了となっている。フォローのCTにて腫瘍の縮小認めPRの状態。治療への反応は良好といえる。【考察】EUS-FNAは主に脾腫瘍・縦隔腫瘍などの診断のために施行される。血流の豊富な脾臓の腫瘍に対してEUS-FNA施行した報告は稀である。今回の症例のように体表近くに病変を認めず、上部消化管と接しており出血のリスクが低いと判断された脾門部腫瘍の症例ではEUS-FNAが有用であると思われる。

## 086

腹水貯留で発症した混合型びまん性悪性腹膜中皮腫の一部切除例  
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、山本 健太、鈴木 博貴、芳川 昌功、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、山本 崇文、岡村 正造

【はじめに】腹膜中皮腫は全悪性腫瘍の約0.2%と比較的稀な疾患で、診断に苦慮することが多い。標準的治療は確立されておらず、予後不良な疾患である。今回我々は、腹水貯留で発症した混合型びまん性悪性腹膜中皮腫の一部切除例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【主訴】腹部膨満感【既往歴】なし【職業歴】アスベスト曝露歴なし【現病歴】腹部膨満感、食思不振が出現し近医受診。腹部エコーで腹水を指摘され近医総合病院へ紹介。腹部CTで著明な腹水、7cm大の辺縁不整で造影効果のある内部不均一な腫瘍、腹膜に不整な軟部腫瘍を認め、精査治療のため当科紹介入院となった。腹水穿刺で、腹水の外観は黄色混濁で滲出性であった。腹水細胞診は2回施行し、中皮細胞は認めたが明らかな悪性像は認めなかった。小腸造影検査では、空腸にapple core sign様の全周性の不整狭窄を認めた。小腸内視鏡検査では、空腸に不整な全周性隆起を認め一部潰瘍を伴っていた。鑑別として小腸癌、悪性リンパ腫、GISTなどが考えられた。病変より生検し、Spindle cell carcinomaと病理診断された。小腸癌、癌性腹膜炎と診断し、第28病日にnab-PTXで治療開始したがが無効であった。第43病日にS1を開始するも徐々に病状は悪化し、第49病日に死亡した。病理解剖では、混合型びまん性悪性腹膜中皮腫と診断された。【考察】悪性中皮腫の発症はアスベスト曝露が関与していると言われていたが、腹膜中皮腫ではアスベストの曝露歴が明らかでない症例が多く、本症例も調査した範囲ではアスベスト曝露歴は認めなかった。腹水細胞診陽性率は5-12%と低く、本症例も腹水細胞診を2回施行したが、いずれも陰性だった。本疾患において血中ヒアルロン酸が比較的特異なマーカーとして知られているが、本症例では検討できていなかった。生検ではSpindle cell carcinomaと診断されたが、上皮への分化傾向を示す未分化な紡錘形の悪性腫瘍だったため診断が困難であった考えられる。腹膜原発中皮腫の場合は診断困難例が多く、本疾患概念を念頭に置き診療する必要があると考えられた。

## 087

十二指腸神経内分泌腫瘍切除後再発との鑑別が困難であった腹腔内デスマイト腫瘍の1例  
松阪中央総合病院 外科

○春木 祐司、田端 正己、阪本 達也、藤村 侑、前田 光貴、大澤 一郎、加藤 憲治、岩田 真、三田 孝行

デスマイト腫瘍は線維性腫瘍の一種で、分化度の比較的高い線維芽細胞が増殖し、核分裂像に異型性はないが、周囲組織に浸潤性に発育し、臨床的には良性と悪性の中間群に位置づけられている。発生部位により腹壁外、腹壁および腹腔内デスマイトに分けられ、このうち腹腔内デスマイトは約8%を占め、その成因の一つとして手術や外傷などの

機械的刺激の関与が指摘されている。最近われわれは、十二指腸神経内分泌腫瘍(NET)切除後に発生した腹腔内デスマイト腫瘍の一例を経験したので報告する。【症例】77歳、男性。平成24年12月、十二指腸球部後壁のNETに対し、腹腔鏡補助下に胃前庭部・十二指腸球部切除術および5番、6番リンパ節郭清を施行した。再建は自動縫合器を用いBillroth 1法で行った。腫瘍は11mm大、MIB-1陽性率は3%でNET G2と診断された。切除断端は陰性でリンパ節転移は認められなかった。以降、外来で経過観察していたが、術後2年目のフォローCTで、胃十二指腸吻合部近傍の残胃大弯側に、胃壁から連続する径18mm大の造影効果を有する腫瘍を認め、また3番リンパ節が径7mm大に腫大していた。術後1年目のCTを再検すると、今回の腫瘍部に一致して5mm大の結節が存在しており、NETの再発が疑われた。上部消化管内視鏡検査では、吻合部の口側大弯に20mm程度の隆起性病変を認めたが、表面粘膜は正常であり、生検では腸上皮化生を示す萎縮粘膜であった。PET-CTでは異常集積は認められなかった。NET再発の確診には至らなかったが、腫瘍が増大傾向にあり、リンパ節腫大も認められることから、幽門側胃切除術+D2リンパ節郭清を行いBillroth 2法で再建した。術中所見では、残胃吻合部近傍の大弯側に、胃壁外に突出する硬結が認められた。摘出標本断面は白色充実性で、組織学的には線維組織とともに紡錘形細胞が結節状に増生していた。免疫染色ではαSMA(+/-)、βカテニン(+)、CD34(-)、c-kit(-)、desmin(-)、s100(-)であり、腹腔内デスマイト腫瘍と診断された。リンパ節転移は認められなかった。術後3か月、再発の徴候を認めていない。

## 088

後腹膜に発生した非機能性paragangliomaの1切除例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○三浦 広嗣、川口 真矢、大山田 純、山村 光弘、高見 麻佑子、村林 桃士、伊藤 達也、奥田 奈央子、天満 大志、橋本 有貴、林 智士

【症例】50歳女性、下腹部腫瘍精査の腹部CTにて偶然十二指腸水平脚に腫瘍を指摘された。腫瘍は腹部エコーで4cmの表面平滑な充実性腫瘍で内部に血流を認めた。腹部CTでは十二指腸水平脚の尾側に接して、辺縁に造影効果を認める内部低吸収な分葉状腫瘍であった。MRIT 2強調像では比較的均一な高信号像を呈し、十二指腸と接するような病変であった。上部消化管内視鏡検査では十二指腸水平脚には病変指摘できず、低緊張性十二指腸造影では水平脚に壁外性圧排が疑われた。後腹膜paragangliomaを疑われたが、paragangliomaに伴う症状は呈していなかった。術中十二指腸水平脚下部に周囲と線維性に癒着する弾性軟の腫瘍を認め、核出術を施行された。病理組織所見では3.3×2.8cmの出血を伴う境界明瞭な黄白色腫瘍で、線維血管性間質を伴い大型多角形細胞が島状に、あるいは浮腫を伴い索状に増殖しており、核は類円形で空胞状、クロマチンは顆粒状で核小体が見られ、細胞質は好酸性 塩基性で境界やや不明瞭であった。免疫染色ではクラチンAE1/3陰性、クロモグラニンA陽性、シナプトフィジン陽性、S100蛋白は腫瘍周囲細胞に陽性でありparagangliomaと診断した。術後7ヶ月後のCTにて再発を認めていない。【結語】後腹膜腫瘍を有する患者では症状を認めない場合でもparagangliomaの可能性を考慮することが必要である。今回、我々は後腹膜に発生した稀な非機能性paragangliomaの1切除例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 089

シェーンライン・ヘンリッホ紫斑病からの蛋白漏出性胃腸症にCMV腸炎を併発し、出血性ショックで死亡した一例

JA愛知厚生連 海南病院

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

今回、我々はシェーンライン・ヘノッホ紫斑病からの蛋白漏出性胃腸症にサイトメガロウイルス（以下CMV）腸炎を併発し、出血性ショックで死亡した一例を経験したので報告する。症例は74歳男性で、整形外科入院中に、腹痛・食思不振の訴えがあり第30病日に当科へ紹介・転科となった。造影CTにて十二指腸水平脚から近位空腸にかけて壁肥厚を認め、上部消化管内視鏡検査では同部位に著明な浮腫・びらん・浅い潰瘍を全周性に認めた。低ALB血症、腎機能障害を認めたが、ネフローゼ症候群ではなく、99mTcシンチ施行したところ消化管病変部位に一致してTc漏出を認め、蛋白漏出性胃腸症と診断した。第39病日、四肢に紫斑を認めた。皮膚生検にてLeukocytoclastic vasculitisを認め、シェーンライン・ヘノッホ紫斑病と診断した。ステロイドミニパルス療法を開始したところ第42病日には紫斑は消退傾向を示した。しかし、第44病日頃より暗赤色の排便が続き、輸血を必要とした。上部消化管内視鏡検査施行したが、出血は認めなかった。第52病日CMV抗原 C7-HRP陽性と判明し、CMV腸炎による消化管出血が疑われた。ガンシロピル投与を開始したが出血は続き、第54病日下部消化管内視鏡検査施行した。直腸にびらん・潰瘍を数個認めたのみであった。同日深夜に大量に下血し、Hbは3.9g/dlと著明な低下を認めICU入室となった。第55病日上部消化管内視鏡検査施行したところ、乳頭部付近から噴出性に出血あり緊急で腹部血管造影検査を施行した。胃十二指腸動脈より造影したところ、前上脘十二指腸動脈より明らかなextravasationを認めコイルングを行った。しかしその後も出血は続き、第56病日に永眠された。死後に直腸および十二指腸からの生検結果が明らかとなったが、いずれも封入体が確認され、免疫組織化学的にもCMV陽性であった。直接死因はCMV腸炎による出血と考えられた。

#### 090

TAEにて治療した未破裂胃十二指腸動脈瘤の1例

伊勢赤十字病院 外科

○伊藤 拓也、山岸 農、増田 穂高、中川 勇希、田村 佳久、早崎 碧泉、熊本 幸司、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司、村林 紘二

症例は70代女性。主訴は心窩部痛。既往歴は高血圧。来院当日昼に突然の心窩部痛あり、一時軽快するものの、夕方心窩部痛、背部痛が出現し、当院救急外来受診した。心窩部を中心に上腹部に圧痛あり。血液検査ではWBC11800、CRP1.19と軽度の炎症反応を認めた。腹部単純CTで胆嚢の腫大を認め、急性胆嚢炎の診断で同日当院内科へ入院となった。その際のCTで脾頭部腹側に石灰化を伴う3cm大の腫瘍を認めた。入院翌日造影CTを施行したところ、胃十二指腸動脈瘤を認め、当科紹介となった。動脈瘤に対してTAEを考慮したが、胆嚢炎の急性期であったため、TAE後の感染を危惧し、胆嚢炎の感染コントロール後にTAEを予定し、まず抗生剤投与にて胆嚢炎の治療を行った。2カ月後、TAE施行、その後のCTでも塞栓を確認でき、現在まで6か月間経過良好である。胃十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の0.5%で非常に稀な疾患である。ただし、その破裂頻度は動脈瘤の大きさに関わらず、高率であり、また破裂した場合には腹腔内出血、上部消化管出血をきたし、出血性ショックなどから致命的となることもあり、未破裂症例に対しては治療が必要となる。腹部内臓動脈瘤に対してTAEの有効性が報告されており、胃十二指腸動脈瘤に対しても現在TAEが治療法として第一選択とされている。今回我々は胆嚢炎の経過中に偶然発見された未破裂の胃十二指腸動脈瘤に対して2か月の待機後にTAEを行い、良好な経過を得た症例を経験した。若干の考察を含め、報告する。

#### 091

分節性中膜融解症（segmental arterial mediolysis：SAM）が成因と考えられた大網出血の1例

半田市立半田病院 消化器内科

○田根 雄一郎、春田 明範、森井 正哉、松七五三 晋、

吉田 大、水野 和幸、廣瀬 崇、古根 聡、神岡 諭郎、大塚 泰郎

【症例】70歳代男性【主訴】腹痛、ふらつき【既往歴】胃十二指腸潰瘍、心房細動【現病歴】2014年7月腹痛・ふらつきを主訴に当院救急救命センターを受診。来院時血圧83/58mmHg、脈拍142回/分とショックバイタルでありHb7.1と貧血を認めた。上部消化管出血を疑い緊急内視鏡検査を施行したが、胃潰瘍は癒着化しており出血は認めなかった。単純CTでは腹腔内に不均一な内部濃度を示す腫瘍と腹水を認め、腹水穿刺施行にて血性腹水を認め腹腔内出血と診断。dynamicCTで動脈瘤の破裂が疑われた。直ちに腹部血管造影検査を行うと胃十二指腸動脈から異常血管が伸展し、血管の途中が破綻しており造影剤の漏出が見られた。また回腸結腸動脈に数珠状に拡張した動脈瘤を認め、腹腔動脈や脾動脈にも動脈瘤を認めた。以上より腹腔内出血の成因として分節性中膜融解症（segmental arterial mediolysis：SAM）が考えられた。緊急手術も検討したがショックバイタルであり血管塞栓術を選択。破綻した異常血管にジェルパートとコイルで塞栓術を行い止血した。再出血予防目的に後日腹腔鏡下で大網切除術を行った。摘出した検体の病理所見は治療による変性が強く明らかな血管中膜の変性や瘤化はみられなかった。複数箇所動脈瘤残存しており現在は画像による定期follow upを行っている。【考察】今回我々は分節性中膜融解症（segmental arterial mediolysis：SAM）という稀な疾患を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

#### 092

薬物性肝障害として入院治療を行い退院後に確定診断に至ったE型急性肝炎の1例

桑名東医療センター 消化器内科

○着本 望吾、館野 晴彦、野尻 圭一郎、久保 一美、泉 恭代、大森 茂

症例：59歳、女性。平成26年5月末ごろより咽頭痛及び倦怠感が出現し、パブロン<SUP>&reg;</SUP>及びロキソニン<SUP>&reg;</SUP>を服用しても倦怠感持続するため、近医受診し、血液検査にて高度肝障害を認め当科紹介入院。発症前3ヶ月間で生肉の摂取や猪肉、鹿肉など野生の畜肉の摂取歴なし。入院時現症：結膜に貧血・黄疸なく、腹部は平坦・軟で肝脾は触知せず。入院時血液検査：WBC4100/mm<SUP>3</SUP><SUP></SUP>、Plt20.1x10<SUP>3</SUP><SUP></SUP>、PT92%、T.Bil0.8mg/dl、AST2068IU/l、ALT2252IU/l、γGTP158IU/l。IgMHA抗体、HBs抗原及びHCV抗体は何れも陰性。腹部US及びCT：明らかな肝腫瘍や慢性肝疾患・胆管疾患を示唆する所見を認めず。DDW-J2004薬物性肝障害診断基準スコアリング：7点で可能性が高いと判定。以上の経過より入院前に服用した薬物に起因する薬物性肝障害と診断、薬物服用中止にて経過観察し、AST、ALTともに入院後急激に低下、第11病日に退院となった。しかし入院時に採血したIgA-HEV抗体が退院後に陽性であることが判明し、抗体価及びHEVRNAの動きから、肝障害の原因としてE型急性肝炎であった可能性が浮上した。その後被疑薬と考えていたパブロン<SUP>&reg;</SUP>及びロキソニン<SUP>&reg;</SUP>に対しリンパ球刺激試験を施行するも、何れも陰性であった。患者の強い希望で、入院のもと上記被疑薬に対するチャレンジテストを行ったが、何れも肝障害の発生は認めなかった。以上の経過から、今回の急性肝障害はE型急性肝炎によるものであったと確定診断した。【考察】自験例では、当初ウイルス感染を示唆する所見に乏しく、薬物中止後速やかに肝酵素が改善したことも併せて薬物性肝障害と診断したが、退院後にIgA-HEV抗体が陽性と判明し、その後HEV各種抗体及びHEVRNAの結果からE型急性肝炎の可能性を強く疑い、さらに対象薬物に対するチャレンジテスト陰性であったことから、急性肝障害の原因はE型急性肝炎との確診に至った。IgA-HEV抗体測定によるE型肝炎の除外は今後薬物性肝障害の診断に不可欠と思われたが、自験例の如く早期の鑑別

が困難な症例も予想され、診断には慎重を期すると思われた。

## 093

若年女性に発症した重症型アルコール性肝炎の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○白鳥 安利、奥村 大志、堀谷 俊介、諏訪 兼彦、近藤 貴浩、黒石 健吾、吉川 恵史、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【症例】29歳女性【主訴】発熱、皮膚黄染【既往歴】生来健康【現病歴】14歳時より飲酒を開始した。その後、居酒屋勤務などで焼酎10合/日以上など飲酒量は増加した。H22年にアルコール性肝障害を近医で指摘されたが、飲酒継続した。H27年1月に発熱、眼球黄染を自覚し近医受診。肝酵素上昇、Bil高値を指摘され同月19日に当科紹介、精査加療目的に入院となった。【経過】入院時WBC28800/ $\mu$ lと上昇、Bil6.6IU/Lと高値であった。CTでは著明な肝腫大と脂肪肝所見であった。入院後から38°Cを越える発熱が続き、熱源精査を行ったが感染源は認めなかった。第14病日にPT39%へ低下、腹水出現も認め、文部省高田班の診断基準に基づき重症型アルコール性肝炎(JAS10、MELDscore20、severe群)と診断した。第15病日よりG-CAP3回/週(計10回)を開始した。肝不全進行は阻止できたが、効果不十分と判断し第25病日からブレドニゾロン40mg/日内服開始したところ、徐々にBil低下及びPT上昇を認めた。第32病日のCTでは脂肪肝の改善・肝縮小傾向を認めた。ただWBC40000/ $\mu$ l前後と高値継続だったため、第42、45病日に計2回血漿交換を行ったところ、WBC低下と肝機能改善が得られた。以降はブレドニゾロン漸減し黄疸消失が得られ、第58病日に退院となった。【考察】今回、若年女性に発症した重症型アルコール性肝炎を経験した。飲酒期間15年、飲酒総量約720kgであった。治療は確立されたものではなく、G-CAPなどの報告が増えている。本症例は白血球41500/ $\mu$ l(好中球91%)まで上昇したが、10回行ったG-CAPは効果乏しく、ステロイド投与と血漿交換追加が有効であった。severe群では死亡率52%と報告がある中、本症例は救命しえた貴重な症例であり、報告する。

## 094

Basedow病女性に急性発症した薬物性肝障害を契機とする自己免疫性肝炎の一例

<sup>1</sup>津島市民病院 消化器科、<sup>2</sup>津島市民病院 外科

○立松 英純<sup>1</sup>、杉野 佑樹<sup>1</sup>、酒井 大輔<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>、神谷 里明<sup>2</sup>

【背景】薬剤服用後に引き起こされる肝障害において、自己免疫現象を伴った薬物性肝障害と自己免疫性肝炎(AIH)との鑑別が問題となる症例が散見され、注目されている。【症例】37歳女性。2013年6月にBasedow病と診断されプロピオチルウラシル(PTU)内服中であったが、出産後に通院困難となり中断されていた。2014年9月にPTU内服再開となり、その数日後に全身倦怠感を主訴に来院した。以前より軽度肝酵素の上昇を認めていたが著明に上昇(T-Bil4.5,AST1315,ALT1209)しており、画像所見にて胆道系に異常がないことから薬物性肝障害の疑いで入院となった。各種ウイルス検査でウイルス感染を疑う所見はなく、PTU内服再開が肝障害増悪の契機になっていたため、PTUの肝機能への影響を考慮して無機ヨードに変更し、安静により経過観察していた。その後も進行性の肝酵素の上昇を認め、抗核抗体陽性で高IgG血症も伴っていることから、AIHの可能性を考えて経皮的肝生検施行後にステロイドの投与(PSL40mg/day)を開始した。肝生検組織所見ではリンパ球浸潤を伴うinterface hepatitisを認め、AIHに矛盾しない組織像を示しており、simplified AIH score8点で確診に至った。明らかな意識障害は認めなかったがPT活性の低下(60%)とBilの著明な上昇(T-Bil47.3)より劇症肝炎に移行する危険性が高いと考え、肝移植も念頭に置きつつ治療を継続していたがPSLの反応は良好であり、肝機能も改善した。その後、無機ヨードの

エスケープ現象を考慮して、肝酵素の改善を待って甲状腺摘除術を施行した。PTUの薬物リンパ球刺激試験(DLST)は陽性であり、薬剤中止後も肝障害は悪化していたことから、潜在性に存在したAIHが薬物内服により顕在化したものと考えられた。【結語】Basedow病女性に急性発症したAIHの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 095

L アスバラギナーゼによる脂肪肝の1例

大阪中央総合病院 胃腸科

○玉井 康将、小島 真一、金子 昌史、山中 豊、直田 浩明、小林 一彦

【症例】29歳、男性【主訴】右鼠径部痛【嗜好歴】飲酒：ビール350ml/日、喫煙：10本15年【現病歴】入院1ヶ月前より右鼠径部に痛みが続いていたため、近医受診した。CTにて右鼠径部、骨盤内、腹部大動脈周囲に多発するリンパ節腫大を認め、穿刺吸引細胞診にてT細胞性リンパ芽球性リンパ腫と診断され、化学療法目的で当院内科に紹介となった。ピンクリスチン、シクロフォスファミド、ブレドニゾロン、ダウノルビンおよびL アスバラギナーゼによる寛解導入療法が行われた。L アスバラギナーゼ投与後よりトリグリセリド、LDLコレステロール上昇がみられ、徐々に肝機能障害が悪化してきたため、当科紹介となった血液検査ではT.Bil6.3mg/dl、D.Bil3.6mg/dl、AST200IU/l、ALT540IU/l、ALP383IU/l、 $\gamma$ GTP1261IU/lと肝細胞障害型の肝障害を認め、CTでは著明に脂肪肝が進行していた(CT値54→3)。肝生検では肝実質に脂肪沈着がびまん性に認められ、小葉中心静脈周囲の肝細胞内や細胆管内に胆汁うっ滞を認めた。以上からL アスバラギナーゼによる肝障害および脂肪肝が疑われたため、休業のもと強力ミノファゲン、ウルソデオキシコール酸、フェノフィブラート、カナマイシン投与を開始した。徐々に肝機能は改善し、入院64日目より化学療法を再開した。入院91日目のCTでは脂肪肝も改善していた(CT値31)。【結語】L アスバラギナーゼはアナフィラキシーショック、肝機能障害、高アンモニア血症、脂肪肝、脂質異常症、肺炎、血栓症などの多彩な副作用を起こすことが知られており、劇症肝炎による死亡例も報告されている。本症例ではLアスバラギナーゼによる肝機能障害、脂肪肝を起こしたが、適切な休業と治療により脂肪肝の改善がみられた。成人でのL アスバラギナーゼによる脂肪肝の報告は少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

## 096

Transient elastographyによる糖尿病患者のNASH患者の拾い上げ

名古屋医療センター 消化器科

○近藤 高、平嶋 昇、田中 大貴、宇仁田 慧、後藤 百子、水田 りな子、浦田 登、加藤 文一朗、江崎 正哉、龍華 庸光、島田 昌明、岩瀬 弘明

【目的】非アルコール性脂肪肝炎(NASH)の確定診断には肝生検による組織診断が必須であるが、疑う全例に施行は難しく対象を絞り込む必要がある。Transient elastography (Fibroscan)による肝硬度和肝脂肪が測定可能となったので、糖尿病患者に対しNASH患者を効果的に拾い上げができないか検討した。【対象と方法】対象は、2014年1月から8月までにFibroscanを施行した247人のうち、糖尿病(DM)と診断した22症例(男11女11、年齢60±13歳)である。DMは当院の内分泌代謝科で確定された患者で、教育入院10人(うち5人にインスリン導入)外来通院12人であった。全例HBs抗原、HCV抗体陰性であった。Fibroscan502で10回以上測定し、肝硬度(LS)は弾性度(kPa)で脂肪化はCAP(dB/m)で示し中央値を用いた。皮下厚25mm以上例にはXLプローブを使用した。【結果】DMの体格は、BMI 26.1±5.2 kg/m<sup>2</sup>、腹囲91.6±14.3 cm、皮下厚18.9±14.3 mmであった。CAPは283±60であった。LSは9.4±7.4 kPaで、肝硬変への移行を疑うLS10 kPa以上の例は6例認められた。【考案】DMの中に肝機能障害とFibroscan

でCAP高値を示す脂肪肝を呈する症例を多数認め、その中にLS高値のNASH症例が含まれる可能性があると考えられた。【結論】Transient elastographyを臨床的に確定された糖尿病患者に実施すれば効果的にNASH患者の拾い上げることができると考えられた。

#### 097

黄疸と肝機能障害を呈した全身性アミロイドーシスの一例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

○大城 昌史、高村 知希、高川 友花、中間 和徳、菅 敏樹、  
嶋崎 宏明、中野 卓二、村尾 道人、川部 直人、橋本 千樹、  
吉岡 健太郎

【症例】63歳男性【主訴】肝機能障害【既往歴】慢性心不全、高血圧、甲状腺機能低下症、慢性腎不全【現病歴】慢性心不全、慢性腎不全にて近医通院中であった。2014年9月より肝機能障害、黄疸を指摘され、近医にて精査を行っていた。降圧薬に対しDLST陽性の結果から薬物性肝障害を疑われ、休薬し、肝機能はやや改善していた。しかし2014年12月より再度肝機能障害の増悪、黄疸の遷延と腹水貯留を認め、近医入院したが経過不良のため、精査治療目的で2015年1月27日当院へ転院となった。【入院時所見】意識レベル清明、血圧94/62、脈拍68回/分、末梢血検査、凝固能に異常なく、AST37U/L、ALT21U/L、ALP1261U/L、 $\gamma$ -GTP222U/L、総ビリルビン6.9mg/dl、BUN17.6mg/dl、Cr3.10mg/dlと胆道系酵素の上昇と腎機能障害を認めた。また、TSH76.7 $\mu$ U/ml、freeT3 1.47pg/ml、freeT4 0.64ng/mgと軽度の甲状腺機能低下症を、CEA5.0ng/mg、CA19-9 84.0U/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。肝CT値の低下と腹水貯留を認めるものの肝萎縮や腫瘍性病変は明らかではなかった。【入院後経過】肝炎ウイルス陰性でその他明らかな肝機能障害の原因となる検査所見は検出されなかった。腫瘍マーカーの上昇を認めたため、上下部消化管内視鏡、腹部造影超音波、PET CTや骨シンチ、腹水細胞診を行ったが有意な所見は認めなかった。心、甲状腺、肝臓、腎臓と原因不明の多臓器の機能障害を認めたため、アミロイドーシスの鑑別と心機能評価のため施行した心エコーにて左室壁の肥厚、心筋のエコー輝度上昇および僧房弁、大動脈弁、三尖弁の肥厚を認め、心アミロイドーシスを疑う所見であった。そこで上部消化管内視鏡にて十二指腸生検を行い、上皮下の微小血管壁を主体に間質にかけてアミロイド沈着を認め、全身性アミロイドーシスと診断した。しかし多発性骨髄腫などに起因するアミロイドーシスではなかったため化学療法法の適応はなく、致死性不整脈にて第29病日に永眠された。【考察】黄疸と肝機能障害を契機に診断に至った全身性アミロイドーシス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。

#### 098

術後17年目に再発した腎嚢胞性肝転移の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科

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

【はじめに】悪性腫瘍の嚢胞性肝転移は比較的稀な転移形式とされ、その機序は未だ不明である。今回われわれは腎嚢胞の術後17年目に肝嚢胞性病変として再発した1例を経験したので報告する。【症例】64歳、女性。検診で多発腎嚢胞を指摘され、1年後に嚢胞の増大と嚢胞壁に充実成分を認めたため当院へ紹介となった。CTでは肝S6に50mm大の境界明瞭な嚢胞を認め、辺縁部に動脈相で濃染する壁を結節を認めた。また、S4,S6には単純性嚢胞を認めた。MRIでは嚢胞性腫瘍内部に出血成分が疑われ、PET-CTでは壁を結節は背景肝より若干低い集積を認めた。以上より、胆嚢嚢胞腺癌もしくはIPNBの術前診断にて腹腔鏡補助下肝S6/7部分切除術を施行した。また、S4,S6の単純性嚢胞に対しては開窓術を施行した。病理検査所見では、嚢胞内に乳頭状・

充実性に増生する腫瘍が見られたが、17年前に乳頭状腎細胞癌の既往があり、腎嚢胞の嚢胞性肝転移と診断した。開窓術を施行した嚢胞壁には悪性所見を認めなかった。【考察】本邦での腎細胞癌の嚢胞性肝転移は、これまで3例の報告のみである。今回は、背景肝に多発嚢胞が存在した中で、壁を結節を伴い急速に増大した嚢胞性病変を認めた症例であった。腎嚢胞は晩期再発することが知られており、腎嚢胞の既往があり悪性の可能性がある病変の出現を認めた場合には、稀であっても再発の可能性を念頭におく必要があると思われる。【結論】晩期再発し胆嚢嚢胞腺癌との鑑別を要した腎嚢胞の嚢胞性肝転移の1例を経験した。

#### 099

多発結節性肝腫瘍を呈したDiffuse large B-cell lymphomaの一例

小牧市民病院 消化器内科

○新井 健史、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、  
小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、石田 哲也、  
永井 真太郎、濱崎 元伸、古川 陽子

【症例】64歳女性【主訴】1週間持続する発熱【既往歴】鼠径ヘルニア、高血圧（内服治療中）【生活歴】喫煙（ ） 飲酒（ ）【現病歴】2014年7月上旬より体幹の皮疹を自覚。当院皮膚科通院中であった。また同時期に婦人科検診の超音波検査にて腹部腫瘍指摘されていた。8月下旬より38度台の発熱、咳あり。9月初旬に当院受診。血液検査にて異型リンパ球出現あり、外来にて精査となった。【初診時現症】身長 158.0cm 体重 42.7kg 体温38.0℃ 腹部は平坦・軟で圧痛なし、皮膚は乳頭周囲・下腹部を中心に多数の紅斑あり、表在リンパ節触知せず。【検査所見】WBC 5300/ $\mu$ l(異型リンパ球20%)、Hb 10.8g/dl、Plt22.8 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ l、AST 27.2U/l、ALT 19.8U/l、HCV抗体( )、HBs抗原( )、CEA 1.0ng/ml、AFP 2.9ng/ml、CA19-9 5.4U/ml【画像所見】腹部超音波検査では肝両葉に最大20mmの大小不同で低エコーの腫瘍が多発していた。肝門部領域には腫大したリンパ節と見られる低エコー領域を複数認めた。腹部単純CTでは著明な肝腫大あり、肝両葉に最大30mmの淡い低吸収域が多発していた。Dynamic studyでは動脈相では淡く染まる腫瘍が多発しており、それらは平衡相ではwash outされ周囲肝より低濃度を呈す所見となっていた。傍大動脈領域に沿った多数のリンパ節腫大も認めた。肝腫瘍生検にて、中型から大型の核を有したN/C比の高い異型細胞の充実性増生を認めた。また異型細胞の集塊を認めた。免疫染色ではCD20(+),CD79a(+),CD3( ),CAM5.2( )であり、MIB-1は高率に陽性であった。以上よりDLBCLの確定診断に至った。【臨床経過】10月初旬、当院血液内科入院。R-CHOP療法導入。2コース終了後のCTにてCR。現在、外来にて化学療法継続中である。【考察】肝原発の悪性リンパ腫は稀である。本症例では画像検査のみでは、多発性に境界の明瞭な腫瘍を形成しており、原発性肝細胞癌、原発不明癌の多発肝転移等との鑑別が困難であった。肝原発悪性リンパ腫は単結節型、多発結節型、びまん浸潤型など多彩な形態を呈し、当症例のように多発結節状を呈するものは約55%と報告されている。

#### 100

肝血管筋脂肪腫との鑑別が難渋した巨大な早期肝細胞癌の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

○池上 脩二<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
坂巻 慶一<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>2</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、  
井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】74歳、男性【主訴】肝腫瘍精査【既往歴】痔核手術、高血圧症、2型糖尿病【飲酒歴】焼酎2合/毎日【現病歴】2014年1月14日、心高部痛、嘔気にて近医を受診し、USで肝S8に長径4cmの腫瘍を指摘された。ダイナミックCTで肝血管筋脂肪腫の疑いと診断され、以降経過観察となっていた。しかし、同年5月13日のUSにて腫瘍の増大を

認めたため、精査目的に5月27日当科へ紹介受診となった。HBs抗原、HCV抗体、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体は陰性、AFP、PIVKAIIは基準値内であった。USでは、肝表面はやや不整、先端はやや鈍、内部エコースポットは密で、腫瘍は直径52mmで境界明瞭な高エコーを呈していた。ソナゾイド造影にて血管相では腫瘍が高エコーであることもあり、明らかな染影を認めず、クッパー相ではdefectの評価は困難であった。ダイナミックCTでは腫瘍の内部はモザイク状であり、造影にて増進性に濃染を認めた。EOB-MRIにおいてはT1強調画像のout of phaseでは信号低下を認め、T2強調画像、拡散強調画像では高信号を呈しており、肝細胞相では低信号であった。PET-CTでは腫瘍に明らかな集積を認めず、血管造影では前区域枝から淡い腫瘍濃染を認めたが、肝静脈の早期描出は不明瞭であった。以上より肝血管筋脂肪腫や脂肪成分に富んだ高分化型HCCなどが鑑別に挙げられた。肝血管筋脂肪腫では(1)腫瘍径5cm以下(2)生検で確定診断(3)通院コンピュータ断層造影(4)肝炎ウイルス陰性を満たすものに関しては経過観察可能とされている。本症例では腫瘍径5cm以上と増大しており、肝血管筋脂肪腫としても手術適応と判断し、8月5日にS8亜区域切除術を施行した。病理学的には異型の乏しい小型の肝細胞の増生と広範な脂肪沈着が認められ、免疫染色ではhepatocyte antigen(+),  $\alpha$ SMA(-), HMB-45(-)であり、脂肪化を伴う高分化型HCCと確定診断された。背景肝には脂肪沈着は乏しく、線維化も軽度であった。【結語】肝血管筋脂肪腫との鑑別に難渋した巨大な早期肝細胞癌の1例を経験した。

101

PEG-IFN $\alpha$ 2a単独療法にて腫瘍の著明な縮小を認めた高度進行肝細胞癌の一例

公立陶生病院 消化器内科

○森 裕、吉崎 道代、河邊 智久、竹中 宏之、松浦 哲生、清水 裕子、林 隆男、黒岩 正憲、森田 敬一

【はじめに】門脈腫瘍栓を伴う切除不能高度進行肝細胞癌に対する治療は、肝動脈塞栓療法、動注療法、ソラフェニブ、5-FU+IFN併用、あるいは最近ではソラフェニブ+IFN併用治療の報告も散見されるが、IFN単独治療報告は少ない。今回我々はPEG-IFN $\alpha$ 2a単独療法にて腫瘍の縮小を認めた高度進行肝細胞癌の一例を報告する。【症例】65歳男性。HCV+アルコール性肝障害にて近医通院中。平成24年7月HCVに対してIFN治療を希望され当院紹介受診。HCVは1bウイルス量4.0log<sub>10</sub>、WBC3100(好中球52%)、PLT7万、ICG15分値39.5%。受診時のCTにてS3に肝表に突出する15mmの多血性HCCを認めた。同年9月HCCに対しLi-TACE施行、12月腹腔鏡下臓摘出術施行、血小板数は約15万まで上昇し平成25年2月よりIFN $\alpha$ 2a 180 $\mu$ gで治療を開始した。投与1週間後に著明な好中球減少により中止を余儀なくされ、SVRを目標とした治療は困難と考え少量長期投与(IFN $\alpha$ 2a45 $\mu$ 2週間)に切り替えた。4月8日のCTでTACE後に再発を認め22mmに増大していたためIFNを中止し、6週間後の5月22日の血管造影検査で腫瘍は70mmに増大し門脈左枝本幹の腫瘍栓、S5,S6に肝内転移を認めた。Li-PACE、動注を繰り返すも腫瘍は増大を続け、食道静脈瘤破裂、腹水の増加を認めた。放射線治療、ソラフェニブも適応外であり、同意を得て8月よりIFN $\alpha$ 2a 45 $\mu$ 2週間に1回投与を開始した。2回投与後好中球減少による敗血症となり入院、投与期間を3週間に1回に延長した。その後も静脈瘤破裂出血、腹水濾過濃縮再静注目的で入院を繰り返し腫瘍マーカーは次第に低下し、12月のCTでは腫瘍は著明な縮小を認め、明らかな残存を指摘できなかった。肝機能も改善を認めChild-Pughは9から5点に改善、腹水は消失し食道静脈瘤も縮小した。その後IFN治療当初より認められていた肝S5、S6の8mm大の2病変にRFAを追加し現在もIFN治療を継続中である。【結語】HCCに対するPEG-IFN $\alpha$ 2a単独療法は医学的根拠には乏しいが治療報告は散見される。動注治療などに比べ侵襲が少なく外来治療が可能であり、試してみる価値のある治療と考える。

102

TACE施行1年3カ月後に腹腔内への穿破で発症した肝腫瘍の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○世田 雄三、尾上 峻也、松永 英里香、高鳥 真吾、松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、山田 貴教、高橋 百合美、齋田 康彦、犬飼 政美

【症例】83歳、男性。肝硬変(C型)で、近医に通院していたが、腹部エコー検査で肝腫瘍を指摘され、2012年10月に当科を受診した。腹部造影CT検査で肝S8に径4cmの腫瘍性病変がみられ、肝細胞癌と診断し、2013年2月、6月にTACEを施行した。治療効果は良好で、施行後の腹部造影MRI検査では腫瘍濃染像はみられなかった。同年11月に総胆管結石で入院した。内視鏡的十二指腸乳頭切開術(EST)を施行し、排石術を行った。2014年9月22日午後9時頃に突然、腹痛がみられ、当院救急外来を受診した。腹部造影CT検査より、TACEを施行した部位に一致して肝腫瘍がみられ、腹腔内に穿破していると考えた。また、総胆管内に結石を認めた。同日、入院とし、抗生剤の投与を開始したが、改善はみられず、エコー下で腹腔内にドレナージチューブを留置した。その後、炎症反応の改善がみられ、腹部CT検査でも腫瘍の消失がみられた。総胆管結石を内視鏡的に排石した後、退院した。【考察・結語】TACE後の合併症として、肝腫瘍がみられることがあり、発生頻度は0-5%程度と報告されている。TACE後の肝腫瘍の発症時期の多くは2週間以内であり、TACE施行後、1年以上経過してから発症した肝腫瘍の症例は稀と思われる。本症例の肝腫瘍の原因は、以前にESTを施行していること、入院時、総胆管結石がみられたことなどから、胆管からのTACE後の壊死組織への感染が関与している可能性が考えられた。TACE施行例に対する総胆管結石の治療には注意が必要と考える。

103

脾動脈塞栓術を施行し分子標的薬の導入が可能となった血小板低値肝細胞癌の一例

三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科

○矢田 崇純、山本 憲彦、吉川 恭子、浦城 聡子、杉本 龍亮、東谷 光庸、宮地 洋実、諸岡 留美、田中 秀明、杉本 和史、長谷川 浩司、白木 克哉、竹井 謙之

【症例】70歳男性【主訴】右側腹部痛【現病歴】2000年に慢性C型肝炎を指摘され、近医でグリチルリチン酸の静注を受けていた。2012年5月に右側腹部痛を自覚し、精査にて肝細胞癌多発肺転移、右肋骨転移、左鎖骨上窩リンパ節転移と診断され、2012年6月21日に当院へ入院となった。入院時検査で肝予備能はChild-Pugh score 5点であったが、血小板数は5万3千と低値であった。6月25日に右肝動脈に対して肝動脈化学塞栓術を施行し、7月9日に部分的脾動脈塞栓術(PSE)を施行した。血小板数が16万3千まで上昇したことを確認し、7月18日からソラフェニブ800mg/dayを導入した。グレード2の手足症候群が出現したため、8月6日に休業、8月11日から400mg/dayに減量し再開した。9月3日にグレード3の肝機能障害が出現したため再度ソラフェニブを中止したが、肝機能障害の改善を待って9月29日から400mg/dayで再開し、以後肝機能障害の再燃なく継続している。左鎖骨上窩リンパ節転移については9月18日より放射線療法を併用しており、肺転移巣については一部の病変のみが徐々に増大してきたため右気管支動脈からシスプラチンの動注療法を併用した。2014年1月30日からは出現性の縦隔リンパ節転移巣に対して放射線療法を施行した。5月14日に肺転移巣を出血源とする喀血が出現したため、同部位に対して放射線療法を施行した。以後は入院加療を要することなく、通院加療を継続している。【考察】肝細胞癌患者の多くは肝硬変を合併しており、脾機能亢進症によりChild-Pugh scoreは良好であるものの血小板数が低値である症例が散見される。このような症例は出血のリスクを増大させる可能性があり、ソラフェニブをはじめとする分子標的薬の投与が制限されている。肝機能が比

較的保たれている血小板低値肝細胞癌症例において、本症例のようにPSEを行うことで分子標的薬を導入することが可能となり、予後改善に寄与できる可能性が示唆された。

#### 104

ペグインターフェロン+リバビリン+シメプレビル3剤併用療法中に肝障害のため治療中止となったC型慢性肝炎の1例

岐阜県総合医療センター

○市川 広直、杉原 潤一、三田 直樹、岩佐 悠平、大西 雅也、中西 孝之、佐藤 寛之、安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、宇瀬 基明、清水 省吾、天野 和雄

【症例】70代女性【主訴】全身倦怠感、食欲不振【既往歴】2003年にCKD、C型慢性肝炎を指摘された。【臨床経過】2007年11月に肝疾患の精査のため当科受診。HCVセロタイプはGroup1/高ウイルス量(6.3LogIU/ml)で、AST 35IU/l、ALT 35IU/lとtransaminaseの軽度上昇がみられた。肝生検ではChronic hepatitis(A1/F1)の所見であり、IL28はmajor、Core70および91は野生型であった。2009年8月ペグインターフェロン(Peg-IFN) +リバビリン(Rib)併用療法(48週)が開始されたが、ウイルス陰性化は得られず無効(PR)であった。しかしその後transaminaseはほぼ正常範囲で推移し経過良好であった。2014年4月に肝生検およびPeg-IFN+Rib+シメプレビル(SMV)3剤併用療法導入のため入院となった。肝生検ではChronic hepatitis(A1/F1-F2)の所見であり、治療開始時のウイルス量は5.8LogIU/mlであった。治療後は発熱と軽度の食欲低下以外には副作用はなかった。治療開始前にはT-Bil 0.73mg/dlであったが、2週後にT-Bil 2.34mg/dlまで上昇が認められたもののその後は漸減した。治療開始2週後にはウイルス陰性化が得られた。しかし治療開始10週後にAST 923IU/l、ALT 907IU/lと著明なtransaminaseの上昇をきたしたため、3剤を中止とし入院となった。入院後、輸液やSNMC投与によりtransaminaseはすみやかに低下し、1週間後にはAST 43IU/l、ALT 144IU/lまで改善した。transaminaseが改善し、全身倦怠感や食欲不振も軽快したため入院16日目に退院となった。治療中止後も8週時点まではウイルス陰性化が持続していたが、12週時に再燃した。また再燃時には、治療前に検出されなかったNS3領域のD168変異(D168A、D168T)が出現した。【考察】本例ではPeg-IFN+Rib併用療法の治療歴があり、その際には著明な肝障害は認められておらず、今回の3剤併用療法中における肝障害の原因としてはSMVの可能性が高いと考えられた。また治療中止後の再燃時にはD168変異が出現しており、今後の経口抗ウイルス薬治療の選択には留意が必要である。

#### 105

当院におけるIFNフリー治療(DCV・ASV併用療法)の治療成績

豊橋市民病院

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

難治性とされてきたgenotype1型のC型慢性肝炎治療は、C型肝炎ウイルスの非構造蛋白を標的とした直接ウイルス阻害薬(DAA)の登場により治療成績が飛躍的に向上した。2014年9月から使用可能となったNS5A阻害薬Daclatasvir(DCV)と第二世代プロテアーゼ阻害薬Asoanaprevir(ASV)の併用療法における当院での治療成績を報告する。症例数は63例で、男性29例、女性34例。平均年齢は66.9歳で66歳以上の高齢者は39例(61.9%)でありさらに80歳以上は5例だった。L31野生型は26例、混合型は1例、未測定は36例、Y93野生型は38例、未測定は25例。慢性肝炎の患者は11例、代償性肝硬変の患者は52例。肝細胞癌の治療歴がある患者は20例であったが、手術もしくは局所療法を実施し、肝細胞癌の遺残・再発がないことを確認し

治療導入した。ALT値が30 IU/L以上の患者は42例、ALTが30 IU/L未満の患者は21例。IFN治療歴がある患者は43例、IFN治療歴がない患者は16例、詳細不明例は4例。IFN治療歴のある患者のうち前治療無効例は23例、再燃例は6例、不耐例は14例。ASV・DCV併用療法によるHCV-RNA陰性率は投与開始4週間で84.5%、8週間で97.5%、24週終了時点では100%だった。投与中止例は4例あり、breakthroughが1例、PRが1例、ALT上昇が1例、肺炎に罹患し挿管管理を要したため、内服継続ができなかった症例が1例であった。IFNを使用しないDCV・ASV併用療法は、高いHCV-RNA陰性率と低い副作用の出現率のため安全に使用できると考えらえる。しかし有害事象や耐性の問題について不明な点も多く、今後も症例の蓄積と詳細な解析・検討が必要である。

#### 106

セログループ1のC型慢性肝炎に対しダクラタスビル・アスナプレビル投与NRとなった後にジェノタイプ2aと判明した1例

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科

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

[はじめに] C型慢性肝炎に対するダクラタスビル(DCV)・アスナプレビル(ASV)治療が認可され、副作用が少なくSVR率の向上が期待されているが、セログループ1のC型慢性肝炎に対しDCV・ASV投与NRとなった後にジェノタイプ2aと判明した1例を経験したので報告する。【症例】64歳男性。セログループ1のC型慢性肝炎と判明していたが、心筋梗塞の既往と重症慢性心不全の合併のため、インターフェロン治療は行われていなかった。2014年12月12日、DCV・ASVを投与開始した。治療開始前のNS5Aはダイレクトシークエンス法で変異を認めなかった。Child Pugh scoreは5点であった。投与前AST 115 IU/L、ALT 137 IU/Lだったが、2週で正常化した。HCV RNAは投与前4.0 LogIU/mlであったが、8週後の2015年2月6日も5.1 LogIU/mlでHCV RNAは陰性化しなかった。投与中の副作用は認めなかった。2015年2月6日HCVジェノタイプを測定したところ2aと判明したためDCV・ASV投与を中止した。【考察】DCV・ASVはセログループ1のC型慢性肝炎に対し、認可された経口の抗HCV治療剤である。ジェノタイプ2aには適応がないため判定の乖離は大問題であり、ジェノタイプ測定は保険認可を受けていない。セログループとジェノタイプ乖離、NS5A変異測定につき若干の文献的考察を行いたい。

#### 107

ダクラタスビル+アスナプレビル2剤併用療法の初期治療効果

中部ろうさい病院 消化器内科

○村瀬 賢一、春田 尚樹、北御門 加奈、細野 功、森本 剛彦、宿輪 和孝、児玉 佳子

【目的】最近C型慢性肝炎に対してIFN-freeの経口抗ウイルス剤が多数開発されつつあり、まずgenotype1型症例に対してダクラタスビル(DCV)とアスナプレビル(ASV)2剤併用療法が臨床にて実用化されている。当院においてその初期治療効果をまとめ、予後に対する期待、問題点を検討した。【対象】当院においてgenotype1b型のC型慢性肝炎ないし肝硬変症例に対し、DCV+ASV2剤併用24週間治療を導入して、治療開始後2週間以上経過した15例の特に治療開始早期の肝機能、血小板、AFPの推移とHCV-RNAの陰性化およびbreakthroughについて検討した。【成績】男性7例、女性8例。年齢は47-80歳(中央値68歳)、慢性肝炎12例、肝硬変3例。IFN(リバビリン併用)無効7例、不耐容3例、不適格5例(高齢、血小板減少、

慢性腎障害)。治療開始時データ(中央値)はALT42(15-108)、血小板13.8(6.1-17.5)、AFPの推移を検討できた9例で16.5(1.8-54.1)。治療前HCV薬剤耐性変異は、測定した11例中、NS5A-Y93変異は4例、うち1例はNS5A-L31変異を伴っていた。治療開始後2週および4週のALTは、20(8-46)、21(8-36)に低下した。治療開始後4週の血小板は15.3(8.5-24.5)であった。また治療開始後4週のAFPは9.3(3-19.9)に低下した。HCV-RNAは、治療開始後4週で12例中8例が陰性化、さらに8週で10例全例が陰性化していたが、12週で1例、16週で1例がbreakthroughをきたした。有害事象は、発熱1例、口内炎2例の発現をみたが、いずれもGrade2以下であった。【結語】DCV+ASV併用療法は治療初期からALT低下をきたし、HCV-RNAも早期に陰性化する可能性が高く、すみやかに強力な抗ウイルス効果と肝炎の鎮静化が期待できる。AFP低下作用は機序不明であるが、肝細胞癌合併の抑止に寄与する可能性が考えられる。また高齢、合併症をもつ症例でも重篤な有害事象の発現率は低く、比較的安全な治療と考える。ただし薬剤耐性変異を有する症例も含めて、治療中のbreakthroughおよび治療終了後の再燃など今後の治療効果および肝細胞癌合併の有無など今後の検討が必要である。

108

daclatasvir+asunaprevir併用療法中にviral breakthroughを来した1例

1 JA愛知厚生連海南病院 消化器内科、

2 JA愛知厚生連海南病院 腫瘍内科、

3 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○吉岡 直輝<sup>1</sup>、鈴木 悠斗<sup>1</sup>、柴田 寛幸<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、  
広崎 拓也<sup>1</sup>、石川 大介<sup>1</sup>、國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、  
宇都宮 節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>、林 和彦<sup>3</sup>、石上 雅敏<sup>3</sup>、  
後藤 秀実<sup>3</sup>

【はじめに】本邦では2014年9月にgenotype 1型のC型慢性肝炎に対するdaclatasvir (DCV) とasunaprevir (ASV) の経口2剤併用療法が可能になった。当院では2例の維持透析中の症例を含む31例に対して治療を開始しているが、治療開始にあたり全例NS5A領域の耐性変異を測定している。Y93変異が20%以上に認められた場合には、原則として治療待機とし、10%以下の場合には患者と十分相談の上実施を決定している。これまでに46例について耐性変異の検査を実施したところ、6例にY93変異を、2例にL31変異を認めた。Y93変異を認めた6例のうち2例は10%の変異率であり、それぞれ投与を開始している。

【症例】64歳、男性。<lt;IL28B</>遺伝子関連SNP (rs8099917)はT/Gであり、core 70も変異型であったため、Peg-IFN $\alpha$ -2aによる少量長期投与を行っていたが、HCV-RNA量の低下はほとんどみられず経過していた。2014年1月よりシメプレビル+Peg-IFN $\alpha$ -2a+リビリンによる治療を開始し、HCV-RNAは治療開始2週で陰性化した。その後、全身の発疹と倦怠感が増強したため、11週目で治療中止。中止後1ヶ月でHCV-RNAが再出現した。Y93、L31はいずれも野生型であったため、2014年9月よりDCV+ASV併用療法を開始。2週目でHCV-RNAは1.2 log IU/mL未満となり、3週目で陰性化した。しかし8週目にHCV-RNAが2.3 log IU/mLとなり再出現を認めた。その後もHCV-RNA量が増加したため16週目で治療を中止した。HCV-RNA再出現後の耐性変異解析にて、Y93は野生型100%であったが、L31は混合型(L31F/L)へ変化していた。また、その他のアミノ酸変異として、P32 deletionが検出された。【結語】DCV+ASV併用療法開始後3週目でHCV-RNAが陰性化した。8週目にHCV-RNAが再出現し、viral breakthroughを来した症例を経験した。Viral breakthrough後に再度、耐性変異を測定したところ、L31の変異に加え、P32 deletionを認めた。本邦で耐性変異としてP32 deletionの報告はなく、今後direct acting antiviral (DAA) による治療を行う上で考慮すべき変異である可能性があるため報告する。

109

C型慢性肝炎に対するダクラタスビル・アスナプレビル治療経過

国立病院機構名古屋医療センター 消化器科

○宇仁田 慧、平嶋 昇、田中 大貴、近藤 高、後藤 百子、  
水田 りな子、浦田 登、加藤 文一朗、江崎 正哉、  
龍華 庸光、島田 昌明、若瀬 弘明

【はじめに】C型慢性肝炎に対するダクラタスビル(DCV)・アスナプレビル(ASV)治療が認可され副作用が少なくSVR率の向上が期待されている。【目的】当院でのDCV・ASVの初期治療経過を検討した。【対象と方法】2014年9月から2015年3月にDCV・ASVを投与した28例のうち、4週以上経過した26例を経過判定の対象とした。治療開始前にNS5A変異を測定した。Child Pugh scoreは6点以下であった。DCV・ASV治療26例の年齢平均65才(70才以上11例、42%)、男11女15例。導入理由はインターフェロン(IFN)治療不応格17例、前IFN無効(NR)9例であった。NS5A変異はダイレクトシークエンス法で測定した。【結果】変異のない25例とY93変異のある1例にDCV・ASVを投与した。DCV・ASV24週投与終了は2例、以下投与中20週2例、16週2例、14週4例、12週7例、8週3例、6週6例である。ALTの正常化(ALT 42 IU/L以下)は2週24/26例(92%)であった。HCV RNA陰性化は4週19/26(73%)、8週18/19(91%)であった。終了2例は24週HCV RNA陰性、うち1例はY93変異例であった。変異のなかった25例中1例にのみ8週でもHCV RNA陰性化しない(nonresponder,NR)を認めた。副作用は早期の頭痛1例、鼻炎2例、皮疹1例でいずれも軽快した。経過中にALTの再上昇を4例に認め、1例がALT300IU/L以上となり投与中止に至った。【考案】DCV・ASV治療はALTの再上昇以外は、副作用が少なく忍容性に優れていると思われた。Y93変異あり投与24週終了時HCV RNA陰性維持症例は注意深い観察が必要と思われた。【結語】C型慢性肝炎に対するダクラタスビル・アスナプレビル治療は高いSVR率が期待できると考えられた。

110

共焦点レーザー内視鏡を用いた小腸疾患に対する有用性の検討

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

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

【目的】ダブルバルーン内視鏡(DBE)やカプセル内視鏡の登場で深部小腸の内視鏡観察が可能となり小腸の診断学は飛躍的に向上した。また画像強調観察の併用により病変認識率は高まるがこれらを用いても病態が十分に解明できない小腸疾患も存在する。最近内視鏡鉗子口に挿入でき蛍光造影剤を用いて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プローブ型共焦点レーザー内視鏡(Cellvizio、マウナケア社)が薬事承認された。今回我々は小腸疾患におけるCellvizioの有用性について検討した。【方法】対象はDBEで病変が指摘された11例。内訳は小腸クローン病3例、非ステロイド性抗炎症薬(NSAID)起因性小腸傷害2例、蛋白漏出性腸症合併原発性腸リンパ管拡張症(非白色絨毛型)、マンデル細胞リンパ腫、非特異性多発性小腸潰瘍症、Peutz-Jeghers症候群、虚血性小腸炎、子宮頸癌の小腸転移の各1例。方法は患者より文書同意取得後、内視鏡鉗子口よりCellvizioを挿入し蛍光眼底造影剤フルオレサイト2.5ml(250mg)を静注後、経時的に観察を行った。【結果】フルオレサイト静注約40秒後から絨毛内血管が造影され始め3分後には上皮細胞が均一に造影された。小腸クローン病、NSAID起因性小腸傷害、虚血性小腸炎、非特異性多発性小腸潰瘍症の病変周囲の非びらん・潰瘍粘膜面の観察では造影早期より上皮細胞間の造影貯留像(cell gap)が認められた。非特異性多発性小腸潰瘍症の絨毛内毛細血管の形態や血流に異常はないようにみえた。腸リンパ管拡張症の非白色短縮腫大絨毛の観察では造

影されない網目状脈管構造、絨毛基部の拡張した管状構造が認められ、拡張リンパ管であることが示唆された。リンパ腫においては粘膜固有層内の密生した腫瘍細胞が、Peutz-Jeghers症候群では構造異型のない過形成粘膜が描出された。子宮頸癌の小腸転移では転移巣を疑わせる造影不良な領域と腫瘍血管を疑わせる口径異なる拡張した血管が観察された。【考察】Cellvizioを用いることで今まで捉えられなかった小腸病変の微細構造の異常が観察できOptical biopsyとしての有用性が示唆された。

111

ガストログラフィン法にて駆虫し、複数感染を認めた日本海裂頭条虫症の1例

浜松医療センター 消化器内科

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

【はじめに】日本海裂頭条虫(<Diphyllobothrium nihonkaiense/>)は我が国の条虫症で最も多くみられ、感染源は主にサクラマスやカラフトマスなどの海洋回遊魚の生食によるが、その頻度は次第に増加傾向にある。通常は単独感染ではあるが、稀に複数感染の報告もみられている。今回我々はサクラマス生食を契機に日本海裂頭条虫の複数感染を来し、ガストログラフィン法にて駆虫し得た1例を経験したので報告する。【症例】41歳、男性。既往歴・海外渡航歴なし。飲食店に勤務しており、ここ数年春になると仕入れたサクラマスを生食することがあった。201X-1年10月より201X年6月上旬までに数回に渡り排便時に白い紐状の虫体のみられ、腹部の不快感も続いていたため当院消化器内科を受診した。便検査にて多数の虫卵を認め、持参した虫体より条虫症が疑われた。6月中旬ガストログラフィン法を用いて駆虫を施行した。透視下に十二指腸ゾンデを挿入しガストログラフィン300mlを急速注入したところ、回腸に条虫と思われる透亮像を認めた。約50分後に虫体が直腸まで移動したところで排便させ、虫体を回収した。より詳細に確認したところ長さ4.5mの虫体1条の他、約10cm余りの別の虫体を認め、いずれも頭節を伴っていた。双方の虫体に対し遺伝子診断を行い、ミトコンドリアDNAのcox1およびnd3領域のPCR増幅の結果、日本海裂頭条虫(ゲノタイプA)と確定した。【考察】本症例はサクラマス生食の既往が問診上明らかであり、ガストログラフィン法による駆虫を行ったところ2条の虫体排出が確認された。諸家の報告では2虫体の感染が認められた症例は全体の4.5%程度であり、稀な症例と考えられる。条虫症の治療に関してはブラジカンテル内服もしくはガストログラフィン法が広く普及しているが、今回のような複数感染例ではガストログラフィン法が診断治療において非常に有用であった。若干の文献的考察を加え報告する。

112

小腸穿孔を来したChurg-Strauss症候群の1例

安城更生病院 消化器内科

○斎藤 麻子、市川 雄平、浅井 清也、東堀 諒、三浦 眞之祐、鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努、竹内 真実子

Churg-Strauss syndrome (以下CSS) は、全身の肉芽腫性血管炎に基づく種々の臨床症状を呈する疾患である。今回我々はCSSと診断を受け、ステロイド治療中に小腸穿孔をきたした1例を経験したので報告をする。症例は60歳代男性。2006年に前医でCSSの疑いと診断され、Prednisolone (PSL) 10mg内服していた。2014年2月初旬より血便、食欲低下、両手先のしびれが出現し2月10日当院へ紹介となった。初診時検査所見では白血球31500/ $\mu$ l、好酸球53.0%と著明な好酸球増多を認めた。血小板数は376000/ $\mu$ lと軽度の上昇であった。リウマチ因子1890IU/ml、血清IgEは5177U/mlと著明に上昇していた。抗好中球細胞質抗体 (MPO-ANCA) は陰性であった。両上肢の

しびれが増悪し、ペンや箸も持てなくなり、CSSの神経症状の悪化と診断、神経内科へ入院となった。入院後2月12日より3日間、Methylprednisolone1000mgでステロイドパルス療法を開始、以後ステロイドを漸減していた。2月24日、突然の腹痛が出現したため、腹部造影CT検査を施行した。CT検査にて腹部にfree airを認め、消化管穿孔と診断、緊急手術となった。開腹すると、回腸末端から150cm、180cm、260cmのところでも多発穿孔していた。吻合は困難と判断し、小腸でストーマを造設し終了した。切除した小腸の壁3ヶ所に穿孔を認め、その他複数個所に5mm大の潰瘍形成を認めた。組織学的には多数の壊死に陥った血管があることより、穿孔の原因としては、CSSに伴う血管炎が原因と考えられた。2ヶ月後人工肛門は閉鎖した。その後は順調にステロイドを漸減し、現在はPSL10mg内服にて安定している。CSSの治療はステロイドであるが、本症例はステロイド治療中にも関わらず消化管穿孔をきたした。若干の文献的考察を加えて報告をする。

113

NSAIDs起因性小腸潰瘍と鑑別が困難であったCMV腸炎の一例

愛知医科大学病院 消化器内科

○越野 颯、海老 正秀、福田 頌子、名古屋 拓郎、星野 弘典、福富 理枝子、北洞 洋樹、下郷 彰弘、岡庭 紀子、足立 和規、郷治 滋希、野田 久嗣、田邊 敦資、柳本 研一郎、近藤 好博、伊藤 義紹、井澤 晋也、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【症例】79歳男性【主訴】血便【既往歴】血小板減少症、慢性心不全、前立腺肥大症、大腸憩室症、逆流性食道炎、H26年2月狭心症にてステント留置術施行、H26年12月肺癌にて左上葉切除後、補助化学療法施行。【現病歴】H26年6月X日下痢及び鮮血便を自覚され、当院消化器内科を受診した。上部・下部消化管内視鏡検査にて明らかな出血源となる病変認めず、経過観察となっていた。10月X日再度血便自覚したため、当院受診され精査加療目的で入院となった。【臨床経過】カプセル内視鏡 (CE) を施行したところ、小腸全体に多発びらん及び潰瘍を認めた。経肛門的ダブルバルーン内視鏡 (DBE) を施行したところ、回腸末端に輪状潰瘍及び多発潰瘍を認めた。NSAIDs潰瘍を疑ったが、心疾患によりアスピリン中断が困難であったため、ミソプロストールを開始し退院となった。退院後10日目に、血便認め、同日再入院となった。前回DBEの生検組織を再確認したところ、CMVが検出されたため、サイトメガロウイルス腸炎と診断し、ガンシクロビルの投与を開始した。出血を繰り返しており、やむを得ずアスピリンの内服を中止とした。その後、再出血はなく、退院後30日目に経過観察のために施行したDBEでは、小腸潰瘍は著名に改善していた。【考察】本症例は、発症時に肺癌の術後化学療法中で、compromised hostであるためCMV腸炎を発症したと推察されるが、同時にアスピリンを内服していたことから、両者の鑑別に苦慮したと考えられる。CMVの小腸病変は、以前まで剖検例や重症例など少数例の報告しかなかったが、今後はCEやDBEの普及により早期に診断が可能となり、報告が増加すると思われる。本症例もCEにて小腸病変の存在を確認し、DBEによってCMV腸炎と確定診断が可能であった。【結語】診断に苦慮したCMV腸炎の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

114

バルーン内視鏡で観察可能であった胃石イレウスの1例

1三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

2三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○原田 哲朗<sup>1</sup>、葛原 正樹<sup>2</sup>、作野 隆<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>、濱田 康彦<sup>2</sup>、田中 匡介<sup>2</sup>、堀木 紀行<sup>2</sup>、竹井 謙之<sup>1</sup>

【症例】80歳女性【既往歴】高血圧、脂質異常症、心臓神経症、胃潰瘍、虚血性大腸炎【経過】2014年12月末より間欠的な腹痛、嘔吐を認める様になった。食事摂取困難となった為、2015年1月中旬に前医入院となった。前医CTでは小腸の拡張と壁肥厚を指摘された。絶食にて症状改善するも、食事摂取にて症状再燃する為、同年2月初旬に精査加療目的で当院転院となった。当院での造影CTでは空腸に部分的な壁肥厚を認めたが、内腔の狭窄や壁の不整は指摘されなかった。また同部位には管腔内に充満する様に貯留物を認め、口側腸管は拡張していた。経口ダブルバルーン内視鏡を施行し、上部空腸に腸管の拡張と管腔全体を占める腸石を認めた。腸石は可動性なく鑄型状にはまり込んで潰瘍を形成しており、肛門側へのスコープの通過は不可能であった。ガストログラフィン造影では腸石の肛門側に閉塞起点は認めなかった。腸石表面を生検鉗子で採取したところ、非常に固く、成分分析ではタンニン98%以上との結果であった。また2013年から2014年にかけてかかりつけ医で複数回施行された上部内視鏡検査では胃内に胃石を疑う所見を認めていたが、当院転院後に施行された上部内視鏡検査では指摘できなかった。以上より、腸石は胃石の落下によるものであり、これに伴う小腸イレウスと診断した。潰瘍形成があった為、溶解療法は穿孔のリスクが高いと判断し、当院外科で開腹下小腸部分切除が施行された。術中所見では、Treitz靱帯から150cmの空腸に胃石を認め、同部の腸管壁は菲薄化していた。病理診断では、胃石を認めた部位に30x70mmの潰瘍を認めた。肉眼的な潰瘍部位に一致して、潰瘍形成(ul+ils相当)、肉芽形成、出血、フィブリン析出、好中球浸潤を認め、炎症細胞浸潤は一部で筋層深部に及んでいた。腫瘍性病変は指摘されなかった。【結論】バルーン内視鏡で小腸に落下した胃石を観察した症例は自験例が初めてであり、若干の文献的考察を加えて報告する。

115

癒着や狭窄のない小腸にみられた食餌性イレウスの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>、松浦 愛<sup>1</sup>、石田 夏樹<sup>1</sup>、浅井 雄介<sup>1</sup>、木次 健介<sup>1</sup>、伊藤 潤<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>1</sup>、住吉 信一<sup>1</sup>、岩岡 泰<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>、林 忠毅<sup>2</sup>、西脇 由朗<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>

食餌性はイレウスの原因として比較的稀であるが、癒着や狭窄のない小腸に干し柿が原因と思われる食餌性イレウス症例を経験したので報告する。症例は76歳、男性。既往としてAAAと胃SMT。2015年2月18日突然の上腹部通と嘔吐認め、改善ないため同19日近医受診後当科紹介。腹部所見上心窩部に圧痛と腸蠕動音のやや亢進を認めるも、その他特記なし。臨床検査ではWBC 11000、CRP 8.43と上昇し、BUN 65.0、Cr 2.98と腎機能障害を認めた。腹部単純CT検査では、拡張した小腸ループを肛門側にたどると骨盤腔内小腸に4.5cm大の楕円形で内部に空気を包含する異物と、それより肛門側に拡張のない腸管を認めた。食餌性イレウスと判断し、入院後絶食・補液とイレウス管の留置を行ったところ第2病日には排ガスを認めた。イレウスチューブ造影では楕円形で辺縁が平滑な陰影を認めた。その後食餌性異物は肛門側に移動せず、イレウスの解除がみられないため第13病日に外科にて腹腔鏡補助下小腸内異物除去術を行った。イレウス管をマーカーにし肛門側に異物の詰まった小腸を確認、同部を創外へ引き出し弾性硬の異物を腸管内で移動させることを試みるも不可。異物の直上から尾側の腸間膜対側を長軸に方向に3cm切開加えて除去した。小腸壁を短軸方向にGambee縫合で閉鎖した。小腸肛門側を充分な検索を行うも通過障害の原因となる腫瘍性病変も確認されず、創部の縫合閉鎖し手術を終了した。術後特別問題なく退院となった。異物は径35x60x23mm大の茶色の物体で、ほぼ均一な断面を示し、干し柿を強く疑った。患者に再度問診すると発症前日干し柿を数個摂取していることが判明。対照として干し柿の標本作成し異物との異同の検討も行ったので報告する。丸呑みされた干し柿が癒着や狭窄のない小腸にほぼ嵌頓しイレウスを発症した珍しい例であり、やはり詳細な現病歴

の聴取が重要と再認識された症例でもあった。

116

食餌性イレウスの1例

安城更生病院 消化器内科  
○竹内 裕貴、竹内 真実子、浅井 清也、東堀 諒、三浦 眞之祐、市川 雄平、鶴留 一誠、岡田 昭久、馬淵 龍彦、細井 努

イレウスは日常診療において頻繁に遭遇する疾患であるが、食餌性イレウスの頻度は少ない。今回我々は食餌性イレウスの1例を経験したので報告をする。症例は50歳代男性。胃潰瘍にて胃切除術の既往あり、2015年1月より嚥下困難出現したため、当院内科を受診し、上部消化管内視鏡検査を施行した。上部消化管内視鏡検査では、中部食道に約5cm大の黒色に変性した楕円形の異物を認めた。異物は食道内へ長期間滞留した食餌が変性したものと考えられた。サイズが大きかったため、内視鏡的に口からの回収は困難であると判断し、異物を把持し、胃内へ落として終了とした。異物除去後の食道粘膜にはびらん、潰瘍形成を認めた。上部消化管内視鏡検査施行後3週間後、左下腹部痛が出現したため、再度内科を受診した。腹部単純X線検査にて小腸ガス、ニボー形成を認め、イレウスと診断。腹部造影CT検査では、小腸イレウスの所見であった。手術歴があり、癒着性イレウスをまず疑ったが、CTで閉塞部と思われる小腸の事前に、辺縁にairを伴う軟部濃度の腫瘍影を認めた。3週間前に胃内へ落とした異物によるイレウスの可能性が高いと判断。緊急手術となった。開腹すると、腹部正中創部の位置に腸管癒着を認めた。Treizから2mほどの回腸に異物による閉塞を認めた。腸管を長軸切開し異物を除去した。異物は3週間前に内視鏡で観察したものと同じものであった。術後経過良好にて10日目に退院となった。本症例は食餌性の食道異物を胃内へ落とした後、イレウスを発症した。胃切除術の既往があり、腸管癒着を伴っていたこと、及び異物のサイズが大きかったことが食餌性イレウスの原因と考えられた。

117

小腸イレウスを契機に診断された小腸カルチノイドの1例

<sup>1</sup>愛知厚生連知多厚生病院 内科、<sup>2</sup>愛知厚生連知多厚生病院 外科  
○西崎 章浩<sup>1</sup>、田中 創始<sup>1</sup>、鈴木 健人<sup>1</sup>、山田 修司<sup>1</sup>、冨本 茂裕<sup>1</sup>、丹村 敏則<sup>1</sup>、高橋 佳嗣<sup>1</sup>、宮本 忠壽<sup>1</sup>、小森 徹也<sup>2</sup>、村元 雅之<sup>2</sup>

症例は70歳、女性。2014年12月2日に反復する下腹部痛があり外来受診。手術の既往なく、排便も下痢や便秘は認めなかった。翌日の単純CTで骨盤腔内の小腸の限局的拡張と少量の腹水が指摘されたが、明らかな閉塞起点やリンパ節腫大を指摘されなかった。12月12日の造影CTで小腸イレウスの悪化を認めたため、腹腔内炎症性疾患による癒着性イレウス疑いで当院内科にて入院・加療となった。入院後、イレウス管留置し絶飲食、点滴治療を施行し、12月15日イレウス管造影で回腸に腸閉塞を認め、12月16日手術適応にて外科コンサルトし同日腹腔鏡下手術となった。手術所見では、回腸閉塞部位に弾性硬2cm大の腫瘍性病変を認め、腸間膜にも微小結節を多数認めたため小腸癌による閉塞性イレウスおよび腹膜播種の疑いとして小開腹にて小腸切除となった。最終病理診断ではsmall intestine carcinoma、NET G2、pT3,ss,INF,ct,ly3,v1,pPMO,pDMO、クロモグラニンA:(+++),シナプトフィジン:(+),CD56:(+++),Ki-67/MIB-1:2 3%/5%、腹水細胞診は陰性であった。小腸カルチノイドは本邦では消化管カルチノイドの中でも3.8%、小腸原発の悪性腫瘍の中では1.8%と稀な腫瘍である。今回我々は小腸イレウスを契機に診断された小腸カルチノイドの1例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。

小腸軸捻転をきたしたimatinib 2次耐性空腸gastrointestinal stromal tumorの1切除例

<sup>1</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 外科、<sup>3</sup>伊勢赤十字病院 病理

○林 智士<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、奥田 奈央子<sup>1</sup>、橋本 有貴<sup>1</sup>、天満 大志<sup>1</sup>、伊藤 達也<sup>1</sup>、村林 桃士<sup>1</sup>、三浦 広嗣<sup>1</sup>、高見 麻佑子<sup>1</sup>、杉本 真也<sup>1</sup>、山村 光弘<sup>1</sup>、大山田 純<sup>1</sup>、山岸 農<sup>2</sup>、高橋 幸二<sup>2</sup>、矢花 正<sup>3</sup>

【はじめに】 Gastrointestinal stromal tumor(GIST)のなかで小腸を原発とするは全体の20-30%であるが、GISTが原因で小腸軸捻転症を発生した症例は過去に9例の報告を認めるのみで比較的まれである。今回、治療開始より3年半経過後imatinib 2次耐性の空腸GISTが原因で小腸軸捻転症を来し手術を施行した貴重な症例を経験したので報告する。【症例】64歳男性。2011年7月臍右側部痛と違和感を自覚、腹部造影CTで十二指腸 上部空腸を主座とする10cm大の内部壊死を有する多血性腫瘍と骨盤内に6cm大の腫瘍と小結節構造を認めた。小腸透視およびEUS-FNA免疫組織染色(c-kit陽性)にて腸回転異常を伴う上部空腸を主座とするGIST、腹膜播種と臨床診断しimatinibによる治療方針とした。GISTは原発巣、播種巣ともに縮小傾向を示したが、3年経過後に播種巣が再増大し肝転移も出現した。imatinib2次耐性と判断しsunitinibによる治療に変更したが、半年後に腹痛と嘔吐にて救急外来を受診、腹部造影CTにて胃から上部空腸まで拡張と液体貯留を認め、かつ上腸間膜動脈を中心としたWhirl signを認めたため、急速に増大したGISTが原因で空腸軸捻転を来したと診断した。内視鏡的整復にて症状は改善したが食事再開にて症状の再燃を認めたため手術を施行した。開腹すると空腸起始部から約20cm肛門側の空腸から壁外性に発育する11.5cm大の腫瘍が原因で小腸が時計方向に約270度軸捻転し、また腫瘍自体も茎捻転していた。虚血は認めず空腸部分切除術を施行した。【考察】我々が検索し得た限りでは小腸GISTに起因する軸捻転症はいずれも発見の契機であり、本症例のようにimatinib 2次耐性により発生した報告は過去になかった。治療中増悪時には留意すべき合併症の一つとして念頭に置く必要があると思われた。

一時的回腸人工肛門造設術を施行した患者における術後イレウスの検討

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学

○田中 友理、中山 吾郎、末岡 智、橋本 良二、二宮 豪、服部 憲史、岩田 直樹、神田 光郎、小林 大介、田中 千恵、山田 豪、藤井 努、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、小寺 泰弘

【目的】 下部直腸癌に対する低位前方切除術や潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘・回腸囊肛門吻合術の際に一時的回腸人工肛門を造設することは有用とされている。回腸人工肛門造設後のイレウスの発生頻度は比較的高率であり8%前後との報告があるが、リスク因子についての報告は少ない。今回、当院における一時的回腸人工肛門造設後のイレウスについて検討した。【対象と方法】2012年1月から2年間に、一時的回腸人工肛門を造設した直腸癌(RC)患者20例と潰瘍性大腸炎(UC)患者20例を対象とし、術後イレウスを認めた症例(イレウス群)と認めなかった症例(非イレウス群)について、術前因子として性別、年齢、BMI、手術因子として術式、手術時間、出血量、手術からイレウス発症までの期間、改善までの期間、術後在院日数について後ろ向きに検討を行った。なお、術後イレウスの診断基準は、手術およびチューブによる腸管内溶液の減圧を要した症例とした。【結果】イレウスの発生率は、RCで25%(5/20例)、UCで40%(8/20例)であり、疾患による差は認めなかった。イレウス群/非イレウス群の比較では、術前因子として年齢、性別、BMIに有意差は認めなかった。

手術因子では手術時間(中央値)はRCでは316/333分(p=0.66)と有意差は認めなかったが、UCでは342/453分(p<0.05)と非イレウス群で有意に手術時間が長い傾向を認めた。出血量はRCで84/126ml(p=0.72)、UCで133/288ml(p=0.09)と両群で有意差は認めなかった。術後在院日数(中央値)はRCでは23日(16-43)/15日(11-31)(P<0.05)と非イレウス群で有意に短く、UCでは21.5日(11-40)/22日(13-61)(p=0.98)と有意差は認めなかった。イレウスに対する治療は全例経ストマの減圧のみで改善した。【結語】イレウスに対する治療は全例経ストマの減圧のみで改善した。術後在院日数はRCでは非イレウス群で有意に短い傾向があり、UCでは有意差はなかった。

再発性イレウスを契機に診断された高齢発症クローン病の一例

<sup>1</sup>J A岐阜厚生連 岐阜厚生病院 消化器内科、

<sup>2</sup>J A岐阜厚生連 岐阜厚生病院 外科、

<sup>3</sup>J A岐阜厚生連 岐阜厚生病院 病理

○大野 智彦<sup>1</sup>、堀部 陽平<sup>1</sup>、後藤 尚絵<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、岩間 みどり<sup>1</sup>、山内 治<sup>1</sup>、齋藤 公志郎<sup>1</sup>、田中 秀典<sup>2</sup>、酒々井 夏子<sup>3</sup>

【症例】89歳男性。【既往歴】S状結腸癌手術(73歳)、COPD。【嗜好】喫煙歴あり、飲酒歴なし。【現病歴】平成24年9月頃より交代性の下痢と便秘を自覚するようになり、また、数か月ごとに発熱と嘔吐を繰り返すようになったが、その都度感染性胃腸炎と診断されていた。平成25年10月、平成26年6月にイレウスで入院したが、いずれも癒着性イレウスと診断され、絶食安静のみで軽快退院していた。平成27年1月再びイレウスを発生し、当院入院となった。【経過】腹部CTで小腸の拡張が著明だったため、入院後直ちにイレウス管を留置した。造影CTで回腸の一部が限局性に肥厚しており、イレウス管からの小腸造影で同部の高度狭窄を認めた。狭窄部精査のため下部消化管よりダブルバルーン内視鏡を施行したところ、パウヒン弁から狭窄部まで続く縦走潰瘍と、狭窄部の瘻孔形成を認めた。小腸型クローン病の診断で、回盲部切除術を行った。切除標本では病変部に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の所見を認め、診断を裏付ける根拠となった。術後は5 ASAと成分栄養剤内服により経過良好である。【考察】国内においては、65歳以上でのクローン病発症は全体の1.3%と報告されており稀である。特に開腹手術歴がある場合には癒着性イレウスとの鑑別が困難で、発症から診断までに時間がかかる傾向にある。一方欧米でのクローン病発症年齢は若年層と高齢層の2峰性であり、高齢発症の割合は10%で、高齢発症者は有意に喫煙率が高いと報告されている。また国内ではクローン病は男性に多いのに対して、欧米では男女比はほぼ等しい。これは、喫煙者が国内では男性に多いのに対して、欧米では男女差があまりないことと無関係でないかと推測されている。【結語】喫煙歴のある高齢者のイレウスでは、クローン病の可能性を念頭におく必要があると思われた。

成人腸重積を発生し腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した小腸GISTの1例

<sup>1</sup>三重中央医療センター 外科、

<sup>2</sup>三重中央医療センター 消化器内科

○武内 泰司郎<sup>1</sup>、信岡 祐<sup>1</sup>、湯淺 浩行<sup>1</sup>、谷川 寛自<sup>1</sup>、横井 一<sup>1</sup>、十時 利明<sup>2</sup>、子日 克宣<sup>2</sup>、亀井 昭<sup>2</sup>、竹内 圭介<sup>2</sup>、渡邊 典子<sup>2</sup>

症例は79歳男性。最近になり便秘、腹部膨満感の増悪を自覚し当院に紹介受診した。既往歴は30歳代に虫垂炎にて手術歴あり、家族歴は特記すべきことはなかった。身体所見では腹部は平坦、軟で圧痛を認めなかった。両側ピンポン玉大の鼠径ヘルニアを認めたが容易に還納された。血液検査所見ではHb12.4と貧血を認めたがWBC6840、CRP

陰性と炎症所見は認めなかった。腹部単純CT検査にて上行結腸に回腸が重積していたが、イレウス所見は認めなかった。小腸腫瘍を先進部とした腸重積が疑われ、後日下部消化管内視鏡検査を施行した。上行結腸に正常粘膜で被われた回腸の重積を認め、粘膜下腫瘍が先進部となっていると考えられた。同部位の生検を行い、また腸重積は内視鏡下に整復可能であった。先進部の生検では特記すべき所見は得られなかった。注腸検査を行うと再度上行結腸に回腸が重積しており、透視下に整復したが病変部は描出できなかった。腹部造影CT検査にて回腸に低吸収を示す30mm大の腫瘍像を認め、同部位を先進部とする腸重積と診断した。小腸粘膜下腫瘍を先進部とした腸重積の診断にて待機的に腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。腹腔内所見では腸重積は認めず、回盲部から約30cmの部位に漿膜がやや白色に変色した責任病変を認めた。小開腹を行い、小腸部分切除術を施行した。手術時間1時間18分 出血量5ml。病理組織所見では2.7cm大の白色充実性腫瘍で、明らかな紡錘状細胞は認められなかったがCKIT陽性、CD34陰性、SMA陰性、S-100陰性、Vimentin陽性でありgastrointestinal stromal tumor GISTと診断した。核分裂像は5/50HPF以下でT2N0M0 Stager (low grade malignancy)であった。術後経過は良好で術後9日目に退院した。小腸腫瘍は術前に正確な位置診断を得るのは困難であるが、腹腔鏡を用いることにより病変部位の同定や腹腔内の観察にて有用であると考えられた。

122

用手補助腹腔鏡手術で整復した成人特発性腸重積症の1例

伊勢赤十字病院 外科

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

症例：18歳、女性。1日前からの右下腹部痛を主訴に当院救急外来受診。胃腸炎の診断で一時帰宅するも、症状軽快しないため同日深夜再来された。腹部CTで、上行結腸に回腸が陥入する所見を認め、腸重積症と診断した。腸管切除術の必要性も考慮し、緊急手術を施行した。約6.5cmの下腹部横切開を加えて、直視下に腹腔内を観察するも小袋が拡張しており、詳細観察困難であった。そのため、横切開部に手袋を装着し、左上腹部にそれぞれ5mmポートを追加した。腹腔鏡下に観察したところ、上行結腸に回腸が陥入している所見を認めるものの、腹腔鏡下手術では整復困難と判断し、用手補助腹腔鏡手術に切り替えた。左手を腹腔内に挿入し、肛門側から重積した口側腸管を愛護的に押し出して重積を解除した。移動盲腸であり、下腹部横切開創から回盲部を腹腔外に出して観察可能であった。視診および触診にて、重積腸管の血流は保たれており、回腸から上行結腸までに器質的病変は認めなかった。回盲部の腸間膜近傍に腫大した直径1cm大のリンパ節を認めたため、原因検索目的に生検施行したところ、特異性変化は認めなかった。以上より腸管切除は行わず、腸管固定術も施行しなかった。粘膜の虚血性変化の検索目的に第3病日に施行した大腸内視鏡検査では上行結腸に軽度発赤、浮腫を認めるのみで器質的变化は認めなかった。経過良好で第12病日に退院、術後7ヶ月の現在、再燃は認めない。完全腹腔鏡下での鉗子操作のみによる腸重積の整復は、視野確保に難渋することや肛門側からの押し出し操作が困難であることが多い。自験例で施行したような用手補助腹腔鏡手術では、直視下手術の触覚と鏡視下手術の良好な視野をとともに利用することができ、有用と考える。また、本症例では移動盲腸を認めたが、回盲部の固定術の要否については議論のあるところである。今回我々は器質的病変のない成人の特発性腸重積症を経験し、用手補助腹腔鏡手術で整復したので若干の文献的考察を加えて報告する。

123

門脈大循環シャントを原因とする肝性脳症に対しバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(B-RTO)が奏功した2例

<sup>1</sup>藤枝市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>藤枝市立総合病院 放射線科

○山本 晃大<sup>1</sup>、丸山 保彦<sup>1</sup>、景岡 正信<sup>1</sup>、大島 昭彦<sup>1</sup>、寺井 智宏<sup>1</sup>、志村 輝幸<sup>1</sup>、金子 雅直<sup>1</sup>、五十嵐 達也<sup>2</sup>、鹿子 裕介<sup>2</sup>

門脈大循環シャントを原因とする肝性脳症は薬物療法では難治であることが多いとされる。今回内科的治療ではコントロール困難であった門脈大循環シャントを有する肝性脳症に対し、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(balloon-occluded retrograde transvenous obliteration; B-RTO)により改善を認めた2例について文献的考察を含めて報告する。【症例1】77歳女性。常染色体優性多発性嚢胞腎で血液透析中。多発性肝嚢胞によると思われる肝性脳症を反復。透析毎に分枝鎖アミノ酸製剤を点滴投与するもコントロール不良。2013年10月造影CTでみられた脾腎シャントにB-RTO施行。塞栓物質:コイル+5% EOL。供血路:上腸間膜静脈、排血路:左腎静脈、バルーン閉塞試験前後の門脈圧:10mmHg→15mmHg。B-RTO前後: NH3(μg/dl) 166→128(翌日)→54(1か月後)、肝性脳症 III度→なし、Child-Pugh 9点→8点。術後1年までの再燃、食道静脈瘤出現や腹水増悪なし。【症例2】58歳男性。アルコール性・C型肝硬変。2013年HCCに対してRFA施行後、門脈血栓症に対してワーファリン内服中。2015年1月初めて肝性脳症による異常行動出現。分枝鎖アミノ酸製剤やラクツロースでコントロール不良。同年3月造影CTでみられた胃腎シャントにB-RTO施行。塞栓物質:コイルのみ。供血路:上腸間膜静脈、排血路:左腎静脈、バルーン閉塞試験前後の門脈圧:19mmHg→26mmHg。B-RTO前後: NH3(μg/dl) 208→128(翌日)→84(1か月後)、肝性脳症 III度→なし、Child-Pugh 9点→8点。現在のところ食道静脈瘤出現や腹水増悪なし。

124

びまん性肝内動脈門脈短絡路形成により門脈圧亢進症を呈した非B非C型肝硬変の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○村田 礼人、玄田 拓哉、亀井 将人、甘楽 裕徳、佐藤 俊輔、金光 芳生、成田 諭隆、嶋田 裕慈、飯島 克順、永原 章仁

症例は60歳代女性。近医で関節リウマチ加療中に腹水貯留と食道静脈瘤を指摘され当院を紹介受診。肝炎ウイルスマーカーは陰性、CT・MRI検査では多量の腹水貯留と門脈系側副血路の発達を認められ、上部消化管内視鏡検査ではF2相当の食道静脈瘤形成が認められた。腹部超音波検査では遠肝性門脈血流が指摘された。腹部血管造影検査では、肝動脈造影早期に造影剤が肝内門脈枝に流入し脾静脈まで逆流する遠肝性門脈血流と、側副血路として発達した左胃静脈が描出された。肝静脈カテーテル検査で肝静脈楔入圧較差は15mmHgと上昇し、経静脈的肝生検で得られた肝組織では線維性隔壁形成が疑われた。以上の結果から非B非C型肝硬変に合併したびまん性肝内動脈門脈短絡路形成による門脈圧亢進症と診断、動脈門脈短絡路の減少を目的にゼルフォームを用いた肝動脈塞栓術を施行した。塞栓術後の血管造影で門脈血流は求肝性血流に復していた。塞栓術後、腹水と食道静脈瘤は消失し治療後2年経過後も再発所見なく経過観察を受けている。動脈と門脈が交通する肝内動脈門脈短絡路は肝硬変ではしばしば認められる病態だが、稀に短絡量が多い場合には門脈圧亢進症の悪化をきたす。今回我々はびまん性肝内動脈門脈短絡路に対し肝動脈塞栓術を施行し良好な経過を得た症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

125

オレイン酸モノエタノールアミン (EO) による硬化療法が有用であった巨大肝嚢胞の1例

刈谷豊田総合病院 内科

○宮地 洋平、仲島 さより、濱島 英司、中江 康之、  
坂巻 慶一、内田 元太、久野 剛史、室井 航一、鈴木 孝弘、  
大橋 彩子、溝上 雅也、池上 脩二、大脇 政志、平松 孝嗣、  
山本 怜、井本 正巳

【症例】82歳、女性。【主訴】心窩部不快感【既往歴】1972年胃癌手術【内服歴】エチゾラム錠【現病歴】2014年6月末より心窩部不快感が出現し、7月16日に当科紹介受診となった。体温37.2℃、右上腹部の膨満、圧痛を認めた。WBC 8100/μl Seg 80.9%、CRP 11.38mg/dl、単純CTにて肝右葉に長径15cm大の軽度壁肥厚を伴う嚢胞性病変を認め、感染性肝嚢胞疑いにて入院となった。USでは嚢胞壁は軽度肥厚し、内部にはデブリを認めた。ダイナミックCTでは嚢胞壁は均一に造影され、結節影を認めなかった。MRIでは嚢胞内部はT2強調画像で高信号であったが、僅かに信号の低い領域があり、液面形成を認めた。拡散強調画像では水と比較して、不均一に信号が上昇していた。以上より感染性肝嚢胞と診断した。7月22日経皮経肝嚢胞ドレナージを施行。嚢胞液は淡黄色透明であり、培養は陰性であった。嚢胞液は合計2200ml排液され、嚢胞は長径7cmまで縮小した。8月5日に、肝嚢胞硬化療法を施行した。5%EO 40mlを注入し、ドレナージを24時間クランプした。発熱、腹痛を認めず経過し、8月11日CTにて、肝嚢胞は5cmまで縮小、退院となった。9月19日のCTでは長径が3cmと、さらに縮小していた。【考察】有症状の肝嚢胞の治療として、嚢胞内容排液後に硬化療法を併用する場合がある。硬化剤として、従来エタノール、ミノマイシンなどが用いられていたが、エタノールは嚢胞のサイズによっては急性アルコール中毒が懸念され、ミノマイシンは発熱、疼痛の副作用が強いと言われている。近年、新たな薬剤として、食道静脈瘤に対する硬化療法で用いられるオレイン酸モノエタノールアミンを用いた報告がなされており、多発性肝嚢胞診療ガイドラインにも記載されている。本症例もこれに準じて治療を行い、良好な経過を経た。【結語】オレイン酸モノエタノールアミンによる硬化療法が有用であった巨大肝嚢胞の1例を経験した。

126

アルコール性肝硬変に対して脾摘を施行した3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 肝胆脾・移植外科

○稲垣 悠二<sup>1</sup>、杉本 和史<sup>1</sup>、山本 憲彦<sup>1</sup>、白木 克哉<sup>1</sup>、  
竹井 謙之<sup>1</sup>、白井 正信<sup>2</sup>、伊佐地 秀司<sup>2</sup>

【目的】近年、アルコール性肝疾患の死亡数は増加傾向にある。肝の線維化から門脈圧亢進症を生じ、食道静脈瘤や血小板減少などに悩む症例は少なくない。一方、門脈圧亢進症に対する治療としてC型肝硬変では脾摘の有用性が報告されているが、アルコール性肝硬変における意義は明らかでない。今回、高度の血小板低下を伴うアルコール性肝硬変に対して脾摘を施行した症例を経験したので報告する。【方法】アルコール性肝硬変に対して脾摘を施行した3例の血液生化学検査、肝容積の変化、脾摘後の合併症、予後について検討した。【結果】症例は平均年齢57±6歳、男性3名。血小板 $4.3 \pm 1.2$ 万/μl、Alb: $3.1 \pm 0.4$ g/dl、T-Bil: $1.9 \pm 1.7$ mg/dl、PT%: $59.7 \pm 8.6$ %、Child-Pugh score 7が2名、8が1名であった。脾摘前の肝のCTでのvolumeは $1270 \pm 540$ cm<sup>3</sup>であった。脾摘後、全例で門脈系の血栓症を発症した。脾摘後36か月後のCTでのvolumeは禁酒できていた2例は増加したのに対し、飲酒を継続した1例は減少した。術後1年では血小板 $16.7 \pm 3.7$ 万/μl、Alb: $3.2 \pm 0.7$ g/dl、T-Bil: $1.2 \pm 0.6$ mg/dlであった。脾摘後のフォロー期間は48±38か月で1名が7年7か月後に感染症で死亡した。脾摘時に肝細胞癌合併症例は脾摘後にRFAを施行したが、そ

の後多発再発をして、TACE・TAIにて治療を繰り返している。【考察】高度の血小板低下を伴うアルコール性肝硬変では肝萎縮が高度であった。禁酒ができていた症例では肝容積の増加がみられたが、飲酒を継続した症例では減少した。脾摘後の血小板増加効果は長期間にわたり認めていたが、生化学検査の改善効果は一定しなかった。禁酒できない症例や肝細胞癌合併症例を含んでいることが影響していると考えられる。【結語】高度血小板低下をきたしたアルコール性肝硬変に対して、脾摘が血小板数改善や肝細胞癌治療に有用である可能性があるが適応を十分検討する必要がある。

## ご協賛企業一覧

エーザイ株式会社

アステラス製薬

株式会社ツムラ

科研製薬株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

平成27年6月1日現在



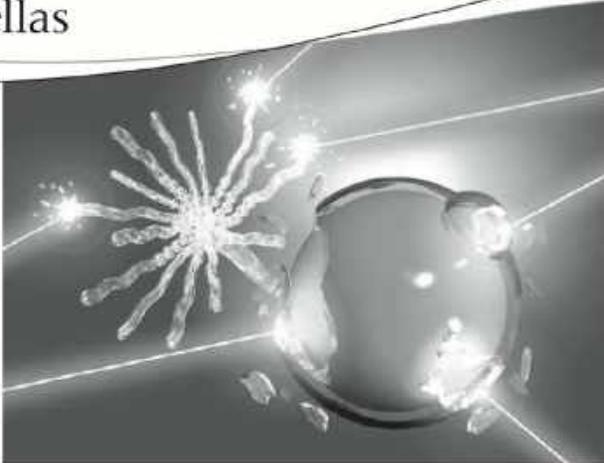
処方箋を提示し、正しい薬名等の処方箋に基づき使用すること  
（医師の指示に従う）  
**プロトンポンプ阻害剤**  
**パリエット**®  
（ラベキサゾールナトリウム製剤）  
錠 10mg  
錠 20mg  
[www.pariet.jp](http://www.pariet.jp)

製造販売元 **Elsai** エーザイ株式会社  
 東京都文京区小石川4-6-10  
 製品情報お問い合わせ先：エーザイ株式会社 MDSネットライン  
 フリーダイヤル 0120-619-697 9～18時（土、日、祭日等～17時）

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

PRT1410M05





キャンティン系抗真菌剤（注射用ミカファンギノナトリウム）【薬価標準収載】

**ファンガード**®  
点滴用

25mg  
 50mg  
 75mg

承認：処方箋医薬品  
（添付文書等の処方箋により使用すること）

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**  
東京都中央区日本橋本町2-3-1  
TEL:03-5561-3111 FAX:03-5561-3110

**Funguard**®  
（商号：MCFG）

2015年4月作成 110 K150mm



[ NEW! ]

## LigaSure™ Maryland 37

Efficient. Versatile. Multifunctional.

### EFFICIENT

シーリングのアクションを減らし、操作性が向上しました。

### VERSATILE

3種類のシャフト長により、様々な患者-手技に適用できます。

### MULTIFUNCTIONAL

剥離、把持、シーリング、切離と多機能なデバイスを実現しました。

販売名: forceTriad エネルギープラットフォーム  
医療機器承認番号: 219082X0655000

販売代理店 **コヴィディエン ジャパン株式会社**  
〒196-8015 東京都足立区浦和4-10-2 TEL:0315717-1275 FAX:0315717-1279  
<http://www.covidien.co.jp>



**COVIDIEN**

*positive results for life™*

COVIDIEN, COVIDIEN ロゴマーク及び  
"positive results for life" は Covidien, LLC の商標です。  
® を付記した商標は Covidien company の商標です。  
©2014 Covidien

プリストル・マイヤーズ株式会社は  
肝疾患などの深刻な病気を有する  
患者さんに貢献できるよう  
革新的な医薬品の開発、提供を  
これまでも、これからも続けてまいります

プリストル・マイヤーズ株式会社 ウイルス性肝炎治療製品ラインナップ

抗ウイルス剤/HCV NS5A複製複合体阻害剤 （重症患者対象）

 **ダクザインザ<sup>®</sup>錠 60mg**  **新発売**

Dakinzan Tablets (ダクザインザ錠)

製造：処方箋医薬品（注意）※併用の処方箋に準じより使用すること。

抗ウイルス剤/HCV NS3/4Aプロテアーゼ阻害剤 （重症患者対象）

 **スンベプラ<sup>®</sup>カプセル 100mg**  **新発売**

Sunvepra Capsules (スンベプラカプセル)

製造：処方箋医薬品（注意）※併用の処方箋に準じより使用すること。

抗ウイルス化学療法剤 （エンテカビル水和物錠）

 **バラクルード<sup>®</sup>錠 0.5mg**

新薬：処方せん医薬品（注意）※併用の処方箋により使用すること。 （重症患者対象）

効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元  
 **プリストル・マイヤーズ株式会社**  
〒103-1328 東京都新宿区西新宿6-5-1  
資料請求先：メディカル情報部  
TEL：0120-093-507



2014年10月作成



血漿分画製剤（液状・静注用免疫グロブリン製剤）

**献血 ウェノグロブリン IH 5% 静注** 0.5g/10mL・1g/20mL・2.5g/50mL  
5g/100mL・10g/200mL

Venoglobulin IH5% (V) 0.5g/10mL・1g/20mL・2.5g/50mL・5g/100mL・10g/200mL **製剤**（生物学的製剤基準：ポリエチレングリコール改修人免疫グロブリン）

【特定生物由来製品】 【改良薬製剤】 【注射薬製剤】（注射薬製剤の処方書により使用すること）

【薬効薬性】



血漿分画製剤（血液凝固阻剤）

【薬効薬性】

**ノイアート** 500単位 静注用 1500単位

NeuarF (V) 500units・1500units **製剤**（生物学的製剤基準：乾燥凝縮人アンチトロンビン製剤）

【特定生物由来製品】 【改良薬製剤】（注射薬製剤の処方書により使用すること）

※効能・効果、用法・用量、禁忌、原則禁忌を含む使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

株式会社（資本金500万円）  
**JB** 一般社団法人  
**日本血液製剤機構**  
東京都港区浜松町2-4-1

VOX-NAT (B5) 2015年3月作成

【資料請求先】  
一般社団法人 日本血液製剤機構 くすり相談室 〒105-6107 東京都港区浜松町2-4-1 医療関係者向け製品情報サイト <http://www.jpbo.or.jp/med/inf/>

血漿分画製剤（血液凝固阻止剤）

薬価基準収載

特定生物由来製品・処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

# 献血ノンスロン<sup>®</sup> 1500 注射用

生物学的製剤基準〈乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ〉



■ 効能・効果、用法・用量、  
使用上の注意（禁忌）等に  
ついては、添付文書をご  
参照ください。

製造販売元（原料調製元）  
▲ 日本製薬株式会社  
〒101-0031 東京都千代田区東神田一丁目9番8号

販売  
▲ 武田薬品工業株式会社  
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

©2014年10月作成(K)

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人へ、かけがえのない人生をより健やかに暮らしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1981年の創業以来、革新的な新薬品の開発を通じて社会と人々に貢献してきました。

私たちは、世界のさまざまな国や地域で、子供から高齢者まで幅広い患者ニーズと向き合っています。その一つひとつに込められているのが、私たちの献身的な姿勢、よりよい医療を創り出す思い込みの人々に、少しでも早く救済される。それが、いつまでも変わらない私たちの志願。

創薬の医師を筆名で、タケダはこれからも先導し、医療の未来を切り拓いていきます。

[www.takeda.co.jp](http://www.takeda.co.jp)

武田薬品工業株式会社

Go for It!

進化競技場 進化のトップランナー



糖質・アミノ酸・アミノ酸・アミノ酸  
**アコファイト錠 100mg**  
アコファイト錠は、アミノ酸・アミノ酸・アミノ酸  
(注) 糖質・アミノ酸・アミノ酸

糖質・アミノ酸・アミノ酸  
**アシン錠 75mg 150mg**  
アミノ酸・アミノ酸

糖質・アミノ酸・アミノ酸  
**プロマックD錠 15%**  
アミノ酸・アミノ酸・アミノ酸

糖質・アミノ酸・アミノ酸  
**アサコール錠 400mg**  
アミノ酸・アミノ酸・アミノ酸  
(注) 糖質・アミノ酸・アミノ酸

糖質・アミノ酸・アミノ酸  
**ビシリア 配合錠**  
アミノ酸・アミノ酸・アミノ酸

糖質・アミノ酸・アミノ酸  
**新レシカルボン坐剤**  
アミノ酸・アミノ酸・アミノ酸

「効能・効果」、「用法・用量」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。



〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11

**ゼリア新薬工業株式会社**

(資料請求先) お客様相談室 ☎03(3681)0277

2013年9月作成

プロトンポンプ・インヒビター エソメプラゾールN系薬剤カプセル

**ネキシウム®カプセル 10mg 20mg**

薬価基準収載

処方箋医薬品※

(注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、効能・効果に関連する使用上の注意、  
禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

販売元(資料請求先)  
**第一三共株式会社**  
東京都中央区日本橋本町3-6-1

製造販売元(資料請求先)  
**アストラゼネカ株式会社**  
大阪市北区茨田町3番1号  
☎0120-189-115  
© 2013 AstraZeneca Inc. All rights reserved.

2013年7月作成





選択的NK1受容体拮抗型吐剤

薬価標準収載

**イメンド**<sup>®</sup> カプセル 125mg  
カプセル 80mg  
カプセルセット

【プロモスタカンタマゼル】

EMEND

【注】 1) 本薬は医師の処方により使用すること。  
2) Registered Trademark of Mecko, Otsuka & Co., Ltd.  
3) Trademark of Mecko & Co., Inc., Washington, D.C., U.S.A.

■ 効能・効果、用法・用量、及び禁忌を含む使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

選択的NK1受容体拮抗型吐剤

薬価標準収載

**プロイメンド**<sup>®</sup> 点滴静注用  
150mg

【注射用プロモスタカンタマゼリン】

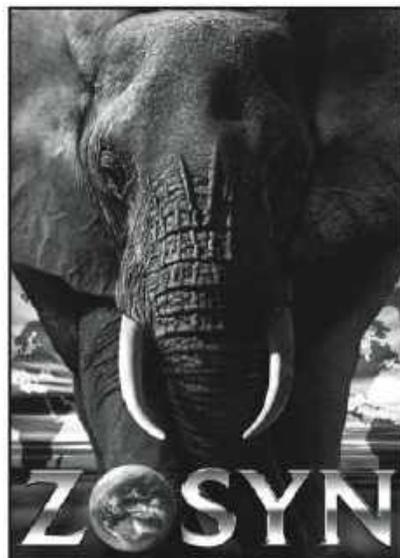
PROEMEND

【注】 1) 本薬は医師等の処方により使用する。CC  
2) Registered Trademark of Mecko, Otsuka & Co., Ltd.  
3) Trademark of Mecko & Co., Inc., Washington, D.C., U.S.A.

■ 効能・効果、用法・用量、及び禁忌を含む使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。

製薬株式会社  
**小野薬品工業株式会社**

2014年10月現在



B-ラクタマーゼ阻害剤配合抗生物質製剤

【処方せん医薬品<sup>®</sup>】

薬価標準収載

**ゾシン**<sup>®</sup> 静注用 2.25  
4.5

ZOSYN<sup>®</sup> 注用剤液/1.5gピピラシム+セパランシムナトリウム  
(塩 水 TAZ/PIPC)

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については添付文書をご参照ください。

発売【資料請求先】  
**大正富山医薬品株式会社**  
〒170-8536 東京都豊島区高田3-25-1

開発・製造販売  
**TAIHO 大鵬薬品工業株式会社**  
東京都千代田区神田錦町1-27

開発  
**富山化学工業株式会社**  
〒160-0003 東京都豊島区高田3-2-5

ZSNB32 2014.04