

プログラム抄録集

会 場 愛知県産業労働センター ウィンクあいち
〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-4-38
TEL (052) 571-6131

参加受付	10 F	会議室	1008
PC 受付	10 F	会議室	1007
クローク	10 F	会議室	1006
第 1 会場	10 F	会議室	1001
第 2 会場	10 F	会議室	1002
第 3 会場	9 F	会議室	901
第 4 会場	9 F	会議室	902
展示会場	10 F	会議室	1005
幹事会	9 F	会議室	906

(附 第99回市民公開講座プログラム)

平成27年11月22日（日）

名古屋市立大学病院 中央診療棟 3F 大ホール

交通のご案内

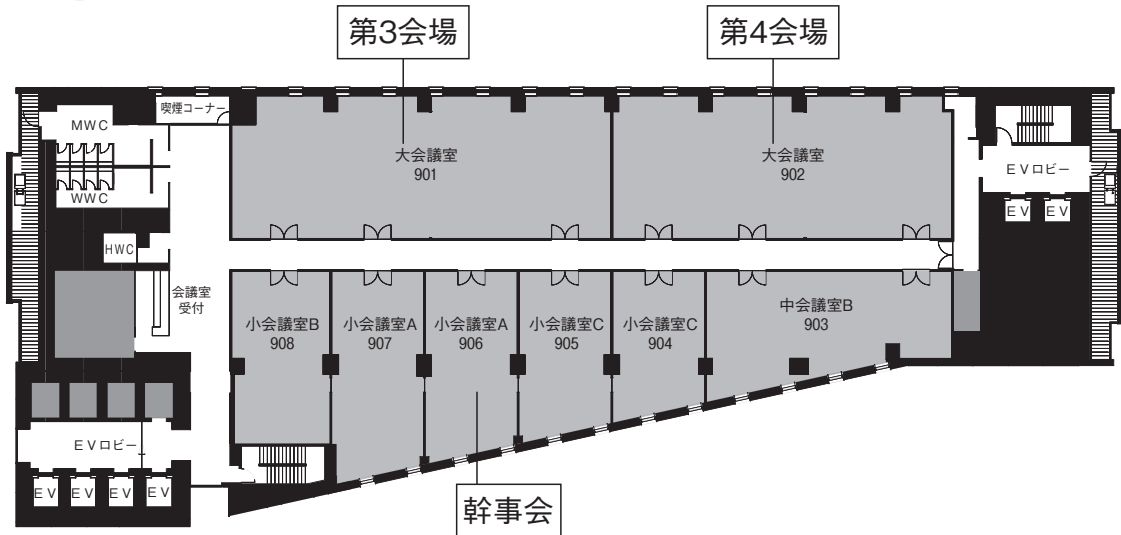


※会場に有料駐車場がございますが、台数に限りがありますので、公共交通機関をご利用ください。

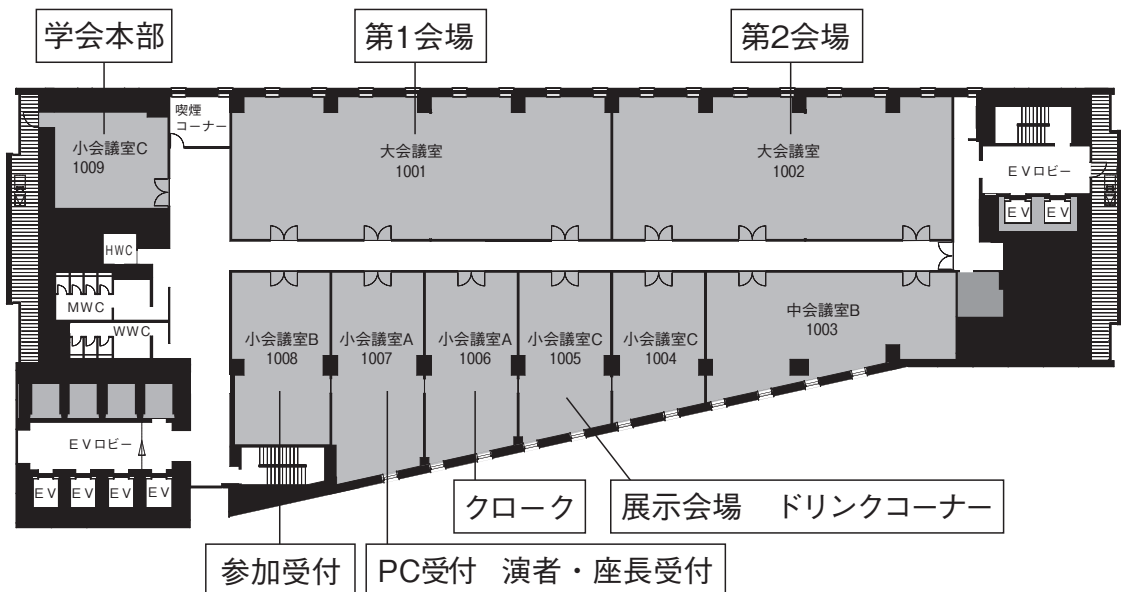
※駐車場等の割引はございません。

会場のご案内

9F



10F



プログラム&会場早見表

	第 1 会場 10F 1001	第 2 会場 10F 1002	第 3 会場 9 F 901	第 4 会場 9 F 902	展示会場 10F 1005	幹事会会場 9 F 906	
09:00	開会の辞						
09:30	大腸① 09:00-09:28	09:00-11:00 シンポジウム② 『肝胆膵疾患に おける 治療の最前線』 司会：石上雅敏 松尾洋一	教育講演① 【肝臓】 09:00-10:00 講師：清水雅仁 司会：竹井謙之	食道① 09:00-09:28	企業展示 ドリンク		
10:00	大腸② 09:28-10:03		教育講演② 【上部消化管】 10:00-11:00 講師：古田隆久 司会：城 卓志	食道② 09:28-09:49			
10:30	大腸③ 10:03-10:31			胃・十二指腸① 09:49-10:24			
11:00	大腸④ 10:31-10:59		胃・十二指腸② 10:24-10:52	幹事会 10:30-11:30			
11:30							
12:00	ランチョンセミナー①① 11:40-12:40 講師：安藤 朗 司会：後藤秀実 共催：エーザイ株式会社・ アッヴィ合同会社	ランチョンセミナー②② 11:40-12:40 講師：古庄 憲浩 司会：吉岡健太郎 共催：プリストル・マイヤーズ 株式会社					
12:30							
13:00							
13:30	評議員会 12:50-13:50						
14:00							
14:30	肝臓① 14:00-14:35	14:00-16:30 シンポジウム① 『消化管疾患に おける 治療の最前線』 司会：佐々木誠人 上原 圭介	教育講演③ 【下部消化管】 14:00-15:00 講師：大宮直木 司会：竹山廣光	膵臓① 14:00-14:35			
15:00	肝臓② 14:35-15:10			膵臓② 14:35-15:10			
15:30	肝臓③ 15:10-15:45		教育講演④ 【胆道・膵臓】 15:00-16:00 講師：廣岡芳樹 司会：乾 和郎	膵臓③ 15:10-15:45			
16:00				膵臓④ 15:45-16:13			
16:30	専門医セミナー 16:00-17:30		小腸① 16:10-16:38	胆道① 16:13-16:41			
17:00		その他 16:40-17:22	小腸② 16:38-16:59	胆道② 16:41-17:16			
17:30	閉会の辞						

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～

参加費と引き換えにネームカード（兼領収証）、専門医更新単位登録票（5単位）と抄録集をお渡しいたします。

教育講演会参加費（1,000円）のご案内

参加費と引き換えにネームカード（兼領収証）、専門医更新単位登録票（午前9単位、午後9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11月21日（土） 12：50～13：50

会場：第1会場（1001会議室）

※昼食の用意はございません。ランチョンセミナーなどで昼食をお取りください。

シンポジウム司会者・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「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。

※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・一般演題演者へのご案内

シンポジウム①（消化管） 口演6分 質疑応答2分 総合討論なし

シンポジウム②（肝胆膵） 口演7分 質疑応答2分 総合討論なし

一般演題 口演5分 質疑応答2分

※「PC受付」にて「若手（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）

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

ご発表の先生方へ

PC を使用したご発表のみとさせていただきます。

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

※バックアップ用の CD-R もご持参いただくことをお勧めいたします。

ご発表用データ作成上の留意点

・ USB メモリーまたは 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 2010 です。
2. メディアを持ち込む場合は、Windows 版 Power Point 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 (movie file) がある場合には、各自の PC を持ち込んでのご発表をお願いします。
5. Macintosh にて作成されたデータでのご発表をご希望の場合には、各自の PC を持ち込んでのご発表をお願いします。
6. 液晶プロジェクターの出力解像度は、XGA (1024×768) に対応しております。
7. 音声出力は使用できませんので、ご了承ください。

・ 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ご確認の上ご用意をお願いします。
2. 発表中又はその準備中にバッテリー切れになることがありますので、ご発表には付属の AC アダプターをご用意ください。(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ィ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 1 テーマ「消化管疾患における治療の最前線」

会 場：第 2 会場

時 間：14：00～16：30

司 会：愛知医科大学 消化管内科

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

佐々木誠人

上原 圭介

シンポジウム 2 テーマ「肝胆膵疾患における治療の最前線」

会 場：第 2 会場

時 間：9：00～11：00

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学

石上 雅敏

松尾 洋一

ランチョンセミナー 1 「炎症性腸疾患の個別化治療の確立を目指して」

会 場：第 1 会場

時 間：11：40～12：40

講 師：滋賀医科大学医学部 消化器内科

安藤 朗

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

共 催：エーザイ株式会社・アッヴィ合同会社

ランチョンセミナー 2 「腎機能低下 C 型肝炎に対する抗ウイルス療法」

会 場：第 3 会場

時 間：11：40～12：40

講 師：九州大学病院 総合診療科

古庄 憲浩

司 会：藤田保健衛生大学 医学部 肝胆膵内科学

吉岡健太郎

共 催：ブリストル・マイヤーズ株式会社

第10回専門医セミナーのご案内

会 場：第1会場（1001会議室）

時 間：16：00～17：30

総合司会：名古屋第二赤十字病院 消化器内科 中沢 貴宏
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
内藤 格
病理コメンテーター：名古屋市立大学大学院医学研究科 実験病態病理学
久野 壽也

症例提示①「肝臓」

症例提示：名古屋第二赤十字病院 消化器内科 清水 周哉
討論者：豊川市民病院 消化器内科 宮木 知克

症例提示②「胆道」

症例提示：岐阜県立多治見病院 消化器内科 安部 快紀
討論者：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 岩下 拓司

症例提示③「膵臓」

症例提示：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 梅村修一郎
討論者：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 大野栄三郎

総括：名古屋第二赤十字病院 消化器内科 中沢 貴宏

第34回教育講演会のご案内

会 場：第3会場（901会議室）

時 間：9：00～16：00

教育講演1 「生活習慣病と肝疾患

—『メタボ肝臓』予防にむけた取り組み—

講師：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

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

教育講演2 「酸関連疾患の診断と治療」

講師：浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター

古田 隆久

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

城 卓志

教育講演3 「何と多彩な小腸疾患！

—小腸内視鏡検査診療ガイドライン—

講師：藤田保健衛生大学 消化管内科 大宮 直木

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 竹山 廣光

教育講演4 「胆道癌に対する超音波診断（US、EUS）」

講師：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

乾 和郎

※専門医更新単位

第118回評議員会において、専門医更新単位登録票が変更されました。

午前の部9単位、午後の部9単位です。

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

午前の部の受付（8:30-11:00）

午後の部の受付（13:30-16:00）

第99回市民公開講座のご案内

日 時：平成27年11月22日（日） 13:00～16:00

会 場：名古屋市立大学病院 中央診療棟 3階 大ホール
（〒467-8602 名古屋市瑞穂区瑞穂町字川澄 1 番地）

世話人：大原 弘隆（名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学）

おなかの病気をもっと知ろう

食道	演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 共同研究教育センター	石黒 秀行
胃	演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学	久保田英嗣
肝臓	演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学	藤原 圭
胆膵	演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学	内藤 格
大腸	演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学	谷田 諭史
腸内細菌	演者：名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学	赤津 裕康

教育講演 プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・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34回教育講演会プログラム

第3会場（901会議室）

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 竹井 謙之

「生活習慣病と肝疾患 ―『メタボ肝臓』予防に向けた取り組み―」

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

教育講演（2） 10：00－11：00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
城 卓志

「酸関連疾患の診断と治療」

浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター 古田 隆久

教育講演（3） 14：00－15：00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 竹山 廣光

「何と多彩な小腸疾患！ ―小腸内視鏡検査診療ガイドライン―」

藤田保健衛生大学 消化管内科 大宮 直木

教育講演（4） 15：00－16：00

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

「胆道癌に対する超音波診断（US・EUS）」

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

1) 生活習慣病と肝疾患 —「メタボ肝癌」予防にむけた取り組み—

岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍制御学講座消化器病態学分野 清水 雅仁

肥満や糖尿病は肝発癌の危険因子であり、これらの病態を合併した慢性肝疾患患者や、非アルコール性脂肪肝炎（non-alcoholic steatohepatitis：NASH）患者は、特に肝発癌に注意して診療を行う必要がある。現在、肝硬変患者の約33%は肥満（BMI 25以上）を合併しており、耐糖能異常を呈する症例も多数認められる。肝硬変患者の栄養状態が、低栄養から過栄養（肥満）にシフトしてきている現状を考えれば、肥満や生活習慣病に関連した肝炎・肝細胞癌（メタボ肝癌）、さらにはNASHを背景とした肝細胞癌の更なる増加が危惧される。このため、これらの病態に対する有効な予防法および治療法の開発は急務の課題である。

肥満・生活習慣病が肝発癌リスクを高める機序として、インスリン抵抗性の出現、insulin like growth factor（IGF）/IGF-1受容体シグナルの過剰活性化、アディポカインの不均衡状態（高レプチン・低アディポネクチン血症）、内臓脂肪の増加に伴う慢性炎症状態、酸化ストレスの亢進などがあげられる。インスリン抵抗性や高レプチン血症、高酸化ストレス状態は、肝細胞癌根治的治療後の早期再発にも関与している。一方、様々な薬剤を用いてこれらの病態を改善・制御することで、メタボ肝炎・肝発癌が抑制できることが、動物実験で明らかになってきている。

本邦で行われた多施設無作為化比較試験（LOTUS試験）の層別解析において、分岐鎖アミノ酸（branched-chain amino acids：BCAA）製剤の経口補充療法が、肥満を合併した非代償性肝硬変患者の肝発癌を有意に抑制することが明らかになった。経口BCAA製剤については、インスリン抵抗性を改善することで、同病態を有する肝細胞癌患者の治療後再発を有意に抑制することも報告されている。動物実験において、BCAAがインスリン抵抗性やIGF/IGF-1受容体の過剰活性化、さらには肝脂肪化や内臓脂肪の炎症を改善・制御することで、肥満・糖尿病に関連した肝発癌を抑制することも明らかになっている。これらの臨床および基礎研究の結果は、BCAAの補充療法をはじめとする薬学的あるいは栄養学的アプローチが、肥満や生活習慣病を合併した慢性肝疾患患者の肝発癌を抑制する有効なstrategyであることを強く示唆するものである。

略 歴

1995年3月： 岐阜大学医学部医学科卒業
1995年4月： 岐阜大学医学部第一内科 医員（研修医）
2001年3月： 岐阜大学医学部大学院医学研究科卒業
2002年4月： 米国 Columbia University Medical Center 留学
2006年10月： 岐阜大学医学部附属病院第一内科 助教
2013年4月： 岐阜大学医学部附属病院第一内科 講師
2015年2月： 岐阜大学大学院医学系研究科消化器病態学 教授
岐阜大学医学部附属病院第一内科 科長
同 肝疾患診療支援センター センター長

2) 酸関連疾患の診断と治療

浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター 古田 隆久

酸関連疾患は、従来は消化性潰瘍を中心に考えられてきたが、現在では胃食道逆流性、薬剤性の胃粘膜傷害、胃炎、FD等多くの疾患が含まれる。そして、近年の*H. pylori*感染率の低下、食の欧米化や肥満の増加、日本人の酸分泌の増加、さらには抗血栓薬の使用頻度の増加など、酸関連疾患を取り巻く環境は変化し、疾患構造が変化してきている。

胃酸分泌抑制薬には、制酸薬、H2RA、PPI、P-CABがある。胃酸分泌抑制は他剤の動態にも影響する場合があり注意が必要である。

胃食道逆流性は、症状（問診）と粘膜所見で診断されている。GERDの治療の中心は胃酸分泌抑制であり、PPIが第一選択薬である。PPI抵抗例に対しては、PPIの倍量分割投与や、最近ではP-CABが用いられるようになり、難治例に対する治療成績も向上してきている。維持療法としての長期にわたる胃酸分泌抑制に伴う副作用の問題が指摘されており、維持療法のあり方は今後の検討課題である。

*H. pylori*感染症に関しては、その除菌療法の適用拡大により、除菌療法の件数は増加している。*H. pylori*感染の判明のきっかけにABCリスク評価がある。血清ペプシノゲンと抗*H. pylori* IgG抗体を組み合わせて、胃粘膜の状態を推定する方法であるが、抗*H. pylori* IgG抗体に偽陰性があり、カットオフ値の再検討がされている。また、血清ペプシノゲンから*H. pylori*感染の有無を推定するために、胃炎の有無を判断する新たなカットオフ値も制定されつつある。

*H. pylori*の除菌療法は、クラリスロマイシン耐性菌の増加に伴い、一次除菌率が低下してきている。そのため、消化器病学会からはクラリスロマイシン耐性であることが判明している場合には、一次除菌から二次除菌のレジメンを用いることが推奨された。2015年2月からはP-CABも*H. pylori*除菌にも用いることができ、除菌率の向上が期待されている。

除菌対象例の増加に伴い、必然的に通常の除菌レジメンでは除菌成功に至らない難治例も絶対数が増加してきている。浜松医科大学では、三次除菌以降の除菌も積極的に行っている。感受性試験や薬物動態をふまえての投与設計をおこなうことで難治例に対しても対応してきている。

高齢化に伴う抗血栓薬使用に伴う薬剤性の消化管出血例は増加してきており、そこでも胃酸分泌抑制薬の併用が重要である。

酸関連疾患患者は常に存在し、病態に応じた適切な診療が必要である。

略 歴

昭和62年 3 月	産業医科大学医学部医学科卒業
昭和62年 6 月	浜松医科大学第一内科 研修医
昭和63年 6 月	浜松労災病院内科
平成 3 年 6 月	浜松医科大学第一内科 医員
平成 4 年 4 月	浜松医科大学大学院医学研究科入学
平成 8 年 3 月	同 大学院 卒業
平成 8 年 4 月	浜松医科大学第一内科 医員
平成10年 4 月	浜松医科大学第一内科 文部教官助手
平成13年 2 月	米国国立癌研究所 客員研究員
平成15年 2 月	浜松医科大学第一内科 文部教官助手
平成15年 8 月	浜松医科大学救急医学講座 文部教官助手
平成16年 8 月	浜松医科大学附属病院第一内科 助手
平成17年 8 月	浜松医科大学臨床研究管理センター 副センター長 助教授
平成19年 4 月	同 准教授
平成24年11月	同 病院教授（現職）

3) 何と多彩な小腸疾患！—小腸内視鏡検査診療ガイドライン—

藤田保健衛生大学 消化管内科 大宮 直木

小腸は4－6mと長く、詳細な内視鏡観察ができなかったため今まで暗黒大陸といわれてきたが、近年バルーン内視鏡（ダブルバルーン内視鏡、シングルバルーン内視鏡）とカプセル内視鏡の出現により小腸内視鏡はめざましく進歩した。バルーン内視鏡は比較的短時間に全小腸を観察でき、挿入・抜去の操作が自在にできるため生検の採取や内視鏡的治療も可能である。小腸カプセル内視鏡は11×26mmと小さく、送気をしないため生理的な消化管画像が得られ極めて低侵襲であるため、小腸病変のスクリーニングやフォローアップに適した内視鏡である。また、開通性評価目的の内視鏡機能のない崩壊型カプセル（パテンシーカプセル）も承認され、狭窄を来しやすいクローン病など従来カプセル内視鏡が禁忌であった病変に対してもカプセル内視鏡が施行できるようになった。

このような状況で日本消化器内視鏡学会を中心に日本消化器病学会、日本消化管学会、日本カプセル内視鏡学会との合同で2015年9月現在、小腸内視鏡検査診療ガイドラインがほぼ完成され、今後パブリックコメントを求める段階にある。カプセル内視鏡とバルーン内視鏡の総論、および多彩な小腸疾患・病態を原因不明な消化管出血（obscure gastrointestinal bleeding: OGIB）、狭窄、腫瘍、炎症性疾患、その他（小腸病変を有する全身性疾患、吸収不良症候群、蛋白漏出性腸症）に分類し、各論で詳述する構成となっている。最も遭遇頻度の高いOGIBは消化管出血全体の3－5%を占めると言われ、その診断アルゴリズムは年齢、基礎疾患より頻度的に最も多い疾患を推測し、検査手順を組み立てることから始める。詳細な問診と腹部造影CT検査（できればダイナミック）をまず施行し、異常所見があれば近いルートからバルーン内視鏡を、なければカプセル内視鏡（パテンシーカプセル）を行う。多量の出血があり、内視鏡の施行が不可能な場合は血管造影を行う。また、内視鏡施行が困難な幼い小児例では異所性胃粘膜シンチグラフィも有用である。今回、このガイドラインを基に多彩な小腸疾患の診断および治療について概説する。

略 歴

昭和63年 3月	岐阜大学医学部卒業
平成 7年 3月	名古屋大学大学院医学研究科（第二内科）修了
平成 9年 4月	米国サンディエゴ バーナム研究所 研究員
平成11年 4月	愛知県総合保健センター消化器診断部 医長
平成13年 1月	名古屋大学医学部附属病院第二内科 助手
平成14年 6月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 助手
平成18年 5月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師
平成25年 4月	藤田保健衛生大学消化管内科 准教授
平成27年 4月	藤田保健衛生大学消化管内科 教授

4) 胆道癌に対する超音波診断 (US、EUS)

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

【はじめに】

胆道疾患には胆嚢癌、胆管癌、十二指腸乳頭部癌などの悪性疾患、それぞれの臓器に対応した種々の炎症が存在する(胆嚢炎・胆管炎・十二指腸乳頭炎)。また、胆道癌発癌の危険因子としての膵・胆管合流異常およびこれに関連したものとしての先天性胆道拡張症がある。最近ではIgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)のごとき概念が確立された。また、それぞれの臓器の機能不全も重要な胆道疾患である。超音波検査は、それらすべての病態に関して有用であり、超音波診断の知識は胆道領域の診療を行うものにとっては必須のものであるといえる。今回は、時間的制約のため、胆嚢癌・胆管癌・十二指腸乳頭部癌診断に関する現時点でのコンセンサスについて概説する。

【胆道癌診断におけるUS・EUS診断】

胆道癌診断におけるUS・EUSの果たす役割は大きなものがある。中でも、EUSは胆道癌診療ガイドライン(改定第2版)の中では、診断におけるサードステップと位置づけられている。

一方、胆道癌取り扱い規約第6版は、TNM分類第7版との整合性を図り、進行度分類をUICC分類と一致するように大きく変更された(参考)。胆道癌診断におけるUS・EUSの役割を胆道癌取り扱い規約第6版の中でどのように取り扱っていけば良いかについて実際の症例で示した。

【胆嚢癌の診断】

US: USはEUSに比し、消化管ガスの影響などのため胆嚢自体の描出は劣る。一方で近年開発されつつある高周波超音波を用いたUSでは条件さえ良ければEUSに匹敵する画像を得ることが可能である。また、USでび慢性壁肥厚所見を認めた場合には膵・胆管合流異常診断の契機になり得る。

EUS: 有茎性腫瘍であると診断されたものは粘膜癌と診断可能であるが、それ以外の癌では胆嚢壁層構造と病変の存在部位が深達度診断の基本となる。従来は、胆嚢壁は内側から高・低・高エコーの三層または低・高エコーの二層に描出され、前者の場合には内側から境界エコー+粘膜層、固有筋層、漿膜下層+漿膜、二層構造の場合には内側から粘膜層+筋層、漿膜下層+漿膜と考えられていた。現在は、1990年代後半の各施設の研究で第二層(第一層)の低エコー層内に固有筋層だけでなく漿膜下層が含まれるとのコンセンサスがほぼ得られていると考えられる。

【胆管癌の診断】

US: 胆管癌の発見におけるファーストステップはUSである。しかしながら、患者の条件によっては必ずしも、すべての胆管が描出できるとは限らない。USでは早期胆管癌の描出は困難である場合が多いが、胆管拡張などの間接所見としてとらえることが可能である。このため、胆管癌の発見においては、胆管拡張などの間接所見を拾い上げ、EUS、CTによる精密検査を行うことが重要である。

EUS: 正常の胆管壁構造は一般に2層構造としてとらえられる。内側の低エコーがm(粘膜層)、fm(線維筋層)とss(漿膜下層)の一部が含まれ、外側の高エコー層はss深層とされる。進展度診断を行ううえで重要なポイントは、腫瘍の水平方向への進展を診断するために胆管壁(とくに内側低エコー層)の肥厚の有無を確認すること、垂直方向へ浸潤の判定は、腫瘍の深達度ならびに周囲脈管(門脈、右肝動脈)への浸潤の有無、また膵浸潤の有無を判定することである。

【十二指腸乳頭部癌】

US: 局所の観察が十分ではないUSでは十二指腸乳頭部癌進展度診断に限界があり、閉塞性黄疸によって引き起こされる胆管拡張や進行癌症例における遠隔転移診断などがその役割になる。

EUS: 十二指腸乳頭部癌の進展度診断において対象となるのはH0, P0, M(-) 病変である。乳頭部周囲進展度(T)診断は、腫瘍と十二指腸および膵臓との関係で決定される。EUSによるこれらの診断の実際について示す。

参考:【胆道癌取り扱い規約第6版:改定の要点】

以下、胆道癌取り扱い規約第6版の“改訂の要点”から抜粋した。

「今回の改訂では、本取り扱い規約において外科切除例のみを対象とするのではなく、臨床例すべてを対象とすることとし、UICCのTNM分類第7版 2) との整合性を図り、進行度分類をUICC分類と一致するように配慮、国際的な情報を共有できるようにしたことが大きな特徴である。T分類も基本的にはUICC分類と同様であるが、これまでの本邦における胆道癌取り扱い規約に基づいた詳細な検討から今後の改訂に有用と考えられた項目は亜分類とし、重み付けに傾斜をつけた。N分類においては群分類を廃止し、それぞれの領域リンパ節をUICC分類にならない定義することとした。切除縁における癌浸潤の評価、血管浸潤の評価は今回の改訂でも取り入れたが、簡潔で分かりやすく浸潤のある、なしで評価することとした。根治度評価もUICC分類にならない、R表記を採用した。病理学的な規約については、WHO分類を取り入れ、胆道癌の前癌病変および初期病変についても記載した。」

詳細は胆道癌取り扱い規約第6版 1) を参照頂きたいが、US・EUS診断に関係のある部分に関して若干触れることにする。

- 記載法の原則: 臨床例をすべて対象とすることから、臨床分類と病理分類とし、その評価内容は同一とした。具体的には、所見を示すT(主腫瘍局所進展度)、N(リンパ節転移)、M(遠隔転移)などはすべて

大文字で表記する。それらの程度は、所見記号の後に大文字のアラビア数字で示し、不明の場合はXを用いる。臨床分類（clinical classification）と病理分類（pathological classification）を区別し、それぞれ小文字のc、pを接頭辞として所見記号の前につけて表す。接頭辞cは省略可能で、接頭辞のないものは臨床分類を意味するものとする。

- 肝外胆管の区分：肝門部領域胆管と遠位胆管に区分するよう改訂した。肝外胆管と肝内胆管の区分には胆管を基準とした解剖学的区分は用いず、門脈を基準とすることとした。
- 局所進展度：UICC分類と整合性を持たせてT分類を改定した。ただし、胆管における表層（上皮内）進展については、これを考慮しないこととした。
- 壁深達度：壁深達度もT分類で表現することになる。癌細胞が先進部でリンパ管、静脈内あるいは神経周囲にあった場合は、これを壁深達度に考慮しないように改訂したが、その旨を記載することとした。
- リンパ節転移：規定された領域リンパ節に基づき、N0（リンパ節転移なし）、N1（リンパ節転移あり）で表記し、領域リンパ節以外のリンパ節転移は遠隔転移とした。
- 進行度分類：UICC分類と整合性が図れるように改訂した。

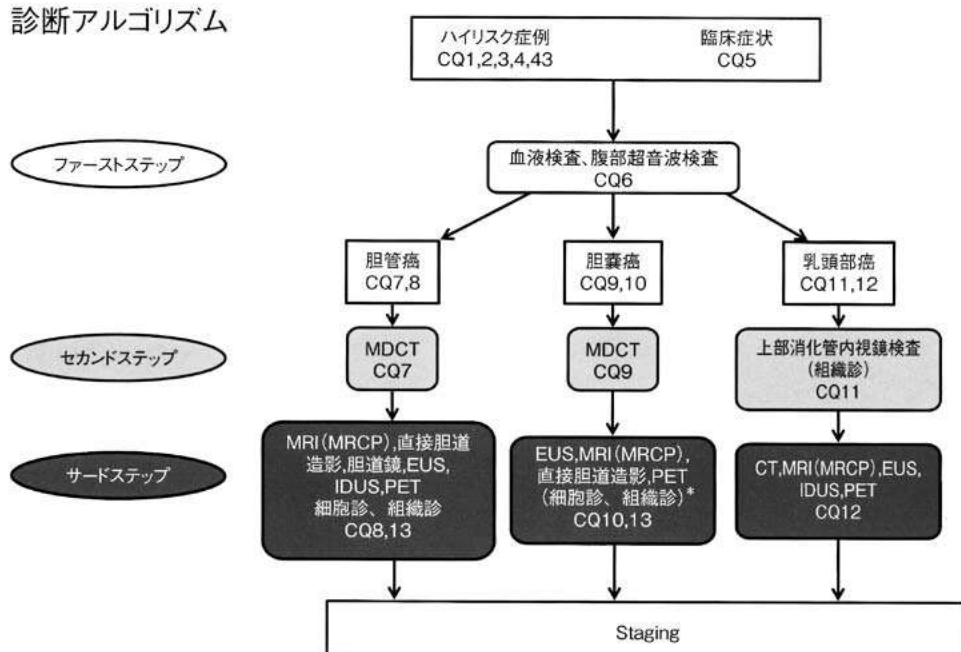
以上、胆道癌取り扱い規約第6版において改訂された部分からUS・EUS診断に関係すると思われる部分を抜粋記載した。

図-1 胆道癌診断アルゴリズム（胆道癌診療ガイドライン（改定第2版）から）

－日本肝胆膵外科学会 日本胆道癌診療ガイドライン作成委員会 編。胆道癌診療ガイドライン（改訂第2版）。東京：医学図書出版株式会社、2013-

1. 診断アルゴリズム解説

診断アルゴリズム



略 歴

昭和61年 6 月 1 日 半田市立半田病院 研修医
 昭和62年 4 月 1 日 半田市立半田病院 内科医師
 平成 2 年 4 月 1 日 名古屋大学医学部 第二内科医員
 平成 8 年 4 月 1 日 愛知県総合保健センター内科医師
 平成12年 2 月 1 日 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 助手
 平成15年 9 月 1 日 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 講師
 平成21年 7 月 1 日 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授
 平成27年 4 月 1 日 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 部長 准教授
 現在。

シンポジウム プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・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 1

第 2 会場

14:00～16:30

司会 愛知医科大学 消化管内科

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

佐々木誠人

上原 圭介

「消化管疾患における治療の最前線」

S1-1 ポノプラザンフマル酸塩錠を用いた H.pylori (HP) 除菌療法についての検討

¹あさひクリニック 内科、²四日市消化器病センター

○井谷 俊夫¹、石原 知明²

S1-2 当院における新規酸分泌抑制薬 (P-CAB) の Helicobacter pylori 除菌療法の成績

¹朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科、

²京都府立医科大学附属病院 大学院 消化器内科

○富江 晃¹、中畑 由紀¹、北江 博晃¹、田中 信²、福田 信宏¹、大島 靖広¹、
大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、八木 信明¹

S1-3 虚血性小腸炎の治療戦略についての検討

名古屋大学大学院消化器内科学

○佐藤 淳一、中村 正直、後藤 秀実

S1-4 難治性潰瘍性大腸炎に対する third therapy についての臨床的検討

¹三重大学 医学部附属病院 消化器肝臓内科、

²兵庫医科大学病院炎症性腸疾患学講座 内科部門

○中村 美咲¹、中村 志郎²、竹井 謙之¹

S1-5 難治性術後食道狭窄に対する Radial Incision and Cutting (RIC) の有効性についての検討

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○久保田 全哉、渡邊 千晶、水谷 拓、長谷川 恒輔、杉山 智彦、小原 功輝、
出田 貴康、宮崎 恒起、華井 竜徳、小木曾 英介、高田 淳、井深 貴士、
白木 亮、荒木 寛司、清水 雅仁

S1-6 上部消化管 ESD におけるデクスメデトミジンの有用性の検討

春日井市民病院

○管野 琢也、平田 慶和、祖父江 聡

S1-7 早期胃癌 ESD 後非治癒切除症例の経過と予後

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鈴木 雄太、水島 隆史、佐野 仁

S1-8 H.pylori 除菌後胃癌に対する ESD 前範囲診断におけ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、田原 智満、大宮 直木

S1-9 大腸憩室出血における Endoscopic Band Ligation (EBL) の有用性の検討

木沢記念病院 消化器科

○安田 陽一、足達 広和、杉山 宏

S1-10 当院における BLI を用いた cold polypectomy 症例の検討

独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科

○龍華 庸光、岩瀬 弘明、島田 昌明

S1-11 当院における大腸コールドスネアポリペクトミーの安全性ならびにスネア径による病理学的診断への影響についての検討

愛知医科大学消化管内科

○山口 純治、小笠原 尚高、春日井 邦夫

S1-12 大腸腺腫の腫瘍径による cold snare polypectomy 治療時の出血リスクに関する検討

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器代謝内科学、

²NTT 西日本東海病院

○尾関 啓司^{1,2}、稲垣 佑祐^{1,2}、城 卓志¹

S1-13 当院での Cold snare polypectomy (CSP) と内視鏡的粘膜切除術 (EMR) に関する安全性についての検討

朝日大学歯学部附属村上記念病院

○北江 博晃、中畑 由紀、富江 晃、大島 靖広、大洞 昭博、小島 孝雄、
八木 信明

S1-14 当院における食道ステント挿入術の検討

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

○平山 貴視¹、石原 誠²、丹羽 康正²

S1-15 当院における大腸ステント治療の現況

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○長尾 一寛、山田 智則、鈴木 孝典、内田 絵里香、豊原 祥資、荒木 博通、
齋藤 彰敏、鈴木 祐香、小島 一星、野尻 優、水野 裕介、藤田 恭明、
清水 周哉、蟹江 浩、日下部 篤宣、林 克巳、中沢 貴宏

S1-16 進行直腸癌に対する術前化学療法の治療成績と今後の治療戦略

名古屋大学大学院 腫瘍外科

○大城 泰平、上原 圭介、椰野 正人

S1-17 大腸癌腹膜播種に対する減量手術・腹腔内温熱化学療法を用いた集学的治療の取り組み

三重大学医学部消化管・小児外科

○沖上 正人、井上 靖浩、今岡 裕基、奥川 喜永、廣 純一郎、間山 裕二、
小林 美奈子、田中 光司、毛利 靖彦、楠 正人

S1-18 悪性病変を合併した潰瘍性大腸炎に対する手術例の検討

名古屋大学医学系研究科 消化器外科学

○中山 吾郎、田中 友理、服部 憲史、二宮 豪、江坂 大輔、田中 千恵、
小林 大介、杉本 博行、小池 聖彦、藤井 努、藤原 道隆、小寺 泰弘

シンポジウム 2

第 2 会場

9:00~11:00

司会 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石上 雅敏
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 松尾 洋一

「肝胆膵疾患における治療の最前線」

S2-1 十二指腸ステント留置例に対する内視鏡的胆道ドレナージの検討

愛知医科大学 肝胆膵内科

○井上 匡央、小林 佑次、石井 紀光

S2-2 当科における超音波内視鏡下胆道ドレナージの治療成績

岐阜市民病院 消化器内科

○河口 順二、向井 強、富田 栄一

S2-3 総胆管大結石・積み上げ結石に対する EPLBD without EST の有用性・安全性

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学

○梅村 修一郎¹、坂 哲臣¹、加藤 晃久¹、夏目 まこと¹、堀 寧¹、西 祐二¹、
近藤 啓¹、内藤 格¹、林 香月¹、大原 弘隆²、城 卓志¹

S2-4 ERCP 後膵炎に対するジクロフェナク坐剤予防投与の有用性

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○福定 繁紀、奥村 文浩、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、加地 謙太、
尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、佐野 仁

S2-5 自己免疫性膵炎に随伴した膵嚢胞性病変のステロイド治療後の変化

静岡がんセンター 内視鏡科

○松林 宏行、村井 克行、柴田 昌幸、藪内 洋平、間 浩正、松井 徹、
岩井 朋洋、岸田 圭弘、吉田 将雄、五十嵐 公洋、川田 登、田中 雅樹、
滝沢 耕平、角嶋 直美、伊藤 紗代、今井 健一郎、堀田 欣一、小野 裕之

S2-6 当院における進行膵神経内分泌腫瘍に対する薬物療法の現状

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

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

S2-7 切除不能進行膵癌における modified FOLFIRINOX の有用性・安全性の検討

岐阜大学 第一内科

○奥野 充、岩下 拓司、丸田 明範、上村 真也、清水 雅仁

S2-8 当院における Daclatasvir (DCV) + Asunaprevir (ASV) 併用療法の治療効果・安全性についての検討 —Peg-IFN+Ribavirin (RBV) + Protease inhibitor (PI) 3 剤併用療法との比較—

名古屋第二赤十字病院

○藤田 恭明、日下部 篤宣、中沢 貴宏

S2-9 C型慢性肝疾患に対する DAA 治療成績

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、岩瀬 弘明

S2-10 2 型 C 型慢性肝疾患に対する Sofosbuvir/Ribavirin 併用療法の早期治療効果

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学

○飯尾 悦子^{1,2}、野尻 俊輔¹、田中 靖人²

S2-11 当院における sofosbuvir + ribavirin 併用療法の治療成績

豊橋市民病院 消化器内科

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

S2-12 肝細胞癌に対する TS-1 の治療成績

刈谷豊田総合病院 内科

○仲島 さより、井本 正巳、浜島 英司

S2-13 当院における肝がん陽子線治療の検討

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

シンポジウム 1

S1-1 ポノプラザンフマル酸塩錠を用いた H.pylori (HP) 除菌療法についての検討

¹あさひクリニック 内科、²四日市消化器病センター
○井谷 俊夫¹、石原 知明²

【目的】ポノプラザンフマル酸塩錠は2015年2月に発売されたカリウムイオン競合型アシッドブロッカー(P-CAB)であり、従来のプロトンポンプインヒビター(PPI)と比較して酸分泌抑制効果が高く、消化性潰瘍などの酸関連疾患に対して臨床的効果が期待されている。今回我々はP-CABを用いたH.pylori (HP) 除菌療法について従来のPPIを用いたHP除菌療法との比較検討を行った。【方法】当院および四日市消化器病センターにおいてHP感染胃腸炎30名に対して2015年2月から8月までにP-CABを用いたHP除菌療法を施行し、HP除菌の成功率および副作用について従来のPPIを用いたHP除菌療法との比較検討を行った。除菌前のHP感染診断は主に鏡検法もしくは迅速ウレアーゼ試験により行い、除菌判定としては除菌終了1~2か月後に尿素呼吸試験(UBT)を施行した。1次除菌療法のレジメンはP-CAB 40mg+AMPC 1500mg+CAM 400mg (7日間)であり、2次除菌療法のレジメンはP-CAB 40mg+AMPC 1500mg+MNZ 500mg (7日間)とした。【成績】P-CABを用いた除菌療法では1次除菌率は100% (24/24名)、2次除菌率は100% (6/6名)であった。一方当院で約6年間にわたりPPIを用いたHP除菌療法を施行したがHP除菌率については、1次除菌率は73.0% (65/89)で2次除菌率は95.5% (21/22)であり、P-CABを用いた除菌療法は従来のPPIを用いた除菌療法に比べ有意にHP除菌率が高かった(P<0.05)。また副作用においては両群において差は認められなかった。【結論】P-CABを用いたHP除菌療法は従来のPPIによるHP除菌療法よりもHP除菌率が高く、また副作用については従来のPPIによる除菌療法と差がないため、今後HP除菌治療においてはP-CABによるHP除菌療法が主流になるものと考えられる。

S1-2 当院における新規酸分泌抑制薬(P-CAB)のHelicobacter pylori 除菌療法の成績

¹朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科、
²京都府立医科大学附属病院 大学院 消化器内科
○富江 晃¹、中畑 由紀¹、北江 博晃¹、田中 信²、
福田 信宏¹、大島 靖広¹、大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、
八木 信明¹

【背景】新規酸分泌抑制薬Potassium-Competitive Acid Blocker (P-CAB)はカリウムイオン競合型アシッドブロッカーで、プロトンポンプにカリウム競合性に可逆的に結合することで胃酸分泌を強力に抑制する。胃酸に安定で、投与1日目から高い効果を発揮し、24時間に渡り優れた酸分泌抑制作用が持続しながらCYP2C19の遺伝子多型の影響を受けにくく治療効果にばらつきが少ない特徴がある。【目的】Helicobacter pylori (Hp) 除菌療法の承認時の高除菌率(PP:Per Protocolで92%)の検証として当院での除菌成績を検討する。【対象と方法】2015年2月26日から8月31日までにP-CABで除菌療法を施行した260症例のうち、9月10日までに除菌判定を予定した167症例(男/女:90/77、平均年齢58.5歳)。除菌適応は1次除菌:139例、2次除菌:28例。Hpの感染診断はUBT、RUT、血清抗体、便抗原の少なくとも一つが陽性であり、内視鏡で慢性胃炎を認めたものとした。除菌判定はUBT+便抗原で陰性のものとした。【結果】判定可能例は157例、判定不可例は10例。判定不可の内訳は受診なし8例、肝機能障害で内服中止1例、内服終了するも下痢嘔吐で受診拒否1例。副作用は麻疹1例、カンジタ膣炎1例、下痢嘔吐1例、肝機能障害1例で前3者は内服終了していた。除菌成功例は144例、不成功例は13例で除菌率はPP:91.7% (144/157)、ITT (Intention-to-Treat):86.2% (144/167)であった。【結語】P-CABを用いたHp除菌療法は承認時の報告と同じく高除菌率を示した。また副作用も許容範囲内であり、Hp除菌療法には臨床上有用で第一選択薬となりうる。

S1-3 虚血性小腸炎の治療戦略についての検討

名古屋大学大学院消化器内科学
○佐藤 淳一、中村 正直、後藤 秀実

【背景・目的】虚血性小腸炎は明確な診断基準がなく診断に難渋する。しかしバルーン内視鏡検査の普及に伴い今後報告例が増えることが予想され、その内視鏡的特徴・治療選択について考察することは临床上非常に重要と思われる。本検討の目的は当院において虚血性小腸炎と診断された症例をレトロスペクティブに調べ、その治療戦略について検討することである。【対象】対象は当院にて2003年6月から2014年12月までにダブルバルーン内視鏡検査(DBE)が施行され臨床的に虚血

性小腸炎と診断した24症例(男性14例・女性10例、平均年齢66.8歳)である。11症例は病理組織検査で診断されたもの、13例は臨床像および各種検査の経時変化から判断したものである。【結果】一過性型9例、狭窄型15例に大別された。DBE所見としては、一過性型3例で異常所見を認めなかったが、それ以外の21例では内視鏡上狭窄を認めた。狭窄について検討すると一過性型では、単発5例・多発1例(2部位)であり、発症部位は空腸2例・回腸5例(重複あり)、狭窄長4.8cm (2-10cm)・狭窄率63% (44.3-77.8%)であった。一方狭窄型では、単発9例・多発6例(2-6部位)であり、空腸6例・回腸9例、狭窄長6.1cm (0.7-10cm)・狭窄率81% (46.2-96.8%)であった。一過性型・狭窄型ともに、求心性・管状性・浮腫性狭窄を認めた。治療に関しては、一過性型では1例で内視鏡的止血術が施行され、8例で保存的治療を施行されており再発はなかった。狭窄型では外科手術11例・内視鏡的バルーン拡張術(EBD)3例・保存的治療1例が施行されており、保存的治療例で再発を認めた。外科手術例では狭窄長8.9cm (1-10cm)・狭窄率81.6% (46.2-96.7%)であったのに対し、EBD例では狭窄長1.4cm (0.7-2.5cm)・狭窄率86.9% (80-96.8%)であった。EBD例では全て単発狭窄であったのに対し、外科手術例では11例中6例が多発狭窄であった。残りの5例が単発狭窄であったが狭窄長は4.2cm (3-5cm)であった。【結論】狭窄型では狭窄長3cm以上の単発例または多発狭窄例では外科手術を、3cm未満の単発例でEBDを施行することによって良好な予後を得られ、治療戦略になり得ると考えられた。

S1-4 難治性潰瘍性大腸炎に対する third therapy についての臨床的検討

¹三重大学 医学部附属病院 消化器肝臓内科、
²兵庫医科大学病院炎症性腸疾患学講座 内科部門
○中村 美咲¹、中村 志郎²、竹井 謙之¹

【背景】2009年7月にtacrolimus (TAC)が、2010年6月にinfliximab (IFX)が潰瘍性大腸炎に対する治療薬として保険承認され、難治例にたいする内科的治療は大きく進歩した。しかし、それぞれの薬剤の適応基準は明らかとなっていない。また、これらのステロイドにつぐ追加治療(2nd therapy)に抵抗性を示した場合に、更なる治療戦略として未適応のTACまたはIFX (3rd therapy)を実施するかどうかに関しては、その判断根拠となる有効性や安全性についてのエビデンスが未だ不足しているのが実態である。今回我々は同一患者でこれら2剤による内科治療を経験した症例を対象として、3rd therapyの有効性と安全性を中心に臨床的に検討を行った。

【方法】対象は兵庫医科大学で2009年7月から2014年12月まで、TACおよびIFX療法の治療経験を有する難治性潰瘍性大腸炎患者34例とし、3rd therapyとしてのTACおよびIFX療法の有効性と安全性について検討した。効果はMayo score (partial)をもとに判定し、pMayo scoreが2点以下を寛解(CR)、全ての項目が1以上改善でも、寛解を満たさないものを改善(PR)とした。

【結果】TAC→IFXは25例で男女比は17.8、平均年齢34歳。病型は、全大腸型22例、左大腸炎型3例であった。病態はPSL抵抗15例、依存10例であった。TAC→IFXでは有効率60%、寛解率約40%で、約42.8%の症例でPSL離脱が可能となった。

IFX→TACの症例数は9例で、男女比は6.3、平均年齢42歳。病型は、全大腸型5例、左大腸炎型4例であった。病態はPSL抵抗4例、依存5例であった。IFX→TACの有効率は約55%、寛解率22%であり、PSL離脱率は55.5%であった。

安全性の成績:TAC→IFX移行した34例中、重症感染症を併発したのは、TAC→IFXでの菌血症の1例のみで、移行後に手術適応となった10例では、術周期に問題となる合併症は認めなかった。

【結語】3rd therapyは、短期的有効率は約50-60%程度の有効性が得られており、重篤な合併症が約9%と比較的少なく、難治例に対して有用な治療である可能性があると考えられた。

S1-5 難治性術後食道狭窄に対する Radial Incision and Cutting (RIC) の有効性についての検討

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○久保田 全哉、渡邊 千晶、水谷 拓、長谷川 恒輔、
杉山 智彦、小原 功輝、出田 貴康、宮崎 恒起、
華井 竜徳、小木曾 英介、高田 淳、井深 貴士、
白木 亮、荒木 寛司、清水 雅仁

【背景】外科手術後の食道狭窄に対する治療は、内視鏡的バルーン拡張術が第一選択とされる。しかし、頻回に再狭窄を来し繰り返し拡張術を要する難治性症例を経験し、そのような症例に対してはRadial Incision and Cutting (RIC) が有効であると報告されている。当科でRICを実施した難治性術後食道狭窄症例と、RICの有効性について検討した。【対象と方法】2008年1月~2015年4月に当科にて内視鏡的バ

ルーン拡張術を実施した外科手術後食道狭窄症例42例のうち、難治性のためRICを実施した9症例(21.4%)について、その患者背景、術後狭窄発症までの期間、治療前後でのバルーン拡張回数、入院日数、入院回数、摂食状況を調査検討した。【結果】難治性9症例のうち、男性8例、女性1例、手術対象疾患は食道癌5例、下咽頭癌3例、胃噴門部癌1例であった。切開時年齢中央値は70歳(64-82歳)、術後発症時期中央値は77日(19-119日)で、治療のために要した入院期間は中央値45日(16-60日)、実施したバルーン拡張術は平均9回(4-26回)であったが症状改善には至らなかった。その後、RICを平均3回(1-21回)実施した。うち3例は切開時に一時的食道金属ステントを留置した。RICに伴う合併症は認めなかった。RIC後より中央値112日(0-592日)の期間に平均5回(0-12回)の再拡張が必要で、中央値35日間(0-53日間)の入院加療を行った。1例はRICを実施したが治療抵抗性で外科的拡張を要したが、その他の8症例では中央値493日間(3-1400日間)の無治療期間が得られている。【結論】難治性術後食道狭窄に対するRICは、不応例を除き、拡張回数や入院期間の減少をもたらした。RICは難治性術後食道狭窄に対して有効な治療法であると考えられる。

S1-6 上部消化管 ESD におけるデクスメトミジンの有用性の検討 春日井市民病院 ○菅野 琢也、平田 慶和、祖父江 聡

【目的】デクスメトミジン(DEX)は呼吸状態への影響が少ない中枢性の $\alpha 2$ 受容体作動薬である。今回、当院での上部消化管ESDにおいてフルニトラゼパム(FNP)による鎮静をFNP、DEX併用の鎮静とレトロスペクティブに比較検討した。【方法】対象は2014年1月から2015年7月までに施行した上部消化管ESD103例。鎮静薬としてDEXを併用したD群(52例)を、FNPのみを使用したF群(51例)と比較検討した。D群、F群ともにFNP0.5mgで鎮静を導入。D群ではその後DEX0.3-0.6 μ g/kg/hを持続静注した。両群とも体動を認めた場合にFNP0.5mgを静注した。鎮痛にはベンタゾシンを開始時及び体動時に7.5mg使用した。検討項目は患者背景と、鎮静に関して鎮静時間、バイタルサインの変化(HR<50、BP<70、SpO₂<90%)追加FNP、ベンタゾシンの量を検討し、鎮静はRamsay scoreで評価した。【結果】患者背景と治療成績は両群間で差を認めなかった。鎮静時間はD群:F群=113.9 $\pm$ 64.6分/110.3 $\pm$ 66.2分であった。バイタルサインの変化はD群で有意にHRの低下を多く認め、1例を除きDEX維持量の調節のみで対応可能であった。血圧の変動は両群間で差を認めなかった。またSpO₂の低下は両群間で差を認めなかったがF群で術後肺炎を3例目とめた。体重あたりの追加FNP量はD群で19.1 $\pm$ 12.0 μ g、F群で25.6 $\pm$ 18.0 μ gであり有意にD群で少なかった。一方体重あたりの追加ベンタゾシン量は両群で有意差を認めなかった。また(鎮静に関する)Ramsay scoreは両群間で差をみとめなかった。【結論】DEX併用ESDは、HRの低下を認めるもののほぼDEX投与量の調節で可能であり安全に試行可能であった。また、追加FNP量を有意に抑制し安定的に鎮静深度を維持することが可能であり、上部消化管ESD時の有用で安全な鎮静が期待できる。

S1-7 早期胃癌 ESD 後非治療切除症例の経過と予後 岐阜県立多治見病院 消化器内科 ○鈴木 雄太、水島 隆史、佐野 仁

【目的】ESD後に病理学的に非治療切除と診断した早期胃癌症例の経過と予後をretrospectivelyに検討する。【方法】当院にて2008年1月～2014年6月の期間にESDを施行した早期胃癌282例のうち、病理学的に非治療切除と診断し、半年以上経過を追跡できた33例を追加手術群(A群:13例)と非追加手術群(NA群:20例)の2群に分けて比較検討した。【結果】男女比はA群:11/2、NA群:18/2、平均年齢はA群:71.5(63-81)歳、NA群:74.9(58-90)歳、平均観察期間はA群:40.7(13.9-79.9)か月、NA群:35.6(9.0-82.8)か月であり、平均年齢がNA群で高い傾向がみられた。術前診断は、絶対適応/適応拡大/適応外がA群:8/5/0、NA群:11/7/2、非治療因子(重複あり)は、pT1b(SM2)以深/pT1b(SM1)3cm以上/UL(+)3cm以上/未分化pT1b(SM1)/未分化2cm以上/未分化UL(+) /脈管侵襲陽性/垂直断端陽性がA群:10/0/0/1/0/0/3/3、NA群:9/0/2/1/1/1/2/3であった。短期治療成績は、一括完全切除率がA群:8例(61.5%)、NA群:10例(50%)、後出血がA群:1例(7.7%)、NA群:0例(0%)、穿孔がA群:1例(7.7%)、NA群:1例(5%)であり、有意差を認めなかった。A群では癌遠残、リンパ節転移はいずれも認めなかったが、1例で別部位に異時性胃癌を認めた。NA群の内訳は経過観察が17例、追加APCが3例であった。A群では全例で再発、胃癌死のいずれも認めなかった。NA群では局所再発を5例に認め、4例は追加外科手術を施行し、1例は患者希望にてBSCとなっている。NA群でも胃癌死は認めなかったが、他癌死を2例に認めた。5years over-all survivalはA群:100%、NA群:71.4%(p=0.17)であり有意差を認めなかった。【結論】小数例での検討ではあるが、両群とも胃癌死を認めず予後に差はなかった。

非治療切除症例では慎重なフォローアップのもとで経過観察も選択肢になりうると考えられた。

S1-8 H.pylori 除菌後胃癌に対する ESD 前範囲診断におけ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 消化器内科 ○堀口 徳之、田原 智満、大宮 直木

【背景・目的】プローブ型共焦点レーザー内視鏡(pCLE、マウナケラ社製)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ESDなど内視鏡治療に必要な範囲診断が困難になる可能性が指摘されている。本研究の目的は範囲診断困難なHP除菌後発見胃癌に対してESD時の範囲診断でのpCLEの有用性を検討することである。【方法】対象は当院でESD対象となったHP除菌後に発見された分化型早期胃癌10病変。10病変各4領域(口側、肛門側、前壁側、後壁側)を中心とした計40領域に対してESD前にNBI併用拡大観察における範囲診断を行った。その後、さらにpCLEを用いて範囲診断を施行し、pCLEによる範囲診断をもとにESDを施行。ESD後病理結果からNBI併用拡大観察とpCLEにおける範囲診断の正確性、有用性を検討した。【成績】NBI観察で構造不整の乏しい微細粘膜構造を認め、境界不明瞭であった領域が24領域認め、7病変(70%)で範囲診断が困難であった。一方、pCLE観察で診断困難であった領域は3領域のみで37領域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、9病変で範囲診断可能であり、NBIに比し、有意にpCLEによる診断能力が優れていた(%とP値の追加)。ESD後病理結果を確認したところ、pCLEによる範囲診断で切除施行したすべての病変で側方断端陰性を得られた。【結論】範囲診断困難なHP除菌後発見分化型早期胃癌においてpCLEを用いたESD前範囲診断はNBIより切除範囲の決定に有用である可能性が示唆された。

S1-9 大腸憩室出血における Endoscopic Band Ligation (EBL) の有用性の検討 木沢記念病院 消化器科 ○安田 陽一、足達 広和、杉山 宏

【目的】大腸憩室出血におけるEBLの有用性を検討する。【対象と方法】2014年8月以降に憩室出血と診断された37例を対象に後ろ向きに検討した。病歴、薬剤歴、直腸診所見から憩室出血を疑った場合は造影CT、グリセリン洗腸後の内視鏡を行った後に、洗腸し内視鏡先端に透明フードを装着し、憩室を吸引、反転させ、憩室出血の内視鏡診断を行った。EBLは責任憩室を同定し、O-ringにて結紮を行った。【成績】憩室出血37例中30例(81.1%)で出血源を同定し、23例はクリップ法で、7例はEBLで止血処置を行った。ショックを伴い、内視鏡的に活動性出血を認めた1例にはクリップ法にて一時止血後、2日後にEBLを同部位に施行した。よってEBLは8例に施行した。8例中3例(37.5%)は複数回の憩室出血の既往を有していた。造影CTを行った6例中5例(83.3%)に造影剤の血管外漏出像を認めた。血管外漏出を認めなかった1例は内視鏡的に活動性出血を認めた。また全例に内視鏡的に露出血管を認めた。出血部位は、上行結腸7例、下行結腸1例であった。3例(37.5%)に輸血(平均4.6単位)を要した。クリップ法で一時止血を行った後にEBLを行った1例を除く22例中4例(18.2%)で短期的再出血を認めたが、EBL例では認めなかった。EBL施行6ヶ月後に長期的再出血を1例認めたが、別憩室からの出血であった。消化管穿孔などの合併症は認めなかった。EBL後に内視鏡を施行した3例では全例で憩室が消失していた。EBL導入前の憩室出血164例中17例に内視鏡的止血困難例を認め、IVRを施行したが、導入後にはなかった。【結論】内視鏡の抜去・再挿入の手間がかかるものの、EBLは確実に安全に止血ができる。憩室出血の既往のある患者や、活動性出血を認めるなどの重症例や再出血のリスクの高い症例に対して特に有効と考えられる。

S1-10 当院における BLI を用いた cold polypectomy 症例の検討 独立行政法人国立病院機構 名古屋医療センター 消化器科 ○龍華 庸光、岩瀬 弘明、島田 昌明

【目的】大腸ポリープに対しBlue LASER Imaging(BLI)拡大観察を用いたcold polypectomy治療成績について当院臨床研究審査委員会承認を得て後ろ向きに検討した。【方法】2014年5月からの2015年8月までに当科でcold polypectomyを施行した症例のうち、BLI拡大観察を行った141例を対象とした。拡大BLI観察はThe Japan NBI Expert Team大腸拡大NBI分類に基づいた。処置具はRadial JawTM 4 Jumbo, ProfileTM, ExactoTM Cold Snareを使用した。患者背景、ポリープ径、内視鏡所見、治療時間、病理組織所見、切除断端、偶発症を検討した。【成績】141例280病変を切除した。男女比100/41、年齢中央

値:69 (47-86) 歳で、9例が抗血栓薬を服用していた。平均切除数:1.9 (1-10) 個、肉眼型はIsp:129病変、Is:80病変、Ip:1病変、IIa:70病変、ポリリーブ径:4.1 (2-10) mmで、cold forceps polypectomy:96病変、cold snare polypectomy:184病変、治療時間:7.2 (2-27) 分であった。切除病変回収率:97%で、切除断端陰性:182病変、不明:98病変であった。病理組織所見は過形成/非腫瘍性:42病変、軽度異型腺腫:135病変、中等度異型腺腫:78病変、高度異型腺腫:12病変、腺腫内癌:5病変と診断された。ポリリーブ径が2-4mmは全例過形成/非腫瘍性もしくは腺腫で、5-10mmでは6例に腺腫内癌を認めた。拡大BLI所見はType 1:38病変、Type 2A:230病変、Type 2B:5病変であり、Type 2A:2病変とType 2B:4病変に腺腫内癌を認めた。遅発性出血を1例に認めた。穿孔例はなかった。【結論】大腸の小ポリリーブはcold polypectomyにより安全かつ短時間で切除可能となった。10mm以下の病変でも腺腫内癌を認め、切除前のBLI拡大観察は重要である。切除断端不明例があり、切除後のBLI拡大観察や、病変サイズに応じた使用デバイスの選択など考慮する必要があると考えられた。

S1-11 当院における大腸コールドスネアポリペクトミーの安全性ならびにスネア径による病理学的診断への影響についての検討

愛知医科大学消化内科

○山口 純治、小笠原 尚高、春日井 邦夫

【背景】近年、欧米では10mm以下の大腸ポリリーブを内視鏡的切除する際、機械的にポリリーブを切除するコールドスネアポリペクトミー（以下CSP）が有用と報告されているが、CSPの安全性についてはいまだ確立しておらず、また、切除された病変断端の病理学的な検討も十分にされていない。【目的】大腸CSPの有用性ならびに安全性につきEMRと比較検討するとともに、CSPのスネア長が大腸ポリリーブ断端の病理学的診断能に与える影響を検討した。【方法】平成26年5月から平成27年2月に当院でEMRを施行した1010病変と、CSPを施行した175病変を対象とし、一括切除率と偶発症の発生頻度を比較検討した。また、径27mmのスネアを使用したCSP群86病変（長径CSP群）と、径13mmのスネアを使用したCSP群58病変（短径CSP群）における切除断端の不明頻度について検討した。【結果】CSPの一括切除率は99.4%でありEMR (99.5%) と有意差を認めなかった。EMRでは2例 (0.2%) に後出血が認められたが、CSPでは後出血、穿孔などの偶発症は認められなかった。CSPにおけるスネア別による2群間の比較検討では、長径CSP群で86病変中57病変 (66.3%) が断端不明であるのに対し、短径CSP群では58病変中23例 (39.7%) が断端不明であり、短径CSP群において有意に断端不明率が低かった ($p < 0.05$)。【考察】CSPは、腫瘍残存の可能性を念頭に置く必要があるため、現時点では、EMRに準ずる治療法ではなく、ホットパイオプシーや生検鉗子によるポリペクトミーの延長の治療と位置付けることが妥当であると考えられた。しかし、手技が簡便であり偶発症のない安全な治療法のため、生検鉗子で一括切除が困難な4~10mm大のポリリーブ切除に対して有用な治療法と考えられた。本研究は愛知医科大学倫理委員会に承認された研究である (UMIN000013897)。

S1-12 大腸腺腫の腫瘍径による cold snare polypectomy 治療時の出血リスクに関する検討

¹名古屋大学大学院医学研究科 消化器代謝内科学、

²NTT 西日本東海病院

○尾関 啓司^{1,2}、稲垣 佑祐^{1,2}、城 卓志¹

【目的】本邦の2014年大腸ポリリーブ診療ガイドラインでは5mm以上の腺腫に対しては内視鏡切除が推奨されている。一方、5mm未満の微小ポリリーブを含めてすべての大腸腺腫を切除することにより以後数年間大腸内視鏡検査を避けることができるとの考え方も提唱されている。Cold snare polypectomyは微小ポリリーブ全切除において治療時間短縮等の面から重要な役割を果たすと考えられている。しかし、6mm以上の腺腫のcold snare polypectomyにおいて出血リスク増加が危惧されるなど、実臨床におけるcold snare polypectomy安全性に関する十分なエビデンスが不足しているのが現状である。【方法】今回2014年9月から2015年8月までの約1年間に関連施設において内視鏡的にcold snare polypectomyを施行した74名 (117病変) において、6mm未満の腺腫の治療群 (51名、94病変) と6mm以上の腺腫の治療群 (23名、23病変) に分けて、その臨床背景と出血率について検討した。【成績】6mm未満群 (平均年齢: 61.7 ± 10.7歳、男女比: 40:11) は腫瘍径3.8 ± 1.1mmであり、6mm以上群 (平均年齢: 61.3 ± 9.8歳、男女比: 14:9) は腫瘍径7.7 ± 1.4mmであった。両群間で治療関連の出血例は見られなかった。両群間で抗凝固剤・抗血小板剤投与例や病変回収率、病変存在部位、治療時間に有意な差は見られなかった。同時治療腫瘍数は6mm未満群で多く、肉眼型では6mm以上群で隆起型病変 (Ip型) の占める割合が多く、予防的クリップ術施行例が有意に多かった。【結論】今回の検討ではcold snare polypectomyにおいて6mm未満のポリリーブにおいても6mm以上のポリリーブにおいても出血の合併症はみられず、

実臨床においてポリリーブ径によらず出血の合併症増加は危惧する必要がない可能性が高いことが示された。今後、さらなる症例の蓄積が必要である。

S1-13 当院での Cold snare polypectomy (CSP) と内視鏡的粘膜切除術 (EMR) に関する安全性についての検討

朝日大学歯学部附属村上記念病院

○北江 博晃、中畑 由紀、富江 晃、大島 靖広、

大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

【背景】大腸腺腫性ポリリーブをすべて摘除することは大腸癌の発症率・死亡率低下につながることが知られている。本邦では5mm以上のポリリーブの内視鏡的摘除が推奨されるが、一方で5mm未満のポリリーブに対する治療方針は明確ではない。欧米では10mm未満のポリリーブに対する治療の第一選択として、簡便で後出血の少ないとされるCSPが普及しつつある。本邦では、これまで広くEMRが施行されていたが、近年はCSPも広がりを見せている。さらに、CSP合併症は既報では後出血を含め認めないものから1%前後に後出血を認めるものまで様々である。【目的】CSPはEMRと比しその安全性について忍容できる手技であるか検討した。【方法】当院で2015年2月から8月までに大腸ポリリーブに対しCSPあるいはEMRを施行した病変を後方視的に検討した。【結果】CSP群159例394病変、EMR群139例285病変であった (重複症例あり)。大きさはCSP群で平均4.78mm、EMR群で8.28mm。形態はCSP群で無茎型 (Is) と平坦隆起型 (IIa) を併せて334病変 (85%)、EMR群で154病変 (54%) であった。摘除直後の止血術はCSP群で18病変 (4.6%)、EMR群で285病変 (100%) にクリップ止血を施行した。合併症はCSP群で後出血3例 (0.76%)、EMR群で後出血3例 (1.1%)、穿孔1例 (0.35%) に認めた。後出血は治療後、出血症状のため2週間以内に再度内視鏡施行し、顕性出血あるいは病変部に凝血塊付着を認めたものとした。CSP群の後出血病変の大きさは平均6.7mm、形態はIIa 1例とIsp 2例で、アスピリン内服、ワーファリン・ヘパリン置換が各1例であった。EMR群の後出血病変の大きさは平均13mm、形態は全例Ispで、抗血小板薬内服は認めなかった。穿孔例はS状結腸の大きさ5mm、形態はIspの病変であった。【考察】CSPはEMRと比し小さな、より丈の低い病変に施行される傾向にある。CSPの合併症は後出血のみで0.76%と低く、高周波を使用しないためEMRと比し穿孔の可能性は低い。しかし、CSPで小さなポリリーブを摘除することによる摘除数の増加に伴い、合併症も増加する可能性があり、より慎重な施行が望まれる。

S1-14 当院における食道ステント挿入術の検討

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

○平山 貴視¹、石原 誠²、丹羽 康正²

【目的】切除不能進行食道癌に対する食道ステント挿入術は、経口摂取やQOLの改善を目的とした姑息的治療として普及しているが、合併症やステント挿入前後での放射線治療の可否など不明な点も多い。今回、当院における食道ステントの現状を明らかにする。【方法】2012年8月から2015年7月までに食道ステント挿入術を施行した切除不能進行食道癌を対象に、患者背景、合併症、dysphagia score (DS) の改善率、生存期間等をretrospectiveに検討した。ステントは第2世代SEMS (Self expandable metal stent) のNiti-STM (Century Medical社) を使用した。【結果】期間中25例 (男性21例、女性4例、年齢中央値70歳 [47~82歳]) にステントを挿入した。挿入の目的は、狭窄解除20例、瘻口閉鎖5例であった。挿入前の治療は、化学療法 (CT群) 4例、化学放射線療法 (CRT 群) 19例、無治療 (単独群) 2例で、挿入後に化学療法を行った症例 (挿入後CT群) は10例 (40%) であった。偶発症は12例 (48%) に認め、内訳はCRT群で疼痛9例、吐血1例、発熱1例、非CRT群 (単独群) で疼痛1例であった。放射線治療の有無での合併症は、非CRT群1/6例 (16.6%) に対し、CRT群11/19例 (57.9%) と、CRT群での合併症が多く認められたが、重篤なものは認めず、全例保存的に改善した。ステント挿入後のDSは、0点: 5例、1点: 15例、2点: 1例、3点: 2例、4点: 2例で、20例 (80%) の症例で固形物の摂取が可能となった。ステント挿入前後でのDS平均値は、3から1.25へと有意に改善した ($P < 0.001$)。ステント留置後の生存期間中央値は、無治療群61日間 (9~163日) に対し、挿入後CT群188日 (16~564日) と有意に長かった ($P = 0.003$)。再狭窄を来した症例は4例 (16%) で、原因は腫瘍伸展2例、ステント口側の瘻孔形成1例、化学療法に伴う厳重狭窄1例であった。4例に対しステント再挿入を行ったが、腫瘍伸展での閉塞2群のみでDSの改善を認めた。【結論】切除不能進行食道癌に対する食道ステント挿入術は、8割の症例で固形物の摂取が可能となり、放射線治療の有無に関わらず重篤な合併症は認めず、安全で有用な手技と考えられた。

S1-15 当院における大腸ステント治療の現況

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○長尾 一寛、山田 智則、鈴木 孝典、内田 絵里香、
豊原 祥資、荒木 博通、齋藤 彰敏、鈴木 祐香、
小島 一星、野尻 優、水野 裕介、藤田 恭明、
清水 周哉、蟹江 浩、日下部 篤宣、林 克巳、
中沢 貴宏

【背景】本邦では2011年まで、悪性大腸イレウスに対する減圧術として緊急手術、経鼻もしくは経肛門イレウス管留置術がなされてきた。2012年に大腸ステントが術前減圧（Bridge to surgery: BTS）、緩和治療（Palliation: PAL）において承認されたことにより、大腸癌イレウスに対する治療戦略が大きく変わってきている。今回、当院における2012年から2015年までに経験した大腸ステント治療について有用性と問題点について検討した。【方法】2012年1月から2015年8月までに、当院にて診断した悪性大腸狭窄、閉塞109症例の中で、PALおよびBTS目的に大腸ステントを施行した73例を検討した。性別は男性が49例、女性が24例、年齢中央値は77歳（39～95歳）、狭窄及び閉塞部位は直腸13例、結腸60例（S19例/D13例/SF3例/T10例/HF8例/A6例/Ce1例）、完全閉塞は73例（100%）であった。【結果】BTSPALともに手技的成功率は100%であり、1週間以内の短期偶発症は認めなかった。PALの理由としては、高度進行が23例（49%）と最多であり、その他として高齢や併存疾患がそれぞれ15例、8例であった。ステント留置からの平均観察期間は235日で、ステントが原因による死亡はなく、追加処置は5例（10%）に必要であった。後期偶発症については1例にmigrationを認めた。また6例（13%）に対しステント留置後に化学療法が施行された。一方BTSにおいて、ステント挿入から手術までの期間中央値は21日（10～35日）、さらに術後から退院までは中央値17日だった。16例に術前スクリーニング内視鏡を施行され、術式が変更されたのは2例であり、内視鏡的治療（EMR）が7例に施行された。26例100%に対して待機的に手術され、腹腔鏡は22例（85%）に可能であった。術後合併症は、grade3（Clavien-Dindo分類）以上のものは1例のみであった。【結語】大腸ステント治療はBTSPALともに安全に施行でき、かつ有用であった。

S1-16 進行直腸癌に対する術前化学療法の治療成績と今後の治療戦略

名古屋大学大学院腫瘍外科

○大城 泰平、上原 圭介、柳野 正人

当科では進行直腸癌に対し、オキサリプラチンレジメンによる3ヶ月の術前化学療法（NAC）を施行後に、原発巣切除を行っている。遠隔転移を有する場合も、完全切除やRTでコントロール可能と判断した症例では同様の方針としている。これまでの治療成績を供覧し、今後の治療戦略につき考察する。

対象は2007年から2014年に原発巣切除を施行した進行直腸癌113例（内cStage II 23例、cStage III 71例、cStage IV 19例）。NACを施行した68例（N群:60%、内cStage II 8例、cStage III 48例、cStage IV 12例）に対し、手術先行群は45例（S群:40%）であった。cStage IV 19例の内、遠隔転移果を含む完全切除をN群12例全例（100%）、S群7例中5例（71%）で行った。N群の組織学的効果判定ではG1a:25例、G1b:22例、G2:16例、G3:5例であった。全体でR2切除となった3例を除く110例中、33例（N群:20例、S群:13例）で再発を認めた。両群の再発率（30% vs. 30%）に差を認めなかったが、ステージ別の検討ではcStage II 13% vs. 13%、cStage III 16% vs. 39%、cStage IV 75% vs. 63%で、cStage IIIに対する治療効果が示唆された。局所再発は12例（N群:6例9%、S群:6例14%）でN群の局所再発率が低かった。再発33例の内、N群9例、S群5例で再発巣の切除を行い9例で無担癌生存が得られた。全113例のステージ別5年生存率はcStage II 100%、cStage III 84%（N群:89% vs. S群:78%）、cStage IV 62%（N群:74% vs. S群:47%）であった。N群化学療法奏功例（組織学的効果判定G2以上）21例では再発を3例（14%）に認め、1例に転移巣（肺）切除を行った。観察期間中央値3.0年で全例の生存が得られた（担癌2例）。一方、N群化学療法非奏功例（G1）47例では18例（38%）に再発を認め、担癌生存10例、7例が死亡した。

NACによりcStage IV切除完遂率の向上、cStage III再発の抑制、cStage III、IV生存率の改善が示唆された。さらに化学療法奏功例で長期生存が得られたが、非奏功例では再発、死亡とも多かった。これらの症例に対する分子標的薬の追加、CPT-11の追加、術後補助療法の強化など、より強力な周術期化学療法の効果を評価していきたい。

S1-17 大腸癌腹腔播種に対する減量手術・腹腔内温熱化学療法を用いた集学的治療の取り組み

三重大学医学部消化管・小児外科

○沖上 正人、井上 靖浩、今岡 裕基、奥川 喜永、
廣 純一郎、間山 裕二、小林 美奈子、田中 光司、
毛利 靖彦、楠 正人

分子標的薬など化学療法の進歩で治療切除不能進行再発大腸癌患者の生存率は大きく延長している。しかしながら、腹腔播種転移においては、肺、肝転移など遠隔臓器転と比較し、依然予後不良な転移形式に変わりが無い。一方、これまで我々は治療切除不能進行再発大腸癌における集学的治療として、activeな化学療法先行後のCytoreduction（切除 and/or RFA）が、更なる予後改善に有用なことを報告してきた。我々の治療成績では、切除不能大腸癌肺、肝転移においてもCytoreduction導入例の生存期間中央値（MST）は両者とも60ヶ月以上を得ているが、腹腔播種においては、MST31ヶ月にとどまり、肺・肝転移同様の治療コンセプトが通用せず、依然予後不良である。すなわち、抗癌剤の薬物動態およびCytoreductionのアプローチにおいて、腹腔播種に特化した集学的治療ストラテジーが必要と考え、2014年6月より、減量手術・腹腔内温熱化学療法（HIPEC）を導入した。現在まで消化器癌腹腔播種13例に対し、減量手術およびHIPECを行った。13例中5例が大腸癌腹腔播種であり、5例とも分子標的薬を含む全身化学療法先行後の減量手術・HIPECが導入された。今回、安全性評価を中心に、我々の大腸癌集学的治療の取り組みを紹介する。

S1-18 悪性病変を合併した潰瘍性大腸炎に対する手術例の検討

名古屋大学医学系研究科消化器外科

○中山 吾郎、田中 友理、服部 憲史、二宮 豪、
江坂 大輔、田中 千恵、小林 大介、杉本 博行、
小池 聖彦、藤井 努、藤原 道隆、小寺 泰弘

【はじめに】悪性病変を合併した潰瘍性大腸炎（UC）は年々増加傾向にあるが、その病態や至適術式など不明確な点が多い。今回、当科での癌/dysplasia併発UC手術例について検討を行った。【対象・方法】2000年からの5年間に当科で手術を施行したUC患者 166例のうち癌合併 24例、high grade dysplasia（HGD）合併 10例を対象とし、①年次推移、②背景因子、③腫瘍因子、④手術成績につき検討を行った。【結果】①前（'00-）/中（'05-）/後期（'10-）での悪性併発例が占める割合は11%/16%/30%と増加傾向にある一方で、進行癌の割合は40%/38%/14%と低下し、再発率14%/12%/0%と改善傾向を示した。②悪性併発例に較べて癌/dysplasia合併例では手術時年齢は高く、術前病能期間は有意に長い傾向を認めたが、その他の因子に有意差は認めなかった。③Tis-T2症例（N=17）は全例で組織型tubかつN0であり再発は認めていない。一方T3-4症例（N=7）は全例por/mucで、86%にリンパ節転移を認め、57%に再発を認めた。④全例で大腸全摘術（開腹9例、腹腔鏡25例）が施行され、吻合は回腸肛門吻合27例、直腸切断7例、リンパ節郭清は所属リンパ節D2.3+他領域D1郭清が施行された。29%に主病変周囲もしくは他部位（肛門管を含む）にdysplasiaを認めたが、所属リンパ節以外の転移は認めなかった。【考察】T因子の進行に伴い組織型の悪性化とリンパ節転移率の増加を認め、進行例の予後は通常のsporadic cancerに較べて不良である可能性が示唆された。進行癌に対しては肛門管を含む大腸全摘および確実な所属リンパ節郭清が必須であるとともに、surveillanceによる早期発見が重要であると思われる。

シンポジウム 2

S2-1 十二指腸ステント留置例に対する内視鏡的胆道ドレナージの検討

愛知医科大学 肝胆脾内科

○井上 匡央、小林 佑次、石井 紀光

【目的】近年、悪性十二指腸狭窄と胆道狭窄併発例に対してdouble stentingの有用性が報告されている。一方で十二指腸ステント留置後の胆道ドレナージはしばしば困難であるが、一般には胆道狭窄が先行することが多いためエビデンスが乏しい。このため今回我々は、十二指腸ステント留置後の胆道ドレナージの成績を明らかにすることを目的に検討を行った。【方法】対象は2009年1月から2015年8月までに十二指腸ステント留置後に胆道ドレナージを要した29例（同一セッション施行例を含む）としretrospectiveに検討を行った。経乳頭的ドレナージ（ERCP-BD）を第一選択とし、不成功例はEUSガイド下ドレナージ（EUS-BD）あるいは経皮的ドレナージ（PTBD）を施行した。【成績】対象は男性13例、女性16例、平均年齢は71.7±10.4歳であった。原疾患は肺癌13例、胃癌4例、十二指腸癌4例、その他8例であった。ERCP-BDの成功率は48.3%（14/29）であった。手術成功に関連する因子の検討では、十二指腸狭窄部位（乳頭に及ぶ）が独立したリスク因子であった（オッズ比0.03, P=0.010）。手術関連偶発症率は17.2%（5/29）であり、3例で腫瘍出血、1例で消化管穿孔、1例で肺炎を呈した。偶発症に関連する因子の検討では、処置時間45分以上が独立したリスク因子であった（オッズ比32.9, P=0.014）。不成功例のうち8例でEUS-BD（CDS 5例、HGS 3例）が施行され、手術成功率は100%（8/8）であり、手術関連偶発症は出血を1例で認めた。その他の症例では5例でPTBDが施行され、1例で胆管空腸吻合術、1例はさらなる処置を希望されず経過観察となった。ERCP-BDとEUS-BDの長期成績の比較では、recurrent biliary obstruction（RBO）率（50% vs. 12.5%, P=0.194）、time to RBO（median 165 days vs. not available, log-rank, P=0.165）、後期偶発症率（7.1% vs. 12.5%, P=0.726）に有意差は認めなかった。【結論】十二指腸ステント留置後、特に留置前に狭窄が乳頭に及んでいた場合にはERCP-BDはしばしば困難である。また処置が長時間に及ぶと偶発症も懸念され、EUS-BDへの切り替えを含め柔軟にストラテジーを立てる必要がある。

S2-2 当科における超音波内視鏡下胆道ドレナージの治療成績

岐阜市民病院 消化器内科

○河口 順二、向井 強、富田 栄一

【背景】閉塞性黄疸に対する胆道ドレナージ術として、内視鏡的経乳頭的胆道ドレナージ術（Endoscopic Biliary Drainage）や経皮経肝胆道ドレナージ（Percutaneous Transhepatic Biliary Drainage: PTBD）、外科的ドレナージが行われているが、近年、超音波内視鏡下穿刺術（Endoscopic ultra sound-guided fine needle aspiration: EUS-FNA）を応用した超音波内視鏡下胆道ドレナージ術（EUS-guided biliary drainage: EUS-BD）が報告されている。【方法】2012年9月から2015年6月までに、十分なインフォームド・コンセントを行い同意が得られ、当科でEUS-BDを施行した5症例について検討した。【成績】年齢は40-91歳（中央値78歳）、性別は男3例、女2例、原疾患は膵頭部癌3例、胆嚢癌1例、十二指腸癌1例。穿刺は全例19G針にて行い、超音波内視鏡下胆管十二指腸瘻孔形成術（EUS-guided choledochoduodenostomy: EUS-CDS）2例、超音波内視鏡下胃肝内胆管瘻孔形成術（EUS-guided hepaticogastrostomy: EUS-HGS）1例、超音波内視鏡下順行性ドレナージ術（EUS-guided antegrade drainage: EUS-AG）2例であった。ドレナージ前のT-bil 1.1-4.6mg/dl（中央値3.4mg/dl）、ドレナージ翌日のT-bil 1.3-3.2mg/dl（中央値2.3mg/dl）穿刺胆管径は肝内胆管5-6mm（中央値5mm）、総胆管径10-18mm（中央値14mm）、処置時間は20-57分（中央値35分）、手術成功率100%、臨床改善率100%であった。EUS-CDSの2例は一期的に胆管ステント留置、EUS-HGSの1例は内視鏡的経鼻胆管ドレナージ後、二期的に胆管ステント留置、EUS-AGを施行した1例は一期的に、1例は二期的に胆管ステント留置を行った。処置に伴う重篤な偶発症は認めなかった。【結論】EUS-BDは、経乳頭的な処置が困難な場合、PTBDと共に考慮すべき有用な治療法である。

S2-3 総胆管大結石・積み上げ結石に対するEPLBD without ESTの有用性・安全性

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学

○梅村 修一郎¹、坂 哲臣¹、加藤 晃久¹、夏目 まこと¹、堀 寧¹、西 祐二¹、近藤 啓¹、内藤 格¹、林 香月¹、大原 弘隆²、城 卓志¹

【背景・目的】従来、総胆管大結石や積み上げ結石に対しては、ESTを中心とした乳頭処置（従来法）後に、碎石術を行ってきたが、近年、

EPLBDの有用性が報告され、普及してきている。また、EST付加を行わないEPLBD（EPLBD without EST）も報告されているが、その成績は明らかになっていない。今回、我々はEPLBD without ESTの有用性・安全性を明らかにする目的で検討を行った。【対象と方法】未処置乳頭に対する内視鏡的採石術を施行した総胆管第3石・積み上げ結石81例を対象とした。EPLBD39例をA群、従来法（non EPLBD）42例をB群、A群39例のうち、EPLBD without EST21例をC群、EPLBD with EST18例をD群と定義した。I）A群 vs B群、II）C群 vs D群で臨床成績につき、比較検討を行った。【結果】I）A/B群：1）患者背景：年齢79.4/74.1歳（P=0.036）。男性/女性24/18/21/18人（P=0.825）。最大結石径15.9/14.4mm（P=0.040）とA群で有意に高齢・結石径が高値であった。2）治療成績：検査時間24.7/30.9分（P=0.042）。結石破碎施行率5.1/66.7%（P<0.001）。完全結石除去率100/83.3%（P=0.012）。A群で有意に検査時間が短く、結石破碎が低頻度となり、完全結石除去率が高頻度であった。3）検査後AMY値・偶発症：血清AMY値144/214IU/L（P=0.759）。高AMY血症10.2/9.5%（P=1）。PEP5.1/7.1%（P=1）。穿孔2.6/2.4%（P=1）。出血0/4.8%（P=0.495）と差を認めなかった。II）C/D群：1）患者背景：差を認めなかった。2）治療成績：検査時間23.8/25.8分（P=0.422）。完全結石除去率100/100%（P=1）。結石破碎施行率4.8/5.6%（P=1）と差を認めなかった。3）検査後AMY値・偶発症：平均血清AMY値171/114IU/L（P=0.526）。高AMY血症14.3/6.7%（P=0.609）。PEP4.8/5.6%（P=1）。穿孔0/5.6%（P=0.462）。出血0/0%（P=1）と差を認めなかった。【結論】EPLBDはEST+碎石を中心とした従来法と比較し、結石破碎を低頻度とし、検査時間を短縮する有用な治療法と考えた。またEPLBDにおいて、EST付加の有無で治療成績・偶発症に差を認めず、手技の簡便さからEPLBD without ESTが第一選択となりうると考えた。

S2-4 ERCP 後肺炎に対するジクロフェナク坐剤予防投与の有用性

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○福定 繁紀、奥村 文浩、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、加地 謙太、尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、佐野 仁

【目的】ERCP後肺炎（PEP）に対し、本邦における常用量でのNSAIDs坐剤の予防投与の有用性について検討した。【方法】当院で2013年1月から2015年6月までに施行したERCP症例322例を対象とし、倫理委員会の承認を得て2014年1月から2015年6月の間にERCP30分前にジクロフェナク坐剤を投与した161例をD群、ジクロフェナク坐剤の投与以外はD群と同様の条件を満たす2013年1月から12月に施行した161例をC群とした。両群とも以下のものは除外した：経乳頭処置（EST、EPBD、プレカット、経管口切開）の既往例、ERCP時に肺炎を認める例、慢性肺炎症例、NSAIDs投与禁忌例、NSAIDsで治療中または休薬から1週間以内の症例、またD群において体重が50kg以上ではジクロフェナク50mgを、50kg未満では25mgを投与した。Cottonの基準に基づいたPEPの発症率と重症度、高アミラーゼ血症の有無、試験薬による有害事象を検証した。【成績】PEPはD群8/161例（5%）、C群23/161例（14.3%）に認められた（p=0.007）重症度はD群：軽症6例、中等症2例、C群：軽症19例、中等症3例、重症1例であった。高アミラーゼ血症はD群29/161例（18%）、C群47/161例（29.2%）に認められた（p=0.02）試験薬の有害事象は認めなかった。サブ解析として、文献的なPEPのリスク因子でスコアリングし、PEPの高リスク群を対象に検討した。乳頭括約筋機能不全が疑われる例、PEP既往、挿入困難例、経管口切開・プレカット・EPBD・乳頭切除施行例のいずれかを満たす症例を1点5歳以下の女性、再発性肺炎の既往、膵尾部まで造影・膵腺房造影・膵管ブラシ細胞診施行例のいずれかを満たす症例を0.5点とし、合計1点以上の症例に限定してPEPの発症率を検討すると、D群5/63例（7.9%）、C群17/76例（22.4%）であった（p=0.03）PEP高リスク群でPEPのリスク因子についても検討し、単変量解析でp<0.15となった因子で多変量解析を施行したところ、ジクロフェナク坐剤非投与が有意な危険因子として抽出された（odds比3.85, p=0.03）【結論】本邦における常用量でのNSAIDs坐剤のPEP予防に対する有用性と安全性が示唆され、特にハイリスク症例において有用性が示唆された。

S2-5 自己免疫性肺炎に伴った脾臓病変のステロイド治療後の変化

静岡がんセンター 内視鏡科

○松林 宏行、村井 克行、柴田 昌幸、藪内 洋平、間 浩正、松井 徹、岩井 朋洋、岸田 圭弘、吉田 将雄、五十嵐 公洋、川田 登、田中 雅樹、滝沢 耕平、角嶋 直美、伊藤 紗代、今井 健一郎、堀田 欣一、小野 裕之

【背景】自己免疫性肺炎（AIP）症例では時に脾臓病変の合併が報告され

おり、ステロイドによる治療効果や切除例の病理所見から、多くは仮性嚢胞或いは貯留嚢胞と診断されている。【目的】AIPに随伴する脾嚢胞性病変におけるステロイド反応性を検討する。【方法】1) 2004年4月～2015年1月に当院で診断したAIP58例(男女比45:13、年齢64.5±8.7歳)を対象として、脾嚢胞(≧1cm)の合併頻度と嚢胞合併のリスク因子を検討した。2) ステロイド治療を行ったAIP47例を対象として、ステロイド治療後の脾嚢胞径の変化をみた。脾嚢胞径の変化の有無別に、その画像的・病理学的特徴を検討した。【結果】AIP58例中13例(22.4%)に17病変の脾嚢胞が認められた。嚢胞径は平均30mm(範囲11-130mm)であった。嚢胞合併例は非合併例に比して血清アマラーゼ高値が多く(38.5% vs. 11.1%, $P=0.02$)、脾尾部にAIP病変を伴う傾向がみられた($P=0.05$)。脾嚢胞はステロイド治療を施行したAIP47例中9例に10病変認められたが、ステロイド治療後6病変は消失し、1病変は著明に縮小、残りの3病変(3症例)は変化を認めなかった。縮小した7例は全て単房性であったのに対し、変化がみられなかった3例は全て多房性嚢胞で($P=0.008$)、前者は後者に比して若年であった(54.7±7.5歳 vs. 74.3±5.1歳, $P=0.003$)。また、多房性嚢胞例のうち2例は後に脾癌の合併が病理診断された。【結論】自己免疫性脾炎には時に脾嚢胞が合併する。多くは単房性でステロイド反応性を示すが、稀に多房性嚢胞やステロイド反応性がない嚢胞もみられ、診断と経過観察には慎重を要する。

S2-6 当院における進行脾神経内分泌腫瘍に対する薬物療法の現状

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

【背景】神経内分泌腫瘍(以下、pNET)に対する薬物療法はこの数年で大きく変化した。しかし、薬物選択についての統一した見解はないのが現状である。【目的】当院におけるpNETに対する薬物療法の現状を明らかにする。【対象と方法】2008年10月から2015年8月までに当院で進行pNETに対して薬物療法を施行した28例を後方視的に検討した。【結果】性別:男/女=17/11、年齢:中央値46.5歳(range29-77)、ENETS Stage3b/4=1/27、遠隔転移部位(重複含む):肝臓/遠隔リンパ節/骨=26/5/3、機能性の有無:有/無=4/24、WHO2010分類に基づいたGradeではGrade1/2/NEC/不詳=1/22/4(このうちいわゆるNET-G3 2/1)であった。薬剤毎の検討では治療ラインはスニチニブ:1st/2nd/3rd以降=4/5/3、エベロリムス:1st/2nd/3rd以降=12/8/5、ストレプトゾシン(以下、STZ):1st/2nd/3rd以降=2/2/2であった。全ての治療ラインにおいての薬剤毎の抗腫瘍効果をRECISTで評価すると、スニチニブ(奏効率/病勢コントロール率)=20%/70%、エベロリムス=13%/73%、STZ=16%/83%であった。有害事象についてはGrade3以上の有害事象はエベロリムス8症例9事象(好中球減少/貧血/口内炎/高血糖/重症感染症/爪囲炎=1/1/2/2/2/1)、スニチニブ:6症例7事象(好中球減少/血小板減少/高血圧/遅発性消化管穿孔=2/2/2/1)、STZ:2症例2事象(肝機能障害/アシドーシス=1/1)であった。【結論】全奏効率で見ると、スニチニブが最も高かった。病勢コントロール率はいずれの薬剤も70%以上が得られた。今後も症例を蓄積し、病態に応じた高い治療効果が得られる治療戦略を練っていく必要があると考える。

S2-7 切除不能進行脾癌におけるmodified FOLFIRINOXの有用性・安全性の検討

岐阜大学 第一内科
○奥野 充、岩下 拓司、丸田 明範、上村 真也、
清水 雅仁

【背景・目的】切除不能進行脾癌におけるFOLFIRINOX(FX)の有用性は、本邦Phase-II試験にて確かめられたが、好中球減少やFN、食欲不振等の有害事象により、治療コンプライアンスの低下を招く可能性が考えられた。我々は治療コンプライアンスの向上のため、初期投与時よりFXの開始基準から5-FU急速静注を中止し、CPT-11を1段階減量したmodified FOLFIRINOX(mFX)を行っている。mFXを施行した症例をretrospectiveに解析し、有用性・安全性について検討した。【対象】当院で2014年4月～2015年4月の間にmFXを施行した遠隔転移もしくは局所進行脾臓癌19例。【成績】男性12例、女性7例。年齢中央値63歳(55-71)、ECOG PS0 14例、PS1 5例。腫瘍部位は頭部11例、体部5例、尾部3例。局所進行8例、遠隔転移11例で、転移巣は重複例を含み、肝臓9例、骨3例、肺1例。初回治療時CEA値5ng/ml(1-106)、CA19-9値653U/ml(10-9763)。UGT1A1 wild type 11例、single hetero 8例。胆管ステント留置4例。治療施行回数9回(1-19)、治療成績はPR 9例、SD 6例、PD 3例、1例は治療後うつ病を発症し中止と

なった。中止症例を除く2015年8月時点での無増悪生存期間中央時間は11.5カ月(95% confidence interval4.5-12.5)。治療奏効率は47.4%(95%CI27.3-68.3)であった。全有害事象は好中球減少16例(84%)、FN3例(16%)、血小板減少6例(32%)、貧血3例(16%)、末梢神経障害8例(42%)、トランスアミナーゼ上昇1例(5%)、食欲不振11例(58%)、下痢4例(21%)、間質性肺炎1例(5%)で、このうちGrade3以上は、好中球減少15例(79%)、FN3例(16%)、血小板減少3例(16%)、末梢神経障害2例(11%)、トランスアミナーゼ上昇1例(5%)、食欲不振2例(11%)であった。G-CSFは6例(32%)で使用した。治療に伴う死亡例は認めなかった。Relative Dose IntensityはL-OHP 53.2%(31.3-100%)、CPT-11 66.8%(44.2-100%)、5-FU 74.3%(38.9-100%)、LV 74.8%(49.1-100%)であった。【結論】現時点でのmFX治療の奏効率はFXと同等以上で、重篤な副作用はやや少ない傾向にあり、有用な治療法である可能性が考えられた。

S2-8 当院におけるDaclatasvir (DCV) + Asunaprevir (ASV) 併用療法の治療効果・安全性についての検討 —Peg-IFN+Ribavirin (RBV) + Protease inhibitor (PI) 3剤併用療法との比較—

名古屋第二赤十字病院
○藤田 恭明、日下部 篤宣、中沢 貴宏

目的: 当院におけるDCV+ASV併用療法施行期間中の抗ウイルス効果、安全性についてPeg-IFN+RBV+PI3剤併用療法と比較した。対象・方法: セログループ1型C型肝炎症例に対してDCV+ASV併用療法が導入され、治療開始後4週以上経過した40例(IFN-F群: 平均年齢66.7歳、全例direct sequence法でNS5A薬剤耐性ウイルス陰性)を対象とし、Peg-IFN+RBV+PI併用療法を施行した46例(IFN群: 平均年齢57.4歳、PIの内訳: TVR19例、SMV26例)と以下の点について比較検討した。1) 治療開始4週時点でのウイルス陰性化率(RVR)、2) 治療終了時のウイルス陰性化率、血球系・生化学検査値の推移、副作用結果: 治療前の患者背景は、IFN-F群で有意に年齢、Fib4 index高値、前治療無効・中止例が高率であった。IL28B MajorはIFN-F群65.7%、IFN群76.1%であった。なおIFN-F群には血液透析3例が含まれていた。RVR達成率はIFN-F群75.7%、IFN群58.7%とIFN-F群で高率であった。治療終了時のウイルス陰性化率はIFN-F群96.4%、IFN群93.6%といずれも良好な成績であった。WBC・Hb・Plt値はIFN群では治療前と終了時の比較でいずれも有意に低下したが、IFN-F群では著変を認めなかった。AFP値についてはIFN群では治療前後で変化を認めなかったが、IFN-F群では22.6→8.4ng/mlと改善していた。IFN群では副作用のため3例で治療中止となったが、軽度な副作用はほぼ全例に認めた。一方、IFN-F群では高度肝機能障害を2例に認めた。IFN-F群の血液透析3症例は良好な治療経過であった。なおIFN-F群でviral breakthrough (VB)を1例認めたが、治療開始前血清を用いてHCV genotypeを測定すると2aであった。【結論】最終的な治療効果についてはSVR24を検討する必要があるが、DCV+ASV併用療法は従来のIFN治療難治例に対しても高い認容性と良好な抗ウイルス効果を認めた。なおHCV serotypeとgenotypeの解離によるVB症例を経験したことから、IFNフリー治療においてはgenotype測定まで行う必要があると思われる。

S2-9 C型慢性肝疾患に対するDAA治療成績

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、岩瀬 弘明

【背景】C型慢性肝疾患に対するダクラタスビル(DCV)/アスナプレビル(ASV)治療、ソフォスブビル(SOF)/リバビリン(Rib)治療が認可され、その高い著効率が注目されている。【目的】C型慢性肝疾患に対するDAA治療経過を検討した。【対象/方法】2014/9～2015/8にDCV/ASVを投与4週以上経過したセロタイプ1型慢性肝疾患42例と、2014/5～2015/9にSOF/Ribを投与4週以上経過したセロタイプ2型慢性肝疾患6例を対象とした。【結果】DCV/ASV治療では、併存症はDM7例、HIV3例、ITP2例、PNH1例、NTM1例、膠原病3例であった。慢性肝炎26例、肝硬変16例で、Child Pughは6点以下であった。治療前にNS5A変異をダイレクトシーケンス法で測定し、変異なし40例、L31変異1例、Y93変異1例であった。24週終了は28例(終了4週10例、12週13例)、投与中12-24週5例、8-12週4例、4-8週2例である。中止例は3例で、ALT上昇2例(2週、6週)、無効1例(14週)であった。HCV-RNA陰性化は4週で27/28(96%)、8週37/38(97%)、SVR4 23/23(100%)、SVR12 14/14(100%)であった。有害事象はALT上昇6例、鼻炎2例、頭痛2例、皮疹2例であった。ALT上昇での中止例は速やかにALT改善が認められた。無効例はゲノタイプ2a型であった。SOF/Rib治療では、併存症はHIV1例であった。慢性肝炎4例、肝硬変2例で、Child Pughは6点以下であった。12週投与終了は4例、投与中8週1例、6週1例であった。HCV-RNA陰性化は4週で6/6(100%)、8週で5/5(100%)であった。有害事象は貧血が1例であった。【考察】DCV/ASV治療は速やかなRNA陰性化と、高いSVR率を

示した。副作用は少なく忍容性に優れているが、急激なALT上昇を認める例もあり、2週に1回程度の採血が望ましいと考えられた。SOF/Rib治療は速やかなRNA陰性化を示した。多くの例でHb低下が認められたが、Ribを減量することで投与継続することができた。【結語】C型慢性肝炎患者に対するIFNフリー治療は、肝硬変例や肝細胞癌治療例、IFN不耐容の症例でも行うことができ、高い治療効果が期待できる。

S2-10 2型C型慢性肝炎患者に対する Sofosbuvir/Ribavirin 併用療法の早期治療効果

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学

○飯尾 悦子^{1,2}、野尻 俊輔¹、田中 靖人²

【目的】2015年6月IFN free治療のSofosbuvir/Ribavirin (SOF/RBV)療法が使用可能となった。今回2型C型慢性肝炎患者におけるSOF/RBV療法の早期治療反応性と副作用について検討した。【方法】治療対象はSOF/RBV療法を開始したgenotype2型のC型慢性肝炎患者60例。内訳は、CH39名、LC21名。男性26名(43.3%)、年齢中央値70(12-89)歳、血小板中央値15.1(5.8-27.0)万/μL、HCV-RNA 5.9(3.3-7.7) log IU/mL、IL28B (rs8099917) :TT/TG/GG/ND 30(83%) /6/0/24例、ITPA (rs1127354) :CC/CA/AA/ND 30(86%) /5/0/25例、interferon治療歴あり14名(23.3%)、HCC既往有3名(5.0%)であった。【結果】治療開始から4週以上経過した45名でのSOF/RBV治療例全体の4週陰性化率(RVR)は80.0%(36/45)、8週陰性化率100%であった。RVRはCHで84.6%(22/26)、シグナル陽性15.4%(4/26)、定量陽性0.0%(0/26)にに対し、LCではそれぞれ73.7%(14/19)、10.5%(2/19)、15.8%(3/19)であり、CHとLCでRVRに有意差は認めなかったが、4週で定量された症例はいずれもLCであった。AST、ALTは治療開始4週以内にほぼ全例正常化した。治療中のAFP中央値は0週3.4(1.5-150) ng/mL、4週3.25(1.7-58.3) ng/mLと治療開始4週で治療前と比べ有意差は認めなかったが、AFP高値例(AFP>15ng/mL、5例)では治療前に比べ、治療開始4週において平均53.8%の減少率を認め、高値例は治療早期に速やかに低下した。高齢、貧血などのため3名(5%)がRBV減量開始した。治療中のHb推移は0/2/4/6/8週で中央値がそれぞれ13.8/12.8/11.9/11.6/11.3で、治療が進むに連れHbは有意に低下したが、CHとLC間でHb低下率に有意差は認めなかった。治療経過中5名がHb低下のためにRBVを減量した。減量時期は2週1名、4週3名、6週1名であり、ITPAは5名中4名がCCであった。副作用による治療中止は認めなかった。【結語】SOF/RBV療法で早期にHCV-RNA陰性化、肝機能及びAFPの改善を認めた。これまでウイルス排除が困難であったLCや高齢者に対してもHb低下に注意することで、安全に治療を行うことが可能と思われる。【謝辞】おたかの森病院 島田紀朋先生

S2-11 当院における sofosbuvir + ribavirin 併用療法の治療成績

豊橋市民病院 消化器内科

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

【背景】2014年9月、genotype 1型C型慢性肝炎・代償性肝硬変に対して認可されたdaclatasvir + asunaprevir併用療法に引き続き、2015年5月、genotype 2型に対してNS5Bポリメラーゼ阻害薬であるsofosbuvir (SOF) と ribavirin (RBV) の併用療法が使用可能となった。SOF + RBV併用療法のSVR率は高く、日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドライン(第4版)ではgenotype 2型のC型慢性肝炎患者に対する第1選択と位置付けている。【目的】当院におけるgenotype 2型の慢性C型肝炎患者に対するSOF+RBV併用療法の初期治療成績及び副作用を検討すること。【方法】2015年6月から2015年8月にSOF + RBV併用療法を開始し、2週間以上経過した14例を対象とした。男性7例、女性7例。平均年齢60.5歳。65歳以上は5例。慢性肝炎11例、代償性肝硬変3例。肝細胞癌治療歴のある1例については、遺残再発がないことを確認し治療導入した。IFN治療歴のある患者は5例、そのうち前治療無効1例、再燃1例、不耐容3例。IFN治療歴のない患者は9例。治療前の平均HCV-RNA量は5.14 log IU/mL。治療開始前ALT値が30 U/L未満の患者は2例、30 U/L以上の患者は12例。RBVは体重別規定量とした。SOF + RBV12週投与終了は1例、以下治療開始後8週経過8例、4週経過2例、2週経過3例である。【成績】HCV-RNA陰性化は、治療開始後4週で11例中9例(81.8%)、8週で9例中9例(100%)であった。投与終了1例は12週時点で陰性だった。4週時点で陰性化しなかった2例は、初回治療1例、IFN不耐容1例。ALT値は、治療前300 U/L以上だった12例全例で低下した。副作用はRBVの減量を要する貧血を5例(36%)に認めた。また、そう痒症3例、皮疹1例を認めたがいずれも外用薬・抗アレルギー薬内服で軽快した。他に倦怠感3例、鼻咽頭炎2

例を認めた。今回の経過中に投与中止例は認めていない。【結語】SOF + RBV併用療法は、治療開始早期から良好なHCV-RNA陰性化率が得られていた。また重篤な副作用が少なく比較的安心して使用できる治療法と考えられるが、再燃や肝細胞癌の抑制効果など含め、今後も症例の蓄積と検討が必要である。

S2-12 肝細胞癌に対する TS-1 の治療成績

刈谷豊田総合病院 内科

○仲島 さより、井本 正巳、浜島 英司

【背景 目的】局所療法の適応とならない進行肝癌の化学療法としては2009年に発売されたソラフェニブが用いられている。しかし、副作用が強く、適応がChild Pugh Aに限定されている。また、奏効率が低く、耐性患者では治療選択に難渋する。肝細胞癌に対するTS-1の有効例は多数の報告があり、当科でも使用している。今回、我々は当科における肝細胞癌に対するTS-1の使用経験を検討した。【対象・方法】2007年2月より2014年5月までに当科でTS-1を導入し、経過観察可能であった27例を対象とした。年齢は42-81才(中央値 66.9才)、男性23例、女性4例。病因はHCV:8例、HBV:9例、アルコール:8例、NASH 3例、原因不明 1例であった。肝予備能はChild Pugh A:9例、B:18例、C:0例であった。肝細胞癌の進行度はstage II:3例、III:10例、IVa:5例、IVb:9例であった。前治療歴は20例で有していた。【成績】1日投与量は80-120mg、平均105.2mgであった。投与期間は7-390日間で中央値は58日間であった。画像診断ではCR0例、PR:2例、SD:14例、PD:11例であった。腫瘍マーカーの低下は、AFPが24例中7例(29.2%)、PIVKAIIが22例中12例(54.5%)で低下していた。全生存期間は7-390日、中央値は58日であった。【結論】進行肝癌で化学療法の適応となる症例のうち、ソラフェニブが使用できない場合、TS-1は選択肢になり得る可能性がある。

S2-13 当院における肝がん陽子線治療の検討

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

当院に併設する陽子線治療センターでは、2013年6月より肝がんに対する陽子線治療を開始している。陽子線は、エネルギーに応じて一定の深さで止まり、止まる直前で最大のエネルギーを放出する特性をもつため、通常のX線治療と比較して周辺組織への影響を少なくしたまま腫瘍へ高線量を照射することができる。

【目的】肝がんに対する陽子線治療の有用性を手術療法、ラジオ波療法と比較検討する。

【方法】対象は、2013年6月から2015年5月までの2年間に当院で肝がん患者に対して陽子線治療を施行した142例、当院が開院した2011年6月から2015年5月までの4年間に肝がんに対して手術療法を施行し治療切除が確認できた22例、ラジオ波療法を施行し焼灼範囲に腫瘍の残存なしを確認できた40例。それぞれの治療において2年生存率、局所制御率、有害事象を比較検討した。さらに陽子線治療142例のうち75才未満101例と75才以上41例について2年生存率、有害事象を比較検討した。

【成績】陽子線の内訳は、年齢38~92歳(中央値72歳)、男/女 = 107/35、UICC分類I/II/III/IV = 64/49/28/1、手術は、42~81歳(中央値68歳)、男/女 = 19/3、UICC分類I/II/III/IV = 2/14/6/0、ラジオ波は、43~81歳(中央値72歳)、男/女 = 31/9、UICC分類I/II/III/IV = 2/21/7/10であった。ステージ別2年生存率(%)は、陽子線、手術、ラジオ波の順に、I/II/III = 93/80/48、100/83/83、100/100/100、局所制御率は、99%、100%、90%、grade 3以上の有害事象は、2例(grade 3)、1例(grade 5)、0例(P = 0.35)であった。陽子線治療における75歳未満vs.75才以上の2年生存率(%)は、74 vs. 86(P = 0.56)、grade 3以上の有害事象は、2例vs. 0例(P = 0.37)であった。

【考察】肝がんに対する陽子線治療の2年生存率、局所制御率、有害事象は、手術療法、ラジオ波療法と同等であり、高齢者でも治療効果に差を認めず安全な治療法であった。

【結論】肝がんに対する陽子線治療は、手術療法、ラジオ波療法にならぶ治療法になる可能性が示唆された。

一般演題 プログラム

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・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

09:00～09:28 大腸①

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 高橋 広城

01 CRT 後に肛門温存が可能となった下部直腸癌の1例

¹木沢記念病院 外科、²木沢記念病院 病理診断科

○池庄司 浩臣¹、尾関 豊¹、堀田 亮輔¹、山本 淳史¹、伊藤 由裕¹、坂下 文夫¹、
今井 直基¹、山田 鉄也²

02 外腸骨リンパ節転移をきたした横行結腸癌の1例

若手（専修医） 三重県立総合医療センター

○大村 悠介、登内 仁、小西 尚巳、山本 晃、岩田 崇、渡部 秀樹、
横江 毅、尾嶋 英紀、伊藤 秀樹、池田 哲也

03 集学的治療により長期生存中の stageIV 大腸癌の一例

若手（専修医） 岐阜大学医学部附属病院

○水谷 拓、荒木 寛司、渡邊 千晶、杉山 智彦、高田 淳、久保田 全哉、
井深 貴士

04 Streptococcus bovis による敗血症を契機に診断に至った早期大腸癌の1例

若手（専修医） 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鬼頭 佑輔、奥村 文浩、石原 亮、鈴木 雄太、福定 繁紀、加地 謙太、
尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、佐野 仁

05 10年間で内視鏡的に変化を認めなかった微小直腸カルチノイドの1例

若手（専修医） 静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

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

06 CTCにて急速な形態変化を捉えることができた大腸ポリープの1例

JCHO 中京病院

○飛鳥井 香紀、金子 望、井上 智司、杉村 直美、高口 裕規、井上 裕介、
戸川 昭三、長谷川 泉

07 慢性特発性大腸限局型偽性腸閉塞の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、

³三重大学医学部附属病院 消化管外科、⁴鈴鹿回生病院 消化器内科

○原田 哲朗¹、葛原 正樹²、作野 隆¹、吉澤 尚彦¹、北出 卓²、田野 俊介²、
山田 玲子¹、中村 美咲¹、濱田 康彦²、井上 宏之¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、
堀池 眞一郎⁴、近藤 哲³、川村 幹雄³、大北 喜基³、荒木 俊光³、楠 正人³、
竹井 謙之¹

08 止血に難渋した大腸憩室出血の一例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○松下 直哉、梶村 昌良、白井 直人、竹内 靖雄、西野 眞史、鈴木 崇弘

09 鳥骨の迷入によるS状結腸憩室炎の1例

名古屋市立東部医療センター

○近藤 力、伊藤 恵介、小田 佳世子、佐橋 秀典、荒木 幸子、浅野 剛、
川村 百合加、北川 美香、今井 宗憲、田中 義人、長谷川 千尋、川合 孝

10 生検で診断しえた腸管子宮内膜症の2例

東海病院

○北村 雅一、山田 健太、田中 達也、濱宇津 吉隆、石川 英樹、丸田 真也

11 左卵管水腫によりS状結腸軸捻転をきたした一例

若手（専修医）¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門科、³聖隷浜松病院 病理診断科○杉浦 喜一¹、小林 陽介¹、井上 照彬¹、宮津 隆裕¹、海野 修平¹、
瀧浪 将貴¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、熊岡 浩子¹、
清水 恵理奈¹、細田 佳佐¹、長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、浜野 孝²、
大月 寛郎³

12 腸重積をきたした虫垂粘液囊腫の1例

若手（専修医） 社会医療法人 宏潤会 大同病院

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

13 潰瘍性大腸炎術後に発症した門脈血栓症の検討

若手（研修医） 名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学

○三谷 結希、二宮 豪、中山 吾郎、服部 憲史、田中 友理、江坂 和大、
末岡 智、高見 秀樹、岩田 直樹、神田 光郎、林 真路、丹羽 由紀子、
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

- 14 プローブ型共焦点レーザー内視鏡が有用であった潰瘍性大腸炎関連大腸癌の一例
藤田保健衛生大学 消化管内科

○生野 浩和、内堀 遥、河村 知彦、前田 晃平、堀口 徳之、大森 崇史、
城代 康貴、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、田原 智満、長坂 光夫、中川 義仁、柴田 知行、大宮 直木

- 15 ランソプラゾールとアスピリンの単剤併用から配合剤への変更後に発症した
collagenous colitis の1例

若手（研修医） 磐田市立総合病院 消化器内科

○椎名 晃平、山田 貴教、大庭 行正、尾上 峻也、高鳥 真吾、松浦 友春、
伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、齋田 康彦、犬飼 政美

- 16 大腸粘膜下血腫を来したアミロイドーシスの一例

若手（専修医） 名古屋市立東部医療センター 消化器内科

○佐橋 秀典、伊藤 恵介、小田 佳世子、荒木 幸子、近藤 力、浅野 剛、
川村 百合加、北川 美香、今井 宗憲、田中 義人、長谷川 千尋、
川合 孝

- 17 漢方薬中止により軽快した静脈硬化性大腸炎の一例

若手（専修医） 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○石原 亮、水島 隆史、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、福定 繁紀、加地 謙太、
尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、奥村 文浩、佐野 仁

18 術前診断が困難であった硬化性血管腫の一例

¹愛知医科大学 消化器内科、²愛知医科大学 消化器外科

○山本 高也¹、中尾 春壽¹、井上 匡央¹、小林 佑次¹、石井 紀光¹、大橋 知彦¹、
中出 幸臣¹、佐藤 顕¹、伊藤 清顕¹、米田 政志¹、駒屋 憲一²、有川 卓²、
佐野 力²

19 増大傾向を認め腹腔鏡補助下肝切除術を施行した肝海綿状血管腫の二例

若手（専修医） 名古屋市立東部医療センター 消化器内科

○荒木 幸子、伊藤 恵介、佐橋 秀典、近藤 力、浅野 剛、川村 百合加、
北川 美香、今井 宗憲、田中 義人、長谷川 千尋、川合 孝

20 多発肝嚢胞に合併し、急速に増大・破裂をきたした肝細胞癌の1例

三重大学 医学部 肝胆脾・移植外科

○松田 明敏、加藤 宏之、岸和田 昌之、小松原 春菜、早崎 碧泉、松井 俊樹、
飯澤 祐介、種村 彰洋、村田 泰洋、安積 良紀、栗山 直久、水野 修吾、
臼井 正信、櫻井 洋至、伊佐地 秀司

21 6年間の自然経過観察で増大した肝原発神経内分泌腫瘍の一例

若手（専修医） ¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科、²名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

○鈴木 祐香¹、日下部 篤宣¹、内田 絵理香¹、鈴木 孝典¹、荒木 博通¹、
豊原 祥資¹、長尾 一寛¹、齋藤 彰敏¹、小島 一星¹、野尻 優¹、
水野 裕介¹、藤田 恭明¹、清水 周哉¹、蟹江 浩¹、山田 智則¹、
林 克巳¹、中沢 貴宏¹、田口 泰郎²、法水 信治²、坂本 英至²

22 術前に自然退縮したと考えられる肝細胞癌の1例

¹安城更生病院 消化器内科、²安城更生病院 外科

○三浦 眞之祐¹、竹内 真実子¹、浅井 清也¹、東堀 諒¹、市川 雄平¹、鶴留 一誠¹、
岡田 昭久¹、馬淵 龍彦¹、細井 努¹、平松 聖史²、新井 利幸²

23 肝腫瘍生検にて診断を得た節外性鼻型 NK/T 細胞リンパ腫の一例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器内科、²愛知県厚生連 海南病院 血液内科○青木 聡典¹、柴田 寛幸¹、吉岡 直輝¹、廣崎 拓也¹、石川 大介¹、國井 伸¹、
渡辺 一正¹、矢野 寛樹²、増田 有彩²、奥村 明彦¹

24 急性肝不全の経過をたどった肝原発悪性リンパ腫の1例

静岡市立清水病院

○池田 誉、窪田 祐幸、高柳 泰宏、小池 弘太、宇於崎 宏城

25 経皮的肝生検により診断し得た好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）の1例

若手（研修医） 浜松医科大学内科学第二講座 肝臓内科

○花岡 智彦、山崎 哲、小林 良正、川田 一仁、則武 秀尚、千田 剛士、
下山 真、太田 和義、松永 英里香

26 右鼠径ヘルニアを契機に、腎細胞癌と同時に発見された無症候性アメーバ性肝膿瘍の1例

¹浜松医科大学 第二内科、²磐田市立総合病院○松永 英里香¹、山田 貴教²、尾上 峻也²、高鳥 真吾²、松浦 友春²、伊藤 静乃²、
辻 敦²、高橋 百合美²、笹田 雄三²、斎田 康彦²、犬飼 政美²

27 術前画像診断で転移性肝癌が疑われ肝切除を施行した bile duct adenoma の一例

済生会松阪総合病院

○市川 健、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰、長沼 達史

28 当院で導入した IFN フリー治療における肝障害中止例の検討

若手（専修医） 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、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、
南 喜之、松田 宜賢、岡村 正造

29 皮膚障害により非完遂となったが SVR が得られた C 型肝炎 3 治療例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、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、吉川 恵史、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

30 直腸静脈瘤に対して EIS・EVL 同時併用療法（Endoscopic injection sclerotherapy with ligation : EISL）を施行した 1 例

春日井市民病院 消化器科

○奥田 悠介、祖父江 聡、岡山 幸平、隈井 大介、山本 友輝、小島 悠揮、
松本 朋子、管野 琢也、木村 幹俊、羽根田 賢一、池内 寛和、森川 友裕、
望月 寿人、平田 慶和、高田 博樹

31 6 年後に再ステント留置した門脈血栓症の一例

若手（専修医） 静岡市立静岡病院 消化器内科

○河合 歩、鈴木 博貴、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、小柳津 竜樹、田中 俊夫

32 難治性肝性胸水に対して胸腔 - 腹腔シャント術と腹腔 - 静脈シャント術を同時に施行した一例

¹聖隷三方原病院 消化器内科、²聖隷三方原病 肝臓内科

○佐藤 義久¹、坂西 康志²、多々内 暁光¹、山田 哲¹、久保田 望¹、仲間 直崇¹、
山下 龍¹

一般演題

第2会場

16:40～17:22 その他 座長 静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 松林 宏行

- 33 EUA-FNA 後にリンパ節転移が消失した胃 neuroendocrine carcinoma の1例
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

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

- 34 超音波ガイド下腫瘍生検にて診断しえた腹膜中皮腫の1例
若手（研修医） 豊橋市民病院 消化器内科

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

- 35 ステロイド治療により結腸膀胱瘻を形成したIgG4関連骨盤内腫瘍の1例
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

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

- 36 診断に苦慮した腹部放線菌症の1例
岐阜県立多治見病院 消化器内科

○尾関 貴紀、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、福定 繁紀、加地 謙太、
安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、奥村 文浩、佐野 仁

- 37 大腸癌化学療法中に脳アミロイドアンギオパチーを来した1例
若手（専修医） 名古屋市立西部医療センター 消化器内科

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

- 38 播種性平滑筋腫の一例

名古屋市立大学 医学部 消化器外科

○坪井 謙、高橋 広城、原 賢康、佐川 弘之、石黒 秀行、松尾 洋一、竹山 廣光

一般演題

第3会場

16:10～16:38 小腸①

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 田中 千恵

39 当院で経験した回腸憩室炎の3例

藤枝市立総合病院

○金子 雅直、丸山 保彦、山本 晃大、志村 輝幸、寺井 智宏、大島 昭彦、
景岡 正信

40 完全腹腔鏡下に修復し得た魚骨小腸穿通の1例

若手（専修医） 鈴鹿中央総合病院

○服部 可奈、野口 大介、草深 智樹、大森 隆夫、藤永 和寿、大倉 康生、
金児 博司、田岡 大樹

41 腸管外アニサキスが原因と疑われた腸閉塞の一例

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

○榎田 浩平¹、青山 弘幸¹、佐藤 辰宣¹、増井 雄一¹、青山 春奈¹、
川合 麻実¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、大野 和也¹、菊山 正隆¹、
大島 典彦²

42 術中インドシアニンググリーン（ICG）蛍光観察法が有用であった非閉塞性腸間膜虚血症（NOMI）の1例

名古屋市立大学 消化器外科

○社本 智也、原 賢康、溝口 公士、佐川 弘之、坪井 謙、森本 守、田中 達也、
坂本 宣弘、高橋 広城、寺下 幸夫、若杉 健弘、石黒 秀行、松尾 洋一、
竹山 廣光

16:38～16:59 小腸②

座長 静岡県立総合病院 消化器センター 消化管内科 大野 和也

43 貧血を契機に発見された小腸原発血管肉腫の1例

若手（研修医）¹社会医療法人 財団新和会 八千代病院、²西尾市民病院

○安藤 雅能¹、白井 修¹、氏原 正樹¹、樋口 俊哉¹、三浦 正博¹、
小鳥 達也¹、長谷川 太作²

44 興味深い形態を呈した小腸 GIST の1例

若手（専修医） 浜松医療センター 消化器内科

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

45 アダリムマブ、プレドニゾロンが著効した単純性小腸潰瘍症の一例

若手（専修医） 蒲郡市民病院

○成田 幹誉人、市川 紘、成田 圭、佐宗 俊、小田 雄一、安藤 朝章

一般演題

第4会場

09:00～09:28 食道① 座長 名古屋第二赤十字病院 消化器内科 山田 智則

46 異なる経過をたどった急性壊死性食道炎の2例

若手（専修医） 春日井市民病院

○小島 悠揮、平田 慶和、岡山 幸平、隈井 大介、山本 友輝、松本 朋子、
管野 琢也、木村 幹俊、奥田 悠介、羽根田 賢一、池内 寛和、森川 友祐、
望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

47 好酸球性食道炎が疑われた9例の検討

¹名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学 医学部附属病院 光学医療診療部

○小宮山 琢真¹、宮原 良二¹、舩坂 好平²、松崎 一平¹、横山 敬史¹、
菊地 正和¹、大林 友彦¹、浅井 裕充¹、松岡 歩¹、小林 健一²、松井 健一¹、
藤吉 俊尚¹、山村 健史²、大野 栄三郎¹、中村 正直¹、川嶋 啓揮¹、渡辺 修¹、
前田 修¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

48 バルーン拡張術が奏効した巨大食道憩室を合併した食道アカラシアの1例

名古屋掖済会病院 消化器科

○大橋 暁、神部 隆吉、岩田 浩史、水谷 佳貴、佐橋 学、橋口 裕樹、倉田 祥行、
寺田 剛、平松 健

49 食道運動障害を伴う難治性食道憩室の1例

若手（研修医） ¹愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター、²愛知医科大学 消化器外科

○鈴木 健太¹、宮地 正彦²、内野 大倫²、駒屋 憲一²、齋藤 卓也²、
安藤 景一²、石黒 成治²、大橋 紀文²、有川 卓²、小松 俊一郎²、
佐野 力²

50 扁平上皮癌と小細胞癌を有した食道癌の1例

若手（専修医） 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

○菅田 亮太郎、金子 望、井上 智司、杉村 直美、飛鳥井 香紀、高口 裕規、
井上 裕介、戸川 昭三、長谷川 泉

51 多発筋炎に合併した食道癌の一切除例

¹名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学、²名古屋大学大学院医学系研究科神経内科学

○田中 晴祥¹、小池 聖彦¹、丹羽 由紀子¹、岩田 直樹¹、高見 秀樹¹、林 真路¹、
神田 光郎¹、小林 大介¹、田中 千恵¹、山田 豪¹、中山 吾郎¹、藤井 努¹、
杉本 博行¹、藤原 道隆¹、辻河 高陽²、原 一洋²、小寺 泰弘¹

52 食道癌手術における亜全胃再建法についての検討

若手（専修医） 岐阜大学 医学部 腫瘍外科

○高野 仁、田中 善宏、篠田 智仁、土屋 博、平田 伸也、櫻谷 卓司、
加藤 順子、前田 健一、棚橋 利行、松井 聡、今井 寿、佐々木 義之、
奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

53 胃 glomus 腫瘍の一例

若手（研修医） 豊橋市民病院 消化器内科

○加納 佑一、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、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、
南 喜之、山本 崇文、岡村 正造

54 ESD にて治療を施行した AFP 産生早期胃癌の一例

中野胃腸病院 消化器科

○齋藤 慎一郎、深尾 俊一、奥嶋 一武、中野 浩一郎、安藤 拓也、前田 頼佑、
神谷 賢吾、村瀬 寛倫、横田 洋子、伊藤 寛

55 当院で経験した胃底腺型胃癌7例の臨床病理学的検討

¹静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、²静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

○間 浩正¹、川田 登¹、田中 雅樹¹、角嶋 直美¹、滝沢 耕平¹、伊藤 紗代¹、
今井 健一郎¹、堀田 欣一¹、松林 宏行¹、下田 忠和²、小野 裕之¹

56 早期胃癌におけるリンパ節転移の検討

若手（専修医） 岐阜大学 医学部 腫瘍外科

○土屋 博、奥村 直樹、篠田 智仁、平田 伸也、櫻谷 卓司、前田 健一、
加藤 順子、棚橋 利行、田中 善宏、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、
吉田 和弘

57 肝・骨転移を来した胃 GIST に対しイマチニブが奏功した1例

若手（専修医） ¹春日井市民病院 消化器科、²愛知医科大学病院

○松本 朋子¹、近藤 好博²、井澤 晋也²、平田 慶和¹、高田 博樹¹、
祖父江 聡¹、海老 正秀²、小笠原 尚高²、佐々木 誠人²、春日井 邦夫²

58 上部消化管内視鏡止血術後に肝膿瘍を発症した1例

若手（専修医） 春日井市民病院 消化器内科

○山本 友輝、平田 慶和、岡山 幸平、隈井 大介、小島 悠揮、管野 琢也、
松本 朋子、奥田 悠介、木村 幹俊、羽根田 賢一、池内 寛和、森川 友裕、
望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

59 右胃大網動脈瘤穿破により繰り返される上部消化管出血に対してコイル塞栓術が奏功した一例

若手（専修医） ¹愛知厚生連 知多厚生病院、²名古屋市立大学病院 大学院医学研究科 放射線医学

○鈴木 健人¹、田中 創始¹、酒井 貴央¹、梶 昭太¹、西崎 章浩¹、
山田 修司¹、村瀬 和敏¹、富本 茂裕¹、下平 政史²、丹村 敏則¹、
高橋 佳嗣¹、宮本 忠壽¹

60 幽門狭窄で発症しクローン病と診断された高度肥満の一例

若手（専修医） ¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 消化管内科、

³静岡県立総合病院 肝胆脾内科

○青山 春奈¹、黒上 貴史²、大野 和也²、菊山 正隆³、白根 尚文³、
川合 麻美¹、榎田 浩平¹、増井 雄一¹、青山 弘幸¹、佐藤 辰宣¹

61 肥満症に対して内視鏡的胃内バルーン留置術を施行した3例

名古屋徳洲会総合病院

○今神 透、高山 悟、林 祐一、坂本 雅樹

14:00～14:35 膵臓①

座長 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部 肱岡 範

62 診断に Angio CT が有用であった膵腫瘍の 1 例

若手（専修医）¹朝日大学 歯学部付属 村上記念病院 消化器内科、

²朝日大学 歯学部付属 村上記念病 外科

○中畑 由紀¹、大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、北江 博晃¹、冨江 晃¹、

大島 靖弘¹、八木 信明¹、川部 篤²、久米 真²

63 通常型膵癌と術前診断した膵神経内分泌腫瘍の 1 切除例

若手（専修医） 名古屋市立西部医療センター

○山東 元樹、平野 敦之、中西 和久、遠藤 正嗣、尾関 智紀、西垣 信宏、

山川 慶洋、山下 宏章、小島 尚代、木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

64 副脾との鑑別を要した膵尾部非機能性神経内分泌腫瘍の 1 切除例

若手（専修医）¹松阪中央総合病院 外科、²松阪中央総合病院 胃腸科

○藤村 侑¹、田端 正己¹、阪本 達也¹、前田 光貴¹、大澤 一郎¹、

加藤 憲治¹、岩田 真¹、三田 孝行¹、塩野 泰功²、小島 真一²、

川崎 優也²、浦出 伸治²、金子 昌史²、山中 豊²、直田 浩明²、

小林 一彦²

65 膵神経内分泌腫瘍を契機に発端者として診断に至った多発性内分泌腫瘍症 1 型の 2 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、

³愛知県がんセンター中央病院 認定遺伝カウンセラー、

⁴愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部

○鳥山 和浩¹、肱岡 範¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、今岡 大¹、大瀬戸 久美子³、

田中 努²、石原 誠²、奥野 のぞみ¹、稗田 信弘¹、吉田 司¹、千田 嘉毅⁴、

夏目 誠治⁴、田近 正洋²、清水 泰博⁴、山雄 健次¹、丹羽 康正²

66 膵 mixed adeno-neuroendocrine carcinoma の 1 例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科

○安江 祐二、乾 和郎、片野 義明、三好 広尚、小林 隆、山本 智支、

松浦 弘尚、成田 賢生、鳥井 淑敬、森 智子、細川 千佳生、黒川 雄太、

大屋 貴裕、溝口 良順、稻田 健一

14:35～15:10 膵臓②

座長 名古屋市立西部医療センター 消化器内科 平野 敦之

67 化学放射線療法後に切除した大動脈リンパ節周囲リンパ節転移膵体部癌の1例

¹木沢記念病院 外科、²木沢記念病院 病理診断センター

○堀田 亮輔¹、今井 直基¹、伊藤 由裕¹、坂下 文夫¹、山本 淳史¹、池庄司 浩臣¹、
尾関 豊¹、山田 鉄也²

68 化学療法が著効し、根治的外科手術を施行し得た StageIVb 膵癌の2例

若手（専修医） 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、

³愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部

○藤田 曜¹、肱岡 範¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、今岡 大¹、田近 正洋²、
田中 努²、石原 誠²、清水 泰博³、千田 嘉毅³、夏目 誠治³、吉田 司¹、
奥野 のぞみ¹、稗田 信弘¹、丹羽 康正²、山雄 健次¹

69 転移性膵腫瘍の3例

名古屋市立西部医療センター

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

70 後腹膜未分化多形肉腫の一剖検例

若手（専修医） 聖隷浜松病院 消化器内科

○井上 照彬、細田 佳佐、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、
小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、熊岡 浩子、清水 恵理奈、
長澤 正通、佐藤 嘉彦

71 中心部石灰化を伴った膵 SPN の一例

若手（専修医） ¹愛知医科大学病院 消化管内科、²愛知医科大学病院 肝胆膵内科

○名古屋 拓郎¹、井上 匡央²、小林 佑次²、山本 高也²、石井 紀光²、
大橋 知彦²、中出 幸臣²、佐藤 顕²、伊藤 清顕²、中尾 春壽²、
春日井 邦夫¹、米田 政志²

72 肝嚢胞感染を合併した急性閉塞性化膿性膵管炎の一例

若手（研修医）¹浜松医科大学 第一内科、²光学医療診療部、³臨床腫瘍学講座、
⁴臨床研究管理センター

○芹澤 亜紗美¹、森 泰希¹、杉本 健¹、山田 景子¹、山田 洋介¹、
伊藤 達弘¹、杉山 智洋¹、田村 智¹、岩泉 守哉¹、濱屋 寧^{1, 3}、
高垣 航輔¹、大澤 恵²、古田 隆久^{1, 4}

73 保存的に加療した仮性膵嚢胞大腸穿通の一例

稲沢市民病院 消化器内科

○武藤 久哲、名倉 明日香、神田 信之、坂田 豊博

74 膵体尾部欠損症に輪状膵を合併したと思われる1例

若手（専修医） 岐阜県総合医療センター

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

75 成分栄養療法が有効であったアルコール性慢性膵炎の一例

若手（専修医） 愛知県厚生連 海南病院 消化器内科

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

76 正中弓状靱帯圧迫症候群が原因と考えられた膵十二指腸動脈瘤破裂の2例

若手（専修医） 聖隷浜松病院 消化器内科

○宮津 隆裕、芳澤 社、井上 照彬、杉浦 喜一、海野 修平、瀧浪 将貴、
小林 陽介、木全 政晴、室久 剛、熊岡 浩子、清水 恵理奈、細田 佳佐、
長澤 正通、佐藤 嘉彦

15:45～16:13 膵臓④

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮

77 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症（EGPA）の合併が示唆される IgG4関連疾患の一例

若手（専修医） 宏潤会 大同病院

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

78 当院にて悪性腫瘍を合併した自己免疫性膵炎の検討

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、杉本 真也、高見 麻佑子、
村林 桃土、伊藤 達也、奥田 奈央子、天満 大志、橋本 有貴

79 異時性に多臓器穿破した IPMN の1例

若手（専修医） 名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○内田 絵理香、林 克巳、鈴木 孝典、荒木 博通、豊原 祥資、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、
清水 周哉、蟹江 浩、日下部 篤宣、山田 智則、中沢 貴宏

80 McCune-Albright 症候群に合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）の一例

¹三重大学 医学部付属病院 光学医療診療部、

²三重大学 医学部付属病院 消化器・肝臓内科、

³三重大学 医学部付属病院 肝胆膵・移植外科、⁴三重大学 医学部付属病院 病理部

○北出 卓¹、井上 宏之²、山田 玲子²、吉澤 尚彦²、田野 俊介¹、作野 隆²、
原田 哲朗²、中村 美咲²、濱田 康彦¹、葛原 正樹¹、田中 匡介¹、堀木 紀行¹、
村田 泰洋³、伊佐地 秀司³、藤原 雅也⁴、竹井 謙之²

16:13～16:41 胆道①

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学 水野 隆史

81 右側肝門索を有する胆嚢結石症に対して単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例
若手（専修医） 市立伊勢総合病院 外科

○弓削 拓也、伊藤 史人、武井 英之、岡本 篤之、野田 直哉

82 CT検査で術前診断し、緊急胆嚢摘出術を施行した胆嚢捻転症の2例
若手（専修医） 名古屋記念病院 消化器内科

○天池 真名美、村上 賢治、河辺 健太郎、高田 真由子、吉井 幸子、
伊藤 亜夜、中舘 功、長谷川 俊之、鈴木 重行

83 血腫が下部胆管に陥頓し胆石性膵炎様の病態を呈した出血性胆嚢炎の1例
岐阜県立多治見病院

○加地 謙太、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、福定 繁紀、尾関 貴紀、
安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、奥村 文浩、佐野 仁

84 腹部超音波検査が診断に有用であった胆嚢癌肉腫の1例
藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科

○大城 昌史、野村 小百合、高村 知希、越智 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

16:41～17:16 胆道②

座長 三重大学大学院医学系研究科 消化器・肝臓内科 井上 宏之

85 B3に局限した胆管狭窄を呈した IgG4関連硬化性胆管炎の一例

若手（専修医） 豊橋市民病院 消化器内科

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

86 胆管癌との鑑別に苦慮した IgG4関連硬化性胆管炎の1例

若手（専修医） ¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 内視鏡センター、

³春日井市民病院 外科

○松本 朋子¹、岡山 幸平¹、隈井 大介¹、山本 友輝¹、小島 悠揮¹、
管野 琢也¹、奥田 悠介¹、木村 幹俊¹、羽根田 賢一¹、池内 寛和¹、
森川 友裕¹、平田 慶和¹、祖父江 聡¹、望月 寿人²、高田 博樹²、
山口 竜三³、中橋 剛一³

87 原発性硬化性胆管炎に合併した早期胆管癌の1例

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

³三重大学医学部附属病院 肝胆膵移植外科

○田野 俊介¹、井上 宏之²、山田 玲子²、吉澤 尚彦²、北出 卓¹、作野 隆²、
原田 哲朗²、中村 美咲²、濱田 康彦¹、葛原 正樹¹、田中 匡介¹、堀木 紀行¹、
水野 修吾³、伊佐地 秀司³、竹井 謙之²

88 診断後4ヶ月間の待機期間を経て肝右3区域切除を行った肝門部胆管癌の1例

名古屋大学大学院 腫瘍外科

○渡辺 伸元、江畑 智希、横山 幸浩、伊神 剛、菅原 元、水野 隆史、山口 淳平

89 胆管顆粒細胞腫の1例

若手（研修医） 半田市立半田病院 消化器内科

○石藏 亜樹、杉本 啓之、大塚 泰郎、神岡 諭郎、森井 正哉、古根 聡、
廣瀬 崇、吉田 大

一般演題 抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・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。

01

CRT後に肛門温存が可能となった下部直腸癌の1例

¹木沢記念病院 外科、²木沢記念病院 病理診断科

○池庄司 浩臣¹、尾関 豊¹、堀田 亮輔¹、山本 淳史¹、伊藤 由裕¹、坂下 文夫¹、今井 直基¹、山田 鉄也²

症例は40歳の女性で、2013年秋頃より血便を自覚していた。血便の増悪とともに便秘症状も出現してきたため2014年4月中旬に当院消化器科を受診した。大腸内視鏡検査で肛門縁から約2cmの部位に下縁を触知する約2/3周性の2型腫瘍を指摘された。生検でGroup5、分化型腺癌の診断であり、注腸造影検査も行いRb下部直腸癌と診断した。腫瘍マーカーはCEAが236.7と異常高値であった。全身検索のため施行した造影CT検査、PET検査では明らかな、転移を疑う所見は認めなかったが進行下部直腸癌であり、患者と相談の結果、肛門温存の可能性を追求するため術前CRTを行う方針とした。5月下旬よりFOLFOX療法ならびに放射線照射(IMRT)を施行した。FOLFOX療法は4サイクル施行し、IMRTは計45Gy行い、8月に再評価を行った。腫瘍マーカーはCEA8.2と著明に低下し、CT検査でも腫瘍の50%以上の縮小が得られた。患者の肛門温存希望も強く、9月上旬、腹腔鏡下に内肛門括約筋切除を伴う直腸前方切除術(ISR)を施行した。CRT前の検査でも側方リンパ節の腫大は認めず、側方郭清は省略し、3群リンパ節郭清を行った。回腸で一時的ストマを作成した。手術時間は4時間56分、出血量は100gであった。術後経過は良好で術後第12病日に退院した。病理結果はtub1、pT3(SS)、ly0、v0、切除端陰性、pN0(0/20)、術前治療の効果判定はGrade2であった。術後補助化学療法を6ヶ月間施行したのち、2015年6月にストマ閉鎖術を施行し、便失禁などの症状は認めていない。現在、手術から約11ヶ月が経過し無再発生存中である。本症例につき若干の文献的考察を加えて報告する。

02

外腸骨リンパ節転移をきたした横行結腸癌の1例

三重県立総合医療センター

○大村 悠介、登内 仁、小西 尚巳、山本 晃、岩田 崇、渡部 秀樹、横江 毅、尾嶋 英紀、伊藤 秀樹、池田 哲也

症例は65歳男性。食欲不振・腹痛が続くため近医でCTを施行した。結腸脾湾曲部に壁肥厚とそれに接した60mm大の膿瘍腔を認めたために紹介となった。入院後、大腸内視鏡検査で脾湾曲部に全周性の2型病変を認め、生検で高分化腺癌が得られたため、結腸切除術、横行結腸人工肛門造設術を施行した。横行結腸に6cm大の全周性の2型病変を認め、潰瘍底で膿瘍腔に穿通していた。第24病日に退院となった。外来follow中のCTで右外腸骨リンパ節の増大を認め、PET-CTでも同部位に孤立性の集積を認めたため、横行結腸癌 右外腸骨リンパ節転移の診断で腫瘍摘出術を行った。腫瘍は6cm×5cm×3cmの大きさであり、右外腸骨静脈分岐部に存在した。病理では前回の組織と類似しており、横行結腸癌の転移と診断した。術後5ヶ月の現在、再発の徴候を認めていない。大腸癌の外腸骨リンパ節転移は珍しく、今回文献的考察を加えて報告する。

03

集学的治療により長期生存中のstageIV大腸癌の一例

岐阜大学医学部附属病院

○水谷 拓、荒木 寛司、渡邊 千晶、杉山 智彦、高田 淳、久保田 全哉、井深 貴士

【緒言】転移のある大腸癌は一般的に予後不良とされているが、近年、集学的治療により長期生存が得られた報告例が増加している。今回集学的治療により長期生存中の一例を経験したため、ここに報告する。【症例】40歳代男性【現病歴】2011年X月心窩部痛にて近医受診。腹部USにて肝左葉をほぼ置換するような10cm大の内部不均一な腫瘍を認めた。同日の採血にてCEA99.4ng/mlと高値を認め当科紹介となった。下部消化管内視鏡検査で、直腸に半周性の2型病変を認めた。生検にてadenocarcinoma (tub1-2)、EGFR(+) KRAS wildと診断した。【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒なし 喫煙30本/day×20年【経過】CT検査にて肝左葉97mmの腫瘍を初めとした多発肝腫瘍を認め、直腸癌stageIVと診断した。化学療法を先行させ、腫瘍縮小を認めれば手術を施行する方針となった。X月よりFOLFOX6+Cmabを4コース施行。PRと診断し、X+3月腹腔鏡下直腸低位前方切除術(D2)+肝切除(肝左葉切除+S5、6部分切除)施行した。術後mFOLFOXを6コース施行し、CRと判断したため、本人との相談の上治療終了とした。X+11月PET-CTにて肺転移を認め、左舌下葉切除術施行した。術後の造影CTにて肝転移を認めたためFOLFIRI+Bmabを4コース施行後肝部分切除術を施行した。術後FOLFIRI+Cmab6コース施行したが、肝転移を再度認めたため、X+27月RFAを施行した。その後FOLFIRI+Cmabを38コース施行した。X+41月腫瘍マーカーの上昇を認め、PET-CTで再度肝転移を認め、肝部分切除を施行した。そ

の後FOLFOX+Pmab、sLV5FU2+Pmab施行し、発症から50か月以上経過した2015年9月現在、無再発で加療を継続している。【考察】stageIVの大腸癌に対しても、化学療法、外科的手術、RFAなどの集学的な治療を行うことで長期生存を期待することができる。

04

Streptococcus bovisによる敗血症を契機に診断に至った早期大腸癌の1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鬼頭 佑輔、奥村 文浩、石原 亮、鈴木 雄太、福定 繁紀、加地 謙太、尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、佐野 仁

患者は76歳男性。既往に糖尿病、脳梗塞、心房細動、慢性心不全、僧帽弁狭窄症があり、66歳時に僧帽弁置換術(機械弁)を受けている。x年3月6日、発熱、倦怠感、筋肉痛を主訴に来院した。初診時38.5℃の発熱を認め、呼吸数は24回/minと呼吸促進状態であり、90bpmと軽度の頻脈性心房細動を認めた。血液生化学検査では白血球11500/μL、CRP16.4mg/dLと炎症反応上昇を認め、プロカルシトニンは4+と強陽性を示した。SIRS診断基準を満たし敗血症と考え、感染性心内膜炎や肺炎、胆管炎、腎盂腎炎、腸炎など炎症のfocusを経胸壁心臓超音波検査、CTなどにより精査したが、明らかな熱源は同定できなかった。熱源不明の敗血症としてエンピリックにドリベナム0.5g×3回/dayにて入院加療を開始した。第4病日に入院時の血液培養よりStreptococcus bovis groupに属するStreptococcus gallolyticusが同定されたため、抗菌薬感受性に従ってペニシリンG200万単位×6回/dayへとde-escalationを行った。治療に対する反応は良好であり、第3病日には白血球数が正常化し、第5病日には解熱が得られた。第9病日にはCRPも陰性化し、第13病日に退院となった。第11病日に行った経食道心臓超音波検査でも機械弁、自己弁ともに疣贅の形成は見られなかった。Streptococcus bovisによる敗血症と大腸癌性腫瘍の関連が報告されているため、退院後の第67病日に大腸内視鏡検査を施行し、上行結腸に20mm大のIsp型ポリープを認めた。第114病日に内視鏡的粘膜切除術を施行し、病理結果は高分化腺癌、pTis、INF aLy0、v0、LM(-)、HM(-)であった。本邦では欧米に比べてStreptococcus bovisによる敗血症と大腸癌性腫瘍の関連についての報告が少なく、若干の文献的知見を加えて報告する。

05

10年間に内視鏡的に変化を認めなかった微小直腸カルチノイドの1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

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

【背景】10mm以下で中心陥凹を伴わない直腸カルチノイドは転移リスクが低いために、治療方針として内視鏡的粘膜切除術が選択されることが多い。また、大腸癌に比べ発育進展が緩徐であると考えられているが、原発切除後転移巣の長期間経過観察の報告があるのみで、無治療で長期間経過観察された症例の報告は認めず、発育速度などの自然経過は明らかではない。

【症例】40歳代、女性。子宮頸癌の術前精査目的の大腸内視鏡検査で、下部直腸前壁に、非腫瘍粘膜に被覆された、黄色調を呈する3mm大の隆起性病変を指摘された。表面に陥凹やびらんは認めなかった。生検により直腸カルチノイドと診断されたが、子宮頸癌の治療を優先し経過観察の方針となった。子宮頸癌は、治療後10年間、胸部レントゲン検査と腹部造影CT検査において明らかな局所再発や遠隔転移を認めなかった。直腸カルチノイドは、1-2年毎に大腸内視鏡検査を施行し経過観察されてきたが、10年目の大腸内視鏡検査においても腫瘍径及び形態に大きな変化を認めなかった。なお生検は初診時のみであり、生検による腫瘍縮小の修飾はほとんどない。また前述の画像検査において、明らかな深部浸潤や遠隔転移も認めなかった。子宮頸癌は無再発で経過良好であったために、直腸カルチノイドの治療を薦めたところ同意された。超音波内視鏡検査では明らかな固有筋層浸潤を認めず、深達度SMと診断し、ESMR-L(Endoscopic submucosal resection with ligation device)法により一括摘除した。病理診断結果はCarcinoid, neuroendocrine tumor, Grade 1, pSM, ly0, v0, pHM0, pVM0であった。免疫組織学的検査ではchromogranin A, synaptophysin, CD56陽性であり、細胞分裂像はほとんど認めず、かつKi-67標識率は1.0%(10個/1000)であった。転移リスクは極めて低いと判断し、経過観察の方針とした。現在、無再発経過観察中である。

【結語】10年間経時的に内視鏡的所見を観察しえた微小直腸カルチノイドの1例を経験した。本例は内視鏡的に増大や形態変化を呈さず、カルチノイドの発育が非常に緩徐である可能性が示唆された。

06

CTCにて急速な形態変化を捉えることができた大腸ポリープの1例

JCHO 中京病院

○飛鳥井 香紀、金子 望、井上 智司、杉村 直美、高口 裕規、井上 裕介、戸川 昭三、長谷川 泉

症例は66歳女性。45歳時に子宮頸癌で子宮全摘術の既往あり。2009年に便潜血陽性にて大腸内視鏡を施行するも高度癒着のため深部挿入できず、後日シングルバルーン小腸内視鏡を用いて全結腸の観察を行った。脾彎曲に3mmのIIaポリープを指摘されたが小病変のため経過観察となった。以後、年に1回の注腸造影を行い、2014年からはCT colonography（以下CTC）を行った。2014年のCTCまでは病変の変化は認めなかったが、2015年2月に施行したCTCにて脾彎曲に10mm大のIIa+IIc病変を指摘された。sedation下で大腸内視鏡を施行したところ、脾彎曲にCTCと同様の所見を認め、拡大内視鏡観察にて表面にVN pit patternを認めSM深部浸潤癌と診断した。病変の部位及び周囲の血管陰影などから2009年に指摘された病変と同一であると考えた。造影CTにて明らかな転移を認めず、同年5月腹腔鏡下左半結腸切除術施行。病理診断ではMP浸潤癌であった。CTCが大腸病変の経過観察に有用であると考えられたことと共に、長期にわたりほとんど変化を認めなかった病変が、短期間で急速に増大した経過を追うことができた貴重な症例でありここに報告する。

07

慢性特発性大腸限局型偽性腸閉塞の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、

³三重大学医学部附属病院 消化管外科、

⁴鈴鹿国生病院 消化器内科

○原田 哲朗¹、葛原 正樹²、作野 隆¹、吉澤 尚彦¹、北出 卓²、田野 俊介¹、山田 玲子¹、中村 美咲¹、濱田 康彦³、井上 宏之¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、堀池 眞一郎⁴、近藤 哲³、川村 幹雄³、大北 喜基³、荒木 俊光³、楠 正人³、竹井 謙之¹

【症例】72歳男性【既往歴・内服歴・家族歴】特記事項なし【経過】2013年頃より腹部膨満、便秘傾向を認めていた。2014年12月前医で右鼠径ヘルニアに対して手術予定であったが、術前CTで横行結腸に著明な拡張を認め、前医入院となった。注腸検査ではS状結腸から深部への造影剤の流入が悪く、S状結腸から下行結腸にかけて拡張不良の所見を認めた。また大腸内視鏡検査では、S状結腸から下行結腸に狭窄や上皮性変化は認めず、横行結腸から上行結腸にかけて拡張を認めた。また横行結腸には連続性に3条の縦走潰瘍を認めた。虚血性腸炎の疑いで中心静脈栄養による保存的治療が行われたが、大腸の拡張・縦走潰瘍に改善は認めなかった。経肛門イレウスチューブを留置された上、2015年2月当院転院となった。転院後に行った経肛門ダブルバルーン内視鏡検査では、横行結腸に縦走潰瘍が残存しており、回盲部から下部回腸には異常は認めなかった。大腸には閉塞起点を認めず、偽性腸閉塞と判断した。内科的治療で改善がないことから、外科手術の方針となった。同年3月腹腔鏡下大腸全摘、回腸人工肛門造設、腹腔鏡下鼠径ヘルニア修復術が施行された。同年4月退院となり、退院後に症状再燃は認めなかった。大腸摘出標本の病理診断では、S状結腸のcaliber changeの肛門側で神経節細胞が消失していた。口側の拡張部分は非特異的炎症所見のみで、縦走潰瘍は閉塞性大腸炎によるものと考えられた。神経節細胞の消失する病態として、慢性特発性大腸限局型偽性腸閉塞症、成人型Hirschsprung病の可能性が考えられた。肛門内圧測定で直腸肛門反射の陽性を確認し、慢性特発性大腸限局型偽性腸閉塞症を最終診断とした。排便造影では、直腸内の造影剤は正常に排泄されることから、人工肛門閉鎖を行う方針となった。同年8月再入院にて高位前方切除、回腸直腸吻合、回腸人工肛門閉鎖術を行った。術中迅速診断にて肛門側断端の神経節細胞の有無を確認した。【結論】慢性特発性大腸限局型偽性腸閉塞の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

08

止血に難渋した大腸憩室出血の一例

JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

○松下 直哉、梶村 昌良、白井 直人、竹内 靖雄、西野 眞史、鈴木 崇弘

【症例】67歳、女性【主訴】下血【既往歴】脳出血、脳梗塞、胆嚢摘出術後、右肺嚢術後、腰部脊柱管狭窄症、高血圧症【経過】2015年7月上旬より鮮血便が出現。その後も持続するため近医受診、諸検査から大腸憩室出血が疑われたため、当院紹介受診。入院後は絶食補液・止血剤での腸管安静を開始、長期内服されていた抗血小板薬も中止し、保存的な経過観察での自然止血を期待したが、連日下血が続く状況であった。以後1週間の経過でも下血が持続、絶食期間も長期化したため、第8病日にCVカテーテルを挿入し、TPNへ移行。その後

も自然下血徴候はなく、第13病日にTCSを施行。全結腸にわたり憩室が多発、その一部からはoozingを認め、上行～横行結腸憩室の一部へクリップを行ったが、広範囲にわたり多数する憩室からの同時出血が疑われ、完全なクリップ法による縫縮止血は不可能な状況であった。以後も下血が持続、第19病日に施行した出血シンチでは、開始後45～60分のdynamic撮影時に上行結腸肝彎曲付近で集積増強像を認め、同部位が出血源と思われる。第21病日に結口腸管洗腸剤の前処置を行い、2回目のTCSを施行。出血シンチにて疑われた肝彎曲付近の憩室を主体に計12個のクリップ縫縮を施行。以後、再下血を認めず、第22病日に止血促進の目的でFFP製剤とアルブミン製剤の投与も追加。その後も数日間の絶食にて経過観察を行ったが再下血はみられず、第26病日より食事再開。以後も再下血無く経過し、茶色軟便も確認。血液検査での貧血進行もみられず、第30病日に退院となった。【考察】近年は内視鏡的止血法としてEBLも注目されているが、本症例の様に責任憩室が深部かつ多数である場合は、病巣へのアプローチや手技がより容易なクリップ法をまず試み、長期的な再出血を生じる際にはEBLやIVRなどの検討が望ましいと思われる。若干の文献的考察も含めて報告する。

09

鳥骨の迷入によるS状結腸憩室炎の1例

名古屋市立東部医療センター

○近藤 力、伊藤 恵介、小田 佳世子、佐橋 秀典、荒木 幸子、浅野 剛、川村 百合加、北川 美香、今井 宗憲、田中 義人、長谷川 千尋、川合 孝

【症例】75歳男性【主訴】左下腹部痛【既往歴】特になし【原病歴】平成26年5月某日、約1ヵ月前より左下腹部と炎症反応高値が持続し、近医にて抗生剤治療を行うも改善しないため当院紹介受診された。【現症】左下腹部に限局した圧痛あり腫瘍は触知しない。Blumberg徴候なし。【血液検査】WBC 8,930/ μ l、RBC 487万/ μ l、Hb 14.4 g/dl、CRP 0.2 mg/dl【腹部CT】S状結腸に多発憩室あり、一部に限局性壁肥厚と脂肪織混濁を認め点状石灰化を認めた。【経過】憩室炎の診断にて抗生物質(LVFX)内服で経過観察を行いCSを施行したところ、S状結腸憩室に約40mmの骨が刺入しており鉗子にて抜去した。その後経過は良好であり、CTの再検では腸瘍の形成もなく憩室の所見も消失していた。後日詳細に問診を行ったところ、発症数日前に鶏の羽先を骨ごと食べていたとの情報が得られ鳥骨である事が確認された。【考察】誤嚥された異物の大部分は消化あるいは自然排泄されるが、稀に消化管穿孔を引き起こし治療が必要となる。原因となる異物として魚骨が最多で、術後の狭窄、ヘルニア、憩室、虫垂などに停滞し蠕動が加わることで穿孔をきたすと考えられる。本例では鳥骨がS状結腸憩室へ迷入し憩室炎を発症したものであるが、報告例では穿孔や腸瘍形成で発見される例が多かった。本例も放置されればいずれは穿孔に至ったと考えられ、比較的早期にCSを行ったことで手術を回避できたと考えられた。鳥骨や魚骨による消化管穿孔はCTのみで診断することは困難で術後に明らかとなる事が多く、本例でも当初原因不明であったが、後方視的にCTを検討し憩室内に骨が確認できた。【結語】鳥骨によりS状結腸憩室炎をきたした症例を経験した。難治性の憩室炎、原因不明の穿孔、腸瘍形成を認めた際には、魚骨や鳥骨の関与を念頭に置くべきであると考えられた。

10

生検で診断しえた腸管子宮内膜症の2例

東海病院

○北村 雅一、山田 健太、田中 達也、濱宇津 吉隆、石川 英樹、丸田 真也

【症例1】40歳代女性。主訴、腹痛。現病歴、2年前に月経時の腹痛がひどく、婦人科では異常なかった。その後も月経時の腹痛は続き、便潜血陽性のため当院紹介となった。注腸X線ではS状結腸にひだ収束像を伴うなだらかな隆起性病変を認め、管腔は片側性に狭小化していた。内視鏡では、約1/3周の立ち上がりなだらかで表面平滑な発赤潤の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。超音波内視鏡では第4層と連続する比較的均一な低エコー腫瘍を認めた。生検病理所見では、粘膜の一部に胚細胞を持たないやや拡張した腺管成分および間質細胞が見られた。免疫染色にてestrogen receptor (ER)、progesterone receptor (PgR) 陽性であった。以上より、腸管子宮内膜症と診断し他院の婦人科を紹介し、ホルモン療法を行った。【症例2】40歳代女性。主訴、月経時の嘔吐。現病歴、数年前より月経時に嘔気嘔吐があった。職場の健診で便潜血陽性となり当院受診。内視鏡では、S状結腸部に約半周性の立ち上がりなだらかな粘膜下腫瘍様隆起を認めた。表面は発赤潤で比較的平滑であるが凹凸が目立ち、易出血性であった。生検病理所見では粘膜深部に異所性内膜腺と思われる腺管を認め、免疫染色にてER、PgR陽性であった。注腸X線では直腸S状部に腸管狭小化と短軸方向のひだ収束像を認めた。以上より、腸管子宮内膜症と診断し、

他院の婦人科を紹介した。MRIでは同部位の腸管壁肥厚とそれに接するチョコレート嚢腫を認め、手術が勧められたが患者の希望でまずはホルモン療法を行った。改善に乏しく2年後に腹腔鏡下付属器摘出術が行われた。腸管病変は増悪なしとのことである。【考察】腸管子宮内膜症の画像診断は一般に内視鏡より注腸X線の方が有用であると言われる。最近では内視鏡検査が先行される場合が多いため、その内視鏡所見を念頭に入れておく必要がある。多くの場合、粘膜下に子宮内膜組織が増殖し、粘膜を破壊することは稀であるため、内視鏡下生検による診断率は9-16.7%と低率であると報告されている。生検の際には太い鉗子を使用し多数の検体を採取することが望ましい。

11

左卵管水腫によりS状結腸軸捻転をきたした一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○杉浦 喜一¹、小林 陽介¹、井上 照彬¹、宮津 隆裕¹、
海野 修平¹、瀧浪 将貴¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、
室久 剛¹、熊岡 浩子¹、清水 恵理奈¹、細田 佳佐¹、
長澤 正通¹、佐藤 嘉彦¹、浜野 孝²、大月 寛郎³

【症例】49歳女性

【主訴】左下腹部痛

【既往歴】なし

【現病歴】20××年2月、20時頃から突然左下腹部痛が生じた。嘔吐もみられ症状増悪傾向にあり当院救急搬送となった。腹部膨満著明で左下腹部を中心に圧痛がみられた。造影CTでS状結腸軸捻転を認め、捻転部右側頭約70mm大の石灰化を伴った嚢胞性腫瘍がみられ捻転に関与していると考えられた。内視鏡的捻転整復術を試みたが、捻転部の閉塞が強く整復できず、腸管壊死は示唆されなかったため経過観察とした。しかし、翌朝腹痛が増悪し、CTを再検討したところ捻転は改善なく、腸管の一部に血流障害も示唆された。また、嚢胞性腫瘍は捻転部の左側へと移動していた。血流障害が疑われ、内視鏡的整復も困難と考えられたため、緊急手術施行となった。嚢胞は左卵管水腫と考えられ、S状結腸切除術、左卵管切除術施行となった。術後経過良好で軽快退院となった。

【考察】若年女性にみられた左卵管水腫によりS状結腸軸捻転をきたした症例である。卵管水腫がS状結腸軸捻転の誘因となったと考えられた。閉塞も強く内視鏡的整復は困難で、血流障害により経時的に症状悪化もみられ手術を要した。嚢胞は当初診断がつかず、腸管膜嚢腫、リンパ管腫等も考慮された。腹腔内腫瘍が原因となりS状結腸軸捻転を生じた例は珍しく、若干の文献的考察もふまえて報告する。

12

腸重積をきたした虫垂粘液嚢腫の1例

社会医療法人 宏潤会 大同病院

○柳瀬 成広、楠 正史、大北 宗由、倉下 貴光、宜保 憲明、
西川 貴希、榊原 聡介、下郷 友弥、印牧 直人、
野々垣 浩二

【はじめに】腸重積は小児に多い疾患であり成人で発症するのは小児例を含めた全症例のうち5~10%と報告されている。小児では特発性の腸重積が多く、一方、成人では腫瘍性病変による器質的疾患が背景にあることが多い。今回、我々は虫垂粘液嚢腫によって腸重積をきたした1例を経験したので報告する。【症例】37歳、男性。3日前から続く間欠的な腹痛を主訴に当科受診。腹部超音波検査にて横行結腸に腸重積を疑うmultiple concentric ring signを認めた。造影CT検査においては、腹部超音波検査と同様、腸重積を疑う所見を認めたが、腸管壁の血流は保たれていた。ガストロ注腸造影検査では横行結腸にカニ爪様所見あり、引き続き施行した大腸内視鏡検査にて、腫瘍性病変の存在を確認した。内視鏡的に腸重積整復を試みたところ、腫瘍性病変は送気のみで回盲部付近まで移動したが、完全には整復困難であった。腫瘍性病変による腸重積の診断で、緊急腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理組織学的には腫瘍性病変は虫垂粘液嚢腫と診断した。【結語】腸重積を合併した虫垂粘液嚢腫による1例を経験した。成人における腸重積では、稀ではあるが、本疾患も念頭におくべきである。

13

潰瘍性大腸炎術後に発症した門脈血栓症の検討

名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器外科学

○三谷 結希、二宮 豪、中山 吾郎、服部 憲史、田中 友理、
江坂 和太、末岡 智、高見 秀樹、若田 直樹、神田 光郎、
林 真路、丹羽 由紀子、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

炎症性腸疾患（IBD）は、炎症による凝固能亢進、脱水、ステロイド投与など様々な危険因子が存在し、血栓塞栓症の高リスク群と考えられ

る。なかでも門脈（PV）・上腸間膜静脈（SMV）血栓症は、診断が困難な合併症である。今回われわれは、潰瘍性大腸炎（UC）に対して、大腸全摘術後に発症したSMV・PV血栓症を5例経験したので報告する。2010~2015年のUC切除79例の中で術後SMV・PV血栓症を6.3%（5例）に認めた。男女比は3:2例であった。手術は全例腹腔鏡下大腸全摘術を施行され、回腸人工肛門が造設されていた。2例は大腸癌を合併していた。全症例において、術前に各種薬剤による内科治療歴があり、80%（4例）にステロイド投与がされていた。術前のDダイマーは40%に軽度上昇を認めたものの、他の症例では正常値であった。いずれの症例も術前CTではPV・SMV血栓症を認めていなかった。術後SMV・PV血栓症の診断は、CTもしくは超音波検査にて診断した。全症例において無症候性の発症であったが、肝酵素の上昇を40%（2例）に認めた。治療に関しては、40%（2例）は門脈枝の抹消に存在する小さい血栓で、自然消失した。60%（3例）は抗凝固剤を使用し、血栓の消失を確認した。IBDは血栓塞栓症の高リスク群であるとされるが、上記5例はUCに対していずれも広範大腸切除術後に発症したPV・SMV血栓症であり、手術侵襲、広範大腸切除による急な血行動態の変化等が関係している可能性が示唆される。血栓形成の予防が重要であり、IBDの広範大腸切除症例では術後早期から抗凝固療法を行うことが望ましいと考える。文献的考察を加え、報告する。

14

プローブ型共焦点レーザー内視鏡が有用であった潰瘍性大腸炎関連大腸癌の1例

藤田保健衛生大学 消化器内科

○生野 浩和、内堀 遼、河村 知彦、前田 晃平、堀口 徳之、
大森 崇史、城代 康貴、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、田原 智満、
長坂 光夫、中川 義仁、柴田 知行、大宮 直木

プローブ型共焦点レーザー内視鏡（Cellvizio®）は蛍光造影剤を用いることでリアルタイムに生体組織を細胞レベルまで視角化でき、鉗子口からも挿入可能な細径内視鏡デバイスである。今回我々は、潰瘍性大腸炎関連直腸癌においてCellvizioで異型性の有無とその範囲が判定できた症例を経験したので報告する。症例は65歳女性。1992年に潰瘍性大腸炎（直腸炎型）と診断され、5ASA内服と坐剤にてコントロールされていた。排便回数は3~4回/日で血便や腹痛はなく、潰瘍性大腸炎の症状は比較的安定していた。血液検査データは、白血球数5300/ μ l、赤血球数393万/ μ l、ヘモグロビン11.9g/dl、血小板数18.8万/ μ l、赤沈32mm、総蛋白7.8g/dl、アルブミン4.6g/dl、CRP<0.3mg/dl、CEA6.0ng/dl、CA19-9<0.1U/mlであった。潰瘍性大腸炎罹患歴は23年であり、近年は1年毎に大腸内視鏡検査を施行していた。2015年8月施行の大腸内視鏡検査で、下行結腸からS状結腸にびらんや発赤を認め、直腸Rbには軽度の炎症粘膜を背景に伸展性がやや不良で、全周性に微細~粗大顆粒を認めた。直腸Rbの病変においては、4時~7時方向にクリスタルパイロレット染色で腺管密度の低下した領域（工藤・鶴田分類のIIIs型pit pattern）、一部は消失した染色不良領域を認め、歯状線までIIIs pitが広がっていた。Cellvizio上はback to back構造異型、管腔突出変形のある造形不良なdark glandが描出された。以上より分化型癌が直腸Rb~肛門管に広がっていると判断した。EUSでは層構造に異常はなく、深達度は粘膜内癌と推測された。病理組織検査ではHigh-grade dysplasia、p53陽性だった。今後外科にて大腸全摘術予定であり、切除標本の病理診断も含めて発表予定である。プローブ型共焦点レーザー内視鏡（Cellvizio）は潰瘍性大腸炎関連腫瘍のOptical biopsyによる範囲診断、質的診断に有用であることが示唆された。

15

ランソプラゾールとアスピリンの単剤併用から配合剤への変更後に発症したcollagenous colitisの1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○椎名 晃平、山田 貴教、大庭 行正、尾上 峻也、高島 真吾、
松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、齋田 康彦、
犬飼 政美

【はじめに】Collagenous colitis（CC）は慢性の下痢を主症状とする原因不明の疾患であるが、薬剤との関連が示唆されており、特にプロトンポンプ阻害薬（PPI）と非ステロイド系抗炎症薬（NSAIDs）が原因薬剤として知られている。しかしながら、ランソプラゾールとアスピリンの配合剤内服中に発症したCCの報告はほとんどない。【症例】85歳、女性。2014年6月狭心症のため、当院循環器内科にて冠動脈左回旋枝の狭窄部に薬剤溶出性ステント留置。同時に、ランソプラゾール15mg、アスピリン100mg、クロビドグレル75mgなどの内服を開始した。2015年8月より近医に処方依頼され、2015年3月はじめより同院にてランソプラゾール（15mg）・アスピリン（100mg）の配合剤に処方変更された。変更より約3週後には軟便、4週後には水様便と下着への血液の付着あり、ランソプラゾール・アスピリン配合剤、クロ

ビドグレル中止の後、当科紹介受診。前出の薬剤中止より数日で下痢は改善していた。内服中止後の4月中旬に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、S状結腸にcat scratch lesionを認め、同部の生検にて上皮下に肥厚した膠原繊維束(collagen band)を確認し、CCと診断した。その後、クロビドグレルは再開されたが、下痢の再発を認めていない。【考察・結語】CCはPPI内服開始から発症までの期間は平均約6ヶ月、内服中止から症状の改善までの期間は3日から2ヶ月と報告されている。本症例はランソプラゾール、アスピリン単剤の併用開始より9ヶ月、配合剤処方からは1ヶ月以内の発症、配合剤中止から症状改善まで期間は数日であった。以上から、配合剤の内服開始というよりは、ランソプラゾールあるいはアスピリンの継続が本症例のCCの原因と考えられ、CCの発症機序を考える上で興味深い症例と思われた。

16

大腸粘膜下血腫を来したアミロイドーシスの一例

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

【症例】80歳、男性。【主訴】下血。【既往歴】脊柱管狭窄症、高血圧、左内頸動脈高度狭窄。【家族歴】特記すべき事なし。【現病歴】平成27年6月某日、間欠的な下血を認め翌日に当院を受診した。腹痛や下痢は認めなかったが、精査および治療目的で入院となった。【現症】腹部は平坦で軟。圧痛は認めない。【血液検査】WBC 6080/ μ l, RBC 447万/ μ l, Hb 13.0 g/dl, PLT 16.8万/ μ l, BUN 20.1 mg/dl, Cr 1.49 mg/dl, CRP 0.8 mg/dl, 抗核抗体80倍, 抗CCP抗体<0.6 U/ml, RAPA陰性, PR3-ANCA <1.0 U/ml, MPO-ANCA <1.0 U/ml, SAA 17.7 μ g/ml, M蛋白なし。【経過】TCSで下行結腸からS状結腸にかけて多発する大小の粘膜下血腫を認め、大きな血腫には潰瘍を伴い出血をきたしていた。アミロイドーシスの鑑別のためEGDを施行し、胃十二指腸の粘膜生検を行ったが異常は指摘できなかった。抗血小板薬クロビドグレルを内服しており休薬にて下血は消失した。その後、TCSを再検すると、大腸粘膜下血腫は著明に改善し、粘膜生検にてAA型アミロイドーシスと診断した。【考察】消化管アミロイドーシスは粘膜にアミロイド蛋白が沈着し消化管運動障害や血流障害をきたす疾患であり、多彩な内視鏡所見を呈すると言われている。本例は大腸に著大な粘膜下血腫をきたした粘膜生検でAA型と診断されたが、血腫をきたすのはAL型に多く非典型例と考えられる。しかし、AA型の内視鏡所見の特徴は未だ明らかにされておらずAA型においても血腫をきたす可能性があると考えられた。また、本例は抗血小板薬の休薬のみで改善を認めており、アミロイドーシスによる血管の脆弱性に加え抗血小板薬の作用で粘膜下血腫をきたしたと考えられた。【結語】著大な大腸粘膜下血腫をきたした消化管アミロイドーシスの一例を経験した。原因不明の易出血性粘膜や粘膜下血腫を認めた際はアミロイドーシスを念頭におく必要があると考えられた。

17

漢方薬中止により軽快した静脈硬化性大腸炎の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○石原 亮、水島 隆史、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、福定 繁紀、加地 謙太、尾関 貴紀、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、奥村 文浩、佐野 仁

【症例】69歳男性【主訴】腹痛【現病歴】腹痛を主訴に近医を受診した。腹部Xpでイレウスと診断されたが、翌日にはイレウス、腹痛ともに軽快した。後日施行した大腸内視鏡検査で盲腸から下行結腸に、びらん・発赤・潰瘍を認めたため、精査目的で当院へ紹介となった。【経過】血液検査では白血球6800、CRP0.26、Hb13.3と炎症反応上昇、および貧血を認めなかった。便培養検査で有意菌は検出されなかった。腹部X線検査にて横行結腸に一致する部位に複数の淡い線状の石灰化を認めた。腹部CT検査では盲腸から横行結腸にわたって壁肥厚と、周囲の血管に線状、点状の石灰化を認めた。注腸造影X線検査では上行結腸から横行結腸にかけてハストラが消失し、内腔は狭小化しており、一部に母指圧痕像もみられた。大腸内視鏡検査では上行結腸から下行結腸にかけて暗紫色調の粘膜をみとめ、血管透視像は消失し、横行結腸には縦走性潰瘍を認めた。生検では粘膜の血管周囲および間質の膠原線維に好酸性無構造物を認めた。以上から静脈硬化性大腸炎と診断し、数十年前から荊芥連翹湯、辛夷清肺湯、大黃甘草湯を内服していたため、これらの漢方薬が原因である可能性が高いと考え中止とした。中止後は症状は改善した。フォローで施行した大腸内視鏡検査では、上行結腸から下行結腸にかけて暗紫色調の粘膜・血管透視像の消失は変化を認めなかったが、横行結腸の縦走性潰瘍は消失していた。【考察】静脈硬化性大腸炎は、特徴的な画像所見を呈するが、比較的な疾患である。発生原因は、何らかの持続的誘因による静脈炎や薬剤、喫煙、有機溶媒への暴露との関連、大腸憩室症との関連、自己免

疫性疾患との関連等、諸説あるが、憶測の域を超えないというのが現状である。漢方薬の長期服用者での発症が過去に報告されており、内服中止により寛解が得られた本症例も、漢方薬が関与しているものと考えられた。静脈硬化性大腸炎は、血便、イレウス、穿孔のため、多くの例で外科手術されているが、漢方薬の内服中止による保存的治療により寛解が得られた症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

18

術前診断が困難であった硬化性血管腫の一例

¹愛知医科大学 消化器内科、²愛知医科大学 消化器外科
○山本 高也¹、中尾 春壽¹、井上 匡央¹、小林 佑次¹、石井 紀光¹、大橋 知彦¹、中出 幸臣¹、佐藤 顕¹、伊藤 清顕¹、米田 政志¹、駒屋 憲一²、有川 卓²、佐野 力²

【症例】62歳、女性。【主訴】肝腫瘍の精査。【現病歴】他院で膀胱脱の術前検査として受けたCTにて肝腫瘍を指摘され、精査目的で平成27年5月に当科を紹介され受診。【現症】特記すべきことなし。【経過】採血検査では、WBC: 5400、Hb: 12.2、PLT: 23.2万、PT: 100%、AST: 22 U/L、ALT: 17 U/L、ALP: 151 U/L、 γ -GTP: 12、T.Bil: 0.85 mg/dL、Alb: 3.9 g/dL、HbSag (-)、HbCAb (-)、HCV Ab (-)、抗核抗体 (-)、抗ミトコンドリアM2抗体 (-)、AFP: 3.2ng/mL、PIVKA2: 13 mAU/mL、CEA: 1.8 ng/mL、CA19-9: 16 mAU/mLであった。ICG R15は11.3%、Kは0.145。腹部超音波検査B-modeでは肝S8に境界が不明瞭な低エコーのSOLを認めた。造影CTでは、S8に径約2cmの辺縁不整な低吸収を呈するSOLを認め、遅延相にかけて周辺わずかに造影された。また、末梢の胆管拡張を認めた。Gd-EOB-DTPA MRIでも同部位に長径23mmの末梢胆管拡張を伴う不整形SOLを認め、T1Wで軽度低信号、T2Wで淡い高信号であり軽度の増強効果を呈した。EOBの取り込みは認めなかった。やや非典型ではあるが、肝内胆管癌を最も疑い同年7月に肝S8亜区域切除術を施行した。肝腫瘍の辺縁は不整であり、灰白色の充実性で境界が比較的明瞭な腫瘍であった。病理組織学的には一層の内皮細胞に裏打ちされた血管が増生を呈する硬化性血管腫と診断された。【考察】肝硬化性血管腫は稀な疾患であり、海綿状血管腫に2次的変化が加わり退行性変化を呈した終末像とされている。そのため画像診断は困難なことが多い。今回、我々は術前診断が困難であった硬化性血管腫の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

19

増大傾向を認め腹腔鏡補助下肝切除術を施行した肝海綿状血管腫の二例

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

【症例1】67歳男性。2006年近医で37×24mmの肝SOLを指摘され当院紹介となり血管腫と診断された。近医で腹部超音波により経過観察されていたが増大傾向を示し2015年精査加療目的に再度紹介。自他覚症状はなく、血液検査で肝機能異常や凝固系異常を認めず、AFP2.3ng/ml、PIVKA18mAU/mlと腫瘍マーカーも正常だった。腹部超音波で肝S5に78×62mmの内部エコー不整なSOLを認めた。CTでは造影効果があり腫瘍辺縁から次第に造影剤が中心に移行していくfill in現象を認めた。MRIでT1低信号、T2高信号を示した。以上より肝血管腫と診断したが著明な増大傾向があり腹腔鏡補助下肝切除術を施行。病理所見で血管壁に薄い内皮細胞の裏打ちと内腔には血液の充満や一部に血栓形成を認め肝海綿状血管腫と診断された。【症例2】51歳女性。2006年65×38mmの肝血管腫で当院通院歴があった。2014年CTで肝血管腫増大を指摘され当科受診。右側腹部痛の症状があり、血液検査で肝機能異常や凝固系異常を認めず、AFP3.5ng/ml、PIVKA20mAU/mlと腫瘍マーカーも正常だった。腹部超音波で肝S5から肝外性に発育する96×53mmのモザイク状SOLを認めた。CTでは造影効果がありfill in現象を認めた。MRIでT1低信号、T2高信号を示した。以上より肝血管腫と診断したが増大傾向と自覚症状を認め腹腔鏡補助下肝切除術を施行。病理所見で狭い繊維性隔壁と異型の乏しい血管内皮で覆われた血管腔で構成され肝海綿状血管腫と診断された。【考察】肝血管腫は経過観察が一般的であるが、悪性腫瘍の可能性、著明な増大傾向、破裂の危険性、自覚症状、Kasabach-Merritt症候群を来した場合などは治療適応となるといわれている。治療として塞栓術も検討したがいずれも腹腔鏡補助下部分切除が可能な病変と考えられより確実な手術を選択した。肝血管腫の増大の要因として悪性化以外では性ホルモンの影響、腫瘍内の出血、塞栓、血管拡張などがいわれているが、2症例共に病理学的に出血と塞栓が関与していたと考えられた。本症例は非典型的な経過をたどった肝血管腫であり、唆に富む貴重な症例と考えられ報告した。

多発肝嚢胞に合併し、急速に増大・破裂をきたした肝細胞癌の1例

三重大学 医学部 肝胆脾・移植外科

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

多発肝嚢胞 (Polycystic liver disease: PCLD) は剖検にて0.05~0.13%に見られる比較的良好な病態であるが、PCLDに肝細胞癌を合併したという報告はPub-Medで検索し得た限りでは3例のみであり、破裂した症例はない。今回PCLDに合併し、急速に増大・破裂した肝細胞癌を経験したので報告する。

症例：62歳、男性。HBV (-), HCV (-)。40歳代からPCLDを指摘されるも、無症状のため放置。2013年1月に腎移植ドナーとして開腹手術を受けた際には、肝機能や腫瘍マーカーに異常は認めなかった。2015年2月泌尿器科フォローアップ時にAFP、PIVKA-IIの上昇を指摘され、腹部CTでは肝両葉に最大径15cmの肝嚢胞が多数充満し、肝実質は菲薄化していた。肝前区域腹壁直下に6.5cm大で造影早期相で濃染し、後期相でwash outされる内部不均一な腫瘍を認め、肝細胞癌と診断された。手術加療目的に3月中旬、当科紹介となったが待機期間中の約2週間で腹壁の膨隆が著明に増大。身体所見では腹水も認めるようになっていた。3月24日に肝嚢胞天蓋切除術と肝部分切除術を予定し手術を施行した。開腹するに、腫瘍は10cm大に増大、腫瘍表面に被膜のruptureを認め、約4000mlの血清腹水がみられた。腫瘍周囲の嚢胞壁とともに肝部分切除を行った。手術時間は4h 14mで、出血量8386ml (腹水含む)であった。術後病理検査所見では背景肝にf 2相当の線維化を認め、腫瘍は中分化肝細胞癌であった。

本例を含めた多発肝嚢胞合併肝癌4例をみると、平均年齢60.8才、男女比3:1であり、平均腫瘍径は10.5cmと比較的大きく、全例が肝炎ウイルス陰性であった。

結語：PCLDに合併した肝細胞癌では周囲実質が菲薄化し、嚢胞に置き換わっているため、周囲に腫瘍の進展を遮るものがなく、急激な増大をきたす可能性があり、注意を要すると考えられた。

21

6年間の自然経過観察で増大した肝原発神経内分泌腫瘍の一例

¹名古屋第二赤十字病院 消化器内科、²名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

○鈴木 祐香¹、日下部 篤宣¹、内田 絵理香¹、鈴木 孝典¹、
荒木 博通¹、豊原 祥資¹、長尾 一寛¹、齋藤 彰敏¹、
小島 一星¹、野尻 優¹、水野 裕介¹、藤田 恭明¹、
清水 周哉¹、蟹江 浩¹、山田 智則¹、藤田 克巳¹、中沢 貴宏¹、
田口 泰郎²、法水 信治²、坂本 英至²

症例：76歳女性。現病歴：2015年3月当院循環器内科にて冠動脈CTを施行されたところ、肝内に径8cm大の肝腫瘍を認め、精査目的で当科紹介となる。既往歴：高血圧、高脂血症、糖尿病、肝血管腫 (2009-11年にMRIで経過観察)入院時現症：身長142cm、体重35kg。腹部平坦軟、圧痛を認めず。明らかな自覚症状は認めなかった。検査所見：AST35IU/L、ALT26IU/Lと肝障害を認めなかった。AFP、PIVKA-II、CEAは正常範囲内であったが、CA19-9は58U/mLと軽度上昇していた。造影CTでは肝S4に径85mm大の単発の腫瘍性病変を認めた。動脈相で腫瘍内部には不均一に濃染され、門脈相では若干washoutを認めたが一部造影効果が保たれていた。EOB-MRIでは造影CTと同様に動脈相で腫瘍内部は不整に濃染されたが、肝細胞相では造影剤の取り込みは低下していた。2011年に施行された単純MRIでも同部位に径35mm大のT2強調像で高信号を呈する腫瘍性病変を認め、肝血管腫と判断されていた。ソナゾイド造影超音波検査では早期動脈相で腫瘍周囲から腫瘍内部は造影され、後血相でソナゾイドは若干washoutされたが、造影剤の残留を認めた。PET-CTではこの肝腫瘍のみに強い集積を認めた。経過：鑑別診断として肝細胞癌、肝血管内腫、肝血管腫などが挙げられたが、典型的な所見に乏しく確定診断は困難であった。しかし肝腫瘍が2011年に比して著明に増大していることから悪性腫瘍の可能性が高いと考え、外科的切除を行った。病理組織学的検査では腫瘍に被膜形成は認めず、中心部に壊瘍形成を認めた。免疫組織化学染色では腫瘍細胞はCD56強陽性、synaptophysin陽性、chromogranin A陽性所見を示した。核分裂像は2/10HPF認め、Ki-67 indexは平均5%であった。経過から他に明らかな原発巣を認めず、肝原発神経内分泌腫瘍 (Neuroendocrine tumor: NET G2) と診断した。結語：肝原発神経内分泌腫瘍の1例を経験した。肝原発神経内分泌腫瘍は非常に稀で特徴的な画像所見も乏しいため術前診断に難渋したが本症例は6年間の自然経過を観察し得た貴重な症例と考え報告する。

22

術前に自然退縮したと考えられる肝細胞癌の1例

¹安城更生病院 消化器内科、²安城更生病院 外科

○三浦 真之祐¹、竹内 真実子¹、浅井 清也¹、東堀 諒¹、
市川 雄平¹、鶴留 一誠¹、岡田 昭久¹、馬淵 龍彦¹、
細井 努¹、平松 聖史²、新井 利幸²

悪性腫瘍の自然退縮は「特定の治療 (特に手術や化学療法) の非存在下での悪性腫瘍の部分的または完全消失」と定義されている。今回我々は手術前に自然退縮したと考えられる肝細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は40歳代後半男性。32歳よりB型慢性肝炎を指摘されていた。HBe抗原陽性、HBe抗体陰性。AST、ALTは40~60IU/Lで推移していた。核酸アミノグ製剤の内服を勧めるも希望されず、2012年からは海外赴任となり、半年ごとの定期検査にて経過観察されていた。2014年12月、赴任先で腹部エコー検査、MRI検査を施行され、肝S6に30mm大の腫瘍性病変を指摘され当院へ紹介となった。血液検査所見ではAST 32 IU/L、ALT 37 IU/Lとトランスアミナーゼは軽度上昇、アルブミン値、PT、血小板値は正常であった。ウイルス検査ではHBe抗原は陽性、HBe抗体は陰性でHBV-DNAは4.0Logcopies/ml (TaqMan法)であった。腫瘍マーカーはAFPが800ng/ml、PIVKA-IIが1123 mAU/mlと著明に増加していた。腹部エコー検査では肝S6に42×33mmの充実性低エコー腫瘍を認めた。肝ダイナミックCT検査ではS6の腫瘍は動脈相で濃染し、門脈・平衡相でwash outされており、古典的肝細胞癌の所見であった。EOB・プリモビスト造影MRI検査ではS6腫瘍は動脈相で腫瘍の辺縁優位に濃染され、中心部は濃染が乏しく壊死が疑われた。術前検査で明らかな遠隔転移なく肝細胞癌の診断で肝切除目的で外科へ紹介となった。またB型慢性肝炎に対しEntecavirを開始した。2015年2月肝部分切除術が施行された。切除標本ではS6に25mm大の白色結節を認めた。病理組織検査所見では結節は全体が壊死に置き換わっていた。結節周囲には組織球の浸潤やヘモジデリンの沈着を認め、壊死の部分にはghost cellの集合がみられたが、癌細胞は認めなかった。背景肝はGrading A2, StagingF2の慢性B型肝炎の所見であった。術後11日に退院となった。術後5ヶ月の時点で再発は認めていない。肝細胞癌の自然退縮は非常に稀であり、若干の文献的考察を加え報告をする。

23

肝腫瘍生検にて診断を得た節外性鼻型NK/T細胞リンパ腫の一例

¹愛知県厚生連 海南病院 消化器内科、

²愛知県厚生連 海南病院 血液内科

○青木 聡典¹、柴田 寛幸¹、吉岡 直輝¹、廣崎 拓也¹、
石川 大介¹、國井 伸¹、渡辺 一正¹、矢野 寛樹²、
増田 有彩²、奥村 明彦²

症例は42歳男性。2週間前から続く悪寒戦慄を伴う発熱あり、平成27年4月中旬に当科を受診。血液検査にて肝胆系酵素値の上昇を認め、CTにて多発する肝腫瘍、両側腎腫瘍、脾腫瘍を認め、後腹膜、椎体周囲に軟部影、多数の縦隔リンパ節腫大を認め、精査加療目的で当科へ入院。各種腫瘍マーカーを測定し、可溶性IL-2レセプター5760U/mLと高値であった。第5病日上部消化管内視鏡検査を行ったが、悪性所見を認めなかった。第7病日骨髄生検、肝腫瘍生検を施行した。その間に黄疸の進行及び、腎機能の悪化を認めた。悪性リンパ腫とそれに関連した血球貪食症候群と考え、第8病日ブレディゾン100mg/日を開始した。第9病日肝腫瘍生検の結果から節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型と診断。一方、骨髄生検の結果からはT細胞リンパ腫の骨髄浸潤を疑う所見を認めた。第10病日EPOCH療法を、腎機能を考慮し減量 (エトポシド50mg/m² 75%用量、ビンクリスチン0.4mg/m² 50%用量、シクロホスファミド600mg/m² 50%用量) して開始した。第13病日Romberg徴候を認め、ビンクリスチン投与を中止。第14病日、腫瘍崩壊症候群と播種性血管内凝固を認め、トロンボモデュリンや新鮮凍結血漿にて対応した。第15病日より高度の肺うっ血、尿量の低下を認め、気管挿管及び緊急血液透析を施行した。感染症も懸念され、広域抗生剤を開始した。第17病日呼吸状態が悪化し、次いで心室細動を来した。心肺蘇生を開始するも心拍の再開なく死亡した。病理解剖を行うと、肝、脾、腎、縦隔、腹腔内においてリンパ腫細胞を認め、腫瘍壊死を広範囲に認めた。また、骨髄には血球貪食像を認めた。肺はびまん性肺泡傷害の像を認め、広範囲に肺水腫と肺泡出血を伴っており、直接死因と考えられた。節外性NK/T細胞リンパ腫、鼻型は悪性リンパ腫全体の3%と稀なリンパ腫であり、進行が早く予後不良とされている。今回、我々は多発する肝腫瘍の生検にて診断を得た節外性鼻型NK/T細胞リンパ腫の一例を経験したので報告する。

24

急性肝不全の経過をたどった肝原発悪性リンパ腫の1例

静岡市立清水病院

○池田 誉、窪田 祐幸、高柳 泰宏、小池 弘太、宇村 宏城

【症例】70代女性【主訴】食欲不振、全身倦怠感【既往】高血圧、狭心

症【内服】90日以内開始薬なし【生活歴】飲酒、喫煙なし【現病歴】受診約3週間前から主訴あり。疲労と思ひ様子を見ていたが、徐々に悪化したため近医受診した。採血にて肝機能障害が判明し当院紹介となり翌日入院加療となった。【来院時身体所見】36.8度 BP122/76 HR82/分 眼球結膜黄染なし 腹部平坦、軟。圧痛なし。肝、脾触知せず 四肢浮腫なし【来院時採血結果】WBC 82 $\times 10^3/\mu\text{l}$ 、RBC 475 $\times 10^4/\mu\text{l}$ 、Hb 15.4g/dl、Plt 22.8 $\times 10^4/\mu\text{l}$ 、TP 7.6g/dl、Alb 4.1g/dl、TB 1.67mg/dl、DB 0.55mg/dl、ALP 2100 IU/l、AST 631 IU/l、ALT 697 IU/l、LDH 3570 IU/l、 γ -GT 503 IU/l、CRP 3.23 mg/dl、ChE 326 U/l、PT 39.4%、PT (INR) 1.66、HA-IgM (-)、HBs-Ag (-)、HBs-Ab (-)、HBV-DNA (-)、HCV-Ab (-)、HEV-RNA (-)、CMV-IgG (+)、CMV-IgM (-)、抗核抗体 (-)、抗ミトコンドリア抗体 (-)【画像所見】腹部超音波、CT、MRIにて胆嚢壁肥厚、萎縮あり。脾腫軽度。肝腫大なし、全身のリンパ節腫大なし。【経過】肝臓病食、ブドウ糖補液、強力ネオファゲンCとビタミンK投与など肝臓治療法を実施した。AST、ALTは徐々に改善したが、凝固系、ビリルビン値、ALP、LDHは悪化した。第8病日にはNH3上昇し肝性脳症発症した。第17病日と第24病日から3日間ステロイドパルス療法を実施したが肝機能悪化した。ALP、LDH高値のため悪性リンパ腫を疑い、第24病日に骨髄穿刺、肝生検を実施した。可溶性IL-2レセプターは1156U/mlであった。骨髄穿刺および肝生検にてB細胞性リンパ腫と判明した。第28病日リツキサン投与したが翌日に腫瘍崩壊症候群から急性腎不全になり透析開始した。第32病日に発熱性好中球減少症と敗血症発症(Enterococcus faecium)となり第33病日死亡した。病理解剖は未実施である。【考察】肝不全の原因として肝原発の悪性リンパ腫は稀である。本症例は画像的に肝臓に形態異常を認めず早期の診断は困難であった。原因不明の肝障害を認めた場合は本症も念頭に置く必要があると考えられる。

25

経皮的肝生検により診断し得た好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)の1例

浜松医科大学内科学第二講座肝臓内科

○花岡 智彦、山崎 哲、小林 良正、川田 一仁、則武 秀尚、千田 剛士、下山 真、太田 和義、松永 英里香

【症例】42歳女性。気管支喘息で近医通院中であつた。2014年10月心窩部痛、体重減少、両下肢の痺れを主訴に当院救急外来を受診し、腹部造影CTで肝両葉に境界不明瞭な数mmのまだら状造影不良域を多数認め、精査目的で当科入院となった。入院時血液検査で、WBC28120/mm³(neu21%, eos76%, bas0%, lym2%, mon1%), Hb15.5g/dl, Plt30.9万/mm³、T.Bil10.5mg/dl、AST116IU/L、ALT148IU/L、ALP696IU/L、LDH469IU/L、 γ -GTP132IU/L、CRP1.87mg/dl、IgE898U/mlと好酸球の増加と肝胆道系酵素異常を認めたが、便中虫卵、虫体、各種抗寄生虫抗体、真菌マーカーは陰性であった。入院後感覚異常の増悪と運動障害が急速に進行した。多発単神経炎に類似しない症状に加えて、神経伝達速度検査で伝達速度低下がみられ、頭部MRIで副鼻腔炎、上部消化管内視鏡検査では胃粘膜の好酸球浸潤所見を認め、骨髄検査では骨髄増殖性疾患の存在は否定的であった。肝病変に対して経皮的肝生検を行い、門脈域に好酸球の目立つ高度な炎症細胞浸潤とフィブリノイド壊死性血管炎を認めた。以上の所見より好酸球性多発血管炎性肉芽腫症(EGPA)と診断した。神経症状の急速な進行のため、神経内科にてステロイドパルス療法と γ グロブリン大量療法を施行した。好酸球数は正常化したものの神経症状は残存し、現在もステロイド投与を続けながらリハビリを行っている。【考察】EGPAの診断基準において肝胆道系病変についての明確な記載はないが、肝生検により好酸球浸潤や肉芽腫を認め確定診断に至ったという報告は散見され、肝障害の存在する例では経皮的肝生検が診断の一助となる可能性がある。【結語】経皮的肝生検により診断し得たEGPAの1例を経験したので報告する。

26

右鼠径ヘルニアを契機に、腎細胞癌と同時に発見された無症候性アメーバ性肝膿瘍の1例

¹浜松医科大学 第二内科、²磐田市立総合病院

○松永 英里香¹、山田 貴教²、尾上 峻也²、高鳥 真吾²、松浦 友春²、伊藤 静乃²、辻 敦²、高橋 百合美²、笹田 雄三²、齋田 康彦²、大飼 政美²

【症例】63歳男性。30年間在住の後香港より帰国後、10年前より増大する右鼠径ヘルニアの手術を希望され近医受診。術前検査にて、肝機能障害および貧血、肝に低エコー腫瘍を認めたため、精査加療目的に当科紹介受診となった。経過中、下痢や腹痛、発熱などは認めなかったが、造影CTにて肝右葉に16cm大の隔壁と一部出血を伴う囊胞性病変および右腎に8cm大の造影効果の強い腫瘍性病変を認めた。血清抗アメーバ抗体は200倍と高値であり、以上よりアメーバ性肝膿瘍および右腎癌と診断した。また、上・下部消化管内視鏡検査では有意な所

見を認めなかった。腎癌の手術に先立ち、速やかな感染治療とモニタリングが必要と考え、肝膿瘍ドレナージを施行した。アンチオビペースト状の排液を2300ml認めたが、顕微鏡検査では、原虫は確認されなかった。同日よりメトロニダゾール(MNZ)を14日間内服し、徐々に炎症反応は改善、膿瘍腔も著明に縮小した。膿瘍腔の消失には至らなかったが、排液も膿汁から無色透明となり、挿入より14日後にドレナージチューブを抜去した。その後も膿瘍の増大はなく経過し、退院。約2ヶ月後に右腎癌に対して根治的右腎摘出術が施行され、良好な経過をたどっている。【考察】一般的にアメーバ性肝膿瘍は膿瘍ドレナージについては議論が分かれることが多く、MNZ内服による保存的加療が優先されるケースが多い。膿瘍が大きく穿破するリスクが高い場合や他疾患との鑑別が困難な場合、MNZに反応しない場合にドレナージが考慮される。一方、本症例のように膿瘍ドレナージおよびMNZ内服の併用が有効であった症例も報告されており、治療方針の確立には至っていない。今回無症候性ではあったが、腎癌の手術のため、早急な感染コントロールを要するアメーバ性肝膿瘍に対して、ドレナージおよびMNZの組み合わせが有効と考えられた症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

27

術前画像診断で転移性肝癌が疑われ肝切除を施行したbile duct adenomaの一例

済生会松阪総合病院

○市川 健、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 稔、長沼 達史

【症例】67歳女性。2015年1月腹痛を主訴に当院救急外来を受診。下行結腸癌による横行結腸穿孔で下行結腸部分切除術・結腸右半切除術を施行。術後病理結果ではmod.ss.ly2.v1.pT3N1M0stageIIBであった。術後補助化学療法としてmFOLFOX6を12コース予定した。2015年4月化学療法5コース目の来院時腹部エコーで肝S3に10mm大の高エコー腫瘍を指摘され精査を行った。血液検査上腫瘍マーカーは初回手術前CEA16.7が1.8に低下しており、CA19.9は術前後ともに正常値であった。プリモビストMRIでは肝S3の腫瘍はT1低信号・T2高信号で造影後期で相対的に低信号を呈した。造影エコーでも造影早期の濃染の後期にかけて輝度の低下を認めた。造影CTでは病変を指摘できず、PET-CTでも有意な集積を認めなかった。以上よりS3の転移性肝癌を疑った。単発性でありR0切除可能と考え、肝部分切除術を施行した。病理結果ではBile duct adenoma with oncocytic featuresの診断であった。術後経過は良好で術後第7病日退院となった。【まとめ】今回、われわれは術前画像診断で転移性肝癌を疑い手術によりBile duct adenoma with oncocytic featuresの診断を得た一例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

28

当院で導入したIFNフリー治療における肝障害中止例の検討

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、片岡 邦夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、南 喜之、松田 宜賢、岡村 正造

【背景】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糖蛋白を標的とした直接ウイルス阻害薬(DAA)が登場により治療成績が向上した。治療効果を最大限とするには予定治療を完遂することが重要であるが、一部の症例では治療完遂できていない。国内第3相試験では参加した222例中11例が有害事象で治療が完遂できず、そのうちの10例が肝障害によるものであった。また、肝障害で中止した症例では再投与は推奨されていない。今回、当院での肝障害での治療中止例をまとめ、肝障害での中止例での治療効果について検討したので報告する。【方法】当院では2014年9月から2015年7月末までのダクラタビル(DCV)とアソナブレビル(ASV)併用療法を109例で導入した。治療完遂できなかった症例は15例で、肝障害での治療中止例は7例認めた。7例の平均年齢は72歳、男性は4例(57.1%)、肝硬変症例は2例(28.6%)だった。7例の治療中止時期は治療開始から平均13.3週だった。【成績】肝障害中止例では、治療終了時(EOT)時のウイルス陰性化率は10.0%(7/7例)、SVR4も10.0%(3/3例)で達成した。肝障害は、投与中止後速やかに改善し、投与中止後4週以内に全例で治療開始前の状態まで肝機能の改善を認めた。【結論】DCV・ASV併用療法では、肝障害での中止例が一定数存在する。しかし、肝障害中では治療中止後速やかに肝機能は改善しており、安全性の面でもマージメント可能と考えられる。また当院において肝障害で中止した症例でも治療後のウイルス陰性化率は高い値で推移しており、治療完遂できていない場合でも高い治療効果を期待できる可能性があるが今後の症例の蓄積と検討が必要と考える。

皮膚障害により非完遂となったがSVRが得られたC型肝炎3治療例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、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、吉川 恵史、濱村 啓介、
田中 俊夫、小柳津 竜樹

【背景】C型肝炎治療における皮膚症状が増悪したため治療中止となる例は少なくない。副作用により治療短縮したがSVRが得られたC型肝炎の症例は少数報告されているが、一部に皮膚障害による中止も含まれている。近年DAAによるC型肝炎治療が標準治療となり、本治療中に生じた皮膚障害により治療が非完遂となったがSVR24を達成した症例を経験した。【症例1】66歳男性。TVR/IFN/RBV三剤併用療法。開始後4週間で貧血あり三剤を中止。その3日後より四肢体幹部の紅斑を認めた。皮疹は軽快したため開始後8週間でIFN/RBVを再開したがその後皮疹の再燃を認めたためPSL内服を開始した。IFN/RBVは合計48週間投与し、SVR24を達成。【症例2】52歳男性。SMV/IFN/RBV三剤併用療法。開始後多形滲出性紅斑を認め、9週間で治療中止、PSL内服開始。以降皮膚症状は改善し、SVR24を達成。【症例3】76歳女性。DCV/ASV併用療法。開始後11日で腰部に皮疹出現、増悪し多形滲出性紅斑と診断され3週間で治療中止、PSL内服を開始した。以降皮疹は軽快し、SVR24を達成。当院で経験した、副作用によるDAA非完遂4症例のうち3例が皮膚障害による中止である。【考察】今回DAA治療非完遂症例は肝障害を来さず、いずれもGrade3以上の皮膚障害事象を認めたためDAAを中止しPSLを投与した。皮疹は全て消退し、また、HCVウイルスは駆除された。抗ウイルス効果が強かったと推察される。

30

直腸静脈瘤に対してEIS・EVL同時併用療法（Endoscopic injection sclerotherapy with ligation : EISL）を施行した1例

春日井市民病院 消化器科

○奥田 悠介、祖父江 聡、岡山 幸平、隈井 大介、山本 友輝、
小島 悠輝、松本 朋子、菅野 琢也、木村 幹俊、羽根田 賢一、
池内 寛和、森川 友裕、望月 寿人、平田 慶和、高田 博樹

【症例】78歳女性

【既往歴】特発性門脈圧亢進症、直腸静脈瘤、内痔核

【現病歴及び経過】1996年に食道静脈瘤破裂で緊急入院し、EVL、EISを施行。入院中に行った肝生検等の精査により特発性門脈圧亢進症と診断。以後外来で経過観察が行われていたが、2014年6月と9月に大量下血のため入院となった。入院中にRCCL輸血8単位および4単位施行した。緊急CSでは直腸静脈瘤（F3 Cb RC+）、および内痔核を認めたがPlugは認めず、出血源は確認できなかった。直腸内に黄色～茶色の便が貯留していることより、肛門部からの出血が疑われた。

造影CTでは下腸間膜静脈、上直腸静脈が拡張し、直腸から肛門部にかけて静脈瘤を形成しており、S状結腸静脈も怒張して下腸間膜静脈と連続していた。腹部血管造影検査では、下腸間膜静脈から上直腸静脈を介して遠肝性に直腸静脈瘤を形成しており、流速は緩徐であった。直腸静脈瘤からは内腸骨静脈に流出していた。

直腸静脈瘤に対し、治療適応と考えられ、2015年1月15日にEISLを施行した。造影CTおよび腹部血管造影検査の所見から、内視鏡画面で口側に供血路があり、肛門側に排水路があると考えられた。まず静脈瘤の肛門側でEVLを行い、その口側の静脈瘤に対してEISを施行。透視下で5%EOIを注入し、供血路である上直腸静脈がうったところで注入を終了した。最後にEIS穿刺部に対してEVLをおこなった。

EISLから2週間後のCSでは静脈瘤は著明に縮小し、EVL後の部位は潰瘍化していた。7か月後現在、下血なくCSでも明らかな静脈瘤再発は認めていない。

【結語】直腸静脈瘤に対してEISLを施行することにより安全かつ有効に治療した1例を経験したため、若干の文献の考察を加え報告する。

31

6年後に再ステント留置した門脈血栓症の一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○河合 歩、鈴木 博貴、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、
小柳津 竜樹、田中 俊夫

【症例】60歳代男性。2005年、下部胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術を施行し、術後肺炎による門脈本幹の閉塞、側副血行路の発達を認め、消化管出血を繰り返していた。門脈血栓症と診断して2009年に門脈ステントを留置しワルファリンを投与した。その後約2年間は消化管出血はなく経過していたが、2010年頃より消化管出血再発し、空腸静脈瘤からの出血を内視鏡的に止血していた。その間41回の入院（1回/1.5ヶ月）、輸血を行っていたが、2015年より消化管出血の頻度が高

くなったため、2015年6月に門脈ステント再留置術を施行した。全身麻酔下、ハイブリッド手術室にて消化器外科、血管外科と合同で行った。門脈本幹のステント内から門脈右枝は閉塞し、胆管空腸吻合部に側副血行路を形成し肝内に還流していた。経皮的アプローチでは閉塞部を突破できず、開腹手術に移行した。回腸静脈よりバルーン拡張後に門脈右枝にステントを追加し、門脈血流の再開と側副血行路の血流低下を確認した。クロビドグレル、シロスタゾールによる抗血栓療法を開始し、術後3ヶ月間、消化管出血の再発はなく経過している。【考察】門脈血栓症の治療として、門脈ステント留置は推奨されていないが、本症例のように側副血行路が発達して消化管出血を繰り返している例では、門脈ステントが有効であった。

32

難治性肝性胸水に対して胸腔-腹腔シャント術と腹腔-静脈シャント術を同時に施行した一例

¹聖隷三方原病院 消化器内科、²聖隷三方原病院 肝臓内科

○佐藤 義久¹、坂西 康志²、多々内 晁光¹、山田 哲¹、
久保田 望¹、仲間 直崇¹、山下 龍¹

利尿剤治療に抵抗する難治性の肝性胸水については、現時点で標準治療と言えるものはない。胸腔-腹腔シャント術についても、肝性胸水に対しては合併する肝性腹水の悪化が懸念されるため、単独での施行は躊躇される。また、腹水に影響を与えない胸腔-静脈シャント術を実施したという報告もあるが、腹腔-静脈シャント用のキットを目的以外使用することにもなるため一般病院での実施は躊躇される。われわれはこの問題を、胸腔-腹腔シャントと腹腔-静脈シャントの同時設置をおこなう事で解決できると考え、難治性の肝性胸水の1症例に対して実施し、良好な結果を得たので報告する。

【症例】63歳女性。C型肝炎硬変に合併した腹水に対して2011年1月より利尿剤治療が開始された。しかし7ヶ月後には腹水が高度となり右胸水も出現した。利尿剤の強化およびアルブミン投与にて対応したがその効果は一時的であり、2ヶ月後には右胸腔は完全に水没し、脱水によりBUNも100mg/dlを超え、高アンモニウム血症も認めた。胸水穿刺排液も試みたが状態は改善せず死亡の危険が高いと考えたため、胸腔-腹腔シャント術 腹腔-静脈シャント術の同時施行に踏み切った。いずれの手法もデンバー製製のセットを使用し、ビールアウエイシースによる経皮的手法にて合併症なく完遂した。その後、胸水 腹水とも急速に改善し、BUNも正常化した。SVC内に一過性に血栓を生じたがワーファリン投与にて退縮した。胸水は完全消失し約4年後の現在も合併症なく良好なQOLが保たれている。

【考察】当症例における胸腔-腹腔および腹腔-静脈シャント術の同時施行は、侵襲および合併症の上でも保険請求の上でも大きな問題はなく、申し分ない効果も得られた。胸腔-腹腔および腹腔-静脈シャント術の同時施行は、難治性肝性胸水に対して、現時点で行ない得る現実的な対処法のひとつであると考えらる。

33

EUA-FNA後にリンパ節転移が消失した胃neuroendocrine carcinomaの1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

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

【はじめに】今回我々は、endoscopic ultrasonographic guided-fine needle aspiration (EUS-FNA) 後に消失した胃原発neuroendocrine carcinoma (NEC) のリンパ節転移を経験したので報告する。【症例】75歳、男性。2012年10月頻尿のため近医泌尿器科を受診。腹部USで偶然膵頭部近傍に腫大リンパ節を指摘され、精査目的で当院紹介となった。来院時腹部症状は無く、血液尿検査では異常所見を認めなかった。腹部造影CTでは膵頭部近傍に47mm大の分葉状リンパ節を認め、造影効果に乏しいものの辺縁から経時的に造影される所見であり、転移によるリンパ節腫大が疑われた。上部消化管内視鏡では胃前庭部後壁を主座とする潰瘍形成を伴う粘膜下腫瘍様の形態を呈する腫瘍を認めた。生検HE染色ではpoorly-differentiated tubular adenocarcinoma (por1) が疑われたが、免疫染色でchromogranin-Aとsynaptophysinが陽性、Ki-67 index>80%でNECと診断された。膵頭部近傍の腫大リンパ節に対しては22G針で経十二指腸的にEUS-FNAを施行し、胃と同様の組織像を認めた。患者はEUS-FNA1週間後に発熱で来院。血液検査で著明な炎症反応亢進を認め、腹部CTでは穿刺後リンパ節に膿瘍を疑う低吸収域が認められた。入院抗菌薬治療を施行し保存的に軽快した。血液培養では口腔内などの常在菌であるStreptococcus constellatusが検出された。患者はNECに対する治療を希望せず無治療経過観察となった。7ヶ月後の腹部CTでは腫大リンパ節は消失していた。しかし17か月後に食欲不振で来院され、腹部CTで腫大リンパ節は消失していたものの多発肝転移が出現。19か月後に永眠された。【考察と結論】過去の文献では、癌の自然退縮の原因として免疫学的関

与が示唆されている。自験例ではEUS-FNAを契機に敗血症が発生し、免疫学的機序で癌が退縮したと考えられる。EUS-FNA後に転移リンパ節が消失したことは非常に稀な現象であり、文献的考察も含めて報告する。

34

超音波ガイド下腫瘍生検にて診断しえた腹膜中皮腫の1例

豊橋市民病院 消化器内科

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

【症例】76歳女性。【既往歴】高血圧、緑内障、左下肢静脈瘤 子宮筋腫（子宮全摘）。【生活歴】職業：農業 アスベストの暴露なし 喫煙・飲酒歴無し

【現病歴】2015年8月腹部膨満感を主訴に近医を受診し精査のため当院を紹介受診した。【経過】初診時採血検査ではCA125 47U/mlと軽度高値を認めるが、肝胆系酵素、血小板数、血中ヒアルロン酸及びその他腫瘍マーカーは基準値範囲内であった。腹水検査では黄色透明のやや粘稠度の高い腹水で腹水中ヒアルロン酸は79400ng/mlと異常高値を認めた。腹部超音波検査では多量の腹水とともに臓器腹膜に最大22.6×4.6mmの結節を複数認めた。胸部腹部造影CT検査では腹膜に限局性の肥厚及び大網にも不整形の軟部腫瘍が複数認められ造影効果を伴っていた。腹膜腫瘍にも腹水を疑い入院加療を開始した。確定診断のため腹水細胞診として初回・2回目の穿刺で50ml程度提出し、34回目の腹水穿刺では2Lの腹水でセルブロックを作製し、HE染色及び免疫染色を施行したが少量の中皮細胞を認めるのみであった。腹腔鏡下腫瘍生検を提案したが患者の希望により腹膜播種の危険性を十分説明した上で超音波ガイド下腫瘍生検を施行した。線維結合織内に好酸性ないし淡明な胞体を有する小型異型細胞が小胞状に配列して増殖していた。免疫染色ではケラチン陽性、MOC31陽性、CK7陽性、CK20陽性、ビメンチン陽性、MUC1陽性、MUC2陰性、CEA陰性、トロポモジュリン陰性、カルレチニン陽性、D2-40陽性、WT-1陽性、CEA陰性、GLUT1陰性より腹膜中皮腫と診断した。現在CPPD+Pemetrexedにて治療継続中である。

【考察】腹膜中皮腫は中皮腫の13.2%と比較的希な疾患で胸膜中皮腫に比べて女性の割合及びアスベスト暴露歴が少なくと報告されており本症例とも合致する。診断は特異的な所見に乏しいが腹水中ヒアルロン酸が異常高値になることが報告されており本症例でも穿刺時に粘稠度の高い腹水であったため測定したことで診断に有用であった。今回我々は腹水細胞診では確定診断を得られず超音波ガイド下腫瘍生検にて診断しえた腹膜中皮腫の1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

35

ステロイド治療により結腸膀胱瘻を形成したIgG4関連骨盤内腫瘍の1例

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

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

【症例】70歳台男性【現病歴】C型肝炎と肝細胞癌で当院IVR科通院中にフォローのCTで左水腎症と左尿管を主とし、膀胱からS状結腸に及ぶ骨盤内腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡・膀胱鏡検査では確定診断に至らず、開腹下生検が施行された。病理結果では悪性腫瘍は否定され、リンパ球や形質細胞の浸潤が目立ちIgG4関連疾患が疑われた。免疫染色ではIgG4陽性細胞が強拡視野で10個を超えるものの、IgG4/IgG陽性細胞比は40%未満であった。血清IgG4値は190mg/dLと高値であった。IgG4関連疾患包括診断基準の疑診群と診断し、プレドニゾン（PSL）40mg/日による治療を開始した。治療開始1ヶ月後に効果判定目的のCTで当院再診。数日前より軽度の発熱、下痢、気尿を自覚しており、CTでは骨盤内腫瘍の縮小と同時に腫瘍と膀胱内にairを認めた。血液検査では炎症反応上昇、血小板低下、腎機能悪化を認め、尿培養からは多数の腸内細菌を認めた。以上より、腫瘍を介した結腸膀胱瘻と腫瘍内感染と診断した。緊急で感染性腫瘍に対する経皮的ドレナージ、人工肛門造設、膀胱カテーテル留置を施行した。経過は良好で2週間後には退院となった。治療開始6ヶ月後のCTでは骨盤内腫瘍はほぼ消失しており、現在PSLは5mg/日で維持されている。しかし膀胱カテーテル閉塞に伴う肛門からの尿流出を時折認め、瘻孔は残存しており、人工肛門閉鎖や膀胱カテーテル抜去には至らずにいる。【考察と結語】ステロイド治療により結腸膀胱瘻を形成したIgG4関連骨盤内腫瘍の1例を経験した。IgG4関連疾患による合併症は文献的報告も認められるが、いずれも疾患の進行に伴うものであった。今回の症例はステロイド治療後の合併症であり、治療に良好に反応していたために生じた点が興味深いものであった。病変部位によっては治療効果に伴い、このような合併症を生じる可能性があり、治療開始後の画像検査によ

る病状評価が重要と考えられた。

36

診断に苦慮した腹部放線菌症の1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○尾関 貴紀、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、福定 繁紀、加地 謙太、安部 快紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、奥村 文浩、佐野 仁

【症例】67歳、女性【主訴】右側腹部・背部の痛み【既往歴】20歳：虫垂炎にて虫垂切除術、65歳：胆嚢摘出術【現病歴】20XX年5月初めより右側腹部・背部の痛みあり、精査加療目的に当院を受診。【経過】発熱はなく、腹部は平坦・軟で右側腹部に軽度圧痛を認めた。採血にて軽度CRPの上昇を認め、腹部超音波検査にて肝下縁と連続する50×37mm大の低エコー腫瘍を認め、内部は不均一で7mm程度の高エコー域や不整形な低エコー域を伴っていた。腹部CTでは肝S7の背側と右横隔膜の間に不整形の腫瘍を認め、内部に低吸収域や3mm程度の点状高吸収域を認め不均一であった。dynamic CTでは辺縁は漸増性に造影されるが、内部は造影不良で不均一であった。また、造影増強域は肝背側や横隔膜および右胸壁にまで至っていた。腹部MRIで、辺縁はT1：等信号T2：低から軽度高信号DWI：軽度高信号を示し、内部はT1：低信号T2：高信号DWI：高信号を示した。画像所見からは胸壁や横隔膜由来の肉腫などの可能性が否定できず、エコー下で穿刺したところ、低エコー域には膿が貯留していた。辺縁から吸引細胞診も施行したところ、膿瘍と炎症性肉芽組織のみで悪性所見は認めなかった。膿の培養にて*Actinomyces israelii*が認められたことから、腹部放線菌症と診断したが、既往や画像所見から胆嚢摘出術時の遺残結石に伴うものである可能性があり、また悪性腫瘍も完全には否定できないことから外科的処置が必要と判断した。腹腔鏡下で膿瘍壁を切離し開窓、癒着を剥離し膿瘍腔を露出してから遺残結石の検索を行ったが、結石は認めずドレーンを留置して閉創となった。切離した膿瘍壁の病理組織診断では膿瘍に伴う炎症性肉芽組織と判断された。【考察】放線菌属は口腔や消化管等の常在菌として存在するグラム陽性桿菌で局所の粘膜障害や宿主の免疫不全状態を契機にあらゆる部位に感染を起こす。今回、我々は胸壁および横隔膜原発の膿瘍と鑑別が困難であった腹部放線菌症の一例を経験したので、文献学的考察を加えて報告する。

37

大腸癌化学療法中に脳アミロイドアンギオパチーを来した1例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

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

【症例】80歳男性【現病歴】健診にて便潜血陽性を指摘され近医受診した。近医にて下部消化管造影検査を施行し横行結腸にapple core signを指摘され、当院紹介受診となった。下部消化管内視鏡検査では横行結腸に全周性の3型腫瘍を認めた。生検にて高分化腺癌と診断した。造影CTでは肝右葉に転移を認めた。腸管の狭窄が強くイレウスの危険性があるため、原発巣を切除し、肝転移巣に対して、BV+mFOLFOX6による化学療法を行った。7コース施行後、認知機能の急激な悪化を認めたため、脳転移の可能性を考え頭部MRIを施行した。両側大脳白質に広範なFLAIR高信号域を認めた。5-FUの副作用による白質脳症の可能性が考えられたが、SWI（Susceptibility-weighted image）、T2*WIにて両側大脳、小脳白質に低信号域が多発しており脳アミロイドアンギオパチーに特徴的と考えられた。脳アミロイドアンギオパチーの確定診断には脳生検が必要であるが、患者背景を考慮し行わず、脳アミロイドアンギオパチーはステロイド治療が有効とされているため診断的治療目的にステロイドパルス療法を行うこととした。その後、両側大脳白質の広範なFLAIR高信号域は縮小し認知機能も改善したため、脳アミロイドアンギオパチーと診断した。【考察】今回、大腸癌化学療法中に脳アミロイドアンギオパチーを来した1例を経験した。本症例では認知機能の悪化の原因として脳転移、5-FUの副作用である白質脳症など様々な原因が考えられたが、正しく診断し治療することにより認知機能の改善を認めた。治療にて改善しうる認知症が存在することも念頭に置き原因検索をすることが必要と考える。

38

播種性平滑筋腫の一例

名古屋市立大学 医学部 消化器外科

○坪井 謙、高橋 広城、原 賢康、佐川 弘之、石黒 秀行、松尾 洋一、竹山 廣光

腸管粘膜下腫瘍と鑑別が困難であった腹膜播種性平滑筋腫という稀な

疾患を経験したので報告する。症例は51歳女性。検診で便潜血陽性のため近医受診し、CT検査で上行結腸に3cm大の平滑な粘膜下腫瘍もしくは壁外圧迫性腫瘍あり、当院へ紹介受診された。既往に子宮筋腫あり、核出術を2回と子宮全摘術施行している。大腸内視鏡検査では腫瘍性病変はあきらからではなく、上部消化管内視鏡検査では逆流性食道炎を認めるのみであった。腹部造影CT検査では上行結腸外側に早期で不均一に、平衡相で均一に濃染される境界明瞭な平滑な腫瘍を認めた。他に脾頭部に16mm大の嚢胞性病変と肝S7に19mm大の血管腫を認めた。MRI検査では上行結腸壁と連続しているようにみえT2強調で軽度高信号、T1強調で筋と等信号な腫瘍であった。注腸検査では上行結腸に壁外圧迫病変は不明であった。粘膜下腫瘍である壁外発育型GIST・カルチノイド・神経原性腫瘍や、腸管外病変である孤立性纖維性腫瘍・平滑筋腫・平滑筋肉腫などを疑い、診断治療目的で腹腔鏡手術を行った。上行結腸にはあきらかな連続性なく、外縁から1cmほど離れた腹膜に3cm大の腫瘍認め、周囲組織を付着させながら摘出した。腫瘍は3cmほどの弾性硬な白色充実性の平滑楕円形腫瘍であった。病理組織所見は21x26x16mmの境界明瞭な紡錘形細胞で異型は認めなかった。Desmin陽性、ER陽性、PgR陽性、S-100陰性、ckit陰性であり平滑筋腫と診断した。経過良好で術4日後に退院した。子宮筋腫術後であり筋腫の播種や平滑筋原発の腫瘍が疑われた。腹腔鏡性平滑筋腫は稀な疾患であり、文献的考察をふまえ報告する。

39

当院で経験した回腸憩室炎の3例

藤枝市立総合病院

○金子 雅直、丸山 保彦、山本 晃大、志村 輝幸、寺井 智宏、大島 昭彦、景岡 正信

[はじめに] 回腸憩室は消化管憩室の中では頻度が少ないとされる。今回、当院で経験し保存的加療で治癒しえた回腸憩室炎の3例について報告する。[症例1] 56歳 男性。右下腹部痛が出現し、同日に腹痛増悪のため、当院救急受診。腹部超音波で回腸末端に壁肥厚をみると、腸管外側に突出するlow echo massおよび周囲脂肪組織のhigh echoic像をみると憩室炎と診断した。CTで明らかなfree airなく、保存的に絶食、抗生剤治療を行った。腹痛消失みとめ食事再開、第9病日に退院。[症例2] 80歳 男性。既往は前立腺肥大症、高血圧症。当院受診2日前に腹部全体に渡る違和感が出現。同日近医を受診し鎮痛薬が処方されたが、症状は改善せず。発熱および右下腹部痛が出現し近医再診。虫垂炎が疑われた当科受診となった。腹部超音波で回腸末端に憩室みとめ周囲高エコー像あり炎症が疑われた。CTで回腸末端の憩室に糞石を伴う石灰化がみられ周囲の強い炎症がみられた。明らかな膿瘍やfree airなく保存的加療とした。腹痛は軽快し食事再開、第8病日に退院。[症例3] 71歳 女性。既往は高血圧症。受診3日前より下腹部痛出現。近医を受診し抗生剤処方も効果乏しく当科受診。腹部超音波で回腸憩室炎と診断。CTでfree airなく保存的加療。症状軽快し、第9病日退院となった。1か月後、外来で注腸検査施行し回腸憩室を確認した。その2日後、発熱、右下腹部痛をみると当科再診。回腸憩室炎再発と診断し、保存的治療で軽快。下部消化管内視鏡で回腸憩室を確認した。[考察] 過去の報告では、回腸憩室炎は腸管壁の薄さや症状の乏しさなどから穿孔や腹膜炎による重篤化の可能性が高いとされる。上行結腸憩室炎との鑑別に難渋する可能性があり慎重な診断・加療が求められると考えられた。今回経験した3例は幸い保存的に治癒しえた症例であった。腹部超音波による早期診断が重要と考えられた。

40

完全腹腔鏡下に修復し得た魚骨小腸穿通の1例

鈴鹿中央総合病院

○服部 可奈、野口 大介、草深 智樹、大森 隆夫、藤永 和寿、大倉 康生、金児 博司、田岡 大樹

症例は74歳男性。右下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診。腹部理学的所見では、右下腹部に限局した反跳痛を認めた。腹部単純CTで小腸腸管壁を穿通する線状の高吸収異物と、周囲脂肪組織濃度上昇を認めた。病歴聴取では、当科受診4日前に赤魚、3日前に鯖を食したことが判明し、魚骨小腸穿通の診断にて手術を施行した。腹腔鏡下に観察すると、右下腹部に肥厚した小腸が周囲小腸と癒着していた。癒着を剥離すると、膿苔の付着した腸間膜を認め、瘤部位から魚骨が約1cm程度穿通していた。魚骨を引き抜き、穿通部腸間膜の縫合閉鎖を施行した。術後経過は良好で、第5病日に退院となった。腹腔鏡手術の普及に伴い、魚骨による小腸穿通に対して腹腔鏡手術を選択する報告が近年散見される。しかしながら、発症から手術施行までの時間が長くなるほど、穿通部周囲に炎症に伴う肉芽や膿瘍を形成する慢性炎症型へと移行し、腸管切除が必要となる。早期に魚骨による小腸穿通を診断できた場合が、腹腔鏡手術のよい適応であると考えられた。

41

腸管外アニサキスが原因と疑われた腸閉塞の一例

¹ 静岡県立総合病院 消化器内科、

² 静岡県立総合病院 消化器外科

○榎田 浩平¹、青山 弘幸¹、佐藤 辰宣¹、増井 雄一¹、青山 春奈¹、川合 麻実¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、大野 和也¹、菊山 正隆¹、大島 典彦²

【症例】47歳女性【主訴】心窩部痛【既往歴】なし（腹部手術歴なし）【現病歴】起床時から心窩部痛出現。症状の改善を認めなかったため近医を受診、腹部所見が目立ったため当院紹介となった。【現症】意識清明、体温36.8℃、血圧106/67mmHg、脈拍61回/分。腹部蠕動音はやや減弱、平坦軟、心窩部に中等度圧痛を認めたが筋性防御や反跳痛は明らかではなかった。【血液検査】WBC6400/ul、CRP0.04mg/dlと上昇を認めなかった。その他肝胆酵素上昇も認めなかった。【画像検査】腹部USでは特記所見認めなかった。単純CTでは腹部正中の腸閉塞内にφ10mmの軟部腫瘍と周囲脂肪組織濃度の上昇を認めた。また少量の腹水も認めた。【経過】急性腹症として入院にて精査の方針となった。入院後も発熱と炎症反応の上昇は認めなかったが間欠的な強い腹痛が持続した。第2病日造影CTを施行、単純CTで指摘された腸間膜腫瘍は全く造影されず脂肪壊死の疑いと周囲反応性リンパ節腫大と腹水増加を認めた。また腹部造影MRIでは腸間膜腫瘍はT2強調像で低信号・T1強調像で高信号・拡散強調像で高信号は乏しく周囲脂肪組織で信号の亢進を認め、腸間膜脂肪組織炎を伴う脂肪壊死が疑われた。その他血液検査でも脂肪壊死の原因ははっきりしなかった。しかし第4病日にイレウスを発症したためイレウス管を留置、第9病日のイレウス管造影にてバンド形成を認めたため腸間膜裂孔ヘルニアが疑われ手術目的に外科紹介とした。第15病日に手術施行、トライツ靱帯から30mm門側小腸の腸間膜と大網が癒着しバンドを形成していた。またその大網側にφ10mm腫瘍性病変を認めた。そのためバンド解除と共に腫瘍摘出を行い手術終了となった。病理検査で腫瘍は線維裂肉芽腫で被包された好酸球膿瘍で中央に壊死した寄生虫虫体を認めアニサキスが疑われた。以上より腸管外アニサキスによるイレウスの診断となった。以後経過良好で第20病日に退院となった。【結語】比較的に稀な症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

42

術中インドシアニングリーン（ICG）蛍光観察法が有用であった非閉塞性腸間膜虚血症（NOMI）の1例

名古屋市立大学 消化器外科

○社本 智也、原 賢康、溝口 公士、佐川 弘之、坪井 謙、森本 守、田中 達也、坂本 宣弘、高橋 広城、寺下 幸夫、若杉 健弘、石黒 秀行、松尾 洋一、竹山 廣光

症例は、69歳女性。双極性障害による食思不振で他院入院中、経管栄養を開始5日後に高血糖およびショック状態となり当院に救急搬送された。来院時血圧は測定不能で、CT検査にて門脈ガスおよび小腸の菲薄化と壁内気腫を認めた。大量補液と昇圧剤を使用し、血圧および意識の回復を確認後、開腹手術を行った。暗赤色の腹水を中等量認めたが、明らかな消化管の穿孔部位は認めなかった。肉眼的に暗赤色から黒色調の虚血部位を小腸に目だて認めNOMIと診断した。インドシアニングリーンを静注し、蛍光観察にて血流状態を確認した。分節状に蛍光不良の腸管を認め、虚血腸管を栄養する辺縁動脈および直動脈は、蛍光される部位とされぬ部位が混在していた。腸間膜の蛍光は全般的に良好であった。上記結果をふまえ、空腸120cm、回腸45cmを温存し、機能的端々吻合を行った。術後、14日間の集中治療を要したが、軽快し精神科に転科した。今回、ICG蛍光観察法を用いて、術中の腸間膜および腸管の循環的的確な評価が可能であったNOMIの1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

43

貧血を契機に発見された小腸原発血管肉腫の1例

¹ 社会医療法人 財団新和会 八千代病院、² 西尾市民病院

○安藤 雅能¹、白井 修¹、氏原 正樹¹、樋口 俊哉¹、三浦 正博¹、小鳥 達也¹、長谷川 太作²

【症例】67歳、男性。【主訴】体動時の息切れ。【既往歴】前医にて間質性肺炎、気管支喘息、高血圧にて通院中、2013年6月に肺肉腫様癌にて左下葉切除術施行（pT3N0M0）。【現病歴】前医にて左肺肉腫様癌切除後の補助化学療法でシスプラチン+ビンoreルビン+4コース治療中、2014年11月より体動時の息切れが出現した。Hb3.3g/dlと高度貧血を認め、精査加療のため前医に12月20日から12月25日まで入院。12月24日に施行した腹部造影CT検査にて上部空腸に壁肥厚を指摘され、同周囲のリンパ節腫大を認めたが明らかな肝腫瘍や肺腫瘍は認めなかった。1月7日に経管法小腸透視を施行し、CTで指摘の上部空腸に長径約5cmの全周性に不整な狭窄を認め、小腸腫瘍精査のため2015年1月10

日に当科紹介入院。入院時検査でHb4.8g/dLと高度貧血を認め、RCC4単位輸血し第4病日に経口のダブルバルーン内視鏡(以下DBE)を施行。トライツ靱帯から約20cmの上部空腸に2型様の全周性腫瘍を認めた。腫瘍は凝血塊の付着あり肉眼的に壊死傾向が強く、管腔は確認できるがscopeの通過は不可能で、腫瘍近傍に点墨後終了とした。生検病理では未分化な異型細胞を多数認め、免疫染色ではCD10のみ陽性となり、悪性リンパ腫が疑われた。貧血、通過障害を伴った空腸腫瘍であり、第7病日に当院外科にて外科的切除術を施行した。開腹所見では腫瘍がS状結腸と癒着し浸潤が強く疑われたため小腸部分切除+S状結腸合併切除術、小腸間膜リンパ節郭清を施行した。病理組織学的所見では、壊死所見に加えて一部管腔構造を形成し、免疫染色にてfactorVIII+、CD31+、CD34+であり小腸原発血管肉腫と診断した。現在術後補助化学療法は行わず外来通院中だが、明らかな再発所見や貧血の再燃などは認めない。小腸血管肉腫における本邦での報告例は極めて少ない。粘膜病変と違い深部病変では生検組織で診断につながる組織片を得ることは容易ではなく、また術前診断としてその小腸病変を内視鏡観察されることも稀である。自験例は、術後病理所見にて診断できた小腸血管肉腫の1例ではあるが、術前に腫瘍性病変をDBEにて観察し得た貴重な症例であった。

44 興味深い形態を呈した小腸GISTの1例

浜松医療センター 消化器内科
○浅井 雄介、吉井 重人、高橋 悟、木次 健介、伊藤 潤、松浦 愛、栗山 茂、住吉 信一、岩岡 泰志、川村 欣也、影山 富士人、金岡 繁

症例は60歳女性。主訴は心窩部痛、黒色便。昼食後より心窩部痛と歩行時のふらつきが出現し翌朝に黒色便を認めたため当院救急外来受診。血液検査では、Hb 10.2g/dlと貧血を認めた。腹部単純CTにて小腸に腫瘍を認め精査加療目的にて当科入院となった。造影CTでは小腸に径6.5cm×6cm×4.5cmの境界明瞭で辺縁不正な腫瘍を認め、腫瘍の内部には消化管腔と連続する不整形な内腔を認めた。また腫瘍の辺縁部は比較的強い造影効果を認めるも、内腔側は造影効果不良であった。口側の腸管には異常拡張像は認めなかった。造影CT所見より紡錘型の小腸悪性リンパ腫が疑われたため、経口の小腸シングルバルーン内視鏡を施行。Treitz靱帯から100cm程肛門側に2/3周性の巨大な深掘れ潰瘍を呈する腫瘍を認めた。腫瘍の辺縁は正常の粘膜で覆われ、明らかな粘膜下腫瘍様の形態を示さず内視鏡所見からも悪性リンパ腫が疑われた。同時に施行したガストログラフィン造影では、腸管外に大きな造影剤の溜りを認め、腫瘍辺縁には胃堤による陰影欠損像を認めた。しかし潰瘍底からの生検で紡錘形細胞の増殖する所見を認め、免疫染色でDesmin、SMA、S-100、CD34+、CD117+、DOG-1+より、GISTの診断となった。明らかなリンパ節転移や遠隔転移を認めなかったため開腹手術を施行。術中所見ではTreitz靱帯から約60cmの空腸に60×55×75mmの腫瘍を認めた小腸部分切除術を施行した。最終診断は、壁外発育型小腸GIST [pT3, N0, M0: pStage3B(高細胞分裂像数)]であった。Modified-Fletcher分類で再発高リスク群に該当したため、術後1か月よりイマチニブによる補助化学療法を開始し、約1年無再発で経過している。今回我々には興味深い形態を呈した小腸GISTの1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

45 アダリムマブ、ブレドニゾロンが著効した単純性小腸潰瘍症の1例

蒲郡市民病院
○成田 幹吾人、市川 紘、成田 圭、佐宗 俊、小田 雄一、安藤 朝章

症例】77歳男性【主訴】下血【現病歴】脳出血、胃潰瘍既往ある患者。NSAIDsや抗血小板薬の内服歴はなかった。20XX年5月下血をきたし来院。下部消化管内視鏡検査で、回腸末端に多発する縦走下堀れの潰瘍を認めた。潰瘍に縦走傾向はなく、大腸および上部消化管に病変は認めなかった。小腸造影では病変は回腸末端に局限しており、病理組織所見は非特異的炎症像を認めるのみであり、クローン病や潰瘍性大腸炎を示唆する所見は認めなかった。また、腸結核や感染性腸炎は精査の結果否定的で、バーチェット病も典型的所見である口腔内・皮膚・目・陰部症状はいずれも認めず、針反応も陰性であったため否定的であった。以上より単純性小腸潰瘍症と診断し、メサラジン3000mg開始した。一旦は寛解を得たが、翌年2月再燃認めたためメサラジン4000mgに増量。以降下血による入退院を繰り返していたため、同年10月よりアダリムマブ開始し、ブレドニゾロン40mg併用にて寛解を得た。以降ブレドニゾロンを減量し、現在は臨床症状なく、2週間毎のアダリムマブ40mg投与にて寛解維持している。【考察】今回アダリムマブ、ブレドニゾロンで寛解に至った単純性小腸潰瘍症の一例を経験した。腸管バーチェット病にたいしては2013年よりアダリムマブの保険適応が認められているが、単純性小腸潰瘍症や非特異性多発小腸潰

瘍症は治療法が確立されておらず、クローン病や腸管バーチェット病に準じた治療法がおこなわれているのが実際である。今回アダリムマブ、ブレドニゾロンが著効した単純性小腸潰瘍症の一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

46 異なる経過をたどった急性壊死性食道炎の2例

春日井市民病院
○小島 悠輝、平田 慶和、岡山 幸平、隈井 大介、山本 友輝、松本 朋子、菅野 寛和、木村 幹俊、奥田 悠介、羽根田 賢一、池内 琢也、森川 友祐、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

【症例1】症例は59歳女性。意識障害と右腎部痛を主訴に当院へ救急搬送された。壊死性筋膜炎、高血糖と脱水を認め入院となった。同日に黒色物嘔吐があり上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行。全食道が全周性に黒色粘膜を呈しており急性壊死性食道炎と診断した。原疾患の治療、PPIと絶食で治療の方針とした。第12病日のEGDにて黒色粘膜は改善しおり全周性の潰瘍となっていた。その後食事を開始したが食事中の胸部つかえ感を自覚したため第42病日にEGDを施行。食道は全周性に硬化性のある粘膜に覆われており狭窄像を認めファイバー通過は不可能であった。ガストロ食道透視では中部食道からEGJまで10cm以上にわたり高度の狭窄像を呈していた。硬化性のある粘膜であり狭窄部位が長く、バルーン拡張は適応外と考え、経口摂取が可能であったことから経過観察となった。その後狭窄は進行し、経口摂取困難となった。非開胸食道バイパス術施行し、現在は経口摂取可能な状態となった。【症例2】症例は64歳男性。大量飲酒後からの意識障害と黒色物嘔吐を主訴に当院へ救急搬送され、緊急EGDを施行し、全食道に全周性の黒色粘膜を認め、急性壊死性食道炎と診断した。第9病日のEGDにて黒色粘膜の改善を認めたが、中部から下部食道にかけて軽度の狭窄があった。前症例を踏まえ、狭窄進行予防的に発症後早期よりバルーン拡張術を施行した。発症後第8週までに計12回のバルーン拡張術により高度狭窄に進行することなく経過した。その後下部食道の潰瘍の治療のみ遷延し、同部位の瘢痕狭窄に対しバルーン拡張術を施行する事が続いたため、バルーン拡張術後にステロイド局注を付加した。その後半年間の現在に至るまで再度拡張術を施行することなく経過している。【考察】我々は急性壊死性食道炎という稀な疾患で経過の異なる2例を経験した。狭窄が危惧される急性壊死性食道炎に対して予防的なバルーン拡張術が有効であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

47 好酸球性食道炎が疑われた9例の検討

¹名古屋大学 大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学 医学部附属病院 光学医療診療部
○小宮山 琢真¹、宮原 良二¹、松坂 好平²、松崎 一平¹、横山 敬史¹、菊地 正和¹、大林 友彦¹、浅井 裕充¹、松岡 歩¹、小林 健一²、松井 健一¹、藤吉 俊尚¹、山村 健史²、大野 栄三郎¹、中村 正直¹、川嶋 啓輝¹、渡辺 修¹、前田 修¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

【背景】好酸球性食道炎(EoE)は本邦では稀とされていたが、近年有病率の増加が目まぐるしい。しかし疫学、病態、治療などに関しては不明点が多い。【目的】今回我々は上部消化管内視鏡検査(EGD)にてEoEが疑われた症例について、臨床病理学的特徴および治療経過を検討した。【対象と検討項目】2010年7月から2015年9月の間に当院で施行したEGD25402例中、EoEが疑われた9例を対象とし、症状、内視鏡所見、食道生検による好酸球浸潤の有無、治療と経過について検討した。診断には厚生労働省研究診断指針を参考とした。【結果】年齢中央値50歳(20-73)、男女比9:0。症状はつかえ感4例、胸焼け1例、無症状4例であった。内視鏡所見は縦走溝を9例全例に認め、輪状溝5例、白斑4例、粘膜白濁7例であった。生検において20個/高倍率視野以上の好酸球浸潤を7例に認めた。診断指針では確定診断には自覚症状と生検での好酸球浸潤が必須であり、EoEと確定診断されたのは3例であった。確定診断のついた3例に対して全例PPIによる治療を開始し、3例全てにおいて自覚症状の改善を認めた。EoEに特徴的な画像所見を認めるも生検にて好酸球の浸潤を認めない2例のうち1例に胸部つかえ感を認め、PPIによる治療を行うも症状の改善を認めず、ブレドニゾロン30mg内服にて症状の改善を認めた。EoEに特徴的な画像所見および病理所見を認めるも自覚症状を認めない4例については、1例にPPI内服、3例は経過観察となっているが、症状の出現を認めていない。【考察】EoEに特徴的な内視鏡所見を呈した9例中7例は生検にて好酸球浸潤を認めており、内視鏡所見、特に縦走溝の有無による拾い上げは適切なものと考えられた。

バルーン拡張術が奏効した巨大食道憩室を合併した食道アカラシアの一例

名古屋掖済会病院 消化器科

○大橋 暁、神部 隆吉、岩田 浩史、水谷 佳貴、佐橋 学、橋口 樹裕、倉田 祥行、寺田 剛、平松 健

【症例】45歳男性【既往歴】20歳時好酸球性腸炎・イレウスにて手術【現病歴】2015年3月胸焼け・逆流症状あり、近医にて逆流性食道炎と診断され投薬を受けた。5月中旬から食事量の低下あり、6月初旬になりつかえ感が増強し食べると全て嘔吐するようになった。4か月で14kgの体重減少を認め、水分も摂取できない状態となり当院受診、精査加療目的に入院となった。【検査所見】血液検査所見にてヘマトクリット55.4%、尿素窒素61.8mg/dl、クレアチニン2.06mg/dlと著明な脱水と腎前性の腎不全を認めた。上部内視鏡検査にて食道下部右壁に大きな開口部を有する憩室を認めた。憩室の肛門側の食道は強く収縮していたが接合部直上では拡張を認めた。接合部はpin hole様に狭窄していたが通常径内視鏡の通過は可能であった。胃内反転観察にて明らかな巻きつき像は認めなかった。上部消化管造影検査にて7cm×5cmの食道憩室を認め、その肛門側の食道はらせん状の強い収縮を認めたが接合部直上は嚢状に拡張していた。接合部の狭小像 (bird beak sign) を認め、造影剤の胃への流出は著しく遅延していた。【治療経過】食道アカラシアとそれに合併した食道憩室と診断した。下部食道に強い収縮を認めることからdiffuse esophageal spasm (DES) 様の機能異常も伴っているものと考えられた。食道内圧の上昇により憩室の増大を来していると判断、Rigiflex Achalasia Balloon Dilator (Boston Scientific社、径30mm) にて拡張術を行った。7psiでnotch消失を確認、1分間拡張の後8psiで1分間拡張を行った。術後食事摂取が可能となり、術後第8病日に退院となった。退院後は現在まで症状の再燃を認めていない。【結語】食道憩室を合併したアカラシアに対して、憩室切除と Heller-Dor 手術を施行したとの報告があるが、今回われわれはバルーン拡張術にて良好な治療効果を得た症例を経験したので報告する。

49

食道運動障害を伴う難治性食道憩室の1例

¹愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター、

²愛知医科大学 消化器外科

○鈴木 健太¹、宮地 正彦²、内野 大倫²、駒屋 憲一²、齋藤 卓也²、安藤 景一²、石黒 成治²、大橋 紀文²、有川 卓²、小松 俊一郎²、佐野 力²

【症例】47歳、男性。2011年1月健診で下部食道に憩室を指摘されたが自覚症状がないため未治療であった。2012年5月より胸やけ症状が出現し、徐々に症状が増悪したため、2012年9月近医を受診した。上部消化管内視鏡検査・胸部腹CT検査で横隔膜上憩室と診断され、PPIの内服治療を開始したが、症状の増悪を認めたため2012年12月に精査加療目的で当院に紹介された。食道憩室は1年8ヶ月で3cmから5cmに増大していた。食道運動障害を疑い、食道内圧検査を施行したところ、LES静止圧の高値 (40mmHg)、LES弛緩不全から食道アカラシアと診断した。さらに200mmHg以上の高振幅の蠕動波が同周期性に出現し、非同周期性収縮を30%以上に認めた。以上からdiffuse spasmを伴うvigorous achalasiaと診断した。2013年1月16日開腹下憩室切除、Heller-Dor法を施行した。術後症状は軽快したが、2013年8月の上部消化管造影で1.5cmの憩室の再発を認めた。12月の検査では憩室が2cmに増大した。食道内圧検査ではLES圧は15mmHgと低下し、嚥下時の伝播する蠕動波が認められたが、100mmHg以上の強い蠕動波を憩室切除部からLES直上に認めNutcracker esophagusと診断した。2014年1月に右開胸下で前回切除部の上縁に食道憩室を認め、内翻させ、肋間筋弁で補強した。しかし3ヵ月後に再び憩室が出現した。その後憩室の増大を認めないため、経過観察中である。今後憩室の増大・症状の増悪を認めた場合は食道切除を行う予定である。本症例ではachalasia, diffuse spasm, Nutcracker esophagusなどの複合した食道運動異常を伴い、食道憩室ができたと考える。しかし真性憩室であることから、先天的に食道憩室を認めたのか、筋層の肥厚を伴いながら憩室が発育した可能性も考えられる。初回手術でachalasia, diffuse spasmは軽減したがNutcracker esophagusの病態が残存し、憩室が再発したと考える。食道運動障害を伴う難治性食道憩室の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

50

扁平上皮癌と小細胞癌を有した食道癌の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

○菅田 亮太郎、金子 裕、井上 昭司、杉村 直美、飛鳥井 香紀、高口 裕規、井上 裕介、戸川 智三、長谷川 泉

【症例】66歳女性【主訴】食道精査【既往歴】橋本病、骨粗鬆症【薬剤

歴】レボチロキシンナトリウム 50μg、バゼドキシフェン酢酸塩 20mg【嗜好歴】喫煙なし、飲酒は機会飲酒【現病歴】2015年6月検診目的の上部消化管造影検査で胸部中部食道に隆起性病変を指摘され精査のため来院された。上部消化管内視鏡検査で切歯より30cmの食道前壁に約20mm大の隆起型 (0-I型) 病変を中心にして、その周囲に軽度発赤を伴う0-IIb型病変が全周性に拡がっており、T1b-SM2以深と判断した。NBI観察 (非拡大) ではBrownish areaとして観察され、ヨード染色では不染帯として描出された。生検による病理組織検査では、隆起部分より小細胞癌、発赤粘膜部分より扁平上皮癌を認め、扁平上皮癌に小細胞癌が混在していると判断した。造影CTでは明らかなリンパ節転移や遠隔転移認めず、cT2N0M0 cStageIBの診断となり、本人・家族と相談し術前化学療法を行った後に手術の方針となった。病変は扁平上皮癌の成分と小細胞癌の成分を有していたが、主病態は扁平上皮癌からなるものと考え、術前化学療法はcisplatin + 5-fluorouracilを用いた。術前化学療法を2コース施行した後の内視鏡検査では随伴する発赤調病変は消失し、隆起性病変も軽度縮小を認めた。同年8月食道亜全摘術および2領域リンパ節郭清術が施行された。切除病理標本では、Carcinoma, ypT1b-pSM, INFb, ly0, v0, pIM0, pPM0, pDM0, pRM0, pN0で腫瘍の主体は小細胞癌成分からなり一部散在性に扁平上皮癌成分が残存しており、術前化学療法の治療効果判定はGrade 1aであった。今回、小細胞癌の成分と扁平上皮癌の成分を有した食道癌の症例を経験したため文献的考察をふまえて報告する。

51

多発筋炎に合併した食道癌の一切除例

¹名古屋大学大学院医学系研究科消化器外科学、

²名古屋大学大学院医学系研究科神経科学

○田中 晴祥¹、小池 聖彦¹、丹羽 由紀子¹、岩田 直樹¹、高見 秀樹¹、林 真路¹、神田 光郎¹、小林 大介¹、田中 千恵¹、山田 豪¹、中山 吾郎¹、藤井 努¹、杉本 博行¹、藤原 道隆¹、辻河 高陽²、原 一洋²、小寺 泰弘¹

症例は59歳男性、2014年春頃よりゴルフの飛距離が落ちるなど、両上肢の筋力低下を自覚した。2015年3月に近医を受診、当院神経内科に紹介。上下肢の近位筋の筋力低下、血清中筋原性酵素の上昇、筋電図の筋原性変化、筋生検にて筋生検で筋線維の変性及び細胞浸潤を認め、多発筋炎と診断した。悪性腫瘍検索にて、上部消化管内視鏡で切歯列30-36cmに0-IIcの病変をみとめ、表在性食道癌として当科に紹介となった。亜急性に筋炎症状の進行を認めたため、切除の方針とした。食道亜全摘・2領域郭清・後縦隔経路胃管再建を行った。総合診断はpT1b, pN4 (2c), M0, fStageIva [転移個数の補正あり]であった。術後ステロイドパルス療法を行い、現在、リハビリ療法とステロイド維持療法中である。悪性腫瘍関連筋炎では、腫瘍を切除することにより症状が軽快・治癒する可能性があるため、積極的な手術が望ましいとされている。多発筋炎に合併した食道癌の一切除を経験したため、若干の文献的な考察を加えて報告する。

52

食道癌手術における亜全胃再建法についての検討

岐阜大学 医学部 腫瘍外科

○高野 仁、田中 善宏、篠田 智仁、土屋 博、平田 伸也、櫻谷 卓司、加藤 順子、前田 健一、棚橋 利行、松井 聡、今井 寿、佐々木 義之、奥村 直樹、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、長田 真二、吉田 和弘

【緒言】食道癌手術の場合、術後の縫合不全は5~10%の報告があり、いかに合併症を回避し術後のQOLを保つかが重要になる。当科では、治療体系が固定された2008年1月から2015年8月までに226例の食道癌手術を経験しており、胸部・頸部食道癌手術における再建を全例、亜全胃を利用した再建法で行っている。この再建法は、胃壁内の血管網の温存から吻合部での血流に優れるという利点がある一方、距離が届かないのではといった懸念や、胃管が胸腔内でたわみ食餌の停滞をきたすのではないかという懸念がある。そこで、当科で施行している術式のポイントを説明する。まず、小網の処理として左胃動脈の胃壁流入部から3枝をはらう。右胃大網動脈から約5cm離して大網を処理し左右の胃大網動脈の終点から左側は胃壁に沿い大網を切除する。距離をかせぐために脾前筋膜と胃を充分に癒着を十分に剥離し胃背側の可動性を高める。場合によってKocherの授動を充分に行うが、通常施行しなくても十分に頸部まで届くことが多い。胃を切除する際は、長軸方向へ術者の両手で充分に伸ばした状態から腹部食道を牽引し、自動縫合器で切除する。頸部での吻合は、頸部斜切開創から直視下にサテンスキー鉗子 (田中医科器械製作所サテンスキー血管鉗子04-31-M) をかけ、手縫いの層々吻合とし、吻合後に胃を腹腔内に充分に牽引し、その状態で横隔膜脚と胃壁を3針固定する。腸癒は全例挿入し術後3~6ヵ月間使用を継続する。【目的】今回、当科でのこの術式の安全性・機能性を評価した。【対象】226例の食道癌手術症例 (鏡視下手術症例

も含む)。**【結果】**縫合不全発症率は2例(0.9%)であった。1例は大腸癌術後でFOLFOX10コース施行後で、1例は術翌日ARDSとなりステロイドパルスを施行した症例であった。合併症・術後の愁訴としては、胃管壊死0例、瘻孔形成0例、吻合部狭窄5例、胃管潰瘍1例、ダンピング症状3例であった。**【結語】**食道癌手術におけるこのような亜全胃再建方法は、ポイントを熟知し遂行することで、非常に良好な結果を得られた。

53

胃glomus腫瘍の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○加納 佑一、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、木下 雄貴、片岡 邦夫、飛田 恵美子、山本 和弘、南 喜之、山本 崇文、岡村 正造

【はじめに】 Glomus腫瘍は通常、四肢末端の皮下や爪下に生じる電撃痛を伴う良性腫瘍であり、胃原発例は比較的稀である。今回我々は、出血を来した胃glomus腫瘍の一例を経験したので報告する。**【症例】** 60歳代女性**【主訴】** 吐血**【既往歴】** 変形性膝関節症**【生活歴】** 喫煙：なし、飲酒：なし**【家族歴】** 特記事項なし**【現病歴】** 2014年5月、貧血にて当院紹介受診。上部消化管内視鏡検査(EGD)等の精査を拒絶。鉄剤内服のみで改善したため終診となっていた。2015年6月、吐血で救急搬送。緊急EGDにて、胃体上部後壁に粘膜下腫瘍を認め、頂部に潰瘍を形成し、拍動性出血する露出血管を伴っていた。クリッピング止血後、入院精査加療とした。**【経過】** 入院中の血液検査では、貧血の他特記すべき異常を認めなかった。腹部造影CT検査(CE-CT)では、胃体上部後壁に均一に濃染された26mm大の腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査(EUS)では、第3層から第4層にかけて輪郭明瞭で整な類円形の低エコー像を呈し、内部エコーはやや不均一で、小さな無エコー領域が散見された。この無エコー領域には脈管様の構造が混在しており、胃壁外からのfeedingが認められた。以上より、胃gastrintestinal stromal tumor(GIST)を疑い、7月にlaparoscopy endoscopy cooperative surgery(LECS)を施行した。病理所見としては、粘膜下層から固有筋層にかけて、類円形核と好酸性胞体を有する腫瘍細胞がシート状に増殖しており、多数の小血管を伴っていた。免疫染色では、smooth muscle actin(+), vimentin(+), cytokeratin(-), S-100(-), c-kit(-), CD34(-)で、胃glomus腫瘍と診断した。**【考察】** 胃glomus腫瘍は比較的稀な疾患である。特異的な画像所見に乏しいが、豊富な血流を反映してCE-CTでは濃染像を、腫瘍血管の増生・出血・血栓・硝子化を反映してEUSでは不均一な内部エコーを示すとされる。出血およびその随伴症状を示す症例が散見され、いずれも本症例に合致する。

54

ESDにて治療を施行したAFP産生早期胃癌の一例

中野胃腸病院 消化器科

○齋藤 慎一郎、深尾 俊一、奥嶋 一武、中野 浩一郎、安藤 拓也、前田 頼佑、神谷 賢吾、村瀬 寛倫、横田 洋子、伊藤 寛

α -fetoprotein (AFP)産生早期胃癌に対し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)にて治療を行った一例を経験したので報告する。症例は63歳男性。健診にて上部消化管内視鏡検査を施行し、体上部大弯と前庭部大弯に0-IIc病変を認めた。生検にていずれも腺癌を認め、体上部の病変部には免疫染色にてAFPの局在を認めた。血中AFPは正常範囲であり、CT検査にて明らかなリンパ節転移や遠隔転移は認められなかった。AFP産生胃癌を含む同時多発癌、T1a, N0, H0, P0, cStageIAと診断し、いずれの病変もESDによる治療の適応と判断した。AFP産生胃癌は通常より予後が悪い事など十分にinformed consentを行い、それぞれの病変に対してESDを施行した。病理所見では体上部病変は0-IIc, 20×14mm, 中～高分化型腺癌、T1b1(粘膜筋板下縁より433 μ m浸潤), ly0, v0, HM0, VM0、前庭部病変は0-IIc, 5×5mm, 高分化型腺癌, T1a, ly0, v0, HM0, VM0であった。体上部病変のみ免疫染色にてAFPの局在を認めた。術後1年6ヶ月経過し、再発兆候は認めていない。AFP産生早期胃癌の報告は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

55

当院で経験した胃底腺型胃癌7例の臨床病理学的検討

¹静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、²静岡県立静岡がんセンター 病理診断科
○岡 浩正¹、川田 登¹、田中 雅樹¹、角嶋 直美¹、滝沢 耕平¹、伊藤 紗代¹、今井 健一郎¹、堀田 欣一¹、松林 宏行¹、下田 忠和²、小野 裕之¹

【背景】胃底腺型胃癌は、胃底腺への分化を示す低異型度分化型胃癌という新しい疾患概念として2010年に提唱され、H.pylori (HP) 陰性胃癌の一つとして考えられている。今後HP感染率の低下により、胃底腺

型胃癌が増加する可能性があり注目されている。

【目的】 胃底腺型胃癌の臨床病理学的特徴を明らかにする。

【方法】 2010年4月から2015年6月の期間に当院で内視鏡的粘膜下層切開剥離術(ESD)を施行した2095例2699病変のうち、術後の病理検査の結果胃底腺型胃癌と診断された7例7病変(0.26%)を対象とし、臨床病理学的特徴と治療成績を検討した。

【結果】 患者背景は、性別は男性が5例、女性が2例、年齢中央値77歳(range:50-83歳)であった。全例で抗HP IgG抗体は陰性で、萎縮性胃炎を認めなかった。病変部位は全例U領域に存在し、色調は発赤調が6例、褪せ調が1例。肉眼型は0-Iが1例、0-IIaが3例、0-IIcが3例であった。過形成性変化に類似した症例が7例中4例あり、内視鏡的に胃癌の診断が困難であった。腫瘍径中央値は7mm(range:5-23mm)、術前深達度は全例でcT1a(M)と診断しESDを施行した。治療時間中央値は29分(range:16-77分)で、全例一括切除であった。1例においてHMXであった。免疫染色の結果では、MUC6・Pepsinogen I・H+/K+-ATPaseは全例陽性、MUC2・CD10は全例陰性、MUC5ACは陽性が6例、陰性が1例であった。治療切除が1例、適応拡大治療切除が4例、非治療切除が2例で、非治療切除となった患者のうち1例は追加外科切除を施行した。経過観察期間は短い。ESD後の再発例は認めていない。(観察期間中央値2ヶ月(range:0.7-32.7ヶ月))

【結語】 HP陰性の萎縮性胃炎のない高齢者でのスクリーニングでは、胃底腺型胃癌の特徴を念頭に置いておく必要がある。またサイズが小さくても高率に粘膜下層に浸潤しており、治療法としては詳細な病理評価が可能なESDが推奨される。

56

早期胃癌におけるリンパ節転移の検討

岐阜大学 医学部 腫瘍外科

○土屋 博、奥村 直樹、篠田 智仁、平田 伸也、櫻谷 卓司、前田 健一、加藤 順子、棚橋 利行、田中 善宏、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、吉田 和弘

【目的】 近年ESDの適応拡大に伴いの早期胃癌症例のESD症例およびESD後のリンパ節郭清目的の腹腔鏡下胃切除症例が増加している。そこで早期胃癌におけるリンパ節郭清の意義を検証すべく当科における早期胃癌の手術標本でのリンパ節転移について検討した。**【方法】** 2004年から2011年までの胃癌切除例586例中、早期胃癌258例(T1a:110例, T1b:148例)を対象とした。A) リンパ節転移の頻度を壁深達度別に評価する。B) ESD後の追加切除目的症例におけるリンパ節転移頻度と転移部位を検討する。C) T1b(SM)症例の腫瘍径、病理組織、術前深達度診断、転移個数を検討する。**【成績】** A) 各深達度別のリンパ節転移率はT1a:6.4%, T1b:16.9%, T2:34.1%, T3:67.2%, T4a:81.9%, T4b:85.7%であった。B) ESD施行後に胃切除を追加した22例中1例(4.5%)でリンパ節転移を認めた。陽性例は#6に3個の転移を認めた。C) T1b症例148例中25例(16.9%)にリンパ節転移を認め、平均腫瘍径は3.9cm, 転移数は1個15例、2個以上10例であった。術前診断は、cT1a:14例(9.5%), cT1b:101例(68.2%), cT2:32例(21.6%), cT3:1例(6.8%)であった。病理組織型は、tub1:47例(31.8%), tub2:53例(35.8%), por1:14例(9.5%), por2:20例(13.5%), sig:6例(4.1%), pap:4例(2.7%), その他:4例であった。**【結論】** ESD追加切除例では1例(4.5%)のみリンパ節転移陽性が認められ、センチネルリンパ節生検などのさらなる縮小手術の可能性が求められる。早期胃癌症例では、258例中32例(12.4%)にリンパ節転移を認めたが、4例(12.5%)はD1レベル以上に転移を認めた。今後、早期胃癌の中でリンパ節郭清範囲を選択できるような、取り組みが必要と考えられた。

57

肝・骨転移を来した胃GISTに対しイマチニブが奏功した1例

¹春日井市民病院 消化器科、²愛知医科大学病院

○松本 朋子¹、近藤 好博²、井澤 晋也²、平田 慶和¹、高田 博樹¹、祖父江 聡¹、海老 正秀²、小笠原 尚高²、佐々木 誠人²、春日井 邦夫²

【症例】 65歳、女性**【現病歴】** X年3月、腹部外傷のため腹部CT検査を施行したところ多発肝腫瘍を指摘された。上部消化管内視鏡検査にて胃体上部に頂部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認め、生検にてGISTと診断されたため、同年4月当院紹介となった。入院精査にて胃GIST、多発肝転移と診断し、6月よりイマチニブ400mg/日を開始した。X+2年9月の腹部CT検査では、Partial Response(PR)であったが、その4ヵ月後のX+3年1月の腹部CT検査において、転移性肝腫瘍内に結節の出現が認められ、局所性のイマチニブ二次耐性と診断し、X+3年3月胃体上部部分切除、肝右葉切除、左葉部分切除を施行した。また、肝内側区域の転移性腫瘍に対して術中ラジオ波焼灼療法(RFA)を施

行した。GISTの遺伝子解析ではexon11に遺伝子変異(欠失)を認めた。術後経過は良好でX+3年5月よりイマチニブ400mg/日の投与を再開したが、金銭的理由によりX+5年2月よりイマチニブを中止し経過観察となった。X+5年10月、腰痛が出現したため、当院整形外科を受診。CT検査、MRI検査にて胃GISTの骨転移と診断された。また、転移性肝腫瘍の再発を認めたため、同年11月よりイマチニブ400mg/日の投与を再開した。X+6年2月、CT検査では転移性肝腫瘍の大さきに変化はないものの腫瘍内部は壊死性変化をきたし、また転移性骨腫瘍は縮小を認めた(SD)。現在外来にてイマチニブ継続投与中である。

【考察】胃GISTの転移形式は血行性転移や腹膜播種が多く、骨転移は約7%と比較的稀と報告されてきたが、近年イマチニブなどの分子標的薬により長期生存例も増加するとともに、骨転移例の報告も散見されるようになった。本症例では、発症から約6年経過後に骨転移が認められた。また、イマチニブの局所的な二次耐性のため外科的治療を施行し、その後イマチニブを継続投与した。イマチニブ中止後約8ヶ月で骨転移と転移性肝腫瘍の再発を認めたが、耐性と考えられたイマチニブを再度投与したところ、転移薬に対して抗腫瘍効果が認められた。

【結語】肝・骨転移を来したGISTにイマチニブが奏功し長期生存が得られた症例を経験したので報告する。

58

上部消化管内視鏡止血術後に肝腫瘍を発症した1例

春日井市民病院 消化器内科

○山本 友輝、平田 慶和、岡山 幸平、隈井 大介、小島 悠揮、管野 琢也、松本 朋子、奥田 悠介、木村 幹俊、羽根田 賢一、池内 寛和、森川 友裕、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

【はじめに】出血性消化性潰瘍はしばしば遭遇する疾患である。内視鏡治療の発展に伴い初期治療として内視鏡的止血術が施行される頻度は高くなってきているが、合併症としての肝腫瘍の報告はほとんどされていない。【症例】70歳男性【主訴】吐血【既往歴】糖尿病【現病歴】吐血を主訴に当院を受診。緊急で上部消化管内視鏡検査を施行し、E-G junction直下の胃体上部後壁に露出血管伴うA1潰瘍を認めたため、止血鉗子(コアグラスパー)を用いてソフト凝固モードで止血術を施行した。Second look内視鏡検査で止血を確認し第4病日より食事を開始した。第7病日より38℃の発熱・右季肋部痛が出現し、炎症反応の高値を認めたためにCT検査を施行。単純CTで肝S4、S5、S7に26mm、12mm、18mm大の入院時には認めなかった低吸収率のSOLを認め、造影CTにてring状にenhanceされることから肝腫瘍と診断した。メロベネム3g/日で保存的加療を開始したが発熱は持続し、第12病日のCTでS4の腫瘍径は70mmと著明な増大を認め、S5、S7の腫瘍径も28mm、44mmと軽度の増大を認めた。S4の腫瘍は保存的加療のみでの治療は困難であると判断し、肝腫瘍穿刺ドレーナージ術を施行した。排液の性状は悪臭を伴う乳白色・粘稠であり、細菌培養検査で起因菌として*klebsiella pneumoniae*が同定された。ドレーナージ施行翌日より解熱が得られ炎症反応も徐々に改善を認め、第39病日のCTですべての肝腫瘍の縮小を確認し、第44病日に退院となった。肝腫瘍の原因検索のため入院中に行われたMRCPでは胆管系に異常を認めず、下部消化管内視鏡検査でも異常を認めなかった。また胃潰瘍止血術6日後に発症した肝腫瘍であるという臨床経過より総合的に今回の肝腫瘍の原因は胃潰瘍に対する止血術であったと考えられた。【結語】今回われわれは上部消化管内視鏡止血術後に肝腫瘍を発症した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

59

右胃大網動脈瘤穿破により繰り返される上部消化管出血に対してコイル塞栓術が奏功した一例

¹愛知厚生連 知多厚生病院、

²名古屋市立大徳病院 大学院医学研究科 放射線医学

○鈴木 健人¹、田中 創始¹、酒井 貴史¹、椿 昭太¹、西崎 章浩¹、山田 修司¹、村瀬 和敏¹、富本 茂裕¹、下平 政史²、丹村 敏則¹、高橋 佳嗣¹、宮本 忠壽¹

【症例】83歳男性。【主訴】吐血。【既往歴】50歳 胆石に対して胆嚢摘出術。アルツハイマー型認知症。【現病歴】2015年1月上旬に吐血で当院に救急搬送され、上部消化管出血と判断し上部消化管内視鏡検査を行った。胃内に多発出血性びらんを認めAPCで焼灼後、トロンビ散布し入院管理とした。【経過】初回入院後も、同年2月から3月にかけて吐血で入院を繰り返しており計7回の止血術を施行した。3月下旬に施行した腹部ダイナミック造影CTで右胃大網動脈瘤の増大傾向(42mm×37mm→45mm×40mm)を認め、消化管出血との関連が考えられたため、血管内治療の適応と判断、動脈瘤に対してTAEを施行した。その後は吐血の再発を認めなかった。同年4月の上部内視鏡検査でも出血性病変は認めず、8月に施行した腹部ダイナミック造影CTにおいても右胃大網動脈瘤は19mm大と縮小しており、現在も吐血はなく経過良好である。【考察】本例は繰り返す上部消化管出血に対

し右胃大網動脈瘤の塞栓が奏功したことから、消化管出血の原因は同動脈瘤の穿破によると判断した。腹部内臓動脈瘤は比較的な疾患であり、胃大網動脈瘤は其中で0.04%とさらに頻度の低い疾患である。原因としては動脈硬化、外傷、先天性血管異常、感染、炎症、膠原病による血管炎、医原性、SAM(segmental arterial mediolysis)などが挙げられるが、本症例では動脈硬化がその原因として考えられる。治療においては腹腔鏡下手術、開腹手術とIVRなどがあるが一定のコンセンサスは得られていない。報告では外科的開腹手術を選択している例が多いが、本症例では待機的に治療でき、高齢でもあることから、侵襲の少ないTAEを選択し奏功した。今回我々は比較的な右胃大網動脈瘤穿破により繰り返される上部消化管出血に対してコイル塞栓術を選択し奏功した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

60

幽門狭窄で発症しクローン病と診断された高度肥満の一例

¹静岡県立総合病院 消化器内科、

²静岡県立総合病院 消化器内科、

³静岡県立総合病院 肝胆脾内科

○青山 春奈¹、黒上 貴美²、大野 和也²、菊山 正隆³、白根 尚文³、川合 麻美¹、榎田 浩平¹、増井 雄一¹、青山 弘幸¹、佐藤 辰宣¹

症例は34歳男性。食欲低下、体重減少、上部内視鏡検査にて前庭部の狭窄を認めたため当院紹介受診。既往歴は特になし。当院初診時、身長175 cm、体重95 kgと高度肥満を認めた。上部内視鏡検査にて前庭部から十二指腸までの全周性の狭窄、拡張不良を認め4型胃癌が疑われたが、生検では悪性所見は認めなかった。CT検査では前庭部から十二指腸にかけての全周性の壁肥厚を認め、周囲リンパ節の造影効果も認めた。組織学的診断には至らなかったが胃癌の診断とし外科的切除の方針となった。術中のリンパ節の迅速病理診断にて炎病所見のみであったことから、降温存目的に胃空腸吻合を施行した。術後病理結果にて非乾酪性肉芽腫を認め、クローン病の可能性が示唆された。術後大腸内視鏡検査施行し回腸および結腸に縦走潰瘍を認め、生検の結果クローン病の診断となった。幽門狭窄を契機に診断された高度肥満クローン病の患者の一例を経験した。文献的考察も含めて報告する。

61

肥満症に対して内視鏡的胃内バルーン留置術を施行した3例

名古屋徳洲会総合病院

○今神 透、高山 悟、林 祐一、坂本 雅樹

肥満症に対して内視鏡的胃内バルーン留置術を施行した3例名古屋徳洲会総合病院 消化器内視鏡治療センター今神透、高山悟、林祐一、坂本雅樹肥満症は高血圧、脂質異常症、糖尿病、関節症など様々な疾患の原因となりうる病態である。肥満症の治療の基本は食事療法などの生活習慣指導ではあるが、それのみでは治療効果が乏しいことをたびたび経験する。食事療法で無効であった肥満症に対する治療方法としては内視鏡的胃内バルーン留置術、腹腔鏡下スリーブ状胃切除術などの治療方法がある。内視鏡的胃内バルーン留置術は侵襲性は低いものの、治療期間が6か月程度と限られてしまう。外科手術の治療効果が高いものの、高度肥満状態では手術のリスクが高いと考えられる。そこで、当院ではBMI 35~40に対しては一期的な外科手術、BMI 40以上の症例に対しては内視鏡的胃内バルーン留置術の一時的な減量後に外科手術を行う方針としている。現在、当院では内視鏡的胃内バルーン留置術を3例施行しており、その治療成績について報告する。【症例1】45歳、男性。167.3cm、158kg、BMI 56.5【症例2】32歳、女性、160cm、200kg、BMI 78.1【症例3】29歳、男性、190cm、200kg、BMI 55.4

62

診断にAngio CTが有用であった脾腫瘍の1例

¹朝日大学 歯学部付属 村上記念病院 消化器内科、

²朝日大学 歯学部付属 村上記念病院 外科

○中畑 由紀¹、大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、北江 博晃¹、富江 晃¹、大島 靖弘¹、八木 信明¹、川部 篤²、久米 真²

【症例】60代女性。2013年5月に意識消失発作で他院へ救急搬送、下垂体機能低下症による意識消失との診断で治療開始された。その後も意識消失を繰り返し、精査目的で当院内分泌内科入院となった。入院時の血液検査では空腹時血糖77mg/dlと正常範囲であったが、入院後に行った絶食試験にてインスリン分泌異常(プロインスリン/インスリン比21.7%)と、22時間後に低血糖を認めたため、インスリンノーマの存在が疑われた。腹部CTにて脾腫瘍を認め、当科紹介となった。選択的動脈内カルシウム注入試験とAngio CTにて局在診断を行い、外科にて腫瘍核出術を行った。病理検査の結果はインスリンノーマであっ

た。【結語】原因不明の低血糖を認めた場合には、インスリノーマの存在が疑われる。その存在診断のためには画像診断が不可欠である。また、治療のためには負荷試験などによる局在診断が必要となる。本症例は存在診断と局在診断の両方がAngio CTで可能であり、外科での核出術が可能となった。

63

通常型脾癌と術前診断した脾神経内分泌腫瘍の1切除例

名古屋市立西部医療センター

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

術前の画像検査で通常型脾癌が疑われるも、切除標本で病理組織学的に脾神経内分泌腫瘍 (pNET) と診断した1例を経験したので報告する。【症例】47歳女性。【現病歴】当院婦人科にて2年半前に右卵巣癌手術を施行。経過観察の造影CTで脾体部に腫瘍性病変を認めたため当科を受診した。脾体部の腫瘍は27×21mm大で造影効果が乏しく尾側脾管の拡張を伴っており、脾動静脈への浸潤が疑われた。MRCPでは尾側脾管の拡張を認め、脾瘤はT1WIで低信号、T2WIで淡い高信号であった。EUSでは脾体部に24×20mm大の内部エコーやや不均一、比較的境界明瞭な類円形腫瘍として描出され、尾側脾管が拡張しており、一部脾動静脈の口径不整を認めた。PET-CTでは脾体部の腫瘍に一致してSUV max5.9の集積亢進を認めたが、他に異常な集積亢進像は指摘されなかった。以上の画像所見より通常型脾癌 (cT4N0M0) と診断し、脾体尾部切除術を施行した。切除標本病理所見では脾実質から脾周囲組織に淡好酸性細胞質と類円形腫大核を有する異型細胞の増殖浸潤を認め、周囲繊維化を伴い神経周囲浸潤も観察された。免疫染色でchromogranin A (+) synaptophysin (+)、ki67 positivity 27.4%のためpNETと診断した。【考察】脾神経内分泌腫瘍の画像所見の特徴とWHO分類2010の問題点を含め、若干の文献的考察を加えて報告する。

64

副脾との鑑別を要した脾尾部非機能性神経内分泌腫瘍の1切除例

¹ 阪中央総合病院 外科、² 松阪中央総合病院 胃腸科

○藤村 侑¹、田端 正己¹、阪本 達也¹、前田 光貴¹、大澤 一郎¹、加藤 憲治¹、岩田 真¹、三田 孝行¹、塩野 泰功²、小島 真一²、川崎 優也²、浦出 伸治²、金子 昌史²、山中 豊²、直田 浩明²、小林 一彦²

脾の多血性腫瘍としては、神経内分泌腫瘍 (NET)、腎細胞癌など多血性腫瘍の脾転移、腺房細胞癌、solid typeの漿液性嚢胞腺腫などの腫瘍性病変の他、脾内副脾も鑑別に挙げる必要がある。今回われわれは、脾門部の副脾を合併した脾尾部非機能性NETの1切除例を経験したので報告する。【症例】59歳男性。当科入院1年半前の人間ドックで血清アミラーゼ152 IU/Lと軽度の上昇を指摘された。3ヵ月後にかりつけ医で再検査され、アミラーゼは正常化したものの、トリプシンおよびリパーゼが軽度上昇しており、単純CTが施行された。CTでは脾門部に径10mm大の副脾を2個認めたが、脾病変は指摘されず、以後経過観察されていた。しかし、入院4ヶ月前の採血でも 脾酵素は軽度上昇しており、精査目的に当院胃腸科を紹介された。造影CTでは脾門部に既知の2個の副脾が存在し、さらに脾尾部に早期から浸染し、平衡相でも脾実質より造影効果を示す径15mm大の腫瘍が認められた。同腫瘍の造影態度は副脾と同様であった。EUSでは脾尾部腫瘍は境界明瞭、辺縁平滑な低エコー腫瘍で、カラードプラーでは血流豊富であった。ソナゾイド造影では早期より造影され、脾臓とは浸染パターンが異なっていたが、副脾の可能性を除外することは困難であった。そこで、SPIO-MRIを施行した。SPIO造影後のlong TE GREでは、脾尾部腫瘍には脾のような信号低下はなく、脾実質と同等の信号を示し、脾内副脾は否定的であった。確定診断のため、EUS-FNAを施行し、内分泌腫瘍が推定された。以上より、脾門部副脾を合併した脾尾部NETと診断し、脾合併脾尾部切除+D2郭清を施行した。病理組織学的には好酸球顆粒状の胞体と類円形核を有する細胞が索状、腺管状に増殖していた。クロモグラニン、シナプトフィジン陽性、核分裂像は0/10 HPFであり、NET G1と診断された。【まとめ】副脾の大部分は脾門部に存在するが、約20%は他部位に存在し、なかでも脾尾部周囲に多いと報告されている。血流が豊富な類円形腫瘍であり、特にpNETとの鑑別が問題になるが、その確定診断にはSPIO-MRIが有用と考えられた。

65

脾神経内分泌腫瘍を契機に発端者として診断に至った多発性内分泌腫瘍症1型の2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、

³ 愛知県がんセンター中央病院 認定遺伝カウンセラー、

⁴ 愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部

○鳥山 和浩¹、舩岡 範¹、水野 伸匡¹、原 和生¹、今岡 大¹、大瀬戸 久美子³、田中 努²、石原 誠²、奥野 のぞみ¹、稗田 信弘¹、吉田 司¹、千田 嘉毅¹、夏目 誠治⁴、田近 正洋²、清水 泰博⁴、山雄 健次¹、丹羽 康正²

【はじめに】多発性内分泌腫瘍症 (multiple endocrine neoplasia: MEN) は主に脾、副甲状腺、下垂体に腫瘍を発症する常染色体優性遺伝性疾患である。【症例1】49歳男性。造影CTにて脾頭部に20mm大の多血性腫瘍を認め当院紹介。血液生化学検査にて補正Ca 10.8 mg/dl、iPTH 74 PG/MLと軽度高値を認めた。超音波内視鏡検査 (EUS) では脾内に多発する腫瘍性病変を認め、EUS-FNAにて脾神経内分泌腫瘍 (pNET) G2と診断した。副甲状腺や下垂体に異常は認めなかったが、pNETが多発していること、家族歴に脾臓癌、尿路結石を有することからMEN1を疑った。遺伝カウンセリング後に遺伝子検査を施行し、MEN1遺伝子変異を認めMEN1との診断に至り脾頭部病変に対して脾頭十二指腸切除を施行した。【症例2】62歳女性。既往歴に副甲状腺切除術、下垂体腺腫。造影CTにて脾体部に9mm大の多血性腫瘍を認め当院紹介。血液生化学検査では補正CaやiPTHは正常であった。EUSではCT指摘病変の他、脾内に多発する小腫瘍を認めた。EUS-FNAにてpNET G1と診断した。家族歴にpNET、尿路結石、下垂体腫瘍を有しておりMEN1を強く疑った。カウンセリング後に遺伝子検査を施行したところMEN1遺伝子異常を認めMEN1との診断に至った。いずれも2cm以下のpNETでありガイドラインに則り切除せず経過観察中である。【考察】pNETの10%はMEN1を背景に発症するとされている。既往歴/家族歴やpNET多発などからMEN1を疑い精査することが肝要である。【結語】脾神経内分泌腫瘍を契機に発端者として診断に至った多発性内分泌腫瘍症1型の2例を経験したので報告する。

66

脾mixed adeno-neuroendocrine carcinomaの1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳義病院消化器内科

○安江 祐二、乾 和郎、片野 義明、三好 広尚、小林 隆、山本 智支、松浦 弘尚、成田 賢生、鳥井 淑敬、森 智子、細川 千佳生、黒川 雄太、大屋 貴裕、溝口 良順、稲田 健一

症例は72歳、男性。主訴はなし。2007年に早期胃癌に対し幽門側胃切除術 (B-II再建)、2011年に前立腺癌に対し放射線治療の既往がある。2014年6月、検診の腹部超音波検査 (US) で脾体部に約12mmの低エコー腫瘍を指摘され、7月中旬に精査を目的に当科を紹介された。触診上腫瘍は触知せず、血液生化学検査では腫瘍マーカー (CEA、CA19-9) は正常であった。8月に当院で実施したUSでは脾体部に境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍を認め、大きさは約22mmに増大していた。超音波内視鏡検査 (EUS) では、脾体部に24×22mmの内部不均一な類円形の低エコー腫瘍を認めた。主幹管は腫瘍により側方から圧排されており、尾側の脾管拡張を認めた。脾ダイナミックCTでは、脾体部に動脈優位相で低吸収域、門脈優位相で不均一に造影される腫瘍を認めた。MRCPでは、脾体部に多房性の嚢胞性腫瘍を認め、隔壁は肥厚していた。以上から脾神経内分泌腫瘍や粘液癌、solid pseudopapillary neoplasm (SPN) を疑い、同年9月に脾体部分切除+脾空腸吻合術を行った。切除標本肉眼所見では脾体部に繊維性被膜を有する27×22mmの充実性結節状腫瘍を認めた。病理組織学的検査では、短紡錘形細胞の充実性増殖が認められ、嚢胞形成があり、静脈浸潤を伴っていた。免疫染色検査はsynaptophysin陽性、CD56陽性、α1-antichymotripsin陽性、EMA陽性でMTB-1 (Ki-67) の腫瘍細胞標識率は7%であった。以上から腺癌成分とneuroendocrine carcinoma成分が混在する脾mixed adeno-neuroendocrine carcinoma (MANEC) と診断した。術後経過は良好で、第20病日に退院となった。術後補助化学療法としてS-1を開始したが、術後6ヵ月後に肝臓および肺転移を来し、術後9ヵ月後他界した。脾内分泌腫瘍と内分泌腫瘍が同腫瘍内に混在するMANECは2010年WHO分類で定義され、その発生頻度は全脾腫瘍の約0.04%～0.2%とされる稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

67

化学放射線療法後に切除した大動脈リンパ節周囲リンパ節転移脾体部癌の1例

¹ 木沢記念病院 外科、² 木沢記念病院 病理診断センター

○堀田 亮輔¹、今井 直基¹、伊藤 由裕¹、坂下 文夫¹、山本 史史¹、池庄司 浩臣¹、尾関 豊¹、山田 鉄也²

症例は60歳代女性、既往に糖尿病があり近医通院中であった。2015年1月ごろより糖尿病の悪化を認め、CTを施行したところ脾体部に腫瘍を認め脾体部癌が疑われた。また傍大動脈リンパ節が腫大し、PET-CTでも集積を認めたため傍大動脈リンパ節転移が疑われ

た。そのため化学放射線療法（ゲムシタピン単独+50.4Gy）を行ったところ、原発巣の著明な縮小とリンパ節の縮小およびPET-CTで集積の消失を認めた。そのため2015年4月に手術を行った。手術は脾中央切除術および傍大動脈リンパ節摘出を行った。病理組織検査では、原発巣は腺癌を認めるものの線維化が目立ち治療効果を認めた。傍大動脈リンパ節には明らかな悪性像は認めなかった。術後経過は良好で術後第15病日に退院した。術後5ヵ月現在、外来でS-1単剤による術後補助化学療法を行っている。化学放射線療法後に切除した大動脈リンパ節周囲リンパ節転移脾体部癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

68

化学療法が著効し、根治的外科手術を施行し得たStageIb脾癌の2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、
³愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部
○藤田 曜¹、脇岡 範¹、水野 匡臣¹、原 和生¹、今岡 大¹、
田近 正洋²、田中 努²、石原 誠²、清水 泰博³、千田 嘉毅³、
夏目 誠治³、吉田 司¹、奥野 のぞみ¹、稗田 信弘¹、
丹羽 康正²、山雄 健次¹

【症例1】70歳代男性。CTにて脾体部に乏血性腫瘍を認め紹介。EUS-FNAでadenocarcinomaの診断を得た。開腹手術に臨むも腹膜播種結節を認め試験開腹術となった。StageIbであり、ゲムシタピン単剤による化学療法を開始した。1年半、計21コース経過したが、CT/FDG-PETでは原発巣の増大はなく、播種結節は不明であり、病勢コントロールは得られていると考え、再度開腹手術に臨んだ。明らかな腹膜播種を認めず、原発切除し得た。病理診断はModerately differentiated tubular adenocarcinoma, TS1 (17mm), ypT3N1M0, ypStageIIIの診断であった。R0切除で組織学的効果判定はGradeIb（胃癌取扱い規約に準ずる）と考えられた。術後補助療法としてS1内服を行い、術後1年経過し無再発生存中である。【症例2】70歳代女性。腹部超音波検査にて脾癌が疑われ、前医から紹介となった。CT/MRIにて脾体部、肝S4に腫瘍性病変を認め、EUS-FNAで、脾および肝の両者からadenocarcinomaの診断を得た。StageIbでありゲムシタピン単剤の投与を開始した。2か月後のCT評価で、肝転移は不明瞭化、原発巣も縮小しPRと判断。以降、9ヶ月間増悪を認めなかった。このため病変は限局していると判断し、脾体尾部腹腔動脈合併切除および肝部分切除を施行した。病理診断はModerately differentiated tubular adenocarcinoma, TS1 (13mm), ypT3N1M0, ypStageIIIと診断した。R0切除で組織学的効果判定はGradeIbと考えられた。術後補助療法としてS1内服を行い、術後10か月経過し無再発生存中である。【考察】脾癌患者に対する唯一の根治的治療法は外科的切除である。一方で、化学療法は延命治療であり、基本的には根治治療ではない。しかしながら、時として化学療法が著効する症例もある。このような症例に対しては、時期を逸することなく切除を考慮することが脾癌治療成績の改善に寄与すると思われる。【まとめ】今回我々は初診時にStageIbの切除不能脾癌であったが、化学療法が著効し、外科的手術を施行し得た2例を経験したので報告する。

69

転移性脾腫瘍の3例

- 名古屋市立西部医療センター
○遠藤 正嗣、平野 敦之、山東 元樹、中西 和久、尾関 智紀、
西垣 信宏、山川 慶洋、山下 宏章、小島 尚代、木村 吉秀、
土田 研司、妹尾 恭司

【症例1】63歳、女性。2008年2月に左腎細胞癌に対して左腎臓摘出術を施行した。2014年6月のCTで脾体部に10mmの辺縁に造影効果を伴う低吸収腫瘍を認め、当科へ紹介となった。脾体尾部切除術を施行し、淡明な細胞質を有する異型細胞を認め、腎細胞癌脾転移と診断した。現在まで無再発経過観察中である。【症例2】51歳、女性。2005年11月に右乳癌に対し右全乳房切除術を施行した。術後化学療法を施行中、2009年11月のCTで脾頭部に30mmの造影効果に乏しい腫瘍を認め、脾転移が疑われた。黄疸などの症状はないため造影CT以外の精査は行わず、その後も化学療法を継続していたが、2011年5月に閉塞性黄疸が出現し当科へ紹介された。CTでは脾腫瘍は43mmに増大し十二指腸浸潤を伴い、総胆管・主膵管拡張を認めた。ERCPでは総胆管は下部で狭窄し上流胆管拡張を認め、主膵管は脾頭部で片側性圧排像と尾側膵管拡張を認めた。十二指腸下行部に潰瘍性病変を認め、生検で類円形異型細胞（ER陽性）を認め、乳癌脾転移と診断した。covered SEMSを留置し、黄疸は改善した。2012年7月にSEMSの自然脱落が確認されたが、2014年11月に原疾患により死亡するまで黄疸の増悪は認めなかった。【症例3】66歳、男性。2015年5月に閉塞性黄疸のため当科を紹介受診した。CTで脾頭部に30mmの造影効果に乏しい腫瘍

と総胆管拡張、傍大動脈・鎖骨上窩リンパ節腫大、右肺上葉にspiculaを伴う13mmの結節性病変を認めた。脾腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、低分化癌（CA19-9陰性、TTF-1陽性）を認めた。肺結節に対してCTガイド下生検を行い、腺癌（TTF-1陽性）を認め、肺腺癌脾転移と診断した。ERCPでは主膵管に異常を認めず、総胆管は脾頭部で閉塞し上流胆管拡張を認めた。uncovered SEMSを留置し、黄疸は改善した。現在、脾癌に対し化学療法施行中である。【考察】組織学的に転移性脾腫瘍と診断された3例を経験したので、文献的考察を含め報告する。

70

後腹膜未分化多形肉腫の一部検例

- 聖隷浜松病院 消化器内科
○井上 照彬、細田 佳佐、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、
瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、
熊岡 浩子、清水 恵理奈、長澤 正通、佐藤 嘉彦

【症例】68歳男性。62歳から糖尿病の診断により近医通院中であった。2015年1月頃より上腹部痛を自覚し、左上腹部の腫瘍に気づいた。近医の腹部エコーにて充実成分と囊胞成分が混在する径10cm以上の巨大腫瘍を指摘され、精査目的で当科紹介。CTおよびMRIにおいて、左腎の腹側に位置する、充実成分と囊胞成分の混在する径16cm大の腫瘍であり、不均一に造影された。また、両肺に多発結節を認め、肺転移が疑われ、腹膜に播種結節の存在も疑われた。腫瘍は脾尾部および左腎、下行結腸などに接するも、明らかな連続性はなく、後腹膜腫瘍、特に肉腫が疑われた。転移および播種を有する悪性腫瘍であり、手術適応はないと考えられたが、治療方針決定のため、経胃的に超音波ガイド下穿刺生検（EUS-FNAB）を実施。組織型は断定し得ず、疼痛コントロールなどを施行していたところ、肺炎および呼吸不全により、初診より約1ヶ月の経過にて永眠された。剖検により、腫瘍は未分化多形肉腫、多発肺転移、多発肝転移、腹膜播種と診断された。【考察】後腹膜腫瘍は約80%が悪性と考えられ、疾患が多形であり、しばしば診断に難渋する。本例も画像診断により後腹膜肉腫が疑われたが、確定診断は困難であった。未分化多形肉腫は一定の分化傾向を示さない肉腫であり、組織学的には異型性、多形性を示す紡錘形細胞が異型の円形ないし組織球様細胞、多角形細胞などともに特定の配列傾向を持たずに無秩序に増殖する。手術が治療の基本であるが、本例のように手術適応外の場合、確立された方法はなく、診断治療につき文献的考察も含め報告する。

71

中心部石灰化を伴った脾SPNの一例

- ¹愛知医科大学病院 消化管内科、
²愛知医科大学病院 肝臓内科
○名古屋 拓郎¹、井上 匡央²、小林 佑次²、山本 高也²、
石井 紀光²、大橋 知彦²、中出 幸臣²、佐藤 顕²、伊藤 清顕²、
中尾 春壽²、春日井 邦夫¹、米田 政志²

【症例】51歳、女性【主訴】心窩部痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】1年程持続する心窩部痛を主訴に当院受診した。腹部USで脾頭部に音響陰影を伴う腫瘍性病変を認め、精査加療目的で入院となる。【経過】血液検査では、P-Amylase 91U/L、CA19-9 44U/Lと軽度上昇を認めた。腹部造影CTで、脾頭部に中心部に粗大な石灰化を伴う25×20mm大の腫瘍性病変を認めた。尾側膵管の拡張は認めなかった。動脈相で造影効果に乏しく、門脈相から平衡相にかけて正常脾と同程度の造影効果を認めた。MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像で中心はモザイク様に低信号で、辺縁は軽度高信号を認めた。EUSで、辺縁整で境界明瞭な低エコー像を呈しており、中心部には音響陰影を伴う高エコー域を認めた。これらの所見より、SPN（Solid Pseudopapillary neoplasm）を鑑別に挙げ、確定診断目的でEUS-FNAを施行した。HE染色で、小型類円形の核を有する好酸性の細胞を認めた。免疫染色ではβ-catenin、CD10、CD56陽性、Chromogranin A陰性でSPNが疑われた。以上より、脾頭十二指腸切除術を施行した。切除標本は、病変は薄い被膜を有した25×20mm大の灰白色調の腫瘍で内部に出血を伴っていた。病理組織検査では、硝子化間質を背景に索状に増殖する腫瘍細胞を認め、Vimentin、β-catenin、CD10、CD56陽性、Chromogranin A、Synaptophysin陰性であり、SPNと最終診断した。術後1年の現在、無再発で経過観察中である。【考察】中心部に粗大な石灰化を伴ったSPNを経験した。SPNは比較的前後良好な低悪性度の脾腫瘍であり、中年女性に好発する。全体の30～50%に石灰化を伴うとされるが、石灰化は腫瘍の辺縁に生じることが多く、本症例のように中心部に認めめるものは比較的稀とされる。若干の文献的考察を加えて報告する。

72

肝囊胞感染を合併した急性閉塞性化膿性脾管炎の一例

- ¹浜松医科大学 第一内科、²光学医療診療部、

³臨床腫瘍学講座、⁴臨床研究管理センター

○芹澤 亜紗美¹、森 泰希¹、杉本 健¹、山田 景子¹、山田 洋介¹、伊藤 達弘¹、杉山 智洋¹、田村 智¹、岩泉 守哉¹、濱屋 寧^{1,3}、高垣 航輔¹、大澤 恵²、古田 隆久^{1,4}

症例は71歳の男性。201X年より慢性膵炎の診断にて前医で数か月ごとの膵管ステント交換が行われていた。201X+3年6月に前医が遠方であるため当院紹介となった。当院初診時に膵管ステントが自然脱落しており、内視鏡的膵管ステント再挿入を試みたが膵頭部主膵管の強い狭窄のためステント留置不能であった。しかし症状は安定していたためステントは留置せず以後外来にて経過観察を行った。同年8月および11月に慢性膵炎の軽度増悪がみられ短期入院を要したが、いずれも保存的治療にて速やかに軽快した。201X+4年1月、38度台の発熱及び右季肋部痛がみられ、血液検査にて炎症反応高値であり当科緊急入院。入院時の血清アミラーゼ値は正常で腹部CTでは明らかな感染のfocusは指摘できなかった。入院第3病日に腹部MRI検査を施行したところ肝左葉の嚢胞周囲に拡散強調画像で強い高信号を呈する部位を認め、この領域の嚢胞にはfluid-fluid levelが見られることから肝嚢胞内感染が考えられた。精査のため第4病日にERCPを施行。発赤した主乳頭から膿の流出が見られた。膵管ヘカニキュレーションを行い、狭窄部を越えた拡張した膵体部膵管に造影カテーテルを進め胆汁を吸引すると胆汁が確認され、急性閉塞性化膿性膵管炎と診断した。膵管ステント留置後炎症反応は速やかに改善し、肝左葉膿瘍周囲の炎症もMRIにて改善を認めた。胆管には狭窄や結石等胆管炎の原因となるものはなく、肝嚢胞感染の原因としては急性閉塞性化膿性膵管炎の膿が胆汁中に流入し、嚢胞に逆行性に細菌感染したと考えられた。本例は慢性膵炎を背景に発症した急性閉塞性化膿性膵管炎に肝嚢胞内感染を合併した極めて稀な症例であると考えられた。若干の文献的考察を加え報告する。

73

保存的に加療した仮性膵嚢胞大腸穿孔の一例

稲沢市民病院 消化器内科

○武藤 久哲、名倉 明日香、神田 信之、坂田 豊博

症例は63歳男性。主訴は左側腹部痛。腹部の張り感を認め、近医を受診。便秘の診断で経過観察するも2日後より左側腹部痛の増悪傾向を認めたため、同日午後8時ころ当院救急搬送となった。初診時の検査で急性膵炎、CTグレード2と診断し、治療を開始した。入院第13病日での造影CTでは、仮性膵嚢胞の形成を認めたが、病日より症状は改善し、経口摂取を開始。第32病日より39度台の発熱を認め、造影CTを施行すると、嚢胞の縮小と共に嚢胞内にエアーを認め、仮性膵嚢胞の大腸穿孔と診断した。同日CTガイド下膿瘍ドレナージを施行した。保存的加療を継続し、嚢胞腔はほぼ消失したため、ドレーンをクランプ。第112病日にドレーンをクランプしたまま退院とした。その後も瘦小は残存したが、臨床的に悪化は認めず、第140病日にドレーン抜去した。その後の再発は認めていない。急性膵炎の合併症として、仮性膵嚢胞や膵膿瘍はしばしば経験し、消化管瘻を3-10%の頻度で併発すると言われている。大腸に瘻孔形成した膵膿瘍については、便汁からの重篤な細菌感染が懸念され、外科的治療を行うべきとの報告もあり、治療については定まっていない。また、いったん保存的治療が奏功しても、瘻孔が残存することがあり、その場合の対処については定まっていない。今回我々は、仮性膵嚢胞の大腸穿孔に対して保存的に加療した症例を経験した。若干の文献的知見を交えて考察した。

74

脾体尾部欠損症に輪状瘻を合併したと思われる1例

岐阜県総合医療センター

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

【症例】69歳（女）【既往歴】甲状腺機能低下症【嗜好歴】飲酒（-）喫煙（-）【現病歴】20XX年心窩部痛を主訴に当院受診。採血にてWBC/AMY高値を認め急性膵炎を疑われ入院加療となるが、その際施行した造影CTにて脾体尾部が全く描出されずいわゆる広義の脾体尾部欠損症と診断した。また残存する脾頭部は膵炎の影響で腫大し周囲の脂肪組織濃度は上昇していたが脾実質は十二指腸下行脚を挟む形で存在しており輪状瘻の合併が考えられた。MRCPで総胆管は十二指腸の右側に開口している様に描出されたが主膵管は膵炎の影響で同定困難であった。GIFでは上十二指腸角やや肛門部に小帯を伴った主乳頭と思われる開口部を認めたが、通常とは反対側の十二指腸右側に存在していた。またこれより1口側に副乳頭と思われる開口部は認めなかった。後日行ったERCPでは上記開口部より総胆管及び主膵管が描出された。胆管はMRCP同様で十二指腸右側より腸管を横断することなく肝門部へと走行していた。一方でWirsung管と思われる短小な膵管像

も得られたが、santorini管は描出されなかった【考察】脾体尾部欠損症は背側脾原基がa.完全欠損している無形成b.不完全欠損している低形成c.後天的な体尾部脂肪置換に分けられるが、副乳頭を認めず主膵管造影でsantorini管が造影されない事より完全欠損と考えられた。またCT上十二指腸を挟む形で脾実質を認める事から輪状瘻の存在が考えられ二つの脾発生異常が合併したと思われる。特に輪状瘻は胎生期の腹側脾原基の回転異常により発生するといわれている。しかし本症例では胆管開口部や走行から腸の回転がおきずに腹側脾原基が腫大し輪状瘻を形成したものと推測された。

75

成分栄養療法が有効であったアルコール性慢性膵炎の一例

愛知県厚生連 海南病院 消化器内科

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

【目的】非代償期の慢性膵炎に対する成分栄養療法の栄養状態の改善、疼痛の改善などの有用性の報告が散見される。今回我々はアルコール性慢性膵炎患者に認めた栄養障害、腹水、浮腫が成分栄養療法により改善した1例を経験したので報告する。【方法】症例は63歳、男性。アルコール性慢性膵炎の急性増悪および脾仮性嚢胞の消化管圧排による摂食障害のため3回入院歴があり、いずれも保存的治療にて改善していた。2014年末より下腿浮腫を認め次第に増悪、腹水貯留、低アルブミン血症も認め2015年2月に当科紹介受診となり、精査加療目的で入院となった。胸部腹部CTでは胸腹水を認め、脾には脾仮性嚢胞を認めた。慢性肝障害の存在を示唆するような肝の変形は認めず、脾腫も認めなかった。腹水検査では漏出性の腹水であり腹水細胞診は陰性であった。心、腎機能は正常範囲内であった。血清アルブミン値は1.9 g/dlであり著明な低蛋白血症を認めたが、経口摂取は良好であったため、脾外分泌能低下に伴う吸収障害を考慮し300kcal/日の成分栄養療法を開始した。また、アルブミン製剤の投与および利尿剤の投与も開始した。【結果】利尿剤への反応は良好であり、腹水、浮腫は速やかに減少した。成分栄養剤投与開始後10日間で血清アルブミン値は1.9 g/dlから2.7 g/dlへと著明な改善を認めた。治療開始から4ヶ月後には3.1g/dlまで上昇し腹水、浮腫も消失した。【考察および結論】本例では300kcal/日と比較的少量の成分栄養療法であり、アルブミン製剤の投与を併用したが、アルコール性慢性膵炎による栄養障害、胸腹水、浮腫の改善に有用であった症例を経験した。脾外分泌能低下を伴う非代償期の慢性膵炎の治療として、消化吸収障害を考慮して少量からでも積極的に成分栄養療法を取り入れることが患者QOLの改善に寄与する可能性が示唆された。

76

正中弓状韌帯圧迫症候群が原因と考えられた脾十二指腸動脈瘤破裂の2例

聖隷浜松病院 消化器内科

○宮津 隆裕、芳澤 社、井上 照彬、杉浦 喜一、海野 修平、瀧浪 将貴、小林 陽介、木全 政晴、室久 剛、熊岡 浩子、清水 恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

【症例1】80歳代男性。嘔気・食欲低下を主訴に近医を受診され、肝障害、腎障害を認めたため当科紹介となった。腹部単純CTで胆石・総胆管結石と十二指腸と脾頭部周囲に液体貯留と脂肪組織濃度上昇を認め入院した。第2病日腎機能に留意し腹部造影CTを施行すると、腹動脈（CA）起始部が狭小化しており、左肝動脈（LHA）の解離や脾十二指腸動脈（PDA）の解離・動脈瘤形成を確認した。脾十二指腸動脈瘤破裂による腹腔内血腫を疑い、第3病日腹部血管造影検査を施行した。腹腔動脈からの造影では胃十二指腸動脈（GDA）は求肝性の血流と考えられ描出不良であり、CT所見と合わせて正中弓状韌帯圧迫症候群と考えられた。背側動脈末梢（DPA）、前上脾十二指腸動脈（ASPD）、前下脾十二指腸動脈（APDA）に著明な広狭不整を認めたため、出血源の1因と考えそれぞれ経カテーテルのコイル塞栓術を施行した。正中弓状韌帯開放術は検討したものの、高齢であることから画像検査での慎重な経過観察の方針とした。【症例2】50歳代女性。仕事に突然心窩部痛と一過性の意識消失を認め近医に搬送されるも過換気症候群が疑われ帰宅、その後も心窩部痛持続し精査目的に紹介となった。血液検査で貧血があり、腹部造影CT検査では右上腹部に血腫と思われる高吸収構造が存在し、脾頭部下縁と十二指腸下行脚の間に動脈瘤と思われる結節状構造物を認めた。脾十二指腸動脈瘤による腹腔内出血を疑い同日緊急腹部血管造影検査を行うと、GDAは求肝性の血行動態を示し、CT所見と総合し正中弓状韌帯による腹腔動脈起始部の圧排が存在していると考えられた。また、IPDAのアーケードに動脈瘤と思われる所見とASPDの解離を認め、同部位からの出血が疑われた。経カテーテルのコイル塞栓術を施行し、同部位の血流消失を確認した。以降血腫は著明に縮小し、新たな動脈瘤形成は認めない。正中弓状韌帯圧迫症候群による脾十二指腸動脈瘤破裂は画

像診断の進歩で最近報告が散見されるが、臨床的にも興味深く、文献的考察を含め報告する。

77

好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) の合併が示唆されるIgG4関連疾患の一例

大調院 大同病院

○大北 宗由、野々垣 浩二、印牧 直人、柳瀬 成希、南 正史、倉下 貴光、宜保 恵明、西川 貴広、榊原 聡介、下郷 友弥

【はじめに】好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (EGPA) では血清IgG4が高値を示すとされ、EGPAとIgG4関連疾患の合併例の報告もある。今回我々は、臨床経過および各種画像所見より、EGPAの合併が示唆されるIgG4関連疾患の一例を経験したので報告する。【症例】症例は66歳男性。3年前より、アトピー性皮膚炎、鼻茸、副鼻腔炎、好酸球増加を指摘されていた。2年半前には成人発症の気管支喘息を認めた。これらの所見からは、多発神経所見やANCA陰性ではあるが、EGPAの診断基準は満たしていた。半年前から体重減少を認め、当科受診。血液検査にて肝機能障害を認め精査入院となった。腹部造影CT検査では肝外胆管、および胆嚢壁肥厚所見を認め、MRCPでは、肝内胆管に多発する狭窄管、主胆管は膵頭部で狭細像、その尾側は軽度拡張所見を認めた。血液検査所見では肝胆系酵素の上昇、好酸球増加およびIgG4 1980mg/dlと高値を認めた。ERCP施行時の内視鏡所見では、主乳頭は著明に腫大しており、膵管はMRCP所見と同様、膵頭部から頭移行部において狭細像を認めた。主乳頭からの生検による病理組織学的所見では、好酸球、リンパ球、形質細胞浸潤、IgG4陽性形質細胞浸潤を多数認めた。また、膵頭体移行部からのEUS-FNAでは、悪性所見を認めなかった。IgG4関連疾患と診断し、PSL30mgを投与開始、肝機能障害および胆管像は改善し、現在PSL5mg投与にて外来フォロー中である。【結語】本症例は主乳頭の所見、膵胆管所見、PSL投与による治療効果からも、IgG4関連疾患と診断した。臨床経過からは、EGPAの合併が示唆され、若干の文献的考察を加え報告する。

78

当院にて悪性腫瘍を合併した自己免疫性膵炎の検討

伊勢赤十字病院 消化器内科

○三浦 広嗣、川口 真央、大山田 純、山村 光弘、杉本 真也、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

【はじめに】第3回自己免疫性膵炎 (AIP) 全国調査によると、AIPの11.2%に悪性腫瘍の合併を認めた。AIPに直接関連した疾患で死亡した症例は認めなかったが、死亡した症例の約半数に癌の合併を認めた。今回、当院にて悪性腫瘍を合併したAIPについて検討した。【対象】2007年5月から2014年12月までに当院にて経験したAIP13例の内、悪性腫瘍の合併を認めた3例。【症例1】79歳女性、両側顎下腺腫脹の切除組織にてIgG4関連疾患が疑われ、全身精査にてAIPと左腎細胞癌を指摘され手術を施行。【症例2】78歳男性、慢性膵炎と腹部大動脈瘤フォローの腹部エコーにて総胆管拡張を指摘され全身精査にて、AIPと左腎腫瘍を指摘された。腎腫瘍は慎重に経過観察の上、AIPに対してPSLで治療されていたが、1年後に腹部大動脈瘤が増大し手術となったため、同時に左腎腫瘍を摘出し腎細胞癌の病理診断を得た。【症例3】67歳男性、咳嗽に対して胸部CTを施行され、その際に縦隔リンパ節腫大と肺腫大を指摘された。縦隔リンパ節と脾に対しEUS-FNAを施行し、AIPと診断しPSLで治療開始。3年半後に左肺下葉に結節影が出現し、CTガイド下FNAを施行するも悪性所見は認めずフォローした。一度縮小傾向となったが、初診より6年後に同結節の増大認め、CTガイド下FNAにて扁平上皮癌の診断となり手術が施行された。3例とも再発なく生存中である。【考察とまとめ】当院の検討ではAIPに高率に癌を合併していた。AIPに合併する悪性腫瘍は悪性リンパ腫、肺癌、胃癌、大腸癌が報告されているが、肺癌等はAIPのフォローで腹部CTを撮影するだけでは発見が難しい。現在AIP自体は予後の良い疾患と考えられているがその中に少なからず癌を合併する症例があり、悪性腫瘍のスクリーニングをどのように行うかが今後の課題といえる。

79

異時性に多臓器突破したIPMNの1例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○内田 絵理香、林 克己、鈴木 孝典、荒木 博通、豊原 祥資、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、清水 周哉、蟹江 浩、日下部 篤宣、山田 智則、中沢 貴宏

【はじめに】IPMNは時に他臓器への突破がみられることは知られている。今回、我々は異時性に総胆管、胃に突破したIPMNの1例を経

験したので報告する。【症例】現在80代女性、2005年70代前半時に人間ドックで耐糖能異常、近医にて膵管拡張を指摘された。当院にてIPMNと診断され経過観察の方針となった。2008年2月閉塞性黄疸出現。ERCPにて総胆管と主胆管の交通がみられ、胆管内に流入した粘液塞栓が黄疸原因と考えられた。手術治療を勧めるも患者に拒否されたため、胆管瘻閉塞と胆汁流出路確保目的にてカバードメタリックステントを留置した。しかし、1ヶ月後に留置されていたステントは脱落しており、再び閉塞性黄疸の再燃を認めた。後日のERCPで主乳頭口側に新たに胆管十二指腸瘻を認めたため、瘻口部より総胆管内に対しペーパーメタリックステントを挿入した。その後、経過中は主胆管拡張の緩徐な増大はみられたが、腫瘍マーカーの上昇や結節性病変の存在は認めなかった。2015年5月に発熱と腹痛を生じCTにてIPMNの胃穿破が疑われ、EGDにて確認した。やがて、腹痛は治まり現在も当院外来通院中である。【結語】今回、我々は異時性に総胆管、胃に突破したIPMNの1例を経験した。IPMNは時に他臓器への突破がみられることは知られており、若干の文献的考察を加え報告する。

80

McCune-Albright症候群に合併した膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の一例

- 1 三重大学 医学部附属病院 光學医療診療部、
- 2 三重大学 医学部附属病院 消化器・肝臓内科、
- 3 三重大学 医学部附属病院 肝胆脾・移植外科、
- 4 三重大学 医学部附属病院 病理部

○北出 卓¹、井上 宏之²、山田 玲子²、吉澤 尚彦²、田野 俊介¹、作野 隆²、原田 哲朗²、中村 美咲²、濱田 康彦²、葛原 正樹¹、田中 匡介¹、堀木 紀行¹、村田 泰洋³、伊佐地 秀司³、藤原 雅也⁴、竹井 謙之²

【症例】50歳代女性【既往歴】幼少期にMcCune-Albright症候群と診断されており、複数回の整形外科手術の既往がある (上腕骨2回、顎関節1回、大腿骨1回)。8年前、肝細胞癌 (肝S4a+S5および胆嚢切除)。【病状経過】2015年、頭蓋骨の線維性骨異形成に伴う眼球運動障害のため、当院神経内科に入院しステロイドパルス療法を施行された。3日間のステロイドパルス終了直後に、上腹部痛が出現し当科受診となった。緊急で施行したCTで膵頭部腫大、血液検査で酵素素上昇を認め、急性膵炎と診断し、補液・絶食、抗生剤投与などの治療を行った。膵ダイナミックCTでは膵頭部優位に炎症所見を認めた。脾に明らかな腫瘍性病変は認めなかったが、主胆管は膵頭部において軽度拡張を認めた。膵炎改善後に施行したEUSでは、膵頭部の主胆管、副胆管の軽度拡張を認めたが、明らかな充実部、結節等は指摘されなかった。副胆管分岐部近傍の尾側膵管は一部で軽度狭窄、蛇行を呈していた。ERCPでは乳頭開口部は粘液の流出によって開大していた。膵管造影では膵頭部において主膵管径は7mm、副膵管径は6mmと拡張、蛇行を認め粘液様の透亮像を認めた。明らかな狭窄は認めなかった。ENPDを留置し連続採取した膵液細胞診では、粘液を含んだ腺腫相当の上皮集塊を認めIPMNが疑われた。以上より、膵頭部に限局した主膵管型IPMNと診断し、当院肝胆脾外科で膵頭十二指腸切除術が施行された。切除標本の病理組織では主膵管および副膵管は軽度拡張を認め、膵管上皮の一部に異型の弱い低乳頭状増殖を認め、IPMNと診断された。【考察】McCune-Albright症候群は、骨病変 (線維性骨異形成)、皮膚病変 (カフェオレ斑)、内分泌病変 (思春期早発症) を主要症状とする先天性の稀な症候群である。その病態は、胎生期に一部の体細胞でGNAS変異が起ることで発症するとされる。また最近、IPMNにおいてもGNAS変異が高頻度に認められることが報告されている。今回McCune-Albright症候群に合併したIPMNの1症例を経験したため、病理組織学的な特徴を踏まえて報告する。

81

右側肝門索を有する胆嚢結石症に対して単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

市立伊勢総合病院 外科

○弓削 拓也、伊藤 史人、武井 英之、岡本 篤之、野田 直哉

今回、われわれは右側肝門索を有する胆嚢結石症に対して、単孔式腹腔鏡下に胆嚢を摘出した1例を経験したので報告する。症例は59歳、男性。2014年に人間ドックで胆石の指摘を受け、近医から手術目的に当科に紹介となった。腹部エコー検査では、胆嚢内に結石と、胆嚢底部にRokitansky-Aschoff sinus (以下RAS) の増生を認めた。CTでは、胆嚢は肝左葉に付着し、肝門索はその右側に位置していた。胆嚢頸部に石灰化を伴う結石を認めた。MRCPでは胆道分岐異常を認めず、胆嚢管は途絶し胆嚢内容は描出されなかった。単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、肝門索が胆嚢の右側に下垂していることが、胆嚢そのものが肝十二指腸間膜の前面に覆い被さることが視野の妨げとなったが、肝門索を腹壁に結紮挙上し、またup-down法で胆嚢を剥離することにより、鉗子操作はそれほど制限されずに手術を

行うことができた。術後経過は良好で、病理組織学的所見で慢性炎症とRASの形成を認めた。

腹腔鏡下胆嚢摘出術は標準術式として確立されているが、単孔式の場合は鉗子操作の制限が加わるため、やや難度が上がるとされる。加えて、本症例のように右側肝円索の症例では、胆管や血管の走行異常が少なくないことに加え、円索の下垂が視野や鉗子操作の妨げになり、手術手技が困難になることがあるが、単孔式腹腔鏡下でも安全な手術操作が可能であった。

82

C T検査で術前診断し、緊急胆嚢摘出術を施行した胆嚢捻転症の2例 名古屋記念病院 消化器内科

○天池 真名美、村上 賢治、河辺 健太郎、高田 真由子、
吉井 幸子、伊藤 亜夜、中館 功、長谷川 俊之、鈴木 重行

今回我々は、術前C T検査で胆嚢捻転症と診断し、緊急胆嚢摘出術となった2例を経験したので報告する。症例1は94歳女性。心窩部痛を主訴に来院。血液検査で炎症反応の上昇や肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。単純C T検査で胆嚢腫大、胆嚢壁の浮腫状肥厚、胆嚢底部の偏位を認め、胆嚢捻転症が疑われ造影C T検査を施行した。胆嚢頸部に造影効果のある円形構造を認めたため、胆嚢捻転症と診断し、緊急開腹胆嚢摘出術を施行した。術中所見では、胆嚢が180度捻転し、暗赤色に変色、腫大していた。症例2は83歳男性。右季肋部痛を主訴に来院。血液検査でWBC 20300/ μ l、CRP 3.52mg/dlと炎症反応の上昇を認め、肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。単純C T検査で胆嚢腫大、胆嚢底部の偏位を認めたため、胆嚢捻転症が疑われ造影C T検査を施行した。胆嚢頸部側を主体に壁肥厚、胆嚢壁の造影効果不良があり、胆嚢捻転による壊疽性胆嚢炎と診断し、緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中所見では、胆嚢は180度捻転し、胆嚢全体の壊死と血性腹水を認めた。2症例とも腹部C T検査が術前診断に有効であった。胆嚢捻転症は肝床部との固定が不十分な遊走胆嚢が、胆嚢頸部、胆嚢管で捻転し、胆嚢が急激な壊死性変化をきたす比較的稀な疾患である。近年の画像診断の進歩により術前診断率は向上してきてはいるものの、現在でも診断は難しい疾患である。腹痛を認める症例では本疾患を念頭におき、C T検査などの画像診断で詳細な検討を行い、適切な治療を選択することが重要であると考えられた。

83

血腫が下部胆管に陥頓し胆石性肺炎様の病態を呈した出血性胆嚢炎の1例

岐阜県立多治見病院

○加地 謙太、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、福定 繁紀、
尾関 貴紀、安部 健紀、岩崎 弘靖、塚本 宏延、水島 隆史、
奥村 文浩、佐野 仁

【症例】71歳女性【主訴】心窩部痛【既往歴】心房細動、高血圧、糖尿病、卵巣線維腫【現病歴】H27年8月中旬、心窩部痛を主訴に当院を受診された。血液検査およびCT検査結果より胆石性肺炎と診断し緊急入院となった。【現症】体温：35.9℃ 血圧：187/130mmHg 脈拍：111回/分 腹部：平坦、軟、心窩部に圧痛あり【検査所見】血液検査：WBC 9200/ μ L、Hb 11.8g/dL、Plt 27.9 $\times 10^4$ / μ L、TP 7.40g/dL、Alb 2.90g/dL、Bil 3.68mg/dL、AST 339IU/L、ALT 172IU/L、ALP 1350IU/L、 γ -GTP 289IU/L、LDH 359IU/L、Amy 977IU/L、BUN 29.6mg/dL、Cre 0.78mg/dL、CRP 10.99mg/dL CT：胆嚢は腫大し壁肥厚を認め、内部は高吸収であった。胆嚢周囲の脂肪組織濃度は上昇。総胆管や肝内胆管は拡張。脾は頭部が腫大し、後腹膜・腸間膜の脂肪組織濃度上昇や液貯留を認めた。【経過】緊急EST + ENBDを行った。EST直後に胆管内から暗赤色の軟らかい物質が排出され回収、病理検査で組織成分は含まなかった(凝血塊のみ)。絶食、抗生剤点滴静注を開始。心窩部痛は軽快し炎症は改善を認め、第5病日食事開始。第7病日胆道チューブ造影で胆管内に陰影欠損を認めずENBD抜去。EUSでは胆嚢壁の均一な全周性肥厚を認め、胆嚢内部には等～高エコーの充実成分が充満し、数mm大の胆石を散見した。待機的に第23病日に当院外科で胆嚢摘出術を行った。病理検査では胆嚢表層上皮はほぼ脱落し壁は線維性に肥厚しており、慢性胆嚢炎と診断された。【考察】胆嚢出血は結石による物理的粘膜炎刺激、胆汁流出障害による胆嚢内圧上昇や結石の胆嚢壁圧迫により起こる胆嚢動脈性の虚血、静脈還流障害が原因で起こると報告されている。自験例でも同様の機序により出血が生じ、抗凝固薬を内服していた影響で出血量が多く、胆嚢内に血液が貯留したことにより血腫を生じたと推測された。さらに血腫が胆管に落下し下部胆管に陥頓して胆石性肺炎様の病態を呈したと考えられた。【結語】出血性胆嚢炎を契機とした血腫により肺炎を来す症例は稀であり、文献的考察を加え報告する。

84

腹部超音波検査が診断に有用であった胆嚢癌肉腫の1例

藤田保健衛生大学病院 肝胆脾内科

○大城 昌史、野村 小百合、高村 知希、越智 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

症例は70歳代男性。前日の夕食後から心窩部痛が出現し、徐々に増悪したため当院救急外来を受診した。造影CTで胆嚢の腫大および、内腔に充満した胆泥を認め、急性胆嚢炎と診断し入院となった。血液検査WBC 8500/ μ L、CRP0.6mg/dlと炎症反応を認めず、AST24U/L、ALT13U/L、LDH195U/L、ALP192U/L、 γ -GTP44U/Lと肝胆道系酵素の異常も認めなかった。CEA0.9ng/ml、CA19-9 33.9U/mlと腫瘍マーカーの上昇も認めず、その他の採血結果も特記すべき異常所見はなかった。腹部超音波検査では胆嚢体部～底部に壁肥厚を認め、胆嚢動脈の血流速度が43.2cm/sと亢進していた。カラードプラ検査では、底部の胆泥と思われた高エコー領域に血流シグナルを認め、胆嚢腫瘍を疑った。造影超音波でも胆嚢底部に血流豊富な結節性病変を認めた。CTにてリンパ節腫大や多臓器への転移を疑う所見は認めないため、肝床部合併胆嚢摘出術を施行した。病理組織診断はCarcinosarcoma、pT1bNOM0であった。胆嚢癌肉腫は比較的にまれな疾患であり、腹部超音波検査で手術前に悪性腫瘍と診断し得た胆泥内の胆嚢腫瘍を若干の文献を踏まえて報告する。

85

B3に局限した胆管狭窄を呈したIgG4関連硬化性胆管炎の一例 豊橋市民病院 消化器内科

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

B3に局限した胆管狭窄を呈したIgG4関連硬化性胆管炎の一例豊橋市民病院消化器内科 南 喜之、松原 浩、浦野文博、藤田基和、内藤岳人、山田雅弘、山本英子、山本健太、木下雄貴、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】IgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-BD)はリンパ球とIgG4陽性形質細胞が浸潤し、線維化により胆管壁が全層性に肥厚し狭窄を来す疾患である。今回我々はB3に局限した胆管狭窄を呈し、肝内胆管癌との鑑別が困難であったIgG4-BDの1例を経験したので報告する。【症例】70歳代男性【主訴】左肝腫瘍と肝内胆管拡張のため紹介【既往歴】高血圧症【現病歴】2015年6月前医の腹部超音波検査(US)で左肝内胆管の拡張を指摘された。MRCPを施行し肝外側区に25mmの腫瘍を認めたため精査治療目的で当科紹介となった。【経過】入院時の血液検査では腫瘍マーカー、肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。USでは肝外側区の輪郭は不明瞭で不整な低エコー病変として認識され、上流胆管の拡張を伴っていた。腹部造影CT検査では肝左葉に遅延性に造影される3.2 $\times$ 1.9cmの不整形領域を認め、さらに腫瘍上流ではB3に局限した肝内胆管拡張がみられた。ERCPを施行したところ膵管造影では主膵管、分枝膵管とも異常を認めなかった。胆道造影ではB3胆管の局限性狭窄と上流胆管の拡張がみられた。IDUSでは、B2でのscanとなったが、B3に明らかな腫瘍を認めなかった。狭窄部と肝門部から行った経乳頭の胆管生検では悪性所見を認めなかった。病理学的根拠は得られなかったが、B3原発の肝内胆管癌と診断し2015年7月に肝左葉切除を施行した。術後病理所見は肝内胆管の壁内に線維増生と共に形質細胞、リンパ球の浸潤が見られ、浸潤する形質細胞の多くはIgG4陽性であり、最終病理診断はIgG4-BDであった。【考察】IgG4-BDの典型的胆管像は、比較的に長い狭窄とその上流の単純拡張、下部胆管の狭窄が併存し、多発病変を呈するとされている。本症例から肝内胆管に局限し腫瘍を形成する非典型的胆管狭窄であっても、IgG4-BDは鑑別に入れるべきだと考えられた。

86

胆管癌との鑑別に苦慮したIgG4関連硬化性胆管炎の1例

¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 内視鏡センター、
³春日井市民病院 外科

○松本 朋子¹、岡山 幸平¹、隈井 大介¹、山本 友輝¹、
小島 悠輝¹、菅野 琢也¹、奥田 悠介¹、木村 幹俊¹、
羽根田 賢一¹、池内 寛和¹、森川 友裕¹、平田 慶和¹、
祖父江 聡¹、星月 寿人²、高田 博樹²、山口 竜三³、
中橋 剛一³

【症例】85歳、男性【主訴】左肝内胆管拡張の精査【既往歴】77歳時胃癌にて胃全摘・胆摘術【経過】X年4月7日胸痛発作にて他院受診し、狭心症と診断された。同時に行った腹部CTにて左肝内胆管の拡張を認め、精査目的で当院紹介となった。来院時理学所見は、体温36.2℃、血圧126/72mmHg、脈拍68回/分、眼球結膜に黄染なく、腹部は平坦・軟で、圧痛はなかった。血液検査では、AST 29U/L、ALP 760 U/L、 γ -GTP 201 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。CEA 4.4ng/ml、

CA19-9 8.1U/mlと腫瘍マーカーは正常であった。腹部エコーでは、左肝管部に15mm大の不整形な低エコー領域を認めた。腹部CTでは、左葉外側区に限局した胆管の拡張を認めたが、単純および造影早期・後期ともに中枢側に明らかな病変は指摘できなかった。脾臓は特に体尾部で萎縮していた。MRIでは、T1、T2、造影早期・後期ともに拡張胆管中枢部に明らかな病変は指摘できなかったが、肝細胞相では25mm大の欠損域を認め、拡散強調画像で同部の拡散能低下を認めた。主胆管は全長に渡り認識できなかった。DIC-CTではB2、B3合流部が描出されなかったが、右肝内胆管から総胆管には明らかな異常は認めなかった。以上よりB2、B3合流部の胆管癌を疑った。高度な浸潤や遠隔転移と思われる所見は認めず、肝左葉+尾状葉切除術を施行した。切除標本の肉眼所見は、左肝管部を中心とし、末梢グリソン鞘に沿って不規則に広がる黄白色調の腫瘍であった。病理組織所見では、肝内胆管壁は肥厚し、周囲の間質とともに線維化と線維芽細胞の増殖、形質細胞を伴う高度の炎症細胞浸潤、一部閉塞性静脈炎を認めた。上皮に明らかな細胞異型は認めず、免疫染色では多数のIgG4陽性形質細胞を認め、IgG4関連硬化性胆管炎の所見であった。術後の測定ではIgG 1915mg/dl、IgG4 720mg/dlであった。術後経過は良好で現在外来にてステロイド投与は行わず経過観察中である。【結語】胆管癌との鑑別に苦慮したIgG4関連硬化性胆管炎の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

87

原発性硬化性胆管炎に合併した早期胆管癌の1例

¹三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

³三重大学医学部附属病院 肝臓移植外科

○田野 俊介¹、井上 宏之²、山田 玲子²、吉澤 尚彦²、
葛田 卓¹、作野 隆²、原田 哲朗²、中村 美咲²、濱田 康彦¹、
北原 正樹¹、田中 匡介¹、堀木 紀行¹、水野 修吾³、
伊佐地 秀司³、竹井 謙之²

【症例】44才、男性。【既往歴】35歳時に潰瘍性大腸炎と診断された。一時治療をされていたが、症状に乏しく通院を自己中断していた。【現病歴】2013年2月に右上腹部痛、発熱を認め近医を受診した。血液検査で肝胆系酵素の上昇を認め胆管炎の診断で近医に入院となった。CT、MRIで総胆管結石が疑われ、ERCPを施行されたところ中部～下部胆管に狭窄を認めた。狭窄部の胆管生検、胆汁細胞診で悪性所見は認めなかった。IgG4を含めた各種自己抗体は陰性であったが、PR3-ANCAが陽性であり原発性硬化性胆管炎（PSC）による胆管狭窄が疑われ精査加療目的で当院へ転院となった。当院でERCPを再検したところ中部～下部胆管に帯状の凹凸のある狭窄を認めた。狭窄部上部には憩室様の突出を認め、肝内胆管は枯れ枝状変化を呈していた。狭窄部の胆管生検およびブラン細胞診を施行しadenocarcinomaの診断であった。病変の範囲診断のためERCPを再検し、肝門部および右前後区域枝の分岐部の生検で悪性所見を認めた。当院肝臓外科にてジェムザール+TS1による術前化学療法の後にERCPで再度肝門部および右前後区域枝の分岐部の生検の陰性を確認し、尾状葉単独切除、肝外胆管切除、脾臓十二指腸切除が施行された。病理結果は肝内胆管から共通管（Vater乳頭部）に至る広い範囲に、平坦状あるいは乳頭状に増殖を示す異型上皮を認めた。異型上皮はBil-IN 1～3の病変が混在していたが、明らかな浸潤癌は認めなかった。肝内の末梢胆管周囲にonion-skin fibrosisと思われる玉ねぎ状の求心性巣状線維化などPSCを示唆する所見を認めた。【結語】本症例はPSCによる慢性炎症変化による胆管狭窄に早期胆管癌（Bil-IN）を伴った症例として貴重であり、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

88

診断後4ヶ月間の待機期間を経て肝右3区域切除を行った肝門部胆管癌の1例

名古屋大学大学院 腫瘍外科

○渡辺 伸元、江畑 智希、横山 幸浩、伊神 剛、菅原 元、
水野 隆史、山口 淳平

症例は73歳男性。黄疸で発症し、肝門部胆管癌Bismuth4型の診断で当科紹介となった。ERCP上、病変は右側優位であり左側胆管はB2とB3+4の合流部まで狭窄を認めた。B2およびB3～2本のENBDを挿入した。明らかにリンパ節転移や遠隔転移を認めず、肝右3区域・尾状葉切除、肝外胆管切除の予定とした。しかし、この時点での肝切除率は79%、ICG-K値0.100であり、残肝244ml、残肝ICG-K値は0.021と当科の基準（0.05以上）を大幅に下回った。右3区域の門脈塞栓術を施行後は約1か月ごとに肝予備能の評価を行った。診断から4か月後（PVE後3か月）には切除率68%、残肝ICG-K値0.042となった。残肝容積370ml、残肝/体重比で0.72%であることから切除の方針とした。病変の明らかな進行は認めなかったが高度の胆管炎を認め、予定した手術に加え十二指腸環状切除を行った。最終病理診断はT4aN0M0

Stage4A、R0であった。肝不全Grade Bであり最大T-Bil値は4.6mg/dL、Clavien-Dono grade 3a（ドレーン感染）で術後44日目に退院となった。診断から4か月間とPVE後長期の待機期間となったが、辛抱強く待つことで肝予備能が改善し安全に根治切除しえた症例を経験したので報告する。

89

胆管顆粒細胞腫の1例

半田市立半田病院 消化器内科

○石蔵 亜樹、杉本 啓之、大塚 泰郎、神岡 諭郎、森井 正哉、
古根 聡、廣瀬 崇、吉田 大

症例は30歳代、女性。健康診断の腹部超音波検査にて肝内胆管拡張を指摘され精査目的に当院へ紹介となった。腹部造影CTにて左肝管内に遅延性の造影効果を有する2cm大の結節性病変を認め、これを起点に上流胆管が著明に拡張していた。MRI拡散強調画像では同部位の拡散制限を認めた。ERCPでは左肝管内に隆起性病変および、上流胆管の拡張を認め、併施した鉗子生検の結果はatypical cellであった。以上より病理組織学的確定は得られなかったが、肝門部胆管癌と術前診断し、肝左葉尾状葉、肝外胆管切除術を施行した。病理組織所見は、好酸性顆粒状細胞を有する異型細胞が小胞巣状、孤在性に増殖し、PAS染色は弱陽性であった。免疫組織学的染色では、S-100、NSEともに陽性を示し、顆粒細胞腫と最終診断した。術後経過は良好で、無再発生存中である。顆粒細胞腫は一般的には良性とされているが、本症例では末梢神経周囲など浸潤性増殖を認めており、慎重な経過観察が望まれる。胆道発生の顆粒細胞腫は極めて稀であり、文献的考察を含め報告する。