

# 日本消化器病学会東海支部第125回例会

## 第 36 回 教 育 講 演 会

### プログラム抄録集

---

会 長 春日井 邦夫 (愛知医科大学 消化管内科)

日 時 平成28年11月19日 (土) 午前9時より

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	10F	会議室	1008
PC 受付	10F	会議室	1007
クローク	10F	会議室	1005
第1会場	10F	会議室	1001
第2会場	10F	会議室	1002
第3会場	9F	会議室	901
第4会場	9F	会議室	902
第5会場	10F	会議室	1003
展示会場	10F	会議室	1006
幹事会	9F	会議室	906

(附 第103回市民公開講座プログラム)

平成28年11月20日 (日)

愛知医科大学 たちばなホール

## プログラム目次

交通のご案内	1
会場のご案内	2
プログラム・会場早見表	3
お知らせ・お願い	4
発表要領	5
シンポジウム・共催セミナーのご案内	6
第12回専門医セミナーのご案内	7
第36回教育講演会のご案内	8
第103回市民公開講座のご案内	9
第36回教育講演会プログラム（第1会場 10階 1001会議室）	13
第36回教育講演会抄録	14
シンポジウムプログラム（第3会場 9階 901会議室）	26
シンポジウム抄録	30
第2会場プログラム（10階 1002会議室）	38
第4会場プログラム（9階 902会議室）	43
第5会場プログラム（10階 1003会議室）	50
一般演題抄録	58
協賛企業一覧・広告	79

## 交通のご案内

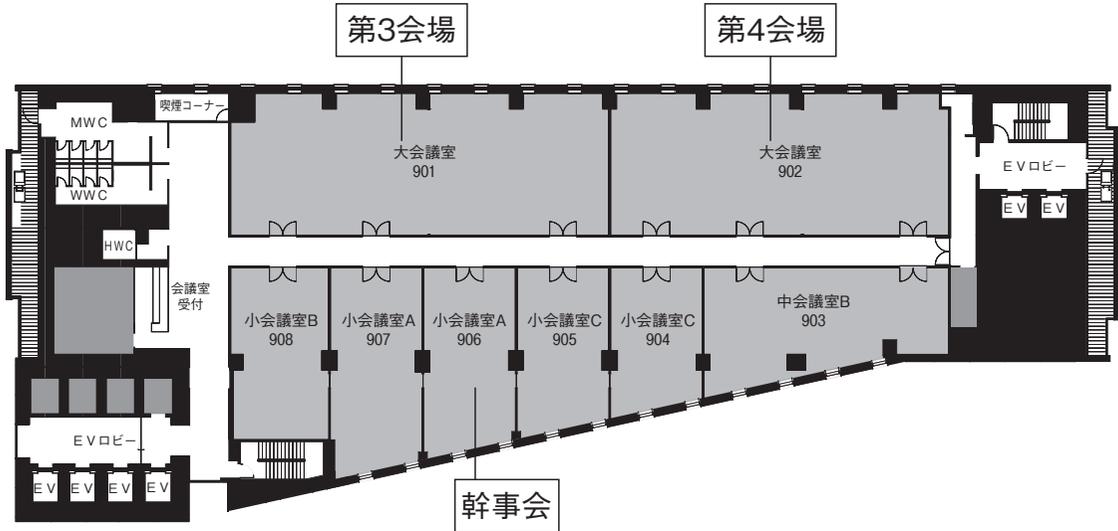


※会場に有料駐車場がございますが、台数に限りがありますので、公共交通機関をご利用ください。

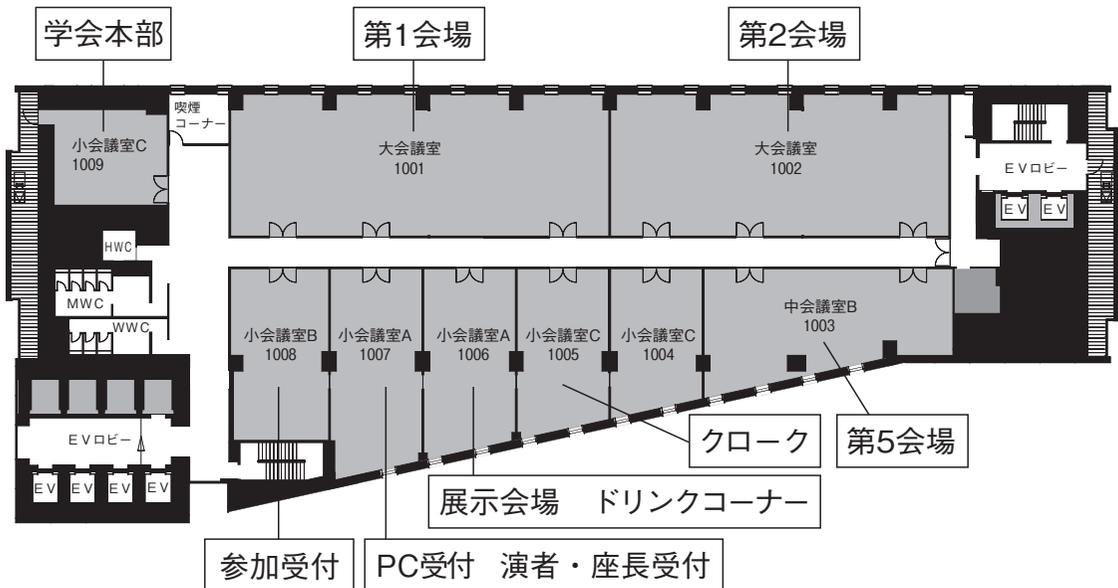
※駐車場等の割引はございません。

# 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 9F 901	第4会場 9F 902	第5会場 10F 1003	展示会場 10F 1006	幹事会会場 9F 906
09:00	開会の辞						
09:30	教育講演① 【上部消化管】 09:00-10:00 講師：小野裕之 司会：丹羽康正	胆道 09:00-09:42	09:00-11:00	膵臓① 09:00-09:35	肝臓① 09:00-09:42	企業展示 ドリンク	幹事会 10:30-11:30
10:00	教育講演② 【下部消化管】 10:00-11:00 講師：佐々木誠人 司会：八木信明	胃・十二指腸① 09:42-10:17	シンポジウム① 『消化管疾患の 診断と治療の 新たな展開』  司会：古田隆久 田近正洋	膵臓② 09:35-10:10	肝臓② 09:42-10:24		
10:30		胃・十二指腸② 10:17-10:59		膵臓③ 10:10-10:52	肝臓③ 10:24-10:59		
11:00			大腸① 10:52-11:27				
11:30							
12:00	ランチョンセミナー① 11:40-12:40 講師：秋山純一 司会：後藤秀実 <small>共催：第一三共株 アストラゼネカ株</small>		ランチョンセミナー② 11:40-12:40 講師：二神生爾 司会：城 卓志 <small>共催：マイランEPD(同)</small>				
12:30							
13:00	評議員会 12:50-13:50	評議員会 (中継会場) 12:50-13:50	アフターランチセミナー 13:00-13:50 講師：服部友紀 司会：海老正秀				
13:30							
14:00							
14:30		専門医セミナー 14:00-15:00					
15:00	教育講演③ 【肝臓】 14:30-15:30 講師：清水雅仁 司会：岩佐元雄		14:30-16:30	大腸② 14:30-15:05	食道 14:30-14:58		
15:30	教育講演④ 【胆道・膵臓】 15:30-16:30 講師：廣岡芳樹 司会：乾 和郎	胃・十二指腸③ 15:10-15:52	シンポジウム② 『胆膵疾患の診断 と治療における 現状と課題』  司会：中沢貴宏 堀口明彦	大腸③ 15:05-15:40	小腸 14:58-15:33		
16:00		胃・十二指腸④ 15:52-16:34		大腸④ 15:40-16:15	その他 15:33-16:01		
16:30	閉会の辞						
17:00							
17:30							

## 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28年11月19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7分 質疑応答3分 総合討論なし

シンポジウム②（胆膵） 口演7分 質疑応答3分 総合討論なし

一般演題 口演5分 質疑応答2分

※「PC受付」にて「若手（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。

セミナー開始前に受付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、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イルスチェックを行ってください。
4. 各自ご発表の30分前までに PC 受付にて、演題受付及び動作確認をしてください (なるべく受付予定時間よりも早めをお願いします)。

## シンポジウム・共催セミナーのご案内

シンポジウム1 テーマ「消化管疾患の診断と治療の新たな展開」

会 場：第3会場

時 間：9：00～11：00

司 会：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  
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部 田近 正洋

シンポジウム2 テーマ「胆膵疾患の診断と治療における現状と課題」

会 場：第3会場

時 間：14：30～16：30

司 会：名古屋第二赤十字病院 消化器内科 中沢 貴宏  
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器外科 堀口 明彦

ランチョンセミナー1 「難治性GERDに対する最新の診療ストラテジー」

会 場：第1会場

時 間：11：40～12：40

講 師：国立国際医療研究センター病院 消化器内科 秋山 純一  
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：アストラゼネカ株式会社・第一三共株式会社

ランチョンセミナー2 「知って得する慢性便秘症治療  
～ルビプロストンの登場による治療法の変化～」

会 場：第3会場

時 間：11：40～12：40

講 師：日本医科大学 消化器内科学 二神 生爾  
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  
共 催：マイラン EPD 合同会社

アフターランチセミナー 「緊急時に役立つ輸液・輸血の考え方」

会 場：第3会場

時 間：13：00～13：50

講 師：名古屋市立大学大学院医学研究科 先進急性期医療学 服部 友紀  
司 会：愛知医科大学 消化管内科 海老 正秀

## 第12回専門医セミナーのご案内

会 場：第2会場（1002会議室）

時 間：14：00～15：00

司 会：愛知医科大学 消化管内科  
高山赤十字病院 内科

春日井邦夫  
白子 順子

基調講演：「女性活躍推進法の成立と女性医師の責任」  
東京女子医科大学 消化器内科

橋本 悦子

総合討論：磯部内科医院  
名古屋大学 総合保健体育科学センター  
水野宏胃腸科内科

伊吹 恵里  
山本 明子  
水野 真理

特別発言：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

後藤 秀実

## 第36回教育講演会のご案内

会 場：第1会場

時 間：9：00～16：30

### 教育講演1 「上部消化管早期がんの診断と治療」

講師：静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

小野 裕之

司会：愛知県がんセンター中央病院

丹羽 康正

### 教育講演2 「炎症性腸疾患の診断と治療」

講師：愛知医科大学 消化管内科

佐々木誠人

司会：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

八木 信明

### 教育講演3 「慢性肝不全の治療・肝発癌の予防～最新のトピックス～」

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 消化器・肝臓内科

岩佐 元雄

### 教育講演4 「膵疾患診療のトピックス」

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

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（14:00-16:30）

## 第103回市民公開講座のご案内

日 時：平成28年11月20日（日）

会 場：愛知医科大学 たちばなホール

世話人：春日井邦夫（愛知医科大学 消化管内科）

おなかのがんは 怖い？ 怖くない！  
～消化器がん治療の最前線～

上部消化管 「最近の食道がん・胃がんの予防と治療」

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

片岡 洋望

下部消化管 「大腸がんの検査と予防、小腸の検査」

講師：藤田保健衛生大学病院 消化管内科

大宮 直木

肝臓 「肝がんについてもっと知ろう—あなたは大丈夫？」

講師：愛知医科大学 肝胆膵内科

中尾 春壽

胆道・膵臓 「胆膵がんの外科治療」

講師：愛知医科大学 消化器外科

佐野 力



## 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36回教育講演会プログラム

第1会場（1001会議室）

教育講演（1） 9：00－10：00

司会：愛知県がんセンター中央病院

丹羽 康正

「上部消化管早期がんの診断と治療」

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 小野 裕之

教育講演（2） 10：00－11：00

司会：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

八木 信明

「炎症性腸疾患の診断と治療」

愛知医科大学 消化管内科 佐々木誠人

教育講演（3） 14：30－15：30

司会：三重大学 消化器・肝臓内科

岩佐 元雄

「慢性肝不全の治療・肝発癌の予防～最新のトピックス～」

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（4） 15：30－16：30

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

「膵疾患診療のトピックス」

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

# 1) 上部消化管早期がんの診断と治療

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 小野 裕之

食道がん、胃がんの診断で近年非常に盛んになっているのが、NBI、BLI、iscanなどの画像強調技術を用いた拡大内視鏡観察である。

これは非常に優れた手法であり、がんの鑑別診断、深達度診断や範囲診断において、より詳細な情報を得ることができるようになった。しかし、新しい技術が出現すると、ともすれば従来の白色光観察や色素観察がなおざりになる危険性も起こりうる。がんの内視鏡診断はすべての技術を駆使した総合診断であることを改めて強調したい。

がんの内視鏡的な診断には、1) 拾い上げ診断、すなわち見つけること、2) 鑑別診断、すなわち癌なのか否か、3) 深達度診断、が挙げられる。拾い上げ診断のためには、どのようなスクリーニング内視鏡検査が必要か、が重要となる。

がんの診断と治療にあたっては、まず「見つけること」が重要であり、見つからなければ何も始まらない。拾い上げ診断においては、食道（含む咽喉頭）と胃ではやり方が異なる。食道においては、NBI観察が白色光観察よりもがんの診断率が明らかに高いことが、無作為化比較試験にて証明されている。従って、挿入時または抜去時のどちらかをNBI観察することが推奨される。一方、胃においては現状の内視鏡システムにおいては、NBI観察が白色光観察を凌駕するevidenceはない。現時点では白色光観察に軍配があがると思われる。どのようにスクリーニング内視鏡を行うかを定型化することが重要と考える。

次に拾い上げた病変をどのように診断するかに対する知識が必要となる。白色光と色素観察の診断はこれまで多くの検討が行われ、体系化されてきた。特に鑑別診断と範囲診断については、これらにNBI拡大観察を加えることで、その診断精度は著しく向上した。食道においてはIPCLの拡張の形態によってある程度客観的に深達度を判定することが可能となり、胃においては、demarcation line、構造異型、異常血管の同定が可能となったことで鑑別診断と範囲診断の精度が向上した。

治療においては内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が普及・普遍化し、多くの施設で行われている。ESDにおいては、治療手技のskill upがもちろん重要であるが、診断と知識がその前提にあることを強調しておきたい。食道ESDでは、範囲診断はヨード染色が未だgold standardであり、他の手法はこれを凌駕するものではないが、胃がんESDにおいては、NBI拡大観察により範囲診断の精度が向上したこともあって、断端陽性となるケースが減少していると推察される。

治療の前に診断があり、がんに対する病理学的な知識や適応に関する知識を備え、正しく理解して治療に望む必要がある。

## 略 歴

昭和62年（1987年）3月 道立札幌医科大学 卒業  
昭和62年（1987年）4月 同大学 第四内科学講座 入局  
昭和63年（1988年）1月 留萌市立総合病院内科医員  
平成元年（1989年）4月 国立函館病院消化器内科医員  
平成3年（1991年）1月 北海道立羽幌病院内科医員  
平成3年（1991年）4月 国立がんセンター中央病院研修医  
平成4年（1992年）6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部レジデント  
平成7年（1995年）6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部チーフレジデント  
平成9年（1997年）6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部医員  
平成14年（2002年）4月 静岡県立静岡がんセンター内視鏡部長着任  
平成24年（2012年）4月 静岡県立静岡がんセンター内視鏡部長兼任副院長  
現在に至る

所属学会：日本消化器内視鏡学会  
（指導医、評議員、胃癌 ESD/EMR ガイドライン作成委員長）  
日本消化管学会（評議員）  
日本消化器病学会（指導医）  
日本胃癌学会（評議員）  
胃癌治療ガイドライン委員  
日本消化器内視鏡学会ガイドライン委員  
日本癌治療学会 等

2008年3月下旬にて医学博士号授与

学位論文：Usefulness of a novel electrosurgical knife, IT knife-2, for endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer

2012年4月 復旦大学（中国・上海）より名誉教授授与

## 2) 炎症性腸疾患の診断と治療

愛知医科大学 消化管内科 佐々木 誠人

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease) は増加の一途をたどっており、日常診療で遭遇する機会も増えている。狭義の炎症性腸疾患は潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis) とクローン病 (Crohn's disease) を示すが、広義には感染性腸炎をはじめとする腸炎を意味し、その中には多彩な疾患が含まれる。

潰瘍性大腸炎は主として粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸の原因不明のびまん性非特異性炎症である。また、クローン病は主として小腸・大腸を中心に浮腫や潰瘍を認め、腸管狭窄や瘻孔などの特徴的な病態生じる。いずれの診断も臨床症状ならびに画像検査・組織学的検査によりなされるが、両者とも腸管感染症をはじめとする多くの疾患との鑑別を要し、その診断は必ずしも容易ではない。感染症を誤って診断すれば、免疫抑制治療により重症化をきたす可能性もあり、診断は慎重に行なうべきである。

近年、炎症性腸疾患に対する新たな治療薬の登場により、その治療法は大きく変化しつつある。現在も新規治療薬の開発が進行しており、われわれは今後ますます多くの治療手段を手に入れることになるであろう。しかし、どんなに治療手段が進歩しても、適切に使用されなければその効果は半減するどころか、薬害をも引き起こし兼ねない。おのおのの治療法の長所、短所を踏まえた慎重な治療が要求される。また、B型肝炎の再活性化や結核、ニューモシチス肺炎をはじめとする感染症には注意を要する。クロストリジウム・ディフィシルやサイトメガロウイルス感染が再燃・増悪・重症化へ関与することが注目されている。その他にもアメーバやカンピロバクター感染など様々な感染症を併発する場合もあり、常に感染症を念頭に置く必要がある。加えて、免疫を抑制する治療の併用は、その適応に慎重でなければならない。感染症のみならず、患者の高齢化も進んでおり、患者個々の状況に合わせた治療薬を選択すべきである。この点を踏まえると、長年使用されてきた安全性の高い治療薬の使用方法を再認識する必要もあるといえる。

講演では、診断・治療の基本とその注意点につき解説したい。

## 略 歴

平成元年 3 月 名古屋市立大学医学部 卒業  
平成元年 5 月 名古屋市立大学第一内科 臨床研修医  
平成 2 年 1 月 旭労災病院 内科研修医  
平成 3 年 4 月 旭労災病院 内科医員  
平成 7 年 4 月 増子記念病院 内科医員  
平成11年 4 月 名古屋市立大学第一内科 臨床研究医  
平成12年10月 米国ルイジアナ州立大学医学部分子細胞生理学教室 研究員  
平成15年 6 月 名古屋市立大学大学院医学研究科臨床機能内科学 助手  
平成17年 4 月 名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学（改名） 講師  
平成21年 4 月 愛知医科大学消化器内科 准教授  
平成25年 4 月 同 教授  
平成27年 4 月 愛知医科大学消化管内科（改名） 教授

## 学会活動

日本消化器病学会評議員・指導医，日本消化器内視鏡学会評議員・指導医，日本消化管学代  
議員・専門医，日本内科学会指導医，日本ヘリコバクター学会代議員・認定医，日本潰瘍学  
会評議員，日本カプセル内視鏡学会指導医

### 3) 慢性肝不全の治療・肝発癌の予防～最新のトピックス～

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

慢性肝不全の最終診療目標は肝関連死、すなわち肝不全死と肝細胞癌死を防ぐことである。直接作用型抗ウイルス剤 (DAA) をはじめとする抗ウイルス療法の進歩によって、「HCVは排除可能、HBVは制御可能」となった今こそ、これらの治療の恩恵を受けにくい慢性肝不全患者に対するトータルマネジメントを見つめ直す必要がある。特に、慢性肝不全患者のQOLと予後を改善するためには、蛋白質エネルギー低栄養状態 (PEM)、難治性腹水・浮腫、脳症、サルコペニア、掻痒症といった合併症をコントロールすることが重要である。

栄養療法は慢性肝不全の基本的な治療である。PEM・低栄養から肥満・過栄養にシフトしてきている患者の栄養状態を適切に評価し、速やかに介入する必要がある。分岐鎖アミノ酸 (BCAA) 製剤は、低アルブミン血症や脳症をはじめとする慢性肝不全の合併症を予防し、同患者の予後とQOLを改善する。またBCAAは、肥満を有する肝硬変患者の肝発癌を抑制することも報告されており、慢性肝不全の栄養療法におけるkey drugであると言えよう。サルコペニア (骨格筋の量と質の減少) も慢性肝不全患者の予後に影響を与えるため、適切に診断・介入する必要がある。また栄養療法に加え、バソプレシンV2受容体拮抗薬 (腹水・浮腫)、カルニチン (肝性脳症)、ナルフラフィン塩酸塩 (掻痒症) 等の新規薬剤は、慢性肝不全の治療に大きな進歩をもたらすことが期待されている。

慢性肝不全患者は肝細胞癌の高リスク群である。DAAによってHCVを排除しても、必ずしも肝発癌を抑制できる訳ではない (SVR後発癌)。肝細胞癌の早期診断に努め根治的治療を行うこと、また発癌・再発を抑制することは、同患者の予後を改善する上で極めて重要である。近年、肥満や糖尿病などの生活習慣病、非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) も肝細胞癌の危険因子として注目されており、これらの病態に対する介入も発癌抑制に繋がる可能性がある。「発癌予防は肝細胞癌の究極の治療」であり、有効な新規肝発癌抑制薬 (法) の開発・臨床応用が求められている。

慢性肝不全の診断、治療、follow upを適切に行い、肝不全死・肝細胞癌死を少しでも減らすべく、診療に取り組んでいく必要がある。さらには、未治療の肝炎ウイルス陽性患者やNASH患者に積極的に介入し、慢性肝不全そのものを予防することも重要である。

## 職 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（医学博士号修得）
- 2002年 4月：米国 Columbia University Medical Center 留学（研究員）
- 2006年10月：岐阜大学医学部附属病院第一内科助教（臨床講師）
- 2013年 4月：岐阜大学医学部附属病院第一内科講師 兼 副科長
- 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  
岐阜大学医学部附属病院肝疾患診療支援センター センター長
- 2016年 4月：岐阜大学医学部附属病院 副病院長  
岐阜大学医学部附属病院医師育成推進センター センター長

## 学会活動・資格

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医・東海支部評議員・評議員、日本消化器病学会 専門医・学会評議員、日本肝臓学会 専門医・評議員・指導医、日本消化器内視鏡学会 専門医、日本癌学会 評議員、日本がん予防学会 評議員、日本レチノイド研究会 幹事

## 4) 膵疾患診療のトピックス

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

膵疾患診療のトピックスとして、下記 3 つについてそれぞれのポイントを簡潔に解説する。

- ① 膵臓癌取扱い規約 第 7 版 (2016 年 7 月発刊) の改定内容の概要
- ② IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題
- ③ PanNENs (pancreatic neuroendocrine neoplasms: PNENs) 診療の最近の話題

2016 年 8 月に仙台で行われた日本膵臓学会 (JPS)・世界膵臓学会 (IAP)・アジアオセアニア膵臓学会 (AOPA) では、これらの話題以外にも BR (borderline resectable) 膵癌や早期慢性膵炎を含む新しい慢性膵炎の分類なども提唱され、今後の成り行きを注意深く見守っていく必要があると考えている。

### 【膵臓癌取扱い規約 第 7 版 (2016 年 7 月発刊) の改定内容の概要】

第 7 版では、これまでにない大幅な改定となった。主に下記の項目について概説する。

#### 改定のポイント

1. 腫瘍の占拠部位 (膵体部と膵尾部の境界は大動脈の左側縁とする。)
2. T 分類 (UICC 第 7 版との整合性を図る。)
3. 膵外神経叢の解剖学的再検討。
4. N 分類 (群分類から領域リンパ節内の転移個数による分類。)
5. 進行度分類による Stage (治療方針に重点をおき、UICC 第 7 版との整合性を図る。)
6. 病理組織学的分類 (WHO 分類との整合性を図る。)

#### 追加内容

1. T 因子記載における CT 画像診断指針。
2. リンパ節転移の CT 診断指針。
3. CT 画像による切除可能性分類。
4. 生検診。
5. 細胞診。
6. 術前治療後の組織学的評価。

## 【IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題】

IPMNを含む膵嚢胞性疾患の診療取扱いに関しては下記のような提案がなされてきた。

1. International Consensus Guidelines for Management of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms and Mucinous Cystic Neoplasms of the Pancreas. Tanaka M, et al. Pancreatology 2006.
2. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. Tanaka M, et al. Pancreatology 2012.
3. Diagnosis and Management of Cystic Pancreatic Lesions. Sahani DV, et al. AJR 2013.
4. European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas. Chiaro MD, et al. Digestive and Liver Disease 2013.
5. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Asymptomatic Neoplastic Pancreatic Cysts. Vega SS, et al. Gastroenterology 2015.

2015年にAGAから提唱されたガイドラインの提唱をまとめると次のようになる。

1. 充実成分の無い3 cm未満の膵嚢胞に関しては1年以内にMRIを実施し変化が無ければ2年に1回のMRIを行う。
2. 3 cm以上、主膵管拡張を認める、嚢胞内に充実成分が有る、これらのうちの少なくとも二つがあればEUS-FNAを行う。
3. EUS-FNAで問題が無ければ1年後のMRIとその後の2年ごとのMRIを行う。
4. 嚢胞の形状の明らかな変化（充実成分の出現、主膵管径の増大and/or 嚢胞径が3 cm以上のものはEUS-FNAの適応である。
5. 5年間の観察で変化が無ければ手術適応ではない。
6. 主膵管拡張と嚢胞内に充実成分があることとEUSやEUS-FNAで concerning features が有る場合には癌死のリスクを減らすために手術すべきである。
7. 手術で浸潤癌であった場合には2年毎のMRIを行う。
8. 手術で高度異形や癌 (high-grade dysplasia or malignancy) が無かった場合には経過観察 (routine surveillance) は不要である。

5年間の観察で良いのか？ EUS-FNAの感度の低さはどう考えるのか？術後の経過観察は不要であるのか？などに対して様々な意見が出されている現状について概説する。

## 【PanNENs (pancreatic neuroendocrine neoplasms: PNENs) 診療の最近の話題】

2010年のWHO分類以降に様々な報告がなされ、分類の見直しが必要になってきた。例えば、Ki-67が20%を超えるwell-differentiated tumorで、治療への反応性がpoorly-differentiated tumor (NEC) とは異なる症例が報告されてきた。そこからNET G3のコンセプトが提唱された。現在、下記のような新しい分類が提案されている。PNENsに関するこのような話題について概説する。

Proposal draft of criteria in pancreatic neuroendocrine neoplasms (PanNENs) by revised

WHO classification 2016

	Ki-67 index	Mitotic index
Well-differentiated NENs		
Neuroendocrine tumor (NET) G1	<3 %	< 2/10 HPF
Neuroendocrine tumor (NET) G2	3–20 %	2–20/10 HPF
Neuroendocrine tumor (NET) G3	> 20 %	> 20/10 HPF
Poorly-differentiated NENs		
Neuroendocrine carcinoma (NEC) G3	> 20 %	> 20/10 HPF
Small cell type		
Large cell type		
Mixed endocrine-nonendocrine neoplasm (MENEN)		

## 略 歴

昭和61年 3月 名古屋大学医学部卒業  
昭和61年 6月 半田市立半田病院研修医  
昭和62年 4月 半田市立半田病院 内科  
平成 2年 4月 名古屋大学医学部 第二内科医員  
平成 8年 4月 愛知県総合保健センター 内科  
平成12年 2月 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 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 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 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。

## 学会活動

日本内科学会会員（認定医、指導医、学会英文誌 -Internal Medicine 査読委員）  
日本消化器病学会会員（認定医、指導医、評議員、Associate Editor (Journal of Gastroenterology)）  
日本消化器内視鏡学会会員（認定専門医、指導医、財団評議員、学会和文誌 -Gastroenterological Endoscopy 査読委員、学会英文誌 -Digestive Endoscopy 査読委員）  
日本超音波医学会会員（理事、専門医、指導医、評議員、学会和文誌 -Japanese Journal of Medical Ultrasonics 査読委員、学会英文誌 -Journal of Medical Ultrasonics 査読委員）  
日本胆道学会会員（理事、評議員、日本胆道学会認定指導医、国際交流委員会委員）  
日本消化器がん検診学会会員（認定医、評議員）  
日本膀胱学会会員（評議員）  
日本レーザー医学会会員  
日本東洋医学会会員  
アジア超音波医学生物学会（AFSUMB: Asian Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology）（理事）  
米国消化器内視鏡学会会員（American Society of Gastrointestinal Endoscopy）

上記以外の査読委員：

Endoscopy, Journal of Gastroenterology and Hepatology, Pancreatology, JHBPS



# 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 3 会場

9 : 00 ~ 11 : 00

司会 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  
愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部 田近 正洋

## 「消化管疾患の診断と治療の新たな展開」

- S1-1 中下咽頭表在癌に対する ELPS の治療成績  
<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部  
○倉岡 直亮<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>
- S1-2 ボノプラザン導入後の当院でのヘリコバクターピロリ除菌治療の検討  
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学  
○西江 裕忠、尾関 啓司、片岡 洋望
- S1-3 ヘリコバクターピロリ (HP) 陽性早期胃癌 ESD 後の異時性再発の検討  
豊橋市民病院 消化器内科  
○山本 和弘、山田 雅弘、浦野 文博
- S1-4 当院における糞便移植療法の安全性と有効性  
藤田保健衛生大学病院 消化管内科  
○城代 康貴、宮田 雅弘、大宮 直木
- S1-5 当科で経験した GVHD 腸炎 11 例の検討  
岐阜市民病院 消化器内科  
○松浦 加奈、小木曾 富生、杉山 昭彦
- S1-6 CTC : CT Colonography の有用性  
医療法人 山下病院  
○丸川 高弘、服部 昌志
- S1-7 大腸憩室出血に対する OTSC の有効性  
<sup>1</sup>市立四日市病院 消化器内科、<sup>2</sup>杉浦医院  
○小林 真<sup>1</sup>、杉浦 寧<sup>2</sup>、矢野 元義<sup>1</sup>

- S1-8 当院における大腸コールドスネアポリペクトミー後の予防的止血クリップの有用性  
ならびにスネア径の相違による病理学的病変断端への影響についての検討  
愛知医科大学 消化管内科  
○吉峰 崇、小笠原 尚高、春日井 邦夫
- S1-9 大腸 ESD に用いたシングルバルーンオーバーチューブの有用性に関する検討  
岐阜大学医学部 消化器病態学  
○井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁
- S1-10 潰瘍性大腸炎における一般大腸腫瘍と炎症性腫瘍における内視鏡的検討  
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
○大島 啓嗣、渡辺 修、後藤 秀実
- S1-11 術前化学療法後に側方リンパ節郭清を併施した直腸癌手術症例の検討  
名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学  
○向井 俊貴、上原 圭介、榑野 正人

## シンポジウム2

第3会場

14:30~16:30

司会 名古屋第二赤十字病院 消化器内科

中沢 貴宏

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器外科

堀口 明彦

### 「胆膵疾患の診断と治療における現状と課題」

- S2-1 造影超音波検査による胆嚢隆起性病変の鑑別診断  
山下病院 消化器内科  
○広瀬 健、服部 昌志、松崎 一平
- S2-2 Convex 型 EUS を用いた胆道癌の術前診断 “EUS 所見をどう理解し臨床に活かすか？”  
愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部  
○藤田 曜、奥野 のぞみ、原 和生
- S2-3 悪性胆管狭窄に対する経乳頭的胆管細胞診・生検の診断能  
<sup>1</sup>豊川市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学  
○西 祐二<sup>1</sup>、内藤 格<sup>2</sup>、佐野 仁<sup>1</sup>
- S2-4 IgG4関連硬化性胆管炎の鑑別診断における内視鏡検査の有用性  
<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、  
<sup>2</sup>名古屋第二赤十字病院 消化器内科  
○内藤 格<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>2</sup>
- S2-5 膵疾患診断における MR 拡散強調画像の有用性についての検討  
<sup>1</sup>春日井市民病院 消化器科、<sup>2</sup>春日井市民病院 内視鏡センター  
○羽根田 賢一<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>2</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>
- S2-6 膵弾性評価における Propagation 表示を用いた Shear wave elastography の有用性  
<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
○橋詰 清孝<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>
- S2-7 急性胆嚢炎に対する経乳頭的胆嚢ドレナージ (ETGBD) の治療成績  
岐阜県総合医療センター 消化器内科  
○安藤 暢洋、岩田 圭介、杉原 潤一

- S2-8 切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する covered self-expandable metallic stent 留置  
における膵炎、胆嚢炎の予測因子の検討  
名古屋第二赤十字病院 消化器内科  
○豊原 祥資、清水 周哉、中沢 貴宏
- S2-9 非切除肝門部悪性胆道狭窄に対する5.7Fr delivery system を用いた one-step side-  
by-side 法の有用性の検討  
愛知医科大学 肝胆膵内科  
○井上 匡央、伊藤 清顕、米田 政志
- S2-10 当院における術後再建腸管症例での ERCP 治療成績  
岐阜市民病院 消化器内科  
○河口 順二、小木曾 英介、向井 強
- S2-11 進行膵癌患者に対する全身化学療法の後因子の検討および予後予測モデル構築の  
試み  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○安部 快紀、水島 隆史、奥村 文浩

## S1-1 中下咽頭表在癌に対する ELPS の治療成績

<sup>1</sup>愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部  
 ○倉岡 直亮<sup>1</sup>、田中 努<sup>2</sup>、田近 正洋<sup>2</sup>

【背景】近年、頭頸部表在癌の治療に対して消化器内視鏡医と頭頸部外科医とが共同で行う ELPS (endoscopic laryngo-pharyngeal surgery) が開発された。ELPS とは、全身麻酔下にて彎曲型喉頭鏡にて喉頭展開し、内視鏡観察下に経口的に針状メス、鉗子等を使用して粘膜切除を行う手術である。ELPS は低侵襲ではあるが、その治療適応となる基準は明確に定められていない。【方法】2009年7月から2016年7月までの間に、当院で経験した ELPS 41例44病変の臨床病理学的特徴を検討した。【結果】平均年齢66.9歳、男女比36:5、中咽頭7病変、下咽頭37病変であった。病変の大きさは、T1 (~2cm) 34病変、T2 (2~4cm) 9病変、T3 (4cm~) 1病変であった。肉眼型は表面隆起型が18病変、表面平坦型が7病変、表面陥凹型が19病変であった。処置後の重篤な合併症として後出血2例、化膿性椎体炎を1例に認めた。最終病理組織診断は、深達度EP11病変、SEP 31病変、MP 2病変であった。一括切除率は42病変 (95.5%) であったが、完全一括切除率はT1 7病変 (15.9%)、T2 3病変 (0.06%) と低かった。側方断端陽性は11病変 (25.0%)、深部断端陽性は6病変 (13.6%)、断端判定不能は19病変 (46.7%) に認められた。1年以上経過観察可能であった24症例について予後を検討した。平均観察期間38ヵ月で原病死は1例、他病死は4例に認めた。5症例は ELPS 後遺残のため手術および放射線追加治療を行ったが、原病死例は追加手術後に再発していた。リンパ節再発は2例 (ELPS 後25ヵ月と52ヵ月) で、いずれも尿管侵襲陽性であった。局所再発は3例 (ELPS 後6ヵ月、12ヵ月と18ヵ月) で、再度 ELPS が行われた。【結語】中下咽頭表在癌に対する ELPS は、低侵襲治療として比較的良好的な局所制御が得られていたが、原病死や再発例もみられるため適応基準について多数例での検討が必要である。

## S1-2 ボノプラザン導入後の当院でのヘリコバクターピロリ除菌治療の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学  
 ○西江 裕忠、尾岡 啓司、片岡 洋望

【目的】カリウムイオン競合型アシッドブロッカー (Potassium-competitive Acid Blocker; P-CAB) の一種であるボノプラザン (Vonoprazan; VPZ) を用いたヘリコバクターピロリ (HP) 除菌治療は、その強力かつ迅速な酸分泌抑制作用により proton pump inhibitor (PPI) 併用時より除菌率が高いことが報告され、当院でもその有用性を報告してきた。今回、承認後1年以上が経過したこと、当院での HP 除菌治療の変遷と現状を評価し、VPZ 除菌の有用性および安全性を PPI と比較検討した。【対象と方法】当院で2005年から2014年までの VPZ 導入前の除菌症例1337例 (前期)、VPZ 導入後の2015年3月から2016年8月までに除菌を行った268例 (後期) を対象とした。前期では年次別の一次、二次除菌率を算出した。後期では除菌例を VPZ 除菌群 (V群) と PPI 群 (P群) に分類比較し、さらに V群、P群の一次、二次除菌率および有害事象を比較検討した。【成績】前期の一次、二次除菌率はそれぞれ73.2% (832/1137)、83.5% (167/200) であった。後期除菌268例中、251例で解析可能であった。一次除菌は242例、V群171例、P群71例で、除菌率はV群90.6% (155/171)、P群60.6% (43/71) と有意にV群で除菌率は高かった (P<0.01)。またP群では前期と比較し除菌率が低下していた (P<0.05)。二次除菌は一次除菌不成功例を含む47例で施行されV群42例、P群5例で、除菌率はV群88.1% (37/42)、P群80% (4/5) と除菌率に差は認めなかった (P=0.61)。有害事象はV群で2例 (0.9%: 2/213)、P群3例 (3.9%: 3/76) と差は見られなかった (P=0.08) 【結語】除菌治療の7割以上で VPZ 併用除菌が行われており、その除菌率の高さが広く認識されていると考えられた。さらに、既報の通り一次除菌では PPI に比し VPZ 併用除菌は有意に高い除菌率を維持しており、安全性にも差は認められなかったため今後の HP 除菌における第一選択となり得ることがあらためて確認された。

## S1-3 ヘリコバクターピロリ (HP) 陽性早期胃癌 ESD 後の異時性再発の検討

豊橋市民病院 消化器内科  
 ○山本 和弘、山田 雅弘、浦野 文博

【はじめに】早期胃癌の ESD 治療後の HP 除菌療法は異時性再発を減少させるといわれているが、除菌後に再発する症例も散見される。今回、我々は HP 陽性早期胃癌 ESD 後の再発例を検討した。【対象】当院で早期胃癌に対して ESD を施行した642例のうち、異時性再発をきたした6例を検討した。異時性再発は初回 ESD 後1年以上経過した後に

再発したものとし、平均観察期間は30か月 (12から48か月) であった。【検討項目】年齢、性別、再発病変の部位、大きさ、萎縮の程度、組織型、再発までの期間、除菌の有無。【結果】初回 ESD 後の平均年齢 (歳)  $70 \pm 7.8$ 、性別はすべて男性。再発病変の部位 (U/M/L) は2/2/3 (多病変再発含む)、再発病変の大きさ (mm) は  $23 \pm 8.4$  であった。萎縮の程度は (closed/open) は5/1例であった。組織型 (分化型/未分化型) 7/0 で全例分化型の再発であった。再発までの期間 (平均) は  $30 \pm 14.7$  (か月) であった。また、233例のうち HP 除菌成功は142例で、そのうち5例 (3.5%) に異時性再発を認めた。非除菌例は91例で、そのうち異時性再発は1例 (1.1%) であり除菌による異時性再発抑制効果は明らかでなかった。HP 除菌後再発の5例と非除菌後に再発した1例では再発病変の大きさ、萎縮の程度、組織型に差はなかった。再発までの期間は HP 除菌成功例が12か月、24か月、24か月、48か月、48か月、平均31.2か月で3年後以降にも2例 (40%) 認められた。非除菌例は24か月であった。【考察】HP 除菌成功例でも初回 ESD 治療後3年以降に異時性再発する症例があり、除菌成功後も長期間の経過観察が必要と思われる。

## S1-4 当院における糞便移植療法の安全性と有効性

藤田保健衛生大学病院 消化器内科  
 ○城代 康貴、宮田 雅弘、大宮 直木

【目的】FMT は海外において Clostridium difficile 感染症 (CDI) での有用性が証明され近年では炎症性腸疾患をはじめ様々な疾患で臨床応用がなされている。今回当院における FMT の安全性と有効性について報告する。【方法】当院臨床倫理委員会、医学研究倫理審査委員会承認のもと2016年1月より自主研究として開始した。適応疾患は CDI、クローン病、潰瘍性大腸炎 (UC)。CDI は既存治療で2回再発を来した症例、クローン病、UC は既存治療に抵抗する症例とした。レシビエントの年齢制限はなくドナー選択基準は20歳以上の2親等以内の健康な親族や健康な配偶者または患者本人より直接指定のあった健康知人とした。ドナースクリーニングとして上部消化管・大腸内視鏡、血液検査、糞便検査、尿素呼吸試験を施行した。費用は患者側の自己負担とし健康被害が生じた場合は生産物賠償責任保険より賄われることとした。対象は2016年1月から8月に FMT を行った18例、UC: 14例、CDI: 2例、クローン病2例。FMT 施行方法は移植当日に採取された新鮮なドナーの糞便を iMixR で処理し使用した。レシビエントは腸管洗浄剤を内服後、大腸内視鏡下で盲腸、または経口的バルーン内視鏡下で上部空腸に糞便濾過液を注入した。FMT 後は1日、1週、2週、8週目に臨床症状、血液検査を確認し有害事象について調査した。【結果】FMT 後2週経過した17例で、有効率は UC: 61.5% (臨床的改善8/13例)、CDI: 100% (培養・毒素陰性、臨床的改善)、クローン病: 100% (臨床的改善2/2例) であった。また FMT 後8週経過した10例では有効率は UC: 37.5% (臨床的改善3/8例)、CDI: 100% (培養・毒素陰性、臨床的改善1/1例)、クローン病: 100% (臨床的改善1/1例) であった。有害事象はドナーのスクリーニング検査は陰性なるも、FMT 提供後で CD の培養陽性が判明した1例、病原性大腸菌 O-15 が検出された既往のあるドナー便を FMT に使用し FMT 後のレシビエントから同菌が検出された1例。その後両者とも感染症状なく推移した。重篤な合併症は認めなかった。【結語】FMT の安全性は比較的高いものと思われる。CDI、クローン病で著明な臨床的改善がみられたが今後さらなる検討が必要である。

## S1-5 当科で経験した GVHD 腸炎11例の検討

岐阜市民病院 消化器内科  
 ○松浦 加奈、小木曾 富生、杉山 昭彦

【目的】急性移植片対宿主病 (graft-versus-host disease、以下 GVHD) は造血細胞移植後に皮膚、肝臓、消化管等に起こるが、中でも GVHD 腸炎は大腸を中心とした下部消化管病変で、下痢や血便などの症状を呈する。今回我々は、最近、当科で経験した GVHD 腸炎について検討した。【対象】2013年11月から2016年8月に当科にて大腸内視鏡検査 (CF) にて GVHD 腸炎と診断した11例。【結果】性別は男性5例、女性6例、年齢は38-68歳。原疾患は急性骨髄性白血病9例、悪性リンパ腫2例であった。同種末梢血幹細胞移植が1例、臍帯血移植が10例。症状は軟便1例、下痢10例。移植から GVHD 発症までの期間は10-136日、発症から CF 施行までの期間は1-9日であった。CF の前処置は3例に下剤内服、1例にグリセリン洗腸、7例は無処置で行った。CF の観察範囲は回腸末端を含む全結腸が8例、盲腸から全結腸、左側結腸のみ、直腸のみが各々1例ずつであった。内視鏡的所見は、浮腫、pit 周囲の白色変化を11例、亀甲状粘膜様を10例に認めた。また発赤は5例、びらんは1例、潰瘍は2例に認めた。生検病理所見でアポトーシスが確認できた症例は9例、アポトーシスの記載はないものの GVHD 疑いと報告が2例。さらに CMV 腸炎の合併を3例に、腸管スピロヘータ症の合

併に1例に認めた。また病理結果は直腸、盲腸からの生検でアポトーシスが過半数にみられた。全症例の内視鏡所見の程度とアポトーシスの有無は相関しなかったが、複数個の生検では内視鏡所見の強い部位にアポトーシスが見られた。なお生検後出血を1例に認めクリップによる止血処置を要した。【結語】GVHD腸炎は生命予後に重大な影響を与えることから、全身状態を考慮した上で速やかな深部大腸までの内視鏡検査による観察と、可能であれば内視鏡所見の強い部位からの生検を行うことが望ましいと思われた。

#### S1-6 CTC : CT Colonography の有用性

医療法人 山下病院  
○丸川 高弘、服部 昌志

CTCは2012年1月に保険適応となって以降多くの施設で実施され大腸検査の一端を担いつつある。当院では、1.大腸がん検診受診率、精検受診率は十分ではない、2.つらい前処置、つらい検査として大腸検査が敬遠されている、3.大腸内視鏡の検査件数を増やすにも限界がある、4.大腸内視鏡では稀だが偶発症の発生リスクがあると考え、2003年よりCTCを開始、2016年7月末までに23,262例のCTCを実施してきた。CTCの診断能は、CSに対し病変径10mm以上92.5%、6mm以上88.1%と良好な成績と考える。大腸検査の振り分けは、下血や粘液便など有症状例はCSを実施、便潜血陽性例では過去に多発ポリープ切除の既往があればCS、初めての検査、CSでの辛い経験例はCTCを勧められている。CSでの全大腸検査困難例は同日CTCを行い、さらに他院でのCS困難例も同日に紹介いただきCTCを実施している。CTC後の基本方針は、5mm以下の病変で、1-2年後のCTC再検査あるいはCS実施、6mm以上では後日内視鏡治療を行っている。ESD実施可能病変は、CTC実施同日にCSを行い内視鏡治療の可否を判断、進行癌も同日CSを実施し生検を行っている。偶発症は、直腸穿孔が疑われた1例のみ0.0044%で安全な検査と考える。我々は、1.受容性の高いCTCをCSの前段階に行うことで大腸検査の受診率を上げる、2.CTCの画像を見せることで受診者がCSの必要性を納得しやすい、3.早期発見により根治可能な大腸癌だからこそ、確実に拾い上げ治療することが重要と考えている。さらに、2016年6月に大腸CT専用経口硫酸バリウムによるタギング剤(コロソフォート)が薬収載され、CTCの精度向上、前処置の軽減として期待される。CTCを便潜血検査とCSとの間の検査と位置づけ、便潜血を拾い上げ、CTCで診断し、CSで治療することで、大腸癌の早期発見、早期治療につなげることが可能である。

#### S1-7 大腸憩室出血に対する OTSC の有効性

1市立四日市病院 消化器内科、2杉浦医院  
○小林 真<sup>1</sup>、杉浦 寧<sup>2</sup>、矢野 元義<sup>1</sup>

【目的】大腸憩室出血に対しては内視鏡クリップが用いられることも多いが、しばしば再出血をきたすことがある。我々は内視鏡先端に装着する大型クリッピングシステムであるOTSC(Over the Scope Clip) System (Ovesco社:以下OTSC)を用いて止血処置を行い検討した。【方法】対象:2015年3月から2016年8月において当院でOTSCを用いて止血処置を行った大腸憩室出血7例(44-88歳、男6例、女1例)、病変部位:上行結腸3例・肝彎曲1例・S状結腸3例。抗血栓薬は2例で内服(低用量アスピリン1例・ワーファリン1例)。方法:緊急内視鏡にて出血憩室を確認したのち、口側にクリップによりマーキングを行った。先端にOTSCを装着して再挿入を行い、開口部全体をOTSCのフード内に吸引し、憩室を閉鎖し止血処置を行った。【結果】7例中6例において1回のOTSCによる処置で止血が得られた。しかし1例では憩室が多発しており誤って肛門側の憩室にOTSCをかけたために翌日に再出血を来した。鋭い爪による強力な把持力のため、吸引操作のみで憩室開口部の閉鎖が可能であった。全例とも直後の観察では処置部の粘膜には虚血所見はなく、3例では翌日の内視鏡でも虚血は認めなかった。しかし1例では軽度であるがOTSC後に再出血を来した可能性が考えられた。穿孔や膿瘍形成等、OTSCに伴う偶発症は認めなかった。OTSCはフードが長く視野の確保が困難になる可能性があるが、あらかじめマーキングを置いておくことで、出血憩室の再確認が可能であった。【結語】OTSCは一次的な止血が可能で、実際には爪の間隙は広めであり、軽度の再出血はあり得るが虚血による重篤な偶発症はきたしにくいと考えられる。一旦手技を覚えれば簡便で確実性が高く、大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術において第一選択になりえると考えられた。

#### S1-8 当院における大腸コールドスネアポリペクトミー後の予防的止血クリップの有用性ならびにスネア径の相違による病理学的病変断端への影響についての検討

愛知医科大学 消化管内科  
○吉峰 崇、小笠原 尚高、春日井 邦夫

【目的】本邦においてコールドスネアポリペクトミー(以下CSP)が普

及してきており、その有効性及び安全性が報告されている。CSP後出血は極めて少ないと報告されているが、CSP後の出血予防を目的としたクリップによる切除後潰瘍に対する縫縮の有用性は明らかではない。また、CSPにより切除された大腸ポリープの断端に関する病理学的な検討も十分なされていない。今回、我々はCSP後の出血予防を目的とした止血クリップの必要性と有用性を前向きに検討した。また、スネア径が切除された大腸ポリープ断端の病理学的診断に与える影響を検討した。【方法】平成27年10月から平成28年2月にかけてCSPによる治療の同意が得られた大腸ポリープ患者60症例を、無作為にクリップ施行群(32例、61病変)と非施行群(28例、69病変)に振り分けCSPを施行し、後出血率を前向きに比較検討した。また、同60例を、無作為に長径スネア(15mm)を使用してポリープ切除した群(長径群:31例、70病変)と短径スネア(10mm)を使用してポリープ切除した群(短径群:29例、60病変)とに振り分け、断端不明率を比較検討した。【成績】クリップ施行群、非施行群ともにCSP後出血を認めなかった。長径群における断端不明瞭率は54.5%(36/66)、一方、短径群の断端不明瞭率は39.0%(23/59)であり、長径群で有意に断端不明瞭率が高かった。【結論】CSP後出血の予防を目的とした切除後潰瘍に対するクリップ縫縮は必要ないものと考えられた。また、断端不明瞭率は、長径群で有意に高く、10mm径のスネアがCSPに適していると考えられたが、短径群の断端不明瞭率も39.0%と決して低くはなく、大腸ポリープに対するCSPでは腫瘍の残存の危険性を十分考慮し、定期的なフォローアップが必要と考えられた。いずれも検討症例数が少なく、今後更なる症例の蓄積が必要である。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)(UMIN000018539)。

#### S1-9 大腸ESDに用いたシングルバルーンオーバーチューブの有用性に関する検討

岐阜大学医学部 消化器病態学  
○井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁

【目的】大腸ESDを安全に施行するためには安定した内視鏡操作が必要である。シングルバルーンオーバーチューブ(ST-CB1;オリンパス社)の有用性について検討した。【対象】2015年6月から2015年12月までに当院にて大腸ESDを施行した113例中下行結腸以深(下行結腸から回盲末端)の51例を対象とし、通常ESD群とST-CB1使用群との治療成績を比較検討した。ST-CB1使用の判断は術前精査を施行した医師が内視鏡の操作性不良と判断した症例に対し使用した。スコープはPCF-Q260J、PCF-H290を使用した。【結果】通常ESD群24例、ST-CB1使用群27例であった。平均年齢は69.3±9.2歳 vs 69.3±8.7歳であった(p=0.985)。男女比17/7 vs 13/14であった(p=0.100)。病変部位は回腸/盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸が1/1/10/9/3 vs 1/13/6/5/2であった。肉眼形態はLST-G(UNI)/LST-G(MIX)/LST-NG/Is/Isp/Ila/Ila+Ilcが2/8/5/2/1/2/4 vs 1/9/8/2/1/5/1であった。病理結果はtub1/tub2/tub1 in SSAP/adenoma/SSAP/その他が15/2/0/5/1/1 vs 13/1/1/5/7/0であった。切除片の平均は35.0±13.1mm vs 35.0±8.8mmであった(p=0.991)。病変の平均は27.7±12.1mm vs 26.9±9.0mmであった(p=0.803)。一括切除率は両群とも100%、組織学的一括切除率は87.5%(21/24) vs 100%(25/25)であった(p=0.058)。施行時間は64.6±46.9分 vs 40.1±15.0分(p=0.013)であり、有意にST-CB1使用群で施行時間が短かった。偶発症は穿孔8.3%(2/24) vs 0%(0/27)であった(p=0.126)。2例ともクリップにて縫縮し保存的に加療を行った。後出血は両群ともに認めなかった。ESD直後のCTにて微量の腹腔内ガスは12.5%(3/24) vs 11.1%(3/27)で認められた(p=0.878)。発熱(37.5度以上)は33.3%(8/24) vs 25.9%(7/27)で認められた(p=0.562)。術翌日のWBC値は8886±3833 $\mu$ L vs 8123±1811 $\mu$ L(p=0.363)であった。CRP値は1.44±1.59 vs 0.34±0.29mg/dL(p<0.001)であり有意にST-CB1使用群で低値であった。【結論】ST-CB1は下降結腸以深の大腸ESDの際の施行時間の短縮につながり、術翌日のCRPが低値であることからESDの侵襲が軽減される可能性が示唆された。

#### S1-10 潰瘍性大腸炎における一般大腸腫瘍と炎症性腫瘍における内視鏡的検討

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

【背景】潰瘍性大腸炎罹患後、長期経過した例において炎症性腫瘍の発生率が上昇することが知られている。炎症性腫瘍に対しては全大腸手術が必要になるのに対し一般大腸腫瘍は局所切除で治療が見込めるため、治療に対しては両者の鑑別が望まれる。【目的】潰瘍性大腸炎における一般大腸腫瘍と炎症性腫瘍の内視鏡所見について検討を行った。【対象】当院UC患者の一般大腸腫瘍24例37病変と炎症性腫瘍31例34病変を対象とした。【結果】病変発症時の年齢は50(17-73)歳:35(16-67)歳(P=0.002)、罹患期間は6.5(0-30)年:13(3-38)年(P=0.002)であった。発生部位(直腸/S状結腸/下行結腸/横行結腸

/上行結腸)はそれぞれ9/7/3/8/10、12/11/5/3/3と、炎症性腫瘍で直腸・S状結腸に多かった(P = 0.039)。内視鏡所見は、肉眼形態(隆起/平坦/陥凹/複合/狭窄)が一般腫瘍群で29/6/0/2/0、炎症性腫瘍群で14/1/11/2/6と、炎症性腫瘍では隆起性以外の病変が多かった(p < 0.001)。色調(発赤調/褪色調)は一般腫瘍群が11/26、炎症性腫瘍群で27/7と、炎症性腫瘍群で発赤調の病変が多かった(p < 0.001)。境界の明瞭性について、一般腫瘍群は37病変(100%)で明瞭であったが、炎症性腫瘍群では9病変(26%)で明瞭だった(p < 0.001)。内視鏡スコア(UCEIS、一般腫瘍群:炎症性腫瘍群)は、炎症の最も強い部位で1(0.4):3(1.5)(p < 0.001)、腫瘍周辺では1(0.3):2(1.5)(p < 0.001)と、いずれの場合も炎症性腫瘍群で活動性が高かった。また、一般腫瘍群では腫瘍周辺に異形性を全く認めなかったの対して、炎症性腫瘍群では29病変中17病変(59%)に、腫瘍周辺の異形成を認めた。【結語】炎症性腫瘍は、直腸・S状結腸に多く、隆起性以外の肉眼型も見られ、発赤調であり、境界が不明瞭で、周囲の強い炎症と、異形成を認めた。上記傾向に基づき、一般腫瘍と炎症性腫瘍の鑑別を行い、治療方針を決定していく必要があると思われる。

#### S1-11 術前化学療法後に側方リンパ節郭清を併施した直腸癌手術症例の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学  
○向井 俊貴、上原 圭介、榎野 正人

進行直腸癌に対し、局所のみならず微小遠隔転移の制御を目的とした術前化学療法(NAC)が注目されている。当科では2009年よりT3以下深の下部直腸癌に対しては、原則オキサリプラチンを含むNACを施行後にTMEおよび側方郭清を施行する。2015年12月までにTMEおよび側方郭清を施行した原発直腸癌は78例あり、その内NAC群51例の成績を手術先行群27例と比較した。側方リンパ節はCTで短径5mm以上のものを陽性とし、術前転移陽性例には必要に応じて内腸骨血管を合併切除する拡大リンパ節郭清を行い、転移陰性例やNAC著効例には自律神経・内腸骨血管温存リンパ節郭清を行う。側方郭清は原則として両側行うが、Stage IVやPSの低い症例に対しては患側のみにとどめることもある。年齢、性別、側方リンパ節転移率、両側郭清率、自律神経温存率は両群で差を認めなかった。術後合併症はNAC群27例、手術群18例に認め(p = 0.82)、神経因性膀胱が手術群で有意に多かった(6 vs. 10, p = 0.05)。観察期間中央値3年2ヶ月で再発はNAC群が14例、手術群が10例で、その内で局所再発はNAC群が4例、手術群が5例であった(p = 0.27)。3年全生存率はNAC群93%、手術群79%(p = 0.018)、3年局所再発率はNAC群7%、手術群20%(p = 0.18)であった。術前化学療法後に側方郭清を行うことで、合併症を増加することなく局所再発を抑制でき、生存率も改善する可能性が示唆された。

## S2-1 造影超音波検査による胆嚢隆起性病変の鑑別診断

山下病院 消化器内科

○広瀬 健、服部 昌志、松崎 一平

【目的】造影超音波検査による胆嚢隆起性病変の鑑別診断の有用性について検討を行った。

【対象】2010年4月より当院にて造影超音波検査を実施した胆嚢隆起性病変184例で、内訳は胆嚢癌10例、胆嚢腺腫3例、胆嚢ポリープ140例、胆嚢ADM31例であった。

【方法】診断装置は、TOSHIBA TUS-A500・SSA790A、ALOKA prosound  $\alpha$ 10を使用、超音波造影剤はSonazoidRを用いて、投与後約30秒間early vascularphaseを、以降約3分間は適宜観察を行った。さらに、高音圧にて気泡を一気に崩壊させ、再度低音圧で観察を行うMFI、capture modeも実施した。なお、胆嚢病変に対する造影超音波検査実施に際してはICを十分に行い、同意を得たうえでを行っている。

【結果】胆嚢癌、胆嚢腺腫は病変全体がhypervascular染色され、隆起病変全体からあたかも熱湯が激しく沸きあがる所見 (eruption sign) を13例中9例 (70%) に認めた。さらに血流のflow imageの大小不同や屈曲、蛇行を8例 (62%) に認め、病変内で血流が不規則に動く所見も7例 (54%) に観察された。胆嚢ポリープは病変内で散在性に染色されることが多く、熱湯になる前のふつふつとした所見 (flicker sign) を140例中132例 (94.3%) に認め、特に基部の血流flow imageは一定で直線的であった。胆嚢ADMは散在性に染色され、胆嚢ポリープと比べてもさらに染色効果の弱い所見 (mild flicker sign) を31例中29例 (93.5%) に認めた。また、RASの明瞭化を認めた。prosound $\alpha$ 10では、病変全体にROIを設定し、輝度値の変化をhistogramにて解析すると、胆嚢癌で輝度値が高く持続する傾向にあった。

【考察】Sonazoidを用いた造影超音波検査は血行動態を明瞭に描出できるため、胆嚢隆起性病変の鑑別診断に有用な検査となりうると考えられた。

## S2-2 Convex型EUSを用いた胆道癌の術前診断“EUS所見をどう理解し臨床に活かすか?”

愛知県がんセンター中央病院 消化器内科

○藤田 曜、奥野 のぞみ、原 和生

【背景と目的】胆道癌の術前診断には、肝動脈、門脈浸潤の評価が必須である。画像診断のスタンダードはCTであるが、高解像度で評価が可能なConvex型EUSの有用性に関する報告も増えている。今回我々は胆道癌の術前診断におけるConvex型EUSの脈管浸潤に対する有用性の検討を行った。【対象】2008年1月から2016年1月までに当センターで胆道癌の術前精査としてConvex型EUSが施行された82症例 (肝内胆管癌、胆管癌、胆嚢癌、遺残胆嚢管癌) を対象とした。【方法】Convex型EUSで得られた胆管の所見と動脈、門脈浸潤に関する所見を病理診断と比較検討した。精査対象となる部位が切除されていない場合は術後の臨床経過と画像診断により判断した。【結果】EUSで明らか肝動脈浸潤ありと診断した1例と、明らかに浸潤なしと診断した64例は病理学的、臨床経過的にEUS診断と矛盾しない結果であった。腫瘍と肝動脈が接するが線状の境界が確認できた症例が9例、接しており線状の境界が消失していた症例が8例であり、これらの計17例は、CT、IDUSにおいても腫瘍が肝動脈と近接しており、術前評価の難易度が高い症例であったが、全例で病理学的に動脈浸潤陰性もしくは術中に腫瘍との剥離が可能であった。術後の局所再発率から見てもこの2群に臨床的な差はなかった。門脈に関する検討では、明らかなencasementを認めた3例のうち全て、腫瘍と接しており境界が消失していた6症例のうち4例が浸潤を認めた。病理所見の検討では、腫瘍部位胆管と脈管との距離が474-710 $\mu$ mで、EUS画像で脈管と腫瘍部位胆管との境界エコーが不明瞭化すると考えられた。【考察】EUSで門脈と腫瘍が接している場合は明らかなencasementが無くても病理学的浸潤を認める可能性が高い。肝動脈に関してはCTで評価が困難な症例であっても、EUSで肝動脈にあきらかなencasementがないことが確認できれば、外科切除の適応になり得ると思われる。EUSは切除術式決定に有用であり、術前診断に取り入れるべき検査と思われた。

## S2-3 悪性胆管狭窄に対する経乳頭の胆管細胞診・生検の診断能

1 豊川市民病院 消化器内科、

2 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○西 祐二<sup>1</sup>、内藤 格<sup>2</sup>、佐野 仁<sup>1</sup>

【目的】悪性胆管狭窄に対する経乳頭の胆管細胞診・生検の診断能に関する報告は様々であり、診断陽性の予測因子は明らかとなっていない。今回我々は細胞診・生検の診断能及び悪性診断の予測因子を明らかにするために検討を行った。

【方法】経乳頭の胆管細胞診 (202例) あるいは生検 (208例) を施行

した胆管狭窄241例 (悪性: 179例、良性: 62例) を対象として、悪性診断能、予測因子、偶発症につき後方的に検討を行った。

【成績】①悪性診断感度は細胞診36.1% (57/158例)、生検60.6% (97/160例) と生検で有意に高率であった (P<0.01)。両者併用の感度は69.1% (96/139例) であった。

②生検の診断感度は胆管癌78.8% (52/66例)、膵癌42.4% (28/66例) と胆管癌で有意に高率であった (P<0.01)。

③T-Bil  $\geq$  4mg/dL (OR: 2.506, P=0.022) が細胞診における悪性診断予測因子であった。

④胆管癌 (OR: 4.926, P<0.001)、胆管狭窄長  $\geq$  30mm (OR: 2.941, P=0.029)、T-Bil  $\geq$  4mg/dL (OR: 2.252, P=0.037) が生検における悪性診断予測因子であった。

⑤偶発症としては急性膵炎を7.1% (17/241例) に認めた。

【結論】悪性胆管狭窄に対する胆管生検は細胞診より高い診断感度を示し、胆管癌、胆管狭窄長  $\geq$  30mm、T-Bil  $\geq$  4mg/dLが胆管生検の良好な適応と考えられた。

## S2-4 IgG4関連硬化性胆管炎の鑑別診断における内視鏡検査の有用性

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 名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○内藤 格<sup>1</sup>、林 香月<sup>1</sup>、中沢 貴宏<sup>2</sup>

【目的】IgG4関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) は原発性硬化性胆管炎 (PSC) と胆管像が類似するため、両者との鑑別が重要である。今回我々はIgG4-SCの鑑別診断における内視鏡検査の有用性を明らかにする目的で検討を行った。【方法】IgG4-SC92例、PSC42例、CC66例を対象とし、内視鏡検査であるERC像、胆管IDUS像、胆管生検、十二指腸乳頭生検につき比較検討を行なった。【成績】1) ERC像 (IgG4-SC vs PSC) : IgG4-SCに有意な所見として segmental stricture、long stricture、下部胆管狭窄 (p<0.001)、PSCに有意な所見として、帯状狭窄、数珠状所見、剪定状所見、憩室様所見 (p<0.001) を認めた。2) 胆管IDUS像 (狭窄部: IgG4-SC vs PSC) : IgG4-SCに有意な所見として対称性の壁肥厚、smoothなinner margin、clearなouter margin、均一な内部エコー、3層構造の保持 (p<0.001) を認めた。不整なinner margin、憩室様突出、3層構造の破壊はPSCに特異的な所見であった。(非狭窄部: IgG4-SC vs CC) : 胆管非狭窄部における胆管壁厚はCC 0.5mm、IgG4-SC 1.2mmとIgG4-SCで有意に高値であった (p<0.001)。胆管壁厚0.8mm以上をIgG4-SCとすると、IgG4-SCの診断感度96%、特異度90%であった。3) 胆管生検 (IgG4-SC vs CC) : IgG4-SC、CCにおいて病理学的に診断可能であったのは23% (9/40)、79% (52/66) であった。IgG4陽性細胞>10個/強拡大 (HPF) 1視野を満たしたものはIgG4-SCの23% (9/40)、CCの0% (0/20) であった (p<0.001)。4) 十二指腸乳頭生検 (IgG4-SC) : IgG4陽性細胞>10個/HPFはIgG4-SCの58% (18/31) で認められた。【結論】IgG4-SCとPSC、CCの鑑別診断において、ERC、IDUS、十二指腸乳頭生検は有用な内視鏡検査と考えられた。

## S2-5 膵疾患診断におけるMR拡散強調画像の有用性についての検討

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

○羽根田 賢一<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>2</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>

【背景】MR拡散強調画像 (DWI) は組織における水分子の拡散現象の程度を画像化したものであり、細胞密度を反映するとされる。またDWIでは拡散の程度をみかけの拡散係数 (apparent diffusion coefficient: ADC値) として定量可能で、最近膵疾患の評価に応用されつつある。【目的】自己免疫性膵炎 (AIP) と膵癌の診断におけるDWIの有用性を明らかにする。【方法】2013年3月から2016年2月までの期間に当院で経験された、AIP臨床診断基準2011を満たしたAIP12例 (AIP群)、病理学的に証明されている膵癌29例 (膵癌群)、疾患で受診した患者の中から無作為に抽出した正常群29例 (正常群) を対象とした。GE Sigma exciteHDx 1.5Tを用い、自由呼吸下、single shot spin-echoにて撮像し、AIP群、膵癌群および正常群のDWI (b値=1000s/mm<sup>2</sup>) についてADC mapを作成した。このADC mapを用い検査者2人それぞれにて、AIP群、膵癌群は病変部で3か所、正常群は頭体尾部で1か所ずつADC値を測定しその平均値をretro-spectiveに比較検討した。【成績】AIP群は男性12例、年齢60~74歳 (中央値68.5歳)、IgG4 88~1880mg/dl (平均値 682mg/dl) 病変部内訳はびまん型5例、限局型7例であった。膵癌群は男性18例、女性11例 年齢54~84歳 (中央値71.5歳)、CA19-9 2~25000 U/ml (平均値 3441 U/ml)、CEA 2.1~1847 U/ml (平均値 82.6 U/ml)、病変部内訳は頭部病変13例、体部病変5例、尾部病変11例であった。正常群は男性11

例、女性18例 年齢32~86歳(中央値74歳)であった。AIP群、膵癌群、正常群の平均ADC値はそれぞれ、 $1.138 \pm 0.161 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ 、 $1.410 \pm 0.200 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ 、 $1.617 \pm 0.176 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ であり、3群間に有意差( $P < 0.01$ )を認めた。【結論】AIP、膵癌の診断においてDWIは一助となると考えられた。

## S2-6 膵弾性評価における Propagation 表示を用いた Shear wave elastography の有用性

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光医学診療部  
○橋詰 清孝<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

【背景】Shear wave elastography (SW) は組織硬度を弾性率で定量的に評価することが可能であるが、その再現性が問題視されており、再現性の向上を目的に Propagation (剪断波到達時間等高線) 表示が開発された。Propagation 表示は剪断波の組織到達時間を等高線で確認でき、信頼性の高いデータを得ることが可能と考えられている。【目的】膵に対して Propagation 表示を用いた SW を施行し、SW の再現性向上に寄与するかどうかを評価することである。【方法】2015年3月から2016年5月までに東芝メディカルシステムズ社製 Aplio 500 を使用し、157例に対して Propagation 表示を用いた SW による弾性率を測定した。疾患の内訳は、正常膵109例、慢性膵炎12例、自己免疫性膵炎5例、IPMN31例であった。SW による弾性率の測定は膵体部の膵実質にて施行した。なお、IPMN については測定 ROI (region of interest) 内に病変を認めない部位を対象とした。正常膵に対して SW を施行し、propagation 表示が有効であった症例から測定成功率を求め、さらに級内相関係数を使用して適切な測定回数を探した。正常膵と各疾患の弾性率の比較は、上記にて得られた回数をもとに行なった。【成績】正常膵109例のうち、17例は測定不能であり、92例が検討対象となった。propagation 表示を用いた SW の測定成功率は93.9%であった。また測定回数は3回以上が適切であることが示された。正常膵92例の弾性率の中央値 (interquartile range) は146 (123-173) kPa であった。慢性膵炎、自己免疫性膵炎、IPMN の弾性率 (kPa) の中央値は、196 (15.6-224)、172 (15.6-40.4)、181 (13.3-20.9) であり、正常膵との比較では慢性膵炎と IPMN に有意差を認めた (慢性膵炎:  $P = 0.0133$ 、IPMN:  $P = 0.0436$ )。IPMN については、年齢、性別、嚢胞部位、主膵管径の検討では特に弾性率には有意差は認めなかった。【結論】弾性率評価において Propagation 表示を用いることは SW の再現性向上に寄与した。再現性の高い SW より得られるデータの信頼性は高く、今後疾患において臨床的応用が期待される。

## S2-7 急性胆嚢炎に対する経乳頭の胆嚢ドレナージ (ETGBD) の治療成績

岐阜県総合医療センター 消化器内科  
○安藤 暢洋、岩田 圭介、杉原 潤一

【背景/目的】急性胆嚢炎に対する標準的ドレナージは経皮的ドレナージ (PTGBD) であるが、手術待機中のチューブトラブルや手術不能例の除去困難をしばしば経験する。一方、経乳頭のドレナージ (Endoscopic transpapillary gallbladder drainage: ETGBD) は技術的難易度が高く ERCP 関連偶発症の問題が指摘されているが、PTGBD 困難例に対しても施行可能であり手術待機症例 (bridge to surgery: BTS) に対しては内瘻化も可能である。我々は急性胆嚢炎に対して可能な限り ETGBD を試みており、その成績を報告する。【対象】2012年9月から2016年6月の間に関連3施設にて急性胆嚢炎に対して ETGBD を試みた138例。【結果】男性/女性 = 89/49例、年齢72.5(37-93)歳、軽症/中等症/重症 (TG13) = 105/23/10例。手技成功率は75% (103/138) であり、不成功要因は胆嚢内への GW 挿入不可33例 (胆嚢管の描出不能11例/GW が胆嚢管通過不能22例)、チューブが胆嚢内挿入不可1例、胆道造影不可1例。ETGBD 成功例に関しては初回外瘻/内瘻 = 34/69例で、治療成功率は96% (99/103)、治療不応例には手術/PTGBD/再留置 (2/1/1) が追加された。ETGBD 成功例の入院期間中央値は10 (3-46) 日であり、PTGBD 症例の入院期間中央値20 (8-85) 日と比べて有意に短かった。また、軽症群 (105) と中等症/重症群 (33) では手技成功率/治療成功率に有意差を認めなかった。手技偶発症を8.7% [12例 (胆嚢管損傷7例/EST 後出血1例/ERCP 後軽症膵炎1例/肝胆道系酵素上昇2例/誤嚥性肺炎1例)] に認め、胆嚢管損傷2例は PTGBD 困難のため準緊急手術が行われ、10例は保存的加療にて改善した。治療成功のうち BTS として内瘻化した77例 (外瘻→内瘻化16/一期的内瘻61) では手術待機日数52 (15-418) 日で待機中に胆嚢炎の再燃は認めなかったが、チューブ脱落を1例/術中所見で胆管穿通を1例認めた。【結語】急性胆嚢炎に対する ETGBD の治療成功率は96%と非常に高率であり、入院期間も PTGBD と比べて短かった。また、BTS としても有用な治療法と考えられるが、手技成功率の向上のためには胆嚢管挿管に対する工夫や処置具の開発が期待される。

## S2-8 切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する covered self-expandable metallic stent 留置における膵炎、胆嚢炎の予測因子の検討

名古屋第二十赤十字病院 消化器内科  
○豊原 祥資、清水 周哉、中沢 貴宏

【目的】切除不能悪性中下部胆道狭窄に対する covered self-expandable metallic stent (CSEMS) を用いた胆道ドレナージは広く施行されており、その偶発症として膵炎、胆嚢炎が知られているが発症の予測因子は未だ明らかとなっていない点が多い。今回、我々は CSEMS 留置における膵炎、胆嚢炎の予測因子を明らかにする目的で検討を行った。【方法】2012年から2015年における当院での経乳頭的に CSEMS を留置した切除不能中下部悪性胆道狭窄64例 (男性39例、女性25例) を対象とした。疾患の内訳は膵癌47例、胆嚢癌1例、胆管癌7例、その他9例であった。使用した CSEMS は、Wallflexstent64例であった。膵炎の予測因子として、1) 性、2) 年齢、3) 原疾患 (膵癌、非膵癌)、5) SEMS 前 EST、6) SEMS 前胆道ステントの有無、7) 膵管造影、8) 膵管ガイドワイヤー法の選択、9) SEMS 下端の位置 (十二指腸内、胆管内) の9項目、胆嚢炎の予測因子として、1) 性、2) 年齢、3) 狭窄部位 (Bm, Bi)、4) SEMS 前胆道ステントの有無、5) 胆嚢結石、6) 胆嚢造影、7) 胆嚢管開口部の腫瘍浸潤、8) SEMS 下端の位置、9) SEMS による胆嚢管閉塞の9項目に関して、それぞれ単変量、多変量解析を行った。【成績】1) 膵炎: 発症率は15.6% (10/64) であった。単変量解析では非膵癌 ( $p = 0.018$ ) が有意な予測因子であり、多変量解析においても非膵癌 (OR, 9.06; 95% CI, 1.03 - 79.4;  $p = 0.047$ ) が有意な予測因子であった。2) 胆嚢炎: 発症率は1.56% (1/65) であった。単変量、多変量解析ともに有意な予測因子は見られなかった。【結論】切除不能中下部悪性胆道狭窄に対する CSEMS 留置において、非膵癌が膵炎の予測因子と考えられた。

## S2-9 非切除肝門部悪性胆道狭窄に対する 5.7Fr delivery system を用いた one-step side-by-side 法の有用性の検討

愛知医科大学 肝胆臓内科  
○井上 匡史、伊藤 清顕、米田 政志

【目的】非切除肝門部悪性胆道狭窄に対する両葉 Self-expandable metallic stent (SEMS) 留置は技術的難易度が高い。手技成功率向上のための工夫として、6Fr の細径 delivery system による2本同時留置、one-step side-by-side (SBS) 法が報告されている。しかし one-step SBS に関しては現在まで単一群の検討のみであり、エビデンスは乏しい。また手技成功率は約70-100%と報告されており、しばしば delivery 同士の不要な干渉が問題となる。そこで近年、さらに細径である5.7Fr の delivery system を有する BILERUSH SELECTIVE (パイオラックス社製) が開発され、治療成績の向上が期待されている。今回我々は、本ステントによる one-step SBS の有用性に関して検討を行った。【方法】2010年から2016年までに、非切除肝門部悪性胆道狭窄に対して SBS による両葉ドレナージを施行した症例を対象とした。BILERUSH SELECTIVE による one-step SBS を施行した群 (O 群) と、従来の SBS により SEMS を留置した群 (conventional SBS: C 群) の2群に分け、手技成功率、処置時間、偶発症率、ステント機能不全までの期間に関して比較検討を行った。【成績】31例で SBS による両葉ドレナージを施行し、内訳は O 群14例、C 群17例であった。両群の患者背景に有意差は認めなかった。手技成功率は O 群100% (14/14)、C 群71% (12/17) であり有意に O 群で良好であった ( $P = 0.048$ )。C 群における不成功理由は、全例2本目の SEMS 挿入困難であった。処置時間中央値は O 群20分、C 群52分であり、O 群で有意に短かった ( $P = 0.013$ )。ステント機能不全以外の偶発症に関しては O 群、C 群、それぞれ、早期偶発症率7.1% (1/14)、5.9% (1/17)、後期偶発症率0%、5.9% (1/17) であり、いずれも有意差を認めなかった。ステント機能不全までの期間に関しては両群で有意差は認めなかった。【結論】非切除肝門部悪性胆道狭窄に対する 5.7Fr delivery system を用いた one-step SBS は、より簡素に施行でき、処置時間の軽減、高い手技成功率が期待出来る。両葉 SEMS 留置を試みる際は有用な選択肢の1つになり得ると考えられた。

## S2-10 当院における術後再建腸管症例での ERCP 治療成績

岐阜市民病院 消化器内科  
○河口 順二、小木曾 英介、向井 強

【背景】解剖学的な理由により、術後再建腸管に対する ERCP は難易度の高い手技であるが、近年バルーン内視鏡の登場に伴い、治療成績の向上が報告されている。【方法と対象】2009年1月から2016年7月までの期間に、当施設および岐阜大学病院第一内科にて、術後再建腸管 (Billroth-I 法除く) に対して ERCP を行った81症例の治療成績を retrospective に検討した。【結果】対象は男性59例、女性22例、年齢は49-96歳 (中央値72歳)。再建術式は膵頭十二指腸切除術後9例、胃切除後 Roux-en-Y 再建術53例、胃切除後 Billroth-II 法再建10例、胆管空腸

吻合術9例で、ERCPの目的は胆管結石治療57例、胆管狭窄治療12例、胆管空腸吻合部狭窄5例、膵管空腸吻合部狭窄4例、術後胆汁瘻3例であった。使用したスコープはシングルバルーン内視鏡33例、ダブルバルーン内視鏡30例、その他18例(直視型スコープ17例、前方斜視型1例)。目的部位へ到達可能であったのは67例(82.7%)、挿管成功は51例(58.6%)、手技成功は48例(59.3%)、目的部位到達可能症例における挿管成功76.1%、手技成功71.6%であり、内視鏡挿入から目的部位到達までの時間は3-131分(中央値20分)、目的部位到達から手技終了までの時間は5-143分(中央値35.5分)であった。ダブルバルーン内視鏡を用いた30症例に限ると、目的部位へ到達可能であったのは25例(83.3%)、挿管成功は15例(50%)、手技成功は14例(46.7%)、目的部位到達可能症例では挿管成功60%、手技成功56.0%であった。81症例の内、ERCP不成功であった33例の対応はERCP再検査1例、経皮経肝ドレナージ術(PTBD)14例、PTBD-ランデブー法7例、超音波内視鏡下(EUS)ランデブー法2例、手術2例、経過観察7例であった。また、早期偶発症は5例(6.2%)、内訳は急性膵炎3例(すべてcotton分類で軽症)、小腸穿孔2例であった。【結語】当施設での術後再建腸管症例でのERCP治療成績は、目的部位到達率は既報と同程度であったが、胆管挿管・手技成功率は既報より低く、処置具の改良や手技の標準化による、治療成績の向上が期待される。

## S2-11 進行膵癌患者に対する全身化学療法の予後因子の検討および予後予測モデル構築の試み

岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○安部 快紀、水島 隆史、奥村 文浩

【目的】進行膵癌患者に対する全身化学療法の予後予測モデルを治療前に簡便に入手可能な因子により構築する。【方法】当院にて2006年1月から2015年9月までに進行膵癌に対し全身化学療法を施行した186例を対象とした。過去の文献的報告から設定した治療前因子(年齢、性別、ECOG performance status score、部位、腫瘍径、胆管浸潤、十二指腸狭窄、遠隔転移、肝転移、腹膜播種、病期(日本膵臓学会)、アルブミン、CRP、Glasgow Prognostic Score(GPS)、Prognostic Nutritional Index(PNI)、Neutrophil Lymphocyte Ratio(NLR)、CA19-9、Gemcitabine、S-1、Nab Paclitaxel、FOLFIRINOX、Angiotensin II receptor blocker、エイコサペンタエン酸、胆道ドレナージ)についてCox比例ハザードモデルを用い予後因子を抽出した。それらの因子を組み合わせ予後予測モデルを作成し、Kaplan-Meier法を用いlog-rank検定にて全生存期間(OS)を検討した。【結果】全患者の全生存期間の中央値は8.5か月であった。多変量解析によりGPS=0、NLR<4、膵頭部癌を予後良好因子として抽出した。それぞれの予後因子につき1点を割り付け、スコアを算出した。スコアに基づき3群(予後良好群:2、3点、予後中間群:1点、予後不良群:0点)に分けると、各群の全生存期間は予後良好群(n=108)10.8か月、予後中間群(n=52)8.1か月、予後不良群(n=26)2.6か月であり、3群間で有意な差がみられた。【結論】GPS=0、NLR<4、膵頭部癌が進行膵癌患者に対する全身化学療法において予後良好因子であった。治療前に簡便に入手可能なこれらの3つの異なる因子を組み合わせ作成した予後予測モデルにより群分けすると、有意に層別化された。この予後予測モデルの有用性についてはさらなる検討が必要であるが、症例にあわせた治療法の検討の際の参考になりうると思われた。



## 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2会場

09:00~09:42 胆道

座長 木沢記念病院 消化器内科 大島 靖広

### 01 胃癌に合併した胆嚢管原発神経内分泌腫瘍の1例

若手 <sup>1</sup>木沢記念病院 消化器科、<sup>2</sup>同 外科、<sup>3</sup>同 病理診断科

(専修医) ○森 弘輔<sup>1</sup>、前田 俊英<sup>1</sup>、水谷 しの<sup>1</sup>、加藤 潤一<sup>1</sup>、足達 広和<sup>1</sup>、  
安田 陽一<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>1</sup>、小久保 健太郎<sup>2</sup>、尾関 豊<sup>2</sup>、杉山 誠治<sup>3</sup>、  
松永 研吾<sup>3</sup>、山田 鉄也<sup>3</sup>

### 02 細胆管細胞癌の一例

若手 社会医療法人 弘潤会 大同病院 消化器内科

(専修医) ○倉下 貴光、金沢 哲広、水野 創太、柳瀬 成希、南 正史、大北 宗由、  
宜保 憲明、榊原 聡介、下郷 友弥、印牧 直人、野々垣 浩二

### 03 局所の高度進行した肝門部領域胆管癌に対して、先行した化療の腫瘍縮小によって肝動脈切除再建を回避しえた1例

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科

○青山 広希、榊野 正人、江畑 智希、横山 幸浩、國料 俊男、角田 伸行、  
伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、上原 圭介、水野 隆史、山口 淳平、  
宮田 一志、相場 利貞

### 04 胆管癌との鑑別に経口胆道鏡 (SpyGlass) が有用であった胆管炎の一例

若手 社会医療法人 弘潤会 大同病院

(専修医) ○大北 宗由、野々垣 浩二、印牧 直人、金沢 哲広、水野 創太、柳瀬 成希、  
南 正史、倉下 貴光、宜保 憲明、榊原 聡介、下郷 友弥

### 05 自己免疫性膵炎、後腹膜線維症を伴う IgG4関連硬化性胆管炎の1例

<sup>1</sup>総合上飯田第一病院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○和田 啓孝<sup>1</sup>、小田切 英樹<sup>1</sup>、小栗 彰彦<sup>1</sup>、城 浩介<sup>1</sup>、桑原 崇通<sup>2</sup>、  
後藤 秀実<sup>2</sup>

### 06 術前診断が可能であった胆嚢捻転症の1例

若手 <sup>1</sup>愛知医科大学 卒後臨床研修センター、

(研修医) <sup>2</sup>愛知医科大学 肝胆膵内科、<sup>3</sup>愛知医科大学 消化器外科

○梅村 享平<sup>1</sup>、井上 匡央<sup>2</sup>、小林 佑次<sup>2</sup>、石井 紀光<sup>2</sup>、伊藤 清顕<sup>2</sup>、  
安井 講平<sup>3</sup>、齊藤 卓也<sup>3</sup>、大橋 紀文<sup>3</sup>、小松 俊一郎<sup>3</sup>、宮地 正彦<sup>3</sup>、  
佐野 力<sup>3</sup>、米田 政志<sup>2</sup>

07 内視鏡的に切除しえた長径75mmの *Helicobacter pylori* 陰性胃癌の一例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、<sup>3</sup>山下病院 病理

○古根 聡<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、菊池 正和<sup>1</sup>、浅井 裕充<sup>1</sup>、  
大林 友彦<sup>1</sup>、小林 健一<sup>2</sup>、松井 健一<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、小宮山 琢真<sup>1</sup>、  
細野 功<sup>1</sup>、伊藤 信仁<sup>1</sup>、松岡 歩<sup>1</sup>、前田 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、  
渡辺 修<sup>1</sup>、横井 太紀雄<sup>3</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

08 同時に2病変認めた胃底腺型胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した1例

若手 藤枝市立総合病院

(専修医) ○星野 弘典、丸山 保彦、景岡 正信、大畠 昭彦、寺井 智弘、佐原 秀、  
山本 晃大

09 経口摂取不能となった消化管狭窄合併切除不能進行・再発胃癌に対し、パクリタキセル＋ラムシルマブ併用療法を行い経口摂取が可能となった2例

名古屋市立大学大学院医学研究科

○野尻 優、志村 貴也、市川 紘、野村 智史、林 則之、片野 敬仁、  
岡本 泰幸、尾関 啓司、溝下 勤、森 義徳、久保田 英嗣、谷田 諭史、  
片岡 洋望、城 卓志

10 当科での進行再発胃癌に対する Ramucirumab の使用経験

若手 岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

(専修医) ○水谷 千佳、棚橋 利行、山口 和也、末次 智成、松本 圭太、高野 仁、  
平田 伸也、浅井 竜一、佐野 仁哉、櫻谷 卓司、松井 聡、今井 寿、  
田中 善宏、松橋 延壽、高橋 孝夫、長田 真二、吉田 和弘

11 視力障害にて発症した胃癌術後髄膜癌腫症の1例

若手 済生会松阪総合病院 内科

(専修医) ○紅林 真理絵、橋本 章、池之山 洋平、田原 雄一、青木 雅俊、福家 洋之、  
河俣 浩之、脇田 喜弘、清水 敦哉

10:17~10:59 胃・十二指腸②

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 宮原 良二

12 切除不能胃神経内分泌癌の1例

若手 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

(専修医) ○小島 健太郎、吉田 泰之、渡邊 諭、杉山 智彦、高田 淳、久保田 全哉、  
井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁

13 放射線単独治療が消化管止血に寄与した骨髄繊維症を伴う胃大細胞型内分泌細胞癌の一例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○尾関 啓司、片野 敬仁、市川 紘、野尻 優、稲垣 佑祐、野村 智史、  
西江 裕忠、林 則之、岡本 泰幸、志村 貴也、  
溝下 勤、森 義徳、久保田 英嗣、谷田 諭史、片岡 洋望、神谷 武、  
城 卓志

14 胃神経鞘腫に対して腹腔鏡下胃局所切除術を施行した一例

若手 伊勢赤十字病院 外科

(専修医) ○赤尾 希美、藤井 幸治、伊藤 拓也、中川 勇希、佐藤 啓太、坂口 充弘、  
堂本 佳典、田村 佳久、熊本 幸司、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、  
楠田 司

15 嚢胞変性をきたした胃 GIST の一例

若手 半田市立半田病院 消化器内科

(研修医) ○市野 平之伸、神岡 諭郎、野浪 大介、鈴木 智彦、廣瀬 崇、杉本 啓之、  
森井 正哉、大塚 泰郎

16 多彩な画像所見を示し術前に確定診断に至らなかった胃 GIST の一例

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

(専修医) <sup>3</sup>浜松医科大学 臨床腫瘍学講座、<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター

○芹澤 亜紗美<sup>1</sup>、田村 智<sup>1</sup>、江上 貴俊<sup>1</sup>、志村 恵理<sup>1</sup>、高橋 賢一<sup>1</sup>、  
鈴木 崇弘<sup>1</sup>、杉山 智洋<sup>1</sup>、高野 亮佑<sup>1</sup>、森 泰希<sup>1</sup>、鏡 卓馬<sup>1</sup>、鈴木 聡<sup>1</sup>、  
市川 仁美<sup>1</sup>、谷 伸也<sup>1</sup>、大石 慎司<sup>1</sup>、山出 美穂子<sup>3</sup>、濱屋 寧<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、  
大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>4</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

17 孤立性線維性腫瘍との鑑別を要した KIT 陰性 GIST の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○飛田 恵美子、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、  
松原 浩、植月 康太、木下 雄貴、山本 和弘、松田 宜賢、南 喜之、  
山本 崇文、田中 仁、岡村 正造

15:10~15:52 胃・十二指腸③

座長 浜松医科大学 臨床腫瘍学講座 山出 美穂子

18 カプセル内視鏡にて出血所見を認めた十二指腸癌の1例

若手 独立行政法人地域医療機能推進機構 中京病院

(専修医) ○菅田 亮太郎、戸川 昭三、金子 望、佐々木 禎子、井上 智司、  
杉村 直美、飛鳥井 香紀、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉

19 副乳頭原発 neuroendocrine tumor の一切除例

三重大学 肝胆膵・移植外科

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

20 十二指腸副乳頭の Gangliocytic Paraganglioma の1例

<sup>1</sup>静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、<sup>2</sup>静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科、

<sup>3</sup>静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

○松林 宏行<sup>1</sup>、石渡 裕俊<sup>1</sup>、松井 徹<sup>1</sup>、藤江 慎也<sup>1</sup>、角嶋 直美<sup>1</sup>、滝沢 耕平<sup>1</sup>、  
川田 登<sup>1</sup>、田中 雅樹<sup>1</sup>、今井 健一郎<sup>1</sup>、伊藤 紗代<sup>1</sup>、堀田 欣一<sup>1</sup>、  
上坂 克彦<sup>2</sup>、佐々木 恵子<sup>3</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>

21 十二指腸転移を来した乳癌の1例

若手 春日井市民病院 消化器科

(研修医) ○河村 逸外、平田 慶和、近藤 朋子、岡山 幸平、隈井 大介、山本 友輝、  
小島 悠揮、管野 琢也、奥田 悠介、木村 幹俊、羽根田 賢一、池内 寛和、  
望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

22 蛋白漏出性胃腸症で発症した腸管症型 T 細胞リンパ腫の1例

若手 JA 静岡厚生連 遠州病院 消化器内科

(専修医) ○高橋 悟、松下 直哉、西野 眞史、高垣 航輔、竹内 靖雄、白井 直人、  
梶村 昌良

23 ステロイド投与が著効した Cronkhite-Canada 症候群の一例

旭労災病院 消化器内科

○野原 真子、宮城島 俊、鈴木 恵里奈、松田 大知、遠藤 雅行、小笹 貴士

- 24 血管免疫芽球性 T 細胞性リンパ腫に併発したサイトメガロウイルス感染胃潰瘍の1例  
<sup>1</sup>西美濃厚生病院 内科、<sup>2</sup>岐阜大学 第一内科

○中村 博式<sup>1</sup>、寺倉 大志<sup>1</sup>、若山 孝英<sup>1</sup>、岩下 雅秀<sup>1</sup>、田上 真<sup>1</sup>、畠山 啓朗<sup>1</sup>、  
林 隆夫<sup>1</sup>、前田 晃男<sup>1</sup>、西脇 伸二<sup>1</sup>、中村 信彦<sup>2</sup>、中村 博<sup>2</sup>

- 25 アルゴンプラズマ凝固が碎石に有用であった大型胃石の一例  
若手 豊川市民病院 消化器内科

(専修医) ○的屋 奨、神野 成臣、小林 由花、名倉 義人、柴田 俊輔、藤岡 一敏、  
百瀬 淳子、西 祐二、大山 展、宮木 知克、佐野 仁、中村 誠

- 26 当院における上部消化管出血に対する内視鏡治療の現状  
朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○富江 晃、中畑 由紀、北江 博晃、黒部 拓也、福田 信宏、大洞 昭博、  
小島 孝雄、八木 信明

- 27 新規経口凝固薬 (Nover Oral AntiCoagrlants) による上部消化管出血の頻度につ  
いての検討

若手 愛知医科大学 消化管内科

(専修医) ○加藤 駿介、新村 哲也、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、  
佐々木 誠人、春日井 邦夫

- 28 FD 様症状を伴った好酸球性胃腸炎の4例  
愛知医科大学 消化管内科

○川村 百合加、舟木 康、野田 久嗣、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、  
海老 正秀、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

- 29 当院における FD と GERD のオーバーラップに対するアコチアミドの治療成績  
朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○八木 信明、中畑 由紀、北江 博晃、富江 晃、福田 信宏、大洞 昭博、  
小島 孝雄

# 一般演題

## 第4会場

09:00~09:35 膵臓① 座長 三重県立総合医療センター 消化器内科 大矢 由美

30 当院における膵腺房細胞癌の特徴

<sup>1</sup>静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、<sup>2</sup>静岡県立静岡がんセンター 消化器内科、  
<sup>3</sup>静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科、<sup>4</sup>静岡県立静岡がんセンター 病理診断科  
○松井 徹<sup>1</sup>、石渡 裕俊<sup>1</sup>、藤江 慎也<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>、戸高 明子<sup>2</sup>、  
上坂 克彦<sup>3</sup>、佐々木 恵子<sup>4</sup>

31 当院における modified FOLFILINOX の治療成績

岐阜大学医学部附属病院

○吉田 健作、岩下 拓司、上村 真也、丸田 明範、清水 雅仁

32 GEM+nabPTX 療法が奏功し外科的に切除した膵扁平上皮癌の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

33 膵悪性リンパ腫の一例

若手 社会医療法人 宏潤会 大同病院

(専修医) ○水野 創太、野々垣 浩二、印牧 直人、下郷 友弥、榊原 聡介、宜保 憲明、  
大北 宗由、南 正史、倉下 貴光、柳瀬 成希、金沢 哲広

34 多発肝転移を伴った膵神経内分泌癌の1例

藤田保健衛生大学 肝胆膵内科

○菅 敏樹、野村 小百合、高村 知希、越智 友花、大城 昌史、中岡 和徳、  
中野 卓二、村尾 道人、川部 直人、橋本 千樹、吉岡 健太郎

35 膵内分泌腫瘍の1例

若手 名古屋第二赤十字病院 消化器内科

(専修医) ○内田 絵理香、林 克巳、宇野 好、鈴木 孝典、齋藤 彰敏、豊原 祥資、  
荒木 博通、鈴木 祐香、長尾 一寛、小島 一星、水野 裕介、蟹江 浩、  
日下部 篤宣、清水 周哉、山田 智則、中沢 貴宏

36 十二指腸および腹腔内穿破に対し、メタリックステントによる内視鏡的膵管ドレナージが有効であった IPMC の1例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○田中 浩敬<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、石川 卓哉<sup>1</sup>、  
桑原 崇通<sup>1</sup>、河合 学<sup>1</sup>、須原 寛樹、竹山 友章<sup>1</sup>、橋詰 清孝<sup>1</sup>、小屋 敏也<sup>1</sup>、  
酒井 大輔<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、  
宮原 良二<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

37 膵管癒合不全の存在が疑われた、閉塞性黄疸で発症した IPMN 由来浸潤癌の1例

若手 岐阜大学医学部 腫瘍外科

(専修医) ○松本 圭太、長田 真二、今井 寿、松井 聡、棚橋 利行、田中 善宏、  
松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、吉田 和弘

38 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を施行した若年 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の2例

若手 <sup>1</sup>春日井市民病院 消化器科、<sup>2</sup>春日井市民病院 内視鏡センター

(専修医) ○小島 悠揮<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>2</sup>、岡山 幸平<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、  
管野 琢也<sup>1</sup>、近藤 朋子<sup>1</sup>、木村 幹俊<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、羽根田 賢一<sup>1</sup>、  
池内 寛和<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>2</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>

39 IPMN として経過観察中に膵癌との鑑別が困難であった蛋白栓による炎症性腫瘍の一例

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

<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 病理

○市川 健<sup>1</sup>、服部 可奈<sup>1</sup>、草深 智樹<sup>1</sup>、大森 隆夫<sup>1</sup>、大倉 康生<sup>1</sup>、濱田 賢司<sup>1</sup>、  
田岡 大樹<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>2</sup>、松崎 晋平<sup>2</sup>、馬場 洋一郎<sup>3</sup>、村田 哲也<sup>3</sup>

## 40 術前診断に難渋した膵リンパ上皮嚢胞の1例

<sup>1</sup>静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、<sup>2</sup>静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科、  
<sup>3</sup>静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

○藤江 慎也<sup>1</sup>、石渡 裕俊<sup>1</sup>、松井 徹<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>、上坂 克彦<sup>2</sup>、  
佐々木 恵子<sup>3</sup>

## 41 SACI 試験により術前診断が可能であった乏血性インスリノーマの1例

若手 <sup>1</sup>大垣市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>大垣市民病院 放射線科、  
(専修医) <sup>3</sup>大垣市民病院 糖尿病腎臓内科

○佐久間 理香<sup>1</sup>、金森 明<sup>1</sup>、桐山 勢生<sup>1</sup>、谷川 誠<sup>1</sup>、久永 康宏<sup>1</sup>、豊田 秀徳<sup>1</sup>、  
多田 俊史<sup>1</sup>、北畠 秀介<sup>1</sup>、山 剛基<sup>1</sup>、横山 晋也<sup>1</sup>、小林 奈津子<sup>1</sup>、  
水野 和幸<sup>1</sup>、東堀 諒<sup>1</sup>、犬飼 庸介<sup>1</sup>、竹田 堯<sup>1</sup>、曾根 康博<sup>2</sup>、西堀 暢浩<sup>3</sup>、  
熊田 卓<sup>1</sup>

## 42 EUS-FNA にて診断し得た2型自己免疫性膵炎の1例

<sup>1</sup>名鉄病院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○室井 航一<sup>1</sup>、竹田 欽一<sup>1</sup>、柳田 佳史<sup>1</sup>、奥藤 舞<sup>1</sup>、荒川 恭宏<sup>1</sup>、西尾 雄司<sup>1</sup>、  
後藤 秀実<sup>2</sup>

## 43 2型自己免疫性膵炎の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

○齋藤 彰敏、清水 周哉、中沢 貴宏、林 克巳、山田 智則、日下部 篤宣、  
蟹江 浩、水野 裕介、小島 一星、長尾 一寛、鈴木 祐香、荒木 博通、  
豊原 祥資、内田 絵理香、鈴木 孝典、宇野 好

## 44 慢性膵炎の経過中に膵石嵌頓で閉塞性黄疸を来した一例

若手 岐阜県立多治見病院 消化器内科

(専修医) ○浦壁 憲司、水島 隆史、貫井 嵩之、石原 亮、鬼頭 佑輔、鈴木 雄太、  
福定 繁紀、加地 謙太、尾関 貴紀、岩崎 弘靖、安部 快紀、塚本 宏延、  
奥村 文浩

## 45 膵脂肪腫により疼痛をきたした一例

若手 豊田厚生病院

(専修医) ○早川 暁子、都築 智之、森田 清、竹内 淳史、伊藤 裕也、岩下 紘一、  
喜田 裕一、西村 大作

## 46 同時性大腸転移を来した肺小細胞癌の1例

若手 春日井市民病院 消化器科

(専修医) ○岡山 幸平、平田 慶和、隈井 大介、山本 友輝、小島 悠揮、管野 琢也、  
近藤 朋子、奥田 悠介、木村 幹俊、羽根田 賢一、池内 寛和、望月 寿人、  
高田 博樹、祖父江 聡

## 47 ヒトパピローマウイルス感染を原因とする肛門上皮内腫瘍に対し内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した1例

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

(研修医) ○花木 貴代<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、山田 健太郎<sup>1</sup>、広崎 拓也<sup>1</sup>、石川 大介<sup>1</sup>、  
國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、宇都宮 節夫<sup>2</sup>、奥村 明彦<sup>1</sup>

## 48 剖検にて確定診断し得た、直腸原発神経内分泌細胞癌の一例

<sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 病理診断科

○天野 裕貴<sup>1</sup>、細田 佳佐<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、杉浦 喜一<sup>1</sup>、宮津 隆裕<sup>1</sup>、  
海野 修平<sup>1</sup>、瀧浪 将貴<sup>1</sup>、木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、熊岡 浩子<sup>1</sup>、  
清水 恵理奈<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、佐藤 嘉彦<sup>1</sup>、大月 寛郎<sup>2</sup>

## 49 胆嚢転移を合併したS状結腸癌の一例

若手 中部労災病院 消化器内科

(専修医) ○春田 尚樹、村瀬 賢一、児玉 佳子、宿輪 和孝、柴田 寛幸

## 50 腸重積を契機に発見された20歳男性大腸癌の1切除例

若手 松阪中央総合病院 外科

(専修医) ○前田 光貴、田端 正己、阪本 達也、藤村 侑、大澤 一郎、加藤 憲治、  
岩田 真、三田 孝行

14:30~15:05 大腸②

座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 中村 美咲

51 潰瘍性大腸炎に合併した壊疽性膿皮症に対しアダリムマブが有効であった1例  
若手 <sup>1</sup>愛知医科大学 卒後臨床研修センター、<sup>2</sup>愛知医科大学 消化器内科

(研修医) ○上森 文裕<sup>1</sup>、下郷 彰礼<sup>2</sup>、新村 哲也<sup>2</sup>、林田 真由子<sup>2</sup>、北洞 洋樹<sup>2</sup>、  
川村 百合加<sup>2</sup>、野口 誠司<sup>2</sup>、山口 純治<sup>2</sup>、吉峰 崇<sup>2</sup>、足立 和規<sup>2</sup>、  
郷治 滋希<sup>2</sup>、岡庭 紀子<sup>2</sup>、野田 久嗣<sup>2</sup>、田村 泰弘<sup>2</sup>、近藤 好博<sup>2</sup>、  
井澤 晋也<sup>2</sup>、海老 正秀<sup>2</sup>、舟木 康<sup>2</sup>、小笠原 尚高<sup>2</sup>、佐々木 誠人<sup>2</sup>、  
春日井 邦夫<sup>2</sup>

52 壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎の一例

若手 岐阜県立多治見病院 消化器内科

(専修医) ○鬼頭 佑輔、水島 隆史、浦壁 憲司、貫井 崇之、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、  
奥村 文浩

53 多発血栓症にて発症したクローン病疑診例

若手 <sup>1</sup>トヨタ記念病院 内科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 消化器科

(研修医) ○澤口 洋視<sup>1</sup>、鈴木 貴久<sup>2</sup>、高士 ひとみ<sup>2</sup>、三宅 忍幸<sup>2</sup>、村山 睦<sup>2</sup>、  
平井 恵子<sup>2</sup>、高橋 秀和<sup>2</sup>

54 傍神経節腫の化学療法後に発症したクローン病の1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○溝下 勤、森 義徳、片野 敬仁、尾関 啓司、谷田 諭史、市川 紘、野尻 優、  
稲垣 佑祐、野村 智史、林 則之、西江 裕忠、岡本 泰幸、志村 貴也、  
久保田 英嗣、片岡 洋望、神谷 武、城 卓志

55 6MP の用量調整が有効であった小腸大腸型クローン病の一例

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専修医) ○松田 宜賢、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、  
松原 浩、植月 康太、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、南 喜之、  
山本 崇文、岡村 正造

## 56 NSAIDs 起因性腸炎の4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

## 57 2回再燃した偽膜性腸炎の1例

若手

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

(専修医)

○宮地 洋平<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、  
久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 慎之祐<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、  
溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

## 58 再発性 C. difficile 腸炎に VCM 間欠的投与が有効であった一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○北江 博晃、中畑 由紀、富江 晃、大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

## 59 制酸剤内服中止約1ヶ月後に発症した Collagenous colitis の一例

若手

愛知医科大学 消化管内科

(専修医)

○高山 将旭、小野 聡、野田 久嗣、川村 百合加、野口 誠司、下郷 彰礼、  
北洞 洋樹、郷治 滋希、山口 純治、足立 和規、岡庭 紀子、吉峰 崇、  
田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、  
佐々木 誠人、春日井 邦夫

## 60 当院における collagenous colitis の検討

若手

静岡市立静岡病院 消化器内科

(専修医)

○杉本 崇宰、河合 歩、奥村 大志、鈴木 博貴、近藤 貴浩、黒石 健吾、  
星野 勝一、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津 竜樹

## 61 カンピロバクター腸炎による腸閉塞の一例

若手 焼津市立総合病院 消化器内科

(専修医) ○萬治 福匡、小平 誠、佐野 宗孝、寺澤 康之、山形 真基、渡邊 幸弘、  
川崎 真佑

## 62 大腸 CT がその診断に有用であった大腸腸管嚢胞性気腫症の2例

若手 <sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科(専修医) ○山本 怜<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、  
久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 眞之祐<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、  
溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

## 63 腹部症状が持続した腹膜垂炎の1例

三重県立総合医療センター 消化器内科

○菅 大典、西浦 祐貴、森谷 勲、山中 豊、大矢 由美、井上 英和、  
白木 克也、高瀬 幸次郎

## 64 S状結腸に刺入した魚骨を内視鏡的に摘出し得た1例

若手 <sup>1</sup>安城更生病院 消化器内科、<sup>2</sup>安城更生病院 外科(研修医) ○鈴木 貴也<sup>1</sup>、竹内 真実子<sup>1</sup>、安藤 雅能<sup>1</sup>、浅井 清也<sup>1</sup>、青木 聡典<sup>1</sup>、  
市川 雄平<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、鶴留 一誠<sup>1</sup>、岡田 昭久<sup>1</sup>、細井 努<sup>1</sup>、関 崇<sup>2</sup>、  
平松 聖史<sup>2</sup>、新井 利幸<sup>2</sup>

## 65 サンシシの長期内服が原因と考えられた腸間膜静脈硬化症の一例

<sup>1</sup>春日井市民病院 消化器科、<sup>2</sup>同 内視鏡センター○木村 幹俊<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、岡山 幸平<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、  
小島 悠揮<sup>1</sup>、管野 琢也<sup>1</sup>、近藤 朋子<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、羽根田 賢一<sup>1</sup>、  
池内 寛和<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>2</sup>、高田 博樹<sup>2</sup>

# 一般演題

## 第5会場

09:00～09:42 肝臓① 座長 愛知医科大学 肝胆膵内科 中出 幸臣

66 肝細胞癌治療歴のある genotype1型 C 型慢性肝炎・肝硬変に対する IFN フリー治療後の肝細胞癌再発患者の検討

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専修医) ○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、植月 康太、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、南 喜之、  
松田 宜賢

67 B 型慢性肝炎に対しエンテカビル内服中に生じた混合型肝癌の一例

若手 小牧市民病院 消化器内科

(研修医) ○山添 伸二、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、  
灰本 耕基、灰本 亜矢子、永井 真太郎、古川 陽子

68 ソラフェニブおよび UFT 治療中止後に奏効が得られ、その後も Long SD が得られた多発遠隔転移を伴う進行肝細胞癌の一例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○田中 卓、石上 雅敏、山本 健太、安藤 祐資、伊藤 隆徳、安田 諭、  
野村 彩、加藤 幸一郎、石津 洋二、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、  
廣岡 芳樹、後藤 秀実

69 肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1例

<sup>1</sup>市立伊勢総合病院 外科、<sup>2</sup>三重大学医学部附属病院 肝胆膵移植外科

○弓削 拓也<sup>1</sup>、伊藤 史人<sup>1</sup>、武井 英之<sup>1</sup>、岡本 篤之<sup>1</sup>、野田 直哉<sup>1</sup>、  
櫻井 洋至<sup>2</sup>、伊佐地 秀司<sup>2</sup>

70 IPNB の一切除例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、河合 歩、奥村 大志、杉本 崇宰、近藤 貴浩、黒石 健吾、  
星野 勝一、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

71 肝硬変による難治性胸腹水治療選択の考察

<sup>1</sup>四日市消化器病センター 消化器・肝臓内科、<sup>2</sup>あさひクリニック、

<sup>3</sup>みえ消化器内科

○石原 知明<sup>1</sup>、井谷 俊夫<sup>2</sup>、生駒 次朗<sup>3</sup>、垣内 雅彦<sup>3</sup>

## 72 頸部原発血管肉腫による多発嚢胞状の形態を呈した転移性肝癌の1例

若手 JA 愛知厚生連 江南厚生病院

(専修医) ○原 裕貴、佐々木 洋治、吉田 大介、森島 大雅、颯田 祐介、末澤 誠朗、  
五藤 直也、木下 拓也、佐々木 雅隆、熊野 良平

## 73 転移性肝腫瘍の切除により、診断・治療できた気管腺様嚢胞癌の1例

愛知医科大学病院 消化器外科

○松村 卓樹、有川 卓、駒屋 憲一、宮地 正彦、小松 俊一郎、大橋 紀文、  
石黒 成治、齋藤 卓也、大澤 高陽、岩田 力、倉橋 真太郎、山中 美歩、  
内野 大倫、安井 講平、井戸 美来、鈴木 健太、佐野 力

## 74 多発巨大肝嚢胞に対し、ドレナージと硬化療法を施行した1例

若手 名古屋市立西部医療センター

(専修医) ○田中 翔、尾関 智紀、寺島 明里、山東 元樹、中西 和久、遠藤 正嗣、  
西垣 信宏、山下 宏章、小島 尚代、平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司、  
妹尾 恭司

## 75 診断に苦慮した健常成人発症の肝臓脾臓型ネコひっかき病の1例

若手 藤田保健衛生大学坂文種報徳曾病院 消化器内科

(専修医) ○大屋 貴裕、片野 義明、乾 和郎、三好 広尚、小林 隆、山本 智支、  
松浦 弘尚、鳥井 淑敬、黒川 雄太、細川 千佳生、安江 祐二、守瀬 善一、  
稲田 健一

## 76 健診異常を契機に発見された中国出身者の日本住血吸虫症の1例

若手 磐田市立総合病院 消化器内科

(研修医) ○町田 健太、山田 貴教、大庭 行正、尾上 峻也、金子 雅直、間瀬 裕行、  
松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、笹田 雄三、齋田 康彦

## 77 高度脂肪肝を合併した筋ジストロフィーの2例

三重大学医学部 消化器肝臓内科

○吉川 恭子、山本 憲彦、玉井 康将、小倉 英、諸岡 留美、杉本 龍亮、  
田中 秀明、杉本 和史、小林 由直、長谷川 浩司、岩佐 元雄、竹井 謙之

- 78 Daclatasvir/Asunaprevir 併用療法をおこなった血液透析中のC型慢性肝疾患の3例  
朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科  
○大洞 昭博、小島 孝雄、中畑 由紀、北江 博晃、大島 靖広、富江 晃、  
八木 信明
- 79 周術期脱感作療法により成功した抗ドナー HLA class I 抗体強陽性生体肝移植の1例  
若手 藤田保健衛生大学 肝胆膵外科  
(研修医) ○三井 哲史、加藤 悠太郎、小島 正之、辻 昭一郎、棚橋 義直、香川 幹、  
中嶋 早苗、木口 剛造、杉岡 篤
- 80 SOF/RBV 療法中にミルクアルカリ症候群をきたした1例  
刈谷豊田総合病院  
○三浦 眞之祐、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、  
久野 剛史、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、  
山本 怜、井本 正巳
- 81 アムロジピンによる薬剤性肝障害の1例  
<sup>1</sup>成田記念病院 消化器内科、<sup>2</sup>愛知医科大学 消化管内科  
○飯田 章人<sup>1</sup>、吉峰 崇<sup>1,2</sup>、外山 貴洋<sup>1</sup>、溝口 直人<sup>1</sup>、大谷 宣人<sup>1</sup>、  
成田 真<sup>1</sup>
- 82 防風通聖散が原因と考えられた薬物性肝障害の1例  
若手 浜松医療センター 消化器内科  
(専修医) ○花岡 智彦、影山 富士人、山田 景子、浅井 雄介、木次 健介、高鳥 真悟、  
松浦 愛、栗山 茂、岩岡 泰志、住吉 信一、川村 欣也、吉井 重人、  
金岡 繁

## 83 好酸球性食道炎に Jackhammer esophagus を伴った1例

若手 愛知医科大学 消化管内科

(専修医) ○中川 頌子、近藤 好博、舟木 康、高田 真由子、新村 哲也、川村 百合加、  
下郷 彰礼、足立 和規、山口 純治、岡庭 紀子、野口 誠司、吉峰 崇、  
北洞 洋樹、郷治 滋希、田村 泰弘、野田 久嗣、井澤 晋也、海老 正秀、  
小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

## 84 管理に難渋した食道運動機能障害を伴うダビガトラン起因性食道粘膜傷害の1例

若手 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

(専修医) ○天野 希、嶋田 裕慈、成田 諭隆、金光 芳生、佐藤 俊輔、甘楽 裕徳、  
村田 礼人、佐藤 祥、玄田 拓哉、飯島 克順、永原 章仁

## 85 長期経過を観察しえた粘膜下腫瘍様の形態を呈する食道表在癌の一例

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院

○宮本 陽一、長屋 寿彦、神田 裕大、荒田 真子、吉田 正樹、山瀬 裕彦

## 86 当院における原発性食道小細胞癌の検討

若手 愛知医科大学 消化管内科

(専修医) ○駒井 洋彦、新村 哲也、林田 真由子、川村 百合加、野口 誠司、山口 純  
治、吉峰 崇、北洞 洋樹、下郷 彰礼、足立 和規、郷治 滋希、岡庭 紀子、  
野田 久嗣、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、  
小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

## 87 イレウスにて発症した小腸悪性リンパ腫の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○大庭 行正、笹田 雄三、尾上 峻也、金子 雅直、間渕 裕行、松浦 友春、  
辻 敦、高橋 百合美、山田 貴教、齋田 康彦

## 88 肝機能異常精査目的の画像診断にて偶然発見された空腸異所性膵の1例

若手 高山赤十字病院 内科

(専修医) ○山口 公大、奥野 充、今井 奨、佐藤 寛之、白子 順子、棚橋 忍

## 89 貧血を契機に発見された小腸異所性膵の一例

若手 <sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 光学医療診療部、(専修医) <sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター、<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床腫瘍学講座○志村 恵理<sup>1</sup>、谷 伸也<sup>1</sup>、江上 貴俊<sup>1</sup>、高橋 賢一<sup>1</sup>、芹澤 亜紗美<sup>1</sup>、  
鈴木 崇弘<sup>1</sup>、田村 智<sup>1</sup>、杉山 智洋<sup>1</sup>、森 泰希<sup>1</sup>、高野 亮佑<sup>1</sup>、鏡 卓馬<sup>1</sup>、  
鈴木 聡<sup>1</sup>、市川 仁美<sup>1</sup>、大石 慎司<sup>1</sup>、山出 美穂子<sup>4</sup>、濱屋 寧<sup>1</sup>、  
岩泉 守哉<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>3</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

## 90 重度の蛋白漏出性胃腸症を来した好酸球性胃腸炎の一例

若手 名古屋市立東部医療センター

(専修医) ○森 俊敬、田中 義人、佐橋 秀典、近藤 力、立松 有美子、浅野 剛、  
北川 美香、今井 宗憲、伊藤 恵介、長谷川 千尋、川合 孝

## 91 出血性ショックをきたした回腸憩室出血の1例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理科○鈴木 孝弘<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、  
久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 眞之祐<sup>1</sup>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、  
恒川 卓也<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

92 クローン病に対しインフリキシマブを投与中に結核、前立腺癌を発症した一例  
愛知医科大学 消化管内科

○林田 真由子、野田 久嗣、小野 聡、加藤 駿介、高山 将旭、駒井 洋彦、  
中川 頌子、越野 顕、新村 哲也、川村 百合加、足立 和規、吉峰 崇、  
北洞 洋樹、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、  
舟木 康、佐々木 誠人、春日井 邦夫

## 93 副脾捻転の一例

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

(研修医) ○福沢 一馬<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、  
久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 眞之祐<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、  
溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、山本 玲<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

## 94 後腹膜脂肪肉腫の一例

若手 名古屋市立西部医療センター

(専修医) ○寺島 明里、遠藤 正嗣、田中 翔、山東 元樹、中西 和久、尾関 智紀、  
西垣 信宏、山下 宏章、小島 尚代、平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司、  
妹尾 恭司

## 95 術前質的診断が困難でかつ肝、大血管に浸潤が疑われた巨大後腹膜腫瘍の1切除例

若手 藤田保健衛生大学 肝胆膵外科

(研修医) ○西村 彰博、加藤 悠太郎、香川 幹、棚橋 義直、小島 正之、中嶋 早苗、  
木口 剛造、辻 昭一郎、三井 哲史、杉岡 篤



## 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

### 胃癌に合併した胆嚢管原発神経内分泌腫瘍の1例

<sup>1</sup>木沢記念病院 消化器科、<sup>2</sup>同 外科、<sup>3</sup>同 病理診断科  
○森 弘輔<sup>1</sup>、前田 俊英<sup>1</sup>、水谷 しの、加藤 潤一<sup>1</sup>、  
足達 広和<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、杉山 宏<sup>1</sup>、小久保 健太郎<sup>2</sup>、  
尾関 豊<sup>2</sup>、杉山 誠治<sup>3</sup>、松永 研吾<sup>3</sup>、山田 鉄也<sup>3</sup>

【症例】70歳台、男性。息切れ、浮腫を主訴に201X年5月6日に近医を受診し貧血を指摘された。EGDにて胃幽門部に2型腫瘍を認め、胃癌と診断した。検査所見ではRBC 229万/μL、Hb 6.5 g/dLと高度の貧血を認めた。CRP 0.63 mg/dLと軽度の炎症所見を認めたが、肝障害は認めず、CEA、CA19-9は正常であった。造影CTでは明らかな転移を認めなかったが、胆嚢管から頸部に限局的な壁肥厚と濃染を認めた。MRCPでは同部位に径8mm大の、T2強調画像にて低信号、拡散強調画像にて軽度高信号の腫瘍を認めたが、PET-CTでは同部位に集積は認めなかった。USでは胆嚢の膨らみがやや不良で胆嚢管の描出は困難であった。EUSを試みるも、幽門狭窄のためスコープが通過できず、胆嚢管の描出は困難であった。以上より胃癌と胆嚢管癌の重複を疑ったが、胆嚢管癌については確認が得られず、術中の所見から最終的な術式を決定する方針で、6月20日に手術を行った。まず胆嚢摘出術を施行したところ、胆嚢管内に径5mm大の腫瘍を認めたため胆嚢管癌の可能性が高いと診断し肝門部リンパ節郭清を追加した。次に胃癌に対して幽門胃切除術、D1+郭清を施行した。病理組織学的には胃癌はtub2, pT4a (SE), int, INFb, ly3, v1であった。胆嚢管の結節型の腫瘍は、細索状ないし小蜂状、ロゼット様構造を示し、免疫染色にてchromograninA (+), synaptophysin (+), CD56 (+)であった。Ki-67陽性率は2%未満で、HE染色においても核分裂像は明らかではなく、NET G1と診断した。この病変は漿膜下組織まで拡がっていた。#3, #4d, #6, #8aには胃癌のリンパ節転移を、#12pにはNET G1のリンパ節転移を認めた。#12bの1個のリンパ節内にはchromograninA (+), CK20 (-), CEA (-)の領域とchromograninA (-), CK20 (+), CEA (+)の領域を認め、胃癌と胆嚢の神経内分泌腫瘍の両者の転移と診断した。術後、全身状態良好であり7月6日退院となった。術後化学療法は希望されず、現在経過観察中である。【結語】胃癌に合併した胆嚢管の神経内分泌腫瘍の1例を経験した。胆嚢管の神経内分泌腫瘍の発生は非常にまれであり、若干の考察を加え報告する。

## 02

### 細胆管細胞癌の一例

社会医療法人 弘潤会 大同病院 消化器内科  
○倉下 貴光、金沢 哲広、水野 創太、柳瀬 成希、南 正史、  
大北 宗由、宜保 憲明、榊原 聡介、下郷 友弥、印牧 直人、  
野々垣 浩二

症例は74歳、女性。スクリーニング超音波検査にて胆嚢異常を指摘され当科紹介となった。腹部超音波検査にて胆嚢壁は全周性肥厚、胆嚢底部の小嚢胞構造 (Rokitansky-Aschoff sinus; RAS) を認めた。胆嚢に接する肝S4に境界不明瞭な低エコー域を認めた。胆嚢壁血流は59.5 cm/sであった。EUSでは胆嚢底部は不整な壁肥厚、胆嚢壁最外層の断裂を認め、肝との境界は不明瞭であった。腹部造影CT検査では、胆嚢底部の不整な壁肥厚と胆嚢に接する肝S4に不均一な造影効果を有する境界不明瞭な領域を認めた。ソナゾイドRによる造影超音波検査では、S4低エコー域は動脈早期相にて胆嚢壁と同時に濃染、門脈相ではwash outし始め、後血管相ではdefectを呈した。ERCPでは合流異常は認めず、胆嚢底部の壁不整を認めた。以上の画像所見より、胆嚢腺筋腫症に合併した胆嚢癌の肝浸潤と術前診断し、拡大胆嚢摘出術を施行した。切除標本では、胆嚢に接して肝S4に白色結節状の腫瘍を認め、病理組織学的には、胆嚢は腺筋腫症で悪性所見は認めなかった。肝S4の腫瘍は、肝実質末梢に発生し、不整な結節状及び管状を呈し増殖する腫瘍で、胆嚢壁に浸潤するも漿膜下に留まっていた。免疫染色では結節状・管状いずれの部分でもCK7 (+)、CK19 (+) で、管状の部分のみCD56 (+)、c-kit、hepatocyteはいずれも陰性であった。以上より細胆管細胞癌の胆嚢浸潤と診断した。胆嚢癌との鑑別が困難であった。細胆管細胞癌の一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

## 03

### 局所の高度進行した肝門部領域胆管癌に対して、先行した化療の腫瘍縮小によって肝動脈切除再建を回避しえた1例

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科  
○青山 広希、柳野 正人、江畑 智希、横山 幸浩、國科 俊男、  
角田 伸行、伊神 剛、菅原 元、深谷 昌秀、上原 圭介、  
水野 隆史、山口 淳平、宮田 一志、相場 利貞

症例は59歳男性で、黄疸と肝機能異常を主訴に前医を受診した。腹部CT検査では前区域寄りの右肝管を中心とした径59 mmの腫瘍を認

め、Bismuth IIIaの肝門部領域胆管癌と診断された。明らかな遠隔転移はみられないが、門脈前区域域が完全閉塞して左門脈も狭窄し、左右肝動脈ともに直接浸潤を疑う上に、総肝動脈周囲まで神経浸潤を疑う軟部陰影の濃度上昇が見られたため、切除不能で化学療法が適切と判断された。PTBDによる減黄後にGC療法 (GEM 1950 mg + CDDP 50 mg) を4コース施行したところPRであり、切除可能性を考慮され当科を紹介受診した。腹部CT検査では主腫瘍は径が縮小すると同時に辺縁が不明瞭化し、胆管造影を行うと狭窄が緩んで閉塞は解除されていた。PVの狭窄と肝十二指腸腸間膜の軟部陰影能動は変わりがなかった。肝右3区域・尾状葉切除、肝外胆管切除、門脈合併切除、所見より左肝動脈合併切除再建付加する計画で切除可能と考え、手術に先立って門脈後枝とP4を塞栓した。術前のCT volumetryで切除率65.8%・残肝容積449 ml、またICG R15 17.0%・K 0.118で残肝K値0.040、アシアロニンチではHH15 0.547・LHL15 0.929と正常範囲内で視覚的にも左葉の集積が高かった。術中には浸潤が危惧された左肝動脈は剥離が可能で、剥離部分の迅速組織診断でも腫瘍細胞は認められず、動脈切除再建を伴わずに肉眼的治療切除を行うことができた。病理組織学的にはpor, INFc, ly0, v0, ne2, pT4b, pN0, pDM0, pHM0、結合織剥離面に露出がありpEM1、また1か所7 mm大の肝転移を認めた。先行した化学療法によって腫瘍細胞は組織学的に70%以上の消失があった。術後の経過は順調で15日目に軽快退院した。本症例では化学療法の腫瘍縮小効果によって特に動脈切除再建が不要となり、周術期の安全性に対して直接的に寄与した。

## 04

### 胆管癌との鑑別に経口胆道鏡 (SpyGlass) が有用であった胆管炎の一例

社会医療法人 弘潤会 大同病院  
○大北 宗由、野々垣 浩二、印牧 直人、金沢 哲広、水野 創太、  
柳瀬 成希、南 正史、倉下 貴光、宜保 憲明、榊原 聡介、  
下郷 友弥

【症例】症例は61歳男性。心窩部痛を主訴に当科受診。腹部超音波検査にて総胆管結石を認めた。ERCPでは、遠位胆管に透光像および壁不整所見、肝門部には陰影欠損を認めた。ESTおよび結石切石術を施行し、遠位胆管および肝門部より胆管生検を施行した。病理組織学的にはいずれも悪性所見を認めず、胆管炎と診断された。胆管像からは、悪性を否定できず、再度ERCPを施行、前回の胆管像からは若干の改善を認めるものの、肝門部および遠位胆管に壁不整所見を認めた。引き続き施行したIDUSでは、胆管像にはほぼ一致して片側性に不整な壁肥厚を認めた。再度、胆管生検を施行したが、前回同様悪性所見は得られなかった。約1ヶ月の経過観察後、ERCPに加え、SpyGlassによる直視下胆管生検を施行した。SpyGlassによる観察では、肝門部に乳頭状隆起、肝門部から遠位胆管に粗造粘膜を認めた。同部位からの胆道鏡直視下生検においても、胆管癌の所見は認めなかった。以上の所見より、胆管炎に伴う炎症性の変化と診断した。その後は、3ヶ月後の胆管造影にて胆管像の改善を確認、現在も慎重に経過観察中である。【結語】胆管癌と胆管炎の鑑別に苦慮した一例を経験した。SpyGlassを使用することで、確実に直視下での胆管生検が可能であった。操作性が以前の胆道鏡と比較して格段に向上したSpyGlassにより、胆道疾患における有用なmodalityとなる可能性を認識することができた。

## 05

### 自己免疫性膵炎、後腹膜線維症を伴うIgG4関連硬化性胆管炎の1例

<sup>1</sup>総合上飯田第一病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
○和田 啓孝<sup>1</sup>、小田切 英樹<sup>1</sup>、小栗 彰彦<sup>1</sup>、城 浩介<sup>1</sup>、  
桑原 崇通<sup>2</sup>、後藤 秀実<sup>2</sup>

症例は74歳の男性。高血圧にて当院通院中に食不振より受診。血液検査でT-bil 8.65mg/dl、AST 86 IU/L、ALT 154 IU/L、ALP 2180IU/L、γ-GTP 601IU/Lと黄疸・肝機能障害・胆道系酵素異常を認めた。CTにて、胆嚢と肝外胆管のびまん性壁肥厚及び肝内胆管拡張があり、膵頭部の限局性腫大を認めた。また腹部大動脈周囲の軟部影を認め後腹膜線維症を疑った。ERCでは、下部胆管狭窄並びに肝門部左右胆管に比較的に長いた狭窄を認め、肝門部狭窄の上流は拡張しており、ERBDを留置した。胆汁細胞診では悪性所見はなかった。肝門部と下部胆管狭窄部からの生検でも悪性所見は認めず、形質細胞は目立たなかった。ERPでは膵頭部に主胆管の不整狭細像を認めた。IgG4は86.9mg/dlと正常範囲内であった。超音波内視鏡では、総胆管及び胆嚢において、低エコーで一樣な壁肥厚を認めた。また、膵頭部から膵尾部は一様に低エコーで一部高エコー spot を伴った。膵周囲に高エコー領域を認め、後腹膜線維症と考えた。以上より、IgG4関連硬化性胆管炎、自己免疫性膵炎、後腹膜線維症と診断し、PSL30mgの内服治療を開始した。治療開始2週間後にERCを再検したところ、下部胆管狭窄と肝門部左右胆管狭窄の改善を認め、肝門部狭窄の上流の拡張も改

善しておりPSLが奏効したと判断した。自己免疫性肝炎、後腹膜線維症を伴うIgG4関連硬化性胆管炎の症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 06

### 術前診断が可能であった胆嚢捻転症の1例

- <sup>1</sup>愛知医科大学 卒後臨床研修センター、  
<sup>2</sup>愛知医科大学 肝胆膵内科、<sup>3</sup>愛知医科大学 消化器外科  
○梅村 享平<sup>1</sup>、井上 匡史<sup>2</sup>、小林 佑次<sup>2</sup>、石井 紀光<sup>2</sup>、  
伊藤 清顕<sup>2</sup>、安井 講平<sup>3</sup>、齋藤 卓也<sup>3</sup>、米田 紀文<sup>3</sup>、  
小松 俊一郎<sup>3</sup>、宮地 正彦<sup>3</sup>、佐野 力<sup>3</sup>、木田 政志<sup>2</sup>

【症例】症例は80歳代女性、既往に弁膜症、腎不全（透析中）、腹部大動脈瘤などを認めた。血液透析時に全身倦怠感の訴えがあり、CT検査を施行したところ総胆管結石を認め、精査加療目的に当院へ紹介受診となった。血液検査ではCRP 29.23mg/dlと著明な上昇を認めたが、肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。腹部CTを再検査すると胆嚢が著明に腫大し、胆嚢壁は浮腫性の肥厚と造影不良を呈し、加えて一部では壁内出血を疑う高吸収域を認めた。また胆嚢管は腹側に分岐し、胆嚢管から胆嚢頸部にかけては渦巻き様の像を認め、胆嚢底部は尾側へと偏位していた。10年前に腹部大動脈瘤の精査目的に施行されたCTでは、胆嚢は正常であり肝下面に位置していた。以上の所見より、総胆管結石を合併した胆嚢捻転症と診断した。内視鏡的胆管ステント留置術を行った後に、緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中所見では、胆嚢は壊死性変化を呈し頸部で180度以上時計方向に捻転していた。捻転を解除した上で胆嚢を摘出した。摘出標本病理所見では全層性の壊死を認め、また部分的に出血を呈しており、壊死性胆嚢炎の所見であった。術後経過は良好であり、術後12日目に内視鏡的に総胆管結石を除去し、その後退院となった。【考察】胆嚢捻転症の術前診断率は、画像診断の進歩に伴い向上が見られる。しかし、その身体所見は急性胆嚢炎と同様のことが多く、しばしば診断に難渋する。本疾患は比較的まれではあるが、急激に壊死性胆嚢炎を呈し致死的となるため、急性胆嚢炎を疑った際には胆嚢捻転症の鑑別も念頭におき、十分に画像所見を検討する必要があると考えられた。

## 07

### 内視鏡的に切除しえた長径75mmの*Helicobacter pylori*陰性胃癌の1例

- <sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学的診療部、  
<sup>3</sup>山下病院 病理  
○古根 聡<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、松坂 好平<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、  
菊池 正和<sup>1</sup>、浅井 裕充<sup>1</sup>、大林 友彦<sup>1</sup>、小林 健一<sup>2</sup>、  
松井 健一<sup>1</sup>、藤吉 俊尚<sup>1</sup>、小宮山 琢真<sup>1</sup>、細野 功<sup>1</sup>、  
伊藤 信仁<sup>1</sup>、松岡 歩<sup>1</sup>、前田 修<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>1</sup>、  
渡辺 修<sup>1</sup>、横井 太紀雄<sup>3</sup>、廣岡 芳樹<sup>3</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

本邦での胃癌の殆どは*Helicobacter pylori*（以下、HP）感染に関連して生じると報告されており、HP未感染胃から生じるHP陰性胃癌の占める割合は0.4%～5%程度までに過ぎない。今回、当院ではHP未感染胃に生じた興味深い形態を呈する早期胃癌の一例を経験し、内視鏡的に切除しえたので報告する。  
症例は78歳女性、既婚歴に先天性心室中隔欠損症・高血圧症・関節リウマチを持つ。近医で上部消化管内視鏡検査を受診し、胃穹隆部に隆起性病変を指摘されたため当院に紹介となった。当院で行った上部消化管内視鏡検査では穹隆部大弯に70mm大の丈の低い白色～正色調の平坦な隆起性病変を認め、病変の中央部には10mm大の一段高い隆起を伴っていた。背景粘膜は萎縮を認めず、送気伸展すると段差が消失するため白色光では境界は不明瞭であったが、NBI観察では描出が可能であった。NBI併用拡大観察では腺管構造は均一で規則的、血管口径は均一であるが、丈の高い部分で血管の軽度蛇行を認めた。超音波内視鏡検査では第2層の軽度肥厚を認めるものの、第3層以深の変化は認めなかった。抗HP IgG抗体は陰性であった。生検結果はGroup2で過形成性ポリープと高分化型腺癌との鑑別が困難であった。2か月の期間において再検を行うも同様の結果であり、内視鏡的粘膜下層剥離術による診断的治療を施行した。内視鏡的に一括切除された病理組織所見は肉眼型0-IIa+I、腫瘍径75mm×75mm、高分化型腺癌、pT1a, ly(-), v(-), UL(-), HM0, VM0であった。  
HP陰性胃癌は多くが胃の上部に派生し、また未分化癌の占める割合も高いと報告されている。その肉眼型は内視鏡治療が施行された症例においては0-IIc型を示す割合が高い。本症例は肉眼型・分化度が典型例と異なっており、異なった臨床病理学的特徴を有する疾患であると考えられた。文献的考察を加え、報告する。

## 08

### 同時に2病変認められた胃底腺型胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した1例

- 藤枝市立総合病院  
○星野 弘典、丸山 保彦、景岡 正信、大島 昭彦、寺井 智弘、  
佐原 秀、山本 晃大

患者は73歳、女性。検診にて胃ポリープを指摘され精査目的に当科受診。上部消化管内視鏡検査(EGD)施行したところ多発する胃底腺ポリープ(FGP)の他に、胃体中部前壁に発赤調の平坦隆起病変を認めた。背景粘膜に萎縮は認めず、HPは陰性であった。顕子生検ではGroup4の診断であった。超音波内視鏡検査でm癌と診断し内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)にて一括切除を行った。ESD施行時、胃体下部大弯に発赤調平坦隆起病変を認めた。同部の拡大観察でsmall round pitの背景粘膜の中に病変に一致したvilli構造を認め別病変と診断し、この病変に対しても同時にESDを行った。切除標本ではいずれも中分化型腺癌の所見で、病変の大きさは5mm、4mmであった。核異型は軽度で、非腫瘍性の腺窩上皮で覆われているところが広く認められた。腫瘍は一部粘膜筋板を越えて浸潤していた。胃底腺型胃癌が疑われ、免疫染色を追加したところMUC5A(+), MUC6(+), MUC2(-), pepsinogenI(+), H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup>ATPase(±)であった。2010年にUeyamaらは、病理学的検討により胃底腺への分化を示す低異型度癌を胃底腺型胃癌という名称で新しい疾患概念として提唱した。我々はHP陰性の胃に胃底腺型胃癌を同時に2病変認め内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した一例を経験した。FGPが多発する中で拡大所見を参考にもう一病変を発見することができた。本症例では胃底腺型胃癌が同時多発的に発生したことから発生に何らかの遺伝的因子が関与している可能性も考えられる。

## 09

### 経口摂取不能となった消化管狭窄合併切除不能進行・再発胃癌に対し、パクリタキセル+ラムシルマブ併用療法を行い経口摂取が可能となった2例

- 名古屋大学大学院医学研究科  
○野尻 優、志村 貴也、市川 紘、野村 智史、林 則之、  
片野 敬仁、岡本 泰幸、尾関 啓司、溝下 勤、森 義徳、  
久保田 英嗣、谷田 論史、片岡 洋望、城 卓志

【背景】RAINBOW試験の結果から切除不能進行・再発胃癌に対する二次化学療法としてパクリタキセル+ラムシルマブ併用療法(PTX+Rmab療法)が推奨されているが、癌性腹膜炎や消化管閉塞合併症例に対する安全性は確立されていない。しかし、今回、胃癌進行による癌性腹膜炎のため消化管閉塞を来した2症例に対しPTX+Rmab療法を行い経口摂取が可能となった経験をしたので報告する。【症例1】48歳男性。胃がん(低分化腺癌)および腹膜転移の診断のもと、X年2月から一次治療としてS-1+CDDP療法を開始した。X年8月6コース目途中で食事摂取量低下・嘔吐が出現し、CT検査で左側胸水と大量腹水貯留と小腸拡張を認め癌性腹膜炎による腸閉塞と診断となる。絶食および胃管による減圧により症状は軽減したが十分な経口摂取は困難と判断し、X年9月に二次治療としてPTX+Rmab療法を開始した。1コース目途中で5分間2割程度摂取可能となり自宅退院となり、4コース終了後のX年12月PD判定されたが、X+1年1月まで自宅での経口摂取は可能であった。X+1年2月に永眠された。【症例2】54歳女性。11年前のStageIIIA胃がん(低分化腺癌)の根治切除後、吻合部再発+腹膜転移と診断され、Y年1月から一次治療としてS-1+CDDP療法を開始するも、3コース終了後のY年4月に腹痛と嘔吐が出現しCT検査にて腹水および回腸狭窄をみとめ癌性腹膜炎による腸閉塞と診断した。イレウス管により腸管減圧により症状改善し、イレウス管の抜去は可能であったが十分な経口摂取は困難と判断し、二次治療としてPTX+Rmab療法を開始した。その後、経口摂取に問題なく自宅退院となり、Y年8月現在、常食摂取可能でありnon-PDで外来治療継続中である。【考察】消化管狭窄・癌性腹膜炎症例に対するラムシルマブ投与の安全性は確立されていないが、パクリタキセル単剤投与と比較しPTX+Rmab療法はOSだけではなく奏効率においても上乗せ効果が示されており、十分な説明と同意のもとではあるが有用な治療選択肢と考えられた。

## 10

### 当科での進行再発胃癌に対するRamucirumabの使用経験

- 岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学  
○水谷 千佳、棚橋 利行、山口 和也、末次 智成、松本 圭太、  
高野 仁、平田 伸也、浅井 竜一、佐野 仁哉、櫻谷 卓司、  
松井 聡、今井 寿、田中 善宏、松橋 延壽、高橋 孝夫、  
長田 真二、吉田 和弘

RAINBOW試験とREGARD試験を受け、Ramucirumab(Ram)は2015

年日本において治療不能な進行・再発胃癌を対象に認可され、胃癌を対象に承認された初の血管新生阻害剤となっている。胃癌治療ガイドライン委員会では二次治療としてRam+ Paclitaxel (PTX) 療法を推奨度1、Ram単独療法を推奨度2とされている。【目的】当科における進行再発胃癌に対するRamの使用経験を検討した。【方法】2015年12月から2016年8月にRamを使用した切除不能進行・再発胃癌患者13例に対して、患者背景、治療ライン、および最良総合効果、有害事象(AE)を後方視的に検討した。【結果】年齢の中央値は66(50-79)歳、性別は男性：女性=9：4例、Performance Status (PS) 値0：1：2=5：7：1例、胃切除歴あり：なし=9：4例、治療ライン2次：3次：4次以降=10：3：0例で、Ram+PTX：Ram単独投与=12：1例であった。最良総合効果はSDが2例、Non-CR/Non-PDが1例、PDが4例、NEが6例であった。PDのうち2例でレジメン変更している。すべての例でインフュージョンリアクションやアレルギー反応は認めなかったが、Ram+PTX例で2例Grade4の好中球減少を認めた。Grade3のAEは7例(肉眼的血尿2例、イレウス1例、好中球減少3例、末梢神経障害1例、高血圧1例)認められた。Grade2のAEは10例(脱毛症、膀胱炎、悪心、イレウス、胆のう炎、高血圧、下肢浮腫、消化管出血、咳嗽、好中球減少)認められた。1例で5コース目に肉眼的血尿が出現しPTX単独投与へ変更している。【結語】進行再発胃癌に対するRam療法やRam+PTX療法は出血や高血圧など適切なAEへの対策を行うことで継続は可能と思われる。また既治療で出現したAEの継続や増悪も認めており、今後もさらなるデータの蓄積が必要である。

## 11

### 視力障害にて発症した胃癌術後髄膜腫症の1例

済生会松阪総合病院 内科

○紅林 真理絵、橋本章、池之山 洋平、田原 雄一、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、清水 敦哉

症例：78歳、女性主訴：両眼視力障害既往歴：高血圧症(75歳)、脳動脈瘤、コイル塞栓術(77歳) 現病歴：75歳時他院にて胃癌の診断で胃全摘術、D2郭清、Roux-Y再建術を受けた。組織型は低分化腺癌、臨床病期はT4aN3bM0、Stage3cであった。術後1か月よりTS1 80mg/日を2投1体の間隔で約1年間内服を継続した。その間腫瘍マーカーの上昇、腹部画像診断にて明らかな腫瘍再発を認めなかった。その後経過は順調で、頭部CT、単純MRIでは頭蓋内に明らかな占拠性病変、出血は見られなかった。頭部造影MRIでは両側視神経鞘に沿って強い造影効果も認められた。頸胸腹部CTでは明らかな腫瘍は指摘出来なかったが脊椎に多数の骨硬化像を認めた。MRIではT1強調画像にて胸腰椎に不均一な低信号を多数認め多発骨転移と判断した。入院後施行した髄液検査では細胞数32/ $\mu$ l (Neu10、Lymph90)、蛋白定量291mg/dl、糖18mg/dlであった。髄液細胞診にて低分化型腺癌を認め、胃癌による癌性髄膜症と診断した。抗癌剤投与等の積極的治療は行わなかった。入院後、嘔気、腰痛、食思不振、意識障害が出現した。患者は入院約1か月で昇天された。剖検では視神経周囲に癌細胞浸潤があり視力障害の原因と考えられた。髄膜腫症の原発巣は固形癌では胃癌の頻度が高く、その組織型は低分化腺癌、印環腺癌が多いと報告され、本報告でも低分化腺癌であった。視力障害を主訴に発症した胃癌術後癌性髄膜症の1例を経験したので報告する。

## 12

### 切除不能胃神経内分泌癌の1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○小島 健太郎、吉田 泰之、渡邊 諭、杉山 智彦、高田 淳、久保田 全哉、井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁

症例は71歳女性。近医で高血圧症、高脂血症、糖尿病を治療中であった。201X年5月上旬頃より腹部膨満感を自覚していたが放置していた。同年29日、朝方より、冷汗、嘔気、息切れを自覚し、当院に救急搬送された。来院時のCTで腹腔内に巨大腫瘍を認め、血液検査では貧血も認めたため精査加療目的に同日当科入院となった。上部消化管出血を疑い内視鏡検査施行すると、胃体下部前壁に直径30mm大の潰瘍性病変を認め、周囲は非腫瘍粘膜に覆われた粘膜下腫瘍様隆起を認めた。潰瘍底からの湧出性出血があり、貧血の原因と考えられた。潰瘍部から生検施行し、病理では癒合管状-胞巣状に増殖した核異型の強い小型の類円形の異型細胞を認め、免疫染色でcytokeratin(AE1/AE3)陽性、ChromograninA陰性、synaptophysin陽性を示し、また核分裂像数4/HPF、Ki67指数80%であった。中～低分化の腺癌および

神経内分泌癌の混在と診断された。CEA、CA19-9、ProGRPは基準値内であった。CTでは腫瘍内部は左胃動脈により栄養されており、胃が原発と考えられた。多発リンパ節転移、腹膜播種、肺転移を認めたため、全身化学療法を行う方針とし、シスプラチン(CDDP)+イリノテカン(CPT-11)による治療を6月9日より開始した。治療開始2週後にCDDPによると思われる腎機能障害が出現し、下腹浮腫、胸水貯留、酸欠化不良を認め、またGrade4の好中球減少あり、CPT-11の減量を行った上で、投与再開した。腎機能障害は持続したためCDDPは初回以降休業とし、以後2週毎にCPT-11単剤で化学療法を継続している。現在まで3コース施行し、原発巣およびリンパ節転移、腹膜播種は著明に縮小傾向でPRの状態であり、化学療法の反応性は良好と考えられる。胃神経内分泌癌は全胃癌の0.1~0.95%と比較的稀な疾患であり、今回我々が経験した1例について文献的考察を加えて報告する。

## 13

### 放射線単独治療が消化管止血に寄与した骨髄織維症を伴う胃大細胞型内分泌細胞癌の1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○尾関 啓司、片野 敬仁、市川 紘、野尻 優、稲垣 佑祐、野村 智史、西江 裕忠、林 則之、岡本 泰幸、志村 貴也、溝下 勤、森 義徳、久保田 英嗣、谷田 諭史、片岡 洋望、神谷 武、城 卓志

胃を含む消化管内分泌細胞癌(NEC)の治療法に関しては症例数も少なく確定した治療方針は定まっていない。各種ガイドラインでは手術治療や肺小細胞癌に準じた抗癌剤治療などが選択されるが、放射線治療に関する十分なエビデンスはない。今回我々は骨髄織維症を伴い頻回の輸血を要した、胃内分泌細胞癌(大細胞型)に放射線治療を行い著名な消化管止血と、生活の質(QOL)の改善に寄与した一例を経験したので報告する。患者は60歳台後半の男性。高血圧、肺気腫、多発性嚢胞腎と骨髄織維症で当院通院中であった。骨髄織維症は骨髄移植適応外で、JAK2 (Janus activating kinase2) 遺伝子変異も認めず、経過観察をされていたが、20XX年に入り、徐々に貧血の進行と黒色便を認めた。上部消化管内視鏡では胃体中部小湾側に粘膜下腫瘍様の所見を伴う潰瘍性病変を認め、生検の結果大細胞型胃内分泌癌と確定診断された。CT検査では明らかな転移はなく、局所進行胃癌と診断された外科的局所切除が考慮されたが、汎血球成分低下による感染症、出血などの危険により外科手術や抗癌剤治療は不可能と判断された。1週間に血小板30単位、濃厚赤血球8単位、顆粒球コロニー刺激因子(G-CSF)加療を行うも黒色便は継続して、白血球1500/ $\mu$ l、Hb6.1g/dl、血小板2.1万/ $\mu$ l程度を維持するのがやっとであった。約1月後に患者様への十分なインフォームドコンセントのもとに止血目的に放射線単独治療を行うことになり、副作用のみならず全照射44Gy施行後、徐々に輸血の回数が減少して血球成分の増加がみられ退院可能となった。外来で施行された上部消化管内視鏡では著名な腫瘍の縮小を認めた。今回胃NEC(大細胞型)において放射線単独治療で消化管止血効果、腫瘍縮小効果を示すことがあること、また、骨髄織維症患者への胃放射線治療が安全に施行できることが判明した。本症例は放射線治療が胃NECの短期的QOL改善には有効である可能性は示したが、長期的な予後改善につながるかはさらなる症例の蓄積による検討が必要である。

## 14

### 胃神経鞘腫に対して腹腔鏡下胃局所切除術を施行した1例

伊勢赤十字病院 外科

○赤尾 希美、藤井 幸治、伊藤 拓也、中川 勇希、佐藤 啓太、坂口 充弘、堂本 佳典、田村 佳久、熊本 幸司、松本 英一、高橋 幸二、宮原 成樹、楠田 司

【症例】75歳、女性。既往歴として虫垂炎に対して開腹術がある。家族歴に特記事項はない。【経過】2016年4月に右下腹部の虫垂炎手術痕の腹壁癒着ヘルニア陥頓に対して当科で緊急手術を施行した。その際の腹部CTで胃体上部前壁に壁外発育型の胃粘膜下腫瘍が疑われた。後日精査を施行したところ、上部消化管内視鏡では壁外からの圧排所見は認めなかったが、胃透視検査では立ち上がりのなだらかな壁外からの圧排所見を認め、EUSで腫瘍は第4層に連続した低エコー領域として認められた。筋層由来の胃粘膜下腫瘍が疑われ、EUS-FNAによる生検を施行したが確定診断に至らなかった。最大径5.2cmであったことから「GISTガイドライン」に従い手術の方針とし、同年6月に腹腔鏡下胃局所切除術を施行した。【結果】病理組織学的検査では、紡錘形細胞が錯綜状に増殖している所見に加えて、腫瘍周囲ほぼ全体にわたりリンパ濾胞形成を伴うリンパ球浸潤および腫瘍内にもリンパ球や形質細胞の浸潤が目立つ点がGISTとしては非典型的と考えられた。免疫染色でS-100蛋白陽性、c-kit陰性、CD34陰性、SMA陰性であったことから、胃神経鞘腫と診断した。術後経過は良好で、術後8日目に退院となった。【結語】胃神経鞘腫は全胃癌の0.1~0.2%と稀な疾患であり、今回貴重な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告す

る。

## 15

### 囊胞変性をきたした胃GISTの一例

半田市立半田病院 消化器内科

○市野 平之伸、神岡 諭郎、野浪 大介、鈴木 智彦、廣瀬 崇、杉本 啓之、森井 正哉、大塚 泰郎

【症例】79歳女性。【家族歴】特記すべき事項なし。【既往歴・併存症】網膜剥離、高脂血症。腹部手術や外傷などなし。【現病歴】2011年11月検査の腹部超音波検査にて左上腹部に10cm大の囊胞性腫瘍を指摘され精査加療目的にて当院紹介となった。【身体所見】特記すべき事項なし。【検査】EGDで胃体上部大弯後壁に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。粘膜面に陥凹は認めなかった。EUSでは腫瘍は大きさ120×78mm、内部エコーはほぼ均一な低エコーで周辺に厚さ20mm程度の充実成分があり一部胃壁との連続性が疑われた。CTでは胃の背側に約12×10cmの囊胞性腫瘍を認め、不均一な造影効果を示す厚い壁を認めた。主腸管の拡張は認めなかった。MRIでは単房性囊胞性腫瘍を認め比較的均一な厚い壁構造を伴い囊胞内部には充実成分は指摘されなかった。囊胞周囲にはT1強調像で低信号・T2強調像で不均一に高信号領域を認め胃との連続性が疑われた。以上より当初は粘液性囊胞性腫瘍なども鑑別にあげたが、囊胞変性をきたした胃GISTの診断にて開腹胃部分切除を当院外科にて施行した。【術中所見】腹腔内を探索すると胃体部後壁と脾臓、脾前面の間に直径10cm超の腫瘍を認めた。腫瘍は脾臓には付着せず胃の後壁から発生していた。腫瘍の基部から1cmほど離すようにして胃壁を全周性に切開し腫瘍を摘出した。胃粘膜面には異常所見はみられなかった。腫瘍に割を入れると液体が充満していた。術後経過は順調で第8病日に退院となった。【病理結果】腫瘍は胃粘膜下層から筋層に存在していた。HE染色にて紡錘形細胞の束状増生を認め、免疫染色にてc-kit(-)、DOG-1(+), S-100(-), αSMA(-)、核分裂像は2個/50HPF。GIST(modified-Fletcher分類high risk)と診断された。【考察】囊胞変性を伴う胃GISTの報告は希でありその多くは画像診断で囊胞性腫瘍や肝嚢胞やそのほかの腹腔内腫瘍との鑑別に苦慮することが報告されている。腹腔内の囊胞性腫瘍の鑑別にGISTも念頭に入れることが必要であると考えられた。

## 16

### 多彩な画像所見を示し術前に確定診断に至らなかった胃GISTの一例

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

<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床腫瘍学講座、

<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター

○芹澤 亜紗美<sup>1</sup>、田村 智<sup>1</sup>、江上 貴俊<sup>1</sup>、志村 恵理<sup>1</sup>、高橋 賢一<sup>1</sup>、鈴木 崇弘<sup>1</sup>、杉山 智洋<sup>1</sup>、高野 亮佑<sup>1</sup>、森 泰希<sup>1</sup>、鏡 卓馬<sup>1</sup>、鈴木 聡<sup>1</sup>、市川 仁美<sup>1</sup>、谷 伸也<sup>1</sup>、大石 慎司<sup>1</sup>、山出 美穂子<sup>3</sup>、濱屋 寧<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>1</sup>、杉本 健<sup>4</sup>

症例は75歳、男性。既往歴には67歳時に胆嚢摘出術、75歳時に膀胱腫瘍に対しTUR-BTを施行した。20XX年、健診の上部消化管造影にて異常を指摘され、近医の上部消化管内視鏡にて胃粘膜下腫瘍が認められ精査加療目的で当院紹介となった。造影CTでは胃前庭部に辺縁部より漸増性に造影される長径60mmの腫瘍性病変を認め、一部囊胞様の構造を認めた。周囲に明らかなリンパ節腫脹は指摘出来なかった。PET-CTでは胃前庭部の腫瘍に軽度集積を認めた。内視鏡通常観察では胃前庭部前壁に陥凹を伴う粘膜下腫瘍を認め、鉗子による圧迫では軟らかく送気により腫瘍の形態は変化した。NBI観察では異常脈管や異常血管は認められなかった。EUSでは第4層に連続してやや高エコーの腫瘍を認め、内部には液体貯留と思われる低エコー域が散在しており流動性が認められた。EUS-FNAを施行したが、紡錘形細胞が少量認められたものの有効な検体は採取出来ず、確定診断には至らなかった。部位と形態から異所性腺を鑑別に考えたが、過去のCTにて同病変は指摘できなかった。胃粘膜下腫瘍で悪性疾患の可能性を考え外科切除の方針となり、腹腔鏡下幽門側胃切除が施行された。腫瘍は65×40×20mmで、内部に大小多数の結節の集簇が認められた。病理学的には類上皮様～紡錘形細胞が密に増殖し、豊富な粘液様基質を伴った領域も観察された。免疫染色ではc-kitが微弱陽性、CD34が微弱陽性、DOG1がびまん性に陽性でS-100、desminは陰性でGIST、Modified Fletcher分類の中間リスクと最終診断された。術後経過は良好であり、無再発で外来経過観察中である。GISTは囊胞性変化を伴うと、鑑別に苦慮することが報告されている。本例でも柔らかい囊胞性の画像所見から診断に難渋し、EUS-FNAでも検体の十分な細胞成分の採取が困難となったと推察された。

## 17

### 孤立性線維性腫瘍との鑑別を要したKIT陰性GISTの1例

豊橋市民病院 消化器内科

○飛田 恵美子、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、植月 康太、木下 雄貴、山本 和弘、松田 宜賢、南 喜之、山本 崇文、田中 仁、岡村 正道

【症例】77歳男性【主訴】腹腔内腫瘍【現病歴】2016年3月他院にてがん検診としてPET-CTを受けたところ、右側腹部の巨大腫瘍と前立腺右葉に腫瘍を認め、当院泌尿器科へ紹介となり前立腺癌と診断。同年4月腹腔内腫瘍の精査目的に当科紹介。【身体所見】腹部：右季肋部から臍部に可動性の乏しい腫瘍を触知した。【経過】造影CT検査では胃体下部から胃角部より連続する15cm大の腫瘍を認め、早期相より不均一かつ漸増性に造影された。上部消化管内視鏡検査では、軽度の壁外性圧排を認めるのみで粘膜面の変化は認めなかった。超音波内視鏡検査では、第4層に連続する巨大な低エコー腫瘍を認めた。辺縁は整、境界明瞭、内部エコーは不均一で無エコー領域が散在していた。ドプラーエコーでは胃壁外に腫瘍をfeedingする血管構造を認め、腫瘍内部に著明な血流シグナルを認めた。周囲への浸潤や周囲リンパ節腫大は認めなかった。多血性腫瘍のためEUS-FNAは行わず、胃原発GISTの疑いにて5月に開腹胃部分切除術を施行。術中所見では腫瘍は胃前庭部大彎から茎状に発生していた。病理組織学的検査では、固有筋層から漿膜側に突出しており、膠原線維の増生と共に紡錘形の腫瘍細胞が錯綜・増殖し、その内部に小血管腔が散在していた。また免疫組織化学染色検査ではKIT陰性、CD34陽性、bcl-2陽性、S-100蛋白陰性、平滑筋アクチン陰性であったことより、孤立性線維性腫瘍(Solitary fibrous tumor:以下SFT)が疑われた。しかし追加検索にてSTAT6陰性、DOG1陽性であったことからKIT陰性GISTと最終診断した。【考察】GISTの90%以上はKIT蛋白を発現しており免疫染色にてKIT陽性となる。しかしKIT陰性のGISTが5%ほど存在する。GIST診療ガイドラインではKIT陰性でもCD34陽性の場合はGISTと診断されるがSFTでも同様なパターンを示し鑑別を要する。最近SFTのほぼ100%にMAB2-STAT6の融合遺伝子が検出され、STAT6陽性がSFTの診断に有用と報告された。またDOG1はGISTにおいてKITと同等の陽性率を示すとされる。SFTとGISTの鑑別にSTAT6、DOG1の免疫染色が有用であった症例を経験したため報告する。

## 18

### カプセル内視鏡にて出血所見を認めた十二指腸癌の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、戸川 昭三、金子 望、佐々木 慎子、井上 智司、杉村 直美、飛鳥井 香紀、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉

【症例】67歳男性【主訴】浮腫、呼吸困難【既往歴】高尿酸血症【現病歴】2016年6月上旬より顔面及び四肢の浮腫を認め、その後呼吸困難も認めたため近医を受診した。心不全の診断で内服治療を施行されていたが症状の改善が乏しく、6月下旬に当院紹介受診となった。来院時、直腸診にて黒色便や血便は認めなかったが血液検査でHb 5.2g/dl、血清鉄 8 µg/dl、TIBC 448 µg/dl、フェリチン 0.5ng/mlと高度鉄欠乏性貧血を認めたため緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。しかし異常所見はなく、入院4日目に施行した下部消化管内視鏡検査でも異常所見を認めなかった。入院後も黒色便や血便は認められず、鉄剤投与を行ったが、Hb 8.0g/dlを推移し貧血の改善は認めなかった。入院7日目小腸出血を疑いカプセル内視鏡を施行したところ、上部小腸と推測される場所に隆起性病変を認め、病変からの新鮮血出血を認めた。小腸出血が貧血の原因と考え、入院9日目シングルバルーン小腸内視鏡経口法を施行したところ、十二指腸水平部に3/4周性の約40mm大の肉眼型2型病変を認め、その潰瘍部より滲出性の出血を認めた。生検による病理組織検査では、中分化から高分化腺癌を認めた。造影CT検査では明らかなリンパ節転移や遠隔転移を認めず、cT3N0M0 cStage IIAと診断した。同年7月に病変部より臍頭後部リンパ節や上腸間膜動脈リンパ節の廓清も必要と判断して亜全胃温存脾頭十二指腸切除術が施行され、切除病理標本はmoderately to Well differentiated tubular adenocarcinoma and papillary adenocarcinoma、pT3、40x50mm、intermediate type、INFb、ly1、v1、ne0、pPM0、pDM0であった。今回、高度貧血を契機にカプセル内視鏡にて出血を認め、バルーン小腸内視鏡にて診断した十二指腸癌を経験したため文献的考察をふまえて報告する。

## 19

### 副乳頭原発neuroendocrine tumorの一切切除

三重大学 肝胆脾・移植外科

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

65歳、女性。2ヶ月前からの腹部不快感を主訴に近医を受診、上部消化管内視鏡で十二指腸下行脚に隆起性病変を指摘され、精査目的に当院へ紹介受診となった。上部内視鏡検査で十二指腸副乳頭部に隆起性病変を認め、中心部に潰瘍性病変を認めた。潰瘍底からの生検では腺癌と診断された。EUSでは十二指腸の固有筋層が一部途絶している所見があり深達度はMP以深と考えられた。CTでは同部に一致して9mm弱の早期濃染を伴う腫瘍を認め、MRCPでは副膵管の開口部でわずかに拡張していた。以上より、十二指腸副乳頭部癌 (T2N0M0 Stage) の診断で、重全胃温存膵頭十二指腸切除術 (SSPPD)・リンパ節廓清術を施行した。標準造影にて膵管癒合不全は認めなかった。しかしながら、術後病理診断にて、Chromogranin A 陽性、Synaptophysin陽性でロゼット様細胞を認め最終的に副乳頭Neuroendocrine tumor (G1) 6×5mmの診断となった。またリンパ管浸潤、脈管浸潤ともに認めず所属リンパ節への転移も認めなかった。副乳頭部NETでは、腫瘍径が小さく深達度が浅い場合でも高率にリンパ節転移をきたすことが報告されており、医中誌で調べ得た詳細評価の可能な副乳頭部NET 26例 (自験例を含む) においても、17例 (65.4%) でリンパ節転移が陽性であった。その中でも、腫瘍径10mm未満の5例中1例 (25%) で、sm症例13例中7例 (53.8%) でリンパ節転移陽性であったことは特筆すべき点である。本症例では、術前診断が潰瘍を伴ったMP以深の副乳頭部癌であったためSSPPDを施行したが、最終病理診断ではNET G1、脈管侵襲・リンパ節転移のないsm症例であり、結果的には縮小手術も可能であった可能性がある。今回調べ得た26例は、WHO 2010分類規定以前の報告も多く、今後、治療方針を決定するためには術前組織学的悪性度診断も含めてさらに症例の集積が必要である。

## 20

### 十二指腸副乳頭のGangliocytic Paragangliomaの1例

- 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 肝臓外科、
  - 3 静岡県立静岡がんセンター 病理診断科
- 松林 宏行<sup>1</sup>、石渡 裕俊<sup>1</sup>、松井 徹<sup>1</sup>、藤江 慎也<sup>1</sup>、  
角嶋 直美<sup>1</sup>、滝沢 耕平<sup>1</sup>、川田 登<sup>1</sup>、田中 雅樹<sup>1</sup>、  
今井 健一郎<sup>1</sup>、伊藤 紗代<sup>1</sup>、堀田 欣一<sup>1</sup>、上坂 克彦<sup>2</sup>、  
佐々木 恵子<sup>3</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>

【緒言】Gangliocytic Paraganglioma (GP) は十二指腸2nd~3rd portion、特に主乳頭に好発する稀な粘膜炎下腫瘍で、組織学的に内分泌細胞・紡錘形細胞・ガングリオン細胞の3成分からなる。今回我々は副乳頭に基部を有するGPの1例を経験したので報告する。【症例】71歳、男性。既往歴に特記事項はないが、父親に十二指腸癌の家族歴がある。症状はなく、検診時の上部消化管内視鏡 (EGD) にて十二指腸下降脚に polyp を指摘され、当院へ紹介された。当院でのEGDでは、十二指腸副乳頭に基部を有する表面平滑な有茎性 polyp を認めた。超音波内視鏡 (EUS) では、腫瘍は粘膜炎下に限局する17mmの軽度低エコーで均一な腫瘍として描出された。前医では腫瘍が得られなかったため、当院ではボーリングバイオプシー (22個の鉗子生検) を行ったところ、一部にガングリオン細胞成分を認めた。造影CTでも十二指腸下降脚に造影効果を伴う有茎性 polyp が認められたが、周囲リンパ節や遠隔転移を疑う所見はなく、FDG-PETでも十二指腸周囲にはFDGの異常集積を認めなかった。以上の所見より副乳頭の粘膜炎下腫瘍 (神経内分泌腫瘍やGP) が疑われ、周囲リンパ節廓清を伴う十二指腸局所切除術を施行した。病理標本では内分泌細胞・紡錘形細胞・ガングリオン細胞の3種の腫瘍成分からなる18mmの腫瘍が粘膜炎下に限局しており、GPと診断された。リンパ節転移も認めなかった (0/4)。術後5年8ヶ月経過し、今日まで再発である。【考察と結論】GPは稀な腫瘍ではあるが、形態や好発部位が典型的な症例では診断は比較的容易である。本例は稀な副乳頭発生GPであったが、生検で腫瘍成分を確認したことで鑑別診断を絞ることが出来た。文献的考察を含めて報告する。

## 21

### 十二指腸転移を来した乳癌の1例

- 春日井市民病院 消化器科
- 河村 逸外、平田 慶和、近藤 朋子、岡山 幸平、隈井 大介、  
山本 友輝、小島 悠輝、菅野 琢也、奥田 悠介、木村 幹俊、  
羽根田 賢一、池内 寛和、望月 寿人、高田 博樹、祖父江 聡

【症例】51歳女性【主訴】心窩部不快感、右乳房腫瘍【既往歴】特記事項なし【現病歴及び経過】2010年頃に右乳房の腫瘍を自覚したが、放置していた。2015年3月に心窩部不快感を自覚し近医を受診。上部消化管内視鏡 (EGD) とCT検査から十二指腸狭窄を指摘され当院紹介となり、右乳癌疑い・十二指腸狭窄で入院となった。右乳房腫瘍に関しては、外科にて針生検、細胞診を施行され、核異型を示す上皮細胞が小胞巣状および索状に増殖し浸潤する所見が認められた。免疫組織染色では腫瘍細胞はE-cadherin陰性であり浸潤性小葉癌と診断された。

ER陽性、Pgr陽性、HER2 1+、MIB-1 10%陽性であった。十二指腸狭窄に関してはCTでは肝内胆管・総胆管・主膵管の拡張がみられ、MRIでは明らかな腫瘍影は認めないものの乳頭部に拡散強調画像で高信号域を認め乳頭部癌や膵頭部癌などが考えられた。その他十二指腸に病的な拡張や壁肥厚は認めなかった。内視鏡上は上皮性変化に乏しい浮腫状粘膜を認め、狭窄部より二度生検施行したが炎症細胞浸潤を認めるのみであり明らかな腫瘍性病変は認めなかった。そこで十二指腸狭窄部にバルーン拡張を施行し狭窄部より再度生検を施行したところ、繊維化を示す質間内に核の腫大を伴う小型の腺管、孤在性に分布する異型細胞を認めた。免疫組織染色では、小型の腺管、孤在性異型細胞とともにCK7陽性、CK20陰性、孤在性異型細胞はER陽性・Pgr陽性であり浸潤性小葉癌の転移と診断された。全身検索の結果では乳癌の胸壁浸潤と腋窩リンパ節転移、右第10肋骨骨転移も認められた。ホルモン療法を導入し、2016年6月のCTでは原発巣はSDを維持している。十二指腸に関しては、治療開始後の2015年7月のEGDで浮腫状変化は残存しているものの、ファイバー通過は容易で明らかな通過障害なく狭窄は改善を認めており、現在まで狭窄症状の出現なく当院外来通院中である。【結語】乳癌の中でも浸潤性小葉癌はスキルス様の胃転移を来すと報告はあるが、今回十二指腸に狭窄性の転移を来した症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 22

### 蛋白漏出性胃腸症で発症した腸管症型T細胞リンパ腫の1例

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

症例は76歳女性。平成28年2月上旬より上腹部痛を自覚していた。3月中旬に両下腿浮腫に気づき、症状持続するため4月中旬に近医を受診した。体重減少 (8kg/2月) も認められたため、精査治療目的に当院紹介受診された。EGDでは十二指腸のSDAから下行脚にかけて潰瘍痕が多発しており、下行脚は全周性の狭窄を認めていた。小腸造影では上部小腸に非連続性に全周性の潰瘍と狭窄病変を認めた。TCSでは軽度の浮腫を認めた以外には特記事項は認めなかった。蛋白漏出シッチでは小腸からの蛋白漏出を認めた。悪性リンパ腫やクローン病、非特異性小腸潰瘍、アミロイドーシスなどを鑑別として考え、複数回の生検含む消化管精査行っても確定診断がつかなかった。食事摂取不良込み、中心静脈栄養にて腸管安静とし、診断的治療を行いながらも改善を認めず、なお粘り強く精査を続けたところ、最終的に腸管症型T細胞リンパ腫と診断でき、現在化学療法を行っており生存している。腸管症型T細胞リンパ腫の本邦での発症頻度は全悪性リンパ腫に占める割合は0.25%と比較的稀であり、その診断に難渋することが多い症例である。今回我々は蛋白漏出性胃腸症で発症した腸管症型T細胞リンパ腫の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。

## 23

### ステロイド投与が著効したCronkhite-Canada症候群の1例

- 旭労災病院 消化器内科
- 野原 真子、宮城島 俊、鈴木 恵里奈、松田 大知、遠藤 雅行、  
小笹 貴士

【症例】60歳代男性【家族歴】特記事項なし【現病歴】下痢、食思不振が1カ月以上続き、9Kgの体重減少、全身の脱毛、味覚障害、血便を自覚したため受診となった。身体所見では、全身の脱毛を認めたが、腹部の異常所見は認めなかった。血液検査では、Alb値3.3g/dlと低下を認めた。上部消化管内視鏡検査では、幽門前庭部から幽門下部に全周性の粘膜浮腫、発赤調の無茎性ポリプの集簇を認めた。下部消化管内視鏡検査でも、直腸から連続性、全周性に発赤調のポリプの集簇を認めた。組織学的検査では、腺管の囊状拡張、粘膜の浮腫、炎症細胞浸潤を伴う炎症性を介在粘膜にも認めた。臨床所見、内視鏡所見、組織学的所見よりCronkhite-Canada症候群と診断した。【経過】経口ステロイドPSL30mg/日より投与開始し、徐々に漸減した。投与5日目は下痢が消失し、脱毛、味覚障害に関しては1カ月程度で改善した。ステロイドを投与し始めたころより爪萎縮を認めたが、2カ月程度で改善した。それに続いて、体重減少などの栄養障害も改善した。現在投与開始後10カ月程度経過するが、PSL2mg/日を投与し、内視鏡所見にも寛解状態である。【考察】Cronkhite-Canada症候群は比較的稀な、非遺伝性の消化管ポリポース疾患である。多くはステロイド治療が選択され、ステロイドに対する反応性も比較的良好とされている。今回臨床所見、内視鏡所見、組織学的所見のいずれも本疾患に典型的な所見を認め、ステロイド投与により改善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。

## 24

### 血管免疫芽球性T細胞性リンパ腫に併発したサイトメガロウイルス感染胃潰瘍の1例

<sup>1</sup>西美濃厚生病院 内科、<sup>2</sup>岐阜大学 第一内科

○中村 博式<sup>1</sup>、寺倉 大志<sup>1</sup>、若山 孝英<sup>1</sup>、岩下 雅秀<sup>1</sup>、  
田上 真<sup>1</sup>、畠山 啓朗<sup>1</sup>、林 隆夫<sup>1</sup>、前田 晃男<sup>1</sup>、西脇 伸二<sup>1</sup>、  
中村 信彦<sup>2</sup>、中村 博<sup>2</sup>

【症例】80代女性【主訴】顔面の浮腫、呼吸困難【既往歴】高血圧、高脂血症にて近医受診中【現病歴】34日前より顔がむくみ、呼吸困難が出現した。発熱、心陰影拡大、胸水もあり、受診中の近医より肺炎、心不全疑いにて当科紹介入院となった。【経過】胸部CTにて両側胸水および下肺野の淡い陰影を認め、肺炎としてSBT/ABPC+LVFXの点滴投与を行い経過観察した。2、3日して一旦は解熱傾向を示し、胸水も減少傾向を示した。その約1週間後より、症状が再燃し、体幹に発疹も出現した。高γグロブリン血症、多発リンパ節腫大が判明し、右鼠径部よりリンパ節生検を行った。リンパ節生検の結果、血管免疫芽球性T細胞性リンパ腫(AITL)と診断した。上部消化管内視鏡検査にて辺縁整の楕円形の胃潰瘍を2箇所認め、生検組織にて封入体を確認した。サイトメガロウイルス(CMV)抗原C10.C11=76/43であり、CMV感染潰瘍と診断した。Compromised hostに合併したCMV感染潰瘍と判断し、PPIの投与並びにガンシクロビルの投与を行った。またそれと並行して1/2の用量でCHOP療法も開始した。CMV抗原はガンシクロビル3週間投与にて陰性化し、胃潰瘍も癒着化を確認した。CHOP療法は3コース目から3/4の用量まで増量し、6コースまで行った。4コース目、6コース目にCMV抗原C10.C11が陽性細胞数10個以上の高値をきたしたためガンシクロビルの再投与を行った。CHOP療法を6コース行いAITLは寛解し、胃潰瘍の再発も認めていない。【考察】AITLによる免疫不全状態に起因し、サイトメガロウイルス感染胃潰瘍を発症した症例である。健常者やステロイド投与中の患者では、PPIの投与やステロイドの減量のみで対応される場合が多いが、本症例のような化学療法の必要な悪性リンパ腫による免疫不全がある場合、再発予防のためにもCMV抗原を基準にガンシクロビルの投与を積極的に行う必要があると考えられた。

## 25

### アルゴンプラズマ凝固が碎石に有用であった大型胃石の一例

豊川市民病院 消化器内科

○藤屋 爽、神野 成臣、小林 由花、名倉 義人、柴田 俊輔、  
藤岡 一敏、百瀬 淳子、西 祐二、大山 展、宮木 知克、  
佐野 仁、中村 誠

【症例】87歳男性【既往歴】前立腺肥大症、高血圧症、便秘症【主訴】心窩部不快感【現病歴】継続する心窩部不快感を主訴に近医を受診し、上部消化管内視鏡検査にて4×4×8cm大の暗緑色胃石と胃角部小彎にA1 stageの潰瘍を認めた。同日よりエソメプラゾールの内服とココアコーラによる胃石溶解療法を開始した。治療開始8日後に再検を行うと胃石の大きさは変化しておらず、スネアやバスケットによる碎石、回収も困難なため当院へ紹介となった。当院でも高周波スネアにて碎石を試みたが胃石が硬く困難であった。そのため、まずアルゴンプラズマによって胃石の表面に熱凝固を加えた上で、高周波スネアを用いることで碎石が可能となり、小破砕片にすることで完全に回収、除去することができた。回収した胃石は成分比率で98%以上がタンニンにより構成されており、生活歴から柿胃石が疑われた。【考察】胃石は胃内で食物や異物が不溶性の結石となったものと定義され、比較的稀な疾患である。胃石の存在により潰瘍形成や腸閉塞をきたす危険性があるため、治療の必要性がある。内視鏡的な治療としては鉗子やスネアを用いた報告やレーザー照射、電気水圧衝撃波が碎石に有効とされているが、我々が医学中央雑誌にて「胃石」、「アルゴンプラズマ凝固」をキーワードに検索したところ、碎石に際してアルゴンプラズマ凝固を使用した報告は無かった。自験例では既報の胃石溶解療法と高周波スネアを用いた碎石は困難であった。胃石が硬く、通常の碎石処置が困難な例においては、アルゴンプラズマ凝固の使用も考慮すべきと考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

## 26

### 当院における上部消化管出血に対する内視鏡治療の現状

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○富江 晃、中畑 由紀、北江 博晃、黒部 拓也、福田 信宏、  
大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

【背景】内視鏡治療法の進歩により、上部消化管出血のほとんどは止血可能となっている。しかし、適切な治療が行われなければ死に至る可能性のある症例も存在する。【目的】今回我々は、当院における上部消化管出血に対する内視鏡的止血処置の現状を把握し、治療法選択の妥当性を確認することを目的とした。【対象・方法】2014年1月から

2016年7月の間に当院で内視鏡的止血術を施行した上部消化管出血症例87例を対象として、出血原因、止血法および治療成績に関して検討した。さらに胃潰瘍症例32例に関して、初回処置にて完全な止血が得られた症例と得られなかった症例の処置内容を比較し、処置法選択の妥当性を検討した。【結果】上部消化管出血の原因疾患、初回止血法および初回止血率は以下の通りであった。胃潰瘍：32例・クリップ18例、コアグラスパ7例、クリップ+HSE4例、APC2例、HSE+コアグラスパ1例・27/32(84%)、ESD後出血：19例(胃18例、食道1例)・コアグラスパ12例、クリップ4例、APC2例、ヒータープローブ1例・17/19(89.5%)、胃毛細血管拡張：8例(うち5例はGAVE)・APC8例・7/8(87.5%)、十二指腸潰瘍：6例・クリップ5例、コアグラスパ1例・6/6(100%)、マロリーワイス症候群：5例・クリップ4例、APC+コアグラスパ1例・5/5(100%)、びらん：5例(胃4例、十二指腸1例)・APC4例、クリップ1例・5/5(100%)、胃癌：5例・APC3例、コアグラスパ2例・3/5(60%)、その他：7例であった。なお最終的には全例で内視鏡処置による止血が得られた。さらに、胃潰瘍に関する検討では、初回で止血を得た27例中21例はクリップでの処置を施行されていたが、初回で完全な止血を得なかった5例のうちクリップを用いていたのは1例のみであった。【結語】当院における上部消化管出血症例に対する止血処置成績は良好であり、処置方法の選択は妥当と考えられた。しかし、胃潰瘍症例に関しては初回の止血時にクリップを用いなかった症例での再出血率が高い傾向があり、詳細な潰瘍底の観察により露出血管などの存在を確認し、クリップによる十分な処置を行う必要がある可能性が示唆された。

## 27

### 新規経口凝固薬(Nover Oral AntiCoagulants)による上部消化管出血の頻度についての検討

愛知医科大学 消化器内科

○加藤 駿介、新村 哲也、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、  
小笠原 高尚、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【はじめに】脳卒中治療ガイドライン2015によると、脳卒中の一次予防においてワルファリンよりも新規経口凝固薬であるNOAC(Novel Oral AntiCoagulants)が推奨されている。今後NOACの処方増加に伴い、NOACによる消化管出血が懸念されるが、その頻度は明らかでない。【目的】NOACによる消化管出血の頻度を明らかにし、ワルファリンと比較検討する。【対象】当院循環器内科外来にて2014年1月1日から2016年7月15日までにNOACもしくはワルファリンを処方された918人のうち上部消化管内視鏡検査を行った145人。【方法】NOACおよびワルファリンの上部消化管出血の頻度を比較した。【結果】処方総数は918人(男性592人女性326人)であった。同期間に当院で行った上部消化管内視鏡検査施行総数は7438件であった。918人中のEGDを施行したのは145人であり、臨床的に治療が必要と考えられる出血をきたしたのは10人であり、胃潰瘍7人、十二指腸潰瘍2人、マロリーワイス1人であった。内服の内訳は、イザゲレルド4人、エリキウス1人、プラザキサ2人、リクシアナ1人、ワルファリン2人であり、NOACとワルファリンの出血の頻度は統計学的に有意差を認めなかった(p=0.22)。【考察】消化管出血を主要項目としてワルファリンとNOACを比較したAbrahamらによる報告では、ワルファリンによる消化管出血は1.2%、NOACによる消化管出血はダビガトランで0.7%、リパロキサパンで0.6%であり、ワルファリンに対してNOACは消化管出血のリスク上昇を示さなかったとされていた。一方、今回の検討でもワルファリンとNOACの間では消化管出血の頻度は有意差を認めなかった。作用機序は、ワルファリンはビタミンK依存性凝固因子の合成阻害により作用する抗凝固薬であるのに対し、NOACはトロンビンまたは第Xa因子を直接阻害することで作用する。今後、症例数を蓄積しさらなる検討が必要と考えられた。【結論】NOACによる上部消化管出血の頻度はワルファリンと差を認めなかった。

## 28

### FD様症状を伴った好酸球性胃腸炎の4例

愛知医科大学 消化器内科

○川村 百合加、舟木 康、野田 久嗣、田村 泰弘、近藤 好博、  
井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 高尚、佐々木 誠人、  
春日井 邦夫

【背景】好酸球性胃腸炎(EGE)は、多彩な消化器症状を認め、全消化管に好酸球浸潤を伴う病態である。今回、FD様症状を伴ったEGEの4症例を経験したので報告する。【症例1】43歳、男性。胸やけと食後腹部膨満感で、近医にてPPI投与を行うも症状改善なくX-1年に精査目的で受診。食物アレルギーの既往とIgEが高値のため、EGEを疑い上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行。肉眼的異常所見を認めず、かつラゲム生検を行うも好酸球浸潤は認めず。PPIと消化管運動改善薬の投与で胸やけ症状は改善するも2月に再増悪あり。腹部CT検査で回腸と直腸の壁肥厚を指摘され、大腸内視鏡検査を施行。異常所見は認

めなかったが、ランダム生検で20/HPF以上の好酸球浸潤を認め、PPIとベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤投与で症状は改善した。【症例2】38歳、女性。X-1年に腹痛で近医受診。FD症状が持続しPPI投与で経過観察となる。9月に症状が増悪し当院受診。末梢血好酸球の増加と食物アレルギーの既往を認め、EGD所見に異常は認めなかったが、ランダム生検で十二指腸球部に20/HPF以上の好酸球浸潤を認めEGEと診断。PPIとベタメタゾン・d-クロルフェニラミンマレイン酸塩配合剤投与で症状は改善した。【症例3】48歳、女性。食後の心窩部痛を認めX年4月当院受診。末梢血好酸球の増加を認め、EGDで異常所見は認めなかったがランダム生検より20/HPF以上の好酸球浸潤を認めEGEと診断した。抗ヒスタミン剤とPPI投与で症状は改善した。【症例4】29歳、女性。X年1月より食後の心窩部痛認めPPI投与を行うも症状が持続し4月に当院受診。末梢血好酸球の増加、IgE高値と食物アレルギーの既往を認めEGDで異常所見は認めず、ランダム生検より胃、十二指腸で20/HPF以上の好酸球浸潤を認めEGEと診断した。PPIと抗ヒスタミン剤投与で症状は軽快した。【考察】内視鏡的に異常所見を認めずともアレルギーの既往を伴い、PPI内服にも関わらずFD様症状の持続を認めた場合は、積極的な生検がEGE診断に有用である。

## 29

### 当院におけるFDとGERDのオーバーラップに対するアコチアミドの治療成績

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○八木 信明、中畑 由紀、北江 博晃、富江 晃、福田 信宏、大洞 昭博、小島 孝雄

【目的】機能性ディスぺシア (FD: Functional dyspepsia) も胃食道逆流症 (GERD) も症状による疾患概念であり、この両者を明確に区別することは容易ではない。また、両疾患は種々の研究から約25%の頻度でオーバーラップすることが報告されている。さらにPPI抵抗性GERDの一因にはFDとの合併が考えられている。実臨床においてはこのような疾患に対する治療法は確立されていない。そこで本邦で唯一のFDに対する保険適応薬であるアコチアミド (アコファイドR) のFDにおける治療効果をGERDとのオーバーラップを含めて検討する。【対象と方法】平成26年4月から平成28年7月までにFDないしはGERD+FDと診断され、アコチアミドを初回投与され、治療効果を判断できた34例 (男13人、女21人、平均年齢69歳) を対象とした。Hp感染については未感染13例、現感染8例、除菌後胃13例であった。FDの診断はFDガイドラインにより行い、アコチアミド0.3g/日を前治療に追加しないしは変更した後2週間から2か月以内に症状の改善度を評価した。うち10例は出雲スケールを用いて胸やけスコア・胃痛スコア・胃もたれスコアの主要3症状の変化を評価した。自覚症状で改善を認め、内服の継続を希望されたもの、または出雲スケールで主要スコアが50%以下に低下したものを効果ありと判断した。【結果】効果あり26例 (76%) でうち22例が内服継続を選択した。効果なし8例 (24%) はすべて投薬変更した。除菌後胃に対するアコチアミド単独群に効果なしが多かった。PPI/PCABからの上乗せ群は全例効果ありと判断された。【結論】FDとGERDのオーバーラップの病態が存在することからGERDないしはFDとして初期治療にPPI/PCABの投与を行い効果が不十分な症例にはアコチアミドの上乗せが期待できる。

## 30

### 当院における膵腺房細胞癌の特徴

- 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 消化器内科、
- 3 静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科、
- 4 静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

○松井 徹<sup>1</sup>、石渡 裕俊<sup>1</sup>、藤江 慎也<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、小野 裕之<sup>1</sup>、戸高 明子<sup>2</sup>、上坂 克彦<sup>3</sup>、佐々木 恵子<sup>4</sup>

【背景/目的】膵腺房細胞癌 (acinar cell carcinoma: ACC) の頻度は膵癌全体の0.4%と稀で、その臨床的特徴的は十分にわかっていない。今回我々は、ACCの臨床的特徴について自験例での検討を行った。【対象】2003年から2015年までに当院で経験した病理学的に診断されたACC13例 (切除7例、EUS-FNA4例、肝生検2例) を対象とした。【結果】年齢中央値61歳 (19-77歳) 男女比は11:2であった。診断の契機は腹痛9例、黄疸2例で、残りの2例は他疾患精査中に指摘された。診断時の平均腫瘍径は57mm (32-130mm) であった。病変の局在は、膵頭部7例、膵体部4例、膵尾部1例、膵全体1例であった。MRIまたは造影CTが撮影された13病変のうち、境界明瞭は8例、境界不明瞭は3例で、境界明瞭な8病変中6例で辺縁平滑な類円形を呈していた。尾膵の主膵管拡張を来した症例は3例で、うち2例は膵管内発育型であった。血流動態は隣実質と比較してiso 6例、hypod 4例、hyper 2例であった。診断時に転移を認めた症例は9例 (肝5例、腹膜2例、リンパ節2例で、肝+腹膜1例、肝+リンパ節1例) であった。4例に重複

癌を認め、乳癌2例、大腸癌1例、膵腫1例であった。初回治療は切除例6例、化学療法3例 (全例Gemcitabine)、BSC4例であった。生存期間中央値は切除例28ヶ月、非切除例4ヶ月であった。切除7例全例で再発 (肝5例、腹膜2例) を認めた。【考察】画像所見の特徴は膨脹性発育をうかがわせる、境界明瞭な腫瘍であること・主膵管の拡張が乏しいこと、主膵管内進展をすることなどであった。これらの発育進展様式が比較的大きな腫瘍径にもかかわらず、約半数の症例で切除可能となった一因と考えられる。

## 31

### 当院におけるmodified FOLFILINOXの治療成績

岐阜大学医学部附属病院

○吉田 健作、岩下 拓司、上村 真也、丸田 明範、清水 雅仁

【背景】切除不能進行膵癌に対してFOLFILINOX (FX) はgemcitabine単剤と比較し有効性に優れるが、4剤併用療法でありより高い有害事象発生率が報告されている。本邦におけるFXのphase II試験では、発熱性好中球減少症 (FN) は22.2%、grade3以上の好中球減少、食欲不振、下痢はそれぞれ77.8%、11.1%、8.3%と報告されている。Modified FX (mFX) は初期投与時より5-FUの急速静注を中止し、CPT-11を1段階減量して行うことにより、有害事象発生頻度の減少と治療コンプライアンスを向上する可能性があり、結果としてFXと同等以上の治療効果が得られる可能性がある。【目的】mFXの安全性、有効性について検討する。【方法】2014年4月から2016年3月までに当院で切除不能膵癌のためmFXを投与開始された患者を対象とし、その診療情報を後方視的に検討した。mFXとしてL-OHP: 85mg/m<sup>2</sup>、CPT-11: 150mg/m<sup>2</sup>、L-LV: 200mg/m<sup>2</sup>を1日目に2時間で点滴静注し、5-FU: 2400mg/m<sup>2</sup>を46時間で持続静注し、2週間を1サイクルとして投与を繰り返した。追跡期間は2016年7月31日までとした。【結果】対象は35例 (男性20例、年齢中央値64歳)、ECOG PSは0: 26例、1: 9例。UGT1A1遺伝子多型はsingle hetero: 12例、なし: 12例。膵腫瘍の部位は頭部16例、体尾部18例、吻合部再発1例、8例で胆管ステント留置を行い、遠隔転移を23例で認めた。投与サイクルの中央値は9コース、dose intensityの中央値はL-OHP: 53.6mg/m<sup>2</sup>、CPT-11: 120mg/m<sup>2</sup>、5-FU: 2400mg/m<sup>2</sup>、L-LV: 200mg/m<sup>2</sup>であった。薬剤の投与量減量または中止したのは31例であり、好中球減少が30例に認められた。有効性はCR: 0例、PR: 14例、SD: 10例、PD: 11例であり、治療効率率は40%であった。無増悪生存期間の中央値: 174日間 (5.8ヶ月)、全生存期間の中央値は未達であった。Grade 3以上の有害事象は31例に認められ、好中球減少: 28例 (80%)、食欲不振: 2例 (5.7%)、下痢: 2例 (5.7%) であり、FNは6例 (17%) に認められた。【結論】mFXはFXと同等の奏効率が得られており、FXに関する国内phase IIの結果と比較してGrade 3以上のFN、食欲不振、下痢の頻度が少ない傾向にあり、有効な可能性がある。

## 32

### GEM+nabPTX療法が奏功し外科的に切除した膵扁平上皮癌の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○木全 政晴、山田 洋介、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、芳澤 史、村久 剛、熊岡 浩子、清水 恵理奈、細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は58歳女性。2010年から糖尿病を指摘され、HbA1cは7~8台でコントロールされていたが、2015年になり徐々に上昇し11月には11台に上昇した。12月に当院内分泌内科に精査目的で紹介。CT施行したところ、膵体尾部に約50mm大の乏血性腫瘍を認め膵体尾部癌が疑われた。脾動脈・腹腔動脈への浸潤が疑われたが、遠隔転移・リンパ節転移の所見は認めず、cT4N0M0 Stage4a (第6版) と診断した。borderline resectable と判断し、化学療法を先行させる方針とした。尚、腫瘍マーカーはCA199が944、Span-1が54と上昇していた。2016年1月よりGEM+nabPTX療法を開始したところ、4月にはCA199が31.2、Span-1が21と正常化した。またCTでは腫瘍は縮小し、腹腔動脈への浸潤はほぼ消失したと考えられた。化学療法が奏功したため、当院肝胆膵外科にて膵体尾部膵臓合併切除が施行された。病理結果は扁平上皮癌、高分化型、int、INFβ、ly2、v3、ne3、mpd (-)、S (-)、RP (+)、PV (+)、A (-)、PCM (-)、DPM (-) であり、#14にはリンパ節転移を認めた。以上よりpT4N2M0 Stage4b (第6版) であった。膵扁平上皮癌は稀であり、今回GEM+nabPTXが奏功した一例を経験したため報告する。

## 33

### 膵悪性リンパ腫の一例

社会医療法人 宏潤会 大同病院

○水野 創太、野々垣 浩二、印牧 直人、下郷 友弥、榊原 聡介、宜保 憲明、大北 宗由、南 正史、倉下 貴光、柳瀬 成希、金沢 哲広

【症例】症例は76歳男性。急性骨髄性白血病の治療歴があり、白血病治療に関しては治療が完全奏効し数年来、外来経過となっていた。受診2週間前からの感冒症状にて近医を受診したところ閉塞性黄疸を指摘され当科紹介受診となった。腹部CT検査にて総胆管および肝内胆管の拡張を認め、膵頭部に乏血性腫瘍を認めた。主膵管の拡張所見は認めなかった。EUSでは膵頭部に大きき約20mm、境界明瞭、輪郭は比較的整の低エコー腫瘍を認めた。ERCPは、主膵管の所見に乏しく、遠位胆管に狭窄所見を認めた。以上の画像所見より、主膵管所見に乏しいものの、膵頭部癌と術前診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的には、膵頭部に、髄様腫瘍を認め、大型異形リンパ球のびまん性浸潤を呈していた。腫瘍細胞は裸核様で核は大小不同・不整形であった。免疫染色ではCD3(-)、CD20(+)、CD10(+)、CD5(-)で、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断し、現在化学療法施行中である。【考察】脾原発悪性リンパ腫は脾腫瘍の0.5%未満と非常に珍しい。過去の報告では、脾とリンパ節が一塊となった症例も散見されるが、本症例は、脾以外に腫瘍は認めず、表在リンパ節に腫瘍もないことから脾原発と診断した。膵管所見に乏しいことから、術前に脾悪性リンパ腫を鑑別診断として考慮すればEUS-FNAにて術前診断は可能であったと思われる。

### 34

#### 多発肝転移を伴った膵神経内分泌癌の1例

藤田保健衛生大学 肝胆内外科  
○菅 敏樹、野村 小百合、高村 知希、越智 友花、大城 昌史、中岡 和徳、中野 卓二、村尾 道人、川部 直人、橋本 千樹、吉岡 健太郎

【症例】42歳女性。【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】平成27年1月頃より心窩部痛を自覚しており、平成28年6月より増強したため、近医受診。血液検査にてアミラーゼの上昇および腹部超音波検査にて膵頭部に腫瘍を認めたため、当科紹介受診となった。【身体所見】心窩部に軽度の圧痛を認める。その他特記すべき所見なし。【検査所見および経過】血液検査にて血性アミラーゼ749 U/Lと上昇を認めた。CRPは0.3未満であった。CEA、CA19-9、DUPAN-2、SPAN-1の腫瘍マーカーはすべて正常であった。腹部超音波検査では膵頭部に45mm大の腫瘍を認め、ソナゾイドによる造影を行うとhypervascularな腫瘍であることが確認された。腹部造影CT検査では膵頭部腫瘍は上腸間膜動脈へ高度に浸潤しており、肝内にはring-enhancementを伴う多発する腫瘍を認めた。PET-CTでは膵頭部および肝内に多発する集積を認めたが、その他の臓器には明らかな集積は認めなかった。確定診断のため、脾腫瘍に対してEUS-FNAを行ったところ、充実性に増殖する異型細胞を認め、chromograninA、synaptophysin、CD56による免疫染色が陽性であり、MIB-1陽性率が20%以上であったため膵神経内分泌癌と診断した。膵神経内分泌癌および多発肝転移と確定診断し、カルボプラチンおよびエトポシドによる化学療法を開始した。特に大きな有害事象を認めず退院となり、現在外来にて化学療法を継続している。【考察】膵神経内分泌癌は稀な疾患である。今回我々は多発肝転移を伴う膵神経内分泌癌を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

### 35

#### 膵内分泌腫瘍の1例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科  
○内田 絵理香、林 克巳、宇野 好、鈴木 孝典、齋藤 彰敏、豊原 祥資、荒木 博通、鈴木 祐香、長尾 一寛、小島 一星、水野 裕介、蟹江 浩、日下部 篤宣、清水 周哉、山田 智則、中沢 貴宏

【症例】40代男性【主訴】背部痛【現病歴】2015年12月5日より背部痛が出現した。その後軽快せず12月6日救急外来受診した。同日施行された単純CTにて膵頭体移行部に腫瘍が指摘されたため当科外来受診となった。【既往歴】胃潰瘍、逆流性食道炎【経過】造影2相CTにて膵頭体移行部に外側に突出する長径約30mm大の腫瘍性病変を認めた。早期相、平衡相ともに造影効果を伴い、早期相で最も濃染された。MRIのT2WIにて軽度高信号、DWIにて軽度高信号を呈し、膵内分泌腫瘍が疑われた。腫瘍に対し12月17日EUS-FNAを施行し、病理診断にて膵内分泌腫瘍と診断された。Ki-67陽性率は1~3%であり低悪性度の膵内分泌腫瘍と診断した。血中ガストリン値は3500 pg/mlと上昇しており、ガストリノーマとして矛盾しない所見であった。MEN1型合併鑑別のため、下垂体腫瘍、副甲状腺腫瘍の検索が行われたが、異常は認められなかった。2016年1月14日選択的動脈内カルシウム注入試験が施行され、局在診断が画像所見と矛盾しないことを確認した。4月1日膵頭十二指腸切除、Child変法、Blumgart変法にて外科的腫瘍摘出が施行された。術後血中ガストリン値は正常化した。【結語】EUS-FNAにて診断されたガストリノーマの1例を経験したため、若干の考察を加え報告する

### 36

#### 十二指腸および腹腔内穿破に対し、メタリックステントによる内視鏡的膵管ドレナージが有効であったIPMCの1例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部  
○田中 浩敬<sup>1</sup>、廣岡 芳樹<sup>2</sup>、川嶋 啓輝<sup>1</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、石川 卓哉<sup>1</sup>、桑原 崇通<sup>1</sup>、河合 学<sup>1</sup>、須原 寛樹<sup>1</sup>、竹山 友章<sup>1</sup>、橋詰 清孝<sup>1</sup>、小屋 敏也<sup>1</sup>、酒井 大輔<sup>1</sup>、山村 健史<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>1</sup>、船坂 好平<sup>1</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、宮原 良二<sup>1</sup>、渡辺 修<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>1</sup>

症例は60歳代、男性。糖尿病にて近医に通院中。2015年9月下旬、発熱を認め当院受診。CT検査にて主膵管拡張、膵管内に造影される充実成分とairおよび肝内に多発する低吸収域を認めた。内視鏡的逆行性膵管造影(ERP)で膵管と胆管および十二指腸との交通を認め、主膵管型IPMNによる十二指腸穿破、膵管炎、肝腫瘍と診断した。内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)と経皮的肝腫瘍ドレナージ(PTAD)を施行し改善を得た。またENPDからの膵液細胞診でadenocarcinomaの診断を得た。その他の精査で遠隔転移は認めず、12月上旬に外科的切除を試みるも膵周囲の高度な炎症にて病変剥離が困難で根治手術は断念し、胃空腸吻合術を施行した。以降化学療法を継続していたが、2016年7月上旬、心窩部痛と発熱を認めた。CT検査にて心窩部腹壁直下と膵周囲に膿瘍を認め、ERPにて膵管と膿瘍との交通を確認した。再度ENPDと、腹腔内膿瘍に対してはPTADを留置し、膿瘍の縮小と感染の改善を得た。膵管と消化管および膿瘍腔との交通を閉鎖し、腫瘍による狭窄部を拡張し粘液の排出を改善する目的に、十分な説明同意のもと7月下旬にメタリックステント(HANAROSTENT Fully Covered type; Boston Scientific, USA: ステント径6mm、ステント長12cm)での内視鏡的膵管ドレナージを施行した。ステント留置後は急性膵炎、逸脱・迷入等の偶発症や、膵管炎、膿瘍の再燃もなく経過し、化学療法を再開し継続中である。IPMNは時に周囲臓器へ穿破することがあるが、腹腔内穿破の報告は少ない。また膵管内へのメタリックステントの留置は、低い侵襲度で膵管狭窄の改善や瘻口閉鎖が期待できる一方で、分枝膵管閉塞による膵炎やstent induced ductal changeと呼ばれる炎症性変化も懸念されるため、今後も中長期の慎重な経過観察と症例の蓄積が必要と考えられる。

### 37

#### 膵管癒合不全の存在が疑われた、閉塞性黄疸で発症したIPMN由来浸潤癌の1例

岐阜大学医学部 腫瘍外科  
○松本 圭太、長田 真二、今井 寿、松井 聡、棚橋 利行、田中 善宏、松橋 延壽、高橋 孝夫、山口 和也、吉田 和弘

患者は67歳女性。アルコール多飲歴があり30年前より慢性膵炎にて近医通院中であった。定期的血液検査にて肝機能障害を認め、その後黄疸を認めたため、前医へ紹介された。精査にて、膵管拡張と胆管拡張を認めたため、当院へ紹介となった。EUSで膵頭部に10mm大の結節と著明な膵管拡張を認めた。結節に対してEUS-FNAを施行したが粘液しか採取できず、細胞診も陰性であった。ERCPでは、主乳頭の開大はなく、主膵管・胆管へのカニューレションを試みたが不能であった。その後EUS-RVにて、B3を穿刺し、胆管内へガイドワイヤーを送って十二指腸内に留置し、これを十二指腸側から迎えてESTを施行してEBSを留置、減黄した。CTでは膵頭部から膵体部に掛けて最大23mm大の主膵管拡張を認め膵鉤部領域の分枝膵管拡張も認めた。結節影は判然としなかった。悪性腫瘍に伴う有意なリンパ節腫大や遠隔転移を疑う所見は認めなかった。以上より閉塞性黄疸を来した主膵管型IPMNと診断し、膵頭十二指腸切除を施行した。膵体部の膵管非拡張部で膵切離し、迅速診断で断端陰性を確認した。膵管断端からの標本造影では拡張膵管は造影されたが胆管は造影されなかった、主乳頭からの造影剤の十二指腸への漏出も認めなかった。切除標本では膵内胆管壁に硬化性変化を認め、腫瘍の浸潤が疑われた。また、主膵管は副乳頭へ開口していた。病理組織学的には粘液高産生性のIPMCで膵内胆管壁や主膵管開口部近傍の十二指腸壁へ浸潤を認めた。また、腫瘍は主膵管開口部付近への進展はなく、副膵管開口部近傍までの異型上皮の進展が確認された。腫瘍取り扱いは規約第7版にて、Pib, TS4 (70mm), i-TS2 (21mm), CH (+), DU (+), S (-), RP (-), PV (-), A (-), PL (-), OO (-), intermediated type, INFy, ly1, v1, ne2, mpd (+), T3, N0, M0, Stage I I b, PCM (-), BCM (-), DPM (-)と診断した。臨床的に主膵管は副乳頭に主に開口しており、病理学的にも総胆管と膵管との交通が確認できず、背景に膵管癒合不全の存在も疑われた。

### 超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を施行した若年Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) の2例

<sup>1</sup>春日井市民病院 消化器科、<sup>2</sup>春日井市民病院 内視鏡センター  
○小島 悠輝<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>2</sup>、岡山 幸平<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、  
山本 友輝<sup>1</sup>、菅野 琢也<sup>1</sup>、近藤 朋子<sup>1</sup>、木村 幹俊<sup>1</sup>、  
奥田 悠一<sup>1</sup>、羽根田 賢一<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>2</sup>、  
平田 慶和<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>

【症例1】13歳、女性【主訴】上腹部腫瘍【経過】2014年8月部活動中に腹部を打撲し近医を受診した。CTで外傷性脾損傷の疑いがあり当院へ転院搬送された。造影CTで脾頭部領域に境界明瞭な54×43mmの腫瘍が存在し淡く不均一に造影された。後腹膜領域に出血と思われる液体貯留を認めたが造影剤の漏出はなく、保存的治療の方針で外科入院となり、後日当科へ精査依頼となった。MRCPで腫瘍の充実部分はT1低信号、T2高信号を呈し、内部には液状部分と思われる所見も認められた。測定した腫瘍マーカーはすべて基準値以下であった。脾頭部SPNの外傷性破裂を疑い、診断目的にEUS-FNAを施行した。EUSでは中心部に低エコー部を含む、等～高エコー腫瘍として描出され、ドップラーエコーでは明らかな血流信号は認めなかった。25G針で3回穿刺し、弾性硬であった。細胞診と組織診でSPNと診断した。同年12月に当院外科で亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術中所見にて腫瘍は脾頭部由来であり背面は外傷性の出血のためか癒着していた。病理組織では類円形の核と好酸性の胞体を持つ細胞が充実性、あるいは繊維血管性の芯に乳頭状様の構造を示しながら増殖しており免疫染色とも合わせSPNと診断した。術後再発なく経過している。【症例2】14歳、女性【主訴】右下腹部痛、吐気【経過】2015年10月下旬に右下腹部痛と吐気があり当院を受診し、CTで脾頭部腫瘍を指摘され精査目的に入院となった。造影CTで脾頭部に36×36mmの腫瘍を認め、後期相にかけて徐々に造影された。MRCPで腫瘍の充実部分はT1低信号、T2高信号を呈し、内部には液状部分と思われる所見も認められた。脾頭部SPNを疑いEUS-FNAを施行した。EUSでは中心部に低エコー部を含む、境界明瞭な高エコー腫瘍として描出され、25G針で2回穿刺した。SPNに矛盾しない結果であり、同年12月に当院外科で亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。病理組織的にSPNと診断した。SPNは若年女性に好発する比較的稀な疾患である。小児SPNに対してEUS-FNAを施行した例は少なく若干の文献的考察を含めて報告する。

## 39

### IPMNとして経過観察中に肺癌との鑑別が困難であった蛋白栓による炎症性腫瘍の一例

<sup>1</sup>鈴鹿中央総合病院 外科、<sup>2</sup>鈴鹿中央総合病院 消化器内科、  
<sup>3</sup>鈴鹿中央総合病院 病理  
○市川 健<sup>1</sup>、服部 可奈<sup>1</sup>、草深 智樹<sup>1</sup>、大森 隆夫<sup>1</sup>、  
大倉 康生<sup>1</sup>、濱田 賢司<sup>1</sup>、田岡 大樹<sup>1</sup>、田中 宏樹<sup>2</sup>、  
松崎 晋平<sup>2</sup>、馬場 洋一郎<sup>3</sup>、村田 哲也<sup>3</sup>

【症例】65歳男性。既往歴:45年前に胃切除(胃潰瘍)。無症状で2年前より脾尾部分枝型IPMNで経過観察中、EUSで脾尾部に拡張脾管に連続する10mm大の低エコー腫瘍が出現し精査を施行した。腹部所見では異常なし。血液検査で腫瘍マーカーはCEA6.3ng/ml、CA19-928U/mlであった。CT・MRIでは脾尾部主脾管の拡張と嚢胞性病変を認めたが、明らかな充実部は認めなかった。EUSでは脾尾部に多房性嚢胞と嚢胞内に蛋白栓が認められ、嚢胞と主脾管の間に10mm大の低エコー腫瘍を認め、造影EUSで腫瘍は遅延性造影像を示した。ERPでは尾側脾管は描出されず主脾管の途絶が疑われた。PET-CTでは明らかな集積所見は認めなかった。分枝型IPMN由来嚢胞と併存癌の可能性を否定できずリンパ節郭清を伴う脾合併脾尾部切除術を施行した。病理組織所見では、尾側脾管の多房性嚢胞様拡張を認め、内部に最大6mmの蛋白栓とその周囲に炎症性変化を認めた。加えて末梢脾管内には異型上皮(PanIN)を認めた。【まとめ】本症例は分枝型IPMNとして経過観察されていたが、worrisome featureやhigh-risk stigmataに属さない脾腫瘍を疑う画像変化が脾嚢を否定できず手術を施行した。結果としては、蛋白栓が原因の炎症性変化が腫瘍像を呈し主脾管に嚢胞様拡張を呈したものと考えられた。

## 40

### 術前診断に難渋した脾リンパ上皮嚢胞の1例

<sup>1</sup>静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、  
<sup>2</sup>静岡県立静岡がんセンター 肝胆脾外科、  
<sup>3</sup>静岡県立静岡がんセンター 病理診断科  
○藤江 慎也<sup>1</sup>、石渡 裕俊<sup>1</sup>、松井 徹<sup>1</sup>、松林 宏行<sup>1</sup>、  
小野 裕之<sup>1</sup>、上坂 克彦<sup>2</sup>、佐々木 恵子<sup>3</sup>

【はじめに】脾リンパ上皮嚢胞(lymphoepithelial cyst;以下LEC)は、発生機序不明の稀な良性脾嚢胞性病変であるが、他の脾嚢胞性病変と

の鑑別は必ずしも容易ではない。今回我々は、術前診断が困難であった脾尾部に発生したLECの1例を経験したので報告する。

【症例】症例は63歳女性、左下腹部痛を主訴に外来を受診した際の腹部超音波検査(abdominal ultrasonography, 以下AUS)で脾尾部の32mm×24mmの嚢胞性病変を指摘された。血液検査では、肝機能異常や尿酸素上昇、CA19-9の上昇は認めなかった。AUS上病変は卵円形を呈し、内部に血流シグナルのある高エコー・低エコーの混在した不整形充実部分を認めた。腹部造影CTでは内部に充実部分は指摘できないが薄い隔壁構造を認め、病変辺縁は被膜状に濃染していた。MRIではT2WIで病変は軽度高信号に描出され、内部に薄い隔壁様構造を認めた。造影MRIでは被膜様構造の濃染が見られたが、内部は造影されなかった。DWIでは内部に高信号を認めた。超音波内視鏡検査では、隔壁様構造と内部にsludge様の構造物を有する嚢胞性病変として描出された。主脾管の拡張と嚢胞との交通は画像所見上認めなかった。脾粘液性嚢胞腫瘍や類上皮嚢胞、LECなどが鑑別として挙げられたが診断に至らず、非典型的ではあるものの脾粘液性嚢胞腫瘍を念頭に置き、有症状であることと考慮して脾尾尾部切除術を施行した。病理組織では、嚢胞内面は立方上皮～重層扁平上皮に被われており、嚢胞周囲にリンパ濾胞を伴ったリンパ球集簇や線維性結合組織を認め、脾リンパ上皮嚢胞と診断した。嚢胞内腔には蛋白様物質が充填しており、cholesterol cleftを伴っていた。

## 41

### SACI試験により術前診断が可能であった乏血性インスリノーマの1例

<sup>1</sup>大垣市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>大垣市民病院 放射線科、  
<sup>3</sup>大垣市民病院 糖尿病腎臓内科  
○佐久間 理香<sup>1</sup>、金森 明<sup>1</sup>、桐山 勢生<sup>1</sup>、谷川 誠<sup>1</sup>、  
久永 康宏<sup>1</sup>、豊田 秀徳<sup>1</sup>、多田 俊史<sup>1</sup>、北島 秀介<sup>1</sup>、  
山 剛基<sup>1</sup>、横山 晋也<sup>1</sup>、小林 奈津子<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、  
東堀 諒<sup>1</sup>、大岡 晋介<sup>1</sup>、竹田 堯<sup>1</sup>、曾根 康博<sup>2</sup>、  
西堀 暢浩<sup>3</sup>、熊田 卓<sup>1</sup>

【症例】40歳女性。半年前から頭痛・倦怠感を認めることがあり、家族から就寝前や食前にぼんやりしているのを指摘されたことがあった。今回意識障害にて当院へ救急搬送され、検査にて血糖値27mg/dlと低血糖を認めたため当院入院となった。このときのインスリン値は12.2μU/ml、Cペプチド値は3.4ng/mlであり、内因性インスリン過剰と判断した。原因精査のため施行した腹部超音波検査では脾体尾部に高エコーの腫瘍影を認め、腹部造影CTでは脾体尾部に結節影を認めたものの同部位は早期相・平衡相ともに濃染像を呈さず、Ga造影MRIではT2WIでわずかに高信号、T1WIで低信号を示し、インスリノーマとしては非典型的な画像所見であった。確定診断のために選択的動脈内カルシウム注入試験(selective arterial calcium injection test, SACI test)を行ったところ、脾動脈へのカルシウム注入により肝静脈内インスリン値が負荷前の2倍以上に上昇し、脾動脈支配領域の異常インスリン分泌を認め、インスリノーマの存在診断および局在診断を行うことができた。外科にて脾体尾部切除を施行され、病理診断はインスリノーマであった。術後は低血糖発作が消失している。【考察】乏血性インスリノーマの1例を経験した。インスリノーマは一般的に血流に富む腫瘍であるが、乏血性の腫瘍を呈する症例も報告されている。インスリノーマに対するCTあるいはMRIの感度がそれぞれ70～80%、85%とする文献もあり、これらの検査が陰性であってもインスリノーマを否定することはできない。SACI試験は局在診断だけでなく存在診断を兼ねており、感度94%と最も有用性が高い。本症例においてもSACI試験によって術前診断が可能であった。加えて局在を特定し多発性腫瘍の否定を行うことができた。【結語】SACI試験により術前診断が可能であった乏血性インスリノーマの1例を経験した。

## 42

### EUS-FNAにて診断し得た2型自己免疫性膵炎の1例

<sup>1</sup>名鉄病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学  
○室井 航一<sup>1</sup>、竹田 欽一<sup>1</sup>、柳田 佳史<sup>1</sup>、奥藤 舞<sup>1</sup>、  
荒川 恭宏<sup>1</sup>、西尾 雄司<sup>1</sup>、後藤 秀実<sup>2</sup>

【症例】42歳、女性。【既往歴】32歳、潰瘍性大腸炎と診断。【現病歴】潰瘍性大腸炎と診断され数年間は外来通院をしていたが、通院を自己中断した。臨床的寛解の状態でも、その後も加療を行っていなかった。2015年10月、心窩部痛と発熱を主訴に当科受診となった。排便回数は1日2回、性状は軟便で便血は認めなかった。【入院時現症】血圧120/66mmHg、脈拍70/分、体温37.8℃。眼結膜に黄疸なし。腹部は平坦かつ軟、心窩部に圧痛あり。【検査成績】P-AMY 1377 U/L、LIP 2363 U/Lと尿酸素の上昇を認めた。血清IgG4は基準値内であり、検索した自己抗体の出現は認めなかった。【画像所見】腹部造影CTでは脾臓はソーセージ様に瀰漫性に腫大していた。実質の造影性は保たれ

ており、占拠性病変は認めなかった。胆管や胆嚢には異常所見は認めなかった。MRCPでは主膵管に瀰漫性狭窄細化像を認めた。胆管には異常所見は認めなかった。後日施行したERCPでも同様の所見であった。EUSでは膵臓は全体に腫大し、実質は低エコーで粗造であった。主膵管は広狹不整で頭部で狭小化し、体尾部で拡張所見を認めた。【経過】血清IgG4陰性で、特徴的な腫瘍像所見を呈し、潰瘍性大腸炎を合併していることより2型自己免疫性膵炎(AIP)を疑い、EUS-FNAによる組織採取を施行した。22G穿刺針を使用し、経胃的に膵体部を穿刺した。病理組織では好中球を主体にリンパ球や形質細胞が膵腺房への浸潤していた。IgG4陽性細胞は認めなかった。入院後、絶食と蛋白分解酵素阻害薬による膵炎治療を行ったが、腹部症状の改善は乏しかった。EUS-FNA後、ステロイド治療を開始した。その後、腹部症状は軽快しフォローのCT画像でも膵腫大の改善を認めた。【考察】今回、EUS-FNAにて診断した2型AIPの1例を経験した。潰瘍性大腸炎に膵炎を併発した症例では、AIPの可能性を考える必要がある。また、必要な病理所見を得ることが難しいとされており、組織採取する上で更なる検討が必要である。

#### 43

##### 2型自己免疫性膵炎の一例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科  
○齋藤 彰敏、清水 周哉、中沢 貴宏、林 克己、山田 智則、  
日下部 篤宣、蟹江 浩、水野 裕介、小島 一星、長尾 一寛、  
鈴木 祐香、荒木 博通、豊原 祥資、内田 絵理香、鈴木 孝典、  
宇野 好

【緒言】自己免疫性膵炎(AIP)の国際分類の2型は、1型と腫瘍像所見は類似しているが、若年で性差がなく、炎症性腸疾患を合併し、IgG4が低値など血清学的異常所見に乏しい。病理組織学的には好中球浸潤による膵管上皮破壊像を特徴とするidiopathic duct-centric chronic pancreatitisを呈する。2型AIPの頻度は、北アメリカ(14%)やヨーロッパ(13%)に比し、アジア(4%)では低値であり、本邦においても報告数は非常に少ない。今回我々は2型AIPの一例を経験したので報告する。【症例】20歳、男性。2016年1月に心窩部痛で来院され、急性膵炎の診断で入院となった。保存的治療にて速やかに症状は改善したため退院したが、その後も膵酵素高値が続き、2月に膵炎が再燃したため精査加療目的で再入院となった。膵酵素はアミラーゼ248IU/L、リパーゼ689 IU/Lと高値であったが、IgG4は81.8mg/dLと陰性であった。腹部造影CTでは膵はびまん性に腫大し、MRCP、ERCPでは膵頭部と尾部の主膵管狭窄像を認めた。また入院時より便を認めたため下部消化管内視鏡検査を施行したところ直腸型の潰瘍性大腸炎を認めた。2型AIPを疑い膵尾節よりEUS-FNAを施行したところ、定型的な2型AIPとするほどの好中球浸潤は乏しかったが、小葉でacinar-ductal metaplasiaの上皮内あるいは腺腔内に好中球浸潤を認め、ICDCの膵組織像level2になり得る所見を認めた。プレドニゾロン(PSL)30mg/日にて治療を開始したところ、腹部症状や膵酵素は速やかに改善し、また2週後の画像所見では膵腫大、主膵管狭窄像のいずれも改善しており、ステロイド治療の効果も認めた。2型AIPと確定診断し、以後PSLを漸減中であるが、現在まで約6ヶ月間再燃を認めていない。【考察】2型AIPは本邦において稀な疾患であり、治療や長期予後に関しても明確なコンセンサスが得られていない。症例の蓄積による病態の解明が望まれる。

#### 44

##### 慢性膵炎の経過中に膵石嵌頓で閉塞性黄疸を来した一例

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

【症例】47歳、男性【主訴】黄疸、食欲低下【現病歴】アルコール性慢性膵炎の急性増悪を繰り返し前医に定期受診されていた。経過中に黄疸と褐色尿を自覚し食欲低下も認められたため、精査加療目的に当院を紹介受診となった。初診時に発熱や腹部所見は認めなかったが、採血でT-Bil上昇・胆道系優位の肝胆道系酵素上昇・炎症反応の軽度上昇を認めた。腹部単純CTではVater乳頭部に結石を認め、その上流の総胆管拡張と主膵管拡張を認めた。Vater乳頭部の結石嵌頓による閉塞性黄疸および胆管炎と診断し、入院当日(第1病日)に緊急で内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)を施行した。内視鏡所見でVater乳頭は腫脹しており、嵌頓した白色結石を確認できた。内視鏡的乳頭括約筋切開(EST)を行い、メカニカル碎石機を用いて載石を試みたが排石できず、ニードルナイフを使用して切開を追加することで排石した。内視鏡的経鼻胆管ドレナージ(ENBD)を行い終了した。術後経過は良好で、速やかに減黄と炎症反応の改善を認めた。第7病日のENBD造影では総胆管結石を認めなかった。MRCPとCTでは初診時に認めたVater乳頭部の結石は消失していたが、尾側膵管に認めて

いた結石が下流に移動していた。第11病日に再度ERCPを施行した。膵管造影で膵管内に結石を認めた。メカニカル碎石機や採石バルーンでは排石できなかったが、愛護的に72線バスケットを用いて排石できた。内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)を行い終了した。第15病日にENPD造影で膵管内に粗大結石がないことを確認して抜去した。その後の経過は良好であり、第18病日に退院となった。膵石症は慢性膵炎の主要な合併症のひとつである。しかし、膵石が胆道閉塞を引き起こす事は非常に稀である。膵石嵌頓により引き起こされた閉塞性黄疸の1例を経験した。本症例の治療経過について文献的考察を加えて報告する。

#### 45

##### 膵脂肪腫により疼痛をきたした一例

豊田厚生病院  
○早川 暁子、都築 智之、森田 清、竹内 淳史、伊藤 裕也、  
若下 紘一、喜田 裕一、西村 大作

【症例】71歳 男性【主訴】背部痛【現病歴】X-3年2月に背部痛を主訴に外来受診。Groove領域に腹部単純・造影CTにて境界明瞭な造影効果のない低吸収腫瘍を認め、MRIにてT1でやや高信号、T2で等信号であった。隔壁構造や結節は認めなかった。以上より膵脂肪腫と診断し、痛みは1週間で自然に軽快したため経過観察となった。X年7月中旬に背部痛を主訴に救急搬送。腹部単純・造影CTにて前回指摘された脂肪腫は大きき形態ともに変化がなかった。膵炎の変化も認めなかった。CRP1.58mg/dl LDH229U/L、 $\gamma$ -GTP70U/Lと炎症反応・肝胆道系酵素の軽度上昇を認めた。AMY、総ビリルビン、ALP、AST、白血球の値は正常であった。精査目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査、腹部超音波検査、EUS、腹部ダイナミックCT、MRCP、ERCP施行した。膵管の形態異常、悪性所見認めず、膵脂肪腫を認めるのみであった。他臓器に異常を認めなかった。膵液の流出障害の可能性もあり、膵管ステント留置した。疼痛の改善を認めず、鎮痛薬の投与にて対処となった。入院中に発熱は認めなかったがCRPの上昇、低下を繰り返していた。手術適応も考慮されたが、膵頭十二指腸切除術のリスクも憂慮され、患者の手術希望もなかったことからX年8月初旬に退院し、鎮痛薬投与にて経過観察中である。【考察】消化器系脂肪腫の報告は多いが、膵脂肪腫はまれな疾患である。無症候例では経過観察可能と考えられるが、今回疼痛の改善認めず治療の選択が難しい例を経験したので報告する。

#### 46

##### 同時性大腸転移を来した肺小細胞癌の1例

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

【はじめに】肺小細胞癌は肺癌の中でも悪性度が高く進展様式も多彩であるが、大腸転移を来すことは稀である。今回同時性に大腸転移を認めた肺小細胞癌の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。【症例】67歳男性【主訴】下肢脱力【現病歴】3か月前からふらつきが出現し、下肢脱力による歩行困難で近医を受診。胸部CT検査にて多発の脳腫瘍を認め、当院救急外来を紹介受診した。胸腹部盤部造影CT検査では、左肺門部の腫瘍性病変と上行結腸の全周性肥厚、大動脈周囲のリンパ節腫脹を認めた。また頭部造影CT検査にて、小脳虫部、左小脳半球、右後頭葉にリング状に増強される腫瘍性病変を認めた。同時多発性の原発性肺癌、上行結腸癌と転移性多発脳腫瘍の疑いで精査目的の入院となった。【経過】下部消化管内視鏡検査にて、上行結腸の肝彎曲付近で全周性の表面平滑な腫瘍性病変を認めた。ファイバーの通過は不可であり、ガストログラフィン造影でも腫瘍の全容は明らかではなかった。病理組織検査では病変の粘膜下層に核の腫大と不整、クロマチン増加を示す胞体の乏しい細胞の集塊を認めた。免疫染色にてCK(AE1/AE3)、抗synaptophysin抗体、抗CD56抗体、TTF-1が陽性であったことから、肺小細胞癌からの転移が疑われた。呼吸器科にて気管支鏡検査が施行され、左気管支体部に渡る発赤と粘膜下病変の多発を認めた。病理組織検査では大腸と同様の所見を認め、肺小細胞癌の大腸転移、脳転移(cT4N3M1b stage4)と診断された。また入院経過中に痺痺を認め、意識障害を認め、血液検査で著明な低Na血症を認めたため、肺小細胞癌に伴うSIADHを疑い、電解質補正を行った。患者の全身状態は良好とはいえず、呼吸器科転科後にCBDC+VP-16で化学療法が開始された。原発巣、転移巣ともに著明な縮小を認めたため6コース施行後に一旦経過観察となったが、その後脳転移巣の拡大を認めたため全脳照射を追加した。現在は脳転移巣も縮小傾向を認め、経過観察中である。【結語】肺癌の同時性大腸転移は稀ではあるが報告例もあり、消化管転移の可能性も考慮する必要がある。

ヒトパピローウイルス感染を原因とする肛門上皮内腫瘍に対し内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した1例

- <sup>1</sup>JA 愛知厚生連海南病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>JA 愛知厚生連海南病院 腫瘍内科  
 ○花木 貴代<sup>1</sup>、吉岡 直輝<sup>1</sup>、山田 健太郎<sup>1</sup>、広崎 拓也<sup>1</sup>、  
 石川 大介<sup>1</sup>、國井 伸<sup>1</sup>、渡辺 一正<sup>1</sup>、宇都宮 節夫<sup>2</sup>、  
 奥村 明彦<sup>1</sup>

【症例】78歳、男性。【主訴】血便。【現病歴】排便時にティッシュに血液の付着があり、当院を受診した。【生活社会歴】31歳から37歳まで男性間性交渉があった。【既往歴】高血圧症、不眠症。【現症】腹部は平坦、軟であり、肛門周囲や外陰部に異常はなかった。【検査所見】Hb 14.0 g/dL、HBs抗原、HBe抗体、HCV抗体、TP抗体、HIV抗体はいずれも陰性。大腸内視鏡検査で肛門管から直腸へ広がる白色調で透明感のある扁平な隆起を2つ認め、ともに疣状隆起が集簇して隆起を形成していた。NBI拡大観察では、分葉した半球状隆起の中央部に茶色の点状あるいは線状の細い血管を認め、血管の延長や蛇行は認めしたが、口径不同はなかった。生検での病理組織で、粘膜内で線維血管間質の軸を有しながら乳頭状に発育する病変が観察された。病変は異型クラノサイトからなる重層扁平上皮で構成され、コイロサイトーシスを認めた。病変部のぬぐい液を用いたヒトパピローウイルス(HPV)-DNA検査は、ハイブリッドキャプチャー法で、高リスク型、低リスク型ともに陽性であった。【経過】HPV感染を原因とする肛門上皮内腫瘍(anal intraepithelial neoplasia: AIN)が疑われ、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を行うことでインフォームド・コンセントが得られた。ESDを施行し、病理組織でAIN2の診断であった。熱焼灼により水平断端部は評価不能の部位があったが、垂直断端部に腫瘍は露出していなかった。【考察】異型が強いAIN2、3は肛門管へ進行する可能性があり、治療として電気焼灼術やimiquimodの外用が行われているが、標準治療は確立されていない。本症例では、NBI拡大観察で病変部の血管形態の変化は軽度であり、上皮内腫瘍と判断しESDを施行し、病理組織でAIN2の診断で、垂直断端部に腫瘍は露出していなかった。【結語】肛門部の隆起性病変の鑑別には、肛門管へ加えてAINを挙げる必要がある。NBI拡大観察で得られる血管形態の変化は鑑別の際に有用であり、またAINの治療にはESDが有効である可能性がある。

## 48

剖検にて確定診断し得た、直腸原発神経内分泌細胞癌の一例

- <sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 病理診断科  
 ○天野 裕貴<sup>1</sup>、細田 佳佐<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、杉浦 喜一<sup>1</sup>、  
 宮津 隆裕<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、瀧浪 将貴<sup>1</sup>、木全 政晴<sup>1</sup>、  
 芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、熊岡 浩一<sup>1</sup>、清水 惠理奈<sup>1</sup>、  
 長澤 正通<sup>1</sup>、佐藤 嘉彦<sup>1</sup>、大月 寛彰<sup>2</sup>

【症例】65歳男性。X年1月より腹部膨満感、食思不振が出現。同年5月に当科受診、多発肝腫瘍を指摘され、転移性病変と考えられた。大腸内視鏡検査により直腸Rbに1/3周性のBorrmann2型隆起性病変を指摘され、生検により神経内分泌細胞腫瘍(NET-G2)と診断した。化学療法としてダカルバジン・100mg×5日間、7コースを行うも、PDと判断。X+1年1月よりエペロリウム内服を開始するも、皮疹、口内炎などの症状が顕著となり中止。同3月よりストレプトゾニンの投与を行ったが、黄疸の出現および全身状態の悪化により同月休職された。病理解剖の結果、転移も含めた肝臓の重量が5480gに達し、腫瘍内に1500ml以上の出血がみられ、直接死因と考えられた。原発巣と思われる直腸の腫瘍は32mm大であり、免疫組織染色においてchromograninA陽性、synaptophysin陽性、CD56陽性、Ki67(mib1)23%との結果であり、神経内分泌細胞腫瘍(NET-G3)に相当するものと思われた。【考察】神経内分泌細胞腫瘍は比較的良好な疾患であり、直腸はその好発部位とされる。その多くはNET-G1もしくはG2とされる進行が緩徐な腫瘍であり、神経内分泌細胞腫瘍(NEC)に相当するNET-G3はさらに頻度が低い。NET-G1/G2とNECは薬物療法が異なり、その鑑別には慎重を要する。本例は生検ではNET-G2とされるも、剖検によりNECと確定診断されており、病状把握の上で示唆に富む症例と考えられ、報告する。

## 49

胆嚢転移を合併したS状結腸癌の一例

- 中部労災病院 消化器内科  
 ○春田 尚樹、村瀬 賢一、児玉 佳子、宿輪 和孝、柴田 寛幸

【症例】85歳、女性。【主訴】腹痛、嘔吐。【既往歴】24歳時に虫垂切除術。【現病歴】2016年5月に腹痛、嘔吐を主訴に前医を受診し、下部消化管内視鏡検査でS状結腸に全周性の腫瘍と狭窄を認め、大腸癌による大腸閉塞が疑われたため当科紹介となり入院となった。【検査所見】生検結果はadenocarcinoma(tub2)の診断であった。血液検査は

Hb 13.1 g/dl、CEA 2.0 mg/dl、CA 19-9 1096.7 U/ml。CTでS状結腸に全周性の壁肥厚と#241のリンパ節腫大、両肺野に多発する結節影、胆嚢底部に造影される壁肥厚を認めた。MRIでも胆嚢底部に壁肥厚を認めた。【経過】肺野の多発結節影はS状結腸癌の転移性肺腫瘍と判断し、cStageIVと診断した。大腸閉塞の解除目的に当院外科で腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。胆嚢は原発あるいは転移の疑いがあつたため、同時に胆嚢摘出術も施行した。術後経過は良好で術後10日目に退院した。病理では、胆嚢に異型細胞が癒合状腺管をなして浸潤性に増殖する所見を認め、大腸癌の転移と診断した。【結語】転移性胆嚢癌の文献的報告は少なく、頻度は稀である。今回、大腸癌と関連した胆嚢転移の一症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

## 50

腸重積を契機に発見された20歳男性大腸癌の1切除例

- 松阪中央総合病院 外科  
 ○前田 光貴、田端 正己、阪本 達也、藤村 侑、大澤 一郎、  
 加藤 憲治、岩田 真、三田 孝行

成人の腸重積は比較的多めで、全腸重積症の5~10%とされている。また小児腸重積症の大半が特発性であるのに対し、成人腸重積症は器質性病変によるものが多く、なかでも大腸由来の腸重積症の60~80%は悪性腫瘍が原因といわれている。一方、40歳未満の若年者大腸癌の頻度は2%前後と極めてまれであり、特に20~30代発症例では遺伝的要因が関与していることが多い。今回われわれは、20歳時に腸重積を契機に発見された、遺伝的要因の関与のないS状結腸癌の1切除例を経験したので報告する。【症例】生来健康な20歳男性。約1ヶ月前からの下腹部痛を主訴に近医を受診、精査目的に当院紹介となった。父方祖父に大腸ポリープ(早期癌)の内視鏡治療歴があったが、その他に癌の家族歴はなかった。腹部CTではS状結腸に結腸結腸型の腸重積が指摘されたが、その原因となる腫瘍は同定できず、また周囲リンパ節腫大もなかった。下部消化管内視鏡検査でSDジャンクション近傍のS状結腸に半周性、表面のやや崩れた1型の隆起性病変が認められ、生検で高分化型管状腺癌と診断された。なお、内視鏡施行時には腸重積は解除されており、他にポリープなどの病変は認められなかった。以上より、S状結腸癌cT2N0M0 Stage Iと診断し、腹腔鏡補助下S状結腸切除術+D3郭清を施行した。腫瘍は30mm大で、一部に漿膜下層浸潤を認め、最終診断はpT3N0M0 Stage IIであった。リンパ管浸潤や静脈浸潤は認められなかった。術後経過は良好で、術後14日目に退院。外来でカペタビンによる補助化学療法を開始したが、頭痛の訴えのため中止した。術後6ヶ月無再発生存中である。本症例は若年発症であり、遺伝性非ポリポーシス大腸癌の可能性を考慮したが、アムステルダム基準IIに合致せず、また、マイクロサテライト不安定性(MSI)検査は陰性であり、改訂ベセスダ基準も満たさなかった。患者・家族にインフォームドコンセントを行った上でミスマッチ修復遺伝子の遺伝子診断は施行しなかった。【まとめ】若年発症の腸重積症では、大腸癌などの器質的疾患の可能性も考慮する必要がある。

## 51

潰瘍性大腸炎に合併した壊疽性膿皮症に対しアダリムマブが有効であった1例

- <sup>1</sup>愛知医科大学 卒後臨床研修センター、  
<sup>2</sup>愛知医科大学 消化器内科  
 ○上森 文裕<sup>1</sup>、下郷 彰礼<sup>2</sup>、新村 哲也<sup>2</sup>、林田 真由子<sup>2</sup>、  
 北洞 洋樹<sup>2</sup>、川村 百合加<sup>2</sup>、野口 誠司<sup>2</sup>、山口 純治<sup>2</sup>、  
 吉峰 崇<sup>2</sup>、足立 和規<sup>2</sup>、郷治 滋希<sup>2</sup>、岡庭 紀子<sup>2</sup>、  
 野田 久嗣<sup>2</sup>、田村 泰弘<sup>2</sup>、近藤 好博<sup>2</sup>、井澤 晋也<sup>2</sup>、  
 海老 正秀<sup>2</sup>、舟木 康<sup>2</sup>、小笠原 高嵩<sup>2</sup>、佐々木 誠人<sup>2</sup>、  
 春日井 邦夫<sup>2</sup>

症例は43歳女性、2013年春頃より両下腿に疼痛を伴う紅斑、結節が出現、潰瘍形成を伴うこともあり、2014年1月に近医受診、ステロイド軟膏処方されるも改善なく、2014年3月に当院皮膚科紹介受診となった。抗生剤投与されるも改善を認めず増悪傾向であり壊疽性膿皮症が疑われ、2014年9月よりシクロスポリンが投与開始となるも改善なく、10月に中止、皮膚症状出現前より下痢もあつたため同月に当科紹介となった。当科受診時現症として体温は37.0℃、腹痛は認めず、排便回数2~3回/日であった。両下腿には周囲に色素沈着を伴う潰瘍を認め、2014年4月と9月を比較すると増悪傾向であった。血液検査で低アルブミン血症、血小板高値、軽度炎症反応の上昇を認めた。C7-HRP陰性、便培養は陰性であった。下部消化管内視鏡検査(CS)では盲腸からS状結腸にかけて発赤、びらん、潰瘍、白苔の付着が散在しており血管透視は消失、上行結腸から右側横行結腸にかけては浮腫が強かった。肛門から約30cmのS状結腸から直腸にかけての粘膜は正常所見であった。病理所見では盲腸~S状結腸にかけては同様の所見であった。びまん性炎症細胞浸潤、陰窩炎、潰瘍基底部分の形質細胞の増加を認めた。内視鏡所見、病理結果より潰瘍性大腸炎と診断し2014年10月よ

リメサラジン600mg/day開始、排便回数は1回/日程度と改善を認めたが壞疽性膿皮症は改善なく経過、2015年4月にCS施行、大腸の所見は改善していた。壞疽性膿皮症については改善なく皮膚科とも相談し2015年4月よりアグリムマップを開始した。アグリムマップ開始後より壞疽性膿皮症は縮小、癬痕化、2016年7月の時点で色素沈着は認めるも潰瘍は癬痕状態を維持している。壞疽性膿皮症は炎症性腸疾患などに合併する慢性皮膚潰瘍性疾患であり、基礎疾患の改善とともに皮膚病状も改善すると言われているが、基礎疾患が寛解状態でも出現、増悪することもあり治療に難化する症例の報告もある。今回我々はアグリムマップが有効であった潰瘍性大腸炎に合併した壞疽性膿皮症の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

## 52

### 壞疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鬼頭 佑輔、水島 隆史、浦壁 憲司、貫井 崇之、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、奥村 文浩

【症例】65歳女性【主訴】右下肢皮疹、潰瘍性大腸炎増悪【臨床経過】43歳時に潰瘍性大腸炎(UC)(左半結腸炎型)と診断された。61歳時、大腸内視鏡検査にて全大腸炎型への進展が確認された。63歳時、64歳時に再燃したが、ステロイド全身投与による寛解導入療法をおこなない、その後は5-ASA製剤内服による寛解維持療法をおこなっていた。治療経過中に生物学的製剤や免疫調整薬の使用歴はなかった。【現病歴】2016年5月頃より右下腿から右大腿にかけて疼痛の随伴する皮疹が散在性に出現した。皮疹は中央にびらん形成を伴う円形の膿疱集塊を呈し、その周囲には紅斑が認められた。また同時期よりUCの臨床症状の増悪が認められた。近医を受診し、外用ステロイド軟膏を使用したところ皮疹が増悪したため、帯状疱疹の疑いとして抗ウイルス薬の外用、内服を行った。それでも改善を認めず、精査加療目的で当院皮膚科に紹介受診となった。【治療経過】入院時に測定した各種ウイルス抗体は陰性であった。患部より皮膚生検を行い、表皮内および真皮上層に好中球の集塊を認めた。これより、壞疽性膿皮症(PG)の重型であるsuperficial granulomatous pyoderma, pustular typeと診断した。ステロイドの全身投与およびスルファジアジン軟膏による局所治療を行ったところ、速やかな疼痛の改善と皮膚の上皮化、癬痕化が認められた。また、UCの臨床症状も改善が認められた。その後のステロイド漸減・中止による症状再燃は現時点で認めていない。【考察】壞疽性膿皮症(PG)は、急速進行性に穿掘性潰瘍を形成する慢性、再発性の疾患であり、孤発性以外に、さまざまな疾患に合併することが知られている。UCの腸管外合併症である皮膚病変の一つとして知られているが、合併頻度は0.3%程度と低い。今回、われわれは増悪期に一致してPGを合併したUCの一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 53

### 多発血栓症にて発症したクローン病疑診例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 内科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 消化器科

○澤口 洋規<sup>1</sup>、鈴木 恵久<sup>2</sup>、高橋 ひとみ<sup>2</sup>、三宅 忍幸<sup>2</sup>、村山 睦<sup>2</sup>、平井 貴子<sup>2</sup>、高橋 秀和<sup>2</sup>

【患者】56歳、男性【主訴】血便、下痢【既往歴】高血圧、高脂血症【家族歴】なし【現病歴】1週間前から少量の新鮮血便あり。前日より頻回の下痢が出現したため救急外来に受診した。【現症】血圧：109/71mmHg、脈拍：61回/分・整、体温：37℃、下腹部に軽度の圧痛あり。反跳痛なし【検査結果】WBC3400/μl、Hb12.6g/dl、Plt1.05×10<sup>9</sup>/μl、Alb3.2g/dl、CRP6.9mg/dl、D-dimer4.7μg/ml。CT：直腸、S状結腸壁の肥厚とリンパ節腫大を認めた。S状結腸スコープ：直腸とS状結腸に非連続性の境界明瞭な浮腫状、易出血性粘膜を認めた。介在粘膜は正常だった。【経過】非典型的な虚血性腸炎を疑い入院。絶食、抗生剤にて治療した。第8病日急に腹部膨満感が増強、SpO<sub>2</sub>が80%と低下し呼吸困難となった。WBC12600/μl、Plt 5.0×10<sup>9</sup>/μl、Alb1.6g/dl、CRP17.4 mg/dl、D-dimer99.2 μg/ml。造影CTで肝静脈、門脈に血栓を認め、肝実質の造影効果は不良であった。下大静脈、脾静脈、上腸間膜静脈、下腸間膜静脈にも血栓があり、肝表面まで腹水が見られた。ただちに抗凝固療法、循環呼吸管理を行った。第14病日穿孔性腹膜炎のため手術を実施。穿孔部は明らかでなく、腹腔内を洗浄後、回腸に人工肛門を造設、ドレーンを留置した。第32病日ドレーンとS状結腸との間に瘻孔が確認された。消化管精査を行うとDBEで回腸にアタを2個認めた。CSでは大腸全体にびまん性の黄色斑が見られ、肝彎曲部に縦走潰瘍を認めた。各病変部の生検で、陰窩膿瘍が存在したが、非乾酪性肉芽腫はなかった。クローン病疑診例として第61病日よりInfliximabによる治療を開始した。多発した血栓は消失し、第69病日退院となった。現在外来でInfliximab継続中である。【考察】炎症性腸疾患(IBD)の合併症としての血栓症は欧米では頻度も高いが本

邦では比較的少ない。IBDに腸間膜静脈血栓、門脈血栓を合併した報告は存在するが、肝静脈にまで血栓(Budd-Chiari症候群)を認めた報告は、本邦ではこれが最初の報告である。【結語】多発血栓症にて発症したクローン病疑診例と診断された1例を経験したもので報告する。

## 54

### 傍神経節腫の化学療法後に発症したクローン病の1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○溝下 勤、森 義徳、片野 敬仁、尾関 啓司、谷田 諭史、市川 紘、野尻 優、稲垣 祐祐、野村 智史、林 則之、西江 裕忠、岡本 泰幸、志村 貴也、久保田 英剛、片岡 洋堂、神谷 武、城 卓志

症例：25歳、男性。既往歴：傍神経節腫。現病歴：20XX年に骨盤内に10cm大の腫瘍を指摘され、種々の検査の結果、傍神経節腫(非機能性、病理ではCytokeratin(-)、Synaptophysin(+)、Chromogranin A(+))、特徴的なS100陽性支持細胞が存在。)と診断された。A病院にて化学療法(CPA/VCR/DTIC、6サイクル)を施行され、stable diseaseとなり、以後は外来にて経過観察されていた。20YY年4月より軟便(1日数回)が出現し、同年6月より下痢(10~20回/日)と発熱が継続し、改善しないためA病院に入院となった。入院後の種々の感染症検査はすべて陰性であった。大腸内視鏡検査にて、回盲部~上行結腸と下行結腸~S状結腸に縦走潰瘍、不整形潰瘍、びらんが散在し、生検病理にて類上皮肉芽腫が確認された。以上より、クローン病と診断され治療目的で当院を紹介受診した。当院受診後、mesalazine 3000mg/日+経腸栄養(エンテール 900kcal/日)を開始し、病状・血液データともに改善した。その後、外来でフォローしていたが、同年12月下旬から発熱、下腹部膨隆が出現し、翌20ZZ年1月初旬の外来受診時のCTにて、腹壁膿瘍+S状結腸穿孔が確認され、当院消化器外科にて緊急手術(腹壁ドレナージ術+横行結腸左側を用いた2孔性人工肛門造設)を施行された。術後のストーマからの内視鏡検査では、回盲部~上行結腸に縦走潰瘍、不整形潰瘍、びらんが散在した。御本人に種々の追加治療(ステロイド、GMA、アザチオプリン、抗TNF-α抗体製剤、など)についてIC後に、御本人の希望でadalimumabを導入した。adalimumab導入後、CRPは陰転化しアルブミン値は改善した。3か月後の内視鏡検査では、回盲部~上行結腸の病変部の炎症所見の著明な改善が確認された。その後、現在までクローン病の病状は安定しており、adalimumab投与による副作用も無く、また傍神経節腫も小瘡状態を保っている。結論：骨盤内傍神経節腫の化学療法後に発症したクローン病の1例を経験したので報告した。

## 55

### 6MPの用量調整が有効であった小腸大腸型クローン病の一例

豊橋市民病院 消化器内科

○松田 宣賢、山田 雅弘、浦野 文博、藤田 基和、内藤 岳人、山本 英子、松原 浩、植月 康太、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、南 喜之、山本 崇文、岡村 正造

【症例】40歳女性【既往歴】痔核、十二指腸潰瘍【現病歴】平成16年12月に難治性下痢を主訴に当科外来を受診した。下部消化管内視鏡検査(TCS)と小腸造影検査の結果、小腸大腸型クローン病の診断となった。【経過】平成17年1月より6MP30mg/日とInfliximab(IFX)5mg/日の併用による寛解導入を開始し、以後はIFXの維持投与を行った。平成18年3月に6MPを40mg/日に増量した所IFXの離脱に成功した。平成20年、平成23年のTCSでは大腸粘膜の治癒が得られており6MPの内服を継続したが、平成25年10月に広範な歯肉増殖が出現した。歯肉生検の病理結果は歯肉炎の診断で、6MPによる副作用が疑われたため、内服を中止しAdalimumab(ADA)を開始した。しかし注射時の痛みのため継続が困難で、平成25年12月よりIFXによる維持療法へ変更となった。平成26年5月には下痢、体重減少、痔瘡と再燃を認め、IFXを倍量に増量したところ症状の改善が見られた。しかし同年7月に膝関節痛、足関節痛による歩行困難が出現、またIFXも投与後約5週間無効化を示すようになったため、同年10月よりAZA50mg/日の併用を開始した。AZA内服開始後より腹部症状は改善したが、同年11月より四肢の関節痛が出現した。AZAによる副作用が疑われ、内服を中止し代わりに6MP30mg/日で再開した。平成27年2月に歯肉の腫脹を訴えたため、6MPを20mg/日に減量した。同年5月にTCSを施行し大腸粘膜は治癒傾向であった。この時点で6MP単独でも問題は無いと判断し、IFXは投与終了としているが現在まで経過は良好である。【考察】本症例は6MPとIFXの併用で寛解導入を開始し、6MPをわずかに増量する事でIFXからの離脱に成功した。長期寛解を得たものの、歯肉増殖のため一旦中止となったが、再投与時に6MPをわずかに減量する事で歯肉増殖はコントロールでき、継続が可能であった。AZA/6MPの有効性と副作用は代謝酵素であるTPMTの酵素活性の程度に左右される。TPMTには遺伝子多型があるため、AZA/6MPの有効性と副作用に差が生じると考えられる。今回6MPの用量をわずかに増減する事で奏功が

得られた示唆に富む一例を報告する。

## 56

### NSAIDs起因性腸炎の4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】50歳代女性。3年前に下痢が継続し当院の検査で感染性腸炎と診断されたがその後も下痢が続く近医で加療されていた。今回便潜血陽性あり当科再診。大腸内視鏡検査（CS）では盲腸から下行結腸に血管透視の消失した浮腫状の易出血性粘膜が見られたが、生検では非特異的な慢性炎症の所見であった。5年程前からほぼ毎日メフェナム酸を内服しており中止したところ下痢が改善した。【症例2】60歳代女性。約1年前よりジクロフェナク、4か月前よりランソプラゾールを内服。1ヶ月半下痢が続くため当科再診。CSでは回盲弁周囲に線状のびらんや発赤を認め、上行からS状結腸には発赤が散在していた。生検では薬剤性腸炎、NSAIDs起因性腸炎が考えられた。ジクロフェナクとランソプラゾールを中止したところ下痢は改善した。【症例3】70歳代女性。9ヶ月前よりロキソプロフェン内服。当科でHCV除ウイルス療法行っていたが貧血が進行し便潜血陽性であったためCS施行。盲腸から上行結腸にかけて白苔を伴う不整形のびらんや発赤が散在しており生検にて薬剤性腸炎が疑われた。ロキソプロフェンを中止したところ貧血は改善した。【症例4】60歳代女性。アセトアミノフェン配合剤、メフェナム酸を頻繁に内服。7年前より便秘、下痢を繰り返す時に血便も見られていたが、7年前と5年前に当院でCSされ非特異的腸炎とされていた。今回症状の増悪あり当院再診。CSでは盲腸から下行結腸まで血管透視の消失した浮腫状の易出血性粘膜が見られ、生検で薬剤性腸炎に矛盾しない像でありメフェナム酸を中止、アセトアミノフェン配合剤を減量したところ症状が改善した。【考察】薬剤性大腸粘膜障害の診断には詳細な服薬歴の聴取と病理医への情報提供が重要となるが、意識せずに診療されている症例では見逃されている可能性があり、当院でも2例は繰り返し検査されていた。原因不明の腸炎を認めた場合には薬剤性腸炎も原因疾患の一つとして念頭に置く必要があると考えられた。

## 57

### 2回再燃した偽膜性腸炎の1例

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

○宮地 洋平<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さよ<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 慎之祐<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】16歳、女性。【主訴】下痢。【既往歴】特記事項なし。【内服歴】なし。【アレルギー歴】なし。【現病歴】2016/3/28に抜歯し、同日より抜歯後の感染防止のため抗生剤（cefcapeone pivoxil/hydrochloride hydrate）を3日間内服したところ、4/1から10数回/日の水様便が出現した。4/5に近医を受診し trimebutine maleate, loperamide hydrochloride, 整腸剤, ツムラ漢方薬を内服したが改善なく、左下腹部痛も出現し、4/6当科受診。体温36.6℃、腹部は軟、左下腹部に軽度圧痛を認めた。腹部CT上盲腸～直腸の壁肥厚、血液検査上CRP1.26mg/dl、WBC15.5×10<sup>3</sup>/μL、Segment77%と炎症反応を認め、便検査では Clostridium difficile(CD)トキシン陽性であった。以上より、偽膜性腸炎を疑い、同日より metronidazole 500mg を1日3回内服とした。4/16には腹痛は消失、普通便となり、4/19にはCRPは0.37mg/dlと改善、CDトキシンは陰性となり、その内服を10日間中止した。5/5より再度水様性下痢が1日5～10回程度出現し、CRPは0.70mg/dl、再度CDトキシン陽性となった。5/7にCS施行しS状結腸～直腸に、アフタ・黄白色調の偽膜を瀰漫性に認め、その際の便培養は陰性であった。偽膜性腸炎の再燃と診断し、同日より入院にて vancomycin hydrochloride（以下VCM）125mgを1日4回内服開始した。速やかに症状は改善し、5/11に退院。VCMは14日間内服し、5/21には腹痛・下痢が消失した。5/26再度下痢便あり、CDトキシン陽性、CRP2.57mg/dlとなった。5/26より偽膜性腸炎の2回目の再燃と判断し、同日再入院とし、VCM 500mgを1日4回に増量して治療再開。5/27にCS施行し、全大腸にアフタ・偽膜を認めた。5/29より症状は改善し、CRP0.05 mg/dlとなり、6/5に退院。VCMは14日間内服し、6/15にはCDトキシン陰性となった。退院して2ヶ月経過した現在、症状の再燃は認めていない。【考察】一般的に偽膜性腸炎は基礎疾患のある高齢者に多く、文献上基礎疾患なく再発を繰り返す偽膜性腸炎は稀とされている。自験例は、生来健康な若年女性の2回再発した偽膜性腸炎であり、貴重な症例と考えられた。

## 58

### 再発性C. difficile腸炎にVCM間欠的投与が有効であった一例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○北江 博晃、中畑 由紀、富江 晃、大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

【症例】80代男性。【既往歴】2012年C型肝炎硬変、肝細胞癌を指摘され、TAI、TAE施行後。【現病歴】2013年11月初旬にHCCに対しRFAを施行され、施行当日から3日間SBT/CPZを投与された。第10病日に倦怠感、発熱のため救急受診し、血液検査でWBC 14200/μL、CRP 1.59mg/dL、CPK 4489U/Lを指摘、CAZを投与開始された。第11病日より下痢、血便を認めCDトキシン陽性。下部消化管内視鏡検査にて偽膜形成を認め、便培養でC. difficileが培養同定され、偽膜性腸炎と診断された。第11病日よりVCM 1.0g/日投与を開始し15日間投与された。第25病日のCDトキシンは陰性であり、症状改善を認めた。しかし第33病日下痢が再燃し、CDトキシン陽性であった。CD腸炎再発と診断しMNZ 1000mg/日14日間投与後、VCM 0.5g/日を7日間投与された。症状改善を認め、第46病日の下部消化管内視鏡検査では粘膜に軽度の発赤を認めるのみであった。2014年3月初旬に抗生剤投与歴はないが、発熱、下痢の出現を認め、CDトキシン陽性を指摘された。CD腸炎再発と診断しVCM1.0g/日を21日間投与され、便培養ではC. difficileが培養同定された。VCM0.5g/日に減量し28日間投与を継続した。4月初旬にTAEを行った。VCM投与終了7日後に発熱を認めCDトキシン陽性を認め、VCM14日間投与された。VCM投与終了28日の6月に発熱、下痢にて救急受診し、CD腸炎を再発し、VCM投与を28日間行い、症状改善するも、投与終了3日後に再発。その後もVCM投与終了後1週間以内の再発を4度繰り返した。糞便移植も考慮されたが希望されず、VCM0.5g/日投与を1ヶ月継続後、VCM0.5g/日を隔日投与に減量した。その後1年8ヶ月間CD腸炎は無再発で経過している。【考察】繰り返し再発するC. difficile腸炎の一例を経験した。再発性のC. difficile腸炎には、VCMの tapering or pulse投与が考慮されるが、最近FMTの有効性を支持する報告が散見される。本例は原疾患であるHCCのコントロールが困難であり、長期予後を望めない患者であるため、VREのリスクもあったが、本人の希望によりVCM間欠的投与を行いCD腸炎に関しては再発を認めず経過している。

## 59

### 制酸剤内服中止約1ヶ月後に発症したCollagenous colitisの一例

愛知医科大学 消化器内科

○高山 将旭、小野 聡、野田 久嗣、川村 百合加、野口 誠司、下郷 彰礼、北洞 洋樹、郷治 滋希、山口 純治、足立 和規、岡庭 紀子、吉峰 崇、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【症例】51歳男性。【既往歴】高血圧、糖尿病。【既往歴】平成2X年10月、近医にて十二指腸潰瘍に対しランソプラゾール（LPZ）を処方され、約1ヶ月間内服していた。12月5日より、ヘリコバクターピロ菌感染に対してボノプラザン（PCAB）を使用した一次除菌を開始した。平成2X+1年1月中旬から1日5行以上の下痢が出現し整腸剤や止痢薬の内服を開始するも改善を認めず、1日10行以上に増悪したため、2月16日当院紹介受診し精査加療目的で同日入院となった。絶飲食、補液にて経過観察していたが、症状の改善はみられず、第7病日に施行した下部消化管内視鏡検査（CS）では大腸粘膜に明らかな異常所見を認めなかったが、CS時の大腸生検組織にて粘膜表皮直下にコラーゲンバンドの沈着を認めたため、第21病日に collagenous colitis (CC) と診断した。第21病日よりメサラジンを投与するも下痢は改善せず、第29病日にプレドニゾン（40mg/日）の投与を開始したところ、第36病日より下痢症状が改善し、第43病日退院となった。【考察】CC発症の病因は不明であるが、遺伝的要因と環境要因が複雑に絡み合う多因子疾患と考えられている。林らは、LPZによって発症したCC52例において、LPZ服用中止から症状改善までの期間を3日～2ヶ月（中央値10日）と報告しており、その期間には大きなばらつきがある。また、これらのうち転帰が判明している52例において、LPZ内服中止により症状が軽快した症例は47例（90.4%）と報告している。本症例は約1ヶ月間のLPZ内服、その後1週間のPCAB内服後、約1ヶ月を経過したのちにCCを発症したが、CCとして非典型的な経過を呈したため診断に苦慮し、治療開始までに時間を要した。さらに、メサラジンの効果がなくステロイドを投与するも症状改善まで長期間を必要とした。LPZあるいはPCAB内服によりコラーゲンバンドが沈着し、約1ヶ月後に何らかの原因を契機にCCを発症したのと考えられたが、LPZ投与中止後にCCを発症した報告はなく、文献的考察を含め報告する。

## 当院における collagenous colitis の検討

静岡市立静岡病院 消化器内科

○杉本 崇幸、河合 歩、奥村 大志、鈴木 博貴、近藤 貴浩、  
黒石 健吾、星野 勝一、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、  
小柳津 竜樹

【対象】2009年1月～2016年8月までで、病理結果から collagenous colitis (以下CCと略す)と診断された10症例。年齢は60歳～89歳。男女比は3:7であった。【臨床症状】3ヶ月以上持続する下痢が7例であり最多であった。血便が2例、便潜血陽性が1例であった。【内服薬】10例でPPI(ランソプラゾール)が投与されていた。アスピリンを重複して内服していたのは3例であった。PPI内服例に関しては全例H2blockerに変更したところ、変更後1～3ヶ月で下痢症状は改善認められた。しかし、下痢症状の改善認められた半年後に下痢症状の再発のあった症例が1例認められた。【内視鏡】地割れ潰瘍を呈していたのは10例中6例であった。潰瘍のあった部位はS状結腸が4例、横行結腸が2例であった。その6例の内、下痢症状を呈していた症例は3例であり、血便を呈していた症例は2例、便潜血陽性の症例は1例であった。内視鏡で異常所見の認められなかった症例は4例であり、全例下痢症状を呈していた症例だった。【病理結果】全例内視鏡検査による生検施行した。生検部位は正常粘膜、地割れ潰瘍であり、正常粘膜からは上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸、直腸からそれぞれ1箇所ずつ生検し、地割れ潰瘍からは潰瘍部から生検施行した。いずれの組織からも全例コラーゲンバンドが検出され、固有層に形質細胞、リンパ球浸潤認められた。【考察】膠原線維性大腸炎(CC)は1976年にLindstromによって最初に報告された水様性下痢を主徴とする大腸の炎症性疾患である。欧米では慢性下痢を呈している症例の10～20%はCCが原因とされている。本邦では比較的稀な疾患とされてきたが、近年CCの報告例が増加傾向にある。当院においてCCと診断された症例に関して、臨床症状、内視鏡所見、内服薬の詳細を提示し、若干の文献的考察を含めて報告する。

## 61

### カンピロバクター腸炎による腸閉塞の一例

焼津市立総合病院 消化器内科

○萬治 福臣、小平 誠、佐野 宗孝、寺澤 康之、山形 真暮、  
渡邊 幸弘、川崎 真佑

【症例】48歳男性【主訴】下腹部痛、水様便、発熱【既往歴】【内服歴】特記事項なし【現病歴】2016年4月5日下腹部痛、嘔吐、発熱あり近医受診。精査の為当院消化器内科紹介となった。CT上結腸肝弯曲部に明確なtarget patternあり、腸重積症の診断で入院となった。【入院後経過】入院翌日、下部消化管内視鏡検査で明らかな先進部の器質性病変は見つからなかった。先進部の浮腫状の発赤部を生検した結果、悪性所見なく、炎症像を認めた。腸炎をきっかけとした腸重積症であると診断し、絶食補液で経過観察を行った。下部消化管内視鏡検査後より腹痛は改善した。入院4日目より食事開始し、7日目に退院とした。入院時の便培でCampylobacter jejuniが検出された。【考察】成人の腸重積症は70.90%で基質炎症をもち、腫瘍関連と非腫瘍性のものがある。約80%が腫瘍関連で、大腸重積症では60.80%に大腸癌、悪性リンパ腫、脂肪腫などが報告されている。非腫瘍性疾患では異所性胃粘膜、異所性腺、外傷、炎症性腸疾患、細菌性腸炎などがある。これらの統計は欧米での症例のレビューを元に行っている。アジア、アフリカからの報告では全腸重積中の成人の割合が40%と高く、その原因も腫瘍性が40%、腸炎を含めた炎症性腸疾患が13%、特異性が38%となっている。これらの相違は欧米とアジア・アフリカにおける衛生状態と腸管感染症コントロールの状態を反映していると考えられる。今回の症例では画像上明らかな腸重積があったが下部消化管内視鏡検査では先進部と思われる部位には軽度発赤腫脹があるのみで悪性所見は認められなかった。入院時の便培養からCampylobacter jejuniが検出されたことと診断がついた。成人の腸重積では悪性疾患以外の原因も念頭にに入れて初期対応する重要性を示す一例と考え報告する。

## 62

### 大腸CTがその診断に有用であった大腸腸管囊胞性気腫症の2例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 消化器内科、

<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科

○山本 怜<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、  
坂巻 慶一<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 眞之祐<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、  
池上 脩二<sup>1</sup>、大腸 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、  
井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例1】56歳、男性。既往歴は、虫垂切除術後、痔瘻手術後、脂質異常症、高尿酸血症。内服は、allopurinol, fenofibrate, trichloroethyleneの暴露歴(-)。2010年6月、便潜血陽性にて当科を受診し、特に症状

はみられず、8月に下部消化管内視鏡検査(以下CS)を施行した。Rsの9mm大の腺腫とアフタ性の直腸炎を認め、アフタからの生検の病理組織で腸管スピロヘータが検出されたため、その後もCSを1年毎に施行し、2014年8月のCSまではアフタ性大腸炎のみの所見で、腸管の粘膜下腫瘍(以下SMT)様隆起を認めなかった。2015年8月のCSでは、上行結腸にやや透明感のある、2.3cmのY-II型、鉗子で押すとやや硬いSMT様隆起が2個、横行結腸にも同様のSMT様隆起を1個認めた。同部の生検病理組織では、特異的な炎症像を認めず、異物型巨細胞も認めなかった。腸管囊胞性気腫症(pneumatosis cystoides intestinalis, 以下PCI)を疑い、腹部CTを撮影したが、腸管に明らかな壁在気腫を認めなかった。2016年4月のCSではSMT様隆起の変化はなく、EUS(12MHz)では、第4層に連続したやや不均一な低エコー腫瘍とエコーの減衰を認め、SMTは囊胞と思われた。CS後の緊急大腸CTでは、上行結腸～肝弯曲に16～17mm大の腫瘍を3個認め、いずれも薄壁性の気嚢胞状の形態で、PCIと確定診断可能であった。【症例2】67歳、女性。既往歴は、脂質異常症。内服は、ezetimibe, rosuvastatin, trichloroethyleneの暴露歴(-)。2016年7月、便潜血陽性にて当科を受診し、特に症状はみられず、8月にCSを施行した。上行結腸に5mm大のY-II型、鉗子で押すと硬いSMT様隆起を2個認め、1個の隆起からの生検後、腫瘍は速やかに縮小した。同部の生検病理組織内には囊胞を示唆する所見を認めなかった。CS直後の緊急大腸CTでは、肝弯曲寄りの上行結腸に7mm大の壁在気腫を認め、PCIと確定診断可能であった。【結語】自験例では、2例とも原因不明・無症状のPCIであり、いずれも大腸CTがその確定診断に非常に有用であった。

## 63

### 腹部症状が持続した腹膜炎の1例

三重県立総合医療センター 消化器内科

○菅 大典、西浦 祐貴、森谷 勲、山中 豊、大矢 由美、  
井上 英和、白木 克也、高瀬 幸次郎

【はじめに】腹膜炎は比較的多く見られる疾患であるが、自然軽快する予後良好な疾患である。超音波検査などで特徴的な画像所見から診断できるが、病変部位より虫垂炎や憩室炎と臨床症状が似ていることもあり誤診されることも少なくない。今回、保存的加療により軽快したが、比較的長期間にわたって腹部症状が持続した1例を経験したため報告する。【症例】22歳、女性【主訴】右側腹部痛【既往歴】特になし【現病歴】2016年6月中旬頃より右側腹部痛と微熱を認め、近医総合病院受診しCT検査施行されたが、有意な所見なく解熱鎮痛剤にて経過観察されていた。その後何度か前医受診し、再検査を受けるも原因不明とされた。症状発症より6日目に当院受診し、腹部超音波検査にて腹膜炎と診断され入院となった。【経過】身体所見では右側腹部に圧痛を認めた。筋性防御は認めなかったが反跳痛を認め腹膜刺激徴候を伴っていると考えられた。採血ではWBC10300/mm3, CRP0.625mg/dlと炎症反応の上昇は軽度であった。腹部CTでは上行結腸腸側の一部に壁不整と周囲脂肪叢濃度の上昇を認め、憩室炎も示唆されたが、腹部超音波検査にて、右側腹部の圧痛部に大きさ24mm大の紡錘状構造物を確認し、大腸内腔との連続性を認めなかったことから腹膜炎が最も疑われた。絶食、CM22g/dayによる加療を開始した。【考察】腹膜炎の原因には血行障害型と非血行障害型の二つのタイプが存在する。血行障害型では腹膜炎の捻転、梗塞、圧排による循環障害などがあり、肥満や腹水貯留などが捻転原因に挙げられる。非血行障害型では憩室炎などの他疾患の炎症が腹膜炎に波及したものと考える。通常は1-2週間で軽快することが多い本疾患であるが、本症例では血行障害型で腹部症状が約1ヶ月間と長期間にわたったため非典型と考えられた。

## 64

### S状結腸に刺入した魚骨を内視鏡的に摘出した1例

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

○鈴木 貴也<sup>1</sup>、竹内 真実子<sup>1</sup>、安藤 雅能<sup>1</sup>、浅井 清也<sup>1</sup>、  
青木 聡典<sup>1</sup>、市川 雄平<sup>1</sup>、林 大樹朗<sup>1</sup>、鶴留 一誠<sup>1</sup>、  
岡田 昭久<sup>1</sup>、細井 努<sup>1</sup>、関 崇<sup>2</sup>、平松 聖史<sup>2</sup>、新井 利幸<sup>2</sup>

【はじめに】誤飲した消化管異物の多くは自然排泄、あるいは消化され、消化管穿孔に至るものは1%以下とされている。今回我々はS状結腸に刺入した魚骨を内視鏡的に摘出した1例を経験したので報告する。【症例】80歳代後半女性。【既往歴】胃癌、虫垂炎で手術歴あり。認知症。【現病歴】2016年6月初旬、発熱を主訴に当院救急外来を受診した。腹部CT検査でS状結腸に線状の高吸収を認めたが、診断に至らなかった。翌日内科を再診し、S状結腸の異物の疑いで消化器内科に紹介となった。【現症】38度の発熱あり、腹部は平坦、軟で圧痛ははっきりしなかった。【初診時血液検査】白血球数7400/μl, CRP 0.21mg/dlと炎症反応の上昇は認めなかった。【腹部造影CT検査】S状結腸に高吸収を示す線状の構造物を認め、魚骨と診断した。明らかな膿瘍形成やfree airを認めなかったため、外科と相談の上、摘出目的に大腸

内視鏡検査を施行した。【大腸内視鏡検査】S状結腸には憩室が多発していた。S状結腸に魚骨と思われる棒状の異物が粘膜に突き刺さっていた。把持鉗子で抜去を試みたが、なかなか把持が出来なかったため、いったんファイバーを抜去し先端透明フードを装着した。魚骨の先端を把持し、粘膜から抜去した後、フード内へ収納し除去した。魚骨は約3cmであった。【経過】入院後絶食、抗生剤投与を行い、第5病日から経口摂取を開始したが、経過良好にて第8病日退院となった。【考察】本症例はCTにてfree air、膿瘍形成などもなく、魚骨を内視鏡的に摘出後、保存的治療にて軽快したが、内視鏡的摘出に成功した場合でも慎重に経過観察を行う必要があると考えられる。また魚骨などの形状が鋭利な異物の場合、透明フードは有用である。【結語】S状結腸に刺入した魚骨を内視鏡的に摘出した1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告をする。

## 65

### サンシシの長期内服が原因と考えられた腸間膜静脈硬化症の一例

1春日井市民病院 消化器科、2内 視鏡センター

○木村 幹俊<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、岡山 幸平<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、小島 悠揮<sup>1</sup>、菅野 琢也<sup>1</sup>、近藤 朋子<sup>1</sup>、奥田 悠介<sup>1</sup>、羽根田 賢一<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、望月 寿人<sup>2</sup>、高田 博樹<sup>2</sup>

【症例】48歳、男性【主訴】消化管精査目的【現病歴】アトピー性皮膚炎のため近畿皮膚科にて梶子柏皮湯を8年前から内服中、平成27年8月に検診にて便潜血陽性を指摘された。近医消化器内科にて下部消化管内視鏡検査を施行し、上行結腸に色素沈着とアフタ形成を認めた。自覚症状もなかったため経過観察となっていたが、半年後の再検にて粘膜病変に改善が見られなかったため、精査・加療目的にて当院紹介受診となった。【経過】当院紹介前より腹痛や血便などの自覚症状は一切なく、採血検査でも貧血の進行や血便、低栄養などの消化吸収障害を疑う所見もみられなかった。下部消化管内視鏡検査にて右半結腸を中心とした粘膜浮腫と青銅様の色調変化、血管透見の消失、一部に縦走潰瘍瘻を認め、梶子柏皮湯の長期内服歴もあつたことから腸間膜静脈硬化症を疑い、病変部より生検と腹部単純CTを施行した。CTにて上行結腸の浮腫状壁肥厚と回盲部周囲血管壁の石灰化を認め、病理組織学的検査所見でも粘膜固有層内の慢性炎症細胞浸潤と毛細血管周囲を中心とした好酸性無構造の沈着物を認めたため、梶子柏皮湯の服薬による腸間膜静脈硬化症と診断し、速やかに原因薬剤を中止した。無症状であり、今後強い右側腹部痛や血便、腹部膨満感などの出現に注意するように指示をし、外来経過観察となっている。【考察】腸間膜静脈硬化症は大腸壁内から腸間膜の静脈に石灰化が生じ、静脈環流の障害によって腸管の慢性虚血性変化をきたす比較的古い疾患であり、静脈硬化性大腸炎とも呼ばれる。近年サンシシを含有する漢方薬の長期服薬が原因の一つとして注目され、無症状の場合は原因薬剤を中止後、保存的経過観察とし、有症状の際は外科的切除も考慮される。サンシシを含有する漢方薬は多数存在し、今後症例の増加が予想される疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 66

### 肝細胞癌治療歴のある genotype1 型 C 型慢性肝炎・肝硬変に対する IFN フリー治療後の肝細胞癌再発患者の検討

豊橋市民病院 消化器内科

○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、植月 康夫、木下 雄貴、飛田 恵美子、山本 和弘、南 喜之、松田 宜賢

【背景】従来難治性とされてきた genotype1 型の C 型慢性肝炎・肝硬変に対する治療は、直接作用型抗ウイルス薬 (DAAs) を用いた IFN フリー治療の登場で高い治療効果を認め、多くの症例で SVR 獲得ができるようになった。今回我々は、肝細胞癌 (HCC) 治療歴があり IFN フリー治療を導入した症例の HCC 再発症例の検討をおこなった。【対象・方法】2014年9月以降、HCC 治療歴があり DAAs を導入した29例を対象とした。治療開始から2016年7月31日までの観察期間に再発を認めた症例と再発を認めなかった症例の DAAs 治療前背景因子および DAAs 治療開始前および治療終了後の血液学的所見について比較検討を行った。【結果】全体：29例。DCV/ASV 療法21例、LDV/SOF 療法8例。SVR12達成率86.7%。DAAs 開始後の観察期間中央値559(186-719)日。男性14例、年齢中央値73(56-84)歳、肝硬変21例。治療開始時の HCV-RNA 中央値は 6.0(2.4-6.9) LogIU/mL、ALT 中央値は 38(6-131) IU/L、AFP 中央値は 9.2(3.4-120.6) ng/mL、治療終了時 AFP 中央値は 6.1(2.9-38.9) ng/mL。HCC 最終治療が局所治療19例、HCC 最終治療時の病期は Stage1 が20例、Stage2 が8例、Stage3 が1例。DAAs 治療開始後再発：11例。SVR12 達成率72.7%。DAAs 開始後の観察期間中央値568(186-719)日。DAAs 治療後再発までの期間中央値83(0-516)日。男性8例、年齢中央値75.5(59-84)歳、肝硬変9例、治療開始時の HCV-RNA 中央値は 6.0(2.4-6.4) LogIU/mL、ALT 中央

値は 40(16-117) IU/L、AFP 中央値は 10.7(4.4-120.6) ng/mL、治療終了時 AFP 中央値は 6.12(3.0-38.9) ng/mL。肝細胞癌最終治療が局所治療5例、肝細胞癌最終治療時の病期は Stage1 が7例、Stage2 が3例、Stage3 が1例。【結論】本検討では、DAAs 治療早期に再発している症例は最終治療が非局所治療である場合が多い傾向だった。

## 67

### B 型慢性肝炎に対しエンテカビル内服中に生じた混合型肝癌の一例

小牧市民病院 消化器内科

○山添 伸二、館 佳彦、宮田 章弘、平井 孝典、小原 圭、小島 優子、灰本 耕基、灰本 亜矢子、永井 真太郎、古川 陽子

【症例】58歳男性【主訴】原発性肝癌治療目的【現病歴】2012年6月より B 型慢性肝炎で follow 中であった。2014年2月頃よりウイルス量増加し、2014年4月よりエンテカビルを導入した。2014年12月に EOB-MRI で肝 S8 に DWI で高信号、T2強調画像で淡い高信号、肝細胞癌で低信号の小結節を認め、2015年1月のソナゾイド造影エコーにて肝細胞癌相での欠損像を認め、肝細胞癌が疑われた。2015年2月に EOB-MRI 再検すると、肝 S8 病変の明瞭化・増大傾向を認めた。2015年3月に肝細胞癌として治療必要と判断。腹部血管造影検査施行し、肝 S8 に CTHA で濃染され、CTAP で wash out される腫瘍を認め、肝細胞癌が疑われた。また、多臓器転移やリンパ節転移を疑う所見、腹水などは認めなかった。肝 S8 単発の腫瘍であったため、手術目的で2015年5月入院した。【臨床経過】入院前検査では ALB 4.4U/L、T-Bil 0.5U/L、PT 100.6%、ICG(15分値)3、HBs 抗原 2297IU/ml、HBV-DNA 定量 6.3、AFP 4.5ng/ml、PIVKA2 75mAAU/ml であった。治療は同部位に対して肝右区域切除を行った。病理検査にて CK7、CK19 陽性の腺癌成分と Hep-Par1 陽性の肝細胞癌成分が混在する混合型肝癌であった。病理組織で漿膜浸潤を認めず、脈管浸潤も認めなかったことや、術前画像検査でリンパ節転移やその他の遠隔転移を認めず、追加の手術は行わない方針となった。術後のフォローとしては HBV-DNA 定量と腹部 CT 検査を施行する方針となった。術後1年3ヶ月経過後も、腹部 CT 検査では肝臓に新たな病変認めず、腹水や病的なリンパ節腫大も認めなかった。【考察】術前の画像検査では肝細胞癌が疑われていた。肝細胞癌と混合型肝癌では標準術式、転移の頻度、予後が異なり、術前の診断が重要である。HBV 感染例に混合型肝癌が生じやすいとの報告もあるため、術前の腫瘍生検、CEA や CA19-9 といった腫瘍マーカーの測定も考慮すべきであった。【結語】B 型肝炎治療中に発症した混合型肝癌の一例を経験した。

## 68

### ソラフェニブおよび UFT 治療中止後に奏効が得られ、その後も Long SD が得られた多発遠隔転移を伴う進行肝細胞癌の一例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○田中 卓、石上 雅敏、山本 健太、安藤 祐資、伊藤 隆徳、安田 諭、野村 彰、加藤 幸一郎、石津 洋二、葛谷 貞二、本多 隆、林 和彦、廣岡 芳樹、後藤 秀実

今回、我々は多発遠隔転移を伴う進行肝細胞癌に対して投与されたソラフェニブ及び UFT 治療が腫瘍増悪及び有害事象にて中止を余儀なくされた後に奏効が得られ、現在も Long SD が継続している症例を経験した。全身化学療法が中止された後に抗腫瘍効果が得られた要因として、併存疾患に対する薬剤中止や変更、また骨転移に対する治療の関与が示唆された興味深い症例を経験したので報告する。

【症例】76歳男性【既往歴】関節リウマチ、ステロイド糖尿病、高血圧症、大腸癌にて2002年に右半結腸切除後【現病歴】2013年10月、右葉を占める140mm大の巨大HCCに対して右肝切除術を施行。2014年4月に多発の肺転移を認め、ソラフェニブ投与を開始した。ソラフェニブ投与3ヶ月後、多発骨転移が出現した。ソラフェニブ増量を行ったが、さらなる腫瘍増悪を認めたためソラフェニブを中止した。骨転移による痛みも出現したため放射線治療を施行し、同時にデノスマブによる分子標的治療を開始した。また化学療法も UFT へと変更したが、消化管毒性の副作用にて数回の内服で自己中断され、以降化学療法の再開は困難と判断し、対症療法を主とした緩和治療を主体に外来通院されていた。また、同時期にリウマチに対する治療薬の薬剤変更が行われた。化学療法中止後、3ヶ月目より腫瘍マーカーの低下を認め、肺転移も縮小傾向を認めた。その後、骨転移も SD の範疇で軽度増大を認めたものの、肺転移も縮小傾向を維持し、腫瘍マーカーも低下を認めており、現在も外来通院中である。

## 69

### 肝細胞癌と肝内胆管癌の同時性重複癌の1例

1市立伊勢総合病院 外科、

2三重大学医学部附属病院 肝胆膵移植外科

○弓削 拓也<sup>1</sup>、伊藤 聖人<sup>1</sup>、武井 英之<sup>1</sup>、岡本 篤之<sup>1</sup>、

はじめに、肝内の異なる部分に、肝細胞癌と肝内胆管癌の重複癌が存在することは、比較的まれである。今回、幽門側胃切除後の残胃癌の精査で、偶然発見された重複癌の1切除術を経験したので報告する。症例は78歳、男性。約10年前に胃前庭部壁のⅡ型進行胃癌に対し、幽門側胃切除B-I再建を行った。(fStageIIIB)無再発で5年以上が経過していたが、心窩部不快感があり上部消化管内視鏡検査を受けたところ、残胃の早期癌と診断された。残胃の癌に対する術前精査を行うなかで、偶然肝に腫瘍影を指摘された。血液検査ではAFP 5.7, CEA 2.4, CA19-9 21.9と正常値であったが、PIVKA-II 350.0で上昇を認めた。HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、肝障害度A、Child-Pugh分類Aであった。腹部造影CTにて尾状葉に直径約2cm、肝S8に約1cmの早期濃染されてwash outされる結節影を認めた。MRIでは、尾状葉の結節はT1WIでわずかに低信号、T2WI等信号、DWIは等信号部と高信号部を有し、Dynamic造影では全体が早期濃染し、後期は等濃度部と軽度低濃度部が混在していた。一方で、肝S8の結節は、T1WI低信号、T2WI軽度高信号、DWI高信号、Dynamic造影早期に濃染し、後期に等濃度、肝細胞造影相で低信号となった。術前診断は、残胃の早期癌と同時性原発性肝細胞癌で、残胃全摘術及び肝尾状葉切除術、肝S8切除術を行った。術後病理検査にて、尾状葉の結節は中～低分化肝細胞癌(pT2N0M0)であり、肝S8の結節は中～高分化腺癌で肝内胆管癌(pT1N0M0)であると判明した。なお、残胃の癌は0-IIc型、印環細胞癌、pT1aN0M0 fStageIAであった。

70

IPNBの一切除例

静岡市立静岡病院 消化器内科  
 ○鈴木 博貴、河合 歩、奥村 大志、杉本 崇宗、近藤 貴浩、黒石 健吾、星野 勝一、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【背景】胆管内乳頭状腫瘍 (intraductal papillary neoplasm of the bile duct: IPNB)は胆管内腔に乳頭状増殖を示す胆管上皮性腫瘍を指し、膽管内乳頭状腫瘍との類似性から新たな概念として提唱されている。乳頭状胆管腫瘍 (肝内発育型肝内胆管癌、胆管乳頭腫、乳頭型胆管癌)、嚢胞性拡張を伴う胆管腫瘍 (胆管嚢胞癌、腺腫)、粘液産生胆管腫瘍の全てを包括する腫瘍群とされているが、疾患概念についてまだ統一した見解は得られていない。【症例】59歳男性。2016年4月に人間ドックの腹部エコーで肝S3に腫瘍影を指摘されたため当院紹介受診。CT、MRIにて肝S3に充実成分を伴う54×43mm大の嚢胞性病変を認めた。嚢胞性病変は拡張した胆管と一部で交通しており、末梢胆管の拡張を認めた。嚢胞内へのENBD留置を行い、胆汁細胞診でadenocarcinoma疑い、透視下の嚢胞内生針でpapillary mucinous neoplasmとの病理結果であり、外科手術の方針とした。7月12日に肝左葉切除、肝外胆管切除、リンパ節郭清術施行。病理では肝内胆管が嚢胞状に拡張し、内部に血管間質を伴い乳頭状増殖を示す腫瘍細胞を認めた。低異型度から腺癌まで段階的な細胞異型がみられ、一部浸潤癌あり、pT1N0M0 stage1と診断した。【考察】今回IPNBの一例を経験した。IPNBの治療は外科手術が原則であり、術前の進展度診断を十分に施行した上で手術を検討する必要がある。

71

肝硬変による難治性胸腹水治療選択の考察

<sup>1</sup>四日市消化器病センター 消化器・肝臓内科、  
<sup>2</sup>あさひクリニック、<sup>3</sup>みえ消化器内科  
 ○石原 知明<sup>1</sup>、井谷 俊夫<sup>2</sup>、生駒 次朗<sup>3</sup>、垣内 雅彦<sup>3</sup>

【目的】利尿剤抵抗性の難治性胸腹水は治療困難な場合があり、当院では症状軽減のため早期より腹水濾過濃縮再静注法(CART)を施行しているが、効果が一時的ゆえ短期間で再貯留する症例も経験する。今回、当院においてCARTまたは及びトルバプタン(TLV)治療を受けた症例についてCART単独群、TLV単独群、CART + TLV併用群の3群に分け、有効性、安全性、穿刺回数を減らす可能性について検討した。さらに黄疸例に対するCARTの安全性を検討する為CART施行前のT-Bil値に応じて対象を3群に分け、予後の検討を行った。【方法】2012年9月～2015年7月に減塩食、水分制限、スピロラクトンソフトセメドの投与、アルブミンの補充によっても改善が認められなかったCART (12例) TLV (23例) CART + TLV併用例 (10例)を対象とした。治療前後の患者状態はChild-pugh score、Na、Cr、T-Bil、腹部膨満感、生存率を評価した。【結果】Child-pugh score、Na、及びCrはCART施行前後で有意な変化を認めなかった。治療法別では、CART群は施行直後より腹部膨満感が有意に改善した。TLV単独群は症状改善が緩徐であり、投与7日後で有意な改善を認めた(有効率55%) CART+TLV併用群では再貯留例が減少し、症状の改善も急速であった。CART施行間隔はCART単独群の平均10.8±9.3日に対し、TLV併用群で平均14.4±5.8日で、TLV併用により有意に延長した。CART

施行前のT-Bil値にて対象を2.0mg/dL未満、2.0～5.0mg/dL、5.1mg/dL以上の3群に分け、T-BilとCr値の変化を検討したが、いずれの群においても有意な変動はなく単回施行でのリスクは少ないと考えられた。CART後の生命予後をKaplan-Meier法にて解析した結果T-Bil 5.1mg/dL以上群で生存率が低い傾向が見られたものの、施行後1年以上の長期生存例も見られた。【結論】CARTは高ビリルビン血症を伴う症例においても、検査値の変動を認めず高い安全性を持った有力な治療選択肢と考えられた。さらにTLVとの併用により穿刺回数を減少させる効果が示された。最新の肝硬変診療ガイドライン2015では利尿剤抵抗例でCARTを検討する位置付けとなっているが一考すべきと思われた。

72

頸部原発血管肉腫による多発嚢胞状の形態を呈した転移性肝癌の1例

JA 愛知厚生連 江南厚生病院  
 ○原 裕貴、佐々木 洋治、吉田 大介、森島 大雅、颯田 祐介、木澤 誠朗、五藤 直也、木下 拓也、佐々木 雅隆、熊野 良平

【症例】70歳代、女性【現病歴】慢性骨髄腫増殖症候群にて当院通院中に、緩徐に進行する貧血を認め、精査目的に腹部CT検査を施行したところ、肝臓・脾臓に多発する嚢胞性病変を認めた。貧血の原因として嚢胞内出血が疑われたため、精査・加療目的に入院となった。【経過】腹部CT検査では肝臓・脾臓内に境界明瞭で辺縁整かつ、内部低吸収の嚢胞性病変が多発し、一部の嚢胞内部に低吸収領域を認めた。腹部MRI検査ではT1強調画像で低信号かつT2強調画像で高信号であったが、一部にT1強調画像で高信号かつT2強調画像で低信号であり、数週間経過した嚢胞内出血を疑った。腹部超音波画像検査では輪郭は明瞭で辺縁整、かつ内部無エコーな嚢胞性病変の内部に、不均一な等～高エコーの領域を認めた。上記結果より、肝臓・脾臓の嚢胞の一部が出血していると判断したが、2年前の腹部CT検査では嚢胞は肝臓に2カ所、脾臓に1カ所を認めるのみであった為、悪性腫瘍や転移性肝癌の可能性を考えた。生来左頸部腫瘍を認め、生検にて慢性拡張性血腫の疑いと診断され経過観察されていたが、増大傾向を認めていた為、左頸部腫瘍と肝嚢胞性病変に対して経皮的針生検を行った。病理検査では、両病変とも血球成分を含んだ管腔構造を形成する異型細胞の増殖を認め、CD31(+), CD34(+), 第8因子関連抗原陽性、MIB1 index: 30%であったため、左頸部腫瘍を原発とした血管肉腫の多発肝・脾転移と診断した。その後は、化学療法は希望されず、緩和的治療を行う方針となった。【考察】血管肉腫は稀であるが極めて悪性度の高い軟部腫瘍とされ、急速に増大し、壊死、出血を伴うことが多く多彩な画像形式を取りうるとされている。本症例の肝転移巣は、嚢胞状の形態を呈し内部に出血を伴っており、画像診断に苦慮したが、経皮的針生検にて診断が可能であった。肝臓や脾臓に多発し、増大傾向にある嚢胞性病変を認めた際には転移性肝癌を考慮する必要があると考えた。【結語】今回我々は、頸部血管肉腫による多発嚢胞状の形態を呈した転移性肝癌の一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

73

転移性肝腫瘍の切除により、診断・治療できた気管腺様嚢胞癌の1例

愛知医科大学病院 消化器外科  
 ○松村 卓樹、有川 康、駒屋 憲一、宮地 正彦、小松 俊一郎、大橋 紀文、石黒 成治、齋藤 卓也、大澤 高陽、岩田 力、倉橋 真太郎、山中 美歩、内野 大倫、安井 講平、井戸 美来、鈴木 健太、佐野 美

症例は58歳の女性。上腹部の鈍痛を主訴に近医を受診し、肝腫瘍を指摘され当院へ紹介となった。腹部造影CTで肝S2に47×49mm大の境界明瞭で内部均一な低吸収の腫瘍を認め、造影後期に辺縁を主体に不均一に濃染した。MRIで同腫瘍は、早期相では増強効果に乏しく、後期相で不整かつ不均一に増強し、腫瘍の末梢胆管の拡張を認めた。画像所見より、肝内胆管癌と診断し、2015年6月、肝左葉切除を行った。術後経過は良好で第11病日退院となった。病理組織学的検査で、腺様嚢胞癌(adenoid cystic carcinoma: ACC)の転移と診断した。PET-CT検査で気管に集積を認め、原発巣と同定した。2015年9月気管腫瘍に対し気管環状切除術をおこなった。病理結果は、気管腺様嚢胞癌の肝転移で矛盾しなかった。術後補助療法として、化学療法(CDDP+VNR 1コース)+放射線療法(60Gy)を施行し、術後11ヵ月現在無再発生存中である。ACCは耳鼻科領域で唾液腺に発生する悪性腫瘍として知られ、唾液腺以外にも、気管支を含めた頭頸部に発生することもあり、自覚症状に乏しいため、早期発見が困難とされている。術前の消化管検査は異常を認めず、肝内胆管癌と診断したが、今後非典型的な画像を見た際は、転移性肝腫瘍の可能性も念頭に置き、PET-CTを考慮する。気管ACCの肝転移切除症例の報告は稀ではあるが、切除により長期生存した報告もあり、今後慎重に経過観察する

## 多発巨大肝嚢胞に対し、ドレナージと硬化療法を施行した1例

名古屋市立西部医療センター

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

【症例】64歳女性【主訴】呼吸苦【現病歴】2週間前から嘔気、食欲不振を認めていた。呼吸苦も出現したため、当院に救急搬送された。CTにて、巨大多発肝嚢胞を認めた。一部の肝嚢胞は感染を伴っており、急激に増大し、心臓を圧迫したことによる心不全と診断し、緊急入院となった。【経過】第1病日、超音波ガイド下に肝嚢胞ドレナージをおこなった。心臓圧迫によるショック状態であったが、ドレナージ後にバイタルは安定した。ドレナージ中の肝嚢胞は縮小を保っていたが、尾側の肝嚢胞が拡大傾向となり、第34病日、追加で超音波ガイド下に肝嚢胞ドレナージを行った。その後、経過観察のCTにて下大静脈血栓、下肢静脈血栓を認めた。肝嚢胞の下大静脈圧迫が原因と考えられ、第49病日、血栓除去術、下大静脈フィルター留置、肝嚢胞ドレナージを行った。第68病日、心臓を圧迫していた肝嚢胞に対し、ミノサイクリンを用いて硬化療法を行い、肝嚢胞は縮小した。第83病日、下大静脈を圧迫していた肝嚢胞に対しても、ミノサイクリンを用いて硬化療法を行ったが、肝嚢胞は縮小しなかった。104病日、モノエタノールアミノ酸(EO)を用いて再度硬化療法を行い、肝嚢胞は縮小した。その後、それぞれの肝嚢胞は縮小を保っている。【考察】心臓と下大静脈を圧迫する巨大肝嚢胞に対して、ドレナージや硬化療法を行った。ミノサイクリンによる硬化療法では効果が不十分であった肝嚢胞に対してもEOによる硬化療法では十分な効果を得た。EOは界面活性剤であり、接触した細胞を瞬時に破壊する作用を持っている。EOの強い嚢胞内上皮細胞障害性が十分な効果を得た原因と考えられた。

## 75

## 診断に苦慮した健康成人発症の肝臓脾臓型ネコひっかき病の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳徳會病院 消化器内科

○大屋 貴裕、片野 義明、乾 和郎、三好 広成、小林 隆、山本 智支、松浦 弘尚、鳥井 淑敬、黒川 雄太、細川 千佳生、安江 祐二、守瀬 善一、稲田 健一

【症例】39歳男性【主訴】発熱、頭痛、肝機能障害【既往歴】20歳時に自然気胸で保存的治療【現病歴】2015年12月20日より38~39℃の発熱があり、12月26日に近医受診し、血液検査で炎症および肝機能障害を認めため、入院後紹介受診され、精査加療のため入院となった。【現病歴】意識清明、血圧143/92mmHg、脈拍102回/分、体温38.3℃、黄疸なし、貧血なし。左手指に皮疹を認めた。【検査所見】白血球11,200/ $\mu$ l、CRP12mg/dl、T-Bil0.7mg/dl、D-Bil0.3mg/dl、AST205U/l、ALT145U/l、ALP865U/l、 $\gamma$ -GTP661U/l、IgM-HA抗体、HBs抗原、HCV抗体、抗核抗体、抗ミトコンドリア抗体はすべて陰性であった。腹部USにて肝と脾に多発した低エコー状の微小腫瘍病および肝門部リンパ節腫脹を認めた。ダイナミックCTでは単純相で肝と脾に低吸収域の微小多発病変を認め、造影効果は認めなかった。培養検査は陰性であった。【経過】入院1ヶ月前に左第1指を野良ネコによって咬傷およびひっかき傷を受けたとのことで、入院当初よりネコひっかき病を疑いTAZ/PIPC+MINOを投与したが、効果がなかった。EBV、CMVは既感染であり、HIV抗体陰性、クオンティフェロン陰性、 $\beta$ -Dグルカン陰性であった。抗生物質効果の高熱が続き、多発した腹腔内リンパ節腫脹あり、悪性リンパ腫を疑い、第18病日に外科にて腹腔鏡下肝生検(部分切除)および肝門部リンパ節生検を実施した。病理結果は膿瘍形成性肉芽腫性リンパ節炎であり、異形リンパ球の増生や癌の転移など、明らかに腫瘍性病変を認めなかった。血清抗体検査にて、Bartonella henselae-IgM抗体は320倍、IgG抗体512倍と高値を示し、ネコひっかき病と確定診断した。以後MINO+CAMを継続し、第29病日に解熱し炎症反応が改善し、第40病日に退院した。【結語】ネコひっかき病は健康成人に発症することは稀であり、肝・脾に病変を形成することはさらに稀である。貴重な症例と思われるため文献的考察を加え報告する。

## 76

## 健診異常を契機に発見された中国出身者の日本住血吸虫症の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○町田 健太、山田 貴教、大庭 行正、尾上 峻也、金子 雅直、間瀬 裕行、松浦 友春、伊藤 静乃、辻 敦、高橋 百合美、笹田 雄三、齋田 康彦

【はじめに】日本住血吸虫は中間宿主である宮入具体内で幼虫となり、ヒトなどの最終宿主に経皮感染後、血流に入り、門脈内で成虫になると産卵を始める。日本住血吸虫症は肝内門脈系に塞栓した日本住血吸虫卵の周囲に肉芽形成、繊維化が進行し、肝硬変や肝癌にもいたる疾患である。【症例】37歳、女性。13歳まで中国の湖北省に在住、約

3年前より日本に滞在している。自覚症状はなかったが、会社の健診にて肝機能障害(AST 37U/L、ALT 56U/L、 $\gamma$ GTP 212U/L)を指摘され、紹介受診。腹部超音波検査では、尾状葉の腫大、門脈右枝の数珠状の変化と肝内門脈の蛇行を、腹部造影CT検査では、肝表に線状・索状の石灰化、門脈区域枝の不鮮明化と側副血管路を認めた。画像検査では診断に決定的な所見を得られなかったが、問診より、父に住血吸虫症の治療歴があり、中国の日本住血吸虫症流行地の出身であることが判明したため、日本住血吸虫症を強く疑い、虫卵検査と血清抗体価(ELISA)を測定したところ、虫卵検査は陰性であったが、血清抗体価は高値を示したため、日本住血吸虫症と診断し、ブザカンテルを投与した。【考察】日本住血吸虫症は人畜共通感染症であり、国内では中間宿主である宮入具の撲滅とともに1978年以降新規発症例を認めていない。しかし、社会のグローバル化にともない、日本人が海外の流行地を訪れる機会、さらには本症例のように、外国出身者が日本に滞在する機会が増えるにつれて、国内の非流行地においても輸入感染症として経験する頻度の増加が危惧される。また、画像所見で典型的な所見が得られない場合や便中検査が陰性の場合でも、治療の適否を判断するために、日本住血吸虫抗体検査は有用であると考えられた。

## 77

## 高度脂肪肝を併発した筋ジストロフィーの2例

三重大学医学部 消化器肝臓内科

○吉川 恭子、山本 憲彦、玉井 康将、小倉 英、諸岡 留美、杉本 龍亮、田中 秀明、杉本 和史、小林 由直、長谷川 浩司、岩佐 元雄、竹井 謙之

症例1:19歳男性。入院半年前に筋力低下を主訴として神経内科受診し、筋緊張性ジストロフィーと診断。肝障害を指摘されたために精査加療目的で入院となる。既往歴:16歳時に心房細動でアブレーションを施行。身体所見ではBMI 22.5、血液生化学検査では、AST39U/l、ALT66U/l、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、抗核抗体陰性であり、腹部エコーで脂肪肝を認めた。フィブロスキャンではCAP値326と高度脂肪肝を示唆する所見であった。肝組織所見では、小葉内に高度(80%)以上の大滴性及び小滴性の脂肪沈着を認め、グリッソン線維性拡大はなく、中心静脈周囲の線維性増生は認めなかった。以上よりMatteoni分類の脂肪肝type1と診断した。症例2:37歳男性。10年前に肢帯型筋ジストロフィーと診断。肝障害を指摘され精査加療目的で入院となる。家族歴:姉、姪に筋ジストロフィー、母、姉に2型糖尿病、父に肝硬変(原因不明)。身体所見では、BMI27.6であり、血液生化学検査では、AST44U/l、ALT62U/l、 $\gamma$ GTP701U/l、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、抗核抗体陰性、抗ミトコンドリア抗体陰性であった。HOMA-IRは4.77とインスリン抵抗性を認めた。肝組織所見では、小葉中心部に90%以上の大滴性から小滴性の脂肪沈着があり、一部小葉内に壊死炎症反応及び、中心静脈周囲に軽度の線維化を認めた。Matteoni分類の脂肪肝type2と診断した。考察:筋ジストロフィーは、19番染色体に存在するミオトニンプロテインキナーゼ遺伝子の3'末端に位置するCUG反復領域における異常な進展にもたらされる。又、これにより、インスリン受容体のmRNAのスプライシング異常によるインスリン抵抗性の増加が高頻度でみられるとの報告がある。これまでも、NASH由来と思われる肝硬変を併発した症例や、NASHの経過中に筋ジストロフィーと診断された症例の報告もみられる。近年、NASH/NAFLD患者は増加しており、その中に筋ジストロフィー患者が存在することを念頭に置くとともに、筋ジストロフィー患者の肝障害の原因には、NASH/NAFLDの可能性があることも留意する必要があると、示唆に富む症例と考え報告した。

## 78

## Daclatasvir/Asunaprevir併用療法をおこなった血液透析中のC型慢性肝炎の3例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

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

【目的】直接作用型抗ウイルス薬のDaclatasvir(DCV)/Asunaprevir(ASV)は、ともに肝代謝であり、透析患者に対しても安全に投与可能と報告されている。今回、当院にてDCV/ASV投与を行った血液透析中のC型慢性肝炎3例について報告する。【症例1】61歳女性。腎硬化症による慢性腎臓病にて血液透析中。Serotype1、Y93とL31ともに野生型(Direct sequencing法とCyclecleave法)、HCV-RNA 6.5 log<sub>10</sub>U/mL、M2BPGi 1.35であった。DCV 60mg+ASV 200mg投与4週目にはウイルス検出せず、RVRとなった。その後、特に副作用なく、24週投与で終了。現在SVR12を確認している。【症例2】67歳女性。糸球体腎炎による慢性腎臓病にて血液透析中。Serotype1、Y93とL31ともに野生型、HCV-RNA 5.6 log<sub>10</sub>U/mL、M2BPGi 4.29であった。DCV 60mg+ASV 200mg投与4週目にはウイルス検出せず、RVRとなった。その後、特に副作用なく、24週投与で終了。現在SVR8を確認している。

【症例3】59歳女性。糖尿病性腎症にて血液透析中。Genotype 1B, Y93とL31ともに野生型。HCV-RNA 6.1 log<sub>10</sub> IU/mL, M2BPGI 0.64であった。DCV 60mg + ASV 200mg投与4週目にはウイルス検出せず、RVRとなつた。その後、特に副作用なく、24週投与を終了。現在SVR8を確認している。【結語】当院の血液透析患者においても薬剤耐性変異のない1型のC型肝炎に対するDCV / ASV併用療法は、安全かつ有効な治療法であった。

## 79

### 周術期脱感作療法により成功した抗ドナーHLA class I抗体強陽性生体肝移植の1例

藤田保健衛生大学 肝胆臓外科

○三井 哲史、加藤 悠太郎、小島 正之、辻 昭一郎、棚橋 義直、香川 幹、中嶋 早苗、木口 剛造、杉岡 篤

【緒言】抗ドナー特異的抗体(DSA)陽性レシピエントに対する肝移植は免疫学的にハイリスクであり、とくに抗ドナーHLA class I DSA強陽性生体肝移植は禁忌とする施設が多い。当科においてclass I DSA強陽性レシピエントに対する生体肝移植を行ったので報告する。【症例】レシピエントは49歳女性、アルコール性肝硬変。Child-Pughスコア10点C、MELD23、肝腎症候群、繰り返すSBPを呈した。長期臥床によりPerformance status 3-4。ドナー候補は血液型同型の夫、息子、娘、姉。脂肪肝が改善した息子がドナー候補となったが、リンパ球クロスマッチはTW8-8.6、BW8-8.8、BC8-8.8と強陽性。シングルビーズ法でドナーHLA-B44:03に対してDSA強陽性(MFI 21100)であった。他ドナー候補も全員HLA-B44:03を有した。国内外の文献検索や情報収集、適応判定会議、倫理委員会で議論を重ねた結果、術前脱感作療法による成績向上の可能性が示唆されたため、十分なICのもと息子の拡大肝葉+尾状葉を用いた生体肝移植を行った。術前脱感作療法と免疫抑制法として、2週間前にリツキサン500mg、1週間前からFKとMMFを投与し、血漿交換3回施行。術中に脾摘を行い、術中よりステロイド、PGE1、FOYの持続門脈内投与、FK静注を開始。術後は門注3週間継続、FK静注、ステロイド静注、MMF経腸投与。術後1か月目CMV、真菌感染を認めたがganciclovir, amphotericin-B投与および免疫抑制減弱により軽快。術後、細胞性・液性拒絶は認めず肝機能はほぼ正常であったが、ADLの回復に極めて時間を要し、術後9か月目に退院となった。15か月目の現在元気に通院中である。なお術後class I DSAは低値を維持している。【考察】今後経過観察が必要であるが、周術期脱感作療法と免疫抑制法により、免疫学的に極めてハイリスクのHLA class I DSA強陽性肝移植は成功し得ることが示された。

## 80

### SOF/RBV療法中にミルクアルカリ症候群をきたした1例

刈谷豊田総合病院

○三浦 眞之祐、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、坂巻 慶一、久野 剛史、鈴木 孝弘、池上 脩二、大脇 政志、溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜、井本 正巳

【症例】78歳、女性【既往歴】骨粗鬆症、便秘症、胸椎圧迫骨折、糖尿病、腸捻転(女性に手術。その際に輸血施行)【処方歴】エルデカルシトール、L-アスパラギン酸Ca、ラロシフェン、酸化マグネシウム【現病歴】50代からC型慢性肝炎にて近医通院中であった。2015年3月11日、食思不振を主訴に当院紹介受診となった。症状改善後、C型慢性肝炎に対するIFN free治療を希望された。7月6日に腰椎圧迫骨折を受傷し近医にて軽快した。9月17日よりSOF/RBV療法を開始した。投与開始3週後の10月5日にK 6.9 mmol/lと上昇したため、ポリステレンスルホン酸Caを開始した。10月8日、倦怠感と食思不振が出現し、Cr 1.84 mg/dl、BUN 35.6 mg/dl、Ca 14.8 mg/dlと腎機能障害、高Ca血症を認めたため、SOF/RBV療法を中止し入院となった。【経過】入院後再確認すると圧迫骨折に対し近医にてCa点滴を施行されていたことが発覚した。処方歴よりミルクアルカリ症候群と診断し、内服薬を中止し生理食塩水の補液を行った。入院後、リバビリンによる貧血が6.9 g/dlまで進行したが、高Ca血症、腎機能障害とともに軽快し10月20日に退院となった。10月22日よりSOF/RBV療法を9週間行いSVRとなった。【考察】ミルクアルカリ症候群は高Ca血症、代謝性アルカローシス、腎機能障害を主徴とする症候群である。近年は骨粗鬆症に対するCa製剤やVitD製剤に加え、弱アルカリである酸化マグネシウムを併用して発症することが多い。本症例もCa製剤やVitD製剤に加え酸化マグネシウムを併用していたこと、高Ca血症、腎機能障害を認めることよりミルクアルカリ症候群と診断した。高齢者は複数の病状を併診していることも多く、経時的な処方歴の把握が難しいことがある。SOF/RBV療法は高齢者に多く施行されており、腎機能障害にて中断を余儀なくされることから、経時的に併用薬を確認し、内容によっては本疾患を念頭においてCaのモニタリングをすることが重要と考えられた。【結語】SOF/RBV併用療法中にミルクアルカリ症候群をきたした1例を経験した。

## 81

### アムロジピンによる薬剤性肝障害の1例

<sup>1</sup>成田記念病院 消化器内科、<sup>2</sup>愛知医科大学 消化管内科

○飯田 章人<sup>1</sup>、吉峰 崇<sup>1,2</sup>、外山 貴洋<sup>1</sup>、溝口 直人<sup>1</sup>、大谷 宣人<sup>1</sup>、成田 真<sup>1</sup>

症例は84歳男性、高血圧のため10年程度アムロジピンを内服していた。201X年4月肝機能の上昇を認めた。同年6月に経過観察のため血液検査を行ったところ、AST 572IU/L、ALT 688 IU/L、LDH 442 IU/L、ALP 558 IU/L、γ-GTP 693 IU/L、T-BIL 8.0mg/dl、D-BIL 5.5 mg/dlと肝機能障害の増悪、黄疸を認め、精査治療目的に6月2日当科に紹介入院した。腹部単純CT検査では明らかな胆管系の拡張は認めなかったが、直接ビリルビン優位の黄疸を認めたため、同日ERC、ERBDを施行した。6月8日血液検査にてAST 480IU/L、ALT 458 IU/L、LDH 341 IU/L、ALP 483 IU/L、γ-GTP 508 IU/Lと肝酵素はやや減少を認めたが、T-BIL 12.7mg/dl、D-BIL 9.1mg/dlと上昇を認めた。この時点で薬剤性肝障害を疑い、内服していたアムロジピンを中止した。同時にDLST検査に提出した。その後、肝酵素値は遅延しながらも減少した。HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、IgM-HA抗体陰性、IgMサイトメガロウイルス抗体陰性、IgM-EBVCA陰性、抗核抗体陰性、IgA-HEV抗体陰性であった。アムロジピンDLST値は1020cpm、SI 886%と陽性であり原因薬剤と考えられた。DDW-J 2004 ワークショップの薬剤性肝障害診断基準案を用いてスコアリングを行った結果、スコアは6点となり可能性が高いと判断した。肝細胞障害型と考えられた。アムロジピンは添付文書にて肝炎の注意喚起がされているが、広く世界中で使用されている薬剤であり、注意が必要であると考えられた。アムロジピン服用による薬剤性肝障害の1例を経験したので報告をする。

## 82

### 防風通聖散が原因と考えられた薬物性肝障害の1例

浜松医療センター 消化器内科

○花岡 智彦、影山 富士人、山田 景子、浅井 雄介、木次 健介、高島 真悟、松浦 愛、栗山 茂、岩岡 泰志、住吉 信一、川村 欣也、吉井 重人、金岡 繁

【症例】40代女性。201X年4月にダイエット目的で1か月間、市販防風通聖散料エキスの内服をしていた。5月初旬より全身倦怠感、嘔気、尿濃染が出現した。その後全身の掻痒感が出現し、近医皮膚科を受診し、ペボタスチンベシル酸塩・ジフルブレドナートクリーム<sup>®</sup>の処方を受けた。5月中旬より便が白色となり、近医総合病院を受診し血液検査で肝機能障害を認め、当院当科を紹介受診した。受診時血液検査で、T-Bil 2.61 mg/dl、D-Bil 1.29 mg/dl、AST 872 U/L、ALT 1003 U/L、ALP 490 U/L、γ-GTP 121 U/Lと肝胆道系酵素異常を認め精査加療目的で入院となった。腹部CT及びエコー検査で胆石及び腫瘍性病変は認めなかった。また、各種肝炎ウイルスマーカーは陰性、EBV-CMVの急性感染も否定された。病歴からアルコール・ショック肝なども否定された。このため症状が出現する前に使用していた防風通聖散による薬物性肝障害の可能性が最も高いと考えられた。防風通聖散のDLSTは陰性だったが、DDW-Japan 2004 薬物性肝障害ワークショップスコアリング6点であり薬物性肝障害と診断した。入院後安静と薬剤使用中止のみで肝機能は改善傾向を示し、自覚症状も改善した。【考察】従来、漢方・生薬は安全性の高い薬剤として古くから様々な疾患に使用されてきた。しかし近年、漢方による副作用が数多く報告されており、特に肝胆道系への副作用が数多く報告されている。また、本例のように市販薬として手に入る漢方も増えており注意を要すると考えられる。【結語】防風通聖散による肝障害を来したと考えられる1例を経験したので報告する。

## 83

### 好酸球性食道炎にJackhammer esophagusを伴った1例

愛知医科大学 消化管内科

○中川 頌子、近藤 好博、舟木 康、高田 真由子、新村 哲也、川村 百合加、下郷 彰礼、足立 和規、山口 純治、岡庭 紀子、野口 誠司、吉峰 崇、北河 洋樹、郷田 滋希、田村 泰弘、野田 久嗣、井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【症例】37歳、男性。【主訴】胸やけ、つかえ感、胸痛。【既往歴】高血圧症にて内服治療中。【現病歴】平成X年3月頃より胸やけ症状を主訴に近医受診した。PPI投与にて経過観察となるも、その後つかえ感、胸痛が出現したため精査目的にて当院紹介受診となった。【経過】血液生化学検査は異常を認めなかったが、アレルギー検査にて非特異的IgEが315IU/mと高値を認めた。上部消化管内視鏡検査では中食道から下部食道に血管透見の消失を伴う粘膜浮腫と縦走潰瘍、下部食道で輪状狭窄を認めた。病理組織検査で15/HPF以上の好酸球浸潤が存在し好酸球性食道炎(EoE)と診断した。食道内圧所見はintegrated

relaxation pressure (IRP: 正常値<15mmHg) は8.4mmHg、distal contractile integral (DCI:450~8000) は20%以上8000mmHg-s-cm以上の高値を認め、Jackhammer esophagusと診断した。検査終了2日後から右顔面神経麻痺を発生しステロイド内服投与が開始となり、投与2日目より胸痛とつかえ感は消失した。1ヶ月後のEGDでは、EoEの特徴的な粘膜所見と、病理組織検査で好酸球浸潤は消失した。食道内圧検査は異常を認めなかった。【考察】上部消化管検査にて粘膜浮腫、縦走溝、輪状狭窄を認め、病理組織検査でEoEと診断され、食道内圧検査でJackhammer esophagusが認められたことから、胸痛とつかえ感は食道運動異常によるものと考えられた。【結語】好酸球性食道炎はJackhammer esophagusを伴った稀な1例を経験したので報告する。

## 84

管理に難渋した食道運動機能障害を伴うダビガトラン起因性食道粘膜傷害の1例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

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

【症例】82歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】心房細動のため循環器内科からダビガトラン220mg/dayの投薬を受けていた。これまで日常生活において前胸部症状・心窩部症状を認めたことはなかったが20XX年9月、近医にてスクリーニングの上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ切歯列30cm付近に全周性に厚い白色物の付着を認めたため当科紹介となった。

【経過】前医の内視鏡所見を見直したところダビガトランに起因した食道粘膜傷害である可能性が疑われた。問診によるとダビガトランの内服は毎回少量の水で行っていたため、内服後にはすぐに軽食を摂取するよう服薬指導し2週間後にEGDを再検したところ白色の付着物を伴う食道粘膜傷害は消失していた。またHigh Resolution Manometry (HRM)にて食道内圧を測定するとabsent peristalsisやJackhammer esophagusを疑わせるhypercontractileを認め食道運動機能障害が存在していることが明らかとなった。その後経過は良好であったが、半年後に心窩部痛が再燃したためEGDを再検したところ食道粘膜に前回同様の厚い白色物の付着を認めた。そのため内服薬をダビガトランからリパロキサバンへ変更し経過観察する方針となった。

【考察】本症例では食道運動機能異常を有したために通常よりもダビガトランが食道内に停滞しやすかったことが粘膜傷害発症の原因と推測された。服薬指導によって粘膜傷害は消失しダビガトランの内服は継続できたが徐々に服薬指導内容を守ることができなくなり粘膜傷害は再燃、内服薬を変更する結果となった。

【結語】今回管理に難渋したダビガトラン起因性食道粘膜傷害の1例を経験した。一般にこの疾患は服薬指導によって管理は可能だが、食道運動機能障害を有する症例においては服薬指導での管理に限界があり、その際は薬剤の変更を考慮する。

## 85

長期経過を観察しえた粘膜下腫瘍様の形態を呈する食道表在癌の一例

JA 岐阜厚生連 東濃厚生病院

○宮本 陽一、長屋 寿彦、神田 裕大、荒田 真子、吉田 正樹、山瀬 裕彦

【症例】80歳代男性【既往歴】前立腺癌、高血圧症、高脂血症、2型糖尿病、胆石症【現病歴】2004年に近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行。胸部中部食道に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、年に1度のEGDにて経過観察されていた。2016年2月にEGDを施行、病変が急激に増大しており、精査目的にて当院紹介となった。【臨床経過】2016年3月に当院においてEGDを施行。胸部中部食道、門歯列より約34cmの左側壁に中央に陥凹を伴う隆起性病変を認めた。病変は正常粘膜で覆われており粘膜下腫瘍の形態をとっていた。NBI強調画像で陥凹部はbrownish areaとして描出され、拡大観察にて口径不同、蛇行を伴う不整血管を認めた。ヨード染色では腫瘍は周囲粘膜と同様に染色され粘膜下腫瘍として矛盾のない所見であった。陥凹部より生検を行い低分化型扁平上皮癌の組織診断となった。超音波内視鏡では粘膜下層に一部非薄化や腫瘍による圧排に伴う狭小化を認め浸潤が疑われたが、上部消化管造影検査にて側面変形を認めず、送気による拡張が比較的良好でありtotal biopsyも含め内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。ESDでは術中一部局注による膨隆が乏しく剥離困難であったが一括切除できた。切除標本の病理組織所見では、病変は粘膜層から粘膜下層深部に広がっておりびらん面以外では正常な扁平上皮に覆われていた。また癌巣の内外に著明な小型リンパ球の浸潤を認めリンパ濾胞の形成を伴っていた。最終診断は低分化型扁平上皮癌、p-T1b-SM2、ly(-)、v(-)、pHM0、pVM0であった。非治療切除となったが断端陰性、リンパ管浸潤、脈管浸潤なく高齢であり患者と相談の上、外来で経過観察を行っている。【考察】本症例は非常に緩徐な発育進展をし、粘

膜下腫瘍の形態をとった食道癌であり、病理組織所見ではcarcinoma with lymphoid stromaの形態を示した。同組織形態を示す食道癌の報告は少なく肉形形態、進展と共に稀な腫瘍と考え文献的考察を加え報告する。

## 86

当院における原発性食道小細胞癌の検討

愛知医科大学 消化器内科

○駒井 洋彦、新村 哲也、林田 真由子、川村 百合加、野口 誠司、山口 純治、吉峰 崇、北洞 洋樹、下郷 彰礼、足立 和規、郷治 滋希、岡庭 紀子、野田 久嗣、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

食道小細胞癌は稀な腫瘍で早期から転移をきたす。手術、化学療法、放射線療法を組み合わせた集学的治療で長期生存を得たとの報告もあるが、大部分は予後不良で標準的な治療方針は確立していない。【症例1】67歳、男性、2014年7月、胃癌検診にて食道腫瘍を指摘され近医にて上部消化管内視鏡検査(EGD)施行し、隆起性病変を認めたため、8月精査加療目的に当院紹介。当院EGDにて門歯30から35cmの食道に粘膜下より膨隆する約1/3周のやや中央が陥凹した腫瘍を認めた。病理組織検査にて小細胞癌と診断。胸部腹部骨盤部CTにて中部食道壁の全周性肥厚と周囲に腫大リンパ節を認めた。縦隔、肺門部、腹部に有意なリンパ節腫大や肝臓、脾臓に転移を疑う所見は認めなかったためcT3N1M0、StageIIIと診断した。2014年9月よりFP2コース+放射線照射50Gy施行。2コース終了後のEGDにて以前病変を認めた部位は癒着化しており、病理所見でも上皮に異型は認めなかった。2014年12月、S1内服開始。2015年2月、CTにて肝腫瘍を認めた。2015年4月よりPAC療法6コース施行。2015年8月、肝生検施行し肝臓の病変も小細胞癌であることが判明したため肺小細胞癌に準じた治療CPT-11+CDDP療法2コース開始。更なる肝転移の増大を認め、その後全身状態悪化し、11月下旬永眠。【症例2】75歳、女性、2015年6月、EGDにて食道に隆起性病変を認め当院紹介。当院EGDにて門歯30cmの中部食道に粘膜下より膨隆する8mm大の白濁状腫瘍を認めた。病理組織検査にて小細胞癌と診断。胸部腹部骨盤部CTにて原発巣は同定されず、肺、肝臓に転移を疑う所見は認めなかったが、腹腔内や縦隔に多数の腫大リンパ節を認めたため、cT2N4M0、StageIVaと診断。7月よりFP開始、現在も継続加療中である。【考察】食道小細胞癌は5年生存率10%未満と報告されており、極めて予後不良の疾患である。症例1は集学的治療により16か月の生存を得ることができ、貴重な症例と報告された。当院では以前に集学的治療を行った3例についても報告しており、それらの症例も合わせて、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 87

イレウスにて発症した小腸悪性リンパ腫の1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○大庭 行正、笹田 雄三、尾上 峻也、金子 雅直、間濶 裕行、松浦 友春、辻 敦、高橋 百合美、山田 貴教、齋田 康彦

【症例】66歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】高血圧症、脂質異常症、陳旧性脳血栓症、Warthin腫瘍、小腸腫瘍、尿路結石【家族歴】特記事項なし【生活歴】喫煙:20本×44年、アルコール:なし【現病歴】平成28年4月X日午後から腹部不快感が出現した。21時過ぎから腹痛増悪し、翌日午前0時頃から多量嘔吐がみられた。同日かかりつけ医を受診しイレウスの疑いで磐田市立総合病院消化器内科を紹介受診した。CTにて回腸末端が狭窄しこれより口側の小腸が拡張し小腸イレウスの診断で精査加療目的に入院となった。【現症】腹部は平坦で軟、下腹部に圧痛軽度認め、腸蠕動はやや亢進。【経過】腹部CTでは回腸末端に全周性、限局性の壁肥厚があり、内腔が狭窄していた。これより口側の小腸は液体、ガスが貯留し拡張を認めた。周囲リンパ節腫大は認めなかった。イレウス管を挿入の後、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、回腸末端に狭窄部を認め小潰瘍を認めた。狭窄部の内視鏡通過はできなかった。回腸の狭窄の原因として、悪性リンパ腫、回腸痛などの狭窄が考えられた。回腸狭窄部の生検では悪性所見を認めなかったが、今後繰り返しイレウスを来す可能性があると考え、手術適応と判断し外科転科とし腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理組織はびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であった。外科退院後、血液内科に再入院しR-CHOP療法が開始された。【考察】小腸悪性リンパ腫は腸重積によりイレウスをきたすことが多く、本症例のように狭窄による発症は比較的まれである。この点をふまえて文献的考察を加え報告する。

### 肝機能異常精査目的の画像診断にて偶然発見された空腸異所性腺の1例

高山赤十字病院 内科

○山口 公大、奥野 充、今井 奨、佐藤 寛之、白子 順子、棚橋 忍

症例は43歳、男性。肝機能異常精査加療目的で近医より紹介、入院となった。腹部造影CTにて、空腸に造影効果を伴う腫瘍を指摘された。小腸内視鏡検査ではトライツ靱帯から約20cmの肛門側に立ち上がり比較的なだらかな隆起性病変を認め、粘膜下腫瘍と診断した。生検では胞体を有した異型のない腺上皮が含まれ異所性の腺組織の所見であった。4年前の腹部造影CTに比べて腫瘍が増大傾向であったこと、PET-CTで同腫瘍に一致して淡い集積を認めたことから、小腸カルチノイドや間質性腫瘍の可能性も否定できず、当院外科にて空腸の部分切除術を行った。手術標本では腫瘍は大きさ3×1.5cm、剖面は黄褐色で、漿膜面、粘膜面とも保たれた粘膜下腫瘍であった。病理学的には周囲を圧排する腺房、導管、ランゲルハンス島の構成成分がすべてそろった腺組織を認め、Heinrich Type 1の異所性腺の所見であった。異所性腺は剖検例の2~14%にみられ、多くが無症状である為に他疾患で画像検査を施行されるなどにより偶然発見される場合が多い。ほとんどが消化管の粘膜下病変として存在し、発生部位は胃27%、十二指腸29%、空腸16%、回腸6%、メッケル憩室6%と報告されている。一般的には異所性腺は症状がなければ経過観察とされる。本症例では明らかな自覚症状はなかったが、造影CTや小腸内視鏡で粘膜下腫瘍を認め、腫瘍が増大傾向があったことや、PET-CTで集積を認めたことから、悪性腫瘍も疑い切除術を行い、異所性腺の診断に至った。異所性腺と術前診断は可能であったとしても腺癌合併の報告もあり、画像による厳重なフォローは必要であったと考えられた。

## 89

### 貧血を契機に発見された小腸異所性腺の一例

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

<sup>3</sup>浜松医科大学 臨床研究管理センター、

<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床腫瘍学講座

○志村 恵理<sup>1</sup>、谷 伸也<sup>1</sup>、江上 貴俊<sup>1</sup>、高橋 賢一<sup>1</sup>、芹澤 亜紗美<sup>1</sup>、鈴木 崇弘<sup>1</sup>、田村 智<sup>1</sup>、杉山 智洋<sup>1</sup>、森 泰希<sup>1</sup>、高野 充佑<sup>1</sup>、鏡 卓馬<sup>1</sup>、鈴木 聡<sup>1</sup>、市川 仁美<sup>1</sup>、大石 慎司<sup>1</sup>、山出 美穂子<sup>1</sup>、濱屋 寧<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>1</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、古田 隆久<sup>3</sup>、杉本 健<sup>4</sup>

【症例】60歳代、女性【主訴】貧血【現病歴】20XX年8月より前医でANCA関連腎炎による慢性腎不全に対し透析導入された。透析開始時よりエリスロポエチン抵抗性貧血を認め、便潜血は陽性であった。20XX年6月に他院で上部・下部内視鏡検査を施行されていたが、上部には貧血の原因を疑う病変は認めなかった。下部は子宮体癌術後癒着のためS状結腸までしか観察できなかった。20XX年12月出血源精査目的に当科紹介となり大腸カプセル内視鏡検査を施行したところ、空腸・回腸移行部に隆起性病変を認めたため、20XX+1年4月に経肛門的ダブルバルーン内視鏡を施行、回腸に広基性、発赤調の頂部にやや陥凹を伴う隆起性病変を認め、クッションサインは陰性であった。貧血の原因である可能性が考えられたため、20XX+1年6月に当院一般外科にて腹腔鏡下小腸切除術を施行された。病理検査では肉眼的に1.9×1.0cmの粘膜下腫瘍を認め、組織学的には粘膜固有層~粘膜下層に腺導管様の分岐した腺管と周囲に平滑筋の増生を認めた。明らかな腺房及びラ氏島は観察されなかった。免疫組織学的には、MUC6 (occasionally+)、MUC1 (-)、MUC2 (-)、MUC5AC (-)、CDX (-)を示し、以上より異所性腺 (Heinrich's type3) と診断した。【考察】異所性腺は上部消化管に認めることが多く、回腸に発見されることは稀である。臨床症状として腸重積や腸閉塞を契機に発見された報告が多い。本症例は便潜血を契機にカプセル内視鏡での精査から診断に至った稀な症例であり報告する。

## 90

### 重度の蛋白漏出性胃腸症を来した好酸球性胃腸炎の一例

名古屋市立東部医療センター

○森 俊敬、田中 義人、佐橋 秀典、近藤 力、立松 有美子、浅野 剛、北川 美香、今井 宗憲、伊藤 恵介、長谷川 千尋、川合 孝

【患者】64歳男性。【主訴】下痢、腹痛。【既往歴】胆嚢摘出術。アレルギーなし。【渡航歴】定年退職後タイに移住。【現病歴】201X年9月ごろより嘔吐、下痢を発症し現地の病院を受診した。感染性腸炎の疑いで治療を受けたが改善せず同年12月帰国し当院を受診された。血液検査にて著明な低蛋白血症を認め精査加療のため入院となった。【現症】身長170cm。体重52.7kg。血圧147/92mmHg。脈拍86回/分。体温

37.0℃。結膜に貧血黄疸なし。腹部平坦軟。両側下腿浮腫あり。【入院時検査】TP 3.9 mg/dl。Alb 0.9 mg/dl。WBC 6030/μl (Eosi 1.0%)。CRP 7.2 mg/dl。Hb 11.3 g/dl。BUN 11.4 mg/dl。Cr 0.68 mg/dl。Na 128 mEq/L。K 2.9 mEq/L。IgE 139 IU/ml。蛋白尿 (-)。便CD (-)。便培養 Aeromonas属 (+)。虫卵 (-)。寄生虫 (-)。【入院後経過】CTで小腸の浮腫を認め、EGDでは明らかな異常を認めなかった。TCSでは上行結腸~S状結腸に浮腫を認めるも生検にて特異的所見を認めなかった。99mTc-HSADシンチを施行したところ回腸の蛋白漏出が示唆され、カプセル内視鏡で空腸に多発性潰瘍を認めた。ダブルバルーン内視鏡 (DBE) により同部の生検を行い著明な好酸球浸潤を認め好酸球性胃腸炎 (eosinophilic gastroenteritis: EGE) と診断。第38病日にプレドニゾン30mg/日投与を開始し2日後には症状消失した。その後ステロイド漸減するも症状の増悪は認めず第172病日軽快退院となり外来経過観察中である。【考察】EGEは消化管壁に好酸球浸潤をきたし機能障害を起こす原因不明の疾患で稀に蛋白漏出性胃腸症の原因になると言われている。EGEの小腸病変については不明な点も多く、小腸疾患の診断技術の進歩などにより今後正確な発症頻度や病態につき解明される可能性があると考えられる。本例はDBEによる生検でEGEと確定診断されステロイドが著効し緩解に至ったが、発症の原因は不明で今後も経過観察が必要である。原因不明の蛋白漏出性胃腸症を認めた際には積極的に全消化管内視鏡を行い、適切な治療を行うことが重要であると考えられた。

## 91

### 出血性ショックをきたした回腸憩室出血の1例

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

○鈴木 孝弘<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、坂巻 慶一<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 眞之祐<sup>1</sup>、池上 侑二<sup>1</sup>、大腸 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、山本 怜<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】73歳、男性。【主訴】血便。【既往歴】胃潰瘍。【現病歴】2016/5/23の夕方から下痢、血便を認めたため、同日に当院救急外来を受診した。来院時、血圧77/48mmHg、脈95回/分と出血性ショックであった。血液検査成績は、CRP 4.31mg/dl、WBC 13500/μl、Hb 11.3g/dlと、炎症反応上昇・軽度の貧血を認めた。造影CTでは、回腸末端に径11mmの憩室を認め、同部位に腸管内への造影剤の漏出を疑う高吸収域と、大腸に液体貯留を認めた。補液で一時的に収縮期血圧は100mmHgまで上昇するも、すぐに70mmHg台まで低下し、来院して2時間後の採血でHbは7.7g/dlまで低下した。赤血球濃厚液を投与しながら、先端アタッチメントを装着して下部消化管内視鏡検査を施行したところ、大腸全体と回腸末端に新鮮血の血液付着と貯留を認めた。盲腸・パウヒン弁から約5cm口側の回腸末端に憩室を数カ所認め、回腸末端の憩室の一部から動脈性の出血を認めた。吸引にて憩室の反転は困難で、クリップによる憩室の縫縮を試みたが、完全に止血できず、血圧も不安定であり、これ以上の内視鏡的止血術の継続は危険と判断した。大量補液・出血に伴い全身浮腫や酸欠不良を伴っており、選択的血管塞栓術で止血困難だった場合や術後に腸管壊死が合併した場合、救命困難になる可能性が高く、更には大腸憩室に比し小腸憩室は管腔が狭いため塞栓術後の腸管狭窄・腸閉塞のリスクが高いと考え、同日当院外科にて回盲部切除術を施行した。術中、回腸末端10cmを切除した後にバイタルは安定した。病理組織学的には、回腸末端の腸間膜側に4個の約10mm大の仮性憩室を認め、一部の憩室は粘膜が破綻していた。高度な好中球、リンパ球浸潤や出血を伴い、憩室内に血液貯留を認めた。術後経過は良好で第8病日に退院となった。【考察】小腸仮性憩室は発生頻度が非常に少ない。正確な発生頻度は不明だが、剖検例の0.3~4.5%、小腸造影検査の0.5~2.3%に確認された。小腸仮性憩室の多くは無症状で経過するが、自経路の様に出血性ショックをきたした回腸憩室出血は稀であり、大腸憩室出血と同様のstrategyで治療可能と考えられた。

## 92

### クローン病に対しインフリキシマブを投与中に結核、前立腺癌を発症した一例

愛知医科大学 消化管内科

○林田 真由子、野田 久嗣、小野 聡、加藤 駿介、高山 将旭、駒井 洋彦、中川 頌子、越野 顕、新村 哲也、川村 百合加、足立 和規、吉峰 崇、北洞 洋樹、田村 泰弘、近藤 好博、井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、舟木 康、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【症例】72歳、男性【既往歴】糖尿病【主訴】発熱【経過】2007年、小腸型クローンと診断、2012年3月よりインフリキシマブ (以下IFX) の投与を開始された。2015年3月、健診にてPSA高値を指摘され、泌尿器科にて前立腺針生検を施行、結果は腺癌で、前立腺癌 cT2a N0 M0 と診断された。前立腺全摘除術が検討されたが、尿道球部屈曲のため施行できず、ホルモン治療が開始された。その際、IFXにつき患者と

相談し、継続となった。2015年10月IFX投与23サイクル目に、倦怠感と37℃台の発熱が出現し、腹部単純CTにて傍大動脈、肝門部リンパ節腫脹を認めた。前立腺癌の転移を疑い、泌尿器科と相談したが前立腺癌からの転移は否定的であるため経過観察となった。2015年12月X日、定期受診時に発熱が継続しており、胸部腹部単純CTを施行したところ、両肺野に粒状影を認め、粟粒結核が疑われた。IFX開始時のカルテを確認したところ、ツベルクリン反応偽陽性、INF- $\gamma$ ゴールド陽性であり、結果を失念したままIFXを投与継続していたことが判明した。三連痰で結核菌は検出されなかったが、抗結核薬の投与を開始したところ、速やかに解熱し、X+14日退院となった。【考察】結核菌は人の肺に感染すると、TNF- $\alpha$ 等のサイトカインが誘導され、INF- $\gamma$ を産生し、感染が治癒に向かうものと考えられており、このことはTNF- $\alpha$ が阻害されれば結核の治癒が抑制されることを意味している。今回我々は結核スクリーニング検査を施行したものの、結果の確認を失念し、IFX投与を継続したことにより結核を発症させた可能性が高い。また、本症例ではIFX投与中、前立腺癌を併発した。悪性リンパ腫を除く悪性腫瘍とTNF阻害薬との関連性を示す質の高いエビデンスはこれまでのところ報告されておらず、添付文書では、投与中の悪性腫瘍等の発現に対する注意が重要な基本的注意の一つとして記載されているが、現時点では担癌状態でのIFX投与は禁忌ではない。今回我々はIFX投与中に結核と前立腺癌を発症した患者を経験した。教育的な観点からも重要な症例と考え、報告する。

### 93 副脾捻転の一例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
○福沢 一馬<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、濱島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
坂巻 慶一<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、三浦 眞之祐<sup>1</sup>、鈴木 孝弘<sup>1</sup>、  
池上 脩二<sup>1</sup>、大脇 政志<sup>1</sup>、溝上 雅也<sup>1</sup>、恒川 卓也<sup>1</sup>、  
山本 玲<sup>1</sup>、井本 正巳<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】22歳、男性【主訴】左側腹部痛【既往歴】なし【現病歴】2016年5月11日、15時頃座位にて仕事中、突然左側腹部痛が出現し、徐々に増悪を認めたため5月12日近医受診、当科紹介受診となった。【現症】腹部軟、左上腹部に圧痛を認めたが、筋性防御、反跳痛は認めなかった。【検査成績】WBC 9800/ $\mu$ L、Seg 66.3%、CRP 0.83mg/dLと軽度の炎症反応を認めた。腹部単純CTでは脾頭側に7mmの結節影と周囲脂肪織濃度上昇を認めた。造影CTでは結節影の造影効果は不良であった。脾動脈より分岐する動脈は結節影近傍を走行していたが、途中で不明瞭化していた。以上より副脾捻転が疑われた。【経過】同日入院、緊急手術となった。腹腔鏡下に観察すると、脾頭側に約2cmの暗赤色の腫瘍と、周囲に漿液性腹水を少量認めた。炎症で赤黒くなった脂肪に副脾と思われる結節がくまるまれていると思われ、同部を切除した。術後経過は良好で、第3病日に退院となった。病理では、出血性梗塞に陥った約1cmの副脾と、それを囲む腹膜脂肪織を認めた。脾臓固有リンパ組織の構造は失われていた。【考察】副脾捻転は、非常に稀な疾患である。造影CTでは副脾への動脈血流の低下、周囲の脂肪織濃度上昇が特徴的な所見であるが、非典型例も多く、症状が左側腹部痛と非特異的であることから急性腹症として手術した後に診断されることも多い。若年者の腹痛症の際には副脾捻転を鑑別に上げることが重要であると考えられた。【結語】副脾捻転の一例を経験した。

### 94 後腹膜脂肪肉腫の一例

名古屋市立西部医療センター  
○寺島 明里、遠藤 正剛、田中 翔、山東 元樹、中西 和久、  
尾関 智紀、西垣 信宏、山下 宏章、小島 尚代、平野 敦之、  
木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

【症例】73歳、男性【既往歴】慢性C型肝炎、非結核性抗酸菌症【現病歴及び経過】2013年10月に近医で腹部腫瘤を指摘され、精査目的に当院を紹介受診した。上下部消化管内視鏡検査で特記すべき異常を認めず、造影CT検査では上行結腸腹側、外側に多発腫瘤を認めた。CTガイド下生検を施行し、低分化癌が疑われるも確定診断に至らなかった。2014年3月、手術方針となるも十二指腸・後腹膜浸潤のため切除不能であり、回腸横行結腸バイパス術施行した。術中に摘出した腫大リンパ節の病理組織では異型紡錘形細胞の増殖を認め、免疫染色ではMDM2 (+) (FISH法で増幅+)、S-100 (+)、sm-actin (+)、D2-40 (- $\sim$ ±)、WT-1 (+)、CD34 (-)、c-kit (-) であり、脱分化型脂肪肉腫と診断した。2014年6月よりdoxorubicin投与開始、4クール施行後に腫瘍増大を認めたため、2014年9月よりpazopanib内服を開始するも、肝機能障害のため中止となった。その後は、本人の意向の元、経過観察の方針となり、現在まで外来通院中である。【考察】後腹膜脂肪肉腫は比較的に稀な疾患であり、成人では軟部組織肉腫の約13%を占めるとされる。外科的切除が第一選択であるが、自覚症状に乏しく、隣接組織浸潤を伴う大型腫瘤として発見されることが多い。本症例のように

切除不能である場合の治療法は未だ確立していない。稀な後腹膜脂肪肉腫の一例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

### 95 術前質的診断が困難かつ肝、大血管に浸潤が疑われた巨大後腹膜腫瘍の1切除例

藤田保健衛生大学 肝胆膵外科  
○西村 彰博、加藤 悠太郎、香川 幹、棚橋 義直、小島 正之、  
中嶋 早苗、木口 剛造、辻 昭一郎、三井 哲史、杉岡 篤

【緒言】後腹膜腫瘍はときに術前質的診断が困難で、また腫瘍が肝や主要血管に近接する場合、肝切除や血管合併切除要否の術前決定が困難な場合がある。われわれは、肝尾状葉背側を占拠し、下大静脈と右腎静脈に浸潤が疑われた巨大後腹膜腫瘍の1切除例を経験したので報告する。【症例】30歳代、女性。右季肋下鈍痛に対する精査で、肝尾状葉背側で肝下部～肝部下大静脈、右腎静脈、肝十二指腸間膜を圧排あるいは浸潤する径11cmの腫瘍を認めた。造影CTでは被膜を除いて造影効果がなく比較的均一で強い低吸収を示し、その中に結節が散在した。MRIでは内部はT1強調画像で強い低信号、T2強調画像で高信号であった。腹部血管造影では尾状葉動脈から腫瘍被膜への栄養血管をみとめたが、腫瘍内部への栄養血管は確認できなかった。各種腫瘍マーカーは正常値であった。画像上、後腹膜原発脂肪肉腫の可能性が高かったが確定診断は困難であった。肝切除や大血管合併切除の要否は画像診断からは決定できず、これらも念頭に手術を行った。開腹すると腫瘍は尾状葉および肝十二指腸間膜を背側から、強く圧排していたが、剥離可能であった。また下大静脈は右背側より強く圧排されていたが、下大静脈壁上の線維性被膜を重全周および一部外膜を合併切除することで腫瘍は剥離された。腫瘍圧排により右腎静脈基部は強く屈曲し、腫瘍との剥離は困難あるいは危険と判断し、右腎静脈根部を合併切除し、右腎静脈断端と下大静脈を端側吻合した。右側から肝授動、下大静脈背側の剥離を行い、腫瘍を摘出した。新鮮標本の剖面は一部肥厚した線維性被膜を有する嚢胞構造内部に緑色ゼリー状内容物や毛髪が充満していた。病理組織学的に良性の成熟嚢胞奇形腫と診断された。下大静脈壁、右腎静脈壁に明らかな腫瘍浸潤は認めなかった。術後経過は良好で第20病日に退院し、術後5か月の現在、健在である。【結論】術前画像診断に苦慮し、また周囲大血管との癒着が高度であったため手技的にも難渋した、比較的にまれな後腹膜奇形腫の1例を経験した。本腫瘍および手術手技について考察する。