

日本消化器病学会東海支部第126回例会

第 37 回 教 育 講 演 会

プログラム抄録集

会 長 小島孝雄（朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科）

日 時 平成29年6月24日（土） 午前9時より

会 場 長良川国際会議場
〒502-0817 岐阜市長良福光2695-2
TEL (058) 296-1200

参加受付	4 F	ロビー
PC 受付	4 F	ロビー
クローク	1 F	常設クローク
第1会場	1 F	メインホール
第2会場	5 F	国際会議室
第3会場	4 F	大会議室 A
第4会場	4 F	大会議室 B
第5会場	4 F	大会議室 C
展示会場	4 F	ロビー
幹事会	3 F	第3会議室

（附 第104回市民公開講座プログラム）

平成29年6月25日（日）

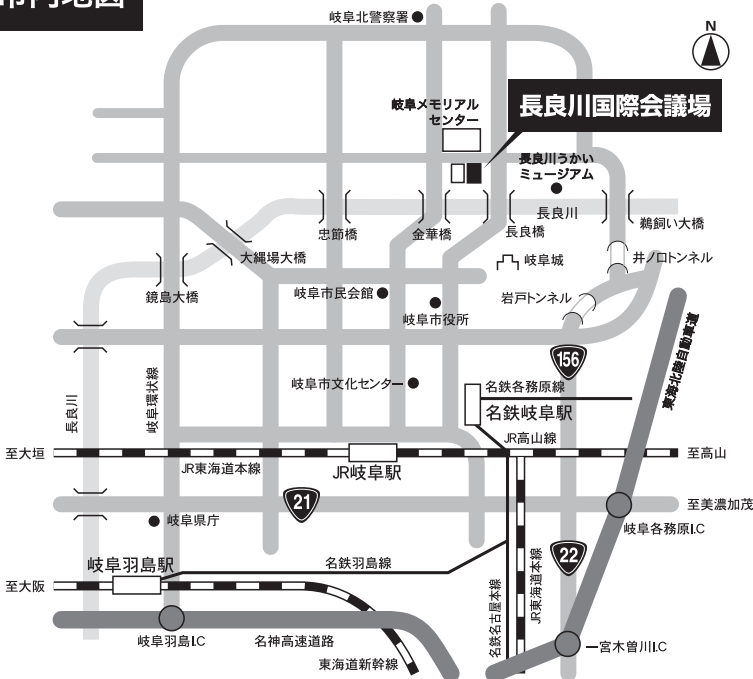
じゅうろくブラザ2階ホール

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13回専門医セミナーのご案内	7
第37回教育講演会のご案内	8
第104回市民公開講座のご案内	9
第37回教育講演会プログラム（第1会場 1階 メインホール）	13
第37回教育講演会抄録	14
シンポジウムプログラム（第2会場 5階 国際会議室）	24
シンポジウム抄録	28
第3会場プログラム（4階 大会議室A）	36
第4会場プログラム（4階 大会議室B）	42
第5会場プログラム（4階 大会議室C）	50
一般演題抄録	58
協賛企業一覧・広告	81

交通のご案内

岐阜市内地図



鉄道・バス

【名古屋から】

[illegible]

行き先と乗り場

行先番号「K50」「K55」は、岐阜バスターミナル始発
(JR 岐阜駅前10乗場)「長良川国際会議場前」下車
徒歩1分、JR 岐阜駅から約20分
※「市内ループ左回り」(JR 岐阜駅前11乗場／名鉄岐
阜駅前4乗場)でもアクセス可「長良川国際会議場
北口」下車徒歩3分、JR 岐阜駅から約20分
※7時～22時までは、約10分間隔で運行しております。

**長良川国際会議場周辺
バス乗り場**

長良川国際会議場北口
バス停
(市内ループ線 右まわり)

長良川国際会議場北口
バス停
(市内ループ線 左まわり)

↓ 至長良橋

長良川国際会議場前
バス停
(三田洞線)

岐阜 長良川

長良川国際会議場からバスで岐阜駅方面へ移動される方は、信号の左右にバス停がある、市内ループ線のほうが便数が多いです。

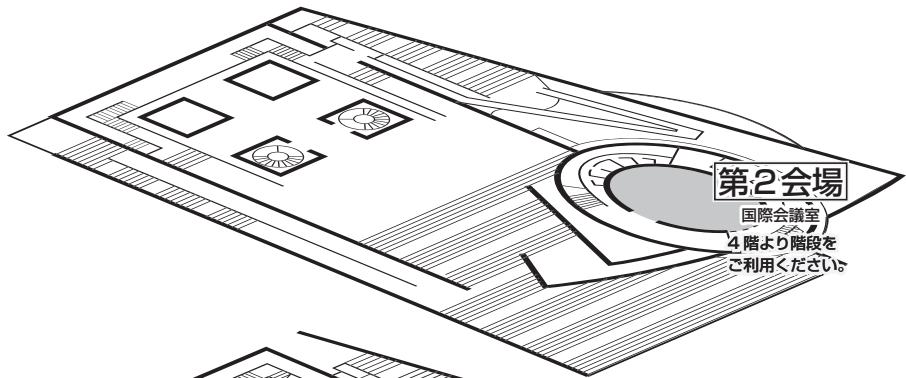
タクシー

【JR岐阜駅・名鉄岐阜駅からタクシー】 約10～15分 約1,800円

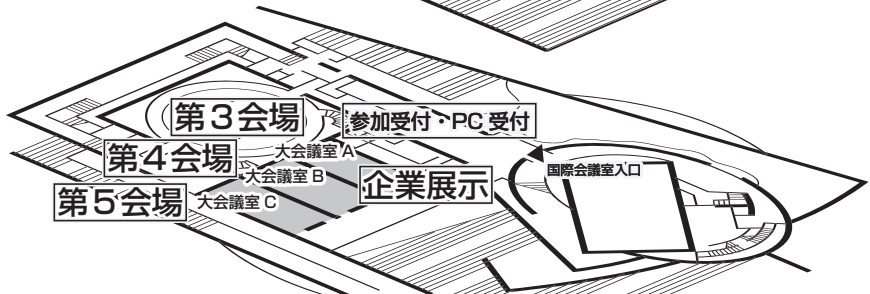
※会場に有料駐車場がございますが台数に限りがありますので公共交通機関をご利用ください。
※駐車場等の割引はございません。

会場のご案内

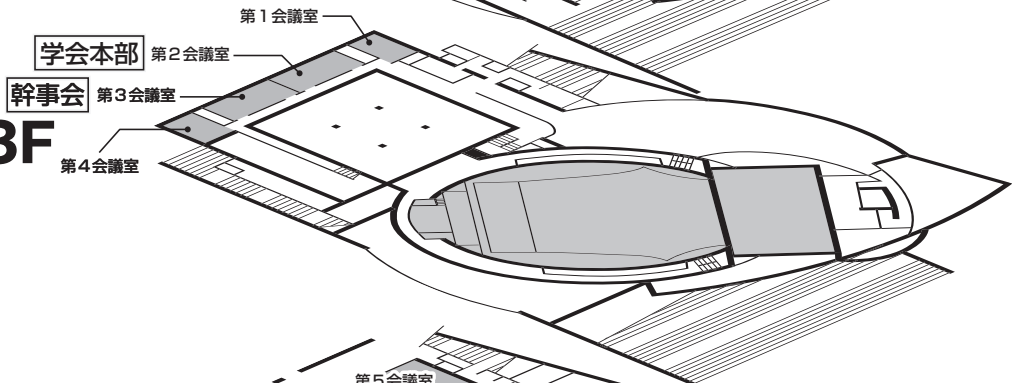
5F



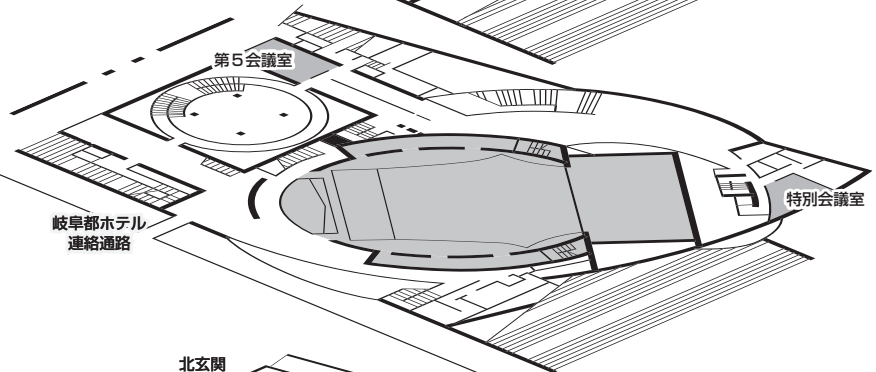
4F



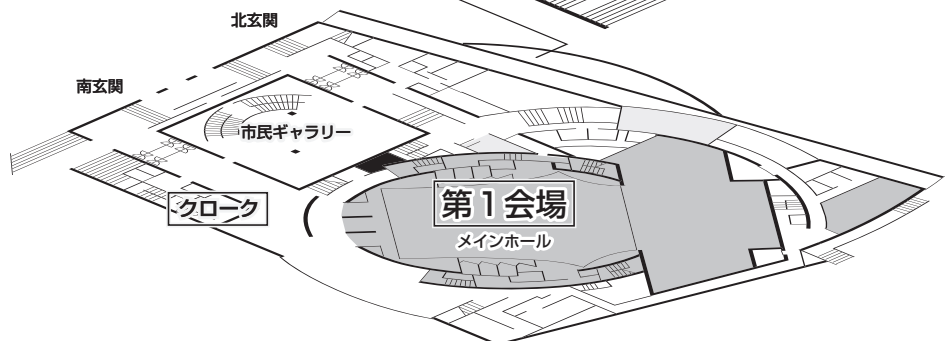
3F



2F



1F



プログラム&会場早見表

	第1会場 1F メインホール	第2会場 5F 国際会議室	第3会場 4F 大会議室 A	第4会場 4F 大会議室 B	第5会場 4F 大会議室 C	展示会場 4F ロビー	幹事会会場 3F 第3会議室
09:00	開会の辞						
09:30	教育講演① 【下部消化管】 09:00-10:00 講師：荒木俊光 司会：吉田和弘	09:00-11:00 シンポジウム② 【肝胆脾】 『肝炎から肝癌ま でのトータルマ ネージメントの 最先端』	胃・十二指腸① 09:00-09:35	大腸① 09:00-09:35	脾① 09:00-09:35	企業展示	幹事会 10:30-11:30
10:00	教育講演② 【上部消化管】 10:00-11:00 講師：春日井邦夫 司会：城 卓志	司会：石上雅敏 大洞昭博	胃・十二指腸② 09:35-10:10	大腸② 09:35-10:10	脾② 09:35-10:10		
10:30			胃・十二指腸③ 10:10-10:52	大腸③ 10:10-10:38	脾③ 10:10-10:52		
11:00			胃・十二指腸④ 10:52-11:27	大腸④ 10:38-11:13			
11:30							
12:00	ランチョンセミナー① 11:40-12:40 講師：樋口和秀 司会：後藤秀実 共催：武田薬品工業(株)	ランチョンセミナー② 11:40-12:40 講師：伊藤義人 司会：吉岡健太郎 共催：アッヴィ(株)					
12:30							
13:00	評議員会 12:50-13:50		アフターランチセミナー 13:00-13:50 講師：村上啓雄 司会：富田栄一 共催：MSD(株)				
13:30							
14:00	女性医師支援の会 14:00-14:30	14:00-16:30 シンポジウム① 【消化管】 『非腫瘍性腸疾患 の最新の診断と 治療』 司会：杉本 健 堀木紀行	胆① 14:00-14:35	食道 14:00-14:35	小腸 14:00-14:42		
14:30	教育講演③ 【肝臓】 14:30-15:30 講師：清水雅仁 司会：米田政志		胆② 14:35-15:10	肝① 14:35-15:10	その他① 14:42-15:17		
15:00	教育講演④ 【胆道・脾臓】 15:30-16:30 講師：廣岡芳樹 司会：大原弘隆		専門医セミナー 15:20-16:20	肝② 15:10-15:45	その他② 15:17-15:59		
15:30				肝③ 15:45-16:20			
16:00	閉会の辞						
16:30							
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29年6月24日（土）12：50～13：50

会場：1階メインホール（第1会場）

※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。

※各会場とも計時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（肝胆膵） 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

※「演者受付」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。

セミナー開始前に単位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 です。
2. メディアを持ち込む場合は、Windows 版 Power Point 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. Mac 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、本体持ち込みを推奨します。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. 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。
6. 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です。薄型 PC では特殊なコネクタ形状になっているものもありますので、必ず付属の変換アダプターを予めご確認の上ご用意をお願いします。
2. 発表中又はその準備中にバッテリー切れになることがありますので、ご発表には付属の AC アダプターをご用意ください。
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. 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。
3. 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)。
4. 発表者ツールはご使用になれません。

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「非腫瘍性腸疾患の最新の診断と治療」

会 場：第 2 会場

時 間：14：00～16：30

司 会：浜松医科大学 第一内科
三重大学医学部 光学医療診療部

杉本 健
堀木 紀行

シンポジウム 2 テーマ「肝炎から肝臓までのトータルマネジメントの最先端」

会 場：第 2 会場

時 間：9：00～11：00

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

石上 雅敏
大洞 昭博

ランチョンセミナー 1 「酸関連疾患の NEW STRATEGY」

会 場：第 1 会場

時 間：11：40～12：40

講 師：大阪医科大学 第二内科
司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
共 催：武田薬品工業株式会社

樋口 和秀
後藤 秀実

ランチョンセミナー 2 「変貌する C 型肝炎の DAA 治療戦略と

SVR 時代の肝疾患診療」

会 場：第 2 会場

時 間：11：40～12：40

講 師：京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学
司 会：藤田保健衛生大学 肝胆膵内科
共 催：アッヴィ合同会社

伊藤 義人
吉岡健太郎

アフターランチセミナー 「消化器医に必要な医療関連感染対策」

会 場：第 3 会場

時 間：13：00～13：50

講 師：岐阜大学医学部附属病院 生体支援センター
司 会：岐阜市民病院
共 催：MSD 株式会社

村上 啓雄
富田 栄一

第13回専門医セミナーのご案内

会 場：第3会場

時 間：15：20～16：20

司 会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科 三好 広尚

症例提示：「膵疾患」

岐阜大学医学部附属病院 生体支援センター 上村 真也

討 論：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 井上 宏之

ミニレクチャー：「消化器専門医に必要な最新の病理知識」

朝日大学歯学部附属村上記念病院 病理診断科 杉江 茂幸

第37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 「IBDの最新の診断と治療」

講師：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

荒木 俊光

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

吉田 和弘

教育講演2 「*Helicobacter pylori* 診療 up-to-date」

講師：愛知医科大学 消化管内科

春日井邦夫

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

城 卓志

教育講演3 「生活習慣病と肝疾患 —NASHとメタボ肝臓について—」

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：愛知医科大学 肝胆膵内科

米田 政志

教育講演4 「IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題」

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：名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学

大原 弘隆

※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（午前または午後だけの参加でも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104回市民公開講座のご案内

日 時：平成29年 6 月25日（日）

会 場：じゅうろくプラザ 2階ホール

司 会：岐阜県総合医療センター

岐阜市民病院 消化器内科

杉原 潤一

加藤 則廣

おなかのがんの最新の診断と治療

「消化器がん検診」

講師：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科 大洞 昭博

「食道がん・胃がん」

講師：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科 八木 信明

「大腸がん」

講師：岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 荒木 寛司

「肝がん」

講師：岐阜県総合医療センター 肝臓内科 清水 省吾

「膵がん」

講師：岐阜市民病院 消化器内科 向井 強

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37回教育講演会プログラム

第1会場

教育講演 (1) 9 : 00 - 10 : 00

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学 吉田 和弘

「IBD の最新の診断と治療」

三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 荒木 俊光

教育講演 (2) 10 : 00 - 11 : 00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 城 卓志

「*Helicobacter pylori* 診療 up-to-date」

愛知医科大学 消化管内科 春日井邦夫

教育講演 (3) 14 : 30 - 15 : 30

司会：愛知医科大学 肝胆膵内科 米田 政志

「生活習慣病と肝疾患 —NASH とメタボ肝臓について—」

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：名古屋市立大学大学院医学研究科 地域医療教育学 大原 弘隆

「IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題」

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

1) IBD の最新の診断と治療

三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 荒木 俊光

IBDの診断において、基本的に注腸透視、小腸透視、あるいは大腸内視鏡検査で行われる。一方で、新規のマーカーとして便中カルプロテクチンの臨床応用が注目されている。潰瘍性大腸炎（UC）では近年、colitis associated cancerの増加が見られており、この早期発見のためのさまざまな内視鏡サーベイランス法や新規バイオマーカーの開発が行われている。クローン病（CD）においては、小腸内視鏡、カプセル内視鏡、MRエンテログラフィーなどを病態に応じて有効に活用することも重要である。CDにおいても癌化（特に肛門部）が増加してきており、長期経過例では肛門部の視・指診、MRI、内視鏡下生検を計画的に行うことが推奨されている。また、直腸肛門部に関しては麻酔下生検の意義は極めて大きい。

IBDの内科的治療では、近年様々な新規治療薬が使用可能となってきた。UCに対しては新規のメサラジン製剤、ヒト型抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤（ゴリムマブ）が承認され、治療の選択肢がさらに広がった。CDには対しては腸溶性と徐放性を併せもったブデゾニドが小腸および結腸近位部に適応されるようになった。また、ヒト型抗ヒトIL-12/23p40モノクローナル抗体製剤（ウスティヌマブ）が中等症から重症の例への使用が可能となった。一方で、免疫抑制を惹起する治療の重複使用においては、ニューモシスチス肺炎をはじめとする日和見感染症などのリスクを考慮し、ST合剤の予防投与の検討などを含め慎重に行うこと求められる。さらに、患者が悪性疾患を併発した場合、原則としてチオプリン製剤・抗TNF α 抗体製剤は、悪性疾患の治療終了までは中止を検討することが推奨されている。またこれらの薬剤を悪性疾患の治療後あるいは既往歴を有する患者に使用する場合には、その薬剤の必要性和悪性疾患再発への影響を十分に検討し適応が判断される。

IBDの外科的治療では、アプローチが開腹手術から腹腔鏡へ移りつつある。ただし、そのメリットや明確な適応については議論が多く、さらに明らかにされなければならない。UC術後の回腸嚢炎に対する基本治療は治療指針に記載されているシプロフロキサシンやメトロニダゾールであるが、欧米ではリファキシミンやチニダゾールの投与が推奨されており、検討の余地がある。一方、CDに対する手術の目的は、根治ではなく合併症を引き起こしている原因病変の解除である。そのため術維持療法が重要である。再発のリスクに応じた維持療法、特に高リスク症例には抗TNF α 抗体製剤が推奨されている。

略 歴

1994年 3 月 三重大学医学部 卒業
1994年 5 月 三重大学医学部附属病院 第二外科研修医
1995年 7 月 桑名市民病院 外科医員
2000年12月 三重大学大学院医学系研究科 博士課程修了
2001年 1 月 三重大学医学部附属病院 第二外科医員
2001年10月 三重大学医学部 外科学第二講座助手
2003年 6 月 Saint Antoine 病院 (Paris 第 6 大学) 一般・消化器外科研修
2005年 4 月 三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学助手
2006年 4 月 三重大学医学部附属病院 周産母子センター助教
2007年 8 月 三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学助教
2009年 6 月 三重大学医学部附属病院 周産母子センター講師
2017年 4 月 三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学准教授

2) *Helicobacter pylori* 診療 up-to-date

愛知医科大学 消化管内科 春日井邦夫

2013年2月に*Helicobacter pylori* (*H. pylori*) 感染胃炎に対する除菌治療が保険適用拡大となり、2014年には世界保健機関 (WHO) 国際がん研究機関 (IARC) が「胃がん対策として*H. pylori*のtest & treatを行うこと」を推奨した。その後、わが国において*H. pylori*の診断や除菌治療が広く行われるようになり、国民総除菌時代となったが、一方で新たな課題が明らかとなってきた。

その一つは、*H. pylori*除菌率の低下である。除菌率に影響する因子として薬剤耐性、服薬コンプライアンス、酸分泌抑制効果、薬剤代謝酵素の遺伝子多型などが挙げられる。わが国の保険診療において一次除菌に使用されるクラリスロマイシンに対する一次耐性率の増加とともに、除菌率は徐々に低下しており、最近では70%程度となった。近年登場した強力な酸分泌抑制薬であるP-CABを使用した一次除菌率は90%程度である。さらに、薬剤感受性試験に基づいた適切な薬剤選択を行うことで、より高い除菌率を得ることも可能である。

*H. pylori*除菌による胃がんの予防効果については、多くの研究により証明されている。しかし、除菌成功後も一定の頻度で胃癌の発生が認められる。除菌後胃癌の特徴として早期胃癌、分化型、陥凹型が多いとされているが、除菌後胃癌は非除菌胃癌に比べて表層が極めて分化した腫瘍上皮であったり、表層を非癌上皮が覆い胃癌腺管と非癌上皮がモザイクに混在する 경우가あり、癌の境界が不明瞭化することが問題となる。従来の*H. pylori*持続感染による慢性活動性胃炎を背景とした胃癌診断学とは異なった診断能力が要求される。

Helicobacter heilmannii-like organisms (HHLO) は人畜共通感染症であり、suisは主に豚に、その他のものについては主に犬や猫に感染しているとされている。*H. pylori*に比べて大型で胃粘膜の粘液ゲル層や胃小窩内に認められ、その感染によって引き起こされる胃炎は*H. pylori*胃炎に比べ軽症であり、ディスペプシア症状、心窩部痛、胃酸逆流症状をきたすことが報告されている。HHLOの感染診断は病理学的にその形態的特徴からなされることがほとんどであるが、*H. pylori*と異なりウレアーゼ活性は陰性あるいは弱陽性程度のため、迅速ウレアーゼ試験 (RUT) や尿素呼気試験 (UBT) などは使用できず、PCR法により確定診断を行う必要がある。*H. pylori*に比べて日常診療の場で遭遇する確率は低いが、鳥肌胃炎や胃MALTリンパ腫との関連が示唆されており、臨床上注意すべき感染症である。

略 歴

昭和60年 3 月 名古屋市立大学医学部卒業
昭和60年 5 月 名古屋市立大学第一内科 研修医
昭和61年 7 月 NTT 東海総合病院内科医師
平成 2 年 4 月 共立湖西総合病院消化器内科医師
平成 3 年 7 月 名古屋市立大学病院臨床研究医
平成 7 年 1 月 厚生連尾西病院消化器内科医長
平成 8 年10月 名古屋市立大学第一内科助手
平成 9 年 1 月 愛知医科大学内科学第二講師
平成11年12月 アメリカミシガン大学内科学教室留学 (Research fellow)
平成13年 4 月 愛知医科大学内科学講座消化器内科講師
平成16年 9 月 同 助教授
平成17年 7 月 愛知医科大学病院内視鏡センター部長
平成19年 9 月 愛知医科大学内科学講座消化器内科教授
平成23年 4 月 愛知医科大学病院副院長
平成27年 4 月 愛知医科大学内科学講座消化管内科 (改編) 教授

主な所属学会

日本内科学会 (認定医, 指導医, 評議員)
日本消化器病学会 (指導医, 財団評議員, 広報委員会委員, 肥満・栄養と消化器疾患委員会委員, 医学用語委員会委員, ガイドライン委員会 (機能性消化管疾患 (FD) 作成委員会) 委員)
日本消化管学会 (胃腸科専門医, 指導医, 理事, 研究助成委員会委員)
日本消化器内視鏡学会 (専門医, 指導医, 非選挙社団評議員, 東海支部長, 卒後教育委員会委員長, 和文誌編集委員会委員)
日本神経消化器病学会 (評議員, 監事)
日本潰瘍学会 (評議員)
日本高齢消化器病学会 (理事)
日本ヘリコバクター学会 (H.pylori 感染症認定医, 代議員) 等

3) 生活習慣病と肝疾患—NASH とメタボ肝癌について—

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

肝臓は、エネルギー代謝・合成・貯蔵の中心臓器であり、非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD：non-alcoholic fatty liver disease）/非アルコール性脂肪肝炎（NASH：non-alcoholic steatohepatitis）は、メタボリック症候群の肝臓における表現型である。NAFLDは飲酒歴がないにも関わらず、アルコール性肝疾患に類似した肝組織像をきたす脂肪性肝疾患であり、予後良好な単純性脂肪肝と進行性のNASHに分類される。NAFLDは成人の10～30%、NASHは1～3%程度が罹患しており、その発症および進展には、肥満やインスリン抵抗性が深く関与していると考えられている。しかしながら、NASHの病態は十分に解明されておらず、また体重の適正化以外に十分なエビデンスを持った治療法は確立されていない。NASHの最大の問題点は、肝硬変や肝癌に進展することであり、実際、NASHに起因すると考えられる肝細胞癌は、最近の5年間で約2倍に増加しているとの報告がある。NASHの診断・治療法およびNASH関連肝発癌予防法の開発が求められている。

一方近年、肝硬変患者の栄養状態が低栄養から過栄養にシフトし、同患者の30%以上が肥満を合併していることが明らかになっている。肥満や糖尿病は肝発癌のリスク因子であり、これらの病態を合併する肝硬変患者の肝発癌抑制は重要な診療目標である。経口分岐鎖アミノ酸（BCAA：branched-chain amino acids）製剤の補充投与は、肥満（BMI 25以上）を呈するC型肝硬変患者において肝発癌を抑制することが明らかになっている（LOTUS試験）。生活習慣病に関連した分子異常（インスリン抵抗性や酸化ストレス等）を標的とする肝発癌抑制の可能性を明らかにすべく、基礎および臨床研究を進めていく必要がある。「メタボ肝癌の予防」は、過栄養時代における慢性肝疾患の診療を考える上で、重要な研究課題である。

昨今、ウイルス性肝炎の治療はめざましい進歩を遂げており、C型肝炎ウイルスは排除可能、B型肝炎ウイルスは制御可能な時代をむかえた。今後は、もう一度肝臓を栄養・代謝の中心臓器として捉え、肝疾患診療の最終目標である「肝癌死・肝不全死ゼロ」を見据えた包括的なマネジメント（＝適切な薬剤療法と栄養療法）を実践していく必要がある。

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、日本がん予防学会 評議員、日本レチノイド研究会 幹事

4) IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

【IPMNの診療】

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. Vege SS, et al. Gastroenterology 2015.

2006年にIPMNとMCNに対する初めての指針となったSendaiガイドライン刊行された。その後の多くのprospectiveならびにretrospectiveな検討の結果、この診療指針は“確実”言い換えれば“無難”な指針であったが、低悪性度の分枝型IPMNが多く手術される結果になった。

このことが、2012年にFukuokaガイドラインが発表される契機となった。Fukuokaガイドラインでは、Sendaiガイドラインに照らせばほとんどが手術適応とされていた“worrisome features”というカテゴリーを設けることになった。“Worrisome features”は、1) 嚢胞サイズが3cm以上、2) 肥厚あるいは造影される嚢胞壁、3) 主膵管径が5mm－9mm、4) 造影されない壁在結節、5) 尾側膵の萎縮を伴った急な主膵管の先細り、と6) 臨床的膵炎の存在である。これらが認められた場合には超音波内視鏡検査(EUS)による精査を進めるというアルゴリズムが提唱された。また、CTあるいはMRIにて1) 病変による閉塞性黄疸が認められたもの、2) 病変内の造影される壁在結節の存在、3) 主膵管径が10mm以上の3項目を“high-risk stigmata”とし、これらは手術適応であるとした。

その後、いくつかのガイドラインやコンセンサスを得た意見が発表された。

そして、2015年にAGA (American Gastroenterological Association) から無症状の膵腫瘍性嚢胞に対する診療ガイドラインが提唱された。

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。

AGA guidelineは発表直後から、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。

本教育講演では、Sendaiガイドライン、Fukuokaガイドラインを中心としたIPMN診療の現状と問題点、さらにはAGAガイドラインの背景・問題点などにつき、当科での経験をもとに概説する。

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）
日本脾臓学会会員（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 2 会場

14:00～16:30

司 会：浜松医科大学 第一内科

杉本 健

三重大学医学部 光学医療診療部

堀木 紀行

「非腫瘍性腸疾患の最新の診断と治療」

S1-1 当院における虚血性腸炎の臨床的検討

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○尾松 達司、八木 信明、小島 孝雄

S1-2 当院における細菌性腸炎の臨床症状・CT・内視鏡像に関する検討

刈谷豊田総合病院 内科

○池上 脩二、浜島 英司、神岡 諭郎

S1-3 大腸憩室症のリスク因子についての検討～罹患部位別の特徴～

JA 岐阜厚生連岐北厚生病院 消化器内科

○大野 智彦、足立 政治、齋藤 公志郎

S1-4 当院における大腸憩室炎の検討

藤枝市立総合病院 消化器内科

○山本 晃大、丸山 保彦、景岡 正信

S1-5 当院における大腸憩室出血の現状と治療戦略

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鈴木 雄太、水島 隆史、奥村 文浩

S1-6 当院における大腸憩室出血症例の検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○中西 孝之、山崎 健路、杉原 潤一

S1-7 当院における大腸憩室出血の治療成績

豊橋市民病院 消化器内科

○松田 宜賢、山田 雅弘、浦野 文博

S1-8 大腸憩室出血における Endoscopic Band Ligatio (EBL) の有用性、安全性の検討

木沢記念病院 消化器内科

○安田 陽一、足達 広和、杉山 宏

S1-9 カプセル内視鏡とバルーン小腸内視鏡を施行した小腸血管性病変に関する検討

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学

○井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁

S1-10 クローン病の小腸病変の内視鏡的活動性と便中カルプロテクチンの検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○松浦 倫三郎、渡辺 修、後藤 秀実

S1-11 抗 TNF α 抗体によるクローン病治療と手術回避に関する検討

¹三重大学医学部 消化器・肝臓内科、²三重大学医学部 光学医療診療部

○中村 美咲¹、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

S1-12 難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入におけるタクロリムスの治療成績

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○片野 敬仁、片岡 洋望、城 卓志

S1-13 悪性病変を合併した潰瘍性大腸炎に対する手術例の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○田中 晴祥、中山 吾郎、小寺 泰弘

S1-14 当科で経験したメサラジン製剤の副作用症例の検討

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾 英介、小木曾 富生、杉山 昭彦

S1-15 当院における潰瘍性大腸炎、クローン病、クロストリジウム・ディフィシル腸炎に対する糞便移植の有効性と課題

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○城代 康貴、生野 浩和、大宮 直木

シンポジウム 2

第 2 会場

9:00~11:00

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石上 雅敏
朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科 大洞 昭博

「肝炎から肝臓までのトータルマネジメントの最先端」

- S2-1 当院における HCV 抗体陽性者の拾い上げに対する取り組み
刈谷豊田総合病院 内科
○溝上 雅也、仲島 さより、井本 正巳
- S2-2 B 型慢性肝炎核酸アナログ治療投与例における FIB-4 index の経時的変化と肝発癌
順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科
○村田 礼人、玄田 拓哉、永原 章仁
- S2-3 DAAs 投与後の発癌に関する検討
岐阜市民病院 消化器内科
○鈴木 祐介、西垣 洋一、富田 栄一
- S2-4 C 型慢性肝疾患に対する DAA 治療例における発癌例の検討
¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科、
²名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学
○飯尾 悦子^{1,2}、野尻 俊輔¹、田中 靖人²
- S2-5 当院における SVR 後発癌に関わる因子解析
～ IL28B、TLL1 の遺伝子多型に関する初期検討含めて～
JCHO 中京病院 消化器内科
○高口 裕規、戸川 昭三、長谷川 泉
- S2-6 肝発癌抑制を目指した NASH/NAFLD のマネジメントにおける PNPLA3 遺伝子多型の意義
¹愛知医科大学 肝胆膵内科学、²立命館大学医療経営研究センター、
³京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学、
⁴Japan Study Group of NAFLD (JSG-NAFLD)
○角田 圭雄^{1,2,3}、瀬古 裕也^{3,4}、米田 政志^{1,4}

S2-7 ALBI grade は肝細胞癌症例の肝機能評価に最も有用である

大垣市民病院 消化器内科

○東堀 諒、熊田 卓、豊田 秀徳

S2-8 当院における肝細胞癌に対するミリプラチンを用いた B-TACE および C-TACE の治療成績の比較

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、後藤 秀実

S2-9 肝細胞癌に対する根治をめざした定位放射線治療の検討

¹朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科、

²朝日大学歯学部附属村上記念病院 放射線治療科

○大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、大宝 和博²

S2-10 サイバーナイフによる肝悪性腫瘍の治療経験

トヨタ記念病院 消化器科

○村山 睦、鈴木 貴久、高士 ひとみ

S2-11 高度脈管浸潤陽性肝細胞癌に対する単回肝動注効果に基づいた外科的治療戦略

藤田保健衛生大学 消化器外科

○加藤 悠太郎、棚橋 義直、杉岡 篤

シンポジウム1

S1-1 当院における虚血性腸炎の臨床的検討

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科
○尾松 達司、八木 信明、小島 孝雄

【目的】虚血性腸炎の病態は生活習慣病や動脈硬化などの血管因子と便秘による腸管内圧亢進などの腸管因子が複雑に関与する多因子疾患であり、その患者背景を理解することは発症予防や予後予測に非常に重要である。今回我々は当院における過去5年間の虚血性腸炎104例について、その臨床的特徴を検討したので報告する。【方法】2011年1月より2016年12月までの6年間で当院にて診断に至った虚血性腸炎の症例104例を対象とし、年齢、性別、BMI、発症時期、初発症状、病型分類、便秘症の有無、生活習慣病の有無、入院期間などを検討した。【成績】男性は22例(21.2%、平均年齢:58.5歳)、女性は82例(78.8%、平均年齢:67.6歳)であり、明らかに女性が多かった。49歳未満を15.6%(男女比1:2)で、65歳以上の高齢者の占める割合は61.5%(男女比1:6.4)と高率であった。初発は90例(86.5%)、再発は14例(13.5%)であり、うち1例は3回目であった。症状としては、腹痛と下血の両方を認めた症例が70例(68.6%)、腹痛なし・下血のみが21例(20.6%)、下血なし・腹痛のみが7例(6.9%)であった。病型分類では一過性型が102例、狭窄型が0例、壊死型が2例であった。104例中71例が入院加療されており、壊死型2例を除いた平均在院日数は8.9日であった。BMIが25以上の肥満患者は17.1%、便秘症:31.7%、高血圧症:57.7%、脂質異常症:29.8%、糖尿病:11.5%であり、再発危険因子は女性であること($p=0.037$ 、95%CI=1.02-1.823)のみであった。女性において便秘症は49歳未満で66.7%、65歳以上で29.4%であるのに対し、脂質異常症はそれぞれ0%、41.2%であった。【結論】虚血性腸炎は女性に多く、高齢者では女性の比率が上昇した。若年女性では血管因子の関与は乏しく、腸管因子が強く関与していることが示唆された。

S1-2 当院における細菌性腸炎の臨床症状・CT・内視鏡像に関する検討

刈谷豊田総合病院 内科
○池上 脩二、浜島 英司、神岡 論郎

【はじめに】細菌性腸炎の確定診断には便・腸液等からの菌検出が必要だが、培養検査の結果を得るまでに約2日要する。特に腸管出血性大腸菌(EHEC)感染症は重篤な合併症を引き起こす場合もあり、早期診断・早期治療が重要である。今回、当院における細菌性腸炎の現状を調査し、入院時の臨床症状・CT・内視鏡像から起因菌の推定が可能か否か以下の検討を行った。【方法】H26年1月～H28年12月の間に感染性腸炎の診断にて当院で便培養・腸液培養検査を施行し陽性となった222例において、臨床症状(発熱、腹痛、下痢、血便など)、腹部CTにおける病変の局在(1～R)及び壁肥厚の程度、内視鏡像(縦走潰瘍・糜爛、発赤、浮腫など)、腸管外合併症について比較検討を行った。CTでの壁肥厚は腸管短軸で測定し、結腸 $\geq 4\text{mm}$ 、直腸 $\geq 6\text{mm}$ で有意とした。【結果】便・腸液培養陽性222例の内訳は、*Campylobacter jejuni/coli* (*C.jejuni/coli*) 190例、*Salmonella group* 20例、*EHEC O-157* 5例、*Yersinia enterocolitica* (*Ye*) 2例、その他5例で、臨床症状は起因菌による差を特に認めなかった。222例中、CTは165例、下部消化管内視鏡(CS)は18例に施行され、CT上病変の局在は、*C.jejuni/coli* (I:C:A:T:D:S:R=65%:81%:83%:83%:55%:26%:18%)、*EHEC O-157* (I:C:A:T:D:S:R=60%:100%:100%:80%:20%:0%:6%)、*Ye* (I:C:A:T:D:S:R=100%:100%:100%:0%:0%:0%:0%)はいずれも右側結腸優位、*Salmonella* (I:C:A:T:D:S:R=50%:50%:63%:50%:50%:25%:0%)は全大腸であった。壁肥厚は*C.jejuni/coli* (11.2 $\pm$ 2.4mm、mean $\pm$ SD)、*Salmonella group* (11.0 $\pm$ 3.4mm)、*Ye* (10.5 $\pm$ 3.5mm)、*EHEC O-157* (21.4mm $\pm$ 1.3mm)と*EHEC O-157*で有意に高かった。CSではいずれの菌種も浮腫、発赤、糜爛を認め、*C.jejuni/coli*ではBauhin弁上の地図状潰瘍(11例中7例)が特徴的であった。合併症として、*C.jejuni/coli*、*Salmonella*で急性腎不全を2例ずつ認めた。【結語】CTや内視鏡所見は、感染性腸炎の一部の起因菌を推察する一助となりうると考えられた。

S1-3 大腸憩室症のリスク因子についての検討～罹患部位別の特徴～

JA 岐阜厚生連 岐阜北厚生病院
○大野 智彦、足立 政治、齋藤 志忠郎

【目的】大腸憩室症は70～85%は生涯無症状だが、時に炎症や出血を合併し、重症化した場合には致命的となり得る疾患である。そのため我が国を含む先進諸国において大腸憩室症の有病率が近年急激に増加していることは、深刻な問題である。そこで今回我々は憩室症の有無に及ぼす因子についての検討を行った。【方法】2012年7月から2016年12月まで当院で大腸内視鏡検査を受けた患者のうち、大腸憩室の有無が評価可能であった1811症例を対象に、年齢、性別、BMI、飲酒

歴、喫煙歴、運動習慣、基礎疾患、および自覚症状との関連をJMP解析ソフトで検討した。【成績】1811症例中、大腸憩室は全体で431例(23.8%)に認めた。うち右側憩室は256例(14.1%)、左側憩室は186例(10.3%)、両側憩室は96例(5.3%)だった。単変量解析では、大腸憩室と関連する因子として、高齢、高血圧症、脳出血の既往、高尿酸血症、飲酒、喫煙、運動習慣が無い事、および腹痛の自覚症状が検出された。単変量で優位であった項目に、すでに大腸憩室との関連が報告されている、性別と便秘症の項目を加えて多変量解析を行った結果、高齢、高血圧症、高尿酸血症、飲酒、喫煙、便秘症が有意な因子だった。右側憩室だけに限ると有意な項目は飲酒歴と喫煙歴のみだった一方、左側憩室は高齢、高尿酸血症、運動習慣が無い事、および腹痛の自覚症状の項目が有意だった。【結論】大腸憩室の有無は生活習慣病や嗜好と強く関連しており、生活習慣病の厳格な治療および、節酒、禁煙、運動習慣の改善などの生活指導により発症を抑制できる可能性がある。また、憩室の分布によるリスク因子の違いは、人種間で憩室の分布が異なることや、我が国では過去に右側憩室が明らかに優位であったが、今回右側憩室と左側憩室の有病率の比が小さくなっていたことと関連している可能性がある。

S1-4 当院における大腸憩室炎の検討

藤枝市立総合病院 消化器内科
○山本 晃大、丸山 保彦、景岡 正信

【目的】高齢化や食の欧米化など様々な影響で、大腸憩室炎が増加している。当院での最近の経験をもとに、大腸憩室炎の特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】2014年1月1日～2017年2月28日までの37ヶ月間に当院入院となった163名(延べ184症例、受診同日の手術症例は除く)を対象とし、年齢・性別・部位・症状出現から受診までの期間・在院日数・抗菌薬投与期間・憩室数・再発有無・治療法・既往・内服について検討した。【成績】平均年齢 58.4 $\pm$ 17.3歳。女性 60名、男性 103名。部位別では右側結腸(盲腸～右横行結腸) 91名、左側結腸(左横行結腸～S状結腸) 72名。症状出現から受診までの平均日数 3.5 $\pm$ 4.8日、平均在院日数 10.3 $\pm$ 8.8日、抗菌薬投与平均日数 7.5 $\pm$ 4.6日。憩室数 少数(<5ヶ) 21名、中等数(5-10ヶ) 28名、多数(>10ヶ) 66名、不明 48名。治療は保存加療 151名、待機手術 10名、緊急手術 1名、CTガイド下ドレーナージ・待機手術 1名。再発なし 121名、あり 42名、平均再発 1.9 $\pm$ 1.8回。既往 虫垂炎 28人、糖尿病 10人、膠原病 6人。発症部位別(左側 vs 右側)に検討したところ、左側のほうが有意に高齢(63.3 $\pm$ 15.2歳 vs. 48.8 $\pm$ 16.8歳; $p<0.001$)、有意に在院日数長期(13.0 $\pm$ 11.3日 vs. 7.9 $\pm$ 4.6日; $p<0.001$)、有意に手術施行となっていた(11名 vs. 1名; $p<0.001$)。さらに再発の有無にわたって検討したところ、再発例のほうが手術施行となる傾向にあった(6名 vs. 6名; $p=0.051$)。【結論】大腸憩室炎は左側結腸の方が右側結腸よりも重症化しやすく、手術を要する傾向にあった。

S1-5 当院における大腸憩室出血の現状と治療戦略

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○鈴木 雄太、水島 隆史、奥村 文浩

【背景と目的】大腸憩室出血は出血点同定や止血方法に関して明確なコンセンサスが存在せず治療に難渋することも少なくない。今回我々は当院における大腸憩室出血の現状および有用な治療法を明らかにすることを目的とした。【方法】2006年1月から2016年12月までに当院で大腸憩室出血と診断し、緊急あるいは待機的に大腸内視鏡検査(CS)を施行した270例を対象としretrospectiveに検討した。検討項目は1)患者背景、2)出血点同定に関する因子、3)CS後の経過とした。【結果】1)平均年齢70.5 $\pm$ 11.7歳。男女比189:81。大腸憩室出血の既往あり91例(33.7%)。併存疾患は高血圧165例(61.1%)、脂質異常症83例(30.7%)、糖尿病48例(17.8%)、虚血性心疾患37例(13.7%)、脳血管障害36例(13.3%)、慢性腎不全13例(4.8%)。抗血栓薬内服あり81例(30.0%)。初診時造影CT検査施行198例(73.3%)。2)初回CSで出血点が同定できた108例(40.0%)をA群、同定できなかった162例(60.0%)をB群として比較検討したところ、単変量解析では造影CT検査でextravasationあり($p<0.001$)、PEGによる前処置なし($p<0.001$)がA群で有意に多かった。CS開始までの平均時間はA群6.83 $\pm$ 11.1時間、B群22.6 $\pm$ 42.2時間($p<0.001$)でA群が有意に短く、ROC曲線におけるカットオフ値は6.5時間(特異度50.6%、感度79.6%)であった。多変量解析では男性(OR=1.97、 $p=0.03$)、造影CT検査でextravasationあり(OR=3.32、 $p<0.001$)、来院から6.5時間以内にCS開始(OR=2.49、 $p=0.003$)が出血点同定に関する独立因子であった。3)初回CSで内視鏡的止血術施行は107例(39.6%)あり、そのうち35例(32.7%)で再出血を認めた。内視鏡的止血は全例クリップ止血術を行い偶発症は認めなかった。またIVR9例(3.3%)、手術7例(2.6%)を施行したが、憩室出血による死亡は認めなかった。【結論】大腸憩

室出血において造影CT検査を施行し extravasation を認めた場合には6.5時間以内にCSを施行することで、より出血点同定率を向上させる可能性が示唆された。内視鏡的クリップ止血術は安全に施行可能で致命的な再出血も認めなかったことから第一選択の治療法として許容されると考えられた。

S1-6 当院における大腸憩室出血症例の検討 岐阜県総合医療センター 消化器内科 ○中西 孝之、山崎 健路、杉原 潤一

【背景】大腸憩室出血は急性下部消化管出血では比較的一般的な疾患だが、夜間の対応や洗腸後実施の是非、再出血の危険因子等について施設間で見解、治療方針に差があり課題は多い。【対象と方法】2015年1月-2017年1月に当科で行った大腸内視鏡検査で憩室出血と診断した115件を後方視的に検討した。【結果】上記期間で実施の大腸内視鏡検査は4864例6151件で、うち大腸憩室罹患率は30.1% (1463例)、憩室出血を91例115件で認めた。男性43例、女性48例、年齢中央値77歳(範囲94-42歳)で、抗血小板剤23例(20.0%)、2剤10例(8.7%)、抗凝固剤17例(14.8%)で服用していた。うち観察期間前の出血既往は20例(17.4%)、顕血便自覚より5.0時間(中央値)で来院し、来院より7.0時間(中央値)で初回観察した。原則として日中洗腸後に観察したが、43例(37.4%)は病状に応じ前処置なしに洗腸後に初回観察した。37例(32.2%)で出血憩室を同定しClip止血を実施し得た。17例(14.8%)では初回観察3.0日(中央値、範囲3時間-15日)後の短期的再出血を認め、Clip 11例、HSE局注を1例に追加した(追加処置1-3回(平均1.5回))。1例は止血困難で、1例は遅発性憩室穿孔で外科治療を要した。1例は加療開始時全身状態不良でその後死亡した。3例でバンド結紮法(EBL)を追加止血処置に用い良好な止血を得たが、うち1例で遅発穿孔を来し外科治療を要した。短期的再出血に対する単変量解析では止血処置症例($p < 0.0001$)で多く、再出血により輸血を要する($p < 0.0001$)が、抗血栓剤使用歴やその他病歴、検査開始までの時間等との関連はなかった。検査実施までの時間と出血同定率、及び輸血実施にも相関はなかった。長期的な再出血と出血憩室同定に関連はないが、憩室出血既往($p = 0.0011$)、高血圧($p = 0.0420$)で有意に再発した。【結論】大腸憩室出血は時として重篤な転帰を辿りうるが、病状が許せば待機的に洗腸を行った上ででの出血憩室同定及びClip止血で対処可能であり、必ずしも不十分な前処置の中で緊急内視鏡を行なうことも短期的長期的な再出血リスクを増大させることはなかった。EBLは比較的簡便かつ効果的な止血法だが穿孔の危険があり今後適応症例を検討する必要がある。

S1-7 当院における大腸憩室出血の治療成績 豊橋市市民病 消化器内科 ○松田 宜賢、山田 雅弘、浦野 文博

【はじめに】大腸憩室出血は下部消化管出血のうち、最も頻度の高い疾患であるが出血点の同定に難渋したり、止血困難な症例も経験する。今回我々は憩室出血の1)出血点の同定率、2)内視鏡的止血術の治療成績を検討したので報告する。1)出血点の同定率の検討。【対象】2014年4月から2016年3月までに大腸憩室出血で入院し、受診後24時間以内に下部消化管内視鏡検査を施行した146例。年齢72.5歳、男女比108/38。【方法】内視鏡で出血点が同定できた群(同定群)31例、同定困難であった群(同定困難群)115例に分け、年齢、平均血圧、脈拍数、Hb値、血小板数、抗血栓剤内服有無、CECTでの造影剤血管外漏出所見の有無、右側/左側結腸について比較した。【結果】年齢、平均血圧、脈拍数、Hb値、血小板数、抗血栓剤内服有無、右側/左側結腸では両群間に有意差はなかった。CTでの造影剤血管外漏出所見の有無で P 値0.001で有意差が認められた。2)内視鏡的止血術の治療成績の検討【対象】2014年4月から2016年3月までに憩室の出血点の内視鏡的に同定できたのは41例(年齢72歳、男女比31/10)であった。このうち内視鏡的止血術を施行した35例。【方法】当院では憩室出血に対してまず、クリップ止血を試み止血困難例に対してEBLを施行している。クリップのみで止血可能であった群(クリップ群)22例とEBLで止血した群(EBL群)13例で成績を比較した。クリップ群/EBL群の年齢は69/75歳、男：女比は21：1/10：3、右側/左側結腸比は18：4/8：5であった。抗血栓剤内服の有無では16：6/12：1、30日以内の再出血の有無では、6：16/1：12、止血までの時間は16分：40分、手術への移行は0/2であった。【まとめ】EBL法はクリップ法に比べ処置時間が長かったが、一時止血率は100%で有用性は高かった。EBLではスコープを一旦抜去する必要があることや、EBLデバイスを装着することで視野が悪くなるなどのデメリットがありデバイスの改良が待たれる。

S1-8 大腸憩室出血における Endoscopic Band Ligatio (EBL) の有用性、安全性の検討

木沢記念病院 消化器内科
○安田 陽一、足達 広和、杉山 宏

【目的】大腸憩室出血におけるEBLの有用性、安全性を検討する。【対象と方法】2014年8月から2017年3月に当院にて大腸憩室出血と診断された97例のうち、EBLを行った43例を対象に後ろ向きに検討した。憩室出血の診断は、病歴、薬剤歴、直腸診所見をもとに、造影CT、グリセリン洗腸後の内視鏡(SCS)、洗腸後に内視鏡先端に透明フードを装着し、憩室を吸引、反転させを行った。EBLは責任憩室を同定し、O-ringにて結紮を行った。【結果】97例中、76例(78%)で出血源を同定し止血処置を行った。一次止血方法は37例にクリップ、39例にEBLを用いた。クリップで止血処置を行った37例中8例(22%)に再出血を認め、止血処置を要した。以前、EBLの有用性を報告した際には、EBL後の再出血は認めなかったが、39例中4例(10%)に認めた。2例は、近傍の別の憩室から活動性出血を認め、EBLにて止血処置を行った。1例は、施行後3日後のバンドが外れたEBL後潰瘍に露出血管を認め、クリップにて止血処置を行った。1例は、EBLの腸より出血を認め、追加のEBLを試みるも止血困難であり、IVRにて止血処置を行い止血した。いずれも良好な止血を得ており、手術移行例は認めなかった。EBLを行った43例中、男性30例、女性13例で、平均年齢は69.2歳であった。出血部位は、上行結腸30例、横行結腸1例、下行結腸6例、S状結腸6例であった。抗血小板薬などの内服例は、14例(33%)であり、25例(58%)に活動性出血を認めた。13例(30%)は憩室出血の既往を持つ患者であった。遅発性の消化管穿孔などの重大な合併症は認めなかった。また原因の特定できないCRP：5.0mg/dl以上の上昇を認める症例は2例しか認めておらず、比較的安全な治療方法と考えられた。【結論】EBLは確実な止血方法ではあるが、責任憩室の確実な同定、また十分な吸引、結紮をしなければ再出血する可能性がある。遅発性の消化管穿孔などの合併症の報告もあり、さらなる安全性の検討が必要である。

S1-9 カプセル内視鏡とバルーン小腸内視鏡を施行した小腸血管性病変に関する検討

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学
○井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁

【目的】当科にてカプセル内視鏡(CE)、バルーン小腸内視鏡(BAE)の両検査ともに施行した小腸血管性病変に関して検討した。【対象】2004年3月から2015年12月までに当院にてBAEを施行した448例(852件)とCEを施行した289例(321件)中、BAE、CEともに施行した血管性病変19例を対象とした。【結果】平均年齢は65.9±11.0歳、男性9例、女性10例であった。血管性病変の内訳はangioectasia(A群)16例、血管腫(H群)3例であった。平均年齢はA群63.8±2.5歳、H群77.3±5.8歳であり、有意にH群で高齢であった($P = 0.046$)。施行理由は全例Obscure Gastrointestinal Bleeding(OGIB)であり、A群Overt OGIB 10例、Occult OGIB 6例、H群Overt OGIB 6例、Occult OGIB 1例であった(NS)。ヘモグロビンの最低値は7.1±1.9g/dl(g/dl)(A群7.2±2.1g/dl、H群6.7±2.5g/dl)であった(NS)。抗血栓薬は12例(A群9例、H群3例)で服用していた。CE時に活動性出血を認めた症例は8例(A群6例、H群1例)であり、抗血栓薬服用群7例、非服用群1例($P = 0.061$)で、服用群で活動性出血を生じやすい傾向を認めた。BAE時に活動性出血を認めた症例は5例(A群3例、H群2例)で、全例抗血栓薬服用群であり有意に($P = 0.047$)服用群で活動性出血を認めた。BAEでA群と診断した症例中10例(62.5%)はCEにてangioectasiaと診断したが、2例は活動性出血のみ、1例はヘマチン付着、3例は指摘できなかった。BAEでH群と診断した症例中2例はCEにて隆起と出血、1例は活動性出血のみ認めた。治療はA群中10例に対してBAE時にクリップにて止血を施行した。1例は多発病変で、外科的切除術を施行した。5例は経過観察となり、再出血は認めなかった(観察期間中央値591(2-2764)日)。5例中4例はCE、BAEともに活動性出血は認めず、1例はCE、BAEともに活動性出血を認めたがリパーロキサパン中止後再出血は認めなかった。血管腫は全例BAE時に点墨行い外科的切除術を施行した。病理はcavernous hemangioma2例、pyogenic granuloma 1例であった。【結論】小腸血管性病変の出血には抗血栓薬の関与が疑われた。CEでは診断に至らない症例もありBAEは診断、治療に有用と考えられた。

S1-10 クロウン病の小腸病変の内視鏡的活動性と便中カルプロテクチンの検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○松浦 倫三郎、渡辺 修、後藤 秀実

【背景・目的】粘膜治癒(MH)がクローン病(CD)患者の治療目標の1つとなっている。MHの評価のために内視鏡やMRIなどの検査が

必要だが、これらの検査を頻回に行うことは難しい。近年、腸管炎症の評価のためのバイオマーカーである便中カルプロテクチン (FC) が注目されている。FCとCDの終末回腸及び大腸病変の活動性に関する報告はあるが、CDの小腸病変は内視鏡での活動性評価が難しいため、小腸型CDにおける報告は少ない。今回我々はFCと小腸型CDの活動性との相関について検討した。【方法】2016年5月から2017年2月までに当院にてダブルバルーン内視鏡 (DBE) を施行した小腸型CD15例を対象とした。DBEは経口、経肛門の両ルートを一週間以内に施行し、消化管造影も併用して全消化管を観察した。CRP、赤沈、CDAI、FCを測定し、内視鏡的活動性との相関について検討した。小腸の内視鏡的活動性の評価のため、既存のSES-CDをmodifyし、Double-balloon Endoscopic Score for Crohn's Disease: DES-CDを作成した。小腸を上部空腸・下部空腸・上部回腸・下部回腸に4分割し、各区分をSES-CDの評価に準じて潰瘍の大きさ、潰瘍性病変の範囲、他病変の範囲、狭窄の存在の4項目を点数化し、その合計をDES-CDとした。また粘膜の炎症性病変に着目するためにDES-CDの中で狭窄の項目を除外しpartial DES-CD:pDES-CDとした。【結果】全症例で大腸病変を認めなかった。DES-CDはFC ($\gamma = 0.688$, $P = 0.005$)、CRP ($\gamma = 0.765$, $P = 0.001$) と相関を認めた。またpDES-CDはFC ($\gamma = 0.803$, $P = 0.001$)、CRP ($\gamma = 0.673$, $P = 0.006$)、赤沈 ($\gamma = 0.704$, $P = 0.003$) と相関を認めた。CDAIはどちらとも相関を認めなかった。【結論】今回の検討でCDの小腸病変の内視鏡的活動性とFCの間で相関を認めた。DES-CDと比較して粘膜の炎症性病変に注目したpDES-CDの方が強い相関があり、これはFCが狭窄病変ではなく潰瘍などの粘膜障害を反映しているためと考えられた。FCはCD患者の小腸粘膜障害をモニタリングすることができ、小腸のMHを評価するバイオマーカーとなりうる可能性が示唆された。

S1-11 抗 TNF α 抗体によるクローン病治療と手術回避に関する検討

¹三重大学医学部 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部 光学医療診療部

○中村 美咲¹、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

【背景と目的】クローン病 (CD) は、腸管に慢性炎症をきたす原因不明の難治性疾患である。病変は全消化管に及び、深い潰瘍を形成し、高度な狭窄、穿孔、瘻孔などを来す事により外科的治療を要する。2002年にInfliximab、2010年にAdalimumabを生化学的製剤 (Bio: 抗TNF α 抗体) が承認された。生化学的製剤によりCDの治療がどのように変化しているか、手術回避率に関して検討した。

【対象と方法】当院に通院しているCD患者145例を発症時期で分類した。2002年以前をA群、2002年以降をB群とした。各群の特徴と、手術回避率に関して検討した。なお、手術には腸切除、狭窄形成術を含んでいる。また、病型はVienna分類を用いた。

【結果】A群が66例、B群が79例。A群は女性18例、男性が48例で、平均年齢が44.3歳、罹病期間は平均22.9年で、手術歴がない症例は5例のみであった。生化学的製剤を使用している症例は57例 (86.3%) であり、生化学的製剤使用後に手術を施行した症例は22例 (38.6%) であった。発症から投与開始までの平均期間は13.5年で、投与平均期間は8.9年であった。B群は女性が20例、男性が59例で、平均年齢が36.9歳、罹病期間は平均8.4年。手術歴がない症例は33例であった。生化学的製剤を使用している症例は63例 (79.7%) で導入後手術した症例は15例 (23.8%) であった。発症から投与開始までの期間は2.6年で投与平均期間は6.3年であった。

【結論】当院におけるCD症例はほとんどが紹介患者であり、重症の症例が多い。生化学的製剤の治療が可能となつて以降、top downによる治療が増加している。Top down療法を施行することにより、手術回避率が増加する可能性が考えられた。

S1-12 難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入におけるタクロリムスの治療成績

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○片野 敬仁、片岡 洋望、城 卓志

【目的】タクロリムス (TAC) は難治性潰瘍性大腸炎 (UC) の寛解導入に有効性が示されているが、TAC応効も存在する。難治性UCの寛解導入におけるTACの治療成績および効果予測因子を明らかにすることを目的とした。【方法】当院で2010年4月から2016年7月までに難治性UCに対してTACが導入された50例の背景因子を検討した。導入後8週時に寛解 (partial Mayoスコア2以下) を得た症例をTAC有効群、寛解導入不能 (partial mayoスコア>2) であった症例をTAC無効群と定義し、それぞれの背景因子、治療後の累積大腸切除率などを比較検討した。【結果】患者背景: 男性28例、女性22例。平均年齢は45歳 (13-81歳)。TAC導入時の罹病期間中央値は28か月 (0-21年)。ステロイド依存36例、ステロイド抵抗12例、ステロイドナイーブ2例。全大腸炎型30例、左側大腸炎型20例。TAC開始時のpartial Mayoスコア平均6.6。副作用などでTAC不耐であった6例をのぞいて、

TAC導入8週までに寛解導入を得た有効群は24例 (54.5%)、TAC無効群は26例 (45.5%) であった。TAC有効群・無効群の背景因子の検討では、年齢、導入時の罹病期間、罹患範囲、TAC使用前の前治療歴については両群間に差を認めなかった。TAC開始時のpartial Mayoスコアも両群間に差を認めなかったが、男女比 (男性:女性) はTAC有効群で9:15、無効群は14:6と有意に差を認めた ($p = 0.03$)。TAC有効群においてはTAC導入後の観察期間中の大腸切除例は1例のみであったが、TAC無効群とTAC不耐であった26例のうち10例 (35%) に最終的に大腸切除術が施行されていた。観察期間における難治性UCに対するTAC導入例の手術回避率は80%であった。【結論】タクロリムスは難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入に有効であり、タクロリムス導入早期の治療反応性が予後規定因子であることが示唆された。

S1-13 悪性病変を合併した潰瘍性大腸炎に対する手術例の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科

○田中 晴祥、中山 吾郎、小寺 泰弘

【はじめに】潰瘍性大腸炎 (UC) は年々増加傾向であるとともに、しばしば悪性病変の合併例にも遭遇する。しかしながらその病像や至適術式など不明な点は多い。今回、当科における癌および高度異型病変を併発したUC手術例について検討を行った。【対象・方法】2000年からの16年間に当科で手術を施行したUC患者187例のうち癌合併31例、高度異型病変合併13例を対象とし、1. 年次推移、2. 背景因子、3. 腫瘍因子、4. 手術成績につき検討を行った。【結果】1. 前 (2000-) / 中 (2005-) / 後期 (2010-) での悪性併発例が占める割合は11%/16%/31%と増加傾向にある一方、進行癌の割合は40%/38%/17%と低下した。2. 悪性併発例に比して癌および高度異型合併例では手術時年齢は高く、術前病歴期間は長かった。3. Tis-T2 症例 (N=31) は全例で組織型は全例分化型、リンパ節転移は1例のみで、再発を認めなかった。一方T3-4症例 (N=10) はpor/mucなどの低分化型が9割を占め、それらすべてにリンパ節転移を認め、のちに再発を認めた。4. 全例で肛門管領域を含む大腸全摘術が施行され、吻合は回腸肛門吻合36例、直腸切断8例であった。リンパ節郭清は所属リンパ節D3+他領域D1郭清が施行された。30%に主病変周囲もしくは他部位 (肛門管を含む) に異型病変を認めたが、所属リンパ節以外の転移は認めなかった。【考察】T因子の進行に伴い組織型の悪化とリンパ節転移率の増加を認め、進行例の予後は通常のsporadic cancerに比して不良である可能性が示唆された。進行癌に対しては肛門管を含む大腸全摘および確実な所属リンパ節郭清が必須であるとともに、比較的高齢で病歴期間の長いUCに対してはsurveillanceによる悪性病変の早期発見が重要であると思われる。

S1-14 当科で経験したメサラジン製剤の副作用症例の検討

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾 英介、小木曾 富生、杉山 昭彦

【目的】潰瘍性大腸炎の治療において、メサラジン (5-ASA) 製剤は軽症~中等症に対する寛解導入、寛解維持において根幹をなす重要な基本的な薬剤である。副作用は少ないとされているが出現すると投薬できなくなり、寛解維持のための治療薬は選択肢が少ないため、治療に苦慮する事がある。また、5-ASA製剤の副作用には発熱、腹痛、下痢、血便などがみられ、潰瘍性大腸炎の症状と鑑別が困難なアレルギー (不耐) 例も少なからず存在している。今回、当科で経験した5-ASA製剤の副作用症例について検討した。【対象】対象は2011年4月から2016年12月まで当科で治療を行った潰瘍性大腸炎患者192症例。投薬した5-ASA製剤は、時間依存型製剤68例 (35%)、pH依存型製剤108例 (56%)、サラゾスルファピリジン4例 (2%)、未投薬は10例 (5%) であった。【結果】5-ASA製剤による副作用症例は、192例中8例 (4.2%) に認め、内訳は皮疹1例、膝炎1例、筋肉痛1例、頭痛1例、間質性肺炎1例、不耐3例 (1.6%) であった。不耐症例では発熱、排便回数増加を認めた。不耐症例の内視鏡所見は潰瘍性大腸炎の所見と同様であり、特徴的な所見は認めなかった。不耐の3例中2例にリンパ球幼若化試験 (DLST) が施行され1例で陽性であった。5-ASA製剤の中止と寛解導入目的のステロイド投与により速やかに症状の改善を認めた。ステロイドでの寛解導入後、1例は整腸剤のみで、2例は免疫調節剤 (azathioprine) 導入で寛解維持されている。【結論】当科で経験した5-ASA不耐症例の頻度は1.6%であった。比較的小さい副作用の少ない薬剤ではあるが、不耐症例は原疾患の増悪やステロイド依存との鑑別を要する事があるため、十分注意を要する。

S1-15 当院における潰瘍性大腸炎、クローン病、クロストリジウム・ディフィシル腸炎に対する糞便移植の有効性と課題

藤田保健衛生大学病院 消化管内科

○城代 康貴、生野 浩和、大宮 直木

【目的】近年、欧米を中心に難治性・再発性クロストリジウム・ディフィシル感染症 (CDI) に対する糞便移植療法 (FMT) の有効性は確立されてきたが、炎症性腸疾患に対する FMT の有効性は議論が分かれ、その方法についても確立されていない。今回、潰瘍性大腸炎 (UC)、クローン病 (CD)、CDI に対する FMT の有効性を内視鏡所見、腸内細菌叢から検討した。【方法】FMT の適応は既存治療に抵抗する UC、CD、CDI とした。対象は 2016 年 1 月 - 9 月に FMT を施行し 8 週間まで経過を追えた UC15 例、CD3 例、CDI2 例。レシビエントの年齢制限はなく、ドナーは 20 歳以上の健康な親族・配偶者または知人とした。ドナー糞便濾過液は CDI、UC は大腸内視鏡で盲腸より、CD はバルーン内視鏡で上部空腸より投与した。FMT 前の抗生剤投与は任意とした。FMT 前、8 週後に便検査・培養、内視鏡、採血を行い、有効性を評価した。また、糞便中腸内細菌叢の 16S rRNA 遺伝子を次世代シーケンサー (イルミナ社 MiSeq) で解析し、 β 多様性からみたドナー細菌叢定着の有無を評価した。【結果】UC15 例中 CAI3 以上の改善は 1 例 (7%)、Mayo score3 以上の改善は 2 例 (14%)。内視鏡的 Mayo score の改善は 3 例 (21%) であった。CD は 3 例中、2 例は以前から抗 TNF α 抗体製剤が倍量投与されていたが、FMT 後より CDAI、血清 CRP、貧血の改善と内視鏡での回盲部潰瘍の縮小・瘢痕化が認められ、バクテロイデス門、アクチノバクテリア門が増加していた。効果のなかった CD1 例は上行結腸病変が改善していたが、肛門管の広汎な潰瘍は不変で CDAI の改善は認めなかった。CDI は 2 例とも著明な臨床的改善が得られた。FMT に伴う重篤な有害事象は認めなかった。【結論】UC において FMT 定着失敗例に有効例は認めず、定着例においても有効率 (Mayo score3 点以下) は 18% と低かったが、一部で有効例も認められた。CD、CDI に対する FMT は有効性が示唆された。

シンポジウム 2

S2-1 当院における HCV 抗体陽性者の拾い上げに対する取り組み

刈谷豊田総合病院 内科

○溝上 雅也、仲島 さより、井本 正巳

【目的】近年DAA製剤の登場により以前より低侵襲かつ確実にC型慢性肝炎の治療が行えるようになってきており、C型慢性肝炎の拾い上げが課題である。当院では2016年7月から検査科と協力し、HCV抗体が初回陽性の場合は院内メールで検査依頼医に連絡するシステムを導入した為、その有効性に関して検討した。【方法】当院で2016年1月から12月までにHCV抗体検査を行った17086人(年齢1~105才、男性:9226人、女性:7860人、平均56.2才)を検討した。【結果】科別では内科、整形外科、外科、産婦人科の順に多かった。HCV抗体陽性は361人(年齢12才~98才、男性216人、女性145人)で、HCV-RNA測定を行ったのは204人であった。HCV-RNA陽性は87人(女性43人、男性44人)でC型慢性肝炎の治療を施行したのは31人(2例は途中で中止)、HCV治療予定は15人、治療を施行しなかったのは41人であった。治療を施行しなかった理由は高齢、認知症、他院で治療希望、HCC、原疾患が重篤等であった。HCV抗体陽性でHCV-RNAが検出されなかったのは117人で、内訳は偽陽性が85人、治療後が30人、治療中が2人であった。HCV-RNA測定を行わなかった157人のうち、C型慢性肝炎の診断もしくは治療がなされていない、精査が必要にもかかわらずなされた患者(以下未精査群)が76人であった。次に、通知システム導入前後の検査状況について、導入前の2016年1月から6月と、導入後の2016年7月から12月で比較検討した。導入前、導入後でそれぞれ、HCV抗体陽性は188人、173人、そのうちHCV-RNA測定を施行したのは101人、103人であった。HCV-RNA測定を施行しなかった84人、70人のうち、未精査群が46人、30人であった。システム運用前には未精査群が188人中46人(24.5%)、導入後は173人中30人(17.3%)であり、システム導入により未精査群の占める割合が減少した。【考察】システム導入によりHCV抗体陽性にもかかわらず精査されない患者は減少したが、未だに不十分である。今後、システムの改善やさらなる積極的な取り組みが必要であると考えられた。

S2-2 B型慢性肝炎核酸アナログ治療投与例における FIB-4 index の継続的変化と肝発癌

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○村田 礼人、玄田 拓哉、永原 章仁

【目的】肝線維化は肝発癌リスク評価の重要な因子である。肝線維化評価のゴールドスタンダードは肝生検であるが、その侵襲性のため繰り返し評価は難しい。そこで、簡便に繰り返し評価が可能な代替肝線維化マーカーとして血液生化学検査結果から算出されるFIB-4 indexなどの肝線維化評価指数が実臨床で用いられ、発癌リスク評価に対する有用性が報告されてきた。一方、核酸アナログ治療はB型肝炎患者の大多数でHBV-DNA低下と血液生化学検査成績改善をもたらす。その結果として、核酸アナログ投与後はFIB-4 indexの値も変化するが、その継続的変化や、どの時点の値が発癌リスク評価に最も重要であるかは明らかでない。今回の検討では当院で核酸アナログ治療導入された症例を対象にFIB-4 indexを継続的に評価し肝発癌との関係を検討した。【方法】対象は2003年以降当科において核酸アナログ治療が導入された166例。核酸アナログ投与前、投与開始1年後のFIB-4 indexを算出し、肝発癌との関連を後方視的に解析した。【成績】対象患者の性別は男性105例(63.3%)、年齢は中央値62歳(20-82歳)、HBe抗原陽性68例(47.6%)。初診時のFIB-4 index中央値は1.94であり、治療開始1年後のFIB-4 index中央値は1.73と治療前と比較して有意な低下を認めた。観察期間中の肝発癌は14例に認められ、核酸アナログ治療開始後の5年累積発癌率は9.0%であった。Cox比例ハザードモデルを用いて年齢、性別、HBV DNA、血液生化学検査などの因子と共に、初診時、核酸アナログ治療開始1年後のFIB-4 indexの肝発癌に対するハザード比を算出したところ、核酸アナログ治療開始1年後の値のみが有意なリスク因子となった。【結論】核酸アナログ投与開始後もFIB-4 index高値が持続する例では肝発癌のリスクが高く注意が必要である。

S2-3 DAAs 投与後の発癌に関する検討

岐阜市民病院 消化器内科

○鈴木 祐介、西垣 洋一、富田 栄一

【緒言】直接作用型抗ウイルス薬(DAAs)の登場によって抗ウイルス効果は飛躍的に向上したが、DAAsによるSVRによって発癌率が上昇したという報告もあり、発癌に関しては議論が残るところである。今回、我々は当院でDAAs投与後に5例の発癌症例を認めたため、その特徴について検討した。【対象】2014年9月から2016年1月の間に当院にてDCV・ASV併用療法、LDV/SOF併用療法、SOF・RBV併用療法のいずれかの抗ウイルス療法を行った肝細胞癌の治療歴がない330例を

対象とした。その内、HCCを認めた症例は5例であった。性別 男性/女性:3/2例、年齢:74(60-80)歳、背景肝 慢性肝炎/肝硬変:1/4例、治療開始時ALT:38(20-117) IU/dL、AST:63(27-102) IU/dL、Alb:3.4(2.8-4.3) mg/dL、PT:81(60-93) %、Plt:4.7(3.5-10.9) ×10⁴/μL、FIB4-index:15.2(4.1-19.1)、AFP:38(14.7-145) ng/mL、Fibrosan E値:14.3(6.7-48) kPa。【結果】SVR/nonSVR:3/2、治療終了時ALT:19(15-37) IU/dL、FIB4-index:7.1(2.5-11.5)、AFP:19.5(7.7-72.8) ng/mL、DAAs投与からHCC確認までの期間:165(55-341)日、HCC確認時ALT:30(17-65) IU/dL、AFP:19.4(5.1-48.9) ng/mL。5例はいずれもDAA投与前に造影CTまたはEOB-MRIにて肝細胞癌がないことを確認していたが、見返すとHCC発生部位はDAAs投与前に肝血管腫、AP-shuntなどと診断されているものも認め、肝細胞癌としては典型的ではなかったが、前癌病変であった可能性が疑われた。【結語】DAAs投与症例はIFN治療症例と比較すると高齢で肝線維化の進展した症例が多く、そもそも発癌のリスクが高い。DAAsと発癌の関連についてははっきりしないが、DAAs投与後も肝細胞癌についてのサーベランスは怠らない様に注意を要すると思われた。

S2-4 C型慢性肝炎患者に対する DAA 治療例における発癌例の検討

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 病態医科学

○飯尾 悦子^{1,2}、野尻 俊輔¹、田中 靖人²

【目的】近年Interferon-freeのDAA療法により、高率なSVRが見込まれるが、治療中、治療後に発癌例が散見される。全国多施設共同研究におけるDaclatasvir/Asunaprevir(DCV/ASV)療法、Sofosbuvir/Ledipasvir(SOF/LDV)のSVR症例での、肝発癌・肝癌再発関連因子について検討した。【方法】対象は全国多施設でDCV/ASV療法、SOF/LDV療法にてSVRを達成した1型C型慢性肝炎患者1247例。内訳はDCV/ASV療法688名、SOF/LDV療法559名。CH863名、LC384名。男性556名(44.6%)、治療開始時の年齢中央値71歳、血小板中央値14.1万/μL、HCV-RNA 6.1log IU/mL。HCC既往有150例(12.0%)。観察期間中央値はDAA治療開始後83.3週(治療終了後62.9週)。本研究は、医学部倫理審査委員会の承認を得て行った。【結果】DAA治療を開始した1247例のうち、治療開始後に72例の発癌を認めた。発癌例の内訳は年齢中央値74(56-88)歳、LC44例(61.1%)、男性46例(63.8%)。52例(72.2%)にHCC既往有。HCC既往有群の発癌率は34.7%(52/150)で、有意に発癌率が高かった[HCC既往無群1.8%(20/1097)、p<0.001]。発癌例では高齢(平均74歳)、治療開始時の血小板中央値10.6万/μLで有意に低く、AFP中央値は13.0 ng/mL、M2BPGi5.6(C.O.I)で、いずれも非発癌群に比べて有意に高かった(非発癌群:年齢70歳、血小板14.4万、AFP5.0、M2BPGi2.0、p<0.001)。発癌時期はDAA投与中7例、投与終了後からSVR24までに33例、SVR24以降32例。HCC既往無群においても、発癌例では同様の傾向が見られたが、HCC既往有群では発癌に関連する有意な因子は見られなかった。また、治療前とSVR24時点(SVR24までに発癌した症例は発癌時点)での各因子の変化は、治療後発癌群ではそれぞれ血小板:10.5/12.6、Fib4:5.8/4.0、AFP:15.5/10.4、一方非発癌群で血小板:10.2/12.0、Fib4:6.2/4.2、AFP:10.2/5.0とそれぞれ肝発癌の有無に関わらず、治療後は前値に比べ有意に改善した(p<0.001)。【結語】DAA療法により各種マーカーは改善したが、男性、肝硬変、肝癌既往例は肝癌発生のリスクが高く、肝癌高リスク群の囲い込みは重要である。

S2-5 当院における SVR 後発癌に関わる因子解析～IL28B、TLL1

の遺伝子多型に関する初期検討も含めて～

JCHO 中京病院 消化器内科

○高口 裕規、戸川 昭三、長谷川 泉

【背景・目的】我々は当院のIFNベース治療でSVR後HCC発癌に治療前の年齢、性別、線維化、特に治療前Fib4 indexの有用性を報告した(第124回例会)。一方、IFN効果予測に有用な宿主のIL28B(rs8099917)の遺伝子多型がHCC発症の危険因子となることが、最近toll-like receptor 1(TLL1)付近(rs17047200)の遺伝子多型がSVR後発癌に寄与すると報告されている(Matsuura, et al Gastroenterology 2017)。今回当院で抗ウイルス療法を行い、同意を得て遺伝子解析を行った症例においてIL28B、TLL1遺伝子多型を測定しSVR後の発癌との関連を検討した。【対象・方法】2011年7月～2016年11月に当院でHCVの治療にあたり宿主因子の遺伝子解析に同意得た136例(男性72例)を対象とした。IL28B、TLL1遺伝子多型とともに治療前のFib4 indexを含む諸因子を検討した。【結果】治療介入を行った症例は113例(男性58例、開始時平均年齢62歳、2型7例を含む)、治療後効果判定できた90例で、最終的にSVR24達成した症例は81例(内訳はPR併用6例、TPV3剤22例、SMV3剤9例、DCV、ASV併用12例、SOF、LDV併用29例、SOF、RBV併用3例)であった。治療前後の経過中にHCCを

認めた症例を4例経験した。症例1はHCC治療後2型HCVに対しPR併用療法施行でSVRとなった。症例2は手術、経皮治療後にDCV、ASV併用療法を行いSVRとなった。症例3、症例4はいずれもSOF、LDV併用療法のSVR判定後半年以内にHCCを発症した。IL28B (rs8099917)の遺伝子多型は症例1、3ではTT、症例2、4はTG/GGであった。4例全例 TLL1 (rs17047200)はTTタイプであった。SVR後発症した症例3、4は治療時年齢が80歳、62歳と比較的高齢、治療前のFib4 indexがそれぞれ5.631、9.665と高値を示した。【考案】少数の検討かつ観察期間が短く明確な傾向はいえないが、遺伝子多型だけでなく治療後の早期の発症には年齢や線維化因子の関与することが示唆された。今後症例集積し中長期的なサバイバルに役立てて行きたい。

S2-6 肝発癌抑制を目指したNASH/NAFLDのマネジメントにおけるPNPLA3遺伝子多型の意義

¹愛知医科大学 肝胆脾内科学、

²立命館大学医療経営研究センター、

³京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学、

⁴Japan Study Group of NAFLD (JSG-NAFLD)

○角田 圭雄^{1, 2, 3}、瀬古 裕也^{3, 4}、米田 政志^{1, 4}

われわれは厚労省の岡上班においてGWASを用いてPNPLA3遺伝子多型 (リスクアレルはGアレル)はNASH発症に関わることを報告した (Kawaguchi, Sumida, et al. PLOS One 2012)。京都第二日赤十字病院健診部との共同研究によって健診受診者のPNPLA3遺伝子型分布はGG/CG/CC:20%/50%/30%であり、白人に比してGGホモの比率が高く、NAFLD発症には成人後の10kg以上の体重増加とPNPLA3 Gアレルがリスク因子であった。PNPLA3遺伝子多型を測定し、肝生検で診断したNAFLD 238例 (NAFL/NASH:71/167, PNPLA3遺伝子多型 GG/CG/CC:52/60/18)を平均6.1 (1.1-17.2)年観察し、その累積肝発癌率と危険因子を検討した。NASH群の線維化の分布はBrunt stage 1/2/3/4:85/38/27/15。経過観察中に10例に肝発癌を認め、5年発癌率は1.9%、10年で8.3%であった。10例全例が肝生検施行時の診断はNASHで、肝生検時の線維化はBrunt stage 2/3/4:1/4/5であった。PNPLA3遺伝子型 GG/CG/CC:7/3/0と全例にGアレルを認めた。発癌時の腫瘍マーカーは1例がAFP高値を示すも、残りは正常で、PIVKA2は6例が高値を示した。発癌に寄与する因子をCoxの比例ハザードモデルで解析すると、単変量解析では、NASH、PNPLA3 GG、AST/ALT比、血小板数低値、脂肪化 (5-33%)、線維化stage3/4が有意な因子として選択されたが、多変量解析では、線維化stage 3/4 (ハザード比 [HR]:24.4, p=0.011)とPNPLA3遺伝子多型GG (HR:6.36, p=0.019)のみが肝発癌の有意な危険因子であった。PNPLA3遺伝子多型GGのみで検討すると、5年発癌率は4.5%、10年で30.7%であった。本邦における肝生検で診断したNAFLDの累積発癌率は年率0.4%程度であり、医療経済性を考慮に入れた高リスク症例の囲い込みが喫緊の課題である。PNPLA3遺伝子多型GG症例は肝線維化の進行が速く、肝発癌率も高いことが示唆された。肝発癌抑制を見据えたNAFLD診療において肝線維化の評価と、PNPLA3遺伝子多型の測定は必須である。

S2-7 ALBI grade 肝細胞癌症例の肝機能評価に最も有用である

大垣市民病院 消化器内科

○東堀 諒、熊田 卓、豊田 秀徳

【目的】Child-Pugh分類 (CP分類)は1973年に食道静脈瘤の手術時に考案され、以後、肝細胞癌症例の肝機能評価として使用されてきた。しかし、最近の肝細胞癌症例の肝機能は良好となり、約8割がCP分類Aと分類され肝機能評価の指標としては問題となっている。今回われわれはAlbumin-Bilirubin (ALBI) gradeの有用性をCP分類、肝障害度と比較検討した。【対象】対象は1990年から2014年の25年間に経験した肝細胞癌2078例である。これらをA期 (1990-1994、n=368)、B期 (1995-1999、n=437)、C期 (2000-2004、n=439)、D期 (2005-2009、n=451)、E期 (2010-2014、n=381)に分類しALBI grade、CP分類、肝障害度について比較した。【成績】1) ALBI grade 1とCP分類Aと肝障害度AのA期、B期、C期、D期、E期に占める割合はそれぞれ13.2%と51.1%と36.5%、20.8%と59.7%と41.1%、30.8%と68.6%と52.7%、36.1%と73.2%と58.2%、45.9%と76.4%と57.7%でありALBI grade 1が最も低率でCP分類Aが最も高かった。2) CP分類5点はALBI grade 1が556例と2が302例となり生存期間中央値が8.3年 (6.8-9.6)と5.4年 (4.4-6.0)と有意差を認めた (P<0.0001)。肝障害度AはALBI grade 1が509例と2が320例となり生存期間中央値が8.5年 (6.8-10.0)と4.5年 (4.0-5.7)と有意差を認めた (P<0.0001)。3) ALBI grade 1はCP分類5点が566例と6点が36例となり生存期間に差を認めなかった (P=0.0839)。また、ALBI grade 1は肝障害度Aが509例とBが39例となり生存期間に差を認めなかった (P=0.4352)。【結論】ALBI gradeは基礎の肝障害が軽度となった現状の肝機能評価には最も適している。

S2-8 当院における肝細胞癌に対するミリプラチンを用いたB-TACEおよびC-TACEの治療成績の比較

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、後藤 秀実

【背景】HCCに対するIVRには様々なデバイス、抗癌化学物質、塞栓物質等使用可能となっているが、塞栓デバイスによるHCCの治療効果に関しては明らかになっていない。今回我々は塞栓デバイス・塞栓レベルによるHCCの治療効果の差を明らかにすること目的として以下検討を行った。【対象】2012年1月～2016年3月までに当院に於いてミリプラチン (MPT)を用いてTACEを行った (追加RFA症例、Stage4症例を除き画像追跡可能な)HCC 58症例128結節を対象として、バルーン閉塞下肝動脈化学塞栓術 (B-TACE)とconventional TACE (C-TACE)の治療成績、有害事象発現率について検討した。平均年齢は70.8±9.8 (44-91)歳、Stage 1/2/3/3/25/30例、BCLC Stage0/A/B/C :2/17/30/9例、Child-Pugh A/B/C:45/13/0例、B-TACE/C-TACE:42/16例であった。【方法】B-TACE群 (B群)とC-TACE群 (C群)において1) 全体の奏効率、個別結節における塞栓深度 (区域塞栓/前・後区域塞栓/肝葉塞栓)・サイズおよび個数 (Up to 7 criteria)と奏効率、2) 結節治療後局所再発までの期間、3) 背景スコアマッチングさせた2群間において、安全性の検討としてALBI Scoreを用いた肝予備能低下・有害事象発現率について比較・検討した。【結果1】全体の奏効率 (TE3+TE4)はB群/C群58.5/68.8% (p=0.47)、腫瘍のサイズ・個数 (Up to 7)で層別化した検討 (B群/C群73.1/80.0%、p=0.66)、個別結節について塞栓深度で層別化した検討 (B群/C群74.7/77.8%、p=0.7)について、いずれも奏効率に関しては有意な差は認めなかった【結果2】個別治療後の局所再発期間Bは群131.5±106日、C群160.2±128日で両群間において差はみられず、両群ともに塞栓深度が再発期間に影響していた。(区域塞栓vs前・後区域枝塞栓:162.3±134日/102.4±48日、p=0.006)【結果3】マッチングした34症例において、ALT、ALP、γGTP、血小板、Cre各検査値推移、ALBIスコア推移に関して2群間において有意な差は認めなかった。【結論】MPTを用いたTACEに於いて、B群とC群の比較にて今回の検討では治療成績に関しては有意な差を認めなかった。

S2-9 肝細胞癌に対する根治をめざした定位放射線治療の検討

¹朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科、

²朝日大学歯学部附属村上記念病院 放射線治療科

○大洞 昭博¹、小島 孝雄¹、大宝 和博²

【目的】近年、肝細胞癌に対する定位放射線治療 (SBRT)の有用性が報告されている。当院においても肝切除やラジオ波焼灼術 (RFA)、塞栓術 (TACE)といった根治性のある治療が選択できない症例の局所治療として施行している。今回、根治目的でSBRTを行った肝細胞癌症例における有用性や安全性について検討した。【対象】当院でElekta SynergyによるSBRTが可能となった2014年9月以降、2016年12月までの期間で根治目的にてSBRTを12例 (のべ13回、15結節)に施行した。【方法】照射法は多軌道回転原形照射法で、線量分割は肝予備能、腫瘍体積、周囲リスク臓器に応じて35～40 Gyの5～10分割 (70%等線量線)とした。呼吸性移動対策は10秒程度の間欠的呼吸息止めでの6軸線補正・照射により行った。【結果】内訳は男性7例、女性5例で、平均年齢は73.4歳 (63～87歳)、原疾患は、B型肝炎変2例、C型肝炎変6例、C型肝炎SVR後2例、アルコール性肝硬変1例であった。治療を行った肝細胞癌の占拠部位はS2/4/5/7/8=2/1/2/4/6例で、腫瘍のサイズは9～50mm (中央値16mm)であった。SBRTの施行理由は、RFA困難 (穿刺経路)2例、腹部超音波検査描出不良8例 (TAE不十分3例、乏血性腫瘍5例)、VP2を伴った2例、抗血小板薬休薬不可の乏血腫瘍1例、腹部超音波検査描出不良で造影剤不可1例、RFA後の急速増大1例であった。1回あたり5～10Gyを5～10日間に分けて照射した。治療前のChild-Pugh分類はA/B=13/1例で、治療3か月後を見るとC/P分類Aであった12例は変化なかったが、2例悪化 (A→B、B→C:各1例)していた。その他の有害事象は認めなかった。治療後6か月後の画像評価が可能であった13結節の治療効果判定は、TE1/2/3/4=1/2/4/5であった。【結論】定位放射線治療は安全性が高く、根治性が高い他の治療が施行困難である肝細胞癌症例に対して根治的局所治療の一つとなりうると考えられた。

S2-10 サイバーナイフによる肝悪性腫瘍の治療経験

トヨタ記念病院 消化器科

○村山 睦、鈴木 貴久、高士 ひとみ

【背景】サイバーナイフは、コンピューター制御のロボットアームに小型のリニアックを装着した定位放射線治療装置である。高線量の放射線を正確に病巣に照射することで、周囲の正常組織を温存しながら腫瘍細胞を破壊でき、様々な悪性腫瘍で原発巣および転移巣の局所における治療効果が証明されている。呼吸性に位置変動する腫瘍に対して

も、腫瘍近傍に金マーカーを留置することで、腫瘍をリアルタイムに追跡しながら照射することが可能となり、当院でも2015年8月より肝悪性腫瘍に対する治療導入を開始した。【目的】サイバーナイフによる肝悪性腫瘍の治療の短期合併症および治療成績を検討する。【対象】適応症例は、単発5cm以内、多発では3cm以内かつ3個以内とした。肝機能はChild-Pugh分類7点以下かつT-Bil 3以下を満たすものとした。対象症例は、2015年8月から2017年1月までに肝悪性腫瘍に対してサイバーナイフを施行した症例15症例を対象とした。【結果】男性が9例60%、女性6例40%で、治療年齢は48歳-86歳(中央値70歳、平均71.6歳)であった。原発性肝癌6例、転移性肝癌9例で、転移性肝癌の原発は、食道3例、胃、結腸、肺、直腸、卵巣、腎臓が各1例であった。最大腫瘍径は、2cm未満が8例53.3%、2cm以上3cm未満5例33.3%、3cm以上2例13.3%であった。これらの症例に対して、総線量平均値52.4Gy(40Gy-60Gy)を6.5回(3回-10回)に分割して照射を行った。3ヶ月後の治療効果を検討したところ、全症例で標的病変の局所制御はできていたものの、転移性肝癌症例では3例で新たな転移を認め(原発は胃、結腸、食道)、全身化学療法による追加治療を必要とした。合併症として導入早期に金マーカーの逸脱を2例に認めた。照射によるものは放射線宿酔を2例で認めたのみであった。また、照射による肝機能低下も認めなかった。【結論】サイバーナイフ治療により原発、転移ともに良好な局所制御が得られたが、転移性肝癌症例では全身化学療法との併用が必要と思われた。本治療はほとんど苦痛なく治療ができ、外来治療が可能であることから、患者が高齢化している肝癌治療に有用であると思われた。

S2-11 高度脈管浸潤陽性肝細胞癌に対する単回肝動注効果に基づいた外科的治療戦略

藤田保健衛生大学 消化器外科

○加藤 悠太郎、棚橋 義直、杉岡 篤

【目的】高度脈管浸潤陽性肝細胞癌の切除率は低く、切除例においても予後は一般に不良である。当科では、Vp3-4、Vv2-3症例に対してcarboplatin, adriamycin, mitomycin (CAM)の単回肝動注療法施行後にその結果に基づいて切除適応を決定し、適応患者には積極的な切除を行っている。【患者と方法】2017年1月までのVp3-4、Vv2-3陽性105症例中、94例にCAM肝動注を施行した。2週間後の画像及び腫瘍マーカーの変化から、有効または無効でも画像上SDと判定した67例とCAM非施行11例の計78例(切除率74%)に対して肝切除+腫瘍栓摘出を行った。腫瘍栓の進展状況は、Vp3 22例、Vp4 34例(14例は対側2次分枝浸潤)、Vv2 6例、Vv3 7例、Vp3-4 + Vv2-3併存6例。CAM有効群(n=22)、無効群(n=45)、非施行群(n=11)で生存率、再発を検討し、予後因子を探索した。【結果】術後1、3、5年OSはCAM有効群で82%、50%、26%、無効群で23%、0%、0%、非施行群で9%、9%、9%($p<0.0001$)。MSTは36、7、1か月。3年DFSは各々28%、0%、0%で($p<0.0001$)、DFS中央値は13、3、3か月。術後2年以上生存は有効群で14例(64%)、無効群で3例(7%)、非施行群で1例(8%)。以上よりCAM有効群は他の2群に比して有意に良好な成績であった。無再発は4例(有効群3、無効群1)。有効群では肝外再発が有意に少なく、再発後生存期間が有意に長かった(中央値13か月; $p=0.04$)。単変量因子解析ではCAM有効、ICG15分値 $<20\%$ 、切除断端陰性、手術時間1000分以内、出血量3000g以内が予後良好因子で、多変量解析ではCAM反応性は全生存率($p=0.02$)、無再発生存率($p=0.04$)に対する唯一の独立予後規定因子であった。【結論】CAMはとくに切除非適応症例を発見するためのチャレンジテストであり、一方有効例では予後延長への寄与が示唆される。長期生存には切除が不可欠で、CAM反応性に基づいた積極的な外科的戦略が有用である。

一般演題 プログラム

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・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3会場

09:00～09:35 胃・十二指腸①

座長 JA 岐阜厚生連岐北厚生病院 消化器内科 足立 政治

01 胃捻転による急性胃壊死の一例

若手 岐阜県立多治見病院 外科

(専修医) ○赤座 賢、梶川 真樹、伊藤 雄貴、岡野 佳奈、根木 隆浩、山中 雅也、
浅田 崇洋、奥村 徳夫、小西 滋、原田 明生

02 広範な萎縮、発赤、びらんを呈し、診断治療に苦慮した慢性胃炎の2例

若手 静岡市立静岡病院 消化器内科

(研修医) ○木村 領佑、早川 諒祐、河合 歩、杉本 崇宰、鈴木 博貴、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

03 再発を繰り返す好酸球性胃腸症の1例

若手 朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

(専修医) ○安田 剛士、八木 信明、中畑 由紀、黒部 拓也、尾松 達司、大洞 昭博、
小島 孝雄

04 十二指腸の通過障害をきたした後腹膜脂肪織炎の1例

若手 木沢記念病院 消化器内科

(専修医) ○森 弘輔、丸田 明範、千住 明彦、水谷 しの、吉田 司、宮崎 恒起、
足達 広和、安田 陽一、大島 靖広、杉山 宏

05 FUSE 広角内視鏡による十二指腸乳頭部病変に対するスクリーニングの有用性

若手 藤田保健衛生大学医学部 消化管内科

(専修医) ○山田 日向、柴田 知行、吉田 大、内堀 遥、河村 知彦、堀口 徳之、
前田 晃平、大森 崇文、城代 康貴、生野 浩和、大久保 正明、小村 成臣、
鎌野 俊彰、石塚 隆充、田原 智満、長坂 光夫、中川 義仁、大宮 直木

06 胃背側と脾臓の間に位置し、経過から parasitic myoma が疑われた1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○蓑輪 彬久、浦壁 憲司、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、安部 快紀、塚本 宏延、水島 隆史、
奥村 史浩

07 術前診断に難渋した Plexiform fibromyxoma の一例

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

²名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○鈴木 健人¹、野村 智史²、市川 鉦¹、野尻 優¹、稲垣 佑祐¹、岩崎 弘靖¹、
林 則之¹、西江 裕忠¹、片野 敬仁¹、田中 守¹、岡本 泰幸¹、尾関 啓司¹、
溝下 勤¹、志村 貴也¹、久保田 英嗣¹、谷田 諭史¹、片岡 洋望¹、
城 卓志¹

08 ソマトスタチン受容体シンチグラフィが診断に有用であったガストリノーマの1例

若手 大垣市民病院 消化器内科

(専修医) ○小藪 敬尋、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、豊田 秀徳、
金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、山 剛基、水野 和幸、東堀 諒、
犬飼 庸介、竹田 亮、佐久間 理香、三宅 望、曾根 康博

09 経過観察中に大量出血を来した巨大胃脂肪腫の一例

若手 ¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、

(専修医) ³浜松医科大学 臨床検査医学、⁴浜松医科大学 臨床研究管理センター

○稲垣 圭佑¹、田村 智¹、佐藤 辰貴¹、鈴木 崇弘¹、杉山 智洋¹、森 泰希¹、
高野 亮佑¹、鏡 卓馬¹、鈴木 聡¹、谷 伸也¹、魚谷 貴洋²、山出 美穂子¹、
濱屋 寧¹、岩泉 守哉³、大澤 恵²、古田 隆久⁴、杉本 健¹

10 化学療法施行中に肝転移破裂を来した十二指腸原発 GIST の1例

静岡市立清水病院 消化器内科

○小池 弘太、窪田 裕幸、高柳 泰宏、池田 誉、伊藤 達弘

11 経鼻内視鏡検診巡回バスによる胃がん住民検診の取り組み

¹JA 岐阜厚生連岐北厚生病院 消化器内科、

²岐阜大学大学院医学系研究科 地域腫瘍学

○足立 政治¹、小原 功輝¹、堀部 陽平¹、大野 智彦¹、後藤 尚絵¹、
岩間 みどり¹、山内 治¹、齋藤 公志郎¹、清水 雅仁²

12 Ball valve syndrome をきたした早期胃癌の1例

トヨタ記念病院 消化器内科

○平井 恵子、澤口 洋規、高橋 秀和、村山 睦、三宅 忍幸、高士 ひとみ、
鈴木 貴久

13 粘液癌の成分を伴い特異な形態を呈した早期胃癌（重複癌）の1例

¹国家公務員共済組合連合会東海病院 消化器内科、

²名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○末澤 誠朗¹、山田 健太¹、田中 達也¹、北村 雅一¹、丸田 真也¹、
浅井 裕充²、宮原 良二²

14 高齢者鳥肌胃炎に合併した胃癌の1例

¹岐阜赤十字病院 消化器内科、²木沢記念病院 病理診断センター

○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、鷺見 聡子¹、小川 憲吾¹、松下 知路¹、
名倉 一夫¹、山田 鉄也²

15 幽門狭窄をきたした胃異所性腺癌の1例

若手 名古屋市長西部医療センター 消化器内科

（専修医）

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

16 転移性胃癌における内視鏡像の検討

若手 静岡市立静岡病院 消化器総合センター 消化器内科

（専修医）

○河合 歩、奥村 大志、杉本 崇宰、鈴木 博貴、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

17 4年間の術後補助化学療法にて根治切除となった高度進行胃癌の1例

若手 ¹鈴鹿中央総合病院 外科、²鈴鹿中央総合病院 消化器内科(専修医) ○服部 可奈¹、市川 健¹、草深 智樹¹、大森 隆夫¹、大倉 康生¹、濱田 賢司¹、
田岡 大樹¹、佐瀬 友博²、向 克己²

18 化学療法中の切除不能進行胃癌からの出血に対して2回の緩和的放射線照射が止血に有用であった1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 放射線科○松浦 加奈¹、田中 修²、岩佐 悠平¹、三田 直樹¹、水谷 拓¹、小木曾 英介¹、
河口 順二¹、鈴木 祐介¹、小木曾 富生¹、向井 強¹、林 秀樹¹、
杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、飯田 高嘉²、岩田 翔太¹、
宇野 由佳里¹、富田 栄一¹

19 化学療法施行中に可逆性後頭葉白質脳症を発症した胃癌の1例

富士宮市立病院 内科

○樋口 友洋、森 雅史、井上 照彬、兼子 直也

20 4型進行癌の化学療法中に右大腿筋転移を来した一例

豊橋市民病院 消化器内科

○南 喜之、山本 英子、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、植月 康太、
木下 雄貴、松田 宜賢、山本 崇文、高田 善久、田中 仁、浦野 文博

21 腹膜播種を伴ったEBV関連胃癌の一例

若手 公立西知多総合病院 消化器内科

(専修医) ○新城 明仁、平松 美穂、春田 明範、小島 久実、小林 寛子、石川 英樹、
安藤 貴文

22 膵液漏を契機に診断に至った Choledochocoele の1例

若手 岐阜大学医学部附属病院 第1内科

(専修医) ○手塚 隆一、岩下 拓司、上村 真也、吉田 健作、清水 雅仁

23 経皮的胆道鏡下碎石術が有効であった生体肝移植後の肝内結石の1例

¹松波総合病院 消化器内科、²松波総合病院 外科○樋口 正美¹、木村 有志¹、全 秀嶺¹、藤井 淳¹、浅野 剛之¹、早崎 直行¹、
伊藤 康文¹、花立 史香²、松波 英寿²

24 Ceftriaxone が原因と思われる偽胆石症の6例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○山下 晃司、市川 広直、佐竹 智行、中西 孝之、永野 淳二、安藤 暢洋、
岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、杉原 潤一

25 超高齢者総胆管結石の2例

公立西知多総合病院 消化器内科

○石川 英樹、新城 明仁、平松 美穂、春田 明範、小島 久実、小林 寛子、
安藤 貴文

26 高齢総胆管結石症例に対する内視鏡治療の有用性・安全性について

高山赤十字病院 消化器内科

○奥野 充、白子 順子、田口 大輔、山口 公大、今井 奨、佐藤 寛之、
棚橋 忍

27 胆嚢管、総胆管に管内発育した胆嚢頸部癌

若手 ¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

(研修医) ○福沢 一馬¹、中江 康之¹、浜島 英司¹、仲島 さより¹、三浦 慎之祐¹、
飛田 恵美子¹、池上 脩二¹、溝上 雅也¹、恒川 卓也¹、山本 怜¹、
竹内 一訓¹、宮地 洋平¹、井本 正巳¹、伊藤 誠²

28 胆管内乳頭上腺癌の一例

大垣市民病院 消化器内科

○犬飼 庸介、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康弘、豊田 秀徳、
金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、山 剛基、小林 奈津子、水野 和幸、
東堀 諒、竹田 堯、佐久間 理香

29 SpyGlass DS が診断に有用であった胆管腫瘍栓を併発した肝細胞癌の1例

若手 愛知医科大学病院 肝胆膵内科

(専修医) ○北野 礼奈、井上 匡央、小林 佑次、石井 紀光、坂本 和賢、大橋 知彦、
中出 幸臣、角田 圭雄、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

30 経口胆道鏡が診断に有用であった IPNB with an associated adenocarcinoma の1例

岐阜市民病院 消化器内科

○岩佐 悠平、河口 順二、向井 強、三田 直樹、松浦 加奈、水谷 拓、
小木曾 英介、鈴木 祐介、小木曾 富生、林 秀樹、杉山 昭彦、加藤 則廣、
富田 栄一

31 PTGB ランデブー法にて経乳頭的ステント留置が可能となった2例

若手 高山赤十字病院 消化器内科

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

一 般 演 題

第 4 会場

09:00～09:35 大腸①

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科 谷田 諭史

32 インフリキシマブにて寛解維持療法中に大動脈炎症候群を発症したクローン病の1例
若手 静岡県立総合病院 消化管内科

(専修医) ○大津 卓也、大野 和也、黒上 貴史、遠藤 伸也、寺田 修三、川合 麻実、
榎田 浩平、大島 典彦、増井 雄一、佐藤 辰宣

33 腸腰筋膿瘍で発症し診断まで長期間を要したクローン病の1例

¹JA 愛知厚生連安城更生病院 外科、²JA 愛知厚生連安城更生病院 消化器内科

○河南 晴久¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、
新井 利幸¹、竹内 真実子²

34 当院におけるリアルダの使用経験

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専修医) ○高田 善久、山田 雅弘、田中 仁、松田 宜賢、南 善之、山本 崇文、
木下 雄貴、植月 康太、松原 浩、山本 英子、内藤 岳人、浦野 文博

35 炎症性腸疾患患者におけるアミノサリチル酸製剤服薬に対する意識ならびに剤型によるアドヒアランス調査

若手 愛知医科大学病院 消化管内科

(専修医) ○中川 頌子、山本 和弘、井上 智司、新村 哲也、林田 真由子、川村 百合
加、吉峰 崇、杉山 智哉、下郷 彰礼、山口 純治、足立 和規、岡庭 紀子、
郷治 滋希、田村 泰弘、井澤 晋也、土方 康孝、海老 正秀、小笠原 尚高、
舟木 康、佐々木 誠人、春日井 邦夫

36 当院におけるクローン病に対する生物学的製剤の有用性と安全性の検討

若手 社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科

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

37 イピリムマブ投与により生じた大腸炎の1例

¹三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、³三重大学医学部附属病院 腫瘍内科

○三浦 広嗣¹、濱田 康彦¹、葛原 正樹¹、田中 匡介¹、堀木 紀行¹、作野 隆²、
原田 哲朗²、山田 玲子²、中村 美咲²、井上 宏之²、石原 幹也³、
水野 聡朗³、竹井 謙之²

38 ニボルマブが原因と考えられた腸炎の2例

若手 JA 愛知厚生連安城更生病院 消化器内科

(専修医) ○安藤 雅能、竹内 真実子、近藤 重明、浅井 清也、青木 聡典、市川 雄平、
林 大樹朗、鶴留 一誠、岡田 昭久、細井 努

39 Calcium Polystyrene Sulfonate による大腸潰瘍から下血をきたした1例

若手 刈谷豊田総合病院 消化器内科

(専修医) ○恒川 卓也、神岡 諭郎、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、
三浦 眞之祐、飛田 恵美子、池上 脩二、溝上 雅也、山本 怜、竹内 一訓、
宮地 洋平、井本 正巳

40 当院における出血性直腸潰瘍の検討

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

41 腹膜垂炎の3例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、早川 諒祐、河合 歩、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

42 成人 Hirschsprung 病に対して低位前方切除術を行った一例

若手 愛知医科大学 消化器外科

(専修医)

○鈴木 健太、石黒 成治、小松 俊一郎、大澤 高陽、宮地 正彦、
金子 健一郎、有川 卓、齊藤 卓也、駒屋 憲一、松村 卓樹、倉橋 真太郎、
山中 美歩、内野 大倫、安井 講平、佐野 力

43 直腸 GIST に対して経会陰的に切除しえた1例

岐阜大学医学部 腫瘍外科

○高野 仁、松橋 延壽、高橋 孝夫、棚橋 利行、松井 聡、今井 寿、
田中 善宏、山口 和也、吉田 和弘

44 上行結腸憩室炎穿通による後腹膜膿瘍に対して経皮的穿刺ドレナージ処置が有用であった1例

若手 ¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科

(専修医)

○江上 貴俊¹、岩岡 泰志¹、鈴木 未緒¹、花岡 智彦¹、浅井 雄介¹、
大庭 行正¹、高鳥 真吾¹、佐原 秀¹、栗山 茂¹、住吉 信一¹、影山 富士人¹、
金岡 繁¹、林 忠毅²、西脇 由朗²

45 発症から48時間経過した後に手術となった糞便イレウスによる広範な左側結腸壊死の1例

若手 ¹JA 愛知厚生連安城更生病院 外科、²JA 愛知厚生連安城更生病院 消化器内科

(研修医)

○安田 祐真¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、
竹内 真実子²、新井 利幸¹

46 下痢を契機に診断した Cronkhite-Canada 症候群の一例

若手 JA 静岡厚生連遠州病院 内科

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

47 S 状結腸動静脈奇形に対し手術を施行した消化管ポリポース (Cowden 病) の1例

若手 刈谷豊田総合病院 内科

(専修医) ○竹内 一訓、井本 正巳、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭朗、仲島 さより、
三浦 慎之祐、飛田 恵美子、池上 脩二、溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜、
宮地 洋平

48 狭窄症状で発見された Hyperplastic/serrated polyposis syndrome の一例

¹愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、²愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部○鳥山 和浩¹、田近 正洋²、田中 努²、石原 誠²、平山 裕²、大西 祥代²、
水野 伸匡¹、肱岡 範¹、桑原 崇通¹、奥野 のぞみ¹、岩屋 博道¹、
伊東 文子¹、倉岡 直亮¹、松本 慎平¹、原 和生¹、丹羽 康正²

49 膿瘍形成を契機に発症しドレナージ後に根治術を施行した直腸癌の1例

若手 ¹JA 愛知厚生連安城更生病院 外科、²JA 愛知厚生連安城更生病院 消化器内科(専修医) ○崔 尚仁¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、
竹内 真実子²、新井 利幸¹

50 当院における大腸癌 ESD 後の外科的追加切除に関する検討

¹岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学、²岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学○松本 圭太¹、松橋 延壽¹、高橋 孝夫¹、荒木 寛司²、井深 貴士²、
久保田 全哉²、松井 聡¹、棚橋 利行¹、今井 寿¹、田中 善宏¹、山口 和也¹、
清水 雅仁²、吉田 和弘¹

- 51 食道狭窄をきたした難治性逆流性食道炎に対して食道ステントが有用であった一例
岐阜市民病院 消化器内科

○水谷 拓、岩佐 悠平、三田 直樹、松浦 加奈、小木曾 英介、河口 順二、
鈴木 祐介、小木曾 富生、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、
加藤 則廣、富田 栄一

- 52 併用薬剤からみたPPI抵抗性NERD患者の病態の検討
若手 愛知医科大学 消化管内科

(専修医) ○駒井 洋彦、中川 頌子、新村 哲也、林田 真由子、川村 百合加、
下郷 彰礼、吉峰 崇、山口 純治、足立 和規、岡庭 紀子、郷治 滋希、
田村 泰弘、井澤 晋也、土方 康孝、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、
佐々木 誠人、春日井 邦夫

- 53 自然消退した食道表在癌の1例
名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○丸川 高弘、宮原 良二、古川 和宏、船坂 好平、大林 友彦、浅井 裕充、
小林 健一、松井 健一、藤吉 俊尚、小宮山 琢真、細野 功、伊藤 信仁、
古根 聡、石川 卓哉、山村 健史、大野 栄三郎、中村 正直、川嶋 啓揮、
渡辺 修、廣岡 芳樹、後藤 秀実

- 54 経過中に著明に縮小した表在型食道癌の1例
JCHO 中京病院 消化器内科

○金子 望、戸川 昭三、大西 浩史、菅田 亮太郎、河辺 健太郎、佐々木 槇子、
飛鳥井 香紀、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉

- 55 同時性の進行食道胃重複癌に対し、放射線化学療法にてCRを得た後、残存胃癌を
外科的に治癒切除し得た1例

磐田市立総合病院 消化器内科

○尾上 峻也、金子 雅直、間渕 裕行、辻 敦、山田 貴教、高橋 百合美、
笹田 雄三、斎田 康彦

56 HBV・HCV 重複感染肝炎に対しエンテカビル投与を先行しシメプレビル3剤併用療法を施行した一例

若手 三重県立総合医療センター 消化器内科

(研修医) ○中澤 祐一、大矢 由美、西浦 祐貴、菅 大典、森谷 勲、山中 豊、
井上 英和、白木 克哉、高瀬 幸次郎

57 E 型肝炎の3例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○中畑 由紀、北江 博晃、冨江 晃、黒部 拓也、大洞 昭博、八木 信明、
小島 孝雄

58 シメプレビル3剤併用治療 failure 例に対するレジパスビル / ソホスブビル治療の成績
岐阜県総合医療センター 消化器内科

○永野 淳二、杉原 潤一、清水 省吾、林 完成、山下 晃司、市川 広直、
佐竹 智行、中西 孝之、安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明

59 当院におけるレジパスビル / ソホスブビル併用療法の検討

稲沢市民病院 消化器内科

○武藤 久哲、小川 和昭、名倉 明日香、神田 信之、坂田 豊博

60 当院におけるC型肝炎に対するオムビタスビル / パリタプレビル / リトナビルの
治療成績について

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専修医) ○田中 仁、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、植月 康太、
木下 雄貴、山本 崇文、南 喜之、松田 宣賢、高田 善久、浦野 文博

61 肝血管腫との鑑別に苦慮し、腹腔内出血を伴った胆管細胞癌の一例

若手 ¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理診断科部

(研修医) ○宇野 由佳里¹、林 秀樹¹、松浦 加奈¹、水谷 拓¹、小木曾 英介¹、
河口 順二¹、鈴木 祐介¹、小木曾 富生¹、向井 強¹、杉山 昭彦¹、
西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、渡部 直樹²

62 正常肝に発生した若年者肝細胞癌の一例

¹愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、²愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、³愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部、⁴愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部

○大西 祥代¹、夏目 誠治³、田中 努¹、石原 誠¹、平山 裕¹、水野 伸匡²、
脇岡 範²、桑原 嵩通²、奥野 のぞみ²、鳥山 和浩¹、伊東 文子²、
岩屋 博道²、倉岡 直亮²、松本 慎平²、谷田部 恭⁴、清水 泰博³、
田近 正洋¹、丹羽 康正¹

63 高度肥満患者に生じた右葉横隔膜直下の肝細胞癌に対しCアーム型透視X線装置併用下マルチポーラRFAが有用であった1例

若手 半田市立半田病院 消化器内科

(研修医) ○高橋 周三、森井 正哉、神岡 諭郎、杉本 啓之、廣瀬 崇、鈴木 智彦、
野浪 大介、佐藤 真利子、大塚 泰郎

64 繰り返すTACEにルストロンボパグを反復投与した1例

若手 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

(専修医) ○前田 俊英、高井 光治、今井 健二、華井 竜徳、清水 雅仁

65 肝細胞癌手術における術前自己血貯血の適応と問題点

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、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

66 超音波内視鏡下ドレナージ術が奏功した肝膿瘍穿破による大網内膿瘍の一例

若手 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

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

67 B-RTO により改善しえた薬物治療抵抗性高アンモニア血症の1例

若手 半田市立半田病院 消化器内科

(専修医) ○野浪 大介、森井 正哉、神岡 諭郎、杉本 啓之、廣瀬 崇、鈴木 智彦、
佐藤 真利子、高橋 周三、大塚 泰郎

68 急性肝不全回復後に脾炎を発症し、止血困難な腹腔内出血により死亡した一例

若手 愛知医科大学病院 肝胆脾内科

(専修医) ○落合 都萌子、大橋 知彦、北野 礼奈、坂本 和賢、加藤 駿介、井上 匡央、
小林 佑次、山本 高也、石井 紀光、中出 幸臣、角田 圭雄、伊藤 清顕、
中尾 春壽、米田 政志

69 剖検によりペラグラと診断されたアルコール多飲者

若手 ¹トヨタ記念病院 消化器科、²トヨタ記念病院 神経内科、(専修医) ³トヨタ記念病院 総合内科、⁴愛知医科大学 加齢医科学研究所○高橋 秀和¹、鈴木 貴久¹、高土 ひとみ¹、三宅 忍幸¹、村山 睦¹、
平井 恵子¹、澤口 洋視¹、伊藤 泰広²、守吉 秀行²、渥美 宗久³、
吉田 眞理⁴

70 食道癌、びまん性肝転移に伴う DIC で急激な経過をたどった1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

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

一般演題

第5会場

09:00～09:35 脾① 座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山田 玲子

71 高トリグリセリド血症による重症急性膵炎の一例

若手 鈴鹿回生病院 消化器内科

(専修医) ○結城 麻衣、田野 俊介、塩野 泰功、奥瀬 博亮、多喜 裕子、堀池 眞一郎

72 アザチオプリン (AZP) にて生じた薬剤性膵炎を疑う UC 合併膵炎の1例

市立島田市民病院 消化器内科

○金子 淳一、渡邊 晋也、松下 雅広

73 カチオニックトリプシノーゲン遺伝子 p.R122H ヘテロ変異陽性の遺伝性膵炎1家系
2症例

若手 小牧市民病院 消化器内科

(専修医) ○古川 陽子、平井 孝典、宮田 章弘、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、
倉田 祥行

74 膵腺扁平上皮癌の診断に造影 EUS が有用であった1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○西尾 亮¹、廣岡 芳樹²、川嶋 啓揮¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、河合 学¹、
須原 寛樹¹、竹山 友章¹、橋詰 清孝¹、小屋 敏也¹、田中 浩敬¹、
酒井 大輔¹、飯田 忠¹、松下 正伸²、山村 健史²、古川 和宏²、船坂 好平²、
中村 正直¹、宮原 良二¹、渡辺 修¹、後藤 秀実¹

75 卵巣がん膵転移の一例

若手 社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科

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

76 脾内副脾に発生した dermoid cyst の1例

若手 名古屋市立西部医療センター 消化器内科

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

77 術前診断が困難であった脾嚢胞性病変の1例

公立西知多総合病院 消化器内科

○春田 明範、石川 英樹、新城 明仁、平松 美穂、小島 久実、小林 寛子、
安藤 貴文

78 術前診断が困難であった脾嚢胞性病変の一切除例

若手 ¹浜松医科大学医学部 肝臓内科、²同 肝胆脾外科

(専修医) ○竹下 悠¹、下山 真¹、梅村 昌宏¹、松永 英里香¹、伊藤 潤¹、太田 和義¹、
山崎 哲¹、千田 剛士¹、川田 一仁¹、森田 剛文²、坂口 孝宣²、
小林 良正¹

79 Von Hippel Lindau 病の家族歴がない脾内分泌腫瘍 - 腎癌重複腫瘍の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 肝胆脾外科、³静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

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

80 当教室における脾低悪性度病変に対する治療方針

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○浅野 智成、山田 豪、林 真路、丹羽 由紀子、高見 秀樹、服部 憲史、
岩田 直樹、神田 光郎、田中 千恵、小林 大介、中山 吾郎、杉本 博行、
小池 聖彦、藤原 道隆、小寺 泰弘

10:10～10:52 膝③

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮

81 高 IgG4血症を伴った膝癌の一例

藤田保健衛生大学病院 肝胆膵内科

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

82 画像による診断に難渋した膝頭部癌の一例

西美濃厚生病院 内科

○畠山 啓朗、馬場 厚、若山 孝英、中村 博式、岩下 雅秀、田上 真、
林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二

83 術前化学放射線療法前に胆管・十二指腸ステント留置し切除しえた膝頭部癌の一例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○作野 隆¹、井上 宏之¹、原田 哲朗¹、山田 玲子¹、小島 真一¹、三浦 広嗣²、
中村 美咲¹、濱田 康彦²、葛原 正樹²、田中 匡介²、堀木 紀行²、
竹井 謙之¹

84 S-1で腹膜播種が消失し、原発巣に対して脾合併膝体尾部切除を施行した膝体尾部癌の1例

三重大学 肝胆膵・移植外科

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

85 当院における FOLFIRINOX 療法およびゲムシタビン＋ナブパクリタキセル併用療法の治療成績

岐阜市民病院 消化器内科

○河口 順二、宇野 由佳里、岩佐 悠平、三田 直樹、松浦 加奈、水谷 拓、
小木曽 英介、鈴木 祐介、小木曽 富生、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、
西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

86 切除不能進行膝癌における予後予測因子としての好中球・リンパ球比の有用性

岐阜大学医学部 第一内科

○吉田 健作、岩下 拓司、手塚 隆一、上村 真也、清水 雅仁

87 機能性消化管疾患との鑑別が困難であった腸回転異常の2例

¹JA 岐阜厚生連岐北厚生病院 内科、²JA 岐阜厚生連岐北厚生病院 外科

○堀部 陽平¹、小原 功輝¹、大野 智彦¹、後藤 尚絵¹、足立 政治¹、
岩間 みどり¹、山内 治¹、齋藤 公志郎¹、加藤 順子²、田中 秀典²、
高橋 治海²、石原 和浩²

88 繰り返す出血を認めた小腸多発憩室症の一例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○小島 真一、葛原 正樹、三浦 広嗣、作野 隆、原田 哲朗、山田 玲子、
中村 美咲、井上 宏之、濱田 康彦、田中 匡介、堀木 紀行、竹井 謙之

89 腹部症状が先行した IgA 血管炎の1例

若手 名古屋第二赤十字病院 消化器内科

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

90 ミゾリビンによる薬剤性腸炎をきたした PBC 合併関節リウマチの1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○小澤 範高、荒木 寛司、手塚 隆一、前田 俊英、小島 健太郎、大西 雅也、
中村 みき、長谷川 恒輔、杉山 智彦、高田 淳、久保田 全哉、境 浩康、
小野木 章人、白上 洋平、井深 貴士、末次 淳、白木 亮、伊藤 弘康、
清水 雅仁

91 クロウン病に合併した小腸癌の1例

若手 静岡市立静岡病院 消化器内科

(専修医) ○早川 諒祐、河合 歩、鈴木 博貴、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

92 当院における腸管バーチエット病の臨床的検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○山田 啓策¹、渡辺 修¹、中村 正直¹、山村 健史²、松下 正伸²、
内田 元太¹、石川 恵里¹、丹羽 慶樹¹、澤田 つな騎¹、水谷 泰之¹、
松浦 倫三郎¹、齋藤 雅之¹、佐藤 淳一¹、石川 卓哉¹、古川 和宏¹、
船坂 好平¹、大野 栄三郎¹、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、廣岡 芳樹²、
後藤 秀実¹

93 胆嚢炎を契機に発見された腸間膜悪性リンパ腫の一例

若手 ¹名古屋記念病院 消化器内科、²JCHO 中京病院 消化器内科

(専修医) ○杉浦 幸¹、村上 賢治¹、河辺 健太郎²、杉村 直美¹、吉井 幸子¹、
長谷川 俊之¹、中舘 功¹、鈴木 重行¹

94 スニチニブによる治療中に血栓性微小血管症を生じた腸間膜原発神経内分泌腫瘍の一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○上村 真也、中村 信彦、手塚 隆一、吉田 健作、北川 順一、岩下 拓司、
清水 雅仁

95 C型慢性肝炎患者に生じ肝細胞癌との鑑別が困難であった脾症の1例

若手 半田市立半田病院 消化器内科

(研修医) ○佐藤 真利子、杉本 啓之、神岡 諭郎、森井 正哉、廣瀬 崇、鈴木 智彦、
野浪 大介、高橋 周三、大塚 泰郎

96 EUS-FNA 及び経皮的脾腫瘍生検で診断し得た脾臓原発悪性リンパ腫の一例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

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

97 脾腫に対して EUS-FNA を施行した2症例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 血液内科、

³岐阜市民病院 病理診断部

○三田 直樹¹、向井 強¹、岩佐 悠平¹、松浦 加奈¹、水谷 拓¹、小木曾 英介¹、
河口 順二¹、鈴木 祐介¹、小木曾 富生¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、
西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、金田 裕人²、中村 博²、
笠原 千嗣²、後藤 英子²、高橋 健²、渡部 直樹³

98 保存的治療にて軽快した上腸間膜動脈解離の1例

独立行政法人労働者健康安全機構旭労災病院 消化器科

○鈴木 恵里奈、宮城島 俊、松田 大知、遠藤 雅行、小笹 貴士

99 腫瘍再発との鑑別が困難であった腹腔内デスマイドの2切除例

若手 松阪中央総合病院 外科

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

100 腸閉塞症状で発見された巨大後腹膜腫瘍の1剖検例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○黒部 拓也、中畑 由紀、安田 剛士、尾松 達司、大島 靖広、大洞 昭博、
八木 信明、小島 孝雄

101 悪性腹膜中皮腫の1例

若手 ¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

(専修医) ○宮地 洋平¹、仲島 さより¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、神岡 諭郎¹、
三浦 慎之祐¹、飛田 恵美子¹、池上 脩二¹、溝上 雅也¹、恒川 卓也¹、
山本 怜¹、竹内 一訓¹、福沢 一馬¹、井本 正巳¹、伊藤 誠²

102 胃スキルス癌との鑑別が困難であった悪性腹膜中皮腫の1例

¹羽島市民病院 消化器内科、²羽島市民病院 外科

○酒井 勉¹、奥野 祥子¹、中島 賢憲¹、秋田 國治¹、大西 隆哉¹、東 敏弥²、
上松 孝²、辻本 浩人²、山田 卓也²

103 輸血を要した消化管出血症例の検討

若手 岡崎市民病院 消化器内科

(専修医) ○水野 史崇、山田 弘志、後藤 研人、平松 美緒、加治 源也、森 裕、
梶川 豪、内田 博起、飯塚 昭男

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

胃捻転による急性胃壊死の一例

岐阜県立多治見病院 外科

○赤座 賢、梶川 真樹、伊藤 雄貴、岡野 佳奈、根木 隆浩、
山中 雅也、浅田 崇洋、奥村 徳夫、小西 滋、原田 明生

症例は91歳男性。3日前より腹痛、食欲不振あり、呼吸困難、嘔吐も認めるようになったため当院を受診した。身体所見では腹部は膨満し圧痛を認めた。採血検査では白血球数とCRPの上昇、乳酸値の上昇を認めた。腹部造影CTにて胃の著明な拡張と食道胃接合部の狭窄所見を認めた。減圧目的に胃管留置を試みるも胃内への挿入が困難であり、上部消化管内視鏡での留置を試みた。内視鏡所見にて下部食道粘膜の捻れと壊死性変化が認められ、胃内への内視鏡挿入も困難であった。以上を踏まえ、胃捻転症の診断にて同日緊急手術を施行した。手術所見では、胃は下部食道と十二指腸を起点に長軸方向に360度捻れていた。胃全体が壊死していたため、術式は胃全摘術（R-Y再建）とした。術前より敗血症ショック、DICの合併を認めたが、その後状態改善あり、第18病日より経口摂取を開始した。リハビリ加療を経て、第41病日にリハビリ目的に転院となった。胃捻転による急性胃壊死の報告は非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

02

広範な萎縮、発赤、びらんを呈し、診断治療に苦慮した慢性胃炎の2例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○木村 領佑、早川 諒祐、河合 歩、杉本 崇崇、鈴木 博貴、
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

【症例1】70歳代女性、約1年半前より食思不振、心窩部鈍痛が出現し、体重減少20kg。近医で内視鏡検査を受検し悪性所見なし、PET-CT陰性、H.Pylori陰性。PPI服用により改善しないため当院を紹介された。当科で施行した内視鏡検査で前庭部中心に多発小びらんと胃全体に発赤と顆粒状粘膜を認めた。病理ではリンパ球、好中球の高度浸潤を認めたが、特異的变化はなかった。血液検査で抗核抗体陽性、胃壁細胞抗体陰性、ガストリン正常、梅毒陰性、結核培養陰性であった。自己免疫性胃炎を疑いプレドニゾン（PSL）30mgより投与開始したところ、徐々に回復した。しかし休薬後再発したため再度PSLを投与、その後はアサチオプリンを投与した。現在は胃炎癒着と再生粘膜を認め症状は改善している。【症例2】70歳代男性、約1年8か月前より食思不振、嘔気が出現し体重減少が約11kg。近医を受診したが薬服用より症状が改善しないため当科を紹介された。当科で施行した内視鏡検査では胃前庭部中心に穹窿部まで、発赤と粘膜の顆粒状変化を認めた。病理検査では好中球とリンパ球の高度浸潤を認めた。血液検査ではH.Pylori陰性、抗核抗体陰性、胃壁細胞抗体陰性、ガストリン正常、梅毒陰性、結核陰性であった。胃粘膜の内視鏡所見が「症例1」と類似したためPSL30mgより投与したが効果は得られなかった。現在PPIを投与しているが経過観察内視鏡で改善は見られなかった。現在も食欲回復が見られていない。【まとめ】2例とも胃全体の萎縮性胃炎と粘膜面の強い炎症が特徴でA型胃炎とは異なる所見である。血液検査においても特異的な自己抗体やホルモン異常は見られなかった。内視鏡所見は、藤沢等（胃と腸37:1734-1740）による「Autoimmune gastritis」と類似した所見とおもわれるが明白な証拠はない。2例とも現在経過観察中であり、慎重な経過観察が必要と考えている。

03

再発を繰り返す好酸球性胃腸症の1例

朝日大学歯学部附属村上記念病院

○安田 剛士、八木 信明、中畑 由紀、黒部 拓也、尾松 達司、
大洞 昭博、小島 孝雄

【はじめに】好酸球性胃腸症は胃、小腸等の消化管壁に好酸球浸潤を伴い、種々の消化器症状が出現する比較的特な疾患である。治療はステロイドによる薬物療法が主体であるが自然軽快、再発する症例も報告されている。今回我々は、初発後10年の経過にて再発を繰り返していると思われる好酸球性胃腸症の1例を経験したので報告する。【症例】初発時69歳、男性。【既往歴】66歳、気管支喘息。【臨床経過】初回：1週間持続する上腹部痛にて他施設でPPIを投与されるも改善なく当科紹介。上部消化管内視鏡検査（EGD）にて胃粘膜は浮腫状で、胃体部からの病理検査で好酸球浸潤を認め、好酸球性胃腸症と診断した。PSL 5 mg の2週間投与にて軽快終了。2回目：初回治療7年7ヵ月後、食思不振にて受診。血液検査にて好酸球増多を認めたが、EGD時の病理検査で好酸球浸潤の所見なく、無投薬で自然軽快。3回目：初回治療9年1ヵ月後、上腹部痛と悪心にて受診。EGD時の病理検査で十二指腸粘膜に好酸球浸潤を認めた。PSL 30 mg 経口投与開始され、漸減4週間投与で軽快終了。4回目：初回治療9年5ヵ月後、上腹部痛と食思不振が再度出現し、再検査されたEGDで十二指腸粘膜に好酸球浸潤を認め

た。ボノプラザン20 mg の2週間投与で症状消失したため、PSL 投与はおこなわず。現在、エソメプラゾール20 mg 投与中で再燃なく、経過観察中である。【結語】10年の経過にて再発を繰り返していると思われる好酸球性胃腸症を経験した。再発の原因が不明であり、今後も再発を繰り返す可能性があると思われる、経過観察を継続していく必要性があると思われる。

04

十二指腸の通過障害をきたした後腹膜脂肪織炎の1例

木沢記念病院 消化器内科

○森 弘輔、丸田 明範、千住 明彦、水谷 しの、吉田 司、
宮崎 恒起、足達 広和、安田 陽一、大島 靖広、杉山 宏

【症例】80歳代、男性。201X年9月21日より食欲不振、嘔吐があり、救急外来を受診した。EGDでは胃前庭部に胃潰瘍を認め、投薬を受けるも症状の改善なく、また26日のCTで胃内に多量の残渣貯留を認めたため入院となった。検査所見ではAST/ALT 83/56 IU/Lと軽度の肝機能障害を認め、CRP 4.98 mg/dLと軽度の炎症反応を認めた。sIL-2R 526 U/mLと軽度上昇あるも、腫瘍マーカー、睪酵素、IgG4などは全て正常値であった。再検査したEGDでは逆流性食道炎の所見を認めたが、十二指腸下行脚まで狭窄は認めなかった。造影CTでは十二指腸水平脚周囲に動脈相にて造影効果を伴わない軟部腫瘍性病変を認め、MRIではT2強調像で著明な低信号を呈し、豊富な繊維成分を疑う所見であった。PETでは集積亢進は認めなかった。十二指腸造影では十二指腸水平脚の壁の辺縁はやや不整で、伸展は不良であった。10月1日に行なった経口の腸内視鏡では十二指腸水平脚に高度の浮腫を認めたが、粘膜面は正常で、スコープの通過が可能であった。以上より、悪性腫瘍は否定的で、後腹膜脂肪織炎を第一に疑い、絶飲食、胃ゾンデ留置、抗生剤投与による保存的治療を選択した。炎症反応は徐々に改善し、24日のCTでは入院時に認められた十二指腸水平脚の軟部腫瘍様病変は縮小していた。11月5日に軽快退院となった。12月20日の十二指腸造影では異常所見を認めず、後腹膜脂肪織炎と最終診断した。【結語】本症例では、当初悪性腫瘍を念頭において精査を進めたが、確定所見に乏しかったため、後腹膜脂肪織炎の可能性を考慮し慎重な経過観察と抗生剤投与にて改善を得ることができた。本疾患は保存的治療で改善するが、手術施行例の報告もあることから本疾患の理解を深めることが必要と考えられた。

05

FUSE広角内視鏡による十二指腸乳頭部病変に対するスクリーニングの有用性

藤田保健衛生大学 医学部 消化器内科

○山田 日向、柴田 知行、吉田 大、内堀 遼、河村 知彦、
堀口 徳之、前田 晃平、大森 崇文、城代 康貴、生野 浩和、
大久保 正明、小村 成臣、鎌野 俊彰、石塚 隆充、田原 智満、
長坂 光夫、中川 義仁、大宮 直木

【目的】上部消化管用のFUSE（full-spectrum endoscopy）は、正面及び左側面の2面にCCDカメラを搭載した広角210度の4K観察可能な画期的内視鏡であり、側視専用機に比し挿入時の粘膜障害等のリスクが少なく、スクリーニングに適していると期待される。今回、特に Vater 乳頭（以下乳頭）の観察能におけるFUSEの有用性につき検討した。【方法】過去1年間にスクリーニング目的にFUSEを施行した88人（26・91歳、中央値68歳、男46：女42）と同時期施行の通常内視鏡（EGD）検査との比較に加え、家族性大腸腺腫症の十二指腸ポリポシス3例及び十二指腸乳頭部腺腫2例の観察についても評価を行った。エンドポイントは乳頭の視覚化成功率とし、FUSE側視による傍乳頭憩室の視覚化率の評価も行った。また、EGD施行歴のある患者29名に対しVAS（0 -50 -100：EGD評価を50とする）にて苦痛度を比較した。更にFUSEにて乳頭をほぼ正面から観察し得た22例につき3群に形態分類を試みた。【成績】乳頭の視覚化率はFUSE 93.1%（82/88）とEGD 41.2%（174/422）に比し優れていた（ $P<0.001$ ）。同一術者間でも、FUSE 93.1%（82/88）に対しEGD 50.0%（50/100）と、同様に優れていた（ $P<0.001$ ）。傍乳頭憩室の視覚化もFUSEが5.7%（5/88）とEGD 1.6%（14/846）に比し優れていた（ $P=0.027$ ）。VASによる苦痛度評価では、挿入時から検査後までFUSEは平均47.8点（10-50）とEGDとはほぼ同等の苦痛であった。乳頭部病変は全例FUSEで乳頭の開口部観察が可能であった。乳頭形態分類は、横割れ10例、縦割れ型7例、混合型5例であった。【結論】FUSEは通常内視鏡に比し有意に乳頭の正面詳細観察が可能で、乳頭病変を疑う症例のスクリーニングやERCP術前検査に有用であるだけでなく、乳頭の形態分類も可能になると考えられた。

胃背側と脾臓の間に位置し、経過から parasitic myoma が疑われた 1 例
岐阜県立多治見病院

○袁輪 彬久、浦壁 憲司、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、安部 快紀、
塚本 宏延、水島 隆史、奥村 史浩

【症例】48歳女性【主訴】検診異常【現病歴】2015年10月、検診腹部USにて、胃の背側に腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的で当院紹介受診となった。【経過】腹部USでは胃と脾体部との間に45×25mm大の境界明瞭な低エコーの腫瘍として認めた。腹部造影CTでは胃前庭部と脾体部の間に腫瘍径45×37大mmの楕円形腫瘍を認めた。腫瘍の表面は平滑で内部は均一であり、徐々に造影され平衡相では均一に造影された。また、多発子宮筋腫も認めた。腹部造影MRIではT1強調画像では等信号、T2強調画像では高信号の腫瘍であり、胃と脾臓との明らかな連続性は認めなかった。PET-CTでは腫瘍に集積は認めなかった。EUSでは境界明瞭な低エコーとして描出され、血流は乏しく、胃壁との明らかな連続性は認めなかった。EUS-FNAでは腫瘍は硬く、22G針では穿刺が困難であった。穿刺針を25Gに変更したところ穿刺は可能だったが、腹腔内に固定されていない腫瘍であることから、腫瘍と穿刺針とが一緒に動いてしまいストロークが取れず組織診断は不能であった。診断目的に外科的切除を検討したが、既往歴に42歳時の子宮筋腫の腹腔鏡手術があり、手術操作を確認し parasitic myoma の可能性を考えた。再度、画像を検討すると腫瘍は子宮筋腫と矛盾しない所見であったためGnRHアゴニスト療法を当院婦人科にて開始し、腫瘍と子宮筋腫は共に縮小傾向となった。GnRHアゴニスト療法の中止とともに腫瘍が増大傾向となり、GnRHアゴニスト療法の再開を検討しつつ現在も経過観察中である。【考察】parasitic myomaは本来稀な疾患である。しかしながら、近年、子宮筋腫に対し腹腔鏡的筋腫核出術が行われるようになり、体腔内で細切操作を行った際の筋腫破片から発生したと思われる報告が増加している。parasitic myomaは直腸やS状結腸、虫垂など比較的子宮の近傍での発生報告がほとんどであり、上腹部での parasitic myoma の発生は稀である。今回、胃と脾臓との間に位置し、治療歴及びGnRHアゴニスト療法で子宮筋腫と共に縮小した経過から、parasitic myoma が疑われた1例を経験したので報告する。

術前診断に難渋した Plexiform fibromyxoma の一例

1名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
2名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○鈴木 健人¹、野村 智史²、市川 鮎¹、野尻 優¹、稲垣 佑祐¹、
岩崎 弘靖¹、林 則之¹、西江 裕忠¹、片野 敬仁¹、田中 守¹、
岡本 泰幸¹、尾関 啓司¹、溝下 勤¹、志村 貴也¹、
久保田 英嗣¹、谷田 諭史¹、片岡 洋望¹、城 卓志¹

【症例】61歳、女性。【主訴】症状なし。【現病歴】2013年8月、近医で施行した上部消化管内視鏡検査で胃前庭部に径20mm大の表面平滑な粘膜下腫瘍を指摘された。EUS-FNA施行も確定診断は得られず、以降、年に一度の内視鏡検査で経過観察されていた。2016年3月、上部消化管内視鏡検査にて腫瘍の増大を指摘され、精査目的で当科に紹介入院となった。当院で施行した内視鏡検査では、胃前庭部に径35mm大の中心に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。CTでは造影効果を伴う管腔内発育型の粘膜下腫瘍を認め、EUSでは第3層に連続する低エコーで均一な腫瘍を認めた。EUS-FNAを施行したが、十分な組織検体が得られず、病理学的な診断は困難であった。さらに粘膜切開腫瘍生検を施行し、得られた検体の免疫染色を行ったところ、CD34 (-)、KIT (-)、SMA (+)、S-100 (-) と、平滑筋腫の可能性が考えられたが、確定診断には至らなかった。腫瘍が増大傾向を示し、また外観上の変化もみられたため悪性腫瘍の可能性を考慮し、当院消化器外科にて幽門側胃切除術を施行した。切除標本では、胃内に発育を示す白色調の粘膜下腫瘍を認めた。病理組織学的には紡錘形の腫瘍細胞が多結節状、変状に増殖し、免疫染色ではCD34 (-)、KIT (-)、EMA (-)、MUC4 (-)、S-100 (-)、Desmin (+部+)、SMA (びまん性+)、CD10 (+部+)、MIB-1 LI=約2%で、以上の所見から Plexiform fibromyxoma と診断した。【考察】Plexiform fibromyxomaは最近提唱された胃粘膜下腫瘍の疾患分類で、非常に稀な開業系腫瘍である。胃前庭部に好発し、病理学的には線維性～粘液腫状の背景に紡錘形細胞が叢状に増殖を示し、免疫染色では、CD34 (-)、KIT (-)、SMA (+) を示す。予後は良好で、これまでに約60症例ほどの報告があるが、この腫瘍による死亡例はみられない。今回、術前診断に難渋した Plexiform fibromyxoma を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

ソマトスタチン受容体シンチグラフィが診断に有用であったガストリノーマの1例

大垣市民病院 消化器内科

○小敷 敬尊、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康宏、
豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、山 剛基、
水野 和幸、東堀 諒、犬飼 庸介、竹田 堯、佐久間 理香、
三宅 望、曾根 康博

【症例】60歳代女性。X-5年近医にて初めて十二指腸潰瘍を指摘された。その後も毎年の上部消化管内視鏡検査において異常は指摘されなかった。X-2年に十二指腸潰瘍にて入院となり保存的治療を施行した。H.pylori抗体は陰性でありプロトンポンプ阻害薬を維持投与していたが、その後も十二指腸潰瘍を繰り返していた。X年8月、心窩部痛と下痢症状にて当科受診。造影CT検査にて胃幽門部から十二指腸下行脚にかけて浮腫様の全周性壁肥厚および液貯留を認め、前庭部に15mmの腫瘍性病変を指摘された。上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部から水平脚にかけて多発潰瘍を認めたが、前庭部には明らかな腫瘍性病変は認められなかった。超音波内視鏡検査を施行すると前庭部後壁に第3層に連続した輪郭明瞭で辺縁整、内部不均一な15mmの腫瘍を認めた。血清ガストリン値は2479 pg/mlと高値であり、ソマトスタチン受容体シンチグラフィ（以下SRS）では、前庭部にインジウムベンテトロチドの集積を認めた。以上より消化管NETと診断し、当院外科にて腹腔鏡下腹腔鏡下幽門側胃切除術が施行された。病理組織検査はHE染色にて類円形核を有する細胞が索状・腺管状に増殖する像を呈しており、chromogranin A、synaptophysin、CD56陽性であった。Ki-67標識率1%は以下であり、Neuroendocrine tumor (NET G1) の診断とした。また、ガストリン染色も陽性でありガストリノーマに矛盾しない所見であった。術後は症状の再発なく、血清ガストリン値は89 pg/mlまで改善を認めている。【考察】SRSによる局在診断および転移巣診断の有用性はガイドラインにも記載されており、本邦でも2015年12月から保険収載された。それ以前には選択的動脈内刺激薬注入法によって局在診断し得たガストリノーマの症例報告は散見されるが、本症例ではSRSが局在診断に有用であったと考えられた。【結語】ソマトスタチン受容体シンチグラフィが診断に有用であったガストリノーマの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。

経過観察中に大量出血を来した巨大胃脂肪腫の一例

1浜松医科大学 第一内科、2浜松医科大学光学医療診療部、
3浜松医科大学 臨床検査医学、
4浜松医科大学 臨床研究管理センター

○稲垣 圭佑¹、田村 智¹、佐藤 辰貴¹、鈴木 崇弘¹、
杉山 智洋¹、森 泰希¹、高野 亮佑¹、鏡 卓馬¹、鈴木 聡¹、
谷 伸也¹、魚谷 貴洋²、山出 美穂子¹、濱屋 寧¹、岩泉 守哉³、
大澤 恵²、古田 隆久⁴、杉本 健¹

症例は67歳男性。既往歴に10歳代で虫垂炎手術、62歳で大腸ポリープ、64歳より高血圧を認めた。20XX-3年に他院で胃粘膜下腫瘍を指摘されたが、CT所見から脂肪腫と判断され経過観察となり、20XX-1年9月のEGDでは著変なしとの判断であった。20XX年1月中旬頃より食思不振が出現、数日後に黒色便を認めたため近医を受診するも立ち上がることが出来ず、当院へ救急搬送された。来院時Hb 5.2g/dlと著明な貧血を認め、腹部CTで胃前庭部に7cm程の低吸収率病変を認めた。同日緊急でEGDを行うと、前庭部前壁に露出血管のある潰瘍を伴った巨大粘膜下腫瘍を認め、露出血管からは湧出性出血を認めた。同部を焼灼止血したが、腫瘍は柔らかく、崩れやすい印象であった。後日施行した腹部MRIでは腫瘍はT1強調像及びT2強調像で高信号を示し、内部に、索状から斑状の低信号域を伴う長径約9cmの腫瘍構造として描出された。腫瘍左側部に陥凹を伴う隆起がみられ、この深部に尿管と思われる索状構造が走行していた。脂肪抑制T2強調像にて信号が低下し、内部に淡い高信号域も見られた。脂肪腫が鑑別の第一に挙げられたが、脂肪肉腫の可能性が否定出来ず、再出血のリスクがあると認められたため、後日腹腔鏡下胃前庭部切除術を施行した。腫瘍は95×70mmの管内発育型の粘膜下腫瘍で、成熟脂肪細胞の増生からなるものであった。GIST等を疑うような紡錘形細胞の増殖は認めず、免疫染色では脂肪細胞でCDK4、MDM2、p16は全て陰性で脂肪腫と診断された。術後は経過良好であり、術後11日目に退院となった。胃粘膜下腫瘍はしばしば上部消化管出血の原因となるが、GISTの報告が多い。脂肪腫は胃粘膜下腫瘍の7%程度で頻度の低いものであり、脂肪腫が原因となった上部消化管出血は比較的稀と考えられ我々の検索では過去45例ほどの報告を認めた。前庭部の報告が多く、50mmを超えるものが多く、ほとんどの症例が出血を契機に手術となっていた。増大傾向のある巨大な脂肪腫を認めた際には将来的な出血の可能性を考慮する必要があると考えられた。

化学療法施行中に肝転移破裂を来した十二指腸原発GISTの1例

静岡市立清水病院 消化器内科
○小池 弘太、窪田 裕幸、高柳 泰宏、池田 誉、伊藤 達弘

【症例】40台男性【主訴】上腹部痛【既往歴】特記事項なし【現病歴】2013年X月より十二指腸水平部原発GIST、多発肝転移の診断にてイマチニブ投与を開始。その後定期的な画像評価にて原発病変の縮小と肝転移の縮小および囊胞状変化を認めたためイマチニブを継続投与していた。2013年X月+2年8ヶ月後、突然の上腹部痛が出現したため当院ER受診した。【現症】心窩部から右季肋部に圧痛を認めた。血液検査にてHb14.0g/dlと貧血の進行は認めず、AST218U/L、ALT294U/Lと肝機能障害を認めた。【経過】腹部CTにて肝右葉後区域を中心に13×11cm大の血腫、内部に造影効果のある領域を認めたため、GIST肝転移からの活動性出血と判断した。緊急腹部血管造影施行し、右肝動脈後区域枝造影にて血腫内へ向かう血管を確認。明らかな血管外漏出は認めなかったが腫瘍血管であると判断、1mm ジェルバド80mg投与による塞栓術を行った。術後疼痛は消失し、肝機能障害は改善。CT上も血腫は縮小していたため、第17病日に軽快退院した。その後外来にてイマチニブを再開投与した。イマチニブ開始3年5ヶ月経過時点で、破裂を来した腫瘍部の結節が増大傾向にあるため、イマチニブ耐性と判断、スニチニブに変更し現在継続投与中である。化学療法中に肝転移破裂を来した十二指腸原発GISTの1例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

11

経鼻内視鏡検査巡回バスによる胃がん住民検診の取り組み

1 JA 岐阜厚生連岐阜厚生病院、
2 岐阜大学大学院医学系研究科 地域腫瘍学
○足立 政治¹、小原 功輝¹、堀部 陽平¹、大野 智彦¹、
後藤 尚絵¹、岩間 ひとり¹、山内 治¹、齋藤 公志郎¹、
清水 雅仁²

2016年度から対策型胃がん検診に胃内視鏡検査が導入可能となり、受診率もちろん、早期胃がんの発見率の向上が大いに期待される。しかし実際には、医師会・自治体・複数の参加施設との連携システムの構築には相当の労力を要する。また精度管理・維持の観点からも導入を躊躇する自治体は少なくない。我々は、岐阜県山県市が平成29年度から住民胃がん内視鏡検査を導入することに合わせて、経鼻内視鏡を搭載したバスを配備し、市の要請を受ける形で巡回検診に出動させることとした。光源機は富士フィルム社製Advancia HD、レポート作成・読影・総合判定・画像評価・合併症報告などはすべてNEXUSをカスタマイズして行えるようにした。現場での洗浄は困難であることからスコープ（EG-580NW2）を23本用意した。検査は当院に常勤する日本消化器内視鏡学会専門医4人をローテーションで搭乗させることとし、サポートに看護師を1名配属した。日本消化器がん検診学会の胃内視鏡診察マニュアルに準じてガイドラインを作成したが、特に、巡回バス内では被検者の安全を第一とし、医療行為となる生検・鎮静はしないことを、事前に同意を得ることとした。帰院後には別の医師による読影・総合判定や画像評価を行うこととした。この一連の活動により、山間部地域などでの受診率を向上させ、さらに胃がんによる死亡率低下にどの程度寄与するかを検討していきたい。現在までに遭遇したさまざまな課題とその対応などについても紹介したい。

12

Ball valve syndromeをきたした早期胃癌の1例

トヨタ記念病院 消化器内科
○平井 恵子、澤口 洋規、高橋 秀和、村山 睦、三宅 忍幸、
高士 ひとみ、鈴木 貴久

Ball valve syndromeをきたした早期胃癌の1例トヨタ記念病院消化器内科○平井恵子、澤口洋規、高橋秀和、村山睦、三宅忍幸、高士ひとみ、鈴木貴久【症例】94歳男性【主訴】貧血【既往歴】右上葉肺癌、高血圧、慢性心不全、慢性気管支炎、高尿酸血症【現病歴】近医通院中に貧血の進行を認め、上部消化管内視鏡検査を施行し、胃前庭部に5cm大の有茎性腫瘍を認め、十二指腸球部に嵌頓していたため当院紹介受診。当院で内視鏡を再検したところ、腫瘍は十二指腸に陥頓していたが他部位観察中に嵌頓は自然解除された。生検にて胃腺腫であった。出血を伴う胃腫瘍によるBall valve syndromeと診断した。【経過】超高齢者であったがBall valve syndromeを繰り返しているため、ESDを行った。病理は深達度Mの乳頭状腺癌であり断端陰性で尿管侵襲・リンパ節転移を認めなかった。術後経過は良好であった。【考察】Ball valve syndromeは胃内の腫瘍が十二指腸に脱出し、腹痛、嘔吐、腹部膨満をきたす病態である。胃腫瘍の十二指腸への脱出は本邦において1952年から2001年までに143例が報告され、腫瘍の種類では胃癌が52%と最も多い。今回、Ball valve syndromeをきたし、内視鏡的切除

が可能で良好な経過を得た早期胃癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

13

粘液癌の成分を伴い特異な形態を呈した早期胃癌（重複癌）の1例

1 国家公務員共済組合連合会東海病院 消化器内科、
2 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○末澤 誠朗¹、山田 健太¹、田中 達也¹、北村 雅一¹、
丸田 真也¹、浅井 裕充²、宮原 良二²

患者は70歳台男性。既往歴として、22年前くも膜下出血で保存的治療、その後高血圧にて通院中。今回、胃がん検診の胃透視で異常を指摘され、精査となった。血液検査ではHb12.4 g/dlと軽度の貧血、CEA、CA19-9は正常であった。内視鏡では胃体上部前壁に白色の粘液が付着した3cm程度の不整形の領域があり、その周囲の粘膜は発赤調であった。病変は全体になだらかに盛り上がり境界は不明瞭であった。粘液癌を疑い周囲の発赤調粘膜より生検を行ったがGroup1だった。また、胃体中部小弯に大きさ2cm程度のやや褪色調のIIaを認め、生検はGroup5であった。H.ピロリ迅速ウレアーゼ試験陰性であり除菌を行った。2か月後の内視鏡では周囲の発赤が目立ち、境界は明瞭であった。水洗により粘液を除去すると容易に出血した。NBI拡大では拡大した腺管と不整な血管を認めた。超音波内視鏡では腫瘍は第2、3層を主座とする比較的低エコーな腫瘍として描出された。今回は生検はGroup1であった（細径鉗子使用）。更に1か月後に内視鏡を再検し、通常径の鉗子を用いた生検で高分化管状腺癌と診断された。胃透視では胃体上部の病変は境界明瞭な透亮像として描出され、表面にバリウム斑を認めた。胸腹部CT、腹部エコーでは明らかな遠隔転移を認めなかった。以上より早期胃癌、重複癌と診断し、当院外科で腹腔鏡下噴門側胃切除術を行った。病理組織学的には胃体上部の病変は管状腺癌、tub2>tub1>muc、pT1b2（SM2）、ly0、v1、INFB、int、胃体中部の病変は高分化管状腺癌pT1a（M）、ly0v0、pN0、StageIAであった。胃の粘液癌は全胃癌の2.9-4.9%、早期胃癌の0.9-1.5%と報告されている。本例は粘液癌の成分が少なかったが腫瘍の大部分が粘液で被われており、術前診断が困難であった。管状腺癌から粘液癌へ進行していく過程にある、稀な症例と思われる。

14

高齢者鳥肌胃炎に合併した胃癌の1例

1 岐阜赤十字病院 消化器内科、2 木沢記念病院 病理診断センター
○杉江 岳彦¹、高橋 裕司¹、鷺見 聡子¹、小川 恵吾¹、
松下 知路¹、名倉 一夫¹、山田 鉄也²

【緒言】鳥肌胃炎は胃癌のハイリスク群であり特に若年女性に多いとされている。今回、我々は高齢者の鳥肌胃炎に合併した胃癌の1例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性【既往歴】高血圧、高脂血症、胆嚢摘出術後【臨床経過】平成28年1月より血便が出現、3月3日に下部消化管内視鏡検査を施行されたところ遠位S状結腸に3/4周性の2型腫瘍を認めた。生検にてGroup5、tub1でありS状結腸進行癌の診断にて手術予定となった。3月16日に術前スクリーニング検査として上部消化管内視鏡検査を施行されたところ胃前庭部に鳥肌胃炎、体上部小弯にIc様の陥凹性病変を認めた。【現症】身長158cm 体重63kg 体温36.6℃ 胸腹部に異常所見を認めず。表在リンパ節は触知しなかった。【検査成績】WBC 8000/ul RBC 483万 Hb 14.5 g/dl Ht 42.1% PLT 20.3万 CRP 0.28 ALB 4.1 T.bil 0.8 AST 27 ALT 24 LDH 220 γGTP 18 ALP 233 BUN 8.5 Cre 0.42 Na 140 K 3.8 Cl 105 CEA 4.0 CA19-9 3.3 抗HP抗体 79 PGI 88 PGII 44.5 I/II比 2.0【経過】体上部小弯Ic癌変に対して生検を施行したところGroup5、por2～sigであり、S状結腸癌とは別病変と考えられた。画像検査にて遠隔転移および有意なリンパ節腫大を認めなかったことから、3月28日に開腹にて胃全摘出術+D2郭清+脾臓摘出術、S状結腸切除術+D3郭清を同時に施行された。胃の病理結果はsig+por1、pT1（sm2）、medullary type、INFA、ly0、v0、PM0、DM0、stage 1Aであった。【結語】高齢者の鳥肌胃炎に合併した胃癌の1例を経験した。貴重な症例と考えたため報告した。

15

幽門狭窄をきたした胃異所性腺癌の1例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科
○寺島 明里、木村 吉秀、田中 翔、山東 元樹、中西 和久、
尾関 智紀、遠藤 正嗣、山下 宏章、小島 尚代、平野 敦之、
森 義徳、土田 研司、妹尾 恭司

【症例】53歳、女性【主訴】嘔気【既往歴】C型肝炎【現病歴】201X年8月、嘔気にて近医を受診し上部消化管内視鏡検査（EGD）にて高度の幽門狭窄を認めたため当院に紹介となった。【経過】腹部造影CTでは、胃十二指腸境界領域に早期浸染する3cm大の辺縁不整な充実性腫瘍を認め、腫瘍外側に1.5cm大のうの胞が接し、胃拡張も伴っていた。腹

部USでは、辺縁にのう胞が接する4cm大の等からやや低エコー腫瘍として描出され、一部胃壁と連続しているように描出された。MRIでは、T1低信号、T2等信号の腫瘍として描出された。EGDでは、粘膜病変は認めなかったが胃幽門部に外側あるいは粘膜下腫瘍による圧排を認め高度な狭窄を認めた。内視鏡下に施行した造影検査では、幽門部から球部にかけて3-4cmにわたる狭窄を認め、幽門部に壁硬化・変形を認めた。PET-CTでは、同部位にのみFDGの集積を認めた。以上より、胃十二指腸粘膜下腫瘍の可能性が最も考えられたが、腸管外腫瘍の可能性も否定できなかったため播種のリスクを考慮してEUS-FNAによる吸引生検は施行しなかった。胃管チューブを挿入することにより症状は改善し、入院第15病日に幽門側胃切除術を施行した。切除した標本では、胃幽門部に55mm大の充実性粘膜下腫瘍を認め外側部にのう胞を伴っていた。病理では、粘膜下から筋層内に高～中分化腺癌の結節を認め、腺癌と連続して腸房細胞やランゲルハンス島を伴う迷入腺が存在した。免疫染色の検討で、CK7(+), CK20(-), MUC5AC(-), MUC6(-), CA19-9(+)を示し、胃異所性腺癌と診断した。深達度は漿膜下浸潤、周囲リンパ節転移は認めなかった。また、隣接するのう胞は漿液性のう胞腫瘍であった。術後化学療法としてS1の内服を開始したが骨髄抑制、下痢などの副作用を認めたため現在は経過観察中である。【考察】異所性腺癌は胎児期に胚原基が迷入し発生する粘膜下病変で頻度は0.6～5.6%で、多くは胃の幽門部、十二指腸、上部空腸に発生する。異所性腺癌由来の腺癌は極めて稀で術前診断は困難とされる。治療は外科的切除が第一選択で、再発予防のため隣管がんと同様に術後化学療法の導入が推奨されている。

16

転移性胃癌における内視鏡像の検討

静岡市立静岡病院 消化器総合センター 消化器内科
○河合 歩、奥村 大志、杉本 崇宰、鈴木 博貴、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

【症例1】66歳 女性 2012年1月 右乳癌（皮膚・大動脈浸潤）に対して胸筋温存乳房切除術施行。T4bN2aM0 stageIIIB 病理組織はinvasive lobular carcinomaだった。術後、アナストロゾール、エキセメスタン、フルベストラントによる化学療法を継続した。2016年11月7日、黒色便、貧血進行を認め上部消化管内視鏡検査を施行すると、胃全体に白色斑が多発していた。生検でlobular carcinomaであり乳癌の転移と診断した。【症例2】80歳 女性 2016年4月 食欲不振精査のために行った上部消化管内視鏡検査で胃噴門部前壁に30mmの2型腫瘍を認めた。生検でadenocarcinoma tub1だったが、CTでは左上葉に30mmの腫瘍、左下葉に10mmの腫瘍と縦隔リンパ節の腫大を認め転移性胃癌を疑った。免疫染色を行うとTTF-1、cytokeratin7陽性、cytokeratin20陰性であり、肺腺癌の胃転移と診断した。呼吸器内科で化学療法導入となった。【症例3】65歳 男性 25歳時にクロール病と診断されアタリウムマブによる治療中、2016年10月にイレウスの診断で入院。経過中に施行した造影CTで小腸腫瘍によるイレウスを疑い、術中内視鏡による狭窄部生検でPoorly differentiated carcinomaであり小腸癌と診断した。スクリーニングの上部消化管内視鏡検査で体上部、穹隆部にそれぞれ10mm、5mmの0-IIa+IIc病変を認め、体中部大弯には多発アフタを認めた。0-IIa+IIc病変の生検ではpoorly differentiated adenocarcinomaで、小腸癌の胃転移と診断した。【考察】他臓器原発の悪性腫瘍が胃に転移する転移性胃癌は比較的低頻度であり、国内の報告では剖検例の2.3～5.9%に認めたとされている。転移性胃癌の中では悪性黒色腫、肺癌、食道癌、乳癌からの転移が多いとされている。今回乳癌、肺癌、小腸癌の転移性胃癌を経験したためその内視鏡像を中心に報告する。

17

4年間の術後補助化学療法にて根治切除となった高度進行胃癌の1例

1 鹿鹿中央総合病院 外科、2 徳川中央総合病院 消化器内科
○服部 可奈¹、市川 健¹、草深 智樹¹、大森 隆夫¹、大倉 康生¹、濱田 賢司¹、田岡 大樹¹、佐瀬 友博²、向 克己²

【症例】64歳男性。【主訴】腹部膨満【現病歴】4年前、上腹部痛と腹部膨満にて本院受診。精査にて胃前庭部を中心に漿膜外進展を伴った径10cm大のType3腫瘍（低分化型腺癌～印環細胞癌）を認めた。腫瘍は網膜下に広範囲に進展し、横行結腸間膜、十二指腸、脾前筋膜へ直接浸潤、さらには大網治いの腹膜播種と肝転移も疑われた。審査腹腔鏡にて、P0、H0、CY0。この時点でStageIIIC（T4bN3M0）の進行胃癌と診断し、術前補助療法（NAC）を開始した。【経過】TS-1+CDDP:8サイクル（8ヶ月間）にてCRとなったが、腎障害を惹起しTS-1単独療法（14ヶ月間）に変更しCR継続。しかし休薬9ヶ月目に幽門下リンパ節腫大発現。閉塞性腸障害から頻回に肺炎を併発していたため、TS-1単独療法（11ヶ月間）再開するもPD、二次治療としてPTX+RAM療法6サイクル（3ヶ月間）に変更したが副作用強く、標準投与量の60%でも継続困難となった。化学療法の限界と判断（45ヶ月目）と判断

し、横行結腸切除+脾頭十二指腸切除で根治切除と考え、手術治療を選択。【手術】横行結腸間膜ならびに脾前筋膜は癒着化組織となり癌陰性。D2リンパ節郭清を伴う幽門側胃切除にてR0切除となった。【病理学的診断】前庭部に広範囲な線維性癒着組織のみで胃内に癌組織は認めなかった。再度増大してきた幽門下リンパ節内に癌を認めるも、他のリンパ節内はすべて線維性癒着化していた。【術後経過】合併症なく術後12日目に退院。【考察】本邦ではNAC後手術へのタイミングは平均4ヶ月目であるが、本例のようにStageIIICの低分化型腺癌に対して、病勢をコントロールしながら化学療法開始4年目に根治切除可能となった症例は極めて稀と思われ、文献的考察を加えて報告する。

18

化学療法中の切除不能進行胃癌からの出血に対して2回の緩和的放射線照射が止血に有用であった1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 放射線科
○松浦 加奈¹、田中 修²、岩佐 悠平¹、三田 直樹¹、水谷 拓¹、小木曾 美介¹、河口 順二¹、鈴木 祐介¹、小木曾 富生¹、向井 強¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、飯田 高嘉²、岩田 翔太¹、宇野 由佳里¹、富田 栄一¹

切除不能な進行胃癌からの出血に対して難渋することが少なくない。今回、化学療法施行中の進行胃癌からの出血に放射線照射が止血に有用であった1例を経験したので報告する。患者は67歳男性。胸部CTを撮像した際に偶然に胃の周囲リンパ節腫脹を指摘され、当科で多発性肝転移および腹膜播種を伴ったstageIVの進行胃癌（por）と診断した。2016年4月からS1+CDDPの化学療法を開始したが効果なく、PTX+ラムシルマブを行った。さらに同年11月からSOX療法に変更した。2017年1月10日にHbが10.3g/dLから7.4と急激な貧血の進行がみられ、内視鏡的に胃癌からのびまん性出血と診断した。当院の倫理委員会承認を受けた「胃癌からの出血に対する放射線照射療法」の適応と判断し、患者さんにICを行って止血目的で胃癌に対して同年1月11日から17日まで1日4Gy 5日間の計20Gyの放射線照射を行った。内視鏡的に止血を確認した後に、患者さんの強い希望でCPT-11による化学療法を再開した。2月20日のHbが6.4と再び貧血をきたしたため胃癌からの出血に対して2月22日アルゴンプラズマ凝固療法治療を行ったが充分な止血効果は得られなかった。患者さんに十分なIC後の2月27日から3月3日まで1日3Gy5日間の計15Gyの2回目の放射線照射を行った。その後に貧血はみられなかったが、全身状態の悪化のため化学療法は中止し在宅での緩和医療を選択され、3月10日に退院した。3月16日に急変されたが、2回目の放射線照射後の消化管出血はみられなかった。欧米では進行胃癌に対する放射線化学療法は行われているが本邦では胃癌への放射線照射は一般的ではない。自験例では、経過中に2回の放射線治療を行ったが止血に有用であった。今後、放射線量等に更なる検討が必要であるが、緩和医療の観点から出血を繰り返す胃癌の止血術で選択すべき有用な治療法のひとつと思われる。

19

化学療法施行中に可逆性後頭葉白質脳症を発症した胃癌の1例

富士宮市立病院 内科
○樋口 友洋、森 雅史、井上 照彬、兼子 直也

【症例】74歳女性【主訴】体動困難【現病歴】X-4年に他院で前庭部前壁小弯の早期胃癌に対しESDが施行され、適応拡大切除となった。その後同院で経過観察されていたが、X-1年3月に造影CTで胃周囲、傍大動脈領域のリンパ節腫大とCEAの上昇を認めた。上下部消化管内視鏡検査では新規病変を認めず、早期胃癌のリンパ節再発と診断された。化学療法目的に同年4月に当院に紹介受診した。S-1/CDDP3コース施行後、同年10月にCPT-11を導入した。12月中旬に雷鳴様頭痛を認め、自宅で様子を見ていた。12月下旬に外来再診した際は頭痛感が残存するのみであった。頭部CTでは出血を認めず、頭部MRIでは大脳半球、小脳に非特異的なT2延長域を認めたが、加齢性変化と考え、頭痛の原因は偏頭痛を疑った。症状は軽快していたため、経過観察とした。CPT-11を4コース施行したが、PDとなり、PS低下も認められたところから、BSCの方針とした。X年3月10日より体動困難、左不全麻痺を認めたため、同日当院を受診した。頭部MRIで大脳半球、小脳の白質に非特異的なT2延長域の拡大を認め、可逆性後頭葉白質脳症（以下PRES）が疑われ、入院とした。【経過】入院当日に全身性強直痙攣を認め、その後昏睡状態となり、血圧は167/113と高値であった。抗てんかん薬を投与し、痙攣は消失したが、昏睡状態は改善しなかった。血圧は無治療で低下したため、経過観察とした。そのま改善することなく、第17病日で永眠された。【考察】PRESは後頭葉白質を中心に脳浮腫を来す疾患であり、高血圧、免疫抑制剤、抗癌剤などが誘因となる。主な症状は、頭痛、意識障害、痙攣などがあり、多くは治療により軽快し、予後良好であるが、治療開始が遅れると不可逆性となる。治療は原因の除去と降圧療法である。本症例は、CPT-11によるPRESが疑われた。初期症状として頭痛を認めたが、診断に至らず、CPT-11

を継続し、診断し得た際にはすでに不可逆性の状態となったと考えられた。化学療法によるPRESは稀な合併症であるが、治療が遅れると重篤な後遺症、致死的な転機を辿る可能性があり、注意が必要と思われる、報告した。

20

4型進行癌の化学療法中に右大腿筋転移を来した一例

豊橋市民病院 消化器内科
○南 喜之、山本 英子、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、
植月 康太、木下 雄貴、松田 宜賢、山本 崇文、高田 善久、
田中 仁、浦野 文博

【はじめに】胃癌の転移形式にはリンパ行性・血行性・腹膜播種があるが、転移臓器として骨格筋は比較的稀と言われている。今回我々は4型進行癌の化学療法中に右大腿筋転移を来した1例を経験したので報告する。【症例】30歳代男性【主訴】胃癌、後腹膜播種、膀胱転移のため紹介【既往歴】特記事項なし【生活歴】喫煙10本/日、飲酒：機会飲酒【家族歴】特記事項なし【現病歴】2015年9月より心窩部不快感を自覚。UGI 施行もGERD の診断であった。12月より経口摂取の低下が見られ、2016年3月に腹痛に対しTCS 施行も異常所見は認めなかった。5月頃から残尿感を自覚し、6月に入り頻尿となったため前医受診。両側水腎を認め緊急入院となった。入院後、EGD、CT 施行し進行胃癌、後腹膜播種、膀胱転移を認めた。両側腎瘻の留置により腎障害は改善傾向となり、全身状態も落ち着いたので治療目的に当院へ紹介となった。【経過】入院後、EGD、胸部腹部CTを施行し4型進行胃癌、腸管・膀胱浸潤、後腹膜播種の診断となった。腎機能障害があったため、化学療法としてRAM + PTX を選択した。2コース施行した時点でSD の評価であり、また腎機能の改善もみられたことからSP 療法に変更した。2コース終了後より右大腿部痛が出現し徐々に腫脹が見られた。骨転移を疑いMRI を撮影したが明らかな骨腫瘍はなく筋間構造に沿って高信号域を認めるのみであった。炎症性変化と考え抗生剤投与と鎮痛薬を継続したものの腫脹、疼痛は増悪。CT を施行し、右大腿に濃染域を認め転移が疑われたため、当院の整形外科にて大腿筋生検施行。病理結果は胃癌転移の診断であった。疼痛コントロール目的に放射線治療を行い、腫脹、疼痛は軽減し、現在は化学療法を継続している。【考察】胃癌の骨格筋転移が少ない理由として、筋肉内の激しい血流変動のため腫瘍細胞が定着できないこと、筋鞘が防御として働くこと、pH や乳酸などの代謝産物による腫瘍増殖抑制作用などがあげられる。また一般的に胃癌の骨格筋転移は化学療法抵抗性で予後不良である。本症例は大腿筋転移を来した稀な症例と考えられる。

21

腹膜播種を伴ったEBV関連胃癌の一例

公立西知多総合病院 消化器内科
○新城 明仁、平松 美穂、春田 明範、小島 久実、小林 寛子、
石川 英樹、安藤 貴文

本邦では胃癌全体の約10%にEBV (Epstein-Barr Virus 以下EBV) が関連していると報告されている。EBV関連胃癌は組織学的に低分化ないし中分化型腺癌の像をとり、リンパ球浸潤を伴うことが特徴であり、通常の胃癌と比べ比較的子孫良好とされている。近年、EBV関連胃癌では、癌抑制遺伝子p14、p16、p73やE-cadherinのプロモーター領域のメチル化による発現低下が高頻度に認められていることから、分子生物学的にも独立した一群であることが明らかとなっている。またEBVが発癌の初期に関与していることも判明しており、EBVを標的とした治療や脱メチル化剤を用いたEBV関連胃癌に特異的な治療の開発が今後期待されている。症例は80歳の男性、平成23年7月4日にめまいを主訴に当院救急外来受診した。採血でHb 6.7g/dLと貧血あり、腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。上部消化管内視鏡にて噴門部進行胃癌（低分化癌）と診断した。術前診断で小弯側にリンパ節転移があるが遠隔転移はなく手術適応と考えられ、同年8月2日に胃全摘術を施行した。術中胃後壁に腫瘍露出があり、周囲後腹膜及び結腸間膜に多数の播種を認めた。最終病理診断はpT3 (SS)、U1 (-)、int、ly0、v1、pPM0、pDM0、pN3a、P1、pStage4であった。術後経過は良好で、術後7日目より経口摂食開始し、術後23日目に退院となった。同年9月から翌年2月の2月まで術後化学療法を施行した。その後、採血で腫瘍マーカーの上昇なく、CTで再発所見を認めないため化学療法を終了とし、外来にて経過観察とした。術後から現在に至るまでの5年7ヶ月の間に再発や合併症なく経過良好である。EBV関連胃癌は非関連胃癌と比べリンパ管侵襲やリンパ節転移が少なく、予後良好とされているため、本症例のように腹膜播種を伴う症例は極めて稀であると考えられ、医学中央雑誌で「EBV関連胃癌」、「腹膜播種」を条件に検索した限りでは報告がみられなかった。また本症例では腹膜播種を伴っているにも関わらず、5年以上の長期生存が得られていることが確認できた。本症例と当院で経験したその他のEBV関連胃癌4例とを内視鏡的・病理学的見地から比較し報告する。

22

脾液漏を契機に診断に至ったCholeldochocoeleの1例

岐阜大学医学部附属病院 第1内科
○手塚 隆一、岩下 拓司、上村 真也、吉田 健作、清水 雅仁

【症例】75歳女性【病歴】脾体部の分枝型脾管内乳頭状粘液腫 (IPMN) を以前より定期的に経過観察されていた。経過中に嚢胞の増大、壁に結節の出現を認め、2016年9月当院外科にて脾体尾部脾切除術を施行された。術後病理ではIPMN adenomaの診断であった。術後に脾液漏を発症し、保存的加療するも改善傾向なく術後70日にENPD留置目的に当科紹介となった。ERCPでは、乳頭の口側に嚢腫様の病変を認め、胆管造影を行うと嚢腫内から胆管、脾管への交通を認め、Choleldochocoeleと診断した。主脾管径は2mmと、明らかな拡張は認めなかった。ESTで嚢腫を切り上げ十分に脾管口を露出した後に脾管ステントを留置した。なお、ERCPの際に採取した胆汁中のアミラーゼは49140U/Lと上昇を認め、胆管内への脾液の逆流が考えられた。胆管造影やその他画像上胆管癌・胆嚢癌を積極的に疑う所見は認めなかった。ERCP後に脾炎を発症したが保存的加療で改善、その後ドレーンからの脾液漏に関しても徐々に改善傾向を認めたために、術後121日に退院となった。その後、外来で4週間の経過観察を行い脾液漏の増悪がないことを確認し、内視鏡的に脾管ステントを抜去した。現在は外来で経過観察中であるが増悪を認めていない。【考察】Choleldochocoeleは胆管の末端が嚢腫状に拡張した比較的稀な疾患で、本症例の病態との関連の可能性もあり、若干の文献的考察を含め報告する。

23

経皮的胆道鏡下碎石術が有効であった生体肝移植後の肝内結石の1例

1松波総合病院 消化器内科、2松波総合病院 外科
○樋口 正美¹、木村 有志¹、全 秀嶺¹、藤井 淳¹、浅野 剛之¹、
早崎 直行¹、伊藤 康文¹、花立 史香²、松波 英寿²

【症例】60代女性【現病歴】B型肝炎による肝不全で200x年に生体肝移植を施行。その後、定期的に当院に通院。経過中に胆管炎が出現し、経皮肝胆道ドレーナージ管 (PTBD) 留置及び経皮的胆管空腸吻合部拡張を行ってきた。その後のフォローのMRIで多数の肝内結石を確認し、2016年9月経皮的胆道鏡下碎石術目的で当院入院となった。【経過】経皮的にスバイグラスDS胆管・脾管鏡システムを挿入し肝内胆管の多数の結石を確認し、電気水圧衝撃波碎石術 (EHL) を施行した。処置後の胆管炎防止目的で経皮的内外瘻カテーテルを留置し、その後一旦退院した。CTで肝内結石の残存を認め、残りの結石除去目的で再度入院した。スバイグラスDSを用いて経皮的に胆道鏡下に結石を確認し碎石術を行い、バルーンカテーテルで空腸側に排石した。胆道鏡下に肝内結石の残存のないことを確認した。その後の経過は良好で内外瘻カテーテルは抜去した。処置後約3カ月のCTで、肝内結石の再発はなく、経過良好である。【考察】スバイグラスDSを用いた胆道鏡下碎石術は、一般にEML困難な胆管結石に対して経口的に行われるが、症例によっては経皮的に行うことも有用と考えられる。本症例では、PTBD留置下で胆管炎制御が行われてきたが、生体肝移植後で免疫抑制剤を服用しており、易感染性であり、結石除去目的で経皮的胆道鏡下碎石術を施行した。経皮ルートでのスバイグラスDSを用いての処置は、EHLプローブを挿入した状態でも比較的操作性がよく、症例に応じた経皮ルートでの胆道鏡処置は有用と考えられた。

24

Ceftriaxoneが原因と思われる偽胆石症の6例

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○山下 晃司、市川 広直、佐竹 智行、中西 孝之、永野 淳二、
安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明、清水 省吾、
杉原 潤一

【背景/目的】Ceftriaxone (以下CTRX) は第3世代セフェム系抗生剤であり、高い組織移行性と長い血中半減期から様々な分野の感染症治療に用いられている。一方で以前から小児を中心にCTRXによる偽胆石症が数多く報告されており、最近では成人例での報告も散見される。今回当院で経験したCTRXが原因と思われる偽胆石症6例の背景因子や臨床経過等を調査し過去の文献とあわせて報告する。【対象】当院でCTRX投与後に新規胆石を認め偽胆石症と診断した6例。【結果】男/女:0/6、年齢中央値47.5 (14-86) 歳 (平均48.3歳)、CTRX投与疾患:肺炎3/腎臓病1/虫垂腫瘍1/腸炎1、CTRX投与期間中央値6.5 (3-21) 日、総投与量中央値16.5 (6-79) g。発見時急性胆嚢炎3例、急性胆管炎1例、無症状 (肝障害あり) 2例で投与から発症までの期間中央値8.5 (4-32) 日。治療は全例CTRXを中止 (4例にUDCA併用) したのみで内視鏡的治療の介入なく中央値27 (7-65) 日で自然消失した。【考察】CTRXは約60%が尿中に、残りの40%が胆汁中に排泄され胆汁中のCTRX濃度は血中の20-150倍になり胆汁中のカルシウムイオンと

結合するためカルシウム結石を形成しやすいといわれている。実際過去の報告でもCTRXの大量・長期投与や絶食、脱水等で偽胆石症のリスクが増加すると報告されており自験例でも全例2g/日以上の高用量が使用されていた。またCTRX中止により比較的速やかに結石が自然消失する事も特徴とされ、自験例でも最短7日で自然消失を確認しており unnecessary 内視鏡的治療及び外科的治療を回避することができた。【結語】今回我々はCTRXによる偽胆石症を6例経験し小児のみならず成人においても発症しうることを再認識させられた。また偽胆石症では保存的治療による自然消失も十分期待されるため、CTRX使用歴を事前に確認することが不要な侵襲的治療を回避する事に繋がると思われた。

25

超高齢者総胆管結石の2例

公立西知多総合病院 消化器内科

○石川 英樹、新城 明仁、平松 美穂、春田 明範、小島 久実、小林 寛子、安藤 貴文

【症例1】88歳女性。2/28に黒色便あり、3/1当科紹介受診。上部消化管内視鏡検査を同日施行したが、胃炎程度で活動性出血は認めず。血液検査で黄疸、肝胆道系酵素の上昇は認めないが、腹部単純CTで総胆管内に微小な結石が30ヶ以上充満していた。入院を勧めるも拒否し帰宅。再度アナムネを聴取すると下腹部痛はたまにあったとのこと。3/13家族と相談し再診、治療に同意されたため入院となった。入院翌日3/14にERCPを施行した。亀背が高度で腹臥位の姿勢が取れず、側臥位で検査を行った。憩室内開口で食物残渣が固形状となり乳頭開口部が観察できず、まず鉗子で食物残渣を十二指腸内へ摘出するのに時間を要した。乳頭が観察できるようになった後、胆管カニューレション施行。胆管内に無数の透亮像が充満し、EST中切開を施行後にバスケット採石し、バルン造影を行った。翌日採血では肝胆道系酵素、酵素も異常なく、合併症なし。昼食を全量摂取し退院となった。【症例2】91歳男性。既往にCOPDあり他院入院中、7月に39度の発熱あり、総胆管結石と診断も治療を希望されず。実は症例2は症例1の夫であり、症例1の入院時に連れ添った娘さんから黄疸、食欲低下などの情報を得て、急遽デイスサービスから来院し入院となった。入院時採血では総ビリルビン5.9mg/dlと上昇、肝胆道系酵素もすべて上昇、白血球10800個/μl CRP10.4mg/dlと高値、腹部超音波検査では総胆管結石は描出不良であったが、腹部単純CTで総胆管結石が疑われ、同日緊急ERCPを施行した。胆管造影では総胆管内に複数個の透亮像を認め、EST中切開施行後、EML採石、バルン造影で残石がないことを確認し終了とした。翌日は黄疸、肝胆道系酵素も低下、肺炎もなし。昼から食事開始。経口摂取は良好となり、認知症の影響か点滴自己抜針、徘徊が始まった。CRP11.0mg/dlとまだ高値のため抗生剤点滴を続行ことが多く、夜間家族の付き添いが出来なくなり、入院継続は不可能と判断し3日目に退院となった。総胆管結石は超高齢者であっても胆道ステント留置のみではなく、内視鏡的切石することが大切であり、合併症を起こさないよう充分配慮する必要がある。

26

高齢総胆管結石症例に対する内視鏡治療の有用性・安全性について

高山赤十字病院 消化器内科

○奥野 充、白子 順子、田口 大輔、山口 公大、今井 奨、佐藤 寛之、棚橋 忍

【背景】近年の高齢化社会に伴い、高齢者に対し総胆管結石治療を行う機会が増えてきている。高齢者は脳・心疾患など、基礎疾患を持つことが多く、内視鏡治療での偶発症が発生しやすい可能性が考えられる。そのため高齢者に対する内視鏡処置は、有用で安全な治療であるか検討が必要である。【目的】80歳以上の高齢総胆管結石症例の特徴と内視鏡治療の有用性・安全性について明らかにすること。【方法】2015年1月～2017年2月までに当施設で総胆管結石治療目的にERCPを施行した119例。このうち80歳以上の68例（E群）と80歳未満の51例（Y群）を比較検討した。【結果】E群：Y群において、性別 男性/女性（E）27/41：（Y）37/14（P<0.01）、年齢平均値「歳」（E）86.7±4.7歳：（Y）65.3±10.3、最大結石径「mm」（E）8.8±4.8：（Y）5.7±2.8（P<0.01）、結石数「個」（E）2.2±2.7：（Y）2.2±1.6、胆管径「mm」（E）11.3±4.2：（Y）7.9±2.7（P<0.01）、傍乳頭憩室例（E）6（9%）：（Y）6（12%）、術後再建腸管例（E）3（4%）：（Y）2（4%）であり、E群は有意に女性が多く、最大結石径・胆管径も大きかった。脳・心疾患に対する抗血小板剤・抗凝固剤内服例は（E）15（22%）：（Y）10（20%）で、休薬困難であった4例を除き、全例休薬後に採石術を施行した。採石時の乳頭処置は、EST（E）35（52%）：（Y）37（73%）（P=0.02）、EPBD（E）6（9%）：（Y）3（6%）、EPLBD（E）7（10%）：（Y）4（8%）。採石に要したERCP回数「回」は（E）1.3±0.6：（Y）1.2±0.4（P=0.0554）、1回あたりのERCP時間「分」（E）29.7±23.3：（Y）26.1±15.8、機械的碎石具使用例（E）7（10%）：（Y）3（6%）、入院期間「日」（E）15.1±13.8：（Y）7.9

±6.9（P<0.01）、完全採石例（E）67（99%）：（Y）50（98%）、偶発症（E）術後肺炎8（12%）：（Y）術後肺炎2（4%）であった。【結語】80歳以上の高齢総胆管結石症例は、有意に結石径・胆管径が大きく、入院期間も長く、完全採石までに必要であったERCP回数も多い傾向がみられた。しかしながら、完全採石率、偶発症発生率に差は認めず、患者の状態を把握し慎重な内視鏡処置を行えば、有用で安全な治療ができると考えられた。

27

胆嚢管、総胆管に管内発育した胆嚢頸部癌

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

○福沢 一馬¹、中江 康之¹、浜島 英司¹、仲島 さより¹、三浦 慎之祐¹、飛田 恵美子¹、池上 修二¹、溝上 雅也¹、恒川 卓也¹、山本 怜¹、竹内 一訓¹、宮地 洋平¹、井本 正巳¹、伊藤 誠²

【症例】75歳、女性【主訴】超音波検査異常【既往歴】高脂血症【現病歴】7年前に腹部超音波検査で胆嚢筋腫症、胆嚢ポリープを指摘されたが放置していた。今回近医で行った腹部超音波検査で胆嚢壁肥厚を指摘され、精査のため当院に紹介受診となった。【現症】黄疸、貧血を認めず、腹部軟、圧痛や腫瘍を認めなかった。【検査成績】肝胆道系酵素やCA19-9、CEAの上昇を認めなかった。腹部USでは胆嚢に広範囲に存在する形状不整な壁に低エコー、胆嚢管と肝外胆管合流部に充実性低エコーを認めた。胆管ダイナミックCTおよびMRCPでは、胆嚢頸部から胆嚢管、総胆管に連続する腫瘍性病変を認めた。ERCPでは膽管管合流異常を認めた。胆管造影では上中部胆管および胆嚢管に不整な透亮像を認め、胆嚢は造影されなかった。EUSでは胆嚢頸部および胆管内に低エコー腫瘍を、IDUSでは胆管から胆嚢管に連続する低エコー腫瘍が描出され、胆嚢および胆管の最外層エコーは保たれていた。胆汁細胞診、生検にて腫瘍を疑う異型細胞認め、胆嚢癌、胆管癌として当院外科で胆嚢摘出術、肝外胆管切除、Roux-en-Y再建を行った。切除標本では、胆嚢頸部に腫瘍の基部があり、胆嚢管から総胆管へ管内発育していた。組織学的には乳頭状腺癌で、進捗度はm、胆嚢管や胆管壁への浸潤を認めなかった。術後経過は良好で、術後13日で退院となった。【考察】今回の症例では、胆嚢頸部に発生した腫瘍が胆嚢管を介して総胆管に充満するように発育していたが、胆管自体には腫瘍の発生や浸潤は見られなかった。外方性増殖を主とし、粘膜下への浸潤はごくわずかであり、胆嚢癌の伸展様式としては稀な症例であった。【結語】胆嚢管から総胆管へ管内発育した胆嚢癌の一例を経験した。

28

胆管内乳頭腺癌の一例

大垣市民病院 消化器内科

○犬飼 庸介、熊田 卓、桐山 勢生、谷川 誠、久永 康弘、豊田 秀徳、金森 明、多田 俊史、北畠 秀介、山 剛基、小林 奈津子、水野 和幸、東堀 諒、竹田 堯、佐久間 理香

【症例】78歳男性。【主訴】肝腫瘍精査。【現病歴】45歳時から慢性C型肝炎として当科に通院され、62歳時にインターフェロン治療によりSVR（Sustained Virological Response）となり定期的にフォローを行っていたところ、76歳時より腹部超音波検査にて指摘されていた肝S4の嚢胞内に新たに結節を認め精査の方針となった。【身体所見】特記事項なし。【血液検査所見】肝機能、腫瘍マーカー含め特記事項なし。【画像所見】腹部超音波検査では肝S4に14×14mmの嚢胞内に11×7mmの高エコー結節を認め、同結節内にDoppler上血流は確認できなかった。腹部造影超音波検査では嚢胞内の結節の一部分が動脈相にて造影され、後血管相では欠損像を呈した。腹部ダイナミック造影CT検査では、肝S4に27×24mm大の嚢胞性病変を認め、内部は早期から不均一に染まり、後期相では肝実質より低吸収を呈した。MRIでは同部位はT1強調像にて軽度高信号を呈し粘液成分の含有が示唆され、また嚢胞内部に乳頭状の低信号域を認め同部分は拡散強調像にて軽度高信号を呈した。ERCPではB4の胆管像はえられず、左肝管よりIDUSを施行するとB4の嚢胞、腫瘍が観察されたがB2+3に明らかな腫瘍は認めなかった。同時にブラシ擦過細胞診を施行し粘液産生細胞の過形成の所見をえた。【臨床経過】各種検査から胆管内乳頭粘液産生腫瘍（intraductal papillary mucinous neoplasm of the bile duct:IPNB）の疑いとして外科的治療を行う方針となり当院外科にて肝拡大左葉尾状葉切除、肝外胆管切除再建を行った。病理結果では嚢胞内の結節部分は粘液を有する高円柱細胞が乳頭状に増殖しており、一部細胞異型もみられIPNBに準じた乳頭状腺癌の診断であった。術後の経過は順調でその後現在まで再発はみられない。【考察】今回IPNB由来の乳頭状腺癌の一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

SpyGlass DSが診断に有用であった胆管腫瘍栓を併発した肝細胞癌の1例

愛知医科大学病院 肝胆脾内科

○北野 礼奈、井上 匡央、小林 佑次、石井 紀光、坂本 和賢、大橋 知彦、中出 幸臣、角田 圭雄、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

【症例】60歳代、男性。10日間続く発熱と黄疸を主訴に受診となった。血液検査ではWBC 15400/ μ L、CRP 6.87mg/dLと高値であり、またAST 241 U/L、ALT 281 U/L、総ビリルビン13.75 mg/dLと肝胆道系酵素の上昇も認められた。腹部造影CTでは右肝管から上部胆管にかけて造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。また、背景肝は肝硬変であったが、明らかな肝腫瘍は認めなかった。MRCPでは肝門部から上部胆管にかけて高度な狭窄を認め、肝内胆管は著明に拡張していた。以上より、肝門部胆管癌による閉塞性黄疸と胆管炎を第一に考え、ERCPを施行した。胆管造影では肝門部から上部胆管にかけて狭窄を認め、右肝内胆管は右肝管の狭窄が高度であり、造影圧を高めても描出されなかった。IDUSを施行すると、上部胆管の狭窄部に一致して胆管内に腫瘍像を認めたが、胆管壁の構造は保たれており、胆管癌に典型的な所見ではなかった。このため、SpyGlass DS（ボストン・サイエンティフィック社）にて胆道鏡を施行したところ、狭窄部は壁の保たれた胆管内に、壊死を伴う組織片がはまり込んでいる所見を呈していた。腫瘍栓が胆管内に脱落、嵌頓している像を認め、結石除去用のバスケット鉗子とバルーンを用いて掻爬したところ、比較的大きな組織片が回収された。組織片の病理組織所見は、AFP陽性の腫瘍細胞が索状構造、小葉構造を形成して増殖している像を認め、肝細胞癌の所見であった。組織片除去後、上部胆管の狭窄は改善を認め、肝細胞癌の右肝管浸潤と総胆管への腫瘍栓の脱落、嵌頓と診断した。【考察】肝細胞癌の胆管腫瘍栓は比較的新たであるが、胆管癌との鑑別がしばしば問題となり、特に原発巣が明瞭でない場合には困難となり得る。自験例では、SpyGlass DSによって胆管内に鑄型にはまり込む所見を認めたことから、組織片を回収し、肝細胞癌の確定診断を得ることができた。SpyGlass DSは胆管腫瘍栓の診断に有用と考えられ、胆管腫瘍栓の可能性が否定できない場合には積極的に考慮すべきと考えられた。

経口胆道鏡が診断に有用であったIPNB with an associated adenocarcinomaの1例

岐阜市民病院 消化器内科

○岩佐 悠平、河口 順二、向井 強、三田 直樹、松浦 加奈、水谷 拓、小木曽 英介、鈴木 祐介、小木曽 富生、林 秀樹、杉山 昭彦、加藤 則廣、富田 栄一

症例は65歳男性。201X年4月2月15日に胆石発作にて当科受診。総胆管結石も指摘され、2月21日にERCを施行し、EST後に載石術を行った。3月12日に胆嚢摘出が施行され、以降は症状なく経過していた。201X年2月14日に発熱を主訴に救急外来を受診。血液検査で肝胆道系酵素の上昇と軽度の炎症反応を認め、CTでは胆管拡張と総胆管内に高吸収物質を指摘され総胆管結石性胆管炎が疑われた。2月16日にERCが施行され、下部胆管に境界不明瞭な陰影欠損を認め、胆管クリーニングで白色の胆汁が排出された。術後、肝機能は改善したが、2月23日に肝機能障害が再燃。造影CTを施行したところ、下部胆管に造影効果の増強があり、腫瘍の存在が疑われた。同日、再度ERCが施行され、前回と同様に総胆管内に境界不明瞭な陰影欠損を認め、胆管クリーニングで粘液が排出された。下部胆管より生検を施行し、ENBDの留置を行った。生検結果はwell differentiated adenocarcinomaであり、粘液の存在からIntraductal Papillary Neoplasm of the Bile duct (IPNB) with an associated adenocarcinomaの存在が考えられた。3月1日に確定診断のために経口胆道鏡(Peroral cholangioscopy:POCS)を施行したところ、肝外胆管は上部胆管まで扁平な乳頭状隆起で覆われていたが、左右肝管および分岐部には魚鱗様変化を認めるのみであった。胆道鏡下で上部胆管より生検を施行したところ、乳頭状に増殖する腫瘍細胞を認め、papillary adenocarcinomaであったが、左右肝管、分岐部からの生検は陰性であった。これらの所見よりIPNB with an associated adenocarcinomaと確定診断し、4月11日脾臓十二指腸切除術が施行された。切除検体の病理診断はbile duct cancer:tub2>pap(>por2)、pT2、int、INFb、LY1、V1、Pn3、pHM1(m)、pPM0、pEM0、n(-)であった。肝胆管断端陽性であり、経過観察中であるが再発を認めていない。今回、POCSにて腫瘍の局在、範囲診断と、直視下生検による病理組織診断が可能であったIPNBの1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

PTGBランデブー法にて経乳頭のステント留置が可能となった2例

高山赤十字病院 消化器内科

○田口 大輔、奥野 充、白子 順子、山口 公大、今井 奨、佐藤 寛之、棚橋 忍

【症例1】67歳男性。脾臓部腫瘍に伴う下部胆管閉塞・胆管炎にて他院でERCP施行されるも腫瘍に伴う腸管粘膜浮腫のため乳頭が確認できず、またPTBD留置困難であったため、PTGBD留置をされた。その後、精査目的に当院紹介受診され、EUS-FNAにて脾臓と診断。自宅での緩和治療を希望されたため、内瘻化目的に再度ERCPを施行することとした。乳頭の確認が困難なため、PTGBルートよりガイドワイヤー(GW)を挿入し、乳頭を介し十二指腸内に留置した。その後経皮経肝胆管(PTGB)ランデブー法にて胆管メタリックステント(MS)を留置した。【症例2】69歳男性、約40年前に十二指腸球部潰瘍にてBillroth-II再建術を受けている。多発性骨髄腫(MM)にて加療中、MMに伴う腹腔リンパ節腫脹により下部胆管閉塞・胆管炎をきたし入院した。内視鏡的胆管挿管を試みるも、リンパ節腫脹・術後解剖変更のため乳頭を確認できず、また胆管拡張もないため、PTGBD留置となった。しかし、留置後穿刺部周囲から胆汁が漏れるトラブルがあり、化学療法開始前に内瘻化することとなった。PTGBルートよりGWを挿入し小腸内留置後、ランデブー法にて胆管MSを留置した。【考察】悪性疾患に対する経乳頭の胆管ドレナージ術は安全で有用性の高い手技であるが、悪性疾患に伴う十二指腸狭窄や術後変更解剖の場合、経乳頭の胆管挿管に難渋する症例が多い。そのような症例に対し経皮経肝胆管、または超音波内視鏡下ランデブー法は有用な代替手法であるが、胆管拡張の無い症例では胆管へのアプローチが困難な場合がある。一方、胆嚢は胆管拡張の無い症例でも穿刺可能なことが多く、PTGBランデブー法は、今回肝内胆管拡張がなく内視鏡的に乳頭を確認できない症例でも経乳頭の処置が可能となったことから、経乳頭の処置を要する症例の救済手法として有用であった。

インフリキシマブにて寛解維持療法中に大動脈炎症候群を発症したクローン病の1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○大津 卓也、大野 和也、黒上 貴史、遠藤 伸也、寺田 修三、川合 麻実、榎田 浩平、大島 典彦、増井 雄一、佐藤 辰宣

症例は28歳女性。2011年に複雑痔瘻と骨盤内膿瘍を契機に大腸型クローン病と診断され、人工肛門を造設された。2012年にインフリキシマブを導入し寛解を維持していたが、2014年10月にCRPの上昇を認めた。骨盤内膿瘍の再燃を疑い、抗生剤投与を行ったが炎症反応高値は持続した。その他に臨床的にクローン病の増悪は認められなかったため経過観察していたが、2015年2月の胸部CTで胸部大動脈の拡張および周囲軟部組織濃度の上昇を認めた。Gaシンチグラフィと併せて大動脈炎症候群と診断し、PSL50mgで治療を開始した。治療開始3日後には炎症反応の低下を認め、その後はPSLを漸減した。2015年7月のCTでは大動脈の炎症所見は改善していた。経過中インフリキシマブは継続しており、クローン病は寛解を維持していた。以上から、本症例の炎症反応高値の原因は大動脈炎症候群と考えられた。大動脈炎症候群はクローン病の腸管外合併症とされているが、本邦においてその報告は稀である。両疾患ともに発熱や炎症反応上昇以外に臨床症状に乏しい場合があり、本症例はまさにその一例であった。示唆に富む症例と考えられたため若干の文献考察を加え報告する。

腸腰筋膿瘍で発症し診断まで長期間を要したクローン病の1例

¹JA 愛知厚生連安城東生病院 外科、

²JA 愛知厚生連安城東生病院 消化器内科

○河南 晴久¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、新井 利幸¹、竹内 真実子²

症例は29歳男性。既往歴は特になく、発熱、右股関節痛を主訴に当院を受診した。血液検査で炎症反応高値を認め、CTで右腸腰筋膿瘍を認めた。右側腹部から経皮的に穿刺ドレナージを施行し、抗生剤治療を開始した。炎症反応は改善し、ドレーンも抜去したが、入院18日目に症状再燃と炎症反応の再上昇を認めた。再度CTを施行すると、右腸腰筋膿瘍が増悪し、回盲部と膿瘍の穿通が疑われた。虫垂炎による右腸腰筋膿瘍と診断し手術を施行した。開腹すると一塊となった回盲部が、虫垂と思われる索状構造物を介し、後腹膜および右腸腰筋と非常に強く癒着していた。剥離すると、右腸腰筋に径10cmの膿瘍腔を認めた。回盲部の炎症が強かったため回盲部切除術を施行した。切除標本上、肉眼的に明らかな虫垂を伴った炎症を同定できなかった。病理組織学的検査では、腸管粘膜の潰瘍形成と、漿膜下にマクロファージ集塊を伴うリンパ球集塊を認め、クローン病様リンパ球反応を伴った急性化膿性

炎症像を示した。クローン病などの炎症性腸疾患（IBD）の可能性が示唆された。術後経過は良好で、術後第13病日に退院となった。腸腰筋膿瘍の形成にIBDの関与を疑い、術後1ヶ月で下部消化管内視鏡検査（CS）を施行したところ、観察できる範囲内ではIBDを示唆する異常所見は認めず、経過観察となっていた。その後、軽度ながら下痢が遷延するため、術後1年で再度CSを施行したところ、吻合部口側回腸に縦走傾向、敷石状ではないものの多発する潰瘍形成を認めた。IBDを疑い、カプセル内視鏡を施行すると、下部空腸から回腸にかけて広い範囲に多発する不整な潰瘍形成を認めた。潰瘍は縦走傾向は乏しかったが敷石像を認め、クローン病と診断した。メサラジン内服による治療を開始した。

34

当院におけるリアルダの使用経緯

豊橋市民病院 消化器内科

○高田 善久、山田 雅弘、田中 仁、松田 宜賢、南 善之、山本 崇文、木下 雄貴、植月 康太、松原 浩、山本 英子、内藤 岳人、浦野 文博

【目的】軽症～中等症の活動期の潰瘍性大腸炎患者を対象にリアルダ4800mg/日（1日1回）とアサコール3600mg/日（1日3回）の有効性を比較すること【対象】2014年6月から2014年12月までの間に当院で治療したUC患者のうち、UC-DIスコア3-8で、かつS状結腸内視鏡スコア ≥ 1 、血便スコア ≥ 1 、PGA（医師による全般的評価） ≤ 2 をいずれも満たす外来患者、6例。男/女：1：5、平均年齢35歳、直腸炎型/左側大腸炎型/全大腸炎型：4/1/1。開始時のUC-DIスコアは平均6.67であった。【方法】対象を無作為にリアルダ群とアサコール群に割り付けた。前観察期間4-14日、投与期間8週間、後観察期間1は週間とした。評価項目は、UC-DIスコアの変化量（投与終了時-投与開始時）、UC-DIを構成する各スコア（血便スコア、排便回数スコア、S状結腸内視鏡スコア、PGAスコア）の推移を検討した。【結果】開始時の各スコアは、リアルダ群/アサコール群で血便スコアは1.6/1.6、排便回数スコアは2.0/1.6、S状結腸内視鏡スコアは2.0/1.8、PGAスコアは1.3/1.3であった。投与終了時の各スコアは、血便スコアは0/0.5、排便回数スコアは0/0、S状結腸内視鏡スコアは0.6/1.6、PGAスコアは0/0.4であった。リアルダ群のUC-DIスコアの変化量は-6、アサコール群では-3.3であった。血便スコアの推移は、リアルダ群/アサコール群：-1.6/-1.1、S状結腸内視鏡スコアの推移は、リアルダ群/アサコール群：-1.4/-0.2、PGAスコアの推移は、リアルダ群/アサコール群：-1.3/-0.9であった。リアルダ群の有害事象は認められなかった。【考察】リアルダはアサコールと比較してスコアの改善がよかった。特に内視鏡スコアの改善度が高く粘着治療効果が高いと思われた。リアルダの薬剤特性から、幅広い病変範囲に薬剤が送達され遠位大腸病変に対して効果と認められたと考えられた。高容量の5ASA1日1回で投与可能なため内服アドヒアランスの面でもメリットがある。

35

炎症性腸疾患患者におけるアミノサリチル酸製剤服薬に対する意識ならびに剤型によるアドヒアランス調査

愛知医科大学病院 消化器内科

○中川 頌子、山本 和弘、井上 智司、新村 哲也、林田 真由子、川村 百合加、吉峰 崇、杉山 智哉、下郷 彰礼、山口 純治、足立 和規、岡庭 紀子、郷治 滋希、田村 泰弘、井澤 晋也、土方 康孝、海老 正秀、小笠原 尚高、舟木 康、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【目的】薬剤のアドヒアランスと炎症性腸疾患の経過との関連が指摘されている。今回、アミノサリチル酸製剤に対する患者の意識ならびに剤型によるアドヒアランスの関連につき無記名、自己記入式アンケートを用いて検討した。

【方法】アミノサリチル酸製剤内服中で錠剤から顆粒製剤への変更を希望した炎症性腸疾患患者38名（変更群）のアドヒアランスにつき検討した。また、患者背景、服薬に対する意識、薬剤アドヒアランスにつき顆粒製剤を希望しなかった79名（非変更群）と比較検討した。なお、アドヒアランスはVASスケールを用いて評価した。

【結果】顆粒製剤へ変更後のアドヒアランスは96.9 $\pm$ 7.1%で、変更前の96.1 $\pm$ 7.3%と差を認めなかった。変更群と非変更群との比較では、性、年齢、疾患、社会活動、服薬量、服薬回数、アドヒアランスには差を認めなかったが、変更群では疾患活動性、変更前のベンタサ錠内服が多い傾向が見られた。変更群においては、非変更群に比べ、毎日の服薬・錠剤の大きさ・内服する錠数の多さを負担に感じる患者が有意に多く、希望する服薬回数には差を認めなかった。多変量解析では、錠剤の大きさのみが顆粒への変更を希望する唯一の因子として抽出された（OR: 3.4、95% CI: 1.06-11.13、 $p=0.039$ ）。また、顆粒への変更を希望しない主な理由は、今の薬に満足していること、顆粒が飲みにくいことであった。

【結語】錠剤から顆粒製剤への変更によるアドヒアランスの改善は認めず、患者希望による剤型選択が優先されると考えられた。

36

当院におけるクローン病に対する生物学的製剤の有用性と安全性の検討

社会医療法人宏潤会大正病院

○水野 創太、菊池 大同、金沢 哲広、柳瀬 成希、南 正史、宜保 恵明、樺原 聡介、下郷 友弥、印牧 直人、野々垣 浩二

【目的】近年のクローン病の治療成績は生物学的製剤により飛躍的に向上したが、薬剤の二次無効や様々な副作用が存在する。今回我々は、当院におけるクローン病患者に対するinfliximab（IFX）とadalimumab（ADA）の有用性と安全性につき検討した。【方法】2009年1月から2016年5月までに当院でIFX又はADAを導入したクローン病患者26例を対象とした。活動性評価として、CDAI、CRPを使用し、CDAI<150かつCRP<0.3mg/dlを寛解と評価し、寛解維持率、副作用につき検討した。【成績】症例の内訳は、男性24例、女性2例、病型は小腸型3例、小腸大腸型13例、大腸型10例、平均導入年齢は33.5歳、生物学的製剤導入までの罹病期間は中央値で36日であった。生物学的製剤による寛解維持率は76.9%（20例/26例）であり、特に大腸型では90%（9例/10例）と高い寛解維持率を認めた。生物学的製剤導入時に免疫調整剤を併用していた症例は4例で、4例中3例（75%）にて寛解維持が得られ、免疫調整剤を使用していない症例では22例中17例（77%）にて寛解維持が得られ、免疫調整剤併用の有無で有意差を認めなかった。二次無効の頻度は6例（24%）であり、うち3例でIFX倍量投与、1例でADAからIFXへ変更、2例はADAあるいはIFXへの変更とIFX倍量投与の併用であった。経過中の腸管合併症としては小腸狭窄4例、瘻孔2例であった。副作用は、1例で薬疹、1例でインヒュージョンリアクション、1例で薬剤性肝臓病、1例で悪性リンパ腫を発症した。悪性リンパ腫の症例は、R-CHOP療法を8コース行いリンパ腫は寛解し、以降生物学的製剤は使用せず経過観察中である。【結論】当院における生物学的製剤の有用性、安全性につき検討した。生物学的製剤導入により良好な寛解維持率が得られたが、免疫調整剤併用は治療成績に寄与しなかった。一方で、免疫調整剤併用により、悪性リンパ腫の合併症を経験しており、十分に注意する必要があると考えられた。

37

イビリムマブ投与により生じた大腸炎の1例

¹三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

³三重大学医学部附属病院 腫瘍内科

○三浦 広嗣¹、濱田 康彦¹、葛原 正樹¹、田中 匡介¹、堀木 紀行¹、作野 幹²、原田 哲朗²、山田 玲子²、中村 美咲²、井上 宏之³、石原 隆也³、水野 聡朗³、竹井 謙之³

近年、根治切除不能な悪性腫瘍に対する免疫チェックポイント阻害剤が保険適用を得てきているが、イビリムマブそのひとつで、2015年に承認された新規薬剤である。イビリムマブは細胞傷害性Tリンパ球抗原-4（CTLA-4）に対する抗体で、活性化T細胞における抑制的調節を遮断し、腫瘍抗原特異的なT細胞を増殖及び活性化させ腫瘍増殖を抑制する薬剤である。その薬理作用から過度の免疫反応に起因する副作用が知られており、消化器領域では下痢、大腸炎などの胃腸障害が挙げられている。頻度はGrade 3以上で3-6%とされ、死亡例の報告もある。今回、イビリムマブ投与による大腸炎を経験した例で報告する。

症例は60歳の男性。2013年左眼内悪性黒色腫に対して左眼摘出術を施行した。術後の経過観察中に肝腫瘍を指摘され、悪性黒色腫肝転移再発の診断で5月よりニボルマブの投与を開始した。9コース終了後にPDとなりイビリムマブ投与に変更したが、投与3週後より1日当たり10行以上の下痢が出現した。大腸内視鏡検査を行ったところ終末回腸から直腸まで連続して発赤した浮腫状の粘膜を認め、生検組織ではいずれも表層部を主体に好中球浸潤と軽度の陰窩炎、上皮内へのリンパ球浸潤を認めた。また陰窩底に少数のアポトシスを認め、イビリムマブによる大腸炎と診断した。メチルプレドニゾン2mg/kgによる治療を行い、症状・内視鏡所見ともに改善した。

イビリムマブ投与を行った患者に下痢が生じた際には、免疫介在性大腸炎を疑う必要がある。本症例は投与後にGrade 3の下痢を認め、内視鏡検査を行い免疫介在性大腸炎と診断、高用量ステロイド投与により改善した。今後、免疫チェックポイント阻害剤の適応は拡大していくものと思われるが、下痢、大腸炎などの胃腸障害は比較的频率が高く、死亡例も報告されている。適切な診断・治療が必要であるが、従来の抗がん剤でみられる下痢・大腸炎とは対処法が異なるため、注意を要する。イビリムマブ関連の大腸炎について、若干の文献的考察を加え報告する。

ニボルマブが原因と考えられた腸炎の2例

JA 愛知厚生連安城更生病院 消化器内科

○安藤 雅能、竹内 真実子、近藤 重明、浅井 清也、青木 聡典、市川 雄平、林 大樹朗、鶴留 一誠、岡田 昭久、細井 努

ニボルマブが原因と考えられた腸炎の2例安城更生病院消化器内科安藤雅能 竹内真実子 近藤重明 浅井清也 青木聡典 市川雄平 林大樹朗 鶴留一誠 岡田昭久 細井努【はじめに】ニボルマブはヒトProgrammed cell death-1 (以下PD-1) に対するヒトIgG4モノクローナル抗体である。この薬剤は、免疫抑制系を阻害し、腫瘍免疫を活性化する新しい免疫チェックポイント阻害剤である。免疫関連有害事象と呼ばれる様々な副作用を引き起こすとされ、重要な副作用として腸炎が報告されているが、その内視鏡所見についての報告は少ない。今回我々は、ニボルマブが原因と考えられた腸炎に対し、下部消化管内視鏡検査（以下CS）を施行した2例を経験したため報告をする。【症例1】67歳、男性。2016年2月に肺癌と診断。2016年10月よりニボルマブを開始したが、原発巣の増大を認めたため11月に中止とした。2017年1月より水様性の下痢が出現。CSを施行すると、盲腸から上行結腸にかけて、粘膜の浮腫、発赤を認めた。連続性は認めなかったが、一部血管透過性の消失も認め、潰瘍性大腸炎の内視鏡所見に類似した所見を認めた。ニボルマブによる腸炎を疑い、メチルプレドニゾン投与を開始したところ、2週間ほどで下痢は改善した。【症例2】53歳、女性。2014年1月に肺癌と診断。2016年5月にニボルマブを開始したが、原発巣の増大を認めたため6月に中止とした。9月より水様性の下痢が出現。CSを施行すると、全結腸にびまん性の発赤、浮腫、血管透過性の消失を認め、左側結腸に浅いびらんを多数認めた。潰瘍性大腸炎の内視鏡所見に類似しており、潰瘍性大腸炎に準じメサラジン投与を開始した。その後下痢は速やかに改善した。【考察】ニボルマブによる腸炎の内視鏡所見、病理組織所見が潰瘍性大腸炎に類似していたことは、潰瘍性大腸炎の発症に自己免疫異常が関与することを考慮すると非常に興味深く、若干の文献的考察を加えて報告をする。【結語】ニボルマブが原因と考えられた腸炎の2例を経験した。

39

Calcium Polystyrene Sulfonateによる大腸潰瘍から下血をきたした1例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○恒川 卓也、神岡 諭郎、浜島 英司、中江 康之、仲島 さより、三浦 真之祐、飛田 恵美子、池上 脩二、溝上 雅也、山本 怜、竹内 一訓、宮地 洋平、井本 正巳

【症例】66歳、男性。【既往歴】慢性腎不全（血液透析）、心筋梗塞、糖尿病。【内服薬】Aspirin、Lansoprazole、Calcium Polystyrene Sulfonate（CPS、アーガメイトゼリー）、Lanthanum Carbonate Hydrate（LCH）、Nicorandil、Precipitated Calcium Carbonate、Teneligliptin。【現病歴】2016年1月に発熱（37.3℃）・下肢脱力为主訴に当院救急外来受診。採血でWBC 9200/ μ l、CRP 25.34 mg/dl、Seg 84.9%と炎症反応高値を認め、腹部CT上Tに壁肥厚の所見を認めたが腹部所見は乏しく、不明熱として入院。第1病日よりCeftriaxone 2g/日を投与し、第9病日にはCRP 1.44 mg/dlまで改善したが、同日鮮血便を認め、腹部CE上、Tからextravasationを認めたため緊急手術。Aまで挿入し、暗赤色の血液と便で詳細不詳であったが、Tに全周～1/2周の浅い縦走傾向のある潰瘍～瘻管と粘膜の発赤・浮腫を認めた。白苔の中には、鳥状の粘膜上皮が散在し、一部拍動性に出血する径2mmの露出血管を認め、クリップにて止血し、腸液培養（-）であった。CS後絶食とし、下血は速やかにおさまり第13病日より食事再開とした。第15病日にCSの病理結果が判明し、潰瘍からの生検で好塩基性多角状構造のCPSの結晶を認めた。以上より、CPSの副作用である大腸潰瘍を疑い、同日よりCPSを中止とし、またLCHの関与の可能性も考慮し、2剤の内服中止とした。第18病日に再度鮮血便を認め絶食とした。第21病日のCSでは、回腸末端まで観察し、Tの潰瘍・浮腫は改善・縮小傾向であったが、Tに露出血管を認め再度クリップにて止血した。第28病日より食事を再開し、第34病日のCSではTの潰瘍・浮腫は更に改善傾向で、第38病日に退院となった。退院後、9月に鮮血便を認め入院となったが、CS上Tの潰瘍は瘢痕化し、発赤・浮腫もみられず、Aに憩室を認めたことから、憩室出血と考えられた。【考察】慢性腎不全の高カリウム血症改善剤であるCPSの重大な副作用として、腸管穿孔・大腸潰瘍の報告があり、自験例は、その臨床経過からCPSによる大腸潰瘍と推察され、そのCS像の報告例は少なく貴重な症例と考えられた。

40

当院における出血性直腸潰瘍の検討

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

【目的】出血性直腸潰瘍は、高度高齢化社会を迎えた本邦において、今後ますます増加していくことが予想される疾患である。そのため、本疾患の臨床的特徴、治療法、予後についての検討を行った。【対象】2014年4月から2017年3月の間に下部消化管内視鏡検査で出血性直腸潰瘍と診断された10例である。性別は、男性4例、女性6例、平均年齢は69.7歳だった。7例が75歳以上の高齢者であったが、50歳代も3例認めた。【方法】背景因子として、ADL、背景疾患、臨床像として栄養の指標としてAlb値、ショックや輸血の有無などについて検討した。また、内視鏡像、治療、予後についての検討も行った。【結果】ADLとしては、6例が長期臥床者であり、2例は入院後臥床、臥床のみでは2例のみであった。背景疾患は、糖尿病、心疾患がいずれも3例と多く、脳血管障害も2例に認めた。止血処置は、クリップ止血が6例と最多で、その他HSE局注1例、エタノール局注1例、動脈塞栓術1例であった。3例で再出血がおり、そのうち1例は入院中下血を繰り返した。出血性ショックとなったのは5例で、輸血も同5例に要した。死亡例は3例であったが、出血死は1例もなかった。死亡例はいずれも75歳以上の高齢者で、長期臥床の患者であった。下血時のAlb値は、生存例で平均3.1g/dl、死亡例で2.7g/dlと有意差はないものの死亡例で低い傾向にあった。直腸潰瘍は、生存例では単発傾向にあり、死亡例では潰瘍底が深く、多発傾向にあった。【考察】当院の検討でも、出血性直腸潰瘍は、過去の報告例と同様、動脈硬化性疾患や糖尿病、脳血管疾患が背景にある長期臥床高齢者に好発した。本疾患を発症した時点で、既に全身状態不良であることが多く、今回の検討では、死亡率30%と予後は非常に厳しい。クリップ止血で多くは一次止血可能であるが、基礎疾患の増悪等により致死的な状況になる場合がある。このことから、特に高齢者で本疾患を発症した場合、止血処置はもちろんのこと全身管理により注意を払う必要があり、早期の治療介入が必要であると考えられる。

41

腹膜炎の3例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○鈴木 博貴、早川 諒祐、河合 歩、杉本 崇幸、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

腹膜炎は比較的確であり、急性腹症の鑑別の一つとして挙げられる。自然軽快する予後良好な疾患であり、発症部位によっては虫垂炎や憩室炎との鑑別を要するが、一般的に炎症反応は低値であり、特徴的なCT画像所見で診断可能である。今回、腹膜炎と診断し得た3症例を経験したので報告する。【症例1】39歳男性。前日からの急な左下腹部痛のため受診。歩行時痛もあり。血液検査では炎症反応は認めないが、強い腹痛のため造影CTを撮影したところ下行結腸の腹側に21×11mm大のリング状の高吸収域に包まれた卵円形の脂肪濃度の腫瘍影を認め、エコーで11×14mmの円形の高エコー像を認め腹膜炎と診断、鎮痛薬と抗生剤投与で軽快。【症例2】25歳男性。2日前からの急な左下腹部痛のため受診。反跳痛あり。血液検査ではCRP。65と炎症反応は軽度。造影CTを撮影したところ、下行結腸腹側に29×13mm大のリング状高吸収域に包まれた卵円形の脂肪濃度の29×13mmの腫瘍影を認め、腹膜炎と診断。鎮痛薬と抗生剤投与で軽快。【症例3】75歳女性。11日前からの腹痛で近医受診し、腹痛増悪したため受診。反跳痛あり。炎症反応はCRP3.32と軽度。造影CT撮影したところ、S状結腸腹側にリング状高吸収域に包まれた卵円形の脂肪濃度の36×15mm大の腫瘍影を認めた。鎮痛薬と抗生剤投与し13日間で軽快し退院。退院後10日間で腹痛再燃し、造影CT撮影したところ、横行結腸の頭側に同様の脂肪濃度腫瘍影を認めた。鎮痛薬と抗生剤投与し11日間で軽快し退院。その後下部消化管内視鏡を行ったが、横行結腸、S状結腸に憩室は認めず、憩室炎は否定的であり腹膜炎に矛盾ないものと思われた。

42

成人Hirschsprung病に対して低位前方切除術を行った一例

愛知医科大学 消化器外科

○鈴木 健太、石黒 成治、小松 俊一郎、大澤 高陽、宮地 正彦、金子 健一郎、有川 卓、齊藤 卓也、駒屋 憲一、松村 卓樹、倉橋 真太郎、山中 美歩、内野 大倫、安井 講平、佐野 力

症例は54歳男性。高度な便秘症を有し近医受診し緩下剤を内服していた。内服を中止すると1か月以上排便を認めなくなるため精査目的で当院受診した。腹部CTにて著名なS状結腸の拡張と直腸の狭窄を認めたが下部消化管内視鏡検査では明らかな閉塞の所見なく機能的腸閉塞と診断した。外科的治療目的に当科紹介され低位前方切除術、一時的回腸瘻造設術を施行した。術後経過は良好であり術後11日目に退院となった。病理検査にて粘膜下層および筋層間のganglion cellの欠落を認めHirschsprung病の確定診断を得た。退院4か月後に回腸瘻閉鎖術を施行した後は緩下剤を内服しつつ排便は良好である。Hirschsprung病は腸管壁内のAuerbach神経叢、Meissner神経叢の先

天的欠如により著名な腸管拡張を呈し排便遅延・腹部膨満などを認める疾患である。多くの症例は新生児期に発症し根治術を施行されるが、稀に成人期に診断・治療が施行される症例も報告されている。今回中年期に高度便秘で発症し根治術を施行した一例を経験したため若干の文献的考察を含め報告する。

43

直腸 GIST に対して経会陰的に切除しえた 1 例

岐阜大学医学部 腫瘍外科

○高野 仁、松橋 延壽、高橋 孝夫、棚橋 利行、松井 聡、
今井 寿、田中 善宏、山口 和也、吉田 和弘

【症例】57歳、男性。臀部違和感を主訴に近医を受診。精査の結果、下部直腸 GIST と診断され、加療目的に当院紹介となった。画像所見では、直腸 (Rb～P) 前壁から壁外に突出する 53mm 大の腫瘍性病変を認め、振子部尿道との境界がやや不明瞭であった。【治療経過】半年間のメチル酸イマチニブ 400mg/day 投与の後に根治術を施行することとした。術式として、当初は直腸切除術や腸管切除吻合が必要となる inter-sphincteric resection (ISR) もしくは直腸超低位前方切除術 (SLAR) も検討したが、腫瘍の局在が会陰部に近く、腫瘍の輪郭を会陰部皮膚から触知可能であり、経会陰的腫瘍切除術が可能と判断した。【手術】全身麻酔下に碎石位で手術を開始し、腫瘍の輪郭をなぞるように全周性に皮膚切開をおき、腫瘍壁を損傷しないように周囲組織や外肛門括約筋との間の剥離を進めた。全周性に腫瘍剥離を終えたのちに、直腸壁を一部合併切除して標本を摘出した。直腸壁欠損部は縫合閉鎖した。術後の縫合不全を懸念して、腹腔鏡観察下に回腸カパーリングストーマを造設した。【術後経過】大きな合併症なく経過し、術後第 13 病日で退院した。外来フォロー中に死腔内に液体貯留を認め、穿刺排液を要した。Modified-Fletcher 分類では高リスク群であり、今後イマチニブの継続投与を検討している。【考察】経会陰的アプローチは、ISR や SLAR と比較して低侵襲である利点が挙げられる一方、前立腺および尿道損傷や性機能障害のリスクが挙げられる。経会陰的に直腸 GIST を切除した症例は報告が少ないが、低侵襲であるため腫瘍が低位直腸に局在する症例は良い適応であり今後多くの症例集積や術式確立が待たれる一方、術後の肛門機能や性機能障害などの検討が今後の課題になりうると考えられた。

44

上行結腸憩室炎穿通による後腹膜膿瘍に対して経皮的穿刺ドレナージ処置が有用であった 1 例

¹浜松医療センター 消化器内科、

²浜松医療センター 消化器外科

○江上 貴俊¹、岩間 泰志¹、鈴木 末緒¹、花岡 智彦¹、
浅井 雄介¹、大庭 行正¹、高島 真吾¹、佐原 秀¹、栗山 茂¹、
住吉 信一¹、影山 富士人¹、金岡 繁¹、林 忠毅²、
西脇 由朗²

症例は 59 歳男性。201X-1 年 6 月に上行結腸憩室炎にて保存的に加療を行った。201X 年 2 月に再び右下腹部痛・背部痛を主訴に当院を受診。CT にて回腸末端から上行結腸にかけて壁内膿瘍を認め、かつ上行結腸背側の後腹膜腔から腸筋筋にも広範囲に占拠性病変を認めており、憩室炎穿通に伴う後腹膜膿瘍と診断した。緊急手術についての検討がなされたが、腸管の切除範囲が広範囲となり縫合不全等の術後合併症リスクが懸念され、また幸いにも汎発性腹膜炎には至っておらずエコー下での処置が可能な部位に膿瘍腔が存在することから、先に経皮的穿刺ドレナージによる内科的治療を行う方針とした。入院 3 日目に後腹膜の膿瘍腔へ経皮的に穿刺ドレナージを行い、引き続き絶食・抗生剤にて慎重な経過観察を続けた。膿汁培養では嫌気性グラム陰性桿菌の *Fusobacterium necrophorum* が検出された。入院 9 日目の CT 再検では膿瘍腔はほぼ消失しており、大腸内視鏡にて悪性所見は認めないこと、膿瘍との交通がないことを確認の上慎重に食事を再開した。入院 16 日目にドレナージを抜去し、翌 17 日目に退院した。その後憩室炎の再燃なく経過したが、根治的治療を目的に 201X 年 6 月待機的に回盲部切除術を施行した。上行結腸憩室炎穿通による後腹膜膿瘍に対し経皮的ドレナージにて加療し緊急手術を回避できた 1 例を経験した。本症例のような限局性の膿瘍形成を来したケースでは、抗生剤による治療に加えて穿刺ドレナージを行うことで治療が見込めることが示唆された。若干の文献的考察を加え報告する。

45

発症から 48 時間経過した後に手術となった糞便イレウスによる広範な左側結腸壊死の 1 例

¹JA 愛知厚生連安城東生病院 外科、

²JA 愛知厚生連安城東生病院 消化器内科

○安田 祐真¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、
鈴木 優美¹、竹内 真実子²、新井 利幸¹

症例は、80 歳の女性で、夕食後強い腹痛を自覚し体動困難となり、同日救急車で当院搬入となった。4 日前から排便がなかった。初診時、苦悶様の表情と下腹部全体に自発痛・圧痛を認めた。血圧は 80 以下を呈しショックであった。腹部造影 CT を施行すると、大腸全体に糞便の貯留を高度に認めた。遊離腹腔内ガス像、腸管の造影不良域は認めなかった。糞便イレウスと診断し入院となった。入院後、補液・絶食による保存的治療を行い血圧は回復したものの腹痛は増強するため、発症後約 40 時間経過した時点で再度 CT を施行した。遊離腹腔内ガス像は認めないものの多量の胸腹水の出現を認めた。採血上も WBC/CRP の著しい上昇とアシドーシスの進行を認めた。以上より汎発性腹膜炎と診断し、発症後 48 時間経過した時点で手術となった。開腹すると、穿孔は認めないものの左側結腸の広範な壊死を認めた。高度の糞便イレウスによる左側結腸の壊死と診断し、左側結腸切除術、人工肛門造設術を施行した。術後は、呼吸管理・人工透析など ICU での集中治療を要したが、術後第 20 病日に ICU を退室し、術後第 62 病日、独歩で自宅退院となった。遊離腹腔内ガス像を認めなかったため腹膜炎の診断、手術まで時間を要した症例を経験した。

46

下痢を契機に診断した Cronkhite-Canada 症候群の 1 例

JA 静岡厚生連遠州病院 内科

○乾 航、松下 直哉、高橋 悟、西野 眞史、竹内 靖雄、
高垣 航輔、白井 直人、梶村 昌良

【症例】64 歳、男性【既往歴】腎結石 (ESWL)、高血圧症、脂質異常症、不眠症【経過】2016 年 11 月下旬より血液混濁した水様便を自覚、その後間欠的な腹痛も生じるようになり、12 月上旬に精査目的で入院。血液検査や腹部 CT では有意所見が得られなかったものの、症状経過から虚血性大腸炎を疑い、絶食補液での安静とした。症状は数日間で速やかに改善したため、後日の TCS 予定とし一退院としたが、その数日後から腹痛と下痢の増強を認めたため、12 月下旬に再入院。TCS では直腸から盲腸にかけて連続する、ほぼ均一なくらくしくはイチゴ状多発ポリープを認め、EGD では胃全体に大腸と同様の形態を有するポリープが散在していた。また、下痢発症の同時期より脱毛、爪萎縮、両手背の色素沈着を生じており、低蛋白血症も併発していたことから、経過と諸検査を総括し、Cronkhite-Canada 症候群と診断。1 日 10 回以上の下痢が持続していたため、入院第 6 病日より中心静脈栄養とし、第 15 病日より PSL30mg/日内服を開始した。その後、腹痛や下痢回数は徐々に改善、第 24 病日に食事再開後も症状の増悪は認めず、第 35 病日に退院。今後も定期的な外来通院にてステロイド減量と内視鏡追跡を行う方針である。【考察】Cronkhite-Canada 症候群は全消化管ポリポーシスに加えて、皮膚の色素沈着、脱毛症、爪甲異常といった外胚葉系病変を伴う非遺伝性の疾患であり、現在までに世界での報告例が約 500 例と希少かつ、その 3/4 以上が本邦からの報告である。これまで癌の合併は比較的希とされてきたが、近年はステロイド治療での予後改善による観察期間の延長に伴い、消化管合併症例が懸念されており、若干の文献的考察も含めて報告する。

47

S 状結腸動静脈奇形に対し手術を施行した消化管ポリポーシス (Cowden 病) の 1 例

刈谷豊田総合病院 内科

○竹内 一訓、井本 正巳、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭朗、
仲島 さより、三浦 慎之祐、飛田 恵美子、池上 脩二、
溝上 雅也、恒川 卓也、山本 怜、宮地 洋平

【症例】47 歳、男性【主訴】胸部不快感【既往歴】十二指腸潰瘍にて幽門側胃切除術後【内服薬】クエン酸第一鉄ナトリウム 200mg/日【家族歴】母：乳癌にて他界【現病歴】2016 年 6 月頃より鮮紅色の下血、年末より意切れが出現し、2017 年 1 月 26 日に胸部不快感を自覚し近医を受診。血液検査にて Hb 6.0mg/dl と貧血を認め、当科紹介。【初診時現症】体温 36.8℃、血圧 114/61mmHg、眼瞼結膜は貧血様。腹部は平坦・軟、圧痛なし。肩間・左側口角・左側頬粘膜に白色調の丘疹を認めた。【検査成績】Hb6.0g/dl、MCV 65.6fL、BUN 8.7mg/dl、Cre 0.46mg/dl、Alb 3.5g/dl、CA19-9 3U/ml、CEA 1.5ng/ml。上部消化管内視鏡検査では、食道には白色調の約 2mm 大の扁平隆起が密生し、胃～十二指腸にかけて周囲粘膜と同色調の表面平滑な 2mm～5mm 大の Y-I、II、III 型の隆起性病変の多発を認めた。胃～十二指腸病変は過形成性ポリープであった。下部消化管内視鏡検査では、上行結腸～直腸にかけて広範に約 3mm 大の Ip～Isp 型病変を認め生検では過形成性ポリープであった。S 状結腸には動脈性の拍動を伴う約 2cm 大の表面平滑な SMT を認めた。腫瘍は周囲からの立ち上がりはなだらかで、表面は整で点状赤赤を認めた。超音波プローブを用いた超音波検査 (11MHz) では、病変は第 3 層内に無エコーな多房性腫瘍として描出され第 4 層は保たれていた。以上より、Cowden 病に合併した S 状結腸動静脈奇形疑いで、

貧血と下血の原因は血管腫からの出血によるものと診断した。内視鏡的治療は困難と判断し、2017年3月8日にS状結腸部分切除術を施行した。術中、SD junction寄りのS状結腸に怒張した静脈を認めた。新鮮切除標本では病変部は軽度に盛り上がり、粘膜を透して青藍色の病変を認めた。病理組織学的には、粘膜下層から結腸間膜にかけて拡張した奇形的な血管網を認めた。術後、貧血の進行なく経過し退院した。【考案】本症例は消化管ポリポースを認め、特徴的な皮膚粘膜所見を認めたため、Cowden病と考えられた。腸管に多発血管腫を合併したCowden病の報告例は少なく、比較的稀な症例と考えられた。

48

狭窄症状で発見された Hyperplastic/serrated polyposis syndrome の一例

- 1愛知県がんセンター中央病院 消化器内科、
2愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部
○鳥山 和浩¹、田近 正洋²、田中 努²、石原 誠²、平山 裕²、大西 祥代²、水野 伸匡¹、脇岡 範、桑原 崇通¹、奥野 のぞみ¹、岩屋 博道¹、伊東 文子¹、倉岡 直亮¹、松本 慎平¹、原 和生¹、丹羽 康正²

【症例】60歳代女性。【既往歴】30歳代：子宮外妊娠。【家族歴】なし。【現病歴】20XX年、便秘、腹痛を主訴に近医を受診、注腸造影検査にて直腸Rsに全周性の狭窄を認めたため、直腸癌疑いで精査加療目的に当院に紹介となる。下部消化管内視鏡検査（TCS）では直腸RaからS状結腸にかけて粘膜は浮腫状を呈し、軽い狭窄を認めた。粘膜面には多数の白色調のIs病変が散在していた。また、上行結腸には10-15mm大の一部に粘液の付着したIIa病変を複数個認めた。生検診断は、直腸病変はHyperplastic polyp、上行結腸はsessile serrated adenoma/polyp (SSA/P) 疑いであった。直腸病変に関しては、粘膜脱逸症候群（MPS）、Cap polyposis、子宮内腺症を鑑別診断として挙げた。婦人科領域の精査を行うも明らかな異常は認めなかった。狭窄の原因として、排便時のいきみによるMPSを考え、緩下剤を投与、その後狭窄症状は改善している。20XX+6年、定期検査のTCSにて上行結腸の白色調のIIa病変3個を確認、内視鏡上著変は認めなかったが、SSA/PとしてEMRを施行した。病理診断は3病変ともSSA/Pであった。また、20XX+8年のTCSでは直腸からS状結腸にかけてIs病変は、平坦化し、やや増大傾向を示していた。【考察】Hyperplastic/serrated polyposis syndrome (HPS) は、大腸内にhyperplastic polypあるいはserrated adenomaが多発する疾患で、大腸癌合併のリスクや遺伝性疾患の可能性が指摘されているが、本邦での報告は少なく、その臨床病理学的特徴は明らかではない。本症例では家族歴は認めないが、上行結腸に3個のSSA/P、S状結腸に多数のhyperplastic polypを認めたことからHPSと診断した。また、癌化は認めていないが、直腸からS状結腸にかけての病変は8年間の経過で形態の変化を示していることから、今後も慎重な経過観察が必要と考えられた。【結語】長期の経過観察が可能であったHPSの一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

49

膿瘍形成を契機に発症しドレーナージ後に根治術を施行した直腸癌の1例

- 1JA 愛知厚生連安城更生病院 外科、
2JA 愛知厚生連安城更生病院 消化器内科
○崔 尚仁¹、平松 聖史¹、後藤 秀成¹、関 崇¹、陸 大輔¹、鈴木 優美¹、竹内 真実子²、新井 利幸¹

症例は75歳の男性で、無治療の糖尿病があった。肛門痛を主訴に近医を受診、精査目的で当院紹介となった。来院時血液生化学検査では炎症反応、膿瘍マーカーの上昇を認めた。造影CTでは直腸RaからRbにかけて全周性の不整な壁肥厚像と左側主体の壁外の膿瘍形成を認めた。腸管傍リンパ節の腫大も認めた。膿瘍形成を伴う直腸癌と診断した。遠隔転移は認めなかった。まず、局所の感染コントロール目的に腰椎麻酔下に経肛門的直腸腸間切開排膿術を施行した。膿瘍・感染は軽快し術後第11病日に一旦退院し、約1か月後に根治手術としてHartmann手術を行った。術中、膿瘍を形成していたと思われる直腸左側は強く瘢痕化していた。その瘢痕組織は神経叢も含めen blocに切除した。切除標本の病理組織学的診断は中分化管状腺癌、pT3 (SS) N2、ly2、v3、PM0、DM0、RM0、Stage3bであった。外科的剥離面は陰性であった。術後補助化学療法としてCapecitabineを6か月間投与した。術後5年経過し無再発生存中である。膿瘍形成を伴う直腸癌では安易な膿瘍ドレーナージは癌腫が周囲へ播種し根治性を損ない局所再発のリスクを高める。本症例は、経肛門的に主病変手前の直腸粘膜を切開し直腸内腔へ排膿することで、経腸細胞の周囲組織への播種を回避し、かつ局所の感染コントロールを行ったうえで待機的根治術を施行、5年間無再発生存が得られた。

50

当院における大腸癌ESD後の外科的追加切除に関する検討

- 1岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学、
2岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学
○松本 圭太¹、松橋 延壽¹、高橋 孝夫¹、荒木 寛司²、井深 貴士²、久保田 全哉²、松井 聡¹、棚橋 利行¹、今井 寿¹、田中 善宏¹、山口 和也¹、清水 雅仁²、吉田 和弘¹

【目的】2012年4月に大腸悪性腫瘍に対するESDが保険認可されて以降急速に普及した。一方で大腸癌治療ガイドラインにおいて内視鏡治療後の病理組織学的検査結果で垂直断端陽性、SM浸潤1、000 μ m以上、脈管侵襲陽性、浸潤先進部における簇出Grade2/3の場合は外科的追加切除が推奨されている。当院におけるESD後の外科的追加切除を施行した症例について治療の妥当性および安全性について検討した。【対象】2011年1月～2015年12月までの5年間で当院において大腸癌に対してESDを施行した399例のうち、当科で外科的追加切除を行った23例（5.8%）。【結果】平均年齢は65.5歳、男女比は11:12、腫瘍局在部は上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸 3/2/1/6/11であった。Rb症例は7例（30.4%）を認めた。腫瘍は全て一括切除されていた。切除された病理型はtub1/tub2 17/6例であり、追加切除理由は垂直断端陽性:2例、SM浸潤1,000 μ m以上:15例、リンパ管浸潤:15例、静脈浸潤:3例、簇出Grade2/3:3例で、複数の追加切除理由が存在する症例は10例であった。全例が腹腔鏡下手術であった。直腸病変が多く術式も内肛門括約筋切除（ISR）6例（26.1%）、低位前方切除術5例（21.7%）で約半数を占めていた。平均手術時間は247.6分、術後合併症は3例（13.0%）に認めたが、Clavien-Dindo分類における3b症例はなく、縫合不全も認めなかった。平均郭清リンパ節数は11.7個、リンパ節転移症例は1例（4.3%）のみでESD後の病理で脈管侵襲陽性を指摘されていた。ESD後の腫瘍残存は4例（17.3%）に認めた。術後平均観察期間は26.0ヶ月であり、1例（4.3%）に肺遠隔転移再発を認めた。【考察】外科的追加切除後の局所再発およびリンパ節再発は1例もなく治療としては腫瘍学的においても妥当と判断できた。また直腸癌における腹腔鏡手術も安全に施行できており、さらに全例肛門温存できた。大学病院という特徴もあり、肛門機能を温存できることを期待して受診する患者も多い。肛門温存の点から特に下部直腸癌においては内視鏡治療医と外科医とが密に連携し、ESD治療と外科的治療のどちらを優先するか患者個々に考慮すべきと考える。

51

食道狭窄をきたした難治性逆流性食道炎に対して食道ステントが有用であった一例

- 岐阜市民病院 消化器内科
○水谷 拓、岩佐 悠平、三田 直樹、松浦 加奈、小木曾 英介、河口 順二、鈴木 祐介、小木曾 富生、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

【緒言】食道ステントは悪性食道狭窄に対して有用な治療法の一つであるが、良性食道狭窄には未だ保険適応が認められていない。今回我々は、内視鏡的食道バルーン拡張術（バ術）が奏功しなかった難治性狭窄を伴う逆流性食道炎症例に対し食道ステントの留置が有用であった一例を経験したので報告する。【症例】70歳男性。既往歴：糖尿病、高血圧、逆流性食道炎（RE）【経過】X年嚥下障害を主訴に当科受診。上部消化管内視鏡検査（EGD）で、中部食道にスコープ通過不能な食道狭窄を認めた。REによる食道狭窄と診断して、PPIの投与とバ術を繰り返し施行したが、狭窄は改善が得られず、その後も嘔吐や誤嚥を繰り返した。経口摂取困難に対してX+2年胃瘻造設施行。その後も食道狭窄は改善がみられず、また吐血を繰り返した。以上の経過から食道ステントの適応と判断し、本人への十分なインフォームドコンセントを行って了解を得た上で、また当院の倫理委員会の承認を得た上で狭窄部位にカバー付食道用ステント（1mm×1cm Niti-S Esophageal ComVi StentR）を留置した。その後の経過は良好であったが9か月後に嘔吐がみられ、ステントの逸脱と診断し、ステント（1mm×cm Niti-S Esophageal ComVi StentR）を追加留置した。その後は現在まで症状は安定している。【考察】自験例は難治性の食道狭窄があり、また狭窄が寛解した際は出血を繰り返すため、カバー付食道ステント留置の適応と判断し、留置後の経過は良好であった。しかし良性食道狭窄に対するステント留置術は自験例のようなステント逸脱や、穿孔、出血などの報告も散見される。今後も良性の食道狭窄症例への食道ステント留置の適応に対して更なる検討が必要である。

52

併用薬剤からみたPPI抵抗性NERD患者の病態の検討

- 愛知医科大学 消化器内科
○駒井 洋彦、中川 頌子、新村 哲也、林田 真由子、川村 百合加、下郷 彰礼、吉峰 崇、山口 純治、足立 和規、岡庭 紀子、郷治 滋希、田村 泰弘、井澤 晋也、

土方 康孝、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、
春日井 邦夫

【目的】PPI抵抗性NERD患者への対応は、2015年GERD診療ガイドラインでは併用治療薬の消化管運動機能改善薬と漢方薬の追加投与が推奨されている。しかし実地臨床におけるPPI抵抗性NERD患者における併用治療薬の頻度と併用治療における病態の詳細な報告はない。PPI抵抗性NERD患者の併用薬である消化管運動機能改善薬と漢方薬の頻度とそれぞれの併用治療下における病態を明らかにする。【方法】常用量のPPI治療にもかかわらず、週2回以上のむねやけを認めた104名を対象とした。症状頻度はFSSG問診をおこない、24時間食道内インピーダンスpHモニタリング(24MII・pH)は逆流回数・SI陽性率、食道クリアランス指標はMBCT・LEの算出をおこなった。【成績】104名中54名(51.9%)に併用薬の追加投与を認め、非投与群50名と漢方薬群(六君子湯)36名、消化管運動機能改善薬群(モサブリド)18名を認め3群に分類された。患者背景因子に3群間に差は認めなかった。FSSGは総スコア・酸逆流スコア・運動不全スコアに差は認めなかった。LPRスコアのQ7「のどの違和感がありますか?」で六君子湯群に高値を認めた。(非投与群1.6±1.4、モサブリド群1.5±1.6、六君子湯群2.6±1.5 p=0.0082) 24MII・pHでは、AET、胃食道逆流回数に差がなく、proximal逆流回数は、六君子湯群に低値の傾向を認めた。(非投与群24.2±22.6、モサブリド群22.6±37.8、六君子湯群15.5±10.2 p=0.08) SI陽性率に差は認めなかった。食道クリアランスは漢方群ではMBCT(sec)(15.9±10.7、16.6±22.9、11.1±5.4 p=0.03)で有意に低値を認め、LE(min)(7.1±20.9、3.8±3.9、2.6±2.8 p=0.08)は低値の傾向を認めた。【結論】漢方薬併用投与のPPI抵抗性NERD患者は非投与群より、食道クリアランスが良好で食道近位逆流抑制効果を認めたが、咽喉頭症状は残存しているため介入試験などによるさらなる検討が必要である。

53

自然消滅した食道表在癌の1例

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○九川 高弘、宮原 良二、古川 和宏、松坂 好平、大林 友彦、
浅井 裕充、小林 健一、松井 健一、藤吉 俊尚、小宮山 琢真、
細野 功、伊藤 信仁、古根 聡、石川 卓哉、山村 健史、
大野 栄三郎、中村 正直、川嶋 啓揮、渡辺 修、廣岡 芳樹、
後藤 秀実

【症例】50歳代男性。【主訴】なし。【既往歴】なし。【現病歴】健診の上部消化管造影検査において食道及び胃にポリープを指摘されたため、精査目的で当院を受診された。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、門歯から35cm、胸部下部食道前壁左壁寄りに頂部に陥凹を伴った不整な隆起性病変と、隆起に連続した発赤調で粗造な浅い陥凹性病変を認めた。NBI観察では病変部はbrownish areaとして観察され、ヨード染色では不染帯を呈した。長径15mm、1/4周性、0-I+IIc型食道表在癌と診断し、生検の結果はsquamous cell carcinomaだった。送気や壁を伸展させた状態でも引きつれを認め、NBI併用拡大観察では隆起部に一致してB3血管を認めたため、深達度はsm2以深と診断した。後日施行した超音波内視鏡検査でも粘膜下層の菲薄化を認め、sm2以深への浸潤が疑われる所見であった。造影CT検査、PET-CT検査では明らかなリンパ節転移、遠隔転移を認めなかったため、治療目的に当院外科に紹介となった。【経過】外科より治療法として手術と化学放射線療法について説明を受けたものの患者は治療を希望されず、経過観察の方針となった。その後、初診から2か月後に再度当院外来を受診され、当科で上部消化管内視鏡検査を再検したところ、前回見られなかった病変の隆起部は消失、隆起周囲の発赤調の浅い陥凹性病変も不明瞭化しており、病変部は瘢痕を認めるのみであった。ヨード染色でも不染帯は認められず、生検でも悪性所見を認めなかった。内視鏡上病変は消失しているものの粘膜下での癌の遺残も危惧されたため、患者に再度治療を提案したが経過観察を希望された。初診から4か月後に施行したフォローアップの上部消化管内視鏡検査でも病変は消失しており、生検でも悪性所見を認めなかった。今後も定期的に内視鏡、CT検査などで経過観察を行う予定である。【考察】医中誌で「食道癌」、「自然」、「消退or縮小or退行」をキーワードに検索すると、会議録を除き5例の報告が見られた。今回我々は自然消滅した食道表在癌の1例を経験したが、非常に稀な経過と考えられたため、若干の文献的考察を加え報告する。

54

経過中に著明に縮小した表在型食道癌の1例

JCHO 中京病院 消化器内科
○金子 望、戸川 昭三、大西 浩史、菅田 亮太郎、河辺 健太郎、
佐々木 慎子、飛鳥井 香紀、高口 裕規、井上 裕介、
長谷川 泉

【症例】66歳男性【既往歴】狭心症【臨床経過】検診での胃エックス線異常を指摘され受診した。2016年10月上旬消化管内視鏡検査(EGD)を施行したところ萎縮性胃炎と下部食道前壁に25mm大の境界明瞭な白色光でやや発赤調、NBI観察でbrownish areaとして認識される0-IIb病変を認めた。2016年11月拡大観察および組織診断目的にEGDを再検したところ、病変内部はNBI拡大観察では血管が疎な病変であり、乳頭内血管の異常を認めず、異所性胃粘膜などの非腫瘍性病変を考えた。しかしながら、ヨード染色では不染帯として描出され、NBI観察では銀色に変化しmetallic silver sign陽性であった。生検では扁平上皮癌の診断であったが、内部血管異型に乏しく不典型的と考へ、明らかに深部浸潤を示唆する所見も認めなかったため、全身検査を行いつつ1か月後再検査とした。2016年12月EGDを再検したところ、病変は12mm程度まで著明に縮小していた。NBI拡大観察では病変内の血管は疎であり、前回と同様の所見であった。著明な縮小が得られており改めて経過観察とした。2017年1月EGDを再検したところ病変は8mmまで縮小していた。病変部を再度生検すると扁平上皮癌の診断であった。著明な縮小が得られているものの生検では癌の診断であり、2017年2月ESDを行った。ESDの際にはさらに病変は2mmまで縮小していた。病理結果はSquamous cell carcinoma in situ、pT1a-EP、ly0、v0、pHMX、pVM0であり、EGDにてbrownish areaとして観察された部位に一致して癌を認めた。その後経過観察中である。【結語】短期間で著明に縮小した表在型食道癌を経験した。無治療経過観察で縮小が得られたまれな症例と考え、若干の文献的考察を加えて報告する。

55

同時性の進行食道胃重複癌に対し、放射線化学療法にてCRを得た後、残存胃癌を外科的に治癒切除し得た1例

磐田市立総合病院 消化器内科
○尾上 峻也、金子 雅直、間瀬 裕行、辻 敦、山田 貴教、
高橋 百合美、笹田 雄三、斎田 康彦

【背景】食道癌は他臓器との重複癌が多く、中でも胃癌の頻度は比較的高いことが知られている。重複癌の治療方針を決める際には、各癌の進行度(どちらが予後を規定するか)、各治療効果と侵襲性そして治療期間を考慮し、どの治療をどのタイミングで行うのが最も患者の予後・QOL改善に貢献するかを個々の症例で総合的に判断して治療を行うことが必要である。今回我々は、進行した食道胃重複癌において、食道癌に対する放射線化学療法(以下CRT)にてCRを得た後に胃切除を行い、良好な経過を得た一例を経験したので報告する。【症例】症例は73歳男性。健診精査にて、下部食道に1/3周性の0-IIa食道癌、胃前庭部後壁にBorrr2型胃癌を指摘された。食道癌はcT2N2M0cStageIIと診断したが、気管分岐下リンパ節転移の気管支浸潤が疑われ外科治療は困難であった。胃癌はcT2N0M0cStageIBと診断した。予後を規定するのは食道癌と判断し、食道癌に対するCRT(5-FU/CDDP+60Gy)を開始した。食道癌はCR、胃癌もPRの効果を認め、5-FU/CDDPを計7コース施行した後、残存する胃癌変に対して幽門側胃切除を施行した(pT1bN0M0pStageIA)。術後は化学療法を施行せず、治療開始より3年1か月無再発生存中である。【考察】食道胃重複癌においては、病期の違いはあるものの半数以上の症例で死因が食道癌であったとの報告もあり、食道癌の根治が重要であることが示唆されている。本症例も進行した食道癌に対するCRTにてCRを得たことにより、根治的な幽門側胃切除を施行することができた。また、5-FU/CDDPが元来胃癌にも有効な治療法であることより、CRT施行中の胃癌進行を抑制できたことも良好な経過を得られた一因と考えられた。生命予後を規定する癌腫の治療を主とする一方で、比較的良好な経過が得られた場合には、時期を逸することなく重複する癌腫への治療介入を行うことが重要と考えられた。

56

HBV・HCV重複感染肝炎に対しエンテカビル投与を先行しシメプレビル3剤併用療法を施行した1例

三重県立総合医療センター 消化器内科
○中澤 祐一、大矢 由美、西浦 祐貴、菅 大典、森谷 勲、
山中 豊、井上 英和、白木 克哉、高瀬 幸次郎

【背景】近年、C型肝炎に対するdirect-acting antiviral agents(DAAs)療法によるHBVの再活性化が報告されている。HBV・HCV重複感染はウイルス間の相互増殖抑制作用によりHCV優位の肝炎の場合が多いためPEG-IFNα、RBV併用療法が有用とされているが、SMV3剤併用療法に関する報告は少ない。HCVのSVR後のB型肝炎増悪にも注意を要するがHBV・HCV重複感染に対し核酸アナログ製剤の投与を先行した報告は乏しく、現在未だ明確な治療指針はない。【症例】58歳男性。【家族歴】父：肝細胞癌、母：B型肝炎・C型肝炎、弟：B型肝炎。【現病歴】22歳時に黄疸出現しHBV感染をその数年後にHCV感染を指摘。201X年2月拡張型心筋症と診断時HBV・HCV重複感染を認め当科受診。HBVはgenotype C、HBs-Ag 458IU/ml、HBe-Ag陰

性、HBe-Ab (inhibition) 99 %、HBV-DNA (PT-PCR) 5.0logcopies/ml。HCVはserotype 1、HCV-RNA (PT-PCR) 5.3logIU/ml。腹部US上前肝硬変、EOB-MRIにて肝細胞癌を認めず。 β -blockerによる心不全の治療安定後に肝炎治療開始予定であった。同年12月EOB-MRIにて肝S8に約16mm大の肝細胞癌が出現し、TACEを施行後lipiodol沈着部位にRFAを施行。201X+1年2月よりETV0.5mg/day投与開始し8週後はHBV-DNA未検出となった。同年8月からSMV100mg/day、RBV600mg/day、PEG-IFN α -2a 180 μ g/weekによる3剤併用療法を開始(治療直前HBV-DNA未検出、HBsAg458IU/ml、HCV-RNA5.3logIU/ml)。4週後HCV-RNAは陰性化。倦怠感や軽度の精神症状認めるとSMV12週投与終了後には回復し、24週治療を継続し終了した。HCV治療終了後もETV投与は継続し、HBs-Ag著変なくHCV-RNA陰性を維持し現在経過観察中である。【考察】本症例はHBeAg陰性であったがHBV-DNA量は多く肝炎治療中のB型肝炎増悪のリスクが高いと考え、ETV投与を先行しHBV-DNA未検出維持後SMV3剤併用療法を行った。重大な有害事象を認めず、本治療はHBV・HCV重複感染の治療の一選択肢となり得ると思われる。HBV・HCV重複感染例はウイルスの優位性を十分評価して治療を選択することが必要である。

57

E型肝炎の3例

朝日大学歯学部附属村上記念病院

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

【はじめに】E型肝炎は人獣共通感染症と認識される唯一の肝炎ウイルスであり、2003年より4類感染症に分類された。2011年末からは抗HEV-IgA抗体検査が保険収録され、日常臨床での診断が容易となった。感染例は東日本に多く、岐阜県では年間数例と比較的まれである。今回我々は、E型肝炎の3例を経験したのでこれを報告する。【症例1】57歳女性。慢性腎臓病にて当院腎臓内科通院中に全身のそう痒感、黄疸を認め近医受診したところ、肝酵素上昇を指摘され当科受診となった。初診時血液検査T-Bil 1.1mg/dl、D-Bil 0.5mg/dl、AST 312IU/L、ALT 917IU/L、ALP 998IU/L、LDH 616IU/L、 γ -GTP 261IU/Lであった。精査加療目的で入院し、肝臓保護療法にて肝酵素は改善し、第17病日に退院した。初診時の血液検査で抗HEV-IgA抗体陽性であったが感染源は不明であった。【症例2】74歳男性。内動脈狭窄症に対しクロビドグレル、アトルバスタチン開始後に肝酵素上昇を指摘され当科受診した。初診時血液検査T-Bil 1.1mg/dl、AST 446IU/L、ALT 821IU/L、ALP 577IU/L、LDH 469IU/L、 γ -GTP 514IU/Lであった。第10病日には肝酵素はほぼ正常化した。初診時の血液検査で抗HEV-IgA抗体陽性であった。発症数日前に豚生レバーを食しており、感染源と推測される。【症例3】82歳男性。高血圧症で当院循環器内科通院中に肝酵素上昇を指摘され当科受診した。初診時血液検査T-Bil 0.6mg/dl、AST 393IU/L、ALT 233IU/L、ALP 506IU/L、LDH 638IU/L、 γ -GTP 133IU/Lであった。毎日焼酎2合の飲酒があり、アルコール性肝障害疑いで禁酒にて経過観察していたところ第8病日に肝酵素はほぼ正常化した。初診時の血液検査にて抗HEV-IgA抗体陽性であり、アルコール性肝障害にE型肝炎を併発したものと思われる。感染源は不明であった。【考察】3症例のうち感染源が推定できたのは症例2のみであった。E型肝炎は潜伏期間が平均6週間と長く、生肉摂取歴等明らかな出来事がない場合は感染経路の特定が困難である。いずれの症例も重症化せず速やかに改善した。【結論】E型肝炎の診断には詳細な問診が重要である。急性肝障害にはE型肝炎の可能性を考慮し抗HEV-IgA抗体の測定も行うべきである。

58

シメプレビル3剤併用治療failure例に対するレジバシル/ソホスビル治療の成績

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○永野 淳二、杉原 潤一、清水 省吾、林 完成、山下 晃司、市川 広直、佐竹 智行、中西 孝之、安藤 暢洋、岩田 圭介、山崎 健路、芋瀬 基明

【目的】2015年9月genotype1型のC型慢性肝炎に対して、抗ウイルス薬であるレジバシル(LDV)/ソホスビル(SOF)が使用可能となり、既存のインターフェロン(IFN)治療でウイルス陰性化が得られなかった症例に対しての治療法として期待が集まっている。しかし、既治療例を含めた実臨床において、治験同様の良好な成績を得られるか明らかではない。今回我々は、シメプレビル(Simeprevir:SMV)3剤併用治療failure例に対して、LDV/SOF併用療法を行い治療経過の確認ができたため、若干の具体例を挙げながら、ここに報告したい。【方法】当院においてPeg-IFN+リバビリン(RBV)+SMV併用療法を施行した24例中、再燃した5例を対象にLDV/SOF併用療法を12週施行した。治療後半までの経過観察を行いSVR24の評価を行った。

【成績】SMV3剤併用療法を行った症例の前治療歴は、初回治療例8例、全治療再燃例11例、全治療無効例5例であった。そのうち、再燃例11例中2例が、無効例5例中3例がSMV3剤併用療法Failureであった。Failure例は全例ともSMV3剤併用療法前にNS3領域D168変異は陰性であったが、治療後は変異陽性となった。5例とも腎機能は保たれており、LDVやSOFの併用禁忌薬はなく、導入可能であった。治療経過中、特記すべき副作用はなく内服継続可能であり、治療中・治療後の肝発痛は認めていない。全例において、SVR24が得られた。

【結論】シメプレビル3剤併用治療failure例5例に対して、LDV/SOF併用療法を行い、全例SVR24達成という良好な治療成績が得られた。SMV failure例のようにNS3領域の変異が出現した症例においては、NS5A/NS5B領域でHCVの増殖抑制をするLDV/SOF併用療法は極めてよい適応であると考えられた。

59

当院におけるレジバシル/ソホスビル併用療法の検討

稲沢市民病院 消化器内科

○武藤 久哲、小川 和昭、名倉 明日香、神田 信之、坂田 豊博

【目的】セロタイプ1型のC型慢性肝炎/代償性肝硬変に対する2015年7月に核酸型NS5Bポリメラーゼ阻害薬ソホスビルとNS5A阻害薬レジバシルの合剤(ハーボニー配合錠)がセロタイプ1型慢性肝炎/非代償性肝硬変に対して認可され、高い治療効果と安全性が報告されている。当院でも積極的に使用しており、今回当院で同療法を開始した症例について検討した。【対象】対象は2015年12月から2016年6月にLDV+SOF併用療法を開始したC型慢性肝炎20例。年齢の範囲は48歳から83歳で中央値は67.5歳、男性14例、女性6例であった。初回投与は14例(70%)であった。また、これまでC型肝炎でフォローされていた症例が18例(当科フォローが9例、他院フォローが7例、当院他科フォローが2例)と90%を占めていた。【結果】治療中の副作用は、軽度の全身倦怠感や消化器症状を3例に認めたが、いずれも自然軽快し、投与継続に問題なく、20例全員が投与終了できた。投与終了後24週まで経過観察できた18例全員がSVR24となった。2例は投与終了後通院を自己中断された。【結論】LDV+SOF併用療法は高い忍容性と効果が得られることが確認できた。今回の治療対象の多くはこれまでC型肝炎でフォローされていた症例であったが、十分にフォローされていないC型肝炎患者が多く存在するといわれている。今後はこれらの患者への啓蒙活動が必要であると考えられた。

60

当院におけるC型肝炎に対するオムビタスビル/パリタプレビル/リトナビル治療成績について

豊橋市民病院 消化器内科

○田中 仁、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、松原 浩、植月 康太、木下 雄貴、山本 崇文、南 喜之、松田 宣賢、高田 善久、浦野 文博

【目的】C型肝炎患者に対するオムビタスビル/パリタプレビル/リトナビル(OBV/PTV/r)の治療成績をその他の各種DAAと比較する。【方法】Genotype1b型の15例に対しOBV/PTV/rを投与し全例で投与前にL31/Y93の変異がないことを確認した。ダクラタスビル/アスナプレビル(DCV/ASV)の投与例112例のうちL31/Y93に変異がないのは67例であった。ソホスビル/レジバシル(SOF/LDV)の投与例104例のうちL31/Y93に変異がないのは37例であった。各種DAAと奏効率・中止率を比較検討した。【成績】対象は男女比8:7で、平均年齢(±標準偏差)は63(±10.9)歳、75歳以上の後期高齢者2例、肝硬変は2例、肝細胞癌治療歴は1例、前治療歴は1例ベグインターフェロン・リバビリン併用療法によるものであった。2017年3月時点での病態学的ウイルス消失率は10/10(100%)、中止率は1/15(6.7%)であった。治療前後でALT、 γ -GTPは有意差をもって改善し、AFPは改善傾向を示していた。有害事象は2例認め、1例は軽度ビリルミンの上昇で治療完遂できた。1例は開始直後から肝機能障害、黄疸を認め開始3週間後には倦怠感が強く、治療中止となった。内服中止にも関わらず、再燃することなく経過しウイルス学的著効が得られた。当院におけるL31/Y93変異なしの症例ではダクラタスビル/アスナプレビル使用例の奏効率は63/67(94%)、中止率は17/67(25.4%)、ソホスビル/レジバシル使用例の奏効率は36/37(97%)、中止率は1/37(2.7%)であった。【結論】L31/Y93に変異のない症例では既報の如く奏効率は良好であった。OBV/PTV/rの中止例は少なく安全に治療可能であった。

61

肝血管腫との鑑別に苦慮し、腹腔内出血を伴った胆管細胞癌の一例

1岐阜市民病院 消化器内科、2岐阜市民病院 病理診断科

○宇野 由佳里¹、林 秀樹¹、松浦 加奈¹、水谷 拓¹、小木曾 英介¹、河口 順二²、鈴木 祐介¹、小木曾 富生¹、

向井 強¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、渡部 直樹²

【症例】70歳代男性。【主訴】右側腹部痛、一過性意識消失【現病歴】陳旧性心筋梗塞、2型糖尿病、高血圧症のため当院通院中であった。201X年8月スクリーニングで施行した腹部US検査で肝腫瘍を指摘されるも、腹部単純CT検査では肝腫瘍の指摘は困難であり、患者がそれ以上の精査を希望されず、経過観察となっていた。同年12月Y日午前4:30頃突然の右側腹部痛を自覚、排便時に一過性の意識消失を認め当院救急外来受診。ショック状態であったため緊急入院となった。【理学的所見】意識清明、BP:69/43mmHg、HR:77/min、BT35.3℃、Sp2:99%、RR12/min、心音、肺音：ともに異常所見なし、腹部：やや膨満、右側を中心に腹膜刺激症あり。【入院時検査所見】WBC 7050/ μ L、Hb 11.4g/dL、Plt 120万/ μ L、AST 37IU/L、ALT 22IU/L、ALP 485IU/L、 γ GTP 221IU/L、LDH 168IU/L、T-Bil 0.3mg/dL、TP 6.2g/dL、Alb 3.3g/dL、CRP 0.19mg/dL、BS 260mg/dL、HBs-Ag (-)、anti-HCV-Ab (-)、CEA 3.0ng/mL、CA19-9 18.7U/mL、AFP 1.8ng/mL。腹部造影CT検査：肝両葉に最大4.5cmの濃染結節が多発しており、大型の腫瘍は辺縁に結節状の濃染を認め、門脈相、平衡相では内部に経時的に広がるパターンであった。小型の結節も濃染の持続を認めた。肝表面に高CT値の液体貯留を認め、腹腔内出血が疑われた。【入院後経過】造影CTの所見等から肝海綿状血管腫の破裂出血によるショック状態と診断、緊急血管造影検査を施行した。CTHAでは造影CT検査と同様、濃染結節が多発し、造影剤の血管外漏出の所見は認めなかったものの、S5の肝表面にやや突出する腫瘍が出血源と診断、A5および前区域枝の塞栓術を施行した。入院13日目に施行したEOB-MRI検査では造影パターンはCTと同様であったが、T2信号が高値であったものの一般の血管腫でみられるようなvery highではなかったため針生検を施行、病理診断は胆管細胞癌であった。【考察】胆管細胞癌は一般的に乏血性であり、破裂することは極めてまれである。また、本症例のように血管腫との鑑別に苦慮した症例は貴重と思われる、文献的考察を含めて報告する。

62

正常肝に発生した若年者肝細胞癌の一例

- ¹愛知県がんセンター中央病院 内視鏡部、
²愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部、
³愛知県がんセンター中央病院 消化器外科部、
⁴愛知県がんセンター中央病院 遺伝子病理診断部

○大西 祥代¹、夏目 誠治³、田中 努¹、石原 誠¹、平山 裕¹、水野 伸匡²、脇岡 範²、桑原 高浩²、奥野 のぞみ²、島山 和浩¹、伊東 文子²、岩屋 博道²、倉岡 直亮²、松本 慎平²、谷田部 恭⁴、清水 泰博³、田近 正洋¹、丹羽 康正¹

【症例】23歳女性【主訴】腹部腫瘍【身体所見】身長159.3cm 体重35kg BMI13.8【家族歴】祖母：脾臓癌【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒なし、喫煙なし、常用薬なし【現病歴】生来健康、21歳時に第一子出産。1年前より腹部腫瘍を自覚、精査の結果経過観察となっていた。今回排尿障害のため近医を受診したところ腹部腫瘍を再度指摘された。加療目的で当院紹介受診となる。【血液検査】AST 18U/L、ALT 12U/L、 γ GTP 16U/L、ALP 216U/L、T-Bil 0.6mg/dl、AFP 941.8ng/ml、PIVKA-II 1170mAU/ml、HBs抗原、抗体共に(-)、HBe抗体(-)、HCV抗体(-)、HIV抗体(-)、IgG 1179mg/dl、抗核抗体<40倍、抗ミトコンドリア抗体<20倍【臨床経過】腹部造影CTで肝内側区域(S4)に尾側に突出するような約cm大の腫瘍を認めた。早期相で濃染しモザイク状構造を呈し、後期相ではwash outを認めた。Gd-EOB-DTPA造影MRIでもS4に動脈相で濃染を認め、肝細胞相では周囲肝より明瞭な低信号を示した。腫瘍マーカーの上昇と画像上肝細胞癌が疑われ肝S4部分切除術を施行した。術後は合併症なく経過し7日で退院した。病理結果ではどこころに脂肪化を伴った腫瘍細胞が大索状配列あるいは充実性胞巣状構造を形成しつつ増殖をしていた。腫瘍細胞はN/C比が大きく均質好酸性で低分化型肝細胞癌であった。非癌部での肝組織は炎症細胞浸潤は認めず明らかな線維化も認めなかった。【考察】非B非C型肝炎癌の中にはアルコール性肝硬変・NASH・hemochromatosisなどの代謝性肝疾患や原発性胆汁性肝硬変などの自己免疫性肝疾患に伴うもの・経口避妊薬などの薬剤性のものなどがあげられるが自験例ではいずれにも該当しない。また若年性肝がんの特異なタイプとしてのfibrolamellar typeも上げられるが病理組織学的に異なっていた。本症例は、ほぼ正常肝に発生した「非B非C型」HCCであり、まれな症例と考える。

63

高度肥満患者に生じた右葉横隔膜直下の肝細胞癌に対しCアーム型透視X線装置併用下マルチポーラRFAが有用であった1例

半田市立半田病院 消化器内科

○高橋 周三、森井 正哉、神岡 論郎、杉本 啓之、廣瀬 崇、鈴木 智彦、野浪 大介、佐藤 真利子、大塚 泰郎

【はじめに】当院の血管造影装置(Philips社製 AlluraClarity)はCアーム型透視X線装置によるコンビームCT画像をもとに穿刺経路をプランし、穿刺画面上のガイドと透視画像を重ね合わせ、リアルタイムに対象までの経路を追跡するための穿刺支援機能(XperGuide™)を搭載しており、超音波ガイド下穿刺困難例に対する有用性が期待されている。【症例】70歳代、男性【主訴】肝機能障害精査目的【現病歴】アルコール性肝硬変、2型糖尿病、高血圧症に対して近医通院中、肝機能障害悪化のため精査目的に当科紹介となった。【身体所見】身長166.5cm、体重101kg、BMI36.4。【経過】腹部超音波検査は、高度肥満のため詳細観察困難であった。腹部ダイナミックCT検査では、肝は表面凹凸不整、辺縁鈍で横隔膜直下の肝S8/4に動脈相で腫瘍の一部が早期濃染を呈し、平衡相で周囲肝実質よりわずかに低吸収を呈する40mm大の腫瘍を認めた。EOB-MRI検査では、同病変はT1WIで淡い高信号、T2WIで等信号、DWIではわずかに高信号を呈した。動脈相で不均一に濃染し、肝細胞相でも高信号を呈した。以上より肝細胞癌と診断し、Child-Pugh分類A、肝障害度Aであったが、S5にも25mm大の肝細胞癌を認めたこと、ICG15分値が32%であったことより、経皮的ラジオ波焼灼療法(RFA)を選択した。腫瘍局在、高度肥満よりUSガイド下穿刺は困難が予想され、人工胸水注入、CTフュージョン画像、針先端認識機能(VirtuTRAX™ GE Healthcare)を併用し、透視X線装置にて穿刺位置を確認する事としたが適切な位置に穿刺ができず、XperGuide™下穿刺へ変更した。透視X線画像にて3本の電極針が良好な間隔を保って刺入し、先端がほぼ同一表面上に位置したことを確認し焼灼を開始した。70kJにて焼灼後、CBCTにて焼灼範囲を確認し、マージン確保のため130kJでの焼灼を追加した。術後CTでの治療効果は良好であった。【結語】高度肥満患者の横隔膜直下病変に対してCアーム型透視X線装置を併用したBipolar型電極針によるマルチポーラRFAが有用であった1例を経験した。

64

繰り返すTACEにルストロンボパグを反復投与した1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○前田 俊英、高井 光治、今井 健二、華井 竜徳、清水 雅仁

【症例】60代、女性【主訴】血小板減少、白血球減少【現病歴】生来健康であった。歯科にて抜歯術前の血液検査で血小板減少(3.6万/ μ L)と白血球減少(2900/ μ L)を指摘され、2013年3月に当院血液内科へ紹介となった。骨髄穿刺を施行し、特発性血小板減少性紫斑病(ITP)を第一に疑い、プレドニゾン25mg内服を開始された。しかし効果認めなかったため、徐々に減量し、内服開始から10日ほどで終了となった。また、当院外来での血液検査で肝機能障害(AST 121 IU/L、ALT 69 IU/L)を認め、腹部超音波検査にて肝硬変、脾腫の所見に加えてS3に30mm大、S8に60mm大のSOLを認めた。EOB-MRIでは多発HCCを強く疑われ、肝SOLの精査および加療目的にて同年5月に当科入院となった。【既往歴】【内服歴】特記事項なし、アレルギー、飲酒、喫煙歴なし【経過】入院後行ったCTA、CTAPでは肝S8に60mm、他3箇所にてHCCを認めシスプラチンによるTACEを行った。以後、2014年2月までの5回はシスプラチンを用いたTACEを施行したが、アレルギーが出現し、2014年3月からソラフェニブ200mg/日の投与を開始した。2014年5月から2015年8月までの5回はミリプラチンによるTACEを施行した。2015年11月からはDEB-TACEに変更し治療を行い、2016年2月、5月、7月の3回の治療前にルストロンボパグ3mg/日を投与した。1回目投与開始前血小板23万/ μ Lが投与開始7日後には3.1万/ μ Lまで上昇した。術後も上昇を続け投与12日後に4.2万/ μ Lまで上昇し、およそ2ヶ月で投与前値に戻った。これを踏まえ、投与開始日を治療10日前と設定し、以後2回の投与でも約3万/ μ L程度の血小板上昇を確認でき safely に治療を行えた。また肝予備能の低下、門脈血栓など重篤な副作用を認めなかった。【結語】3回のTACEにルストロンボパグを反復投与した1例を報告した。3回とも術前に血小板の上昇を確認でき、およそ2ヶ月間効果が持続した。門脈血栓症、肝予備能の低下など重篤な副作用を認めず、安全に使用できた。血小板上昇時期を予測し、投与開始時期を調整することで、より安全に治療が行えると思われた。

65

肝細胞癌手術における術前自己血貯血の適応と問題点

岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

○水谷 千佳、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

【緒言】術前自己血貯血は出血リスクの高い手術において周術期の同種血輸血のリスクを低減できるため、当科でも肝切除術において積極的に行ってきたが、最近では手術の安全性の向上もあり、その必要

性は低下傾向にある。今回、術前自己血貯血を行った肝細胞癌症例を retrospective に調査し、その必要性と適応、課題について検討した。【方法】2004年6月から2015年12月までに当科で施行した肝細胞癌手術症例のうち術前自己血貯血を行った症例を対象とした。術中に自己赤血球濃厚液（RCC）使用群と自己RCC不使用群における患者背景、術式、術前ヘモグロビン（Hb）値などを調査し、手術時間、出血量、術後合併症への影響についても比較検討した。【結果】対象は108例、自己RCC使用群は85例、不使用群は23例であった。年齢、性別、肝障害度、術前Hb値には両群間の差はなく、自己RCC使用群ではウイルス性肝炎症例が77.6%と不使用群の47.8%に比べて有意に高率であった（ $p=0.005$ ）。術式の比較では特徴的な所見は得られなかったが、自己RCC輸血量が4単位以上の症例では二区域切除以上の症例が32.1%と4単位未満の16.4%と比較し高率であった（ $p=0.056$ ）。手術時間は使用群で中央値256分（120-446分）、不使用群で中央値210分（102-376分）と差はなく、出血量は使用群で中央値890mL（130-14720 mL）と不使用群の中央値380mL（10-1070mL）に比べて有意に多かったが（ $p=0.026$ ）、術後合併症の頻度は同等であった。自己RCC不使用例は全例自己RCCが遺残したが、使用例においても自己RCCが残った症例が46.3%と高率であった。【結語】今回の検討では明確な自己血輸血の適応を決定づけることはできないが、ウイルス性肝炎症例で二区域切除以上を予定する症例では自己血貯血を考慮してもよいのかもしれない。ただし、術中に使用しなかった遺残自己血の問題があり、適正な貯血量の設定が必要である。

66

超音波内視鏡下ドレナージ術が奏功した肝膿瘍穿破による大網内膿瘍の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

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

【症例】70歳の男性【現病歴】発熱と腹痛を主訴に当院を受診。【既往歴】慢性腎不全（維持透析）、総胆管結石症（2年前に胆管ステント留置）。【初診時現病】意識清明、体温38.5℃、眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄染なし。腹部は平坦・軟、上腹部全体に圧痛あり。【初診時血液検査】WBC 11,300/ μ L、CRP 44.3mg/dL、AST 155IU/L、ALT 134IU/L、ALP 187IU/L、G-GTP 62IU/L、T-Bil 0.8mg/dL。【腹部造影CT検査】肝左葉外側区域に造影効果のない最大40mm大の境界明瞭な低吸収域を多数認めた。【入院後経過】血液検査および画像検査から細菌性肝膿瘍と診断し、抗生物質（MEPM）による治療を開始した。2年前に総胆管結石症に対して留置した胆管ステントの閉塞が原因で、逆行性感染を来した可能性を考え、留置していた胆管ステントを抜去し総胆管結石を内視鏡的に排石した。その後経過順調だったが、第23病日炎症反応の急激な再上昇を認めたため、改めて造影CT検査を行ったところ、肝膿瘍が大網内に穿破し膿瘍を形成していることが明らかとなった。抗生物質による治療で改善しないためドレナージ術が必要と判断したが、正常肝を介した経皮的ドレナージ術が困難だったため超音波内視鏡下ドレナージ術を施行したところ、多量の膿汁が胃内腔に流出した（ドレナージチューブ留置を行ったが翌日に逸脱した）。その後炎症反応は速やかに改善し、画像検査上も膿瘍の著明な縮小を認め、第55病日に療養目的の転院となった。【考察】大網内膿瘍は極めてまれな疾患で、多くの場合、外科的治療が行われている。近年超音波内視鏡下穿刺吸引法を応用したInterventional EUSが普及し、その有用性と安全性が様々な分野で評価されている。本症例では穿刺により多量の膿汁が流出したことで膿瘍が改善したことから、こうした症例にも超音波内視鏡下ドレナージ術が有効な手段と考えられた。【結語】肝膿瘍穿破による大網内膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージ術が奏功した一例を経験した。

67

B-RTOにより改善した薬物治療抵抗性高アンモニア血症の1例

半田市立半田病院 消化器内科

○野浪 大介、森井 正哉、神岡 諭郎、杉本 啓之、廣瀬 崇、鈴木 智彦、佐藤 真利子、高橋 周三、大塚 泰郎

【症例】80歳女性【主訴】意識障害【家族歴】特記事項なし【既往歴・併存歴】肺結核（小児期）、高血圧症【現病歴】4年前に肝機能障害にて当科初診以降、肝性脳症に対して複数回の入院歴を有し、脾腎シャントを認めていたが精査および侵襲的治療を拒否したため、外来通院となっていた。今回も意識障害を主訴に救急搬送され入院となった。【現症】体温36.7℃、血圧125/52 mmHg、脈拍64回/分、傾眠傾向、羽ばたき振戦あり、皮膚黄染なし、腹部平坦・軟、下腿浮腫あり、血清アンモニア値338 μ g/dLにて肝性脳症（III度）と診断した。【入院後経過】内科的治療にて意識レベルは改善したが、高アンモニア血症は持続した。門脈大循環シャントによる高アンモニア血症の可能性があると判断し、患者同意のもとB-RTOを施行した。大腸静脈よりアブ

ローチし、バルーンカテーテルを下大静脈、左腎静脈、脾腎シャント流出路と進めバルーンカテーテルで流出路を閉塞し、50%ブドウ糖液を注入後、5%EOIを注入し、over night法を用いて、翌日カテーテルを抜去した。治療後、CTにて門脈大循環シャントが閉塞されていることを確認した。血清アンモニア値は基準値以下となり、以降増悪を認めなかった。【考察】肝性脳症とは、肝解毒能の低下や門脈大循環シャントにより、アンモニアなどの腸管由来の毒素性物質が肝臓で代謝されずに全身循環に廻ることにより生じ、意識障害を繰り返し引き起こす可逆的脳症である。このうち末期肝硬変による代謝障害でなく、大きな門脈大循環シャントに起因する脳症に対してはシャント閉塞術の有効性が期待される。本症例では慢性肝障害を背景としていたが、画像所見を基に門脈大循環シャントに対してB-RTOを行うことにより高アンモニア血症の改善をすることができた1例を経験したので文献的考察を加えてここに報告する。

68

急性肝不全回復後に脾炎を発症し、止血困難な腹腔内出血により死亡した一例

愛知医科大学病院 肝胆脾内科

○落合 都萌子、大橋 知彦、北野 礼奈、坂本 和賢、加藤 駿介、井上 匡央、小林 佑次、山本 高也、石井 紀光、中出 幸臣、角田 主雄、伊藤 清顕、中尾 春壽、米田 政志

症例）35歳男性（既往歴）高脂血症。近医で経過観察のみ（現病歴）2017年1月上旬より感冒症状を認めていた。1月7日より頭痛、嘔吐頻回に出現し、翌1月8日当院を受診した。血液検査データ上、肝腎不全、高アンモニア血症、代謝性アシドーシスと診断し緊急入院となった。【飲酒歴】ビール1.5リットル/日 エチルアルコール換算で75g/日程度 休肝日なし。【経過】CT上、著明な脂肪肝を認めたが、肝萎縮はなかった。肝炎ウイルス感染や薬物摂取歴等はなく、アルコール性重症肝炎、肝不全、腎不全と診断し治療開始した。新鮮凍結血漿やステロイドパルスも併用した。1月9日よりさらに腎不全が悪化、溢水状態となり呼吸困難が出現した。集中治療室に入室し、人工呼吸器管理と透析を開始した。1月12日頭部CT上脳浮腫、腹部CTでは急性脾炎を認めた。若年であり肝移植も検討したが、アルコールを常飲しており社会的にも適応は難しい状況であった。その後、保存的治療のみでプロトロンビン時間が回復し血漿輸血も不要となった。脳浮腫も改善し1月17日抜管できるまでになったが、1月20日突然急性腹症が出現、臍体部に径10cm大の巨大な仮性嚢胞の形成が見られた。内部に活動性出血を伴い、緊急動脈塞栓術を施行した。しかしその後も血腫は徐々に増大し、腹水も出現、貧血も進行した。腹水試験穿刺では血性であり、仮性嚢胞が破綻し出血が持続していると判断し、1月27日再度塞栓術を試みたが明らかな血管外漏出は確認できなかった。2月3日心臓停止に陥ったが、CPR処置にて回復した。その後保存的治療を継続、画像上血腫はさらに増大し、感染コントロールのため循環動態の改善を見計らって嚢胞内ドレナージを検討していたが、2月27日再び出血性ショックに陥った。状態は好転せず、残念ながら死亡退院となった。【考察】本症例は、アルコール性肝不全の回復後に急性脾炎と仮性嚢胞を発症し、止血コントロールの困難な腹腔内血腫を合併し死に至った症例である。若干の文献的考察を交えて報告する。

69

剖検によりペラグラと診断されたアルコール多飲者

¹トヨタ記念病院 消化器科、²トヨタ記念病院 神経内科、³トヨタ記念病院 総合内科、⁴愛知医科大学 加齢医学研究所
○高橋 秀和¹、鈴木 貴久¹、高士 ひとみ¹、三宅 忍幸¹、村山 睦¹、平井 恵子¹、澤口 洋規¹、伊藤 泰広²、守吉 秀行²、渥美 宗久³、吉田 眞理⁴

【患者】64歳、男性【主訴】食欲低下・動けない【既往歴】てんかん、外傷性くも膜下出血【家族歴】なし【飲酒歴】焼酎450ml/日【現病歴】20XX年6月に味覚障害が出現し食事摂取量低下。その2ヵ月後には自宅で動けない状態での家族が発見し、当院救急外来を受診し入院。【現症】身長163cm、体重41kg、血圧70/46mmHg、脈拍55bpm、体温35.5℃。眼瞼結膜貧血なし。呼吸音清。心雑音なし。腹部は平坦・軟。下腿浮腫なし。意識E4V5M6。構音障害なし。右注視時に右向き眼振あり。指鼻試験は両側拙劣。上肢に安静時振戦あり。【検査結果】WBC6400/ μ L、Hb11.4g/dL、Plt24.6 $\times 10^9$ / μ L、AST25U/L、ALT15U/L、BUN97mg/dL、Cre1.59mg/dL、Alb3.6g/dL、CRP3.8mg/dL、NH₄63 μ g/dL、Mg3.1mg/dL、Zn80 μ g/dL、ビタミンB12591pg/ml、葉酸6.8ng/ml、ビタミンB112ng/ml、CT頭部MRIは異常なし。【経過】低栄養状態のアルコール多飲者、眼球運動障害、運動障害を認め、ビタミンB1欠乏によるウェルニッケ脳症と診断した。ビタミンB1・B6・B12の補充療法後も、不穏やせん妄、洞不全症候群、高度の嚢下障害が出現し、誤嚥性肺炎で第24病日に死亡した。死亡後にナイアシン3.5 μ g/mlと低値が判明した。【剖検】両側気管支肺炎、うっ血水腫、慢性肝炎を認めた。

ミクロ所見では広範囲の神経細胞にcentral chromatolysisを認め、ナイアシン欠乏症と診断した。ウェルニッケ脳症の病理所見はなく、治療により不可逆的な脳病変は回避されたと推測される。【考察】ペラグラはナイアシン（ビタミンB3）欠乏による代謝障害で、おもにアルコール多飲者に発症する。認知症状、下痢症状、皮膚病変の3Dを主徴とするが、全てみられることは15%と少ない。また頭部画像検査や脳病理のマクロ所見でも異常は認めない。ナイアシン検査は現在自費の上、結果判明に10日程度要するという問題もある。ビタミンB1のみの補充ではよりナイアシン欠乏症状が促進される可能性がある。ビタミン欠乏症ではしばしば複合的な欠乏状態の存在を認識し、対処することが重要である。

70

食道癌、びまん性肝転移に伴うDICで急激な経過をたどった1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

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

症例は既往歴のない68歳男性。発熱・上腹部痛を主訴に前医を受診。SIRS、著明な血小板減少、PT延長、FDP高値を認め、急性期DICスコア7点でDICと診断。肝障害も認め、精査・加療目的で当院に紹介となった。前医CTで肝にびまん性の造影不良域、胃体部小弯・傍大動脈リンパ節腫大を認めていた。入院日の造影超音波検査では、血管相早期相で左葉外側区域と右葉にまだら状に不染色・造影効果の弱い領域を認めた。同日に上部消化管内視鏡検査を行うと、下部食道に頂部びらんを伴う15mm大の立ち上がり急峻な隆起性病変を認めた。この時は血小板が低値であり、観察のみにとどめた。同日血小板・新鮮凍結血漿補充下で肝生検を行い、病理結果は扁平上皮癌由来の転移性肝腫瘍の所見であった。入院後経時的に血小板の低下、AST・ALT・LDHの急上昇を認め、DICの進行・腫瘍の急速な増大・崩壊が疑われた。採血データの悪化・全身状態を考慮すると、化学療法の奏功しないことが予想されたため、DICに対しての治療（トロンボモデュリンアルファ製剤、血漿分画製剤）を継続した。入院第5病日の採血では、腎機能悪化・ビリルビン上昇を認め、多臓器不全を起こしていると考えられた。同日呼吸低拍・意識状態が悪化し、入院第6病日に永眠された。後日施行した食道腫瘍の生検より低分化扁平上皮癌が検出され、食道癌、びまん性肝転移によるDICと診断した。食道扁平上皮癌の肺・肝・骨・胸膜・副腎への転移は多くみられるが、15mmと小さな食道癌からびまん性に肝転移を引き起こしDICに至った報告例はなく、ここで症例報告する。

71

高トリグリセリド血症による重症急性性肺炎の一例

鈴鹿回生病院 消化器内科

○結城 麻衣、田野 俊介、塩野 泰功、奥瀬 博亮、多喜 裕子、堀田 眞一郎

症例は30歳、女性。昼食を摂取後、突然の右上腹部痛を自覚し、徐々に増悪したため、同日、当院の救急外来を受診した。血液検査、腹部CT検査の結果、重症急性性肺炎と診断された。急性性肺炎の重症度判定基準は、入院時に予後因子1点、CT grade 2であったが、入院3日目には予後因子4点と悪化した。入院時の血清トリグリセリド（TG）値が6112mg/dlであり、高TG血症が急性性肺炎の原因と考えられた。このため、大量輸液、抗生剤などの急性性肺炎の標準的治療に加え、TG値を低下させるためにLDLアフェレシス、インスリン持続静脈注射を施行した。これらの治療でTG値は速やかに低下し、急性性肺炎の病態、症状も改善を認めた。第20病日より経口摂取を開始したが経過良好であり、第32病日に退院した。高TG血症は急性性肺炎の成因のひとつとされている。TG値を速やかに低下させることが肺炎の病態を改善させると報告されているため、急性性肺炎の原因として常に鑑別に挙げる必要がある。

72

アザチオプリン（AZP）にて生じた薬剤性肺炎を疑うUC合併肺炎の1例

市立島田市民病院 消化器内科

○金子 淳一、渡邊 晋也、松下 雅広

【症例】24歳、男性。【主訴】心窩部痛。【現病歴】1年前に近医へ受診し、全結腸型潰瘍性大腸炎の診断となった。PSL導入にて寛解が得られず、8か月前に当院へ紹介となった。CAP療法を行い症状改善傾向であったためPSLの減量を行った。維持療法のため1か月前よりAZP25mgを開始し、3日前に5mgへ増量したところ、心窩部痛を認め、当院へ受診した。血液検査で炎症反応および酵素の上昇を認めた。IgGやIgG4の上昇は認めなかった。造影CT検査で脾尾部主体の

脾腫大と脂肪濃度の上昇を認めた。capsule like rimの所見は認めなかった。以上から急性性肺炎（予後不良因子0点、CT grade1点）と診断した。AZPによる薬剤性肺炎を第一に疑い、AZMを中止したところ速やかに肺炎は改善した。さらに精査を追加した。MRCPでは有意な膵管不整は認めなかった。EUSでは脾実質の低エコー化を認め、斑状の高エコースポットを認めた。膵管の不整は認めなかった。大腸内視鏡検査ではMESO～1点でUCの増悪は認めていなかった。AZPに対してDLSTを施行したが陰性であった。【考察】UCは様々な原因で肺炎を合併する。UC治療薬にはAZPをはじめ多剤で薬剤性肺炎を生じることがあり、またUCに合併した自己免疫性肺炎（AIP）も報告されており、UC合併肺炎は原因究明に難渋することがある。自験例では経過からAZPによる薬剤性肺炎を疑うが、チャレンジテストは未施行であり、診断としては疑いにとどめる。肺炎の症状改善が乏しい場合はAIPを考慮すべきと考える。

73

カチオニックトリプシノーゲン遺伝子p.R122Hヘテロ変異陽性の遺伝性肺炎1家系2症例

小牧市民病院 消化器内科

○古川 陽子、平井 孝典、宮田 章弘、小島 優子、灰本 耕基、佐藤 亜矢子、倉田 祥行

【背景】遺伝性肺炎は極めて稀な疾患であるが、予後は不良であり鑑別すべき疾患である。今回我々は若年者の遺伝性肺炎の一家系を経験したため報告する。【症例】26歳男性【主訴】上腹部痛【既往歴】アトピー性皮膚炎【飲酒歴】機会飲酒【喫煙歴】なし【現病歴】2016年6月初旬より上腹部痛が出現し、痛みが増強したため次日当院受診。P-AMY518.0U/L、造影CTにて脾頭部に造影不領域も認め、腎下極以遠まで炎症波及あり、重症肺炎と診断した。緊急入院にて大量補液、蛋白分解酵素阻害薬、予防的抗菌薬、脾局所動注療法、CHDF併用し肺炎は改善し6月中旬退院となった。胆管結石は認めず、飲酒歴は機会飲酒程度、高脂血症なし、腫瘍性病変なし、薬剤内服歴もなく肺炎の原因は認めなかった。家族歴として母親が20代の頃原因不明の肺炎の既往あり、長兄が13歳より原因不明の肺炎を繰り返していたことから、遺伝性肺炎を疑い後日遺伝子検査を施行し、カチオニックトリプシノーゲン遺伝子（PRSS1）p.R122Hヘテロ変異陽性であったため遺伝性肺炎と診断した。Sheer Wave Elastographyによる脾組織硬度測定では脾体部において24.0kPaと著明な組織硬度上昇を認めた。初回の肺炎発症以降、1年で5回の肺炎による入院治療を繰り返している。長兄にも同様の遺伝子異常を認めているが、13歳頃から肺炎繰り返したものの25歳より肺炎発症は終息し、定期的画像フォローとしている。【考察】遺伝性肺炎は常染色体優性遺伝による若年発症および慢性的再発性の特徴とした肺炎であり、罹患中の様々な外分泌系および内分泌機能障害とともに脾腫のリスクを増大させる疾患である。遺伝性肺炎患者の脾腫の発症率は一般人口と比べて約50～90倍と高率であり、定期的なスクリーニング検査が重要と考える。【結語】若年者の原因不明の反復する肺炎に遭遇した場合、遺伝性肺炎を考慮すべきである。

74

脾腺扁平上皮癌の診断に造影EUSが有用であった1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○西尾 亮¹、廣岡 芳樹²、川嶋 啓揮¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、河合 学¹、須原 寛樹¹、竹山 友章¹、橋詰 清孝¹、小屋 敏也¹、田中 浩敬¹、酒井 大輔¹、飯田 忠¹、松下 正伸²、山村 健史²、古川 和宏²、舩坂 好平²、中村 正直¹、宮原 良二¹、渡辺 修¹、後藤 秀実¹

症例は70歳代男性。主訴は背部痛。腹部単純CTで脾体部に45mmの膨張性発育を示す腫瘍を指摘され前医から当院紹介となった。造影CT：早期相・脾実質相では造影効果が乏しく、門脈相から平衡相にかけて遅延性に辺縁が強く造影されたが、腫瘍中心部の造影効果は乏しいままだった。また、腫瘍の胃・左副腎浸潤、脾動脈・脾静脈への浸潤、神経叢浸潤、胃小弯側のリンパ節腫大を認めた。EUSでは脾体部に49×34mmの輪郭明瞭で不整、内部不均一、被膜・嚢胞を伴う低エコー腫瘍を認めた。Sonazoidを用いた造影EUSでは早期から辺縁に強い濃染を認め、3分後にも造影効果の持続を認めたが、5分後には造影効果の減弱を認めた。通常型脾腫とは画像所見が異なりP-NENや悪性リンパ腫などが鑑別に挙がると考えられたため、治療方針の決定のためにEUS-FNA施行し、adenosquamous carcinomaと病理診断された。広範に浸潤していたが外科的切除の方針となり、手術施行された。術後病理診断はPancreas adenosquamous carcinoma、Pbt、TS3、sci、INF c、ly1、v3、ne3、mpn、pT4、pCH、pDU、pS/RP+、pPV+、pA+、pN0、pPCM、pBCM、pDPM、pStage4Aであった。術後GEM単剤による化学療法を施行され、2年の無再発生存が確認されている。造

影EUSでは、通常型腺癌は約1分で造影効果が減弱し、P-NENでは強い造影効果が約5分程度持続する所見が見られる。造影CTにて造影EUSを併用することにより診断の一助となる可能性が示唆された。

75

卵巣がん膀胱転移の一例

社会医療法人宏潤会大病院 消化器内科
○金沢 哲広、水野 創太、柳瀬 成希、南 正史、宜保 憲明、
榎原 聡介、菊池 正和、下郷 友弥、印牧 直人、野々垣 浩二

症例は79歳女性。2015年7月に卵巣がんにて単純子宮全摘術＋両側付属器摘出術＋大網切除術が施行された。病理組織型はMucinous adenocarcinomaであり、組織型から化学療法の効果が見込めないことが予想されたため術後化学療法は行わずに経過観察となる。2016年10月よりCA19-9が軽度上昇。2016年12月に施行した腹部超音波にて膀胱頭に15mm×1mmの充実性腫瘍、尾側尿管の拡張を認めた。造影CTでは膀胱頭腫瘍は辺縁を中心に動脈相から静脈相にかけて遷延性の濃染を示し、内部の一部が低吸収域で、通常型腺癌とは異なる所見であった。またEUSでは大きさ1mm、境界明瞭、輪郭整な低エコー腫瘍を認め、内部には一部高エコー領域を認めた。当院倫理委員会承認の上、造影EUSを施行した。やはり通常型腺癌とは異なる多血性の血行動態を認めた。診断確定のためEUS-FNAを施行した。病理学的所見ではPAS・Alcian blue陽性でありMucinous adenocarcinomaの診断で、CK7陽性・CK20陰性であることから卵巣がんの転移と診断された。PET-CT検査にて他組織の転移は認められず、卵巣がん膀胱転移と術前診断し、亜全胃保存膀胱十二指腸切除術が施行された。今回卵巣がん切除後に孤発性に膀胱転移を来した稀な症例を経験したため報告する。

76

膵内副脾に発生したdermoid cystの1例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科
○山東 元樹、平野 敦之、寺島 明里、田中 翔、中西 和久、
遠藤 正嗣、尾関 智紀、山下 宏章、小島 尚代、森 義徳、
木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

【症例】76歳男性。便秘を主訴に受診。腹部CT検査で膵尾部腹側に56×35mm大の境界明瞭で辺縁に一部石灰化を伴う高吸収腫瘍を認めた。腫瘍の大部分は造影効果を認めないが、病変内に動脈相で造影効果を認めるも後期相でwash outされる22×15mm大の結節を認めた。造影MRI検査では膵尾部腹側の腫瘍はT1WI高信号・T2WI低信号を呈し、内部に点状のT1WI低信号・T2WI高信号を認め、また一部にADC低下を伴うDWI高信号を呈した。Dynamic studyでは腫瘍辺縁の一部と造影CTで指摘された結節の辺縁に造影効果を認めるも、腫瘍の大半に造影効果は認めなかった。超音波内視鏡検査では境界明瞭で内部不均一な腫瘍であり、囊胞成分を提示する無エコー領域も混在していた。また腫瘍と脾、脾臓、左副腎との連続性は確認できなかった。以上の画像所見より、脾SPN、solitary fibrous tumor、神経鞘腫などが鑑別に挙げられるもいずれも典型的な所見でなく診断に難渋したが、悪性疾患も否定できず外科的切除の方針となった。術中所見で膵尾部頭側に弾性軟の腫瘍を確認し、脾発生と考え脾体尾部・脾合併切除術を施行した。病理組織所見上、病変は脾実質に隣接する囊胞状腫瘍で、囊胞壁は異形に乏しい重層扁平上皮からなり一部粘液細胞も混在していた。内腔には角化壊死物質の貯留を認め、囊胞壁周囲にはリンパ組織が観察され膵内副脾に発生したdermoid cystと診断した。【考察】dermoid cystは奇形腫の1つであり、良性腫瘍の成熟囊胞性奇形腫に分類される。多くは卵巣に発生し、その他精巣・頭蓋・縦隔など様々な臓器で発生するが脾臓での発生は極めて稀であり、画像診断や治療方針も明確となっていない。現在までの報告例をもとに比較検討・文献的考察を加えて報告する。

77

術前診断が困難であった脾囊胞性病変の1例

公立西知多総合病院 消化器内科
○春田 明範、石川 英樹、新城 明仁、平松 美穂、小島 久実、
小林 寛子、安藤 貴文

症例は42歳男性。2016年8月中旬、他院にて急性腎不全入院治療を行った際、単純CTで膵尾部に囊胞性病変を指摘された。転居を機に、慢性腎臓病治療のため11月中旬当院腎臓内科紹介受診、脾囊胞性病変精査のため12月中旬当科紹介となった。飲酒歴、脾炎や腹部外傷の既往無し。血液検査では、アミラーゼ152U/ml、リパーゼ137U/ml、エラスターゼ1449ng/dlと軽度上昇を認めた。腫瘍マーカーは、CEA 7.0ng/mlと軽度高値であったが、CA19-9、DUPAN-2、Span-1は正常範囲内であった。腹部超音波検査では、膵尾部に75mm大の内部不均一な囊胞性病変を認めた。MRIでは、同部はT1強調像で低信号、T2強調像

で高信号を示し内部に一部索状から結節状の構造物が見られた。腹部単純CTでは、膵尾部に75mm大の囊胞性病変と一部壁に小石灰化が見られ、dynamicCTでは、一部辺縁に早期に造影効果を認める領域を有していた。EUSでは、膵尾部に75mm大の球形囊胞性病変を認め、内部に不均一な貯留物と隔壁様構造、一部に小囊胞を含む囊胞壁肥厚を認めた。ソナゾイドを用いた造影USでは、囊胞壁および隔壁様構造に造影効果を認めなかったが、EUSで認められた小囊胞を含む囊胞壁肥厚は描出できなかった。ERPでは、尿管拡張や乳頭開大、粘液排出、主尿管と囊胞との交通は認めなかった。以上より、粘液性囊胞性腫瘍を否定できないため外科的切除の適応と判断し、腹腔鏡下脾合併膵尾部切除術を施行した。肉眼的には単一大型囊胞で、内容は黄色調漿液性であり、病理学的診断は、Pseudo unilocular cystであった。脾囊胞性病変の画像診断と治療方針の決定は必ずしも容易ではなく、今回多彩な形態を呈して術前診断が困難であった脾囊胞性病変に対して外科的切除を施行し、病理組織学的に脾仮性囊胞と診断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。

78

術前診断が困難であった脾囊胞性病変の一切除例

¹浜松医科大学医学部 肝臓内科、²同 肝胆脾外科
○竹下 悠¹、下山 真¹、梅村 昌宏¹、松永 英里香¹、伊藤 潤¹、
太田 和義¹、山崎 哲¹、千田 剛士¹、川田 一仁¹、森田 剛文²、
坂口 孝宣²、小林 良正¹

【症例】72歳 女性【主訴】なし（脾囊胞精査）【既往歴】多発胆嚢ポリープ。脂質異常症。高血圧症。【現病歴】心臓CT撮影時偶発的に脾囊胞性病変を指摘され当科紹介受診した。MRIにて最大径15mmの囊胞性病変を認めた。3ヶ月後にMRI再検を行い増大傾向を認めたため、超音波内視鏡（EUS）施行し、囊胞内に壁に結節を疑う所見を認めたため精査目的に入院とした。【現症】黄疸なし。腹部平坦軟、自発痛・圧痛なし。【検査所見】CEA 3.3ng/mL、CA19-9<1 U/mL、DUPAN-2 47U/mL、Span-1 <=1.0 U/mL【画像所見】（CT）膵尾部腹側に内形、境界明瞭な約15×10mmの低濃度腫瘍を認める。主尿管、総胆管の拡張は認めない。（MRI/MRCP）膵尾部に15mmの囊胞様構造あり。内部構造は描出されない。（EUS）膵尾部に5mm程度の結節を伴う13mmの囊胞を認める。結節は内部が低エコー、辺縁は高エコーであった。（ERCP）主尿管拡張無し。囊胞性病変と主尿管の交通無し。【経過】ERCPでは主尿管拡張や当該病変と主尿管との交通は認められなかった。脾液細胞診は陰性であった。鑑別として壁に結節を認めるIPMNや粘液性囊胞腫瘍（MCN）などが考えられたため腹腔鏡下脾合併膵尾部切除術を施行した。病理組織では慢性脾炎を背景とした異型細胞を有さない脾囊胞性病変であった。【考察】術前診断が困難であった慢性脾炎を背景とした良性脾囊胞性病変の一切除を経験したため文献的考察を含めて報告する。

79

Von Hippel Lindau病の家族歴がない膵内分泌腫瘍・腎癌重複腫瘍の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 肝胆脾外科、³静岡県立静岡がんセンター 病理診断科
○松林 宏行¹、石渡 裕俊¹、松井 徹¹、藤江 慎也¹、伊藤 紗代¹、
今井 健一郎¹、堀田 欣一¹、田中 登¹、田中 雅樹¹、
角嶋 直美¹、滝沢 耕平¹、蘆田 良²、上坂 克彦²、
佐々木 恵子³、小野 裕之¹

【背景】Von Hippel Lindau（VHL）病は網膜/中枢神経系の血管芽腫に加えて腎癌や膵内分泌腫瘍（PNET）、腎囊胞等を伴う、稀な家族性腫瘍である。常染色体優性遺伝であり、約2割がVHLの新生突然変異と報告される。【症例】70歳代後半、男性。背部痛を自覚して近医を受診したところ左腎腫瘍を指摘され、加療目的で当院へ紹介された。当院の造影CTでは左腎上極に7cm、膵尾部に1.5cmの高度濃染される境界明瞭な2つの腫瘍病変と複数の両側腎囊胞を認めた。VHL病の家族歴はなく、高齢であり、VHL病の可能性は低いと考えられた。画像診断では腎癌の膀胱転移が疑われたが、脾腫瘍は腎腫瘍より造影効果の遷延が見られ、左腎癌とPNET/膵内副脾の重複も考えられた。いずれの診断でも治療方針は大きく変わらないため、脾腫瘍に対する超音波内視鏡下針生検は行わずに開腹術を行なった。病理診断は左腎の淡明細胞癌と膵尾部のPNET（G1）であった。VHL病の可能性も踏まえ、患者と家族に対して遺伝カウンセリングを行なった。網膜検査と中枢神経系MRIでは血管芽腫は認められず、家族の強い反対により遺伝子検査は行えなかった。【考察】腎癌、PNETはともに発生頻度が低い腫瘍であり（各々、10万人あたり5.9人と2.7人）、文献検索ではVHL病以外で両者を併発した症例の報告はみられなかった。VHL病では30歳代までに腎癌の25-75%とPNETの35-75%が発生し、65歳までにはほぼ全例に何らかの関連病変を認めることから、本例ではVHL病の可能性は低いと考えられたが、遺伝子検査が行われなかったため完全には否定出来なかった。【結語】高齢で診断した腎癌-PNET重複腫瘍の1例を経験

した。VHL 病の可能性を否定しきれない稀な症例であり、家族も含めた慎重な経過観察が必要と考えられた。

80

当教室における脾低悪性度病変に対する治療方針

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学
○浅野 智成、山田 豪、林 真路、丹羽 紀子、高見 秀樹、服部 憲史、岩田 直樹、神田 光郎、田中 千恵、小林 大介、中山 吾郎、杉本 博行、小池 聖彦、藤原 道隆、小寺 泰弘

当教室では、脾体尾部を主座とする低悪性度病変に対しては、脾縮小手術を基本術式としている。しかしながら、術前診断が困難な症例を経験したので、現在の治療方針を含めて報告する。症例1は、64歳女性。腹部エコーにて脾腫瘍を指摘され、造影CTにて脾頭部腹側に境界明瞭、楕円形の10mm大の腫瘍を認めた。多相造影では漸増性に濃染し、主脾管拡張を認めず、造影EUSでは腫瘍は周囲脾と同様の持続する造影効果を示した。以上からPNETまたはSPNの術前診断にて、脾中央切除術を施行。術後病理検査では、Adenosquamous carcinomaであった。術後S-1併用放射線療法を付加し、術後2年6カ月経過、無再発生存中。本症例を経験後、術中迅速病理診断を行う方針とした。

症例2は、31歳女性。上腹部痛を自覚し、腹部エコーにて脾腫瘍を指摘された。造影CTでは、脾体部に33mm大の境界明瞭な分葉状腫瘍を認め、多相造影では漸増性に濃染し、主脾管拡張を認めず。造影EUSでは腫瘍の血流は豊富で、長時間残存した。以上からSPNまたはPNETの術前診断にて、脾中央切除術を施行。術中迅速組織診では脾腺房細胞癌やNECの可能性を否定できず、術式を脾体尾脾切除術に変更した。術後病理検査ではSPNの診断であった。術後1年2カ月経過し、無再発生存中。症例3は、33歳女性。検診の腹部エコーにて脾体部に腫瘍を指摘された。造影CTでは、脾体部に26mm大の境界明瞭な分葉状腫瘍を認め、多相造影では漸増性に濃染され、嚢胞成分や石灰化、主脾管拡張を認めた。造影EUSでは、腫瘍は全体に早期に造影された。以上からSPNの術前診断にて、脾中央切除術を施行。術中迅速組織診にてSPNまたはPNETの鑑別困難なため、脾体尾脾切除術に術式を変更した。術後病理検査はSPNであり、術後1年経過し、無再発生存中。以上より、脾体尾部を主座とする低悪性度病変については、術前診断が困難であることも多く、適切な術式選択には術中迅速組織診が有用と考えている。

81

高IgG4血症を伴った脾癌の一例

藤田保健衛生大学病院 肝胆脾内科
○大城 昌史、吉岡 健太郎、橋本 千樹、川部 直人、村尾 道人、菅 敏樹、中岡 和徳、越智 友花、高村 知希、倉下 貴光、野村 小百合、中野 卓二

症例は80歳男性。脾管拡張の精査目的に当院紹介された。血清IgG4 366mg/ml、造影CTにて脾体尾部の軽度脾腫大、体尾部主脾管の軽度拡張を認めた。EUSにて腫瘍は認めなかったが、主脾管拡張の起始部付近の脾実質に対しEUS-FNAを施行した。FNA検体では腫瘍性病変は認めず、IgG4陽性細胞を多数認め、自己免疫性脾炎を疑った。ERCPでは脾体部の主脾管に狭窄を認め、ブラッシング細胞診と連続脾液細胞診を施行した。細胞診では異型細胞を認め疑陽性であった。脾体部癌と診断し、脾体尾部切除を行った。病理結果はpT1c、pStage 2Bの中分化腺癌であった。背景脾組織はIgG4陽性細胞を多数認めたが、自己免疫性脾炎の病理所見は認めなかった。高IgG4血症を伴った脾癌の症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

82

画像による診断に難化した脾頭部癌の一例

西美濃厚生病院 内科
○畠山 啓朗、馬場 厚、若山 孝英、中村 博式、岩下 雅秀、田上 真、林 隆夫、前田 晃男、西脇 伸二

症例：70歳代 女性主訴：腹痛、上腹部不快感既往歴：胆石症、子宮筋腫現病歴：糖尿病、高血圧症、脂質異常症等にて当院外来に通院中であった。平成28年4月下旬より時々腹痛を認めた。上部消化管内視鏡検査にて胃びらんのみであった。血液検査上胆道系酵素と炎症反応の軽度上昇を認めた。腹部CT検査上脾全体の腫大を伴う脾頭部の腫大を認めた。腹部超音波検査と腹部MRI検査上、脾頭部に腫瘍性病変を認めた。血液検査上CA19-9 533IU/mlと高値を認めた。腹部MRI上脾頭部にT1強調にてやや低信号、T2強調にて高信号の腫瘍と主脾管の拡張を認めた。拡散強調像では有意な信号上昇は認めなかった。MRCP上脾頭部での主脾管の狭窄を認めた。造影腹部CT上脾頭部にわずかに造影効果を示す境界明瞭な径28mmの腫瘍を認めた。経過上CA19-9は漸減していった。画像診断上、脾癌と腫瘍形成性垂涎の鑑別に迷いEUS-FNAを施行した。EUS-FNAの結果低分化脾癌が疑わ

れたため亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。病理組織上腫瘍にみえた部位に大きな嚢胞があり、その中に大型で多形性を示す癌細胞がこぼれ落ちていた。嚢胞壁には異型性に乏しい高円柱上皮から異型性を示す上皮、乳頭上増殖部などがあり、粘液性嚢胞腫瘍が先行病変だった可能性が示唆された。嚢胞外には多形成を示す癌細胞が硬性に浸潤し十二指腸固有筋層まで浸潤していた。変わった進展形式により画像検査での診断が難しいものとなったと思われる。

83

術前化学放射線療法前に胆管・十二指腸ステント留置し切除しえた脾頭部癌の一例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、
²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部
○作野 隆¹、井上 宏之¹、原田 哲朗¹、山田 玲子¹、小島 真一¹、三浦 広嗣²、中村 美咲¹、濱田 康彦²、葛原 正樹²、田中 匡介²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

【症例】58歳女性【主訴】黄疸、嘔気【現病歴】X年5月下旬より嘔気が出現し近医を受診した。制酸薬等を処方され経過診られていたが改善なく、8月上旬に前医を紹介受診した。その際に黄疸と腹部エコーにて肝内胆管拡張を指摘され精査目的に8月中旬に当院紹介受診となった。血液検査では肝胆道系酵素上昇、黄疸を認めCA19-9は77U/mLと軽度上昇していた。造影CTでは脾頭部に約4cm大の漸増性の造影効果を示す腫瘍を認め胆管および十二指腸への浸潤が疑われた。EUS-FNAを施行し細胞診・組織診ではAdenocarcinomaであった。明らかにリンパ節腫大や遠隔転移は認めず、SMVとの腫瘍の接触が180度未満でありResectableの脾頭部癌と診断した。まず胆管狭窄に対してERCPを施行した。十二指腸下行脚に圧排性の狭窄認めたが、乳頭部へは到達可能であり胆管にSEMSの留置を施行した。処置後減黄良好であったが、嘔気持続し約1週間後のCTでは十二指腸狭窄の増悪を認めた。NGチューブにて胃内を減圧後、十二指腸ステントを留置し食事摂取可能となった。Gemcitabine+S-1を使用した術前化学放射線療法を8月末より開始した。化学放射線療法から手術待機まで問題なく経過し、翌年1月中旬に脾頭十二指腸切除術が施行された。結腸間膜に浸潤あり右半結腸も合併切除された。最終診断は浸潤性脾管癌T3N1M0でR0の手術が可能であった。【考察】胆管狭窄、十二指腸狭窄を伴う脾頭部癌に対して胆管ステントおよび十二指腸ステント留置後に術前化学放射線療法を施行し、手術待機まで合併症なく安全に経過し切除された1例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

84

S-1で腹膜播種が消失し、原発巣に対して脾合併脾体尾部切除を施行した脾体尾部癌の1例

三重大学 肝胆脾・移植外科
○飯澤 祐介、早崎 碧泉、加藤 宏之、種村 彰洋、村田 泰洋、安積 良紀、栗山 直久、岸和田 昌之、水野 修吾、白井 正信、櫻井 洋至、伊佐地 秀司

脾癌の腹膜播種が化学療法で消失することは稀で、このような患者の予後は6カ月程度と報告されている。今回、われわれはS-1で腹膜播種が消失し、原発巣に対して脾合併脾体尾部切除を施行した脾体尾部癌の1例を経験したので報告する。症例は72歳男性、体重減少とCEA高値(20.1 ng/ml)で前医総合病院に紹介となった。造影CTで脾尾部を主座とする28mmの低吸収腫瘍を認め、resectable脾体尾部癌と診断された。前医外科にて開腹されたが腹膜播種を認め、原発巣は切除せず閉腹となった。腹膜播種の病理所見は中分化型腺癌であった。術後にCEA 32 ng/ml、CA19-2、790 U/mlで、ゲムシタビンを3カ月間投与したが、CEA 74.2 ng/ml、CA19-9 10、100 U/mlと著明に上昇を認めた。CTでは原発巣の縮小は認めず、右横隔膜下とダグラス窩に腹膜播種と考えられる結節が出現した。S-1 100mg/day 2週間投薬2週間休薬に変更し、5カ月間施行したところ、CEA 3.9 ng/ml、CA19-9 7.0 U/mlと正常化した。原発巣は10mmに縮小し、右横隔膜下とダグラス窩の結節は消失した。その後、14カ月間安定した状態が続き、CTで腹膜播種は指摘されないままであった。そのため前医初診より23カ月目に、原発巣切除は是非ついて当科に紹介となった。原発巣の切除により予後の延長が期待できると判断し、前医初診より24カ月目(S-1に変更後20カ月目)に手術を施行した。開腹したところ腹膜播種は認めず、腹腔洗浄細胞診も陰性であったため、脾合併脾体尾部切除を施行した。病理所見では脾の2切片にわずかに腫瘍細胞を認めるのみで、pT1aN0M0、Stage IA、組織学的効果判定はGrade3であった。術後はS-1で補助化学療法を施行し、術後6カ月(前医初診より30カ月)、腫瘍マーカーは正常で無再発生存中である。腹膜播種が消失した脾癌患者において、原発巣切除は予後延長に寄与できる可能性がある。

当院におけるFOLFIRINOX療法およびゲムシタビン+ナブパクリタキセル併用療法の治療成績

岐阜市民病院 消化器内科

○河口 順二、宇野 由佳里、岩佐 悠平、三田 直樹、松浦 加奈、水谷 拓、小木曽 英介、鈴木 祐介、小木曽 富生、林 秀樹、向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

【目的】当院におけるFOLFIRINOX療法またはGA併用療法の治療成績を検討する。【方法】2014年1月から2016年12月までに当院で肺癌と診断された138例中、一次療法としてFOLFIRINOX療法、またはGA併用療法を導入した15例の治療成績をretrospectiveに検討した。【結果】初診時の臨床病期はStage IA 8例、Stage IB 6例、Stage IIA 19例、Stage IIB 13例、Stage III 25例、Stage IV 67例 (49%)であった。治療方針はBest Supportive Care 49例、外科手術 29例、化学放射線療法 18例、化学療法 42例であり、初回化学療法のレジメはGEM単独療法 12例、S-1単独療法 15例、FOLFIRINOX療法 6例、GA併用療法 9例であった。FOLFIRINOX療法群は年齢中央値64歳 (56-72)、占拠部位は肺頭部2例、肺体部2例、肺尾部2例、Stage IV 6例、全例Performance Status (PS) 0であった。GA併用療法群は年齢中央値67歳 (48-79)、占拠部位は肺頭部1例、肺体部5例、肺尾部3例、Stage IIB 1例、Stage IV 8例、PS 0が6例、PS 1が3例であった。有害事象は、FOLFIRINOX療法 (中央値10コース (4-16)) で、Grade 3以上の血液毒性/非血液毒性が3例 (50%) /1例 (17%) (好中球減少3例/末梢神経障害1例)であり、G-CSFを1例 (17%) に使用した。GA併用療法 (中央値3コース (1-13)) では、5例 (56%) /1例 (11%) (敗血症1例、好中球減少3例、血小板低下1例/食欲低下1例)であり、G-CSFを3例 (33%) に使用した。FOLFIRINOX療法の無病増悪期間 (PFS) は中央値101日、奏功率17% (PR 1, SD 5)、2次化学療法は3例 (GA併用療法2例、S-1単独療法1例) に対して施行し、全生存期間 (OS) は中央値265日であった。GA併用療法ではPFS中央値 140日、奏功率33% (PR 3, SD 3)、2次化学療法は4例 (FOLFIRINOX療法1例、GEM単独療法1例、S-1単独療法2例) に対して施行され、OSは中央値324日であった。なお、2群間のPFS ($p=0.808$)、OS ($p=0.377$)、血液毒性 ($p=0.892$)、非血液毒性 ($p=0.842$) に有意差を認めなかった。【結論】血液毒性・非血液毒性に注意は必要であるが、FOLFIRINOX療法、GA併用療法ともに、良好なOS、PFSであった。

86

切除不能進行肺癌における予後予測因子としての好中球・リンパ球比の有用性

岐阜大学医学部 第一内科

○吉田 健作、岩下 拓司、手塚 隆一、上村 真也、清水 雅仁

【背景】肺癌は早期発見が難しい癌とされており、発見時には切除不能進行癌と判断される症例が多く、そのような症例では化学療法は重要な治療法である。近年、好中球・リンパ球比 (NLR: Neutrophil-Lymphocyte Ratio) は種々の癌腫において予後関連因子として報告されている。【目的】切除不能進行肺癌例において、化学療法前NLRの予後予測因子としての有用性を検討する。【方法】2007年2月から2017年1月までに切除不能進行肺癌に対して化学療法を施行した症例を対象とし後方視的に検討を行った。過去の文献の報告からNLRのcut-offを4と設定し、生存率についてKaplan-Meier法を用い比較した。また、性別、年齢、腫瘍部位、腫瘍径、遠隔転移、化学療法内容、NLRについて単変量解析を行い $p < 0.20$ の項目をさらにCox比例ハザード回帰モデルで多変量解析しhazard ratio (HR) についても検討した。【結果】対象は161例 (男性86例、平均年齢67歳) であり、腫瘍位置は頭部72例・体尾部90例で腫瘍径は平均 36.2 ± 8.8 mm、遠隔転移を100例で認めた。血清CA19-9値は中央値1115.4 mg/dl。化学療法は、gemcitabine (GEM) 単剤:53例、GEM+S1:21例、S1単剤:15例、GEM+nab-Paclitaxel:13例、FOLFIRINOX (FX):59例であった。NLRは平均値 4.33 ± 4.63 であり、51症例でNLR ≥ 4 であった。NLRの生存率の検討では、NLR ≥ 4 の群で有意に生存率が低かった (Log-rank test, $p=0.00056$)。多変量解析では、NLR ≥ 4 (HR=1.87、95%CI:1.27-2.77, $p=0.0016$)、遠隔転移あり (HR=2.30、95%CI:1.54-3.44, $p=0.00049$)、FX投与 (HR=0.48、95%CI:0.32-0.73, $p=0.00051$) が有意な予後予測因子であった。【結論】切除不能進行肺癌に対する化学療法施行例において、化学療法前NLRは予後予測因子となりうる。

87

機能的消化管疾患との鑑別が困難であった腸回転異常の2例

¹ JA 岐阜厚生連岐阜北厚生病院 内科、

² JA 岐阜厚生連岐阜北厚生病院 外科

○堀部 陽平¹、小原 功輝¹、大野 智彦¹、後藤 尚絵¹、足立 政治¹、岩間 みどり¹、山内 治¹、齋藤 公志郎¹、加藤 順子²、田中 秀典²、高橋 治海²、石原 和浩²

機能的消化管疾患は、慢性的な腹部愁訴が持続するにも関わらず、器質的疾患や代謝性疾患が認められない症候群で、過敏性腸症候群や機能的胃腸症が含まれる。また、腸回転異常は、胎生期の腸管回転が不十分ために起こる障害で、腸管の固定が不十分な部分で小腸が入り込む内ヘルニアや、小腸の捻転をきたす。今回、機能的消化管疾患との鑑別が困難であった腸回転異常の2例を経験したので報告する。【症例1】36歳男性、繰り返す腹痛があり、機能的胃腸症の診断で、1年程度他院で内服治療を受けていた。腹痛、吐き気を主訴に当院救急外来を受診。腹部CTでイレウスと診断し入院となった。入院後に施行した造影CTで左傍十二指腸ヘルニアを認め、腹痛、イレウスの原因と考えられた。腹腔鏡下ヘルニア内容の整復、ヘルニア門閉鎖術が行われ、その後は症状なく経過している。【症例2】47歳女性。幼少時より心窩部痛を自覚していたが鎮痛剤で軽快していた。成人になっても症状は継続しており、腹部エコーや上部消化管内視鏡検査などを受けていたが異常はなく、機能的胃腸症として内服治療を受けていた。しかし、これまでにない強い腹痛で当院を救急受診した。CTにて上腸間膜動静脈を中心に空腸が捻転しており、腹痛の原因と考えられた。開腹下に手術治療が行われ、空腸が720度反時計回転に捻転しており、回盲部の後腹膜への固定が脆弱であった。整復手術後は症状の再燃は見られていない。【結論】腸回転異常に起因した腹痛の2症例を経験したが、いずれも機能的消化管疾患として経過観察されていた。原因不明の腹痛には、腸回転異常に伴う疾患も考慮し、診断、治療にあたるべきと思われる。

88

繰り返す出血を認めた小腸多発憩室症の一例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○小島 真一、葛原 正樹、三浦 広嗣、作野 隆、原田 哲朗、山田 玲子、中村 美咲、井上 宏之、濱田 康彦、田中 匡介、堀木 紀行、竹井 謙之

症例は70代女性。40代で慢性糸球体腎炎のため透析導入された。X年3月末、黒色便を認め、前医入院となり、上部消化管内視鏡検査を施行されたが、出血源を特定できなかった。2日後に透析中にショックバイタルとなり、当院に転院となった。入院3日目の下部消化管内視鏡検査では、全結腸に渡って暗赤色の血液の貯留を認めた。同日カプセル内視鏡検査を施行したところ、上部空腸に小びらんを疑う所見を認めるのみで、下部回腸から回腸末端に黒色残渣を認めた。入院5日目に経肛門ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、回腸末端に新鮮血の血液貯留及び複数の憩室を認めたが、出血源を特定できなかった。入院13日目に経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、十二指腸水平部から上部空腸にかけて多数の憩室を認めたが、血液貯留を認めず出血源を特定できなかった (卵巣養腫術後で強い癒着を認めたため全小腸観察はできなかった)。入院21日目に出血シンチを施行したが出血源を特定できなかった。出血が持続していること、入院後に頻回の赤血球輸血 (合計44単位) を要したことから、これ以上の保存的治療の継続は困難と判断した。出血源として小腸憩室を第一に考え、入院35日目に小腸部分切除術を施行した。術中内視鏡では憩室以外の病変を指摘できず、憩室を含む上部空腸、回腸末端を各々30cm程度切除した。術後は貧血の進行を認めず、術後25日目に退院となった。切除標本では、空腸、回腸に仮性憩室を多数認めたが出血源は特定できなかった。病理組織学的検査では、粘膜下層の血管壁の一部にアミロイドの沈着を認めたが憩室との関連は不明であった。本症例では、小腸部分切除術後に貧血の進行が止まり、小腸憩室が出血源と考えられた。小腸憩室症は、真性憩室となるMeckel憩室を除くと、全消化管憩室症の1.4-3.2%と稀であり、出血頻度はそのうち6.7%とされている。小腸憩室出血は検査時に出血源を特定できないことも多いが、保存的治療の継続が困難な場合は、外科的治療の検討も必要であると考えられた。

89

腹部症状が先行したIgA血管炎の1例

名古屋第二赤十字病院 消化器内科

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

症例は18歳男性。2016年6月29日下腹部痛が出現。7月2日下痢が出現し腹痛が増悪したため7月3日救急外来を受診となる。採血で軽度の炎症反応上昇と、CTで骨盤腔内の小腸壁肥厚と腹水を認め、緊急入院となった。抗生剤は投与せず絶食、補液、および鎮痙剤投与で保存的に経過をみた。入院日より鮮血便が出現し、第3病日に両側肘・膝伸側に一部膿疱を伴う紅色丘疹、触知性紫斑が出現し皮膚生検を施行した。第4病日の上部消化管内視鏡検査では、胃から十二指腸にかけて広範な斑状発赤を散発性に認めた。第6病日の大腸内視鏡検査では、

終末回腸に発赤・浮腫の目立つ不整形ないし縦走傾向の潰瘍の多発を認めた。病変部の生検ではいずれも好中球浸潤による炎症所見を認めるのみで特異所見は得られなかった。第10病日皮膚生検の結果が判明し、真皮乳頭及び浅層に出血や好中球浸潤を散見し、わずかに核破砕物を伴うLeukocytoclastic vasculitisの所見を得た。初期に認めた膿疱は非典型だが、病理像はIgA血管炎として矛盾のない結果となった。保存的加療で腹部症状は入院時に比し改善傾向を認めたが、第13病日紫斑は再燃し、同日のCTで小腸の一部に腸重積様所見を認めた。腹部所見は乏しく緊急手術には至らず、同日よりプレドニゾロン60mgの点滴静注を開始した。以後腹部症状、皮膚症状は改善傾向を認め、血液検査で炎症反応は正常化を認めた。第30病日プレドニゾロン40mg内服に切り替え以後漸減し、再発を認めることなく経過している。今回我々は、腹部症状が先行し腸重積症を合併したIgA血管炎の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。

90

ミゾリビンによる薬剤性腸炎をきたしたPBC合併関節リウマチの1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○小澤 範高、荒木 寛司、手塚 隆一、前田 俊英、小島 健太郎、大西 雅也、中村 みき、長谷川 恒輔、杉山 智彦、高田 淳、久保田 全哉、境 浩康、小野木 章人、白上 洋平、井深 貴士、末次 淳、白木 亮、伊藤 弘康、清水 雅仁

【症例】40代女性、原発性胆汁性胆管炎（PBC）および関節リウマチ（RA）にて当院通院中、1週間続く頻回の水様下痢、腹痛を主訴に当科受診した。急性腸炎を疑われ抗菌薬（LVFX）内服開始するも症状の改善がなく、5日後に再受診した。来院時、37.3℃の微熱、下腹部痛を認めた。血液検査では、炎症反応軽度上昇（WBC7830/UL、CRP1.01mg/dl）、低アルブミン血症（Alb2.4g/dl）を認め、CT検査では骨盤内小腸の壁肥厚を認め、精査加療目的に入院となった。便培養では有意菌は便認めず、便中CD toxinは陰性、生検細胞の結核菌PCRは陰性であった。造影CT検査では回腸に造影増強効果を伴う壁肥厚を認め、その他の腹部臓器に異常は認めなかった。下部消化管内視鏡検査および経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査では終末回腸を主体として回腸に多発潰瘍を認め、全結腸に部分的に浮腫状粘膜が散在していた。小腸潰瘍および大腸浮腫状粘膜からの生検では特異的所見は得られなかった。蛋白漏出シンドロームでは骨盤内小腸からの蛋白漏出所見を認めた。腸炎の原因は特定できず、入院時から絶食、補液、整腸剤投与を行うも下痢は改善せず、頻回のアルブミン補充を要する状態が続いていた。薬剤性腸炎の鑑別のため詳細な投薬歴を確認したところ、症状出現の5ヶ月前にミゾリビンを服用を開始していた。入院第19病日に診断的治療としてミゾリビンを中止したところ、7日後には下痢は改善した。その後、症状の再燃を認めず、ミゾリビンによる薬剤性腸炎であったと考えられた。【考察】ミゾリビンのDIでは副作用として消化管潰瘍の発症率は0.39%とされている。原因不明の腸炎の鑑別診断として、投薬開始から数ヶ月経過している薬剤や、下痢の発症頻度が低い薬剤であっても、薬剤性腸炎の可能性を検討する必要がある。【結語】ミゾリビンによる薬剤性腸炎をきたしたPBC合併RAの1例を経験した。

91

クローン病に合併した小腸癌の1例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○早川 諒祐、河合 歩、鈴木 博貴、杉本 崇崇、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

【症例】65歳男性【主訴】嘔気、食思不振【既往歴】ステロイド性大腿骨頭壊死【現病歴】40年以上前に他院でクローン病と診断され小腸回盲部分切除を施行された。平成18年から当院に通院していたが、平成28年よりイレウスを繰り返すようになった。平成29年1月に下痢、腹痛で当科受診され、イレウスの診断で入院となった。【経過】絶食、胃管留置にて症状改善し経口摂取を再開したが、回腸末端部に通過障害が出現したため内視鏡下にバルーン拡張を行う方針とした。しかし肛門狭窄があり経肛門的な内視鏡の挿入が不可能であった。小開腹下に回腸にポートを留置し内視鏡を挿入し、狭窄している回腸末端のバルーン拡張を行い、生検を行うとpoorly differentiated carcinomaが検出されたため、クローン病に伴う小腸癌と診断した。CTでは腸間膜及び左鎖骨上窩リンパ節腫大と腸管壁への浸潤を認めていた。また、上部消化管内視鏡で多発する腫瘍性病変があり生検でpoorly differentiated carcinomaであることから胃癌転移と考えられた。以上より治療困難であり、狭窄部にバイパス術を行う方針となった。手術所見で、小腸癌は腹壁浸潤、膀胱浸潤、S状結腸浸潤、腸間膜リンパ節転移と思われる。回盲部切除術、小腸楔状切除、S状結腸部分切除、膀胱筋層合併切除、腹壁合併切除、胆石もあつたため胆嚢摘出術を行った。切除標本の病理組織学検査で、回腸原発の低分化腺癌を認め、S状結腸壁に浸潤し一部は粘膜筋板に達していた。また腹壁から皮下組織までの浸潤も認めていた。腸管膜のリンパ節にも転移あるいは直接浸潤があ

り、切除した胆嚢の粘膜～筋層に血行性転移と思われる低分化腺癌が検出されていた。術後診断は、回腸原発癌（腹壁浸潤、S状結腸浸潤、腸間膜リンパ節転移、胆嚢転移）と考えた。【結語】今回、クローン病に合併した小腸癌の1例を経験し、稀な疾患であるため文献的考察を加え報告する。

92

当院における腸管バーチェット病の臨床的検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○山田 啓策¹、渡辺 修¹、中村 正直¹、山村 健史²、松下 正伸²、内田 元太¹、石川 恵里¹、丹羽 慶樹¹、澤田 つな騎¹、水谷 泰之¹、松浦 倫三郎¹、齋藤 雅之¹、佐藤 淳一¹、石川 卓哉¹、古川 和宏¹、船坂 好平¹、大野 崇三郎¹、宮原 良二¹、川嶋 啓揮¹、廣岡 芳樹²、後藤 秀実¹

【背景】腸管バーチェット病はバーチェット病（BD）の消化管病変が臨床症状の中心であるものをいう。2013年より抗TNFα抗体製剤が適応追加となっているが、内科的治療に反応せず手術に至る症例も少なくない。そこで今回当院で経験した腸管BDの症例について手術例、非手術例を比較検討する。【対象と方法】2004年から2017年に当院で経験した腸管BD33例（手術例8例／非手術例25例）のそれぞれの患者背景、臨床像、治療内容をretrospectiveに検討した。【結果】手術群の平均年齢は50.5歳、発症年齢40.3歳、完全型、不全型、疑いが0例、4例、4例であり、手術までの罹患年数は1.1年であった。手術理由は癌疑いが1例、強い腹痛が1例、回腸末端の消化管穿孔が3例、腹腔内膿瘍が1例、狭窄が2例であった。非手術群の平均年齢は54.2歳、発症年齢43.6歳、完全型、不全型、疑いが1例、14例、10例であった。年齢、罹患年数、病型に有意差は認めなかった。手術例の病変分布は回盲部に限局した症例が1例、回盲部以外に小腸病変を認めた症例5例、結腸病変1例、小腸、結腸病変1例であった。非手術例の病変分布は回盲部に限局した症例が15例、回盲部以外に小腸病変を認めた症例6例、結腸病変3例、小腸、結腸病変1例であった。手術群において有意に回盲部以外にも病変を認め（p=0.02）、その中でも小腸に病変を認めるものが多かった。（p=0.04）手術群での治療内容は5-ASAは2例（25%）、PSL投与4例（50%）、抗TNFα抗体製剤3例（38%）であった。非手術群は5-ASAは13例（52%）、PSL16例（64%）、AZA10例（40%）、コルヒチン8例（32%）、抗TNFα抗体製剤12例（48%）であった。両群の治療内容を比較すると使用した薬剤全てで治療内容に有意差は認めなかった。【考察】腸管BDは狭窄や穿孔に手術に至る点はCrohn病と類似しているが、平均罹患期間1.1年で約25%の症例が手術に至っており、5年で約30%といわれているCrohn病の累積手術率と比較すると病勢は強いと思われた。また、回盲部以外に病変を認め、その中でも、特に小腸病変を認める症例は手術に至りやすい傾向にあるため診断当初より積極的な治療介入が必要と思われた。

93

胆嚢炎を契機に発見された腸間膜悪性リンパ腫の一例

¹名古屋記念病院 消化器内科、²JCHO 中京病院 消化器内科

○杉浦 幸¹、村上 賢治¹、河辺 健太郎²、杉村 直美¹、吉井 幸子¹、長谷川 俊之¹、中鋤 功¹、鈴木 重行¹

症例は45歳男性。201X年6月に2週間前からの継続する間歇的心窩部痛の増悪を主訴に当院救急外来を受診。腹部CTにて、上腹部腸間膜脂肪組織濃度上昇を認め当科受診。当科受診時の身体所見は、心窩部痛違和感のみであった。採血検査では軽度のCRP上昇を認めたのみであった。腹部動脈の血栓塞栓症等による上腸間膜動脈脂肪組織濃度上昇の否定のため胸部腹部造影dynamic CTを施行した。その結果、動脈閉塞症は指摘できず、腸間膜に造影効果を示す長径20mmまでの多発腫瘍を認めた。上腸間膜動脈分枝は腫瘍内を貫通していた。その他の臓器に腫瘍性病変を認めず、傍大動脈周囲、頸部や胸部のリンパ節腫大は認めなかった。また、単純CT時には目立たなかったが、dynamic CTでは胆嚢の軽度腫大と壁肥厚を認めたため、心窩部痛の原因は胆嚢炎と考えられた。胆嚢周囲の脂肪組織濃度上昇は認めなかった。腹部USとMRCPでは、胆嚢頸部結石とびまん性胆嚢壁肥厚、胆泥の貯留を認めた。胆嚢炎はTG13の重症度診断によると軽症に分類され、保存的に改善した。上腹部腸間膜脂肪組織濃度上昇の鑑別疾患として、悪性リンパ腫、転移性腫瘍、肉腫などの腫瘍や、結核、血管炎、特発性脂肪線炎、IgG関連疾患などが考えられ、上下部消化管内視鏡検査、sIL-2、QFT、抗核抗体検査などを施行したが確定診断には至らず、病変部分の生検が必要と考えられた。同年7月に腹腔鏡下胆嚢摘出術、腸間膜リンパ節生検を施行した。摘出した胆嚢内には25mmの結石を認め、病理検査では慢性胆のう炎の診断であった。摘出した腸間膜リンパ節は25mmで病理検査では濾胞性リンパ腫、grade1の診断であった。画像検査では横隔膜片側の病変でAn ArBor分類2期であったが、骨髄検査で骨髄浸潤を認め4期の診断となり化学療法目的で転院となった。

腸間膜原発リンパ腫は稀な疾患で、悪性リンパ腫の0.12%を占めるに過ぎない。初期には無症状であるため殆どの症例で腫瘍がかなり増大し、腹部腫瘍を自覚して受診することが多いとされる。今回、他疾患の検査にて偶発的に発見され得た腸間膜リンパ腫の一例を経験したため報告する。

94

スニチニブによる治療中に血栓性微小血管症を生じた腸間膜原発神経内分泌腫瘍の一例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○上村 真也、中村 信彦、手塚 隆一、吉田 健作、北川 順一、岩下 拓司、清水 雅仁

スニチニブは切除不能神経内分泌腫瘍（NET）治療において幅広く使用される分子標的薬である。今回、肝転移を伴う腸間膜原発NETに対してスニチニブによる治療中に著明な血小板減少と破碎赤血球を伴う溶血性貧血をきたし、血栓性微小血管症（TMA）が疑われた一例を経験したので報告する。症例は76歳女性。腸間膜原発NET（G1）と診断し、オクトレオチド投与にて経過を見ていたが、診断から2年後に肝転移が出現し、エペロリムスの投与を開始した。半年後の評価にて肝転移の増大を認め効果不応と判断し、二次治療としてスニチニブによる治療（37.5mg/day）が開始された。投与開始より3週間後の外来受診時の血液検査にてGrade3の血小板減少（ $3.2 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ）と貧血（7.4g/dl）、高度倦怠感、全身浮腫を認め、同日当科入院となった。破碎赤血球を伴う溶血性貧血、血小板減少、腎機能障害を認め、血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）も否定できず、血漿交換、低用量プレドニゾロン投与を開始した。その後の検査結果により、ADAMTS13活性は軽度低下（42.6%）を認めるのみであり、スニチニブを原因とした薬剤性のTMAが疑われた。入院後よりスニチニブ投与は中止し、血漿交換を計4回行い、支持療法を継続して経過を見たところ、スニチニブの投与を2週間程中止している間に血小板は徐々に増加した。薬剤性のTMAは稀ではあるが、VEGFシグナル遮断薬に特徴的な有害事象とされている。抗VEGF抗体薬で数例の報告が見られるが、NETに対するスニチニブ治療例での報告は認めず、文献的考察を加えて報告する。

95

C型慢性肝炎患者に生じ肝細胞癌との鑑別が困難であった脾症の1例

半田市立半田病院 消化器内科

○佐藤 真利子、杉本 啓之、神岡 諭郎、森井 正哉、廣瀬 崇、鈴木 智彦、野浪 大介、高橋 周三、大塚 泰郎

【症例】50歳代、男性【主訴】発熱【既往歴】小児喘息、15歳時に交通事故にて脾損傷、脾臓摘出術（輸血施行）【現病歴】発熱を主訴に受診した際の血液検査にて肝機能障害を指摘された。精査の結果、C型慢性肝炎と診断され、スクリーニング目的に施行した腹部CT検査にて右横隔膜下に腫瘍性病変を指摘された。【身体所見】身長171cm、体重83kg、BMI28.5。全身に刺青あり。【画像検査】腹部超音波検査では、心窩部横走にて内部に高輝度spotの混在する、周囲肝実質よりわずかに低輝度な腫瘍を認めた。Sonazoidを用いた造影検査は深部減衰のため評価困難であったが、クーパー相で淡い陰影欠損を認めた。腹部ダイナミックCT検査では、単純CTで40mm大の低吸収域を認め、動脈相では不均一に濃染し、平衡相では周囲肝実質と等吸収となった。また、胃周囲には造影効果をもつ結節を複数認めた。EOB-MRI検査では、T1WIにて淡い低信号、T2WIでは辺縁に高信号を伴い、肝実質と等信号、DWIでは高信号を呈した。動脈相にて不均一に濃染後wash outされ、肝細胞相では低信号を呈した。PET/CT検査では同部に集積を認めなかった。上下部消化管内視鏡検査では異常所見を認めなかった。【経過】以上より肝細胞癌を疑い、組織学的確定診断を得る目的で経皮的肝腫瘍生検を施行したが、検体不十分で診断には至らなかった。血管造影検査を施行したところ、腫瘍へは下横隔膜動脈からの栄養血管を認めるのみであり、肝細胞癌は否定的で横隔膜腫瘍と考えられる結果であった。病状説明の結果、外科的切除を選択した。術中所見では、横隔膜に連続する腫瘍が肝臓を圧排しており、横隔膜部分切除を施行した。病理検査結果は異型の無い脾組織であり、脾損傷の既往から脾症（splenosis）と最終診断した。【考察】脾症は外傷や脾臓摘出時に脾組織が腹腔内に散布され自家移植によって生じるとされている。今回、C型慢性肝炎患者に生じ肝細胞癌との鑑別が困難であった症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

96

EUS-FNA及び経皮的脾腫瘍生検で診断し得た脾臓原発悪性リンパ腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○山田 洋介、芳澤 社、杉浦 喜一、宮津 隆裕、海野 修平、瀧浪 将貴、木全 政晴、室久 剛、熊岡 浩子、清水 恵理奈、

細田 佳佐、長澤 正通、佐藤 嘉彦

症例は80代女性。201X年8月他院のスクリーニング目的で施行した腹部超音波検査にて巨大脾腫瘍を指摘され、MRIを施行したところ脾臓内に約8cm大の腫瘍性病変を認め精査加療目的に9月当院へ紹介となった。紹介時に食欲低下、深吸気で増悪する上腹部痛を認め、造影CT検査にて脾臓内に約10cm大に増大した乏血性腫瘍、脾門部にも不整形の軟部構造を認めた。脾腫瘍は増大傾向であり腫瘍によるものと思われる腹部症状も認めていたため緊急入院となった。採血上は軽度の貧血所見とLDH、可溶性IL-2レセプターの上昇を認めた。病理学的評価の目的で、まず脾門部の軟部組織に対してEUS-FNAを施行した。病理ではやや大型の類円型細胞を認めたが、変性が強く組織学的判定に時間を要したため、症状が落ち着いていることを考慮し、追加で経皮的脾腫瘍生検を施行。脾腫瘍生検の病理では類円型大型異型細胞の増生を認め、免疫染色では上記腫瘍細胞においてCD3-、CD20+、CD10+、CD5-、BCD6-、MUM1+、B細胞性リンパ腫、びまん性大細胞型、GC phenotypeと診断した。EUS-FNAで採取した検体も同様の所見であった。PET-CTを施行すると脾腫瘍、脾臓周囲の軟部組織にFDGが高度に集積しており、右肺下葉S6にもSUVmax4.6程度の集積像を認め、脾臓原発びまん性大細胞性リンパ腫stageIIEと診断し、当院血液内科に転科。R-CHOP療法6コース施行し画像上CRとなっていた。脾臓原発悪性リンパ腫の病理学的診断に関しては脾摘の報告が多いが、今回EUS-FNAと脾腫瘍生検を行い、より低侵襲に診断が可能であった1例を経験したので報告する。

97

脾腫に対してEUS-FNAを施行した2症例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 血液内科、

³岐阜市民病院 病理診断部

○三田 直樹¹、向井 強¹、岩佐 悠平¹、松浦 加奈¹、水谷 拓¹、小木曾 美介¹、河口 順二¹、鈴木 祐介¹、小木曾 富生¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、加藤 則廣¹、富田 栄一¹、金田 裕人²、中村 博²、笠原 千嗣²、後藤 英子²、高橋 健²、渡部 直樹³

【背景】脾腫の原因として感染症や自己免疫疾患などによる炎症や血液疾患、門脈圧亢進症、代謝異常などが挙げられる。従来、病理検体採取のために体外式超音波ガイド下針生検が施行されていたが、肺・消化管のガス、肋骨の影響で病変の描出が困難なことがしばしば経験される一方で、超音波内視鏡では胃からのアプローチにより容易に脾を描出することができる。今回我々は病理学的診断が必要とされた脾腫に対するEUS-FNAを2例施行したので報告する。【症例1】60代、男性。汎血球減少の精査目的で当院血液内科入院。可溶性IL-2レセプター高値であり、悪性リンパ腫が疑われ、確定診断目的に病理組織診断が必要となった。頸部リンパ節腫大と脾腫を認めたため、頸部リンパ節針生検およびEUS-FNAでの脾生検を施行した。脾腫に対して経胃的に19G穿刺針にてEUS-FNA検査、計3回の穿刺を行った。穿刺後、脾被膜下に少量の出血を認めた。穿刺3時間後の体外式超音波検査で脾被膜下血腫の増大および腹腔内出血疑う所見を認め、造影CTで血性腹水および穿刺部付近に仮性動脈瘤形成を認めた。緊急血管造影検査を行い、マイクロコイルで塞栓術を行った。脾生検からは診断に至らず、頸部リンパ節生検よりB細胞性リンパ腫の診断となり、化学療法が導入された。【症例2】50代、男性。濾胞性リンパ腫に対し他院で2nd lineまでの化学療法が行われるも、多発リンパ節腫脹、脾腫を認め、リンパ腫の再発が疑われ当院血液内科紹介入院。難治性濾胞性リンパ腫として3rd lineでの治療が施行されるもリンパ節病変、脾腫ともに変化を認めず化学療法の変更も検討され、病理組織検体採取目的に脾腫に対してEUS-FNAを行った。経胃的に19G針にて計3回の穿刺を行った。偶発症を認めず経過し、病理結果から濾胞性リンパ腫の残存を疑う所見と診断を得た。化学療法のみでは効果不十分と判断され、その後末梢血幹細胞移植が行われた。【考察・結語】脾腫の精査目的にEUS-FNAを行った2症例を経験した。1例で術後出血を認めており、その適応や偶発症、穿刺針の選択など今後さらなる検討が必要と考えられる。

98

保存の治療にて軽快した上腸間膜動脈解離の1例

独立行政法人労働者健康安全保障機構旭労災病院 消化器科

○鈴木 恵里奈、宮城島 俊、松田 大知、遠藤 雅行、小笹 貴士

【主訴】下腹部痛【既往歴】高血圧症（内服治療は自己中断）、虫垂切除術後【内服歴】なし【生活歴】喫煙 5本/日×10年間、飲酒 1合/日【現病歴】2014年11月上旬、夕食後に自宅でテレビを視聴していたところ突然下腹部痛が出現し、痛みが強いため当院救急外来を受診した。【経過】受診時には臍周囲から下腹部にかけての強い自発痛と、臍周囲の圧痛を認めた。腹部単純CTにて小腸の部分的な拡張を認めたため造影CTを撮影したところ、上腸間膜動脈（SMA）に解離を認め

た。受診時に明らかな腸管の血流障害を認めなかったため、保存的治療にて入院となった。腸管安静のため絶食とし、降圧療法、抗凝固療法を開始した。入院後数日は間欠的な痛みが続いたが、徐々に軽減し1週間ほど痛みはほとんど消失した。痛みの消失を待ってから飲水を開始し、その後流動食より食事を開始した。また、抗凝固療法は内服の抗血小板療法に変更し、降圧薬の調整も行った。発症1ヶ月後に撮影した腹部造影CTにて偽腔が一部血栓化せずに血流が残存していたため、抗血小板療法は継続とした。12月上旬に自宅退院となった。発症から2年以上経過した現在まで、腸管虚血に起因すると思われる腹部症状は認めない。経過観察のため撮影した腹部造影CTでは偽腔は開存したままであり、外来にて降圧療法・抗血小板療法を継続している。【考察】SMA解離は比較的なめな疾患とされてきたが、近年の画像診断技術の進歩により報告が増加している。画像上、腸管虚血や瘤の増大を認めずに保存的治療にて軽快したSMA解離の症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

99

腫瘍再発との鑑別が困難であった腹腔内デスマイドの2切除例

松坂中央総合病院 外科

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

デスマイド腫瘍は線維性腫瘍の一種で、分化度の比較的高い線維芽細胞が増殖し、核分裂像に異型性はないが周囲組織に浸潤性に発育し、臨床的には良悪性の中間群に位置づけられている。発生部位により腹壁外、腹壁および腹腔内デスマイドに分けられ、このうち腹腔内デスマイドは約8%を占め、その成因の一つとして手術や外傷などの機械的刺激の関与が指摘されている。最近われわれは、腫瘍再発との鑑別が困難であった腹腔内デスマイドの2切除例を経験したので報告する。【症例1】77歳男性。十二指腸球部後壁神経内分泌腫瘍（NET）に対し、腹腔鏡補助下胃前庭部兼十二指腸球部切除＋5.6番郭清を施行した。腫瘍は11mm大、MIB-1陽性率は3%でNET G2と診断された。リンパ節転移はなかった。術後2年目のCTで、胃十二指腸吻合部近傍の残胃大弯側に18mm大の造影効果を有する腫瘍を認め、3番リンパ節が7mm大に腫大していた。術後10月目のCTを再検すると、今回の腫瘍部に一致して5mm大の結節が存在していた。腫瘍が増大傾向にあり、リンパ節腫大も認められることからNET再発を疑い、幽門側胃切除＋D2郭清を施行した。腫瘍は白色充実性で胃壁外に突出しており、組織学的には線維組織とともに紡錘形細胞が結節状に増生していた。免疫染色ではαSMA（+/-）、βカテニン（+）、CD34（-）、c-kit（-）、desmin（-）、s100（-）であり、腹腔内デスマイド腫瘍と診断された。リンパ節転移はなかった。再手術後2年2ヶ月無再発生存中である。【症例2】71歳男性。胃体上部大彎側の3cm大、壁外発育型GISTに対し、腹腔鏡補助下胃部分切除術を施行した。組織学的には核分裂像45/10HPF、MIB-index>30%と高リスクGISTであった。術後はイマチニブを投与していたが、術後1年目のCTで胃切除部近傍の左横隔膜下に19mm大の淡い造影効果を有する腫瘍が出現し、3ヶ月後に再検すると29mm大と増大していた。PET-CTでは腫瘍に一致してSUV2.9の異常集積が認められた。GIST再発の診断で腫瘍摘出術を施行した。病理組織学的には腹腔内デスマイド腫瘍と診断された。再手術後4ヶ月無再発生存中である。

100

腸閉塞症状で発見された巨大後腹膜腫瘍の1剖検例

朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

○黒部 拓也、中畑 由紀、安田 剛士、尾松 達司、大島 靖広、大洞 昭博、八木 信明、小島 孝雄

【症例】77歳男性【主訴】嘔吐、腹部膨満【既往歴】平成23年：クモ膜下出血、脾動脈瘤破裂で塞栓術【現病歴】平成23年より施設入所中であったが、平成28年5月下旬より腹部膨満を認めていた。6月3日に黒色嘔吐をきたし当科を紹介受診された。胸腹部CT検査で左後腹膜領域に一部石灰化を伴う20cm大の巨大な腫瘍を認め、胸腹水ならびに小腸イレウスも認めた。精査加療目的に同日入院となった。【経過】入院後イレウスチューブを挿入したが、Treitz帯より深部への挿入に難化した。第4病日にはWBC12400、CRP11.38と炎症反応上昇を認め、誤嚥性肺炎による変化と考え抗生剤を変更した。第8病日に撮影した胸腹部CT検査では腹水は著変もないものの胸水増加を認め、補液減量、さらに腹痛、膨満感改善のためオピオイド貼付ならびにオクトレオチド持続静注を開始した。第12病日にはイレウスチューブを自己抜去されたがCT上小腸拡張は改善しており経鼻胃管留置のみで経過観察とした。腹水は増加傾向であり、緩和目的に第13、18病日に腹水濾過濃縮再静注を行ったが、徐々に不可逆的な腎機能の悪化を来し第30病日に永眠された。家族同意のもと病理解剖を行った。病理解剖では後腹膜腔に繊維肉腫、軟骨肉腫、横紋筋肉腫など多彩な組織型が混在する間葉系腫瘍を認め、癌性胸膜炎、癌性腹膜炎を併発してい

た。【考察】後腹膜腫瘍の発生頻度は全腫瘍の0.2%とされており稀な疾患ではあるが、本症例のように巨大な腫瘍となって初めて症状が出現し発見されることが多く、腫瘍径が大きければ診断時点で既に予後不良であるとする報告が散見される。本症例では予後不良と思われることを念頭に入院時から十分に病状説明を行った上で緩和的治療を中心に、家族も病状を受け入れられ病理解剖の承諾を得ることができた。巨大後腹膜腫瘍の1剖検例を経験したため、剖検所見も含め報告する。

101

悪性腹膜中皮腫の1例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

○宮地 洋平¹、仲島 さよ里¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、神岡 諭郎¹、三浦 慎之祐¹、飛田 恵美子¹、池上 修二¹、溝上 雅也¹、恒川 卓也¹、山本 怜¹、竹内 一訓¹、福沢 一馬¹、井本 正巳¹、伊藤 誠²

【症例】72歳、男性。【主訴】腹部膨満感。【既往歴】胆囊炎。【職歴】内装業。アスベスト暴露歴あり。【現病歴】2015/10から腹部膨満が出現し、徐々に増悪、食思不振も出現したため、2016/1/4に近医受診し、1/5当院紹介入院となった。腹部はやや膨隆し、心窩部に軽度の圧痛を認めた。腹部単純CTでは、腹膜に不整で一部吸収値の上昇を伴う浮腫状変化と多発の結節、多量の腹水を認めた。採血はWBC 8800/ μ l、Seg 72.4%、CRP 5.04mg/dlと軽度炎症を認めた。血中CEA、CA19-9は正常値範囲内であったが、可溶性メソテリン関連ペプチドは7.8nmol/Lと高値であった。腹水は淡血性で、滲出性、腹水中ヒアルロン酸は124000ng/mlと高値であった。細胞診では、二核～多核の異型中皮細胞を散見し、免疫染色ではCEA（-）、カルレチニン（+）、P53（+）であった。PET-CTでは、大網領域にびまん性に集積を認めた。以上より悪性腹膜中皮腫と考えられた。腹膜生検での確定診断を検討したが、全身状態不良のため断念した。第31病日よりCDPP+PEMを開始したが、直後より強い嘔気と腹部膨満感を認め、第33病日で中止し、緩和治療を開始した。第56病日に突然の発熱を認め、第58病日に永眠となり、同日病理解剖を施行した。悪性腹膜中皮腫と、それに伴う腸閉塞、腸管穿孔、急性化膿性腹膜炎の診断であった。【考察】悪性腹膜中皮腫は比較的低頻度で、予後不良と言われている。腹膜炎の鑑別疾患として念頭に置くことが重要で、早期に治療を開始することで治療の選択肢を広げ得ると考えられた。【結語】アスベスト暴露による悪性腹膜中皮腫の1例を経験した。

102

胃スキルス癌との鑑別が困難であった悪性腹膜中皮腫の1例

¹羽島市民病院 消化器内科、²羽島市民病院 外科

○酒井 勉¹、奥野 祥子¹、中島 賢憲¹、秋田 國治¹、大西 隆哉¹、東 敏弥²、上松 孝²、辻本 浩人²、山田 卓也²

【症例】70歳代男性 主訴：嘔気嘔吐 既往歴：12年前胃潰瘍 5年前膀胱癌（内視鏡治療）現病歴：濃厚なアスベスト暴露歴を認め定期的に胸部CT腹部CT検査を受けていた。またヘリコバクターピロリ陽性胃潰瘍の既往歴があり、除菌療法後定期的に内視鏡検査で経過観察を受けていた。12年前悪性腹膜中皮腫を疑われ小切開で腹膜生検を受け、8年前悪性胸膜中皮腫を疑われ他院で胸腔鏡下胸膜生検を受けているがいずれも陰性であった。201X年11月下旬より急激に食欲低下、嘔気嘔吐を認め12月上旬内視鏡検査にて幽門前庭部の狭窄像を認め緊急入院となった。入院時現症：身長163 体重43 栄養不良 腹部 上腹部やや膨隆 入院時検査成績：WBC 11300 RBC 450 Hb 13.1 plat 57.1 TP 7.7 Alb 3.2 T.Bil 0.3 AST 14 ALT 7 LDH 113 ALP 386 γ GT 45 BUN 15.5 Cr 0.6 Na 136 K 4.9 Cl 97.3 FBS 112 CRP 3.8 CEA 1.8 CA19-9 11.5 SMRP 1.24 腹部CT：胃幽門前庭部胃壁のびまん性肥厚 肝被膜結節像 腹腔リンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査：胃幽門前庭部全周性の狭窄を認めた。入院後経過：スキルス型胃癌が疑われたが悪性腹膜中皮腫の胃壁浸潤も否定できず、当院外科にて開腹術となった。腹膜全体に肥厚を認め複数の結節像を認め特に胃幽門前庭部は漿膜側より腫瘍による狭窄を認め、胃幽門側切除は困難と判断。パイパス術を施行し大網の腫瘍の生検により悪性腹膜中皮腫（上皮型と肉腫型の混合型）と診断された。現在ベトレキセドナトリウムとスプラチンによる化学療法施行中である。【考察】悪性中皮腫は中皮（腹膜、胸膜）に発生する稀な悪性疾患でアスベスト暴露歴と強い関連性が指摘されている。本症例では濃厚なアスベスト暴露歴のため定期的な検査を受けているにも拘わらず、非常に進行した状態で発見されている。特に胃幽門前庭部への浸潤が著明で、スキルス胃癌との鑑別が困難であった。悪性腹膜中皮腫の殆ど症例が腹水を伴って発症しているが、本症例は経過中腹水を認めず特に稀な症例と思われた。

輸血を要した消化管出血症例の検討

岡崎市民病院

○水野 史崇、山田 弘志、後藤 研人、平松 美緒、加治 源也、
森 裕、梶川 豪、内田 博起、飯塚 昭男

【背景・目的】消化管出血は消化器疾患領域において頻繁に遭遇する病態の一つである。その中でも輸血を要するような重症例の臨床的特徴を明らかにし、診療向上に寄与することを目的とした。【方法】2015年9月1日から2016年8月31日の1年間において当院で輸血を必要とする貧血をきたし、上部または下部消化管内視鏡検査を行った患者160例のうち、消化管出血が原因と考えられた139例（年齢中央値74歳、男女比86:53）を対象に、それらの患者背景について検討した。【結果】出血源は、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃がん、大腸憩室出血の順に多く見られた。検討項目として入院日数、輸血量、入院期間前後でのADL変化に着目し、それらと患者の各種背景因子（年齢、内服薬、止血術の有無、基礎疾患）との関連を検討した。入院日数に関わる因子、輸血量に関わる因子をMann-Whitney's U testにて各種背景因子で検討した。入院日数に関わる因子では高齢、抗血小板・抗凝固薬内服、制酸剤内服、動脈硬化性疾患、基礎疾患のいずれかの既往があると入院期間が長期化した。制酸剤内服による長期化は、何らかの基礎疾患を有する患者が多いためと考えられた。動脈硬化性疾患の既往による長期化は、抗血小板・抗凝固薬との併用が多いためと考えられた。輸血量に関わる因子として止血術を要した症例は有意に多くの輸血を必要とした。ADLの変化に関わる因子を検討するためADL不変の群と低下の群に分け多変量解析した。その結果、何らかの基礎疾患を有する患者は入院中にADLを低下させることが示唆された。【結語】輸血を要するような重症消化管出血症例の臨床的特徴について検討した。今回の検討で入院期間、輸血量、ADLに関与する重症例の臨床的特徴が明らかとなった。これらの臨床的特徴を踏まえた対応により、診療の質の向上が期待出来る。