

日本消化器病学会東海支部第132回例会

第 43 回 教 育 講 演 会

プ ロ グ ラ ム 抄 録 集

令和2年度（2020年度）



会長 清水雅仁（岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学）

日本消化器病学会東海支部第132回例会

第43回教育講演会

プログラム抄録集

会長 清水雅仁（岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学）

誌面開催

プログラム目次

プログラム・会場早見表	1
シンポジウムのご案内	2
女性医師の会のご案内	3
第19回専門医セミナーのご案内	4
第43回教育講演会のご案内	5
第43回教育講演会プログラム	9
第43回教育講演会抄録	10
シンポジウムプログラム	20
シンポジウム抄録	23
一般演題プログラム	32
一般演題抄録	52
協賛企業一覧・広告	75

プログラム&会場早見表

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	受付			
09:00	開会の辞			
09:30	教育講演① 【上部消化管】 09:00-10:00 講師：片岡洋望 司会：藤城光弘	09:00-10:40 シンポジウム① 『消化管疾患診療の 現状と課題』 司会：中村正直 井深貴士	膵1 09:00-09:28	肝1 09:00-09:35
10:00			膵2 09:28-10:03	肝2 09:35-10:10
10:30	教育講演② 【下部消化管】 10:00-11:00 講師：花井恒一 司会：吉田和弘		膵3 10:03-10:31	胆1 10:10-10:38
11:00			膵4 10:31-11:06	胆2 10:38-11:06
11:30	専門医セミナー 11:05-12:05			膵5 11:06-11:34
12:00				
12:30				
13:00				
13:30	女性医師の会 13:25-13:55	13:30-15:50 シンポジウム② 『胆膵疾患に対する 診断・治療に おける工夫』 司会：林 香月 岩下拓司	大腸1 13:30-13:58	食道 13:30-14:05
14:00			大腸2 13:58-14:33	胃・十二指腸1 14:05-14:33
14:30	教育講演③ 【肝】 14:00-15:00 講師：岩佐元雄 司会：米田政志		大腸3 14:33-15:08	胃・十二指腸2 14:33-15:01
15:00			大腸4 15:08-15:43	胃・十二指腸3 15:01-15:29
15:30	教育講演④ 【胆膵】 15:00-16:00 講師：川嶋啓揮 司会：廣岡芳樹			胃・十二指腸4 15:29-15:57
16:00	閉会の辞			
16:30				
17:00				

シンポジウムのご案内

シンポジウム 1 『消化管疾患診療の現状と課題』

会 場：第 2 会場

時 間：9：00～10：40

司 会：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
岐阜大学医学部附属病院 第一内科

中村 正直
井深 貴士

シンポジウム 2 『胆膵疾患に対する診断・治療における工夫』

会 場：第 2 会場

時 間：13：30～15：50

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
岐阜大学医学部附属病院 第一内科

林 香月
岩下 拓司

女性医師の会のご案内

会 場：第1会場

時 間：13：25～13：55

司 会：国家公務員共済組合連合会 名城病院

後藤 秀実

演 者：高山赤十字病院 内科

白子 順子

第19回専門医セミナーのご案内

会 場：第1会場

時 間：11：05～12：05

テーマ：「消化管疾患」

司 会：松波総合病院 光学診療センター・炎症性腸疾患センター 荒木 寛司

症例提示：岐阜県総合医療センター 消化器内科 山崎 健路

討論者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 志村 貴也
三重大学医学部附属病院 光学医療診療部 田中 匡介
磐田市立総合病院 消化器内科 山田 貴教

病理解説：岐阜大学医学部附属病院 病理部 宮崎 龍彦

第43回教育講演会のご案内

会 場：第1会場

時 間：9：00～16：00

教育講演1 ポストピロリ時代の上部消化管疾患の診断と治療

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 片岡 洋望

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 藤城 光弘

教育講演2 下部消化管外科領域におけるロボット手術の現状と今後の展望

講師：藤田医科大学 総合消化器外科 花井 恒一

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3 アルコール性および非アルコール性脂肪性肝炎の最近の話題

講師：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 岩佐 元雄

司会：愛知医科大学 肝胆膵内科 米田 政志

教育講演4 胆管癌診療と内視鏡的乳頭切除術

講師：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

司会：藤田医科大学 消化器内科Ⅱ 廣岡 芳樹

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43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：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 藤城 光弘

ポストピロリ時代の上部消化管疾患の診断と治療

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 片岡 洋望

教育講演 ② 10：00－11：00

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科 吉田 和弘

下部消化管外科領域におけるロボット手術の現状と今後の展望

藤田医科大学 総合消化器外科 花井 恒一

教育講演 ③ 14：00－15：00

司会：愛知医科大学 肝胆膵内科 米田 政志

アルコール性および非アルコール性脂肪性肝炎の最近の話題

三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 岩佐 元雄

教育講演 ④ 15：00－16：00

司会：藤田医科大学 消化器内科Ⅱ 廣岡 芳樹

胆管癌診療と内視鏡的乳頭切除術

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

1) ポストピロリ時代の上部消化管疾患の診断と治療

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 片岡 洋望

最近のわが国の衛生環境の向上や、2013年の H. pylori (HP) 感染胃炎に対する除菌療法の保険適用などにより、HP 感染胃炎は減少傾向にあり、HP に関連の乏しい上部消化管疾患が近年注目されるようになってきている。

好酸球性食道炎 (Eosinophilic esophagitis: EoE) は、「食道の喘息」とも表現される食物抗原をアレルゲンとする慢性のアレルギー疾患である。Th1型免疫状態優位の HP 陽性者と Th2型優位の EoE の有病率は逆相関すると報告され、EoE はわが国でも増加傾向にある。つかえ感、food impaction、胸やけなどの症状を呈し、内視鏡検査では縦走溝、白斑、気管様狭窄などの所見が特徴的とされる。生検組織で好酸球15個 /HPF 以上が診断基準の必須項目となっているが、鑑別すべき疾患も多い。IL-13, IL-4などのサイトカインによる食道上皮細胞の eotaxin-3の転写活性化が重要なメカニズムで、PPIがこの経路を転写レベルで抑制することも明らかになりつつある。

HP 除菌後胃癌とともに HP 未感染胃癌も報告例が増加している。噴門部癌、胃型形質の超高分化型腺癌 (胃底腺型胃癌)、胃底腺幽門腺境界領域に好発する印環細胞癌などが私たちの診療科でも経験されており、HP 未感染胃の内視鏡観察においては注意が必要である。

癌診療は Precision Medicine (精密医療) の時代となりつつあり、癌患者の血液中、尿中の癌の DNA や microRNA、ペプチドなどを高感度に測定することにより、癌の早期診断、再発予測、治療薬剤の決定、予後予測などに応用され始めている。私たちの教室では、より侵襲性の低い尿中 microRNA を用いた胃癌診断バイオマーカーの確立を目指し研究を進めてきた。Stage I の胃癌に対しても ROC 曲線の AUC 0.748と高い診断能を有しており、今後の臨床応用が期待される (J Gastroenterol, 2019)。

略 歴

- 1989年 3 月 名古屋市立大学医学部医学科卒業
- 1989年 4 月 名古屋市立大学病院第一内科研修医
- 1990年 7 月 名古屋市立緑市民病院内科医員
- 2000年 3 月 名古屋市立大学大学院医学研究科修了、博士（医学）
- 2001年 9 月 カルガリー大学留学（Postdoctoral Fellow）
- 2004年 4 月 名古屋市立大学大学院臨床機能内科学助手
- 2009年12月 名古屋市立大学大学院内視鏡部准教授
- 2018年11月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学分野教授

主な所属学会・資格・役職等

- 日本消化器病学会：評議員、指導医、専門医
- 日本消化器内視鏡学会：非選挙社団評議員、指導医、専門医
- 日本消化管学会：代議員、総務委員、胃腸科専門医
- 日本内科学会：評議員、指導医、総合内科専門医
- 日本潰瘍学会：理事、学術委員会委員
- 日本レーザー医学会：評議員、選奨委員会委員、専門医
- 日本カプセル内視鏡学会：代議員、指導医、専門医
- 日本食道学会：評議員
- 日本消化器癌発生学会：評議員
- 日本光線力学学会：幹事
- American College of Gastroenterology (ACG)：Member

2) 下部消化管外科領域におけるロボット手術の現状と今後の展望

藤田医科大学 総合消化器外科 花井 恒一

本邦におけるロボットシステムを利用した手術は、da Vinci surgical S system が2009年に薬事承認された後、消化器外科、泌尿器科をはじめ、あらゆる分野で保険外診療として行われてきた。2012年には、前立腺手術で保険適用され急速に普及が進み、2018年4月には胃癌、直腸癌手術をはじめ様々な領域の12術式が保険適用となった。

Da Vinci surgical system は手振れ防止機能やカメラの高解像度画像、多関節機能などの機能をもつことから、安定した術野で精緻な手術が可能となった。さらに構造上の改良に加え本体がコンパクトとなり操作性移動性に優れた Xi system が開発された。下部消化管外科領域では、直腸癌手術は狭骨盤内での操作を要するため難度の高い手術とされる。しかし、本システムの機能を利用することにより、より精度の高い手術が可能となると評され、保険適用後は症例数が急速に増加し、本邦での昨年の症例数は4000例に及んでいる。当科でも2009年から開始し徐々に適応を広げ、2019年12月までに大腸疾患230例（直腸悪性腫瘍は221例）を経験した。C-L分類Ⅲは8%に認めたがGrade 4, conversion は認めていない。長期予後は5-OS Stage I 93.8%, II 100%, III 83.1%（～2019.9まで）であった。本手術は根治性、機能温存率の向上、学習曲線の短縮などについての多くの報告がなされてきている。一方、ロボット手術特有の操作による合併症もあり、保険適用後には安全性の確保のため厳しい術者や施設基準が設定されている。今後、教育システムの構築や本邦での安全性を証明することで基準の改定も行われ更なる普及が期待できる。海外では腹腔鏡手術よりロボット手術が大腸の良性疾患や結腸癌にも普及してきている。今後、新たなロボットシステムや手技の開発による医療経済、患者や医療従事者の負担を軽減できる手術となることを証明する臨床試験の実施が必要と思われる。本講演では下部消化管外科領域におけるロボット手術の現状と今後の展望について述べたい。

略 歴

- 1985年 3月 藤田学園保健衛生大学 医学部卒業
- 1985年 5月～ 藤田学園保健衛生大学病院研修医
- 1987年 4月～ 藤田学園保健衛生大学大学院入学
- 1991年 3月 藤田学園保健衛生大学大学院 医学研究科修了
- 1991年 4月～ 社会保険中京病院外科医員
- 1994年 7月～ 藤田保健衛生大学医学部 外科学 講師
- 2007年 4月～ 藤田保健衛生大学医学部 消化器外科学 准教授
- 2016年 5月～ 藤田保健衛生大学医学部 総合消化器外科学 臨床教授
- 2018年10月～ 藤田医科大学医学部 総合消化器外科学 臨床教授

所属学会 資格

日本外科学会専門医、指導医 日本消化器外科専門医、指導医 日本内視鏡外科学会評議員、技術認定医、日本大腸肛門病学会評議員、専門医、指導医 日本ロボット外科学会評議員、国内 A 級専門医 日本がん治療認定医 日本臨床外科学会評議員、日本外科系連合評議員 日本ストマ排泄リハビリテーション学会 評議員

SAGS (Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons) active member、IASGO (International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists) active member)

3) アルコール性および非アルコール性脂肪性肝炎の最近の話題

三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 岩佐 元雄

胃や上部小腸より吸収されたアルコールは、肝臓でアルコール脱水素酵素 (ADH)、ミクロソームエタノール酸化系 (MEOS) などにより酸化されてアセトアルデヒドとなり、さらにアセトアルデヒド脱水素酵素 (ALDH) により酢酸に代謝される。アルコール代謝に伴いミトコンドリア内に NADH が過剰になると、中性脂肪の合成が促進され、肝に脂肪化をきたす。肝細胞の障害には、腸内細菌由来のエンドトキシン、活性酸素や炎症性サイトカインが相互に関与している。臨床経過として、飲酒によりまずアルコール性脂肪肝が生じ、アルコール性肝炎や肝線維症を経て、肝硬変へと進展することが多い。ALDH2 には遺伝子多型があり、活性型 (ALDH2*1) と非活性型 (ALDH2*2) に分類される。ALDH2*2 のホモ接合体はほとんど飲酒できない。ALDH2*1/*2 のヘテロでは、より少量の飲酒で肝障害を呈し、食道癌、咽喉頭癌など、上部消化管の発癌リスクが上昇することが知られている。

診断には正確な飲酒量の把握が重要で、日本酒換算平均 3 合 (純エタノールで 60g) / 日以上を 5 年以上の常習飲酒家であること、禁酒により AST、 γ -GTP、肝腫大が改善することを確認する。糖鎖欠損トランスフェリン (CDT) は飲酒量と正相関すること、断酒後ほぼ全例で低下することから、常習飲酒家、断酒の補助診断マーカーとして注目されている。治療の基本は断酒であるが、節酒の継続により肝機能の明らかな改善に加え、糖・脂質代謝の改善を示す症例が多く認められ、減酒により臓器障害の軽減を図る、いわゆる harm reduction の有効性が臨床の場で受け入れられつつある。薬物では、選択的オピオイド受容体調節薬で飲酒欲求の軽減作用のあるナルメフェンに期待が集まっている。

非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) は、主にメタボリックシンドロームに関連する諸因子とともに、組織診断あるいは画像診断にて脂肪肝を認めた病態である。肝臓の脂肪沈着は組織学的に 5% 以上を有意とする。NAFLD は、病態がほとんど進行しない非アルコール性脂肪肝 (NAFL、以前の単純性脂肪肝) と進行性で肝硬変や肝癌の発症母地にもなる非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) に分類される。現在、日本消化器病学会、日本肝臓学会が共同で NAFLD/NASH 診療ガイドラインの改定作業が行われているが、肝発癌や生命予後と最も関連するのは肝線維化であり、線維化の程度に応じて経過観察方法、治療法を選択すべきことが強調されると考えられる。本講演では、この線維化の程度に応じた脳心血管障害の絞り込み、精密検査および経過観察間隔の設定、さらには治療アルゴリズムについて触れたい。

略 歴

昭和61年 3月	三重大学医学部卒業	
昭和61年 5月	三重大学医学部附属病院 第三内科	医員（研修医）
昭和62年 2月	山田赤十字病院	内科
昭和63年 4月	三重大学大学院医学研究科博士課程入学	
平成 4年 3月	同	修了
平成 4年 8月	桑名市民病院	内科
平成16年 2月	三重大学医学部附属病院	消化器・肝臓内科 助手
平成20年11月	同	講師
平成22年 6月	同	准教授
平成27年 1月	三重大学大学院	消化器内科学 准教授
平成30年 4月	三重大学医学部附属病院	消化器・肝臓内科 病院教授

主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会・総合内科専門医・指導医・東海支部評議員
日本消化器病学会・専門医・指導医・評議員 食と消化器病委員
日本肝臓学会・専門医・指導医・評議員 NASH ガイドライン作成委員 社会保険委員
日本病態栄養学会・専門医・学術評議員

受賞歴

第 5 回 AJINOMOTO Award 受賞（日本肝臓学会）
小越章平記念 Best Paper in 2004 受賞（日本静脈経腸栄養学会）

4) 胆管癌診療と内視鏡的乳頭切除術

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

画像診断が進歩した今日でも胆管狭窄病変の診断は困難であることが多い。また、十二指腸乳頭部腫瘍に対する内視鏡的切除術についてはエビデンスが非常に少ないのが現状である。2019年7月に胆道癌診療ガイドライン (GL) が改定された (第3版)。今回は、胆管癌診断とドレナージ、内視鏡的乳頭切除術 (EP) についてガイドラインの内容を参照しながら、その実際と最近の動向を概説する。

1: 胆管癌の診断

GL には採血や腹部超音波検査でスクリーニングを行い、ダイナミック CT をドレナージ前に施行し多断面再構成画像を作成することにより水平進展度診断、血管浸潤の評価をし (必要によって MRCP 施行; エビデンスレベル A)、サードステップとして ERCP (IDUS)、EUS、経口胆道鏡で質的診断、進展範囲診断をする (エビデンスレベル C) とされている。当科の実際は CT により手術の可否・予想術式を評価し ERCP (IDUS)、経乳頭的生検、ドレナージ (主に ENBD) を一期的に施行している。しかし、CT、ERCP (IDUS) などの癌診断に対する正診率などの報告は乏しく、現状で画像診断のみでは質的診断が不能な症例は多い。さらに胆管生検の感度は50%程度との報告が多い。当科の成績でも乳頭型・結節型の胆管癌では生検の成績は良好 (2個の生検で89.5%) であるが、画像診断にて鑑別が困難である平坦型の成績が悪い (3個の生検で正診率75%程度) という問題がある。IgG4等の採血所見、画像診断と生検診断を総合して診断する必要がある。

2: 胆管癌のドレナージ

欧米からの報告では胆管癌に対する術前ドレナージ不要論が出てきているが、GL では肝葉切除以上の肝切除を予定する場合はドレナージを行うことが推奨されている (エビデンスレベル C)。肝門部胆管癌については ENBD が第一選択とされているが、近年では乳頭を越えて胆管内に tube stent を留置する instent 法の有用性について多く報告され当科でも多用している。また6mm径の fully covered メタリックステント (FCSEMS) が発売され、遠位胆管のみならず肝門部領域にも FCSEMS が使用されるようになってきている。これらは術前ドレナージから手術不能症例へも使用可能であり患者への負担も少ない。

3: EP の現状

GL 上、胆管内進展をともしない乳頭部腺腫については EP が許容されてきているが、乳頭部癌については深達度診断が困難であることを理由に膵頭十二指腸切除術が標準術式とされている。しかし、粘膜にとどまる癌症例の予後は EP でも良好である。最近では免疫染色などを用いて術前深達度診断を可能にしようとする試みもなされている。

本講演ではこれらの内容について当科の症例を供覧し、今後の展望についても述べて行きたい。

略 歴

1995年3月 名古屋大学医学部卒業
1995年5月 半田市立半田病院 研修医
1997年4月 半田市立半田病院 内科医員
1999年11月 愛知厚生連渥美病院 内科医員
2002年4月 名古屋大学 内科学第二講座 研究生
2003年4月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 医員
2008年7月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器疾患病態論 助教
2010年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 助教
2015年6月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 講師
2019年4月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 部長（併任）
2019年10月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授
現在に至る

主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会（認定医、指導医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、内視鏡的乳頭切除術診療ガイドライン作成委員）
日本超音波医学会（専門医、指導医、代議員）
日本膀胱学会（指導医、評議員）
日本胆道学会（指導医、評議員、学術委員、会則検討委員）

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

9 : 00 ~ 10 : 40

司 会 : 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直
岐阜大学医学部附属病院 第一内科 井深 貴士

『消化管疾患診療の現状と課題』

- S1-1 切除可能高齢食道癌患者における診療の現状と課題
愛知県がんセンター 内視鏡部
○大西 祥代、田近 正洋、丹羽 康正
- S1-2 高齢者胃癌診療における機能評価の現状と課題
朝日大学病院 消化器内科
○中畑 由紀、坂元 直行、八木 信明
- S1-3 *Helicobacter pylori* 未感染早期胃癌の発生領域と特徴
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○水谷 拓、井深 貴士、荒木 寛司
- S1-4 当院における Over-The-Scope Clip (OTSC) の使用経験
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○吉田 泰之、小澤 範高、山崎 健路
- S1-5 進行食道癌・胃癌患者における便中腸内細菌叢の解析
藤田医科大学 消化器内科 I
○吉田 大、船坂 好平、大宮 直木
- S1-6 下部消化管内視鏡検査時の昼食摂取が検査に及ぼす影響の検討 (パイロット試験中間解析)
高山赤十字病院 内科
○荒尾 真道、岩田 翔太、白子 順子
- S1-7 便中カルプロテクチンが偽陰性となる因子の検討
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○梶川 豪¹、山村 健史²、藤城 光弘¹
- S1-8 演題取り下げ
- S1-9 演題取り下げ

シンポジウム 2

第 2 会場

13:30~15:50

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
岐阜大学医学部附属病院 第一内科

林 香月
岩下 拓司

『胆膵疾患に対する診断・治療における工夫』

- S2-1 当院におけるセフトリアキソン投与に伴う偽胆石発症の検討
名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○岡山 幸平、宮部 勝之、林 克己
- S2-2 鑑別診断困難な胆管狭窄症例に対する steroid trial の検討
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○青木 聡典¹、川嶋 啓揮²、藤城 光弘¹
- S2-3 当院における 1 型自己免疫性膵炎の検討
春日井市民病院
○隈井 大介、高田 博樹、祖父江 聡
- S2-4 膵腫瘍に対する造影 EUS の有用性に関する検討
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○岩佐 悠平、岩下 拓司、清水 雅仁
- S2-5 切除例からみた嚢胞を有する IPMN の診断における造影 CT と超音波内視鏡の比較検討
藤田医科大学 消化器内科 II
○中岡 和徳、橋本 千樹、廣岡 芳樹
- S2-6 3D 仮想胆道鏡 (MRCS) を用いた肝門部領域胆管癌の胆管内腔進展度評価
岐阜市民病院 消化器内科
○奥野 充、手塚 隆一、向井 強
- S2-7 ERCP 後膵炎予防のための自然脱落型膵管ステントの有用性
朝日大学病院 消化器内科
○林 完成、大洞 昭博、八木 信明
- S2-8 演題取り下げ
- S2-9 演題取り下げ

S2-10 当院での SpyGlass™ DS を用いた結石治療の検討

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
○倉田 一成¹、山田 玲子²、竹井 謙之²

S2-11 当院における難治性術後胆汁漏に対する内視鏡を用いた集学的治療の経験

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○加地 謙太、吉田 道弘、林 香月

S2-12 肝門部悪性胆管狭窄に対するラジオ波焼灼療法の有用性の検討

愛知医科大学 肝胆膵内科
○井上 匡央、伊藤 清顕、米田 政志

S2-13 演題取り下げ

S2-14 切除不能進行胆道癌に対する化学療法の有効性・安全性に関する検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○吉田 健作、丸田 明範、岩田 圭介

S1-1 切除可能高齢食道癌患者における診療の現状と課題

愛知県がんセンター 内視鏡部

○大西 祥代、田近 正洋、丹羽 康正

背景・目的：食道癌診療ガイドラインでは、cStage II/Ⅲ食道扁平上皮癌（ESCC）症例では術前の化学療法（NAC）が標準治療に位置づけられている。様々な合併症・サルコペニアを代表とする体組成異常を有する高齢患者においてNACを行うことで若年者と同様の有用性・安全性が得られるか、さらに体組成異常が治療や予後に及ぼす影響について検証した。方法：対象は2013年1月から2018年6月までに当院でNACを施行した70歳以上のESCC患者91例（O群）。同時期にNACを施行した70歳未満患者116例（Y群）を対照とし、背景因子・生存率を比較検討した。さらにO群における予後予測因子を検討した。初回腹部CTを用いた骨格筋指数が男性42以下、女性38以下である骨格筋量低下をサルコペニア、また膈レベルの内臓脂肪量100cm²以上を肥満とし、サルコペニアに肥満を併発したものをサルコペニア肥満と定義した。栄養状態はSGAで評価した。結果：O群はY群と比較してPS、SGAが不良で（共に $p < 0.01$ ）、糖尿病合併、悪性腫瘍治療歴（共に $p < 0.05$ ）を有していた。NACの有害事象・術後合併症の頻度には認めなかった。Cancer specific survival（ $p = 0.65$ ・HR：1.15）、全生存期間（ $p = 0.42$ ・HR1.26）ともに両群間で差は認めなかった。一方、COXハザード比較モデルを用いた多変量解析でサルコペニア肥満（ $p = 0.03$ ・HR：2.72）だけがO群における独立した予後予測因子であった。O群におけるサルコペニア肥満は、BMIが高く（ $p = 0.04$ ）、SGAは良好で（ $p < 0.01$ ）、治療前の体重減少率も低かった（ $p = 0.03$ ）。結論：高齢者の進行食道癌に対するNACは若年者と同等に安全に施行が可能で治療効果が期待できる。しかし高齢患者のなかでもサルコペニア肥満は予後不良である。サルコペニア肥満はBMIも高くSGAも良好であることから臨床所見から診断することは難しく、術前のCTにてサルコペニア肥満を認識し治療介入することが重要と考えられた。

S1-2 高齢者胃癌診療における機能評価の現状と課題

朝日大学病院 消化器内科

○中畑 由紀、坂元 直行、八木 信明

【目的】高齢者がん死亡者数は増加傾向にあり、高齢者がん診療において機能評価の重要性が報告されている。Geriatric-8（G8）は高齢者の機能評価について最も感度が高いものの一つとされ、短時間で多領域を網羅的に評価することができる。今回我々は高齢者胃癌診療においてG8をはじめとした複数の指標を用いて機能、栄養状態を評価し、高齢者胃癌患者における治療選択との関連について探索した。【方法】当院にて診療した75歳以上の胃癌患者52例を対象に、G8、予後栄養指数（O-PNI）、modified Glasgow Score（mGPS）、PSなどの指標を用いて治療選択との関連について検討を行った。【結果】平均年齢81歳。進行癌29例、早期癌23例。ESD20例、手術19例（根治術17例、姑息術2例）、化学療法3例、その他2例、BSC8例。中央値（ESD/手術/化学療法/BSC）はG8（14/12/10/7）、O-PNI（52/46/49/36）、mGPS（0/0/1/2）、PS（1/1/1/3）と、BSCと治療を行なった群を比較するとG8、O-PNIはBSCで有意に低く、mGPS、PSはBSCで有意に高い結果となった（ $p < 0.01$ ）。治療方針について、自己決定群40例と家族決定群12例を比較すると、各々の値の中央値（自己決定群/家族決定群）はG8（13/8）、O-PNI（49/43）、mGPS（0/1）、PS（1/2）であった。【考察】全症例でG8スコア ≤ 14 で一定の機能低下ありと評価したが、BSC群ではそれ以外の症例と比較してG8スコアが著しく低値であった。O-PNIはがん治療を行なった症例全例において > 40 で、G8 ≤ 14 でもO-PNI値が良好であれば積極的がん治療の対象になりうることを示唆された。G8、mGPS、PSの悪い症例については、治療方針の自己決定が困難であると考えられた。【結語】年齢は治療方針決定の大きな要素ではあるが、高齢者胃癌診療においては年齢のみではなく、G8や栄養状態など、複数の指標を組み合わせることで患者機能を適切に評価し、治療選択を行うことが重要である。高齢者では治療方針の自己決定が困難な場合も多く、アドバンス・ケア・プランニングなどによる事前の意思決定の必要性が示唆された。

S1-3 *Helicobacter pylori* 未感染早期胃癌の発生領域と特徴

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○水谷 拓、井深 貴士、荒木 寛司

【緒言】*Helicobacter pylori*未感染早期胃癌（HPINGC：Helicobacter pylori infection-negative early gastric cancer）は多様な形態が報告されており診断が困難な病変である。今回我々は、当院で経験したHPINGCの発生領域とその内視鏡学的特徴、病理学的特徴についてまとめた。【方法】2005年1月から2018年12月の期間内に、当院で内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）もしくは外科的切除を施行された早期胃癌症例を後方視的に検討した。胃を噴門腺領域（C領域）、胃底腺領域（F領域）、胃底腺・幽門腺境界領域（FP領域）、幽門腺領域（P領域）と分画したときに、各々の領域から発生する病変の内視鏡所見と免疫組織染色（MUC5AC、MUC6、MUC2、CD10、pepsinogen-I、H+/K+ ATPase、MIB-1、E-cadherin、chromogranin A）を含んだ病理所見について検討した。【結果】1741病変（ESD症例1329例、手術症例412例）中19病変（1.1%）ESD症例16例、手術症例3例）がHPINGCと診断された。年齢中央値65（34-75）歳で、性別は男11例、女8例であった。発生部位は、C領域1例、F領域7例、FP領域7例、P領域4例であった。C領域では1）境界明瞭なO-IIc病変を認め、血管・腺管構造は軽度不整であった。噴門腺由来の食道胃接合部癌の1型と考えられた。F領域で認めた病変は2）白色調境界明瞭なO-IIa病変（5例）、3）褐色調SMT様のO-IIa病変（2例）、4）境界不明瞭な褐色調～発赤調のO-IIa+O-IIc病変（1例）であった。2）はtub1でMUC5ACが陽性であり、胃腺窩上皮由来の癌と診断した。3）はtub2でpepsinogen-I、H+/K+ ATPaseが陽性であり胃底腺由来の癌と診断した。FP領域では5）境界不明瞭な褐色調のO-IIb病変（5例）と、6）境界不明瞭な褐色調～発赤調のO-IIa+O-IIc病変（1例）を認めた。5）は未分化癌が主体であった。P領域では7）緩やかな立ち上がりと陥凹を持つO-IIc+IIa病変を4例認めた。7）の背景粘膜は幽門腺で、CD10が陽性であり、幽門腺由来の腫瘍であると考えられた。【考察】HPINGCはそれぞれの発生母地の組織学的性質を引き継いでおり、それらの差異が内視鏡的所見を特徴づけている可能性が示唆された。

S1-4 当院におけるOver-The-Scope Clip（OTSC）の使用経験

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○吉田 泰之、小澤 範高、山崎 健路

2009年より欧米諸国で臨床導入された内視鏡用・全層縫合器Over-The-Scope Clip（以下OTSC）システムは、内視鏡用止血クリップなどの既存のデバイスと比較し、消化管壁全層に対し強力な組織把持力を有する特性により、欠損孔を持続的に閉鎖しうる。本邦では2011年に薬事認可後、その認知度、汎用性に拡がりを見せている。これまでに報告された臨床成績では、把持困難な硬化した組織を有する瘻孔においては課題が残るものの、出血・穿孔・縫合不全には高い臨床的効果を示している。同時に、その高い安全性も示されている。今回当院で2011年1月から2019年12月までの間にOTSCによる閉鎖術、止血術を行った10症例について検討した。消化管の穿孔や瘻孔に対して閉鎖術を行った症例は7例であった。内訳は特発性食道破裂1例、十二指腸潰瘍穿孔1例、食道胸腔瘻1例、胆膵領域を含めた内視鏡検査・治療中の消化管穿孔に対し、閉鎖術を行った症例が4例であった。難治性出血例に対して止血術を行った症例は3例であった。内訳は、大腸ポリープEMR後出血1例、S状結腸憩室出血1例、胃癌ESD後出血の3例であり、いずれの症例もクリップ止血困難例であった。当院で経験した食道胸腔瘻の症例のように、把持困難な硬化した組織を有する瘻孔に対してはアンカー把持鉗子が有効であった。当院の経験では、閉鎖術・止血術のいずれにおいても、全例で手技的な成功を治める事ができた。費用面等の課題は残るが、従来の手技による内視鏡治療困難例に対する治療手技の一つとして、OTSCは広く内視鏡医が習得すべき手技であると考えられる。

S1-5 進行食道癌・胃癌患者における便中腸内細菌叢の解析

藤田医科大学 消化器内科 I

○吉田 大、松坂 好平、大宮 直木

【背景】近年、免疫チェックポイント阻害薬が癌腫横断的に使用されつつあるが、治療効果を予測する因子ははっきりしていない。癌患者の腸内細菌において特定の菌種が増えたという報告や免疫チェックポイント阻害薬に対する反応性に腸内細菌叢の組成、多様性が関与するという報告がある。しかし、癌患者の腸内細菌叢を網羅的に解析した報告はない。【目的】進行癌患者の腸内細菌叢を解析し、健康人との相違を検討する。【方法】化学療法前もしくはレジメン変更前の進行癌患者から採便しDNAを抽出後、16SrRNA V1/2領域をPCRにて増幅し、次世代シーケンサー (MiSeq500) を用いて腸内細菌叢を網羅的に解析し、解析ソフト Qiime2にて健康人と癌患者における腸内細菌叢の組成および多様性の比較、進行癌患者におけるそれらの経時的変化を調べた。【結果】健康者は41例 (年齢中央値42歳、男性19例、女性22例)、進行癌患者は13例 (年齢中央値75歳、男性11例、女性2例)。癌種の内訳は胃癌11例、食道癌2例 (stage II期が1例、IV期が12例、PS1以下10例、2以上3例)。化学療法治療開始前10例、2nd line開始前1例、3rd line開始前2例であった。腸内細菌叢の菌種の解析 (門レベル) では、健康人ではBacteroidetesとFirmicutesが大半を占めていたが、進行癌患者では、健康人と比較しProteobacteriaが多い傾向にあり、癌が進行し全身状態が悪化傾向の患者においてはProteobacteriaが70%以上を占めていた。また、治療開始前で全身状態が良好なカヘキシアのない群 (非カヘキシア群) 内での腸内細菌叢のβ多様性は低下し、類似していたのに対し、癌が進行し全身状態が悪化したカヘキシア群は非カヘキシア群と類似性が低かった。【結語】癌の進行に伴い、Proteobacteriaを中心に腸内細菌叢が変化することが示唆された。

S1-6 下部消化管内視鏡検査時の昼食摂取が検査に及ぼす影響の検討 (パイロット試験中間解析)

高山赤十字病院 内科

○荒尾 真道、岩田 翔太、白子 順子

【背景】下部内視鏡検査時の稀な合併症の一つに脳梗塞がある。検査に関連して脳梗塞を合併する原因は不明だが、上部内視鏡検査時の脳梗塞の合併症の報告が少ないため、循環血漿量の減少が原因の一つとしてあげられる。食事をして大腸まで到達するにはある程度時間を要するため、下部内視鏡検査時に昼食を摂取しても検査の妨げとならない可能性がある。下部内視鏡検査時の昼食摂取が腫瘍発見率や循環血漿量に及ぼす影響を検討した。【対象・方法】2019年8月1日から2020年3月23日の間に当院内科に入院した18歳以上で、本試験への参加の同意を得られた患者を対象とした。胃及び大腸手術歴、炎症性腸疾患、認知機能障害、歩行困難、嚥下障害がある患者は除外した。対象症例を無作為に昼食非摂取群 (従来群) と昼食摂取群に割り付け、主要評価項目として腫瘍発見率を比較した。副次評価項目として循環血漿量の変化や、内視鏡的に発見されたポリープ数、挿入時間、観察時間を比較した。循環血漿量の変化は、検査当日起床時と、検査直前に採血し、アルブミン、尿素窒素、クレアチニン、ヘマトクリットの変化量により評価した。【結果】24人が従来群、25人が昼食摂取群に割り付けられた。両群間で年齢、性別、検査者の熟練度、検査までの水分摂取量に有意差はなかった。患者一人当たりの内視鏡的なポリープの発見数は従来群で平均2.3±3.0個であるのに対し、昼食摂取群で1.4±1.9個であった (p=0.26)。腫瘍発見率は従来群で54.2%、昼食摂取群で56.0%であった (p=1.00)。挿入時間、観察時間は従来群と昼食摂取群でそれぞれ542±332秒 vs. 481±329秒 (p=0.52)、841±655 vs. 687±288秒 (p=0.29) であった。アルブミン、尿素窒素、クレアチニンの変化量は両群とも微増したのみであった。ヘマトクリットは従来群のほうが高い傾向にあった (1.3±2.0 vs. 0.73±1.2, p=0.22)。【結論】下部内視鏡検査時の昼食摂取は従来通りの検査の質を担保しうる結果であった。循環血漿量減少の予防となっているかは、最終解析で確認する予定である。

S1-7 便中カルプロテクチンが偽陰性となる因子の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○梶川 豪¹、山村 健史²、藤城 光弘¹

【目的】潰瘍性大腸炎 (UC) の治療の目的は粘膜治癒とされており、粘膜治癒は入院率と手術率の低下に関連していると報告されている。しかし臨床症状のみで粘膜の評価は困難であるために、内視鏡はUC粘膜の炎症を評価するためのゴールドスタンダードであるが侵襲的かつ高価である。一方、便中カルプロテクチン (FC) は便試料で容易に測定でき、UCで内視鏡の炎症と良好な相関を示すといわれており有望な非侵襲性マーカーである。しかし、内視鏡所見で活動性が高いがFCが低値 (偽陰性) となる例もしばしば経験する。今回当施設のFCと内視鏡所見との関連を調べ、内視鏡で炎症があるにもかかわらずFC ≤ 300mg/kgの偽陰性となる因子について検討した。【方法】2018年7月から2020年2月までに当院においてUC患者でFCを測定し、30日以内に内視鏡検査を施行した37例55検査を対象とした。各例の臨床背景、内視鏡スコア (最も活動性のある部位でのUCEIS)、臨床活動性スコア (LichtigerのClinical Activity Indexスコア)、採血結果について検討した。【成績】男性24例、女性13例、測定年齢中央値48歳 (19-77)、罹病期間中央値114か月 (16-382)、UCEIS中央値3 (0-7)、FC値中央値216.2 (14-6000)mg/kgであった。FCと各々の指標との相関係数は、UCEIS (r=0.711, p<0.001)、WBC (r=0.254, p=0.062)、赤沈1時間値 (r=0.466, p<0.001)、CRP (r=0.536, p<0.001)、Alb (r=-0.577, p<0.001)、であり、UCEISが有意な強い相関を示した。内視鏡所見で活動性がある (UCEIS ≥ 2) にもかかわらずFC偽陰性となる群は、UCEIS ≥ 2かつFC > 300mg/kg群と比較してUCEISのサブスコアの出血スコアが有意に低かった。またCAIも総スコアと血便スコアにおいて、FC偽陰性群が有意に低かった。【結論】FCは内視鏡所見と高い相関を示す有用な非侵襲的な検査である。内視鏡的に活動性があるにもかかわらずFCが偽陰性となる例は、内視鏡的な粘膜出血所見のスコアが低かった。

S1-8 演題取り下げ

S1-9 演題取り下げ

S2-1 当院におけるセフトリアキソン投与に伴う偽胆石発症の検討

名古屋第二赤十字病院 消化器内科
○岡山 幸平、宮部 勝之、林 克己

【背景】セフトリアキソン (CTRX) は第3世代セフェム系抗菌薬で、その長い半減期と組織移行性から頻用されている薬剤であるが、その特徴的な副作用として偽胆石の発症がある。この胆石様物質は超音波検査で胆石に類似した画像を呈するにも拘らず、比較的早期に自然消失してしまうという性質を持つことが明らかにされている。この偽胆石に関する症例報告は散見されるが、成人において発症を来す因子についての報告は少ない。我々は、成人におけるCTRX投与において、どのような条件で偽胆石が発症しやすいのかを検討した。【方法】当院消化器内科で2016年1月1日から12月31日までにCTRXを投与した476症例のうち、投与前と投与後3か月以内にCTを施行している199例を対象とした。入院中におけるCTRXの投与量・投与期間、投与開始時点での年齢、性別、Body Mass Index (BMI)、経口摂取の有無、安静度、透析の有無、肝・腎機能、総タンパクおよびAlb、胆嚢状態かどうか、といった因子を、偽胆石を発症した28例と発症しなかった171例について、後方視的に検討した。【結果】対象症例の年齢中央値は76歳 (第1四分位数66歳、第3四分位数83歳)、性別は男113例、女86例であった。単変量解析において、年齢、BMI、経口摂取、安静度、腎機能、透析、胆嚢状態では有意差を認めなかった一方で、女性 ($p=0.044$)、投与日数 ($p=0.006$)、総投与量 ($p=0.016$)、AST低値 ($p=0.0059$)、ALT低値 ($p=0.001$)、総タンパク高値 ($p=0.022$) において偽胆石発症群が有意差を認めた。単変量解析にて $p<0.1$ であった検討項目で多変量解析を行ったところ、女性 ($p=0.0251$)、総投与量が多い場合 ($p=0.0441$)、総タンパク高値 ($p=0.008$) において有意差を認めた。【結語】当院でのCTRX投与症例において、性別、CTRXの総投与量、総タンパク値が偽胆石発症に関与することが示された。今回の検討では、既報で偽胆石が発症しやすいと報告のあった腎機能低下、透析症例では有意差を認めなかったが、さらなる症例の追加における検討が望まれる。

S2-3 当院における1型自己免疫性膵炎の検討

春日井市民病院
○隈井 大介、高田 博樹、祖父江 聡

【背景・目的】近年、自己免疫性膵炎 (AIP) はIgG4関連疾患の1型、IgG4非関連の2型に分類され、病態、治療法は確立されつつあるが、再燃因子についてはまだ確立されていない。本検討ではAIPの臨床的特徴や再燃因子を明らかにすることを目的とした。【対象・方法】2010年7月～2019年8月までにAIPと診断された26例を対象とし、その臨床的特徴や再燃因子について後方視的に検討した。診断には自己免疫性膵炎臨床診断基準2018を用い、症状・画像所見の消退を寛解、再出現を再燃と定義した。【結果】年齢67歳 (56～77)、男性：女性 23：3、無症状：有症状：不明 8：16：2 (黄疸：腹痛：食欲不振：糖尿病 4：7：2：5)、膵腫大 限局性：びまん性 13：13 膵外病変 有：無 13/13 (胆管：後腹膜：唾液腺 11：1：1) に認めた。26例中1人が手術、2人が無治療経過観察され、23人にPSLが導入された。導入時のPSL 20mg：30mg：40mg 1：20：2、寛解維持のPSL off：2mg：2.5mg：3mg：5mg 2：1：4：1：12：3であった。再燃あり：再燃なし 6：17であり、再燃あり群では膵腫大 限局性：びまん性 4：2、膵外病変 有：無 4：2 (全て胆管)、再燃時のPSL off：2.5mg：5mg 1：4：1であった。再燃なし群では膵腫大 限局性：びまん性 7：10 膵外病変 有：無 9：8 (胆管：後腹膜：唾液腺 7：1：1) であった。再燃予測因子として性別、症状の有無、膵腫大の型、膵外病変の有無、好酸球比率、血清IgG値、IgG4値、IgG4減少率/再上昇の有無/持続的上昇の有無を検討すると、いずれも有意差は認めなかったが、治療後のIgG/IgG4は再燃あり群で高値である傾向 ($P: 0.064/0.072$) であった。AIP経過中の悪性腫瘍発症は1例 (膵臓癌) を認めた。【結語】本検討では再燃因子として有意差は認めなかったが、治療後のIgG/IgG4にはその可能性が示唆された。

S2-2 鑑別診断困難な胆管狭窄症例に対する steroid trial の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○青木 聡典¹、川嶋 啓揮²、藤城 光弘¹

【背景・目的】膵病変を伴わないIgG4関連硬化性胆管炎 (isolated IgG4-SC) など、胆管狭窄における鑑別診断困難例では専門医が胆管癌を除外診断した後、steroid trialを行うことは妥当とされている。当院でsteroid trialを行った鑑別診断困難な胆管狭窄例を後方視的に検討し、臨床的特徴とsteroid trialの有用性を明らかにすることを目的とした。【対象・方法】2015年～2019年に当院で胆管造影検査、管腔内超音波検査 (IDUS)、胆管生検を行った胆管狭窄例の内、3個以上の生検で悪性所見を認めず、画像診断上も鑑別診断困難でsteroid trialを行った胆管狭窄15例を対象とした。steroid trialにて改善を認めたA群 (7例) と認めなかったB群 (8例) に分け、1) 最終診断、2) 臨床的特徴、3) 画像所見、4) 病理所見を比較し5) trial後のB群の経過を検討した。【結果】1) A群：isolated IgG4-SC (基準診断) 2例、IgG4-SC診断基準を満たさない硬化性胆管炎5例、B群：胆管癌4例、原発性硬化性胆管炎 (PSC) 2例、原因不明の胆管狭窄2例。2) (以下A群：B群) 性別、男7例：7例、女0例：1例。年齢中央値、72歳 (58～78)：63.5歳 (29～77)。IgG4値135mg/dl未満、5例：8例でいずれも有意差を認めなかった。3) 狭窄部位は肝門部胆管3例：6例、肝内外胆管 (多発) 4例：2例で有意差を認めなかった。IDUSにて非狭窄部の壁厚 (mm) 1.55 (1.0～1.8)：1.0 (0.5～1.1) ($P=0.014$) と、A群が有意に厚かった。4) IgG4-SCに特徴的な所見 (リンパ球・形質細胞浸潤、IgG4陽性細胞>10個/強拡大視野) を3例：1例で認め、有意差を認めなかった。5) B群の悪性腫瘍4例は全例外科的手術を施行し得た。PSC1例は内科的治療を継続し1724日後、胆管癌を併発し外科的手術を施行した。PSC1例と原因不明の胆管狭窄2例は内科的フォローを継続している (観察期間中央値408日 (42～410))。【結論】胆管生検で確定診断が得られない胆管癌が存在するため適応は慎重な判断が必要だが、steroidにより改善を認めて手術を回避できる良性胆管狭窄例が少なからず存在し、steroid trialを行うことは有用と考える。

S2-4 膵腫瘍に対する造影EUSの有用性に関する検討

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○岩佐 悠平、若下 拓司、清水 雅仁

【背景】膵腫瘍に対する造影EUSによる定量的評価は膵腫瘍の診断に有用とされており、定量的評価の有用性に関する報告も散見される。それらを組み合わせることで診断能向上に寄与する可能性がある。【目的】膵腫瘍に対する良悪性鑑別における造影EUSの定量的・定量的評価の有用性を検討する。【対象・方法】2016年3月から2020年2月までに膵腫瘍の精査目的にEUS-FNAと造影EUSを施行した症例を対象とした。定量的評価では造影パターンをhyper/homo (hypervascular, homogeneous)、hyper/hetero (hypervascular, heterogeneous)、hypo/hetero (hypovascular, heterogeneous) に分類した。定量的評価では病変部のTime intensity curve (TIC) について、造影前の輝度値をBase intensity (BI)、60秒後の輝度値をI60とし、最大輝度値 (Peak intensity:PI)、PIまでの時間 (Time to peak:TTP)、PIまでの増加量 (Intensity gain:IG)、PIからI60までの減衰率 (Reduction rate:RR) について検討した。【結果】164例を対象とし、病理診断は膵癌114例、AIP17例、NET12例、腫瘍形成性膵炎 (TFP) 8例、転移性膵癌7例、悪性リンパ腫 (ML) 3例、SPN3例であった。定量的評価では、hyper/homoは32例 (AIP12例、NET8例、転移性膵癌5例、TFP3例)、膵癌2、SPN1例、ML1例)、hyper/heteroは11例 (NET3例、膵癌2例、転移性膵癌2例、ML2例、SPN2例)、hypo/heteroは121例 (膵癌110例、AIP5例、TFP5例、NET1例) であった。造影後期相のheterogeneousを悪性と定義すると感度87.7%、特異度60%、正診率83.4%であった。Homogeneousな病変のTIC解析 (悪性/良性) ではTTPが有意に短かった ($9.77/14.49$ $p=0.00002$ AUC 0.941 cut off 11.75)。定量的・定量的評価を組み合わせると感度98.6%、特異度56%、正診率92.1%に改善した。【結語】膵腫瘍に対する造影EUSの定量的・定量的評価を組み合わせることで良悪性鑑別に有用な可能性がある。

S2-5 切除例からみた嚢胞を有する IPMN の診断における造影 CT と超音波内視鏡の比較検討

藤田医科大学 消化器内科 II

○中岡 和徳、橋本 千樹、廣岡 芳樹

【背景】IPMNの術前診断には、造影CT (CECT) や超音波内視鏡 (EUS) を用いることが多く、特にIPMNの術前評価には腫瘍径や病変内の壁在結節の評価が重要である。【目的】EUSでの嚢胞を有するIPMNの腫瘍径の評価や壁在結節の検出能をCECTと比較し検討すること。【方法】2009年4月～2020年1月までに当院で外科的切除を施行した72例を対象とした。検討項目は、IPMNの腫瘍径の評価と壁在結節の検出能。【結果】年齢中央値 71 (28-83) 歳、男女比 46 : 26。病変部位 (頭部/体尾部) は 47/25、分類 (混合型/分枝型) は 31/41 であった。病理標本で結節を認めた症例は34例あり、病理組織学的分類では、low/intermediate dysplasia (良性) は55例 (76%)、high grade dysplasia～invasive carcinoma (悪性) は17例 (24%) であった。CECTでの腫瘍径の中央値は33 (10～120) mmであり、結節は25例 (35%) に診断され、壁在結節の検出能 (感度/特異度/PPV/NPV) は、53%/82%/72%/66%であった。EUSでの腫瘍径の中央値は25 (8～100) mmであり、結節は23例 (32%) に診断され、検出能 (感度/特異度/PPV/NPV) は、68%/100%/100%/78%であった。嚢胞径はCECTより大きく描出された ($P=0.007$, t-test) 一方で、結節検出に対する診断能はEUSが有意であった ($P < 0.001$, McNemar test) 病理組織の良悪性にはCECT、EUS共に腫瘍径との有意差は認めなかったが、5mm以上の結節を描出した症例には悪性症例が有意に多く認められた。(CECT: $P=0.04$, EUS: $P < 0.01$, t-test) 【結語】病理固定標本では腫瘍径は縮小しており正確な大きさではないが、腫瘍径に関してCECTはEUSより大きく描出され、腫瘍全体像の評価として優れている可能性がある。一方で腫瘍内の結節の有無の評価に関しては、EUSのほうがCECTより優れた診断能を示していた。IPMNの精査にはCECTのみではなくEUSで病変内を詳細に精査することが必要である。

S2-6 3D 仮想胆道鏡 (MRCS) を用いた肝門部領域胆管癌の胆管内腔進展度評価

岐阜市民病院 消化器内科

○奥野 充、手塚 隆一、向井 強

【背景】肝門部領域胆管癌の表層進展度診断は、手術の可否や切除範囲の決定に重要であり、ERC・CTの他、経口胆道鏡 (POCS) での直接観察が有用とされる。しかし、POCSでの観察は物理的制約があり、腫瘍狭窄部を突破できないこともある。一方、Synapse Vincent (Fujifilm) を用いてMRI画像から作成した3D仮想胆道鏡 [MR cholangioscopy (MRCS)] は、胆管内腔のみを描出することができるMRI画像を元に容易に作成することが可能であり任意胆管の全方向観察が可能である。【目的】肝門部領域胆管癌切除例において、術前MRIから作成したMRCSと手術標本を比較し、MRCSによる肝門部領域胆管癌の表層進展診断能を後方的に検討する。【方法】対象は2005～2019年に術前MRIが施行された肝門部領域胆管癌切除症例において、MRCSにて胆管壁隆起・胆管閉塞・胆管分岐部不整の指摘を表層進展ありとし、[1] MRCSによる表層進展診断能の検討 [2] POCS施行例におけるMRCSとPOCS画像の対比を行った。【結果】対象症例9例の背景因子は、女性1例 (11%)、年齢中央値68 (46-78) 歳、Bismuth分類 (I/II/IIIa/IV:3/4/2/0例)。[1] MRCSによる表層進展診断では、腫瘍閉塞部より肝側胆管に胆泥が貯留していたためMRCSによる評価が困難であった1例を除き、全例で腫瘍より遠位胆管側および肝内胆管側両方の逆行性・順行性観察が可能で、任意胆管の胆管壁や胆管分岐部の不整等の評価が可能であった。手術標本と対比したMRCSの表層進展診断正診率は89% (8/9) であった。[2] POCSは3例で施行されており、1例ではPOCSが腫瘍狭窄部を突破できず、肝内胆管の評価ができなかったが、MRCSによる肝内胆管の評価は可能であった。POCSによる肝内胆管評価が可能であった2例におけるMRCSとの比較では、MRCSはPOCSに近似した画像描出が可能であり、手術標本と対比した表層進展診断正診率はPOCS 67% (2/3)、MRCS 100% (3/3) であった。【結語】MRCSによる胆管壁の隆起・胆管閉塞の評価が胆管癌進展診断に有用である可能性が示唆された。MRCSは任意胆管の全方向観察が可能であり切除範囲の決定に有用な検査となりうる。

S2-7 ERCP 後膵炎予防のための自然脱落型膵管ステントの有用性

朝日大学病院 消化器内科

○林 完成、大洞 昭博、八木 信明

【背景】内視鏡的逆行性膵胆管造影 (ERCP) は胆管挿入困難例や膵管造影では膵管ガイドワイヤーを用いることが多く、合併症としてERCP後膵炎が問題となる。ERCP後膵炎は最も頻度が高く、重症化し、致死的になる症例も存在する。その予防のためにさまざまな試みが報告されているが、いまだ確実な予防法はないのが現状である。【目的】膵管ガイドワイヤーを用いたERCP関連手技におけるERCP後膵炎予防目的の自然脱落型膵管ステント留置の有用性に関して比較検討した。【方法】2015年1月から2019年12月までに当院でERCPを施行した761例のうち、膵管ガイドワイヤーを留置した68症例を対象とした。男性は26例、女性は42例、平均年齢は75.0歳。疾患は総胆管結石が38例、胆道癌が8例、膵癌が6例、乳頭部腫瘍が2例、HCCが1例、その他 (膵胆管合流異常やIPMN、SOD、膵炎 (仮性嚢胞)) が13例。ステント留置群S (+) は45例、非留置群S (-) は23例であり、留置に関する判断基準はなく施行医により決められた。2群間のERCP2時間後と翌日の膵AMY値、腹痛、腹部CTで膵炎の有無について比較検討した。急性膵炎診療ガイドライン2015に基づきERCP後膵炎を診断した。また膵酵素上昇に関しては正常上限の3倍以上とした。使用した膵管ステントは5 Fr, 3 cm (Geenen Pancreatic Stent Set, Cook Medical社)。【結果】ERCP2時間後の膵AMY平均値はS (+) 群で239.7 U/L、S (-) 群で226.4 U/L、翌日の膵AMY平均値はS (+) 群で282.8 U/L、S (-) 群で591.9 U/Lであり翌日のデータではS (+) 群で低くなる傾向にあった ($p < 0.05$)。ERCP後膵炎 (2hr) の発症率はS (+) 群で2.2% (1/45)、S (-) 群で21.7% (5/23)、ERCP後膵炎 (翌日) の発症率はS (+) 群で4.4% (2/45)、S (-) 群で21.7% (5/23) でありともに有意に発症を抑えられた ($p < 0.05$)。【結語】ERCP関連手技において、膵管ガイドワイヤーを用いた自然脱落型膵管ステント留置はERCP後膵炎予防に有用であると考えられた。

S2-8 演題取り下げ

S2-11 当院における難治性術後胆汁漏に対する内視鏡を用いた集学的治療の経験

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○加地 謙太、吉田 道弘、林 香月

【背景】一般的に術後胆汁漏の治療は外瘻管理（ENBD/PTBD）であるが、特に離断型胆汁漏において外瘻管理では治療に難渋し、外科的再手術を要することもある。今回、当院での難治性胆汁漏に対する内視鏡を用いた集学的治療による内瘻形成の工夫について実例で報告する。【症例1】84歳男性、HCCに対し腹腔鏡下拡大肝前区域切除術施行後、右肝管・右後区域肝内胆管合流部の完全閉塞および右後区域枝末梢からの胆汁漏を確認。ERCやPTBDいずれでも透視下に閉塞部を突破できなかった。そこで経口胆道鏡 SpyGlass DS (SpyDS) を用いて経乳頭的に右肝管狭窄部の直接観察でガイドワイヤー（GW）を胆汁漏腔へ誘導でき、閉塞部をバルーン拡張後、胆汁漏腔まで SpyDS を挿入。次に PTBD ルートから GW を胆汁漏腔方向に誘導し、経乳頭的 SpyDS 下に鉗子で GW を把持し、乳頭経路で回収。この rendezvous アプローチ法（R法）により、PTBD ルートから十二指腸への内瘻形成に成功。【症例2】74歳男性。胆嚢癌で肝S4a+5切除、肝外胆管切除、胆道再建術後に離断型胆汁漏を来し、ドレーンおよび PTBD 管理では改善しなかったため、PTBD ルートより内瘻化を試みた。PTBD ルートから胆管内に拡張用バルーンを挿入し、そのバルーンを目安に EUS 下に十二指腸部より非拡張胆管を同定し得た。19G 針で胆管内バルーンを穿刺し、GW を胆管内に挿入した。その後 PTBD ルートから SpyDS を挿入し、鉗子で GW を把持して体外に誘導。この R法により、PTBD ルートから十二指腸球部への内外瘻形成に成功。【考察】難治性胆汁漏症例の治療において R法は重要な戦略であり、その際 SpyDS の導入は有用な選択肢であった。GW を目的胆管へ誘導する（insertor）だけでなく、GW を把持・回収する手段（retriever）としても有用であった。さらに、非拡張の肝内胆管に対し消化管から穿刺を行う際、外瘻より挿入した胆管内バルーンを EUS 観察下の穿刺目標とすることも、安全かつ確実に内瘻ルートを得られる方法であった。このように、難治性胆汁漏の内瘻化には各種デバイスを用いた集学的治療の工夫が、成功率の向上に寄与すると考えられた。

S2-10 当院での SpyGlass™ DS を用いた結石治療の検討

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
○倉田 一成¹、山田 玲子²、竹井 謙之²

【目的】胆管結石治療において結石の完全切石は重要だが、巨大結石や積み上げ結石による胆管拡張例や肝内結石例では、残石の確認が困難で完全切石に至らない場合がある。このように通常の処置で結石除去が困難な症例に対して胆道鏡の有用性が報告されている。当院で SpyGlass™ DS (SPY-DS) を用いた結石治療の検討を行った。実際の症例も提示しながら若干の文献的考察も加え考察する。【対象と方法】2017年10月から2020年3月に ERCP 下での SPY-DS を用いて結石治療を行った8例について、1. 治療成績、2. 偶発症について検討した。男女比は4:4、年齢中央値は81歳（47-90）、原疾患の内訳は総胆管結石6例、肝内結石2例であった。総胆管結石の6例は巨大結石や積み上げ結石により通常の切石処置が困難であり、肝内結石の2例は碎石困難のためであった。【結果】1. 全例 SPY-DS の観察下に EHL を用いて結石を破砕し、完全切石を得た。所要時間中央値は100分（41-140）、施行回数中央値は2回（1-3）であった。2. 偶発症は1例で EPLBD 後に乳頭出血を認めた。【考察】当院での SPY-DS の適応は、1. 前医で破砕処置困難な硬い結石及び巨大結石の処置、2. 肝内など処置具の到達が困難な場合の直視下の結石処置、である。治療困難結石に対して SPY-DS を用いて治療を行ったこれまでの報告によると SPY-DS 下 EHL 及びレーザー碎石成功率は66-98%、偶発症（胆道出血、胆管炎、急性膵炎）は2-14%であった。SPY-DS の利点は、結石を直視下で確認・破砕できるため安全である点、遺残結石の有無を確認可能である点である。欠点は単回施行で高価である点、アングル操作習熟が必要な点である。【結語】SPY-DS を用いた結石治療は安全に施行可能で、通常の処置で結石除去が困難な症例に対して有用である。

S2-12 肝門部悪性胆管狭窄に対するラジオ波焼灼療法の有用性の検討

愛知医科大学 肝胆膵内科
○井上 匡央、伊藤 清顕、米田 政志

【目的】近年、切除不能悪性胆管狭窄に対するステント留置において、ラジオ波焼灼療法（RFA）の併用が注目されている。RFA は腫瘍組織を壊死させて ingrowth を防止し、ステント開存期間を向上し得る。しかし未だエビデンスは乏しく、特に肝門部狭窄に対する有用性は明らかではない。本研究では切除不能肝門部悪性胆管狭窄に対する、RFA 併用金属ステント（MS）留置の治療成績を評価する。【方法】2016年から2019年までに、切除不能肝門部悪性胆管狭窄に対して、RFA 併用 MS 留置を施行した41例を対象とした。RFA には Habib Endo HPB カテーテルと、高周波焼灼電源装置として ERBE VIO300D を用いた。RFA に引き続いて両葉に simultaneous side-by-side 法にてアンカバード MS を留置した。検討項目は手技成功率、臨床的成功率、ステント閉塞率、ステント閉塞までの期間、偶発症率とした。【成績】対象は男性22例、女性19例、年齢中央値75歳であった。Bismuth 分類はⅡが6例、Ⅲが15例、Ⅳが20例であった。手技成功率と臨床的成功率は共に95.1%（39/41）であった。早期偶発症率は2.4%（1/41）であり、胆管炎を1例で認めた。ステント閉塞は38.5%（15/39）で認め、ステント閉塞までの期間中央値は230日であった。ステント閉塞以外の後期偶発症率は7.7%（3/39）であり、胆嚢炎と胆管炎、肝臓癌をそれぞれ1例ずつ認めた。ステント閉塞までの期間に関連する因子の検討では、狭窄長が有意な因子として同定され、狭窄長>15mm で有意に開存期間が長い結果であった（314日 vs 156日；P=0.02）。【結論】本研究の RFA 併用 MS 留置の治療成績は良好であり、切除不能肝門部悪性胆管狭窄においてステント開存期間の延長が得られる可能性がある。一方で十分な RFA 効果を得るためには、適切な狭窄長が必要と考えられた。

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○吉田 健作、丸田 明範、岩田 圭介

【背景】胆道癌は肝臓、門脈、肝動脈への浸潤や遠隔転移により切除不能進行癌として発見される場合が多く、そのような症例には化学療法が治療の中心となる。本邦でも切除不能局所進行胆道癌に対する化学療法としてGEM+CDDP併用療法がGEM単剤療法よりも有効であることが報告され、標準治療となっている。【目的】切除不能進行胆道癌に対するGEM+CDDP療法の有効性・安全性について比較検討する。【対象・方法】2009年4月から2020年1月までに岐阜県総合医療センターで切除不能進行胆道癌に対して化学療法を施行した患者を対象とし、GEM+CDDP (GC) 群、GEM群の2群に分けて全生存期間中央値(OS)、無増悪生存期間中央値(PFS)、奏効率(RR)、有害事象の発生頻度について後方視的に比較検討した。OSについて年齢、性別、胆管ステントの有無、腫瘍部位、遠隔転移の有無、化学療法内容について単変量解析・多変量解析を行い、予後に影響を与える因子について検討した。【結果】対象は25例(男性:13例、年齢中央値:72歳)、胆管ステントを留置したのは12例、胆道癌の部位は肝内胆管:12例、肝外胆管:13例であり、13例に遠隔転移を認めた。化学療法はGC群:13例、GEM群:12例であった。GC群とGEM群での治療効果の比較検討ではRR (GC群 vs GEM群: 23.1% vs 8.3%, $p=0.30$)、OS (GC群 vs GEM群: 13.2ヶ月 vs 7.5ヶ月, $p=0.183$)、PFS (GC群 vs GEM群: 4.9ヶ月 vs 3.0ヶ月, $p=0.253$) となり、統計学的有意差は認めなかったが、RR、OS、PFSともにGC群で良好であった。安全性に関しては、血液学的有害事象(\geq Grade 3)は(GC群 vs GEM群: 92.3% vs 41.7%, $p=0.0047$)とGC群で有意に高かったが、非血液学的有害事象(\geq Grade 3)は(GC群 vs GEM群: 7.7% vs 0%, $p=0.246$)であり両群間で同等であった。OSについての多変量解析では胆管ステントあり($P=0.0244$, HR:3.35)、遠隔転移あり($P=0.0217$, HR:3.37)が独立した予後予測因子であった。【結語】切除不能進行胆道癌に対してGEM+CDDP併用療法はGEM単剤療法と比較してQOLを低下させずに生命予後を改善する可能性がある。

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

09：00～09：28 膝1

座長 松波総合病院 消化器内科 河口 順二

01 演題取り下げ

02 演題取り下げ

03 演題取り下げ

04 演題取り下げ

09：28～10：03 隣2

座長 岐北厚生病院 内科 馬淵 正敏

05 演題取り下げ

06 演題取り下げ

07 演題取り下げ

08 若年女性に発症した巨大腹腔内腫瘍の一例

若手 浜松医療センター 消化器外科

(研修医) ○寺本 麻友子、北里 周、綿引 麻那、高木 徹、宮崎 真一郎、大菊 正人、
原田 岳、林 忠毅、田村 浩章、金井 俊和、西脇 由朗

09 演題取り下げ

10:03~10:31 膝3

座長 中濃厚生病院 消化器内科 戸田 勝久

10 演題取り下げ

11 演題取り下げ

12 演題取り下げ

13 集学的治療による病勢コントロール後に外腸骨リンパ節転移を切除しえた膝 NET
の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○鈴木 雄之典、山田 豪、高見 秀樹、園原 史訓、猪川 祥邦、服部 憲史、
林 真路、神田 光郎、田中 千恵、中山 吾郎、小池 聖彦、藤原 道隆、
小寺 泰弘

10:31~11:06 膝4

座長 鈴鹿中央総合病院 消化器内科 松崎 晋平

14 演題取り下げ

15 急速に増大し腹腔内破裂をきたした腓仮性嚢胞の1例

若手 済生会松阪総合病院 内科

(専修医) ○大和 浩乃、橋本 章、小野 隆裕、田原 雄一、黒田 直起、吉澤 尚彦、
青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、清水 敦哉

16 腓仮性嚢胞内仮性動脈瘤が保存的加療のみで自然軽快した一例

若手 中津川市民病院

(研修医) ○周 志強、田中 仁、西尾 亮、中野 有泰、亀山 祐行

17 演題取り下げ

18 演題取り下げ

10：06～11：34 隣5

座長 焼津市立総合病院 消化器内科 渡邊 幸弘

19 演題取り下げ

20 演題取り下げ

21 演題取り下げ

22 演題取り下げ

13：30～13：58 大腸 1

座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 濱田 康彦

23 演題取り下げ

24 演題取り下げ

25 演題取り下げ

26 大腸 ESD 治癒切除後に遠隔転移を来した上行結腸粘膜内癌の一例

藤田医科大学 消化器内科 I

○小山 恵司、大森 崇史、村島 健太郎、寺田 剛、吉田 大、尾崎 隼人、
前田 晃平、堀口 徳之、城代 康貴、小村 成臣、鎌野 俊彰、船坂 好平、
長坂 光夫、中川 義仁、柴田 知行、大宮 直木

27 下部消化管病変を伴った播種性ヒストプラズマ症の1例

若手

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

(専修医)

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

³鈴鹿中央総合病院 病理部

○服部 愛司¹、濱田 康彦¹、田中 匡介²、馬場 洋一郎³、梅田 悠平¹、
三浦 広嗣¹、中村 美咲¹、葛原 正樹²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

28 演題取り下げ

29 演題取り下げ

30 大腸イレウスを契機に診断された腸管子宮内膜症の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○野口 拓樹、山田 洋介、芳澤 社、玉腰 裕規、丹羽 智之、小林 郁美、
志田 麻子、遠藤 茜、杉浦 喜一、木次 健介、小林 陽介、木全 政晴、
室久 剛、細田 佳佐、長澤 正通

31 粘膜下腫瘍様形態を示した直腸良性リンパ濾胞性ポリープに対し内視鏡的粘膜下層
切除術が有用であった一例

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾 富生、伊藤 有紀、高木 暁広、岩田 翔太、手塚 隆一、
田尻下 聡子、奥野 充、中山 千恵美、河内 隆宏、林 秀樹、向井 強、
杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

32 演題取り下げ

33 演題取り下げ

34 演題取り下げ

35 演題取り下げ

36 長期臨床的寛解が得られたにも関わらず Colitic Cancer が発生した潰瘍性大腸炎の一例

若手 ¹豊川市民病院 消化器内科、²春日井市民病院 消化器内科

(専修医)

○佐々木 康成¹、宮木 知克¹、稲垣 勇輝¹、小林 由花¹、的屋 奨¹、
成田 幹誉人¹、柴田 俊輔²、岩井 朋洋¹、安部 快紀¹、溝下 勤¹、
佐野 仁¹

37 演題取り下げ

38 ヒストアクリルにて良好な治療効果を得た腓術後結腸静脈瘤の一例

名古屋セントラル病院

○後藤 春香、前田 俊英、神谷 友康、吉村 透、安藤 伸浩、川島 靖浩

39 演題取り下げ

40 EBL (endoscopic band ligation) による止血不能例に対し、OTSC (over-the-scope clip) が有用であった大腸憩室出血の1例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○谷口 裕紀、長谷川 恒輔、丸田 明範、山崎 健路、小瀬 直統、吉田 泰之、
吉田 健作、小澤 範高、永野 淳二、岩田 圭介、清水 省吾

41 イレウス症状を呈し外科的手術を要した腸間膜静脈硬化症の一例

朝日大学病院 消化器内科

○尾松 達司、林 完成、中畑 由紀、向井 理英子、坂元 直行、大洞 昭博、
小島 孝雄、八木 信明

一般演題

第4会場

09:00~09:35 肝1

座長 岐阜大学医学部附属病院 肝疾患診療支援センター 今井 健二

42 演題取り下げ

43 肝細胞癌に対するレンバチニブ投与中に無痛性甲状腺炎を発症した一例

岐阜赤十字病院 消化器内科

○松下 知路、杉江 岳彦、寺倉 大志、大西 隆哉、高橋 裕司、名倉 一夫

44 当院における慢性肝疾患患者に合併する亜鉛欠乏症の現状についての検討

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○三輪 貴生、河内 隆宏、小居 幹太、相羽 優志、戸田 勝久、中村 憲昭、
勝村 直樹

45 当院における高齢肝細胞癌患者の検討

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○河内 隆宏、小居 幹太、相羽 優志、三輪 貴生、宮地 加奈子、伊藤 貴嗣、
向井 美鈴、本田 晴久、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹

46 進行肝細胞癌に対するレンバチニブの治療成績

若手 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

(専修医) ○美濃輪 大介、高井 光治、今井 健二、華井 竜徳、末次 淳、白木 亮、
清水 雅仁

47 肝細胞癌と鑑別困難であった肝偽リンパ腫の2切除例

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

(専修医) ○伊藤 有紀¹、林 秀樹¹、手塚 隆一¹、田尻下 聡子¹、奥野 充¹、
杉山 智彦¹、小木曾 英介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

48 診断に難渋した腹腔内リンパ管腫の1例

若手 ¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

(専修医) ²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○服部 愛司¹、井上 宏之¹、梅田 悠平¹、倉田 一成²、重福 亜紀奈¹、
三浦 広嗣²、坪井 順哉²、山田 玲子¹、濱田 康彦¹、中村 美咲¹、
葛原 正樹²、田中 匡介²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

49 当院におけるバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の治療成績

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○小居 幹太、三輪 貴生、河内 隆宏、相羽 優志、山内 加奈子、伊藤 貴嗣、
向井 美鈴、本田 晴久、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹

50 演題取り下げ

51 当院における門脈血栓症の現状と治療効果についての検討

若手 JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

(研修医) ○三浦 有貴、三輪 貴生、小居 幹太、相羽 優志、宮地 加奈子、伊藤 貴嗣、
向井 美鈴、本田 晴久、華井 頼子、河内 隆宏、戸田 勝久、中村 憲昭、
勝村 直樹

10:10~10:38 胆1

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 吉田 道弘

52 演題取り下げ

53 肝移植後の胆管-胆管吻合部狭窄に対して multiple stenting が有効であった一例

松波総合病院 消化器内科

○河口 順二、長尾 涼太郎、木村 有志、全 秀嶺、中西 孝之、浅野 剛之、
田上 真、杉原 潤一

54 Spy Glass system を用いた経口胆道鏡下碎石術(POCLS)にて治療し得た confluence stone の1例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○小瀬 直統、丸田 明範、岩田 圭介、谷口 裕紀、吉田 泰之、吉田 健作、
小澤 範高、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

55 内視鏡的採石が困難であった Mirizzi 症候群 (McSherry II 型) の1例

¹静岡市立清水病院 消化器内科、²静岡市立清水病院 外科

○小池 弘太¹、窪田 裕幸¹、高柳 泰宏¹、池田 誉¹、伊藤 達弘¹、
丸尾 啓敏²、大林 未来²

56 胆道出血を合併した巨大肝海綿状血管腫の1例

岐北厚生病院 消化器内科

○馬淵 正敏、高田 英里¹、堀部 陽平、足立 政治、岩間 みどり、山内 治、
斎藤 公志郎

57 演題取り下げ

58 演題取り下げ

59 演題取り下げ

11:06~11:41 小腸

座長 岐阜大学医学部附属病院 第一内科 久保田 全哉

60 演題取り下げ

61 小腸イレウスを来した小腸 NET G2 の1例

若手 高山赤十字病院

(専修医) ○岩田 翔太、荒尾 真道、今井 奨、白子 順子、清島 満

62 持続する出血にて切除を要した小腸リンパ管腫の1例

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学

○山下 晃司、高田 淳、宇野 由佳里、水谷 拓、久保田 全哉、井深 貴士、
荒木 寛司、清水 雅仁

63 演題取り下げ

64 演題取り下げ

65 演題取り下げ

66 演題取り下げ

67 急性腹症にて発症した副腎梗塞の一例

¹岐北厚生病院 消化器内科、²岐北厚生病院 放射線診断科

○足立 政治¹、馬淵 正敏¹、鈴木 祐介¹、岩間 みどり¹、山内 治¹、
高田 英里¹、齋藤 公志郎¹、浅野 隆彦²

68 演題取り下げ

69 Streptococcus milleri による腹膜炎を併発し死亡した悪性腹膜中脾腫の1例

羽島市民病院 消化器内科

○酒井 勉、奥野 祥子、福田 和史、小川 憲吾、中島 賢憲

14:05~14:33 胃・十二指腸 1

座長 岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室 境 浩康

70 演題取り下げ

71 繰り返す成人胃軸捻転症に対し腹腔鏡下胃固定術を施行した1例

松阪市民病院 外科

○正見 勇太、加藤 憲治、中橋 央棋、春木 祐司、藤永 和寿、谷口 健太郎、
小倉 嘉文

72 人間ドックで発見された胃アニサキス症の検討

朝日大学病院 消化器内科

○向井 理英子、林 完成、中畑 由紀、尾松 達司、坂元 直行、大洞 昭博、
小島 孝雄、八木 信明

73 GIST との鑑別が困難であり、切開生検にて診断した胃体下部後壁の胃迷入腺の1例

若手 ¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科

(専修医) ○草間 大輔¹、山田 貴教¹、甲田 恵¹、吹田 恭一¹、浅井 雄介¹、辻 敦¹、
西野 真史¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²

14 : 33 ~ 15 : 01 胃・十二指腸2

座長 静岡赤十字病院 消化器内科 魚谷 貴洋

74 演題取り下げ

75 演題取り下げ

76 胃小細胞癌浸潤による短胃動脈瘤破裂をきたした一例

若手 中津川市民病院 消化器内科

(専修医) ○安江 優、田中 仁、西尾 亮、中野 有泰、亀山 祐行

77 演題取り下げ

15：01～15：29 胃・十二指腸3

座長 愛知医科大学 消化管内科 足立 和規

78 演題取り下げ

79 演題取り下げ

80 演題取り下げ

81 演題取り下げ

15：29～15：57 胃・十二指腸4

座長 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 高田 淳

82 ニボルマブによる下垂体機能障害と自己免疫性脳炎の来した胃がんの一例

若手 名古屋市立西部医療センター 消化器内科

(専修医) ○金岩 弘樹、木村 吉秀、富田 優作、小野 聡、寺島 明里、田中 翔、
内田 絵里香、野村 智史、小島 尚代、平野 敦之、森 義徳、土田 研司、
妹尾 恭司

83 演題取り下げ

84 カルボプラチンを用いた化学療法を施行した胃神経内分泌細胞癌の2例

岐北厚生病院 消化器内科

○馬淵 正敏、高田 英里、堀部 陽平、足立 政治、岩間 みどり、山内 治、
齋藤 公志郎

85 術後11年目に骨転移再発をきたした胃癌の1例

¹岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学、²岐阜市民病院 外科

○宇野 由佳里¹、高田 淳¹、山下 晃司¹、水谷 拓¹、久保田 全哉¹、
井深 貴士¹、荒木 寛司¹、清水 雅仁¹、棚橋 利行²、山田 誠²

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 演題取り下げ

02 演題取り下げ

03 演題取り下げ

04 演題取り下げ

05 演題取り下げ

06 演題取り下げ

07 演題取り下げ

08 若年女性に発症した巨大腹腔内腫瘍の一例

浜松医療センター 消化器外科

○寺本 麻友子、北里 周、綿引 麻那、高木 徹、宮崎 真一郎、
大菊 正人、原田 岳、林 忠毅、田村 浩章、金井 俊和、
西脇 由朗

【症例】19歳、女性。腹痛を主訴に近医を受診。16cm大の腹腔内腫瘍を指摘され、当院を紹介受診した。既往歴、家族歴に特記事項なし。左上腹部に弾性硬の腫瘍を触知した。血液検査では、貧血、CRPの上昇、PTの延長を認め、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部造影CTでは、膵体尾部背側に径16×15×12cm大の腫瘍を認めた。境界明瞭、辺縁は平滑で石灰化あり。内部は多くが造影不良な不均一濃度を呈した嚢胞成分が占めており、辺縁優位に充実成分を認め、正常膵実質よりやや弱い漸増型に造影された。脾動脈は圧排され胃へ分布する脈管が発達し、脾静脈は閉塞して、側副血行路の発達を認めた。腹部造影MRI検査では、膵頭部から連続し、体尾部を置換するように、長径16cmの辺縁は比較的平滑な腫瘍を認める。膵体部は腹側に薄く描出される。腫瘍は充実成分と嚢胞成分の混在し、内部に出血を示唆するT1強調画像で著明な高信号を認めた。充実成分は不均一だがDWIで拡散制限を示す。dynamic studyで漸増性の造影効果を示した。以上の画像所見により、膵充実性偽乳頭状腫瘍（SPN）と診断し、膵体尾部切除・脾摘術を施行した。摘出標本では膵体尾部を占拠する16×15×8.5cmの腫瘍を認め、内部には充実成分、出血、壊死が混在していた。病理組織所見は淡好酸性胞体、均一な類円形核を有する腫瘍細胞が血管を軸とする明瞭な乳頭状構造、粘液を容れた嚢胞状構造を呈して増殖しており、免疫組織染色ではCD10、Vimentinが陽性、 β cateninの核内移行を認め、SPNと診断した。術後経過は炎症が遷延したが、術後18日で退院となった。【考察】膵Solid-pseudopapillary neoplasm（SPN）は若年女性に好発する比較的にまれな上皮性腫瘍として知られている。今回、19歳女性で巨大腹腔内腫瘍を認め、特徴的な画像所見によりSPNと診断し、手術を行った症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

09 演題取り下げ

10 演題取り下げ

11 演題取り下げ

12 演題取り下げ

13 集学的治療による病勢コントロール後に外腸骨リンパ節転移を切除しえた膵NETの1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○鈴木 雄之典、山田 豪、高見 秀樹、國原 史訓、猪川 祥邦、服部 憲史、林 真路、神田 光郎、田中 千恵、中山 吾郎、小池 聖彦、藤原 道隆、小寺 泰弘

NET【はじめに】神経内分泌腫瘍(NEN)は、病理所見によりNETとNECに大別される。膵NETに関しては、切除できれば比較的予後良好である。しかしながら遠隔転移や再発をきたすことがあり、その治療方針に関しては膵・消化管NEN診療ガイドライン(第2版)において、症例に応じて手術を含めた集学的治療を行うことが推奨されている。【症例】症例は49歳女性で、7年前に膵尾部原発のNENおよび左腸骨転移に対して膵尾部切除、左腸骨転移巣切除術を施行し、病理結果でNET G2の所見であった。以後出現した肝転移再発に対して、集学的治療(エベロリムス、TACE、肝切除)を行っていたが、その後骨転移が出現した。骨転移に対しては再度集学的治療(ストレプトゾシン、フルオロウラシル、デノスマブ、放射線治療)を行い制御されていた。その後肝転移が出現したため再肝切除を施行した。術後にランレオチドを導入したが、初回手術より6年11ヶ月経過時点で左外腸骨リンパ節転移が出現した。腫瘍径42mmで左外腸骨動脈と接しており浸潤の可能性も考えられたため、エベロリムスを再導入した。副作用(間質性肺炎CTCAE grade 1)のため治療継続が困難となったが、腫瘍は縮小を認めており切除可能と判断し、休業による間質性肺炎の改善後に、全身麻酔下にリンパ節摘出術を施行した。術中所見では周囲への浸潤はなく、局所に関するR0手術を施行しえた。手術時間157分、出血量5mlであった。術後経過は良好で術後6日に退院した。病理結果はNET G2の所見で、現在は無治療で経過観察中である。【考察】遠隔転移を有する膵NETの病勢コントロールにおいて、集学的治療を行いながら、機を逸することなく可及的に外科的切除を行うことが肝要である。今回、再発転移を繰り返す膵NETに対して抗腫瘍薬、TACE、放射線治療に加え、4回の外科的切除を行うことで、比較的長期間病勢コントロールを得ている症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

15 急速に増大し腹腔内破裂をきたした膵仮性嚢胞の1例

済生会松阪総合病院 内科

○大和 浩乃、橋本章、小野 隆裕、田原 雄一、黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、清水 敦哉

症例:80歳代、男性主訴:食思不振、左側腹部痛既往歴:糖尿病、前立腺肥大、肺気腫、脂質異常症、腰部椎間板ヘルニア現病歴:X年10月中旬より食思不振、左側腹部痛、歩行困難が出現、かかりつけ医を受診し腹部CTにて膵嚢胞性病変を指摘され紹介入院となる。入院時現症:腹部はやや膨隆、軟で左腹部全体に軽度の圧痛を認めた。血液検査では肝胆道酵素、炎症反応の上昇を認めた。AMY値379U/l、腫瘍マーカーではCA19-9 145.9U/mlと高値を呈した。腹部画像診断では胃大彎側に長径78mmの嚢胞性病変、膵尾部に多数の嚢胞性病変を認め、尾側の嚢胞壁は造影効果を示した。膵頭部は萎縮傾向を呈し、体部主膵管は軽度拡張していた。膵尾側周囲の脂肪織濃度は軽度上昇していた。MRCPでは胃大彎に沿って被包化された貯留物、膵尾部嚢胞性病変を認めた。いずれにも明らかな充実部分は見られなかった。上部消化管内視鏡検査では胃体上部に壁外性圧排像を認めた。以上より急性膵炎後膵仮性嚢胞と診断した。EUS下ドレナージを検討したが嚢胞壁は菲薄であったため経過観察とした。経過観察中腹痛の増悪は見られなかったがAMY値は徐々に増加した。胃大彎の嚢胞性病変は入院後3週間長径160mmに達した。EUS下ドレナージを予定したが、施行直前に嚢胞破裂をきたした。EUSによる嚢胞ドレナージは困難と判断しCTガイド化に残存した膵嚢胞ドレナージを施行した。後日施行したERPでは頭部主膵管は15mmにわたり閉塞し尾側の膵管は著明に拡張していた。嚢胞は造影されなかったが減圧を目的としてENPDを留置した。膵液細胞診にて腺癌細胞を認め膵癌と診断した。膵液ドレナージによりAMY値は急速に改善した。腹水細胞診は陰性であった。改めて腹部画像診断を確認したところ腫瘍性病変は不明瞭であった。積極的治療は望まれずEPDを留置し緩和医療科に転科となった。考案:膵仮性嚢胞が急速に増大したため、これに対するドレナージに目を奪われたことが本症例の反省すべき点であると考え。入院時から認めていた軽度の主膵管拡張や膵炎の原因につき第一に検索すべきであったと考える。

14 演題取り下げ

16 膵仮性嚢胞内仮性動脈瘤が保存的加療のみで自然軽快した一例

中津川市民病院

○周 志強、田中 仁、西尾 亮、中野 有泰、亀山 祐行

【はじめに】膵仮性嚢胞内仮性動脈瘤破裂は致命的な病態であり、動脈塞栓術や手術を施行されることが多い。今回、膵炎に伴う膵仮性嚢胞内仮性動脈瘤破裂に対して保存的加療のみで軽快した一例を経験したため報告する。【症例】60歳代、男性【主訴】腹痛【併存症】アルコール性肝硬変【生活歴】飲酒エタノール換算70g/day【既往歴】外傷性下肢麻痺【現病歴】20XX年5月飲酒後の下腹部痛で当院救急外来を受診され、採血でアミラーゼ高値、腹部CTで膵体部膵石、腹水、膵周囲脂肪織濃度上昇を認めたため、アルコール性急性膵炎と診断し入院とした。【臨床経過】入院後は保存的加療を行ったが症状の改善は不良であった。第30病日、腹痛増悪とアミラーゼ高値を認め、腹部CTで膵石より尾側の主膵管拡張を認めたため、膵石による膵炎の増悪と判断しENPDを留置した。ENPD留置後は症状が改善したため第53病日にERPを留置した。第60病日、再度発熱・腹痛を認めたがアミラーゼ上昇はなく、造影CTでも膵炎像を認めず、しかし胃左側の仮性嚢胞の増大を認め、嚢胞感染が疑われたためEUS下嚢胞ドレナージを施行し、症状は軽快した。EUS下ドレナージ施行する前から、貧血・黒色便を認め、造影CTにて膵体部仮性嚢胞の増大・嚢胞内仮性動脈瘤を認め、膵仮性嚢胞内仮性動脈瘤破裂と診断した。上部消化管内視鏡検査では出血は認めず、血圧・全身状態ともに安定していたため、輸血のみ施行し経過観察とした。第76病日に腹腔動脈から血管造影検査を施行したが、仮性動脈瘤は消失していたため処置は行わず退院とした。退院後のCT検査では仮性動脈瘤は再燃することなく経過している。【考察】膵仮性嚢胞内仮性動脈瘤に対しては動脈塞栓術や手術を行われることが多く、保存的加療だけでの改善の報告は少ない。本症例のように、炎症のコントロールができており、血圧や全身状態が安定している場合においては、厳重な経過観察の下で、保存的加療も選択肢となり得ると考えられた。

17 演題取り下げ

18 演題取り下げ

19 演題取り下げ

20 演題取り下げ

21 演題取り下げ

22 演題取り下げ

23 演題取り下げ

24 演題取り下げ

25 演題取り下げ

26 大腸 ESD 治癒切除後に遠隔転移を来した上行結腸粘膜内癌の一例

藤田医科大学 消化器内科 I

○小山 恵司、大森 崇史、村島 健太郎、寺田 剛、吉田 大、尾崎 隼人、前田 晃平、堀口 徳之、城代 康貴、小村 成臣、鎌野 俊彰、舩坂 好平、長坂 光夫、中川 義仁、柴田 知行、大宮 直木

【患者】76歳、女性【主訴】なし【既往歴】逆流性食道炎【現病歴】201X年2月に便潜血反応陽性にて近医で大腸内視鏡検査を施行したところ、上行結腸腫瘍を認めため当院紹介。精査大腸内視鏡にて上行結腸腫瘍は60mm大のLST-G・顆粒均一型であり、病変中央部の顆粒は発赤・平坦化していた。同部の拡大観察所見は、NBI拡大観察でJNET分類Type2B, pit patternは工藤・鶴田分類のVI高度不整であった。【経過】SM深部浸潤癌の可能性が疑われたが、VI高度不整の部位は比較的限局しており、患者と相談の上診断的治療目的で201X年4月に大腸ESDを施行。ESD後第1病日に右下腹部痛と発熱を認めため腹部CT検査を施行したところ、上行結腸周囲に脂肪組織濃度の上昇を認めた。明らかなfree airは認めなかった。Postpolypectomy electrocoagulation syndromeと判断し、保存的加療（絶食+抗菌薬）を行い、第11病日に退院となった。病理結果はModerately differentiated tubular adenocarcinoma in tubular adenoma, pTis(M), ly0, v0, pHM0, pVM0であった。201X+1年4月に大腸内視鏡でESD瘢痕部に局所再発がないことを確認し、当科終診となった。201X+2年11月に全身倦怠感を自覚し近医を受診。CT検査で多発肝・肺腫瘍を認めため当院に再度紹介となる。PET-CT検査にて、多発肝腫瘍(SUVmax=左葉24.25, 右葉25.07)・肺腫瘍(SUVmax=～16.84)に加えて、上行結腸背側のリンパ節に集積(SUVmax16.85)を認めた。左S9の肺腫瘍に対しCTガイド下生検を施行。腫瘍の免疫染色の結果はCDX-2(+), CK7(-), CK20(+)であった。以上の経過から大腸ESDにて治癒切除と判断された上行結腸粘膜内癌の遠隔転移再発と診断した。現在、全身化学療法(mFOLFOX6+Bmab)を行い、外来通院中である。【考察】遠隔転移を来した原因として大腸ESD中の粘膜内癌のSeedingの可能性が考えられ、文献的考察を加えて報告する。

27 下部消化管病変を伴った播種性ヒストプラズマ症の1例

28 演題取り下げ

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部、

³鈴鹿中央総合病院 病理部

○服部 愛司¹、濱田 康彦¹、田中 匡介²、馬場 洋一郎³、梅田 悠平¹、三浦 広嗣¹、中村 美咲¹、葛原 正樹²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

【背景】ヒストプラズマ症は主に北米や中南米、東南アジア、オセアニアなどを流行地とし、本邦では稀な輸入真菌感染症である。多くが肺に感染する急性肺ヒストプラズマ症であり通常は自然治癒することが多いが、免疫不全のある患者では、肝臓、脾臓、骨髄など全身性播種へと進展することがある。今回我々は下部消化管病変を伴った播種性ヒストプラズマ症の1例を経験したので報告する。【症例】50歳代の日系ブラジル人男性。東南アジアの渡航歴あり。受診1年前から徐々に体重減少あり、受診1週間前より発熱、下痢が継続するため近医受診。血液検査でHIV抗体陽性であり、CTで全身のリンパ節腫脹と肝脾腫を認め、悪性リンパ腫の疑いで当院へ紹介された。下痢の原因検索のため行われた下部消化管内視鏡検査で盲腸から横行結腸にかけて散在する発赤調の陥凹性病変を認めた。病変部生検の組織検査でグロコット染色陽性の酵母様真菌を多数認め、ヒストプラズマ症が疑われた。頸部リンパ節生検でも同様の所見を認め、同部のPCR検査で*Histoplasma capsulatum* 遺伝子が検出されAIDSによる播種性ヒストプラズマ症と診断した。抗真菌薬投与およびHIVに対する抗ウイルス薬投与で病状の改善を認め、入院第50病日で退院した。【考察】播種性ヒストプラズマ症は発熱、体重減少、下痢などの非特異的な症状を呈し、しばしば重症化し致死的経過をとる。播種性ヒストプラズマ症の下部消化管病変は紅斑・浮腫を伴う大小様々な形態の潰瘍を呈すると報告されているが、多様な所見をとり炎症性腸疾患や悪性腫瘍との鑑別が困難なことがある。病理組織学的検査が診断の契機となることもあるため、免疫不全患者で下部消化管病変を認めた際はヒストプラズマ症も鑑別にいれる必要がある。

31 粘膜下腫瘍様形態を示した直腸良性リンパ濾胞性ポリープ
に対し内視鏡的粘膜下層切除術が有用であった一例

岐阜市民病院 消化器内科

○小木曾 富生、伊藤 有紀、高木 暁広、岩田 翔太、手塚 隆一、
田尻下 聡子、奥野 充、中山 千恵美、河内 隆宏、林 秀樹、
向井 強、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、富田 栄一

症例は72歳、女性。主訴：血便。既往歴：乳がん、拡張型心筋症、糖尿病。現病歴：201X年4月8日排便時血便を認めたため、当院受診となった。4月13日下部消化管内視鏡検査施行、直腸Rbに肛門側中央部に陥凹を伴う境界明瞭な25mm大の表面平滑な粘膜下腫瘍様病変を認めた。cushion sign陽性。病理生検では表層の炎症性変化のみであった。超音波内視鏡検査では粘膜下層までの比較的均一な低エコー領域で一部嚢胞も伴っている所見であった。鑑別診断として直腸原発神経内分泌腫瘍（NET）、良性リンパ濾胞性ポリープ（Benign Lymphoid polyp; BLP）、MALT lymphomaを考慮、生検では病変部が採取できていない可能性を考慮し、筋層浸潤も否定的であったことから、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で一括切除による診断的治療のため、5月7日入院となった。現症：身長152.6cm、体重66.3Kg。体温36.8℃。入院後経過：5月8日ESD施行。一部癒痕を伴っていたが、一括切除した。切除範囲32×25mm、病変範囲24×14mmであった。出血、穿孔、発熱などの術後合併症なく、術後4日目に退院となった。病理結果では粘膜固有層から粘膜下組織にかけてリンパ濾胞形成認め、胚中心にはtingible body macrophageを認め、濾胞間が増大し濾胞構造にやや崩れを伴っていた。免疫染色ではCD10(+)、Bcl6(+)、Bcl2(-)であった。免疫グロブリン軽鎖、重鎖の偏りはなく、LELも明らかでなく、反応性リンパ濾胞過形成と診断された。3年経過した現時点ではあきらかな再発所見を認めていない。BLPは1890年以降欧米では報告が数多くされているが、本邦では1981年以降症例報告以後、比較的少ない。今回内視鏡的粘膜下層剥離術にて完全切除、治療的診断をしえた一例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

聖隷浜松病院 消化器内科

○野口 拓樹、山田 洋介、芳澤 社、玉腰 裕規、丹羽 智之、
小林 郁美、志田 麻子、遠藤 茜、杉浦 喜一、木次 健介、
小林 陽介、木全 政晴、室久 剛、細田 佳佐、長澤 正通

症例は40代女性。201X年9月腹痛、便秘、食事摂取不良のため他院を受診され腸閉塞疑いで当院へ紹介となった。造影CT検査にてS状結腸に壁肥厚を認め、同部位を閉塞機転とした大腸イレウスで同日緊急入院となった。S状結腸癌を疑ったが、両側卵巣に嚢胞性病変を認めた事、子宮に境界不明瞭な腫瘍性病変を認めた事から婦人科系腫瘍の直接浸潤による結腸狭窄、腸管子宮内膜症による狭窄等が鑑別に挙げられた。入院後施行したMRIではS状結腸の壁肥厚は目立たず、典型的なS状結腸癌とは異なる所見であった。また、CTにて指摘されて子宮の腫瘍に関しては筋腫と考えられたが子宮の周囲にはT1強調画像で高信号を示す嚢胞性病変を認め内膜症性嚢胞に矛盾しない像であった。大腸イレウスの原因に関しては画像上確定診断には至らず本人の腹痛、膨満感が増悪したため第3病日に診断とイレウス解除目的で大腸内視鏡検査を施行した。狭窄部は屈曲が強く十分な粘膜の観察は困難であり、狭窄部の造影を行うと2cmに渡る糸状の高度な狭窄を呈していたため、狭窄解除のため大腸ステントを留置した。ステント留置後の造影では狭窄部に粘膜の収束を伴う変化がみられ、腸管子宮内膜症による狭窄、他臓器癌の播種等が鑑別に挙げられた。その後大腸イレウスは改善し大腸肛門外科、婦人科と協議し待機的に腹腔鏡下S状結腸切除、両側付属器摘出術を行った。病理結果は狭窄部において漿膜下層から筋層を主体に子宮内膜上皮と間質からなる異所性子宮内膜症と確定診断した。付属器に関しては右卵巣チョコレート嚢胞を認めたが明らかな悪性所見は指摘されなかった。腸管子宮内膜症は全子宮内膜症の12%程度と報告されているが、大腸イレウスを来す疾患は非常にまれであるため、文献的考察を加えて報告する。

32 演題取り下げ

¹豊川市民病院 消化器内科、²春日井市民病院 消化器内科
 ○佐々木 康成¹、宮木 知克¹、稲垣 勇輝¹、小林 由花¹、
 的屋 奨¹、成田 幹誉人¹、柴田 俊輔²、岩井 朋洋¹、
 安部 快紀¹、溝下 勤¹、佐野 仁¹

【症例】45歳女性。X年にY大学病院にて潰瘍性大腸炎（全大腸炎型）と診断された。X+8年に近医紹介となり、メサラジンとプレドニゾン（PSL）で治療されていたが、PSL減量にて増悪を繰り返し、ステロイド依存状態であった。X+10年に血便症状悪化のため当院紹介となり、インフリキシマブ（IFX）を導入した。IFX300mg、メサラジン3600mg、アザチオプリン（AZA）50mgで臨床的寛解を得ることができ、PSL中止が可能となった。X+15年までに施行したサーベイランス内視鏡では、粘膜治癒は得られていなかったが、自覚症状は長期にわたり安定していた。患者本人からの検査の同意もなかなか得られず、以降4年間はサーベイランス内視鏡が行われなかった。便中カルプロテクチンの上昇もあり、X+19年にサーベイランス内視鏡を施行したところ、左側結腸を中心に中等度の炎症を認め、また直腸Rbに潰瘍を伴う不整形陥凹性病変を認めた。生検より中分化管状腺癌を認め、潰瘍性大腸炎によるColitic Cancerと判断した。精査の結果、直腸癌cT1bNOMO cStage Iと診断し、ガイドラインに従い大腸全摘を検討したが、患者本人と外科との協議の結果、術式は腹腔鏡下ハルトマン手術とした。腫瘍の大半は粘膜下層にとどまっていたが、一部漿膜下組織まで達しており、pT3N2aMO pStage IIIbの診断で術後化学療法を開始した。残存結腸に対しては、メサラジン3600mgとAZA50mgで臨床的寛解を維持している。

【考察】本症例はもともと全大腸炎型かつ中等度以上の炎症を認めており、罹患年数も長いいためColitic Cancerの高リスクと考えられる。長期にわたり臨床的寛解を維持できていたが、粘膜治癒が得られていなかったことがColitic Cancerを認めた要因と推測される。粘膜治癒を目標とした治療とサーベイランスが、発癌リスクの軽減および病変の早期発見・治療につながる可能性がある。

37 演題取り下げ

38 ヒストアクリルにて良好な治療効果を得た膵術後結腸静脈瘤の一例

名古屋セントラル病院

○後藤 春香、前田 俊英、神谷 友康、吉村 透、安藤 伸浩、川島 靖浩

【症例】60代男性【主訴】血便【既往歴】膵頭部癌、糖尿病【現病歴】3年前に膵頭部癌に対してSSPPD+門脈合併切除を施行した。術後より補助化学療法としてTS-1を開始したが、再発を認め、その後外来にて全身化学療法を施行されていた。当院受診3時間前より大量に血便を認め、顔面蒼白、頻脈、ショック状態となり、当院へ救急搬送された。【経過】造影CT検査では、上行結腸周囲、下部食道周囲、胃壁周囲に拡張した静脈を認めた。静脈瘤破裂が疑われ、緊急で上下部内視鏡を施行した。上部消化管内視鏡検査では明らかな出血は認めず、下部消化管内視鏡検査では上行結腸に静脈瘤を認め、一部赤色血栓を認めた。刺激により出血し、出血源と考えられた。静脈瘤径が太く、クリップでの止血は困難であると判断し、ヒストアクリルを使用し、EISで止血を行った。ヒストアクリル1.0mlをリビオドールで希釈し、75%としたものを使用した。透視下でトップ社製内視鏡穿刺針25Gを用いて出血点肛門側を穿刺、逆血を確認したのち透視で確認しながら75%ヒストアクリルを計2.8ml注入した。注入後しばらく穿刺した状態を維持し、抜針し、止血状態を確認して終了した。治療後血便は認めず、第14病日退院の運びとなった。しかし約2か月後再度血便を認め、入院加療となった。造影CTで前回治療によるリビオドール集積を認めたが、周囲に静脈拡張残存を認め、再出血と判断した。透視下で下部消化管内視鏡検査を施行し、活動性出血は認めなかったが、前回治療部位周囲の静脈瘤に対して75%ヒストアクリルを3か所、計3.5ml注入し、治療を行った。治療後血便は認めず、第9病日退院の運びとなった。退院後再出血をきたすことなく経過している。【考察】異所性静脈瘤は食道、胃以外に形成された静脈瘤と定義され、門脈圧亢進症患者の数%認めるとされている稀な疾患である。明確な治療指針はないが、緊急出血時は内視鏡治療（EVL、EIS、あるいは両者併用）の報告が多い。本症例ではヒストアクリルにて良好な治療効果を得た結腸静脈瘤を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

39 演題取り下げ

40 EBL (endoscopic band ligation) による止血不能例に対し、OTSC (over-the-scope clip) が有用であった大腸憩室出血の1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○谷口 裕紀、長谷川 恒輔、丸田 明範、山崎 健路、小瀬 直統、吉田 泰之、吉田 健作、小澤 範高、永野 淳二、岩田 圭介、清水 省吾

【症例】80歳代、女性。血便を主訴に近医を受診した。【既往歴】大腸憩室出血、高血圧。抗血栓薬の服用はなし。【経過】近医にて腹部造影CTを施行。S状結腸に造影剤の血管外漏出を認めた。緊急内視鏡検査を施行。S状結腸憩室出血の診断にて責任憩室にクリップによる止血術を行った。経過観察を行ったが翌々日再度出血を呈したため、当院紹介となった。腸管洗浄の上、内視鏡検査を施行。S状結腸に前医で留置されたクリップは残存していたが、活動性の出血を認めた。ligation deviceを用いて結紮術を試みたが、バンドがはじかれ留置できず、止血不能であった。S状結腸憩室周囲の組織が固く、吸引が不十分であったことが原因と考えられた。いったん内視鏡を抜きしOTSCシステム (traumatic type, 10mm) を装着し、再度内視鏡を挿入。EBLの際と同様、責任憩室の吸引は不十分であったが、OTSCによる止血が可能であった。第7病日に退院。2か月の経過観察期間では再出血を認めず、合併症を認めていない。【考察】EBLによる大腸憩室出血に対する止血術は、従来のクリップ法と比して短期再出血率に関する成績はEBLの方が優れているとの報告がある。一方で、憩室が固く吸引が不十分な場合、bandによる結紮が困難となる。留置できても周囲の組織を十分に吸引できず浅い留置となり、bandの早期脱落の原因となる可能性がある。本症例は責任憩室の十分な吸引が得られなかったが、特徴的な形状を呈するOTSCが前方に飛び出し、歯が噛み合い、クリップの留置が可能であったと考えられた。【結語】EBL不能でOTSCが有用であった大腸憩室出血症例を経験した。

41 イレウス症状を呈し外科的手術を要した腸間膜静脈硬化症の一例

朝日大学病院 消化器内科

○尾松 達司、林 完成、中畑 由紀、向井 理英子、坂元 直行、大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

【症例】症例は70代女性。以前より時々腹痛があったが慢性便秘症と診断されていた。4年前に腹痛にてかかりつけ医より当院へ紹介、大腸内視鏡検査（CS）が施行され、粘膜の色素沈着を指摘されたが大腸メラノシスと診断、上行結腸に浮腫などの炎症所見を指摘されるも生検でGroup1であり経過観察となった。20XX年11月に腹痛と嘔気を主訴に紹介となった。腹部CTにて上行結腸中央部から回腸までイレウス所見を認め、上行結腸の壁肥厚および周囲脂肪濃度上昇あり、同領域の大腸壁および腸間膜静脈に沿った線状・点状の石灰化を認めた。CSでは右半結腸の血管透見消失、浮腫、ハウストラ消失を認め、粘膜は青銅色であり、上行結腸中央部に狭窄を呈していた。特徴的な画像所見から腸間膜静脈硬化症と診断した。問診にて30年以上加味逍遙散を内服していたことが判明し、同薬剤は中止とした。入院後しばらく絶食で経過を見たところイレウスは軽快し、腹痛、嘔気などの症状も改善したため10日間ほどで退院となった。しかし1ヶ月後に再度腹痛にて紹介となった。CTにて前回同様にイレウス所見を認めたが、絶食にて改善した。上行結腸狭窄部の直径は約1cmと細く、短期間でイレウス症状を繰り返していることから、待機的に拡大右半結腸切除術を施行した。術後は腹痛、嘔気なく経過は良好である。【考察】腸間膜静脈硬化症は比較的古く大腸疾患である。本症例は以前に紹介受診されており、後方視的検討ではその特徴的所見も見られたが、本病名を指摘されることなく終診となっていた。まれな疾患であるがゆえに経験する機会も少なく、学会等での症例報告を通じて腸間膜静脈硬化症の経験をシェアするとともに認知度を向上させ、今後の診療に役立てることが大切である。前述のような所見を認めた際は本疾患の可能性を必ず考慮すべきであり、またサンシンを含む漢方を長期服用している患者に対しては積極的に腹部CTや大腸内視鏡検査を用いたスクリーニングを行い、早期発見に努めるべきである。

43 肝細胞癌に対するレンパチニブ投与中に無痛性甲状腺炎を発症した一例

岐阜赤十字病院 消化器内科

○松下 知路、杉江 岳彦、寺倉 大志、大西 隆哉、高橋 裕司、名倉 一夫

【はじめに】レンパチニブ投与中に甲状腺機能低下症を来すことは比較的良好に知られているが、その経過で無痛性甲状腺炎の発症の報告は少ない。今回我々はその一例を経験したので報告する。

【症例】73歳男性【主訴】肝細胞癌

【現病歴】痔核治療目的で当院外科受診、術前CTにて多発肝腫瘍を認め当科紹介受診となる。精査にて肝細胞癌Stage 4A(T4, N0, M0), CP-5(A), ALBI:G-1と診断した。根治治療の適応なくレンパチニブ6mgを開始した。8週投与時の定期検査にて甲状腺ホルモン異常を指摘された。発汗過多、動機といった症状は自覚していなかったが食欲不振を認めていた。甲状腺部の痛みも認めていない。

【現症】BT36.6℃ HR102/分↑ 眼症認めず 手指震戦軽度あり手足症候群なし

【検査成績】CRP4.44↑, Alb3.5↓, T.Bil0.5, AST21, ALT23, γ -GTP34, ALP327, AFP/PIVKA-2 125.7↑/99637.76↑ FT3/FT4/TSH12.7↑/4.15↑/<0.005↓, サイログロブリン499.0↑, TRab<0.3, 抗Tg抗体<10.0, 抗TPO抗体19.8↑, WBC3400 尿蛋白(-)

【画像】治療前腹部ダイナミックCT:S4:S5mmほかS7, S8, S5に早期濃染像。甲状腺エコーは内部粗造、甲状腺シンチ(Tc-99m)摂取率0.17%↓(0.4-3.0%)

【臨床経過】甲状腺内科と相談し同日よりレンパチニブ中止とした。1週間後食欲不振の改善あり、同日よりレンパチニブ5投2休で再開した。FT4は徐々に低下、発症4週で基準値範囲となる。発症12週で甲状腺機能低下をきたし甲状腺ホルモン投与を開始している。

【考察】本症例は甲状腺各検査より橋本病を背景とし無痛性甲状腺炎を発症したと診断した。本症例のように甲状腺中毒症を起こすこともあり、レンパチニブ投与中は甲状腺ホルモン検査とともに、頻脈等の症状にも留意する必要がある。

42 演題取り下げ

44 当院における慢性肝疾患患者に合併する亜鉛欠乏症の現状についての検討

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○三輪 貴生、河内 隆宏、小居 幹太、相羽 優志、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹

【目的】亜鉛欠乏症は慢性肝疾患患者に合併し、肝性脳症、肝線維化、インスリン抵抗性、鉄過剰、脂肪肝化、酸化ストレスを含む様々な病態に関与する。近年、慢性肝疾患患者に合併する亜鉛欠乏症に対して、亜鉛補充療法の有用性に関する報告が散見される。今回我々は、当院における慢性肝疾患患者の亜鉛欠乏症の現状とそれに関連する因子について後方視的に検討した。【方法】2018年4月から2019年9月までの間に血清亜鉛値の測定を行った慢性肝疾患患者連続100例を対象とした。血清亜鉛値と年齢、性別、肝疾患の成因、肝細胞癌の有無、肝予備能、肝繊維化マーカー、血液生化学検査の関連について検討した。また日本臨床栄養学会の「亜鉛欠乏症の診療指針2018」に従い、血清亜鉛値60 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 未満を亜鉛欠乏群、それ以外を亜鉛充足群と定義し、ロジスティック回帰分析を用いて亜鉛欠乏を予測する因子について解析した。【成績】平均年齢は70歳、男性67例。慢性肝疾患の成因はHBV 6例、HCV 26例、Alcohol 22例、Other 46例。Child-Pugh分類A、B、Cは61例、32例、7例。HCCは56例に合併を認めた。MELDスコアの平均値は9.8点であった。血清亜鉛値の平均値は65 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 、亜鉛欠乏症は43例に合併していた。Child-Pugh分類A、B、Cの血清亜鉛値の平均値は71 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 、60 $\mu\text{g}/\text{dL}$ 、38 $\mu\text{g}/\text{dL}$ ($P < 0.001$)であった。亜鉛欠乏に関連する因子は、単変量解析では背景肝、Child-Pugh分類、MELD score、AST、Alb、T. Bill、NH3、Plt、INR、M2BP/Gi、BTR、BCAA内服、合成二糖類内服、難吸収性抗菌薬内服、カルニチン製剤内服、スピロノラクトン内服であったが、多変量解析では、Alb (OR: 13.4, 95% CI: -7.2--2.4, $P < 0.001$)が唯一の有意な因子であった。【考察・結論】亜鉛欠乏症は慢性肝疾患患者に高頻度に合併し、Alb値との関連を示した。Alb値の改善が慢性肝疾患患者に合併する低亜鉛血症の改善に寄与するかは今後の検討課題である。

45 当院における高齢肝細胞癌患者の検討

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○河内 隆宏、小居 幹太、相羽 優志、三輪 貴生、宮地 加奈子、伊藤 貴嗣、向井 美鈴、本田 晴久、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹

【背景】ウィルス性肝炎関連発癌の減少、非ウィルス性発癌の増加や新たな分子標的薬の承認など肝細胞癌を取り巻く環境が変化の中で、高齢な肝細胞癌患者が増加してきており治療方針決定に難渋することがある。【方法】2016年1月から2019年12月までに当院で肝細胞癌と診断された45例および2015年3月から2019年12月までに当院にて施行された肝動脈塞栓術について検討を行った。【結果】80歳未満は24例、80歳以上は21例で、背景肝疾患（HBV/HCV/alcohol/NBNC）、Child Pugh分類（A/B/C）、ALBI grade（1/2/3）、AFP中央値、PIVKA-II中央値、TMN分類（Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ/Ⅴ）はそれぞれ、1/8/7/8:0/4/2/14、16/4/2:14/6/0、6/10/5:3/15/2、81.6:72.1、3658:1447、0/7/6/8/3:2/10/5/2/2であった。生存期間の中央値はそれぞれ607日:492日であり、TMN分類Ⅲ/Ⅳ期では有意差は認めなかったが、Ⅰ/Ⅱ期では80歳以上の群で有意に生存期間が短かった。初回治療内容は肝切除/ラジオ波焼灼術/肝動脈塞栓術/分子標的薬/放射線/BSCがそれぞれ7/1/9/2/1/4:1/2/10/2/1/5であった。80歳以上TNM分類Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ期では侵襲度の低い治療が選択されていることが多かったが、生存期間の中央値が治療群では1213日、best supportive care群では288日と治療群で長い傾向であった。肝動脈塞栓術は168例に施行され80歳未満は112例、80歳以上は56例であった。穿刺部位は左撓骨動脈が154例、右大腿動脈が14例であった。80歳未満右大腿動脈:80歳未満撓骨動脈:80歳以上右大腿動脈:80歳以上左撓骨動脈において検査時間、透視時間の中央値はそれぞれ90分（60-120）:120分（70-240）:105分（80-150）:120分（70-180）、22.7分（12.2-43.6）:38.4分（7.9-125.2）:25.5分（10.9-79.2）:44.9分（20.7-104.9）であった。80歳上においては右大腿動脈穿刺、左撓骨動脈穿刺で有意差を認めず、左撓骨動脈穿刺では80歳未満、80歳以上で有意差を認めなかった。【結論】80歳以上でも患者背景に応じて治療を行うことにより予後延長に寄与する可能性が示された。

47 肝細胞癌と鑑別困難であった肝偽リンパ腫の2切除例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理診断科

○伊藤 有紀¹、林 秀樹¹、手塚 隆一¹、田尻下 聡子¹、奥野 充¹、杉山 智彦¹、小木曾 英介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

【症例1】63歳女性。20歳頃、献血をした際にHBV感染を指摘されるも放置していた。50歳頃、関節痛を契機に関節リウマチを発症し、加齢の際にB型肝炎を指摘され当院紹介受診となった。X-1年4月EOB-MRI検査でS8横隔膜ドーム下に8mm大の早期濃染、平衡相でwash out、肝細胞相にて取り込み不良となるHCCを疑う腫瘍を認めたが、造影USでは腫瘍を指摘できず経過観察となっていた。X年4月のEOB-MRI検査で腫瘍径は不変であったが、拡散強調画像にて高信号を示し、細胞密度が高い腫瘍が疑われた。造影USでは8mm大の低エコー結節として認識され多血性HCCに矛盾しない所見であった。高悪性度病変が疑われ、X年7月に部分切除術施行した。術後病理で、胚中心を伴うリンパ球の葉状浸潤を認め、悪性像を認めなかった。免疫染色ではモノクローナルな所見はなく、pseudolymphomaの診断であった。【症例2】58歳男性。近医で2型糖尿病の加療中、腹部USでびまん性脂肪肝とS2の12mm大の腫瘍を指摘され当院を受診した。腫瘍は超音波検査（B-mode）では低エコーで、造影US:血管相では多血性を示し、後血管相では結節の一部にdefectを認めた。造影CTでは早期濃染するも門脈相・平衡相でのwash outは認めず、EOB-MRIでも早期濃染されるも肝細胞造影相での取り込み低下は不明瞭で、拡散強調画像でも異常信号を認めなかった。多血性HCCが否定できず、局所治療も考慮したが、心臓近傍に位置しているため切除の方針となった。術後病理ではpseudolymphomaの診断であった。【考察】偽リンパ腫は一般に消化管、肺、眼窩、皮膚などに発生することが知られ、肝に発生することはまれであり、そのための原因、診断法、治療法に統一した見解がないのが現状である。組織学的には反応性の胚中心を伴ったリンパ濾胞を認め、リンパ球に異型がなくポリクローナルな反応性の増殖を認めるものと定義される。画像診断学的には肝悪性腫瘍と類似した所見を認め、しばしばその診断は困難であることが多い。【結論】偽リンパ腫はまれな疾患であるが、肝腫瘍の鑑別疾患として念頭に置く必要があると考えられる。

46 進行肝細胞癌に対するレンパチニブの治療成績

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○美濃輪 大介、高井 光治、今井 健二、華井 竜徳、末次 淳、白木 亮、清水 雅仁

【はじめに】当院ではソラフェニブ導入量を原則400mg/日とし、原発巣、転移巣に対して併用治療を行うことで良好な予後延長効果を報告してきた。レンパチニブについても2019年6月までに治療を行った26例中23例（88.5%）が減量導入され、生存期間の中央値は14.9か月とREFLECT試験と同等であったが、奏効率（15%）、病勢制御率（54%）は低い結果となった。その後、導入量遵守した症例が増え、減量投与した症例との治療成績を比較したので報告する。【目的】（1）当院での治療成績をREFLECT試験と比較する。（2）導入量遵守例と減量投与例の治療成績を比較する。【対象】2018年4月より2020年1月まで当院にてレンパチニブを導入した進行肝細胞癌35症例。【患者背景】年齢72（45-86）歳、男女（%）:28(80)/7(20)、背景肝HCV/HBV/other（%）:7(20)/7(20)/21(60)、Child-Pugh score（A/B）（%）:32(92)/3(8)、ALBI score: -2.64(-3.21-1.4)、ALBI grade(1/2a/2b):25/4/6、stage(1/2/3/4A/4B):1/3/9/7/15、AFP(ng/ml)4344(1-52862)、肝内腫瘍数(0/1/≥2):8/6/21、導入量(4/8/12mg):21/11/3、導入量遵守(Yes/No)(%) :9(25.7)/26(74.3)であった。【結果】画像評価が可能であった29症例の治療成績はPR/SD/PD(%) :9(31.0)/10(34.5)/10(34.5)でRR31.0%、DCR65.5%であり、OSは15.0ヵ月であった。導入量遵守例(n=9)はPR/SD/PD(%) :3(33.3)/3(33.3)/3(33.3)でRR33.0%、DCR66.6%であり、OSは15.1ヵ月であった。減量投与例(n=20)はPR/SD/PD(%) :4(20.0)/5(25.0)/6(30.0)でRR20.0%、DCR45.0%であり、OSは6.7ヵ月であった。全体ではREFLECT試験と比較し奏効率、病勢制御率は同等で、生存期間も延長した。レンパチニブ導入量遵守例は減量投与例と比較し奏効率、病勢制御率、生存期間において良好な結果であった。【結論】レンパチニブの治療効果を十分に發揮するためには短期間でも推奨量を投与することが必要であると思われる。

48 診断に難渋した腹腔内リンパ管腫の1例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○小部 愛司¹、井上 宏之¹、梅田 悠平¹、倉田 一成²、重福 亜紀奈¹、三浦 広嗣²、坪井 順哉²、山田 玲子¹、濱田 康彦¹、中村 美咲¹、葛原 正樹²、田中 匡介²、堀木 紀行²、竹井 謙之¹

【背景】リンパ管腫は内皮細胞によって覆われた複数のリンパ管からなるリンパ系の奇形であり、全身に発症しうる。頭部や頸部、腋窩が好発部位であり、腹腔内に発生することはまれである。今回我々は診断に難渋した腹腔内リンパ管腫の1例を経験したので報告する。【症例】20歳代の男性。好酸球性胃腸炎の既往あり。当院受診1か月前より心窩部痛があり前医受診した。単純CTで肝門部に高吸収域あり、MRIではT1W1で高信号、T2W1で高信号であり、肝内血腫が疑われた。保存的治療で経過を見ていたが症状改善なく精査目的で当院紹介となった。造影CTでは肝門部に内部不均一低吸収域あり造影効果は認めなかった。MRIではT1W1で高信号、T2W1で低信号を呈し、慢性期の血腫に矛盾しない所見であった。好酸球性胆管炎やANCA関連血管炎などに付随した血腫形成を疑ったが血液検査では有意な所見は認めなかった。腹部超音波検査で病変部は隔壁を伴う40mm大の多房性嚢胞性病変として描出され、ソナゾイド造影では隔壁の微細な造影効果を認めるものの嚢胞内に血流を伴う結節変化は認めなかった。増大傾向で血腫を伴う病変であり、嚢胞性腫瘍の可能性も否定できず腹腔鏡下嚢胞切除術を施行した。術中所見では病変は肝左葉と尾状葉の間に位置し肝十二指腸間膜および門脈に接していた。切除標本では、拡張の認められるリンパ管が集簇しており、異型のないリンパ管内皮細胞を認めた。リンパ管内腔に線維性間質組織も認め、免疫染色でCD31およびD2-40陽性でありリンパ管腫と診断した。【考察】腹腔内に発生するリンパ管腫は全体の約5%とまれであり、腸間膜や大網、後腹膜が多い。多房性嚢胞性病変の形態をとることが多く嚢胞内出血をきたすこともある。本症例は術中所見より肝十二指腸間膜から発生したと考えられた。出血を伴うリンパ管腫であり、病変が肝門部近傍のため肝内に血腫を形成する疾患との鑑別を要した。【結論】診断に難渋した稀な腹腔内リンパ管腫の1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する

49 当院におけるバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術の治療成績

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○小居 幹太、三輪 貴生、河内 隆宏、相羽 優志、山内 加奈子、伊藤 貴嗣、向井 美鈴、本田 晴久、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹

【目的】門脈圧亢進症に伴う胃腎シャントは胃静脈瘤や肝性脳症の原因となる。バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (BRTO) は静脈瘤出血予防や脳症治療に広く普及してきたが、さらなる適応拡大が期待される。そこで我々は当院におけるBRTO施行症例について検討を行った。**【方法】**2009年3月から2020年3月の間に当院でBRTOを施行した31症例を対象に、患者背景、治療内容および合併症、治療成績に関して検討を行った。**【成績】**患者の平均年齢は68歳、背景肝疾患はHBV2例、HCV4例、NBNC25例(アルコール9例、その他16例)であった。Child-Pugh分類A/B/Cが13/14/4例、ALBI grade 1/2/3が3/22/6例であった。HCCの併存は5例、既往2例であった。BRTO施行の理由は胃静脈瘤治療が27例、肝性脳症治療が4例であった。胃静脈瘤は28例で認め、F2が16例、F3が11例であった。食道静脈瘤は17例で認め、F2が4例、F3が1例であった。シャント造影による胃静脈瘤および排出路のGrade分類は1/2/3/4が8/7/9/4例であった。手技成功は31例中28例(90.3%)であり、臨床的效果は評価可能であった23例中20例(87.0%)に認めた。合併症は全体の90.3%に認め(発熱67.7%、腹痛61.3%、血小板減少32.3%、溶血22.6%、嘔気22.6%、肉眼的血尿9.7%等)、重大な合併症は認めなかった。担癌患者を除いた26例で肝予備能に与える影響を検討すると、治療後3ヶ月後、1年後のChild-Pughスコアは6.8, 6.2, 6.1, ALBIスコアは-2.04, -2.15, -2.34, 血中アンモニア値は114, 50.7, 62.7であり、3ヶ月後時点では全ての項目で、1年後時点ではALBIスコア、血中アンモニア値で有意に改善を認めた。1年後時点で内視鏡検査を行った9例においては、胃静脈瘤の消失が4例、50%以上の縮小が4例、縮小なしが1例であり、食道静脈瘤の増悪を3例に認めた。胃静脈瘤残存には排水路の分類が、食道静脈瘤増悪にはChild-Pughスコア、胃食道静脈瘤の形態が関連する因子であった($p < 0.05$)。**【結語】**当院におけるBRTOについて検討し、その有効性と安全性が確認された。非担癌患者ではBRTO施行後肝予備能が改善すると考えられた。

50 演題取り下げ

51 当院における門脈血栓症の現状と治療効果についての検討

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○三浦 有貴、三輪 貴生、小居 幹太、相羽 優志、宮地 加奈子、伊藤 貴嗣、向井 美鈴、本田 晴久、華井 頼子、河内 隆宏、戸田 勝久、中村 憲昭、勝村 直樹

【目的】門脈血栓症(Portal vein thrombosis volume: PVT)は肝硬変、門脈圧亢進症、悪性腫瘍、感染症、手術後に合併し、門脈圧亢進と肝予備能低下を招いて様々な合併症の原因となる。近年、PVTの診断・治療、予後に対する影響が注目されている。そこで我々は、当院におけるPVTの現状と治療効果に関連する因子について後方視的に検討した。**【方法】**2009年8月から2020年1月までの間にPVTと診断した28例のうち複数回造影CTを施行した25例を対象とした。まず、対象患者の年齢、性別、PVTの成因、悪性腫瘍の有無、肝予備能、血液生化学検査、PVTの画像評価、治療内容を検討した。また画像解析ソフトを用いてPVT volume (ml)を測定し、治療前後のPVT volumeからPVT reduction rateを算出した。PVT reduction rate 30%未満を治療効果不良群、それ以外を治療有効群と定義し、治療効果不良群を予測する因子について解析した。**【成績】**平均年齢は70歳、男性14例(56%)。PVTの成因は肝硬変10例、手術後6例、その他9例。Child-Pugh分類A、B、Cは9例、14例、2例。悪性腫瘍は14例(56%)に合併を認めた。PVTの程度は13例(52%)で完全塞栓であり、診断時に14例(56%)で腹水、3例(12%)でcavernous transformationを認めた。初期治療は併用療法4例、danaparoid sodium 10例、その他が11例(Warfarin、Heparin、NOAC)であった。治療効果に関連する因子は、単変量解析でHb ($P=0.04$)、PT-INR ($P=0.04$)、診断時のcavernous transformationの存在 ($P < 0.01$) が有意な因子であった。**【考察・結語】**当院におけるPVT症例では慢性期血栓を示唆する症例で治療効果が不良となる傾向を認めた。PVTを合併する症例の予後改善のためには更なる症例の蓄積と検討が必要である。

52 演題取り下げ

53 肝移植後の胆管-胆管吻合部狭窄に対して multiple stenting が有効であった一例

松波総合病院 消化器内科

○河口 順二、長尾 涼太郎、木村 有志、全 秀嶺、中西 孝之、浅野 剛之、田上 真、杉原 潤一

症例は69歳男性。52歳時に肝細胞癌、B型肝硬変にて海外で肝移植を施行されている。201x-3年に肝移植後の胆管-胆管狭窄に対して胆道ステント (PS; Plastic stent) 留置、以後当院外来定期通院していた。201x-1年の腹部CT/MRCPにて無症候性の総胆管結石を認め、同検査にて左腎癌も認め、201x年2月に腹腔鏡下腎臓摘出術を優先して施行された。その後、同年3月上腹部痛と38℃の発熱認め、救急車にて当院受診。急性胆管炎の診断にて緊急入院となり、同日緊急ERCP施行した。201x-3年に留置した胆管ステントが閉塞し、多発総胆管結石も認め、内視鏡的乳頭切開術を追加、総胆管結石破砕術が行われた。また、胆管造影にて胆管-胆管吻合部の狭窄を認め、狭窄の拡張目的に2本のPSを留置して終了。以後、201x年7月、同年10月に待機ERCPを行い、PSを3本、4本と1本ずつ増やす multiple stenting を行った。201x年12月のERCPにて狭窄部位が6mmまで拡張されていることを確認し、stent freeとした。201x+1年3月時点、胆管炎再発なく外来経過観察中である。肝移植後の合併症としての胆管狭窄(胆管-胆管吻合部狭窄、胆管空腸吻合部狭窄)は重大な術後合併症の一つで、頻度も比較的多くみられる。通常、1回の治療で狭窄が改善することは少なく、繰り返しの治療を必要とすることが多い。短期間の入院であっても、繰り返し入院することは患者のQOLを損なっており、可能な限り狭窄を改善し stent free とすることが望まれる。当院は民間病院であるが、生体肝移植をおこなっていた経緯より、現在も肝移植外来をおこなっている。他にも肝移植後の胆管-胆管吻合部狭窄に対して胆道ステントの交換を繰り返し行っている症例があり、今後はQOL向上のため multiple stenting にて、胆管狭窄を改善し、stent free を目指していきたい。

55 内視鏡的採石が困難であった Mirizzi 症候群 (McSherry II 型) の1例

1 静岡市立清水病院 消化器内科、2 静岡市立清水病院 外科

○小池 弘太¹、窪田 裕幸¹、高柳 泰宏¹、池田 誉¹、伊藤 達弘¹、丸尾 啓敏²、大林 未来²

【症例】53歳男性【主訴】黄疸、腹痛【既往歴】なし【現病歴】2019年12月X日から心窩部痛出現。X+3日近医受診し、皮膚黄染を認めたため紹介受診となった。【現症】体温38.2度、眼球結膜・皮膚黄染著明。腹部：心窩部から右季肋部に圧痛あるが腹膜刺激症状なし。【血液検査】WBC 177 X10³/μl, Tbil 22.52 mg/dL, Dbil 17.31mg/dL, ALP 1291U/L, AST 22 U/L, ALT 45U/L, γGT 535 U/L, CRP 28.95 mg/dL【画像検査】腹部単純CT：肝内胆管から上部胆管の拡張、上部胆管から下部胆管に重複結石を認めた。胆嚢は確認出来なかった。【経過】以上より総胆管結石性胆管炎の診断で同日ERCP施行。胆管造影で結石充満及び胆管拡張を認めるも胆嚢は確認できず、ENBDチューブを留置して終了。第2病日腹部症状、採血結果は改善。第3病日再度ERCPを行い、EPLBDにて乳頭拡張(3.5atm18mm)し、採石試みたが拡張強く、結石充満しており困難だったためERBDチューブ留置して終了とした。その後第12病日退院。胆管炎再燃を考慮し、採石目的に退院後約1か月で外科入院し、手術となった。【手術所見】肝下面陥凹部に胆嚢様構造物を認め、前面を切断し採石。採石すると同部にERBDチューブを同定。胆嚢は総胆管と瘻孔を形成しており、総胆管右側の嚢状拡張として確認できる程に萎縮しており、Mirizzi症候群(McSherry II型)と判断した。開口部を単純閉鎖し、開口部下縁にTチューブを挿入し縫縮。閉鎖して手術終了した。【経過】術後は順調に経過し第40病日退院となった。【考察】Mirizzi症候群では胆嚢摘出術が行われるが、胆管と瘻孔を呈するMcSherry II型では胆嚢摘出に加え、胆管形成などを必要とする場合がある。本症例は結石が大きく多数であったこと、胆嚢萎縮が強く、胆嚢摘出が困難であったことなどから外科的採石のみで胆嚢摘出や胆管形成術は行わなかった。上記症例を経験し、文献的考察を含め報告する。

54 Spy Glass system を用いた経口胆道鏡下碎石術 (POCLS) にて治療し得た confluence stone の1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○小瀬 直統、丸田 明範、岩田 圭介、谷口 裕紀、吉田 泰之、吉田 健作、小澤 範高、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

【症例】79歳・男性。【既往歴】総胆管結石に対し乳頭EPLBD施行歴あり。【現病歴】20XX年Y月に脱力・全身倦怠感を自覚し、自宅で様子を見ていたが症状の改善なく、黄疸が出現したため救急要請。採血で肝胆系酵素・黄疸、炎症反応の上昇を認め、腹部CTでは胆嚢管および総胆管の合流部に結石を疑う20mm大の類円形構造物を認め、上流胆管は拡張を呈していた。以上の所見から confluence stone による急性閉塞性化膿性胆管炎の診断で緊急入院とした。【治療経過】入院同日緊急ERCP施行。胆管造影では上部胆管に境界明瞭で類円形の20mm大の欠損影を認め、GWは容易に結石の脇を通過したが、通常処置による採石は困難であることが予想され、胆管ドレーナージュ目的でENBDを留置して処置終了とした。胆管炎改善後に、再度ERCP施行。胆管内に経口胆道鏡 (SpyGlass) を挿入すると、上部胆管に黄褐色調の巨大な confluence stone を認め、直視下に慎重に電気水圧衝撃波破砕術 (EHL) にて破砕を行った。破砕片を順次バスケットカテーテルおよびバルーンカテーテルで採石し、完全排出に成功。結石排出後に再度SpyGlassを挿入し、胆嚢管合流部を確認すると胆嚢管は拡張を呈しており、粘膜の発赤調変化を認めた。術後は特記すべき偶発症なく経過、リハビリを行い第22病日に退院とした。退院後、約6か月経過するが胆管結石の再発は認めていない。【考察】confluence stone は三管合流部に陥頓した結石を示し、通常の内視鏡的採石術では完全排石が困難であることが多く、また合流部付近の胆管に高度の炎症を伴っているため外科的治療も困難とされ、術後の胆管狭窄も懸念される。こうした治療困難結石に対して経口胆道鏡下碎石術 (POCLS) が有効とされており、SpyGlass system は従来の経口胆道鏡の操作性・耐久性における問題点を克服し、その完全排石率は76~100%と高い成功率が報告されている。【結語】今回我々はSpyGlass system を用いたPOCLSにて治療し得た confluence stone の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

56 胆道出血を合併した巨大肝海綿状血管腫の1例

岐阜北厚生病院 消化器内科

○馬淵 正敏、高田 英里、堀部 陽平、足立 政治、岩間 みどり、山内 治、斎藤 公志郎

【症例】89歳、女性【主訴】発熱、嘔気【現病歴】肝左葉に17cm大の肝海綿状血管腫を有し、他院で10年前から経過観察されていた。発熱と嘔気を認めたため、当院へ救急搬送された。単純CTで下部胆管に液面形成を伴った高吸収域を認め、血液検査にて肝胆系酵素の上昇、炎症反応の上昇を認めたため、精査治療目的で緊急入院となった。【既往歴】高血圧症、2型糖尿病、慢性腎臓病、B型肝炎ウイルスキャリア、肝海綿状血管腫【入院後経過】胆道出血による急性胆管炎の診断で緊急ERCPをおこなったところ、乳頭から血性胆汁の排出を認めたため、内視鏡的胆道ステント留置術を施行した。第2病日に腹痛、呼吸状態の増悪をきたしたため、単純CTを撮影したところ、胆嚢内に凝血塊と思われる高吸収域を認め、胆嚢腫大、胆嚢壁肥厚を認めた。急性胆嚢炎と診断し、PTGBDを施行し、血性胆汁の排出が確認できた。その後、ドレーナージュチューブの排液は黄金色となり、胆道出血、胆管炎、胆嚢炎は軽快した。入院後、貧血の進行は認めなかった。胆道出血の原因検索として、腹部US、造影MRIを施行したが、出血源とならう所見を認めなかった。腹部血管造影検査を施行したが有効と、肝動脈造影の早期相で肝静脈および下大静脈が造影され、肝内動脈静脈シャントの形成を認めた。胆管への造影剤流出は認めなかった。第16病日にドレーナージュチューブを抜去し、自宅へ退院した。血管腫の切除を勧めたが、高齢であることから手術治療は拒否された。【考察】胆道出血は肝細胞癌や胆道癌などの悪性腫瘍、肝生検などの医療行為、出血性胆嚢炎などが原因であることが多い。肝海綿状血管腫は99%以上が良性腫瘍とされ、10cm以上あるいは無症状などであれば経過観察とされることが多く、胆道出血の報告は極めて稀である。本症例における胆道出血と肝海綿状血管腫との関連は明らかとなっていないが、動脈シャントの形成あるいは巨大血管腫瘍内の破裂が原因として考えられた。【結語】胆道出血と巨大肝海綿状血管腫が併存する稀な症例を経験した。

57 演題取り下げ

58 演題取り下げ

59 演題取り下げ

60 演題取り下げ

61 小腸イレウスを来した小腸 NET G2の1例

高山赤十字病院

○岩田 翔太、荒尾 真道、今井 奨、白子 順子、清島 満

【主訴】心窩部痛【現病歴】X-1年11月初旬に心窩部から臍下部までに及ぶ腹痛が2.3日持続し、夜間に1度嘔吐した。腹痛が徐々に持続的となったため当院救急外来受診。造影CTで小腸壁に肥厚部を認め、近傍の腸間膜には30mm大の濃染を伴う腫瘍を認めた。小腸壁肥厚部より口側の拡張を認めたため小腸イレウスの診断で入院となった。【既往歴】特記事項なし。【入院後経過】小腸の壁肥厚部近傍に30mm大の造影増強効果を伴う腫瘍を認めたため、小腸腫瘍に伴う小腸イレウスを疑った。絶食と補液による治療を開始し、第2病日には嘔気は消失し腹痛も改善傾向であったため、イレウスチューブは留置せず保存的加療を行った。第6病日に小腸腫瘍精査目的で経口的シングルバルーン小腸内視鏡を行った。観察範囲内では明らかな腫瘍は指摘できず、第7病日に経肛門的シングルバルーン小腸内視鏡を行った。回腸末端から数十cmに10mm大の粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。同部より生検を行ったが有意な検体を得られず、原因精査、イレウス加療目的で腹腔鏡補助下小腸部分切除術を行った。術中所見は小腸内に粘膜下腫瘍を3か所(16×14mm、8×6mm、2×1mm)認め、近傍の小腸間膜内には弾性軟の腫瘤を認め炎症波及の影響が広範囲の間膜、虫垂と癒着した状態で一塊にして切除を行った。病理結果はNET、G2、pT3m(SS)、pN2、pM0、pStageⅢであった。【考察】消化器に発生する神経内分泌腫瘍(neuroendocrine neoplasma NEN)は、年間人口10万人に3~5人の新規患者が発生する比較的稀な腫瘍で、多くは膵臓と消化管に発生する。その中で小腸NENの頻度は低率で、消化管NENのうち回腸原発は0.6%と報告されている。NENは術前診断が難しく、自験例の様にイレウスを契機に小腸NEN報告例は稀である。イレウスを発症した際には自験例のようにリンパ節転移陽性で、進行している症例が多いと考えられる。稀ではあるが、イレウス症例に対してはNENを念頭に置き診療にあたる必要がある。

63 演題取り下げ

62 持続する出血にて切除を要した小腸リンパ管腫の1例

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学

○山下 晃司、高田 淳、宇野 由佳里、水谷 拓、久保田 全哉、井深 貴士、荒木 寛司、清水 雅仁

【症例】79歳、男性【既往歴】虚血性心疾患CABG後、発作性心房細動にて低用量アスピリンとDOACの抗血栓剤2剤内服。糖尿病にてインスリン療法中。【現病歴】CABG後創部細菌感染にて他院入院加療中にタール便が出現。上下部消化管内視鏡検査を施行するも出血源がなく、血圧低下をきたすことはなかったが、絶食でも症状改善せず、輸血を頻回に要する状況であった。出血シンチを行ったところ小腸出血が疑われ、精査加療目的に転院となった。【臨床経過】転院時の血液検査ではHb9.6g/dl、TP5.2g/dl、Alb2.4g/dlで、貧血・低蛋白血症の状態であった。造影CTでは明らかな小腸壁肥厚や腫瘍は確認されず、血管外漏出像も認めなかった。同日に小腸カプセル内視鏡検査を施行。上部小腸に暗赤色の出血を認めたが、潰瘍や腫瘍性病変は確認されなかった。カプセル内視鏡結果を元に経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行。幽門輪よりおよそ250cmの空腸に15mm程度の軟らかい粘膜下腫瘍を認めた。明らかな潰瘍形成は認めなかったが、腫瘍から湧出性に出血していた。近傍に点墨を行い、腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。切除標本では、15mm大の発赤調の軟らかい粘膜下腫瘍で、びらんを伴っていた。病理診断では粘膜固有層~粘膜下層にかけて脈管増生・拡張を認め、免疫染色にて脈管の内皮細胞はCD34陰性・D2-40陽性を示し、リンパ管腫であった。【結語】小腸リンパ管腫からの出血で手術加療を要する症例を経験した。稀ではあるが出血源となりうるので、鑑別として挙げておく必要がある。

64 演題取り下げ

67 急性腹症にて発症した副腎梗塞の一例

¹岐北厚生病院 消化器内科、²岐北厚生病院 放射線診断科
 ○足立 政治¹、馬淵 正敏¹、鈴木 祐介¹、岩間 みどり¹、
 山内 治¹、高田 英里¹、齋藤 公志郎¹、浅野 隆彦²

症例は60歳代、男性。逆流性食道炎で通院中。20XX年1月に、昼食後2時間くらいして、突然の左季肋部痛を発症し、改善しないため救急搬送された。生食の摂取歴なし。来院時の血液生化学検査では特記すべき異常は認めず。単純CTを施行したところ、両側副腎腫大（右<左）と周囲脂肪織濃度上昇を認めた。造影CTを追加したところ、両側副腎はまだらに造影効果は認めるものの、門脈相・平行相で全体的に造影効果は不良であり副腎梗塞と診断された。ブプレノルフィン、塩酸ベンタジシン投与しても収まらないほどの強い腹痛であり経過観察入院となった。梗塞後出血のリスクを考え、抗血栓薬の投与は見合わせた。その後ロキソプロフェン内服で腹痛は緩和された。その後絶食、補液で症状は改善し、翌日のCTでも副腎腫大、周囲脂肪織濃度上昇のいずれも改善傾向となった。翌日造影EUSを施行すると造影20～30秒後に左副腎内に巣状に無エコー部位を認め血流不全が疑われた。凝固、線溶系マーカーおよび膠原病マーカーいずれも基準値内であった。医中誌で副腎梗塞の報告は22例あったものの、MDS, SLE, APSなどの血栓症を併発しうる基礎疾患を有する症例がほとんどであり、基礎疾患を有さない特発性副腎梗塞は非常に稀であった。

68 演題取り下げ

69 Streptococcus milleriによる腹膜炎を併発し死亡した悪性腹膜中脾腫の1例

羽島市民病院 消化器内科

○酒井 勉、奥野 祥子、福田 和史、小川 憲吾、中島 賢憲

【症例】70歳代男性 主訴発熱ショック状態 既往歴虫垂切除術 職業歴10年間のアスベスト暴露歴 現病歴 201x年12月中旬より下腹部不快感を訴え当院消化器内科受診。腹部CTにて腹水とS状結腸壁の肥厚を認め入院6日前大腸内視鏡検査を施行。高度の憩室症と腺腫を認め内視鏡治療を施行している。入院前日より著明な発熱と下腹部痛の増悪を認め、入院当日ショック状態で救急搬送された。入院時現病 意識GCS12 血圧88/60 脈拍120/分微弱 呼吸28/分 促迫 体温37.5 腹部膨隆 圧痛筋性防御あり。入院時検査成績 TP 5.1 ALB 1.7 AST 87 ALT 41 LDH 280 CK 272 BUN 115 Cr 7.2 Na 137 K 3.9 Cl 102 UA 11.2 BS 142 WBC 11100 RBC 600 Hb 18.7 Plat 28.2 CRP 54.2 PCT 10.5 PT CEA 0.9 SMRP 3.9 腹部CT 腹水の増悪大網腸間膜の不整な腫脹を認めたが遊離ガス像は認めなかった。入院後経過 腹水試験穿刺で乳白色に混濁した腹水を認め顕鏡で著明な白血球と細菌を認めた。汎発性細菌性腹膜炎と判断し緊急開腹術を施行した。腸管の穿孔は認めず、大網、腸間膜の不整な腫瘍像を認め、切除標本の病理学的検索で悪性腹膜中皮腫と診断。複数のドレナージを留置し手術を終了した。術後ICUにて CHDF PMX等をはじめ集学的治療を継続したが、入院後20日目多臓器不全で死亡した。【考察】悪性腹膜中皮腫はアスベスト暴露を原因に発症する稀な疾患であるが、本症例のように腹膜炎の併発で診断されるのは極めて稀である。またStreptococcus属による細菌性腹膜炎の症例は極めて稀であり、検索し得た上ではStreptococcus milleriによる報告はなかった。大腸内視鏡検査や腺腫の内視鏡治療が腹膜炎発症の誘因となったと考えられるが、細菌感染の由来は不詳である。非常に稀な症例と思われ、文献的考察を加え報告する。

70 演題取り下げ

71 繰り返し成人胃軸捻転症に対し腹腔鏡下胃固定術を施行した1例

松阪市民病院 外科

○正見 勇太、加藤 憲治、中橋 央棋、春木 祐司、藤永 和寿、谷口 健太郎、小倉 嘉文

胃軸捻転症は胃の捻転により通過障害を来す稀な疾患である。今回我々は繰り返し胃軸捻転症に対し腹腔鏡下胃固定術が有効であった1例を経験したので報告する。患者は84歳女性。ここ半年間で4回胃軸捻転症に対し入院歴があり、いずれも保存的治療にて軽快している。今回繰り返し嘔吐を主訴に来院し、CTにて食道裂孔ヘルニア、間膜軸性胃軸捻転を認めた。内視鏡的に捻転を整復した後、待機的に腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア根治術、胃固定術を施行した。手術は4ポートで施行した。はまり込んだ胃を牽引すると、滑脱型食道裂孔ヘルニアを認めた。開大した食道裂孔を縫縮し、さらにToupet法(後方約3/4周性)にて噴門を形成した。胃体上部大彎、噴門形成部左側を左横隔膜下に4か所、噴門形成部右側を右横隔膜脚に1か所、それぞれ3-0Vicryl糸で結紮縫合し、胃を固定した。合併症はなく術後14日に退院となり、再発は認めていない。胃軸捻転症に対する腹腔鏡下胃固定術は低侵襲で有効な治療法と考えられた。

72 人間ドックで発見された胃アニサキス症の検討

朝日大学病院 消化器内科

○向井 理英子、林 完成、中畑 由紀、尾松 達司、坂元 直行、大洞 昭博、小島 孝雄、八木 信明

【背景】胃アニサキス症は魚介類の生食後数時間経過後に、激しい上腹部痛、悪心、嘔吐をきたす疾患として知られている。しかし、この症状は再感染に対するアレルギー反応であるとされており、初感染では無症状のことも多い。今回、当院総合健診センターの上部消化管内視鏡検診で発見された胃アニサキス症について調査した。【対象】2012年4月から2019年12月において当院総合健診センターで施行された上部消化管内視鏡検診にて発見された胃アニサキス症を対象とした。【方法】年齢、性別、自覚症状、内視鏡所見等についてretrospectiveに比較検討した。【結果】当院総合健診センターで施行された上部消化管内視鏡検診は全部で20799例(男性13522例 女性7277例)、平均年齢50.4(24-91)歳であり、この期間に発見された胃アニサキス症は6例(発見率0.029%)、男性5例 女性1例(平均年齢55歳)であった。いずれも自覚症状は認めず、4例で検査前2~3日以内に魚介類の生食歴があった。血液検査で好酸球分画の上昇を認めたのは3例(50%)であった。内視鏡所見は、虫体の穿入部位はいずれも萎縮のない胃粘膜側であった。【結語】無症状の胃アニサキス症の症例があることを認識し、健診時の問診や内視鏡検査に臨む必要がある。

73 GISTとの鑑別が困難であり、切開生検にて診断した胃体下部後壁の胃迷入腺の1例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科
○草間 大輔¹、山田 貴教¹、甲田 恵¹、吹田 恭一¹、淺井 雄介¹、辻 教¹、西野 眞史¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²

【はじめに】迷入腺は、本来の腺とは連続せずに他臓器に存在する腺組織で、胃壁に存在するものを胃迷入腺とし、胃での発生頻度は0.25から3.5%と報告されている。画像所見上、GISTをはじめとした間葉系腫瘍との鑑別が困難であり、切開生検にて病理学的に診断を得た症例を経験したので、報告する。【症例】71歳、男性。既往歴に高血圧症、高血圧性腎症、前立腺肥大症あり。健康診断で受けた胃透視検査にて、胃体下部に隆起性病変を指摘され、紹介受診。当科で施行した上部消化管内視鏡検査にて胃体下部になだらかに立ち上がる2cm大の粘膜下腫瘍を認め、開口部は指摘されなかった。超音波内視鏡検査では同部に22×15mm大で第4層（固有筋層）と連続して見える低エコーで中央にはさらに低エコーな成分を伴う腫瘍を認めたが、ドプラーエコーでは血流は豊富ではなく、外側の高エコーは保たれていた。造影CT検査では、胃体部後壁に25mm大の造影効果の高い腫瘍として描出された。画像所見のみでは確定診断に至らず、組織診断の方針とし、切開生検を施行、病理学的検討では、集簇する腺房組織を認め、免疫染色でBCL10陽性、proton-pump陰性より、迷入腺の診断に至った。【考察】胃迷入腺の好発部位は幽門前庭部が88%、本症例と同様の胃体部は12%程度と報告されている。本症例は幽門前庭部病変ではなく、開口部を指摘できないことから、迷入腺の他に、内部に壊死を伴うGISTを鑑別する必要があると考え、組織診断の方針となった。しかし、EUS-FNAを行うには十分なストローク距離が得られないと判断し、切開生検を施行し、診断に至った。典型的な画像所見を伴わない2cmを超える胃迷入腺においては、他疾患との鑑別のために組織診断が必要となることもあり、安全なEUS-FNAが困難な場合には切開生検も選択肢になりうる。

74 演題取り下げ

75 演題取り下げ

76 胃小細胞癌浸潤による短胃動脈瘤破裂をきたした一例

中津川市民病院 消化器内科

○安江 優、田中 仁、西尾 亮、中野 有泰、亀山 祐行

【はじめに】胃動脈瘤は腹腔内動脈瘤の中でも頻度が低く、腫瘍浸潤によるものは少ない。今回、胃小細胞癌による短胃動脈瘤とその破裂を認めた症例を経験したため報告する。【症例】70歳代 男性 【主訴】黒色便【併存症】脳梗塞後遺症による失語、左半身麻痺、慢性心不全、慢性心房細動【内服】ワーファリン、オルメサルタン、ビソプロロール、マル酸塩、エソメプラゾール、ピタバスタチン、アムロジピン、アゾセミド【現病歴】20XX年1月黒色便と血圧低下を認め当院へ救急搬送された。血液検査で貧血、DynamicCT検（EGD）を施行し、胃体中部大弯に隆起型腫瘍を確認、さらに潰瘍底深部から活動性出血を認めた。壊死組織に覆われていたため出血点は確認できず止血困難であり、血管内治療に移行した。腹腔動脈造影にて短胃動脈の末梢に動脈瘤を認め、同部から胃内へ出血を確認し、胃癌に伴う短胃動脈瘤破裂と診断した。コイル塞栓術を施行し入院とした。【経過】第3病日EGD再検し止血を確認した上で生検を行った。免疫染色にてLCA(-)、CAM5.2(-)、c-kit(-)、AE1/3(-)、CD10(-)、CD56(++), CK7(-)、CK20(-)、Desmin(-)、S-100(-)、p63(-)、PSA(-)、Vimentin(-)、Synaptophysin(+++), NSE(-)、p53(-)となり小細胞癌と診断した。全身CTで他に原発となりえる異常を認めず、胃原発と考えた。その後出血なく経過した。脳梗塞後遺症により積極的な治療は困難と判断し緩和治療のみの方針となり自宅退院となった。第42病日に状態悪化し再入院となった。再入院時のCT検査では原発の著明な増大を認めており、現在入院加療中である。【考察】医学中央雑誌にて1975年1月から2020年3月までに腫瘍浸潤による仮性動脈瘤の報告は3件のみで、胃癌に伴う仮性動脈瘤、またその破裂に対する血管内治療の報告はなく、本症例はまれな一例であったと考える。

77 演題取り下げ

78 演題取り下げ

79 演題取り下げ

80 演題取り下げ

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

○金岩 弘樹、木村 吉秀、富田 優作、小野 聡、寺島 明里、
田中 翔、内田 絵里香、野村 智史、小島 尚代、平野 敦之、
森 義徳、土田 研司、妹尾 恭司

症例 82歳男性主訴 微熱、見当識障害、倦怠感現病歴 75時3型胃癌（噴門部）、多発肝転移（Stage 4）の診断。慢性腎障害の既往あり、CPT-11、5FU+LV投与後、78歳時にHDを導入。その後S-1、PTX治療を行うもPDとなり79歳時に5thレジメンとしてニボルマブを開始した。ニボルマブの効果は良好でCRに近い状態となったが、14コース投与後に微熱、見当識障害、倦怠感が出現し入院となった。頭部CT、MRIで異常所見は認めず、血液検査でコルチゾールの低下、ACTHの低下、好酸球の増加が認められたため、下垂体機能低下と診断し、ハイドロコルチゾン150mg/日を開始した。その後、微熱、倦怠感、好酸球増加は改善したが、見当識障害の改善が認められず、保続や失行、上肢の不随意運動も出現した。自己免疫性脳炎やせん妄などの精神疾患が考えられたが、脳波検査、髄液検査、病歴よりニボルマブによる自己免疫性脳炎の可能性が高いと判断し、ステロイドパルス療法（methyl PSL750mg/日）を4日間施行した。その後、見当識障害、保続、失行、不随意運動等の神経症状は改善した。現在、ハイドロコルチゾン10mg/日まで漸減し、抗癌剤は投与せずに経過観察している。免疫チェックポイント阻害薬による自己免疫性脳炎はその特徴や診断法、治療法はまだ確立されていない。今回我々はニボルマブによる下垂体機能障害と自己免疫性脳炎を疑い、ハイドロコルチゾンとステロイドパルス療法にて良好な経過を得られた症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

岐阜厚生病院 消化器内科

○馬淵 正敏、高田 英里、堀部 陽平、足立 政治、岩間 みどり、
山内 治、齋藤 公志郎

【症例1】64歳、男性【主訴】歩行時の胸痛【現病歴】慢性心不全で入院循環器内科通院中。定期外来受診時に歩行時の胸痛の訴えがあり、血液検査を施行したところ、肝・胆道系酵素の上昇、貧血を認めたため、当科を受診した。【既往歴】陳旧性心筋梗塞【経過】上部消化管内視鏡検査（以下、EGD）で体部大彎に2型病変を認めた。病理標本で一部、腺構造に分化した腺癌領域を有する低分化腺癌であったため、免疫化学染色（以下、免疫染）を行ったところ、クロモグラニンA、シナプトフィジン、CD56が陽性であり、神経内分泌細胞癌と診断した。造影CTにて肝転移を疑う多発腫瘍を認めたため、化学療法を施行した。シスプラチン投与時のhydrationによる心不全の増悪を考慮し、エトボンド+カルボプラチン療法をおこなった。6kur終了時点でPRの効果が得られたが、その後、腫瘍の再増大を認めた。以後、TS-1内服、ラムシルマブ+パクリタキセル療法を行った。治療開始から約10か月で原病死した。【症例2】75歳、男性【主訴】倦怠感【現病歴】高血圧症、2型糖尿病、慢性腎臓病stage 3で近医通院中。来院2か月前からの倦怠感が改善しないため当院へ紹介受診した。【既往歴】骨肉腫【経過】単純CTで肝に多発腫瘍、EGDで体上部小弯に3型病変を認めた。病理標本で低分化な癌細胞を認め、免疫染で神経内分泌細胞癌と診断した。腎障害を考慮して、エトボンド+カルボプラチン療法をおこなった。途中、嘔気症状が強くみられたが、制吐剤の調整などをおこない、治療を継続し、診断から5か月現在、生存、加療継続中である。【考察】胃神経内分泌細胞癌は胃癌全体の約0.7%とされる。手術不能例の生存期間中央値はBSC治療例で約1か月、化学療法例で12-19か月とされる。化学療法法の標準レジメンはシスプラチンが推奨されるが、使用が躊躇される合併症を有する症例では、代替薬としてカルボプラチンを使用することで、一定の治療効果を得られる可能性がある。【結語】カルボプラチンで治療をおこなった胃神経内分泌細胞癌の症例を経験した。

85 術後11年目に骨転移再発をきたした胃癌の1例

¹岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学、

²岐阜市民病院 外科

○宇野 由佳里¹、高田 淳¹、山下 晃司¹、水谷 拓¹、
久保田 全哉¹、井深 貴士¹、荒木 寛司¹、清水 雅仁¹、
棚橋 利行²、山田 誠²

【症例】69歳、女性【主訴】右臀部痛【既往歴】胃癌術後（X-11年）
【現病歴】X-12年にA病院で早期胃体中部癌に対して胃全摘術を施行され、印環細胞癌（pT1bN3aM0 pStage IIB）と診断された。術後1年半、5-DFUR内服による補助化学療法を施行された。その後定期的に画像・血液検査で術後5年間経過観察され、終診となった。X年11月に右臀部痛を主訴にB病院を受診。X線検査で右坐骨腫瘍を疑われ、同年12月当院を受診した。【臨床経過】血液検査ではALP 1767 U/Lと高値であったが、CEA 1.3 ng/mL、CA19-9 12.8 U/mL、AFP 5.1 ng/mLと腫瘍マーカーは正常値であった。単純CTでは右坐骨、L5椎体右上縁、右腸骨枝、仙骨に骨硬化像を認め、悪性骨腫瘍を疑う所見であり、骨シンチグラフィとPET-CTでも同部位に集積亢進を認めた。他部位には原発巣と考え得る集積を認めなかった。上下部消化管内視鏡検査では再発所見や新規病変を認めなかった。CTガイド下にL5椎体右上縁より骨生検を施行し、病理は腺癌の転移を疑う所見であった。A病院での胃癌組織と当院での骨生検組織を比較したところ組織が類似しており、胃癌の骨転移と診断した。いずれの組織でもHER2は陰性だった。胃癌術後再発としてXELOX療法を開始し、骨転移巣の疼痛に対して放射線療法を施行した。化学療法1コース施行後症状は改善し、ALPは低下してきている。【結語】胃癌術後11年目に骨転移再発をきたした1例を経験したので報告する。

発行年月 2020年6月20日

編集 日本消化器病学会東海支部第132回例会
岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学
〒501-1194 岐阜県岐阜市柳戸1-1
TEL 058-230-6308 FAX 058-230-6310

印刷 株式会社荒川印刷