

日本消化器病学会東海支部第134回例会

第45回教育講演会

プログラム抄録集

令和3年度（2021年度）

（附 第120回市民公開講座プログラム）



2021年（令和3年）6月12日（土） アスト津

会長 臼井正信（藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座）

日本消化器病学会東海支部第134回例会

第45回教育講演会

プログラム抄録集

会 長 白井正信（藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座）

日 時 2021年6月12日（土） 午前10時より

会 場 アスト津
〒514-0009 三重県津市羽所町700番地
TEL (059) 222-2525

参加受付	4 F	アストホール前ホワイエ
演者座長受付	4 F	アストホール前ホワイエ
第1会場	4 F	アストホール
（中継会場	4 F	研修室A）
第2会場	5 F	ギャラリー1
幹事会	4 F	会議室1

※一般演題オンデマンド配信（会期中のみ予定）

（附 第120回市民公開講座プログラム）

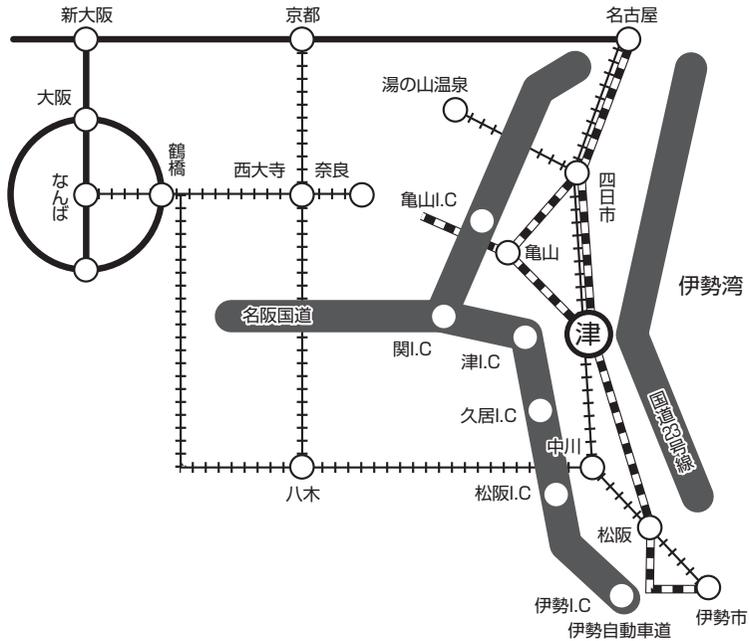
2021年6月13日（日）Web開催

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21回専門医セミナーのご案内	7
第45回教育講演会のご案内	8
第120回市民公開講座のご案内	9
第45回教育講演会プログラム	13
第45回教育講演会抄録	14
シンポジウムプログラム	24
シンポジウム抄録	28
一般演題プログラム	36
一般演題抄録	54
協賛企業一覧・広告	79

交通のご案内

会場へのアクセス



周辺案内図



津駅から

▶ 徒歩1分

津駅東口（JR側改札）を出てすぐ左手に見える。



津I.C.から

▶ 車で約10分

国道23号線を名古屋方面に走り、津駅前交差点を左折。



大阪から

▶ 近鉄難波駅から約1時間35分



名古屋から

▶ 近鉄名古屋駅から約50分

▶ JR名古屋駅から約50分

アスト津

〒514-0009 三重県津市羽所町700番地 TEL 059-222-2525（代表）

ホームページアドレス <http://www.ust.city.tsu.mie.jp/>

会場のご案内

第2会場（アスト津 5階）



第1・3・4会場（アスト津 4階）



プログラム&会場早見表

	第1会場 4F アストホール	第2会場 5F ギャラリー 1	中継会場 4F 研修室 A	配信 Web上で 閲覧ください	幹事会 4F 会議室 1
	受付				
10:00	開会の辞				
10:30	10:00-11:00 教育講演① 【上部消化管】 司会：大井正貴 講師：柴田知行	10:00-12:00 シンポジウム① 『消化器疾患の診断と 最新治療』	10:00-11:00 教育講演① 【上部消化管】 (中継)	一般演題 音声付き動画を 配信します	幹事会 10:30-11:30
11:00	11:00-12:00 教育講演② 【下部消化管】 司会：松岡 宏 講師：間山裕二	司会：須田康一 井上宏之	11:00-12:00 教育講演② 【下部消化管】 (中継)		
11:30					
12:00					
12:30	ランチョンセミナー① 12:10-13:10 司会：伊佐地秀司 講師：河口義邦 共催：大塚製薬工場(株)	ランチョンセミナー② 12:10-13:10 司会：廣岡芳樹 講師：富永和作 共催：(株)ツムラ			
13:00					
13:30	評議員会 13:20-14:20				
14:00					
14:30	14:30-15:30 教育講演③ 【肝】 司会：加藤悠太郎 講師：杉本和史	14:30-15:30 シンポジウム② 『消化器癌の栄養治療』 司会：伊藤彰博 奥川喜永	14:30-15:30 教育講演③ 【肝】 (中継)		
15:00					
15:30	15:30-16:30 教育講演④ 【胆膵】 司会：水野修吾 講師：橋本千樹	15:40-17:10 専門医セミナー 『消化器癌終末期の 患者管理と専門医取得法』 司会：臼井正信	15:30-16:30 教育講演④ 【胆膵】 (中継)		
16:00					
16:30	16:40-17:40 シンポジウム①関連 『消化器疾患の診断と治療』 司会：升森宏次 栗山直久				
17:00					
17:30	閉会の辞				
18:00					

お知らせ・お願い

現地参加の方は、感染予防対策として、マスクの着用、体温チェック、手指消毒をお願いします。
当日、37.5℃以上の方は来場をお控えください。

■支部例会のご案内

参加費：1,000円（受付 9：30～）

当日受付の方は、参加費と引換えにネームカード（参加証明書 兼 領収証）と抄録集をお渡しいたします。

■教育講演会のご案内

参加費：1,000円（午前のみ、午後のみ参加でも1,000円です。）

当日受付の方は、参加費と引換えにネームカード（兼 領収証）をお渡しいたします。

（参加には支部例会の受付が必須です。教育講演会のみ受付は出来ません。）

ネームカードに参加証明書はついていません。参加証を午前・午後に分けて別途配布いたします。

■専門医セミナーのご案内

参加費：無料（ネームカードはございません）

参加証を指定の時間に会場前にて配布いたします。

（参加証配布時間…15：10～17：10）

■評議員会のご案内

日時：2021年6月12日（土）13：20～14：20

会場：4 F アストホール（第1会場）

※昼食のご用意はございません。ランチオンセミナー等でお取りください。

■演者・座長へのご案内

演者座長受付・PC 受付…4 F アストホール前ホワイエ

《シンポジウム司会の先生方へ》

ご担当セッションの開始20分前までに「演者座長受付」へお立ち寄りください。

※各会場、時間厳守をお願いします。

《シンポジウム演者の先生方へ》

シンポジウム①（消化管） 口演 8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 8分 質疑応答 3分 総合討論なし

シンポジウム①関連 口演 5分 質疑応答 2分 総合討論なし

「演者座長受付」へお立ち寄りの上、ご発表セッションの開始30分前迄に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。

■単位登録についてのご案内

専門医更新単位は学会ホームページよりご登録いただく方式となります。

学会 HP の「パーソナルページ」→「学術集会参加登録」より、支部例会・教育講演会・専門医セミナーの各参加証に記載されている番号（15桁）にて各自登録をお願いいたします。

専門医更新単位…支部例会：5単位、教育講演会：午前9単位・午後9単位、

専門医セミナー：3単位

発表要領

■当日ご発表の先生方へ

- * PC を使用したご発表のみといたします。
- * 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いたします。

■ご発表用データ作成上の留意点

《USB メモリー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、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いたします。
4. 動画 (movie file) がある場合は、バックアップとして各自の PC をご持参ください。
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あらかじめご了承ください。

《PC または iPad などの持ち込みによるご発表》

1. 液晶プロジェクターとの接続は、デバイス本体にミニ Dsub15ピン外部出力コネクタが使えるものに限り、薄型 PC では特殊なコネクタ形状になっているものもありますので、必ず付属の変換アダプターを予めご確認の上、ご用意をお願いいたします。HDMI ケーブルの使用が可能です。
2. 発表中やその準備中にバッテリー切れになる場合があるため、ご発表の際は必ず付属の 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切れないよう設定のご確認をお願いいたします。
4. 音声出力は使用できませんのであらかじめご了承ください。

《データ及び PC の受付・その他》

1. 事務局にて用意しますキーボードおよびマウス等を使用し、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. ご発表セッションの開始30分前迄に「演者座長受付」にて演題受付および動作確認をしてください。(可能な限り受付予定時間よりも早めに受付にお越しください)。
4. 発表者ツールはご使用になれません。
5. 各会場とも液晶プロジェクターでの映写です。

シンポジウム・共催セミナーのご案内

シンポジウム 1 『消化器疾患の診断と最新治療』

会 場：第2会場

時 間：10：00～12：00

司 会：藤田医科大学病院 総合消化器外科
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

須田 康一

井上 宏之

シンポジウム 2 『消化器癌の栄養治療』

会 場：第2会場

時 間：14：30～15：30

司 会：藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座
三重大学病院 ゲノム医療部

伊藤 彰博

奥川 喜永

シンポジウム 1 関連 『消化器疾患の診断と治療』

会 場：第1会場

時 間：16：40～17：40

司 会：藤田医科大学 総合消化器外科
三重大学 肝胆膵・移植外科

升森 宏次

栗山 直久

ランチョンセミナー 1 『肝硬変の合併症対策』

会 場：第1会場

時 間：12：10～13：10

講 師：東京大学医学部附属病院 肝胆膵外科・人工臓器移植外科 河口 義邦

司 会：三重大学医学部附属病院

伊佐地秀司

共 催：大塚製薬工場株式会社

ランチョンセミナー 2 『“証”より“証拠”：六君子湯が築き上げてきたものとは』

会 場：第2会場

時 間：12：10～13：10

講 師：JCHO 星ヶ丘医療センター 消化器内科

富永 和作

司 会：藤田医科大学医学部 消化器内科学

廣岡 芳樹

共 催：株式会社ツムラ

第21回専門医セミナーのご案内

会 場：第2会場

時 間：15：40～17：10

テーマ：「消化器癌終末期の患者管理と専門医取得法」

座 長：藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座

臼井 正信

1) 消化器癌の悪液質の発現とその制御

演者：三重大学病院 ゲノム医療部

奥川 喜永

2) データから見た終末期がん患者の予後予測

演者：藤田医科大学七栗記念病院 薬剤課

二村 昭彦

3) 終末期がん患者に対するオピオイドの使用法の注意点

演者：藤田医科大学岡崎医療センター 薬剤部

上葛 義浩

4) 消化器内科医・外科医の緩和ケア専門医・認定医取得法

演者：藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座

伊藤 彰博

第45回教育講演会のご案内

会 場：第1会場

時 間：10：00～16：30

教育講演1 上部消化管疾患の trends&topics

講師：藤田医科大学 消化器内科学

柴田 知行

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管小児外科

大井 正貴

教育講演2 直腸癌治療の現状と展望

講師：三重大学大学院医学系研究科 消化管小児外科

問山 裕二

司会：藤田医科大学病院 総合消化管外科

松岡 宏

教育講演3 NAFLD/NASH の診断と治療

講師：三重大学 消化器・肝臓内科

杉本 和史

司会：藤田医科大学病院 総合消化器外科

加藤悠太郎

教育講演4 膵癌の集学的治療

講師：藤田医科大学 消化器内科学

橋本 千樹

司会：三重大学 肝胆膵・移植外科

水野 修吾

第120回市民公開講座のご案内

日 時：2021年6月13日（日） 9：30～12：00

会 場：Web 開催

司 会：藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座

臼井 正信

がんって言われたら、何が必要？

講演1 「がんの痛みはどうやって取るの？」

講師：藤田医科大学七栗記念病院 薬剤課

二村 昭彦

講演2 「がんになったら、認知症はどうなる？」

講師：藤田医科大学七栗記念病院 内科

脇田 英明

講演3 「がんになってもリハビリは必要？」

講師：藤田医科大学七栗記念病院 リハビリテーション科

岡崎 英人

講演4 「がん栄養は必要？」

医師の立場から

講師：藤田医科大学七栗記念病院 緩和医療科・NST

伊藤 彰博

栄養士の立場から

講師：藤田医科大学七栗記念病院 食養課

溝口 由佳

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45回教育講演会プログラム

第1会場

教育講演 ① 10：00－11：00

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管小児外科 大井 正貴

上部消化管疾患の trends&topics

藤田医科大学 消化器内科学 柴田 知行

教育講演 ② 11：00－12：00

司会：藤田医科大学病院 総合消化管外科 松岡 宏

直腸癌治療の現状と展望

三重大学大学院医学系研究科 消化管小児外科 問山 裕二

教育講演 ③ 14：30－15：30

司会：藤田医科大学病院 総合消化器外科 加藤悠太郎

NAFLD/NASH の診断と治療

三重大学 消化器・肝臓内科 杉本 和史

教育講演 ④ 15：30－16：30

司会：三重大学 肝胆膵・移植外科 水野 修吾

膵癌の集学的治療

藤田医科大学 消化器内科学 橋本 千樹

1) 上部消化管疾患の trends&topics

藤田医科大学 消化器内科学 柴田 知行

過去、本邦において上部消化管疾患は *H. pylori* に起因する疾患を軸に推移していたが、*H. pylori* 除菌が進むにつれ疾患のパラダイムシフトが起こっている。

最近の上部消化管疾患に対する大きな動きとして胃癌内視鏡検診が挙げられる。2014年に「有効性に基づく胃がん検診ガイドライン」が発行され、胃内視鏡検査が胃 X 線検査と同等の推奨グレード B と評され、2015年に「対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル」が発刊されると胃内視鏡検診が一気に広まった。しかし内視鏡検査は X 線検査に比しマンパワーが必要である事、読影にダブルチェックが必要である事が懸念されたにも関わらず、胃内視鏡検診は今や検診手段の主流となっている。

マンパワーの一助、また診断の均てん化に期待されている技術が人工知能 (Artificial Intelligence: AI) であり徐々に臨床応用され始めている。現在薬事承認されている内視鏡 AI 診断は大腸内視鏡に特化したもののみであり、上部消化管スクリーニングに使用できる AI 機器は未発売である。しかし我々が報告した胃癌指摘率を含め、これまでの報告では AI による胃癌の指摘率はほぼ全て90%以上であり、ダブルチェックなど臨床で使用するのに十分な結果が報告されている。リアルタイム診断報告も同様の指摘率が報告されており、内視鏡検診現場での診断補助が可能となれば、診断の均てん化にも貢献すると思われる。また今後 *H. pylori* 除菌後胃癌の発見にも寄与する事が期待される。

内視鏡そのものの進化も内視鏡医としては常に期待している事項であるが、従来の NBI (Narrow Band Imagin)、BLI (Blue Laser Imaging) 拡大内視鏡観察に加え、新たな画像強調技術である LCI (Linked Color Imaging)、RDI (Red Dichromatic Imaging)、TXI (Texture and Color enhancement Imaging) などが、実機に搭載されつつあり、今後診断や治療における有効性を明らかにしてゆく必要がある。

治療に関しては、*H. pylori* 除菌等の影響もあり酸関連疾患の増加が明らかであるが、本邦発の Vonoprazan (P-CAB) の強力な酸抑制作用・治療効果が確認されている。しかし長期服用の懸念も示され、その使用法が本年改訂された GERD 診療ガイドライン上にも示される様になってきている。

以上、様々な上部消化管疾患診断治療の動向について御紹介する。

学 歴

- 1988年 3月 三重大学医学部卒業
- 1990年 4月 三重大学大学院医学研究科（博士課程）入学
- 1996年 3月 三重大学大学院医学研究科（博士課程）修了

職 歴

- 1988年 6月 三重大学医学部第三内科研修医
- 1989年 1月 国立津病院内科研修医
- 1990年 2月 社会保険羽津病院内科
- 1996年 4月 三重大学医学部第三内科
- 1996年 7月 紀南病院内科
- 1998年 1月 桑名市民病院内科医長
- 1999年 9月 三重大学医学部第三内科
- 1999年10月 米国マサチューセッツ総合病院消化器内科／ハーバード大学留学
- 2003年 4月 鈴鹿回生総合病院 内科医長
- 2003年11月 藤田保健衛生大学消化器内科講師
- 2010年 4月 藤田保健衛生大学消化管内科准教授
- 2015年 7月 藤田保健衛生大学消化管内科教授
- 2021年 4月 藤田医科大学消化器内科教授（組織改編による）
- 現在に至る

所属学会・認定医等

- 日本内科学会認定医・専門医・指導医・評議員・JMECC インストラクター
- 日本消化器病学会専門医・指導医・評議員
- 日本消化器内視鏡学会専門医・指導医・評議員
- 日本消化管学会胃腸科専門医・指導医・代議員
- 日本がん治療認定医機構がん治療認定医
- 日本癌治療学会
- 日本医師会認定産業医
- 日本マイクロ・ナノバブル学会評議員
- 日本ヘリコバクター学会 *H. pylori*（ピロリ菌）感染症認定医
- 日本生体医工学会東海支部幹事

2) 直腸癌治療の現状と展望

三重大学大学院医学系研究科 消化管小児外科 問山 裕二

直腸癌は結腸癌に比べ、臨床病理学的特徴や悪性度が異なり、解剖学的特性から治療方法も多岐にわたる。内視鏡技術の飛躍的な向上により、早期癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic Submucosal Dissection; ESD）が標準化され、さらに内視鏡による筋層切除や低侵襲な経肛門的手術（TEM、TAMIS）による局所切除治療成績を上げている。局所切除後の補助療法などの有用性に関するエビデンスも示されつつあり、局所切除の意義はさらに広がると考えられる。進行下部直腸癌に対する外科手術は難易度が高く、侵襲が大きいことに加え、人工肛門や肛門機能低下、排尿排便・性機能障害などによる術後 QOL 低下を招く可能性がある。1908年に Miles が報告した直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術は、腫瘍学的根治を目的とした初めての外科治療であり、その後 100 年以上にわたり手術術式と医療機器の開発とともに、腫瘍学的根治と患者の QOL の両方の向上を目指してきた。1960～70 年代にかけて肛門温存のために Dixon らが報告した前方切除の適応が拡大された。さらに低位吻合を可能とする自動吻合器の進歩や便貯留能の改善を目的とした結腸嚢や Coloplasty 等の術式開発を経て、括約筋間直腸切除術まで手術は進化している。1982年に英国の Bill Heald は Total Mesorectal Excision の概念を提唱し、その優れた局所制御効果を示した。一方で、局所制御に対する側方リンパ節郭清（以下、側方郭清）は、日本特有の手術術式として発展し、日本における標準手術として確立されている。欧米における標準治療である術前（化学）放射線療法は複数の臨床試験で効果が証明された Evidence-based な治療戦略であり、側方郭清とともに局所再発制御がその主な目的であるが、遠隔再発、生命予後には寄与しない。昨今予後改善を目指し、術前に全身化学療法と（化学）放射線療法をシークエンスに行う強力な術前補助治療（Total Neoadjuvant Therapy）が開発され、その奏効率の高さから臨床的完全奏効が得られた直腸癌に対する非手術療法（Watch & Wait 療法）も大きな話題である。新たなテクノロジーの進歩により、低侵襲手術の開発が目覚ましく鏡視下手術（腹腔鏡、ロボット）アプローチが開発・実臨床に導入された。保険収載とともにロボット手術は急速にその手術件数が拡大しており、低侵襲で術後合併症が低率であることから直腸癌手術の予後改善をもたらす可能性が期待されている。本教育講演では多様化した直腸癌治療に関し、その歴史を踏まえて概説する。

略 歴

- 1997年 3月31日 三重大学医学部卒業
1997年 4月 1日 三重大学医学部附属病院第二外科医員（研修医）
1998年 6月30日 三重大学医学部附属病院第二外科 退職
1998年 7月 1日 岡波総合病院外科 就職
2000年 9月30日 岡波総合病院外科 退職
2000年10月 1日 三重大学医学部附属病院 医員
2001年 3月31日 三重大学医学部附属病院 退職
2001年 7月 1日 上野市立上野総合市民病院外科 就職
2001年 9月30日 上野市立上野総合市民病院外科 退職
2005年 4月 1日 三重大学医学部附属病院消化管外科 医員
2007年 3月 1日 三重大学医学部附属病院消化管外科 助手
2007年 4月 1日 三重大学医学部附属病院消化管外科 助教
2007年10月 1日 三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻病態修復医学講座 消化管・小児外科 助教
2009年 4月 1日 三重大学大学院医学系研究科内講師（2016年 4月まで）
2011年 4月 1日 Baylor Medical Center at DALLAS (post doctor fellow) : Mentor: Richard C Boland and Ajay Goel
2013年 4月 1日 三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻臨床医学系講座 消化管・小児外科 助教
2016年 4月 1日 三重大学医学部附属病院消化管外科 学内講師
2016年 5月 1日 三重大学医学部附属病院消化管外科 講師
2018年 4月 1日 三重大学医学部附属病院消化管外科 准教授
2020年 8月 1日 三重大学大学院医学系研究科生命医科学専攻臨床医学系講座 消化管・小児外科 教授

主な所属学会

- 日本外科学会：専門医、指導医
日本消化器外科学会：専門医、指導医、評議員
日本大腸肛門病学会：専門医、指導員、評議員、倫理審査委委員会委員
日本消化器病学会：専門医、東海支部評議員、幹事
日本消化管学会：胃腸科専門医、指導医
日本癌治療学会 代議員
日本臨床外科学会：評議員
日本外科感染症学会：評議員
日本家族性腫瘍学会：家族性腫瘍指導医、評議員
American College of Surgeons : Fellow of American College of Surgeon (FACS)
日本胃癌学会
日本内視鏡外科学会
日本小児外科学会
日本癌学会
日本腹部救急医学会
日本静脈経腸栄養学会
日本ハイパーサーミア学会
東海外科学会
中部外科学会
American Association for Cancer Research

3) NAFLD/NASH の診断と治療

三重大学 消化器肝臓内科 杉本 和史

脂肪性肝疾患を来す原因はアルコール、代謝性疾患、薬剤などさまざまなものがある。今回の講演は最も多くみられる栄養過多に起因する非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) について述べる。

NAFLD には良性の経過をたどる脂肪肝 (NAFL) と肝硬変、肝細胞癌に進展しえる非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) が存在する。NAFL とは肝に中性脂肪 (5%以上) が蓄積した状態を指す。NAFL/NASH の成因は非常に複雑であり、未だ解明されていない点も多い。歴史的には Day らにより有名な two hit theory が提唱された。これは、まずインスリン抵抗性を基盤として肝細胞に脂肪沈着が起き、ここに2nd hit として酸化ストレス、遺伝性素因、サイトカイン、エンドトキシンなど様々な要因が加わり、炎症、線維化が進展していくという説である。この説は非常に理解しやすいが、炎症が肝脂肪化に先行することもあり、説明できない点も多くみられるようになった。このため Tilg らは様々な hit が並行して肝臓に作用し病態を形成していくという、parallel hits hypothesis を新しく提唱した。いずれの説にしても、NAFL 発症の鍵となるのはインスリン抵抗性である。このため NAFL はメタボリック症候群の肝での presentation とも考えられている。

NAFLD の有病率は増加傾向にあり、地域差は見られるものの、人口の30%程度と推定されている。多くは検診でALTの異常を指摘され発見されるが、ルーチンの腹部超音波検査では30%以下の脂肪沈着では診断感度が低下するほか線維化が進展し、脂肪蓄積が消失したいわゆる burnout NASH では診断が困難となる。また NAFL/NASH の判別には現時点では肝生検が golden standard となっている。NASH の組織診断には脂肪化と炎症、肝細胞の風船様腫大、線維化や補足としてマロリーデンク体の有無が用いられるが、サンプリングエラーや合併症の懸念もあり、有用なバイオマーカーの開発が待たれる。

NAFLD/NASH に対する治療は減量以外に特異的なものは現在のところない。NAFLD 患者の死因の多くは心血管イベントであり、薬物治療は随伴する高血圧、高脂血症、糖尿病などの治療が主体となる。現在多くの治験が行われており、今後 NAFLD/NASH に特化した治療の開発が期待される。また、最近肝炎ウイルスの関与しない肝細胞癌症例が増加しており、背景には NASH の増加があると考えられる。これらの症例はスクリーニングがされていないため癌が進行してから発見されることも多く、生活習慣病を診療している糖尿病内科、循環器内科、総合内科の先生方への啓発も重要である。

略 歴

- 1992年 3月 三重大学医学部卒業、同 6月 三重大学第一内科研修医
1993年 1月 三重県立塩浜病院 内科医員
1995年 4月 三重大学大学院研究科 博士課程
2000年 5月 米国ペンシルバニア大学医学部 研究員
2002年12月 三重大学医学部附属病院 第一内科医員
2005年 2月 三重県立総合医療センター 消化器科医長
2008年 7月 三重大各医学部附属病院中央検査部 助教
2011年10月 同講師
2019年 6月 同准教授 現在に至る

4) 膵癌の集学的治療

藤田医科大学 消化器内科学 橋本 千樹

我が国の死因の3分の1を占めるがんの中でも現在最も予後不良なものが膵癌である。地域癌登録によるがん生存率データでは2009—2011年診断例における膵癌の5年相対生存率は男女計で8.5%とあらゆる「がん」の中で断然低い。膵癌による年間死亡数は年々増え続けており、2019年において男女合わせて約36,000人であり、臓器別では肺癌大腸癌胃癌について第4位である。

膵癌の予後を改善させるためには膵癌を早期に診断することが重要である。そのため膵癌を早期に診断できるシステムを構築している施設もあるも、まだまだ満足のいくものではない。今なお根治・治癒の期待できる治療法は外科的切除のみであるが、診断時には既に切除不能である症例が多いのが現状である。このような生物学的悪性度の高い膵癌に対しては、手術療法、化学療法、放射線療法、免疫療法、ステント療法、支持・緩和療法などを組み合わせた集学的治療が必要である。

病期診断は、膵癌の治療戦略を立てるうえで極めて重要である。主に切除可能性分類により治療法が決まってくる。切除可能膵癌 (R)、切除可能境界 (BR)、局所進行切除不能膵癌 (UR-LA)、遠隔転移を伴う切除不能膵癌 (UR-M) に分類される。

R膵癌については、ゲムシタピン塩酸塩とS-1を用いた術前補助療法の臨床的意義を検討したPrep-02/JSAP-05試験の結果が2019年のASCO-GI (American Society of Clinical Oncology-Gastrointestinal Cancers Symposium) 総会にてわが国より報告され、膵癌診療ガイドライン2019年版でもR膵癌に対する術前補助療法としてゲムシタピン塩酸塩+S-1併用療法を行うことを提案すると改訂された。当院でも、本年4月から基本的にR膵癌に対し術前補助療法を施行している。

UR-LA,UR-M膵癌に対しては、化学療法が選択されるが、膵癌は進行が早く、多様な症状が出現しうるため、診断初期の段階から症状緩和やQOL向上を目指した多職種の支持・緩和療法が必要である。当院では、診断初期より認定がん性疼痛看護師、緩和科医師が介入し診療を行っている。

二次化学療法は、膵癌診療ガイドライン2016年版の「行うことを提案する」から、いろいろなエビデンスが出てきた2019年版では「行うことを推奨する」に変更された。保険適用となり2020年4月の改訂版では、イリノテカンのリポソーム製剤 (ナノリポソーム型イリノテカン)、高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) の場合の抗PD-1抗体ペムブロリズマブ、NTRK 融合遺伝子を有する場合のチロシンキナーゼ阻害薬エヌトレクチニブといった薬剤が記載されている。また、膵癌でもゲノム医療の検討が進められている。現時点ではあまり薬剤の開発につながっていないが、2020年12月、生殖細胞系列BRCA 遺伝子変異を有する治癒切除不能な膵癌に対し、オラパリブがプラチナ製

剤を含む化学療法後の維持療法として承認された。当院においても、今後、膵癌切除例については、全例がん遺伝子パネル検査を行うことになっている。

本教育講演では膵癌の集学的治療の当院の取り組みを中心に述べたい。

略 歴

1993年3月 名古屋大学医学部医学科卒業
1993年5月～1995年3月 半田市立半田病院 研修医
1995年4月～1996年9月 半田市立半田病院 内科 医師
1996年10月～1997年6月 静岡厚生病院 内科 医師
1997年7月～1999年3月 名古屋大学医学部 第2内科 研究生
1999年4月～2005年3月 名古屋大学医学部附属病院 内科 医員
2005年4月～2010年9月 藤田保健衛生大学(現藤田医科大学)医学部 肝胆膵内科 講師
2010年10月～2019年6月 藤田保健衛生大学(現藤田医科大学)医学部 肝胆膵内科 准教授
2020年7月から現在 藤田医科大学 医学部 消化器内科学 臨床教授

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
日本消化器病学会専門医、指導医、評議員
日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、評議員
日本超音波医学会専門医、指導医、代議員
日本胆道学会認定指導医、評議員、学術委員
日本膵臓学会認定指導医

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

10:00~12:00

司 会：藤田医科大学病院 総合消化器外科

須田 康一

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

井上 宏之

『消化器疾患の診断と最新治療』

S1-1 十二指腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療

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 化学療法部

○古川 和宏¹、古根 聡^{1,2}、藤城 光弘¹

S1-2 当院における十二指腸腺腫に対する治療戦略 ESD-aid surgery

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学

○大久保 友貴、小川 了、瀧口 修司

S1-3 生検 Group3胃病変の拡大内視鏡画像と切除後病理診断の検討

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

○梅田 悠平¹、田中 匡介²、堀木 紀行²

S1-4 生物学的製剤導入後6-8週目の効果が肛門部クローン病（PCD）の長期予後の予測因子である

¹特定医療法人衆済会 増子記念病院 IBD センター、

²医療法人聖真会 横山記念病院 大腸肛門科、

³医療法人俊雄会 三枝クリニック

○三枝 直人^{1,2,3}、堀田 直樹¹

S1-5 潰瘍性大腸炎関連癌の診断における狭帯域光・色素拡大観察、プローブ型共焦点レーザー内視鏡の有用性

藤田医科大学 消化器内科学

○鎌野 俊彰、長坂 光夫、大宮 直木

S1-6 定位放射線治療が肝予備能に与える影響

岐阜市民病院 消化器内科

○河内 隆宏、西垣 洋一、富田 栄一

- S1-7 当院における SpyGlass DS 下胆道生検の現状
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○夏目 まこと、吉田 道弘、内藤 格
- S1-8 膵管癒合不全を背景とした膵疾患に対する経乳頭的膵液細胞診の成績
静岡県立総合病院 肝胆膵内科
○川口 真矢、佐藤 辰宣、寺田 修三
- S1-9 遺伝子パネル検査に提出可能な検体を得るための EUS-FNB の実施方法についての検討
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○石川 和真、石渡 裕俊、新谷 文崇
- S1-10 当院における膵頭部領域腫瘍に対する Minimally Invasive Surgery の導入と短期成績
三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科
○前田 光貴、栗山 直久、水野 修吾

シンポジウム2

第2会場

14:30~15:30

司 会：藤田医科大学医学部 外科・緩和医療学講座
三重大学病院 ゲノム医療部

伊藤 彰博
奥川 喜永

『消化器癌の栄養治療』

S2-1 Transthyretin を指標とした術前栄養介入による胃癌手術への影響

¹伊勢赤十字病院 外科、²国立三重中央医療センター 外科、

³松阪市民病院 外科

○松井 俊樹¹、下村 誠²、加藤 憲治³

S2-2 80歳以上の胃内視鏡的粘膜下層剥離術における術前の栄養状態及び骨格筋量の低下と合併症及び予後の関係性の検討

岐阜大学 第一内科

○荒尾 真道、井深 貴士、清水 雅仁

S2-3 潰瘍性大腸炎の3期分割手術における術後感染性合併症と予後栄養指数との関連

三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

○森本 雄貴、大北 喜基、問山 裕二

S2-4 化学療法を行う進行膵癌患者に対する成分栄養剤による栄養療法の意義

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○上村 真也、岩下 拓司、清水 雅仁

S2-5 高齢者膵癌の化学療法における栄養指標を含めた現状の検討

¹春日井市民病院 消化器内科、²春日井市民病院 内視鏡センター

○原田 貴仁¹、高田 博樹²、祖父江 聡¹

シンポジウム 1 関連

第 1 会場

16:40~17:40

司 会：藤田医科大学 総合消化器外科
三重大学 肝胆膵・移植外科

升森 宏次
栗山 直久

『消化器疾患の診断と治療』

SR-1 当科における胸部食道癌および食道胃接合部癌に対するロボット支援胸腔鏡下食道切除術の導入と改良

¹浜松医科大学 外科学第二講座、

²浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座

○菊池 寛利¹、平松 良浩²、曾根田 亘¹、川田 三四郎¹、村上 智洋¹、
松本 知拓¹、森田 剛文¹、神谷 欣志¹、竹内 裕也¹

SR-2 Reopenable-clip over the line method と Modified locking-clip technique を用いた ESD 後粘膜欠損閉鎖法

¹三重県立志摩病院 内科、²伊勢赤十字病院 消化器内科

○野村 達磨^{1,2}、杉本 真也²、伊藤 圭一¹

SR-3 演題取り下げ

SR-4 肝尾状葉腫瘍に対する EUS-FNA の有用性

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○熱田 直己、林 香月、片岡 洋望

SR-5 悪性遠位胆管狭窄例での胆管 SEMS 閉塞リスクを低下させるステント種類と内服薬の検討

岐阜市民病院 消化器内科

○手塚 隆一、岩田 翔太、奥野 充

SR-6 非切除遠位胆管狭窄における新型金属ステントの有用性

愛知医科大学病院 肝胆膵内科

○北野 礼奈、井上 匡央、米田 政志

SR-7 演題取り下げ

SR-8 咽喉頭癌に対する ELPS/ESD 後出血予防のころみ

¹伊勢赤十字病院 消化器内科、

²伊勢赤十字病院 頭頸部・耳鼻咽喉科

○杉本 真也¹、福家 智仁²、亀井 昭¹

S1-1 十二指腸神経内分泌腫瘍に対する内視鏡治療

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 化学療法部
 ○古川 和宏¹、古根 聡^{1,2}、藤城 光弘¹

【背景】十二指腸神経内分泌腫瘍 (NET) に対する明確な治療方針は確立されていないが、高分化型、腫瘍径10mm以下で、粘膜下層までにとどまる病変については転移の可能性が低く、内視鏡治療の適応となりうる。十二指腸NETの内視鏡治療としては、EMR、ESD、ESMR-Lなどが報告されている。EMRは簡便ではあるものの一括切除率が低く、ESDは病変の高い一括切除率とそれによる正確な病理診断を可能とするが、十二指腸の解剖学的特徴や内視鏡操作の困難性に起因する技術的な難しさ、手技に伴う偶発症の頻度の高さから、その適応に関しては見解が分かれている。一方、近年Tashimuraらが提唱するEMR with OTCS (EMRO) やFTRD など、OTSCを用いた治療法の有用性も報告されている。【目的】当院における十二指腸NETに対する内視鏡治療の現状について明らかにすること。【方法】2013年12月から2021年1月までに当院で内視鏡治療を行った十二指腸NET10症例10病変を対象とした。検討項目は(1)患者背景、(2)治療成績、(3)偶発症とした。【成績】(1)年齢中央値は67.5歳(40~79)、男女比6:4、病変の局在は球部7病変、下行脚3病変だった。腫瘍径中央値は6.5mm(3~11)であり、最終病理診断は全例NET G1、10例中2例に脈管侵襲を認め、深達度はSM8例、MP2例だった。(2)2019年11月より前の4例に対してはESDを、2019年11月以降の6例に対してはEMROを施行した。EMROの切除時間中央値は10分(8~21)であり、ESDの71分(51~91)と比べて有意に短かった(p<0.001)。EMROの切除深さとしては6例中3例が全層切除となり、残りの3例は粘膜下層切除となった。ESDは4例全例で垂直断端陽性であり、1例で水平断端不明だった。EMROでは全例垂直断端、水平断端ともに陰性だった。観察期間中1例も再発、転移は認めなかった。(3)ESD、EMROともに術中穿孔、遅発性穿孔、後出血などの偶発症は1例も認めなかった。【結論】十二指腸NETに対する内視鏡治療は安全で低侵襲な治療法である。EMROは短時間で病変を一括切除することが可能であり、有用な治療法の一つと考えられた。

S1-3 生検 Group3胃病変の拡大内視鏡画像と切除後病理診断の検討

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
 ○梅田 悠平¹、田中 匡介²、堀木 紀行²

【背景】胃において生検診断がGroup3(腺腫)の病変を切除した場合、切除後の病理診断としばしば乖離することを経験する。NBI拡大内視鏡では、早期胃癌の拡大内視鏡診断アルゴリズム(MESDA-G)による診断が有用であると報告されている。また、酢酸併用NBI拡大内視鏡での胃粘膜の表面構造がslit pattern、gyrus patternは胃腺腫に、irregular patternは分化型癌に多い傾向を認める。今回、切除前生検でGroup3と診断された胃病変の内視鏡像を後ろ向きに検討し、切除後病理結果、NBI拡大内視鏡所見、酢酸併用NBI拡大内視鏡所見を検討した。【対象】2010年1月から2020年5月までに生検Group3病変で拡大観察を施行され、内視鏡で一括切除された146病変。【方法】切除前に行われたNBI拡大内視鏡所見、酢酸併用NBI拡大内視鏡所見と切除標本病理所見を比較し、特にNBI拡大内視鏡所見における腺腫と癌の診断能、酢酸併用NBI拡大内視鏡所見における腺腫と癌の診断能を検討した。【結果】切除標本の病理診断は、腺腫が84病変、分化型癌が62病変であった。未分化型癌は認めなかった。癌病変の深達度は59病変がM、3病変がSMであった。NBI拡大内視鏡で癌の診断能は感度75.8%、特異度72.6%、正診率74.0%であった。酢酸併用NBI拡大内視鏡でirregular patternを認めたのは75病変で、59病変が分化型癌で、16病変が胃腺腫であった。irregular patternを認めず、slit patternを優位に認めたものは40病変で、すべて胃腺腫であった。irregular patternを認めず、gyrus patternを優位に認めたものは31病変で、3例が分化型癌で、28病変が胃腺腫であった。酢酸併用NBI拡大内視鏡でirregular patternの癌の診断能は感度95.2%、特異度81.0%、正診率87.0%であった。【結論】生検Group3胃病変のうち切除後病理結果で癌と診断された病変は、146病変中62病変(42.7%)であった。酢酸併用NBI拡大内視鏡は癌の診断に有用であり、癌が示唆される病変は切除を考慮すべきと考えられた。

S1-2 当院における十二指腸腺腫に対する治療戦略 ESD-aid surgery

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
 ○久保 友貴、小川 了、瀧口 修司

近年、上部内視鏡検査の頻度の増加や精度の向上により、十二指腸非乳頭部腺腫の発見例が増加している。しかしながら、現段階では複数の治療法が存在し、未だ議論の余地があると考えられる。内視鏡治療は低侵襲であるが技術的に難易度が高く、遅発性穿孔や出血のリスクを伴い、時に重篤な合併症をきたす。一方、外科単独手術においては腫瘍位置の範囲を正確に同定することが困難な場合が多く、術中内視鏡やマーキングが必須であり、侵襲が大きくなるなどの欠点がある。当院では2018年より消化器内科と消化器外科が合同で十二指腸腺腫瘍に対して“ESD-aid surgery”を行っている。ESD治療後の穿孔は10%以上にも及ぶとの報告もあり、穿孔のリスクを回避するため、ESDで腫瘍を切除後、補助的(“aid”)に非薄化した十二指腸壁を腹腔鏡下にて縫縮し、補強している。ESD-aid surgeryの特徴としては、腫瘍の散布や腹腔内への感染防止のため全層切除は行わないこと、十二指腸壁の補強は縫合糸とスーチャークリップを用いて、面で補強することが挙げられる。2018年4月~2021年2月の間に当院では14例の十二指腸腺腫瘍に対してESD-aid surgeryを施行した。性別は男性12例、女性2例。年齢は47~82歳(中央値68歳)、腫瘍の局在は水平脚4例、下行脚10例、腫瘍長径は6~37mm(中央値15mm)であった。手術時間は204~555分(中央値292分)、出血量2~72ml(中央値31ml)、術後在院日数は9~18日(中央値11日)であった。術後出血を1例で認めたものの、遅発性穿孔や狭窄などの合併症は認めず、術後経過は良好であった。十二指腸腺腫瘍に対して、ESD-aid surgeryを行うことで、内視鏡および腹腔鏡双方の欠点を補い利点を生かし、安全かつ低侵襲な治療が可能であると考えられた。

S1-4 生物学的製剤導入後6-8週目の効果が肛門部クローン病(PCD)の長期予後の予測因子である

¹特定医療法人衆済会 増子記念病院 IBDセンター、
²医療法人聖真会 横山記念病院 大腸肛門科、
³医療法人俊雄会 三枝クリニック
 ○三枝 直人^{1,2,3}、堀田 直樹¹

【目的】肛門病変はクローン病(CD)で患者のQOLを阻害し頻度が高い難治因子である。Bio投与下の肛門部クローン病(PCD)の長期経過を検討した。【方法】2009年1月から2020年6月までに肛門病変を主目的にBioを導入され16週間以上維持投与を受けたBio naiveのCD症例59例をretrospectiveに解析した。PCD転帰は潰瘍、膿排出、腫脹、膿瘍形成、自発痛や圧痛がない場合を寛解とした。【結果】Bio導入時のPCD内訳は痔瘻が58例、CD裂肛が2例、edematous pileが1例(重複あり)で、56例(94.9%)はBio導入前に麻酔下肛門部検索を行われ、必要に応じ切開排膿やseton留置を受けた。観察期間は平均2230(166-5551)日であった。1)男/女は47/12例、2)PCD発症年齢は23(10-44)歳、3)大腸病変(+)は54(91.5%)例、4)直腸病変(+)は37(62.7%)例、5)PCD発症-Bio導入の期間は平均1337(36-10440)日、6)Bio導入後6-8週でPCD寛解が42例(71.2%)、7)初回導入BioはInfliximab(IFX)が34例(57.6%)、Adalimumab(ADA)が17例(28.8%)、Ustekinumab(UST)が8例(13.6%)、8)最終BioはIFXが31例(52.5%)、ADAが18例(30.5%)、USTが10例(16.9%)であった。最適化を含め導入Bio継続例(Non failure例)は47例(79.7%)、1)剤failureが10例(17%)、2)剤failureが3例(5%)で、13例(22%)でBioがスイッチされた。PCD最終予後は寛解が53(89.8%)例であったが、2例(3%)は直腸切断に至った。PCD再燃のイベントをBioの最適化かswitchか肛門手術と定義し、累積緩解維持率についてKaplan-Meier解析を行ったところ、寛解維持率はBio導入から1年で約80%、3年で約60%であり、その後も経時的に低下した。また上記1)~6)についてLog rank検定および多変量解析(Cox比制ハザード回帰)を行ったところ、Bio導入後6-8週のPCD活動性が有意な(p<0.01)再燃の危険因子であった。【結論】Bio導入後6-8週間での効果でPCDの長期予後が予測できる。また経時的に寛解維持率は低下するが、最適化やswitchなどにより寛解の再導入・維持が期待できる。

S1-5 潰瘍性大腸炎関連癌の診断における狭帯域光・色素拡大観察、プローブ型共焦点レーザー内視鏡の有用性

藤田医科大学 消化器内科学
○鎌野 俊彰、長坂 光夫、大宮 直木

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)患者の長期経過例の増加に伴い、UC関連腫瘍(UCAN)が増加している。その内視鏡サーベイランスには色素散布、狭帯域光観察(NBI)、拡大観察が用いられているが、炎症・孤在性腺腫・潰瘍性大腸炎関連癌(UCAC)の鑑別に難渋することも多い。2014年にリアルタイムに顕微鏡観察可能なプローブ型共焦点レーザー内視鏡(pCLE)が薬事承認され、optical biopsyが可能になった。今回、UCAC・Dysplasia例に対し、NBI・色素拡大観察に加えpCLEを施行し、その有用性を検討した。【対象・方法】当院で経験したUCAC・Dysplasia 27例にNBI・色素拡大観察・pCLEを行い、内視鏡下生検・内視鏡治療組織または手術標本病理所見と対比した。NBI拡大観察はJNET分類、ピオクタンニン散布拡大観察は工藤・鶴田分類を用いた。2014年5月よりpCLEも施行した。【結果】27例の内訳は男/女=16/11、年齢中央値52.0歳(23-76歳)、全大腸炎型/左側型/遠位型=20/5/2、病変部位は直腸/S状/下行/横行/上行=13/10/1/2/1であった。治療は手術/内視鏡治療(ESD)=17/4で施行されていた。JNET分類はUCACがType3とType2A・2B、DysplasiaでType2A・2Bを呈していた。ピットパターンはUCACがIIIc、IIIc、IV、VI、VN、型、DysplasiaがIIIc、IV、VI型を呈していた。T1癌(SM)でもIV型があり、通常の大腸腫瘍でみられる深達度より深い症例がみられた。pCLE所見は未分化型癌で柵状構造、分化型癌でback to back構造異型が描出された。【結論】NBI、色素拡大観察は進行癌の診断に有用である。色素拡大観察においては、通常の大腸癌の深達度と同様に評価すると浅く診断する可能性があり、十分に注意する必要がある。一方、pCLEは未分化型癌の診断に有用である可能性が示唆された。

S1-7 当院におけるSpyGlass DS下胆道生検の現状

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○夏目 まこと、吉田 道弘、内藤 裕

背景：従来、胆道疾患に対する病理学的診断には経乳頭の透視下生検や擦過細胞診が使用されている。近年、SpyGlass DS(SG)により病変を直接観察し生検することが可能となり、胆道疾患の診断能の向上が期待される。今回、胆道疾患に対するSG下生検の有用性を明らかにすることを目的とした。方法：2016年4月から2021年2月までに当施設でSG施行した全190例のうち、1)胆道疾患の鑑別診断において専用生検鉗子を用いたSG下生検を施行した61症例(67回)における部位別、狭窄の有無別における検体採取能及び偶発症について、2)2004年4月から2021年2月の間に当施設で悪性胆道疾患181例に対して施行したSG下生検36例、経乳頭の透視下生検117例、経乳頭の擦過細胞診81例の診断能について、retrospectiveに比較検討した。結果：1)良悪性を含む胆道疾患の61症例(67回)に対して平均5.8回SG下生検を行い、病理学的に診断可能であった病理組織検体採取成功率は、92.3%(362/392)であった。生検部位で成功率に差を認めず(肝門部:87.2%(96/110)、左肝内:93.3%(70/75)、右肝内:92.8%(39/42)、上部:87.2%(72/75)、遠位:93.8%(61/65)、胆嚢管:96%(24/25)、生検部位の狭窄の有無でも差を認めなかった(狭窄部:91.9%(125/136) vs 非狭窄部:92.6%(237/256)、 $p=0.81$)。偶発症は10.4%(7/67)に認め、内訳は胆管炎4例、膵炎2例、穿孔1例であった。2)悪性胆道疾患の病変主座に対し行った検査診断能はSG下生検83.3%(30/36)、擦過細胞診34.5%(28/81)、透視下生検72.6%(85/117)であった。SG下生検の悪性診断能は、擦過細胞診より有意に良好であったが($P<0.001$)、透視下生検との間に有意な差を認めなかった($P=0.19$)。結論：当院での胆道疾患に対するSG下生検における検体採取能は、採取場所及び狭窄の有無に関わらず良好な結果であった。一方、悪性胆道疾患における主病巣での病理診断能は現段階では透視下生検と同等であり、今後さらなる症例数の積み重ねによりその意義について再検証が必要であると考えられた。

S1-6 定位放射線治療が肝予備能に与える影響

岐阜市民病院 消化器内科
○河内 隆宏、西垣 洋一、雷田 栄一

【背景】体幹部定位放射線治療(SBRT)の、肝細胞癌(HCC)に対する有用性の報告が近年増加している。当院においては2015年よりHCCに対するSBRTが導入されている。HCCでは異時性多中心性発癌の問題があり肝予備能の低下を最小限に留める治療法選択を選択する必要がある。【方法】2015年1月から2020年12月までに当院において外科切除、局所治療が不適と判断された単発HCC 31例に対して施行されたSBRTが肝予備能に与えた影響を、2004年1月から2020年12月までに当院において初回治療としてラジオ波焼灼術(RFA)が施行された単発HCC 324例と比較した。【結果】SBRT群、RFA群それぞれで、男女は23/8、199/125、年齢中央値は80(49-94)、73(38-88)歳、背景肝疾患(HBV/HCV/alcohol/other)は6/17/2/6、37/240/15/35、Child Pugh Score(5/6/7/8/9/10/11)は18/10/1/2/0/0、165/91/31/18/12/5/2、ALBI中央値は-2.47(-3.16~-1.06)、-2.45(-3.63~-0.89)であった。腫瘍径中央値(mm)は15(8-38)、15(10-38)、AFP中央値(ng/ml)は7.0(1.3-905.6)、14(1.3-16774)、PIVKA-II中央値(mAU/ml)は44(9-8748)、30(6-23800)であった。観察期間中央値(month)は16.6(1.6-53.9)、50.5(0.4-178.1)で1年後の局所再発率は3%、2%であった。12ヶ月後まで経過観察可能であったSBRT群19例、RFA群180例のALBI Score 平均値は治療前-2.29、-2.41、3ヶ月後-2.20、-2.42、12ヶ月後-2.20、-2.43であり、SBRT群で低下の傾向を認めた。Propensity Score matchingで背景因子を調整した各群16例では、SBRT群、RFA群のALBI Score 平均値は治療前-2.24、-2.34、3ヶ月後-2.14、-2.27、12ヶ月後-2.12、-2.28であり、paired-t-testでは、SBRT群で3、12ヶ月後に有意な低下を認めた。SBRT群で金マーカーの留置群、非留置群のALBI Score 平均値は治療前-2.38、-2.03、3ヶ月後-2.31、-1.90、12ヶ月後-2.33、-1.83であり、非留置群で12ヶ月後に有意な低下を認めた。【結語】SBRTは良好な局所制御が得られていたが、肝予備能の低下に留意する必要があると考えられた。金マーカーの留置は肝予備能低下予防に寄与する可能性が示唆された。

S1-8 膵管癒合不全を背景とした膵疾患に対する経乳頭の膵液細胞診の成績

静岡県立総合病院 肝胆膵内科
○川口 真矢、佐藤 辰宣、寺田 修三

【はじめに】膵癌診療ガイドライン2019では、ENPD留置下複数回膵液細胞診(serial pancreatic-juice aspiration cytologic examination; SPACE)は、腫瘍のない限局した膵管狭窄や腫瘍の小さい症例に積極的に施行すべき検査法であると提言している。また膵管非癒合と膵癌の合併頻度は5.1~12.2%とも報告されており、当院では副乳頭を介したSPACEも積極的に施行している。今回、膵管癒合不全を合併した膵疾患に対する経乳頭の膵液細胞診の安全性と有用性について後方視的に検討した。【対象と方法】2010年1月~2021年2月に当院で施行したERCPは5,573件。膵管造影にて膵管癒合不全と診断された55症例のうち、経乳頭の膵液細胞診を目的とした27症例を対象とした。検討項目は1.膵管癒合不全の型、2.細胞診の対象疾患、3.副乳頭アプローチを要した症例はその挿管方法、ENPD留置成功の有無と合併症、4.細胞診の正診率(良性の診断は手術病理所見もしくは画像所見が2年以上変化のないものと定義)とした。【結果】27例の内訳は男性17例、年齢中央値は73歳(43~89歳)。完全非癒合10例、不完全癒合不全17例。細胞診の対象疾患は膵囊胞性腫瘍17例、限局性膵管狭窄3例、膵炎原因精査3例、肝腫瘍3例、限局性膵管拡張1例。副乳頭アプローチを施行した22例(計24回)の挿管方法は細径カテーテル造影法15例、rendezvous法4例、WGC法4例、precut法1例で、手技成功率は95.8%(23/24)。合併症は高アミラーゼ血症11例、軽症膵炎3例(13%)。27例全体で悪性は12例で、stage 0が4例、Iが5例、II~IVがそれぞれ1例。SPACEの診断能は感度67%(4/6)、特異度100%(9/9)、正診率87%(13/15)、単回細胞診の診断能は感度33%(2/6)、特異度100%(3/3)、正診率56%(5/9)であった。【結語】膵管癒合不全を背景とした膵疾患に対する副乳頭アプローチのENPD留置は軽症膵炎を合併したが高い手技成功率であった。診断能向上のためには副乳頭を介したSPACEを考慮すべきと考える。

S1-9 遺伝子パネル検査に提出可能な検体を得るための EUS-FNB の実施方法についての検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○石川 和真、石渡 裕俊、新谷 文崇

【背景】がん遺伝子パネル検査に提出する組織検体には腫瘍面積などの基準 (FoundationOne CDx では 25mm²以上) が設けられており、今後診断目的の EUS-FNB においても、この基準を満たす組織採取を行っていく必要があるが、その方法は明らかでない。

【目的】EUS-FNB においてパネル適正検体採取に関連する因子を明らかにすること。

【対象と方法】2019年11月から2021年2月に EUS-FNB を行った悪性膵腫瘍を対象とした。EUS-FNB は病変毎に 2-3 回の穿刺を行い、期間前半は、穿刺毎にパラフィンブロック (FFPE) を作成し 2 番目の穿刺検体を、後半は全ての穿刺で得られた検体から一つの FFPE を作成し解析対象とした。また、穿刺毎に得られた検体の肉眼観察を行い、白色検体長を測定した。後半例の白色検体長は全ての穿刺で得られた白色検体長の合算とした。HE 染色 10 倍視野観察で腫瘍細胞の集塊を含む視野が 6 視野以上 (腫瘍組織面積 25mm²以上相当) 認めるものを、パネル適正検体と定義した。

【結果】FNB 検体 245 例を解析対象とした。腫瘍局在は膵頭部 56.7%、腫瘍径中央値 25mm。FNB は 22G 針 91.8%、前半例 62.4%であった。白色検体長中央値は 30mm で、後半症例で有意に長かった (73 vs. 20mm, $p < 0.001$)。パネル適正検体採取率は 55.5% で、後半症例で有意に高率であった (81.5 vs. 40.5%, $p < 0.001$)。ROC 曲線からパネル適正検体が得られる白色検体長のカットオフ値は 38mm 以上と算出した (AUC 0.821)。多変量解析の結果、病変径 20mm 以上、白色検体長 38mm 以上が独立したパネル適正検体採取の予測因子であり、穿刺針径や病変部位と適正検体採取には関連を認めなかった。

【結語】EUS-FNB 施行時に、肉眼観察を行い白色検体長 38mm 以上を確認することで、パネル適正検体採取率を向上させる可能性があり、全ての穿刺で得られた検体をまとめて一つの FFPE を作成することが一助となる。

S1-10 当院における膵頭部領域腫瘍に対する Minimally Invasive Surgery の導入と短期成績

三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科
○前田 光貴、栗山 直久、水野 修吾

【はじめに】2020年4月にリンパ節・神経叢郭清等を伴う腹腔鏡下膵頭十二指腸切除 (LapPD) およびロボット支援下膵頭十二指腸切除術 (RoboPD) が保険収載され、当院でも低悪性度膵頭部領域腫瘍に対して本格的に導入した。今回、当施設で施行しているそれらの手術手技を供覧し、短期成績に関して報告する。【方法】現時点での基本的適応は血管合併切除を必要としない低悪性度腫瘍で、術者も肝胆膵外科高度技能専門医および内視鏡外科技術認定医の資格を有する 1 名に限定して施行している。基本術式は亜全胃温存膵頭十二指腸切除、Child 変法再建で、LapPD は 5 ポート下に臓器切除と胆管空腸吻合は完全腹腔鏡下で行い、残る再建は小開腹下で施行している。RoboPD は再建も含め完全鏡視下で施行している。2020年4月から2021年3月の間に施行した 11 例の膵頭部領域腫瘍に対する Minimally Invasive Surgery (MIS) (LapPD: 10 例、RoboPD: 1 例) を、前年度同期間の低悪性度腫瘍に対する開腹膵頭十二指腸切除術 (OPD) の 24 例と患者背景、短期成績に関して比較検討した。【結果】MIS 群は男性 8 例、女性 3 例で年齢中央値は 71 歳 (39-91 歳)、Body Mass Index (BMI) 中央値は 20.9 (15.8-31.1) であった。適応疾患は IPMN 2 例、遠位胆管癌 1 例、乳頭部癌 3 例、その他 5 例で開腹移行例は認めず、全例 R0 切除で、手術関連死は認めなかった。両群間の患者背景 (年齢、性別、Charlson comorbidity index、BMI) に有意差はなかったが、OPD 群では修練医が執刀する症例が有意に多かった (54.2%、 $p < 0.001$)。手術時間 (MIS vs. OPD: 464 vs. 482 分、 $p = 0.875$)、出血量 (170 vs. 350ml、 $p = 0.142$)、術後膵液瘻 (45.5% vs. 37.5%、 $p = 0.467$) に有意差は認められなかった。MIS 群で Clavien-Dindo $\geq 3a$ の術後合併症が多い傾向があった (63.6% vs. 41.7%、 $p = 0.089$) が、在院日数 (19 日 vs. 27 日、 $p = 0.118$) には差がなかった。【結論】低悪性度膵頭部腫瘍に対する MIS は安全に施行可能であるが、更なる手術手技の安定化と術後合併症の低減が今後の課題である。

S2-1 Transthyretin を指標とした術前栄養介入による胃癌手術への影響

¹伊勢赤十字病院 外科、²国立三重中央医療センター 外科、
³松阪市民病院 外科
○松井 俊樹¹、下村 誠²、加藤 憲治³

【背景】術前低栄養症例では周術期合併症が生じる可能性が高く、また周術期合併症の発生は、予後を悪化させることは知られている。胃癌においては transthyretin (TTR) が22未満の場合、有意に合併症が増加することが報告されている。我々は胃癌手術症例に対し、術前の TTR 値を指標として、術前栄養介入を行っており、その予後に対する影響について報告する。【対象と方法】2017年9月～2019年8月の間に、松阪市民病院外科で胃癌手術を行った41例を対象とした。外来初診時に TTR 値を測定し、TTR 22mg/dl 以上を栄養良好群 (n=20)、22未満を栄養不良群 (n=21) に分類した。栄養不良群は術前1週間前から入院し、通常の病院食に加え、免疫賦活系栄養剤を1日4本(朝、昼、夕、眠前)、6日間投与し、手術前日に採血を行い、栄養状態を再評価した。短期予後の検討として、栄養良好群、不良群の2群間における周術期合併症 (Clavian-Dindo grade II以上) の発生率の比較、および周術期合併症のリスク因子について検討した。また長期予後における単変量解析では、Kaplan-Meier法により生存曲線を作成し、Log-Rank検定を行い評価した。【結果】周術期合併症発生に対する多変量解析では手術前日の TTR 値が独立した危険因子であった (P=0.030)。手術前日の TTR 値が22以上、未満で再分類し検討すると、TTR 値22以上群では18.5% (5/27)、TTR 値22未満群では50% (7/14) であり、TTR 値22以上群では合併症の発生率が有意に低率であった (P=0.036)。長期予後の検討では、初診時・術直前 TTR 値に基づいた全生存期間の比較では、ともに TTR 高値群の方が予後は良好な傾向はあったが、有意差はみられなかった (P=0.281, P=0.190)。周術期合併症の有無による比較では、合併症発生群で有意に予後は不良であった (P<0.01)、合併症発生群の生存中央値21ヶ月)。【結論】手術直前の栄養状態が、周術期合併症の発生に最も関連することが示唆された。周術期合併症が生じた症例の予後は不良であり、合併症低減に寄与する TTR を指標とした術前栄養評価および栄養介入は有用と考えられた。

S2-3 潰瘍性大腸炎の3期分割手術における術後感染性合併症と予後栄養指数との関連

三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学
○森本 雄貴、大北 喜基、間山 裕二

【背景】潰瘍性大腸炎 (UC) に対する大腸全摘・回腸囊肛門吻合術は標準術式として広く行われているものの、術前治療による影響や低栄養状態などの理由により一般的に術後合併症が多いとされている。また大腸癌を対象とした手術でも低栄養状態は予後不良や術後合併症発生率の増加と関連していることが報告されている。しかし、UC手術、特に3期分割手術計画の第2期目手術として施行される残存直腸切除・回腸囊肛門吻合・回腸人工肛門造設術において予後栄養指数 (prognostic nutritional index: PNI) などの栄養指標が術後感染性合併症 (PIC) と関連するかどうかについて十分検討されていない。【目的】UCに対する残存直腸切除・回腸囊肛門吻合・回腸人工肛門造設術において術前 PNI 値が PIC の危険因子となり得るかどうかについて検討する。【方法】当科において3期分割手術計画により第1期目に大腸全摘が施行され、第2期目に当科で IPAA が施行された116例を対象とした。これらの対象症例のうち術前白血球分画が測定不可能であった症例は除外した。周術期の臨床学的因子および血液データと PIC 発生に関わる因子について検討した。【結果】術前白血球分画を測定可能であった110例について検討した。PICは18例 (16.3%) に認められ、その内訳は創感染15例、臓器/体腔感染2例、遠隔感染1例であった。PNIの比較では PIC 非発生群よりも PIC 発生群の方が低値であった (49.3 ± 5.2 vs 45.5 ± 8.1, P=0.034)。単変量解析で有意差の認められた因子を用いて多変量解析を施行したところ術中出血量270g以上および PNI47未満は、PIC 発生に関わる独立因子であった (P = 0.033, 0.0076)。【結論】残存直腸切除・回腸囊肛門吻合・回腸人工肛門造設術において PNI 低値は術後感染性合併症発生の危険因子と考えられた。第1期目手術後に低栄養状態にある患者においては、十分に栄養状態が回復してから第2期目手術を行うべきであることが示唆された。

S2-2 80歳以上の胃内視鏡的粘膜下層剥離術における術前の栄養状態及び骨格筋量の低下と合併症及び予後の関係性の検討

岐阜大学 第一内科
○荒尾 真道、井深 貴士、清水 雅仁

【背景】サルコペニアや低栄養は癌患者の予後規定因子である。今回、術前の骨格筋量の低下が高齢者胃内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) 症例の予後および合併症に及ぼす影響について検討した。【方法】2013年4月から2018年3月までに当院で胃ESDを行った80歳以上を対象とした。骨格筋量の低下 (Skeletal muscle depletion: SMD) の有無で、周術期の合併症、生存期間を比較検討した。CT画像での第3腰椎レベルの骨格筋面積により、骨格筋指数 (SMI) 男性で42.0cm²/m²以下、女性で38.0cm²/m²以下を SMD 群とした。肺炎は ESD 翌日の CT で浸潤影を認めたものと定義した。【結果】解析対象は148例 (男性111例、女性37例) で、SMDは62例 (男/女46/16) で認め、その割合は41.9% (男性41.4%、女性43.2%) であった。Prognostic nutritional index (PNI) は SMD 群で46.0±4.2、非 SMD 群で48.2±4.0と有意差を認めた (p=0.001)。eCuraC2の症例は SMD 群で11例 (17.7%)、非 SMD 群で11例 (12.8%)、後出血は SMD 群で6例 (9.7%)、非 SMD 群で8例 (9.3%) であり何れも有意差を認めなかった。肺炎の合併は SMD 群で14例 (22.6%)、非 SMD 群で5例 (5.8%) であった (p=0.005)。肺炎の発症に関して SMD および PNI < 44.6 (既報にある高齢者胃 ESD 症例の予後不良 cut-off 値) でロジスティック回帰分析を行うと、オッズ比はそれぞれ4.5 (p=0.007) および2.2 (p=0.15) であった。生存期間中央値は SMD 群で72.4ヶ月、非 SMD 群で NA と有意差を認めた (p=0.012)。観察期間に30人死亡しており、主な死亡原因は、原病死が3例、他癌死が4例、老衰及び誤嚥性肺炎は9例であった。性別 (男性)、SMD、PNI < 44.6 を説明変数に組み入れた時間依存性 Cox 比例ハザードモデルでは、ハザード比はそれぞれ5.7 (p=0.02)、2.3 (p=0.02)、2.9 (p=0.008) と独立した危険因子であった。【結論】骨格筋量低下は高齢者胃 ESD における肺炎および死亡の危険因子であった。合併症や予後の予測に、術前の栄養状態や骨格筋量の評価は有用である。

S2-4 化学療法を行う進行肺癌患者に対する成分栄養剤による栄養療法の意義

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○上村 真也、若下 拓司、清水 雅仁

癌悪液質は筋肉及び脂肪組織の喪失による著しい体重減少を特徴とし、化学療法の効果の減弱、副作用や治療中断の増加、予後不良因子となるため、早期介入が必要である。【目的】手術不能肺癌症例において化学療法中の栄養療法の意義を後方視的に検討した。【方法】2017年8月から2021年1月に手術不能肺癌と診断され、化学療法を行なった48例 (男性24例、年齢中央値68歳) を対象に、化学療法中に成分栄養剤 (エンターール) による栄養療法を行なった21例 (A群) と行わなかった27例 (B群) の化学療法開始より2ヶ月経過時の栄養状態を比較検討した。A群は化学療法中に毎日、1から2包のエンターールを内服し、2ヶ月間以上投与継続した症例とした。骨格筋量の評価は CT 第3腰椎レベル筋肉量より骨格筋指数 (SMI) を算出し評価した。【結果】2群間において背景因子に有意差は認めなかった。化学療法開始時と2ヶ月後の体重減少率は A 群: 0% B 群: 3.5% (p=0.06)、アルブミン減少値は A 群: 0.3mg/dl B 群: 0.4mg/dl (p=0.97)、体脂肪量減少率は A 群: 1.6% B 群: 10.4% (p=0.94)、SMI 減少率は A 群: 5.0% B 群: 8.0% (p=0.07) であり、有意差はないが栄養療法を行なった群において体重、骨格筋量の減少が少ない傾向にあった。化学療法による Grade3 以上の有害事象出現頻度は血液毒性 A 群 90% : B 群 78% (p=0.43)、非血液毒性 A 群 19% : B 群 30% (p=0.51) であり、2ヶ月後での化学療法効果は SD 以上 A 群 20例 (95%) : B 群 21例 (78%)、PD は A 群 1例 (5%) : B 群 6例 (22%) (p=0.12)。PFS 中央値は A 群 337日 : B 群 219日 (p=0.02)、OS は A 群 684日 : B 群 330日 (p=0.10) であった。多変量解析にて OS に影響を与える因子について検討すると、成分栄養剤の内服 (HR: 0.27, 95% CI: 0.11-0.86 p<0.02)、CA19-9 値が有意な因子であった。【結論】肺癌化学療法中の成分栄養剤による栄養療法介入は、体重、筋肉量の減少を抑え、化学療法の効果や予後にも関連することが示唆された。

S2-5 高齢者膵癌の化学療法における栄養指標を含めた現状の検討

¹春日井市民病院 消化器内科、²春日井市民病院 内視鏡センター
○原田 貴仁¹、高田 博樹²、祖父江 聡¹

【背景】高齢者膵癌に対し化学療法を行う機会は増加しているが、その有効性、安全性、予後因子に関する報告は十分ではない。【目的】高齢者切除不能膵癌の化学療法における栄養指標を含めた現状を、非高齢者と比較し明らかにすること。【対象と方法】2013年1月から2020年3月までに当院で化学療法を導入した切除不能膵癌105例について、非高齢者群（75歳未満）74例と、高齢者群（75歳以上）31例の2群に分けて、患者背景、レジメン、有効性、有害事象を後方視的に比較検討した。また高齢者については予後因子についても後方視的に比較検討した。【結果】非高齢者群と高齢者群の患者背景は、年齢中央値67：77歳、性別（男/女）42/32：16/15例、PS（0/1/≥2）47/21/6：19/10/2例、BMI中央値21.4：20.6、PMI中央値4.2：3.69、Alb中央値3.9：3.8 g/dL、CRP中央値0.38：0.54 mg/dL、NLR3.09：3.50、CEA7.0：8.0 ng/mL、CA19-9 1046：1237 U/mL、切除不能因子（局所進行/遠隔転移）27/47：11/20例であった。選択されたレジメン（単剤/併用）は、30/44：14/17例であり、レジメン選択において単剤・併用療法という点では有意差を認めなかった。治療効果は、奏効率16.2：19.3%、病勢制御率45.9：41.9%、全生存期間中央値は7.9：8.1か月、無増悪生存期間中央値は：3.9：3.6か月であり、治療効果、生存期間に有意差を認めなかった。有害事象において、Grade3以上の有害事象は40（54.1%）：11（35.5%）例に認め、安全性に有意差を認めなかった。高齢者群の予後因子を明らかにするため、前述の背景因子について単変量解析を行ったところ、Alb、CRP、切除不能因子が抽出された。その3つの因子に加え、既報で予後因子として報告されているNLRについて多変量解析を行ったところ、CRP高値、切除不能因子（遠隔転移）が抽出された。【結語】高齢者膵癌患者では非高齢者膵癌患者と比し筋肉量は少なかったが、化学療法を同等に有効かつ安全に実施できることが示唆された。また高齢者膵癌に対する化学療法において、CRP高値および遠隔転移を伴う症例では予後不良であることが示唆された。

シンポジウム1 関連

SR-1 当科における胸部食道癌および食道胃接合部癌に対するロボット支援胸腔鏡下食道切除術の導入と改良

¹浜松医科大学 外科学第二講座、
²浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座
○菊池 寛利¹、平松 良浩²、曾根田 亘¹、川田 三四郎¹、
村上 智洋¹、松本 知拓¹、森田 剛文¹、神谷 欣志¹、
竹内 裕也¹

【背景】近年食道癌に対するロボット支援胸腔鏡下食道切除術 (RTE) が普及してきている。当科は2018年にDa Vinci Xiによる腹臥位RTEを導入し2019年5月から保険診療で行っている。今回多職種チームによるRTE導入と工夫および術式改良の変遷を紹介する。【RTEの導入】模擬患者を用いた体位セッティングとローリン胸腔鏡用シミュレーターを用いたアーム干渉の変化等のシミュレーションを行い術者助手看護師MEでセッティングに関する認識の共有を図った。【RTEの工夫】1. 体位:患者をマジックベッドに乗せ腹臥位とし腰より頭側で少し前屈させた後ヘッドアップして胸部を水平にする。患者をベッド右端に位置させ体をやや左に傾ける。右腕は挙上させるが頭より腹側に下げ4番アームとの干渉を防ぐ。2. ポート位置デザイン:第7肋間後腋窩線に2番(カメラ)ポートを配置。第3肋間前腋窩線背側に4番第5肋間後腋窩線付近に3番ポートを配置するが2-3-4番ポートの角度を大きく各ポート間を広く(7-8cm以上)する。第9肋間肩甲骨下角線に1番ポートを配置するが椎体と干渉が危惧される場合は腹側にずらし2番ポートとの距離が保てない場合は第10肋間とする。第5肋間前腋窩線に助手用12mmポートを挿入。3. 中下縦隔操作:助手は吸引管で術野展開し間欠的吸引にて排煙を行う。術者は左手でFenestrated bipolar右手でMaryland bipolarまたはVessel sealerを用いて操作する。4. 上縦隔操作:助手は主にソラココットンを用いて気管の転がしを確実にを行う。術者は左手でLong bipolar右手でMaryland bipolarまたはPottsを用いて操作する。【RTEの改良】術前のCT画像を用いたシミュレーションおよびポート位置の画像アーカイブ化を行いアームの制限や干渉が減少した。RTE導入当初胸腔ドレイン排液の増加を認めましたが切開剥離操作をbipolarからVessel sealer主体に改良し排液量の減少を得た。【結語】安全なRTE導入やアームの動作制限の少ない術中操作および術中・術後合併症減のためにはチームによる協調作業と術式の改良が重要である。

SR-3 演習取り下げ

SR-2 Reopenable-clip over the line methodとModified locking-clip techniqueを用いたESD後粘膜炎損閉鎖法

¹三重県立志摩病院 内科、²伊勢赤十字病院 消化器科
○野村 達磨^{1,2}、杉本 真也²、伊藤 圭一¹

消化管腫瘍に対するESD後出血穿孔などの偶発症が問題となる。しかし胃十二指腸大腸に一律に適応可能な粘膜炎損閉鎖法は確立されていない。近年糸とクリップを使用した粘膜炎損閉鎖法の有用性が報告されているが胃のように厚い粘膜炎層は閉鎖が困難とされてきた。我々は開閉可能なクリップ (reopenable-clip) と糸 (nylon line 0.23mm) を用いた新しい粘膜炎損閉鎖法であるReopenable-clip over the line method (ROLM) を報告した (Endoscopy 2021)。ROLMはreopenable-clipの片方の歯に糸を通し粘膜炎損閉鎖縁と筋層を把持することで死腔なく粘膜炎損を完全に閉鎖可能な方法である。また最終的に閉鎖のために用いられた糸を切り正常粘膜炎に1つのクリップのみを用い固定する方法であるlocking-clip technique (LCT) を報告した (Endoscopy 2018)。今回LCTをさらに容易に行うことができるModified locking-clip technique (M-LCT) を考案した (Endoscopy 2021)。M-LCTはLCTを行う前にあらかじめ鉗子口から出ている糸をEZクリップの根元の歯と歯の隙間に通した状態でクリップ装置を鉗子口から挿入しLCTを行うテクニックである。まずクリップ装置からクリップを出し完全に歯が開かない状態で維持する。その後クリップの歯と歯の根元の隙間に内視鏡の鉗子口から出ている糸を通す。内視鏡画面の視認下でLCTを用いクリップと糸が固定し正常粘膜炎に配置する。その後鉗子口から出ている糸を引き糸をクリップの根元で切断する。我々はこれまでに約20例のROLM-M-LCTの胃十二指腸大腸ESD後の粘膜炎損閉鎖を行った。発表当日はROLM及びM-LCTのTipsやトラブルシューティングを動画を用い報告する。

SR-4 肝尾状葉腫瘍に対するEUS-FNAの有用性

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○熱田 直己、林 香月、片岡 洋望

【はじめに】主に肝腫瘍の組織診断は超音波下経皮的生検が行われているが、尾状葉腫瘍では解剖学的に困難とされている。また、胆膵領域では超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診 (EUS-FNA) は経消化管的に実施され組織診断に有用である。肝病変にEUS診断を行った30例を後方視的に検討し、尾状葉腫瘍の4例を中心に報告する。【対象】対象: 膵腫瘍の肝転移16例、胆管細胞癌8例、胆嚢癌の肝転移4例、大腸癌の肝転移1例、GIST1例。病変占拠部位: 左葉と尾状葉。下記に尾状葉腫瘍の4例を提示する。【症例1】70歳、女性。CTで尾状葉に10mmの腫瘍、経皮的には組織採取が困難。経胃的EUSで尾状葉病変は描出可能で22GにてFNAを施行し、胆管細胞癌と診断し外科的切除。【症例2】80歳台、女性。CTで尾状葉に11mmの腫瘍。既往に乳癌があり、乳癌転移か原発性の鑑別のため経胃的FNAを22Gで施行。組織診断は腺癌で免疫学的検査にて胆管細胞癌と診断し外科的切除。【症例3】60歳台、男性。CTでS1/2に18mmの病変。EUS前に内視鏡時と同様な左側臥位にてCT施行。過去CTとの比較で肝臓は左方に移動し、尾状葉と胃小弯が近接することを確認。経胃的EUSにて尾状葉腫瘍を良好に描出し門脈や下大静脈への浸潤がない診断のもと外科的切除。【症例4】70歳台、男性。肝悪性リンパ腫と大腸癌の治療歴あり、経過中に尾状葉腫瘍が出現。経胃的FNAを22Gで施行、大腸癌の肝転移と診断し化学療法を選択。【結果】肝病変全体でFNAの組織診断率は28/29 (96.6%) で偶発症は認めなかった。EUSで尾状葉腫瘍はすべて良好に描出可能で、FNAが治療方針決定に必要な3例において施行可能であった。【考察】尾状葉腫瘍は門脈と下大静脈に挟まれ、経皮的生検では病変に達するまで介在する脈管も多く存在する。EUSではその問題点が比較的回避され、経皮的より近距離で描出可能でFNAは組織診断において良い選択肢となりえると思われた。

SR-5 悪性遠位胆管狭窄例での胆管 SEMS 閉塞リスクを低下させるステント種類と内服薬の検討

岐阜市民病院 消化器内科

○手塚 隆一、岩田 翔太、奥野 充

【背景】膵癌などに伴う悪性遠位胆管狭窄に対する胆管 SEMS 留置は、長期の開存期間が期待できるが、近年の化学療法の進歩に伴い、さらなる開存期間の改善が望まれる。胆泥や結石形成によるステント閉塞は RBO の主な要因の 1 つであり、閉塞を来しにくい SEMS 選択が重要である。またステント閉塞と内服薬の関連性についても明らかになっていない。【目的】胆泥や結石形成による SEMS 閉塞に関連した因子を患者背景、SEMS 種類、内服薬より検討し、SEMS 閉塞リスクを低下させる SEMS 選択と内服薬について検討する。【方法】対象は 2010-2021 年に悪性遠位胆管狭窄例に対し、遠位胆管へ初回 SEMS 留置を行った 224 例中、胆泥や結石形成以外の RBO 36 例を除外した 188 例。患者背景、SEMS 種類、内服薬と SEMS 閉塞の関連性につき後方視的に検討した。なお、SEMS 非閉塞での死亡例は打ち切り例とし、内服薬は SEMS 留置後 1 週間以上継続した薬剤を検討した。【結果】SEMS 閉塞（閉塞群）は 30 例、非閉塞群は 158 例であった。閉塞群と非閉塞群の患者背景（年齢、性別、原疾患、Stage、PS、腫瘍径、胆管狭窄長）、SEMS 種類 [ステント長・径、Covered stent、Antireflux metallic stent (ARMS)]、内服薬 (PPI、UDCA、抗血栓剤、NSAIDs) に有意差を認めなかったが、閉塞群に化学療法施行例（閉塞群 63% / 非閉塞群 36% $p < 0.01$ ）が多かった。TRBO と各因子につき Cox 比例ハザードモデルにて単変量解析を行ったところ、患者背景、内服薬については有意差を認めなかったが、ARMS [HR3.73 (95% CI 0.87-10.9) $p=0.07$] に有意な傾向、SEMS 径 12mm [HR=0.387 (0.166-0.840) $p=0.02$] に有意差を認めた。ARMS と 12mm 径 SEMS にて多変量解析を行ったところ、12mm 径 SEMS [HR=0.430 (0.180-0.967) $p=0.04$] が SEMS 閉塞のリスクを低下させる因子という結果であった。【結論】SEMS 閉塞と原疾患、腫瘍径、胆管閉塞長や内服薬に関連性は認めなかった。12mm 径 SEMS 留置は SEMS 開存期間を有意に延長させる因子と考えられ、ステント留置時において検討すべき SEMS の種類であると思われた。

SR-6 非切除遠位胆管狭窄における新型金属ステントの有用性

愛知医科大学病院 肝胆膵内科

○北野 礼奈、井上 匡央、米田 政志

【背景】非切除遠位胆管狭窄に対する胆道ドレナージでは、長期の開存期間が得られることから金属ステント (MS) 留置が推奨される。MS はカバード MS とアンカバード MS に大別されるが、ingrowth 防止と re-intervention 時に抜去可能という利点から、本邦ではカバード MS が選択される場合が多い。一方でカバード MS はステント逸脱や迷入を来しやすく、また留置期間が長期となるとカバーが劣化しその利点が失われる可能性がある。今回、逸脱防止機能としてステント両端に大型フレアと、耐久性向上として 2 重構造の PTFE カバーを備えた新型ステント (HILZO ステント:ゼオンメディカル社) が登場したため、その有用性を検討する。【方法】2018 年から 2019 年までに、非切除遠位胆管狭窄に対して新型ステントを留置した連続 21 例について、手技成功率、臨床的成功率、偶発症率、recurrent biliary obstruction (RBO) を評価した。【成績】対象は男性 14 例、女性 7 例、平均年齢は 76 ± 9.9 歳であった。原疾患は膵頭部癌が 16 例、下部胆管癌が 2 例、乳頭部癌が 1 例、その他 2 例であった。手技成功率は 100% (21/21) であり、手技成功が得られた症例では全例臨床的成功が得られた。早期偶発症は胆管炎と胆嚢炎をそれぞれ 1 例ずつ認め、早期偶発症率は 10% (2/21) であった。RBO を除く後期偶発症は胆管炎を 1 例で認め、後期偶発症率は 5% (1/21) であった。RBO は 43% (9/21) で認め、sludge が 5 例、ステント逸脱が 4 例であった。time to RBO 中央値は 301 日であった。re-intervention は 8 例で施行され、試みた全例でステント抜去可能であり、re-intervention 成功率は 100% (8/8) であった。【結論】非切除遠位胆管狭窄に対する新型金属ステントの成績は比較的良好であったが、ステント逸脱を 4 例で認めた。長期留置例でもステント抜去可能であり、2 重構造 PTFE の有効性は示唆されるが、逸脱防止機能に関してはさらなる向上が必要な可能性がある。

SR-7 演題取り下げ

SR-8 咽喉頭癌に対する ELPS/ESD 後出血予防のこころみ

¹伊勢赤十字病院 消化器内科、

²伊勢赤十字病院 頭頸部・耳鼻咽喉科

○杉本 真也¹、福家 智仁²、亀井 昭¹

【目的】下咽喉頭癌に対する Endoscopic Laryngopharyngeal Surgery (ELPS) 後出血の発生割合は 6.8% と報告されている。ELPS 後出血は気管挿管・切開を要することもあり、致命的な偶発症である一方、その予防法は確立されていない。ELPS 後潰瘍に PGA シートを貼付し、後出血の予防効果を検討することを目的とした。【方法】当院では 2017 年 3 月から咽喉頭腫瘍に対する経口的局所切除術として ELPS combined with ESD を導入し、後出血予防として導入時から切除後の潰瘍底に PGA シートを貼付している。2017 年 3 月の治療導入時から 2020 年 3 月までに当院で咽喉頭腫瘍に対する ELPS combined with ESD を施行した連続 21 症例 (23 回の切除、28 病変) を対象とした。対象症例の患者背景、治療成績、後出血を含めた偶発症発生割合を検討した。【成績】全例男性であり年齢中央値は 72 歳 (range 53-88 歳)。28 病変全て扁平上皮癌であり、局在は梨状窩 57% (16/28)、下咽頭後壁 36% (10/28)、喉頭蓋 7% (2/28)、深達度は EP68% (19/28)、SEP32% (9/28) であった。7% (2/28) で脈管侵襲を認めた。切除時間の中央値は 76 分 (range 10-150 分)。頭頸部外科医が鉗子を用いて PGA シートを貼付できるため、切除後潰瘍を被覆するために要した時間の中央値は 10 分 (range 3-22 分) であった。ELPS 後出血のリスク因子と報告されている切除検体径 > 30mm、抗血栓薬の使用、肉眼型が 0-IIa である病変の割合はそれぞれ 68% (19/28)、19% (5/28)、36% (10/28) であり、かつ導入初期であったが偶発症 (切除後出血、誤嚥性肺炎、皮下気腫) は認めなかった。【結論】ELPS 後出血予防策として、PGA シートの貼付は有用である可能性がある。

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

食道

座長 愛知県がんセンター 消化器外科部 伊藤 誠二

01 食道病変を内視鏡的に切除した多発する顆粒細胞腫の一例

若手

(研修医)

岡崎市民病院 消化器内科

○細野 幸太、藤田 孝義、森井 正哉、飯塚 昭男、山田 弘志、青井 広典、
大塚 利彦、水野 史崇、岩田 有里波

02 演題取り下げ

03 食道亜全摘胃管再建術後の遅発性胃内容排泄障害に対して胃管空腸バイパス術を施行した一例

(専修医)

済生会松阪総合病院 外科

○橋本 真吾、川北 航平、奥田 善大、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 穰

04 再発食道癌に対するニボルマブの使用経験

¹名古屋大学医学部附属病院 消化器外科二、

²名古屋大学医学部附属病院 医療機器総合管理部

○坂田 和規¹、清水 大¹、神田 光郎¹、小池 聖彦¹、高見 秀樹¹、猪川 祥邦¹、
服部 憲史¹、林 真路¹、田中 千恵¹、中山 吾郎¹、藤原 道隆²、
小寺 泰弘¹

05 内視鏡的に切除した胃顆粒細胞腫の一例

若手 愛知県厚生農業協同組合連合会 安生更生病院 消化器内科

(専修医) ○竹内 悠祐、石原 誠、榎本 祥吾、加藤 彩、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、
山中 裕貴、鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、細井 努、竹内 真実子

06 内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) にて診断した胃濾胞性リンパ腫の1例

済生会松阪総合病院 内科

○澤井 翔馬、河俣 浩之、河内 瑞季、小野 隆裕、田中 隆光、田原 雄一、
黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、脇田 喜弘、橋本 章、
清水 敦也

07 内視鏡的に診断し得た重症糞線虫症の1例

若手 愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科

(専修医) ○榎本 祥吾、林 大樹朗、加藤 彩、竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、
山中 裕貴、鈴木 貴也、安藤 雅能、木下 拓也、石原 誠、細井 努、
竹内 真実子

08 腎細胞癌の胃転移に対して内視鏡切除を施行した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

○行本 弘樹¹、田中 匡介²、松嶋 竜太郎¹、梅田 悠平¹、池之山 洋平¹、
三浦 広嗣²、坪井 順哉²、山田 玲子¹、中村 美咲¹、濱田 康彦¹、
葛原 正樹²、井上 宏之¹、堀木 紀行²

09 ESD にて切除した粘膜内 EBV 関連胃リンパ球浸潤癌 の1例

若手 ¹岐阜県総合医療センター 消化器内科、

(専修医) ²滋賀医科大学 臨床検査医学講座 (附属病院 病理診断科)

○大谷 毅一¹、小澤 範高¹、山崎 健路¹、九嶋 亮治²、林 冨加¹、
廣田 大輝¹、増田 直也¹、谷口 裕紀¹、嶋田 貴仁¹、吉田 健作¹、
長谷川 恒輔¹、丸田 明範¹、永野 淳二¹、岩田 圭介¹、清水 省吾¹

10 異時性に発生し、共に内視鏡的に切除し得た Epstein-Barr virus 関連胃癌の1例

若手 ¹愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 消化器内科、

(研修医) ²愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 腫瘍内科、

³愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 病理診断科

○尾関 良太¹、渡辺 一正¹、國井 伸¹、石川 大介¹、橋詰 清孝¹、坪内 達郎¹、
大岩 恵祐¹、加賀 充朗¹、越山 彩香¹、中村 太二¹、山田 訓也¹、
上田 錠¹、宮崎 聖大¹、石川 操³、宇都宮 節夫²、奥村 明彦¹

11 粘膜下層剥離術（ESD）後に異時多発再発を来した表在性非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の一例

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、

³名古屋大学医学部附属病院 化学療法部

○田中 仁¹、廣瀬 崇¹、角嶋 直美¹、古川 和宏¹、古根 聡³、伊藤 信仁¹、
和田 啓孝¹、室井 航一¹、鈴木 智彦¹、鈴木 孝弘¹、飛田 恵美子¹、
平井 恵子¹、柴田 寛幸¹、石川 恵里¹、前田 啓子²、澤田 つな騎²、
山村 健史¹、中村 正直¹、川嶋 啓揮²、藤城 光弘¹

12 演題取り下げ

13 胃悪性末梢神経鞘腫の1切除例

若手 松阪中央総合病院 外科

(研修医) ○辻 直哉、田端 正己、中邑 信一郎、中村 俊太、瀬木 祐樹、藤村 侑、
出崎 良輔、小林 基之、谷口 健太郎、岩田 真、三田 孝行

14 早期胃 mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm の1例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

(専修医) ○小林 郁美、海野 修平、芳澤 社、玉腰 裕規、遠藤 茜、志田 麻子、
丹羽 智之、江上 貴俊、山田 洋介、小林 陽介、鏡 卓馬、木全 政晴、
室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

15 悪性貧血を契機に診断されたA型胃炎に早期胃癌を合併した1例

高山赤十字病院 内科

○千住 明彦、金田 裕人、水谷 拓、今井 奨、白子 順子

16 当院で経験した胃底腺型胃癌2例の検討

若手 藤田医科大学 消化器内科

(専修医) ○河村 岳史、堀口 徳之、和田 悠良、高原 頌子、村島 健太郎、小山 恵司、
寺田 剛、吉田 大、尾崎 隼人、大森 崇史、前田 晃平、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

17 Nivolumab 投与により重度の口腔粘膜炎をきたした進行胃癌の一例

若手 岐阜市民病院 消化器内科

(専修医) ○伊藤 有紀、小木曾 富生、高木 暁広、岩田 翔太、手塚 隆一、奥野 充、
河内 隆宏、向井 強、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、加藤 則廣、
富田 栄一

18 胃癌術後11年で発症した骨髄癌腫症の1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○松本 悠平、藤吉 俊尚、山口 丈夫、土居崎 正雄、鷺見 肇、丸川 高弘、
南 喜之、高野 宏平、八田 勇輔、上田 遼太、鈴木 琢也、堀田 侑義、
春田 純一

19 4次治療としてのイリノテカンが奏功し、膿胸を併発も長期間生存が得られている
若手 切除不能進行胃癌の1例

(専修医) 岐阜大学医学部附属病院 第1内科

○美濃輪 大介、久保田 全哉、宇野 由佳里、三輪 貴生、山下 晃司、
荒尾 真道、出田 貴康、高田 淳、境 浩康、白上 洋平、井深 貴士、
末次 淳、清水 雅仁

20 活動性出血を伴う十二指腸粘膜下腫瘍の1例

若手 ¹三重中央医療センター 消化器内科、²三重中央医療センター 外科

(研修医) ○宮田 徹也¹、倉田 一成¹、北出 卓¹、田口 由紀子¹、湯浅 浩行²、
渡邊 典子¹

21 上腸間膜静脈腫瘍栓を伴う進行胃癌に対し全身化学療法後に conversion surgery
を行い長期生存が得られている1例

¹愛知県がんセンター 消化器外科部、²愛知県がんセンター 薬物療法部、

³愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部

○伊藤 誠二¹、谷口 浩也²、三澤 一成¹、伊藤 友一¹、小森 康司¹、
安部 哲也¹、木下 敬史¹、夏目 誠治¹、檜垣 栄治¹、奥野 正隆¹、
藤枝 裕倫¹、佐藤 雄介¹、大内 晶¹、川勝 章司¹、細田 和貴³、
羽根田 正隆³、清水 泰博¹

小腸

座長 三重大学医学部附属病院 消化管外科 横江 毅

22 シリコン製カップの誤飲による腸閉塞症の一例

若手 名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科

(専修医) ○渋谷 英太郎、坂本 英至、法水 信治、新宮 優二、尾辻 英彦、大岩 孝、
青木 奎司朗、田中 祐介、吉野 将平、千葉 陽永、山口 真和、
鈴木 真理香

23 再燃した回盲部潰瘍の一例

若手 済生会松阪総合病院

(研修医) ○野口 博希、橋本 真吾、川北 航平、市川 健、奥田 善大、近藤 昭信、
田中 穰

24 機能的端々吻合と KONO-S 式吻合を異時性に施行した Crohn 病の 1 例

¹浜松医科大学 第二外科、²浜松医科大学 第一外科、³磐田市立総合病院 外科

○杉山 洗裕¹、立田 協太¹、赤井 俊也¹、鈴木 克徳¹、鈴木 雄飛¹、鳥居 翔²、
川村 崇文¹、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、深澤 貴子³、
倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

25 小腸内視鏡検査で診断し得た Immunoproliferative small intestine disease の 1 例

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○山下 彩子、山村 健史、中村 正直、前田 啓子、澤田 つな騎、石川 恵里、
喜田 裕一、江崎 正哉、濱崎 元伸、村手 健太郎、橋口 裕樹、長谷川 一成、
山田 健太郎、池上 脩二、角嶋 直美、古川 和宏、藤城 光弘

26 当院における空腸・回腸悪性リンパ腫の臨床的特徴の検討

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

(専修医) ○丹羽 智之、芳澤 社、玉腰 裕規、遠藤 茜、志田 麻子、小林 郁美、
江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、小林 陽介、鏡 卓馬、木全 政晴、
室久 剛、細田 佳佐、長澤 正通

大腸 1

座長 三重大学医学部附属病院 消化管外科 大北 喜基

27 メサラジン投与開始後に急性心筋炎を発症したクローン病の1例

若手 愛知医科大学病院 消化管内科

(専修医) ○田中 邦佳、山口 純治、中川 真里絵、駒井 洋彦、山本 和弘、杉山 智哉、
井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、
春日井 邦夫

28 演題取り下げ

29 大腸 ESD を施行した隆起型直腸粘膜脱症候群の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) ○佐藤 宏樹¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、神岡 諭郎¹、仲島 さより¹、
久野 剛史¹、佐々木 雅隆¹、福沢 一馬¹、二村 侑歩¹、吉川 幸愛¹、
光松 佑時¹、伊藤 誠²

30 早期直腸癌が原発と考えられた続発性肛門周囲 Paget 病を認めた1例

若手 ¹伊勢赤十字病院 外科、²伊勢赤十字病院 皮膚科

(専修医) ○岡部 雄介¹、熊本 幸司¹、正見 勇太¹、山内 洋介¹、佐藤 啓太¹、
田村 佳久¹、松井 俊樹¹、岡本 篤之¹、藤井 幸治¹、松本 英一¹、
高橋 幸二¹、楠田 司¹、谷口 孝司²

31 イレウスを契機に診断に至った多発性骨髄腫続発性消化管アミロイドーシスの一例

若手 静岡市立静岡病院

(専修医) ○有谷 実莉、鈴木 博貴、菊池 恵介、上田 駿介、早川 諒祐、木村 領佑、
黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹、高橋 好朗

32 腸重積を繰り返した腸管嚢胞様気腫症の一例

若手 名古屋記念病院 消化器内科

(研修医) ○鈴木 陽子、小山 哲生、杉浦 幸、山東 元樹、中西 和久、丸谷 祐香、
野尻 優、中舘 功、岡野 佳奈、福岡 伴樹、戸川 昭三

33 横行結腸浸潤を伴った後腹膜脂肪肉腫の一例

若手 ¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門外科、
(専修医) ³聖隷浜松病院 病理診断科

○丹羽 智之¹、芳澤 社¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、志田 麻子¹、小林 郁美¹、
江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、
室久 剛¹、細田 佳佐¹、長澤 正通¹、小林 靖幸²、大月 寛朗³

34 低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例

若手 大垣市民病院 外科

(専修医) ○橋本 響、金岡 祐次、亀井 桂太郎、前田 敦行、高山 祐一、高橋 崇真、
清板 和昭、佐久間 政宜、手嶋 浩也、大屋 勇人、孫 起和、吉田 大樹、
甲斐 巧也、日比野 佑弥、山川 ありさ、尾崎 航太郎

35 低異形度虫垂粘液性腫瘍の一例

若手 ¹静岡赤十字病院 消化器内科、²静岡赤十字病院 外科、
(研修医) ³静岡赤十字病院 病理部

○富田 啓太¹、乾 航¹、菊池 恵介¹、杉山 智洋¹、魚谷 貴洋¹、熱田 幸司²、
田代 和弘³

36 腫瘍随伴性血小板減少症を合併した横行結腸癌の一例

若手 愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院 消化器内科

(専修医) ○齋藤 洋一郎、石原 誠、竹内 悠祐、加藤 彩、山中 裕貴、尾崎 玄、
鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、竹内 真実子

37 直腸S状部結腸癌と濾胞性リンパ腫の同時性重複癌の1例

¹愛知県がんセンター 消化器外科部、
²愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部

○大内 晶¹、小森 康司¹、木下 敬史¹、佐藤 雄介¹、伊藤 誠二¹、安部 哲也¹、
三澤 一成¹、伊藤 友一¹、夏目 誠治¹、檜垣 栄治¹、奥野 正隆¹、
藤枝 裕倫¹、川勝 章司¹、加藤 省一²、細田 和貴²、清水 泰博¹

大腸3

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 高橋 広城

38 難治性の大腸憩室出血に対して OTSC を用いて止血し得た一例

若手 名古屋第一赤十字病院 消化器内科

(専修医) ○鈴木 琢也

39 大腸憩室出血の止血困難例に対する OTSC の有用性と安全性に関する検討

若手 木沢記念病院 消化器内科

(専修医) ○長尾 涼太郎、大橋 洋祐、田口 大輔、水谷 しの、足達 広和、安田 陽一、
大島 靖広、杉山 宏

40 ポリスチレンスルホン酸製剤投与中の慢性腎不全患者に生じた S 状結腸穿孔の 2 例

若手 ¹尾鷲総合病院 外科、²桑名市医療センター 病理診断科

(専修医) ○畑中 友秀¹、伊藤 貴洋¹、武内 泰司郎¹、大森 隆夫¹、白石 泰三²

41 皮下気腫を呈した結腸穿通の 2 例

松阪市民病院 外科

○藤永 和寿、中橋 央棋、春木 祐司、加藤 憲治

42 重複腸管の穿孔をきたした S 状結腸重複症の 1 手術例

若手 松阪中央総合病院 外科

(専修医) ○中村 俊太、田端 正己、辻 直哉、中邑 信一郎、瀬木 祐樹、藤村 侑、
出崎 良輔、小林 基之、谷口 健太郎、岩田 真、三田 孝行

43 小児のモリソン窩膿瘍を伴う虫垂炎に対する経皮経肝膿瘍ドレナージが奏功した一例

若手 浜松医療センター

(専修医) ○井口 太郎、山崎 哲、藤田 翔也、米倉 孝、加藤 大樹、山中 力行、
大庭 行正、鈴木 安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁、
大菊 正人

44 甲状腺機能亢進症を合併した E 型肝炎の一例

若手 三重県立総合医療センター

(研修医) ○坂下 千晶、菅 大典、島田 康彬、中澤 祐一、西浦 祐貴、川崎 優也、
森谷 勲、山中 豊、井上 英和、白木 克哉

45 当院で経験した E 型急性肝炎の 2 例

若手 ¹松阪中央総合病院、²藤田医科大学七栗記念病院(専修医) ○木戸 恒陽¹、稲垣 悠二¹、平山 貴寛¹、前川 有里¹、上野 哲弘¹、
竹内 俊文¹、浦出 伸治¹、金子 昌史¹、直田 浩明¹、小林 一彦¹、
中野 達徳²

46 当院における HBV 再活性化スクリーニングと再活性化対策の現状

春日井市民病院 消化器内科

○河村 逸外、祖父江 聡、原田 貴仁、相羽 礼佳、山本 友輝、安達 明央、
柴田 俊輔、池内 寛和、林 則之、平田 慶和、高田 博樹

47 診断に苦慮した IgG 4 関連自己免疫性肝炎の 1 例

若手 ¹JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科、²JA 静岡厚生連遠州病院 病理検査科(専修医) ○池田 慎也¹、森 泰希¹、竹内 靖雄¹、高垣 航輔¹、上村 隆²、
白井 直人¹

48 本人が推測した Fitz-Hugh-Curtis 症候群の 1 例

若手 ¹松波総合病院 消化器内科、²木澤記念病院 消化器内科(専修医) ○長尾 涼太郎^{1,2}、亀井 真琴¹、木村 有志¹、全 秀嶺¹、中西 孝之¹、
河口 順二¹、浅野 剛之¹、早崎 直行¹、荒木 寛司¹、伊藤 康文¹、
杉原 潤一¹、田上 真¹

49 診断と治療効果判定に造影超音波検査が有用であった肝動脈瘤破裂の一例

若手 公立陶生病院 消化器内科

(専修医) ○田ヶ原 俊徳、新家 卓郎、岩田 憲吾、平野 智也、伊藤 隆喜、佐原 和規、
西川 和希、平松 拓弥、山内 浩揮、小島 久美、河邊 智久、竹中 寛之、
黒岩 正憲

肝2

座長 三重大学 肝胆膵・移植外科 種村 彰洋

50 Minocycline 注入療法後1ヵ月で破裂をきたした巨大肝嚢胞の一例

若手 三重県立総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○福井 俊介、小林 真悠、島田 康彬、中澤 祐一、西浦 祐貴、菅 大典、
川崎 優也、森谷 勲、山中 豊、井上 英和、白木 克也

51 CA19-9 高値を認めた巨大単純性肝嚢胞の一切除例

若手 名古屋セントラル病院

(専修医) ○野本 昂奨、多代 充、岩田 尚樹、大島 由記子、小林 宏暢、山田 豪、
大島 健司、中尾 昭公

52 NASH による肝硬変から肝肺症候群を認めた一例

若手 名古屋第一赤十字病院 消化器内科

(専修医) ○堀田 侑義、土居崎 正雄、山口 丈夫、鷺見 肇、藤吉 俊尚、丸川 高弘、
南 喜之、高野 宏平、八田 勇輔、上田 遼太、鈴木 琢也、松本 悠平、
春田 純一

53 10年の経過で肝細胞癌を発症した膵頭十二指腸切除後 NASH の1例

若手 三重大学医学部附属病院

(専修医) ○大和 浩乃、小倉 英、着本 望音、小島 真一、玉井 康将、吉川 恭子、
重福 隆太、爲田 雅彦、杉本 龍亮、田中 秀明、杉本 和史、長谷川 浩司、
岩佐 元雄、竹井 謙之

54 回結腸静脈-右精巣静脈シャントによる猪瀬型肝性脳症の1例

岐阜県立多治見病院 外科・消化器外科

○岩田 尚宏、浅田 崇洋、初川 義経、福田 裕顕、田中 健太、山本 泰康、
高見 一徳、富永 奈沙、野々垣 彰、奥村 徳夫、渡邊 卓哉、梶川 真樹

55 演題取り下げ

56 全身性サルコイドーシスに合併した肝細胞癌の1例

一宮西病院

○森山 智仁、林 晋太郎、石田 慎、岩阪 達也、百々 弘樹、井原 亮、
蜂谷 紘基、澁谷 高志、與儀 竜治、伏見 宣俊、東 玲治、大橋 憲嗣、
森 昭裕

57 陽子線治療後に再発した肝細胞癌に対するレンバチニブ投与により生じた皮膚潰瘍
若手 の1例

(専修医) JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 岐阜厚生病院 消化器内科

○岩佐 太誠、馬淵 正敏、小木曾 英介、鈴木 祐介、足立 政治、高田 英里、
岩間 みどり、山内 治、齋藤 公志郎

58 術前診断に苦慮した中分化型肝細胞癌の一例

若手 社会医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科

(専修医) ○堀 諒、胡 磊明、上田 錠、杉原 有紀、田島 万莉、白水 将憲、早川 真也、
柳瀬 成希、柳澤 直宏、名倉 明日香、榊原 聡介、印牧 直人、野々垣 浩二、
西川 貴広

59 演題取り下げ

60 FOLFOX+Pmab 療法により切除可能となった肝全区域に病変を有する大腸癌多発
肝転移の1例

¹静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科、

²静岡県立静岡がんセンター 消化器内科、

³静岡県立静岡がんセンター 病理診断科

○中村 正典¹、大塚 新平¹、杉浦 禎一¹、蘆田 良¹、大木 克久¹、
山田 美保子¹、上坂 克彦¹、川上 武志²、角田 優子³

- 61 妊娠を契機に発症した先天性胆道拡張症の一例
 若手 名古屋市立西部医療センター 消化器内科
 (専修医) ○富田 優作、田中 翔、中井 俊介、金岩 弘樹、山口 彩菜、寺島 明里、
 小野 聡、内田 絵里香、野村 智史、平野 敦之、森 義徳、木村 吉秀、
 土田 研司、妹尾 恭司
- 62 胆嚢癌との鑑別が困難だった膿瘍形成を伴う胆嚢腺筋腫症の1例
 浜松医科大学医学部附属病院 外科学第二講座
 ○井田 進也、森田 剛文、立田 協太、杉山 洸裕、村木 隆太、赤井 俊也、
 北嶋 諒、鈴木 克徳、鈴木 雄飛、廣津 周、川村 崇文、古橋 暁、
 阪田 麻裕、武田 真、倉地 清隆、竹内 裕也
- 63 胆嚢癌と術前画像診断された慢性胆嚢炎の1切除例
 鈴鹿中央総合病院 外科
 ○成田 潔、金兒 博司、赤尾 希美、草深 智樹、小倉 正臣、濱田 賢司
- 64 胆嚢摘出術2年後に発症した遺残胆嚢管癌の1例
 伊勢赤十字病院 外科
 ○正見 勇太、熊本 幸司、岡部 雄介、山内 洋介、佐藤 啓太、田村 佳久、
 松井 俊樹、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、楠田 司
- 65 十二指腸壁に埋没したフルカバー自己拡張型金属ステントを、アルゴンプラズマ凝固を用いて切断した一例
 若手 ¹磐田市立総合病院、²磐田市立総合病院 消化器内科、
 (研修医) ³磐田市立総合病院 肝臓内科
 ○中根 千夏¹、吹田 恭一²、草間 大輔²、井田 雄也²、山田 健太²、甲田 恵²、
 高橋 賢一²、浅井 雄介²、金子 淳一²、辻 敦²、高橋 百合美³、西野 眞史²、
 笹田 雄三³、山田 貴教²

胆2

座長 JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 消化器内科 松崎 晋平

66 体外衝撃波結石破碎術（ESWL）が有用であった肝内結石の一例

若手 聖隷浜松病院

（専修医） ○志田 麻子、小林 陽介、玉腰 裕規、遠藤 茜、小林 郁美、丹羽 智之、
江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、鏡 卓馬、木全 政晴、芳澤 社、
室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

67 EUS-guided antegrade intervention にて治療を完遂した難治性胆管空腸吻合部狭窄の1例

若手 伊勢赤十字病院 消化器内科

（専修医） ○奥田 裕文、奥田 裕文、村林 桃士、市川 彩子、河俣 真由、松嶋 竜太郎、
中村 はる香、久田 拓央、林 智士、天満 大志、杉本 真也、大山田 純、
亀井 昭

68 EUS-guided hepaticogastrostomy (EUS-HGS) の長期偶発症として胃壁に高度の壁損傷を生じた1例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

（専修医） ○曾我 淳史、吉田 健作、嶋田 貴仁、丸田 明範、小澤 範高、長谷川 恒輔、
永野 淳二、岩田 圭介、山崎 健路、清水 省吾

69 高い通過性能が期待されている新型胆管金属ステントの使用経験

伊勢赤十字病院 消化器内科

○村林 桃士、市川 彩子、奥田 裕文、河俣 真由、松嶋 竜太郎、中村 はる香、
久田 拓央、天満 大志、林 智士、杉本 真也、大山田 純、亀井 昭

70 動脈塞栓術不成功の胆管内仮性動脈瘤破裂に対して被覆型金属ステント（CMS）留置が一時止血に有効であった膵癌の一例

若手 静岡県立総合病院 消化器内科

（専修医） ○眞鍋 藍璃、寺田 修三、石黒 友也、河嶋 健、浅原 和久、大津 卓也、
増井 雄一、松田 昌範、板井 良輔、上田 千紗子、川合 麻実、遠藤 伸也、
黒上 貴史、白根 尚文、大野 和也、川口 真矢

膝 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 術前診断が困難であった限局性の2型自己免疫性膵炎の一例

若手 磐田市立総合病院

(専修医) ○吹田 恭一、金子 淳一、草間 大輔、山田 健太、井田 雄也、甲田 恵、
高橋 賢一、浅井 雄介、辻 敦、西野 眞史、高橋 百合美、山田 貴教、
笹田 雄三

72 2型自己免疫性膵炎の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

○高田 善久¹、石川 卓哉¹、川嶋 啓揮²、大野 栄三郎¹、水谷 泰之¹、
飯田 忠¹、鈴木 博貴¹、植月 康太¹、山田 健太²、八鹿 潤¹、芳川 昌功¹、
宜保 憲明¹、青木 総典¹、片岡 邦夫¹、森 裕¹、藤城 光弘¹

73 膵癌との鑑別が困難であった潰瘍性大腸炎合併IgG4非関連自己免疫性膵炎の一例

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 臨床研究センター

○馬場 皓大¹、鈴木 崇弘¹、田村 智²、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、岩泉 守哉³、
濱屋 寧¹、大澤 恵²、古田 隆久⁴、杉本 健¹

74 保存的治療で改善しえた後腹膜気腫を合併した急性膵炎の1例

若手 松阪市民病院 消化器内科

(専修医) ○服部 愛司、西川 健一郎、藤部 幸大、塩野 泰功、田中 翔太、大岩 道明

75 残膵被包化壊死に対し経乳頭的膵管ドレナージが有効であったアルコール性膵炎の一例

若手 静岡市立静岡病院

(専修医) ○川口 大貴、小柳津 竜樹、田中 俊夫、濱村 啓介、黒石 健吾、鈴木 博貴、
木村 領佑、早川 諒祐、上田 駿介、有谷 実莉、菊池 啓介、八木 直人

76 治療に難渋した重症急性膵炎後WON (Walled-off necrosis) の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科

○江上 貴俊¹、小林 陽介¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、
丹羽 智之¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、
室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、山本 博崇²

77 当科における膵臓用瘻孔形成補綴材「Hot AXIOS システム」の使用経験

若手 愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院

(専修医) ○加藤 彩、林 大樹朗、榎本 祥吾、竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、
山中 裕貴、鈴木 貴也、木下 拓也、石原 誠、細井 努、竹内 真実子

膵2

座長 藤田医科大学ばんだね病院 外科 浅野 之夫

78 人工膵臓を用いて周術期血糖管理を施行したインスリノーマの1例

藤田医科大学ばんだね病院 外科

○河合 永季、浅野 之夫、荒川 敏、加藤 宏之、伊東 昌広、
内海 俊明、川辺 則彦、永田 英俊、近藤 ゆか、小池 大助、志村 正博、
枋井 大輔、林 千紘、越智 隆之、神尾 健士郎、安岡 宏展、東口 貴彦、
堀口 明彦

79 悪性インスリノーマに対し集学的治療を行った1例

若手 静岡市市立静岡病院

(専修医) ○上田 駿介、黒石 健吾、有谷 実莉、菊池 恵介、木村 領佑、早川 諒介、
佐野 泰樹、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、
小柳津 竜樹

80 男性に発症した膵 Solid pseudopapillary neoplasm の1例

若手 済生会松阪総合病院

(専修医) ○河内 瑞季、吉澤 尚彦、青木 雅俊、澤井 翔馬、小野 隆裕、田中 隆光、
田原 雄一、黒田 直起、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、橋本 章、
清水 敦哉

81 膵尾部に発生した嚢胞性変化を伴った膵神経内分泌腫瘍の1例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○稲垣 圭佑、大島 昭彦、佐藤 大輝、星野 弘典、榎田 浩平、寺井 智弘、
景岡 正信、吉井 重人、丸山 保彦

82 EUS-FNA で診断した ACTH 産生膵神経内分泌腫瘍の1例

若手 浜松医科大学医学部附属病院

(専修医) ○榛葉 俊太郎、木次 健介、松本 萌、梅村 昌宏、高鳥 真吾、伊藤 潤、
太田 和義、下山 真、則武 秀尚、川田 一仁

83 9年の経過で形態変化を来した IPMN 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 肝胆膵・移植外科

○中西 美菜子¹、山田 玲子¹、坪井 順哉¹、村田 泰洋²、水野 修吾²、
井上 宏之¹

84 術前診断に苦慮したが、膵中央切除術を施行し確定診断し得た PanIN-2の1例

藤田医科大学ばんだね病院 消化器外科

○加藤 宏之、浅野 之夫、伊東 昌広、川辺 則彦、荒川 敏、志村 正博、
林 千紘、越智 隆之、安岡 宏展、東口 貴彦、河合 永季、神尾 健士郎、
近藤 ゆか、永田 秀俊、内海 俊明、堀口 明彦

膵3

座長 三重大学 肝胆膵・移植外科 村田 泰洋

85 化学療法施行中、遺伝子パネル検査を施行しえた膵癌3例の検討

若手 名古屋第二赤十字病院

(専修医) ○黒柳 恵太、加藤 大介、宇野 好、隈井 大介、宮城島 俊、岡山 幸平、
豊原 祥資、神田 武生、齋藤 彰敏、水野 裕介、蟹江 浩、日下部 篤宣、
宮部 勝之、山田 智則、林 克巳

86 腫瘍形成性膵炎の長期経過中に同時性多発膵癌を発症した1例

JA 岐阜厚生連 岐阜西濃医療センター 岐北厚生病院 消化器内科

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

87 膵癌による左胃仮性動脈瘤出血に対しコイル塞栓術が有効であった1例

春日井市民病院 消化器内科

○相羽 礼佳、祖父江 聡、高田 博樹、平田 慶和、林 則之、池内 寛和、
柴田 俊輔、安達 明央、小島 悠揮、山本 友輝、河村 逸外、原田 貴仁、
成井 龍樹

88 悪性体液性高カルシウム血症 (HHM) を合併した G-CSF 産生浸潤性膵管癌の一例

若手 ¹一宮西病院 内科、²一宮西病院 消化器・内分泌糖尿病内科

(専修医) ○岩阪 達也¹、大橋 憲嗣²、伊藤 友一郎¹、石田 慎¹、森山 智仁¹、
百々 弘樹¹、井原 亮²、湯村 崇之²、蜂谷 紘基²、澁谷 崇志²、林 晋太郎²、
與儀 竜治²、伏見 宣俊²、東 玲治²、森 昭裕²

89 出血を伴った膵動静脈奇形に対して膵全摘術を施行した1例

若手 ¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 消化器外科

(専修医) ○高木 暁広¹、奥野 充¹、松本 圭太²、佐々木 義之²、岩田 翔太¹、
手塚 隆一¹、向井 強¹、富田 栄一¹

90 膵頭十二指腸切除術後の膵管ロストステントが肝内胆管に迷入した一例

若手 ¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科

(専修医) ○吉井 元¹、小林 陽介¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、
丹羽 智之¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、鏡 卓馬¹、
木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、山本 博崇²

91 多発肝膿瘍を合併した総胆管穿破を伴う膵頭部膿瘍に対し、膵頭十二指腸切除を施行した1例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○中川 勇希、村田 泰洋、前田 光貴、新貝 達、堯天 一亨、早崎 碧泉、
伊藤 貴洋、飯澤 祐介、藤井 武宏、種村 彰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、
櫻井 洋至、水野 修吾

その他

座長 三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科 早崎 碧泉

92 正中弓状靭帯圧迫症候群を背景にした膵仮性動脈瘤破裂の一例

若手

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 放射線科

(専修医)

○石瀬 裕子¹、小林 陽介¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、
丹羽 智之¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、
芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、片山 元之²

93 部分的脾動脈塞栓術が奏功した肝内外門脈血栓症に伴う Portal Hypertensive Colopathy の1例

若手

¹西伊豆健育会病院 内科、²静岡県立総合病院 消化器内科

(専修医)

○尾崎 友香¹、寺田 修三²、河嶋 健²、石黒 友也²、真鍋 藍璃²、
浅原 和久²、大津 卓也²、増井 雄一²、松田 昌範²、板井 良輔²、
川合 麻実²、遠藤 伸也²、白根 尚文²、黒上 貴史²、川口 真矢²、
大野 和也²

94 手術困難な腹膜播種による closed-loop 型腸閉塞に対して経直腸的 EUS ガイド下ドレナージが有効だった1例

¹済生会松阪総合病院 内科、²済生会松阪総合病院 外科

○田中 隆光¹、橋本 章¹、澤井 翔馬¹、小野 隆弘¹、田原 雄一¹、黒田 直起¹、
吉澤 尚彦¹、福家 洋之¹、青木 雅俊¹、河俣 浩之¹、脇田 喜弘¹、
清水 敦哉¹、近藤 昭信²

95 短期間に再燃した特発性気腹症の1例

紀南病院 外科

○草深 智樹、加藤 弘幸、金森 泰光

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 食道病変を内視鏡的に切除した多発する顆粒細胞腫の一例

岡崎市民病院 消化器内科

○細野 幸太、藤田 孝義、森井 正哉、飯塚 昭男、山田 弘志、青井 広典、大塚 利彦、水野 史崇、岩田 有里波

【初めに】食道顆粒細胞腫は食道に発生する粘膜下腫瘍のうち、平滑筋腫に次に多く、そのほとんどは良性腫瘍であるが5%は悪性の所見を認める。今回我々は食道と胃に多発する顆粒細胞腫に対してそれぞれ粘膜切開生検法、EUS-FNAで確定診断し、食道病変をESDで切除し得た1例を経験したためここに報告する。【症例】51歳女性【経過】人間ドックで施行した上部消化管内視鏡検査で下部食道、胃噴門部の粘膜下腫瘍を指摘された。当科紹介され再検した上部消化管内視鏡検査では食道の上門歯列25cmに弾性軟の白色粘膜下腫瘍を認めた。細径プローブでの観察では長径12mmで粘膜筋板と連続性を認めた。胃噴門部後壁にも17mmの弾性でやや硬い粘膜下腫瘍を認め、後日EUS-FNAを施行した。胃のSMTは第4層と連続した内部均一な低エコー性腫瘍であり、当初はGISTが疑われた。食道病変は粘膜切開生検法で検体を採取した。病理結果は食道、胃病変ともに好酸性、顆粒状の豊富な細胞質を有す腫瘍細胞が胞巣状、広く充実性に増生しており、高度異型はなく明瞭な核分裂細胞や壊死所見はなかった。免疫染色ではS-100 protein (+) nestin (+)であり顆粒細胞腫の所見であった。大腸も検索をしたが結腸に同様の病変は認められなかった。外科と治療方針を検討し、まず食道病変をESDし、胃病変は深達度を考慮して腹腔鏡下噴門側胃切除術を施行した。病理結果からは悪性とする根拠に乏しい良性顆粒細胞腫の結果であり、切除断端の陰性を確認できている。報告時点で1年半経過しているが食道病変、胃病変どちらも再発所見は見られていない。【結語】今回食道と胃に多発する顆粒細胞腫の1例を経験した。病変が粘膜下層に留まっていると評価された顆粒細胞腫に対して、診断的摘除を行うことは有用であると考えられる。

03 食道亜全摘胃管再建術後の遅発性胃内容排泄障害に対して胃管空腸バイパス術を施行した一例

済生会松阪総合病院 外科

○橋本 真吾、川北 航平、奥田 善大、河埜 道夫、近藤 昭信、田中 稔

【症例】78歳男性。主訴：嘔吐。既往歴：6年前に食道癌（pT1b、N3、M0、pStage3）で他院にて腹腔鏡補助下部食道亜全摘、後縦隔胃管再建術を受けた。現症：食後の嘔吐による誤嚥性肺炎にて当院内科に入院した。入院時のCT所見で胃管の拡張を認めため経鼻胃管を留置し消化管透視を行ったところ、胃管流出部での閉塞を認め、十二指腸への造影剤の流出はみられなかった。上部消化管内視鏡検査では幽門輪より口側に狭窄はなく十二指腸への挿入は可能であったが、幽門輪直近の十二指腸に強い屈曲を認め、これが通過障害の原因と考えられた。内視鏡的バルーン拡張術を2回施行したが十分な治療効果が得られず、内視鏡的治療の限界と判断され外科転科し手術加療を行うこととなった。手術所見では食道裂孔と胃幽門部に強固な癒着があり、これを剥離した後に術中消化管造影を行ったところ、術前の消化管透視と同部位に通過障害を認めた。癒着剥離だけでは狭窄は解除されず、幽門形成術を考慮するも幽門輪周囲の癒着が高度であったため困難と判断し、Roux-en-Y法による胃管空腸バイパス術および腸瘻造設術を施行した。術後は腸瘻より経腸栄養を行い、術後20日目の術後透視で挙上空腸への造影剤の良好な流出を確認し経口摂取を再開した。経口摂取良好であり、術後33日目に退院となった。【考察】食道切除・胃管再建術後の早期合併症として胃内容排泄障害は約1%の頻度と言われているが、遅発性合併症として経験することはまれであり、保存的治療や内視鏡的治療が無効な場合に行う標準術式は確立されていない。幽門形成術は簡便であるが逆流症状をきたす可能性があり、バイパス術は有用な方法と考える。【結語】食道切除胃管再建術後の遅発性合併症として出現した胃内容排泄障害に対して保存的治療や内視鏡的治療が無効な場合には胃管空腸バイパス術が有用である。

02 演題取り下げ

04 再発食道癌に対するニボルマブの使用経験

¹名古屋大学医学部附属病院 消化器外科二、

²名古屋大学医学部附属病院 医療機器総合管理部

○坂田 和規¹、清水 大¹、神田 光郎¹、小池 聖彦¹、高見 秀樹¹、猪川 祥邦¹、服部 憲史¹、林 真路¹、田中 千恵¹、中山 吾郎¹、藤原 道隆²、小寺 泰弘¹

【はじめに】免疫チェックポイント阻害剤である抗PD-1抗体薬ニボルマブは、本邦において2014年に悪性黒色腫で初めて承認され、現在では9癌種に適応が拡大されている。食道癌においては、ATTRACTION-3試験の結果から、切除不能進行・再発食道癌の二次治療として強く推奨されている。ニボルマブの特徴として、治療が奏効した場合は効果を長期間維持する症例が存在する一方で、急速に腫瘍増悪するハイパープログレッション症例が観察される事や、免疫関連有害事象（immune-related adverse events: irAE）など、これまでの薬物療法では経験しなかった経過が報告されている。【目的】当科における再発食道癌に対するニボルマブの使用経験を報告する。【対象と方法】2020年3月から2021年2月までに、再発食道癌に対してニボルマブ投与を行った10例に関して、患者背景、治療効果、有害事象について後方視的に検討した。ニボルマブは240 mg/bodyを1日1回2週間間隔、あるいは480 mg/bodyを1日1回4週間間隔で点滴静注した。【結果】対象患者の年齢中央値は68歳（42~79歳）で、男性7例、女性3例であった。全例が食道扁平上皮癌根治切除後の再発であり、9例で術前補助化学療法が施行されていた。ニボルマブ投与開始時のPSは0/1がそれぞれ7例/3例であった。治療ラインでは二次治療が7例、三次治療が2例、四次治療が1例であった。投与期間の中央値は10週（4~16週）であった。初回の治療効果判定は9週（6~13週）で行われ、stabe disease (SD) が4例、progressive disease (PD) が4例で、2例が判定に至っていなかった。観察期間内での最良総合効果判定も同様で、partial response (PR) 症例は認めなかった。ハイパープログレッション症例は認めなかった。irAEとして間質性疾患Grade 3、肝機能障害Grade 3を1例ずつ認め、投薬中止とステロイドの全身投与で対応した。【結語】ニボルマブの有害事象としてirAEは稀ではなく、早期診断と適切な治療介入が重要であると考えられた。

05 内視鏡的に切除した胃顆粒細胞腫の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 安生更生病院 消化器内科
○竹内 悠祐、石原 誠、榎本 祥吾、加藤 彩、齋藤 洋一郎、
尾崎 玄、山中 裕貴、鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、
細井 努、竹内 真実子

【症例】60歳代男性。【現病歴】2019年10月人間ドックのEGDにて胃粘膜下腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科紹介受診となった。再検したEGDでは、胃体上部大彎に頂部のdelleを伴う7mm大の粘膜下腫瘍を認めた。生検病理組織検査にて、粘膜固有層間質および粘膜下層において、類円形～卵円形核と好酸性多角形～短紡錘形胞体を有する細胞がびまん性増殖する所見を認めた。免疫組織化学染色にて、Actin(-)、CD117/c-kit(-)、CD34(-)、S-100(+)、DOG-1(-)を示し、顆粒細胞腫と診断した。EUSにて、腫瘍は境界明瞭で不整な無エコーの嚢胞様腫瘍として描出され、第3層との連続性を認めた。腫瘍径は7mmと小さかったため、治療と経過観察の2つの選択肢を提示し、患者希望により経過観察の方針となった。2020年3月のEGDでは、頂部delleの増大を認め、EUSを再検した。腫瘍は境界明瞭で不整な低エコー腫瘍として描出され、最大径8.5mmと前回EUS時と比較して増大を認めた。腫瘍大彎側では第2層からの連続性を認め、腫瘍後壁側では第3層内の腫瘍として描出された。上記所見より、元々第3層由来の腫瘍が大彎側では粘膜方向へ浸潤し、粘膜固有層・粘膜筋板へ浸潤しdelleを形成したものと考えられた。固有筋層への浸潤所見は認めなかったため、ESDは可能であると判断し、2020年12月にESDを施行し、腫瘍を一括切除した。切除検体の病理組織検査、免疫組織化学染色にて術前の生検病理組織検査と同様の所見であった。切除断端は陰性であり、また脈管侵襲も認めず、治療切除と判断した。【除断】顆粒細胞腫の好発部位は舌(30%)や皮膚(30%)、次いで乳腺(15%)とされ、消化管原発は約3~8%と比較的稀である。消化管に発生する顆粒細胞腫のうち、胃原発の頻度は約10%とされている。医中誌での検索では、1988年に原本らが胃顆粒細胞腫の報告をして以来、37例の文献報告を認めた。治療方法としては、内視鏡的治療が19例と半数を占め、次いで手術が8例、腹腔鏡・内視鏡同手術が3例、7例は治療法不明であった。本症例でも報告にて多数を占めるESDにて治療を施行した。今回胃顆粒細胞腫を内視鏡治療にて治療切除しえた1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

07 内視鏡的に診断し得た重症糞線虫症の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科
○榎本 祥吾、林 大樹朗、加藤 彩、竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、
尾崎 玄、山中 裕貴、鈴木 貴也、安藤 雅能、木下 拓也、
石原 誠、細井 努、竹内 真実子

【目的】内視鏡検査を契機に診断に至ったHTLV-1重複感染の重症糞線虫症の1例を経験したので報告する。【症例】63歳、男性。主訴は脱力、既往は肺癌、慢性閉塞性肺疾患、糖尿病。肺癌に対しX年2月から3月にかけて当院呼吸器内科で化学放射線療法を施行。X年5月24日、路上で倒れているところを発見され当院搬送となった。搬送時ショックバイタルであり、血液検査で白血球数 19,600 / μ l、CRP 0.37 mg/dLを認める他、有意な異常所見は認めなかった。胸腹部造影CTを中心とした全身検索で熱源不明であったため、原因不明の敗血症性ショックとして治療を開始した。第2病日に血液培養よりEnterococcus faeciumが検出され、第18病日までメロベナム、バンコマイシン投与を行った。第16病日に黒色便、貧血進行を認め上部消化管内視鏡検査を施行した。食道および胃には異常所見は認めなかったが、十二指腸下行動に局限する1/4周性の発赤調の浮腫状粘膜を認めた。同部の生検組織診断にて糞線虫の幼虫を認め、後日に喀痰塗抹、糞便塗抹の追加検査を行いいずれも糞線虫体を認めた。患者が奄美諸島出身であり、HTLV-1抗体陽性であったことから菌血症を伴った重症の糞線虫症と診断した。第20病日にEscherichia coliによる菌血症の再燃を認めたためアンピシリン/スルバクタム投与を開始し、糞線虫症の診断に至った第22病日よりイベルメクチン投与を併施した。以降は速やかに解熱しショックからも脱却した。定期的に喀痰、糞便の塗抹検査を施行し、第28病日以降は虫体の検出も認めなかった。第32病日にイベルメクチン投与を終了したがその後虫体検出は認めず、第53病日に自宅退院となった。【結論】糞線虫は十二指腸で産卵し、幼虫が腸管から再感染する際に腸内細菌が虫体と共に血中へと移行することから敗血症を来す。沖縄や奄美諸島での報告が多く、本症例は内視鏡的検査を契機に診断に至った貴重な一例と考える。

06 内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)にて診断した胃濾胞性リンパ腫の1例

済生会松阪総合病院 内科
○澤井 翔馬、河俣 浩之、河内 瑞季、小野 隆裕、田中 隆光、
田原 雄一、黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、
脇田 喜弘、橋本 章、清水 敦也

【はじめに】胃悪性リンパ腫の多くはMALTリンパ腫やびまん性大細胞型B細胞リンパ腫であり、濾胞性リンパ腫(FL)は極めて稀である。また消化管FLはほとんどが十二指腸下行動に発生し、胃FLの内視鏡像の詳細な報告は少ない。今回我々は内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行し、拡大内視鏡所見、超音波内視鏡(EUS)所見、病変全体像の病理学的所見を評価可能であった胃FLの1例を経験したので報告する。

【症例】50歳代、女性。心窩部不快感あり当科受診。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部後壁に25mm、軽度発赤調のなだらかな隆起性病変を認め、小びらん、表面血管の軽度拡張を伴っていた。NBI併用拡大観察では表面微細構造、微小血管構築像ともに軽度の不整を呈するのみであり平坦な粘膜下腫瘍(SMT)と考えた。20MHz細径プローブを用いたEUSでは、病変は第2~3層の低エコー腫瘍として認識できた。繰り返し施行した生検では病的所見は認められなかったが、診断的治療目的でESDを施行した。病理組織所見では、粘膜固有層から粘膜下層にかけて異型リンパ球が濾胞状構造を形成して増生しており濾胞性リンパ腫、grade2と診断した。

【考察】胃悪性リンパ腫は、多彩な形態を呈するが、非上皮性腫瘍でありSMTの様相を呈し、軟らかく伸展性が保たれる場合が多い。拡大観察では腫瘍浸潤により腺管構造が破壊された無構造領域や異常血管を観察されることもあると言われている。EUSでは粘膜固有層から粘膜下層の病変存在部位を反映し、第2~3層の低エコー腫瘍として認識される事が多い。また、消化管FLは十二指腸下行動に高頻度に発生し、内視鏡的には白色顆粒状隆起の集簇および多発という特徴を持つ。本症例は、胃前庭部の軟らかいSMT様隆起であり、EUSでは第2~3層の低エコー腫瘍として認識でき、胃悪性リンパ腫として矛盾しない所見であった。胃FLの内視鏡像の報告は少なく貴重な症例と考え報告する。

08 腎細胞癌の胃転移に対して内視鏡切除を施行した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
○行本 弘樹¹、田中 匡介²、松嶋 竜太郎¹、梅田 悠平¹、
池之山 洋平¹、三浦 広嗣²、坪井 順哉²、山田 玲子¹、
中村 美咲¹、濱田 康彦¹、葛原 正樹²、井上 宏之¹、
堀本 紀行²

【背景】転移性胃癌は稀であり、そのうち原発巣が腎細胞癌であることは極めて少ないとされている。腎細胞癌の胃転移に対し内視鏡切除を施行した症例として報告する。【症例】60歳男性。20XX年に当院泌尿器科で2つ腎細胞癌、多発肺転移に対し腹腔鏡下左腎摘出術を施行した。病理はrenal cell carcinoma, clear cell type, G2、INFA、v0、Ly0、pT2aであり、最終診断はpT2aNOM1 Stage4であった。術後肺転移に対してスニチニブを継続投与していた。肺転移病変は増大なく維持していたが、20XX+3年に他院での健診上部消化管内視鏡(EGD)の際に胃体中部大弯前壁寄りに約10mmの白苔が付着した病変を認めた。同部の生検の結果、淡明細胞型腎細胞癌であったため当院に紹介となった。当院でのEGDでは前医指摘の胃隆起性変化は生検の影響でほぼ消失しており再生検でも陰性であったため一旦経過観察とした。20XX+4年に施行したフォローのEGDでは体上部大弯、体中部大弯に約10mmの白苔に覆われた隆起性病変を2つ認めた。腫瘍の立ち上がりは一部SMT様であり、正常/再生上皮で被覆されていた。EUSでは粘膜下層深部浸潤は認めなかった。生検病理結果から、腎細胞癌胃転移と診断した。今後の病変出血リスクで泌尿器科担当医から切除を依頼されたことや内視鏡による腫瘍完全切除が望める可能性が高いことなどの理由により、2病変に対しEMRでの切除を行った。病理は淡明細胞型腎細胞癌の転移であり、いずれも断端陰性であった。フォローアップのEGDで体下部前壁に新たな約10mmの隆起性病変が出現し、生検結果で腎癌胃転移と診断された。20XX+5年にハイブリッドESDを施行し、病理結果は淡明細胞型腎癌の転移であり断端陰性であった。【考察】一般に腎細胞癌の転移巣切除は生存期間を延長する事が報告されている。近年、腎細胞癌の胃転移に対して内視鏡切除を施行した症例報告が散見されるが、その治療方針は未だ不明な点が多い。また本例では全病変とも一括切除可能であったが、確実に切除断端が陰性となる術式を選択に関しては検討の余地があると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

09 ESDにて切除した粘膜内EBV関連胃リンパ球浸潤癌の1例

¹岐阜県総合医療センター 消化器内科、
²滋養医科大学 臨床検査医学講座(附属病院 病理診断科)
○大谷 毅¹、小澤 範高¹、山崎 健路¹、九嶋 亮治²、林 冨加¹、
廣田 大輝¹、増田 直也¹、谷口 裕紀¹、嶋田 貴仁¹、
吉田 健作¹、長谷川 恒輔¹、丸田 明範¹、永野 淳二¹、
岩田 圭介¹、清水 省吾¹

【症例】77歳男性【主訴】心窩部痛【現病歴】心窩部痛を主訴に近医受診。精査加療目的に当科紹介受診した。【臨床経過】上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行。体下部大弯後壁より大きき約20mm、内部に潰瘍を伴う発赤調の浅い陥凹性病変を認めた。後壁側の境界がやや不明瞭であった。生検にてtub2と診断された。背景粘膜はH.pylori現感染の萎縮性胃炎であった。ポノプラザン内服後に再検。潰瘍は癒着化し同部は再生粘膜で覆われていた。20mm大の分化型粘膜内癌・UL(+), ESD適応病変と診断し、ESDを施行した。術中所見は、血管が豊富であり、また潰瘍癆痕部にて粘膜下層に線維化を認めた。牽引クランプを用いて、合併症なく一括切除した。病理組織学的には、腫瘍上皮内に強いリンパ球浸潤を伴う中分化型管状腺癌の所見を認め、病変は粘膜内に局限していた。EBER-ISHにてEBV(Epstein-Barr virus)陽性であった。EBV関連胃リンパ球浸潤癌(GCLS: gastric carcinoma with lymphoid stroma)と診断した。【考察】GCLSは胃癌全体の約1.2~4.0%に認められ、その7~8割はEBV関連胃癌であり、他の癌と比較し予後良好とされる。胃の近位部に多く、男性に著明に多い。早期癌の内視鏡所見は、発赤が強く、0-IIc型が多いとされ、本症例の内視鏡所見はGCLSの所見に合致していたと考えられる。粘膜下層浸潤を伴うとSMT様の要素がみられ、細胞成分が多いため軟らかい隆起が病変全体または陥凹内部に認められることが特徴とされる。本症例ではSMT様の要素は見られなかった。また、GCLSは粘膜下層を中心に発育するため、粘膜下層浸潤癌として診断されることが多く、粘膜内癌として治療された報告は少なく、貴重な症例と考えられる。【結語】ESDにて切除した粘膜内EBV関連胃リンパ球浸潤癌の1例を経験した。

11 粘膜下層剥離術(ESD)後に異時多発再発を来した表在性非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍の一例

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、
³名古屋大学医学部附属病院 化学療法部
○田中 仁¹、廣瀬 崇¹、角嶋 直美¹、古川 和宏¹、古根 聡³、
伊藤 信仁¹、和田 啓孝¹、室井 航一¹、鈴木 智彦¹、
鈴木 孝弘¹、飛田 恵美子¹、平井 恵子¹、柴田 寛幸¹、
石川 恵里¹、前田 啓子²、澤田 つな騎²、山村 健史¹、
中村 直正¹、川嶋 啓輝²、藤城 光弘¹

【症例】80代、男性【目的】十二指腸腫瘍加療目的に当院紹介【併存症】高血圧、糖尿病、脂質異常症【現病歴】20XX年6月近医で検診目的に上部消化管内視鏡検査を施行し、十二指腸球部に病変を指摘され精査加療目的に紹介受診された。精査内視鏡では、球部下面から後面に正色調発赤調の約50mmの半修正の平坦隆起性病変を認め、一部乳頭状の構造を伴っていた。拡大観察では、微細表面構造の不整を認めた。粘膜内隆起や粗大結節はみられず、深達度mの早期十二指腸癌と診断しESDを予定した。【入院後経過】20XX年9月Water-pressure methodによるESDを施行し偶発症なく一括切除を行った。病理結果は乳頭状腺癌、0-IIa、pT1a(M)、ly0、v0、HMO、VMO(TNM分類第8版)であり治癒切除と判断した。術後特に偶発症なく第10病日に退院した。20XX+1年11月、術後1年の経過観察目的の上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部前面に前回と類似した、正色調でほぼ平坦な約25mmの1/3周性の背景粘膜より褐色調の平坦隆起性病変を認めた。生検結果は高分化型腺癌であった。初回治療では一括断端陰性切除が得られており、再発病変とは考えにくかった。また、初回の内視鏡精査画像の見返しても病変を指摘できず、異時多発病変と考えられた。内視鏡的にあきらかな粘膜下層浸潤の所見はなかったものの、前回のESDによる線維化・球部変形により再ESDは手技難易度が高いと判断し、幽門側胃切除術を施行した。病理結果は25mmの高分化腺癌(0-IIb、pT1a(M)、ly0、v0、HMO、VMO、pN0(0/29))であった。【考察】十二指腸非乳頭部十二指腸癌は比較的稀であり、そのリスクは充分解明されていない。本症例は、球部ほぼ全周にわたり組織像の異なる早期十二指腸粘膜内癌2病変を認め、非常に稀と考えられたため報告する。

10 異時に発生し、共に内視鏡的に切除し得た Epstein-Barr virus 関連胃癌の1例

¹愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 消化器内科、
²愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 腫瘍内科、
³愛知県厚生農業協同組合連合会 海南病院 病理診断科
○尾関 良太¹、渡辺 一正¹、國井 伸¹、石川 大介¹、
橋詰 清孝¹、坪内 達郎¹、大岩 恵祐¹、加賀 充朗¹、
越山 彩香¹、中村 太二¹、山田 訓也¹、上田 錠¹、
宮崎 聖大¹、石川 操²、宇都宮 節夫²、奥村 明彦¹

【症例】70歳代男性【主訴】検診異常【現病歴】検診の上部消化管内視鏡検査(EGD)で陥凹性病変を認め、精査加療目的に当院紹介受診となった。【既往歴】アルコール性肝障害、大腸腺腫【経過】当院のEGDでは萎縮粘膜を背景として胃体下部前壁に15mm大で発赤調の0-IIc病変を認めた。NBI拡大観察ではabsent microsurface(MS)pattern、irregular microvascular(MV)pattern、demarcationline(DL)明瞭であり、生検ではgroup5、Carcinoma with lymphoid stromaであった。超音波内視鏡検査(EUS)では粘膜下層への浸潤所見は認めず粘膜内癌との診断で内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。病理組織学的診断はCarcinoma with lymphoid stroma、M、UL0、pHMO、pVMO、pT1a。EBV-encoded RNA-in situ hybridization(EBER-ISH)染色にて腫瘍細胞に一致して陽性であり、Epstein-Barr virus(EBV)関連胃癌であった。その後定期的に経過観察を行い、4年後のEGDにて胃体下部小彎に5mm大で発赤調の0-IIc病変を認めた。NBI拡大観察ではabsent MSpattern、irregular MVpatternであったがDLはやや不明瞭であった。初回病変と色調、肉眼型、NBI拡大観察所見が類似しており、生検でもgroup5、Carcinoma with lymphoid stroma、EBER-ISH染色陽性であった。EUSにて粘膜内癌であることを確認し、ESDを施行した。病理組織学的診断はCarcinoma with lymphoid stroma、M、UL0、pHMO、pVMO、pT1a。EBER-ISH染色陽性であった。現在術後1年経過しているが無再発生存中である。【考察】EBV関連胃癌は同時性・異時に多発すると言われている。リンパ節転移の頻度は低く、早期発見出来ればESD適応になり得る。今回、注意深く経過観察した結果、早期に2病変目を見出し内視鏡的治療切除し得た。本症例は2病変とも通常光では高分化癌に多い発赤調でありながら、NBI拡大観察にて低分化癌に多いabsent MSpatternを呈しており、EBV関連胃癌の特徴的な所見の可能性が示唆された。【結語】異時に発生し、内視鏡的に治療切除し得たEBV関連胃癌の1例を経験したため報告する。

12 演題取り下げ

13 胃悪性末梢神経鞘腫の1切除例

阪中央総合病院 外科

○辻 直哉、田端 正己、中邑 信一郎、中村 俊太、瀬木 祐樹、藤村 侑、出崎 良輔、小林 基之、谷口 健太郎、岩田 真、三田 孝行

胃粘膜下腫瘍の多くはGISTが占め、胃壁筋層内のAuerbach神経叢より発生する神経鞘腫はまれである。胃神経鞘腫のうち5-10%は悪性と報告されているが、最近、こうした悪性神経鞘腫はmalignant peripheral nerve sheath tumor(MPNST)と呼ばれるようになってきた。また、MPNSTはその組織学的悪性度によって低悪性度と高悪性度の二者に分類されている。最近われわれは、胃に発生した低悪性度MPNSTの1切除例を経験したので報告する。【症例】48歳女性。1ヶ月前からの心窩部痛を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査で胃穹隆部から胃体上部にかけて腫瘍性病変を指摘され、精査目的に当院を紹介された。当院での上部消化管内視鏡検査では、体上部から中部小彎後壁寄りに付着部を有する径10cm大の隆起性腫瘍が認められ、広範に白苔が付着していた。生検では炎症所見のみで、悪性所見は認められなかった。CTでは腫瘍は胃穹隆部から胃体部を占拠しており、小彎側の一部では胃壁構造が不明瞭で漿膜浸潤が示唆された。腫瘍は乏血性であったが、不均一な漸増性の造影効果を示した。胃周囲リンパ節腫大は認められなかった。MRIでは腫瘍はT1WIで筋肉と等信号、T2WIで軽度高信号を呈し、内部にT2WI高信号、T1WI低信号域が散在していた。DWIでは高信号を示したが、ADCmapで拡散制限は認められなかった。FDG-PETでは腫瘍全体にほぼ均一にSUVmax 10.90の集積が認められた。以上より、GIST等の粘膜下腫瘍と診断し、手術を施行した。開腹すると胃体上部小彎に腫瘍が露出していた。まず体上部前壁で胃壁を切開し、付着部周囲の胃壁を全周性に切離して腫瘍を摘出、断端は縫合閉鎖した。腫瘍断面は黄白色充実性で、病理組織学的には粘膜下層から漿膜下層にかけて紡錘形細胞が束状に増生していた。免疫組織学的にはKIT、Desmin、 α -SMA、CD34、DOG-1、caldesmonが陰性、S100、SOX10が陽性であった。また核分裂像は3<10HPFであり、最終的には低悪性度のMPNSTと診断された。術後経過は良好で、術後7日目に退院した。

15 悪性貧血を契機に診断されたA型胃炎に早期胃癌を合併した1例

高山赤十字病院 内科

○千住 明彦、金田 裕人、水谷 拓、今井 奨、白子 順子

【症例】70歳代女性【主訴】食欲不振【現病歴】202X年Y月より食欲不振を認め、近医を受診。貧血を認め精査加療目的に当院紹介受診となった。身体所見では、眼瞼結膜に貧血を認めたが、腹部に特記所見はなく、明らかな神経学的異常は認めなかった。血液検査では、Hb 6.6 g/dL、MCV 123fL、MCH 42.3 pgと大球性正色素性貧血を認めた。血清LDHは563 IU/Lと増加を認め、無効造血を疑う所見であった。上部消化管内視鏡検査(EGD)では、胃体部を中心に小弯、大弯ともに均等に萎縮を認めたが、前庭部に萎縮は認めなかった。胃角大弯に15mm大の発赤調の山田分類3型の隆起性病変を認め、過形成ポリープと内視鏡的に診断した。血清抗HP抗体陰性(3.0 U/mL)、尿素呼吸試験陰性であることからHP未感染と判断した。抗胃壁細胞抗体80倍、血清ガストリン3000 Pg/mLと上昇を認め、ビタミンB12は76 pg/dLと低下していた。以上よりA型胃炎による悪性貧血と診断し、ビタミンB12の補充療法を行ったところ、大球性貧血は速やかに改善した。202X年Y+4月にEGDを再検したところ、胃角大弯の過形成ポリープは表面血管構造が不均一となっていたため、生検施行し、病理結果はadenocarcinomaであった。202X年Y+6月に診断的治療目的に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理結果は隆起部に腺窩上皮の過形成と過形成粘膜の頂上に限局的高分化腺癌を認め、粘膜内病変で治癒切除であった。【結語】悪性貧血を契機に診断されたA型胃炎に早期胃癌を合併した1例を経験した。A型胃炎に発生した過形成ポリープは悪性病変の合併率が高いと報告もあるため、より注意深い観察が必要である。

14 早期胃mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasmの1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○小林 郁美、海野 修平、芳澤 社、玉腰 裕規、遠藤 茜、志田 麻子、丹羽 智之、江上 貴俊、山田 洋介、小林 佳佐、鏡 卓馬、木全 政晴、室久 剛、長澤 正通、細田 佳生

【緒言】胃の神経内分泌癌(neuroendocrine carcinoma; NEC)はまれであり、胃癌全体の0.1-0.6%とされる。NECは増殖能が高く粘膜下層を中心に増殖するため早期より高度な脈管侵襲や遠隔転移をきたし、ほとんどが進行癌で発見される。今回我々は同一病変内に腺癌成分とNEC成分が共存した早期胃mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)を経験したため報告する。【症例】78歳男性。X-1年に胃潰瘍フォローのために前医で施行された上部消化管内視鏡検査で噴門部に15mm大の隆起性病変を指摘され、生検で腺癌(tub1)を認め加療目的に当院紹介となった。精査の上部消化管内視鏡検査にて噴門部後壁に境界明瞭な10mm超の発赤調の0-IIc+I病変を認めた。陥凹内辺縁部は表面構造が不明瞭だがnetwork状の不均一な微小血管を認めておりtub1と判断した。中央部は二段隆起を形成し、表面が無構造で口径不同を伴う断片化した血管を認めた。EUSで隆起に一致するよう第3層が途絶した低エコー像を認め、SM深部浸潤癌と診断し胃全摘術(D1郭清)を施行した。切除標本では陥凹内辺縁部に腺癌成分を認めたことに加え、陥凹内隆起部に腺癌形成の乏しい異型上皮の充実性胞巣が観察され、一部に口ゼット様構造も認められた。同隆起部で粘膜下層2mmまで浸潤を認め、脈管侵襲陽性(Ly1b、V1a)であった。胞巣状構造は核小体明瞭な大型細胞の増生がみられ、免疫染色でsynaptophysinとchromograninAに一部陽性、CD56陽性、Ki-67指数が58%と異常高値であり、large cell typeのNECと考えられた。腫瘍はNEC成分が30%認められたことから胃MiNENと診断し、最終的に胃癌取扱い規約第15版に準拠してpStageIA (T1bNOMO)とした。患者家族と相談し、術後補助化学療法を施行せず経過観察中、術後6ヶ月目に多発肝腫瘍を認め、肝転移再発と診断し現在化学療法中である。【結語】胃MiNENは、本症例のように早期癌であっても悪性度の高いNEC成分により術後転移再発をきたす可能性があり、積極的な術後補助化学療法の検討が必要である。

16 当院で経験した胃底腺型胃癌2例の検討

藤田医科大学 消化器内科

○河村 岳史、堀口 徳之、和田 悠良、高原 頌子、村島 健太郎、小山 恵司、寺田 剛、吉田 大、尾崎 隼人、大森 崇史、前田 晃平、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

【背景】胃底腺型胃癌は細胞像が正常胃底腺に類似し、低異型度であるため、診断困難となりうる。今回、当院で経験した胃底腺型胃癌2例の特徴を検討した。【症例1】78歳女性、20XX年11月、近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)施行され、胃穹隆部に隆起性病変を認め当院へ紹介。精査EGDでは背景粘膜に萎縮性変化はなく胃穹隆部大弯に退色調の粘膜下腫瘍様の平坦隆起性病変で、表面に拡張した樹枝状の血管を認めた。NBI併用拡大観察(M-NBI)ではdemarcation line(DL)不明瞭、腺開口部の開大を認めた。生検で主細胞類似の異型細胞を認め、pepsinogen-I(+)、H+/K+-ATPase(-)、MUC6(+)で胃底腺型胃癌と診断。内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)施行し、高分化型管状腺癌、pT1b2(SM2)、pUL0、Ly0、V0、pHMO、pVMOであった。【症例2】82歳男性、ピロリ菌除菌後、20XX年12月、近医でEGD施行され、前庭部小弯に胃腺腫を認め当院へ紹介。精査EGDで前庭部小弯の胃腺腫以外に体下部後壁に樹枝状の拡張血管を伴った粘膜下腫瘍様の平坦隆起性病変を認めた。M-NBIではDL不明瞭、窩間部の開大、不整に乏しい微小血管を認めた。生検では腫瘍性病変を認めず、内視鏡所見から胃底腺型胃癌を疑いESD施行。結果は高分化管状腺癌、pT1b(SM1)、Ly0、V0、pHMO、pVMOでpepsinogen-I(+)、H+/K+-ATPase(-)、MUC6(+)で胃底腺型胃癌と診断された。【考察】胃底腺型胃癌の内視鏡的特徴として既報通り背景粘膜の萎縮は乏しく褪色調、粘膜下腫瘍様の隆起性病変、樹枝状の血管拡張、M-NBIでDL不明瞭、窩間部の開大、腺開口部の開大、不整に乏しい微小血管といった特徴的な所見を呈していた。1病変は生検診断困難であったが、胃底腺型胃癌の内視鏡的特徴を認めたため診断的治療を施行した。生検診断困難例でも特徴的な内視鏡所見を熟知し、慎重に内視鏡観察を行い診断、治療を行うことが重要である。

17 Nivolumab 投与により重度の口腔粘膜炎をきたした進行胃癌の一例

岐阜市民病院 消化器内科

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

【背景】免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は多くの悪性腫瘍で保険適応となり、また免疫関連副作用 (irAE) も明らかになってきた。今回、irAE の中で稀な口腔粘膜炎を経験したことで報告する。【症例】72歳、男性。主訴：口腔内疼痛。既往歴：高血圧、高尿酸血症。家族歴：特記すべきことなし。X-1年3月に心窩部不快感で当科を受診し胃体下部大弯の3型胃癌と診断した。病理組織学所見は低分化腺癌でHER2は陽性であった。腓膵潤と多発肝転移がみられStage4と診断し外来化学療法を選択した。1次治療はCapeOX+Trastuzumab、2次治療はnab-PTX+RAMで加療したがPDとなり、X年6月より3次治療としてNivolumabでの加療を選択した。Nivolumab開始時の口腔内に異常はなく、また血液検査では抗核抗体80倍以上に著変はなかった。Nivolumab初回投与後3日目に口腔内疼痛を認め、以前に処方されたデキサメタゾン口腔用軟膏を塗布していたが、20日目の再診時に口腔粘膜炎はGrade3に増悪した。Nivolumabの投与を中止し、デキサメタゾン口腔用軟膏と含嗽薬で加療したが改善がないため27日目に歯科口腔外科に高診した。口唇及びほぼ全ての口腔粘膜に易出血性のびらんと潰瘍がみられ、ステロイド噴霧剤などの局所製剤で加療され、58日目にGrade1に改善した。Nivolumabの再投与は行わず、4次治療としてTAS-102で加療したがPSが低下しBSCとなり119日目に死亡された。なおNivolumab中止後、口腔粘膜炎の再燃はみられなかった。【考察】口腔irAEには口腔乾燥症や味覚異常症、扁平苔癬などがあり、その頻度は1~5%と稀であるが、口腔粘膜炎の頻度は口腔irAEの中でもさらに稀とされる。irAEとしての口腔粘膜炎の発症時は、他のirAEと同様、速やかに重症度を評価し、ICI中止や適切なステロイド製剤の使用を行う必要がある。【結語】irAEとしての口腔粘膜炎は稀であることより見過ごされている可能性があり、早期に診断し、専門科と連携し適切な加療を行うことが大切である。

19 4次治療としてのイリノテカンが奏功し、臍胸を併発も長期生存が得られている切除不能進行胃癌の1例

岐阜大学医学部附属病院 第1内科

○美濃輪 大介、久保田 全哉、宇野 由佳里、三輪 貴生、山下 晃司、荒尾 真道、田中 貴康、高田 淳、輪 浩康、白上 洋平、井深 貴士、末次 淳、清水 雅仁

症例は80代男性、貧血を契機に切除不能進行胃癌(cT4a、cN2、cM1 (HEP、PER)、H1、P1a、cStageIVB) (胃癌取扱い規約第15版)と診断した。AFP 42,442.2ng/mLと著明高値でAFP産生胃癌と考えられた。1次治療としてSOX療法を1コース、2次治療としてweekly PTX療法を4コース、3次治療としてニボルマブ療法を3コース実施しPDとなった。この時点で治療開始から6か月経過し、全身状態は悪化傾向を認めていた。AFP値はピークで254,440.5ng/mLであった。検討の上で4次治療としてイリノテカン療法を実施した。CTCAE Grade2の好中球減少を認めたが、他に有害事象は認めず、全身状態は改善し、造影CTにて転移性肝腫瘍の縮小を認めた。AFP値は徐々に低下し、10コースを実施したところでAFP 8.3ng/mLと基準値内まで低下を認めた。計15コース実施 (化学療法を開始して約1年が経過) したところで、全身倦怠感、食事摂取不良を主訴に外来を受診した。血液検査にてWBC34,580/ μ L、CRP23.2mg/dLと著明な炎症反応の上昇を認め、CT検査にて右臍胸を認め、精査加療目的に入院とした。AFP 2.2ng/mLと基準範囲内、CT所見より、転移性肝腫瘍が壊死、膿瘍化し、右胸腔内に穿破し臍胸を形成したと考えられた。右臍胸ドレーナージを行い、穿刺液の培養検査にてStreptococcus constellatusが検出された。穿刺液の細胞診は陰性であった。胸腔ドレーナージ、抗生剤による治療を継続し、経過中、右肋骨区域の膿瘍穿刺吸引も実施し、培養検査では胸腔と同じS. constellatusが検出された。胸腔ドレーナージを開始して約1か月後にカテーテルを抜去し、入院から約1か月半の経過で自宅へ退院とした。以後、化学療法は実施せず経過観察を行っているが臍胸の再発は認めていない。また最終の化学療法から約1年経過するが、AFPは基準値内を推移し、EGDにて胃癌を認めた部位は癌化し、CTにて明らかな腫瘍は認めておらず経過良好である。切除不能進行胃癌に対する4次化学療法が非常に奏功している点、また臍胸を併発した点は極めてまれであり、考察を含めて報告する。

18 胃癌術後11年で発症した骨髄腫腫症の1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○松本 悠平、藤吉 俊尚、山口 丈夫、土居崎 正雄、鷺見 肇、丸川 高弘、南 喜之、高野 宏平、八田 勇輔、上田 遼太、鈴木 琢也、堀田 侖義、春田 純一

症例は72歳、女性。60歳時に胃癌に対し腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行した (pStageIB (pT1bN1M0))。術後4年までは再発所見なく経過したが、その後は通院を自己中断していた。術後11年の71歳時に腰痛症状が出現したため他院を受診したところ、採血でALP高値を指摘されたため、当院に紹介となった。当院受診時の血液検査ではALP 6832U/Lと著明な高値を認めたほか、骨シンチグラフィーで全身の骨に高度の集積を認め、転移性骨腫瘍が疑われた。骨生検を施行したところ、骨組織にsignet-ring cellの浸潤像を認め、免疫染色でもCK7+、CK20+、HGM+であったため、胃癌の骨転移と考えられた。上部消化管内視鏡検査で局所再発の所見はなかったため、胃癌術後11年での骨転移再発と診断した。さらに血液検査で、貧血と血小板減少、凝固系異常を認め、DICの状態であった。骨髄腫腫症を来していると考えられたため、全身化学療法としてSOX療法を導入したところ、2コース目を投与した後に、DICから離脱し、腰痛症状も改善した。その後も外来でSOX療法を継続した。6ヶ月後の血液検査ではALP 321U/Lと改善し、骨シンチグラフィーでも全身の骨転移の集積は低下した。腫瘍の治療効果判定はPRを維持し、現在も化学療法を継続している。骨髄腫腫症は固形癌が骨髄に転移をきたし、DICなどの様々な血液学的異常を引き起こす予後不良な病態である。急激な経過をたどることが多く、平均生存期間は3-4ヶ月前後と報告されている。原因となる癌種は胃癌が最も多いが、根治手術を施行後に10年以上経過し骨髄腫腫症を発症することは稀である。また、化学療法レジメンで確立したものはないが、過去の報告ではMTX/5-FU交代療法が有効であったとされるものがあるほか、近年ではS-1ベースのレジメンにより約1年の生存が得られたという報告もある。本症例は骨髄腫腫症に対してSOX療法で、DICの改善と長期生存が得られている。非常に貴重な1例を経験したため報告する。

20 活動性出血を伴う十二指腸粘膜下腫瘍の1例

¹三重中央医療センター 消化器内科、

²三重中央医療センター 外科

○宮田 徹也¹、倉田 一成¹、北出 卓¹、田口 由紀子¹、湯淺 浩行²、渡邊 典子¹

【症例】60歳代、女性【主訴】嘔吐【現病歴】2021年1月X日嘔吐症状を認め、当院救急外来を受診され、点滴施行されるも、症状改善認めなかったため、経過観察目的で入院となった。【入院後経過】入院時の腹部単純CTで十二指腸下行部に粘膜下腫瘍を指摘されていた。また入院時血液検査ではHb 9.5mg/dlであったが、翌日には7.4mg/dlに低下していたため、入院翌日に上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸下行部に新鮮血を認め、側視鏡で確認したところ、十二指腸乳頭部より肛門側に粘膜下腫瘍を認め、腫瘍部から出血を確認され、クリップにて止血に成功した。入院15日目に主乳頭位置確認及びENBD留置目的でERCPを施行し、主乳頭と粘膜下腫瘍は十分に離れていることを確認して、入院19日目に十二指腸部分切除術を施行された。HE染色では紡錘形細胞が錯綜状に増殖しており、免疫染色ではc-kit陽性、CD34陽性であり、十二指腸原発消化管間質腫瘍(GIST)、pT2N0M0 stage Iと診断された。その後は特に問題なく経過したため、入院28日目に退院となった。【考察】GISTはCajal介在細胞由来の腫瘍と考えられており、全消化管の平滑筋層あるいは粘膜筋板を主座に発生する。消化管に発生する間葉系腫瘍のうち80%を占めるが、全消化管腫瘍の0.2~0.5%と比較的稀な腫瘍である。十二指腸腫瘍は全体の3~5%と稀であり、部位別では、下行部が最も多いとされている。GISTは消化管出血、腹部腫瘍、腹痛といった症状で発見されることが多いが、消化管出血においては時に重篤な出血性貧血を引き起こすことがある。活動性出血を伴う十二指腸粘膜下腫瘍の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

21 上腸間膜静脈腫瘍栓を伴う進行胃癌に対し全身化学療法後に conversion surgery を行い長期生存が得られている1例

¹愛知県がんセンター 消化器外科部、
²愛知県がんセンター 薬物療法部、
³愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部
○伊藤 誠二¹、谷口 浩也²、三澤 一成¹、伊藤 友一¹、
小森 康司¹、安部 哲也¹、木下 敬史¹、夏目 誠治¹、
檜垣 栄治¹、奥野 正隆¹、藤枝 裕倫¹、佐藤 雄介¹、大内 晶¹、
川勝 章司¹、細田 和貴³、羽根田 正隆³、清水 泰博¹

上腸間膜静脈腫瘍栓を伴う進行胃癌に対し全身化学療法後に conversion surgery を行い長期生存が得られている1例を経験したため報告する。症例は74歳、男性。PET検査で異常を指摘され、前医で胃癌と診断され当院へ紹介。上部消化管内視鏡検査で前庭部大彎の2型進行胃癌、造影CTおよびPET検査で胃周囲のリンパ節腫大と上腸間膜静脈腫瘍栓、腹膜播種を認め、切除不能と判断、FP+Pembrolizumab療法を12コース行ったところ、CT上、上腸間膜静脈の血流は途絶したままではあるものの、PET検査上、上腸間膜静脈腫瘍栓と腹膜播種への集積が消失したため、審査腹腔鏡検査で腹膜播種がないことを確認の上、conversion surgeryとして幽門側胃切除D2郭清Roux-Y再建術を施行した。病理所見はType2 tub2/por1 ypT3/SS N2 M0 ypStageIIA、組織学的効果Grade2。術後化学療法としてS-1療法を開始するも、湿疹Grade2が遷延し、継続困難となり中止。その後無治療で再発なく経過しており、conversion surgeryから5年3ヵ月間、診断から6年間の長期生存が得られている。

23 再燃した回盲部潰瘍の一例

済生会松阪総合病院
○野口 博希、橋本 真吾、川北 航平、市川 健、奥田 善大、
近藤 昭信、田中 稜

症例は70歳台女性。X-2年前に回盲部潰瘍にて他院にて腹腔鏡下回盲部切除の手術歴あり。X年3月腸閉塞にて当院内科にて入院加療がされた。X年7月他院にて腸炎にて入院加療した後、退院後4日目に腹痛が再燃し当院救急外来搬送となった。来院時のCTにて回盲部切除吻合部から口側の回腸の壁肥厚を認めた。内視鏡検査では吻合部に潰瘍性病変を認め生検ではGroup1であった。回盲部潰瘍の再燃であり、パーチェット病を疑うも、診断基準となる口腔内アフタ性潰瘍、皮膚症状、眼症状、外陰部潰瘍は認めなかった。保存的治療を行うも回盲部潰瘍の再燃による狭窄症状は改善せず、外科紹介となった。全身麻酔下にて開腹にて回盲部切除を施行。術中所見にて前回手術吻合部に潰瘍性病変による壁肥厚を認める以外に吻合部近傍の口側回腸に壁肥厚を2カ所認め、口側の壁肥厚部分から吻合部までを切除した。摘出標本では吻合部以外に口側の回腸に多発する潰瘍を認めた。病理所見では非特異的な炎症細胞浸潤のみであり単純性潰瘍であった。本症例では、パーチェット病の診断基準の主症状はないものの、再発する回盲部潰瘍であり、病理結果では単純性潰瘍の診断ではあるが、今後パーチェット病の主症状が出現する可能性があり定期的なフォローを行う必要があると考えた。

22 シリコン製カップの誤飲による腸閉塞症の一例

名古屋第二赤十字病院 一般消化器外科
○渋谷 英太郎、坂本 英至、法水 信治、新宮 優二、尾辻 英彦、
大岩 孝、青木 奎司、田中 祐介、吉野 将平、千葉 陽永、
山口 真和、鈴木 真理香

症例は45歳男性。レノックス・ガストー症候群の施設入所中であった。ほか併存疾患、アレルギーは認めなかった。6日前から嘔吐を繰り返し、5日前より発熱を認めた。1日前より飲水、内服不能となり、繰り返し痙攣を主訴に当院に救急搬送された。体温36.3℃、心拍数102回/分、血圧138/92mmHgであった。腹部は膨満だが軟で、圧痛は認めなかった。血液検査で白血球7000/ μ l、好中球347/ μ lであったがCRP 21.74mg/dlと著明な上昇を認め、また尿素窒素53.8mg/dl、血清クレアチニン1.74mg/dlと脱水状態であった。腹部造影CTで小腸内に高吸収の構造物を認めたが詳細は不明で、その構造物を機転に口側腸管の拡張を認めた。施設職員から食事の際に使用しているシリコン製カップを紛失しているとの情報を受け、形状からもシリコン製カップを誤飲している可能性が高いと考え、腸管内異物による腸閉塞と診断した。痙攣についてはホスフェニトインNa点滴で頓挫した。治療方針は発症からの経過も長く手術加療を勧めたが、シリコン製カップであれば穿孔のリスクも低く、家族の希望も強かったため保存的加療を行った。入院翌日、4日目に腹部CTを再検したが、腸管拡張の軽減は認められたが、異物は回腸内に留まったままであった。保存的治療の継続で改善が期待できないと判断し、入院6日目に腹腔鏡補助下手術を施行した。腹水を少量認め、鏡視下に異物を内容した小腸を同定した。小開腹創から小腸を腹腔外に引き出し小切開を加え異物を摘出し縫合した。異物は術前の推定通りシリコン製カップであった。術後経過は良好で術後3日目は食事摂取を再開し、術後8日目に施設へ退院した。精神疾患を有する患者のシリコン製カップの誤飲による腸閉塞を経験した。CTによる異物の詳細が不明で、病歴聴取による推定が有効であった。若干の文献考察を追加し症例報告する。

24 機能的端々吻合とKONO-S式吻合を異時性に施行した Crohn 病の1例

¹浜松医科大学 第二外科、²浜松医科大学 第一外科、
³磐田市立総合病院 外科
○杉山 洗裕¹、立田 協太¹、赤井 俊也¹、鈴木 克徳¹、
鈴木 雄飛¹、鳥居 翔²、川村 崇文¹、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、
菊池 寛利³、深澤 貴子³、倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

【背景】Crohn病術後の吻合部狭窄は再手術までの期間に影響を与える重要な因子である。従来の機能的端々吻合に比較して吻合部狭窄が発生し難いとされるKONO-S式吻合が近年注目され、当科でも2011年より本吻合法を導入している。同一患者において機能的端々吻合(FEEA)とKONO-S式吻合を異時性に施行された症例は少ないため報告する。【症例】2008年、11歳時発症の小腸型Crohn病男性。通常の内科治療を開始後、2011年より抗TNF- α 製剤が導入されたが、2012年難治性狭窄による小腸閉塞のため当院紹介となり、腹腔鏡下回盲部切除術、FEEAを施行した。2014年、吻合部再狭窄による腸閉塞のため腹腔鏡下吻合部・小腸部分切除術、KONO-S式吻合を行った。もともと病勢コントロールに難渋していた症例であり、いずれの術後も早期より抗TNF- α 製剤の再導入としていた。2018年に吻合部再狭窄のため腹腔鏡下吻合部・小腸部分切除術、KONO-S式吻合を行った。術後2年、吻合部および吻合部近傍の小病変は認めるが、再狭窄や閉塞症状なく経過観察中である。【考察】KONO-S式吻合は吻合部には吸収糸を用い、1. Supporting Columによる吻合部の緊張を緩和、2. 吻合腸管への血流の温存、3. 狭窄形成術を基にした大きな吻合径、という創傷治療や吻合後の炎症に伴う狭窄に配慮した吻合法である。従来、広く行われるFEEAによる吻合には吻合部の屈曲やStapleに対する異物の反応があり、Crohn病においては再燃による腸管の炎症反応から結果として狭窄を引き起こすという欠点がある。これらの欠点を改善したKONO-S式吻合法は吻合部狭窄による再手術までの期間延長についての短期成績は良好とされる。本症例ではFEEA術後2年後には再手術を要したが、KONO-S式吻合術後4年間再手術を避けられた。3回目の手術後も2年後の時点で狭窄は認めない。同一症例での吻合法の違いによる経過観察例は少なく、KONO-S式吻合が有効であることを示唆できる症例と考えられた。

25 小腸内視鏡検査で診断し得た Immunoproliferative small intestine disease の1例

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○山下 彩子、山村 健史、中村 正直、前田 啓子、澤田 つな騎、石川 恵里、喜田 裕一、江崎 正哉、濱崎 元伸、村手 健太郎、橋口 裕樹、長谷川 一成、山田 健太郎、池上 脩二、角嶋 直美、古川 和宏、藤城 光弘

症例は80歳代の男性。頻回の水様性下痢による急性腎障害のため、前医で入院となった。便培養、CD toxin、CMV antigenemiaは陰性であり、甲状腺機能、ガストリン値は正常であった。上部消化管内視鏡検査で胃潰瘍を認め、プロトンポンプ阻害薬で治療した。血清ヒトリ菌抗体は陰性であった。下部消化管内視鏡検査では明らかな異常所見を認めなかった。小腸カプセル内視鏡検査で回腸に粗造な粘膜を認めたため、小腸精査目的で当院へ転院となった。入院第2病日に経肛門ダブルバルーン内視鏡検査 (DBE) を施行し、中部から下部回腸にかけて非連続性に絨毛の腫大を認めた。同部位からの生検でリンパ球、形質細胞の高度な浸潤を認め、免疫染色ではCD20 (B細胞) は陰性、CD3 (T細胞) は背景に染まり、CD138 (形質細胞) はびまん性に陽性で、免疫グロブリン重鎖はIgA陽性、IgG陰性、IgM陰性、軽鎖はκ陰性、λ陰性だった。以上の免疫染色の結果からImmunoproliferative small intestine disease (IPSID) と診断した。第11病日に施行した経口DBEでは観察範囲に明らかな異常所見を認めなかった。CTではリンパ節腫大や肝脾腫を認めず、骨髄穿刺では骨髄内への腫瘍浸潤を認めなかった。IPSIDの第一選択は抗菌薬治療とされているため、第26病日からミノサイクリン塩酸塩錠100mg/日の内服を開始した。内服約2か月後の経肛門DBEでは下部回腸に粘膜浮腫や粘膜下隆起を多数認めたが、現病の増悪か治療による反応かの鑑別は困難であった。生検では上皮内のリンパ球浸潤は改善していなかった。内視鏡所見は改善に乏しかったが症状は軽快し、また高齢であることから化学療法は施行しなかった。経口摂取が可能となり第112病日に退院とし、外来で抗菌薬治療を継続する方針とした。今回下痢で発症し、小腸内視鏡検査で診断し得たIPSIDの1例を経験した。稀な疾患であるが、原因不明の消化器症状を認める場合には想起すべき疾患と考えられる。

27 メサラジン投与開始後に急性心筋炎を発症したクローン病の1例

愛知医科大学病院 消化器内科

○田中 邦佳、山口 純治、中川 真里絵、駒井 洋彦、山本 和弘、杉山 智哉、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

症例は17歳、男性。X年3月より水様便・血便を自覚し、症状増悪のため5月11日に前医を受診した。下部消化管内視鏡検査を施行の後、クローン病と診断され、メサラジン1500mg/dayにて加療を開始した。症状の改善に乏しいことから5月20日にメサラジン4000mg/dayに増量した。投与開始後day23より発熱・胸痛・嘔気・呼吸困難が出現し、当院救急外来を受診した。CTscanでは感染のfocusとなる明らかな所見を認めず、12誘導心電図 (ECG) でも明らかな異常がないことから帰宅となった。Day24に胸痛の悪化を認め、再度外来を受診した。ECGにてST上昇を認め、血液検査ではWBC 10.9×10000 、CRP 10.61 mg/dl 、CK-MB 56 U/L 、高感度心筋トロポニンI 18298 U/L と炎症反応や心筋逸脱酵素の高度上昇を認めた。経胸壁心エコー検査では、心膜液貯留や壁肥厚、壁運動低下などは認めなかったが、上記ECGや血液検査結果より急性心筋炎が疑われ、入院となった。感染を疑う症状を認めず、経過から薬剤性心筋炎を第一に疑い、入院後にメサラジンを中止とした。メサラジンに対する薬剤誘発性リンパ球刺激試験は34%と上昇を認めた。血行動態は保たれ、心症状が顕著でないことから軽微候例の判断にて、被疑薬の中止のみで経過観察とした。メサラジン中止後、速やかに症状は改善し、心電図や経胸壁心エコーの経時的変化や悪化は認めなかった。CK値の正常化を確認し、day7に退院となった。診断の一助となる心筋生検、心臓MRI、心筋シンチグラフィなどは、本症例が軽微候例であり、治療方針に影響をおよぼすことはないかと判断し施行されなかった。心筋炎の原因はウイルス性、薬剤性、自己免疫性など様々であるが、メサラジンによる薬剤性心筋炎の報告もあり、添付文書でも重大な副作用の1つとして挙げられている。今回メサラジン投与約3週間後に発症した急性心筋炎のクローン病症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

26 当院における空腸・回腸悪性リンパ腫の臨床的特徴の検討

聖隷浜松病院 消化器内科

○丹羽 智之、芳澤 社、玉腰 裕規、逸藤 茜、志田 麻子、小林 郁美、江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、小林 龍介、鏡 卓馬、木全 政晴、室久 剛、細田 佳佐、長澤 正通

【目的】小腸悪性リンパ腫は消化管悪性腫瘍の中において低頻度であるが、消化管原発悪性リンパ腫においては胃について多い。近年カプセル内視鏡や小腸内視鏡の普及により小腸悪性リンパ腫の発見頻度が増加している。今回当院の症例について後方視的に臨床的特徴・治療経過について検討を行った。【対象と方法】2010年2月1日から2021年1月30日までに当院で診断された空腸・回腸に主病変を認めた悪性リンパ腫15例を対象とし、年齢・性別・発生部位・組織型・肉眼型・病期・症状および治療について検討を行った。肉眼型は中村らの分類、病期についてはLugano国際会議分類を用いた。【結果】年齢は50-89歳、中央値71歳であった。男女比は9:6、発生部位においては回腸が13例、2例が空腸に病変を認めた。病理組織学的分類ではびまん性大細胞型B細胞リンパ腫が最も多く9例、次いでMALTリンパ腫・濾胞性リンパ腫が2例、パーキットリンパ腫、マントル細胞リンパ腫が1例であった。肉眼型は隆起型が4例、潰瘍狭窄型が8例、潰瘍非狭窄型が1例、MLP (multiple lymphomatous polyposis) 型が1例、混合型が1例であった。Lugano分類ではI期9例、II期2例、III期1例、IV期が5例であった。腹部症状は6例に認め、5例は無症状であった。確定診断に関しては内視鏡による生検が9例、EUS-FNAによる組織診が1例であった。内科的に病理診断が困難で外科的病変切除により診断に至った症例は5例認め、2例は小腸内視鏡が到達困難、2例は粘膜下腫瘍様の隆起性病変、1例は内視鏡精査困難な症例であった。治療では外科治療単独が4例、外科切除後に化学療法を行った症例が6例、化学療法を先行したものが8例であった。外科治療もしくは化学療法で完全寛解となっている症例は10例認めた。観察期間中に死亡した症例は超高齢者1例、診断時全身状態不良な症例が1例の2例であった。【結論】空腸・回腸悪性リンパ腫では回腸近位側や粘膜下腫瘍様の隆起性病変では病理学的に術前診断に至らない症例が見られた。外科治療もしくは化学療法で完全寛解に至る症例も多く、早期の診断、治療導入が肝要であると考えられた。

28 演題取り下げ

29 大腸 ESD を施行した隆起型直腸粘膜脱症候群の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
○佐藤 宏樹¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、神岡 諭郎¹、
仲島 さよ¹、久野 剛史¹、佐々木 雅隆¹、福沢 一馬¹、
二村 侑歩¹、吉川 幸愛¹、光松 佑時¹、伊藤 誠²

【症例】70歳、女性。【既往歴】高血圧症、2型糖尿病。【現病歴】30年前から排便時に肛門から腫瘍の脱出があったが、近医にて内痔核の診断で経過観察となり、脱出時には自分で還納していた。2013年3月に下血を主訴に当科・当院外科初診。CS施行し内痔核と診断し、外科でも同様の診断で経過観察となった。2015年のCSでRb下端に15mmの発赤した表面平滑な腫瘍を認め、直腸粘膜脱症候群(mucosal prolapse syndrome、以下MPS)を疑った。便秘や食事、排便時のいきみの改善など保存的治療を行ったが、2017年頃から直腸粘膜が常に脱出し持続的な下血もあった。2020年12月にCS再検し、Rb下端の後壁に長径20mm大の隆起性病変を認め、表面平滑なSMT様隆起で、頂部全体に発赤及び偽膜様の白苔附着を認めた。空気変形のある軟らかい病変で、NBI併用拡大観察では構造と微小血管は整っており腫瘍性病変は否定的で、生検では線維筋症を認めた。EUS(12MHz)で病変は第2層〜3層の不均一な低エコー領域として描出され、第3層の狭小化、数mmの無エコー域の多発を認めた。以上より、隆起型MPSと診断した。本例は保存的治療抵抗性のMPSで、切除の適応と判断した。MPSの切除法として従来、外科的切除が選択されてきたが、低侵襲、歯状線に接する病変の確実な一括切除が可能なら点状ESDが最適と判断した。患者への十分な説明・同意の上で2021年1月にESDを施行した。病変は肛門側よりFlushKnife BTにて切開・剥離を進め、粘膜下層の線維化は著明で、合併症なく一括切除した。切除標本は47×40mm、病変は27×20mmであった。組織学的には、異型に乏しい腺管と粘膜筋板近傍の拡張したリンパ管に加え、粘膜筋板の肥厚と粘膜固有層内への錯綜肥厚(線維筋症)を認め、MPSと診断した。術後の経過は順調で第7病日に退院となった。ESD後に粘膜脱は消失し、下血もなく現在2ヶ月経過している。【考察】近年、保存的治療に抵抗性のMPSに対する外科的切除の有用性が報告されているが、内視鏡的切除例は未だ少数である。本例は保存的治療抵抗性の隆起型MPSに対し大腸ESDが有効であった症例と考えられた。

31 イレウスを契機に診断に至った多発性骨髄腫発症性消化管アミロイドーシスの一例

静岡市立静岡病院

○有谷 実莉、鈴木 博貴、菊池 恵介、田中 駿介、早川 諒祐、
木村 領佑、黒石 健吾、濱村 啓介、中田 俊夫、
小柳津 竜樹、高橋 好朗

【症例】70歳代女性。【現病歴】特記すべき既往歴や家族歴なし。若年時より便秘症あり、2015年に腎機能低下、貧血、2019年10月に両側手根管症候群を指摘されていた。2019年11月に発熱と腹部膨満感を主訴に近医を受診し、腸閉塞の疑いで当院へ紹介された。腹部X線、CT検査で閉塞機軸はないものの骨盤内小腸の壁肥厚と腸液貯留、胃、結腸の拡張があり、便秘に伴うサブイレウス状態として入院した。入院後、絶食と下剤の強化により、第6病日に排便がみられた。胃拡張の精査目的に第6病日上部消化管内視鏡を施行した。器質的な通過障害はみられなかったが幽門前庭部に粘膜浮腫と易出血性あり、同部位より生検したところAL型アミロイド沈着を認めた。上部消化管透視造影では幽門から十二指腸への造影剤流出が不良だった。下部消化管内視鏡検査では、粘膜に異常所見はみられなかったがランダム生検の結果、横行結腸にアミロイド沈着を認めた。蛋白尿や手根管症候群、巨舌等全身のアミロイド沈着を疑う所見があり、IgG、IgM、IgAが全て抑制されていたことから多発性骨髄腫を疑い、第13病日骨髄穿刺を行った。異型形質細胞が15%以上散見され、Bence-Jones型多発性骨髄腫とそれに統発する全身性アミロイドーシスを診断した。第19病日、VMP療法(Bortezomib+Melphalan+Prednisolone)を開始した。イレウスに関しては、種々の下剤や腸管蠕動促進薬を試行するも排便得られず治療に難渋したが、プロスタグランジン製剤であるジノプロストの静脈内投与が著効した。経口プロスタグランジン製剤への変更も試みたが効果なく、第103病日、外来で週2回ジノプロストを静脈内投与する方針とし退院。【考察】多発性骨髄腫に消化管アミロイドーシスを合併する確率は年々増えており、多彩な症状を呈する。ALアミロイドは消化管の固有筋層に沈着し蠕動運動障害を来することが知られているが、イレウスを契機に多発性骨髄腫の診断に至った例は報告が少ない。今回、更に消化管アミロイドーシスによる蠕動運動障害に対しジノプロストが著効した症例を経験したため、報告する。

30 早期直腸癌が原発と考えられた続発性肛門周囲Paget病を認めた1例

¹伊勢赤十字病院 外科、²伊勢赤十字病院 皮膚科
○岡部 雄介¹、熊本 幸司¹、正見 勇太¹、山内 洋介¹、
佐藤 啓太¹、田村 佳久¹、松井 俊樹¹、岡本 篤之¹、
藤井 幸治¹、松本 英一¹、高橋 幸二¹、楠田 司¹、
谷口 孝司²

症例は79歳男性。貧血精査のため施行した下部消化管内視鏡検査で上行結腸癌、直腸癌を認め、上行結腸癌に対し右半結腸切除術、直腸癌に対し内視鏡的粘膜切除術を施行した。最終病理学的診断は、上行結腸癌はpT3N0M0 Stage2A、直腸癌はpTis Stage0であり、術後補助化学療法は施行しないことにした。術後当院通院中に肛門周囲の紅斑を認めたため、皮膚生検、免疫染色の結果、CK7、CK20、CDX-2陽性、GCDFFP-15陰性であり続発性肛門周囲Paget病と診断した。肛門周囲病変に対して、地固生検で腫瘍外側の陰性組織を確認し、腫瘍外縁より1.5cmをマージンに内縁は歯状線の高さまで、脂肪織中層レベルで腫瘍切除を行った。右大腿部より7.5cm×15cmの採皮を行い、肛門周囲腫瘍切除部に縫合固定し分層植皮を行った。植皮片は感染もなく生着し、上皮化を認め術後25日で退院となった。退院後は無治療経過観察にて現在まで6ヶ月間、無再発で経過している。乳房外Paget病は、原発性乳房外Paget病と肛門管癌に代表される粘膜の癌腫が上皮内を進展して開口部皮膚にも及び臨床的に皮膚病巣が認められる続発性乳房外Paget病に分類される。隣接臓器の腺癌が経上皮性に連続的に直接外陰や肛門の表皮に波及したものをPagetoid spreadあるいはPaget現象と定義されるが、直腸癌・肛門管癌に伴う続発性肛門周囲Paget病は比較的稀な病態である。原発性乳房外Paget病の多くは表皮内癌であり予後良好なことが多いが、直腸癌・肛門管癌が先行する続発性肛門周囲Paget病は予後不良であることが少なくない。両者は病理学的に酷似しており鑑別は容易ではないが、治療法の選択や予後が異なるため両者の鑑別は非常に重要なことであり、近年では免疫染色が有用とされている。今回我々は、早期直腸癌が原発と考えられた続発性肛門周囲Paget病を認めた1例を経験した。本症例では、肛門周囲病変の皮膚生検、免疫染色結果から続発性肛門周囲Paget病と診断し、Pagetoid spreadの病理学的発生機序を基に早期直腸癌が原発と推測した。本疾患は比較的稀な病態であるため若干の文献的考察を加えて報告する。

32 腸重積を繰り返した腸管囊胞様気腫症の一例

名古屋記念病院 消化器内科

○鈴木 陽子、小山 哲生、杉浦 幸、山東 元樹、中西 和久、
丸谷 祐香、野尻 優、中館 功、岡野 佳奈、福岡 伴樹、
戸川 昭三

【症例】17歳男性。【主訴】右下腹部痛【既往歴】17歳腰椎分離症【現病歴】1、2年ほど前より安静で自然軽快する間欠的な腹痛、嘔気を自覚していた。20XX年X月、1週間前より同様の間欠的な右下腹部痛が頻回に出現。徐々に腹痛の増悪を認めたため当院救急外来を受診し、精査加療目的に入院となった。【経過】採血からは明らかな異常所見は認めなかった。腹部造影CTで上行結腸の横行結腸への陥入像を疑う所見を認め、腸重積と診断した。また同部位腸管壁内に多数の囊胞状気腫陰影を認め、腸管囊胞様気腫症と診断した。門脈ガスは無く、血流障害は認めなかった。腹痛は自制内であり、血流障害を疑う所見は無く緊急手術の適応は乏しいと考え、診断及び思惟目的にて下部消化管内視鏡検査を施行した。横行結腸に先進部と思われる腫瘍を認めたが、送気により腸重積は容易に整復された。整復後回盲部から観察したところ上行結腸から肝弯曲に大小多調の大腸粘膜下腫瘍様の腫瘍が観察された。嵌入した腫瘍は一部色調変化を認めた。同部位からの生検組織病理学検査では高度の出血を伴った大腸粘膜が採取されたが粘膜上皮に明らかな異型はみられなかった。第2病日には症状は改善しており、食事再開し以降再なく退院となった。既往症の腰椎分離症に対して高圧酸素療法も施行されたが、腹部CT上でも気腫の縮小は認めず、同様の腹痛も頻回に繰り返し7ヶ月間に計3度内視鏡的整復で入院加療を行った。当初は保存的加療を希望されたが再発を繰り返すため、10ヶ月後待機的に右半結腸切除術にて病変を切除した。摘出した結腸には腸間膜付着側に多発する気腫様病変あり、1つだけ穿刺するとairがひびく虚脱した。病理学的所見から粘膜下層にgas cystが連なり、内面組織球系細胞、異型巨細胞が裏打ちされていた。また悪性を示唆する所見は認めなかった。外科的加療後は症状の再燃なく経過している。【結語】今回我々は右下腹部痛を契機に発見された基礎疾患を有さない特発性かつ若年性の腸管囊胞様気腫症による腸重積症の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて発表する。

33 横行結腸浸潤を伴った後腹膜脂肪肉腫の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門外科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○丹羽 智之¹、芳澤 社¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、志田 麻子¹、小林 郁美¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、細田 佳佐¹、長澤 正通¹、小林 靖幸²、大月 寛朗³

症例は80歳代女性。X-6月より食思不振・倦怠感が出現し、X-1月腹部に可動性の腫瘍を自覚した。X月倦怠感が増悪し近医受診し、精査目的に当科紹介となった。身体所見で貧血と腹部正中に可動性を伴う手拳大の腫瘍を認めた。造影CT検査では小腸、横行結腸に接する13cmほどの多結節状の腫瘍を認め、造影効果は不均一で内部に一部石灰化を認めた。小腸造影では小腸は腫瘍の影響で左側に偏位していたものの腹腔に異常所見は認められず横行結腸肝彎曲に多結節状の隆起性腫瘍を疑う透亮像を認めた。大腸内視鏡検査を施行したところ横行結腸に約8cmに渡り白色調の多結節腫瘍を認めた。腫瘍は柔らかく表面平滑で上皮性腫瘍を疑う所見は見られなかった。同部位の生検組織では肉腫を疑う異型細胞を認めたが診断には至らなかった。明らかな遠隔転移を認めず切除の方針とし、腹腔鏡下拡大右半結腸切除術およびリンパ節D3郭清を実施した。病理組織では紡錘形細胞の密な増生を認め、細胞異型や核分裂像の増加があり肉腫と考えられた。結腸浸潤部は免疫染色で特定の分化を示さず未分化多型肉腫に相当であったが、周囲の脂肪細胞や間質の線維性結合織内に高分化型脂肪肉腫と考えられる大型異型細胞が分布しており病変全体として脱分化型脂肪肉腫と診断した。【考察】脂肪肉腫では脂肪細胞由来の悪性軟部腫瘍であり全軟部肉腫の7.5-25%を占め最も頻度が高い。発生部位は下肢が約50%と最も多く後腹膜が34%とそれに次ぐ多さを占める。本症例では腫瘍が巨大であり原発巣の判断は困難であったが、横行結腸内に病変を認めたものの病変の好発部位を考慮して後腹膜原発脂肪肉腫と判断した。脂肪肉腫に対する治療は外科的治療が基本であるが、脱分化型脂肪肉腫の場合80%に限局再発、30%に遠隔転移を来すとされており予後不良である。本症例でも今後再発が危惧され厳重経過観察の方針としている。【結語】結腸浸潤を伴う後腹膜脂肪肉腫の症例を経験した。腸管閉塞を来さない腹部巨大腫瘍の場合鑑別にあげることがあると考えられた。

35 低異形度虫垂粘液性腫瘍の一例

¹静岡赤十字病院 消化器内科、²静岡赤十字病院 外科、

³静岡赤十字病院 病理部

○齋田 啓太¹、乾 航¹、菊池 恵介¹、杉山 智洋¹、魚谷 貴洋¹、熱田 幸司²、田代 和弘³

【症例】70歳女性【主訴】腹部膨満感【現病歴】X-1年2月に腹部膨満感で近医受診し、3月に腹部超音波検査で40mm大の嚢胞を認めた。臓器との明らかな連続性や悪性所見を認めなかったため、経過観察となった。X年11月に近医で腹部超音波検査を再検したところ、腹腔内嚢胞は60mm大まで増大しており、悪性腫瘍の可能性が示唆されたため、当院当科に紹介受診となった。【既往歴】左腎巨大嚢胞、脂質異常症、起立性低血圧、帯状疱疹【内服薬】ロスバスタチン【治療経過】採血ではCEAのみ5.84ng/mL程度高値であり、下部消化管内視鏡検査では虫垂開口部には明らかな異常は認めなかった。腹部超音波検査・造影CT検査・MRI検査では虫垂に連続するように40-60mmの嚢胞性腫瘍を認め、辺縁の石灰化を認めたが、造影される充実成分はみられなかった。PET-CT検査では虫垂の遠位側に嚢胞性腫瘍を認め、腫瘍の辺縁に軽度FDG集積を認めるのみだった。以上より低異形度虫垂粘液性腫瘍を疑ったが、悪性腫瘍が否定できないことからX+1年1月に回盲部切除術を行った。病理診断では虫垂粘膜に粘液産生が多量な異型の弱い円柱上皮が増殖しており、低異形度虫垂粘液性腫瘍の診断に至った。【考察】粘液嚢胞腺腫の大部分と粘液嚢胞腺腫の一部が低異形度虫垂粘液性腫瘍(LAMN)に相当し、腹膜偽粘液腫の原因になり得ることによりborderline malignancyに相当する腫瘍と考えられる。術前診断において良性・悪性の判断は困難であり、外科的切除が原則ではあるが、その切除方式に関しては明確な基準はない。今回は手術時に一部粘膜が破裂しており、内部の粘液が露出していたことから回盲部切除術(D3郭清)を施行した。術後経過観察期間なども明確な基準は定められておらず、慎重な経過観察が望まれる。予後は、LAMNに相当する旧分類の虫垂粘液嚢胞腺腫と虫垂粘液腺癌において、腹膜偽粘液腫を併発した場合の5年生存率は90%、25%と大きく異なる。以上、経時的に増大するLAMNの一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

34 低異形度虫垂粘液性腫瘍の1例

大垣市民病院 外科

○橋本 馨、金岡 祐次、亀井 桂太郎、前田 敦行、高山 祐一、高橋 崇真、清坂 和昭、佐久間 政宜、手嶋 浩也、大屋 勇人、孫 起和、吉田 大樹、甲斐 巧也、日比野 佑弥、山川 ありさ、尾崎 航太郎

大腸癌取り扱い規約第8版(2013)ではWHO分類に準拠し従来の虫垂粘液嚢胞腫瘍が低異形度虫垂粘液性腫瘍(low-grade appendiceal mucinous neoplasm, LAMN)と粘液腺癌の2つに分類された。腫瘍形成を伴うLAMNの1例をわれわれは経験したので報告する。患者は72歳の女性で、右下腹部違和感で発症した。CTで虫垂に近接する3.8cmの嚢胞性病変を認め、虫垂腫瘍と判断し待機的に腹腔鏡下切除の方針とした。5ポートアプローチ、気腹圧10mmHgで手術を開始した。嚢胞を穿破しないように後腹膜脂肪織と癒着小腸とともにen blocに回盲部切除を行った。再建は臍上部の小切開創から行った(手術時間130分、出血10g)。術後経過順調で12日目に退院し、5か月経過後の再発は認めない。組織学的に、虫垂には異型粘液腺上皮と好中球浸潤、肉芽形成を認め、LAMNが近傍に穿破し被覆され腫瘍形成がされたと診断した。リンパ節転移は認めなかった(0/6)。自験のLAMNは穿破していたため今後pseudomyxoma peritoneiの可能性もあり長期的に経過観察が必要である。

36 腫瘍随伴性血小板減少症を合併した横行結腸癌の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会安城更生病院 消化器内科

○齋藤 洋一郎、石原 誠、竹内 悠祐、加藤 彩、山中 裕貴、尾崎 玄、鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、竹内 真実子

【はじめに】免疫性血小板減少症(以下ITP)は自己免疫機序による血小板の破壊、もしくは骨髄における巨核球の血小板産能低下による血小板減少である。他疾患に合併する二次性と特発性に分類され、二次性の原因の一つとして悪性腫瘍が報告されている。今回我々は横行結腸癌を契機とした二次性ITPを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】60歳代、女性。【主訴】下血、腹痛。【既往歴】高血圧症、左顔面神経麻痺。【内服薬】ベンジピン塩酸塩、ラベプラゾールナトリウム、芍薬甘草湯。【現病歴】2019年9月に数日間続く腹痛と下血を主訴に近医を受診し、同日当院へ紹介となった。【経過】造影CT検査で横行結腸に不均一な造影効果を示す腫瘍及び周囲に腫大したリンパ節の散見、小腸浸潤が認められたため横行結腸癌が疑われた。また初診時血小板2000/mm³と著明に低下しており、凝固系異常は認められず、骨髄穿刺による骨髄像は正常であった。下部消化管内視鏡検査(以下CS)による確定診断は出血のリスクが高く実施できず、血小板の改善を図った。血小板輸血の効果は乏しく、骨髄穿刺にて巨核球の増加を認めておりITPと診断しH.pylori除菌及びデキサメタゾン投与するも改善が認められなかった。二度目の骨髄穿刺にてITPの診断が確定したため、免疫グロブリン静注療法(以下IVIg)を実施。IVIg開始から2日目に血小板77,000/mm³まで改善が認められたため下部消化管内視鏡検査を実施し横行結腸癌、cT4b(小腸)N1M0、cStagelllaと診断した。IVIg開始から8日目に血小板180,000/mm³まで上昇認められたため外科的切除を実施した。術後に血小板減少は認められず、腫瘍随伴性ITPと診断された。【考察】一般的に腫瘍随伴性血小板減少症は原疾患の治療により改善を得ることが多い。本症例ではIVIgが著効し、血小板数の改善を得たため、安全にCS及び手術を実施することができた。【結語】腫瘍随伴性血小板減少症を合併した横行結腸癌の一例を経験した。

37 直腸S状部結腸癌と濾胞性リンパ腫の同時性重複癌の1例

¹愛知県がんセンター 消化器外科部、
²愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部
○大内 晶¹、小森 康司¹、木下 敬史¹、佐藤 雄介¹、伊藤 誠二¹、
安部 哲也¹、三澤 一成¹、伊藤 友一¹、夏目 誠治¹、
檜垣 栄治¹、奥野 正隆¹、藤枝 裕倫¹、川勝 章司¹、
加藤 省一²、細田 和貴²、清水 泰博¹

症例は33歳、男性。鮮血便を主訴に前医受診、下部消化管造影検査で直腸RSにapple coreを認め、下部消化管内視鏡検査で同部位に全周性2型腫瘍あり、生検で中分化型腺癌と診断した。造影CTでは遠隔転移を認めなかったものの、腸管傍リンパ節、および限局した大動脈周囲リンパ節の腫大を認め、遠隔リンパ節転移で切除不能と判断され、化学療法目的に当院紹介となった。PET-CTでは直腸S状部、腸管傍リンパ節、大動脈周囲リンパ節へのFDGの集積を認め、直腸S状部結腸癌、同時性大動脈周囲リンパ節転移の診断で、大動脈周囲リンパ節の腫大が腎静脈下に限局していたため、一期的に切除術（直腸低位前方切除術+大動脈周囲リンパ節郭清術）を施行した。大腸の病理組織はadenocarcinoma, tub2, pT3, int, infb, LY1a, V1a, N1a(1/31: #251)で、郭清した大動脈周囲リンパ節には腺癌を認めなかった一方、中～大型のリンパ球系細胞が濾胞を形成しながら増殖しており、免疫染色ではCD3-、CD5-、CD10+、CD20+、BCL2+、CCND1-、Ki67 index 5-30%を示し、最終的に直腸S状部結腸癌Stagellb（大腸癌取り扱い規約）と濾胞性リンパ腫I期（Lugano分類）の同時性重複癌と診断した。濾胞性リンパ腫は低腫瘍量、対象病変消失のためwatchful waitingとし、直腸S状部結腸癌に対する術後補助化学療法としてCAPOX療法を導入した。若干の文献的考察を加えて報告する。

39 大腸憩室出血の止血困難例に対するOTSCの有用性と安全性に関する検討

木沢記念病院 消化器内科
○長尾 涼太郎、大橋 洋祐、田口 大輔、水谷 しの、足達 広和、
安田 陽一、大島 靖広、杉山 宏

【目的】時に、大腸憩室出血の止血困難例を経験する。そこで、止血困難例にOTSC（Over-the-scope clip）を施行したので、その有用性と安全性について検討を試みた。【対象と方法】憩室出血の止血術としてOTSCを導入した2020年1月以降、憩室出血と診断しOTSCを施行した9例を対象とし、その背景因子、止血効果、合併症について検討した。【結果】内視鏡診断した憩室出血は67例で、責任憩室を診断できたのは55例（82.1%）、責任憩室を診断した全例に止血処置を施行した。うち9例（16.3%）にOTSCを施行した。OTSCを施行した理由は、EBLを試みるも憩室の反転が不十分だったのが6例、EBL後の再出血が3例であった。9例の背景因子は、男性/女性=8/1例、年齢中央値は75歳（62-88）であった。基礎疾患は高血圧/虚血性心疾患/腎不全/糖尿病を5/2/1/1例で認め、4例（44.4%）が抗血栓薬を、2例（22.2%）がNSAIDsを、6例（66.7%）が降圧薬を内服していた。受診時のHb中央値は12.1g/dL（9.8-15.4）で、1例（11.1%）で輸血を要した。ショック状態に至った症例は認めなかった。造影CTを施行した8例のうち、4例（50%）で造影剤の血管外漏出像を認めた。出血部位は上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸が5/2/1/1例、初回の止血術施行直前の出血形態は活動性出血/非出血性露出血管/SRH（stigmata of recent hemorrhage）を有する憩室が4/2/3例であった。7例（77.8%）で完全止血が得られたが、2例（22.2%）は再出血を認めたため、IVRで止血を行った。OTSC後の合併症としては穿孔、腹膜炎などは認めなかったが、1例（11.1%）で消化管狭窄を認めた。内視鏡では内腔が5mm程度まで狭小化したことが、腸閉塞には至らず保存的加療で軽快した。【結語】憩室出血の止血困難でもOTSCは高い止血効果が得られた。また重篤な合併症を認めず、有効な治療法と考えられた。

38 難治性の大腸憩室出血に対してOTSCを用いて止血し得た1例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科
○鈴木 琢也

大腸憩室出血に対する内視鏡的止血術として、近年、Over The Scope Clip（OTSC）を用いた止血術の有用性が報告されている。今回われわれは横行結腸憩室出血に対してクリップ法や内視鏡的バンド結紮法（endoscopic band ligation:EBL）を行ったものの、再出血を繰り返したためOTSCで止血し得た1例を経験したので、報告する。症例は82歳女性。前医で横行結腸憩室出血に対して2度クリップ法で止血処置が行われたが、再出血を繰り返したため、止血困難例として当院に転院搬送となった。転院した日に下部消化管内視鏡検査（CS）を施行したが活動的な出血なく、観察のみで終了した。しかし第2病日に血便を認めたため、再出血と判断しCSを再度施行した。前医でクリップ処置された憩室から活動性出血を認めたため、EBLで止血処置を行った。その後、さらに貧血の進行と血便を認めたため再出血と判断し、第5病日に再度CSを施行した。前回処置したEBLのバンドは脱落していたため、同憩室に対して再度EBLを施行した。しかし、その後も少量の血便が持続した。第11病日に貧血の進行を認め、造影CT検査を施行したが、造影剤の血管外漏出は認めなかったため、動脈塞栓療法の適応はないと判断した。また、高齢であり、ADLもままならないことを考慮すると、止血目的の外科的手術は侵襲性が大きいと考えた。前医から合わせて、都合4度の止血処置を行ったが血便を繰り返したため、患者本人、ご家族に十分にICを行った上で、OTSCを用いて止血処置を行うこととした。その後、血便はなく、貧血の進行も認めなかった。全身状態良好で第29病日に退院となった。現在のところ、再出血の徴候はみられていない。本症例から、従来のクリップ法やEBLによる内視鏡的止血術では止血困難な大腸憩室出血に対して、OTSCを用いた止血術が有用であると考えられた。

40 ポリスチレンスルホン酸製剤投与中の慢性腎不全患者に生じたS状結腸穿孔の2例

¹尾鷲総合病院 外科、²桑名市医療センター 病理診断科
○畑中 友秀¹、伊藤 貴洋¹、武内 泰司郎¹、大森 隆夫¹、
白石 泰三²

ポリスチレンスルホン酸製剤は慢性腎不全患者の高カリウム血症に対して頻用される薬剤であるが、稀ではあるが重大な副作用として腸管穿孔が報告されている。同剤内服中の患者に生じたS状結腸穿孔2例を経験したため報告する。【症例1】86歳女性、慢性腎不全（血清クレアチニン値1.5mg/dl程度で推移）、高カリウム血症予防にポリスチレンスルホン酸カルシウム製剤（カリメート散）を内服していた。受診前日からの腹痛にて当院へ救急搬送された。CTにてS状結腸周囲に便塊の流出、腹腔内遊離ガスを認め、S状結腸穿孔の診断でハルトマン手術を施行した。術後リハビリを必要としたが、84日目に退院した。【症例2】91歳男性、慢性腎不全（血清クレアチニン値2.3mg/dl程度）でポリスチレンスルホン酸カルシウム製剤（カリメート散）を内服していた。排便後の腹痛と下血にて前医を受診、精査目的に当院へ紹介となった。CTでS状結腸周囲の腹腔内に便塊、遊離ガスを認め、S状結腸穿孔の診断でハルトマン手術を施行した。術後71日に退院した。2例とも手術時の摘出標本の病理学的所見では、穿孔部近傍に、炎症細胞浸潤とポリスチレンスルホン酸カルシウム結晶の沈着を認め、同製剤が関与したS状結腸穿孔と考えられた。慢性腎不全患者の腸管は動脈硬化などに起因する血管障害の影響で、慢性的に血流が低下している、および平滑筋層の菲薄化による壁の脆弱化をきたしていると考えられている。これらの腸管に、同剤の影響によりポリスチレンスルホン酸樹脂を含む硬便が停滞することで、腸管壁の物理刺激が継続し、穿孔に繋がるという病態が推測されている。同剤内服中の患者には適切な便秘の管理が重要であると考えられる。

41 皮下気腫を呈した結腸穿通の2例

阪市民病院 外科

○藤永 和寿、中橋 央棋、春木 祐司、加藤 憲治

【はじめに】結腸穿通はしばしば経験されるが、皮下気腫を呈する症例はまれである。【症例1】61歳男性。左側腹部痛を主訴に救急搬送された。左側腹部に圧痛があり背部にかけて皮下気腫と発赤腫脹を認めた。CTでは、下行結腸に巨大な腫瘍を認め、後腹膜に膿瘍が形成され、さらに左側腹壁から背部にかけてガス像を認めた。腹腔内遊離ガスは認めなかった。下行結腸癌・穿通と診断し、緊急試験開腹術を施行した。術中所見では、腹腔内に汚染は認めなかった。下行結腸の腫瘍は手拳大で、左側腹壁や後腹膜に浸潤しており、経皮の後腹膜膿瘍ドレナージ・横行結腸双孔式人工肛門造設術を施行した。【症例2】78歳女性。意識障害を主訴に救急搬送された。脱水、認知機能の低下を認め入院加療となり、認知機能低下の原因は顕微鏡的多発血管炎の神経症状と診断され、ステロイドパルス療法が行われた。ステロイド減量の過程で、発熱と左側胸壁を中心とし左下腹部から左頸部にわたる広範な皮下気腫を認めた。CTでは、左側胸壁に大量のガス像を認め、左下腹部につながり、さらに左骨盤内後腹膜にもつながっていた。腹腔内遊離ガスは認めなかった。CT所見からはガス産生菌による壊死性軟部組織感染症が疑われたが、皮膚の発赤腫脹疼痛の所見は認めず否定的であった。腹部所見は認めなかったが、骨盤内後腹膜からつながるわずかなS状結腸間膜気腫の所見から、S状結腸間膜穿通を疑い、緊急試験開腹術を施行した。術中所見では、腹腔内に汚染はなく、S状結腸間膜内から骨盤内へつながる気泡とS状結腸間膜内に膿の透見が確認された。膿の透見部位が穿通の責任病変と考え、Hartmann手術を施行した。病理組織所見は、憩室穿孔（穿通）であった。【考察】2例とも腸管内ガスから皮下気腫に至ったと考えられる。症例1は大腸癌が後腹膜へ穿通し腸管肛門側の閉塞が原因で腸管内ガスが進展して皮下気腫を生じたと思われ、症例2はステロイド投与中のため組織の脆弱化が原因で腸管内ガスの進展を誘発し広範囲な皮下気腫を生じたと思われる。

43 小児のモリソン窩膿瘍を伴う虫垂炎に対する経皮経肝膿瘍ドレナージが奏功した一例

浜松医療センター

○井口 太郎、山崎 哲、藤田 翔也、米倉 孝、加藤 大樹、山中 力行、大庭 行、鈴木 安曇、佐原 季、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁、大菊 正人

【症例】3歳男児。X年10月22日に発熱、嘔吐、水様便あり近医受診、経過観察となった。症状の改善なく10月27日に当院小児科に紹介され入院となった。入院時検査成績はWBC 25.75x10³/μL、Hb 11.9g/dL、PLT 437×10³/μL、TP 6.2g/dL、alb 3.0g/dL、ALP (JSSC) 375U/L、T-bil 0.45mg/dL、AST 37U/L、ALT 13U/L、γ-GTP 14U/L、BUN 6.4 mg/dL、Cre 0.26 mg/dL、Na 131.7 mEq/L、K 3.3 mEq/L、Cl 97.3 mEq/L、CRP 10.84 mg/dLであった。細菌性腸炎を疑いCTXで治療開始するもWBC 31.31x10³/μL、CRP 13.94 mg/dLと悪化し、全身状態不良のため第2病日に抗生剤をMEPMへ変更し造影CTを施行した。傍結腸溝からモリソン窩に約6cmの膿瘍形成を伴う虫垂炎と診断され当科に紹介受診となった。消化器外科と検討し待機的虫垂切除術 (interval appendectomy: IA) を選択し、第3病日にまず膿瘍ドレナージ術を施行した。全身麻酔下にてエコーガイド下経皮経肝的にドレナージを手術室で施行した。ドレナージはPTCDバルーン付きカテーテル (住友ベークライト株式会社製、7Fr、胆管用) を用いた。第5病日に解熱しドレナージ造影では膿瘍はほぼ消失していた。第9病日にはWBC 10.34x10³/μL、CRP 0.67 mg/dLまで改善したためMEPMを終了しドレナージを抜去した。その後も症状の増悪なく全身状態良好であったため第12病日に退院となった。膿培養からは多数の菌が検出され原因菌の特定は困難であった。X+1年3月現在で再燃なく今後IA施行予定である。【考察】膿瘍形成性虫垂炎に対するIAは周術期リスクを低減することができ有用であると報告されているが、初期治療において、膿瘍腔が5cm以上の症例では抗生剤の投与のみならず早期のドレナージが炎症の消退に有用である。本症例は膿瘍形成部位がモリソン窩であり、経皮経肝膿瘍ドレナージを施行した。ドレナージ方法としては経皮的、経直腸的は多く報告されているが、経肝的ドレナージはまれであり報告した。【結語】小児のモリソン窩膿瘍を伴う虫垂炎に対する経皮経肝膿瘍ドレナージが奏功した一例を経験した。

42 重複腸管の穿孔をきたしたS状結腸重複症の1手術例

阪中央総合病院 外科

○中村 俊太、田端 正己、辻 直哉、中邑 信一郎、瀬木 祐樹、藤村 侑、出崎 良輔、小林 基之、谷口 健太郎、岩田 真、三田 孝行

消化管重複症は食道から肛門までの全消化管に見られるまれな先天性疾患である。回盲部発生が35%と最も多く、次いで結腸22.8%、小腸18.3%の順に多い。最近われわれは重複腸管炎の保存的加療中、重複腸管の穿孔をきたし、緊急手術を行った1例を経験したので報告する。【症例】18歳女性。15歳時、下腹部痛にて当院受診の既往がある。その際のCTではS状結腸重複は指摘されず、整腸剤投与で症状は軽快した。今回、来院4日前から下腹部痛を自覚し、来院前日には38℃台の発熱を認めるようになったため、翌日近医を受診した。近医での採血で炎症反応の上昇を指摘され、精査加療目的に当院を紹介された。受診時、腹部は平坦・軟で、軽度の圧痛を認めたが反跳痛はなかった。採血ではWBC19,800/μL、CRP 6.58mg/dlと炎症反応が上昇していた。CTではS状結腸から連続して盲端に終わる腸管が認められ、その周囲の脂肪織濃度が上昇していた。以上より、S状結腸重複症および重複腸管炎と診断し、炎症軽快後に手術を行う方針とした。抗生剤投与を開始したが、第4病日、WBC14,600/μL、CRP 8.55 mg/dlと炎症反応に軽快傾向なく、また腹痛も持続しており、CTを再検した。入院時に比し重腸管周囲の脂肪織濃度が更に上昇していた。また、周囲には腹水貯留が認められ、重複腸管の穿孔が示唆されたため緊急手術を施行した。手術は5ポートの腹腔鏡下で施行したが、重複腸管の同定が困難であり、術中下部消化管内視鏡を併用して重複腸管を確認し、根部で切離した。摘出標本は病理組織学的に大腸壁の壁構造を示し、また、盲端の穿孔部には肉芽組織や血管の増生、高度炎症細胞浸潤が認められた。悪性所見は指摘できなかった。術後経過は良好で術後9日目軽快退院した。

44 甲状腺機能亢進症を合併したE型肝炎の一例

三重県立総合医療センター

○坂下 千晶、菅 大典、島田 康彬、中澤 祐一、西浦 祐貴、川崎 優也、森谷 勲、山中 豊、井上 英和、白木 克哉

【緒言】E型肝炎ウイルスは急性肝炎の原因となり、経口感染することで知られている。E型肝炎ウイルス感染に関連した肝外症状は報告されているが、E型肝炎ウイルス感染に関連した甲状腺疾患は稀である。【症例】56歳男性【主訴】全身倦怠感、食思不振【既往歴】クリプトコックス髄膜炎、特発性細胞性免疫不全、高血圧症、脂質異常症【現病歴】1か月前から5kgの体重減少を認めた。全身倦怠感、食思不振を主訴に近医を受診したところ肝機能障害を指摘され、当科紹介となった。【入院時現症】体温36.2度、血圧117/69mmHg、脈拍数127回/分、呼吸数20回/分、眼球結膜黄染、甲状腺軽度腫大【血液検査所見】T-Bil 4.61mg/dl、AST 967IU/l、ALT 1596IU/l、ALP 177IU/l、LDH 576IU/l、γ-GTP 79IU/l、PT 97%、FT3 13.94pg/ml、FT4 4.08ng/dl、TSH 0.011 μIU/ml、TRAb 2.9IU/l【臨床経過】来院時には頻脈、黄疸を認めた。甲状腺エコーでは甲状腺の軽度腫大と血流の上昇を認めた。甲状腺中毒症の存在と頻脈、黄疸から甲状腺クリーゼ疑いと診断し、チアマゾール30mg、ヨウ化カリウム50mg、ピソプロロールフルマ酸2.5mgの投与を開始した。肝酵素上昇の遷延とBil値上昇を認めたために第8病日にデキサメタゾン8mgの投与を追加し、チアマゾール60mg、ヨウ化カリウム200mgに増量した。その後、初診時血液検査でIgA-HEV抗体が陽性であることが判明した。よって今回の原因は急性E型肝炎及び甲状腺機能亢進症と診断した。徐々に症状及び血液検査は改善している。【考察】E型肝炎ウイルス感染では肝外症状を呈することがあり、免疫学的機序が示唆されている。甲状腺機能亢進症の合併は報告が少なく極めて稀であり、文献的考察を加え、報告する。

45 当院で経験した E 型急性肝炎の2例

¹松阪中央総合病院、²藤田医科大学七葉記念病院

○木戸 恒陽¹、稲垣 悠二¹、平山 貴寛¹、前川 有里¹、
上野 哲弘¹、竹内 俊文¹、浦出 伸治¹、金子 昌史¹、
直田 浩明¹、小林 一彦¹、中野 達徳²

【症例1】57歳男性。既往歴なし。中国の広東省深川市に単身赴任中のX年9月22日より心窩部痛、9月25日より皮膚黄染あり中国の前医を受診。肝機能障害を指摘され、急遽帰国し9月28日に当院を受診した。採血ではTP: 7.1g/dL、T-bil: 16.8mg/dL、AST: 463IU/L、ALT: 1918IU/L、LDH: 463U/L、ALP: 591IU/L、CRP: 1.19mg/dL、PT (%) : 54%、腹部エコーでは胆管拡張などの特記所見なく精査目的で同日入院となった。HEV-IgA Ab陽性が判明し、E型急性肝炎と診断した。10月4日にはT-Bil: 21.1mg/dLまで上昇するも、グリチルリチン投与などの保存的加療にて軽快し、10月23日に退院となった。保存血清より分離されたE型肝炎ウイルス (HEV) は genotype 4b であった。中国滞在中には焼肉店や中華料理店で豚肉を喫食していた。【症例2】69歳男性。既往歴は30歳代で肝障害を指摘されたが詳細は不明。高血圧、脂質異常、糖尿病にて近医通院中。Y年2月18日より倦怠感、褐色尿を自覚し2月22日に前医を受診。肝機能障害を認め、2月26日に当科を紹介受診した。採血ではTP: 7.5g/dL、T-Bil: 9.9mg/dL、AST: 1662IU/L、ALT: 3514IU/L、LDH: 569U/L、ALP: 591IU/L、CRP: 1.50mg/dL、PT (%) : 74%、腹部エコーでは胆管拡張はなく、急性肝炎の所見を認めた。急性肝障害の精査目的で同日入院した。入院後の血液検査でHEV-IgA Ab陽性が判明し、E型急性肝炎と診断した。グリチルリチンやウルソデオキシコール酸の投与にて保存的に軽快し、3月23日に退院した。保存血清から分離されたHEVは genotype 3b であった。本患者は海外渡航歴はなく、週1回程度豚肉を摂取していた。【考察】本邦で経験するE型肝炎は海外渡航者がかちこむ輸入感染症と本邦に土着するHEVによる人畜共通感染症に大別される。HEV-IgA Abが保険適応となつて以来本邦での報告数は年々増加し、当院でも2例を経験した。症例1は中国で分離されるHEV-4bに感染しており、中国滞在歴もあり輸入感染症であった。症例2は海外渡航歴なく、日本固有株とされるHEV-3bに感染しており、本土着株によるものと考えられた。

47 診断に苦慮した IgG4関連自己免疫性肝炎の1例

¹JA 静岡厚生連遠州病院 消化器内科、

²JA 静岡厚生連遠州病院 病理検査科

○池田 慎也¹、森 泰希¹、竹内 靖雄¹、高垣 航輔¹、上村 隆²、
白井 直人¹

【症例】80歳、男性【主訴】食思不振、心窩部痛【現病歴】総胆管結石性胆管炎でこれまで計4回の入院歴があった。X年7月頃から食思不振、心窩部痛が出現した。8月5日血液検査で肝胆道系酵素上昇、CT検査で軽度の胆管拡張を認めた。明らかな胆管結石は指摘出来なかったが、これまでの病歴と合わせて総胆管結石性胆管炎疑いとして入院加療を開始した。第2病日にERCを施行し、胆管ステント留置を行った。腹部症状が改善したため第3病日から食事再開したが、以降も肝障害は遷延していた。胆管ステントが脱落傾向であったことが原因と判断して、第10病日に再度胆管ステント留置を行ったが、肝障害は改善しなかった。血液検査でIgG軽度高値 (1857 mg/dL) を認めたものの、肝炎ウイルスマーカーや自己抗体は陰性であった。第24病日に肝生検を施行したが、非特異的な慢性活動性肝炎の所見であった。急激な体重減少 (数か月で7kg) から低栄養性脂肪肝の可能性を考え、食事摂取量増量を行った。第30病日血液検査でIgG4高値 (456 mg/dL) を認めたことからIgG4関連自己免疫性肝炎を疑い、肝組織検体のIgG4免疫染色を行ったところ門脈域にIgG4陽性形質細胞の集積を認めた。第43病日からPSL 35 mg/日の治療を開始したところ、肝障害は速やかに改善した。現在はPSL 20 mg/日まで減量中であるが、再燃は認めていない。【考察】IgG4関連自己免疫性肝炎は、自己免疫性肝炎の診断基準を満たすもののうち、血清IgG4が高値を示し、肝組織中に高度のIgG4陽性形質細胞の浸潤を伴う疾患である。頻度としては、自己免疫性肝炎の3%と極めて稀な疾患であるため、その実態は明らかではない。本症例で診断に苦慮した原因としては、IgG上昇が軽度で自己抗体も陰性で自己免疫性肝炎を疑っていなかったことや肝組織像が自己免疫性肝炎として典型的で無かったことが挙げられる。原因不明の肝障害に対しては、血清IgG4測定や肝組織のIgG4免疫染色が有用である可能性がある。

46 当院におけるHBV再活性化スクリーニングと再活性化対策の現状

春日井市民病院 消化器内科

○河村 逸外、祖父江 聡、原田 貴仁、相羽 礼佳、山本 友輝、
安達 明央、柴田 俊輔、池内 寛和、林 則之、平田 慶和、
高田 博樹

【目的】近年様々な抗ウイルス薬、生物学的製剤の登場により治療が多様化している中でHBV既往感染者例におけるHBV再活性化が問題視されている。また最近ではHCVに対するDAA治療が主流となったが、これらでも数例のHBV再活性化例が報告されている。そこで当院におけるHBV再活性化スクリーニングの現状について調査した。【方法】当院で2018年1月1日から2020年12月31日までに化学療法、免疫抑制療法 (ステロイド単独療法を除く)、DAA治療が開始された計1581例につき、B型肝炎スクリーニングや既往感染者におけるHBV-DNA確認の有無につき調査した。また再活性化例についても調査・検討した。【成績】HBVスクリーニング実施率は化学療法例・免疫抑制療法例・DAA治療例でそれぞれ、2018年で98.7%、77.6%、64.8%であり、2019年で98.9%、81.4%、46.8%、2020年で99.6%、72.4%、29.1%であった。HBV既往感染者におけるHBV-DNA確認率は化学療法例・免疫抑制療法例・DAA治療例でそれぞれ、2018年で97.0%、93.3%、33.3%であり、2019年で92.8%、77.2%、60.0%、2020年で100%、81.2%、66.6%であった。当院における再活性化例は3年間で計8例であり、5例が化学療法例、1例が免疫抑制療法例、1例が化学療法と免疫抑制療法併用例、1例はDAA治療例であった。また1例はHBc抗体陰性かつHBs抗体陰性高値 (抗体価9.5mIU/mL) における再活性化症例であった。【結論】化学療法例ではHBV再活性化に対する高いスクリーニング率を維持できていたが、免疫抑制療法例やDAA治療例は不十分であった。これは上記薬剤に関して電子カルテ上の肝炎アラート機能の設定ができなかった影響と考えられ、2020年9月より設定された。これによりスクリーニング率の向上が期待されるが、多職種・多診療科を巻き込んださらなる啓発活動も必要と思われる。またHBc抗体陰性かつHBs抗体陰性高値における再活性化例をうけ、2021年1月からはHBs抗体陰性例においても抗体価の表示を行っており、陽性・陰性の判定のみではなく抗体価に準じたモニタリング・スクリーニングの必要性も示唆された。

48 本人が推測した Fitz-Hugh-Curtis 症候群の1例

¹松波総合病院 消化器内科、²木澤記念病院 消化器内科

○長尾 涼太郎^{1,2}、亀井 真琴¹、木村 有志¹、全 秀嶺¹、
中西 孝之¹、河口 庸二¹、浅野 剛之¹、早崎 直行¹、
荒木 寛司¹、伊藤 康文¹、杉原 潤一¹、田上 真¹

症例は25歳女性。1週間前から右半腹痛が持続するようになり、近医婦人科を受診、採血や経膈超音波検査などで異常を指摘されなかった。数日後腹痛が持続するため近医内科を受診、腹部超音波検査を施行されたが、異常を指摘されなかった。原因不明のため、同内科より当科へ紹介受診された。その経過中に最初に受診した婦人科での感染検査の結果が本人に連絡があり、クラミジア感染を指摘され、アジスロマイシン内服を開始されていた。そのため本人がインターネットで検索し、肝臓周囲炎ではないかと疑って当科を受診された。性パートナーもクラミジア治療中であった。当科では採血と造影CT検査を施行した。採血ではCRP0.82mg/dlとわずかな高値と、CA19-9 53U/mlと若干高値を認めるのみであった。造影CTでは肝臓周囲のわずかな肥厚と造影早期濃染も認め、腹水というよりは被膜の炎症による肥厚の所見であった。右腹痛と体動痛、クラミジアの先行感染とわずかな炎症反応、内科の除外診断などからFitz-Hugh-Curtis症候群と診断した。以後当院婦人科で継続観察され、アジスロマイシン内服継続後、分泌物クラミジアDNA陰性を確認され、前医での経過観察となった。Fitz-Hugh-Curtis症候群はクラミジアや淋菌などによる感染性骨盤内炎症が上行性に腹膜や肝被膜まで波及し、肝周囲炎をきたした病態で、若い女性の急性腹症の鑑別疾患として重要である。しかし婦人科的にもわかりにくいことも多く、見逃されやすい疾患である。今回本人の申告と婦人科での感染検査と当科での造影CT検査によって確定診断に至っ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。

49 診断と治療効果判定に造影超音波検査が有用であった肝動脈瘤破裂の一例

公立陶生病院 消化器内科

○田ヶ原 俊徳、新家 卓郎、岩田 憲吾、平野 智也、伊藤 隆喜、佐原 和規、西川 和希、平松 拓弥、山内 浩輝、小島 久美、河邊 智久、竹中 寛之、黒岩 正憲

【目的】肝動脈瘤破裂は、重篤な消化管出血や腹腔内出血をきたし、致死率の高い比較的可成な疾患であるが、血管内治療や外科治療を行うことで救命し得る。診断・治療には造影CT検査や血管造影検査が有用とされ、治療に関する報告は散見するが、造影超音波検査が施行された報告は少ない。今回、肝動脈瘤に対して血管内治療の前後に造影超音波検査を行い、診断および治療効果判定ができた一例を経験したので報告する。【方法】66歳女性、吐血を主訴に当院救急外来を受診した。既往・併存疾患には心房細動、高血圧、右乳癌、脊柱管狭窄症、そして血管炎疑いの不明熱があった。抗血栓薬は、心房細動に対してアピキサパンを内服されていた。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃内には多量の凝血塊は認められるものの出血源は認めず、十二指腸乳頭から流出する血液を認めた。同日ダイナミックCT検査を施行、右肝動脈に肝動脈瘤およびB5の肝内胆管拡張を認めた。また造影超音波検査では16×8mm大の動脈瘤内に8×7mmの無エコー域を認め、造影剤が動脈瘤内で渦を巻くように流入する所見を認めたが、動脈瘤からのextravasationは認めなかった。上記検査結果から、肝動脈瘤破裂、肝内胆管穿孔による出血と診断した。血管造影検査では右肝動脈前区域枝に仮性動脈瘤を認め、動脈瘤の末梢側血管、中核側血管の順にそれぞれコイル塞栓を行った (isolation法)。コイル塞栓術後、血管造影検査では肝動脈瘤は描出されなくなった。また造影超音波検査でも無エコー域は消失・血栓化を確認、肝動脈瘤内への造影剤の流入も認めなかった。その後再出血は認めず、肝障害も認めていない。【結論】上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭からの血液の排出で胆道出血を疑い、ダイナミックCTを施行し肝動脈瘤の診断にいたった。さらに造影超音波検査を行うことで肝動脈瘤内の血栓化や活動性出血の有無などの診断および治療効果判定に有用であった症例を経験した。

51 CA19-9高値を認めた巨大単純性肝嚢胞の一切除術

名古屋セントラル病院

○野本 昂英、多代 充、岩田 尚樹、大島 由記子、小林 宏暢、山田 豪、大島 健司、中尾 昭公

【症例】症例は68歳、男性。数年前より多発肝嚢胞を指摘されていたが、一部嚢胞の増大を認め精査目的で当院紹介受診された。腹部造影CTにて多発肝嚢胞を認め、肝S6に認めた病変は最大径14cmであり、尾側に2mm程度の造影効果のない壁肥厚を認めた。腹部MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示し、尾側の嚢胞壁に沿って境界明瞭な淡い低信号域を認めた。血液生化学検査にて、CA19-9値が6108 U/mlと高値であった。病変は大きく、腫瘍マーカーも高値を示していたため、切除の方針となった。【治療経過】CA19-9高値であり、腫瘍性病変である可能性を考慮し、開腹での肝嚢胞切除術を予定術式とした。術中所見としては、嚢胞病変と大網、肝結腸間膜の癒着を認め、特に右副腎との癒着が強固であったため、右副腎も合併切除した。嚢胞内部は古血様の液貯留を認め、内容物のCA19-9値が2,635,400 U/mlと異常高値であった。嚢胞内腔には隆起性病変を認めず、嚢胞壁は線維性結合織と肉芽組織からなり、コレステリンの析出を認めた。部分的に出血や、ヘモジデリンの沈着を認め、異型のない上皮が残存していた。病理学的には単純性肝嚢胞の所見であり、悪性所見を認めなかった。嚢胞内腔をCA19-9にて免疫染色すると、内腔を裏打ちする上皮細胞に陽性となった。術後10日目の採血ではCA19-9値が98.1 U/mlと速やかな低下を認め、術後3ヶ月のCA19-9値は7.7 U/mlと正常化した。【考察】巨大肝嚢胞性病変においては画像診断のみで確定診断するのは難しく、腫瘍マーカーの測定が単純性肝嚢胞と嚢胞腺癌の鑑別の一助となることが多い。しかしながら、本症例はCA19-9高値を高値を示したものの、良性病変であった。術前に認めたCA19-9高値は嚢胞切除により正常化し、現在は無再発で経過観察中である。腫瘍マーカー高値を伴う良性肝嚢胞の報告は極めて稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

50 Minocycline 注入療法後1ヵ月で破裂をきたした巨大肝嚢胞の一例

三重県立総合医療センター 消化器内科

○福井 俊介、小林 真悠、島田 康彬、中澤 祐一、西浦 祐貴、菅 大典、川崎 優也、森谷 勲、山中 豊、井上 英和、白木 克也

【症例】70歳代 女性【主訴】腹痛【現病歴】20XX年3月に受けた健康診断で右横隔膜挙上を指摘され、同年6月に前医を受診した。精査のため施行された腹部超音波検査で巨大肝嚢胞を指摘され、同年6月に当院紹介受診した。外来経過観察されていたが増大傾向にあり、下腿浮腫増悪を認めたため、同年9月に加療目的に入院となった。心窩部より巨大肝嚢胞にエコーガイド下に穿刺し、1860mlの嚢胞液を吸引し、造影剤を注入して明らかな胆管交通がないことを確認した。生食による洗浄を繰り返した後、ミノサイクリン200mg+生食20mlを注入した。術後合併症なく経過したため術後7日目に退院としたが、術後30日後に腹痛が出現し救急搬送された。【入院時現症】体温 37.5℃、脈拍 86 回/分、血圧 167/81 mmHg、意識清明、眼球結膜黄染なし、腹部膨満硬、腹部全体に圧痛あり、反跳痛認められた。【既往歴】高血圧、肝嚢胞【薬剤歴】アムロジピンメシル酸塩錠 mg/日、ピソプロロールフル酸塩2.5mg/日【入院時検査】血液検査：ALB 3.5 g/dl、T-BIL 1.14 mg/dl、AST 37 IU/l、ALT 44 IU/l、LDH 231 IU/l、ALP 502 IU/l、γ-GTP 194 IU/l、CRP 5.813 mg/dl、腹部単純CT：152×123×147mmの肝嚢胞と肝臓周囲の腹水を認めた。【経過】画像検査から肝嚢胞破裂を疑い、試験開腹施行した。術中には明らかな穿孔部位は認められなかったが、S8と接する横隔膜に変性を強く認め、同部の破裂と考えられた。腹腔内洗浄、肝嚢胞内液を吸引後、開窓し、嚢胞天蓋切除を施行した。合併症なく経過したため術後14日目に退院とした。【考察】肝嚢胞は偶発的に指摘されること多い良性疾患であり、無症状のうちは経過観察されることが多い。周辺臓器への圧迫症状や感染を繰り返す際に治療適応となる。治療としては外科的切除術の他、MinocyclineやEthanolを用いた内科的治療が選択される。内科的治療を選択した際の合併症として破裂は稀であり、報告は少ない。今回、術後早期に再増大し、破裂をきたした症例を経験したため報告する。

52 NASHによる肝硬変から肝肺症候群を認めた一例

名古屋第一赤十字病院 消化器内科

○堀田 侑義、土居崎 正雄、山口 丈夫、鷺見 肇、藤吉 俊尚、丸川 高弘、南 喜之、春野 宏平、八田 勇輔、上田 遼太、鈴木 琢也、松本 悠平、春田 純一

慢性肝疾患、酸化障害、肺内血管拡張を3徴とする肝肺症候群 (hepatopulmonary syndrome: HPS) と呼ばれる病態が存在する。肝肺症候群は1977年にKennedyらにより提唱された概念であるが、その原因や治療法に一定の見解はない。今回、非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) による肝硬変を背景に、肝肺症候群と診断した一例を経験したので報告する。症例は48歳、男性。3ヶ月前から労作時の呼吸困難感を認めており、1週間程前から症状の増悪を主訴に近医を受診した。口唇チアノーゼを認め、SpO₂が75%と著明に低下していたため当院呼吸器内科に紹介受診となった。胸部Xp、CT、心臓超音波検査など精査が行われたが肺萎縮や肺炎、心不全は否定的であった。軽度肝機能異常と、腹部CTで脂肪肝と肝の腫大・変形があり、脾腫も認められたため消化器内科に依頼となった。アルコール多飲歴がなく、肝生検を含め精査を行ったが脂肪肝以外の慢性肝疾患を認めずNASHによる肝硬変と判断した。呼吸機能検査でDLcoの著明な低下を認め、肺血流シンチグラフィで脳や脾臓、両腎といった肺外臓器に集積しており、右左シャントを認めることから肝肺症候群と診断した。HPSの唯一の根治的な治療法として肝移植が挙げられるが、右左シャント率が64.4%と非常に高値であるため、手術適応はないと判断された。現在酸素療法と食事療法を導入し経過観察を行っている。慢性肝疾患に低酸素血症を伴う場合は肝肺症候群を鑑別に挙げる必要があると考える。

53 10年の経過で肝細胞癌を発生した膵頭十二指腸切除後 NASHの1例

三重大学医学部附属病院

○大和 浩乃、小倉 英、着本 望吾、小島 真一、玉井 康将、吉川 恭子、重福 隆太、爲田 雅彦、杉本 龍亮、田中 秀明、杉本 和史、長谷川 浩司、岩佐 元雄、竹井 謙之

【症例】75歳、男性【既往歴】虫垂炎手術、前立腺肥大症、膵IPMN【内服薬】パンクレリパーゼ、ウルソデオキシコール酸、ナフトビジル、ランソプラゾール、モサプリドクエン酸塩、ポラプレジンク【現病歴】X-1年、腹痛で近医を受診。後日施行されたCT・MRIで膵頭部に35mm大の嚢胞性病変を指摘されたため当院紹介となった。精査の結果、膵IPMN疑いで外科的治療の方針となりX年に垂全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行、以降当院外科でフォローされていた。X+8年、肝酵素上昇を認めたため消化器肝臓内科受診。抗ミトコンドリア抗体陽性よりPBCの可能性があり、原因精査のため肝生検を行うこととした。【当科初診時検査所見】WBC 4870/ μ L、Hb 13.2g/dL、PLT 8.5万/ μ L、PT (%) 77.7%、Alb 3.6g/dL、AST 103U/L、ALT 46U/L、ALP 422U/L、 γ GTP 65U/L、IgG 3094.0mg/dL、IgM 526.0mg/dL、抗ミトコンドリア抗体 320倍、抗核抗体<40倍【病理所見】肝小葉内に脂肪滴を認め、Ballooningが随所みられる。中心静脈周囲線維化、pericellular fibrosisを認める。胆管には異常所見を認めない。FLIP分類：S1A3F4。【経過】肝生検の結果PBCは否定的で膵術後のNASHによる肝硬変と診断し、外来でのフォローを継続。X+10年、CTで前区域に20mm大の腫瘤が出現し、早期濃染と後期相でのwash outを認め肝細胞癌が疑われた。画像所見が肝細胞癌として典型的であったこと、難治性腹水を伴っていたことから腫瘍生検は実施しなかった。また、胆管空腸吻合後であるためTACEやRFAは胆管炎、肝腫瘍といったリスクが考えられ、放射線治療の方針とした。体幹部定位放射線治療(50Gy/5回)を行い、現在外来で経過観察中。【考察】10年の経過で、膵術後のNASHが原因と思われる肝硬変から肝細胞癌を発生した症例を経験した。今後、画像検査等の進歩により良性腫瘍や早期膵癌の手術症例が増加し、膵術後の生命予後は延長すると考えられる。膵頭十二指腸切除後の長期生存に伴いNAFLD/NASHから肝硬変への進展が問題となる症例の増加も予想され、NASHを予防する治療確立が必要であると考えられた。

55 演題取り下げ

54 回結腸静脈-右精巣静脈シャントによる猪瀬型肝性脳症の1例

岐阜県立多治見病院 外科・消化器外科

○岩田 尚宏、浅田 崇洋、初川 義経、福田 裕顕、田中 健太、山本 泰康、高見 一徳、富永 奈沙、野々垣 彰、奥村 徳夫、渡邊 卓哉、梶川 真樹

症例は72歳男性。X年8月に吐血および下血を主訴に当院転院となった。下血の精査目的に施行した下部消化管内視鏡検査で横行結腸に全周性狭窄を認めた。また、腹部造影CT検査では回結腸静脈領域の血管拡張と、回結腸静脈-右精巣静脈シャントを認めた。狭窄部の病理検査では悪性所見は認めなかったが通過障害をきたしており、X年9月30日に横行結腸部分切除術を行った。術後第5病日に経口摂取再開したところ、術後第8病日に意識障害が出現。高アンモニア血症を認めた。肝性脳症に準じた治療を行って軽快し、術後第17病日に退院となった。X年11月24日に意識障害で当院へ救急搬送となり、精査の結果高アンモニア血症による意識障害と診断した。肝性脳症に準じた治療を行って意識障害は改善した。小腸拡張が遅延したため精査を行い、回腸末端部に潰瘍瘻痕と狭窄像を認めた。高アンモニア血症の原因は門脈大循環シャントによる猪瀬型肝性脳症と判断し、X+1年1月10日に拡張血管および回腸狭窄部を含めた回盲部切除術及びシャント血管結紮を行った。術後アンモニア値は速やかに低下し、術後第10病日に退院となった。肝硬変のない門脈大循環シャントによる肝性脳症の報告は稀であり、文献的考察を交えて報告する。

56 全身性サルコイドーシスに合併した肝細胞癌の1例

一宮西病院

○森山 智仁、林 晋太郎、石田 慎、岩阪 達也、百々 弘樹、井原 亮、蜂谷 紘基、渋谷 高志、與儀 竜治、伏見 宣俊、東 玲治、大橋 憲嗣、森 昭裕

全身性サルコイドーシスに合併した肝細胞癌の1例一宮西病院 後期研修医 森山智仁消化器内科 林晋太郎 石田慎 岩阪達也 百々弘樹 井原亮 蜂谷紘基 渋谷高志 與儀竜治 伏見宣俊 東玲治 大橋憲嗣 森昭裕【症例】76歳 男性【主訴】咳嗽・肝腫瘍精査【現病歴】1ヶ月続く咳嗽でX-12月に近医を受診しCTで肝腫瘍を認め当院受診【既往歴】2型糖尿病【経過】腹部超音波検査で肝S7に3cm程度のモザイク状の内部エコーを呈する不整な腫瘍性病変を認め、肝ダイナミックCT検査で同部位は早期濃染し平衡相では洗い出される腫瘍として描出された。肝胆道系酵素は正常範囲内、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性であったが、画像上軽度の肝硬変像とICG15分値が17%と低下していたことから何らかの慢性肝疾患の存在が示唆された。CT検査で右肺気管支周囲粒状影、両側肺門リンパ節腫大の他、多発する縦隔及び腹部リンパ節腫大、脾結節を認めたことに加え、気管支肺泡洗浄液検査でリンパ球比率とCD4/CD8が上昇していたことからサルコイドーシスが疑われた。腹腔内リンパ節腫大に対してEUS-FNAを施行、病理組織学的検討では悪性所見はなく非乾酪性類上皮細胞性肉芽腫を認めた。以上から全身性サルコイドーシスと肝S7の単発肝細胞癌と診断し肝区域切除術施行した。腫瘍は多結節癒合型で被膜への露出を認めなかった。病理組織学的に肝腫瘍は中分化型肝細胞癌と診断された。背景の肝組織は門脈域優位に中程度の炎症細胞浸潤を認め、非乾酪性類上皮肉芽腫が多数観察され肝サルコイドーシスに矛盾しない所見であった。脂肪性肝炎を疑う所見は認めなかった。以降外来でフォロー中のX年に肝S2・S4に新たな肝細胞癌が出現し、治療中である。【考察】本症例において肝細胞癌はサルコイドーシスによる慢性肝炎を背景とし生じたと考えられ同様の報告は3例あった。またサルコイドーシスを有する患者では悪性腫瘍の発生率が上昇するという報告もある。非ウイルス性肝疾患が増加する昨今、サルコイドーシスは肝細胞癌の発生源となる慢性肝疾患をきたしうる疾患の一つとして重要であると考えられた。

57 陽子線治療後に再発した肝細胞癌に対するレンパチニブ投与により生じた皮膚潰瘍の1例

JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 岐阜厚生病院 消化器内科
○岩佐 太誠、馬淵 正敏、小木曾 英介、鈴木 祐介、足立 政治、
高田 英里、岩間 みどり、山内 治、齋藤 公志郎

【症例】69歳、男性 【主訴】右上腹部の発赤、潰瘍 【現病歴】X-5年にC型慢性肝炎に対してDCV/ASV併用療法を行った。SVR達成後の同年5月にS6に2mm大の肝細胞癌を認め、同年8月にTACEおよび他院で陽子線治療(66 GyE/10 Fr)を施行した。その後CRを維持していたが、X-1年よりそれぞれS2、S3に15mm大の再発肝細胞癌を認め、計3回にわたり陽子線治療を施行(X年1月が最終照射)しCRを得られていた。しかしX年6月のEOB-MRIで両葉に多発肝細胞癌が再発したため、レンパチニブ8mg/日の投与を開始した。X年10月に右上腹部に発赤と潰瘍が出現したため皮膚科へ紹介し、放射線皮膚炎と診断された。二次感染が考えられたため、レンパチニブは休業し、CTRX(2g×1回/日)投与を開始した。潰瘍に対しては局所処置(ポビドンヨード、トレチノイントコフェリル、スルファジアジン、ベタメタゾン)を随時塗布を行った。第5病日には潰瘍部が20cm大まで拡大し、壊死性筋膜炎への進行も危惧されたため、TAZ/PIPC(4.5g×3回/日)+CLDM(800mg×3回/日)へ変更した。その後はデブリドマンや皮膚移植を必要とせず改善し第32病日に退院となった。【考察】陽子線治療による皮膚炎は急性期に生じるが、照射後3~6か月以内に消失するとされている。本症例では最終照射より9か月が経過しており、陽子線治療医の見解によると放射線皮膚炎としては当初考えにくいとのことであった。しかし皮膚病変は境界明瞭であり、計3回の陽子線照射部位と一致していた。陽子線照射部位には不顕性の皮膚障害が存在しており、血管新生阻害作用を有するレンパチニブが創傷治癒遅延を引き起こしたことで、皮膚潰瘍の増悪に至った可能性が考えられた。【結語】陽子線治療後にレンパチニブを投与し皮膚潰瘍を起こした症例を経験した。

59 演題取り下げ

58 術前診断に苦慮した中分化型肝細胞癌の一例

社会医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科
○堀 諒、胡 嘉明、上田 錠、杉原 有紀、田島 万莉、
白水 将憲、早川 真也、柳瀬 成希、柳澤 直宏、名倉 明日香、
榊原 聡介、印牧 直人、柳々垣 浩二、西川 貴広

症例は40歳男性、健診の腹部超音波検査にて肝S6に12mm大の低エコー腫瘤を指摘され、20XX年4月6日に当科受診した。血液検査ではHBV DNA陽性、HBe抗原陰性、HBe抗体陽性、PIVKA-2軽度高値を認めた。腹部CT検査では、肝S6の病変は約18mm大の比較的境界明瞭で内部均一な淡い低吸収の腫瘤として描出され、造影では早期相で全体が淡く造影され、後期相にてwashoutを認めた。背景肝は表面粗造で凹凸があり辺縁は鈍で肝左葉の腫大を認め、慢性肝炎~肝硬変の所見であった。Gd-EOB-DTPAを用いた造影MRI検査では、病変はT1強調画像で低信号、T2強調画像で高い高信号、拡散強調画像で高信号を示し、造影早期相では全体に増強効果と比較的早い時相でwashoutされ、肝細胞相では境界明瞭な低信号であった。造影パターンからは、限局性結節性過形成や再生結節など良性病変が疑われたが、B型肝炎を有し、若年者であり、PIVKA-2も高値を呈していたため、さらなる精査のため造影超音波検査を施行した。造影超音波検査では、病変内部にP6の枝が貫通し、動脈優位相で内部のグリソン鞘付近から腫瘍全体が濃染し、門脈優位相で淡い欠損、後血管相では比較的明瞭な欠損を示し、悪性リンパ腫、肝細胞癌(HCC)が鑑別に挙げられた。HCCであった場合には、肝生検による播種のリスクがあり、悪性リンパ腫や良性病変であった場合には外科的切除は過大侵襲になると考えられたが、十分に説明を行ったうえ、7月1日に腹腔鏡下肝S6切除を行った。病理組織学的所見では15mm大の結節型の腫瘍で、索状配列および偽胆管形成を伴う中分化型のHCCであった。被膜外への浸潤はなく、周囲肝組織にはF3の線維化がみられた。比較的小さな病変でも背景にリスクがあり悪性を否定できなければ、診断的治療としての外科的切除を検討すべきと考えられた。術前診断に苦慮した肝細胞癌の一例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

60 FOLFFOX+Pmab療法により切除可能となった肝全区域に病変を有する大腸癌多発肝転移の1例

¹静岡県立静岡がんセンター 肝胆膵外科、
²静岡県立静岡がんセンター 消化器内科、
³静岡県立静岡がんセンター 病理診断科
○中村 正典¹、大塚 新平¹、杉浦 禎一¹、蘆田 良¹、大木 克久¹、
山田 美保子¹、上坂 克彦¹、川上 武志²、角田 優子³

症例は50歳女性。倦怠感を主訴に受診、血液検査でHb 7.9と貧血をみとめ、CEA 1053ng/mlと異常高値であった。大腸内視鏡検査でS状結腸癌(RAS/BRAF野生型)を認め、腹部造影CT検査で肝の全区域に広がる20個以上の転移巣を認めた。切除不能S状結腸癌同時性多発肝転移と診断、パニツマブ(Pmab)併用FOLFFOX療法を開始した。化学療法開始後に原発および肝転移巣は著名に縮小、腫瘍マーカー正常化した。11コース施行後の画像検査にて切除可能と診断、Conversion手術の方針となった。病状を加味し、肝切除先行とした。残肝予備能を保つために最大病変に対しては右肝静脈の合併切除再建を行う方針とした。肝全区域にわたって合計11か所の部分切除を施行、右肝静脈は下腸間膜静脈によるパッチ再建を行った。手術時間8時間17分、出血量1180g。合併症なく術後9日目に退院した。病理検査ではviableな癌細胞の残存を認める病変が19個同定された。術後2か月の時点では画像上あらたな肝転移再発は認めず、右肝静脈血流も良好である。肝の全区域に転移を認めるような切除不能症例においても化学療法の奏功により切除可能となることがある。化学療法を行う医師と外科医との連携が肝要である。

61 妊娠を契機に発症した先天性胆道拡張症の一例

名古屋市立西部医療センター 消化器内科

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

症例：27歳、女性主訴：心窩部痛、食思不振、嘔吐現病歴：妊娠22週、心窩部痛と食思不振、繰り返す嘔吐のため当院産婦人科受診し緊急入院した。上腹部痛、右下腹部痛があり採血検査では特記すべき異常は認めないが、腹部単純CT検査では肝内胆管は著明に拡張し、総胆管結石を認めた。胆道拡張症、総胆管結石と診断し絶食、保存的治療を行った。入院2日目より血液検査で総ビリルビンが上昇し、腹部超音波検査では総胆管内部には胆泥の貯留を認めた。MRCPでは総胆管がのう状に拡張しており内部に総胆管結石を認めたが、膵胆管合流異常の有無は妊娠子宮により評価困難であった。上記画像所見から先天性胆道拡張症が疑われ、絶食で経過観察するも、腹痛、食思不振の改善は認められず、第7病日に胆管炎が併発したため、経皮経肝胆道ドレナージ (PTBD) を施行した。PTBD後、胆管炎は改善し腹部症状も改善した。第24病日に内癒化した後も腹部症状再燃なく第29病日に退院した。現在、母児共に問題なく経過中である。先天性胆道拡張症の2.6-7%が妊娠を契機に発症するとされ、妊娠子宮による物理的圧迫による胆道通過障害などが妊娠中に発症する原因と言われている。今回我々は妊娠を契機に発症した先天性胆道拡張症に対して経皮経肝胆管ドレナージを施行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。

63 胆嚢癌と術前画像診断された慢性胆管炎の1切除例

鈴鹿中央総合病院 外科

○成田 潔、金兒 博司、赤尾 希美、草深 智樹、小倉 正臣、
濱田 賢司

胆嚢癌は病理学的検索による確定診断が困難であり、主として画像検査により診断され治療方針が決定される。切除の結果良性疾患病変と術後診断されることも少なくなく、特に進行胆嚢癌と術前診断していた場合、周辺臓器合併切除等拡大手術が施行されることとなり、良性疾患に対し多大な患者負担を強いることとなる。今回、各種検査により進行胆嚢癌と術前診断し手術を行い、術後病理学的検査で慢性胆管炎と診断された1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。症例は69歳女性。神経因性膀胱にて近医退院中、定期CTで胆嚢底部の腫瘍性病変を指摘され、精査目的に紹介された。腹部超音波・造影CT・MRI・超音波内視鏡検査で、肝S4との境界が不明瞭な2.5cm大の胆嚢底部腫瘍を認め、肝浸潤を伴う進行胆嚢癌と診断した。壁深達度はSSを予想したが、肝浸潤は限局していたため、RO切除を主目的に、胆嚢床切除術を予定術式とし手術を施行した。術中所見では胆嚢底部は硬い白色調の結節を有し、胆嚢癌の術前診断に矛盾しなかった。胆嚢管断端を迅速検査に提出し陰性の結果を得たので、胆嚢床切除術及び肝外胆管切除を伴わないリンパ節郭清を施行した。術後経過は良好で、術後8日目に退院した。摘出標本では、胆嚢底部に隆起性病変を認めたが、病理組織学的検査では悪性所見は認めなかった。肝への浸潤と思われた部位もRAS（微小結石）からの肝膿瘍を伴う炎症所見を認めるのみであり、慢性胆管炎と診断した。

62 胆嚢癌との鑑別が困難だった膿瘍形成を伴う胆嚢筋腫症の1例

浜松医科大学医学部附属病院 外科学第二講座

○井田 進也、森田 剛文、立田 協太、杉山 洸裕、村木 隆太、
赤井 俊也、北嶋 諒、鈴木 克徳、鈴木 雄飛、廣津 周、
川村 崇文、古橋 暁、阪田 麻裕、武田 真、倉地 清隆、
竹内 裕也

胆嚢筋腫症は良性疾患だが、1.4~6.6%に胆嚢癌が合併するという報告がある。またsegmental typeとfundal typeでは、限局的な壁肥厚により胆嚢癌との鑑別が困難な症例を認める。今回我々は、膿瘍形成を伴う壁肥厚により胆嚢癌との鑑別が困難だった胆嚢筋腫症の症例を経験したため報告する。症例は73歳の男性。腹部大動脈瘤 (Abdominal aortic aneurysm: AAA) の定期検査で施行したCTで、胆嚢底部の腫瘍性病変と膵IPMNを指摘され紹介受診となった。紹介医で施行したPET-CTでは胆嚢底部の腫瘍にSUV-max5.5の集積を認めた。EUSでは胆嚢底部に内外側へ突出する腫瘍と低エコー層の壁肥厚を認めたが、粘膜面は保たれていた。また、大腸内視鏡検査で横行結腸に1/3周性の2型進行癌を認めた。胆嚢腫瘍と横行結腸癌に対して手術が必要と判断され、AAAへの対応も可能な当院へ紹介となった。当院で施行したCTでは胆嚢底部に早期浸染する壁肥厚を認め、肝実質との境界が不明瞭であった。一方で、粘膜面の構造は保たれているように思われた。また、IPMNに関してはびまん性の主膵管拡張を認めるものの壁結節は認めなかった。AAAは最大短径45mmだった。採血ではCEA、CA19-9の上昇は認めなかった。検査結果より胆嚢癌、横行結腸癌、主膵管型IPMN、AAAと診断した。患者は心筋梗塞の既往がありEF42%と心機能低下を認めていたため、今回は胆嚢癌と横行結腸癌に対する手術のみ行うこととした。手術は腹腔鏡下横行結腸切除術と腹腔鏡下胆嚢床切除術を施行した。手術時間は567分、出血量は20mlで終了した。術後は麻痺性イレウスを発症したが、術後10日目に退院となった。胆嚢の病理結果は胆嚢筋腫症で、胆嚢底部の隆起部周辺にはRokitansky-Aschoff sinus (RAS) の拡張と増生、膿瘍とその周囲の肉芽腫形成を認めた。横行結腸の病理結果は高分化腺癌、pT2N0だった。胆嚢筋腫症の診断にはUSやMRIが有用であるが、限局的な壁肥厚や壁肥厚部の不整を認める症例では胆嚢癌との鑑別が困難である。胆嚢粘膜の構造が保たれている場合には、通常の胆嚢癌を否定できる可能性がある。

64 胆嚢摘出術2年後に発症した遺残胆嚢管癌の1例

伊勢赤十字病院 外科

○正見 勇太、熊本 幸司、岡部 雄介、山内 洋介、佐藤 啓太、
田村 佳久、松井 俊樹、藤井 幸治、松本 英一、高橋 幸二、
楠田 司

症例は69歳男性。2年前に胆嚢結石症に対して当科で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理結果は悪性所見を認めず、合併症なく退院した。今回検診目的で施行した腹部単純CTにて胆嚢管合流部に腫瘍を認め、遺残胆嚢管内の結石、腫瘍等が疑われたため、精査目的に紹介となった。血液検査では肝胆道系酵素の上昇はなく、腫瘍マーカーもCEAが1.4ng/ml、CA19-9が6.2U/mlと正常範囲内であった。腹部造影CTにて、遺残胆嚢管から合流部にかけて20mm大の造影効果を伴う充実性病変を認めた。明らかなリンパ節の腫大、遠隔転移も認めなかった。EUSでは胆嚢管合流部断端に、20mm大の不整形な低エコー腫瘍を認め、腫瘍は胆管腔内腔に突出していた。ERCPでは胆嚢管合流部に陰影欠損を認め、胆道鏡にて乳頭状の腫瘍を認めた。同部より生検施行したところ、腺癌であった。左右肝管合流部および膵内胆管で陰性生検を施行し、悪性所見を認めなかった。以上より遺残胆嚢管癌と診断し、手術を施行した。総胆管断端の術中迅速病理検査で膵側胆管断端の悪性所見は陰性であったが、肝側胆管断端はわずかに陽性所見を認めたため、5mmほど肝側に胆管を切り足した。新たな肝側胆管断端の悪性所見陰性を確認し、肝外胆管切除術、リンパ節郭清、胆嚢空腸吻合術を施行した。出血量407ml、手術時間は3時間52分であった。術後経過は良好で、術後8日目に退院した。病理検査の結果、胆嚢管内に12mm大の乳頭膨張型腫瘍を認め、乳頭腺癌、pT1a (M) NOMO Stage1であった。遺残胆嚢管癌は非常に稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

65 十二指腸壁に埋没したフルカバー自己拡張型金属ステントを、アルゴンプラズマ凝固を用いて切断した一例

¹磐田市立総合病院、²磐田市立総合病院 消化器内科、
³磐田市立総合病院 肝臓内科
○中根 千夏¹、吹田 恭一²、草間 大輔²、井田 雄也²、
山田 健太²、甲田 恵²、高橋 賢一²、浅井 雄介²、
金子 淳一²、辻 敦²、高橋 百合美³、西野 真史²、笹田 雄三³、
山田 貴教²

【症例】73歳、女性【主訴】発熱【現病歴】20XX年3月黄疸を主訴に当科へ受診し、精査にて切除不能膵頭部癌、悪性遠位胆管閉塞と診断された。ERCPにて総胆管に10mm×6cmのフルカバー自己拡張型金属ステント (fully-covered SEMS) を留置された後化学療法が開始された。20XX年12月発熱を認め受診し、血液検査所見で炎症反応および肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部単純CTではステントより肝門側の胆管の拡張を認めており、SEMSの閉塞が疑われ、ERCPが施行された。内視鏡検査にて金属ステントの遠位端が対側の十二指腸壁に埋没していることが確認され、SEMSの抜去を試みたが困難であった。Fully-covered SEMSのカバーの一部を造影力ニューラの先端で破損させることができたため、同部位よりENBDチューブを挿入し胆道ドレナージを行った。胆管炎が改善した後、内視鏡的ERCPを施行した。内視鏡で十二指腸壁に埋没しているSEMSを確認した後、アルゴンプラズマ凝固 (APC) を用いて、SEMSの遠位端を全周性に切断して十二指腸壁とSEMSを分離した。胆管造影でSEMS近位端がキックし、胆泥が貯留していることが確認されたため、バルーンカテーテルにて胆管内のクリーニングを行った後、10mm×8cmのfully-covered SEMSをステントインステントの形で留置した。処置後に偶発症は認めなかった。【考察】悪性遠位胆管閉塞ではSEMSを用いることが推奨されおり近年ではSEMS閉塞に遭遇することも多い。本症例では、ステントの遠位端が十二指腸壁へ埋没したことがステント閉塞の主な原因であると考えられ、APCを用いた金属ステントの切断が有効であった。文献的な考察を加え報告する。

67 EUS-guided antegrade interventionにて治療を完遂した難治性胆管空腸吻合部狭窄の1例

伊勢赤十字病院 消化器内科
○奥田 裕文、村林 桃土、市川 彩子、河俣 真由、
松嶋 竜太郎、中村 はる香、久田 拓央、林 智士、天満 大志、
杉本 真也、大山田 純、亀井 昭

胆管空腸吻合部狭窄を時に経験するが、胆管空腸吻合部への内視鏡 (バルーン内視鏡を含む) の到達さえできれば、経空腸的ERCPによる内視鏡手技にて治療に成功することが多い。胆管空腸吻合部への内視鏡到達が可能であったにもかかわらず、経空腸的治療が不可能であったため、EUS-guided antegrade intervention (EUS-AI) の手技を用いて内視鏡治療を完遂した症例を経験したため、ここに報告する。症例は49歳男性。前医にて37歳時に十二指腸神経内分泌腫瘍により全胃幽門輪温存膵頭十二指腸切除 (PPPD) が施行され、再建は今永法で施行された。術後の定期フォローの際に肝機能障害がみられ、CTとMRCPで胆管拡張と胆管内全体に充滿する多発肝内結石を認め、胆管空腸吻合部狭窄と診断された。前医では内視鏡治療が不成功であったために当科紹介となった。当科にてまず直視鏡 (GIF-Q260J) を用いて胆管空腸吻合部と考えられる部分を詳細に観察したが、吻合部を同定することが出来なかったため、EUS-AIの方針となった。初回治療では、左肝内胆管 (B3) が胃にかけて7Frプラスチックステント (Through Pass Type IT) を留置し、EUS-HGSとした。順行性にガイドワイヤーを空腸まで進めることもできたため、ランデブーテクニックを用いたが、胆管と空腸の吻合角度があまりにきつく、経空腸的 (経吻合部的) な逆行性胆管アプローチは困難を極めた。従って、以後は経胃的逆行性治療を行う方針とし、HGSルートの瘻孔が形成された後に、内視鏡治療を行った。胃の変形や胆管内に充滿する多発結石のため、逆行性治療にも難渋したものの複数回の内視鏡治療により最終的に胆管空腸吻合部狭窄部に10mm径フルカバードメタルステント (FCSEMS) (BONASTENT M-intraductal) の留置に成功した。約3か月後に、胆管造影にて完全結石除去 (FCSEMSを介した自然排石) が確認でき、3か月間に及ぶFCSEMS留置により吻合部狭窄も改善しているものと判断し、FCSEMSを抜去した。現段階では胆管空腸吻合部に狭窄再燃は生じていない。

66 体外衝撃波結石破砕術 (ESWL) が有用であった肝内結石の一例

聖隷浜松病院
○志田 麻子、小林 陽介、玉腰 裕規、遠藤 茜、小林 郁美、
丹羽 智之、江上 貴俊、海野 洋介、海野 修平、鏡 卓馬、
木全 政晴、芳澤 山久、山田 剛、長澤 正通、細田 佳佐

【症例】57歳男性【主訴】発熱【既往歴】高血圧【内服薬】ウルソデオキシコール酸600 mg、テルミサルタン20 mg、アムロジピン5 mg、ラベプラゾール10 mg、ジメチコン120 mg【病歴】X-5年、他院で胆石、術中胆管損傷に対し胆嚢摘出術、胆管空腸吻合術を施行された。X-3年、胆管空腸吻合部狭窄による胆管炎を来とし、他院でシングルバルーン内視鏡補助下ERCP (SBE-ERCP) にて吻合部拡張術が施行された。X年12月、38℃台の発熱を認め、当院を受診した。血液検査にて肝胆道系酵素の上昇 (T.Bil 4.8 mg/dL、AST 161 U/L、ALT 343 U/L、ALP 928 U/L、 γ -GTP 643 U/L) と炎症反応の上昇 (WBC 16,010 / μ L、CRP 11 mg/dL) を認め、胆管炎で入院となった。造影CTでは、胆管空腸吻合部付近に16 mm大の肝内結石を認め、肝両葉の肝内胆管が拡張していた。抗菌薬治療を行いつつ、SBE-ERCPを施行した。内視鏡 (Olympus社製) は、SIF-H290Sでは吻合部への到達が困難であり、SIF-Q260を使用した。胆管空腸吻合部は狭窄しており、肝内胆管に16 mm×9 mm大の結石を認めた。吻合部をバルーン拡張 (8 mm) 後、結石の除去を試みたが結石が大きく治療が困難であった。そのため、ESWLでの破砕療法の方針とした。肝左葉にENBD (7.2 Fr, pig tail) を留置し、計4回ESWL (合計13,500発) を施行した。結石は6 mm大まで破砕され、経過中ENBDから微小な結石の流出も認めた。再度SBE-ERCPを行い、破砕された複数の小結石を確認し、除去に成功した。処置後偶発症等なく軽快した。【考察】胆管空腸吻合部狭窄を背景に生じた治療困難な肝内結石症例であった。結石は大きく、また、小腸内視鏡での治療が必要であり処置具も制限され、内視鏡単独では治療が困難であった。しかし、ESWLでの破砕療法が奏効し結石の除去に成功した。肝内結石を含めた治療困難結石においては、ESWLが有用な治療選択肢の一つになると考えられる。

68 EUS-guided hepaticogastrostomy (EUS-HGS) の長期偶発症として胃壁に高度の壁損傷を生じた1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○曾我 淳史、吉田 健作、嶋田 貴仁、丸田 明範、小澤 範高、
長谷川 恒輔、永野 淳二、岩田 圭介、山崎 健路、清水 省吾

【背景】近年、EUS-guided hepaticogastrostomy (EUS-HGS)、経乳頭の胆管アプローチ困難な悪性胆道狭窄例などに対して広く行われつつあるが、短期・長期の各種偶発症が知られている。今回我々は、比較的稀と思われるEUS-HGS後の長期偶発症を経験したため報告する。【症例】91歳、男性。X-2年12月に発熱を主訴に受診され、精査で肝門部胆管癌による急性胆管炎と診断した。X-1年2月に左右胆管にside by sideでuncovered self expandable metallic stent (SEMS) を留置した。X-1年11月に再度胆管炎をきたし、プラスチックステントの追加留置を行ったが胆管炎の改善が得られなかったため、X-1年12月にEUS-HGSを施行し、partially Covered SEMS (8mm、12cm) を留置した。X年3月に黄疸を認め、re-interventionを行うと、HGS刺入部対側の胃体下部大弯にステント下端が埋没していた。鉤子でステントを抜去し壁損傷部を評価すると、腹腔内への造影剤の漏出は認めなかったが、リング状の深い潰瘍を形成していた。同部をOver The Scope Clipで縫縮し、再度HGSステントを留置したところ、その後の経過は良好であった。【考察】今回、肝門部胆管癌による悪性胆道狭窄に対してEUS-HGS施行267日後に、HGSステント遠位端が穿刺部対側の胃壁に埋没し、高度の壁損傷を来した一例を経験した。我々が検査した限りではHGSステントが胃壁に高度の壁損傷を来した過去の報告例は認めなかった。壁損傷を来した理由として、胃体下部からの穿刺のためステント対側が胃角部大弯に接し、胃体上部と比較してステントの可動域が制限されたことで同じ部位に圧が加わったことが推察された。【結語】肝門部胆管癌による悪性胆道狭窄に対してEUS-HGSを施行した後、HGSステント遠位端が胃壁に高度の壁損傷を来した症例を経験した。

69 高い通過性能が期待されている新型胆管金属ステントの使用経験

伊勢赤十字病院 消化器内科

○村林 桃士、市川 彩子、奥田 裕文、河俣 真由、松嶋 竜太郎、中村 はる香、久田 拓央、天満 大志、林 智士、杉本 真也、大山田 純、亀井 昭

【背景と目的】悪性胆道閉塞に対して金属ステント留置が広く行われているが、高度の胆管狭窄を有する症例や金属ステント複数本留置を要する症例においては、狭窄部におけるステントデリバリーの通過に難渋することを時に経験する。先日、従来品よりも通過性能に優れた先端チップを有する胆管用金属ステントであるYABUSAME（カネカ社）が利用可能となり、当科にて2例の使用経験があったため、報告する。【症例1】80歳代男性。食欲不振と褐色尿があり、近医より当科へ紹介となった。血液検査で黄疸があり、CTで周囲臓器に高度浸潤する胆嚢腫瘍と転移/播種病変による肝門部領域胆管閉塞を認めた。ERCにて左右両肝管から総胆管に及ぶ広範囲の胆管狭窄を認め、左枝と右枝は分断されていた。まず、胆管左枝にNiti-S Large Cell SR Slim Delivery、10×80 mm（センチュリーメディカル）を留置（先端はB2）し、続いて、partially stent in stentの手法にて胆管右枝にYABUSAME、10×80 mmを留置（先端はB8）した（両ステントとも胆管内埋込）。YABUSAMEのデリバリーは、1本目のステントメッシュ間隙部と狭窄部とを通過する際にも抵抗なくスムーズに挿入可能であった。術後は有害事象なく、減黄良好であった。【症例2】90歳代男性。10か月前に遠位胆管癌の診断となり、遠位胆管閉塞に対して8.5Frの糸付plastic stentを胆管内埋込にて留置していた。体動困難のため、当院へ救急搬送となり、血液検査で肝胆道系酵素上昇と炎症反応上昇を認めた。CTでステント逸脱はないものの胆管拡張がみられ、胆道閉塞再燃による急性胆管炎と診断し、ERCを施行した。EST施行の後、留置中のplastic stentを抜去したところ、胆泥によるステント閉塞が確認できた。胆管造影で遠位胆管に比較的広範囲の狭窄を確認し、YABUSAME、10×80 mmを胆管内埋込にて留置した。広範囲の胆管狭窄であったため、ステント上下端の正確な位置合わせが求められたが、ステント展開時の位置ずれなく企図した通りの位置に留置可能であった。術後は有害事象なく、胆管炎は速やかに改善した。

71 術前診断が困難であった限局性の2型自己免疫性膵炎の一例

磐田市立総合病院

○吹田 恭一、金子 淳一、草間 輔、山田 健太、井田 雄也、甲田 恵、高橋 賢一、淺井 雄介、辻 敦、西野 眞史、高橋 百合美、山田 貴教、笹田 雄三

症例は生来健康な33歳男性。心窩部痛を主訴に受診し、膵酵素の上昇、画像所見で膵尾部に15mm大で造影CTにて造影早期にて造影効果に乏しく、平衡相にて周囲と同程度に造影され、MRIではT1強調像、T2強調像共に低信号であり、拡散強調画像で腫瘍は尾側膵実質とともに拡散制限を認める腫瘍性病変を認めた。また同部位より尾側の主膵管の拡張を認めた。術前検査から膵癌を疑い膵体尾部切除を施行した。切除検体において、術前画像の病変部に一致した部位に肉眼的に白色調の領域を認め、同部位では膵実質の線維化と好中球浸潤による膵管上皮破壊を認め、異型細胞は認めなかった。以上の所見より、術後に2型自己免疫性膵炎の診断に至った。2型AIPは1型AIPと画像所見は類似するが、若年で性差がなく、炎症性腸疾患に合併し、IgG4が低値など血清学的な異常所見に乏しいことが特徴である。また、2型AIPは、欧米ではAIPの10%以上を占めているものの、本邦においてはほとんどが1型AIPであり、2型AIPの頻度は5%以下であり、びまん性膵腫大を呈する症例が多いとされる。限局性で腫瘍形成性の変化を呈した症例は少なく悪性腫瘍との鑑別が非常に困難であった。本症例は炎症性腸疾患を合併のない限局性の2型AIPの稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

70 動脈塞栓術不成功の胆管内仮性動脈瘤破裂に対して被覆型金属ステント（CMS）留置が一時的止血に有効であった膵癌の一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○眞鍋 藍璃、寺田 修三、石黒 友也、河嶋 健、浅原 和久、大津 卓也、増井 雄一、松田 昌範、板井 良輔、上田 千紗子、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、大野 和也、川口 真矢

【背景】自己拡張型金属ステント留置後の仮性動脈瘤破裂による胆道出血は、まれながら致死の合併症として近年報告が散見され、動脈塞栓術が止血に有効とされる。非被覆型金属ステント（UMS）留置後に仮性動脈瘤が形成されて胆道出血をきたしCMS留置によって一時的な止血が得られた1例を経験したため報告する。【症例】78歳、女性。X-2年6月に腹部超音波で膵体尾部に低エコー腫瘍を認め、当科を紹介受診した。造影CTで腫瘍が固有肝動脈と腹腔動脈に接しており、局所進行切除不能膵体部癌と診断して、化学療法を開始した。X-1年12月に膵癌の進展による遠位胆管狭窄が出現したためUMSを留置した。X年1月に吐血・鮮血下血を主訴に来院し、造影CTでUMS内に長径18mm大の動脈瘤を認め、PSPDA仮性動脈瘤破裂による胆道出血が疑われた。出血性ショックとなり、血液製剤を用手ポンピングしつつ、緊急で血管造影検査を施行するとPSPDAに仮性動脈瘤を認めた。動脈瘤のfeederであるPIPDAとPSPDAは血管蛇行が強く選択困難であった。動脈塞栓術による止血を断念し、ERCPによる止血を試みる方針とした。十二指腸内には大量の血腫があり、乳頭部の視認は不可能であり通常の造影カテーテルで胆管挿管を試みたが不成功となった。透視像を参考にして胆道結石除去用バルーンカテーテルを留置されているUMSにあてがう事でブラインド操作での胆管挿管に成功した。バルーンカテーテルはメッシュ間隙からの挿管ではない事の確認にも有効であった。仮性動脈瘤の圧迫止血を期待してCMSを留置し、胆管炎併発の治療のために経鼻胆道ドレナージも施行した。止血が得られ、翌日に血管造影検査を再度行うと動脈瘤は消退していた。CMS留置の12日後にHb低下と少量の黒色便を認めた。PSPDAに仮性動脈瘤の再燃を認めたが、血管選択に成功しコイルとNBCAとによる動脈塞栓に成功し、以後再出血はない。【考察】仮性動脈瘤からの胆道出血に対する動脈塞栓術が困難な場合にCMS留置が止血に有効な可能性がある。

72 2型自己免疫性膵炎の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 光學医療診療部

○高田 善久¹、石川 卓哉¹、川嶋 啓揮²、大野 栄三郎¹、水谷 泰之¹、飯田 忠¹、鈴木 博貴¹、植月 康太¹、山田 健太²、八鹿 潤¹、芳川 昌功¹、宜保 憲明¹、青木 総典¹、片岡 邦夫¹、森 裕¹、藤城 光弘¹

【症例】40歳代 女性【主訴】主膵管拡張精査【現病歴】主膵管拡張を指摘され精査目的で紹介された。【既往併存症】特記事項なし【臨床経過】CA19-9、IgG4を含む採血所見に特記すべき異常は認めなかった。Dynamic CTでは膵頭部に動脈相で周囲膵実質と比較し低吸収、遅延相で高吸収を呈する20mm大の病変を認め、尾側主膵管は3mmと拡張していた。明らかなCapsule-like rimは指摘できず、膵以外に異常はなかった。EUSでは主膵管拡張起始部の足側に13mm大の輪郭不明瞭な低エコー領域を認め、病変内に膵管が走行していることが観察可能だった。造影EUSでは周囲実質と同様の造影様式を示した。限局性自己免疫性膵炎（AIP）を第一に考え、膵癌も鑑別に挙げられた。EUS-FNA時（初回EUSから1ヶ月後）には膵体尾部も腫大し、周囲にCapsule-like rim様低エコーを認めた。病変部の組織所見は腺房萎縮、間質の線維化、軽度リンパ球浸潤を認め、明らかな腫瘍細胞、IgG4陽性細胞は認めなかった。ERPでは膵頭部で主膵管は筆尖状に途絶し尾側膵管は造影されなかった。AIPの診断基準を満たさず膵癌との鑑別に苦慮したが、十分な説明と同意のもとステロイドトライアルを行った。2週後のCTで膵腫大、病変部造影効果の改善を認め反応良好と判断した。3か月後に再検したERPでは頭部主膵管の狭窄改善と尾側までの膵管造影が得られた。2型AIPを疑い大腸内視鏡検査（CS）を施行したが炎症性腸疾患（IBD）の所見は認めなかった。外来でステロイドを減量し経過観察中、18か月後に粘便を認めCSを再検。直腸炎型潰瘍性大腸炎（UC）と診断され、2型AIPの診断に至った。【考察】本邦では2型AIPは稀とされ、IgG4の上昇や膵外病変を伴わず、膵癌との鑑別が困難で外科的切除によって診断される例も少なくない。本症例ではステロイドトライアルを行い改善が得られたことでAIP疑診の診断に至り手術を回避できた。またAIPとUCの発症時期について、海外の文献では2型AIPのうち20%程度がIBDに先行して発症し、IBD発症までの平均期間は2年程度とされる。本症例も既報と矛盾ない経過であった。【結語】2型AIP症例の診断、経過につき報告した。

73 膵癌との鑑別が困難であった潰瘍性大腸炎合併 IgG4非関連自己免疫性膵炎の一例

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 臨床研究センター
○馬場 皓大¹、鈴木 崇弘¹、田村 智²、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、岩泉 守哉³、濱屋 寧¹、大澤 恵²、古田 隆久⁴、杉本 健¹

【症例】38歳、男性。【主訴】心窩部痛、黄疸。【現病歴】22歳診断の全大腸炎型潰瘍性大腸炎で近医通院し、この1年間無治療にて概ね寛解状態を維持していた。今回1週間前より心窩部鈍痛が出現。肝胆道系酵素値高値、腹部超音波検査にて膵管胆管の拡張、造影CTにて膵頭部造影不領域を指摘された。膵頭部癌または自己免疫性膵炎の疑いで精査加療目的にて当科入院となった。CA19-9 82U/mL、DUPAN-2 630U/mL、Span-1 43U/mLと腫瘍マーカーの高値を認め、一方、IgG4 40.2mg/dLと正常域であった。CT造影早期相で膵頭部に30mm大の境界不明瞭な濃染不良域を認め、MRI拡散強調像で同部の高信号を認め、画像診断では膵頭部癌の可能性が否定できなかった。診断目的にEUS-FNAを実施し、ENBD留置にて減黄を行った。下部消化管内視鏡検査では、盲腸から下行結腸までUCEIS V2B1E1の一部非連続的な粗造粘膜が認められ、5-ASA製剤内服を開始した。膵穿刺細胞診から膵管周囲高度線維化、中等度リンパ球・形質細胞浸潤を認め、膵腺房に好中球浸潤となり、萎縮性変化が認められた。IgG4陽性形質細胞浸潤は<3 HPFであった。病理結果を踏まえ、潰瘍性大腸炎を合併したIgG4非関連自己免疫性膵炎と診断し、PSL 40mg/day (0.6mg/kg)の治療を開始した。PSL治療開始後2週間のCTにて膵病変の著明な退縮を確認し退院となり現在外来にて経過観察中である。【考察】膵癌との鑑別が困難であった潰瘍性大腸炎合併自己免疫性膵炎の一例を経験した。潰瘍性大腸炎を背景疾患に有する閉塞性黄疸の場合には、IgG4関連疾患他にもIgG4非関連自己免疫性膵炎の存在を念頭に置く必要がある。

75 残膵被包化壊死に対し経乳頭の膵管ドレナージが有効であったアルコール性膵炎の一例

静岡市立静岡病院

○川口 大貴、小柳津 竜樹、田中 俊夫、濱村 啓介、黒石 健吾、鈴木 博貴、木村 領佑、早川 諒祐、上田 駿介、有谷 実莉、菊池 啓介、八木 直人

【背景】被包化壊死 (WON) は成熟した被膜を有する膵内および/あるいは膵外の壊死性貯留で、境界明瞭な炎症性被膜を有するもので、通常、壊死性膵炎後4週間以降に形成される、と定義されている。壊死性膵炎に対しては保存的治療が原則である。感染が疑われたり、膵管・胆管の閉塞などが認められた場合はドレナージやネクロセクトミーといったインターベンション治療が選択される。【症例】54歳男性。2005年にアルコール性膵炎に対して膵体尾部切除を行っている。2019年6月に再度アルコール性膵炎を発生し、残膵に壊死を起こしWONを形成。入院にて保存的加療を行い膵炎は軽快したため退院となった。以降も飲酒を続け、10月15日、心窩部痛、嘔気にて救急外来を受診。WON内の出血による増大と、胆管圧迫による閉塞性黄疸が認められたため、当院消化器内科入院、ENPD、ERBDの留置を行った。ENPDからは持続的な血性排液がみられたため、ENPDを留置したまま退院となった。以降は、排液は徐々に減少、黄疸の改善も認められたため、12月3日にENPDを、2020年2月26日にERBDを抜去した。その後5月21日に黄疸を認め来院。検査上、WONの増大とそれによる閉塞性黄疸を認めERBD、ENPDを再度留置。その後は嚢胞の縮小、減黄が認められたため、ENPD、ERBDを抜去しているが、再増悪なく経過している。【考察】今回アルコール性膵炎による残膵被包化壊死に対し経乳頭の膵管ドレナージが有効であった一例を経験した。インターベンション治療の選択としては、より低侵襲であるドレナージを優先させることが推奨されており、経乳頭の膵管ドレナージにより奏功を得られたことで良好な経過を辿っていると考えられる。

74 保存的治療で改善しえた後腹膜気腫を合併した急性膵炎の1例

阪市民病院 消化器内科

○服部 愛司、西川 健一郎、藤部 幸大、塩野 泰功、田中 翔太、大岩 道明

【背景】後腹膜気腫をきたす原因疾患は様々であるが、消化管穿孔によるものが最も多く、腸管気腫症や医原性、急性膵炎なども報告されている。今回我々は、後腹膜気腫を合併した急性膵炎に対してCTガイド下ドレナージを含めた保存的治療で改善しえた1例を経験したので報告する。【症例】84歳の男性。数日前から腹部不快感を自覚し、その後上腹部痛と嘔吐を随伴したため当院外来を受診した。来院時40度台の発熱と腹部全体に圧痛を認めた。血液検査では膵酵素および肝胆道系酵素、CRPの著明な上昇を認めた。造影CTでは、膵周囲と横行結腸間膜ならびに下行結腸近傍に遊離ガス像あり、また膵周囲に液体貯留を認めた。下行結腸に憩室が散在していたことから大腸憩室穿孔の可能性は否定できず、性状評価目的でCTガイド下後腹膜ドレナージを施行した。排液に便汁の混入はなく、ドレナージチューブ留置とした。バイタルサインが安定しており腹膜刺激徴候を認めず、外科とも協議のうえ気腫性膵炎の診断で保存的治療の方針とした。十分な輸液に加えて広域抗生剤投与を行い、第6病日から経口栄養剤内服を開始、第7病日のCTにて遊離ガス像の減少を確認した。排液の細菌培養ではKlebsiella pneumoniaeを検出し、排液少量のため第19病日に抜去とした。第23病日のCTでは遊離ガス像は消失し、膵周囲の液体貯留のみ残存していた。経過良好にて第32病日に退院とし、現在外来にて経過観察中である。【考察】後腹膜気腫をきたす急性膵炎は気腫性膵炎ともよばれる。気腫性膵炎は保存的治療が原則であるのに対し、後腹膜気腫をきたしうる腸間膜側や後腹膜側への結腸穿孔の場合は早期手術が原則であり、画像所見や症状の類似性から両者の鑑別や治療方針決定に難渋する。既報では外科的ドレナージの報告が多いが、今回我々はCTガイド下ドレナージが有効であった気腫性膵炎の1例を経験した。CTガイド下ドレナージは三次元的に位置関係を把握しながら安全かつ正確に穿刺できるため気腫性膵炎においても有効であると考えられる。

76 治療に難渋した重症急性膵炎後 WON (Walled-off necrosis) の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科

○江上 貴俊¹、小林 陽介¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、丹羽 智之¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、山本 博崇²

【症例】60歳男性【主訴】上腹部痛【既往歴】糸球体腎炎【内服薬】なし【飲酒歴】機会飲酒【病歴】就寝中に突然の上腹部痛が生じ救急搬送となった。血液検査、造影CT等の精査で重症急性膵炎と診断し入院となった。大量輸液、蛋白分解酵素阻害薬等で治療を進め、急性期は改善したが、約3週間ほど発熱、炎症反応上昇が続いた。経過のCTでは膵体尾部が壊死し、約20cm大のWONを形成した。腹痛が生じ、症候性WONの状態となったため、第56病日に胃体上部からEUS-CD (LAMS (Lumen apposing metal stent) 留置) を施行した。しかし、WONへの感染も併発し、治療効果不良であった。抗菌薬の調整と共に、第71病日から内視鏡的ネクロセクトミーを施行した。2回目施行時にLAMSが脱落したため、Plastic stent (PS) に交換した。3回目施行時に、瘻孔部を拡張時に動脈性の大量出血を認めた。緊急血管造影検査を施行したが、活動性出血は認めず経過観察とした。その後、4週間ほど瘻孔部からの大量出血を繰り返し、頻回な輸血(合計52単位)、内視鏡的止血処置を施行した。WONの大きさも変化がなく、第95病日に出血制御、ドレナージ目的でPSをLAMSに交換した。第110病日、嘔吐症状が出現し、十二指腸下部狭窄を認めたため、胃管で減圧し、TPN管理とした。胆管狭窄も軽度生じ、肝胆道系酵素の軽度上昇を認めた。その後WONは縮小傾向にあったが、通過障害の改善が困難であり第135病日に外科手術(胃空腸吻合術、膵瘍・胆管ドレナージ、胆嚢摘出術)を施行した。手術時にはWONはさらに縮小していた。術後合併症なく経過し、WONは著明に縮小し、経口摂取も可能となり、第172病日に軽快退院となった。【考察】治療に難渋した急性膵炎後WONの一例を経験した。当初内視鏡的治療への反応が不良であり、さらに頻回な瘻孔部出血もきたし治療に難渋した。十二指腸狭窄も生じたが、胃内減圧後からはWONの縮小がみられたことから胃内圧の上昇が治療不応の要因であった可能性も示唆された。WONの治療においては、感染、周囲臓器への炎症波及による影響等も見据えた集学的治療が必要であると考えられた。

77 当科における膵臓用瘻孔形成補綴材【Hot AXIOSシステム】の使用経験

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院
○加藤 彩、林 大樹朗、榎本 祥吾、竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、山中 裕貴、鈴木 貴也、木下 拓也、石原 誠、細井 努、竹内 真実子

【目的】 Hot AXIOSシステム（ポストン社）は、急性膵炎の局所合併症である膵仮性嚢胞（PPC）及び被包化壊死（WON）に対する内視鏡的膵臓内瘻孔形成補綴材である。当科で経験したHot AXIOSシステムを使用した12例について報告する。【方法】2019年4月から2020年10月までにHot AXIOSシステムを使用した全12例を対象とした。使用内視鏡はGF-UE260（オリンパス社）を使用し、観測機はPROSOUND F75（日立アロカメディカル社）を使用した。検討項目は1）患者背景、2）手技時間と成功率、3）治療成績と偶発症とし、当院IRB承認のもとretrospectiveに検討した。【成績】1）平均年齢は60.1歳（42-82歳）で男性9例、女性3例であった。疾患は急性膵炎後のPPCが9例、WONが3例であった。全例で急性膵炎発症後4週以降の被包化を確認した後に、非透視下に処置を行った。嚢胞径の平均は99mm（60-200mm）で、使用したステント径は10mmが7例、15mmが5例であった。2）手技成功率は91.6%で、WONの1例にて膿瘍腔内のエコー輝度が高く留置困難であった。内視鏡挿入からステント展開までの時間は平均8.5分（5-13分）であった。3）PPCの9例全てにおいて対象とした嚢胞の消失を得た。WONの1例は嚢胞の消失を得たが、1例は感染制御ができず処置後10日目に死亡した。偶発症はPPCの1例で、処置後30日目に嚢胞内出血があり血管塞栓術にて改善に至った。死亡例およびステント留置困難例を除くと食事再開までの日数は2.0日（1-4日）で、退院に至った10例では退院までの平均期間は処置後47.3日（6-195日）であった。現在までにHot AXIOSシステムの抜去に至っている症例は8例で、留置から抜去までの平均期間は47.6日（13-97日）であった。【結論】 Hot AXIOSシステムは、急性膵炎後のPPC及びWONのドレナージを比較的短時間で安全に行うことができ、そのドレナージ効果は有効であることが示唆された。

79 悪性インスリノーマに対し集学的治療を行った1例

静岡県市立静岡病院

○上田 駿介、黒石 健吾、有谷 実莉、菊池 恵介、木村 領佑、早川 諒介、佐野 泰樹、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【症例】69歳女性【現病歴】X-7年に倦怠感が持続し近医で低血糖を指摘された。その後、手の振戦や意識障害が出現し当院へ救急搬送された。低血糖と空腹時インスリン値・C-ペプチド上昇があり腹部超音波とCTで膵体部腫瘍と肝腫瘍があり、肝転移を伴うインスリノーマが疑われた。肝生検を施行しNET G2、インスリノーマの診断となった。その後低血糖発作の抑制にジアゾキシドを、抗腫瘍効果を期待しエベロリムスを開始した。ジアゾキシドは体液貯留があり中止したがその後オクトレオチドを開始し、低血糖発作が抑制され肝転移も縮小した。X-3年にCTで肝転移の増大がありエベロリムスをスニチニブへ変更し初回のTACEを施行した。その後骨髄抑制がありスニチニブを中止し、X-2年にストレプトゾシンを開始し同年他院で膵原発巣へ高密度焦点式超音波（high intensity focused ultrasound: HIFU）を行った。X-1年に肝転移も増大しTACEを行うとともにストレプトゾシンを中止しエベロリムスを再開した。しかしその後も肝転移の増大があり再度エベロリムスを中止し肝転移に対してはTACEを行った。X年にはこれまでオクトレオチドを使用し抑制できていた低血糖発作のコントロールが困難となりランレオチドへ変更した。しかしその後大腿骨頭部骨折を契機に入院し腹膜播種が確認された。骨折に対しては手術治療を行ったが徐々に衰弱していき、中心静脈路を確保し高カロリー輸液を持続点滴したが低血糖発作が頻発するようになった。その後全身状態不良となり死亡した。【考察】インスリノーマは神経内分泌腫瘍のうちの1つで稀な疾患であり、更に悪性インスリノーマはそのうちの10-15%と言われている。悪性インスリノーマの治療の第1選択は外科的切除であるが本症例は初診時から多発肝転移があり、手術は不可能だった。そのため7年に渡り薬物療法と計8回のTACE、膵原発巣へのHIFUを行った。悪性インスリノーマに対し集学的治療を行い延命効果が得られた症例として報告する。

78 人工膵臓を用いて周術期血糖管理を施行したインスリノーマの1例

藤田医科大学ばんだね病院 外科

○河合 永季、浅野 則夫、荒川 敏、加藤 宏之、伊東 昌広、内海 俊明、川辺 太郎、永田 英俊、近藤 悠之、小池 大助、志村 正博、栃井 大輔、林 干紘、越智 隆之、神尾 健士郎、安岡 宏展、東口 貞彦、堀口 明彦

【はじめに】インスリノーマは膵ランゲルハンス島のβ細胞由来の腫瘍であり、機能性膵神経内分泌腫瘍の中でもっとも多い。インスリンの過剰分泌に伴い低血糖発作を来す。手術による腫瘍摘出が根治的治療となる。今回、我々は、膵頭部領域に位置する径7mmのインスリノーマの1例を経験した。術前画像上、腫瘍は主膵管と離れており核出術を予定した。手術は、術中血糖コントロールと腫瘍の完全摘出の評価のため人工膵臓を用いて施行した。【症例】50歳、女性【主訴】低血糖発作【現病歴】自宅にて低血糖発作を起こし近位受診。血糖値40mg/dLと低血糖を認めたため精査加療目的にて入院となった。【採血検査】末梢血、生化学検査に特筆すべき異常はないが、インスリンは59.1μU/mL、Cペプチドは2.73ng/mLとともに高値であった。【腹部US】明らかな腫瘍像は描出できなかった。【MD-CT】膵膵部に径7mmの造影効果を伴う腫瘍を認めた。【MRI】膵膵部に径7mmの、T1強調画像にて低信号、T2強調画像にて高信号を呈する腫瘍を認めた。【SACI test】上腸間膜動脈にてStep upを認めたが、その他の動脈ではStep upを認めなかった。【手術所見】術中血糖管理のため、人工膵臓を用いて手術を施行した。手術は膵膵部の腫瘍核出術を行った。【病理所見】インスリノーマ、G1の所見であった。【まとめ】人工膵臓では低血糖発作のない安全かつ厳密な周術期血糖コントロールが可能となる。インスリノーマの手術時における人工膵臓の利用は有用であると考えられた。

80 男性に発症した膵 Solid pseudopapillary neoplasm の1例

済生会松阪総合病院

○河内 瑞季、吉澤 尚彦、青木 雅俊、澤井 翔馬、小野 隆裕、田中 隆光、田原 雄一、黒田 直起、福家 翔之、河俣 浩之、脇田 喜弘、橋本 章、清水 敦哉

【症例】50歳代、男性【主訴】なし【既往歴】大腸ポリープ【嗜好歴】喫煙：15本/日、飲酒：ビール1000ml/週2回【家族歴】父：大腸癌、母：血液腫瘍【現病歴】他院健康診断にて血清p53高値を指摘され、当院PET/CT検診にて膵病変を指摘されたため、精査加療目的に当院を受診された。血液検査では膵酵素、糖代謝の異常を認めず、CEA、CA19-9、SPAN-1、DUPAN-2、エラスターゼ1は正常範囲内であった。PET/CTにて膵体部にSUV最大6.21のFDG集積する20mm大の類円形腫瘍性病変を認めた。腹部超音波検査にて膵体部に、内部に石灰化様高エコーを伴う、径17mm大の等エコーからわずかに低エコーとなる腫瘍を認めた。単純CT検査にて膵体部に径19mm大の低い低吸収域の腫瘍を認め、内部に微細高吸収域を認めた。造影CT検査にて動脈相から淡い造影効果を認め、平衡相でも遅延した。腹部MRI検査ではT1強調画像にて低信号、T2強調画像にて淡い高信号を示す腫瘍を認め、拡散強調画像では高信号であった。超音波内視鏡検査にて膵体部に被膜を有する径17mm大の類円形低エコー腫瘍を認め、中心部に石灰化を疑う高エコー域が散在していた。以上の所見より膵Solid pseudopapillary neoplasm (SPN)や膵神経内分泌腫瘍を疑い、確定診断目的に超音波内視鏡下穿刺吸引を行った。HE染色にて偽乳頭状構築、ロゼット様構造を認め、免疫染色にてCD10陽性、β-cateninが核に陽性を示し、SPNと診断した。明らかな転移所見は認めず、外科的切除を勧め、他院で手術することとなった。【考察】膵SPNは膵腫瘍の1-3%と比較的稀な腫瘍である。20-30歳代の女性に好発し、男女比は約1:9とされてきたが、近年男性SPNの報告が増加している。男性SPNの特徴として女性より高齢、腫瘍径が小径、中心部に石灰化を伴う症例が多い、腫瘍内に嚢胞成分がみられない症例の割合が高い等の特徴を有する、という報告がみられる。本症例においても発症年齢、腫瘍径、中心部石灰化の点で同様の傾向を認めた。【結語】今回我々は男性に発症した膵SPNを経験した。男性SPNは従来の臨床的特徴とは異なる可能性が示唆された。

81 膵尾部に発生した嚢胞性変化を伴った膵神経内分泌腫瘍の一例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○稲垣 圭佑、大島 昭彦、佐藤 大輝、星野 弘典、榎田 浩平、寺井 智弘、景岡 正信、吉井 重人、丸山 保彦

【症例】50歳代女性【現病歴】膵尾部IPMN疑いに経過観察中に壁肥厚が指摘された。CTでは膵尾部に20mmの嚢胞性腫瘍を認め、内部に隔壁様構造を認め壁肥厚部に造影効果を認めた。MRIではT1強調像で低信号、T2強調像で高信号、拡散強調像で嚢胞周囲の拡散低下を認めた。EUSでは境界明瞭な嚢胞性腫瘍で、内部は隔壁を伴い多房性であった。嚢胞内に結節はみられず嚢胞壁は肥厚していた。造影エコーでは壁肥厚部は脾臓の造影パターンとは異なり、SPIOによる造影MRIでも壁肥厚部は脾臓と異なっていた。充実性腫瘍の嚢胞変性も疑われたが、MCNを疑い膵尾部切除を施行した。【病理】22×18mmの充実成分を伴う多房性嚢胞性腫瘍で小型細胞が毛細血管間質を伴い増生していた。異型は乏しく、目立った核分裂像は認めなかった。Synaptophysin (+)、chromograninA (+)、Ki67LIは1%未満であり、Neuroendocrinum G1と診断した。【考察】神経内分泌腫瘍は、造影パターンや嚢胞性変化など多彩な像を示すために診断に苦慮することも多い。膵尾部に生じた嚢胞性変化を呈したPNENの一例を経験した。

83 9年の経過で形態変化を来したIPMN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 肝胆脾・移植外科

○中西 美菜子¹、山田 玲子¹、坪井 順哉¹、村田 泰洋²、水野 修吾²、井上 宏之¹

【症例】75歳男性【既往歴】高血圧症、脂質異常症、糖尿病、アルコール性脂肪肝【家族歴】特記事項なし【嗜好歴】飲酒：日本酒1合20-58歳、喫煙：40本/日×38年+7本×9年【現病歴】X-9年に主膵管拡張と膵に多房性嚢胞性病変を指摘され、精査治療目的に当科紹介となった。CTとMRIで膵体部から膵尾部にかけて主膵管と連続する多房性嚢胞を認め、主膵管は5mm程度に拡張していた。EUS上、多房性嚢胞性病変は膵体部35mm、膵尾部15mmであった。膀胱細胞診は陰性であり、分枝型IPMNの診断で経過観察とした。その後、徐々に主膵管径は拡張したが、結節や壁肥厚は認めなかった。X-1年の時点で、CA19-9 354.9 U/mLと上昇を認め、EUSで主膵管は7.4mmと拡張、膵体部の多房性嚢胞性病変も43mmと増大し、嚢胞内に4.3mmの壁在結節を疑う所見を認めた。worrisome feature以上で手術の適応と考えたが、患者希望で経過観察の方針となり、3ヶ月毎に慎重にフォローアップを行った。CA19-9は42.3 U/mLに低下し壁在結節も明らかではなかったが、膵体部の嚢胞性病変に1.5mmの隔壁肥厚、膵尾部嚢胞性病変に1.3mmの隔壁肥厚を認め、MRCP上主膵管径が10mm以上と拡張したため、high-risk stigmata (HRS) と判断し、X年に膵尾部切除を行った。病理結果は、Intraductal papillary mucinous adenoma; Gastric type intraductal papillary mucinous neoplasm with low grade dysplasiaであった。【考察】IPMN国際診療ガイドライン2017年版で悪性を示唆するHRSは、閉塞性黄疸、造影される5mm以上の壁在結節、10mm以上の主膵管径とされる。また、壁在結節を認めない分枝型IPMNを経過観察した観察研究では、結節の出現や増大、嚢胞径の増大といった進展率は7.4-36.7%、悪性化率は0.2-6%と報告されている。本症例は、9年の経過観察中にHRSに至り手術を施行したが、患者背景や術式により、手術適応とすべきか悩む症例も少なくない。【結語】長期経過観察中に嚢胞の増大と主膵管の拡張を認め、手術を施行したIPMNの1例を経験した。

82 EUS-FNAで診断したACTH産生膵神経内分泌腫瘍の一例

浜松医科大学医学部附属病院

○榎葉 俊太郎、木次 健介、松本 萌、梅村 昌宏、高鳥 真吾、伊藤 潤、太田 和義、下山 真、則武 秀尚、川田 一仁

【背景】Cushing症候群のうち、下垂体以外の腫瘍がACTHを分泌する場合、その腫瘍を異所性ACTH産生腫瘍と診断し、Cushing症候群の5-10%を占めると報告されている。今回、Cushing症候群の精査で膵腫瘍を認め、EUS-FNAにより異所性ACTH産生腫瘍の診断に至った一例を経験したため報告する。【症例】56歳、女性。下肢筋力低下を自覚、その後満月様顔貌、両手指の色素沈着が出現、治療抵抗性高血圧症、低カリウム血症を併発し、近医より当院内分泌代謝科を紹介受診した。血中ACTH高値、血中コルチゾール高値、尿中遊離コルチゾール高値を認め、身体所見上もCushing徴候・色素沈着も認めため、ACTH依存性Cushing症候群と診断した。画像精査で膵尾部腫瘍、多発肝転移を認め、膵尾部腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、神経内分泌腫瘍(G2)と診断した。外科的治療の適応が無いことから、ヒドロコルチゾンと併用のうえ、ランレオチド酢酸塩、エベロリムスを導入した。血中コルチゾール値は至適濃度まで改善を認め、画像上も増悪なく、現在も化学療法を継続している。【考察】異所性ACTH産生腫瘍は組織学的に神経内分泌細胞由来の腫瘍が多いが、ACTH産生腫瘍は初診時に既に肝転移を伴っている症例が多いなど予後不良とされている。自験例と同様にCushing症候群の精査で膵腫瘍を認めた際には、早期の組織学的診断と治療介入が望ましいと考える。

84 術前診断に苦慮したが、膵中央切除術を施行し確定診断し得たPanIN-2の1例

藤田医科大学ばんなね病院 消化器外科

○加藤 宏之、浅野 之夫、伊東 昌広、川辺 則彦、荒川 敏、志村 正博、林 千紘、越智 隆之、安岡 宏展、東口 貴彦、河合 永季、神尾 健士郎、近藤 ゆか、永田 秀俊、内海 俊明、堀口 明彦

【背景】膵上皮内腫瘍性病変(PanIN)は膵管上皮より発生し、顕微鏡レベルで観察される乳頭状もしくは平坦な形態をとる非浸潤性の上皮内腫瘍性病変であり、浸潤性膵管癌に前駆病変として認識されている。今回、術前診断に苦慮するも膵中央切除を施行し確定診断し得たPanIN-2の1例を報告する。(症例)70歳代女性、CEAの軽度上昇(7.8ng/ml)にて近医に紹介となり、CT、MRCPでは膵頸部に主膵管の狭窄病変と尾側膵の萎縮を認めた。精査目的で前医においてERCPが施行され、同部に膵管狭窄を認めたためSPACEを施行したが異型細胞は認めなかった。またEUSでも狭窄部に一致した腫瘍は認めなかった。確定診断が得られないものの、十分なICの後、膵中央切除を施行した。術中所見では尾側膵に軽度の萎縮を認めるものの腫瘍は触知できなかった。術中エコーで膵狭窄病変に一致し膵管内粘膜の肥厚を認めた。膵頭側は門脈右縁で膵切離を行い、尾側はSMA左側レベルで膵切離を行い、断端陰性を迅速病理検査で確認した。切除標本では膵管狭窄部に一致した主膵管内に高円柱状異型細胞が低乳頭状に増殖しPanIN-2と診断された。(結語)術前確定診断が得られない病変であっても、明らかな膵管狭窄と尾側膵の萎縮を認める場合は膵癌の前駆病変であるPanINが存在する可能性があり、十分なICの後、過不足ない術式で切除することが肝要であると考えられた。

85 化学療法施行中、遺伝子パネル検査を施行しえた膵癌3例の検討

名古屋第二赤十字病院

○黒柳 恵太、加藤 大介、宇野 好、隈井 大介、宮城島 俊、岡山 幸平、豊原 祥資、神田 武生、齋藤 彰敏、水野 裕介、蟹江 浩、日下部 篤宣、宮部 勝之、山田 智則、林 克巳

【背景と目的】 消化器難治癌の代表である膵癌に対する個別化医療は、いまだ開発途上であるが、がん遺伝子パネル検査が保険診療下で実施可能となり、新たな治療戦略として注目されている。我々は、膵癌化学療法中に遺伝子パネル検査を施行しえた3例を通し、その有用性を検討した。【症例1】 56歳女性、上腹部痛にて近医受診。CTにて膵体部腫瘍を指摘され、当院受診。EUS-FNAにて膵癌と診断、modified FOLFIRINOX (mFOLFIRINOX) 12コース施行後腫瘍マーカー増加を認め、gemcitabine + nab-paclitaxel (GnP) に変更し4コース施行。その後CTにて肝転移認めPDと判断、EUS-FNA検体は少量であったため、肝腫瘍生検による組織にて遺伝子パネル検査を施行、actionable変異を認めず第513病日逝去された。【症例2】 71歳男性、心窩部痛にて近医受診、CTにて膵体部腫瘍を指摘され、当院受診。EUS-FNAにて膵癌と診断、GnP療法3コース施行後CTにて腫瘍増大を認めPDと判断、mFOLFIRINOX 開始しながらEUS-FNA検体にて遺伝子パネル検査を施行したが、actionable変異を認めずmFOLFIRINOX 施行3コース後腹水増加、第249病日逝去された。【症例3】 72歳男性、心窩部痛にて当院受診、CTにて膵尾部腫大と共に胃の周囲から膵尾部周囲の液体貯留を認め、急性膵炎後の慢性膵炎変化として経過観察されていたが、6か月後のCTにて肝腫瘍指摘され同部位からの生検組織より膵癌検出、膵尾部癌の肝転移と診断された。GnP療法4コース施行後間質性肺炎を認め中止、TS-1内服に変更し一時サイトメガロ腸炎出現したが回復し9コース施行後肺転移出現、mFOLFIRINOX 施行しながら胸腔鏡下肺生検を施行し遺伝子パネル検査を施行、actionable変異は認めなかったもののk-ras G12C変異を認め、治験目的に転院となった。【結論】 膵癌は標準化学療法にいていまだ治療困難な状態であるが、遺伝子パネル検査を施行することで、新たな治療方法が開拓される可能性がある。

87 膵癌による左胃仮性動脈瘤出血に対しコイル塞栓術が有効であった1例

春日井市民病院 消化器内科

○相羽 礼佳、祖父江 聡、高田 博樹、平田 慶和、林 則之、池内 寛和、柴田 俊輔、安達 明央、小島 悠輝、山本 友輝、河村 逸外、原田 貴仁、成井 龍樹

〈症例〉 76歳、男性。〈既往歴〉 特記すべきことなし。〈嗜好歴〉 飲酒：beer 350mL + 焼酎コップ1杯。喫煙：1日数本。〈経過〉 20XX年6月、体重減少を主訴に受診。心窩部に圧痛あり、血液検査所見はAMY 201 U/L、血糖347 mg/dL、HbA1c 13.2%、CEA 37.1 ng/mL、CA19-9 10701 U/mL、DUPAN-II 871 U/mL、SPan-1 1356 U/mLと糖尿病および膵腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部CTにて膵尾部に径75 × 45 mmの造影不良な腫瘍と肝S6に径10 mmのSOLを認めた。MRIにて膵腫瘍はT1 low、T2 highであり、DWIにて拡散能は低下していた。膵腫瘍のEUS-FNAにてadenocarcinomaを検出し、cStageIVの膵尾部癌と診断、GEM + nab-PTXでの化学療法を開始した。5クール終了時点でCEA 9.7 ng/mL、CA19-9 431 U/mL、DUPAN-II 136 U/mL、SPan-1 95 U/mL、CTにて主病巣は径55 mm、肝転移巣は8 mmまで縮小し、PRと判断して化学療法を継続。しかし11クール途中でWBC 9000 / μ L、CRP 16.3 mg/dL、Hb 7.2 g/dLと炎症反応の上昇と貧血の進行を認めた。CTにて胃内に腫瘍と思われる高吸収貯留物を認めたためEGDを実施したところ、胃体部後壁に膵癌浸潤と思われる中心に白色小突起を伴う不整粘膜炎を認め同部位からの出血と診断。輸血、PPIの投薬とS-1への化学療法変更で対応したがその後も貧血が進行し2週間で計16単位の赤血球輸血を要した。CTを再検したところ、脾病変内に仮性動脈瘤と思われる径20 mmの強い濃染域が出現。腹部動脈血管造影検査にて左胃動脈分枝に造影剤漏出を伴う仮性動脈瘤を認め、流出路と流入路をコイル塞栓した。以降貧血の進行は見られずS-1での化学療法を継続したが、診断より16か月で原疾患にて永眠した。膵癌の経過中に発症した仮性動脈瘤をコイル塞栓した稀な症例と考えられ若干の文献的考察を含めて報告する。

86 腫瘍形成性膵炎の長期経過中に同時性多発膵癌を発症した1例

JA 岐阜厚生連岐阜西濃医療センター岐阜厚生病院 消化器内科

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

【症例】 81歳、女性【主訴】 血糖コントロール不良【現病歴】 X-14年に膵頭部腫瘍性病変による閉塞性黄疸を指摘された。他院での病理学的検査を強く勧めたが、本人、家族は希望せず、膵頭部癌疑いの診断のもと、non-covered金属胆管ステントが留置されていた。留置後、胆泥貯留による胆管炎を繰り返すものの、腫瘍病変の増大は認めず経過し、腫瘍形成性膵炎と診断されていた。X-10年より2型糖尿病を発症、当院で外来通院加療を受けていたが、腫瘍形成性膵炎に対するステロイド治療は行われていなかった。経過中のCTでは膵体尾部の膵実質は萎縮を呈していた。X-11年2月頃より血糖コントロールの悪化を認めていたため、X年4月に腹部CTを撮影したところ、膵体部、尾部に腫瘍性病変を認めたため、精査目的で入院となった。【既往歴】 2型糖尿病、急性胆管炎【内服薬】 メトホルミン、シタグリブチン、グリメピリド【入院後経過】 造影CTでは体部、尾部いずれの病変も造影効果は乏しかった。MRCPでは病変の尾側主膵管の拡張を認め、通常型膵癌が疑われた。両病変に対して、EUS-FNAを施行したところ、いずれの病変もadenocarcinomaの診断であった。【診断後経過】 膵体尾部切除術を患者に提示したが、患者、家族のいずれも治療を希望されなかったため、外来で経過観察とした。X年7月より腹痛の訴えが頻回になり、CTにて腹膜播種を疑う結節病変を認めた。X年9月には肝転移を疑う病変も認められるようになり、急激に増大傾向を呈した。best supportive careをおこない、X年10月、肝不全により死亡した。【結語】 ステロイド治療を行わなかった腫瘍形成性膵炎の長期経過観察中に同時性多発膵癌を認めた。

88 悪性体液性高カルシウム血症 (HHM) を合併した G-CSF 産生浸潤性膵管癌の一例

¹一宮西病院 内科、²一宮西病院 消化器・内分泌糖尿病内科

○岩阪 達也¹、大橋 憲嗣²、伊藤 友一郎¹、石田 慎¹、森山 智仁¹、百々 弘樹¹、井原 亮²、湯村 崇之²、鎌谷 結基²、澁谷 崇志²、林 晋太郎²、與儀 竜治²、伏見 宣俊²、東 玲治²、森 昭裕²

【症例】 60代男性【既往歴】 高血圧症【病歴・経過】 上腹部痛を主訴に当院受診。腹部造影CT検査で膵頭部に41mm大の類円形の乏血性腫瘍を認め主膵管狭窄、総胆管狭窄を伴っていた。また肝には多発性の乏血性腫瘍を認めた。膵頭部腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引を施行し、浸潤性膵管癌（低分化型、退形成癌）及び肝転移と診断した。診断後13日目に総胆管狭窄が進行し閉塞性黄疸が生じたため内視鏡的逆行性胆道ドレーナージを施行した。診断後25日目に血中カルシウム13.2mg/dlと高値を認め、PTHrP 23.2pmol/lと高値から悪性体液性高カルシウム血症 (HHM) と診断した。ゲムシタピン+パクリタキセル (GEM + nPTX) にて治療開始し、2クール施行したが原発巣、肝転移ともにPDと判定した。病勢進行に伴い白血球数が著増し、46100 / μ lまで上昇した。骨髄検査を施行し、血液疾患及び膵癌の骨髄浸潤は否定的であったため血中G-CSF濃度を調べたところ160pg/mlと高値であった。レジメンを変更してゲムフル・ギラメル・オテラシカルリウム投与を開始したが、治療効果なく、急速に全身状態が悪化し、診断後75日目に死亡した。【考察】 剖検を施行し膵癌の組織と肝転移の組織は同様であった。剖検膵癌組織より抗G-CSFモノクローナル抗体による免疫染色を施行したが明らかな陽性所見は認められなかった。しかし本症例では血中G-CSF高値をきたす他の原因疾患は否定的であり、病歴からもG-CSF産生浸潤性膵管癌の可能性が高いと診断した。医中誌で膵癌、G-CSF産生腫瘍をキーワードとして調べたところ15例の報告があるが、HHMを合併したG-CSF産生膵癌の報告は1例のみである。文献的考察を加えて報告する。

89 出血を伴った脾動脈静脈奇形に対して脾全摘術を施行した1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 消化器外科

○高木 晚広¹、奥野 充¹、松本 圭太²、佐々木 義之²、岩田 翔太¹、手塚 隆一¹、向井 強¹、雷田 栄一¹

【症例】59歳、男性。1カ月間続く間欠的な心窩部痛を主訴に受診した。腹部単純CTを施行したところ、脾体部に石灰化を伴う51mmの腫瘍様病変を認めたが、腎機能障害のため造影CTは困難と考えられ、脾腫瘍精査目的にEUSを施行した。EUSでは、脾体部に石灰化を認めただけ、脾腫瘍と思われた部位に蛇行した血管を認め、動脈瘤破裂を来している可能性が考えられたため、十分な説明の上、造影CTを施行した。造影CT上、脾体部の蛇行した血管は、前上脾十二指腸動脈と門脈本幹とに連続性を認めていたため、脾動脈静脈奇形(AVM)と診断した。明らかな出血所見は認めなかったが、怒張した血管により腹痛を来していると考えられたため動脈塞栓術を検討した。しかし、脾AVMは51mmと大きく、また門脈本幹に連続する血管流出路は15mmと太く、動脈塞栓術では門脈本幹を閉塞させる可能性が考えられたため、外科と協議の上、待機的脾全摘術を行う方針となった。その後、一時的に腹部症状の改善を認めたが、3週間後に再度心窩部痛を認めたため、腹部CTを再検討したところ、脾体部に脾内出血と思われる血腫と軽度主脾管拡張を認めた。血清Amy値と炎症反応の上昇も認められたことから、脾AVMからの出血に伴う脾炎と考えられ、入院のうえ保存的加療を行った。入院後、腹痛は改善し、入院後第6病日に施行したCTでは脾体部の血腫は縮小していたが、再出血を来す可能性が考えられ、脾全摘術を施行することとなった。【結語】脾AVMに対し、脾切除術を行った症例を経験した。脾AVMは複数の流入血管が存在する場合が多く、動脈塞栓術にて全ての流入血管を閉塞させることは困難と報告されており、また本症例のように門脈本幹への太い流出路を認める場合も血管塞栓術は困難と考えられた。腹痛や出血等の有症状例においては、耐術能を踏まえたうえで手術を検討する必要があると考えられた。

91 多発肝膿瘍を合併した総胆管穿破を伴う脾頭部膿瘍に対する脾頭十二指腸切除を施行した1例

三重大学 肝胆脾・移植外科

○中川 勇希、村田 泰洋、前田 光貴、新貝 達、堯天 一亨、早崎 碧泉、伊藤 貴洋、飯澤 祐介、藤井 武宏、種村 彰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、櫻井 洋至、水野 修吾

脾膿瘍は急性脾炎や外傷の結果生じるとされている。今回われわれは明らかな脾炎などの臨床経過なく発症した脾頭部膿瘍に対する切除術を経験したので報告する。症例は66歳、男性。心窩部痛を主訴に前医を受診し、CTで脾頭部に5cm大のSMA、SMVと接する腫瘍を認め、切除可能境界(BR-A)脾頭部癌を疑われ、当院へ紹介された。当院受診時の血液検査では炎症反応の上昇、肝胆道系酵素の上昇を認めた。造影CTでは肝両葉に多発する辺縁に造影効果を呈する低吸収域を認め、肝膿瘍と診断された。脾頭部膿瘍の超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)の結果からは膿瘍性病変は認めず、脾膿瘍と診断された。内視鏡的逆行性胆道造影では総胆管の狭窄を認め、総胆管と脾膿瘍との交通を認めた。総胆管狭窄に対しては胆管ステント挿入を行い、肝膿瘍に対しては超音波ガイド下膿瘍ドレナージを施行し、脾膿瘍に対しては総胆管穿破部位を介して内視鏡下経乳頭の膿瘍ドレナージを施行した。胆汁、肝膿瘍培養でKlebsiella pneumoniaeを検出した。6週間の抗生剤加療後に、脾膿瘍は縮小したが消失せず、脾頭部癌が否定できないため、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術後抗生剤加療は継続したが、経過良好で、術後27病日に退院となった。病理組織では組織球の集簇、多彩な炎症像を認めるのみで膿瘍性病変は認めなかった。術後1年8ヶ月経過し、再発を認めない。今後は脾頭部膿瘍の術前診断において、明らかな脾炎の既往がなくても脾膿瘍が鑑別診断の1つになりうると思われた。

90 脾頭十二指腸切除術後の脾管ロストステントが肝内胆管に迷入した一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆脾外科

○吉井 元¹、小林 陽介¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、丹羽 智之¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、山本 博崇²

【症例】72歳女性【主訴】発熱、心窩部痛【既往歴】C型肝炎(SVR)、高血圧【病歴】X-1年6月脾頭部癌に対し、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行、ft3N1M0、fStageII(BJPS7th)。その際に、脾管空腸吻合部にロストステント(7.5Fr,8cm,片側2.5cmに筋あり)が留置された。術後経過観察中に肝転移再発を認め、X-1年12月-X年8月GEM、X年8月よりGEM+nab-PTXで化学療法中であった。X年11月37.8℃の発熱、心窩部痛を自覚し受診。血液検査では、WBC 8340/μL、CRP 25mg/dL、肝胆道系酵素上昇なし。造影CTで、肝両葉に多発肝膿瘍を認め熱源と考えられた。肝左葉の6cm大の膿瘍に対し、経皮経肝膿瘍ドレナージを施行し、抗菌療法を開始した。3ヶ月前のCTと比較し、遺残していた脾管ロストステントが残脾から脱落し、肝内胆管へ迷入していた。肝膿瘍の誘因となった可能性を考慮し、第6病日にShort type single balloon内視鏡を用いてERCPを行った。胆管空腸吻合部から肝左葉にかけてロストステントが迷入していた。ステントは把持鉗子で抜き回収した。肝内結石はなく、肝膿瘍と胆管の交通は確認されなかった。その後も抗菌療法を継続し、肝膿瘍は改善傾向にあり、第23病日に軽快退院となった。【考察】脾頭十二指腸切除術後に脾管ロストステントが肝内胆管に迷入した一例を経験した。ステントは術後偶発症予防目的で留置されるが、本例のように脱落後肝内に迷入することもあり、術後の経過観察においてはステントの動態にも注意する必要がある。

92 正中弓状靱帯圧迫症候群を背景にした脾仮性動脈瘤破裂の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 放射線科

○石瀬 裕子¹、小林 陽介¹、玉腰 裕規¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、丹羽 智之¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、鏡 卓馬¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、片山 元之²

【症例】66歳男性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】前立腺癌治療後、脾炎歴なし【内服薬】なし【嗜好歴】飲酒、喫煙なし【病歴】突発性難聴に対して耳鼻科にてステロイド治療(ヒドロコルチゾンコハク酸ナトリウム400mg/日)を8日間施行後、39℃台の発熱、悪寒、戦慄を認めた。血液検査で肝胆道系酵素の軽度上昇を認め、当科に相談あり。腹部US、造影CT検査で精査を行ったが、肝胆道系の異常や熱源は指摘できなかった。血液培養では、Enterobacter aerogenesを認め、敗血症に対して抗菌療法を行った。翌日、突然の腹痛、嘔吐、血圧低下(80/60mmHg)を認め、貧血も進行した(Hb14.0→10.8g/dL)。造影CTでは、十二指腸下部～右後腹膜周囲に血腫と考えられる高吸収域を認め、脾頭部周囲に仮性動脈瘤が疑われ出血源と考えられた。緊急腹部血管造影検査を施行したところ、下脾十二指腸動脈由来の仮性動脈瘤破裂と診断し、NBCAにて止血した。CT、血管造影検査もあわせると正中弓状靱帯圧迫症候群と認められ、下脾十二指腸動脈は発達した側副血管から分岐していた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸下部に暗赤調の粘膜下血腫様変化があったが、虚血性変化は認めなかった。治療後再出血もなく経過し、第33病日に軽快退院となった。十二指腸周囲の血腫はその後のCTで消退した。【考察】正中弓状靱帯圧迫症候群を背景にした、脾仮性動脈瘤破裂の一例を経験した。発症前日のCTでは仮性動脈瘤は指摘できなかった。ステロイド治療や敗血症により血行力学的負荷がかかり、急激に仮性動脈瘤を形成し破裂したと考えられた。正中弓状靱帯圧迫症候群では、脾十二指腸動脈アーケードが発達し動脈瘤を形成しやすく、全身状態へ影響をきたした状態の際は、動脈瘤の発生や出血に十分な注意が必要と考えられた。

93 部分的脾動脈塞栓術が奏功した肝内外門脈血栓症に伴う Portal Hypertensive Colopathy の1例

¹西伊豆健育会病院 内科、²静岡県立総合病院 消化器内科
○尾崎 友香¹、寺田 修三¹、河嶋 健²、石黒 友也²、真鍋 藍璃²、
浅原 和久²、大津 卓也²、増井 雄一²、松田 昌範²、
板井 良輔²、川合 麻実²、遠藤 伸也²、白根 尚文²、
黒上 貴史²、川口 真矢²、大野 和也²

はじめに：門脈圧亢進による消化管出血は胃や小腸が原因となることが多いが、大腸出血をきたす病態として門脈圧亢進性大腸症（PHC）が知られている。PHCに対して部分的脾動脈塞栓術（PSE）が奏功した例はこれまで1例が報告されるのみである。今回我々は肝内外門脈血栓症に伴うPHCに対して、PSEにより良好な転帰が得られた一例を経験したため報告する。症例：50代女性 病歴：X-36年に肝内胆管結石症に対して肝左葉切除・胆管空腸吻合が施行された。X-1年5月に肝内結石再燃による胆管炎を発症した。ERCP後重症急性膵炎をきたし、肝外から区域枝にまで及ぶ肝内外門脈血栓を合併した。肝内結石は経皮的に除去された。7月に未破裂食道静脈瘤に対し内視鏡的静脈瘤結紮術が施行された。11月に巨大子宮筋腫摘出術が施行され、術後より暗赤色便を繰り返しX年2月に当院初診となった。造影CTでは肝内外門脈血栓により癒痕化した門脈と求肝性の側副血行路の著明な発達および巨脾をみとめ、小腸内視鏡にて胆管空腸吻合部の静脈瘤破裂と診断して止血した。7月から9月にかけて頻回の血便をきたし、回腸末端までには血液貯留なく結腸内にはのみ血液貯留をみとめた。大腸出血と診断し、左側結腸で毛細血管拡張・発赤斑をみとめPHCと診断した。活動性の出血はないものの、病変はAPCの刺激で漏出性出血が惹起された。β blocker導入の上、2か月に6度のAPCを繰り返したが血便は続き合計20単位の輸血を要し、PSE施行の方針となった。脾臓の中・下極枝に対して塞栓を施行し約70%の梗塞に成功した。以降は再出血なく現在まで1年半が経過している。考察：PHCに対する治療としてはβ blocker投与やAPCが行われるが難治例もある。難治例に対しては門脈減圧術として肝内門脈静脈短絡術や外科的吻合術が考慮されるが本症例では門脈閉塞によりこれらの処置は困難と考えられた。脾摘は検討されたがリスクが懸念されPSEが選択された。本症例のように他の治療法が困難な難治性PHCに対してもPSEは有効な治療法であると考えられた。

95 短期間に再燃した特発性気腹症の1例

紀南病院 外科
○草深 智樹、加藤 弘幸、金森 泰光

特発性気腹症は消化管穿孔が無いにもかかわらず、腹腔内に遊離ガスが生じる疾患であり、しばしば腹膜刺激兆候を欠き、保存的加療により軽快することが報告されている。今回、短期間に再燃した特発性気腹症の1例を経験したので報告する。症例は67歳、男性。統合失調症にて他院入院中に腹部違和感を訴え、CT施行されたところ、腹腔内遊離ガスを指摘され、消化管穿孔疑いで当院救急搬送となった。来院時、バイタルサインは安定し、腹膜刺激兆候は認めなかった。採血検査ではCRPやWBCの上昇は認めなかった。当院でCT再検査したところ、上腹部を中心に腹腔内遊離ガスを多量に認めた。患者自身のキャラクターもあり、痛みの評価が困難であり、重篤化するリスクもあったため、上部消化管穿孔に疑いにて緊急手術の方針とした。手術所見では、上腹部小切開を行うと、腹膜を切開した時点で空気の漏出を認めた。腹水の貯留はなく、汚染部位は確認できなかった。Kocher授動を行い、十二指腸下行脚周囲も入念に観察したが、明らかな穿孔部位は同定できなかった。確認できる範囲で小腸、大腸を検索したが、穿孔部位は同定できず、下行脚背側にドレーンを留置して手術を終了した。術後経過は良好であり、術後3日目に食事開始したがドレーン汚染も無く、術後21日目に転院となった。その1ヶ月後に再度、他院より、嘔吐時に撮影した腹部CTで腹腔内遊離ガスを認めるとのことで紹介されたが、前回同様に身体・採血所見に異常を認めず、特発性気腹症の診断にて保存的加療を行った。入院中に自覚症状の増悪もなく、食事摂取再開後も問題なく経過し、退院となった。現在まで再燃を認めていない。消化管穿孔の疑いがある場合に、手術加療を躊躇すべきではないが、本症例のように炎症反応の上昇がなく、腹部初見の乏しい腹腔内遊離ガス症例を認めた場合は、特発性気腹症も考慮する必要があり、侵襲的処置を回避できる可能性があると思われる。

94 手術困難な腹膜播種による closed-loop 型腸閉塞に対して経直腸的 EUS ガイド下ドレナージが有効だった1例

¹済生会松阪総合病院 内科、²済生会松阪総合病院 外科
○田中 隆光¹、橋本 章¹、澤井 翔馬¹、小野 隆弘¹、
田原 雄一¹、黒田 直起¹、吉澤 尚彦¹、福家 洋之¹、
青木 雅俊¹、河俣 浩之¹、脇田 喜弘¹、清水 敦哉¹、
近藤 昭信²

【症例】60歳代、男性【現病歴】X-4年4月S状結腸癌閉塞T4b（小腸、左尿管）NOMO StagelICにて緊急Hartmann手術、小腸部分切除を施行。術後化学療法を行ったのち、X-4年11月人工肛門閉鎖、左尿管周囲遺残腫瘍摘出を行い、術後X-3年12月に化学療法を一旦中止した。X-2年8月腹膜播種再発を来した化学療法を再開するも、腸閉塞となりバイパス手術、回腸人工肛門増設となった。その後小腸穿孔にて開腹手術を1回、保存的治療を1回行った。化学療法を変更し継続するも、X-1年10月骨盤内にclosed-loop型腸閉塞再燃と拡張腸管の圧排による左水腎症を認め入院となった。【経過】外科医師と協議し、手術加療は困難と判断した。CT上、腸閉塞の責任病変は直腸近傍に認め、経直腸的超音波内視鏡（EUS）ガイド下ドレナージが有効な可能性を考え施行した。コンベックス型EUSをX線透視下に経肛門的に挿入し、直腸からの観察で直腸壁に隣接した拡張腸管を認めた。19G針にて病変を穿刺した。透視下でガイドワイヤーを病変内に誘導した。10Fr.のダイレーターカテーテルにて刺入部を拡張し、ガイドワイヤー下に7Fr.両端pig tailのプラスチックステントを留置し終了した。ドレナージ術後に、腹痛は消失し、翌日にはCTにて腸閉塞解除と水腎症消失を確認した。術後4日目にステント留置したまま退院した。術後5か月目の現在、腸閉塞の再燃はなく化学療法も継続できている。【考察】保存的加療が困難な腸閉塞の治療の第一選択は外科的手術であるが、時に本症例のように手術加療が困難な症例も存在する。我々が検索した限りでは、経結腸的にEUS下で腸閉塞ドレナージを施行した報告は1例あった。今後さらなる検討次第ではEUSガイド下ドレナージも腸閉塞の治療選択肢の一つになりうるかもしれない。【結語】手術困難な腹膜播種によるclosed-loop型腸閉塞に対して経直腸的EUSガイド下ドレナージが有効だった1例を経験した。