

日本消化器病学会東海支部第135回例会

第 46 回 教 育 講 演 会

プログラム抄録集

会 長 片岡洋望
(名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学)

日 時 2021年12月11日 (土) 午前 9 時より

会 場 ウインクあいち (ハイブリッド開催)
〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4-4-38
TEL (052) 571-6131

総合受付	10 F	1008会議室
PC 受付	10 F	1007会議室
第 1 会場	10 F	1001会議室
第 2 会場	10 F	1002会議室
第 3 会場	9 F	901会議室
第 4 会場	9 F	902会議室
第 5 会場	9 F	903会議室
幹事会	9 F	907会議室

(附 第122回市民公開講座プログラム)

2021年12月12日 (日)

名古屋市立大学 川澄キャンパス「さくら講堂」

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	6
シンポジウム・共催セミナーのご案内	7
第22回専門医セミナーのご案内	9
第46回教育講演会のご案内	10
第122回市民公開講座のご案内	11
第46回教育講演会プログラム	15
第46回教育講演会抄録	16
シンポジウムプログラム	26
シンポジウム抄録	30
一般演題プログラム	40
一般演題抄録	62
協賛企業一覧・広告	87

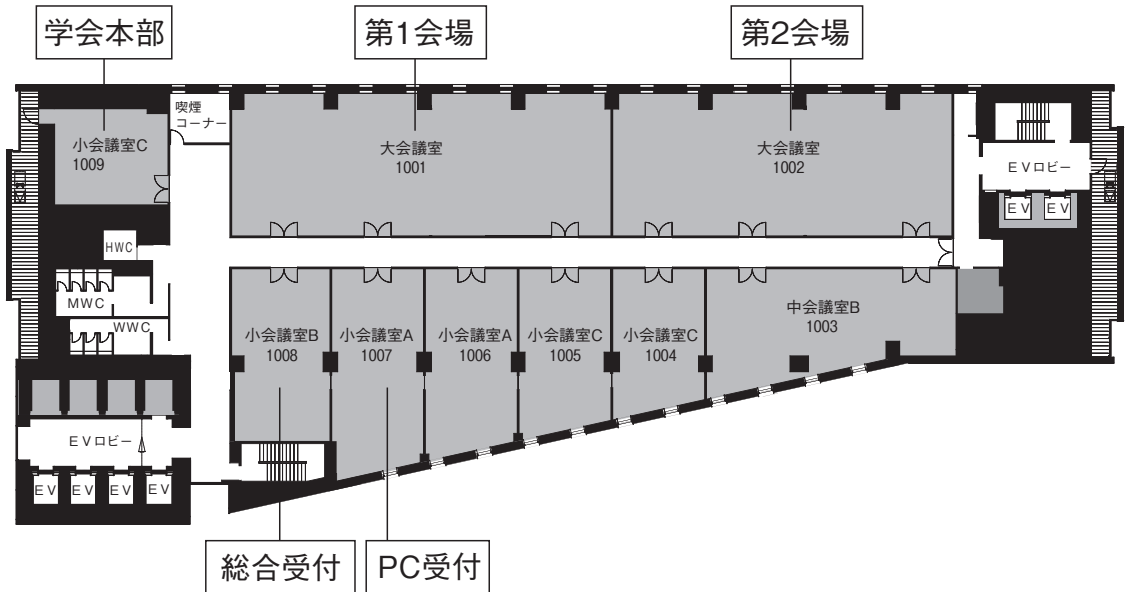
交通のご案内



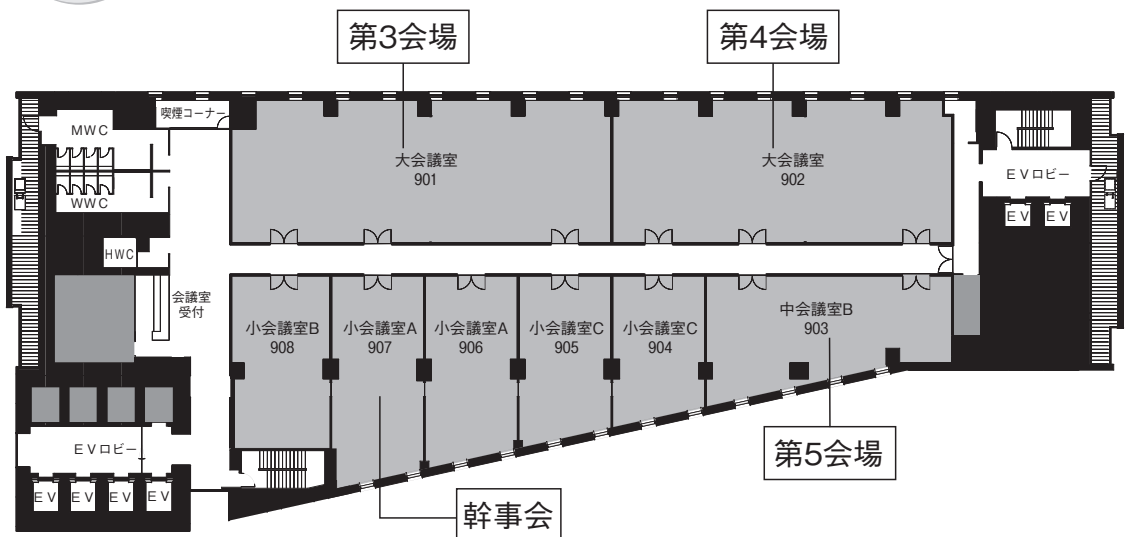
※有料駐車場がございますが、台数に限りがありますので、公共交通機関をご利用ください。
※駐車場等の割引はございません。

会場のご案内

10F



9F



プログラム&会場早見表

	第1会場 10F 1001	第2会場 10F 1002	第3会場 9F 901	第4会場 9F 902	第5会場 9F 903	幹事会会場 9F 907
09:00	開会の辞					
09:30	09:00-10:00 教育講演1 【肝】 講師：藤原 圭 司会：片野義明			09:00-11:30 シンポジウム1	9:00-9:28 膵臓1	
10:00			10:00-10:35 小腸1	『消化管疾患診断・ 治療の最前線』	9:30-9:58 膵臓2	
10:30	10:00-11:00 教育講演2 【胆膵】 講師：川嶋啓揮 司会：原 和生			司会：船坂好平 小笠原尚高	10:00-10:35 膵臓3	
11:00			10:35-11:10 小腸2		10:45-11:13 胆嚢1	幹事会 10:30-11:30
11:30					11:15-11:43 胆嚢2	
12:00	スポンサード講演1 11:30-12:30 講師：杉本 健 司会：大宮直木 共催：武田薬品工業(株)	専門医セミナー 『膵腫瘍』 11:30-12:30	スポンサード講演2 11:30-12:30 講師：藤原靖弘 司会：八木信明 共催：アストラゼネカ(株)		11:45-12:27 食道	
12:30						
13:00	ランチョンセミナー1 12:40-13:40 講師：佐々木誠人 司会：堀木紀行 共催：ビオフェルミン製薬(株) 大正製薬(株)	評議員会 12:40-13:40	ランチョンセミナー2 12:40-13:40 講師：室 圭 司会：竹内裕也 共催：小野薬品工業(株)	評議員会 (中継) 12:40-13:40		
13:30						
14:00	スポンサード講演3 13:50-14:50 講師：坂本直哉 司会：清水雅仁 共催：中外製薬(株)	スポンサード講演4 13:50-14:50 講師：鈴木秀和 司会：春日井邦夫 共催：(株)ツムラ	スポンサード講演5 13:50-14:50 講師：正宗 淳 司会：廣岡芳樹 共催：ヴァイアトリス製薬(株)		13:50-14:11 その他	
14:30					14:15-14:50 大腸1	
15:00		15:00-15:28 胃・十二指腸1	15:00-15:28 肝臓1		14:50-15:25 大腸2	
15:30	15:00-16:00 教育講演3 【上部消化管】 講師：丸山保彦 司会：丹羽康正	15:30-16:05 胃・十二指腸2	15:30-15:58 肝臓2	14:50-17:30 シンポジウム2	15:35-16:10 大腸3	
16:00			16:00-16:28 肝臓3	『肝胆膵疾患診断・ 治療の最前線』	16:10-16:45 大腸4	
16:30	16:00-17:00 教育講演4 【下部消化管】 講師：長坂光夫 司会：谷田諭史	16:05-16:40 胃・十二指腸3	16:30-16:58 肝臓4	司会：石上雅敏 内藤 格	16:45-17:20 大腸5	
17:00						
17:30				閉会の辞		

お知らせ・お願い

本会は現地会場と Web 会議システム「Zoom」による配信を併用したハイブリッド形式にて開催いたします。

新型コロナウイルス感染拡大の観点から、**現地参加は登壇者および関係者のみといたします。**

参加のみの方はオンライン上で視聴して頂きますようご理解ご協力をお願いいたします。

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。

学会会場には参加受付を設けませんので、**必ずご来場前にオンライン参加登録をお済ませください。**

■支部例会のご案内

参加費：1,000円

オンライン参加登録制です。領収書・参加証は参加登録システムからダウンロードしてください。
(参加証発行期間：視聴後～2022年1月20日)

■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。）

（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。）

オンライン参加登録制です。領収書・参加証は参加登録システムからダウンロードしてください。
参加証は、現地参加または Web 視聴をし、かつ講演ごとのセルフトレーニング問題への回答が確認できた方に対して午前の部・午後の部に分けて発行いたします。

（参加証発行期間：会期約10日後～2022年1月20日）

■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）

支部例会への参加登録が必要です。参加証は参加登録システムからダウンロードしてください。
(参加証発行期間：会期約10日後～2022年1月20日)

■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

■評議員会のご案内

日時：2021年12月11日（土）12：40～13：40

会場：10F 1002会議室（第2会場）

※昼食をご用意いたします。

■座長・演者へのご案内

座長・演者の先生は、ご来場の上ご司会・ご発表をお願いいたします。

総合受付…10F 1008会議室、PC 受付…10F 1007会議室

《座長の先生方へ》

1. ご担当セッションの開始20分前までに「総合受付」へ立ち寄り、ご到着をお知らせください。
2. 質疑は現地会場と Web 上から受け付けます。
Web 参加者からの質問は、Zoom の「Q&A」機能で受け付ける形式を予定しております。
3. いずれの会場も時間厳守とし、プログラム通りの進行にご協力ください。

《演者の先生方へ》

シンポジウム①	口演 7 分	質疑応答 2 分	総合討論なし
シンポジウム②	口演 7 分	質疑応答 2 分	総合討論なし
一般演題	口演 5 分	質疑応答 2 分	

ご来場されましたら、まず「総合受付」へ立ち寄り、ご到着をお知らせください。

その後、ご発表セッションの開始30分前までに「PC 受付」にてデータ受付を行ってください。

※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。

■ Web 参加の方へのご案内

1. 当日スムーズにご参加頂くため、事前に「Zoom」のアプリケーションをインストールしてください。
(Zoom アプリのダウンロードページ：<https://zoom.us/download>)
2. 当日の発表・講演の録画は禁止といたします。
3. 演者への質問は、Zoom の「Q&A」機能で受け付け、座長が代読する形式を予定しております。
進行の都合上、全ての質問を取り上げられない場合がありますので予めご了承ください。

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、フル HD (1920×1080、16:9) 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です。薄型 PC では特殊なコネクタ形状になっているものもありますので、必ず付属の変換アダプターを予めご確認の上、ご用意をお願いいたします。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分前までに「PC 受付」にてデータ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 『消化管疾患診断・治療の最前線』

会 場：第 4 会場

時 間：9：00～11：30

司 会：藤田医科大学 消化器内科学
愛知医科大学 消化管内科

船坂 好平
小笠原尚高

シンポジウム 2 『肝胆膵疾患診断・治療の最前線』

会 場：第 4 会場

時 間：14：50～17：30

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

石上 雅敏
内藤 格

ランチョンセミナー 1 『腸内細菌と消化管疾患 ～多臓器連関～』

会 場：第 1 会場

時 間：12：40～13：40

共 催：ビオフェルミン製薬株式会社／大正製薬株式会社

講 師：愛知医科大学 消化管内科

佐々木誠人

司 会：三重大学医学部附属病院 消化器病センター

堀木 紀行

ランチョンセミナー 2 『胃癌薬物療法における ICI の位置づけ』

会 場：第 3 会場

時 間：12：40～13：40

共 催：小野薬品工業株式会社

講 師：愛知県がんセンター 薬物療法部

室 圭

司 会：浜松医科大学医学部 外科学第二講座（消化器・血管外科学分野）

竹内 裕也

スポンサード講演 1 『潰瘍性大腸炎の病態メカニズムから考えた Bio 治療戦略』

会 場：第 1 会場

時 間：11：30～12：30

共 催：武田薬品工業株式会社

講 師：浜松医科大学 内科学第一講座

杉本 健

司 会：藤田医科大学 先端光学診療学講座

大宮 直木

スポンサード講演2 『GERDの治療戦略～新GERD診療ガイドラインを含めて～』

会 場：第3会場

時 間：11：30～12：30

共 催：アストラゼネカ株式会社

講 師：大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学

藤原 靖弘

司 会：朝日大学病院 消化器内科

八木 信明

スポンサード講演3 『肝癌薬物療法の現況と将来展望』

会 場：第1会場

時 間：13：50～14：50

共 催：中外製薬株式会社

講 師：北海道大学大学院医学研究院 消化器内科学

坂本 直哉

司 会：岐阜大学大学院 消化器内科学

清水 雅仁

スポンサード講演4 『機能性ディスペプシアの診療：和漢薬の国際的位置付け』

会 場：第2会場

時 間：13：50～14：50

共 催：株式会社ツムラ

講 師：東海大学医学部内科学系 消化器内科学

鈴木 秀和

司 会：愛知医科大学 内科学講座（消化管内科）

春日井邦夫

スポンサード講演5 『慢性膵炎診療ガイドライン2021を読み解く』

会 場：第3会場

時 間：13：50～14：50

共 催：ヴィアトリス製薬株式会社

講 師：東北大学大学院 医学研究科 消化器病態学

正宗 淳

司 会：藤田医科大学 医学部 消化器内科学

廣岡 芳樹

第22回専門医セミナーのご案内

会 場：第2会場

時 間：11：30～12：30

テ ー マ：「膵腫瘍」

座 長：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

症例提示：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 吉田 道弘

討 論 者：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山田 玲子

討 論 者：岐阜大学医学部附属病院 第1内科 上村 真也

討 論 者：愛知医科大学 肝胆膵内科 井上 匡央

第46回教育講演会のご案内

会 場：第1会場

時 間：9：00～17：00

教育講演1 ウイルス肝炎の最近の話題

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

藤原 主

司会：藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科

片野 義明

教育講演2 胆道癌・膵癌の診断と治療

講師：名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

川嶋 啓揮

司会：愛知県がんセンター 消化器内科

原 和生

教育講演3 最近注目される自己免疫性胃炎（A型胃炎）について

講師：藤枝市立総合病院

丸山 保彦

司会：愛知県がんセンター

丹羽 康正

教育講演4 炎症性腸疾患の診断と治療

講師：藤田医科大学 消化器内科学

長坂 光夫

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

谷田 諭史

第122回市民公開講座のご案内

日 時：2021年12月12日（日） 13：00～15：00

会 場：名古屋市立大学 川澄キャンパス「さくら講堂」

司 会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 片岡 洋望

おなかのがん診療最前線

講演1 「食道がんの新たな診療」

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

西江 裕忠

講演2 「ロボット手術が変えるこれからの癌治療」

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学

瀧口 修司

講演3 「大腸がんに対する内科的治療の最前線」

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

志村 貴也

講演4 「肝臓がんの最新治療」

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

松浦健太郎

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46回教育講演会プログラム

第1会場

教育講演 1 9:00-10:00

司会：藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科

片野 義明

ウイルス肝炎の最近の話題

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 藤原 圭

教育講演 2 10:00-11:00

司会：愛知県がんセンター 消化器内科

原 和生

胆道癌・膵癌の診断と治療

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

教育講演 3 15:00-16:00

司会：愛知県がんセンター

丹羽 康正

最近注目される自己免疫性胃炎（A型胃炎）について

藤枝市立総合病院 丸山 保彦

教育講演 4 16:00-17:00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

谷田 諭史

炎症性腸疾患の診断と治療

藤田医科大学 消化器内科学 長坂 光夫

1) ウイルス肝炎の最近の話題

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 藤原 圭

ウイルス肝炎の治療は慢性肝炎から肝硬変への進行を抑え、さらに肝細胞癌の抑制という点から重要となるが、本講演では最近のB型肝炎、C型肝炎の治療の進歩について述べる。

B型肝炎では、インターフェロン (IFN) にポリエチレングリコール (PEG) を付加した PEG-IFN や核酸アナログ製剤によるウイルス抑制により肝機能障害を改善させ、肝疾患の進行を抑え、肝発癌を減少させる効果が得られている。有効性の高い核酸アナログ製剤としてエンテカビルと2種類のテノホビル (テノホビルジソプロキシル、テノホビルアラフェナミド) が使用可能である。治療適応となる患者はB型慢性肝炎では ALT ≥ 31 IU/L かつ HBV DNA ≥ 3.3 logIU/ml の患者、そして肝硬変患者では ALT が正常であっても HBV DNA が陽性であれば治療対象となる。また、B型肝炎については抗がん剤や免疫抑制剤によるB型肝炎再活性化、de novo 肝炎についても注意が必要である。

C型肝炎については、ここ数年で飛躍的な治療薬の進歩がみられる。1992年にC型肝炎に対してIFN単独治療が行われ、それ以降、PEG-IFN、リバビリンの併用、さらにそれにプロテアーゼ阻害剤を追加する治療と、20年以上にわたりIFNを基本とした治療が行われてきたが、2014年からIFNを用いない、経口剤だけの治療、アスナプレビル+ダクラタスビルによる治療が始まり、次々に効果の高い直接作用型抗ウイルス剤 (DAA) が導入され、現在、レジバスビル+ソホスブビル合剤 (ハーボニー)、グレカプレビル+ピブレンタスビル合剤 (マヴィレット)、そしてソホスブビル+ベルパタスビル合剤 (エプクルーサ) が主に用いられる治療となっている。ソホスブビル+ベルパタスビル合剤については非代償性肝硬変や過去にDAA治療を行い治癒が得られなかった症例で適応となる。現在でもHCVセログループ・遺伝子型やHCV RNA量は临床上測定されるが、日本の主たるウイルスタイプでは以前のようなセログループ・遺伝子型やHCV RNA量により治療法や治療効果が異なるということとはなくなり、治療効果も95-100%と非常に高い治療効果が得られるようになっている。現在の問題は、未治療の患者をいかに治療に導くか、さらに過去にIFN主体の治療で治癒しなかったが、その副作用に苦しみ、以降の治療を希望していない患者をいかに治療に向かわせるかが問題となっている。またC型肝炎治療治癒後の肝発癌については治療治癒後10年以上経過して肝細胞癌が発生する症例もみられ、それらの患者の肝細胞癌をいかに早期発見するかが問題となる。

職 歴

1996年 3 月 名古屋市立大学医学部 卒業
1996年 4 月 名古屋市立大学病院 研修医
1998年 4 月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科
2002年 4 月 名古屋市立大学大学院医学研究科 博士課程
2005年 4 月 米国国立衛生研究所 リサーチフェロー
2007年12月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科
2011年 4 月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科 副部長
2013年 4 月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 病院講師
2017年 8 月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 講師
2019年 7 月 名古屋市立大学病院 肝臓内科 副部長
2020年 6 月 名古屋市立大学病院 肝疾患センター センター長

所属学会・認定医等

日本内科学会認定医・総合内科専門医・指導医・東海支部評議員
日本消化器病学会専門医・指導医・東海支部評議員
日本肝臓学会認定肝臓専門医・指導医・西部会評議員
日本消化器内視鏡学会専門医
日本肝癌研究会
日本肝がん分子標的治療研究会
日本医師会認定産業医
日本ウイルス学会
日本感染症学会
肝細胞研究会

2) 胆道癌・膵癌の診断と治療

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

画像診断が進歩した今日でも胆管狭窄病変の診断は困難であることが多い。また、膵癌の治療は日進月歩でありパネル検査の効率的な利用などが模索されている。今回は、胆道癌の診断と肝門部領域胆管癌を中心としたドレナージ、切除不能膵癌の治療方針を中心に、その実際と最近の動向を概説する。

1：胆道癌の診断とドレナージ

胆道狭窄病変の良悪性鑑別診断はときに困難である。画像診断にて良性胆道疾患（原発性硬化性胆管炎やIgG4関連硬化性胆管炎；IgG4-SC）に特徴的な画像所見が得られれば診断可能である。しかし、胆道癌を病理学的に診断可能な経乳頭の胆管生検の感度が低いため、IgG4-SCとの鑑別に苦慮してステロイドトライアルを施行したり、癌のエビデンスが得られない状態で手術施行する症例も少なくない。経乳頭の胆管生検の感度には、黄疸、胆管炎や前ドレナージの有無が影響すると言われているが、実際の成績を示した報告はなくドレナージ前後どちらで生検した方がいいかなどのエビデンスはない。最近では生検鉗子の胆管内挿入、目的とする胆管枝までの挿入を容易にするイントロデューサーが発売され今後成績の上積みが期待される。肝門部領域胆管癌の術前ドレナージには経鼻胆管ドレナージ（ENBD）がひろく行われてきたが、患者の苦痛が大きいため最近ではtube stentを乳頭を越えて胆管内に挿入するinside stentを行う施設が増えてきた。当科の成績ではENBDとinside stentで遜色はない結果が得られている。手術不能例のドレナージは、金属ステント（SEMS）の複数本留置などが行われてきたが、inside stent、EUSを用いた経胃胆道ドレナージ（EUS-HGS）の登場により、ストラテジーの更新が行われつつある。当科でははじめはinside stent、頻回の胆管炎を起こす場合、右胆管はSEMSによる経乳頭的ドレナージ、左胆管はEUS-HGSでドレナージなど解剖学的な背景のみではなく、化学療法の効果、予後など考慮してドレナージ方法を考えている。

2：膵癌の治療

2019年の膵癌診療ガイドラインの改定により、切除可能膵癌に対しても術前化学療法が推奨され、レジュメは微妙に異なるが全膵癌ではじめに化学療法（±放射線療法）が行われるようになった。切除不能膵癌の一次化学療法として、ガイドライン上はゲムシタビン単独からFOLFIRINOXまで推奨されていて至適レジュメははっきりしないが、一般的にはゲムシタミン+ナブパクリタキセル（GnP）かFOLFIRINOXが行われることが多い。近年、MSI-Highに対するペムブロリズマブ単独療法が保険収載されたが、膵癌では頻度が非常に低いので実用性に乏しい。一方、BRCA1/2変異陽性膵癌に対するオラパリブが、白金系抗悪性腫瘍剤を含む一次化学療法を16週間以上継続された後、

疾患進行が認められていない遠隔転移を有する症例に適応となった。こちらは膵癌症例の5-7%で陽性になるとされているが、Germline 変異であるため家族も含めた遺伝子カウンセリングを要することに注意が必要である。EUS-FNA や手術で得られた組織を用いたがん遺伝子パネル検査についても膵癌では癌組織量が少ないことが問題視されており、血液を用いた liquid biopsy でのパネル検査が可能となったので今後の有用性の検討が期待される。高齢者の治療や二次化学療法の内容などまだまだ解決すべき問題は多い。

本講演では当院の実際の症例・成績を提示し、最近のエビデンス・研究成果など述べてみたい。

略 歴

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

主な所属学会・資格・役職等

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

3) 最近注目される自己免疫性胃炎 (A 型胃炎) について

藤枝市立総合病院 丸山 保彦

Helicobacter pylori (HP) の除菌が進み内視鏡検診も広がりつつある中で自己免疫性胃炎 (Autoimmune gastritis: AIG) が予想以上に多いことが報告され、post HP の胃疾患の一つとして注目されてきている。

A 型胃炎は Strickland & Mackay が胃炎分類の中で提唱した概念で、彼らは慢性胃炎を AIG に相当する A 型胃炎と HP による B 型胃炎に分類した。B 型胃炎では萎縮が幽門腺領域から始まり胃体部へ進展するのに対して、A 型胃炎では自己免疫機序により胃底腺領域を中心に炎症、萎縮性変化を来す。原著では A 型胃炎は AIG の終末期の病態を指しているが、今回は区別せず A 型胃炎を AIG、B 型胃炎を HP 胃炎とする。

AIG では壁細胞のプロトンポンプに対する抗胃壁細胞抗体により壁細胞を含む胃底腺が高度に破壊され胃酸分泌が低下し、幽門腺領域に存在する G 細胞の過形成を生じ高ガストリン血症を起こす。もうひとつの自己抗体である抗内因子抗体 (IFA: Intrinsic Factor Antibody) はビタミン B12 の吸収を傷害し悪性貧血や末梢神経障害や亜急性連合脊髄変性症を合併する。

発見契機は過去には大球性貧血から診断される事が多かったが、最近では ABC 胃癌リスク検診の D 群や HP 除菌困難と思われていた「泥沼除菌」例、内視鏡検診からも診断されるようになってきた。

AIG の診断基準は現在のところ定められていないが、日本消化器内視鏡学会の附置研究会「A 型胃炎の診断基準確立に関する研究会」(代表世話人：鎌田智有先生) で確診例の診断については方向性が定まりつつある。講演では AIG の内視鏡所見、血液検査、組織検査について現在附置研から公表されている確診例の診断基準 (案) を提示し診断のポイントについて解説する。

合併症として NET、胃がん、自己免疫性多内分泌症候群、鉄・ビタミン B12 欠乏が挙げられる。AIG に発生する胃 NET は Rindi 1 型に分類され、良好な予後を考慮し JNETS が治療ガイドライン第 2 版 (2019 年) では内視鏡切除に加えて経過観察も併記された。胃がんについては隆起性病変で高分化型の胃型粘液形質を示す病変が多く、リスクとして悪性貧血の合併、高度萎縮、腸上皮化生、長期罹患、50 歳以上等が挙げられている。しばしば合併する自己免疫性甲状腺疾患は自己免疫性多内分泌腺性症候群 3 B 型に分類されている。鉄欠乏性貧血や悪性貧血に対する補充は非経口的投与が必要とされてきたが、実際には経口投与でも治療効果が得られる症例が多い。

略 歴

【学歴】

昭和63年 3 月 浜松医科大学医学部医学科 卒業
平成 6 年 4 月 浜松医科大学大学院医学研究科 入学
平成10年 3 月 同修了

【職歴】

昭和63年 6 月 浜松医科大学医学部附属病院 研修医
平成元年 6 月 沼津医師会病院 内科医員
平成 2 年 6 月 藤枝市立志太総合病院 消化器科医員
平成10年 4 月 浜松医科大学附属病院 第一内科医員
平成11年 6 月 藤枝市立総合病院 消化器科医長
平成18年 4 月 同 消化器科長
平成24年 4 月 同 統括診療部長
平成28年 4 月 藤枝市立総合病院 副院長
現在に至る

主な所属学会・資格・役職等

日本消化器病学会 指導医・専門医・評議員
日本内科学会 指導医・総合内科専門医・評議員
日本消化器内視鏡学会 東海支部幹事・指導医・評議員・和文誌査読委員
日本消化管学会 代議員・胃腸科専門医
日本ヘリコバクター学会 評議員・ピロリ菌感染症認定医
日本潰瘍学会
早期胃癌研究会 運営委員

4) 炎症性腸疾患の診断と治療

藤田医科大学 消化器内科学 長坂 光夫

クローン病 (Crohn's disease: CD)、潰瘍性大腸炎 (Ulcerative colitis: UC) をはじめとする炎症性腸疾患 (Inflammatory bowel disease: IBD) は原因不明の難治性疾患であり、かつては elemental diet (ED) を主体とした栄養療法と薬物療法としては 5 アミノサリチル酸製剤 (5ASA) や副腎皮質ステロイド剤が用いられた。しかし、治療抵抗性の難治例も多く存在し、ステロイド剤長期投与による副反応が出現する症例や活動性を抑制することが困難なため瘻孔や狭窄、膿瘍などの腸管合併症を併発して手術に至る症例も多く存在した。近年の生物学的製剤の開発により難治性 IBD に対する治療成績は飛躍的に向上したが、それでもなお生物学的製剤無効例や効果減弱・2 次無効といった生物学的製剤抵抗例が出現し治療に難渋する症例が存在する。IBD に対して現在本邦では 3 種類の抗 TNF 製剤と抗 IL12/23 抗体、 $\alpha 4\beta 7$ インテグリン阻害剤、更には JAK 阻害剤が使用可能になった。また、カルシニューリン阻害剤やニューステロイドとしてブデソニド内服薬、ブデソニド注腸フォーム剤などが開発されて治療の幅が格段に広がったと言える。我々は IBD に対して多くの治療薬剤を得たが、これらの薬剤を使いこなす為には使用薬剤の特徴を良く理解すること、そして考えられる鑑別診断や併存疾患をよく理解する事が重要である。

クローン病の自然史は初期病変と考えられるアフタ様病変 / 潰瘍が不整形潰瘍へと増悪し、縦列傾向を示し癒合して典型像である縦走潰瘍、敷石様外観へと進展し、やがて狭窄、瘻孔、膿瘍などの合併症を形成すると考えられる。鑑別疾患は腸結核、collagenous colitis、腸型ベーチェット病、虚血性大腸炎、NSAIDs 起因性腸炎、腸管気腫症、CEAS (非特異性多発性小腸潰瘍症) などがある。潰瘍性大腸炎は一般に直腸から炎症が連続性、瀰漫性に大腸全域に進展し、時に十二指腸や小腸にも波及する。直腸炎型、遠位型、左側大腸炎型、全大腸炎型が主たる病型であるが稀に右側のみに病変を呈する右側型、直腸に病変を認めない Rectal sparing type などの区域性大腸炎を認める。虫垂開口部に非連続性病変を認めることはしばしば遭遇する。深掘れ潰瘍を呈する場合はサイトメガロウイルス感染を強く疑う。潰瘍性大腸炎は感染性腸炎と鑑別を要することが多く総合的に診断する必要がある。潰瘍性大腸炎の鑑別疾患として、アメーバ性大腸炎、カンピロバクター腸炎、サルモネラ腸炎、薬剤起因性腸炎、偽膜性大腸炎、クラミジア直腸炎などが挙げられる。

本教育講演では内視鏡所見を中心に IBD の診断と除外すべき鑑別診断、IBD 治療の基本を解説する。

略 歴

1995年 3 月 藤田保健衛生大学医学部卒業
1995年 4 月 名古屋第二赤十字病院研修医
1997年 4 月 藤田保健衛生大学消化器内科学医員
2002年 3 月 藤田保健衛生大学大学院医学研究科博士課程修了・学位取得
2002年 4 月 藤田保健衛生大学消化器内科学助手
2003年 5 月 スウェーデン・カロリンスカ大学病院消化器内科クリニカルフェロー
2004年10月 藤田保健衛生大学消化器内科学助手
2005年 1 月 藤田保健衛生大学消化器内科学助手・医局長
2006年 4 月 藤田保健衛生大学消化管内科学講師・医局長
(2011年 4 月～2014年 3 月 藤田保健衛生大学医療科学部兼任准教授)
2018年 4 月 藤田保健衛生大学病院 院長特任補佐
2018年10月 藤田医科大学に大学名変更
2020年 4 月 藤田医科大学消化器内科学Ⅰへ講座名変更
2021年 4 月 藤田医科大学消化器内科学へ講座名変更
現在に至る。

主な所属学会、資格、役職等

日本内科学会：認定内科医・指導医・東海地区評議員
日本消化器病学会：専門医・東海地区評議員
日本消化器内視鏡学会：専門医・指導医・東海地区評議員
日本消化管学会：認定医・専門医・指導医
日本大腸肛門病学会：専門医
日本小腸学会：学会評議員
日本カプセル内視鏡学会
日本炎症性腸疾患学会
〈その他資格〉
日本医師会認定産業医
愛知県難病指定医
愛知県小児慢性疾患指定医
身体障害者福祉法小腸機能障害指定医
厚生労働省難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班研究協力者

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 4 会場

9:00～11:30

司 会：藤田医科大学 消化器内科学 船坂 好平
愛知医科大学 消化管内科 小笠原尚高

『消化管疾患診断・治療の最前線』

- S1-1 局所進行直腸癌に対する術前化学療法を基本とした治療戦略、total neoadjuvant therapy (TNT) と非手術治療 (watch and wait strategy) の選択的導入について
名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科
○小倉 淳司、上原 圭、江畑 智希
- S1-2 大腸がん治療の最前線：高度進行直腸がんと結腸がんに対するロボット支援手術の導入から見据える今と未来
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、瀧口 修司
- S1-3 再発性クロストリジウム・デフィシル感染症に対する新鮮便・バンクドナー凍結便による好気的処理糞便移植の成績
¹藤田医科大学 先端光学診療学、²北里大学微生物学単位、³国立感染症研究所細菌第二部
○大宮 直木¹、阪口 義彦²、加藤 はる³
- S1-4 当院における腹膜垂炎12例の検討
春日井市民病院 消化器内科
○山本 友輝、林 則之、祖父江 聡
- S1-5 当院の UC 症例における Vedolizumab 使用例の臨床的検討
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内科
○福沢 一馬、濱島 英司、神岡 諭郎
- S1-6 当院におけるトファシチニブの潰瘍性大腸炎に対する有効性と副作用
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○西垣 瑠里子、尾関 啓司、片岡 洋望
- S1-7 難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入に対するウステキヌマブの有効性の検討
豊川市民病院 消化器内科
○稲垣 勇輝、溝下 勤、佐野 仁

- S1-8 当院での MREC、LRG を用いたクローン病モニタリングの試み（現状）
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○貫井 嵩之、水島 隆史、奥村 文浩
- S1-9 ロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコプロテインとクローン病の内視鏡的活動性との関係
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○河村 達哉、山村 健史、中村 正直
- S1-10 小腸腫瘍における腫瘍関連 microRNA-143, -145 の発現
¹ 藤田医科大学 消化器内科学、² 岐阜大学大学院連合創薬医療情報研究科・創薬科学
○中川 義仁¹、赤尾 幸博²、廣岡 芳樹¹
- S1-11 多発性大腸腺腫症に合併した胃癌の検討
¹ 浜松医科大学附属病院 内科学第一講座 消化器内科、
² 浜松医科大学附属病院 臨床検査医学講座
○杉浦 喜一¹、金子 雅直¹、岩泉 守哉²
- S1-12 家族性大腸腺腫症の患者における上部消化管病変の臨床病理学的特徴
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○林 完成、高田 淳、清水 雅仁
- S1-13 Stage4胃癌に対する治療戦略：ロボット手術＋化学療法
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
○佐川 弘之、小川 了、瀧口 修司
- S1-14 StageIV 胃癌に対する conversion surgery の適応とタイミング
¹ 浜松医科大学 医学部 外科学第二講座、
² 浜松医科大学 医学部 生活機能支援学講座
○菊池 寛利¹、平松 良浩²、竹内 裕也¹
- S1-15 食道表在癌の深達度診断における超音波内視鏡の有用性
聖隷浜松病院 消化器内科
○海野 修平、芳澤 社、細田 佳佐
- S1-16 当院における放射線治療後食道癌に対する内視鏡的ステント留置術の治療成績
愛知県がんセンター 内視鏡部
○神谷 友康、田近 正洋、丹羽 康正

シンポジウム2

第4会場

14:50～17:30

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石上 雅敏
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 内藤 格

『肝胆膵疾患診断・治療の最前線』

- S2-1 限局性肝癌に対するサイバーナイフを用いた動体追尾定位放射線治療経験
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○山本 健太、本多 隆、石上 雅敏
- S2-2 膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）の進行に対する遺伝子異常の分子病理学的検討
¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
²日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○浅野 剛¹、宮部 勝之^{1,2}、内藤 格¹
- S2-3 当院での膵悪性腫瘍に対するゲノム診療の現状及び EUS 下検体採取の成績について
愛知県がんセンター 消化器内科
○文原 大貴、奥野 のぞみ、原 和生
- S2-4 肝腫瘍に対するロボット支援下肝切除術の役割
¹藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学、²藤田医科大学 国際医療センター
○加藤 悠太郎¹、杉岡 篤²、宇山 一朗¹
- S2-5 ロボット支援下膵切除術の経験～導入から短期成績まで～
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
○齊藤 健太、松尾 洋一、瀧口 修司
- S2-6 非膵疾患におけるナファモスタットメシル酸塩の ERCP 後膵炎予防効果についての検討
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○羽根田 賢一、鈴木 雄太、奥村 文浩
- S2-7 バルーン内視鏡下 ERCP におけるハサミ型ナイフを用いたプレカット法
愛知医科大学 肝胆膵内科
○井上 匡央、伊藤 清顕、米田 政志
- S2-8 85歳以上の高齢者に対する総胆管結石治療の長期成績
伊勢赤十字病院 消化器内科
○中村 はる香、杉本 真也、村林 桃士

- S2-9 術後再建腸管の総胆管結石に対して経鼻内視鏡を使用した直接経口胆道鏡が有効であった 2 例
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○吉田 健作、丸田 明範、清水 省吾
- S2-10 当院での偽胆石発症について、CTRX と CPZ/SBT の比較と発症因子の検討
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○岡山 幸平、宮部 勝之、林 克巳
- S2-11 急性胆嚢炎の重症度予測因子に関する検討
¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
²日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○豊原 祥資¹、宮部 勝之²、片岡 洋望¹
- S2-12 胆嚢炎に対する EUS-GBD の成績
岡波総合病院 消化器内科
○今井 元、入 彩加、門阪 薫平
- S2-13 臍周囲液体貯留に対する超音波内視鏡下経消化管ドレナージの治療成績の検討
豊川市民病院 消化器内科
○的屋 奨、安部 快紀、佐野 仁
- S2-14 悪性胆道狭窄例における病理診断能と検体採取量の改善を目指した胆汁セルブロック法の検討
¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理診断科
○奥野 充¹、田中 卓司²、岩田 圭介¹
- S2-15 新規内視鏡胆道擦過デバイス（Trefle）の診断能に関する検討
春日井市民病院 消化器内科
○安達 明央、高田 博樹、祖父江 聡
- S2-16 切除可能臍癌に対しての GS 療法を用いた術前補助化学療法の成績
安城更生病院 消化器内科
○木下 拓也、林 大樹朗、竹内 真実子
- S2-17 切除不能進行臍癌に対する 3 次療法としての nal-IRI+5-FU/I-LV 療法と S-1療法の比較検討
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○三田 直樹、岩下 拓司、清水 雅仁

S1-1 局所進行直腸癌に対する術前化学療法を基本とした治療戦略、total neoadjuvant therapy (TNT) と非手術治療 (watch and wait strategy) の選択的導入について

名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科
○小倉 淳司、上原 圭、江畑 智希

進行直腸癌に対する治療戦略において、術前化学放射線療法 (CRT) を基本とする欧米と、側方リンパ節郭清を含めた手術を基本とする日本は、これまで大きく異なる道歩んできた。また、欧米では以前より術前 CRT で完全奏功 (pCR) が得られた場合の選択肢として、手術を回避し経過観察する watch and wait strategy が行われてきたが、CRT の前後に全身化学療法を行う total neoadjuvant therapy の導入により更なる pCR 率の向上と watch and wait strategy の適応拡大が期待されている。一方日本では、2019 年の大腸癌治療ガイドラインにおいて、局所再発高リスクの直腸癌に対する術前 CRT が初めて強く推奨され、術前治療を選択的に施行する時代に入っている。当科では進行直腸癌に対して、長期予後の改善を目的に 2008 年から術前化学療法 (NAC) を積極的に行ってきた。これまでに、cT4 例や ycN+、治療後 CEA 高値例を除く low-risk 例に対しては、NAC 単独でも良好な予後が得られることを報告した。さらに側方リンパ節に関しても、治療前に短径 7 mm 未満であれば NAC により側方リンパ節郭清を省略しうる可能性を報告した。最近では、high-risk 例に対しては予後の改善のために周術期治療の強化が必須と考え、NAC のレジメンを doublet から triplet へ強化したうえで、分子標的薬を原則上乗せする方針としている。さらに、その中で腫瘍量が僅かとなった NAC 後の著効例に対し、CRT を加えて手術を行わず経過観察する「選択的 watch and wait strategy」を導入している。術前治療や CRT の歴史の浅い日本において、不慣れた治療の拙速な導入は患者に対する害となりうる。NAC を基本とした total neoadjuvant therapy、watch and wait strategy の選択的導入は、CRT 経験のない、あるいは浅い施設においても抵抗感が少なく、日本独自の新しい直腸癌治療戦略構築の一助となる可能性を秘めている。局所進行直腸癌に対する当科の NAC を基本とした治療経験と今後の展望について、文献的考察を加えて報告する。

S1-3 再発性クロストリジウム・ディフィシル感染症に対する新鮮便・バンクドナー凍結便による好気的処理糞便移植の成績

¹藤田医科大学 先端光学診療学、²北里大学微生物学単位、
³国立感染症研究所細菌第二部
○大宮 直木¹、阪口 義彦²、加藤 是る³

【目的】再発性 *Clostridioides difficile* 感染症 (rCDI) に対する糞便移植 (FMT) の有効性は高く、欧米では日常診療で広く行われている。一方、日本では FMT は一部の施設で研究目的に施行されているのが現状である。今回、rCDI に対する新鮮便・バンクドナー凍結便による好気的処理 FMT の有効性と糞便中細菌叢、短鎖脂肪酸の変化を解析した。【方法】対象は 2016 年 1 月～2020 年 2 月に好気的 FMT を施行した rCDI 患者 6 例。rCDI は抗菌薬治療にても 2 回以上再発したものと定義した。FMT は炭酸ガス送気で大腸内視鏡を挿入し、盲腸で糞便濾過液を散布した。ドナーは患者の指定する親族または当院で設立しているバンクドナーとした。ドナーおよび患者の FMT 前後の便を採取し、腸内細菌叢は MiSeq・QIIME 2.0・LEfSe、有機酸濃度は液体クロマトグラフィー法で解析した。【結果】新鮮便による FMT を行い、全例 8 週後下痢は消失、毒素 A/B は陰性化した。再発は 1 例のみで FMT 前から挿入していた PICC カテーテル抜きの抗菌薬治療後に再発し、凍結便による 2 回目の FMT 後は 1 年半再発なし。腸内細菌叢の α 多様性 (シャノン指数) はドナーと比較して FMT 前は有意に低下 ($P = 0.002$)、FMT 後 48 週目に改善 ($P = 0.012$)。腸内細菌叢は FMT 前に *Clostridium* クラスター IV、XIVa などの酪酸産生菌や乳酸産生菌が有意に減少していたが、FMT 後に有意に増加。便中有機酸はドナーと比較して FMT 前は酪酸濃度が低く ($P = 0.001$)、FMT 後はプロピオン酸濃度が上昇 ($P = 0.025$)、酢酸、酪酸濃度は上昇傾向 ($P = 0.233, 0.107$)。2 例は高齢女性の認知症患者で FMT 前は物忘れが妄想、昼夜逆転、寝たきり状態であったが、FMT 後精神症状は著明に改善、食事摂取良好、歩行可能になった。【考察】FMT による腸内細菌叢や代謝産物の変化が rCDI に有効性を示した可能性が示唆された。また、欧米の報告同様、好気的処理凍結便でも有効性が示された。現在行っている先進医療 B・多施設共同研究「難治性 *Clostridium difficile* 関連下痢症・腸炎に対する糞便微生物叢移植」についても紹介する。

S1-2 大腸がん治療の最前線：高度進行直腸がんと結腸がんに対するロボット支援手術の導入から見据える今と未来

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科
○高橋 広城、瀧口 修司

(はじめに) ロボット支援腹腔鏡下手術 (以下、本術式と略) は、狭い骨盤内においても安定した視野のもと精緻な手術を行えるメリットがある。これまで当科では直腸がん治療において本術式を積極的に導入し、さらに高度進行がんにもその適応を拡大してきた。また、結腸がんに対する本術式は保険適応とはなっておらず、安全性を含めた有用性は明らかではない。(目的) 当院における大腸がんに対するロボット支援手術の現状を検証し、大腸がん治療の今と未来を考える。(方法) 2018 年 5 月から 2021 年 8 月の期間に当院において施行した本術式を後方視的に検討し、その現状と未来について検討する。(結果) 本検討期間に 155 例のロボット支援下直腸切除術を経験した。術式としては低位前方切除が最も多かった。側方郭清は 41 例 (26%) に施行し、1 例で傍大動脈リンパ節郭清を同時に行った。この経過において、骨盤内臓全摘を含む他臓器合併切除を 7 例に行った。合併切除臓器は前立腺 2 例、精囊 1 例、膈 2 例、卵巣 1 例、骨盤内臓全摘 1 例であった。全例において R0 切除を行うことが可能であった。直腸がん全体における本アプローチの割合は 2018 年には約 33% であったが、2021 年には 93% にまで増加した。結腸がんに対する手術治療としては腹腔鏡手術を基本としているが、2020 年からは保険適応とはなっていない本術式を臨床試験として開始した。これまでに 6 例に本術式を用いた結腸右半切除術を施行した。すべての症例で腹腔内吻合を行い、Grade III 以上の合併症を経験していない。(結語) 非常に難易度の高い高度進行直腸がんにおいても本術式を安全に行いえることができた。さらに腹腔鏡手術が標準手術として確立している結腸がんに対してもその有用性を認識することができた。これらの経験から、保険適応の問題はあるが、今後大腸がん治療において本術式は標準治療としての地位を確立していく事が強く予想される。

S1-4 当院における腹膜炎 12 例の検討

春日井市民病院 消化器内科
○山本 友輝、林 則之、祖父江 聡

【はじめに】腹膜炎は比較稀であり、急性腹症として挙げられるが自然軽快する予後良好な疾患である。原因として腹膜炎の捻転や圧迫による血行障害が考えられている。今回我々は当院で経験した腹膜炎 12 例を対象として、年齢、性別、BMI、内臓脂肪面積、基礎疾患、発症部位、血液検査 (WBC、CRP)、治療について検討したので報告する。【対象】2017 年 3 月から 2021 年 5 月までの期間に腹部超音波検査、腹部 CT 検査で腹膜炎と診断された 12 症例を対象とした。【結果】年齢は中央値 61.5 歳 (24-71 歳)、男性 8 例、女性 4 例だった。BMI25 未満は 4 例、BMI25 以上が 8 例で、12 例全例で内臓脂肪面積 $\geq 100\text{cm}^2$ であった。基礎疾患は高血圧を 3 例、心疾患を 1 例に認め、糖尿病は認めなかった。全例で腹痛を主訴に来院されており、超音波検査は 3 例、CT 検査は全例に施行された。発症部位は下行結腸 2 例、SDJunction 8 例、S 状結腸 2 例であった。血液検査の検討では、4 例に WBC 上昇 ($> 8600/\mu\text{L}$)、9 例に CRP 上昇 ($> 0.14\text{mg/dL}$) を認めた。12 例のうち腹部所見の強い 7 例が入院となり、症状改善まで絶食で加療した。薬物治療については、3 例でアセトアミノフェンを投与し、5 例で NSAIDs を投与した。また抗生剤併用は 6 例であり、うち 4 例が入院加療の患者であった。全例保存的治療で改善し、手術移行例は認めなかった。また再発例も認めなかった。症状改善までの日数については発症 8 日目までに改善した症例が 10 例であり、外来通院例で改善までに 20 日以上を要した症例を 2 例認めた。【考察】腹膜炎は肥満体型の中年男性に多く、発症部位は S 状結腸に最も多いとされている。当院での検討でも年齢、性別、BMI に関しては既報通りの傾向であり、発症部位は全例で下行結腸～S 状結腸に位置していた。症状の出現部位から憩室炎との鑑別が重要となるが、腹膜炎の疾患概念・画像所見を熟知することで抗生剤併用や入院加療に関して適切に選択することができると考えられた。

S1-5 当院の UC 症例における Vedolizumab 使用例の臨床的検討

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 内科
○福沢 一馬、濱島 英司、神岡 諭郎

【背景と目的】UC の治療薬として、2018 年 11 月より Vedolizumab (VDZ) が保険収載され、その臨床的特徴を明らかにする目的で、当院での治療成績を検討した。【対象と方法】対象は当院 UC 患者で VDZ を導入した 27 例で、その効果と副作用を後方視的に検討した。UC の活動性は CAI (臨床的寛解: CAI ≤ 4) で評価し、追加治療発生時に効果判定終了とした。差の検定には χ^2 検定、Wilcoxon の符号付順位検定を用いた。【結果】対象の内訳は、性別は男性 18 例/女性 9 例、導入時の年齢中央値は 44 歳 (19-85 歳)、病型は全大腸炎 22 例/左側大腸炎 5 例、罹病期間は中央値 7 年 (1-22 年) であった。導入時の治療 (重複あり) は、経口 5-ASA 製剤 22 例/PSL 15 例/AZA 5 例/抗 TNF- α 抗体 10 例 (IFX 8 例/ADA 2 例、Biologics: Bioナীব 17 例) であった。導入理由 (重複あり) は、ステロイド依存例 10 例/抗 TNF- α 抗体の二次無効 8 例/UC 再燃例 5 例/ステロイド抵抗例 4 例であった。CAI 推移の観察期間の中央値は 322 日 (45-714 日) で、VDZ 導入時、CAI の中央値 (範囲) /UC の寛解率は、それぞれ、導入時 4 (1-10) /55 % (n=27)、2W 後 2 (0-5) /85 % (n=27)、6W 後 1 (0-10) /81 % (n=27)、14W 後 1 (0-9) /86 % (n=22)、22W 後 2 (0-4) /100 % (n=19) で、導入時 CAI と比べ、2W ($p=0.01$)・6W ($p=0.03$)・14W ($p=0.015$)・22W ($p=0.003$) 後で CAI は有意に低下し、高い寛解率が維持された。22W 後の寛解 (n=19) は、6W 後の寛解と有意に関連があり ($p=0.07$)、Bioナীব ($p=0.651$)・PSL 使用 ($p=0.516$)・AZA 使用 ($p=0.528$)、それぞれの有無では有意な差は認められなかった。更に、Bioナীব症例での 6W 後の寛解率は 82 %、非ナীব症例では 80 % で、いずれも高い寛解率であり、有意な差はなかった ($p=0.651$)。VDZ の有害事象は、熱感/搔痒感・刺入部の発赤のそれぞれ 1 例 (3.7 %) で、いずれも短期間で消失した。【考察】VDZ は UC の早期寛解導入・維持に有用で、安全性が高かった。6W 後の寛解導入の有無が、22W 後の寛解維持・22W 以上の長期投与例の予後を予測できる可能性が示唆された。Bioナীবに関わらず有用で、今後更なる検討が必要と考えられた。

S1-7 難治性潰瘍性大腸炎の寛解導入に対するウスティヌマブの有効性の検討

豊川市民病院 消化器内科
○稲垣 勇輝、溝下 勤、佐野 仁

【目的】既存治療で効果不十分な中等症から重症の潰瘍性大腸炎 (UC) に対して、ヒト型抗ヒト IL-12/23 モノクローナル抗体製剤であるウスティヌマブ (UST) が 2020 年 3 月に本邦で保険承認された。UST は従来の UC 治療薬と作用機序が異なるため、既存治療抵抗例への治療効果が期待されている。今回われわれは、当院で UST を導入した症例の治療成績を検討した。

【対象・方法】2020 年 9 月から 2021 年 8 月の間に当院で UC に対して UST を寛解導入目的に投与した 5 例を対象とした。治療効果判定の評価は、内視鏡所見を除く Mayo スコア (partial Mayo スコア、以下 pMayo) を用いた。pMayo が 2 以下、かつ血便スコア 0 となった症例を寛解、寛解に至らなかったが pMayo が 2 以上改善した症例を改善、それ以外を無効と定義した。

【結果】症例は 5 例 (男性 4 例、女性 1 例)。年齢 40.2 ± 20.3 歳。病型は全大腸炎型が 3 例、左側結腸炎型が 2 例。罹患期間: 71.6 ± 45.3 ヶ月、UST 開始までの罹患期間: 64.0 ± 47.0 ヶ月。ステロイド反応性はステロイド依存性 3 例 (60%)、ステロイド抵抗性は 2 例 (40%)。既存薬剤の使用歴は、Bio naive 3 例、2nd。Bio 1 例 (ADA $\rightarrow$ GLM)、3rd。Bio 1 例 (ADA $\rightarrow$ IFX $\rightarrow$ VDZ)。投与前 CRP は 1.22 ± 1.42 。UST 投与 12 週後の CRP は 0.78 ± 0.46 。投与前 pMayo は 5.40 ± 1.50 。UST 投与 12 週後の pMayo は 2.80 ± 1.94 であり、寛解は 2 例、改善は 2 例、無効は 1 例であった。

【結論】UST は既存治療抵抗例の UC に対して寛解導入に有効であった。しかし、本検討は寛解導入のみであり、かつ少数例かつ短期間での検討であった。今後は寛解維持での検討や、さらなる症例の蓄積と長期間での検討が必要である。

S1-6 当院におけるトファシニブの潰瘍性大腸炎に対する有効性と副作用

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○西垣 瑠里子、尾関 啓司、片岡 洋望

【背景】強力な免疫統御作用を有する経口 Janus kinase (JAK) 阻害剤の Tofacitinib (TOF) は、2018 年より本邦において潰瘍性大腸炎 (UC) の寛解導入および寛解維持目的で使用されているが、実臨床における有効性や安全性に関する報告は限られている。【方法】2018 年 6 月から 2021 年 7 月までに当院で TOF を使用した潰瘍性大腸炎 21 例について、その有効性および副作用につき検討した。【結果】使用開始年齢中央値は 46 (21-84) 歳、男性: 13 例、女性: 8 例で、開始までの罹患年数中央値は 5 (1-29) 年であった。病型は全大腸炎型: 14 例、左側結腸炎型: 5 例、直腸炎型: 2 例で、前治療歴は 5-aminosalicylic acid (5-ASA) 製剤、prednisolone (PSL): 100%、免疫調整剤: 76%、抗 Tumor Necrosis Factor (TNF)- α 抗体製剤: 57 % であった。8 週間 TOF 継続使用できた 17/21 (81 %) 症例においては、TOF 治療開始前と比較し、開始後 8 週の partial-Mayo score は有意に低下した ($\text{paired } t\text{-test } p < 0.01$)。その後、15/21 例 (71 %) で継続投与されている。TOF 10mg/日に減量時、症状増悪は 7/17 例 (41 %) に認められ、現在投与継続中の 5/15 例 (33 %) で高用量 (20mg/日) 投与を要している。副作用は 9/21 例 (43%) (脂質異常症: 4 例、水痘・帯状疱疹: 3 例、EB ウイルス関連リンパ増殖症: 1 例) に認められ、発症までの日数中央値は 181 (42-497) 日であった。治療中止を要したものは 1 例 (EB ウイルス関連リンパ増殖症) のみであった。【考察】当院の UC 症例において、TOF は免疫調整薬や生物学的製剤の治療後でも 8 週目では良好な治療効果が示された。アジア人では、トファシニブ使用により帯状疱疹発症リスクが増加すると報告されており当院でも同様であったが、いずれも休薬等で対処可能であった。脂質異常症も同様に投薬でコントロール可能であった。高用量維持投与が必要な症例も認めたが、高用量トファシニブ投与で発症しやすい血栓症は認めなかった。UC 加療における TOF 使用において、合併症の早期発見と早期治療介入及び定期的モニタリングが重要であると考えられた。

S1-8 当院での MREC、LRG を用いたクローン病モニタリングの試み (現状)

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○貴井 嵩之、水島 隆史、奥村 文浩

【背景】クローン病 (CD) は腸管の全層性炎症の持続により狭窄や瘻孔といった不可逆的な器質的变化を起こし機能障害へと至る慢性進行性の疾患である。近年、治療目標を設定してそれを達成する治療を施行していくという Treat to Target 戦略が提案されているが、その前提として十分なモニタリングが必要であり、それにも基づいて初めて適切な治療を行うことができる。疾患活動性評価に対して CDAI や CRP でのモニタリングでは不十分と言われており特に小腸病変では画像評価によるモニタリングが不可欠である。MR enterocolonography (MREC) は被曝がなく侵襲も少ない画像モダリティとして活用が期待されている。また、2020 年 6 月から CD の新しい炎症系バイオマーカーとして LRG が保険適応になった。【目的】MREC と LRG を用いた CD モニタリングの有用性について検討を行った。【方法】当院通院中の CD 患者で 2020 年 6 月から 2021 年 8 月に内視鏡検査と MREC を施行し、検査前後 2 か月以内に LRG を測定した 24 症例に対して評価・検討を行った。MREC はダブルバルーン小腸内視鏡もしくは大腸内視鏡と同日に施行した。前処置として前日にマグコロール P (50g) とピコスルファート 0.75% (10ml) を内服し、当日の MRI 撮影 60 分前を目安にモビブレップと水を含わせて 1000-2000ml 服用した。MREC の画像評価には 5-point MR enterocolonography classification を使用した。LRG はカットオフ値を 16ug/ml とした。【結果・考察】CD のモニタリングに MREC や LRG は有用であったが、画像評価が難しい症例や LRG と相関性が乏しい症例も存在した。今後観察期間を増やし、同一患者での変化なども検討していく必要があると考えられる。

S1-9 ロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコプロテインとクローン病の内視鏡的活動性との関係

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○河村 達哉、山村 健史、中村 正直

【背景】クローン病 (CD) において、粘膜治癒は long-term targets とされ、内視鏡的寛解を目指すことが推奨されている。しかし内視鏡検査は侵襲を伴うため、内視鏡的活動性を推定できる簡便なバイオマーカーがあれば非常に有用である。ロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコプロテイン (LRG) は炎症性腸疾患の新規血清バイオマーカーであるが、LRG と CD に関する研究はまだ少ない。そこで我々は、LRG と CD の内視鏡的活動性との関係について検討を行った。【方法】2020 年 7 月から 2021 年 3 月にかけて、名古屋大学医学部附属病院で LRG 検査を行った、CD 患者 79 名を対象とし、LRG の値と臨床症状や内視鏡的活動性との関連を検討した。臨床症状については Crohn's disease activity index (CDAI) を、内視鏡的な活動性については applied simple endoscopic score for Crohn's disease (aSES-CD) により小腸病変を含めて評価した。【成績】LRG は、CD の内視鏡的な疾患活動性と有意な正の相関を示した ($r=0.555, p<0.001$)。また、小腸のみに活動性病変がある患者でも有意な正の相関が見られた ($r=0.604, p<0.001$)。一方 CDAI や血清 CRP 値は aSES-CD と有意な弱い正の相関を認め、相関係数は LRG よりも低かった (CDAI: $r=0.345, p=0.002$, CRP: $r=0.404, p<0.001$)。粘膜治癒 (aSES-CD ≤ 3) にある患者と内視鏡的活動期 (aSES-CD ≥ 3) にある患者の血清 LRG 値を比較したところ、内視鏡的活動期の患者の方が粘膜治癒の患者より、血清 LRG 値は有意に高い値となった ($p<0.001$)。また、小腸大腸型 CD と小腸型 CD のいずれでも内視鏡的活動期の患者の方が、粘膜治癒の患者より血清 LRG 値は有意に高い値となった (小腸大腸型: $p=0.005$ 、小腸型: $p<0.001$)。【結論】LRG は、CD 患者において内視鏡的活動性を予測することができる簡便な採血バイオマーカーである。LRG は今後のクローン病の治療において intermediate targets であるバイオマーカーの役割を担うことができる。

S1-11 多発性大腸腺腫症に合併した胃癌の検討

¹浜松医科大学附属病院 内科第一講座 消化器内科、
²浜松医科大学附属病院 臨床検査医学講座
○杉浦 喜一¹、金子 雅直¹、岩泉 守哉²

【背景】家族性大腸腺腫症 (FAP) は大腸に腺腫性ポリープが多発する遺伝疾患であるが、胃癌として胃底腺ポリーポシスがあり、胃癌発生リスクに関して本邦では一般集団の 3-4 倍と報告されている。しかしながら胃底腺ポリーポシスの程度と胃癌の病態の関連については報告がほとんどない。【目的】FAP 患者の胃癌腫瘍性病変の特徴を明らかにする。【方法】2007 年 1 月から 2021 年 8 月までに当院で上部消化管内視鏡検査を施行した FAP 患者を対象とし、患者背景、背景胃粘膜 (萎縮・胃底腺ポリープの個数)、腫瘍性病変の内視鏡的・組織学的特徴について検索し解析を行った。また背景粘膜についてポリープ密生の有無で層別化し検討した。【結果】条件を満たす FAP 患者は 36 名存在し、腫瘍性病変を認め切除術を施行した症例は 8 例 (22.2%) 見られた。腫瘍性病変を認めない 28 例と性別・年齢・背景胃粘膜などについて比較検討したが有意な差は認めなかった。切除術が施行された 8 例のうち 7 例が胃癌と診断され、内視鏡的粘膜下層剥離術 2 例、非穿孔式内視鏡的胃壁内反切除術 (NEWS) 2 例 (うち 1 例は外科的切除追加)、外科的胃切除術 3 例が行われた。全ての病変は粘膜・粘膜下層までの浸潤であり進行癌は見られなかった。大腸切除からの経過年数は 31.2 ± 13.1 年であった。背景粘膜の胃底腺ポリープについて非密生症例を A 群、密生症例を B 群として検討した。A 群の全例で腫瘍周囲の背景粘膜に萎縮が見られ、B 群の全例に腫瘍周囲に胃底腺ポリープが見られ萎縮は認めなかった。また B 群について有意に女性が多く (A:B 0:3 $p=0.03$)、腫瘍径が大きかった (14.0 ± 7.0 : 76.7 ± 43.1 $p=0.05$)。そして A 群については脈管侵襲、周囲リンパ節転移は見られなかったが、B 群の 2 例で脈管侵襲が陽性であり、うち 1 例は周囲リンパ節への転移が見られた。【結論】FAP 患者は大腸切除後も長期的な上部消化管サーベイランスが必要である。特に胃底腺ポリープが密集している症例については悪性度が高い可能性があり、慎重な経過観察が必要である。

S1-10 小腸腫瘍における腫瘍関連 microRNA-143、-145 の発現

¹藤田医科大学 消化器内科学、
²岐阜大学大学院連合創薬医療情報研究科・創薬科学
○中川 義仁¹、赤尾 幸博²、廣岡 芳樹¹

【目的】microRNA (miRNA) は 22-25 ヌクレオチドの小さな機能的 RNA であり、標的となる mRNA と結合して翻訳を抑制する。我々はこれまでに大腸腫瘍や胃癌において腫瘍関連 miR-143、-145 が高率に発現低下することなどを報告してきた。一方、小腸腫瘍は大腸癌や胃癌に比べて極めて発症頻度が少なく、遺伝子発現 profile が異なることが指摘されている。今回、我々は小腸腫瘍 (SIT) における miR-143、-145 の発現について、大腸腫瘍や胃癌と比較検討した。【方法】SIT 27 例 (十二指腸非乳頭部腫瘍 21 例 (腺腫 2 例、癌 19 例)、空腸癌 6 例)、孤発性大腸癌 71 例、孤発性大腸腺腫 59 例、家族性大腸腺腫症 (FAP) 26 例、鋸歯状腺腫 (SSA/P) 16 例、胃癌 43 例について miR-143、-145 の発現を Realtime PCR で解析した。続いて小腸型大腸癌と miR-143、-145 の関連を調べるため、両 miRNA がともに発現低下する大腸癌 11 症例 (miR 低下例) と低下しない 11 症例 (miR 非低下例) において、小腸刷子縁マーカー CD10 を免疫組織染色にて比較検討した。【成績】miR-143 の発現低下は SIT 16/27 (59.3%)、大腸癌 49/71 例 (69.0%)、大腸腺腫 41/59 (69.5%)、胃癌 30/43 例 (69.8%)、FAP 20/26 (76.9%)、SSA/P 2/16 (12.5%) であった。miR-145 の発現低下は SIT 17/27 (63.0%)、大腸癌 50/71 例 (70.4%)、大腸腺腫 39/59 (66.1%)、胃癌 27/43 (62.8%)、FAP 19/26 (73.1%)、SSA/P 3/16 (18.8%) であった。一方、大腸腫瘍において miR-143、-145 低下例と非低下例で CD10 を免疫染色すると、CD10 陽性大腸腫瘍は miR 低下例で 3 例 (27.3%)、miR 非低下例では 2 例 (18.2%) であり有意差は認めなかった。【結論】SIT は SSA/P を除く大腸腫瘍や胃癌と同様に高頻度に miR-143、-145 発現低下が認められた。miR-143、-145 の発現低下と小腸型大腸腫瘍の頻度に関連は認めなかった。以上より miR-143、-145 の発現低下は SIT においても重要な役割を果たしている可能性が示唆された。

S1-12 家族性大腸腺腫症の患者における上部消化管病変の臨床病理学的特徴

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○林 完成、高田 淳、清水 雅仁

【方法】当院でフォローしている家族性大腸腺腫症 (FAP) 患者 34 名 (男性: 15 名、女性: 19 名、年齢中央値: 44 歳 (14-72 歳)) にみられた上部消化管病変について、臨床病理学的特徴を後方視的に検討した。【結果】胃底腺ポリーポシスを 15 例 44.1%、胃腺腫を 3 例 8.8%、胃癌を 4 例 11.7%、十二指腸腺腫を 12 例 35.2% に認めた。18 例 52.9% においてこれらのうち 1 つ以上の病変が確認された。十二指腸腺腫の 12 例は修正スビゲルマン分類 Stage I 3 例 / II 1 例 / III 5 例 / IV 3 例で、年齢と Stage に相関は認めず、また経過中に Stage が上がった症例は認めなかった。2 例において内視鏡的切除を施行したが、十二指腸癌に至っていた症例はみられなかった。胃癌 4 例のうち 1 例は進行胃癌で前医にて胃全摘後であった。早期胃癌について、3 例中 2 例は *H.pylori* (Hp) 感染を伴う異時性多発癌であり、1 例は Hp 未感染の穹窿部大弯 30 mm 大白色 0-IIa 型の腺瘤上皮型癌であった。胃腺腫の 3 例中 2 例は Hp 未感染で、体部大弯の白色 IIa 型の胃型腺腫と前庭部のたこいばざらん様 IIc 型の腸型腺腫であった。Hp 感染を伴う 1 例は体部の白色 IIa 型の腸型腺腫であった。穹窿部腺瘤上皮型早期癌の症例は前庭部腸型腺腫を合併していた。Hp 未感染の腺瘤上皮型早期癌と体部胃型腺腫の 2 例はいずれも背景に胃底腺ポリーポシスを伴っていた。両者の内視鏡所見はサイズ以外に差異はほとんどみられなかった。【結論】FAP の上部消化管病変は多くの症例で観察される。胃癌変は Hp 感染ステータスによって異なり、未感染の胃底腺領域にみられる腺瘤上皮型腫瘍では腺腫と癌の鑑別が難しく、生検組織病理所見やサイズをもとに内視鏡的切除を考慮する。十二指腸病変の癌化率は高くない可能性がある。

S1-13 Stage4胃癌に対する治療戦略：ロボット手術＋化学療法

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

大多数の胃癌に対して開腹広範囲胃切除が施行されてきた時代から、医療機器や手技の進歩によって早期癌に対しての内視鏡的切除を含めた機能温存縮小手術、進行癌に対しては外科的切除に化学（放射線）療法を組み合わせた集学的治療へと変遷してきた。切除不能胃癌に関しては、REGATTA試験（JCOG0705/KGCA01）において化学療法単独治療に対する胃切除術＋術後化学療法の生存における優越性は証明されなかった。しかしながら実際の臨床では、偶発的に播種病変を認めたものの持続性の出血や管腔狭窄を来し外科的切除が必要な症例に遭遇する。我々は同症例に対して、化学療法の忍容性を見据え、食事摂取量の維持を含めた術後QOLを維持し、早期から化学療法に移行することが重要と考える。そのため、ロボット手術にて残胃温存を視野に入れた低侵襲胃切除術を積極的に施行し、合併症なく集学的治療につなげることをひとつの治療戦略としてきた。当科では、ロボット手術（RS）を高度進行胃癌、残胃癌、術前化学療法症例、食道胃接合部癌を含む全症例を導入当初からその適応としてきた。経験数は2021年8月までに279症例となる。うちCY1、P1のStage4胃癌を16例経験し（T4a / T4b : 12 / 4、N1 / N2 / N3a / N3b / Nx : 1 / 6 / 2 / 5 / 2）、14症例に胃切除術を施行した（RDG / RTG / 胃空腸バイパス術 / 試験開腹 : 12 / 2 / 1 / 1）。切除施行症例の手術時間は223分（144 - 424）、出血量は48ml（7-365）であった。在院日数は、10日（7 - 32）で術後化学療法を予定した症例は早期に集学的治療に移行し得た。当科では初回術後化学療法をSOX（S-1 + Oxaliplatin）（+ Trastuzumab）を基本レジメンとしている。現在、術後40ヶ月を越える症例も含め3名が生存中である。RSは、多関節機能を含めた特性と高拡大3D HD画像による解剖認識能力の向上により、より緻密な操作をもたらす。確実な解剖理解と手術コンセプトを理解することで安全性を担保した上で、高度進行胃癌手術においても高いクオリティに繋がる。合併症なくADLを維持し、早期に集学的治療に繋げる上でRSがもたらす役割は大きいと考える。

S1-15 食道表在癌の深達度診断における超音波内視鏡の有用性

聖隷浜松病院 消化器内科
○海野 修平、芳澤 杜、細田 佳佐

【背景】食道表在癌の深達度診断において、現在日本食道学会拡大内視鏡分類が広く普及している。血管の形態変化により深達度診断が可能となっているが、TypeB2の診断能の低さ、TypeB3の感度の低さが問題視される。【目的】食道学会分類による拡大内視鏡（ME）深達度診断に、超音波内視鏡（EUS）の深達度診断を加えることの有用性を検討。【方法】2016年～2021年4月に当院で内視鏡治療または手術を行った食道表在癌のうち、治療前にME＋EUSで精査を行った89症例104病変を対象とし、各モダリティの正診割合およびEUSの上乗せ効果について検討した。【結果】臨床病理学的背景因子は、年齢中央値71歳（40-84歳）、男性79例（88.8%）、胸部中部食道66例（63.5%）、腫瘍径中央値19mm（3-90mm）、深達度:pEP/LPM 76病変（73.1%）、pMM/SM1 15病変（14.4%）、pSM2 13病変（12.5%）、脈管侵襲陽性12病変（11.5%）であった。深達度正診割合はME:ME＋EUS＝74.0%：82.7%（ $p=0.027$ ）であった。ME＋EUSではMEのみの診断よりもEP/LPM（92.2%：88.0%）、MM/SM1（47.1%：30.8%）で正診割合が高かったが、MM/SM1に対する正診割合がME＋EUS、MEとも顕著に低かった。TypeB2を呈し誤診に至った18例のうち、ME＋EUSで正診し得たのは9例に認められた。一方TypeB2を呈し正診していたにも関わらず、ME＋EUSにて誤診に至った例が2/8例あった。病理学的深達度別の検討では、pEP/LPM、pMM/SM1、pSM2ともMEに対するME＋EUSの上乗せ効果は得られなかった（有意差なし）。診断精度の劣るpMM/SM1、pSM2に対しては各々病変の内眼型、局在性での検討を行ったがEUSの上乗せ効果のある因子は得られなかった。pMM以深の28病変において、ROC曲線解析で得られた腫瘍長径19mmをCut off値とした際、19mm以下の13病変のうち内眼型を表面型に限った8病変では正診割合がME 37.5%からME＋EUS 62.5%に改善されたが、上乗せ効果に有意差はなかった（ $p=0.617$ ）。【結論】MEよりME＋EUSが有意に深達度正診割合が高かったが、EUSの上乗せ効果が得られる病変の特徴までは得られなかった。今後も症例を蓄積し、EUSの上乗せ効果が期待される病変の解析を行う。

S1-14 StageIV 胃癌に対する conversion surgery の適応とタイミング

¹浜松医科大学 医学部 外科学第二講座、
²浜松医科大学 医学部 生活機能支援学講座
○菊池 寛利¹、平松 良浩²、竹内 裕也¹

【背景】StageIV胃癌は、標準治療の化学療法のみで完全奏効や治癒を得るのは困難である。近年、化学療法奏効例に対して外科的切除を行うconversion surgery（CS）の有用性が報告されているが、適応やタイミングは未確立である。【対象・方法】導入化学療法が奏効し、2013年1月～2020年12月に当科でCSを施行したStageIV胃癌6例を対象とし、治療成績を検討した。【結果】年齢中央値は69.5歳、男女比は5:1、非治癒因子は腹膜播種2例、肝転移1例、傍大動脈リンパ節転移1例。化学療法開始からCSまでの期間中央値は434（384-1662）日で、全例で転移巣の消失を確認後にCSを施行したが、CS時に原発巣は2例で奏効中、4例で耐性出現後であった。CSはR0切除5例R1切除1例で、術後4例にS-1、1例にSOX、1例にPTX投与を行った。術後生存期間中央値は386（213-1707）日で、原発巣奏効中CSの2例が術後1年以内に死亡したのに対し、原発巣耐性出現後CSの3例は1年以上生存中で、このうち1例はCY1であるが術後4年10ヵ月無増悪生存中である。【考察】近年の化学療法や免疫チェック阻害薬の急速な進歩に伴い、StageIV胃癌に対するCSの意義や適応も変化してきている。原発巣の耐性出現後もR0切除可能な場合もあり、CSのタイミングに関しても今後更なる検討が必要である。【結論】CSによるStageIV胃癌の予後向上が今後さらに期待されるが、化学療法の進歩に合わせ、適応とタイミングを適宜検討する必要がある。

S1-16 当院における放射線治療後食道癌に対する内視鏡的ステント留置術の治療成績

愛知県がんセンター 内視鏡部
○神谷 友康、田近 正洋、丹羽 康正

【目的】食道がん診療ガイドライン2017年度版において、放射線療法（RT）・化学放射線療法（CRT）後に高度狭窄を呈し根治切除が不可能な患者に対しての食道ステント挿入については、合併症のリスクなどを踏まえ、推奨レベルが決定されていない。今回、当院におけるRT・CRT後の切除不能進行食道癌患者に対して行った内視鏡的食道ステント留置術の有効性及び安全性について検討した。【方法】2012年8月から2021年8月までに、当科で食道癌に対してステントを留置した54例において、RT群34例の患者背景、手技成功率、合併症、Disphagia Score（DS）改善率を、非RT群20例を対照として後方視的に比較検討した。【結果】性別はRT群が男性:女性＝28:6、非RT群が16:3であり、平均年齢はRT群65.1歳、非RT群が74.3歳で非RT群の方が高齢であった（ $P<0.01$ ）。局在はRT群がUt/Mt/Lt 15/12/6（例）、非RT群6/7/6（例）、ECOG PSはRT群で0/1/2/3/4 20/7/3/4/0（例）、非RT群7/5/2/6（例）で両群間で差は認めなかった。手技成功率は全例で100%、Disphagia score（DS）改善率はRT群で76.5%、非RT群で75%であり、両群とも有意な改善を認めた（ $P<0.01$ ）。ステント開存日数の中央値はRT群で93日（39-232）、非RT群で130日（110-140）と差は認めなかった。Grade2以上の早期合併症は胸痛が29.6%と最も多く、RT群で12例、非RT群で3例認め（ $P=0.06$ ）、次いで吃逆がRT群で1例認められた。晩期合併症は瘻孔がRT群のみ2例認め、追加のステント挿入で改善した。再ステント挿入が必要となった症例は8例で、原因はOvergrowthが6例で最も多く、次いで瘻孔2例であった。ステント挿入後の生存日数（中央値）はRT群で83日（9-524）、非RT群で73日（8-213）と差は認めなかった。【結論】RT後の内視鏡的食道ステント留置術はDSの改善を認める有効であった。また、早期合併症でRT群で胸痛が多い傾向にあったが重篤な合併症は認めず安全な手技であると考えられた。

S2-1 限局性肝癌に対するサイバーナイフを用いた動態追尾定位放射線治療経験

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○山本 健太、本多 隆、石上 雅敏

【目的】限局性肝癌の標準治療は外科的治療もしくはラジオ波焼灼療法だが病変部位や侵襲的な治療を希望しない患者など施行が困難な例が存在する。近年金マーカーを肝内に留置し、腫瘍の呼吸性変動に対して動態追尾を行うことで正確で最小限の照射野によるサイバーナイフを用いた体幹部定位放射線治療 (SBRT) の有効性が報告されている。当院で肝癌に対して施行した SBRT の治療成績と臨床的特徴を検討した。

【方法】2020年7月から2021年7月までに当院で動態追尾のため金マーカーを留置し、サイバーナイフを用いた SBRT を施行した連続した12例を対象とし、治療効果及び肝予備能について後ろ向きに検討した。

【結果】年齢中央値72.5 (56-87) 歳、男9例/女3例、治療前のChild-Pugh score (CPS) は5点8例、6点3例、7点1例であり、ALBI score は-2.40 (-1.33 - -3.04) であった。腫瘍は全例単発で遠隔転移・脈管浸潤を伴わず腫瘍長径の中央値は19.4 (11.0-41.8) mm であった。基本照射線量及び回数は40Gy/5回 (9例) であり、35Gy/5回、40Gy/10回、50Gy/10回、42Gy/14回が各1例であった。SBRT 選択理由は高齢が2例で血管近傍などRFA困難例が11例であった。

局所制御率について初回治療効果判定は中央値66.5 (34-165) 日で施行され、mRECISTにてCR8例、PR1例、SD3例であったがその後の経過観察 (治療開始後210日) にてSDからCR、PRに各1例が移行し、最終的な奏効率は (CR+PR) は83.3% (10/12) であった。2例は共に30mm以上の腫瘍であった。初回評価時にCPSが1増加した症例が2例、9例は不変、1例は改善した。ALBI score は改善5例、増悪7例であったが変動幅は狭く平均0.071と顕著な増悪は認めなかった。

【結論】短期の経過観察において限局性肝癌に対してSBRTは高い奏効率を示し、顕著な肝予備能低下は認めなかった。SBRTは時間がたってから治療効果を示す症例 (delayed response) が報告されている。初回治療効果時に動脈血流が確認されても (特に30mm以上にもかかわらず) サイズの変化がない場合は経過観察を行うことも選択肢の一つであると考えられる。【IRB-IRB: 2020-0114 22376】

S2-3 当院での肝悪性腫瘍に対するゲノム診療の現状及びEUS下検体採取の成績について

愛知県がんセンター 消化器内科
○文原 大貴、奥野 のぞみ、原 和生

【背景と目的】本邦でがん遺伝子パネル検査 (CGP) が保険診療下で実施可能となり久しいが、検体採取法、採取時期等末だに課題が多い。当院では肝悪性腫瘍に対してEUS-TA (tissue acquisition) で得られた検体を用いてCGPを施行しており、今回の検討ではCGPに適した検体採取法を明らかにすることを目的とした。【対象、方法】当院で2019年10月-2021年7月に組織検体を用いてCGPを試みた138症例をデータベースより抽出し後方視的に検討した。【結果】CGPを138例 (組織型: PDAC119/PDASC2/pNET6/pNEC2/Anapla3/ACC3/IPMC3) 164検体で試みた。検体採取法はEUS-TA99/手術検体48/経皮的肝生検15/その他2であった。病理検体の適格性は全体で65.2% (107/164) であり、F1 59/NCC45/その他3に提出した。検体採取法毎の病理検体適格性は、EUS-TA55.5% (55/99)・手術検体79.2% (38/48)・経皮的肝生検81.3% (13/16)・十二指腸生検100% (1/1) であった。当院で施行したEUS-TAは92例、穿刺対象は肝75/肝11/リンパ節3/その他3であった。穿刺回数は1-7回 (平均2.2回)、CGP検査を考慮した場合には、19GFNB針・非吸引で2検体以上を採取した。病理検体の適格性は19G針75% (27/36)・22/25G針49.1% (28/57) p-value:0.017、であり19G針で有意に高率であった。このうち19GFNB針を使用し、非吸引で施行した場合は、82.6% (19/23) でCGPに提出可能であり、手術検体、経皮的肝生検とほぼ同等の結果であった。103例で解析が終了し、MSI-Highを1例に認めた。Actionableな遺伝子変異は10.7% (11/103、KRAS G12C:2/ATM:4/BRCA2:3/FGFR1:1/FGFR2:1) に認め、2.9% (3/103) でCGP結果に基づいた治療が可能であった。【結論】肝悪性腫瘍に対するCGP目的でのEUS-TAでは積極的に19GFNB針を使用し非吸引で検体採取することが望ましいと思われる。遺伝子パネル検査が治療に繋がった症例は3% (4/103) と低率であり、肝悪性腫瘍に関しては対象症例の絞り込みが今後の課題と思われる。

S2-2 膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) の進行に対する遺伝子異常の分子病理学的検討

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
²日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○浅野 剛¹、宮部 勝之^{1,2}、内藤 格¹

【背景】膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) は膵管拡張や豊富な粘液産生、膵管内乳頭状増殖を特徴とする嚢胞性腫瘍であり、一部のIPMNは悪性化し浸潤性膵管内乳頭粘液性癌 (IPMC) に進行する。IPMNの診断・治療に関する国際コンセンサスガイドラインが2017年に改訂されたが、IPMCの明確な術前診断は依然として困難である。今回IPMNの遺伝子変異の解析により、IPMNがIPMCへ進行するメカニズムや、IPMC、IPMNの臨床病理学的特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】当院にてIPMNを含めて膵切除手術を行った33症例、合計48検体を対象とした。IPMC及びIPMN with high-grade dysplasiaを悪性病変、IPMN with low-grade dysplasiaを良性病変と定義し、悪性組織と良性組織間で比較を行った。検体組織からDNAを抽出し、Kras、BRAF、GNASの変異に関して、パイロシークエンスを用いて分析し評価した。【結果】悪性症例の中でGNAS変異のみられるものは、みられないものと比較して血管周囲浸潤 (0.0% vs. 63.6%, $p = 0.0128$)、神経周囲浸潤 (0.0% vs. 58.3%; $p = 0.0377$)、およびリンパ節転移 (0.0% vs. 58.3%; $p = 0.0040$) の頻度が低く、全生存期間が有意に長かった (undefined days vs. 1004 days; $p = 0.0419$)。同一症例で悪性部分と良性部分でKrasおよびGNASの変異遺伝子配列が共に一致するのは、分枝型IPMNの症例が主幹型・混合型よりも有意に多かった (83.3% vs. 11.1%, $p = 0.0110$)。【考察】GNAS変異のない悪性病変患者は生存期間が短く、既報と一致した。さらにIPMN関連腫瘍で高頻度にみられるGNAS変異は、神経周囲や血管周囲への浸潤のある悪性病変ではその頻度が低く、その他の遺伝子関与している可能性がある。【結論】GNAS変異はIPMN関連腫瘍のサブタイプや進行、予後に関与している可能性が示唆された。

S2-4 肝腫瘍に対するロボット支援下肝切除術の役割

¹藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学、
²藤田医科大学 国際医療センター
○加藤 悠太郎¹、杉岡 篤²、宇山 一朗¹

(緒言) 肝腫瘍に対する腹腔鏡下・ロボット支援下の低侵襲肝切除術は、開腹手術を凌駕する短期成績と同等の長期成績が報告され、役割は大きい。中でもロボット支援下肝切除術 (RLR) は、動作制限や視野の不安定性などの腹腔鏡肝切除 (LLR) の欠点を補完する新しい術式である。わが国ではRLRの実施施設は限定的で症例数は約150例と少ない。当院では120例のRLRを実施したので、その経験からRLRの有用性と今後の役割を考察する。(方法) 2021年8月までに当院で行なった低侵襲肝切除術は580例のうち120例 (21%) がRLRであった。対象疾患は肝細胞癌75例 (63%)、転移性肝腫瘍37例 (31%)、その他8例で、術式の内訳は難度の高い解剖学的肝切除 (AR) 62例 (52%)、非解剖学的肝部分切除 (NAR) 58例であった。ARの切除域は3区域2例、2区域13例、1区域20例、尾状葉全切除を含む亜区域22例、外側区域5例。門脈腫瘍栓血栓摘出・門脈再建を4例、胆道再建を4例に行った。39例 (33%) が再肝切除症例であった。(結果) ARとNARの比較では術式を反映して手術時間と出血量に有意差を認めたが、合併率と在院日数は同等だった。2014年以前の前期45例と2015年以降の後期75例と比較すると、高難度術式、再肝切除、脈管再建の比率はそれぞれ27%/60%、20%/40%、0%/9%と、後期より難度の高い術式にシフトした。ARの短期成績では手術時間と出血量でRLRはLLRより劣っていたが、在院日数は同等。術後合併症率はRLR 16%、LLR 10%と同等だが、胆汁漏などの局所合併症率はRLR 1.8%、LLR 8.7% ($p=0.075$) とRLRで低率だった。肝細胞癌初回RLR37例での1/3/5年全生存率、無再発生存率はそれぞれ100%/82%/70%、85%/44%/32%と開腹やLLRと遜色なかった。(考察) RLRの有用性は、肝門部脈管操作、胆汁漏低減、血管・胆道再建、再肝切除における高度癒着剥離など動作制限低減や精緻な操作などロボット機能の利点に由来することが示唆された。ロボットを用いることによって低侵襲肝切除の安全性が向上するとともに適応自体も拡大すると考えられ、肝腫瘍患者のさらなる福音となり得る。

S2-5 ロボット支援下膵切除術の経験→導入から短期成績まで～

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科
○齊藤 健太、松尾 洋一、瀧口 修司

ロボット支援下手術は、その多関節機能による操作性の向上や、3次元画像と拡大視効果による微細解剖認識のしやすさなどの利点から、腹腔鏡下手術に代わり急速に普及しつつある。消化器領域でも、最初に胃と直腸領域で保険収載され、実施施設、症例数ともに増加してきた。一方、肝胆膵領域では、郭清を必要とする悪性腫瘍に対して、2016年に腹腔鏡下膵体尾部切除術、2020年に腹腔鏡下膵頭十二指腸切除術が保険収載されたのちに、2020年に両術式に対するロボット支援下手術が保険収載された。しかし、難度が高く、限られた施設でのみ導入されているにすぎない。当院では、ロボット支援下手術に特有な精緻な手技による成績向上を目指し、2019年よりロボット支援下膵体尾部切除術を、2021年よりロボット支援下膵頭十二指腸切除術を安全かつ段階的に導入してきた。その結果、現在までにロボット支援下膵体尾部切除術30例、ロボット支援下膵頭十二指腸切除術5例を経験するに至っている。周術期成績としては、これまでの開腹や腹腔鏡手術と比較し、手術時間の延長を認めているものの、出血量は少なく、膵液瘻などの合併症を増やすことなく安全に導入できており、再手術例や死亡例を認めていない。今回の報告では、我々が段階的に導入してきたロボット支援下膵切除術に関する手技的な工夫と利点を動画で供覧し、短期周術期成績を解説する。

S2-7 バルーン内視鏡下 ERCP におけるハサミ型ナイフを用いたブレイクカット法

愛知医科大学 肝胆膵内科
○井上 匡央、伊藤 清顕、米田 政志

【目的】バルーン内視鏡下 ERCP (BE-ERCP) は、術後再建腸管例における胆膵疾患に対して有用な診断・治療アプローチである。しかし十二指腸乳頭を有する例では、到達することができても胆管挿管に難渋することもあり、胆管挿管困難例に対してはニードルナイフ等を用いたブレイクカット法が有用であるが、BE-ERCPでは直視鏡かつ鉗子起上装置が存在しないため、適切な切開方向にナイフを向けることが難しい。この問題に対して、我々はハサミ型ナイフであれば、片方の刃が胆管開口部を捉え、ブレイクカット法に有用となり得る可能性を考えた。本研究ではBE-ERCPにおける、ハサミ型ナイフによるブレイクカット法の治療成績を検討する。【方法】BE-ERCPを施行された術後再建腸管例のうち、十二指腸乳頭を有しハサミ型ナイフによるブレイクカット法を施行された10例を対象とした。ハサミ型ナイフによるブレイクカットはその他のカニューレション法がいずれも不成功、あるいは困難であった症例に適用した。ハサミ型ナイフにはSBナイフJrあるいはSBナイフJr2 (住友ベークライト)を使用した。検討項目は手技成功率と手技関連偶発症率とし、手技成功はブレイクカットが施行でき、かつその後の胆管挿管に成功した例と定義した。【成績】対象の年齢中央値は72歳、男性9例、女性1例であった。BE-ERCP施行理由は、総胆管結石8例、胆管狭窄2例であった。10例中6例でハサミ型ナイフによるブレイクカット後に胆管挿管が得られ、手技成功率は60%であった。手技不成功4例中、3例はブレイクカットによる十分な切開が困難であり、もう1例はブレイクカットは施行できたものの胆管挿管が不成功であった。胆管挿管に要した時間 (十二指腸乳頭へのアプローチ開始から胆管挿管まで) の中央値は25分、ハサミ型ナイフによるブレイクカットに要した時間の中央値は11分であった。手技関連偶発症率は10% (1/10) であり、膵炎は1例で認めたが軽症であり保存的に軽快が得られた。【結論】BE-ERCPにおける胆管挿管困難例において、ハサミ型ナイフを用いたブレイクカット法は有用な選択肢となる可能性がある。

S2-6 非膵疾患におけるナファモスタットメシル酸塩の ERCP 後膵炎予防効果についての検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○羽根田 賢一、鈴木 雄太、奥村 文浩

【目的】ERCP後膵炎 (PEP) の予防的で蛋白分解酵素阻害剤が投与されているが、それら薬剤の低用量でのPEP予防効果については不明な点が少ない。今回初回ERCPを対象とし、ナファモスタットメシル酸塩 (NM) の保険収載内の用量でのPEP予防効果を明らかにする。【方法】2016年2月から2021年7月に当院で実施した胆石性膵炎・術後腸管症例を除く初回ERCP症例742例の内、膵疾患を除外した607例を対象とした。2016年2月から2020年8月までPEP予防のためにNMを投与した480例をNM群とし、2020年9月から2021年7月までNMを投与していない127症例を対照群としてPEP発症の比較を行った。PEPの診断は厚生労働省の診断基準を用いて評価した。NMはERCP開始前より合計5%ブドウ糖液1,000mlにNM20mgを溶解し4時間かけて投与した対照群はNMの代わりに同量の細胞外液を投与している。【結果】NM群vs対照群はEST実施割合 (82.1% vs 66.9% $p < 0.001$)、EPBD実施割合 (5% vs 11.8%) で有意差を認めた。傾向スコアマッチング法を用いてEST・EPBD実施割合について患者背景の調整を行い126例ずつの2群を作成した。PEP発症割合はNM群11例 (8.7%) vs 対照群12例 (9.5%) と有意差を認めなかった ($p = 1$)。また軽症・重症膵炎の割合も両群で有意差は認めなかった (軽症膵炎 8.7% vs 7.9% $p = 1$ 重症膵炎 0% vs 1.6% $p = 0.498$)。PEPのリスク因子を単変量解析および多変量解析を行い、リスク因子の有無でNMによるPEPの予防効果も検討した。PEPのリスク因子については単変量解析で $p < 0.2$ であった項目で多変量解析した。PEPのリスク因子はSEMS留置 (cross the papilla)、検査時間 ≥ 45 分、ERP実施であった。リスク因子が2項目以上ある症例でNM群と対照群で比較検討した。背景因子を傾向スコアマッチング法を用いて調整し31症例ずつの2群を作成した。PEP発症割合はNM群9例 (29%) vs 対照群8例 (25.8%) $p = 1$ で有意差を認めなかった。【結論】本検討では非膵疾患においてNM20mg投与はPEPの予防効果を示さなかった。

S2-8 85歳以上の高齢者に対する総胆管結石治療の長期成績

伊勢赤十字病院 消化器内科
○中村 はる香、杉本 真也、村林 桃士

【背景】高齢者に対する内視鏡治療の機会は増加傾向にある。総胆管結石に対する内視鏡的結石除去術は、加齢に伴って偶発症発生割合が増加する。一方で高齢者の総胆管結石を完全排石することの必要性に関する既報は少ない。【目的】85歳以上の高齢者に対する総胆管結石の完全排石について、その安全性と必要性を明らかにすること。【対象と方法】2012年1月から2019年3月までに生涯初の総胆管結石治療を施行した85歳以上の患者211例 (354回の内視鏡的逆行性胆管膵管造影) を対象とした。完全排石が施行できた完全結石除去群 (以下C群) 148例と、ステント留置とした不完全結石除去群 (以下I群) 63例を対象を二分し、患者背景、内視鏡処置の成績、偶発症発生割合、長期予後について比較検討した。【結果】対象は男性70例、女性141例、年齢中央値は88歳であった。認知症を有する患者がC群で有意に少なく (C群: 24% (36/148)、I群: 48% (30/63))、その他の既存症は2群間で差がなかった。内視鏡処置については、最大結石径の中央値はC群7mm、I群10mmとC群で有意に小さく ($p = 0.01$)、検査時間はC群34分、I群26分とC群で有意に長かった ($p < 0.01$)。偶発症については、C群の9%で内視鏡中に徐脈を認めた (I群は0%)。またC群で1例、EPLBDに伴う穿孔を来したが保存的に治癒した。両群ともに致死性偶発症は認めなかった。観察期間中央値は553日 (range 2-2512) であり、その間にC群31例 (21%)、I群27例 (43%) が死亡した。死因のうち胆道感染は両群とも3例ずつであり大部分は結石に関連せず、疾患特異的な累積死亡率は2群間で差がなかった ($p = 0.312$)。【結論】85歳以上の高齢者においても総胆管結石の内視鏡的結石除去は安全に施行可能である。疾患特異的死亡に差はなかったが、胆管炎死亡数が少なく、完全排石が生存期間に関与するか否かについての結論は得られなかった。高齢であることのみを理由に完全排石を諦める必要はないと考える。

S2-9 術後再建腸管の総胆管結石に対して経鼻内視鏡を使用した直接経口胆道鏡が有効であった2例

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○吉田 健作、丸田 明範、清水 省吾

【緒言】術後変更解剖患者の総胆管結石に対する治療にはバルーン小腸内視鏡支援内視鏡的逆行性胆管造影法（BE-ERCP）が有効であるが、BE-ERCPは通常のERCPと比較してスコープ長が長く、鉗子口が小さいため粗大な結石を完全に除去するには困難な場合がある。総胆管結石採石が不成功であった術後再建腸管患者にバルーン小腸内視鏡のオーバーチューブを介して経鼻内視鏡を挿入することで採石に成功した2例について報告する。【方法】BE-ERCPを使用して胆管挿管した後にガイドワイヤーを胆管内に留置する。その後、乳頭近傍にオーバーチューブを残して小腸内視鏡を抜き、オーバーチューブを介してガイドワイヤー下に経鼻内視鏡を胆管内に挿入する。【症例】症例1：80歳代男性、胃癌術後（B-2再建術後）の症例。X-17日に急性胆嚢炎と診断し、PTGBD施行。X-8日のPTGBD造影で総胆管結石を認めたためX-7日にBE-ERCP施行し、EPLBD（7atm,12mm）施行後に総胆管結石を採石。透視上は遺残結石なしと判断し、ENBD留置して検査を終了したが、X日に施行したENBD造影で総胆管結石遺残を認めた。そこでオーバーチューブを介して経鼻内視鏡を胆管内に挿入し、遺残結石をバスケットカテーテルで把持し、採石し、残存結石がないことも確認した。症例2：80歳代女性、胃癌術後（幽門側胃切除+R-Y吻合）の症例。201X年9月に総胆管結石採石目的で2度のBE-ERCPを施行したが、胆管挿管困難であった。同年10月にPTCDを施行し、PTCD-RV法でBE-ERCPを使用して胆管挿管に成功。EPLBD（7atm,12mm）を施行し、碎石用バスケットカテーテルで結石の採石を試みたが、結石を把持できなかった。そこでオーバーチューブを介して経鼻内視鏡を挿入し、総胆管結石を同定し、PTCDから送水しながら電気水圧式結石破碎術（EHL）で結石を破碎した。その後、BE-ERCPで総胆管結石を採石した。【結語】術後再建腸管に対する総胆管結石に対して小腸内視鏡でのERCPで結石除去が困難な場合、直接経口胆道鏡を行うことで結石除去と残石確認が安全に施行できる可能性がある。

S2-10 当院での偽胆石発症について、CTRXとCPZ/SBTの比較と発症因子の検討

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○岡山 幸平、宮部 勝之、林 克巳

【背景】セフトリアキソン（CTRX）は第3世代セフェム系抗菌薬で、その特徴的な副作用として偽胆石がある。偽胆石は超音波検査で胆石に類似した画像を呈するが、比較的早期に自然消失するという性質がある。CTRXによる偽胆石に関する症例報告は散見されるが、発症しやすい因子や他の抗菌薬との比較を行った報告は少ない。今回、当院におけるCTRXとCPZ/SBTの偽胆石発症の比較、および発症リスクについて検討した。【方法】当院で2017年1月1日から2018年3月31日までにCTRXを投与した症例は618例、CPZ/SBTは261例だった。そのうち投与前と投与後3か月以内にCTを施行したCTRX群255例とCPZ/SBT群146例を対象とし、偽胆石発症の違いについて検討した。またCTRXについては投与量・投与期間、患者状態、血液検査などの因子を、偽胆石を発症した症例と発症しなかった症例について、後方視的に検討した。【結果】対象症例の年齢中央値はCTRX群75歳、CPZ/SBT群79歳、性別はCTRX群で男性158例、女性97例、CPZ/SBT群で男性145例、女性95例であった。偽胆石を認めた症例はCTRX群35例（13.7%）、CPZ/SBT群0例（0%）だった。偽胆石を発症したCTRX群において、単変量解析では、年齢、BMI、腎機能、透析、糖尿病などでは有意差を認めなかった一方で、女性（ $p<0.001$ ）、CTRX投与日数（ $p=0.018$ ）、1日あたりの投与量（ $p<0.001$ ）、AST低値（ $p=0.005$ ）、ALP低値（ $p=0.018$ ）、総ビリルビン低値（ $p<0.001$ ）、Alb高値（ $p=0.011$ ）、中心静脈栄養（ $p=0.014$ ）において有意差を認めた。これらの項目を目的変数として多変量解析を行ったところ、女性（ $p=0.002$ ）、1日あたりの投与量（ $p<0.001$ ）、Alb高値（ $p=0.007$ ）において有意差を認めた。【結語】当院の検討において、CPZ/SBT投与では1例も偽胆石が発症しなかったのに対し、CTRXでは13.7%の症例で偽胆石発症を認めた。偽胆石発症には性別、CTRX投与量、Albが関与している可能性が示された。しかし既報で偽胆石が発症しやすいと報告のあった項目で有意差を認めなかったものもあり、さらなる症例の追加における検討が望まれる。

S2-11 急性胆嚢炎の重症度予測因子に関する検討

¹名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
²日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科
○豊原 祥資¹、宮部 勝之²、片岡 洋望¹

【目的】本邦において、急性胆嚢炎の重症度診断に際しては一般的に急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン（東京ガイドライン2018）に基づき判定され、特に重症や中等症の判定の際には臓器障害の有無の判断が重要となっている。近年、高齢化に伴い基礎疾患を有する胆のう炎患者が増加しており、従来の重症度診断基準では正確な重症度診断が困難である。今回我々は急性胆嚢炎の予後予測因子を再検討した。【方法】2015年1月から2020年8月までに日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院で診断した急性胆嚢炎596例を対象とした。本検討ではICU入室症例を重症、HCU入室症例を中等症、それ以外を軽症と分類し、重症・中等症群と軽症群の2群に分けて以下の項目を予測因子として単変量および多変量解析を行い検討した：（1）年齢、（2）性別、（3）人工透析の有無、（4）血液培養陽性化の有無、（5）抗血栓薬内服の有無、（6）診断時の血中白血球数/血小板数/AST/ALT/LDH/γ-GTP/総ビリルビン/クレアチニン/eGFR/BUN/プロトロンビン時間、（7）診断前の血中クレアチニン/eGFR/プロトロンビン時間。【結果】年齢の中央値は76歳（四分位範囲65-82歳）で男性は367例であった。ICU/HCU入室は208例に認め、そのうちPTGBDは89例（42.79%）で施行された。単変量解析では血液培養陽性化の有無、抗血栓薬内服の有無で有意差を認め、性別や人工透析の有無では有意差を認めなかった。（6）では白血球数/血小板数/LDH/クレアチニン/eGFR/BUN/プロトロンビン時間で、（7）ではクレアチニン/eGFR/プロトロンビン時間で有意差を認めた。多変量解析では血液培養陽性化の有無、診断時の白血球数/血小板数/BUNで有意差を認めた。診断時および診断前の血中クレアチニンやeGFRでは有意差を認めなかった。【結論】急性胆嚢炎の重症度予測因子として、年齢、血液培養陽性化の有無、診断時の白血球数、血小板数およびBUNが重要と考えられ、人工透析を含め腎機能障害は重症度予測因子とならない可能性が考えられた。今後は重症のみではどのような指標が重要かを検討する必要がある。

S2-12 胆嚢炎に対するEUS-GBDの成績

岡波総合病院 消化器内科
○今井 元、入 彩加、門阪 薫平

【目的】中等症以上の耐術能の無い胆嚢炎を超音波内視鏡下胆嚢ドレナージ術（EUS-GBD）を当院では実施しており、EUS-GBDの手術の成績と長期成績を検討した。【対象・方法】2018年10月から2021年8月で中等症以上の耐術能の無い胆嚢炎を対象とした。EUS-GBD導入期（2018年10月から約半年間）には合併症予防目的で可能な限り術前にPTGBDを実施し、胆嚢炎が改善するも、クランプ後に再燃もしくは胆嚢管が造影されない症例には再発予防目的でEUS-GBDをおこなった。（8例）成熟期以降は一期的にEUS-GBDをおこなった。（18例）EUS-GBDは19GFNA針を用いて胆嚢を穿刺し、瘻孔部を拡張した後に、金属ステント（SEMS）を留置した。SEMSは実施後、約1か月でPSに入れ替えた。【結果】対象患者の平均年齢 87.9歳（77-101歳）男女比は8：18であった。全例で脳梗塞の既往があり、抗血栓薬の内服をしていた。その他にCOPD1例、慢性腎不全4例、認知症14例が合併していた。手術成功率は92.3%（24/26）。不成功例は、PTGBDからのconversion症例で穿刺はできたがステント留置が困難であった1例、処置中の過鎮静で手術を中止した1例であった。一期的にEUS-GBDを実施した臨床症状改善率は100%（17/17）。偶発症は2例認めた。（出血性十二指腸潰瘍、胆汁漏に伴う腹膜炎）いずれも保存的治療で改善している。手術時間は17.2分（14-32分）、観察期間中央値は247日（14-886日）であり、期間中に8例が死亡したがいずれも手術との関連性はなかった。期間中の胆嚢炎の再発率は0%であった。【考察】EUS-GBDを安全に行うには術者だけでなく、メディカルスタッフを含む介助者の理解度が重要と考えられ、当院では導入期にはPTGBDからのconversionとして実施した。その間の手術に伴う偶発症は認めなかったことから安全性を担保できたと考える。成熟期以降の成功率は上がり、偶発症の発生も比較的少なく実施できた。長期成績では再発はなく、耐術能のない胆嚢炎に対して一つの選択肢となりうると考えられた。【結語】EUS-GBDの現状を検討した。工夫を行うことでより安全にEUS-GBDが導入でき良い成績が得られた。

S2-13 臍周囲液体貯留に対する超音波内視鏡下経消化管ドレーナージの治療成績の検討

豊川市民病院 消化器内科
○的屋 奨、安部 快紀、佐野 仁

【背景・目的】本邦でも通電穿刺針一体型 Lumen-apposing metal stent (LAMS, Hot AXIOS) が2018年9月保険収載され、臍周囲液体貯留 (PFC) に対する新規デバイスとして、その有用性が期待されている。当科でも上市以降、LAMSを導入し、症例を重ねてきた。そこで今回は導入前後におけるPFCに対する超音波内視鏡下経消化管ドレーナージ (EUS-TD) の治療成績を臨床的に検討し、その有用性を報告することを目的とした。

【方法】2013年5月から2021年7月にかけて当院で臍仮性嚢胞 (PPC) ならびに被包化壊死 (WON) に対してEUS-TDを施行した14例を対象とし、その治療成績について遡及的に検討した。LAMS導入前の対象は7Frの両端pig tail型プラスチックステントおよび6~8.5Fr 経鼻ドレーナージュチューブの留置を行った症例とした (PS群)。LAMS導入後はLAMSを用いた症例を対象とした (LAMS群)。

【結果】PS群は8例で年齢中央値は62.5歳 (33-86歳)、男/女:7/1、原疾患は急性肺炎/慢性肺炎/自己免疫性肺炎/臍切除後脾液瘻:4/2/1/1、WON/PPC:5/3であった。LAMS群は6例で年齢中央値は69.5歳 (33-81歳)、男/女:5/1、原疾患は急性肺炎6、WON/PPC:4/2であった。最大嚢胞径の平均はPS群で124.7mm、LAMS群で145.7mmと有意な差を認めなかった ($P=0.57$)。処置時間はPS群で平均43分、LAMS群で平均24分と有意な差は認めなかったものの、LAMS群で短い傾向にあった ($P=0.10$)。EUS-TD後にネクロゼクトミーを要した症例はPS群で1例、LAMS群で2例であった。手技成功はPS群、LAMS群ともに全例で得られたが、臨床的成功 (治療奏効) はPS群で1例得られなかった。偶発症はLAMS群で処置時の胃内への逸脱を1例、LAMS抜去後の瘻孔開存を1例認めた。

【結語】PFCに対するEUS-TDは有効な治療手段である。2例の偶発症を経験したがLAMSによるEUS-TDは処置時間が短い傾向にあり、患者への負担が少ない比較的安全な処置であると考えられた。PSとLAMSの適応については今後も症例の蓄積や検討を行うことが重要であると考えられた。

S2-15 新規内視鏡胆道擦過デバイス (Trefle) の診断能に関する検討

春日井市民病院 消化器内科
○安達 明央、高田 博樹、祖父江 聡

【背景】胆道癌診療ガイドラインでは、治療前に生検または細胞診を行うことが推奨されている。しかし、胆管狭窄に対するブラシ細胞診の感度は45%、胆管生検の感度は48%と報告され、その診断率は十分とは言えないのが現状である。当院では新規の胆道擦過デバイスであるTrefleも検体採取時に適宜併用しているが、その診断能に関しての十分なエビデンスはない。【目的】当院での新規内視鏡胆道擦過デバイス (Trefle) の診断能を明らかにすること。【方法】2019/4/1~2021/1/31に当院で胆道狭窄の病理学的診断目的にERCPを施行した計89症例を対象とした。ブラシ、胆管生検、Trefleそれぞれの感度についてretrospectiveに比較検討した。また、当院で標準的に行っていたブラシ細胞診と胆管生検に加えてTrefleを使用することで、診断能に上乗せ効果が認められるかについても検討した。【結果】全症例の内訳は胆管癌:胆嚢癌:脾癌:その他悪性腫瘍:良性=29:5:28:4:23であった。検体採取方法は主治医の裁量でそれぞれ組み合わせで決定されており、合計でブラシ:胆管生検:Trefle=76:56:44行われていた。各採取方法単独での κ 値はブラシ:胆管生検:Trefle=0.33:0.35:0.19、感度はブラシ:胆管生検:Trefle=46%:58%:38%でありTrefleの感度がやや劣る結果であった。ブラシ+胆管生検群の感度は76%、ブラシ+胆管生検+Trefle群の感度は65%であり、P値は0.495で有意差を認めなかった。疾患別に検討しても、感度にTrefleの上乗せ効果は見られなかった。【結論】今回の当院における検討では、Trefleの診断能は既存のブラシ細胞診、胆管生検より優れているとは言えない結果であった。また、診断率に関してTrefleの上乗せ効果は認められなかった。

S2-14 悪性胆道狭窄例における病理診断能と検体採取量の改善を目指した胆汁セブルック法の検討

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理診断科
○奥野 充¹、田中 卓司²、岩田 圭介¹

【背景】悪性疾患が疑われる胆管狭窄例への内視鏡的検体採取は、十分な検体量採取が難しく、良悪性診断のみならず、MSIやNTRK検査等のコンパニオン診断 (CDx) の施行が困難な場合がある。ENBD留置後翌朝まで貯留した胆汁から作成したセブルック (CB) 検体は、遠心分離により多くの癌細胞の収集が行えるため、良悪性診断能向上および免疫染色 (IHC) 評価によるCDxが行える可能性がある。【目的】CB法で良悪性診断能が向上するか、CB検体でのIHCが手術標本のIHC評価と一致するかを検討した。【方法】2018-2021年に悪性疾患が疑われる胆管狭窄例に対し、良悪性診断目的にENBDを留置しCB検体を作成した72例。[1]良悪性診断能においてCB法が単回胆汁細胞診より有用か[2]CB検体中に収集された癌細胞数[3]CB検体と手術標本でのIHC比較、につき検討した。【結果】対象症例の背景因子は、女性27例 (38%)、年齢中央値75歳 (49-98)。CB用に回収した胆汁の中央値は200mL (20-400) で、最終診断は悪性疾患54例、良性疾患18例。[1]胆道良悪性診断能において、CB検体/初回細胞診の感度67%/41% ($p=0.01$)、特異度100%/100%、正診率75%/56% ($p=0.02$) であり、CB法の感度・正診率は単回細胞診よりも有意に高かった。[2]CB法にて悪性と診断された36例のCB検体中の癌細胞数中央値は60個 (10-2010) であった。[3]CB法で悪性と診断した36例中8例に手術が行われ、全例胆道癌であった。CB検体と手術標本のIHC比較を行うため、まず手術標本8例に胆道癌診断に用いる抗p53/S100P/Maspin抗体でIHCを行ったところ、抗Maspin抗体にて全例に陽性を示した。CB検体に対し、抗Maspin抗体でIHCを行ったところ、CB検体7例に陽性を示し、手術標本との比較では88% (7/8) の一致率であった。【結語】CB法は単回胆汁細胞診より感度・正診率が有意に高く、IHCが可能な細胞数が収集されていた。胆汁を用いたCB検体でIHCが可能であり、手術標本のIHCとの比較では高い一致率を認めた。胆汁を用いたCB検体は、良悪性診断能を向上させ、IHCを用いたCDxも行える可能性が示唆された。

S2-16 切除可能脾癌に対してのGS療法を用いた術前補助化学療法の成績

安城更生病院 消化器内科
○木下 拓也、林 大樹朗、竹内 真実子

【目的】当科で実施した術前補助化学療法 (NAC) としてのGS療法の成績を明らかにすること。【方法】2019年11月から2021年6月まで当科で切除可能と診断され、術前補助化学療法を実施された脾癌患者14症例 (男性6例、女性8例) を対象とした。全例EUS-FNAを実施し病理組織学的に脾癌の診断を得て、GS (GEM 1000mg/m²、S-1 120mg/day) 療法を2クール実施後、造影CTによる効果判定後に手術加療の方針とした。画像評価はRECISTv1.1に基づいて実施し、有害事象はCTCAEv4.0に準じて評価を行った。当院IRBの承認の下、1) 患者背景、2) NAC完遂率、3) NAC効果判定、4) 有害事象、5) 手術成績につき後方視的に検討を行った。【成績】1) 年齢中央値は72歳 (51-78)、脾癌罹患部位は頭部11例、体部1例、尾部2例、臨床進行期はIA期が1例、IB期が1例、IIA期が7例、IIB期が5例であった。画像診断による切除可能性分類は全例が切除可能であった。2) 1コース目の完遂率は57% (8/14例)、2コース目の完遂率は28.6% (4/14例) であった。薬疹によりNAC継続困難と判断された6例が1コースのみ実施後に手術加療となった。3) PRが3例、SDが8例、PDが3例であり奏効率は21.4%であった。PDとなった3例はそれぞれ肝転移の出現、腹腔動脈浸潤、上腸胃動脈浸潤により切除不能と判定された。4) Grade3/4の好中球減少を10例、Grade1/2の皮疹を5例、Grade3/4の皮疹を5例に認め、1例はStevens-Johnson症候群に移行した。5) 11例が手術加療を実施され、全例でR0切除となった。切除標本による最終病期診断はIA期が1例、IIA期が3例、IIB期が7例であった。NACによる組織学的効果判定基準分類はGrade1aが8例、Grade1bが3例であった。【結論】単施設かつ少数例での検討ではあるが、血液毒性・非血液毒性のいずれも既存の報告に比し高い結果であった。観察期間も短く、切除例の経過を追跡のうえ更なる検討が必要と考える。

S2-17 切除不能進行膵癌に対する3次療法としての nal-IRI+5-FU/ I-LV 療法と S-1療法の比較検討

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○三田 直樹、岩下 拓司、清水 雅仁

【背景】近年、切除不能進行膵癌において Gemcitabine based therapy 後の2次療法として nanoliposomal irinotecan (nal-IRI) +5-FU/I-LV の有用性が報告された。当院では忍容性のある症例には1次療法として modified FOLFIRINOX (mFX)、2次療法として Gemcitabine+nab-Paclitaxel (GnP) を施行しており、3次療法として従来S-1単剤治療を行っていたが、近年ではnal-IRI+5-FU/I-LVを行っている。【目的】mFX、GnP後の3次療法としてのnal-IRI+5-FU/I-LVとS-1の有効性および安全性を比較検討する。【対象・方法】当院および関連2施設で2015年4月から2021年8月までに切除不能進行膵癌症例で1次療法でmFX、2次治療でGnPを施行され、3次治療としてnal-IRI+5-FU/I-LV (N群) もしくはS-1 (S群) を施行した症例を対象とし、診療情報を後方視的に検討した。主要評価項目は全生存期間 (OS)、副次的評価項目は無増悪生存期間 (PFS)、病勢制御率 (DCR)、有害事象の発現頻度とした。【結果】N群8例、S群17例であり、それぞれの背景因子 (N群/S群) は、年齢中央値 69 (range 44-73) /65 (range 39-73) 歳 (p=0.28)、女性 4/6例 (p=0.67)、膵腫瘍部位 頭部2例・体尾部6例/頭部9例・体尾部8例 (p=0.23)、遠隔転移例 7 (87.5%) /16 (94.1%) 例 (p=1.0) であった。N群に関して相対容量強度の中央値はnal-IRI:84.0%、5-FU:86.6%、I-LV:94.2%であり、S群では9例で減量投与となった。OSの中央値は102/94日 (p=0.80)、PFSの中央値49/55日 (p=0.75)、有効性はCR:0/0例、PR:1/0例、SD:1/3例、PD:6/14例であり、DCRは25.0/17.7% (p=1.0) であった。Grade3以上の有害事象は37.6%/47.6% (p=1.0) で認め、その内訳はN群で好中球減少1例、貧血2例、血小板減少1例、S群では貧血4例、食欲低下1例、嘔気2例であった。S群の嘔気により中止となった1例以外では全例がPDのため中止となった。【結語】本検討ではFX、GnP後の3次療法として、nal-IRI+5-FU/I-LVはS-1と比較し治療効果・安全性に有意差を認めず3次療法としても選択肢になると考えられた。今後、多数例でのさらなる検討が望まれる。

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

胃・十二指腸 1

座長 聖隷浜松病院 消化器内科 海野 修平

1 突発性難聴による血性嘔吐の精査目的のために行った内視鏡検査中に発症した胃破裂の1例

(専修医) ¹木沢記念病院 消化器内科、²木沢記念病院 外科、³木沢記念病院 病理診断科

○伊藤 有紀¹、日野 孝彬¹、長尾 涼太郎¹、田口 大輔¹、水谷 しの¹、
足達 広和¹、安田 陽一¹、大島 靖広¹、杉山 宏¹、中神 光²、山口 和也²、
山田 鉄也³

2 経皮内視鏡的胃瘻造設術の胃壁固定糸による術後腸閉塞の1例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○小泉 悠、長谷川 恒輔、小泉 拓也、坂野 香里、村瀬 博幸、大谷 毅一、
廣田 大輝、増田 直也、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、丸田 明範、
永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

3 奇異な形態を呈した胃底腺ポリープに対して内視鏡的粘膜切除術を施行した1例

若手 藤田医科大学 消化器内科

(専修医) ○村島 健太郎、舩坂 好平、小山 恵司、吉田 大、尾崎 隼人、堀口 徳之、
大森 崇史、前田 晃平、城代 康貴、小村 成臣、鎌野 俊彰、長坂 光夫、
中川 義仁、宮原 良二、柴田 知行、廣岡 芳樹

4 Rindi III 型の胃内分泌腫瘍 (NEN) に対して ESD を行った2例

若手 藤枝市立総合病院 消化器内科

(研修医) ○黒田 昂宏、丸山 保彦、吉井 重人、景岡 正信、大畠 昭彦、寺井 智宏、
榎田 浩平、星野 弘典、稲垣 圭祐、佐藤 大輝

5 術前診断が困難であった異所性腭癌の一例

若手 ¹J A 愛知厚生連海南病院 消化器内科、²J A 愛知厚生連海南病院 腫瘍内科
(専修医) ○上田 錠¹、渡邊 一正¹、國井 伸¹、石川 大介¹、橋詰 清孝¹、坪内 達郎¹、
加賀 充朗¹、越山 彩香¹、中村 太二¹、
山田 訓也¹、宇都宮 節夫²、奥村 明彦¹

6 胃病変が診断の契機となった男性副乳癌胃転移の1例

若手 ¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 病理科
(専修医) ○大城 恵吾¹、木全 政晴¹、金谷 和哉¹、榛葉 俊太郎¹、
玉腰 裕規¹、吉井 元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、小林 陽介¹、鏡 卓馬¹、芳澤 社¹、
室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、大月 寛郎²

7 Upside down stomach を呈する食道裂孔ヘルニアに対し腹腔鏡下手術を行い改善
若手 した1例

(専修医) ¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科
○加藤 大樹¹、西澤 航平¹、藤田 翔也¹、井口 太郎¹、米倉 孝¹、山中 力行¹、
大庭 行正¹、山崎 哲¹、鈴木 安曇¹、佐原 秀¹、栗山 茂¹、影山 富士人¹、
金岡 繁¹、尾崎 祐介²、宮崎 真一郎²

8 経口内視鏡的ドレナージが著効した胃癌術後腹膜播種による輸入脚症候群の1例

¹藤枝市立総合病院 消化器内科、²藤枝市立総合病院 外科
○稲垣 圭佑¹、大島 昭彦¹、佐藤 大輝¹、星野 弘典¹、榎田 浩平¹、
寺井 智宏¹、景岡 正信¹、吉井 重人¹、丸山 保彦¹、島村 隆浩²

9 十二指腸静脈瘤破裂をきたし内視鏡的硬化療法にて止血し得た1例

若手 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 消化器内科
(専修医) ○清水 典久、土井 拓矢、大西 浩史、鈴木 恵里奈、
飛鳥井 香紀、神野 成臣、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉

10 術前化学療法が奏効した Epstein-Barr ウイルス関連胃癌の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○小林 郁美、海野 修平、芳澤 社、金谷 和哉、榛葉 俊太郎、佐藤 友香、
吉井 元、玉腰 裕規、大城 恵吾、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

11 高度リンパ節転移を伴う切除不能進行胃癌に対し SOX 療法後に Conversion
若手 surgery を施行しえた1例

(専修医) 愛知医科大学 消化管内科

○中村 友梨香、足立 和規、杉村 明佳音、加藤 駿介、
駒井 洋彦、高山 将旭、小野 聡、吉峰 尚子、鈴木 真名美、長尾 一寛、
山本 和弘、福富 里枝子、杉山 智哉、山口 純治、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

12 当院で Pembrolizumab を使用した切除不能進行胃癌の2例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鈴木 健人、塚本 宏延、濱田 祐輔、佐々木 謙、丹羽 佑介、山田 直晃、
大岩 拓矢、浦壁 憲司、貫井 嵩之、石原 亮、蓑輪 彬久、鈴木 雄太、
羽根田 賢一、水島 隆史、奥村 文浩

13 高齢者の胃神経内分泌癌（NEC）に対して CBDCA + VP -16が著効した一例
若手

愛知医科大学 消化管内科

(専修医)

○森田 翔一、杉村 明佳音、吉峰 尚子、高山 将旭、小野 聡、加藤 駿介、
駒井 洋彦、長尾 一寛、鈴木 真名美、山本 和弘、杉山 智哉、山口 純治、
足立 和規、井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、舟木 康、佐々木 誠人、
春日井 邦夫

14 腫瘍出血に対し放射線治療が有効であった胃癌の1例

春日井市民病院 消化器内科

○小林 由花、平田 慶和、竹市 絵里花、山本 涼、原田 貴仁、河村 逸外、
相羽 礼佳、田中 翔、山本 友輝、安達 明央、池内 寛和、林 則之、
高田 博樹、祖父江 聡

小腸 1

座長 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 奥田 悠介

15 小腸閉塞を契機に術前診断に至ったメッケル憩室炎の一例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

(専修医) ○金谷 和哉、木全 政晴、佐藤 友香、榛葉 俊太郎、大城 恵吾、
玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、丹羽 智之、
江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、小林 陽介、鏡 卓馬、芳澤 社、
室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

16 メッケル憩室による貧血をきたした2例

若手 トヨタ記念病院 消化器内科

(専修医) ○小柳 裕揮、鈴木 貴久、三宅 忍幸、村山 睦、芳川 昌功、澤口 洋視、
加藤 真子、物江 真司

17 小腸イレウスを契機に発見された回腸子宮内膜症の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○志田 麻子、芳澤 社、丹羽 智之、金谷 和哉、佐藤 友香、
榛葉 俊太郎、大城 恵吾、玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、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、長澤 正通、細田 佳佐

18 経口リン吸着剤内服中の透析患者に発生した小腸イレウスの1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○石原 亮、水島 隆史、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、
浦壁 憲司、貫井 嵩之、鈴木 健人、蓑輪 彬久、鈴木 雄太、
羽根田 賢一、塚本 宏延、奥村 文浩

19 コルヒチンが著効した家族性地中海熱の一例

若手 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

(専修医) ○山根 佑基、野村 智史、久保田 淳、中井 俊介、今津 充季、金岩 弘樹、
富田 優作、山口 彩奈、北川 美香、平野 敦之、森 義徳、木村 吉秀、
土田 研司、妹尾 恭司

小腸2

座長 岐阜県立多治見病院 消化器内科 羽根田 賢一

20 Crohn 病に対してインフリキシマブ使用中に神経梅毒を発症した一例

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専修医)

○新田 紘一郎、服部 峻、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、
山本 英子、鈴木 博貴、加納 佑一、小木曾 拓也、西堀 友美、
大森 康司、堀田 尋紀、浦野 文博

21 長期間アダリムマブを投与していた小腸型クローン病患者が抗リン脂質抗体症候群が原因と考えられる脳梗塞及び深部静脈血栓症を発症した1例

(専修医)

独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器内科

○八木 直人、川口 大貴、菊池 恵介、有谷 実莉、上田 駿介、
池田 正俊、早川 諒祐、木村 領佑、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

22 腸閉塞を契機に診断し得た小腸濾胞性リンパ腫の一例

若手 ¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

(専修医)

²三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○鈴木 寛人¹、濱田 康彦¹、梅田 悠平¹、池之山 洋平¹、重福 亜紀奈¹、
行本 弘樹¹、中村 美咲¹、葛原 正樹¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、
中川 勇人¹

23 腸重積による腹痛を繰り返した空腸腺腫の一例

若手 ¹独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器内科、

(専修医)

²独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器外科

○川口 大貴¹、田中 俊夫¹、八木 直人¹、菊池 恵介¹、有谷 実莉¹、
上田 駿介¹、池田 正俊¹、早川 諒祐¹、木村 領佑¹、鈴木 博貴¹、
黒石 健吾¹、多田 誠一郎²、前田 賢人²、濱村 啓介¹、高橋 好朗¹、
小柳津 竜樹¹

24 腸重積を契機に発見され、内視鏡的に切除しえた小腸癌の1例

地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○山田 直晃、奥村 文浩、水島 隆史、塚本 宏延、羽根田 賢一、
鈴木 雄太、蓑輪 彬久、鈴木 健人、石原 亮、浦壁 憲司、貫井 嵩之、
大岩 拓矢、丹羽 佑介、濱田 祐輔

25 経時的な増大を認め外科的切除を行った限局性結節性過形成の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)

○光松 佑時¹、仲島 さより¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、神岡 諭郎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、
井本 正巳¹、伊藤 誠²

26 Fontan associated liver disease (FALD) 関連肝細胞癌の一例

若手

岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医)

○増田 直也、永野 淳二、小泉 拓也、小泉 悠、坂野 香里、村瀬 博幸、
大谷 毅一、曾我 淳史、林 冴加、廣田 大輝、相羽 優志、入谷 壮一、
吉田 健作、小澤 範高、長谷川 恒輔、丸田 明範、山崎 健路、清水 省吾

27 正常肝を背景とする経口避妊薬内服中の若年女性に生じた肝細胞癌破裂一例

若手

独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器内科

(専修医)

○菊池 恵介、小柳津 竜樹、八木 直人、有谷 実莉、上田 駿介、
池田 正俊、早川 諒介、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、
濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫

28 肝細胞癌に対する Atezolizumab+bevacizumab 治療中に免疫関連有害事象の脳炎

若手 が疑われた2例

(専修医)

JA 愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科

○近藤 大也、稲掛 優介、玉腰 丈博、平岩 厚佑、豊島 創、松井 健一、
竹内 淳史、森田 清、高士 ひとみ、都築 智之

- 29 原発性硬化性胆管炎(PSC)と潰瘍性大腸炎(UC)にて通院中、自己免疫性肝炎(AIH)合併を判明した1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○鈴木 孝典、名倉 義人、松浦 健太郎、片野 敬仁、内藤 格、
藤原 圭

- 30 診断に難渋したびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫による急性肝不全の一剖検例
若手

聖隷浜松病院 消化器内科

(専修医)

○佐藤 友香、小林 陽介、金谷 和哉、榛葉 俊太郎、大城 恵吾、玉腰 裕規、
吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、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

- 31 悪性リンパ腫への化学療法終了44ヶ月後に発症した de novo B 型肝炎の1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○浦壁 憲司、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、貫井 嵩之、
石原 亮、蓑輪 彬久、鈴木 健人、鈴木 雄太、羽根田 賢一、
塚本 宏延、水島 隆史、奥村 文浩

- 32 誘因の無い再活性化により昏睡型急性肝不全を発症した非活動性HBVキャリアの
若手 一例

(専修医)

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○北 祐次、村田 礼人、大森 将史、栗津 崇仁、佐藤 祥、谷口 源太郎、
佐藤 俊輔、嶋田 裕慈、玄田 拓哉

33 造影 US を含めた画像診断と肝腫瘍生検で診断し得た肝硬化性血管腫の一例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

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

34 自然止血が得られた肝海綿状血管腫の自然破裂に対して動脈塞栓術を施行し待期的
若手 に肝切除した1例

(専修医) 公立陶生病院 消化器内科

○岩田 憲吾、新家 卓郎、黒岩 正憲、竹中 宏之、河邊 智久、小島 久実、
山内 浩揮、佐原 和規、西川 和希、平野 智也、滝川 一徳、山本 崇史

35 閉塞性黄疸をきたした巨大肝嚢胞に対する腹腔鏡下天蓋切除の1例

若手 松阪中央総合病院 外科

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

36 当院での感染性肝嚢胞の検討と低圧持続吸引システムを利用した治療の有用性

若手 独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器内科

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

肝臓 4

座長 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科 木村 吉秀

37 難治性肝性脳症に対し B-RTO を施行した症例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○名倉 義人、鈴木 孝典、久野 佳代子、松浦 健太郎、藤原 圭、片岡 洋望

38 過粘稠性 *Klebsiella pneumoniae* による侵襲性肝膿瘍症候群の一例

若手 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 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、
高野 宏平、八田 勇輔、上田 遼太、松本 悠平、三木 大地、川瀬 祐、
春田 純一

39 CT で偶発的に指摘され自然軽快した肝好酸球性膿瘍の 1 例

若手 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科

(専修医) ○黒柳 恵太、日下部 篤宣、有賀 亮太、加藤 大介、隈井 大介、宮城島 俊、
岡山 幸平、神田 武生、齋藤 敏彰、熱田 直巳、宮部 勝之、蟹江 浩、
山田 智則、林 克巳

40 胃静脈瘤破裂治療後に肺肝症候群が指摘された一例

若手 高山赤十字病院 消化器内科

(研修医) ○李 愚姫、水谷 拓、千住 明彦、金田 裕人、今井 奨、浮田 雅人、
白子 順子

41 原発性脾癌との鑑別を要した腎細胞癌脾転移の 1 例

若手 ¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 泌尿器科、

(専修医) ³岐阜市民病院 病理診断科

○大橋 洋祐¹、岩田 圭介¹、下城 宏太¹、岩佐 太誠¹、小居 幹太¹、
岩田 翔太¹、岩佐 悠平¹、奥野 充¹、河内 隆宏¹、小木曾 富生¹、林 秀樹¹、
杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、富田 栄一¹、玉木 正義²、渡部 直樹³、
田中 卓二³

42 オラパリブが奏効した BRCA 2 遺伝子変異陽性切除不能脾癌の 1 例

若手 浜松医科大学 第二内科肝臓内科

(専修医) ○綿引 萌花、梅村 昌宏、松本 萌、山下 真帆、木次 健介、高鳥 真吾、

太田 和義、伊藤 潤、則武 秀尚、川田 一仁

43 脾転移をきたした多発性骨髄腫の 1 例

若手 ¹大垣市民病院、²大垣市民病院 放射線診断科

(専修医) ○杉原 有紀¹、金森 明¹、菅井 章達¹、古川 大樹¹、塩田 祥平¹、風呂井 学¹、

小藪 敬尋¹、山本 怜¹、和田 啓孝¹、安田 諭¹、北畠 秀介¹、豊田 秀徳¹、
久永 康宏¹、谷川 誠¹、曾根 康博²、桐山 勢生¹

44 正確に術前診断し、適切に切除した 3 重消化器がんの 1 例

若手 ¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²伊勢赤十字病院 外科、

(専修医) ³伊勢赤十字病院 病理診断科

○市川 彩子¹、村林 桃士¹、奥田 裕文¹、河俣 真由¹、松嶋 竜太郎¹、
中村 はる香¹、久田 拓央¹、林 智士¹、天満 大志¹、杉本 真也¹、
大山田 純¹、亀井 昭¹、佐藤 啓太²、矢花 正³

膵臓2

座長 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科 宮部 勝之

45 MSI-High 膵癌に対してペンブロリズマブを長期投与している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

○大岩 恵祐¹、水谷 泰之¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、飯田 忠¹、
植月 康太¹、八鹿 潤¹、山田 健太²、宜保 憲明¹、青木 聡典¹、片岡 邦夫¹、
森 裕¹、高田 善久¹、高橋 秀和¹、青井 広典¹、川嶋 啓揮²

46 irAE 膵炎による周囲リンパ節腫大に対しEUS-FNBにて病理像を確認した1例

若手 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

(研修医) ○佐藤 棕、堀 寧、内藤 格、鬼頭 佑輔、加地 謙太、加藤 晃久、
夏目 まこと、吉田 道弘、林 香月、片岡 洋望

47 アルコール性肝硬変に合併した膵性腹水の1例

若手 藤田医科大学 消化器内科学

(専修医) ○河村 岳史、三井 有紗、葛谷 貞二、橋本 千樹、川部 直人、
中野 卓二、中岡 和徳、田中 浩敬、越智 友花、宮地 小百合、
宮地 洋平、船坂 好平、長坂 光夫、中川 義仁、宮原 良二、
柴田 知行、廣岡 芳樹

48 膵管ドレナージにより軽快した膵癌に伴う皮下結節性脂肪壊死症の一例

¹静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、

²静岡県立静岡がんセンター ゲノム医療推進部、

³静岡県立静岡がんセンター 消化器内科、⁴静岡県立静岡がんセンター 皮膚科

○石川 和真¹、石渡 裕俊¹、新谷 文崇¹、松林 宏行^{1,2}、南出 竜典¹、
山本 陽一¹、前田 有紀¹、川田 登¹、高田 和典¹、岸田 圭弘¹、
今井 健一郎¹、堀田 欣一¹、川上 武志³、佐竹 宏介⁴、小野 裕之¹

49 膵尾部に発生した浸潤性膵粘液性嚢胞腺癌（MCC）の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○丹羽 智之、小林 陽介、金谷 和哉、佐藤 友香、榛葉 俊太郎、
大城 恵吾、玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、
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

50 急激な経過を辿った膵癌肉腫の一例

¹旭労災病院 消化器内科、²愛知医科大学 病理学講座、³旭労災病院 病理診断科

○寺島 良幸¹、藤田 美穂¹、中川 頌子¹、松田 大知¹、小笹 貴士¹、陸 美穂²、
小野 謙三³、斎田 康彦¹

51 IPMC に併存した膵癌肉腫の 1 切除例

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○藤井 武宏、堯天 一亨、早崎 碧泉、飯澤 祐介、種村 彰洋、
村田 泰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、櫻井 洋至、水野 修吾

52 男性の粘液性嚢胞腫瘍（mucinous cystic neoplasm）の一例

若手

¹藤田医科大学 医学部 総合消化器外科学、

（専修医）

²藤田医科大学 医学部 先端ロボット・内視鏡手術学講座

○川瀬 貴久¹、内田 雄一郎¹、加藤 悠太郎²、高原 武志¹、安田 顕¹、
小島 正之¹、木口 剛造¹、宇山 一朗²、須田 康一¹

53 経過中に増大傾向を示し、主膵管内に造影される結節をみとめた IPMN の 2 例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○前川 有里、山田 玲子、坪井 順哉、島田 康彬、河俣 真由、
中川 勇人

胆嚢 1

座長 愛知がんセンター 消化器内科 奥野 のぞみ

54 超音波内視鏡下胆管胃吻合術ルートより SPY Glass DS を挿入し、治療し得た総胆管結石の一例

(専修医) 岐阜県総合医療センター 消化器内科

○廣田 大輝、吉田 健作、入谷 壮一、小澤 範高、長谷川 恒輔、丸田 明範、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

55 肝門部両葉金属ステント留置後の ingrowth 閉塞に対してラジオ波焼灼療法が有用であった 2 例

(研修医) ¹愛知医科大学 卒後臨床研修センター、²愛知医科大学 肝胆膵内科

○嵯峨 俊信¹、北野 礼奈²、井上 匡央²、指宿 麻悠²、坂本 和賢²、木本 慧²、小林 佑次²、角田 圭雄²、中出 幸臣²、伊藤 清顕²、米田 政志²

56 化学療法にて長期生存が得られた胆嚢原発神経内分泌癌の一例

愛知医科大学 肝胆膵内科

○指宿 麻悠、井上 匡央、北野 礼奈、坂本 和賢、木本 慧、小林 佑次、角田 圭雄、中出 幸臣、伊藤 清顕、米田 政志

57 原発不明癌として死亡後、病理解剖でびまん性肝内胆管癌と診断された一例

若手 社会医療法人宏潤会 大同病院

(専修医)

○武田 有里、西川 貴広、榊原 聡介、名倉 明日香、柳瀬 成希、柳澤 直宏、早川 真也、白水 将憲、田島 万莉、宮崎 聖大、胡 磊明、柴田 萌、堀 諒、野々垣 浩二

胆嚢2

座長 岐阜市民病院 消化器内科 奥野 充

58 好酸球浸潤により胆道病変を発症し、ステロイド投与にて改善した2例

若手

¹日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院、²名古屋掖済会病院

(研修医)

○石田 みなみ¹、有賀 亮太¹、加藤 大介¹、黒柳 恵太¹、押谷 由衣²、
岡山 幸平¹、隈井 大介¹、神田 武生¹、熱田 直己¹、齋藤 彰敏¹、
日下部 篤宣¹、蟹江 浩¹、宮部 勝之¹、山田 智則¹、林 克巳¹

59 胆管－十二指腸吻合術後の逆行性胆管炎を契機とした化膿性門脈炎の一例

若手

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科

(専修医)

○三木 大地、藤吉 俊尚、山口 丈夫、土居崎 正雄、鷺見 肇、丸川 高弘、
八田 勇輔、高野 宏平、上田 遼太、松本 悠平、堀田 侑義、川瀬 祐、
春田 純一

60 胆管壁肥厚を呈しステロイドが有効であった好酸球性胆管炎の一例

若手

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

(専修医)

○猪飼 千咲、近藤 啓、伊藤 恵介、田中 義人、西垣 信宏、小島 尚代、
荒木 幸子、森 俊敬、武仲 祐弥、庄田 怜加、加藤 真里絵、
平山 陽太、市野 由華

61 PTGBD チューブの自己抜去後に致命的な腹腔内出血を来した1例

若手

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科

(研修医)

○三大寺 千咲¹、金子 淳一¹、甲田 恵¹、井田 雄也¹、山田 健太¹、竹下 悠¹、
高橋 賢一¹、瀧浪 将貴¹、辻 敦¹、西野 真史¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²、
山田 貴教¹

食道

座長 愛知医科大学 消化管内科 杉山 智哉

62 食道に発生した High grade spindle cell malignant tumor の1例

名古屋大学医学部付属病院 消化器外科

○増渕 麻里子、清水 大、神田 光郎、小池 聖彦、田中 千恵、猪川 祥邦、
高見 秀樹、服部 憲史、林 真路、中山 吾郎、藤原 道隆、小寺 泰弘

63 飲酒後の嘔吐を契機に発症した食道粘膜剥離症の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○南 喜之、廣瀬 崇、河村 達哉、倉田 祥行、田中 仁、柴田 寛幸、
鈴木 孝弘、鈴木 智彦、飛田 恵美子、平井 恵子、室井 航一、古根 聡、
伊藤 信仁、角嶋 直美、古川 和宏

64 気管挿管下での食道ステント留置が効果的であった気管食道瘻合併食道癌の一例

若手 岡崎市民病院 消化器内科

(専修医) ○細野 幸太、藤田 孝義、飯塚 昭男、森井 正哉、山田 弘志、大塚 利彦、
水野 史崇、堤 克彦

65 粘膜下腫瘍を疑って EUS-FNA を行い食道膿瘍と診断した1例

若手 独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター

(専修医) ○久野 友里恵、近藤 尚、平嶋 昇、斎藤 雅之、浦田 登、島田 昌明、
近藤 高、恒川 卓也、宇仁田 慧、田中 大貴

66 有鉤義歯誤飲による食道異物に対して外科的手術を選択し安全に摘出し得た一例

若手 岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科

(専修医) ○鷹羽 律紀、末次 智成、佐藤 悠太、田中 義宏、加藤 充純、奥村 直樹、
松橋 延壽、村瀬 勝俊、高橋 孝夫、二村 学、吉田 和弘

67 巨大食道憩室に対して経裂孔的腹腔鏡下食道憩室切除術を施行した1例

若手 名古屋市立大学病院 消化器外科

(専修医) ○中埜 友晴

その他

座長 春日井市民病院 消化器内科 安達 明央

68 高度の腹膜炎を伴った乳糜腹水の一例

若手 名古屋市立大学病院 消化器内科

(専修医) ○市野 由華、岩崎 弘靖、奥田 悠介、杉村 直美、水野 裕介、西江 裕忠、
田中 守、片野 敬仁、尾関 啓司、志村 貴也、久保田 英嗣、谷田 諭史、
片岡 洋望

69 十二指腸狭窄を来した正中弓状靱帯圧迫症候群による膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

若手 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

(専修医) ○平山 陽太、近藤 啓、猪飼 千咲、市野 由華、加藤 真里絵、庄田 怜加、
武仲 祐弥、森 俊敬、荒木 幸子、小島 尚代、西垣 信宏、田中 義人、
伊藤 恵介

70 当院におけるアナモレリン塩酸塩の使用経験

若手 JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科

(専修医) ○稲掛 優介、近藤 大也、玉腰 丈博、平岩 厚佑、豊島 創、松井 健一、
高士 ひとみ、竹内 淳史、森田 清、都築 智之

大腸 1

座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 中村 美咲

71 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対するトファシチニブの治療成績

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

○池上 脩二¹、前田 啓子²、中村 正直¹、山村 健史¹、澤田 つな騎²、

石川 恵里¹、飯田 忠¹、水谷 泰之¹、石川 卓哉¹、古川 和宏¹、角嶋 直美¹、

大野 栄三郎¹、川嶋 啓揮²、石上 雅敏¹

72 トファシチニブ投与が契機となり Ramsay Hunt 症候群を発症した潰瘍性大腸炎の若手 一例

(専修医)

¹浜松医科大学医学部附属病院 内科学第一講座、

²浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部、

³浜松医科大学医学部附属病院 臨床検査医学、

⁴浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究センター

○伊藤 誠人¹、草間 大輔¹、山下 大貴¹、高橋 悟¹、浅井 雄介¹、尾上 峻也¹、

杉浦 喜一¹、宮津 隆裕¹、樋口 友洋¹、金子 雅直¹、石田 夏樹¹、

松浦 友春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

73 メサラジン増量後に急性心膜炎を発症した潰瘍性大腸炎の1例

若手

¹名古屋記念病院 消化器内科、²名古屋記念病院 循環器内科

(研修医)

○三浦 梨音¹、丸谷 祐香¹、小山 哲生¹、宇野 好¹、中西 和久¹、野尻 優¹、

中館 功¹、瀧川 雄貴²、椎野 憲二²、戸川 昭三¹

74 難治性CD 腸炎に対して VCM 注腸療法が奏功した2例

若手

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科

(研修医)

○鈴木 蓮¹、高橋 賢一¹、井田 雄也¹、山田 健太¹、甲田 恵¹、吹田 恭一¹、

竹下 悠¹、瀧浪 将貴¹、金子 淳一¹、辻 敦¹、西野 真史¹、高橋 百合美²、

笹田 雄三²、山田 貴教¹

75 Infliximab 二次無効で消化管出血が遷延し、回盲部切除術を施行した腸管ペー若手 チェット病の1例

(専修医)

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 内科

○二村 侑歩、濱島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、仲島 さより、

久野 剛史、佐々木 雅隆、福沢 一馬、吉川 幸愛、光松 佑時

- 76 6 次治療でエンコラフェニブ + セツキシマブが奏功した BRAF 変異陽性進行大腸癌の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○山田 洋介、室久 剛、金谷 和哉、佐藤 友香、榛葉 俊太郎、大城 恵吾、
吉井 元、玉腰 裕規、志田 麻子、丹羽 智之、遠藤 茜、小林 郁美、
江上 貴俊、海野 修平、小林 陽介、鏡 卓馬、木全 政晴、芳澤 社、
長澤 正通、細田 佳佐

- 77 切除不能同時性肝肺転移を有する直腸癌に対して FOLFOXIRI+bevacizumab 療法で奏功が得られ二期的に R0 切除し得た 1 例

名古屋大学 腫瘍外科

○村田 悠記、水野 隆史、上原 圭、小倉 淳司、三品 拓也、小池 佳勇、
神原 祐一、西村 元伸、小林 龍太郎、神野 孝徳、國料 俊男、伊神 剛、
山口 淳平、宮田 一志、尾上 俊介、砂川 真輝、渡辺 伸元、杉田 静紀、
横山 幸浩、江畑 智希

- 78 Regorafenib 投与にて長期生存をし得た虫垂癌多発肺転移の 1 例

若手

愛知医科大学 消化管内科

(専修医)

○小林 里帆、足立 和規、前田 英貴、杉村 明佳音、駒井 洋彦、小野 聡、
高山 将旭、吉峰 尚子、鈴木 真名美、長尾 一寛、山本 和弘、
福富 里枝子、杉山 智哉、山口 純治、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

- 79 演題取り下げ

- 80 直腸反転法を用いた腹腔鏡下低位前方切除術の手術手技および短期治療成績

若手

¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 外科学第一講座、

(専修医)

³磐田市立総合病院 消化器外科

○阿久津 友洋¹、赤井 俊也¹、立田 協太¹、杉山 洸裕¹、鈴木 雄飛¹、
鳥居 翔²、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩¹、深澤 貴子³、
倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

81 分節性動脈中膜融解症 (Segmental arterial mediolysis, SAM) による腹腔内出血
若手 の一例

(研修医) 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 放射線科、⁴静岡赤十字病院 病理科

○横山 翔平¹、乾 航¹、杉山 智洋¹、魚谷 貴洋¹、熱田 幸司²、小林 成司³、
笹原 正男⁴、田代 和弘⁴

82 中結腸動脈瘤破裂による腹腔内出血の一例

若手 春日井市民病院 消化器内科

(研修医) ○水野 智之、平田 慶和、竹市 絵里花、山本 涼、原田 貴仁、河村 逸外、

相羽 礼佳、田中 翔、小林 由花、山本 友輝、安達 明央、池内 寛和、
林 則之、高田 博樹、祖父江 聡

83 急性出血性直腸潰瘍の予後因子に関する検討

済生会松阪総合病院 内科

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

84 繰り返す腸閉塞のため外科的切除を施行した特発性腸間膜静脈硬化症の1例

社会医療法人財団新和会 八千代病院 消化器内科

○近藤 重明、白井 修、森島 大雅、宮地 達郎、中田 真登

85 直腸に嵌頓していたバググクロージャー (bread bag clip) の症例報告及び文献レ
若手 ビュー

(専修医) 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○美濃輪 大介、荒尾 真道、三田 直樹、森 建二、谷口 裕紀、宇野女 慎二、
林 完成、高田 淳、久保田 全哉、井深 貴士、清水 雅仁

86 健常高齢者にサイトメガロウイルス腸炎を発症した2例

若手 愛知医療センター日本赤十字社名古屋第二病院 消化器内科

(専修医)

○加藤 大介、林 克己、山田 智則、宮部 勝之、蟹江 浩、日下部 篤宣、
斎藤 彰敏、熱田 直己、神田 武生、岡山 幸平、宮城島 俊、隈井 大介、
黒柳 恵太、有賀 亮太

87 C型慢性肝炎関連クリオグロブリン血症性血管炎の1例

岡崎市民病院 消化器内科

○水野 史崇、藤田 孝義、細野 幸太、堤 克彦、大塚 利彦、山田 弘志、
飯塚 昭男、森井 正哉

88 若年男性に発症した梅毒性直腸炎の一例

春日井市民病院 消化器内科

○相羽 礼佳、平田 慶和、竹市 絵里花、山本 涼、河村 逸外、原田 貴仁、
田中 翔、小林 由花、山本 友輝、安達 明央、池内 寛和、林 則之、
高田 博樹、祖父江 聡

89 腸重積を認めたS状結腸脂肪腫に対し腹腔鏡下手術を施行した一例

若手 ¹藤田医科大学 総合消化器外科学、²藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学

(専修医)

○木村 大輝¹、廣 純一郎¹、花井 恒一²、升森 宏次¹、小出 欣和¹、
田島 陽介¹、神谷 忠宏¹、小林 陽介¹、鄭 栄哲¹、稲熊 岳¹、須田 康一¹

90 内視鏡的に整復可能であった盲腸腫瘍による成人腸重積の一例

若手 ¹済生会松阪総合病院 内科、²済生会松阪総合病院 外科

(専修医)

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

大腸 5

座長 岐阜総合医療センター 消化器内科 小澤範高

91 EUS ガイド下経直腸的ドレナージ術により軽快した骨盤内膿瘍の1例

若手 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 消化器内科

(専修医) ○土井 拓矢、清水 典久、大西 浩史、鈴木 恵里奈、飛鳥井 香紀、
神野 成臣、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉

92 ESD 後瘢痕に発生した大腸神経内分泌癌の一例

若手 愛知県農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科

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

93 髄膜癌腫症をきたした直腸癌の一例

岐阜県立多治見病院

○大岩 拓矢、濱田 裕輔、丹羽 佑介、山田 直晃、貫井 嵩之、浦壁 憲司、
石原 亮、鈴木 健人、蓑輪 彬久、鈴木 雄太、羽根田 賢一、塚本 宏延、
水島 隆史、奥村 文浩

94 紅皮症を契機に診断に至った直腸癌の一例

若手 JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

(専修医) ○玉腰 丈博、稲掛 優介、近藤 大也、平岩 厚佑、豊島 創、松井 健一、
竹内 敦史、森田 清、高士 ひとみ、都築 智之

95 無症状で発見された虫垂癌の一例

若手 ¹順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、

(専修医) ²順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科

○栗津 崇仁¹、村田 礼人¹、大森 将史¹、北 祐次¹、佐藤 祥¹、谷口 源太郎¹、
佐藤 俊輔¹、嶋田 裕慈¹、永原 章仁²、玄田 拓哉¹

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 突発性難聴による血性嘔吐の精査目的のために行った内視鏡検査中に発症した胃破裂の1例

¹木沢記念病院 消化器内科、²木沢記念病院 外科、³木沢記念病院 病理診断科

○伊藤 有紀¹、日野 孝彬¹、長尾 涼太郎¹、田口 大輔¹、水谷 しの¹、足達 広和¹、安田 陽一¹、大島 靖広¹、杉山 宏¹、中神 光²、山口 和也²、山田 鉄也³

【症例】70歳代男性、慢性腎不全と2型糖尿病の併存症あり。腹痛精査のEGDで萎縮性胃炎0-3、胃角部前壁の0-I型胃癌と診断され、胃癌に対しESDが施行された。ESD後2日目に再出血をきたし焼灼術とクリップ法にて止血し、3日目のEGDで止血を確認した。4日目に喘鳴が出現し、前胸部誘導でST変化と前壁中隔の壁運動不良を認め、急性冠症候群と診断されPCIが施行され、バイアスピリン、クロピドグレルが開始された。また造影剤腎症のため血液浄化療法とシャント造設術が施行された。19日目に突発性難聴のためPSL30mg/日が開始された。21日目に多量の血性嘔吐を認めたためEGDを行った。ESD後潰瘍は上皮化傾向であったが、胃内には多量の血性残渣が貯留し、穹窿部～体部の観察が困難であった。検査中に頻回の嘔吐があり、スコープを抜去すると、強い上腹部痛を訴えた。内視鏡を再挿入すると、挿入時には認めなかった胃体部前壁に巨大な裂創が認められた。造影CTで胃穿孔と診断され緊急手術となった。術中所見にて胃体下部小弯に2cmの裂創を、術中の胃内観察にて胃体部に線状潰瘍とびらんを認めた。胃体部の線状潰瘍は内腔側より修復術を行い、ESDの病理組織学的所見にてリンパ管侵襲が陽性であったため予定していた幽門側胃切除術とD1郭清を、胃体下部の裂創を切除範囲内に含め行った。術後合併症なく、術後18日目に退院となった。【考察/結語】胃は進展性に富んでおり胃破裂は稀である。本症例では高度の萎縮性胃炎や慢性腎不全、急性冠症候群による循環不全、ステロイド投与などに伴う胃壁の脆弱性を有していたため、突発性難聴による嘔吐にて高度の胃粘膜と筋層の裂傷をきたし、さらに内視鏡による送気と頻回の嘔吐による胃内圧上昇が加わり、胃破裂をきたしたと考えられた。よって、胃壁の脆弱性を疑う症例ではEGD時に注意が必要である。胃破裂は致死率が高いが、本症例では早期の治療で救命でき、また予定していた手術も施行できた。

03 奇異な形態を呈した胃底腺ポリープに対して内視鏡的粘膜切除術を施行した1例

藤田医科大学 消化器内科

○村島 健太郎、船坂 好平、小山 恵司、吉田 大、尾崎 隼人、堀口 徳之、大森 崇史、前田 晃平、城代 康貴、小村 成臣、鎌野 俊彰、長坂 光夫、中川 義仁、宮原 良二、柴田 知行、廣岡 芳樹

【症例】72歳女性【主訴】黒色便、ふらつき【既往歴】甲状腺腫、左耳下腺炎、間質性肺炎、関節リウマチ、全身性強皮症【現病歴】当院リウマチ・膠原病内科外来通院中、ふらつき、黒色便を主訴に当院消化器内科を受診。高度貧血（Hb8.5g/dL）を認めたため緊急上部消化管内視鏡検査（EGD）を行ったところ胃体上部大弯に20mm大の隆起性病変を認めたが胃内に血液は認めず、出血源精査のため入院となった。【経過】入院後、大腸内視鏡検査および小腸カプセル内視鏡検査を行うも出血源を認めず、胃病変の精査のためEGDを再検討した。発赤の強い隆起性病変は垂有茎性ポリープで、表面は不均一な凹凸が目立ち、一部には小さな窪みが無数にある軽石様にみえた。NBI拡大観察では粗な胃底腺pit構造を認めるもMS/MV不整所見は見られなかった。超音波内視鏡（EUS）では内部に多房性の無エコー域を認め、拡張した腺管もしくは静脈叢を疑った。これを出血源と考え、EUSで第3層以深に変化は認めなかったため、第10病日に内視鏡的粘膜切除術（EMR）を行った。切除病理では胃底腺および腺窩上皮の拡張が混在し、一部でPPIによる壁細胞の増生や内腔への鋸歯状突出を認めた。表面近くの間質内には赤血球が目立ち、腺管内や間質内にも好中球浸潤を認めたため腫瘍内出血が示唆された。核異型、構造異型は認めず、胃底腺ポリープと診断された。切除後は黒色便や貧血の進行はなく、第18病日退院となった。退院半年後のHbは14.8g/dLと貧血を認めず、経過観察中である。【考察】出血で発見された胃底腺ポリープは奇異な形態を示したものの癌の所見は認めなかった。病理所見からPPIの長期服用が示唆され、それにより胃底腺が拡張することで病変が増大し、そこに機械的な刺激が加わり表層が挫滅し出血を来したと推察した。【結語】奇異な形態を呈した胃底腺ポリープに対しEMRを行い貧血が改善した1例を経験した。

02 経皮内視鏡的胃瘻造設術の胃壁固定系による術後腸閉塞の1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○小泉 悠、長谷川 恒輔、小泉 拓也、坂野 香里、村瀬 博幸、大谷 毅一、廣田 大輝、増田 直也、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、丸田 明範、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

【症例】70代女性。筋萎縮性側索硬化症にて当院神経内科通院中。20XX年Y月嚥下機能障害の進行のため、イントロデュサー変法（オリンパス社製DirectイディアルPEG造設キット）にて経皮内視鏡的胃瘻造設術を施行した。胃瘻造設3時間後から嘔吐症状が出現した。バイタルサインは著変ないものの、腹部触診時に嘔気の増悪を認め、単純CT検査で胃瘻造設部に近接する横行結腸口側の腸管拡張を認めた。free airや腹膜炎を示唆する所見は認めず、嘔吐症状も改善傾向であったことから同日は保存的に経過観察とした。翌日腹部X線検査を施行したところ、右半結腸に著明な腸管ガス貯留を認め横行結腸の閉塞が疑われた。画像所見および臨床経過から、胃壁固定に伴う腸管もしくは腸間膜の誤穿孔に起因する腸閉塞の可能性を考え、3か所の胃壁固定部のうち2か所を抜糸した。その後CT検査を再検し、胃瘻造設直後のCT画像と比較して横行結腸が造設部から離れ、口側腸管の拡張が改善していた。胃瘻カテーテルは横行結腸を介さず、胃内に直接留置されていることを確認した。抜糸後は症状再燃なく、経管栄養開始後も合併症は認めなかった。【考察】胃瘻造設部位の決定には指サイン、イルミネーションテスト、試験穿刺が用いられるが、胃瘻カテーテル留置部のみならず、留置部周囲の胃壁固定の際にも慎重な対応が求められる。

04 Rindi III型の胃内分泌腫瘍（NEN）に対してESDを行った2例

藤枝市立総合病院 消化器内科

○黒田 昂宏、丸山 保彦、吉井 重人、景岡 正信、大島 昭彦、寺井 智宏、榎田 浩平、星野 弘典、稲垣 圭祐、佐藤 大輝

【はじめに】従来Rindi III型の胃NENは外科的切除の適応とされてきたが近年微小病変も発見されるようになり内視鏡的治療法も選択肢として考えられるようになってきた。当院でESDを行った2症例を提示する。

【症例】60歳代男性と60歳代女性。ともにスクリーニングのEGDの生検でNENと診断され紹介された。内視鏡では1例は胃体下部大弯に径5mmの粘膜下腫瘍様隆起として、もう1例は胃体中部小弯に径6mm程度の頂部に発赤を伴う粘膜下腫瘍様隆起として認識された。背景粘膜と血清ガストリン値によりRindi III型と診断し、ICの後ESDを行った。ESDの病理標本では腫瘍径はそれぞれ5mm、3.5mmでともに粘膜下層までの浸潤を認めたが断端陰性、脈管浸潤（-）、Ki-67 L.I.=1.0%でG1であった。術後それぞれ2年半、1年が経過したが転移、再発所見を認めていない。

【考察】「膵-消化管神経内分泌腫瘍（NEN）診療ガイドライン」（2019年第2版）では、Rindi III型は悪性度が高く「基本的には外科的切除が推奨」とされ、ESDは十分なエビデンスがない為「適応外」とされている。しかし近年微小NENが発見されるようになり、微小病変に対して一律に外科的切除を行うのは侵襲が大きくESDでも対応できるのではないかと意見も散見されるようになってきた。ESDの適応とする為には転移がない事が条件であるが、胃NENの転移に関しては5mm以下にも4.6%に転移が存在したとの報告がある一方、1cm以下では転移を認めなかったという報告もあり、明確なエビデンスはない。本邦のガイドラインでは「1cm以上の腫瘍径の胃NETに対してはリンパ節郭清を伴う胃切除が推奨される」との記載があるが、1cm未満のIII型胃NENに推奨される治療法の記載はない。2021年Hirasawaらは多施設の症例を集計し（1）10mm以下（2）MないしSMまでの浸潤（3）G1の3条件を満たすIII型胃NENに対する内視鏡的治療の妥当性を報告した。提示の2症例ではこれらの条件を全て満たしており追加切除は行っていないが、将来的な転移リスクは完全に否定しきれない為慎重にfollow upを続けている。

05 術前診断が困難であった異所性膵癌の一例

¹JA 愛知厚生連海南病院 消化器内科、

²JA 愛知厚生連海南病院 腫瘍内科

○上田 錠¹、渡邊 一正¹、國井 伸¹、石川 大介¹、橋詰 清孝¹、
坪内 達郎¹、加賀 充朗¹、越山 彩香¹、中村 太二¹、
山田 訓也¹、宇都宮 節夫²、奥村 明彦¹

【症例】60歳代男性。20年前より胃粘膜下腫瘍を指摘されていた。検診の上部消化管内視鏡検査（EGD）にて胃前庭部に粘膜下腫瘍を認め、以前と比較し増大傾向且つ形状変化を伴うため、当院紹介受診となった。造影CTでは胃前庭部に30mm大の腫瘍を認め、動脈相では低吸収であり、門脈相から遅延相にかけて徐々に造影効果を示した。周囲のリンパ節腫脹や明らかな遠隔転移は認められなかった。当院で施行したEGDでは胃前庭部大彎に立ち上がりならぬ隆起性病変を認め、表面は正常粘膜に覆われ、頂部はやや陥凹していたが潰瘍や開口はみられなかった。超音波内視鏡検査（EUS）では27×24mm大の輪郭は比較的良好だが不整な低エコー腫瘍であり、第3層を主座としていたが一部は第4層を越えて漿膜へ浸潤していた。また腫瘍内部は不均一であり、高エコーと低エコーが混在していた。病理組織学的診断のために施行した内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）ではadenocarcinomaの診断であった。腫瘍マーカーはCEA 2.9ng/mL、CA19-9 64U/mLであり、以前の内視鏡像と臨床経過より胃異所性膵に発生した異所性膵癌が第一に考えられた。しかしながら確定診断には至らず、PET-CTでは胃腫瘍以外にFDGの異常集積を認めなかったため、外科的切除の方針となった。幽門側胃切除術を行い、その病理結果はHeinrich III型の異所性膵から発生した腺癌（異所性膵癌）の診断であった。術後はS-1単独療法による補助化学療法を行い、現在まで再発なく経過している。【考察】胃異所性膵癌は極めて稀な疾患であり、特異的な画像所見はなく診断には病理学的診断が必要である。異所性膵組織と癌の存在、癌への移行所見が重要だが、摘出標本の病理所見より本症例では腫瘍の大部分が腺癌であり、異所性膵組織は固有筋層にわずかに認めるのみであったことが術前に確定診断を困難にさせた要因と考えられた。さらに本症例では導管以外の腺房細胞やランゲルハンス島を認めないHeinrich III型であったため、EUS-FNAのみでの診断は困難であった。【結語】術前診断が困難であった胃異所性膵癌の一例を経験したため報告する。

07 Upside down stomach を呈する食道裂孔ヘルニアに対し腹腔鏡下手術を行い改善した1例

¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科

○加藤 大樹¹、西澤 航平¹、藤田 翔也¹、井口 太郎¹、
米倉 孝¹、山中 力行¹、大庭 行正¹、山崎 哲¹、鈴木 安曇¹、
佐原 秀¹、栗山 茂¹、影山 富士人¹、金岡 繁¹、尾崎 祐介²、
宮崎 真一郎²

【症例】症例は、69歳男性。前日から持続する心窩部痛、嘔気と食思不振を主訴に当院を受診し緊急入院した。単純CTでは、胃穹窿部は腹腔内に位置していたが胃体部が胸腔内に脱出し胃内容物貯留を認めた。更なる精査・治療目的に、透視下にて上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行した。粘膜面に明らかな虚血性変化は認めないが、胃体部は捻転を伴いながら胸腔内に逸脱しておりupside down stomach型食道裂孔ヘルニアと診断した。体位変換や腹部圧迫を加えながら内視鏡的整復を試みたが、胃の逸脱部を完全に腹腔内へ整復するのは困難であった。絶食・補液による保存的治療後、2度目の内視鏡的整復を試みた。初回時と比較すると胃の捻転は軽減し逸脱の形態も変化していたが、胃の一部は胸腔内に残存したまま完全な整復は困難であった。症状が残存するため、当院消化器外科にて腹腔鏡下修復術（Toupet法）を実施した。術後3日目から流動食による経口摂取を再開後も明らかな通過障害症状を認めず、順次食上げし術後10日目に退院した。現在、腹部症状の再発なく外来通院中である。【考察】高齢化の進む中Upside down stomach を呈する食道裂孔ヘルニア症例が増え、治療に難化する症例も増加している。これは高齢のため手術をためらう症例が多いため、内視鏡的整復が一時的に成功するが速やかに再発することもあり、外科的手術は確実な治療が期待でき、年齢や耐術能に合わせ躊躇することなく選択する必要がある。

06 胃病変が診断の契機となった男性副乳癌胃転移の1例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 病理科

○大城 恵吾¹、木全 政晴¹、金谷 和哉¹、榎葉 俊太郎¹、
玉腰 裕規¹、吉井 元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、
小林 陽介¹、鏡 卓馬¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、
細田 佳佐¹、大月 寛郎²

X年5月より呼吸苦を自覚し当院呼吸器内科を紹介受診。単純CTを施行したところ右優位の両側胸水貯留、肋骨や椎体、骨盤骨への溶骨性変化を認め転移が疑われた。PET-CTでは骨への集積はみられるものの、原発を疑う所見はみられなかった。胸水細胞診と腸胃生検にて腺癌の診断であり、免疫染色ではCK7（+）、CK20（-）、TTF-1（-）であったため、肺癌は否定的であり、精査目的に消化器内科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では背景胃粘膜に萎縮性変化はなく、胃内に粘膜下腫瘍様の腫瘍が多発しており、転移性胃腫瘍を疑う所見であった。複数の病変から生検を行いつつ低分化型腺癌を認めた。HE染色からは胃癌原発の可能性も考えられたが、内視鏡所見からは原発性胃癌には非典型的な所見であり、病理医との協議を行いながら免疫染色を追加した。免疫染色ではMUC5ACおよびMUC6は陰性で、GATA3およびGCDFFP15が陽性となり乳癌原発と考えられた。CTをretrospectiveに確認すると、右腋窩に不整形腫瘍を認め、診察上も同部位に腫瘍を触知した。副乳癌を疑い乳腺科にて腫瘍を生検したところ、浸潤性乳管癌の所見であった。以上より、副乳癌、胃転移、多発骨転移と診断した。ホルモンレセプター陰性乳癌であり、化学療法にて加療中である。【考察】男性乳癌は全乳癌の約1%、副乳癌は全乳癌の0.2-0.6%であり比較的にまれな疾患である。また、悪性腫瘍の胃転移もまれで、原発は乳癌と肺癌が多いとされる。乳癌の胃転移を経験することはまれであり、低分化型腺癌の原発性胃癌と乳癌胃転移の組織学的鑑別が難しいとされる。今回、胃病変から病理医との緊密な連携により、男性副乳癌と確定診断し得た症例を経験し、示唆に富む症例と考え報告する。

08 経口内視鏡的ドレナージが著効した胃癌術後腹膜播種による輸入脚症候群の1例

¹藤枝市立総合病院 消化器内科、²藤枝市立総合病院 外科

○福田 圭佑¹、大島 昭彦¹、佐藤 大輝¹、星野 弘典¹、
榎田 浩平¹、寺井 智宏¹、景岡 正信¹、吉井 重人¹、
丸山 保彦¹、島村 隆浩²

【症例】60代、男性【主訴】下腹部痛【現病歴】通過障害を伴った胃癌Stage4b T4b、N3、M1（Panc）stage4bに対して胃全摘、Roux-en-Y吻合により再建術施行された。術後8ヶ月経過し下腹部痛を主訴に救急受診され、CTにて腹膜播種による輸入脚症候群と診断し入院となった。【経過】絶食補液により保存的に経過を見るも腹部の張り感改善しなかった。入院7日目に狭窄部の評価とドレナージ目的にシングルバルーン小腸内視鏡施行した。水平部の2cm程度の狭窄を認め、播種による狭窄と判断し6FrのENBD用チューブを留置して終了した。入院31日目にショートシングルバルーン内視鏡を用いて胆道用8.5Fr 10cmのステントに交換。入院40日目に退院となった。ステント留置後2か月間に輸入脚症候群の再発やステントトラブルは認めていない。【考察】悪性輸入脚症候群の治療法として、主に手術、経皮経肝的ドレナージ、内視鏡による消化管ドレナージがある。本症例は内視鏡的にアプローチを試みた。播種があるためスコープの操作性が悪く、ENBD用チューブやプラスチックステントをかわらうじて留置できた。ステント内腔の他ステント周囲を伝って流れることやステント留置による腸管軸の保持で腸液が通過しやすいことが考えられた。【まとめ】腹膜播種による輸入脚症候群に対する内視鏡的プラスチックステント留置が著効した1例を経験した。

09 十二指腸静脈瘤破裂をきたし内視鏡的硬化療法にて止血し得た1例

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 消化器内科

○清水 典久、土井 拓夫、大西 浩史、鈴木 恵里奈、飛鳥井 香紀、神野 成臣、高口 裕規、鈴木 裕介、長谷川 泉

【症例】68歳男性【主訴】吐血【現病歴】20XX-1年にアルコール性肝硬変（Child-Pugh A、5点）を背景にした多発肝細胞癌と診断した。外科手術は適応外であり肝動脈化学塞栓術を施行した。肝動脈化学塞栓術後、標的病変は部分奏功となったが、中等量の腹水が出現し、Child-Pugh B、7点のため追加の肝動脈化学塞栓術は行わなかった。利尿薬による腹水コントロールを行った後、20XX年Y月2日に薬物療法（レンパチニブ4mg/日）を開始した。Y月16日に吐血を主訴に当院救急外来を受診した。【既往歴】高血圧症、前立腺肥大症、網膜剥離【臨床経過】緊急で上部消化管内視鏡検査を行った。出血所見のある食道胃静脈瘤や胃潰瘍はなかったが、十二指腸静脈瘤を下行脚に認めた。結節状に太い十二指腸静脈瘤であったが、活動性の出血はなく、絶食とプロトンポンプ阻害薬を投与し経過観察した。第2病日に下血が持続し貧血の進行があり、再度上部消化管内視鏡検査を行ったところ、十二指腸に新鮮血の貯留を認め、他に出血源がないことから、下行脚の十二指腸静脈瘤を出血源と判断して75%-cyanoacrylate monomer (α-CA) 2.0mlを局注した。その後も下血が持続し、第3病日に血圧の低下を認め、緊急で上部消化管内視鏡検査を行ったところ、前日の局注部位の肛門側から噴出性出血を認め、同部位に75%-α-CA2.0mlを局注した。第4病日にフォローアップのため上部消化管内視鏡検査を行ったところ止血を得られていた。その後は再出血なく経過した。【考察】十二指腸静脈瘤破裂は比較的可成りな疾患であり、内視鏡的硬化療法が奏功した1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

11 高度リンパ節転移を伴う切除不能進行胃癌に対しSOX療法後にConversion surgeryを施行しえた1例

愛知医科大学 消化器内科

○中村 友梨香、足立 和規、杉村 明佳音、加藤 駿介、駒井 洋彦、高山 将旭、小野 聡、吉峰 尚子、鈴木 真名美、長尾 一寛、山本 和弘、福富 里枝子、杉山 智哉、山口 純治、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】74歳男性。【主訴】食思不振。【現病歴】X-1年12月食思不振、腹部不快感を認め近医受診。上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃腫瘍を指摘され当科紹介となった。当科のEGDでは胃体下部～胃角部大弯部壁に隆起性病変を認め、生検では中分化～低分化腺癌であった。造影CTでは胃周囲に腫大したリンパ節を複数認め、PET-CTでは同部位、その他左腎動脈分岐下レベル、大静脈後リンパ節にも集積亢進を認めた。以上より進行胃癌cT4a(SE)N3aM1 cStageIVBと診断しSOX療法を開始した。2コース終了後のCTで多発リンパ節転移はいずれも縮小を認めた。2・3コース目とも休業期間中に胆石発作がみられ、5コース目のday1に胆石性胆嚢炎を発症し入院、S-1内服は中断となった。4コース後のCTでは大動脈周囲リンパ節腫大は消失、5コース施行後のPET-CTでも原発巣・多発リンパ節転移はいずれも不明瞭化していたため、ycT3N0M0 ycStageIIIと判断し、胆嚢摘出術とConversion surgeryの方針となった。術中16b1リンパ節をサンプリングし迅速病理診断で陰性を確認し、胃全摘術+D2郭清、胆嚢摘出術を施行した。病理所見はL, Type2, 6×3mm, tub2, ypT1b2(SM2), Ly0, V0, ypN2(4/29 No.1.4)であり、術後組織学的効果判定はGrade2Bであった。その後、再発を認めず現在も生存を認める。【考察】切除不能進行・再発胃癌に対する化学療法は近年、高い腫瘍縮小効果が得られているが、単独での根治は困難とされている。しかし、化学療法が奏功しConversion surgeryが施行され、長期生存を得られた報告が散見されている。本症例は化学療法導入後早期にリンパ節の縮小を認めており、根治切除のタイミングを逃さないことが重要であると考えられた。今回高度リンパ節転移を伴う切除不能進行胃癌に対しSOX療法後にConversion surgeryを施行しえた1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

10 術前化学療法が奏効したEpstein-Barrウイルス関連胃癌の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○小林 郁美、海野 修平、芳澤 社、金谷 和哉、樺葉 俊太郎、佐藤 友香、吉井 元、玉腰 裕規、大城 恵吾、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

【緒言】Epstein-Barrウイルス関連胃癌は胃癌の約10%を占め、リンパ節転移の頻度が31%と低く比較的予後が良いとされる。今回、多発リンパ節転移を伴うEpstein-Barrウイルス関連胃癌に対し術前化学療法施行しR0手術を得られた症例を経験したため報告する。【症例】64歳女性。腹痛と発熱を主訴に前医を受診し、腹部超音波検査で腹腔内の多発リンパ節腫脹を指摘され精査加療目的に当院紹介となった。血液検査では炎症反応の上昇は認めたが腫瘍マーカーの上昇はなく、CT検査では胃体下部から幽門部にかけての壁肥厚と胃大弯側および幽門下に最大短径20mmの多発リンパ節腫脹を認めた。精査の上部消化管内視鏡検査では胃体下部後壁に45mm大の3型腫瘍を認めた。生検では腺癌（tub2+por）でHER2陰性、lymphoid stromaを認めEBER-ISH陽性となりEpstein-Barrウイルス関連胃癌cStageIII（cT4aN3M0）と診断した。SOX療法による術前化学療法を計2コース施行後、原発巣、転移リンパ節共に著明な縮小を得られycStageIII（ycT3N3M0）で幽門側胃切除（D2）を施行した。切除標本では潰瘍辺縁にごくわずかな浸潤癌の残存があったが、潰瘍底を含む大部分が線維化瘢痕組織へ置換されていた。リンパ節は肉芽腫反応を伴う瘢痕組織は認められるものの転移巣の残存は指摘されず、最終的に胃癌取扱規程第15版に準拠してypStageIB（ypT2N0M0）で組織学的効果判定はGrade2aであった。術後19ヶ月無再発生存中である。【結語】Epstein-Barrウイルス関連胃癌は比較的予後が良いとされ、本症例のようにリンパ節転移を伴う進行胃癌であっても積極的な治療戦略の検討が必要である。

12 当院でPembrolizumabを使用した切除不能進行胃癌の2例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○鈴木 健人、塚本 宏延、濱田 祐輔、佐々木 謙、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓夫、浦盛 憲司、貴井 嵩之、石原 亮、荻輪 彬久、鈴木 雄太、羽根田 賢一、水島 隆史、奥村 文浩

【背景】2018年12月にMSI-Highを有する固形癌の化学療法において、Pembrolizumabが保険適応となり、切除不能進行胃癌においてMSI-Highと診断されれば、2次治療以降でPembrolizumabを選択可能となった。今回、当院においてMSI-Highを有する切除不能進行胃癌に対してPembrolizumabを使用した2症例に関して治療経過を報告する。【症例1】66歳、男性。胃前庭部に低分化腺癌、多発肝転移、大網播種を認め、HER2陰性、MSI-Highであった。1st lineでSOX療法を6コース施行したが、PDとなり、2nd lineでwPTX+RAMを4コース施行した。SDではあったが、末梢神経障害のために中止となり、3rd lineでPembrolizumabを開始した。PRで経過していたが、ACTH単独欠損症を発症し、コトリル併用で治療を継続した。その後、血小板減少症も発症したため、Pembrolizumabを休業しブレドニゾン治療を施行した。血小板の回復を待って、Pembrolizumabを再開し、現在34コースまで施行し、PRを維持している。【症例2】75歳、女性。胃前庭部に中分化腺癌、腹膜播種を認め、HER2陰性、MSI-Highであった。1st lineでSOX療法を5コース施行したところ、食思不振が強く、その後はS1単剤で8コース施行した。CRが維持されていた事と、本人の希望もあり、化学療法は一旦休業した。20か月後に腹水の増加、腹膜播種再発を認めたため、S1を再開し4コース施行したがPDとなり、2nd lineでPembrolizumabを開始した。irAEなどの副作用も認めず、現在17コースまで施行し、SDを維持している。【考察】今回我々はPembrolizumabの効果を認めた、切除不能進行MSI-High胃癌を2症例経験したため、文献的考察を加えて報告する。

13 高齢者の胃神経内分泌腫瘍（NEC）に対してCBDCA＋VP-16が有効だった一例

愛知医科大学 消化器内科

○森田 翔一、杉村 明佳音、吉峰 尚子、高山 将旭、小野 聡、加藤 駿介、駒井 洋彦、長尾 一寛、鈴木 真名美、山本 和弘、杉山 智哉、山口 純治、足立 和規、井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、舟木 康、佐々木 誠人、春日井 邦夫

症例は82歳女性で歩行障害にて前医を受診、第7頸椎に骨腫瘍を認め当院整形外科受診となった。第7頸椎骨腫瘍に対してCTガイド下生検を施行し、病理結果に先行し放射線治療を施行した。骨腫瘍の病理結果は小細胞癌であった。全身CTでは胃壁肥厚、胃周囲リンパ節腫脹を認めた。その他臓器転移は認められず、精査目的で当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では胃体上部大弯後壁に耳介様周堤を伴う潰瘍性病変を認め、生検結果は骨病変で認めた小細胞癌成分と同様の組織像を認め、神経内分泌化を伴っており、胃原発内分泌腫瘍、骨転移と診断した。高齢ではあるが、積極的治療を希望されたためCBDCA＋VP-16による化学療法を開始とした。高齢のため30%減量での投与とした。1コース目投与後にGrade3相当の好中球減少、Grade1相当の血小板減少を認めたため、2コース以降ベグフィルグラスチム併用とした。2コース目開始時点でProGRPは投与前と比較して1100 pg/mlから53.2 pg/ml、NSEは37.1 ng/mlから9.8 ng/mlと著明な改善を認めた。2、3コース目と著明な有害事象を認めず、3コース目開始時点でCTでは原発巣、周囲リンパ節の著明な縮小を認めた。頸椎の転移巣の増悪もなく改善経過している。胃内分泌腫瘍は、胃癌全体の約0.6%程度と報告されている。早期にリンパ節転移を来しやすく予後不良であり、現時点では確立した治療法は存在しない。1年末満の死亡例が半数以上であり平均生存期間は9.3から15ヶ月と報告されている。早期から高度に脈管浸潤や遠隔転移を来すことや有効な二次治療がないことが予後不良の原因と考えられる。今後より多くの症例の蓄積による治療戦略の確立が期待される。本症例では経過良好であり、NECに対しては高齢であっても全身状態次第では、化学療法の選択も積極的に検討するべきだと思われる。

15 小腸閉塞を契機に術前診断に至ったメッケル憩室炎の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○金谷 和哉、木全 政晴、佐藤 友香、樺葉 俊太郎、大城 恵吾、玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、丹羽 智之、江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、小林 陽介、鏡 卓馬、芳澤 社、室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

【症例】45歳男性【主訴】腹痛、下痢、嘔吐【既往歴】左鼠径ヘルニア術後【内服薬】なし【病歴】X-4日より左下腹部痛を自覚され、近医を受診したが対症療法となっていた。症状は増悪傾向で下痢、嘔気嘔吐が出現したため、当院救急外来を受診。来院時、体温は37.5度と微熱あり、左側腹部から正中下腹部に圧痛を認めたが明らかな腹膜刺激徴候は認められなかった。血液検査では、白血球 10980/μL、CRP 0.31mg/dLと炎症反応上昇は軽微であり、その他特記すべき異常は認められなかった。腹部単純CTでは終末回腸の壁肥厚と周囲脂肪組織濃度上昇を認め、急性腸炎の診断で保存加療目的に当科入院となった。しかし、翌日も症状の改善はないため腹部造影CT施行したところ、遠位回腸にて背側へ突出した管腔構造と内部の糞便貯留、周囲の脂肪組織濃度上昇を認めた。また、この管腔構造を閉塞機転として口側小腸の拡張を認めた。以上より、メッケル憩室炎を閉塞機転とした小腸閉塞と考えられた。内科的加療は困難と判断し、腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。病理診断にて、拡張したメッケル憩室を認め、軽度の慢性活動性炎症を示唆する所見であったが、異所性組織や腫瘍性変化は認められなかった。術後経過は良好であり、術後5日目に退院となった。【考察】小腸閉塞を契機に術前診断に至ったメッケル憩室炎の一例を経験した。一般に、メッケル憩室による小腸閉塞の術前診断が得られることは稀であり、原因不明の絞扼性小腸閉塞に対する術後診断でメッケル憩室が判明することが多いと言われている。本症例においても、初診時にメッケル憩室の指摘は困難であった。原因不明の小腸閉塞においては、本疾患を鑑別上げることが重要であり、CT画像を丹念に読影することが望まれる。

14 腫瘍出血に対し放射線治療が有効であった胃癌の1例

春日井市民病院 消化器内科

○小林 由花、平田 慶和、竹市 絵里花、山本 涼、原田 貴仁、河村 逸外、相羽 礼佳、田中 翔、山本 友輝、安達 明央、池内 寛和、林 則之、高田 博樹、祖父江 聡

【症例】69歳、男性。2019年5月から心窩部痛を自覚し、9月に前庭部の切除不能進行胃癌（cStage III T3N3aM0）と診断した。化学療法の方針となり、一次治療としてSP療法を8コース施行。二次治療としてパクリタキセル療法を2コース行ったが、PDとなった。3次治療を検討していたが、2020年12月12日に吐血を生じ、緊急上部消化管内視鏡検査を試行。腫瘍から湧出性出血を認めたため、高周波凝固止血術を行い、絶食補液管理としPPI投与を行った。しかし貧血は進行したため、12月17日再度上部消化管内視鏡検査を施行。腫瘍からの噴出性出血を認めたが、高周波凝固とクリッピングにて一時止血を得た。しかし今後も腫瘍出血を来す可能性が高いと考えられ、出血コントロール目的に12月21日から放射線治療を開始した。その後は輸血を要する貧血の悪化は認めず、2021年1月5日までに3Gy×10frを行った。以降経過良好で1月16日退院となった。3次療法としてニボルマブを開始2コース目を行った後、全身状態が悪化し化学療法継続困難と判断。病状進行により4月27日入院された。放射線治療後は、腫瘍出血による貧血の進行は認めなかった。【考察】進行胃癌の出血に対する緩和的治療法には外科手術や内視鏡治療などがあるが、外科的切除は困難なこともあり、内視鏡では一時的に止血が得られても再出血するなど出血コントロールに難渋する場合もある。本症例も周囲へのリンパ節転移や直接浸潤から外科的手術は不可能であり、内視鏡的止血術では出血コントロールができなかった。胃癌腫瘍出血に対する放射線治療は有効性が報告されており、既報では総線量30Gy/10Frで十分な効果が得られるとされ、治療開始から止血までに2～9日を要するとされている。本症例でも放射線治療後良好な止血効果を得ることができた。胃癌は放射線感受性が低いいため根治的治療としての放射線療法は期待できないが、予後が限られ全身状態から侵襲的な治療が困難な症例においては、腫瘍出血に対する止血目的の放射線治療は選択肢の一つとして有用であると思われた。

16 メッケル憩室による貧血をきたした2例

トヨタ記念病院 消化器内科

○小柳 裕輝、鈴木 貴久、三宅 忍幸、村山 睦、芳川 昌功、澤口 洋規、加藤 真子、物江 真司

【症例1】25歳男性【主訴】血便【既往歴】特記すべきことはない。【現病歴】20XX年3月、腹痛と新鮮血便を認めたため当院救急外来受診、精査加療目的に入院となった。【経過】入院後に行った大腸内視鏡検査では活動性出血は認めず。翌日大量の血便で失神、血圧低下とHb7.7g/dLの貧血を認め再度大腸内視鏡検査を行うも出血源は不明であった。その後小腸カプセル内視鏡施行したところ回腸からの出血が認められ、経肛門のダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し回盲部より約50cm口側の回腸にメッケル憩室と憩室内からの出血を認めた。内視鏡的処置困難であったため緊急小腸部分切除術を施行した。【症例2】53歳男性【主訴】便潜血陽性、貧血【既往歴】高尿酸血症、鼠径ヘルニア術後、大腸ポリプ【現病歴】毎年の健診で便潜血陽性を指摘されていたが精査はされていなかった。20XX年7月、便潜血陽性と貧血を指摘され近医受診、上下部消化管内視鏡検査を実施も異常所見は認めず。小腸の精査目的で当院紹介受診となった。【検査所見】小腸カプセル内視鏡検査で回腸に憩室を認めた。【経過】同年8月経肛門のダブルバルーン小腸内視鏡検査を行い、パウヒン弁から口側55cmの回腸に憩室を認め、憩室の辺縁に潰瘍と凝血塊を認め、メッケル憩室からの出血による貧血と診断した。同年10月に小腸部分切除術を施行。切除後は貧血を認めることなく経過は良好であった。

【考察】メッケル憩室は胎生期の卵黄腸管の遺残により形成される先天性的消化管奇形である。頻度は2-4%で好発年齢は2-8歳であり、大部分は無症状で経過するため今回のような成人発症例はさらに少ない。合併症としては出血が28%と最も多く、有症状のものは回腸部分切除術の対象となるため今回のような原因不明の消化管出血を認めた場合は本症を念頭におき、小腸を含めた精査を進める必要があると考えられた。

17 小腸イレウスを契機に発見された回腸子宮内腺症の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○志田 麻子、芳澤 社、丹羽 智之、金谷 和哉、佐藤 友香、
榎葉 俊太郎、大城 恵吾、玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、
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、長澤 正通、細田 佳佐

【症例】44歳女性【病歴】間欠的な腹痛を主訴に前医を受診し、造影CT検査で回腸末端に漸増性に造影効果を示す腫瘍像と同部位を閉塞機転とした小腸イレウスを認めたため、当院を紹介受診し入院した。小腸イレウスは入院後保存的加療で速やかに改善した。その後施行した下部消化管内視鏡検査では回腸終末部に管腔を片側性に圧排する隆起を認めたが、粘膜面には上皮性変化や潰瘍性病変は認めず、内視鏡の通過は可能であった。内視鏡下の造影検査では病変部の腸管にはやや引き連れを伴い屈曲蛇行していた。隆起部はEUS (20MHz) にて第4層と連続した10mm大の低エコー腫瘍を認め、内部に一部モザイク状に高エコー域が見られた。MRIでは同部位に造影効果を示す腫瘍を認め、DWIで軽度高信号を呈していた。また右卵巣内には内腺症性嚢胞を疑う変化が見られた。その後もイレウスの再燃はなく経過からは炎症性変化も考えられず、イレウス改善1ヶ月後のCTでも腫瘍性変化は残存していた。CTやEUS所見からGISTなどの腫瘍性病変も否定できず切除の方針とし、腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。切除検体は回腸末端に硬結を触れた。病理組織では回腸末端の固有筋層が肥厚し、内部に内臓間質を伴った異所性内腺腺が散在性にみられた。明らかな腫瘍性病変は認めず、回腸子宮内腺症と診断した。術後は右卵巣の内腺症性嚢胞も含めて婦人科にてジェノゲストの内服で経過観察中である。【考察】子宮内腺症は30-40歳代に多く、腸管子宮内腺症は子宮内腺症患者の3-10%に合併すると報告されている。腸管子宮内腺症は一般的にはS状結腸や直腸が好発部位で、回腸に発生する症例は稀であり診断に難渋した。閉経前の女性における下部消化管の粘膜下腫瘍様病変では、腸管子宮内腺症も視野に入れて精査を行う必要がある。

19 コルヒチンが著効した家族性地中海熱の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

○山根 佑基、野村 智史、久保田 淳、中井 俊介、今津 充季、
金岩 弘樹、富田 優作、山口 彩奈、北川 美香、平野 敦之、
森 義徳、木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

症例は20歳女性、20XX年4月に発熱と腹痛を主訴に近医クリニックを受診した。血液検査にて炎症反応の高値を認め、CTにて回腸末端から上行結腸に壁肥厚を認めたため急性腸炎の診断となり抗菌薬の内服にて症状は改善した。5月にふたたび発熱と腹痛が出現し、再度炎症反応の上昇とCTにて前回と同様の部位に壁肥厚を認めた。炎症性腸疾患の可能性を考え、当院消化器内科に紹介受診となり同日入院となった。下部消化管内視鏡検査を施行し、回腸末端に浮腫、潰瘍、びらんを認めた。盲腸から直腸には明らかな異常所見は認めなかった。内視鏡所見上は感染性腸炎を第一に考え、鑑別として炎症性腸疾患や悪性リンパ腫を考えた。また上部消化管内視鏡検査も施行したが明らかな異常所見は認めなかった。回腸の潰瘍部から生検を施行したが診断に有用な特異所見は認めなかった。以上から、感染性腸炎を第一に考え、絶食と抗菌薬による治療を開始した。症状は改善し、第10病日に退院となった。6月に再度腹痛を主訴に救急外来受診され、入院となった。今回も絶食と抗菌薬による治療にて症状は改善し、第6病日に退院となった。症状を繰り返しているがベーチェット病やクローン病も確定診断が得られず、新たに鑑別として家族性地中海熱を上げた。診断目的にコルヒチン0.5mgの内服を開始し、MEFV遺伝子変異の確認のために遺伝子検査を施行した。コルヒチンの内服開始後より解熱が得られた。また典型的ではないが、MEFV遺伝子の変異が見られたこと、有症状時の採血にて血清アミロイドAが高値でもあったことから家族性地中海熱の診断となった。診断後はコルヒチンを1.0mgに増量とした。その後は、外来フォローにて症状の増悪なく経過している。家族性地中海熱は比較的稀な自己炎症性疾患である。しばしば他の炎症性腸疾患などの鑑別が困難なことがある。本症例では、受診から比較的早期に本疾患を念頭に置くことで早期診断を得ることができ、患者の生活の質の改善をはかることができた。家族性地中海熱に関しての文献的考察を加えて報告する。

18 経口リン吸着剤内服中の透析患者に発生した小腸イレウスの1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○石原 亮、水島 隆史、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、
浦壁 恵司、貫井 嵩之、鈴木 健人、荻輪 彬久、鈴木 雄太、
羽根田 賢一、塚本 宏延、奥村 文浩

【症例】86歳、女性【主訴】腹部膨満感【既往歴】卵巣捻転既往とのことだが、腹部に手術痕なし【現病歴】10年前に透析導入され、経口リン吸着剤（セバラーマ塩酸塩、炭酸ランタン）による内服治療をしていた。頭部打撲で前医入院中に腹部膨満感が出現し、腹部レントゲンでniveau、CTで小腸拡張を認め、イレウス疑いで当院紹介となった。【来院後経過】造影CTでは、小腸拡張みられたが明らかな閉塞起点はなく、経口リン吸着剤によると思われる腸管壁に沿った高吸収域により、腸管の血流評価は困難だった。血液検査からは明らかな虚血を示唆する所見なく、保存的治療とし、胃管挿入し入院となった。第2病日で腸管拡張の改善乏しかったため、イレウス管を挿入した。排液が泥状のため間欠的吸引を開始したところ第5病日にはイレウス管が先進し腸管拡張も改善したが、同日昼に突然の腹痛を訴え、筋性防御も出現した。CTでfree airを認め小腸穿孔と診断した。イレウス管は小腸内に認め穿孔部位は不明だった。外科へコンサルトし、同日緊急手術となった。開腹したところ、盲腸と小腸が癒着しており、癒着を剥離すると5mmほどの穿孔部を認めた。穿孔部位はイレウス管の先端よりもさらに数センチ門側側の部位だった。小腸部分切除・盲腸部分切除を施行した。術後敗血症をきたしたが、集学的治療により改善し第31病日に前医へ転院となった。摘出された小腸の粘膜内には結晶物を認めた。【考察】経口リン吸着剤は透析患者における心血管系イベントの予防に対する有用性から使用される。消化管内でリン酸と結合し、水に不溶性の化合物を生成することにより腸管からのリン酸吸収を抑制させる反面、硬便を形成してしまうことから便秘を引き起こし、ひいては頻度不明ながら腸管穿孔やイレウスをきたす例が報告されている。今回、明らかな硬便は認めなかったため、癒着による機械的刺激に加えて、粘膜内に認めた結晶物により腸管の脆弱性が腸管穿孔を引き起こした可能性があると考えられた1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

20 Crohn病に対してインフリキシマブ使用中に神経梅毒を発症した一例

豊橋市民病院 消化器内科

○新田 紘一郎、服部 峻、内藤 岳人、山田 雅弘、松原 浩、
山本 英子、鈴木 博貴、加納 佑一、小木曾 拓也、西堀 友美、
大森 康司、堀田 尊紀、浦野 文博

【症例】40歳代男性【主訴】視野障害【現病歴】20歳でCrohn病を発症し、インフリキシマブ、メサラジン、アザチオプリン投与にてフォロー中であった。糖尿病性網膜症で近医の眼科に定期受診中、に乳頭浮腫を認め当院の眼科に精査目的に紹介となった。両側に広範囲の網膜炎、網膜血管炎、視神経乳頭炎があり、Crohn病に伴うぶどう膜炎としてステロイドの嚢内注射が開始され、インフリキシマブを倍量投与とした。しかし、眼症状の改善乏しく、経過中に測定された梅毒定性RPRで陽性が判明した。追加で測定したRPR定量検査で570R.U.と著明高値を認めた。髄液検査を施行したところ梅毒定性RPRが検出された。以上より神経梅毒と診断し、ペニシリンG 2400万単位/日を14日間投与した。投与を開始して徐々に眼症状は改善し、投与開始から13日目に再度施行した髄液検査で梅毒TPHAは減少していることを確認した。梅毒の発症にインフリキシマブの関与も考えられたため投与を中止し、ベドリズマブに変更した。その後も眼症状や消化管管状の増悪なく経過している。【考察】インフリキシマブはCrohn病の治療に欠かすことができない薬剤であるが、感染症が問題になることがある。今回、Crohn病患者でインフリキシマブ使用中に視野障害を契機に明らかになった神経梅毒の症例を経験した。クローン病は腸管外合併症であるぶどう膜炎をきたすことがあり、診断に苦慮する可能性がある。神経梅毒は進行すると麻痺などの後遺症を生じることがあるため早期の診断が重要であり、インフリキシマブの中止など適切なマネジメントが必要である。そのためCrohn病患者で眼症状を認めた場合は、本疾患を鑑別にあげることが重要であると考えられた。

21 長期間アダリムマブを投与していた小腸型クローン病患者が抗リン脂質抗体症候群が原因と考えられる脳梗塞及び深部静脈血栓症を発症した1例

独立行政法人静岡県立静岡病院 消化器内科

○八木 直人、川口 大貴、菊池 恵介、有谷 実莉、
上田 駿介、池田 正俊、早川 諒祐、木村 領佑、
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】40歳代男性【既往歴】小腸型クローン病（200X年に小腸切除術、201X年に回腸-上行結腸バイパス術）、慢性腎臓病、高尿酸血症【現病歴】199X年に腹痛を主訴とするクローン病を発症、200X年に手術標本より小腸型クローン病と診断された。生物学的製剤は201X年よりインフリキシマブ（IFX）（5mg/kg）導入を開始した。アザチオプリン（AZA）を併用していたが、アロプリノールの同時併用で汎血球減少症を発症した。AZAは投与中止し、201X+3年よりIFXからアダリムマブ（ADA）に変更、201X+5年からはADA 80mgの信量投与を開始した。201X+8年Y月に脳ドックを受診し、両側頭頂葉・脳梁などに多発する脳梗塞を発症した。症状は一過性の目のかすみ程度であり、その後は消失した。血液検査で抗核抗体及び抗カルジオリピン抗体の陽性を認め、下肢静脈エコー検査で深部静脈血栓症（DVT）を認めた。ADAの長期使用によって抗リン脂質抗体症候群が発症し、一連の脳梗塞及びDVTを招いたと考え、ADAの投与を中止した。その後バイアスピリン開始し、脳梗塞の症状は認めていない。クローン病に対してはベンタサ3000mgのみで経過を見ていた。【考察】抗TNF療法を含む生物学的製剤はクローン病などのIBDやそのほか自己免疫性疾患に対して広く使用されているが、本症例の様にループス様症候群など重篤な副作用が存在する。ウステキヌマブ、ベドリズマブなど新規生物学的製剤を含めた治療法における重篤な感染症や悪性疾患などの副作用について、我が国よりも投与期間や症例数の多い海外の文献を元に考察を行い、本患者に今後投与すべき薬剤を検討する。

23 腸重積による腹痛を繰り返した空腸腺腫の一例

1独立行政法人静岡県立静岡病院 消化器内科、

2独立行政法人静岡県立静岡病院 消化器外科

○川口 大貴¹、田中 俊夫¹、八木 直人¹、菊池 恵介¹、
有谷 実莉¹、上田 駿介¹、池田 正俊¹、早川 諒祐¹、
木村 領佑¹、鈴木 博貴¹、黒石 健吾¹、多田 誠一郎²、
前田 賢人²、濱村 啓介¹、高橋 好朗¹、小柳津 竜樹¹

【はじめに】3年前より繰り返す腹痛のため何度も病院を受診し、その都度検査を施行してきたが原因は不明であった。今回も同様の訴えで当院を受診したが、その際に施行した腹部骨盤CTで腸重積が判明したことにより、空腸腺腫を診断し手術に至った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。【症例】78歳男性。主訴は繰り返す上腹部痛。3年前より年に2-3回程度同様の腹痛の訴えで当科を受診し腹部超音波検査、CT、上部下部内視鏡検査などを施行したが異常所見は認められなかった。今回は受診する1週間前より同様の腹痛を認めた。そこでCTを施行したところ、上部小腸に腸重積を認めた。腹痛の原因と考えられたため小腸部分切除を予定していたが、3日目にCTを施行した際には腸重積の所見は認められなかった。そこで7日目に小腸造影検査を施行し、空腸に隆起性病変を認めた。さらに9日目にシングルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、空腸上部に全周性の低い隆起性病変を認めた。病変部より生検を施行し空腸腺腫と診断した。腸重積の原因と考えられたため25日目に腹腔鏡下小腸部分切除を施行した。術後は問題なく経過し現在まで腹痛の再燃を認めない。【考察】小腸腫瘍は全消化管腫瘍の3.6%と比較的稀な疾患であり、その中でも小腸腺腫は2.8%と頻度が低い。本症例では腸重積を繰り返していたがCTで発見されるまで小腸腫瘍を考慮することはなかった。しかし、小腸腫瘍を疑ってからでは、小腸造影、シングルバルーン内視鏡による生検、点墨と容易に診断することができた。その後手術を行ったが、腹腔鏡下での切除が可能であり、迅速な加療を行うことができた。

22 腸閉塞を契機に診断し得た小腸濾胞性リンパ腫の一例

1三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

2三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

○鈴木 寛人¹、濱田 康彦¹、梅田 悠平¹、池之山 洋平¹、
重福 亜紀奈¹、行本 弘樹¹、中村 美咲¹、葛原 正樹¹、
田中 匡介²、堀本 紀行²、中川 勇人¹

【症例】70歳代の男性。X-2年に腸閉塞を発症し保存的加療で軽快したが、腹部手術歴なく原因は特定できなかった。X年9月に持続する嘔気の精査目的にA病院に紹介となり腹部CT検査を施行されたが、腸間膜リンパ節腫大を認めるのみで腸閉塞の所見は指摘されなかった。その後も症状が改善しないため近医Bを受診、精査加療目的に当院へ紹介された。造影CTでは、右側小腸に壁肥厚所見と同部位から口側の腸管拡張を認めた。腸閉塞と診断し、イレウス管を留置し保存的加療を行った。腸閉塞の改善が得られた後にイレウス管による小腸造影を施行したところ、右側小腸に強い狭窄を認めた。腹部手術歴はなく、炎症性あるいは腫瘍性疾患による小腸狭窄を疑い、同日経口ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。結果、造影検査で指摘された位置に一致して狭窄を伴う全周性潰瘍を認めたが、内視鏡下生検では特異的な所見は得られず診断がつかなかった。繰り返す原因不明の腸閉塞であり、患者と相談の上、診断的治療目的で外科的治療を行う方針となり、小腸部分切除術を施行した。切除病変の組織像では粘膜固有層から粘膜下層、一部腸管壁の全層性に濾胞様構造の形成を伴いながら増殖する小型～中型の異型リンパ球を認め、免疫染色の結果を併せ、濾胞性リンパ腫と最終診断した。手術後のPET-CTで明らかな評価病変を認めず、追加の化学療法は行わず定期的な経過観察を行っている。【結語】腸閉塞を契機に診断し得た小腸濾胞性リンパ腫の一例を経験した。狭窄を伴う小腸濾胞性リンパ腫は稀であるが、繰り返す原因不明の腸閉塞の原因として本疾患の可能性を考慮することは重要と考え、文献的考察を加え報告する。

24 腸重積を契機に発見され、内視鏡的に切除しえた小腸癌の1例

地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○山田 直晃、奥村 文浩、水島 隆史、塚本 宏延、羽根田 賢一、
鈴木 雄太、荻輪 彬久、鈴木 健人、石原 亮、浦壁 憲司、
貴井 嵩之、大岩 拓矢、丹羽 佑介、濱田 祐輔

【症例】88歳男性。【主訴】腹痛、嘔吐、下痢。【現病歴】X年2月18日に腹痛と頻回の水様下痢と嘔吐を主訴に前医を受診した。腹部単純CTで回盲部に腸重積を認めたため精査加療目的で当院へ転院となった。既往に心筋梗塞、脳梗塞がありクロビドグレルとエドキサパンを内服していた。【経過】血液検査でCRP0.63 mg/dl、WBC17200/μLと軽度の炎症反応の上昇を認めた。腹部造影CTでは回盲部に先進部に腫瘤を疑う腸重積を認め、小腸の拡張を認めた。腸管の造影不良域や腹水の貯留を認めなかったことから内科的治療を選択し、経口的にイレウス管の留置を行い入院となった。2月20日に施行した腹部単純CTで腸重積が改善していたため2月22日にイレウス管造影と大腸内視鏡検査（CS）を施行した。ガストログラフィンによる造影で回腸末端に透亮像を認め、CSでは回盲弁から約6cm口側に2cm大のIspポリープを認めた。生検では腺腫であった。88歳と超高齢でADLもほぼベッド上であり、クロビドグレル、エドキサパンの内服をしていることから外科的手術は高リスクと考えられた。CSではポリープの全体像を捉えられなかったため、ダブルバルーン内視鏡（DBE）を施行し内視鏡的に切除可能であれば切除を行う方針とした。合併症、危険性に関する十分なインフォームドコンセントを得た上で3月11日にDBEを施行した。ポリープ全体を観察し、粘膜内病変と考えられたため内視鏡的粘膜切除術（EMR）を施行した。病理結果は粘膜内癌であり治療切除であった。術後の経過は良好であり3月24日に転院となった。【考察】原発性小腸癌の頻度は全消化管の1-2%といわれており、稀な疾患である。腸重積や血便を契機に発見され、進行癌であることが多い。そのため治療のため手術が選択されることが多いが本症例は粘膜内癌であり内視鏡的に治療を行うことができた。文献的な考察を加え報告する。

25

経時的な増大を認め外科的切除を行った限局性結節性過形成の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

○光松 佑時¹、仲島 さより¹、濱島 英司¹、中江 康之¹、
神岡 諭郎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、井本 正巳¹、伊藤 誠²

【症例】50歳、男性。【主訴】肝腫瘍精査。【既往歴】痛風、大腸腺腫。【内服】フェブキシostat。【飲酒歴】ビール500ml/毎日。【現病歴】X-2年月に大腸腫瘍の精査のUSでS2に長径1cm大の内部エコー不均一な低エコー腫瘍あり。CTでは、軽度低吸収で早期濃染を認めた。4月に腹腔鏡下行肝結腸切除術を施行、病理結果は腺腫であった。X年1月に肝腫瘍は4cm大に増大し、精査とした。HBsAg、HCVAb、ANA、AMA 陰性、CA19-9、CEA、AFP、PIVKA-II基準値内であった。USでは、肝は表面平滑、肝角は鋭、内部エコーはやや粗であり、S2に長径4cm大の境界明瞭、内部エコーが不均一な低エコー腫瘍を認めた。造影では、中心から辺縁に向けて遷延する早期濃染を伴い、後血管相でdefectを認めなかった。CTでは、軽度低吸収で動脈相に全体が濃染され、平衡相ではわずかに低吸収であり、早期肝腫瘍流注を伴っていた。EOB-MRIでは、T1WIで等信号、T2WIで淡い高信号、DWIで高信号を呈した。早期から強い増強効果をみとめ、後期相では辺縁は肝実質よりもやや高信号であり、肝細胞相ではEOBの取り込みを認めた。限局性結節性過形成（FNH）を疑い、EOB-MRIと造影エコーで経過観察が、更に増大し、X+1年6月には長径5cm大となった。FNHでしばしば認められる中心性瘢痕やspoke-wheel appearanceが明らかでなく、増大傾向を示していることから悪性腫瘍も否定しきれず、患者希望もあり、X+1年6月に腹腔鏡下行S2亜区域切除術を施行した。切除標本は境界明瞭な淡褐色調の結節性病変であり、結節の中央に硝子化結合組織の豊富な瘢痕様組織を認めた。瘢痕様組織は星芒状に周囲に拡がり、細管増生や軽度の炎症性細胞浸潤を伴っていた。中心静脈域の拡張や静脈周辺の線維化もみられた。以上より、FNHと最終診断した。【考察】本症例では画像上、肝細胞由来の腫瘍を考えたがFNHに特徴的な画像所見が乏しく、経時的な増大を認めたため悪性化を否定しきれず外科的切除を行った。

27

正常肝を背景とする経口避妊薬内服中の若年女性に生じた
肝細胞癌破裂一例

独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器内科

○菊池 惠介、小柳津 竜樹、八木 直人、有谷 実莉、上田 駿介、
池田 正俊、早川 諒介、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、
濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫

【症例】36歳女性【主訴】突然の腹痛【併存症】うつ病【既往症】なし【内服薬】スリプリド、バロキセン塩酸塩水合物、経口避妊薬【家族歴】父：大腸癌、母：子宮癌【飲酒歴】ビール700mL/日。【現病歴】X-3年より健診にて貧血を指摘されていた。X-2年より、近医婦人科にて月経困難症の診断で経口避妊薬を処方されていた。X年Y月18日（前3日）突然の腹痛が出現し、午後前に地方に救急搬送され、造影CTで肝S6に多血性腫瘍と血性腹水を認めたため、肝細胞癌破裂疑いで当院に転院搬送された。【血液検査】WBC 11700/ μ L、Hb 7.2 g/dL、PLT 321000/ μ L、AST 19 U/L、ALT 9 U/L、 γ -GTP 118 U/L、ALP (IFCC法) 52 U/L、T-Bil 0.6 mg/dL、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性。腫瘍マーカーはAFP-Total 2.4 ng/mL、AFP-L3 0.5未満、PIVKA-2 340 mAU/mL。【造影CT】肝S6 長径80mm大の多血性腫瘍を認めた。腫瘍相では腫瘍辺縁・内部に拡張した栄養血管を認め、内部は不均一な造影効果を示した。平衡相では腫瘍の一部はwashout、辺縁にリング状造影効果を認めた。【経過】Y月18日に緊急TAE施行し、肝S6に存在する多血性腫瘍の栄養血管をジェルパートで塞栓した。翌日も腫瘍が改善せずY月19日に再度TAE施行。残存する栄養血管をジェルパートで追加塞栓した。処置後に発熱、腹痛が持続したが貧血の進行は認めなかった。術後のY+1月13日に半孔式腹腔鏡下肝S6部分切除術および胆嚢摘出術を施行した。病理所見は60mm大の腫瘍は多結節癌混合型の外観を呈し、被膜を有するが一部が欠損していた。組織学的には腫瘍は中分化型肝細胞癌より構成され、肝腫瘍の存在は認めず、広範癌が壊死に陥っていた。背景肝に炎症や繊維化は認めなかった。Y+1月20日に軽快退院後は再発なく、現在外来通院中である。【考察】若年女性の多血性肝腫瘍では、肝細胞腺腫、限局性結節性過形成、fibrolamellar肝細胞癌などが鑑別に挙がる。本症例のように、正常肝を背景とする若年女性の肝細胞癌は稀である。特に経口避妊薬の関与が指摘されている肝細胞腺腫との鑑別に苦慮した。過去の報告を元に文献的考察を加えて報告する。

26

Fontan associated liver disease (FALD) 関連肝細胞癌の一例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○増田 直也、永野 淳二、小泉 拓也、小泉 悠、坂野 香里、
村瀬 博幸、大谷 毅一、曾我 淳史、林 冴加、廣田 大輝、
相羽 優志、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、長谷川 恒輔、
丸田 明範、山崎 健路、清水 省吾

Fontan手術は、機能心室が一つしかない先天性心疾患に対して上・下大静脈を肺動脈にバイパスする機能的修復術で、1990年代半ば以降、主流となっており、しかし術後遠隔期で、Fontan循環に起因した肺うっ血によるFALDの報告が散見され、その対策が重要な課題となっている。【症例】22歳男性。【主訴】特になし。【既往歴】単心室、無肺で出生し、1歳6ヶ月でFontan手術を受けている。【現病歴】20XX年1月、小児循環器内科からAFP高値(13.9 ng/ml)の精査目的で当科紹介され、肝機能検査のフォローや肝画像検査を半年毎に行っている。20XX+2年10月の採血でAFP 46.9 ng/ml、PIVKA-II 332 mAU/mlと上昇を認めた。【現症】胸部正中に手術痕あり。その他、特記所見なし。【検査所見および経過】WBC 6000/ μ l、Hb 15.9 g/dl、PLT 19.1 $\times 10^4$ / μ l、T-Bil 0.94 mg/dl、AST 41 IU/l、ALT 46 IU/l、LDH 208 IU/l、ALP 385 IU/l、 γ GT 125 IU/l、CRP 0.13 mg/dl、PT 54.4 sec、FIB-4 index 0.77、ヒアルロン酸 27.7 ng/ml、M2BPGi 0.64 COI、4型コラーゲン T7S 7.9 ng/ml。各種画像検査を進めると、ダイナミックCTでは、肝S3にやや遅めの濃染・washoutを呈する18mm大の結節を認めた。EOB-MRIの肝細胞相では抜け像なし、腫瘍マーカー上昇と合わせ、肝細胞癌(HCC)として妥当な所見であった。同科カンファレンスにおいて、周術期の循環管理や出血のコントロールなどの面から局所治療を選択する方針となった。患者家族の同意を得た後、20XX+2年12月にラジオ波焼灼療法(RFA)を施行し、治療後の画像評価で焼灼範囲十分と判断した。その後も定期的な画像検査を行い、異所性異時性のHCC再発に対して、適宜追加治療(TACE、RFA)を行っている。最終治療後、2年以上のHCC再発を認まず、現在も経過観察中である。【結語】FALD関連HCCに対して、局所療法を血液良好な経過を得た一例を経験した。FALD症例のフォローには、血液検査異常が乏しいこともあり、病状を過小評価しないように留意しつつ、腫瘍マーカーや画像検査でのHCCスクリーニングが有用であると考えられた。

28

肝細胞癌に対する Atezolizumab+bevacizumab 治療中に免疫関連有害事象の脳炎が疑われた2例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院 消化器内科

○近藤 大也、稲掛 優介、玉腰 丈博、平岩 厚佑、豊島 創、
松井 健一、竹内 淳史、森田 清、高士 ひとみ、都築 智之

【症例1】50歳代男性。併存症として高血圧症、糖尿病あり。C型肝炎に対しレシバズビル/ソホブビル12週投与しSVR達成4年後、定期検査の腹部超音波検査にてS8に肝腫瘍、多発リンパ節転移を認め、肝腫瘍生検にて低分化肝細胞癌の診断となる。X日、Atezolizumab+bevacizumab療法開始。X+7日、手指の冷感と色調不良を主訴に当院受診、末梢循環障害の診断で入院、抗血栓療法開始となる。X+8病日に間質性肺炎を発症、X+11病日に意識障害出現、右共同偏視、右上肢屈曲強直を認めた。CT、MRI、髄液検査にて異常所見認めず、免疫関連有害事象による脳炎の診断にてmPSLパルス療法施行したが、治療奏效せずX+14日永眠された。死後病理解剖で肝細胞癌、多発リンパ節転移、ARDSの診断であった。脳の病理結果は未着である。【症例2】60歳代男性。併存症に慢性C型肝炎、痛風あり。腹痛を主訴に当院受診、造影CTにて肝細胞癌、左副腎転移の診断となる。TACE施行後レンパチニブ導入するも好中球減少grade3にて継続困難となり、治療開始から1年5ヵ月後のY日にAtezolizumab+bevacizumab療法開始した。Y+11日より発熱あり、Y+13日に発熱性好中球減少症の診断で入院、MEPM点滴、GCSF投与にて治療開始した。Y+19日、意識障害出現。頭部造影MRIにて異常所見認めず、髄液検査では細胞数上昇、蛋白上昇を認めた。免疫関連有害事象による脳炎を疑い、Y+21日よりmPSLパルス療法開始したところ翌日に意識障害改善を認めた。髄液培養陰性、細胞陰性であり感染性や癌性髄膜炎は否定的であった。意識障害改善後、感覚性末梢神経障害顕在化あり、Y+29日よりPSL60mg/日内服開始、以後漸減し意識状態正常、歩行困難な状態でY+102日自宅退院となった。【考察】肝細胞癌に対しAtezolizumab+bevacizumab療法を当院で2021年8月までに11例経験しており、今回提示した2例に免疫関連有害事象脳炎が疑われる。アテゾリズマブによる免疫関連有害事象としての脳炎は既知であるが、肝細胞癌症例に対する報告は未だ少なく文献的考察を交え報告する。

29 原発性硬化性胆管炎 (PSC) と潰瘍性大腸炎 (UC) にて 通院中、自己免疫性肝炎 (AIH) 合併を判明した1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○鈴木 孝典、名倉 義人、松浦 健太郎、片野 敬仁、内藤 格、
藤原 圭

症例：20代男性、主訴：なし、現病歴：X-2年7月に心窩部痛にて近医受診、採血にて肝機能障害を認め、加えて1日に2-3回の血便があるため当院に紹介受診となった。X-1年4月にCT、MRCP施行し非特異的な胆管壁肥厚を認めた。ERCPを施行し不整な胆管像を認め、胆管壁から生検を施行した。形質細胞、リンパ球主体の炎症を認めPSCに矛盾しない結果であった。血便に対して下部消化管内視鏡を施行し全結腸に易出血性、血管透視の消失を認め、UCに矛盾しない結果であった。PSCに対してはウルソデオキシコール酸 (UDCA)、UCに対しては5-ASA製剤に投与での加療となった。5-ASA製剤投与後、下痢の回数増加を認めたため5-ASA製剤不耐と判断した。そのためUCに対してはブレドニゾロン (PSL) を30mgから導入し徐々に漸減、さらにエンタビオを導入しPSLは中止し経過をみていた。肝機能は概ね安定していたが、X年3月にALT708 U/l と肝障害を認めた。精査のために施行した採血にて各種肝炎ウイルス抗体は陰性、IgG 3821 mg/dl と上昇、抗核抗体は陰性、抗平滑筋抗体は40倍と陽性であった。UDCAを900mgに増量したが改善乏しく、X年5月に肝生検を施行した。肝生検の病理では中等度のリンパ球浸潤、インターフェイス肝炎の像を認めAIHに矛盾しない所見であった。Revised original Scoring System of the International Autoimmune Hepatitis Groupにて12点でありprobable diagnosisであった。診断後はNUDT15遺伝子多型でARG/CYSと副作用の出現が懸念されたため、アザチオプリン (AZA) を25mgの隔日投与を開始し経過観察を行っている。考察：若年のPSCにUCを合併することは知られている。国内では報告は少ないがAIHとPSCの合併は成人のPSCの1.4-17%に存在、さらにAIHとPSCの合併症例の約半数でUCを罹患しているという報告がある。ゆえに特にUC合併のPSC症例では、肝障害悪化の場合はAIHの出現、合併の可能性も念頭に置き診療に当たる必要があると考えられた。

31 悪性リンパ腫への化学療法終了4ヶ月後に発症した de novo B型肝炎の1例

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○浦壁 恵司、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、貫井 嵩之、
石原 亮、輿輪 彬久、鈴木 健人、鈴木 雄太、羽根田 賢一、
塚本 宏延、水島 隆史、奥村 文浩

【症例】70歳女性【主訴】なし【既往歴】びまん性大細胞型B細胞リンパ腫、間質性肺炎【生活歴】飲酒歴：機会飲酒、喫煙歴：なし【現病歴及び経過】びまん性大細胞型B細胞リンパ腫に対してX年4月からリツキシマブ併用化学療法を開始した。化学療法導入時、B型肝炎は既往感染パターン (HBs抗原陰性、HBs抗体陽性、HBc抗体陽性、HBV-DNA未検出) であった。X年8月を最終投与とし、その後は寛解状態で経過観察されていたが、B型肝炎に関しては定期検査がされていなかった。X+4年5月の定期受診時に、肝障害 (AST293U/l、ALT423U/l) を認めた。再評価すると、HBs抗原陽性、HBe抗原陽性、HBV-DNA5.2logIU/mlであることから、de novo B型肝炎と診断した。テノホビル・アラフェナミドで治療を開始したが、肝障害が改善しないため、第27病日に当院に転院となった。当院初診時も、高度肝障害 (AST616U/l、ALT1023U/l) とHBV-DNA高値 (2.8 logIU/ml) を認めた。採血検査や画像検査では、肝障害の原因を他に指摘できないため、エンテカビルを追加した。その後、肝障害とHBV-DNAは緩徐に改善を認めた。【考察】de novo B型肝炎は、抗腫瘍薬・免疫抑制剤・抗ウイルス剤などの投与中、あるいは投与後に発症することが報告されている。本疾患は劇症化率が高く、その場合の死亡率も高いことから、注意深い経過観察が必要とされている。免疫抑制・化学療法により発症するB型肝炎ガイドラインでは、治療終了後は少なくとも12ヶ月間のHBV-DNA定量モニタリングを推奨している。しかし、治療終了12ヶ月以上経過してから、de novo B型肝炎を発症している症例が報告されており、治療終了後のHBV再活性化における適当な観察期間については未だに一定の見解はない。今回、悪性リンパ腫への化学療法終了4ヶ月後に発症したde novo B型肝炎の1例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

30 診断に難渋したびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫による 急性肝不全の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○佐藤 友香、小林 陽介、金谷 和哉、橋本 俊太郎、大城 恵吾、
玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、
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

【症例】90歳代女性【既往歴】右大腿骨頸部骨折【内服薬】ピラスチン20mg【生活歴】飲酒歴なし。施設入所中、認知症高度、ADL全介助。【病歴】3日前に嘔吐し、その後から発熱、意識障害、皮膚の黄染を呈した。近医を受診し、肝障害を認め紹介、入院となった。38℃台の発熱、眼球結膜・皮膚黄染あり、腹痛なし。血液検査では、肝障害、炎症反応上昇を認めた。TP 5.2g/dL、Alb 2.1g/dL、T.Bil 4.3mg/dL、AST221U/L、ALT88U/L、LD464U/L、ALP754U/L、γ-GT188U/L、CRP16.38mg/dL、WBC4270/μL、プロカルシトニン8.59mg/mL、IgG1,108 mg/dL、IgA91 mg/dL、IgM83 mg/dL。尿検査では膿尿あり。腹部USでは、肝実質は不整なり、造影CTでは総胆管の軽度拡張を認めた。胆管炎や尿路感染症による発熱、肝障害を考慮し、抗菌薬SBT/CPZで治療を開始した。ERCPも施行したが、胆管炎は否定的であった。その後も発熱、高CRP血症が遷延し、肝障害も悪化傾向にあった。抗菌薬をCTRX、MEPMと変更したが改善は得られなかった。肝障害に関しては、肝炎ウイルス検査 (A、B、C、E型肝炎、HSV、CMV) は陰性、AMA2陽性 (67.0U/mL)、sIL-2R高値 (14,400U/mL) であったが原因の特定は困難であった。認知症も高度であり、肝生検を含め精査加療は困難であり、緩和的治療を行った。全身状態は悪化傾向にあり、肝不全が進行し第16病日永眠となった。原因検索のため病理解剖を施行した。病理所見では、びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断され、腫瘍は全身臓器に浸潤していた。特に、肝臓は門脈域の浸潤が著しく、肝細胞の脱落、肝内胆管の閉塞も伴っており、悪性リンパ腫による肝不全の状態であったと考えられた。【考察】悪性リンパ腫による肝不全の一例を経験した。持続的な発熱はリンパ腫による症状と考えられた。リンパ節の腫大を認めず、sIL-2R以外は有意な所見を認めず診断が困難であった。鑑別困難な肝障害の際は、悪性リンパ腫の可能性も検討する必要があると考えられた。

32 誘因の無い再活性化により昏睡型急性肝不全を発症した非 活動性HBVキャリアの一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○北 祐次、村田 礼人、大森 将史、栗津 崇仁、佐藤 祥、
谷口 源太郎、佐藤 俊輔、嶋田 裕慈、玄田 拓哉

症例は40歳代男性。他院で非活動性HBVキャリアと診断され無投薬で経過観察を受けていた (2018年HBs抗原陽性、HBe抗原陰性、ALT 12 IU/L、HBV DNA 1.0 log IU/ml、genotype C)。免疫抑制・化学療法の既往無し。2021年7月、倦怠感と食思不振出現。前医で黄疸と肝障害を指摘され当院紹介。入院時脳症は無く、来院時血液検査ではAST 401 IU/L、ALT 667 IU/L、PT47%、T-bil 5.0 mg/dL、HBs抗原 9100 IU/mL、HBe抗原 5.0 C.O.I、HBV DNA 8.6 log IU/ml、IgM-HBc陰性であった。腹部CT検査ではびまん性に肝腫大を認めた。入院日より核酸アナログ投与を開始したが、第3病日にALT 1054 IU/L、PT36%と肝障害が進行したためIFNβ投与とステロイドパルス療法を施行した。第7病日にHBV-DNAは4.7 log IU/Lまで低下したもののALT高値は遷延し、第10病日にALT 1193 IU/L、PT 22%と凝固障害の増悪と昏睡度2度の肝性脳症が出現した。同日より血漿交換と血液浄化による人口肝補助を開始したが、第11病日には昏睡度3度となり腹部CT検査で肝萎縮進行を認めた。劇症肝炎における移植適応基準スコアリング8点であり内科的治療では救命不能な昏睡型急性肝不全と判断し、第13病日に移植実施施設に転院、第15病日に妻をドナーとした生体肝移植を施行した。本例は誘因となる免疫抑制・化学療法既往の無い非活動性HBVキャリアの再活性化から昏睡型急性肝不全を発症した症例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

33 造影 US を含めた画像診断と肝腫瘍生検で診断し得た肝硬化性血管腫の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○榎葉 俊太郎、室久 剛之、玉腰 裕規、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、丹羽 智之、江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、小林 陽介、鏡 卓馬、木全 政晴、芳澤 杜、細田 佳佐、長澤 正通

【背景】肝硬化性血管腫は稀な肝の良性腫瘍として知られている。海綿状血管腫の内部に血栓・壊死・瘢痕形成・石灰化などの二次性変化が生じ、腫瘍全体が繊維化や硝子化変化し硬化した病態である。画像診断で肝内胆管癌や転移性肝癌、肝細胞癌などの悪性腫瘍との鑑別が困難であり、切除検体により診断される例も少なくない。今回腫瘍生検により診断した肝硬化性血管腫の一例を経験したため報告する。【症例】70歳代、男性。X年7月、眼窩原発 MALT リンパ腫に対し当院血液内科で放射線療法を予定された。治療前の単純CTで肝右葉S7/6に28mmの腫瘍を指摘され、当科紹介となった。造影CTでは腫瘍の大半は乏血性で、辺縁にわずかな造影効果を認めた。MRIでT1低信号、T2で淡い高信号を呈したが、拡散制限は認めなかった。USではBモードで境界不明瞭な等エコーであり、認識困難であった。造影USでは血管相早期で淡い造影効果がみられたがwashoutし、門脈優位相で明瞭な造影欠損像を示し、Kupffer相まで造影欠損は持続した。硬化性血管腫が疑われたが、他の腫瘍の可能性も否定できず、X年9月、腫瘍生検を施行した。造影US下で穿孔、白色調組織を含む検体を採取した。病理では広範な硝子様線維化巣が血管腔を伴って存在し、硬化性血管腫と診断した。診断後は血液内科で経過観察中である。【考察】肝硬化性血管腫は海綿状血管腫と比較し造影CT平衡相で造影効果が乏しく、MRIで不均一な信号を呈すとされている。その他の肝腫瘍との鑑別が困難で、外科的切除により初めて診断される症例が多い。今回、造影USを含めた画像所見から硬化性血管腫を疑い、肝腫瘍生検で確定診断を得た。不要な肝切除を避けるために、本疾患が疑われる場合には積極的に腫瘍生検で診断を行うことが望ましいと思われる。

35 閉塞性黄疸をきたした巨大肝嚢胞に対する腹腔鏡下天蓋切除の1例

松阪中央総合病院 外科

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

単純性肝嚢胞はそのほとんどが無症状に経過し、治療を要することは少ない。感染や出血を伴ったり、巨大化して腹部膨満や腹痛をきたした場合には治療の対象となるが、閉塞性黄疸をきたして治療を要することはまれである。最近われわれは、閉塞性黄疸をきたした巨大肝嚢胞に対する腹腔鏡下天蓋切除の1例を経験したので報告する。【症例】53歳男性。13年前から多発肝嚢胞を指摘されていた。10年前には嚢胞感染をきたし、当院消化器内科で保存的に加療された。以後同科で半年に一回程度、定期的に経過観察されていたが、1年前から腹部膨満を自覚し、1ヶ月前には背部痛もきたすようになり、加療目的に当科を紹介された。血液検査ではT-Bil5.55mg/dL、D-Bil4.41mg/dLと黄疸を認め、またAST86 U/L、ALT88 U/L、ALP 434 U/L、 γ -GTP 396 U/Lと肝機能が上昇していた。CTでは肝右葉を中心に嚢胞が多発しており、最大のもは27×20 cmであったが、残りはいずれも径10cm以下であった。また、門脈右枝は閉塞し、右葉の肝実質はほとんど残存せず、門脈幹部は左側に偏位していた。左肝内胆管は軽度拡張していたが総胆管に拡張はなかった。MRIでは嚢胞は概ねT1WIで低信号、T2WIで高信号を呈したが、最大径の嚢胞はT1WI、T2WI共にほぼ等信号に描出され、T2WIでは辺縁部に線状の低信号域が散在していた。MRCPでは胆管の同定は困難であった。以上より肝嚢胞に起因する閉塞性黄疸と診断し、巨大肝嚢胞の腹腔鏡下天蓋切除術を施行した。なお、術前にはT-Bilは13.58mg/dLまで上昇していた。巨大肝嚢胞をサンドバルーンカテーテルで穿刺すると、茶褐色の内溶液が5400ml吸引された。その後、嚢胞壁を可及的に超音波凝固切開装置で切除した。病理組織的に嚢胞壁は線維性組織で覆われ、単層円柱上皮あるいは扁平化した一層の上皮で裏装されていた。悪性所見は認められなかった。術後6日目にはT-Bilは2.46mg/dLまで低下し、術後9日目に軽快退院した。

34 自然止血が得られた肝海綿状血管腫の自然破裂に対して動脈塞栓術を施行し待期的に肝切除した1例

公立陶生病院 消化器内科

○岩田 憲吾、新家 卓郎、黒岩 正憲、竹中 宏之、河邊 智久、小島 久美、山内 浩揮、佐原 和規、西川 和希、平野 智也、滝川 一徳、山本 崇史

【症例】45歳、女性。

【主訴】突然の右季肋部痛

【現病歴】誘因なく突然の右季肋部痛を自覚し近医を受診し、CTで肝腫瘍の破裂が疑われ、発症9時間後に当院を紹介受診した。当院受診時には腹痛は軽快していた。造影CTにて肝右葉後区域に11×8cmの腫瘍を認め、経時的に辺縁から中心部に向かって徐々に造影効果が拡がっていた。肝表面から右傍結腸溝、脾周囲にかけて自由水より吸収値が高い血性腹水の貯留を認めた。腫瘍からの造影剤の漏出像は認めなかった。Hb 11.6mg/dLと貧血は軽微で凝固能も正常であった。特徴的な造影パターン、血性腹水の存在から自然止血が得られた肝海綿状血管腫の破裂に伴う腹腔内出血と診断した。自然止血していたが誘因なく発症しており再出血予防として迅速に施行可能な動脈塞栓術を選択した。第3病日、血管造影にて肝右葉に綿花様濃染を認めた。造影剤の漏出像は認めなかった。A7、8が責任病変と考えられ、ゼラチンスポンジ（ジェルパート1mm）で塞栓した。塞栓術後に再出血を疑うような症状、貧血の進行を認めなかった。後日手術を予定し第8病日に一時退院した。第17病日に肝右葉後区域切除術が施行された。肝後区域に暗赤色の腫瘍を認め、出血の影響で一部横隔膜と癒着していた。病理組織所見では内皮細胞に裏打ちされた海綿状の血管の増生を認め、肝海綿状血管腫と診断した。また動脈塞栓術の影響で病変の中心には壊死、線維化を認めた。

【考察】稀とされる肝海綿状血管腫の自然破裂に対して再出血の予防として動脈塞栓術を施行し、待機的に肝切除を行った1例を経験した。動脈塞栓術は低侵襲で迅速に施行可能であるため一時的な再出血予防として適当であると考えられた。待機的に根治術として肝切除を行った。

36 当院での感染性肝嚢胞の検討と低圧持続吸引システムを利用した治療の有効性

独立行政法人静岡市立静岡病院 消化器内科

○上田 駿介、濱村 啓介、八木 直人、川口 大貴、菊池 恵介、有谷 茉莉、池田 正俊、早川 諒祐、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、田中 俊夫、高橋 好朗、小柳津 竜樹

【背景】肝嚢胞は多くは無症状で経過観察可能だが、嚢胞による圧迫症状や嚢胞内感染・出血を生じた場合には治療が必要となる。内科的治療には嚢胞内容穿刺吸引やミノサイクリン等を用いた硬化療法があり、外科的治療では嚢胞切除術や開窓術が行われる。外科的治療に比べ、内科的治療では嚢胞が十分に縮小しない場合も多いが、低圧持続吸引システム（以下低圧持続吸引）を利用したドレナージはこの点を克服できる可能性を感じたため当院で過去10年における穿刺を要した感染性肝嚢胞とともに検討する。【対象】当施設で2011年8月から2021年8月の間に穿刺を要した感染性肝嚢胞は15例であった。低圧持続吸引にはEthicon製、J-VACサクシヨニライザーを2例に使用した。【結果】平均年齢75歳、男性6人、女性9人だった。治療は単回穿刺排膿6例、穿刺ドレナージと硬化療法8例、単回穿刺後切除1例だった。入院期間は25±9（平均±標準偏差）日だった。単回穿刺6症例のうち2例は入院中に再発した。退院後の再発は2例あり、単回穿刺1例、穿刺ドレナージ硬化療法1例だった。また、穿刺ドレナージ硬化療法のうち2症例は低圧持続吸引を用い、入院期間も比較的短く（20日、22日）、術後再燃も見られなかった。【考察】感染性肝嚢胞は比較的稀な疾患ではあるが日常診療で時折遭遇し、治療を要する。今回は内科的に穿刺を行った症例を検討したが単回穿刺では再発が多く、硬化療法や手術が必要と考えられた。今回利用した低圧持続吸引は外科手術後に用いられることが多いドレナージシステムで、通常用いている受動的ドレナージとは異なり能動的ドレナージである。ドレナージの位置や呼吸に影響されずにドレナージが可能となるためより有効なドレナージが期待でき、このドレナージシステムを用いることで入院期間の短縮に繋がる可能性がある。今後も使用し検討を続けていきたい。

37 難治性肝性脳症に対しB-RTOを施行した症例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○名倉 義人、鈴木 孝典、久野 佳代子、松浦 健太郎、藤原 圭、片岡 望洋

【目的・方法】門脈大循環シャントによる難治性の肝性脳症に対する治療として、B-RTO（バルーン下逆行性経静脈的塞栓術）によるシャント閉塞によって脳症のコントロールに有用であったとの報告がある。しかし肝性脳症に対するB-RTOは標準治療ではない事、保険未承認である事より積極的な治療導入はされていない。当院において、難治性肝性脳症を認め、かつ胃静脈瘤を認める患者に対しB-RTOを行った2症例（case1, 2）について検討した。【症例・成績】Case1. 55歳男性。非代償性肝硬変にて通院中、慢性腎不全のため血液透析時にアミノレバン点滴を行っているものの肝性脳症による入院、軽度脳症を繰り返している症例。画像所見より門脈-左腎静脈シャントが確認された。シャントに対してB-RTOを施行し同部位にコイルを留置しシャント塞栓を試みた。シャントの血流は認めなくなり、アンモニア値が治療前457（ $\mu\text{g}/\text{dL}$ ）→治療後翌日94（ $\mu\text{g}/\text{dL}$ ）まで改善し、脳症も改善した。Case2. 74歳男性。非代償性肝硬変にて通院中、肝性脳症で入院を繰り返し、アミノレバンで一旦は改善するが、退院後すぐに症状再燃してしまう症例。画像所見より脾静脈-左腎静脈シャントが確認された。脾腎シャントに対してB-RTOを施行しコイルを留置しシャント閉塞を試みた。シャントの血流は認めなくなり、アンモニア値も治療前294（ $\mu\text{g}/\text{dL}$ ）→治療後翌日106（ $\mu\text{g}/\text{dL}$ ）まで改善し、脳症も改善した。その後も症状再燃なく経過していた。【考察】難治性肝性脳症のある胃静脈瘤に対してB-RTOを行った2症例全てにおいて治療前後でアンモニア値の著明な改善、さらに脳症の改善も認めている。本症例において治療後に合併症の報告は今のところ無いが、B-RTO後に門脈圧亢進症が悪化する報告もあるため定期的な観察が必要と思われる。B-RTOは肝性脳症に対する標準治療では無い事、保険未承認である事が問題点となるが、難治性肝性脳症に対して有効である可能性がある。【結論】難治性肝性脳症に対してB-RTOが著効した症例を経験した。

39 CTで偶発的に指摘され自然軽快した肝好酸球性膿瘍の1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科

○黒柳 恵太、日下部 篤宣、有賀 亮太、加藤 大介、隈井 大介、宮城島 俊、岡山 幸平、神田 武生、齋藤 敏彰、熱田 直巳、宮部 勝之、蟹江 浩、山田 智則、林 克巳

【背景】今回、CTで偶発的に指摘された肝実性病変の生検組織から肝好酸球性膿瘍と診断した一例を経験したので報告する。【症例】75歳男性。腹性腎症に対する悪性腫瘍検索目的のCTで肝両葉に多発する低吸収域を認めたため、当科紹介受診となる。血液検査では白血球10500/ μL 、好酸球21%と好酸球増多及びAFP 10.6U/mLと肝腫瘍マーカーの軽度上昇を認めた。造影二相CTでは肝両葉に多発する境界不明瞭な造影不良域を認め、EOB-MRIでは肝にT1強調画像で低信号、T2強調画像で淡い高信号、造影にて動脈相・門脈相ともに造影不良、肝細胞相で低信号、拡散強調画像で高信号を呈するびまん性多発結節を認めた。PET-CTでは肝内に異常集積を認めなかった。以上の結果からは確定診断に至らず、転移性肝腫瘍の可能性も考慮し、上・下部消化管内視鏡検査も施行したが悪性腫瘍は認めなかった。確定診断のため施行した肝生検の病理組織所見で病変内に高度の好酸球浸潤を認めたことから、最終的に肝好酸球性膿瘍と診断した。寄生虫感染として施行した血清抗寄生虫抗体スクリーニング検査で糞線虫が陰性であったため、宮崎大学医学部寄生虫学講座へ更なる精査を依頼したところ、糞線虫粗抗原のみ陽性であり肝好酸球性膿瘍の原因となり得る肝絛虫抗原は陰性であった。4ヶ月後に施行したEOB-MRIでは自然経過で肝膿瘍は全体的に縮小・不明瞭化し、末梢血好酸球分画も正常化した。【考察】好酸球増多に寄与する病態は寄生虫感染、アレルギー、悪性腫瘍、薬剤など多岐にわたり、しばしば様々な臓器への好酸球浸潤を認めることがあるが、肝浸潤は稀とされており、医中誌で検索したところ3例の報告のみであった。この内2例は肝絛虫感染によるもので、残る1例は大腸癌によるものだったが、本症例ではいずれも否定のだった。また好酸球増加の原因となり得る薬剤使用歴も無いことから、本症例における肝好酸球性膿瘍の原因は不明であるが、これまで自然軽快した肝好酸球性膿瘍の報告例は無いことから貴重な症例と考え報告する。

38 過粘稠性Klebsiella pneumoniaeによる侵襲性肝膿瘍症候群の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 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、高野 宏平、八田 勇輔、上田 遼太、松本 悠平、三木 大地、川瀬 祐、春田 純一

Klebsiella pneumoniaeは口腔内や腸管内に常在するグラム陰性桿菌で、尿路感染症や肺炎の起因菌としてよく知られる。高い病原性を持つとされる過粘稠性Klebsiella pneumoniaeを起因菌とする侵襲性肝膿瘍症候群は、1980年代よりアジアで報告され、中枢神経感染症（髄膜炎、脳膿瘍）や眼内炎などの転移性病変を伴う。今回過粘稠性Klebsiella pneumoniaeによる肝膿瘍に眼内炎を伴い、侵襲性肝膿瘍症候群と診断した一例を経験したので報告する。症例は50歳の男性、特記すべき既往歴や内服歴はない。来院3日前より発熱、腰痛を認め近医で解熱剤を処方され経過を見ていたが呼吸困難を伴うようになり当院は救急搬送となった。腹部造影CT検査にて肝S7に50mm大の境界不明瞭な腫瘍を認めたため肝膿瘍と診断した。受診当日に経皮経肝膿瘍ドレナージ（PTAD:percutaneous transhepatic abscess drainage）を施行した。血液培養と膿瘍穿刺液の培養からKlebsiella pneumoniaeを認め、string test陽性であり過粘稠性株と考えられた。入院後より右眼瞼結膜充血と霧視を訴えたため眼科を受診したところ眼内炎と診断され血行性転移と考えられた。Ceftriaxone（CTRX）2g×2回/日、Levofloxacin（LVFX）の点滴などを行い感染コントロールは良好となったため第48病日に退院となった。侵襲性肝膿瘍症候群は中枢神経感染症や眼内炎など血行性に転移性病変を有し、しばしば神経障害や失明など重大な後遺症を残すため、起因菌が過粘稠性Klebsiella pneumoniaeの場合には全身検索を行う必要があると考えられる。

40 胃静脈瘤破裂治療後に肺肝症候群が指摘された一例

高山赤十字病院 消化器内科

○李 愚姫、水谷 拓、千住 明彦、金田 裕人、今井 奨、浮田 雅人、白子 順子

【症例】67歳、女性【現病歴】自己免疫性肝炎のため前医通院中であつたが、内服コンプライアンスは不良であった。2021年X月Y日吐血を繰り返したため前医を受診し緊急上部消化管内視鏡検査が施行された。胃静脈瘤破裂を指摘され、内視鏡的静脈結紮術を施行されたが、治療効果不良が予想されたため同日当院紹介となり、緊急上部消化管内視鏡検査が施行された。【上部消化管内視鏡所見】胃内は新鮮血液が大量に貯留していた。穹窿部にLg-f, F2, Cbの胃静脈瘤を認め、前医で施行された結紮バンドが付帯し同部で噴出性出血を認めた。ヒストアクリルとリビオドールにて内視鏡的静脈硬化術（EIS）を施行し、止血を得た。【術後CT所見】胃静脈瘤から左胃静脈までにリビオドールの充満を認めた。明らかな肺炎像は認めなかった。【臨床経過】術後全身状態は安定し、輸血を施行することでHbは上昇傾向を認めた。腹水が増悪し、一時期65kgまで体重増加を認めたが、利尿薬の追加、アルブミン投与に伴い体重は54kgまで減量した。しかし酸素化能は改善を認めず、酸素投与を中断すると著明にSpO₂は低下した。原因検索としてCT再検するも、肺野に胸水、肺炎像、梗塞像は認めなかった。動脈ガス検査の再検を行ったところ、pH 7.43 pCO₂ 31 mmHg、pO₂ 53 mmHg、AnGap 16.5 mmol/L、AaDO₂ 57.9でAaDO₂の開大を認め、コントラスト心エコー検査を行ったところ短時間で左室へのマイクロバブルの流入を認め、肺肝症候群と診断した。本人の強い希望により当初は当院退院の運びとなったが、最終的に在宅酸素療法を導入した。【考察】肺肝症候群は慢性肝疾患に付随する多臓器疾患の一つであり、肺内の毛細血管拡張に伴い右左シャントが生じることにより、低酸素血症を呈する。本症例ではEIS後に原因不明な呼吸不全が出現し、精査にて同病態と診断した。EISとの因果関係は不明であるが、ヒストアクリルによる微少な肺血流障害が肺肝症候群を助長させた可能性は考えられた。【結語】肺肝症候群の一例を経験した。肝硬変患者の呼吸不全を認めた際には本疾患を鑑別に挙げる必要がある。

41 原発性肝癌との鑑別を要した腎細胞癌肝転移の1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 泌尿器科、

³岐阜市民病院 病理診断科

○大橋 洋祐¹、岩田 圭介¹、下城 宏太¹、岩佐 太誠¹、小居 幹太¹、岩田 翔太¹、岩佐 悠平¹、奥野 充¹、河内 隆宏¹、小木曽 富生¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、富田 栄一¹、玉木 正義²、渡部 直樹³、田中 卓二³

【症例】50歳代、男性。既往歴に糖尿病がある。X-7年10月の健康診断の腹部超音波検査にて左腎腫瘍を指摘された。当院泌尿器科で同年11月に腹腔鏡下左腎摘出術を行い、病理組織学的所見は淡明細胞型腎細胞癌であった。X-3年3月にCTで肺転移再発あり、スニチニブの投与を開始したところ、肺病変は縮小した。X年5月のDynamic CTで腎、脾頭部、脾尾部に動脈相でリング状濃染を呈する6mm～12mm大の結節と、脾鉤部にいずれの相でも濃染されない20mm大の乏血性の結節を認め、胃病変、脾病変精査目的に当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、体中部、体下部大彎に表面不整で易出血性の発赤隆起を認め、生検の結果、淡明細胞癌と診断された。超音波内視鏡では、Dynamic CTで認めた脾の濃染結節は、境界が比較的明瞭で内部も比較的均一な低エコー結節として描出され、脾鉤部の乏血性結節は、sonazoid造影EUSにおいて造影早期にわずかに造影効果を認めるのみであった。脾鉤部結節とその他の脾結節の造影態度が異なるため、腎がん脾転移と原発性肝癌の重複を鑑別に挙げ、脾鉤部結節に対して超音波内視鏡下吸引針生検を行ったが、胃病変と同様、淡明細胞癌の結果であり、腎細胞癌の脾・胃多発転移と診断した。【考察】腎細胞癌の転移臓器は、肺・肝・骨・脳に多く、脾臓と胃への転移は各々2.8%と0.6%とされ、特に胃転移は稀である。腎癌の脾転移の造影パターンにおいては、均一な多血性造影効果を呈するものが多いが、辺縁がリング状濃染され内部は乏血性を呈するものも報告されている。一方本例では、腫瘍全体が乏血性を呈し、原発性肝癌との鑑別に苦慮したため、文献的考察を交えて報告する。

43 脾転移をきたした多発性骨髄腫の1例

¹大垣市民病院、²大垣市民病院 放射線診断科

○杉原 有紀¹、金森 明¹、菅井 章達¹、古川 大樹¹、塩田 祥平¹、風呂井 学¹、小藪 敬尊¹、山本 怜¹、和田 啓孝¹、安田 諭¹、北畠 秀介¹、豊田 秀徳¹、久永 康宏¹、谷川 誠¹、曾根 康博²、桐山 勢生¹

【症例】

患者は73歳女性。多発性骨髄腫に対して治療中であること他に既往歴はなし。多発性骨髄腫に対してカルフィルゾミブ・デキサメタゾン併用療法を施行中に撮像した体幹部CTで脾尾部に腫瘍を指摘され、血液内科から消化器内科に紹介された。腹部の自覚症状は認めなかった。血液検査ではCA19-9のみが40 U/mLと軽度上昇を認めた。腹部超音波検査では脾尾部に限局する39 mm大の低エコー腫瘍を認めた。腹部造影CTでは腫瘍の辺縁は脾実質と同様に造影されたが、内部は低吸収であった。MR脾臓胆管造影では脾尾部に限局した腫大を認めた。超音波内視鏡検査では病変は輪郭明瞭で不整な類円形腫瘍として描出された。主脾管は腫瘍を貫通しており、主脾管拡張は認められなかった。造影超音波内視鏡検査では早期より腫瘍に比較的に均一に造影効果が認められ、5分以上持続した。診断のため超音波内視鏡下穿刺吸引法（EUS-FNA）を腫瘍に対して施行し、迅速細胞診では形質細胞が認められた。組織診の病理所見では核のやや偏在する好塩基性顆粒状の細胞が腫瘍に増殖していた。免疫染色ではCD138陽性、CD56陽性であった。上記の所見より多発性骨髄腫の脾転移と診断した。以後治療をエロツズマブ・ボマリドミド併用療法に変更したが無効、メルファン・ブレドニゾロン・サリドマイド療法に変更したが無効、イサツキシマブ・ボマリドミド併用療法に変更したが無効であり緩和治療を行うこととなった。

【考察】

本症例は多発性骨髄腫の治療中に診断された脾転移の1例である。多発性骨髄腫の脾外転移が治療経過中に診断されることは6%と多くはない。その転移部位のうちの72%が骨周囲の軟部組織であり、脾転移の報告は少ない。本症例でも多発性骨髄腫の脾転移の頻度の低さから、自己免疫性脾炎や脾癌の可能性も考慮し、診断に組織診を必要とした。脾外病変・他疾患の有無は多発性骨髄腫の治療方針に関わるため、EUS-FNAによる的確な診断が望ましいと思われた。また、脾外病変の存在は予後不良因子であるとの報告がある。本症例でも脾転移指摘後の治療はすべて無効であり既報に矛盾しなかった。

42 オラパリブが奏効した BRCA2遺伝子変異陽性切除不能膀胱癌の1例

浜松医科大学 第二内科肝臓内科

○綿引 萌花、梅村 昌宏、松本 萌、山下 真帆、木次 健介、高鳥 真吾、太田 和義、伊藤 潤、則武 秀尚、川田 一仁

【症例】50歳代、女性【既往歴】子宮頸癌（術前化学療法＋子宮付属器全摘出術）、糖尿病【家族歴】母：子宮癌、祖父：胃癌、祖母：肺癌、脾癌の家族歴は認めない。【臨床経過】X年Y-4ヶ月、腰背部痛を自覚した。Y-2ヶ月、下腹部痛で近医内科受診し、脾腫瘍の精査加療目的で当科紹介となった。腫瘍マーカーはCEA 28.5ng/mL、CA19-9 12883U/mLと上昇を認め、造影CTでは脾尾部に60×60mmの腫瘍と多発肝転移・多発肺転移・腹膜播種があり、EUS-FNAで脾腺癌と診断した。X年Y月よりmFOLFIRINOX（100% dose）で開始した。Grade3の嘔気、Grade4の好中球減少を認め、2コース目からはG-CSF製剤を併用、80% doseに減量し8コースまで継続した。保険収載が下りたため、十分な遺伝カウンセリングのちに遺伝学的検査を行い、BRCA2に生殖細胞系列病変のバリエーション（c.5745C>A）を認めた。9、10コース目は骨髄抑制の為継続困難、11コース目は40% doseに減量した。開始から6か月後のCTでは腫瘍径は20×55mmへ縮小し、多発肺転移、肝転移、腹膜播種も縮小しておりPR（RECIST v1.1）であった。腫瘍マーカーもCEA4.7ng/mL、CA19-9 72U/mLと低下を認めたが、骨髄抑制の為mFOLFIRINOXは継続困難と判断し、オラパリブ（100% dose）を導入した。1か月後のCTで腫瘍径は20×50mmへ縮小し、腹膜播種の縮小、肝転移の消失を認めた。現在、使用から約3か月が経過するが、副作用はGrade1の血小板減少と軽微でありQOLを維持し奏効している。【考察】オラパリブはBRCA1/2遺伝子変異をもつ膀胱癌患者への新規の治療薬である。BRCA1/2遺伝子変異をもつ膀胱癌患者は7%程度と報告されており、オラパリブ使用可否を決めるだけでなく、プラチナ製剤への高い感受性を示す報告もある。化学療法選択に大きくかわる因子であり、実臨床でのデータ蓄積が望まれる。

44 正確に術前診断し、適切に切除した3重消化器がんの1例

¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²伊勢赤十字病院 外科、

³伊勢赤十字病院 病理診断科

○市川 彩子¹、村林 桃士¹、奥田 裕文¹、河俣 真由¹、松嶋 竜太郎¹、中村 はる香¹、久田 拓央¹、林 智士¹、天満 大志¹、杉本 真也¹、大山田 純¹、亀井 昭¹、佐藤 啓太²、矢花 正³

症例は75歳女性。心窩部痛を主訴に当院救急外来を受診。血液検査では肝胆道系酵素の上昇、CEA、CA19-9、AFPは正常値、NSEは軽度高値（14.7 ng/ml）であった。造影CTにて、肝外側区域に上流胆管（B3）拡張を伴う2 cm大の低吸収腫瘍、胃壁に接する12 cm大の内部不均一な腹腔内腫瘍、脾頭部に早期相から強く造影される3 cm大の脾腫瘍を認め、巨大腹腔内腫瘍が心窩部痛の原因と考えられた。B3拡張を伴う肝腫瘍に関しては、CTとMRIで胆管走行に沿ったような形状の腫瘍で、EUSで拡張胆管すぐ下流の狭窄胆管内に鑊型状腫瘍がみられ、ERCでB3起始部にカニ爪状の胆管狭窄を認め、擦過細胞診で乳頭状腺癌の病理所見であり、胆管内発育型の肝内胆管癌と診断した。腹腔内腫瘍に関しては、EUSで囊胞変性を伴った境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘍で、胃壁との連続性は明らかではなかったが、FNAでGISTの病理所見であり、脾外発育型の胃GISTと診断した。脾頭部腫瘍に関しては、EUSで正常主脾管が腫瘍すぐ傍を走行する血流豊富で境界明瞭な低エコー腫瘍であり、血液検査でホルモン値に異常所見なく、非機能性脾NENの診断となった。3重がんの一次的な同時切除は過侵襲と判断し、肝内胆管癌と胃GISTを先行して治療する方針とし、肝左葉切除術ならびに胃部分切除術を施行した。切除標本での最終病理診断は、肝内胆管癌は18×11 mmの浸潤を伴わない胆管内乳頭状腫瘍で切除断端陰性であった。胃GISTは118×82×72 mmで出血や囊胞を伴っており、核分裂像数は5/50HPFs未満であった。GISTの各リスク分類にて高リスクとなるため、術後補助化学療法としてイマチニブ内服を開始した。その後、GISTや肝内胆管癌の早期再発がみられなかったため、脾頭部腫瘍に対するEUS-FNAでNET G2と術前病理診断した上で、初回手術より9ヶ月後にSSPDを施行した。最終病理診断は25×20×19 mm、Ki-67指数6.5%のNET G2、pN0であった。SSPPDから4か月間経過しているが、3つのがんの再発は認めていない。本症例は3重がんを正確に術前診断し、あえて2期的に治療を行うことで過侵襲なく根治的治療を行えた。

45 MSI-High 肝癌に対してペムブロリズマブを長期投与して いる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
○大岩 恵祐¹、水谷 泰之¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、
飯田 忠¹、植月 康太¹、八鹿 潤¹、山田 健太²、宜保 恵明¹、
青木 聡典¹、片岡 邦夫¹、森 裕¹、高田 善久¹、高橋 秀和¹、
青井 広典¹、川嶋 啓揮²

【症例】60歳代男性【主訴】なし【現病歴】前医にて下行結腸癌術後フォローアップ目的のCTで膵体尾部に腫瘤を指摘され20XX-4年3月当院紹介受診された。【既往歴】下行結腸癌術後、脂質異常症、高血圧、アレルギー性鼻炎【家族歴】特記事項なし【現症】全身状態良好、腹部圧痛なし【経過】胸腹部CTで脾静脈浸潤、周囲リンパ節および右肺への転移を認めた。EUS-FNAでAdenocarcinomaと診断され、cT3N1M1、stageIVの膵体尾部癌として化学療法を開始した。初回治療としてFOLFIRINOXを29コース、1年4ヶ月施行したが肺転移増大を認め投与終了した。二次治療としてGEM/nab-PTXを3コース、3ヶ月施行したが、血球減少に伴いGEM単剤に切り替えた。6コース、3ヶ月施行したところで肺転移再増大を認めたため投与終了した。高頻度マイクロステライト不安定性(MSI-High)であったため、三次治療としてペムブロリズマブの投与を開始した。3コース施行後、免疫関連副作用(irAE)である破壊性甲状腺炎となり補充療法を開始した。9コース施行後原発巣縮小、肺転移消失を確認した。21コース施行後腸間膜に播種結節を認めPDの判定であったが、原発巣縮小、肺転移消失を維持していたため本人と相談しペムブロリズマブを継続した。25コース施行後、化膿性椎間板炎を来したが抗生剤治療で改善した。20XX年8月現在33コース、2年2ヶ月経過しているが、原発巣縮小、肺転移消失し、腸間膜播種は著変無く生存中である。【考察】ペムブロリズマブは標準的な化学療法後に増悪した進行・再発の切除不能なMSI-Highを有する固形癌患者に適応があるが、MSI-High肝癌は稀であり、MSI-Highであっても奏効する患者は少ない。本患者はirAEである破壊性甲状腺炎や、化膿性椎間板炎などを来しながらも、比較的長期に生存している。免疫チェックポイント阻害薬においてはirAEが治療有効性と関連するという報告が多くあり、irAEが本症例の長期生存に寄与している可能性がある。【結語】MSI-High肝癌に対してペムブロリズマブを投与し長期生存している1例を経験したため報告する。

47 アルコール性肝硬変に合併した膵性腹水の1例

藤田医科大学 消化器内科学

○河村 岳士、三井 有紗、葛谷 貞二、橋本 千樹、川部 直人、
中野 卓二、中岡 和徳、田中 浩敬、越智 友花、宮地 小百合、
宮地 洋平、舩坂 好平、長坂 光夫、中川 義仁、宮原 良二、
柴田 知行、廣岡 芳樹

【症例】57歳男性。主訴は腹部膨満、下腿浮腫の増悪で当科外来受診。既往歴にアルコール性肝硬変があり、来院時38℃の発熱と、血液生化学検査にて炎症反応の上昇を認めたことから、アルコール性肝硬変に起因した特発性細菌性腹膜炎(SBP)の可能性を考え、入院加療を開始した。しかし、第1病日の腹水検査では腹水中の好中球数144/μLと低値であり、腹水中のアミラーゼ値は1917U/Lと異常高値、総蛋白3.8g/dLと高値であった。(なお、後日結果が判明した腹水培養検査でも陰性であった)。また胸腹部造影CTでは肝硬変と多量腹水を認め、膵尾部に膵石と同部に隣接した被包化液貯留を認めた。被包化液貯留は胃噴門右側、胃体部背側、右副腎内側にもみられ、多量腹水の原因は膵石による膵管閉塞によって膵液滲を来したことから膵性腹水と診断し加療開始した。第5病日、膵管ドレナージ目的に内視鏡的逆行性膵管造影施行し、膵尾部に存在する膵石より尾側の分枝膵管より造影剤の脾外漏出を認め、5Fr内視鏡的経鼻膵管ドレナージチューブ(ENPD)を留置した。膵石を越えた尾側膵管への留置は困難で膵石手前にチューブ先端を留置した。第8病日、被包化されていない領域の腹水に対し、経皮的腹水ドレナージチューブを留置した。第12病日、CTにて胃噴門に隣接した被包化液貯留の増大と膵尾側に隣接した被包化液貯留の増大を認め、第14病日に超音波内視鏡下穿刺ドレナージを経胃的に施行。胃噴門部に隣接した被包化液貯留には7Fr 7cmのダブルビッグテールステントを、膵尾部に隣接した被包化液貯留には7Fr 4cmダブルビッグテールステントを留置した。第19病日のCTではドレナージ施行部位の被包化液貯留の縮小を認め、第30病日経過良好にて退院となった。今回、当初、アルコール性肝硬変に伴う多量腹水と考えられたが、その後の各種検査にてアルコール性慢性膵炎に伴う膵性腹水と診断された症例を経験したため報告する。

46 irAE 膵炎による周囲リンパ節腫大に対し EUS-FNB にて病 理像を確認した1例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○佐藤 椋、堀 寧、内藤 格、鬼頭 佑輔、加地 謙太、
加藤 晃久、夏目 まこと、吉田 道弘、林 香月、片岡 洋望

症例は63歳女性。左足底悪性黒色腫術後(pT4bN1M0, Stage IIIC)再発に対して、免疫チェックポイント阻害薬(ニボルマブ+イビリマブ)2コース施行後、心窩部痛を認め、当科紹介となった。採血にて膵型アミラーゼ:322U/L・リパーゼ:891U/Lと上昇、造影CTで膵頭部腫大および周囲脂肪吸収値上昇を認め、軽症急性膵炎と診断した。通常の急性膵炎に準じ、細胞外液の大量輸液治療を開始したが、反応に乏しかった。第3病日にEUSを施行すると、総胆管結石も見られなかった。周囲のリンパ節腫大も認めため、同部位よりEUS-FNBを施行した。臨床経過より、irAE 膵炎の可能性を考慮し、同日よりブレドニゾロン60mg(1mg/kg/日)を使用した。投与開始後、速やかに腹痛の改善および膵酵素の低下を認めた。ブレドニゾロンを漸減、その後、膵炎の再燃を認めていない。EUS-FNBによる組織診では、高度リンパ球浸潤をみとめる線維性組織が観察され、免疫染色でCD8陽性炎症細胞がCD4よりも優位であり、細胞障害性T細胞が病態に深く関わっている可能性が示唆された。これはirAE 肝障害での肝生検病理像に類似するものであった。ニボルマブ+イビリマブ併用療法の免疫関連副作用は5割を超えると考えられている。しかし、irAE 膵炎は極めて稀であり、周囲リンパ節から細胞を採取し、免疫染色で検討した報告はこれまでになく、貴重と考えられたため報告する。

48 膵管ドレナージにより軽快した膵癌に伴う皮下結節性脂肪 壊死症の一例

¹静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、
²静岡県立静岡がんセンター ゲノム医療推進部、
³静岡県立静岡がんセンター 消化器内科、
⁴静岡県立静岡がんセンター 皮膚科

○石川 和真¹、石渡 裕俊¹、新谷 文崇¹、松林 宏行^{1,2}、
南出 竜典¹、山本 陽一¹、前田 有紀¹、川田 登¹、高田 和典¹、
岸田 圭弘¹、今井 健一郎¹、堀田 欣一¹、川上 武志³、
佐竹 宏介⁴、小野 裕之¹

【症例】60歳代、女性。黄疸で前医を受診し、膵頭部癌多発肝転移、閉塞性黄疸と診断され、経乳頭膵管プラスチックステント(PS)留置後に化学療法目的に当院消化器内科へ紹介となった。Gemcitabine/nab-paclitaxelによる化学療法を2コース終了した際に食後の腹痛および下腿皮下に有痛性結節の訴えを認め、腹痛については膵癌による閉塞性膵炎、下腿皮下結節については皮下結節性脂肪壊死症が疑われた。オピオイド導入によっても症状緩和が得られず、膵管ドレナージ目的に当科紹介となった。腹部には心窩部に限局した圧痛を認め、両側下腿には浸潤を触れる暗赤色の隆起した紅斑と、周囲に鱗屑を認めた。血液検査では、WBC 4150 /μL、総ビリルビン 0.7 mg/dL、アミラーゼ 927 U/L、CRP 3.45 mg/dLであった。造影CTでは膵頭部に20mmの低吸収域を認め、初診時より縮小していた。膵体尾部に主膵管拡張、膵周囲脂肪線維度上昇と膵周囲液体貯留および腹水を認めた。膵管ドレナージのために、十二指腸鏡を挿入し胆管ステントを抜去し、膵管造影を行った。膵頭体移行部の主膵管狭窄と尾側主膵管拡張を認め、5Frと10FrのPSをそれぞれの狭窄をまたぐように、膵管と胆管に留置した。ERCPによる合併症を認めず、翌日より食事再開、第3病日に自宅退院となった。退院後、血清アミラーゼ値は低下し、食後の腹痛は消失したためオピオイドを中止したが、腹痛の再増悪を認めなかった。また下腿の結節は色素沈着を残して退縮し、疼痛も改善した。症状再燃なく化学療法を継続している。

【考察】皮下結節性脂肪壊死症は膵癌や膵炎などの膵疾患に伴う皮膚合併症であり、アミラーゼやリパーゼなどの膵液成分が皮下脂肪に作用し、脂肪壊死を起こす病態とされる。膵腫瘍の切除に伴い皮膚所見も軽快することが報告されているが、非切除例では外用ステロイドや蛋白分解酵素阻害薬の投与など保存的に治療されることが多い。本症例は膵管ドレナージにより皮膚症状の改善を認め、これまでと同様の報告は見られない。膵管ドレナージが本病態の治療選択肢の一つとなりうると考え報告する。

49 膵尾部に発生した浸潤性膵粘液性嚢胞腺癌（MCC）の一例

聖隷浜松病院 消化器内科

○丹羽 智之、小林 陽介、金谷 和哉、佐藤 友香、樺葉 俊太郎、大城 恵吾、玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、江上 貴俊、山田 洋介、海野 修平、鏡 卓馬、木全 政晴、芳澤 杜、室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

【症例】70歳代女性。腹部膨満にて近医を受診し、腹部CT検査で膵尾部腫瘍を認め紹介となった。血液検査では、Amy 65U/L、CEA 3.9ng/ml、CA19-9 653.4U/ml。腹部超音波検査では、膵尾部に12cm大の嚢胞性腫瘍を認め、内部には8cm大の不整隆起を認めた。造影CT検査では、嚢胞は単房性であり、内部には遅延性に造影される境界不明瞭な充実成分を伴い、膵、脾動脈周囲への浸潤も疑われた。MRIでは、充実部は拡散強調画像で高信号であり、PET-CTでも、充実部にFDGの集積（SUV max＝4.5）を認めた。また、嚢胞内には血液成分の混在も疑われた。EUSでは、嚢胞内の隆起は不整形な低エコーを呈し、腹部ソナゾイド造影超音波検査では、隆起部は遅延性に造影され充実成分と判断した。嚢胞内にCyst in cystの所見は認めなかった。ERPでは、腫瘍は膵管と交通し描出された。ENPD留置下連続膵液細胞診を施行したが悪性所見は得られなかった。ERP後腫瘍感染を生じたため抗菌薬治療を行い改善した。MCC等の悪性腫瘍が考慮され手術の方針とした。脾動脈根部への浸潤が否定できず、総肝動脈塞栓後に腹腔動脈合併尾側脾切除術を施行した。胃・結腸への強固な癒着も認めたため、胃前庭部・横行結腸合併切除も行った。切除検体は、厚い線維性被膜を有した10cm大の嚢胞性病変であり、内部には5cm大の充実成分を有し、壊死様物質も混在していた。病理所見では、嚢胞は粘液性上皮で裏打ちされ、充実部主体に浸潤性増生を認め、脾周囲、神経叢、脾動脈への浸潤も認めた。卵巣様間質も認めており、粘液性嚢胞腺癌と診断した。【考察】膵尾部に発生した浸潤性MCCの一例を経験した。MCNの切除例では、多くは腺腫であり癌の報告は稀である。本例では、嚢胞壁外への浸潤をきたした5cm大の浸潤癌の状態であった。MCNでは、少なからず悪性化し浸潤癌へと進展する可能性があり、十分注意し対処する必要があると考えられた。

51 IPMCに併存した膵癌肉腫の1切除例

三重大学医学部附属病院 肝胆脾・移植外科

○藤井 武宏、亮天 一亨、早崎 碧泉、飯澤 祐介、種村 彰洋、村田 泰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、櫻井 洋至、水野 修吾

症例は76歳女性。他院で6年半前に早期上行結腸癌に対して腹腔鏡下右半結腸切除が施行された。3年前にフォローアップで撮影された造影CTで脾頭体部に分枝型IPMNが指摘されたが、ガイドライン上手術適応ではなく半年毎の画像検査でフォローされていた。当院初診1ヶ月前に撮影されたMRCPで膵尾部主膵管拡張が指摘された。膵ダイナミックCTでは明らかな腫瘍性病変は指摘されなかったが、微小膵癌による膵管閉塞と尾部主膵管拡張が疑われた。当院で行ったEUSで膵尾部実質内に2つの1cm弱大の充実性腫瘍が認められ、FNAで両腫瘍から腺癌が検出された。分枝型IPMNに併存する多発膵癌の診断で脾合併脾体尾部切除術を施行した。病理組織診断では、両腫瘍で膵管癌成分を認めた他、尾側腫瘍では紡錘形細胞が増生する肉腫様成分が混在する癌肉腫所見を認めた。併存した分枝型IPMNには非浸潤性癌が認められたが、膵管癌成分との明らかな連続性は認められなかった。以上よりIPMCに併存した膵癌肉腫と診断した。術後半年間でTS-1内服による補助化学療法を行った。現在術後2年が経過し、無再発経過中である。今回我々はIPMCに併存した膵癌肉腫の1切除例を経験したので報告する。

50 急激な経過を辿った膵癌肉腫の一例

¹旭労災病院 消化器内科、²愛知医科大学 病理学講座、

³旭労災病院 病理診断科

○寺島 良幸¹、藤田 美穂¹、中川 頌子¹、松田 大知¹、小笹 貴士¹、陸 美穂²、小野 謙三³、斎田 康彦³

【症例】60歳代、男性【主訴】腹痛【現病歴】20XX年X月より腹痛を自覚し、その1週間後より咳嗽や嘔声を認めた。腹痛の増悪があり症状発症より3週間後に当院紹介となった。【入院後経過】来院時の胸部～骨盤部単純および造影CTでは頸部、両肺、縦隔、肝、腹腔内に多発結節を認めたことから悪性腫瘍による全身への転移が疑われ精査目的に入院となった。上部消化管内視鏡検査では異常を認めず、頸部リンパ節生検を行った所、未分化腺癌と診断されたが原発は不明であった。更なる精査、加療を行う前に呼吸不全が進行し入院後2週間の経過で永眠された。原発が不明であり、急激な経過のため剖検を行った。剖検時、肉眼的には膵尾部に最も大きい径約10cmの腫瘍を認め、さらに左副腎もその腫瘍塊に巻き込まれて同定できない状態であり同部位が原発巣であることが示唆された。組織学的には腺癌様の形態を有する成分を認めたが一部では肉腫様の像も混在していた。免疫染色では上皮性マーカーは腺腫様の成分にAE1/AE3（+）、EMA（+）であったが肉腫様成分には陰性であった。それに対して間葉系マーカーVimentinは肉腫様成分でのみ陽性であった。以上より上皮系と非上皮系の腫瘍成分が混在する腫瘍である膵癌肉腫と組織診断に至った。【考察・結論】今回我々はまれな膵癌肉腫の一例を経験したため文献的考察を踏まえて報告する。

52 男性の粘液性嚢胞腫瘍（mucinous cystic neoplasm）の一例

¹藤田医科大学 医学部 総合消化器外科、

²藤田医科大学 医学部 先端ロボット・内視鏡手術学講座

○川瀬 貴久¹、内田 雄一郎¹、加藤 悠太郎²、高原 武志¹、安田 顕¹、小島 正之¹、木口 剛造¹、宇山 一朗²、須田 康一¹

症例は83歳男性。4年前から膵腫瘍を指摘され腹部CT検査で経過観察されていた。2021/4/4急性肺炎のため緊急入院。6/10精査の結果膵神経内分泌腫瘍（NET）と膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）を背景とした急性肺炎後の仮性嚢胞を疑った。7/28ロボット支援下脾体尾部脾合併切除術を施行した。手術時間238分、出血量14mlで術中偶発症なく終了した。術直後腹腔ドレーンが淡血性であったが経過観察し、術後8日目の腹部造影CT検査では左横隔膜下に血腫を認めた。またClavien Dindo Grade2の術後脾液瘻を認めたが、いずれも保存的に軽快し術後21日に退院となった。病理診断では腫瘍は粘液性嚢胞腫瘍（MCN）、NET Group1と診断された。背景膵には脾上皮内腫瘍性病変（PanIn）と考えられる病変が散在していた。IPMNの所見は認められなかった現在外来にて無再発経過観察中である。今回男性のMCNという非常に稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

53 経過中に増大傾向を示し、主膵管内に造影される結節をみとめた IPMN の2例

三重大学医学部付属病院 消化器・肝臓内科

○前川 有里、山田 玲子、坪井 順哉、島田 康彬、河俣 真由、中川 真男

【背景】IPMN (Intraductal papillary mucinous neoplasm) は膵癌の前がん病変とされており、IPMN国際診療ガイドライン2017年版に嚢胞径や結節の有無などから治療方針が示されている。特に主膵管径が10mmを超える症例や壁に結節を有する病変などは外科的加療が推奨されている。経過中に主膵管拡張が増悪し、造影される壁に結節が出現したIPMNの2例を経験したため報告する。【症例】症例1 72歳女性 X年に主膵管拡張精査目的に近医より当院を紹介受診し、主膵管型IPMNと診断した。X+3年のMRIで主膵管拡張が増悪し、膵頭部主膵管内に充実成分が出現した。EUS上、19mmに拡張した主膵管内に15mm大の造影される結節を認め、垂全胃温存膵頭十二指腸切除を施行した。病理結果はIntraductal papillary mucinous neoplasm with low grade dysplasiaであった。症例2 77歳男性 Y年に偶発的に膵嚢胞性病変を指摘され、主膵管内に3mm程度の造影される結節を有する分枝型IPMNが疑われた。経年的に主膵管拡張は10mmと増悪し、Y+2年のEUSでは膵体部主膵管内に7mmの造影される結節を認め、混合型IPMNと診断した。垂全胃温存膵頭十二指腸切除を施行し、病理結果はIntraductal papillary mucinous neoplasm with high grade dysplasiaであった。【考察】本症例では5mm以上の造影される結節が経過中に出現し、主膵管拡張も認めたため外科的加療を行った。造影される結節を認めた症例においても悪性所見を認めない場合もあり、より正確な術前診断のために更なる検討が必要である。

55 肝門部両葉金属ステント留置後のingrowth閉塞に対してラジオ波焼灼療法が有用であった2例

¹愛知医科大学 卒後臨床研修センター、²愛知医科大学 肝胆膵内科

○嵯峨 俊信¹、北野 礼奈²、井上 匡央²、指宿 麻悠²、坂本 和賢²、木本 慧²、小林 佑次²、角田 圭雄²、中出 幸臣²、伊藤 清顕²、米田 政志²

【背景】近年、切除不能悪性胆道狭窄に対するラジオ波焼灼療法(RFA)がステント開存期間、ならびに生存期間の延長に寄与する可能性が示唆されている。しかし金属ステント(MS)留置後のingrowth閉塞に対するre-interventionとしてのRFAに関する報告は乏しい。今回、Side-by-side (SBS) 法とStent-in-stent (SIS) 法による両葉MS留置後のingrowth閉塞に対して、RFAが有用であった2例を経験したので報告する。【症例1】80歳代女性。肝門部胆管癌に対し、SBS法にて左肝管と後区域にMSを留置した。72日後にingrowth閉塞を認めたため、RFAとバルーンクリーニングを施行し、また前区域へovergrowthを認めたことからSIS法にてMSを追加留置した。その後154日間の開存が得られたが、再度ingrowth閉塞を呈したため、RFAとバルーンクリーニングを追加した。以降はステント閉塞を認めず、現在まで182日間の開存が得られている。【症例2】70歳代女性。他院にて肝門部胆管癌に対し、SIS法にて左右肝管にMSが留置されたが、90日後に閉塞を来しMSが追加留置された。しかし、その後も短期間で胆管炎を繰り返しておりコントロール不良であった。当院に紹介となり、再度行ったERCPにて左肝管にingrowthを認めた。このため同部位にRFAを施行しバルーンクリーニングを行ったところ、壊死した組織片が排出され、MS内腔の改善が得られた。以降はステント閉塞を認めず、現在まで246日間の開存が得られている。【考察】切除不能肝門部悪性胆道狭窄に対する両葉MS留置後のre-interventionは、SBS法とSIS法のいずれであっても容易ではない。特にSIS後ではMSを追加留置することでさらにre-interventionの難易度は上昇する。自験例はingrowth閉塞に対するRFAによって、ステント追加を要せずに長期の開存が得られた。RFAは肝門部両葉MS留置後の有用なre-intervention法になり得ると考えられ、若干の文献的考察を含め報告する。

54 超音波内視鏡下胆管胃吻合術ルートよりSPY Glass DSを挿入し、治療し得た総胆管結石の一例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○廣田 大輝、吉田 健作、入谷 壮一、小澤 範高、長谷川 恒輔、丸田 明範、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

【背景】総胆管結石の治療の第一選択としてERCPを使用した処置が基本となる。しかし、ERCP用スコープが十二指腸の変形や狭窄により乳頭部まで挿入できないこともある。その場合、PTBDルートからの採石や外科的手術が適応となるが、通常のERCPによる処置と比較して入院期間が長くなる。ERCP用スコープが十二指腸の変形により乳頭部まで挿入困難であった症例に対して超音波内視鏡下胆管胃吻合術ルート(HGSルート)よりSPY Glass DSを挿入し、内視鏡のみで総胆管結石治療を完遂しえた一例について報告する。【症例】60歳代男性。20XX-4年に総胆管結石性胆管炎に対してERCPを施行したが、十二指腸の変形が強く結石採石困難であったため外科的に胆嚢管切開総胆管結石採石術を施行された。しかし、20XX-1年11月に再度総胆管結石性胆管炎を発症した。ERCP用スコープは十二指腸の変形により挿入不可であった。そこでEUS-HGSを施行し、HGSルートからプラスチックステント(PS)を留置し、瘻孔を確保した。20XX-1年12月にPSで確保した瘻孔からSPY Glass DSを胆管内に挿入し、総胆管結石を電気水圧式結石破碎術(EHL)で破碎した。その後、ERCP用スコープを使用して瘻孔部からバルーンを挿入し、順行性に結石を十二指腸側に排石した。遺残結石の可能性を考量して瘻孔部にPSを留置した。20XX年2月に再度PSで確保した瘻孔からSPY Glass DSを胆管内に挿入し、遺残結石をEHLで破碎し、ERCP用スコープで順行性に結石を排石した。その後、SPY Glass DSで総胆管結石の残存がないことを確認した。合計3回の入院で在院日数合計16日を要したが、処置に伴う偶発症は認めなかった。【結語】十二指腸の変形・狭窄によりERCP用スコープの挿入が困難な総胆管結石症例に対してHGSルートよりSPY Glass DSを挿入し、結石を碎石することは有用で安全な治療選択肢の一つとなる可能性がある。

56 化学療法にて長期生存が得られた胆嚢原発神経内分泌癌の一例

愛知医科大学 肝胆膵内科

○指宿 麻悠、井上 匡央、北野 礼奈、坂本 和賢、木本 慧、小林 佑次、角田 圭雄、中出 幸臣、伊藤 清顕、米田 政志

【症例】70歳代女性。腹痛を主訴に受診した近医にて腹部超音波検査を施行したところ、腹腔内腫瘍を認めたため当院紹介となった。血液検査では特記すべき異常は認めず、腫瘍マーカーもCEA 1.3 ng/mL、CA19-9 8 U/mLと上昇を認めなかった。腹部造影CTでは造影効果を伴う不整な胆嚢壁肥厚を認め、胆嚢腹部、肝尾状葉、肝門部、膵頭部、腹部大動脈の周囲に広範に及び粗大かつ多発する腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査で、これらは大小さまざまな類円形の低エコー腫瘍として描出され、引き続き施行した超音波内視鏡下穿刺吸引法の病理組織検査結果では、腫瘍細胞が充実索状に増殖浸潤している所見であった。また、異形細胞は散在性に認められたが、腺管構造は呈していなかった。免疫組織化学染色ではKi-67がほぼ100%陽性、Synaptophysinがびまん性に陽性であり、以上の所見から神経内分泌癌(NEC)と診断した。CBDCA+VP16による化学療法を開始し、3コース施行後にはpartial responseが得られた。その後も重篤な副作用なく経過し、現在31コース施行し2年1ヶ月の生存が得られている。【考察】胆嚢原発NECはまれであり、その平均生存期間は9.5ヶ月、1年以上の生存例は25%と極めて予後不良である。NECに対しては、一般に肺小細胞癌に準じて化学療法が施行されるが、その治療戦略は確立されていない。自験例ではCBDCA+VP16による化学療法が著効し、長期生存が得られているため、若干の文献的考察を含め報告する。

57 原発不明癌として死亡後、病理解剖でびまん性肝内胆管癌と診断された一例

社会医療法人宏潤会 大同病院

○武田 直里、西川 貴広、榊原 聡介、小倉 明日香、柳瀬 成希、柳澤 直宏、早川 真也、白水 将憲、田島 万莉、宮崎 聖大、胡 嘉明、柴田 萌、堀 諒、野々垣 浩二

【症例】65歳男性【主訴】背部痛、食思不振、体重減少【既往歴】脂質異常症、高血圧症【現病歴】2ヵ月前からの背部痛、食思不振、10kgの体重減少にて近医を受診した。腹部超音波検査で脾周囲のリンパ節腫大、血液検査でCA19-9の上昇を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。【経過】造影CT検査では縦隔、左右肺門部、傍大動脈、鼠径部のリンパ節腫大と胸椎に多発する骨透亮像、肝内にびまん性に多発する造影効果を認め、悪性腫瘍の転移もしくはリンパ増殖性疾患を疑ったがCTでは原発巣を指摘できなかった。左鼠径部リンパ節生検および骨髄生検を行ったところ、病理診断はいずれも転移性腺癌の結果であり、免疫染色ではAE1/3+、CK7+、CK20-と胃・胆膵系由来を疑う所見であった。PET-CT検査でも原発巣は指摘できず、原発不明癌と診断した。初診の時点ではADLは自立していたものの、骨髄腫腫瘍の影響で初診時から約2週間のうちに血小板22000/ μ Lと著しい血小板減少がみられ、化学療法の適応外と判断しBSC方針となった。輸血と疼痛コントロールによる緩和医療を行っていたが、肝・腎障害と貧血・血小板低下が著しく、初診より約1ヵ月後に永眠された。原発巣検索のため病理解剖を行ったところ、びまん性に広がっていた肝腫瘍の組織は索状に浸潤性増殖を来しており、病変辺縁で腫瘍索と肝細胞索が高い親和性で接していることから末梢型の肝内胆管癌が想起され、低分化型の肝内胆管癌と考えられた。この結果から、本症例はびまん性肝内胆管癌の全身多発転移であったと診断された。【考察】肝内胆管癌（ICC）は肉眼的に腫瘍形成型、胆管浸潤型、胆管内発育型の3型に大きく分類され、末梢型ICCは限局的な腫瘍形成型の形態を示すことが多い。本例では生前に腺癌の組織結果が得られていたが、びまん性に多発する微小腫瘍像は肝内胆管癌としては非典型的であり、原発巣の診断に苦渋した。【結語】特異な画像所見を呈し、病理解剖にて確定診断をし得たICCの一例を経験したのでここに報告する。

59 胆管・十二指腸吻合術後の逆行性胆管炎を契機とした化膿性門脈炎の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科

○三木 大地、藤吉 俊尚、山口 丈夫、土居崎 正雄、鷺見 肇、丸川 高弘、八田 勇輔、高野 宏平、上田 遼太、松本 悠平、堀田 侑義、川瀬 祐、春田 純一

【症例】68歳、男性【主訴】悪寒、意識消失【既往歴】43歳時に胆石症に対して胆嚢摘出術および胆管・十二指腸吻合術を施行されている。【併存症】2型糖尿病【現病歴】以前より心窩部痛で医療機関を受診および入院歴があった。受診の10日ほど前から心窩部痛、5日前から悪寒を自覚していた。意識消失もあり、当院へ救急搬送された。【臨床経過】来院時、体温39.6℃、脈拍155/分、血圧88/63 mmHg、呼吸数44/分、血液検査でCRP 17.96 mg/dL、WBC 15,700/ μ L、AST 78 IU/L、ALT 99 IU/L、LDH 371 IU/L、ALP 408 IU/L、 γ -GTP 283 IU/Lと炎症反応および肝胆道系酵素の上昇、CT検査で胆管・十二指腸および周囲の炎症像を認め、胆道感染症または腸管感染症による敗血症性ショックと診断し、補液およびノルアドレナリン、メロベネムとの投与で治療を開始した。治療に対する反応は良好であり、第4病日にノルアドレナリンの投与は終了し、第6病日から抗菌薬をセフトリアキソンにde-escalationした。しかし、第14病日から発熱・解熱を繰り返したため、第16病日に腹部超音波検査および造影CT検査を施行したところ、門脈主幹の血栓および周囲の炎症像を認めた。化膿性門脈炎を考え、メロベネムとヘパリンの併用を開始した。ヘパリンはその後ワルファリンの内服に切り替え、解熱が得られたため第29病日に退院とした。退院後71日目の造影CT検査では門脈血栓は縮小傾向であった。現在、外来にてワルファリンを継続し、症状の再燃なく経過している。【考察】胆管・十二指腸吻合術後の逆行性胆管炎が契機と思われる化膿性門脈炎の一例を経験した。本症例では、以前より時々心窩部痛を自覚しており、慢性的に逆行性胆管炎を繰り返すことで化膿性門脈炎をきたした可能性が考えられる。また、入院時のHbA1c 8.2%と糖尿病のコントロールもやや不良であり、要因の一つと考えられる。化膿性門脈炎は、腹腔内感染症や胆道感染症等を契機とする門脈系の血栓性静脈炎で、比較稀な疾患であり報告する。

58 好酸球浸潤により胆道病変を発症し、ステロイド投与にて改善した2例

¹日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院、

²名古屋掖済会病院

○石田 みなみ¹、有賀 亮太¹、加藤 大介¹、黒柳 恵太¹、押谷 由衣²、岡山 幸平²、隈井 大介²、神田 武生¹、熱田 直己¹、齋藤 彰敏¹、日下部 篤宣¹、蟹江 浩¹、宮部 勝之¹、山田 智則¹、林 克巳¹

【背景】好酸球性胆管炎・胆管炎は、胆道に好酸球を主体とする炎症細胞浸潤を呈する稀な疾患である。今回、好酸球浸潤による胆道病変を2例経験したため報告する。【症例1】64歳男性で、心窩部痛を主訴に来院。発熱はなく、血液検査所見上、白血球12,200/ μ Lの増加を認め、CTで胆嚢腫大と総胆管拡張を認めたため、軽症急性胆管炎の診断にて入院した。抗菌薬治療を開始したが腹痛は改善せず、末梢血好酸球が2,050/ μ Lまで増加、EUSにて胆管壁のびまん性肥厚を認めたため、ERCP施行。ESTとともに施行した胆管生検にて胆管上皮の好酸球浸潤を認めたため、好酸球性胆管炎としてPSL 20 mg/日の治療を開始した。その後末梢血好酸球の減少、腹痛消失を認め退院。外来でPSLを漸減し、症状は小康状態であるが、末梢胆管の狭窄が出現している。【症例2】55歳女性で、心窩部痛と食欲不振を主訴に来院。既往に気管支喘息。発熱はなく、血液検査上、白血球9,900/ μ Lと増加し、CTで胆嚢壁の軽度肥厚を認め、軽症急性胆管炎の診断で抗菌薬・鎮痛薬により経過観察していた。2週間経過しても腹痛は改善せず、炎症反応増悪と胆嚢壁肥厚が増悪したため、入院し、翌日PTGBDを施行したものの依然腹痛改善しなかった。末梢血好酸球24,230/ μ Lと著増を認め、胆汁細胞診からも好酸球が検出、CTで胆嚢頸部リンパ節腫大、小腸の浮腫性壁肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下脚に粘膜壊死を伴う潰瘍を認め、同部位の生検で好酸球浸潤を認めた。以上より好酸球増多症に伴う十二指腸潰瘍、急性胆管炎と診断してPSL 40 mg/日の治療を開始した。その後徐々に腹痛は改善し、画像所見にて腫脹リンパ節の縮小と胃十二指腸病変の改善を認め、PSL漸減し退院。現在は4mg/日で小康状態である。【考察】症例1は特発性、症例2は気管支喘息に続発した好酸球増多症に伴う急性胆管炎であった。両症例とも発症時からの診断は困難であり、末梢血好酸球増多から診断に至った。胆管炎、胆管炎に遭遇したときはこれらの疾患も念頭に置くことが必要と考えられる。

60 胆管壁肥厚を呈しステロイドが有効であった好酸球性胆管炎の一例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

○猪飼 千咲、近藤 啓、伊藤 恵介、田中 義人、西垣 信宏、小島 尚代、荒木 幸子、森 俊敬、武仲 祐弥、庄田 怜加、加藤 真里絵、平山 陽太、市野 由華

【症例】74歳、男性。【既往歴】気管支喘息、特発性器質性肺炎。【現病歴】X年2月末より食後の腹部膨満感、腹痛を自覚し3月初旬に近医を受診され、胆嚢炎の疑いでCFPN-PIを処方されたが改善に乏しく当科を受診された。血液検査でAST: 38 IU/L、ALT: 54 IU/L、 γ -GTP: 66 IU/Lと軽度の肝胆道系酵素上昇、好酸球650/ μ Lと増多を認め、CTで胆嚢周囲の浮腫性変化と胆管壁肥厚、MRCPで胆嚢壁の浮腫性肥厚を認めた。胆管の狭窄や拡張は認めず、胆石など胆道閉塞を来しうる病変は認めなかった。症状悪化による食思不振を認めたため精査加療目的にて入院となった。入院後、腹痛の増悪と肝胆道系酵素の更なる上昇を認めた。腹部超音波、EUS、ERCP、IDUSを施行したところ、肝門部胆管から総胆管、胆嚢にびまん性・全周性の壁肥厚を認めた。胆管の狭窄所見は認めなかった。胃・十二指腸粘膜からの生検、肝生検、胆管生検ではいずれの病理所見においても好酸球の浸潤を認めた。上記の結果より好酸球性胆管炎と診断し、PSL 50mgによる治療を開始したところ、症状、肝胆道系酵素ともに速やかに改善を認めた。PSLを20mgに漸減し退院となった。外来にて経過観察中の6月にPSL 7.5mgに減量した時点で症状の再燃を認めたが、PSL 20mgに増量したところ改善を認めた。【考察】好酸球性胆管炎の画像所見として一般的には胆管の限局性の高度狭窄所見が肝内・肝外胆管のびまん性狭窄所見がみられる。本症例の画像所見では胆嚢壁、胆管壁の肥厚のみの所見であり典型的ではなかったが、上部消化管生検、肝生検、胆管生検で好酸球浸潤を認め、またステロイド治療に良好に反応することから、好酸球性胆管炎と診断し得た。

61 PTGBD チューブの自己抜去後に致命的な腹腔内出血を来した1例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科
○三大 幸¹、金子 淳¹、甲田 恵¹、井田 雄也¹、
山田 健太¹、竹下 悠¹、高橋 賢一¹、瀧浪 将貴¹、辻 敦¹、
西野 眞史¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²、山田 貴教¹

【症例】92歳、女性。入院前日より心窩部痛を自覚し当院へ紹介受診となった。総胆管結石性胆管炎、胆石性肺炎と診断され、緊急で内視鏡的逆行性胆管膵管造影を施行されるも、胆管挿管困難であり内視鏡的膵管ステント留置に加え、経皮経肝胆嚢ドレナージ (PTGBD) が施行された。処置後、胆管炎および肺炎の改善傾向を認めたが、第3病日未明にせん妄状態の患者自身によりPTGBDチューブが抜去され、その2時間後に心肺停止に至った。速やかに心肺蘇生法が施行され、心拍再開を得た。PTGBDチューブ自己抜去の後発での著明な貧血の進行を認め、また画像検査で腹腔内出血と肝動脈からの造影剤漏出像を認めたため、輸血療法と血管造影検査を行った。血管造影検査では、肝動脈から造影剤の血管外漏出像を認め、同部位に対して経カテーテル的動脈塞栓術を施行し、止血を得た。しかし、2時間後に再び心肺停止に至り、永眠された。【考察】PTGBDは臨床的改善率が高く簡便で比較的安全な胆道ドレナージ法として多くの施設で施行されている。PTGBD後の致命的な出血性偶発症は数件報告されているものの、自験例のようにPTGBDチューブの自己抜去後に致死的な腹腔内出血を生じた報告は過去にない。若干の文献的考察を加え報告する。

63 飲酒後の嘔吐を契機に発症した食道粘膜剥離症の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○南 喜之、廣瀬 崇、河村 達哉、倉田 祥行、田中 仁、
柴田 寛幸、鈴木 孝弘、鈴木 智彦、飛田 恵美子、平井 恵子、
室井 航一、古根 聡、伊藤 信仁、角嶋 直美、古川 和宏

【症例】40歳代男性【主訴】胸痛【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒歴：日本酒8合/日、喫煙歴：20本/日（30歳まで）【アレルギー】特記事項なし【現病歴】20XX年、酒後嘔吐をした際に突然胸痛を自覚した。改善が乏しく、2日後に前医救急外来を受診した。【前医入院時現症】体温37.2℃、採血でWBC及びCRPの上昇を認めた。【前医入院後経過】CT検査にて食道に壁内気腫を認めたが、縦隔気腫は指摘できなかったため経鼻胃管を挿入し、抗生剤投与にて保存的治療とした。数日後、炎症反応が低下し胸部症状も改善したため経口摂取を再開すると再び胸痛、発熱を認めた。上部消化管内視鏡検査 (EGD) を施行し、食道壁に粘膜欠損と偽腔を認め食道粘膜下組織剥離症と診断した。絶食、TPN管理、胃瘻からの栄養管理でいずれも発熱、炎症反応の上昇を繰り返し1か月以上経過しても経過が良くならない為、当院へ転院搬送となった。【当院経過】当院にてEGD、ガストログラフィ食道造影検査、造影CT検査を施行した。瘻孔は最大のものが胸部上部食道にあり、胸部中部、下部食道まで全周性に形成されていた。抗生剤投与にて炎症反応が改善したのちに全身麻酔下にて内視鏡的瘻孔閉鎖術を施行した。閉鎖術後は胸痛の再燃はなく解熱も維持され経過は良好であったが、1週間後に食道造影及びEGDを再検査すると閉鎖した創の離開を認めた。受傷から時間が経過しており、創の直接的な閉鎖は困難と判断した。ドレナージチューブを偽腔内に挿入し瘻孔の縮小をはかったが自己抜去を繰り返し断念した。外科と協議の上、再度全身麻酔下にて内視鏡的粘膜切開術を行い、剥離している食道粘膜を縦方向に切開し、偽腔となっている部分をすべて開窓した。全周性に粘膜下組織が剥離していたため、狭窄を防ぐ目的でらせん状に粘膜切開を施行した。術後経過は良好で、治療後2年が経過したが、以降は狭窄などを認めていない。【考察】食道粘膜下組織剥離症は比較稀な疾患である。今回、飲酒後の嘔吐を契機に発症した特発性全食道粘膜下組織剥離症を内視鏡的に治療した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

62 食道に発生した High grade spindle cell malignant tumor の1例

名古屋大学医学部付属病院 消化器外科
○増淵 麻里子、清水 大、神田 光郎、小池 聖彦、田中 千恵、
猪川 祥邦、高見 秀樹、服部 憲史、林 真路、中山 吾郎、
藤原 道隆、小寺 泰弘

症例は68歳、男性。つかえ感を主訴に前医で上部消化管内視鏡検査を施行、胸部食道に隆起性病変を認め、生検にて癌肉腫と診断され当院紹介となった。再度当院で病理学的検索を施行したが、癌肉腫の可能性は否定できないものの、診断を確定することはできなかった。内視鏡所見で狭窄が強く食事摂取が困難だったため、経鼻栄養チューブを留置し、術前補助化学療法として癌肉腫に準じて fluorouracil + cisplatin (FP) 療法を行う方針とした。しかし1コース施行後の画像所見で腫瘍の増大傾向を認めたため、化学療法は中止し手術を行った。既往歴に胃癌があり幽門側胃切除術後であったため、二期的再建を予定し、一期目手術として食道亜全摘、胃全摘、食道瘻、腸瘻造設を施行した。切除標本には12cm大の1型腫瘍を認めた。病理組織学的検査所見では、腫瘍は粘膜直下から発生し、重層扁平上皮との連続性はなく、扁平上皮は腫瘍により下方から圧排されていた。腫瘍は高度な異型と多型性を呈する紡錘形細胞からなり、High grade spindle cell malignant tumor と診断した。腫瘍細胞は上皮マーカーの AE1/AE3、CAM5.2 はいずれも陰性で、間葉系マーカーとしては S100、vimentin がびまん性に陽性、筋系マーカーの desmin がごく一部に陽性である以外は、KIT、caldesmon、CD34、STAT6、SMA、p63、HMB45、MART1 などは全て陰性であった。一部の重層扁平上皮内に HMB45、MART1 陽性の異型メラノサイトの増生がみられることから、malignant melanoma の可能性が示唆された。診断確定のため追加で MITF、sox10 の免疫染色を施行したが、malignant melanoma とは断定できず、高悪性度紡錘形細胞腫瘍の診断にとどまった。腫瘍は非連続性に進展を認め、口側断端にも及んでおり断端陽性と診断した。術後40日目に二期目の手術として口側断端の追加切除と有茎空腸再建を施行、口側胃断端の陰性を確認した。診断に難渋した High grade spindle cell malignant tumor の1例を経験したため報告する。

64 気管挿管下での食道ステント留置が効果的であった気管食道瘻合併食道癌の1例

岡崎市民病院 消化器内科
○細野 幸太、藤田 孝義、飯塚 昭男、森井 正哉、山田 弘志、
大塚 利彦、水野 史崇、堤 克彦

【初めに】気管食道瘻は進行食道癌患者に合併することがあり、誤嚥性肺炎や縦隔炎を起こし患者の状態を著しく悪化させる一因となる。今回我々は気管食道瘻を合併した進行食道癌患者に対して、呼吸器内科と協力し気管挿管管理下で安全に食道ステント留置に成功した一例を経験したので報告する。【症例】55歳、男性【経過】食中のつかえ感と胸痛を自覚したため近医を受診した。上部消化管内視鏡検査で門歯列21-30cmに3/5周性の不整な壁肥厚を認め当院に紹介された。当院でも上部消化管内視鏡検査を再検し同様の所見を認めた。生検を行い Squamous cell carcinoma の病理結果であった。造影CTでは多発肺結節、左頸部リンパ節腫大を認め cStage IVb T3N3M1 の食道癌と診断した。病名を告知し、狭窄症状があったため放射線化学療法として CDDP + 5-FU、放射線照射計 50Gy を開始した。4コース施行後のCTでは左頸部リンパ節の増大を認めPDと判定した。上部消化管内視鏡検査でも狭窄の悪化を認めた。その後もなく縦隔炎をきたし水分の摂取も不可能となったために再入院となった。患者に合併症について十分なICをした後に食道ステント留置術を試みたが気管食道瘻を形成しており造影剤が左気管支に流入してしまったため手技を中止した。呼吸器内科へ相談し、後日誤嚥予防のため気管支瘻を用いて気管挿管チューブを留置し気管支へ造影剤が流れないように閉塞した上で再度 full cover 18*100mm の食道ステント留置に成功した。翌日微熱は生じたが、明らかな胸部レントゲン初見の悪化はなく退院した。退院後外来で2nd line として Nivolumab を投与しながらフォロー中であるが、術後2ヶ月ほどで狭窄症状は悪化を認めず経過している。【結語】気管食道瘻を合併した食道癌に対して気管挿管チューブ留置下での食道ステント留置術は誤嚥性肺炎など合併症予防のために有用であると考えられる。今後文献的考察を加えて発表する。

65 粘膜下腫瘍を疑って EUS-FNA を行い食道腫瘍と診断した1例

独立行政法人国立病院機構名古屋医療センター

○久野 友里恵、近藤 尚、平嶋 昇、斎藤 雅之、浦田 登、島田 昌明、近藤 高、恒川 卓也、宇仁田 雅之、田中 大貴

【症例】30歳代女性【主訴】食道粘膜下腫瘍【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし【現病歴】検診の上部消化管造影検査で中部食道の隆起性病変を指摘され前医を受診した。上部消化管内視鏡検査を施行され、鼻翼より35cmの中部食道に黄白色調の粘膜下腫瘍を指摘されたため、精査目的で当院へ紹介された。【採血検査】WBC 5200/ μ L、RBC 448万/ μ L、Hb 12.7g/dL、Plt 25.7万/ μ L、AST 19IU/L、ALT 12IU/L、T-Bil 0.49mg/dL、BUN 17mg/dL、Cr 0.79mg/dL、CRP 0.02mg/mL【CT】食道に接する、造影効果に乏しい最大径28.5mmの類円形で内部均一な腫瘍を認める。【上部消化管内視鏡】門歯35cmに黄色調の粘膜下腫瘍を認める。鉗子による圧迫で陥凹する。超音波内視鏡で3cm $\times$ 1.5cmの軽度高エコーの不均一な腫瘍を認める。第4層に連続し、カラードプラでは血流に乏しい。【超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）】acquire22Gにて穿刺した。【病理】debrisのみを認めた。【培養検査】Haemophilus parainfluenzae、Streptococcus mitis、Streptococcus oralis、Streptococcus salivarius ssp salivarius、Neisseria species【経過】これらの結果から腫瘍とみなし、退院後外来を受診された際に微熱、疼痛の訴えがあったため、ミノサイクリンを内服され症状は消失した。約3ヶ月後に経過観察目的で実施したCTでは著小に縮小が得られたため、食道腫瘍と診断した。【考察】食道腫瘍は稀であるが、EUS-FNAで診断された症例はさらに稀であり、今後は食道粘膜下腫瘍の鑑別の一つとして食道腫瘍を挙げるべきであると考えられた。今回は文献的考察を行って発表を行う予定である。

67 巨大食道憩室に対して経裂孔的腹腔鏡下食道憩室切除術を施行した1例

名古屋市立大学病院 消化器外科

○中埜 友晴

【目的】巨大食道憩室に対して経裂孔的腹腔鏡下食道憩室切除術に加え筋層切開をしたことにより良好な結果を得たため報告する。【方法】症例は60歳女性。特記すべき既往歴・家族歴を認めない。3年前より嚥下時のつかえ感があり、前医を受診した。上部消化管内視鏡検査で中部食道に憩室を認め、食物残渣が貯留していた。保存的治療をされたが、改善を認めなかったため、当院に紹介された。胸部CT検査で胸部中部食道右側より突出する5.5cmの食道憩室を認めた。食道造影で胸部下部食道に6.5cmの嚢状憩室を認め、造影剤は憩室内に貯留した。上部消化管内視鏡検査でも食道右壁に憩室を認め、内腔には食物残渣が貯留していたが、粘膜面の異常は認めなかった。食道内圧検査では憩室下端から食道胃接合部までの最大で31.1mmHgの高圧帯を認めた。保存治療で症状の改善が認められなかったため、手術治療を行うこととした。手術では憩室肛門側の高圧帯を解除することが必要と考え、食道憩室切除術に加えて筋層切開を追加することとした。まず腹腔鏡下に横隔膜脚を切開して食道と憩室を剥離した後、術中内視鏡観察下にステープラーを用いて憩室を切除した。さらに、食道胃接合部から胃側は3cm、食道側は憩室下端まで食道の筋層を切開した。胃の穹窿部を筋層切開部分に縫合して、噴門形成を行った（Heller-Dor手術）。【成績】術後は順調に経過し、第5日より食事を開始、第10病日に退院した。憩室の病理検査では筋層を認めない圧出性の仮性憩室であった。術後10カ月後の食道内圧検査で下部食道の強い収縮は認められず、術後2年が経過し、症状の再燃や憩室の再発は認めていない。【結論】食道憩室の多くに食道運動障害が合併しているといわれている。本症例は憩室肛門側食道の強い収縮により圧出性の仮性憩室が出現したと考えられた。食道憩室に対しては食道内圧検査を実施し、憩室肛門側の食道に高圧帯が認められた場合は筋層切開を追加することが重要と考えた。

66 有鉤義歯誤飲による食道異物に対して外科的手術を選択し安全に摘出した一例

岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科

○鷹羽 律紀、末次 智成、佐藤 悠太、田中 義宏、加藤 充純、奥村 直樹、松橋 延壽、村瀬 勝俊、高橋 孝夫、二村 学、吉田 和弘

【緒言】有鉤義歯異物は穿孔を来しやすく、かつ内視鏡的摘出が困難である場合が多い。今回我々は、有鉤義歯誤飲による食道異物に対して外科的手術を選択し安全に摘出した1例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。【症例】82歳、男性。4年前に脳梗塞を発症し、左半身不全麻痺、認知症のある患者。夕食時に義歯を誤飲し近医へ搬送され、CTで頸部食道内に5cm大の金属アーチファクトを伴う異物を、頸部に皮下気腫を認め、治療的に当院へ転院搬送となり、同日緊急手術を施行した。挿管時に抵抗感はなく、気痰や換気不良なども認めなかった。頸部襟状皮膚切開をおき左右から食道にアプローチして十分観察したが、明らかな食道の穿孔部位は同定できなかった。食道壁は主に左側で菲薄化しており、左側から食道を開閉し、粘膜を損傷させずに義歯を摘出した。術後第1病日に抜管したが嘔声は認めなかった。第3病日に経鼻胃管チューブから経管栄養を開始した。術後第7病日に上部消化管造影検査を施行し、瘻孔や通過障害は認めず、経口摂取を再開した。食上げ中にむせを認め、術後第12病日に発熱を認めた。胸部CTで両下肺野に肺炎像を認め、誤嚥性肺炎と診断した。食道周囲膿瘍や縦隔炎を疑う所見は認めなかった。喉頭内視鏡検査で声帯麻痺は認めず、手術時に反回神経の損傷はなかったものと判断した。肺炎は絶食・抗生剤投与で軽快したが、嚥下機能低下に伴い、経口摂取の再開は困難と判断し、術後第28病日に胃瘻増設を施行し、術後第37病日にリハビリ目的での転院となった。【考察】高齢者の食道異物は義歯、錠剤のPTP、食物塊などが原因の多くを占め、特に有鉤義歯など鋭利な異物では食道穿孔を来しやすく、食道周囲の気腫や膿瘍形成を引き起こす危険性が高い。また内視鏡下での摘出手技により二次的に穿孔・穿通を来し、術後に食道周囲膿瘍や縦隔炎、周囲臓器損傷などに伸展したとの報告も散見される。【結論】有鉤義歯誤飲による食道異物は、穿孔などの併発症が多く、適切な摘出方法の選択、安全な摘出手技を心がけることが必要である。

68 高度の腹膜炎を伴った乳糜腹水の一例

名古屋市立大学病院 消化器内科

○市野 由華、岩崎 弘靖、奥田 悠介、杉村 直美、水野 裕介、西江 裕忠、田中 守一、野村 敬仁、尾関 啓司、志村 貴也、久保田 英嗣、谷田 諭史、片岡 洋望

【症例】52歳、女性。201X-7年に子宮頸癌に対し子宮全摘術と放射線療法を受けた。201X年8月上旬頃から腹部全体の痛みと腹満を訴え、近医受診した。炎症反応の上昇と、腹部CTにて多量の腹水、腹水穿刺にて乳糜腹水を指摘された。対症療法が行われ、9月10日CT再検時には腹水の消失を認めたが、9月12日再び腹水の増悪あり、再度CTにて多量の腹水貯留を認めたため、当院へ紹介受診となった。診察上腹部は膨隆し全体の自発痛と圧痛を認め、血液検査ではCRP26.05mg/dLと高度炎症反応を認めた。腹水穿刺では再度乳糜腹水を認めたが、ADAや抗酸菌を含めた細菌培養は陰性であり、細胞診も陰性であった。再検した胸腹骨盤部造影CTでは多量の腹水貯留と、骨盤内小腸と膀胱の壁肥厚を認めたが、結核や悪性腫瘍を疑う結節やリンパ節腫大は認めなかった。リンパ管造影にても乳糜腹水の原因となるようなリンパ管破綻を示す造影剤の漏出を認めなかった。原因不明の乳糜腹水、腹膜炎に対し利尿剤、NSAIDsにて治療を行ったところ、徐々に腹水減少し、腹痛も改善したために第20病日に退院となった。しかし再度腹水貯留あり、腹痛も悪化したため10月10日に再入院となった。子宮頸癌による骨盤内への放射線治療歴あり、膀胱の変形と壁の肥厚を伴うことから、放射線性膀胱破裂の可能性を考え、第2病日に泌尿器科に診察依頼したが、膀胱造影検査では造影剤の漏出は認めず、腹水中のクレアチニン値も上昇を認めなかったため、確定診断には至らなかった。早期に腹痛が悪化した点とその際に尿の混濁を認める点より膀胱不全破裂を疑い、第61病日に診断的治療目的に膀胱カテーテルを留置したところ、症状改善し、腹水も消失した。その後再燃することなく第78病日に自宅退院となった。その後、微小穿孔部の自然閉塞を期待し、膀胱カテーテルを6ヶ月間留置したのち、201X+1年6月5日に抜去した。以後現在に至るまで症状の再燃を認めていない。遅発性の放射線性膀胱破裂は稀であるが、骨盤内に放射線治療歴のある腹水貯留を伴う腹膜炎の原因として鑑別すべき病態と考えられた。

69 十二指腸狭窄を来した正中弓状帯圧迫症候群による脾十二指腸動脈瘤破裂の1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科
○平山 陽太、近藤 啓、猪飼 千咲、市野 由華、加藤 真里絵、
庄田 怜加、武仲 祐弥、森 俊敬、荒木 幸子、小島 尚代、
西垣 信宏、田中 義人、伊藤 恵介

【症例】49歳、男性【主訴】嘔吐【病歴】X年2月20日冷汗を伴う腹痛を認めるも数時間で軽快したため様子を見ていた。3月5日嘔気、嘔吐、食思不振が出現し近医を受診。上部消化管内視鏡検査で食道裂孔ヘルニア、逆流性食道炎(LA-Grade C)、十二指腸下行脚の浮腫と狭小化を認めた。嘔吐頻回のため翌6日当院紹介受診。腹部単純CTで胃拡張と十二指腸下行脚の内腔狭小化を認めたため、胃管を留置し精査加療目的に入院となった。3月9日に上部消化管内視鏡を当院で再検すると十二指腸下行脚に狭窄所見を認めるも、明らかな上皮性変化は認めず細径スコープは通過可能であった。造影CTで脾頭部と十二指腸の間に軟部陰影を認め、腹膜癌の疑いと指摘されたため、3月10日超音波内視鏡下で同部位より22G針でFNAを行ったところ、ヘモジリン沈着と泡沫細胞を伴う炎症性肉芽組織を認めたが悪性所見は認めなかった。3月15日の造影CTで正中弓状帯による腹動脈の圧迫所見と前上脾十二指腸動脈-下脾十二指腸動脈に5mm大の仮性動脈瘤を認め、正中弓状帯圧迫症候群に伴う脾十二指腸動脈瘤とその破裂による十二指腸狭窄と診断した。3月18日同動脈瘤に対してTAEを施行した。3月19日より胃管からの排液量が減少したため食事を開始した。3月23日に内視鏡にて十二指腸狭窄の改善を確認し、3月24日退院となった。手術的に大学病院へ紹介し、5月26日に腹腔鏡下弓状帯切開術と食道裂孔ヘルニア修復術が行われた。偶発症なく6月7日自宅退院となり、外来経過観察中である。【考察】正中弓状帯圧迫症候群に伴う脾十二指腸動脈瘤とその破裂による十二指腸狭窄を来した1例である。本症例は脾十二指腸動脈瘤が小さく、血腫量も比較的小なかったため入院時の造影CTにおいては確定診断が困難であったが、EUS-FNAにて脾と十二指腸の間の軟部陰影が血腫であることを確認し造影CT再検査で確定診断ができた。急性発症の十二指腸狭窄をきたす症例においては本疾患を想起する必要がある。

71 当院における活動期潰瘍性大腸炎に対するトファシニブの治療成績

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
○池上 脩二¹、前田 啓子²、中村 正直¹、山村 健史¹、
澤田 つな騎²、石川 恵里¹、飯田 忠¹、水谷 泰之¹、
石川 卓哉¹、古川 和宏¹、角嶋 直美¹、大野 栄三郎¹、
川嶋 啓揮²、石上 雅敏¹

【背景】近年、活動期潰瘍性大腸炎(UC)の治療薬として、抗TNF- α 抗体などの生物学的製剤に加え、JAK阻害薬であるトファシニブ(TOF)が使用可能となり、難治例に対する治療選択肢の1つとして期待されている。【目的】当院における活動期UCに対するTOFの有効性、安全性を検討し、治療効果予測因子を抽出すること。【対象と方法】2018年7月から2021年3月までの期間中、活動期UC患者に対して当院でTOFを導入した21名を対象に、患者背景、有効性(TOF導入後2週/8週/16週/52週時点の寛解率、有効率)および安全性を後ろ向きに検討した。また16週時点でのResponder群(寛解もしくは有効例)とNon-responder群において、TOFの治療効果に関連する因子を2群間で比較・抽出した。UCの臨床的疾患活動性の評価はLichtiger Clinical Activity Index (CAI)、内視鏡的疾患活動性の評価はUlcerative Colitis Endoscopic Index of Severity (UCEIS)を用いた。【結果】患者背景は男性/女性=14/7、年齢中央値25歳(17-69)、罹病期間中央値54ヶ月(12-160)、再燃寛解/慢性持続=10/11、直腸炎型/左側結腸炎型/全結腸炎型=0/5/16。TOF導入前の使用薬剤は5-ASA製剤/経口ステロイド/免疫調整剤/生物学的製剤=19/8/4/18。導入前CAI中央値9(6-13)、UCEIS中央値5(4-8)、CRP中央値0.98(0.02-5.4)、Hb中央値12.1(8.6-17.1)、Alb中央値3.4(2.1-4.6)。TOF導入後の寛解率/有効率はそれぞれ2週:23.8%/61.9%、8週:42.8%/47.6%、16週:42.8%/42.8%、52週:13.3%/20.0%であった。16週時点でのResponder群(n=10)は、Non-responder群(n=11)と比較し、TOF導入時の血清CRPが有意に低く、血清Hbが有意に高い結果であった。多変量ロジスティック解析でもCRP $\leq$ 0.39およびHb $\geq$ 12.3が治療有効性を予測する独立した因子として抽出された。TOF導入時のCAI、UCEIS、血清Alb値は2群間で有意差を認めなかった。有害事象としては皮膚、嘔気、耳痛を各1例ずつに認めた。【結語】導入時に適切に患者選択を行うことで、TOFの有効性が期待できることが示唆された。

70 当院におけるアナモレリン塩酸塩の使用経験

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 消化器内科
○稲掛 優介、近藤 大也、玉腰 丈博、平岩 厚佑、豊島 創、
松井 健一、高士 ひとみ、竹内 淳史、森田 清、都築 智之

【背景・目的】アナモレリン塩酸塩はがん悪液質の治療薬として国内で初めて承認され、2021年4月21日より処方が可能となった。当院でもアナモレリン塩酸塩の投与経験が蓄積したため、その結果を検討した。【対象・方法】2021年5月より2021年8月までの期間で、当院においてアナモレリン塩酸塩を投与した17例を対象とした。【結果】症例は男性11例、女性6例、平均年齢は72.9歳(56歳-82歳)であった。癌種別では、胃癌5例、大腸癌3例、膵癌7例、肺癌2例であった。切除不能進行癌が13例、再発癌が4例であった。平均投与期間は2.7週(0週-12週)であり、8月末時点で投与を継続しているのは8例であった。そのうち、5%以上の体重増加を認めたのは4例(50%)であった。投与を中止した9例の中止理由の内訳は、効果不十分が3例、気分不良が2例、心電図異常が2例、全身状態悪化が1例、不明が1例であった。心電図異常を認めた症例については、1例では投与開始から6日経過した時点で、無症状ではあるものの左脚ブロックが新規に出現したため投与を中止した。また別の症例ではQRS幅の延長が出現したため中止となっていた。【考察】当院のアナモレリン塩酸塩投与症例の検討ではやや中止例が目立つ結果となったが、一部症例では有効であった。体重に関してはアナモレリン塩酸塩投与以前には定期的に測定されていなかった例もあり、今後は癌患者の体重測定を定期的に行うべきであると考えられた。また投与中の心電図での経過観察をどの時点で行うのが適切なのか、今後の検討が必要であると思われる。

72 トファシニブ投与が契機となり Ramsay Hunt 症候群を発症した潰瘍性大腸炎の一例

¹浜松医科大学医学部附属病院 内科学第一講座、
²浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部、
³浜松医科大学医学部附属病院 臨床検査医学、
⁴浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究センター
○伊藤 誠人¹、草間 大輔¹、山下 大貴¹、高橋 悟¹、浅井 雄介¹、
尾上 峻也¹、杉浦 喜一¹、宮津 隆裕¹、樋口 友洋¹、
金子 雅直¹、石田 夏樹¹、松浦 友春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、
山田 隆久⁴、杉本 健¹

【症例】50歳代の女性。【現病歴】200X年前医で潰瘍性大腸炎(UC)と診断、メサラジン(5-ASA)で治療し病状は安定していた。200X+16年2月に5-ASAを減量したところ増悪し、同年12月に当院に紹介となり入院しPSL60mg/日、5-ASA 400mg/日で治療開始した。200X+17年1月末にPSL30mg/日まで減量し、アザチオプリン(AZA) 25mg/日を開始し退院した。200X+18年2月、下痢回数が増加したためAZAからトファシニブ(TOF)に変更した。TOF開始2週間後に耳介周囲皮膚疹、顔面神経麻痺、難聴を認めた。近医でRamsay Hunt症候群(RHS)と診断され、PSL・バラシクロビルが開始された。200X+18年3月、皮疹・麻痺・難聴は改善傾向を認めたため、PSLを終了しベドリズマブ(VED)を開始した。VED導入後はUCの増悪はなく経過している。【考察】RHSは水痘帯状疱疹ウイルス(VZV)が免疫抑制剤などの投与により再活性化し、顔面神経膝神経節へ波及することにより、耳介発赤・耳通・難聴・顔面神経麻痺などの症状をきたす。関節リウマチ患者においてTOF投与により、帯状疱疹の発症は年間に100人中9.2人と多いが、RHSまで至った症例は1報告のみであり、またUCでのTOF投与後のRHSの報告例は本症例のみであり極めて稀であると考えられる。今回の症例はTOFを投与しRHSが見られたが、TOFの中止、抗ウイルス薬投与、短期的なPSLの投与で後遺症を残すことなく改善した。本邦ではTOF投与により、帯状疱疹に至った症例の13.7%が重篤と診断されている。しかしTOFの休薬と適切な治療により93.5%が平均58.8日で回復している。TOFは難治性UCの中等症例に対する寛解導入、寛解維持を期待できる新規薬剤であるが、VZVの活性化に注意する必要がある。

73 メサラジン増量後に急性心膜炎を発生した潰瘍性大腸炎の1例

¹名古屋記念病院 消化器内科、²名古屋記念病院 循環器内科
○三浦 梨音¹、丸谷 祐香¹、小山 雄貴¹、宇野 好¹、中西 和久¹、
野尻 優¹、中舘 功¹、瀧川 哲生²、椎野 憲二²、戸川 昭三¹

【症例】42歳、男性。【主訴】下痢、血便【現病歴】数年前より数ヶ月に1回の間隔で下痢・血便を認めていたが、すぐに改善するため受診していなかった。X年2月の検診で便潜血陽性となり前医を受診した。3月18日に大腸内視鏡検査を施行、直腸Rbに限局する連続性の発赤・粘膜粗造を認め潰瘍性大腸炎（UC）と診断され、4月2日からメサラジン1200mg/日の内服を開始した。4月12日から頻回の下痢・腹痛が出現。38度台の発熱や血便も認めたため、4月16日前医再診。原疾患増悪を疑われ、メサラジンを4800mg/日に増量、メサラジン座薬が追加となったが、下痢血便・腹痛が強い。4月18日当院紹介受診・同日入院となった。【入院後経過】入院第2病日に直腸のみ内視鏡にて観察すると、Rbに限局した発赤・びらんを認め、3月の内視鏡所見より軽度悪化した。入院後、下痢症状は改善傾向であり、メサラジン4800mg/日継続・絶食・補液で経過観察とした。同日深夜に心窩部を中心とした腹痛増悪・一過性血圧低下が出現した。翌第3病日朝にCT施行したところ、心嚢水貯留を認めた。ECG施行するとV4-V6でT波陰転化を認め、採血で心筋逸脱酵素の上昇はなく、心膜炎の診断となった。経過から、メサラジンによって腹部・排便症状の悪化と急性心膜炎をきたしたと考え同日メサラジン中止とした。その後速やかに心窩部症状や下痢は改善。臨床症状寛解となったため、UCに対しては無投薬で経過観察する方針とした。第5病日に食事再開し、第10病日退院となった。【考察】メサラジンはUC治療における基本薬であり、安全に使用できることが多いが、様々な副作用の出現が問題となっている。メサラジンの不耐症状は内服開始後1-2週間で出現することが多いが、実臨床では原疾患の増悪との鑑別が難しいことも多い。今回、メサラジンの不耐症状を原疾患の増悪と判断し薬剤増量したところ薬剤性心膜炎を発生した1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

75 Infliximab 二次無効で消化管出血が遷延し、回盲部切除術を施行した腸管ペーチェット病の1例

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 内科
○二村 侑歩、濱島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、仲島 さより、
久野 剛史、佐々木 雅隆、福沢 一馬、吉川 幸愛、光松 佑時

【症例】48歳、男性。【主訴】発熱。【現病歴】X-23年時にペーチェット病（腸管ペーチェット合併）と診断され、5-ASA製剤とPrednisolone（PSL,2mg/日、隔日）の治療を行っていた。X-1年薬物治療抵抗のため、Infliximab（IFX,5mg/kg,8W毎）を導入し、X年3月のCS上Bauhin弁に一致して深掘れ潰瘍と回腸末端に狭窄を認めたが、IFX導入前と比し改善傾向であった。治療強化のためにAzathioprine（AZA）の導入を提案したが、患者は希望せず。X年5月8日頃から発熱、口内炎の増悪、右下腹部痛が出現し、5月18日に当科を受診。体温38.2℃、右下腹部に圧痛を認め、CT上回盲部の壁肥厚を認め、血液検査ではCRP11.4mg/dl、Hb12.6g/dlで、腸管ペーチェット病再燃で入院とした。寛解導入療法として絶食、PSL40mg/日の投与を行い、腹痛と炎症反応が改善したため、第5病日にエンテラールを摂取したところ、第6病日に大量下血による出血性ショックを来した。造影CT上造影剤の血管外漏出は認めず、補液で血圧が安定し、過去のCS所見から強い線維化があり止血困難が予想されたため、CSは行わず内科的治療を強化する方針とし、同日PSL60mg/日へ増量し、第7病日に予定を早めてIFX（5mg/kg）を投与した。合計8単位の赤血球濃厚液を投与したが、下血が遷延し、第10病日にHb7.3g/dlであったため、保存的治療の限界と考え、緊急で腹腔鏡下回盲部切除、回腸人工肛門造設術を施行した。切除標本では、回盲部に類円形の深掘れ潰瘍を認め、明らかに露出血管は認めなかった。組織学的にUL-4の潰瘍があり、潰瘍底に炎症細胞浸潤を認めた。術後経過は良好で、PSLを漸減して第26病日に退院となった。外来にてIFX二次無効に対してAZAを併用し、人工肛門閉鎖術を経て、12ヶ月後に経過したCS上吻合部再発は認めず、臨床的寛解を維持している。【考察】腸管ペーチェット病の寛解導入療法としてはPSL、IFX、AZAの投与が考慮されるが、本症例はPSL、IFX投与に関わらず大量出血による外科的治療が必要となった。当初よりAZAを併用することによって手術を回避できた可能性もあり報告する。

74 難治性CD 腸炎に対してVCM 注腸療法が奏功した2例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科
○鈴木 蓮¹、高橋 賢一¹、井田 雄也¹、山田 健太¹、甲田 恵¹、
吹田 恭一¹、竹下 悠¹、瀧浪 将貴¹、金子 淳一¹、辻 敦¹、
西野 真史¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²、山田 貴教¹

【背景】Clostridioides difficile（CD）腸炎は院内発生の下痢の原因として最も多い。2018年にCD診療ガイドラインも作成され、バンコマイシン（VCM）やメトロニダゾール（MNZ）による既存治療の他に新規薬剤も出てきているが、重症化や再発で難治する症例が存在する。今回我々は既存治療で治療に難渋したCD腸炎に対し、VCM注腸療法が奏功した2例を経験した。【症例1】91歳女性。総胆管結石性胆管炎で入院。切石＋抗生剤加療し退院。1週間後に発熱、下痢で再診。WBC 21900/μl、CRP 17.26mg/dl、CTで直腸に著明な壁肥厚を認め、便検査でCDtoxin陽性でCD腸炎診断。VCM 2g内服開始したが奏功せず、day6よりMNZ1500mg静注追加するも改善せず、S状結腸に中毒性巨大結腸症を続発した。CS施行し、S状結腸より十位に顕著な偽膜を確認。腸管の蠕動低下により感染腸管へのVCM到達が不十分であると判断し、VCM2g注腸療法を開始した。炎症は速やかに改善したが、注腸療法4日目でもCS施行すると偽膜は残存していた。VCM1g内服＋1g注腸療法を2週間継続し、偽膜の消失を確認した。再発リスクを考慮してベズロクトスマブ300mg点滴投与。以降再発はなかった。【症例2】89歳男性。S状結腸癌cT3N0M0cStagellaで手術を予定されていた。尿路感染症発症、手術延期しLVFX500mg内服加療するも発熱持続し、WBC14900/μl、CRP 2.27mg/dl、CTで直腸壁肥厚を認めた。便検査でCDtoxin陽性でCD腸炎と診断。VCM1g内服開始、3日目でMNZ 1500mg追加するも改善せず、CS施行した。直腸に著明な偽膜を認めた。腫瘍狭窄により肛門側へのVCM到達が不十分と判断し注腸療法を開始した。1週間後のCSで腫瘍口側の偽膜が優位に残存していた。VCM1g内服療法を約1週間延長し偽膜が消失したことを確認してVCM終了した。同年8月にS状結腸切除術施行。術後にCD腸炎再燃なく経過した。【考察】2例は経口VCMの到達が不十分になることで治療に難渋し、内視鏡所見がその病態を推測する一助となった。難治性CD腸炎に対して、内視鏡にて病態を把握し上でVCM注腸療法が有効な治療オプションとなる症例が存在すると考えられる。

76 6次治療でエンコラフェニブ＋セツキシマブが奏功した BRAF 変異陽性進行大腸癌の一例

聖隷浜松病院 消化器内科
○山田 洋介、室久 剛、金谷 和哉、佐藤 友香、榎葉 俊太郎、
大城 恵吾、吉井 元、玉腰 裕規、志田 麻子、丹羽 智之、
遠藤 茜、小林 郁美、江上 貴俊、海野 修平、小林 陽介、
鏡 卓馬、木全 政晴、芳澤 社、長澤 正通、細田 佳佐

BRAF V600E変異は進行大腸癌の約5%にみられる希少な遺伝子変異である。極めて予後不良でありガイドラインではTripleT-TKIなど強力な治療が推奨されてきた。2020年末に本邦でBRAF阻害剤エンコラフェニブが承認され、その効果が期待されているが、未だ治療経験は少ない状態である。今回BRAF V600E陽性進行大腸癌に6次という最末方治療で奏功した1例を報告する。症例は70歳代男性。右上腹部痛と肝機能障害にて当院紹介。CTにて上行結腸腫瘍に加え、多発リンパ節転移・リンパ節による閉塞性黄疸・多発肝転移・肺転移・副腎転移を認めた。下部消化管内視鏡検査では盲腸に2/3周性2型腫瘍、上行結腸肝弯曲部に全周性2型腫瘍を認め生検にて分化型腺癌を認め、RAS変異陰性、MSI陰性、BRAF V600E変異陽性であった。PSO点、切除不能な進行右側結腸癌と診断し、胆管ステント留置後に化学療法を開始した。CapeOX+Bmab、FOLFIRI+Bmab、IRI+Pmab、FTD/TPI、REGと5次治療まで行だったが、初診から2年8ヶ月後のCTにて多発肝転移増大、右胸水を確認PDと判定した。酸素飽和度低下に対して在宅酸素療法を開始し、PS2点ではあったが、本人の治療希望も強く、十分な説明のもとで6次治療としてエンコラフェニブ＋セツキシマブ療法を開始した。10日後から倦怠感、呼吸苦の急激な改善がみられ、Xpにて著明な肺転移縮小を認めた。目立った有害事象は認めず、治療開始後4週間で在宅酸素療法終了となった。CTでは肺・肝・副腎・リンパ節転移縮小を認めPRと判定した。2021年8月時点で腫瘍の再増悪なく治療継続中である。エンコラフェニブはBRAF遺伝子変異に伴うV600Eキナーゼ活性を阻害し腫瘍細胞の増殖のカスケードを抑制する。EGFR阻害薬であるCmabを併用することでさらなる抗腫瘍効果を発揮する。その有用性はBEACON CRC試験にて対照群であるIRI+CmabおよびFOLFIRI+Cmabと比較し全生存期間の延長が示され、BRAF変異陽性進行大腸癌の2次/3次治療として期待されている。本例では6次という最末方治療として導入したが、著明な腫瘍縮小効果とともに全身状態の著しい改善を認めた。

77 切除不能同時性肝肺転移を有する直腸癌に対して FOLFOXIRI+bevacizumab 療法で奏功が得られ二期的に R0切除し得た1例

名古屋大学 腫瘍外科

○村田 悠記、水野 隆史、上原 圭、小倉 淳司、三品 拓也、小池 佳男、神原 祐一、西村 元伸、小林 龍太郎、神野 孝徳、國科 俊男、伊神 剛、山口 淳平、宮田 一志、尾上 俊介、砂川 真輝、渡辺 伸元、杉田 静紀、横山 幸浩、江畑 智希

症例は69歳の女性で、主訴は排便停止。前医で肝転移および両葉多発肺転移を伴う下部直腸癌（RAS変異型）と診断され、S状結腸双孔式人工肛門を造設後に当院を紹介受診した。根治切除不能と判断し、FOLFOXIRI+bevacizumab 療法を導入したが、5コース後のCTでの効果判定ではすべての病変が著明に縮小し、肺病変は右上葉の1か所を除き消失した。原発および残存する転移巣のすべてが切除可能と判断し、治療開始4か月後、腹腔鏡下に直腸低位前方切除術および肝拡大後区域切除術を施行した。術後経過は良好で術後第14病日退院した。原発巣の病理所見は高分化腺癌、ypT3,N0で治療効果判定はGrade 2であり、肝転移巣はpCRであった。術後3か月後のCTによる再評価でも残存肺病変は、右上葉の1か所のみであり、胸腔鏡下肺部分切除術を施行し、病理診断は転移性腺癌であった。初診時は切除不能の診断であったが、治療開始から6か月後に無担癌状態を得ることができた。術後補助化学療法は行わず外来経過観察中で、肺切除後2か月の現在、無再発である。たとえ初診時に多臓器転移を有する切除不能例でも、進歩の著しい薬物療法の高い奏効率と安全な原発および転移巣の切除により無担癌状態を達成できる時代となった。治療成績はまだ満足できるものではないが、治療経過で化学療法を必要としない無担癌状態を作り出すことは、その先の治療のみならず、治療できない症例での生存率延長とQOL向上の点からも非常に重要である。集学的治療においては、薬物療法から外科切除へのconversionのタイミングを常に念頭に置き、さらに至適な原発・転移巣の切除時期・順序・術式を症例に応じて考えることが重要である。

79 演題取り下げ

78 Regorafenib 投与にて長期生存をしい得た虫垂癌多発肺転移の1例

愛知医科大学 消化管内科

○小林 里帆、足立 和規、前田 英貴、杉村 明佳音、駒井 洋彦、小野 聡、高山 将旭、吉峰 尚子、鈴木 真名美、長尾 一寛、山本 和弘、福富 里枝子、杉山 智哉、山口 純治、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

Regorafenib 投与にて、長期生存をしい得た虫垂癌多発肺転移の1例【主訴】CEA高値【現病歴】症例は55歳、女性。検診にてCEA 12.2 ng/mlと高値のため、当院紹介受診となった。上・下部消化管内視鏡検査では腫瘍性病変を認めず、造影CTで両肺に多発小結節を認めるのみで、経過観察となった。その後CEAの上昇を認め、PET-CTを施行、虫垂と両肺に集積を認めた。組織検査のために腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術中所見では肝表面に白色結節、後腹膜に浸潤する腫大した虫垂を認めた。病理結果にて虫垂から腺癌を認め、虫垂癌、肝転移、多発肺転移の診断となった。一次治療としてBEV +FOLFIRIの投与を開始し、肝転移は消失も、20コース施行後には肺転移の増悪を認めた。二次治療としてBEV+mFOLFOX6の投与を開始も、8コース施行後に肺転移の悪化を認めた。三次治療としてトリフルリジン・チピラシル塩酸塩の投与を開始するが、約3ヶ月でPDとなった。四次治療としてRegorafenib (80 mg) を導入した。手足症候群、甲状腺機能低下症などの副作用を認めるも、休業・減量にて対処をし、10ヶ月後には腫瘍マーカーの陰転化、CTでは多発肺転移の縮小消失を認めた。しかし、投与開始2年後のCTで右下肺野に結節の出現を認め、PET-CT施行し、同部位に集積を認めたため、胸腔鏡下右下肺野切除術を施行した。病理結果は腺癌の所見を認め、虫垂癌の肺転移の診断となった。その後、Drug freeで経過観察を行なっているが、新規転移巣の出現・再燃を認めず、現在生存中である。【考察】Regorafenibは三次治療、四次治療の位置付けとなっている。しかし手足症候群などの副作用や癌の進行により、短時間で投与を断念する症例も少なくない。全生存期間の中央値は6.4ヶ月程度と報告されており、長期生存をしい得た報告例は稀であり、「Regorafenib」「長期生存」「虫垂癌」にて医学中央雑誌で調べたところ9件を認めるのみであった。また、Regorafenib投与によってCRとなった例や、投与終了後もCRを維持している例は未報告であり、貴重な症例であると考えられるため若干の文献的考察を加えて報告する。

80 直腸反転法を用いた腹腔鏡下低位前方切除術の手術手技および短期治療成績

¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 外科学第一講座、

³磐田市立総合病院 消化器外科

○阿久津 友洋¹、赤井 俊也¹、立田 協太¹、杉山 洗裕¹、鈴木 雄飛¹、鳥居 翔²、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩¹、深澤 貴子³、倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

【はじめに】下部直腸腫瘍に対する肛門温存手術は広く普及している。肛門側切離線の決定や確認が難しい症例もある。対策の一つとして直腸反転法がある。直腸反転法を用いた腹腔鏡下超低位前方切除術の手技と工夫、および短期治療成績を報告する。【対象】2011年1月から2021年6月まで同術式を施行した30例。【術式】左結腸動脈を温存D2またはD3郭清を基本とし、直腸間膜全切除の剥離層で肛門管内まで十分に剥離を行った後、口側腸管を腫瘍から十分距離をとって切離する。肛門から鉗子を挿入し断端を把持して直腸を反転、直視下で腫瘍を確認し腸管切離する。吻合後は経肛門的に4-0PDSで補強を加え、マレコドレーンをもって経肛門減圧5日間としている。ハイレスク症例以外は基本的にdiverting stomaは造設しない。【結果】男性16例、女性14例で、年齢中央値は58歳(35-82歳)、平均BMIは男性で21.5kg/m²(16.5-24.9kg/m²)、女性で21.4kg/m²(17.9-25.4kg/m²)であった。EMR後追加切除を除く22例の腫瘍最大径中央値は20.5mm(12-50mm)、壁深達度M:SM:MP:SS=2例:11例:7例:2例であった。手術時間中央値は290分(207-468分)、出血量中央値は50ml(5-235ml)、3例で反転不良による肛門側断端の確保が困難で経肛門直腸切除に変更、3例で一時的回腸人工肛門を造設した。術後在院日数は13日(9-37日)で、1例(3.4%)に縫合不全を認めた。病理学的断端陽性例は認めず。反転可能症例では退院時における排便機能は良好であった。【考察】直腸反転法は病変部を直視下で確認することで確実な切除マージンを確保し、症例によっては歯状線直上でのDST吻合も可能である。経肛門切除吻合と比較して肛門括約筋の温存により術後の排便機能も良好である。当科の工夫として吻合部に4-0PDS経肛門補強を行い、経肛門減圧により超低位吻合であってもdiverting stomaを造設せず安全に施行可能となった。一方で、腫瘍径や直腸間膜脂肪量、肛門狭窄などで反転困難な症例も多く適応に限界はあるが、1/4周でMPまでの下部直腸腫瘍症例であれば有用な手技である。

81 分節性動脈中膜融解症 (Segmental arterial mediolysis, SAM) による腹腔内出血の一例

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 放射線科、⁴静岡赤十字病院 病理科
○横山 翔平¹、乾 航¹、杉山 智洋¹、魚谷 貴洋¹、熱田 幸司²、
小林 成司³、笹原 正男⁴、田代 和弘⁴

【症例】68歳 女性【主訴】腹痛【既往歴】高血圧症、高脂血症【内服薬】シルニジピン10mg 1T1x、ロスバスタチン2.5mg 1T1x、エルデカルシトール0.5μg 1T1x【現病歴】X年9月29日、数日前から続く腹痛・背部痛の増悪のため、当院へ救急搬送された。単純および造影腹部CT検査にて腹腔内血腫が指摘された。活動性の出血はないため、保存的加療目的で当科に入院となった。【経過】入院後、貧血の進行や血腫の増大はみられなかった。X年10月7日、特に誘因なく右側腹部痛と血圧低下を認めたため各種検査を施行したところ、血液検査で貧血の進行、腹部ダイナミックCT検査で造影効果をとまなう血腫の増大と右結腸動脈および中結腸動脈に狭窄・拡張を認めた。以上の結果から分節性動脈中膜融解症 (Segmental arterial mediolysis, SAM) による腹腔内出血が疑われた。輸血に反応せず貧血が進行し続けたため、同日当院消化器外科にて右半結腸切除術を施行した。病理学的に右結腸動脈および中結腸動脈に中膜融解を伴う破綻性出血を認めたため、SAMの確定診断となった。【考察】SAMは何らかの理由により腹部内臓動脈の中膜平滑筋が変性・融解し、内膜に血管解離を生じることによって動脈瘤を形成する稀な疾患である。形成された動脈瘤は、外膜が破綻することで時に致命的な腹腔内出血を呈することもある。さらに脳血管病変や別の腹腔内動脈の病変が異時性多発性に発生することも報告されており、治療後も慎重な経過観察が必要となる。確定診断は病理診断によって行われるが、臨床診断としては、年齢や基礎疾患の有無、発症様式、血管造影の所見を評価する。本症例は急性腹痛にて来院し、活動性の腹腔内出血を認めたため緊急手術を施行したが、臨床診断と病理学的特徴を満たしておりSAM確定診断となった。なお、術中所見としては切除部位以外に明らかな病変は認められなかった。以上の内容を文献的な考察も追加して報告する。

83 急性出血性直腸潰瘍の予後因子に関する検討

済生会松阪総合病院 内科

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

【目的】急性出血性直腸潰瘍 (AHRU) は基礎疾患を有する高齢者によく重篤な病態に陥ることもある。AHRUの予後因子について後方視的に検討した。【対象および方法】2014年4月より2021年2月までに当院でAHRUと診断された22例、平均年齢75歳、男性8例、女性14例である。死亡群、生存群に分類し、ADL、基礎疾患、抗血栓薬、血清アルブミン値、総リンパ球数、総コレステロール値、Prognostic nutrition index (PNI)、Psoas muscle mass index (PMI)、内視鏡所見、ショック、輸血に関して比較検討した。【結果】死亡群は5例、男性3例、女性2例、平均年齢80.2歳、生存群は17例、男性5例、女性12例、平均年齢73.5歳であった。死亡群/生存群の比較ではADL (PS≥3:PS≤2) 5.0/11.6 (P<0.36)、基礎疾患 (1疾患:2疾患以上) 1.4/10.7 (P=0.013)、抗血栓剤 (有:無) 2.3/7.10 (P=0.96)、アルブミン値 2.6/3.0 (P=0.19)、総リンパ球数 880/1297 (P=0.14)、総コレステロール値 122/159 (P=0.08)、PNI 30.2/36.5 (P<0.05)、PMI 2.2±0.9/3.2±1.1 (P=0.17)、潰瘍形態 (不整形:類線形) 5.0/13.4 (P=0.23)、潰瘍個数 (単発:多発) 0.5/4.13 (P=0.23)、露出血管 (有:無) 4.1/8.9 (P=0.19)、止血処置 (有:無) 4.1/9.8 (P=0.28)、ショック (有:無) 5.0/3.14 (P<0.05)、輸血 (有:無) 5.0/3.14 (P<0.05)、再出血 (有:無) 4.5/1.12 (P=0.13)、再出血までの日数は6.7±3.5日であった。死亡群において消化管出血死はなく、基礎疾患の増悪による死亡であった。死亡群の内視鏡像は全例が不整形で多発しており、発症時はショック状態を輸血を要した。再出血は約1週間で発症し、その約半数の症例は死亡し、再々出血例は全例が死亡した。【結論】AHRUはサルコペニア、低栄養の症例に発症し、死亡例では繰り返す出血が基礎疾患の増悪に関与すると考えられた。

82 中結腸動脈瘤破裂による腹腔内出血の一例

春日井市民病院 消化器内科

○水野 智之、平田 慶和、竹市 絵里花、山本 涼、原田 貴仁、
河村 逸外、相羽 礼佳、田中 翔、小林 由花、山本 友輝、
安達 明央、池内 寛和、林 則之、高田 博樹、祖父江 聡

【症例】45歳男性。【主訴】嘔吐、下痢【既往歴】糖尿病、右足壊疽。糖尿病網膜症、硝子体出血【経過】3日間持続する嘔吐、下痢を主訴に当院外来を受診。来院時、腹部に圧痛は認めずBP:164/77mmHg HR:89回/分とバイタルサインにも異常を認めなかった。血液検査ではWBC13,400/μ、Hb4.3g/dL、CRP8.72mg/dLと高度な貧血と炎症反応の上昇を認めた。造影CT検査では全身皮下組織の浮腫と多量の腹水を認めたが貧血の原因は指摘できず、精査加療目的で入院となった。腹水穿刺を行ったところ血清腹水が採取され腹水中Alb:1.8g/dL、白血球数:7,961/μ(好中粒:70%)、CEA:1.7ng/mL、CA19-9:316.3U/mLであった。血中CEA:2.4ng/mL、CA19-9:109.1U/mLであり、癌性腹膜炎を念頭に、上下部消化管内視鏡検査を行った。EGDでは異常を認めず、CSでは横行結腸に縦走傾向の潰瘍病変を認めたが、貧血の原因や悪性疾患は指摘出来なかった。そこで腹腔内出血による貧血の可能性を考えCT-angiographyを施行したところ上腸間膜動脈から分枝する中結腸動脈瘤ならびに後腹膜血腫を認め中結腸動脈瘤破裂による腹腔内出血、貧血と診断した。腹部血管造影を行い、中結腸動脈に径6mm大の動脈瘤を認めたため、動脈瘤の流入及び流出動脈にコイル塞栓を施行し動脈瘤への血流の消失を確認し終了した。術後経過は良好で第20病日に退院となった。【考察】腹部内臓動脈瘤は比較的良好な疾患であり、その中でも結腸動脈瘤の頻度は低い。破裂の原因として分節性動脈中膜融解症が疑われる他の原因としては感染、血管炎、線維筋性異形成、外傷性、先天性も考えられるが、今回の症例では病理検査を行っていないため確定診断には至っていない。出血源を同定できない貧血患者において、血清腹水を有する場合は腹部内臓動脈瘤による腹腔内出血も鑑別疾患の一つとして考慮する必要があると思われる。【結論】今回腹腔内出血による貧血を契機に発見された中結腸動脈瘤の1例を経験した。

84 繰り返す腸閉塞のため外科的切除を施行した特発性腸間膜静脈硬化症の1例

社会医療法人財団新和会 八千代病院 消化器内科

○近藤 重明、白井 修、森島 大雅、宮地 達郎、中田 真登

【症例】78歳、女性。【主訴】腹痛、嘔吐。【既往歴】虫垂炎、卵巣嚢腫、子宮筋腫、胆嚢結石について手術歴あり。【現病歴】眩暈に対し当院脳外科にて加味帰脾湯を10年以上服用中。3年前より腹痛、嘔吐を認め当院外科にて癒着性イレウスとして数回に渡り保存的治療を行った。腹部単純CTでは上行結腸から横行結腸の通過障害に加え、上腸間膜静脈に一致する複数の点状石灰化と同領域の全周性腸管壁肥厚を認めた。大腸内視鏡検査では上行結腸から横行結腸にかけて浮腫状で青銅色の粘膜を認め、肝彎曲では壁伸展不良で可動性に乏しく、粘膜は易出血性であったがscopeの通過は可能であった。以上より特発性腸間膜静脈硬化症と診断し、生検病理でも同診断に矛盾なく、悪性所見も認めなかった。加味帰脾湯休薬にて経過観察としたが、その後も腸閉塞を繰り返すため2021年1月に腹腔鏡下拡大右半結腸切除術を施行した。病理組織学的には粘膜から漿膜下層の血管壁と間質に高度の線維化を認めた。腸管アミロイドーシスとの鑑別として施行したDFS染色は陰性であった。術後経過は良好で以後腸閉塞の再燃は認めていない。【考察】特発性腸間膜静脈硬化症は、山梔子を含む漢方薬の分解産物によって生じる腸間膜静脈の線維性肥厚、石灰化、それに伴う血流うっ滞が原因の一つで、腸管の慢性的な器質化による拡張障害と浮腫による進展不良が腸閉塞の原因とされている。自験例がある程度の管腔が保たれているにも関わらず腸閉塞を繰り返した要因は、右側大腸の広範囲に生じた拡張障害と浮腫に伴ううっ滞が通過障害に至ったと推測した。腸閉塞の併発は稀とされるが、自験例の如く手術に至った症例も散見される。原因薬剤の休薬で改善しない場合は外科的切除が有効であるが、本疾患を熟知しておればCT、XPにおける特徴的な所見により診断は容易であり、原因薬剤の長期内服者に対して定期検査で早期診断することが重要であると考えられた。

85 直腸に嵌頓していたバッグロージャー (bread bag clip) の症例報告及び文献レビュー

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○美濃輪 大介、荒尾 真道、三田 直樹、森 建二、谷口 裕紀、宇野女 慎二、林 完成、高田 淳、久保田 全哉、井深 貴士、清水 雅仁

バッグロージャー (bread bag clip) とは食パンの袋についているプラスチックの口留めをいい、アメリカ合衆国で発明された製品である。今回、bread bag clipが大腸で嵌頓した1例を経験したので報告する。症例は86歳、女性。毎朝パンを食べる事を日課としており、視力低下を認めていたが、特に認知機能も低下しておらず、高血圧で近医通院されていた。数日間血便を認め、かかりつけ医を受診され、下部消化管内視鏡検査で直腸に嵌頓したコの字型の白色調の異物を認めた。内視鏡的に除去を試みられたが除去できず、当院に紹介受診となった。腹部単純CTでは明らかな腸管穿孔を示唆する所見はなく、異物も指摘できなかったが、直腸部に壁肥厚を認めた。内視鏡検査を施行すると、Rsにbread bag clipが嵌り込み、嵌頓部及びbread bag clipと接触していた嵌頓部対側の粘膜のびらんや浮腫を認めた。鉗子を用いて軽度の損傷のみで除去に成功した。今回文献レビューを行ったところ、消化管異物として40例の報告を確認した。症状は嘔気や穿孔による腹痛や発熱、大腸壁損傷による消化管出血(吐血)などであった。CTで異物を認めず、内視鏡や外科的に診断される報告も認めた。Bread bag clipが確認された部位は咽頭1例、食道1例、小腸32例、大腸5例であった。大腸での報告例では、2例で内視鏡的摘除を試みたが失敗、1例が内視鏡的摘除を試み穿孔、1例が腹腔内膿瘍を形成、1例が診断時に穿孔しており、いずれも外科的治療が行われていた。

87 C型慢性肝炎関連クリオグロブリン血症性血管炎の1例

岡崎市民病院 消化器内科

○水野 史崇、藤田 孝義、細野 幸太、堤 克彦、大塚 利彦、山田 弘志、飯塚 昭男、森井 正哉

【緒言】C型慢性肝炎にクリオグロブリン血症性血管炎CVが併発することがある。CVは小型血管炎に分類され、主な症状は紫斑、関節痛、神経障害である。今回我々はCVの病勢増悪に伴い消化管病変の増悪を認めた症例を経験したので報告する。【症例】50歳代、女性【主訴】関節痛、筋肉痛、発熱、下痢【現病歴】30歳頃にHCV抗体陽性を指摘、かかりつけ医からウルソを処方されていた。受診約2か月前から両足の関節痛、筋肉痛と下痢が生じた。約1か月前から発熱と倦怠感、食欲不振が生じ、体重減少も認めたため当院総合診療科に紹介となった。【経過】初診時の身体所見は体温38.2℃、腹部に軽度の圧痛を認めるほかは著見なし。関節痛のため歩行が困難であった。造影CTで小腸の浮腫像を認め、炎症性腸疾患の疑いで当科に紹介となった。大腸内視鏡を施行したが終末回腸～全大腸に散在する小びらんを認めたのみであった。2週間後の再診時、四肢のしびれの訴えがあり、全身の浮腫と下肢の網状皮斑を認めた。尿蛋白定性が3+であったため腎臓内科にコンサルトしたところ血管炎疑いで翌日入院となった。入院時に強い腹痛と血便がありCTで腸管の浮腫状壁肥厚像の悪化を認めたため、CSを前処置なしで再施行した。観察範囲で血管透視像は消失し、多発びらんは増悪していた。生検にてフィブリノイド変性を伴う血管炎の所見を認め、入院時血清クリオグロブリンが陽性であることからCVと診断した。第4病日にリツキサンRTXとPSL0.8mg/kgを開始した。第8病日にスクリーニングのCOVID-19抗原が陽性となり、第14病日に肺炎を発症したためmPSLパルス療法などを行い肺炎は軽快した。また尿蛋白も減少したため第43病日に退院となった。外来でDAAを開始し6週後にHCVRNAは陰性化した。現在、外来でRTXを継続している。【考察】C型慢性肝炎に関連したCVの治療方針はHCVの駆除とB細胞活性化抑制を目的としたRTXである。SVR達成後も約半数の症例でCV症状が持続することが報告されており注意深い経過観察が必要である。

86 健常高齢者にサイトメガロウイルス腸炎を発症した2例

愛知医療センター日本赤十字社名古屋第二病院 消化器内科

○加藤 大介、林 克己、山田 智則、宮部 勝之、賀江 浩、日下部 篤宣、斎藤 彰敏、熱田 直己、神田 武生、岡山 幸平、宮城島 俊、隈井 大介、黒柳 恵太、有賀 亮太

サイトメガロウイルス (CMV) 腸炎は集中治療管理下でステロイド、免疫抑制薬、抗癌剤使用中などの免疫抑制を背景に発症することが多い。今回、当院にて健常高齢者に発症したCMV腸炎を2例経験したため報告する。症例1は88歳女性。一週間前より左下腹部痛が出現し前医で抗生剤を投与されたが改善なく、血便も出現したため当院紹介となった。免疫抑制を来す既往や治療はない。来院時左下腹部に限局した圧痛があり、採血では炎症反応高値を認め、CTでは下行結腸～直腸まで腸管壁が連続性に肥厚していた。便中Clostridium Difficile毒素(CD-TOX)は陰性だった。保存的治療を開始したが改善認めず、第3病日に行ったS状結腸内視鏡検査では、S状結腸から直腸にかけて多発の深掘れ潰瘍を認めた。CMV腸炎を強く疑いガンシクロビル (GCV)を開始した。組織生検では核内封入体を認め、抗原検査 (C7-HRP) も陽性だった。GCVを18日間投与し、第23病日に転院となった。症例2は73歳女性。一週間前より下腹部痛と下痢が出現し近医で抗生剤を投与されたが改善なく当院紹介。免疫抑制を来す既往や治療はなく、来院時腹痛は消失していたが、採血検査では炎症反応高値を認め、CTでは上行～S状結腸まで腸管壁が連続性に肥厚しており、結腸周囲リンパ節腫脹を認めた。保存的治療を開始したが改善認めず、CD-TOXは陰性だった。第11病日に行ったS状結腸内視鏡検査では、S状結腸に多発の深掘れ潰瘍を認めた。CMV腸炎を強く疑ったが、組織生検ではCMVに特徴的な所見を認めず、C7-HRPも陰性だった。第14病日よりGCVを15日間投与し、第34病日に退院となった。CMV腸炎は、免疫抑制を背景に持たない健常高齢者における発症は稀であるが、難治性腸炎の鑑別として念頭に置く必要がある。また、CMV腸炎の診断において組織生検や抗原検査の感度は低く診断に難渋する場合、内視鏡検査における多発の深掘れ潰瘍所見は診断に有用と考えられた。

88 若年男性に発症した梅毒性直腸炎の1例

春日井市民病院 消化器内科

○相羽 礼佳、平田 慶和、竹村 絵里花、山本 涼、河村 遼外、原田 貴仁、田中 夢、小川 由花、山本 友輝、安達 明央、池内 寛和、林 則之、高田 博樹、祖父江 聡

【症例】28歳、男性。【主訴】下血。【既往歴】なし。【家族歴】特記事項なし。【経過】X年3月、下血と肛門痛が出現し、徐々に症状が増悪したため近医を受診、精査目的に当院へ紹介された。受診時には1日に20～30回の下血があった。直腸診では少量の鮮血が付着、採血検査ではCRP 2.28 mg/dL、白血球数 11200 /μLと炎症反応の軽度上昇を認めたが、Hbは16.3 g/dLと低下はなかった。造影CTでは、直腸壁は全周性に肥厚しており周囲に多数のリンパ節腫大を認めた。直腸腫瘍を疑い大腸内視鏡検査を施行すると、肛門縁から直腸Rbにかけて全周性に周囲に強い浮腫状変化を伴う、汚い白苔の付着した不整形の潰瘍が多発していた。直腸以外に粘膜変化は認めなかった。アメーバ腸炎を疑ったが、組織検査や便培養検査からはアメーバの同定に至らなかった。外来での経過観察中にAST 2129 U/L、ALT 5405 U/L、PT 36 %と高度肝機能障害を認めたため、入院スクリーニング目的に感染症検査を行うと、梅毒STS法、TP抗原法でいずれも陽性を示し、定量検査でも前者が117.3倍、後者が39.0倍と高値であったため梅毒の現行感染が判明した。入院後、生活歴を再聴取したところ梅毒性直腸炎の可能性が疑われた。治療はI期梅毒の治療に準じ、第6病日よりアモキシシリン水和物 1000 mg/分の内服を開始した。しかし、内服後より全身に発疹がみられたためミノマイシン 200 mg/分2に変更した。内服開始後、下血や肛門痛は改善傾向となり、第18病日に大腸内視鏡検査を再検すると、潰瘍は治癒し一部癒着化していた。第19病日に退院となり、治療開始から約3週間後には症状は完全に消失した。【結語】梅毒性直腸炎という報告の少ない貴重な症例を経験した。

89 腸重積を認めた S 状結腸脂肪腫に対し腹腔鏡下手術を施行した一例

¹藤田医科大学 総合消化器外科学、
²藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学
 ○木村 大輝¹、廣 純一郎¹、花井 恒一²、升森 宏次¹、
 小出 欣和¹、田島 陽介¹、神谷 忠宏¹、小林 陽介¹、鄭 榮哲¹、
 稲熊 岳¹、須田 康一¹

【はじめに】成人腸重積症は80%以上が器質的疾患を認め大腸では癌が最も多い。大腸脂肪腫は右側結腸に発生頻度が高く、腫瘍径が4cm以上になると腸重積の発生頻度が増加し、上行、下行結腸で多いことが報告されている。今回、腸重積症を認めたS状結腸脂肪腫に対し腹腔鏡下手術を施行した1例を経験した。文献的考察を加え報告する。【症例】71歳女性。突発性の左下腹部痛を主訴に来院。左下腹部に圧痛は認めなかった。S状結腸腫瘍による腸重積と診断し精査治療目的に緊急入院となった。下部消化管内視鏡検査では、上部直腸に粘膜下腫瘍様病変として認め、Cushion signは陰性で、生検病理組織検査ではGroup1であった。注腸検査では上部直腸にカニ爪様陰影欠損を認め、腸重積の整復は不可能であった。S状結腸粘膜下腫瘍（脂肪腫疑）による腸重積と診断。保存的治療にて炎症反応の改善と腹痛軽減後、待機手術にて切除術を施行した。術中所見では、腸重積は解除されており、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した。摘出標本は、腫瘍は5.5cm×5.5cm×4.0cmの有茎性棍棒様の粘膜面にびらんを伴う粘膜下腫瘍様病変であった。病理組織学的検査所見では脂肪腫の診断であった。悪性所見は認めなかった。術後10日目に退院となり、外来通院中である。【結語】大腸脂肪腫は、2.5cm以上のものや臨床症状を伴う場合、外科的切除の適応となるが10～24.5%に大腸癌を合併するため、癌に準じた術式の選択を考慮する必要があると考えられた。

91 EUSガイド下経直腸的ドレナージ術により軽快した骨盤内膿瘍の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 消化器内科
 ○土井 拓矢、清水 典久、大西 浩史、鈴木 恵里奈、
 飛鳥井 香紀、神野 成臣、高口 裕規、井上 裕介、長谷川 泉

【症例】87歳、女性【主訴】腹痛、嘔吐【既往歴】慢性心不全、認知症【現病歴】腹痛及び嘔吐を主訴に当院へ救急搬送となった。腹部造影CT検査で直腸からS状結腸にかけて壁肥厚を認め、直腸癌が疑われた。一部で十二指腸との境界が不明瞭であり、周囲にはairや膿瘍形成を疑う所見がみられた。直腸癌穿孔、膿瘍形成、十二指腸浸潤疑いで緊急手術が行われ、胃空腸バイパス術及び人工肛門造設術が施行された。膿瘍に対しては経皮的なドレージ留置などによる保存的加療により軽快していたものの、第50病日頃より食思不振が出現し、腹部単純CT検査を行ったところ骨盤内膿瘍の再燃を認めた。直腸癌の周囲浸潤が強く、根治的切除が困難であった点などから、外科との協議の上内視鏡的なドレナージによる治療を行う方針となった。【臨床経過】膿瘍は直腸に隣接しており、腫瘍肛門側からEUSで膿瘍を確認しえたため、EUS下経直腸的膿瘍ドレナージ術を施行した。速やかに炎症反応は改善した。ドレナージ術後8日目に腹部CT検査を行い、膿瘍の縮小を確認できた。【考察】骨盤内膿瘍に対するEUS下経直腸的膿瘍ドレナージ術を行った。比較的侵襲が少なく安全に施行することができ、骨盤内膿瘍に対して有効な治療選択肢になりうると考えられたため報告する。

90 内視鏡的に整復可能であった盲腸腫瘍による成人腸重積の一例

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

【はじめに】小児の腸重積は特異性がほとんどであるが、成人の腸重積は器質的疾患、特に癌が原因であることが多い。急性発症で重篤な場合は術前診断が正確に行われないままに緊急手術になることも少なくない。今回我々は、盲腸腫瘍が横行結腸の脾彎曲部まで重積していたが、内視鏡的整復術に成功し待機的手術を施行した症例を経験し報告する。【症例】60歳代、男性。以前より腹痛があったが、自然軽快しており精査されていなかった。来院数日前より腹痛あり前医より紹介受診した。単純CTを施行すると横行結腸に腸重積を疑う所見を認め、造影CTでは盲腸が脾彎曲部まで重積し、重積先進部には造影効果のある腫瘍影を認めた。明らかな腸閉塞や腸管虚血の所見は指摘できなかった。盲腸腫瘍による腸重積と判断し、外科医と相談し内視鏡的整復術を試みる方針とした。透視下にて下部消化管内視鏡検査を施行すると脾彎曲部に内腔を占拠する隆起性病変を認め、周囲粘膜は浮腫状であったが明らかな虚血性変化は認めず、送気、送水、体位変換、用手圧迫などを組み合わせて正常位置への整復に成功した。待機的に腹腔鏡下回盲部切除術を施行し、術後経過は良好で術後14日目に退院となった。腫瘍は約30mm大の亜有茎性病変で粘膜内癌であった。【考察】成人腸重積症はまれな疾患であり、腸重積全体の5%程度と言われている。その原因の50～80%が悪性腫瘍であり、S状結腸と盲腸に好発し、外科的切除が選択されることが多い。内視鏡的整復術は手技に伴う穿孔などのリスクはあるが、待機的外科手術を行う際に元の正常解剖の状態で行える、術前に器質的疾患の有無が判断できる、腸重積による腸管浮腫の軽減が可能ななどのメリットがある。比較的全身状態が安定しており、腸管虚血などの所見に乏しい状態で、かつ緊急手術に対応できる状況下であれば最初に診断的治療として内視鏡的整復術を検討しても良いと考えられる。

92 ESD 後癒痕に発生した大腸神経内分泌腫瘍の一例

愛知県農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科
 ○牧野 成彦、竹内 真実子、加藤 彩、竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、
 山中 裕貴、尾崎 玄、鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、
 石原 誠

【症例】85歳、男性。【主訴】経口摂取不良。【現病歴】2020年7月に上行結腸の顆粒型側方発育型腫瘍（以下、LST-G）に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（以下ESD）を施行した。同病変の病理組織所見では、中等度異型を示す管状絨毛腺腫の増殖像を認めた。明らかな悪性所見は認めず、断端も陰性であったため以後外来でフォローを継続した。2021年3月に食思不振が出現、症状改善ないため同年4月に当院を受診、精査加療のため入院となった。【血液検査】AST 172 U/L、ALT 162 U/L、LDH 421 U/L、ALP 652 U/L、γGTP 2161 U/L、と肝胆道系酵素上昇を認めた。血清Ca値は16.3mg/dLと著明な上昇を認め、同時にPTHrP 12.8 pmol/Lと高値を認めた。【腹部造影CT検査】上行結腸に造影効果を認める壁肥厚所見および腸管傍リンパ節の腫大を認めた。肝両葉に斑状・腫瘍様の造影不良域を複数認めた。【下部消化管内視鏡検査】ESD後癒痕に一致して粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認め、内腔は全周性に狭窄していた。同部位より生検を施行した。【病理組織所見】粘膜固有層内間質及び粘膜下層に濃染腫大核を有するN/C比の高い異型細胞が高密度に充実性増殖し、小胞巣を形成して浸潤性増殖する像を認めた。免疫組織検査ではCD117(+)/c-kit(-)、CD20/L26(-)、CD3(-)、CD56/NCAM(+)、CDX2(+)、ChromograninA(-)、CK(OSCAR)(+)、CK7(-)、CK20(-)、PAX8(-)、synaptophysin(±, focal)を示した。多数の核分裂像やアポトーシス像が認められ、neuroendocrine carcinomaと診断した。【経過】入院後、肝右葉の腫瘍性病変より生検を施行した。肝腫瘍組織の病理組織像でもneuroendocrine carcinomaを認め、上行結腸神経内分泌腫瘍の多発肝転移と診断した。高齢、全身状態不良のため化学療法施行も困難な状態でありBSC方針となった。高Ca血症はneuroendocrine carcinomaによる腫瘍随伴体液性高Ca血症が疑われ、補液と利尿薬投与による治療を行い改善を認めたが、全身状態悪化が進行し、2021年5月に死亡した。【結語】ESD後癒痕に発生した大腸神経内分泌腫瘍の稀な一例を経験したので若干の文献的考察を含め報告する。

93 髄膜癌腫症をきたした直腸癌の一例

岐阜県立多治見病院

○大岩 拓夫、濱田 裕輔、丹羽 佑介、山田 直晃、貴井 嵩之、
浦壁 憲司、石原 亮、鈴木 健人、荻村 彬久、鈴木 雄太、
羽根田 賢一、塚本 宏延、水島 隆史、奥村 文浩

【症例】74歳、男性【既往歴】高血圧【現病歴】X-2年1月、便秘と血便を主訴として近医を受診したところ、直腸に全周性の3型腫瘍を認め、当院に紹介となった。直腸癌、por、cT3N2M1（大動脈周囲リンパ節）、cStageIVと診断した。通過障害に対して人工肛門造設術を行った。X-2年2月からmFOLFOX+BEV療法を導入した。原発巣・大動脈周囲リンパ節転移は縮小し、X-2年6月に原発切除を行った。手術検体の病理は中分化腺癌と一部低分化腺癌であった。術前の進行度を考慮し、FOLFOX+BEVを継続する方針とした。再発なく経過していたが、X-1年2月に以前とは別部位のリンパ節腫大を認めたため、FOLFIRI+BEVへ変更した。SDで経過した後にX-1年10月にリンパ節増大でPDとなり、X-1年11月にFTD/TPIを導入した。X年1月にリンパ節増大でPDとなり、同月にレゴフェニブへ変更した。その後もリンパ節は増大傾向で、骨転移や両側副腎転移も出現した。X年9月に頸椎/胸椎転移巣に対して放射線治療を行った。その頃から徐々に倦怠感、食欲不振、頭痛が出現した。X年10月12日、朝から全身の脱力が出現した。その後も脱力、体動困難が継続し、同月救急搬送となった。来院時、JCSI-1で、軽度の頸部痛を認め、39.4℃の発熱とCRP 16.7mg/dLと炎症反応上昇を認めた。頭部CTでは明らかな異常を認めなかった。胸腹部CTでは転移巣の増大以外に新規所見を認めなかった。10月14日、意識状態はI-3へ軽度低下した。10月15日昏睡状態、心肺停止状態となり、死亡した。【病理解剖所見】肺・骨・副腎、脾臓、小腸、大動脈周囲リンパ節に転移を認めた。病理解剖時の腫瘍はほとんどが低分化腺癌であった。髄液から腫瘍細胞を検出し、右前頭葉、左前頭回、橋への浸潤を認めた。【考察】髄膜癌腫症からの脳浸潤によって意識障害を来した死に至った可能性が考えられた。大腸癌の髄膜癌腫症は稀とされており報告例も多くないが、大腸癌の経過の中で意識障害や神経症状などを来した際にはこの病態を念頭におくことが重要と考えられた。

95 無症状で発見された虫垂癌の一例

¹順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科、
²順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科

○粟津 崇仁¹、村田 礼人¹、大森 将史¹、北 祐次¹、佐藤 祥¹、
谷口 源太郎¹、佐藤 俊輔¹、嶋田 裕慈¹、永原 章仁²、
玄田 拓哉¹

症例は70歳男性。人間ドックで施行した腹部単純CT検査で前年度の検査と比較して虫垂腫大を認めたため、消化器内科を受診した。血液生化学検査では異常を認めず、腫瘍マーカーはCEA 4.1ng/ml、CA19-9 17U/Lと正常範囲内であった。腹部単純CT検査では虫垂腫大と所属リンパ節の軽度腫大のみで、明らかな腫瘍形成はみられなかった。下部消化管内視鏡検査では虫垂の深部から開口部に向かってSMT様の隆起がみられ、拡大観察で内部に絨毛様構造を認めた。同部位から生検を行ったところ、粘膜固有層内に印環細胞癌を含む低分化腺癌を認め、虫垂癌と診断した。術前の造影CT検査では、腫大した虫垂の内腔に造影効果を認め、明らかな腸管外への浸潤や播種を示唆する所見や他臓器転移は認めず、虫垂癌 cStage3aと診断した。治療として腹腔鏡下回盲部切除術を施行したところ、術中所見では腫大した虫垂のほか、明らかな腹膜播種は認めなかった。切除標本肉眼所見では漿膜側に播種結節を認め、病理組織所見では印環細胞癌を含む低分化腺癌に一部杯細胞癌の成分を伴っていた。したがって、虫垂癌 pStage4の診断となり、化学療法を行う方針となった。虫垂癌は全腸管悪性腫瘍の0.5%以下の頻度と非常に稀な疾患である。解剖学的に虫垂は固有筋層が薄く、癌細胞が漿膜まで容易に浸潤するとされており、25.3%で腹膜播種を伴うと報告されている。術前診断が困難とされており、虫垂炎様症状で発症し、切除検体で虫垂癌と診断されることが多い。また、進行しても消化管の通過障害を来しにくいため、発見時にはすでに進行した状態のことが多い。腹部単純CT検査での虫垂腫大を契機に内視鏡検査で虫垂癌と診断できたにもかかわらず、虫垂癌 pStage4であった一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

94 紅皮症を契機に診断に至った直腸癌の一例

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

○玉腰 文博、稲掛 優介、近藤 大也、平岩 厚佑、豊島 創、
松井 健一、竹内 敦史、森田 清、高士 ひとみ、都築 智之

紅皮症を契機に診断に至った直腸癌の一例【症例】71歳、男性。【主訴】皮疹。【現病歴】3週前から四肢や体幹に皮疹が出現し、増大傾向であったため、当院皮膚科に紹介受診となった。初診時、体幹部と四肢に紅斑を認め、抗ヒスタミン薬や副腎皮質ステロイド外用剤が処方となった。皮膚生検病理では、真皮に血管周囲性のリンパ球及び好酸球の浸潤を認め、紅皮症の診断となった。当科には皮膚科初診と同日に内臓腫瘍検索の目的で紹介となった。血液検査で、Hb11.3g/dl、CEA34.6ng/mlと貧血と腫瘍マーカー上昇を認めた。大腸内視鏡検査では、直腸Raに全周性狭窄を伴う2型腫瘍を認めた。生検病理は、adenocarcinomaであった。CTでは、直腸Ra部に全周性壁肥厚を認め、直腸傍リンパ節や上直腸動静脈周囲リンパ節は腫大しており、肺野には多発結節を認めた。直腸癌 cT4a (SE) N2bM1a、cStageIvaと診断した。直腸癌に対しては、化学療法 (FOLFOX+Bevacizumab) とした。紅皮症については、上記投薬にて消退傾向を認めた。【考察】紅皮症は全身皮膚のびまん性潮紅と落屑を主徴とする症候である。一部は悪性腫瘍に随伴して発症することが知られており、一般には造血系腫瘍との関連が多いとされる。病態は明らかではないが、消化器領域でも過去の文献において、胃癌、大腸癌、食道癌、肝臓癌、胆管癌、肺癌と合併したとの報告がある。日常診療において、紅皮症を認めた際に消化管を含めた悪性腫瘍の検索をすることは肝要と思われた。

協賛企業一覧（順不同）

寄 附

公益信託 第24回日本医学会総会記念医学振興基金

共催セミナー

ビオフェルミン製薬株式会社

大正製薬株式会社

小野薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

アストラゼネカ株式会社

中外製薬株式会社

株式会社ツムラ

ヴァイアトリス製薬株式会社