

- 第57回 日本消化器病学会甲信越支部例会
第79回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
合同支部例会
第34回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会
第9回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー

抄 録 集

会期：平成27年11月21日（土）～11月22日（日）

会場：信州大学医学部附属病院

長野県松本市旭3-1-1

TEL：0263-35-4600

会長：長谷部 修

（長野市民病院副院長・消化器内科部長）

ご 挨拶

第 57 回日本消化器病学会甲信越支部例会、第 34 回同教育講演会、第 9 回同専門医セミナー、第 79 回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会の合同開催を拝命いたしました。甲信越地方会は私を育ててくれた一番感謝すべき学会であり、一番大切にしてきた学会でもあります。大変光栄に存じ上げますとともに、会長の責務に身の引き締まる思いです。

今回は、消化器病学会 51 題（うち研修医・専修医 32 題）、消化器内視鏡学会 21 題（うち研修医・専修医プレナリー 9 題）、計 72 題の演題をいただくことができました。日々の診療でお忙しい中、ご協力いただきました評議員ならびに会員の先生方に深謝申し上げます。

甲信越地方会は消化器疾患を幅広く学ぶことが重要であり、一列開催も検討しましたが、演題数・討論時間の関係から例年通り 2 会場同時進行とさせていただきました。第 1 日午前中は研修医・専修医による発表、第 1 日午後は一般会員による消化器病学会発表、第 2 日午前は一般会員による消化器内視鏡学会発表に分けました。抄録を拝見する限り、稀な症例、示唆に富む症例、施設内でのまとめ、新しい試みや臨床試験もみられます。教育講演会ならびにランチョンセミナーは私が自信を持って推薦できる現在活躍中の 4 名の先生にお願いしました。有意義なご講演になると確信しております。

医師としての診療・研究はひとりの患者さんを診ること、そして症例報告をすることから始まります。症例報告から得られた知見が一般演題や主題をつくるヒントになります。時に症例報告から新しい疾患や新しい疾患概念がつくられることも稀ではありません。他人から聞いた知識も重要ですが、自分で経験した症例、自分で発表した経験こそがいつまでも記憶に残ります。私も長野市民病院へ赴任して 20 年間、本会で発表することをノルマに勤務してまいりました。地方会で発表し続けてきたこと、それは今の私につながっただけでなく、今の私の誇りでもあります。

もうひとつ、年々外科の先生からの発表が少なくなっているのが残念に思います。患者さんにとって治療に直結する診断や検査をすることはとても重要です。内科医にとって外科の先生からご教示いただく情報には多大なものがあります。当日は内科、外科、双方の先生方から活発なご意見をいただき、幅広い情報を共有できることを期待しております。

最後になりますが、本会の開催・運営にあたり信州大学消化器内科田中榮司教授ならびに教室員の先生方に大変お世話になりました。この場をかりて改めて御礼申し上げます。

市中病院による運営のため至らぬ点が多々あるかと存じますが、まずは本会の伝統を絶やさず継承してまいりたいと思います。何卒よろしくお願い申し上げます。

2015 年 11 月

第 57 回 日本消化器病学会甲信越支部例会
第 79 回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
第 34 回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会
第 9 回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー
会長 長谷部 修
(長野市民病院 副院長・消化器内科部長)

交通アクセス



交通案内

バスでお越しの方

1. 松本バスターミナル（アリオ松本1階）1番線から「信大横田循環線」バスにて「信州大学前」下車
2. 「松本駅お城口」バス停から「北市内線」バスにて「信大病院南口」下車

お車でお越しの方

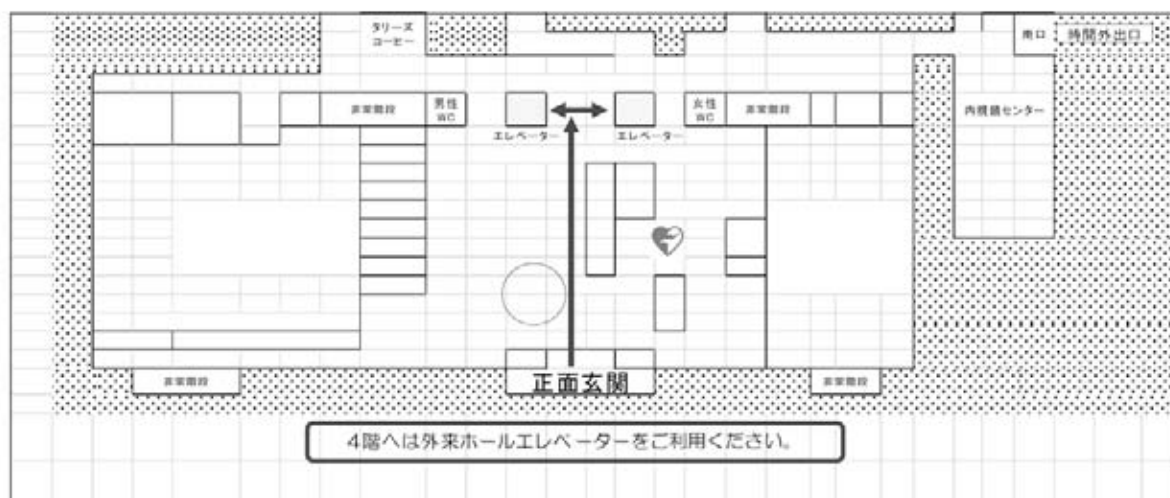
信州大学医学部附属病院駐車場をご利用ください。（利用料金：入庫後24時間以内200円）

会場案内図

外来棟 4 階 例会会場



外来棟 1 階



参加される先生方へのご案内

※学会当日は、抄録集をご持参ください

支部例会へ参加される先生方へのご案内

1. 当日会場整理費として 2,000 円を徴収させていただきます。また、日本消化器病学会教育講演会にご出席の方は、別に 1,000 円を徴収させていただきます。
2. 参加者には日本消化器病支部例会参加証、日本消化器内視鏡学会支部例会参加証、教育講演会参加証をお渡しします。また、「日本消化器病学会専門医更新単位登録票」に関しては、必要事項を記入の上受付に提出して、確認印を押印した登録票控えを受け取ってください。
3. 参加票は、所属・氏名をご記入の上、会場内では必ずご着用ください。
4. 発表に対して質問およびコメントのある場合には、あらかじめ会場に設置してあるマイクの前でお待ちください。
5. 原則として演者への謝辞は不要です。

座長の先生方へのご案内

1. 予定時間の 30 分前までに受け付けをお済ませください。
2. 進行を円滑にするために演題名などは省略し、実質的な討論に時間を配分できるようご配慮をお願いいたします。

演者の先生方へのご案内

1. 演題の発表時間は 5 分、討論時間は 3 分です。時間厳守でお願いします。
2. コンピュータによるプレゼンテーション（1 面）に限ります。
3. 発表の 30 分前までに、P C 受付にお寄り頂き、コンピュータまたはメディア（CD-R あるいは USB メモリー）の動作を確認してください（必ず最新のウイルスチェックソフトでスキャンを行ってください）。
4. 演者は前の演者の発表開始後に次演者席へお着き下さい。
5. 発表には、演題に関する利益相反状態の自己申告および開示が必要です。発表の際、COI 開示スライドを表題の次の 2 枚目にご提示ください。

発表データの作成、持ち込みについて

- ① 用意しておりますコンピュータの OS とアプリケーションは以下のとおりです。

OS : Windows XP, Vista, 2007, 2010

アプリケーション : Microsoft PowerPoint 2003, 2007, 2010

※ Macintosh 版 PowerPoint で作成した場合、Windows 版 PowerPoint でデータを開いたときに画像データが表示されないことがあります。必ず Windows 版 PowerPoint で試写をしたうえでデータをお持ちください。また、万が一に備え、Macintosh 本体のご持参をお願いします。

- ② フォントにおける不具合を避けるために、下記の OS 標準フォントをお使いください。

日本語：MS ゴシック、MS P ゴシック、MS 明朝、MS P 明朝

英語：Arial Arial Black、Century、CenturyGothic、Times New Roman

- ③ データを保存する際、ご使用の「PowerPoint」のバージョンをご確認ください。お持ちいただくメディアには、発表に使用するファイルのみ記録してください。万一のトラブルに備え、バックアップデータを記録したメディアをご用意ください。
- ④ 動画ファイルなどスライドにリンクするファイルは、1つのフォルダに入れてください。動画ファイルは Windows MediaPlayer にて再生可能なものに限りです。
- ⑤ 会場のスクリーンは「16：9」となっております。スライドの作成時に、ページ設定で「16：9」に設定していただきますとスクリーン全面に投影されます。なお、画面設定を「4：3」とした場合にはスライドの両サイドが黒く表示されますので予めご了承ください。
- ⑥ ご自身のコンピュータを持参される場合には、電源アダプターを忘れずにお持ちください。省電力設定はあらかじめ解除してください。外部出力端子は MiniD-sub15 ピンとなります。Macintosh などパソコン本体に MiniD-sub 15 ピン端子がない機種をお持ちになる場合には、変換アダプターを忘れずにお持ちください。

日本消化器病学会 評議員の先生方へ

支部奨励賞は、評議員会で選出いたします。投票用紙にご自分の施設以外から研修医1演題、専修医1演題を選んで、ご投票ください。

日本消化器内視鏡学会 優秀演題表彰式

卒後5年までの演者の先生にはプレナリーセッションでご発表いただき、この演題の中から優秀演題を選び、午前の最後に表彰をいたします。また、卒後6年目以降の先生方の演題からも優秀演題を選出し、次回の例会の際に表彰いたします。

合同評議員懇親会のご案内

日時：平成27年11月21日（土）18：30～

会場：信州大学医学部附属病院 外来棟5階「クロスカフェ」

〒390-8621 松本市旭3-1-1 Tel: 0263-37-3003

会費：評議員 5,000 円、一般会員 2,000 円

タイムスケジュール

11月21日(土)

第1会場		
セッション	演 題	座 長
8:55 9:00	内プレナリー 1	会長あいさつ 内 01-PL 内 02-PL 内 03-PL 内 04-PL 古川 浩一 (新潟市民病院)
9:32	内プレナリー 2	内 05-PL 内 06-PL 内 07-PL 内 08-PL 内 09-PL 中村 直 (安曇野赤十字病院)
10:12	食道・胃・小腸 1	消 01- 専 消 02- 専 消 03- 専 消 04- 研 消 05- 研 大高 雅彦 (山梨県厚生連健康管理センター)
10:52	大腸 1	消 06- 研 消 07- 専 消 08- 専 消 09- 専 消 10- 専 飯野 弥 (山梨大学)
11:40	内視鏡学会優秀演題表彰式	
12:00- 13:00	合同評議員会	
13:30	胃・十二指腸・ 大腸 2	消 33 消 34 消 35 消 36 消 37 菅 智明 (信州大学)
14:10	大腸 2	消 38 消 39 消 40 消 41 消 42 船越 和博 (県立がんセンター新潟病院)
15:00	教育講演会 1 田中 直樹 先生 (信州大学大学院代謝制御学 准教授) 座長: 田中 榮司 (信州大学医学部第二内科 教授)	
16:00	教育講演会 2 遠藤 格 先生 (横浜市立大学消化器・腫瘍外科学 主任教授) 座長: 宮川 眞一 (信州大学医学部第一外科 教授)	
17:00	教育講演会 3 貝瀬 満 先生 (虎の門病院消化器内科 部長) 座長: 赤松 泰次 (長野県立須坂病院内視鏡センター 副院長)	
18:30- 20:00	合同懇親会	

第2会場		
セッション	演 題	座 長
9:00	肝 1	消 11- 研 消 12- 研 消 13- 研 消 14- 研 消 15- 専 坂本 穂 (山梨大学)
9:40	肝 2	消 16- 専 消 17- 研 消 18- 研 消 19- 専 消 20- 研 消 21- 研 山際 訓 (新潟大学)
10:28	胆・膵 1	消 22- 専 消 23- 研 消 24- 専 消 25- 研 消 26- 研 佐藤 知巳 (長岡中央総合病院)
11:08	IVR・その他	消 27- 専 消 28- 研 消 29- 研 消 30- 専 消 31- 研 消 32- 研 和栗 暢生 (新潟市民病院)
12:15- 13:15	ランチョンセミナー 岡部 義信 先生 (久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 講師) 座長: 新倉 則和 (信州大学医学部附属病院内視鏡センター 准教授)	

13:30	肝 3	消 43 消 44 消 45 消 46 宮林 千春 (千曲中央病院)
14:02	胆・膵・その他 2	消 47 消 48 消 49 消 50 消 51 比佐 岳史 (佐久医療センター)

11月22日(日)

第1会場		
セッション	演 題	座 長
9:00	胃・十二指腸 3	内 10 内 11 内 12 内 13 佐藤 祐一 (新潟大学)
9:32	小腸・大腸 3	内 14 内 15 内 16 滋野 俊 (信州上田医療センター)
10:15	専門医セミナー 1 大腸	司会・症例呈示 原 悦雄 (長野市民病院) 討論者 1 平山 敦大 (信州大学) 討論者 2 横山 純二 (新潟大学) 討論者 3 岩本 史光 (山梨大学)
11:15	専門医セミナー 2 胆・膵	司会・症例呈示 越知 泰英 (長野市民病院) 討論者 1 児玉 亮 (篠ノ井総合病院) 討論者 2 有賀 諭生 (新潟県立中央病院) 討論者 3 高野 伸一 (山梨大学)
12:15	閉会あいさつ	

第2会場		
セッション	演 題	座 長
9:00	胆・膵 3	内 17 内 18 内 19 内 20 内 21 深澤 光晴 (山梨大学)

プログラム 1日目

11月21日(土) 午前の部

第1会場	内プレナリー 1 9:00~9:32		座長 古川 浩一 (新潟市民病院)
	内 01	丈の低いなだらかな隆起を呈していたが、広範囲に転移、浸潤をきたした食道粘表皮癌の一例	
	-PL	飯田市立病院 消化器内科 長井 友邦	
	内 02	特異的な内視鏡所見を呈した好酸球性胃腸症の一例	
	-PL	新潟大学 医歯学総合研究科 消化器内科学分野 中野 応央樹	
	内 03	EUS-FNA で診断できた十二指腸 GIST の一例	
	-PL	新潟大学医歯学総合病院 消化器内科 保坂 和徳	
	内 04	内視鏡的経鼻腭液細胞診が有用であった腭上皮内癌の1例	
	-PL	佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 山田 崇裕	
	内プレナリー 2 9:32~10:12		座長 中村 直 (安曇野赤十字病院)
	内 05	診断に苦慮したスプルー様腸疾患の一例	
	-PL	山梨大学 医学部附属病院 第一内科 林田 亮佑	
	内 06	小腸内視鏡検査で診断しえた Enteropathy associated T-cell lymphoma type II の一例	
	-PL	長野赤十字病院 消化器内科 久保田 大輔	
	内 07	終末回腸および直腸に病変を有したエルシニア腸炎の1例	
	-PL	山梨県立中央病院 消化器内科 河西 広志	
	内 08	診断時に colitic cancer が合併していた高齢者潰瘍性大腸炎の1例	
	-PL	長野市民病院 消化器内科 倉石 康弘	
	内 09	直腸粘膜下病変に対して ESD 後潰瘍からの生検で診断した直腸子宮内膜症の1例	
	-PL	安曇野赤十字病院 消化器内科 佐渡 めぐ美	
	食道・胃・小腸 1 10:12~10:52		座長 大高 雅彦 (山梨県厚生連健康管理センター)
	消 01	魚骨による食道穿孔に対し保存的治療で改善を得た一例	
	-専	新潟県厚生連 糸魚川総合病院 小林 才人	
	消 02	除菌治療難渋例にボノプラザンが有用であったヘリコバクター・ピロリ感染症の1例	
	-専	長野県立須坂病院 内科 佐藤 幸一	
	消 03	糞石を伴った回腸重複腸管により腸閉塞を繰り返した1例	
	-専	信州大学 医学部附属病院 消化器外科 山本 悠太	
	消 04	軽快再燃を繰り返す回盲部膿瘍で発症したクローン病の1例	
	-研	信州大学医学部附属病院 宮澤 鷹幸	
	消 05	腸重積が発見契機となった小腸腺癌の1例	
	-研	新潟県立中央病院 消化器内科 柴田 理	
	大腸 1 10:52~11:32		座長 飯野 弥 (山梨大学)
	消 06	インフリキシマブ投与中に生じた重症感染症の3例	
	-研	済生会新潟第二病院 消化器内科 高 昌良	
	消 07	大腸憩室出血に対するバリウム注腸療法の有用性について	
	-専	下越病院 消化器科 岩田 真弥	
	消 08	横行結腸神経内分泌癌の一例	
	-専	新潟県厚生連長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 吉田 智彰	
	消 09	腹腔鏡下手術後5年目に横隔膜転移及び脾転移を来した下行結腸 SM 癌の1例	
	-専	新潟県立十日町病院 金本 栄美	
	消 10	mFOLFOX6 療法中に高アンモニア血症をきたし、XELOX 療法への変更で高アンモニア血症を予防することができた進行大腸癌の一例	
	-専	済生会新潟第二病院 消化器内科 渡邊 貴之	

肝 1

9:00~9:40

座長 坂本 穰 (山梨大学)

- 消 11 薬物性肝障害を契機に自己免疫性肝疾患を発症した2例の検討
- 研 安曇野赤十字病院 消化器内科 成田 智晴
- 消 12 サプリメントによる薬剤起因性自己免疫性肝炎が疑われた1例
- 研 諏訪赤十字病院 消化器科 久宗 遼
- 消 13 透析合併のC型肝硬変患者に対するアスナプレビル、ダクラタスビル併用療法を行った1例
- 研 山梨大学 医学部 第一内科 大澤 玲於奈
- 消 14 慢性肝疾患に伴う皮膚掻痒症に対するナルフラフィンの使用経験
- 研 市立甲府病院 消化器内科 張替 歩
- 消 15 高カルシウム血症により診断に至ったPTHrP産生肝内胆管癌の1例
- 専 飯田市立病院 消化器内科 芦原 典宏

肝 2

9:40~10:28

座長 山際 訓 (新潟大学)

- 消 16 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝多血性腫瘍の1例
- 専 山梨大学医学部附属病院 第一内科学講座 今川 直人
- 消 17 Kasabach-Merritt 症候群を呈した肝血管肉腫の1例
- 研 長野赤十字病院 消化器内科 有賀 文香
- 消 18 肝動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行したオスラー病の一例
- 研 信州大学 消化器内科 横沢 翔子
- 消 19 ヘモグロビン 1.9g/dl の高度貧血状態であったが緊急 B-RTO にて救命し得た胃静脈瘤破裂の1例
- 専 新潟市民病院 消化器内科 酒井 規裕
- 消 20 食道静脈瘤破裂を契機に診断した肝外門脈閉塞症の1例
- 研 JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 初期研修医 宗景 史晃
- 消 21 胆管癌肝切除、肝嚢胞開窓術後の再発性肝嚢胞に対し経十二指腸的超音波内視鏡下嚢胞ドレナージが有用であった1例
- 研 新潟市民病院 消化器内科 里方 真理子

胆・膵 1

10:28~11:08

座長 佐藤 知巳 (長岡中央総合病院)

- 消 22 肝外胆管に発生した癌肉腫の1例
- 専 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 古川 龍太郎
- 消 23 潰瘍性大腸炎に合併した膵病変の1例
- 研 松本市立病院 内科 繁永 大輔
- 消 24 原発性副甲状腺機能亢進症による高Ca血症により発症した急性膵炎の1例
- 専 新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 中島 尚
- 消 25 造影超音波内視鏡が診断に有効であったMCNの1例
- 研 長岡赤十字病院 消化器内科 桜井 祐貴
- 消 26 膵腺房細胞癌の2例
- 研 新潟県立がんセンター新潟病院 内科 鈴木 隆晴

IVR・その他

11:08~11:56

座長 和栗 暢生 (新潟市民病院)

- 消 27 膵腺扁平上皮癌の十二指腸浸潤による出血に対し、コイル塞栓術にて止血し得た1例
- 専 相澤病院 診療部 消化器病センター 雄山 澄華
- 消 28 脾仮性動脈瘤に対する動脈塞栓術にて広範な脾梗塞を来した2症例
- 研 信州大学医学部附属病院 消化器内科 鈴木 翔
- 消 29 腹腔動脈起始部狭窄、腹腔動脈解離を伴った膵十二指腸動脈瘤破裂の一例
- 研 新潟市民病院 消化器内科 弥久保 俊太
- 消 30 副中結腸動脈瘤の破裂を来した、腹腔動脈の破格と腹腔動脈起始部圧迫症候群を伴った1例
- 専 新潟県立十日町病院 外科 山本 雄大
- 消 31 Pemetrexed 単剤治療が奏功している腹膜中皮腫の1例
- 研 新潟医療センター 消化器内科 佐藤 敦
- 消 32 肝膿瘍治療中にメトロニダゾール脳症をきたした1例
- 研 山梨大学 医学部 卒後臨床研修センター 奥脇 徹也

11月21日(土) 午後の部

第1会場	胃・十二指腸・大腸 2 13:30~14:10		座長 菅 智明 (信州大学)
	消 33	胃原発絨毛癌 (0-II c 6mm) 多臓器転移の一部検例 新潟臨港病院 内科 窪田 智之	
	消 34	Lymphomatoid gastropathy が疑われた 2 例の内視鏡像の検討 長野市民病院 消化器内科 渡邊 貴之	
	消 35	放射線治療後に大量吐血を来した出血性十二指腸潰瘍の 2 例 独立行政法人地域医療機能推進機構山梨病院 消化器病センター 長谷川 浩之	
	消 36	難治性 Clostridium difficile 腸炎に対するドナー便移植の経験 国立病院機構 信州上田医療センター 消化器科 滋野 俊	
	消 37	当院におけるイレウスに対する高圧酸素療法の検討 峡南医療センター 富士川病院 内科 加藤 亮	
	大腸 2 14:10~14:50		座長 船越 和博 (県立がんセンター新潟病院)
	消 38	PET/CT で集積を呈し診断に苦慮した虫垂憩室症の一例 富士見高原病院医療福祉センター 富士見高原病院 塩澤 秀樹	
	消 39	青色の皮膚変色をきたした腸間膜静脈硬化症の 1 例 長野中央病院 消化器内科 永村 良二	
	消 40	神経内分泌細胞への分化を伴った虫垂原発印環細胞癌の 1 例 飯山赤十字病院 消化器内科 山田 重徳	
第2会場	消 41	治療方針に苦慮した上行結腸腸管気腫症が併存した出血性ショックの 1 例 山梨大学 医学部 第一外科 平山 和義	
	消 42	緊急で直腸切断術を行った急性出血性直腸潰瘍の 1 例 新潟県立十日町病院 外科 中尾 圭介	
	肝 3 13:30~14:02		座長 宮林 千春 (千曲中央病院)
	消 43	術前診断が困難であった肝壊死性結節の一例 新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器内科 森田 慎一	
	消 44	自然経過で縮小した多臓器 (肝、腎、肺) 炎症性偽腫瘍の 1 例 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 消化器内科学分野 五十嵐 俊三	
	消 45	経頸静脈的肝生検が診断に有用であった慢性肝疾患の 1 例 済生会新潟第二病院 消化器内科 阿部 聡司	
	消 46	ソラフェニブ PD 後に S-1 療法及び CDDP による気管支動脈内抗癌剤注入療法 (BAI) が奏功した肝細胞癌術後多発肺転移の一例 長岡中央総合病院 消化器内科 福原 康夫	
	肝・膵・その他 2 14:02~14:42		座長 比佐 岳史 (佐久医療センター)
	消 47	膵退形成癌の 1 例 新潟県立新発田病院 内科 坪井 清孝	
	消 48	膿瘍化した嚢胞性胆管癌に対し超音波内視鏡ガイド下経胃的ドレナージが有効であった 1 例 JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科 児玉 亮	
	消 49	EST 後出血に対し Fully covered self-expandable metallic stent (FCSEMS) 留置にて止血後、再出血を来した 1 例 長野市民病院 消化器内科 小林 聡	
	消 50	胆管空腸吻合部の良性胆道狭窄に対し金属ステントを留置し拡張を得た 1 例 新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 消化器内科 薛 徹	
	消 51	慢性肝炎・肝硬変の経過中に脾動脈瘤が胃内穿破した一例 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 福島 秀樹	

ランチョンセミナー
12:15～13:15

11月21日(土)
【第2会場】

座長 新倉 則和 (信州大学医学部附属病院内視鏡センター 准教授)

「胆膵内視鏡手技の基本とコツ」

岡部 義信 先生 (久留米大学医学部内科学講座消化器内科部門 講師)

第34回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会
15:00～18:00

11月21日(土)
【第1会場】

教育講演会 1 15:00～16:00

座長 田中 榮司 (信州大学医学部第二内科 教授)

「NAFLD/NASH の病態・診断と今後の展望」

田中 直樹 先生 (信州大学大学院代謝制御学 准教授)

教育講演会 2 16:00～17:00

座長 宮川 眞一 (信州大学医学部第一外科 教授)

「胆管癌の外科的切除および高難度手術に対する教育システム」

遠藤 格 先生 (横浜市立大学消化器・腫瘍外科学 主任教授)

教育講演会 3 17:00～18:00

座長 赤松 泰次 (長野県立須坂病院内視鏡センター 副院長)

「早期胃癌の内視鏡診断と治療－最前線－」

貝瀬 満 先生 (虎の門病院消化器内科 部長)

プログラム 2日目

11月22日(日)

第1会場	胃・十二指腸 3 9:00~9:32		座長 佐藤 祐一 (新潟大学医歯学総合病院)
	内 10	新型マウスピースを用いた上部消化管内視鏡検査のパイロット試験 松本歯科大学病院 内科 前島 信也	
	内 11	人間ドック受診者の <i>Helicobacter pylori</i> 感染検査歴・除菌歴の検討 山梨県厚生連健康管理センター 三浦 美香	
	内 12	胃粘膜血管構造の立体観察に関する予備的検討 下越病院 消化器科 山川 良一	
	内 13	6年間の経過が追えた胃型形質を示した十二指腸癌の一例 済生会新潟第二病院 関 慶一	
	小腸・大腸 3 9:32~9:58		座長 滋野 俊 (信州上田医療センター)
	内 14	紫斑を伴わない IgA 関連腸疾患の一例 長野赤十字病院 消化器内科 徳竹 康二郎	
	内 15	初期にアフタ様大腸炎を呈した潰瘍性大腸炎の1例 信楽園病院 消化器内科 渡辺 史郎	
	内 16	平坦型腫瘍性大腸ポリープの内視鏡治療における大腸 EMR と大腸ポリペクトミーとの無作為比較試験 昭和伊南総合病院 消化器病センター 堀内 朗	
	胆・膵 3 9:00~9:40		座長 深澤 光晴 (山梨大学)
第2会場	内 17	転移性膵腫瘍の膵管内進展により急性膵炎を発症した1例 山梨大学第一内科 川上 智	
	内 18	当院における膵管ステントの検討 新潟県立吉田病院 中村 厚夫	
	内 19	当院における EUS-CD の現状 新潟市民病院消化器内科 古川 浩一	
	内 20	強固な胆管空腸吻合部狭窄に対し通電針が有用であった1例 新潟県立がんセンター新潟病院 内科 塩路 和彦	
	内 21	超音波内視鏡下胆道ドレナージ (EUS-BD) が有用であった2例 長岡中央総合病院 岡 宏充	

第9回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー
10:15～12:15

11月22日(日)
【第1会場】

1 大腸 10:15～11:15

司会・症例提示	原 悦雄（長野市民病院）
討論者	平山 敦大（信州大学）
	横山 純二（新潟大学）
	岩本 史光（山梨大学）

2 胆・膵 11:15～12:15

司会・症例提示	越知 泰英（長野市民病院）
討論者	児玉 亮（篠ノ井総合病院）
	有賀 諭生（新潟県立中央病院）
	高野 伸一（山梨大学）

投稿原稿のご案内

日本消化器内視鏡学会支部例会にご発表の先生方は、甲信越支部と北陸支部の合同機関誌である Endoscopic Forum for digestive disease への投稿をぜひお願いいたします。

内01 丈の低いなだらかな隆起を呈していたが、広範囲に転移、浸潤をきたした食道粘表皮癌の一例

PL

長井 友邦¹、大工原 誠一¹、芦原 典宏¹、菅沼 孝紀¹、高橋 俊晴¹、持塚 章芳¹、木畑 穰²、白旗 久美子²、寺田 志洋³、前田 知香³、荻原 裕明³、水上 佳樹³、平栗 学³、堀米 直人³、金子 源吾³、上原 剛⁴、岡庭 信司¹、中村 善行¹

¹ 飯田市立病院 消化器内科、² 飯田市立病院 総合内科、³ 飯田市立病院 消化器外科、⁴ 信州大学医学部附属病院 臨床検査部

症例は 60 歳台男性。某年の検診で受けた上部消化管内視鏡検査にて食道に病変を指摘され、生検で扁平上皮癌と診断され精査加療目的に当院紹介となった。当院で施行した上部消化管内視鏡検査では、切歯より 30~32cm の胸部中部食道に中央に浅い陥凹を伴う、長径 15mm 大の丈の低いなだらかな隆起性病変を認めた。隆起部の表面は平滑で、周囲と同色調を呈しており、NBI 拡大観察でも血管異型は目立たなかったが、陥凹部の NBI 拡大観察では Type B2、B3 血管を認めた。ヨード染色では隆起部は染色されたが、陥凹部は狭い範囲で不染帯を呈しており、隆起部は概ね正常粘膜に覆われているが、陥凹部は腫瘍の露出を疑った。陥凹部からの生検では扁平上皮癌を主とし、一部に粘液産生のある異型腺管様構造も認められ、粘表皮癌が疑われた。頸胸腹部造影 CT 検査では右鎖骨窩リンパ節に転移を疑う腫大を認めたが、他臓器転移を疑う所見なく外科的切除を行った。手術は右開胸開腹食道亜全摘、D2+104R リンパ節郭清、胸骨後経路胃管再建を行った。病理組織標本では異型細胞が扁平上皮への分化を呈しながら浸潤性に増殖する大小の胞巣や、異型な腺管を形成しながら増殖する腫瘍の胞巣もみられた。粘液産生を伴う異型上皮細胞も見られ、同一腫瘍胞巣内に腺癌成分と扁平上皮成分が混在しており粘表皮癌と診断された。腫瘍は外膜までの浸潤を認め、多数のリンパ節に転移を認めた。今後は食道扁平上皮癌治療に準ずる術後化学療法を行う予定である。

食道粘表皮癌は全食道癌の 1% 以下と稀な疾患であり、内視鏡所見を中心に若干の文献的考察を加えて報告する。

内02 特異的な内視鏡所見を呈した好酸球性胃腸症の一例

PL

中野 応央樹¹、佐藤 裕樹¹、本田 穰¹、横山 順二¹、佐藤 祐一¹、渡辺 玄²、寺井 崇二¹

¹ 新潟大学 医歯学総合研究科 消化器内科学分野、² 新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

好酸球性胃腸炎 (eosinophilic gastroenteritis: EGE) は 1937 年に Kaijser によりはじめて報告されており、好酸球性食道炎 (eosinophilic esophagitis: EoE) よりも古い疾患概念である。本邦において EGE の頻度は EoE と比べ高いといわれるが未だ稀な疾患でありその認知度は高いとはいえない。症例は 34 歳女性、健診で便潜血陽性・貧血・低アルブミン血症を指摘され紹介受診された。アトピー性皮膚炎の既往をみとめたが現在治療中の疾患や使用薬剤はなかった。幼少時より生卵を摂取した際に food impaction や腹痛症状をみとめていたが、その他日常生活に支障をきたす症状はみとめなかった。来院時、末梢血の好酸球増加 (1351.0/ μ l, 25.3%) があり、また、末梢血 IgE は 678IU/ml と高値、アレルゲン特異的 IgE は卵白 5+, 小麦 3+ など複数の抗原に対し陽性を示した。上部消化管内視鏡検査では食道に縦走溝と白斑、胃前庭部に浮腫・壁肥厚所見をみとめ、いずれの部位も生検で高度の好酸球浸潤をみとめ EGE と診断した。経口小腸内視鏡検査では散発する縦走びらんをみとめ同部位でも好酸球浸潤をみとめた。食事抗原が原因と考え、除去食療法と成分栄養剤の併用療法を行っている。特徴的な内視鏡所見を呈する好酸球性胃腸症の 1 例を経験したので報告する。

内 03 EUS-FNA で診断できた十二指腸 GIST の一例

PL 保坂 和徳、林 和直、山本 幹、佐藤 祐一、梅津 哉、若井 俊文、寺井 崇二
新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

症例は 50 歳女性。検診の腹部エコーで膵腫瘍を指摘された。CT では膵鉤部に早期相より濃染する 30mm 大の腫瘤性病変をみとめ、膵神経内分泌腫瘍（以下 P-NET）などが疑われた。精査目的に EUS を施行し、病変は均一な低エコー腫瘤で、同部位より FNA を施行した。組織診では紡錘形細胞からなる腫瘍をみとめ、免疫染色で c-kit 陽性であり GIST が最も疑われた。当院外科で十二指腸部分切除術施行され、腫瘤は十二指腸から壁外性に発育しており、GIST low risk group (Ki-67 labeling index < 1%, mitosis 2/50HPF) と診断された。GIST は大半が胃に発生し、十二指腸での発生は稀である。十二指腸下行部に発生した壁外発育を示す GIST は、CT および MRI で P-NET と類似の像を呈するため鑑別が困難となる。両者の鑑別は治療方針に大きな影響を与えるため非常に重要である。近年 EUS-FNA が病理組織学的診断方法の 1 つとして確立され、これまで診断困難であった壁外発育型 GIST の診断に有用である可能性が示唆されている。本症例も当初は膵神経内分泌腫瘍の疑いであったが、EUS-FNA で P-NET より GIST が疑われたことから十二指腸部分切除術が施行された。膵腫瘍との鑑別が困難である十二指腸 GIST に対しては術前の EUS-FNA による病理組織学的診断が有用であると考え、若干の文献的考察を踏まえ報告する。

内 04 内視鏡的経鼻膵液細胞診が有用であった膵上皮内癌の 1 例

PL 山田 崇裕、比佐 岳史、古川 龍太郎、山城 彩乃、桃井 環、篠原 知明、福島 秀樹、友利 彰寿、古武 昌幸
佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

【症例】患者は 60 歳代、女性。主訴は特になし。人間ドックの腹部超音波検査 (US) を隔年受検し、最終受診は 2 年前であった。今回、人間ドックの US で主膵管拡張を指摘され、当科紹介受診となった。US、造影 CT では 4mm 程度のびまん性主膵管拡張を認めたが、明らかな腫瘤性病変を指摘出来なかった。MRCP では膵頭部主膵管に狭窄が疑われた。EUS では膵頭部主膵管狭窄部に低エコー腫瘤が疑われたが、明瞭に描出されなかった。内視鏡的膵管造影では、膵頭部主膵管に短い狭窄を認め、上流側主膵管は拡張していた。主乳頭からの粘液排出及び主膵管内粘液は認められなかった。経鼻膵管ドレナージ術を施行し、流出膵液の細胞診にて腺癌が疑われた (Class IV)。以上より、膵上皮内癌あるいは微小浸潤癌, cTis or T1 N0M0 cStage 0-I と診断し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。組織学的には狭窄部付近の主膵管内に PanIN-3 相当の異型上皮が存在し、明らかな膵管内乳頭粘液性腫瘍の所見を認めなかった。以上より、膵上皮内癌と最終診断した。切除断端は陰性であった。

【考察】本例では、経時的 US による膵管拡張の新規出現が膵上皮内癌の発見契機となり、内視鏡的経鼻膵液細胞診が治療方針決定に有用であった。

内 05 診断に苦慮したスプルー様腸疾患の一例

PL

林田 亮佑、田中 佳祐、今川 直人、久野 徹、川上 智、津久井 雄也、小林 祥司、吉田 貴史、山口 達也、植竹 智義、佐藤 公、榎本 信幸

山梨大学 医学部附属病院 第一内科

症例は 70 歳代男性。主訴は食欲低下、白色調の下痢便、体重減少。既往に緩徐進行型 1 型糖尿病 (SPIDDM)、高血圧、前立腺肥大、肩関節症があり内服治療をしていた。2014 年 11 月中旬より食欲低下、白色調の下痢便出現し、下痢は多いときで 10 行 / 日と頻回であった。症状続いたため同年 12 月当院当科初診。初診時の体重は 74kg であった (症状出現前は 167cm、78kg、BMI27.9 であった。)。感染性腸炎が疑われ LVFX 500mg / 日の内服を開始されたが改善なく 5 日後に入院。入院後絶食、補液治療行われたが症状改善乏しくさらに体重減少、血圧低下など全身状態は悪化していった。上部内視鏡検査では十二指腸の絨毛の萎縮、経肛門のダブルバルーン内視鏡検査、カプセル内視鏡検査では小腸に多発するびらんと絨毛萎縮、下部内視鏡検査では回盲部にリンパ濾胞様の小隆起が散見された。いずれの部位からも生検行われたが、リンパ球浸潤を主体とする非特異的な炎症細胞浸潤が認められ診断には至らなかった。その後ロペラミド、整腸剤、5ASA 内服開始となり食事摂取しても症状悪化なく、およそ 1 か月で退院となった。しかしロペラミド、整腸剤、5ASA の内服継続していたものの退院後に症状再燃し 3 度の入退院を繰り返し現在に至る。最終体重は 56kg であり初診時よりおよそ 9 ヶ月で 18kg の体重減少を認めた。現在のところ Olmesartan によるスプルー様腸疾患が最も考えられるが、診断に至った経過を教訓的、自戒的な観点から文献的考察を加え報告する。

内 06 小腸内視鏡検査で診断しえた Enteropathy associated T-cell lymphoma type II の一例

PL

久保田 大輔¹、木村 岳史¹、岩谷 勇吾²、宮島 正行¹、徳竹 康二郎¹、丸山 雅史¹、今井 隆二郎¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、松田 至晃¹、和田 秀一¹、佐藤 慶二郎³、渡辺 正秀⁴¹長野赤十字病院 消化器内科、²信州大学 消化器内科、³長野赤十字病院 血液内科、⁴長野赤十字病院 病理科

【症例】70 代、男性。【主訴】便秘、腹部膨満感。【現病歴】201X 年 5 月中旬頃より排便回数が減少したため、近医を受診し大腸内視鏡検査を施行されたが異常を認めず、7 月 2 日精査加療目的に当院紹介受診となった。発熱、盗汗、体重減少は認めなかった。胸腹部造影 CT にて上部空腸に壁肥厚を認めたため、経口的シングルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。トライツ靱帯から約 40cm 肛門側に全周性の潰瘍性病変を認め、同部で内腔は狭小化しておりスコープの通過は不可能であった。狭窄部の口側の絨毛は腫大し、発赤、びらんを伴っていた。潰瘍辺縁、びらんより生検を施行したところ、上皮・間質の広範囲に中型の異型細胞の浸潤を認め、免疫染色では CD3(+),CD4(-),CD5(-),CD8(+),CD56(+),EBV(-),EBER(-) であった。セリアック病を疑う臨床所見も認めず、以上より Enteropathy associated T-cell lymphoma (EATL) type II と診断した。CT では前縦隔にリンパ節腫大を 2 箇所認め、関連病変と考えた。腸管穿孔のリスクが高い病変と判断し、化学療法に先立ち 7 月 15 日に小腸部分切除術 (20cm) を施行した。トライツ靱帯から約 40cm 肛門側に 6.5cm×6cm の全周性の淡黄白色の潰瘍性病変を認め、大網付着部で微小穿孔を認めた。組織学的には、潰瘍辺縁を中心に粘膜上皮から筋層、漿膜下脂肪組織までリンパ腫細胞が高度にびまん性浸潤していた。腫瘍細胞は CD3(+),CD8(+),CD4(-),CD5(-),CD56(+),Ki-67 LI:30% であった。EATL type II (Lugano 国際分類 IV 期、IPI high risk) と最終診断し、術後 CHOP 療法を施行している。【考察】EATL type II は腸粘膜への浸潤傾向が強く、腸管穿孔リスクが非常に高い疾患である。腸管穿孔により発見され、急激な転帰をたどる症例も多く、予後も不良とされる。本例は穿孔を来す前に内視鏡検査にて EATL と診断可能であり、化学療法に先行して手術が施行できた貴重な症例であり、文献学的考察を加え報告する。

内 07 終末回腸および直腸に病変を有したエルシニア腸炎の 1 例

PL	河西 広志、倉富 夏彦、小嶋 裕一郎、高岡 慎弥、原井 正太、浅川 岳士、細田 健司、鈴木 洋司、望月 仁、小俣 政男 山梨県立中央病院 消化器内科
----	---

【症例】79 歳、男性。【既往歴】C 型慢性肝炎、高血圧、狭心症。【現病歴】20XX 年 7 月初旬より右下腹部痛、倦怠感、味覚異常を自覚。7 月 31 日に嘔吐あり、近医を受診。精査目的に当科紹介受診となる。来院時、37.8℃の発熱と右下腹部に圧痛を認め、血液検査では白血球数と CRP の高値を認めた。腹骨盤部造影 CT にて終末回腸から回盲弁にかけての壁肥厚と、その周囲には内部壊死を疑う腫大リンパ節を認めた。下部消化管内視鏡検査では終末回腸に粘膜の浮腫と大小不揃いのびらんが多発し、回盲弁にも発赤とびらんを認めた。また直腸にも類円形のびらんが散見された。回腸病変の生検組織診では高度の炎症性粘膜であった。便培養と回腸病変の生検培養からは *Pseudomonas aeruginosa* が分離されたが、再度、回腸病変および直腸病変から生検を行い、低温培養を行ったところ、両部位から *Yersinia enterocolitica* が分離され、エルシニア腸炎と診断した。TAZ/PIPC の投与を開始後、腹部症状と炎症反応は速やかに軽快し、食事摂取も良好となり、第 15 病日に退院した。【考察】エルシニア腸炎は *Yersinia* 菌属のうち、*Y. enterocolitica* もしくは *Y. pseudotuberculosis* による腸管感染症で、ブタ、イヌ、ネコ、ネズミなどの保菌獣の直接摂取や汚染された飲食物の摂取によって、1~10 日の潜伏期間の後に発症する。他の腸内細菌科と異なり低温環境でも発育可能であり、本症のように通常の培養では分離されず、低温培養が必要なので注意を要する。また病変は終末回腸から回盲弁に見られるのが典型的だが、本症では直腸病変からも菌が分離されており興味深い。約 1 ヶ月間の症状を認め、回盲部および直腸に病変を有し、低温培養によって確定診断し得たエルシニア腸炎の 1 成人例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

内 08 診断時に colitic cancer が合併していた高齢者潰瘍性大腸炎の 1 例

PL	倉石 康弘 ¹ 、小林 聡 ¹ 、多田井 敏治 ¹ 、渡邊 貴之 ¹ 、関 亜矢子 ¹ 、越知 泰英 ¹ 、原 悦雄 ¹ 、長谷部 修 ¹ 、高田 学 ² 、岩谷 舞 ³ ¹ 長野市民病院 消化器内科、 ² 長野市民病院 消化器外科、 ³ 信州大学医学部病態解析学講座
----	--

症例は 80 歳代、女性。子宮筋腫に対して子宮全摘術の既往あり。変形性股関節症、高血圧にて前医に通院していた。2013 年 12 月頃より 5~8 行 / 日の水様便、食欲不振、全身倦怠感があり、前医にて止痢剤などを処方されていたが症状の改善は認めなかった。2014 年 8 月中旬頃より血便も認めるようになり、9 月に精査目的に当科紹介となった。血液検査では Hb 9.6 g/dl の小球性低色素性貧血、Alb 2.5 g/dl の低蛋白血症を認め、CA19-9 は 51.0 U/ml と軽度上昇していた。便培養では病原菌は検出されなかった。下部消化管内視鏡検査では全大腸で連続性に血管透見不良、発赤、粗造粘膜を認め、潰瘍性大腸炎が疑われた。また盲腸に 25mm 大の発赤調の Is 型隆起性病変、上行結腸に長軸方向に 13cm にわたる小結節の集簇した白色調の IIa 型隆起性病変を認めた。生検では盲腸病変は adenocarcinoma、上行結腸病変は異型腺管を認め、背景粘膜には単核球主体の炎症細胞浸潤、陰窩の大小不同、腺管配列の乱れを認め、全大腸炎型潰瘍性大腸炎に合併した colitic cancer、dysplasia と診断した。胸腹部造影 CT 検査ではリンパ節転移、遠隔転移は認めず、高齢ではあったが、11 月に大腸全摘、回腸人工肛門造設術を施行した。病理組織学的には背景粘膜は活動性潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であり、深部大腸により強い所見を認めた。また盲腸病変は深達度 SM の早期癌、上行結腸病変は一部癌化を伴う dysplasia であった。潰瘍性大腸炎に合併する colitic cancer は、全大腸炎型で 8 年以上の長期罹患例に多いとされている。初回診断時に colitic cancer を合併していた高齢者潰瘍性大腸炎は稀であり、文献的考察を加え報告する。

内 09 | 直腸粘膜下病変に対して ESD 後潰瘍からの生検で診断した直腸子宮内膜症の 1 例

PL 佐渡 めぐ美、中村 直、須藤 貴森、樋口 和男、張 淑美、一條 哲也
安曇野赤十字病院 消化器内科

症例は 30 歳代の女性。主訴は貧血。健康診断の血液検査で Hb 9.7 g/dl の貧血を指摘され、精査のため当院を受診した。動悸や息切れ、消化管出血などの症状はなく、不正出血も認めなかった。7 年前には両側卵巣嚢腫の切除術の既往があった。貧血は鉄欠乏性貧血のパターンであり、上下部の消化管内視鏡検査と婦人科診察が予定された。EGD では胃底腺ポリープが認められるのみであった。CS では直腸 Ra 前壁に隆起性病変を認め、頂部には拡張した毛細血管がみられるものの、立ち上がりは正常粘膜で覆われており、粘膜下病変が主体であった。EUS では粘膜下層と固有筋層は肥厚し、その境界は不明瞭であった。同部位からのボーリング生検では軽度の炎症性粘膜のみで腫瘍成分はみられなかった。婦人科的には 4-5cm 大の子宮筋腫を数個認め、過多月経の自覚はなかったが貧血は子宮筋腫が原因と考えられた。CT、MRI では直腸 Ra の粘膜下病変は、子宮頸部後壁と直腸の間に存在し、直腸の壁肥厚と周囲組織の毛羽立ち状の濃度上昇を伴っていた。直腸由来の腫瘍のほか、子宮内膜症などが鑑別に上がった。子宮筋腫は大きいためいずれ手術が必要であるが、偽閉経療法で筋腫を小さくしてから切除が望ましいとのことであった。しかし、直腸病変が悪性の場合には偽閉経療法を行わずに同時に切除をする方針となった。直腸粘膜下病変に対して組織学的診断をつけるために ESD の手技で粘膜剥離を行い、筋層部を露出させ生検を行った。生検では平滑筋組織に隣接して腺管構造が確認され、その腺管は免疫染色でエストロゲンレセプターが陽性で、粘膜下病変は子宮内膜症と診断された。現在子宮筋腫と子宮内膜症の治療のためゴナドトロピン放出ホルモンの投与を継続しており、筋腫と子宮内膜症の縮小を図っている。

消01 魚骨による食道穿孔に対し保存的治療で改善を得た一例

専

小林 才人、金山 雅美、野々目 和信、月城 孝志、康山 俊学、樋口 清博

新潟県厚生連 糸魚川総合病院

食道穿孔は Clayton らによると医原性のものが約 61%と最も多いとされ、異物による食道穿孔は約 12%と比較的まれな疾患である。異物としては魚骨による穿孔が最も多く、縦隔膿瘍や膿胸、食道大動脈瘻の形成により入院が長期に渡るケースや死亡する症例報告も少なくない。一方で、縦隔炎や縦隔気腫を伴う症例で炎症が軽度であれば、中心静脈栄養および抗生剤による改善例が多く報告されてきている。保存的治療では中心静脈栄養による報告が多く、経腸栄養での報告例は確認できなかった。今回、経腸栄養による保存的治療での改善症例を経験したため、文献的考察も踏まえて報告する。症例は 63 歳の男性。入院 3 日前にキジハタの魚骨を含む食事をした後から上腹部に違和感を覚えていたが、入院 1 日前より食物通過障害あり、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査で下部食道に陥入する魚骨を認めたため、食道異物除去目的で当院を紹介受診した。CT 検査で下部食道に長さ約 30mm の魚骨による食道穿孔および縦隔気腫所見を認めた。大動脈への穿通がないことを確認した後、内視鏡的に異物を除去し入院とした。翌日には上腹部の違和感は改善するも、血液検査で高度の炎症反応を認め、上部消化管内視鏡検査で魚骨の摘出部位に約 5mm 程度の穿通孔を認めた。以上により、限局性縦隔炎の合併と診断し、経腸栄養および抗生剤投与による保存的治療を行う方針とした。CT 検査で経過観察した結果、7 週間には炎症像の縮小を認めた。また、同時期の上部消化管内視鏡検査にて穿通孔は約 1mm 程度まで縮小し、バリウム造影検査にて食道穿孔部の憩室化と憩室外への造影剤の流出が無いことを確認したため、食事摂取可能と判断した。食事開始後も自覚症状、炎症反応の上昇もなく経過したため、第 66 病日で退院となった。比較的若年で自覚症状や縦隔炎、縦隔気腫が軽度であれば、中心静脈栄養より更に侵襲度の低い胃管からの保存的治療でも改善しうる可能性が示唆された。

消02 除菌治療難渋例にボノプラザンが有用であったヘリコバクター・ピロリ感染症の1例

専

佐藤 幸一、赤松 泰次、下平 和久、野沢 祐一、植原 啓之

長野県立須坂病院 内科

症例は 68 歳の女性。姉が胃癌。2011 年に他院で慢性萎縮性胃炎とヘリコバクター・ピロリ (H. pylori) 感染を指摘され、1 次および 2 次除菌療法を受けたが除菌に成功しなかった。3 次除菌を希望して当院のピロリ菌専門外来へ紹介され、培養および薬剤感受性試験を受けたところ、クラリスロマイシン (CAM) およびメトロニダゾール (MNZ) は耐性、アモキシシリン (AMC) およびシタフロキサシン (STFX) には感受性ありと判定された。本人の希望により、自費扱いで STFX ベースの 3 次除菌 (ラベプラゾール 2×10mg/日、AMC 2×750mg/日、STFX 2×100mg/日、7 日間) を行ったが、除菌に成功しなかった。除菌治療難渋例と判断され、その後年 1 回上部消化管内視鏡検査 (EGD) を受けていた。2015 年 2 月に EGD を行ったところ、以前と同様に慢性萎縮性胃炎を認め、鏡検法および培養法で H. pylori の持続感染が確認された。そのため、酸分泌抑制薬をボノプラザン (P-CAB) に変更し、P-CAB 2×20mg/日、AMC 2×750mg/日、MNZ 2×250mg/日 (7 日間) の投与を受けた。服用後 2 ヶ月目に尿素呼吸試験を行い、除菌成功 (0.7 %) と判定された。本年 2 月に発売された P-CAB は、従来のプロトンポンプ阻害薬 (PPI) と比べて、より強力な酸分泌抑制効果があり、CAM 耐性菌に対しても高い除菌率が期待されている。当院ではこれまで 50 例以上の P-CAB を用いた除菌治療を行っており、従来の PPI を用いた除菌治療と比較した成績を提示する。

消 03 | 糞石を伴った回腸重複腸管により腸閉塞を繰り返した 1 例

専

山本 悠太、北沢 将人、小山 誠、細田 清孝、今井 紳一郎、杉山 聡、鈴木 彰、宮川 雄輔、
宮川 眞一

信州大学 医学部附属病院 消化器外科

【はじめに】腸管重複症は舌根部から肛門までの全消化管に発症しうる比較的まれな先天性疾患で、その発生部位、形態により多彩な病態を示す。今回、糞石を伴った回腸重複腸管が原因となり、腸閉塞を繰り返した 1 例を経験した。【症例】生来健康な 27 歳の男性。7 年前、2 年前、半年前に、腸閉塞を発症し、保存的に軽快した。小腸内視鏡・造影検査にて、Bauhin 弁から 35cm 口側の回腸に、内部に糞石を有する嚢状憩室を認め、Meckel 憩室または腸管重複症と診断した。内視鏡検査時に糞石の摘出・破碎を試みたが、困難であった。同部が原因の繰り返す腸閉塞のため、手術適応と判断され、待機中であったが、再び腸閉塞を発症したため、当科に入院となった。CT では内部に糞石を有する嚢状憩室を認め、その根部の回腸が捻れ、口側が拡張していた。胃管留置、絶飲食・補液による保存的治療を行い、入院 3 日目には症状は軽快し、レントゲン検査でも小腸ガスは消失したため、待機的に入院 5 日目に手術を行った。開腹し、腸管を全長にわたって観察すると、Bauhin 弁から 35cm 口側の回腸に硬い異物を有する嚢状の憩室様構造が存在し、根部の腸間膜に癒着を認め、同部が繰り返す腸閉塞の原因部位と判断した。嚢状の腸管は回腸の腸間膜付着部付近から発生し、腸間膜を有していたことから、重複腸管と診断した。重複腸管を含めた小腸部分切除術を施行した。重複腸管の内腔は正常の小腸粘膜で、30×20×5mm の糞石と思われる板状の硬い異物を有していた。術後経過は良好で、術後 7 日目に退院した。【考察】糞石を伴う回腸重複腸管により、腸閉塞を繰り返し発症した症例を経験した。糞石を伴う回腸腸管重複症は極めて稀であるが、閉塞以外にも穿孔や出血をきたした症例の報告もあり、早期に手術を検討すべきであると考えられた。

消 04 | 軽快再燃を繰り返す回盲部膿瘍で発症したクローン病の 1 例

研

宮澤 鷹幸、小林 惇一、斉藤 博美、日原 優、横田 有紀子、伊藤 哲宏、関口 智裕、中村 麗那、
平山 敦大、北畠 央之、田中 景子、丸山 康弘、岡村 卓磨、岩谷 勇吾、北原 桂、菅 智明、
新倉 則和、田中 榮司

信州大学医学部附属病院

症例は 30 歳代の男性。右下腹部痛を主訴に近医を受診した。虫垂炎を疑われ、抗生剤を処方されたところ症状は軽快した。その 1 ヶ月後にも同様の症状が再燃し、CT で回腸終末部の炎症と周囲の膿瘍を指摘された。原因の精査加療目的にて当科へ紹介となった。大腸内視鏡検査、小腸造影では終末回腸に非特異的な炎症を認めるのみで、生検でもクローン病を示唆する所見は得られなかった。クローン病が疑われたが確定診断できず、抗生剤投与で症状が軽快したため外来で経過観察の方針となった。外来通院中、炎症の軽快に伴い抗生剤を中止したが同部の炎症が再燃し、抗生剤の再投与により軽快した。難治性の膿瘍形成が疑われたため約 3 ヶ月間抗生剤を内服したが中止に伴い炎症は再燃した。このため初診から 12 ヶ月後に診断的治療として回盲部切除術が行われた。手術標本では終末回腸には縦走潰瘍を認め、病理組織学的検査で類上皮肉芽腫を認めたためクローン病と診断した。膿瘍は終末回腸に限局していた。術後経過は良好であり、現在メサラジン内服、栄養療法、禁煙などの生活指導を行い経過観察中である。

本例は初期からクローン病が疑われたが確定診断が得られず、非典型的な経過をたどった症例として提示する。

消 05 | 腸重積が発見契機となった小腸腺癌の 1 例

研

柴田 理、坂牧 僚、熊木 大輔、有賀 諭生、山川 雅史、平野 正明

新潟県立中央病院 消化器内科

症例は 47 歳女性で、特記すべき既往症なし。2015 年 4 月上旬より上腹部に間歇的、不規則な腹痛が続いていた。5 月下旬より近医で内服加療を受けるものの症状改善せず、精査目的に施行された MRI で上部空腸に全周性壁肥厚が指摘されたため、8 月 13 日当院を紹介受診した。同日の CT で上部空腸に小腸 - 小腸の重積を認めたが、腫瘍性病変は指摘できなかった。特発性あるいは腫瘍による小腸腸重積症の診断にて 8 月 14 日小腸部分切除術を施行し、経過良好にて 8 月 23 日退院した。

小腸切除標本の肉眼所見では 35×2mm の 0-Ip 型腫瘍を認め、組織学的には adenocarcinoma (pap), T1a(SM), N0 であった。

空腸を含む原発性小腸癌は稀な疾患で、特徴的な症状はなく、内視鏡や CT 等による画像診断も容易ではないため、進行した状態で発見されることが多い。本例は腸重積を伴っていたために早期に症状が出現し、また CT で腫瘍そのものは認識できなかったが所見を指摘できたことより、根治切除が可能であった。

腸閉塞が発見契機となった空腸癌の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

消 06 インフリキシマブ投与中に生じた重症感染症の3例

研

高 昌良、本間 照、岩永 明人、阿部 聡司、佐野 知江、野澤 優次郎、渡邊 貴之、関 慶一、石川 達、吉田 俊明

済生会新潟第二病院 消化器内科

インフリキシマブ IFX には重篤な副作用として、結核や敗血症を含む重症感染症が挙げられ、注意喚起が行われている。当科でもクローン病に対して IFX 療法を行っているが、最近初めて3例続けて重症感染症を経験した。いずれも5年以上継続投与例であった。【症例1】50歳代男性、罹病期間24年、大腸型、手術歴なし。8年前に6MP+IFX開始した。しかし導入当初から投与後2週間程度しか効果もたず、成分栄養療法を併用しても4週で腹痛微熱が出現した。4年前からIFX倍量投与し、6~7週まで症状は抑えられるようになっていた。後頸部に圧痛を伴う10mm大の発赤丘疹、左殿部に80mm大の波動、圧痛を伴う紅色局面を認め、切開にて血性灰褐色膿が大量に流出した。膿汁の培養からSt.aureusが検出された。入院の上、創傷処置とMEPM投与にて治癒し、6MP+IFXは予定通り継続投与している。その後7カ月間、皮下膿瘍蜂窩織炎の再燃はみられていない。【症例2】30歳代男性、罹病期間16年、小腸大腸型。発症7年目に直腸/小腸狭窄でS状結腸人工肛門造設術/小腸狭窄形成術施行。発症10年目に回盲部切除術、直腸切断術施行。2カ月後(5年前)からIFX+6MP導入。3年前から挙児希望のため6MP中止しIFX単独投与で寛解維持していた。8週間隔の投与予定日に39℃の発熱が出現しIFX投与は延期した。その後も37℃が続き、肺炎と診断された。GRNX7日間投与し13週目にIFX投与したが、その後肺炎は増悪なく軽快した。その後IFXは8~9週間隔で投与中である。【症例3】60歳代男性、罹病期間23年、小腸型。PSL+AZAで寛解できず、発症15年目にIFX導入した。しかし効果は不十分で、時々Total EDを行っていたが、発症19年目に回腸狭窄のため回盲部を含む回腸部分切除術を施行した。その後はおおむね寛解維持していたが、IFX導入6年後、8週間隔投与の投与6週目に39.5℃の発熱出現し、肺炎と診断された。喀痰培養にてH.influenzaが検出され、MEPMを投与した。CT上浸潤影は一時拡大し気管支鏡の適用も考慮されたが、その後縮小治癒した。IFXは11週後に延期して行い、その後8週間隔で投与しているが肺炎の再燃はない。

消 07 大腸憩室出血に対するバリウム注腸療法の有用性について

専

岩田 真弥、山川 良一、原田 学、河内 邦裕、入月 聡

下越病院 消化器科

【緒言】大腸憩室出血の一般的な治療は内視鏡治療、interventional radiology(IVR)、手術である。下部消化管内視鏡検査に引き続き治療が試みられるが、出血部位の同定は困難なことが多い。バリウム注腸療方は欧米では有用との報告があるが、本邦では症例報告が散見されるのみである。

【目的と方法】目的は大腸憩室出血に対するバリウム注腸療法の有用性を評価することである。2000年1月から2014年3月まで当院に大腸憩室出血で入院した90例を対象に後方視的に評価した。

【結果】自然止血した群(A群)、発症1日以内にバリウム注腸療法を行った群(B群)、発症から2日目を以降にバリウム注腸療法を行った群(C群)にわけて評価を行った。どの群も内視鏡治療、IVRは行われていない。A群は42例、B群は12例、C群は36例であった。年齢中央値はA群73.0歳、B群74.0歳、C群79.5歳であった。基礎疾患のある症例はA群24例(57.1%)で、B群10例(83.3%)、C群19例(52.8%)であった。薬剤服用(抗血栓薬、NSAIDs)のあった症例はA群11例(26.2%)、B群4例(33.3%)、C群9例(25.0%)であった。憩室出血の既往がある症例はA群11例(26.2%)、B群6例(50.0%)、C群14例(38.9%)であった。赤血球輸血はA群10例(23.8%)、B群4例(33.3%)、C群9例(25.0%)であった。止血症例はA群42例中42例(100%)、B群12例中11例(91.7%)、C群36例中35例(97.2%)であった。B群の憩室炎を合併した1例が腸管穿孔で手術となり、C群の1例が脳梗塞で死亡した。発症から止血までの期間はA群 3.2 ± 2.5 日、B群 2.1 ± 2.0 日、C群 4.8 ± 2.3 日であった。再出血はA群15例(35.7%)、B群3例(25.0%)、C群8例(22.2%)であった。

【考察】発症から止血までの期間はA群とC群、B群とC群に有意差を認めたが、A群とB群に有意差を認めなかった。再出血はA群よりもB群、C群が少なかったが有意差を認めなかった。憩室炎を合併した症例は、バリウム注腸療法を施行する際に穿孔の危険性があり適応を慎重に判断する必要があると思われる。

消 08 横行結腸神経内分泌癌の一例

専

吉田 智彰、岡 宏充、堂森 浩二、佐藤 明人、福原 康夫、渡辺 庄治、佐藤 知巳、富所 隆、吉川 明

新潟県 厚生連 長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

横行結腸神経内分泌癌の一例【症例】55歳男性【現病歴】平成26年2月18日右上腹部のしこりを主訴に当科受診した。CTで横行結腸癌の疑いとなり、2月20日下部消化管内視鏡検査を施行し、右側横行結腸に進行大腸癌2型(por1)の診断を得た。遠隔転移は認めず、腫瘍は周囲のリンパ節と一塊になっており、術前化学療法(NAC)として3月3日からXELOX療法を開始した。3月23日に大腸閉塞性イレウスを発症し、同日大腸ステント留置を行った。ステント留置6日後にステントによる腸管穿孔を起こし、当院外科に入院した。禁食、抗生剤にて腹膜炎は改善し、4月8日に回腸-左側結腸バイパス術を行った。画像所見が非特異的であったことから追加で免疫染色を行い、synaptophysin(+)、Ki-67 index 90%で神経内分泌癌(以下NEC)の診断を得た。5月11日からNECに対して、肺小細胞がん準じてCPT-11+CDDP療法施行するもGrade4の骨髄抑制、下痢、食欲不振が出現し、さらに効果判定はPDであった。そのため6月17日からETP+CBDCA療法に切り替えるも、再度Grade4の骨髄抑制が出現した。また黄疸の出現や、嘔吐がみられ、造影CTで腫瘍の十二指腸浸潤、胆管圧排による閉塞性黄疸を認めた。十二指腸狭窄に対して7月7日に十二指腸ステントを留置したが、拡張が弱く、また浸潤部からと思われる出血により吐血し、状態が急速に悪化し、7月10日に永眠された。【考察】結腸原発のNECは全大腸癌の約0.2%で、部位別では直腸がほぼ半数を占めており、横行結腸での報告は極めて稀である。今回我々は横行結腸NECの一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

消 09 腹腔鏡下手術後5年目に横隔膜転移及び脾転移を来した下行結腸SM癌の1例

専

金本 栄美¹、林 哲二¹、山本 雄大¹、中尾 圭介¹、設楽 兼司¹、福成 博幸¹、山口 孝太郎²、味岡 洋一³

¹新潟県立十日町病院、²山口医院、³新潟大学医学部 病理学

消化器癌の横隔膜転移は播種性病変を伴うことが多く切除対象となることは少ない。今回我々はSM大腸癌の異時性横隔膜転移・脾転移の1手術例を経験した。症例は71歳男性。下行結腸癌に対して腹腔鏡補助下左結腸切除術を施行。深達度はSM(2000 μ m)でリンパ節転移は陰性、脈管侵襲も陰性であった。術後6日目に縫合不全を合併し、回腸人工肛門を造設、1年後に閉鎖した。外来で経過観察中、5年目のCT検査で80mm大の脾転移病変を認め、脾に接する横隔膜の不整な肥厚も認めた。また血清CEAも10.2ng/mlと高値を示していた。他の部位には明らかな転移を認めず、脾摘及び横隔膜合併切除術を施行した。開腹時、腹膜播種やリンパ節転移は認められなかった。病理検査の結果、両病変共に原発巣と同じ中分化腺癌であり、大腸癌の転移再発として矛盾しなかった。脾の腫瘍はほぼ脾全体を占め、横隔膜とは連続した病変であった。脾転移の横隔膜浸潤とも考えられたが、経過中のCTをRetrospectiveに見ると術後2年目に同部の横隔膜の肥厚を認めており、横隔膜転移が先行し、徐々に増大してきたと思われる。現在外来にて経口抗癌剤の内服を行っているが、転移再発の徴候は認められていない。大腸癌の横隔膜転移は極めて稀である。転移の機序として横隔膜小孔を介した転移様式など播種性転移が考えられ、報告例はいずれもSS以深の進行癌で右側が多く、左側の横隔膜転移の報告例はほとんど見られていない。大腸癌の脾転移も稀で、本邦での異時性孤立性転移の報告例は過去30年間で49例にとどまり、ほとんどが血行性転移とされている。横隔膜と脾転移の合併の報告例はわずか1例のみである。粘膜下層1000 μ mを越えて浸潤した大腸癌の術後再発率は約2-9.8%とされており、危険因子として中分化腺癌、リンパ節転移、脈管侵襲が挙げられているが、器械吻合時の遊離癌細胞の移植による吻合部再発も報告されている。本症例は器械吻合ではないが、縫合不全発生時に腸管内の遊離癌細胞が散布された播種性の横隔膜転移の可能性も否定できないと思われる。若干の文献的考察を加えて報告する。

消 10 | mFOLFOX6 療法中に高アンモニア血症をきたし、XELOX 療法への変更で高アンモニア血症を予防することができた進行大腸癌の一例

専

渡邊 貴之、本間 照、野澤 優次郎、岩永 明人、阿部 聡、佐野 知江、関 慶一、石川 達、
吉田 俊明

済生会新潟第二病院 消化器内科

FOLFOX 療法は切除不能進行大腸癌における標準的治療の一つである。FOLFOX 療法の副作用として高アンモニア血症が報告されている。今回、FOLFOX 療法で高アンモニア血症をきたし、XELOX 療法に変更して高アンモニア血症を防ぐ事ができた症例を経験したので報告する。症例は 60 代女性。S 状結腸癌、肝転移、腹膜播種に対して CV ポートを造設した上で、mFOLFOX6 療法を開始した。2 クール目は bevacizumab を加えた。しかし 2 クール day2 より徐々に傾眠傾向となり、次第に呼びかけに応じなくなり、JCS300 の意識障害をきたした。血液検査で高アンモニア血症 (NH_3 $366 \mu\text{g/dl}$) を認めた。分枝鎖アミノ酸製剤投与と補液にて、翌日アンモニア値は低下し、意識障害は改善した。3 クール目は XELOX+ bevacizumab に変更して投与したところ、意識レベルの変化はなく、アンモニアの上昇は認めなかった。生体内に投与された 5-FU は肝臓の DPD 酵素 (dihydropyrimidine dehydrogenase) により代謝され、最終代謝産物である二酸化炭素とアンモニアに分解される。高アンモニア血症は 5-FU の代謝におけるアンモニアの過剰産生と生体のアンモニアの処理能力の低下によると考えられている。FOLFOX 療法は 5-FU を 48 時間で持続投与するのに対し、XELOX 療法はプロドラッグである capecitabine を 2 週間かけて投与し、かつ肝臓ではなく腫瘍組織内で 5-FU に代謝されることで、5-FU の短期間大量負荷を回避できると考えられる。FOLFOX 療法中の 5.7%~9% に高アンモニア血症による意識障害が発症することを念頭に置き、診断および治療に当たる必要がある。また XELOX 療法に変更することで高アンモニア血症を予防できることが期待される。

消 11 薬物性肝障害を契機に自己免疫性肝疾患を発症した2例の検討

研

成田 智晴、一條 哲也、樋口 和男、須藤 貴森、張 淑美、中村 直

安曇野赤十字病院 消化器内科

【緒言】薬物性肝障害は、患者の体質や環境要因などにも依存することが多い。近年は特殊型として自己免疫性肝疾患が誘発されることも報告されている。当院で経験した薬物性肝障害契機の自己免疫性肝疾患発症例を検討した。【症例1】79歳女性。飲酒歴なし。78歳時より不整脈にて加療中。X年9月より抗凝固療法開始、1月頃より食欲不振を認め2月の検査でALT316、ALP946、T.Bil2.7の混合型肝障害を認め紹介受診。各種肝炎ウイルスマーカー陰性、DDW-J2004 薬物性肝障害診断基準スコア6点。抗核抗体強陽性、IgG上昇も認めた。肝生検組織像では門脈域は線維性拡大と架橋形成を認めリンパ球や形質細胞の軽度~中等度の浸潤像を認め、AIHの診断指針(2013年)典型例、よりAIHと診断。国際診断基準スコア疑診、簡易スコア確定であった。【症例2】38歳女性。BMI35.6。飲酒歴なし。生来健康で既往に肝機能障害指摘はなし。X年3月より難聴に対して漢方薬内服開始。5月初旬より倦怠感、嘔気を認め同月中旬に黄疸を指摘され紹介受診。ALT991、ALP316、T.Bil7.4の肝細胞障害型肝障害を認めた。各種肝炎ウイルスマーカー陰性、DDW-Jスコア5点。抗核抗体陽性、ミトコンドリアM2抗体上昇、IgG上昇認めた。DLST陰性。肝生検組織像では門脈域は線維性に軽度拡大、リンパ球浸潤像やわずかに好酸球の浸潤を認めた。CNSDCやSteatosisは明らかではなかった。M2抗体の更なる上昇ありPBCと診断。【考察】2例は定期的な血液検査歴がありかつ肝障害の指摘はなかった。初診時のDDW-Jスコアはいずれも5点以上で、肝障害の契機と思われた薬物の投与開始後から約5ヶ月、2ヶ月の経過であった。2例とも初診時に抗核抗体が陽性で、PBC診断症例はM2抗体が経過により上昇した。治療は、いずれもUDCA600mgで開始されたが、AIH症例は、肝機能の改善が悪くステロイド10mgを併用となった。【結論】薬物性肝障害が発症の契機のAIHとPBC症例を経験した。各種診断基準スコアよりも肝組織が診断確定に有用であった。

消 12 サプリメントによる薬剤起因性自己免疫性肝炎が疑われた1例

研

久宗 遼、小林 正和、鈴木 宏、渡邊 一弘、太田 裕志、武川 建二

諏訪赤十字病院 消化器科

【症例】60歳、男性。【生活歴】飲酒:ビール700ml+焼酎1合/日、喫煙なし。【家族歴】肝疾患なし。【既往歴】51歳、糖尿病。57歳、睡眠時無呼吸症候群。薬剤アレルギーなし。【経過】平成23年転勤に伴い当院内科で、糖尿病の内服治療を受ける。平成27年4月より、サプリメント(商品名:しじみ習慣)を服用する。平成27年5月上旬に受けた健康診断で、初めて肝障害を指摘された。平成27年6月5日に尿濃染を自覚し、6月6日より倦怠感と黄疸を認めたため6月9日当院消化器科受診する。AST1013U/l、ALT1691U/l、T.bil8.1mg/dlと高度の肝機能障害を認め精査目的で入院となる。US、CTを実施し器質的肝胆道疾患は否定され、急性肝炎が疑われた。肝炎ウイルスマーカーは陰性で、薬物性肝障害、自己免疫性肝炎(AIH)が原因として挙げられた。IgG1703mg/dlと軽度高値であったが、抗核抗体640倍と高力価陽性でAIHが強く疑われた。肝生検組織でもAIHに合致する所見であった。AIH国際診断基準スコアは、薬剤服用歴ありとして4点減点され計9点でAIHと診断できなかったが、簡易型診断基準では7点で、AIHと診断された。サプリメント中止し、プレドニン40mg/日内服にて肝障害は正常化する。サプリメントに対してDLST施行したが、陽性(S.I.299%)であった。【考察・結語】急性肝炎様発症のAIHとして、慢性肝疾患の急性増悪例と急性肝炎例の2病型に分類されるが、本例は肝生検組織より前者と考える。また、薬物投与が誘因となってAIHを発症する例が報告されている。もともと存在したAIHが薬物により顕在化したか、新規に肝炎を発症したかの鑑別は困難とされる。本例もサプリメント服用が契機となりAIHを発症した可能性が高く、発症機序に関して興味ある症例と考える。

消 13 | 透析合併の C 型肝炎患者に対するアスナプレビル、ダクラタスビル併用療法を行った 1 例

研	大澤 玲於奈、佐藤 光明、松田 秀哉、村岡 優、小松 信俊、中山 康弘、井上 泰輔、前川 伸哉、坂本 稔、榎本 信幸 山梨大学 医学部 第一内科
---	---

症例は 55 歳、男性。遺伝子型 1b 型、高ウイルス量 (TaqMan PCR:6.6Log/IU/ml) の C 型肝炎患者。HCV 関連腎炎 (膜性増殖性糸球体腎炎) による慢性腎不全にて 2014 年から透析導入され週 3 回の維持透析を受けている。インターフェロン治療歴はない。2014 年 10 月から C 型肝炎代償性肝硬変に対してプロテアーゼ阻害薬 (アスナプレビル) と NS5A 阻害薬 (ダクラタスビル) 併用療法の 24 週間投与を開始した。治療開始前の肝機能は Alb 3.8g/dl, T-bil 0.4mg/dl, AST 29U/l, ALT 44U/l, PT 活性 89.9%, 腹水なし, 肝性脳症なしで Child-Pugh A (5 点) 相当であった。遺伝子学的検査では IL-28B:TT, ITPA:CC, ISDR 変異:0, IRRDR 変異:3, コア 70:野生型, コア 91:野生型, NS3 領域と NS5A 領域の薬剤耐性変異は認められなかった。肝硬度測定 (FibroScan) は 14.4kPa で肝硬変相当であった。治療開始前の腹部エコー検査では明らかな肝細胞癌を疑う所見なし。治療開始後 1 週目でトランスアミナーゼは正常化し, 3 週目には HCV-RNA も陰性化した。その後はウイルス再燃無く経過し治療を完遂した。治療後 24 週で HCV-RNA 陰性を確認した (SVR 24 達成)。治療中, 特に副作用を疑う自覚症状や血液検査の異常を認めず, 治療前後で透析も問題なく継続することができた。アスナプレビル, ダクラタスビルはほぼ全てが肝代謝を介して排泄される薬物であり, 透析症例においても安全に使用できることが確認された。C 型肝炎透析患者に対する抗ウイルス療法としては一般的にインターフェロン単独療法が推奨されており, リバビリンが併用できない。今回の症例は遺伝子型 1b 型, 高ウイルス量の線維化進行例であり, ウイルス学的要素からもインターフェロン難治症例と考えられた。また, 先に保険適応が認可された NS5B 阻害薬であるソホスブビルは eGFR 30 未満の透析患者を含む重度腎機能障害者に対しては禁忌である。よって透析が必要な C 型肝炎患者に対する抗ウイルス療法の新しい治療選択肢を考慮する上で, 今回の症例は非常に重要と考えられ, 文献的考察を含めて報告する。

消 14 | 慢性肝疾患に伴う皮膚掻痒症に対するナルフラフィンの使用経験

研	張替 歩 ¹ 、雨宮 史武 ¹ 、吉村 大 ¹ 、石田 剛士 ¹ 、島村 成樹 ¹ 、石田 泰章 ¹ 、辰巳 明久 ¹ 、門倉 信 ¹ 、榎本 信幸 ² ¹ 市立甲府病院 消化器内科、 ² 山梨大学 医学部 第 1 内科
---	--

【はじめに】近年、慢性肝疾患に伴う掻痒症に中枢性の掻痒メカニズムであるオピオイド μ 受容体の活性化の関与が示唆された。ナルフラフィンはこの μ 受容体に拮抗する κ 受容体を活性化させることにより中枢性の掻痒感を軽減させる。ナルフラフィンはもともと血液透析患者に伴う掻痒症に使用されていたが 2015 年 5 月に慢性肝疾患に伴う掻痒にも追加適応になり、その使用経験を報告する。【症例 1】80 歳男性。DM で近医に通院していたが腹水を認めたとのことで 2012 年 1 月に当科に紹介され、NBNC 肝硬変と診断された。2012 年 4 月に食道静脈瘤に対し EVL、2013 年 5 月に HCC に対し RFA 施行した。当科紹介時より就寝中も目が覚めてしまうような皮膚掻痒感を訴えておりベポタスチンを処方したが改善せず中止し、クロタミトン外用剤で対処していたが 2015 年 7 月からナルフラフィン 2.5 μ g/day を開始した。開始時の肝予備能は Alb 3.2g/dl、T.bil 0.8 mg/dl、PT 72 %、腹水少量、脳症なしの C-P 7 点 B であった。1 ヶ月後には掻痒感は Visual Analogue Scale (VAS) で 90mm→40mm まで低下し、川島の重症度基準でも日中 3→1、夜間 3→1 となり夜間も掻痒感で目が覚めることはなくなった。また肝予備能には変化なかった。【症例 2】73 歳男性。肝障害の診断で近医に通院していたが、Lm、F2、RC+ の食道静脈瘤を認め当科に 2014 年 9 月に紹介された。背景肝は NBNC 肝硬変であり、静脈瘤に対し EVL を施行した。紹介時から一日中続く皮膚掻痒感を訴えておりベポタスチンを処方したが症状改善せず中止していた。2015 年 8 月からナルフラフィン 2.5 μ g/day を開始、この時肝予備能は Alb 2.7 g/dl、T.bil 2.2 mg/dl、PT 74 %、腹水なし、脳症軽度の C-P 9 点 B であった。投与開始後 5 日後から 140/70 程度であった血圧が 210/100 に上昇してしまい、投与を中止した。中止後血圧は改善し、掻痒感は服用中変化を認めなかった。【考察】ナルフラフィンは慢性肝疾患に伴う掻痒症を改善させる可能性が示唆されたが、肝予備能が不良の場合は慎重に投与する必要がある。

消 15 | 高カルシウム血症により診断に至った PTHrP 産生肝内胆管癌の 1 例

専

芦原 典宏¹、大工原 誠一¹、菅沼 孝紀¹、高橋 俊晴¹、持塚 章芳¹、木畑 稯²、上原 剛³、
白旗 久美子²、中嶋 恒二⁴、岡庭 信司¹、中村 喜行¹

¹ 飯田市立病院 消化器内科、² 飯田市立病院 総合内科、³ 信州大学医学部 病態解析診断学講座、

⁴ 飯田市立病院 内分泌内科

【症例】60 歳代男性【主訴】胸部圧迫感、食思不振【既往歴】高血圧【内服歴】テルミサルタン、アムロジピン。グルコサミンサプリメント。【家族歴】妻 B 型急性肝炎【現病歴】来院 1 か月前より食思不振が出現し、体重 2kg の減少を認めた。10 日前から胸部圧迫感が出現したため、2 日前に近医を受診した。胸部 X 線写真や心電図検査で異常を認めず、血液検査で Ca 値 13.6 mg/dL と高値を認めたため当院紹介となった。高 Ca 血症の精査加療目的で当院入院とした。生理食塩水とカルシトニン製剤の投与、利尿薬内服を開始した。CT 検査では肝右葉に辺縁に造影効果を伴い中心部が造影不良な 85 mm の低吸収腫瘍と肝両葉に多発類円形腫瘍、さらに頸部・腹腔内に多発リンパ節腫脹を認めた。第 6、7 胸椎に溶骨性変化を疑う所見を認めたが、骨シンチグラムでは異常集積を指摘されず、転移性骨腫瘍は否定された。来院時検体では PTHrP intact 値 49.2 pmol/L、Whole-PTH 値 7 pg/mL であった。頸部リンパ節生検で低分化な充実性の異型細胞増殖を認め、免疫染色で CK 7、CK 20、CK 19、Cam 5.2、PTHrP 陽性、TTF-1、Napsin A、Hepatocyte 陰性から膵胆道系由来の悪性腫瘍を考え、PTHrP 肝内胆管癌と診断した。Ca 値管理が困難なためビスホスホネート製剤を追加し安定を認めた。第 34 病日より化学療法 (Gemcitabine + Cisplatin) 1 コース目を開始した。1 コース終了後、PS 低下や腫瘍増大を認めたことから家族・本人と検討し、化学療法は中止として緩和的な治療を継続している。【考察】PTHrP 産生肝内胆管癌の 1 例を経験した。悪性腫瘍を伴う高 Ca 血症は全悪性腫瘍の 20% 程度に認める。悪性腫瘍に伴う高 Ca 血症の 80% が PTHrP 産生腫瘍だが、一般的に扁平上皮癌や腎細胞癌、膀胱癌などに多く、胆管細胞癌は稀である。医学中央雑誌では「PTHrP」「胆管細胞癌」にて検索すると 16 例の報告のみである。高 Ca 血症認めた場合、外来患者は 31% 程度、入院患者で 65% 程度に悪性腫瘍を伴うと言われており、Ca 高値を指摘された症例では悪性腫瘍の合併も考慮し、詳細な全身精査が必要と考えられた。

消 16 肝細胞癌との鑑別が困難であった肝多血性腫瘍の1例

専

今川 直人、松田 秀哉、村岡 優、鈴木 雄一朗、佐藤 光明、中山 康弘、井上 泰輔、前川 伸哉、坂本 稯、榎本 信幸

山梨大学医学部附属病院 第一内科学講座

症例は 65 歳、男性。以前から脂肪肝を指摘されていた他、特記すべき既往歴なし。人間ドックの腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され、精査目的に当院に紹介された。身体診察では異常所見を認めず、また血液検査では HBs 抗体陽性である他は肝機能や腫瘍マーカーも含め異常値は見られなかった。腹部超音波検査では、B モードで肝 S4 に 21mm 大の境界明瞭な低エコー腫瘍として描出された。造影超音波検査で同腫瘍は早期血管相で濃染し早期に wash out が見られ、Kupffer 細胞相では明瞭な defect を呈した。単純 CT では低吸収な腫瘍として描出され、dynamic CT では動脈相から門脈相にかけて全体が濃染し平衡相で染まり抜ける所見であった。MRI 検査では T1 で低信号、T2 で高信号、拡散強調像で著明な高信号を呈し、EOB-MRI 肝細胞相で明瞭な低信号として描出された。CTHA では 1 相目で全体が濃染し 2 相目でコロナ様濃染を呈し、CTAP で明瞭な低吸収腫瘍として描出された。以上の結果から肝細胞癌 T2N0M0 StageII と診断し、肝 S4 部分切除術を施行した。切除検体では肝 S4 に 20×18mm の境界明瞭な腫瘍が認められた。組織学的には HE 染色では好酸性、細顆粒状の細胞質に富む腫瘍細胞が充実性の胞巣を形成し、腺腔やロゼッタ形成を伴っていた。免疫染色ではシナプトフィジン染色陽性、クロモグラニン染色陰性、MIB-1 陽性率は 7% であり、以上から神経内分泌腫瘍 NET G2 と診断した。肝転移の可能性を考え超音波内視鏡やダブルバルーン内視鏡も含めた精査を行ったが他臓器に原発巣となりうる病変は認めず、肝原発の神経内分泌腫瘍と診断した。肝原発の神経内分泌腫瘍は極めて稀な腫瘍であり、特異的な画像所見は報告されていない。今回肝細胞癌と類似する画像所見を呈した肝原発の神経内分泌腫瘍の 1 例を経験したので文献的考察を加え報告する。

消 17 Kasabach-Merritt 症候群を呈した肝血管肉腫の1例

研

有賀 文香、木村 岳史、久保田 大輔、宮島 正行、徳武 康二郎、丸山 雅史、今井 隆二郎、藤澤 亨、森 宏光、松田 至晃、和田 秀一

長野赤十字病院 消化器内科

症例は 70 歳台の女性。高血圧にて内服加療中。トロトラストや塩化ビニルモノマーへの曝露歴、飲酒歴はなかった。201X 年 2 月中旬より歯肉出血を認めた。3 月 3 日に近医歯科医院にて拔牙を行ったところ、術後の縫合処置にも関わらず止血せず、3 月 19 日、精査目的に当院を初診した。Plt 8.3 万 / μ l、FDP 233 μ g/ml、FIBG 124 mg/dl、PT 1.18 INR と DIC の状態であった。CT にて多発肝腫瘍を認め、悪性腫瘍に随伴する DIC が疑われ入院となった。HBs 抗原 / HCV 抗体は陰性、腫瘍マーカー (AFP/PIVKA2/CEA) は正常範囲内であった。CT では肝 S4 に直径 6cm の内部が斑状に造影される腫瘍を認め、さらに肝両葉には直径 2cm 前後の均一に造影される腫瘍が多発していた。MRI ではこれらの腫瘍は T1 強調像低信号、T2 強調像高信号、造影早期から後期まで遷延性濃染を呈した。EOB 肝細胞相では低信号であった。US では S4 腫瘍内部は高低エコーが混在し、ドップラーにて内部に血流を確認した。出血傾向のため経皮的肝腫瘍生検は危険と判断し、経頸静脈的肝生検を施行したが確定診断には至らなかった。病理学的な確定には至らなかったが、画像所見から肝血管肉腫を強く疑った。肺転移、腹腔内リンパ節転移も認め、肺転移は肺動脈出血を随伴した。出血傾向や PS 悪化のため化学療法、TACE は適応外と判断、新鮮凍結血漿、メシル酸ナファモスタットなどによる DIC 治療を中心とした supportive care の方針となった。6 月 5 日に肝腫瘍破裂による腹腔内出血、出血性ショックを来した。輸血、全身管理で一旦状態は安定したが、腫瘍は急激に増大、7 月 20 日に肝不全にて死亡した。家族の同意を得て施行したネクロプシーでは、腫瘍は紡錘形 / 多角形の異型細胞で、免疫染色では血管内皮細胞マーカーである CD31・CD34 陽性、Vimentin 陽性 (上皮細胞マーカーである Cytokeratin AE1/AE3 は陰性) であり、肝血管肉腫と最終診断した。Kasabach-Merritt 症候群を呈していた肝血管肉腫の稀な 1 例と考え、報告する。

消 18 肝動脈瘤に対しコイル塞栓術を施行したオスラー病の一例

研 横沢 翔子、小松 通治、藤森 尚之、山崎 智生、柴田 壮一郎、松本 晶博、梅村 武司、
田中 榮司

信州大学 消化器内科

症例は 50 歳代の女性。X 年 3 月の健診時に血尿を指摘され近医泌尿器科を受診。血尿の原因は尿管結石と診断されたが、この時施行した腹部 CT 検査にて肝内血管の異常影を指摘され当科に紹介となった。診察上、皮膚に血管拡張所見は認めなかったが、舌を中心とした口腔内に血管拡張所見を認めた。腹部造影 CT では肝内の動門脈短略路を認め右肝動脈前区域枝に 17mm 大の肝動脈瘤を認めた。一方、胸部造影 CT や頭部造影 MRI では明らかな異常血管像は認めず、オスラー病肝型と診断した。肝動脈瘤に対しては経過観察を推奨したが、予防的塞栓術の強い希望があり、当科入院にて肝動脈瘤のコイル塞栓術を施行した。術後の MRI では肝動脈瘤内血流の消失が確認され、外来で経過観察する方針とした。オスラー病は常染色体優性遺伝の疾患であり、鼻出血や粘膜出血を特徴とする出血性末梢血管拡張症である。また様々な臓器に動静脈奇形を発症し出血の原因となることが知られている。本例では鼻出血の既往や家族歴は認めなかったが、身体所見と画像所見よりオスラー病と診断した。現在、遺伝子解析を行っているが、10% の症例では原因遺伝子の同定に至らないと報告されている。明らかな家族歴が無くとも肝内の異常血管像を認めた場合にはオスラー病を鑑別に挙げる必要があり、本例は示唆に富む症例と考え、若干の文献的考察を加え報告する。

消 19 ヘモグロビン 1.9g/dl の高度貧血状態であったが緊急 B-RTO にて救命し得た胃静脈瘤破裂の 1 例

専 酒井 規裕¹、大崎 暁彦¹、和栗 暢生¹、佐藤 宗広¹、小川 雅裕¹、米山 靖¹、相場 恒男¹、
古川 浩一¹、五十嵐 健太郎¹、井上 聡²、窪田 智之²、鈴木 裕²

¹ 新潟市民病院 消化器内科、² 新潟臨港病院 消化器内科

【はじめに】胃静脈瘤破裂は致死率の高い疾患である。根治術としてバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (B-RTO) が最も優れているが、一次止血の方法は施設間で定まっていない。

【症例】59 歳男性、アルコール性肝硬変にて近医通院中に血便出現し、同院搬送された。上部消化管内視鏡 (EGD) にて赤色栓を有する胃静脈瘤を指摘された。観察時には出血なく、腹部骨盤造影 CT 後、輸血を行いながら当院救急搬送となったが、搬送中に大量に吐血した。当院到着時はショック状態で、Hb 1.9g/dl であった。気管内挿管後、EGD 施行、胃静脈瘤から噴出性出血を確認、内視鏡的静脈瘤結紮術にて一次止血に成功した。続いて、B-RTO と部分的脾動脈塞栓術 (PSE) を行った。B-RTO では、左副腎静脈近位部の径は巨大であり、バルーンカテーテル (20mm-Balloon) で閉塞できず、カテーテルを胃腎シャントの胃静脈瘤側へ先進させ、バルーン閉塞下造影が可能となった (Hirota grade 5→3)。その後、50% ブドウ糖液、5% ethanolamine oleate with iopamidol (EOI) の stepwise injection method にて grade 1 となり、オーバーナイトのバルーン閉塞とした。PSE は stepwise injection の待機時間中に行った (壊死率 51%)。当院到着から血管造影室入室までには 79 分経過、術時間は 75 分であった。翌日確認造影後、システムを全除去、経過良好にて第 18 病日に退院した。

【考察】胃静脈瘤に対する B-RTO は根治性の高い優れた治療であるが、その手技は容易ではない。速やかな一次止血の成否が救命の重要な因子であり、内視鏡的な止血に固執せず、Sengstaken-Blakemore Tube による止血も常に念頭に置くべきと考える。本症例のように搬送中に再出血したもの、当院到着から B-RTO 終了まで滞りなく進行したことは不幸中の幸いであったと言える。血管確保、気道確保、各種血液製剤の発注、内視鏡の準備、B-RTO の準備など同時に行うことは多く、それらを指揮実行する人員の確保が重要である。そして医療スタッフのチームワークが最も重要であることを、本症例を通じて強く感じた。

消 20 | 食道静脈瘤破裂を契機に診断した肝外門脈閉塞症の 1 例

研

宗景 史晃¹、児玉 亮²、三枝 久能²、牛丸 博泰²

¹JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 初期研修医、²JA 長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科

【緒言】肝外門脈閉塞症とは肝門部を含めた肝外門脈の閉塞を生じることで類洞前性の門脈圧亢進症を呈する稀な疾患であり、原因不明な一次的と、様々な背景疾患に続発する二次的に分類される。今回我々は食道静脈瘤破裂を契機に診断した一次的肝外門脈閉塞症の 1 例を報告する。【症例】45 歳、男性。【主 訴】タール便【既往歴】なし【生活歴】喫煙歴：20 本 / 日 × 25 年間、飲酒歴：ウイスキー水割り 3 合 / 日。【現病歴】製品管理業の勤務中に特に誘因なくタール便、全身倦怠感が出現したため、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査を受け、食道胃静脈瘤を指摘された。精査加療目的に当院に紹介され救急搬送された。【経過】初診時の血液検査では著明な貧血を認めた。腹部造影 CT 検査では、肝外門脈が完全閉塞しており胃食道静脈瘤・胆管周囲静脈の拡張を認めた。肝形態に異常は認めなかった。脾腫は認めなかった。緊急で施行した上部消化管内視鏡検査で食道胃静脈瘤（Lm,F2,Cb,RC+,Lg-c+）を認めた。活動性出血は認めず、食道静脈瘤からの出血が疑われた。肝外門脈閉塞症の原因検索として、抗核抗体・抗リン脂質抗体・抗カルジオリピン抗体・プロテイン S 活性・プロテイン C 活性・便中虫卵検査などを行ったが、いずれも陰性であった。原因となりうる既往歴や血液検査異常を認めず、原因不明の一時的肝外門脈閉塞症と診断した。食道静脈瘤の治療は 2 回の食道静脈瘤結紮術を行い退院した。術後 3 ヶ月現在、再出血を認めていない。【考察】肝外門脈閉塞症の原因について、本例は原因となりうる既往歴や血液検査異常を認めず、肝内門脈自体が低形成であると思われることから原因不明の一次的肝外門脈閉塞症と診断した。食道胃静脈瘤の治療に関しては、本例では食道静脈瘤と胆管周囲静脈瘤が主な側副血行路として機能しており、食道静脈瘤を内視鏡的静脈瘤硬化療法で完全に血流遮断すると胆管周囲静脈瘤が発達し閉塞性黄疸などを来す可能性を危惧し内視鏡的静脈瘤結紮術を行った。【結語】食道胃静脈瘤破裂を契機に診断した一次的肝外門脈閉塞症と思われる 1 例を報告した。

消 21 | 胆管癌肝切除、肝嚢胞開窓術後の再発性肝嚢胞に対し経十二指腸的超音波内視鏡下嚢胞ドレナージが有用であった 1 例

研

里方 真理子¹、酒井 規裕¹、小川 雅裕¹、大崎 暁彦¹、佐藤 宗広¹、米山 靖¹、相場 恒男¹、和栗 暢生¹、五十嵐 健太郎¹、大谷 哲也²、横山 直行²、佐藤 大輔²、高橋 祐輔²、松澤 夏未²、橋立 英樹³、三尾 圭司³、渋谷 宏行³

¹新潟市民病院消化器内科、²消化器外科、³病理科

症例は、70 歳代女性。主訴は呼吸困難。2011 年 2 月巨大肝嚢胞、総胆管結石疑いにて当科紹介受診した。精査にて早期胆管癌と診断した。同年 11 月に肝外胆管切除、胆嚢切除、胆管空腸吻合、肝嚢胞開窓術を行った。術後当院消化器外科外来を通院していたが、食思不振、呼吸困難を呈し、肝嚢胞の再燃増大を認め、2014 年 9 月再度肝嚢胞開窓術を試みた。しかし、肝嚢胞は再燃し、労作時呼吸困難は増悪し、当院呼吸器内科にて巨大肝嚢胞による拘束性肺障害と診断された。同年 12 月在宅酸素療法の導入となる。2015 年 1 月 9 日開窓術抵抗性の巨大肝嚢胞に対し、経十二指腸的超音波内視鏡下嚢胞ドレナージを行った。その結果、劇的な嚢胞収縮が得られ、在宅酸素も離脱。栄養状態も改善を認めた。その後、チューブの自然脱落のために経皮的ドレナージを追加し、縮小消退が得られ経過している。肝嚢胞の治療は、一般的には、外科的に腹腔鏡下肝嚢胞開窓術が行われることが多く、内科的治療法としては、経皮経肝的嚢胞ドレナージ術や、エタノールやミノサイクリンによる硬化療法が知られている。本症例は、通常の外科的、内科的治療困難例のため、EUS-IVR による治療を行った。経十二指腸的超音波内視鏡下肝嚢胞ドレナージが有効であった示唆に富む症例と考えられ報告する。

消 22 肝外胆管に発生した癌肉腫の1例

専

古川 龍太郎、比佐 岳史、山城 綾乃、山田 崇裕、桃井 環、福島 秀樹、古武 昌幸、篠原 知明、友利 彰寿

佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

症例は70歳男性。スクリーニングのUSにて肝内および肝外胆管の拡張を認め、CTで中下部胆管腫瘍が疑われたため、当科紹介となった。血液検査では軽度の肝胆道系酵素の上昇を認めたが、腫瘍マーカーは基準範囲内であった。USでは中下部胆管の描出が困難であった。CTでは中下部胆管内腔に突出する、長径18×10mmのポリープ状腫瘍を認め、不均一な造影効果を示した。腫瘍は、EUSにてポリープ状の低エコー腫瘍として描出され、表面に不均一な厚みの高エコー層および中心部に石灰化を伴っていた。ソナゾイドを用いた造影検査では腫瘍表面の高エコー層は造影されなかったため、表面に壊死物質を伴う非典型的腫瘍が疑われた。ERCPでは中下部胆管にカニ爪状の透亮像を認めた。IDUSでは腫瘍の肝側および乳頭側に明らかな不整壁肥厚像を認めなかった。腫瘍部からの生検では肉腫あるいは未分化癌が疑われたため、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。肉眼的には、胆嚢管と総肝管の合流部に細い茎を有する表面平滑なポリープ様腫瘍を認めた。組織学的には、腫瘍表面は炎症性壊死浸出物に覆われ、腫瘍基部付近にわずかな腺癌成分を認めた。腫瘍の大部分は肉腫様細胞から構成され、腫瘍細胞は線維筋層までにとどまっていた。また、中心部に類骨形成を伴い、腺癌から肉腫様細胞への移行像が認められた。一方、腫瘍周囲の胆管には腺癌の上皮内進展を伴っていた。明らかな脈管侵襲、リンパ節転移はなく、切除断端は陰性であった。癌肉腫は消化管や肺、子宮などからの発生が多く、肝外胆管原発は稀である。本例はEUSにてポリープ状腫瘍の表面に壊死物質を反映した高エコー層を認め、通常の胆管癌とは異なる非典型的腫瘍を推測しえた。

消 23 潰瘍性大腸炎に合併した膵病変の1例

研

繁永 大輔¹、中村 真一郎¹、三澤 知子¹、米田 傑¹、平野 真理¹、大和 理務¹、坂本 広登²、三澤 俊一²、黒河内 顕²、桐井 靖²¹松本市立病院 内科、²松本市立病院 外科

症例は67歳男性、2015年2月頃より血便、発熱をしばしば認めた。6月頃より鮮血便が頻回となったため7月10日当院を受診。血液検査では炎症反応の上昇(CRP 8.57 mg/dl、WBC 13360/ μ l)、著明な貧血(Hb 6.3 g/dl)低アルブミン血症(ALB 2.5 g/dl)、腫瘍マーカー上昇(CEA 8.2 ng/ml、CA19-9 39.9 U/ml)を認めた。血清IgG4は陰性であった。造影CTにて全結腸に壁肥厚を認め腸炎を疑った。また膵頭部に遅延性濃染を示す腫瘍影と胃十二指腸動脈の不整像、膵周囲から結腸間膜～傍腹部大動脈リンパ節腫大を認め、膵癌およびリンパ節転移を疑う所見であった。大腸内視鏡検査では全結腸の炎症性変化を認め、生検病理所見と合わせ潰瘍性大腸炎と診断した。Pentasa 4000 mg/dayを開始したが効果不十分なため、7月31日よりPrednisolone 40 mg/dayを追加したところ自覚症状は改善傾向となった。膵病変についてPETを施行したところ、膵頭部に索状の集積を認め、膵癌には非典型的な所見であった。甲状腺、唾液腺、前立腺などへの集積は認めなかった。超音波内視鏡下吸引針生検による生検病理では膵腺房様細胞のみで腫瘍成分は認めなかった。8月7日病変再評価目的に施行した腹部CTでは膵頭部腫瘍性病変は消失し、リンパ節の腫大の改善を認めた。画像および細胞診、ステロイド治療反応の経過より潰瘍性大腸炎に合併した自己免疫性膵炎(Autoimmune pancreatitis: AIP) 2型と考えられた。2011年の国際コンセンサス診断基準では、IgG4関連疾患の膵病変で病理学的にLPSP(lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis)を伴うAIPを1型、炎症性腸疾患の合併が多くGEL(glandulocytic epithelial lesion)を伴うAIPを2型に分類された。本邦ではAIP 2型の報告は少なく、貴重な症例と考えられ文献的考察を加え報告する。

消 24 | 原発性副甲状腺機能亢進症による高 Ca 血症により発症した急性膵炎の 1 例

専

中島 尚¹、渡邊 貴之¹、菅野 智之¹、上村 博輝¹、横山 純二¹、山際 訓¹、岩崎 友洋²、佐藤 聡史²、小方 則夫²、二宮 悟³、曾根 博仁³、寺井 崇二¹

¹新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野、²独立行政法人労働者健康福祉機構燕労災病院 内科、³新潟大学大学院医歯学総合研究科 血液・内分泌・代謝内科学分野

症例は 70 歳代女性。以前より近医で糖尿病に対してインスリン治療を行っていたが、201X-1 年に急性心筋梗塞に対する心臓バイパス術のための入院加療中にインスリン治療は中止され、内服加療のみとなっていた。201X 年 1 月 13 日から感冒様症状と食欲不振が出現し、内服もおろそかとなっていた。同月 17 日からは腹痛が出現し、19 日に腹痛増悪に加えて意識障害が出現したため、前医へ救急搬送された。血液検査で著明な高血糖、脱水、高 Amy 血症、高 Ca 血症を認め、さらに腹部 CT で膵臓の腫大、周囲脂肪織濃度上昇も見られ、重症急性膵炎、高血糖高浸透圧症候群と診断され、同日当院へ転院搬送された。当院搬送後は大量輸液、インスリン持続静注、ナファモスタットメシル酸塩点滴静注、抗生剤治療などを行い、意識障害や腹痛などの症状は軽快していった。しかし輸液による電解質補正にも関わらず、高 Ca 血症、高 Na 血症、低 K 血症などの電解質異常の状態が遷延した。追加での精査にて副甲状腺腺腫を認め、FECa>1%、PTH インタクト 125 pg/ml と高値であったことから、本例は原発性副甲状腺機能亢進症による高 Ca 血症が急性膵炎、腎性尿崩症を来したと診断した。原発性副甲状腺機能亢進症に対してはシナカルセット内服による加療を行い、電解質異常は速やかに改善。リハビリ目的に 3 月 18 日、前医へと転院した。原発性副甲状腺機能亢進症や悪性腫瘍の骨転移などによる高 Ca 血症が急性膵炎を引き起こす報告はいくつか存在するが、病態については諸説あり、詳細は明らかにされていない。本例に関連して若干の文献的考察を含め報告する。

消 25 | 造影超音波内視鏡が診断に有効であった MCN の 1 例

研

桜井 祐貴¹、吉川 成一¹、薛 徹¹、西垣 佑紀¹、上田 宗胤¹、山田 聡志¹、三浦 努¹、柳 雅彦¹、井上 真²、皆川 昌広²、谷 達夫²、薄田 浩幸³

¹長岡赤十字病院 消化器内科、²長岡赤十字病院 外科、³長岡赤十字病院 病理部

【はじめに】MCN は嚢胞内嚢胞 (cyst in cyst) を特徴とし、通常中年女性に見られる多胞性の膵嚢胞性腫瘍であり、malignant potential を有するため手術が推奨される。今回、膵腫瘍マーカー陽性で、造影超音波内視鏡 (CE-EUS) にて cyst in cyst が確認できた MCN を経験したため報告する。【症例】23 歳、女性、主訴：心窩部痛、既往歴 5 歳 髄膜炎、家族歴 特記事項なし、嗜好歴：喫煙歴なし、飲酒 酎ハイ 500ml/ 日 (3~4 回 / 週) 【現病歴】2015 年 7 月に心窩部痛を認め、近医受診するも改善が見られず、当院救急外来を受診。造影 CT にて膵体尾部に出血を伴う単胞性の嚢胞性病変が見られ、精査加療目的に入院となった。【入院時現象】身長 158cm、体重 54kg、体温 36.5℃、血圧 102/60mmHg、脈拍回 分・整、意識清明、心肺異常なし、貧血なし、黄疸なし、腹部 心窩部に圧痛 (+)、反跳痛 (-)。【入院時検査所見】Hb 11.1、WBC 5010、Plt 26.9 万、AST 14、ALT 7、ALP 57、γGTP 11、BUN 4.8、Cre 0.50、T-Bil 0.3、AMY 99、CRP 0.38、HbA1c 5.8、BS 103、IgG 1406、IgG4 36.4、CEA 1.5、CA19-9 2.0、DUPAN-2 1000、SPan-1 65.6、エラスターゼ 1 909 【経過】CT、MRI、腹部エコーでは約 50mm 大の単胞性の嚢胞性病変が見られた。膵癌による貯留嚢胞や膵仮性嚢胞なども鑑別疾患として考えられたが、CE-EUS にて嚢胞壁に cyst in cyst と考えられる 8mm 大の隔壁が造影される小嚢胞が見られ、MCN と考えられた。約 50mm で増大傾向も見られたため、同年 8 月に腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を施行。病理所見では mucinous cystadenoma with mild atypia であった。【考察】MCN の画像所見では cyst in cyst が診断に重要だが、嚢胞内の嚢胞が小さい場合、CT や MRI では同定困難な場合がある。近年 CE-EUS により小さな cyst in cyst が同定できるようになり、本症例も診断に有用であった。また DUPAN-2、SPan-1 の上昇を伴う MCN の報告は少なく、文献的考察も含めて報告する。

研

鈴木 隆晴¹、塩路 和彦¹、青柳 智也¹、栗田 聡¹、佐々木 俊哉¹、船越 和博¹、加藤 俊幸¹、成澤 林太郎¹、川崎 隆²

¹ 新潟県立がんセンター新潟病院 内科、² 新潟県立がんセンター新潟病院 病理部

膵腺房細胞癌は膵腺房細胞への分化を示す悪性膵外分泌腫瘍であり、腫瘍の発生母地は膵管癌と異なり、腺房細胞と考えられている。膵腺房細胞癌は膵癌全体の約 1% にすぎず、比較的稀な腫瘍とされている。今回、EUS-FNA で確定診断された膵腺房細胞癌の 2 症例を経験したので報告する。症例 1：80 歳代、男性。心房細動で当院循環器内科通院。右側腹部の違和感あり施行した CT で膵尾部癌、多発肝転移が疑われた。当科を紹介初診。高齢の進行膵癌と考えられたが本人の強い希望で化学療法を施行することとなった。EUS-FNA を施行したところ、病理組織診断は膵腺房細胞癌であった。TS-1 80mg/day による化療を開始。当初高値であったトリプシン、エラスターゼ 1 は徐々に低下。効果判定の CT でも原発巣および肝転移の縮小が見られた。現在再増大を認めるものの外来にて化療継続している。症例 2：40 歳代、女性。心窩部不快感、尿濃染にて前医を受診。CT と血液検査にて肝転移を伴う膵頭部癌、閉塞性黄疸と診断された。胆管ステント留置後、加療目的に当科を紹介初診。EUS-FNA を施行したところ病理組織診断は膵腺房細胞癌であった。若年で全身状態も良好であったため、通常型膵癌に準じて mFOLFIRINOX 療法による治療を開始。3 コース施行後の治療効果判定の CT では縮小効果あり、現在も治療継続中である。

消 27 膵腺扁平上皮癌の十二指腸浸潤による出血に対し、コイル塞栓術にて止血し得た1例

専

雄山 澄華、山本 智清、稲場 淳、西条 勇哉、杉井 絹子、安東 直人、藤元 瞳、細川 洋、手島 憲一、横澤 秀一、五十嵐 亨、薄田 誠一、宮田 和信

相澤病院 診療部 消化器病センター

【はじめに】膵癌は、一般的に乏血性腫瘍としての性質を持ち、腫瘍内や腫瘍浸潤部の出血をきたすことはまれである。今回、化学療法の経過において十二指腸浸潤部からの大量出血を来し、血管内治療により継続的止血を得られた進行膵扁平上皮癌の1症例を経験した。【症例】85歳女性。腫瘍マーカーの高値について精査加療目的に当院受診された。腹部造影CT及び上部消化管内視鏡検査にて肝転移、十二指腸浸潤を伴う膵腺扁平上皮癌の診断を得た。高齢であることからS1単剤による化学療法が選択されたが、治療開始から20日目で大量吐血を主訴に救急搬送された。緊急上部消化管内視鏡を施行し、十二指腸浸潤部からの噴出性の出血を認めたが出血点の同定は困難であった。そのためHSEの局注にて一時止血を得た状態で終了した。再出血は必発と考えられたため、まず外科的加療を検討したが、年齢や遠隔転移があることから止血目的での膵頭十二指腸切除は選択肢となり得なかった。初診時のCTから、出血の責任血管としては胃十二指腸動脈からの分枝血管と推定できたため、翌日に継続的な止血を目的として、胃十二指腸動脈と上膵十二指腸動脈の分岐部にコイル塞栓術を施行した。術後は再出血なく良好に経過し、第12病日に軽快退院した。【考察】本症例は膵頭部の血管アーケードに腫瘍浸潤を来し、破綻した血管から出血したと考えられた。膵癌の十二指腸浸潤部から大量出血を来すことはまれであるが、症例報告は散見される。膵扁平上皮癌は通常の腺癌と比較して約2倍の発育速度を示すとされており、その病態が関与した可能性も考えられる。耐術可能であれば外科的切除が望ましいが、本症例のように適応とならない場合には血管内治療を行うことでQOLを維持した止血が可能な場合もある。また、膵癌十二指腸浸潤の出血性狭窄に対してカバードステント留置により出血の制御と経口摂取を維持できた報告もみられ、本症例でも狭窄の進行が認められていることから、今後検討を要すると考えられた。

消 28 脾仮性動脈瘤に対する動脈塞栓術にて広範な脾梗塞を来した2症例

研

鈴木 翔¹、中村 晃¹、浅野 純平¹、小口 貴也¹、金井 圭太¹、伊藤 哲也¹、村木 崇¹、浜野 英明¹、新倉 則和²、田中 榮司¹¹ 信州大学医学部附属病院消化器内科、² 信州大学医学部附属病院 内視鏡センター

【症例1】60歳代、男性。アルコール性慢性膵炎にて近医へ通院していた。2014年8月腹部造影CTにて膵尾部に嚢胞を認め、発熱および左季肋部痛を繰り返したため、2015年4月末に精査加療目的に当科紹介受診となった。CTでは膵石および膵尾部に仮性嚢胞を認め、嚢胞の辺縁には4mm大の仮性動脈瘤を認めた。炎症反応上昇を伴っていたため感染性膵嚢胞を疑い、5月末に入院し、CV下で保存的加療を開始した。入院11日目(day11)のCTでは仮性嚢胞自体に著変ないものの、動脈瘤は8mmに増大していた。Day15に腹部から背部にかけて強い疼痛が出現し、CTで動脈瘤は18mmと更なる増大を認め、同日緊急IVRを施行した。ヒストアクリル注入にて動脈瘤および脾動脈の血流は消失し、ほぼ完全な脾塞栓状態となった。塞栓時の脾臓は、spleen index(古賀の式)で43cm²と脾腫を認めていた。術後、約2週間にわたり高熱および左側腹部痛が持続した。その後、day36に重篤な真菌感染を発症し、day61まで治療を行い、day65に退院した。【症例2】60歳代、男性。当院膠原病内科で皮膚筋炎に対しPSL、タクロリムスの内服加療中であった。2015年7月中旬より左側腹部痛を自覚し、数日後急激に増悪したため、同科を受診した。腹部造影CTにて脾臓内外に仮性嚢胞および19mm大の脾仮性動脈瘤を認め、同日緊急IVRを施行した。ヒストアクリル注入により動脈瘤および脾動脈の血流は消失し、ほぼ完全な脾塞栓状態となったが、本例では術後に重篤な偶発症は認めず、術後16日目に退院した。塞栓時の脾臓は内部に仮性嚢胞を伴っていたため、脾腫の有無に関して仮性嚢胞合併前のCT所見を指標とした結果、spleen index(古賀の式)で27cm²と脾腫は認めなかった。今回、脾仮性動脈瘤に対する脾動脈塞栓術により広範な脾梗塞を来した2例を経験したが、2例の術後の経過は対照的であった。術後の合併症を規定する因子として脾梗塞体積が重要との報告がある。今回、経過良好であった症例2の方が症例1よりも梗塞体積が小さく、既知の報告を支持する結果であった。2症例の特徴につき比較検討し、文献的検討を加え報告する。

消 29 | 腹腔動脈起始部狭窄、腹腔動脈解離を伴った膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

研

弥久保 俊太、大崎 暁彦、和栗 暢生、酒井 規裕、小川 雅裕、佐藤 宗広、相場 恒男、米山 靖、古川 浩一、五十嵐 健太郎

新潟市民病院 消化器内科

【はじめに】膵十二指腸動脈瘤は稀な疾患であるが破裂しやすい瘤であり、未破裂でも原則治療適応とされる。以前は外科治療が主体とされたが、近年は低侵襲性、臓器温存の点から経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）が第一選択とされることが多く、治療成績も良好である。

【症例】50 歳女性、高血圧にて近医通院。約 2 週間前より間欠的心窩部痛を自覚し、心窩部痛増強、嘔吐出現にて前医救急外来受診し、入院となった。腹部骨盤造影 CT にて後腹膜血腫、膵鉤部に動脈瘤が指摘された。腹腔動脈（CA）は、起始部狭窄を認め、狭窄末梢側は嚢状に拡張していた。また CA から総肝動脈（CHA）周囲には解離後血栓化した偽腔が認められた。第 2 病日、当科転院、緊急 TAE 施行した。上腸間膜動脈（SMA）造影では、膵アーケードを介して CA が描出され、前下膵十二指腸動脈（AIPDA）に 13mm 動脈瘤を認めた。CA 起始部はカテーテル通過可能であり、マイクロカテーテルを前上膵十二指腸動脈（ASPD）に挿入した。瘤近傍までしか到達できず、瘤の ASPD 側を金属コイルで塞栓した。次に SMA より AIPDA にマイクロカテーテルを進めたが、血管の屈曲が強く十分に瘤に近づくことができず、N-butyl cyanoacrylate（NBCA）と Lipiodol の混合液を用いて瘤及び AIPDA 側を塞栓した。以後経過良好、第 14 病日に退院した。外来 follow up では、CHA の血栓化偽腔は消失し、CA 起始部狭窄、狭窄後嚢状拡張は著変なく経過している。

【考察】膵十二指腸動脈瘤の成因は、CA 起始部狭窄、膵炎、動脈硬化、先天性異常、外傷、感染などが挙げられるが、原因が明らかでない場合も多い。CA 起始部狭窄は約 30～40% の症例に合併するとされ、その原因として正中弓状韌帯圧迫症候群などが報告されている。CA 狭窄合併例では、膵アーケード血流増加、動脈壁への shear stress 増大が動脈瘤の原因と考えられている。本症例では、CA 起始部狭窄と CA 解離が合併していた。偽腔の開存はなく、動脈瘤形成は上記のような血行力学的機序と考えている。新たな膵アーケード動脈瘤発生も懸念され、今後も慎重な画像 follow up が必要と考える。

消 30 | 副中結腸動脈瘤の破裂を来した、腹腔動脈の破格と腹腔動脈起始部圧迫症候群を伴った 1 例

専

山本 雄大、福成 博幸、加藤 智敬、中尾 圭介、岡島 千怜、設楽 兼司、林 哲二

新潟県立十日町病院 外科

腹部内臓動脈瘤は比較的にまれな疾患であるが、破裂した場合は出血性ショックを来とし重篤になることが多い。我々は副中結腸動脈（acc.MCA）瘤の破裂を来した、腹腔動脈（Celiac Artery：CA）の破格と腹腔動脈起始部圧迫症候群（celiac axis compression syndrome：CACS）を伴った稀な一例を経験したため報告する。症例は 55 才男性。主訴は突然の腹痛と腹部膨満感。腹部造影 CT で上腹部の巨大な血腫と上腸間膜動脈（SMA）起始部付近からの extravasation を認めた。CA 起始部には CACS を疑う狭小化があり、他の異常として総肝動脈と右肝動脈が CA から個別に分岐する破格が存在した。腹部血管造影では CA からの造影は不良で SMA から分岐する背膵動脈から右肝動脈へ、下膵十二指腸動脈から胃十二指腸動脈を介し左肝動脈系へ血流が供給されていた。血管造影上 acc.MCA からの出血が疑われたがその分岐部は SMA 起始部に極めて近く描出不充分であり、出血源であったとしても TAE は手技的に困難と判断し、開腹手術を行った。開腹所見では横行結腸間膜内に巨大な血腫が形成されていた。視野を確保するために上行結腸・横行結腸を受動し、出血源である acc.MCA を処理し拡大右半結腸切除術を行った。本例の肝動脈変異は鈴木らの分類で Group3-A-2-c 型に属する稀な分枝形態であった。また、MCA に関して樋口らは acc. MCA が存在する頻度は全体の 33.9% と報告している。本例は腹腔動脈の破格、CACS 合併、acc.MCA の存在を伴った示唆に富む症例であった。

消 31 | Pemetrexed 単剤治療が奏功している腹膜中皮腫の 1 例

研 佐藤 敦¹、五十嵐 正人¹、早川 雅人¹、五十川 正人¹、富樫 忠之¹、田村 康¹、高橋 澄雄¹、
青柳 豊¹、佐藤 裕樹²、川合 弘一²、寺井 崇二²

¹新潟医療センター 消化器内科、²新潟大学医学部 消化器内科

【緒言】中皮腫の多くは石綿暴露に関連し発症するとされ、胸膜を主座とする胸膜中皮腫が多数を占める。腹膜中皮腫は胸膜中皮腫に比較して症例数が少なく、標準治療確立のためには治療経験の蓄積が必要と考えられる。今回われわれは、高齢女性に発症した腹膜中皮腫を経験し、Pemetrexed 単剤治療で一定の効果を得ているので、貴重な症例と考え報告する。【症例】症例は 80 歳代女性。60 歳代で左乳癌切除を受け、以後再発なし。石綿暴露歴なし。今回、下腹部のしこりを主訴に近医を受診した際、悪性疾患を疑われ、精査目的に新潟大学医歯学総合病院を紹介受診した。【診断】腹部 CT で腫瘤形成を伴った腹膜肥厚が認められ、腹水細胞診で中皮腫が疑われた。続いて経皮的針生検を施行され、腹膜中皮腫と確定診断された。胸部 CT では明らかな胸膜疾患は指摘されなかった。また、血液検査では CRP 19.54 mg/dl と異常高値が認められ、中皮腫に対する反応と考えられた。【治療経過】胸膜中皮腫に準じて Pemetrexed+ 白金製剤による化学療法が検討されたが、本人の年齢や体力を考慮し、Pemetrexed 単剤治療が選択された。Pemetrexed 500mg/body 1 回 /3 週を 2 コース終了した時点で当院に紹介され、以後外来で治療を継続している。本人の体力や症状に応じ、投与間隔は 3~4 週とした。9 コース終了現在、腹部 CT では明らかに腫瘍の縮小を認めたほか、3 コース終了時点から CRP の急激な低下が見られ、現在はほぼ正常値で推移している。この間、治療に対する認容性は許容範囲内であった。【考察】胸膜中皮腫に対する化学療法として、Pemetrexed+ 白金製剤は標準治療として確立されており、生存期間延長に寄与している。いっぽう腹膜中皮腫においては白金製剤 + 代謝拮抗薬を用いた化学療法が有用とされているが、Pemetrexed を用いた報告は今のところ多くない。本疾患に対しても Pemetrexed+ 白金製剤の有効性が予想され、今後報告例が増加していくと考えられるが、自験例のように高齢の症例や腎機能低下例に対しては、認容性の観点から Pemetrexed 単剤投与も治療法選択肢の 1 つとして有用である可能性が示唆された。

消 32 | 肝膿瘍治療中にメトロニダゾール脳症をきたした 1 例

研 奥脇 徹也¹、横田 雄大²、深澤 光晴²、高野 伸一²、門倉 信²、進藤 浩子²、高橋 英²、
廣瀬 純穂²、川上 智²、深澤 佳満²、佐藤 公²、榎本 信幸²

¹山梨大学 医学部 卒後臨床研修センター、²山梨大学 医学部 第一内科

症例は 71 歳女性。検診で肝機能障害を指摘され当院を受診し、造影 CT や ERCP 下の胆管擦過細胞診にて大きさ 18mm の肝門部胆管癌 stage2 と診断し肝左 3 区域切除の適応と判断した。手術目的に他院へ紹介したものの、転院後に胆管炎を発症し治療に難渋した。徐々に PS が低下し最終的に非切除と判断され、肝内胆管 (B2、B3、B4、B6、B8) に金属ステント、B2 嚢胞内に PTCD、そして胆嚢に対し PTGBD が留置され緩和治療の方針となり退院となった。退院 10 日後に 38 度台の発熱が出現し当院を受診、造影 CT で肝 S7 に 40mm の肝膿瘍を認め緊急入院となった。入院後より敗血症性ショックをきたし、経皮経肝膿瘍穿刺、昇圧剤投与、MEPM 静注、メトロニダゾール内服で治療を開始した。ショックから離脱し肝膿瘍は改善傾向を認めたものの、その後も胆管炎再発を繰り返し抗生剤を変更し加療を続けた。肝膿瘍に対する長期抗生剤投与が必要と考え入院時よりメトロニダゾールは継続していたが、第 54 病日 (メトロニダゾール累積 78g)、JCS3 の意識障害が出現した。血液検査と頭部 CT では原因を指摘できず頭部 MRI を施行したところ、両側対称性に小脳歯状核、脳梁膨大部、大脳白質、錐体路、赤核~下オリブ核~中心被蓋路に T2WI,FLAIR にて淡い高信号、脳梁膨大部や大脳白質、錐体路は DWI で高信号を認め、薬剤歴と合わせてメトロニダゾール脳症と診断した。メトロニダゾールを中止し 2 週間で JCS2 までの改善が得られ、MRI 所見も改善した。メトロニダゾール脳症は、累積容量 21g、2 週間を超える投与で発症すると報告され、主な症状は運動失調や構音障害、悪心、嘔吐、めまいなどである。内服中止によりほとんどの症例で症状改善がみられるが、不可逆的な変化に至る例も報告されている。メトロニダゾールは 2012 年に肝膿瘍などの嫌気性感染症や感染性腸炎が適応追加され、消化器領域でも広く用いられる薬剤となった。本症例のような中枢神経系の副作用を生じる可能性があり、長期投与する際には注意する必要がある。

消 33 胃原発絨毛癌(0-IIc 6mm) 多臓器転移の一剖検例

窪田 智之¹、井上 聡¹、鈴木 裕¹、谷 優祐²、渡邊 玄²¹ 新潟臨港病院 内科、² 新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子診断病理学分野

【症例】70歳代男性【臨床経過】糖尿病、高血圧にて当院通院中。20XX年2月腰痛、後頸部痛、食欲不振あり。3月4日CTにて転移性多発肝・肺・骨・脾腫瘍および前立腺癌を指摘された。上部消化管内視鏡にてSM程度の浸潤を疑う早期胃癌(por, type 0-IIc, 6mm, 体下部前壁)を指摘された。PSA高値であり、生検にて前立腺がんの悪性度が高いこと、骨転移の大部分が硬化性病変であることなどから前立腺癌の全身転移とcStage Ia胃癌の合併と診断し、前立腺癌に対するデガレリクス+ピカルタミド治療を開始した。1か月後PSAは正常化(29⇒3)したが、CTでは肝転移、肺転移の増大をきたしたため、肝転移巣の生検を施行。CK7陽性、CK20陰性、PSA陰性の低分化腺癌を確認し、胃癌由来と診断した。S-1 80mg DTX 40mg開始したが、全身状態は徐々に悪化し6月14日原病死された。【剖検結果】胃癌は肉眼的に指摘不能であったが組織学的に胃体部前壁に確認された(6mm IIb)。腺管形成の見られない未分化な癌で部分的に単核細胞と核クロマチンが濃染する多核細胞を示し、hCG陽性(免疫染色)であった。明らかな腺癌の併存は確認されなかった。絨毛癌成分を伴う未分化癌と判断した。深達度はpT1b2(SM2 depth: about 1000μm), ly2, v0であった。胃癌及び前立腺癌の両者は組織形態像及び免疫染色(胃癌はCK7陽性、PSA陰性、前立腺癌はCK7陰性、PSA陽性)で区別可能であった。前立腺癌は腺癌でGleason score 5+5=10, ly0, v0, pn1, pT3b(sv1), EPE1, 30x15mmであった。なお胃癌・前立腺癌ともCK20陰性、CDX2陰性、MUC2陰性、MUC5AC陰性、CD10陽性であった。組織形態学的に胃癌由来と思われる転移巣を肺(両側、全葉、癌性リンパ管症)、胸壁、横隔膜、肝、脾、両側副腎、甲状腺、前立腺、小腸、大腸、腹膜、胸骨、肋骨、腰椎、両側肺門部・気管分岐部・傍大動脈リンパ節に認めた。いずれもCK7陽性、PSA陰性、hCG陽性(一部)であり、免疫組織学的にも胃癌由来の転移巣として合致した。前立腺癌の他臓器転移は確認されなかった。死因は癌性リンパ管症による呼吸不全と考えられた。

消 34 Lymphomatoid gastropathy が疑われた2例の内視鏡像の検討

渡邊 貴之¹、倉石 康弘¹、小林 聡¹、多田井 敏治¹、関 亜矢子¹、越知 泰英¹、原 悦雄¹、保坂 典子²、長谷部 修¹¹ 長野市民病院 消化器内科、² 長野市民病院 病理診断科

【症例1】70歳代・女性。検診でHb 10.7 g/dlの貧血を指摘された。前医で施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で体下部前壁と大彎に血豆様の隆起性病変を認めた。生検でT cell lymphomaが疑われ当院を紹介受診した。前医内視鏡より1ヶ月後に施行したEGDでは体下部の血豆様隆起性病変は消失しており、他部位に発赤調隆起性病変を認めた。生検所見では粘膜固有層に中型で核縁不整、胞体に好酸性顆粒状物質を有する細胞浸潤を認めた。免疫染色ではCD3・CD56陽性、CD20・CD68陰性、EBV-ISH陰性であることからT cell lymphomaよりもLymphomatoid gastropathy(LyGa)が考えられた。胃粘膜は前庭部に萎縮は認めなかったが、体部大彎から穹窿部に斑状の萎縮または瘢痕が多発していた。血清Hp抗体・便中Hp抗原はいずれも陰性であった。【症例2】60歳代・女性。検診でSCC 1.9 ng/mlと軽度上昇を指摘され当院を受診した。スクリーニング目的に施行したEGDで体下部小彎前壁に発赤調の隆起性病変を認めた。同部位からの生検所見は症例1と同様でありLyGaが疑われた。胃粘膜は前庭部から体部小彎にかけてはHp感染に合致する萎縮所見であったが、体部大彎から穹窿部では斑状の萎縮が多発しており非典型的であった。血清Hp抗体は陽性であった。【考察】症例1はHp陰性、症例2はHp陽性であったが、2例とも体部大彎から穹窿部の胃粘膜所見は類似していた。非典型的な胃粘膜萎縮所見であり、LyGaが前述の胃粘膜所見の形成に寄与している可能性が考えられた。短期間の内視鏡像の変化をあわせ報告する。

消 35 放射線治療後に大量吐血を来した出血性十二指腸潰瘍の 2 例

長谷川 浩之¹、進藤 邦明¹、末木 良太¹、志村 和政¹、曾田 均¹、安村 友敬¹、矢川 彰治¹、
小澤 俊総¹、小野原 幸司郎²

¹ 独立行政法人地域医療機能推進機構山梨病院 消化器病センター、² 独立行政法人地域医療機能推進機構
山梨病院 放射線科

【症例 1】78 歳女性。2010 年 1 月肝門部胆管癌に対して肝左葉および肝外胆道切除術施行。2011 年 11 月膵内遺残胆管に再発を認めたが追加切除は選択せず、化学療法は副作用のため継続されなかった。2014 年 6 月には肝門部にも再発巣が出現し、十二指腸球部への浸潤により狭窄症状を認めた。同年 8 月 27 日より 9 月 30 日まで十二指腸狭窄改善を目的として放射線治療(照射線量 2Gy×23 回)が行われた。放射線治療後の 10 月の CT では再発巣の浸潤の程度は軽減しているものの、上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部に放射線治療後の変化に伴う潰瘍の出現を認めた。11 月 27 日吐血し緊急入院。著明な貧血(Hb 9.4→4.7g/dl)を認めた。内視鏡検査を行ったところ十二指腸球部に前回同様の潰瘍と拍動する露出血管を認め、観察中に破裂しショックとなった。赤血球濃厚液 18 単位を輸血しバイタルを保ちながら IVR を行い止血した。【症例 2】57 歳男性。2011 年 3 月膵体部癌に対して膵体尾部切除術施行。術後補助化学療法行われていたが、2014 年 10 月残膵に局所再発を認めた。2015 年 2 月 16 日より 3 月 2 日までサイバーナイフ治療(照射線量 6Gy×10 回)を施行されたが、その後より心窩部痛出現。3 月 13 日の CT では再発巣は縮小傾向あるものの、上部消化管内視鏡検査では照射野に一致した十二指腸球部後壁に活動性潰瘍を認めた。5 月 29 日吐血で緊急受診。受診時血圧 87/57mmHg とショックを認めた。大量輸液と赤血球濃厚液 2 単位輸血しながら緊急内視鏡検査施行。球部後壁潰瘍底からの出血と思われたが出血多く内視鏡的止血術は困難な状態であったため、IVR を行い止血し得た。放射線治療の副作用として消化管障害があることは知られているが、IVR が必要になるほどの大量出血を来した潰瘍の報告は少ない。今後放射線治療の増加が予想されるが、治療選択時には本症例のように照射野によっては重篤な消化管障害が発生することを認識しておくことが必要である。

消 36 難治性 Clostridium difficile 腸炎に対するドナー便移植の経験

滋野 俊、大野 和幸、森田 進、藤森 一也、福澤 慎哉、吉澤 要

国立病院機構 信州上田医療センター 消化器科

難治性 Clostridium difficile (CD) 腸炎患者 2 名にドナー便移植を施行したので報告する。【背景】当施設では、平成 26 年末に 19 名の入院患者に CD 腸炎による院内集団感染が発生し、入院制限や病棟閉鎖を余儀なくされ、病院経営にも大きな打撃となった。この 19 名中 2 名は、従来の抗生剤治療や probiotics 製剤に応じず、院内感染を断ち切る目的で緊急避難的にドナー便移植を施行した。【対象と方法】2 例の内訳は、80 歳代男性 1 名、80 歳代女性 1 名である。それぞれ肺炎、尿路感染症にて入院した。セフェム系抗生剤使用後に下痢・腹痛・発熱が出現し、便 CD 抗原・毒素陽性より CD 腸炎と診断した。2 例とも、複数回の vancomycin、metronidazole の内服治療にても CD 感染が持続した。ドナー便移植を行うにあたり、院内倫理委員会の承認を得て、十分なインフォームドコンセントの上施行した。ドナー便移植の方法は、von Nood らの方法に準拠した。すなわち、ドナーの選定は、問診・診察・血液検査および便検鏡・培養検査でドナーが現在感染症に罹患していないこと、また感染症以外の疾患で通院や内服歴がないことを確認した。前処置として、患者には 4 日前から vancomycin 1 日 0.5g を経口投与し、ドナー便移植前に腸管洗浄液を投与した。ドナー便は採取後 2 時間以内に生理食塩水に溶解した後、数回の濾過を行い、経鼻十二指腸チューブより患者に投与した。【結果】2 名ともドナー便移植後に下痢は改善し、便 CD 抗原・毒素とも陰性化した。短期間での有害事象は見られなかった。【結語】難治・再発性 CD 腸炎に対するドナー便移植は、海外では多くの臨床報告によりその有用性が確認されている。本法の短期的な有効率は高いが、長期成績や後期の有害事象—特に感染症や免疫異常については未知な事項が多い。また、ドナーの選定やドナー便の作製・投与方法について統一された基準はない。今後、本邦でも難治・再発性 CD 腸炎に対するドナー便移植について、学会等の主導で標準化された方法の確立が望まれる。

加藤 亮¹、浅川 幸子¹、小俣 俊明¹、小林 正史²、三村 耕作²、白石 謙介²、浅川 利奈¹

¹ 峡南医療センター 富士川病院 内科、² 峡南医療センター 富士川病院 外科

【背景】イレウスは腸管内容の通過が障害された状態と定義され、発症の原因は癒着性、腫瘍性、絞扼性、麻痺性、炎症性、食餌性、不明なものまで多岐にわたる。癒着性イレウスは開腹手術例の約 5%に発生するといわれ、外科的治療を行っても再発する可能性があり、保存的治療の意義は大きい。イレウスに対する保存的治療法として、胃管やイレウス管を用いた減圧療法が一般的であるが、近年高圧酸素療法(Hyperbaric oxygen therapy:HBO)によるイレウス治療の報告がされており、当院でも HBO によるイレウス治療を行っている。今回我々は当院における HBO の成績について調査し、治療効果の検討をおこなった。【対象】2010年1月～2015年6月にかけて当院でHBOを施行したイレウス27例を対象とした。そのうち術後癒着性イレウスは22例、胃管、イレウス管を使用せずHBO単独で治療しものは19例であった。【方法】イレウス解除症例数、HBO 治療回数、治療開始から腹痛消失 + 排便を認めるまでの日数、合併症を検討した。【結果】HBO 施行 27 例中イレウス解除例は 25 例 (93%)、無効例は 2 例であった。合併症として耳鳴を 4 例、閉所による不穏を 1 例認めたが重篤な合併症を認めなかった。イレウス解除例 25 例中、平均治療回数は 3.8 回、腹痛消失 + 排便を認めるまでの平均日数は 4.5 日であった。治療開始後 5 日以内に 18 例 (72%) は症状改善を認めた。無効例 2 例は手術に至った。【まとめ】HBO は低侵襲であり、イレウスに対する保存的治療法として積極的に試みられるべきであると考えた。

消 38 PET/CT で集積を呈し診断に苦慮した虫垂憩室症の一例

塩澤 秀樹、井村 仁郎、岸本 恭、安達 互、吉田 憲司、小松 修

富士見高原病院医療福祉センター 富士見高原病院

症例は66歳男性。検診PET/CTで回盲部にSUVの集積を指摘され当科受診した。大腸内視鏡検査では虫垂根部の発赤と粘膜下腫瘍様の腫脹を認め生検では非特異的炎症所見のみで腫瘍性変化は見られなかった。腹部造影CTで虫垂根部は2cmx2.6cm大に腫大し造影効果を認め腫瘍が疑われた。体部から先端にかけては憩室を認めた。以上より原発性虫垂癌等の腫瘍性病変を疑い、腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術中所見では多発憩室を虫垂に認めた。摘出標本では根部に粘液が貯留した嚢胞性腫瘍を認めた。病理組織検査で腫瘍は認めず、虫垂の憩室症と診断された。大腸腫瘍の診断にPET/CTは有用であるが、回盲部の場合炎症性疾患も考慮する必要がある。

消 39 青色の皮膚変色をきたした腸間膜静脈硬化症の1例

永村 良二、小島 英吾、田代 興一、松村 真生子

長野中央病院 消化器内科

【症例】67歳女性。約10年前に当院にて腸間膜静脈硬化症(Mesenteric Phleboscrosis 以下、MP)と診断された。当時は原因不明の疾患であり、腹痛、吐き気などに対して対症療法を行いつつ、不定期に経過観察されていた。来院3年前頃より眼瞼周囲に青色の皮膚変色を徐々に自覚していた。来院2週間前より腹部違和感および下腹部痛が増悪し、精査・加療目的に入院となった。入院時の問診にて、アレルギー性鼻炎に対して辛夷清肺湯を10年以上内服していたことが判明した。来院時身体所見では、腹部全体に軽度の圧痛を認めたほか、眼瞼周囲および頸部から上半身にかけて青色の皮膚変色を認めた。大腸内視鏡検査では、盲腸からS状結腸にかけて連続性の粘膜の青銅色変化、浮腫、および表面の発赤・びらんを認めた。10年前は粘膜の変化は上行結腸までであったが、今回はS状結腸にまで進展しているのが確認できた。【考察】MPの原因はこれまで不明とされてきたが、2007年にChangにより漢方薬の内服が原因の一つである可能性が示された。また、更なる症例の蓄積により、漢方の中でも山梔子(サンシシ)の長期摂取が多いことが知られている。ただし、サンシシがどのような機序でMP発症に関与しているのかは判明していない。腸管の色調変化は当初、静脈うっ血によるものと考えられていたが、サンシシの主成分であるゲニポシドが体内で代謝され青色色素を形成することから、サンシシの代謝産物によるものと考えられている。また、サンシシの長期摂取により顔面、とくに眼瞼周囲に青色調変化をきたした報告も散見されることから、本例ではサンシシを含む漢方薬の長期内服によって、腸管のみでなく、皮膚の色調変化をきたした可能性が考えられた。【結語】本例は、サンシシの長期摂取によって、MPの進行および青色調の皮膚変色を併発した可能性が考えられた貴重な症例と考えられた。

消 40 | 神経内分泌細胞への分化を伴った虫垂原発印環細胞癌の 1 例

山田 重徳¹、中山 淳¹

¹ 飯山赤十字病院 消化器内科、² 信州大学学術研究院医学系・分子病理学教室

症例は 73 歳男性。血便を主訴に施行した下部消化管内視鏡検査にて、盲腸に粘膜の引きつれを伴う粘膜下要素の強い隆起性病変を認め、生検にて印環細胞癌と診断された。腹部 CT では所属リンパ節の腫脹の他、腹膜播種を疑わせる所見を認めたが、腫瘍性狭窄による腸閉塞を来す可能性が高いと判断し、回盲部切除 +D3 郭清を施行した。開腹すると虫垂に 30×30mm 大の 4 型病変を認め、遠隔腹膜に多数の転移を来していた。病理組織学的には虫垂の大部分は印環細胞癌で置換されており、漿膜面まで広範囲な浸潤を認めていた。免疫染色では CEA が広範囲に陽性であった他、一部に chromogranin A と synaptophysin が陽性であり、神経内分泌細胞への分化を伴った虫垂原発印環細胞癌と診断した。現在追加の化学療法を検討中である。

虫垂原発の上皮性悪性腫瘍はまれな疾患であり、全大腸癌の 0.3～2.4% とされている。組織型に関しても印環細胞癌は全大腸癌の 0.6～1.2% とされており、更に本症例は一部で神経内分泌細胞への分化を伴っていたことから、極めて稀な病態と考えられる。また一方で、大腸原発の印環細胞癌は予後が極めて不良であることが知られており、術後の化学療法のレジメンに関しても確立した見解が得られていない。米国では大腸癌の補助化学療法として FLOFOX 療法が標準治療として推奨されていること、切除不能の虫垂原発印環細胞癌に対し FOLFOX 療法を行い、奏功を得ている症例報告があることより、本症例も今後 FOLFOX 療法を行う方針である。

消 41 | 治療方針に苦慮した上行結腸腸管気腫症が併存した出血性ショックの 1 例

平山 和義、河口 賀彦、赤池 英憲、高橋 和徳、土屋 雅人、藤井 秀樹

山梨大学 医学部 第一外科

症例は 75 歳、男性。2014 年 12 月に下咽頭癌に合併した皮膚筋炎と診断され、2015 年 4 月より当院皮膚科にて高用量ステロイド療法が施行されていた。2015 年 5 月、夜間に多量の血便をきたし出血性ショックとなり当科紹介。出血源の検索として緊急 CT 検査を施行したところ、上行結腸の腸管気腫と横行結腸より肛門側で便の濃度上昇を認めた。出血源精査のため緊急下部消化管内視鏡検査を考慮したが、直腸内に 8cm 大の便塊を認めるなど高度の便秘も CT 検査で認めていたため実施できなかった。正確な出血源は不明であったもののため腸管気腫部からの出血も否定できず、また出血性ショックに陥っていたことから同日緊急手術を施行した。上行結腸から右側の横行結腸で腸管気腫を認め結腸右半切除術を施行した。術中、切除した腸管内を確認したが明らかな出血は認めず、術後速やかに下部消化管内の精査が実施できるように腸管吻合は行わない方針とし、同部位にて双孔式人工肛門を造設した。術後に施行した下部消化管内視鏡検査にて直腸に潰瘍を認め、血便の原因と考えられた。腸管気腫症では保存的治療が原則であるが、本症例のように出血源精査のできない出血性ショックとなっている本症例では保存的治療は選択しづらく、治療方針に苦慮したため文献的考察を加え報告する。

中尾 圭介¹、福成 博幸¹、山本 雄大¹、金本 栄美¹、加藤 智敬¹、岡島 千怜¹、設楽 兼司¹、
林 哲二¹、渡辺 玄²

¹ 新潟県立十日町病院 外科、² 新潟大学臨床病理学分野

【症例】78歳女性。発作性心房細動、高血圧症、認知症の既往があり、便秘傾向であった。平成27年5月上旬、食思不振、下血を認め前医に入院した。絶食および抗生剤にて加療されたが、発熱および下血を繰り返し、5月12日当院内科に転院した。5月15日未明、多量の下血と肛門周囲の疼痛を認め、血液検査ではHb 7.4g/dl と高度の貧血を認め、収縮期血圧も 60mmHg とショック状態となった。造影 CT 検査で直腸壁内外のガス像と壁外の膿瘍および直腸壁の部分的な断裂像を認めた。臨床経過と CT 所見から急性出血性直腸潰瘍 (Acute hemorrhagic rectal ulcer: 以下 AHRU) と診断した。保存的加療は困難であると判断し、同日、腹会陰式直腸切断術を施行した。病理組織学的には、歯状線に接する複数の不整形潰瘍 (UI-II~IV) がほぼ全周性に分布し、潰瘍底には好中球浸潤を伴う肉芽組織が広く形成されており、AHRU に矛盾しない所見であった。サイトメガロ感染を疑う核封入体は確認できなかった。

【考察】AHRU は、1980 年に河野により初めて報告され、広岡らにより臨床概念が確立された。それによると、重篤な基礎疾患（とくに脳血管障害）を有する高齢者に突然の無痛性の大量新鮮下血で発症し、歯状線近傍の下部直腸に不整形ないし輪状傾向の潰瘍が形成され、止血に成功すれば比較的良好に軽快ないし治癒するとされている。今回われわれは、AHRU と考えられる 1 例に対し腹会陰式直腸切断術を施行し、良好な経過を得たため若干の文献的考察を踏まえて報告する。

消 43 術前診断が困難であった肝壊死性結節の一例

森田 慎一¹、薛 徹¹、星 隆洋¹、兼藤 努¹、小林 正明¹、須田 剛士¹、佐藤 優²、高橋 元子²、大橋 拓²、佐藤 洋²、平野 謙一郎²、角南 栄二²、小杉 伸一²、池田 洋平³、長谷川 剛⁴、女屋 博昭⁴

¹新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器内科、²新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器外科、³新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 放射線診断科、⁴新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院病理診断科、5 群馬県立がんセンター 放射線診断部

【目的】術前に診断が困難であった肝孤立性壊死性結節の1例を報告する。【症例】67歳男性【主訴】肝腫瘍精査【既往歴】高血圧、糖尿病【生活歴】大酒家【現病歴】201X年3月、腹部CT検査にて肝腫瘍を指摘され精査目的に当院紹介となる。【現症】腹部腫瘍は触知せず。血液生化学所見では肝胆道系酵素の上昇あり。HBsAg、anti-HCV、各種腫瘍マーカー(AFP、DCP、CEA、CA19-9)はいずれも陰性であった。肝S8辺縁に25mm大の結節を認めた。【画像所見】病変は肝表に接し、その部で肝被膜は陥凹し少量の液体貯留を認めた。ソナゾイド造影エコーでは血管相で漸増性に造影効果を認め、後血管相で陰影欠損を認めた。CTの単純相にて低吸収、内部に石灰化を疑う高吸収域を認めた。Dynamic造影では病変辺縁のみ早期より造影効果を呈したが、内部はわずかに造影されるのみであった。MRIのT1WIでは高信号と低信号が混在、T2WIでは辺縁が強い高信号、内部は明瞭な低信号であった。DWIでは明らかな拡散低下は認めず、造影EOB-Gd-MRI肝細胞相では低信号であった。造影効果、MRI肝細胞相の低信号、背景肝疾患の存在より肝細胞癌と診断し、前区域切除術を施行した。【病理所見】病変断面の肉眼像では辺縁に被膜を伴い、内部にモザイク状の類円形結節を認めた。結節内部は広範に出血壊死をきたし、一部に線維化巣を認めた。また、病変周囲には硬化閉塞した血管が多数観察された。明らかな腫瘍細胞を認めなかった。【考察】アルコール性障害肝の存在と画像所見より肝細胞癌と診断し手術を行ったが腫瘍は認めなかった。特徴所見と言われる硝子化線維性被膜や弾性線維を認めなかったが、結節は大半を出血および壊死組織で構成されている点から肝壊死性結節が疑われた。肝壊死性結節は稀な病変であり、その術前診断の可能性に関して考察する。

消 44 自然経過で縮小した多臓器(肝、腎、肺)炎症性偽腫瘍の1例

五十嵐 俊三、土屋 淳紀、中野 応央樹、もたい 陽介、山本 幹、横山 純二、山際 訓、野本 実、寺井 崇二

新潟大学大学院 医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【緒言】炎症性偽腫瘍は、成因は不明で頻度は少なく、画像所見も多彩でしばしば悪性腫瘍との鑑別を要する疾患である。今回画像検査で多臓器(肝、両側肺、両側腎)に腫瘍性病変を認め、経皮的肝針生検によって炎症性偽腫瘍と診断し、自然経過で腫瘍縮小を確認し得た1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は76歳女性で当院に関節リウマチの診断で外来加療を受けていた。当科受診2ヶ月前から全身倦怠感、1ヶ月前から軽度の右季肋部痛を自覚していた。その間食欲は軽度低下したが、発熱や消化器症状は認めなかった。近医を受診し、腹部超音波検査で肝右葉に35mm大の腫瘍を指摘された。前医の造影CTでは、肝右葉から右腎へ直接浸潤するような造影効果の乏しい腫瘍に加え右腎上極、左腎下極、左肺に腫瘍、両側肺野にも結節影を認めた。悪性腫瘍を疑い、原発巣、組織型を検査するための肝生検依頼があり当科に入院した。入院時腹部症状はすでに軽快し無症状であった。血液検査では軽度貧血と肝胆道系酵素の軽度高値を認めたが、炎症所見はなく腫瘍マーカーもCA19-9が軽度上昇していたのみで、IgG4は基準値内(113mg/dl)であった。入院時腹部超音波検査では前医に比し16mmと肝腫瘍の縮小を確認できたが、診断目的で経皮的肝針生検を施行した。検体内には軽度の線維化を伴う肝組織に連続しマクロファージを主体とした軽度炎症細胞浸潤を伴う、高度線維化領域を認めたが、腫瘍性病変を指摘できなかった。この組織像に加え腹部超音波検査で縮小傾向を認めること、さらに初回指摘から約1ヶ月後の造影CT、MRIでは肝、腎、肺いずれの病変も明らかな縮小を認めたことから、我々は原因を特定することはできなかったが炎症性偽腫瘍と診断し経過観察の方針とした。【考察】本疾患はあらゆる臓器を原発とする可能性があり、しばしば悪性腫瘍との鑑別が困難で切除に至るケースもある。多発症例も報告されているが、3臓器にわたる多発症例は検索し得た限りでは報告がなく貴重な症例と考え報告する。

消 45 経頸静脈的肝生検が診断に有用であった慢性肝疾患の 1 例

阿部 聡司¹、石川 達¹、渡邊 貴之¹、野澤 優次郎¹、岩永 明人¹、佐野 知江¹、関 慶一¹、
本間 照¹、石原 法子²、西倉 健²、吉田 俊明¹

¹ 済生会新潟第二病院 消化器内科、² 済生会新潟第二病院 病理診断科

【症例】70 歳女性【既往歴】高血圧、脂質異常症、流産 1 回、2 子出産【現病歴】高血圧、高脂血症で近医通院していたが、以前より持続的な軽度の肝逸脱酵素上昇及び一過性の肝障害の増悪を認めていた。ウイルスマーカー陰性、アルコール摂取なく、抗核抗体は蛍光抗体法で 20 倍未満、腹部超音波検査で脂肪肝の所見があったため NAFLD を疑われフェノフィブラート、エゼニチブ、ウルソデオキシコール酸で加療されたが改善乏しく X-4 年に肝生検目的に当院紹介された。その際 APTT60 秒と延長認め、抗リン脂質抗体症候群が疑われ同時期に開始されたトコフェロールで ALT 軽減が得られたこともあり NAFLD と判断し肝生検は見送られた。以降 ALT は 40~50IU/l を推移していたが X-6 ヶ月、X-2 週間に ALT 91IU/l、338IU/l。抗核抗体 EIA 法で 5.21ratio と上昇を認めた。経過から自己免疫性肝炎を疑い肝生検目的に入院となった。APTT 延長は続いており経頸静脈的肝生検 (TJLB) を施行し十分量の検体を採取できた。肝組織は門脈域に形質細胞を伴ったリンパ球主体の炎症細胞浸潤を軽度から中等度認めた。脂肪沈着は著明でなく線維化は中心静脈周囲ではみられず門脈域に軽度認められた。組織所見より NAFLD は否定的、経過から薬物、ウイルスも否定的で自己免疫性肝炎と考えステロイド導入したところ肝障害は 2 週後には正常化し再燃なく経過している。【考察】肝生検は急性 / 慢性肝疾患の成因、肝炎の活動性、肝線維化診断を目的として広く行われている。近年では画像、血液検査により代用可能となってきたが非アルコール性脂肪肝炎、自己免疫性肝炎においては未だ重要な検査である。通常選択される経皮経肝的肝生検は凝固異常、大量腹水患者では禁忌である。TJLB は肝静脈から肝組織にアプローチするため前述の患者においても安全に施行できる。当院においては 2005 年 8 月~2015 年 7 月の 10 年間に 132 例の TJLB が施行され手技的成功は 100%、偶発症はシース挿入時に縦隔に迷入した 1 例のみであった。TJLB の安全性、有効性は高く経皮経肝的肝生検の高リスク症例において積極的に施行すべき検査と考えられた。

消 46 ソラフェニブ PD 後に S-1 療法及び CDDP による気管支動脈内抗癌剤注入療法 (BAI) が奏功した肝細胞癌術後多発肺転移の一例

福原 康夫、吉田 智彰、堂森 浩二、岡 宏光、佐藤 明人、渡辺 庄治、佐藤 知巳、富所 隆、
吉川 明

長岡中央総合病院 消化器内科

【症例】67 歳、男性。下大静脈腫瘍栓を伴う尾状葉原発の多発肝細胞癌に対して 2012 年 12 月に肝右葉切除術+尾状葉切除術+腫瘍栓摘出術を施行。術後 4 ヶ月で多発肺転移が出現したため 2013 年 3 月よりネキサバル 800mg を投与したが、約 6 ヶ月で PD となった。2013 年 10 月より S-1 100mg を投与したところ PR となり、その後約 1 年間の長期 SD が得られた。2015 年 3 月より肺転移巣は増加・増大傾向に転じ、咳嗽及び血痰が出現して徐々に増悪したため、2015 年 7 月と 9 月に CDDP による気管支動脈内抗癌剤注入療法 (Bronchial arterial infusion: 以下、BAI) を施行した。その際、術前の dynamic CT で栄養血管と思われる気管支動脈の同定が可能であり、ナビゲーションイメージを作成することにより大動脈からの分岐部位及び形態の情報が得られて有用であった。治療後肺転移巣は著明に縮小して呼吸器症状の改善を認め、現在経過観察中である。【考察】肝外病変を有する肝細胞癌に対する標準治療はソラフェニブであるが、ソラフェニブ PD 後の治療に関しては明確な指針がないのが現状である。国内フェーズ 3 試験 S-CUBE において S-1 群はプラセボ群と比較して有意な OS 延長を認めなかったことが最近発表されたが、他に確立した治療法がない現在、これまでに有効例が多数報告されている S-1 は治療選択肢の一つであると思われる。また本症例のように肝内病変が制御されている肺転移例では、肺転移巣の主な栄養血管である気管支動脈からの BAI により予後及び QOL の改善が得られる可能性があり、その適応を積極的に検討すべきである。【結語】肝細胞癌術後多発肺転移に対して集学的治療を行い長期生存が得られている一例を経験した。ソラフェニブ PD 後の治療戦略を考える上でも貴重な症例と考え文献的報告を含めて報告する。

消 47 膵退形成癌の1例

坪井 清孝¹、佐藤 聡史¹、青木 洋平¹、影向 一美¹、津端 俊介¹、松澤 純¹、夏井 正明¹、
渡邊 雅史¹、若木 邦彦²

¹ 新潟県立新発田病院 内科、² 新潟県立新発田病院 病理

症例は67歳、男性。腰背部異和感を主訴に近医を受診し、膵腫瘍を指摘され当院紹介された。腹部超音波検査では膵頭部に3.5cm大の低エコー腫瘍と周囲リンパ節腫脹を認め、造影CTでは同腫瘍は辺縁造影効果のある嚢胞性病変として認識された。血液検査では、白血球増多、CRP上昇、CA19-9とElastase-1の上昇を認めた。EUS-FNAを施行し、組織診でAdenocarcinomaの診断となり、外科切除の適応と考え外科に紹介。術前化学療法としてゲムシタビン塩酸塩(GEM)投与を2回行った。しかし、術直前の造影CTにて膵頭部腫瘍や周囲リンパ節転移の増大と、多発する肝腫瘍を認めた。超音波下肝腫瘍生検により、Adenocarcinomaが証明され手術中止となった。その後、GEM1コースを行ったが、肝胆道系酵素上昇と軽度黄疸、CTで原発巣増大と胆管拡張を認め、経皮経肝胆管ドレナージを行った。また、十二指腸浸潤による嘔吐が生じたため、内視鏡的十二指腸ステント留置術を施行し、その後に経皮的に胆管ステントを留置した。膵癌に対しては、GEM単剤では無効のため、GEM+TS-1併用療法を開始した。1コース終了時のCTでは肝転移巣の増大と原発巣の壊死自壊を認めた。その後、間質性肺炎を合併しステロイドパルス療法を開始した。しかし、大量下血あり、輸血を行ったが出血が続き死亡した。剖検を施行したところ、膵頭部に手拳大の腫瘍を認め、十二指腸浸潤による潰瘍形成と大量出血があり、組織像より膵退形成癌と診断した。膵退形成癌は比較的稀な腫瘍であり、今回その1剖検例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

消 48 膿瘍化した嚢胞性胆管癌に対し超音波内視鏡ガイド下経胃的ドレナージが有効であった1例

児玉 亮、三枝 久能、牛丸 博泰

JA長野厚生連 篠ノ井総合病院 消化器内科

症例は84歳女性。右側腹部痛を主訴に入院した。血液検査で高度の炎症所見を認めた。CTで肝S4を中心に内部に造影効果を有する乳頭状構造をもつ110mm大の多房性嚢胞性病変を認め、右葉および肝被膜下にかけて連続していた。嚢胞液からはStreptococcus族が検出され、腫瘍性肝嚢胞の膿瘍化が疑われた。抗生剤で治療したが再燃したため、超音波内視鏡ガイド下経胃的ドレナージを行い、術後14日目に金属ステントを留置した。肝膿瘍ドレナージにより感染のコントロールは良好となった。さらに、金属ステントを通して内視鏡を肝膿瘍内に挿入することで直視下に肝腫瘍生検を行い嚢胞性胆管癌と診断した。嚢胞性胆管癌は稀な疾患であるが、その感染例は我々が検索し得た範囲で報告例はない。加えて、超音波内視鏡ガイド下肝膿瘍ドレナージは最近High volume centerからの報告が少数あるがまだ稀な処置である上、金属ステントを留置した報告例は少ない。経皮的肝膿瘍ドレナージは自己抜去の危険があり、内瘻化できる本法の有用性は高い。さらに本例は腫瘍性肝嚢胞を穿刺し腫瘍内に内視鏡を挿入することで腫瘍を直視下に生検できたが、同様の報告例はなく世界初と思われる。

消 49 | EST 後出血に対し Fully covered self-expandable metallic stent(FCSEMS) 留置にて止血後、再出血を来した 1 例

小林 聡、倉石 康弘、多田井 敏治、渡辺 貴之、関 亜矢子、越知 泰英、原 悦雄、長谷部 修
長野市民病院 消化器内科

【症例】67 歳男性

【既往歴】脳梗塞、高血圧症、脂質異常症、胆嚢摘出術、アルコール性神経障害。クロピドグレル 75mg 内服中。

【現病歴】脳梗塞後遺症、左大腿骨頭置換術のため入院中、38.9 度の発熱、黄疸があり当科紹介となった。

【検査所見】血液検査では WBC 21960 / μ l、Plt 26.3 万 / μ l、CRP 13.61 mg/dl、Hb 9.4 g/dl、T.Bil 7.1 mg/dl、ALP 1156 IU/l、 γ -GT 514 IU/l、Cr 1.12 mg/dl、PT-INR 1.58、CT では最大 14mm の多発性総胆管結石、23mm の膵頭部 IPMN を認めた。

【入院後経過】血液検査及び CT 所見から総胆管結石による重症急性胆管炎と診断し緊急 ERCP を施行、7Fr、10cm の plastic stent を留置した。また同日からクロピドグレルを中止、第 8 病日に EST、EML を行い最大 16mm、9 個の結石除去を行った。術中、EST 部位からの oozing を認めたためバルーン圧迫止血、HSE 局注止血を施行した。第 9 病日に血便と血圧低下を認め、緊急内視鏡を施行したところ EST 部位からの出血を認めた。ラージバルーンによる圧迫止血を 5 分間行ったが止血されず、FCSEMS (Bona stent、10mm $\times$ 6cm) を留置して止血した。8 単位の RCC 輸血を要したが、その後は出血を疑う所見なく第 13 病日より食事開始、第 17 病日に FCSEMS を抜去した。第 21 病日にクロピドグレルを再開したところ、第 22 病日に再び血便と血圧低下を認めたため緊急内視鏡施行。EST 部位からの再出血を認め、再度 FCSEMS (Bona stent、10mm $\times$ 6cm) を留置して止血した。その後再出血なく 2 か月現在留置中である。

【考察】近年 EST 後出血の止血方法として FCSEMS の有用性が報告されている。しかし FCSEMS 抜去時期や抗血栓薬の再開時期などについては明確にされておらず示唆に富む症例と考えたため報告する。

消 50 | 胆管空腸吻合部の良性胆道狭窄に対し金属ステントを留置し拡張を得た 1 例

薛 徹、森田 慎一、星 隆洋、兼藤 努、小林 正明、須田 剛士

新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 消化器内科

【目的】胆道再建術後の胆管空腸吻合部にきたした良性胆道狭窄に対し金属ステントを留置し拡張し得た 1 例を報告する。【症例】70 歳女性。2013 年、膵胆管合流異常の診断で肝外胆管切除術、胆管空腸吻合術が施行された。2015 年 6 月、黄疸、発熱にて救急搬送された。血圧低下も認め、急性胆管炎、敗血症性ショックの診断で直ちに経皮経肝胆管ドレナージを施行した。【方法】全身状態改善後のドレナージチューブからの造影では胆管空腸吻合部は閉塞していた。内瘻化目的に経皮ルートより閉塞部の突破を試みたが不能であった。そのため経皮ルートより気管支鏡 (BF-XP290) を挿入し閉塞部を確認したところ点状の scar を認め、内視鏡観察下にガイドワイヤーで突破可能であった。狭窄部を順次拡張し 10Fr 内外瘻チューブを留置。チューブ径を更に拡張し長期留置する方針であったが、早期抜去の患者希望が強く、狭窄部に金属ステントを留置する方針とした。ステントの留置可能距離が短く、逸脱した際のバックアップ目的に double balloon 内視鏡を胆管吻合部まで挿入し、経皮ルートとガイドワイヤーで rendezvous 状態にした後、経皮ルートより 8mm 径 Wallflex(R) full-covered stent を留置した。吻合部の拡張は良好であり、留置 3 ヶ月後に再度 double balloon 内視鏡を用いステントを抜去した。合併症はなく容易に抜去可能であった。後日行った経皮ルートからの造影でも吻合部は良好に開存しており留置していたチューブも抜去した。【考察】良性胆道狭窄に対する治療として、経皮チューブの長期留置や狭窄部のバルーン拡張、プラスチックや金属ステント留置など各種検討報告されているが議論は収束していない。近年では生体吸収性ステントの有用性についても報告されているが本邦では現時点で使用は限定的である。本症例は良性胆道狭窄に対し一時的に金属ステント留置を行い拡張しえた貴重な一例であり、ここに報告するとともに良性胆道狭窄に対する治療戦略につき考察する。

消 51 | 慢性膵炎・肝硬変の経過中に脾動脈瘤が胃内穿破した一例

福島 秀樹、古武 昌幸、山城 彩乃、古川 竜太郎、山田 崇裕、桃井 環、篠原 知明、友利 彰寿、比佐 岳史

佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

【症例】70 歳代、男性。【主訴】吐血。【既往歴】12 年前に胃癌に対して亜全摘術施行。4 年前より慢性腎臓病で通院中。2 年前にアルコール性肝硬変による腹水で入院。【現病歴】2 年前の入院中に膵尾部主膵管の拡張があり、精査を行うものの腫瘍は否定的で以後外来で経過観察されていた。2015 年 2 月の MRI で膵尾部に T1 強調で低信号、T2 強調で内部不均一な高信号を呈する嚢胞性病変を認めた。腹部超音波検査では脾門部に 15mm 大の無エコー腫瘤を認め、ドプラで拍動性の血流シグナルを認め、脾動脈瘤と診断した。入院での治療を検討していた矢先に黒色便、吐血、意識障害がみられ、当院救急外来を受診された。来院時、血圧 69/57mmHg、心拍数 110 回/分と出血性ショックと診断し、入院とした。【入院後経過】入院後、緊急内視鏡検査を施行し、体上部大彎に頂部にびらんを有する粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。同部位より噴出性の出血を認め、複数の止血クリップで一時止血に成功した。その後、輸血と輸液にて循環動態を改善させた後に造影 CT 検査を施行した。クリップの付着した胃壁には膵尾部から胃に突出する 28×33mm の瘤状構造を認めた。動脈相で瘤は均一に濃染され、動脈瘤と診断した。その後、血管造影を行い、脾動脈下極枝造影で瘤が造影され、ゼラチンスポンジ細片とコイルで部分的脾動脈塞栓術を施行した。翌日の腹部超音波検査では虚脱した脾動脈瘤と思われる構造物質を認め、ドプラでは血流シグナルは消失しており、内視鏡検査ではクリップ付着部の隆起の緊満感が消失した。その後再出血は認めず、第 17 病日に退院とした。退院後 5 か月経過したが、脾動脈瘤の再発は認めていない。【考察】脾動脈瘤の頻度は本邦では剖検例の 0.004%で破裂例は約 2%と頻度は低い。しかし、破裂後の死亡例は 25%と高率であることから、本症例のように破裂前に診断され、経過から破裂のリスクが高いと考えられた場合にはできる限り早急な治療を行うことが望ましいと考える。【結語】慢性膵炎・アルコール性肝硬変の経過中に脾動脈瘤を発症し、胃内に穿破した稀な一例を経験したので報告した。

内 10 | 新型マウスピースを用いた上部消化管内視鏡検査のパイロット試験

前島 信也¹、植田 健治^{1,2}、佐藤 晶¹、三溝 恒幸³

¹ 松本歯科大学病院 内科、² 上條記念病院、³ 松本歯科大学病院 歯科技工部

目的：内視鏡検査による咽頭絞扼反射を軽減するため、新型マウスピースを考案したのでパイロット試験で安全性を確認した。対象と方法：被験者は同意の得られた、上部消化管内視鏡受検歴のある20歳以上の10名(男6・女4、平均年齢50.9歳)。当学会専門医2名が極細径上部消化管内視鏡を用いて、前処置をまったく行わずに、このマウスピース使用下で通常観察を実施し、経過中の血圧、脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度(SpO₂)を別の観察者がモニタリングした。さらに忍容性評価として咽頭絞扼反射の回数と、被験者からの主観的評価アンケートを集計して解析した。また内視鏡医からの操作性の評価も実施した。結果：無麻酔でも血圧、脈拍、SpO₂の病的変動はなかった。食道観察までの咽頭絞扼反射回数は平均2.5回、被験者評価において、不快はあるが次回検査時も新型マウスピースでよいが6名であったが、次回は他の方法を希望が4名いた。内視鏡医の操作性は良好で特に食道入口部挿入が容易との評価を得た。結語：考案した新型マウスピースの安全性に問題はなかった。忍容性、操作性も良好な印象があり、今後は表面麻酔など前処置の追加や経鼻挿入ルートとの比較試験を実施したい。

内 11 | 人間ドック受診者の Helicobacter pylori 感染検査歴・除菌歴の検討

三浦 美香、大高 雅彦、花輪 充彦、北橋 敦子、廣瀬 雄一、高相 和彦、依田 芳起

山梨県厚生連健康管理センター

【背景】2013年2月から「Helicobacter pylori (Hp) 感染胃炎」に対する除菌治療が新たに保険収載され、自施設では上部消化管内視鏡検査でHp感染胃炎を認めた受診者にHpの診断・加療を積極的に勧めてきた。2015年4月からは新たに人間ドック受診者に抗Hp抗体測定オプション検査を開始した。Hp感染検査歴・除菌歴の現状を報告する。【対象・方法】抗Hp抗体測定開始した2015年4月から7月に人間ドックを受診者は8459例で、このうち上部消化管内視鏡検査を施行した7184例(平均年齢57.2歳)を対象とした。この全例に事前に感染診断歴の有無、陽性者は除菌歴、除菌判定の有無を問診した。原則Hp感染診断歴のない希望者に抗H.pylori抗体を測定した。抗Hp抗体はEプレート栄研H.ピロリ抗体IIを用い、カットオフ10.0U/ml以上を陽性、3.0以上10.0U/ml未満を±(陰性高値)、3.0U/ml未満を陰性とした。【結果】対象の7184例のうち、Hp感染診断歴ありが2739例(38.8%)、未診断が4445例(61.2%)であった。診断歴があった症例では陽性1861例(除菌成功1441例(77.4%)、除菌不成功55例(3.0%)、除菌後未確認279例(15.0%)、除菌未施行86例(4.6%))、陰性878例であった。Hp感染診断歴のない4445例のうち、抗Hp抗体測定を行ったのは、2620例(陽性636例、±403例、陰性1587例)であり、未施行が1820例であった。また、Hp感染診断歴があり、陰性と回答した症例で抗Hp抗体価測定を行った症例が110例いたが、結果は陽性30例、±22例、陰性55例であった。±例に対しては、呼気テストの追加を指導した。自施設で呼気テストを施行した165例は33例(20.0%)が陽性であった。【考察】自施設では2013年以降、Hp感染診断・加療を積極的に勧めてきたが、除菌後未確認例と除菌未施行例が多数存在した。また、Hp感染診断歴のない症例のうち、Hp抗体陽性例は24.3%であり、以前陰性と診断されたと回答者でも抗体陽性者が多数存在しており、未発見のHp感染者が多数例存在することがわかった。【結語】人間ドックでの抗Hp抗体価測定はHp感染者の発見に有用であり、継続してさらなる検討を行う予定である。

内 12 胃粘膜血管構造の立体観察に関する予備的検討

山川 良一、河内 邦裕、原田 学、入月 聡、岩田 真弥

下越病院 消化器科

【はじめに】NBI 拡大内視鏡を用いると胃の粘膜および血管の詳細な画像を得ることができる。しかしそれは2D画像であり、リアルタイムに3D画像を得ることはできない。我々はNBI拡大内視鏡を用いてわずかに離れた位置から撮影した一対の内視鏡画像の傾きと大きさを補正し非リアルタイム3D画像（アナグリフ画像）を作成し、胃粘膜の立体観察について検討しその有用性と問題点を報告した（2011 UEGW）。また3Dレンダリングの手法を用いて複数の方向から胃粘膜の3D画像を作成し、これらが胃粘膜の立体構造を多人数で同時に観察する際に有用であることを報告した（2012 UEGW）。【目的】本研究の目的は胃粘膜血管の立体観察の可能性と問題点を検討することである。対象は22症例で、内訳は胃炎2例、胃腺腫2例、高分化型腺癌15例、低分化型腺癌2例、MALTリンパ腫1例である。【方法】NBI拡大内視鏡を用いてわずかに離れた位置から2画像を撮影し、画像内の対応する4点を指定し、2画像の傾きと大きさを2次元射影変換にて補正した。こうして得られた3D画像内の血管上の複数の地点を指定し、それらの高さを計算し血管を β スプライン曲線として描出した。このようにして得られた3D画像が胃粘膜の血管構造の理解に有用か、その問題点は何かを検討した。【結果】胃粘膜の血管構造は2D画像と比較して3D画像でより明瞭に理解することが可能であった。しかし、画像内の血管を自動的に抽出することは困難であった。微小血管は一方の画像では指摘することができても他方では指摘できない場合があった、これは現時点ではリアルタイムに3D画像を得ることができないからである。【結論】リアルタイムに3D画像を得ることができる立体拡大内視鏡の開発が望まれる。

内 13 6年間の経過が追えた胃型形質を示した十二指腸癌の一例

関 慶一¹、佐野 知江¹、本間 照¹、阿部 聡司¹、岩永 明人¹、野澤 優次郎¹、渡邊 貴之¹、石川 達¹、吉田 俊明¹、小川 洋²、石原 法子³、西倉 健³

¹ 済生会新潟第二病院、² 外科、³ 病理診断科

[症例]60歳台、女性。ドックEGDで十二指腸下行部後壁の主乳頭のやや口側近傍に、大きさ10mmの周囲隆起を伴った陥凹性病変を認めた。生検で良悪性境界病変と診断され、精査加療目的に当科を紹介受診した。肉眼所見から病変の隆起部は周囲粘膜と同様の絨毛構造を認め、陥凹は波状の明瞭な境界を持ち局面内は顆粒状で密な構造が疑われ、腫瘍性病変と考えられた。ミニチュアプローベを用いた20MHzの超音波内視鏡検査で病変は第2から3層を主座とした低エコー腫瘤として観察された。病変の中央部付近で第3層の菲薄化が疑われ粘膜下層浸潤癌と診断した。腹部造影CT検査で特記すべき所見は認めなかった。以上より外科的局所切除を施行した。切除病理で粘膜下層へ1000 μ m浸潤した高分化型腺癌と診断された。病変深部にはBrunner腺腫様病変を認めた。免疫染色では、癌部はMUC5AC、MUC6が瀰漫性に陽性、MUC2、CDX2、CD10は陰性の胃型形質を示した。Ki67は病変表層まで80%以上に標識して認められた。P53蛋白過剰発現は認められなかった。同病変のEGD所見を遡及的に検討したところ、6年前に大きさ7mm程度の粘膜下腫瘍病変で、Brunner腺過形成と判断されていた。3年前に隆起側壁に小陥凹が出現し、以後陥凹部分の拡大とともに病変全体が平坦化していく形態変化が捉えられていた。[まとめ]Brunner腺腫からの発生が示唆された胃型形質を示した十二指腸癌の1例を経験した。その発育進展を理解する上で6年前からの形態変化が遡及的に確認できた貴重な症例と考え報告する。

内 14 | 紫斑を伴わない IgA 関連腸疾患の一例

徳竹 康二郎¹、久保田 大輔¹、宮島 正行¹、木村 岳史¹、丸山 雅史¹、今井 隆二郎¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、松田 至晃¹、和田 秀一¹、渡辺 正秀²

¹ 長野赤十字病院 消化器内科、² 長野赤十字病院 病理部

症例は 70 代歳の女性。数日前から持続する腹痛・下痢のため近医から当院へ救急搬送された。CT では空腸を中心に小腸の広範囲に壁肥厚と腸液貯留あり、何らかの小腸炎による麻痺性イレウスと考えられた。好中球の著しい左方移動があり、CRP も 25mg/dL と異常高値で、細菌性腸炎を念頭に抗生剤投与を開始したところ炎症反応は低下した。しかし、炎症反応が改善する一方で下痢と腹痛が遷延して、食事也十分再開できず徐々に低栄養が進行した。第 15 病日の EGD では十二指腸下行部以深に多発性のびらん、全周性潰瘍を認めた。その後の小腸造影では Kerckring 皺襞の腫大、粘膜の顆粒状変化を認め、小腸内視鏡およびカプセル内視鏡ではびらん、潰瘍に加え、厚く白苔が付着した所見を呈していた。なお下部内視鏡検査では、結腸および終末回腸に異常は無かった。十二指腸および空腸からの生検、血液検査、各種培養検査にて感染症、悪性腫瘍、膠原病などについて原因を検索したが、明らかな原因は特定できなかった。第 40 病日の小腸内視鏡再検査では十二指腸、空腸の炎症所見が改善していた。この際の空腸生検にて蛍光免疫染色を行ったところ、血管構造への IgA および C3 の優位な沈着を認め、IgA 関連腸疾患の可能性が示唆された。幸い腹痛は自然軽快し、TPN と成分栄養剤の内服により栄養状態も改善し、第 62 病日に退院となった。現在外来通院中であるが発症から 12 ヶ月経過した現在も紫斑は出現しておらず、腎症も出現していない。病理および内視鏡所見からは IgA 関連腸疾患の一例と考えられ、皮膚症状を有さない点で稀な症例であると考え報告する

内 15 | 初期にアフタ様大腸炎を呈した潰瘍性大腸炎の 1 例

渡辺 史郎¹、森 茂紀¹、島田 久基²、根本 啓一³

¹ 信楽園病院 消化器内科、² 信楽園病院 腎臓内科、³ 信楽園病院 病理診断科

潰瘍性大腸炎は病変が直腸から口側大腸へびまん性、連続性に進展するのが特徴とされてきたが、その初期病変については、十分な検討は行われておらず、その特徴は解明されていない。今回アフタ様病変より 2 か月後にびまん性病変に進行した潰瘍性大腸炎を経験したので報告する。

症例は 61 歳男性。慢性腎不全にて近医で血液透析中、2011 年 2 月検診便潜血陽性にて、9 月 2 日当科紹介受診し、9 月 13 日下部消化管内視鏡検査施行。終末回腸及び横行結腸から下行結腸に正常粘膜を背景にアフタ様病変を認めた。病変部位からの生検病理所見では炎症細胞浸潤を認めるのみであり、便培養も陰性、自覚症状も認めないことから経過観察の方針とした。その後、11 月初めより軟便、排便時出血認められ、症状持続するため、11 月 16 日下部消化管内視鏡検査再施行。直腸から S 状結腸はびまん性に膿性白点を伴う発赤顆粒状粘膜、びらん、小潰瘍を認め、横行結腸まで連続して血管透見像消失、粘膜の発赤を認め、潰瘍性大腸炎と診断された。生検病理所見でも潰瘍性大腸炎に合致する所見であった。5-ASA 製剤、プレドニゾロン投与にて自覚症状も改善、2013 年 4 月下部消化管内視鏡検査でも炎症所見の改善認められた。

消化管のアフタ様病変は、種々の腸疾患の経過中に認められる所見であり、Crohn 病の初期病変としての意義が注目されている。潰瘍性大腸炎においても初期病変の 1 つである可能性が示唆され、文献的考察を加えて報告する。

内 16 | 平坦型腫瘍性大腸ポリープの内視鏡治療における大腸 EMR と大腸ポリペクトミーとの無作為比較試験

堀内 朗、藤原 直幸、一瀬 泰之、梶山 雅史、黒河内 明子、日高 奈緒、加藤 尚之

昭和伊南総合病院 消化器病センター

【目的】 この研究の目的は平坦型腫瘍性大腸ポリープに対する EMR と Polypectomy との完全切除率を比較することである。【方法】 外径 10-25mm の平坦型腫瘍性大腸ポリープが登録され、EMR あるいは Polypectomy による内視鏡治療に無作為に振り分けられた。EMR では切除前生理食塩水が局注され、Polypectomy では局注はなされなかった。内視鏡切除時に使用されたスネアおよび高周波切開凝固装置の設定は両群で同様であった。主要評価項目は、完全切除率で病理組織学的な断端陰性率とした。副次的評価項目は、内視鏡治療時間および治療後 2 週間以内に発生した内視鏡治療を必要とする遅発性出血。この研究は院内の医倫理委員会承認後、ClinicalTrial に事前登録された (NCT 01950117)。【結果】 125 個の大腸ポリープが登録され、無作為に 2 群に振り分けられた。EMR 群, N=63 (52 症例) と Polypectomy 群, N=62 (52 症例)。両群間の臨床像には有意な差を認めなかった。内視鏡治療時間は Polypectomy 群が EMR 群に比べて有意に短かった (15.2 分 vs. 17.2 分, $P = 0.0007$)。EMR 群における完全切除率は、Polypectomy 群に比べて有意に高かった (89 % vs. 73 %, $P = 0.021$)。90% 以上の完全切除率は、EMR 群で外径 < 19 mm 以下、一方、Polypectomy 群では外径 < 14 mm であった。多変量解析では、両群において大腸ポリープの外径はポリープ完全切除率に相関し、オッズ比の比較では、Polypectomy 群は EMR 群に比べて著しく高値であった (外径 15-19 mm, odds ratio=3.5 vs. odds ratio=1.5; 外径 > 20 mm, odds ratio=127 ($P < 0.0001$) vs. odds ratio=6.4)。遅発性出血は両群において 1 例も起きなかった。【結論】 外径 15mm 以上の平坦型腫瘍性大腸ポリープの内視鏡治療においては、大腸 EMR が大腸ポリペクトミーより有意に優れていた。

内 17 | 転移性膵腫瘍の膵管内進展により急性膵炎を発症した1例

川上 智¹、進藤 浩子¹、深澤 光晴¹、高野 伸一¹、門倉 信¹、高橋 英¹、横田 雄大¹、
廣瀬 純穂¹、深澤 佳満¹、佐藤 公¹、川井田 博充²、榎本 信幸¹

¹ 山梨大学第一内科、² 山梨大学第一外科

【症例】50歳代、男性。【主訴】心窩部痛。【臨床経過】2014年12月に左腎細胞癌（膵尾部浸潤、下大静脈腫瘍栓）に対して左腎・膵尾部・脾臓・結腸一部合併切除術を施行した。術後、後腹膜膿瘍を合併するがドレナージ留置で軽快し外来で経過観察となっていた。2015年4月上旬に食欲不振、心窩部痛が出現し、4月10日の血液検査で膵酵素(Amylase 831U/L, Lipase 780IU/L)が上昇し、急性膵炎の診断となった。予後因子0点、CT Grade 1であり軽症の急性膵炎として当院外科に入院となった。しかし、保存的加療開始後も軽快しないため、膵炎の精査加療目的に4月16日に当科へ転科となった。同日に施行した腹部ダイナミックCTでは早期動脈相で膵体部に10mm大の濃染する腫瘍を2個認め、一部で膵管内進展を認め、尾側膵管が拡張していたので、膵炎の原因として考えられた。膵周囲の炎症が鎮静化した後に施行した超音波内視鏡で11mm大と14mm大の低エコー腫瘍を2個認め、尾側の腫瘍から連続して膵管内進展を認めた。膵管を避けてEUS-FNAを施行し、淡明な細胞質を有する異型細胞を認め、免疫染色でCD10(+), vimentin(+)となり、腎細胞癌膵転移と診断した。膵以外への遠隔転移がないことを確認した上で外科切除の方針となり2015年6月2日に膵部分切除術を行った。手術後の病理結果は、類円形の核を持ち淡明な細胞質を有する異型細胞が、充実胞巣状に増殖し既往の左腎癌と類似した所見であったことから、淡明細胞型腎癌の膵転移と診断確定した。術後の経過は良好で現在、外来通院中である。【結語】今回、我々は転移性膵腫瘍の膵管内進展により急性膵炎を発症した1例を経験したため、文献的考察も加えて報告する。

内 18 | 当院における膵管ステントの検討

中村 厚夫¹、八木 一芳¹、名和田 義高¹、田中 恵¹、関根 厚雄²

¹ 新潟県立吉田病院、² 新潟県労働衛生医学協会

当院は膵石症に対しESWLを行っていることより県内様々な地域からの紹介が多い。その影響で膵管ステントを留置している患者も多かった。2010年6月1日から2011年5月31日まで膵管ステント留置について検討したところ、ERCP総数324件、膵管ステントを留置した患者26例、71件であった。そのうち定期的に膵管ステントを交換していた患者は14例であった。通常ステント定期交換は3~4ヶ月に1回、入院期間は2~3日。膵管ステント留置に伴う合併症なども見られ、ステント交換が長期化しないようできるだけ抜去するよう試みてきた。2014年9月1日から2015年8月31までの1年間の調べ検討した。ERCPの総数は206件、膵管ステントを留置した患者13例、21件であった。そのうち定期的に膵管ステントを交換していた患者は3例であった。膵石症患者は積極的にESWLを使用し除去するようにしてきた。ステント抜去後は膵管内圧上昇に伴う痛みの出現などが起こる可能性も十分説明しステント抜去した。現在3例を除きステントfreeが可能となった。定期交換を行っている患者は心疾患などの合併症でESWLが困難な例。仕事、家庭の都合で長期入院できない患者の3名となった。ステントを抜くことで繰り返す肝膿瘍が軽快した症例、ステント留置が長期になり先端に結石が付着した2例も報告する。今後も膵管ステント留置はできるだけ短期になる様な治療が望まれる。

内 19 当院における EUS—CD の現状

古川 浩一¹、酒井 規裕¹、小川 雅裕¹、大崎 暁彦¹、佐藤 宗広¹、相場 恒男¹、米山 靖¹、
和栗 暢生¹、五十嵐 健太郎¹、大谷 哲也²、横山 直行²、佐藤 大輔²、高橋 祐輔²、松澤 夏未²、
橋立 英樹³、三尾 圭司³、渋谷 宏行³

¹ 新潟市民病院消化器内科、² 消化器外科、³ 病理科

【背景と目的】当科では膵嚢胞性病変を中心に 2005 年 2 月より EUS-CD を導入、現在までに 21 例に実施している。今回、当院における EUS-CD の現状を報告する。【対象と方法】2007 年からは通電ダイレータを導入し、CO₂ 送気を用いた現在に至る手技で実施していることから 2007 年 11 月から 2015 年 8 月までの期間、PPC(pancreatic pseudocyst)、ANC(acute necrotic collection)、WON(Walled-off necrosis) に対し実施した自験 EUS-CD 症例 16 例について検討する。治療効果と有害事象、ドレナージの管理について考察する。【結果】対象症例は男性優位、年齢は広範囲にわたっていた。膵炎関連症例が 12 例、75%と多く、重症膵炎後症例は 8 例と半数であった。改定アトランタ分類では WON10 例、ANC1 例、PPC5 例。嚢胞最大径平均 96mm。発症または手術からの待機期間は平均 186 日間であった。十分な観察期間の後、チューブ抜去が可能と判断された症例は 8 例、平均留置期間は 342 日。今回の観察期間中に抜去後に嚢胞の再燃を 1 例に認めた。再燃例は慢性膵炎急性増悪症例で膵頭部主膵管の狭窄が認められた。再燃嚢胞は EUS-CD 時 88mm の嚢胞と比し 20mm と小型で、無症候であることから追加治療無く経過観察中である。【結語】当院における EUS-CD について現況を報告した。WON、ANC、PPC については安全で有効であり、術後膵液瘻に対する治療としても有効であった。1 年以上の留置後のドレナージチューブ抜去での嚢胞再燃例もあり、EUS-CD の長期予後と管理の適正化は今後の検討を要する。

内 20 強固な胆管空腸吻合部狭窄に対し通電針が有用であった 1 例

塩路 和彦、青柳 智也、栗田 聡、佐々木 俊哉、船越 和博、加藤 俊幸、成澤 林太郎

新潟県立がんセンター新潟病院 内科

症例は 70 歳代の女性。X 年 11 月 膵頭部癌に対し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行された。X+1 年 3 月 胆管炎にて入院。胆管空腸吻合部狭窄が疑われ内視鏡治療の方針となった。細径大腸内視鏡(PCF-Q260JI)を用いて胆管空腸吻合部まで挿入。吻合部には肉芽を認め、開口部は確認できなかった。吻合部をガイドワイヤーで探ると右肝管にガイドワイヤーが進んだためカニューレを追従。造影し胆管であることを確認した後、EPBD バルーンにて 8mm に拡張。吸引すると結石が排石された。その後胆管炎は軽快したが、6 月に再び胆管炎を発症し入院。再度内視鏡で吻合部を観察すると、肉芽は消失し狭窄した吻合部が確認できた。前回同様狭窄をバルーンで拡張した。造影では右肝管しか造影されず、左肝管の吻合部ははっきりしなかったが、疑わしいところをガイドワイヤーで探ったところ、何とか左肝管にガイドワイヤーを進めることができた。引き続きカニューレを追従しようとしたが、狭窄がきつく突破できず。そこで通電針(Cysto ガストロセット、OTW タイプ)を用いて、Endocut モードで通電したところ、容易に狭窄を突破することができた。その後 EPBD バルーンを用いて拡張し、十分な吻合部の開口を得ることができた。通電針は超音波内視鏡下膵嚢胞ドレナージや超音波内視鏡下胆道ドレナージにおいて穿刺部の拡張として広く用いられている。また、ガイドワイヤーさえ突破できれば同軸で拡張することができるため、慢性膵炎による膵管狭窄や、強固な胆管狭窄についての使用経験の報告も散見される。通電時間や出力によっては想像以上に広範囲に焼灼されることもあるが、吻合部狭窄に対しては直視下での拡張であり比較的安全に使用でき有用と考えられる。

内 21 | 超音波内視鏡下胆道ドレナージ (EUS-BD) が有用であった 2 例

岡 宏充、佐藤 知巳、吉田 智彰、堂森 浩二、佐藤 明人、福原 康夫、渡辺 庄治、富所 隆、
吉川 明

長岡中央総合病院

今回我々は、EUS-BD が有効であった 2 例を経験したので、報告する。症例 1 は 73 歳女性。2014 年 1 月、腹痛・貧血の精査で EGD 施行し、十二指腸 SDA に十二指腸癌による全周性狭窄を認めた。3 月に手術行うも、術中腹膜播種の所見あり、胃空腸吻合術のみ施行。術後 TS-1 開始し経過観察していたが、肝障害、黄疸の出現あり、2015 年 9 月に入院。CT で胆管拡張、総胆管結石、輸入脚の拡張を認めた。PTCD の内瘻化は困難と思われ、EUS-CDS を施行した。十二指腸球部から総肝管に partially covered SEMS (8mm, 6cm) を留置し、減黄良好であった。その後に胃空腸吻合部および輸出脚の狭窄による嘔吐が出現したため、胃内から輸出脚にかけて十二指腸ステント (22mm, 12cm) を留置。その後は、食事開始するも嘔吐なく経過良好である。症例 2 は、88 歳男性。2014 年 5 月、十二指腸乳頭部癌による閉塞性黄疸に対し、ERBD 施行。7 月、胆管炎発症し uncovered SEMS (8mm) に交換した。9 月、胆管炎再燃し ERCP 施行。ステントが対側の十二指腸粘膜に突き刺さった状態となっており、セル間隙から ERBD を追加した。しかしその後も頻回に胆管炎を繰り返すため、12 月に、対側粘膜に突き刺さったステントを APC で trimming し除去後に ERBD2 本留置した。2015 年 4 月、胆管炎で再入院し ERBD 交換。腫瘍増大により処置が困難となり、以後も短期間に胆管炎を繰り返すため、6 月 EUS-HGS を施行した。胃内から B3 に partially covered SEMS (6mm, 12cm) を留置し、胆管炎のコントロールは良好となった。8 月、十二指腸狭窄に対し十二指腸ステント (22mm, 12cm) を留置。9 月に胆管ステント閉塞による黄疸の出現あり、胃内のステントを APC で短く trimming した後にステント内をバルーンカテでクリーニングした後に ERBD (7Fr, 12cm) を留置し、減黄は良好である。