



ご挨拶

このたび、第59回日本消化器病学会甲信越支部例会、第81回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会合同支部例会ならびに第36回日本消化器病学会甲信越支部教育講演会、第11回専門医セミナーの会長を拝命いたしました。この会は、私が医師になって最初に発表させていただいた会で、消化器病医、内視鏡医としての基本を学ばせていただいた会であります。このような会を開催させていただくことは、大変光栄でありますとともに、多くの諸先輩の先生方を前に身の引き締まる思いでございます。

さて、今回は、消化器病学会52、内視鏡学会32、合計84題ものこれまでにないほどの多数のご応募をいただき、日頃の診療・研究でご多忙の折、ご協力いただきました会員の先生に深く御礼申し上げます。とくに、研修医37（消化器23、内視鏡14）、専修医16（消化器14、内視鏡2）題をご指導いただいた評議員・指導医の先生方には大変感謝申し上げる次第です。このため今回は、1題あたりの時間を短縮も検討しましたが、本会の伝統である「1題、1題を十分に討論」するよう2会場並行とし、可能な限り時間を取ることといたしました。このため演題進行では、ご迷惑をおかけする場面も多々あろうかと思いますが、何卒ご理解ご協力いただきますようお願い申し上げます。また、抄録を拝見しますと、診断や治療に苦慮した症例、珍しい症例、新たな試みなどの報告があり質の高い発表が期待されます。最近では専修医・研修医の先生方などPowerPointを上手に使い、気の利いたプレゼンテーションをされますが、討論や症例への思い入れなど少し希薄な面も感じられます。医師は、ひとりひとりの患者さん（症例）に向き合ってこそ多くを学べますし、十分な討論から新しい疾患概念や予防・診断・治療法が創出されるのではないかと思います。

教育講演会では、消化器画像診断、消化管、ウイルス肝炎の分野で現在すでに、もしくは近い将来、わが国を代表されと思われる山梨大学本杉宇太郎先生、国立がん研究センター松田尚久先生、自治医科大学岡本宏明先生に、ご無理をお願いし山梨までお越しいただきます。ランチョンセミナーも肝臓の内科治療の第一人者の東京大学建石良介先生をお願いいたしました。いずれの先生のご講演も必ずや、診療・研究・教育に役立つものと大変期待しております。

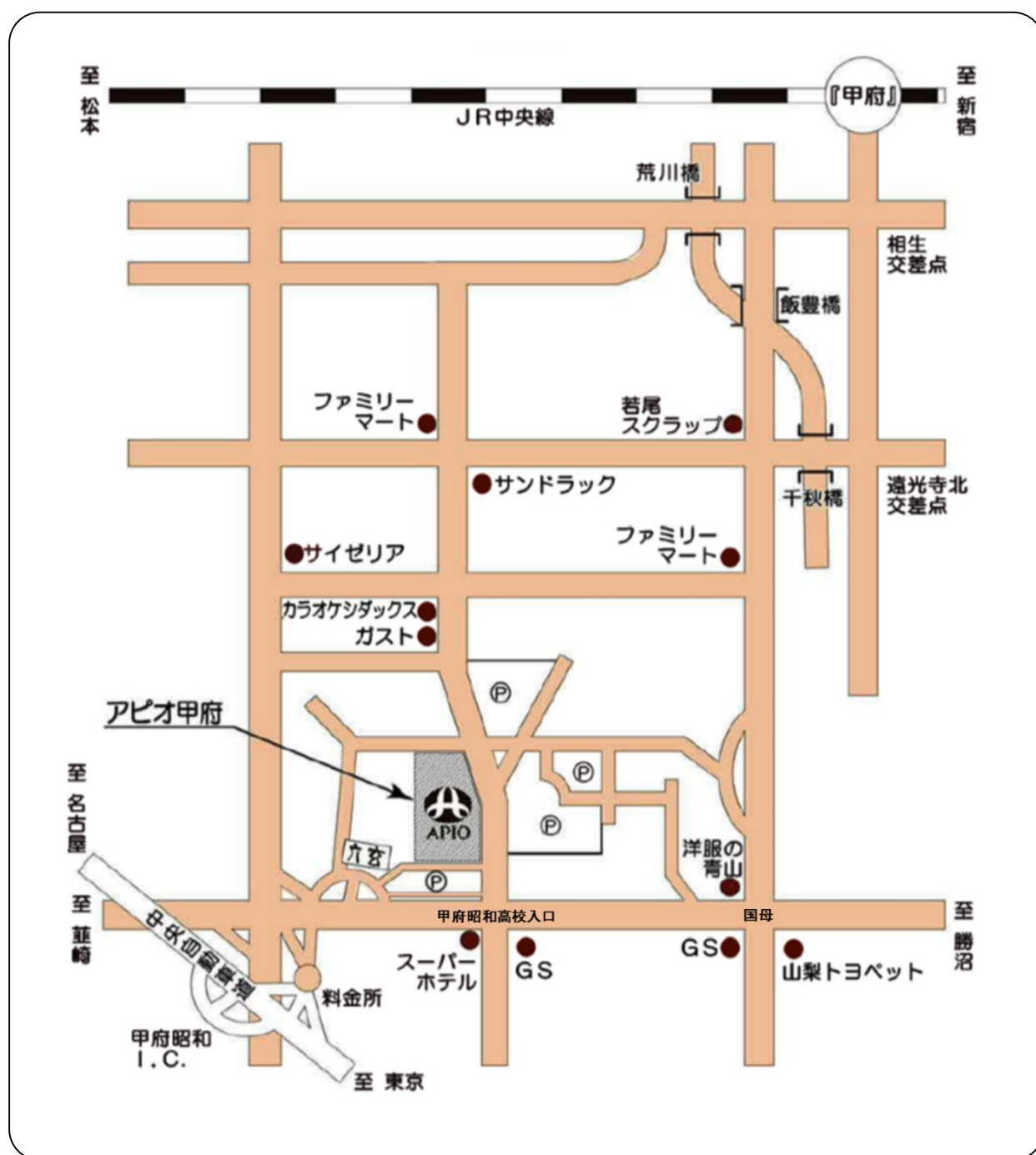
最後になりましたが、本会が皆様にとって有意義な会になりますことを祈念し、紅葉の美しい山梨へのお越しをお待ちしております。

2016（平成28）年11月

第59回日本消化器病学会甲信越支部例会
第81回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
第36回日本消化器病学会甲信越支部教育講演会
第11回日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー
会長 坂本 穰
(山梨大学医学部附属病院肝疾患センター長)



会場案内



主要交通・・・JR中央線 甲府駅下車 南口からタクシー約15分

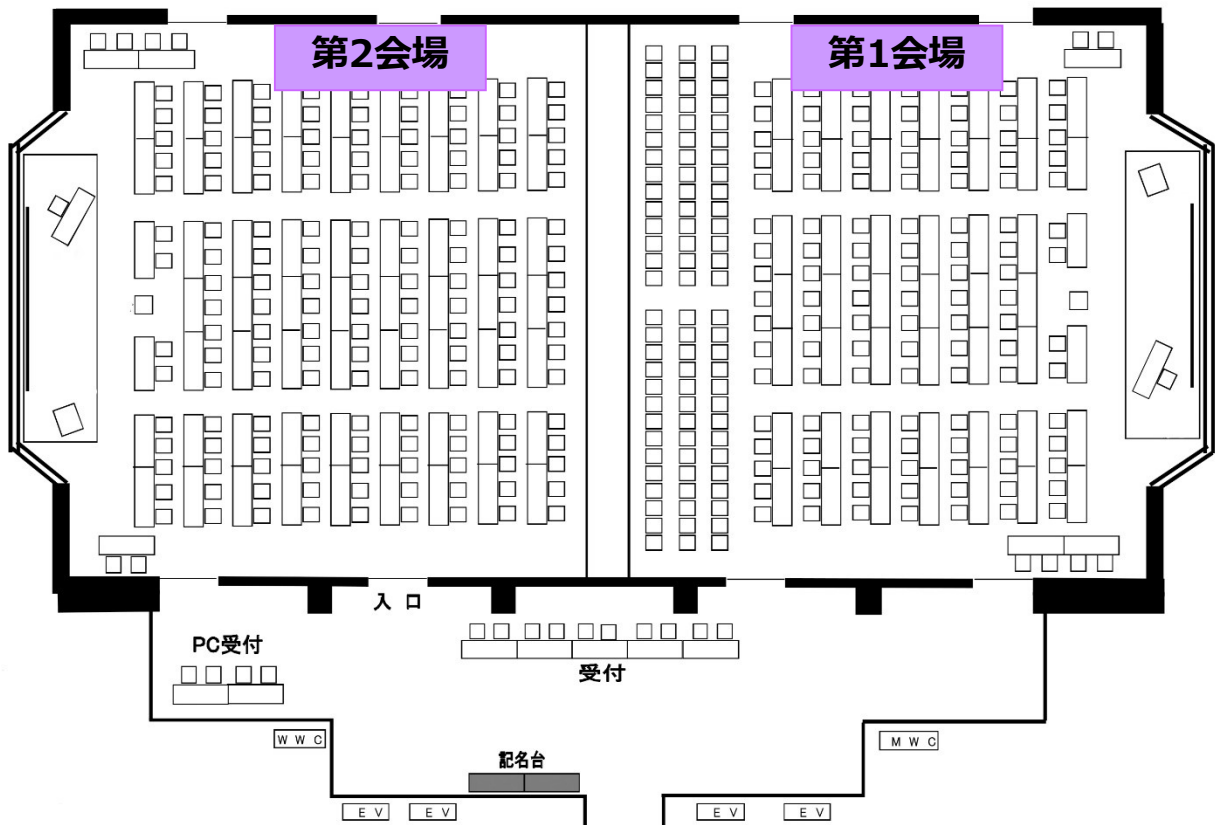
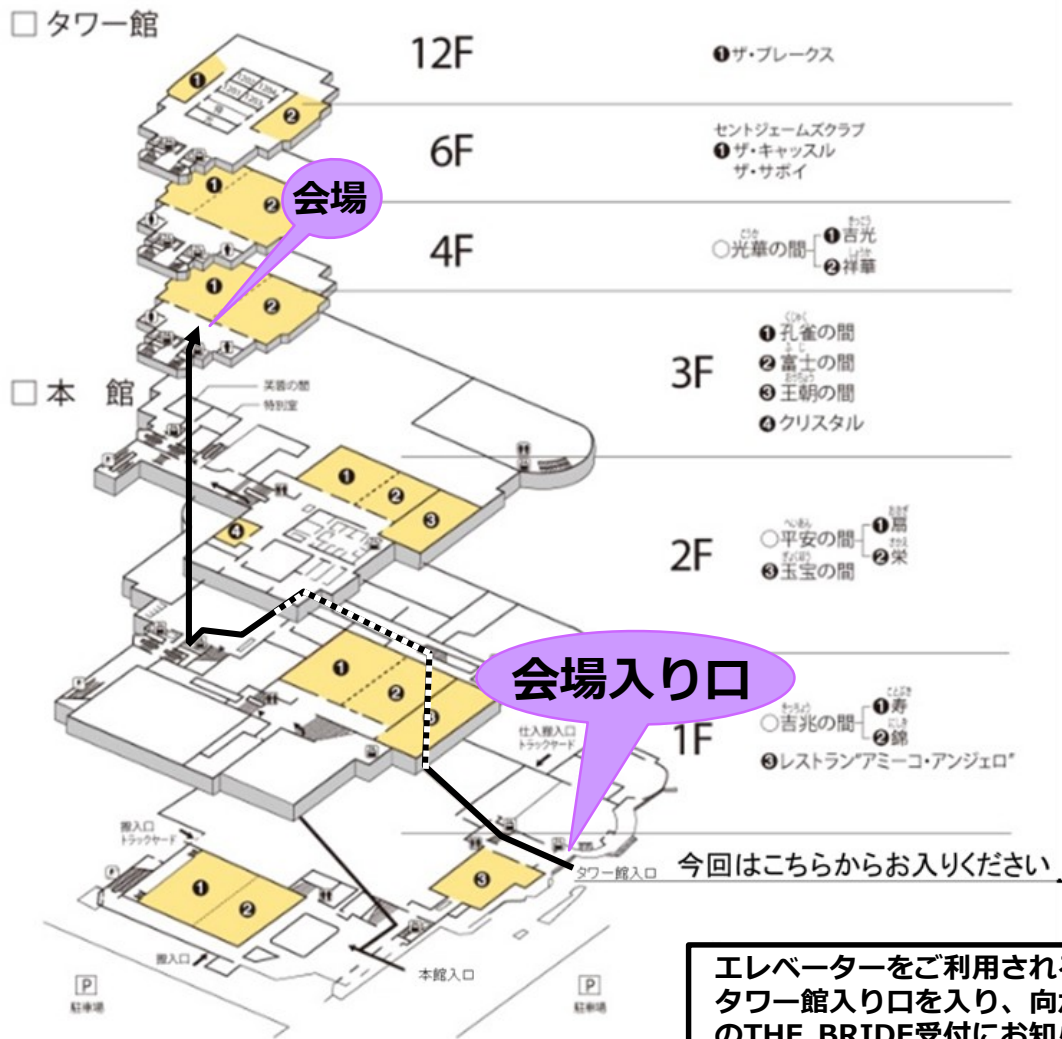
お車でお越しの方・・・中央自動車道甲府昭和I.C.で下り、東京・大月方面へ向かって、最初の信号「甲府昭和高校入口」を左折してください。

学会会場：アピオ甲府

〒409-3866 山梨県中巨摩郡昭和町西条3600

TEL：055-222-1111

会場案内図



参加受付は4F第1会場前で行います。
クロークはタワー館2Fロビーをご利用ください。

学会発表および質疑応答についてのお願い

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円を徴収いたします。また、消化器病学会教育講演会にご出席の方は、別に1,000円を徴収いたします。
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下さい。
3. 参加証は、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がある場合には、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、演者への謝辞は不用です。

座長の先生方へのご案内

1. 予定時間の30分前までに受付をお済ませ下さい。
2. 進行を円滑にするために演題名などの紹介は省略し、実質的な討論に時間を配分できるように配慮をお願いいたします。

演者の先生方へのご案内

1. **口演時間は5分、討論時間は4分です。**時間厳守をお願いいたします。
2. コンピューターによるプレゼンテーション（1面）に限ります。
3. 発表30分前までにPC受付にお越し頂き、コンピュータまたはメディア（CD-RまたはUSBメモリー）の動作を確認して下さい（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、演者に関する利益相反状態の自己申告及び開示が必要です。発表の際、COI開示スライドを表題の次の2枚目にご提示下さい。同時にCOI申告書を提出いただきます。申告書は事前に**支部ホームページよりダウンロードして記入、提出をお願いいたします。**
6. 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, 8, 10
アプリケーション: Microsoft PowerPoint 2003, 2007, 2010, 2013
 - 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下さい。
日本語: MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝
英語: Arial, Arial Black, Century, Century Gothic, Times New Roman
 - ③ データを保存する際、ご使用の「Power Point」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下さい。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下さい。
 - 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下さい。動画ファイルはWindows Media Playerにて再生可能なものに限りします。
 - ⑤ 会場のスクリーンは「4:3」となっております。スライドの作成時に、ページ設定で「4:3」に設定していただきますとスクリーン前面に投影されます。
 - 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下さい。省電力設定はあらかじめ解除して下さい。映像の外部出力端子はMini D-sub 15ピンとなります。Macintoshなどパソコン本体にMini D-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下さい。

日本消化器病学会評議員の先生方へ

支部奨励賞は、評議員会により選出いたします。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、優秀演題表彰式で表彰をいたします。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。

合同懇親会のご案内

日時：2016（平成28年）11月19日(土) 19:00から

会場：アピオ甲府タワー館6階、ザ・サボイ

会費：評議員 5,000円、一般会員2,000円

評議員に限らず多くの先生方のご参加をお待ちしております。

ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease（日本消化器内視鏡学会 甲信越／北陸地方会雑誌）への論文投稿をお願いいたします。

（投稿詳細は甲信越支部ホームページをご覧ください）

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が施行され、日本消化器内視鏡学会では平成28年10月以降に開催する支部例会より倫理審査委員会の承認の有無等の申告が必要となります（症例報告は不要）。第80回支部例会では、倫理審査委員会の承認が必要な演題では、できれば「倫理審査委員会の承認を得た」の文言をスライドや発表内に入れて下さい。

タイムスケジュール

第1日目 11月19日(土)

4階				6階
第1会場（祥華）		第2会場（吉光）		第3会場（ザ・サボイ）
セッション	演題番号	セッション	演題番号	
開会式				
胆膵1 (5) 進藤浩子	1	PL1 (6) 大高雅彦	PL1	
	2		PL2	
	3		PL3	
	4		PL4	
	5		PL5	
	6		PL6	
胆膵2 (5) 新倉則和	7	PL2 (5) 佐藤祐一	PL7	
	8		PL8	
	9		PL9	
	10		PL10	
	11		PL11	
肝1 (5) 三浦美香	12	PL3 (5) 越知泰英	PL12	
	13		PL13	
	14		PL14	
	15		PL15	
肝2 (4) 一條哲也	16		PL16	
	17	食道胃1 (4) 竹内学	40	
	18		41	
	19		42	
			43	
ランチョン セミナー 建石良介 (前川伸哉)		合同評議員会		
		内視鏡学会 表彰式		
肝3 (6) 山際訓	20	小腸大腸1 (6) 河口賀彦	44	
	21		45	
	22		46	
	23		47	
	24		48	
肝4 (5) 進藤邦明	25		49	
	26	食道胃2 (6) 友利彰寿	50	
	27		51	
	28		52	
	29		53	
	30		54	
			55	
教育講演1 本杉宇太郎 (深澤光晴)				
教育講演2 松田尚久 (佐藤公)				
教育講演3 岡本宏明 (坂本穰)				
		合同懇親会		

第2日目 11月20日(日)

	4階			
	第1会場（祥華）		第2会場（吉光）	
	セッション	演題番号	セッション	演題番号
8:50			食道胃3 (5) 細田健司	56
9:00	胆膵3 (5) 岡宏充	31		57
9:10		32		58
9:20		33		59
9:30		34		60
9:40		35	小腸大腸2 (4)	61
9:50	胆膵4 (4) 高野伸一	36		62
10:00		37	山本香織	63
10:10		38		64
10:20		39	小腸大腸3 (4)	65
10:30				66
10:40				67
10:50			横山純二	68
11:00			専門医 セミナー1 (肝) 中山康弘	
11:10				
11:20				
11:30				
11:40				
11:50	専門医 セミナー2 (消化管) 山口達也			
12:00				
12:10				
12:20				
12:30				
12:40	閉会式			
12:50				
13:00				

プログラム

プログラム

第1日目 11月19日(土)

第1会場

胆膵1 9:00~9:50

座長 進藤 浩子(山梨大学第1内科)

1-消-研 外傷性後腹膜血腫による胆管狭窄の一例

長岡中央総合病院 杉田 萌乃

2-消-専 PTBDランデブー法を用いて採石したRoux-en-Y術後総胆管結石の1例

新潟県厚生連糸魚川総合病院 島田清太郎

3-消-専 MRI所見が診断に有用であった胆嚢粘液癌の1例

信州大学医学部 消化器外科 池原 智彦

4-消-研 転移性脳腫瘍で発見された、膵神経内分泌細胞癌の一部検例

新潟県立中央病院 柴田 理

5-消-専 胆石性胆管炎、胆嚢炎を契機に診断された膵腺房細胞癌の1例

飯田市立病院 消化器内科 栗林 直矢

胆膵2 9:50~10:40

座長 新倉 則和(社会医療法人財団滋泉会相澤病院)

6-消-専 多発性内分泌腫瘍I型を背景とした高カルシウム血症が急性膵炎の誘因と疑われた一例

新潟大学医歯学総合病院 高橋 俊作

7-消-研 仮性脾動脈瘤破裂によりhemosuccus pancreaticusを来したと考えられ、coil塞栓術が有用であった消化管出血の一例

長岡中央総合病院 臨床研修医 夏井 一輝

8-消-研 膵炎発作を繰り返し、膵管出血を認めた膵仮性嚢胞合併慢性膵炎の1例

諏訪赤十字病院 消化器科 須田 絢子

9-消-研 膵仮性嚢胞門脈穿破の1例

山梨大学医学部 第一内科 山下 洸司

10-消-研 自然経過中に形態変化を来した膵嚢胞性病変の1例

山梨大学 第一内科 大森 一平

肝1 10:40~11:30

座長 三浦 美香(山梨県厚生連健康管理センター)

11-消-研 ソホスブビル、リバビリン併用療法中に生じた薬剤性自己免疫性溶結性貧血の1例

山梨大学 第一内科 大岡 忠生

12-消-専 ソフォスブビル・レディパスビル併用療法が有効であったクリオグロブリン血症・シェグレン症候群合併C型慢性肝炎の1例

長野赤十字病院 消化器内科 佐藤 幸一

13-消-専 診断に難渋した急性肝障害の1例

山梨大学医学部附属病院 第一内科 芦澤 浩

14-消-研 ボノプラザン/クラリスロマイシンを使用したピロリ菌除菌療法後に高度な黄疸を来した原発性胆汁性胆管炎の一例

長野赤十字病院 消化器内科 中嶋 太郎

15-消 HIV感染者に急性B型肝炎(genotype A)を発症した1例

相澤病院 消化器病センター 細川 洋

肝2 11:30~12:10

座長 一條 哲也 (安曇野赤十字病院)

16-消-専 集学的治療を行った肝性胸腹水の1例

市立甲府病院 今川 直人

17-消-研 重症型アルコール性肝炎救命後に出現した難治性腹水に対してデンバーシャントが有効であった1例

飯田市立病院 消化器内科 橋上 遼太

18-消-研 門脈体循環シャントによる高アンモニア血症に対しシャント血管塞栓術が有効であった1例

JA長野厚生連篠ノ井総合病院 消化器内科 鈴木 翔

19-消-専 反復性肝性脳症に対するB-RTO後、食道・胃静脈瘤が増悪し、EVL、PTOにて治療した1例

新潟市民病院 消化器内科 木村 淳史

肝3 14:00~15:00

座長 山際 訓 (新潟大学消化器内科分野)

20-消-専 胃癌術後に多発肝細胞癌の自然退縮を来し、これを画像検査にて追跡し得た1例

佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 工藤 彰治

21-消-研 肝細胞癌に対するラジオ波焼灼術により下横隔動脈損傷を来した2例

山梨大学医学部 第一内科 阪田 宏樹

22-消-研 多発肝細胞癌・腸骨転移に対し放射線照射・肝動脈化学塞栓術・ソラフェニブ内服を組み合わせた集学的治療を行い長期寛解が得られた1例

信州大学医学部附属病院 消化器内科 若林 俊一

23-消 ソラフェニブが著効した多発肺転移巣を伴う肝細胞癌の1例

独立行政法人地域医療機能推進機構山梨病院 長谷川浩之

24-消 対側門脈二次分枝に腫瘍栓を認めた小型肝細胞癌の1例

厚生連新潟医療センター病院 消化器内科 田村 康

25-消 当施設において10年間で発見された肝細胞癌の背景因子と検診受診暦の検討

山梨県厚生連健康管理センター 三浦 美香

肝4 15:00~15:50

座長 進藤 邦明 (JCHO山梨病院消化器内科)

26-消-研 眼内炎が発見契機となったKlebsiella pneumoniae肝膿瘍の1例

長岡赤十字病院 消化器内科 吉岡 弘貴

27-消-研 Klebsiella pneumoniae による侵襲性肝膿瘍症候群の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 永山 逸夫

28-消 膿瘍穿刺液の検鏡動画撮影が迅速診断に有用であった、アメーバ性肝膿瘍の1例

新潟医療センター 消化器内科 五十嵐正人

29-消 巨大な感染性肝嚢胞に対して経皮的肝嚢胞ドレナージとエタノール注入療法を行った1例

峡南医療センター 富士川病院 加藤 亮

30-消 多発肝腫瘍を呈したメトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

新潟県立十日町病院 内科 水澤 健

第1日目 11月19日(土)

第2会場

内視鏡学会プレナリーセッション1 9:00~10:00

座長 大高 雅彦(山梨県厚生連健康管理センター)

PL1-内-研 食道および大腸静脈瘤を合併した肝外門脈閉塞症の1例

山梨県立中央病院 消化器内科 天野 博之

PL2-内-研 食道狭窄を伴う出血性胃潰瘍に対して経鼻内視鏡で止血し得ず内視鏡的バルーン拡張術を施行し経口内視鏡で治療し得た1例

佐渡総合病院 消化器内科 坂上 仁

PL3-内-研 内視鏡所見の経時的变化が確認できた胃粘膜ランタン沈着症の2例

村上総合病院 内科 佐藤 毅昂

PL4-内-研 ヘリコバクター・ピロリ除菌治療後10年の経過で腫瘍量が減少した早期胃癌の1例

下越病院 消化器内科 大谷 晴野

PL5-内-研 5年間の経過で計9回の異時性異所性再発をきたし繰り返しESDを施行した早期胃癌の1例

山梨県立中央病院 消化器内科 田中 寛人

PL6-内-専 幽門側胃切除後の通過障害に対して、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が有効であった1例

山梨大学医学部 第1内科 大島 俊夫

内視鏡学会プレナリーセッション2 10:00~10:50

座長 佐藤 祐一(新潟大学医歯学総合病院光学医療診療部)

PL7-内-研 示唆に富む内視鏡・病理所見を呈する好酸球性胃腸炎の一例

済生会新潟第二病院 消化器内科 大脇 崇史

PL8-内-研 前立腺癌の胃転移の1例

済生会新潟第二病院 消化器内科 北川めぐみ

PL9-内-研 小腸内視鏡・気管支鏡にて診断できた肺扁平上皮癌小腸転移の1例

新潟市民病院 消化器内科 弥久保俊太

PL10-内-研 興味ある画像所見を呈した胃癌原発転移性大腸癌の一例

長岡中央総合病院消化器病センター 内科 湯山 聡子

PL11-内-研 腺癌領域と内分泌癌領域が内視鏡的認識し得た直腸腺内分泌細胞癌の1例

長岡赤十字病院 横山 邦彦

内視鏡学会プレナリーセッション3 10:50~11:40

座長 越知 泰英(長野市民病院消化器内科)

PL12-内-研 悪性リンパ腫とGISTが併存した胃病変の一例

長岡赤十字病院 消化器内科 松下 仁美

PL13-内-研 内視鏡的に止血しえた十二指腸憩室出血の一例

諏訪赤十字病院 教育研修推進室 近藤 翔平

PL14-内-研 十二指腸憩室出血の診断および治療に内視鏡が有用であった2例

新潟市民病院 中川 夏樹

PL15-内-研 十二指腸乳頭部癌における内視鏡的乳頭切除術の一例

新潟市民病院 消化器内科 松本 華奈

PL16-内-専 選択的分枝膵管ドレナージにて改善した膵液瘻の1例

信州大学医学部 消化器内科 田中 友之

食道・胃 1 11:40~12:20

座長 竹内 学 (長岡赤十字病院消化器内科)

- 40-消-研 検診異常で発見されたDiffuse esophageal leiomyomatosis (DEL)の一例
新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 石井 結唯
- 41-消-研 食道神経内分泌癌術後再発に対する化学療法中にDICを発症し、トロンボモジュリンが奏功した1例
長野県立木曽病院 檀原 一仁
- 42-消-研 食道粘膜下血腫とM蛋白血症および高カルシウム血症を契機に入院し、治療中に無症候性に食道破裂・食道縦隔瘻を発症した一例
新潟県厚生連糸魚川総合病院 内科 齋藤 耕吉
- 43-消-専 胃粘膜にランタン沈着を認めた1例
長野中央病院 消化器内科 平野 拓己

小腸・大腸 1 14:00~15:00

座長 河口 賀彦 (山梨大学第1外科)

- 44-消-研 高カロリー輸液内のMgが奏功したと考えられた低Ca血症を来した短腸症候群の1例
安曇野赤十字病院 消化器内科 保坂 亮介
- 45-消-研 著明な低アルブミン血症で発症した好酸球性胃腸炎の1例
新潟大学医歯学総合病院 臨床研修センター 山崎文紗子
- 46-消-専 貧血を契機に診断されたMeckel憩室内翻の1例
諏訪赤十字病院 消化器内科 高橋 芳之
- 47-消-研 高濃度バリウム充填法にて止血し得た難治性の大腸憩室出血の3例
長岡赤十字病院 消化器内科 勇 亜衣子
- 48-消-専 盲腸癌の術後7年で腹腔内に腫瘤を形成した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 酒井 規裕
- 49-消-研 虫垂入口部に腫瘤を認めた黄色肉芽腫性虫垂炎の一例
立川総合病院 消化器内科 武田 信峻

食道・胃 2 15:00~16:00

座長 友利 彰寿 (佐久総合病院)

- 50-消-専 PPI長期投与により胃底腺ポリープにdysplasiaを生じた一例
都留市立病院 内科 樋貝 詩乃
- 51-消-研 胃癌術後縫合不全瘻孔部に対してOTSC systemを使用して閉鎖を試みた一例
立川総合病院 消化器内科 小山究太郎
- 52-消-専 穿孔を伴う胃瀰漫性大細胞性リンパ腫に対し、保存的加療にて自然閉鎖を認めた1例
飯山赤十字病院 内科 芦原 典宏
- 53-消-研 多発骨・肝転移を契機に発見された胃壁外原発GISTの一例
長岡赤十字病院 消化器内科 熊谷 優
- 54-内 6年間に40回以上の内視鏡的バルーン拡張術を要した食道慢性GVHDの1例
信州大学医学部 消化器内科 平山 敦大
- 55-消 多発性食道平滑筋腫に合併した食道癌肉腫の一例
山梨大学附属病院 第一外科 中田 祐紀

第2日目 11月20日(日)

第1会場

胆膵3 9:00～9:50

座長 岡 宏充(長岡中央総合病院)

- | | |
|------|---|
| 31-内 | 当院におけるコンベックス型超音波内視鏡(EUS)の系統的胆膵描出法ーラジアル型EUSとの互換性
佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 比佐 岳史 |
| 32-内 | 超音波内視鏡下経空腸肝内胆管ドレナージが有効であったRoux-en-Y再建後の悪性胆道狭窄の1例
JA長野厚生連篠ノ井総合病院 消化器内科 児玉 亮 |
| 33-内 | 経乳頭的、経消化管的、経皮的ドレナージを施行した、重症膵炎後のWONの1例
新潟県立新発田病院 内科 坪井 清孝 |
| 34-内 | 術後腹腔内膿瘍に対して超音波内視鏡下経消化管的ドレナージ(EUS-guided transmural drainage : EUS-TD)が有用であった2症例
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 |
| 35-内 | 経皮的アプローチが困難でEUS-FNAにて診断した肝腫瘍の4例
新潟県立がんセンター新潟病院 内科 安住 基 |

胆膵4 9:50～10:30

座長 高野 伸一(山梨大学第1内科)

- | | |
|------|---|
| 36-消 | 胆道癌と肝細胞癌におけるsorafenib感受性の差異に関する基礎研究
信州大学医学部外科学教室(外科一) 横井 謙太 |
| 37-消 | IgG4関連硬化性胆管炎による肝障害を契機に発見された膵体部癌の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 聡 |
| 38-内 | SCNとIPMNが隣接し診断に苦慮した膵体部嚢胞性病変の一例
長野赤十字病院 消化器内科 丸山 雅史 |
| 39-内 | 胆膵領域におけるESWL併用結石治療～新機種導入後の現況～
新潟県立吉田病院 中村 厚夫 |

第2日目 11月20日(日)

第2会場

食道・胃3 8:50~9:40

座長 細田 健司(山梨県立中央病院消化器内科)

56-内	当院におけるヘリコバクター・ピロリ除菌成績の検討(ボノプラザン非使用群と使用群の比較検討) 新潟県立中央病院 消化器内科 熊木 大輔
57-内	TypeIII(sporadic type)と考えられた胃カルチノイド腫瘍の1例 長野市民病院 消化器内科 越知 泰英
58-内	腎細胞癌胃転移の一例 信楽園病院 消化器内科 渡辺 史郎
59-内	十二指腸非乳頭部sm癌の一例 長野市民病院 消化器内科 関 亜矢子
60-内	検診EGDにおける十二指腸乳頭部腫瘍の発見方法に関する検討 長野市民病院 消化器内科 長谷部 修

小腸・大腸2 9:40~10:20

座長 山本 香織(丸の内病院)

61-消	内視鏡下によるガストログラフィンにて、駆虫しえたアジア条虫の1例 佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 山田 崇裕
62-内	術中小腸内視鏡が有用であった非特異性単純性小腸潰瘍の1例 医療法人協会仁愛病院 外科 小松 大介
63-内	内視鏡で観察しえた小腸小細胞癌の1例 佐渡総合病院 消化器内科 河久 順志
64-消	全身性強皮症に合併した慢性偽性腸閉塞症に対して症状緩和に難渋した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 星 隆洋

小腸・大腸3 10:20~11:00

座長 横山 純二(新潟大学消化器内科分野)

65-消	胃癌術後再発による閉塞性黄疸および輸入脚症候群に対して内視鏡的stent留置術を行った1例 松本協立病院 小松 健一
66-消	当院における大腸ステント留置術の現状 JA長野厚生連篠ノ井総合病院 消化器内科 三枝 久能
67-消	抗血栓薬服用患者におけるcold snare polypectomy後遅発性出血の頻度 昭和伊南総合病院 消化器病センター 堀内 朗
68-内	大腸憩室出血における内視鏡的結紮法による止血成績の検討 国立病院機構信州上田医療センター 消化器内科 藤森 一也

抄 録 集

1 外傷性後腹膜血腫による胆管狭窄の一例

消研

杉田 萌乃¹、岡 宏充²、堂森 浩二²、佐藤 明人²、福原 康夫²、渡辺 庄治²、佐藤 知巳²、富所 隆²、吉川 明²
¹長岡中央総合病院 臨床研修医、²長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

【症例】48歳、男性【主訴】倦怠感、食欲低下【現病歴】20XX年7月18日倦怠感および尿膿染を自覚し7月21日当院総合診療科を受診。採血で肝障害を認め当科紹介受診した。【身体所見】体温 36.8℃ 血圧 126/96mmHg 脈拍 100回/分 整 意識清明 眼瞼結膜に貧血なし、眼球結膜に黄疸あり、腹部は平坦軟で圧痛なし、下腿浮腫なし。【検査所見】AST 126 IU/L,ALT 208IU/L,LDH 224 IU/L,ALP 613 IU/L,γ-GTP 368 IU/L,Che 412 IU/L,T-Cho 214 mg/dl,T-bil 4.4 mg/dL,D-bil 2.3 mg/dL,ID-bil 2.1mg/dL【経過】初診時に施行したCTで膵頭部背側に境界不明瞭な低濃度腫瘤を認め、同レベルで胆管は狭小化していた。MRIでは同腫瘤はT1WIで高信号、T2WIで低信号、DWIで高信号を呈していた。EUSでは胆管狭窄部背側に中心部に高エコー変化を伴う低エコー腫瘤として認識された。後日、7月9日に心窩部を板で強打していたことが判明した。画像所見および病歴より外傷性後腹膜血腫による胆管狭窄と診断した。経過中に黄疸の増悪を認めたため、7月30日にERCPを施行した。胆管造影で膵内胆管の糸状の狭窄を認め、ERBDチューブを留置した。9月3日にMRIで血腫の消失を確認し、9月18日にERBDチューブを抜去した。その後黄疸の再燃なく、経過は良好である。外傷性後腹膜血腫により胆管狭窄をきたした稀な症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

2 PTBDランデブー法を用いて採石したRoux-en-Y術後総胆管結石の1例

消専

島田 清太郎、斎藤 耕吉、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

総胆管結石に対する採石術に際して内視鏡的治療が第一選択とされているが、胃切除術症例などの困難例を経験する事があり、まず減黄術として経皮経肝胆道ドレナージ法(PTBD)を行うことが多い。ドレナージ後の採石術として外科治療を行うこともあるが侵襲が大きく、特に高齢者に対しては敬遠されることが少なくない。今回、ランデブー法を用いて内視鏡的経乳頭の採石術を完遂できた症例を経験したため報告する。【症例】82歳女性【主訴】上腹部痛【既往歴】胃癌で胃全摘出術 Roux-en-Y再建後および感染性肝嚢胞で外科的切除後状態【現病歴/入院後経過】X年6月に上腹部痛を主訴に来院された。腹部CTで胆管拡張と総胆管結石を認め、WBC 9800, CRP 1.10, AST 322, ALT 230, γ-GTP 143,AMY 499,T-bil 1.6と血液学的異常を認め、総胆管結石性胆管炎および膵炎が疑われ、翌日PTBDを施行した。炎症改善後のPTCにより総胆管内に直径7mm大の結石を確認した。二度の外科手術による高度の癒着が想像され、手術ではなくランデブー法による結石除去の方針とした。PTBDルート経由にガイドワイヤーを十二指腸乳頭部より肛門側まで挿入し、そのガイドワイヤーを用いて直視鏡をX線透視下に十二指腸乳頭に到達させ、バルーン拡張後に結石除去に成功し、最後にESTを加え終了した。処置後、出血や膵炎などの合併症は認めなかった。【考察】胃癌術後の経乳頭の胆管ドレナージは乳頭への到達や胆管挿入に難渋する事が多く、近年、困難な症例に対してダブルバルーン小腸内視鏡(DBE)を用いたPTBDランデブー法やEUSガイド下順行性胆管結石除去術も報告されている。そのなかで自験例はDBEやEUSを用いず合併症もなく治療を完遂できた事は有意義であると思われた。

消専

池原 智彦¹、小林 聡¹、横山 隆秀¹、清水 明¹、本山 博章¹、北川 敬之¹、野竹 剛¹、福島 健太郎¹、増尾 仁志¹、吉澤 隆裕¹、宮川 真一¹、山田 哲²、上原 剛³
¹信州大学 医学部 消化器外科、²信州大学 医学部 放射線科、³信州大学 医学部 臨床病理部

【はじめに】胆嚢粘液癌は、癌細胞が産生した粘液が細胞外に貯留して間質内に粘液湖ないし粘液結節が形成された癌である。本邦報告例では全胆嚢癌中4%程度と比較的まれな組織型であると報告されている。今回、MRI所見から術前に診断した胆嚢粘液癌の1例を経験したので報告する。【症例】70歳女性。特記すべき既往はなく、検診にて胆嚢に腫瘤性病変を指摘され当科紹介となった。腫瘍マーカーを含め、血液検査にて特記すべき異常値は認めなかった。腹部US所見：胆嚢体部肝側に粘膜下腫瘍様の形態を示すechogenicな隆起性病変を認めた。腹部MRI所見：胆嚢体部肝側に15 mm大の腫瘤を認めた。腫瘤内部はT2強調像で強い高信号を呈しており、dynamic studyにおいて漸増性に淡く不均一な濃染を示した。以上の所見より、内部に粘液基質を豊富に含む充実性腫瘍が示唆され、胆嚢粘液癌を疑った。また、腫瘤と肝臓の間にはT2強調像で強い高信号を示す領域が介在しており、粘液癌に随伴する粘液湖と考えた。深達度は漿膜下層以深と診断し、胆嚢床切除を伴う胆嚢摘出術、肝外胆管切除と領域リンパ節郭清、胆道再建を施行した。病理組織学所見上、癌細胞は間質に粘液を伴って浸潤増殖しており、胆嚢粘液癌と診断された。術前に粘液湖と診断した部位は、浮腫状の間質を認めるのみであった。術後は特記すべき合併症なく経過し、第18病日に退院となった。GemcitabineとS-1併用による術後補化学療法を施行し、現在術後8か月間無再発生存中である。【考察】胆嚢粘液癌を術前画像で診断するためには、腫瘍内に粘液基質の存在を示すことが重要であるが、術前に診断された報告例は少ない。自験例で認めた、造影MRIにて腫瘤内部が漸増性に不均一な濃染を呈し、脂肪抑制T2強調像にて内部が強い高信号を呈する所見は、粘液器質を豊富に含む腫瘍を示唆しており、胆嚢粘液癌に特徴的であると考えられた。【結語】MRI所見が診断に有用であった胆嚢粘液癌の1例を経験した。

消研

柴田 理、有賀 諭生、熊木 大輔、横尾 健、山川 雅史、平野 正明、船越 和博
 新潟県立中央病院

症例は82歳の女性。X年12月初旬頃より、右上下肢の麻痺が出現した。12月24日、頭部MRI検査で転移性脳腫瘍が認められ当院脳外科に入院した。入院時に撮影した原発巣検索のCT検査で膵尾部に多血性腫瘍が認められた。プレドニゾロン内服、左半脳照射(30Gy/10f)による転移性脳腫瘍の治療終了後、X+1年1月14日に当科に転科した。同日EUS-FNA施行され、神経内分泌腫瘍(NEC large cell typeとNET G2の混在)と診断された。NET G2であればエベロリムス等による治療を検討する予定であったが、NECの混在でありプラチナ製剤を含めた治療は困難と考え、best supportive careの方針となった。その後急速に状態増悪傾向となり、2月5日に永眠された。家族の承諾が得られ、脳を含め病理解剖を施行した。病理解剖の結果、灰白腫瘍(NET G2)を背景に、多結節状に赤色腫瘍(NEC)が混在していた。MIB-I indexはNECでは50%、NETでは5-10%であった。転移は脳及び肝臓に認められ、転移巣はいずれもNECであった。NECは原発巣、転移巣ともに出血、壊死を伴い、放射線治療が行われた脳転移巣では出血、壊死がより高度であった。死因は癌死(特に脳転移)であると考えられた。日本脳神経外科学会脳腫瘍全国統計委員会の集計(12版)によると、膵癌は転移性脳腫瘍の原発巣として約0.4%と非常に稀である。膵癌自体が急速に増大するため、脳転移による症状が出る前に原病死するケースが多い。今回、転移性脳腫瘍が死因となった膵神経内分泌腫瘍の1例を経験したため、文獻的にも稀であったため報告する。

栗林 直矢¹、大工原 誠一¹、菅沼 孝紀¹、高橋 俊晴¹、持塚 章芳¹、岡庭 信司¹、中村 喜行¹、前田 知香²、
荻原 裕明²、水上 佳樹²、平栗 学²、堀米 直人²、金子 源吾²

¹飯田市立病院 消化器内科、²飯田市立病院 外科

症例は70歳台女性。X-1年12月に悪寒、食欲不振、皮膚黄染を主訴に受診した。腹部造影CT、血液検査の結果より、肝外胆管結石による閉塞性化膿性胆管炎、胆嚢炎、敗血症性ショックと診断し、内視鏡的胆道ドレナージを施行した。入院6日目に腹痛が出現し、胆嚢頸部結石嵌頓が認められたため、経皮経肝胆嚢ドレナージを施行した。胆嚢摘出及び外科的胆石除去術前に施行したMRCPで、膵頭部の主膵管の途絶と分枝の拡張を認めた。超音波内視鏡では、主膵管内発育を伴う不整形の低エコー腫瘤を認め、膵液細胞診はclassIIIbであった。造影CTでは、膵頭部に13mm×11mmの膵内に限局する腫瘤を認めたが、明らかな遠隔転移を疑う所見は認めなかった。膵腺房細胞癌(Stage I)と診断し、X年3月に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。摘出標本では、膵頭部に限局する境界明瞭な結節性病変を認めた。病理組織学的所見は、比較的均一な大きさの腫瘍細胞が、胞巣状、敷石状に配列し増殖しており、腺腔様構造も認めた。免疫染色でsynaptophysin (—), chromogranin A (—), trypsin (+), lipase (+)であり、腺房細胞癌(TNM分類(UICC 7th): pT1, pN0, cM0, Stage IA)と診断した。術後6ヶ月現在、無再発で生存中である。MRCPが発見の契機となり、術前診断が可能であった膵腺房細胞癌であり、比較的稀な症例と考え報告する。

6

多発性内分泌腫瘍I型を背景とした高カルシウム血症が急性膵炎の誘因と疑われた一例

消専

高橋 俊作、上村 顕也、阿部 寛幸、渡辺 ゆかり、林 和直、水野 研一、山本 幹、竹内 学、寺井 崇二
新潟大学医歯学総合病院

症例は72歳女性。2016年1月末に腹痛と嘔気を認め前医を受診した。採血にて膵酵素の著明な上昇と、腹部単純CTにて膵腫大及び腎下極にまで及ぶ炎症所見を認め、重症急性膵炎と診断された。同日加療目的に当院転院となり、大量輸液と蛋白分解酵素阻害薬投与による加療を開始した。膵炎は速やかに改善を得たが、一方で、本症例は2015年8月にも急性膵炎を発症し、近医にて加療を受けた既往が判明し、今回の腹部画像評価で膵頭部に粗大な石灰化膵石を認めたことから、急性膵炎の誘因として石灰化膵石による主膵管の閉塞を疑った。石灰化膵石の成因として、2013年から指摘されている副甲状腺腺腫に伴う高カルシウム血症の関与を疑った。また、当院での画像の追加精査で膵多血腫瘍、副腎腫瘍の形成を認め、第一度の近親者に多発性内分泌腫瘍 (MEN) I型の患者が存在し、診断基準からMENI型と診断した。当院にて全身状態の改善を得た後、膵炎の再発予防を目的として膵石除去が必要であると判断し、近院消化器内科へ転院した。副甲状腺腺腫はMENI型患者において、その合併率は95%以上とほぼ必発であるが、その合併症である高カルシウム血症、及び形成された石灰化膵石が誘因となり急性膵炎発症に至った症例の報告はほとんどない。MENの診断が早期に行なわれ、高カルシウム血症の加療が行なわれることが多いことがその要因のひとつと考えられる。本症例はMENI型を背景とした高カルシウム血症及び石灰化膵石によって急性膵炎を発症した極めて稀な症例である。急性膵炎の診断時に、高カルシウム血症をきたす疾患や病態が背景に存在する可能性も鑑別する必要があり、他科診療領域との連携も必要であることから、示唆に富むと考え報告する。

7

仮性脾動脈瘤破裂によりhemosuccus pancreaticusを来したと考えられ、coil塞栓術が有用であった消化管出血の一例

消研

夏井 一輝¹、佐藤 明人²、堂森 浩二²、岡 宏充²、福原 康夫²、渡辺 庄治²、佐藤 知巳²、富所 隆²、吉川 明²
¹長岡中央総合病院 臨床研修医、²長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

【症例】87歳女性【既往歴】40歳代：腰椎圧迫骨折、60歳代：脳動脈瘤術後、狭心症、70歳代：白内障【現病歴】平成27年10月2日、強い上腹部痛、嘔吐、39℃の発熱が出現し当院救急外来へ搬送された。血液検査で膵酵素上昇(T-AMY 629 IU/L)肝胆道系酵素上昇を認め、急性膵炎、急性胆管炎の診断で当科に入院した。【経過】禁食の上、補液、抗生剤、メシル酸ナファモスタットの投与を行い、症状改善後に胆石膵炎もしくは乳頭機能不全を疑って内視鏡的乳頭切開術（小切開）を施行した。その後は再燃なく経過良好で10月30日退院した。平成28年5月23日深夜、新鮮血の吐血を主訴に当院救急外来を受診、血液検査で膵酵素上昇(T-AMY 1124 IU/L、P-AMY 1104 IU/L)、貧血(Hb 9.2 mg/dL)を認めたが、腹痛はなく、腹部CTで急性膵炎の所見も認めなかった。精査加療目的に翌日緊急入院し、同日のEGDでは明らかな出血性病変や血液を認めなかったものの胃内にhematinが目立った。5月27日dynamic CTでは膵体部に近接して5mm大の石灰化を伴う脾動脈瘤とその尾側膵管の拡張を認めた。6月1日のEUSでは膵体部主膵管の近傍に7×6mm大の仮性脾動脈瘤と5mm大の石灰化を認めた。以上から、脾動脈瘤破裂によるhemosuccus pancreaticusと診断し、6月7日に脾動脈瘤coil塞栓術を施行した。仮性動脈瘤であったためisolation techniqueによりcoilを9本用いて塞栓し、腹腔動脈造影で脾動脈本幹の血流消失とcoil末梢側が側副血行路を介して造影されることを確認し終了した。治療後、症状や合併症なく経過良好にて6月10日退院。その後3ヶ月が経過したが再燃なく血液検査異常値も認めない。【考察】主膵管を経て消化管に出血する病態はhemosuccus pancreaticusと呼ばれ、出血源を同定できない下血の鑑別診断に比較的稀なものとして本疾患が挙げられる。今回我々は、EUSにより仮性脾動脈瘤と主膵管との交通を疑い、coil塞栓術にて症状を消失し得た1例を経験したので、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

消研

須田 絢子、小林 正和、高橋 芳之、小口 貴也、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歳台、男性。【生活歴】飲酒あり。【既往歴】高血圧、糖尿病。【経過】平成27年7月、心窩部痛と高アミラーゼ血症の精査目的で当科へ紹介され、慢性膵炎、膵頭部仮性嚢胞(径17mm)と診断した。当科初診時には血清アミラーゼ正常化し症状も軽快していた。禁酒指導し近医にて内服加療を依頼した。平成28年4月29日から5月7日膵炎増悪のため当科入院。絶食、蛋白分解酵素阻害薬投与で改善した。同年6月8日、膵炎増悪のため再入院。6月9日、胃潰瘍による吐血を認め内視鏡的止血術施行した。膵炎は前回同様、補液加療にて軽快し6月21日退院。7月3日、心窩部痛と下血のため3回目入院。アミラーゼ上昇を認め膵炎増悪と診断した。腹部CTでは、膵頭部仮性嚢胞の縮小(径13mm)を認めた。下血精査で、EGD、TCF、カプセル内視鏡を行うも出血原因は指摘できなかった。症状改善し7月9日退院。7月13日、心窩部痛と下血のため4回目入院。同日の緊急EGDではVater乳頭部から出血を認め膵管出血と診断した。腹部CT及び腹部血管造影では出血源の特定はできなかったが、血管造影にて前上膵十二指腸動脈の壁不整を認めた。膵嚢胞と主膵管の交通はERCPで確認でき、膵仮性嚢胞からの出血を疑った。仮性嚢胞近傍の膵十二指腸動脈からの出血と考え、同動脈に対する塞栓術を予定した。入院中の7月26日、膵炎発作し7月27日腹部血管造影施行。前回壁不整を指摘した前上膵十二指腸動脈に仮性動脈瘤を認め、同動脈にヒストアクリルを用いた塞栓術を行った。術後経過は良好で8月2日退院。以降、膵炎発作や下血は起こさず経過している。【考察・結語】本例は3回目の入院時に下血と仮性嚢胞縮小を認めた。その下血は仮性嚢胞出血が原因と推察する。初回腹部血管造影では、出血源は指摘できなかったが、動脈壁不整の部位に、後に仮性動脈瘤が形成されており、壁不整は出血に関与する所見と考えた。本例は仮性動脈瘤の形成を短期間で確認できた貴重な症例と考える。動脈塞栓後は、膵炎増悪は発症していないことから、頻回に繰り返す膵炎の原因として、嚢胞出血が一因として考えられた。

消研

山下 洸司、深澤 佳満、深澤 光晴、中山 康弘、高野 伸一、進藤 浩子、高橋 英、廣瀬 純穂、川上 智、倉富 夏彦、大島 俊夫、佐藤 公、榎本 信幸
山梨大学 医学部 第一内科

症例は63歳男性。常習飲酒家で慢性膵炎にて近医で経過観察されていた。2016年3月慢性膵炎急性増悪にて近医に入院。膵炎は保存的加療で軽快したが、4月に単純CTで膵頭部に仮性嚢胞出現、感染コントロールがつかず、6月中旬当科転院となった。転院同日の造影CTでは膵頭部に60mm大の仮性嚢胞を認め、門脈腔は嚢胞に置換されており、仮性嚢胞と門脈腔は連続性を認めていた。また肝左葉の肝表に50mm大の仮性嚢胞を認めた。前医入院時の造影CTでは仮性嚢胞は認めず門脈血流が保たれていたことから、経過中膵頭部の仮性嚢胞が門脈腔へ穿破し、門脈腔が嚢胞に置換されたものと考えた。転院翌日膵頭部の仮性嚢胞に対して超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ術を施行するも嚢胞壁が硬くチューブ留置できず吸引のみ施行した。画像上膵頭部の仮性嚢胞と門脈腔が連続していることから、門脈腔をドレナージすることで、膵頭部の仮性嚢胞を含めた治療効果が得られると判断した。転院2日、経皮的に肝内門脈右枝を穿刺、褐色の嚢胞液が吸引されたため、門脈内へドレナージチューブを留置した。嚢胞液はアミラーゼ236900U/lであり膵液漏の可能性を考え、転院9日にERPを施行。膵頭部の主膵管に漏出部を認めており、狭窄を伴っていた。ガイドワイヤーで狭窄を突破できずENPD、膵管ステントは留置できなかった。その後膵頭部の仮性嚢胞は縮小し、ドレーンの排液量も減少したが、肝表の仮性嚢胞は増大傾向を認めた。転院16日に経皮経肝嚢胞ドレナージを施行した。門脈内のドレナージチューブは転院25日に抜去、肝表のドレナージチューブは転院35日に抜去した。その後、CT、腹部超音波で経過観察するも嚢胞の増大、新出病変は認められなかった。膵仮性嚢胞門脈穿破は稀な症例と考えられ、文献考察を含め報告する。

消研

大森 一平、川上 智、深澤 光晴、高野 伸一、進藤 浩子、高橋 英、廣瀬 純穂、深澤 佳満、佐藤 公、
榎本 信幸
山梨大学 第一内科

症例は54歳、女性。上腹部痛を自覚し、近医受診。腹部超音波検査で膵嚢胞を指摘された。腹部造影CTで膵体部に30mm大の多房性膵嚢胞性病変を認め、当科紹介受診となった。腹痛はその後自然に軽快した。MRCPで嚢胞と膵管との交通は認めなかった。EUSではcyst by cystの多房性嚢胞であり、嚢胞内部に5mm大の壁在結節が疑われたが、造影EUSで結節は造影されなかったため蛋白栓と考えた。ERPで膵管像は正常、体部の嚢胞は描出されなかった。診断はcyst by cystの多房性膵嚢胞性病変であることから、分枝型IPMNを第一に考えた。その後定期フォローしていたが、初診から1年9か月後のEUSで嚢胞は増大（30mm→35mm）し、辺縁に小嚢胞を伴っており、cyst in cyst appearanceのように嚢胞形態が変化していた。また造影CT、MRIでは、被膜が明瞭化してきた。壁在結節は認めないが、共通被膜、cyst in cyst を認めることからMCNが疑われたため、腹腔鏡下膵体尾部切除術の方針とした。病理標本では膵体部に40x35mmの嚢胞性腫瘤を認め、嚢胞はcyst-in-cyst appearance、黄色で軽度粘稠な液体を認めた。組織学的所見は嚢胞内面の上皮細胞の核異型は軽度で、乳頭状増殖や浸潤性増殖は認めなかった。上皮直下の嚢胞壁は、紡錘形細胞の増生と線維性組織から構成され、紡錘形細胞は免疫染色でエストロゲン受容体（ER）、プロゲステロン受容体（PgR）ともに陽性を示し、卵巣様間質と考えられた。以上からmucinous cystic neoplasm with low-grade dysplasiaと最終診断した。自然経過中にcyst by cystからcyst in cyst、また被膜形成という形態変化を認め、最終的には典型像を呈したMCNの1例を経験したので報告する。

11 ソホスビル、リバビリン併用療法中に生じた薬剤性自己免疫性溶結性貧血の1例

消研

大岡 忠生、村岡 優、中嶋 奈津子、鈴木 雄一郎、佐藤 光明、中山 康弘、井上 泰輔、前川 伸哉、坂本 穰、榎本 信幸
山梨大学 第一内科

C型肝炎に対してソホスビル、リバビリン併用療法中に生じた薬剤性自己免疫性溶血性貧血の1例を経験したので報告する。症例は73歳男性、genotype2b型のC型肝炎硬変例であり、2011年にPEG-IFNα2aにより抗ウイルス治療を施行したが、末梢神経障害の出現があり中止とした。2016年2月より再治療のためソホスビル、リバビリン併用療法を導入した。治療開始時白血球数5260/μl、Hb値11.3g/dl、血小板数38000/μl、HCV RNA6.0logIU/mlであり、治療3週目にHCV RNA陰性化、治療8週目に白血球数4410/μl、Hb値6.7g/dl、血小板数18000/μlと血球減少が顕著となりリバビリン中止、10週目に白血球数3470/μl、Hb値5.3g/dl、血小板数24000/μlとなりソホスビルも中止、入院となった。リバビリン、ソホスビル中止後貧血の回復がみられず2016年5月に当院当科へ転院した。転院時Hb値5.8g/dl、網状赤血球数の増加がみられていたが貧血の改善はなく、骨髓穿刺で悪性所見を認めず、直接クームス試験陽性、間接クームス試験陰性、血清ハプトグロビン低値であり、ソホスビル、リバビリンによる薬剤性自己免疫性溶血性貧血と診断した。直接クームス試験はIgG型陽性、血清LDH値の上昇は軽度で血管外溶血であり、ハプテン型の薬剤性自己免疫性溶血性貧血と考えられた。プレドニゾン30mgを内服開始し、貧血は徐々に改善した。ソホスビル、リバビリン中止後に再燃はなく、最終的にSVR4を達成した。ソホスビルはDLSTの機会が得られなかったが、リバビリンはDLST陽性であり原因薬剤の可能性はある。ソホスビルによる同疾患の報告はなく、リバビリン、PEG-IFN併用時に報告があるが、リバビリン単独の報告はなく、インターフェロンによる自己免疫性溶血性貧血とされている。本症例は極めて示唆に富む症例であり若干の文献的考察を加えて報告する。

12 ソフォスビル・レディパスビル併用療法が有効であったクリオグロブリン血症・シェグレン症候群合併C型慢性肝炎の1例

消専

佐藤 幸一、木村 岳史、宮島 正行、徳竹 康二郎、丸山 雅史、藤沢 亨、森 宏光、松田 至晃、和田 秀一
長野赤十字病院 消化器内科

【はじめに】混合型クリオグロブリン血症は紫斑、関節痛などの軽症の血管炎から、重症では腎機能障害、神経症状を伴う血管炎を起こすことが知られている。特に2型クリオグロブリン血症はシェグレン症候群に多く、90%以上にHCV感染が合併する。今回高γ-グロブリン血症とシェグレン症候群があり、四肢の紫斑を伴ったC型慢性肝炎患者にソフォスビル(SOF)+レディパスビル(LDV)併用療法を行い、HCV-RNAの消失とクリオグロブリン血症の改善、高γ-グロブリン血症の改善が見られたので報告する。【症例】80歳代女性【主訴】下肢の紫斑【現病歴】約10年前よりC型慢性肝炎と診断、2015年5月皮膚科医院より下肢の紫斑とシェグレン症候群に合併したクリオグロブリン血症で紹介された。来院時両下腿に暗黒赤色の紫斑を認めた。WBC 3500/μL Plat. 8.2/μL AST 68U/L ALT 38U/L TP 8.3mg/dl Alb 3.0mg/dl r-GTP 62U/L T.Bil. 0.9mg/dl r-glob. 46.0% IgG 3942mg/dl IgM 454mg/dl HCV-RNA 6.5logIU/ml Genotype 1b ANA x80 (speckled type) 抗SS-A 256U/ml以上、抗SS-B陰性 クリオグロブリン陽性、CH50 9.0以下 eGFR 79.4【経過】ダクラタスビル・アスナプレビルによる治療を予定したが、Y93Hの変異がみられたため、SOF・LDVの治療が可能になった2015年11月より同治療を開始した。投与開始後ALT値は速やかに低下しHCV-RNAは4週目で陰性化し、その後SVR24を達成した。クリオグロブリンは投与終了時と投与後24週目で陰性であった。IgG値は投与終了後24週で3254mgと徐々に低下を続けている。皮膚の紫斑は全体にやや色調が薄くなっているが、認められている。【考案】HCV関連のクリオグロブリン血症の治療は新たな段階に入った。現在DDAsによるHCVの排除によりクリオグロブリン血症がどのような転帰をとるのかについてはまだ一定した見解は得られていない。本例では持続的なクリオグロブリン血症の改善が認められており、合併するγ-グロブリン血症の改善も見られている。今後引き続き経過観察の予定である。

消専

芦澤 浩、佐藤 光明、村岡 優、鈴木 雄一郎、中山 康弘、井上 泰輔、前川 伸哉、坂本 穰、榎本 信幸
山梨大学医学部付属病院 第一内科

【症例】症例は50歳代女性。3週間ほど持続する倦怠感、食思不振を自覚し近医を受診したところ、黄疸、肝障害を認めためたため当科入院となった。入院時AST 1430 U/I、ALT 2131 U/I、T-Bil 9.2 mg/dl、D-Bil 7.3 mg/dl、 γ -GTP 156 U/I、ALP 876 U/Iと高度の肝障害が認められたがPTは85 % で低下は認められなかった。造影CT検査では肝腫大・脾腫が認められた。当初は急性ウイルス性肝炎を疑ったが、IGM-HA、IgM-HBC、HCV-RNA、IgA-HEVはいずれも陰性であり、ANA、ANA-M2抗体も陰性であった。IgGは1274 mg/dl で自己免疫性肝炎は否定的と考えた。その後AST、ALTの再上昇がみられたので、原因検索のため第28病日にエコー下肝生検を施行したところ、小葉内では中心帯壊死があり、セロイド貪食組織球の集簇を認め、急性発症自己免疫性肝炎と診断し、第51病日よりPSL 40mg/dayで内服治療を開始した。その後肝障害は速やかに改善したため、PSLを漸減し、再燃なく経過している。【考察】自己免疫性肝炎(autoimmune hepatitis: AIH)は持続的に肝細胞が破壊される慢性肝障害で、臨床所見、病理所見等でAIH国際基準に沿って診断される。しかし急性肝炎様の病態で発症する症例も存在し、診断基準に当てはまらないこともある。本症例は旧国際基準では14点の疑診であったが、病理像では中心帯壊死を認め急性発症AIHと診断し得た。【結語】今回診断に難渋した急性発症AIHを経験した。貴重な症例であると考え、若干の文献的考察加えて報告する。

消研

中嶋 太郎、木村 岳史、佐藤 幸一、宮島 正行、徳竹 康二郎、丸山 雅史、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】75歳、男性。【現病歴】68歳時、肝機能異常にてA病院を受診し精査にて抗ミトコンドリア抗体陽性より原発性胆汁性胆管炎(PBC)を疑われUDCA 300 mg/日内服が開始された。X-1年12月、ヘリコバクター・ピロリ菌陽性の十二指腸潰瘍の治療としてボノプラザン(VPZ)/アモキシシリン/クラリスロマイシン(CAM)による一次除菌治療を開始された。X年1月、黄疸を主訴に同院を受診。肝機能異常(T-bil 19.3 mg/dl, AST 228 U/L, ALT 128 U/L, ALP 410 U/L, GGTP 87 U/L, PT 82%)を指摘され当院紹介入院となった。入院時、CT/USでは肝は腫大、血液検査にて各種肝炎ウイルスは陰性、抗ミトコンドリアM2陽性(120)、IgM高値(201 mg/dl)であった。PBCの増悪もしくは薬物性肝障害を疑い、安静・庇護療法で経過を見たところ、データは順調に改善した。17病日(T-bil 6.8 mg/dl, AST 91 U/L, ALT 49 U/L, ALP 311 U/L, GGTP 122 U/L, PT 108%)に施行した肝生検では比較的強いinterface hepatitisを認め、小葉中心部には淡明化し膨化した細胞が目立ち、類洞を中心に好中球、リンパ球、一部では壊死炎症反応や好酸球を認めた。小葉間胆管は一部に不明瞭であったが慢性非化膿性破壊性胆管炎、線維化の進行は明らかでなかった。DLSTではVPZとCAMが陽性であった。以上より、PBCを背景にVPZとCAMを含むピロリ菌除菌療法により薬物性肝障害を来した症例であると考えられた。その後黄疸は自然軽快し、UDCA内服のみで安定経過している。【考察】VPZを含むピロリ菌除菌療法はその強力な除菌効果から本邦で広く普及しつつあるが、PBCの様な薬剤過敏性を示す症例では注意が必要な場合があると考えられた。

細川 洋、清澤 研道、雄山 澄華、稲場 淳、西条 勇哉、杉井 絹子、藤元 瞳、手島 憲一、横澤 秀一、
山本 智清、五十嵐 亨、新倉 則和、薄田 誠一
相澤病院 消化器病センター

症例：40歳代の男性。入院2週間前から褐色尿と全身倦怠感を自覚していた。前日灰白色便に気付いた。職場の同僚から黄疸を指摘され救急外来を受診した。初診時意識清明、全身黄疸著明、肝臓触知せず、腹水浮腫なし。検査所見では、T-Bil 9.1mg/dl, AST 1016 U/L, ALT 1622 U/L, PT 83%, INR 1.09 であった。HBs抗原 250 IU/mL, IgM HBc抗体 30.1陽性であり、急性B型肝炎と診断し入院とした。ZTT 28.4, TTT 44.2 あったがIgM HA抗体は陰性であった。HBV DNA量は5.0 log copy/mLであった。HBV genotype はA型であった。性行動につき問診したところ、20歳代から不特定多数の男性との性行為歴があった。HIV感染検査をしたところHIV-1（WB）陽性、HIV RNA量 1.7x100 copy/mL であった。Genotype A の急性B型肝炎はHBVの遷延化が高頻度にあると言われている。またHIV感染者ではウイルスの自然排除が起こりにくいことが言われている。本症例の臨床的予後およびウイルス学的予後が危惧され、注意深く診療する必要がある。HIV感染については地域拠点病院である国立病院機構松本医療センターの管理の下、経過をみる予定である。B型肝炎治療のための核酸アナログ薬使用はHIV耐性株産生の恐れがあり、慎重を要することが言われている。本例はまだ急性期であり注意深く経過をみる必要がある。長野県下では散発的に genotype A 急性B型肝炎の報告があるが、実態は不明である。松本地域では初のHIV, HBV共感染性例である。これを機会に長野県の genotype A のB型肝炎、HIV同時感染の疫学調査も必要と思われた。

16 集学的治療を行った肝性胸腹水の1例

消専

今川 直人、辰巳 明久、石田 剛士、島村 成樹、久野 徹、門倉 信、雨宮 史武
市立甲府病院

症例は70歳代女性。C型肝炎、食道静脈瘤のため2011年10月に当科紹介された。2012年4月にHCC初発、TACE、RFAによる治療を繰り返していた。2014年4月腹水コントロールのため入院。その後肝性脳症のため頻回の入院を繰り返していた。2014年11月トルバプタンによる腹水コントロールのため入院加療。その後肝性脳症によると思われる食欲不振のため利尿薬を徐々に減量したところ2015年3月に大量右胸水、呼吸困難を認めたため入院した。胸水は漏出性であり肝性胸水と考えられた。胸腔穿刺ドレナージを行い一時的に軽快退院するも、4月に再度呼吸苦がみられたため入院した。体重は5kg増加し、肝予備能はChild-Pugh11点C。胸部レントゲン上で胸水は多量であった。塩分制限5g未満、利尿薬の再増量および胸腔穿刺で治療を行ったがコントロールは不良であった。胸腔内にドレナージを置き、トルバプタンを再開したが、胸水の排液が続いたためミノサイクリンにて胸膜癒着術を実施し退院。退院後は胸水再貯留あるも胸水による入院が必要になることはなかった。利尿薬の増量で加療したところ、胸水は徐々に減少し12月には胸水は消失し腹水が貯留するのみとなった。2016年1月になり腹水コントロールが不良となり腹満感が強くなったため腹水濃縮再静注目的に入院した。しかしながら効果は一過性であり、コントロールは困難と考え他院に紹介し2016年5月に腹腔-静脈シャント作成した。その後は腹水コントロール良好となり利尿薬の減量も可能となり、入院も不要となった。HCCの再発は認めたが、肝予備能がChild-Pugh10点Cと不良、腎機能不良であること、本人の治療希望もないため経過観察している。肝性胸腹水治療について集学的に治療を行った示唆に富む症例と考え文献的考察を含め報告する。

17 重症型アルコール性肝炎救命後に出現した難治性腹水に対してデンバーシャントが有効であった1例

消研

橋上 遼太¹、大工原 誠一¹、栗林 直矢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、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、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飯田市立病院 消化器外科

症例は50歳代の男性。20歳から飲酒を開始し、飲酒量は増加し、1日平均日本酒5合の飲酒を10年以上継続していた。某年12月、多量飲酒後翌日より心窩部痛が出現したため、前医受診し、著明な肝機能障害を指摘され当院紹介受診した。血液検査では白血球 16900/μLと増加を認め、AST 15830 IU/L、ALT 4410 IU/LとAST優位のトランスアミナーゼ上昇、PT 13%と凝固能の低下を認めた。第3病日より意識障害も出現し、昏睡4度の肝性脳症も認めため、重症型アルコール性肝炎と診断し、計4回の血漿交換を含めた集学的治療を行った。第10病日より意識障害は軽快し、救命することができたが、徐々に腹水の増加を認めた。塩分制限食、利尿剤、アルブミン製剤の投与では腹水の改善が得られず、第45病日腹水濾過濃縮再静注法 (CART) を行い、第53病日よりトルバプタンの内服を開始した。その後2週間ごとにCARTを行い、第91病日退院となった。計11回CARTを行ったが、経過で腹水貯留は更に増悪し、経口摂取が困難となり、歩行も困難となったため、第182病日腹腔-静脈シャント (デンバーシャント) を作成した。デンバーシャント作成後、腹水の血管内流入に伴い血液検査値がDICに類似した変動を示したため厳重な経過観察を行ったが、出血傾向などの臨床症状は出現せず、自然軽快した。腹水貯留は著明な改善を認め、利尿剤も減量することが可能となり、現在腹部膨満感は消失し、自立した日常生活を送ることができている。我々の調べた限り、重症型アルコール性肝炎後に生じた難治性腹水に対してデンバーシャントを行った報告は稀であり、若干の文献的考察を含め報告する。

消研

鈴木 翔、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88歳，女性．既往歴は40歳時に他院で特発性門脈圧亢進症と診断され，脾摘術を施行されている．意識障害を主訴に当院に救急搬送された．昏睡であったが麻痺はなく，画像検査で脳に異常所見を認めなかった．血液検査で高アンモニア血症を認め肝性脳症と診断し，入院後アミノ酸輸液製剤投与で意識障害は改善した．入院の際の血液検査では血小板数や凝固能は保たれており，肝予備能は良好と思われた．ウィルス性肝炎，自己免疫性肝炎，原発性胆汁性胆管炎を疑う所見は認めなかった．しかし，2か月後に再度昏睡となり当院に救急搬送された．血液検査ではアンモニアの高値を認めた．腹部造影CT検査では肝臓は右葉の萎縮と左葉の腫大を認め，慢性肝疾患の所見であった．また，肝左葉外側区に門脈静脈短絡路を疑う異常血管構造を認めた．門脈体循環シャントによる高アンモニア血症が意識障害の原因と考えられた．アミノ酸輸液製剤の投与のみでは意識障害の改善が乏しく，また再燃の可能性が高いと思われたため，門脈静脈短絡路に対しシャント血管塞栓術を行う方針とした．右大腿動脈を穿刺し上腸間膜動脈経由で門脈造影すると門脈静脈短絡路が描出された．右大腿静脈を穿刺し左肝静脈をバルーンで閉塞した後，コイル塞栓を行った．シャント血管塞栓術後，徐々に意識障害は回復し高アンモニア血症は改善した．術後10日目には意識清明となり退院した．本例は背景に特発性門脈圧亢進症があり，今後食道胃静脈瘤など新たなシャント血管の出現に注意が必要と考えられ，外来で慎重に経過観察中である．肝性脳症の原因としては肝硬変症によるものが一般的であるが，門脈体循環シャントによるものは比較的まれである．また，近年門脈体循環シャントによる肝性脳症に対しシャント血管塞栓術が有効であった報告が散見されるようになった．本例は非肝硬変での門脈体循環シャントによる高アンモニア血症に対しシャント血管塞栓術が有効であったと思われ報告する．

消専

木村 淳史、大崎 暁彦、和栗 暢生、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

【緒言】経皮経肝静脈瘤塞栓術（PTO）は、門脈圧亢進症による異常側副血行路に対する塞栓術であり、その歴史は最も古い。近年、食道静脈瘤（EV）、胃静脈瘤（GV）に対しては内視鏡的治療やバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術（B-RTO）が主軸となっているが、難治例や排血路からのアプローチ困難例にはPTOが有効なケースもある。今回、我々はB-RTOにて胃腎短絡路（GRS）を閉塞した後に増悪したEV、GV（Lg-c）に対して、EVL、PTOを併用し、良好な治療効果を得た症例を経験したので報告する。【症例】78歳男性、アルコール性肝硬変にて他院通院。2年前より肝性脳症を頻回に繰り返す様になり、1年前に当科紹介、F1形態が主体のEV、GV（Lg-c cf）、高度に発達したGRSが指摘された。B-RTO、部分的脾動脈塞栓術（PSE）施行、以後肝性脳症再燃せず経過した。治療10か月後にEV、GVはいずれも増悪、F2形態が主体となり、EVにはred color signも認められた。GVは広範囲に存在し、造影CTにて左胃静脈から分岐する複数の供血路が疑われた。供血路の直接造影、血行動態の把握が望ましいと考え、内視鏡的硬化療法（EIS）よりも内視鏡的結紮術（EVL）とPTOを併用する治療法を選択した。EVLを先行し、PTO施行、門脈造影では左胃静脈より胃噴門部に向かう細い供血路が多数発達しており、供血路の一本化は不可能であった。50%ブドウ糖、5%EOIを少量（2～3ml）ずつ段階的に投与し、供血路の塞栓に成功した。その後、EV、GVの再発はなく、経過良好である。【考察】当院では、B-RTO・PSE同時併用療法を行っており、B-RTO後の食道静脈瘤増悪に予防効果があることを報告してきた。本症例もB-RTO・PSE同時併用療法を行ったが、10か月後にEV、GVの増悪を認め、EVL・PTO併用療法にて治療した。近年、生存期間の延長により、門脈圧亢進症による側副路形成は複雑化してきており、様々な経路からの治療法を併用し、治療効果を高める報告が散見される。PTOは門脈圧亢進症の集学的治療の一環として、今後も重要な治療選択肢の一つであると考えらる。

20 胃癌術後に多発肝細胞癌の自然退縮を来し、これを画像検査にて追跡し得た1例

消専

工藤 彰治¹、古武 昌幸¹、山田 崇裕¹、古川 龍太郎¹、桃井 環¹、大瀬良 省三¹、篠原 知明¹、比佐 岳史¹、友利 彰寿¹、福島 秀樹¹、高松 正人²
¹佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科、²佐久総合病院 内科

【症例】65歳、男性。【既往歴】糖尿病（インスリン療法）、糖尿病性網膜症（両眼レーザー術後）、痔核手術。【嗜好歴】喫煙：10本/日×43年、飲酒：5合/日。【現病歴】x-1年8月、近医の超音波検査で肝腫瘤を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。CT上S5に早期濃染後期洗い出しの造影効果を呈する径33mmの腫瘤を認め、C型肝炎に伴う肝細胞癌の診断にてx年1月に肝部分切除術を施行した。X+1年10月のフォローCTにて切除部位近傍に多発する腫瘤像を認め、上記同様の造影効果を呈しており再発病変と考えられた。治療を勧めたが本人希望にて経過観察となり、x+3年1月にはS6/7病変の増大に加え、S1、S3にも同様の造影効果の腫瘤を認めた。8月に吐血にて緊急受診し、精査の結果cT4aN3M0 StageIIIC胃癌からの出血と診断した。10月に胃亜全摘+D2郭清が施行されて治癒切除の判定となり、術後経過は良好であった。予後規定因子は肝細胞癌との判断の下、11月にフォローCTを撮像したところ肝に多発している病変は概ね縮小していた。その後x+4年6月にはいずれも更に縮小し、x+5年6月には病変はS6/7のものをわずかに認めるのみとなった。【腫瘍マーカー値】PIVKA-II 232 (x-1年8月)、1335 (x-1年11月)、19 (x年8月)、42 (x+1年10月)、601 (x+3年1月)、3497 (x+3年8月)、264 (x+3年9月)、578 (x+3年11月)、41 (x+4年6月)、43 (x+5年+月)、いずれも単位はmAU/mL。【考察】悪性腫瘍の自然退縮は希な事象ではあるが時折報告され、肝細胞癌、悪性黒色腫、腎細胞癌などで多いとされている。原因としては血流障害、免疫反応、薬物投与などが推定されている。今回、肝両葉に多発する肝細胞癌の全ての病変の退縮を認めた例を経験し、悪性腫瘍自然退縮の中でも更に希な事象と考え報告する。

21 肝細胞癌に対するラジオ波焼灼術により下横隔動脈損傷を来した2例

消研

阪田 宏樹¹、中山 康弘¹、中嶋 奈津子¹、松田 秀哉¹、村岡 優¹、鈴木 雄一朗¹、佐藤 光明¹、井上 泰輔¹、前川 伸哉¹、坂本 稔¹、岡田 大樹²、荒木 拓次²、榎本 信幸¹
¹山梨大学 医学部 第一内科、²山梨大学 医学部 放射線科

【背景】肝細胞癌(HCC)に対するラジオ波焼灼療法(RFA)は一般化しつつあるが稀な合併症には注意を要する。【症例1】60歳男性、2008年にC型肝炎と診断され肝機能はChild-Pugh分類(C-P)7点Bの患者。2010年12月に初発のHCCを指摘され当科紹介。S8 20mm、S7 24mm、S6 20mm、S5 17mmの多血性HCCを認め肝動脈化学塞栓術(TACE)とRFAを行った。RFA後の評価CTで焼灼不十分と判断し、S8、S7、S5に対して人工胸水作成後に追加焼灼を施行した。焼灼直後に肝表と胸腔のecho free spaceの増大を認めたため緊急CTを撮影したところ、右下横隔動脈からの動脈性出血と血胸による患側対側への縦隔の偏位を認めた。血圧は一時70台まで低下したものの、輸血や輸液と共に緊急血管造影からの下横隔動脈塞栓術と右胸腔ドレーン挿入で回復した。全出血量は推定2300mlでRCCを6U、Pltを10U輸血した。術後は速やかに回復し、肝不全もDICも認めず退院となった。【症例2】61歳男性、1988年にC型肝炎と診断され肝機能はC-P 6点Aの患者。2010年8月からHCCに対し肝部分切除やTACE、RFA等を計4回施行され、その他自傷による左胸腔出血の既往があった。2016年4月にS7 15mm、S8 5mmのHCC再発あり人工胸水作成後にRFAを施行した。治療は問題なく終了し直後のバイタルに異常はなかったが胸水のエコーレベルがやや高い印象であった。治療3時間後に嘔気と呼吸苦を認め緊急CTを施行したところ、右血胸と横隔膜上の仮性動脈瘤を認めた。血圧は一時80台まで低下したものの、輸血や輸液と右胸腔ドレーンを挿入し改善した。その後血管造影で右下横隔動脈からの出血が確認され止血術を施行した。全出血量は推定3100mlでRCCを8U、FFPを10U輸血した。術後は肝不全もDICも認めず退院となったが、歩行時の呼吸困難感が外来でも長く持続した。【考察】下横隔動脈損傷による胸腔出血はRFAの稀な合併症のひとつである。肋間動脈損傷の予防については注意点が一般化しているが、下横隔動脈に関しての知見は少ない。今回経験した2例につき、その危険因子や誘引などを考察し報告する。

若林 俊一¹、山崎 智生¹、杉浦 亜弓¹、藤森 尚之¹、柴田 壮一郎¹、市川 雪¹、森田 進²、城下 智¹、小松 通治¹、梅村 武司¹、松本 晶博¹、田中 榮司¹¹信州大学医学部附属病院 消化器内科、²独立行政法人 国立病院機構 信州上田医療センター

症例は70歳代、男性。既往に高血圧あり。飲酒歴や特記すべき家族歴はない。2011年5月より腰痛を自覚していたが経過をみていた。症状の改善がなく、近医整形外科にて腰部MRIを撮像したところ左腸骨腫瘍を認め、2012年3月精査加療目的に当院整形外科紹介となった。骨腫瘍部からの針生検にて腫瘍細胞はhepatocyte (+)であり肝細胞癌の骨転移と考えられ、当科紹介となった。初診時身体所見では左腰部叩打痛以外に特記すべき所見はなかった。血液検査ではAST 47 IU/L, ALT 58 IU/L, Plt 9.6×万/μl, PIVKA2 1597 mAU/mlなどの異常所見を認めたがHBs抗原、HCV抗体はいずれも陰性であった。腹部および骨盤の造影CTでは、肝右葉に径90×60 mmの最大病変があり、他に後区域・左葉などに多発する肝細胞癌を認めた。一方、左腸骨には溶骨性変化を伴う転移病変を認め、同腫瘍は動脈早期相で濃染を示した。以上より多発肝細胞癌とその左腸骨転移 (T3aN0M1 stage4B)と診断した。初期治療として、腰痛緩和目的に腸骨転移巣への放射線30Gy/10回照射を行い、その後、肝および左腸骨転移巣に対して肝動脈化学塞栓術(TACE)を施行する方針とした。同年4月に右葉病変、5月に左腸骨病変に対してTACEを施行した。同年6月の造影CTでは右葉病変は増大していたが、左腸骨病変は著明に縮小していた。左腸骨病変の再増大抑制目的に7月よりソラフェニブ400mg/日の内服を開始した。開始後数日で嘔声・食欲不振などの副作用が出現したため半量へと減量した。その後8月と12月に肝内残存病変に対してTACEを追加し、寛解状態となった。以降はソラフェニブ200 mg/日の内服を継続しているが、現在に至る約4年間、肝内および骨転移の再発を認めず寛解状態を維持している。骨転移を有する肝細胞癌の1年生存率は20%程度と報告されている。本症例のごとく放射線照射、TACE、分子標的薬などによる集学的治療を行うことにより長期生存およびQOLの改善が得られる可能性があり、この集学的治療について若干の文献的考察を加え報告する。

長谷川 浩之、進藤 邦明、末木 良太、志村 和政、豊島 幸憲、曾田 均、安村 友敬、矢川 彰治、小澤 俊総
独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院

症例は68歳男性。SVR後のC型肝炎としてフォローアップされていた。2008年9月肝細胞癌 (Hepatocellular carcinoma ; HCC) 初発。以降、再発病変に対するものも含めてRFA 2回、TACE 8回施行された。2014年9月には肝内病変の他に肺転移も認めたため、ソラフェニブによる全身化学療法を行う方針となった。ソラフェニブ内服開始時症状はなく、意識は清明、心窩部に弾性硬の肝臓を2横指触知した。羽ばたき振戦はなし。血液検査ではT.Bil 0.5mg/dL、Alb 3.3g/dL、AST 81IU/L、ALT 61IU/L、ALP 1148IU/L、γ-GTP 316IU/L、PT% 76.4%、AFP 13210.0ng/mL、PIVKA 2 10200mAU/mL。CTでは肝右葉表面に55mm、S7に2か所のHCCを認め、両肺には転移巣と思われる増大傾向のある結節影を複数認めた。腹水はなし。Child-Pugh分類6点/A、BCLC staging : Advance stage(C)。2014年9月よりソラフェニブ400mg/日による内服治療を開始した。治療開始1か月後のCTでは一時肺転移巣の増悪を認めたが、患者の強い希望により継続した。治療開始4か月後には多発肺転移巣は消失し、肝内病変のほとんどが縮小した。治療開始11か月後には肝内病変の軽度増大傾向と新出病変を認めたためTACEを追加したが、治療開始後24か月現在、肝内病変はS2とS4に数個の残存を認めるのみで、肺転移巣の再発は認めていない。腫瘍マーカーもAFP 2.0ng/mL、PIVKA 2 64mAU/mLで推移している。ソラフェニブは肝外病変を有する症例、TACE不能や肝動注化学療法不応例、脈管侵襲がある症例が対象となり、無増悪期間および全生存期間延長効果が示されているが、腫瘍に対して縮小作用は少なく進展抑制作用が主とされている。今回我々はソラフェニブを使用し多発肺転移巣の消失と、肝内病変の長期間の制御が可能となった一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

消

田村 康¹、早川 雅人¹、五十川 正人¹、富樫 忠之¹、五十嵐 正人¹、高橋 澄雄¹、大矢 洋²、小向 慎太郎²、大橋 泰博²、内藤 眞³、青柳 豊¹
¹厚生連 新潟医療センター病院 消化器内科、²厚生連 新潟医療センター病院 消化器外科、³厚生連 新潟医療センター病院 病理検査科

【症例】59歳男性【主訴】症状なし。肝腫瘍精査加療【既往歴】輸血歴なし。日本酒4合30年の飲酒歴。【現病歴】X-2年に近医でHCV抗体陽性指摘されるも通院せず。X-1年に高血圧で近医通院開始。X年3月22日にAFP高値を指摘され当科紹介受診。AST 117 IU/L、ALT 128 IU/L、ALP 468 IU/L、γ-GTP 144 IU/L、Alb 4.0 g/dl、T.Bil 0.8 mg/dl、血小板 12.3 万/mm³、AFP 473.8 ng/ml、AFP-L3 25.1%、PIVKA-II 201 mAU/ml、HCV-RNA 5.1 LIU/ml、HCVセログループ1であった。ICG 15分値は12%、K値は0.148であった。腹部エコー、CT、MRI検査にてS5に10mmの古典的肝細胞癌、門脈臍部から門脈左枝P4にかけて腫瘍栓、S8に10mmの高分化肝細胞癌疑いの病変を認めた。X年4月4日に精査加療目的で当科入院。【入院後経過】CTAP、CTHA施行。門脈左枝P4から門脈臍部に腫瘍栓を認めた。S5に12mm大のコロナ濃染を呈する古典的肝細胞癌、S7-8に10mm大の動脈血流低下する類円形病変を認め、高分化肝細胞癌が疑われた。Child-Pugh分類Aと肝予備能良好であり、4月26日にS5病変を含む拡大肝左葉切除を施行。病理ではS5に10mmの低分化+中分化肝細胞癌、門脈臍部腫瘍栓（低分化肝細胞癌で充満、門脈壁内浸潤も顕著）を認め、背景肝は硬変肝であった。切除病理所見から、肝右葉S5の小さな肝細胞癌原発巣から、左葉門脈臍部に腫瘍栓を形成したものと推測した。肝細胞癌再発転移の予防のため、十分なインフォームドコンセント後、術後に2回の肝動注化学療法を施行し、現在、外来経過観察中である。【考察】本症例では左葉門脈腫瘍栓近傍に、肝細胞癌の痕跡も確認できず、右葉の小型肝細胞癌の肝内転移により腫瘍栓が形成されたと推測した。2cm以下の小型肝細胞癌で門脈腫瘍栓を認めることはまれと考えている。本例の小型肝細胞癌のようなMalignant potentialの高い肝細胞癌の早期診断は、重要な臨床課題である。【結語】対側門脈二次分枝に腫瘍栓を認めた小型肝細胞癌の症例を経験したので報告する。

消

三浦 美香¹、大高 雅彦¹、花輪 充彦¹、北橋 敦子¹、廣瀬 雄一¹、高相 和彦¹、依田 芳起¹、榎本 信幸²
¹山梨県厚生連健康管理センター、²山梨大学医学部第一内科

【背景】本邦では肝細胞癌の約60%がHCV、約15%がHBVの持続感染に起因するとされ、また多量飲酒もリスク要因である。また最近では肥満や糖尿病、脂質異常などの生活習慣病と肝細胞癌との関連も注目されている。そこで当施設でこの10年間で発見された肝細胞癌について検討する。【対象・方法】2006年度から2015年度までの10年間の当施設の人間ドックおよび一般検診の腹部超音波検査を施行した770411件のうち、肝細胞癌と診断された114症例について背景因子や検診受診歴を検討した。【結果】肝細胞癌114例(男性97例、女性17例)、平均年齢73.7歳(53-92歳)であった。背景因子では検診で判明したHCV抗体陽性が33例、HBs抗原陽性が12例であったが、病院受診後判明したにHBs抗体、HBc抗体陽性例が15例でHBV感染例が計27例であった。このうち4例はHCVとの重複感染であった。不明者の10例を除く非B非C型の48例について、非アルコール性脂肪性肝疾患/肝炎(NAFLD/NASH)の診断基準以上の飲酒歴を有する症例が半数の24例であった。残る24例がNAFLD/NASHが疑われ、BMI異常15例、脂質異常5例、耐糖能異常14例に認め、いずれかの異常も認めない症例は3例のみであった。また年度別でみるとNAFLD/NASH疑いの症例は直近の2013-2015年度は全体発見数の30%以上を占めるようになり増加傾向であった。また、発見時の腫瘍径を検討すると、20mm以下で発見された症例27例のうち21例が経年受診者であり、一方で50mm以上で発見された13例のうち8例が初回受診者であった。【考察】発見された肝細胞癌のうちHCV/HBV関連が66例(57.9%)を占め、いまだにウイルス肝炎のスクリーニングとfollow upまで繋げる重要性が認識された。また、NAFLD/NASH疑い症例は24例(21.1%)であるが、その比率は増加傾向を認めることが明らかとなった。また早期発見のためには逐年検診の重要性が示された。【結語】肝細胞癌の効率よい早期発見には、ウイルス性肝炎症例の囲い込みと同様に、肝細胞癌のハイリスクに着目した更なる囲い込み因子の検討が必要と考えられた。

26 眼内炎が発見契機となった*Klebsiella pneumoniae*肝膿瘍の一例

消研

吉岡 弘貴、長島 藍子、高綱 将史、渡邊 順、吉川 成一、山田 聡志、竹内 学、三浦 努
長岡赤十字病院 消化器内科

Klebsiella pneumoniae (*K.pneumoniae*) は肝膿瘍の原因菌として代表的なものであり、他臓器へ血行性に感染し症状が重篤化しやすいこと、糖尿病が同菌感染症発症のrisk factorであることが知られている。また肝膿瘍に眼内炎を併発することが眼科領域ではよく知られており、内因性眼内炎の約20%が肝膿瘍由来であるとされている。今回、我々は糖尿病を有し、眼内炎が発見契機となった*K.pneumoniae*による肝膿瘍の症例を若干の文献的考察を含めて報告する。症例は70歳代男性。既往歴に糖尿病、高血圧、脳梗塞を有し、発熱、左眼の異和感と疼痛を主訴に近医眼科を受診し、眼内炎の診断にて当院眼科に紹介受診となった。左眼は多量の眼脂を伴い、周囲に発赤腫脹を認め開眼不能の状態であった。血液検査では高度の炎症所見と軽度の肝機能障害を認めた。術後や外傷などの要因がない原発性内因性眼内炎は稀であり、他部位の感染巣からの波及を考え、同日に全身CTを施行し、肝右葉 (S8) に50mm大の占拠性病変を認め、肝膿瘍と診断し、当科入院となった。直ちに超音波下経皮経肝膿瘍ドレナージを施行し、淡血を混じた白色膿性の内容物が排出され、培養検査にて*K.pneumoniae*が検出された。血液培養や眼脂からの培養では同菌は検出されなかった。その後ドレナージの継続、抗生剤 (DRPM) の全身投与を行い、眼病変に対して抗生剤 (LVFX)、ステロイドなどの点眼による局所療法を開始したところ、入院後第2病日には解熱し、同第11病日の腹部CTでは肝膿瘍は17mmまで縮小した。炎症所見、肝機能の正常化を確認後に同第20病日に退院となったが、左視力は回復せず、失明となった。*K.pneumoniae*肝膿瘍からの転移病巣は肺、眼、中枢神経、泌尿器、骨髄や関節など多岐に渡り、肝膿瘍発症後数日以内に転移することが多いとされ、近年ではPrimary liver abscess syndromeという概念が提唱されている。本症例は、腹腔内基礎疾患はなく、糖尿病や高齢といった感染のハイリスク環境により肝膿瘍から転移性眼内炎を併発した典型例と推察された。

27 *Klebsiella pneumoniae*による侵襲性肝膿瘍症候群の1例

消研

永山 逸夫¹、薛 徹¹、土屋 淳紀¹、渡辺 貴之¹、名古屋 卓郎¹、五十嵐 聡¹、横山 純二¹、寺井 崇二¹、
畠野 雄也²、石原 智彦²
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新潟大学脳研究所 臨床神経科学部門 神経内科学分野

【緒言】*Klebsiella pneumoniae* (KP) はしばしば易感染主への院内感染の原因菌として検出される。しかし一方で、近年東南アジアを中心にKP強毒株の市中感染による侵襲性肝膿瘍症候群の報告が増加してきている。今回我々は、重度の髄膜炎を含む多発感染巣を伴う侵襲性肝膿瘍症候群の1例を経験したので若干の文献的考察を踏まえて報告する。

【症例】68歳、男性。既往歴なし。最近の渡航歴なし。飲酒は連日1合程度。XX年3月30日より感冒様症状あり。4月2日に頭痛が出現し、3日にはJCS-100の意識障害が出現し前医を受診した。項部硬直と髄液検査で混濁・細胞数増多・糖低値を認め、頭部MRIでは両側脳室内に著明な膿の貯留と左被核に膿瘍形成を認めた。また、CTでは多発する肺結節と肝S4に単発55mm大の肝膿瘍を認めた。5日に当院へ転院し経皮的肝膿瘍ドレナージ (PTAD) を含む集学的治療を開始した。PTADの膿性排液と血液培養からはKPが検出され、髄膜炎・脳室炎・脳膿瘍・敗血症性肺塞栓を伴う侵襲性肝膿瘍症候群と診断した。尚、KPの毒性と関連すると言われるhypermucoviscosity phenotypeを確認するstring testは陰性であった。抗生剤投与は長期に及んだが、徐々に炎症反応や意識障害は改善した。意識障害改善当初は不全麻痺と構音障害、嚥下障害を認めたが、約5ヶ月に渡る長期治療の末、軽度の嚥下障害を認めるのみにまで改善し退院となった。【考察】健常成人に発症した、重度の髄膜炎を含む多発感染巣を伴う侵襲性肝膿瘍症候群の1例を経験した。KPの毒性と関連する因子としてhypermucoviscosity phenotypeが報告されているが、今回の症例ではhypermucoviscosity phenotypeを示さないにも関わらず重度の髄膜炎/脳室炎、脳膿瘍、敗血症性肺塞栓を合併した。強毒株による侵襲性*Klebsiella pneumoniae*感染症の致死率は数十%にも及ぶとされる予後不良な疾患群であるが、PTADを含む集学的治療により大きな合併症を残すことなく救命することができた。

消

五十嵐 正人¹、早川 雅人¹、五十川 正人¹、田村 康¹、富樫 忠之¹、高橋 澄雄¹、青柳 豊¹、内藤 眞²
¹新潟医療センター 消化器内科、²新潟医療センター 病理部

【症例】58歳男性。生来健康。海外渡航歴なし。同性愛歴なし。【現病歴】201X年3月10日38.5度に熱発し、近医で解熱剤を処方され経過観察されたが、症状は遷延し、血液検査では炎症反応に肝機能異常を伴ったため、18日当科紹介。腹部造影CTで肝左葉外側区に7cm大の単発膿瘍を認め、同日緊急入院。入院までの経過中に下痢、血便等は伴わなかった。【経過】入院当日経皮経肝膿瘍ドレナージ（PTAD）を行ったところ、レンガ色の膿汁が50ml程度吸引された。膿の性状からアメーバ性肝膿瘍が疑われたため、同日血清赤痢アメーバ抗体測定および穿刺液の検鏡を外部検査機関に依頼するとともに、当院検査部でも穿刺液の検鏡を行って動画を記録した。病理部をまじえ動画を検討したところ、アメーバ運動する微生物が多数観察され、赤痢アメーバの栄養体と考えられた。19日よりメトロニダゾール750mg×3回/日で経口投与開始したところ、炎症所見は速やかに著明改善した。23日には外部機関より血清赤痢アメーバ抗体1600倍の報告があり、診断がより強固となったが、同機関での検鏡の結果はアメーバ陰性であった。治療開始以降は経過良好で、4週後にPTADチューブの抜去を行い、8週後にメトロニダゾール内服を中止した。現在経過観察中であるが再燃は認められない。【考察】赤痢アメーバ感染症は男性同性愛者を中心としたSTDとしてよく知られているが、最近では異性間の感染や女性患者も増加傾向にある。全国的に患者数は増加傾向で、今後臨床医が同症に遭遇する頻度は増加することが予想される。診断には血清抗体価測定のほか、膿汁ないし糞便中の栄養体を直接検鏡で証明することが有用であるが、これらの検査は多くの医療機関において外注検査に頼らざるを得ないのが現状であろう。特に検鏡検査においては、検体採取から検鏡まで1-2時間以内が理想とされ、外注検査とのミスマッチが懸念される。自験例においては、膿瘍穿刺液が新鮮なうちに、その検鏡像を動画撮影していたことが結果的に迅速な診断・治療に有用であったので、示唆を含んだ症例と考え報告する。

消

加藤 亮、小俣 俊明、浅川 幸子、浅川 利奈
 峡南医療センター 富士川病院

【症例】70歳代、女性。【主訴】倦怠感、食思不振、腹満感【現病歴】上記精査目的に当院を受診。血液検査でトランスアミラーゼと炎症反応の上昇を認めた。腹部CTでは肝右葉に最大径28cm大の巨大嚢胞を認め、嚢胞内の内容物は水よりやや高濃度を呈していた。経過から肝嚢胞感染と診断し加療目的に入院となった。【経過】嚢胞穿刺を行い、pic tailカテーテル7Frを留置した。穿刺時カテーテルにより白濁した非血性の排液を1550ml吸引した。カテーテル留置後day1-3までは1000mlの排出あり、day4からは200ml以下で推移し、合計で5000mlの排液を認めた。治療開始後、肝酵素と炎症反応の改善を認めた。状態安定後、再増大予防目的にエタノール注入療法を合計4回施行した(注入量1回目 50ml、2回目 30ml、3回目 20ml、4回目 30ml)。エタノール注入後にカテーテルを抜去。抜去3日後に撮影したCTでは嚢胞の縮小を認めた。現在外来で増大なく経過中である。【結論】巨大な感染性肝嚢胞に対して経皮的肝嚢胞ドレナージとエタノール注入療法を行い縮小に至った1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

消

水澤 健¹、須田 剛士³、長谷川 剛⁴、福成 博幸²、齋藤 悠¹、丸山 弦¹、星 隆洋³、森田 慎一³、兼藤 努³、
小林 正明³、寺井 崇二⁵

¹新潟県立十日町病院 内科、²新潟県立十日町病院 外科、³新潟大学地域教育医療センター 魚沼基幹病院 消化器内科、⁴新潟大学地域教育医療センター 魚沼基幹病院 病理診断科、⁵新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

メトトレキサート(MTX)は、アンカードラッグとして関節リウマチ(RA)治療において最も使用されている薬剤であるが、近年MTX関連リンパ増殖性疾患(Methotrexate-associated lymphoproliferative disorder ; MTX-LPD)が報告されるようになり問題視されている。今回我々は、多発肝腫瘤を呈したMTX-LPDの一例を経験したので報告する。症例は70歳代、女性。関節リウマチに対し2011年よりMTXの内服を行っていた。201X年7月上旬頃より尿濃染を自覚し、7/19に腹痛・発熱を認め徐々に増悪したため、7/20に当院救急外来を受診した。血液検査所見にて肝胆道系酵素・炎症反応の上昇あり、腹部CTで肝脾に多発する低吸収域を認めたため、精査加療目的で入院した。胸部CT、上部・下部内視鏡検査で明らかな異常を認めず、MRCPでも肝嚢胞や胆道系の明らかな異常を指摘できなかった。RAに対して使用されていたMTXとプレドニゾロンを休業しIPM/CSの投与を行ったところ、数日で解熱し自覚症状は改善したが、6日後の腹部CTで肝腫瘤性病変の増大・増加を認めた。通常の超音波検査では病変の同定は困難であったため、ソナゾイド造影超音波検査を施行したところ、クーパー相で明瞭な低エコー結節として認識され、リインジェクションにより周囲より徐々に染影され脈管相後期には周囲肝実質と同レベルとなった。確定診断目的で造影超音波ガイド下腫瘍生検を施行したところ、結節はCD3陽性、CD4陽性、CD8陽性、CD56陰性のポリクローナルなリンパ球の集簇であったため、MTX-LPDと診断した。その後、MTXの休業継続にて肝胆道系酵素・炎症反応は正常化し、IPM/CS中止後も肝脾の多発結節は退縮傾向を示しており、現在外来にて経過観察中である。多発肝腫瘤を呈したMTX-LPDの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。

31

当院におけるコンベックス型超音波内視鏡（EUS）の系統的胆膵描出法－ラジアル型EUSとの互換性

内

比佐 岳史、桃井 環、古川 龍太郎、工藤 彰治、山田 崇裕、赤木 康司、大瀬良 省三、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

【はじめに】本邦での胆膵EUSはこれまでラジアル型が主流であったが、穿刺吸引細胞診の普及に伴いコンベックス型EUSへの関心が高まっている。しかし、ラジアル型からコンベックス型への手技の移行は必ずしも容易とは言えない。【目的】当院でのコンベックス型EUSによる系統的胆膵描出法を、ラジアル型EUSとの関連を含めて示すこと。【描出法】ラジアル型EUSと同様のスコープ走査を下線で示す。【胃体上部】前壁で肝左葉外側区を描出後、門脈臍部を認識し時計回転で門脈本幹を描出する。それを長軸に描出しスコープを進め上腸間膜静脈を挟む膵頭部を描出する。反時計回転で膵頭体移行部、時計回転と引き抜きで膵体部～尾部を描出する。脾門部ではアップアングルをかける。【胃体下部】胃体上部での膵頭部とは異なる断面を描出する。【前幽門輪】反時計回転で胆嚢底部を描出する。【十二指腸球部】押し込みで門脈前面の胆管を描出する。胆嚢管を認識後、反時計回転で胆嚢頸部～体底部を描出する。上十二指腸角への押し込みで膵内胆管を描出する。【十二指腸下行脚】スコープをストレッチ後、大動脈長軸像を描出し、時計回転で膵頭部（多くは高エコー）を認識する。引き抜きながら、低エコー域内の膵管を認識し、反時計回転で胆管を描出する。さらに引き抜きで胃十二指腸動脈と上腸間膜動脈の間に膵頭体移行部を描出し、膵体尾部を連続観察する。ラジアル型EUSの場合は画面上、大動脈短軸像の右側に膵頭部高エコーが描出され、引き抜きで低エコー域内に膵管、そのやや左上に胆管が認識される。これらの位置関係がコンベックス型でのスコープ軸の回転方向に関連している。【結語】コンベックス型EUSによる系統的胆膵描出時のスコープの動きは、ラジアル型EUSのそれとほぼ同様である。ラジアル型EUSの描出断面からコンベックス型EUS操作時のスコープ回転方向を類推可能であり、この互換性の理解が手技習得の一助となる。

32

超音波内視鏡下経空腸肝内胆管ドレナージが有効であったRoux-en-Y再建後の悪性胆道狭窄の1例

内

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71歳、男性。全身倦怠感・体重減少を主訴に近医を受診し、黄疸を指摘され当院に紹介となった。10年前に胃癌（double early cancer; A. IIc+Uls, tub2, T1a(M), PM(-), DM(-), ly0, v0. B. IIc, sig with por, T1a(M), PM(-), DM(-), ly0, v0, n0）で胃全摘・Roux-en-Y再建の手術を受けていた。血液検査では肝胆道系酵素異常と閉塞性黄疸、CEA・CA19-9の上昇を認めた。腹部造影CT検査では肝内胆管から上部胆管は拡張しており、膵頭部に腫瘤影および周囲のリンパ節腫大を認め、同部で総胆管は偏移・狭窄していた。Roux-en-Y再建症例であったため、CO2送気で受動湾曲型大腸内視鏡（CF-HQ290I: Olympus）を使用しERCPを試みたが、乳頭には到達できたものの胆管挿管できなかった。十分な説明を行い患者の同意を得た上で、超音波内視鏡下経空腸肝内胆管ドレナージを行う方針とした。コンベックス超音波内視鏡（GF-UCT260: Olympus）で空腸より拡張した肝内胆管を描出し、胆管穿刺後に通電ダイレーター（Cysto-Gastro-Set: Endo-Flex）で瘻孔拡張しfull-covered metal stent (WallFlex stent 10 x 100 mm: Boston Scientific)を留置した。その後膵腫瘤に対し超音波内視鏡下穿刺吸引法を行い、moderately to poorly differentiated adenocarcinomaの所見を認め、膵癌と診断した。術後の減黄は良好で、現在外来で化学療法中である。Roux-en-Y再建症例におけるERCPは必要性が高いにもかかわらず非常に困難なことが珍しくないが、閉塞性黄疸に対する超音波内視鏡下経空腸肝内胆管ドレナージは有効な選択肢になり得ると考えられた。当院での術後再建腸管症例における治療方針・成績と合わせ報告する。

33 経乳頭的、経消化管的、経皮的ドレナージを施行した、重症膵炎後のWONの1例

内

坪井 清孝、夏井 正明、高木 将之、丹羽 祐輔、佐藤 聡史、影向 一美、津端 俊介、松澤 純、渡辺 雅史、塚田 芳久
新潟県立新発田病院 内科

症例は70歳代、男性。突然の上腹部痛を主訴に近医を受診し、白血球増多を指摘され当院に紹介された。上腹部圧痛、血清アミラーゼ高値、CTで膵周囲前腎傍腔から結腸間膜根部の脂肪織濃度上昇を認め、急性膵炎（予後因子1、CT grade 1）と診断し入院した。大量補液、蛋白分解酵素阻害薬、抗菌薬などの保存的治療を開始したが、第2病日のCTでは膵頭体部に造影不良域の出現あり。同日より蛋白分解酵素阻害薬・抗菌薬膵局所動注療法を5日間行い、腹痛は軽減し炎症所見も改善傾向であった。しかし、第7病日のCTでは、膵頭部前面から体尾部上縁にわたる液体貯留が出現し、第24病日のCTで貯留物は被包され被包化壊死（walled-off necrosis ; WON）と診断した。第28病日より腹痛が増悪し、第30病日にWONの経乳頭ドレナージ目的にERPを施行した。主膵管の2カ所でWONとの交通が確認され、主膵管にドレナージチューブを留置した。しかし、WONは縮小傾向なく腹痛も持続したため、第35病日にEUS下ドレナージを施行し、膵尾側のWONに内外瘻2本のドレナージチューブを留置した。その後、膵尾側のWONは縮小したものの、膵頭部側のWONはわずかな縮小にとどまり感染の合併も疑われたため、第56病日に膵頭部側のWONにEコ下経皮的ドレナージを施行した。それにより膵頭部側のWONは縮小したが消失には至らず、第76病日に2本目の経皮的ドレナージチューブを追加留置した。その後膵頭部側のWONも縮小消失し、第112病日には内瘻チューブ以外は全て抜去し、第114病日に退院した。今回、経乳頭的、経消化管的、経皮的ドレナージを施行した重症膵炎後のWONの1例を経験し、文献的考察を加えて報告する。

34 術後腹腔内膿瘍に対して超音波内視鏡下経消化管的ドレナージ（EUS-guided transmural drainage : EUS-TD）が有用であった2症例

内

森田 慎一¹、星 隆洋¹、兼藤 努¹、小林 正明¹、須田 剛士¹、寺井 崇二²
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新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【緒言】腹腔内臓器の術後合併症の一つに腹腔内膿瘍があり、時に重篤化し治療に難渋する。治療の基本はドレナージであるが、膿瘍が深部に存在する場合、経皮的な穿刺経路の確保は困難である。近年EUS interventionの普及により、経消化管的にEUS下で膿瘍ドレナージを行うことが可能となった。今回、経皮ドレナージが困難な深部膿瘍に対し超音波内視鏡下経消化管的ドレナージ（EUS-TD）を施行し良好な治療効果を得た2症例を報告する。【症例1】60代男性。下行結腸癌にて左半結腸切除術後。術後経過良好で退院したが、退院8日目より悪寒、発熱が出現し、腹部CT検査にて左横隔膜下に膿瘍腔を認めた。EUS下に胃体上部大彎より穿刺を行い、内瘻にプラスチックステント、外瘻に経鼻ドレナージチューブの計2本のドレナージチューブを留置した。良好に膿汁は排液され、翌日より解熱を得られ、7日後には内視鏡下に外瘻チューブを内瘻のプラスチックステントに変更し退院した。ドレナージ処置後、現在まで5か月間、膿瘍の再発なく外来化学療法を継続中である。【症例2】70代男性。肝細胞癌にて右葉切除術後。術後胆汁瘻を起因とした腹腔内膿瘍を併発し、経皮的ドレナージを施行した。しかし肝尾葉背側に膿瘍腔が残存し、感染症状が遷延した。胃体上部小彎よりEUS下に穿刺を行い、内外瘻2本のドレナージチューブを留置した。8日後に外瘻から内瘻チューブに変更、23日目に2本の内瘻チューブは抜去した。その後3か月膿瘍の再発は認めていない。【結論】従来の経皮処置ではドレナージ経路の確保が困難であった深部膿瘍に対しても、再開腹に至ることなくドレナージを可能とするEUS-TDは非常に有用な治療選択肢である。しかし現時点ではEUS-intervention専用のデバイスは存在せず、手技の危険性も認識した上で、実行性や安全性を高めるための工夫が必要である。

内

安住 基¹、塩路 和彦¹、青柳 智也¹、栗田 聡¹、佐々木 俊哉¹、大山 泰郎¹、加藤 俊幸¹、成澤 林太郎¹、
本間 慶一²

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 病理診断科

経皮的エコー下肝生検は、肝腫瘍の精査として広く用いられているが、時に穿刺困難な症例も存在する。そのような症例に対し、EUS-FNAが有用であった症例を経験したので報告する。症例1は70代男性、X-1年6月に左甲状腺未分化癌に対して手術を施行した。X年2月のCTで肝S1に約15mm大の楕円形・嚢胞性病変が出現した。経過中炎症反応の上昇と腫瘍の増大傾向を認め、肝転移と肝膿瘍の鑑別が必要と判断した。X年6月经皮的なアプローチは困難であり、EUS-FNAで経胃的に肝腫瘍生検を施行した。組織学的に手術標本と類似しており、甲状腺未分化癌の肝S1転移と診断しレンパチニブの投与を開始した。症例2は60代男性、X年10月に前医CTにて、肝左葉に巨大な辺縁不整な腫瘍と大網への浸潤、胃小彎リンパ節腫大を指摘された。確定診断のために、経皮的エコー下肝生検を試みるも、正常肝を介してのアプローチが困難であり、EUS-FNAで経胃的に肝腫瘍生検を施行した。組織学的に胆管細胞癌と診断し化学療法を施行した。症例3は30代女性、人間ドックの腹部エコーで肝血管腫、胸部レントゲンで多発肺腫瘍を指摘され当院内科を受診した。PET-CTにて両肺野に多数、肝外側区域辺縁に単発の集積を認めた。経皮でのアプローチが困難であり、EUS-FNAで経胃的に肝腫瘍生検を施行、混合型肝癌と診断し化学療法を施行した。症例4は70代女性、腹痛と発熱を主訴に当科外来を受診した。腹部造影CTにて、肝内両葉に嚢胞性の病変と嚢胞内出血を示唆する所見を認めた。腫瘍マーカーも高値であり、胆管細胞癌の肝内転移を疑った。経皮的エコー下肝生検を行ったが、検体が採取できなかったため、S1の充実部分よりEUS-FNAを施行し胆管細胞癌と診断した。症例1、3、4は腫瘍の局在から、症例2は安全性からEUS-FNAを選択した。検体量の少ないEUS-FNAでびまん性肝疾患の診断は困難と思われるが、腫瘍性病変の診断には十分対応可能であり、経皮的なアプローチが困難な症例では試みても良い方法と考える。

36 胆道癌と肝細胞癌におけるsorafenib感受性の差異に関する基礎研究

消

横井 謙太、小林 聡、本山 博章、北沢 将人、清水 明、宮川 眞一
信州大学医学部外科学教室（外科一）

胆道癌（CCC）は予後不良な悪性腫瘍で、有効な化学療法は未だ確立されておらず、治療の第一選択は外科的切除である。分子標的薬Sorafenibは肝細胞癌（HCC）で臨床応用されているが、同じ細胞起源をもつCCCに対して有効性が示されていない。CCCとHCCにおけるsorafenib感受性の差異をin vitroで検討した。【方法】CCC細胞株とHCC細胞株に対してsorafenibを投与し、増殖抑制効果をMTT assayで比較した。また、CCC株にてsorafenibによるapoptosisの発現をFACSで評価した。癌腫間におけるsorafenib投与に伴う細胞内シグナル伝達の違いについて、Western blotting assayを用いて比較検討した。【結果】CCCではHCCと同様に、濃度依存性にsorafenibによる細胞増殖抑制効果を認めたが、CCCではHCCに比べて増殖抑制効果が有意に弱かった。CCC株（RBE）におけるapoptosisの発現は、濃度依存性に増強された。細胞内シグナル伝達を比較すると、mTOR/AKTシグナル伝達経路において、AKT Se473のリン酸化がsorafenib投与により抑制されるHCCとは異なり、CCCでは増強されていた。AKTリン酸化阻害薬にてAKT Se473の抑制を試みたが、その効果は微弱だった。AKTを制御するmTORC2を調べたところ、mTORC2のリン酸化がCCCでは増強されていることが分かったため、mTORC2を標的に研究を進めている。【考察】sorafenibの作用はRafを標的としたRaf/MEK/ERK/シグナル伝達の抑制効果が主たる機序だが、CCCではAKT Se473リン酸化が亢進しており、細胞死回避機序としてのmTOR/AKT経路が関与していることが示された。このAKTリン酸化の差異がsorafenib抵抗性に関与する可能性があり、これらの解明がCCCにおけるsorafenibの臨床応用に寄与する可能性が示唆された。

37 IgG4関連硬化性胆管炎による肝障害を契機に発見された膵体部癌の1例

消

五十嵐 聡、林 和直、渡邊 貴之、名古屋 拓郎、薛 徹、土屋 淳紀、横山 純二、佐藤 祐一、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

症例は70歳台男性。5年前より糖尿病で治療中であったが、HbA1cの悪化と肝障害を認め、前医での単純CT・MRCPで下部胆管癌が疑われたため、当科紹介となった。血液検査では、軽度の肝胆道系酵素上昇と、HbA1c 7.6%と上昇を認めた。腫瘍マーカーはCA19-9 70U/mlと軽度上昇し、IgG 1,962mg/dl、IgG4 724mg/dlと著明な増加を認めた。前医MRCPで下部胆管はなだらかに狭小化し、軸変位を伴わなかった。主膵管は、膵頭体部では狭小化していたが、尾部では軽度拡張していた。造影CTでは膵体部に25mm大の乏血性腫瘍を認め、膵実質は、尾部は萎縮していたのに対し、頭部は軽度の腫大を認めた。SMV・PVへの浸潤所見を認め、CeA周囲に軟部影を認めた。下部胆管は閉塞し、上流胆管は著明に拡張していた。EUSでは膵頭体移行部に25mm大の低エコー腫瘍あり。頭部の実質は高エコー化し、周囲に低エコーのrim様構造を認めた。下部胆管は均一な壁肥厚を呈し内腔は狭小化するも、境界高エコーは保たれていた。ERCPでは主乳頭は正常で、主膵管は頭体移行部で途絶していた。下部胆管はなだらかに狭窄していた。乳頭部および下部胆管より生検し、IgG4陽性形質細胞の増加も悪性所見も認めなかった。膵体部腫瘍に対し、EUS-FNA施行しadenocarcinomaと診断された。以上よりIgG4関連硬化性胆管炎と膵体部癌の合併と診断した。膵癌の進展範囲の正確な評価のため、PSL 30mg内服による治療を先行させた。2週間後にIgGおよびIgG4は低下し、CTでも膵頭部腫大・下部胆管狭窄は改善傾向を示したが、膵体部腫瘍は不変で、血管周囲の軟部影は残存していた。膵体部癌に関しては局所進行切除不能病変と判断し、S-1併用放射線療法による治療を選択した。同時に膵癌とIgG4関連疾患を合併したまれな症例を経験したので報告する。

内

丸山 雅史¹、佐藤 幸一¹、宮島 正行¹、木村 岳史¹、徳竹 康二郎¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、松田 至晃¹、
和田 秀一¹、中田 伸司²、渡辺 正秀³
¹長野赤十字病院 消化器内科、²長野赤十字病院 外科、³長野赤十字病院 病理部

症例は70歳代男性。下腹部膨満感、便秘の症状から近医でスクリーニング目的に腹部単純CTを施行された結果、膵体部の多房性嚢胞性病変を指摘され当科を紹介受診した。腹部造影CTでは膵体部に35X20mm大の多房性嚢胞性腫瘤を認め、左腹側部分に造影効果が認められた。主膵管に拡張は認めなかった。EUSでは24X21mm大の多房性嚢胞性病変として描出され、cyst by cyst様構造を示し、分枝膵管との交通を認めたことより分枝型IPMNと考えた。病変内に18X10mm大の結節成分を認め、結節内部は微小な無エコー領域が混在していた。結節内の一部に周囲膵実質より低エコー領域を伴っていたことから充実性成分を伴う結節と判断しIPMCと診断した。しかしMRIでは嚢胞性病変の右辺縁に比較的大きめの嚢胞を認めるほかは細かな嚢胞の集簇として認められ、SCNも考慮された。ERCPでは主膵管内にわずかに透亮像を認めたほか、膵体部で主膵管と交通する数個の小嚢胞が描出された。PET/CTでは病変部に早期像でSUVmax:2.7の軽度の集積を認めた。以上の結果より診断に苦慮したがIPMCの可能性を否定できず、ご本人の手術希望から膵体尾部切除術を施行した。病理学的には径5mm以下の嚢胞が多発する約2.5X1.8X1.5cmの嚢胞と径約7mmの嚢胞が隣接して認められ、前者はSCN、後者は分枝型IPMNの所見であった。隣接したSCNとIPMNの切除例の報告は稀であり、画像所見と病理学的所見との対比を考察し報告する。

内

中村 厚夫、名和田 義高、田中 恵、八木 一芳
新潟県立吉田病院

当院では以前から巨大総胆管結石、膵石に対しESWL併用内視鏡的除去を行ってきた。近年EPLBDの出現により総胆管結石はほとんど内視鏡的治療で除去できるようになったが膵石症、肝内結石は内視鏡的治療だけでは治療困難な事が多い。2011年1月より2015年11月までの5年間で28件、年間5～6件であったが、2015年12月に破碎装置が更新され2016年9月までですでに11例12件の患者に治療を行った。症例を紹介し現況を報告する。症例1、20歳代男性。肝内結石、初回例。肝移植ドナーとして肝左葉切除後、胆管狭窄のため肝内結石を多数認めた。内視鏡的結石除去を繰り返したが治療困難にて当科紹介。ERCPで胆管狭窄部を拡張しENBD造影を行いESWL3回併用し結石除去を行った。症例2、40歳代男性。膵石症、初回例。急性膵炎にて入院治療、原因はアルコールと膵石であった。ESWL目的に当院紹介。ERCP行い結石は膵管内に陥頓していた。ENPD留置。ESWL2回行いERCPで結石除去。理想的な治療が行えた。症例3、30歳代男性。膵石症、再発、治療困難例。3年前に膵石で紹介ESWL3回にて結石除去。その後結石再発し入院。6回ESWL行ったが破碎できなかった。現在経過観察中。以前の破碎装置は水中リパーク放電方式で破壊力が強く疼痛対策として硬膜外麻酔を使用していた。今回導入された装置は電磁変換方式で比較的痛みの少ない治療のため現在はジフロフェナクナトリウム座薬とペンタゾシン静注で対応している。治療困難例に対しては硬膜外麻酔の併用も検討中である。今後さらに症例を重ね効率の良い治療を行ってきたい。

PL-1 食道および大腸静脈瘤を合併した肝外門脈閉塞症の1例

内研

天野 博之、高岡 慎弥、小嶋 裕一郎、吉村 大、中込 圭子、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：28歳男性。主訴：吐血。現病歴：200X年9月吐血を主訴に当科受診。緊急上部消化管内視鏡検査で食道静脈瘤破裂と診断した。CT検査で肝内から門脈本幹が閉塞し求肝性側副血行路が発達しており、肝外門脈閉塞症と診断した。出生直後の臍炎、敗血症、門脈血管炎の既往はなく原発性肝外門脈閉塞症と診断した。また、血液検査所見ではprotein C, protein Sは正常であった。以後、食道静脈瘤破裂2回あり、いずれも内視鏡的静脈瘤結紮術で止血を得た後に待機的に内視鏡的硬化療法を施行した。その後4年間再破裂のエピソードを認めなかったが、200X年+6年5月以降再度2回の食道静脈瘤破裂あり、待機的に内視鏡的硬化療法、内視鏡的静脈瘤結紮術を追加している。診断から7年の経過で門脈閉塞の増悪に伴い、門脈亢進症の諸所見は増悪している。また大腸全体にも静脈瘤を認めている。肝外門脈閉塞症は稀な疾患であり、また治療に難渋しており、文献的考察を加え報告する。

PL-2 食道狭窄を伴う出血性胃潰瘍に対して経鼻内視鏡で止血し得ず内視鏡的バルーン拡張術を施行し経口内視鏡で治療し得た1例

内研

坂上 仁、阿部 寛幸、荒生 祥尚、河久 順志
佐渡総合病院 消化器内科

【症例】症例は64歳、男性で吐血、黒色便を主訴に当院救急搬送された。既往歴に特記事項は見られなかったが、大酒家であった。ダイナミックCTで胃内に血管外漏出を認め、輸血開始したうえで上部消化管内視鏡を施行した。しかし、上部食道に膜様狭窄を認め、通常の経口的内視鏡が通過できず、経鼻的内視鏡へ変更し挿入した。前庭部小弯にDieulafoy潰瘍を認めた。すでに止血されており、観察のみとし経鼻胃管を留置し出血のモニタリングを行った。翌日胃管より血性液排出を認めたため、経鼻内視鏡で再検したところ、潰瘍からの出血を認め、HSEで止血した。しかし、露出血管あり、再出血のリスクが高いと考えられた。連日の観察により膜様狭窄は開存傾向を認めていたため、同部位に対して内視鏡的バルーン拡張術を施行した。その結果、経口的内視鏡が通過可能となり、通過すると潰瘍面に血液塊が付着しており、除去すると動脈性の拍動性出血を認めたため、焼灼止血術を行った。その後再出血なく、経過良好につき退院。外来加療中である。【考察】一般的に上部消化管出血に対しては経口的内視鏡にて高周波凝固療法、クリップ、局注療法による止血等が選択される。経鼻的内視鏡では鉗子口径から止血デバイスの使用が制限され、局注療法のみ可能である。本症例では食道狭窄により経口的内視鏡が使用できず経鼻的内視鏡による局注療法を施行したが、止血効果が不十分であり、狭窄部位をバルーン拡張し、経口的内視鏡で止血を行った。食道狭窄を伴う上部消化管出血に対する内視鏡的止血術として示唆に富む症例であったため報告する。

内研

佐藤 毅昂、中村 隆人、濱 勇
村上総合病院 内科

ランタンは高リン血症の内服薬として透析患者に広く用いられている。その血中への吸収は極めて低率だが、一部は吸収され、胆汁から排泄されるか肝臓などで大食細胞系に貪食され体内に留まる。近年、透析患者の胃粘膜へのランタン沈着が相次いで報告されている。そのほとんどは無症候性であるが、内視鏡的に所見を認めることが多く、好酸球性胃腸症への関与が疑われた報告もある。今回、当院のランタン内服透析患者2例で、上部消化管内視鏡で胃粘膜に白色の微細顆粒沈着を認め、元素分析によりランタン沈着が確認された。組織学的には粘膜間質に無構造物質を貪食したマクロファージの集積が認められた。共に無症候性であったが、ランタン沈着所見の内視鏡的経時変化が確認できた点で貴重な症例と考えた。他のランタン内服症例との比較、文献的考察を加え提示する。【症例1】62歳男性。平成7年に糖尿病と診断された。平成25年より糖尿病性腎不全の為、透析が導入された。平成26年7月よりランタン水和物の内服を開始した。平成27年4月（ランタン内服累積量、約260g）、上部消化管内視鏡で全体的な胃粘膜の肥厚の他、体中部後壁に白色微細顆粒が沈着した6mm大IIa病変が認められた。平成28年4月再検時（約780g）、体部後壁を中心に小弯から大弯まで広がる境界不明瞭な隆起性病変が認められた。病変は、白色微細顆粒の沈着を伴う腫大・癒合した胃小区模様を呈していた。また、主病変部と離れた飛び地病変も存在した。【症例2】67歳男性。平成17年に糖尿病と診断された。平成23年より糖尿病性腎不全の為、透析が導入された。平成26年7月よりランタン水和物の内服を開始した。平成27年8月（約290g）、上部消化管内視鏡で、体上部から体下部にかけての後壁～小弯～前壁に症例1と同様の白色微細顆粒の沈着を伴う境界不明瞭な隆起性病変が認められた。平成28年7月再検時（約705g）、病変はむしろ全体的に平低化・不明瞭化しており、白色微細顆粒の沈着の目立つ領域は体上部から下部までの後壁に局限していた。

内研

大谷 晴野¹、山川 良一¹、原田 学¹、河内 邦裕¹、入月 聡¹、岩田 真弥¹、渡辺 玄²
¹下越病院 消化器内科、²新潟大学教育研究医歯学系 臨床病理学分野

【症例】79歳男性。【既往歴】X-4年に表在食道癌にて内視鏡的粘膜下層剥離術（以下ESD）を施行。X-4年に睡眠時無呼吸症候群。X年に無症候性心筋虚血。【現病歴】X-11年1月に胃体下部小弯の早期胃癌にてESDを施行し、3月にヘリコバクター・ピロリ除菌治療を施行した。11月の上部消化管内視鏡検査（以下EGD）にて胃体中部大弯前壁寄りに10mmの発赤域を認めた。X-10年11月に同部位から生検しGroupII（旧分類）との病理診断であった。以後、毎年検診にてEGDを施行していた。この間、発赤は消退したが病変の大きさや形態には大きな変化はなかった。X年6月のEGDでは病変は淡い発赤として認識され、拡大観察すると表面は粗大な腺窩上皮からなり背景粘膜は萎縮のない胃底腺であった。同部位からの生検では高度な腸上皮化生を背景に完全腸型の分化型腺癌を疑う異型上皮がみられたがごく少量でGroup2と診断された。同年9月にESDを施行した。切除標本にて病変は非腫瘍性上皮に覆われ少量の異型上皮の大部分が非腫瘍性上皮の直下に非連続性に散在し、Adenocarcinoma（tub1,tub2,low grade,intestinal type）,pT1a(M),ly(-),v(-),pHM0,pVM0,0-IIc,13x8mm,Middle body,Gre-Ant.と最終診断された。X-10年の胃生検標本を見直したところ、腸型の異型腺管が一部癒合しながら粘膜表層側で密に増生しておりGroup5と判定された。X年の病理所見と比較してこの10年間で明らかに腫瘍量が減少していた。【考察】早期胃癌は除菌により表層非腫瘍性上皮が被覆・混在する、あるいは表層腫瘍上皮が高度に分化するなどの修飾を受け、肉眼的診断が困難になる場合が稀ではないことが報告されている。本症例は11年前の除菌時には胃癌が既に存在していたものと思われる。除菌後10年の経過で腫瘍量が減少した事を確認できた。しかしこれが除菌によるものかどうかは今後更なる症例の蓄積と検討が必要である。

PL-5	5年間の経過で計9回の異時性異所性再発をきたし繰り返しESDを施行した早期胃癌の1例
内研	田中 寛人 ¹ 、原井 正太 ¹ 、小嶋 裕一郎 ¹ 、弘津 陽介 ² 、高岡 慎弥 ¹ 、中込 圭子 ¹ 、吉村 大 ¹ 、浅川 岳士 ¹ 、細田 健司 ¹ 、鈴木 洋司 ¹ 、望月 仁 ^{1,2} 、小俣 政男 ^{1,2} ¹ 山梨県立中央病院 消化器内科、 ² ゲノム解析センター

症例：80歳代男性。主訴：特記事項なし。既往歴：高血圧、胆嚢結石に対し胆嚢摘出術。家族歴：特記事項なし。現病歴：201X-1年他院で(1)早期胃癌（詳細は不明）に対しESD施行している。201X年5月当院で(2)胃前庭部後壁 平坦陥凹病変 14mmに対しESD施行しESD適応内病変治癒切除を確認した。背景の胃粘膜は萎縮性胃炎を主体とし、一部で腸上皮化生を伴う。当院初回のESD施行後、尿素呼気試験で陽性を確認しHelicobacter pylori除菌を施行とした。再度尿素呼気試験を施行し陰性であり除菌を確認した。以降5年間の経過で(3)胃角部小彎、(4)前庭部前壁、(5)胃角部小彎、(6)前庭部前壁、(7)前庭部後壁、(8)体下部後壁、(9)体下部前壁、(10)前庭部小彎と異時性異所性再発を認めた。内視鏡的形態は平坦隆起性病変から平坦陥凹病変まで様々であった。各々に対しESD施行しいずれもESD適応内病変治癒切除であった。組織型はいずれも高分化から中分化型管状腺癌であった。出血、穿孔等を含め偶発症はなく経過し、現在外来にて定期的に上部消化管内視鏡検査フォローアップ中である。ESDの除菌後の再発を含め、本症例の様な異時性異所性に9回と複数回再発した早期胃癌の報告例は本邦では少ない。Helicobacter pylori除菌後の再発病変の内視鏡像、病理学的特徴をまとめ、さらに当院ゲノム解析センターで施行した遺伝子解析の結果を含め報告する。

PL-6	幽門側胃切除後の通過障害に対して、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が有効であった1例
内専	大島 俊夫 ¹ 、吉田 貴史 ¹ 、石田 泰章 ¹ 、田中 佳祐 ¹ 、岩本 史光 ¹ 、津久井 雄也 ¹ 、小林 祥司 ¹ 、山口 達也 ¹ 、佐藤 公 ¹ 、平山 和義 ² 、中田 祐紀 ² 、赤池 英憲 ² 、土屋 雅人 ² 、河口 賀彦 ² 、藤井 秀樹 ² 、榎本 信幸 ¹ ¹ 山梨大学 医学部 第1内科、 ² 山梨大学 医学部 第1外科

症例は60歳代、男性。既往歴に拡張型心筋症があり、左室駆出率は30%程度であった。検診異常を契機に施行した上部消化管内視鏡検査で胃角部前壁に20mm大の0-IIc病変を指摘、生検Group5（tub1）であったため当院紹介となった。本人、家族の希望により外科手術の方針となり、開腹幽門側胃切除術、Billroth I法再建を施行した。術後2日目より飲水開始し問題なく、術後4日目より経口摂取を開始した。しかし術後6日目に嘔吐を認めたため経口摂取を中止した。術後9日目の上部消化管透視造影では造影剤は胃内に停滞するも十二指腸への流出は認めたため、消化管運動賦活剤を投与しつつ飲水を再開した。しかし、その後も嘔吐が続いたため、胃管挿入、絶飲食、IVH管理とした。術後35日目に上部消化管内視鏡検査を施行すると、吻合部の口側に縫合線の内反に伴う隆起を認めており、内視鏡は軽い抵抗を持って吻合部を通過した。しかし経口摂取は進まず、吻合部狭窄による通過障害を疑い、術後51日目にバルーン拡張術を施行するも通過障害は改善しなかった。バルーン拡張時に縫合線の内反に伴う隆起が吻合部にはまり込む所見を認めていたことから、この隆起が通過障害の原因と考え、術後65日目に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で隆起部を切除した。ESD後の上部消化管透視造影で胃から十二指腸への造影剤流出は良好となった。さらに吻合部狭窄に対してESD後27日目にバルーン拡張術を追加した。以後、経口摂取は全粥まで摂取可能となり、ESD後37日目に退院となった。胃切除後の通過障害の改善に難渋し、ESDが有効であったと考えられ、文献的考察を加えて報告する。

PL-7 示唆に富む内視鏡・病理所見を呈する好酸球性胃腸炎の一例

内研

大脇 崇史¹、佐藤 裕樹^{1,2}、高 昌良¹、野澤 優次郎¹、今井 径卓¹、岩永 明人¹、佐野 知江¹、関 慶一¹、石川 達¹、本間 照¹、吉田 俊明¹
¹済生会新潟第二病院 消化器内科、²新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

好酸球性胃腸炎(eosinophilic gastroenteritis: EoGE)は好酸球が浸潤する部位によって（１）粘膜優位型、（２）筋層優位型、および（３）漿膜優位型と三つに分類されることが報告されている。我々は示唆に富む内視鏡・病理所見を呈したEoGEの1症例を経験したので報告する。症例は47歳女性、腹痛と嚥下困難感を主訴に受診された。アレルギー性鼻炎・魚卵に対するI型アレルギーの既往を認めた。受診時、末梢血の好酸球増加（4284.0/μl, 40.8%）、CTにて食道壁・胃壁の肥厚を認め、EoGEが疑われ入院となった。上部消化管内視鏡検査では胃前庭部は浮腫状で胃小区模様がひび割れ様に増強して観察された。また、食道は内腔の狭小化を伴う浮腫像を認めたが好酸球性食道炎(Eosinophilic esophagitis: EoE)に典型的である縦走溝・白斑・輪状溝などは認めなかった。食道内圧検査ではfailed peristalsisの診断であり高度に食道蠕動波が障害されていた。粘膜生検で粘膜筋板を含む胃粘膜全層、食道扁平上皮全層の病理組織評価を行った。胃前庭部に高度の好酸球浸潤(240eos/HPF[high power field])を認めEoGEと診断、好酸球の浸潤部位は胃粘膜筋板に接する粘膜深層であり内視鏡所見と相応する結果であった。一方、食道上皮は好酸球浸潤を認めるもののEoEの診断基準を満たさず(11eos/HPF)、食道においても粘膜深層優位の好酸球浸潤形態であることが示唆された。自験例を含め粘膜型EoGEは粘膜表層に好酸球浸潤を来とし、合併するEoEも食道扁平上皮内に高度の好酸球浸潤を認める。本症例の食道・胃病変は内視鏡・病理所見ともに表層の所見に乏しく、多様性に富むEoGEの病態が示唆された。

PL-8 前立腺癌の胃転移の1例

内研

北川 めぐみ¹、野澤 優次郎¹、本間 照¹、高 昌良¹、佐藤 裕樹¹、今井 径卓¹、岩永 明人¹、佐野 知江¹、関 慶一¹、石川 達¹、吉田 俊明¹、根本 健夫²、武田 敬子²、西倉 健³、石原 法子³
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 放射線科、³済生会新潟第二病院 病理診断科

症例は80歳代、男性。X-2年4月糖尿病性腎症による慢性腎不全で透析導入されている。X年4月不眠、発熱、咳嗽、痰を認めた。5月には改善したが、軽度の炎症所見が持続した。6月上旬消化管内視鏡検査を施行された。背景に萎縮なし。胃体中部後壁に発赤調で中心陥凹を伴う扁平隆起性病変を認めた。生検で腺癌と診断されたが、胃型、腸型形質マーカーはいずれも陰性で、シナプトフィジンのみがびまん性に陽性であった。原発性胃癌、内分泌細胞腫瘍としても合致しないため、質的診断目的に内視鏡治療を予定とした。8月治療前の単純CTで前立腺の腫大、多発肝腫瘍、多発する骨硬化像を認め、前立腺癌、肝転移、骨転移と考えられた。PSA> 1000 ng/ml と異常高値を示した。原発巣検索目的に施行した下部消化管内視鏡検査で下部直腸前壁に粘膜下腫瘍様隆起を認め、同部の生検でPSA、AMACRがびまん性に陽性を示し、前立腺癌の直腸浸潤と診断された。胃病変の免疫染色を追加したところ、PSA、AMACRがびまん性に陽性を示し、前立腺癌の胃転移と診断された。前立腺癌の胃転移は稀で、内視鏡的に転移性胃腫瘍と診断された報告は少ない。本症例のように内視鏡像から原発性胃癌としての矛盾点がある場合やスクリーニング検査で他臓器癌を認めた場合、転移性胃腫瘍を念頭にいた免疫組織学的検討を行うことが重要と考えられた。

PL-9 | 小腸内視鏡・気管支鏡にて診断できた肺扁平上皮癌小腸転移の1例

内研

弥久保 俊太¹、小川 雅裕¹、佐藤 宗広¹、木村 淳史¹、大崎 暁彦¹、相場 恒男¹、米山 靖¹、和栗 暢生¹、古川 浩一¹、五十嵐 健太郎¹、三間 紘子²、橋立 英樹²
¹新潟市民病院 消化器内科、²新潟市民病院 病理診断科

【はじめに】肺癌の小腸転移は比較的稀であり、出血や腸閉塞など消化器症状を呈して発見されることが多い。今回我々は貧血症状を契機に肺扁平上皮癌の小腸転移を小腸内視鏡・気管支鏡で診断できた1例を経験したので文献的考察も含めて報告する。【症例】70歳代の男性。労作時の息切れと左頸部の腫瘍を自覚し、近医を受診した。超音波検査で左頸部のリンパ節腫大と右下腹部の腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科紹介入院となった。血液検査ではHb:6.9g/dlと貧血を認め、腫瘍マーカーはCYFRAが上昇していた。胸腹部CTでは左頸部・縦隔のリンパ節腫大と左肺内に腫瘍を認めた。また回腸にも腫瘍を認め、周囲のリンパ節腫大が多発していた。血液検査とCTから肺癌の小腸転移が疑われた。輸血後に小腸病変の検索目的にダブルバルーン小腸内視鏡を施行した。バウヒン弁から約20cm口側に全周性に潰瘍を伴う狭窄病変を認め、内視鏡は通過できなかった。同部位からの生検でSCC (Squamous cell carcinoma) と診断された。また、気管支鏡でも左肺内の腫瘍からの生検でSCCと診断された。以上より、肺原発の小腸転移の確定診断に至り、化学療法目的に呼吸器内科に転科となった。化学療法1コース終了後から右下腹部痛を自覚されCTを施行したところ、小腸転移による通過障害をきたしていた。そのため、小腸転移巣の部分切除術を施行した。その後の経過は良好であり、現在も化学療法を継続中である。【まとめ】以前は小腸病変の診断は困難であり開腹術などにより組織診断をされていたが、小腸鏡の普及に伴い内視鏡下での生検組織診断が可能となった。本症例において小腸・肺の腫瘍から内視鏡下での生検によりSCCの診断ができたことから肺原発の小腸転移の確定診断に至った貴重な症例であった。小腸転移をきたす状態は病状が進行していることが多いため、検査の適応を十分に考慮して検討することは重要である。本症例のように全身状態が許す限りでは小腸鏡による検索は有用であると考えられた。

PL-10 | 興味ある画像所見を呈した胃癌原発転移性大腸癌の一例

内研

湯山 聡子¹、堂森 浩二¹、岡 宏充¹、佐藤 明人¹、福原 康夫¹、渡辺 庄治¹、佐藤 知巳¹、富所 隆¹、吉川 明¹、河内 保之²
¹長岡中央総合病院 消化器病センター 内科、²長岡中央総合病院 消化器病センター 外科

転移性大腸癌は比較的稀であり、大腸癌全体の0.1～1.0%と報告されている。今回われわれは胃癌手術から4年後に発見され、特徴的な画像所見を呈した転移性大腸癌の症例を経験したので報告する。症例は75歳男性。2012年7月に幽門狭窄を呈する3型胃癌に対して幽門側胃切除術、D2郭清を施行された。病理所見はLD、Cir、Type3、55×40 mm、por2 > tub1,2,pap、pT3(SS)、sci、infcl.y2、v1、pN3(10/41)、pPM0、pDM0、pT3N3aH0P0CY0M0 StageIIIBであった。術後化学療法としてS-1療法を施行されていたが、4コース目でBil上昇のために中断された。以後経過観察されていたが、2016年8月の腹部CTにおいて盲腸～上行結腸に粘膜側にきわめて強い造影効果を伴う病変を2ヶ所指摘された。大腸癌を疑われて下部消化管内視鏡検査を施行。盲腸、上行結腸、下行結腸、S状結腸に1ヶ所ずつ、そして横行結腸2ヶ所にSMT様の立ち上がり呈する発赤調扁平隆起局面が認められ、中心に陥凹を伴うものもあった。そしてその周囲には一見虚血性変化を疑わせる鱗状の粘膜所見を伴っていた。生検では上行結腸の病変以外から印環細胞癌を含む低分化型腺癌が認められた。胃癌手術標本の病理組織像と類似しており、胃癌を原発とする多発性転移性大腸癌と診断した。なお腫瘍マーカーの上昇はなく、他臓器への遠隔転移や腹水はみられなかった。現在SOX療法による化学療法を施行中である。転移性大腸癌においては胃癌が最も頻度の高い原発巣とされ、その転移経路として1)胃結腸間膜などを介して連続伸展による結腸間膜への浸潤、2)腹膜播種巣からの転移、3)リンパ行性転移、4)血行性転移がいわれているが統一した見解はない。内視鏡像としては一般に腸管内腔の狭小化や伸展性の欠如、壁外性圧排や粘膜下腫瘍様の変化が多く、粘膜面の変化や潰瘍形成は少ないとされている。本例は興味ある画像所見を呈した転移性大腸癌の一例と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

内研

横山 邦彦¹、渡辺 順¹、竹内 学¹、山田 聡志¹、吉川 成一¹、長島 藍子¹、高綱 将史¹
¹長岡赤十字病院、²日本消化器病学会、³日本内視鏡学会

腺内分泌細胞癌（mixed adenoneuroendocrine carcinoma : MANEC）は腺癌と神経内分泌細胞癌が併存する稀な腫瘍であり、その発生起源に関しては、いまだ明らかにはなっていない。今回我々は、内視鏡診断にて腺癌領域と内分泌細胞癌領域を同定できた直腸原発MANECの1例を報告する。【症例】症例は60歳代女性。食欲不振を主訴に近医受診し、肝障害を認めたため当科へ紹介となった。CTでは肝両葉に多発腫瘤性病変を認めた。下部消化管内視鏡では下部直腸に直腸MANECと多発肝転移と診断され、肺小細胞癌に準じカルボプラチン＋エトポシドを開始するも骨髄抑制が強く、シスプラチン＋イリノテカンに変更したところ、腫瘍マーカーNSEは著名に低下し、CTにて原発巣、転移巣ともに縮小し、良好な成績を得ている。また、下部内視鏡にても腫瘍の縮小を確認できているが、その表面構造を詳細に観察すると腺癌領域と内分泌癌領域を認識することができた。【考察】本症例では腺癌領域と内分泌癌領域があたかも衝突（collision）するように見えるが、その境界部に両方の性格を持った細胞あるいは幹細胞が存在し、それぞれ別方向に分化した可能性も考えられる。今回の症例のみでは、MANECの発生起源を結論できるものはなかったが、同様の症例の蓄積により今後、そのメカニズムが解明されることが期待される。

PL-12 悪性リンパ腫とGISTが併存した胃病変の一例

内研

松下 仁美¹、高綱 将史¹、長島 藍子¹、渡邊 順¹、吉川 成一¹、山田 聡志¹、佐藤 直子²、薄田 浩幸²、
三浦 努¹、竹内 学¹

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

症例は80歳代男性。黒色便と貧血を主訴に当科紹介受診となった。上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃体上部前壁側に耳介状の潰瘍性変化と粘膜下腫瘍様の隆起が併存する所見を認めた。潰瘍辺縁からの生検にて、肉芽組織の中に紡錘形の核や腫大した類円形核を有する異型細胞を認め、免疫染色にてCD20陽性の異型細胞がmonotonousに浸潤している像を認めた。Diffuse large B cell lymphoma(DLBCL)と診断したため、加療目的で血液内科へ紹介した。遺伝子検索のため、EGDを再検したところ、前回指摘した潰瘍は瘢痕化し、粘膜下隆起は明瞭化していた。また、体中部前壁側に新たに潰瘍性病変を認めた。隆起部の生検では紡錘形の異型細胞を認め、免疫染色にてc-kit 陽性、CD34陽性、LCA陰性であったことより、GISTの診断となった。また、新規潰瘍底からの生検では、前回同様のCD20陽性の異型リンパ球の浸潤を認めたため、DLBCLと診断した。現在、悪性リンパ腫の治療にて経過観察中である。胃に悪性リンパ腫とGISTが並存した報告は本邦において2例と極めてまれであり、内視鏡的に悪性リンパ腫とGISTの特徴的な所見を併せ持った興味深い症例と考えた。

PL-13 内視鏡的に止血しえた十二指腸憩室出血の一例

内研

近藤 翔平¹、小口 貴也²、高橋 芳之²、渡邊 一弘²、小林 正和²、太田 裕志²、武川 建二²

¹諏訪赤十字病院 教育研修推進室、²諏訪赤十字病院 消化器科

症例は80歳代女性。既往歴に持続性心房細動および冠動脈ステント留置があり、エドキサバントシル酸塩水和物およびアスピリンを内服中であった。2016年7月黒色便、吐血を認め、当院救急搬送された。血圧は77/46 mmHgと低血圧であり、また血液検査でHb 7.8 g/dlと貧血を認めた。輸血を行いながら、緊急上部消化管内視鏡検査を施行すると、十二指腸主乳頭部口側の憩室内に拍動性の出血を呈する露出血管を認めた。クリップによる止血術を施行し、その後抗血小板剤・抗凝固剤休薬とし、絶飲食・補液による治療を開始した。入院2日目に止血確認目的に再度上部消化管内視鏡検査を施行し、止血の確認を行った。同日より飲水開始し、翌日の入院3日目より抗血小板剤・抗凝固剤の再開および流動食より食事開始した。その後再出血なく食上げを行うことができ、入院9日目に退院となった。十二指腸憩室は年齢とともに発症率が高くなることが知られているが、十二指腸憩室からの出血は稀である。今回、内視鏡的に止血し得た十二指腸憩室出血の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

PL-14 | 十二指腸憩室出血の診断および治療に内視鏡が有用であった2例

内研

中川 夏樹、五十嵐 健太郎、古川 浩一、佐藤 宗広、木村 淳史、小川 雅裕、大崎 暁彦、相場 恒男、
米山 精、和栗 暢生
新潟市民病院

十二指腸憩室は出血部位の診断や治療に難渋する場合がある。今回我々は、内視鏡的に治療し得た2症例を経験したので報告する。【症例1】80歳男性【現病歴】朝より立ちくらみが起こったため某病院を受診した。原因不明で一旦帰宅となったが、その後血便が出現したため消化管出血が疑われ、当院に救急搬送された。【既往歴】なし【入院後経過】造影CTを施行したところ大きな十二指腸憩室を2箇所認め、出血源として否定できなかった。上部消化管内視鏡を施行したところ、口側の憩室からの出血と診断されたが、出血源は不明であった。活動性の出血は明らかでなかったため観察のみで終了とした。2病日に後方斜視鏡で再検したところ、十二指腸憩室内の露出血管から活動性の出血が認められた。クリッピングにて止血処置がなされた。以後は貧血の進行もなく、第4病日の上部消化管内視鏡の再検でも止血が確認され、第10病日に退院となった。【症例2】61歳女性【現病歴】慢性腎不全のため透析療法中であったが吐血したため当院に搬送された。来院時ショック状態であり、上部消化管内視鏡検査が施行された。十二指腸傍乳頭部に憩室を認め、内部にDieulafoy潰瘍と潰瘍からの出血を認めた。クリップとトロンビン散布による止血術がなされ、入院となった。【既往歴】関節リウマチ、慢性腎不全、S状結腸穿孔【入院後経過】2病日の上部消化管内視鏡再検で止血を確認、3病日に食事開始されるも再出血を示唆する所見はなく、第15病日に腎臓内科に転科した。【考察】およそ1990年以前は出血部位が不明であったり、解剖学的困難さのため血管塞栓術や手術による治療が多かった。その後、内視鏡機器の向上により、憩室内の露出血管からの出血が大部分であることが分かってきたため、内視鏡的止血の報告が多くなった。自験例も当初は出血部位の同定が困難であったが、粘り強く観察し止血し得た。症例の蓄積が必要と考え報告した。

PL-15 | 十二指腸乳頭部癌における内視鏡的乳頭切除術の一例

内研

松本 華奈¹、佐藤 宗広¹、古川 浩一¹、木村 淳史¹、小川 雅裕¹、大崎 暁彦¹、相場 恒男¹、米山 靖¹、
和栗 暢生¹、五十嵐 健太郎¹、三尾 桂司²、渋谷 宏行²
¹新潟市民病院 消化器内科、²新潟市民病院 病理診断科

【はじめに】十二指腸乳頭部腫瘍における診断・治療目的の内視鏡的乳頭切除術（endoscopic papillectomy：EP）は低侵襲な治療であり、有効性は認識されている。今回我々は十二指腸乳頭部癌のEP症例を経験したので、当院における過去の自験例とともに文献的考察を含めて報告する。【症例】70歳代の男性。胃がん検診の内視鏡検査で乳頭部から自然出血を認めたため、同部位から生検されAdenocarcinoma（tub1，low grade）と診断、精査加療目的に当科紹介となった。当科での内視鏡検査では乳頭部は発赤調の平坦な病変として認識され、生検でも同所見であった。血液検査は異常所見なく、腹部CT・MRCPは膵管・胆管に異常所見を認めなかった。EUSでは病変部位の同定描出は困難であったが、膵管・胆管へ進展なく粘膜内癌の診断にて内視鏡的乳頭切除術の方針とした。乳頭部切除前に予め膵管・胆管内にステントを留置し、切除術前に抜去した。乳頭部をスネアにて一括切除し、穿孔そして遺残所見がないことを確認し、胆管ステントと経鼻膵管ステントを留置して終了した。病理組織は粘膜内癌で腫瘍径は10×7mm、脈管侵襲なく切除断端は陰性であった。偶発性なく、術後2日目の内視鏡所見も異常所見は認めなかった。同日経鼻膵管ステントを胃内で切除して内瘻化した。術後3日目から食事を開始し、5日目に退院した。術後35日目の内視鏡検査でステントを抜去し、遺残所見ないことを確認した。ステント抜去後も偶発症は認めなかった。【まとめ】EPは腺腫や腺腫内癌に対して適応があり、EMRとERCPの手技に精通していれば比較的安全に施行可能である。しかし、時に重篤な偶発性を引き起こすこともあり、慎重な対応が必要となることがある。本症例において術前の生検で腺癌と診断されており外科的切除も考慮したが、EPで完全切除により確実な病理診断を得ることは有用であると考え施行した。安易なEPは避けるべきだが、高齢患者では手術自体がハイリスクとなることもあり、粘膜内癌であれば十分な説明のもとで治療法の選択肢として考慮することは重要であると考えられた。

内専

田中 友之¹、北野 真希子¹、中村 晃¹、浅野 純平¹、渡邊 貴之¹、伊藤 哲也¹、浜野 英明²、米田 傑³、
田中 榮司¹¹信州大学 医学部 消化器内科、²信州大学医学部附属病院 医療情報部、³松本市立病院 内科

症例は40歳代・男性。アルコール摂取に伴う慢性膵炎急性増悪の診断で前医へ入院した。保存的加療で症状は軽快したが、食事開始後に再び腹痛が出現し膵炎の再燃と考えられた。絶食で経過観察したが、症状再燃から6日目に頻脈と血圧低下が出現しショックとなった。膵炎に伴う循環不全が疑われ、翌日当院へ転院となった。血液検査ではWBC 24670/ μ l、CRP 20.12 mg/dlと炎症反応は高値であり、CTで膵臓にびまん性の石灰化、主膵管拡張、頭部と尾部の嚢胞を認めた。また、右胸水と腹水に加え、造影早期相で肝表・腹膜・ダグラス窩に早期濃染を認めた。画像所見より膵液瘻に伴う急性腹膜炎を考え、ENPDチューブを留置する方針とした。膵管造影で主膵管は頭部で途絶しており体尾部主膵管は造影されなかった。しかし、体尾部主膵管へのガイドワイヤーと造影カテーテルの挿入は可能であったため、5Fr・ENPDチューブを留置し手技を終了した。提出した膵液培養からはKlebsiella pneumoniaeが検出された。ENPDチューブから100-200ml/日の排液を認めたが38℃台の発熱とWBC・CRPの高値が継続し、初回ドレナージから7日目に再度ERCPを施行した。膵管造影で頭部分枝膵管内に結石とその末梢に膵液瘻を認めたことから、同分枝膵管に5Fr・ENPDチューブと主膵管に7Fr・膵管ステントを留置した。ドレナージ変更2日目よりWBCとCRPは改善し、3日目より38℃以上の発熱は消失した。その後、胸水と腹水も改善したので、ENPDチューブを内瘻化し、主膵管と分枝膵管にそれぞれステントを留置した後に退院した。本症例は分枝膵管に結石が存在し、その結石が嵌頓することで膵液瘻が生じたと考えられた。分枝膵管への選択的ドレナージが膵液瘻に対して有用であった1例を経験したので報告する。

40 検診異常で発見されたDiffuse esophageal leiomyomatosis (DEL)の一例

消研

石井 結唯¹、高橋 一也¹、林 和直¹、五十嵐 聡²、吉田 智彰¹、竹内 卓¹、水野 研一¹、本田 穰¹、橋本 哲¹、高村 昌昭¹、横山 純二¹、佐藤 祐一²、寺井 崇二¹¹新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野、²新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部

症例は10歳代女性。検診での胸部X線検査で下部縦隔に腫瘤影を指摘された。近医で施行されたCTで巨大な食道腫瘤を指摘され、当科を紹介受診した。当院での造影CTで60×40mmの淡い造影効果を示す腫瘤が、中部食道から胃噴門部にかけて管腔を全周性に取り囲むように存在した。上部消化管内視鏡検査では、中・下部食道に弾性硬の全周性粘膜下腫瘍様隆起を認めた。嚥下困難感や逆流症状は認められなかったが、食道内圧測定で平滑筋領域の蠕動波消失を認め、食道透視で食道内のバリウム貯留が目立ち、通過障害の存在が示唆された。診断確定のため、EUS-FNAの方針となり当科へ入院した。EUSでモザイクエコーを呈する境界明瞭な腫瘤を認め、EUS-FNAの病理組織では異形の乏しい紡錘形細胞を認めた。免疫染色ではSMA (+)、Desmin (+)、c-kit (-)、CD34 (-)、S-100 (-)であり、CTの所見と併せてDiffuse esophageal leiomyomatosis (DEL)と診断した。DELの悪性化は極めて稀であり、自覚症状もないことから経過観察の方針となった。DELは非常に稀な良性食道腫瘍で、結節状の一般的な食道平滑筋腫とは異なり、びまん性の食道筋層肥厚を特徴とする。小児に好発し、つかえ感、胸痛、嘔吐といったアカラシア様症状を特徴とするが、約50%の患者は無症状である。今回我々は検診で偶然発見されたDELの一例を経験したので報告する。

41 食道神経内分泌癌術後再発に対する化学療法中にDICを発症し、トロンボモジュリンが奏功した1例

消研

檀原 一仁、小出 直彦、加賀谷 丈紘、小山 佳紀、宮澤 鷹幸、中澤 仁美、加賀谷 結華、丸山 真弘、飯嶋 章博
長野県立木曽病院

「はじめに」食道神経内分泌癌の術後再発に対する化学療法後にDICを発症し、トロンボモジュリンを用いた治療にて軽快した症例を報告する。「症例」83歳の男性。胸部の違和感にて胸部食道癌を発見された。食道癌(扁平上皮癌; Stage II)の診断にて胸部食道切除、胸骨後再建術を施行した。病理診断は一部に扁平上皮癌成分を伴う神経内分泌癌(小細胞型)であった。術後補助化学療法をお勧めしたが、希望されなかった。外来にて経過観察中3か月にて多発性肝転移を認め、再発治療としてカルボプラチンとエトポシドによる化学療法をお勧めして同意が得られた。化学療法は肺小細胞癌のメニューに準じて行い、80%量にて行った。1コース7日目の採血にて血小板5.3万と低下を認めた。翌日には血小板は2.2万、FDP/DDの増加、ATII Iとfibrinogenの低下を認め、DICと判断してメシル酸ガベキサートの投与を開始した。しかし翌々日には8千となり、鼻出血も認められた。このためトロンボモジュリンを追加し、血小板輸血10単位を施行した。血小板は増加に転じ、DIC発症後10日目に化学療法前の値に復帰した。この間、発熱はなく、食欲は旺盛で、好中球減少は認められなかった。1コース終了後には肝転移の縮小を認めた。その後、血小板の変化がないため、2コース目を計画した。1コース目の結果をもとに、さらに減量して60%量にて2コース目を行ったが、再度血小板減少が認められ、その程度は軽微であったが、トロンボモジュリンを使用して改善した。カルボプラチンとエトポシドによる化学療法は困難と考え、現在S-1を用いた化学療法を継続中である。「結語」多発性転移を伴う担癌患者においてはDIC準備状態にあるとされる。また高齢患者では骨髓機能も十分とは言えない。化学療法剤の影響のみならず、化学療法による腫瘍崩壊に伴う2次的な要因も考慮される。これらの点を踏まえて、本例のDICの発症と治療を考察したい。

【主訴】嘔吐および吐血【既往歴】高血圧、脳梗塞、骨粗鬆症【現病歴および経過】86歳女性。X年6月に心窩部不快感を自覚し、さらに2日後には呼吸困難感と嘔吐、少量の吐血を認めたことから、当院へ救急搬送された。来院時の血液検査で高Ca血症、正球性正色素性貧血に加え、TP/Alb比の乖離を認めた。CTでは食道全体にわたる食道粘膜の肥厚と、肋骨の腫瘍浸潤像が疑われた。緊急上部消化管内視鏡検査（EGD）では活動性の出血は認めず、頸部食道から食道胃接合部までに至る広範な粘膜下血腫を認めた。以上の結果から食道粘膜下血腫、M蛋白血症の疑い、高Ca血症で同日入院となった。入院1週間後のEGD再検で食道粘膜下血腫は縮小傾向であったが、下部食道に瘻孔形成を認めた。絶食と中心静脈栄養による栄養管理の上経過観察とし、入院3週目には食道縦隔瘻は消失し、食道粘膜下血腫も完治していた。M蛋白血症については本人、家族とも積極的精査・治療を希望されず、退院となった。【考察】食道粘膜下血腫は保存的治療で治癒する予後良好な疾患とされる。本邦での報告例は医中誌で1982年以降88例と比較的少なく、M蛋白血症との併発例は報告がない。両者における関連性としては、過粘稠症候群による出血傾向あるいはアミロイドーシス合併による消化管粘膜の易出血性が想定されるが、いずれも立証することは出来なかった。また、脳梗塞に対して抗血小板薬を内服中であつたこともリスク要因であると考えられた。本症例の病態としては特発性食道破裂（Boerhaave症候群）に矛盾しないとも考えられる。縦隔内限局型と胸腔内穿破型があるが、本症例は縦隔内限局型にあたり、保存的治療の有効性も認められている。食道粘膜下血腫、食道破裂・食道縦隔瘻、M蛋白血症、抗血小板薬の関連について、文献的考察を踏まえて報告する。

【症例】62歳男性【主訴】特になし【既往】糖尿病、高血圧、右白内障、動脈硬化、下肢ASO【現病歴】2007年より糖尿病性腎不全にて維持透析を受けている。高リン血症に対し炭酸沈降カルシウムを投与されていたが、2011年8月より炭酸ランタンのチュアブル錠1500mg/日に変更されていた。特に自覚症状を認めていない。2016年7月に定期検査として上部消化管内視鏡を実施したところ、胃体上部後壁を中心に小彎、前壁に至るまで粘膜が襞に沿って肥厚し、白色調を呈していた。白色調の領域は粘膜襞頂部を中心に観察されたが、一部では襞の谷部にも認められた。同部位を拡大観察すると、多数の微細顆粒状の白色点の集合としてとらえられた。生検では粘膜固有層に軽度の炎症細胞浸潤とともに、無数のマクロファージの浸潤を認め、マクロファージの胞体内にはHE染色で茶褐色の顆粒が観察され、ランタンの沈着と考えられた。【考察】炭酸ランタンは高リン血症の治療薬として2009年に発売され、腸管での吸収がほとんどなく安全性の高い薬剤として使用される機会が増えている。一方で、最近、胃粘膜内への炭酸ランタンの沈着例の報告が散見されるようになってきている。本例も、これまでの報告に特徴的な内視鏡所見と病理所見を呈し、胃粘膜へのランタン沈着と診断した。経過を振り返ると、炭酸ランタン内服開始後、今回の検査までに上部消化管内視鏡を当院にて3回施行していた。そのうち2回では特徴的な内視鏡所見を認めるものの、見過ごされており、改めてこの病態の認識が必要と思われた。胃粘膜へのランタン沈着が粘膜の炎症を惹起する事や、ランタンが肝臓・骨などへ沈着することは示されているが、病的意義に関しては十分明らかでない。またどの程度の内服量で沈着がおこるのか、可逆性の変化であるのか、消化管の他の部位への沈着はあるのかなど疑問も残る。特徴的な内視鏡所見を呈するため一度認識すると診断は容易と考えられ、上記のような問題を解決するためにも早急な症例の蓄積が期待される。【結語】比較的典型的な内視鏡所見を呈したランタン沈着例を報告した。

44 高カロリー輸液内のMgが奏功したと考えられた低Ca血症を来した短腸症候群の1例

消研

保坂 亮介、樋口 和男、須藤 貴森、北原 桂、一條 哲也、中村 直
安曇野赤十字病院 消化器内科

【症 例】50歳台、女性。【主 訴】四肢のしびれ感【現病歴】1989年家族性大腸腺腫症にて大腸全摘術が施行され、1992年には小腸間膜腫瘍にて小腸切除と左腎摘出術施行された。この際に小腸人工肛門が造設され、残存小腸は80cmほどとなった。その後出現した低Ca血症に対してCa製剤の内服によりコントロールされていたが、2003年からは年に1、2回ほど四肢のしびれや倦怠感の症状が出現して、輸液によりCaが補充されていた。2015年夏からは四肢のしびれや倦怠感が強くなり、脱水症、低Ca血症、低K血症に対してCa、K、VitD製剤、成分栄養剤の内服にても症状は改善せず、週2、3回のCa、K製剤の輸液を受けていた。2015年冬には四肢のしびれが強く、体動困難も生じたため当院へ紹介入院となった。【身体所見】Trousseau徴候陽性、臍左側に人工肛門あり。【検査所見】TP 6.7 g/dl, Alb 3.0 g/dl, BUN 58 mg/dl, Cr 3.76 mg/dl, Na 131 mEq/l, K 3.1 mEq/l, Cl 72 mEq/l, Ca 5.6 mg/dl, P 5.6 mg/dlと腎機能障害と電解質異常を認めた。【経過】当初内服治療を目指してCa、K、NaClなどの製剤を処方調整して経過みだが、電解質異常は持続しCa、K製剤の輸液は中止できなかった。経口摂取量を増量すると人工肛門からの排泄量が増え、かえって血中Na、K、Cl濃度の低下を招いた。中心静脈（CV）からの高カロリー輸液を導入して経口摂取を最小限としたところ、血中Caは正常化した。その後CVポートを造設して、外来で高カロリー輸液を継続し電解質異常は改善している。【考察】短腸症候群では吸収障害により低Mg血症となることが知られている。また、Mgは低Ca血症時のPTH分泌や腎でのK喪失抑制に必須であるため、低Mg血症に伴い補正困難な低Ca血症、低K血症をもたらす。本症例の低Ca血症、低K血症はCa、K製剤の輸液後も改善せず、Mgを含んだ高カロリー輸液後に改善しており低Mgに起因した低Ca血症、低K血症と考えられた。短腸症候群に伴う電解質異常時のMgの役割に付き考察し報告する。

45 著明な低アルブミン血症で発症した好酸球性胃腸炎の1例

消研

山崎 文紗子¹、渡邊 貴之²、名古屋 拓郎²、薛 徹²、五十嵐 聡²、土屋 淳紀²、横山 純二²、斉藤 優子³、坂内 均³、味岡 洋一⁴、寺井 崇二²
¹新潟大学医歯学総合病院 臨床研修センター、²新潟大学医歯学総合病院 消化器内科、³新潟県済生会三条病院 消化器内科、⁴新潟大学医歯学総合病院 病理部

【症例】40歳 男性【主訴】腹部膨満、下痢、浮腫【既往歴】なし【アレルギー】なし【現病歴】X年7月から下痢と腹部の張り、顔面と上肢の浮腫が出現したため近医受診した。低蛋白、低アルブミン血症（TP 3.5 g/dL, Alb 2.1 g/dL）を認め、体重増加および腹部膨満、下腿浮腫、下痢が増悪したため、前医に紹介され入院した。CTで胸腹水貯留、小腸および上行結腸に壁肥厚と浮腫状変化、腸間膜リンパ節腫脹を認めたが、明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。上部消化管内視鏡検査で十二指腸に発赤、びらんを認めた。精査加療目的に当院に紹介された。【入院後経過】採血で自己免疫疾患や感染症を疑う所見は認めなかった。胸水穿刺施行し、胸水は乳白色で漏出性と考えられ、好酸球は見られなかった。下部消化管内視鏡検査では低蛋白血症に伴う粘膜の軽度浮腫状変化を認めたが、その他異常所見は認めなかった。小腸内視鏡検査では十二指腸から上部空腸まで、連続性に粘膜の粗雑、びらん、発赤を認め、特に十二指腸優位に所見が強くみられた。生検では十二指腸に60.3 /HPF、空腸に124.2 /HPFの好酸球浸潤と絨毛の平坦化、陰窩杯細胞粘液減少を認めた。IgE高値であることと腸管粘膜の高度の好酸球浸潤から好酸球性胃腸炎と考え、PSL40mg内服にて治療を開始した。胸腹水の消失、低アルブミン血症の改善、免疫グロブリンの上昇を認め、上部消化管内視鏡検査で十二指腸の炎症性変化は改善していた。その後PSLを減量していくも再燃はみられず、現在外来で経過観察中である。【考察】好酸球性胃腸炎は1937年にKajiserにより初めて報告された。わが国では2004-2009年までの期間に144例が好酸球性胃腸炎と診断され、平均年齢は46歳で発症年齢にピークはなく、20歳代-70歳代まで同等に発症している。本疾患の病因は解明されていないが、患者の約半数がアレルギー疾患を有している。本疾患の20-30%に蛋白漏出性胃腸症が合併する。治療はステロイドが選択されほぼ全例で有効であるが、多くは慢性的な経過をたどる可能性があるとの報告もあり、注意深い経過観察が必要である。

60歳代、男性。X年6月初旬から黒色便を認めるようになり、また同月中旬に受診した健康診断にて貧血を指摘され、精査目的に当科紹介となった。腹部造影CT検査、上部消化管内視鏡検査では貧血の原因となる所見は認めなかった。下部消化管内視鏡検査では大腸憩室の散見を認めたが、出血は否定的であった。しかし、回腸末端部に鮮血を認め、小腸出血が示唆された。パテンシーカプセルの排泄が不良のため、小腸カプセル内視鏡検査は施行せず、経肛門的ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。回腸末端から約100cmの回腸に潰瘍を伴う、径4～5cm、褪色調の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。病変からの生検では炎症性変化を認めるものの、腫瘍性変化を認めなかった。腫瘍からの出血による貧血と診断し、外科にて腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。切除検体は腸間膜対側から内腔に突出する4.5×1×1cmのpenis-like lesionであり、病理結果から一部に異所性胃粘膜を伴うMeckel憩室内翻と診断した。出血は先端の機械的刺激による粘膜のびらん、潰瘍が原因と考えた。Meckel憩室内翻は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

我々は内視鏡的止血が困難であった繰り返す難治性大腸憩室出血に対し、高濃度バリウム充填法にて止血し得た3例を経験したため、これを報告する。

【症例1】70歳代男性。数日間続く鮮血便のため入院。造影CTで上行結腸に憩室を認めたが、出血部の特定には至らず禁食と安静にて経過観察の方針となった。しかしその後も血便を繰り返し、CS及び造影CTを数回にわたり検査したが出血部位を同定できなかった。出血シンチグラフィーで回盲部に集積を認めたため、同部を出血部位と診断し、高濃度バリウム充填を施行した。その後は再出血を認めていない。【症例2】80歳代男性。直腸癌のためMiles手術の既往があり、人工肛門からの出血を主訴に入院。CSでは出血部位は同定できず、保存的に経過観察したが血便を繰り返した。2回目のCSの際に上行結腸に凝血塊の貯留と憩室を認めたものの、出血部位は特定できなかった。同部を出血部位と診断し、バリウム充填法を施行し止血を得られた。【症例3】80歳代男性。夕食後に血便を認め、プレショック状態で当院へ救急搬送された。造影CTで上行結腸に造影剤の漏出を認めたため、緊急CSを施行し、同部に憩室を認めたが、出血部位は特定できなかった。保存的に経過観察していたが、再出血を来しCSを再度施行、上行結腸の憩室内に露出血管を認め、クリップ法による止血を試みたが不成功となった。直ちにバリウム充填法を施行したところ止血を得られた。

【結論】NOACなどの使用が多くなっている現在、難治性の憩室出血症例が増加することが予想される。内視鏡的止血が得られない場合、手術や血管塞栓術が検討されるが、高齢者や状態が悪い患者などには侵襲の高い治療を選択しにくいことがしばしばある。しかし、高濃度バリウム充填法は内視鏡的止血が困難、あるいは繰り返す憩室出血症例に対し、比較的侵襲で効果的な止血方法であり、見直されるべき治療法であると考えらる。

消専

酒井 規裕¹、上村 顕也¹、富永 顕太郎¹、坂牧 僚¹、水野 研一¹、中野 雅人²、亀山 仁史²、杉野 英明³、佐藤 祐一¹、若井 俊文²、味岡 洋一³、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新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器・一般外科学分野、³新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

症例は88歳男性。腹部大動脈瘤のステント留置術、胆嚢摘出術の既往があり、糖尿病加療中である。X-7年4月、下腹部正中の腹腔内膿瘍で当院へ入院し、保存的加療で軽快したが、その際のCT検査で盲腸腫瘤が疑われ、下部消化管内視鏡検査を施行したところ、盲腸に2型の進行癌を指摘された。7月に盲腸切除術、S状結腸部分切除術を施行された。病理診断はAdenocarcinoma(tub2>por2,tub1)、pSI(S状結腸漿膜下まで浸潤)、int, INFβ, ly1, v1, pPM0, pDM0, pT4N2M0, pStageIIbであった。以後、当院で経過観察され、CT検査、下部消化管内視鏡検査では再発所見を認めなかった。X年6月、左側腹部痛を自覚し当科を受診した。腹部CT検査で、左側腹部に70 mm大で辺縁の造影効果を伴う、低吸収域と高吸収域の混在した不整形腫瘤を認め、盲腸癌の腹膜転移を念頭に当科入院し、エコー検査、MRI検査、下部消化管内視鏡検査、PET-CT検査を施行した。下部消化管内視鏡検査では、下行結腸と横行結腸に壁外性圧迫を認め、下行結腸で腫瘤との瘻孔形成を認めた。PET-CT検査では腫瘤に強い集積を認め、瘻孔部からの生検では肉芽組織が主体で悪性所見を認めなかったが、盲腸癌の腹膜転移としては矛盾しない所見であり、7月18日、腫瘤摘出術、大腸部分切除術を施行した。切除検体の病理所見では、明らかな悪性所見を認めず、膿瘍と肉芽組織を認めた。術前の臨床経過、画像、内視鏡検査から、盲腸癌の腹膜転移と診断し外科的切除を行った1例を経験した。腹腔内膿瘍は非常に稀で原因が多岐にわたり、本症例でも腹膜転移が契機となった可能性は否定できず、今後も厳重な経過観察を要すると考えられた。

消研

武田 信峻、杉谷 想一、木村 成宏、もたい 陽介、高野 明人、小林 由夏、飯利 孝雄
立川総合病院 消化器内科

【背景】黄色肉芽腫性炎は慢性化膿性炎症の一特殊型で、病理学的には組織球の集簇を伴う肉芽組織の増生が特徴で、悪性腫瘍との鑑別がしばしば臨床的に問題となる。胆嚢、腎に好発するが、その他の部位での報告は少ない。今回、虫垂炎で術前に施行した下部内視鏡検査で虫垂入口部に、結節状の腫瘤を認め、術後に黄色肉芽腫性炎と診断した一例を報告する。

【症例】66歳、女性、主訴は右下腹部痛、平成28年7月28日頃から右下腹部痛を自覚し、様子を見ていたが、8月2日から増悪したため、8月4日に救急外来を受診し、McBurney点に圧痛を認め、WBC 9800/μl、CRP 3.18mg/dlと炎症反応の上昇を認めた。腹部造影CTでは虫垂付近の盲腸壁が腫瘤状に肥厚し、造影効果を認めたが、虫垂は不明瞭であった。盲腸炎の診断で翌日入院し、抗生剤による保存的加療を開始したが、症状の改善が乏しく外科手術が必要と判断した。術前に悪性腫瘍の鑑別も必要と考え、8月12日に下部消化管内視鏡を施行したところ、粘膜面上皮性の腫瘍変化はなかったが、腫大した虫垂が内反し膿性物の排出を認めた。虫垂内部あるいは粘膜下の腫瘍が虫垂の内反、虫垂炎をきたしている可能性を考えた。保存治療を継続し、8月25日回盲部切除術を施行した。病理学的には、虫垂にはUL4の慢性潰瘍を認め黄色肉芽腫性炎を引き起こしていた。穿孔した虫垂が一塊となり腫瘤を形成していた。術後は経過良好で、9月2日退院となった。

【考察】虫垂に黄色肉芽腫性炎が発生するのは非常に稀であるとされるが、回盲部腫瘤の鑑別疾患として念頭に置く必要があると考えられる。

50 PPI長期投与により胃底腺ポリープにdysplasiaを生じた一例

消專

樋貝 詩乃¹、保坂 稔¹、落合 田鶴枝¹、渡辺 千尋¹、鈴木 正史¹、川島 健司²、岡本 廣拳²、山根 徹³
¹都留市立病院 内科、²都留市立病院 外科、³峡南医療センター富士川病院 病理診断科

【症例】76歳，女性．高血圧症，脂質異常症で近医に通院中であった．逆流性食道炎のため10数年来，ランソプラゾールの服薬歴がある．2001年上部消化管内視鏡検査で胃体部大弯に径5mm大の胃底腺ポリープが数個認められ，以後断続的に経過観察されていた．2015年6月，増大傾向のあるポリープを認めたため，精査加療目的で当院に紹介となった．同年8月，当院での上部消化管内視鏡検査では体上部大弯前壁に径20mm大の色調変化のない亜有茎性ポリープを認めた．表面はやや凹凸不整で，水腫様または馬鈴薯様であった．また，ポリープ表面の一部には血管の拡張を認めた．生検ではGroup3の管状腺腫であった．背景胃粘膜では萎縮性変化は認められず，H.pylori感染は陰性であった．また下部消化管内視鏡検査では上行結腸に散在性に5mm大のIIIL型pitポリープを認め，ポリペクトミーを施行し，病理組織学的所見では低異型度を示す管状腺腫であった．胃体上部のポリープに対し，同年12月にESDを施行した．術後経過は良好であり，術後10日目に退院となった．病理組織学的所見では拡張した胃底腺の壁細胞が増加し，管腔側に突出するparietal cell protrusionを示し，腺窩上皮の過形成および異形成を認めた．また腺窩上皮表層部の免疫染色ではp53陰性，MIB1陽性であった．MUC5AC陽性，MUC6陰性，MUC2陰性であり，胃型粘液形質を示した．以上より，腺窩上皮にdysplasiaを伴ったプロトンポンプ阻害薬(PPI)関連性胃底腺ポリープと考えられた．【考察】胃底腺ポリープの成因は未だ不明な点が多いが，H.pylori非感染で組織学的に胃粘膜の萎縮性変化が認められない場合に発生し，胃癌の発生は稀であることが知られている．しかし，近年，PPIの長期投与による胃底腺ポリープの発生や増大，H.pylori除菌後の発生の報告も認められている．さらに今回のようにポリープの一部にdysplasiaや腺癌が併存する症例も報告されている．増大傾向や表面の形状不整などを認めた際には内視鏡的摘除の適応も考慮すべきと考えられた．

51 胃癌術後縫合不全瘻孔部に対してOTSC systemを使用して閉鎖を試みた一例

消研

小山 究太郎、小林 由夏、木村 成宏、もたい 陽介、高野 明人、杉谷 想一、飯利 孝雄
立川総合病院 消化器内科

【はじめに】Over-The-Scope Clip(OTSC) systemは内視鏡下に施行できる消化管全層縫合器として開発された画期的なデバイスである．今回，胃癌術後の縫合不全に対しOTSC systemによる瘻孔閉鎖を試みたので呈示する．【症例】80歳男性．狭心症で当院循環器内科に通院中に施行した，上部消化管内視鏡で体上部後壁に0-2a+2c、胃角部後壁0-2aの早期胃がんを2病変認めた（Group5 tube1）．体上部の病変に内視鏡的粘膜下層剥離術を試みたが，いずれも極めて病変範囲が不明瞭で粘膜下層までの浸潤を認めたため，腹腔鏡補助下による胃全摘術(Roux-en-Y再建)を行った．術後第6病日に腹腔ドレーンより赤茶色の排液を認め，ガストログラフィン造影を行ったところ食道空腸吻合部に縫合不全を認め，OTSC systemで内視鏡的に閉鎖を試みた．内視鏡的に縫合部を観察し，5mm大の瘻孔を確認した後，ツイングラスパーで辺縁の粘膜を把持して吸引をかけ，瘻孔がキャップに引き込まれたところでクリップを留置した．瘻孔閉鎖後，腹部症状や炎症反応の上昇はなく経過は良好で，治療後の内視鏡で吻合部は軽度狭窄していたが，スコープの通過は可能であり，外科手術は回避できた．【考察】上部消化管術後の縫合不全合併症は数%に認められ，瘻孔部のドレナージで炎症や感染を予防しながら保存的治療で自然閉鎖を待つのが一般的であるが，欠食の期間が長く患者のQOLは低く，閉鎖しない場合の再手術は負担が大きい．OTSC systemは，低侵襲，低コストで全偶発症は1.8%，で重篤例0.6%と安全な手技である．上部消化管の縫合不全に対するOTSC systemの使用報告は現在多くないが，選択肢の一つとして有用であると考えた．【結語】OTSC systemは穿孔や術後縫合不全による瘻孔に対する治療の選択肢となりうる．

消専

芦原 典宏¹、関口 智裕¹、山田 重徳¹、町田 水穂²、柴田 均²、中村 学²、石坂 克彦²、中山 淳³、古川 賢一¹
¹飯山赤十字病院 内科、²飯山赤十字病院 外科、³信州大学大学院 医学系研究科 分子病理学教室

症例は90歳代男性。心窩部痛を主訴に近医を受診、血液検査で貧血を認め、精査加療目的で当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査では胃体下部小弯に2/3周性の広範な深掘れ潰瘍と潰瘍底の一部に穿孔を疑う所見を認めた。腹部CT検査では胃壁が弥漫性に腫大し腫瘤を形成、壁構造は一部断裂し遊離ガスを伴っていた。潰瘍底からの生検ではCD20陽性の大型のB細胞が弥漫性増殖を来していた。以上よりLugano分類III E期の胃原発弥漫性大細胞型B細胞リンパ腫と診断した。外科的加療も検討されたが、年齢や全身状態から絶飲食と制酸剤にて保存的加療を行う方針となった。第7病日に施行したCT検査では遊離ガスの減少を認め、第13病日の上部消化管内視鏡検査にて穿孔部の閉鎖が確認され経口摂取を開始した。年齢や全身状態から、原発巣に対する加療はステロイド先行のR-mini CHOP療法を選択した。治療に対する経過は良好であったが、第41病日に急性心筋梗塞を発症し永眠された。急変前後に施行した腹部単純X線検査で遊離ガスは認めなかった。医学中央雑誌で1983年～2016年にかけて「胃」「悪性リンパ腫」「穿孔」をキーワードに検索を行うと初診時からの穿孔を伴う報告を20例に認め、1例の剖検例を除き外科的加療が行われていた。胃悪性リンパ腫に対する化学療法中の穿孔合併率は1.1 %とされているが、本症例の様に初診時から穿孔を認めていた報告は少ない。更に、穿孔に対し保存的加療で自然閉鎖した報告は無い。出血や感染徴候を認めない胃悪性リンパ腫の穿孔性病変に対し、保存的加療も今後は選択肢として検討されようと考えた。

消研

熊谷 優、長島 藍子、高綱 将史、渡邊 順、吉川 成一、山田 聡志、竹内 学、三浦 努
 長岡赤十字病院 消化器内科

症例は60歳代男性。既往歴として胃癌で噴門側胃切除術施行。2016年2月頃より右大腿部痛が出現したため、CT検査を施行したところ、多発溶骨性病変と多発肝腫瘍、胃空腸吻合部に造影効果のある径30mm大の腫瘤を認めた。残胃癌局所再発が疑われ、入院後に上部消化管内視鏡検査が施行されたが、胃内には明らかな所見を認めなかった。右大腿骨転子部の骨生検では紡錘形細胞集簇を認め、c-kit陽性、CD34陽性でありGISTからの骨転移と診断した。Ki-67 labeling indexは58%で、ハイリスク群であった。GISTの原発巣検索目的に胃空腸吻合部の腫瘤に対し超音波内視鏡検査を施行したが、描出困難であった。同部位が原発巣の可能性があると判断し、イマチニブによる治療を開始した。内服開始後32日目に、治療効果判定目的に造影CT検査を施行したところ、胃空腸吻合部の腫瘤は同定不能まで縮小し、肝転移巣は縮小と壊死による嚢胞状変化、骨転移巣は多数が消失、著明縮小を認め、部分寛解の判定となった。しかし右大腿骨転移病変は骨破壊が高度のため再建手術が施行され、その際に採取された組織のHE染色では明らかな紡錘形細胞巣は認めなかったが、免疫染色ではc-kit陽性細胞が残存し、viabilityありと判定した。術後はイマチニブ治療を継続し、リハビリ目的に転院した。

GISTは、全消化管腫瘍の1-3%、かつ年10万人に1人程度の希少な腫瘍であり、肝への血行性転移や腹膜播種は多いが、骨転移は非常に稀であるとされている。更に、国内での骨転移の既報告例は発症数年後の出現例がほとんどであり、その理由として、分子標的治療薬の登場による切断不能GISTの長期生存例が増えたことが挙げられている。本症例は初診時に骨転移が確認されており、さらに肝転移も有したことから、非常に増殖活性の高いGISTであると考えられた。しかしながらイマチニブが原発巣だけでなく肝・骨転移巣全てに奏功し、病発の制御が可能であった。

内

平山 敦大、菅 智明、大野 和幸、小林 惇一、齊藤 博美、日原 優、横田 有紀子、伊東 哲宏、中村 麗那、北畠 央之、田中 景子、岡村 卓磨、田中 榮司
信州大学 医学部 消化器内科

症例は60歳代の男性。17年前に多発性骨髄腫と診断された。14年前に同種末梢血幹細胞移植を受け、以後は寛解を維持していた。移植3ヶ月後より皮膚および口腔内に扁平苔癬様変化が出現し、皮膚生検で慢性GVHDと診断された。同時期に嚥下時違和感を自覚し、上部消化管内視鏡検査で食道粘膜の発赤・上皮剥離を認め、GVHDと診断した。シクロスポリン100mg/日とプレドニゾロン10mg/日で治療を開始したところ、皮膚病変と嚥下時違和感は改善した。口腔内病変が残存したため治療は継続した。7年前に嚥下困難感が出現したため上部消化管内視鏡検査を再検したところ、全食道にびらん、上皮の易剥離性、頸部食道の狭小化を認めた。食道慢性GVHDの増悪と診断し、プレドニゾロンを20mg隔日に増量するとともに内視鏡的バルーン拡張術を開始した。4回の拡張術を行ったところで嚥下困難感は軽快し、以後はプレドニゾロンを30mg隔日に増量して経過観察した。その1年3ヶ月後に嚥下困難感が再度出現し、上部消化管内視鏡検査では食道入口部および胸部中部食道に狭小化を認めた。内視鏡的バルーン拡張術（径10mm）を行ったところ食道穿孔を生じたが保存的加療で軽快し、その後も本人の強い希望にて胃瘻は造設せずバルーン拡張術を慎重に繰り返した。1年前に中咽頭癌に対して放射線療法が行われたため一時的に経胃瘻栄養となったが、その後は再び内視鏡的バルーン拡張術を繰り返しながら食事の経口摂取を続けている。食道慢性GVHDは移植後患者の約15%に認めると報告されているが、本症例のように難治性の狭窄に対して頻回のバルーン拡張術を要する症例は稀である。食道壁が脆弱であるためバルーン拡張術で穿孔を来す危険性も高く、投薬加療とともに根気強い慎重な内視鏡的加療が必要と思われる。

消

中田 祐紀、河口 賀彦、平山 和義、土屋 雅人、赤池 英憲、藤井 秀樹
山梨大学付属病院 第一外科

【はじめに】食道癌肉腫は食道悪性腫瘍の中の0.2～2.8%といわれており稀な疾患である。今回我々は食道の多発性平滑筋腫に合併した食道癌肉腫を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。【症例】81歳男性。60歳時に食物のつかえ感を自覚し精査の結果、胸部食道の多発平滑筋腫と診断され数年間経過観察をしたが、自己判断で経過観察が中断されていた。81歳時に食べ物のつかえ感が強くなり、上部消化管内視鏡検査で食道に隆起性病変を認めたため精査加療目的に当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて切歯から24～31cmの胸部上部から中部食道にかけて食道後壁から立ち上がる軟らかい隆起性病変を認め、その対側には粘膜の発赤をともなう0-IIb病変を認めた。NBI拡大観察では隆起部にAVA-largeとB3血管を認めた。また腫瘍の対側の0-IIb病変ではB1血管を認めた。隆起部からの生検で扁平上皮癌を認めた。造影CT検査では胸部上部から中部食道にかけて食道内を占拠する腫瘤を認めた。以上より食道癌の診断で右開胸食道亜全摘術、胆嚢摘出術、3領域郭清、後縦隔経路、頸部吻合、胃管再建を施行した。病理組織学的診断では腫瘍の隆起部においては低分化な癌腫成分と肉腫様の成分が混在する癌肉腫の所見であった。免疫組織化学染色では、癌腫成分はAE1/AE3+、肉腫成分はAE1/AE3-、SMA+、CD34-、myogenin-、S100-であり肉腫成分は平滑筋への分化を伴っていた。腫瘍は粘膜下層までの浸潤であり、軽度の静脈侵襲を伴っていた。また食道の固有筋層には最大20mmの平滑筋腫(desmin+、c-kit-、CD34-、S100-)を多数認めたが、癌肉腫と食道平滑筋腫との連続性は認めなかった。術後15日で軽快退院した。術後75日経過後現在再発は認めていない。【考察】食道平滑筋腫は比較的頻度が高い食道の良性粘膜下腫瘍であるが食道癌肉腫と合併したという報告は極めて稀である。本症例では食道平滑筋腫を指摘された際にはつかえ感も自覚しており、慢性的な食物停滞から食道癌が発生した可能性も示唆される。このような症例では、定期的な経過観察が必要だと考えられた。

56

当院におけるヘリコバクター・ピロリ除菌成績の検討
(ポノプラザン非使用群と使用群の比較検討)

内

熊木 大輔、横尾 健、有賀 諭生、山川 雅史、平野 正明、船越 和博
新潟県立中央病院 消化器内科

【目的】当院におけるヘリコバクター・ピロリ除菌成績について、ポノプラザン非使用群とポノプラザン使用群を比較検討する。
【対象】ポノプラザン非使用群：2014年5月から2015年5月にかけてピロリ菌1次除菌を行った143例および2次除菌を行った23例。ポノプラザン使用群：2015年5月から2016年6月にかけてピロリ菌1次除菌を行った121例および2次除菌を行った22例。【方法】ポノプラザン非使用群では、PPIはオメプラゾール、ランソプラゾール、ラベプラゾール、エソメプラゾールのいずれかを使用した。1次除菌例では、PPI + AMPC + CAMを7日間内服する3剤併用療法を行った。2次除菌例では、PPI + AMPC + MNZを7日間内服する3剤併用療法を行った。除菌薬内服終了後、8週間以上の間隔を空けて尿素呼気試験を行い、試験陰性例を除菌成功例、陽性例を除菌失敗例と判定した。【結果】ポノプラザン非使用群：1次除菌を行った143例中、成功例は127例、失敗例は16例であった（1次除菌成功率：88.8%）。2次除菌を行った23例中、成功例は21例、失敗例は2例であった（2次除菌成功率：91.3%）。ポノプラザン使用群：1次除菌を行った121例中、成功例は109例、失敗例は12例であった（1次除菌成功率：90.1%）。2次除菌を行った22例中、成功例は17例、失敗例は5例であった（2次除菌成功率：77.3%）。ポノプラザン非使用群とポノプラザン使用群の除菌成功率の比較では、1次除菌例、2次除菌例ともに統計学的に有意差を認めなかった。また、各群内で1次除菌例、2次除菌例ともに、除菌成功例と除菌失敗例の比較で、性別、年齢に統計学的に有意差を認めなかった。また、除菌対象疾患の違いにより除菌成功率に統計学的に有意差は認めなかった。

57

TypeIII (sporadic type) と考えられた胃カルチノイド腫瘍の1例

内

越知 泰英、長谷部 修、原 悦雄、関 亜矢子、小林 聡、櫻井 晋介、金井 圭太、鈴木 宏
長野市民病院 消化器内科

症例は80歳代男性で、これまでヘリコバクター・ピロリ（HP）感染に関する諸検査を受けたことはなかった。心窩部不快感の精査目的に当科に紹介されて施行した上部消化管内視鏡検査で、胃体上部前壁に径10mm大の頂部にわずかな陥凹を伴う粘膜下腫瘍を認めた。生検で neuroendocrine tumor (G1) と判明したため精査を進めたところ、超音波内視鏡では、腫瘍は粘膜下層に主座を有する低エコー腫瘍として描出され筋層への浸潤は認めなかった。また胸腹部造影CTでは、明らかな所属リンパ節や他臓器への転移を認めなかった。以上の所見を基に、内視鏡的粘膜下層剥離術で一括切除した。病理診断は、7×2mm, neuroendocrine tumor, G1(Ki-67 LI:1%), pT1, ly(0), v(0), pHM0, vHM0. であった。本例では内視鏡所見では萎縮性変化を認めたものの、HPIgG抗体と尿素呼気試験、抗壁細胞抗体はいずれも陰性であった。貧血は認めず血清ガストリン値は250pg/mlと軽度上昇に留まっていた。また切除標本で腫瘍周囲には明らかなendocrine cell micronestを認めなかったことより、sporadic なtypeIII胃カルチノイドと考えられた。現在まで転移再発所見は認めないが、本疾患は悪性度が高いことが知られているため今後も慎重な経過観察を行う予定である。

内

渡辺 史郎¹、森 茂紀¹、五十嵐 宏三²、加村 毅³、根本 啓一⁴¹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 放射線診断科、⁴信楽園病院 病理診断科

症例は79歳男性。2015年12月より食欲低下あり、徐々に衰弱が進み、記憶力低下、幻覚様症状認められ、2016年1月近医受診。血液検査でHb 5.2g/dlと高度貧血認められ、当院紹介入院となった。CT/MRIにて脳、両肺、右肺門・縦隔、両腎、右副腎転移、腹膜播種を伴う左腎細胞癌と診断された。貧血精査目的に上部消化管内視鏡検査施行し、胃体中部大弯に辺縁なだらかに隆起したびらん病変を認め、生検病理組織所見で淡明細胞癌の浸潤を認め、腎細胞癌胃転移と診断された。転移性胃腫瘍は、剖検例の報告で0.2～5.4%と稀な疾患であり、原発巣としては悪性黒色腫、乳癌、肺癌等が多いとされている。腎細胞癌からの胃転移は極めて稀であり、転移性胃腫瘍全体の0.65%と報告されている。肉眼形態については、一般的に転移性胃腫瘍は粘膜下腫瘍様の形態を呈することが多いとされているが、腎細胞癌の胃転移病変では粘膜下腫瘍様の形態を呈する病変に加えて、ポリープ様病変の形態を示す病変が多いことも特徴であり、文献的考察を加えて報告する。

内

関 亜矢子¹、長谷部 修¹、原 悦雄¹、越知 泰英¹、小林 聡¹、櫻井 晋介¹、金井 圭太¹、鈴木 宏¹、保坂 典子²¹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：70歳代、女性。既往歴：特記すべき異常なし。現病歴：20xx年、当院人間ドックの上部消化管内視鏡検査(EGD)にて、十二指腸下行部の乳頭対側よりやや内側に、不整な粘膜集中像を認めた。再検査時に生検し腺癌を認めたため、精査加療を行うこととなった。経過：3回目のEGD時の通常光観察では、粘膜集中像を伴う、境界不明瞭でわずかに隆起する黄色調病変を認めた。NBI併用拡大観察では、病変の領域内にはやや不整で粗大な粒状のvilli様構造を認めるが、周囲粘膜との境界は不明瞭であった。インジゴカルミン散布で色素をはじく領域の外より4点生検を行い、全て陰性であった。胸腹部造影CTでは転移は認められなかった。早期癌と考えられたが、瘢痕の存在と病変範囲の不明瞭さから、EMR/ESDは困難と判断し、外科へ紹介した。発見より5カ月後に開腹下十二指腸局所切除術を施行され、病理組織診断は高分化管状腺癌、腫瘍径15x10mm、筋板から約1mmまでsm層に浸潤していた。断端は陰性だったが静脈侵襲が認められた。追加治療は行われず経過観察のみされているが、術後3年現在、無再発生存中である。十二指腸非乳頭部のsm癌は報告が少なく、本例は貴重な症例と考えられたため報告する。

内

長谷部 修、原 悦雄、越知 泰英、関 亜矢子、小林 聡、櫻井 晋介、金井 圭太、鈴木 宏
長野市民病院 消化器内科

【目的】近年、検診EGDを契機に発見される十二指腸乳頭部腫瘍が増加している。しかしEGDで発見される乳頭部腺腫は多いものの乳頭部癌の発見は少ない。そこで当院における十二指腸乳頭部腫瘍を後方視的に検討し、検診EGDにおける発見方法について考察した。【方法】対象は1996年6月～2015年12月までに当院で経験した十二指腸乳頭部腫瘍108例。内訳は腺腫37例、癌71例（深達度m・Odにとどまる早期癌11例、進行癌60例）。各疾患における検診EGDでの発見率、治療方法、内視鏡像の特徴について検討した。【成績】（1）腺腫（N=37）：30例（81%）は検診EGDで発見された。治療方法は内視鏡的乳頭切除術34例、外科的乳頭切除術3例。腫瘍径は平均15mm（8～25mm）、白色顆粒状隆起ないし発赤を混じた白色淡紅色顆粒状隆起を呈するものが多かった。腫瘍は開口部に限局するものに比べ、口側隆起まで進展している症例が大半を占めた。（2）早期癌（N=11）：5例（45%）が検診EGDで発見された。全例PD施行。5例の内視鏡像について検討すると、十二指腸内腔に露出した腫瘍径は平均9mm（3～20mm）と小さく、全例白色顆粒状隆起ないし発赤を混じた白色淡紅色顆粒状隆起を呈し、4例では腫瘍は開口部周囲に限局していた。（3）進行癌（N=60）：検診EGDで発見された症例は1例（2%）のみであり、その他は黄疸、腹痛、肝機能障害など自覚症状を契機に発見された。治療方法はPD32例、非切除28例。検診EGDで発見された1例は、開口部から口側隆起にかかる30mmの発赤調平坦陥凹性病変であった。【結論】直視鏡EGDによる乳頭部腫瘍発見時の内視鏡所見は、口側隆起腫大、乳頭部顆粒状隆起、開口部周囲の粘膜不整の3つと考えられる。腺腫は乳頭全体が顆粒状隆起を呈することが多いため発見されやすい。一方、癌は比較的早期にAdからAc・Ab・Ap領域に進展する症例が多く、口側隆起腫大より開口部周囲の微細な粘膜変化に着目し、異常所見を認めた場合側視鏡に変更して観察することが重要と考えられた。

61 内視鏡下によるガストログラフィンにて、駆虫したアジア条虫の1例

消

山田 崇裕、友利 彰寿、工藤 彰治、古川 龍太郎、大瀬良 省三、桃井 環、篠原 知明、福島 秀樹、
古武 昌幸、比佐 岳史
佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

患者は20歳代男性。フィリピンで生誕し生来健康であり、20XX年2月まで海外渡航歴はなかった。特記すべき内服歴・生活歴・家族歴はなく、フィリピンでのペット飼育歴もなかった。20XX年3月に出稼ぎのために来日した。来日前から牛肉・豚肉を摂取していたが、加熱調理していた。来日後はイノシシ・シカの生肉の摂取歴があった。20XX年6月頃から便中に白色を呈す紐状排泄物が出現したが、その他に自覚症状を認めないため経過をみていた。しかし、その後も紐状排泄物は消失することなく、体重も4ヶ月で6kg減少したため、当院を受診した。来院時のバイタルは問題なく、腹痛や嘔気といった症状も認めなかった。血液検査でも炎症所見を認めず、軽度肝酵素高値を認めるのみであった。病歴と臨床所見から何らかの寄生虫感染を疑った。便検査を提出したところ、顕微鏡にて虫卵を確認出来、外注での糞便検査でも無鉤条虫が疑われると結果報告があった。腹部造影CTを撮影したが、明らかな虫体を確認することは出来なかった。虫体の診断的治療目的に内視鏡を用いた、ガストログラフィンでの駆虫を試みることにした。内視鏡を十二指腸下行脚まで挿入したが、虫体を確認することは出来なかった。そこで、十二指腸下行脚からガストログラフィン550mlを注入したところ、小腸に線状の虫体を確認することが出来た。その後、虫体が上行結腸に到達したのを確認した頃に便意が出現したため、内視鏡を抜去した。内視鏡抜去後に排便があり、便に混在して白色の索状物を確認し、虫体と判断した。虫体の全長は4M、幅は5mmであり、多数の体節を有していた。実体顕微鏡にて頭節を確認し、虫体駆除の確認とした。虫体の確定診断のため、国立感染症研究所に遺伝子検査を依頼し、アジア条虫と確定診断した。実臨床において寄生虫症例に遭遇する機会は少ない。本例はガストログラフィンで駆虫出来、遺伝子検査で確定診断した条虫症例であり、提示に富むと考え報告する。

62 術中小腸内視鏡が有用であった非特異性単純性小腸潰瘍の1例

内

小松 大介¹、横井 謙太^{1,2}、奥村 征大^{1,2}、大久保 洋平^{1,2}、鈴木 彰²、黒田 孝井¹
¹医療法人 暁会 仁愛病院 外科、²信州大学 消化器外科

症例は73歳、男性。大量下血および貧血にて入院となった。上部消化管内視鏡検査で胃・十二指腸に明らかな出血源を認めなかったが、下部消化管内視鏡検査では大腸から回腸終末部にかけて多量の凝血塊を認めた。小腸出血と診断し緊急開腹術を施行した。術中内視鏡にて全小腸を観察し、Bauhin弁から60 cmと30 cm口側の回腸に小腸潰瘍を2個認め、病巣を含めて回腸部分切除術を施行した。組織学的には、いずれもUI-IIの良性潰瘍で好中球の浸潤は軽度であった。感染症はなく、Crohn病やBehcet病なども除外されたことから、非特異性単純性小腸潰瘍と診断された。多量の下血を認めながら、消化管検査にて原因を究明しえない症例においては、小腸潰瘍からの出血の可能性も念頭におき、診断と治療を兼ねた開腹術下小腸内視鏡の施行を考慮すべきであると考えられた。

内

河久 順志¹、荒生 祥尚¹、阿部 寛幸¹、高橋 一也^{1,2}、渡邊 順^{1,3}、大橋 瑠子⁴、味岡 洋一⁴
¹佐渡総合病院 消化器内科、²新潟大学医歯学総合病院 消化器内科、³長岡赤十字病院 消化器内科、⁴新潟大学 医学部 臨床病理学分野

症例は70歳代の男性。X年7月体幹四肢に皮疹が出現。皮膚科で治療を受けたが改善せず、悪性疾患に伴う中毒疹を疑われ、X+1年1月内科紹介。胸部～骨盤部CT施行、両側鎖骨上リンパ節腫大、縦隔リンパ節腫大、右副腎腫瘍を認めた。病理組織学的診断目的に右鎖骨上リンパ節生検施行、癌のリンパ節転移（Metastatic undifferentiated carcinoma）と診断された。X+1年3月原発巣検索目的にPET-CT施行、これまでに指摘されていたリンパ節、右副腎に加え、近位空腸にFDGの集積を認めた。そのため当科紹介、X+1年4月小腸内視鏡検査施行、トライツ靱帯から10cmの部位に管腔の拡張した全周性腫瘍性病変を認め、生検で神経内分泌癌・小細胞癌と診断された。同月よりイリノテカン単剤療法を施行。しかし、治療反応性に乏しく、徐々に全身状態が悪化し、X+1年7月死亡した。剖検を施行したところ、空腸に13cm大の全周性腫瘍を認め、組織学的には小細胞癌であった。その他に、左肺気管支周囲、右腎周囲の後腹膜脂肪織から右副腎、右尿管周囲の後腹膜脂肪織から尿管に沿って腫瘍を認めており、両側鎖骨上、縦隔リンパ節をはじめ、全身のリンパ節転移を伴っていた。小腸に粗大病変があり、小腸には粘膜内病変がみられること、小腸に多発病変を認めないこと、肺と尿管では既存の気管支上皮や尿管上皮と癌の連続性が明らかではなく、血管やリンパ路に沿った進展パターンであることから小腸原発が最も疑われた。小腸小細胞癌は稀な疾患であり、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

星 隆洋¹、森田 慎一¹、兼藤 努¹、小林 正明¹、須田 剛士¹、横山 純二²、寺井 崇二²
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新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【緒言】全身性強皮症は皮膚や内臓諸臓器が硬化する原因不明の自己免疫疾患であり、さまざまな消化器病を合併する。偽性腸閉塞症は腸管の蠕動運動が障害されることにより、機械的な閉塞起点がないにもかかわらず腹部膨満、腹痛、嘔吐などの腸閉塞症状を引き起こす疾患であり、慢性型は全身性強皮症に続発するものがある。今回、我々は偽性腸閉塞を起こし、症状緩和のためにさまざまな方法を用いた全身性強皮症の1例を経験したので報告する。【症例】50歳代女性。既往歴：特記すべきことなし。現病歴：2年前から手指の硬化・冷感・疼痛、逆流性食道炎にて近医通院中であつた。201X年10月、皮膚生検にて全身性強皮症と診断された。腹部膨満感や下痢、胸やけなど消化器症状が強いため、当科を受診した。症状は増悪と改善を繰り返し、腹部は膨隆していた。腹部レントゲン検査上、腸管ガスは著明に貯留していた。胸腹部CT検査にて全消化管に拡張がみられたが、明らかな閉塞起点はみられなかった。また、軽度の間質性肺炎の合併がみられた。有効な根治的治療法は存在せず、主に腸管蠕動低下に対する対症療法として以下に挙げる治療を順次、行った。1.薬物療法：モサプリド・メトロプラミド・大建中湯・六君子湯などの腸管蠕動促進薬、PPI、成分栄養剤投与、2.高圧酸素療法、3.中心静脈栄養療法：CVポートを挿入し在宅IVH、4.高用量酸素療法：間欠的な高用量の在宅酸素療法、5.PTEG：胃液を持続的に排液（拡張した横行結腸によりPEG造設経路が確保できなかったため）【結論】全身性強皮症は根本的な治療が難しい疾患であり、各症状に対する対症療法が治療の中心になる。本症例は著明な偽性腸閉塞症に対し、さまざまな治療を行ったが、症状緩和に難渋している。その後の経過も含めて報告する。

65

胃癌術後再発による閉塞性黄疸および輸入脚症候群に対して内視鏡的stent留置術を行った1例

消

小松 健一
松本協立病院

症例は60歳代男性。平成23年3月に進行胃癌に対して幽門側胃切除、B-II法再建を行った。病理結果はType 3, pT3(SS), pN2>sig, LD:Less-Post, 30x40mm, ly3, v2, pN3a(14/17), INFc, PM0, DM1, Stage IIIBであり術後化学療法を継続していた。平成27年12月になり眼球結膜の黄染を自覚、精査にて胃癌再発による閉塞性黄疸と診断した。初回ERCを行ったが、十二指腸下行部も腫瘍浸潤により狭窄しており、乳頭へのアクセスが困難であった。PTBDを先行し、後日ランデブー方式で胆管メタリックステントを留置した。PTBD抜去後も以後6か月黄疸の再発なく化学療法が継続可能であった。28年5月末に胆道系酵素、膵酵素の上昇、CTにて輸入脚の拡張と胆管膵管拡張を認めた。胃癌の腹膜播種病変による輸入脚の狭窄と診断し、患者、家族の同意を得て輸入脚狭窄部へのメタリックステント留置を行った。症状、検査所見は改善したが、術後11日目に消化管穿孔を起こし、永眠された。末期癌に対する、内視鏡的な緩和治療に関しては未だ症例の蓄積が充分でない領域もある。若干の考察を加え報告する。

66

当院における大腸ステント留置術の現状

消

三枝 久能¹、児玉 亮¹、牛丸 博泰¹、池野 龍雄²、宮本 英雄²、斉藤 拓康²、五明 良仁²、秋田 倫幸²、
岡田 一郎²、有吉 佑²、北濱 卓実²
¹JA長野厚生連篠ノ井総合病院 消化器内科、²JA長野厚生連篠ノ井総合病院 外科

本邦では2012年に大腸ステント留置術が保険適応となり、当院でも施行件数は飛躍的に増加している。2014年4月から2016年8月までの期間で、当院では49例の大腸狭窄患者に対し、53回のステント留置を試みた。症例の内訳は、男性32例、女性17例で、年齢中央値は76歳（51～99歳）だった。原疾患は大腸・直腸癌46例、他部位からの浸潤3例だった。53回のステント留置術において、47回で留置に成功し、手技成功率は88.7%だった。ステント留置目的は、Bridge-To-Surgery（以下BTS）が34例、Palliationが15例だった。狭窄部位は盲腸・上行8例（15.1%）、横行8例（15.1%）、下行4例（7.5%）、S状19例（35.8%）、直腸14例（26.4%）だった。全例Taewoong Medical社のNiti-S 大腸用ステント、直径22mmを使用し、ステント長は狭窄に合わせ、60mmから120mmのものを選択して使用した。手技不成功の原因として、ガイドワイヤー不通過3例、バウヒン弁狭窄2例、留置位置不良が1例だった。手技に関連した早期偶発症として、穿孔を2例に認め、緊急手術が行われた。後期偶発症としてステント機能不全を5例に認めた。ステントが逸脱した3例では、2例でステントを再留置し、1例で切除術を行った。Overgrowthと腸管屈曲によるステント機能不全を1例ずつ認め、これらに対してはいずれもステントを再留置した。経過を追えなかった5例を除いた44例中、8例が死亡したが、BTS群での死亡は1例のみだった。ステント口側の観察を12例で施行し、特に問題となる事象は起きなかった。Palliation群15例中、6例で化学療法が行われており、2例では化学療法後に原発巣が切除された。大腸ステント留置は安全に施行可能であり、BTS・Palliationいずれの目的にも非常に有用性が高い。今後、ステント留置後の化学療法や、術前のステント口側腸管観察など、さらに積極的な展開が期待される。

【目的】抗血栓薬服用中の患者におけるCold snare polypectomy(CSP)後の遅発性出血の頻度について検討した。

【方法】当院にて各種抗血栓薬服用継続中、大腸ポリープ（径10mm以下）に対してCSPを施行した患者における遅発性出血の頻度について後方視的に検討した。遅発性出血は、CSP後2週以内に生じた内視鏡治療を必要とする出血とし、CSP後に予防および止血目的のクリッピングを施行した症例は除いた。患者の臨床的特徴、服薬中の抗血栓薬、切除されたポリープの特徴、使用したスネア、遅発性出血に関するデータは電子診療録から得た。切除された大腸ポリープ（径5-10mm）の粘膜下層内の動脈血管傷害率について比較した。【成績】解析された症例は310大腸ポリープを有する142例でコールド専用スネア群72症例（158ポリープ）、通常スネア群70症例（152ポリープ）。両群の内服中の抗血栓薬の内訳は、aspirin 25例vs.24例、warfarin20例vs.19例、chlopido-grel 12例vs.12例、warfarinとchlopido-grelの併用6例vs.8例、dabigatran 4例vs.6例、apixaban5例vs.1例で有意な差はなかった。両群における除去された大腸ポリープの特徴に有意な差を認めなかった。遅発性出血は、コールド専用スネア群0%(0/72)、通常スネア群のdabigatran、apixaban服用中の各1例で2.9%(2/70)。遅発性出血例では切除された大腸ポリープの粘膜下層内の動脈に血管傷害を認めた。コールド専用スネア使用群の切除された大腸ポリープ、通常スネア使用群の大腸ポリープ、通常のポリクトミーで切除されたポリープ（対照群）を比較すると、粘膜下層内の動脈血管傷害率はコールド専用スネア使用群において有意に少なかった(7%(4/60) vs. 20% (13/65) vs. 43% (26/60), (P=0.008))。

【結論】抗血栓薬服用中の患者においてコールド専用スネアを使用したCSPでは遅発性出血を認めなかった。遅発性出血は大腸ポリープ摘除による粘膜下層内動脈の血管傷害との関連が示唆された。

【目的】当科でこれまでに行った大腸憩室出血に対する内視鏡的結紮法(Endoscopic band ligation ; EBL)の止血成績と長期経過について検討した。【対象と方法】2010年7月より2016年8月までに大腸憩室出血と診断した90例、147回の出血について検討した。大腸憩室出血は内視鏡所見より、活動性出血、非出血性露出血管、びらん、大腸憩室出血疑診と定義した。活動性出血、非出血性露出血管、びらんと責任憩室としEBLを行った。EBL不成功例、早期出血例（止血治療後30日以内の同一憩室からの出血）から止血成功率を検出した。早期出血以外の出血を再出血と定義し、その頻度とEBLから出血までの期間について検討した。また初回出血時、責任憩室同定が可能でEBLが施行された例（EBL不成功例、早期出血例除く）と、大腸憩室出血疑診例の再出血の頻度と出血までの期間を検討した。【成績】責任憩室は活動性出血33/147=22.4%、非出血性露出血管33/147=22.4%、びらん4/147=2.7%に同定可能で、大腸憩室出血疑診は77/147=52.5%であった。責任憩室が同定された70回の出血にEBLを行った。2/70=2.9%はEBL不成功で止血できず緊急手術が行われ、早期出血は5/70=7.2%に認め、止血成功率は63/70=89.9%であった。なお穿孔・腹膜炎はなかった。EBL後の再出血は22/70=31.4%に認め、EBLから再出血までの期間は461.8±413.7日であった。初回出血時責任憩室同定可能でEBLが施行された40例中、再出血は13例32.5%に認め、EBLから再出血までは506.9±454.6日であった。一方、初回出血時大腸憩室出血疑診48例では15例31.2%に再出血を認め、初回出血から再出血までは497.7±430.2日であった。【結論】EBLの大腸憩室出血に対する止血成績は満足できる結果であったが、再出血は高率に認められた。責任憩室が同定可能でEBLが行われた例と、止血が行われなかった大腸憩室出血疑診例の再出血の頻度は同等であった。以前の検討からEBL後の憩室は癒着化し消失するため、大腸憩室出血の多くは別の憩室から再出血を来している可能性があり、EBLによる再出血の予防効果は乏しいと考えられた。

ランチオンセミナー

2016（平成28）年11月19日

12：30～13：30

第59回日本消化器病学会甲信越支部
第81回日本消化器内視鏡学会甲信越支部 合同支部例会
および第36回日本消化器病学会甲信越支部教育講演会
ランチョンセミナー

C型肝炎・肝癌診療 up to date

日時：2016年11月19日(土) 12:30-13:30

会場：アピオ甲府
(山梨県中巨摩郡昭和町西条3600)

司会

前川 伸哉 先生

山梨大学医学部 第一内科 講師

演者

建石 良介 先生

東京大学大学院医学系研究科
がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン
消化器内科 特任講師

共催：第59回日本消化器病学会甲信越支部
第81回日本消化器内視鏡学会甲信越支部 合同支部例会
および第36回日本消化器病学会甲信越支部教育講演会
ギリアド・サイエンス株式会社